

卫生政策与体系研究概述

Lucy Gilson^{1,2*}

1. 开普敦大学 南非开普敦 7925

2. 伦敦卫生与热带病医学院 英国伦敦 WC1H9SH

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.012

Introduction to health policy and systems research

Lucy Gilson^{1,2}

1. University of Cape Town, Cape Town 7925, South Africa

2. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London WC1H9SH, U K

1 卫生政策与体系研究的内涵

1.1 定义与特点

卫生政策与体系研究(Health policy and systems research, HPSR)通常定义为“……通过提升社会组织能力来实现人群的健康目标,并研究不同社会角色对政策制定和执行的影响以及对政策成果的贡献。卫生政策与体系研究属于交叉学科,综合运用经济学、社会学、人类学、政治学、公共卫生和流行病学等学科,揭示卫生体系如何影响并适应卫生政策,以及卫生政策、健康相关因素与卫生体系之间如何相互影响”。^[1]

上述定义阐明了卫生政策与体系研究的主要特点^[2-3]:卫生政策与体系研究属于多学科范畴,是通过问题而不是通过单一的学科和方法来区分不同研究领域;既包括卫生服务研究,又包括健康促进等方面的研究;既关注全球和国际问题也关注某一国家和地区的问题,国际力量对中低收入国家的卫生体系产生重要影响;是对相关政策的研究,既包括政策如何制定和执行,又包括政策参与者如何影响政策结果,旨在解决卫生体系中的政治问题;试图影响卫生决策,即为决策而研究。

更为重要的是,卫生政策与体系研究是一种整合的研究。它将卫生政策和卫生体系整合为一个研究范畴,因为二者之间存在许多联系:卫生政策是经过慎重考虑而采取的一系列行动,方向是加强卫生

体系,目标是提高人群健康水平;对卫生政策的理解不能仅停留在对卫生体系功能和绩效的理解,也需要了解人们对卫生体系的反应,知道卫生体系是如何得以维持或遭到破坏;更好地理解卫生政策演变的政治学,以及利益相关方如何推动政策的制定和执行,有助于理解其如何影响卫生决策,进而采取相应行动以加强卫生体系;关注政策执行,必须熟悉卫生体系的组织动力学(organizational dynamics),这在卫生体系研究中经常被忽视。因此,卫生政策与卫生体系看似属于不同的领域,其实存在着部分交叉重叠,只有把二者整合在一起进行研究,才能提供加强卫生体系的相关理论,进而对卫生决策产生影响。

1.2 关键领域

卫生政策与体系研究主要包括四个领域:卫生体系、卫生政策、发展或加强卫生体系、卫生政策分析。每一个领域都可以通过一系列的定義、概念和框架来理解,从而形成相关的研究问题。同时,这些框架也有助于更好的理解卫生体系的要素和特点,明确卫生体系中不同组成部分之间的关系。

政策研究和政策分析的思路与方法为卫生政策与体系研究的重要组成部分。为更好的执行政策,分析政策结果的影响因素至关重要。了解政策性质和政策变化过程,有助于从崭新的视角揭示参与者

* 作者简介:Lucy Gilson,女,博士,教授,研究方向为卫生政策与体系。E-mail:lucy.gilson@lshtm.ac.uk
本文英文原件参见 Health policy and systems research: a methodology reader, 2012:19-38,略有删减。

及其权力与信任关系如何影响卫生体系绩效。

2 卫生体系

2.1 目标

卫生体系的主要目标是改善健康状况。实现这一目标,不仅需要治疗和预防服务,还要推行健康干预和实现跨部门合作。^[4]

然而,在任何一个国家,卫生体系都是社会体系的一部分,提供的价值远超过健康本身^[5-6],因此,卫生体系的目标还包括:卫生筹资和资源配置的公平性、防范家庭灾难性卫生支出的发生、居民对健康期望的反应和对居民人格尊严的尊重^[7]。其中,后两个目标更需要:道德守信,公民权利;利益相关者参与政策制定,明确卫生服务提供中的责任及尊重公民隐私^[4];通过制定战略和实际行动,建立和维持社会关系,保证卫生资源再分配的可持续性^[8]。

因此,通过提供卫生服务和影响社会关系,卫生体系致力于分析健康的社会决定因素并解决卫生不公平问题。^[9-10]

2.2 要素与特点

卫生体系的要素包括三个方面:

一是服务人群和健康干预措施。其中,人群分为 5 类:寻求医疗服务的患者;对治疗抱有期望的消费者;为卫生体系提供资金的纳税人;享有卫生保健权利的公民;为追求和促进健康而采取行动的人群。^[11]

