

信仰的变革与回归：倡议联盟框架下中国医疗卫生政策变迁研究

李金龙* 王英伟

湖南大学法学院 湖南长沙 410082

【摘要】倡议联盟框架将具有不同信仰的政策联盟之间的博弈作为解释长时段政策变迁的关键性因素，同时将政策变动视为联盟间核心信仰的对立、政策取向的学习和联盟内外部震荡共同作用下的产物。我国医疗卫生政策变迁历程始终伴随着“政府主导型”和“市场主导型”联盟关于公平与效率谁具有优先性的论辩，其演变特征与倡议联盟框架的解释逻辑基本一致。本文以倡议联盟框架为理论视角，对中国医疗卫生政策历史文献进行综合考察后发现：具备不同信仰的倡议联盟是推动医疗卫生政策变革与回归的关键，政策取向的学习推动政策渐进性变迁，内外部震荡则为政策的范式性变迁提供了契机，而政策变革的被动性有余、主动性不足，政府对医疗卫生事业公益属性认识偏差，加之市场经济发育不良是造成医疗政策滞后、行业乱象频发的主要原因。因此，建议通过增强政策的前瞻性、强化内在驱动，为联盟创造更加自由的论辩环境，加强联盟间政策取向的学习等手段以提升医疗卫生政策变革的科学性和有效性。

【关键词】倡议联盟框架；医疗卫生政策变迁；信仰变革；信仰回归

中图分类号：R197 文献标识码：A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.01.010

The reform and faith regained: A study on the changes of medical and health policy under the framework of initiative alliance

LI Jin-long, WANG Ying-wei

School of Public Policy and Management, Hunan University, Changsha Hunan 410082, China

【Abstract】 Based on the advocacy coalition framework, the game between policy alliances with different beliefs is regarded as a key factor contributing to the long-term policy changes. At the same time, the policy changes are seen as the product of the antagonism of the core faith of the alliance, the policy-oriented learning and the internal and external shocks of the coalitions. The change of China's health care policy has always been accompanied by the debate on whether fairness or efficiency should be given priority between "government-led" and "market-oriented" coalitions. Its evolving characteristics are consistent with the explanatory logic of the advocacy coalition framework. Based on the advocacy coalition framework this paper makes a comprehensive review of the historical literature on Chinese medical and health policy, it finds out that advocacy coalitions with different beliefs are critical to the reform and return of the health care policy, policy-oriented learning promotes the gradual change of the policy, while internal and external shocks provide opportunities for policy paradigm change. Besides, the more passive and lack of active initiatives of policy change, the government's bias of the public welfare feature of the medical business coupled with the underdevelopment of market economy are the main causes for lagging medical policy and frequent industry chaos. To this end, it is recommended to highlight the forward-looking policy, strengthen the internal drive, create a more liberal debate environment for the coalitions, promote the learning of policy orientation among coalitions to enhance the scientific and effective medical and health policy change.

【Key words】 Advocacy coalition framework; Changes of medical and health policy; Faith reform; Faith regained

* 基金项目：联合国开发计划署项目（UNDP00056242）；法治湖南建设与区域社会治理协同创新中心平台资助项目
作者简介：李金龙，男（1964年—），教授，硕士生导师，主要研究方向为地方行政制度、公共管理。

E-mail: lijinlong888296@126.com

医疗卫生事业发展水平是衡量群众幸福指数和政府治理能力的重要尺度之一。医疗卫生政策变迁与经济社会发展程度、人民群众的健康水平密切相关。在我国近 70 年医疗政策演变历程中始终伴随着公平与效率优先性的博弈。从建国之初计划经济体制下政府主导、公平优先的医疗卫生政策,到改革开放以来市场主导、效率优先的医疗卫生体制确立,再到 2009 年推行的新医改方案对公平优先性价值取向回归,我国医疗卫生政策基本上完成了一个“制定—执行—重新制定”的循环。倡议联盟框架(The Advocacy Coalition Framework)认为,在至少长达 10 年的政策过程中,该框架才能对某一政策的成功或失败进行较为精确的描述,才有利于从整体上发觉不同行动者所采取策略的价值。政策在基于不同信仰的政策联盟之间的博弈和长时间的实践层面的检验之后,对目标问题的界定又产生了一系列影响,从而引致新一轮的政策循环。^[1]20 世纪 80 年代之后,该框架在加拿大、美国、澳大利亚与中国台湾等一百多个国家和地区得到实践检验,涉及生态环境^[2]、医疗卫生^[3]、能源资源^[4]、烟草控制^[5]等诸多政策领域,被认为是最具政策解释力的框架之一^[6]。因此,本文应用倡议联盟框架这一理论分析工具,对中国医疗卫生事业的发展历程进行解读,试图发现我国医疗卫生政策变迁的内在逻辑,并为之后公共政策的制定提供一定的经验借鉴。

1 倡议联盟框架的理论阐释

自政策科学诞生以来,众多学者为科学地解释政策变迁提出了一系列具有广泛影响的政策过程理论。在 20 世纪很长一段时间内,拉斯韦尔(Haroldn. Lasswell)的“阶段启发法”在政策过程的研究领域一直占据主导地位,但“阶段启发法”在政策过程解释中显示了其优越性的同时也存在着明显的局限性,如过多地强调政策阶段特征,忽视了政策变迁的整体性和延续性,将注意力过分集中于相对短时段的政策现象解释,而对长时段的政策变迁缺乏关注,从而难以从宏观层面对政策变迁进行系统性研究^[7]。因此,在 20 世纪 80 年代,批判和替代阶段启发法的众多政策过程理论开始兴起。其中由保罗·萨巴蒂尔和詹金斯·史密斯提出的倡议联盟框架对政策过程研究显示出较强的解释力。倡议联盟框架认为,虽然参与政策制定的行动者持有不同的政策信仰、价值目标、利益诉求、政策资源等,在一定

