

奖励与惩罚机制下的地方医疗卫生服务改革

——对县域医疗卫生服务改革的研究

王 晶

(中国社会科学院 社会学所 北京 100732)

[摘 要] 县级政府是中国当下最完整的一级地方政府,在具体政策的落实过程中,它既是接受上级政策的执行者,又是因地制宜的政策设计者。本文以XR县为例,分析了县级政府在地方医疗卫生服务改革中的角色、行为与激励机制,县级政府通过“院财局管”、“乡村一体化”以及“干部召回”等管理模式创新,上收了行政权限,使得在分权化的行政体制下,有效地推动了地方卫生服务改革。但公共服务政策执行的结果并非是一个“共赢”局面,在资源重新布局中,资源越发向上集中,地方公共服务体系并未获得实质上的改善。

[关键词] 行政吸纳; 权力上移; 连带责任; 纵向人事问责

[基金项目] 2011年度国家社会科学基金青年项目《农村社会资本影响老年健康的机制研究》(11CSH065)

[作者简介] 王 晶(1980—),女,辽宁省昌图县人,中国社会科学院社会学研究所助理研究员,主要从事老年福利、住房政策研究。

[中图分类号] C912.3 [文献标识码] A [文章编号] 1003-7071(2016)02-0188-06 [收稿日期] 2015-09-12

近些年来,随着中国的崛起,中国社会政策模式逐渐引起国际学者的关注。中国的长期高速发展,背后应有一整套制度体系的支撑,那么,中国社会政策的特殊性到底体现在何处?当代中国是五级政府科层管理体系,县是最完整的地方政府,县一级行政机构设置基本参照国家行政体制框架结构进行设计。中央政策制定之后,自上而下的向下推行,县级政府是解释和传输政策的枢纽。当代中国行政体制具有独特的运作特征:一方面,当一项新的制度被自上而下的强制推行时,下级地方政府通常没有能力拒绝,而且由于制度改革的路径依赖性,大部分制度改革在推行之初往往惯用“运动”方式来快速铺展,因此下级政府必须在指定的时间内落实;另一方面,由于各个地区的差异性,中央政策通常只是以原则、框架的形式提出,允许地方政府“因地制宜”作适度调整。在一个具体政策的落实过程中,县级政府通常既是上级政策的执行者,同时又是因地制宜的地方政策设计者。所以,以县域政府在政策落实中的行动为分析视角,可以更为清晰地观察中国地方政府在实践层面的政策制定和执行过程中的特殊性。本文即希望通过分析县级政府在公共服务改革过程中的行动,探讨中国公共服务政策如何在地方进行落实,不同的政策主体产生怎样的互动关系,中国公共服务政策的特殊性体现在哪些层面。

一、地方政府的角色与行为逻辑

从2004年开始,中央政府逐步增大公共服务的投入,提出公共服务均等化目标。在这一过程中,中央政府对地方政府在社会保障、公共服务等领域的角色有了新的定位。从官方话语体系来看,从“社会管理”到“社会治理”再到当下的“社会建设”,中央政府希望引导地方政府脱离经济发展的单向思维,将社会发展纳入地方政府的议事日程和工作重心。

在1980年代初的经济体制改革中,地方政府的激励机制主要来源于两方面:一是行政分权,中央政府将经济管理权力下放地方,地方政府拥有相对自主的行政决策权限;二是财政分权,中央通过“财政包干”将财权下放地方,地方即有动力与中央分享财政收入^[1] (P50-81)。特别是改革开放初期,预算外收入是地方政府主要财政来源,地方政府更有动力去推动经济增长^[2]。在以企业所得税、流转税等为主要收益来源的财政结构下,地方政府也有动力促进工商业发展,着力推进农村工业化,其角色更像是“董事会一样管理辖区内的工商企业”形成“地方合作主义”^[3] (P99-126)。

但是,公共服务改革与经济体制改革有所不同,它更多地涉及各级政府如何配置财政资源,实现公共服务的目标。在公共服务制度改革上,地方政府自身动力远弱于经济改革动力。从1994年中央与地方的分

