

# 中国社会福利的内卷化及发展

## ——中国市场化转型中社会福利制度的变迁

北京大学社会学系 王思斌

**摘要** 经济体制改革以来特别是 90 年代全面向市场经济体制转轨以来，我国的经济获得快速持续增长，全社会对公共服务和社会福利的投入总量不断增加，但是广大民众特别是低收入人群的社会福利状况却没有改善，本文称之为“社会福利的内卷化”。本文以医疗卫生服务为例，通过数据和案例分析，指出在公共服务、社会福利的责任结构中，政府责任后退，政府公共服务资源投向出现偏差，医疗服务商品化、社会财富分配严重不公，是导致社会福利内卷化的原因。2003 年以来社会福利开始走出内卷化状态，走向发展，其重要原因是对发展的科学认识以及对“以人为本”的经济社会政策的实施。文章还讨论了社会福利的发展模型得以实现的条件。

**关键词** 市场化改革 社会福利内卷化 社会福利的发展模型

### 一、问题的提出及分析的角度

#### 1. 问题的提出

改革以来中国经济快速增长，国力增强，为社会发展创造了条件，但在市场化转型的过程中，社会福利的发展是滞后的。许多民众的福利状况并没有得到改善，有的还在降低，看病贵、上学难等问题的出现就是例证。关于社会保障不足、社会福利滞后的问题，学者们进行了大量研究，这不但揭示了社会福利落后的事实，也对一段时间以来政府所采取的政策提出某种警示。进入新时期新阶段以来，社会保障、社会福利方面的研究不断增加，社会对这方面问题的认识也日益深刻，这促使我国社会政策也发生了一些变化。但是关于这一时期中国社会福利发展路径的理论解释还不多，这方面的理论建构还需要加强。

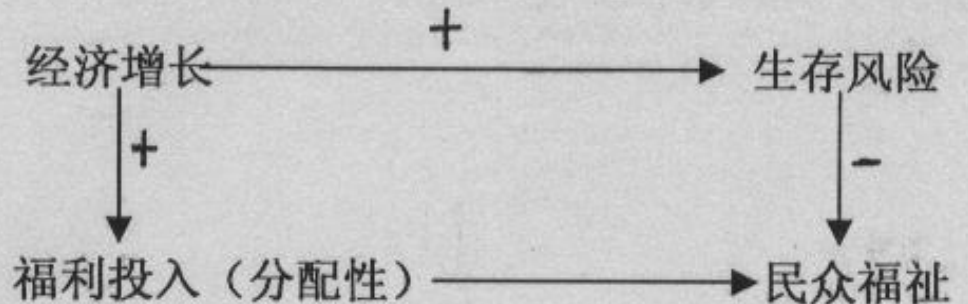
改革开放以来，特别是改革的前 20 多年中国在进行经济体制改革时，社会保障制度也发生了市场化改革，这主要表现为政府抛弃了计划经济体制下形成的、以单位体制为基础的高保障模式，而代之以社会福利多元主义。在这方面的重大改变就是改变了以往的单位办社会、单位办福利的制度，同时在医疗、教育等领域引入市场机制。这样，虽然政府在医疗卫生、教育、社会救助等方面的总投入在不断增长，但市场机制在其中发挥了重要作用，使用服务者个人的投入也明显增加，从而使得民众福利没有明显提高。从总投入、投入结构和民众福祉的角度来看，在一段时间内，我国社会福利的发展是滞缓的。看病贵、看病难，上学贵、上学难等问题在一段时间内成为社会舆论的中心议题，甚至几届全国人大、政协会上也成为热点问题。这实际上是我国的公共服务、社会福利领域出现了严重问题。近几年来，随着科学发展观的贯彻执行和社会政策的实施，这些问题有所解决。但是社会福利、社会政策界对这一重大现象仍缺乏深度的理论分析和总结。本文希望在这方面做些工作。

#### 2. 本文的分析框架

本文从社会财富增长、社会福利投入总量及其分配，以及民众福祉状态的比较入手，借用相关理论概念对之进行分析。为了分析的方便，我们首先建立一个分析框架或分析模型（见模型 1）

图 1 社会福利的分析模型

## 分析框架（模型 1）



这个分析框架（分析模型）是希望在经济增长、生存风险、福利投入和民众福祉之间建立其一种关系，来分析市场化改革以来民众福利的变化情况。经济增长指的是国内生产总值（GDP）的增长，一般用增长率来表示，国内生产总值（或人均国内生产总值）增加了，说明一个国家或地区的经济能力增强了。一般说来，经济增长是一个正向指标。生存风险指的是人们在自己正常的经济活动和社会生活中所面临的威胁，它包括就业（失业）风险、人身风险、疾病威胁等方面，也包括精神方面的压力。人们所追求的是经济的富裕和生活的安定，所以生存风险是一个负面指标。福利投入指的是为了促进人们的福利而进行的各种经济性投入，这包括政府、社会、个人等多方面的投入，福利不但有量的多少，而且具有分配性。一般说来，福利投入越多，人们从中获得的福利也就越多，它基本上是一个正向指标。民众福祉是一种状态，它是人们对生活的幸福的评价。它与福利有一定关联，但又强调人们在福利投入状态下人们对生活的满意程度。任何社会的目标都应该是增进民众的福利，因而它是一个正向指标。

改革开放以来我国经济一直呈高速持续增长，这是我国经济体制所追求的，这在 90 年代中期以后的表现的尤为明显。但经济增长不等于经济发展。经济发展的含义要宽得多，除了经济增长之外还包括较公平的收入分配和产业结构的合理化等。经济的高速增长可能会产生两方面的效果：一方面是社会财富的增长和人们从中获得的收入的增加，人们从经济增长中获得更多好处，这可能会进一步使得他们有更多的福利投入；另一方面，以市场化为基础的经济增长也会给人们带来更多、更大的生存风险，包括就业风险、健康风险、生存环境风险等。我们看到，在向市场化快速转轨的过程中，社会问题增加，底层民众所遇到的基本生活方面、精神方面、家庭和人际关系方面的风险在增加。经济增长与福利投入的关系应该是正向关系（或正相关），市场经济条件下的经济增长与基本民众的生存风险也是正向关系。比较明显的是，生存风险与民众福利是负相关关系，即生存风险的增加会减弱人们的福祉。福利投入与民众福利的关系比较复杂，在社会福利制度正常运转的情况下，由政府、社会、工作单位和个人共同支持的社会福利可以促进人们的福祉。在社会福利制度失效的情况下，社会福利的支出结构就对具体人（人群）的福利产生影响，如果福利费用由政府的公共财政支出或社会指出，那么人们的福利应该式增长的；如果只靠个人去支付福利费用，可能会削弱

当事人的生活幸福。所以，在上述模型中，我们没有给出福利投入与民众福祉之间的稳定关系，而本文要研究的就是福利投入及其结构与民众福祉的关系。

按照政策研究的一般做法，要对一项政策作出评价，需要采用科学的定量方法，需要很多翔实、系统的数据资料。但是，由于本人没有就此做过系统的问卷调查，所以不具备对上述问题进行全面分析的能力。本研究只想福利投入机制与民众福祉的关系，为了说明福利投入的结构与变化，本研究使用卫生部公布的系列数据，这可以大略地予以说明。在民众福祉方面则使典型的案例资料予以说明。这里在方法论上需要说明的是，社会政策研究虽然主要采取实证方法，但是近些年来，有些学者也用典型的大型案例进行政策研究，并获得接受（[斯考克波，2009](#)）。本文尝试将定量资料和定性资料结合起来，对改革以来的社会福利政策，特别是到 2003 年以前我国社会福利的发展状况，作出理论上的解释。

### 3. 作为一种研究背景：计划经济体制的社会福利

计划经济时期的社会福利（社会保障）制度有两部分组成，基本上由政府主导的二元社会福利制度。所谓二元社会福利制度是指城乡各异的处理社会救助、社会保险、社会福利的制度和办法。在计划经济时期，组建形成了城市中以单位体制为基础的社会保障与福利制度和农村基本残补式的社会救助制度。在城市中，每一个国营企事业单位、政府机关工作的人员都会得到来自于国家的就业、医疗服务、社会救助、职业福利等多种福利，而且这些福利有时会延伸至其没有工作的家庭成员。只是低水平、但比较前面的社会保障和福利，并成为计划经济时期以高就业、低工资、高福利、高保障为特点的劳动保障制度的重要组成部分。虽然这种社会保障（社会福利）制度具有较强的政治含义，但是它在实际效果上确实保障了城市就业者及城市居民的基本生活，增进着他们的福利。再加上当时强烈的政治意识形态的宣传，所以城市居民对于社会保障（社会福利）制度基本上是满意的。这也形成了他们的福利意识形态——对国家（执政党和政府）及其代理者单位的强烈认同，“有困难找政府、找组织”成为人们的基本观念。虽然这种社会保障（社会福利）制度后来衍生出许多弊病，但是当时人们不会遭受失业之威胁，有病可以医，生活有困难可以向单位申请补助，有虽然狭小但可以安身的住处。所以，在当时的经济政治条件下，人们的“福利感”还是比较明显的。

在农村实行集体经济，在低产出水平下，人们过着低水平的、在一定程度上是自给自足的生活。政府在农村实施的社会福利制度涵盖面比较狭小，主要是“五保”制度和灾害救济。此时农村居民的保障主要是家庭的自我保障和生产集体的互助保障。农民的物质生活水平较低，但他们同时也过着低市场化生活，即在许多方面可以不靠市场来解决自己遇到的生活方面的问题。当时，农村一度实行国办和集体办初等教育的制度，村办小学、公社办初中，使得农家子弟基本上可以得到几乎免费的受教育机会。发端于 20 世纪 50 年代末普遍发展于 60 年代中后期的农村合作医疗制度，使农村居民用很少、可以承担得起的医疗费用医治简单的病症。同时，注重卫生防疫、城市卫生医疗力量支持农村也促进着农村卫生医疗事业的发展。所以，在经济社会发展水平较低的情况下，农村居民是在教育和医疗等方面遇到较小危机的情况下生活着，他们是贫困的但同时又是较少忧虑的。可以说，普遍的较低水平的教育服务和医疗卫生服务，形成依靠自己和集体的防治灾病的“福利”观念。

葛延风指出，计划经济时期，我国在整个经济发展水平相当低的情况下，通过有效的制度安排，用占 GDP 3% 左右的卫生投入，初步满足了几乎所有社会成员的基本医疗卫生服务需求，国民健康水平迅速提高。这主要基于三个方面的经验：一是医疗卫生服务体系的布局与服务目标比较合理，二是医疗卫生工作的干预重点选择合理，三是形成了广覆盖的医疗费用保障机制。在医疗保障制度建设方面，一方面是医疗保障体制获得较好发展，城镇地区公费医疗和劳保医疗制度基本上覆盖了所有劳动者；在农村地区，合作医疗制度逐步普及，覆盖了 90% 左右的农村人口。另一方面，公益性的医疗卫生服务体系具备很强的转移支付

和医疗费用保障功能（葛延风，2005）。中国用世界上 1% 的卫生资源，解决了占世界人口 22% 的卫生保健问题，并获得国际社会的广泛赞誉。

我们不能说集体化时期我国城乡居民的福利水平是高的，尤其是农村居民所享受的公共服务十分有限。但是在那个时代，由于人们生活中可能遇到的风险较少（他们的生活被制度化了），政府、集体对可能的风险有一些基本的应对方式，或者个人和家庭对较严重的问题无力应对。有问题找政府、有问题找集体成为人们基本的信条，而且平均主义的分配原则消减着人们的相对剥夺感。所以，人们基本生活方面的焦虑感并不十分强烈。

