

政策反馈理论视域：中国医疗卫生政策钟摆式变迁及其逻辑

翟文康* 张圣捷

中国人民大学公共管理学院 北京 100872

【摘要】新中国成立以来,党和国家不断强化医疗卫生建设,70 余年来医疗卫生政策演进呈钟摆式变迁的特征,即从公益导向的福利性医疗卫生政策摆向效率导向的市场化政策,再摆向公益为主兼顾效率的民生导向政策,在公益与效率间发生三次摆动。本文借助政策反馈理论分析医疗卫生政策钟摆式变迁的内在逻辑,发现政策变迁过程中原有政策通过资源效应、解释效应、演化效应和学习效应影响新政策的制定,使得新政策留有原政策的烙印,呈现出摆动式变迁而非剧烈或范式变迁。政策反馈理论为医疗卫生政策制定提供新视角,制定医疗卫生政策需注重原政策的历史影响力,以公共价值引领医疗医保医药政策,从多重政策反馈效应视角出发优化卫生政策的制定。

【关键词】医疗卫生政策;政策反馈;钟摆式变迁;公共价值

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.09.001

The perspective of policy feedback theory: The pendulum change of China's health policy and its logic analysis

ZHAI Wen-kang, ZHANG Sheng-jie

School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 Since the founding of the People's Republic of China, the Party and the state have been constantly strengthening the construction of medical and health care. The evolution of medical and health policies over the past 70 years has been characterized by a pendulum change, that is, from the commonweal oriented welfare medical and health policy to the efficiency-oriented marketization, and then to the commonweal oriented people's livelihood with both efficiency and public welfare as the priority. This paper analyzes the internal logic of pendulum change with the help of policy feedback theory, found in the process of the policy change original or old policy through resource effect, interpretive effect, the evolution effect and learning effect influence the formulation of the guidance, make the new policy with the imprint of the original policy, presents the pendulum change rather than violent or paradigm change. From the perspective of policy feedback theory, it is necessary to pay attention to the historical influence of policies in the formulation of medical and health policies, guide medical insurance and medical policies with public values, and improve the quality of health services with fine management, optimizing health policy development from the perspective of multiple policy feedback effects.

【Key words】 Medical and health policy; Policy feedback; The pendulum change; Public value

1 问题提出与文献综述

医疗卫生政策可以理解为:为满足社会成员的

医疗卫生需求,由政府提供的旨在预防、控制、治疗疾病,以维护和增强社会成员健康水平的一种社会政策。政府是医疗卫生政策制定和实施的主体。医

* 基金项目:“中国人民大学 2020 年度拔尖创新人才培育资助计划”成果(2019000325)

作者简介:翟文康(1993 年—),男,博士研究生,主要研究方向为政策过程理论、卫生政策。E-mail:1823764554@qq.com

通讯作者:张圣捷。E-mail:15001118909@139.com

疗卫生政策有助于确保医疗卫生资源配置的公平性。^[1]医疗卫生政策关乎全社会的健康保障,直接关系到居民健康福祉。

已有研究成果对新中国成立以来医疗卫生政策变迁进行过多视角研究,成果丰富,主要包含如下几类:

第一,理念共识视角。医疗卫生政策变迁由价值共识与政府现状偏好驱动^[2],价值共识水平的变化可以产生政策变迁的内在动力,而政府现状偏好直接制约政策价值取向和政策工具类型的变动。^[3]变迁的逻辑体现为着力平衡政策的正当性与有效性之间的张力。^[4]

第二,行动者视角。研究者用倡议联盟理论分析发现,行动者联盟博弈引起医疗卫生政策变迁,形成了两种价值信念为导向的政策联盟^[5],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^[6]。以政策网络理论分析医疗卫生政策变迁的研究结果主要呈现了政策参与者的互动影响。中国医疗卫生政策的决策过程体现了集体互动机制。^[7-8]

