

医疗卫生服务体系改革的第三条道路

杨团

2005年7月底，国务院发展中心提出的一份关于医疗卫生改革的研究报告，引起了全社会的密切关注和热烈讨论。全民密切关注医疗卫生，一是表明医疗卫生是全民当前远未得到满足的、和衣食住行一样属于生存需要的基本需求；二是表明医疗卫生比其它的社会服务事业更具有特殊性——世界各国对医疗卫生问题的处理方式差别之大，远远超过其他各类社会服务事业。这不仅是因为涉及医疗卫生领域的社会主体多且相互关系复杂，更是由于医疗卫生的内容和方法是构成一个物质的人和精神的人的基本物质，而这个基本物质与一个国家或地区的历史、文化乃至发展目标都有着十分密切的关系。

自中国改革开放以来，医疗卫生改革一直是社会关注的焦点问题之一，已经引发三次大的讨论。第一次是三中全会时期，当时主要是解放思想，打破坚冰，提出卫生事业也要按经济规律办事。第二次是在1992年，国家确定建立社会主义市场经济体制框架，90年代，卫生部门的基本方向是卫生工作如何适应市场经济。现在是第三次讨论。这次讨论围绕着中国医疗服务体系改革，其焦点是：在总资源和人均资源都很紧张的基本国情下，中国医疗卫生服务领域的改革走一条什么道路？是走完全市场化，建立私人服务产业的道路，还是退回到计划经济，走完全由政府行政控制的道路？如果都不行，是否还存在第三条道路？

本文试图对于第三条道路的存在性和可操作性进行理论、政策和制度创新的探索。

一、看待医疗卫生服务体系改革问题的方法论

医疗卫生服务体系改革的问题非常复杂，很难用一句话、一个字来概括。目前的一种倾向，就是用单一的简单概念即市场或非市场，市场化或行政化，或者称为两者的整合来表述或者概括它的基本内容。而整合往往整而不合，不过是将各方的本质特征和个性统统整掉的简单拼合。所以，对于来自不同方向的多元主体的做法或者议论，更好的方式可能是保持开放姿态。甚至先保持多元主体、多元方式的原貌，然后再研究它的规律性，尽可能充分利用不同视角对同一问题进行观察的不同的结果。

用多元主义的、多视角的方法来看待医改问题，这种方法论可以归入元方法论或者说元社会政策。也就是说，面对许多复杂问题时谁也没有速效良方，要以多视角来厘清和选定关注焦点、主要议题、主要问题，并且在各类利益主体都能参与的条件下来讨论和争辩，才能做出相对而言，能够站得住的一种或者几种方法的选择。在选定了一种或者几种主导性的方法之后，元社会政策一定要通过社会政策试验对所有入围的方案和方法进行公正的考察。尔后能够创造性的厘清多种方案的长与短，才能得出最为接近当下事实的方案和方法。

元方法论或者元社会政策的这三个阶段，是从宏观到微观，再从微观到宏观的过程。中国的医改并没有采取这种方法，没能经历第一阶段的遴选，第二阶段的多方案试验，就直接进入第三阶段，而对所实施的效果又缺乏真实的评估，这

迈克尔.C.杰克逊，《系统思考——适于管理者的创造性整体论》，中国人民大学出版社，2005，254页。

怎么能不出问题呢？

二、第三条道路——构建公共服务产业之路

公共服务产业理论是将公共事物放置到市场中运营的理论。这个理论揭示了既非行政化又非私人化的第三条道路。

所谓产业是指在中形成的生产者之间的一组常规关系，如从原材料到零部件生产、组装、再到销售的关系，是一组纵向的常规关系；生产同一种类产品的厂家联合起来购置原料和统一定价销售，就结成了横向的常规关系。无论横纵，我们都可称之为产业链。这些产业链的形成，都是由市场的公平竞争规则和定价规则决定的，一般只需要供需双方对垒，通过讨价还价机制决定。所有的私人物品生产，无论生产者是谁，是个体户、私人公司还是政府办的企业，一律都服从这样的市场规则，概莫能外。

公共服务产业则不同，所谓公共服务产业，是指那些参与一组相关的公共物品或者公共服务的提供单位和生产单位，相互之间结成的类似于私人生产机构在市场中的那种相互促进、共同发展的常规关系。

私人医疗服务产业的产业主体，是私人医院和医生，私人医生的联合会、私人医院的联盟可以算作横向的产业关系，医院和药厂和研究体的联合可以称为纵向的产业关系，它们构成私人医疗服务产业。

在计划体制下，政府直接管理医疗卫生服务，医院完全隶属于政府，政府与医院、药厂之间是行政命令的常规关系，政府作为供给者，与公民（接收者）直接发生供需关系，但是这种供需关系只能算作单向的父爱关系，之间无法进行平等交换和公平竞争。所以，这种父爱关系下形成的服务生产或者物品生产，只能形成垄断产业，而不是被市场机制作用所推动的市场产业。

无论私人医疗服务产业还是计划体制下的垄断医疗服务产业，都有一个共同的特征，就是只存在供方和需方两方之间的关系，不同点仅在于供方代表个体、私人权力还是集权权力。

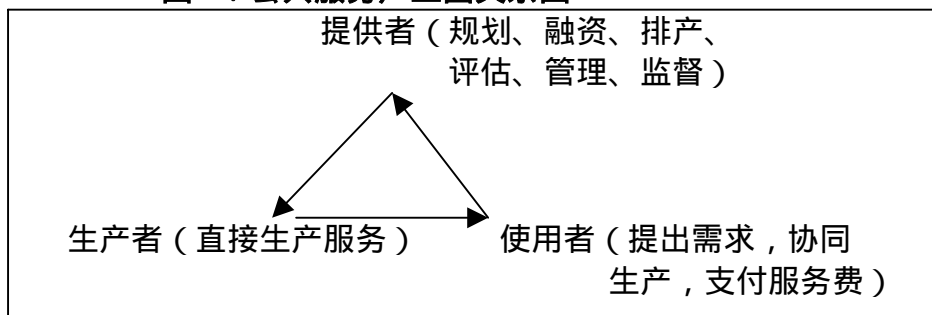
公共服务产业与私人服务产业和垄断服务产业在结构上的不同，在于服务供给者。私人服务市场和垄断的计划市场一样，供需关系都是一对一，而公共服务产业是二对一：两个服务供给者共同为使用者服务。一个服务提供者并不直接生产服务，有时我们也称之为服务规划者或者购买者，负责对这个产业进行规划、融资、（安）排（生）产、评估、管理、监督；另一个服务提供者直接生产服务，我们称之为服务生产者，负责保障服务的内部运作按照规程、成本、质量和数量要求进行，服务的间接生产者及提供者（规划者或购买者）与服务的直接生产者、服务的使用者一起，形成一个连续不断、首尾相接、撞击反射、相互促进的服务提供过程，我们将这样的服务机制称之为公共服务机制，将这种机制下的三个主体间的关系称之为公共服务产业圈。

