

# 家庭医生签约服务政策扩散的多维演进机理分析

王青兰

西南交通大学公共管理学院, 四川 成都

收稿日期: 2024年1月10日; 录用日期: 2024年3月2日; 发布日期: 2024年3月12日

## 摘要

新发展阶段下, 我国医药卫生事业正面临着人口老龄化加剧、各类慢性疾病高发等诸多挑战, 以医院为中心的医疗卫生服务模式难以满足群众对长期、连续健康照护的需求。家庭医生签约服务政策的推行, 为满足公众医养需求、促进医药卫生事业可持续发展奠定了关键基础。通过运用关键词时序分析法和词频分析法对该政策进行的量化文本分析, 可以发现其在时间、空间、方向和内容四大维度分别呈现出了不同的演进特征: 1) 在时间维度上呈现出多点带面的“反R型”曲线扩散态势; 2) 在空间维度上邻近效应与层级效应并存; 3) 在方向维度上平行扩散和垂直吸纳并进; 4) 在内容维度上表现为多维主题下的知识生产。对该政策扩散的演进机理分析能够为家庭医生签约服务政策迈向高质量发展阶段提供阶段性总结。

## 关键词

政策扩散, 政策量化文本分析, 家庭医生签约服务政策

# Multi-Dimensional Evolutionary Mechanism Analysis of the Diffusion of Family Doctor Contracted Service Policy

Qinglan Wang

School of Public Administration, Southwest Jiaotong University, Chengdu Sichuan

Received: Jan. 10<sup>th</sup>, 2024; accepted: Mar. 2<sup>nd</sup>, 2024; published: Mar. 12<sup>th</sup>, 2024

## Abstract

In the new stage of development, China's medical and health care is facing many challenges, such

as the increasing aging of the population and the high incidence of various chronic diseases. The hospital-centered medical and health service model is difficult to meet the public's demand for long-term and continuous health care. The implementation of the family doctor contracted service policy has laid a key foundation for meeting the public's medical and nursing needs and promoting the sustainable development of medical and health care. By using the keyword sequence analysis method and word frequency analysis method to conduct quantitative text analysis of the policy, it can be found that it shows different evolutionary characteristics in the four dimensions of time, space, direction and content: 1) In the time dimension, it shows a multi-point and surface "reverse R" curve diffusion trend; 2) In the space dimension, the adjacent effect and hierarchical effect coexist; 3) In the direction dimension, parallel diffusion and vertical absorption go hand in hand; 4) In the content dimension, it is represented by knowledge production under the five-dimensional theme. The analysis of the evolutionary mechanism of the policy diffusion can provide a stage summary for the family doctor contracted service policy to move to the stage of high-quality development.

## Keywords

Policy Diffusion, Quantitative Text Analysis, Family Doctor Contracted Service Policy

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

新发展阶段下,我国医药卫生事业正面临着人口老龄化加剧、各类慢性疾病高发等诸多挑战,以医院为中心的医疗卫生服务模式难以满足群众对长期、连续健康照护的需求。家庭医生以人为中心,面向家庭和社区,以维护和促进整体健康为方向,通过为公众提供签约式的健康管理和转诊服务来转变医疗卫生服务模式,推动医疗卫生工作重心下移、资源下沉,是推进基层首诊、分级诊疗的重要抓手。因此,家庭医生签约服务政策的推行有助于推进我国医药卫生事业的可持续发展,是搭建分级诊疗制度的重要配套政策。从政策扩散的进程来看,上海市将长宁区作为试点单位,率先开展“责任制医生”健康管理服务模式探索,成为家庭医生服务模式的前身。2009年,长宁区出台《家庭健康责任制工作实施方案》,正式在国内以地方政策的形式提出“家庭医生”的概念。自上海市展开先行先试取得优异成果之后,北京、深圳等各发达地区城市也纷纷进行了家庭医生签约服务试点探索,为家庭医生签约服务的推广积累了宝贵经验。为了优化就医格局,深化新一轮医药卫生体制改革,国务院于2016年发布《关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知》,从顶层设计层面对家庭医生签约服务的政策建设和创新扩散做了推进和指导。通过中央政府的政策部署和地方政府的跟进学习,截止2023年,已有31个省级行政单位发布关于推进家庭医生签约服务工作的相关意见办法,约276个地级市明确实施了相关政策措施,覆盖了我国近95%的地市。