经济体制改革改变了计划经济时期国民经济低增长，人民生活低水平、“低风险”的状况。在农村，家庭联产承包责任制的实行及大地激发了农民的生产积极性，同时也瓦解了集体经济。到 80 年代中期，原来依靠集体组织、集体经济力量实施的合作医疗制度无疾而终。农民收入增加了，但是他们也几乎被全面抛入市场经济体制之中，包括医疗和教育。90 年代中期以后，随着市场化体制改革的快速推进，城市社会保障制度改革也在很大程度上将城市居民的社会保障抛向市场化。不管是城市居民还是农村居民，他们原来享受的公共服务和社会福利都受到来自市场化的严峻挑战。

## 二、社会转型与社会福利模式的转变

### 1. 市场化转型与社会福利的市场化

为了解决贫困和低生产率问题，改善人民生活，提高国力，我国进行了经济体制改革。公正地说，经济体制改革在激发人们的生产积极性、提高生产效率方面是成功的。在农村，以家庭联产承包责任制为基本内容的改革使我国的农业生产得到了高速发展，在此基础上，农村工业化、非农化、城市化也有一定发展，农村居民的物质生活水平得到显著提高。在城市，以用工制度改革和建立现代企业制度为主要内容的国有企业改革大大提高了生产效率，促进了产业结构的调整，城市人民生活在总体上有明显提高。但是，城市改革以来特别是 90 年代中期确定向市场经济体制转轨以来，也出现了用市场化机制处理各种问题，包括用市场化手段处理公共服务和社会福利问题的现象。

在确定了向市场经济体制转轨的总方向之后，政府开始尝试用经济体制改革的思路处理各种问题，包括公共服务和社会福利方面的问题。这一思路首先与经济体制改革的核心任务（国有企业改革）的整体性特征有关，也与体制改革的基本任务和入手点有关。市场化改革（国有企业改革）的工具性目标是减员增效，减轻企业的社会服务压力，改变“企业办社会”的状况，增强企业的竞争能力。这样，在把国有企业推向市场的过程中，企业也推卸了原来所承担的对其员工（包括退休职工）的社会保障责任。在将社会保障责任推向社会的过程中，政府并没有有效地扶植社会力量（包括社区和各种服务机构）去承担责任，所以社区、社会组织在得不到政府财政支持的情况下只能自己开拓市场化经营空间。这种在经济领域发生的现象也发生在公共服务领域和社会福利服务领域。

90 年代以后，中国政府受到新管理主义的强烈影响。新管理主义是 20 世纪 70 年代以来在西方发达国家发展起来并逐渐占据主流政府治理理念。按照胡德的说法，新管理主义（或新公共管理）包括：在公共政策领域实行专业化管理，绩效的明确标准和测量，格外重视产出控制，各个部门由聚合趋向分化，公共部门向更具竞争力的方向发展，重视将私营部门的管理方式引入公共管理部门，强调纪律和节约（欧文·E·休斯，2001）。以追求效率为本的管理思想和方法也被引进我国的公共服务和社会服务领域。一方面，政府希望动员社会力量来参与公共服务和社会服务，以承接国有企业改革甩出的责任。政府希望自己不花钱，由社会力量办事，于是不得不允许社会力量将牟利动机带入公共服务和社会服务领域。另一方面，在政府投入不足，各行各业又要大干快上的情况下，一些事业单位和社会福利机构也不得不通过市场机制来扩大自己的财力资源，同时获得再分配上的好处。在这种背景下就出



现了公共服务、福利服务与营利服务混杂的现象。比如，在社区服务中发展出了有偿服务，并发展成社区服务业。在社会福利机构中也发展了有偿服务，通过发展高端服务和“额外”服务，获得金钱报酬，实现以服务养服务。在教育领域各种收费项目也发展起来，它不但在学前教育、高等教育中得到较充分体现，而且在义务教育中也发展起来，各种收费项目紧密地与必要的教育项目结合、搭车，从而给原本作为公共服务的基础教育、中等教育添加了许多市场因素。在卫生医疗领域，医院进行经营体管理改革，医院、科室有了明确的创收目标，以药养医、药价虚高现象十分明显。市场经济的经营之道几乎渗透到所有公共服务和社会服务领域。这就是公共服务、社会服务的市场化和商品化。

当然这里所说的市场化和商品化并不是说在上述领域中所有服务都市场化了，而是指在整体上出现了市场化倾向，是整体结构的变化。比如，传统的社会福利救助项目——农村“五保”救助、城市贫困家庭救助、残疾人群体的救助，还是由政府承担的，是福利性的。但是在公共服务领域，许多项目特别是新增加的服务项目，常常是收费项目，甚至原来的免费项目摇身一变而成为收费项目。而且随着改革市场化程度的加深，公共服务中的收费也在加码，药品涨价成为一般的事实，收费项目对非收费项目的侵蚀日益严重。有研究指出，1989年医疗服务机构开始“自主化改革”以后，政府公立医院门诊和住院费用的增长势头，远远超过城乡人均收入的增长。2006年人均单次门诊费用是1990年的12倍，人均单次住院是10倍，而2006年城市和农村民众人均收入仅为1990年的8倍和5倍（顾昕，2008）。甚至令人不解的是，收费也进入社会管理部门，一些社会管理项目也成为收费的来源。比如城市管理部门、交通安全部门也把收费当做一项重要的任务，并被指标化地分配给系统中的工作人员，城市警察都有罚没款创收的任务。一个大城市的公安局局长坦承“过去交警罚款有指标，反扒民警抓小偷还有指标”（北京晨报，2006.7.31）。收容遣送也成为生财的渠道，在一些地方，被收容者只有缴纳收容站索要的费用才被释放，从1996年到2002年11月份为止，湖南某县收容站利用扣人索钱的手段，从一万多名农民身上获取现金320万元（陈峰，2003）。在公共服务、社会管理部门追逐额外的经济收益、即公权力成为有权者牟利的工具之后，政府和社会对弱者的保护已变得十分薄弱。

## 2. 民众的生存风险及应对

### （1）民众生存风险的增加

我国的经济体制改革是以市场竞争为导向的改革，市场经济体制可以增强人们的竞争意识，提高人们的积极性，但另一方面它也给人们带来更多的不确定性，从而将人们置于更多的风险之中。在经济体制改革中，人们的生存风险是多方面的，它主要是面对剧烈的市场竞争人们的基本生活、社会地位、发展机会、生存安全受到威胁。市场是强者的领地，市场竞争给强者带来机会并因竞争而获利。对于弱者来说，市场则常常意味着机会的丧失。当然，我国经济体制改革所启动的市场竞争是多方面的，这使得不但弱势群体，就是白领阶层也不时感受到生存方面的威胁。这种威胁既来自于人们之间广泛的机会竞争，也来自于市场能力的竞争。当然对于不同的阶层、群体来说，他们的生存危机是不一样的。贫困者因为自己的基本生活而犯愁，中上层则为保住自己的地位或谋取更好地位而焦虑。我们看到，一些调查结果表明，城市人的幸福感比较低，这实际上说明了他们面对激烈竞争而产生的生活压力和风险的焦虑。

在向市场经济体制转型的过程中，我国公共服务和社会服务的商品化几乎是全面的。在转换机制的过程中，公共服务、社会服务的提供者利用一切可能的机会和名目去开拓财源，

实施收费，这被称为“创收”。为了“创收”，原来公共服务、社会服务的提供者采取了多种手段：比如将原来的免费服务、低收费服务通过改换名目而变为收费服务、高收费服务；通过发展新的服务项目而收取费用。由于新增服务项目要采用高技术、高级设备、较高级服务，所以收费也就开放。一些公共服务、社会服务部门更青睐于这些新开发、新增加的不属于基本服务的服务项目，像教育方面的奥林匹克班、特长班，医疗方面的较高级身体检查、保健药品都属此列。收费在新增服务、高端服务方面表现得更加充分，在基本服务方面也表现明显。市场化收费对基本服务的影响，一方面表现为收费的增加，如医疗费、药费的陡涨；另一方面则是提供服务者青睐于收费服务、高收费服务，而降低了基本服务的质量。

必要的公共服务、福利服务转向收费和服务质量的缩水，实际上使民众生活风险增加。很明显，当应该上学的孩子因教育费用上涨而不能支付的时候，在人们患有疾病需要治疗但医疗费用攀升而使患者望而却步的时候，生活风险就发生了。如前所说，市场经济会带来机会，包括收入的增加、机会的增加，但是也带来风险。如果这种制度上的改变所带来的好处大于风险带来的损害，则人们的福利就会增加，就会增加人们的幸福感。反过来就会造成人们福利和福祉的衰减。下面我们主要以医疗卫生服务为例，来说明在向市场体制转变的过程中，人们遇到的危机和人们是如何应对的，这种应对对于人们来说又意味着什么。

## (2) 卫生支出的责任分担

当人们遇到基本生活方面的危机需要化解进而增进自己的生活福利时，实际上存在着一个福利责任问题。所谓福利责任是指在解决当事人的基本生活问题、增进福利方面，谁承担责任和承担何种责任。在社会福利发展史上，对人们福利责任的承担存在着多种状况。工业社会之前，个人（家庭）几乎对自己的福利负全部责任；在工业社会的发展中，残补式福利、工业表现型福利比较普遍（R. M. Titmuss, 1991）；20世纪中期以来，一些发达国家实行福利国家制度，主要由国家（政府）对国民提供不同类型的普惠型福利（考斯塔·艾斯平-安德森, 2003），另一些国家则实行由国家、企业、社区、个人等组织的混合式社会福利制度（Neil Gilbert, Paul Terrell, 2003）。这些都反映了在不同条件下社会福利责任的结构。在计划经济时期，我国城市居民的福利责任是由个人（家庭）、工作单位、政府共同承担的，这实际上是国家-个人共担的福利责任结构，因为这里的工作单位实际上是国家（政府）的代表。在农村，则是以家庭为主的、家庭-集体共担的福利责任结构。体制改革以来，随着公共服务、社会服务领域收费项目和收费数量的增加，无论对于城市居民还是农村居民，国家和集体所承担的社会福利责任都在减少，个人（家庭）的福利责任都在增加。下面我们以医疗卫生支出为例来说明经济体制改革以来民众社会福利责任的变化。

表1是来自于卫生部的统计资料，它反映了1978-2006年我国医疗卫生支出的总体情况，及其结构及变化。

表1 1978-2006年我国医疗卫生支出状况

年份	卫生总费用 (亿元)	卫生 总费 用占 GDP%	卫生总费用构成 (%)		
			政府 预算 卫生 支出	社会 卫生 支出	个人 现金 卫生 支出
1978	110.21	3.02	32.2	47.4	20.4
1979	126.19	3.11	32.2	47.5	20.3

1980	143.23	3.15	36.2	42.6	21.2
1981	160.12	3.27	37.3	39.0	23.7
1982	177.53	3.33	38.9	39.5	21.6
1983	207.42	3.48	37.4	31.1	31.5
1984	242.07	3.36	37.0	30.4	32.6
1985	279.00	3.09	38.6	33.0	28.5
1986	315.90	3.07	38.7	34.9	26.4
1987	379.58	3.15	33.5	36.2	30.3
1988	488.04	3.24	29.8	38.9	31.3
1989	615.50	3.62	27.3	38.6	34.1
1990	747.39	4.00	25.1	39.2	35.7
1991	893.49	4.10	22.8	39.7	37.5
1992	1096.86	4.07	20.8	39.3	39.8
1993	1377.78	3.90	19.7	38.1	42.2
1994	1761.24	3.65	19.4	36.6	43.9
1995	2155.13	3.54	18.0	35.6	46.4
1996	2709.42	3.81	17.0	32.3	50.6
1997	3196.71	4.05	16.4	30.8	52.8
1998	3678.72	4.36	16.0	29.1	54.8
1999	4047.50	4.51	15.8	28.3	55.9
2000	4586.63	4.62	15.5	25.6	59.0
2001	5025.93	4.58	15.9	24.1	60.0
2002	5790.03	4.81	15.7	26.6	57.7
2003	6584.10	4.85	17.0	27.2	55.9
2004	7590.29	4.75	17.0	29.3	53.6
2005	8659.91	4.71	17.9	29.9	52.2
2006	9843.34	4.67	18.1	32.6	49.3

