

# 中國社會福利體制階層化的政治經濟學根源\*

蔡宏政

作者姓名： 蔡宏政 Hung-Jeng TSAI

機構職稱： 中山大學社會學系副教授

通訊地址： 80424 高雄市鼓山區蓮海路 70 號

聯絡電話： 07-5252000 ext.5659

E-mail： [hjtsai@mail.nsysu.edu.tw](mailto:hjtsai@mail.nsysu.edu.tw)

投稿類型： 研究論文

---

\* 本論文為國科會計畫「中國福利體制的制度性挑戰」(NSC99-2410-H-343-027-MY2)，以及中山大學逸仙社會科學研究中心之「人權與社會正義」研究計畫之部份成果。作者感謝台灣社會學刊兩位審查人與編委會的修改建議，使本論文能以更完整的面貌呈現。文中謬誤之處，由作者負全部責任。

# 中文摘要

本文論證中國福利制度階層化乃是根植於它的國家發展策略，因此我們需要對福利制度進行政治經濟學的分析。為了保持 Esping-Andersen 對福利資本主義分析架構的優點，而同時也能將該架構運用到中國案例，我們對他「三個世界」的分類進行理論上的修改，並提出制度動力的歷史分析才是分判體制的主要依據。在這樣的理論修正下，本文論證中國戰後福利體制一直都是國家領導下的階層化保守主義。這個保守福利體制是在追求超趕的重工業化發展策略下被建立起來的。文革之後勞保條例的廢除使得全國層次的社會保障統籌功能盡失，身份與職業區隔的階層化體制被進一步零細化切割到個人所在單位。改革開放雖然逆轉計畫經濟的邏輯，但是區域與城鄉之間工資差異的擴大，使得「統帳結合」社會保險呈現階層化，政策試點的實施方式也使得社會保險實施範圍只被限定在地級市或縣以下的地方行政區。我們以新農合的發展作為案例，檢驗中國階層化福利體制是否可能改變軌道。新農合一方面緩解了因為商品化而來的農村基礎醫療問題，但它的制度設計在實質上也是將農民限制在戶籍地接受較差的醫療服務。醫療保險的城鄉統籌要能實質成功，要不就是讓農民所得趕上城鎮職工的水準，要不就需要政府大量的財政投入來補足農民的弱勢，二者都不是目前我們所能觀察得到的現象，也因此中國福利體制在可預見的未來，還是會保持在國家領導下的階層化保守主義。

**關鍵詞：**福利體制、統帳結合、新農合、城鄉統籌

# **The Political Economy of Stratified Chinese Welfare Regime**

Hung-Jeng TSAI

Department of Sociology, National Sun Yat-sen University

## **Abstract**

In this article we argue that the stratification of Chinese welfare institution roots in its developmental strategies of different periods, which require a political economic analysis on Chinese welfare system for a full understanding. In order to maintain the advantages of Esping-Andersen's analytic framework while employing it onto the case of Chinese development, we conduct a theoretical revision for his "three worlds of welfare capitalism" and propose historical analysis of institutional dynamic is crucial foundation for regime classification.

Under our theoretical revision, we argue that postwar Chinese welfare regime always keep on the course of state-led conservatism. The welfare institutions were divided into three mutual-closed blocks in the period of planned economy. After the Cultural Revolution, these blocks were cut into more fragmented into personal working units and thus lost their function of social protection. Widening wage inequality between regions and rural-urban areas results in hierarchy of social insurance in which benefits are pegged in contribution. Fiscal decentralization due to economic reform confines the new social insurance plan within prefecture- or county-level area and still limits effect of risk pooling.

We explore the possibility of course change for this conservative regime by exploring the development of the New Cooperative Medical Scheme. On the one hand,

the New Cooperative Medical Scheme abates basic medical difficulties in rural area, it, on the other hand, confines peasants within their household residency to receive medical treatment with poor quality in its actual operation. Urban-rural coordinated development proposed to deal with this problem could be successful on two conditions: peasants' income catching-up or government's fiscal investment. Both are not the phenomena we can observe so far. Therefore we argue that Chinese welfare regime will still keep on the track of state-led and stratified conservatism.

**Key words:** welfare regime, combination of social pooling and personal account, New Cooperative Medical Scheme, urban-rural coordinated development

## 一、如何解析中國福利體制變遷

2004年9月中國國務院新聞辦公室發佈了《中國的社會保障狀況和政策》，中國政府在這份文件的前言中，簡潔扼要地表達了它對社會保障基本的政治經濟學立場：

社會保障是現代國家最重要的社會經濟制度之一。建立健全與經濟發展水準相適應的社會保障體系，是經濟社會協調發展的必然要求，是社會穩定和國家長治久安的重要保證。

中國是世界上最大的發展中國家，人口眾多，經濟發展起點低，地區之間、城鄉之間發展不平衡，完善社會保障體系的任務十分艱巨和繁重。

中國政府從國情出發，堅持以人為本，高度重視並積極致力於社會保障體系的建立和完善。《中華人民共和國憲法》明確規定，國家建立健全同經濟發展水準相適應的社會保障制度。中國政府把發展經濟作為改善民生和實現社會保障的基本前提。

在1978年改革開放前，中國長期實行與計劃經濟體制相統一的社會保障政策，最大限度地向人民提供各種社會保障。二十世紀八十年代中期以來，伴隨著社會主義市場經濟體制的建立和完善，中國對計劃經濟時期的社會保障制度進行了一系列改革，逐步建立起與市場經濟體制相適應，由中央政府和地方政府分級負責的社會保障體系基本框架。

中國的社會保障體系包括社會保險、社會福利、優撫安置、社會救助和住房保障等。社會保險是社會保障體系的核心部分，包括養老保險、失業保險、醫療保險、工傷保險和生育保險。<sup>1</sup>

我們可以從這個前言中提煉出中國政府在設計社會保障體系時的三個基本重點。首先，社會保障體系的建立是要與某種經濟發展型態相配合，所以要「建立健全與經濟發展水準相適應的社會保障體系」。在這種相配合的關係中，經濟發展居於優位，「中國政府把發展經濟作為改善民生和實現社會保障的基本前

---

<sup>1</sup> 資料來源：[http://news.xinhuanet.com/newscenter/2004-09/07/content\\_1952048.htm](http://news.xinhuanet.com/newscenter/2004-09/07/content_1952048.htm)，取用日期：2009年9月15日。

提」。經濟發展是前提，社會保障體系的最重要目的是作為經濟發展相適應的配套措施，提供「社會穩定和國家長治久安的重要保證」。

其次，中國社會保障體系的建立是十分艱鉅的，主要的問題是「人口眾多，經濟發展起點低，地區之間、城鄉之間發展不平衡」。同時，社會保障體系要配合的經濟發展趨勢是由計畫經濟轉向的市場經濟，因此要恰當地理解中國社會保障體制為何是採取目前這種樣貌，就必須把社會保障制度的建立配置在由計畫經濟轉向市場經濟的一系列歷史轉變條件中，才能理解為何出現「中央政府和地方政府分級負責的社會保障體系基本框架」。

第三，在中國社會保障體系的許多措施中，「社會保險是社會保障體系的核心部分，包括養老保險、失業保險、醫療保險、工傷保險和生育保險」。換言之，中國政府決定以社會保險的方式來面對前述經濟體制轉型所造成的社會保障問題。主要的考量是配合經濟體制轉型，把計畫經濟時期福利保障由國家與單位全權負責（「兜底」）的情況轉變為所謂「多層次的社會保障體系」的「統帳結合」，由企業與職工（或政府與農民）繳交保費來維持。

第一個重點表明，中國政府十分清楚社會保障制度的建立與經濟發展策略密切相關，同時中國政府在這二者之間的主從關係上也做出了選擇。福利政策是由國家發動，用以追求經濟發展，並確保社會穩定與國家的長治久安，因此社會保障制度的建立是立基在一套國家發展策略的政治經濟學（political economy of national development）之上。因此解析中國社會保障體系應該上升到「福利資本主義（welfare capitalism）」<sup>2</sup>的層次才能加以掌握。

第二個重點說明，中國社保體系是在經濟體制轉型，也就是資本主義重新建立的過程中出現的。因為要建立「同經濟發展水準相適應的社會保障制度」，而

---

<sup>2</sup> 資本主義在此指的是以資本積累為目的的生產與分配活動，也就是說我們採用的是韋伯式的定義。「福利資本主義」因此指的是為求資本積累而必須設立相關的社會安全措施，以求持續積累的穩定。中國政府對建立社會保障制度在國家發展上的設定角色也服膺著這樣的定義。

中國又是「人口眾多，發展起點低」，所以社會保障也只能設定在起點低的水平。同時由於「地區之間、城鄉之間發展不平衡」，為適應各地發展水準不同，也就產生了地區與城鄉之間不同的社會保障制度。這意味著城鄉與區域發展上的經濟不平衡，將通過為不同群體的經濟差異而設計不同涵蓋範圍、加保資格、繳費水準、給付範圍與管理機構的社會保障方案，從經濟深入到社會層面。

第三個重點說明了，面對目前社會保障的問題，中國政府採取的政策選擇是社會保險。強制性的社會保險通過全社會成員進行風險分攤與社會互助，不但可以幫助少數高風險的社會成員度過難關，而且通過這種社會互助更可以提高社會團結（social solidarity）的程度，甚至於可以發揮「社會權」（social rights）的功能，因為它代表著公民們彼此之間的權利義務關係。但如果社會保險是根據「地區之間、城鄉之間發展不平衡」，分別設立不同的保險方案，這種因為強調保險人條件差異而有不同對應方案的社會保險往往鞏固著原先社會成員的階層地位，從而造成社會公民權的階層化。

第一個重點構成本文分析的理論進路，中國社會保障制度的真正底蘊必須從「福利資本主義」的政治經濟學分析才能得出。我們將藉助 Esping-Andersen 的「福利體制（welfare regime）」架構將中國案例放在國際比較的脈絡之中來理解。不過因為 Esping-Andersen 原始的架構是歐洲中心的觀點，因此我們必須對他的一些基本理論假定進行根本的翻修。第二與第三個重點則構成本文分析的實質內容，我們分析戰後中國福利體制是在什麼樣的國家發展邏輯下被建立起來，以及改革開放如何一方面重塑出對應市場經濟的福利措施，另一面這些措施卻延續著階層化福利體制的本質。最後，我們以新型農村合作醫療為分析案例，說明新農合一方面緩解了因為商品化而來的農村基礎醫療問題，但它的制度設計在實質上也是將農民限制在戶籍地接受較差的醫療服務。醫療保險的城鄉統籌要能實質成功，要不就是讓農民所得趕上城鎮職工的水準，要不就需要政府大量的財政投入來補足農民的弱勢，二者都不是目前我們所能觀察得到的現象，也因此中國福利

體制在可預見的未來，還是會保持在國家領導下的階層化保守主義。

## 二、比較福利體制再檢討

### (一) 福利資本主義的三個世界

Esping-Andersen 在他的《福利資本主義的三個世界》(The Three Worlds of Welfare Capitalism) 開宗明義地指出，福利國家的主要歷史意義就是在回答一個 19 世紀以降，由古典政治經濟學開啟的主要論爭：市場機制所造成的階級不平等是否可能因為福利國家中社會公民權 (social citizenship) 的擴張而逐漸減緩？

(Esping-Andersen 1990: 9) 自由主義者相信「通往平等與繁榮的大道應該由最大的自由市場與最小的國家干預鋪成」，保守主義者與馬克思主義者的政治經濟學對此同聲反對，卻提出截然不同的答案。前者以德國的「君主式福利國家 (monarchical welfare state)」為代表，福利國家的理想是以父權與絕對王權為價值核心，構建一套紀律與忠誠的政治與社會規範，以便在取得資本主義生產力的同時，能夠通過共同服膺的權力秩序來維持階級和諧。馬克思主義者則希望通過議會民主普遍地擴大勞工的社會權，一方面減低資本主義造成的階級不平等，另一方面則增強勞工的動員力量，達成通往社會主義之路。(Esping-Andersen 1990: 10-12) 因此，對福利資本主義的分析涉及到三個主要變數：市場、國家、以及社會民主 (social democracy)。

為了回答這個涉及到市場、階級不平等、國家與社會公民權等一連串複雜概念的組合而成問題，Esping-Andersen 提出了一個經典分析架構。這個架構主要是綜合 Karl Polanyi 的「去商品化 (decommodification)」以及 T. H. Marshall 的「社會權 (social rights)」兩個核心概念而發展出來的。