因此,本文以政策扩散理论为基础,以327份政策文本为研究对象,采用关键词时序分析法和词频分析法对该政策扩散的演进特征进行分析,以期家庭医生签约服务政策迈向高质量发展阶段提供阶段性总结。

## 2. 已有研究及述评

### 2.1. 关于政策扩散演进特征的研究

政策扩散是指一项由某一地方政府发起的政策创新随着时间发展被中央政府或不同地方政府所采纳

的过程，因此其在时间演进和空间扩展等维度也必然表现出不同的形式特征。大致可归纳为以下三个维度：一是时间维度上，早期的观点普遍认为政策扩散过程遵循的是“S型扩散曲线”，即渐进式的正态分布[1]。国内学者杨志则发现在本土化的制度情境中至少还包含着R型及反R型两类扩散曲线，分别代表“初期急剧爆发-后期趋缓饱和”和“初期缓慢增长-后期急剧爆发”的政策扩散过程[2]。二是水平空间维度上，邻近效应最先为广大学者所确认，即政策创新会以先行区为原点，以圆环状的形式由近及远地向周边区域扩散。Brown和Cox率先提出了政策扩散三个时空特征，包括扩散时间上的S型曲线、扩散空间上的邻近效应和扩散进程中的“层级效应”[3]。三是垂直空间维度上，着重表现为单一制行政体制之下的纵向层级压力效应，主要包括“自上而下”和“自下而上”两种路径。其中“自上而下”的引导指的是上级政府可通过采取强制性政策命令、非强制性政策工具和释放政治信号的方式促使下级政府采纳创新[4]。“自下而上”的反引导则指的是下级政府政策创新推行的数量和成效会影响到上级政府的采纳，实际上是一种从吸纳到辐射的扩散模式[5]。

## 2.2. 关于家庭医生签约服务政策的研究

家庭医生签约服务是以家庭医生或全科医生为执行主体，通过与辖区居民签订协议等方式与居民建立起契约关系，从而在提供基本医疗服务的基础上，以个性化需求为导向，辅助提供贯穿全周期的健康管理服务，是具有综合性、可及性、连续性和基础性的服务模式与制度安排。对于此项政策国外研究的发展时间较长，学者进行的相关研究数量较多且更加全面深入，国内研究则起步较晚，且更加注重研究的实践指导意义。本文主要关注政策层面的相关研究，具体可总结为以下几个方面：一是关于服务现状和政策执行效果的研究。此类研究以国外研究为主，重点关注于家庭医生政策对提高居民医疗服务可及性和健康水平方面的现实作用。如Reid等人通过研究发现，美国西雅图政府实施家庭医生服务后有效促进了基层首诊，前往医院看急诊的病患数量减少约29%，住院患者数量也减少了约6% [6]；在疾病预防方面，相对于公共医疗机构而言，家庭医生具有组织方面的优势和降低医疗成本的作用[7]。二是关于政策变迁与发展的研究。如高鹏等借助倡议联盟框架理论发现家庭医生制度在建立和发展中涉及多个主体，而政策的变迁引发了不同的信仰体系与倡议联盟的对立，阻碍家庭医生作用的发挥，随着政策的进一步变迁，矛盾的逐步加剧从而诱发了“签而不约”的现象[8]。

## 2.3. 文献述评

尽管当前国内对于家庭医生签约服务的相关研究日益增多，但同质化明显，大多聚焦在服务本身的落实与推进上，例如服务评估指标体系构建、基于不同省市的推行现状调研及影响因素分析、政策执行困境及优化路径等方面，实践指导意义丰富但理论贡献不足，缺乏对该政策扩散现象的关注。此外，现有研究中对于政策层面的研究多采用案例、文献等定性研究方法，量化分析不足，无法揭示其扩散的演进特征与动力机制。尽管当前政策扩散理论已广泛应用于不同的政策领域，但依然存在着倾向于关注扩散差异化明显的经济政策，而较少关注于高投入低回报的社会政策和公共服务政策的特点。因此，本文将通过政策文本量化分析法对我国家庭医生签约服务政策在276个地级市间的扩散历程进行深描，尝试揭示其演进特征和动力机制，为政策迈向高质量发展阶段提供阶段性总结。