我们可以用一个正三角形来描述这种关系（见下图）。上方顶点是公共服务产业提供者（购买者），下方两角分别是服务的生产者和服务的使用者。

市场是由人所建立的交易规范和社会空间共同组成。政府公共服务提供方式变革将市场空间扩展到政府领域，并突出了专业权力在公共服务中的作用，同时在创建新的公共服务市场空间的交易规则。

相关的公共物品或公共服务是指具有相似技术和生产方法，并有一组确定的个人共同消费的物品或服务。杨团，社会公共服务论析，华夏出版社，2002年，第89页。

图 1：公共服务产业圈关系图



可见，公共服务产业结构既扬弃了传统的私人服务市场，又扬弃了垄断的计划服务市场，它将服务供给者功能一分而二，同时强化了公共服务规划、组织、融资、排产的功能和公共服务直接生产的功能。

对中国而言，公共服务产业的概念可能是一套新概念。而在发达国家，自上世纪 70 年代开始，美国埃莉诺·奥斯特罗姆教授就带了一个团队开始做这方面的研究。20 年后，在西方国家政府治道变革的浪潮中，人们开始重新认识这套理论，并把它纳入公共经济学、公共管理学和政治学领域。中国系统介绍这套理论是人民大学主编的《制度分析与公共政策丛书》。其中有一本书是《公共事物的治理之道》。很多人将公共事物的研究纳入是公共管理学或者政治学范畴，而从社会政策视角看这类问题，可以说，无论社会政策的任务、工具和结果的创造性研究，还是社会政策的方案选择、实施与评估，各个阶段的社会政策任务，无一不涉及公共服务、公共事务的治理之道。可以说，公共服务产业的知识生产是各个学科的知识生产相汇合的重要成果。

应用型的理论科学，其发展之源自来自实践，无论其原理来自哪里，只要对于解决我们的问题有益，解释力较高，我们就应该关注和研究。公共服务产业理论以一个新的视角来看待社会主体和他们的关系，对我们关于中国医疗卫生尤其是农村卫生的研究是有益的。

近 20 年来，中国从计划体制过渡到市场体制，在医疗卫生领域，除了建立起一批私人医疗服务生产者之外，没有产生更有效的改革成果。私人医疗服务生产者目前属于分散状态，并没形成规模化的私人服务产业。同时，原隶属于政府的医院，与政府之间并没有形成规划、融资者与独立生产者之间的公共服务产业的常规关系，而是演化成搜刮患者、欺诈政府的专业垄断权力。

以公共服务产业结构的概念系统观点观照中国的现实，可以清晰地看到，公共服务提供者的毛病有三：一是缺门，只见政府不见社区、社团，只有一元化，没有多元化；二是缺失，功能缺失，规划、融资、排产、评估、监督这些基本功能大都缺失；三是缺位，制度缺位。首先是关于基本卫生服务的制度，这是涵盖全民、承接过去和未来，对全民的健康服务保障特别是农民的健康保障最重要的制度，但是迄今为止没有一套完整的设计和基本的成本补偿制度。

公共服务生产者的毛病有二：一是方向不明！混同于私人服务生产者的自己搞饭吃。从行为效果和行为过程看，他们到底提供的是否是公共服务，是否是在提供者规划、融资评估监督下的公共服务，很值得怀疑；二是制度缺位。作为公共服务的生产者，内部需要有一套制度对应提供者的规划融资评估监督，否则他们就拿不到合同、拿不到资金。对于国办医院、卫生院而言，这就需要进行是包括人事制度改革、财务制度改革、基本建设制度改革等等在内的全方位的机构改革，成为市场中真正的独立或相对独立的公共服务生产者。生产者的问题既有自

己内部的问题，也有外部的提供者的问题，而且应各地的情况这些问题的严重性又有不同。

公共服务的使用者的毛病在哪儿？空白！在中国，尤其在农村，只有这类组织做好了，甚至形成社区化的集体消费单位，承担公共服务的规划、融资、排产和监督功能，卫生价格才能比较均衡，卫生服务才能可及。

只有在市场条件下，当着政府机构在政策、法规、程序的支持下，运用自己的资源去交换医院、学校提供的社会服务时，这样一组由服务的规划者（政府或者其他公共机构）与服务的生产者之间形成的常规关系才可以称之为产业，而且是不同于私人服务业的公共服务产业。

三、医疗卫生服务体系改革的症结与原因

改革开放以后，国企割断了与政府相连的脐带，率先成为独立的生产者，接着民营机构大量进入，形成了市场内的经济产业。现在的问题是我们不仅需要市场的私人产业来生产一般消费品，而且需要市场的公共服务产业来生产公共服务，首先是基本卫生服务。在中国，不仅医疗，养老、教育等公共服务领域的公众反映都很强烈，大家都很不满意。说到底，症结在于破除了计划体制下的政府行政供给制之后，没有建立起市场体制下的公共服务产业。政府没能承担起公共服务产业提供者的角色，规划、融资都没有做好，管理、评估、监督就更差，结果让服务的生产者承担了大量公共服务规划者的责任，没能形成公共服务产业中提供者与生产者之间的合理的常规关系。

究其原因，是没有搞清市场制度与产业制度、私人服务产业与公共服务产业的差别。

市场制度不是产业制度。市场是什么？是人类自己发明的公平交换（产权）公平竞争（价格）的一套系统化、机制化的制度。市场制度在形成初期是由私人生产机构进入规范的，但是，这并不等于说，市场只能由私人生产机构来垄断，公共机构不能进入。事实上，20世纪中后期就是政府机构进入市场和进一步规范市场的时代。所以，有人将政府机构进入市场，制定新的市场规则叫做市场化，还有甚者，将国有的卫生公共资产包租卖的过程界定为市场化。其实，这恰恰是将市场制度混淆于私人产权制度，而没有抓住市场这个双方公平交易规则的实质。

始于私人产业发展的交易规则的市场概念，完全可以为公共服务产业所用——只要遵循无论交易方的身份、地位和实力如何，都要依照市场公平交易的规则行事。

所以，市场化不是私人化，公共服务机构也要进入市场，也可以利用市场规则形成公共服务提供者与生产者的关系，而且无论私人还是公共机构，都可以在平等的条件下公平竞争，形成与公共服务提供者的常规的生产关系，从而形成公共服务产业。

政府要转向公共服务型政府，需要以新的姿态进入市场，将政府医院从政府行政附属品的地位解放出来，使之成为市场上独立运作的公共服务生产者，建立起政府与医院之间新的规则，形成公共服务产业圈的常规的市场关系。

