

中国卫生政策的议程设置

——以合作医疗制度为例

房莉杰

提 要: 结合王绍光对中国政策议程设置模式的划分, 本文回顾了从新中国成立初期农村合作医疗建立, 到改革开放后解体和重建失败, 再到 2003—2007 年新型农村合作医疗建立和全国推广的过程。回顾发现, (新) 农合的议程设置依次经历了计划经济时期相对封闭的动员模式, 发展到改革开放后的内参、借力和外压模式并存, 并且相对开放的外压模式正在成为主流的议程设置模式。卫生政策 (或者说社会政策) 议题要想在“压力竞争”中胜出, 并且降低社会成本、提高效率, 那么独立和通畅的谏言渠道, 媒体、政策对象、学者之间的良性互动都是不可或缺的。

关键词: 合作医疗制度 议程设置模式 政策过程卫生政策

一、导言: 卫生政策变迁的动力何在?

从已有的中西方社会政策发展历程来看, 社会政策一方面嵌入经济社会环境中, 深受一个特定社会的意识形态和整体制度安排的影响; 另一方面, 作为收入再分配工具的社会政策, 也被视为对市场经济的负面后果的补救。从这个角度说, 社会政策总是在一定程度上滞后于经济和社会发展。具体到中国的卫生政策变迁, 回溯发展历史, 计划经济时期的卫生政策从属于“总体性社会”(孙立平, 2009) 的制度安排; 改革开放之后, 一步步沦为“市场社会”(王绍光, 2008) 的一部分。进入 21 世纪, 中国经济增长自发带动社会进步的时代结束, 社会政策和收入分配问题日益引起人们关注, 在这种背景下, 2003 年中国“新型农村合作医疗”制度的启动可以作为新一轮卫生改革的序幕, 而在 2009 年, 新医改全面展开, 卫生体系的发展再次经历“里程碑”。通过这一过程, 不难看出中国的卫生政策从属于经济发展。然而问题是, 卫生政策固然滞后, 那么影响卫生政策滞后程度的因素是什么? 卫生政

策又是如何被意识到，并被提上议事日程？本文尝试以农村合作医疗的发展为例，理解中国卫生政策的政策过程。

农村合作医疗是颇具中国特色的医疗保障制度，根据实施时间的不同，这项制度有新旧之分。“旧”的农村合作医疗（简称“旧农合”）出现于新中国成立初期，是一项以农村集体经济为基础的社区卫生保健制度，在计划经济时期一度覆盖过90%以上的农村地区，但改革开放后迅速衰落，最终被新型农村合作医疗所取代。“新型农村合作医疗”（简称“新农合”）的概念在2002年底出现，根据相关文件，国家对新型农村合作医疗制度的定义是：由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。^①

新、旧农合的不同更多体现在内容上，表1罗列了两者内容上的诸多差异：

表 1 新、旧合作医疗的内容差异

	旧农合	新农合
社会经济背景	农村集体经济	农村个体经营
参加原则	集体强制	自愿
统筹和管理单位	大部分是村集体统筹和管理	县级统筹、县级相关机构管理
资金筹集	村集体筹资	个人、集体、政府多方筹资，其中政府承担大部分筹资责任
补偿内容	初级卫生保健为主	大病统筹为主，兼顾小额门诊费用

从表1可以看出，在内容方面，两个阶段的合作医疗有着本质上不同。前者是农民之间的一种社区“合作”，后者虽然仍被称为“合作”医疗制度，但显然已经超出了社区界限，而不再是社区成员之间的“合作”了（房莉杰，2009）。按照筹资和管理方式，社会医疗保障可以分为社会医疗保险、社区卫生筹资等形式，前者以政府主导、强制参加为特征，后者以社区自治和自愿参加为特征（Hsiao, 1997）。按照这种划分，目前中国城市的职工医疗保险制度是一种社会医疗保险制度，而过去中国农村的旧农合是一种社区卫生筹资制度。但是从以上新农合的几个特点中，我们发现很难将其归入上述两类中的任何一类。一方面，这是一项较新的制度，区别于20世纪50年代就存在的“旧”合作医疗，虽然“新”合作医疗仍定位为“农村居民医疗互助制度”，但是已经包含了社会医疗保险的诸多要素，比如筹资和管

^① 由于本文的分析时段是到新农合建立初期为止，因此新农合内容等也指的是新农合建立初期的情况，不包含2008年以后的制度改革。

理上的政府主导（毛正中、蒋家林，2005）；另一方面，它并不是严格意义上的医疗保险制度，即虽具有社会医疗保险特征，但又有特殊之处，比如遵循农民“自愿参加”的筹资原则等。

从旧农合的瓦解到新农合的建立，中间有整整 20 年时间，那么本文开篇提出的问题就可以具体化为：20 年农村医疗保障处于空白期（滞后）的原因是什么？而又是什么促成了 21 世纪初的新农合建立？实际上，对这些基本问题的回答会有很多思路，而本文则尝试结合政策分析中的“议程设置（Agenda-Setting）”理论，从政策发展的角度对新农合制度进行分析。