二是卫生服务的功能,包括:服务提供、卫生人力、信息、医疗产品(疫苗、技术等)、筹资、领导或治理。

三是卫生服务功能的整合^[12],包括:一般的预防与治疗服务和特定健康问题的卫生服务(包括特定疾病控制项目和特定群体的医疗服务);卫生服务提供的模式或渠道,包括不同水平的卫生机构、卫生服务产品的销售点(如药房或商店)和其它战略(如以社区为基础的卫生人员和行动)等;通过混合的服务提供——公立与私立、营利性与非营利性、正规与非正规、专业与非专业、对抗疗法与传统疗法、有偿行为与志愿行为——建立多元化的卫生服务体系^[13]。

2.3 多层次运行

卫生体系的运行涉及宏观、中观和微观三个层面(图 1)。^[13-14]

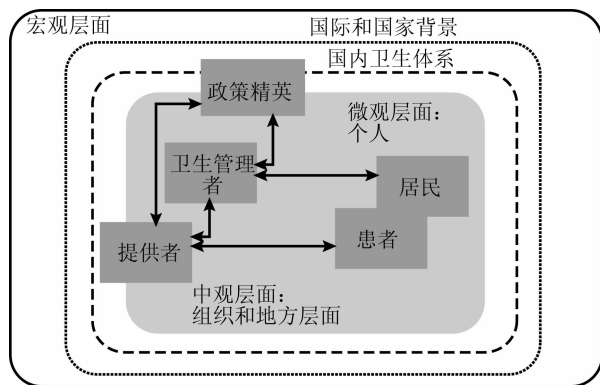


图 1 不同层面的卫生体系

宏观层面主要关注国家的卫生体系,受到国内外环境的影响。在国家层面上,卫生体系可以发挥如下作用:平衡政策、战略、资源配置、卫生人员薪酬体系等要素,与卫生体系总目标保持一致;在卫生服务功能、提供和健康干预之间进行协调;制定政策和规章制度;与居民等卫生体系参与者进行交流;与其他国家机构、国际组织和国际卫生议程之间进行沟通。人们已逐渐认识到国际环境对人群健康和卫生事业发展具有重要影响^[15],如国际贸易、国际援助以及全球经济、气候的变化,还包括多边或双边组织、全球公私合作计划等一些极具影响力的国际组织和参与者。因此,国内卫生体系是一个置身于国际环境的开放性体系,既受国际力量的影响,又影响国际力量。

中观层面一般为地方或组织层面的卫生体系,主要作用有:根据卫生服务提供和健康干预情况对卫生需求和环境作出反应;协调地方参与者;管理卫生服务、医疗活动和卫生人员;监管和培训卫生服务提供者;将国家政策、指导方针与各地实际相结合。

微观层面一般指卫生体系中的个人,包括卫生服务提供者、患者、居民、管理者、政策精英及他们之间的相互关系。此层面个人发挥如下作用:寻求医疗帮助,遵从治疗建议;开展卫生服务提供和健康干预活动;构建良好的医患关系,进行患者随访;卫生体系代理人居民建立广泛的联系;卫生体系内的管理决策和治理。

2.4 各要素之间的相互作用与关系

卫生体系不仅包含多种要素,而且要素之间、个人与卫生体系之间存在着相互作用与关系^[16],这不仅能够改善卫生服务提供,而且有助于卫生体系产生更大的社会价值^[6]。如图 2 所示,单一要素并不

能构成体系,若干要素的有机组合才能形成一个整体。这是一种多重的相互关系,每一要素影响和决定着其它要素,又受其它要素的影响,这种交互影响将这些要素整合成一个体系。^[17]

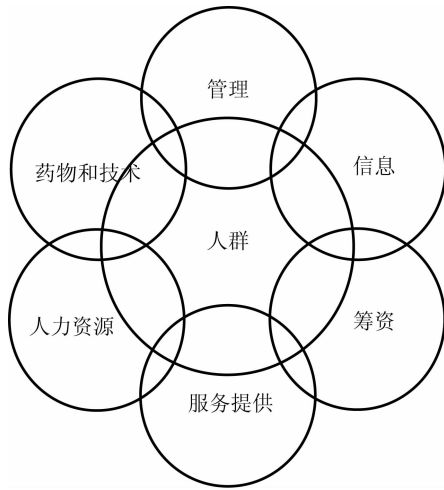


图2 卫生体系各组成部分动态关系

然而,这种相互作用既受到卫生体系中不同软硬件的影响,又影响卫生体系绩效。卫生体系的硬件是指构成卫生体系的组织、政策、法律和筹资框架,以及卫生服务需求;软件是指体系内的各种制度、标准、价值观和程序等。

