

中國大陸新型農村合作醫療制度發展 與國家角色之研究

黃 德 北

(世新大學社會發展研究所教授)

摘 要

本文主要是依據研究者 2007 年以來在中國大陸農村所作的田野經驗調查為基礎，並參考國內外農村合作醫療制度的相關研究文獻，探討中國大陸新型農村合作醫療制度的特質與發展，以及國家在農村合作醫療制度建立與發展過程中的角色，進而說明國家與農村發展的關係。

由於中國大陸幅員廣大，長期以來又給予地方某種形式的分權，以致分析中國大陸國家角色要區分中央國家與地方國家的差異，兩者的國家性質與角色會有很大的不同，甚至兩者之間會因利益與行為的差異而出現相當的緊張關係，以致影響國家對農村發展的影響。本文希望能從這兩個層次分析中國大陸國家在農村合作醫療制度發展的角色。

我們的研究發現：黔東南的地方國家具有高度的制度創新，使當地的新型農村合作醫療制度能順利運作，農民的衛生醫療得到大幅改善；晉西的地方國家嚴格遵守中央國家的規定，以致新農合實施後，村衛生員反而處境更為困難；冀北農村因為醫療高度市場化，以致地方國家很難採取有效措施使新型農村合作醫療制度順利發展。

關鍵詞：新型農村合作醫療制度、中央國家、地方國家、農村治理

* * *

壹、前 言

病不起與看病難是當前中國大陸最嚴重的社會問題之一，其中農村醫療問題又比城市居民看病來得更為嚴重，兩者的差距真可用九天之上與九地之下來形容。^①不過，中國大陸醫療問題在 1990 年代後期以來已經出現比較大的變化。1998 年中共開

註① 九天之上與九地之下是 1953 年梁漱溟在與毛澤東辯論中國發展問題時，梁對當時中國大陸工農狀況差距的形容。參見汪東林，*梁漱溟問答錄*（香港：三聯出版社，1988 年），頁 137。

始建立城鎮職工基本醫療保險制度，2003 年進一步實施「新型農村合作醫療制度」（簡稱新農合），2007 年再推出城鎮居民基本醫療保險試點，將城鎮非從業居民納入醫療保障的範圍，透過三種醫療保障制度的建立，最終目標是要在 2020 年建立覆蓋城鄉全體居民的醫療保障體系。^②

如果中國大陸的農村合作醫療真能與城市醫療保險制度結合起來，實現城鄉醫療一體化，意味著中國醫療體制將出現大幅變化，農民在醫療上所受到的制度性歧視也將會徹底改變。但中共所揭櫫的目標是否真的會實現，或像 1980 年代以來歷次農村合作醫療制度改革的嘗試一樣，匆匆上馬、旋即草草結束，最終只是虛應故事而已？因此研究目前新農合實際運作的情形與未來走向有其特殊意義。

2007 年以來筆者因為參加 ZG 基金會在中國大陸的農村發展工作，^③所以有機會前往山西、貴州與河北三省的貧困農村，對於農村合作醫療問題進行田野訪談。我們的訪談對象包括農村村民、村衛生室工作的鄉村醫師、鄉鎮衛生院院長及工作人員、縣衛生局官員及相關衛生醫療人員，對於新農合目前在貧困農村實施情形有著基本的掌握，特別是對國家（state）在新農合推動過程中所扮演的角色能有較深入的認識，本文即透過 2007 年以來在山西、貴州與河北三省農村所做的田野調查資料為基礎，探討國家在新型農村合作醫療制度發展過程中的角色與影響，進而說明目前新農合運作所存在的問題。

人民衛生醫療的保障是由醫療服務與公共衛生共同構成，其中公共衛生涉及全民福祉，且這種產品具有大眾共享和社會效益高等特點，因此各國皆將其視為公共財，由政府部門提供全民享有。至於醫療服務在許多國家常被視為私人產品，由私人提供，但因醫療涉及人民健康保健與生命延續，因此各國對於醫療服務也並非將其視為一般性的商品，政府往往會加以介入，如規範醫療價格或建立健康保險制度，以減少民衆的負擔；許多歐洲福利國家甚至採取醫療去商品化的方式提供給國民，因此各國醫療制度往往並不完全依照市場機制運作。^④

中國大陸在毛澤東時代就是由國家介入以極少的成本在農村建立起一套合作醫療制度，使農民衛生醫療條件得以大幅改善，並得到國際間的高度評價。但改革開放以後，隨著集體經濟的解體與國家的缺位，農村合作醫療制度迅即解體，醫療進入高度商品化市場，農民陷入「病不起、看病難」的困境，直到 2003 年中共當局才企圖重建立新的農村合作醫療制度。許多學者都提到國家或政府角色是影響農村合作醫療制度

註② 2009 年 3 月中共中央與國務院聯合公布「關於深化醫改體制改革意見」提出此一龐大的計畫。參見「中共中央國務院關於深化醫療體制改革意見全文」，國藥網，2009 年 3 月 17 日，<http://www.sinopharm.com/307-822-14936.aspx>。

註③ ZG 基金會是一個援助中國大陸農村發展的非營利組織，這個組織於 1988 年由一群在美國工作的臺灣留學生所組成，由於該組織長期默默的投入大陸農村發展工作，因此得到臺灣、中國大陸與香港等地人士的認同，也分別在當地成立相似名稱的組織，彼此相互獨立但緊密合作。

註④ 關於衛生醫療性質的討論，參見 Philip Musgrove, *Public and Private Roles in Health Theory and Financing Patterns* (Washington DC: The World Bank, 1996)。

能否順利運作的重要因素，例如王紹光即強調國家在傳統農村合作醫療時代解決了醫療融資的問題，是農村合作醫療能夠順利發展的重要原因；世界銀行在 1997 年時也曾警告中國大陸政府在醫療方面投入不足，是造成當時衛生醫療問題叢生的主要因素。^⑤此外，李玲、朱玲與向春玲的研究也都強調政府在醫療保障制度建立上所發揮的作用。^⑥

不過，目前有關國家在農村合作醫療制度發展過程中角色的討論多將國家視為一個整體來分析，未對國家進行分化研究。由於中國大陸幅員廣大，長期以來又給予地方某種形式的分權，以致分析中國大陸國家角色要區分中央國家（central state）與地方國家（local state）的差異，^⑦兩者的國家性質與角色會有很大的不同，甚至兩者之間會因利益與行為的差異而出現相當的緊張關係，以致侷限國家對農村發展所產生的影響作用。本文希望能從這兩個層次分析中國大陸國家在農村合作醫療制度發展的作

註⑤ 王紹光，「如何摸著石頭過河——從農村合作融資體制的變遷看中國體制的學習模式與適應能力」，潘維主編，*中國模式：解讀人民共和國的 60 年*（北京：中央編譯出版社，2009 年），頁 314~379；The World Bank, *Financing Health Care: Issues and Options for China* (Washington DC: The World Bank, 1997)。

註⑥ 李玲，「中國應採用政府主導型的醫療體制」，*中國與世界觀察*（北京），第 1 期（2005 年 10 月），頁 156~162；朱玲，「政府與農村基本醫療保障制度選擇」，*中國社會科學*（北京），第 4 期（2000 年 7 月），頁 89~99；向春玲，「國家與社會視野中的『新農合』制度建設」，*中共中央黨校學報*（北京），第 10 卷第 5 期（2006 年 10 月），頁 98~104。

註⑦ 自從 1980 年代 Theda Skocpol 與 Peter Evans 等人呼籲「把國家找回來」（bringing the state back in）以後，社會科學界重新掀起一股國家研究熱潮。相對於傳統國家研究只著重政府制度面向研究，新的國家研究強調要注重國家機關的動態面分析，包括國家制度運作的政治經濟分析、政治決策者制定政策時的利益考量、國家的相對自主性以及國家與社會鑲嵌的關係等。因此，國家（state）與政府（government）雖然具有相當程度的近似性，但我們認為：國家研究比傳統政府研究能更深入的探討改革開放後中國大陸的國家在政經濟變遷過程中所扮演的角色及其所具有的博弈性質。Jean C. Oi 是最早探討改革開放以後中國大陸國家性質發生分化的學者，她分析改革開放實施的「放權讓利」政策，分權的財稅制度使得中國大陸的地方政府與地方幹部有著強烈的動機介入地方經濟活動，出現各種企業行為，而與一般政府行為有著很大的差異，並且會表現出與中央不一樣的利益思考及行為邏輯，導致「中央國家」與「地方國家」在政策上的差異，雙方甚至會出現博弈行為。本文借用 Jean C. Oi 的概念，在探討中國大陸國家角色時，將國家機關分為中央國家與地方國家來分析，研究中央國家與地方國家以及地方國家之間在新農合政策制定與實施上的異同。我們認為地方國家是一個比地方政府更廣泛的分析概念，使用地方國家概念不但可以分析地方政府組織的角色，還能探討地方幹部的利益考量及其與上級的博弈關係。本文認為中央國家基本上關心的是總體性與一般性的政策，地方國家則因地方幹部考量地方自身的政治經濟條件以及個人的利益，而會採取與中央國家期待不一樣的政策行為。中央國家與地方國家概念能使我們跳脫傳統只偏重靜態的政府制度層面分析，可以動態的探討政策制定與執行背後決策者的政經結構制約因素及其利益考量。關於國家研究的一般性討論，參見 Peter B. Evans, Dietrich Rueschemeyer and Theda Skocpol eds., *Bringing the State Back in* (New York: Cambridge University Press, 1985)。關於 Jean C. Oi 有關地方國家的討論，參見 Jean C. Oi, "Fiscal Reform and Economic Foundations of Local State Corporatism in China," *World Politics*, Vol. 45, No.1 (October 1992), pp. 99~126; Jean C. Oi, "The Role of the Local State in China's Transitional Economy," *China Quarterly*, No. 144 (December 1995), pp. 1132~1149。