税制改革 地方政府的财力被严重压缩 但公共服务职能并未改变,“财权”与“事权”划分并不彻底 地方政府仍是公共服务的供给主体^[4]。在中国新一轮的公共服务改革中,仍然面临着这样的矛盾。因此,一方面,大部分公共服务制度的改革方案都是由中央政府制定框架 自上而下传输到地方政府 同时为了激励地方政府在公共服务上的积极性,中央政府也在财政政策进行调整 以项目的方式承担了很大的比重。杨瑞龙称这种制度改革模式为“供给主导型”的制度改革,以区别于需求引致型的制度改革^[5]。需求引致型的制度改革 源于理性行为主体在既定制度条件下无法获得预期的收益,自下而上的推动制度变迁。而供给主导型的制度改革则是在现有的纵向人事问责机制和分权化的财政体制下,由权力中心制定具体的改革方案和政策目标,由地方政府执行的改革。上级政府为了掌控改革的发展动向 将通过政策目标设定权和检察验收权控制地方政府的行为^[6]。

在中国现有的纵向问责体制下 地方政府很少能就政策目标与上级政府讨价还价,更多的表现为“不计成本、不惜代价”的行政科层化治理行为^[7]。刘玉照等注意到地方政府在政策实施过程中,由于受到制度本身的合法性程度和完善程度、行政体制的运作特征,以及制度执行者主动性与自由余地的影响,地方政府表现出选择性的学习、选择性阐释和选择性执行的特征^[8];孙立平、郭玉华等在更早就注意到基层政府的变通行为,认为“变通实际上是一种正式制度按照非正式程序进行的运作” 通过因地制宜的地方性策略来完成上级政府交办任务的做法^[9]。

本文以县级政府为分析对象,集中关注县级政府在新一轮公共服务改革中的行为。调查案例 XR 县位于贵州省西南部,为国家级贫困县,由于财政、人力资源等条件限制,在医疗卫生服务改革中并非先行先试的样板县。但作为县一级行政机构,在宏观政策环境下却不得不动。这样一个贫困县地方行政机构在解读政策、调动资源、达成指标过程中的行为可能会存在一些特殊性。但本文的核心不是意在总结县级政府公共服务改革的共性模式,而是关注自上而下的公共服务改革目标确立以后,县级政府的行为会发生哪些变化,县级政府会如何解构政策,在公共服务改革落实过程中会采取哪些策略,呈现出什么样的特征。更进一步的,县级政府为何会采取这样的策略,背后的激励机制是什么?如果说在以经济发展为主线的改革过程中,地方政策表现出“财政收益最大化”的动机,那么在政

策重点从经济发展向社会建设,或者同步转型的前提下,县级政府的激励机制和具体行为反映出地方政府治理模式发生了怎样的变化?

二、XR 县医疗卫生服务改革背景

在地方医疗卫生服务改革推进中, XR 县并非先行先试的示范者。2009 年,卫生部印发《关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》,贵州省 2010 年印发《贵州省基本公共卫生服务项目考核方案(试行)》的通知,而 XR 县于 2011 年印发《XR 基本公共卫生项目实施实施方案》。在该方案的扉页上明确指出,“为了贯彻《卫生部、财政部和国家人口和计划生育委员会关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》……根据国家规范并结合我县实际,特制订本实施方案”。

在方案内容上,卫生部发布的方案中提出了 9 项公共卫生服务项目,即建立居民健康档案、健康教育、预防接种、传染病防治、儿童保健、孕产妇保健、老年人保健、慢性病管理、重症精神疾病管理。当中央政策传输到县一级,其公共卫生服务的项目内容提法和项目数量都发生了一些变化,变为:居民健康档案、健康教育、免疫规划、传染病防治与突发公共卫生事件处置、儿童保健、孕产妇保健、老年人保健、慢性病管理、重症精神疾病管理、卫生监督协管等 10 项内容。

从项目目标上, XR 虽为贫困县,但是政策目标却没有折扣。2012 年,根据 XR 县“三按月”管理安排意见的通知, XR 县超额完成了上述的地方公共卫生指标:居民健康档案建档率已达到 75%,剩余人口按 30% 递增;孕产妇建档率达到 90%,系统管理率达 80%;0—6 岁儿童免疫规划疫苗接种率达到 95% 以上;0—6 岁每月新生儿建卡率 80%;儿童保健管理率达到 75% 以上;高血压和糖尿病患者规范管理率为 40% 以上^①。