卫生体系中软硬件一般整合在一起,如筹资机制不仅影响卫生体系的筹资水平,还揭示了卫生体系的价值,此外筹资机制还会影响国民关系、医患关系、卫生服务利用的方式和水平以及卫生体系在遭遇危机或创造社会效益时能够寻求经济保护的程度。^[11]因此,系统思维(system thinking)更加专注于卫生体系的性质及所产生的协同效应,并认识到整体效果要远远大于各个部分之和。^[18]

3 发展或加强卫生体系

如前所述,卫生体系一般由结构要素(硬件)和社会要素(软件)构成。因此,为了辨别发展或加强卫生体系中的行动,研究者需要考虑:能够产生绩效的卫生体系结构性变化,如何影响卫生体系代理人的行为与实践活动及如何确保预期政策的效果。^[18]这些干预行动一般不只是关注某一要素,如按绩效支付(pay for performance)解决的是卫生人力资源和卫生筹资问题。通过治理或信息要素,一些干预行

动策略会引起整个卫生体系变化。^[18]卫生体系中硬件和软件问题都可以在新的问责机制和监管评估机制中解决,同时,新的领导和治理方法更加关注卫生体系的制度性和关联性,在解决软硬件问题方面也能发挥作用。^[19]

某些疾病或特定干预策略如扩大抗逆转录病毒疗法,也会产生系统性的影响^[18],但一般不会单独改善卫生体系,因为这类策略存在缺陷:改进卫生体系的政策选择更倾向于微观层面(个人),而不是中观(地方或组织)和宏观(国家或全球)层面;一些日常活动(培训等)的开展往往以牺牲卫生服务提供为代价^[20];短期目标的实现阻碍了长期战略的开展,不能保证目标实现的持续性(如一些援助项目中取得的绩效结果很难持续)。

表1展示了卫生体系对一些特定卫生服务或项目局限性作出的反应,这有利于找出问题根源。然而这些反应一般需要较长时间才能发挥作用,其执行过程中也很难管理。

表1 卫生体系的局限性以及不同层面的应对措施

局限性	特定疾病领域	卫生体系
资金缺乏:无力支付日常费用	针对疫源性疾病预防、免税、降价	制定风险共担机制
硬件条件不允许:医疗设施的差距	针对疫源性疾病预防、延长服务	慎重考虑卫生投入、医疗机构选址等长期规划
不适宜的卫生技术人员	针对疫源性疾病预防、开展继续教育和培训,以加强卫生人员专业技能	对基本医疗和护理培训课程进行监督,以确保涵盖适当的技能培训
较差的员工激励机制	针对提供特定医疗服务的人员,给予经济激励,发放奖金	建立适宜的绩效评估机制,明确绩效与健康期望的关系,明确工资结构和薪酬体制
较差的人才规划和管理	开展继续教育和培训,以强化专业技能	重组卫生部门,招聘和培养专职管理人员
缺乏跨部门行动与协作	建立跨部门委员会和全国层面的工作组	建立地方卫生体系,吸收来自卫生、教育和农业阶层代表,提高地方领导责任感
私立卫生服务提供者素质较差	针对私立卫生服务提供者进行培训	建立资格认证与监管体制

来源:Travis P et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals[J]. The Lancet,2004,364:900-906.

4 卫生政策与卫生政策分析

4.1 卫生政策

卫生政策一般定义为：“……影响卫生体系的机构、组织、服务和筹资的作为与不作为的过程，包括国家公共部门（政府）和私立部门的政策。但由于卫生受到卫生体系以外诸多因素的影响，因此卫生政策研究人员也会对卫生体系外的某些组织活动感兴趣，如食品、烟草或药品行业等”^[21]。

卫生政策一般是正式的书面文件或指导方针，体现了决策者对能够加强卫生体系、改善健康状况的某一行动的合法化。这些正式文件由决策的参与者（如卫生服务管理者、卫生人员、患者、居民）转化为实际的行动（如服务的管理和提供、医患沟通），在这一过程中，卫生政策会不断吸取实践经验，与当初下发的正式文件有所不同^[22]。因此，政策不仅可以是正式的书面表达，也可以是非正式、非书面的实际行动。^[22]

4.2 卫生政策分析

卫生政策分析是卫生政策与体系研究的核心，也可以理解为发展新政策和支撑决策评估的技术性工作，如确定特定疾病危险因素流行病学分析等。然而，更具政治性或组织性的政策分析方法，应当将政策看作是一个决策过程，而不只是一个过程的输出或一种管理的输入。^[23]

卫生政策分析人员认为政策分析一般包括如下步骤：首先，提出一个需要优先解决的卫生政策问题；第二，定义问题并确定解决此问题所要达到的目标；第三，找出问题产生的原因及其内在联系；第四，拟定解决问题的可行性方案并选择最佳方案执行；最后，进行评估和反馈^[24]。然而，在每个决策过程中，这些步骤并不是连续的或必然发生的，实际上，卫生政策分析人员一般认为政策过程是混乱的。