在市场这个公平交换、公平竞争的规范的制度下，私人服务生产者和公共服

奥斯特罗姆等，“美国的地方政府”，北京大学出版社，2004，131页

务生产者完全可能结成新的常规关系。公共服务的提供者即政府、或社区与非营利组织，都可能出于成本效益的比较效应而选择效率较高的服务生产者，而不必顾忌这个生产者的产权和经营权是公还是私。只要公共服务的规划权、融资权、评估监督权抓在公共机构手里，私人生产者有什么可怕的呢？在公共服务提供者的安排下，生产者的生产能力成为首选的要素，而生产者的身份已经退居毫不重要的地位。生产者不管是私人的（个体）、政府的（事业单位）、NGO的、甚至企业的、国内的、国外的，都可以在提供者面前竞争，这种活跃的竞争，是保障公共服务质量最重要的因素。

只要生产者活跃起来，公共服务市场就活了，公共服务产业就活了。有活力的产业才能创造出令消费者满意的服务效益。

使得公共服务产业的生产者活跃起来，需要一套新的产业规则。这套规则对于推动市场制度创新有着重要作用。

总之，要看到，今天的市场既不是计划和命令控制下的市场，也不是供需双方完全自由竞争的市场，而是多元主体以多样方式按照自己的目标进行广泛博弈的市场。政府在市场中的地位越来越取决于自己对未来目标的把握和行为，而并非以往权力决定的权威。政府如果不认准自己的公共服务产业提供者角色，不提升自己的认识和能力，不创造与时俱进的新的公共服务产业的市场博弈规则，就会不仅在远期甚至在近中期陷入很大的被动。为了变被动为主动，政府需要学习公共服务产业知识，学习认识市场、介入市场、运用市场的各项本领。这将是一个艰难的过程，如今，革命已经革到政府头上来了。

四、农村卫生服务体系改革的焦点

在农村卫生方面，其实政府已经作了不少工作，而且政府的两只手都在用，既补供方又补需方，补供方指的是给乡镇卫生院改善设备，补需方指的是新型合作医疗给农民的大病统筹资金作补贴。但是为什么问题多多，效果并不理想？

从社会政策方法论的角度，其症结在于政府的政策决策凭想当然的成分多，没有经过元方法论的第一个步骤——厘清焦点、议题和问题，各类相关利益群体一起来做开放式的多元的讨论和争论，提出不同的几套方案，进行测算和效果预估。这就导致决策向着最没争议的方面倾斜，而不注重决策系统中各项决策之间的逻辑关系和与社会环境的互动关系，简单决策和草率实施，绕着焦点问题走。这种决策策略是回避型策略。从表面看是做到了早出效益甚至多出效益，但是争论迟早要爆发，而且由于没有及时争论和讨论。导致这种能量逐渐聚集和累积，在一定的条件下，将成为群体性事件爆发的社会背景和前提。

农村卫生服务体系改革的焦点何在？

第一个焦点针对农村卫生服务体系的基本目标。基本卫生服务与医疗服务哪个是农村卫生服务体系的基本目标？在基本目标的指引下，农村卫生服务生产的主要承担者——乡镇卫生院应该如何定位？是办成公共卫生院还是医院？

农村卫生服务体系无疑要为农民服务。由于农村劳动力过剩，人地矛盾非常突出而且越来越趋向尖锐化，加之城乡二元体制的盘踞，导致广大农民群众成为中国目前最大的弱势群体。这个群体超大规模，中低收入占绝大多数，加之农村的卫生环境较差，农民的文化素质相对较低，致使与生态环境、生活方式、收入

水平相关的卫生问题显然要高于城市。从循证医学 的角度，大部分的疾病是与环境的污染、营养不良和生活习惯不良直接相关的。因此，将农村卫生的重点放在基本卫生服务上，将预防保健和基本医疗和健康促进、改水改厕等社区卫生建设结合起来，农民的受益面最大，受益程度最深，农村卫生的投入产出效益最高。更何况基本卫生服务并不排斥医疗服务，只是将医疗服务的范围限制在基本医疗的范围，而将住院医疗与基本医疗分离。

所以，要改善农民这个超大规模的低收入群体的健康保障，需要比城市居民更加重视基本卫生服务。要在普及基本卫生服务的基础上进行住院医疗服务，这应该是农村卫生服务的基本共识。

还有，从医疗卫生的高端市场即大城市的大医院，与低端市场技术基层的卫生站和小医院的相关关系看，高端市场聚集了人力、管理、设备设施和新开发药品等所有的优势资源，而在低端市场，要人没人，要设备没设备，管理也落后，广大农民还有进城打工的农民工都在低端市场，而我们目前的卫生政策显然向着高端倾斜。不仅农村，包括城市在内，忽视基本卫生服务的问题仍在加剧，仅就大量进入城市的一亿多农民工的健康保健，就需要相当大的卫生资源的动员。现在不能未雨绸缪，未来很可能留下后患，导致大病发生率升高。人口健康事关民族的长远利益，加强农村和城市的社区卫生服务，应该是重大战略性问题。

第二个焦点针对农村卫生服务的提供方式，谁来提供？是社区提供还是社会提供？所谓社区提供是由社区来做卫生服务的规划、融资和组织安排。社区的能力不足，要向社会，包括政府机构、社会各类组织提出需求和征得援助。社会提供是由政府或者大的社会集团来做卫生服务的规划、融资和组织安排。社会提供的前提和假定，是卫生需求和表达需求争取更好服务的能力在社区之间没有差别，差别只存在于人与人之间。

其实，当第一个问题——农村卫生服务体系的基本目标已经确定为基本卫生服务之后，由社区提供还是由社会提供的问题自然有了答案。基本卫生服务的对象是在千差万别的社区环境、收入水平和当地生活习惯下的农民，而不是淡化了这些区别，都躺在病床上接受手术的病员。依照需求决定供给的法则，要达到基本卫生服务的目标，只能以社区提供为主，将社会提供作为社区提供的支持系统。目前的最大障碍还不在于认识上的不统一，而是操作上的难题难以解决。操作的障碍在于农村基层卫生机构的旧体制和旧机制。乡镇卫生院表面上是基本医疗与住院医疗两副担子一肩挑，实质上一直是重治轻防、以药养医，以自我利益为中心。乡镇卫生院的走向不是办成公共卫生院而是医院。其原因主要在于乡镇卫生院实行的是行政体制的人事决策和差额预算、自负盈亏的财务制度。

尽管 2003 年以来，政府加大对农村卫生的投资力度，为乡镇卫生院修建房屋增添设备，并动用财政资金直接补贴参加新型合作医疗农民，但是，由于乡镇卫生院的体制安排、机构定位、运行机制等问题都被撂置一边，导致乡镇卫生院为了自己的独立经济利益与政府和农民博弈，甚至出现乡镇卫生院装备越好，政府补贴越多，农民负担越大的现象，迄今为止，政府对农村卫生的主要政策——补贴新型合作医疗、投资乡镇卫生院的最大受益人不是农民而是国办卫生机构。

