

# 学习机制与适应能力：中国农村合作医疗体制变迁的启示

王绍光

---

**摘要：**适应能力对任何国家都十分重要，因为人类社会必须应对种种复杂局面、未知环境、不确定性、价值和利益冲突；而所有人，包括决策者、政策研究者和专家都只具备有限理性。适应能力的基础是学习。依据学习的推动者（决策者或政策倡导者）和学习源（实践或实验）两个向度可区分出四类学习模式。通过考察中国农村医疗融资体制过去 60 年的演变历史，发现我们的决策者和政策倡导者能够利用各种形式的实践和实验进行学习和获取必要的经验教训，进而调整政策目标和政策工具以回应不断变化的社会环境。此间高适应体制的“中国模式”逐渐成型，其活力来源于从不相信任何“放之四海而皆准”的标准。

**关键词：**学习模式 适应能力 中国模式 合作医疗 医疗融资

作者王绍光，香港中文大学政治与公共行政系讲座教授，清华大学公共管理学院长江讲座教授（北京 100084）。

---

到 2008 年，中国的改革开放已经走过了 30 年的历程。现在，越来越多的人开始探索是否存在一个“中国模式”。

回想 1988 年，改革开放十周年时，几乎没人想到有谈论“中国模式”的必要。虽然中国的国内生产总值在 1978—1988 年间，平均年增长率高达 10.2%，但那时的增长率波幅巨大，很不稳定。更严重的是，1988 年出现了 1949 年以来从未有过的高通货膨胀率，引起社会上一片恐慌。那时，戈尔巴乔夫已在苏联启动了以“公开性”、“多元化”为特征的政治改革，成为西方人心目中的“时代英雄”。相形之下，不仅没有人谈“中国模式”，人们听到更多的是国内外观察家的预测：中国的政治体制即将崩溃。

到改革开放 20 周年前后，虽然还有人耸人听闻地预测中国体制即将崩溃，但大多数人已经不以为然。那时，中国经济不仅已经连续 20 年以年均 10% 的速度增长，而且学会了避免增长的大起大落，还成功地抵挡了亚洲金融危机对自己的影响。对比苏联和东欧国家在转型过程中遭遇的经济衰退，中国的转型模式引起了广泛的注意。那时人们对“中国模式”的概括集中在两方面：一是转型的速度，据说中国采取的是“渐进主义”，有别于苏东地区的“震荡疗法”；二是转型的顺序，据说中国是“先经济改革，后政治改革”，而苏东地区是“先政治改革，后经济改革”。

---

如 Jack A. Goldstone, "The Coming Chinese Collapse," *Foreign Policy*, no. 99 (Summer 1995), pp. 35-53; Gordon G. Chang, *The Coming Collapse of China*, New York: Random House, 2001.

Shang-Jin Wei, "Gradualism versus Big Bang: Speed and Sustainability of Reforms," *The Canadian*

到 2008 年，中国已经创造了人类历史上前所未有过的奇迹。尽管存在这样那样的问题，一个十多亿人的超大经济体，以年均 9.9% 的速度持续增长达 30 年之久，大幅减少了贫困人口，并大体上保持了政治稳定。这很难用偶然或幸运来解释。因此，更多的中外人士开始思考中国成功的秘诀。乔舒亚·雷默将“中国模式”概括为“北京共识”，它包括三方面内容：注重技术创新，追求发展的平等性与可持续性，坚持自主发展的道路。林毅夫在马歇尔讲座中暗示，中国过去近 30 年之所以能取得奇迹式的发展，从根本上来说是因为中国政府在进行决策时是针对本国国情，解放思想，实事求是，与时俱进。北京大学姚洋教授则把“中国模式”归纳为四项主要内容：第一，中国政府是一个以社会长远利益为追求目标的政府；第二，财政分权带动了地方的积极性；第三，中国探索了一条新的民主化道路；第四，中国的执政党不是一个僵化的意识形态政党，而是一个求真务实的政党。

虽然在其近作中，德国学者韩博天并没有谈论“中国模式”，但他在解释为什么中国的党政体制能够摆脱僵化意识形态的束缚、遏制既得利益集团的干扰、不断推进制度与政策创新时提出，中国的“中央主导的政策实验”是一种“独特的政策过程”。中国由此获得了非同寻常的适应能力，得以破除一些长期困扰经济发展的障碍，适应不断变化的内外政治经济形势，及时抓住转瞬即逝的机遇，为中国经济的崛起创造了制度条件。

## 一、适应能力与学习模式

所谓“适应能力”是指，面对环境变化等因素造成的种种不确定性时，一个制度发现和纠正现有缺陷、接受新信息、学习新知识、尝试新方法、应对新挑战、改进制度运作的的能力。适应能力对任何国家都十分重要，因为人类社会必须应对种种复杂局面、未知环境、不确定性、价值和利益冲突；而所有人，包括决策者、政策研究者和专家都只具备有限理性；他们无力预见一切可能出现的局面以及自己行为的可能后果，因而也无力做出最佳抉择。他们能做的仅仅

*Journal of Economics*, vol. 30, no. 4b (Nov. 1997), pp. 1234-1247; Vladimir Popov, "Shock Therapy versus Gradualism: The End of the Debate (Explaining the Magnitude of the Transformational Recession)," *Comparative Economic Studies*, vol. 42, no. 1 (Spring 2000), pp. 1-57.

Joshua Cooper Ramo, *The Beijing Consensus: Notes on the New Physics of Chinese Power*, London: Foreign Policy Centre, 2004.

林毅夫在接受记者采访时坦承，他是借用马歇尔讲座，剖析“中国奇迹”。参见闵捷：《林毅夫：在世界顶级经济学讲坛剖析“中国奇迹”》，2007 年 10 月 26 日，<http://www.ccer.edu.cn/cn/ReadNews.asp?NewsID=8292>，2008 年 8 月 2 日。

姚洋：《是否存在一个中国模式》，宁波市图书馆“天一讲堂”，2008 年 3 月 8 日，<http://www.ccer.pku.edu.cn/download/8912-1.doc>，2008 年 8 月 2 日。

Sebastian Heilmann, "Policy Experimentation in China's Economic Rise," *Studies of Comparative and International Development*, vol. 43, no. 1 (Mar. 2008), pp. 1-26; "From Local Experiments to National Policy: The Origins of China's Distinctive Policy Process," *The China Journal*, no. 59 (Jan. 2008), pp. 1-30.

Carl Folke, Johan Colding and Fikret Berkes, "Synthesis: Building Resilience and Adaptive Capacity in Social-ecological Systems," in Fikret Berkes, Johan Colding and Carl Folke, eds., *Navigating Social-ecological Systems: Building Resilience for Complexity and Change*, Cambridge: Cambridge University Press, 2003, pp. 352-387.

Herbert Simon, *Administrative Behavior: A Study of Decision-making Processes in Administrative*

是优先诊治最迫切的议题，在不断的试错中，通过比较不同的选择，最终找到未必最佳、但令人满意的方案。对于像中国这样处于快速转型期的国家，适应能力更是至关重要，因为这个过程好比穿行在一条没有航标的河道上，水流湍急、暗礁密布、险象环生。如果缺乏适应能力，随时都会有翻船的危险。

的确，如果存在一个“中国模式”的话，中国政治体制的适应能力肯定是其中最关键的环节。在过去30年间，中国在转型过程中跨过了无数道被外人认为不可逾越的制度和政策障碍。曾几何时，领导干部退休制度改革、工资改革、物价改革、国企改革、金融体制改革、财政体制改革、军队与公检法经商问题、三农问题及住房体制改革、教育体制改革、医疗体制改革都曾被人看做一道道“险关”，稍微处理不慎，就可能造成全局性的灾难。然而，回首过往，不由人不发出“两岸猿声啼不住，轻舟已过万重山”的感叹。

关于适应能力，社会科学家们知之不多。但有一点是肯定的，它的基础是学习能力。社会科学中与政策和制度学习相关的概念很多，虽然叫法不一样，但其含义大同小异，都是指有意利用某时、某地有关政策或制度的经验教训来调整此时、此地的政策或制度。为了归纳方便，我们可以依学习的推动者和学习源两个向度区分四大类学习模式（表1）。

表1 四种学习模式

学习的推动者	学习源	
	实践	实验
决策者	1	2
政策倡导者	3	4

学习的推动者有两大类，一是决策者，二是政策倡导者。为什么决策者会对学习产生兴趣呢？最早研究学习对政策与制度变迁影响的赫克洛说得对，“政治不仅仅与权力相关，也与不确定性相关——人们会好奇应该做些什么？”为此，决策者会想方设法诊断当前面临问题的性质与严重程度，探寻解决问题的潜在有效方式，这就需要学习。特别是当政策失灵、制度失效显而易见时，决策者更会产生从自己过往的经验教训和别人的经验教训中获得灵感的冲动。

除了决策者以外，还有不少决策圈以外的人可能变成学习的推动者，如政策主管部门、地方政府、政策专家、公务员、媒体工作者、社会上的利益相关群体等。如果基本信念、对问题的看法相近，这些人就可能组成某个政策领域内有形或无形的“倡导者联盟”。倡导者联盟自己会通过各种方式学习，为支撑自己的主张寻求理据；同时，他们也会坚持不懈地向决策者推介

*Organizations*, New York: Free Press, 1997.

Douglass North, *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, New York: Cambridge University Press, 1990, p. 81.

Hugh Hecló, *Modern Social Politics in Britain and in Sweden*, New Haven: Yale University Press, 1974; Richard Rose, "What is Lesson-drawing?" *Journal of Public Policy*, vol. 2, no. 1 (Jan.-Mar. 1991), pp. 3-30; Peter J. May, "Policy Learning and Failure," *Journal of Public Policy*, vol. 12, no. 4 (Oct.-Dec. 1992), pp. 331-354; Harold Wolman, "Understanding Cross-national Policy Transfers: The Case of Britain and the United States," *Governance*, vol. 5, no. 1 (Jan. 1992), pp. 27-45; Peter A. Hall, "Policy Paradigms, Social Learning and the State: The Case of Economic Policy Making in Britain," *Comparative Politics*, vol. 25, no. 3 (Apr. 1993), pp. 275-296.

Hugh Hecló, *Modern Social Politics in Britain and in Sweden*, p. 305.

D. Dolowitz and D. Marsh, "Who Learns What from Whom: A Review of the Policy Transfer Literature," *Political Studies*, vol. 44, 1996, p. 345.

