

公共政策合法性供给机制与走向

——以医改进程为中心的考察

马长山^{*}

内容提要：公共政策合法性不仅是一个重要的法治理论问题，也是法治秩序得以形成的重要变量。三十年来的“医改”进程表明，公共领域正在中国蓬勃兴起，并促进了公共政策合法性供给机制的时代转向，即从内部倡议走向社会动员、从公众默认走向价值回归、从符合真理观走向共识真理观、从中心的内部循环走向中心与边缘的双向互动，展现着中国公共政策的重要民主化变革。虽然其中还存在着某些需要解决的问题，但它无疑构成了对多元和谐秩序的关键支撑和推进民主法治建设的新兴动力。

关键词：医改进程 公共政策 合法性供给 法治秩序

公共政策合法性是一个关于正当性、合理性以及是否能够获得公众的忠诚与信服的重大问题，它“试图解决一个基本的政治问题，而解决的办法即在于同时证明政治权力与服从性”，〔1〕以促进和维护良好的制度运行和社会秩序。在当今民主化时代，公共政策合法性深植于公共领域之中，而这个公共领域“最好被描述为一个关于内容、观点也就是意见的交往网络；在那里交往之流被以一种特定方式加以过滤和综合，从而成为根据特定议题集束而成的公共意见或舆论”。〔2〕其轴心，是以公共场所、民间组织、新闻媒体、电子互联网等为凭借和载体，广大公众平等、自由地发表意见，进而对公共事务进行多元自主的商谈讨论、检视反思、理性批判、价值认同的重要平台，它是利益诉求、社会心声、公众意见得以形成、汇集和表达的基本场域，它所形成的理性共识和公众舆论，构成了新时期公共政策的民主动力、合法性源泉与根基。

中国改革开放三十年来，不仅经济发展取得了巨大成功，政治文明也获得了长足进步。以至于美国学者也开始承认，中国正处于创造性的民主发展阶段，如果中国这样庞大的政体能够具有充满活力的公共领域和各种形式社团的公民社会，允许个人根据其基本权利诉诸正义的司法制度，“那么，对于中国使其庞大的、充满活力的政体民主化之努力来说，这种制度化的、广泛并且深入的公共协商可能会成为一种模式”。〔3〕事实上，从三十多年“医改”进程来看，我国公共

* 华东政法大学教授。

本文为国家社科基金项目“公共领域的兴起与和谐社会的法治秩序构建”（06BFX002）的最终成果之一。

〔1〕〔法〕让-马克·夸克：《合法性与政治》，佟心平等译，中央编译出版社2002年版，第12页。

〔2〕〔德〕哈贝马斯：《在事实和规范之间——关于法律和民主法治国的商谈理论》，童世骏译，三联书店2003年版，第446页。

〔3〕参见〔美〕詹姆斯·博曼主编：《协商民主：论理性与政治》，陈家刚等译，中央编译出版社2006年版，第9页。

政策的合法性供给也正发生着这样的民主化变革。

一、从内部创议走向社会动员

在不同的时代、不同的国家和不同的体制下，公共政策的合法性供给方式自然是不同的。一些民主理论家概括了公共领域与政治系统相互影响的三种模式，即“内部创议”、“社会动员”和“外部动员”。〔4〕应当说，内部创议模式更多是一种威权性政治体制下的公共政策合法性供给方式，“内部创议”之所以能够有效，关键在于政治领袖和决策者在公众心中的较高权威，因此，它难免带有人治化的色彩。而在当今民主社会中，社会动员模式和外部动员模式才是公共政策合法性的主导供给方式。

在我国，由于多种因素的作用和影响，传统的决策方式主要是靠内部决定和领导人“拍板”，属于内部创议模式。这种模式之所以能为当时的公共政策提供必要的合法性，主要得益于领导人的政治权威和意识形态力量，基本处于一种“领袖一挥手，群众跟着走”的状态，特别是在“文革”期间。改革开放后，邓小平同志及时提出加强民主法制建设的战略方针，并深刻指出“一个革命政党，就怕听不到人民的声音，最可怕的鸦雀无声”，〔5〕由此开启了中国政治民主化的新篇章。三十年来的医改过程，正是这一民主化进程的典型反映。

受传统体制和观念的制约和影响，医改的启动仍按惯例采取内部创议形式。1978年卫生部开始对改革进行预热，“当时钱信忠部长、季宗权副部长是主要的推动者”，“他们轮番对此讲话，鼓动卫生系统‘放手干’”。〔6〕当年，卫生部等三部委联合发出《关于加强医院经济管理试点工作的通知》，此后陆续有国家文件出台。1992年9月，国务院下发《关于深化卫生改革的几点意见》，随后卫生部召开会议要求医院在“以工助医”、“以副补主”等方面取得新成绩。2000年2月，国务院又公布《关于城镇医疗卫生体制改革的指导意见》，“鼓励各类医疗机构合作、合并”。可见，在前二十年的医改进程中，医改公共政策的制定出台和实施，主要是由卫生部的领导和官员发起和推动的，他们按照当时改革开放的市场化总体思路进行设计，尽管从医改启动之初就有关于政府主导还是市场主导、坚持公益性还是营利性的内部争论，但仍属于政治系统内部的创议和循环。它有两点特点：一是广大公众只是“被改革者”，而不是改革参与者；二是医改从开始就抱着“先改改看”的心态，是在缺乏明确的改革目标下进行的一种探索，财政投入上的捉襟见肘和摸着石头过河的思路，主导了上世纪90年代中期以前的医疗改革进程。

这一状况在2005年6月20日《中国青年报》转载卫生部政策法规司司长刘新明关于“市场化非医改方向”的表态后发生了重大转折。7月29日，该报刊出国务院发展研究中心一份医改研究报告关于“我国医疗卫生体制改革基本不成功”的论断，引起了公众的强烈关注。另一方面，在2005年1月的全国卫生工作会议上，吴仪副总理做出批示，要求解决群众“看病难、看病贵”问题。3月，温家宝总理在十届全国人大三次会议上重申要切实解决这一严重问题。此时，卫生部正在尝试制定《关于深化城市医疗体制改革试点指导意见》，开始强调公立医疗机构的公益性质，并在内部征求专家意见。但随着公众持续的强烈关注和诉求，关门决策式的内部创议模式已经显得捉襟见肘，走向社会动员模式成为大势所趋。

（一）医改决策层向9家海内外研究机构“问路”

2006年6月30日，国务院第141次常务会议决定成立以国家发改委和卫生部牵头，财政部、

〔4〕 参见前引〔2〕，哈贝马斯书，第468页以下；谈火生：《民主审议与政治合法性》，法律出版社2007年版，第232页。

〔5〕 《邓小平文选》第2卷，人民出版社1994年版，第144页以下。

〔6〕 曹海东等：《中国医疗体制改革20年》，《南方周末》2005年8月8日。

人力资源社会保障部等11个(后增至16个)部门参加的“深化医药卫生体制改革部际协调工作小组”。国家发改委主任和卫生部部长共同出任组长,正式启动新一轮医改。为集思广益、保证方案科学性、合理性和可操作性,2007年3月23日,医改协调小组决定委托世界银行、世界卫生组织、国务院发展研究中心、北京大学、复旦大学、麦肯锡(中国)咨询公司等6家海内外研究机构,对“中国医药卫生体制改革总体思路和框架设计”进行独立、平行研究。后来又增加了北京师范大学、中国人民大学、清华大学(与哈佛大学合作)等单位参与起草医改方案。

2007年5月29—30日,国家发改委等部门组织召开“中国医药卫生体制改革国际研讨会”,对北大、复旦、国研中心、世卫组织、世行、麦肯锡、北师大、人大等8套医改方案进行评审讨论。同年10月17—18日,国家发改委牵头分别在南昌、天津召开南北两大片区医改座谈会,深入讨论医改方案,并在官网上征求意见和进行修改,直至2009年初新医改方案获得原则通过。

当然,这9家机构的专家意见更多地具有“决策智囊”的色彩,他们代表了公共领域中比较理性的精英阶层的观点。这些观点一方面来自于社会各阶层对医改的期待,另一方面也结合了知识界对医改问题的专业考量,容易引起医改决策层的重视,更易于被医改政策所吸纳。不过,专家和精英的观点并不能代替普罗大众自己的意见和要求,毕竟大多数专家都来自社会的中上层,他们对“看病难、看病贵”等问题的切身体会不深,也许还会受到医改背后不同利益集团或明或暗的影响。这样,仅仅专家的意见是不够的,必须倾听更多公众的呼声和愿望,尤其不能忽略那些缺乏基本医疗保障的农民、城市低收入群体的利益和要求,因此,医改政策的合理性、合法性自然就离不开大众的亲自参与和自主选择。