程度上增加了众多的可变因素,但行动者个体特征的多样化并不意味着其行动本身的杂乱和无序,政策行动者也并非仅凭借个体能力对政策施加影响,而是通过聚合具有共同信仰的个体,以组织化的方式开展集体活动。^[8]这种结构化的组织即倡议联盟。倡议联盟之所以将“信仰”而非“利益”作为引导政策变迁的核心因素,原因在于尽管利益通常表现为直观的实际利益,而在政策过程中必然要被理念化为政策目标或某类人群对政策的偏好,而且从某种程度上讲,利益需要在相应的理论体系中才能够被清晰的界定,而这种体系的建构是以隐藏于其背后的信念体系为基础。^[9]在依托于信念体系建构的倡议联盟框架中,共享特定的信仰并长期致力于协调政策活动的政策行动者是倡议联盟的行为主体;联盟所拥有的信仰和资源构成了倡议联盟的基础,而联盟内部或不同联盟之间政策取向的学习和政策系统内外部震荡推动着政策变迁。

1.1 核心信仰的差异——不同联盟分异的根源

联盟信仰是倡议联盟框架的核心概念,是解释政策变迁的逻辑起点。^[10]萨巴蒂尔认为,倡议联盟所具有的独特的信仰体系是联盟建构和发展的基础与核心要件。其中,深层核心信仰(Deep Core Beliefs)、政策核心信仰(Policy Core Beliefs)和次要方面的信仰(Secondary Aspects Beliefs)共同构成了倡议联盟信仰体系的基本框架。第一层面的深层核心信仰是一种根植于特定文化、人类本性,强调各种价值的优先性和社会文化认同的信仰,深深影响着人的思维和说教模式,因而很难改变。^[11]第二层面的核心信仰是深层信仰的具体化,主要包括不同政策价值取向重要性的排序,政策问题严重程度及问题原因的判断,官员、专家、民众的角色定位等,由于其涉及的主要问题往往与联盟存在和发展的基本思路密切相关,因而也难以发生实质性的变革。第三层面的次要信仰则在范围上相对狭窄,它是指在核心信仰之下对具体政策问题所持有的观念和态度,如对某一特定区域规章制度的政策意见、特定项目中预算配置方案的态度或对微观政策问题严重程度的判断等,只要联盟内部成员收集到一定的证据、赢得内部其他成员的赞同,就较容易发生变化。^[12]一般而言,深层的核心信仰因覆盖范围广泛、过于宏大而无法在不同的政策联盟间形成显著的差异;次要方面的信仰又因其关注的焦点在于政策的微观领域,无法

对政策过程产生重大影响。核心信仰相比深层核心信仰对个体影响更为显著,而比次要信念中的具体政策偏好对行为的指导更为有效,往往成为粘合联盟成员、与其它联盟保持差别和对立的根源。

1.2 联盟资源及其运用策略——联盟行动的基础

联盟资源是指政策参与者在试图影响的公共政策活动中所使用的各种相关资源。联盟拥有资源的类型和数量是区分主导联盟和次要联盟的主要特征,而各个联盟只有获取足量的联盟资源并运用有效的行动策略,将其内核信念转变为占据主导地位的信念体系,才能够在最大程度上影响公共政策的制定。^[13] 倡议联盟所拥有的资源包括权威性的政治资源、及时准确的信息资源、支持性的民意资源、相匹配的财力资源、较高水平的人才资源等。而联盟资源的运用策略同样对联盟实力的强弱有着重要影响。一般来讲,倡议联盟是在对资源投入和产出进行理性权衡的基础上制定资源的利用策略,其目标是实现联盟政策影响力的最大化或本联盟资源的进一步扩张。如在权威政策资源的争夺上,通过对本联盟核心成员进行一系列的支持和赞助,助力其在政治选举中获胜,从而拓展更高层面的政治资源;通过具有针对性的游说政府活动,获得法定权威机构对本联盟政策主张的认同;在民意资源的扩充上,利用物质给予、劝导诱导的方式获得更多民意支持,或通过开展广泛的民众动员行动和组织群体性活动来赢得舆论的支持。^[8] 在对已有联盟成员的稳固和新成员的吸纳上,充分发挥联盟领导人的才能和魅力,创设共同愿景,保持已有联盟成员对联盟核心信仰的忠诚,同时尽可能地吸纳政策观念摇摆的边缘行动者;在信息资源的利用层面,倡议联盟为使信息朝着有利于自身联盟政策意图的方向传播,往往运用信息篡改、曲解等手段和策略促使联盟资源作用得到充分发挥。对资源相对有限的联盟而言,多样化的策略选择是其获取和积累联盟资源的重要机会;而资源拥有量较大的联盟则主要通过对资源利用策略的优化,促使其上升为主导性政策联盟,从而使本联盟的政策主张进入并影响到正式的政策议程。