自己的学习成果，以期影响政策和制度变化的方向。至于公众舆论，它也许可以影响决策者与倡导者的抉择，但不会卷入政策与制度学习过程本身。

学习源也可以分为两大类，一是各个时期、各个地方的实践，二是系统性实验。前者包括本国的政策与制度遗产、本国内部各地区不同的实践和外国过往与现实的经验教训。后者是指在小范围进行的、旨在发现解决问题有效工具的干预性实验。一般而言，由于人类社会太复杂、太不确定，有着太多价值与利益的冲突和特殊境遇，进行类似实验室那样的实验是几乎不可能的。然而，在有些具体政策领域，对不同观察点或对相同观察点在不同时段进行干预性实验（抓试点）还是可行的。这类控制关键政策或制度参数的实验有利于发现哪些政策和制度选项是可行的，哪些是不可行的。只要把实验当作一种学习途径，就意味着允许失败，并从失败中吸取正反两方面的经验教训。当然，实践与实验并不是绝然分开的；不同的实践往往成为政策与制度性实验的基础。

表 1 中的四大类学习模式并不是相互排斥的；一个国家完全可能采用不止一种模式进行学习。一个体制适应能力的强弱取决于它是否能充分利用所有模式来进行学习。从逻辑上讲，适应能力强的体制应该具备以下几个特征。

第一，体制安排使得决策者对新出现的问题、困难、不平衡十分敏感，并感到有责任做出回应。

第二，决策者深信只有通过实践与实验的方式进行学习，而不是照搬外国的经验或时髦的理论，才能找到解决政策与制度问题的途径。

第三，在政治统一的前提下，在相当多领域允许进行分权式决策，从而为通过分权式的实践与实验最大限度地探寻解决问题的不同方式创造制度条件；换句话说，体制培育着丰富多彩的学习源，同时又不失全局性的协调。

第四，对从实践和实验中产生的新东西，在进行集中式纵向推广应用的同时，允许或鼓励分权式横向推广应用，尤其是在决策前期。

那么，依据上面的理论分析，我们应该如何判断中国政治体制的适应能力呢？韩博天的近作告诉我们，中国十分注重第 2 类学习模式（见表 1），即他所称“中央主导的政策实验”。而早在 25 年前，研究创新推广理论的学者罗杰斯就注意到，即使在毛泽东时代与改革开放初期，中国已堪称分权式政策或制度创新和推广的典范。分权式实践与实验涉及的领域是开放的，包括行政、卫生、教育和产业等；分权的层次包括省、地、县、公社和大队等。换句话说，中国也很擅长其他三类学习模式。

人们普遍接受邓小平“摸着石头过河”的说法，但不少人仅仅把“摸着石头过河”看做一种“渐进”的策略。实际上，“过河”的速度并不是关键所在。“渐进”只是顺利“过河”的必要条件；如“蛮进”，来不及学习适应就会跌入河中。但是，如果在“过河”途中不注重学习与适应，“渐进”也可能步步踏空。只有边过河、边学习、边适应，才构成顺利“过河”的充分条件。

本项研究试图探索中国是如何“摸着石头过河”的。它运用“解剖麻雀”的方法，集中剖析一个政策/制度领域，即农村医疗卫生的融资体制。中华人民共和国成立以来，中国农村医疗卫生融资体制几经周折，走过了五个阶段，即医疗合作的萌芽（1954 年以前），合作医疗的兴起

Paul A. Sabatier and Hank C. Jenkins-Smith, *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*, Boulder, CO: Westview Press, 1993.

Douglass North, *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, p. 81.

Everett Rogers, *Diffusion of Innovations*, New York: Free Press, 1983.

(1955—1968)，合作医疗的普及（1969—1978），传统合作医疗的衰落（1979—1985），新型合作医疗的探索（1986—2008）。过去60年，这个领域每次发生变化，其走向都与中国整体的政策/制度走向十分吻合。这样，回顾该领域过去60年的变化就具有了普遍意义。本文的目的并不是要对各种医疗融资体制的优劣做出评判，而是试图通过细致梳理史实来分析决策者与政策倡导者如何利用实践与实验进行多方位的学习，获取必要的经验教训，以调整政策工具和政策目标，回应变化了的环境。

## 二、医疗合作的萌芽

20世纪初，大约85%以上的中国人居住在医疗卫生状况十分原始的农村。1928年南京国民政府成立后，其改造农村医疗状况的规划看似雄心勃勃，声称“全民健康完全由政府负责”，摆出在全国推行公医制度的架势。而实际上，它从没有把卫生事业当作一件大事。在“黄金十年”最好的1936年，国民政府对卫生的投入仅占政府全部财政支出的0.7%。直到1947年，县、乡两级卫生机构依然寥若晨星；规划中的村卫生员，更是不见踪影。在资源短缺的背景下，完全由国家财政融资为4亿多农村居民建立公医制度无异于痴人说梦。实际上，在整个民国时期，个人付费是中国广大农村唯一的医疗融资方式。由于绝大多数人的健康没有保障，中华人民共和国成立之前，中国的婴儿死亡率高达250‰，人均预期寿命则只有35岁左右，相当于美国1780年代的水平。

毛泽东在1945年指出：“所谓国民卫生，离开了三亿六千万农民，岂非大半成了空话？”至于如何解决广大农民的医疗卫生问题，那时共产党只有一个粗略的思路，即走合作的道路。毛泽东认为，合作“是人民群众得到解放的必由之路，由穷苦变富裕的必由之路”。在延安时期，各种形式的合作社已经出现，包括生产合作、消费合作、运输合作和信用合作等。在这个背景下，陕甘宁边区也出现了医药合作社、卫生合作社。不过，这类合作社只是医疗服务机构，虽然收费低廉，但还是要求个人付费。简而言之，在新中国建立以前，合作的理念已进入医疗领域，但医疗融资方面的合作仍付之阙如。

中华人民共和国建立后，在1950年8月召开的第一届全国卫生工作会议上确定了“面向工

黄庆林：《国民政府时期的公医制度》，《南都学坛》2005年第1期。

Ka-Che Yip, "Health and Nationalist Reconstruction: Rural Health in Nationalist China, 1928-1937," *Modern Asian Studies*, vol. 26, no. 2 (May 1992), p. 404.

郝先中：《西医东渐与中国近代医疗卫生事业的肇始》，《华东师范大学学报》（哲学社会科学版）2005年第1期；吴郁琴、胡火清：《民国江西农村公共卫生事业进程（1928—1941）》，《农业考古》2006年第3期。

Leonard S. Hsu, "Rural Reconstruction in China," *Pacific Affairs*, vol. 10, no. 3 (Sep. 1937), pp. 249-265.

Ka-Che Yip, "Health and Nationalist Reconstruction: Rural Health in Nationalist China, 1928-1937," p. 396.  
Harry E. Seifert, "Life Tables for Chinese Farmers," *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 13, no. 3 (Jul. 1935), pp. 223-236.

毛泽东：《论联合政府》，《毛泽东选集》第3卷，北京：人民出版社，1991年，第1078页。

毛泽东：《组织起来》，《毛泽东选集》第3卷，第932页。

欧阳竟：《回忆陕甘宁边区的卫生工作》（下），《医院管理》1984年第2期；闫庆生、黄正林：《论陕甘宁抗日根据地的合作社》，《甘肃理论学刊》1998年第6期。

“农工”的医疗卫生工作方针。会议确定发展医疗事业的首要目标是使农村从“无医无药”变为“有医有药”。虽然仍处于抗美援朝战争期间，新政府在推进农村医疗组织发展方面仍进展很快。到 1952 年底，全国县级卫生机构已从 1949 年的 1400 余所增加至 2123 所，遍及全国 90% 以上的地区。在基层乡村，政府的主要策略是鼓励个体中西医组建了联合诊所，为农民提供医疗服务。就在这个时候，东北各省出现了采用合作制和群众集资的办法举办基层卫生组织的尝试。原热河省和松江省一些地区农民群众以粮食、土豆和鸡蛋等实物入股投资，建立了一批医药合作社。不过，这些卫生所仍然属于医疗服务提供方面的合作，并不是医疗融资的合作。

因此，在 1955 年前，中国农村基本上实行的还是自费医疗制度；在医疗融资方面，没有明显变化。不过，农村医疗卫生方面需要合作的理念开始萌芽了。

### 三、合作医疗的兴起

1955 年席卷中国农村的合作化高潮对发展提供医疗服务的农村基层卫生组织是个极大的促进。在其后短短两三年的时间里，全国 5 万多个乡镇都设立了联合诊所或区卫生所，多数农业合作社也都设有卫生室（站）。更重要的是，农业合作化成为合作医疗的催化剂：生产、资金、农具、技术上的互助合作启发农民把互助合作扩大到医疗融资领域。可以说：“没有农业合作化运动就不会有农村的合作医疗运动。”

已有文献中对哪里最早实行医疗融资合作存在不同的说法。有人认为，最早建立合作医疗保健制度的是山西省高平县米山乡联合保健站；也有人认为，河南省正阳县王店乡团结农业社首创了“社办合作医疗制度”。两者的发端都是 1955 年。然而，有证据表明，同在 1955 年，江苏常熟县归市乡、浙江诸暨县姚江区西江乡、<sup>⑩</sup> 山西省稷山县太阳村农业社也开始尝试不同形式的医疗融资合作。<sup>⑪</sup> 如果对各地进行深入考察，我们应该可以发现更多同期开始医疗融资合作的案例。也许争论哪里是“第一个”没有多大意义。在农村合作化的高潮中，或早或迟出现医疗融资合作几乎是顺理成章的事。不过，有一点是清楚的，这种新的实践源自农民，而不是决策者与专家。

山西省高平县米山乡的实践是当时各地不同形式实践的一个缩影。高平县是老解放区，从

徐杰：《对我国卫生经济政策的历史回顾和思考》（上），《中国卫生经济》1997 年第 10 期。

姚力：《农村合作医疗：经验与反思》，2007 年，[http://iccs.cass.cn/detail\\_cg.aspx?sid=267](http://iccs.cass.cn/detail_cg.aspx?sid=267)，2008 年 8 月 2 日。

曹普：《改革开放前中国农村合作医疗制度》，《中共党史资料》2006 年第 3 期。

张自宽：《对合作医疗早期历史情况的回顾》，《中国卫生经济》1992 年第 6 期。

陈飞、张自宽、昌鸿恩：《“赤脚医生”来龙去脉》，《健康报》2007 年 11 月 9 日，第 5 版。

张自宽、朱子会、王书城、张朝阳：《关于我国农村合作医疗保健制度的回顾性研究》，《中国农村卫生事业管理》1994 年第 6 期。

曹普：《改革开放前中国农村合作医疗制度》，《中共党史资料》2006 年第 3 期。

宋斌文：《我国农村合作医疗的过去、现在和未来》，《医学与哲学》2004 年第 3 期。

王靖元、徐德斌：《合作医疗历史回顾与赣榆县实施新型农村合作医疗制度的做法》，《江苏卫生保健》2005 年第 1 期。

<sup>⑩</sup> 钱文艳：《建国后 30 年浙江农村合作医疗制度的历史考察》，《安徽农业大学学报》2006 年第 6 期。

<sup>⑪</sup> 岳谦厚、贺蒲燕：《山西省稷山县农村公共卫生事业述评（1949—1984 年）：以太阳村公社为重点考察对象》，《当代中国史研究》2007 年第 5 期。

1945年起就在共产党领导之下。1953年，米山乡的3家私人药铺和10个民间医生自愿组合，创办了高平县第一个联合诊所。在合作化的高潮中，1955年5月，米山乡联合诊所演变为联合保健站，实行“医社结合”。与联合诊所不同的是，保健站由农业生产合作社、农民群众和医生三方集资兴建，其经费来自农民缴纳的“保健费”、从农业社提取的公益金以及医疗收入（主要是药费）。每个农民每年缴纳5角钱的“保健费”，即可享受预防保健服务，患病就诊时免收挂号费、门诊费、出诊费和注射费，但必须支付药费。