二、议程设置模式：一个分析视角

在大量的问题中，总有一些问题具有“政治优先性”，被决策者认识到，因此提上政策议程。这个从“社会问题”到被决策者认识到的过程就是议程设置。尽管议程设置只是公共政策制定过程的一个步骤，但它却是政策过程的起点，决定了哪些问题将最终转化为政策，因此是公共政策制定过程中最重要的步骤之一（戴伊，2004：32）。根据议程设置理论，政府在某一时期会面临很多问题，不可能同时一一解决；在特定的社会环境下，某个问题会变得突出，敏锐的媒体和政策研究者通常能够及时对这个变化做出反应；然而这个问题并不必然被决策者认识到，因为对于决策者来说他们总是倾向于保守，希望减少制度实施的成本；通过媒体和政策研究者的努力，这个问题会逐渐被大众认识，并达成共识，从而形成舆论压力；这时如果有一些焦点性事件发生，则可以加速该问题转化为大众共识的进程；在该问题转化为大众共识后，其重要性和紧迫性会被决策者意识到，该问题因此具备政治优先性（Pearson，1995：56），提上议事日程（如图 1 所示）。

从图 1 可以看出，议程设置是在特定的社会宏观环境下，媒体、政策研究者、决策者、大众的互动过程。但需要说明的是，上述框架只是议程设置分析的一般框架，事实上具体到某个特定的时期，上述角色的关系和行为是不同的。

提到议程设置中角色间的关系和互动模式，不得不提柯布等三人（Cobb et al.，1976）的研究，他们将议程设置区分为三种模式：外部主导模式（Outside Initiative Model）——政策的动力来源于外部压力；动员模式（Mobilization Model）——政策

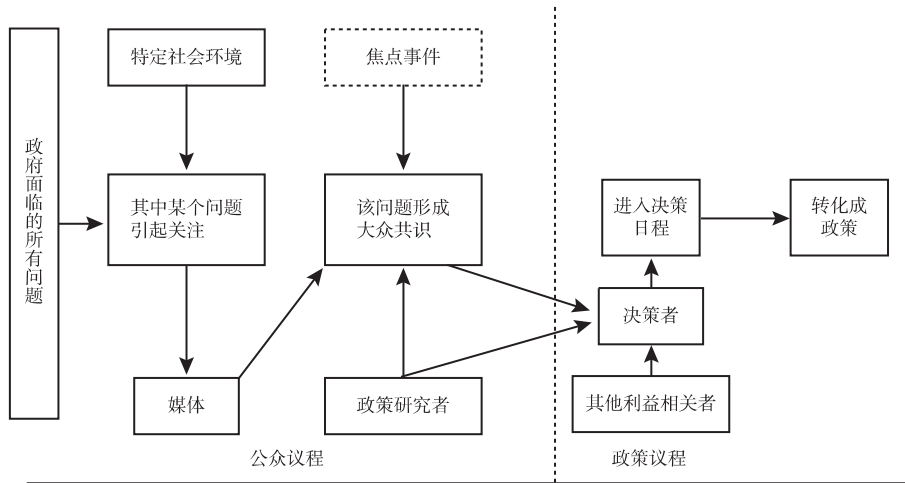


图1 议程设置过程

由政府发动，动员大众接受，最终转化为实践；内部主导模式（Inside Initiative Model）——政策由政府内部发动，强制执行。

受上述划分的启发，王绍光（2006）根据政策议程提出者的身份和公众的参与程度，结合中国国情，区分出六种议程设置模式（表2）：

表2 公共政策议程设置的模式

		议程提出者		
		决策者	智囊团	民间
民众参与度	低	I 关门模式	III 内参模式	V 上书模式
	高	II 动员模式	IV 借力模式	VI 外压模式

如表2所示，在关门模式中，议程设置的参与者只有决策者本身，公众和其他角色都没有参与空间，这是传统的专制社会普遍存在的模式；在动员模式中，议程的提出者也是决策者，但是决策者为了获得支持，会动员民众参与，因此对民众和决策者都要求较强的参与程度；内参和上书模式的共同点也是内部小氛围的互动，而没有民众的高参与度，两者的不同在于议程提出者，前者是内部的智囊团，而后者则是某些外部的社会精英；相比之下，借力模式和外压模式都是利用了民众的高参与度形成对决策者的压力，从而提出议程，但是两者的区别在于，前者的互动往往发生在智囊和民众之间，后者则有多个角色的参与。

王绍光在这六种不同的模式下,选择不同政策议题作为案例演绎,比如以20世纪80年代的“价格闯关”演绎“关门模式”、以计划经济时期的“三反五反”和改革开放后的计生政策等演绎“动员模式”、以计划经济时期的外交政策和改革开放后的农村改革等演绎“智囊模式”、以20世纪末的中国医改演绎“借力模式”、以21世纪初的某环保事件演绎“上书模式”、以21世纪以来的一些大众普遍关注的议题,从广义上解释“压力模式”。尽管其分析为理解我国公共政策的变迁提供了思路,但是作为该领域中国化研究的奠基之作,至少还存在以下几个方面值得继续发展:首先,王绍光用于案例演绎的政策议题,其覆盖范围是非常广泛的。然而不同的政策议题,事实上会有更适用于它的议程设置模式,如议题的类型是决定其能否提上政策议程的重要因素(Davies, 1974)。王绍光显然没有把这种议题的个性因素纳入分析框架。其次,王绍光选择的政策议题覆盖计划经济时期和改革开放之后,但是并没有就任何一个议题分析议程设置模式的发展和改变。事实上,不同的议题,在不同的时间,很可能采取不同的议程设置模式(Stewart & Lester, 2000, 66—76)。因此王绍光的分析框架中也缺乏明确的社会变迁视角,或者说,他并未将这六个议程设置模式跟转型中的中国社会环境进行互动分析。