注：①本表系测算数；②按当年价格计算；③2001年起卫生总费用不含高等医学教育经费，2006年包括城乡医疗救助经费。

资料来源：《2008 中国卫生统计年鉴》，中华人民共和国卫生部网站：

<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/pt.jnj/200809/37759.htm>。

从上表我们可以看出，1978年来全社会的卫生费用是逐年增加的。1978年卫生费用为110.21亿元（人民币），1990年增至747.39亿元，2000年更上升为4586.63亿元，2006年则达到9843.34亿元。就是考虑到物价因素，卫生费用也是在不断增长的。在一般意义上，在人们的卫生健康状况不变的情况下，卫生费用的增长会提高人们的卫生福利水平。即社会有更多经济资源投入到医疗卫生领域，会改善社会的医疗卫生条件，提高人们的健康水平。健康状况的改善是人们的重要福利，甚至是最重要的福利。但是如果考虑到卫生费用的支出结构，问题就不这么简单。因为，全社会卫生费用的增加并不一定带来所有人的卫生福利状况的改善。

卫生费用总构成反映了各方分担卫生费用的状况，上表将分担者分为政府、社会和个人。这里的政府支出是指各级政府的投入，既包括政府的公共卫生设施建设的投入，也包括政府为民众医疗所给予的补贴。社会支出包括企事业单位在内的各种社会组织和机构的医疗卫生

设备和对其成员的医疗卫生开支。个人支出基本上指的是个人的医疗卫生费用，其中主要是医药费。

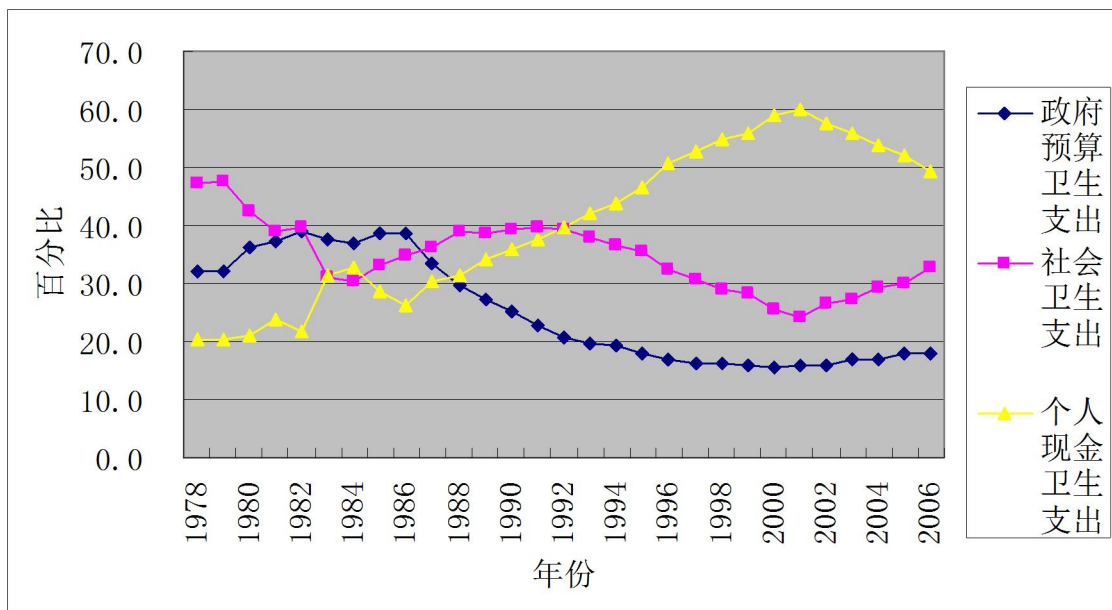
我们看到，近 30 年来，政府在承担医疗卫生费用方面的比例有一定变化。1978 年到 1986 年间的支出比重基本呈稳定上升趋势，1978 年的比重为 32.2%，1982 年升至 38.9%，1986 年维持在 38.7%。1986 年之后，政府承担的卫生费用的比例连年下降，这是中国医疗卫生体制推行改革的时期，1993 年之后更是进行市场化改革的时期。至 2000 年，政府承担比例跌至最低点，仅为全部卫生费用的 15.5%，之后才略有回升。这也就是说，1986 年后，随着卫生体制的改革，政府对人们卫生福利所承担的责任在降低。

再看社会方面的卫生支出。社会的卫生支出主要是企事业单位及其他组织的卫生支出，它基本上是非政府、非个人承担的部分。与政府的责任承担状况相反，1978 年至 1986 年，社会的卫生费用支出的比重在逐年下降。1987-1993 年的负担水平基本持平，大体在 38-40% 之间。1993 年我国全面向市场经济体制转型之后，社会承担的卫生费用比例一路下跌，从 1993 年的 38.1% 跌至 2001 年的 24.1%，在这之后才有所回升。可以看出，1993 年之后，社会的卫生支出比重的变化与政府的责任承担基本上是一致的，即随着向市场经济体制的转轨，来自政府、社会对人们的卫生福利的责任都在减弱。

在政府、工作单位在人们的卫生责任面前不断撤退的情况下，个人不得不承担起责任，已维持自己的健康与生命。我们看到，1978-1982 年个人承担的卫生费用的比例较低，只有 20% 多一点。这就是计划经济时期福利责任主要由国家和集体承担的状况。1983 年之后个人承担比例迅速上扬，这与农村实行家庭联产承包责任制、集体经济解体直接相关。在这之后到 2001 年，这一比例一直上升，2001 年达到了 60%。这说明，人们看病、吃药主要由自己支付费用，人们的卫生福利责任基本上是由个人承担的。医疗卫生费用主要由当事人个人支付，实际上反映的是医疗卫生服务的商品化。在它已经大部分被商品化了的情况下，个人的支出实际上已谈不上什么社会福利。

我们把上述数据转化为图表，能更清楚地反映出各方责任及其变化。

图 2 1978-2006 年我国三类卫生支出的变化趋势



数据来源：《2008 中国卫生统计年鉴》，中华人民共和国卫生部网站。



上图曲线清楚地表明，1986年之前，政府承担的卫生费用比例几乎连年上升。1986年之后政府的卫生费用支出比例则不断下跌，一直到2000年之后只有微小回升。这表明政府在1986年之后他的卫生福利责任是不断下降的。社会方面的支出有一些波动。1978年至1983年社会卫生支出比例快速下降，之后稍有上升，但1993年之后再次下滑，至2001年跌入第二个低谷。显然，这里的两个低谷与农村、城市的两个改革直接相关。个人承担的卫生支出比例除1983-1986年有所下降为，实际上一直呈上升趋势，从1978的20%一路攀升到2001年的60%，达到个人承担比例的最高点。

通过三条曲线的对比，我们可以看到，改革以来政府和社会所承担的卫生费用的比例基本上呈下降趋势，政府和社会（工作单位、集体和社会组织）没有有效地承担起支持民众获得卫生福利的责任，他们在将人们的卫生福利的责任推给个人。在卫生和医疗方面，人们不得不依靠自己的力量来应对身体健康方面的风险。人们基本上是自己、而不是靠政府和工作单位来医治疾病、维持自己的身体健康。这就是医疗卫生服务市场化的情景。

我们再来看城乡居民家庭的医疗卫生费用的变化。

表2 城乡居民家庭收支及医疗保健支出情况

指标	1985	1990	1995	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>城镇居民家庭</b>										
平均每人全部年收入(元)	748.9	1522.8	4288.1	6316.8	9061.2	10128.5	11320.8	12719.2	14908.6	17067.0
其中：可支配收入(元)	739.1	1510.2	4283.0	6280.0	8472.2	9421.6	10493.0	11759.5	13785.8	15780.0
人均每年消费性支出(元)	673.2	1278.9	3537.6	4998.0	6510.9	7182.1	7942.9	8696.6	9997.5	11242.0
医疗保健	16.7	25.7	110.1	318.1	476.0	528.2	600.9	620.5	699.1	786.0
医疗保健占消费性支出	2.48	2.01	3.11	6.36	7.31	7.35	7.57	7.13	6.99	7.00
<b>农村居民家庭</b>										
平均每人年总收入(元)	547.3	990.4	2337.9	3146.2	3582.4	4039.6	4631.2	5025.1	5791.1	6700.0
平均每人年总支出(元)	485.5	903.5	2138.3	2652.4	3025.0	3430.1	4126.9	4485.4	5137.7	5915.0
人均每年生活消费支出(元)	317.4	584.6	1310.4	1670.1	1943.3	2184.7	2555.4	2829.0	3223.9	3660.0
医疗保健	7.6	19.0	42.5	87.6	115.8	130.6	168.1	191.5	210.2	246.0
医疗保健占消费性支出	2.4	3.3	3.2	5.24	6.0	5.98	6.58	6.77	6.50	6.72

资料来源：《2009 中国卫生统计年鉴》，“附录 1-6-1 城乡居民家庭收支情况”，  
<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/200908/42635.htm>

从表中资料可以看到，改革以来城乡居民家庭的年人均总收入、消费性支出是不断增长的，其中2003年之前的增长速度最快。同时我们也发现，城乡居民的医疗保健支出占其总消费支出的比例在2000年出现跳跃性增长，城市的这一比例达6.36%，在这之后几乎一直在升高。农村的情况也是如此，2000年乡农村居民的医疗保健支出占其总消费支出的比例达到5.24%，以后也高居不下。这些说明城乡居民在医疗保健方面承担着越来越大的责任。

### 3. 从社会分层的角度看卫生费用之承担

#### (1) 改革以来我国社会分层的基本状况

以上我们从总体上展示和分析了改革以来政府、社会和居民在医疗卫生方面的支出结构情况，下面我们进一步从社会分层的角度来加以分析。之所以从社会分层的角度进行分析，不但是因为改革开放以后居民在卫生、教育等方面的支出都是各个家庭负担的，而且是因为改革以来我国城乡居民之间、城乡居民内部在经济收入和支付能力上发生了明显的分化。虽然总的来说，改革开放使得绝大多数城乡居民的生活多有改善，即绝大多数城乡居民都是获利者，但是不同群体获得好处的程度是不同的。

社会学研究者对改革以来我国的社会分层有比较深入的研究。李强曾经从利益损益的角度进行改革过程中的社会结构分析，他把区分了四种不同的群体：特殊获益者群体——主要包括民营企业家、各种经理和老板，他们是市场经济中的试水者和获益者；普通获益者群体——主要是知识分子、干部、办事员、工人和农民；利益相对受损者群体——主要是下岗、失业人群；另外是社会底层群体——他们是生活于贫困线之下的群体，包括城市贫民、农村贫困家庭、城市中的流浪人员（李强，2000）。上述分类虽然可能会有交叉，但是我们看到改革并不是“帕累托改变”，而且确实有一些人群因改革受损，因为他们靠自己的能力在市场中竞争，可能还达不到计划经济时期大家都吃“大锅饭”的生活水平。

对于不同阶层（群体）在改革中的地位，陆学艺等人关于社会阶层划分的研究也从一个角度给予了说明。他们在大量实际调查资料的基础上，依据新马克思主义的社会分层标准（经济资源、组织资源、文化资源）区分了当代中国的十大社会阶层，按由高到低的顺序依次为：国家与社会管理者阶层，经理人员阶层，私营企业主阶层，专业技术人员阶层，办事人员阶层，个体工商户阶层，商业服务业员工阶层，产业工人阶层，农业劳动者阶层，城乡无业、失业、半失业者阶层（陆学艺，2002）。虽然调查结果反映出在总体上中国的社会结构有向上流动的趋势，但是规模庞大的工人、农民被排在较低层次也说明了我国社会结构分化中的问题。工人群体这个昔日的领导阶级地位大大下沉，相对于计划经济时期的较好的经济政治地位和社会福利，不可避免地具有某种相对剥夺感。特别是在全社会物质生活水平有所提高，各种生活消费具有攀比性、参照性的情况下，工人和农民群体的某些“必要”消费也可能是他们捉襟见肘。