第三,政策范式视角。研究者认为政策范式经历了从“福利化”到“市场化”再到“健康中国”的转型。^[9]政策工具使用经历了从政府主导的强制性工具发展到市场主导的自愿性工具再到混合性工具的变化。^[10]

第四,关键或焦点事件视角。以“新中国成立”“改革开放”“社会主义市场经济”“SARS”“新医改”等关键事件为节点进行政策变迁分析成果丰富。例如“SARS”疫情爆发,让人民更加关注公共卫生体系建立,公共卫生议题被置于医疗卫生政策议程的中心位置。^[11]

总之,影响我国医疗卫生政策制定与变迁的因素主要有政治、经济发展、利益相关者的博弈、公众参与等。^[12]在已有的研究成果中很少有学者从医疗卫生政策本体角度出发探讨政策变迁问题,忽视了政策变迁的反馈效应,因此,本文根据政策反馈理论,从医疗卫生政策本体切入,探究医疗卫生政策反馈效应以透视医疗卫生政策变迁内在逻辑。

2 政策反馈的理论框架

政策反馈是指以前制定的政策对未来政治行为和选择的影响^[13-14],“社会政策一旦制定,就会改变国家的组织结构,并影响利益相关者的目标和联盟”^[15],也就是说,政策出台后会改变相关的政治格局从而在一定程度上影响未来政策制定者的决策过程。正如皮尔森解释的那样,“结果变成了原

因”^[14],传统视角的研究是将政策作为一个行动者与制度互动的结果,但是一项政策也能作为未来政策制定的背景或原因,这为我们研究医疗卫生政策变迁提供了新视角。从这个角度来看,政策不仅仅是政治的产物,它亦是一种政治力量,可以重新配置权力,重新定位行动者的政治关系,并且重塑行动者的身份、认识、利益和偏好。^[16]

政策反馈的效应理论主要为我们提供了四个方面的观察角度:第一,资源效应,即公共政策通过向特定对象分配资源而产生的反馈影响,一方面会影响公众参政能力的提升或保护性行为的激发;另一方面,公共政策可以通过资源的权威性分配影响政策制定者与执行者的认知与行为,如资源供给不足或不公诱发问题可能打开政策之窗导致政策变迁、资源供给充足也可能促使执行者捍卫该政策。^[16-17]第二,解释效应,是指公共政策塑造行动者规范、价值观和态度的能力。公共政策主要通过其语言符号、内容设计和执行过程三个方面传达信息,这些信息会塑造行动者的认知,从而影响行动者后续的政治态度和行为。^[18]例如政策设计赋予目标群体的政治地位^[19]、公民身份或成员资格^[20],进而影响它们的态度与价值倾向;过去的政策理念和内容塑造未来政策制定者的价值倾向、方案选择^[21],还会塑造具有共识的政策联盟^[22],本文主要关注过去政策对政策制定者的价值倾向与方案选择的影响。第三,演化效应。按政策演化的向度划分,一项政策产生的反馈可分正反馈和负反馈,前者不断强化该政策的路径依赖,而后者不断削弱该政策的支持基础。由此,政策反馈存在锁定效应(也称自我强化效应)和自我削弱效应两种机制。^[23]第四,学习效应是指决策者汲取已颁布政策的实施经验并将其应用于本辖区政策制定的方式。学习效应作为一种主观认知的方式,主要聚焦处于政策制定过程中的政治精英,并特别强调利用决策和组织理论来应对有限理性和不确定性问题。^[14]

3 中国医疗卫生政策的钟摆式变迁

已有相关研究成果大致将新中国医疗卫生政策变迁划分为三或四个阶段,^[3,4,6,10]本文从新中国医疗卫生政策的反馈效应角度研究政策变迁过程,发现医疗卫生政策变迁的前一阶段会对后一阶段产生影响,使得后一阶段不会发生剧烈式变化,而是存在回归效应。例如最初是公平导向、政府负责、发展福