循证系指从上游始发，寻觅疾病产生的根源。

五、农村卫生的社区服务体系与体制改革

农村卫生的目标是基本卫生服务,基本卫生服务需要建立以社区为主体的提供系统,因此,下面的命题就成为如何建设一个优质高效的村卫生的社区服务体系。

首先,需要明确这个体系的性质。

依照经济学关于公共物品的定义,由于使用过程的共用性和生产过程的非排斥性,传染病预防、妇幼保健、健康教育属于公共物品(公共服务),而医疗属于医生对病人的个体化行为,属于私人物品。依照政治学的公共选择理论,“任何由集团和社会团体决定,为了任何原因,通过集体组织提供的物品或者服务,可以定义为公共物品”,那么,由社区的集体组织来提供的基本卫生服务,应该属于公共服务的范畴,而无需再将基本卫生服务划分为预防保健——公共服务,基本医疗——私人服务了。

其次,要明确建立这个体系的方式。根据前述关于公共服务产业的理论,构建农村卫生的社区公共服务体系,就等于要在市场中形成社区卫生公共服务提供者与生产者之间分工独立的常规关系,也就是构建农村卫生的公共服务产业。

构建农村卫生的公共服务产业,需要明确公共服务产业的三个主体及其相互关系。

规划者:除了政府之外,谁还可以充当规划者?从规划者的功能出发,只要是能够代表公众进行社区卫生的规划、融资、排产的机构就可以。在许多国家都存在的社区公权力组织例如社区议会、社区委员会等等都属于这类组织。经济学称这类组织的提供的公共品为公共池塘。就是说,它的公共服务范围很明确,就是池塘那么大,所有的公众都要从池塘中舀水,所以全体成员形成一个利益共同体。只是,这样的利益共同体如果得不到上级公共服务规划者的政策支持,和全体公众的信任和支持,仅仅依赖自己的能力往往难以持续。这就是说,公共服务规划者需要形成一个上下联通、互补的系统,他们之间可能有层级关系还可能有超越层级关系的协同关系。研究这个公共服务规划者系统中各层级、各部门之间的公共关系,是公共服务产业的一个重要课题。

生产者:公共服务产业中让提供者最头疼的问题,是生产者是谁,怎么排产、怎么监督?生产者中间中既有姓公的,也有姓私的,还有股份制的,还有国际的。其实经济产业的发展已经证明了一个原理,即产权固然重要,但这还不是选择公共服务生产者最重要的原则。产权什么时候才重要?如果它能协助提高效率,平衡生产者与消费者二者之间的关系,这时才重要。比如在农村有很多乡医的卫生室实际上等于个体行医的私人小诊所,他们遍布四方,完全不提供预防保健服务,以营利为目标,平时务农,兼做医疗。如果想将他们吸收进社区卫生服务站,用农民买服务的方式购买他们的基本卫生服务,成本又高,又难监督,远不如新招聘够资格的大中专毕业生容易。所以在这种情况下,这些私人诊所的产权是阻碍社区卫生服务。但这种情况并不是所有地方都一样。相对富裕的地区,这个问题就不是太大。在中部比较贫穷的地区,医生挣钱比种庄稼挣钱多很多,医生提高药价,农民毫无办法,这时这个私人产权是妨碍消费者利益的。所以这些地方要加大公共服务的成分,就需要加大公共资产的投入,政府要建社区卫生服务站,政府要投资,农民要互助,共同来支持公共的社区卫生服务。公共服务产业的构

詹姆斯·布坎南,民主过程中的财政,上海三联书店,1992年,第13页。

建过程中，采用什么方式能够使得私人 and 公共机构结成一种较为有利的比例关系，这是很复杂的。最后起决定作用的，不是为了产权而产权，而是一看效率，二看消费者意愿，看他们的接受能力、可承担能力是否能达到公共服务的生产和消费的平衡。

使用者及其组织：公共服务产业三角形的最后一个角，即消费者或者服务的接收者本身的组织才是最难解决的问题。这方面的组织在西方国家不太重要，但在中国非常重要，而对这一点今天我们很多人还没有意识到。我们要建设公共服务产业，要形成医疗卫生的产业，对中国而言，消费者的组织在某种情况下起举足轻重的作用，特别是在农村。发达国家社区卫生服务，社区医生都是独立的主体，每个人都和社区医生签约，一个社区医生管上百个消费者，这是他们的环境、历史、文化决定的。在中国做不到，特别在农村做不到。因为差距实在太大了。怎样才能将中国农民的消费者权利提升起来，是保障卫生的公共服务体系中三角结构达到基本均衡状态的焦点，因此非常重要。而这与农村的经济发展、经济组织、未来走向现代化（不是城市化，因为将中国农村全部城市化没有可能）是直接相关的。在卫生产业发展中，对卫生服务的使用者即消费者、接收者的组织化问题是和卫生产业的市场直接相关的重大问题。卫生产业的公共服务市场必须要研究市场和消费者组织的关系。

第三，建立社区公共服务产业结构本身是对旧体制的一场改革。

传统合作医疗可以算作 20 世纪的一个社区公共服务的制度创造。它是社区出面组织农户形成的一种农村卫生集体行动制度。集体农户是这个公共品的主体，他们通过村委会规划、融资、安排村赤脚医生（即村卫生员）直接提供卫生服务的生产。不过，在当时的体制和生产条件下，社区卫生公共服务并不需要将服务的生产者——村赤脚医生与服务的规划者——村生产队分开，而且，也无须将不同村落生产队和不同村落的赤脚医生分别形成一个专业化分工的横向联合的集团。所以，当时的公共服务并没有形成规划者与生产者之间的常规关系，不能算作产业，它与私人医生自行看病不过是同一件事物的两个极端，一端是集权权力，另一端是个体的分散权力，两者之间对立统一。

2003 年至 2005 年，农村实行新型合作医疗制度。这个制度以大病为主，与传统合作医疗的基本目标不同，由政府直接提供服务生产，与传统合作医疗的社区提供不同，不过，在提供的方式即规划者与生产者的结构关系上却与传统合作医疗类同，仍旧是规划者与生产者合一而并非相互独立的关系，所以也不能算公共服务产业。而新型合作医疗在解决大规模农村卫生筹资难题的同时，忽视甚至丢掉了原制度中孕育着的以社区为本、预防为本的中国经验，将农村卫生服务视为一项大规模的公共项目进行设计。表面看来，卫生服务提供等级提升了，水平提高了，实际上却陷入了大规模公共事物的治理难题。