(二) 医改决策层通过官网征求民众意见

在当代社会,网络以其迅速、便捷、匿名、宽容等特性,很大程度上化解了大众民主时代公民参与的政治空间、表达渠道、时间地域、政治身份、经济条件等方面的难题。公众可以通过这个虚拟的网络世界,无所顾虑地表达自己的真实想法和不同意见。在这样的背景下,网络已经逐渐成为人们表达心声和关注社会焦点问题的重要平台,许多网站在一些重要事件发生之后,都会进行网络民调,了解网民的真实想法和主要态度,形成影响国家决策的重要舆情。

就医改进程而言,网络平台大体可分为两类:一类是官方网站主动设置的参与平台,其目的在于向公众公开信息、广泛问计和意见征集;二是非官方网站对医改问题的关注讨论和民间建议的自发征集。前者可以看作是政府决策层向公众发出邀约,开展医改对话的主动之举;而后者则是民众一方主动搭建交流平台、参与政治事务讨论的积极诉求。在医改方案制定过程中,除了政府部门开展多项调研和专题讨论之外,官方网站成为政府广泛征集各方意见、动员公众参与决策的一个关键渠道。医改协调小组成立后不久,2006年9月26日国家发改委官方网站开通了“我为医药卫生体制改革建言献策”专栏,共收到意见和建议15000多条,来信600多封。^{〔7〕}有关负责人表示,开辟专栏是为了广泛听取社会各界对解决群众“看病难、看病贵”问题的真知灼见。在官网的带动下,一些社会媒体也相继开通“我为医改建言献策”专栏,并把征集到的意见和建议及时转交给国家发改委。《中国青年报》、人民网、新浪网等诸多媒体还开展了相关的民意调查,以期为医改决策提供重要的舆情基础和参照。

2008年10月14日,在征求了全国31个省、市、自治区和国务院各部门以及主要民主党派的意见后,国家发改委将《关于深化医药卫生体制改革的意见(征求意见稿)》全文公布于发改委网站,再次向社会征求意见,共收到各类反馈意见近3.6万条。医改协调小组据此进一步修改完善了《征求意见稿》。2009年1月21日,国务院常务会议再次审议后获得原则通过,新医改方

〔7〕《深化医改协调小组负责人就医改意见答记者问》, <http://news.cn.yahoo.com/08-10-/1037/2jbnk.html>。

案终于成形了。

（三）在社会动员和外部动议之间

从新医改正式启动到医改方案最终出台的过程可以看到，虽然制定医改方案的最初创议来源于政府决策层，但这一创议的酝酿形成却时刻背负着巨大的舆论压力和期望，为此，医改决策层只能从“关门决策”走向“民主征询”。然而，从向海内外机构“问路”开始，决策层的政策创议就已经社会化、多元化了，通过多套方案的拟定、争论和平衡，开启了开放式、对话式、双向互动式的“创议循环”。多次的公众意见征集，则使医改政策创议过程在全社会进行传播、对流和放大，变成了公共领域中广受关注和讨论的一个重大公共问题。“一时间，各种意见和建议源源不断地从中国的四面八方汇聚到北京来，也成为医改方案制定者的重要参考依据，这一做法让中国的社会民众也有机会成为医改政策的决策者，是一次重大变革。”〔8〕决策层通过动员公众来强化对医改方案的认同，而公众广泛的民主参与和讨论更使众多不同的利益诉求和价值偏好注入到医改方案的形成之中，这就具有了更具民主化的外部动议模式特性。

从理论上讲，在内部创议模式中，为了获得公共政策的合法性，很容易导致来自政治精英的单向灌输、等级下泄的“瀑布型”公众舆论，它是威权主义最常见的合法性供给方式，带有较浓的政治动员和意识形态控制成分，很容易发生集体无意识状态下的“大众行为”和“政治运动”。而外部动议模式虽然具有更强的民主性，但它也可能导致向上沸腾、膨胀对抗的“喷涌型”公众舆论，〔9〕这对较成熟的民主社会也许是一种发展动力，但对于转型期的民主法治化进程来讲，却有可能对社会秩序带来一定的威胁，而在转型国家“创建一个合法的公共秩序”无疑是首要问题。〔10〕纵观我国的医改方案制定过程，恰恰是处于社会动员模式和外部动议模式之间，它形成了一个强大的公共领域“舆论场”，既抛弃了“瀑布型”公众舆论的弊害，也防止了“喷涌型”公众舆论的危险，从而造就了一个集思广益、批判反思、争论对话、互动协商、理性共识的公共政策孕育过程。在过去，民意在公共政策中的成分极其有限，公民对政府缺乏信任，政府对公民缺乏信任，这种恶性循环会给公共政策带来不利的影晌。而新医改方案的孕育制定过程，则顺应了时代要求，实现了重大转变，这在一定程度上适应了中国民主法治化进程的需要，也为公共政策合法性提供了更加坚实的基础，是中国公共政策合法性供给方式走向民主化、法治化的一个重要标志。

二、从公众默认到人本精神

改革开放前，公共政策合法性的供给基本是靠意识形态化的政治动员，靠政治信仰和个人崇拜，但改革开放后，这种合法性供给方式就难以奏效了。此时，国家开始把公共政策合法性立足于民众利益和诉求之上，即把“人民拥护不拥护、人民赞成不赞成、人民高兴不高兴、人民答应不答应”作为制定方针政策的出发点和归宿。〔11〕这就意味着公共政策合法性从阶级斗争走向了公众认同，反映了时代的民主化要求。这在医改进程中表现得更为明显。

（一）医改的市场化、尝试性与“散布性支持”

三十年来改革开放的主基调是市场经济，医改作为整体改革的一个重要部分，也必然深嵌于这一时代背景之中，市场化和尝试性成为医改最初的必然取向。

1979年3月的全国卫生局长会议报告指出：“要贯彻按照经济规律办事的原则，加强经济管

〔8〕汪言安：《10年医改路回顾：从中央制定到问计民间》，《第一财经日报》2007年12月13日。

〔9〕参见〔美〕乔万尼·萨托利：《民主新论》，冯克利等译，世纪出版集团、上海人民出版社2009年版，第108页以下。

〔10〕〔美〕塞缪尔·亨廷顿：《变革社会中的政治秩序》，李盛平等译，华夏出版社1988年版，第8页。

〔11〕参见《邓小平文选》第3卷，人民出版社1993年版，第255页。

理,讲求经济效果。”4月,卫生部、财政部、国家劳动总局联合发出通知,指出“医院实行经济管理,就是用经济的方法管理医院的业务活动和财务收支”。1985年初,以放权让利、扩大医院自主权为主导思想的医疗卫生体制改革正式启动。此后几年间,政府投入逐渐减少,市场化取向日益明显。这一时期,无论是政府主管部门还是医疗体制内的各方人士,都抱着尝试的心态。

受国家改革开放整体战略部署和公众信心的影响,当时社会公众对医改的市场化和尝试性并无太多异议。应当说,此时公众对医改还处于一种“散布性支持”的状态。^[12]它是公众基于对改革开放必然性、紧迫性的理性认识和对市场化改革的未来憧憬,对作为改革开放一部分的医改给予自觉不自觉的默认和支持,而忽略了市场化改革是否能够作为一种普适性的灵验法则,“按照经济规律办事”是否违背了医疗卫生事业发展的规律,特别是它能否在医疗卫生这一特殊行业取得经济领域中相同效果的疑问。

邓小平同志南巡谈话之后,建立“社会主义市场经济体制”成为明确的改革目标。卫生部按照1992年9月国务院《关于深化卫生改革的几点意见》的指导精神,倡导通过医院创收来弥补收入不足,开始大步向“医疗市场化”、“医疗产业化”进军。次年十四届三中全会通过的《中共中央关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》,提出要“在卫生医疗领域,继续探索适应社会主义市场经济环境的医疗卫生体制”。此时,虽然在卫生部门内部出现了有关医改是政府主导还是市场主导的激烈争论,但是并没有阻挡医改市场化的前进步伐。2000年3月,以宿迁公开拍卖卫生院为标志,拉开了医院产权改革的序幕。此外,无锡、上海等地又相继进行了产权化改革的一些探索,而有关部门也在地方进行“医药分开”的试点。

