

话语建构与“不决策”：对改革开放初期合作医疗解体的一个理论解释

张海柱*

【摘要】 改革开放初期导致合作医疗解体的直接动因是政府决策者的“不决策”行为。“不决策”作为政策选择的一种隐蔽形式，它的合理性论证是在特定话语的建构作用下实现的。具体而言，在改革开放初期的“现代化”话语中，合作医疗被建构为文革“左”倾的产物、“非生产性开支”和落后的初级医疗保障制度，从而遭到了质疑乃至“否定”。话语总是与权力关联在一起，话语建构本身就是一种隐蔽的权力运作方式。在农村医疗领域中，话语权的缺失是农民群体长期处于弱势地位的根本原因。

【关键字】 话语 话语建构 现代化 合作医疗 不决策

【中图分类号】 D60

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674 - 2486 (2015) 05 - 0074 - 20

一、问题的提出

2003年以来，随着“新农合”的启动，合作医疗相关问题迅速成为国内社会科学研究“热点”领域之一。其中许多研究者集中探讨了这样一个问题，即合作医疗这一在“文革”时期取得了“辉煌”成就的农村医疗保障制度，为何会在改革开放初期短短的几年内迅速解体？由于这一问题所涉及的是传统合作医疗制度，与当前实施的“新农合”制度存在很大的差异，因此许多人可能会认为在当前时期再来探讨这一“历史”问题缺乏足够的现实意义。然而，正如历史制度主义所指出的，“制度的起源与变迁并非凭空产生，而是镶嵌于整个制度体系的演化过程中”（黄宗昊，2010：164）。新制度总是包含着旧制度的遗产。只有将对制度的考察置于整个历史脉络中，才能对当前制度的形成与发展达成更为深刻的理解。正因如此，本文认为，对传统合作医疗解体原因的不断

* 张海柱，中国海洋大学法政学院讲师、博士后。感谢朱亚鹏教授和匿名评审人的意见。
基金项目：中央高校基本科研业务费专项（201511007）。

探究，事实上奠定了我们认识与思考当前“新农合”制度发展相关问题的基础。

针对改革开放初期合作医疗解体的原因，不同学者从不同角度进行了解释。有研究者（乐章，2010：44-49）总结了影响制度解体的主要因素，包括政治环境的变迁（顾昕、方黎明，2004；丁宁宁，2005；伍凤兰，2009）、集体经济的解体（刘远立等，2002；曹普，2006）、农村组织载体的消失（王延中，2001；顾昕、方黎明，2004）、制度自身的缺陷（朱玲，2000；王延中，2001；顾昕、方黎明，2004）等。这些研究在很大程度上丰富了我们对于影响合作医疗解体的各种因素的理解。然而，当前还较少有研究者从公共政策或政策过程的角度来对合作医疗解体的现象进行解释（几个例外诸如：Lampton，1974，1977；王绍光，2008；张海柱，2013）。本文认为，这种政策视角的缺乏使得人们在很大程度上忽视了政府决策者的主观选择在合作医疗发展中的作用问题，而这恰恰是影响合作医疗兴衰的关键性因素。例如王绍光（2008：123）在解释合作医疗解体原因时指出，“最重要的是，1980年代初期，中央决策者对农村合作医疗采取了放任自流的态度”。之所以称之为“放任自流”，是由于合作医疗覆盖率出现大幅度下降时，“忙于实行家庭联产承包责任制的中央领导人，对此没有任何表态”（王绍光，2008：122）。

之所以强调“政策”视角的重要性，主要是由于合作医疗除了作为一项制度安排外，还是一种政府行为或政策行为。对合作医疗发展历史的考察可以发现，尽管它最初是作为一项地方性制度实践而产生的，但是它的每一次大规模“推广”或“普及”，都是在中央决策者的直接推动下实现的（张海柱，2013）。因此，决策者（特别是中央决策者）偏好与行为选择的变化，是合作医疗制度形成或变迁的直接动因。有鉴于此，对改革开放初期合作医疗解体原因的探究，必须落脚到医疗决策或政策的层面。