## 3. 数据来源与方法

### 3.1. 数据来源

本文首先以“家庭医生”、“全科医生”、“责任医生”和“签约服务”为关键词，以2009年1月1日至2023年12月31日为时间区间，在北大法宝、政府官网和卫健委官网中进行检索抓取。针对抓取出

来的 364 份政策文本,按照以下原则进行筛选整理:一是按照中央层面与地方层面进行划分,除港澳台特别行政区与台湾省明确未出台相关政策外,将我国 31 个省级行政区中地级市以上行政单位发布的政策文件纳入数据库,以保证权威性和可参照性;二是剔除技术规范、意见回复和批示等无关或重复文本,只保留意见条例、通知规划、法律法规等类型的文本。三是政策文件标题与主体内容需与家庭医生签约服务政策理念高度相关,需包含一定的指导意见、实施方案或配套协议。经过整理校对共收集有效政策文本 327 份,剔除政策文件及相关数据缺失的地级市后共将 276 个地级市纳入研究范围,以此建立家庭医生签约服务政策数据库。

## 3.2. 测量方法

### 3.2.1. 关键词时序分析

关键词时序分析法是政策文本量化分析中面向文本结构特征的计量分析方法,主要是基于政策关键词在各颁布机构间首次出现的年份进行排列,绘制关键词时序图谱,由此展现政策文本中所隐含的政策扩散方向网络、颁布机构间合作关系等内容。

### 3.2.2. 词频分析

词频分析是政策文本量化分析中面向政策内容特征的量化分析方法[9],有助于研究者快速识别政策文本中的关键词和文本间的差异性。它的基本原理是通过对文本中关键词出现的频次进行统计与分析来确定主题及其变化趋势,主要包括文本预处理、词频统计和编码等步骤。

## 4. 分析结果及阐释

### 4.1. 时间演进:多点带面的“反 R 型”曲线扩散

随着本土化政策扩散研究的日渐丰富,杨志等学者发现与传统 S 型扩散曲线所不同的是,我国本土化的制度情境中至少还包含着 R 型及反 R 型两类扩散曲线,分别代表“初期急剧爆发-后期趋缓饱和”和“初期缓慢增长-后期急剧爆发”的政策扩散过程[10],家庭医生签约服务政策的扩散便是又一个印证实例。截止至 2017 年,该政策仅历时 8 年的时间便完成了在我国 31 个省级行政区间的扩散,是公共服务政策领域中扩散速度较快的政策之一。以 2009~2017 年为横轴,以累计政策扩散数量为纵轴,图 1 展示了我国 31 个省级行政区中 276 个地级市采纳该政策的正态趋势图。如图所示,家庭医生签约服务政策的扩散过程在时间维度上呈现的是多点带面的“反 R 型”曲线的扩散规律,2009~2013 年间缓慢扩散曲线逐渐抬升,2014~2017 年间政策快速扩散,曲线急剧攀升,并于 2017 年数量达到饱和。其中在 2013 年和 2017 年分别出现了两个明显的峰值,由此可将该政策扩散的过程划分为三个阶段:早期探索阶段(2009~2013 年)和加速扩散阶段(2014~2017 年)。

#### 4.1.1. 早期探索阶段(2009~2013 年)

这一阶段是我国家庭医生签约服务政策的萌芽时期,最早可追溯至 2009 年上海市以长宁区为试点单位率先开展的“责任制医生”健康管理服务模式的自主探索,而这一年也是我国新一轮医药卫生体制改革的元年。随后的 2 年时间里,仅深圳、青岛、北京、成都和福州进行了小范围的试点探索,如成都市于 2011 年出台的《成都市城乡基层医疗卫生机构推行家庭医生服务模式试点工作实施方案(试行)》。此时的政策扩散数量较少,累计采纳率为 15%,地市分布也较为零星,且主要集中于一线、新一线及东部沿海城市等地市层面,尚未有省级政府采纳。直到 2012 年,山东省以深化医药卫生体制改革为目标,在总结青岛试点经验的基础上率先出台“城市社区家庭医生式服务”的省级政策,第一次完成了该政策在省域内的扩散。随后,福建、江西、江苏和四川于 2013 年纷纷加入先行先试之列,或