用與影響，進而比較不同地區新型農村合作醫療實施的異同。^⑧

貳、改革開放與中國大陸國家性質的變化

改革開放使得中國大陸的社經結構發生重大的變革，下層基礎的改變自然也使得上層的國家性質發生劇烈的變化。^⑨ 尤其隨著改革開放在中國大陸日益深化之際，也是新自由主義意識形態正在全球取得主流思潮的時代，這股浪潮無疑也影響著中共的改革開放與社會政策方向，^⑩ 以及國家的性質。

由於新自由主義意識形態強調全面的市場化與私有化，並且否定國家的角色、社會福利與公有經濟的價值，^⑪ 因此改革開放以來中國大陸出現嚴重的意識形態混亂，不但全面否定原有的社會主義傳統價值觀，甚至對於現代國家應該扮演何種基本責任及人民應該享有何種基本權利這些基本原則都產生質疑，以致我們可以發現，改革開放以來中國大陸的國家角色雖然已經出現明顯的改變，但卻無法滿足人民基本需求，就連提供人民基本社會保障都因制度變革而出現問題。事實上，新自由主義意識形態不只影響到改革開放後中國大陸人民社會福利的變化，東歐及前蘇聯等其他社會主義轉型國家的人民，也都在 1990 年代以來面臨醫療保障體制的激烈變革與醫療品質的急遽下降。^⑫

1990 年代以來，許多中國民衆都面臨看病難與看不起病的問題，困擾著廣大的中國勞動人民。特別是在農村，農民對於疾病與醫療往往是抱持著「小病扛、大病拖、重病等著見閻王」的態度面對。這樣的情景顯然與傳統社會主義國家應該提供給人民各項社會保障的期待有很大的差異。

理論上社會主義國家是由工人階級所建立的國家，要為勞動者的利益服務。但由於後來的社會主義革命並未在生產力高度發達的西歐社會出現，反而是在俄國首先發

註⑧ 由於中國大陸採取高度地方分權式的社會保障模式，使得中國大陸的社會政策出現很強烈的地區差異，往往縣與縣之間就存在一定程度的差異，例如我們在田野調查時就發現，黔东南地區的 LS 縣與 TJ 縣在實施新農合制度上就存在一定的差異。

註⑨ 關於改革開放後中國大陸黨國體制變化的詳細分析，參見徐斯儉、吳玉山編，*黨國蛻變：中共政權的菁英與政策*（臺北：五南出版社，2007 年）。

註⑩ 關於新自由主義對中國大陸退休養老政策影響的討論，參見黃德北，「新自由主義與中國大陸退休養老制度改革」，*中國大陸研究*，第 47 卷第 4 期（2004 年 12 月），頁 53~74。

註⑪ 關於新自由主義對醫療政策影響的討論，參見 Richard Hofrichter ed., *Health and Social Justice: Politics, Ideology, and Inequity in the Distribution of Disease* (San Francisco: Jossey-bass, 2003)。

註⑫ 關於共黨政權解體後俄羅斯與東歐醫療情況的探討，參見 William C. Cockerham, *Medicinal Sociology* (Upper Saddle River, NJ: Pearson, 2007), pp. 350~359; Giovanni Andrea Cornia and Renato Panizza eds., *The Mortality Crisis in Transitional Economies* (New York: Oxford University Press, 2000)。

生，因此實存社會主義國家都是屬於「早熟的社會主義國家」，^⑬這裡所謂的早熟型社會主義國家，是指這些實存社會主義在經濟上與政治上都還未經歷過資本主義發達國家成熟發展的階段，以致這些社會主義社會都存在著生產力非常低落與政治威權統治的問題，又面臨西方帝國主義的圍剿，以致在落實社會主義的理想時面臨許多困難。但早熟的社會主義國家畢竟與封建主義國家與資本主義國家有很大的差異，社會主義的許多理念如對平等的重視與滿足人民基本生存需求等目標，在社會主義國家的領導人與人民都會將其視為基本要實現的要求，因此在政策產出上仍然必須注意到民衆的基本需求，其中提供民衆衛生醫療需求的服務就是國家的基本責任。

國家是由大量的機構與官僚所組成，這些單位或個人都有其特定的利益，作為領導中心的中央國家需要設法整合這些行動者的利益與行為，使他們遵守中央國家所制定的政策。但在現實世界中，中央國家總是與其所屬的群體存在著差異的利益與緊張的關係，這種情形在改革開放後的中國大陸最為嚴重。改革開放之初，鄧小平為了爭取地方領導人的支持以及隨後要刺激地方政府推動改革開放政策的誘因，因此採取「放權讓利」的政策，特別是在財政政策上實施「包稅制」模式，使得地方政府能夠保有大量的財政資源，並且有很強烈的動機去推動經濟的發展，Jean C. Oi 曾經用地方統合主義國家（local corporatism state）來形容此一現象，^⑭因此探討中國大陸經濟轉型國家的角色時，必須要將國家分為中央國家與地方國家來分析。由於採取「放權讓利」的政策，使得中國大陸的中央國家與地方國家存在著明顯的利益對立與行為差異，地方國家常常會出現營利性的企業行為，地方幹部甚至會與外來的投資者建立一種權錢交易的合謀關係。^⑮

有鑑於地方國家經濟日益壯大且行為有脫離中央國家掌控之虞，因此中共在 1994 年開展財政制度改革，透過「分稅制」的改革，調整中央與地方稅收的種類與來源，大幅削減地方財稅收入，此後地方國家行為才有所改變，^⑯但仍然與中央國家存在著差異性。

「分稅制」的財稅政策改革，使得中央國家財政收入日益豐厚，地方財政收入則增長有限；與此同時，中國大陸又逐漸成為製造業中心的世界工廠，經濟持續高速成

註⑬ 關於「早熟的社會主義國家」的分析，我們主要是借用韋伯（Max Weber）與費正清（John Fairbank）等人對傳統中國「早熟官僚國家」的描述，他們認為傳統中國雖然很早就發展出「科舉取士」的方式讓讀書人出任政府官員，但這種官僚制度需要強大的生產力支持才能順利維持，傳統中國缺乏經濟條件支撐，使得此一官僚體制運作上出現許多問題，故謂之「早熟官僚國家」。1949 年中共革命後所建立的社會主義體制也同樣不是在生產力高度發達的基礎上建成，因此只是一個「早熟的社會主義國家」。

註⑭ Jean C. Oi, "Fiscal Reform and Economic Foundations of Local State Corporatism in China," pp. 99-126.

註⑮ You-tien Hsing, *Making Capitalism in China: The Taiwan Connection* (New York: Oxford University Press, 1998).

註⑯ 關於分稅制實施對中央地方關係影響的討論，參見 Jae Ho Chung, "Beijing Confronting the Provinces: The 1994 Tax-sharing Reform and Its Implication for Central-local Relations in China," *China Information*, Vol. 9, No. 2/3 (Winter 1994/1995), pp. 1-23.

長。因此，2002 年從基層崛起的中共新領導人胡錦濤、溫家寶上台後，中央國家已經愈來愈有條件推動社福體制的變革。

另一方面，稅制改革後地方國家財政收入成長停滯，地方國家中的省、市兩級政府爲了避免分稅制所造成的財政收入的減少，因此開始壓低基層縣、鄉兩級政府的財政收入，並大力進行鄉、村基層組織的合併，基層政府財政陷入嚴重的困境，^⑪連基本日常行政支出都無法維持，必須要靠上級政府的補助。因此，農村要想建立新型合作醫療制度顯然也必須依靠中央國家的積極介入與支持才能順利運作。

最後在探討改革開放以後中國國家性質的變化時，我們除了要正視中央國家與地方國家所存在的行為差異，另一方面，還要注意到地方國家之間的差異性，改革開放後地方國家在政策制定與執行上有很大的自主空間，因此各地在執行中央國家的政策時擁有很高的自主權，也使得地方國家政策執行上的差異性會凸顯出來。我們在下面的分析中就會透過對黔東南、冀北與晉西三地的比較研究，探討三地在實施新農合上所出現的差異。

參、傳統合作醫療制度的興衰

中共在 1950 年代初期，就建立起一套新的衛生醫療體制，並以「面向工農兵」、「預防爲主」、「團結中西醫」與「衛生工作與群眾運動相結合」爲指導衛生工作的四項工作基本原則。^⑫不過，中共當時所建立的衛生醫療保障體制只限於城市居民的範圍，農村居民並未納入這一社會保障體制內。但隨著農村地區農業合作化運動的開展，有些農村開始建立起合作性質的醫療組織。

不過，1950 年代早期建立起來具有合作性質的醫療保健機構，並未實行具有保險性質的醫療保健制度。1955 年山西省高平縣米山鄉的聯合保健站被認爲是最早實施「醫社結合」集體醫療保健制度的農村。米山鄉是採取由社員每年繳納「保健費」0.2 元和生產合作社提取 15%-20% 公益金補助相結合的合作醫療方式，農民免費享受預防保健服務，患病時免收掛號費與出診費，但須自付藥費，這就是所謂的「合醫合防不合藥」式的合作醫療。米山鄉的經驗隨後被中共衛生部推廣到大陸部分省縣的農村。^⑬

註 ⑪ 關於稅費改革對基層農村財政影響的討論，參見陳安，「1994 年稅制改革以及對中國農村財政結構的影響」，黃宗智主編，*中國鄉村研究*（第 7 輯）（福州：福建教育出版社，2010 年），頁 119~152；鄒農儉、吳業苗，*稅費改革：農村治理模式的躍進*（北京：社會科學文獻出版社，2007 年）；李昌平、董磊明編，*稅費改革背景下的鄉鎮體制研究*（武漢：湖北人民出版社，2004 年）；Jean C. Oi and Zhao Shukai, "Fiscal Crisis in China's Townships: Causes and Consequences," in Elizabeth J. Perry and Merle Goldman eds., *Grassroots Political Reform in Contemporary China* (Cambridge: Harvard University Press, 2007), pp. 228~252; Thomas P. Bernstein and Xiaobo Lu, *Taxation without Representation in Contemporary Rural China* (Cambridge: Cambridge University Press, 2003), pp. 166~240.