因此,本文选择“农村合作医疗”这一案例,从历史变迁的角度,试图演绎卫生政策议程设置模式的变化,及其对之后的政策效果的影响。通过这些分析,本文尝试对王绍光的分析模式有所补充。需要说明的是,本文限于“卫生政策”分析,鉴于各种政策议题的独特性,本文的结论并不必然适用于其他政策议题。

三、农村合作医疗议程设置模式的变迁分析

从旧合作医疗到新型农村合作医疗,合作医疗制度的发展大致经历了三个阶段:新中国成立初期到改革开放初期的合作医疗建立和发展阶段(1955—1980年);合作医疗解体和重建失败阶段(1981—2002年);以及农村新型合作医疗建立和发展阶段(2002年至今)。

(一) 合作医疗的建立和发展阶段(1955—1980年) ——动员模式

新中国成立初期,经济萧条,百废待兴,在农村,由于农民缺乏生产工具和资

金，难以独立进行生产经营活动，因此政府在农村推行互助合作运动（陈锡文，2001）。在卫生领域，传染病肆虐，农民健康水平极差。在这种情况下，与经济上的互助合作运动相结合，借鉴解放前陕甘宁边区的“卫生合作社”经验，部分农村开始了医疗方面的互助。据记载，1955年初，山西省高平县米山乡在农业社保健站中实行“医社结合”，农民和农业合作社集资建立预防保健站，农民免费享受预防保健服务，患者免交挂号费和出诊费，也就是所谓的“合医合防不合药”的形式，这种形式很快得到卫生部的肯定和推广（国务院研究室课题组，1994：35—37）。由此可见，合作医疗最初是农民的自发行为，并非国家政策；而在1955年之后政府变成了推动政策的主力，这种医疗合作形式才具备了公共政策的色彩，与此同时，合作医疗的性质和内容也发生了变化。

1958年实现“人民公社化”后，合作医疗发展更快，1960年有40%的农业生产大队创建了合作医疗制度（刘远立等，2002）。但由于受到“左”的影响，过分强调“平均”、“共产”，反映在合作医疗方面，则不再是“合医合防不合药”的形式，而是“看病不要钱”，这跟当时的经济发展水平显然是不适应的，再加上20世纪60年代初的自然灾害，很多地区的合作医疗建立时间不长就无法为继，恰逢中央提出“调整、巩固、充实、提高”的方针，农村合作医疗放慢了脚步。1966年，情况又发生了变化：毛泽东批转了湖北省长阳县乐园公社办合作医疗的经验。由于处于“文化大革命”的特殊背景下，搞不搞合作医疗因此提高到了“路线问题”的政治高度，因此很快一哄而起，全国绝大多数生产大队都建立了合作医疗制度，该项制度甚至一度写进宪法。1979年，卫生部、农业部、财政部等部委下发了《农村合作医疗章程（试行草案）》，对合作医疗制度进行规范。1980年，全国有90%的行政村（生产大队）实行了合作医疗（国务院研究室课题组，1994：37）。

这段历史曾被国际社会高度评价，世界卫生组织认为，“中国农村的合作医疗制度是发展中国家群体解决卫生经费的唯一范例。”合作医疗制度、农村基层卫生组织和赤脚医生队伍被公认为计划经济时期农村卫生的“三大法宝”，对于新中国成立初期农村公共卫生的改善，农民健康水平的提高功不可没。更形象地指出，这就好像是一个藤上的三个瓜，藤是农村集体经济，三个瓜是制度、机构和人，三者有机地结合在一起，互相联系、互相影响（国务院研究室课题组，1994：40）。

旧农合的出现是农民的自发行为，但是结合上文的描述与学者的观点，旧农合的迅速发展绝不能归功于其制度的优越性，而是因为嵌入了“高度集权的、革命性

的政治经济体制和国家与社会关系”（顾昕等，2006：141）。也就是说，旧农合的议程设置是典型的政府主导，发动民众配合的动员模式。然而在动员的过程中确立的政策已经失去了本来的面目，不再是适应公共卫生需求的、以预防保健为主的制度，而演变成了“一大二公”的公社制度的重要组成部分，虽然从覆盖率上看较之自发阶段有了很大提高，但仍存在很多问题。众多研究表明，即使在合作医疗高潮时期也存在“春办秋黄”的现象，原因是片面强调看病不花钱的制度设计与经济发展水平的不适应，有限的集体资金无法支持持续发展；合作医疗内部管理混乱，财政监管不力，干部及家属任意开支等（杜鹰，2000；朱玲，2000）。更为严重的是，合作医疗制度设计的欠科学，加之缺乏民众对政策过程的介入，导致了后期农民对合作医疗制度的信任危机，调查显示，农民对合作医疗缺乏信任给之后的制度重建带来障碍（李卫平，2002：84—91）。