进一步扩大试点地市范围，或举全省之力广泛探索地方特色模式，家庭医生签约服务政策的扩散也迎来了第一个小高峰。

#### 4.1.2. 加速扩散阶段(2014~2017年)

这一阶段是家庭医生签约服务政策快速扩散的时期。此时政策扩散曲线急剧攀升，在横向竞争与高位推动的作用下，越来越多的地市出台相关政策，利用自身的资源禀赋优势进行探索深化，打造创新绩效。2014年，广东省基于深圳市的试点经验印发了《广东省城乡家庭医生式服务试点工作实施方案(2014~2016年)》，在全省21个地市确立了36个试点单位，成为第6个确立了省级政策方向的省份。随后，杭州市出台《杭州市医养护一体化签约服务实施方案(试行)》，首次将地方特色模式以政策文件的形式确立下来，和宁波市、西安市一样先于省级层面加入采纳队伍。浙江和安徽则于2015年出台了省级政策，自上而下地推动该政策在辖域内的扩散，此时的累计采纳率可达44%。

2016年，国家医改办、卫计委和发改委联合印发了《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》(国医改办发〔2016〕1号)，正式吸纳上海“1+1+1”模式核心理念并上升为国家政策。中央行政指令的发布带来家医政策在我国省域间的急剧扩散，贵州、吉林、湖南和内蒙古自治区等14个省级行政单位紧随其后出台指导意见，宁夏、新疆、西藏等西部省份及四川部分地市也在2017年完成了政策跟进。至此，我国31个省级行政区、276个地级市均已采纳家庭医生签约服务政策，累计采纳率为95%。

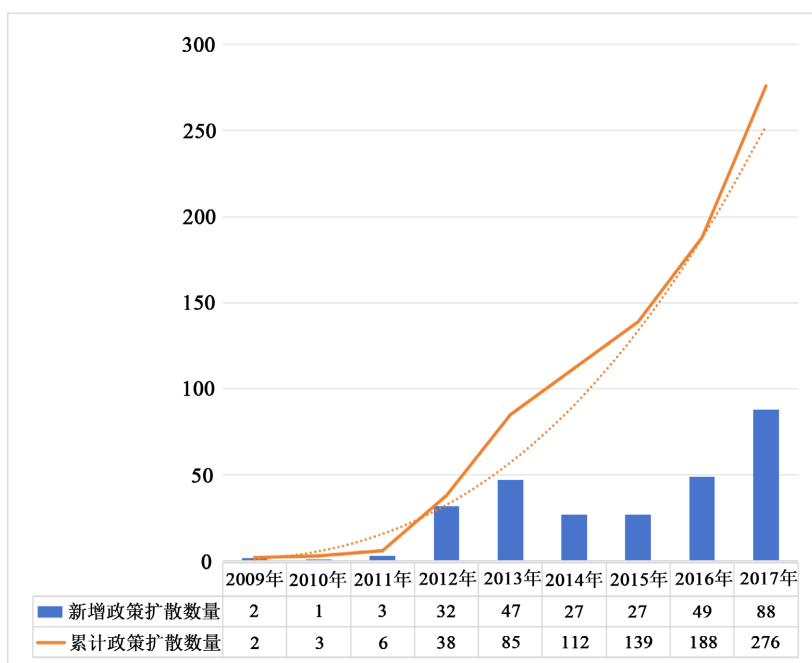


Figure 1. Family doctor contract service policy diffusion curve

图 1. 家庭医生签约服务政策扩散曲线

#### 4.2. 空间演进：邻近效应与层级效应并存

空间是探究行政事物作用场域和运行边界的重要维度。在不同的区域发展水平之下，政策的创新通常会从政策势能较高的地区向政策势能较低的地区进行扩散[11]。因此，本文依据国家统计局对我国四大经济区域的划分，按照东北、东部、中部和西部四个地理区位来对家庭医生签约服务政策的空间扩散过程进行分析。其中，东北地区包括黑龙江省、吉林省、辽宁省、内蒙古自治区东部的部分地级市；中部地区包括山西省、