目前，对政策分析形式的关注已经超越了政策内容本身，而更加关注卫生政策参与者的行为：他们的决策过程及采取的行动；无作为或无意识的行动；政策内容对这些行动的影响等。^[24] 此类分析能够更好地结合系统思维去思考问题^[20]，但也有专家认为卫生政策是政治的同义词，即明确影响决策的人员

及在何种条件下影响决策^[22]。

4.2.1 政策参与者

从国家层面讲，政策参与者主要涉及：公共部门或私立部门中的政策制定人员，包括卫生部门以外影响卫生政策制定的人员、一些国际组织或机构；影响卫生政策实施的人员，如卫生服务管理者、卫生技术人员、患者和居民；试图影响政策进程的人员，如国际和国内的民间社会团体。从全球范围来看，政策参与者还包括一系列的多边和双边组织、新成立的国际公共或私立组织（如盖茨基金会）及跨国公民社会。

4.2.2 政策分析的焦点与形式

政策分析重点关注：个人、组织、国家和国际层面不同卫生决策参与者的角色和利益；权力关系、制度（能约束人类行为的规则、法律、标准和风俗习惯）和思路（争论和证据）对卫生体系运行和政策演变的影响；全球政治经济问题。政策分析试图了解各种力量为何以及如何影响卫生政策制定、执行和评估，包括研究人员如何影响政策制定^[25]，后者需要考虑是否以及为什么具体实践与政策意图之间存在差距。最后，尽管政策分析是回顾性地了解过去的经验，但仍有助于卫生政策的发展和卫生体系的加强。预期的政策分析有助于各种倡议行动的开展^[26]，并且是卫生体系领导和治理的关键^[20]。

卫生体系发展的新方法——全球卫生外交，认为卫生政策参与者之间应与国家或国际间的卫生政策参与者以及卫生体系之外的其他相关人员协同合作。全球卫生外交的典型案例分析包括针对全球烟草贸易的行动、制定世界卫生组织全球卫生人员国际招聘行为守则、努力提高非洲国家的卫生预算等。

5 卫生政策与体系研究的边界

卫生政策与体系研究作为一个新兴领域，人们很少了解其要解决的问题及与其他卫生研究的不同之处。图 3 揭示了卫生政策与体系研究的框架。

5.1 卫生政策与体系研究是什么

卫生政策与体系研究，是研究卫生体系中政策、组织、人群健康问题及其相互关系，以及对卫生体系实践和绩效的影响。卫生政策与体系研究试图解释：卫生体系是什么及如何运行；从健康效益角度如

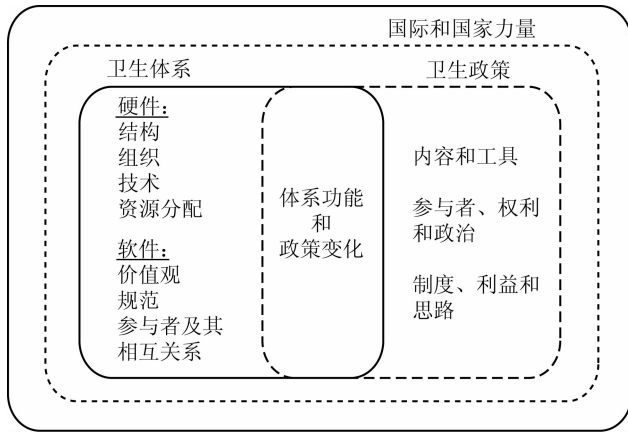


图3 卫生政策与体系研究框架

何加强卫生体系以达到绩效改善的目标;对加强卫生体系的政策议程如何施加影响;如何开展各种行动,以巩固绩效成果。卫生政策与体系研究涉及卫生体系的各个要素,其研究领域需要考虑如下几个方面:政策制定的背景(宏观层面分析);政策制定和执行过程中的进程和制度安排(中观层面分析);某一特定人群对政策演变的影响(微观层面)。^[27]

卫生政策与体系研究不仅包括拥有政策影响力或位于体系上层和核心的政策制定者,也包括患者、居民、卫生人员以及来自卫生体系底层或边缘的管理者。他们在卫生政策与卫生体系方面积累了丰富的实践经验,有助于改进人群健康状况和实现更大的社会价值。^[28-29]同时,卫生政策与体系研究不仅可以在国家或地区间开展,也可以在多个国家之间开展。表2和专栏1列出了与卫生政策与体系研究有关的主题。

表2 卫生政策与体系研究的建议主题

主题	具体问题
卫生筹资与人力资源	社区筹资与国家基本医疗保险 地区级及以下层面卫生人力资源 国家层面卫生人力资源
卫生服务组织及提供	社区参与 卫生服务的公平、有效和高效率 卫生服务组织的方法 药物与诊断政策
卫生治理与管理	治理与责任 卫生信息系统 确定优先议题与循证决策 卫生领域跨部门高效协作的方法
国际影响	全球行动和政策对卫生体系造成的影响

来源: Sanders D, Haines A. Implementation research is needed to achieve international health goals[J]. PLoS Medicine, 2006, 3(6): e186.