註 ⑫ 蔡景峰等編，*中國醫學通史：現代卷*（北京：人民衛生出版社，2000 年），頁 2。

註 ⑬ 張自寬，*論農村合作醫療*（太原：山西人民出版社，1993 年），頁 104~105。

更全面、深入的農村合作醫療制度建立，則要從文革爆發的前一年 1965 年才開始推動，並在文革期間才得以全面落實。1965 年 6 月 26 日毛澤東發表了著名的「六二六指示」，對於衛生部偏重城市醫療的工作表示不滿，強調要「把醫療衛生工作的重點放到農村去」。^⑩在毛澤東對農村衛生工作批評後，中共衛生部開始調整工作方向，將衛生醫療工作的重點集中在農村開展。1966 年 8 月湖北省長陽縣樂園公社衛生所醫生覃祥官志願放棄國家幹部身分到農村衛生室當起赤腳醫生，開辦起村衛生室，使合作醫療制度真正得以落實。到 1976 年文革結束時，超過 90% 以上的人民公社已經建立起合作醫療制度。同時，中共在文革期間開始積極推廣在每個生產大隊（村）培養至少一位赤腳醫生，負責村中的衛生醫療工作。在鼎盛時期，整個中國大陸共有 150 多萬赤腳醫生。^⑪

隨著農村合作醫療制度的建立與鄉村醫生的培養，由「大隊村衛生室—公社衛生院—縣人民醫院」所組成的農村三級醫療預防保健網亦同時在 1960 年代基本形成，三者構成農村衛生工作的三大支柱，使得農村衛生醫療工作得以順利開展，農村居民健康因而得到基本保障，逐步實現農民「小病不出村，大病不出鄉」的目標。同時，為了避免醫療資源的浪費與濫用，所以農村合作醫療制度建立之初，各地就規定農民醫療過程中必須負擔部分掛號費或指定用藥等費用，完全符合社會保險的精神，也使合作醫療一直能維持收支平衡。^⑫

實施合作醫療制度以來，中國大陸的醫療衛生情況大幅改善，中國模式不但是以最少投入獲得了最大健康收益，人民的平均壽命也大幅提高，從 1950-1975 年中國大陸人民平均壽命從 40 歲提高到 65 歲。與同樣國民收入水平的國家比較起來，中國大陸國民期望壽命平均要高出 15 年左右。^⑬

在農村實施家庭承包責任制之初，由於各地對於中共整體農村發展政策並不了解，因此許多地方就在土地承包給個體農戶時，同時也將集體財產拆解分掉，大量集體經濟流失與解體，使得農村合作醫療所能獲得的經濟支持大為降低。隨後許多地方

註⑩ 關於毛澤東「六二六指示」的內容及其對此後中共農村合作醫療制度發展影響的討論，參見姚力，「『把醫療衛生工作的重點放到農村去』——毛澤東『六·二六』指示的歷史考察」，*當代中國史研究*（北京），第 14 卷第 3 期（2007 年 5 月），頁 100-105。

註⑪ 夏杏珍，「農村合作醫療度的歷史考察」，*當代中國史研究*（北京），第 10 卷第 5 期（2003 年 9 月），頁 116；胡振棟，「農村合作醫療創始人覃祥官」，*炎黃春秋*（北京），第 3 期（2001 年 3 月），頁 62-64。

註⑫ 陸學藝等人曾經對行仁莊農村合作醫療體制有著深入的田野調查紀錄：行仁莊從 1969 年開始實施合作醫療制度。每人每年合作醫療基金 2 元，大隊出資一半，個人交一半，由生產隊統一從公益金提取上繳。每人看病繳納診費 5 分錢，藥費和治療費全免，不能點名要藥，否則病人自費負擔（仁丹、十滴水、清涼油、痱子粉、膠布等須自費）。常年服藥慢性病社員，其醫療費合作醫療只給負擔一半，其餘部分由個人負擔。大隊衛生室不能治療的病人，合作醫療實行轉診制度，轉診病人的藥費與治療費實行分段報銷的原則。實施合作醫療制度期間，因有大隊支持，並未出現虧損。陸學藝等編，*內發的村庄*（北京：社會科學文獻出版社，2001 年），頁 366-383。

註⑬ 王國軍，「中國農村社會保障制度的變遷」，*浙江社會科學*（杭州），第 1 期（2004 年 1 月），頁 138-143。

甚至在未與村民商討的情況下就將農村原有的大隊衛生室強迫解散，承包給原有的大隊赤腳醫生，^④農村合作醫療制度遂告解體。

就在中國大陸農村合作醫療制度與集體經濟逐漸同步解體時，國際衛生醫療學界反而開始注意到中國大陸農村合作醫療制度的特殊性及其所取得的驚人成就。^⑤1978 年世界衛生組織在蘇聯阿拉木圖舉行的會議，肯定中國的衛生醫療體系可作為全球初級衛生保健（primary health care）計畫的典範。^⑥1978 年新制定的中共憲法也明文規定合作醫療制度，但中國大陸的農村合作醫療制度卻在此之後出現巨幅的衰退與消散。

農村合作醫療解體後，大量的村衛生室從農村中消失，根據統計，1985~2002 年，設置村衛生室的村佔行政村的比例從 87.4% 下降到 74.1%，^⑦許多地方出現農民就醫難的問題。同時，中共的農村醫療政策實際上就是採取使用者付費原則，這使得許多窮人出現看不起病的問題，世界銀行就批評改革開放後的農村醫療狀況：「農村合作醫療保險計畫的覆蓋面則不到 20%，「大多數農村人口必須繳納醫療費用才能獲得醫療服務，而醫療費用非常高，一般農村家庭難以承受，往往會導致他們陷入貧困」。^⑧

「救護車一響，一頭豬白養」等形容農村醫療問題的順口溜在民間普遍流傳，顯示農民因病致貧、因病返貧的情形確實非常嚴重。有些學者估計中國大陸因病致貧與因病返貧的農戶約佔農村貧困戶的比例高達 35%。^⑨合作醫療制度解體還導致農村衛生保健工作出現缺口，公共衛生工作無人執行，以致許多已經滅絕的傳染病重新復發，威脅著民眾的身體健康與生命安全，陳美霞曾經用「大逆轉」來形容農村醫療條

註④ 陸學藝等人記錄了行仁庄農村合作醫療制度解體過程的變化：「1983 年初，行仁庄大隊決定對『合作醫療』衛生室實行大包乾，由三個大夫分別承包衛生室。1983 年 1 月，在大隊的主持下，衛生室的三位大夫對大隊衛生室實行分家。趙勇說，『衛生室分家是大隊的決定，沒有找社員開會』：…盤點後，衛生室現金、外欠款和房屋由大隊收回，其他各種藥物、器械、家具等均分給三位大夫，作為大隊對他們今後行醫投入的啟動基金。」參見陸學藝等編，*內發的村庄*，頁 392~393。

註⑤ Pi-chao Chen, *Population and Health Policy in the People's Republic of China* (Washington DC: Interdisciplinary Communications Program, Smithsonian Institution, 1976); Dean T. Jamison et al., *China: The Health Sector* (Washington DC: The World Bank, 1984); Marilyn M. Rosenthal, *Health Care in the People's Republic of China: Moving Toward Modernization* (Boulder, CO: Westview Press, 1987); Sydney D. White, "From 'Barefoot Doctor' to 'Village Doctor' in Tiger Spring Village: A Case Study of Rural Health Care Transformations in Socialist China," *Human Organization*, Vol. 57, No. 4 (Winter 1998), pp. 480~490.