我们再来看看改革以来的收入分配情况。市场导向的改革的一个重要任务就是改变以往的平均主义，激励人们的劳动积极性。这一点是比较容易地做到了，但是随之而来的是收入分配的两极分化。20世纪90年代中期我国加快向市场经济体制转轨之后，收入分配差距拉大一直成为社会普遍关注的问题，全社会基尼系数不断升高。1999年我国城乡居民人均收入基尼系数达到0.40，2006年之后一直接近0.5。社会财富分配的两极分化日益严重，说明社会上既有季度富裕者，也存在一批相对贫困者。

那些在市场化改革中大大获利的群体有很强的能力去支付自己在基本生活和自身发展中的开支。由于市场化改革，各种物价在不断上涨，公共服务和某些社会服务方面的价格也不断攀升。某些服务部门不断创造新的收费服务，高收入群体的较强的支付能力，这些在总体上推促了服务价格的上涨。前几年，新闻媒体上名噪一时的哈尔滨“天价医药费”事件（病人住院67天，花费550万），说明医院系统存在许多多收费、乱收费等问题，同时也反映了某些群体的强有力的医疗支付能力。高消费、炫耀性消费正在成为我们社会的意识形态，并裹挟、影响着人们的消费行为。社会的中低收入群体不得不在这种背景下去面对自己的生活，包括支付在公共服务、社会服务方面的某些开支。特别是低收入群体，为了支付某些必要的卫生医疗、教育等方面的开始，他们或捉襟见肘，或东拆西借而陷入各种贫困之中，及他们不但陷入经济贫困，而且也陷入健康贫困、教育贫困和发展贫困之中。这里我们需要注意的是，这种贫困现象不只是一次分配造成的，也是在二次分配的环节上形成的。由于政府和社会没有承担其应该承担的公共服务、社会服务责任，而将责任推给了居民，但是中低收入人群又缺乏一定的

支付这些服务能力，所以陷入贫困之中。多年来，城乡普遍出现的“看病贵”、“上学贵”等问题就是发生在中低收入群体身上的。

## (2) 贫富分化下的卫生支出

由于本研究没有专门的以社会分层为变量的数据，所以下面将从大略的角度来说明收入分层与公共服务支出的关系，进而透视不同群体享受的公共服务和社会福利。我们依据卫生部和国家统计局的资料，从城乡居民、城市居民内部不同群体在医疗卫生支出方面的情况进行比较，来说明社会在医疗卫生方面的不平等。

首先是城乡之间公共卫生资源享受不平等。多年来，我国实行了城乡二元体制，在公共服务和社会福利服务方面城优乡劣的现象十分明显，改革以来依然如此。我国公共卫生投资缺乏公平性，对城市的投入远高于对农村的投入，对东部地区的投入远高于对西部地区的投入。同时，医疗支出的公共资金大都集中于发达的城市医疗部门。卫生部门的相关资料表明，即便是在占有公共医疗资源较多的城市，也只是少数城市家庭受益。这里反映了公共卫生服务在宏观分配上的不平等。

魏众和古斯塔夫通过对 77 个城市，122 个县 961 个村的调查发现，中国城市和农村之间存在着医疗支出不公平。2002 年，全国医疗支出中的 52.36% 是民众自己支出，47.64% 来自于政府和单位的医疗补贴。在城市，医疗费用民众自己支出的比重为 38.05%，医疗补贴占 61.95%。但是在农村，农村居民的医疗费用 100% 由自己支付，根本没有补贴。相对富裕的城市居民可以享受政府的补贴，相对贫困的农村居民得不到政府任何补贴，这里反映出医疗支出的不公平（魏众和古斯塔夫，2005）。另据国家统计局的资料，2000 年农村居民家庭人均纯收入 2253 元，城镇居民家庭人均可支配收入 6280 元。农村居民家庭平均每人医疗保健费用占总支出的 6.82%（在这之前，1985 年农村居民家庭平均每人医疗保健费用占总支出的为 3.93%，1990 年为 5.06%），城镇居民家庭平均每人的医疗保健费用占总支出的 6.36%（国家统计局，2001）。我们可以看到，农民的收入还不到城市人均收入的 36%，但是收入较低的农民的年人均卫生费用支出比例却高于城市居民。农民享受不到来自政府和社会的帮助，只有自己拿钱治病。公共卫生开支本该有帮助贫困者解决其医疗、健康问题的功能，但是在我国它的支持方向却翻转过来。

我们再看城市居民内部的不平等。改革以来，城市居民的平均收入在不断提高，但是由于从事行业、失业、下岗等原因，城市居民内部的贫富差距也在拉大。随着公共服务领域的市场化改革，城市居民家庭自己承担的责任也越来越多。家庭收入不同，他们在医疗卫生方面的投入也会有不同。

国家统计局的资料指出，2000 年城镇居民家庭平均每人全年消费性支出中，不同收入组用于医疗保健的费用所占比例如下：最低收入户的此项支出占全年消费总支出的 6.41%，困难户占 6.06%，低收入户占 6.07%，中等偏下户占 6.28%，中等收入户占 6.26%，中等偏高户占 6.34%，高收入户占 6.23%，最高收入户占 6.90%（国家统计局，2001）。从资料来看，如果去掉两端，那么可以发现随着家庭收入的提高，城市居民家庭用于医疗保健的支出的比例也在增长，这也可以说是，越是经济富裕的家庭越可能去看病和享受医疗保健服务。我们再来看看城市居民的两端，最高收入家庭平均每人用于医疗保健的费用占其总消费的 6.90%，表明这些家庭在医疗保健方面支出更多，关于这一点，我们看看城市中高收费的保健服务发展状况就可以理解，高收入家庭可以花钱买健康。但是另一端的情况却是令人震惊的：除了最高收入群体的支出外，最低收入家庭的人均医疗保健支出所占比例超过了其他收入水平家庭，达到 6.41%。我们可以想到的是，低收入群体的健康状况比较差，同时他们不得不去医院看病。这实际上是他们的挖肉补疮之举。然而，为什么公共卫生服务不向其倾斜呢？这或许只能用制度安排上的不平等来解释。国家卫生服务调查数据对此作了部分解释，资料表明，2003 年 64.5% 的城乡居民没有任何医疗保障。第三次国家卫生服务调查结果显



示，无任何医疗保障的城市居民比例随收入水平的降低而明显增加：1993年最低收入组别中的城市居民约50%没有任何医疗保障；到1998年攀升为72%；而到2003年底这一比例高达76%（苏敏，2005）。贫困群体缺乏任何医疗帮助，尤其是来自政府的制度保障，医疗体制改革的公平性出现严重问题。

从上述基本资料可以看出，经济体制改革以来我国城乡居民、城乡居民内部都发生了更大的收入分化。在城乡居民收入总体上得到增长的背景下，也存在一些贫困家庭。在公共医疗服务走向市场化的情况下，某些贫困家庭难以承受医疗服务方面的开支，他们获得的公共卫生服务大大减少。实际上严重地影响着他们的基本生活，医疗卫生领域的市场化严重地侵蚀了他们的卫生福利。

### （3）卫生医疗制度市场化改革的后果

对于市场化改革中的医疗卫生资源配置，有学者称之为“政府和市场的双失灵”（徐月宾，2007：367），即政府和市场都没有对其合理配置作出贡献，而是加剧了资源配置的不平衡。有学者指出，中国卫生资源供给相对于经济发展水平来所并不低，问题在于卫生资源的结构失衡以及政府在医疗资源配置中未能充分发挥作用（贡森，2006）。公共卫生资源投向错误和社会贫富分化的加剧，却造成严重的医疗卫生服务不公平问题。2000年世界卫生组织对成员国卫生筹资与分配公平性进行评估，中国的卫生资源分配公平性在191个成员国中列188位，为倒数第四（葛延风，2005）。

卫生服务市场化会造成卫生服务严重不公，并可能引起了严重的社会后果。葛延风指出，大部分的医疗卫生服务具有公共品或准公共品性质，靠营利性市场不可能做好这项服务。在服务供给层面，过度商业化和市场化，会导致服务布局不合理、干预重点和技术偏向高段、服务价格攀升、降低服务可及性；在需求层面，市场化使医疗卫生服务需求逐步演变为私人消费品，必然使得部分社会成员无力求医，酿成诸多社会矛盾，全社会的健康风险也会进一步加大（葛延风，2005）。卫生服务市场化所带来的严重后果最主要地表现为中低收入群体公共服务、社会服务的权利被压缩，并可能导致他们整体福利状况的恶化。下面的数据和资料也许能对这种现象作进一步的说明。

有研究指出，20多年来我国个人年均医疗费用的支出不断增加，1980年为14.51元，2006年上涨到512元。由于经济等方面的原因，48.9%的群众有病不敢上医院，其中城镇居民有29.6%，农村居民达65%。2005年的一项调查结果显示，近3年内农民因看不起病在家死亡的占死亡总数的78.6%（景天魁，2008：306）。

时任卫生部部长的高强引用了2003年卫生部进行的第三次全国卫生医疗调查结果：我国城乡居民应就诊而未就诊的比例由1993年的36.4%上升到48.9%；患者应住院而没有住院的比例高达29.6%；在住院患者中，主动提出提前出院的比例为43.3%，其中六成以上是因为支付不起相关费用而提前出院的；农民应住院而没有住院的比例更是从1998年的63.7%上升到75.4%；因病致贫、因病返贫的农民占全部贫困农民的比例上升到33.4%；在西部地区农村，62%的患者因为经济困难应治疗而没有治疗，75.1%的患者还没有治愈就要求提前出院（董伟，2006）。实际上，就是在城市也发生了类似问题。2003年每5名自我感觉有病的城市居民就有1名因经济原因放弃就诊（顾昕，2008）。

这就是改革以来，特别是医疗卫生体制市场化改革以来所发生的怪像。正如人们所疑问的：“如今，为什么经济底子厚了、花钱多了，但卫生状况改善不大，甚至不如从前了？”我们用一个学术概念来概括——改革以来我国社会福利发生了内卷化。下面让我们从“内卷化”理论的角度，对我国社会福利的发展做进一步的分析。

## 三、社会福利市场化改革的效果——社会福利的内卷化



## 1. 内卷化概念

内卷化（Involution 也称过密化）是产生于人类学、后来被应用于经济学和政治学的一个概念。“内卷化”这一概念最早由美国人类学家戈登威泽（Alexander Goldenweiser）提出，他用这个概念来描述某类文化模式及其发展状态：当该文化模式达到了某种最终形态以后，它既没有办法稳定下来，也没有办法使自己转变到新的形态，于是就出现其不断地在内部变得更加复杂的现象。这样，在戈登威泽那里，内卷化指的是排除了文化模式变迁，没有外部发展（转变为新的形态），只在增加内部复杂性的现象。内卷化不是没有变化，它的变化是内向的，是内部的精细化。在其形态上，内卷化有点像甘蓝（卷心菜），它的生长特点是内卷的。虽然这种比喻并不那么精确。

真正使内卷化概念得到传播和较快发展的是美国人类学家克利福德·格尔兹（C. Geertz），及其他学者对格尔兹成果的拓展和转用。

格尔兹在研究印度尼西亚爪哇的稻作农业时，使用了内卷化概念。他在刻画其劳动投入和产出是使用的概念。格尔兹发现，爪哇土地有限，人口却在不断增加，在无法将农业向外扩展的情况下，大量的劳动力不得不集中于水稻生产。在这种状况下，当地人维持了边际劳动生产率，即更多劳动力的投入没有导致明显的人均收入的下降，格尔兹把称之为“农业的过密化（内卷化）”（Geertz, 1963, 转引自刘世定、邱泽奇, 2004）。可以发现，格尔兹的内卷化概念与戈登威泽的使用是基本一致的，即指的是一种结构现象。当然，格尔兹的概念也包含了某种边际生产率的涵义，在既有技术水平下，人口增长所造成的压力导致边际报酬随着劳动密集而递减，于是农业劳动的精细化维持着当地人的生活。