专栏1 当前卫生政策与体系实证研究解决的问题

分析和评估卫生体系的某一部分(如分权、卫生筹资);
分析某些特定背景下卫生政策演变经验;
分析和解释烟草公司等跨国企业如何影响国际和国内政策;
分析某个政策参与者对决策的影响(例如健康行为研究、调动卫生人员积极性研究);
评估新的干预措施能否改善绩效及改善的程度,对一些替代干预措施的成本效益进行评估;
了解利益相关者对某一新政策或行动的立场,评估接受新政策或干预措施可能带来的意义;
分析政策执行过程中的一些特殊经验,并对此过程中的各种环境进行分析;
解释整体卫生体系的绩效及变化(例如对灾难性卫生支出的跨国分析)。

5.2 卫生政策与体系研究不是什么

5.2.1 与卫生服务提供、疾病项目研究的区别

卫生政策与体系研究关注在体系层面解决卫生问题所采取的一些行动以及可以改善特定卫生项目绩效的要素,从服务提供角度,主要涉及评估新的卫生服务提供模式或不同卫生服务提供者。然而,卫生政策与体系研究一般会扩大研究焦点,从特定的卫生条件、服务或项目出发,考虑自身的卫生体系和政策背景,这对于持续解决特定卫生问题及提供特定服务或项目至关重要。^[21]

因此,卫生政策与体系研究关注的是卫生体系这一整体,而不是卫生体系的某一部分,尤其关注卫生体系的水平维度(如规划、管理、组织功能)。尽管如此,为了更好的理解体系在应对不同卫生条件和保证项目持续性方面所面临的挑战,卫生政策与体系研究仍会涉及一些特定卫生项目(即体系内的垂直要素)的研究,这些问题一般都有必要从系统层面研究(如艾滋病抗逆转录病毒治疗)或者有助于更好地理解卫生政策和卫生体系发展的动力。^[3]

5.2.2 边界模糊

不同人员会采用不同术语来定义卫生政策与体系研究中的各个部分。在高收入国家,卫生服务研究的开展比较普遍,其出发点是卫生体系的服务提供功能,有时也与其它功能相关。卫生服务研究一般涉及医患关系的研究及优化卫生从业者临床指南的干预行动。卫生政策与体系研究最初由卫生政策和体系研究联盟引进,涵盖了广泛的卫生领域,尽管联盟关注中低收入国家的卫生工作,但卫生政策与体系研究这一术语已经得到广泛认同。卫生政策与

体系研究一般以体系中的某一部分为起点,关注整个政策进程和国际影响力。政策执行和运行方面的研究也是卫生政策与体系研究的一部分,这些研究往往与管理行为存在交叉,不同领域之间没有明显的界线。

首先,由于研究视角不同,卫生政策与体系研究与作为新兴领域的应用科学(implementation science)之间存在差别。^[30]应用科学已逐渐成为改善某些特定卫生服务和治疗干预的有效途径,有利于系统理解临床研究的成果和循证实践,并将其转化为日常工作,从而改善卫生服务质量和效益,目前已广泛用于卫生人员和组织行为影响因素的研究。相比之下,卫生政策与体系研究以深厚的政策执行理论为基础,比应用科学的研究范围更广^[31],它认为应用研究是卫生体系治理的核心,并试图理解各种政策变化是如何产生的,即解决的是“发生了什么以及为什么会发生”,而不是“为什么存在政策执行空隙”。这种方法综合考虑了为卫生体系新理念或干预措施提供支持的一些管理和沟通方面的实践,而不仅仅关注某一要素如一种新的卫生服务提供方式等。此外,卫生政策与体系研究也认为某些权力和信任关系会影响政策执行。

其次,由于卫生政策与体系研究是基于多学科视角,因此,它与专业学科之间的边界也比较模糊,如大多数流行病学研究不属于卫生政策与体系研究范畴,但那些阐明卫生体系绩效或某段时间绩效变化的内容却与之有关^[32];人类学中分析卫生体系功能和绩效、参与者之间相互关系以及对其自身影响的研究也属于这种情况,它一般围绕特定的卫生规划,并不是和卫生政策与体系研究直接相关;政治学和社会学也可以为卫生政策与体系研究提供帮助^[33-34];卫生经济学是卫生政策与体系研究的核心学科,更加关注卫生筹资^[35]和人力资源问题^[36],并不只是对某一疾病治疗技术的成本效益进行分析。从根本上讲,卫生政策与体系研究致力于解决卫生政策和体系方面存在的问题,并提供一些政策见解。

