

# 卫生政策分析：概念和方法的思考与挑战

Gill Walt<sup>1\*</sup> Jeremy Shiffman<sup>2</sup> Helen Schneider<sup>3</sup> Susan F Murray<sup>4</sup> Ruairi Brugha<sup>5</sup> Lucy Gilson<sup>1,3,6</sup>

1. 伦敦卫生与热带病医学院 英国伦敦
2. 雪城大学麦克斯韦尔公民与公众事务学院 美国纽约
3. 威特沃特斯兰德大学卫生政策中心 南非约翰内斯堡
4. 伦敦国王学院 英国伦敦
5. 爱尔兰皇家外科医学院 爱尔兰都柏林
6. 开普敦大学公共卫生与家庭医学学院 南非开普敦

【摘要】许多专家学者就卫生政策分析开展了大量研究,但很少关注如何进行政策分析以及需要什么样的研究设计、理论和方法。本文着眼于卫生政策分析的环境以及面临的挑战,借鉴中低收入国家中一些卫生政策分析的框架、理论、方法和设计,列举了最近的研究案例,并探讨了案例研究的意义以及研究设计的必要性,发现卫生政策研究者的角色、反思和定位在研究过程中非常重要。最后从理论、方法学和研究人员的反思等角度提出了促进卫生政策分析的建议。

【关键词】政策分析;方法学;进程;卫生政策

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.12.010

## ‘Doing’ health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges

Gill Walt<sup>1</sup>, Jeremy Shiffman<sup>2</sup>, Helen Schneider<sup>3</sup>, Susan F Murray<sup>4</sup>, Ruairi Brugha<sup>5</sup>, Lucy Gilson<sup>1,3,6</sup>

1. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK
2. Maxwell School of Citizenship and Public Affairs, Syracuse University, Syracuse, NY, USA
3. Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa
4. King's College London, London, UK
5. Royal College of Surgeons in Ireland, Dublin, Ireland
6. School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, South Africa

【Abstract】The case for undertaking policy analysis has been made by a number of scholars and practitioners. However, there has been much less attention given to how to do policy analysis, what research designs, theories or methods best inform policy analysis. This paper begins by looking at the health policy environment, and some of the challenges to researching this highly complex phenomenon. It focuses on research in middle and low income countries, drawing on some of the frameworks and theories, methodologies and designs that can be used in health policy analysis, giving examples from recent studies. The implications of case studies and of necessity in research design are explored. Attention is drawn to the roles of the policy researcher and the importance of reflexivity and researcher positionality in the research process. The final section explores ways of advancing the field of health policy analysis with recommendations on theory, methodology and researcher reflexivity.

【Key words】Policy analysis; Methodology; Process; Health policy

\* 作者简介:Gill Walt,女,教授,主要研究方向为国际卫生政策。E-mail:gill.walt@lshtm.ac.uk

本文英文原文参见 Health Policy and Planning,2008,23:308-317,doi:10.1093/heapol/czn024,略有删减。

卫生政策分析是指运用多学科方法,分析政策进程中不同利益相关者之间的相互关系,这对于理解既往政策以及制定政策具有重要意义。许多学者就卫生政策分析方法开展了大量研究<sup>[1]</sup>,Walt 等认为,政策分析是卫生改革的核心<sup>[2]</sup>;Reich 等开发了相应软件,帮助研究人员和决策者分析公共政策中的政治问题<sup>[3]</sup>;Varvasovszky 等制定了利益相关者分析的原则,并将它运用到卫生政策分析中<sup>[4]</sup>;Bossert 开发了卫生系统分权的研究方法<sup>[5]</sup>;Sabatier 探索了政策分析的理论框架<sup>[6-7]</sup>。

然而,Gilson 等文献综述发现,中低收入国家的卫生政策分析还存在不足,如缺乏明确的概念框架和详细的研究设计,对许多特定问题只是进行单一案例研究,特别是很少解释问题产生的原因。<sup>[8]</sup> 本文将对上述问题进行探讨,以提高中低收入国家研究人员卫生政策分析的能力。

## 1 卫生政策分析的环境及面临的挑战

### 1.1 环境

与其他社会部门相比,卫生部门具有自身的特点,它既可能是卫生服务提供者,也可能是购买者,同时还参与监管、研究和培训等。就服务提供而言,卫生部门可能与某个私营部门进行竞争或合作,同时又对私营部门进行监管。在履行卫生服务提供者和监管者的职能时,卫生部门有时候非常依靠但有时候又严重缺乏被监管部门提供的信息。信息不对称是卫生部门面临的另一个重要问题。卫生问题通常会受到社会各界的广泛关注,由于知识、技术、政治进程以及利益关系,利益相关者(从卫生人员到制药产业)一般都会对卫生决策产生重要影响。