然而，尽管以王绍光（2008）为代表的一些学者的研究明确指出了合作医疗解体的主要原因是国家政策（取向）的变化，但是将之归结为国家决策者“放任自流”的政策取向则值得商榷。因为尽管表面看来，改革开放初期中央决策者并没有出台任何“削减”或“否定”合作医疗的政策文件，然而这并不意味着对该政策领域的“放任自流”或“忽视”。通过对大量史料的考察，本文得出了这样一个结论，即改革开放初期国家的合作医疗政策主要体现为一种“不决策”（Nondecision-making）的形式。“不决策”并非对相关政策问题的“忽视”，而是“通过对社会价值观念以及政治制度与程序的操纵而将真实决策的范围限定在‘安全’议题之内”（Bachrach & Baratz，1963：632）的行为。具体来说，尽管“削减合作医疗”并非国家决策者的公开目标，然而在相关行动

者的策略下，“它却偷偷进入了政府议程”（Duckett, 2011: 60），并顺利体现在了现实中干预合作医疗发展的政策方案中。

那么，上述“不决策”行为具体是如何进行的呢？以“不决策”或隐蔽议程的方式来“削减合作医疗”的政策选择，其“合理性”又是如何获得的呢？本文将围绕这些问题展开分析。通过话语理论（Discourse Theory）的应用，本文将详细考察在改革开放初期的“现代化”话语中，合作医疗是如何被赋予了特定的意义，从而被建构为“削减”政策的对象的。这种考察事实上揭示出了“话语建构”这一公共决策过程中的重要现象，它实质上是一种较为隐蔽的权力运作方式。正因如此，通过对话语建构过程的“解构”分析，可以使我们对公共决策过程的政治本质达到一种更为深入的理解。

二、话语与权力：政策论证中的话语建构

一项公共政策的出台要想获得社会公众的认可和支持，除了决策程序上的合法、规范外，还必须在政策内容的设计和所代表的价值取向上具备充分的合理性。由此，合理性依据（Rationales）成为公共政策设计中的重要组成要素，它们的作用在于“对政策设计自身或其中某些特定部分进行解释、辩护或合理化”，决策者要使用它们来解释“为什么要制定与实施特定的政策，以及为什么可以期待该政策可以发挥效用”（Schneider & Ingram, 1997: 99）。

对于政策合理性的强调凸显了政策论证（Policy Argumentation）的重要性。所谓论证，指的是“给出理由支持或批判可质疑的主张”（武宏志、周建武，2010: 36）。政策论证则是“为了一项政策的采纳而给出好的理由（Good Reasons）的努力”（Paris & Reynolds, 1983: 3）。作为现实决策过程中的重要环节，政策论证问题在很长时期内却未能受到政策研究者的足够关注^①。然而，正如美国学者马琼（Giandomenico Majone）（Majone, 1989: 1）曾指出的，“被政治家们所熟知而社会科学家却常常遗忘的是，公共政策是由语言所组成的。无论是书面还是口头的形式，论证都是政策过程所有阶段的核心”。特别是对于日益面临合法性危机的现代政府而言，对政策的合理性进行论证显得尤为重要。

^① 例如许多主流的公共政策教材中均未明确涉及政策论证的内容，一个例外是邓恩（William N. Dunn）（2002：第4章）的著作。另外，笔者以“政策论证”为关键词在中国知网（CNKI）数据库中进行检索，截至2015年4月21日，只有11篇文献明确涉及到了该主题。

正如哈贝马斯（Jürgen Habermas）（Habermas, 1975）与奥弗（Claus Offe）（Offe, 1985）都曾指出的，“政府力图借助于那些能够解释政策是怎样服务于公共利益而非特殊利益的合理性依据来解决这一（合法性）危机”（转引自：Schneider & Ingram, 1993: 339）。

政策论证事实上是一个基于证据与逻辑的“说理”过程，“说理”的最终目的在于改变特定主体（决策者或政策受众）的行为选择。那么，通过“说理”来改变“行为”的具体作用机理是怎样的呢？针对这一问题，美国符号互动理论曾指出，“人类是以某些事物对他们具有的意义（Meaning）为基础，而对这些事物产生行动的”（石计生，2006: 289）。“意义”即人类主体对外在世界之于自身所具有的“价值”的认知与诠释。人们只有感知到某类事物对于自身具有价值后，才会采取相应的行动。因此，“说理”即是在论说“意义”。政策论证在本质上是一个意义生产的过程。由于意义的表述需要一定的载体或媒介，由此引出了“话语”（Discourse）的作用。

