

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

顾昕 方黎明

Abstract: This is a study of cooperative medical schemes (CMSs) operating in rural China from the perspective of institutional embeddedness. As a kind of community-based health micro-insurance scheme, CMSs often suffer from financial vulnerability due to its small scale of risk pooling. CMSs operated relatively successfully during the pre-reform era as the institutional environment in which they were embedded were favorable. Under the planned economy and tough social control, adverse selection and provider-induced over-provision of healthcare were non-existent. During the market transition, CMSs encounter with so severe problem of adverse selection that they lose attractiveness to most of rural residents, and they are further sabotaged by bad governance. At the same time, healthcare providers, driven by marketization, have no longer had incentive to curtail cost increase. Chinese CMSs are at a crossroad either developing towards a state-run voluntary health insurance scheme or maintaining its community-based nature but receiving strong support from the government.

当前,我国绝大多数农村居民没有医疗保障,他们不得不为所需的医疗服务自掏腰包。这种非常传统的、同时也是高度市场化的模式,不仅导致我国卫生筹资体制呈现高度不公平性(参见 WHO, 2000: 152—155),^①而且直接或间接地导致了农村医疗服务体系的运转不良,致使疾病开始成为农村贫困的重要因素之一(刘远立、饶克勤、胡善联, 2002b)。为农民建立医疗保障,是我国实现经济社会协调发展所面临的最严峻挑战之一。

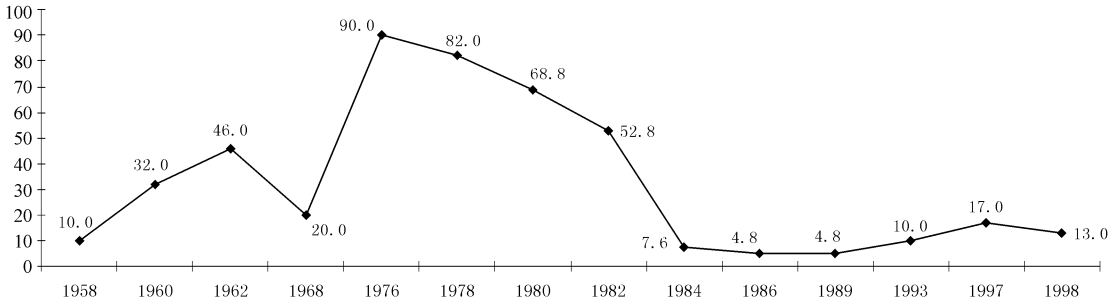
合作医疗是中国农村的基本医疗保障制度之一,但这一制度正面临着生存和发展的危机。在 20 世纪 60—70 年代,合作医疗曾惠及多数农村居民,被世界卫生组织和世界银行誉为“以最少投入获得了最大健康收益”的“中国模式”(世界银行, 1993: 210—211)。然而,改革开放之后,合作医疗制度迅速衰落,仅在少数地区得以残存。长期以来,政府把重建合作医疗作为建立农村医疗保障的主要政策手段。但是,这一努力却没有取得什么效果,合作医疗的覆盖面始终较低(如图 1 所示)。到 90 年代后期,以行政村为基数,合作医疗的覆盖面依然在低位起伏。到 1998 年,全国仅有 6.6% 的农村居民为合作医疗所覆盖。^②

2003 年 1 月,中国政府再次推出了建立“新型农村合作医疗”的政策,提出了到 2010 年在全国普及的目标。2004 年春,中国政府提出了以城乡统筹发展、经济社会统筹发展为核心的新的发展观。在这样的大背景下,农村合作医疗制度的重建问题也开始引起各级政府的重视。

但是,作为一种医疗保障制度,合作医疗究竟好不好?它本身是否具有可持续性发展的制度基础?事实上,合作医疗覆盖率每次的骤然上升,都是政府动员的结果,但是政府动员的效果来得快,去得也快。合作医疗为什么会随着政府政治意愿的起伏而起伏?合作医疗究竟在何种制度环境架构中才能实

① 世界卫生组织 2000 年发表的《世界卫生报告》中对 191 个成员国医疗卫生体制的绩效进行了评估。中国整体绩效排名 144 位。正是由于广大农民的医疗保健完全依赖自费,中国在“筹资贡献公平性”这一指标排名 188 位,倒数第 4,拖累了整体排名。

② 参见 1998 年第二次国家卫生服务总调查分析报告,全文可以下载于卫生部网站 <http://www.moh.gov.cn/statistics/rnh98/index.htm>



注释: 1978—1989年的数据包含有其他减免医疗费用形式, 因其比重很小, 可以忽略不计。

资料来源: 1958—1976年的数字来自周寿祺, 1994, 《中国农村健康保障制度的研究进展》, 《中国农村卫生事业管理》第9期; 1978—1989年的数字来源于卫生统计年报资料; 1993和1998年的数字来自1998年国家卫生服务总调查分析报告; 1997年的数字来自马振江, 2000, 《试论有中国特色的农村初级卫生保健体系》, 《中国卫生经济》第5期。

图1. 中国农村合作医疗村覆盖率趋势图

现可持续性的发展? 如果政府的干预必不可少, 那么政府干预的具体内容和形式又有哪些可行的选择? 对于这些极其重要的问题, 学术界还缺乏系统的研究。事实上, 中外卫生经济学学者已经对合作医疗进行了不少研究, 无论是个案调查、统计分析, 还是干预性的社会试验。他们在调查现有合作医疗制度安排和运行状况的详细信息方面取得了丰硕成果(参见刘远立、任苒、陈迎春、胡善联、萧庆伦, 2002; 布罗姆、汤胜蓝, 2002; 中国西南世界银行扶贫项目贵州办公室编, 2001; 顾杏元主编, 1998; Bloom & Tang, 1999; Carin, et al., 1999; Liu, Hu, Fu & Hsiao, 1996; Liu, Hsiao, Li, Liu & Ren, 1995)。但是, 这些研究散见在阅读面狭窄的专业学术出版物中, 很少有人对其发现并加以综合。更为重要的是, 这些文献在专注于合作医疗制度本身之时, 很容易囿于学科视野, 对其所依赖的外部环境因素着墨不充分、不系统。当代社会科学中方兴未艾的新制度主义揭示, 任何制度的正常运转都嵌入在更大的制度、结构甚至文化因素之中。如果对制度嵌入性缺乏深入细致的研究, 单纯就合作医疗研究合作医疗, 我们就无法对国家如何适当干预提供学理上的指导。本文依据新制度主义中制度嵌入性的思路, 利用相关历史文献、统计数据和已有的调查研究, 对合作医疗可持续性发展的制度结构和支持条件进行全面综合的分析。

一、制度嵌入性的塑造力: 合作医疗作为社区医疗筹资的制度基础

新制度主义兴起之后, 制度(也就是游戏规则)的重要性已经众所周知。在探讨任何活动(例如农民的医疗保障)时, 我们不仅要分析规范这一特定活动的游戏规则(即合作医疗制度)本身, 还应该了解该游戏规则如何在更大的制度环境中运作。这就提示我们关注制度嵌入性的重要意义。

嵌入性是新经济社会学中的一个基本概念, 由格拉诺维特(Granovetter, 1985)细致化, 主旨在于探讨经济活动如何嵌入在社会关系网络之中。由于社会关系网络是社会结构的一个组成部分, 因此这里的嵌入性是所谓的“结构嵌入性”。但结构嵌入性仅仅是嵌入性的一种。沙琅·祖金和保罗·迪马乔(Zukin & DiMaggio, 1990: 1—36)就提出, 除了格拉诺维特揭橥的结构嵌入性之外, 还有另外三种嵌入性, 即认知嵌入性、文化嵌入性和政治嵌入性。他们所谓的“政治嵌入性”意指“经济制度和决策为权力斗争所塑造的方式, 而权力斗争则涉及经济活动者和非市场制度, 特别是国家和社会阶级”(Zukin & DiMaggio, 1990: 20)。实际上, 这里的“社会阶级”应该归为结构性因素, 而其他因素就是我们现在一般所称的“制度性因素”。

由于嵌入性概念出身于新经济社会学, 强调制度嵌入性的重要性自然成为新制度主义中社会学制

度主义这一分支的主流,^①其中三个学派贡献卓著:一是所谓“生产的社会体系”学派,着重研究在市场经济中存在的生产和工作体系如何因为嵌合于更大的制度、社会、经济、政治和文化的结构而呈现多样性(Hollingsworth & Boyer, 1998; Hollingsworth, Schmitter & Streeck, 1994)。二是所谓“法国规制学派”,它主要强调研究任何经济社会制度的运作如何嵌合于更大的制度结构之中(Boyer, 1990; Boyer & Saillard, 2002)。第三个目前尚未有公认的标签,姑且称之为“新制度主义组织社会学”,其特色是改变原组织社会学中组织与制度不分的陋习,运用新制度主义的思维重新检视组织社会学中的所有重要主题(Powell & DiMaggio, 1991; Scott, 2000)。然而,无论哪一流派,社会学制度主义多偏向方法论整体主义,即制度嵌入性总是同其他各种类型的嵌入性整合(或混合)起来;换言之,所嵌入者往往是一个宏大的、多重因素交织在一起的、整体性的构造(configuration)。这样的研究思路固然可以面面俱到,但是却不免陷入整体主义的方法论陷阱。

比较而言,新制度主义中的历史制度主义学派,对制度嵌入性的研究比较单纯。实际上,历史制度主义在发展早期,就把“强调制度的关联性特征”作为其主要亮点之一(Hall, 1986: 19)。作为一种研究思路,历史制度主义的标准程序(如果有标准程序的话),一般是在确定了研究对象(因变量)后,锁定一定历史时期内一组数量有限的制度因素(自变量),探讨这组制度因素如何互动对因变量造成影响。例如,近来在历史制度主义中兴起了人称“资本主义多样性学派”,挑战全球化导致制度趋同的见解,强调不同领域(例如企业组织、就业制度、福利制度等)之间制度的相互嵌入性将维持市场经济的多样性(Hall & Soskice, 2001)。