註⑥ Meei-shia Chen, "The Great Reversal: Transformation of Health Care in the People's Republic of China," in William C. Cockerham ed., *The Blackwell Companion to Medical Sociology* (Oxford: Blackwell, 2001), p. 465; 關於中國大陸初級衛生保健體系運作分析，參見陳龍編，*中國農村初級衛生保健適宜技術與基本藥物手冊*（上海：上海醫科大學出版社，1991 年）。

註⑦ 國家統計局農村社會經濟調查總隊編，*中國農村統計年鑑（2004）*（北京：中國統計出版社，2004 年），頁 317。

註⑧ 世界銀行，*中國：推動公平的經濟增長*（北京：清華大學出版社，2004 年），頁 88。

註⑨ 張建平，*中國農村合作醫療制度研究*（北京：中國農業出版社，2006 年），頁 39。

件倒退的這一變化。^⑩

農村合作醫療制度解體後，大陸農村紛紛出現農民看病難與病不起的問題，因此從 1980 年代中期以來，中共衛生部門就多次提出重新建立農村合作醫療制度的呼籲，但因為缺乏配套措施的支持，因此農村合作醫療制度一直無法恢復正常功能。1980 年代中共對於農村合作醫療制度的重建還只是採取小規模的試驗形式，高和榮就指出試點範圍都很小或屬於調查研究性質：「1985 年中國衛生部與美國蘭德公司聯合在四川眉山、簡陽兩縣進行了『中國農村健康保險試驗項目』研究、1987 年衛生部和安徽醫科大學聯合進行兩省一市『農村合作醫療保健制度系列研究』、1988 年衛生部也進行了『中國農村醫療保健制度研究』」。^⑪且歷次的改革都因缺乏國家的有效經濟支持以及堅持自願參加的原則，使得多數地區並無法將合作醫療制度重新恢復起來，多數農民也因對合作醫療缺乏信心而拒絕參加。

1990 年代以後，農村衛生醫療問題日益嚴重，因此官方關注的層級開始拉高，在黨內的多次重要會議上被提出來討論，衛生部也開始將建立農村合作醫療列為重點工作。1993 年中共十四屆三中全會強調：「發展和完善農村合作醫療制度」。1997 年 1 月，中共中央、國務院發布《關於衛生改革與發展的決定》，明確指出：「新時期衛生工作的方針是：以農村為重點，預防為主，中西醫並重，依靠科技與教育，動員全社會參與，為人民健康服務，為社會主義現代化建設服務。」「加強農村衛生工作，實現初級衛生保健規畫目標。」不過，這目標並未達到。當年積極推動的農村合作醫療制度發展，到年底合作醫療的覆蓋率只佔全國行政村的 17%，農民參加合作醫療的僅為 9.6%。^⑫

傳統的合作醫療制度由於有國家的積極支持與介入，因此事實上具有「準社會醫療保險」的特質，不再只是農民自願的合作醫療行為，^⑬改革開放以來，中共歷次企圖恢復農村合作醫療制度的嘗試都以失敗告終，主要就是因為缺乏集體經濟的支持與國家的積極介入，而且又採取自願參加的原則，使得農村合作醫療制度只是一種以社區為範圍、建立在自願與合作基礎上的醫療制度，自然對於許多農民很難有吸引力。甚至因為是採取自願參加的方式，因此可能會出現所謂的「逆選擇」情形出現，大量弱勢者參加合作醫療制度，使合作醫療無法提供民眾品質優良的醫療服務，反而被龐大的醫療支出拖垮。

以社區為範圍的合作醫療是早期民眾在資源有限的情況下為了解決自身醫療保健問題所籌設的醫療保障制度，雖然在特定的歷史時空有其存在的價值，但隨著社會經濟的變遷，社區型的合作醫療已經很難滿足民眾的需求，不論是社會保險或私人商業

註⑩ 陳美霞，「大逆轉：中華人民共和國的醫療衛生體制改革」，批判與再造，第 31 期（2006 年 5 月），頁 34~48；Meei-shia Chen, "The Great Reversal: Transformation of Health Care in the People's Republic of China," pp. 456~482.

註⑪ 高和榮，風險社會下農村合作醫療制度的建構（北京：社會科學文獻出版社，2008 年），頁 84。

註⑫ 韓俊等，中國農村衛生調查（上海：上海遠東出版社，2007 年），頁 102。

註⑬ 楊紅燕，中國農村合作醫療制度可持續發展研究（北京：中國社會科學出版社，2009 年），頁 86。

保險都能夠提供民衆更多的選擇與保障。1980 年代到 1990 年代想要重建農村合作醫療制度的嘗試都告失敗，正顯示純粹的農村合作醫療制度並不能解決農民醫療保健的問題。但如果要建立「準社會醫療保險」的保障制度，勢需許多條件配合，這些配套條件要能被創立，又必須有國家的介入才能順利運作。

2003 年以來中共所要建立的新型農村合作醫療制度已經拋開舊有的立場與做法，因此才被稱之為「新型」農村合作醫療制度。新農合與舊有的合作醫療制度改革的差異在於國家角色的差異，過去二十餘年間中共對於合作醫療基本上是不聞不問的，除了少數試點改革的農村會投入比較大量的資源外，其他實施農村合作醫療制度的農村由於缺乏國家資源的支持，實際上成為真正的社區合作醫療制度，且社區的合作醫療只停留在村或鄉的層級，因此很難長期維持。

肆、國家與新農合的發展

2002 年 10 月中共中央、國務院發布《關於進一步加強農村衛生工作的決定》，強調：「到 2010 年，要使中國農民人人都能享受初級保健」，並要求「各級政府要積極組織引導農民建立以大病統籌為主的新農合，重點解決農民因患傳染病、地方病等大病而出現的因病致貧、返貧問題」；同時規定「從 2003 年起，中央財政對中西部地區除市區以外的參加新農合的農民每年按人均 10 元安排合作醫療補助資金，地方財政對參加新農合的農民補助每年不低於人均 10 元，具體補助標準由省級人民政府確定」。^④ 2003 年 1 月中共衛生部、財政部及農業部聯合發布《關於建立新型農村合作醫療制度的意見》，對於新型農村合作醫療的資金籌集與管理方式都有明確的規定，尤其強調要以大病統籌為主，一改傳統農村合作醫療以預防保健與門診醫療為主的保障方式。隨後，中共即開始在浙江、湖北、雲南與吉林四省及其他縣市進行試點，並企圖逐步推廣到全國各地。

國家在推動社經政策時並不能夠在空中建起樓閣，它會受到它原有的社經結構的限制，特別是原有的制度所鑲嵌的環境及其形成的路徑依賴，使其在制定政策時要受到種種限制。^⑤ 因此，在分析中共推動新型農村合作醫療制度時，需要考慮當時的農村醫療環境。這個環境具有如下特質：首先，原有的農村合作醫療制度在大多數農村都已解體，無法滿足農民的醫療需求，但同時農村存在大量鄉村醫生靠賣藥維生；因此重新建立農村衛生室與鄉鎮衛生院的醫療組織是當務之急，並且還要設法解決鄉村醫師的收入問題，其次，多數農村的醫療完全是採取自費醫療，在醫療資源有限的情況下，合作醫療保障究竟如果是要以大病住院保障為主，或小病門診給付也要兼

註④ 2006 年中央財政與地方財政的補貼分別提高至不低於人均 20 元，2008 年再調整為個人繳費不低於 20 元，中央與地方財政補貼不低於 40 元，因此合作醫療資金已經不低於人均 100 元。

註⑤ 關於制度與環境鑲嵌的討論，參見 Peter Evans, *Embedded Autonomy: States and Industrial Transformation* (Princeton: Princeton University Press, 1995)。

顧？此外，農民對於幹部普遍存在不信任，進而對政府推動的新政策與新制度也抱持懷疑態度，此時如果貿然採取強制性加入的作法，可能無法得到農民的信任與支持。同時，貧困地區農民的所得很低，因此繳費不能太高，否則農民參加的能力與意願都會受到影響，但繳費如果太低，又可能無法達到保障的效果。

面對前述問題，中共在推動新農合之初，中央國家提出大病統籌為主，允許農民自願參加，國家給予大量財政補貼，積極投入醫療資源、重建農村基層醫療系統等措施來規畫新的醫療制度。中央國家提出一系列方案，但有些規畫在試行一段時間後就遭到地方國家修正，使其能更符合基層的需要。另一方面，地方國家所提出的修改方案，又使得各地之間的合作醫療制度出現一定程度的差異，影響著農民的醫療條件。

在中央國家與地方國家互動影響下形成的新農合具有如下特徵：

一、籌資形式與來源

為了解決新農合的資金問題，避免再出現過去合作醫療改革資金不足的問題，新農合特別規定新制籌資採取個人繳費 1/3、政府財政補助 2/3 的組成形式。2003 年新農合實施之初採取個人繳費每年不低於 10 元，地方政府補助不低於 10 元，中央政府對於除東部地區以外的農村補助不低於 10 元；2006 年時調整為中央與地方各補助不低於 20 元；2008 年再調整為個人繳費不低於 20 元，中央與地方補助不低於 40 元，醫療資金每人總共有 100 元。同時，新農合與過去的合作醫療另一重大差異是不再以鄉或村為統籌單位，而以縣為統籌單位，使資源能做更有效的分配與調度。

目前新型農村合作醫療制度是採取固定提撥制，即農民每年繳交固定的費用、加上中央與地方政府的補助，構成主要的籌資來源。此制的特點是財源穩定，不致出現財務危機，但受限於政府投入財源的不足，農民可能無法得到充分的醫療照顧。由於近年來中央政府財政上已經有比較大的改善，因此此次在建立新型農村合作醫療制度時，中央政府願意承擔較大的財政負擔，國家願意扮演比較積極的角色是新農合能夠順利啟動與發展的重要因素。