“话语”是一个充满歧义的概念，在不同的学科领域或知识脉络中有着不同的内涵指向。例如，语言学中一般将它界定为书面或口头交流单位，而社会科学中则多将其界定为“产生于并依赖于社会实践的观念或规则的集合”（Hewitt, 2009: 2）。就公共政策领域而言，对于“话语”问题的关注受到1990年代以来西方政策研究中出现的“语言学转向”（The Linguistic Turn）（White, 1994）、“论辩转向”（The Argumentative Turn）（Fischer & Forester, 1993）、“诠释学转向”（The Interpretative Turn）（Yanow, 1996）和“审议转向”（The Deliberative Turn）（Dryzek, 1990）等学术研究焦点转换的影响。这些转向的共同特征是重视“语言”（以及与此相关的“话语”）在政治过程中所扮演的角色和对政策过程的影响，体现了社会科学研究范式由实证主义向后实证主义的转变（林子伦，2008: 155）。政策话语研究者多从后现代主义、后结构主义、批判理论等社会政治思想中汲取所需的理论资源。例如荷兰政策话语研究者哈杰（Maarten Hajer）（Hajer, 1995: 44）受福柯（Michel Foucault）思想的启发，将话语界定为“由观念、概念与范畴所构成的特定集合体”，它们主要作为一种“意义媒介”而存在，个人据以理解和体验社会现实，并在特定的历史与社会情境中展开各种实践活动（卡夫雷拉，2008: 29-30）。

上述对“话语”的界定秉持一种建构主义的哲学立场。建构主义认为话语在描述世界的同时，更是在积极地“创造”或“构成”世界。所有的社会现实，包括主体或客体身份、制度、社会关系和知识等，都是经由话语而被赋予意义，从而纳入到人类的感知、体验与实践范围之内的。任何事物如果不经过

话语的媒介作用是无法产生意义的，因而对人类自身而言也是“不存在”的。^①正因如此，话语可以被视为一种“理解世界的共享方式”（德赖泽克^②，2008：9），并“构成了一种就某一特定问题进行谈论和书写的方式，由此形塑了人们理解并采取行动应对该问题的方式”（Alvesson & Karreman，2000：1131）。话语具有开放性，任何人都可以对话语进行诠释与再诠释。对应于决策过程中，不同主体基于不同的立场、认知与意图，可能会对同样的社会现象赋予不同的意义，从而建构出不同的社会“现实”或“问题”。这些多样化的“现实”或“问题”构成了政策选择的前提与基础，也成为政策论证的重要依据。

正是由于话语具有承载意义的媒介功能，现实中的政策合理性论证主要都是围绕着话语的选择和意义的赋予来进行的。即，政策论证在一定程度上可以视为一个话语（意义）建构的过程。具体而言，决策者或政策分析者在对某项政策做合理性论证时，必然要诉诸特定的“事实”证据，并遵循特定的逻辑进行解释说明。然而在建构主义话语理论看来，“客观唯一”的事实并不存在，现实存在的（或者说对人类而言有意义的）都是经由特定话语建构产生的“话语性事实”。同时，针对特定社会现象间逻辑关系的理论解释也具有“非唯一性”^③，要受到理论解释所归属的话语系统的约束。因此，政策合理性的论证过程是一个对各种“经验事实”和论证逻辑进行选择性强调和选择性诠释的过程，它们只有在特定的话语系统中才能够成立，否则都有可能受到质疑（谢立中，2012：197）。

不过，政策话语理论需要进行解释的一个重要问题是，既然政策合理性论证并非“唯一”的，任何人都可以借助于特定话语（及其所承载的意义）来对某一政策选择进行辩护，那么什么因素能够决定不同论证间“竞争”的结果呢？换个角度来说，政策选择过程在很大程度上体现为一个话语竞争的过程，什么