同分析任何国家任何时期的任何制度一样,有关中国合作医疗制度的研究也必须重视“制度的关联性特征”。依循这一思路,要分析合作医疗,首先必须对其制度安排本身加以明确定位,然后再分析这一制度如何嵌入在更大的制度环境之中。

典型的合作医疗实践可以说是一种社区医疗筹资计划,即由社区组织筹资、社区成员参与的医疗费用保险计划(Jakab & Krshnan, 2001; Hsiao, 2001; Liu, Hu, Fu & Hsiao, 1996),属于“小额保险”的一种。小额保险(microinsurance)同小额贷款(microcredit)、小额储蓄(microsavings)等制度安排又同属小额金融(microfinance)的范畴。小额金融泛指所有在可持续性基础上为贫困者提供各种金融服务的制度安排,往往伴随着各种以社区为基础的合作组织的兴起而出现。值得注意的是,从理论上说,小额金融既可以营利的形式,也可以非营利的形式来运作,但在实践中以后者居多。

相对来说,小额保险尤其是小额医疗保险的发展,还是比较晚近的事情。小额保险计划(或项目)大多具有如下特点:1. 非营利性:保费缴纳是为了互助共济而不是让某些人获取利润;2. 社区参与:维持计划的管理者同受益者保持近距离;3. 简单性:一般采用划一的保费数额,而不是像商业保险那样根据投保者的风险评估确定保费数额,这样可以简化手续,降低行政成本(Balkenhol & Churchill, 2002)。以上三个特征具有某种相互强化的效应:运用多种手段降低保费,包括上面的非营利性和简单性,可以提高社区医疗筹资计划的可负担性,从而为低收入者提供保险服务;确保社区参与可以推动良好的治理,从而使之对受益者有更强的吸引力;非营利性的运作方式也可以加强参与者的信任感。

但是,所有基于社区的小额保险计划,包括社区医疗筹资计划,都有一大天生弱点,即规模太小,不符合一般保险的“大数原理”,因此不足以有效地分散风险。任何小概率事件,例如传染病流行袭击某一社区、少数甚至某个社区成员患上花费高的慢性病(例如肾衰竭)、偶然的医疗不善导致支出过高等,对大型保险计划来说不足为惧,但是对于小额保险来说都有遭致破产之虞(Dror, 2002)。

既然如此先天不足,为什么社区医疗筹资计划依然还能具有某种吸引力。这是因为成功的社区医疗筹资组织比其他类型的组织更多地拥有一种特殊的资本——社会资本。所谓社会资本,简言之就是

^① 一般而言,新制度主义常常被分为三个分支,即理性选择制度主义(也就是新制度经济学及其在政治科学中的翻版)、历史制度主义和社会学制度主义(参见Hall & Taylor 1996; Guy, 1999)。有关这三个学派的非常庞杂的内容,本文限于篇幅无法哪怕是简单的方式加以陈述,只好留待他文。

社会关系所带来的资本效应。根据詹姆斯·科尔曼 (Coleman, 1990: 304—312) 的界定, 社会关系这种无形资本, 可以通过以下几种特殊形式给人们带来可以利用的资源: 1. 相互信任; 2. 存在于社会关系内部的信息网络; 3. 扬善惩恶的社会规范和价值观; 4. 基于自愿服从和行动控制权转让的权威关系; 5. 自愿建立的社会组织。其中人与人之间相互信任的关系是社会资本的核心, 而非营利性组织则是社会资本的载体。信任关系的存在成为非营利组织形成的凝聚剂, 也是非营利组织具有吸引力的要件。非营利组织的运作依赖于规章制度的制定和实施, 而社会规范和价值观则是规章制度形成的基础, 权威关系 (也就是合法性) 则是规章制度实施的保障。

然而, 社会资本的存在, 并不是社区医疗筹资可持续性的惟一可靠保障, 因为社会资本非常脆弱, 其本身也必须加以培养、维护, 才能保值增值。况且, 虽然社会资本有助于社区医疗筹资, 增强凝聚力和吸引力, 但其成员加入社区医疗筹资毕竟不是为了获取社会资本本身, 而是为了获得医疗保障。因此, 社区医疗筹资的成功是有条件的, 其核心在于如何克服逆向选择的问题, 即如何在自愿的基础上尽可能实现广泛的参与率, 避免因健康人群不参与而导致高风险参与者集中。

因此, 社区医疗筹资因为规模太小而高度依赖于社区组织所培育的社会资本这一特性本身, 就是其阿基里斯之踵。要想克服这一内在制度缺陷, 社区医疗筹资必须嵌入在一个适宜的环境之中, 才能够保证其: 1. 获取外部支持。来自外部慈善组织、国际组织和政府的支持, 对于加强社会资本和医疗保障都是不可或缺的。2. 同医疗服务提供者建立制度化的联系。惟有如此才能降低医疗服务成本, 从而确保其成员可以享受低廉的医疗服务。3. 实现良好的治理。惟有保持治理的高度透明性、参与性、回应性和有效性, 才能使社会资本保值增值, 从而增加筹资计划的吸引力。能够同时满足这三个条件的政治经济制度环境并不容易出现。所以, 虽然社区医疗筹资为国际发展和卫生政策研究界高度重视, 但是真正运作良好者可以说凤毛麟角。然而, 中国的合作医疗制度却曾经维持了 20 多年的时间, 而且其覆盖面也毕竟达到相当广的程度, 这不能说不是一个奇迹。“中国模式”的奥妙何在?

二、走向强制性集体福利: 改革前合作医疗的制度环境及其运作

中国的合作医疗制度是随着农业合作社的兴盛而逐渐发展起来的。1955 年, 山西省高平县米山乡在合作化过程中最早建立集体医疗保健制度, 合作社社员可以免费享受预防保健服务, 在本社保健站看病享受价格优惠, 其筹资来源有二: 一是社员缴纳的“保健费”; 二是合作社从“公益金”中提供补助 (钱信忠、张怡民, 1999: 1000)。这种农民自发的合作医疗之举, 受到毛泽东的激赏, 从而随着人民公社的建设热潮在全国迅速推展。由此, 自愿性的社区医疗转变成成为强制性的集体福利。尽管如此, 其可持续性发展依然问题多多, 在 20 世纪 60 年代初期和中期, 其覆盖率有所下降。1968 年, 毛泽东做出了“合作医疗好”的著名批示, 各地为了贯彻最高指示, 采取行政命令和政治动员的方式推行合作医疗, 从而使这一制度再次迅速在全国推广开来。

毫无疑问, 改革前的合作医疗从某种意义上说取得了一定的成功。但是, 人们普遍未加深究的是^①, 这一成功究竟是不是因为合作医疗这一制度本身具有某种优越性? 现在来看, 答案是否定的。

首先, 政治上的高度重视和强大的政治动员力使合作医疗获得了无以伦比、举世无双的外部支持。毛泽东发表“合作医疗好”批示后, 支不支持合作医疗, 关系到是不是团结贫下中农, “是不是支持社会主义新生事物, 是不是执行毛主席无产阶级卫生路线的大问题” (人民卫生出版社编辑部, 1975: 3)。因此, 为了贯彻最高指示, 各级政府把推行合作医疗列入政府重要日程, 采取群众运动的办法加以推广。例如, 甘肃省张掖地区革命委员会大力宣传推广合作医疗, 而且“基本上做到第一把手经常抓, 分管领导具

^① 朱玲 (2000) 是少数探讨这一问题的先驱者之一。但该文把合作医疗本身的制度缺陷主要归结为需方过渡消费导致的财务不可持续性和医疗服务提供不平等导致的信心危机。对此有值得商榷之处。

体抓,各委员配合抓,各种会议强调它”,“坚持地、县每年召开2次以上较大规模卫生工作会议,集中研究解决合作医疗带有倾向性的问题”,“坚持每年对合作医疗进行一次全面整顿,及时解决存在的各种问题”(人民卫生出版社编辑部,1975:26—37)。这样的例子,俯拾皆是。

第二,实施全民控制的农村基层组织消解了逆向选择问题。在当时,人民公社作为基层社会组织,全面掌握了所管辖范围内政治、经济、文化等权力,任何农民个人无法脱离公社而独立存在,根本无从选择,无论是逆向还是正向。由于掌握着收入分配权,生产队一般可以在进行年终个人收入分配前,根据社员家庭人口数从其应得收入中扣除合作医疗费上缴大队,从而轻而易举地避开了挨门挨户收费的难题(朱玲,2000:91—92)。

第三,计划经济下的低成本医疗递送(供给)体系可以有效地同合作医疗整合。在计划经济体制下,一方面,政府控制了医疗服务和药品资源配置的权力,并实施低价供给策略;另一方面,在这一制度环境中,困扰全世界医疗体制的供方诱导下过度消费的问题基本上不存在。无论是赤脚医生(兼职的乡村卫生人员)、公社卫生员,还是县级及以上医疗机构的医务人员,其收入由集体或国家规定,不存在提供过多服务的激励机制,因而医疗服务的成本无从提高。药品价格也受到国家的计划控制,保持在较低的水平上。由于不存在高价高回报的激励机制,赤脚医生以及各级医疗服务提供者,在基层集体组织预算约束下,普遍采用了更加低廉的针灸疗法和中草药(人民卫生出版社编辑部,1975;朱玲,2000;李卫平、朱佩慧,2002)。

事实上,世界上众多社区医疗筹资计划的组织者都在为如何找到低价(低于市场价)医疗服务提供者而发愁。一般而言,公立医院和民办非营利性医院是他们的求助对象。但是,改革前中国合作医疗没有碰到社区医疗筹资计划这一经典难题,并非由于其组织和制度有任何高明之处,而是因为计划经济体制本身就是一种能够把一切人民生活基本必需品(包括基本医疗服务和药品),都维持在低价供给水平上的制度。