同時，為了避免再出現過去那種個人參合、全家使用醫療資源的搭便車行為以及只有弱勢農民參合的逆選擇行為出現，因此新農合特別規定農民參合以家庭為單位全體參加。但各地對於農民參加新農合仍然採取自願參加個人收費的方式，因此可能出現部分農民不參加合作醫療的情形，並且可能威脅日後新型農村合作醫療制度的持續發展。不過，由於新農合目前是中央國家列為重要的農村建設工作，基層幹部全力動員投入，挨家挨戶向農民收繳費用，因此我們可以發現，農民參加新農合的人數與比例一直呈現持續增長的趨勢，2004 年新農合初實施時，參合農民只有 8040.01 萬人，但到 2008 年 9 月底，參合人數已達 8.14 億人，參合率為 91.5%。^③

目前新農合的籌資構成主要是由政府財政補助資金為主，以 2007 年為例，當年籌

註 ③ 張大勇等，「2008 年中國農村社會保障情況報告」，李小云等編，2008 中國農村情況報告（北京：社會科學文獻出版社，2009 年），頁 70。

資總額為 427.96 億元人民幣，其中各級政府財政補助資金佔籌資總額的 76.15%，農民個人繳費僅佔 22.38%，^㉗顯見政府財政補助已經成為新農合籌資的主要來源。

但這也顯示國家各級政府財政是否持續投入將成為影響新農合能否長期健全發展的重要關鍵因素。目前正是新農合推動的熱點階段，因此各級政府都投入大量財政資源，但隨著熱潮退去，地方政府財政能否繼續維持這樣比例的投入，將是新農合能否可持續性發展的挑戰。即使在目前新農合還處於熱潮時期，某些地區就已經出現中央政府與地方政府所承諾的投入資金未如期到位的情形，^㉘自然會令人擔憂等到新農合熱潮結束後，各級政府是否還能持續投入如此大量的財政資源。

二、從「保大不保小」改為「保大又保小」的保障

中共最初提出新型農村合作醫療制度的規畫時，是以大病統籌為主，即平常所謂的「保大不保小」保障方式，針對農民大病住院醫療進行保障，不提供門診方面的保障。但這種醫療保障方式顯然不能滿足貧困地區農村居民的需求，而且所謂的「保大不保小」的保障，實際上並不能真正做到對大病的保障，因為目前的大病保障是採取農民與基金共同負擔的「共付」方式，^㉙即農民仍然要負擔一定比例的醫療費用，且自付的比例非常高，有些地區農民自付比例甚至高達住院醫療費用的 80% 以上，^㉚由於對於大病的保障只是提供一定比例的保障，而且農民自行負擔的比重仍然很高，因此很多農民仍然無力支付需要共付的看病費用，以致如果農民真正遇到大病，合作醫療並不能解決他們的醫療問題，因為誠如葛延風等人所言：「低水平大病統籌無法達到防貧目的」。^㉛

因此許多地區都發展出「保大又保小」的醫療保障方式，我們田野所訪談的農村也都實施類似的「保大又保小」的保障模式。實施「保大又保小」模式允許農民的一般門診看病也能核銷經費，使得農民比較敢於就診，不致小病拖成大病、重病，反而造成醫療資源更大的浪費，因此「保大又保小」模式在農村普遍受到農民與基層衛生工作人員的歡迎。「保大又保小」模式的出現，顯然是地方國家在新型農村合作醫療制度上所做的制度創新。2008 年中共衛生部長陳竺在全國新農合工作會議上指出：「開展大病統籌與門診統籌相結合的試點」，^㉜代表中共當局已經接受地方國家所提出的制

註 ㉗ 高廣穎，「鞏固和發展具有中國特色的新型農村合作醫療保障制度」，杜樂助等編，**中國醫療衛生發展報告 No.4**（北京：社會科學文獻出版社，2008 年），頁 121~122。

註 ㉘ 吳顯華，「國內外農村醫療保障的政府規制比較分析」，**醫學與哲學：人文社會醫學版**（北京），第 29 卷第 1 期（2008 年 1 月），頁 55~56。

註 ㉙ 有些研究醫療保險的學者如顧昕等人認為共付制度是必要的，因為農民也需要負擔部分醫療費用，這樣才不會造成醫療資源的浪費。顧昕等，**診斷與處方：直面中國醫療體制改革**（北京：社會科學文獻出版社，2006 年）。

註 ㉚ 向春玲，「國家與社會視野中的『新農合』制度建設」，頁 100。

註 ㉛ 葛延風等，**中國醫改：問題·根源·出口**（北京：中國發展出版社，2007 年），頁 134。

註 ㉜ 「陳竺出席 2008 年全國新型農村合作醫療工作會議並作總結講話」，**中國醫學會議網**，2009 年 5 月 10 日，http://www.ok120.com/news_view.asp?newsid=305。

度創新，對原先以大病統籌爲主的新農合保障方式進行調整。

三、經費核銷

目前各地實施新農合除了在「保大不保小」或「保大又保小」的保障上有著差異外，經費核銷也是一個關係農民就診及農村合作醫療體制發展的重要議題。經費核銷現在最被人詬病的就是核銷手續繁瑣，且村民住院後需要先自付所有醫藥費，然後再憑單據向有關部門辦理核銷退款，^{④③}由於農民自付的比例很高，且核銷退費過程繁雜、緩慢，以致失去原有的醫療保障作用。

經費核銷還涉及到門診核銷的層次問題，即村民在村衛生室的門診可否辦理核銷，有些地方允許農民在村衛生室的門診費用也可以核銷，有些農村則只允許村民在鄉鎮衛生院的門診費用才可核銷。村民能否申請村衛生室門診的費用核銷，會對農村醫療產生兩個方面的影響：首先，農民如果能夠核銷村衛生室的門診費用，將有利於農民看病就診的便利性。其次，村衛生室能否進行門診核銷，更涉及村衛生室能否得到足夠的經濟資源來維持衛生室的正常運作；如果村衛生室的門診不能核銷，村民將轉往鄉鎮衛生院或私人診所就診，村衛生室的收入將大爲減少，如果國家的補助又不能大幅增加，則村衛生的生存勢將面臨嚴峻的挑戰。

村衛生室如果能夠進行門診核銷，還要處理核銷比例的問題，即村民每年可以在村衛生室門診核銷的費用是多少？如果核銷的費用愈高，就意味著村衛生員的收入將會隨之增加，但這可能也代表鄉鎮衛生院的門診收入可能會減少。^{④④}我們訪談的三個地區中，黔東南與冀北的農村都已允許農民可以將村衛生室的門診費用申請核銷，但冀北農村村衛生室門診費用核銷比例較小，村衛生室相對受惠較小。晉西農村則仍然尚未開放村衛生室門診可以進行核銷，以致村衛生員的收入在新農合實施後多數都未出現增加，甚至有些村衛生員收入還減少，因為許多村民都轉往可以辦理門診核銷的鄉鎮衛生院看病，鄉鎮衛生院的收入普遍增加。

另一方面，黔東南地區的村衛生室每年可以核銷門診費用 20 元，即農民個人繳費的部分都可用在村衛生室的門診上，以致村衛生員在實施新農合後收入普遍提高，許多村衛生員在接受訪談時都表示他們的收入已經較過去增加一倍。冀北 QL 縣每人每年可在村衛生室申請 8 元的門診核銷，核銷的比例遠不如黔東南地區，因此村衛生員在受訪時並不會特別感受到新農合實施對於他們的有利之處。

註④③ 不過，我們在 QL 縣訪談時發現該縣允許村民在出院時就可辦理退費，大大減輕村民辦理核銷退費的負擔。

註④④ 受訪的村衛生員與鄉鎮衛生院院長告訴我們：村衛生室門診費用能否核銷，是影響村衛生室正常運作的重要因素；村民在村衛生室門診核銷費用如果愈高，則村衛生員的門診收入將會增加。但從黔東南的田野調查我們發現，村民在村衛生室門診核銷費用比例提高，並不必然影響鄉鎮衛生院醫療門診的收入，實施新農合後黔東南的村衛生室與鄉鎮衛生院的收入都隨之提高，鄉鎮衛生院收入提高可能與這兩年國家對鄉鎮衛生院投入衛生醫療資源大幅增加有關，由於鄉鎮衛生院的醫療設備與治療水平都有所提高，使得村民願意到鄉鎮衛生院就診。

四、基金使用與管理

爲了有效使用與管理合作醫療基金，新農合特別規定醫療基金必須專款專用，不得從合作醫療基金中提取管理費用，經辦新農合機構的人員和工作經費必須由地方政府財政預算支付，不得從農村合作醫療基金中提取；同時提高統籌單位，改變過去以鄉或村爲單位的統籌方式，改以縣爲單位進行統籌，增強共濟能力。

不過，基金管理、經費收繳與醫療費用核銷實際上都需要工作人員執行與管理成本，目前負責新農合行政工作的「農合辦」都是由地方衛生部門人員兼任，實際上工作已經超過他們應有的負荷。因此，新農合不允許基層政府從合作醫療基金中提撥管理費用，用意雖好，但卻脫離現實。我們在黔東南與冀北的訪談時發現，爲了解決基金管理所產生的費用問題，縣級政府事實上只有默許所屬的鄉鎮衛生院向下面攤派這部分的成本，這些地方的鄉鎮衛生院都會要求衛生員將每月營收的一定比例提成上繳。^⑤