然而,随着医改的深入,在看到市场化带来的融资渠道拓宽、医疗多元化的同时,人们也切实感受到公立医疗机构的公益性不断淡化,追求经济利益的导向迅速蔓延,“看病难、看病贵”等社会问题日益严重。2000年世界卫生组织对191个成员国的卫生总体绩效评估排序中,中国仅列第144位;在卫生筹资与分配公平性的评估排序中,中国则列第188位,倒数第四。2003年卫生部的调查结果也显示,我国有48.9%的群众有病应就诊而不去就诊,有29.6%应住院而不住院。^[13]这些现实状况一经公布,立刻在公众中产生了强烈反响。而此时“天价医疗费”、“只认钱不认人”、“医闹”等现象则不时发生,加之2003年SARS又突然袭来,使得公共卫生领域的深层问题在这一突发事件的应对和考验过程中更多、更直接地暴露了出来,促发人们对现行卫生政策和改革方向的深刻反思,公众的不满情绪日渐升高。

改革开放的宏观整体战略无疑具有深厚的合法性基础,也取得了公认的瞩目成就。但整体战略的成功并不必然意味着特定领域改革的成功,而人们当初对医改的默认很大程度上是依托对改革开放整体战略的信心——“散布性支持”而形成的。它并不像“特定支持”那样用人们对特定的和可见的利益回报来生成支持,而是通过对制度之友善、信任、容忍的蓄积而生成的献身、妥协、包容的合法性。这种合法性可以帮助政府度过难关、扭转失利和平息风险,但如果长期缺少“特定支持”,“散布性支持”也会逐渐失去根基。^[14]事实上,就医疗领域而言,当时的民众处于

[12] 照伊斯顿的分析,所谓“特定支持”是指因政策输出致使社会成员的某种特定利益或要求得到了具体满足,从而获得的公众认同和支持;而“散布性支持”则不受特定诱因或报酬的影响,它是社会成员基于对决策当局及政策规则的内在信任或支持蓄积,以某种明确或者含蓄的方式,相信政策输出是符合政治领域的道义原则和是非感的,即便对这些输出未必同意甚至还会认为损害其意愿,但仍能够予以承认或默许而生成的支持。事实上,政治系统中的合法性供给既有“特定支持”,也有“散布性支持”,后者是一种整体性、长期性的支持考量与合作,是获得政治合法性的重要而稳定的深层基础。参见[美]戴维·伊斯顿:《政治生活的系统分析》,王浦劬译,华夏出版社1999年版,第322页以下。

[13] 《发展医疗卫生事业,为构建社会主义和谐社会做贡献》,《人民日报》2005年7月9日。

[14] 参见前引[12],伊斯顿书,第323页以下。

一种茫然的“被改革”状态，更何况改革开放整体战略的纵深发展也并不是一路凯歌、全面向好的，也需要处理和调整暴露出来的诸如贫富分化、城乡差别、地区不平衡等深层矛盾和社会问题。因此，仅仅凭公众的一时默认态度不足以保证公共政策的科学性、合理性，也并不一定完全符合真实的社情民意。

毋庸置疑，医疗卫生是一项涉及全体国民生命健康的公益性事业，它赋有很强的平等、人权、健康等人性价值。如果医改丢掉了它自身的价值，只剩下利益追逐，进而公众医疗保障的切身利益和具体诉求得不到应有的满足，甚至还受到某种损害，那么从开始就仅仅依赖于抽象信任的“散布性支持”而缺少具体回报的“特定支持”的医改，必然会出现一定的合法性危机。事实上，正当医疗投资者对市场化摩拳擦掌、大声疾呼“让医院改革来得更加猛烈些吧”的时候，^[15]也恰是公众“看病难、看病贵”越来越严重的时候。因此，重塑医改的价值取向，通过反映和满足公众医疗保障的特定诉求与现实利益，进而建立医改的“特定支持”也就迫在眉睫了。

（二）医改的时代变奏与人本精神回归

在继续深化改革开放、分享发展成果的同时，为纠正、克服和解决改革开放进程中出现的一些偏差、矛盾和问题，2003年十六届三中全会提出了科学发展观。在这种人本主义导向的背景下，如何克服公立医疗机构过度利益化追求，破解“看病难、看病贵”问题，就成为构建和谐社会、实现科学发展的关键环节。2005年7月29日《中国青年报》刊出“医改基本不成功”的论断后，立刻引起巨大社会反响和共鸣，医改从此峰回路转，公益价值回归也就成为大势所趋。

首先，公众从“散布性支持”转向“特定诉求”。早在医改之初，医疗卫生领域就对医疗卫生服务的经济效益与绩效是“医院经济收入和经济成本之比”还是“社会对医院的满意度和经济收入之比”进行过大的争论，当时甚至鼓励医院实行各种形式承包责任制，鼓励医院、科室、个人趋利创收。虽然不能把医改的问题全都归罪为市场化，但这种发展取向无疑带有“见利不见人”的浓重色彩，是公立医院过分追求经济利益、公益价值迷失的关键性“病根”。2005年“医改不成功”的论断公布后，触发了一段时间以来人们对“看病难、看病贵”的心底积怨和质疑，并进而与社会制度相勾连。此时，公众最初对医改的那种“散布性支持”，变成了现在不满情绪的表达和宣泄，随后便集中在对医改能否满足其医疗保障这一特定权益的具体诉求和现实企盼上。《中国青年报》的一项调查显示，81.2%的人认为现在的医院是营利性而非公益性机构，90%的公众对十年来医改不满意。^[16]大多数人都期望政府来主导新一轮医改，切实改变“看病难、看病贵”的现状。这种“特定诉求”不仅构成了医改从利益追逐回归到公益价值的巨大压力，也构成了医改转向的巨大动力。

其次，医改决策层在政策输出中注入了人本价值。当公众对医改的“散布性支持”淡去，建立“特定支持”就成为当务之急。但“特定支持”的建立不能靠那种宏观性、情感性、说服性的权宜策略，而必须拿出切实可行、实惠有效的政策输出来让公众体验和分享。因此，决策层便开始频繁发出新的导向信号，加大政策输出强度。2005年5月24日，《医院报》头版头条刊出刘新明“市场化非医改方向”的断言，随后卫生部副部长马晓华发表讲话，严厉批评当前公立医疗机构公益性淡化、过分追求经济利益的倾向，强调“产权制度改革，不是医疗制度改革的主要途径，我们决不主张民进国退”。^[17]2005年7月1日，卫生部长高强在一次形势报告会上进一步指出：“相当多的公立医疗机构仅保留‘公立’的外壳，内部运行机制却出现了市场化的倾向”，公益性质被淡化了，但“维护人民健康是政府的一项重要职责”，要“以维护广大人民群众的健康需求为出发点

[15] 参见前引[6]，曹海东等文。

[16] 唐勇林：《调查显示：九成公众不满意10年来医疗体制变化》，《中国青年报》2005年8月22日。

[17] 张峭莲：《中国医改在争论中突围》，《民营经济报》2007年7月10日。

和落脚点”。^[18]这就意味着，医改决策层开始扭转医改迷失价值的市场化局面，着力按照科学发展观和民众呼声，把医改定位于人的健康和基本权益，为新医改进程注入人本价值。

再次，医改方案争论中的定位。自2007年3月医改协调小组先后委托9家机构进行医改方案制定和研究后，各方案各执己见，加之有关的十余个政府部门均持有不同立场，有关各方对医改涉及的政府主导还是市场主导、补供方还是补需方、采取英国模式还是美国模式、公立医院是否实行“收支两条线”、“保大病”还是“保小病”等问题展开了激烈的争论。这些争论的关键点在于，如何重归公益性和公平性、如何履行政府责任、如何实现有效的医疗产品供给、如何避免市场的行政化垄断或重回计划经济时代等等，似乎都不否认医改应以最大限度地满足公众的健康需求为基点。另一方面，决策层的政策输出并不仅仅依赖于“智囊”，也不是对公众要求的直观反馈，而是“建设性地作用于要求或问题，能够重新组合、重新评价、采纳或反对它们”，^[19]在政策输出与政策环境之间的互动中形成一种既体现公众要求又包含决策智慧的创新性公共政策。2007年5月底，在8个医改方案于中南海“过堂”时，人们从决策层的相关行动中可以看到立足于更广泛民意基础上的日益明朗的趋势，特别是党的十七大报告明确提出“要坚持公共医疗卫生的公益性质”。综合了各方案和公众意见后于2009年4月出台的新医改方案，指出“坚持以人为本，把维护人民健康权益放在第一位”，并“把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供”，使最低收入阶层也能获得基本的医疗卫生保障。这样，合法性供给也就不再仅仅依赖“散布性支持”，而是通过人本精神的政策输出，使人们的医疗保障这一特定利益和要求得到具体的满足或者可见的预期，由此获得公众的认同和支持。