（二）合作医疗的解体与重建失败（1981—2001年）——内参模式和外压模式

正如上文所述，由于合作医疗本身存在的诸种问题，加之其赖以生存的集体经济的解体，改革开放之后合作医疗经历了一个迅速解体的过程（王禄生，2004）。

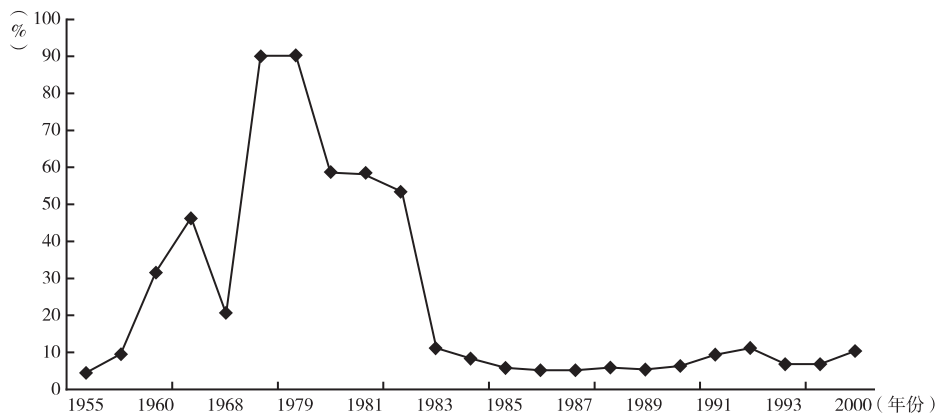


图2 1955—2000年全国合作医疗覆盖情况

整个20世纪80年代，中国经济体制改革的重点放在农村，当时的首要任务是恢复和发展经济，在这一核心指导下，农民人均纯收入有了很大提高，从1978年的133元增加到1990年的630元^①，增长了近5倍，在这种情况下，农民缺乏医疗保

① 数据来源：国家统计局，《中国统计年鉴2001》。

障的问题并不突出。

但是从 20 世纪 90 年代初开始，农民收入增长速度放缓，甚至一度停滞；医疗费用上涨迅速；农村居民缺乏基本医疗保障。这些问题相互影响，结果是农民看病难、看病贵问题突出，因病致贫、因病返贫问题开始浮现。如表 3 所示，农村居民医疗保障覆盖率一直不足 16%，甚至整体呈下降趋势，两周应就诊未就诊率和应住院未住院率都维持在较高的水平。在 2003 年农村致贫原因构成中，因疾病或损伤导致贫困的占 33%，是致贫的首要原因。

表 3 三次国家卫生服务调查农村居民医疗卫生服务利用情况

项目	年份	1993	1998	2003
	两周应就诊未就诊率%		33.7	33.2
应住院未住院率%		40.6	34.5	30.3
医疗保障率%		15.6	11.3	12.6

资料来源：卫生部统计信息中心，2005。

事实上，这一问题曾经引起研究者和决策者的注意，并做过相应的重建努力。1993 年，国务院研究室课题组（1994）对农村合作医疗所面临的挑战进行了回顾性研究，提出政府应支持中国农村合作医疗的恢复以帮助解决农村初级卫生保健的可及性问题，并防止因病致贫。同年，在联合国儿童基金会的资助及哈佛大学的技术协助下，卫生部对中国农村贫困地区卫生筹资与提供进行了为期 7 年的政策应用性研究，其中包括 114 个贫困县的调查和 10 个贫困县的干预试点。1994 年，国务院研究室、卫生部、农业部与世界卫生组织合作，在全国七个省 14 个县市开展“中国农村合作医疗制度改革”试点及跟踪研究工作。在这些研究的基础上，中国于 1996 年 12 月召开了第一次全国卫生工作大会，会议提出作为中国卫生部门改革与发展的一部分，农村地区将在政府的支持下建立起以社区为基础的自愿参加的健康保障制度。在随后 1997 年 1 月出台的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中指出“合作医疗对于保证农民获得基本医疗服务、落实预防保健任务、防止因病致贫具有重要作用。举办合作医疗，要在政府的组织领导下，坚持民办公助和自愿参加的原则。筹资以个人投入为主，集体扶持，政府适当支持，逐步提高保障水平。”为贯彻上述决定，卫生部等部门于 1997 年 3 月向国务院提交了《关于发

展和完善农村合作医疗若干意见》，并得到国务院批复。

从上述事件的梳理中可以看出，这一时期的合作医疗以内参模式为主，议程主要通过智囊团和决策者的互动提出。然而正如我们所看到的，合作医疗终究没有在20世纪90年代重建成功。表面看来，是因为集体经济的解体使原有合作医疗失去制度基础，不可能在现有的制度环境中生存；但更深入分析会发现，农村医疗保障之所以没有根据新的制度环境进行重新设计与推广，是因为该制度当时并未得到决策者充分关注，主要表现为：首先，与卫生等公共事业相比，经济发展更具有政治优先性。改革初期提出的“以经济建设为中心”的发展目标对社会各方面产生深刻影响，综观整个20世纪90年代媒体导向和政府文件不难发现，经济发展仍具备绝对的政治优先性。其次，与农村问题相比，城市问题更具有政治优先性。20世纪80年代，中国的改革主要在农村展开，而到了20世纪90年代，改革的主要阵地则转移到了城市。相应地，在卫生保障领域也是如此：从1995年的“两江试点”^①，到试点经验推广和各地实践，再到1998年国务院颁布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号），搭建起城镇职工医疗保险的框架，可以看出整个20世纪90年代医疗保障的变革主要发生在城市。最后，与农村卫生事业相比，减轻农民负担、缓解农村干群关系更具有政治优先性。在1996年和1999年分别出台的《中共中央国务院关于切实做好减轻农民负担工作的决定》（中发〔1996〕13号）和《关于做好当前减轻农民负担工作的意见》（国办发〔1999〕65号转发）中要求推行合作医疗“必须坚持自愿量力，不得强制征收”。这在客观上为合作医疗从农民方面进行筹资带来了障碍；同时政府并没有明确筹资责任，合作医疗重建自然无从谈起。