五、農村基層衛生組織的建設

新農合實施後，中央國家與地方國家都開始加大對農村衛生醫療資源的大量投入，使得許多農村醫療硬體設施都有大量改善，我們在山西與貴州兩省都看到目前許多農村都正在重建或新建村衛生室，村衛生員在村中進行治療的空間問題因此能夠得到解決。貴州的改變尤其巨大，貴州的衛生官員告訴我們：當地現在每村都要設立標準化的衛生室，其中上級政府補助 5 萬元人民幣，不足部分則由縣政府負擔，目前當地一間衛生室的實際建造費用大約需要 7 萬餘元人民幣。

但醫療體制高度市場化與私有化的河北，國家對於村衛生室的重建工作就遇到困難，由於冀北農村每個村都不只有一個衛生室，以致地方政府必須面臨要如何選擇哪個衛生室是被認可的衛生醫療機構，可以得到衛生室重建的補助。我們在 QL 縣就發現許多農村仍然還未建立起新的村衛生室，村醫大多在自己家中狹小的空間中看診，少數獲得政府補助建立的新村衛生室也曾引起其他村醫的反彈與爭議，使地方幹部不敢輕易再做決策。

當國家在農村普遍重建村衛生室時，如何面對農村鄉鎮衛生院卻是一個令國家困擾的問題。在農村合作醫療體制中，介於村衛生室與縣醫院之間的鄉鎮衛生院是重要的關鍵衛生醫療機構，特別是在村衛生室尚未正常運作的農村，鄉鎮衛生院是提供農民基本醫療保障的重要單位。但改革開放後，不但許多村衛生室已經解體，鄉鎮衛生院的狀況也很不理想。例如 2007 年我們在尚未實施新農合的 SL 縣調查時發現，當時該縣十一個鄉鎮中只有三個鄉鎮衛生院還能正常運作，其他衛生院基本上都處於解體

註 ⑤ 在黔東南每月村衛生員上繳鄉鎮衛生院的比例是營收的 20%，不過，這其中有 5% 是屬於應當上繳給基金的風險保證金。

狀態，連產婦接生的能力都沒有；有些鄉鎮衛生院甚至已經外包給私人，成為只賣藥的藥房。這種情形在實施新農合後雖然有所改善，但國家提供的只是醫院房舍的新建與整修，不論是醫療設備更新與醫護人員補充基本上都沒有增加。

伍、地方國家與各地新農合發展的差異

從前面的分析我們可以發現，國家在新型農村合作醫療制度建立過程中扮演著重要的角色，如果沒有國家的介入與大量財政投入，新農合很可能會步上改革開放以來歷次農村合作醫療制度改革失敗的命運。探討國家在新農合發展過程中所扮演的角色時，我們同時要注意到中國大陸中央國家與地方國家的差異以及地方國家對新農合運作的影響，地方國家在新農合發展的重要性可從兩方面來觀察：一方面地方國家在執行新農合政策時會採取一些創新方法，改變中央國家的政策規畫；另一方面，地方國家受限於本身所鑲嵌的社會環境的差異，使得地方國家在推動新農合時會採取不同的政策，以致新農合在各地會出現一定程度的地方制度差異。

改革開放後，由於集體經濟的解體，農村合作醫療制度也迅速崩潰，村衛生室成為個體診所，鄉村醫師只能以賣藥養醫，且國家對市場不管制，以致鄉村醫師良莠不齊，彼此惡性競爭，農民不但不能得到好的醫療服務，甚至還要支付昂貴的醫療費用。同時，農村公共衛生工作更無人擔負，農民的身體健康與農村的衛生環境都面臨嚴重的威脅。新農合實施後國家重要的任務之一就是重建村衛生室，村衛生員是村衛生室的主體，村衛生員經濟上能否自給自足攸關新型農村合作醫療制度是否順利運作與村衛生室能否維持的關鍵。要想維持村衛生室的正常運作及要求村衛生員擔負起公共衛生與基本醫療服務的工作，勢需國家介入，建立起一套規範與制度性的支持力量，一方面保證村衛生員的基本收入，同時又要確保村衛生員提供一定品質的公共衛生與基本醫療服務，才能使村民獲益而願意支持新農合的發展。

我們的田野經驗發現，三地的地方國家在處理新農合議題時所採取的方式與策略有相當大的差異。下面我們將透過對三地地方國家實施新農合時在村衛生室政策上差異的比較分析，說明地方國家對農村醫療制度發展的影響。表 1 列出我們田野訪談的三省四縣在實施新農合所存在的制度差異。

在我們研究的個案中，貴州黔東南是最貧困的地區，但因被中央國家列入新農合實施的重點扶持地區，國家給予大量補助，使其擁有獨立財源開展新農合的基礎建設。同時貴州省 TJ 與 LS 兩縣的衛生主管官員還會主動採取許多創新的方法來面對新農合實施所遭遇的問題。其中 TJ 縣尤其會依據現實環境的需求，積極提出各項創新作法，並善用外來 NGO 提供的資源，使 TJ 縣在醫療制度發展上提出許多創新做法，甚

至後來被推廣至其他農村。^{④⑥}爲了維持村衛生室的穩定發展，TJ 縣與 LS 縣地方政府目前每月發給村衛生員 80 元補助，又允許村民可以在村衛生室辦理門診核銷，且協助村衛生員取得鄉村醫師的證照、提高其醫療看診能力，這些措施使得村民有意願在社區就診，村衛生員的收入能得到一定程度的保障，但又不需國家負擔太多財政支出，因此是具有永續性發展的醫療制度。

要開放村衛生室能夠進行門診核銷，依規定村衛生員必須具備鄉村醫師的資格，LS 與 TJ 兩縣對於提升村醫水平非常積極，隨著中國大陸教育水平的普及，目前新出任的村醫基本上都有中專的教育水平，兩地的衛生行政部門近年來並採取積極措施對尚未取得合格醫師證書的村醫進行醫學教育補強的輔導工作，具體的作法包括：LS 縣是補助村醫到衛校上課，使村醫能正式取得教育文憑；TJ 縣則由縣衛生局舉辦村衛生員講習班，未取得證照的村醫定期前往衛生局上課，講習結束還會舉行考試，通過者才可取得縣衛生局頒發的鄉村醫師證書。由於地方政府的積極介入，我們可以發現新農合實施後黔東南地區農村的村醫水平已經大幅提高。^{④⑦}

山西省 SL 縣是該省最窮困之一的縣，也是最晚實施新農合的縣，我們在 2007 年暑假前往該縣進行田野訪談時，該縣還未曾實施新農合，多數農村的村衛生室與鄉鎮衛生院都處於癱瘓狀態，但等到 2009 年暑假再度前往調查時已經看到農村醫療出現很大的變化，多數鄉鎮衛生院都已翻修新房，部分村衛生室也在進行重建。但 SL 縣衛生部門的作法缺乏彈性變化，嚴格遵守中央國家早先規定的新農合「大病統籌爲主」醫療保障原則，因此不允許村民可以在村衛生室辦理門診醫療核銷，^{④⑧}嚴重影響村衛生員收入。我們訪問的許多 SL 縣村衛生員都表示：實施新農合後部分農民因鄉鎮衛生院門診可以核銷，因此都跑去鄉鎮衛生院看病，以致他們的收入不升反減。另一位曾任鄉鎮衛生院院長的退休醫師坦承：實施新農合後，SL 縣的鄉鎮衛生院又開始「紅起來」了，衛生院醫生的收入也大幅增加。

SL 縣目前也尚未提供任何補助給村衛生員，^{④⑨}但 SL 縣的衛生官員表示：山西省目前正計畫發給村衛生員每月 800 元人民幣，惟要求村衛生員除了在當地行醫外，同時還需擔負農村公共衛生工作。由於 SL 縣目前尚未實施該計畫，因此我們無從得知計

註 ④⑥ TJ 縣優異的表現與制度創新是由該縣前任衛生局長陳局長及其工作團隊所建立起來的。陳局長在新農合實施初期提出許多適應當地需求的創新方案來，並且爭取到 ZG 基金會的贊助，使該縣許多做法如給予村衛生員補助、在縣衛生局開設培訓班訓練村衛生員取得鄉村醫師證照等制度創新得以實現，並在鄰縣得到推廣。

註 ④⑦ 黔東南地區村醫水平大幅提高，除了地方政府的積極介入外，中央政府的政策支持以及 ZG 基金會的援助也都是重要的因素。雷山縣村醫上衛校的經費與台山縣衛生局舉辦的研習班費用大多數都是由 ZG 基金會資助的。到 2009 年 ZG 基金會決定終止補助村醫上衛校的計畫，因為現在地方政府已經編列有經費執行此一方案。

註 ④⑧ SL 縣少數鄰近城區的衛生室村民每年可以在衛生室辦理 12 元門診核銷。

註 ④⑨ 據 SL 縣的一些村醫表示：SL 縣附近的鄰縣，由於是產煤大縣，縣財政收入富裕，因此對於村衛生員都已按月發給補貼。

畫能否真正落實。^⑩從常理來看，改革開放以來中國大陸的國家機器已經從村層級退出，許多貧困地區的村都處於癱瘓狀態，^⑪連村支書與村委會主任都不能享受這樣的待遇，如何能期待國家提供村衛生員鐵飯碗的支持。^⑫