三、从符合真理观到共识真理观

我国公共政策的合法性呈现着社会主义民主的属性，但是其发展道路却不是一帆风顺的。尤其在“文革”期间，个人崇拜和“一言堂”十分盛行，“以阶级斗争为纲”等成为至高无上的“革命真理”，包括政治、经济、文化及生产生活的所有方面都要符合、服从这一“真理”并按其行事。这就是典型的符合真理观。^[20]这种“革命真理”只能来自“最高指示”，它是绝对的、主宰的，不得质疑、讨论，更不得违背，否则就会被实行“专政”。改革开放后，邓小平同志反复强调，要坚决防止“一言堂”、个人崇拜和家長制，^[21]把民主和法制建设作为基本国策和战略目标予以推进，中国的公共政策合法性供给也开始走向正轨，这在医改进程中表现得尤为突出。

医改最初是在“卫生部门也要按经济规律办事”、“适应市场经济体制”的指导思想下进行的，这在某种意义上可以视为经济体制改革的“放大”或“辐射”效应。其合法性供给导向明显地带有符合真理观的色彩。无疑，大力推进市场经济对改革开放进程、特别是经济体制改革是一种科学的、有效的真理，但把这一逻辑运用到医改领域却未必如此。后来的发展也证明，简单的逻辑套用或者放大适用都有问题。事实上，1995年的医保“两江试点”就是为配合建立社会主义

[18] 高强：《发展医疗卫生事业，为构建社会主义和谐社会做贡献》，<http://www.ynwsjd.cn/Item/682.aspx>。

[19] 前引[12]，伊斯顿书，第415页。

[20] 近代以来，科学的实证主义真理观取代了宗教神谕的真理观，它强调真理命题应与外在客观世界（事实）相吻合，即符合真理观。不过，近些年来这种真理观不断受到质疑。哈贝马斯指出，作为合法性评判基准的真理，“只能用对话的方式，即只能用论证的手段给予解决”，“论证是继续采取共识行动的惟一道路”，即“真理”存在于“共识”之中（参见[德]尤尔根·哈贝马斯：《重建历史唯物主义》，郭官义译，社会科学文献出版社2000年版，第332页；另见前引[4]，谈火生书，第204页）。符合真理论很容易导致掌握“真理”者对众人的压制和独断，而共识真理论更具包容品格和民主精神。

[21] 《邓小平文选》第2卷，人民出版社1994年版，第144页。

市场经济体制下的“国企改革”而出台的，而江苏宿迁的“卖光式”医改更明显地体现了国企改革的逻辑“延伸”。〔22〕这种不顾医疗自身属性而简单套用经济规律的做法，也是多年来对经济增长迷信、对市场机制迷信的集中体现。〔23〕这些也成为2005年后医改变奏重来的一个重要原因。2005年以后的新医改开始了其公共政策合法性供给的转向，即不再预设某种确定无疑的指导思想和目标，而是进行充分的民间问计、意见征集和交由公众讨论，这就从符合真理观走向了共识真理观，重建了公共政策的包容性和民主性。

（一）展现了空前多元的对话协商

早在上世纪70年代末准备进行市场化医改之时，就存在一定的分歧和争论，但还主要限于内部分歧，并没有真正的开放性和多元对话性质，也未能影响医改市场化的主流走向。2005年“医改基本不成功”的论断发表后，相关的争论才迅速扩展到社会。

正是在这种情势下，医改决策层开始成立医改协调小组，并通过委托海内外机构设计方案、官网意见征集、专题讨论会、意见征询会等，向社会广泛问计，主导方向之争、补供补需之争、“保大保小”之争等不相高下。“医改方案制订，使公众第一次看到如此多的独立机构参与公共政策决策，第一次知悉决策中的诸多意见分歧。”2007年5月底“中南海过堂”中的争论也被描述为“一锅粥”。〔24〕与此同时，民间也十分活跃，诸如“天则双周论坛”、“《南方周末》医改论坛”、全国政协“基本药物制度”研讨会、清华—布鲁金斯中心医改圆桌会议等，展开了激烈的讨论和对话。新闻媒体和网络平台则通过各类专题报道、观察评论、深度分析、民意调查、专题论坛等，进行了大量的分析、批评、建议和呼声表达，甚至呈现出一种全民参与之势。有外国学者表示，“在中国政府公开向民间征求医改建议的时候，就有不少‘赤脚医生’专门执笔写下自己的亲身经历和由此产生的思考，热情地向政府建言献策，其参与态度的认真和积极让人惊讶。”〔25〕正是这种广布于决策层、官方部门、学者智囊、媒体、民众以及相关企业等的广泛讨论，形成了巨大的公共舆论场域和平台，形成了关于医改方向、模式、权责、机制等问题的激烈交锋，以至于同样是对宿迁医改案例的调查与反思，北大学者得出应该由政府主导的结论，而清华学者则得出要由市场主导的结论。〔26〕然而，不管这种讨论和对话的成分多复杂、分歧多大，它毕竟给各方提供了充分表达、诉说和接受倾听的机会，提供了批评与反批评、判断与反思的机会。在这一过程中，决策层并没有预设一个先在的、公理性的具体价值判断或者政策指南，以教导人们按照这种公理或指南去采取与之符合的思想和行动，而是采取了不确定的、开放式的、论辩性的政策制定议程。在这里，各种智慧得到汇聚、碰撞、吸纳和协商，迫使人们形成一种阿伦特所说的“扩大的心胸”，这种“协商产生的任何结果都是暂时的，我们可以重新检视这些结论，并对之进行修正”。〔27〕这样，空前多元对话的决策过程就颇具共识真理观的取向，使得医改这一公共政策更多地反映人们的共识而不是预设的命题，其合法性也就更加民主和牢固。

（二）进行了复杂多重的利益平衡

不单是处于发展中的中国，即使在一些较成熟的西方发达国家，医改也是一个难题。它牵涉太多个体、群体和机构的利益和要求。从我国的医改进程来看，既牵涉广大公众、医疗机构、医药企业、医药经销商、医疗保险机构，也有中央政府与地方政府及其不同部门，同时还涉及城乡

〔22〕 肖华：《中国医疗体制改革U形大回转？》，《南方周末》2007年9月20日。

〔23〕 王绍光：《中国公共卫生的危机与转机》，《比较》2003年第6期。

〔24〕 参见前引〔22〕，肖华文。

〔25〕 参见前引〔8〕，汪言安文。

〔26〕 参见前引〔22〕，肖华文。

〔27〕 [美] 塞拉·本哈比主编：《民主与差异——挑战政治的边界》，黄相怀等译，中央编译出版社2009年版，第77页。

不平衡、地区不平衡等问题,可以说太多的利益得失、权力增减错综复杂地纠缠在一起,因而引发巨大的争论、对话和博弈也是必然。这种多元对话协商的目的在于平衡和共识,“就赞成或反对一个行动方向进行权衡”。〔28〕面对政府管制与市场机制、补供方与补需方、医患关系调整、部门与行业利益分割和权限界定等方面所涉及的诸多利益矛盾和冲突,很难通过压制或者牺牲哪一方来解决,而是需要通过对话协商和利益平衡,这才是更务实、客观的选择。卫生部长陈竺在2007年9月5日的新闻发布会上表示,“原则就是要以人为本,要适合中国的国情,要讲究公平、效率和质量的统一,要统筹兼顾各个方面的需求。”〔29〕这无疑确立了对话与平衡的政策主基调。

2009年4月6日中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》发布后,基本没再有太大的争议。正式的文件和征求意见稿在基本思路和基本结构上没有大的改变,只在细节上做了一些小的改动,对各方的利益进行了新的平衡。尽管也有学者对这些平衡折中所带来的后续问题表示怀疑,指出体制改革的一些细节表达不清楚,但是从医改的决策过程来看,这种多元对话中的平衡本身就体现着一定程度的相互尊重、退让和妥协,谁都不能强调单一原则或者谋取某种至高无上的“利益霸权”和主宰。也就是说,每种利益都主张它存在的正当性和真理性依据,解决的办法只能是建立一个共存和兼容的法则,任何先在的、普遍的、确定不移的宣称都没有太大的效力,这就瓦解了符合真理观得以盛行的基础,从传统的单一规划走向当代的多元平衡,进而为共识真理的达成提供基本动力。相对于过去的“关门拍板”和“符合真理”性决策,这毕竟是一个很大的进步。

(三) 形成了包容性的理性共识

2005年以后新医改的公共政策走上了共识真理观的道路。从体制内到体制外、从媒体到网络、从部门到行业、从智囊到平民的“全民大讨论”,充分体现了不尽的差异性诉求,也逐渐形成了一定的包容性的理性共识。这主要体现在三方面。

一是认知性共识。主要指社会公众对医改进程中一些基本的现实问题的切身体验和客观认识,如医改必须重新调整和深化、解决“看病难、看病贵”问题、解决医疗公平问题、解决政府责任缺失问题等。无论是争议的哪一方,对这些客观存在都没有多少争议,因而属于一种整体性、一致性、基本性的社会认同。