米山乡的这种合作医疗保健制度很快引起了政府的重视。卫生部 and 山西省卫生厅的领导多次到米山进行调研，认为它“为农村的预防保健工作建立了可靠的社会主义的组织基础”。随后，经国务院批准，卫生部开始推广米山乡联合保健站的经验。到1957年，以医疗融资合作为基础的集体保健站、医疗站已发展到了1万余个。当时，各地对医疗融资合作的叫法不同，有“集体保健医疗”、“统筹医疗”和“农业合作社诊疗所”等，但还没有“合作医疗”的提法。

1958年夏掀起的公社化为医疗融资合作提供了更厚实的体制基础。全国第一个人民公社——河南省遂平县嵒山卫星人民公社的《试行简章（草案）》第18条规定：“公社实行合作医疗，社员按照家庭人口多少，每年交纳一定数量的合作医疗费，就诊不另交费。中心医院对无法治疗的特殊重病号，应该介绍到适当的医院治疗，并负责开支旅费和医药费，但对衰老病和慢性病的人，暂时不作介绍。在经济充足的时候，公社实行公费医疗。”这里第一次出现了“合作医疗”的提法。同年9月13日，卫生部主办的《健康报》刊发了一篇题为《让合作医疗遍地开花》的评论，指出：合作医疗是“群众性的新的医疗制度，是具有共产主义性质的公共福利事业，便利群众，促进生产，且能贯彻预防为主方针，加强预防和治疗工作，应当大力推广”。结果到9月底，河南省实行合作医疗制度的人民公社达到963个，占全省农村公社总数的71.1%。

在人民公社化高潮中，山西省稷山县被称作“农村卫生的一面红旗”。该县太阳村从1959年1月起，开始实行由社员每人每年交2元保健费、不足部分从公益金中补助的“大家集资，治病免费”的合作医疗制度。此后，这种做法被迅速推广到全县。1959年11月，卫生部向中共中央提交了《关于全国农村卫生工作山西稷山现场会议情况的报告》及其附件《关于人民公社卫生工作几个问题的意见》。《报告》指出：“关于人民公社的医疗制度，目前主要有两种形式，

张自宽：《对合作医疗早期历史情况的回顾》，《中国卫生经济》1992年第6期。

徐杰：《对我国卫生经济政策的历史回顾和思考》（上），《中国卫生经济》1997年第10期。

宋斌文：《我国农村合作医疗的过去、现在和未来》，《医学与哲学》2004年第3期；钱文艳：《建国后30年浙江农村合作医疗制度的历史考察》，《安徽农业大学学报》2006年第6期。

这个《简章（草案）》是由《红旗》杂志和省、地领导同志参与拟定的。毛泽东1958年8月7日看到后，自称“如获至宝”。他于8月17日，即北戴河中央政治局扩大会议召开的当天对其修改后指示：“此件请各同志讨论。似可发各省、县参考。”9月1日，《红旗》第7期全文刊载该《简章（草案）》，成为全国办公社的样板。参见杨胜群、田松年：《人民公社的由来》，<http://www.booktide.com/News/20000713/200007130160.html>，2008年8月2日。该《简章（草案）》参见<http://hi.baidu.com/yh909106/blog/item/4861c32b4b3420f8e6cd40cb.html>，2008年8月2日。

李德成：《中国农村传统合作医疗制度研究综述》，《华东理工大学学报》（哲学社会科学版）2007年第1期。

曹普：《改革开放前中国农村合作医疗制度》，《中共党史资料》2006年第3期。

岳谦厚、贺蒲燕：《山西省稷山县农村公共卫生事业述评（1949—1984年）：以太阳村公社为重点考察对象》，《当代中国史研究》2007年第5期。

一种是谁看病谁出钱；一种是实行人民公社社员集体保健医疗制度。与会代表一致认为，根据目前的生产发展水平和群众觉悟程度等实际情况，以实行人民公社社员集体保健医疗制度为宜”，“即现在各地所说的‘保健费’的办法，或‘合作医疗’”。在这里，“合作医疗”的提法首次出现在中央文件中，但当时的标准提法依然是“集体医疗保健制度”。不过，《意见》建议：“目前有极少数经济富裕的人民公社坚持实行社办公费医疗的办法，仍可继续试行，但不要忙于推广。另有一些人民公社实行谁看病谁出钱的办法，也不要急于都改变过来，而应当根据公社的生产发展水平和群众的觉悟程度，逐步改变为集体保健医疗制度”。

在中共中央的推动和毛泽东的直接干预下，农村合作医疗在全国范围得到了有力的推广。根据长期追踪研究农村合作医疗制度的安徽医科大学卫生管理学院估算，全国行政村（生产大队）举办合作医疗的比重，1958 年为 10%，1960 年为 32%，1962 年上升到 46%（图 1）。

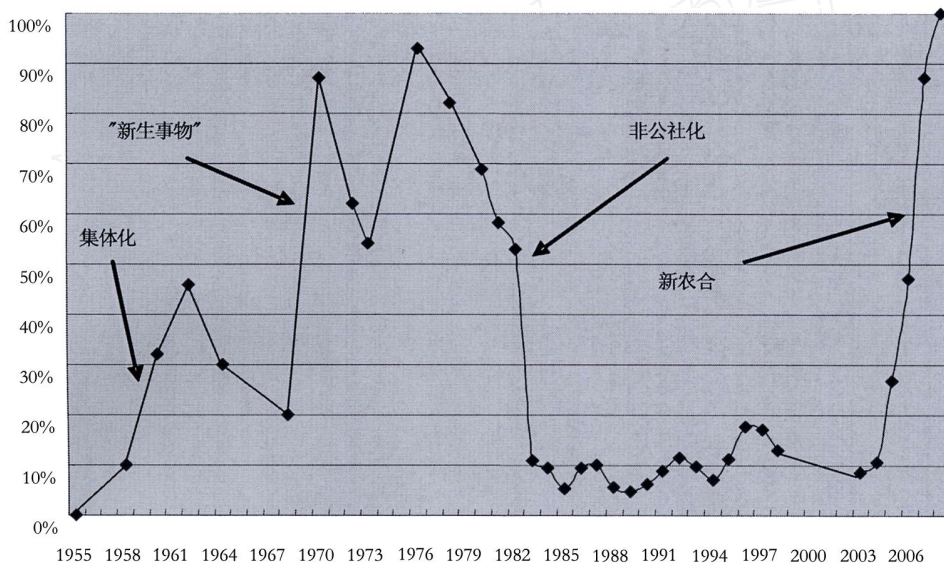


图 1 开展合作医疗的村占全国行政村的比重 (1955—2008)

数据来源：1958—1992 年数据来自周寿祺、顾杏元、朱敖荣：《中国农村健康保健制度的研究进展》（《中国农村卫生事业管理》1994 年第 9 期）；1972—1973 年数据来自姚力：《农村合作医疗：经验与反思》（2007 年，[http://iccs.cass.cn/detail\\_cg.aspx?id=267](http://iccs.cass.cn/detail_cg.aspx?id=267)，2008 年 8 月 2 日）；1993、1998 年数据来自卫生部“第一、二次国家卫生服务调查”统计；1995—1996 年数据来自汪时东、叶宜德：《农村合作医疗制度的回顾与发展研究》（《中国初级卫生保健》2004 年第 4 期）；1997 年数据来自顾昕、方黎明：《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》（《社会学研究》2004 年第 5 期）；2003—2008 年数据是农村人口参加合作医疗的比重。2003 年数据来自朱玉、李亚杰：《中国新型农村合作医疗试点县已经逾 300 个》（2004 年 4 月 10 日，[http://www.china.com.cn/news/2008-07/10/content\\_15985866.htm](http://www.china.com.cn/news/2008-07/10/content_15985866.htm)，2008 年 5 月 30 日）；2004 年数据来自左延莉、胡善联、傅卫、江芹：《2004 年中国新型农村合作医疗参合率分析》（《卫生软科学》2006 年第 4 期）；2005 年数据来自九三学社中央委员会：《关于完善我国新型农村合作医疗制度的建议》（2007 年 4 月 16 日，<http://www.93.gov.cn/partic/confer/questi/379472845379076184.shtml>，2008 年 7 月 20 日）；2006 年数据来自卫生部：《我国新型农村合作医疗制度将全面推进》（2007 年 3 月 12 日，[http://www.gov.cn/gzdt/2007-03/12/content\\_548855.htm](http://www.gov.cn/gzdt/2007-03/12/content_548855.htm)，2008 年 6 月 20 日）；2007—2008 年数据来自《增加补助门诊统筹，全国 31 省份实现新农合全覆盖》（2008 年 7 月 10 日，[http://www.china.com.cn/news/2008-07/10/content\\_15985866.htm](http://www.china.com.cn/news/2008-07/10/content_15985866.htm)，2008 年 7 月 20 日）。

张自宽：《对合作医疗早期历史情况的回顾》，《中国卫生经济》1992 年第 6 期。



1962年初召开七千人大会以后，中央对国民经济进行了大刀阔斧的调整，包括人民公社制度和与之相关的农村医疗卫生体系。1962年8月，卫生部下发了《关于调整农村基层卫生组织问题的意见（草案）》，批评过去几年“在治病方面，一个时期有公社包下来的倾向”。这份文件建议，“原由公社或生产大队投资举办的医疗机构，如果继续办下去有困难，可以转为医生集体办”。这些医生集体办的医疗机构实行“看病收费、独立核算、自负盈亏、民主管理、按劳分配等原则”。随着来自集体的投入急剧减少，全国除少数相对富裕的地区外，多数社队的合作医疗都陷入了停顿或半停顿状态，合作医疗的覆盖率也大幅下滑。到1964年，全国农村只有不到30%的社队还维持合作医疗。

农村医疗卫生状况以及与城市之间的反差引起了毛泽东的注意。1964—1965年是毛泽东一生中卫生工作最关注的时期，曾四次对卫生部提出严厉的批评。尤其是1965年6月26日，在同身边的医务人员谈话时，毛泽东斥责“卫生部的工作只给全国人口的15%工作，而且这15%中主要还是老爷。广大农民得不到医疗，一无医院，二无药。卫生部不是人民的卫生部，改成城市卫生部、或老爷卫生部、或城市老爷卫生部好了”，并号召“把医疗卫生的重点放到农村去”。

有些人想当然地断定，毛泽东的“六二六指示”“使1962年后几乎处于停顿状态的合作医疗制度出现了回升发展的重要契机”，“激起了全国上下对农村医疗卫生工作的极大重视，在50年代中期出现的农村合作医疗制度由此推开”。其实不然。虽然1965年前后毛泽东及其他中央领导人对农村医疗卫生表现出前所未有的关注，但他们的关注点集中在为农民提供医疗服务和为农村培养卫生人员上；而组织巡回医疗队到农村去是逐步实现这两个目标的关键。不过，巡回医疗队为农民治病并不完全免费，而是“按当地合理收费标准收取费用”。换句话说，毛泽东“六二六指示”并没有给农村医疗融资的格局带来多大变化。事实上，据安徽医科大学卫生管理学院估算，到1968年，全国只有20%左右的生产大队（行政村）实行合作医疗，比1964年的水平还低（图1）。合作医疗真正在全国农村得以普及是1969年以后的事。