利事业,其次为向市场化转型、借助市场力量、效率导向,再次走向政府责任的强化、公平优先兼顾效率的整合路径。政策反馈理论所提供的视角使我们观察到新中国成立以来医疗卫生政策变迁呈现钟摆式动态特征,即在公益性导向和效率导向两端来回摆动,通过对这一特征的认识有助于人们深化医疗卫生政策变迁历程并完善新政策制定。

新中国成立以来,医疗卫生政策的演变大体经历三个阶段:(1)1949年10月—1978年:医疗卫生政策福利化导向。新中国成立后,政府是社会各个领域建设的主导者和服务提供者,医疗卫生服务是一项政府为主要供给者的准公共产品,中央政府推动下构建了集劳保医疗、公费医疗与合作医疗为主体的福利型医疗卫生政策体系,具有全覆盖、普惠性、服务型的特点。(2)1979—2006年:医疗卫生政策在经济体制改革进程中呈市场化导向。1979年全国医院亏损额达5.8亿元,1984年亏损达到了9.5亿元,卫生部门提供的服务越多,亏损越严重。^[24]为提升医疗系统的效率和效益,医疗卫生系统从实际出发,开展经济管理和经济核算,调整所有制结构,实行各种形式的经济责任制等。^[25]一系列鼓励医疗卫生服务市场化的政策和措施促使医疗卫生服务呈市场化导向。(3)2007—2019年:医疗卫生政策民生化导向。2006年9月,国务院医疗改革部际协调小组(简称医改协调小组)由11个相关部委组成,推进医疗卫生改革。这一改革逆转了医疗卫生政策市场化改革导向,转型为民生化导向,以提高人民健康水平为目标,更加注重医疗卫生服务的公益性价值,同时

也兼顾效率。可以说,这一时期医疗卫生政策开拓了公益性和效率导向的整合路径,以人民为中心,提高具有公益性医疗服务,以效率为指导,提升医疗系统运行和管理水平,公众医疗卫生保障水平得以提高。

综上所述,新中国成立70多年以来医疗卫生政策三个阶段的演变呈现出钟摆式变迁的特征(图1),政策变迁过程在公益与效率导向两端发生了三次摆动。新中国成立后,政府逐步建立了覆盖全国的普惠性医疗体系。福利性卫生政策体系的目标主要是保障国民健康,减轻群众医疗负担,使用政府主导的行政型政策工具,医疗卫生服务作为纯公共产品来提供,政府负责生产和分配。改革开放后,医疗卫生政策从福利性政策体系转向了市场化导向的政策体系,政府借助市场力量来为民众提供医疗服务,提高效率和管理水平,体现了效率优先理念,医疗卫生政策从公益导向摆向效率导向。21世纪之后,特别是新医改以来,市场化导向的医疗卫生政策体系开始转向公益导向,同时又兼顾效率原则,是以公平为主、效率为辅的政策体系设计。医疗卫生政策以民生化和健康化为主导价值理念,集中解决民众看病难、看病贵的问题,通过建立全覆盖的医疗体系,提供高质量的医疗服务,多种政策工具联合使用,形成了政府主导的多元共治的医疗卫生服务新模式。总之,新中国成立70年来,中国医疗卫生政策理念、制度设计与工具的系统性变迁受社会变迁的深刻影响呈现出钟摆运动的特征。