也就是说，如果跳出合作医疗看议程设置模式则会发现，这一时期是存在外压模式的。具体而言，合作医疗之所以没有重建成功是因为其政治优先性不足，没有得到中央决策者的充分关注；而它之所以政治优先性不足，是因为经济增长、城市职工社会保障、农民减负的政治优先性高于合作医疗；而后两者的政治优先性之所以高于合作医疗，是因为当时的下岗职工问题和农民负担过重问题引发了大量群体性事件，给社会稳定造成了威胁。总结这个逻辑，也就是说，城市职工社会保障和

① 1995年国务院决定在江苏镇江、江西九江进行社会统筹与个人账户相结合的城市社会医疗保险制度的试点，为全国医疗保险制度改革探索经验。在“两江”试点取得初步经验后，将试点范围扩大到40多个城市，进一步探索统账结合的具体方式和运行机制。

农民减负问题通过外压模式提上了议事日程，而在“压力竞争”中弱于前两者的合作医疗则没有进入决策者的视野。

（三）新型农村合作医疗制度的建立和发展（2002年至今）——内参、借力模式并存，外压模式出现

进入21世纪，社会发展滞后带来的诸多问题逐渐进入决策者的视野，2002年十六大报告表明，中央政府已经意识到了经济社会发展不均衡的现实，新型农村合作医疗制度建立的契机就此出现。然而今时不同往日的是，新农合的背后由于有着更多媒体、政策研究者、大众之间的互动，而使其实施过程和内容完全不同于旧农合。

1. 专家的行为和作用

从这一时期专家对合作医疗制度的影响来看，2000年到2001年，中央组织专家组赴全国各地进行农村医疗卫生调研，调研结果引起决策者的高度重视，农村医疗卫生问题开始引起决策者关注，可见这时的议程设置模式还是延续过去的内参模式。而在2003年之后，政策研究者的行为和影响与之前相比有了很大变化，如果说之前的政策研究者一直只跟决策者产生互动的話，那么2003年之后，政策研究者则更多与公众相互影响，将研究成果公布于众，推动大众共识的形成，借助舆论压力打造决策者的决策动力。事实上，这并非卫生领域的独特现象，各个领域，专家的舆论影响力都在加强，一个最直观的证据是，专家在媒体上的曝光率日益提高，媒体在报道很多政治、经济、社会问题时，都会邀请专家进行解读，专家在形成大众共识方面正起着更加积极的作用。

具体到医疗卫生领域，2004年，卫生部发布了《第三次国家卫生服务调查主要结果》。这份报告以翔实的数据披露了中国城乡居民卫生服务利用的严峻形势，人们据此准确感知了卫生改革发展形势的严重性和紧迫性。2005年5月，国务院发展研究中心部分专家发表了《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议》，并在接受媒体采访时公布了研究的部分结论。这份报告作出的“医改基本不成功”的结论^①经媒体宣传和渲染后激起了全社会对卫生改革的高度关注，催发了国内外对中国卫生

^① 这份报告认为中国卫生改革“基本上是不成功的”。报告全文登载于国务院发展研究中心《中国发展评论》2005年增刊1期。

改革成败与出路的大讨论，加速了中国卫生改革的历史进程。

2. 媒体的行为和作用

无论是传统媒体还是网络媒体，在 2000 年之后都呈迅速发展趋势。传统媒体不再单纯地作为政府的宣传工具，而是更倾向于报道大众关心的焦点性话题；网络媒体的发展更使得信息传播呈几何速度增加。在这种情况下，农民问题和医疗问题的突出自然引起媒体关注，而媒体的报道反过来进一步促进了大众共识的形成。

相关的三个典型例子是：一是李昌平“我向总理说实话”事件。担任乡党委书记的经济学硕士李昌平致信朱镕基总理，反映当地农村面临的突出问题，呼吁要给农民“国民待遇”。此信引起中央对“三农”问题的关注。经媒体渲染，尤其是李昌平被《南方周末》评为 2000 年年度人物之后，这一事件在社会上引起巨大反响，“三农”问题引起普遍关注。二是“教育、医疗、住房”这三个当时最为困扰民众的民生问题，经由众多媒体报道，赋予其“新三座大山”的称号，这个颇具震撼力的称号极易引起共鸣，并被决策者关注。三是 2003 年，面对猝不及防的 SARS 的暴发性流行，南方某媒体率先进行了报道，整个社会及有关部门表现出的反应迟缓和应对失措，将中国卫生体制存在的严重问题一览无余地呈现在公众面前。这个事件以严酷的事实告诉人们，卫生改革已经到了不得不改的关键时刻。至此，卫生问题的热度进一步升温。