1.3 政策取向的学习——引致政策变迁的核心步骤

倡议联盟往往通过政策取向的学习来保持和提升自身优势。保罗·萨巴蒂尔将倡议联盟中政策取向的学习(Policy-Oriented Learning)界定为:相对持久的思想或行为意图的交替。这种交替源自以往的经验和新信息,且主要关注的是政策目标的修订或达成。^[14] 一方面,倡议联盟政策取向的学习既有积极主动的学习行为,同样也有迫于内外部压力、巩固联盟的需要而进行被动学习的成分。一般而言,倡议联盟往往是在压力作用下,以被动学习为主。另一方面,倡议联盟的学习既有内生性的经验学习也有外生性的社会化学习。内生性的学习主要表现为联盟内部经验性的学习活动^[15],外生性的学习则表现为跨联盟的政策学习^[16]。此外,倡议联盟政策取向的学习还表现为对政策背景的学习和对问题的感知以及政策目标的学习。然而,政策取向的学习并非是完全意义上的学习过程,其必然受到本联盟核心信仰的制约,而对新接收的内容进行“感知过滤”^①,所学习到的内容也是经过筛选的结果。^[14] 因此,过滤后的学习活动并不会对联盟的核心信仰构成根本性威胁,而只可能引发信仰次要方面的变革,难以推动政策的范式性变迁^②。因而,在这一意义上,政策取向的学习虽是政策变迁的重要条件,但并非充分条件。

1.4 内部震荡及外部震荡——推动政策变迁的动力机制

倡议联盟框架认为,常态下政策取向的学习难以对政策变迁产生根本性影响,只有发生较为激烈的内部震荡(联盟内部爆发的突发性事件)或外部震荡(社会经济转轨、统治联盟变化、民意偏向发生重大变化等),政策变革才有可能使政策实现重大的、范式性变迁。一般而言,内外部震荡事件统称为外部事件,其发生具有显著的随机性和偶然性以及不可预测性,难以被有效控制。^[17] 其中外部事件的发生往往触发潜在焦点性事件^[18],由此引发的内部震荡往往暴露了原政策系统的弊端,不仅会触发其它群体对主导联盟政策取向的质疑,也有可能成为重新配置关键政策资源、打破原政策平衡、实现政策

① “感知过滤”:从心理学上讲,人对事物的认识或感知易受自身已有的价值观念和过往经验的影响,所得出的认识是经自身价值观“过滤”后的结果。倡议联盟在进行政策学习过程中也会受到自身价值取向“过滤”的制约,倾向于吸收符合自身联盟信仰的内容。

② 政策范式性变迁是指区别于常规性政策变迁的重大突破性政策变革。

变迁的导火索。^[19]由此看来,联盟内部震荡在深刻触动原主导联盟的同时也为次要政策联盟进入政策议程创造了机遇。而社会经济条件的变革、民意的转变等外部震荡则对部分联盟的可支配资源产生重大影响。如在由计划经济向市场经济过渡的社会转轨时期,计划经济的力量被削弱,而以市场经济为基础的总体趋势形成,那么在社会经济的众多领域中,原先以计划为核心信仰的倡议联盟就可能迅速处于下风,而推崇市场在某领域应发挥主导性作用的联盟则可能在这一转型期获得大量的权威性政治资源,使得该联盟的实力和影响力迅速增强。外部震荡为重大政策变迁提供了有利时期,然而只有当次要联盟及时准确地捕获并充分利用这一由震荡引发的机遇,才能借此机会将自身的政策主张提升到政府政策议程^[20]。因此,联盟内外部具有不稳定性的震荡期,同时也可能是引发政策变迁的机遇期。

2 中国医疗卫生政策演进历程回溯

2.1 政府主导、公平优先阶段(1949—1978 年)

建国初期到改革开放之前,我国逐步建立了政府主导的计划经济体制。政府基本上扮演着全能型政府的角色,且医疗卫生事业的性质被界定为纯公共物品,医疗产品的生产和配给均由政府制定,特定社会群体的医疗责任也均由政府承担。该时期政府以公平为价值导向、以公共利益优先为原则,通过手中的公权力来配置医疗资源,针对不同的社会群体建立了差别化的医疗制度。在城镇职工医疗保障方面,1951 年政务院颁布的《劳动保险条例》标志着面向国有和集体所有制企业职工及其家属的医疗保障体制建立^①;政务院在 1952 年颁布了《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》标

志着面向国家机关和事业单位工作人员、革命残疾人、高校学生的公费医疗保障制度建立^②;农村医疗保障领域,我国在农村社会主义改造基本完成的基础上,于 1956 年全国人大第一届三次会议上颁布了《高级农业生产合作社示范章程》,预示着面向广大农村地区居民的合作型医疗保障体系形成^③。这三重医疗制度虽然建立在相对公平的基础之上,但由于当时经济积累较少、财政压力大,投入医疗卫生事业的总经费不足,导致医疗卫生资源严重匮乏、医疗制度保障能力有限。因此,这一时期医疗服务基本上处于低水平、低层次的运作阶段。

2.2 由政府主导向市场转型阶段(1978—1992 年)

改革开放以来,家庭联产承包责任制的推行促使我国农村生产力得到解放,个体农业生产得到发展,集体经济趋于瓦解。因而,基于集体经济的农村合作医疗制度逐渐退出历史舞台。原由村集体和农民双方共同筹资转变为农民个人自筹,医疗政策在对农村居民保障方面的缺口被打开。而当时城市医疗保障方面的情况也不容乐观,城市医疗行业面临政府经费投入严重不足、医疗资源短缺、公立医院亏损严重等问题。根据相关数据显示,1979 年全国医院亏损额达 5.8 亿元,1984 年亏损达到了 9.5 亿,卫生部门提供的服务越多,亏损越严重。^[21]为解决公共医疗资源供应不足的问题,国务院于 1980 年批准了卫生部制定的《关于允许个体开业行医问题的请示报告》,这一引入私人行医的做法打破了公立医院一家独大的局面,为医疗资源市场化改革迈出了关键性一步。为调动公立医院的积极性、弥补经费不足,卫生部于 1981 年颁发了《关于加强卫生机构经济管理的意见》,以鼓励公立医院增收节支。1985 年起,国家又放开了医疗机构为某些特定的新型医疗技术和医疗服务定价权限。^④ 1989 年将政府资助从医院