可见，无论传统合作医疗还是新型合作医疗，都没有解决体制问题，都是在既定的体制框架和社区既有的权力框架下，由公共服务的规划者对于自己内部的生产者的一个指令性政策的实施。而要将农村社区卫生的规划者与生产者分离并形成各司其能的常规关系，就得从体制改革入手，进行一场对农村基层社区的权力结构、公共服务管理体制和公共服务机构运行机制的整体改革，我把它称之为

2003 年全国首批启动的试点县（市、区）有 304 个，2004 年增加到 333 个，2005 年做到每个地（市）至少有一个试点县。2005 年 6 月底，全国已有 641 个县（市、区）开展了试点工作，覆盖 2.25 亿农民，其中有 1.63 亿农民参加了合作医疗，参合率为 72.6%；全国共补偿参加合作医疗的农民 1.19 亿人次，补偿资金支出 50.38 亿元。

重新确认社区公权力的一场改革。

之所以要进行这场改革，是因为农村卫生的问题说到底，是由于没有一个能够代表广大农民健康利益的社区公权力机构。由传统体制下地方政府的基层机构如乡镇政府来行使这种公权力，导致社区居民个体权力与高端政府集权权力的不对称和权责不对等。由传统体制下的政府职能部门如县卫生局来行使这种公权力，致使专业权力与行政权力合一，发生与农民的个体权力更大的不对称和权责不对等现象。

目前的实际情况，就是由县政府及县卫生局来充任乡镇社区的公共服务规划者角色。在这样一种体制下，县卫生局的利益取向就是将乡镇卫生院长期作为自己的下属机构进行直接管理，卫生服务的生产者——乡镇卫生院没有独立的地位，不得不与规划者-县卫生局绑在一起。没有社区权力体制的改革作为先导，乡镇卫生院的改革只能局限于内部而无法形成与社区公共权力的规划-生产的常规关系。

所以，构建农村卫生的公共服务产业，首要任务是冲破由县卫生局直接管理乡镇卫生院的政事合一的行政体制，建设一个代表农民健康利益的新的社区公权力体系。这个公权力体系不是纯粹的基层政府权力，也不是纯粹的社区非政府非营利组织的权力，而是整合了社区社会的资产、资源，和各个利益相关方的权力新体制。

社区公权力体系的建设涉及人的各种观念及意识形态，涉及现行体制、制度、规则甚至法律，是多部门、多领域交叉的一个综合性的创新制度系统，因此，绝非一蹴而就，必然需要一个长周期。

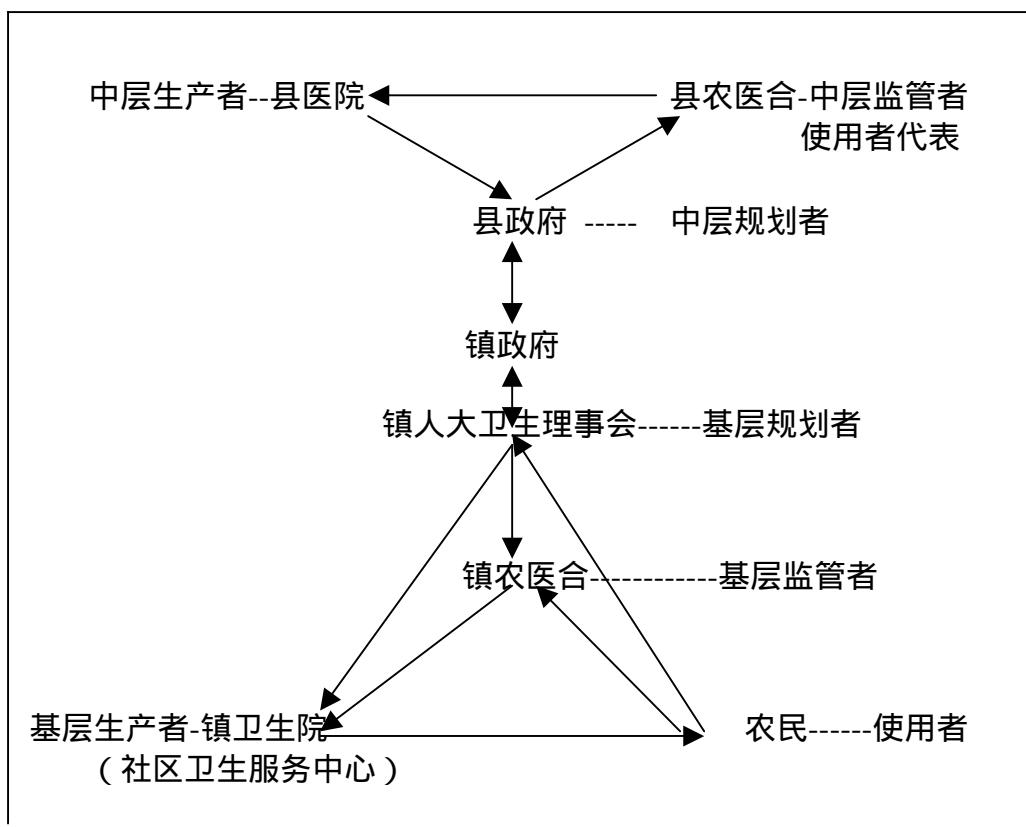
目前我们可能做的，是先行寻找突破口，进行政策和制度试验。改革 20 多年来的实践证明，增量改革比存量改革的阻力相对要小些，小范围的增量改革可能是首选。不过，近年来由于社会各个利益主体的发育，任何改革都要与不同的利益主体发生关系，为避免冲突，摸着石头过河仍旧是必要的，只是，过河前必须明确过河的目标，否则，将会两次三次地重复过河，甚至被同一块石头绊倒。

我们的目标是构建农村卫生的公共服务产业结构，以实现维护农民健康利益的目的。为实现这个目标，需要培育和建设社区公权力体系。为了培育和建设社区公权力体系，必须对乡镇卫生院进行体制改革和机制重塑，将其从政府职能部门的附属物转换为乡镇社区共有资产和农民组织监管下的社区资产共有、服务民营化体制。目前，阻碍目标实现的障碍也是启动改革攻坚战的突破口。在制定改革方案之前，我们需要了解突破口与目标之间的关系。换言之，推进改革首先需要阐释改革的目标。

六、农村卫生的社区公共服务产业结构与制度创设

改革的目標是要构建农村卫生的社区公共服务产业结构。见下图：

图 2：农村卫生的社区公共服务产业图



上图是一个双层社区公共服务产业治理结构图。图的下方描述一个乡镇社区的卫生公共服务产业结构。这个结构由四方组成，规划者是镇人大卫生理事会，生产者是镇卫生院（社区卫生服务中心），监管者是农民医疗合作社，使用者是农民。