① 需指出的是，建构主义存在“极端”建构主义与“温和”建构主义等不同的流派差异，前者否认一切客观实在的存在，认为世间所有事物都是在人类头脑中主观建构的结果，而後者的立场较为温和，它并不否认客观物理世界的存在，但是认为对人类而言“有意义”的并非物理世界自身，而是人类对它们进行的意义赋予与诠释，正如黄光国（2001：425）所言，“我们只能理解我们自己所建构的东西，除此之外，我们不能理解其他任何东西”。本文所持的是一种较为温和的建构主义立场。

② Dryzek 国内多译为德雷泽克，此处所引文献译为德赖泽克，特此说明。

③ 关于理论解释的非唯一性问题，谢立中教授（2012：192 - 195）认为主要是由于人们缺乏足够的能力来准确判断具有高度相关性的社会现象间的因果关系，同时社会现实本身缺乏严格的规律性导致社会科学的理论解释难以进行准确验证，此外不同的理论解释所强调的要素不同也可能导致针对同样的资料会得出不同的结论。

因素能够决定话语竞争的结果呢？针对这一问题，许多话语研究者指出，决定话语竞争结果的，除了话语自身的合理性（所宣称的意义被接受和认可的程度）外，更重要的是话语所处的社会关系网络、话语宣称主体的权力地位和所拥有的资源状况（林水波、王崇斌，1998：263-264）。正是这些权力关系特征决定了特定主体的话语宣称在政策过程中的影响力。一般而言，最有影响力的话语宣称者是政府主体、新闻媒体和专家学者，他们凭借在社会关系网络中所占据的较好“位置”以及各自所拥有的政治资源、信息（舆论）资源与知识资源而成为重要的话语行动者。相较而言，普通公众的话语“往往是借由上述三类具有话语权的群体及其管道发出，同时也受其控制、操作和诠释”（闫志刚，2010：79）。

以上揭示了话语与权力之间的紧密关系，不过这种认识主要是基于一种“外部”视角，即将二者作为独立存在的因素来探讨它们的关系。事实上，话语与权力还相互“蕴含”，也即，话语自身就体现为一种权力，在权力的构成要素中也有话语的一席之地。这也是为什么福柯将“话语—权力”作为一个综合体来进行分析的原因。作为一种行为实践，“话语建构”过程自身就是一种权力运作的过程。而且相较于公开的暴力、冲突、压制等权力形态而言，“话语建构”是一种十分“隐蔽”的权力运作形式。

一方面，话语自其产生之后便“天然”地具有一种“竞争”（或“霸权”）的本性。经由竞争形成支配与被支配的关系，由此形成一种权力秩序。在话语主体对某一客体进行意义赋予与诠释的过程中，人们总是确信自己的诠释是“惟一正确”的，是对现实“本质”的真实呈现。在这种思维取向下，一种话语的产生必然要对其他话语进行排斥；某一话语占据话语场域中的主导地位后，也必然会压制新的话语的产生。另一方面，作为一种权力运作形式的“话语建构”，它一般并不依赖强制或暴力的行使，而是建立在人们的“同意”（或认知上的“认同”）基础之上，因而具有“隐蔽”性。在“话语建构”的过程中，那些利益遭受损害的被压迫者、被排斥者往往认为这种不对等的社会地位是“正常”的、“自然而然”的，而缺乏一种质疑乃至反抗的意识。“话语建构”这一权力运作形式之所以能够获得人们（特别是权力作用对象）的“同意”，主要原因在于它总是涉及到知识（“真理”）的生产。福柯曾指出知识是“权力运作的一个不可缺少的策略因素”（高宣扬，2005：268），“不相应地构造一种知识领域就不可能有权力关系”（福柯，2003：29）。在权力的生产与运作中，知识的涉入可以塑造权力作用对象的感知、认识与偏好，“使人们接受他们在现存秩序中的角色与位置”，“防止他们产生愤恨”（卢克斯，2008：13）。