#### 四、合作医疗的普及

1968年，毛泽东做出了“典型宜多，综合宜少”的指示，提出要用先进的典型，来推动全

---

徐杰：《对我国卫生经济政策的历史回顾和思考》（下），《中国卫生经济》1997年第11期。

曹普：《改革开放前中国农村合作医疗制度》，《中共党史资料》2006年第3期。

毛泽东：《接见越南外宾时关于保健工作的讲话》，1964年6月24日，<http://forum.zgangel.com/showtopic-112.html>，2008年8月4日；毛泽东：《对卫生部党组关于改进高级干部保健工作报告的批语》，《建国以来毛泽东文稿》第11册，北京：中央文献出版社，1996年；姚力：《把医疗卫生工作的重点放到农村去：毛泽东“六二六”指示的历史考察》，《当代中国史研究》2007年第3期。

毛泽东的《六二六指示》见<http://cpc.people.com.cn/BIG5/64162/64165/66004/4463521.html>，2008年8月10日。

曹普：《改革开放前中国农村合作医疗制度》，《中共党史资料》2006年第3期。

夏杏珍：《农村合作医疗制度的历史考察》，《当代中国史研究》2003年第5期。

卫生部党组：《关于城市组织巡回医疗队下农村配合社会主义教育运动进行防病治病工作的报告》，[http://news.xinhuanet.com/ziliao/2005-02/02/content\\_2539249.htm](http://news.xinhuanet.com/ziliao/2005-02/02/content_2539249.htm)，2008年8月2日。

国的各项工作。当年夏天，上海《文汇报》记者到上海川沙县江镇公社采访，并发表了一篇题为《从江镇公社“赤脚医生”的成长看医学教育革命的方向》的调查报告。经当时主管全国宣传工作的姚文元推荐、毛泽东批改，这篇调查报告发表在 9 月 10 日出版的《红旗》杂志第 3 期上，并于 9 月 14 日被《人民日报》全文转载。从此，“赤脚医生”名扬天下。但“赤脚医生”只解决了农村基本医疗服务是否廉价的问题，没有解决医疗融资问题。没有风险分担，再廉价的医疗服务也难以普及。

有关“赤脚医生”的调查报告发表两个半月后，姚文元又向毛泽东呈送一份有关湖北省长阳县乐园公社合作医疗制度的报道。乐园公社杜家村大队 1966 年开始试点合作医疗。农民每人每年交一元合作医疗费，生产大队再按照实际参加人数，从集体公益金中为每人交 5 角钱，作为合作医疗基金。由于大队卫生室主要依靠自种、自采、自制的中草药，合作医疗成本很低。群众每次看病只交 5 分钱的挂号费，吃药就不要钱了。这种形式的合作医疗深受广大农民群众的欢迎。1967 年，乐园公社所属大队都实行了合作医疗。通过 1967 年一年的实践，乐园公社合作医疗经费不仅没有超支，而且还结余了 830 多元。

1968 年 9 月中旬，看到《人民日报》有关“赤脚医生”的报道后，长阳县卫生局医政股工作人员倪兵万认为，乐园公社合作医疗方面的经验也值得向全国推广以解决农民就医的融资问题。10 月初，倪兵万与两位同事到乐园公社进行了长达 20 多天的实地考察，并很快写出一篇调查报告。该报告总结了实行合作医疗的四大好处，其中最根本的一条是“解决了贫下中农看不起病、吃不起药的困难”。

倪兵万的报告经各级新闻单位转达到《人民日报》。《人民日报》先后派记者到北京市郊召开座谈会，听取农村居民对乐园人民公社经验的意见。座谈会上大家一致认为，合作医疗是一种解决农村群众看病吃药费用问题的好办法，值得在全国普遍推广。经姚文元转达、毛泽东同意，《人民日报》于 1968 年 12 月 5 日头版头条发表了《深受贫下中农欢迎的合作医疗制度》一文，并加了“编者按”，高度赞扬“合作医疗是医疗战线的一场大革命，它解决了农村群众看不起病、吃不起药的困难……”随后，新华社又派两名记者到长阳县进行实地调研座谈，并向全国媒体播发通稿，《人民日报》、《光明日报》和其他党报都先后在头版采用。全国所有报刊转载这些文章后，一批又一批的参观者从四面八方奔赴湖北省长阳县，到乐园公社学习取经。据不完全统计，从 1968 年至 1976 年 8 年间，全国所有省、市、自治区都先后有人来乐园观摩参观，总人数达 5 万多。

为了大力推动合作医疗，《人民日报》开辟专栏，在其后 8 年里连续组织 107 期“关于农村医疗卫生制度的讨论”。各地报刊也刊登了大量有关宣传、介绍、讨论合作医疗和“赤脚医生”的文章，数量可谓浩如瀚海。此外还有不少介绍和宣传合作医疗的书籍也陆续出版。在强大的媒体推动下，1969 年以后，全国兴起了大办农村合作医疗的高潮，使一度陷入停顿的合作医疗

张威：《典型报道：中国新闻业独特景观》，2005 年 10 月 28 日，<http://www.cddc.net/shownews.asp?newsid=9603>，2008 年 8 月 2 日。

毛泽东：《对调查报告 从江镇公社“赤脚医生”的成长看医学教育革命的方向 的批语和修改》，《建国以来毛泽东文稿》第 12 册，北京：中央文献出版社，1998 年。

湖北省长阳县革命委员会：《我们狠抓了三件大事——乐园公社实行合作医疗制度的经验》，《人民日报》1968 年 12 月 11 日，第 3 版。

胡振栋：《“无名英雄”力推农村合作医疗走向全国》，《就业保障》2006 年第 10 期。

曹普：《改革开放前中国农村合作医疗制度》，《中共党史资料》2006 年第 3 期。

焕发出生机。到 1976 年，全国实行合作医疗制度的生产大队（行政村）的比重高达 93%，覆盖了全国农村人口的 85%（图 1）。

合作医疗有三个主要特征，也是其存在的三个必要条件。第一，合作医疗费用由集体（公益金）和个人（缴费）共同负担。第二，合作医疗在法律上不是强制性的，但在实行合作医疗的社队，参与不是自愿的，个人缴费由集体在年终分配前扣除，不直接向群众收费。第三，合作医疗依托低成本的赤脚医生，通过自采、自制、自种中草药等方式，将成本降低到村民可以负担的水平。

然而即使在“文革”最激进的时期，中国政府从来没有要求全国采取同一种模式来实施合作医疗。不同地区、不同的县、公社、大队实行的合作医疗存在很大差别。首先，风险分担面的大小不同，可以是（大）队办、（公）社办、社队合办，其中队办最为普遍。其次，集体基金的份额大小不同，多数在 30%—90% 之间，少数地方集体全部承担，绝大多数地方要求农民个人交纳一定费用，一般在每人每年 1—3 元左右。

需要指出的是，即使在合作医疗发展的鼎盛时期，它也没有覆盖全国所有社队，因为政府从没有强求所有社队实行合作医疗。而且即使在存在合作医疗的地方，其发展也并不一帆风顺。1969—1971 年，合作医疗遍地开花，但根基不稳，1972 年实行合作医疗的比例从前两年的高峰跌至 62%，1973 年年底时更降至 54%（图 1）。此后，各地在控制成本、完善制度、严格手续、加强管理、杜绝贪污和浪费等方面经验更丰富以后，合作医疗的覆盖率才迅速回升，到 1976 年前后全国农村合作医疗的覆盖率稳定在 90% 上下。

70 年代，中国还不富裕，但合作医疗的普遍建立，有效地为广大农村居民提供了基本的医疗卫生保障，使中国人民的健康指标大幅改善，平均预期寿命从 1949 年以前的 35 岁增加到 1980 年的 68 岁，婴儿死亡率也从 1949 年以前的约 250% 减少到 1980 年的 50% 以下。当时中国医疗卫生服务的公平性和可及性在国际上受到高度赞誉，成为世界卫生组织在全球范围内推广初级卫生服务运动的样板。

回顾毛泽东时代农村医疗状况的变迁，它从无医无药走到缺医少药，最后找到了合作医疗这条低成本、广覆盖的途径。在这个过程中，各地的实践起了巨大的作用。

## 五、传统合作医疗的衰落

1977 年 8 月“文革”结束，当时，没有任何人预见到合作医疗将会迅速衰落。恰恰相反，

---

傅建辉：《从集体福利到社会保障：论人民公社与家庭经营时期的农村合作医疗制度》，《广西社会科学》2005 年第 2 期；谷加恩：《人民公社时期农村合作医疗事业成功的原因探析》，《武汉职业技术学院学报》2006 年第 1 期。

合作医疗还没有办起来的地方主要是国防边境、少数民族地区、高寒山区、老革命根据地、渔区和牧区。参见夏杏珍：《农村合作医疗制度的历史考察》，《当代中国史研究》2003 年第 5 期。

Kenneth W. Newell, *Health by the People*, Geneva: World Health Organization, 1975; World Health Organization and United Nations Children's Fund, *Meeting Basic Health Needs in Developing Countries: Alternative Approaches*, Geneva: World Health Organization, 1975; Matthias Stiefel and W. F. Wertheim, *Production, Equality and Participation in Rural China*, London: Zed Press, 1983; Dean T. Jamison, et al., *China: The Health Sector*, Washington D. C.: World Bank, 1984; World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health*, Washington D. C.: World Bank, 1993, p. 111.

World Health Organisation, *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care*, Geneva: World Health Organization, 1978.

1978年通过的《中华人民共和国宪法》第一次将“合作医疗”写入宪法，列为国家为保证劳动者健康权利需要逐步发展的事业。当年12月，十一届三中全会召开，拉开了改革的序幕。次年，卫生部、农业部等联合发布了《农村合作医疗章程（试行草案）》。这是政府部门第一次发布关于农村合作医疗的正式法规性文件，标志着合作医疗的制度化。它将合作医疗定义为“人民公社社员依靠集体力量，在自愿互助的基础上建立起来的一种社会主义性质的医疗制度，是社员群众的集体福利事业”，并承诺“根据宪法的规定，国家积极支持、发展合作医疗事业，使医疗卫生工作更好地为保护人民公社社员身体健康，发展农业生产服务”。

然而，从1978年下半年开始，合作医疗制度就已经出现了裂缝。这一年6月23日，中共中央“37号文件”要求“任何部门和单位一律不准无偿平调社、队的劳力、财力、物力，搞非生产建设，坚决压缩非生产性开支”。此后，一些地方把办合作医疗看作是“穷吃富”，是“增加群众负担”。结果，“东北三省的农村合作医疗出现了明显下降的趋势，甚至有许多经济基础好，合作医疗办得好的大队也被一阵风给吹掉了”。“由于合作医疗停办，赤脚医生被当作非生产人员减掉，或者把大队卫生所承包给赤脚医生搞自负盈亏，有的还要向大队上缴利润，致使许多大队又重新出现了社员看病难、负担重的问题”。其他省市的情况也在不同程度上出现了类似的问题，有些地方“没有坚持正确的方向，名为合作医疗，实际性质变了，不少变成大队企业，有的变成了联合诊所或私人开业”。1980年，河南一些地方“许多农村大队合作医疗处于停办和半停办状态”，以至有人要为合作医疗大声疾呼。

从全国看，合作医疗覆盖的社队从1976年的92.8%降至1982年的52.8%，6年间下降40%。虽然这期间有些地方（如黑龙江、吉林、青海、福建）出台文件要求“坚定不移地办好合作医疗”，但当时忙于实行家庭联产承包制的中央领导人，对此没有任何表态。1982年《宪法》也悄悄删除了“合作医疗”的字眼。1983年，随着人民公社正式解散，农村合作医疗出现雪崩式的解体，覆盖面骤降至11%（图1）。