此外，正如上文所言，这一时期专家的舆论影响力在增强，开始引领大众共识的形成。而专家的作用则是通过电视、报刊、网络这些媒介得以发挥的。也就是说，在这一阶段，专家和媒体的各自作用正是在双方的频繁互动中得以加强和显现，也正是因为双方的合作，才使得一些关系民生的社会问题更快地形成大众共识，并被决策者意识到。新农合的迅速发展即是一例。

3. 结果

2003 年到 2008 年，新型农村合作医疗制度从开始地区试点，迅速推广到全国，成为覆盖 95% 以上的农村人口的正式制度。而跟上述议程设置模式相关的，这一阶段又可以再分为两个阶段：

第一阶段是新农合的初创阶段。旧农合和新农合的分界线应该是在 2002 年。因为在 2001 年颁布的《国务院体改办等五部委关于农村卫生改革与发展的指导意见》中提出“地方各级人民政府要加强对合作医疗的组织领导。……合作医疗筹资以个人投入为主，集体扶持，政府适当支持……有条件的地区，提倡以县（市）为单位

实行大病统筹，帮助农民抵御个人和家庭难以承担的大病风险。”可见这时对该项制度的态度还是停留在旧农合阶段，更多强调个人和集体责任。然而在2002年底《中共中央国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》中却可以发现标志性的变化“到2010年，在全国农村基本建立起适应社会主义市场经济体制要求和农村经济社会发展水平的农村卫生服务体系和农村合作医疗制度。……建立以大病统筹为主的新型合作医疗制度和医疗救助制度。”这应该是在中央级别，以文件的形式首次提出“新型农村合作医疗”的概念。根据《中共中央国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》，在2003年相关部委出台了各自针对两项制度的文件。2003年1月，发布《卫生部、财政部、农业部关于建立新型农村合作医疗制度的意见》，为新型农村合作医疗制度搭建了制度框架。从当年开始，各地相继在上述文件指导下开展试点，这项制度粗略的框架至此搭建起来。

第二阶段是2005年以后的迅速发展阶段。正如上文所言，2003年暴发的SARS、2005年“医改基本不成功”的专家结论的流传、以及民生“新三座大山”的提法等，都使得医疗卫生的政治优先性进一步上升，这使得新农合以超过最初计划的速度发展。按照最初的计划，是要经历6—7年的地方试点，在2010年实现制度的全覆盖；然而实际上，到2007年就已经覆盖我国全部农村地区，参合率超过90%，已经实现了全覆盖的目标。

从这两个阶段来看，在制度初创阶段，内参模式的主要地位非常明显，依然是政策研究者和决策者之间的互动，合作医疗政策的出台源于智囊团在2001年和2002年的调查和政策建议报告。但是之后，内参模式呈现向借力模式转化的趋势，政策研究者不只是与决策者产生互动，也借助媒体与公众互相影响；媒体，尤其是网络媒体对大众共识形成的作用开始显现，舆论压力因此出现，这一时期呈现多种议程模式并存的状况。毫无疑问，这种议程设置模式的变化大大加速了新农合的政策发展。

四、总结与讨论

本文以农村合作医疗制度的变迁为例，回顾的是新中国成立初期到2007年中国卫生政策的议程设置模式的变化。到2007年，新农合覆盖全国，其议程设置的过程

也宣告结束；然而对于医疗卫生问题的大众关注度持续上升，最终在 2009 年启动了新一轮全面的医疗卫生改革。面对这一发展过程，我们可以从下述几个角度进行理解：

（一）政策议程的“不决定”：“压力竞争”的失败

纵观农村合作医疗发展的历程可以发现，从 20 世纪 50 年代到 80 年代初期是“旧”农合阶段，而从 20 世纪 80 年代初到 21 世纪初的整整 20 年时间里，中国农村几乎没有任何医疗保障制度，直到 2003 年“新”农合的试点。这提醒我们，在农村合作医疗的发展过程中，存在这很长时间的议程的“不决定”的状况。在戴伊（2004：32）看来，“如果某种社会状况不能被确定为问题，也没有提出替代性方案的可能，那么问题便不能成其为政策问题”。然而戴伊所论述的美国的政策议程的“不决定”，大多是利益群体干预的结果，但是我国农村合作医疗的情况却不是这样。

在 20 世纪 80 年代，合作医疗之所以没有提上政策重建的议程，很大程度上是因为它没有成为一个“问题”，因为农村改革使得农民收入迅速上升，但是医疗卫生领域的改革尚未全面展开，因此医疗服务价格并没有太大变化，农民就医的经济风险问题并不突出。而在 20 世纪 90 年代，尤其是后期，在农村医疗保障的缺失已经成为大众意识到的“问题”的前提下，它之所以没有受到足够的关注并上升为政策议程，主要是因为其对决策者造成的“压力”的不足。而合作医疗在“压力竞争”中的失败，可以进一步推论，“压力模式”的效率要高于“内参模式”。在几种议程设置模式并存的情况下，外压模式是最能获得决策者关注，进而上升为政策议程的模式。