有学者指出,尽管卫生问题有自身的特点,但仍然需要放在特定的背景中来解读。卫生政策环境在中高收入国家和低收入国家是不同的,如低收入国家的监管体系薄弱,很少把购买力作为调控卫生服务数量和质量杠杆,并且更多的需要政府支持和国际外援。尽管中高收入与低收入国家的环境不同,但不同地区的政策都是不断变化的。最初,政策分析主要集中于国家层面,如政府部门、政客、官僚和关键利益团体等。<sup>[9-10]</sup> 过去 10 年,学者们逐渐认识到政策的性质和制定过程正在发生转变,越来越多

的参与者(array of actors)加入到政策进程中<sup>[11]</sup>,如私营部门,营利和非营利机构已经成为卫生政策制定的重要参与者,公共部门和私营部门的合作关系已经改变了卫生政策环境。此外,卫生政策正越来越多地受到全球环境变化的影响<sup>[12]</sup>,区域间地理距离缩短,交流更加畅通,思想和观念通过全球化通信系统高速传播<sup>[13]</sup>。

以上表明,全球的政策环境变得越来越复杂,融入了国际间、组织间以及各种网络关系,这使政策更多地受到国际以及国内环境的影响。信息技术革命促进了政府与政策咨询机构和非政府机构之间的交流合作。尽管政府及其下属各级机构依然重要,但所有政策必须综合考虑各方利益。Hajer 等认为,在当前“政治的新空间(new spaces of politics)”中,决策过程面临越来越多自下而上的政治挑战。<sup>[14]</sup> 基于以上观点,政策分析必须慎重,要减少自上而下的决策,让更多利益相关者参与进来;同时,考虑到不同人群的背景、对政策的理解以及他们的信念和价值观,政策应通俗易懂,易于解释。

### 1.2 面临的挑战

第一个挑战是“政策”具有多种定义,这会对政策研究产生影响。Buse 等认为卫生政策是影响卫生系统内机构、组织、服务以及筹资的作为或不作为的过程<sup>[11]</sup>,可以由政府、非政府组织以及卫生系统外的其他组织来制定。此类政策的制定过程不需要公开或有明确界限,不是必须发生在某一时间点,因此研究人员通常对此难以察觉,增加了政策解释的难度<sup>[15]</sup>。此外,研究人员难以深入接触参与政策进程中的不同利益相关者。决策过程通常是不透明的,而且相关文件资料也难以获得。虽然一些诸如电子邮件等的背景资料很容易获得,但这些资料非常繁杂并难以分析,此外,观察政策制定的整个过程也非常困难。

政策制定和实施具有长期性,这与政策研究资助的短期性以及政策补救的急迫性之间存在冲突。专栏 1 列举了其中的一个例子。Hunter 称之为“临时挑战的诅咒(curse of the temporal challenge)”<sup>[16]</sup>。许多卫生政策研究都是由实际问题所推动,如评估现有政策实施的效果。政策分析人员一般要在较短的时间内给出具有可行性的建议,但急切的政策补救可能导致政策分析过于简单。

## 专栏 1 将卫生政策分析应用到迅速变化的政策环境中

Brugha 等做过很多关于全球卫生项目的研究, 诸如全球疫苗免疫联盟和全球基金会 (Global Fund) 等<sup>[17-18]</sup>。早期的研究目的是收集和报道利益相关者对有关政策的看法, 因此这些研究往往十分敏感。特别是对于全球基金会的项目来说, 该研究使得国家利益相关者能清楚地表达批评意见, 从而对全球基金会的筹资起到负面作用。全球基金会秘书处要求扩大研究的范围, 着重强调项目的远景, 但这似乎超出了研究人员的能力范围。最后, 他们顶住了全球基金会秘书处的压力, 在九个月内出具了详实的报告。

政策环境是非常不确定的, 研究人员发现他们跟踪研究的目标是动态的——全球基金会总在不停地应对各种困难和改变指导方针, 并证明自己是“学习型组织”。对于项目中的研究发现, 全球基金会只对他们认可的结果进行反馈。在国家层面上, 一些新的关于艾滋病的筹资机构开始建立, 如世界银行的多国艾滋项目和美国总统艾滋病紧急救援计划 (PEPFRA), 在数据收集的第二阶段 (2004 年), 由于资金来源渠道变得异常复杂, 很多国家偏离了政策实施的轨道。

政策环境的动态性使得数据收集和分析变得困难, 并且资助者和研究人员的观点存在分歧。保持研究者与资助者之间的平衡很难但很关键。如果要真正呈现研究的结果, 建立信任是最基本的。

政策分析还面临其他挑战, 如获取和评价不同政策参与者拥有的资源、价值、信念和权力水平是非常困难的, 权力的概念对政策分析来说是最基本的但也是极具歧意的概念; 但获得什么样的权力, 权力位于什么层级以及如何运用权力等方面, 一般认为不存在困难。不拘泥于细节的事实陈述也是很困难的。研究人员必须找到合适的分析方法, 使其结果能够解释复杂的政策环境。Gilson 等认为, 大多数卫生政策分析是直观的, 很少能找出他们所依据的假设。<sup>[8]</sup>