Karl Polanyi 在《鉅變》(The Great Transformation) 中提出一個著名的命題：自我調節的市場 (self-regulated market) 乃是一種神話。通過對經濟史的分析，



Polanyi論證市場的運作必須根植於某個社會文化母體之中才能有效運作，一個完全根據市場法則建立的市場社會（market society）必須將人、自然與貨幣全然商品化才能進行，而這只會對人類社會帶來扭曲與災難。因此，資本主義社會的發展有一種基本的內在張力，Polanyi稱為「雙重運動（double movement）」。一方面人的勞動力必須盡可能地被商品化以進行資本積累；但是另一方面，人作為社會性的存有卻不允許人像物一般地被完全商品化，為了避免被過度商品化所帶來的傷害，社會整體會因此產生各式各樣的自我保護措施以求去商品化，社會福利制度就是主要的去商品化支柱。（Polanyi 1944: 68-76）<sup>3</sup>

T. H. Marshall 則是試圖為社會權描繪一個宏大的歷史演化圖像。他認為人民有民權(civil right)、政治權(political right)與社會權(social right) 三種權利，十八世紀首先出現民權，法律之前人人平等，保障個人言論、宗教與財產的自由；十九世紀中葉，勞工開始爭取結社權、參政權，直到 1910 年代勞工與婦女取得參政權後，政治權才完全確立。Marshall 認為，二十世紀社會權被提出的重要性在於，對經濟弱勢者而言，沒有社會權保障基本生活條件之下，個人自由與參政自由都是可望不可及的空洞之物，因此，唯有國家保障人民的基本經濟安全、完全享有社會保障、生活在一個普遍標準的文明條件下，才能在實質上確保民權與政治權。（Marshall and Bottomore 1992）

Esping-Andersen 綜合二者論證道，社會福利制度的必要性，在於它提供一個制度性設計來解消商品化的傷害，讓人的社會生活可以不依賴市場才能存在。如果這個去商品化的保護手段保護能夠上升到 T. H. Marshall 的社會權地位，而且是由國家來確保使之成為的公民身份（citizenship）的一部份，那這樣的國家就是福利國家（welfare state）。（Esping-Andersen 1990: 21）所以福利國家的首要任務是提供商品化的庇護所，也就是「去商品化（decommodification）」的功能。不過 Esping-Andersen 也指出，福利國家在提供去商品化的保護措施以矯治階級

---

<sup>3</sup> 關於社會救助作為一種去商品化措施，請見 Polanyi 對 Speenhamland 法案的分析。

不平等的同時，本身也會因為提供方式產生不同的階層化效果。(Esping-Andersen 1990: 23-26) 因此去商品化能力與產生的階層化效果就構成福利國家的兩個主要指標。由於福利國家的建立涉及市場、政府與公民社會在一系列制度上的重新安排，所以他認為傳統政治經濟學中對福利資本主義的分析單位必須擴大成為對整體福利體制 (welfare regime) 的分析。(Esping-Andersen 1990: 26-29)

所以，福利體制因為去商品化能力與階層化效果可以被分為三類，第一種情況是所謂自由主義福利體制 (liberal regime)，國家接受市場是最有效率生產與分配機制，因此採取最小程度的干預，讓市場原則做最大程度的發揮。國家只在少數人遭逢不幸，無法從市場上得到生活福祉時，才以資產調查式的給付原則，給與低給付水準的社會救助。這樣的制度設計只允許十分有限的去商品化能力，事實上，它是要盡早將接受救助者推回市場的分配機制，所以它會已近乎歧視、甚或處罰的方式對救助領取者施以污名的社會烙印 (social stigma)，從而造成社會階層的二元化。

第二種干預形式是保守福利體制 (conservative regime)，市場的生產效率雖然被認為是優點，但是毫無節制的商品化只會破壞原有的政治秩序與社會凝聚 (social solidarity)，導致社會脫序與集體的道德淪喪。因此「良好」的市場不是自由競爭的市場，而是一個能被治理的市場 (a governed market)，市場運作與社會福利的給予必須從屬於一套「道德、忠貞、習俗」的價值體系，勞工對於經濟所扮演的功能就如同士兵之於軍隊一般，去商品化的社會權主要是要獎賞對團體具有紀律與忠誠的人。<sup>4</sup>因此，它會針對不同的群體賦予差序式的 (differential)、甚至於是位階式的 (hierarchical) 社會權，社會權成為一種特權 (privilege)，反映的是國家對某些價值與某些團體之偏好。具體的形式是針對不同身份與職業而

---

<sup>4</sup> 國家在對社會進行身份區隔的福利干預的時候，經常必須利用社會既有的制度與習俗，在 Esping-Andersen 所分析的案例中，主要是指歐洲的行會制度，後來演化為以職業區隔的國家統合主義福利體制 (典型的例子就是俾斯麥的勞工保險方案)；另外還有天主教傳統下的家庭觀念，後來演變成以維護男性養家 (male breadwinner) 為中心的家庭福利體制。

設立的形形色色社會保險方案，其商品化的程度（也就是給付優厚程度）依不同團體而定，反映的是它們的政治與社會階層高低，因此追求階層化是保守福利體制的本質（Esping-Andersen 1990: 38-41）。

第三種情況是社會民主體制（social democratic regime），雖然它與保守體制一樣，都是國家強力干預市場，但與保守體制截然不同，它的核心價值是普及式的公民權，所以真正發動的制度性力量是民主化的社會。在這個體制中，涵蓋率普遍與給付優厚的社會權是每個國民的基本權利，因此社會安全支出是以稅收方式支應，而這也就需要整個國家具有高就業率與高稅收水準。同時因為要涵蓋所有國民，因此社會權內容不能只滿足勞工，必須聯合中產階級的加入，才能構成大多數人支持的方案，因此它具有最大的社會凝聚效果，以及最低的階層化。

## （二）第四個世界？

《福利資本主義的三個世界》之所以成為經典著作，主要是因為 Esping-Andersen 在全世界紛雜各異的社會福利方案中，提煉出三個運作邏輯明晰的福利生產與分配機制，並且將這三個機制的分析提升到政治經濟學的層次，將三個運作機制理解成福利體制。它一方面使社會福利制度跟政治經濟制度相互嵌合，另一方面則使得跨國比較不必陷在個別福利有哪些異同的枝節。如同 Esping-Andersen 所言，「三個世界」架構的主要優點是「解釋的簡約性」，即使這個類型學「可能與現實世界幾乎沒有相像之處」（Esping-Andersen 1997: 179）。

如同所有的經典著作一般，這本著作引發一連串的批判性回應，數量多到被稱為「福利模型建構事業（welfare modelling business）」（Abrahamson 1999）。主要原因是個別國家的福利政策運作在一些具體細節上經常與「三個世界」的模型不盡符合。對於這些差異，批判性評論可以分為兩類。第一類是直接否定「三個世界」典範的適用性，Kasza（2006）以日本為例，主張世界上的福利制度經常

因為互相學習而呈現趨同（convergence）現象，而不是 Esping-Andersen 所描述的三種彼此有別的體制型態。Baldwin（1996）則認為「三個世界」的類型學過於靜態，沒辦法適當地對變遷中的經驗事實加以理論化，因此根本沒有解釋力。不過大多數的批判都是屬於第二類批評，也就是「三個世界」的典範提供了具啟發性的概念與理論邏輯，但是許多國家的福利體制運作是在三個世界的歸類之外，所以有提出第四種福利體制的必要性。

Leibfried（1992）論證「地中海國家（Mediterranean States）」<sup>5</sup>是另一種體制，因為它們雖然像保守主義一樣，有相當分化的社會安全系統，但它們主要是依循一種特殊的侍從主義（clientelism）來分配福利，而且給付優厚。雖然沒有名目上的最低社會保障網，但是健康照護卻制度化成為每個公民的權利。

Castles（1996）則主張應該加上「大洋洲國家（Antipodean States）」<sup>6</sup>，因為澳大利亞與紐西蘭的福利分配雖然是依賴市場工資，但是由於強大的工會力量，因此它們通過工資仲裁體系、需求為基礎的社會保護措施<sup>7</sup>，以及涵蓋廣泛的資產調查式救助，創造了工資賺取者福利國家（wage earners' welfare state）。

Holliday（2000）與 Holliday and Wilding（2003）則提出「生產型福利資本主義（Productivist Welfare Capitalism）」來解釋東亞福利國家的特殊型態。國內學者李易駿與古允文（2003）則更為細緻地將各個相關變數進行計算，論證臺灣應該是屬於一種「東亞發展型福利體制」。這種體制的主要運作邏輯是國家刻意將社會福利政策從屬於經濟發展，同時強化教育支出，提高人力資本，以有效地促進經濟成長。因為市場所得的持續增長，所以個人可以高度地依賴個人儲蓄與家庭福利能力，而國家也因此可以維持低度的社會支出，福利制度主要是集中在公教人員身上，因此具有較高的階層化傾向。

---

<sup>5</sup> 其實主要是指義大利、葡萄牙、西班牙、希臘這些南歐國家。

<sup>6</sup> 在此指的是澳大利亞與紐西蘭。

<sup>7</sup> 例如，對有孩子的家庭救助福利水準是無小孩家庭的兩倍。

Arts and Gelissen (2002) 對 2001 年之前所提出的「第四世界」模式提供了一個詳細的列表，並且檢討「三個世界」的優點與主要問題。他們的主要結論是，雖然學者提出各式各樣的第四（或第五、第六）個體制，但是大多包含了 Esping-Andersen 原初的三個世界，同時所有的模型都幾乎承認美國是自由主義體制的典型，而德國則是保守主義的代表。但是共識也僅止於此，其餘國家究竟屬於哪一種體制往往視研究者要強調該國家哪一種社會方案的哪一種特徵而定。更嚴重的是，有些國家（如日本與荷蘭）的福利體制特徵總是呈現混雜的現象，連 Esping-Andersen 自己也認為是分類上難解之謎。

### （三）「三個世界」的判斷原則：支配性制度

對於是否需要第「四個世界」的修正，Esping-Andersen 本人的基本態度還是傾向於維持原先三個世界的架構。對他而言，建立類型的主要目的有三：更好的分析檢約性（parsimony）、辨認出體制運作的基本邏輯、有助於產生與測試假設（Esping-Andersen 1999：73）。他承認維持檢約性原則經常要以忽略實際案例中的細節差異為代價，但這並不妨礙我們使用理論模型，因為「類型學如同理念型（ideal type）一樣，容許經驗上的模糊性（ambiguity）」。除非經驗差異涉及到福利生產與分配在制度（市場、國家與家庭）運作邏輯上的不同，否則是談不上另立一個新的福利體制（Esping-Andersen, 1999: 86）。

對於「地中海國家」的侍從體系，他認為不同的只是某些社會政策在分配方式上的差異，基本上它們就是保守體制下的一種家族主義（familialism）。至於「大洋洲國家」，Esping-Andersen 承認它的確對市場在去商品化的作用上提供了一個新的運作邏輯，但是他指出，即使是 Castles (1996) 也承認，在 1980 年代中期之後的經濟自由化浪潮侵襲下，這個運作模式對工人社會權的維持就下降，而逐漸轉向自由主義體制。這說明了在這個模式下，去商品化程度還是以市場為根本的運作邏輯。

Esping-Andersen 本人沒有直接回應「生產型福利體制」的命題，但他承認日本是一個「體制上的混種 (hybrid)」(Esping-Andersen 1997)。日本一方面具有保守的國家主義特徵，另一方面也具有自由主義體制的特徵。但是他認為，這種混種體制主要是因為日本作為一個福利國家「在制度上還沒完全成熟所致」(Esping-Andersen 1997: 187)。換句話說，Esping-Andersen 相信，東亞國家的體制混雜在未來發展中會逐漸清晰，要不就市場勝出，因此轉型成自由主義體制（如同他對「大洋洲國家」的回答）；要不就保守力量（國家主導或是儒家文化的家庭組織）繼續支配福利分配原則，因此終究還是「三個世界」之一。

我們認為，Esping-Andersen的體制模型是具有啟發力的架構，但是他對「四個世界」回應卻只能獲得有限的成功。筆者同意Esping-Andersen對「地中海國家」與「大洋洲國家」的回答，也就是基於理論檢約性原則，能不必在市場、國家與社會之外另加制度變數就不要加。但是當他預設日本的體制混種將來在制度成熟之後也同樣可以用「三個世界」來解釋時，這個論證就近乎恆真句（套套邏輯）了。<sup>8</sup>本文論證，主要的問題在於他方法學上的不一致，也就是他對「福利體制」這個概念存在著理念型建構與經驗歸納兩種互相矛盾的使用方式。