从政策过程的角度看,地方医疗卫生制度的改革是自上而下推进的,中央政府制定了未来五年的政策目标,最后由地方政府因地制宜的进行政策落实。面对上级指派的固定任务,我们看到,在 XR 县的政策方案中,不仅不折不扣地贯彻落实,而且在一些指标上甚至超前完成。在 XR 县这样的地区,财力、人力、物力资源均明显不足,县级政府会采取什么样的策略以实现上述政策目标,实现目标的激励机制又在哪里,这是本文以下试图分析的核心问题。

三、县级政府的行动空间与激励机制

在制度执行过程中,谁来提供具体的服务是很关

^①数据资料来源于《XR 县关于 BD 镇基本公共卫生服务“三按月”管理安排意见的通知》。

键的问题。一项具体的社会服务究竟由“政府提供”还是“外部购买”不同的供给方式将界定不同的政府权力边界。如果由“政府提供”那么行政主体与服务主体将形成一种行政隶属关系;如果由“外部购买”那么行政主体与服务主体将形成一种市场契约关系。

在1990年代的市场化浪潮下, XR县乡镇卫生院名义上为公立性质的地方卫生机构,但实际上已成为自我经营、自负盈亏的市场主体,而乡村医生更是游离于正式体制之外,依靠业务收入和药品加成收入维持生存。在XR县的医疗卫生服务改革中,县级政府首先就这些原有的组织结构进行了创新性的制度改革。

(一) 权力上移与行政吸纳

首先,县卫生局在其下新设立了“院财局管”办公室,实施对乡镇卫生院的财务和资产的监督、管理,规范乡镇卫生院的经济行为,强化预算约束力,实现收支两条线的财政预算改革。具体来说,“院财局管”办公室发挥三方面的功能:一是统一收支,医疗收入和药品收入全部缴入“院财局管”的乡镇卫生院中心账户;二是统一支付,资金支出由“院财局管”办公室实行授权支付;三是规定了乡镇卫生院资金使用顺序:医疗费成本支出——职工20%的工资——公用经费——事业发展基金(业务收入的20%)——夜班加班费——其他支出。在此管理模式下,乡镇卫生院的自主权力受到制约,大额业务收入和支出均需经过“院财局管”办公室审核批复,绩效工资来源于职工工资的20%预留,由年终考核决定二次分配,由此削弱了乡镇卫生院自由分配收益的权限。

其次,实施乡村一体化管理,建立起村卫生室“二制四有五统一”管理机制。“二制”即村卫生员许可准入制、待遇补助浮动制,“四有”即看病有登记、用药有处方、收费有凭据、公共卫生服务有台账,“五统一”即实现对卫生室行政、业务、财务、药品、工资的统一管理。其中,村卫生员许可准入制和待遇补助浮动制是乡村一体化管理的必备条件。在农村,私人诊所没有行医权,通常每隔五年按市卫生局分配的村卫生员数量上报市卫生局许可准入,许可准入的村卫生员必须按许可地点从业。实行乡村一体化管理之后,乡村医生进行合并,一个行政村只允许设立一个村卫生室,许可准入的2—3个乡村医生联合办公,接受合作医疗报销,执行公共卫生和基药政策。那些未接受许可准入的乡村医生如果继续行医,则属于非法行医,卫生监管部门有惩处的权力,这是地方卫生部门控制乡村医生的第一个必要条件。但实行乡村一体化之后,乡村医生的报酬是由诊疗收入、基本公共卫生服务项目经费和县财政补助村医经费三块组成的,而公共卫生服务经费

随乡村医生的工作绩效上下浮动,这是督促乡村医生执行地方医改的第二个必要条件。第三个必要条件是资金控制。在XR县调查时,乡村医生每年要向政府交纳保证金,金额从5000~10000元不等,如果他们在家诊疗、不采用基药、未完成公共卫生工作量,罚款将从保证金中予以扣除。