本文认为, 如果研究人员能够运用系统思维方法, 在明确的框架内对所研究的问题提出更为清晰的论点, 卫生政策分析将会有所发展。

## 2 卫生政策分析的框架和理论

### 2.1 框架

目前, 公共政策领域中的许多理论框架都得到了广泛应用, 本文对一些较为常见的理论框架进行分析。<sup>[8]</sup>

理论框架通过明确各要素及其相互关系来组织相关调查<sup>[19]</sup>, 但框架本身并不解释或预测行为的结果<sup>[20]</sup>。最广为人知的公共政策框架是阶段启发式 (Stages Heuristic) 框架。<sup>[21-22]</sup> 该框架将公共政策进程分成四个阶段: 议程设置、规划、实施和评估。议程设置提出了政策制定者关注的一些问题, 并将问题进行分类排序。在规划阶段, 立法机构和其他决策团体制定和通过政策法案。在实施阶段, 政府部门实施政策, 并对政策作用进行评估。一些专家对阶段启发式框架加以指责, 认为它将公共政策进程臆想为线性的, 但这在现实中是根本不存在的, 并且整齐的阶段分界在实际中经常是模糊的, 并且没有提供研究的因果关系。<sup>[7]</sup> 尽管如此, 阶段启发式框架仍为研究人员提供了一种统筹考虑公共政策进程的简单实用的方法, 并帮助研究人员将研究定位在合理的框架内。

Walter 等制定了卫生政策的分析框架<sup>[23]</sup>, 但适用范围已经超出了卫生领域。他们认为, 卫生政策研究大都关注政策内容本身, 而忽略了参与者的背景和政策进程。考虑到政策制定过程中四个阶段之间的相互作用, Walter 等从政治经济学的角度制定了政策三角框架 (Policy Triangle Framework)。该框架对许多国家的卫生政策研究产生了重要影响, 并被广泛应用于卫生改革、心理健康和生殖健康等领域。<sup>[8]</sup>

由于越来越多的利益相关者参与到卫生政策制定进程中, 对网络框架 (Network Frameworks) 也产生了兴趣。网络框架通常用来描述系统各要素和参与者群体间的相互作用, 但网络分析是一个极具争议的学术领域, 对于网络究竟是什么至今仍存在争议。<sup>[24]</sup> 大多数学者认为, 网络是聚拢参与者的集群, 这种聚拢可能是紧密或松散的, 但各自都能从事集体活动。政策网络是某一政策领域内具有共同兴趣的参与者集群, 并且决定政策成败。<sup>[25]</sup> Marsh 等将政策网络看成是包含政策共同体和政策一体化的一个

通用术语<sup>[26]</sup>。政策共同体并不是由几个享有共同价值观并进行资源共享的参与者组成,而是由具有统治力的核心成员加上外围的其他成员组成,并将价值观不一致但具有共同政策目标的诸多群体聚集在一起。网络分析体现了通过决策共享和资源交换来实现共同政策目标的过程。

对于网络分析,学者们在以下方面仍存在很大争议<sup>[24]</sup>:网络是否只是描述性的?它是否具有解释性价值?是否是由美国和英国在政策制定过程发展而来的一个西方概念?是否可以被合理地应用于解决发展中国家的诸多问题?对许多研究人员来说,网络分析方法并不是一种全新的分析视角,而更多的是政策环境和政治体制变化的一种信号。在发展中国家,仅有极少数卫生政策研究者运用网络分析进行实证研究。<sup>[27]</sup>

## 2.2 理论

注重卫生政策理论的发展有利于加深对因果关系的理解,并将破碎的知识赋予连贯性,从而有利于公共政策的发展。这就意味着要将政策进程概念化。

公共政策领域比较重要的理论包括:多源流分析理论(Multiple-streams)<sup>[28]</sup>,间断平衡理论(Punctuated-equilibrium)<sup>[29]</sup>以及自上而下和自下而上政策实施理论(Top-down and Bottom-up Implementation)<sup>[6]</sup>。理论比框架更具体,它假定变量之间的具体关系,并且可以通过实证进行检验或评估。多源流分析理论主要聚焦于议程设置,该理论认为在公共政策制定的进程中,问题、政策和政治在各自独立的“河流”里流动。“问题流”中包含着当今社会所面临的问题,一些已经引起公众关注。“政策流”是一套由研究人员和其他人员提出的解决问题的政策集合,这里面包含了一些具体的想法和建议。政治过渡、民族情绪和社会压力贯穿于“政治流”中。在某些特殊的节点,诸多源流相互融合,在它们相互作用过程中,政策制定的机会就会出现,政府就会采取相应行动。

卫生政策领域的部分学者已经应用多源流分析理论来分析一些特殊的卫生问题是如何提上政策议程的。Reich 确定了一些可以并入“政治流”的其他因素:经济、科学、政客等<sup>[30]</sup>,这些因素是 20 世纪 90 年代儿童健康问题被提上国际卫生议程的原因。Ogden 等也将多源流分析理论引入对肺结核病的研