6 理解社会与政治现象的性质

卫生政策与体系研究和广义卫生研究的差异在于对事物性质的不同理解。生物医学、临床研究、流

行病学和经济学研究,都是基于对自然和物理科学的实证理解;而卫生政策与体系研究更加强调社会科学的视角,不仅包含批判实证主义的知识范式,还包含相对主义的知识范式及一系列相关的研究问题和方法学(表 3)。这些知识范式之间的差异形成了卫生政策与体系研究的策略。^[37]

表 3 卫生政策与体系研究中的知识范式要素

知识范式	实证主义	相对主义	批判现实主义
问题类型	政策或干预措施是否具有成本效益?	参与者如何体验并理解不同类型的干预措施或政策?什么是社会进程?这包括了权力关系、具有影响力的参与者的理解和体验	为谁工作?在何种条件下开展工作?
相关学科	流行病学 福利经济学 政治学(理性选择理论)	人类学 社会学 政治学(社会学制度理论)	政策分析 组织行为研究
主要研究方法	演绎法:假设前提 通过调查、利用方案及其他数据记录进行评估 数据统计分析 通过半结构化的访谈进行定性资料的收集	归纳法 包括深入访谈、查阅文献、个人随访跟踪在内的多种资料收集方法	演绎法和归纳法 包括查阅相关文献、访谈、观察等在内的多种资料收集方法

6.1 实证主义

生物医学或流行病学等实证主义研究均基于存在的现象或问题,包含了一系列研究者能够观察和评价的事实,只要排除外界干扰,其中的一些模式、规律和因果关系能够通过实证研究得到确认。实际上,这类研究的主要任务是通过分析和验证假设来发现因果关系。基于这种知识范式的卫生政策与体系研究,主要是为了确定哪一种干预措施最有效。

6.2 相对主义

社会科学是通过社会参与者的相互作用来理解正在调查的社会现象。这一现象并不独立于这些参与者,其形成往往基于参与者的经验及对问题的理解,并随时间推移而变化。从这一角度出发,这类研究重点关注人们的意愿、信仰、价值观等,研究者对现象的观察和解释可以形成相关知识。因此,这一知识范式的卫生政策与体系研究重点关注参与者赋

予社会现象的意义,而不是解释其产生的原因。

6.3 批判现实主义

批判现实主义可以看作是介于前两者之间,虽然认为参与者对社会现象的理解会影响社会变迁,但依然可以独立于社会参与者之外来理解社会现象。而原有的社会结构会作用或反作用于参与者,人类行为会受到一系列个人、团体、组织和社会进程与机构的影响。与实证主义者一样,批判现实主义者试图探讨社会现象产生的原因,但他们通常会采取一种解释性理解(interpretive understanding),即他们不接受那种普遍性的因果关系,相信存在着一系列调解原因和结果的机制,包括那些与参与者和背景有关的因素。因此,对于批判现实主义者来说,其主要任务是构建可以解释社会现象或干预结果的理论和机制。这一视角下卫生政策与体系研究的主要问题是“为谁工作?在何种条件下开展工作?”^[38]

6.4 因果关系、普遍性和学习

在卫生政策与体系研究中融入对社会现象的深入理解,有利于巩固对社会政治学及意识形态对卫生政策与体系研究影响的认知,也会导致这些研究领域在因果关系、普遍性和学习方面存在很大不同。

6.4.1 因果关系

卫生政策与体系研究接受复杂因果关系理论,认为一种结果并不是由单一原因产生,而是多种因素相互作用产生了不可预知的结果。从这一理论出发,卫生政策和卫生体系是不同参与者及对问题的不同理解、不同的干预措施或政策、不同的卫生体系运行方式或者干预措施、政策发挥作用的不同方式等因素共同作用的结果。^[39]

复杂因果关系也可能是由于卫生体系的开放性,导致多种因素相互作用并融入其中。干预措施和政策会随时间和地点不同而产生不同影响^[18],因此,卫生政策与体系研究首先要调查复杂的因果关系,此外,系统思维可为卫生政策与体系研究提供一些见解和观点^[18,39]。

6.4.2 普遍性

卫生政策与体系研究认可多种研究方法,实证主义研究试图得出超越特定背景的普遍性结论,在评价工作方面,正是允许这种普遍性的存在,随机对

照试验已成为研究设计的金标准。因此,卫生政策与体系研究也接受普遍性的理论或分析,并应用于案例研究中。经过缜密的分析过程,从一个或多个案例中得出的结论,往往认为其具有普遍性。^[40]