Esping-Andersen一方面雖然宣稱福利體制的分類是一種理念型建構，但是另一方面他又把每個國家在三種福利體制的歸屬問題化約到經驗上的操作型定義。例如他界定三種體制時，年金與健保的去商品化與階層化效果被操作型定義化為某些經驗指標，計算其標準差，<sup>9</sup>從而結論到某個國家（如德國）就是保守體制的典型。首先，這意味著福利體制的歸屬必須由經驗資料的計算來界定，這正好跟福利體制作為理念型的運用邏輯相反；其次，三個體制的群聚是由彼此之間的標準差差距累計的，<sup>10</sup>因此理論上我們不能說某個國家就是保守體制，不是

---

<sup>8</sup> 它的論證形式是「三個世界可以解釋日本案例，如果不能的話，它將來也可以」。

<sup>9</sup> 保守體制中的國家主義階層化被定義為「政府受雇者年金支出佔國內生產毛額的百分比」(Esping-Andersen 1990: 70-71)。

<sup>10</sup> 這裡其實有許多懸而未決的重要問題，例如：Esping-Andersen 在量化計算三種體制的去商品化指數時，將疾病與年金的數字加總起來計算，但是母體性質不同的數字為何可以加總計算呢？

社會民主體制，只能說這個國家保守體制的程度比另一些國家相對來說更高些；第三，也是最致命的問題，這些經驗資料的計算結果實際並不能提供我們清楚的判準來斷定某個國家應該從屬於那種體制。例如在階層化指數上，德國雖然有最高的保守主義分數，但是它同時也具有中等的自由主義體制與社會民主體制，澳洲、紐西蘭與加拿大雖然有最高自由主義分數，但也同時具有中等的社會民主特徵，而挪威有最高的社會民主分數，但卻又是中等的保守主義體制（Esping-Andersen 1990: 74）。因此，每個國家都是潛在自由主義、保守或社會民主體制，只是某種體制特徵在某個歷史時刻比其他國家有更強的傾向，Esping-Andersen的經驗歸納結果事實上是證明大部分國家是福利體制混合（welfare mix）。

因此，一個國家的主要制度運作究竟是屬於何種體制，這無法經由一些統計歸納來決定，而是要回到福利體制的基本定義，去分析在某個歷史時刻一個國家對福利生產與分配究竟是以「市場」、「國家」、「公民社會」哪種制度作主導原則。辨認主要支配性制度動力才是最重要的，不同的制度在不同的歷史時期會扮演不同比重的角色，從而產生福利體制的變遷。因此對某個福利體制的分析必須配置在歷史發展過程中，觀察資本積累所帶來的商品化傷害，以及國家或社會對這些傷害的制度回應。對經濟活動的理解必須與它所造成的政治社會後果一起分析，這就是為何福利體制的分析必須是政治經濟學的分析。

為了擴展福利體制到 Esping-Andersen 原初的 18 個國家之外，我們根據上述歷史－制度結構的政治經濟學觀點將福利資本主義的歷史進展重新理解如下。人類社會的「鉅變」起源於人們把「自律市場」強加於社會之上，市場原則因此支配福利的生產與分配，以英國為典型開端。但是對抗商品化壓力的社會自我保護力量因應而生，它的歷史起源就是保存自律市場之前的政治、社會與文化秩序，

---

另外，如同 Esping-Andersen 所強調的，福利體制最主要的作用是瞭解一個國家福利制度未來的走向，那麼我們如何能根據一個國家特定時刻的資料斷定它未來動態的變化呢？

因此保守福利體制成為對抗對商品化最直接與最廣泛的反應，而國家作為確保人民最低生活與稅收再分配的最高行政機器，也就成為整合保守主義制度（行會、宗族與家庭）的主要發動者，以德國為典型代表，它形成一種由國家領導，為了特定的政治、社會、文化理由來治理市場的模型。國家對市場的干預一直要到 1960 年代之後，由於斯堪地那維亞國家的成功，才出現由普及式社會權的福利國家。在這個體制中，雖然與保守體制一樣是由國家對市場進行強力干預，但是由於國家是在民主化社會的制約下執行普遍平等的社會權的福利體制，因此它的制度發動力其實是源自於民主社會。

通過這樣的修正，市場、強國家與民主化社會（弱國家）成為三個體制最主要的制度動力，它們各自具有去商品化與階層化的邏輯。雖然現實世界中的個別國家大多是混合性福利體制，但我們可以根據一個國家的主要制度驅動力來判斷它是屬於何種體制。例如，日本（或東亞）的國家領導型發展在此定義下要不就是保守體制，市場與相應的社會福利制度是在強國家的管制下運行的；要不就是自由主義體制，國家能力在各種因素（如金融風暴）下消退，福利的生產與分配必須以市場原則為之。至於到底哪一種力量勝出，只有對該國的福利體制進行政治經濟學的歷史分析才能做適合的解釋。我們據此理論架構展開對戰後中國福利體制階層化的分析。

### 三、階層化福利體制的建立與延續

#### （一）進口替代重工業化的保守福利體制

二次世界大戰之後，作為一個大型但發展落後的農業國家，中國所採取的發展策略是進口替代的重工業化路線，這其實也是戰後拉丁美洲、非洲、印度及部分東南亞國家的主流思想。事實上，進口替代策略也的確獲得某種程度的成功。著名的例子包括：巴西的製造業 GDP 從 1950 年到 1978 年擴大了 10 倍（Gwynne



and Kay 1999: 72)；墨西哥在 1970 年之前的經濟成長率平均達到 6.5%；印度的 GDP 在 1951-1956 間成長了 18%，在前三個五年計畫中，鋼鐵產量則增長了六倍 (Rapley 1996: 33)。就中國而言，其成就則更為突出。在人口年增率為 2.4% 的情況下，國民所得在第一個五年計畫 (1952-1957) 中依然達到 8.9% 的年平均成長率，亦即每 11 年國民所得達到倍增，其中農業產出與工業產出分別以 3.8% 與 18.7% 的速度增長，農民與城市工人實際收入分別提高了 20% 與 30%。戰後的投資增長率由戰前的 5% 陡增到 20%，是同時期印度的兩倍，大約等同於 1928 年蘇聯在史達林時期的最高峰 (Lardy 1987: 155-156)。

這種重工業化的進口替代策略在毛澤東草根性的語言中被稱為「兩條腿走路」。它的最高目標是在不依賴外力的情況下建立起民族工業體系，做為「超英趕美」的國家發展基礎。它的「第一條腿」首先是盡可能地提高農業剩餘的積累率，然後將此農業剩餘轉移至工業部門，形成一個後進農業國家工業資本的原始積累。當國家工業能力建立起來之後，工業部門則轉而提供農業機械化所需之工業動力，從而進一步提高農業生產力，形成國家發展的「第二條腿」。因此，這種發展邏輯的首要關鍵在於農業生產剩餘的高度汲取，其方法是一方面壓縮對農業部門的投資，另一方面又要求農業產出必須成為工業資本形成的來源。計畫經濟的基調就是以犧牲農民來換取高度工業資本積累的城市工業 / 鄉村農業，相互隔絕的二元發展。

誠然，在國家高度汲取政策下，工人與農民一樣處於所得過低的待遇，但是工人過低的工資是由相對優厚的社會福利制度來補充。1951 年頒佈的《中華人民共和國勞動保險條例》的涵蓋對象是城鎮職工人數在 100 人以上的企業 (100 人以下則通過與企業簽訂合同來加保)。保費由企業全額支付，企業另外還需要繳交職工工資總額的 3% 作為統籌使用的勞動保險基金。<sup>11</sup> 給付項目以當時水準

---

<sup>11</sup> 30% 交給中華全國總工會，由中華全國總工會統籌分配，作為勞動保險總基金，用於舉辦集體勞動保險事業，如療養院、休養院、養老院、孤兒保育院、殘廢院等活動。70% 留在工會的基層委員會，作為勞動保險基金，用以支付撫卹費、補助費與救濟費。工會基層委員會的勞動保險基

而言相當全面，包括養老、免費醫療、工傷保險與撫卹、帶薪病假、生育補助、喪葬補助、遺屬補助（王夢奎 1992）。根據這個條例，男性職工年滿 60 歲，一般工齡滿 25 年，女性年滿 50 歲，一般工齡滿 20 年者就可以退休，由勞動保險基金按照其工齡長短每月發給退休金，替代率為 50%-70%（鄭功成 2002: 78-79）。至於醫療保險方面，除了貴重藥品、住院膳食與就醫路費由本人負擔外，診療費、普通藥費、住院費與手術費皆為勞動保險基金支付。醫療期間 6 個月內，按照工齡長短發給本人工資的 60%-100% 的病傷假工資費，6 個月之後發給工資 40%-60%。同時直系親屬也納入醫療保險，門診由企業全額負擔，手術費與藥費企業負擔一半費用。（高書生 2007: 24-25）。

這個相對優厚的《勞動保險條例》納保人數從 1949 年的 60 萬人倍增為 1950 年 140 萬，1951 年的 320 萬，一直到 1953 年的 450 萬人，雖然呈現倍數增加，但是還不到當時非農業部門職工總數的 1/4（勞動部課題組 1994: 238-240），它的主要納保對象是都市工業部門的職工，所以《勞動保險條例》的設置其實是作為整個計畫經濟中，工業資本積累優先的配套措施。在這種經濟體制下，社會保障制度被分為三塊。首先是國家機器的執行者，包括行政單位與事業單位人員，他們擁有高所得替代率的退休金，以及優厚的公費醫療，資金來源由政府編列預算，全額財政補助。其次為城市工業部門的職工，有相對完整的養老、醫療保險與住房、副食、教育等津貼。最後是農村居民，他們是重工業化高度積累的直接負擔者，國家宣稱農民可以用土地產出進行風險防禦，所以沒有養老制度的設計，只有屬於社會救助的「五保」制度（保吃、保穿、保住、保醫、保葬）。在醫療保險上有著名的普及式合作醫療，維持基礎的公共衛生與醫療照護（請見底下分析）。城鄉明顯的生活差距使得國家必須在 1958 年實施戶籍制度，阻止農民往都市移動，強行將他們封閉在農村出生地，從而造成城鄉之間所得與生活機會的不平等（Selden 1993: 174-175）。

---

金每月結算一次，餘額上交省、市產業公會作為勞動保險調劑金，如有不足，則申請調劑補助。（高書生 2007: 27-28）

壓榨農業剩餘以進行工業資本積累的國家發展策略在戰後資本主義或社會主義國家同樣流行，事實上這可能是農業大國工業化的唯一途徑。差別在於資本主義國家是由各公私企業直接通過與世界市場的貿易來進行積累，而社會主義國家則對內由政府直接控制商品交換，對外才由國家與世界資本主義體系進行貿易。因此即使中國採取社會主義經濟，市場交易在 1950 年代後期基本上已經被消除，但還是得在資本主義世界體系下進行重工業化。中國政府之所以必須在國內運用農工剪刀差以汲取農業剩餘，正是因為它必須藉此在世界市場上交換工業產品，也因此中國的農民與工人同樣必須忍受全球資本主義商品化的壓力。事實上他們是承受雙重的剝削，因為除了全球市場的競爭外，他們還必須忍受國家刻意壓低到維生水準以下的實物工資。所謂「社會主義國家」只是把生產工具由資產階級壟斷轉變由國家機器壟斷，他們的生產與資本積累方式在全球市場中同樣是「資本主義式」。<sup>12</sup>因此分析的理論架構不應該只是由歐洲經驗衍生出來的「資本主義福利國家」（如同Esping-Andersen原始的福利體制定義那般），而應該擴大為對所有「福利資本主義」的分析，也就是分析資本主義世界體系下，所有社會因為追求資本積累而產生的商品化問題，及其對應的福利體制。

正如 Esping-Andersen 所言，福利體制不只提供去商品化的空間，事實上通過去商品化的提供方式，福利體制也會創造階層化。戰後中國的社會保障制度首先是在國家對社會與市場的支配性主導能力下，以工業資本積累為最高目標所規劃的配套措施；第二，為了將有限資源投入重工業化，有效的生產活動不是來自於市場的自由競爭，而是國家指導下的紀律與合作，它要求某些群體要為國家目標做更大的犧牲；第三，社會保障措施就在國家設定的發展戰略下，針對不同職業身份，給予階層化的福利待遇。因此在這個階段，福利體制的制度動力來自強國家支配能力所形塑的福利階層化，這就是為什麼我們認為保守主義是戰後中國福利體制最具支配性的特徵。