正是由于政策论证过程中话语建构的上述特征，各种不合理、不公正的诸如权力压迫、社会排斥与歧视等现象可能会经由隐蔽性话语的掩饰而获得合法性身份。话语研究的目的即在于通过对话语建构过程的“解构”来对公共政策的“合理性”依据进行批判性检视，揭示出“合理”（或看似“自然而然”的）现象背后潜在的不合理因素，使人们能够更为全面深刻地理解特定社会现象的本质，进而为公正取向的制度或政策变革奠定基础。

三、研究方法 with 经验对象

本文诉诸于“话语（建构）”因素来解释政策合理性论证的过程及其实质，这种政策话语研究与许多冠之以“话语分析”（例如批判性话语分析）的经验研究——在那里，“话语分析”仅作为一种研究方法或分析工具——不同，本文所要进行的并非纯粹的语言学式文本/内容分析。相反，本文所谓的“话语”具有本体论和认识论立场上的特殊地位，以此为基础的话语研究表明的是—种基本的研究取向（Approach）。话语取向的研究假定所有的社会现实（包括社会问题、主体身份和政策干预等）都是话语建构的产物，话语研究的目的在于对话语建构的过程进行“解构”，揭示出该过程中的各种权力结构，并对隐蔽的权力压制、社会排斥等社会不公现象进行“去蔽”。因此，从研究定位上看，本文所要进行的政策话语研究属于一种“批判诠释性”（Critical Interpretative）研究^①，也是一种后实证主义的公共政策研究^②。

不过，政策话语理论对于“话语”自身的界定过于抽象，难以直接应用于经验研究中。也即，虽然我们能够理解诸如“概念”“观念”“范畴”等话语的形态内涵，但是除非借助于一些“可见”的“物质媒介”，否则我们无法方便有效地来“把握”这些“符号性表达”（Phillips et al., 2004: 636）。为了提升政策话语经验研究的可操作性，本文借鉴一些诠释性研究者的观点，将具有

① 批判诠释性途径以建构主义为认识论基础，主张社会主体对社会现实理解与诠释上的“多重性”，致力于通过不同诠释间的交流对话和对各种诠释的反思性审视来揭示出社会现象之间的因果机制，并在一定的价值立场上对各种诠释所隐含的价值或意识形态宣称进行揭露与批判。参见（彭澹雯，2008：123-124）。

② 后实证主义反对实证主义研究的“客观性”假设与价值中立立场，它以建构主义为哲学立场，重视观念、意识形态与话语的作用，强调权力关系、结构与行为主体的相互建构，主张透过语言、论证或文字等材料，经由系统性的理论建构与分析，来探究公共政策与政策过程的本质。参见（林子伦、陈亮宇，2009：8-9）。

“意义承载”功能的“符号/媒介”划分为三类：口头或书面形式的“语言”（language）、行为事件（Actions or Behaviors）和具有象征性的物体（Physical Objects）等（Yanow & Schwartz - Shea, 2006: xv - xvi）。借助于这种分类，我们事实上可以界定出多种话语“载体”。例如“语言”就是一种重要的话语载体。那些构成了话语的各种“概念”或“观念”事实上就蕴含在“语言”这种“可见”的符号形式之中。除语言外，还存在许多其他话语载体，例如新闻报道、广告、故事、神话、科学理论、仪式、行为实践，甚至广场、纪念碑等，只要它们承载着特定的意义，就都属于特定话语的“载体”。在经验研究中，我们可以透过这些载体来观察话语的存在及其作用。具体到本文对合作医疗政策的研究，主要考察与合作医疗相关的政策文本、党政领导人讲话记录、媒体报道以及学术研究文献等，这些资料均作为话语的载体而存在。

就“合作医疗”而言，它是作为一项农村医疗卫生筹资机制而产生与发展的，主要涉及发展合作医疗事业的资金如何筹集和医疗卫生费用如何“分担”等问题。与当前实施的“新农合”制度不同，本文所考察的传统合作医疗是一种主要依靠农村集体经济与农民个人投入发展起来的医疗制度实践，它于1950年代中期开始兴起，经历了“文革”时期的“辉煌”，并在改革开放初期迅速“解体”。对合作医疗“兴衰”历程的考察（张海柱，2013）表明，不同时期合作医疗的实践状况在很大程度上是国家政策（取向）影响下的结果。而在本文看来，不同时期国家政策选择的合理性又是在不同政策话语中被建构生成的。改革开放初期以“不决策”为主要形式的国家政策选择之所以能够顺利做出并予以实施，也是在特定话语的媒介作用下经由特定方式的合理性论证后的结果。