为了顺利贯彻落实地方医疗卫生服务改革, XR县政府一改市场化时期放任乡村医疗卫生自生自灭的态度,通过“院财局管”、“乡村一体化”、“定点诊所”、“收支两条线”等方式将乡村医疗资源重新纳入了行政化管理序列。金耀基曾以“行政吸纳政治”对港英政治体制进行概括^[10]。本文所提到“行政吸纳社会”的过程不同于“行政吸纳政治”的过程,地方医疗卫生资源被吸纳进行政体系之后并未影响具体政策的权力,其意义仅在服膺地方政府的政策意图。地方政府实际上是以行政吸纳的方式控制地方医生顺应改革的方向,事实上这种方式确实在一定程度上影响了XR县乡镇卫生院和乡村医生的行为。在笔者调研期间,乡镇卫生院和乡村医生主体收入都发生了重大的变化。在乡镇卫生院的业务收入中,公共卫生补贴占到业务收入的近40%;在乡村医生的收入中,公共卫生补贴占到业务收入的50%甚至更高。这样的收入格局意味着,无论是乡镇卫生院还是乡村医生,其经营和存续越来越依赖政府的项目补贴。

(二) 纵向目标考核与横向交叉检查

上文分析了XR县政府通过组织结构调整,其潜在动机是将权力上移并实施行政调控。而行政调控的具体运作方式就是频繁的目标考核。在XR县,县政府创新性的提出了“三按月”的绩效管理新模式:一是“按月下达任务”,每年年初对居民健康档案、免疫规划、慢性病管理、儿童保健、孕产妇保健、老年人保健工作任务进行测算,按测算统计结果按月分解下达于各服务单位或服务人员,层层落实任务;二是“按月督促落实”,按月对各服务单位和服务人员工作任务完成情况进行考核,对档案真实性、规范性和准确性在全县通报;三是“按月兑现绩效奖惩”,根据每月工作进度完成情况,按季度核拨项目资金。全年工作任务未完成,被扣减的项目经费不再补拨。

为了进一步保证任务指标能够按月完成, XR县政府在自上而下纵向开展“三按月”的检查之外,还采用了横向的“交叉检查”方式。所谓交叉检查,即同级别、同业务的单位对项目任务完成情况进行交叉检查。这种检查方式对地方的压力甚至高于上级政府的检查压力。在严格的刚性指标任务下,各个地方政府都有一定的变通做法,这些做法通常是地方卫生机构之间默

会的行为。上一级政府缺乏足够的信息进行监督检查。相反,地方服务机构之间对彼此的变通行为更为熟悉。在末位淘汰制的惩罚机制下,基层单位之间的交叉检查甚至比上级单位的检查更有效率。

(三) 绩效奖励与行政惩罚

奖励和惩罚是目标考核体制中最为关键的环节。如前文所述,XR县政府通过“院财县管”、“乡村一体化”等措施,已经把基层医务人员纳入到一种行政考核体系之下,县级卫生行政机构掌握了基层财力分配和人事任免的权力。因此,通过指标考核以及与之相关的奖惩措施,构成了对基层医疗机构和医务人员的激励和约束。

在激励机制建构中,个体与整体之间的责任—利益关系对于政策结果具有非常重要的影响。当个体与整体之间具有紧密连接、不可分割的连带责任时,原有针对个体的奖励和惩罚机制,因为与整体的捆绑关系而被放大。个体的工作绩效以整体的任务完成情况为基础,在整体任务没有达到最优的情况下,制度上不存在个体最优的可能。XR县卫生局对地方医疗的考核和奖惩即循着这样的逻辑展开。卫生机构考核具体分解为单位考核、单位负责人考核和单位职工考核。单位的考核结果与个人的考核结果紧密关联在一起,当单位考核为优秀时,获得以单位为基础的绩效奖励,单位员工的集体福利将获得提升,同时负责人还可以获得额外的个人奖励;相反,当单位考核不合格,单位全体成员的绩效工资都将受到牵连。这种奖惩方式实际上是给单位负责人带来了双重的压力:一是来自上级政府的压力;二是单位职工的集体压力。单位负责人如管理不力,将会影响集体的考核结果以及与之相关的绩效奖励,而单位员工也可能会采取用脚投票的方式脱离单位的管理,无形之中就会对单位负责人形成强大的激励去千方百计地完成指标任务。