尽管如此,作为小额保险的一种实践,中国合作医疗依然难逃自身财务不稳定的规律。虽然经历了从自愿性到强制性的转型,合作医疗已经不再是纯粹的社区医疗筹资,但也毕竟没有变成国家福利,其运作还是以社区为基础的。当时的人民公社一般由4—5个生产大队组成,一个生产大队一般不到1000人,而合作医疗大部分是在一个生产大队范围内实行基金的统一收集、统一使用、统一管理。由于规模小,抗风险能力低,致使一些生产大队的合作医疗基金经常出现亏空(人民卫生出版社编辑部,1975)。

社会资本的存在对于所有社区医疗筹资的正常运行都是不可或缺的。能否维系参加者对合作医疗的信心,很大程度上取决于是否有健全、透明、公正的治理。在农村集体化运动过程中,大多数地方的合作医疗是在响应“最高指示”下匆忙建立的,本身缺乏社会资本的根基。许多地方合作医疗制度不全,财务混乱,尤其是在制度实施方面还存在差别待遇的问题,即社队干部及其家属往往多拿药、拿好药、带头欠费等,以致于社员认为合作医疗就是“群众交钱,干部吃药”,“群众吃草药,干部吃好药”,丧失了对制度公平的信心(朱玲,2000)。

此外,由于受到左倾意识形态的影响,不少地方片面追求看病吃药全免费,因而导致了病人过度消费的道德损害问题。在山西省闻喜县东鲁村,存在着村民小伤小病多开药、开好药,给外村亲戚开药的现象,极端者甚至给自己养的猪、鸡开药(李卫平、朱佩慧,2002:188)。但是,这一问题并不像一些论者所认为的那样是合作医疗的致命缺陷。实际上,只要在合作医疗的制度框架内稍加修改,引入共付机制,即要求病人自付一定比例的医疗费用,这一问题就可以解决。实际上,闻喜县东鲁村在发现这一问题后,马上采取了提高个人付费比例的方法来加以遏制。

由于种种先天性的缺陷,加上政治动员具有非制度化的特征,常常随着领导人政治热情的高低而起伏,合作医疗在不少地方都是春建秋散,难以持久。一项基于档案资料的考察发现,安徽省凤阳县1969年开始进行合作医疗试点,到1971年全县342个生产大队都实行了合作医疗。可不到两年,这一制度的推广就“出现了‘一紧二松三垮台四重来’的局面”。随后的几年中,合作医疗的覆盖面大起大落。到

1979年,“全县仅有24.5%的大队实行合作医疗”(王耕今等编,1989:568—580)。另外一项基于口述史和档案资料的田野调查发现,在闻喜县,合作医疗的发展始终起起落落,即使在其高峰期,也有相当一部分大队的合作医疗因为财务问题而停办(朱佩慧、李卫平,2002)。

以上的制度分析显示,中国的合作医疗同世界上其他社区医疗筹资计划一样,都由于自身制度上的缺陷,在没有外力强力干预的情况下,难免脆弱性和不可持续性的困扰。改革前,中国合作医疗取得了相当大的成功,绝非缘于其自身有什么异乎寻常的制度创新,而是因为合作医疗所嵌入于的高度集权的、革命性的、全能主义的政治经济体制和国家与社会关系(邹说,1994;Tsu,1986),使得逆向选择和控制在医疗服务成本的问题根本不存在。

三、市场化时代合作医疗制度环境的变迁

改革开放以来,合作医疗所依附的政治动员式的集权体制、人民公社制度和计划经济下的医疗服务递送体系等制度环境均已消失后,合作医疗制度内在固有的缺陷便暴露无遗。

首先,合作医疗嵌入于其中的政治制度和政策环境发生了变化。

在政策层面,政府长期以来没有把合作医疗列入议事日程。当以政治动员为核心的全能主义政治体制发生根本改变之后,合作医疗自然从强制性集体福利回归到自愿性社区医疗筹资。卫生部1979年底发布的《农村合作医疗章程》明确了“自愿互助”的原则。80年代,政府对合作医疗采取了放任自流的做法(见表1所示)。从1979—1989年,中央政府几乎没有出台任何关于合作医疗(甚或农民健康保障)的专门文件。1990年,中国政府就实现“2000年人人享有卫生保健”提出具体目标,其中之一是“集资医疗保健覆盖率”达到50—60%的水平。1992年,卫生部等部门颁布了一份加强农村卫生工作的文件,但对农民健康保障这个大问题,除重申“自愿互利”之外,不过是笼统地提出要鼓励多方筹资发展合作医疗,至于如何鼓励则没有具体内容。到1997年,兑现“2000年人人享有卫生保健”目标的最后期限日益逼近,关于重建合作医疗的专门文件才千呼万唤始出来。进入新世纪,情况似乎有所改观。由于“三农问题”日益突出,重建合作医疗在2002年以后得到政府的重视。近年来,关于农村卫生及合作医疗的政策才逐渐多起来(参见表1)。

前文已述,正是由于其自身制度的缺陷,全世界社区医疗筹资的成功运作无一例外地离不开外部支持,而主要的外部支持不是来自民间慈善组织,就是来自国家。由于中国民间慈善组织不发达,使得国家几乎是惟一可以期待的外部支持者。因此,一旦国家支持的力度衰落,合作医疗一蹶不振也就顺理成章了。

第二,农村基层组织的变迁使合作医疗缺少组织者。

几乎所有有关的文献都把合作医疗在改革时期的迅速衰落归咎于人民公社的解体。这一说法固然不能说有错,但有欠精致,因为它没有说明问题究竟在于组织能力还是激励机制。

随着家庭联产承包责任制的推广,一个实施全能性社会经济控制的人民公社不复存在,强制性的合作医疗丧失了组织载体。然而,乡镇政府和村委会依然具有相当强的资源动员能力。在2002年之前,它们可以征收“乡统筹”、“村提留”,来兴办社区性社会公益事业(包括合作医疗)。除此之外,农村基层政权组织还多巧立名目,向农民征收各种费用,从而造成了严重的“农民负担”问题。毫无疑问,农民负担的主要不是社区公共产品的生产,至少不是合作医疗,而是维持日益膨胀的基层组织的运作。随着农民负担的累年加重,乡村干群冲突也愈演愈烈。针对这一情况,中国政府在90年代末期就开始了农村税费改革的试点(马晓河主编,2001;国务院农村税费改革工作小组办公室,2001)。从2002年开始,税费改革在全国范围全面推广。^①

^① 关于农民负担沉重和农村税费改革的文章众多。2002年以来农村税费改革的实施及其后果,还有待更加深入的研究。

表 1 国家出台的主要关于农民卫生保障及合作医疗的相关政策法规

年份	文件名	发文单位	主要内容
1979. 12	农村合作医疗章程	卫生部	以自愿互助为原则; 基金由个人和集体(公益金)筹集; 大队办为主; 对于经济困难的社队, 国家给予必要的扶植。
1990. 3	我国农村实现“2000 年人人享有卫生保健”的规划目标	卫生部、国家计委、国家环保局、全国爱卫会	明确提出“2000 年人人享有卫生保健”的各种最低目标, 其中包括在经济发达地区和经济不发达地区分别实现 60% 和 50% 的所谓“集资医疗覆盖率”。
1992. 9	关于加强农村卫生工作若干意见的通知	卫生部、财政部	以自愿互利为原则建立合作医疗; 受益群众、全民、集体企事业单位和社会团体多方筹集资金。
1997. 1	关于卫生改革与发展的决定	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”; 设立“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”的目标; 坚持“民办公助和自愿参加的原则”。
1997. 5	关于发展和完善农村合作医疗若干意见的通知	国务院转发	个人投入为主, 集体扶持, 政府适当支持; 农民自愿交纳合作医疗费用, 属于农民个人消费性支出, 不计入乡统筹、村提留。
2001. 5	关于农村卫生改革与发展的指导意见	国务院体改办、国家计委、财政部、农业部、卫生部	要求地方政府加强对合作医疗的组织领导; 重申“自愿量力、因地制宜、民办公助”的原则; 提倡在有条件的地方实施以县(市)为单位的大病统筹。
2002. 10	关于进一步加强农村卫生工作的决定	中共中央、国务院	建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度; 建立中央补助金制度, 补助对象为中西部地区除市区以外的参加新型农村合作医疗的农民, 补助标准为每人 10 元/年; 要求地方财政对参加农民人均补助不低于 10 元/年。
2002. 12	关于农村卫生机构改革与管理的意见	卫生部	公立医疗卫生机构有义务支持当地农村合作医疗制度建设, 符合条件的民办医疗机构也可以作为农村合作医疗的定点医疗机构。
2003. 1	建立新型农村合作医疗制度意见的通知	国务院办公厅转发卫生部	自愿参加; 以县(市)为单位进行统筹; 农民个人缴纳 10 元/年; 地方财政补助人均 10 元/年; 中央财政对中西部地区除市区以外的参加新型农村合作医疗的农民补助标准: 人均 10 元/年; 集体经济组织应当适当扶持。
2003. 2	关于农村卫生事业补助政策的若干意见	财政部、国家计委、卫生部	各级财政对农村合作医疗和医疗救助的资助纳入同级财政预算; 地方财政补贴标准: 10 元/人年; 中央财政对中西部地区除市区以外的参加农民的补贴标准: 10 元/人年; 县级财政对农村五保户和贫困农民家庭实行医疗救助。
2003. 11	关于实施农村医疗救助的意见	民政部、卫生部、财政部	各级政府筹资对农村贫困户实施医疗救助; 在实施新型合作医疗的地方, 贫困户缴费全部或部分由医疗救助负担。

资料来源: 国家卫生部网站 <http://www.moh.gov.cn/wstfzg/index.htm> 中国法院网中“法律文库” <http://www.chinacourt.org/flwk/>

人民公社的解体并不意味着合作医疗的组织载体消失。农村基层组织无论是社区性的还是政府性的, 都具有足够的组织能力开展合作医疗。合作医疗衰落的原因, 非不能也, 乃不为也。不为的原因多种多样, 但最为重要的在于缺乏一种激励机制, 促使大部分农村基层组织自发主动地开展合作医疗。

第三, 市场化的医疗服务递送体系对合作医疗更具有釜底抽薪之效。

当中国的医疗服务递送体系全面地、不可逆转地走向市场化之后, 合作医疗便不得不重新面临全世界社区医疗筹资都面临的经典难题: 医疗筹资和医疗服务递送如何协调甚至整合, 来提高低收入人群的医疗可及性?