二是论辩性共识。主要指社会公众对医改进程中一些有争议的问题持有不同的看法,特别是对一些关键问题具有不同的诉求和偏好,但在经过反复对话、讨论、协商甚至谈判后形成了基本一致的认识,从而达成某种共识。在这里,争议各方起初的诉求、愿望、观点和意见之间是相互冲突的,但“在协商和与他人交换看法的过程中才逐渐意识到这些冲突,并感到有必要对它们进行排序”,而“更为重要的是,正是公开陈述观点的程序迫使个体对自身的偏好和意见进行某种程度的反思。当个体向他人陈述自己的观点和立场时,他必须在公共语境中表达那些能支持他们观点和立场的有力理由”。这样,争议各方才“在理性层次看清自己的选择和偏好”,进而形成“一致性偏好”,〔30〕理性共识也才在论辩后得以谅解、包容和达成。例如,关于医改方向开始争论得非常激烈,但在争论中人们逐渐发现,过多行政规划、排斥竞争的政府主导,或者过多市场竞争、排斥政府作用的市场主导,都是行不通的,最后形成了政府主导与市场机制兼顾的共识,而这一共识后来体现为医改方案“坚持公平与效率统一,政府主导与发挥市场机制作用相结合”的原则。新医改方案也明确提出“从全局出发,统筹城乡、区域发展,兼顾供给方和需求方等各

〔28〕 [美] 罗伯特·古丁:《内在的民主协商》,载 [美] 詹姆斯·菲什金等主编:《协商民主论争》,张晓敏译,中央编译出版社2009年版,第57页。

〔29〕 参见《陈竺部长在国务院新闻办公室新闻发布会上介绍新型农村合作医疗制度运行情况》, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/wsb/pxwfb/200804/27940.htm>。

〔30〕 前引〔27〕,本哈比主编书,第76页。

方利益”，“中央政府和地方政府都要增加对卫生的投入，并兼顾供给方和需求方”。论辩中人们对医生群体也改变了简单抱怨的心理，认识到医生是一个专业技术性很强的群体，也需要对医生群体权益进行必要的保护。可见，这种论辩性共识是在对话、争辩和协商中不断调整、修正各自的偏好和诉求，最后达致大家所共同认可的共识，进而进入公共政策制定之中。

三是妥协性共识。主要指那些有很大争议，但经过反复论辩、协商后仍不能达致基本认同，或者一时无法准确辨明的情况下，争议各方为了获得一个暂时共同接受的结果，就只能在一定的程序下进行谈判和妥协，各自作出让步或者搁置争议并留出有待日后决断、合作和探索的余地和空间，从而形成一种保留性、妥协性共识。在这里，“公民应该以公共论证的精神进行参与：不是简单地坚持自己的立场，而是考虑关注他人的合理主张，包括官员的合理主张”，以公共理性精神来“‘有理有据’地接受异议”，^[31]而不是采取零和博弈式的排斥或征服，从而形成共同接受的方案。例如，大家都认为公立医院改革是医改成败的关键，但是由于牵涉问题太多、争议太大、利益关系太复杂，所以，最后医改方案只对公立医院改革作出原则性规定，指出“坚持非营利性医疗机构为主体、营利性医疗机构为补充，公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展的办医原则”，积极推进公立医院改革试点。2011年2月18日卫生部长陈竺在作深化医改形势报告时，再次表示公立医院改革始终是一道绕不过去的“坎”，是缓解“看病难、看病贵”的关键点，但是公立医院改革“还没有完全破题”，卫生部门将力争尽快探索出一条公立医院改革的基本路子。^[32]再如，对基本医疗政府、社会、个人分担的比例，也牵涉诸多利益和权力分配，争议各方分歧很大，最后医改方案也只做“确立政府在提供公共卫生和基本医疗服务中的主导地位”，“基本医疗服务由政府、社会和个人三方合理分担费用”这样的原则规定。可见，这种妥协性共识更多地体现了一种平衡性、暂时性，当然也包容着“合理的分歧”，从而留给后续公共政策一定的弹性空间和探索余地。这就保证了医改方案的及时出台和稳妥实施。

综上所述，这种包容性的理性共识并不是来源于某种先在的、确定的真理的压制和规划，而是体现了差异性、多元性和对话性基础上的协商与共识，它所形成的公共理性促进了自身反思，也会改变参与者的信仰和认同，进而“包容了其他参与者的新理性和正当性”。^[33]这种从符合真理观向共识真理观的转变，无疑是当代中国公共政策合法性变革的一个重要民主动向。

四、中心与边缘的双向互动

在当代民主化社会，公共政策只有建立在公众的理性共识和评判选择的基础上才能获得稳固的合法性，因而，“一个针对相互关心的事物进行协商的公共领域就尤为关键”。^[34]然而，公共领域并不是铁板一块，而有一个决策中心与外围边缘的互动过程。^[35]只有建立中心与边缘之间

[31] [美] 迈克尔·舒德森：《为什么民主需要不可爱的新闻界》，贺文发译，华夏出版社2010年版，第222页。

[32] 《卫生部部长陈竺回应医改热点问题》，http://news.xinhuanet.com/politics/2011-02/18/c_121098693.htm。

[33] [美] 詹姆斯·博曼：《公共协商和文化多元主义》，陈志刚等译，载陈家刚选编：《协商民主》，上海三联书店2004年版，第92页以下。

[34] 前引[27]，本哈比主编书，第72页。

[35] 哈贝马斯指出，在政治系统运行和决策过程中，往往是社会公众、媒体网络、利益团体、社会运动等等把在私人领域中形成共鸣的那些问题进行放大并引入公共领域，形成公共意见或舆论，从而迫使议会、法院和行政机构等“决策性建制”对议题进行正式处理，并形成正式意志。前者是公共领域的外围边缘，而后者则是公共领域的建制中心。一方面，建制化中心的决策要想获得合法性，就无法离开外围边缘那种交往对话情境的支持和输入，“中心闸门”只能在有限的程度上控制这些过程的方向和机制，但不能压制和关闭它们。另一方面，边缘的舆论力量本身并不是政治权力，只能为行政权力提供指引和方向，其影响就“必须作用于那些履行意见形成和意志形成过程的民主建制的协商活动，并在正式决策中采取权威形式。”参见前引[2]，哈贝马斯书，第373页，第441页以下，第459页。

良性互动关系,才能消减合法性匮乏和导控匮乏,为公共政策提供有效的合法性供给路径。

中国公共政策的合法性供给路径自然会有自己的属性和样态,但当今公共政策的民主化取向是不能回避的主流。纵观三十年来的医改进程不难发现,其合法性供给路径的民主化嬗变十分明显。如前所述,2005年之前虽然也有关于医改的争论和分歧,但主要局限于决策层或者行业内部,并没有提交到公共领域,更没有进行议题设置和公众对话。其中很重要的一个原因是,医改之初正值拨乱反正的恢复期和改革开放的启动期,公共领域还没有完全获得政治解放和自主化兴起,也难以担负起过多合法性供给的重任。然而,自上世纪90年代之后,这种状况开始悄悄改变。此时“看病难、看病贵”的问题也日益凸显,医改问题开始慢慢进入公共领域视野,直到2005年7月底《中国青年报》刊出“医改基本不成功”的论断,把积蓄在公共领域中对医改切身体验、检省反思及批判对话的潜能瞬间释放了出来。

(一) 中心与边缘的对流动议

尽管公众对医疗卫生现状的不满情绪日益增加,但是医改转向的明确信号还是首先通过决策层的一系列表态而发出的。2004年底,卫生部政策法规司司长刘新明透过媒体放言:“市场化不是下一轮医改的重点”。2005年5月初,卫生部副部长马晓华批评了医疗公益性淡化、过分追求经济利益的倾向,指出“我们决不主张民进国退”。6月20日《中国青年报》刊出刘新明“市场化非医改方向”的新观点,7月29日又刊出“医改基本不成功”的论断,引起了巨大的社会震动。2005年7月1日,卫生部部长高强再次强调“既要坚持政府主导,又要引入市场机制”。至此,“医改转向”已成为从中心不断传出的明确信号。