对中国学术界来说，“内卷化”概念的主要影响来自于黄宗智和杜赞奇对格尔兹概念的进一步借用和拓展。

黄宗智关于华北小农经济的研究、关于长江三角洲农村经济的研究都使用了“内卷化”或“过密化”概念，他说明这是一个来自于格尔兹的概念。在黄宗智看来，格尔兹的“农业内卷化”就是水稻农作中集约化到边际报酬收缩的现象（黄宗智, 2000a），在对长江三角洲小农经济的研究中，他更多地使用了“过密化”（“内卷化”的另一译法），并把农村家庭收入的增长，不是来自于单位工作日报酬的增加，而是来自于家庭劳动力更充分地利用的现象称为“过密型增长”，认为这是一种“无发展的年增长”（黄宗智, 2000b:77），他还认为，过密型增长既有社会意义上的，也有经济意义上的。前者是指这种增长未能形成新的社会生产组织，后者指它通常不带来单位工作日收入的增加（长江, 81）。在这里，我们看到黄宗智对“过密化”（内卷化）概念的使用与格尔兹在框架上基本是一致的。当然，黄宗智认为他对“过密化”的理解与格尔兹不完全相同（黄宗智, 2000b:18）。

在政治学领域，杜赞奇对于华北农村政治的研究进一步扩展了“内卷化”概念。他的研究指出，他在研究 1900-1942 年国家政权在华北农村的扩张时借用了格尔兹的“内卷化”概念，进而提出“国家政权内卷化”的概念。他的研究发现，国民政府希望在农村推行现代政治，而且也花费了相当大力量，但是这种政治现代化的努力却遭遇到传统的农村政治力量——文化网络权利的掣肘。华北农村基层政权在现代国家威权支配下，没有协调好传统社会结构与现代化组织构造的关系，没有注意利用“权力的文化网络”，从而出现低效率状态（杜赞奇, 1994）。他把国家机构不是靠提高旧有或新增机构的效率，而是靠复制或扩大旧有的国家与社会关系来扩大其行政职能的现象称为“国家政权内卷化”（第 67 页）。同时，杜赞奇也坦诚地说明了他是在借用并抽象地使用“内卷化”概念，正像格尔兹从文化领域借用“内卷化”概念来研究文化经济一样，他是在借用这一概念来研究政治过程。他也进一步说明了他的“政权内卷化”与格尔兹的“农业内卷化”只相似之处和不同之处（第 68 页注）。笔者认为，杜赞奇的这种说明学术背景的借用对于他去描述和概括自己所研究的对象的做法是可取的。在他“实在找不出一个更为合适的概念来描述这一过程”（第 68 页注）时，借用了格

尔兹的“内卷化”概念，比较深入地说明了当时国家政权建设在华北农村的发展状况，并得到了中国学者的广泛认同，可以说是借用概念的成功。

也有学者对“内卷化”概念作了深入分析。刘世定、邱泽奇对黄宗智使用的“内卷化”（过密化）概念进行了批评，指出黄是误解了格尔兹的概念，并指出黄的“过密化”含义复杂而含混。该文作者的学术分析是细致的（刘世定、邱泽奇，1994）。不少学者用“内卷化”概念来解释改革开放以来我国某些领域的社会经济政治状况，对概括和理解我国改革的进展和特点很有帮助，这里就不一一列举了。也有学者将“内卷化”概念运用于经济现象的解释，从而形成新的理解（郭继强，2007）。这些说明，“内卷化”概念对于我国社会有较广阔的解释力。

纵观“内卷化”概念发展史，我们可以看到，随着这一概念使用范围的扩大，它在保持基本内涵不变的基础上，部分含义也有一些差异。开始戈登威泽从文化模式的角度提出这一概念，当格尔兹将其使用于说明印度尼西亚的农业生产时，文化模式的稳定涵义被保持了，而通过劳动的精细化维持当地人的生活就有了边际收益的涵义。在黄宗智那里，小农经营模式作为一种文化模式得到了阐释，而边际效益问题变得更加突出，因为这里讨论的核心问题已经变为小农经济何以维持自己的生存。当杜赞奇将这一概念转用到农村政治领域时，它的基本用意是清楚的，“文化模式”稳定和效率不足的含义也是存在的。这些说明，后来对“内卷化”概念的借用和转用总体上没有离开这一概念的基本含义，但是这些借用和转用再解释社会现象上发挥了难以替代的作用，正像杜赞奇所说，可能在某些情况下“实在找不出一个更为合适的概念来描述这一过程”了。虽然后来的借用和转用并没有对“内卷化”概念本身的发展有多大帮助，但它的解释力的扩展也应看作是一种学术上的努力。正是在这种意义上，笔者是赞同对这一概念谨慎地借用和转用的。

基于上述理解，本文认为可以用“内卷化”概念来概括和解释改革以来我国社会福利的发展状况，即我国的社会福利发展是内卷化的。这是将“内卷化”概念再次向社会福利领域迁移。在这里，笔者也像杜赞奇一样预先声明，这里是对“内卷化”概念的借用，因为在对改革以来我国社会福利发展状况的理解和概括方面，笔者“实在找不出一个更为合适的概念来描述这一过程”了。笔者还要说明的是，这里的借用也是像杜赞奇那样“抽象地”使用。当然，这种借用还是希望能借此来阐明我国社会福利内卷化的复杂内容。

## 2. 社会福利的内卷化

按照笔者的粗浅理解，所谓“抽象地使用”就不是按照某概念原来的具体内容的对照使用。对照使用是“实证”某一概念，而不能在概念的基本内容上有偏离。“抽象地使用”则是在遵循某概念原意的基础上，在分析的内容上有所变化，就像杜赞奇的政治模式研究对于格尔兹的农业模式研究那样。杜赞奇在其中国农村政治模式研究中不可能找到像格尔兹研究农业模式中的对应的东西（要素），但是杜赞奇所研究的中国农村政治发展状况，在本质意义上与格尔兹的“内卷化”十分相似，所以他是“抽象地使用”“内卷化”概念。笔者想借用“内卷化”概念来解释改革以来我国社会福利发展状况，同样不是要对照使用，而是要做理论概念使用的跨域迁移，这自然就只能是对内卷化概念的“抽象使用”。当然，就是“抽象使用”也不能伤害被借用概念的基本含义。

本文研究的是改革以来我国社会福利发展，基本上不是在“文化模式”的层次上讨论问题的。如果非要说到文化模式问题，只能说是“转型国家的社会福利发展模式”，但这又不是戈登威泽所说的某种“文化模式达到了某种最终形态”，也不像格尔兹、黄宗智所研究的小农经济模式。充其量，这里只能说是“转型国家社会福利发展的模式选择”。由于处于转型之中，所以其福利的“文化模式”并没有定型，更没有“达到某种最终形态”。这样，要

说与“文化模式”相对应的就只能是一种市场化的政策（制度）选择模式。这里与“内卷化”概念产生的知识背景有不同。本研究不研究“文化模式”的内卷化问题并不代表对它是伤害，而是要在较低层次上研究内卷化问题。与黄宗智的“没有发展的增长”和杜赞奇的政治内卷化这些较具体的研究相衔接，本文的社会福利内卷化说明的是改革以来我国的社会福利体制改革呈现的基本特征、内在机制和社会效果。

让我们回到本文讨论的具体问题上来。

我们可以看到，改革开放以来，在市场化模式下，特别是90年代中期以后向市场经济体制加快转变以来，我国医疗卫生方面的整个支出一直在增长，这本来可以带来人们卫生福利的增长，即通过卫生和健康投入，改善人们的健康水平，使人们的疾病得到治疗、维持身体健康，从而实现生活幸福。但是实际上情况并非如此。在人均卫生投入增加的情况下，城乡中低收入阶层（特别是贫困群体）的经济负担也在增加，他们的健康状况并没有改善，甚至变得更糟糕。我们把医疗卫生投入增加，人们的医疗健康状况应有所改善，但实际上并没有改善的现象称为医疗卫生事业的“内卷化”。

实际上，这种“内卷化”并不只发生于医疗卫生领域，在教育、就业服务等公共服务和某些社会服务领域，“内卷化”现象也有发生。据国家统计局对黑龙江16个市县的1220户家庭（受访家庭包括高、中、低收入水平三种）的调查，有70%的受访者认为教育费用支出过高。子女平均每人每月消费金额在600元以内的占37.4%，600-800元的占23.8%，800-1000元的占18.9%，1000元以上的占19.8%。家庭子女平均每月消费金额占整个家庭收入的比重最多占四分之一以上（新华网，2009.11.9）。一些本不富裕的家庭要经常性地支付子女的数额不菲的教育费用，而这种“人力资源投资”的效果很难把握（这与我国的教育模式、学习的内容、未来的就业机会等因素有关），因此，全社会教育支出的增长、家庭教育支出的增加并不一定给这些家庭带来充实感和信心，相反一些家庭因此而成为“学奴”。这也是一种“内卷化”现象。

扩展开来，概括地说，经济体制改革以来，特别是90年代中期我国全面快速向市场经济体制转变以来，公共服务和社会服务领域普遍市场化。在经济发展、城乡居民需求增长的背景下，政府收缩自己的公共服务和社会服务责任，转而将其推给服务公共服务和社会服务对象，人们不得不承担起这种“责任”。在市场化因素的推动下，不断增强的“责任”承担变成对人们的沉重压力，而且并没有得到与其支出相应的回报，人们的福利并没有增加。我们把在国家整体改革进程中，经济发展了，全社会的福利投入总量增加了，但人们（特别是贫困群体）的社会福利状况并没有改善的现象称为社会福利的“内卷化”。

社会福利的内卷化与以往学者（特别是黄宗智、杜赞奇）对“内卷化”概念的使用具有本质的一致性，即在一定的模式下，投入总量增加了，但效率却没有提高，这是一种“没有发展的增长”。在黄宗智、杜赞奇那里，“发展”是对整体结构（某种模式）而言的，“增长”则指模式下的内部结构关系。对社会福利内卷化来说，“发展”指的是社会福利制度的目标，“增长”指的是实现福利的手段、表现和内部结构。应该说，社会福利内卷化的基本含义与“内卷化”概念基本是契合的，但由于研究对象不同，所以而这也有所不同。正如在杜赞奇那里所发生的，概念的转借不可能完全符合其原意。所以这里所说的社会福利“内卷化”也是在“抽象的使用”，是在增长（福利投入）和发展（投入效果）关系上的使用。笔者认为，这对从本质上理解我国改革以来社会福利的变化是有助益的。

