

历史制度主义对农村合作医疗的诠释

张新文

(南京农业大学 公共管理学院,江苏 南京 210095)

摘要:历史制度主义关于制度形成、路径依赖和制度变迁的理论对于当代中国农村合作医疗所经历的三个发展阶段有着很强的解释力,其分析范式是解读新型农村合作医疗制度全貌的新视角。在历史制度主义有关对农村合作医疗所涉及制度演进的主要因素解释中,环境压力与历史观念、行动者与国家自主性、国家能力等是影响农村合作医疗政策的重要变量,这为新型农村合作医疗的未来发展提供了一个较好的思路,也为今后的政策调整提供了方法上的指导。

关键词:历史制度主义;农村合作医疗

中图分类号:C935

文献标识码:A

文章编号:1002-3240(2014)12-0064-05

中国的农村合作医疗从新中国成立初期逐步成形,已经有70余年的历史。2002年重新推行的新型农村合作医疗政策也有10多年的历史。如何分析农村合作医疗的现状与未来,历史制度主义为我们提供了很好的研究视角,梳理中国合作医疗从形成至今的演进过程,从中我们可以发现影响农村合作医疗制度演进的诸多因素,据此可以对现已推行的农村合作医疗制度之未来变化做出预测性的启示,并探讨如何完善这一制度。

一、农村合作医疗的演变历程

合作医疗是我国农村卫生事业的基本政策之一,它是在各级政府支持下,按照互助共济的原则组织起来,为农村社区人群提供基本医疗卫生及保健服务的医疗保健制度。从新中国成立初期到改革开放前,通过建立从县、公社到生产大队的三级医疗卫生保健网络,中国以不到发达国家百分之一的医疗卫生支出,解决了占人口绝大多数农民群众的医疗保障问题,被世界誉为“发展中国家解决卫生经费的唯一范例”和成功的“卫生革命”^[1]。2002年伴随着新型合作医疗的兴起,70多年的制度演变形成了其曲折的经历,本文将将其历程分为三个阶段。

(一)兴起与发展:国家主导(1950-1978)

合作医疗的萌芽始于20世纪40年代在陕甘宁边区的医药合作社,新中国成立前后,东北各省为解决广大农村无医无药问题,积极提倡采用合作制和群众集资的办法举办卫生机构,开辟了合作医疗的先河。农村合作医疗制度的正式确立是在1955年农业合作化时期,即1955-1956年,山西、河南、湖北、山东、贵州等省的一些农村人民公社办起了合作医疗制度^[2]。1958年实行“人民公社化”后,合作医疗进一步加快。但由于“大跃进”运动和三年自然灾害带来的经济困难影响,人民公社所实行“看病不要钱”的主张难以持久,当时集体经济难以承担,农民也无力缴纳保健费,对农村合作医疗造成了很大冲击,很多地方的合作医疗工作陷于停顿^[3]。20

收稿日期:2014-10-10

基金项目:本文系作者主持的国家社科基金“农村公共服务供给的“碎片化”及其治理研究(14GLT750)及江苏省社科基金:江苏农村的治理现代化研究——社会政策的视角(14SZB016)之阶段性成果

作者简介:张新文,南京农业大学公共管理学院教授,博士生导师,研究方向:社会政策与公共服务。

世纪60年代初,随着国民经济的恢复,合作医疗制度也开始回升。1966年,毛泽东批示了湖北省长乐县乐园公社办医疗的经验。在“文化大革命”的时代背景下,搞不搞合作医疗,不仅是重视不重视农民医疗保健的问题,而且是执行不执行毛主席革命路线的问题,因此很快就一哄而起,实现了合作医疗“一片红”^[4]。1978年通过的《中华人民共和国宪法》把“合作医疗”列入进去。1979年,卫生部、农业部、财政部等部委下发《农村合作医疗章程(试行草案)》,对合作医疗制度进行了规范。至此,全国农村约有90%的行政村(生产大队)实行医疗合作,对解决农村缺医少药状况,提高农民健康与生活水平,发挥了巨大作用^[5]。这一时期的农村合作医疗特点是低水平、广覆盖,国家领导人以及政府的主导性强,并在制度层面得到一定程度的规范。