到80年代中后期，合作医疗只在上海郊区、江苏南部等集体经济较为发达的地区还大范围存在。在其他省份，合作医疗只残留在很少的地方，如湖北麻城县和山东招远县。随着合作医疗的解体，绝大多数村卫生室（合作医疗站）变成了乡村医生的私人诊所，绝大多数农民重新陷入自费医疗的境地。

为什么改革开放后一度遍布全国的合作医疗迅速偃旗息鼓了呢？

最重要的原因是合作医疗所依托的经济基础发生了变化。只有在集体经济的制度环境下，合作医疗的资金才能直接从集体经济中提留，保证了筹资途径畅通。推行家庭联产承包责任制

---

卫生部、农业部、财政部、国家医药管理总局、全国供销合作总社：《农村合作医疗章程（试行草案）》，1979年12月15日，<http://www.bsyc.gov.cn/SQJS/ShowArticle.asp?ArticleID=427>，2008年6月10日。

吴砾星：《章彦武——农民减负“急先锋”》，《农民日报》2006年5月27日，第4版。

张自宽：《农村合作医疗应该肯定应该提倡应该发展：东北三省农村医疗卫生建设调查之四》，《农村卫生事业管理》1982年第2期。

福建省卫生局：《坚定不移地办好农村合作医疗》，《福建医药杂志》1979年第6期。

房健：《为农村合作医疗大声疾呼》，《中原医刊》1980年第2期。

这个判断是基于《卫生经济》、《上海医科大学学报》、《中国农村卫生事业管理》等刊物80年代发表的文章。

中国卫生经济学会农村经济组：《农村的医疗保健需求与对策：第三次全国农村卫生经济学术讨论会综述》，《中国卫生经济》1986年第1期。

后，除少数地区有集体所有的乡镇企业外，大部分乡村的集体经济十分薄弱，甚至完全不存在。在这种情况下，用提留集体公益金的方式来扶持合作医疗，在大部分地方失去了可行性。集体经济的重要性可以从1983年合作医疗覆盖面骤然下降40个百分点看出来，这一年正是人民公社正式解体的一年。在全国合作医疗萎缩的80年代，苏南农村合作医疗覆盖面长期保持在85%以上，但在90年代却难以为继，因为苏南地区这时对原集体所有的乡镇企业进行了“私有化”的“改制”。苏南的经验从正反两方面证明集体经济是传统合作医疗的经济基础。

其次，与合作医疗互为表里的赤脚医生改变了其性质，甚至其名称。1979年通过的《农村合作医疗章程（试行草案）》规定：“赤脚医生要实行亦农亦医——参加集体分配”，他们应该“积极开展采、种、制、用中草药工作，充分利用当地药源防病治病”。只有在这样的条件下，合作医疗才可能以较低的费用为广大农民群众提供基本医疗保障。但随着集体经济解体，多数村庄无力支付赤脚医生适当的报酬，只得将卫生站卖给或承包给个体医生，使他们产生了追逐利润的动机。同时，土地承包给个体农户后，集体采、制、种中草药也不再可能。这两种变化都增加了医疗卫生成本。最终，1985年初，卫生部长陈敏章正式宣布：停止使用“赤脚医生”这个名称。

最重要的是，1980年代初期，中央决策者对农村合作医疗采取了放任自流的态度。改革开放以后，人民公社、上山下乡、样板戏、工农兵上大学等一系列毛泽东时代的革命遗产都遭到否定。虽然中国政府从来没有明确否定过农村合作医疗体制，但在全盘否定“文革”的背景下，当时卫生部门不少人还是把合作医疗看作人民公社的副产品、“文革”的产物，要加以彻底否定。这些人主张解散合作医疗，由赤脚医生承包卫生室，断言这是发展的“必然趋势”。当看到合作医疗制度陆续垮掉，他们非但不珍惜，反而幸灾乐祸，说“这是一种进步，是一种改革”。他们相信，“就中国广大地区来说，自费医疗制度还要维持相当一段时间”。

关于合作医疗认识上的分歧与争论导致了对以往基本经验的忽视，影响了农村卫生改革政策的制订。在讲究“提法”的官方文件中，人们发现政府对合作医疗并不热心支持。例如，1981年，卫生部长钱信忠在一次全国会议上说“大队卫生所，要适应农村实行生产责任制以后的变化，形式多样，因地制宜，分类指导。医疗收费制度可以是多种形式的合作医疗，也可以看病收费”。这便为自费医疗开了绿灯。1982年12月，卫生部出台的《关于适应农村形式的发展，健全农村基层卫生组织的意见》中说，“由于我国农村经济发展不平衡，实行什么样的医疗制度，办不办合作医疗，办什么样的合作医疗，要从当地的实际情况出发，坚持自愿的原则，由社员群众讨论决定。凡是有条件举办、社员群众又愿意办合作医疗的地方，应当积极给予支持；条件不具备或社员群众不愿意办的地方，就不要勉强举办。不能用行政命令的办法去硬性

---

陈飞、张自宽、昌鸿恩：《“赤脚医生”来龙去脉》，《健康报》2007年11月9日，第5版。

李德成：《中国农村传统合作医疗制度研究综述》，《华东理工大学学报》（哲学社会科学版）2007年第1期。

关于80年代早期的争论，参见张自宽：《中国的初级卫生保健要走自己的路》，《中国农村卫生事业管理》1993年第5期；《在合作医疗问题上应澄清思想统一认识》，《中国农村卫生事业管理》1992年第6期。

全国政协医药卫生体育委员会：《关于农村卫生工作调查报告》，《中国卫生质量管理》1995年增刊第1期。

钱信忠：《依靠政策和科学，促进农村卫生事业的建设》，《中国农村医学》1982年第2期。

推行某种形式的医疗制度”。 这为第二年合作医疗大面积坍塌埋下了伏笔。

80 年代前期，有些文件甚至千方百计试图避免使用“合作医疗”这四个字，而是代之以其他名词，如“集资医疗”。 由于中央态度暧昧，各级领导对扶持合作医疗也没有兴趣。用农民的话说，“上面不喊了，中间不管了，下边就散了”。

## 六、新型合作医疗的探索

决策者对合作医疗态度暧昧并不意味着中国的官方与民间停止了探索适宜农村的医疗融资模式。恰恰相反，从 80 年代中期开始，关于农村医疗卫生到底应该采取何种体制就出现了不同的思路，并展开了辩论。争论的一方认为，搞农村医疗融资体制改革要追寻健康保险这种“世界潮流”；另一方则认为，应巩固与发展我国独创的合作医疗； 中央的立场模棱两可。1985 年 9 月，中共中央《关于制定国民经济和社会发展第七个五年计划的建议》指出，为了适应对内搞活经济、对外实行开放的新情况，要认真研究和建立形式多样、项目不同、标准有别的新的社会保障制度。随后，卫生部制订的《“七五”时期卫生改革提要》也指出，改革我国农村的医疗保健制度，应从各地的实际情况出发，根据经济条件和群众的意愿逐步进行，可以实行合作医疗，也可以试行其他各种办法。它还特别强调，要积极探索和发展适合我国农村的医疗卫生保险制度。

事实上，卫生部当时偏向在农村推行医疗保险制度。1985 年，卫生部同意世界银行提出的在中国农村建立健康保险的设想，并在四川省简阳、眉山县进行“中国农村健康保险实验项目”，由美国兰德公司提供技术协助。为了推动这项实验，卫生部在四川省峨眉县召开了农村医疗保险制度学术讨论会。这实际上是一次医疗保险的动员会，其基调是，农村实行医疗保险制度势在必行。“中国农村健康保险实验项目”是农村医疗卫生领域第一个干预性实验，分为两阶段进行。第一阶段，由中美专家组成的工作组，经过在简阳、眉山 26 个月的调查研究，拿出了在农村推行健康保险的设计方案。第二阶段前期，在 4 个行政村进行先导实验；第二阶段后期，在 26 个行政村展开实验。该实验的干预性表现在，它在不同的行政村实验了 7 套不同的健康保险方案，并在一些村落先后实验了不同的方案，以检验各种方案的优缺点及可行性。

与传统合作医疗相比，“中国农村健康保险实验”有几个显著的不同点。第一，风险分担以乡为单位，而不是以行政村为单位，目的是使保险基金更加雄厚，加强风险承担能力。第二，在进行实验的地方，参与是自愿的，而不是强制的；但为了预防“道德风险”和“逆向选择”，参与者必须以家庭为单位，而不是以个人为单位。第三，保费由农村集体或农户承担、或两者分担。第四，以保大病为主，多保住院医疗费，少保门诊医疗费。 后面我们将会看到，虽然农

---

卫生部：《关于适应农村形式的发展，健全农村基层卫生组织的意见》，《中国农村卫生事业管理》1983 年第 1 期。

曹国明：《对我国农村医疗保健制度名称问题的商榷》，《中国初级卫生保健》1993 年第 10 期。

张自宽：《在合作医疗问题上应澄清思想统一认识》，《中国农村卫生事业管理》1992 年第 6 期。

周寿祺：《合作医疗与健康保险的比较：兼论农村医疗保健制度改革的基本策略》，《中国农村卫生事业管理》1987 年第 2 期。

卫生部、国家中医管理局：《“七五”时期卫生改革提要》，1987 年 2 月 14 日，[http://www.zhongweiwang.org/health/html/2nd\\_page/zcfq/newswjhb/1951-2000-1-6.php](http://www.zhongweiwang.org/health/html/2nd_page/zcfq/newswjhb/1951-2000-1-6.php)，2008 年 2 月 10 日。

Shan Cretin, Albert P. Williams and Jeffrey Sine, "China Rural Health Insurance Experiment: Final Report," RAND Health Working Papers, WR-411, August 2006.