镇人大卫生理事会是社区公权力的代表机构。它是全体社区居民权益代表者，社区公共卫生资产的委托人。它以社区农民医疗合作组织为主干力量，同时，农村社区卫生的相关利益方——镇政府和卫生、物价、卫生监督、疾病预防控制中心等机构，以及社会支持方共同参与。这个社区公权力的代表机构负责社区卫生服务的规划、融资，同时，对卫生院院长实施招聘和委托管理，实现公权力监督下的卫生院委托代理制。镇卫生院（社区卫生服务中心）经过一定的签约程序履行受托代理的生产者职责，负责为所有缴费参加社区卫生服务统筹的农民提供预防保健、健康教育、基本医疗。

由自愿缴费参加社区卫生服务统筹的全体农民组成的农民医疗合作社，通过由村到镇推选代表形成镇农医合代表会，在镇人大卫生理事会的委派和指导下，对生产者的卫生服务进行监管和协同。农医合组织的主要功能，是整合微弱的小农户（需方）的利益需求，进行利益表达，形成对于专业权力即社区卫生机构的制衡力量。

由此，形成了由农医合、镇人大卫生理事会、卫生院共同构成农村社区卫生的一个公共服务产业常规关系，形成了利益相关方共同参与的社区治理结构。

双层社区公共服务治理结构图的上方，提出了县级社区的治理结构，即县政府作为规划者，县医院作为生产者，县农医合代表农民做监管者的公共服务三角

形，从而区分了基层和中层结构。在这个结构图中，将治理的重点放在基层乡镇社区。这是实现基层化原则（法律术语为辅助原则）的设计。

所谓基层化原则（即辅助原则），是指由于难以确定什么是共同利益，因此，决策必须在尽可能低的层面上作出，层次越低，组织一个使人们愿意服从的社会团体组织就越容易，而且可以动员人们积极地为达到目标而努力。

根据这一原则，第一，在社区基本卫生服务的提供与生产方面，除非由上级采取行动更有效率，除非上级的插手帮助是必要的，否则，就无需由上级插手下级事务。换言之，可根据实际情况决定将基层放在那一层，并且逐渐演进之最适当的层次。第二，在公共服务的财政投入方面，采取基层化原则是指，基层社区的公共财政投入首先由该社区根据自己所拥有的资源和资产做出决定，只有当这种资源不足以支撑公共事业发展的情况下，才由该社区的公权力机构向上级提出申请。各级财政的来源大同小异，按照中央地方分税制的规定，各层级的财政收入留成的分配应该遵循基层化原则，用于自下而上地申请和审批公共资金。

基层化的财政投入原则其实是一种以基层为重点的分配机制。它以维护基层权益、增进基层团结和向上协调能力为本，既能形成纵向财政分权的变通机制，又可保持中央财政的垂直分配权力。由于它不允许僭越每一级基层的财政决策权，所以与中央集权的财政体系相区别。它解决了两个或两个以上的不同主体同时请求一项竞合财政权力的机制，从而可以促进社区治理结构的诞生和发展。

与基层化原则对立的是中央集权下的“中央化原则”：凡是能由中央行使的权力，绝不下放给地方；凡是能集中到中央的资源，绝不下放给地方。中央化的原则假定中央全知全能，中央天然地比地方更能够处理、解决好各种问题。因此，一切人力、物力、财力均应服从中央的调配。“中央化”模式的特点是一切资源流向中央。而这些资源在地方的横向流动受到阻隔，甚至被禁止。所以说，中央化原则是作为开放社会对立面的封闭社会的典型特征。这种逻辑表面上似乎有“集中力量办大事”的优势，但是一旦方向出错，其后果不堪设想。

双层社区公共服务治理结构图的突出特征，是将社区权力、专业权力、政府权力和农民权力放置在一个统一的系统中，对其进行既区分又联系的权力制衡的政策设计。

所谓权力，这里系指对一般化社会资源的拥有、转让和支配权。权力差异体现了不同行动者的分配方式和遵循规范的差异。社区权力、专业权力、政府权力和农民个体权力的来源不同，农民的个体权力来自对于资源的产权。社区权力来自个体自愿交付自己控制的资源支配权给集体，集权权力来自法律强制个体交付某种程度的支配权给政府，专业权力来自个体以自愿缔结市场契约的方式将自己控制的资源支配权交付给专业机构。

这四种权力并非一定要共存于一个统一体中。其中，权力作用的方向也不见得一定相关，若在一个系统中相遇既有可能发生冲突也有可能形成互补。

最理想的社区治理结构，需要的是四种权力的互补关系。

互补的最好方式，是将四种权力放置在一个统一体中，使之为了同一个系统目标自相协调，达到系统内的自发平衡。镇农医合的设计，将三者权力即社区权力与专业权力、农民权力放置在一个统一体中，镇人大卫生理事会的设计，将四

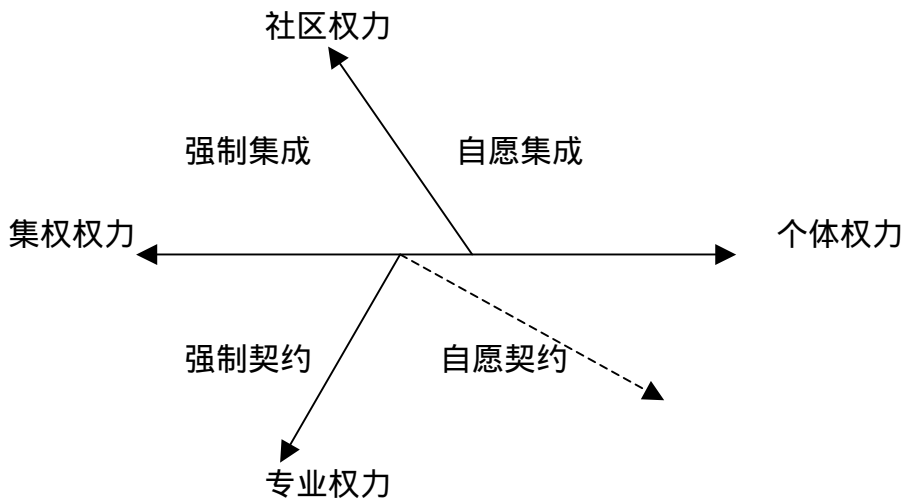
乔治·索罗斯，《开放社会：改革全球资本主义》，2002。刘军宁在以此解释政府事务时说“所谓基层化原则，即指凡上一级政府不应该从事任何由下一级政府可以完成的工作。只要可行，就尽可能由最基层一级来处理事务。此外，凡由民间组织可以完成的事情不应由政府来完成，凡由个人或家庭可以完成的事情不应由政府或民间组织来完成。”（南方周末，2003-02-20）