一系列的官方表态,加之2003年“非典”后人们对公共卫生服务体系的反思和“看病难、看病贵”的切身体验,使得从决策中心释放出来的信号在进入外围边缘后,被迅速放大并转化成政策动议,揭开中心与边缘的互动进程。《人民日报》、《光明日报》、《健康报》、《南方周末》等报刊连续发表了大量有关医改的报道和评论文章,中央电视台等新闻媒体相应跟进报道、进行专题讨论,而网络平台的话题发帖也异常活跃,仅网易转载《中国青年报》“国务院研究机构最新报告称我国医改不成功”一文后,截止2006年12月31日网友跟帖讨论量就已达19607条,回归医疗公益性和强化政府责任成为民众的主导呼声。此外,2005年9月10日《南方周末》组织的医改专家论坛,2005年10月和2006年3月北京天则经济研究所的“天则双周论坛”等民间论坛,都分别邀请力主市场主导和政府主导的专家学者发表主旨演讲,进行激烈的思想碰撞和交锋。这样,“公共领域形成的舆论经过‘传播机制’或‘公众信息流’传递给国家”,^[36]构成无形的巨大舆情压力和公共意见输入,成为一种从边缘汇聚而来的政策动议和期望。

此时,决策层也基于民众的这种医改诉求和舆论压力而加速公共政策的制定进程。2006年6月底,医改协调小组正式成立,新一轮医改公共政策制定工作正式启动。9月,医改协调小组在国家发改委官方网站上向社会公开征集医改意见和建议,同时先后深入20多个省(市、区)进行了系统专题调研,举办医改国际研讨会。^[37]发改委还组织了内部讨论会,相关部委的司局官员悉数到场,但“不允许他们说话,只让专家们讲”。这意味着,新医改从启动一开始就架起了中心与边缘的对话通道,形成了官民对流的信息循环。

2007年1月,由卫生部主导制订的医改新方案初稿通过媒体公开披露,时任卫生部部长高强向记者表示,“医改绝不能市场化”。然而,此番表态并没有让政府主导与市场主导的争论平息下来,反而引发了更加激烈和深入的讨论。为此,卫生部还进行了一次内部“医改大专辩论赛”,

[36] [澳]卡罗琳·亨德里克斯:《公民社会与协商民主》,郝文杰等译,载前引[33],陈家刚选编书,第132页。

[37] 《深化医改协调小组负责人就医改意见答记者问》, <http://news.cn.yahoo.com/08-10-/1037/2jbnk.html>。

辩论的结果是大多数在场的卫生部官员们都选择了投票支持“市场主导派”。在争论无法调和的情况下，2007年3月，医改协调小组决定委托6家海内外研究机构独立制订方案。^{〔38〕}这一决定一改传统的关门决策方式，不仅把中心与边缘之间那种传统上相对闭合的边界通道转化成开放流动的互动空间，也把医改方案争论推向了高潮，社会各界踊跃参与，纷纷主动要求参与方案制定甚至直接提交建议方案，医改方案也由最初的6套增加到了8套，后来又出现了第9套、第10套。人们围绕医改方案，形成了前所未有、蔚为壮观的“全民医改大讨论”。一时间，无论在体制内还是体制外、中心还是边缘，各种不同的观点、见解相互传递、渗透、争鸣和碰撞，甚至一时难以用“市场主导派”或“政府主导派”这样的简单标签来加以辨识。这就呈现出有如协商民主论者所描述的那种“以松散的联合、多元观点的意见形成和传播为媒介”的民主现象，进而“在这种自发的自由沟通中多元的意见相互激荡”，^{〔39〕}形成“官民联动”、对话协商的壮阔景观。

2007年5月底，“中南海过堂”结束，经过激烈辩论，在8个方案中最终“市场主导派”占据了上风。然而，公众对医疗公益化的呼声却一直不减，在某种程度上形成了大多智囊精英、决策层内部一些官员（特别是卫生部）的市场主导倾向与社会公众的政府主导倾向之间的方向对垒。就在此时，国家领导人则开始立足科学发展观为医改进行定调。2007年10月15日，胡锦涛总书记在十七大报告中明确提出要“强化政府责任和投入，完善国民健康政策”。10月17—18日，国家发改委牵头分别在南昌、天津“医改座谈会”，确定医改方案将在融合9家独立机构草拟的方案基础上，形成一套中国式的医改新方案。这样，政府主导的倾向日益明朗，政策信号再次从中心向外围边缘快速传递。

然而，面对日趋明朗的政府主导动向，市场主导的呼声也不断传来。北京医药行业协会于2007年9月组织了在京的10家大型医药企业人士参与研讨，并就当时医药行业发展所面临的困境问题公开向相关机构建言，希望能在新医改方案中照顾并改善当前经营困境的现状。此外，2007年6月和8月召开的清华—布鲁金斯中心第二次、第三次“医改圆桌会议”，2007年11月在广州召开的第四届医院发展论坛，以及大量的媒体评论报道等所传达出来的信息表明，对医改的走向还是争执不下，甚至还有对政府主导是否会“回到计划时代”、产生裙带关系和滋生腐败的担忧。媒体对这些激烈争论和各方利益诉求给予了高度关注和放大，“把人们关注的事务由边缘向中心传输”，使之联合成为“有特定主题的公共舆论”，构成了“产生驱动力的边缘”。^{〔40〕}在这种巨大的争议压力下，2007年10月高强在“十七大”新闻中心接受采访时表示，制订中的医改方案将坚持以人为本、医疗卫生公益性和“政府主导与发挥市场机制相结合”。同年12月26日，陈竺在向全国人大常委会会议所做报告中，又提出“政府投入应兼顾医疗服务的供方和需求方”。这实际上是决策中心政策导向的某种退却，而这种“退却”无疑体现了政策导向的开放性、包容性和平衡性调整。就在各种利益群体进行医改方案争论和博弈的同时，温家宝总理等国家领导人多次主持召开医改座谈会，广泛听取、吸收社会各界的意见和建议，形成了新医改方案。2008年2月29日和9月10日国务院两次召开常务会议对该方案进行审议。2008年9月底，分别征求各省（自治区、直辖市）政府和国务院各部委及民主党派、人民团体的意见，并于10月14日—11月14日向社会全文公布、问计于民。

大多数社会公众对新医改方案坚持公益性表达了谨慎乐观和支持，而一些利益相关者则仍作出了不同的反应。就在《征求意见稿》公布的第二天，在北京会议中心召开的原本是全国医药行业协会会长、秘书长的年度“联席会”，由于医改方案的公布变成了激烈的讨论会。与会者认为

〔38〕 参见前引〔22〕，肖华文。

〔39〕 前引〔27〕，本哈比主编书，第79页。

〔40〕 [英]詹姆斯·卡伦：《媒体与权力》，史安斌等译，清华大学出版社2006年版，第298页。

定点生产加强了企业恶性竞争, 行政部门直接干预药品流通的做法违背了市场经济规律。会议形成了“医药行业协会对新医改方案意见”: 公立医院要实现管办分开、基本药物制度要充分发挥市场机制作用, 鼓励医药创新等。2008年11月5日在中国人民大学召开的“中国医疗体制改革方案: 中外学者的观点研讨会”上, 一些学者对“政府主导, 市场为辅”的医改方案提出了质疑, 认为方案未能体现医疗行业之间、政府跟医院之间、政府跟保险公司之间、患者跟医院之间的竞争激励、制衡机制和患者选择权, 容易导致地方垄断、政府偏好取代个人偏好以及追求政府预算最大化和保护特权等问题。与此同时, 保护医务人员合法权益的呼声随即涌现出来, 包括卫生部和人保部等某些部门意见分歧, 也在2008年10月21日全国政协召开的一场“基本药物制度”研讨会上进行了公开表述。此外, 各省(区、市)、部委、民主党派和团体也积极提出了反馈意见。到新医改方案最终形成时, 共收到群众意见35929件, 其中网民意见31320条, 传真584份, 信件4025封。对这些意见、建议、主张和诉求, 工作小组进行了认真研究和逐条分析, 本着尽可能吸纳的原则, 对《征求意见稿》进行了190余处修改,^[41]其中包括增强方案操作性、保护医务人员合法权益、删除基本药物的定点生产而增加充分发挥市场机制作用的内容等。