究,说明了艾滋病(HIV/AIDS)的流行导致了全球政策窗口的开放,推广了现代结核病控制策略(DOTS)。<sup>[31]</sup>

间断平衡理论假设政策制定过程具有以下特点:在一段时期内,政策是相对稳定的,但这很容易被爆发式改革所打断。该理论的重点是“政策图像(Policy Image)”和“政策载体(Policy Venue)”,政策图像是一个具体问题或一系列问题解决方案的概念化。一个图像可能在相当长的时间内占据支配地位,但随着对问题有了新的认识或出现了可供替代的解决方案,占据支配地位的该图像就会受到挑战。政策载体是指决定某些特定问题的一系列参与者或机构的组合。这些参与者可能是垄断势力,但随着拥有不同政策图像的新的参与者的出现,他们最终将会面临竞争。当一种政策载体和政策图像在相当长的时间内占据统治地位时,政策进程将是稳定的或渐增性的。当新的参与者和图像出现时,有可能会发生爆发式的变化。所以,政策进程既有稳定性,也有变化性。

Shiffman 等调查了结核病和疟疾等引发的全球关注,发现此类政策进程是间断式的,而不是理性或渐增性的模式。<sup>[32]</sup>Baumgartner 等将间断平衡理论用于健康问题的研究,发现 20 世纪上半叶美国关于烟草健康危害的媒体报道较少,政府通过农业补贴来支持烟草工业的发展,烟草产品被认为是经济发展的重要引擎,因此美国的烟草工业政策几乎没有变化;20 世纪 60 年代开始,卫生部门行动起来,关于烟草健康危害的报道见诸报端,烟草工业无力对抗烟草健康危害的“政策图像”。

多重实施理论多聚焦于政策制定是自上而下还是自下而上,或是二者的结合。<sup>[6]</sup>Dye 认为,即使在美国这样的民主国家,公共政策制定也依然是采取自上而下而不是自下而上的方式。<sup>[33]</sup>从这一观点出发,公共政策反映了统治精英的价值观、利益和偏好。Dye 将政策的制定和实施分开,认为官僚阶层可能会影响到政策的实施,因此建议监管所有的政策决定以保证在实施过程中不会被轻易改变。另一方面,Lipsky 认为政策的实施极易受到基层官员的影响<sup>[34]</sup>,Hjern 等人进一步深化了这一理论<sup>[35]</sup>。很多文献认为政策目标和政策实施之间存在差距。<sup>[36]</sup>Sattren 综述所有公开发表的关于政策实施的文献,发现在高收入的西方国家,大部分研究都集中于健康教

育政策的实施<sup>[37]</sup>,只有极少数例外<sup>[38-39]</sup>。

研究人员也将一些社会科学的理论应用到卫生政策分析中,如社会学、人类学和组织管理学等。<sup>[8]</sup>专栏2中,Murray 引用了社会学的消费理论来说明智利私营医疗卫生机构筹资对孕产妇保健的影响。<sup>[40]</sup>其他学者引用了社会建设理论来探讨为什么有时公共政策没有达到预定目标,如Ingram等探讨了公共政策制定者如何积极或消极地构建其政策目标人群,导致资源分配不公平,进而影响卫生服务的不公平性。<sup>[41]</sup>

### 专栏2 20世纪80—90年代智利孕产妇保健回顾性政策分析——基于社会学消费理论<sup>[42-43]</sup>

这一研究源于智利卫生部长对全国剖宫产率上升的关注(20世纪90年代中期为37%),对全国卫生统计数据进行分析发现,拥有商业医疗保险的产妇进行剖宫产的人数是拥有国家医疗保险的2倍<sup>[44]</sup>(1994年分别为59.5%和28.8%)。

为揭示这一问题出现的原因,该研究调查了从20世纪80年代到现在的卫生支出情况,并应用社会学消费理论来进行分析。孕产妇保健被认为是可以生产和消费的产品。<sup>[45]</sup>该周期包含四个维度:供给模式、可及性条件、分配方式和患者体验。数据主要来源于记录国家政策变迁的文件和医疗保险部门的数据,以及对政策制定者和执行者的访谈记录。通过对卫生人员和患者进行深度访谈,了解医务人员和患者对孕产妇保健的组织结构、进程、提供方式等的态度。通过产后问卷和查看医疗记录,对孕产妇保健的认知更加具体化。采用与框架分析相类似的方法<sup>[46]</sup>,研究人员将一系列问题进行了详细具体的阐明。研究发现,新自由化金融改革始于20世纪80年代,卫生保健支出的减少催生了私营医疗保险和新型医疗保健组织的发展,最终导致了服务提供方式和患者感受的变化(将产科服务程序化,患者付费减少),而这正是导致高剖宫产率的原因。应用消费周期框架可以帮助人们理解宏观、中观和微观等层面问题,以及政策与政策结果之间的关系。

## 3 卫生政策分析的方法学

中低收入国家的卫生政策分析很少进行明确的研究设计,而是基于某一方法的相对优势加以运用。

不管研究者承认与否,大多数的研究都属于案例分析。<sup>[8]</sup>政策决定通常贯穿于长期的政策进程中,因此时间框架的选择对于研究来说至关重要,同时,时态问题(temporal issues)也影响研究设计,处理好这些因素对研究设计非常重要。