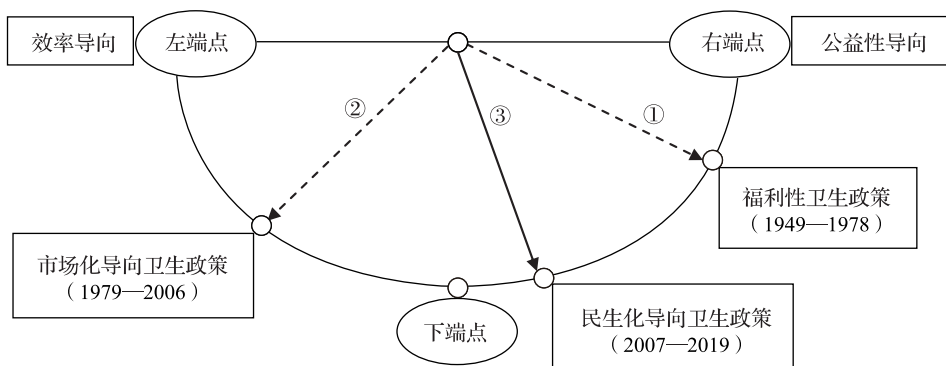


图1 中国卫生政策的钟摆式变迁

4 中国医疗卫生政策钟摆式变迁的内在逻辑

4.1 医疗卫生政策的资源效应

资源供给方式转型会触发政策变迁。福利性卫

生政策的资源需求大,与新中国成立之初经济基础薄弱相矛盾,使得医疗资源供给不足与医疗系统运转效率低,政府包办的资源供给方式难以满足普惠性的医疗服务。随着人们医疗卫生需求的增长难以

为继,逐步转型为市场化导向的医疗卫生政策,用市场供给资源的方式来弥补全能政府无法满足的需求。

第一,医疗资源由政府包办的供给方式滋生效率低下等问题引起决策者关注,触发政策变迁之窗。新中国成立后,我国逐步建立了具有全覆盖、普惠性、服务型的政策体系,医疗费用主要由国家担负,相关医疗卫生机构经营的自主性较差,资源主要依赖政府,会进一步造成医疗资源浪费和配置不均,而且医疗资源的公共供给会导致机会主义行为,激励效应无法发挥,医疗体系运作效率低下、缺乏创新动力。在我国经济基础较为薄弱、财力有限的基本国情背景下,福利性医疗卫生政策缺少应有的财力支撑,医疗卫生系统呈现出医疗卫生费用紧缺、硬件设施落后、医疗卫生队伍的管理和专业力量不足、医疗机构工作服务能力和工作效率低下等问题。为解决此类问题,市场化导向的改革方案逐步进入决策议程。1985年国务院批转卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》提出:“当前卫生事业发展缓慢,与我国经济建设和人民群众的医疗需要不相适应。是因为卫生事业经费和投资严重不足,吃大锅饭的问题也比较严重,没有把各方面办医的积极性调动起来,”并提出扩大医疗卫生机构自主权、支持个体开业行医、改革收费制度。^[26]市场化导向的医疗卫生政策,改变了医疗资源供给方式,解决医疗卫生领域的资源供给不足和配置低效的问题。可以说,原有福利性卫生政策的资源供给方式随着历史发展带来一定的效率等问题,并促使决策者选择市场化导向的医疗卫生政策来解决问题。

第二,医疗资源配置不公带来看病难、看病贵等问题,激发了民众的保护性行为,民众希望自身能够公平享有医疗资源。看病难、看病贵是社会普遍关注的问题^[27],市场化导向的医疗卫生政策使得医疗资源在患者与医院、农村与城市、西部与东部呈现配置不均的情况,市场配置资源的方式受到利益驱动,公益性削弱,难以实现医疗服务的惠民性,因此,为弥补市场配置资源方式的不足,医疗卫生政策民生化转型更强调以人民为中心的特点。

由于市场力量的驱动,公立医院的公益性不断弱化,医院开始以追求经济利益为主要目标,导致医疗卫生系统服务提供市场化趋向,大众看病难、看病贵的问题更加突出。2009年4月,国务院公布《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》,新