更进一步，跟其他问题相比（比如环境和治安），社会政策问题的发展往往是缓慢的，很少通过激烈的方式在短期内积聚大众共识，并获得决策者关注。社会政策议程设置的滞后跟这一特点不无关系。也正因如此，社会政策问题的“压力”要通过更多的利益相关者的合作，以形成社会共识。进入 21 世纪之后新农合的发展正是具备了这样的条件。

（二）议程设置模式的比较 “压力”提高效率

在上述整个政策变迁过程中，中国卫生政策经历了从封闭的动员模式和内参模

式，到相对开放的借力和压力模式的转化。如上所言，动员模式并非由政策对象提出，而是由决策者提出，它上升到政策议程的必要条件是强势的政府，及其政策意愿。如果该政策意愿跟大众的需求相符，则动员模式应对问题的效率将会非常高；反之，在该议题的政治优先性下降后，政策将难以为继。20世纪70年代，合作医疗的“春办秋黄”就是一个负面例子。

而内参模式是由智囊提出，跟动员模式类似，它也没有政策对象的任何参与。在20世纪90年代的旧农合重建失败阶段和21世纪初的新农合建设初期，都是内参模式。其前者失败、后者成功的结果说明，内参模式成功的基础是，智囊的建议必须足够引起决策者的兴趣，因此这一模式最终还是取决于决策者的意愿。而如果信息渠道不顺畅，决策者不会及时意识到问题，那么从社会问题上升到政策议程的效率就会大受影响。

最后是借力和外压模式。这两个模式跟上述动员和内参模式的主要区别在于，一是多个角色的合作和互动，二是政策对象的参与。尤其是在外压模式下，媒体和专家的合作可以有效推动大众共识的形成。而从2003年到2007年新农合的迅速发展说明，外压模式是缩短“社会问题”到“政策议程”之间距离的高效途径。而恰是由于外压模式需要以媒体和专家的互动为前提，因此相对独立的媒体和专家，是外压模式发挥作用的基础。

(三) 议程设置模式的变迁：从封闭走向开放，“压力”的影响力提高

在王绍光的分析中，他认为“外压模式”的议程设置越来越频繁，“议程设置已经变得日益科学化和民主化了”（王绍光，2006）。然而从合作医疗的案例可以看出，议程设置阶段的划分，在中国只有明显的两个阶段——改革开放之前和改革开放之后，或者可以增加20世纪80年代作为上述两个阶段的过渡期。而两个阶段的根本区别在于议程提出的开放程度。

改革开放之前的议程设置过程在很大程度上是封闭的，或者说是“内部主导”的模式。在这一阶段，议程的提出要么没有民众参与（关门模式和智囊团模式），要么民众是被置于被动配合的地位（动员模式）。这跟孙立平（2009）所提出的“总体性社会”的社会环境不无关系，国家对经济及各种社会资源实行全面的垄断，国家政权对社会实行全面控制。

而在改革开放之后，国家对于经济和社会的管制大大放松，利益群体分化，社

会结构日益复杂，这给社会大众参与议程设置带来了空间。因此经过了 20 世纪 80 年代的过渡，20 世纪 90 年代呈现出社会大众对政策议程的积极参与，这种参与主要表现在通过群体性事件向决策者施压（比如频发的下岗职工群体性事件）、媒体在议程设置中开始发挥作用（比如南方某报业集团）。也就是说，尽管“关门模式”、“智囊模式”等相对封闭的模式仍然存在，但议程设置从“内部主导”向“外部主导”转变，“外压模式”的影响力迅速提升，并超越了上述封闭的议程设置模式。

进入 21 世纪，随着互联网的发展和公共知识分子自我意识的觉醒，“外压模式”的作用更加强大。有很多过去被忽视的社会政策议题，不再需要通过群体性事件、或者激烈的负面事件而进入决策者的视野，政策过程的成本随之降低，效率大大提高。农村合作医疗就是一个典型案例。但本文与王绍光的判断不同的是，这是自 20 世纪 90 年代以来的发展的量的变化，而非质的飞跃。只是在不同的时期，“外压模式”的具体表现形式不同，其参与者也有所区别而已。

（四）讨论：中国社会政策议程设置的未来

通过上述分析可见，以卫生政策为案例，我国社会政策的议程设置从封闭走向开放、从内部主导走向外部主导，“外压模式”已成为最主要，也是最有影响力的议程设置模式。而“压力”总是源于严重的问题，在“外压模式”已经成为主导的前提下，对比 20 世纪 90 年代和 21 世纪初的情况可知，如何将“压力”适当地释放出来，在其还没有造成严重负面影响的情况下被决策者注意到，是目前最需要关注的问题。因此，独立和通畅的谏言渠道，媒体、政策对象、学者之间的良性互动不可或缺。

本文所回顾的这段历程截至 2007 年，当时借力和外压模式的作用日益显现，我国公共政策的政策过程日益透明化和公开化。当时的背景之一是网络媒体发展迅速，它比传统纸媒的传播速度更快、信息量更大，因此它在大众共识的形成中开始扮演越来越重要的角色。在之后至今的发展中，微信和微博等社交媒体的作用又逐渐取代了过去的门户网站，专家的影响力远不及“大 V”，而热点事件既层出不穷，又转瞬即逝。这些根本性的变化都意味着今后的议程设置模式将会有更多新特点，甚至产生完全不同于上述六个模式的议程设置模式。因此，沿着上述议程设置模式的分析思路，继续分析今后议程设置中的角色关系，并总结出相应的模式，是接下来需要研究的议题。