当代中国政治体制中,从中央到地方都坚持党管干部的纵向的行政问责,这是保证中央政策指令能落实到基层的重要政策手段。在XR县,进一步拓展了党管干部的形式,提出“干部召回”制度,即对不服从组织安排和工作安排,政令不畅,履职不力的干部实行召回管理。召回视干部的履职水平,采取转岗、免职、降职、降级、待岗、辞退、解聘等方式进行组织处理。对于地方干部来说,行政问责的压力更甚于经济奖罚的压力,以上无论哪种召回方式,都会削弱干部的行政权威,进而影响到所能掌控的资源以及未来可能申请的资源。从另一方面讲,这种政绩上的污点可能会影响其未来职位上晋升的机会。

综合来看,上述三个方面其实是互为因果,县级政

府作为中间层级的行政主体,在执行政策中具有一定的政策创新空间,但这种政策创新空间是以完成指标任务为前提。从XR县的政策实践看,县级政府创新性地改革了原有的组织架构,设立了“院财局管”办公室,建立了“乡村一体化”管理体系,其核心动力都在于上收行政的权限,为进一步推行项目奠定财政和人事管理的基础。有了上述的组织工具,县一级卫生行政机构便可以采用目标考核机制以及与之相关的奖惩措施,刺激地方卫生机构贯彻上级的政策意图。在这个过程中,纵向问责的干部考核机制对指标完成起到重要的作用。在当代中国现行政治体制下,由于上级政府掌控地方的人事任免以及行政惩罚(“干部召回”)的权力,在政策推进中通过强化干部的考核和奖惩,对政策改革起到了加速推进的效果。但问题也恰恰源于此,地方干部“唯指标为是”的激励可能会进一步造成政策改革的大跃进,使得改革难免沦为一种运动式的治理。而这也就是以下将要重点讨论的问题。

四、政策改革的结果

前文分析了在纵向问责压力型体制下,地方政府和基层卫生提供者之间形成了连带责任主体,具有了完成任务指标的强激励。那么,在行政力量强力介入的前提下,政策改革是否能达到预期效果呢?在笔者调研过程中,XR县级卫生局将优势资源集中于少数几所条件较好的卫生机构。比如县级医院的建设,XR县卫生局投入了大量的资源进行提档改造工作,总投资大约占年度卫生预算支出的一半以上。

在县级医疗卫生体系中,县级医院的水平很大程度上反映了地方医疗服务的最高技术能力。XR县政府将大量卫生资源投向县级医疗卫生机构,将县医院作为地方医疗卫生改革示范的典型。为了实实在在的突出典型,县级卫生局给予了县医院特殊的行政和经济待遇。在行政待遇上,在人员编制有限的情况下,县医院有获得人员编制的优先权,地方乡镇医院不能挤占县医院的指标。为了县医院的发展,地方乡镇卫生院甚至腾挪指标供县医院招募医技人才;在经济待遇上,地方政府投入大量财政资金改造县医院基础用房,购买高技术设备。目前,XR县医院已经提前升级为二级甲等医院,在同级县医院中位列前茅,这也成为地方卫生局引以为豪的政绩。

在以XR县医院为先导的公共服务改革中,我们看到机构之间发展不平衡的矛盾凸显出来。在资源有限的条件下,不仅增量资源向县医院倾斜;为了经济绩效考量,存量资源也在进行重组,向县医院进行输送。在这种发展逻辑下,基层服务机构之间的差距不

是因项目资金输入缩小了,反而为了匹配项目要求被人为扩大了。

地方医疗服务改革的首要目标是“完善农村三级医疗卫生服务网络”政策的核心价值在于提升地方整体的医疗服务和公共卫生服务的能力,解决农村地区居民的健康问题。而实际的政策效果是,县级医院确实在各种特殊待遇下迅速壮大,而中层乡镇的医疗服务能力却停滞不前,甚至一定程度上被挤压。