① 1951 年 2 月 26 日,中央人民政府政务院颁布的《中华人民共和国劳动保险条例》是首次关于劳动保险的基本法规,文件对保护国有企业和集体企业职工的健康,减轻企业职工的生活困难以及促进社会主义经济建设起到了积极作用。

② 1952 年政务院颁布的《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》中要求国家财政预算专门设置公费医疗经费,国家机关和事业单位的工作人员和离退休人员、在乡二等乙级以上残废军人、大专院校学生享受基本免费的医疗服务。其公费医疗制度覆盖面不大、普及率尚不高。

③ 《高级农业生产合作社示范章程》是建立在农民集体经济组织农业生产合作社基础之上的制度规范。其中第九章第四十一条规定:合作社对于因公负伤或者因公致病的社员要负责医治,并且酌量给以劳动日作为补助;对于因公死亡的社员家属要给以抚恤。具有农村合作性质的医疗保障服务虽在一定程度上保障了广大农村居民的医疗卫生权利,但将保障对象限定在“因公损伤”范围内,仍有一定的局限性。

④ 1985 年,国务院批转了卫生部于 1984 年 8 月起草的《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》,其基本改革思路是模仿国企改革,通过“放权让利,扩大医院自主权,放开搞活,提高医院的效率和效益”,具体办法则是“只给政策不给钱”,为医疗机构通过提升新技术诊疗设施应用价格打开方便之门。

的经费盈亏保障中抽离,允许医疗机构通过提供各种医疗服务增加收入,且为调动医院和医生的积极性,将医疗工作人员的工资及福利制度与医院的创收挂钩,医疗领域的市场化水平在这一时期得到大幅度提高。

2.3 市场导向、效率优先阶段(1992—2005年)

1992年,中共第十四次全国代表大会确立了社会主义市场经济的发展方向。市场经济发展思路的确立进一步加速了医疗改革的市场化进程。同年,国务院下发了《关于深化卫生医疗体制改革的若干意见》,卫生部也提出公立医院要坚持“以工助医、以副补主”^①的战略方针以增收节支。这些意见和方针的出台为医院和医生谋取利益拓展了空间,医疗供方的亏损逐渐转嫁给需方,政府对医疗供需双方的补助性支出进一步降低。2002年,我国部分地区施行的医院完全市场化改革,得到了中央政府的肯定和支持。随着《关于城镇医疗卫生体制改革的指导意见》的出台,私立医疗机构在全国各地呈现井喷式增长,社会资本大量注入医疗服务行业,政府在医疗资本支出领域全面撤离,医疗效率得到前所未有的提高,医疗卫生市场化的覆盖局面形成。

2.4 政府责任强化,公平优先、兼顾效率阶段(2005—2016年)

在我国医疗卫生市场化改革的大背景下,医疗资源分配不均、公平缺失现象加剧、群众看病难、看病贵等问题逐渐凸显。^[22]这些问题的不断涌现,受到了全社会的广泛关注,对政府的医疗市场化改革政策形成了强烈的拷问。2004年时任国务院总理温家宝在政府工作报告中指出,要加强公共卫生体系建设,力争用3年时间,基本建成覆盖城乡、功能完善的疾病预防控制和医疗救治体系,提高应对重大传染病等突发公共卫生事件的能力。2005年温家宝在第十届全国人大三次会议上指出,要切实解决群众看病难、看病贵的问题。时任国家主席胡锦涛指出在医疗领域应强化政府责任,确保医疗卫生的公益性质,着力构建全民享有的基本医疗卫生服务。2008年起中央开始向各省级政府机关、民主党派、社会团体征集意见,并进行了广泛而深入地调研,开始着手新一轮的医疗卫生体制改革。2009年,中共中央、国务院公布了《关于深化医药卫生体制改革的意

见》,规定了医改的宏观总体目标、基本原则以及改革的重点、难点和基本步骤。该意见的发布对基本医疗卫生事业的公益理念进行了强化,医疗改革向公共利益回归,兼顾效率的价值取向得到了彰显。

3 中国医疗卫生政策变迁的倡议联盟框架解析

3.1 信仰变革:由公平优先转向效率优先

公平和效率的探讨在社会经济发展的众多领域均是一个热点话题。在医疗卫生领域,政府主导型的方案更加倾向于通过政府的政策调控和资金投入,维护医疗卫生事业的总体公平,而市场主导型的方案则信仰市场在调节医疗卫生资源方面更具效率。1949—2005年,我国的医疗卫生政策总体上经历了由政府主导型向市场主导型转变的历程。建国后,随着计划经济体制的建立,我国医疗卫生事业呈现出政府大包大揽的局面。主张医疗卫生应由政府提供的政府主导派,在这一宏观经济模式下,他们无论是权威性政治资源、民意资源还是信息资源均具有压倒性优势,而主张医疗卫生资源应由市场供给的市场主导派则基本上销声匿迹。关于医疗卫生资源的政府主导倡行公平性优先还是市场主导倡行效率性优先为核心信仰的对立联盟直到改革开放前才逐渐形成。因此,本文将讨论的重点置于我国计划经济发展后期两大联盟基本呈现的基础上进行分析。