### 3.1 研究设计:案例分析

案例分析是对现实生活中某一单独实例进行深入调查<sup>[47]</sup>,这需要与随机对照研究、模型构建、定量分析等研究设计区分开来。在案例分析的方法学方面,目前已经进行了大量研究,可以提供指导和借鉴。<sup>[47-51]</sup>

一些专家认为,几个关键问题的解决可以显著提高案例分析的研究价值。首先,应该明确这是一个什么案例<sup>[49]</sup>,是一个卫生政策实施失败的案例?将一个国家的卫生政策有效运用到另一个国家的案例?卫生政策网络影响议程设置的案例?还是一个政治因素干扰卫生政策评估的案例?有时,在研究伊始,案例性质可以被清晰界定,而有时要随着研究的不断进行,案例的特征才逐渐显现。<sup>[52]</sup>确定案例性质的过程使得研究人员能够清晰地知道应该运用什么样的知识来开展研究。其次,为什么这个案例值得研究?<sup>[49]</sup>是否为解释替代理论的价值提供了可能性?抑或是一个关于政策效果的特殊案例,有利于研究人员深刻理解哪些因素会影响政策?上述问题的考虑有助于研究人员选择适宜的理论,进而决定采用哪种研究方法。

热带血吸虫病治疗药物可获得性的全球性研究充分考虑了上述问题。<sup>[53]</sup>研究认为这种特效药物的问世并不意味着发展中国家的穷人就会获得此药物。他们认为药物的开发和药物可获得性之间存在差距,这也是热带病治疗领域一个值得关注的话题。此案例揭示了政治和经济因素会对上述差距产生影响,研究人员从如何弥补二者差距方面提出一系列远超出案例本身的建议。

扩大研究案例的数量有利于案例本身的推广。但这样做并不容易,即使单个案例的研究也需要耗费大量的时间和资源,并且要考虑到很多背景因素。比较性案例研究可能还要面临多种语言和文化的挑战,同时获得足够的资金支持也比较困难。尽管如此,卫生政策领域仍然有比较好的案例。

Lee等运用配对实验设计探索国家计划生育项

目实施的影响因素。<sup>[54]</sup> 此研究对孟加拉国—巴基斯坦、突尼斯—阿尔及利亚、津巴布韦—赞比亚和泰国—菲律宾四组国家进行了比较。每一比较组依照社会经济特征进行匹配,但计划生育项目的执行力度不同。通过比较发现计划生育项目的影响因素主要有三个:政策精英联盟、政策风险分担以及筹资的稳定性。Walter 等考虑到孟加拉国、柬埔寨、莫桑比克、南非和赞比亚等国家对国际援助的依赖,对援助协调机制的起源和有效性进行了概括。<sup>[2]</sup> Shiffman 运用议程设置来降低危地马拉、洪都拉斯、印度、印度尼西亚和尼日利亚 5 个国家的孕产妇死亡率。<sup>[55]</sup> 该研究列出了将孕产妇死亡率设置为政治优先议题的 9 个因素,同时也指出,国际捐助者虽然在降低孕产妇死亡率方面发挥了重要作用,但更重要的是各国自身的努力。

总之,这些不同的案例分析揭示了国际比较研究的价值,应用这种方法对相同或不同背景的国家进行比较,可以帮助研究人员得出超越特定国家背景的关于政策演化和实施的一般结论。

### 3.2 研究设计:时态问题

政策分析是对现行政策进行研究,还是回顾或审视政策的发展,都将影响所采用的研究方法。对于某些政治变幻莫测的地区,短时间范围的研究方法有时是适宜的。为了管理政策变化,有些可能需要对政策进程进行实时或前瞻性分析,此类文章一般采用利益相关者分析的方法。<sup>[56]</sup>

政策评价一般需要一个较长的时间周期,但这往往为政治的紧迫性所不容。Sabatier 认为“10 年或更长时间”是大多数政策周期的最短时限,这也是从问题的出现,经过足够的实施经验积累到能对政策效果作出一个相对公正评估的时间。<sup>[7]</sup> 没有预期效果的政策评估也需要较长的时间跨度。长期分析对于重新构建政策实施的轨迹至关重要,这就有必要了解政策实施的社会和历史背景以及政策是如何随时间而展开的,从而明确政策的最终效果。

如此长时间的回顾性研究对数据收集和分析提出了许多挑战。专栏 2 中,智利 1981 年通过立法允许私营医疗保险机构的存在,16 年后,对保险者和被保险者进行了基础数据收集,关于其发展趋势的研究还要在此若干年后进行。没有方法能够确定何时进行此类研究最佳。在这个特殊案例中,研究的起

因是卫生部对剖宫产率上升的关注,同时又受到国际的影响,因此研究中不同方法(定性与定量)的运用变得异常重要。

## 4 卫生政策分析的定位

研究人员在进行卫生政策分析时,面临的一个重要问题就是如何定位政策的制度基础、合法性以及参与的政策团体(Policy Communities)。对他们能否进入到政策环境并进行有意义的研究至关重要,特别是当需要参与到政策精英团体或探讨具有高度政治敏感性的议题时。<sup>[55]</sup> 与其他社会学科相比,很少有卫生政策分析的文献探讨研究人员的“定位”以及可能对研究进程的影响。<sup>[57-58]</sup>