纵观2005年以来医改这一公共政策协商对话进程, 不难发现其中的“中国景象”。医改向公益性转向的信号首先从决策层传出, 立即引起媒体和公众的强烈反响, 这一舆情信息流反过来对决策层构成了巨大压力和动议指向, 决策层再对这些舆情信息和问题进行同步过滤和即时性处理, 形成一个双向动议的过程。其间, 决策层从开始就一改传统关门决策的做法, 搭建了官民互动的桥梁, 积极向民间问计和进行意见征询, 从而引发政府主导与市场主导的方向之争和多元利益博弈。决策层从8套方案论证后的市场主导获得胜出到作出政府主导的基本定调, 再到“政府主导与发挥市场机制相结合”的变奏, 实际上也是中心政策偏好输出——边缘诉求输入——中心调整政策偏好再输出——边缘诉求重新再输入的对流循环、互动协商过程, 其间就医改方案是政府主导还是市场主导、补供方还是补需方等重大政策争议, 争议各方(或利益相关方)都分别在决策层、智囊专家、媒体、行业和公众中寻求支持、代言、呼应和共鸣, 使医改方案在中心与边缘的双向对话、各方利益诉求的反复平衡中得以逐渐完成。这种中心与边缘联动共振的特有景象, 可以堪称中国式的“民主作坊”。^[42]卫生部长陈竺在2008年曾公开表示:“现在还不是卫生部高调的时候, 要做‘老黄牛’, 还要准备挨社会十年至二十年的批评”, 医疗行业自身也要努力, 不能“总是提不出先导性的思想, 总是处于被动配合的状态”。^[43]这充分表达了决策层当时所承受的巨大公共舆论压力和政策动议压力。有学者这样评价:这几年医改方案出台时间表多次延迟, 中国卫生主管部门背负巨大的舆论压力, 其实也就是希望能努力获取各方面的建言, 期待能为老百姓拿出一套科学可行的方案。“全世界很多国家也在医疗卫生问题上伤透脑筋, 各种尝试和改革同时伴随着批评与质疑。但是到目前为止, 世界上还没有哪一个国家能为一部医改方案如此长时间广泛地去征求意见和反复修正。”^[44]也恰恰是这一过程, 在中心与边缘双向动议中, 不仅可以达成更多的民主协商和理性共识, 也可以增生更加多样、更加务实的制度设计, 使得公共政策合法性的供给更为多元开放、对流包容和富有民主聚合性, 从而形成更为有效的互动供给路径。对当下中国公共政策合法性的民主化变革来讲, 这无疑具有里程碑的意义。

(二) 决策层对案件的回应与交代

如果说《中国青年报》刊出“医改基本不成功”的论断引起了全国舆论共鸣, 那么, 哈尔滨

[41] 《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》, 《人民日报》2009年4月8日。

[42] 按舒德森的说法, 协商对话“更像是民主的作坊”。参见前引[31], 舒德森书, 第216页。

[43] 《卫生部长回应医改争论: 防病更重要》, 《广州日报》2008年3月8日。

[44] 前引[8], 汪言安文。

“天价医疗费”事件、“郑筱萸案”等一系列案件的曝光，则在瞬间引起舆论的一片沸腾。在社会情绪的刺激下，医患关系“雪上加霜”，广东甚至有医卫人员都得头戴钢盔上班。^[45]经媒体的传播放大和议程设置，人们也从个案的愤然逐渐扩展到对医疗卫生现状的反思批判，而很多舆论和质疑更直指制度“病灶”。这股舆情信息流从外围边缘直抵建制中心，迫使中心做出积极回应，向公众做出交代。

从天价医疗费案、齐二药案、华源欣弗案到郑筱萸案的整个处理过程，也呈现出一个从个案的医疗权益保护和医疗公平——假药产品责任和政府监管责任——惩治贪腐和体制变革的递进升级，是决策层不断地即时性回应社会舆情、扩大接受舆论监督的广度和深度、对公众热切关注的问题进行从个案到制度步步深化的决策处理过程。也就是说，决策层的回应处理和交代与公共舆论的指向是基本一致的、契合的。这一方面体现了“民主的构成的意见形成和意志形成过程依赖于不具有正式形式的公共意见的供给”，^[46]彰显了公共舆论的强大动力；另一方面，正是基于建制中心与外围边缘对这一系列案件进行质疑、诉求、回应和处理的对流循环，使得决策层和社会公众形成了更多的医改共鸣和深刻认知，对医改方案最后的“医疗公益性”基调形成产生了重要影响。

五、意义、问题与前景

1978年以来的改革开放堪称一场“革命”，它使中国大踏步地进入商业文明，民主法治成为内在的必然诉求。对医改而言，则是启动了一场公共政策合法性的供给取向与方式的“革命”，进而成为推进中国民主和法治进程的重要动力。

在传统中国的专制时代，公共政策的合法性主要来源于圣君贤相的“圣明裁断”和普通百姓的忠君式服从，故而王朝的兴衰均系于君主王侯身上，社会的周期性震荡和灾难在所难免。新中国成立后，这一状况发生了根本转变，形成了人民民主的合法性供给方式。然而，由于诸多历史遗留因素和时代局限的影响，集权专断和个人崇拜的惯性力量还是渗透于政治、经济和文化生活之中，并导致了“十年浩劫”。改革开放后，中国的民主化、法制化进程重新启动。特别是2005年以来的新医改，既是一个使改革开放成果惠及所有民众，并提供更好的全民医疗保障的制度变革过程，也是一个对公共政策合法性供给机制进行重大探索和尝试的过程，而且，通过历时四年多的探索和尝试，也确实推进了公共政策合法性供给的时代转向。它使公共政策的制定由传统意义上的官僚决定变成了现代意义上的多元决定，媒介的力量实现了政治体系的内部与外部的开放性沟通，实现了政治精英与普通民众之间的平等互动。^[47]这样，公共领域兴起所赋有的法治使命得以展现，公共政策合法性供给的民主机制得以建立，多元和谐秩序的构建也就成为一种可期待的目标。当然，这并不意味着可以忽视它存在的问题和局限。

第一，缺乏常态化、制度化。

医改在公共政策合法性供给方面的重大进步并不能代表公共政策制定的全部。从目前来看，虽然随着民主法治进程的不断推进，我国公共政策的合法性供给机制越来越具有多元开放性、民主协商性和制度规范性，却没有再出现如医改方案那种方式的其他公共政策制定过程，医改方案目前仍是一个个案。也许决策层当初是考虑医改涉及全体民众的生命健康这一根本利益和“底线”权益，因而在开门决策中赋予民众更多的协商对话和决策参与权，但民主法治化进程需要将

[45] 前引 [22]，肖华文。

[46] 前引 [2]，哈贝马斯书，第382页。

[47] 谢岳：《大众传媒与民主政治》，上海交通大学出版社2005年版，第184页。

这种公共决策方式更加常态化、制度化，这才是公共政策合法性供给机制的未来方向，也是和谐社会秩序的根本基础。

第二，媒体的自主性不足，规范性不够。

媒体在医改进程中发挥了公共舆论形成及其对话监督作用，但其作用也并不是理想的。即使是在民主法治机制比较成熟的一些西方国家，也会有“社会共识通常是由主要的权力‘博弈者’来界定的，由执政党进行推广，并得到媒体的回应”的情况发生。^{〔48〕}而在我国，由于诸多因素的影响，媒体还缺乏应有的自主性，权力干预和限制的问题仍比较突出，限制了媒体功能的发挥。当然，对医改的质疑、评判和讨论还不至如此，但某些媒体对敏感问题的报道和评论还是较为谨慎，而官方媒体与民间媒体的某些报道和评论取向也会有一定的差异。此外，在医改错综复杂的利益博弈中媒体能否做到真正的超然和正义，并没有足够的证据加以判断。

媒体的行业规范尚不健全，职业伦理也有待提高。在纷繁复杂的医改舆论争鸣中，也出现了一些无可考据的新闻报道和信息传播。有政府发言人曾公开表达过这样的无奈：“网络舆论的弱点是容易产生信息失真。网络信息经过多级传播后，导致以讹传讹”。^{〔49〕}这无疑会制约公共舆论的质量和效果。这就需要深化新闻体制改革和制度建设，赋予媒体应有的自主性和规范性，更好地展现公共领域的舆论形成作用和合法性供给功能。

第三，公共舆论存在一定程度的非理性成分和代表性局限。

任何社会的公共舆论都不是自足的，它既包含人们的理性共识，也难免会有非理性的情绪表达和感性游动，即使在英美国家也“通常存在畸形和偏见，使得它并非那么民主”。^{〔50〕}纵观我国2005年以来的医改进程，在社会公众与新闻媒体、智囊精英、决策机构等进行理性讨论、协商对话、对流互动的同时，也出现了一些非理性因素，特别是网络舆论中不负责任地评论、情绪宣泄、偏激谩骂、传言蛊惑等还在一定范围内存在。然而，可怕的并不是这种为数不多的非理性情绪，而是随着这种情绪宣泄而来、可能瞬间放大的偏激怨气和“大众行为”，可能引发“舆论专制”和“多数暴政”。这对有着“大民主”传统、公众文化程度不高、人口又十分庞大的中国来说，无疑值得警惕。近年来除了网上盛行的“灌水拍砖”、“网络通缉”、“人肉搜索”之外，还出现了号称十万之巨的“网络水军”，诸多网络推手需求者、数千家“网络推手公司”和数万“网络打手”通力合作，这支队伍在互联网上几乎无所不能，包括制造民意和误导舆论。^{〔51〕}在这种唯利是图、给钱就干、蓄意“恶搞”、欺骗公众的背后，也暴露出公民性品格的严重缺失，而“网络缺乏真实性经常会导致灾难性的后果”，也会导致“孤独和社会道德沦丧”。^{〔52〕}这些非理性因素对网络民主和法治建设无疑是一个严峻的挑战。当然，也绝不能以这些非理性因素的存在为借口，扼杀网络舆论的自由性、民主性，而只能通过完善制度和提高文明网络规范来解决，否则容易造成逆历史潮流而动的专制主义恶果。