参考文献:

- 陈锡文, 2001, 《中国农村经济体制变革和农村卫生事业的发展》, 《中国卫生经济》第 1 期。
- 戴伊, 托马斯·R, 2004, 《理解公共政策 (第十版)》, 彭勃等译, 北京: 华夏出版社。
- 杜鹰, 2000, 《关于农村医疗卫生体制改革的几点看法》, 卫生部卫生经济研究所编, 《中国农村卫生改革与发展国际研讨会专集》, 内部刊物。
- 房莉杰, 2009, 《制度信任的形成过程——以新型农村合作医疗制度为例》, 《社会学研究》第 3 期。
- 顾昕、高梦滔、姚洋, 2006, 《诊断与处方: 直面中国医疗体制改革》, 北京: 社会科学文献出版社。
- 国务院研究室课题组编著, 1994, 《农村合作医疗保健制度研究》, 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社。
- 李卫平, 2002, 《中国农村健康保障的选择》, 北京: 中国财政经济出版社。
- 刘远立、饶克勤、胡善联, 2002, 《中国农村健康保障问题不容忽视》, 《中国卫生经济》第 4 期。
- 毛正中、蒋家林, 2005, 《新型农村合作医疗的特征及目前面临的挑战》, 《中国卫生经济》第 3 期。
- 孙立平, 2009, 《重建社会: 转型社会的秩序再造》, 北京: 社会科学文献出版社。
- 王禄生, 2004, 《农村合作医疗发展、现状与挑战》, 中国社会科学院农村发展研究所主编, 《2003—2004 中国农村经济形势分析与预测》, 北京: 社会科学文献出版社。
- 王绍光, 2006, 《中国公共政策议程设置的模式》, 《中国社会科学》第 5 期。
- , 2008, 《大转型: 1980 年代以来中国的双向运动》, 《中国社会科学》第 1 期。
- 卫生部统计信息中心, 2005, 《第三次国家卫生服务调查分析报告》, 北京: 中国协和医科大学出版社。
- 朱玲, 2000, 《乡村医疗保险和医疗救助》, 《金融研究》第 5 期。
- Cobb. R. , Ross. J. & Ross. M. 1976, "Agenda Building as a Comparative Political Process." *American Political Science Review* 70.
- Davies, J. Clarence. 1974, "How does the Agenda Get Set?" In Edwin T. Haeefe (ed.) , *The Governance of Common Property Resources*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Hsiao, W. 1997 , *Revenue Sources and Collection Modalities-A Background Paper and Introduction to the Case Studies*. EDI/World Bank Flagship Course on Health Sector Reform Sustainable Financing , World Bank , Washington , DC.
- Pearson , W. 1995 , *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited.
- Stewart , Jr Joseph & James P. Lester 2000 , *Public Policy: An Evolutionary Approach (2nd edition)* . Nelson Education.

作者单位: 中国社会科学院社会学研究所

责任编辑: 朱 涛

The Agenda-setting of Health Policy in China: The Case of Cooperative Medical Scheme
..... Fang Lijie 53

Abstract: Based on Wang Shaoguang's analyzing framework of agenda-setting model, this article reviewed the policy transition of (New) Cooperative Medical Scheme (CMS/NCMS) from the 1950s to 2008. It found out that the agenda-setting of CMS/NCMS experienced the motivation model through the planned economy period, and transferred to the combination of Inter-reference model, External-supported model, and External-pressure model. During the transition, the agenda-setting model of CMS/NCMS was becoming more and more open. Furthermore, this article also argued that the independent media, policy research, as well as the efficient interaction between media, policy targeted groups, and policy researchers should be highlighted so as to make the agenda-setting of health policy more efficient.

Family Change and the Reconstruction of Family Policy in Contemporary Japan: The Intergenerational Redistribution of Public Resources Ma Chunhua 69

Abstract: Family is the foundation of the society in Japan, with family change embedded into social change. The development of Japanese family policy can be described as "peripatetic adaptive learning", adapting social schemes from other industrialized countries to meet the current needs of the country, rather than being led by principles and theories. As a result, the family policies are fragmented and even conflicted with each other. More importantly, while the state takes more responsibilities to care the elder, the family still takes the main responsibility to care children. The redistribution of public resources is unequal between generations, which may bring about negative results for social and economic development in the future. When China is reconstructing the family policy to support the family, Japan's experiences should be learnt to avoid potential negative consequences.

The Identification of the Progressive Risk in Policy Termination: A Case Study of the "Second Child" Policy Qu Zongxiang & Wang Mingxu 98

Abstract: In risk society, the life cycle of public policy becomes shorter and shorter, and the termination of policies is full of risks. This paper is a research on the risks in the termination process of the "second child" policy. The progressive strategy of this work has effectively reduced the risk of externalities and public opinion on the basis of effectively preventing the risk of policy evaluation, and further reduced the risk of identity, trust and other factors. At the same time, the conflict of interest between the two sides of policy termination has also been effectively resolved in the resolution of the above-mentioned risks.