河南省、湖北省、湖南省、江西省、安徽省；东部地区包括北京市、天津市、山东省、江苏省和上海市等 10 个省、直辖市；西部地区包括重庆市、四川省、广西壮族自治区和贵州省等 12 个省、自治区。

以时间为纵列，以地理分区为横列，表 1 集中呈现了家庭医生签约服务政策在我国 31 个省级行政区间的地理空间扩散过程。整体来看，该政策呈现出以上海为政策首产地，自北向南，自东部地区向中部、东北部和西部地区渐进式扩散的特征。在省级层面上，存在着地理区位邻近的省份其采纳政策的时间也较为相近的邻近效应，即地方政府在选择政策学习对象的时候通常会选择与其经济发展水平、地理位置等各方面条件都比较相近的“同质”省份。在 2016 年中央意见出台之前，政策的主动扩散主要集中在东部地区，除海南外的其余 7 个省份均在中央之前发布了政策方案，占据了区域内 70% 的省份。四川是西部地区最早推行该政策的省份，2011 年于成都市开始家庭医生服务模式的试点探索，2012 年省级指导意见出台，开始在省域内全面推行。随后，西安市发布《2013 年全市卫生工作要点的通知》，明确提出在全市范围内全面实施社区家庭医生签约式服务，成为了西部地区第二个政策跟进的省份，邻近效应显著。

**Table 1.** Family doctor contract service policy diffusion spatial distribution

**表 1.** 家庭医生签约服务政策扩散空间分布

| 年份   | 东北  | 中部          | 东部    | 西部             |
|------|-----|-------------|-------|----------------|
| 2009 |     |             | 上海    |                |
| 2010 |     |             | 山东    |                |
| 2011 |     |             | 北京    | 四川             |
| 2012 |     |             | 天津、江苏 |                |
| 2013 |     | 江西          | 福建、河北 | 陕西             |
| 2014 | 黑龙江 |             | 广东、重庆 |                |
| 2015 | 辽宁  | 安徽          | 浙江    |                |
| 2016 | 吉林  | 湖南、河南、山西、湖北 |       | 贵州、广西、内蒙古、云南   |
| 2017 |     |             | 海南    | 宁夏、甘肃、新疆、西藏、青海 |

整体来看，自 2016 年中央出台指导意见之后，除完成东部地区部分省份的补缺之外，更多的是通过自上而下的行政指令来增强政策的合法性，进一步释放政策信号，推动家庭医生签约服务政策在全国范围内的扩散，此时的扩散效应以层级效应为主，中西部地区体现得尤为明显。从表 1 中可以看出，中西部地区省份的政策响应速度较为滞后，其中 77% 的省份均是在 2016 年及以后完成的被动跟进，与学习、竞争机制驱动下的主动扩散不同，此时政策扩散的驱动因素主要来自于强制性行政压力，因此往往出现在政策扩散的后期，对应的是“反 R 型”曲线中急速攀升的阶段。

#### 4.3. 方向维度：平行扩散与垂直吸纳并进

政策扩散方向表明了政策知识在各级政府机构间的流动方向。与传统由中央主导的政策试验所不同的是，家医政策的扩散既有地方政府间的学习与竞争机制作为有效助推，也有中央政府的认可与吸纳作为强大保障，集中展现了自下而上吸纳辐射、自上而下层级扩散与平行扩散并进的三种扩散方向。依照关键词时序分析法，本文以“家庭医生”、“全科医生”、“健康管理”和“签约服务”为关键词集合在已有的政策数据库中进行检索，根据其在各政策机构颁布的文件中首次出现的顺序描绘了关键词时序