一轮医改方案正式出台。新医改政策资源公益性和公平性导向明确,医疗救助覆盖困难家庭、学生、农民三年内享医保、部分医疗服务政府买单、让老百姓用上低价药、疾控工作向妇幼和慢性病患者倾斜、全科医生就职基层医院、医院分级收费、以技养医、取消药品加成等举措成为医改亮点。更加注重人民健康导向的医疗卫生政策体系将资源供给倾向于弱势群体、基层、落后地区,同时在部分领域加大政府的资源供给,以解决发展不均衡、看病贵的问题。2017年党的十九大报告提出全面建立中国特色医疗保障制度和优质高效的医疗卫生服务体系,健全现代医院管理制度。新农合医保制度退出历史舞台,城镇居民医保和新农合整合后,城市、农村参保人员共享同一医保制度。

4.2 医疗卫生政策的解释效应

政策反馈的解释效应是指过去的政策对新政策制定者、公众和利益集团的认知塑造,以及对将来政策制定的影响。医疗卫生政策的决策者认知受到已有上位政策的影响,其价值理念的形成会影响医疗卫生政策的内容。1950—1952年,第一、二届全国卫生会议确定了医疗卫生工作“面向工农兵”“预防为主”“团结中西医”“卫生工作群众运动相结合”四大方针。这促使医疗卫生领域政策体现为全民服务,在这种观念促使下,卫生机构的政策设计者秉持公益理念,选择公费、劳保与合作医疗保险政策方案作为实现公平、公益医疗服务的政策选择,医疗卫生政策体现出福利性。改革开放后,党的十二届三中全会《关于经济体制改革的决定》精神引导医疗卫生领域决策者的思想变革,1993年11月,党的十四届三中全会提出建立多层次的社会保障体系,城镇职工养老和医疗保险金由单位和个人共同负担,实行社会统筹和个人账户相结合,在此种改革理念塑造下,决策者更加关心医疗系统的经济效益与资源优化,效率优先导向成为政策制定者设计政策的理念,促使他们选择市场化和社会化的政策方案,如医院的企业化管理、个体行医自负盈亏、服务外包、社会医保等。进入21世纪,2007年党的十七大,确立坚持以人为本的科学发展观,直接影响了医疗卫生政策制定者政策制定理念与价值导向,建立中国特色医药卫生体制方向得以确立,逐步实现人人享有基本医疗卫生服务成为医疗卫生政策具体目标,医疗卫生政策变革逐步走向坚持公共医疗卫生的公益性

质导向,不断强化政府责任和投入。例如,2009 年作为新医改标志的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》明确提出:“坚持公平与效率统一,强化政府在基本医疗卫生制度中的责任,维护公共医疗卫生的公益性。”^[28]公益性属性是沿袭的本质,这既是路径,也是价值和政治态度,这体现了社会主义价值体系下的执政理念,在这种理念塑造下,政策设计者的价值倾向和方案选择都会将公益与公平考虑进政策目标、内容与工具中,公益性理念又回到了决策者的议程中,同时这也解释了我 国卫生政策钟摆式变迁来回摆动的特点。

4.3 医疗卫生政策的演化效应

中国医疗卫生政策钟摆式变迁的演化效应分为两个方面,一是政策演进中的自我削弱效应,二是政策发展中的自我强化效应。前者是福利性政策在演进过程中不断产生问题,阻碍医疗卫生政策继续自我强化的福利走向;后者是医疗卫生政策的路径依赖贯穿始终,一直驱动医疗卫生政策以公益性为核心,使其能够逆转市场化改革趋向,转而走向民生健康保障导向的政策。

任何政策在其演化中都具有自我削弱作用,主要体现为过去的政策经过历史发展会带来一些政策自身难以破解的难题。福利性医疗卫生政策全覆盖、普惠性的特点与政府财政供给能力存在张力,加之管理机制中缺少相应的经济考量和服务质量监测,政策落实过程中出现卫生服务质量不高、效率低下的问题,而福利性政策自身难以解决这些问题,导致政策演化中政策自身阻碍其路径依赖,需要通过其他路径的选择来破解过去政策带来的问题。因此,改革开放后,为破解上述难题,福利性政策在逐渐削弱自身的福利特性,吸纳市场资源,通过市场经济手段来解决财力支持、服务质量和运作效率问题,医疗卫生事业不再具有纯福利属性,政策开始走向市场化导向。