(二)困境与探索:市场化冲击下的社会诉求(1978-2002)

20世纪80年代初,中国取消“政社合一”的人民公社,逐步推行家庭联产承包责任制,家庭重新成为农业生产的基本经营单位,以农业合作社为依托的合作医疗制度出现了滑坡局面。从1978年到1985年,这10年间农村合作医疗的覆盖率从90%下降到不足5%(见图1)。而90年代初的改革从经济领域入手,效率优先、兼顾公平的思维模式弱化了公共服务层面的社会保护,农村的医疗保健一定程度上面临解体的危险,全国仅存的合作医疗主要分布在上海和苏南地区,但中国政府并没有因为合作医疗陷于困境而放弃它,而是进行艰难地探索。1993年中共中央《关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》中提出,要“发展和完善农村合作医疗制度”。1994年,又在全国7个省14个县(市)开展“中国农村合作医疗制度改革”试点及跟踪研究工作。1997年1月,中共中央、国务院提出要“积极稳妥地发展和完善合作医疗制度”,力争到2000年在农村多数地区建立起各种形式的合作医疗制度。这一系列探索,在一定程度上促进了农村合作医疗制度缓慢的恢复性发展^[6],但避免不了的是,绝大多数农民沦为自费医疗群体,截止1998年农村居民自费医疗的比重达87.44%^[3]。国外学者把这段时期称为“中国农村的无保障时期”^[6],相当程度上是农村居民在市场化冲击下寻求国家保护的诉求或源于个人亲朋及血缘关系上的家庭或社会庇护,社会自发性的特征较为明显。

(三)改革与创新:国家推动与社会自觉(2002-至今)

2002年的全国农村卫生工作会议之后,中共中央、国务院做出了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,国务院办公厅于2003年1月转发卫生部、财政部和农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,明确提出建立新型农村合作医疗制度是新时期农村卫生工作的重要内容,对提高农民健康水平,促进农村经济发展,维护社会稳定具有重要意义。这是中国政府历史上第一次为解决农民的基本医疗卫生问题进行大规模的投入。从2003年开始,本着多方筹资,农民自愿参加的原则,新型农村合作医疗的试点地区不断增加。中央政府通过总结试点地区的经验,为新型农村合作医疗在全国的全面开展创造了坚实的理论与实践基础。从建国初期的覆盖率来看,截止到2011年,新型农村合作医疗的覆盖率已经达到97.5%。(见图1)。

中国农村合作医疗制度演进所经历的这三个阶段可以描述为:国家主导型,社会自发型和国家与社会互动结合型。即第一个阶段是在国家大政方针的背景下逐步形成,农民处于被动服从的状态,第二个阶段是国家