---

<sup>12</sup> 華勒斯坦因此論斷，二次大戰之後其實並沒有真正按照社會主義方式在進行生產的「社會主義國家」。(Wallerstein 1987: 319-320)

## (二) 保守福利體制的進一步零碎化

即使是這個涵蓋率相對狹小的勞動保障條例在文化大革命時期也遭到嚴重的破壞。1968 年主管社會保障與救濟的內務部被撤銷，負責勞動保險事務的工會被停止活動而陷入癱瘓狀態。1969 年 2 月財政部更進一步發佈《關於國營企業財務工作的幾項制度的改革意見（草案）》，規定國營企業一律停止提取勞動保險金，勞動保險費用改在企業營業外列支，實報實銷。原先由勞動保險條例所發揮的全國城鎮職工的保險統籌功能因此消失，職工的社會保障只能依賴各個單位自己的規定，成為各種不同單位各自不同的「國家 - 單位保障」制（鄭功成 2002）。從文化大革命之後，社會保險作為福利制度的主要支柱就名存實亡，原先三塊的社會保障功能被進一步地切割到無數蜂巢式的單位之內，單位既是人們工作的場所，也是提供彼此風險分攤、去商品化的社會保障的生活社區。至於鄉村地區的農民則依賴「土地保障制」，實際上就是農民以農補工之後微弱的自我儲蓄能力。除此之外，只有依賴村委會濟貧式的五保制度。

國家 - 單位保障制成為計畫經濟時期中國福利體制最具建制性的制度，單位不只是個人工作的場所、福利保障的來源，也構成單位成員政治與社會活動的邊界，與外在的「大社會」相區隔成為一個個自給自足的社區。國家負責財政兜底，也同時通過單位對社會進行政治與社會控制的工具。因此中國流行的說法是「一個人可以沒有工作，但不能沒有單位」。(Lu and Perry 1997: 3-17) Solinger(1999) 論證，單位這種集經濟生產、社會保障與政治控制等多重功能的組織構成了城市居民有別於外來移入人口的特殊公民身份，改革開放之後城市雖然因為需要大量廉價勞動力而移入農民工，但中央與地方政府卻設置許多管制辦法用來區隔城市職工與農民。因此與西方經驗迥異，中國資本主義的進展與平等公民身份的普及並不是同步進行的。Naughton (1997) 甚至於論證，改革開放後雖然因為私營企業的挑戰，許多國營企業單位必須下崗分流，但是財政分權使得獲利良好的大企業單位更有能力提供單位成員良好的福利待遇，特別是在年金制度，這因此加大

了普及式年金制度的建立門檻，加重年金制度的零碎化。事實上，從 1979 年之後到 1997 年亞洲金融風暴這段期間，非單位福利支出從 GDP 的 3-4% 迅速下降約 0.8-0.9%，但是單位的福利支出比例則一直穩定維持在 5.5%-7.5% 之間。(Gu 2001)

相對於農村地區，城市職工與居民的優越福利制度並沒有在改革開放之後有結構性的變動，城鄉的社會公民權差異在農民工的身上表現得最為明顯，因為他們是以農民的身份進城從事工人的勞動，但他們的福利保障卻依然因為戶籍制度而與城市居民維持著制度性的差異，吳介民（2000, Wu 2010, 2011）提出「差序公民身份（differential citizenship）」的概念來描述這種勞動市場商品化之後，工資卻依然因為戶籍差異而階層分明的現象。他將 Solinger 的解釋作進一步的延伸，論證改革開放後城市興起一種自我保護機制，表面上不再堅持原先城鄉二元的戶籍身份，但實際上卻以隱微的階層化社會公民權來吸納外來農民工作為廉價勞動力，又持續將他們排除在本地居民之外，以避免民工擠佔過多的福利支出，這種策略明顯地表現在不同繳費基數與繳費比例的階層化的社會保險方案。（吳介民 2011：77-83）

我們完全同意吳介民的論斷，也就是農民工在都市受到歧視性勞動條件的不平等對待主要是來自於階層化的公民身份，除了階層化的社會保險方案外，農民工的工資根本上就被非市場的結構性因素壓低，農民工需要繳交暫住證費用，子女必須上農民工學校，他們經常成為治安敗壞的打擊對象等等現象，不一而足。不過如果我們從保守福利體制的分析進路來觀察中國福利制度的階層化，我們就可以發現福利階層化不只發生在城鄉之間。不同地級市之間、同一行政領域內的農民之間、城鎮居民與城市職工之間、城鎮白領與藍領之間等等，都存在著社會保險的階層化，主要是因為中國的社會保險制度在繳費與給付之間講求嚴格的對應關係，因此工資的階層化直接代換為福利階層化，去商品化的能力必須視被保險人繳費能力的高低而定，而這正是 Esping-Andersen 把社會保險視為中度去商

品化的保守體制之主要理由。這種工資與社會權的階層化當然不是如同自由主義所假定的那般，純然因為勞動力市場上的價格與需求在數量與供給上的平衡所致，它關鍵性地受到國家發展策略定位的影響，它一直都是一個需要政治經濟學分析的福利體制議題。

### （三）國家發展策略的轉向：市場的出現與保守福利體制的延續

雖然計畫經濟在 1949 到 1980 之間達成了每年平均 10% 的工業成長率，但是這個成就的背後是全要素生產力每年下降 2.75%，到了 1970 年代中期之後，投資已經大於產出，計畫經濟成為自我耗竭（self-consuming）的經濟（Shirk 1993: 27）而不能不加改變。從 1979-1992 年的經濟改革，國家開始放鬆對經濟的高度管制，容許一定程度的市場經濟與計畫經濟並行。這個階段所謂的市場經濟是各式各樣的包產制試點，它的基本形式是發包者與承包者雙方的契約關係，但是承包的具體內容則視雙方的協議而定，因此充滿著討價還價的彈性空間。今天人們通常使用鄧小平的「摸著石頭過河」來形容中國經改過程的漸進與彈性，其中一個重要的因素就是生產剩餘在分配上各種形形色色的（正式與非正式）包產關係。

生產上的包產制使得國營企業的單位保障制之經濟基礎隨之改變，因此社會保障作為企業改革的配套措施也必須被重新規劃。在 1986 年 4 月 12 日第六屆人大會議中通過的《國民經濟與社會發展第七個五年計畫》中，就首次提出「社會保障」這個概念。同一年中，國務院又頒佈了《國營企業實行勞動合同制暫行規定》，提出一個企業繳費 15% 和個人繳費 3% 的部分積累制養老保險，這個模式在 1993 年之後以「統帳結合」的方式出線，成為後來中國社會保險的主要制度。與這個保險概念相配合的是 1986 年國務院頒佈的《國營企業職工待業保險暫行規定》中正式引入「待業」觀念，顯見中國政府已經準備處理經濟體制轉型下瀕臨破產邊緣的國營企業所面臨的冗員問題，「減員增效，下崗分流」的市場效率

觀念已經逐漸取得它在發展戰略上的正當性。不過這個階段的社會保障措施都只是國企改革的配套，並沒有上升到制度性地位，它反應的是當時的中國政府對市場經濟要進行到何種程度，還沒有一個明確的方向。

中國經濟結構性的轉向自 1992 鄧小平「南巡」之後才開始。1993 年之後外資的急遽湧入（圖 1）。以相對投資而言，這些外資基本上是以四小龍的國外直接投資（foreign direct investment）為主，也就是原先東亞雁飛形區域分工階層中，因為 1980 年代末期東亞幣值上升與垂直分工而必須外移的勞動密集加工工序。（蔡宏政 2011）沿海大都會地區由於因為地理位置傳統上就具有較佳的出口工業基礎建設、較熟悉的國外投資與貿易的網絡、大量熟練技術工人、較高的技術水準等等，因此成為國家政策的優先發展地區，包括租稅優惠、加大基礎建設投資、放寬地方審批權力。這個國家領導的沿海區域成長驅動模式使得沿海都會自 1990 年代之後加速當地資本積累，擴大當地市場規模，也自然成為外資投入的重點，造成沿海、中部與內陸地區人均 GDP 差距與工資水準的逐漸擴大。（王紹光、胡鞍鋼 1999）在原先城鄉差距格局之上，再加上區域差距的分割軸線。

外資的湧入與非國有部門所帶來的結構性成長造成國企改革勢在必行。1993 年 11 月 14 日中共 14 屆三中全會通過的《中共中央關於建立社會主義市場經濟若干問題的決定》，明確地提出社會保障是維持市場經濟的重要支柱，同時要建立「多層次的社會保障體系」。所謂多層次就是社會保障不再是如計畫經濟下，國家單方面的責任，而是社會（企業與個人）必須加入共同負擔。「社會統籌」與「個人帳戶」相結合（統帳結合）的社會保障制度就正式出台。不過，統帳結合只是原則，實際上各地的統帳比例不一。1995 年國務院發佈《關於深化企業職工養老保險制度改革的通知》時，甚至於也以附件形式，同時提供兩種企業職工養老保險統帳結合的實施辦法，允許各地結合實際進行試點。由於各地統帳比例各異，個人帳戶規模從工資的 4%（天津、浙江、廣東）到 17%（江西、河南）都有。另外，統籌層次不高，多半只到縣或地級市，風險分攤效果其實不大。因

此國務院於 1997 年發佈《關於建立統一的企業職工基本養老保險制度的決定》，統一了各地統賬比例，規定了統一的繳費比例、個人帳戶規模、基本養老金計發和管理辦法，同時更要求建立起省級統籌。

然而省級統籌一直難以達成，主要是因為經濟改革過程中採取了「政策試點」的方式。「試點」一直被認為是中國經濟改革成功特有的關鍵機制，因為它可以在維持威權的權力階層體制下，適當地引進制度的創新來進行改革。創新的改革政策首先是在某些中央高層決策者的同意下，由一些地區先行試驗。試驗的結果如果是正面的，那麼中央決策圈會就此試點經驗展開討論，如果在獲得認可的情況下，一個全國性的指導綱領就可以發佈，以便進行另一波更大範圍的試點，所謂「由點到面」的鋪開。在此階段中央也會派出相關專家與官員下到地方，協調相關業務與匯報地方情況回中央。如果一切都順利進行的話，這個創新政策實驗就會認為是模範實驗，成為其它地區幹部前往考察與制度模仿的對象。所有這些實施的經驗再次回到中央進行討論，最後在國務院或中央政治局中拍版定案。這種決策模式的優點是一方面可以選擇性地將地方政府的創新意見引入決策過程中，另一方面則將試點維持在某一特定區域中，既可以防止地方政府集體行動，也可以在實驗失敗時，將損害限制在一個小範圍之內。它在維持威權中央政府由上而下的政策主導能力的同時，也能適時地吸收由下而上的改革意見，並使得地方政府成為決策的參與者。(Heilmann 2008: 9-11)<sup>13</sup>

這種模式雖然在經改過程中獲得巨大的成功，但正是這個模式使得一個全國統籌的社會保險制度難以成立。因為當中央集權的計畫權力被有程度地放鬆，下放到集體所有或個別所有的企業，允許它們以市場的方式經營時，這些非國有部門企業的控制權大多是掌握在地方政府手中。財政分權的實施給予促使地方政府發展地方非國營事業的動力，以更多地保留來自地方的財政收入，尤其是地方的經濟發展還是中央政府考核與選拔地方官員的關鍵標準。所有這些因素讓地方政

---

<sup>13</sup> 作者感謝施世駿教授對 Sebastian Heilmann 著作的引介。



府既有發展經濟的手段，也有發展經濟的強烈動機，其結果是各地方政府經營政績就像在經營一家公司一般。<sup>14</sup>由於中央政府在賦予地方政府更大財政權力的同時，也將過去負擔的社會保障支出一併下放，因此在中央與地方政府都偏好追求高度的經濟成長的結果是，要不是社會保障支出在中央與地方都不重視的情況下低度發展，要不就是地方政府基於其財政自主權，只願意涵蓋發生在其境內工作期間的去商品化成本。這使得「統帳結合」停留在一種抽象的指導原則，實際的保險方案則由地級市或縣各自為政，全國有幾百套不同方案，地方行政區成為福利制度分界線，社會保障呈現地域化的現象（施世駿 2009）。