同时,政策演化还具有路径依赖的自我强化效应,主要体现为政策一旦设立,就会沿着最初的路径慢慢发展和积累,不会轻易改变。在医疗卫生政策领域,医疗卫生事业的公益性本质属性一直没有改变,即使在改革开放后的市场化改革中,公益性依旧没有被完全抛弃,因此,公益性属性是卫生政策从新中国成立以来至今一直保持的本质特点,是其福利性实现路径依赖的体现。医疗卫生政策市场化导向

改革并未使医疗卫生政策市场化得到持续强化并走向全面市场化,而是在 21 世纪之后政策改革中得到逆转,回归到体现民生与人民健康的公益性政策路径。

4.4 医疗卫生政策的学习效应

学习效应是汲取经验教训,是以时间为维度的纵向不同政策阶段之间的学习与类比,而向外部及国内不同地区之间的学习是以地理为维度的横向不同发展阶段之间的借鉴与扩散。

在纵向学习视角下,中国卫生政策钟摆式变迁中的第一阶段呈现福利化、公益性导向。新中国成立后,党和政府提出了“预防为主”的卫生工作方针,大力开展爱国卫生运动。2020 年国务院发文重提爱国卫生运动,肯定爱国卫生运动是党把群众路线应用于卫生防病工作的成功实践,需进一步继承和发扬。历史证明,爱国卫生运动充分发挥了制度优势、组织优势、文化优势和群众优势。不仅如此,第一阶段群众对医疗满意度高,原因之一是看病买药花费较低。当前面临医疗费用快速增长时,政府通过建立多元化、多层次全民医保体系以及取消药品加成,医保支付方式改革等力图控制个人卫生支出占比:2000—2005 年,个人卫生支出占比高于 50%,2006 年这一数据开始明显下降,2020 年已下降至 27.7%。第二阶段的市场化运作为医院积累了丰富的管理和经济核算经验,为第三阶段促进效率提升提供了有章可循的路径。由此可见,第一阶段和第二阶段共同为第三阶段医疗回归公益性、形成“医防融合”的整合型卫生体系提供了学习模板。

在横向学习视角下,我国不断从发达国家吸取经验,扬长避短。例如借鉴国际经验,推行医保支付方式改革,从后付制向预付制转变。目前我国正在逐步推行阶段,有必要借鉴其他典型国家在实施过程中得到的经验教训和研究成果,如在顶层设计与管理、疾病分组器、临床诊疗标准等方面,更好实现其作为标准化管理工具的功能。国内不同地区在落实政策中同样存在着显著的学习效应。例如建设紧密型医共体政策在全国推广过程中,经历了由酝酿到小范围探索,再到多个地区同步试点,建立起《紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标准和监测指标体系》,通过指标体系引导建立目标明确、权责清晰、分工协作的新型县域医疗卫生服务体系。由此可见,在卫生政策扩散中,普遍存在学习效应,学习效应助推了政策由点到面的过程。

5 结论与启示

5.1 医疗卫生政策趋向于公共价值引领的钟摆式变迁

新中国成立 70 多年来,医疗卫生政策演变呈钟摆式变迁的特征,在公益导向与效率导向两端发生了三次摆动。最初从公益导向的福利性医疗卫生政策摆向效率导向的市场化卫生政策,后来摆向公益为主兼顾效率导向的民生化医疗卫生政策。近年来我国医疗卫生政策钟摆式变迁在逐步减小摆幅,趋于稳定,并以民生化、福利化为中心。我国死亡疾病谱已实现巨大转变,由传染性疾病转变为慢性非传染性疾病,来自社会经济、个人生活方式、心理因素的影响变得越来越重要。但预防保健体系与医疗、医保体系之间不平衡、不协调、不匹配的问题尤为突出。这些问题的解决需要深化推进医改,促进公卫、医疗、医保体系间的融合协同,使医疗卫生体系从以治病为中心向以健康为中心转变。以健康为中心的医疗体系更体现公共价值,公共价值融合了纯公益性理念和效率观念,能够引领医疗卫生服务体系发展,需要一以贯之。