就定位而言,传统的区别就是“局内人”和“局外人”,局内人可能既是政策进程的参与者又是研究人员,若基于国家范围,则指的是国内研究人员。在一些卫生政策研究中,局内人和局外人的身份可能与阶级、性别、种族和专业等因素密切相关。在阐明复杂的政策动力时,局内人看待问题可能与局外人截然不同,这些都会影响到数据的收集和对研究结果的解释。局内人更容易进行研究,能提出更有意义的问题并读懂非语言提示,能够更真实的理解所要研究的内容。但局内人也被指责带有偏见。局外人的优势是对不熟悉的事物充满好奇,并且不会轻易与一些利益群体结盟。<sup>[59]</sup>

如果政策研究团队由“局内人”和“局外人”两部分组成,并且团队的所有成员都能参与到研究结果的积极讨论中,这样的团队会对政策进程有着最为全面的理解。<sup>[11]</sup> 但是,该模式的实施并非易事。虽然这种团队的价值已经得到认可,但政策分析作为一个新兴领域,其存在的合理性在许多发展中国家还有待考证。同时,局内研究人员很难招募,而局外研究人员可能需要花费资金更多并且有时间限制。

研究人员的定位不仅影响数据的可及性而且影响知识建构。研究有可能是基于外部压力驱使。Parkhurst 认为,乌干达艾滋病流行减弱,最初是由非洲对抗艾滋病的一个成功案例所驱使<sup>[60]</sup>,而联合国和其他援助者却对这种成功过度简化。应对外在政治动机的短时间的政策研究存在一定的风险,这种研究往往脱离现实情况,只能揭示其中的一部分内容。

立场能够影响研究人员所关注的议题,进而影响

研究议程的制定以及研究问题的提出。学者们注意到立场与动力和阻力等问题有关,在卫生政策研究的背景下,需要承认南/北动力学(North/South Dynamics)的存在。北半球国家的研究人员拥有强大的资金支持,而南半球国家的研究人员拥有与之有关的知识背景,二者在某些观点上可能会存在分歧。Staheli 等指出研究人员不可能摆脱权力关系,即便他们希望如此。<sup>[61]</sup>通过确定研究的分类,掌握与研究议程有关的信息,制定干预措施等,西方研究人员处在控制地位。

与某种特别的政策环境有关联的研究人员通常关注特定政策的特征,他们可能更关注与政策发展相关的结论而不是对理论或方法学的认知。这会导致此类研究人员参与不同的政策网络,甚至会直接影响到政策团体。此外,他们还会松散的依附于那些开展政策评价的知识团体。<sup>[62]</sup>长此以往,研究的资助者会迫使其成为政策的参与者。一个对政策感兴趣的参与者对于新政策的产生有利有弊,但保持一定程度的合法性对于未来的研究至关重要。在具有高度争议的政策空间,会涉及到一些复杂利益的平衡,而这些平衡限制了一些特定问题的提出。<sup>[63]</sup>当研究人员采取积极立场时,他们的立场可能对研究进程起到推动或阻碍的作用。<sup>[64]</sup>

## 5 推进卫生政策分析的发展

Schlager 认为政策研究具有的特征是:理论结构是“山群岛”,概念、方法以及实证研究所组成的“山麓小丘”混杂其中,这些“山麓小丘”偶尔将山群岛连接在一起。所有这些都称之为“海洋”的描述性工作所包围,但并不隶属于任何一座“大山”。<sup>[7,20]</sup>这句话准确地表达了卫生政策分析的特征。通过对卫生政策分析理论、方法学和立场的探讨,本研究认为卫生政策分析还有待进一步完善。

### 5.1 理论

首先,批判性地运用已有的公共政策分析框架和理论为卫生政策分析提供指导,卫生政策理论的发展也会使实践受益。其次,运用政策研究之外的社会科学理论为卫生政策分析提供证据。

### 5.2 方法学

第一,明确研究设计在卫生政策分析中的重要地位,通过查阅已有的文献,确定卫生政策研究设计的类型。

第二,为了提高卫生政策案例分析的质量,建议尝试更多案例分析的方法。明确案例分析的类型,考虑多个案例之间进行比较。研究假设和选题要明确、具有逻辑性并相互联系,可以被实证所检验。

第三,资助者应支持开展更多的卫生政策比较分析,使结果更具有一般性。如果研究人员能够进行跨国、跨地区和跨机构的合作研究,会进一步增强政策建议的说服力。

第四,运用综合方法(如综合运用定量和定性方法的大样本研究)以及回顾性研究方法,这些研究往往吸收了政策领域内不同学科的方法。

### 5.3 研究人员定位

第一,研究人员要有反思性,包括分析自己所拥有的权力、资源和定位(与研究人员分析政策进程中利益相关者的方法一致),以及在政策议程中的角色(假设他们足够“客观”和“独立”)。