### 3. 社会福利内卷化的理论模型

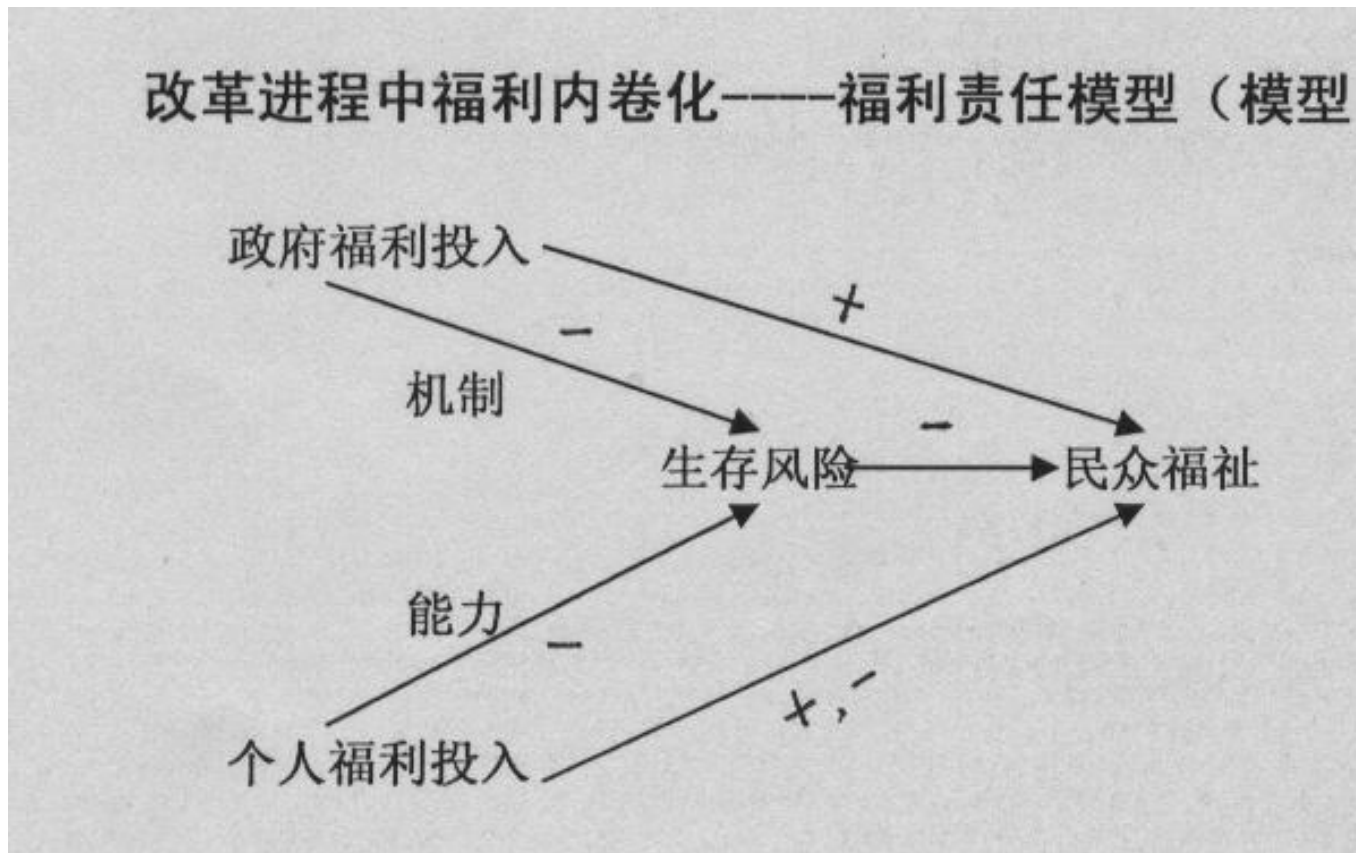
#### （1）改革进程中福利内卷化——福利责任模型

通过以上分析，我们可以形成某种社会福利内卷化的理论模型。根据前面提出的分析框架（模型1），我们舍去“经济增长”这一背景，而比较直接地描述福利投入——生存风险——民



众福祉之间的关系，可以形成以下社会福利内卷化的责任模型（模型2）。

图3 社会福利内卷化的责任模型（模型2）



我们再回过头来看本文所论述的改革开放以来我国社会福利的发展情况。总体上来说，改革以来，随着我国经济的持续高速增长，全社会医疗卫生的投入量是增加的，人均卫生医疗费用也在增长。在排除人们所遇到的医疗卫生事件（疾病）大量增加的情况下，较高的卫生投入可以带来人们的卫生福利的增长（这表现为政府福利投入、个人福利投入与民众福利的总和）。但是事情并非如此，因为中间有责任结构在起作用。

人们的生存风险与市场化改革直接相关。改革不但意味着机会，也意味着风险，因为我国的改革是在落后生产力、落后的生产条件基础上开始的。在市场化过程中，各种不确定性不断显现，而最后的影响都指向广大民众，这就是他们的生存风险。比如，因为市场经济带来的失业问题、因为贫困和劳动条件恶化而打来的农村工人、外出打工者的身体健康问题，因为食品不安全、药品不安全以及环境污染造成的而带来的复杂疾病的增加，甚至因为激烈的教育竞争（如各种特长班）而该学生家长带来的压力，农村因为撤并学校给农村学生及其父母带来的成本，等等。一般地，生存风险可以通过福利投入来缓解，因此，政府的福利投入、个人的福利投入都可能成为缓解生存风险的手段，这就是他们之间的一般的负向关系。但是事实上，在两种福利投入之前，有一个原来的（改革之前的）投入结构作为参照，而且两种投入之间也有比例结构问题。所以，不能简单地说法福利投入的增加会导致民众生存风险的降低和民众福祉的提高。所以，在政府的福利投入与民众生存分先的一般关系上，还有一个投入机制问题，即投入多少和向那里投。现实情况是，政府的福利投入在绝对量上并没有减少，但在投入比例上明显降低。另一方面，它的投入更多地有利于城市、东部地区和较富裕的人群。所以这种福利投入并没有减少人们特别是低收入群体的生存风险，而实际上这些



人群正式政府公共福利、社会福利的主要对象。从民众的角度来看，按说自己的福利投入可以减缓自己生活中的困难。但是由于中低收入群体的经济能力有限，各种基本的服务不但商品化，而且不断涨价，所以他们在经济拮据下的福利投入并不会缓解其生存危机（包括在新的竞争中形成的新的危机）。在这里，福利投入能力是一个重要的变量，正是因此个人福利投入与民众福祉才成为或然关系。有较强经济实力者他们的福利投入能力也比较强，接着是较多的投入可以解决其生活困难，并达致较好的生活状态。与之相反，经济实力较弱群体的福利投入能力也较弱，他们较小的福利投入难以解决其生活问题，较多的投入可能是剜肉补疮，产生新的生活困难，从而无法达致较好的生活状态。

所以，总体来讲，政府的公共投入的机制（数量、结构、方向）和民众的福利投入能力是影响民众福祉的基本因素。政府投入和民众投入之间的关系，或政府责任与民众责任的结构是影响民众福祉的关键。本文指出，是这种责任结构的不合理导致了民众（主要是中低收入群体）福利的弱化，这就是基于责任失衡的社会福利内卷化。

## （2）基于社会分层的社会福利内卷化

除了政府与民众的责任分担之外，民众内部的社会分化、社会分层也是影响改革以来社会福利内卷化的重要因素。市场化改革造就了一批经济上的成功者，他们的强有力的支付能力与出人头地的观念也不断创造着新的、更高的社会需求，而这正和政府所推行的市场化理念（创造新的需求，通过需求的满足带动经济的发展）相吻合。我们看到在民众基本生活的各个领域，都有反映富裕群体的需要被不断创造出来。身体保健、宽敞的住房、私家轿车、子女的精英教育，以至休闲和社会交往，这一群体都在不断追求更高的水平。向发达国家看齐、过白领的生活成为他们基本的生活追求。在全面推进市场化的大背景下，这些成为社会上占主流的“意识形态”。这些人士的成功，中产群体的效仿和跟随，强化了政府的市场化改革信念。再加上政府改变计划经济时期高福利制度的目标追求，使得政府在公共服务领域实行市场化。实际上，公共服务领域市场化的加深与富裕群体的存在是相连的。

但是受公共服务、社会服务市场化影响最深的不是富裕群体，而是在市场化改革中出现的中低收入群体。他们在就业、经济收入上处于弱势地位，在公共服务、社会服务方面又受到不应有的拒斥。所以，就是竭尽全力，他们也只能是竞争中的弱者。然而，由市场机制创造的、被富裕群体维持的、不断走高的社会需求，一方面在背离中低收入群体的基本需要，另一方面中低收入群体又不得不去在上述条件下追求自己需要的满足，或者压抑自己的需要。这就使得，中低收入群体的基本需要不能得到满足，他们的福利是“亏空”的。

总体说来，政府公共服务责任的缩减会对所有人的福利造成损害。但是，高收入群体有自我改善基本生活的能力，而中低收入群体则没有这种能力。于是，政府提供公共服务对高收入群体来说只能是锦上添花，而对中低收入群体来说则是雪中送炭。当政府缩减公共服务、社会服务责任而主要由个人支付服务费用时，高收入群体可以依靠自己的力量去弥补因政府缩减服务所带来的“不足”。但是中低收入群体不可能靠自己的努力去填补这种“亏空”，这样，他们应有的社会福利被缩减了，并可能生活于多种风险之中。由此看来，改革以来我国社会福利的内卷化依社会的贫富分化而存在的，它是基于社会分化、社会分层的内卷化。

## （3）提出社会福利的内卷化的意义

以上对社会福利内卷化作了分析和说明，下面我们再稍微集中地从比较的角度对这一概念的特点做一些说明。首先，以往的“内卷化”概念是针对文化类型或生产方式（也可以算作一种文化模式）而言的，基本上指的是在某种文化模式下没有发展的状态，在黄宗智那里则是“没有发展的增长”，这样“内卷化”就是结构的或效率的。社会福利内卷化则主要指在一定投入下的“效益”（福利效果）问题，这里说的不是文化模式，而是政策模式，或政

策的行动结构。第二，以往的“内卷化”更多地指所研究对象的结构性特征，而社会福利内卷化则主要着眼它的功能，这里有明显的价值因素。很显然，这与社会福利本身的特征有关：社会福利是价值相关的。第三，以往的内卷化大多从整体的角度出发，研究整个文化、生产方式的非发展特征。而社会福利内卷化则从内部结构（即社会福利责任结构）的角度分析问题，这与社会福利效益的分配性有关。第四，由于社会福利内卷化是一定经济社会背景下的现象，是社会政策的偏误造成的，所以有较强的可矫正性，而以往文化模式的“内卷化”则不然。这样，本文的社会福利内卷化概念就既遵循了以往“内卷化”的实质性意义，又因为研究对象的不同而有自己的特点。

那么，提出社会福利的内卷化这一概念有哪些意义呢？笔者认为有如下几点：

第一，对我国改革以来社会福利的发展特征作出了概括。自实质性地公共服务领域推行市场化改革以来，中低收入群体、知识界和某些政府部门就发现了市场化的弊端，关于“看病贵”、“看病难”、“读书贵”、“读书难”的抱怨和批判不绝于耳，但是没有给出一个集中的概括。将“内卷化”概念引入公共服务和社会服务领域，有利于说明上述现象的本质特征，并给出本质性说明。

第二，指出了社会福利内卷化的原因。社会福利内卷化是中国在体制改革过程中发生的重要现象，社会总财富的增加并不自动导致社会福利的增加。社会福利内卷化分析指出了不恰当地对公共服务、社会福利服务进行市场化改革，将公共物品变为商品，从而发生社会福利内卷化现象。

第三，说明了社会福利内卷化的主要机制。社会福利内卷化是由于政府缩减自己的公共服务、社会服务责任而导致的。政府和民众在公共服务、社会福利服务责任上的结构失衡，是导致社会福利内卷化的主要原因，同时社会福利内卷化又是依社会分化、社会财富的过度失衡而实现的。

第四，从效益的角度阐述了内卷化。社会福利内卷化着眼于公共服务、社会福利服务的效果，通过结构分析走向效果分析。社会福利强调社会公平，强调目的性。“内卷化”概念从效果的角度看待改革以来我国公共服务、社会福利制度的变迁，这与以往对这一概念的使用有不同。

第五，将内卷化概念引入社会福利领域，扩大了这一概念的解释范围。“内卷化”概念原来是对某种文化模式成熟后，缺乏创新，而是内部分工细化、运作精巧化现象的概括。后来他被运用于解释经济现象和政治现象，实际上也可以用来解释某些社会现象。本文将这一概念引入改革服务和社会福利领域，并给出解释，扩展了这一概念的适用范围。