图谱，以反映政策扩散方向。

图 2 显示，家医政策的相关理念共扩散至 36 个政策机构。在中央机构中沿循了平行扩散和自上而下扩散两大方向，并且在时间上存在着接续性。这一理念最早出现于 2010 年国家发改委联合卫生部等印发的《以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划》当中，鼓励“有条件的城市社区探索建立‘家庭医生’制度，转变基层医疗卫生机构运行机制”，既是对上海市政策创新的认可，也是中央政治信号的首次释放。2013 年，国务院医改办在《关于全国基层医改政策落实情况督查工作的通报》中明确认可了部分地区基层医疗卫生机构服务模式“从坐堂行医逐渐转变为上门服务、签约服务和家庭医生式服务”的政策实效，由此也带来了政策扩散曲线中的第一个峰值。自 2016 年正式上升为国家政策后，家医服务理念先后平行扩散至国务院扶贫办、中国残联等同级机构，成为脱贫攻坚、残疾人健康事业可持续发展的配套政策，并自上而下地完成对中西部地区地方政府的扩散助推。

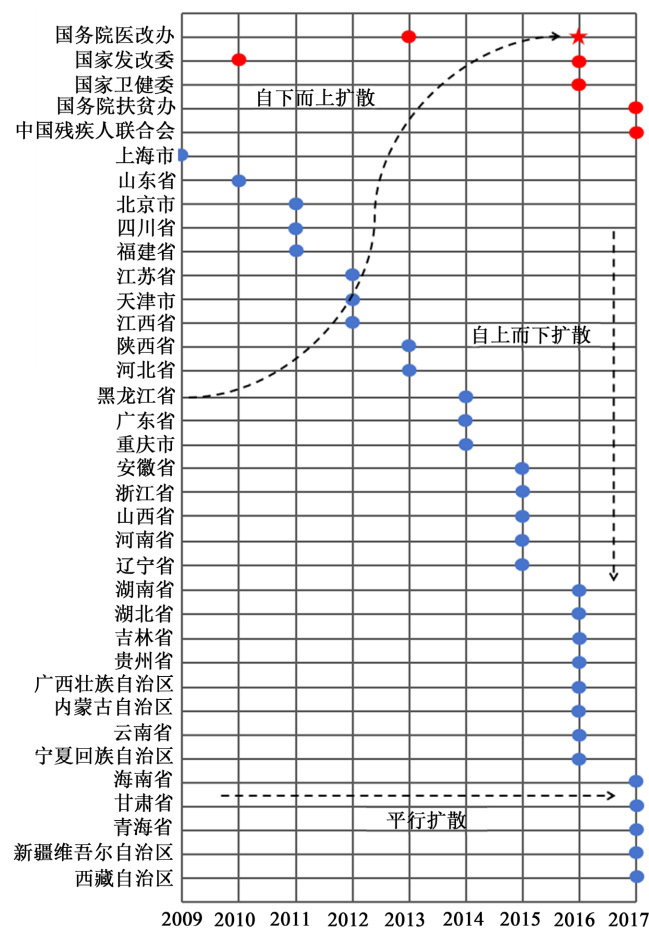


Figure 2. Family doctor contract service policy diffusion spatial distribution  
图 2. 政策扩散方向

在地方机构层面上，包含了同级政府间的平行扩散和自下而上跨层级扩散两大扩散方向，集中体现了横纵向府际关系对地方政府竞争与创新行为的形塑作用。基于我国特殊的干部选拔背景和绩效考核机制，地方政府会出于绩效争优的目的而学习、效仿政策首创者的政策经验，同时为了树立创新政绩，会结合本地资源禀赋优势、政策需求程度对政策原型做出新的发展，打造地方创新特色，如“三师共管”模式、“医养护一体化”模式等，使得后发跟进者的政策再创新成为新的扩散动力源，形成多点带面的

平行扩散格局。自下而上地扩散则同时反映在了从地市级政府到省级政府、从省级政府到中央政府两个层级维度上。一方面，资源禀赋相对具有优势的省会城市率先展开先行先试，进而被省级政府吸纳完成全域扩散，如成都市、深圳市和西安市采纳政策的时间都要远早于省级政府。另一方面，随着越来越多的省份出台相关政策实施方案并取得政策实效，地方政策知识的叠加将向上扩散至中央政府，促使中央择优吸纳，形成更具普适性、合法性的政策体系并进一步向下辐射，这实际上反映了科层体制的灵活性和效率性，是增强政府创新能力和提升治理效能的重要路径。