河北省的 QL 縣雖是三地中最富裕的縣分，但農村醫療卻存在比較多問題，這主要是因為本地原有的農村醫療高度市場化，地方國家面臨高度市場化的複雜環境，卻無法介入及制定相關的管制規範，也無法採取積極措施提供村衛生室援助。在黔東南與晉西地方國家基本上只承認每村有一家衛生室的合法地位，但 QL 縣的農村卻存在每村有多家村衛生室設置的情形，本來冀北農村一個行政村往往有數千人口，^⑬足足可以維持一個非常有規模的村衛生室，但因為地方國家長期採取自由放任態度，國家角色與職能的缺位，因此農村醫療市場處於高度惡性競爭狀態，導致「政府失靈」與「市場失靈」同步出現的局面。「市場失靈」使得農民不但不能得到好的醫療服務，甚至還要支付昂貴的醫療費用；同時，「政府失靈」也使得農村的公共衛生工作也無人負責，農民的醫療保健與農村的衛生環境都面臨嚴重的威脅。

醫療高度市場化所形成的一村數位村衛生員的現象也使得地方國家要提供醫療資源補助時面臨分配上的困難，以致本地村衛生員每月並不能得到任何經濟補貼，村衛生室的改建也遲遲無法開展。QL 縣雖然允許村民可以辦理村衛生室的門診核銷，但核銷金額只有 8 元人民幣，核銷比例要比黔東南低許多。

比較三地新農合的發展我們可以發現，地方國家所能掌握的農村醫療資源有限，因此能夠提供給農村衛生醫療的資源有限，但地方國家如果採取積極措施協助農村合作醫療制度的發展，還是能夠產生很大的影響作用。地方國家做法的差異除了與地方領導幹部的認識與態度有關外，還受到地方國家所鑲嵌的社經環境有關，強大的私有化與市場化醫療環境會使國家的介入受到各種結構性限制，增加地方國家介入時的困難。

註 ⑩ SL 縣目前共有 134 個村衛生室，每位村衛生員如果補助 800 元，共需 107200 元，該縣 2008 年財政支出約需 7 千萬元，但財政實際收入才 3 千萬元。受訪的衛生官員表示：目前山西省政府規畫村衛生員每月補助 800 元的經費來源，將採取上級政府負擔六成、SL 縣負擔四成經費的方式解決。

註 ⑪ 關於改革開放後村級組織衰退的討論，參見 Yang Zhong, *Local Government and Politics in China: Challenge from Below* (Armonk: M. E. Sharpe, 2003), pp. 158~181.

註 ⑫ 目前有些城市如北京，已經將涉及預防保健的公共衛生部門與一般門診住院的醫療機構加以區分，社區衛生服務機構回歸公益性，負責公共衛生與社區基本醫療服務的醫護人員成為所謂「吃皇糧」的公務人員，不必再靠「賣藥養醫」的方式維生。但晉西農村是否也能朝此一目標邁進？可能要視山西財政狀況及地方國家是否有這樣的積極企圖心。

註 ⑬ 在黔東南與晉西的山地農村，一個行政村的人口多在一千人以下，有些村甚至只有五百人左右。

表 1 實施新農合後三地農村衛生醫療狀況的變化

地區差異	河北QL縣 (高度市場化的地方國家)	山西SL縣 (高度服從中央的地方國家)	貴州LS縣、TJ縣 (制度創新的地方國家)
村衛生室市場化程度	一村超過一個衛生室	一村一衛生室	一村一衛生室
村衛生室是否獲得重建補助	極少數重建	少數重建	大多數衛生室都已新建完成
村衛生員補貼	沒有	目前沒有，未來計畫一個月補貼800元	每月80元
村衛生室門診核銷	每人每年可以核銷8元	不能核銷	每人每年可以核銷20元
村衛生員收入	略微增加	沒有增加、有些衛生員表示減少	明顯大幅增加
鄉鎮衛生院收入	略微增加	明顯大幅增加	明顯增加

資料來源：依據作者田野訪談資料整理。

陸、結 論

本文主要是透過對貴州、山西、河北三省四貧困農村縣的田野訪談調查，研究中國大陸新農合在這些地區發展的現況及國家在新農合實施過程中所扮演的角色，特別針對地方國家對農村醫療制度發展影響進行分析，以進一步了解新農合在各地的實踐經驗。本文雖然主要是討論新農合對村衛生室的影響，而非新農合的全盤影響，惟村衛生室無疑是當前農村醫療衛生工作中最重要的環節，特別是在公共衛生部分；在村設立衛生室的做法也是中國大陸合作醫療制度中最有特色的部分，曾被世界衛生組織列為衛生醫療典範，故本文透過新農合對村衛生室影響所進行的分析仍有其特殊的意義。

2003 年中共決定實施新型農村合作醫療制度時，由於中央國家財政能力已經大為改善，所以中央國家願意投入更大經費用於農村醫療衛生項目，解決了改革開放以來農村集體經濟解體後無法支持農村合作醫療制度的困境，使得此後新農合能在比較好的財政支援下開展。

不過，中央國家在推動新農合時，是要靠地方國家來推動執行，因此地方國家能在中央國家所建構起來的框架下進行某種程度的修正；加上改革開放以來中共採取分權讓利的政策，使得地方國家擁有相當大的自主權，以致地方國家在推動新農合時，會出現相當程度的異同。

從前面的分析我們可以發現，中央國家推動新農合時原是規畫採取大病統籌為主的保障方式，這種「保大不保小」模式並未給予村衛生室任何積極的補助，但在實踐過程中地方國家逐漸發展出「保大又保小」的保障模式，允許農民可以將部分保費用來支付門診核銷，村衛生室角色同時開始受到相當程度的重視。我們在黔东南與冀北的田野調查都發現地方國家事實上都已對「保大不保小」的保障模式做了相當大的修

正，允許村民可以將村衛生室門診做一定額度的核銷。

我們的研究還發現，在醫療衛生項目上，中共是採取非常分權的治理方式，因此地方國家在面對村衛生室的營運管理問題時，採取的做法有相當大的差別。例如貴州 TJ 縣與 LS 縣一方面補助村衛生員每月 80 元津貼，另一方面允許農民每年所繳的保費 20 元可以用在村衛生室的門診核銷上，這兩項措施大大減輕了村衛生員的營運壓力，對於村衛生室的正常運作起著重要的促進作用。同時，上級政府提供經費協助村衛生室的新建工程，更使鄉村醫生可以在一個良好的醫療環境下進行衛生醫療服務。三地中最窮困的黔東南地區因為地方國家積極介入及進行制度創新，反而成為新農合運作最好的地區。

相對地，晉西的 SL 縣卻因仍然遵守中央國家規定的「保大不保小」原則，不允許村衛生室可以進行門診核銷，使得新農合實施後村衛生員的收入並未顯著增加，甚至有些鄉村醫生的收入還略微減少，影響新農合的正常運作。SL 縣目前企圖透過提供村衛生員每月 800 元的大幅補助方式，賦予村衛生員同時能肩負起公共衛生與基本醫療服務雙重任務，但這筆財源從何而來？能否長期持續維持？在農村稅費改革後，地方政府財政普遍困窘之際，這一大膽的規畫是否能夠得到落實，實在令人懷疑。

冀北的 QL 縣雖是三地中最富裕的地區，卻因醫療高度市場化與私有化，使得地方國家要想介入建立一套可以運作的基層衛生制度存在重重困難。面對一個村可能存在數位村衛生員的情況下，有限的醫療資源究竟要提供給哪間衛生室進行硬體重建或讓哪位村衛生員能夠每月領取補貼，地方國家實在很難進行抉擇，自然也就無法採取積極的有效作為。

三地在推展新農合時雖然存在相當大的差異，卻也面臨許多同樣的困難亟待解決。由於我們研究的對象都是貧困的農村縣，因此財政困難是這些縣同樣面臨的問題，尤其近年來中央國家為了減輕農民經濟負擔，實施農村稅費改革，但稅費改革卻使得地方國家因財政收入不足出現嚴重的財政危機，縣級的地方國家為了解決財政困境，大規模的進行「撤鄉併村」，將許多鄉鎮與村級組織合併，^⑭以減少人事行政費用支出。這種「撤鄉併村」所能達到的財政經濟效果很有限，但卻產生一項嚴重的副作用，即撤鄉併村後由於行政單位減少，許多鄉鎮衛生院與村衛生室都因行政區域重新調整而遭到裁撤的命運，部分農民原先就診的醫療衛生服務機構因裁併而必須改到遙遠的地方才能接觸到鄉、村兩級的醫療服務，以致不能再得到良好的社區衛生醫療服務。^⑮今後國家願意在農村投入多少醫療資源，這是影響新農合能否順利發展的重要因素。

不過，中國大陸的經濟近年雖出現高速的發展，但國家能夠投入衛生醫療經費還

註 ⑭ 李昌平、董磊明編，*稅費改革背景下的鄉鎮體制研究*，頁 9。

註 ⑮ 我們在山西 SL 縣調查時就發現，由於近半的鄉鎮近年來已經被裁併，有些裁併鄉鎮的衛生院被改組為衛生中心，但我們前往這些衛生中心參訪時發現，有些衛生中心仍然執行地方的醫療功能，但有些衛生中心已經停止運作，使得農民無法得到適當的醫療服務。

是有限的，因此新型農村合作醫療制度要能順利運作，中共衛生部門還要發揮農村合作醫療制度中原有的優良傳統，如紮根於基層的鄉村醫生、團結中西醫（使用傳統醫療技術）、醫療與防治並重、建立三級醫療預防保健網、面向群眾等特色，利用有限的資源做到最好的醫療保障；同時也要認識到農村地區性的差異，根據不同地區農村的特性與需求，規畫適合當地的醫療制度，不搞一刀切，才能建立起可持續發展的新型農村合作醫療制度。

* * *

（收件：99 年 7 月 1 日，修正：99 年 11 月 11 日，接受：100 年 1 月 21 日）

State and the New Cooperative Medical Schemes in Rural China

Te-pei Huang

Professor, Graduate Institute for Social Transformation Studies
Shih Hsin University

Abstract

By comparing the results of a field investigation on the impact of the New Cooperative Medical Schemes (NCMS) in the rural areas of China, this article aims to examine the status of medical services in rural areas, the characteristics of the NCMS, the problems that exist within the system and potential reforms. In addition, as social policy establishment and administration in China has become decentralized, there is considerable variance in the execution of the NCMS in different places, which is also discussed in this study.