## 四、中国社会福利制度的发展

### 1. 社会政策的民生转向

改革开放特别是90年代中期加快向市场经济体制转轨以来，中国经济持续高速增长，但是这种只重视经济增长的传统发展战略所衍生的问题也日益突出。经济发展失衡、贫富分化加剧、生存环境严重破坏、社会矛盾激化频发，人们的相对剥夺感不断积累，人们的生存风险和社会运行的风险都在加大。经济体制深刻变革，社会结构深刻变动，利益格局深刻调整，思想观念深刻变化，中国社会进入快速转型和社会问题纠结多发期。

实际上，从本质上来讲，中国所遇到的是经济发展与社会发展的关系问题。“贫穷不是社会主义”，改革的首要任务是解决经济发展落后、人民物质生活水平低下的问题。因此，经济体制改革的核心是解放生产力、刺激生产、增加产出。到90年代中期，以国有企业改制、建立现代企业制度为重点，改革同样是追求效率，而忽略以至伤害了社会公平。正是在深化改革的进程中，下岗、失业、失地等问题突出出来。正是20年来社会问题的积累和对经济体制改革根本目标的再认识，使得我国的党政高层认识到解决社会问题的重要性，并开

始改变以往几乎纯经济主义的改革思路，社会发展和民生问题被高度关注。

在 2002 年全国人民代表大会上，时任国务院总理朱镕基在其《政府工作报告》中第一次使用了“弱势群体”的概念，并把解决弱势群体的问题提上议事日程。实际上，“弱势群体”作为一个概念在社会福利、社会政策、社会工作领域早就存在，学术界对此有许多讨论。但是国家领导人对弱势群体概念的使用和对弱势群体问题的关注，则表明政府政策的某种转向。

2003 年新一届政府组成。2002 年底出现并仍在蔓延的 SARS 威胁着所有中国人的生命安全，而孙志刚事件以公民的生命为代价拷问着中国的社会管理制度和政府责任。在这种复杂而严峻的背景下，新一届政府做出了一系列保护人民生命安全的决策，被认为是“亲民”政策的开始。政府的政策发生了民生转向。

20 年积累起来的社会问题需要化解，化解这些社会问题要求一系列关注民生的经济社会政策。从 2004 年起中共中央 国务院恢复发布“一号文件”的做法，关注“三农”问题，力图改变农业、农村、农民的弱势地位。2006 年我国全面取消实行了 2600 年的农业税。在这前后几年的时间里，中央政府和部门废止了《收容遣送办法》，出台了《救助管理办法》；修订完善了《残疾人保障法》、《未成年人保护法》、《妇女权益保障法》等法律；在农村实施最低生活保障制度，推进建立新型农村合作医疗制度，推进农村养老保险制度建设；制定《廉租住房保障办法》、新《劳动法》；致力于建立社会保险、社会救助、社会福利、慈善事业相衔接的覆盖城乡居民的社会保障体系。在比较短的时间内，中国政府出台了一大批、覆盖多个领域、保障基本民生的政策。笔者曾经称之为中国“社会政策时代”的到来（王思斌，2004）。在推动科学发展、促进社会和谐、全面建设小康社会的总题目下，中共中央十七大决定“加快推进以民生为重点的社会建设”，提出努力使全体人民学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居。

不管是出于政治目的和社会管理的考虑，还是为了切实改善人民生活，一个基本的事实是政府在观念和实际工作中，越来越明显地关注人民生活，注重人民的福祉。对困难群体、弱势群体合法利益的保护已经成为政府的基本要求，也正在成为社会的主流价值；在灾难面前，政府把人民生命安全放在首位；从上到下，政府正在对以往经济增长方式进行反思；执政党和政府提出并大力推进社会建设，将构建和谐社会的奋斗目标。这些都说明，政府政策的民生转向已成为事实。

## 2. 社会福利从“内卷化”走向发展

随着对转型期社会进程和特点认识的深化，政府越来越关注社会领域的发展。开始轰轰烈烈的社区建设还只是经济体制改革的配套工程，而社会建设则成为整个社会发展、社会主义现代化建设的重要组成部分。在关注民生、构建和谐社会的宏观目标下，政府力图构建一个更具有包容性的社会保障体系，动员各方力量，促进城乡居民基本生活的改善。从政府的角度来讲，主要是通过实行公共服务均等化来解决以往被忽视、被遗忘的困难群体、弱势群体。这主要反映在政府不断加大公共服务支出，改善城乡居民、特别是困难群体的生存条件，提高其生活水平。下面我们还是用几个局部资料来说明这一变化。

温家宝在 2007 年“两会”做政府工作报告时承诺，当年要在全中国农村地区全部免除义务教育阶段的学杂费，减轻农民经济负担；继续对农村贫困家庭学生免费提供教科书并补助寄宿生活费。2007 年全国财政安排农村义务教育经费 2235 亿元，比 2006 年增加 395 亿元。“十一五”时期中央财政将投入 100 亿元，实施农村初中学校改造计划，地方政府也相应增加这方面的投入（温家宝，2007）。

卫生部（2008-11-23）：2006 年 3 月，国务院批准印发《农村卫生服务体系建设与发展规划》：以乡镇卫生院建设为重点，健全县乡村三级卫生服务网络，从整体上为提高农民



的健康水平提供保障条件，总投资 216.84 亿元，其中中央专项 147.73 亿元。该规划是 1949 年以来覆盖范围最广，投资力度最大的卫生系统专项建设规划（中国网，2008）。

2007 年在全国建立农村最低生活保障制度之后，家庭年人均纯收入低于当地最低生活保障标准的农村居民，主要是因病残、年老体弱、丧失劳动能力以及生存条件恶劣等原因造成生活常年困难的农村居民成为政府对象。农村“五保户”和社会保障对象开始“吃皇粮”，即其费用由政府财政支付。几年来，他们的标准逐渐提高，政策覆盖范围也在不断扩大。

我们再来看卫生总费用的支出情况，见表 3。

表 3 各年卫生费用支出情况

指标	1980	1990	2000	2005	2007	2008
卫生总费用(亿元)	143.2	747.4	4586.6	8659.9	11573.9	14535.4
政府预算卫生支出	51.9	187.3	709.5	1552.5	2581.6	3593.9
社会卫生支出	61.0	293.1	1171.9	2586.4	3893.7	5065.6
个人卫生支出	30.3	267.0	2705.2	4521.0	5098.7	5875.9
卫生总费用构成(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
政府卫生支出	36.2	25.1	15.5	17.9	20.4	24.7
社会卫生支出	42.6	39.2	25.5	29.9	34.5	34.9
个人卫生支出	21.2	35.7	59.0	52.2	45.2	40.4
卫生总费用占 GDP%	3.15	4.00	4.62	4.73	4.52	4.83
人均卫生总费用(元)	14.51	65.4	361.9	662.3	875.9	1094.5
城市	...	158.8	812.9	1126.4	1516.3	1862.3
农村	...	38.8	214.9	315.8	358.1	454.8

资料来源：《2010 中国卫生统计提要》，中华人民共和国卫生部网站。

从表 3 我们可以看到，2000 年以后我国的卫生总费用不断增加，卫生总费用占 GDP 的比重由 2000 年的 4.62% 增加至 2008 年的 4.83%。人均卫生总费用也不断提高，从 2000 年的人均 361.9 元增加到 2008 年的 1094.5 元。从卫生支出构成变化的角度来看，政府预算卫生支出的数量有较大幅度的增长，政府支出在全部卫生支出中的比重有明显增加。2000 年，政府的支出只占全部卫生支出的 15.5%，这是改革开放以来的最低点。2005 年这一比例上升为 17.9%，到 2008 年进一步上升为 24.7%，差不多追上 1990 年的水平。个人的卫生支出变化呈另一种趋势。2000 年个人卫生支出占全部卫生支出的 59.0%，2005 年落至 52.2%，2008 年进一步降至 40.4%。这应该说是城乡医疗保障制度改革向民生回归起了作用。笔者在农村调查时也了解到，由于农村新型合作医疗制度的施行，一些患大病的农民敢于去医院看病了，听为这里有来自政府的一些支持，他们可以报销部分医药费。这样，卫生费用的增加和卫生支出结构的调整就促进了城乡居民卫生健康状况的改善。在基础教育领域也是如此。在农村特别是贫困地区，由政府财政支持的“两免一补”减轻了农民的经济负担，农村学龄儿童的就学机会得到了更多保障。

2003 年以来，全社会公共服务、社会服务的支出不断增加（遗憾的是笔者未算出具体数量），政府承担起更多福利责任，民众自身的福利责任相对减低，民众的基本生活得到改善，由此我们可以说，我国的社会福利正在走出“内卷化”状态，走向发展。

### 3. 社会福利的发展模型

正如前面分析福利内卷化时所指出的，影响社会福利发展还是内卷化的主要因素是社会



福利的总投入和投入结构。下面我们回到“模型”上来，看看社会福利从内卷化向发展转变的具体机制。

我们回到模型 2，再联系近几年我国各级政府、民众在公共服务领域的投入及其变化，就可以发现，政府在公共服务领域支出的大幅度增加，政府对民众福利责任的更多承担以及政府公共服务资源的投向和机制的变化，是社会福利从内卷化转向发展的关键。

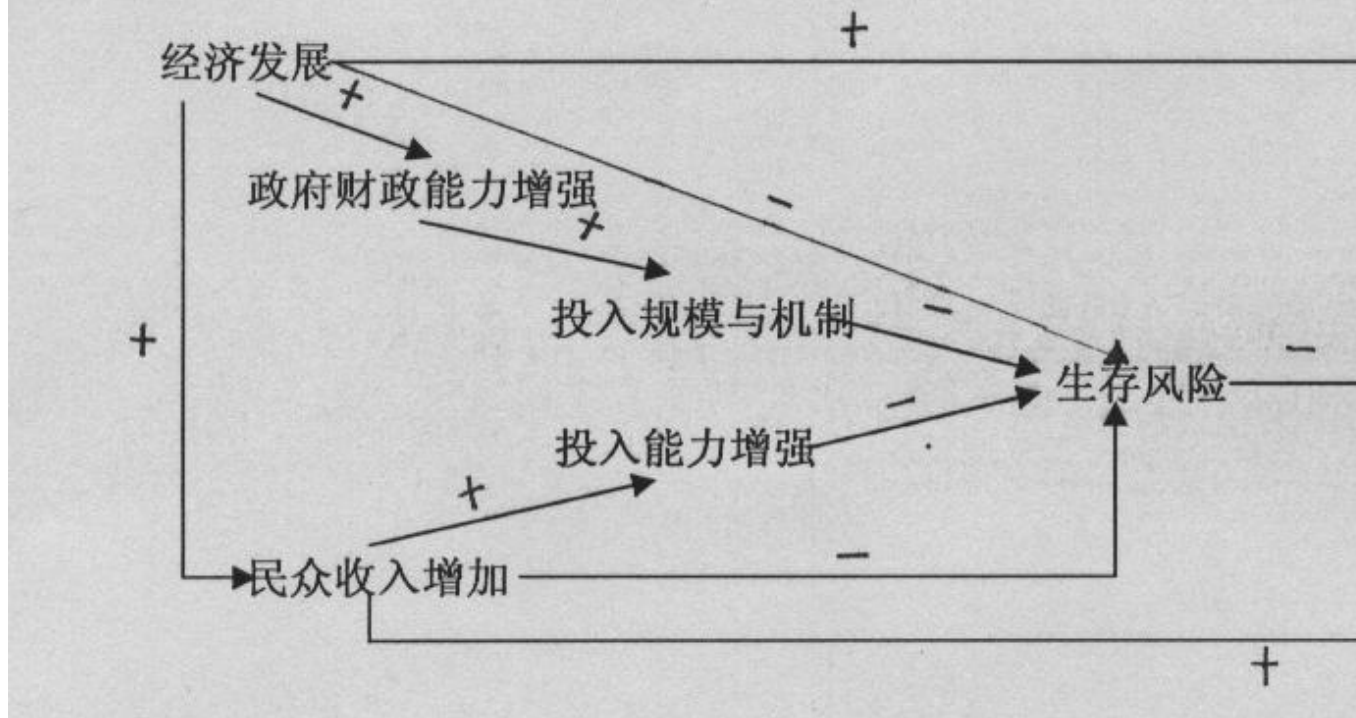
我们还以卫生服务为例。2000 年到 2008 年，我国卫生总费用由 4586.6 亿元增至 14535.4 亿元。其中，个人支出也明显增加，2000 年为 2705.2 亿元，2008 年为 5875.9 亿元，后者是前者的 2.17 倍。但是我们会看到政府和社会在这方面支出的增幅更大。政府卫生支出从 2000 年的 709.5 亿元增至 2008 年的 3593.9 亿元，后者是前者的近 5.07 倍。正是由于政府和社会卫生支出的大量增加才使民众卫生福利责任的分担结构发生了变化，即民众自己的责任在逐步降低，政府和社会的责任在增加。这才使得医疗保障（福利）有了更多社会性，民众才能获得更多福利。