村健康保险的思路最后被否决，但这个项目的以上4个特点还是影响了后来的其他改革思路。

在80年代后期，除了四川这两个县的试点外，各地还有一批健康保险实践的例子，如上海金山县与湖北监利县的健康保险、四川省蓬溪县的防疫妇幼保险、安徽金寨县、山西省翼城县和江苏省响水县的母婴健康保险、山西运城的中小学生口腔保健保险等。还有的地方，既试办一般健康保险，也试办单项保险，如江苏省金坛县。1988年1月，根据20个县62571名农民基础情况调研，卫生部政策与管理研究专家委员会农村医疗制度研究组，按不同经济状况，设计出4种类型的农民健康保险模式，供各地参考。其后，更多的地方开始对农村医疗保险制度进行探索。

值得注意的是，虽然有人大力鼓吹个人出资参加不同档次和类别的保险，是“从农村合作医疗向医疗保险制度的过渡”，但不少地方医疗保险的实验依然带有强烈的合作医疗的色彩。如浙江省余杭县、江苏省金坛县的医疗保险，集体出资达90%以上，个人只是象征性地每年出一点钱。这些地方把引入“医疗保险”概念看作是为合作医疗“充实新内容”、“增强其活力”。另外，还有一些地方仍然坚持合作医疗体制，如湖北省广济县，江苏省常熟市、太仓县，山东省招远县及上海市郊县等。与此同时，当时中国农村的绝大多数地方实行的是自费医疗。

实践的多样性为探讨不同医疗筹资体制的优越性、可行性提供了可能。因此，在80年代下半期，除了上面提到的有关健康保险的试点研究外，还出现了对不同医疗筹资体制的比较研究。如1987年，安徽医科大学与卫生部医政司联合进行了合作医疗制度与自费医疗制度的配对调查研究，分别在湖北、山东和北京等地选择15—20个合作医疗村；按配比条件（人均收入、文盲率、年龄构成、地形及民族因素），选择相应的自费村。结果表明，19项指标中，合作医疗在15项上优于自费医疗。1988—1990年，卫生部成立课题组，利用全国16个省20个县抽样调查数据，对农村几种医疗保健制度的可行性和有效性进行比较研究。该调查对合作医疗制度也给予了充分肯定。<sup>⑩</sup>除了这些大范围的调查研究外，还有一些小范围（地区、县、乡镇）的调查研究。这些研究都毫无例外地得出同样的两个结论：（一）合作医疗制度优于自费医疗制度；（二）绝大多数农民希望办合作医疗。<sup>⑪</sup>

本刊评论员：《积极探索和发展具有中国特色的农村医疗保健制度》，《中国农村卫生事业管理》1987年第10期。

金坛县卫生局：《对实施多种医疗保健制度的探索》，《中国农村卫生事业管理》1987年第9期。

罗益勤：《我国农村实行健康保险问题的研究》，《中国初级卫生保健》1989年第4期。

李希乐、邵炳孝：《从合作医疗与医疗保险的异同看我国农村医疗保健制度改革的策略》，《中国农村卫生事业管理》1994年第12期。

忽新泰等：《卫生保健制度的改革》，《中国卫生经济》1987年第10期。

程云飞、张承模：《浅论“风险型”农村医疗保险制度》，《中国农村卫生事业管理》1987年第5期。

金坛县卫生局：《对实施多种医疗保健制度的探索》，《中国农村卫生事业管理》1987年第9期。

才生嘎：《为建立具有中国特色的社会医疗保险制度而努力——卫生部医政司才生嘎副司长在中国农村健康保险研讨会上的讲话》，《中国农村卫生事业管理》1987年第10期。

朱敖荣：《中国农村合作医疗保障制度的研究》，《中国农村卫生事业管理》1988年第10期。

<sup>⑩</sup> 关于这次调查，请参见中国农村医疗保健制度研究课题组：《中国农村医疗保健制度研究》，上海：科学技术出版社，1991年。

<sup>⑪</sup> 这些调查散见于当时的《中国卫生经济》、《中国初级卫生保健》、《中国农村卫生事业管理》、《中国医院管理》、《中国乡村医生杂志》等刊物。

在 1986 年第 39 届世界卫生大会上，中国政府做出了“2000 年人人享有卫生保健”的承诺。显然，如果农村大部分人自费医疗的局面不改变，要在十余年的时间里兑现这个承诺是不太可能的。上面提到的这些研究结果表明，只有恢复合作医疗，才能满足广大农民群众获得医疗预防保健服务的需求。

让更多的人认识到这一点，长期从事农村医疗体制研究的朱敖荣发表文章，逐一批驳对合作医疗的种种责难，并把合作医疗陷入低谷的原因归结为“前一时期卫生领导部门把合作医疗定性为‘左’的产物，并广为宣传影响的结果”。他用调查数据证明，合作医疗深受广大农村居民的支持，反驳了“办合作医疗，已经过时了，实行健康保险才是‘世界潮流’”的说法。他建议，中央应把合作医疗确定为中国农村医疗体制的基础。

面对 90% 以上的农民没有任何医疗保障的局面，这时关心农村医疗卫生问题的人中开始逐渐形成两个共识。第一，自费医疗不仅剥夺了农村贫困居民获取基本卫生服务的机会，而且带来严重的因病致贫问题。第二，健康医疗保险的思路不适合中国农村，因为保险公司认为利润少不感兴趣，农民又不信任保险公司，嫌其手续繁杂、难以理解。

在这种背景下，从 1988 年尾开始，中央政府文件都反复重申要在 2000 年前实现农村人人享有卫生保健的目标，并把“恢复和健全农村集资医疗保健制度”作为实现这一目标的保障。到 1991 年，中央政府及其相关部门的文件开始大量出现建立“合作医疗保健制度”、推行“集资办医与合作医疗保险制度”等提法。中央文件中“合作医疗”频繁出现有助于结束有关合作医疗长达数年的分歧争论；但“集资办医与合作医疗保险制度”这种语焉不详的词组同时暗示，当时中央决策者还在犹豫，徘徊在合作医疗与健康保险之间，希望找到某种方式把两者结合起来。

无论如何，中央态度的微妙变化为合作医疗的倡导者提供了机会。前卫生部长钱信忠 1991 年底在《中国农村卫生事业管理》题词“重振合作医疗保健制度”。同一刊物也发表了朱敖荣教授及其同事的一篇文章，他们公开说：“我们在这里代表 9 亿多农民真诚地、迫切地向党中央和国务院的领导同志提出，希望把关系 9 亿农民群众生老病死的合作医疗保健制度问题，要像以往对计划生育、教育、科技等问题同样重视，做出决定通知各级党政领导，切实地把全国的合作医疗保健制度，抓紧办好”。这篇文章还指出，合作医疗与健康保险有“原则区别”，并

---

吴雁鸣等：《关于农村卫生改革的思考：与卫生局长探讨几个热门话题》，《中国农村卫生事业管理》1988 年第 7 期。

1988 年卫生部在 20 个县对 6 万多农民进行的调查表明，有 20% 的农民患病而未能就诊，有 16%—25% 需要住院医疗的病人未能住院。更严重的是，在贫困户中，因病致贫的比重高达 30%—50%。参见冯学山、汤胜蓝、顾杏元等：《经济体制改革对农村卫生服务的影响》，《卫生经济研究》1994 年第 5 期。

不少基层卫生工作者反对以健康保险取代合作医疗。见缪宝迎、王振环：《单纯风险型合作医疗不宜提倡》，《中国初级卫生保健》1991 年第 9 期。

李鹏：《关于国民经济和社会发展十年规划和第八个五年计划纲要的报告》，1991 年 3 月 25 日，<http://www.sdpc.gov.cn/fzgh/ghwb/gjih/P020070912638549139165.pdf>，2008 年 7 月 1 日；薄先锋、董践真：《回来吧！合作医疗》，《中国改革》1993 年第 2 期。

全国政协医药卫生体育委员会：《关于农村卫生工作调查报告》，《中国卫生质量管理》1995 年增刊第 1 期。

参见《中国农村卫生事业管理》1991 年第 12 期“编者按”。



建议统一使用“合作医疗保健制度”替代“合作医疗保险制度”的提法。学者们之所以在这里直接向中央呼吁，是因为他们知道，当时的卫生部领导往往“过分强调无决策权，采取消极等待态度”。要恢复合作医疗，仅有卫生部领导转变想法还不够，还必须得到党中央、国务院的明确支持。

为了修复合作医疗这个农村医疗卫生体制的“网底”，中央政府1991年拨出专款2000万元，对农村合作医疗进行扶持。次年，此项款额增至7500万元。据统计，全国28个省、市两年从地方财政中也增拨专项经费25亿元。财政资金的投入为奄奄一息的农村合作医疗注入了强心剂。因此，1992年合作医疗出现了一个“小阳春”（图1）。

1992年邓小平南方谈话以后，市场导向的改革再次占上风。当年9月卫生部出台的《关于深化卫生改革的几点意见》话锋一变，又说“在农村，要大力推行合作医疗保险制度。”卫生部政策法规司司长说得更明白，“总体说来，我国必须走医疗保险的路子，这是世界上一百多个国家都走的路子，当然做法有所不同，但基本的路子必须这样去走”。结果，合作医疗的覆盖面迅速萎缩（图1）。

1993年中共中央在《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，悄然放弃了“农村健康保险”的提法。当年，国务院研究室和卫生部在全国范围内进行了广泛的调查研究，提出了《加快农村合作医疗保健制度改革和建设》的研究报告。该报告设定的目标是，九五期间（1996—2000）全国农村合作医疗保健覆盖率要达到50%以上，而当时的覆盖率还不到10%。如何解决筹资问题呢？报告建议，“建立国家、集体、个人共同投入的筹资机制”。问题是到底如何“共同投入”？是否投入合作医疗？该报告语焉不详。

从1994年到1996年，国务院研究室与卫生部一起，继续对合作医疗进行了专题调研，抓了7个省14个县、特别是河南开封县和林州市的试点。1996年7月，国务委员彭佩云在林州举行的全国农村合作医疗经验交流会上有针对性地批评了种种错误认识，意在消除推行合作医疗的思想障碍。时任卫生部长陈敏章也指出，“中央关于发展和完善合作医疗的方针已非常明确，合作医疗不是要不要办的问题，而是如何落实如何办好的问题；要把发展和完善合作医疗，作为当前农村卫生工作的首要问题来抓”。如何抓？陈敏章很清楚，“筹资是合作医疗的重点和难点”。但这时的指导思想依然是“走以个人投入为主，集体扶持，政府引导、支持的路子”。

这次会后，各省、自治区、直辖市抓了几百个合作医疗试点。一时间，合作医疗似乎出现了良好的发展势头。到1996年年底，全国开展合作医疗的行政村已上升到17.59%，比上年增加了6.41%，达到1983年以来的最高水平（图1）。

这时合作医疗又获取了新的发展动力。1996年12月召开的全国卫生工作会议达成共识，提

朱敖荣、吴雁鸣、叶宜德：《重振合作医疗保健制度》，《中国农村卫生事业管理》1991年第12期。

周寿祺：《中国农村健康保障制度综述》，《中国医药管理》1990年第5期。

薄先锋、董践真：《回来吧！合作医疗》，《中国改革》1993年第2期。

卫生部：《关于深化卫生改革的几点意见》，1992年9月23日。

支峻波：《深化卫生改革的方向、任务与政策》，《医学理论与实践》1992年第3期。

袁木、陈敏章：《加快农村合作医疗保健制度的改革和建设》，《中国农村卫生事业管理》1994年第9期。

彭佩云：《在全国农村合作医疗经验交流会上的讲话》，《中国农村卫生事业管理》1996年第8期。

陈敏章：《贯彻落实中央关于发展和完善农村合作医疗的重大决策》，《中国农村卫生事业管理》1996年第8期。

卫生部医政司：《农村合作医疗出现了良好发展势头》，《中国农村卫生事业管理》1997年第2期。

出加强农村卫生工作，关键是发展和完善农村合作医疗制度。会后，中共中央、国务院在《关于卫生改革与发展的决定》中明确表示，国家鼓励全国各地农村本着民办公助和自愿参加的原则，以农民自筹资金为主，集体扶持，各级政府给予适当的支持，建立和发展农村合作医疗制度。“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，并逐步提高社会化程度。”

从 1996 年中至 1997 年中，中国政府为恢复与发展合作医疗动作频频，希望掀起重建合作医疗的高潮。但结果并不理想。到 1997 年底，合作医疗的覆盖率仅占全国行政村的 17%，与一年前大致持平；农村居民参加合作医疗的比例仅为 9.6%。卫生部于次年进行的“第二次国家卫生服务调查”显示，1998 年全国农村居民中参加合作医疗的比重降至 6.5%。