#### 4.4. 内容维度：五维主题下的知识生产

随着家医政策正式从地方经验上升为国家政策，经过近 8 年的发展，其已然从早期的模糊理念探索发展为具备成熟政策体系的医改典型政策。为了进一步探究家医政策在扩散过程中的内容变化，本文基于前期建立的政策数据库，借助 ROSTCM6 对 327 份政策文件进行文本分词和词频分析，并借助哈尔滨工业大学的停用词汇表剔除无效分词，同时通过观察判断合并同义词，删除语气助词、代词等无意义词汇，以提炼相关政策措施的不同主题维度。

如表 2 所示，根据对政策文本高频关键词的聚合编码，回归政策数据库对标详细的文本内容，可得到当前家庭医生签约服务政策体系的五大关键主题：一是在服务形式上强调团队式签约服务，除以家庭医生为主体外，尽可能地纳入公卫医师、健康管理师等专科医护人员，代表案例为厦门市“三师共管”模式；二是在服务内容上追求多元化，除基本公共卫生服务项目和诊疗服务外，着重针对不同重点人群的个性化定制服务内容，是服务项目具有梯度性和针对性。如盐城市“基础包”+“个性包”模式，镇江市“1+N”点单式模式，均是在服务内容上做出了新的发展；三是在机构组合上强调上下联动，与一个家庭医生团队签约的同时，自愿选择一所二级医院、一所三级医院签约，建立绿色转诊通道。代表案例为政策原型上海市“1+1+1”的组合签约服务模式，这也是被中央指导意见所采纳的最具普适性的政策方案；四是在财政机制上发挥医保基金、基本公共卫生服务经费和个人多元共济作用，合理分配负担比例，代表案例为定远县“按人头总额预付”模式；五是在技术支撑上强调整合二级以上医院现有医疗设备资源开放共享，搭建信息化管理平台，为家庭医生团队提供技术支撑，代表案例为福州市“积分制”模式。

**Table 2.** Family doctor contract service policy diffusion spatial distribution

**表 2.** 家庭医生签约服务政策高频关键词及其编码

| 一级编码 | 二级编码         | 关键词  | 频数   | 关键词  | 频数   | 关键词  | 频数   |
|------|--------------|------|------|------|------|------|------|
| 服务形式 | 团队式签约服务      | 家庭医生 | 5387 | 签约   | 5875 | 全科医生 | 4275 |
|      |              | 公卫医师 | 3809 | 团队   | 3959 | 护士   | 3650 |
| 服务内容 | 多元化健康管理服务    | 服务   | 5247 | 健康   | 3276 | 管理   | 3679 |
|      |              | 重点人群 | 3873 | 指导   | 3244 | 服务包  | 3551 |
| 机构组合 | 上下联动双向转诊渠道   | 机构   | 4250 | 医院   | 4112 | 社区卫生 | 3486 |
|      |              | 医联体  | 2404 | 医共体  | 2379 | 双向   | 2354 |
| 财政机制 | 医保经费个人多元共济   | 经费   | 3357 | 医保基金 | 3177 | 补助   | 2254 |
|      |              | 拨付   | 3087 | 财政   | 1936 | 收支   | 1884 |
| 技术支撑 | 资源共享与信息化支撑共建 | 远程   | 1151 | 技术   | 3099 | 信息化  | 2117 |
|      |              | 设备   | 914  | 监测   | 1039 | 互联网+ | 973  |