因此，在計畫經濟時期，由於國家壟斷了所有生產剩餘的汲取，去商品化的資源自然也由國家提供。改革開放之後，市場成長為生產與分配另一個的重要機制，由國家機器主導的統帳結合政策制訂標誌著政府將去商品化資源的提供，大幅度地轉嫁到社會（企業與個人）身上去。但是在統帳結合的社會保險政策設計中，保險給付與繳費水準維持嚴格的對應關係，因此不管是企業所繳交的「社會統籌」，或是個人繳交的「個人帳戶」，都因為投保薪資的差距而被劃歸為不同類屬的保險方案，直接造成了社會保險制度的階層化。

鄭功成（2002）批評文革之後的社會保障制度是「國家－單位保障制」，主要缺點是「板塊分割、封閉運行」，而目前的國家－社會保障制」由於政府、企業與個人都直接承擔責任，因此這個保障多層次的制度更具有適應性、有效性與持續性（鄭功成 2002: 1-37）。但就資金統籌層級而言，統帳結合制度相較於戰後初期勞動保險條例的全國統籌規模，也還是「板塊分割、封閉運行」。經濟改革導致區域與城鄉之間工資日益的擴大，試點的政策創新模式雖然有利於經濟改革，並在地方政策創新中維持中央政府的控制，但它卻將社會保險切割成全國數百套方案，這三點在制度上造成社會保險體系的零碎化與階層化。因此，不管是

---

<sup>14</sup> 鄭永年（1995）稱此為「發展型地方主義（developmental localism）」，Oi（1992）則稱此為「地方國家統合主義（local state corporatism）」。

國家兜底的「國家－單位保障制」，還是三方付費的「國家－社會保障制」，都是在服膺國家單方面設定的發展策略下所產生的福利階層化，也因此我們可以說，改革開放以來的中國福利體制一直都保持著保守主義的福利體制。

這個保守福利體制有沒有往改變的軌道發展呢？我們底下以「新型農村合作醫療」（以下簡稱新農合）作為分析案例。之所以選擇新農合為例主要是基於三個理由，第一，即使經歷了近年來城鎮化的浪潮，農民依然是中國人口的多數，他們是構成福利體制的主體；第二，農民是保守福利體制的最弱勢群體，如果階層化福利體制要有所改變，他們將是最關鍵的觀察對象；第三，與年金保險不同，醫療保險是比較容易進行風險分攤，<sup>15</sup>因此也比較容易進行經費統籌，因此如果一個較為普及式的社會保險制度得以建立，醫保應該比養老保險更容易建立。

## 四、新農合與城鄉統籌：階層化福利體制的逆轉或是再現？

### （一）農村合作醫療的歷史迭宕

農村合作醫療的政治經濟學根源是農業合作化運動。毛式重工業化計畫初期雖然獲得成功，但是農業部門高度積累的問題在一五年計畫的後半期逐漸浮現，1953年糧食產量計畫增長率為9%，實際增長僅為2.5%，1954年計畫增長率為9%以上，糧食增長率持續下降為1.6%（Lardy 1987: 161-162）。為了貫徹高速的重工業化策略，以毛澤東為首的中共領導階層相信，透過進一步的經濟集體化可以加速農業的積累，維持計畫中「兩條腿走路」的速度。因此，「統購統銷」政策首先在1953年被實施，用來加強國家對農業部門的汲取，國家以低於市場價格強制收購農民的糧食，並且對私人糧食交易進行管制。顯而易見地，統購統銷

---

<sup>15</sup> 簡單來說，醫療保險的給付發生在被保險人生病的時候，而生病並不是大部分人所希望之事。因此被保險人繳費之後，並不會追求被給付，資金統籌容易發生。其次，醫療保險的資金統籌通常是在一年之內採隨收隨付（pay as you go）結算。相對地，年金的領取則幾乎是人人想望之事，統籌作用多半發生在代際之間，而中國的老化才將要到來，不太容易採隨收隨付（pay as you go）。

要能夠真正有效地實行，私有的市場交易必須被取消，而傳統的個別農家生產系統也必須被拆解，以便依照集體化原則來重新構作，使之配置於國家機器的調控之下。逐漸地，從互助組到生產合作社，從高級生產合作社到最終的人民公社，傳統中國農業以家戶為生產及核算單位的組織模式被快速轉化，個別家庭之土地、耕畜等生產工具被併入集體單位之中，勞動報酬之支付也是以集體產出為基礎。

正是在這樣的農業合作化運動中，1950年代下半葉才有合作醫療的大規模實施。在1955年，山西、河南、河北、湖南、貴州、山東、上海等地的農村就出現了一些農業合作社所辦理的保健站和醫療站。1956年全國人大第一屆第三次會議通過的《高級農業生產合作社示範章程》明確規定，合作社對於因公負傷或因公致病的社員要負責醫療，並且酌量補助勞動工分與現金。這清楚顯示合作醫療之所以被設立來發揮醫療保障的功能，主要是作為農業集體化運動的一環在推動。

1959年11月，衛生部在山西省稷山縣召開全國農村衛生工作會議。會後，衛生部向中共中央上報了《關於全國農村衛生工作山西稷山現場會議情況的報告》及附件《關於人民公社衛生工作幾個問題的意見》，肯定了人民公社社員集體保健醫療制度，並提出了具體建議：

關於人民公社的醫療制度，目前主要有兩種形式，一種是誰看病誰出錢；一種是實行人民公社社員集體保健醫療制度。與會代表一致認為，根據目前的生產發展水準和群眾覺悟程度等實際情況，以實行人民公社社員集體保健醫療制度為宜。其主要點是：1、社員每年交納一定的保健費；2、看病時只交藥費或掛號費；3、另由公社、大隊的公益金中補助一部分。具體作法各地可根據當地條件制定。實行這種制度，對於開展衛生預防，保證社員有病能及時治療，和鞏固公社的醫療衛生組織，都較為有利。<sup>16</sup>

1960年2月2日，中共中央以中發（60）70號文件表達同意此報告的觀點，

---

<sup>16</sup> 資料來源：《關於全國農村衛生工作山西稷山現場會議情況的報告》，[http://cms.xxy.cn/article/2008/0423/article\\_64566.html](http://cms.xxy.cn/article/2008/0423/article_64566.html)，取用日期：2008年5月26日。

並要求各地參照執行。因此在 1960 年代初，合作醫療的覆蓋率就達到 20~30%。1965 年 6 月，毛澤東做出「把醫療衛生工作的重點放到農村去」的指示（626 指示）。同年 9 月 21 日，中共中央就以中發（65）586 號文件（《關於把衛生工作重點放到農村的報告》）批轉衛生部黨委，強調加強農村基層衛生保健工作。1968 年，毛澤東親自肯定了湖北省長陽縣樂園人民公社舉辦合作醫療的經驗，稱讚「合作醫療好」。合作醫療在毛主席的加持之下「全國一片紅」，農村合作醫療的覆蓋率在 1975 年曾達到國全國行政村（生產大隊）的 84.6%（World Bank 1984:155），1970 年代末甚至達到過 90% 以上（蔡仁華 1998：344）。

由於「統收統支」的經濟體制，藥品價格由國家嚴格控制，甚至通過補貼藥廠使藥品價格維持在一個較低的水準。1950 年代中期之前還存在的個體醫生都被組織起來，成立了集體性質的衛生所和保健站。集體性質的醫生，其報酬由所屬的生產隊給予工分和少量現金，若屬於國家公有醫療機構的專職醫務人員，則由國家供應口糧，工資由其所在機構負責。公社衛生院的全部基本建設、設備經費以及人員工資由國家負責，並給予醫院全部開支 20~35% 的補助。對於集體辦的衛生院，國家也給予一定比例的補助（葛延風、貢森等 2007：119）。在這種集體經濟體制下，農民即使是自費醫療，實際上也因為國家補貼醫療機構，以及嚴格控制醫療服務和藥品價格，存在著價格低廉的的集體醫療保險。

因此，當時的重工業化發展路線雖然把農民的生活水平維持在一個勉強餬口的低水準，但是這一集體經濟卻也同時提供了高度去商品化的集體醫療保險，<sup>17</sup>從而達成了集體經濟時期公共衛生上的顯著成就。1978 年世界衛生組織（WHO）在著名的阿拉木圖（Alma Ata）會議中推崇當時中國醫療體系為全世界基層健康照護的楷模（Chen 2001: 465）。但是，往後的歷史證明，合作醫療在這個時候卻即將走入瓦解的階段，主要的因素正是國家發展策略進行了 180 度的轉彎，先前

---

<sup>17</sup> 但是這裡的去商品化與 Esping-Andersen 所主張的去商品化原始意義卻截然不同。農民生活福利去商品化的另一面是分配物資的權力全然掌握在強國家手中。這再一次地說明，對一個國家的福利體制不能簡單地以去商品化指數來判讀，而必須經由分析它的資本積累方式來找出制度的驅動力。

被廢除的市場被重新引入，集體經濟體制在種種包產中迅速解體，合作醫療失去資金籌集的制度基礎。更重要的是，在改革開放的過程中，中央與地方政府的財政包乾讓中央將過去支援鄉鎮衛生院的財政負擔一起下放到地方政府。省、縣政府則依樣畫葫蘆，把鄉鎮衛生院的管理下放鄉鎮政府管理，最後財政有困難的衛生院則被包產到個別醫生手中，進行自負盈虧的「創收」經營。到 1988 年為止，集體辦的村醫療點只剩 35.7%，個體辦的村醫療點已經達到 55.6%，1989 年，實行合作醫療的行政村占全國行政村總數從全盛時期的 90% 下降到只 4.8%（蔡仁華 1998：328）。

## （二）新農合的出台

在多邊組織的協助下，從 1985 年到 2003 年，中國政府對農村醫療問題的解決一直鎖定在合作醫療的重建上（表 1）。但是在這段期間中，復興合作醫療的行動大多以失敗告終。1998 年衛生部進行的「第二次國家衛生服務調查」結果顯示，全國農村居民中得到某種程度醫療保障的人口只有 12.6%，其中合作醫療的比重僅為 6.5%（葛延風、貢森等 2007：129）。主要的問題就是醫療商品化的結果。醫療商品化以兩種方式對農民產生衝擊。第一，政府在衛生支出的比重隨著經改而節節下降，個人支出的部分則反向上升。政府衛生支出占衛生總費用的比重，從改革開放初期的 37-38%，在 1980 年代中期後快速下滑，一度下降到 2000 年的 15.5%，然後才略微回升到 2006 年的 18.1%，而個人支出部分則從 1979 年的 20.3% 一路上升到 2001 年的 60%，然後下降到 2005 年的 52.2%（圖 2）。2001 年之後個人支出的下降、社會衛生支出的增加，主要是城鎮職工的勞保醫療與公費醫療的增加，與農民無關，福利體制階層化維持著明顯的制度慣性。第二，在政府減低投入的同時，農民購買醫療商品的能力其實是相對下滑的。農民的收入增加率總是低於 GDP 成長率，而與許多國家一樣，醫療消費彈性係數常常是高於

GDP成長率（表 2）。所以，中國農民在這階段其實是承受著市場與國家雙重失靈的傷害，換個方式說，同時是國家主義保守體制與市場體制雙重階層化下最底層的弱勢群體。<sup>18</sup>

2003 年SARS的衝擊終於帶來改變，中國政府意識到農村日益減弱的公共醫療衛生是一個潛在的危機。2003 年 1 月 10 日中國國務院辦公廳發佈了〈關於建立新型農村合作醫療制度的意見〉，在這份文件中，中國中央政府表示，實施新型農村合作醫療制度是「實踐「三個代表」重要思想的具體體現，對提高農民健康水準，促進農村經濟發展，維護社會穩定具有重大意義」。具體的實施方式則是，「由政府組織、引導、支援，農民自願參加，個人、集體和政府多方籌資，以大病統籌為主的農民醫療互助共濟制度」。因此，它的基本原則有三個：（一）自願參加，多方籌資。農民以家庭為單位，採自願參加原則。鄉（鎮）、村集體必須給予資金扶持外，中央和地方各級財政每年要安排一定專項資金予以支持；（二）以收定支，保障適度。因此，新型農村合作醫療保障是在講求財務均衡的前題下，提供農民最基本的醫療服務；（三）先行試點，逐步推廣。新型農村合作醫療制度的建立是隨著農村社會經濟的發展和農民收入的增加，逐步提高新型農村合作醫療制度的社會化程度和抗風險能力。<sup>19</sup>