在后文的经验考察中，为了能够更为清晰地呈现话语在合作医疗决策过程中的建构性作用，有必要首先明确“宏观话语”（或“元话语”）与更为具体的政策话语之间的区别。这种区分主要是根据特定话语符号所承载着的（或能够承载的）意义的丰富程度来确定的。简单来说，具体政策话语直接对应于某一个或几个具体的观念或概念，它们是决策者进行政策论证时的直接“论据”。而宏观话语则更为抽象，也更具囊括性，体现为许多具体政策话语所构成的话语体系。同时，宏观话语具有更强的开放性，特定主体可以对宏观话语赋予多重意义，通过选择性诠释形成具体的政策话语，进而对政策选择产生影响。

在合作医疗“兴起”到“解体”的整个历史过程中，中国的政治社会环境发生了重大变化，国家建设取向、主导意识形态和宏观发展战略等均发生了改变。正是由于上述状况，特定时期内主导着中国政治社会领域的宏观话语几经更迭，由伴随着中国农村集体化运动（合作化—公社化）而生的“集体化”话

语转变为“文革”时期不断彰显的“革命”话语，并最终在改革开放后被赋予了新内涵的“现代化”话语所取代。在宏观上，“集体化”话语、“革命”话语与“现代化”话语分别为特定时期的国家合作医疗政策赋予了“合理性”支持。具体来看，上述合理性的论证又是借助于各种在宏观话语基础上所发展出来的具体政策话语而实现的^①。

本文认为，国家层面宏观话语的转换是改革开放初期合作医疗走向解体的根源。具体而言，“文革”的结束标志着“革命”话语的消解，而“集体化”话语也伴随着农村经济体制改革和人民公社体制的终止而成为了历史。与此同时，随着改革开放战略的提出，中国重启了现代化建设进程，“现代化”话语成为中国各政策领域中新的主导性话语。下文将依次考察“现代化”话语的内容和合作医疗在该种话语中被赋予了怎样的意义，从而影响到国家政策的选择的。

四、改革开放初期的“现代化”话语

中国的“现代化”话语并非始自改革开放，而是发端于鸦片战争之后，是“世界现代化的历史潮流对中国传统社会和制度全面冲击的结果”（林尚立，2009：4）。而1949年后，随着中国共产党取得全国政权，社会主义建设成为中国政治社会发展中的另一项重要内容。然而，在中国这样的落后国家，“社会主义实践一旦展开，就直接面临着与现代化之间的关系：是以现代化为基础进行社会主义建设，还是在社会主义原则下实现现代化”，“落后国家要实践社会主义，就必须将现代化的发展与社会主义的实践放在一起同时进行，而在理论中，社会主义是建立在比较发达的资本主义基础上的，即建筑在现代化发展比较成熟的基础上”（林尚立，2009：5）。由此，源于理论与实践的落差，共产党执政下的中国国家建设很快就出现了社会主义建设与现代化发展之间的张力。毛泽东理想主义的国家建设取向是通过“革命”的逻辑让“现实”服从“理想”，从而导致了国家发展的“扭曲”。

亨廷顿（Samuel Huntington）曾指出现代化是“一个多方面的进程，它涉及人类思想和活动的所有领域中的变化”（亨廷顿，1989：35）。因此，作为宏观话语的“现代化”话语事实上体现为一个内容丰富的话语体系。改革开放后中

^① 由于篇幅的限制和研究主题的考虑，本文无法对“集体化”话语与“革命”话语的具体内容以及它们在合作医疗决策过程中的作用进行详细阐述，这部分内容可参见笔者的另一篇论文（张海柱，2015：34-43）。