通过对当前家庭医生签约服务政策文本的主题凝练可以发现,政策扩散过程中与之相关的话语体系也同样处于动态扩张的状态之下,既存在着照搬政策原型的简单复制,也存在着结合地方实际不断改良调整的创新迭代,政策扩散的内容将随着覆盖面的扩大而持续增加。早期家医政策的核心理念还停留在简单的以家庭医生团队为主体的契约式服务上,随着政策不断从首创地扩散至外部地区,政策核心理念也逐渐向“多元化家医团队组合”、“个性化定制服务包”和“互联网+信息化平台建设”延伸转变。一项又一项创新举措经过地方政府的政策学习和实践探索而在扩散中不断叠加新的治理目标和治理工具,持续再创新后再扩散,最终形成一个完整的话语体系。此时的政策扩散是一个动态变化并不断充实的过程,与政策再创新的现象同步出现,由此也要求地方政府提高创新能力,及时对政策原型进行必要性变革以适应外部的动态环境,实现对政策内容的在地化改造。

## 5. 总结与讨论

通过对家庭医生签约服务政策分别在时间、空间、方向和内容四个维度的演进分析可以发现,该政策扩散整体呈现出以下特征:就时间维度而言,不同于传统的“S型”曲线扩散,家医政策整体呈现出前期缓慢扩散-后期急剧爆发的“反R型”曲线扩散态势,为扩散曲线的类型学划分提供了新的现实印证;就空间维度而言,邻近效应与层级效应并存,并且在时间上存在着接续性;就方向维度而言,分别呈现出自上而下扩散、自下而上跨层级扩散和平行扩散三种扩散方向,学习与竞争机制交替出现;就内容维度而言,当前政策已然形成了相对成熟的话语体系,集中表现为服务形式、服务内容、机构组合、财政机制和技术支撑这五个主题下的知识生产,政策扩散的核心理念也从早期的“家庭医生契约式服务”向“团队多元化组合”、“个性化定制服务包”和“互联网+信息化平台建设”等延伸转变。因此,在家庭医生签约服务政策迈向高质量发展的阶段下,各地方政府应注重政策实施方案本身的时效性,合理制定中长期目标,及时对政策原型进行必要性变革以适应外部的动态环境,使得家庭医生签约服务政策能够满足公众日益增长变化的健康服务需求,同时加强各类配套政策的协同补充作用,以提升政策实效。

## 参考文献

- [1] 埃弗雷特·M·罗杰斯. 创新的扩散[M]. 北京: 中央编译出版社, 2002.
- [2] 杨志, 魏姝. 政策爆发生成机理: 影响因素、组合路径及耦合机制——基于 25 个案例的定性比较分析[J]. 公共管理学报, 2020, 17(2): 14-26.
- [3] Brown, L.A. and Cox, K.R. (1971) Empirical Regularities in the Diffusion of Innovation. *Annals of the American Association of Geographers*, 61, 551-559. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8306.1971.tb00806.x>
- [4] Bretschneider, M.S. (1997) Can State Government Actions Affect Innovation and Its Diffusion?: An Extended Communication Model and Empirical Test. *Technological Forecasting and Social Change*, 54, 57-77. [https://doi.org/10.1016/S0040-1625\(96\)00121-7](https://doi.org/10.1016/S0040-1625(96)00121-7)
- [5] 周望. 政策扩散理论与中国“政策试验”研究: 启示与调适[J]. 四川行政学院学报, 2012(4): 43-46.
- [6] Reid, R.J. (2010) The Group Health Medical Home at Year Two. *Medical Benefits*, 27, 2-3.
- [7] Gmajnić, R., Beganović, A., Pribić, S., et al. (2014) Breast Cancer Detection: Role of Family Physicians. *Collegium antropologicum*, 38, 191.
- [8] 高鹏, 杨翠迎. 中国家庭医生制度的政策变迁与启示——基于倡议联盟框架的分析[J]. 东北大学学报(社会科学版), 2022, 24(3): 78-86.
- [9] 曹玲静, 张志强. 政策信息学视角下政策文本量化方法研究进展[J]. 图书与情报, 2022(6): 70-82.
- [10] 杨志, 魏姝. 政策爆发: 非渐进政策扩散模式及其生成逻辑——以特色小镇政策的省际扩散为例[J]. 江苏社会科学, 2018(5): 140-149.
- [11] 朱亚鹏. 政策创新与政策扩散研究述评[J]. 武汉大学学报(哲学社会科学版), 2010, 63(4): 565-573.