除此之外，卫生资源的投向对增强民众福利也直接相关。在 90 年代以后医疗卫生领域市场化的过程中，卫生资源多被投向东部和大中城市，其中一些被用于购买高级医疗设备并服务于上层群体。2002 年《中共中央国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》发布之后，随着新型农村合作医疗试点工作的推开，政府对农村卫生事业的投资不断加大。仅以稍后的一个资料为例。2008 年政府为应对经济危机而实施扩大内需促进经济增长的战略，在新增 1,000 亿元中央投资安排的重要领域中基层卫生基础设施建设也在其列。中央政府安排专项投资 48 亿元支持农村卫生服务体系建设。26.21 亿元支持 7,300 多个农村卫生项目。其中，县医院 26 个，投资 0.44 亿元；县妇保站 59 个，投资 1.55 亿元；县中医院 72 个，投资 3.58 亿元；乡镇卫生院 1,610 个，投资 18.91 亿元；村卫生室 5,547 个，投资 1.74 亿元（中国网，2008）。虽然这里涉及的对全国来说不算一个大项目，但是我们已经看到政府的投入已经直指卫生设施薄弱的农村和基层。这自然会增强医疗卫生服务的可及性而使一般民众受惠。

以上只是社会福利从内卷化转向发展的开始，下面我们有必要讨论我国社会福利持续发展的条件和机制。我们来看模型 3

#### 图 4 社会福利的发展模型（模型 3）

## 社会福利的发展模型（模型 3）



模型 3 在一定程度上是模型 1 和模型 2 的结合，但是在具体因素上与前者已有不同。在模型 1 中第一个因素是经济增长，模型 3 变为经济发展。正如前面已经指出过的，经济发展与经济增长是两个很不同的概念，经济增长是只注重 GDP 的增长，而经济发展除此之外还关注经济增长的条件和效果。实际上，这两个概念反映了两个不同的发展模式。经济发展是包括了人的经济过程，除了作为物的经济增长之外，它还关注劳动条件、劳动者的合法权益、劳动成果的社会分配。因此，经济发展会带来民众收入的增加，却不会使人们面对更大的生存风险，而后者与经济增长的效果是很不同的。由于经济发展是考虑了人们的劳动和生存环境的发展，所以民众收入增加并不伴随着生存风险。在政府方面，经济发展会带来政府财政收入的增加，政府对公共服务、社会福利的投入能力也会增强。如果有良好的投入机制，即投向其最能够发挥只会效益的地方，那么，这种投入就能够通过预防或“治疗”而减低民众的生活风险。这样，综合起来，正确的经济发展战略及其实施，有力的社会政策及其落实加上民众及社会的力量，就可以实现社会福利的持续发展，从而带来人民福祉的提高。

由此可见，社会福利从内卷化走向发展并持续下去，最关键的是发展战略的转变，就是真正贯彻落实科学发展观以代替以往片面的经济增长观。当然这不是说政策实施系统和过程不重要。科学发展是经济与社会相协调发展，是基于人和为了人的发展，是以提高人民生活质量为目的的发展。实现了科学发展，人们的社会福利包括弱势群体的福利的实现就是可期待的。

当然，上述论述不免有些宏观，看起来似乎是在阐述某种社会理想。但是，从近些年我国积极的社会政策实践中也可以看到，上述思路的实现又是具体的。在医疗卫生、基础教育领域，在经济社会协调发展、以人为本思想的指引下，公共服务、社会福利服务已经走上正路。在一些地方，多种社会保障制度已经建立并有效运行。从这个角度来说，社会福利的发展模型又是处在实践之中的。

## 五、结语

本文的目的是说明改革开放以来，特别是 90 年代中期全面向市场经济体制转轨以来中国社会福利发展的特征。借用“内卷化”概念，本文主要以医疗卫生领域的改革为例，以统计数据和案例为基础，指出从经济改革开始到 20 世纪末我国的社会福利基本是内卷化的，这主要表现为在全社会福利投入（本文具体化为卫生的费用和支出）增加的情况下，出现了比较普遍性的福利衰退，即在社会福利领域出现“没有发展的增长”，本文把这一现象概括为社会福利的内卷化。本文指出，社会福利的内卷化在总体上是由于片面的、只追求经济增长的发展战略造成的，具体说来是民众福利责任的承担结构和政府公共资源的投入机制出了问题。前者是政府在民众福利上的责任撤退，福利责任主要由民众自己来承担，后者是政府的公共服务资源主要投向东部地区和城市，这使得农村获得政府支持的机会变小。另一方面，在民众内部，贫富分化也加剧了社会福利的内卷化。高收入群体依靠自己的实力不断抬高社会福利需求，服务机构的市场化经营也支持了这种被人为推高了的需求。但是对于广大中低收入群体来说，则是公共服务、社会福利机会的丧失，这就是社会福利的内卷化。文章利用数据和案例资料说明了 2003 年以来公共服务、社会福利领域出现的积极变化，指出社会福利在由内卷化走向发展，并阐述了这种变化发生的机制。最后，文章还对我国社会福利持续发展的条件进行了初步分析。

本文在理论上借用以往成果提出了“社会福利内卷化”的概念，这只是对现象的概括，但对于“内卷化”概念本身却没有深入讨论。笔者认为，在抽象层次上将“内卷化”概念引入对社会福利的解释是有益的，这不但说明了要讨论的问题，也拓展了“内卷化”概念的解釋空间。在论述方式上，本文希望像许多优秀研究那样走“实证”之路。但是苦于没有那么多有效的资料。再加上本文讨论的因素（变量）较多，所以完全采用实证方法也变得困难。本文主要使用卫生医疗方面的资料来说明问题，使用其他领域社会政策的资料还有局限，这可能会产生用部分资料来说明一个大问题的力所不及的现象。这样，本文的“实证”就只是形式上的，即没有真正贯彻实证的方法，而是用相关资料来说明。但是笔者也相信，正像前几年社会普遍议论和批判的，确实我国在许多社会福利领域出现了资金投入多，但人们的福利感、幸福感下降的现象。笔者认为，如果能收集到这些方面的资料，证明在那些方面同样出现了“内卷化”也是可能的。笔者希望将来有机会用资料来进一步证明本文的理论框架，也希望同行们进行证明或证伪，以推进社会福利学术研究的发展。

社会福利、社会政策领域的研究是务实的，也是有明显价值追求的。近些年来，学者和实务界对适度普惠型社会福利、发展性社会政策、较低水平的福利国家、福利社会等理论问题给予了较高关注。这些理论和概念被选中、被集中讨论，说明我国社会发展、社会福利的发展有某种需求和基础，学者们当然乐见其成。实际上，本文所论述的“社会福利的发展模型”也是如此。笔者希望我国社会政策在其未来的发展中切实改变“内卷化”现象，而真正造福于人民。当然，正像我们在前面已经指出的，社会政策的发展、人民福祉的提升绝不只是社会福利制度内部的事。这需要我国整个社会发展战略的调整，需要切实转变“经济主义”的思维，切实把民生置于优先地位。

## 参考文献

- 考斯塔·艾斯平-安德森（2003）：《福利资本主义的三个世界》，北京：法律出版社。
- 北京晨报（2006）：“北京公安局长阐释警务工作经验：警力跟着警情走”，《北京晨报》7月31日。
- 陈峰（2003）：“湖南省涟源市收容遣送站的黑色致富路”，《南方都市报》6月19日。

- 董伟 (2006): “卫生部长高强称六大原因导致看病贵看病难”, 《中国青年报》2月19日。
- 杜赞奇 (1994): 《文化、权利与国家》, 南京: 江苏人民出版社。
- 葛延风 (2005): “反思中国医疗卫生体制改革”, 《中国经济时报》6月6日。
- 贡森 (2006): “中国卫生资源供求状况及发展改革”, 《江苏社会科学》第5期。
- 顾昕 (2008): “行政主导下的医疗体制弊端重重”, 《凤凰财经》, 3月26日。
- 郭继强 (2007): “内卷化概念新理解”, 《社会学研究》, 第3期。
- 黄宗智 (2000a): 《华北小农经济与社会变迁》, 北京: 中华书局, 第6-7页, 第304-306页。
- 黄宗智 (2000b): 《长江三角洲小农家庭与乡村发展》, 北京: 中华书局, 第77页。
- 景天魁 (2008): 《底线公平: 和谐社会的基础》, 北京: 北京师范大学出版社, 第306页。
- 李强 (2000): 《社会分层与贫富差别》, 厦门: 鹭江出版社。
- 刘世定、邱泽奇 (2004): ““内卷化”概念辨析”, 《社会学研究》, 第5期。
- 陆学艺主编 (2002): 《当代中国社会阶层研究报告》, 北京: 社会科学文献出版社。
- 斯考克波 (2009): “找回国家”, 载彼得·埃文斯、迪特里希·鲁斯迈耶、西达·斯考克波编著《找回国家》, 北京: 三联书店。
- 苏敏 (2005): “专家称公共卫生投资缺乏公平, 医疗补贴给了富人”, 《中国青年报》12月23日。
- 王思斌 (2004): “社会政策时代与政府社会政策能力建设”, 《中国社会科学》, 第6期。
- 魏众、古斯塔夫 (2005): “我国居民医疗费用的不公平性分析”, 《经济研究》第12期。
- 温家宝 (2007): “政府工作报告”(在第十届全国人民代表大会第五次会议上), 3月5日。载中国共产党新闻网, <http://cpc.people.com.cn/GB/64093/67507/5482258.html>。
- 徐月宾主编 (2007): 《社会政策: 理论与实践》, 北京: 中国劳动社会保障出版社, 第367页。
- 欧文·E·休斯 (2001): 《公共管理导论》, 北京: 中国人民大学出版社。
- 新华网 (2009): “高昂教育费用成家庭沉重负担 七成家长称难承受”, 11月9日。
- 中国网 (2008): “卫生部: 48亿资金主要用于农村医疗卫生机构建设”, 12月10日。[http://www.china.com.cn/news/2008-12/10/content\\_16928242.htm](http://www.china.com.cn/news/2008-12/10/content_16928242.htm)
- 中华人民共和国国家统计局 (2001): 《2001年数据》, <http://www.stats.gov.cn/tjsj/nds/2001c/mulu.htm>
- 中华人民共和国卫生部: 《2008中国卫生统计年鉴》, 中华人民共和国卫生部网站: <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/200809/37759.htm>。
- 中华人民共和国卫生部: 《2009中国卫生统计年鉴》, 中华人民共和国卫生部网站: <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/200908/42635.htm>
- 中华人民共和国卫生部 (2010): 《2010中国卫生统计提要》, 中华人民共和国卫生部网站: <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/200809/37759.htm>。
- Neil Gilbert, Paul Terrell (2003): 《社会福利政策导论》, 上海: 华东理工大学出版社。
- R. M. Titmuss (1991): 《社会政策10讲》, 香港: 商务印书馆。

(本文发表于王思斌主编《中国社会工作研究》(第8辑), 社会科学文献出版社, 2008)