国的“现代化”话语首先体现在政治与思想领域，即“拨乱反正”，全面反思“文革”时期的“左”倾错误，进行党内意识形态的创新。作为特殊背景下走向现代化的“第一步”，意识形态领域是“中国改革开放时期最为关键也是最敏感的领域”（萧功秦，2006：46）。在经历了“文革”结束初期的多次尝试之后，经由“真理标准”的大讨论而确立的“实践标准论”代表了中共成功的意识形态创新的第一个阶段。此后，社会主义“初级阶段论”在正视中国落后的经济社会条件基础上做出了“以经济建设为中心”的战略选择，这标志着“现代化”话语中“经济”维度的不断凸显。

在以邓小平为核心的第二代中共领导集体看来，现代化发展道路的关键在于经济建设。邓小平本人曾明确指出“经济工作是当前最大的政治，经济问题是压倒一切的政治问题。不只是当前，恐怕今后长期的工作重点都要放在经济工作上面”（邓小平，1994：194），“四个现代化，集中起来讲就是经济建设”（邓小平，1994：240）。在“社会主义本质”的阐释中，首要的就是“解放生产力，发展生产力”。“中国能不能顶住霸权主义、强权政治的压力，坚持我们的社会主义制度，关键就看能不能争得较快的增长速度，实现我们的发展战略”（邓小平，1993：356）。此外，“发展才是硬道理”的提出，“效率优先，兼顾公平”原则的强调，均表明改革开放以来党的领导集体对于国家建设的路径选择转变为以经济建设统领现代化建设并进而导向社会主义目标。

然而，改革开放以来对于经济增长的强调和1990年代后对市场化的过分渲染使“现代化”话语的内涵长期囿于经济层面，社会与政治等领域的现代化发展则相对滞后。有研究者将这种现代化取向称为“发展主义”（或GDP主义）。发展主义是“这样一种意识形态，即认为经济发展是社会进步的先决条件，随着经济的持续快速增长，所有的社会矛盾和社会问题都将迎刃而解”（郁建兴、何子英，2010：21-22）。尽管相较于1990年代（特别是1994年分税制改革之后）而言，1980年代的发展主义倾向尚不突出（李友梅等，2011：210），但是在当时整个国家的政策体系中，经济政策居于核心位置，包括医疗卫生等社会政策在内的其他政策均成为经济政策的“配套”措施。而且在很长时期内，都以经济绩效或市场化标准作为衡量医疗卫生等政策改革成效的主要标准。在许多社会福利的供给上，国家也在逐渐“退出”，将更多的责任推给了市场乃至居民个人，从而导致改革开放前所建立的各种福利体系迅速解体。有学者指出，中国的渐进改革过程对许多人来说也是一个“失去保障的过程”（沙琳，2007：231）。

五、“现代化”话语中的合作医疗

“现代化”话语最初的影响体现在农村经济领域，逐渐推行包产到户的改革以调动农民的积极性。除此之外，中国的医疗卫生政策领域在1970年代末就开始了“现代化”取向的改革。1979年元旦，时任卫生部部长钱信忠在接受新华社记者采访时提出，要“运用经济手段管理卫生事业”“卫生部门也要按经济规律办事”（木木，2006：24）。改革的真正标志是1979年4月由卫生部等部委联合发出的《关于加强医院经济管理试点工作的意见》^①，“成本核算”“经济管理”是该文件中的重要内容。

至于农村合作医疗，由于“现代化”话语的影响，它在国家决策者眼中的“地位”也发生了显著的变化。如前所述，“现代化”话语的早期体现是“拨乱反正”，反思“文革”中“左”的错误。在当时，社会上也出现了许多将合作医疗与“左”倾错误联系在一起而予以否定的“声音”，以至于1979年初时任卫生部部长江一真在接受《人民日报》记者采访时要特别进行“澄清”（人民日报，1979）：

“四人帮”为了否定十七年，利用他们控制的舆论工具，歪曲历史，硬把合作医疗、赤脚医生说成是在文化大革命中才产生的……一些同志不能了解合作医疗、赤脚医生产生和发展的真实历史，有的人甚至误认为是“四人帮”搞起来的。这一点，必须予以澄清。

然而，这种“澄清”并没有取得显著效果。比较典型的体现是该年4月份接任卫生部部长职务的钱信忠本人对待合作医疗的“态度”转变。在1980年初的全国卫生厅局长会议上，钱信忠在讲话中还明确表达了对合作医疗的“支持”态度（张怡民，1999：185）：