在终端村级医疗服务制度传输上,县级卫生机构通过行政吸纳,控制乡镇和乡村医生的业务范围和盈利空间,降低政策执行的成本,在量化考核中实现了规定的考核指标。行政型的控制虽然能达成表面的绩效,但却忽略了实际的制度激励模式。如果说计划经济体制下,通过行政控制和城乡二元隔离的模式还可以奏效的话,那么当下社会,在市场经济条件下,资源是按照市场规则流动的。无论乡镇卫生院医生还是乡村医生都是理性群体,他们一方面可能会觊觎行政权力给予的编制内人员的特殊待遇,另一方面也会比较市场的收益和服膺行政管控的成本。我们发现,当地方政府希望用行政吸纳的模式控制乡村医务人员的行为时,产生了“劣币驱逐良币”的效果,好的医生可能会逐步退出乡村两级医疗市场,而水平差的医生依赖建档率、入户率等非技术性指标得到行政机构的认可,但实际上村级医疗服务水平降低了。换句话说,政府的能力是有边界的,在全面市场化背景下,医疗服务的价格是透明的,如果忽略了这个机制,采取强力的行政控制是不可能达到预期的效果。以上两点,成为地方卫生改革政策实施过程的意外结局。

五、总结与讨论

地方医疗卫生服务改革过程中,地方政府的动机和行为对于政策结果起着决定性作用,这一点正如普罗士(Prosser)所言,“在政策实施过程中,上层确立的政策目标恰如一道光线照进行政机关的黑箱,随即被影响地方政策执行的各种因素所折射”^{[11] P149}。地方政府位于政策传输末端,但任何一项政策都需要地方政府的重新解读,公共政策的落实也必须依赖地方政府的判断,而这种判断不可能加以规划,更不可能用数字指标来控制。因此,地方政府具有很高的自由裁量权,是实际的政策执行者。在“社会资源和服务配置”过程中,地方政府发挥着核心的作用,并非被动的政策执行者,而是由不同的外力形成的非定型化政策的中心^{[12] P177}。

在公共服务制度改革过程中,与公共服务制度改革相伴的是县级卫生资源的重组,县级政府通过集

权化的改革运作,创造了县级政府干预地方卫生改革的制度空间,使得在分权化的行政体制下,有效地引导和控制地方卫生机构的行为。在本研究中,XR县政府在实际运作中,创造性的提出了许多地方性制度改革方案,比如“院财局管”的资金管理方式、“乡村一体化”的行政管理以及“干部召回”人事管理方式,这些制度改革具有一定的积极意义。县级政府作为介于乡镇和市政府之间的行政主体,是实际上贯彻落实公共服务改革的主体。如果县级政府没有足够强的行政执行能力和财政支配能力,公共服务的改革则难以推进。但是,县级政府本身的位置决定了它也是一个利益主体,对上要贯彻政策改革意图,对下行使监督、控制改革的方向和进度。而执行具体任务的地方官员在纵向人事问责的政治场域中必须利用既有的政策空间,超额完成指标任务,才有可能积累获得换届晋升的政治资源。

但是,公共服务政策执行的结果并非是一个“共赢”局面,在资源重新布局中,资源越发向上集中,地方公共服务体系并未获得实质上的改善。从这一点上看,虽然项目本身规定了明确的指标评估标准,但是一旦进入地方的政策场域,如何运行最终还是要受到地方治理结构的影响。而在地方治理结构中,地方的行政权威依然很强大,公共服务项目为地方执行公共服务政策开辟了自由裁量的空间,以公共服务项目为行政体制的工具,获得了更大范围的控制权。王春光曾经提出“行政社会”的实践逻辑,“行政社会的产生和维持是由两个实践逻辑支撑的:一个是行政力量天生的扩张性,越来越多掌控社会,以消除损害秩序和稳定的隐患,与此同时能最大程度地获得利益,这是一个主动替代和僭越社会逻辑和市场逻辑的过程;另一个是被动逻辑,就是当行政逻辑损害了社会逻辑后,社会特别是民众会将问题和困境归咎于行政,然后产生对政府能力的‘依赖’,政府也就难以脱身”^{[13] P14}。由此可见,地方社会的“深层结构”对于公共服务政策的执行起着至关重要的作用^[14]。在整个案例分析过程中,我们依次看到与地方医疗服务体系中各方利益主体之间的互动,比如地方行政机构、乡镇政府、县医院、乡村医生等等,唯独地方公众是缺席的。公共服务改革的最终目标是更好地为地方公众提供优质服务,但在利益博弈过程中,政治执行中的核心议题——比如如何配置公共资源,如何评价公共资源的效率等等,地方公众的参与空间都是被严重挤压,最终的评价结果都是依赖于量化考核中的数字指标,而数字指标本身却常常并不能反映实质的制度绩效。