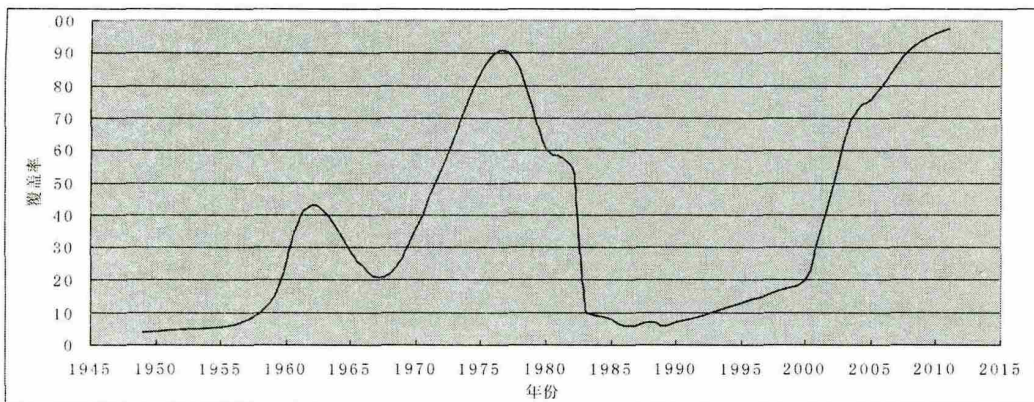


图1 1949-2011年中国农村合作医疗覆盖率

统计数据资料来源:1.周寿祺,中国农村健康保障制度的研究进展[J],中国农村卫生事业管理 1994(9);2.顾昕,自愿性与强制性之间——中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续性发展分析[J],社会学研究 2004,(5);3.郑蕾,中国农村合作医疗的演进与反思[J],西北大学学报 2010,(2);4.陈在余,中国农村合作医疗制度历史回顾与比较[J],农业经济 2012,(2);5.2012年中国卫生统计年鉴。

侧重于经济制度的变革,在农村社会建设方面则出现一定程度的后撤,由农民自发组织,第三个阶段是国家在政策上宣传推广以及在农民自愿参加的互动基础上逐步建立广覆盖的社会保障制度。中国农村合作医疗的制度生成、路径依赖以及变迁与历史制度主义的观点存在诸多的契合点。

二、历史制度主义的基本观点及其对新农合的解释力

20世纪80年代以来,当代西方政治科学研究中最为突出的一个现象就是新制度主义(New Institutionalism)政治学的兴起。而在新制度主义政治学的各大流派中,真正从政治科学的传统中生发出来,也是最早成为方法论意义上并产生重大影响的就是历史制度主义(Historical Institutionalism)^[6]。凯瑟琳·西伦(Kathleen Thelen)和斯文·史泰默(Stven Stionmo)在其出版的著作《建构政治学:历史制度主义的比较分析》中首次使用“历史制度主义”后,历史制度主义作为一种分析范式获得了巨大发展。历史制度主义将“制度”界定为“嵌入政体或政治经济组织结构中的正式或非正式的程序、规则、规范和惯例”^[7]。通过批判传统的宏观理论和微观理性选择范式,历史制度主义试图从中层理论的角度重构政治科学,“即通过中间层次的制度来联结宏观层面上的社会经济背景和微观层面上的政治行为”^[8]。作为政治学的一个重要流派,历史制度主义的真谛在于“从制度与观念之间的结构性互动中来分析变量之间的相互关系”^[9]。在历史制度主义关于制度生成的三种模式中,第一种是当旧制度面临新的压力时,旧制度内部可能会产生冲突,促使新制度的产生;第二种是旧制度本身可能会激励新制度的产生;第三种是新观念的输入可能会使旧制度下的某些集团去重新思考他们的利益,并引起政治力量的重新组合和对原有制度的新改变^[9]。作为一种理论分析范式,历史制度主义关于制度生成、路径依赖与制度变迁理论具有较强的说服力,对于2002年再起步的新型农村合作医疗而言,历史制度主义有以下的解释:

(一)环境压力与国家主导:制度模板及制度生成

尽管历史制度主义研究的是国家与社会和个体之间的中层理论,但是也强调宏观与微观的制度影响。历史制度主义学者偏向于对非正式和非官方制度的研究,尤其是“中介制度”(intermediate-level institutions)^[9],如政党系统和经济利益集团的结构等。他们认为,这些中介制度连接国家、社会和个人,受宏观层面与微观层面的制度影响。