在市场转型的大背景下, 中国医疗服务体制改革的最核心特征便是几乎所有的医疗服务提供者都从原来几乎完全依赖政府财政拨款的公立机构, 转型为以服务换取收入的组织, 即使是公共卫生机构

(例如防疫站)也不例外。在农村,医疗服务递送体系呈现民营化的趋势。从1985年以来,以私人 and 私人合伙制形式开业的村级卫生室一直维持在50%左右(中国卫生年鉴,2002)。即使是集体办的许多村级卫生室也被私人承包。无论是民办还是公立,所有卫生服务提供者均以按项目付费的方式向病人收费。在激励结构发生变化之后,供方诱导下的过度消费问题也在乡村医疗部门出现,各级卫生机构和卫生从业人员都不再有主动降低医药成本的动力(李卫平、朱佩慧,2002;朱玲,2000)。

日益面向市场不可避免地导致了医疗服务领域中最为经典性的一个难题:供方诱导下的过度消费。在乡村,县医院、乡镇卫生院、妇幼保健机构、防疫机构和村卫生室等所有农民可及的医疗服务提供者,都变成了追求收入最大化的市场主体,导致医疗费用上涨。事实上,医疗费用的攀升速度远远超过农民实际平均收入的增长幅度。2002年农民平均纯收入是1990年的361%;但2002年县医院住院和门诊费用则分别是1990年的574%和789%(见表2)。

表2 农民纯收入与县级医院医疗费用的比较(1990—2002)

	农民人均纯收入(元)	住院病人人均医疗费(元)	门诊病人人均医疗费(元)
1990	686.3	309.9	8.1
1992	784	443.4	11.6
1994	1221	632	18.1
1996	1926.1	1182.4	32.6
1998	2162	1365.7	41.8
2000	2253.4	1592.3	54.9
2002	2475.6	1779.3	63.9

资料来源:医疗费用数据分别来源于《中国卫生年鉴》,1991:461、1993:415、1995:378、1997:408、1999:406、2001:474;《中国卫生统计年鉴》,2003:76;《中国统计年鉴》,2003:344。

四、合作医疗的弱吸引力:逆向选择问题

当合作医疗从强制性向自愿性回归之后,它所面临的重大问题就是逆向选择问题。很显然,老、弱、病、残者自然都愿意参加合作医疗,因为他们受益的几率更高。但是,他们收入通常较低,缴费能力有限。年轻健康者收入较高,支付能力较强,但是其受益可能性较低,因而参加意愿较低。任其自由选择的结果必然是大量健康者不愿意参加,而参加者多为体弱多病者,甚至在实际中还出现“许多家庭只为家庭中的年老体弱者支付参加合作医疗的资金”(刘远立、任苒、陈迎春、胡善联、萧庆伦,2002)。体弱多病者的集中必然导致医疗开支增长,从而有可能导致合作医疗入不敷出(布罗姆、汤胜蓝,2003)。为了使合作医疗能够持续发展,维持较高的覆盖率是必要的。要维持较高的覆盖率,无非有两种选择:一是施加一定的强制性;一是维持自愿性但设法增加其吸引力。

自80年代以来,中国政府的选择始终如一地坚持了自愿性原则,但却没有在增加其吸引力上做文章。这样一来,无论在哪个村庄,都是高危人群拥护建立合作医疗,健康人群却不愿参加。一旦出现慢性重病患者,就可能由于集资所得注定主要用在他们身上而使其他人不再愿意缴款。^①有些地方采取了强制措施,即采取代扣方式,在参保农民卖粮食或其他经济作物获得现金时直接扣留参保费(刘远立、任苒,2002)。这一做法非常有效,但却“不合法”。中央政府自90年代中期以来一直关注减轻农民负担问题,禁止强制集资兴办合作医疗也是其中的一个内容。^②

在坚持自愿性原则的前提下,合作医疗对农民是否具有吸引力的关键在于其给付结构。作为理性人,农民最关心的无非是能否从合作医疗中得到实惠。因此,给付结构对于农民是否参加合作医疗的行为选择显然有重要影响。

1. 给付结构的首要要素是给付水平的高低。无论采取何种医疗保健制度,只要医疗费用全部减免,那么一定会出现所谓“需方(病人)过度消费”的道德损害问题,这样的问题无论在中国的公费医疗还是

① 朱玲(2000:96—97)提到,在浙江鄞县合作医疗比较发达,但是有个村庄因为有一个需要定期进行肾透析的患者存在而至今没有建立合作医疗。
② 参见《国务院办公厅转发农业部等部门关于做好当前减轻农民负担工作意见的通知》(1999年7月22日)。该文可在 <http://www.chinacourt.org/rlwk> 以及农业部的网站上找到。

在其他国家的类似实践中都大量出现。解决这一问题的有效措施是引入“共付机制”，让病人自付一定比例的医药费。

在上海市崇明县、金山区及浦东新区实行合作医疗的乡村中，给付水平为：门诊和住院医药费年累计在 5000 元以下（含 5000 元）的，可以在乡（镇）基金中报销，报销比例为门诊 50—60%、住院 60—70%；住院医药费年累计在 5000 元以上的，在县（区）共济基金中补偿，补偿比例为 65—75%，最高补偿金额为 2 万元。这一给付结构对农民有较大的吸引力，因此这一地区的村级覆盖率维持在 90% 以上（吴凤娟，2003）。值得注意的是，在这一给付结构中，住院费用自付比例控制在 25—40% 之间。

但在全国大多数地方，一般的做法是将合作医疗的投保费定得较低，同时报销比例也定得较低，对住院费用的报销比例一般在 50% 以下，致使合作医疗成为鸡肋。如贵州省晴隆县在实行农村合作医疗的项目村中，补偿标准为：村卫生室补偿 50%；转诊到乡（镇）补偿 30%；经乡（镇）同意转诊到县及县级以上医院的补偿 20%。一次住院或转诊补偿金额封顶线仅为 200 元（顾杏元主编，1998）。在这种情况下，一旦农民患病住院，尽管合作医疗给予一定比例报销，但住院者仍要自己支付较多的费用。

合理的自付比例可以有效遏制需求方过度消费的道德损害问题。但是，自付比例过高而封顶线过低的给付结构，一来可能丧失吸引力，二来有可能导致医疗服务利用率的下降，造成贫困家庭即使参加了合作医疗，也不敢住院（哪怕住院治疗是必要的）。如此结果，还导致了另一问题，即富裕家庭在合作医疗上的花费比贫困家庭要多许多，形成了穷人补贴富人的现象（布罗姆、汤胜蓝，2003）。

2. 给付结构的第二个要素是给付种类的划分，即究竟是保门诊、还是保住院，还是两者都保。在实践中，三种形式的给付结构都存在。只保门诊不保住院的合作医疗只存在于少数地区，这种制度设计显然并不能为参与者提供充分的医疗保障。对大多数人（当然也包括农民）来说，真正构成威胁的是大病。即使是在经济发达地区，多数农民也无法支付动辄上万元的巨额大病医疗费用。仅仅保障门诊，吸引力是不够的。因此，在多数情况下，合作医疗报销住院费用。

究竟应该门诊、住院都保障，还是只保障住院，并不是一个轻而易举的选择。两者都保，会增加管理难度，进而提高费用。如果只保住院，又会产生两个负面效应：（1）加重逆向选择：毕竟生病住院的几率较小，如果大多数理性的农民没有享受到大病风险补偿的好处，他们参加合作医疗的积极性自然会受到打击；（2）影响就医行为：低收入者可能会为了节省门诊费而小病不看，最后小病拖成大病，导致住院费用增长，反过来影响合作医疗的财务平衡。

在实践中，只保住院、不保门诊的做法不利于合作医疗的可持续性发展。有关调查显示，许多地方的合作医疗在刚恢复时还有一定的覆盖率；但后来，一部分人因没有享受到合作医疗的好处，对合作医疗的热情降低，因而参加人数越来越少。这种现象在只保住院的合作医疗模式中较为常见。例如，在哈佛大学公共卫生学院的支持下，中国卫生经济培训与研究网络曾于 1993—2000 年在全国 10 个贫困县进行合作医疗的试验，其中四川省的 1 个试点乡开始主要提供住院补偿，结果许多参保者没有直接受益；1 年后，该乡只有 6 人参保（刘远立、任苒、陈迎春、胡善联、萧庆伦，2002）。再如，浙江省余杭县的农村合作医疗在 80 年代末就经历了由盛到衰的过程：大多数农民交了几年合作医疗费，均没有患病住院，感觉到吃亏就不参加了（布罗姆、汤胜蓝，2003）。

3. 给付结构的第三个要素是医疗服务提供者的定点问题，也就是何处的医疗服务费用可以获得报销。这涉及到医疗筹资机构如何同医疗服务机构建立制度化的联系，从而能够有效地控制医药费用。

一般情况下，医疗筹资的组织者会在保证质量的前提下尽量选择提供低价服务的提供者。在市场经济中，一般而言是营利性医疗机构的服务价格高于非营利性或公立医疗机构。但在中国农村，情况恰恰相反。公立医疗机构主要是乡镇卫生院，不仅效率低、服务差，而且在引发“供方诱导下的过度消费”方面同私立机构相比有过之而无不及。这样一来，公立医疗机构所花费用一般来说高于私人诊所。卫生经济学家进行的有关实地调查显示，就药品价格来说，医院药品价格一般比药店和私人诊所高 20—30%。尽管私人诊所提供的服务与药品质量可能不可靠，但是，不少农民在私人诊所就医的便捷与低