马尔科姆·沃特斯，现代社会学理论，华夏出版社，2001，85页。

者权力放置在一个统一体中。

其实，在社会结构系统中，政府权力也即集权权力与个体权力也即农民权力从来是共存一体的。而且，两者作用的方向各自向着对方集中，集权权力总是内在地包含着个体权力，个体权力总是在一定程度上体现着集权权力赋予的民主程度。所以，两者总是协同作用，只是协同配置的强-弱关系不同而已。见下图：

图 3 社会权力类型与社会系统结构演进图



在一个系统中，只有社区权力最靠近个体权力，因为它属于人类的初级社会关系，社会信任规范还起作用，它属于个体权力的自愿集成机制。而已经法人化、机构化的专业权力与集权权力，无论是强制契约机制还是自愿契约机制，都必然维护法人机构的集团利益。受到合法性制约，集权权力在法律的制约下必须包容弱势群体的个体利益；而从市场规则出发，专业权力则不必维护这个利益。市场规则在维护弱势群体利益上失灵。

计划体制下，专业机构由于受到政府的直接控制——图 3 用强制契约机制来表现，成了政府的行政附属物，因此必须依照政府规定去行动，只要政府规定要保护个人利益，它就必须照章执行。而在市场体制下，专业权力摆脱了集权权力的直接控制，偏向个体权力，本应依照自愿契约的市场规则行事，但却一因市场并不保护弱者，二因社会转型时期，不照市场规则办事的混乱和腐败现象比比皆是，致使混沌市场中的专业权力更加凸显法人机构集团的利益。从而表现出比计划体制下更加严重的侵害个体权力和农民利益的严重社会问题。

为调整这类明显的系统不平衡，必须启动制衡力量。集权权力和社区权力都可以制衡专业权力的偏移。集权权力是一种法律制衡力量，而社区权力是一种兼有道德情感习俗规范的行动制衡力量。

鉴于中国的市场体制目前并未完全形成，集权权力如何在市场中与专业权力交换尚缺规范，加之，转轨期间已经出现集权权力和专业权力合谋侵害个人权力的倾向。因此，仅仅依靠所谓好政府、良治政府的权力，依靠强制契约来制衡专业权力是很不够的，必须启动社区权力。

自愿集成机制的社区权力与强制集成和强制契约机制的集权权力相结合，与专业权力发生互补的可能性就增大了。

自 2004 年起，中国社科院社会政策研究中心在洛川旧县镇进行了农村社区

卫生服务的试点项目，在爱德基金会支持下，试点支持农民建立了旧县镇农医合组织。初步建立了农民自愿向农医合组织缴费和镇农医合代表会购买卫生院提供的社区卫生服务的机制框架，即完成了附图 2 中的小三角即农医合-卫生院-农民的结构建构。目前，应由镇人大卫生理事会承担的规划者功能在试点中统统由镇农医合代表会来承担。镇农医合代表会既是保障农民健康权益的农民自治组织，也是全体农医合社员的代议制服务机构，代表全体社员行使了保障社员健康利益的职责。可以说，一个基层的农村卫生的社区公共服务产业的雏形已经形成。但是，这样做够不够呢？远远不够。事实上，试点已经受到现行体制阻碍而很难持续发展。在县卫生局与乡镇卫生院的政事合一制下，增量改革的社区卫生服务中心与存量形态的乡镇卫生院发生体制性冲突，乡镇卫生院及其上级领导机构不支持这个试点，认为试点导致经济利益都被农民拿走了，卫生院被吊起来了，是“肥了农民，瘦了卫生院”，不肯再推进试点前行。

而推动社区公权力这一新体制的建设，不仅需要卫生部门的认识和配合，更需要当地政府的认识和推动，如果这两个突破口，即地方政府和卫生部门都没有可能推进，新体制建设的试点是进行不下去的。

为了达到构建农村卫生的公共服务产业结构的目标，形成农村卫生的新的治理结构，即从各利益相关方之间的相互博弈、利益互损，尤其严重损害农民利益的旧结构，走向各方基于共同利益的协调、合作与制衡的新的治理结构。需要在基层社区进行一系列的制度创设。

制度创设 1（社区公共资产）：明确乡镇卫生院机构为社区公共产权，建立该产权的委托机构，即社区公权力机构——乡镇人大指导下的乡镇卫生理事会

通过乡镇卫生院的资产重新配置和一定的合法程序，形成乡镇社区的公共资产。该资产不同于全民所有制下的国家资产和集体所有制下的集体资产，它是由各级政府划拨给乡镇卫生院的资产、社会非营利组织捐赠或资助的资产、农民自主投入的资金（农医合社员缴费）共同构成的社区公共资产。这一制度将国有资产产权性质转变为乡镇社区的公共资产性质，从而将不明晰的国有资产产权所有者、委托人和受托人明晰起来，还权于乡镇社区居民及他们的自治组织。让卫生服务的使用者——农民成为乡镇卫生院真正的主人。

制度创设 2（社区公权力委托代理）：由乡镇卫生理事会招聘卫生院院长，实现公权力监管下的机构公共服务委托代理制。镇卫生院（社区卫生服务中心）通过与乡镇卫生理事会履行的一定的签约程序确定了委托方与受托方之间的权责对等关系。乡镇卫生理事会作为公权力的代表机构，可以委托镇农医合代表会

洛川县旧县镇农民医疗合作社组织分为三层：第一层是村，全镇 34 个行政村，每个村由群众选举一名农民代表，34 个村就有 34 名农医合代表。第二层是片，旧县镇按照地理形势划分了六个片，每个片有 4-6 个村，共建了一个社区卫生服务站。这 4-6 个村的农医合代表推举一个农医合组长，组长要联系这些村代表。第三层是镇，34 个村的农医合代表形成镇农医合代表委员会。镇农医合代表会设主任一名，由全体村农医合代表以一人一票方式选举产生。同时在各服务站辖区设农医合组长各一名，由该辖区的村农医合代表推举产生。村代表、农医合组长、镇农医合主任原则上一年选任一次，可以连选连任。镇农医合代表会下设办公室，聘任专职秘书负责日常工作。

洛川县旧县镇农民医疗合作社代表会的主要职责有：1. 筹集基本卫生服务的经费，批准经费使用计划、审查财务报表，进行财务结算；2. 代表全体社员，与镇卫生院签署购买基本卫生服务的协议，为社员购买卫生院提供的 7 项基本卫生服务；3. 监督和协同社区卫生站提高服务质量、服务态度和服务水平，协调服务站与农民的关系；4. 代表社员需求，维护社员权益，征集和反映社员意见，向社员通报信息，组织社员通过健康小组活动提高健康意识和健康水平；5. 参加镇协商会，与镇政府、镇卫生院共同协商解决相关问题。益，征集和反映社员意见，向社员通报信息，组织社员通过健康小组活动提高健康意识和健康水平；5. 参加镇协商会，与镇政府、镇卫生院共同协商解决相关问题。