从早期合作医疗的社会环境和存在的压力来看,政府所能集中的有限资源,主要是对包括机关事业单位和国有企业职工的城市居民提供公费和劳保医疗,广大农村普遍存在缺医少药的问题。农业合作化运动的高涨,使得合作医疗有了一定的组织基础。建国之后,随着国家自主性(state autonomy)不断提升,国家独立于社会的决策能力越来越强,“强国家-弱社会”的格局初步形成^[10],中央高度集权的计划经济体制更是为合作医疗提供了自上而下的动力。其次,部分地方所自发形成的合作医疗,为自上而下的推行提供了制度模板(Institutional Templates)。新型农村合作医疗是在2002年经试点后全国推广,其制度生成的环境压力是在一种城乡二元结构相对固化的社会环境下、农村发展远落后于城市、且在合作医疗所具有的旧制度激励条件下产生。凭借在政策制定上的自主性,国家主导的自上而下的农村合作医疗在全国范围内相继形成并得以推广。

但是在社会流动性加剧的转型背景下,新型农村合作医疗还能够走多远?从2002年到2011的十年间,农村卫生事业经费在全国总卫生费用中的支出比例却出现逐年下降的趋势,同时每千农村人口中所配备医务人员的比例也处于比较低的位置,这与新型农村合作医疗的制度目标呈现非对称性的差距(见表1)。

表1 新农合实行以来农村卫生事业财政支出及卫生人员比(2002-2011)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
农村占全卫生事业总支出费用比(%)	40.4	36.9	34.9	27.4	33.1	22.5	22.6	32.8	22.4	23.6
每千农村人口所配备的医务人员(‰)	1.41	0.98	1.17	1.05	1.10	1.04	1.06	1.39	1.46	1.27

数据来源:中国卫生事业统计年鉴(2002-2012)。

①尽管制度模板(Institutional Templates)是社会学制度主义关于制度形成的路径,历史制度主义者认为这一制度形成路径缺乏行动者的能动性,在此引用这一概念不仅是为了说明既有制度的作用,更是强调行动者对既有制度的改进和推广。

(二)历史观念与国家能力 新农合的路径依赖及变迁藩篱

路径依赖指的是制度的一种自我强化机制,即一旦某种制度被选择之后,制度本身就将会产生出一种自我捍卫和强化机制,使得扭转和退出这种制度的成本将随着时间的推移而越来越困难^①。要从历史进程中去追溯制度的生发过程,而路径依赖恰恰是“历史”进入制度主义的工具。因为在现实的制度产生和变迁活动中,我们并不能去假定一个制度真空的存在,现实之中的任何一种制度产生之时就已有先前的路径存在。

对中国农村几千年来形成的传统文化而言,对传统家庭保障的依赖观念,决定了农村合作医疗制度在初创时的举步维艰。从20世纪40年代到1966年这20多年间,早期农村合作医疗的覆盖率最高也只有46%(见图1)。有这样一个假设值得思考,即当传统观念根植于社会基层,与传统观念相悖的新制度所获得的阻力就越大。不过国家能力的强弱,也直接影响制度生成和变迁过程中的路径依赖程度,其导致的直接后果就是社会对新制度的抵触和对既有制度的路径依赖。改革开放之后,农村合作医疗制度的发展受阻,其覆盖率一度低至历史的最低点(不足5%),其主要原因在于以效率至上的市场经济体制建设一定程度上释放了社会的自我发展空间,国家的自主性程度受到相应的影响。后期通过新型农村合作医疗的试点改革,从地方实践积累合作医疗的经验,历史观念与国家能力在新型合作医疗的制度成长过程中此消彼长。1994年所确立的分税制,中央政府的财政能力获得了较快的增长,这为新合作医疗的路径依赖奠定了物质基础,家庭保障在市场风险的冲击下趋向脆弱,导致农村居民的医疗保障急需国家和社会的保护,这是新型合作医疗在覆盖率方面不断上升的主要原因。但是问题也在于,早期分税制所建立的事权与财权关系,并非是对称性的。地方政府在新型农村合作医疗的供给和报销标准方面千差万别,且各地对农村参保的基本药物制度方面也存在相当多的区别。以2010年主要引起死因的疾病为例,城乡居民之间的高发病险种趋于一致,但农村居民所获得的医疗保障经费标准却远低于城市居民(见表2)。