价格,促使他们相信参加合作医疗的收益程度有限(刘远立、任苒、陈迎春、胡善联、萧庆伦,2002)。

中国合作医疗的定点服务提供者,一般由乡镇卫生院及其下属的村卫生站所垄断。乡村私人诊所往往被排除在外。中国的合作医疗组织者为什么一反常态,拒绝可以提供低价服务的私人诊所成为其定点服务提供者呢?这必须从政治经济学的角度加以解释。实际上,由于种种因素,乡村公立医疗机构例如卫生院的竞争力下降,经常要为如何吸引病人而发愁。由于乡镇卫生院和合作医疗的组织者都归当地卫生行政部门管理,因此运用权力把乡镇卫生院列为定点服务提供者,自然可以为其带来稳定的收入。

五、合作医疗的治理不良与信任危机

正如前文所述,合作医疗本身非常脆弱,因此其治理至关重要。惟有良好的治理,才能使其生存所倚赖的社会资本得以维持进而得到增长,从而对社区成员具有一定的吸引力。

合作医疗的治理结构包括很多方面。本文仅讨论两个方面:一是谁来管理合作医疗基金的问题;二是合作医疗基金的管理问题。

第一个问题涉及到统筹层级的问题。在目前的实践中主要有列形式:1.“镇办镇管”,即以乡镇为统筹单位,并由乡镇成立管理机构负责对各村的卫生站进行管理,监督其执行各项规章制度;2.“村办镇管”,即以村为统筹单位,在乡镇一级建立合作医疗管理委员会,负责基金的测算、筹集使用、控制及财务监督,并设立管理办公室,负责日常事务;3.“村办村管”,一般做法是成立村合作医疗管理机构,制定管理办法,由这一机构负责合作医疗基金的筹集、使用和管理(顾杏元主编,1998;许正中,2002)。

适当的统筹单位究竟应该是村还是乡,涉及到维持社会资本与增强抗风险性的平衡问题。一般而言,村级组织在社区一级运作,如果合作医疗由社区组织来管理运作,有利于社区成员的参与和监督,实现良好的治理,但是村级统筹的弊病是风险分担的池子太小。如果在乡镇一级实现统筹,固然可以增大风险分担的池子,但是却有远离社区令社会资本稀释的可能。

统筹层级的问题,不单单是合作医疗制度设计中所面临的一个两难选择问题,还是一个制度嵌入性问题,即这一两难选择嵌入在更为广泛的行政和公共管理制度结构之中,而且这一结构还处在不断的变化之中。在中国目前的行政体制中,最低一级的政府在乡镇。不可讳言的是,在中国乡村,尤其是中西部乡村工业化不发达的地区,普遍出现了农民愤恨乡镇政权、上级也不信任乡镇政府的治理危机问题。乡镇政府因为农民负担沉重的问题而成为众矢之的。因此,乡镇政府改革势在必行,但是到目前为止,如何改革还没有头绪。^①在这样的情况下,乡村两级基层(政权)组织在合作医疗组织中的适当角色问题自然难以定夺。

此外,由乡镇政府甚至县级政府来组织合作医疗,意味着合作医疗已经不再是社区医疗保健制度,而是一种国家医疗保健制度。当然,合作医疗并不一定非要保持社区性,国家建立自愿型的医疗保健制度在国际上并非没有成功先例。泰国实行的“健康卡”制度,就是一种由社区医疗筹资逐渐转型而来的国家自愿型医疗保健制度。^②但是,自愿型医疗保健制度,无论是由国家建立还是由社区组织,要想维持财务的稳定性就必须扩大其覆盖面;要想扩大其覆盖面,就必须增强其吸引力;要想增强其吸引力,就必须实现良好的治理。

良好的治理从本质上说就是管理是否完善的问题。合作医疗管理不善问题具体表现为两个方面。

第一是制度设计有问题。合作医疗的筹资水平、基金使用范围和比例的确定、医疗费用减免的范围

① 有关乡镇治理改革的讨论已经到了汗牛充栋的地步,改革建议也五花八门,包括虚化成为县政府派出机构、通过民主化成为一级实体政权、合并乡镇以减少公共部门数量、干脆撤销乡镇,等等。

② 泰国健康卡制度主要覆盖不太贫困的农民。这一制度1983年启动,一开始是建立在村的社区医疗筹资计划,但一年后就转型为国家医疗保健计划。在这一计划下,所有农民均可自愿参加,条件是每家每年缴费500泰铢,政府补助500泰铢,政府向参加者发放健康卡,持卡者在一定条件下可以在公立医疗服务机构享受一定数量的免费服务。1997年金融危机之后,农民家庭缴费和政府补贴的金额均上升为1000泰铢。此外,泰国还实施了一项社会福利计划,其中可以为贫困者,尤其是贫困的老人和儿童提供医疗保障。有关细节及其进一步改革的方向,参见Tangcharoensathien, Pitayarasrit & Sritthamrongsawat, 2003。

和标准等游戏规则,都必须基于深入的调查研究和科学的测算。游戏规则不完善,游戏就根本不能进行下去。但是,由于缺乏专业指导和训练,许多地方在合作医疗基金管理上随意性较大,起付点和封顶线及报销的额度、比例各不相同,筹资测算有欠科学,造成农民对合作医疗缺乏信心(中国西南世界银行扶贫项目贵州办公室,2001)。

第二是治理结构有问题。通病是缺乏透明度和责任制。有迹象表明,良好的治理实属凤毛麟角,而普遍存在的糟糕治理正是导致合作医疗信任危机的主因之一。中国卫生经济培训与研究网络在8个省的10个合作医疗试点县进行的调查发现,接近50%的被调查者不信任合作医疗管理者;而在地方合作医疗管委会定期公布的合作医疗资金收入和支出的乡镇中,农民对合作医疗的满意率要远远高于其他乡镇(刘远立、任苒、陈迎春、胡善联、萧庆伦,2002)。

透明性和责任制的缺失,可以进一步归结为有效参与和监督机制的缺失。甚至在一些地方,合作医疗基金被挪用,而挪用者并未受到严厉的惩罚。例如,湖北省某市1992年被挪用的合作医疗基金达112万元,用于办企业、付水费和干部工资(钱信忠、张怡民,1999:1063)。这种状况在全国尤其是中西部地区实施合作医疗的地方很常见,致使农民群众对合作医疗产生怀疑,影响其恢复和发展(中国西南世界银行扶贫项目贵州办公室,2001)。

当然,合作医疗的治理不良问题嵌入在整个乡村公共管理的治理结构之中。事实上,至少在村一级,自治性社区管理组织应该通过民主选举的程序产生。那么,一个有待探讨、但迄今没有得到重视的重大问题就产生了:村级自治组织的民主治理结构是否同其公共服务(包括合作医疗的组织和管理)的良好治理正相关?

六、合作医疗的筹资基础:农民究竟有没有支付能力

许多有关合作医疗的议论往往把缺钱视为所有问题的根源,但这种议论过于笼统。实际上,没有哪个国家不缺钱,问题在于筹资基础与筹资水平的比较。

目前,合作医疗的筹资遵循多元化的原则。无论具体形式如何,合作医疗的筹资主体主要有三个,即农民、社区(集体)和政府。然而就大多数地方而言,三方究竟是没有足够的动力,还是没有足够的财力投入足够的资金呢?

1. 农民投入

个人或家庭缴费无疑应该成为合作医疗最重要的筹资来源之一。不少研究常常把农民支付能力不足列为合作医疗无法建立维持的重要原因之一。对这一问题值得探讨。

支付能力的问题就农村贫困人群来说是存在的。根据国家统计局的调查,2001年,人均纯收入630元的农村贫困者为2927万,占农村人口的3.2%;而人均纯收入872元的农村低收入者为6102万,占农村人口的6.6%。他们多集中在中西部地区(国家统计局农村社会经济调查总队,2002:11)。根据表3显示的数据,农村贫困人群的主要消费支出用于食品,恩格尔系数依然维持在65%以上的高位,且没有下降的迹象。无论从绝对金额还是相对数字来看,贫困人群用于医疗保健的支出都非常低,而且从支出结构来看,增长的空间有限。

有关问题的实地考察也揭示出同样的结论。据龚向光等对我国10个国家级贫困县2972户农民的调查分析,约有1/4的人因人均收入低于488元,尚不足以维持其基本的食品消费,对合作医疗无支付能力;纯收入在488—733元之间的1/4人群处于相对贫困状态,在满足其基本食品消费的基础上,对合作医疗的支付能力非常有限;收入在733元以上的农民对合作医疗具有一定的支付能力,但这部分人仅约占1/2(龚向光,1998)。

然而,毋庸置疑的是,支付能力对大多数非贫困农民来说并不是大问题。表3的全国性统计数字显示,非贫困农户医疗保健开支达到每人每年100元以上,平均水平也达到了96元多。这些开支中的绝

表 3

农民生活消费支出的结构

(元/人)

	全国平均		贫困及低收入农户		其他农户	
	2001 年	2000 年	2001 年	2000 年	2001 年	2000 年
生活消费总支出	1741.09	1670.13	694.92	684.56	1883.80	1812.16
1. 食品	830.72	820.52	458.77	450.35	883.29	873.86
2. 衣服	98.68	95.95	42.01	43.08	105.89	103.57
3. 居住	279.06	258.34	62.80	61.22	308.56	286.75
4. 家庭用品	76.98	75.45	24.81	23.36	84.10	82.95
5. 医疗保健	96.61	87.57	27.50	28.01	106.04	96.15
6. 交通通讯	109.98	93.13	18.03	15.21	121.21	104.36
7. 文教娱乐	192.64	186.71	49.03	51.03	212.23	206.27
8. 其他商品和服务	56.42	52.46	11.96	12.30	62.48	58.25
恩格尔系数	0.4771	0.4913	0.6602	0.6579	0.4689	0.4822

资料来源:国家统计局农村社会经济调查总队,2002:16.