在 1996—1997 年以后，政府对合作医疗的支持已毋庸置疑，为什么合作医疗仍然难以恢复呢？

表层的原因是，在中央政府鼓励重建合作医疗的同时，中央有关部门却都出台文件，要求严禁向农民强行筹集合作医疗费，给刚刚出现恢复苗头的合作医疗浇了一盆冷水。连国务院研究室和卫生部的合作医疗试点、河南省开封和林州两地的合作医疗也被迫停办。不过，即使政府政策高度一致，传统合作医疗也未必能推广开来，因为在没有集体经济支撑的农村社区，仅靠农民自己集资办的合作医疗已没有可行性。但政府当时并没有认识到这一点。90 年代政府重新肯定合作医疗，看重的是它对政府财政没有依赖性。因此，1996 年以前，中央文件有关合作医疗筹资渠道的表述是“个人投入为主，集体扶持，政府引导、支持”。实际上，国家财政用于农村合作医疗的补助费确实少得可怜，1999 年仅有 3500 万元，农村居民平均每人只有不到 0.5 元。问题是，没有政府的财政支持，想在全国范围内像以前那样普及合作医疗制度几乎是完全不可能的。中央政府最后下决心从财政上支持合作医疗，还需要两方面的变化，即政府产生财政资助合作医疗的意愿和具备财政资助合作医疗的能力。

打破不需政府财政支持就能恢复合作医疗幻想的是一系列对贫困地区的调查与干预性实验。如果说，80 年代各地的实践和实验有助于政府认识到重建合作医疗的必要性的话，90 年代各地的实践与实验告诉政府，在新形势下，传统合作医疗模式存在严重的不足；除非政府财政参与，否则永远也不可能实现“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（表 2）。

除此之外，中国还一直在西藏实行不同的农村医疗体制。1997 年前，在中央财政的补助下，西藏自治区的居民可享受公立医疗机构的免费卫生保健服务。此后，自治区政府利用中央财政补助，建立了合作医疗基金，为每位农牧民每年平均投入 15—30 元。家庭也需投入合作医疗基金，人均支付 10—20 元。对那些无力支付合作医疗基金的贫困家庭，县、乡政府和村组织根据一个特定的比例来共同承担其合作医疗基金。这种体制覆盖了全区大多数县、乡。西藏的经验

---

中共中央、国务院：《关于卫生改革与发展的决定》，1997 年 1 月 15 日。

张德元：《中国农村医疗卫生事业的回顾与思考》，《卫生经济研究》2005 年第 1 期。

中共中央办公厅、国务院办公厅：《关于涉及农民负担项目审核处理意见的通知》，1993 年 7 月 22 日；

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的意见 的通知》，1999 年 7 月

22 日；国务院办公厅：《转发农业部等部门关于巩固大检查成果进一步做好减轻农民负担工作报告的通知》，2000 年 4 月 26 日。

汪时东、叶宜德：《农村合作医疗制度的回顾与发展研究》，《中国初级卫生保健》2004 年第 4 期。

刘雅静：《我国农村合作医疗保障制度的历史思考及政策建议》，《社区医学杂志》2004 年第 6 期。

表明，即使在贫困地区，只要政府提供有力的财政支持，农村也可以普及合作医疗制度。

表 2 1990 年代主要农村医疗实验项目

项目名称	相关组织	执行环境	主要发现	政策建议
“中国农村健康保险实验研究”	卫生部、美国兰德公司。	1985—1991 年，四川简阳、眉山。	收取保险费的标准，可确定在农民人均收入的 1%—2% 之间，但保险费的筹集十分困难。	应研究如何贯彻国家、集体、个人三方分担，而以个人为主筹集的原则。
“中国农村合作医疗保健制度改革”	国务院政策研究室、卫生部、世界卫生组织。	1993—1998 年在全国 7 个省的 14 个县。	政府与集体资金支持会增加农民参与合作医疗的积极性；反之，不增加国家、集体对合作医疗保险的投入，合作医疗就有滑坡的危险。	政府对合作医疗负有资金投入的责任。同时，政府目前有没有能力投入与政府该不该投入是性质不同的两个问题；不能因为目前没有能力而否认或回避应承担的责任。
“中国农村贫困地区卫生筹资与组织”	中国卫生经济培训与研究网络、美国哈佛大学。	第一阶段(1992—1996)先在全国 14 个省 114 个县进行基线调查；第二阶段(1996—2000)是大规模干预实验，在 8 个省 10 个国家级贫困县的 23 个乡镇开展了多种形式的合作医疗试点工作。	1. 在贫困地区，大多数农户最多能为其家庭支付年人均低于 10 元的合作医疗经费。 2. 农村居民认为国家、集体、个人都应当为合作医疗筹资承担一定的比例，其中选择以国家投入为主的比例最高。 3. 为了测试政府财政补贴的作用，项目拨给各县 10 万元启动基金，并要求省、市、县、乡四级政府相应投入配套经费。政府财政资金的注入对项目顺利运行起了相当大的促进作用。	1. 政府必须给予财政支持以帮助贫困农民参加合作医疗。 2. 举办合作医疗应坚持“以家庭为单位，农民自愿参加”的原则。 3. 重点应放在建立以县为基础的抗大病风险的合作医疗制度上，防止贫困地区农民因病致贫和因病返贫。
“市场经济条件下合作医疗制度改革与发展”	卫生部基妇司、联合国儿童基金会。	1999 年	财政投入设立专项基金是农民医疗保障可持续的关键。	
“加强中国农村贫困地区基本卫生服务”	世界银行、中国政府。	1998—2005 年，中西部 7 省(区) 71 个国家级和省级贫困县。	在一些试点县按参加合作医疗农民每人每年给予 10 元补助的形式，模拟政府投入，进行新型合作医疗试点。试点的成功，表明政府投入是开展合作医疗的必要条件之一。	
“中国农村合作医疗最佳实践模式”	WHO、UNDP 和中国卫生部规划财务司、基层卫生与妇幼保健司。	2000—2002 年集中在合作医疗比较好的典型地区。	发展合作医疗应被定义为“政府行为”。	1. 各级财政、尤其是中央财政都应该在合作医疗筹资中发挥作用。 2. 居民以家庭为单位自愿参加。

毛泽禾：《巩固与完善西藏合作医疗面临的问题与解决对策》，《西藏科技》2002 年第 8 期。

表 2 列举的是影响较大的几个项目，它对各个项目的发现与政策建议进行了简化。

以上所有实验与西藏的经验都指向一个结论：要建立和维持广泛覆盖的农村合作医疗体制，就必须得到政府的财政支持。这彻底打破了以“个人投入为主”重建合作医疗的幻想。

事实上，1996 年以后，在研究农村医疗卫生体制的领域里已形成一个共识：合作医疗的普及有赖于中央和地方政府的财政支持。然而，当时这个共识并没有变为政府的政策，原因是 90 年代中期，中国政府正在经历最可怕的财政危机：政府财政收支占 GDP 的比重刚刚超过 10%，而中央政府财政收支占 GDP 的比重只有 5% 左右。那时，即使政府明知自己对农民的健康保障负有不可推卸的责任，它也不具备资助合作医疗的财政能力。

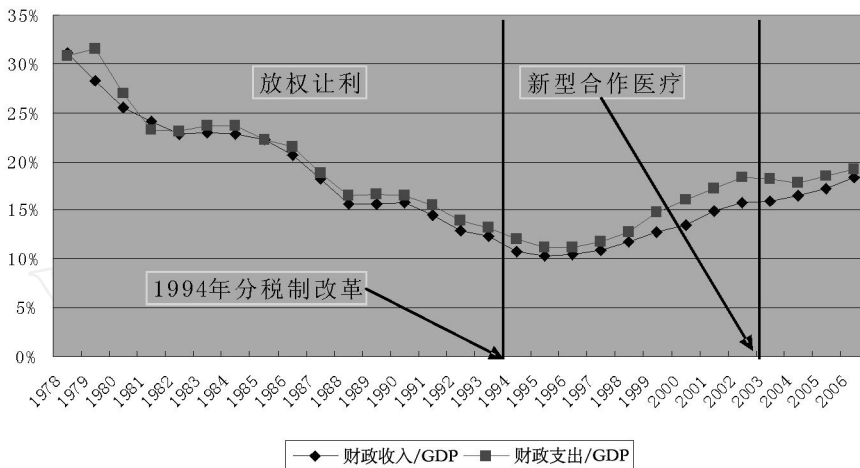


图 2 中国政府财政收支占 GDP 的比重

数据来源：国家统计局：《中国统计摘要（2008）》，北京：中国统计出版社，2008 年，第 69 页。

1994 年开始实施的分税制改革迅速扭转了政府财政汲取能力不断下滑的危险趋势。如图 2 所示，中国政府财政收支到 2002 年前后已升至近 20%；中央政府财政收入占 GDP 的比重也升至 10% 左右。到这时，政府才具备了资助农村合作医疗的财政能力。政府合作医疗政策的重大转折出现在此时就不奇怪了。

2002 年 10 月，中央政府在《关于进一步加强农村卫生工作的决定》中明确提出要“逐步建立新型农村合作医疗制度”，希望“到 2010 年，新型农村合作医疗制度要基本覆盖农村居民”。为了实现这个目标，它承诺“从 2003 年起，中央财政对中西部地区除市区以外的参加新型合作医疗的农民每年按人均 10 元安排合作医疗补助资金，地方财政对参加新型合作医疗的农民补助每年不低于人均 10 元”。至于“农民为参加合作医疗、抵御疾病风险而履行缴费义务”，则“不能视为增加农民负担”。此外，《决定》还承诺“对农村贫困家庭实行医疗救助”。

2003 年 1 月，国务院办公厅转发了卫生部、财政部、农业部的《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》，要求从 2003 年起，各省、自治区、直辖市至少要选择 2—3 个县（市）进行新型合作医疗试点，取得经验后逐步推开。随即，国务院成立了以吴仪副总理为组长的新农合部际联席会议，并按照经济社会发展的地区差异，首先选取了吉林、浙江、湖北和云南 4 个省份进行了试点，后又陆续在全国开展试点工作。从此开始，中国农村合作医疗制度的发展进入了

关于当时的财政危机，请参见王绍光、胡鞍钢：《中国国家能力报告》，香港：牛津大学出版社，1994 年。

中共中央、国务院：《关于进一步加强农村卫生工作的决定》，2002 年 10 月 19 日。

一个全新的阶段——新型农村合作医疗制度阶段。

与传统合作医疗制度比较，新型合作医疗制度有以下几个不同点：

一是改变了合作医疗的性质：新型合作医疗是政府主导下的农民医疗互助共济制度，由政府组织、引导、支持；而过去的合作医疗则主要依靠乡村社区自行组织。

二是加大了政府的支持力度：新型合作医疗的资金来源，靠以政府投入为主的多方筹资，中央和地方财政每年都要安排专项资金予以支持；而过去的合作医疗资金，主要靠个人缴纳和村级集体经济补贴，政府各级财政不负筹资责任。

三是突出了以大病统筹为主：新型合作医疗的重点是解决农民因患大病而出现的因病致贫、因病返贫问题；而过去的合作医疗主要解决小伤小病，抗风险能力差。

四是提高了统筹层次：新型合作医疗实行以县为单位进行统筹和管理的体制，互助共济的作用较大；而过去的合作医疗一般都以村为单位统筹，少数以乡为单位统筹，互助共济的能力较小。