5.2 政策反馈理论为认识医疗卫生政策变迁提供新视角

医疗卫生政策制定及其变迁既受内外因素互动影响、也受政策本身和时间因素的塑造。既有的政策过程理论,如多源流框架、倡导联盟框架、间断均衡理论将理论关注点聚焦在影响政策变迁的内外因素互动上,如制度结构、行动者、观念与焦点事件等的互动导致不同的政策制定结果或变迁。但既有理论没有关注到政策本身在历史进程中的反馈效应,政策本身和时间因素亦然重要。政策反馈理论视域下新中国成立以来医疗卫生政策变迁研究发现,其政策反馈效应显著,原有的卫生政策对后续政策制定有不同层面的影响,通过资源效应、解释效应、演化效应和学习效应对政策内容、工具、目标及其实现程度产生影响,使得政策的演变呈现钟摆式变迁特征。政策反馈理论提出政策不仅是政治系统的结果,在时间因素作用下,政策本身更是塑造政治系统、影响未来政策制定的重要因素,为我们分析医疗卫生政策制定及其变迁提供了新视角。

5.3 从多重政策反馈效应视角出发优化卫生政策的制定

第一,改革与政策方案的设计是对资源供给和

资源分配进行重新设置,政策具有资源的反馈作用,资源供给不足、分配不均,在政策执行过程中会造成意外后果,导致政策失效或变迁。因此,改革者在新医改的方案设计中应充分评估政策方案所带来的资源供给与分配可能存在的问题,做好资源平衡。第二,政策的解释效应主要体现为上级政策对下级决策者价值倾向和方案选择的影响,政策内容对民众态度的影响,因此,医改设计者应当认真把握、坚决落实中央的改革理念,在中央改革新理念指导下进行医改方案设计,同时还要关注舆论,设计出能够满足人民诉求的改革方案。第三,新医改政策的设计需要把握历史,演化效应视角启示我们要在过去的经验上进行渐进改革,避免剧烈式变革;第四,从学习效应角度看,历史上的几个阶段改革各有优劣,新时代下的医改政策方案设计要充分学习历史经验,即在多重价值理念融合与兼顾导向下制定卫生政策。新中国成立以来的医疗卫生政策变迁证明,以某一特定价值取向制定医疗卫生政策难以应对和解决多样化的医疗卫生需求和医疗卫生领域所面临的复杂性问题。因而,要全面推进健康中国建设,医疗卫生政策的制定需要顾及多层次性,宏观层面需要坚持系统性,中观层面需要坚持公益性,微观层面则坚持效率性,公平性兼顾和可及性。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 林闽钢. 中国社会政策[M]. 武汉: 武汉大学出版社, 2011: 77.
- [2] 傅虹桥. 新中国的卫生政策变迁与国民健康改善[J]. 现代哲学, 2015(5): 44-50.
- [3] 吴文强, 郭施宏. 价值共识、现状偏好与政策变迁——以中国卫生政策为例[J]. 公共管理学报, 2018(1): 46-57.
- [4] 颜昌武. 新中国成立 70 年来医疗卫生政策的变迁及其内在逻辑[J]. 行政论坛, 2019(5): 31-37.
- [5] 王英伟. 倡议联盟框架下中国医疗卫生政策变迁研究[D]. 长沙: 湖南大学硕士学位, 2018: 2.
- [6] 李金龙, 王英伟. 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[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(1): 58-66.
- [7] 赵德余. 政策制定中的价值冲突: 来自中国医疗卫生改革的经验[J]. 管理世界, 2008(10): 41-52.
- [8] 朱亚鹏, 岳经纶, 李文敏. 政策参与者、政策制定与流动