這三點都反映了中央政府在實施新農合的保守態度，限制了醫療風險分攤的作用。首先，自願參加原則會使得農村中身體強健者與農民工（這二者經常是重疊的）拒絕加入，並吸引醫療風險性高的弱勢者，這將導致新農合因為風險過於集中，財務收支無法均衡。因此，提高參合率（臺灣稱為納保率）以維持這項保險的財務可持續性就成為新農合成功運作的關鍵前提之一。<sup>20</sup>其次，以收定支的

---

<sup>18</sup> 在 2000 年中國衛生總費用的 4763.97 億人民幣中，佔全國人口 63.8%的農村居民只使用了 22.5%的費用，城鄉居民的差距約為三倍。王紹光對此現象的評語是：「這種不公平不要說是與社會主義的理念絕然對立，就是與最起碼的平等概念也互相矛盾」（王紹光 2003）。

<sup>19</sup> 〈國務院辦公廳轉發衛生部等部門關於建立新型農村合作醫療制度意見的通知〉，中華人民共和國政府網站，[http://www.gov.cn/zwggk/2005-08/12/content\\_21850.htm](http://www.gov.cn/zwggk/2005-08/12/content_21850.htm)，取用日期：2008 年 11 月 15 日。

<sup>20</sup> 新農合宣稱採取的是自願參加原則據稱是為了避免新農合又成為農民眼中的「三亂」（亂收

保守財務原則<sup>21</sup>直接造成「保大（住院）不保小（門診）」、高起付線與低封頂線。收入既然是依賴於在有限的保費與政府財政支持，那麼量入為出的醫療支出就被訂在一個更為嚴格的界限內。高自付額形成的門檻使得能夠住得起醫院的農村居民經濟能力通常必須在中上階層以上，同樣讓高風險、低收入的底層農民無法利用到醫療資源，反而是中上所得的農民可以獲得政府挹注的經費。最後，試點雖然在中國共產黨自 1928 年以來推行新政策的重要方式，也被認為是有效地推動經濟改革（Heilmann 2008），但是 醫療保險的風險分攤原理恰恰是要求盡可能大規模的統籌，小規模試點是無法達到醫療社會保險的目的。

2003 年之後新農合的改革主要的動力來自於政府投入的增加所拉動的效果。2003 年，各級政府財政補助每人每年 20 元，農民個人繳費 10 元，這個 2:1 的比例一直維持，但金額不斷上調，從 2006 年各級政府財政補助每人每年 40 元，農民個人繳費 20 元，2008 年的政府補助 80 元，農民繳費 40 元，到 2010 年政府補助 120 元，農民繳費反而下降到 30 元。目前，國務院在十二五計畫之後計畫於 2012 年再次提高政府補助到 200 元。<sup>22</sup>由於籌資規模的增長，給付條件的放寬<sup>23</sup>，加上地方政府動員參加，參合率、受益人數與支出規模都呈現節節上升的趨勢（表 3）。

但是在這些亮麗的統計數字下，依然存在著身份切割的階層化問題。改革開放之後，醫療服務體系（也就是台灣所謂的醫療輸送體系，medical delivery system）改為利潤導向，大部分高水準的醫療設備與醫護人員都建立在有消費市

---

費、亂集資、亂攤派），後來的推行實質上也是準強制性參加。關於基層如何動員繳費，王紅漫提供了一個頗為生動有趣的田野描述：「社長（村長底下的幹部）必須到茶館或麻將館『堵』他責任區內的社員，還要對社員做一番思想建設，說明錢的用途，反覆強調不是『亂收費』（有時都很難說服自己），待社員不耐煩聽下去而交錢時，社長的責任也就盡到了」。（王紅漫 2004: 137）

<sup>21</sup> 筆者在田野訪談中，曾經詢問不同地區的衛生局官員為何一定要堅持以收定支，他們的回答都頗為一致：「如果有赤字，那萬一明年財政撥款沒下來怎麼辦？」

<sup>22</sup> 資料來源：[http://www.stdaily.com/kjrb/content/2011-06/05/content\\_311870.htm](http://www.stdaily.com/kjrb/content/2011-06/05/content_311870.htm)，取用日期：2011 年 10 月 13 日。

<sup>23</sup> 我們從訪談蘇北的幾個縣衛生局資料裡得知，農民就醫所使用的藥物，大致上有 70-80% 是屬於基本藥物目錄上可給付的項目，給付水準約在 40-60% 之間，所以給付金額約佔醫療費用的 3-5 成。

場的地區（沿海核心都市及其週邊）。但是農民一旦離開戶籍地的縣級統籌到大都市就醫，給付水準立刻劇降到 10% 左右。這個設計使得農民如果要取得較好的醫療服務，就必須付出比都市人遠為昂貴的代價。<sup>24</sup>不幸的是，市場經濟以令人矚目的速度拉大農民與城鎮居民的收入差距（圖 3），因此市場經濟一方面將醫療服務商品化，另一方面佔人口多數的農民購買醫療商品的能力卻相對地越來越低。國家通過高比例補助推動的新農合旨在緩解這個日益嚴重的問題，但實質的制度設計與運作也同時把農民限制在他們戶籍地區接受較低水準的醫療。

我們從一份準官方<sup>25</sup>的研究報告中可以看到目前健康保障階層化的清楚面貌（表 4）。表 4 的公共衛生服務屬於一般衛生行政，本來就應該以一般稅收來支應；「補充醫療」強調的是個人額外的健康保障，不具有普及性與強制性，允許比較大的保障差異；「基本醫療」反應的是國民基本生存的社會權，理應涵蓋所有國民且保障水準相近。但是不同人群在基本醫療的階層化差異不但沒被作者們討論，它反而被理解為一種具有中國特色的「優點」，是「根據中國經濟社會特點，採取了多元、多樣的方式，在統一架構的前提下，滿足社會不同群體的要求」。因此這個發展報告建議一直到 2020 年，中國的「發展型社會福利體系」還是以全覆蓋但有差別的社會保險架構為主。（中國發展研究基金會組織 2009: 22-24；28）階層化福利體制在政策思維與運作邏輯上並沒有本質的改變。<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> 我們在南京市訪問到一些從周邊農村來南京就醫的農民工家眷，主要的問題都是村里面的醫生非但無法治好他們的病，反而導致病情更加惡化，逼使他們非得幾乎自費來南京市裡就醫。

<sup>25</sup> 作者大多為官員或是政府研究部門首長。

<sup>26</sup> 如同我們在註 16 所陳述的理由，農村養老保險（新農保）呈現更明顯的制度階層化問題。目前城鎮職工養老保險的養老金全國平均每人每月 1362 元，國家機關人員則超過職工一倍以上（所得替代率 85-100%），至於農民，根據新農保，基礎年金為每人每月 55 元（農村低保給付平均 117 元），即使是以最高繳費檔次（每年繳 500 元）設算，每月每人也只能領取 131 元（占全國農民人均純收入的 26.58%）。2008 年中央政府財政支出佔全國支出僅為 21.13%，而補貼新農保的經費佔當年中央財政支出又僅為 1.64%（高帆 2011；張祖平、馬碧瑩 2011）。中央政府對提高補貼新農保的財政能力是游刃有餘，因此採取這麼低標與差別性對待銘刻著清楚的階層化設計。



### （三）城鄉統籌：新農合的未來？

關於如何進一步改善新農合的問題，目前中國政府的策略是在城鄉統籌發展下，計畫實施全民醫保。所謂的城鄉統籌，是在 2003 年 10 月的十六屆三中全會《中共中央關於完善社會主義市場經濟體制若干問題的決定》中，提出建成完善社會主義市場經濟要按照五個統籌的要求，其中第一個就是統籌城鄉發展，希望能夠經由城鄉發展一體化，把「農民」變成「市民」，全面實現小康，從根本上解決「三農」問題（李曉西 2003）。

在這樣的統籌發展策略下，2007 年 6 月 7 日，國家發展和改革委員會下發《國家發展改革委關於批准重慶市和成都市設立全國統籌城鄉綜合配套改革試驗區的通知》，同意中國西部重慶市和四川省成都市，正式成為全國統籌城鄉綜合配套改革試驗區，這是中國首次設立統籌城鄉綜合配套改革試驗區。2009 年 1 月 26 日《國務院關於推進重慶市統籌城鄉改革和發展的若干意見》更具體地強調，要「完善城鄉醫療衛生體系」，要求重慶深化醫藥衛生體制改革，加快建立覆蓋城鄉居民的基本醫療衛生制度，在西部地區率先實現人人享有基本醫療衛生服務的目標，逐步實現基本醫療保險市級統籌<sup>27</sup>。

在城鄉醫療統籌規劃的方針下，重慶市在 2007 年推出「城鄉居民合作醫療保險」，凡是具有本市城鄉戶籍的農村居民和不屬於城鎮職工醫療保險覆蓋範圍的城鎮居民（主要是城鎮非就業人口），包括學生（除大學生外）和兒童，以及其他非從業城鎮居民均可在戶籍所在地自願參加這個保險。2009 年更擴大到 21 個城鄉居民合作醫療保險試點區縣，儘管各地區方案具體內容有些差異，但程度不大，最主要的特徵是城鄉合作醫保將籌資標準分為兩個檔次，第一檔籌資水準在 2007 年為每人每年 50 元，2008 年則提高到 100 元；第二檔籌資水準 2007 年為每人每年 160 元／人／年，2008 年為 200 元，以家庭為單位參保，家庭中符

---

<sup>27</sup> [http://www.lawtw.com/article.php?template=article\\_content&area=free\\_browse&job\\_id=146455&parent\\_path=1,2169,1614.&article\\_category\\_id=2147&article\\_id=76552](http://www.lawtw.com/article.php?template=article_content&area=free_browse&job_id=146455&parent_path=1,2169,1614.&article_category_id=2147&article_id=76552)，取用日期：2009 年 4 月 13 日。

合參保條件的所有成員必須選擇同一檔次參保，選擇檔次一經確定後，兩年之內不得變更。（侯明喜 2008）

對應著不同的繳費標準，報銷比例也因此分為兩個檔次。以重慶市江北區城鄉合作醫療補償標準為例，城鄉居民合作醫療報銷的起付線（自付額）一檔和二檔一樣，一級醫療機構（社區衛生機構）200 元，二級醫療機構 600 元，三級醫療機構（市級）1000 元。但是，城鄉居民合作醫療報銷封頂線（給付上限）不同，住院費報銷的一檔封頂線 12000 元；二檔封頂線 50000 元；特病門診費報銷一檔報 800 元/人/年，二檔 1800 元/人/年。不同的醫療機構住院費用報銷比例也不同，一級醫療機構一檔 45%，二檔 60%；二級醫療機構，一檔報 25%，二檔 40%；三級醫療機構住院報銷一檔 15%，二檔 25%。<sup>28</sup>

從長遠的規劃理想來說，這種統籌設計是希望打破過去城鄉二元的格局，將城鄉人口全部納入單一的醫療保險制度裡面。一個理想的狀況是，給付水準比較好的第二檔醫療保險可以持續吸引所得較高的農村居民與城鎮非就業人口，從而擴大涵蓋人口，最終與城鎮職工保險整合，達到單一社會保險的風險分攤效果。在第二檔醫療保險實施穩固下來之後，第一檔保險的給付水準就可以逐步上調到與第二檔相同。當然，一檔的保險費率也必須相對應地上調，如果因為參保一檔的人都是所得較低的農民，那就通過社會救助的方式，由政府直接補貼保費差額。

但是這個理想遠景的實現卻必須有賴於一個關鍵性的條件，那就是大部分農民的收入在將來要能趕上城鎮居民的水準，一個給付水準不錯的醫療保險才能夠吸引足夠多的農民繳交保費來運作下去。但是，中間收入人口的比例上升意味著中國未來的發展必須逆轉改革開放以來所得差距擴大趨勢，這將是一個令人矚目的艱鉅任務。如果農民收入無法趕上城鎮居民的工資增長的話，那麼醫療保險的城鄉統籌可能產生兩個結果。最直接的方式是重慶市政府進行財政補貼，但這就

---

<sup>28</sup> 中國經濟網，[http://big5.ce.cn/cysc/newmain/s/zyy/200904/08/t20090408\\_18744434.shtml](http://big5.ce.cn/cysc/newmain/s/zyy/200904/08/t20090408_18744434.shtml)，取用日期：2009 年 4 月 22 日。