3.1.1 联盟的信仰及资源

认同政府在医疗卫生资源的配置中占据主要地位的政府主导派主要由以下人员组成:(1)权威性政府机构如国家卫生部,90年代初期开始对医疗服务的市场化和医院创收功利化提出质疑。(2)公立医院卫生机构内部的医生和领导。他们认为相比私人开办的医疗卫生服务机构,公立医疗机构的医疗产品及服务的安全性和可靠性更加值得信赖,在国家的资助下群众获得医疗卫生服务的权利能够得到切实的保障。(3)部分地区的政府官员。部分经济发展水平较高的地区财力较为充足,医疗支付能力较强,并不主张将医疗产品和服务市场化。(4)部分主张政府主导的专家学者。如认为教育、医疗等公共产品具有其特殊性,市场对医疗资源进行配置极易导致市场失灵,因而必须由政府主导进行运作。(5)大量民众。政府对医疗资源的投入在一定程度上减轻了民众的医疗负担,

^① “以工助医”,是指医院通过自办工厂或其他副业,以工厂或其他副业的所得来补助、增加医院的收入;“以副补主”是医院组织多余人员兴办为医疗卫生工作服务的第三产业或小型工厂来补足医院财务缺口。

普通群众对市场化改革后的药价上涨问题感到忧虑。政府主导型联盟的核心信仰是公平优先。在次要层面的信仰上,政府主导型联盟认为,加大财政投入、技术投入并优化资金的配置结构是实现医疗卫生事业发展的有效途径,通过财政拨款基本上能够满足广大群众的医疗卫生需求。从政府主导型联盟所占有的资源来看,卫生部等政府机构为其提供了较高的权威性政治平台,如其有权制定部分规章,对私人企业进入医疗行业进行管制,甚至能够对不合规运行的非公办医疗机构进行处罚。

认同市场应在医疗资源的配置中占据主导地位的联盟主要由以下几类群体构成:(1)国家财政部门。财政部门认为将医疗卫生资源的配置活动转移到市场是缓解国家和地方财政压力,弥补公立医院长期亏损的重要途径。(2)民营医疗机构。该机构是市场化的重要活动者。医疗卫生事业长期由公立医疗机构供给,挤压了其发展空间,自身的积极性难以得到发挥,他们拥有的医疗卫生资源难以得到认可,只有打破公立医院的垄断格局,实现市场资本注入才能提高其生存能力、拓宽生存空间。(3)劳动与社会保障部门。保障私人进入医疗行业的权利是调动民间医疗资源参与医疗卫生供给、提高就业率的重要方式。(4)部分地方政府。我国部分地区经济发展水平较低,政府的财政支付能力较弱,单纯依靠政府进行医疗资源的供给极大地增加了政府负担,鼓励和支持市场介入医疗领域是缓解政府压力的必由之路。(5)人才资源。部分专家学者认为,医疗卫生的市场化改革并不必然导致医疗价格上涨、医疗产品和服务以次充好等种种医疗乱象出现,相反正是没有进行深入市场化改革的结果。中国医疗卫生事业能否取得快速发展取决于是否推行真正的市场化改革。

市场主导型联盟的核心信仰是效率。政府主导型的医疗卫生产品和服务的供给事实上是对市场资源配置能力的质疑,而市场主导型联盟则对市场的作用深信不疑。该联盟认为,中国医疗卫生产品和服务长期低水平发展很大程度上是由于政府过度地干预医疗卫生事业的发展,不仅没有充分调动医疗服务供给的积极性,而且严重扭曲了市场规律,抑制了市场潜力发挥,闲置了大量的民间医疗资源。反对政府主导联盟的次要层面的信仰是,只有通过健全市场机制,减少政府干预,实现医疗卫生行业真正的市场化才能从根本上提升医疗卫生发展水平。

从资源层面来看,市场主导型联盟因获得了财

政部、劳动与社会保障部等政府机构的支持,在上层政策的制定领域能够发挥较大的影响力。国家财政部对全国各地医疗资源的政府投入信息均有清晰地掌握,能够为联盟间的竞争提供可靠的财政数据支撑。民营医疗机构在市场经济的发展浪潮中获得了难得的历史机遇,民营机构往往通过积极组织行业协会、集体建言献策等方式和手段增强整体影响力,为联盟间博弈增加获胜筹码。部分专家学者往往通过实践调研、学术研究,掌握着前沿的信息资源,成为支持市场化改革的重要推动因素,成为与政府主导型联盟进行论辩的中坚力量。

3.1.2 外部震荡:国家经济大环境由计划经济向市场经济转型

改革开放之初,关于医疗卫生产品和服务的供给到底是政府主导还是市场主导,联盟双方进行了激烈的讨论,虽然政府主导型联盟在拥有自身资源的同时也得到了大量民意的支持,但当时出现的重大外部震荡,即计划经济向市场经济过渡的宏观政策取向,对市场主导型联盟形成了极为有利的局面,特别是在 1978—2005 年医疗卫生政策取向朝着市场化方向迈进。

倡议联盟框架认为,联盟外部震荡往往会对不同联盟实力对比产生极大的影响。宏观经济发展方向性的转变使政策取向发生重大范式性变迁的可能性上升。随着 1978 年改革开放的启动,以及 1992 年中共第十四次全国代表大会上市场经济体制的确立,我国的社会政策历经了重大转型,经历了一次深刻的范式性转移。^[23]在众多原由政府大包大揽的领域,大都进行了市场化改革,而且取得了一定的成效。该时期坚持公立性医疗卫生产品和服务供给的联盟一度被认为是不能与时俱进的保守派,只有进行市场化改革才是解决医疗行业体制僵化、工作人员积极性下降、医疗资源供给效率低下的必由之路。1979 年,时任卫生部部长钱信忠强调,卫生部门也要按经济规律办事。这种市场意识的形成和强化,加深了中央对市场化改革重要性的认识,以至于 1978—2005 年中央政府紧锣密鼓地推出了一系列符合市场主导型联盟信仰的政策方案。