公众舆论的形成不可能是每个人都能发言并得到认真对待的结果，媒介资源的稀缺性和不对称性自然会导致公共舆论的“代表性”局限。普通公众难以直接进入电视报纸等传统媒介话语之中，而互联网这一新媒介虽然“为相对自发的、灵活的、自治的公共辩论提供了多样性的场所”，^{〔53〕}

〔48〕 前引〔40〕，卡伦书，第295页。

〔49〕 《五位部委新闻发言人谈：网络时代如何“发言”？》，《人民日报》2008年1月14日。

〔50〕 [英]布赖恩·麦克奈尔：《政治传播学引论》，殷祺译，新华出版社2005年版，第25页。

〔51〕 参见葛傲天：《警惕“网络水军”绑架网络民意》，《人民日报》2010年12月1日；陈家兴：《谨防民意制造者利用网络推手误导》，《人民日报》2011年1月30日等。

〔52〕 [美]詹姆斯·E·凯茨等：《互联网使用的社会影响》，郝芳等译，商务印书馆2007年版，第21页。

〔53〕 [英]安德鲁·查德威克：《互联网政治学：国家、公民与新传播技术》，任孟山译，华夏出版社2010年版，第117页。

并构成能够对所有人都均等开放、匿名自由、便捷快速的交流对话平台，但它也只能是一种“有限的参与”。2011年1月发布的《第27次中国互联网络发展状况统计报告》显示，截至2010年12月，中国网民规模已达4.57亿，其中农村网民规模达到1.25亿，只占整体网民的27.3%。这些数据提醒我们，在中国的13亿人口中，就算每个网民都来网上表达意见，也是只有占总人口三成多的少数人，且农村网民还不到三成。这样的网民结构所传达出来的“网络民意”是否真能够代表公众呼声，需要认真考虑。在公共决策时也可能需要按照民主原则和法治精神，采取恰当的程序机制来对其进行必要的审慎识别、机制补充和价值修正。

第四，国家偏好对公共政策和公共舆论的影响。

民主国家接受社会的约束并不意味着它是任凭指挥的被动机器，公共政策也并不仅仅是社会期望、诉求和压力的简单回应，特别是在面对某种危机或者重大决断的时候更是如此。一些转型国家的权力衰微倾向，也造成了“碎片化社会控制”，^[54]引发国家能力危机和社会失序。这就意味着任何国家都有一定自主性和价值偏好，它是限制“无政府”和“多数暴政”的有效力量。

当代中国正处在民主化进程中和社会转型期，国家的偏好可能会更强一些。从医改进程中可以看到，在决策层、智囊精英、各种媒体、医疗行业群体以及社会公众等的反复协商、对流互动和多元博弈中，一直存在着或公开表达或实际操作的国家偏好，甚至影响着医改争论的走向。征集而来的众多公众意见最终也是由决策层加以过滤、加工和处理，才注入医改方案之中，这无疑仍是一个国家偏好发挥重要影响和作用的关键过程。一方面，国家偏好对社会偏好的民主表达产生了或多或少的限制作用；另一方面，国家偏好虽然在根本上与社会偏好是一致的（如主张医疗“公益性”和群众健康权等），但也存在着某些不尽一致的偏好。当时就有评论称：新医改方案路径争议的背后是利益之争，“十几个部委，犹如新医改方案的十几个婆婆，谁说了都算，又是谁说了都不算，各个部门之间，还隐藏着看不见的利益之争”。他们都代表着各自的利益群体，都欲在新医改方案中分得一杯羹，这很容易让新医改方案变得不伦不类，以至于每当新医改方案欲征求意见，便引致大量的批评。“惟有各方都自觉摒弃各自利益，新医改方案才会真正提速”。^[55]尽管这种评论未必要当，但当时某些决策部门也确实出现了一些与公众偏好不尽相同的“特殊偏好”之争。比如，当时制定政策的卫生部就一直存在着是否“当医院总院长”，也即代表全国13亿人民还是代表600万卫生部门职工的争论，决策层中还有官员曾基于这一“为难”抉择而作出了“手心手背都是肉”的公开表达，甚至这也成为影响市场主导还是政府主导的一个权衡因素。至于与社会偏好截然相反的权力寻租偏好，则在“郑筱萸案”表现得十分突出，直到经过一系列的医疗药品市场秩序整顿和机关作风建设后，才逐渐恢复其与公众相一致的政策偏好。

其实，在西方较为成熟的民主社会中，国家偏好也是一个难以回避的问题，如在美国，“即使议会是公众意愿的反映，也并不是丝毫不差的反映”。^[56]医改进程中的一些事实表明，当国家偏好与公众偏好相一致时，各种偏好的汇聚度就很高，公共舆论与公共政策也就很容易融合成巨大的能量，为公共政策提供强力的合法性供给；而当国家偏好与公众偏好不尽相同时，决策层就会采取相应的策略性行为，在利益权衡和考量中强化其偏好转化，甚至还可能利用其优势地位和资源影响公共政策和公共舆论，这无疑对公共政策的合法性、公共舆论的民主性和真实性产生一定的不良影响。因此，要大力推进中国民主化、法治化进程，就必须进一步深化政治体制改革和加强正当程序建设，确保国家偏好与公众偏好最大限度地协调与一致，最大程度地符合公共理性

[54] [美] 乔尔·米格代尔：《强社会与弱国家》，张长东等译，凤凰出版传媒集团、江苏人民出版社2009年版，第289页。

[55] 《摒弃部门利益 新医改方能修成正果》，《中国青年报》2008年10月31日。

[56] [美] 苏珊·C·斯托克斯：《协商的困境》，[美] 约·埃尔斯特：《协商民主：挑战与反思》，周艳辉译，中央编译出版社2009年版，第124页，第136页。

精神，从而建立起更民主、更规范、更有效的公共政策合法性供给机制。

世界上并没有完美的东西，社会制度和体制运行更是如此。因此，上述问题并不能消减医改进程对公共政策合法性供给的重大变革意义，反而使得它更具发展潜力和前景。正在蓬勃兴起的公共领域是活跃于体制之外、又流向体制之中的新兴动力，成为促进制度变革的重要变量。当前，不仅国家领导人高度关注社会舆情，积极推进决策的民主化、法治化，各级国家机关也纷纷建立相应的舆情监测和研究机构。人民网舆情监测室在“舆情频道”定期发布季度“地方应对网络舆情能力（排行榜）推荐榜”和中国互联网舆情分析（年度）报告。越来越多的政府行为和公共政策都在接受社会舆情的评判和检验，这无疑是一个积极的信号，也是进步的潮流。

Abstract: The legitimacy of public policy is not only an important issue in the legal theory, but also a significant variable in the formation of the legal order. Policy evolution of China's medical reform in the past 30 years indicates that the public sphere is in a boom in China, which has promoted the transformation of the legitimacy supply mechanism of public policy to a new age.

Firstly, the mechanism has transformed from the previous model of "internal decision" to the mode of "social engagement", that is, to entrust some non-governmental organizations to develop medical reform plans and deliver the plans to the public for discussion, which can make the public policy formulation process full of brainstorm, critical reflection, dialogue, interactive debates and consultations, create a powerful "public opinion field", and promote the decision-making pattern to the contemporary democratic type. Secondly, the mechanism has transformed from the mode of "public default" to the mode of "value regression". The decision-making authority has altered the traditional mode of "leaders command, the masses follow", but based the decision on people's demand and the practice of social development, and human rights have been attached great importance to in public policy. Thirdly, the mechanism has transformed from the "correspondence theory of truth" to the "consensus theory of truth". The decision-making authority delivered the reform plans to the public for the "uncertain" dialogue and consultation, and balanced the multiple and complex interests, thus has formed the inclusive consensus, value standard and policy orientation on the basis of diversity and dialogue. Fourthly, an open policy center has been established in the government, which no longer plays the traditional role of deciding direction, but does more on leading the public appeal. Thus the public appeal can work around this policy center and form a two-way interaction, and show the important democratization power of China's public policy. Although there are still some matters to be resolved, it is certain that it has become a key support to the multiple harmonious order and a new force promoting the development of democracy and the rule of law.

Key Words: process of medical reform, public policy, legitimacy supply, legal order