捨棄社會保險財務均衡的原則，走向城鄉統一的準公醫制度，姑且不論重慶市政府的政策偏好，它的財政能力也會成為一大問題。<sup>29</sup>第二種情形是下調保費（當然給付也隨之縮減），在第一檔與第二檔再劃分出中間的檔次適用於不同收入的農民，但這其實是重述了階層化福利體制的邏輯。它會鞏固現今我們已經看到的福利階層化現象，貧窮的農民、農民工與城鎮底層工人依賴國家補助的低水準醫療保險，擁有平均水準以上所得的富農、正規城鎮職工與三資企業員工則成為第二檔醫療保險的主力，最後真正高所得的經濟菁英則投向豪華的補充醫療。

## 五、本文的主要貢獻與未來的研究方向

本文的主要目的是要運用 Esping-Andersen 的「三個世界」理論來分析中國福利體制。這個工作的完成具有兩個重要意義：首先是通過對「三個世界」理論的進行修正，以便將原先用於核心資本主義國家的福利體制理論延伸到中國的案例；其次，在適切地考量具有「中國特色」的資本積累與去商品化制度下，將中國福利體制提升到可以進行跨國比較的理论位置。

我們論證，中國階層化的保守福利體制是在追求超趕的重工業化發展策略建立起來的，在這種高度工業資本積累的發展策略下，農民成為國家發展的最沈重的負擔者。文革之後勞保條例的廢除使得全國層次的社會保障統籌功能盡失，每個人的養老與疾病視所屬單位或生產大隊而定，身份與職業區隔的階層化體制被進一步零細化切割，社會保障功能陷縮到單位內保障。改革開放雖然逆轉計畫經濟的邏輯，市場成長為生產與分配另一個的重要機制，但一方面經濟改革中區域

---

<sup>29</sup> 2010年重慶市政府發佈了《關於統籌城鄉戶籍制度改革的意見》，計畫到2020年將市內的1000萬農民轉為市民，實現70%城鎮化水平，米紅（2011）設算了這個計畫如果實現，因農民遷入所需要的養老金支出缺口在2030年最高可能達到市政府財政總收入的22%，而原有城鎮居民所需養老保險支付佔8%。如果再加上醫療保險，福利支出戰財政負擔很可能會超出歐洲福利國家水準。這可以引伸出兩個問題，第一，重慶市政府是否願意接受這麼高額の財政負擔嗎？；第二，城裡人願意將「他們的」養老基金跟這些湧入的農民風險共攤嗎？

與城鄉之間工資日益的擴大，另一方面，由國家主導的統帳結合社會保險制度設計中，保險給付與繳費水準維持嚴格的對應關係，因此不管是企業所繳交的「社會統籌」，或是個人繳交的「個人帳戶」，都因為投保薪資的差距而被劃歸為不同類屬的保險方案，直接造成了社會保險制度的階層化。這個階層化還因為試點的政策創新模式將社會保險切割成全國數百套方案。市場經濟在改革開放時期中的茁壯改變了資本積累的模式，但中國福利體制卻依然維持著保守體制最重要的階層化特徵。

本文以新型農村合作醫療以及城鄉統籌發展來檢驗農村醫療是否可能為保守體制帶來改變的證據，但是我們發現所謂的統籌發展在現階段其實是以劃分更細的階層來「適用」於不同薪資的被保險人，而不是讓農民與工人可以統一在相同給付水準的普及式保險制度，因此除非中國可以逆轉改革開放以來持續擴大的分配不均趨勢，否則中國福利體制依然是階層化的保守體制。

本文的論證之所以能做成是因為我們對Esping-Andersen三種福利體制的類別歸屬進行了方法學上的修正。我們指出，福利體制的類別歸屬不能依賴某個歷史時刻的操作型定義化指標之計算，而必須訴諸歷史－結構的制度分析，也就是觀察福利資本主義的運作中，市場、國家與公民社會哪一種制度在何種歷史條件下會成為支配性的制度。這意味著福利體制的類別歸屬及其體制變遷或許可以藉助於許多已經在「歷史制度論（historical institutionalism）」發展出來的概念，如「關鍵時刻（critical juncture）」、「路徑依賴（path dependence）」、「自我強化（self-reinforcing）」等，來進行進一步的分析。<sup>30</sup>

但是將歷史制度論引入福利體制類型學的分析中需要解決一些基本的方法學問題。（Mahoney and Rueschemeyer 2003）歷史制度論強調歷史變遷過程中牽涉的變數過於複雜，相同的歷史條件不一定會產生同樣的結果，因此難以根據操作型定義的變數給出標準化甚至於量化的因果關係。對議題的因果關係只有從

---

<sup>30</sup> 感謝審查人對此點的提醒。

歷史的發生脈絡中才能真實掌握。但是這個知識論立場也意味著，即使我們能從各種複雜的因果鎖鍊中提煉出對一個制度何以如此形成的「真實」分析，那麼這個真實的效力也僅止於我們所分析的歷史個案。因此，如何將個案的因果真實性提升到Esping-Andersen用來進行比較研究的福利體制，也就是說提升到一個可以進行比較歷史分析的層次來討論，這還需要對比較歷史分析的研究進路進行一些基本的方法學討論與提煉的工作，也是本論文可以進行的下一階段研究。

**表 1、1985-2003 年合作醫療的復興行動**

時間	執行單位	調研計畫或政府文件
1985	世界銀行貸款，衛生部與美國蘭德公司合作	在四川簡陽、眉山兩縣進行了《中國農村健康保險制度系列研究》(衛生 II 專案)。
1987	安徽醫科大學與衛生部醫政司	《農村合作醫療保健制度系列研究》
1993	國務院政策研究室和衛生部	《加快農村合作醫療保健制度的改革與建設》
1994	國務院研究室、衛生部、農業部與世界衛生組織合作	在全國 7 個省 14 個縣(市)開展《中國農村合作醫療制度改革》試點及跟蹤研究工作。
1996	全國衛生工作會議上，江澤民提出	「加強農村衛生工作，關鍵是發展和完善農村合作醫療制度」。
1997	中共中央、國務院在《關於衛生改革與發展的決定》中提出	「積極穩妥發展和完善合作醫療制度」。
1998	十五屆三中全會通過《中共中央關於農業和農村工作若干重大問題的決定》	「完善農村醫療衛生設施，穩步發展合作醫療，提高農民健康水準」。
2001	國務院辦公廳轉發國務院體改辦等部門	《關於農村衛生改革與發展的指導意見》中強調「繼續完善與發展合作醫療制度」。
2002	中央政府制定了《中國農村初級衛生保健發展綱要(2001—2010 年)》	提出「完善和發展農村合作醫療，探索實行區域性大病統籌，逐步建立貧困家庭醫療救助制度，積極實行多種形式的農民醫療保障制度」。
2003	國務院辦公廳轉發衛生部等部門	《建立新型農村合作醫療制度意見》的通知，正式提出新農合的具體措施。

表 2、農民收入、GDP、衛生費用成長率（前年=1）

年份	農村居民家庭平均每人純 收入成長率	人均 GDP 成長率	人均衛生費用成長率
1979		0.100	0.122
1980		0.105	0.124
1981	0.168	0.062	0.103
1982	0.209	0.072	0.094
1983	0.147	0.104	0.149
1984	0.147	0.193	0.154
1985	0.119	0.234	0.138
1986	0.066	0.123	0.114
1987	0.092	0.155	0.180
1988	0.178	0.228	0.268
1989	0.104	0.112	0.241
1990	0.141	0.082	0.198
1991	0.032	0.151	0.179
1992	0.106	0.221	0.214
1993	0.176	0.297	0.243
1994	0.325	0.349	0.263
1995	0.292	0.248	0.211
1996	0.221	0.159	0.245
1997	0.085	0.098	0.168
1998	0.034	0.059	0.140
1999	0.022	0.053	0.091
2000	0.019	0.098	0.125
2001	0.050	0.097	0.088
2002	0.046	0.090	0.144
2003	0.059	0.122	0.130
2004	0.120	0.170	0.146
2005	0.108	0.143	0.134
2006	0.102	0.140	0.131
2007	0.122	0.145	0.162

資料來源：中國統計年鑑(1984-2008)。

表 3、新型農村合作醫療進展情形

日期	試點縣、 市、區(個)	參加的農民 (億人)	參合率 (%)	基金籌集 (億元)	受益人次 (萬人)	基金支出總 額(億元)
2003/09	304	0.43	74.0	—		
2004/06	310	0.69	72.6	30.2		
2004/12	333	0.80	75.2	40.1	7600.63	26.37
2005/06	641	1.63	72.6	—		
2005/12	678	1.79	75.7	92.8	12236.59	61.75
2006/03	1369	3.74	79.1	—		
2006/09	1433	4.06	80.5	—		
2006/12	1451	4.10	80.66	213.59	27215.80	155.81

資料來源：《中國社會保障發展報告 2007 No.3》，頁 68；2006 年 12 月的統計資料，以及受益人數、基金支出等數字來自《中國醫療衛生發展報告 No.3》，頁 86、87。



表 4、中國健康保障體系中項目與人群的對應關係

項目		群體分類	城鎮企業職工	機關事業職工	自由職業者	農民工	城鎮居民	農村居民	城鄉無收入老人	城鄉貧困家庭
公共衛生	預防控制					★	★			
	社區醫療服務	★	★	★	★	★				
	農村三級衛生服務						★		★	
基本醫療保險	基本醫療保險	城鎮職工醫療保險	★	★	★	★				
		城鎮居民醫療保險					★			
		農村新合作醫療保險				★		★		
	城鄉醫療救助					★	★	★	★	
補充醫療	企業補助	★								
	公務員醫療補助		★							