从研究背景、过程到结果的分析过程中,研究结论逐渐得到抽象和概括。在比较案例研究中,普遍性并不是基于抽样的代表性,而是对具体的某一个或多个案例进行抽象的过程。目前,卫生政策和体系研究领域中,越来越多的研究人员对比较性案例研究分析感兴趣^[11,41];此外,卫生政策与体系研究还包含一部分非普遍性的研究,主要是为了阐明和介绍某一特定或具体的实践经验^[42-43]。

6.4.3 知识产生与学习

最后,卫生政策和体系研究与生物学和流行病学知识的产生和学习不同。实证主义研究倾向于将学习看作是一种工程学行为,即知识从一种模式向另一种模式的转换;而社会科学中的相对主义研究将学习看作是政策制定和执行中必不可少的一部分。^[44]有学者认为,政策教训并不是对某一背景中所实施干预措施的直接复制,相反,这些思路主要来自于对不同背景干预措施的观察,并将观察的结果进行概括,应用于新的环境。

在实证主义研究中,研究者主要是确定不同背景转换的因果关系;而在相对主义研究中,则是在理解和推动政策演变的过程中发挥作用,包括理解社会参与者如何解释社会现实并赋予意义及帮助政策参与者共同寻求解决问题的方法。^[24]

参 考 文 献

- [1] Alliance for Health Policy and Systems Research. What is HPSR? Overview [R]. Geneva: World Health Organization, 2011.
- [2] Alliance for Health Policy and Systems Research. What is Health Policy and Systems Research and why does it matter? A HPSR Briefing Note 1 [R]. Geneva: World Health Organization, 2007.
- [3] Mills A. Health policy and systems research: defining the terrain; identifying the methods [J]. Health Policy and Planning, 2012, 27(1): 1-7.
- [4] Mackintosh M, Koivusalo M. Health systems and commercialization: In search of good sense [M]//Mackintosh M,

- Koivusalo M (eds). Commercialization of healthcare. Houndsmill, Basingstoke, Palgrave, 2005.
- [5] Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution[J]. *Social Science & Medicine*, 2003, 56(7): 1453-1468.
- [6] Mackintosh M. Do health care systems contribute to inequalities? [M] // Leon D, Walt G(eds). *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- [7] World Health Organization. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes; WHO's framework for action[R]. Geneva: World Health Organization, 2007.
- [8] Freedman L P, Waldman R J, Pinho H D, et al. Who's got the power? Transforming health systems for women and children. UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health[M]. London: Earthscan, 2009.
- [9] Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health[R]. Geneva: World Health Organization, 2008.
- [10] Gilson L, Raphaely N. The terrain of health policy analysis in low-and middle-income countries: A review of published literature 1994-2007 [J]. *Health Policy and Planning*, 2008, 23(5): 294-307.
- [11] Frenk J. The global health system: Strengthening national health systems as the next step for global progress[J]. *PLoS Medicine*, 2010, 7(1): 1-3.
- [12] Damme W V, Pirard M, Assefa Y. How can disease control programmes contribute to health systems strengthening in Sub-Saharan Africa? [R]. Antwerp: Institute of Tropical Medicine, 2010.
- [13] Bloom G, Standing H, Lloyd R. Markets, information asymmetry and health care: Towards new social contracts [J]. *Social Science & Medicine*, 2008, 66(10): 2076-2087.
- [14] Allen P, Black N, Clarke A(eds). Issues in studying the organization and delivery of health services[M] // Fulop N (eds). *Studying the organization and delivery of health services: research methods*. London: Routledge, 2001.
- [15] Smith R, Hanson K. What is a health system[M] // Smith R, Hanson K, eds. *Health systems in low-and middle-income countries: an economic and policy perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2011.
- [16] Frenk J. Dimensions of health system reform[J]. *Health Policy*, 1994, 27: 19-34.
- [17] de Savigny D, Adam T(eds). *Systems thinking for health systems strengthening*[R]. Geneva: World Health Organization, 2009.
- [18] Roberts M, Hsiao W, Berman P, et al. *Getting health reform right: A guide to improving performance and equity* [M]. New York: Oxford University Press, 2008.
- [19] Gilson L. Health systems and institutions[M] // Smith R, Hanson K(eds). *Health systems in low-and middle-income countries: an economic and policy perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- [20] Travis P, Bennett S, Haines A. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals [J]. *The Lancet*, 2004, 364: 900-906.
- [21] Buse K, Mays N, Walt G. *Making health policy*[M]. Milton Keynes: Open University Press, 2005.
- [22] Lipsky M. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services* [R]. New York: Russell Sage Foundation, 1980.
- [23] Harrison S. Policy analysis[M] // Fulop N(eds). *Studying the organization and delivery of health services: research methods*. London: Routledge, 2001.
- [24] 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.
- [25] Overseas Development Institute (ODI). How can analysis of power and process in policy-making improve health outcomes? [R]. 2007.
- [26] Buse K. Addressing the theoretical, practical and ethical challenges inherent in prospective policy analysis [J]. *Health Policy and Planning*, 2008, 23(5): 351-360.
- [27] Hudson J, Lowe S. *Understanding the policy process: Analysing welfare policy and practice*[M]. Bristol: The Policy Press, 2004.
- [28] Ssengooba F, Rahman S A, Hongoro C, et al. Health sector reforms and human resources for health in Uganda and Bangladesh: mechanisms of effect [J]. *Human Resources for Health*, 2007, 5: 3.
- [29] Walker L, Gilson L. We are bitter but we are satisfied: nurses as street level bureaucrats in South Africa[J]. *Social Science & Medicine*, 2004, 59(6): 1251-1261.