表2 2010年城乡居民前十类疾病、死因构成成率及人均医疗费用

	1—10 顺位的主要疾病及死亡构成率	年人均医疗费用(元)
城市居民	恶性肿瘤、心脏病、脑血管病、呼吸系统、损伤及中毒、内分泌营养和代谢疾病、消化系病、泌尿生殖系病、神经系病、精神障碍;	1861.8
	死因构成合计率: 92.36%	
农村居民	恶性肿瘤、脑血管病、呼吸系统、心脏病、损伤及中毒、消化系病、内分泌营养和代谢疾病、泌尿生殖系病、神经系病、精神障碍;	455.2
	死因构成合计率: 93.46%	

数据来源:根据2011年中国卫生统计年鉴整理。

(三)行动者与关键节点:合作医疗的断裂可能性

历史制度主义将“形成之后的制度流变分成了制度存续的‘正常时期’(Normal Periods)和制度断裂的‘关键节点’(Critical junctures)时期”。这是因为制度在经历了一段长时间的稳定之后,会在某一时期内被危机所打断,从而产生出突发性的制度变迁。但同时需要注意的是,任何制度在设计之时,由于行动者的认识范围和时间视域的限制,都有可能存在着一些没有完全解决的问题。

中国农村合作医疗经历了三个关键时期,第一个关键节点是建国初期人民公社化运动的兴起,导致个体无法脱离公社而独立存在,根本无从选择。另外,毛泽东在文革时期批示了湖北省长阳县乐园公社办医疗的经验,因此搞不搞合作医疗,不仅是政策问题,更是政治问题,这一时期农村合作医疗制度的变迁与农民自身的利益驱动以及领导人的行为有着密切的联系。第二个关键节点就是人民公社的瓦解和家庭联产承包责任制的诞生。人民公社的瓦解不仅使合作医疗失去赖以生存的组织基础,还失去了维系合作医疗的经济基础。家庭联产承包责任制使得农民对于是否参加合作医疗有了自身利益的思考和行动上的选择,这一时期农村合作医疗的制度断裂与农民自身的利益和行为选择有着密切的联系,市场化体制改革引发的风险进一步冲击了传统农村社会的家庭保障。第三个关键节点是2002年《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》明确指出,要逐步建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度,并试点推广。而早在1996年底,江泽民同志就强调在农村发展合作医疗是“民心工程”和“德政工程”,农民作为行动者,考虑自身利益,根据情况自主选择,此后农村合作医疗的覆盖率才一路飙升,这一时期农村合作医疗制度的变迁是政府和农民在利益和行为上各自权衡的结果。2013年11月,中共十八大三中全会对于资源配置的市场所能发挥的决定性作用做出了全面肯定,而在国家治理能力并未达到现代化程度的今天,新农合所起的医疗保障功能也面临更多的市场化风险冲击。

三、历史制度主义对农村合作医疗发展的启示

中国农村合作医疗经历了国家主导型和社会自发型的调试,以及国家与社会互动结合型的兴起。从历史制度主义的分析中,作为演变的因变量因素,如环境压力、历史观念、行动者与关键节点时期等,与自变量因素,如国家能力、自主性与行动者的理性选择,对于农村合作医疗制度演进的不同阶段起着重要作用。那么,历史制度主义对于中国新型农村合作医疗的未来又有何启示及应该做何种程度上的完善呢?