3.2 信仰回归:由效率优先回归公平优先

3.2.1 联盟力量的变化

首先是民意资源的倾斜。民众对市场在医疗卫生领域逐利性的感知和公平感的缺失,使民意更加倒向政府主导型联盟一方。市场和政府对医疗卫生

事业的调节是一种此消彼长的关系,市场化的强势推进,进而在医疗行业占据主导性地位,意味着政府资本注入的快速收缩。市场机制的介入,必然更加注重对效率的追求,尽管市场化在一定程度上提升了医疗服务的供给能力,调动了广大医疗机构及其工作者的积极性,但却使医疗服务的公平性受到严重挫伤,市场的效率意识和资本的逐利倾向逐渐引发了人们对医疗机构“是不是掉到钱眼里了”的质疑。而政府投入的迅速减少,甚至在某些领域直接退出,导致了城市劳保医疗和公费医疗的资金匮乏,农村合作型医疗的解体。民众在享受医疗服务中自付比例大幅上涨,甚至是全额支付,普通民众的医疗负担明显增加。看病难、看病贵等问题在这一时期显得尤为突出。民众将医疗产品和服务的供给寄希望于政府的调节和控制,政府主导型联盟因此积累了大量的民意资源。

其次是专家媒体的评价和报道。王绍光认为,长期以来我国在“效率优先、兼顾公平”理念的指导下推进改革发展,把经济发展和分配的效率放在了首要位置,而忽略了社会政策的意义和价值,可以说自20世纪70年代末到90年代中期前,我国过度关注经济政策而忽视了社会政策。以市场为导向的医疗卫生事业改革不仅不利于解决医药费用快速上涨问题,甚至使原有问题更加恶化。在医疗卫生保障体系尚不健全的情况下,弱势群体对卫生服务的可及性大大降低,使得医疗卫生的公平性受到极大地挫伤。医疗行业对利益的追逐盛于对患者健康本身的尊重,医疗改革已经与公益化的医疗服务理念背道而驰。^[24]民众的看病难、看病贵问题引起了媒体的广泛关注和持续报道,相关媒体对医疗行业从业者通过过度医疗谋利甚至损害患者利益的行为进行了较深刻地抨击。2005年7月28日,《中国青年报》转载了国务院发展研究中心发布的医改研究报告,报告称改革开放以来医疗卫生领域的市场化违背了医疗事业的发展规律是医疗改革不成功的关键所在。2005年9月,联合国开发计划署驻华代表处发布的《2005年人类发展报告》同样认为,中国医疗的市场化改革总体来讲是失败的。医疗体制改革并没有使广大普通民众特别是农民受惠。专家论证和媒体广泛而深入的评论,使政府不得不开始重新思考医疗行业深入市场化改革的科学性和可行性。

第三是权威性政治资源的倾斜。2005年3月,时任国务院总理温家宝在第十届全国人大三次会议

上指出,要切实解决群众看病难、看病贵等问题。由此看来,国家权威性政治资源开始向有利于政府主导型联盟的方向倾斜。

3.2.2 政策取向的学习

2005年之后,联盟之间展开了广泛的政策取向的学习。市场主导型联盟发现医疗行业的市场化改革仍然依赖于政府对基本标准的制定和有效的市场监管,寄希望于市场自动调节医疗资源配置并不合理。一是民众对医疗产品和对一般商品的消费观念存在很大差异。其在医疗产品的购买上往往是非理性、逆市场规律的。为减少诊疗风险、获得更优的医疗资源,宁愿选择更昂贵的医疗产品,支付更多的医疗费用,如为挂专家号愿意支付更多的金钱和时间成本,为了诊断准确宁愿前往大型医院就医,因而基于医疗行业需方的非理性因素考虑,市场规律某种程度上是失效的。强制推行市场化反而会使普通患者降低除医疗支出外的可支配收入,增加其生活负担。二是医疗服务供给者具备天然的机会主义属性。^[25]如果政府不能采取有效的措施,在医疗服务供给过程中发生道德风险和逆向选择可能性大大增加。加之不合理的支付方式和扭曲的医疗服务价格体系,医院的逐利行为难以得到有效监管,医疗成本将难以得到有效控制,医疗费用也不可避免地继续飙升。医疗市场化改革以来的种种乱象使市场主导型联盟意识到,因医疗市场存在严重信息不对称问题,由市场本身进行医疗资源调节反而可能导致医疗机构为牟利而使患者进行不必要的诊疗,浪费医疗资源。市场主导型联盟之间政策取向的学习只是针对其信仰的次要方面,即对具体问题的重新认识、监督手段和规范工具的学习,并未动摇其联盟的核心信仰。

政策制定者在听取了联盟双方的意见之后,医疗卫生管理思想发生了一定的转变,并采取行动开展了广泛的实际调研活动。如2005年卫生部制定了医疗体制改革的征求意见稿,虽然意见征集发生在政府内部,但据参与意见征集的专家认为,此次意见征集对公立医疗机构的公益属性有了更加清晰的认识。2006年温家宝在吉林省人民医院调研时强调要充分发挥公立医院的作用、提高医疗产品的使用效率、增强医疗工作者的积极性等。^[26]此外,国务院于2008年先后召开两次常务会议对《深化医疗卫生体制改革的意见(征求意见稿)》进行审议,并向各省、各部委、民主党派、人民团体征求意见。^[27]政府广泛开展的调研、意见征集活动是政府进行政策取向