- [30] Sheikh K, Porter J. Discursive gaps in the implementation of public health policy guidelines in India; The case of HIV testing[J]. *Social Science & Medicine*, 2010, 71(11): 2005-2013.
- [31] Hill M, Hupe P. Implementing public policy[M]. 2nd ed. London: Sage Publications, 2009.
- [32] Masanja H, de Savigny D, Smithson P, et al. Child survival gains in Tanzania; analysis of data from demographic and health surveys [J]. *The Lancet*, 2008, 371: 1276-1283.
- [33] Shiffman J, Stanton C, Salazar A P. The emergence of political priority for safe motherhood in Honduras[J]. *Health Policy and Planning*, 2004, 19(6): 380-390.
- [34] Murray S F, Elston M A. The promotion of private health insurance and its implications for the social organization of health care; a case study of private sector obstetric practice in Chile[J]. *Sociology of Health and Illness*, 2005, 27(6): 701-721.
- [35] O'Donnell O, Doorslaer E V, Rannan-Eliya R P. The incidence of public spending on healthcare; comparative evidence from Asia [J]. *World Bank Economic Review*, 2007, 21: 93-123.
- [36] Blaauw D, Erasmus E, Pagalya N, et al. Policy interventions that attract nurses to rural areas; a multicountry discrete choice experiment[R]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88: 350-356.
- [37] Gilson L, Hanson K, Sheikh K, et al. Building the field of Health Policy and Systems Research; Social Science Matters [J]. *PLoS Medicine*, 2011, 8(8): e1001079.
- [38] Pawson R, Tilley N. *Realistic Evaluation* [M]. London: Sage Publications, 1997.
- [39] Atun R, Menabde N. Health systems and systems thinking [M] // Coker R, Atun R, McKee M (eds). *Health systems and the challenge of communicable diseases experiences from Europe and Latin America*. Maidenhead: Open University Press, 2008.
- [40] Robson C. *Real world research: a resource for social scientists and practitioner-researchers* [M]. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2002.
- [41] Marchal B, Dedzo M, Kegels G. A realist evaluation of the management of a well-performing regional hospital in Ghana [J]. *BMC Health Services Research*, 2010, 10: 24.
- [42] George A. By papers and pens, you can only do so much: Views about accountability and human resource management from Indian government health administrators and workers[J]. *International Journal of Health Planning and Management*, 2009, 24(3): 205-224.
- [43] Sheikh K, Porter J. Discursive gaps in the implementation of public health policy guidelines in India[J]. The case of HIV testing. *Social Science & Medicine*, 2010, 71(11): 2005-2013.
- [44] Freeman R. *Learning in public policy* [M] // Moran M, Rein M, Goodin R (eds). *The Oxford handbook of public policy*. Oxford: Oxford University Press, 2006.

[收稿日期:2012-12-10 修回日期:2012-12-25]

(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

《柳叶刀》杂志:英国国家卫生服务体系仍有待改进

近日,《柳叶刀》杂志发表了题为“*The NHS—no room for failure*”的社论,文章认为,从国王基金(The King's Fund)近期对国家卫生服务体系(National Health Service, NHS)绩效所作的中期评估看, NHS 总体绩效较好,但依然存在一些问题。首先是急诊等待时间较长。为改善这种情况,英国政府和纳菲尔德信托(the Nuffield Trust)机构正在酝酿构建

新的医疗保健评价标准。其次,在未来较长一段时间内 NHS 会面临预算缩减,这会增加医疗管理者的资金压力,因此当前背景下需要探索新的医疗服务模式。更为重要的是,政府需要重建行业信任,否则改革难以成功。

(来源: The Lancet)