大部分当然是以自付 (out-of-pocket) 形式支付的。前文提到的 8 省 10 县合作医疗干预性研究也同样表明,支付能力不是问题。1999 年,试点乡的个人缴费水平为每人 3—12 元不等,而同年其人均收入和人均实际医疗支出分别为 1820 元和 215 元(刘远立、任苒、陈迎春、胡善联、萧庆伦,2002)。贵州省晴隆县在 1995—1999 年间利用中国西南世界银行扶贫贷款项目试图建立合作医疗保健制度,由于筹资水平过低,合作医疗无法为参加的农民提供适当的医疗给付,因此参与率基本上呈逐年下降趋势。有关调查显示,在当地两个村,合作医疗户和非合作医疗户的烟酒支出分别为每年 266.15 元和 255.71 元;虽然合作医疗的缴费仅仅为平均每人 7.8 元,但依然有很多人不愿意参加(赖力,2001)。显然,家庭筹资潜力并未完全开发。

与此相反,在一些地方,合作医疗为农民提供了较高的补偿水平,管理制度较为健全,并采取了一些强制措施,农民的参加率较高(吴凤娟,2003;张黎明、徐慧民、朱华英、王冬、张贤,2002)。很显然,如果合作医疗的给付结构设计合理,不必说目前极低的个人缴费水平(仅 10 元左右),即使个人缴费水平适当提高,多数农民也完全有能力支付。因此,问题的关键不在于支付能力,而在于支付意愿。实际上,目前的个人缴费水平太低,从而使合作医疗筹资水平过低,于是只好在降低给付水平(即报销率)上做文章。随着给付水平的降低,合作医疗就会变成鸡肋,导致参与率下降。参与率下降会进一步导致合作医疗的财务困境,形成恶性循环。因此,毫无根据地顾虑农民支付能力有限而过分降低个人缴费率的做法是有害无益的。^①

2. 集体投入

自 1979 年改革开放以来,合作医疗从强制性集体福利制度回归到自愿性社区医疗筹资制度。社区成为其主要筹资来源之一。在中国农村,所谓社区就是行政村,社区公益事业的资金来源是所谓的“村提留”;在 2003 年前颁布的所有有关农村卫生工作的文件都规定,合作医疗是村提留的合法支出类别之一。一般来说,村提留的筹资来源有二:一是直接向村民征收;二是从集体经营(主要是村办工业)的利润中提取。

村提留的合法支出类别很多,包括村级自治政权组织的运转(俗称“办公经费”和“村干部工资”)。合作医疗是否兴办或者维持,毫无疑问地同特定社区村提留的基金规模和社区成员的意愿有关,而合作医疗的覆盖率无疑在社区集体经济发达的地区会更高。1998 年第二次国家卫生服务调查的结果证明了这一点,在人均年收入达到 2726 元的“一类农村”(即“富裕农村”),合作医疗的人口覆盖率达到

^① 至于个人缴费率多少才合适,这需要卫生经济学家进行专业的计算。根据卫生经济研究所专家的初步研究,如果能做到广覆盖,那么大体而言,平均每人每年 50 元的筹资水平足以使合作医疗维持财务的可持续性。在这 50 元中,如果政府愿意补贴 20 元,让农民自己缴费 30 元,那么便可极大提高其吸引力。根据公共财政中“地方性公共服务提供”的原理,政府补贴主要由地方政府出资,而中央政府可以依据“财政均等化”的原则,对财政困难的地方政府进行补助。

22.21%；而在“二类农村”（即“小康农村”），人均年收入下降到2065元，其合作医疗覆盖率则剧减到3.24%。但是，已有的经验研究，无论是定量的还是定性的，由于不大关注制度嵌入性问题，往往就合作医疗研究合作医疗，没有仔细研究社区财政体系（村提留）同合作医疗运转的关系。从常识来判断，无论是在“一类农村”还是“二类农村”，村提留的基金水平都能达到一定规模，但其具体水平无疑会因村而异。那么，合作医疗的兴衰是否同村提留的水平呈现正相关呢？对此问题，我们目前没有答案。

对这一问题的探讨，关系到合作医疗是否能够依赖社区筹资的重大政策问题。但是，令人遗憾的是，对此我们如果现在才开始深入研究，恐怕将面临重大的困难，因为自2002年农村税费改革之后，“村提留”已经被废除。村级自治政权组织运转以及一些原有的社会公益事业（例如五保户供养）的经费，将来源于上级政府的转移支付。如果愿意兴办任何事业而转移支付又不敷使用时，社区必须通过民主协商（也就是所谓的“一事一议”）的方式进行集资。农村税费改革导致了地方财政体制的深刻变革，而合作医疗恰恰嵌入在这一变动中的地方财政体制之中，有关改革的后续效应还有待观察。

3. 政府投入

有关社区医疗筹资的国际比较研究文献指出，由于社区规模小，社区医疗筹资不可避免地具有脆弱性，因此，来自社区外部的支持是不可或缺的。外部支持的来源一般有二：一是慈善组织（非营利组织）；二是政府。鉴于非营利性慈善组织在中国尚处在发展阶段，本文将着重讨论政府的职能问题。

在历次有关农村工作的中央文件中，政府对合作医疗支持都作为重要条款而得以强调。但是，这些文件并没有对哪一级政府应该以及如何支持合作医疗做出明确规定。当特定的游戏规则并不存在时，合作医疗的政府支持自然嵌入在现在已有的游戏规则，也就是政府间财政制度安排之中。

中国政府间财政关系的制度安排不仅非常复杂，而且还存在着严重的制度化不足的问题。^①同本文讨论最为相关的是，在已有的游戏规则下，一般而言，省级以下政府（市、县、乡镇）负责提供绝大部分公共服务，特别是基础教育和医疗卫生。然而，承担沉重的支出责任却没有充分的收入来源来支撑（黄佩华、迪帕克等，2003）。收入与支出责任极不匹配的问题越往底层越严重。在农村，乡镇政府要承担提供众多公共产品的责任，但是在税费改革前，其收入来源主要有：

- (1) 农业税：根据承包土地面积、当地平均农作物产量和价格征税；
- (2) 农业特产税：对非粮食性和棉花等农产品，依据其产出征税；
- (3) 屠宰税：由屠宰牲畜的单位和个人根据屠宰数量缴纳；
- (4) 企业所得税：对各种企业所得税（这一税种不限于农村）；
- (5) 租金和分红收入：主要是乡镇房屋租赁收入和乡镇企业分红收入；
- (6) 契税：对土地、房产使用权转移的契约，向承受人征税（这一税种不限于农村）；
- (7) 工商税：对商业活动征税（这一税种不限于农村）；
- (8) 专项拨款：又称上级支农款，一般是以项目为依据的专项拨款；
- (9) 乡统筹费：包括农村教育事业附加、计划生育、优抚、民兵训练和乡村道路建设；
- (10) 罚款：主要针对违反计划生育、土地使用和结婚条例的行为施加。

在乡村工业化不发达的中西部地区，由于同企业有关的税收（第3—4项）不充分，乡镇政府的主要收入来源是与农业生产有关的税收（第1—3项）、各种费用（第9—10项）和来自上级的拨款（第8项）。在2002年税费改革之后，乡统筹不再合法，而第1—3项税收逐渐减免最终将取消。^②因此，在此之后，乡镇提供公共服务的财源将几乎完全来自上级政府的转移支付。

事实上，许多地方尤其是在贫困地区，相当数量的乡镇政权都长期负债运转，是所谓的“吃饭”财政和“补贴”财政。县级政府的财政状况稍好，但也同样存在这些问题。基层政府（县乡）在教育支出（主要

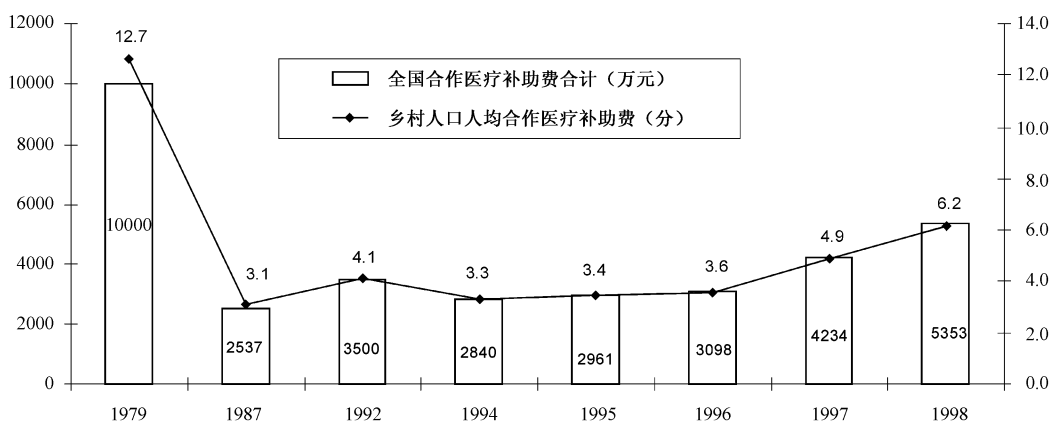
^① 也就是上下级政府间财政关系往往不是根据明确的制度来确定的，而是基于谈判，或者我们俗称的“扯皮”、“跑项目”等。

^② 实际上，农业特产税和屠宰税已经在很多地方被取消。中国政府在2004年又提出了在5年内逐步取消农业税的政策目标。

是教师工资)、职工工资、退休金发放等方面都存在问题。一些地方(县乡)财政预算的80%甚至更多的比例用于国家干部和乡村教师的工资开支,也有些地方甚至连工资都发不出来(赵阳,2002;黄佩华、迪帕克等,2003)。