五是同步推进医疗救助制度的建立：设立由政府投资和社会各界捐助等多渠道筹资的专项基金，对农村贫困家庭和五保户进行医疗救助。

显而易见，新型合作医疗的特征正是过去十几年实践和实验的结晶。实践证明，失去集体经济依托以后，传统合作医疗已经变为无源之水，无本之木；无论政府如何推动，都不可能大面积重建。实验证明，健康保险无法为全体农村居民提供医疗保障，充其量只能作为医疗保障网的补充；而政府财政资金的参与可以为合作医疗注入新的活力。当然，新农合并不完美，而且问题很多。因此，探索仍在继续。为了确保新农合的健康发展，中央政府在启动之时就明确要求各地要本着因地制宜、分类指导、真正让群众受益的原则，先行试点，总结经验，逐步推广。根据进展情况，2005年9月召开的全国新型农村合作医疗试点工作会议决定，到2008年在全国农村基本建立新型合作医疗制度，比原定于2010年实现的时间目标提前两年。政府财政对参加合作医疗农民的补助标准也在原有每人每年20元的基础上增加到40元。在2008年2月召开的全国新型农村合作医疗工作会上，中国政府又决定，从当年起，各级财政对参合农民的补助标准将提高到每人每年80元，把补助标准再翻一番。截至2008年6月底，新农合在全国31个省份已实现了全面覆盖（图1）。至此，经过近60年的发展，几经周折，合作医疗终于达到了历史的最高点。

## 七、小 结

通过梳理农村医疗融资体制在过去60年里的演化过程，我们可以从学习推动者与学习源两个向度归纳出中国在该领域的政策/体制学习模式（见表3）。当然，农村医疗融资只是中国体制

朱庆生：《推进中国新型农村合作医疗制度建设》，2004年9月17日，[http://www.28issa-china.org.cn/gb/chinese/2004-09/01/content\\_45125.htm](http://www.28issa-china.org.cn/gb/chinese/2004-09/01/content_45125.htm)，2008年5月3日。

吴仪：《在2005年全国新型农村合作医疗试点工作会议上的讲话》，2005年9月14日，[http://www.gov.cn/ztl/2006-02/18/content\\_203770.htm](http://www.gov.cn/ztl/2006-02/18/content_203770.htm)，2006年2月18日。

周婷玉：《2008年我国新农合补助标准翻番范围扩大》，2008年2月15日，[http://news.xinhuanet.com/newscenter/2008-02/15/content\\_7610807.htm](http://news.xinhuanet.com/newscenter/2008-02/15/content_7610807.htm)，2008年5月3日。

毛群安：《增加补助门诊统筹全国31省份实现新农合全覆盖》，2008年7月10日，[http://cn.chinagate.com.cn/health/2008-07/10/content\\_15987316.htm](http://cn.chinagate.com.cn/health/2008-07/10/content_15987316.htm)，2008年7月10日。

中很小一个组成部分。不过，“麻雀虽小、五脏俱全”，我们既不可能也没必要解剖天下所有的“麻雀”。本文试图用“解剖”一只“麻雀”的方式了解中国的决策者与政策倡导者如何利用实践与实验进行学习，获取必要的经验教训，以调整政策目标和政策工具，回应不断变化的环境。

表 3 中国的政策/体制学习模式

学习的推动者	学习源	
	实践	实验
决策者	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 山西省高平县米山乡的经验 (1955)</li> <li>✓ 河南省遂平县嵒山卫星人民公社的经验 (1958)</li> <li>✓ 山西省稷山县的经验 (1959)</li> <li>✓ 湖北省长阳县乐园公社的经验 (1968)</li> <li>✓ 国务院政策研究室、卫生部“中国农村合作医疗保健制度改革”项目 (1993—1994)</li> <li>✓ 卫生部规划财务司、基层卫生与妇幼保健司“中国农村合作医疗最佳实践模式”项目 (2000—2002)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 卫生部“中国农村健康保险实验研究”项目 (1985—1990)</li> <li>✓ 国务院政策研究室、卫生部“中国农村合作医疗保健制度改革”项目 (1994—1998)</li> </ul>
政策倡导者	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 两省一市合作医疗制度与自费医疗制度的配对调查研究 (1987)</li> <li>✓ 16 省 20 县农村医疗保健制度比较研究 (1988—1990)</li> <li>✓ 大批有关坚持合作医疗范例的调查研究 (1985—2002)</li> <li>✓ 中国卫生经济培训与研究网络与美国哈佛大学的“中国农村贫困地区卫生筹资与组织”项目 (1992—1996)</li> <li>✓ 西藏的经验 (1997—2002)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 中国卫生经济培训与研究网络与美国哈佛大学的“中国农村贫困地区卫生筹资与组织”项目 (1996—2000)</li> <li>✓ 合作医疗专家组“加强中国农村贫困地区基本卫生服务”项目 (1998—2005)</li> </ul>

由表 3 我们可以做出以下七点一般性观察：

第一，在以往 60 年里，基层的实践一直是最重要的学习源。50 年代最早出现的合作医疗范例均源自基层的实践，而不是决策者与专家的设计。“文革”中一度盛传，上海川沙县的赤脚医生和湖北长阳县的合作医疗都是“伟大领袖毛主席亲自抓的点”。实际上，它们都是基层实践在先，中央抓点在后。基层的实践为中央决策者和政策倡导者提供了灵感，是政策/体制演变的动力源。除了中国本土的实践以外，改革开放以后，中国也十分注重其他国家实践中的正反两方面经验教训。

第二，中国的体制允许实践的多样化是出现这种局面的前提。即使在“文革”最激进的时期，中国政府也从来没有要求全国采取同一种模式来实施合作医疗。不同地区，不同的县、公社、大队实行的合作医疗存在很大差别。不仅如此，即使在合作医疗发展的鼎盛时期，它也没有覆盖全国所有社队，因为政府从没有强求所有社队实行合作医疗。而实践的多样化考察不同医疗筹资体制的优越性、可行性提供了可能。

第三，80 年代以后，在小范围进行的、旨在发现有效政策目标、政策工具的干预性实验也

邹力行、孟建国：《印尼、泰国、菲律宾农村健康保障制度及对我们的启示》，《中国卫生经济》1995 年第 8 期；杨惠芳、陈才庚：《墨西哥和巴西的农村医疗保险制度及其对中国建立农村新型合作医疗制度的几点启示》，《拉丁美洲研究》2004 年第 5 期。

变为重要的学习源。这类实验往往需要利用现代统计技术。

第四，80年代以前，学习的推动者主要是决策者。他们通过各级卫生行政部门、媒体的内部或公开的报道了解各地的实践。

第五，80年代以后，学习的推动者开始包括政策倡导者（包括中央政府部门、地方政府、国际组织、国内外学术机构等），他们在政策/体制变迁中发挥的作用也變得越来越大。有些时候会出现不同的倡导者同盟，各自推动不同的政策选项，如80年代有关合作医疗、健康保险的辩论。这表明中国的政治体制正变得越来越开放、越来越包容。

第六，随着学习源从基层的实践扩展到系统的实验、学习推动者从决策者扩展到政策倡导者，中国体制的学习与适应潜力得到了进一步的增强。

第七，旧矛盾解决了，一定会出现新矛盾，学习与适应是永无休止的过程。相比八九十年代，新型合作医疗优势明显，但它还面临大量问题，中国在农村医疗融资方面的探索仍在继续。

如果对其他“麻雀”（其他政策/体制领域）的解剖可以印证以上七点观察，我们对中国政治体制的认识便又加深了一步。德国学者韩博天认为“中央主导的政策实验”是一种中国“独特的政策过程”，它赋予中国体制超乎寻常的学习能力和适应能力，使它在急剧变化的环境里得以从容应对形形色色的挑战。而韩博天涉及的实际上只是4类学习模式中的第2类（表1）。本研究证明，中国除了擅长“中央主导的政策实验”，也十分善于利用其他3类学习模式。换句话说，中国体制的学习能力和适应能力远比韩博天理解的要强得多。例如，韩博天断言，“中央主导的政策实验”在经济政策领域具有优势，但它无助于改善公共产品的提供，他还特别提到以基本卫生服务为例。本研究证明，他这个判断过于武断；中国体制完全能够通过各类学习模式探索符合中国国情的医疗卫生体制、以至整个福利体制。

受西方主流意识形态的影响，不少人以为划分政治体制的标准只有一个，即是否存在竞争性的选举。本研究告诉我们，世界上的政治体制也可以按是否具有学习/适应能力来划分。而学习模式的优劣、适应能力的强弱与有没有竞争性选举毫无关系。按照这个标准，中国的体制属于高适应性体制，而许多选战喧嚣的体制却只能归入低适应性体制。从动态的角度看，适应能力也许比什么都重要。不具备适应能力，富国可以变为穷国，强国可以变为弱国；具备适应能力，贫穷、落后、不平等的国家也可以逐步迈上繁荣昌盛、人民幸福的康庄大道。过去60年里，虽然左一脚、右一脚，深一脚、浅一脚，中国就是这么一步步趟过来的。可以期待，未来中国还将这么一步步迈向社会主义的彼岸。

（责任编辑：冯小双）

stitutional innovation.

**(9) Thirty Years of Rural Reform in China : an Analysis from the Perspective of Institutional Economics**

*Cai Fang · 99 ·*

Both in time and in logic , rural reform was the starting point for China's overall economic reform. The incrementalism , inherent logical evolution and interest competition of reform in China all have their origins in rural reform. The thirty years of rural reform can be viewed as a stage in the adjustment of urban-rural relations. This study adopts the analytical framework of institutional economics to clearly demonstrate the sound logic of this process of institutional transition , then provides an international comparative perspective on some fundamental experiences in China's rural reform and the lessons they offer for developing and transition countries. On the basis of determining the changing stages of economic development , this paper also sums up the new challenges faced by rural reform and discusses its prospects.

**(10) Learning and Adapting : The Case of Rural Healthcare Financing in China**

*Wang Shaoguang · 111 ·*

Adaptive capacity is essential for any human social system , because human societies are full of unique circumstances , genuine uncertainty , novel complexity , conflicts of values and interests , and structural instabilities ; and , more importantly , the environments under which the systems exist are always changing , while everyone , including policy makers and policy experts , operates under conditions of "bounded rationality." Learning is the base of adaptive capacity. This paper distinguishes four learning models by their location along two dimensions : the promoters of learning (policy makers or policy advocates) and the sources of learning (practical experiences or controlled experiments) . By studying the evolution of healthcare financing in rural China in the last sixty years , this paper illustrates how policy makers react to newly emerging problems , imbalances , and difficulties by "fine-tuning," altering policy instruments , or adopting a new goal hierarchy according to lessons drawn from past and present experiences as well as deliberate policy experimentations. The study reveals that the resilience of the Chinese system lies in its deep-seated one-size-does-not-fit-all pragmatism.

**(11) China's Civil Law since Reform and Opening-up in 1978**

*Wang Liming and Yi Jun · 134 ·*

Since reform and opening up was launched in 1978 , China's civil law has made progress in terms of both values and systems. Specifically , the status of the individual as the subject of private law has been gradually recognized , the autonomy of private law as the cornerstone of civil law has been established , private interests and rights have been accepted and genuinely guaranteed , and the scientific nature of civil law has developed rapidly. However , current civil law still has some way to go in developing its formal rationality. Upholding the autonomy and formal development of civil law is of great significance for Chinese society. At the same time , it is necessary to preserve a certain degree of openness in civil law to overcome some inherent defects in formal rational law.