第二,注意政策研究团队的组成和角色,包括“局内人”和“局外人”,这可能与国籍和角色有关。研究人员的定位有可能需要协商,这主要考虑它对数据收集和结果解释的影响。

第三,通过长期的过程培养政策分析的能力,认可不同的政策研究议程并为其提供研究空间。

第四,如果从事卫生政策指导、教育、资助或出版的人员能采用其中的一些观点,卫生政策分析的研究方法将得到极大改进。该建议特别适用于中低收入国家的卫生政策研究。如果能够实行,这些建议也将为政策实施成败的演化过程提供借鉴,并且可以作为政策制定者规划和评估未来政策的工具。

### 参 考 文 献

- [1] Parsons W. Public policy[M]. Aldershot: Edward Elgar, 1995.
- [2] Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis[J]. Health Policy and Planning, 1994, 9(4): 353-370.
- [3] Reich M R, Cooper D. Policy Maker [EB/OL]. <http://www.hsph.harvard.edu>.
- [4] Varvasovszky Z, Brugha R. How to do a stakeholder analysis [J]. Health Policy and Planning, 2000, 15(3): 338-345.
- [5] Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance [J]. Social Science and Medicine, 1998, 47

- (10): 1513-1527.
- [6] Sabatier P A (ed). Theories of the policy process [M]. Boulder: Westview Press, 1999.
- [7] Sabatier P A (ed). Theories of the policy process [M]. Boulder: Westview Press, 2007.
- [8] Gilson L, Raphaely N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of the literature 1994-2005 [R]. Paper presented to a Workshop on Health Policy Analysis, London, 2007.
- [9] Hogwood G, Gunn L. Policy analysis for the real world [M]. Oxford: Oxford University Press, 1984.
- [10] Grindle M, Thomas J. Public choice and policy change [M]. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991.
- [11] Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy [M]. Milton Keynes: Open University Press, 2005.
- [12] Keck M E, Sikkink K. Activists beyond borders [M]. New York: Cornell University Press, 1998.
- [13] Lee K, Fustukian S, Buse K. Health policy in a globalizing world [M]. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- [14] Hajer M A, Wagenaar H (eds). Deliberative policy analysis [M]. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- [15] Exworthy M. Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual frameworks to understand the policy process [R]. Paper presented to a Workshop on Health Policy Analysis, London, 2007.
- [16] Hunter D J. Evidence-based policy and practice: riding for a fall? [J]. Journal of the Royal Society of Medicine, 2003, 96(4): 194-196.
- [17] Brugha R, Starling M, Walt G. The first steps: lessons for the Global Fund [J]. The Lancet, 2002, 359(9304): 435-438.
- [18] Brugha R, Donoghue M, Starling M, et al. The Global Fund: managing great expectations [J]. The Lancet, 2004, 364(9428): 95-100.
- [19] Ostrom E. Institutional rational choice: an assessment of the institutional analysis and development framework [M]. In: Sabatier PA (ed.) Theories of the policy process. 2nd edition. Boulder: Westview Press, 2007.
- [20] Schlager E. A comparison of frameworks, theories, and models of policy processes [M]. In: Sabatier PA (ed). Theories of the policy process. Boulder: Westview Press, 1997.
- [21] Lasswell H. The decision process [M]. Maryland: University of Maryland Press, 1956.
- [22] Brewer G, DeLeon P. The foundations of policy analysis [M]. Monterey: Brooks Cole, 1983.
- [23] Walt G, Pavignani E, Gilson L, et al. Health sector development: from aid coordination to resource management [J]. Health Policy and Planning, 1999, 14(3): 207-218.
- [24] Thatcher M. The development of policy network analyses [J]. Journal of Theoretical Politics, 1998, 10(4): 389-416.
- [25] Marsh D. Comparing policy networks [M]. Buckingham: Open University Press, 1998.
- [26] Marsh D, Rhodes RAW. Policy networks in British Government [M]. Buckingham: Open University Press, 1992.
- [27] Schneider H, Gilson L, Ogden J, et al. Health systems and the implementation of disease programmes: case studies from South Africa [J]. Global Public Health, 2006, 1(1): 49-64.
- [28] Kingdon J W. Agendas, alternatives and public policies [M]. Boston and Toronto: Little, Brown and Company, 1984.
- [29] Baumgartner F R, Jones B D. Agendas and instability in American politics [M]. Chicago: The University of Chicago Press, 1993.
- [30] Reich M R, Govindaraj R. Dilemmas in drug development for tropical diseases: experiences with praziquantel [J]. Health Policy, 1998, 44(1): 1-18.
- [31] Ogden J, Walt G, Lush L. The politics of "branding" in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control [J]. Social Science and Medicine, 2003, 57(1): 179-188.
- [32] Shiffman J. Generating political priority for maternal mortality reduction in 5 developing countries [J]. American Journal of Public Health, 2007, 97(5): 796-803.
- [33] Dye T. Top down policy making [M]. New York and London: Chatham House, 2001.
- [34] Hill M J, Hupe P L. Implementing public policy: Governance in theory and practice [M]. London: Sage, 2002.
- [35] Hjerm B, Porter D O. Implementation structures: a new unit of administrative analysis [J]. Organization Studies, 1981, 2(3): 211-227.
- [36] Hill M J, Hupe P L. Implementing public policy: Governance in theory and practice [M]. London: Sage, 2002.
- [37] Saetren H. Facts and myths about research on public policy implementation: out-of-fashion, allegedly dead, but still very much alive and relevant [J]. Policy Studies Journal, 2005, 33(4): 559-582.
- [38] Kaler A, Watkins S C. Disobedient distributors: street-level