在这种情况下,基层地方政府对于很多公共服务自然能不做就不做。合作医疗就属于这样的事情。当中央政府仅仅口头上要求地方政府加以推动,却又不肯出钱、也不肯给编制、同时又强调自愿的情况下,本来财政就捉襟见肘的基层政府自然对合作医疗能推则推。这一点可以从各级政府对合作医疗的补助金额明显看出:1979年全国各级财政对合作医疗的补助合计约1亿元;到1987年这一数字下降到2537.5万元,此后一直在低位徘徊,仅1997年中央在改革开放以来第一次颁布推动合作医疗新政策之后才缓缓回升。1998年,补助金合计达到5353.2万元,摊到每个农民头上才区区6.2分钱(见图2)。

当然,这是就全国而言的情况,在有些地方,如苏南和上海郊县,基层政府由于财力雄厚,对合作医疗投入了较多资源,成功地扮演了组织者和主要筹资者的角色,因此这些地方合作医疗发展态势相对较好(吴凤娟,2003;张黎明等,2002)。



资料来源:根据1987、1994、1995、1996、1997和1998年卫生事业费决算表整理,分别见《中国卫生年鉴》1989:595、1996:445、1997:465、1998:415和1999:431。

图2. 各级财政对合作医疗的补助费

七、走向国家福利还是基于社区:政府的选择

中国重建合作医疗制度的努力正处在十字路口。国家有两种选择,一是继续在社区医疗筹资的框架中寻求制度的完善;二是逐步将合作医疗转型为国家福利,而社区只在服务递送方面扮演补充的角色。

如果走第一条道路,那么合作医疗的组织者必须落实在社区,也就是村委会。关键的问题在于,国家如何扮演一种能动型(enabling)的角色,运用各种手段加强社区的能力。正如前文所说,合作医疗本身具有一定脆弱性,其可持续性发展依赖于:1.通过强化社区参与而实现良好治理;2.同医疗服务提供者建立制度化的联系以控制医药成本;3.来自国家的强力支持。国家扮演能动型角色的途径,基本上有以下几种:(1)建立合作医疗补助金制度,通过财政手段鼓励农民加入合作医疗;(2)针对社区规模小、抗风险能力低的弱点,政府可以通过社会再保险的方式,^①帮助基于社区的合作医疗增强抗风险能力;(3)建立监管制度,帮助社区实现合作医疗的良好治理;(4)组织专业人士帮助合作医疗实现良好的运

^① 再保险是一种为保险机构分担风险的制度安排。一般来说,保险公司同再保险公司签订合同,通过缴纳再保险费来换取某些风险的保障。所谓“社会再保险”,是在商业性再保险不愿涉足的领域,由国家出面建立非营利的再保险机构,为小额保险提供再保险服务。其实,我国失业保险中省级调剂基金就是一种社会再保险,只不过在操作上不太规范,也没有学者从这个角度加以研究。

转,包括如何同医疗服务提供者建立能够控制成本的制度化联系。

如果走第二条道路,国家还有两种选择,一是坚持自愿性;二是实施强制性。无论采取何种方式,合作医疗的组织者必须是公立组织(也就是事业单位)。既然走国家福利的道路,为了保证“大数原则”的实施,统筹层级有必要至少超越乡镇一级。如果坚持自愿性,为了增强吸引力,国家就必须在筹资和治理两个方面做出极大的努力,全力应对逆向选择的问题。

国务院2003年1月转发了《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,提出建立新型合作医疗制度的目标,此后又陆续出台了一系列补充政策。新型合作医疗制度在某种程度上进行了一些制度创新,其新意主要表现在:1.明确建立了中央合作医疗补助金制度,即中央财政每年通过专项转移支付,对中西部地区市区以外的、参加新型合作医疗的农民按人均10元的标准安排补助资金;2.提高统筹层次,在县级建立以大病统筹为主要形式的合作医疗制度;3.明确了政策目标,要求到2010年在全国范围内建立广覆盖的农村合作医疗制度。

上述第二点值得特别关注。县级统筹的确立绝不是简简单单统筹层次提高的问题。实际上,《通知》在究竟坚持社区还是国家组织合作医疗的大问题上首次指出了明确的方向,提出“新型农村合作医疗制度一般采取县(市)为单位进行统筹”,“条件不具备的地方,在起步阶段也可采取以乡(镇)为单位进行统筹,逐步向县(市)统筹过渡”。这意味着合作医疗将从社区医疗筹资制度转型成为国家福利。由于依然维持自愿性的原则,国家如何在干群关系紧张又不依赖于社区自治性组织的情况下,培育社会资本,增强新型合作医疗制度对农民的吸引力,这绝对是一项严峻的挑战。

通观其具体内容,我们仍然可以发现,新政策对目前合作医疗实践中暴露出来的普遍性问题,并没有给出切实可行的解决方案;对于合作医疗如何在自愿基础上得以实现可持续性发展的条件没有加以特别关注。具体问题归纳如下:

1. 地方政府筹资问题。正如以往的许多政策一样,新政策笼统地规定地方政府的补助金不低于10元,但是没有明确规定各级政府的实际分担比例。前文已述,在目前的政府间财政关系架构中,经济不发达的中西部地区地方财政极为紧张,负债累累。既然中央坚持自愿性原则,那么自愿参加的农民越少,地方政府财政支持的压力显然就越小。中央政府的10元补助金是否足以促使地方肩负起其筹资的责任呢?此外,中央和地方信息不对称的问题也存在。中央政府凭借什么制度安排根据中西部地区参加新型合作医疗的农民人数和资金到位等实际情况安排补助资金呢?

2. 给付结构问题。新型合作医疗以大病统筹为主,主要补助大额医疗费用或住院医疗费用。如上所述,这样的制度安排已经在实践中导致身体健康的农民没有参加合作医疗的积极性,从而使合作医疗因为逆向选择问题而无以维系。当然,《通知》也指出,有条件的地方可以实行大额医疗费用补助和小额医疗费用补助相结合的办法,但没有提出具体的意见。《通知》还指出,对年内没有动用过合作医疗基金的农民,要安排进行一次常规性体检。在农民普遍缺乏健康意识的情况下,这对农民到底有多大的吸引力,使其虽难以享受合作医疗利益却有交费的积极性?另外文件对合作医疗基金的补偿范围、标准和额度没有明确规定,仅仅提出各地根据筹资总额和当地实际情况确定,因此它到底能在多大程度上使农民受益还是一个未知数。

3. 治理问题。首先,按照《通知》规定,合作医疗有四个管理机构,即省、地级人民政府成立的由卫生、财政、农业、民政、审计、扶贫等部门组成的农村合作医疗协调小组,各级卫生行政部门内部应设立专门的农村合作医疗管理机构,县级人民政府成立由有关部门和参加合作医疗的农民代表组成的农村合作医疗管理委员会及委员会下设的经办机构(负责具体业务工作)。但是,就各个管理机构的职责、权限究竟如何划分,它们的关系如何,文件缺乏明确的规定。在实践中很可能出现责任不明,相互推诿等现象。第二,《通知》中规定农民个人缴费及乡村集体经济组织的扶持资金,原则上按年由农村合作医疗经办机构在乡(镇)设立的派出机构(人员)或委托有关机构收缴。在没有乡镇政府参与和实行自愿参加的原则下,缺乏实际权力的派出机构如何能承担起收缴的责任呢?第三,在医疗服务机构追求利益最大

化、垄断经营和医药市场混乱的情况下,《通知》只是笼统地说强化对农村医疗卫生机构的行业管理,但仍然缺乏明确有效的解决措施,这可能导致即使建立起合作医疗,但是由于医药服务价格太高,农民得到的实惠将很有限。

八、结 论

兴起于乡村集体化运动时期的合作医疗是一种社区医疗筹资制度。全世界的社区医疗筹资制度都由于规模小、抗风险性低而具有内在的脆弱性;同时,由于基于自愿参加的原则,社区医疗筹资不得不全力应付逆向选择问题,以防止参与者为健康状况不良者所集中。在许多其他医疗保障制度尚未建立或尚未完善的地方,社区医疗筹资制度具有一定的吸引力,正是因为它具有非营利性和立足于社区的性质,拥有较高的社会资本含量,可以在参加者中建立信任感。然而,成也萧何败也萧何。社区医疗筹资制度高度依赖社会资本的特性加剧了其内在脆弱性,因为信任关系的培育要历经时日,但是它的破坏可以发生在一朝一夕之间。

既然社区医疗筹资制度具有难以克服的内在脆弱性,其可持续性发展问题便会经常浮现。如果要实现可持续性发展,社区医疗筹资就必须嵌入在适宜的社会经济政治环境之中,这一环境至少可以使社区医疗筹资的运作满足三个条件,即:1. 立足于社区通过加强参与实现良好的治理;2. 同医疗服务提供者建立制度化的联系以获得低价高质的服务;3. 寻求外部尤其是政府的支持以增强其吸引力。

中国的合作医疗在市场化改革开始之前取得奇迹般的绩效,并不是其本身有任何优越和创新之处,而是由于当时的外部环境,即强大的政治动员机制、全面控制农村经济社会的人民公社组织和计划经济体制下低成本的医疗服务递送体系,令逆向选择和医疗成本完全消解。即使如此,中国的合作医疗在实现良好的治理和培育社会资本方面,也没有独到之处。因此,即使嵌入在有利的环境之中,其可持续性发展问题在改革前也已经暴露出来。

随着中国向市场经济的转型,合作医疗所嵌入的制度环境发生了深刻的变化,强有力的政府支持不复存在,医疗服务递送体系追求高利润。随着合作医疗恢复其自愿性社区医疗筹资的本性之后,其受困于逆向选择的内在制度弊病暴露无遗。在这种情况下,重建合作医疗,政府的积极行动不可或缺,但是在恢复全能主义国家与社会关系显然不再可能的情况下,政府干预就必须针对上述三个条件,因地制宜对合作医疗本身进行制度创新。