The geographic area of China is large and therefore decentralization has been adopted. Decentralization leads to a division of the role of the nation: central state and local state. The nature and role of these two states are quite different and could even cause tension if any conflicts in interests and behaviors occur, which further affects the development in rural areas. Hence, the purpose of this study is to analyze the role of the nation on the implementation of the NCMS from the perspective of the two governing levels.

The results of our study show that the operation of the local state in southeast Guizhou was qualified in creating systems, and thus the NCMS ran smoothly there. The local state in west Shanxi followed the regulations of the central state strictly, and because of this, the NCMS presented several problems for local physicians. In the rural areas of north Hebei, the healthcare system was highly market-oriented, and therefore, the local state could not enact effective measures to maintain the development of the NCMS.

Keywords: new cooperative medical scheme; central state; local state; rural governance

參考文獻

- 「中共中央國務院關於深化醫療體制改革意見全文」，國藥網，2009 年 3 月 17 日，
<http://www.sinopharm.com/307-822-14936.aspx>。
- 「陳竺出席 2008 年全國新型農村合作醫療工作會議並作總結講話」，中國醫學會議網，2009 年 5 月 10 日，http://www.ok120.com/news_view.asp?newsid=305。
- 王國軍，「中國農村社會保障制度的變遷」，浙江社會科學（杭州），第 1 期（2004 年 1 月），頁 138~143。
- 王紹光，「如何摸著石頭過河——從農村合作融資體制的變遷看中國體制的學習模式與適應能力」，潘維主編，中國模式：解讀人民共和國的 60 年（北京：中央編譯出版社，2009 年），頁 314~379。
- 世界銀行，中國：推動公平的經濟增長（北京：清華大學出版社，2004 年）。
- 向春玲，「國家與社會視野中的『新農合』制度建設」，中共中央黨校學報（北京），第 10 卷第 5 期（2006 年 10 月），頁 98~104。
- 朱玲，「政府與農村基本醫療保障制度選擇」，中國社會科學（北京），第 4 期（2000 年 7 月），頁 89~99。
- 吳顯華，「國內外農村醫療保障的政府規制比較分析」，醫學與哲學：人文社會醫學版（北京），第 29 卷第 1 期（2008 年 1 月），頁 55~56。
- 李昌平、董磊明編，稅費改革背景下的鄉鎮體制研究（武漢：湖北人民出版社，2004 年）。
- 李玲，「中國應採用政府主導型的醫療體制」，中國與世界觀察（北京），第 1 期（2005 年 10 月），頁 156~162。
- 汪東林，梁漱溟問答錄（香港：三聯出版社，1988 年）。
- 姚力，「『把醫療衛生工作的重點放到農村去』——毛澤東『六·二六』指示的歷史考察」，當代中國史研究（北京），第 14 卷第 3 期（2007 年 5 月），頁 100~105。
- 胡振棟，「農村合作醫療創始人覃祥官」，炎黃春秋（北京），第 3 期（2001 年 3 月），頁 62~64。
- 夏杏珍，「農村合作醫療制度的歷史考察」，當代中國史研究（北京），第 10 卷第 5 期（2003 年 9 月），頁 112~120。
- 徐斯儉、吳玉山編，黨國蛻變：中共政權的菁英與政策（臺北：五南出版社，2007 年）。
- 高和榮，風險社會下農村合作醫療制度的建構（北京：社會科學文獻出版社，2008 年）。
- 高廣穎，「鞏固和發展具有中國特色的新型農村合作醫療保障制度」，杜樂勛等編，中國醫療衛生發展報告 No.4（北京：社會科學文獻出版社，2008 年），頁 118~142。
- 國家統計局農村社會經濟調查總隊編，中國農村統計年鑑（2004）（北京：中國統計出

- 版社，2004 年）。
- 張大勇等，「2008 年中國農村社會保障情況報告」，李小云等編，2008 中國農村情況報告（北京：社會科學文獻出版社，2009 年），頁 67~106。
- 張自寬，論農村合作醫療（太原：山西人民出版社，1993 年）。
- 張建平，中國農村合作醫療制度研究（北京：中國農業出版社，2006 年）。
- 陳安，「1994 年稅制改革以及對中國農村財政結構的影響」，黃宗智主編，中國鄉村研究（第 7 輯）（福州：福建教育出版社，2010 年），頁 119~152。
- 陳美霞，「大逆轉：中華人民共和國的醫療衛生體制改革」，批判與再造，第 31 期（2006 年 5 月），頁 34~48。
- 陳龍編，中國農村初級衛生保健適宜技術與基本藥物手冊（上海：上海醫科大學出版社，1991 年）。
- 陸學藝等編，內發的村庄（北京：社會科學文獻出版社，2001 年）。
- 黃德北，「新自由主義與中國大陸退休養老制度改革」，中國大陸研究，第 47 卷第 4 期（2004 年 12 月），頁 53~74。
- 楊紅燕，中國農村合作醫療制度可持續發展研究（北京：中國社會科學出版社，2009 年）。
- 葛延風等，中國醫改：問題・根源・出口（北京：中國發展出版社，2007 年）。
- 鄒農儉、吳業苗，稅費改革：農村治理模式的躍進（北京：社會科學文獻出版社，2007 年）。
- 蔡景峰等編，中國醫學通史：現代卷（北京：人民衛生出版社，2000 年）。
- 韓俊等，中國農村衛生調查（上海：上海遠東出版社，2007 年）。
- 顧昕等，診斷與處方：直面中國醫療體制改革（北京：社會科學文獻出版社，2006 年）。
- Bernstein, Thomas P. and Xiaobo Lu, *Taxation without Representation in Contemporary Rural China* (Cambridge: Cambridge University Press, 2003).
- Chen, Meei-shia, "The Great Reversal: Transformation of Health Care in the People's Republic of China," in William C. Cockerham ed., *The Blackwell Companion to Medical Sociology* (Oxford: Blackwell, 2001), pp. 456~482.
- Chen, Pi-chao, *Population and Health Policy in the People's Republic of China* (Washington DC: Interdisciplinary Communications Program, Smithsonian Institution, 1976).
- Chung, Jae Ho, "Beijing Confronting the Provinces: The 1994 Tax-sharing Reform and Its Implication for Central-local Relations in China," *China Information*, Vol. 9, No. 2/3 (Winter 1994/1995), pp. 1~23.
- Cockerham, William C., *Medical Sociology* (Upper Saddle River, NJ: Pearson, 2007).
- Cornia, Giovanni Andrea and Renato Panizza eds., *The Mortality Crisis in Transitional Economies* (New York: Oxford University Press, 2000).
- Evans, Peter, *Embedded Autonomy: States and Industrial Transformation* (Princeton:

- Princeton University Press, 1995).
- Evans, Peter B., Dietrich Rueschemeyer and Theda Skocpol eds., *Bringing the State Back in* (New York: Cambridge University Press, 1985).
- Hofrichter, Richard ed., *Health and Social Justice: Politics, Ideology, and Inequity in the Distribution of Disease* (San Francisco: Jossey-bass, 2003).
- Hsing, You-tien, *Making Capitalism in China: The Taiwan Connection* (New York: Oxford University Press, 1998).
- Jamison, Dean T. et al., *China: The Health Sector* (Washington DC: The World Bank, 1984).
- Musgrove, Philip, *Public and Private Roles in Health Theory and Financing Patterns* (Washington DC: The World Bank, 1996).
- Oi, Jean C., "Fiscal Reform and Economic Foundations of Local State Corporatism in China," *World Politics*, Vol. 45, No. 1 (October 1992), pp. 99~126.
- Oi, Jean C., "The Role of the Local State in China's Transitional Economy," *China Quarterly*, No. 144 (December 1995), pp. 1132~1149.
- Oi, Jean C. and Zhao Shukai, "Fiscal Crisis in China's Townships: Causes and Consequences," in Elizabeth J. Perry and Merle Goldman eds., *Grassroots Political Reform in Contemporary China* (Cambridge: Harvard University Press, 2007), pp. 228~252.
- Rosenthal, Marilyn M., *Health Care in the People's Republic of China: Moving Toward Modernization* (Boulder, CO: Westview Press, 1987).
- The World Bank, *Financing Health Care: Issues and Options for China* (Washington DC: The World Bank, 1997).
- White, Sydney D., "From 'Barefoot Doctor' to 'Village Doctor' in Tiger Spring Village: A Case Study of Rural Health Care Transformations in Socialist China," *Human Organization*, Vol. 57, No. 4 (Winter 1998), pp. 480~490.
- Zhong, Yang, *Local Government and Politics in China: Challenge from Below* (Armonk: M. E. Sharpe, 2003).