本研究只是从一个地方县级政府的角度分析讨论地方政府在公共服务制度落实中的诸多问题,由于地

方政治生态环境的复杂性,即便在同一个省市范围内,不同县级政府的政策优先性和激励机制都可能存在差异。所以XR县不太可能代表其他县市的制度行为。另外,在分析过程中,本文集中讨论了县级政府三种可见的策略机制,这并不意味着县级政府没有其他的应对机制,或者说其他机制不重要,而是作者在抽象提炼上的取舍所致。对于地方政府,特别是县级政府在整个社会政策过程中的角色和激励机制,本文仅仅是一个初步的尝试性探讨。随着公共服务、社会治理、社会建设等议题越来越多的进入县级政府的议事日程,对于地方政府在整个社会政策过程中的角色、行为以及激励机制的研究也将越来越重要,这需要政策研究者作长期跟踪性的观察和解读。

[参考文献]

- [1]GariellaMontinola ,Yingyi Qian and Barry T. Weigast. Federalism Chinese Style: The Political Basis for Economic Success in China [J]. World Politics. 48(1) . 1998.
- [2]周黎安. 中国地方官员的晋升锦标赛模式研究[J]. 经济研究 2007(7) .
- [3]Jean C. Oi. Fiscal Reform and the Economic Foundations of Local State Corporatism in China [J]. World Politics. 45(1) . 1992.
- [4]郁建兴,高翔. 地方发展型政府的行为逻辑及制度基础[J]. 中国社会科学 2012(5) .
- [5]杨瑞龙. 论制度供给[J]. 经济研究 1993(8) .
- [6]周雪光,练宏. 中国政府的治理模式: 一个“控制权”理论[J]. 社会学研究 2012(5) .
- [7]欧阳静. 压力型体制与乡镇策略主义逻辑[J]. 经济社会体制比较 2011(3) .
- [8]刘玉照,田青. 新制度是如何落实的? 作为制度变迁新机制的“通变”[J]. 社会学研究 2009(4) .
- [9]孙立平,郭玉华. “软硬兼施”: 正式权力非正式运作的过程分析——华北B镇收粮的个案研究[J]. 清华社会学评论特辑 2000.
- [10]金耀基. 行政吸纳政治——香港的政治模式[A]. 金耀基. 中国政治与文化[M]. 牛津: 牛津大学出版社, 1997.
- [11]Prosser J. The Politics of Discretion: Aspects of Discretionary Power in the Supplementary Benefits Scheme inM. AdlerandS. Asquith(eds) , Discretion and Welfare [M]. London: Heinemann Educational. 1981.
- [12]Lipsky M. Street - Level Bureaucracy [M]. New York: Russel Sage. 1980.
- [13]王春光. 城市化中的“撤并村庄”与行政社会的实践逻辑[J]. 社会学研究 2013(3) .
- [14]Schwarzmantel J. The State in Contemporary Society [M]. Helmel Hempstead: Harvester Wheatsheaf. 1994.

Motivate Primary health reform with award and punishment ——Primary Health Reform in County government

WANG Jing

(Institute of Sociology , Chinese Academy of Social Sciences , Beijing 100732 , China)

Abstract: County government is the most complete local government. It usually plays dual roles simultaneously, one as the top-down policy performer, and the other as the designer of local policies. This paper analyzes the role, behavior and incentive of county government in the reform of primary health care services. Based on our research, the county government introduces innovative regulations like “finance bureau for township hospital”, “integration management of village health” and “cadres recall”, which aimed at increasing the concentration of administrative privileges, so that promoting the primary health care reform effectively under the decentralized administrative system. However, the reform of institutions is not a win-win situation, the resources become more concentrated in the process, and the primary health service system has not been substantially improved.

Key Words: administrative absorption centralized power; joint liability; vertical accountability

[责任编辑、校对: 冯金忠]