- 人口医疗卫生状况的改善：政策网络的路径[J]. 公共行政评论, 2014(4): 46-66.
- [9] 丁忠毅, 谭雅丹. 中国医疗卫生政策转型新趋势与政府角色担当[J]. 晋阳学刊, 2019(5): 84-91.
- [10] 熊焯. 政策工具视角下的医疗卫生体制改革：回顾与前瞻——基于 1978-2015 年医疗卫生政策的文本分析[J]. 社会保障研究, 2016(3): 51-60.
- [11] 刘继同. 健康照顾与国家责任：公共卫生研究典范转变与重构公共卫生政策框架[J]. 人文杂志, 2005(6): 7-14.
- [12] 杨琼瑛. 影响我国医疗卫生政策制定的若干因素[J]. 云南社会科学, 2009(4): 77-80.
- [13] Beland D. Reconsidering Policy Feedback: How Policies Affect Politics [J]. *Administration & Society*, 2010, 42(5): 568-590.
- [14] Pierson P. When Effect Becomes Cause [J]. *World Politics*, 1993, 45(4): 595-628.
- [15] Weir M, Orloff A S, Skocpol T. *The Politics of Social Policy in the United States* [M]. Princeton, N J: Princeton University Press, 1988: 25.
- [16] Moynihan D P, Soss J. Policy Feedback and the Politics of Administration [J]. *Public Administration Review*, 2014, 74: 320-332.
- [17] He A J, Ratigan K, Qian J. Attitudinal Feedback towards Sub-national Social Policy: A Comparison of Popular Support for Social Health Insurance in Urban China [J]. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 2020: 1-22.
- [18] Mettler S, Mallory S. Policy Feedback Theory [A]. In Christopher M W, Sabatier P A. *Theories of the Policy Process*, 3th ed [C]. Boulder, CO: Westview Press, 2014: 151-181.
- [19] Mettler S, Soss J. The Consequences of Public Policy for Democratic Citizenship: Bridging Policy Studies and Mass Politics [J]. *Perspectives on Politics*, 2004, 2(1): 55-73.
- [20] Schneider A, Ingram H. Social Construction of Target Populations: Implications for Politics and Policy [J]. *American Political Science Review*, 1993, 87: 334-347.
- [21] Derthick M. *Policymaking for Social Security* [M]. Washington, DC: Brookings Institution, 1979.
- [22] Petrocik J R. Issue Ownership in Presidential Elections, with a 1980 Case Study [J]. *American Journal of Political Science*, 1996, 40(3): 825-850.
- [23] Béland D, Rocco P, Waddan A. Policy Feedback and the Politics of the Affordable Care Act [J]. *Policy Studies Journal*, 2019, 47(2): 395-422.
- [24] 王立基. 十年卫生改革的回顾[J]. 中国卫生政策, 1990(4): 6-9.
- [25] 安金波, 黄龙生, 主编. 卫生经济学基础 [M]. 南宁: 广西人民出版社, 1995: 7.
- [26] 国务院批转卫生部关于卫生工作改革若干政策问题的报告的通知 [J]. 中华人民共和国国务院公报, 1985(13): 377-381.
- [27] 袁迎春. “看病难、看病贵”的话语变迁：1978-2012——以《人民日报》为例 [J]. 安徽师范大学学报 (人文社会科学版), 2017(2): 236-244.
- [28] 中共中央国务院. 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见 [EB/OL]. [2009-03-17] (2021-08-12). <http://www.nhc.gov.cn/tigs/s3576/201309/cc37d909af764f3da261894504d9de9a.shtml>

[收稿日期:2021-07-15 修回日期:2021-09-19]

(编辑 刘博)