学习的表现,是对以往认识的审慎思考和重新判断。

3.2.3 内部震荡

医疗卫生政策的价值选择不仅受制于同时期的社会、经济、文化、技术等外部因素,同时与卫生体系震荡产生的内在动力有密切关系。2002 年 11 月 16 日非典型肺炎自广东顺德爆发,2003 年初,SARS 疫情在全国广泛蔓延,迅速波及内地的 266 个县市,感染人数达 5 327 人,死亡 348 例,这引起全社会的戒备和恐慌,直到 2003 年 6 月 24 日世界卫生组织(WHO)才将中国大陆从疫区中除名。据亚洲开发银行统计数据显示,中国大陆经济损失额达 179 亿美元,占我国 GDP 的比重达 1.3%。^[28]虽然 SARS 的爆发具有突发性、偶然性,但充分暴露了我国公共卫生体系的薄弱之处,中央政府不得不对我国的公共卫生体系进行深入反思。政府主导型联盟认为,长期以来政府对医疗卫生事业的投入不足,使得全国范围内基本公共医疗体系不健全,难以抵抗突发事件。SARS 疫情结束之后,政府大幅度增加公共医疗卫生资源的经费投入,特别是在基础医疗更为薄弱的农村地区,以弥补长期以来我国公共医疗卫生资源的不足。此外,江苏省宿迁市将公立医院产权进行的“卖光式改革”也引起了重大争议。2000—2004 年,宿迁市将全市所有公立医院进行了改造,将政府从公办医院中撤出,大量引入民营资本。^[29]这一改革举措进一步引发了政府主导型联盟对市场化改革的强烈质疑,相关专家认为,宿迁医改是局部理性的结果,并不具有普遍性意义。^[30]中央政府也对过度的市场化改革持有疑虑,未对宿迁医改推广价值给予积极的肯定,而这一事件的爆发反而对加速政策变迁起了催化作用。

综上所述,2005 年以来,政府主导型联盟的实力上升,市场主导型联盟实力下降。联盟间进行政策取向的学习同时,又在公众舆论、专家评论、突发性事件压力的综合作用下,中央政策开始向着有利于政府主导型联盟的方向发展。自此,历经十余年的社会政策“失踪”期后,我国政府开始“重新发现”社会政策。各级政府陆续推出各类社会政策,重建国家在公共服务和社会福利等方面的政策体系,进而出现了前所未有的社会政策扩展期。^[34]中共中央、国务院于 2009 年 3 月 17 日下发了《关于深化医药卫生体制改革的意见》,标志着新时期的医改正式进入政府推进议程。新医改立足于民众面临的实际问题,加快建立健全覆盖城乡的基本医疗卫生制度,这是对医疗公益性质的彰显,是公共政策公平优先、兼顾

效率价值取向的回归。然而,需要明确的是,不同时期的医疗卫生政策的价值取向虽各有侧重,但无论是信仰政府主导联盟还是市场主导联盟均有其积极意义,并不应当因为政策取向的转变而抹杀其存在的合理性和科学性。此外,该时期医疗政策对公平取向的回归,与建国之初的状况并不能等同。相比之下,新医改是建立在我国经济社会等方面有了丰富积累、对全民基本医疗服务均等化追求的基础之上,因而也是更高水平、更高层次的公平追求。

4 小结与讨论

中国医疗卫生政策的变革历程印证了倡议联盟框架的基本观点和解释逻辑。医疗卫生政策领域的政府主导型和市场主导型联盟核心信仰的对立、两联盟间政策取向的学习以及在内外震荡中实力对比的变化,均与倡议联盟理论的解释框架相吻合。同时,在对中国医疗卫生政策剖析的基础上发现,医疗卫生政策的制定环节滞后于实践发展需求,主要归因于占据主导地位的政策核心信仰转变过程的复杂性和缓慢性。公共政策的变革过分依赖外部事件的驱动,往往在现实矛盾显著发生的情况下进行改革,政策变迁被动性有余、主动性不足;政府对其在医疗卫生领域应承担的责任、医疗卫生事业公益属性的认识偏差,加剧了医疗卫生改革的波动性和曲折性;在医疗卫生市场化改革阶段,政府的主体作用缺位、责任缺失,缺乏对市场主体的有效监管,加之市场自身发育不良,导致医疗市场乱象频发。

因此,我们认为应从以下几个方面着手对中国医疗卫生政策进行优化:首先,应树立前瞻性思维、强化内在驱动。充分认识和把握政策变迁的规律性和方向性,积极主动地发掘现行政策存在的问题,化被动性的政策制定为主动性引导,增强政策过程的稳定性、协调性。其次,强化政府的责任意识和公共精神。当前我国市场经济并未发育成熟,政府引导不足和监管不力必然加剧市场失衡,甚至引发市场秩序紊乱、医疗事业的公益性缺失。因此,应强化政府的责任意识和公共服务意识,从维护公共利益出发,保障公共政策的公共性。同时,规范政府责任边界、防止对市场可有效调控领域的过度干预,提升治理效能。第三,医疗卫生领域的倡议联盟所倡导的政策信仰均有其合理性,中国的医疗卫生政策取向的选择也并不是“非此即彼”的关系。因而,应为不同的倡议联盟创设更加自由的论辩环境,鼓励和引导不同联盟间政策取向的学习,广泛听取倡议联盟的政