然而,虽然政府把重建合作医疗当作建立农村医疗保障制度的重点,但是其干预措施却杂乱无章。首先合作医疗遭遇到严重的逆向选择问题,很多身体健康状况尚好的农民不愿意参加。逆向选择问题的产生固然有合作医疗制度本身设计不合理的因素,主要是给付水平不高从而缺乏吸引力;但是治理不良,尤其是透明性和监督机制的缺失,导致合作医疗在农民中产生信任危机。同时,由于地方卫生行政部门和当地医疗服务提供者(主要是乡卫生院)的利益纠葛,政府在赋予后者定点服务点的同时,并没有在敦促后者减少医疗费用方面下功夫。所有这一切,都同政府对合作医疗的支持不力有关。各级财政对合作医疗的补助费不足一角。同时,在乡村工业不发达的中西部地区,基层政府,即县乡两级政府,缺乏独立的税收基础,让它们负担相当一部分合作医疗的经费,实在勉为其难。

合作医疗的重建处在十字路口。国家有两种选择,一是将合作医疗转型为国家项目;另一是继续在社区医疗筹资的框架内加以完善。中央政府在2003年颁布的建立新型合作医疗制度的新政策似乎显示,国家选择了第一条道路。新型合作医疗制度实行县级统筹,主要覆盖大病,中央政府对中西部贫困地区给予专项补助金。但是,新政策依然没有解决在合作医疗实践中暴露出来的一些普遍性问题,例如地方政府筹资困难、给付结构不合理、治理不良、逆向选择等问题。

总而言之,同以往的政策大同小异,新政策在游戏规则的制定方面还过于粗糙。新型合作医疗制度能否在中国广袤的农村落地生根,还有待于更多制度上的创新。

参考文献:

- 布罗姆、汤胜蓝, 2003《中国政府在农村合作医疗保健制度中的角色与作用》,《中国卫生经济》第3期。
- 陈吉元、陈家骥、杨勳主编, 1993,《中国农村社会经济变迁》, 山西经济出版社。
- 龚向光, 1998《贫困地区农民合作医疗支付能力研究》,《中国卫生经济》第10期。
- 顾杏元主编, 1998《中国贫困农村医疗保健制度社会干预试验研究》, 上海医科大学出版社。
- 国家统计局农村社会经济调查总队, 2002,《2002中国农村贫困监测报告》, 中国统计出版社。
- 国务院农村税费改革工作小组办公室, 2001,《农村税费改革工作手册》, 经济科学出版社。
- 黄佩华、迪帕克等, 2003《中国: 国家发展与地方财政》, 吴素萍译, 中国立信出版社。
- 赖力, 2001,《贵州省晴隆县农村合作医疗运行及发展研究》,《中国农村观察》第1期。
- 李卫平、张里程等, 2002《中国农村健康保障的选择主报告》, 李卫平编著:《中国农村健康保障制度的选择》, 中国财政经济出版社。
- 李卫平、朱佩慧, 2002《闻喜县东鲁村医疗保健案例分析》, 李卫平编著:《中国农村健康保障制度的选择》。
- 刘克军, 2002《山西省两个县90年代合作医疗兴衰分析》, 李卫平编著:《中国农村健康保障制度的选择》。
- 刘远立、饶克勤、胡善联, 2002a,《农村健康保障制度与卫生服务》,《中国卫生经济》第5期。
- , 2002b,《因病致贫与农村健康保障》,《中国卫生经济》第5期。
- 刘远立、任苒、陈迎春、胡善联、萧庆伦, 2002,《中国农村贫困地区合作医疗运行的主要影响因素分析——10个县干预试验结果》,《中国卫生经济》第4期。
- 马晓河主编, 2001年,《我国农村税费改革研究》, 中国计划出版社。
- 钱信忠、张怡民, 1999《中国卫生50年历程》, 中国古籍出版社。
- 人民卫生出版社编辑部, 1975,《合作医疗遍地开花》, 人民卫生出版社。
- 世界银行, 1993《1993年世界发展报告: 投资于健康》, 中国财政经济出版社。
- 陶然、刘明兴, 2003《农民负担、政府管制与财政体制改革》,《经济研究》第4期。
- 卫生部, 1999《1998年第二次国家卫生服务总调查分析报告》, 卫生部网站 <http://www.moh.gov.cn/statistics/ronhs98/index.htm>
- 王耕今等编, 1989《乡村三十年(下): 风阳县农村社会经济发展实录(1949—1983)》, 农村读物出版社。
- 吴凤娟, 2003《从沪郊三区县实践谈新型农村合作医疗制度建设》,《管理世界》第5期。
- 许正中, 2002《社会医疗保障: 制度选择与管理》, 社会科学文献出版社。
- 张恩平编, 1999《广东省医疗保健制度改革研究》, 广东人民出版社。
- 张黎明、徐慧民、朱华英、王冬、张贤, 2002,《农村合作医疗保险制度规范化管理研究》,《中国农村卫生事业管理》第10期。
- 赵阳, 2002《农民负担与农村税费改革: 亟待解决的问题和对策》, 马洪、王梦奎主编:《中国发展研究: 国务院发展研究中心研究报告选》, 中国发展出版社。
- 《中国统计年鉴》, 2003 中国统计出版社。
- 《中国卫生年鉴》, 1989、1996、1997、1998、1999 人民卫生出版社。
- 《中国卫生统计年鉴》, 2003 中国协和医科大学出版社。
- 中国西南世界银行扶贫项目贵州办公室编, 2001,《贫困地区合作医疗的持续性发展》, 贵州人民出版社。
- 朱玲, 2000《政府与农村基本医疗保健保障制度选择》,《中国社会科学》第4期。
- 朱佩慧、李卫平, 2002《闻喜县农村医疗保障的历史沿革》, 李卫平编著:《中国农村健康保障制度的选择》。
- 邹谠, 1994《二十世纪中国政治: 从宏观历史与微观行动角度看》, 香港: 牛津大学出版社。
- Balkenhol, Bernd & Craig Churchill 2002, "From Microfinance to Micro Health Insurance." in David M. Dorr & Alexander S. Preker (eds.), *Social Reinsurance: A New Approach to Sustainable Community Health Financing*, Washington, D. C.: The World Bank.
- Bloom, Gerald & Tang Shenglan 1999, "Rural Health Prepayment Schemes in China: Towards a More Active Role for Government." *Social Science and Medicine*, Vol. 48.
- Boyer, Robert 1990 *The Regulation School: A Critical Introduction*, London: Routledge.
- Boyer, Robert & Yves Saillard (eds.) 2002, *Regulation Theory: The State of the Art*, London: Routledge.
- Carrin, Guy et al. 1999, "The Reform of the Rural Cooperative Medical System in the People's Republic of China: Interim Experience in 14 Pilot Counties." *Social Science and Medicine*, Vol. 48.

- Coleman, James S. 1990. *Foundations of Social Theory*, Cambridge: Harvard University Press.
- Dror, David M. 2002. "Health Insurance and Reinsurance at the Community Level." in David M. Dror & Alexander S. Preker (eds.), *Social Reinsurance*.
- Granovetter, Mark 1985, "Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness." *American Journal of Sociology*, Vol. 91, No. 3.
- Guy, Peters, B. 1999. *Institutional Theory in Political Science: The "New Institutionalism"*, London and New York: Pinter.
- Hall, Peter A. 1986. *Governing the Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France*, New York: Oxford University Press.
- Hall, Peter A. & David Soskice (eds.) 2001, *Varieties of Capitalism: The Institutional Foundations of Comparative Advantage*, New York: Oxford University Press.
- Hall, Peter A. & Rosemary C. R. Taylor 1996, "Political Science and the Three New Institutionalisms." *Political Studies*, Vol. 44 No. 5.
- Hollingsworth, J. Rogers & Robert Boyer (eds.) 1998, *Contemporary Capitalism: The Embeddedness of Institutions*, New York: Cambridge University Press.
- Hollingsworth, J. Rogers, Philippe C. Schmitter & Wolfgang Streeck (eds.) 1994, *Governing Capitalist Economies*, New York: Oxford University Press.
- Hsiao, William C. 2001, "Unmet Health Needs of Two Billion: Is Community Financing a Solution?" Health, Nutrition, and Population Discussion Paper, Washington D. C.: The World Bank.
- Jakab, Melitta & Chitra Krshnan 2001, "Community Involvement in Health Care Financing: A Survey of the Literature on the Impact, Strengths, and Weaknesses." Health, Nutrition, and Population Discussion Paper, Washington D. C.: The World Bank.
- Liu, Yuanli, William C. Hsiao, Qing Li, Xingzhu Liu & Minghui Ren 1995, "Transformation of China's Rural Health Care Financing." *Social Science and Medicine*, Vol. 41.
- Liu, Yuanli, Shanlian Hu, Wei Fu & William C. Hsiao 1996, "Is Community Financing Necessary and Feasible for Rural China." *Health Policy*, Vol. 38.
- Powell, Walter W. & Paul J. DiMaggio (eds.) 1991, *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Scott, W. Richard 2000, *Institutions and Organizations*, 2nd edition, Beverley Hill: Sage Publications.
- Tangcharoensathien, Viroj, Siriwan Pitayarangsari, Samit Srithamrongsawat 2003, "Mapping Health Insurance in Thailand: Directions for Reform." in Neil Söderlund, Pedro Mendoza-Aranda & Jane Goudge (eds.), *The New Public-Private Mix in Health: Exploring the Changing Landscap*, Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research.
- Tsou, Tang 1986. *The Cultural Revolution and Post-Mao Reforms*, Chicago: The University of Chicago Press.
- WHO 2000, *Health Systems: Improving Performance*, The World Health Report 2000, Geneva: The World Health Organization.
- Zukin, Sharon & Paul J. DiMaggio (eds.) 1990. *Structures of Capital: The Social Organization of the Economy*, New York: Cambridge University Press.

作者顾昕系北京师范大学社会发展与公共政策研究所教授
方黎明系北京师范大学管理学院硕士研究生
责任编辑:张志敏