- el bureaucrats and would-be patrons in community-based family planning programs in rural Kenya [J]. *Studies in Family Planning*, 2001, 32(3): 254-269.
- [39] Kamuzora P, Gilson L. Factors influencing implementation of the Community Health Fund in Tanzania [J]. *Health Policy and Planning*, 2007, 22(2): 95-102.
- [40] Murray S F. Illuminating unintended consequences: a case study using retrospective policy analysis linking the macro, meso, and micro. Paper presented to a Workshop on Health Policy Analysis, London, 2007.
- [41] Ingram H, Schneider A L, Deleon P. Social construction and policy design [M]. In: Sabatier PA. *Theories of the policy process*[R]. Boulder: Westview Press, 2007.
- [42] Murray S F, Elston M A. The promotion of private health insurance and the implications for the social organisation of healthcare: a case study of private sector obstetric practice in Chile[J]. *Sociology of Health and Illness*, 2005, 27(6): 701-721.
- [43] Murray S F. Illuminating unintended consequences: a case study using retrospective policy analysis linking the macro, meso, and micro[R]. Paper presented to a Workshop on Health Policy Analysis, London, 2007.
- [44] Murray S F, Serani Pradenas F. Cesarean birth trends in Chile 1986-1994 [J]. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 1997, 24(4): 258-263.
- [45] Edgell S, Hetherington K, Warde A (eds). *Consumption matters*[M]. Oxford: Blackwell Publishers, Inc., 1996.
- [46] Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care: analysing qualitative data[J]. *British Medical Journal*, 320(7227): 114-116.
- [47] Yin R. *Case study research: design and methods*. 2nd ed [M]. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.
- [48] Brady H E, Collier D. *Rethinking social inquiry: diverse tools, shared standards*[M]. Lanham: Rowman and Littlefield Publishers, Inc., 2004.
- [49] George A L, Bennett A. *Case studies and theory development in the social sciences* [M]. Cambridge: MIT Press, 2004.
- [50] McKeown T J. Case studies and the limits of the quantitative worldview[M]. In: Brady HE, Collier D (eds) *Rethinking social inquiry: diverse tools, shared standards*. Lanham: Rowman and Littlefield Publishers, Inc., 2004.
- [51] Yin R. *The case study anthology*[M]. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004.
- [52] Ragin C, Becker H S. What is a case? Exploring the foundations of social enquiry[M]. New York: Cambridge University Press, 1992.
- [53] Reich M R. The politics of agenda setting in international health: child health versus adult health in developing countries [J]. *Journal of International Development*, 1995, 7(3): 489-502.
- [54] Lee K, Lush L, Walt G, et al. Family planning policies and programmes in eight low-income countries: a comparative policy analysis [J]. *Social Science and Medicine*, 1998, 47(7): 949-959.
- [55] Shiffman J, Beer T, Wu Y H. The emergence of global disease control priorities[J]. *Health Policy and Planning*, 2002, 17(3): 225-234.
- [56] Roberts M J, Hsiao W, Berman P, Reich M R. *Getting health reform right: A guide to improving performance and equity*[M]. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- [57] Lincoln Y. Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research [J]. *Qualitative Inquiry*, 1995, 1(3): 275-289.
- [58] Rose G. Situating knowledges: positionality, reflexivity and other tactics[J]. *Progress in Human Geography*, 1997, 21(3): 305-320.
- [59] Merriam S B, Johnson-Bailey J, Lee M Y, et al. Power and positionality: negotiating insider/outsider status within and across cultures[J]. *International Journal of Lifelong Education*, 2001, 20(5): 405-416.
- [60] Parkhurst J O. The Ugandan success story? Evidence and claims of HIV-1 Prevention[J]. *The Lancet*, 2002, 360(9326): 78-80.
- [61] Staeheli L A, Lawson V A. Feminism, praxis and human geography[J]. *Geographical Analysis*, 1995, 27(4): 321-328.
- [62] Haas P. Introduction: epistemic communities and international policy coordination[J]. *International Organization*, 1992, 46(1): 1-18.
- [63] Fassin D, Schneider H. The politics of AIDS in South Africa: beyond the controversies (Education and Debate)[J]. *British Medical Journal*, 2003, 326(7387): 495-497.
- [64] Narayan T. Policy Processes underlying Health and Equity Initiatives in a rapidly globalizing context—a case study from Bangalore, Karnataka, India[R]. Paper presented to a Workshop on Health Policy Analysis, London, 2007.

[收稿日期:2012-09-27 修回日期:2012-10-22]

(编辑 赵晓娟)