作为受托实行社区卫生服务的乡镇卫生院实施监管,形成监管代理人对服务代理人之间的约束机制。

制度创设 3 (集体签约与购买) :社区卫生的公共资产运营就是社区卫生服务产业的日常运营。在社区规划者集体动员和组织下,社区使用方与生产方之间形成一种集体签约、集体购买的关系,它不同于私人服务业的一对一的市场供需关系,而是在公权力保护下多对多的具有选择性和组织监管的新的市场关系。

制度创设 4 (社区自治组织) :建立、健全具备自律、监督与协调功能的乡镇自治组织

建立乡镇农民医疗合作社代表会、农民健康小组网络和乡镇卫生协商会(由镇政府、卫生院、农医合组成),这是为了重构乡镇社区的社会组织结构,以发轫于农村本土和基层的自治性社会组织的网络,集体性地构成对乡镇卫生院这一社区公共产权的受托人,并对其使用权、用益权和可持续发展进行必要的监督。

制度创设 5 (建立规范) :建立与国际规范接轨的社区公共资产的法规和条例,以规范乡镇卫生院的行为,包括建立乡镇卫生院运营专业标准、评估标准、行业伦理守则、产权委托人对经营者的问责程序、资产积累和运营的财务报告、协调伙伴关系的规范等等。

制度创设 6 (资源配置) :重新配置乡镇卫生院的资源,将社区卫生服务站建设为镇卫生院在农村地区的网底,形成院本部和服务站上下联通的统一的农村基层卫生服务体系。

- 完善社区卫生服务站布局、形成覆盖全乡镇的网络
- 培训卫生人员,提供社区医生的基本卫生服务。
- 将筛选村卫生室,形成社区卫生服务站下设网点,形成新的农村基本卫生服务三级网络。
- 完善乡镇卫生服务中心建制,统一进行全镇社区卫生服务的管理。

制度创设 7 (筹款) :建立制度化的社区卫生服务筹款机制和基层化财政投入竞合机制

- 镇农医合筹资:农民自愿每年每人出资 10 元投入镇农医合;
- 政府财政拨款资助:基层社区根据自己所拥有的资源和资产作出预算,当自有资源不足以支撑公共服务发展,才向上级政府提出申请。各级政府对于上报申请进行财政竞合,在此基础上作出决策。
- 政府项目资助或者项目贷款:政府提出 5 年农村卫生发展项目计划,接受各地的项目申请,卫生院的项目申请要求当地镇卫生理事会签署意见;
- 项目社会资金资助;
- 成立镇社区发展基金,该基金理事会根据镇社区发展计划可酌情资助社区卫生项目。

制度创设 8 (评估) :对上述制度进行科学评估

- 评估一是为行使社区公权力的需要,尤其是评估乡镇卫生院或者社区内其他卫生服务机构的表现和能力,以作出委托管理和奖惩决定。二是为推进构建制度的政策方案的改善与实施。
- 评估需要确定目标、周期、期限、方式和手段,并且以一贯制地实施。

七、总结

中国的国情——八亿农民和城乡二元体制的基本事实决定了中国的社会政策选择空间相当狭窄。中国目前医疗卫生服务体系的问题——卫生服务逐渐在丧失其公共性质，造成一般公众健康利益受损，弱势群体缺乏基本保障，其原因既不是规范市场失灵，也不是民主国家福利制度失灵——中国目前既缺乏规范的市场又缺乏社会福利制度，而是由于转型社会中政府专业职能体制的权力快速增长，而来自公众的社区组织化的权力没有成长起来，出现了因社会发展与制衡能力滞后而产生的对专业权力的社会失控现象。校正这种因社会发展不平衡导致的失控，既不能回到传统垄断权力的行政体制上，也不能走向大力发展私人服务业的私人化、市场化，而是需要探索第三条道路，即构建市场环境和市场规范下的公共服务产业结构的道路。这是一条将中国卫生导向规范的市场与公共福利相结合的道路。

公共服务产业结构不同于私人服务业，它有两个形成常规关系的服务供给者：负责规划融资排产监督的提供者和负责服务的直接输送的生产者。

针对农村卫生服务体系改革的焦点——以基本卫生服务为主要目标，以社区提供的方式完成目标，笔者提出了构建农村卫生的公共服务产业的制度性方案。试图通过发展社区农民健康合作组织和以此为核心的社区公权力代表机构，采用签约委托生产者和监管者的公权力委托代理方式，在规范的市场制度约束与监督下进行社区卫生服务的生产与供给，并提出了相关的制度设计。考察这套制度构想的最好方式是社会政策试验，中国社科院社会政策研究中心已经进行了这类初步试验，也取得了一定效果，接下去的关键问题在于政府应该给予更为宽松的政策空间，以求将这类试验进行下去。

2005年10月7日

（作者系中国社科院社会政策研究中心副主任 研究员）

参考文献：

- 国务院发展研究中心，中国医疗卫生体制的目标定位问题，农村医疗保障制度改革应当调整思路《中国发展评论》，2005年3月，中文版第7卷，北京
- 迈克尔·C·杰克逊，《系统思考——适于管理者的创造性整体论》，中国人民大学出版社，2005
- 杨团、毕天云，陕西省洛川县旧县镇基本卫生服务统筹试点研究报告，中国农村卫生体系与政策国际研讨会2005年8月，
- 杜乐勋等，《中国医疗卫生产业发展报告》，社科文献出版社，2004，北京
- 奥斯特罗姆等，“美国的地方政府”，北京大学出版社，2004，北京
- 亚诺什·科奈尔 翁笙和，《转轨中的服务、选择和一致性》，中信出版社，2003，北京
- 乔治·索罗斯，《开放社会：改革全球资本主义》，2002
- 杨团，《社区公共服务论析》，华夏出版社，2002年，北京
- 杨团，反思农村新型合作医疗政策，中国社会科学2005年1期（英文版）
- 李卫平编著，《中国农村健康保障的选择》，中国财政经济出版社，2002，北京
- 马尔科姆·沃特斯，现代社会学理论，华夏出版社，2001
- 维克托·福克斯著，《谁将生存？健康、经济学和社会选择》，上海人民出版社，2000，上海
- 休·史卓顿 莱昂内尔·奥查德《公共物品、公共企业和公共选择——对政府功能的批评与反批评的理论纷争》经济科学出版社，2000，北京

埃利诺·奥斯特罗姆,《公共事物的治理之道》,上海三联书店,2000
周浩杰,新型农村合作医疗制度:经验、挑战和对策,《中国卫生经济》2005年第1期
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
朱玲,农村健康服务与公共支持, <http://www.cc.org.cn/wencui/030922200/0309222004.htm>

中国社会学网 www.sociology.cass.cn