策意见,充分调动联盟参与政策制定的积极性和主动性,增加政策的科学性和认同度,强化不同联盟优势的“协同”和“整合”能力。最后,应充分认识到民意在推动政策变迁中的作用。随着民意表达渠道的拓宽和舆论传播工具的多样化,民意对政策变迁的影响力愈加显著,成为提升联盟综合实力的关键性资源。普通民众借助互联网开放性、及时性的传播优势,利用多种信息传播工具表达自身的意见和诉求,民众对公平性的期望和对政策本身的质疑应当引起决策者的充分重视。而在医疗改革中政府主导型联盟正是充分利用了这一民意偏向增强了联盟竞争力。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 朱春奎,严敏,曲洁. 倡议联盟框架理论研究进展与展望[J]. 复旦公共行政评论, 2012(1): 186-215.
- [2] Litfin K T. Advocacy Coalitions Along the Domestic-foreign Frontier; Globalization and Canadian Climate Change Policy [J]. Policy Studies Journal, 2000, 28(1): 236-252.
- [3] Kubler D. Understanding policy change with the advocacy coalition framework; an application to swiss drug policy[J]. Journal of European Public Policy, 2001, 8(4): 623-641.
- [4] Nohrstedt D. External Shocks and Policy Change: Three Mile Island and Swedish Nuclear Energy Policy[J]. Journal of European Public Policy, 2005, 12(6): 1041-1059.
- [5] Sato H. The Advocacy Coalition Framework Analysis: The Case of Smoking Control in Japan[J]. Policy Studies Journal, 1999, 27(1): 28-44.
- [6] 余章宝. 政策理论中的倡导联盟框架及其应用[J]. 厦门大学学报(哲学社会科学版), 2009(1): 26-31.
- [7] 彼得·德利翁. 政策过程的阶段性方法:何去何从[M]. //萨巴蒂尔. 政策过程理论. 彭宗超译. 北京:生活·读书·新知三联书店出版社, 2004.
- [8] 王春城. 公共政策过程的逻辑:倡议联盟框架解析、应用与发展[M]. 北京:中国社会科学出版社, 2013.
- [9] Thomas Oatley. International Political Economy: Interests and Institutions in the Global Economy[M]. New York:Person Longman, 2006.
- [10] Leach W D, Paul A Sabatier. To Trust an Adversary: Integrating Rational and Psychological Models of Collaborative Policymaking [J]. American Political Science Review, 2005, 99(4): 491-503.
- [11] 朱迪斯·戈尔茨坦, 罗伯特·O. 基欧汉. 观念外交政策:信仰、制度与政治变迁[M]. 刘东国译. 北京:北京大学出版社, 2005.
- [12] Paul A Sabatier. The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarifications[M]. // Paul A Sabatier. Theories of the Policy Process. Boulder, Colorado: Westview Press, 2007.
- [13] Paul A Sabatier. Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach[M]. Boulder, C O; Westview Press, 1993.
- [14] 保罗·A·萨巴蒂尔, 汉克·C·简金斯-史密斯. 支持联盟框架:一项评价[M]. 萨巴蒂尔. 政策过程理论. 彭宗超译. 北京:生活·读书·新知三联书店出版社, 2004.
- [15] Bennett C J, Howlett M. The Lessons of Learning: Reconciling Theories of Policy Learning and Policy Change[J]. Policy Sciences, 1992, 25(3): 275.
- [16] 崔光华,徐菡,蒋文丽. 倡议联盟框架视角下我国计划生育政策变迁分析[M]. 西南石油大学学报(社会科学版), 2015, 17(6): 43-49.
- [17] Lowry W. Potential focusing projects and policy change [J]. The Policy Studies Journal, 2006, 34(3): 313.
- [18] Birkland T A. After Disaster: Agenda Setting[M]. Washington D C: George-town University Press, 1997.
- [19] Paul A Sabatier, Weible C M. The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarifications[M]. //Paul A Sabatier. Theories of the Policy Process. Boulder, C O; Westview Press, 2007.
- [20] Paul A Sabatier, Hank C M, Jenkins-Smith. The Advocacy Coalition Framework: An assessment". //Paul Sabatier. Theories of the Policy Process. Boulder C O; Westview Press, 1999.
- [21] 王立基. 十年卫生改革的回顾[J]. 中国卫生政策, 1990(4): 6-9.
- [22] 周云. 城市医疗保障制度的发展与完善亟待培育良好的外部环境[J]. 长春市委党校学报, 2008(1): 66-69.
- [23] 莫家豪. 改革开放以来中国社会政策范式的转变[M]. 上海:世纪出版集团, 2009.
- [24] 王绍光,何焕荣,乐园. 政策导向、汲取能力与卫生公平[J]. 中国社会科学, 2005(6): 101-120.
- [25] 岳经纶,王春晓. 堵还是疏:公立医院逐利机制之破除——基于广东省县级公立医院实施药品零差率效果分析[J]. 武汉大学学报(哲学社会科学版), 2016, 69(2): 29-38.
- [26] 温家宝在东北考察提出医院改革方向[EB/OL]. <http://news.sina.com.cn/c/2006-10-25/093511178911s.shtml>
- [27] 张玉珂. 新医改十问——发改委、卫生部负责人就医改意见和实施方案发布答问 [EB/OL]. <http://opinion.people.com.cn/GB/9091546.html>
- [28] 梁宏峰. 我国内地因非典损失 179 亿美元香港 120 亿美元 [EB/OL]. <http://news.enorth.com.cn/system/2003/11/11/000666159.shtml>
- [29] 李玲,江宇. 2006: 我国医改的转折点[J]. 中国卫生经济, 2007, 26(4): 5-9.
- [30] 岳经纶. 建构‘社会中国’中国社会政策的发展与挑战 [J]. 探索与争鸣, 2010(10): 37-42.

[收稿日期:2017-09-27 修回日期:2017-10-20]

(编辑 赵晓娟)