資料來源：《中國發展報告 2008/09：建構全民共享的發展型社會福利體系》，頁 29。作者略加調整。

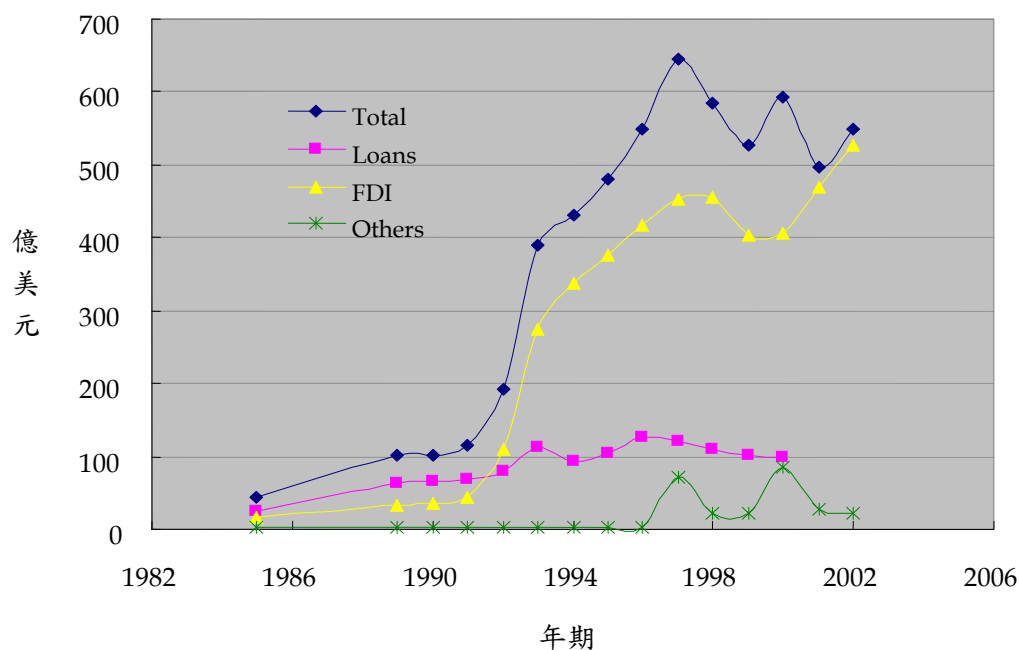


圖 1、國外資本流入

資料來源：《中國統計年鑑 1984-2002》。

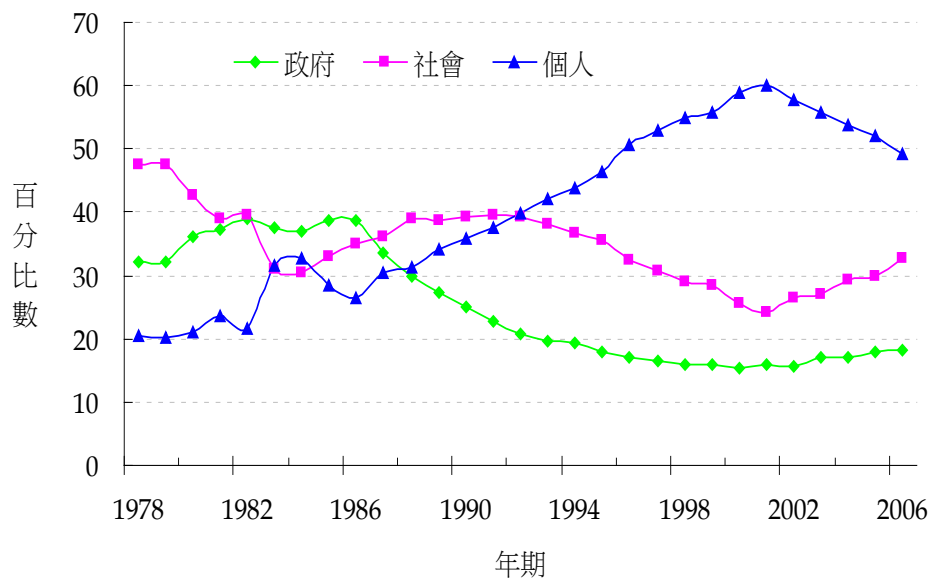
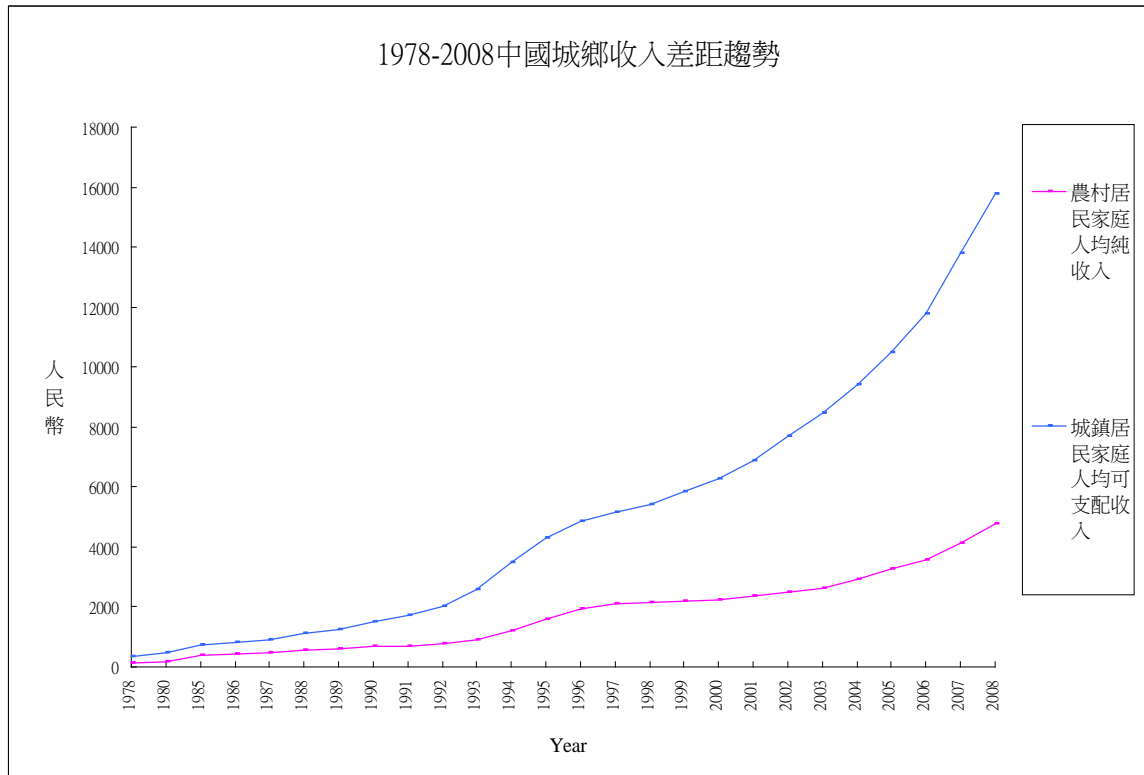


圖 2、衛生費用構成

資料來源：《中國統計年鑑 1984-2008》。



**圖 3、城鄉所得不平等，1978-2008 年**

資料來源：《中國統計年鑑 1984-2008》。

## 參考書目

- 中國國家統計局，歷年，《中國統計年鑑》。北京：中國統計出版社。
- 中國發展研究基金會組織編寫，2009，《中國發展報告 2008/09：建構全民共享的發展型社會福利體系》。北京：中國發展研究基金會。
- 王紅漫，2004，《大國衛生之難：中國農村醫療衛生現狀與制度改革探討》。北京：北京大學出版社。
- 王紹光，2003，〈中國公共衛生的危機與轉機〉。  
<http://www.tecn.cn/data/detail.php?id=11998>，取用日期：2008年5月16日。
- 王夢奎主編，1992，《中國社會保險制度改革》。北京：中國社會科學出版社。
- 米紅，2011，〈覆蓋城鄉居民養老保障的若干核心問題研究〉。論文發表於「首屆海峽兩岸農村社會保險理論與實踐研討會」，杭州：浙江大學，民國100年9月8日至9日。
- 李易駿、古允文，2003，〈另一個福利世界？東亞發展型福利體制初探〉。《台灣社會學刊》31：189-241。
- 李曉西，2003，〈五個統籌是一種新的發展觀〉。<http://www.china.com.cn/chinese/zhuanti/sljszqh/428336.htm>，取用日期：2009年4月12日。
- 吳介民，2000，〈壓榨人性空間：身份差序與中國式多重剝削〉。《臺灣社會研究季刊》39：1-44。
- ，2011，〈永遠的異鄉客？公民身份差序與中國農民工階級〉。《臺灣社會學》21：51-99。
- 侯明喜，2008，〈統籌城鄉醫療保險體制：重慶市的初步實踐及發展路徑〉。《經濟體制改革》，01期。<http://www.docin.com/p-281400045.html#document> info，取用日期：2009年4月12日。
- 施世駿，2009，〈社會保障的地域化：中國社會公民權的空間政治轉型〉。《臺灣社會學》18：43-93。

- 王紹光、胡鞍鋼，1999，《中國：不平衡的發展的政治經濟學》。北京：中國計畫出版社。
- 高帆，2011，〈中國國民年金制度—建立統一的社會養老保險制度的目標模式〉。論文發表於「首屆海峽兩岸農村社會保險理論與實踐研討會」，杭州：浙江大學，民國 100 年年 9 月 8 日至 9 日。
- 勞動部課題組，1994，《中國社會保障體系的建立與完善》。北京：中國經濟出版社。
- 張祖平、馬碧瑩，2011，〈新型農村社會養老保險適度保障水平研究〉。論文發表於「首屆海峽兩岸農村社會保險理論與實踐研討會」，杭州：浙江大學，民國 100 年 9 月 8 日至 9 日。
- 葛延風、貢森等，2007，《中國醫改：問題·根源·出路》。北京：中國發展出版社。
- 蔡仁華，1998，《中國醫療保障制度改革實用全書》。北京：中國人事出版社。
- 蔡宏政，2011，〈如何看待 ECFA 簽訂的戰略利益：區域經濟分工轉型下的政治經濟分析〉。《思與言》，49(3): 135-165。
- 高書生，2007，《社會保障改革：何去何從》。北京：人民出版社。
- 鄭功成，2002，《中國社會保障制度評估》。北京，中國人民大學出版社。
- 鄭永年，1995，〈發展型地方主義的興起〉。頁 19-32，收錄於吳國光、鄭永年編，《論中央-地方關係：中國制度轉型的一個軸心問題》。香港：牛津大學出版社。
- Abrahamson, Peter, 1999, "The Welfare Modelling Business." *Social Policy and Administration* 33(4): 394-415.
- Arts and Gelissen, 2002, "Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report." *Journal of European Social Policy* 12(2): 137-158.
- Baldwin, P, 1996, "Can We Define a European Welfare State Model?" Pp. 22-95 in *Comparative Welfare System: the Scandinavian Model in a Period of Change*, edited by B. Greve. London: Macmillan.

- Castles, G. Francis, 1996, "Needs-Based Strategies of Social Protection in Australia and New Zealand." Pp. 88-115 in *Welfare States in Transition: National Adaptions and Global Economies*, edited by Gosta Esping-Andersen. London: Sage.
- Chen, Meei-shia, 2001, "The Great Reversal: Transformation of Health Care in the People's Republic of China." Pp. 456-482 in *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, edited by William C. Cockerham. Oxford: Balckwell Publishing.
- Esping-Andersen, Gøsta 著、古允文譯，1999，《福利資本主義的三個世界》，台北：巨流圖書公司。（Esping-Andersen, Gøsta, 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press.）
- . 1997, "Hybrid or Unique? the Japanese Welfare State between Europe and America." *Journal of European Social Policy* 7(3): 179-189.
- . 1999, *Social Foundations of Postindustrial Economies*. New York: Oxford University Press.
- Gu, Edward X, 2001, "Dismantling the Chinese mini-welfare state? Marketization and the policies of instituteional transformation, 1979-1999." *Communist and Post-communist Studie* 34: 91-111.
- Gwynne, Robert N. and Cristobal Kay, 1999, *Latin America Transformed: Globalization and Modernity*. London: Arnold.
- Heilmann, Sebastian, 2008, "Policy Experimentation in China's Economic Rise." *Studies in Comparative International Development* 43: 1-26.
- Holliday, Ian, 2000, "Productivist welfare Capitalism: Social Policy in East Asia." *Political Studies* 48: 706-723.
- Holliday and Wilding, 2003, *Welfare capitalism in East Asia: Social Policy in the Tiger Economies*. New York: Palgrave Macmillan.

- Kasza, Gregory J. , 2002, “The Illusion of Welfare Regimes.” *Journal of Social Policy*, 31(2): 271-287.
- , 2006, *One World of Welfare*. Ithaca: Cornell University Press.
- Lardy, Nicholas R, 1987, “Economic Recovery and the 1st Five-Year Plan.” Volume. 14 Pp. 155-162 in *The Cambridge History of China*, edited by Dennis Twitchett and John K. Fairbank.
- Leibfried, Stephan, 1992, “Toward a European Welfare State? On Integrating Poverty Regimes into the European Community” in *Social Policy in a Changing Europe*, edited by Zsuzsa Ferge and Jon Eivind Kolberg. Boulder: Westview Press.
- Lu, Xiaobo and Elizabeth J. Perry, 1997, “Introduction: The Changing Chinese Workplace in Historical and Comparative Perspective” Pp. 3-17 in *Danwei: the Changing Chinese Workplace in Historical and Comparative Perspective*, edited by Xiaobo Lu and Elizabeth J. Perry. New York: M. E. Sharpe.
- Marshall, T. H. and Tom Bottomore, 1992, *Citizenship and Social Class, and Other Essays*. London: Pluto Press.
- Naughton, Barry, 1997 “Danwei: The Economic Foundation of a Unique Institution” Pp. 182-191 in *Danwei: the Changing Chinese Workplace in Historical and Comparative Perspective*, edited by Xiaobo Lu and Elizabeth J. Perry,. New York: M. E. Sharpe.
- Oi, C. Jean, 1992, “Fiscal Reform and the Economic Foundation of Local State Corporatism in China.” *World Politics* 45(1): 99-126.
- Polanyi, Karl著、黃樹民、石佳音、廖立文譯，1989，*《鉅變：當代政治與經濟的起源》*，台北：遠流。(Polanyi, Karl, 1944, *The Great Transformation: the political and economic origins of our times* . Boston:Beacon Press.)
- Rapley, John, 1996, *Understanding Development: Theory and Practice in the Third*

- World*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.
- Selden, Mark, 1993, *The Political Economy of Chinese Development*. New York: M.E. Sharpe.
- Shirk, Susan L, 1993, *The Political Logic of Economic Reform in China*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Solinger, Dorothy J, 1999, *Contesting Citizenship in Urban China: Peasant Migrants, the State, and the Logic of the Market*. Berkeley: University of California Press.
- Wallerstein, Immanuel, 1987, "World-System Analysis" Pp. 319-320 in *Social Theory Today*, edited by Anthony Giddens and Jonathan H. Turner. Stanford: Stanford University Press.
- World Bank, 1984, *China: The Health Sector*. Washington, D.C.
- Wu, Jieh-min, 2010, "Rural Migrant Workers and China's Differential Citizenship: A Comparative Institutional Analysis" Pp.55-81 in *One Country, Two Societies: Rural-urban Inequality in Contemporary China*, edited by Martin King Whyte. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mahoney, James and Dietrich Rueschemeyer, 2003, *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.