首先,新农合既是原有的农村合作医疗演进的产物,同时也是新制度形成的结果。早期国家主导型的合作医疗为什么会出现低覆盖率,大部分农村地区甚至存在长达20年的断裂期,在于计划经济体制下中央集权的“强政府”在市场体制的转型过程中失灵。新型农村合作医疗依然是在城乡二元结构的环境下产生,其面临的环境压力与早期的合作医疗背景并无本质的区别,制度断裂的可能性也是存在的。就制度设计而言,新型农村合作医疗在国家顶层只有一般性的指导文件,并没有规范性的政策出台,同时地方的实践也处于不断地政策调试之中。在这样的制度环境下,新型农村合作医疗的发展空间形成必然带来诸多不确定因素。如何规避这些不确定因素,就需要政府优化制度环境,及早出台农村合作医疗法或农村社会保障法。

其次,历史制度主义认为,制度操作和发展的结果往往不是创造制度时的目的和意识。新型农村合作医疗的形成与发展受到诸多利益因素的影响,而农民基于自身利益的考虑,逆向选择的问题是客观存在的。换句话说,依据理性的个体通过自愿来参与新农合保障的农村社会也存在失灵的可能,这与当前政府通过再分配制度设计以实现“人人有保障”的目标发生了兼容性冲突。如何规避目标与现实之间的差距,在于未来农村合作医疗的调整应该向有利于构筑农村合作医疗投入的长效机制倾斜。就当前而言,新农合的供给完全依靠政府的投入,非政府组织以及营利性医疗机构的供给相当有限,政府购买公共服务的不足一定程度上限制了农村居民的医疗需求选择。因此,从根本上实现农村合作医疗的普惠与公平,在于形成合理的、包容不同层次和不同组织的投入结构,以及平衡医疗供给方和医疗受惠方的利益。例如政府可通过购买农村医疗公共服务,加强第三方监管的方式达到医疗保障的目标。

最后,新型农村合作医疗是在城乡差距依然存在,且持续扩大的背景下产生的,行动者作为理性的个体,倾向于选择能规避风险的保守或者激进行为。在我国不断推进的城镇化过程中,农村征地拆迁所频繁出现的矛盾相当程度上在于农民对自身保障的担忧,“离土未进城”、“农民抗争”体现了市民化待遇的供给不足,统一的城乡社会保障体系并未建立。历史制度主义认为,制度不仅仅是宏大的政治体制,而且是一个复杂的制度群,这些网络化的制度群共同结构、互动形成了一个组织网,影响着社会行动者的一切偏好和行动。因此,新型农村合作医疗不能仅作为政府单列的治理项目而存在,在这个过程中,农地制度、基层民主、社会资本、经济发展与社会和谐等等,都将是促进新型农村合作医疗向城乡一体化发展的重要因素。

参考文献

- [1] 世界银行.中国:卫生模式转变中的长远问题与对策[M].中国财政经济出版社,1994.5.
- [2] 伍世安,李国志.中国农村合作医疗制度:历史、问题与改进[J].江西财经大学学报,2005,(4):18-22.
- [3] 郑功成.中国社会保障制度变迁与评估[M].北京:中国人民大学出版社,2002.241-247.
- [4] 蔡仁华.中国医疗保障改革实用全书[M].北京:中国人事出版社,1998.344.
- [5] (英)沙琳.中国农村无保障的产生[A].需要和权利资格:转型期中国社会政策研究的新视角[C].中国劳动社会保障出版社,2007.228-261.
- [6] B.GUY PETERS.Institutional Theory in Political Science:The “New Institutionalism”[M].London and New York:Wellington Horse,1999.65.
- [7] 彼得·豪尔,罗斯玛丽·泰勒.政治科学及三个新制度主义[J].经济社会体制比较,2003,(5):20-29.
- [8] 何俊志.结构、历史与行为——历史制度主义对政治科学的重构[M].复旦大学出版社,2004.29;228-232;236
- [9] KATHLEEN THELEN,STVEN STIONMO.“Historical Institutionalism in Comparative Politics.”in Structuring Political:Historical Institutionalism in Comparative Analysis[Z].Cambridge:Cambridge University Press,1992.10-11.
- [10] THEDA SKOCPOL.“Bring the State Back In:Strategies of Analysis in Current Research.”in Bring the State Back In[Z].Cambridge:Cambridge University Press,1985.11.

[责任编辑 唐鑫]