合作医疗制度是在农业合作化的基础上逐步形成和发展起来的，是农民群众依靠集体力量，在自愿互助基础上建立起来的一种社会主义性质的医疗制度……多年来的实践证明，合作医疗、赤脚医生是从我国实际情况出发，解决八亿农民看病吃药问题的成功经验……必须充分肯定，继续巩固，

^① 见（卫生部等，1979）。

努力办好。

在1981年初的全国卫生厅局长会议上，尽管钱信忠在讲话中仍然强调“集体经济和其他条件具备能够办合作医疗的地方，一定要坚持把合作医疗办好”，但也同时指出“一些条件不具备，暂时办不起合作医疗的地方，可以实行看病收费的办法”。事实上，这种强调“因地制宜”、要根据“地方实际条件”选择是否创办合作医疗的取向在当时已经较为“流行”，典型的体现是《人民日报》的相关报道对上述原则的多次强调^①。更为重要的是，1981年卫生厅局长会议的一个重要主题是反思卫生工作中“左”的思想影响。相应地，钱信忠在讲话中特别指出“我们对‘左’的东西认识不够，对肃清卫生工作中‘左’的影响抓得不够有力”（张怡民，1999：185）。在分析医疗卫生工作中“左”的具体表现时，钱信忠指出（张怡民，1999：185-193）：

脱离我国经济的实际水平，在某些方面包得过多……办合作医疗不考虑客观经济条件的可能和群众自愿，强调报销比例越高越好，范围越大越好。

上述态度转变是1980年代以来许多中央政府部门领导者对待合作医疗的“主流”态度。1982年接替钱信忠担任卫生部部长职务的崔月犁也持该种态度，他在1984年全国卫生厅局长会议上的讲话中谈到农村卫生工作时指出“全国农村大队（村）……改变了合作医疗一些不切实际的做法，实行了多种形式办医，使办医形式更切合农村经济的实际，有利于基层卫生机构的巩固”（张怡民，1999：202）。

根据时任卫生部医政司司长张自宽的回顾性材料，1980年代前中期“否定合作医疗”的声音基本在卫生部内部占据主导位置，“在一段时间里，作为国家卫生部，对合作医疗肯定的话少了，否定的话多了”（张自宽，2011：42）。而且据披露，在当时《健康报》内定了“一条规矩：凡属正面宣传合作医疗和农村基层卫生组织集体办医的稿件，一律不准见报”（张自宽，2011：322）。无论是对于媒体的“禁言”，还是相关领导者的态度，1980年代中期之后对合作医疗的“关注”在不断淡化。一个明显的例证是，1985年国务院批转卫生部提交的《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》（国务院，1985）（其中规定“在医疗制度上，可以实行看病收费，也可以实行合作医疗或其他办法”）后，新

^① 相关报道可参见（人民日报，1980a，1980b，1982）。

启动的“医改”话语不再涉及合作医疗；1985—1989年的历次全国卫生厅局长会议上，时任卫生部部长在讲话中也不再谈及“合作医疗”（张怡民，1999：209-281）。

“现代化”话语除了意识形态上的纠“左”之外，更为重要的内容是对经济建设的强调。为了集中力量搞经济建设，改革开放初期的国家决策者特别重视减轻农民负担问题，要求各地杜绝“一平二调”“乱摊派”、大搞“非生产性建设”等做法。比较典型的是1978年6月中共中央发布的“37号文件”（中共中央，1978），其中明确规定“任何部门和单位一律不准无偿平调社、队的劳力、财力、物力，搞非生产建设，坚决压缩非生产性开支”（转引自：王绍光，2008：122）。在这一背景下，合作医疗在一些地方被视为“一平二调”“穷吃富”而被停办。例如1979年福建省卫生局专门发文指出“近两年来我省农村有些社、队错误地把合作医疗看作一平二调，把赤脚医生作为非生产性人员裁减”（福建省卫生局，1979：1）。这可以视为当时许多地方合作医疗发展中的一个“缩影”。

如前所述，随着改革开放以来现代化进程的推进，“现代化”话语中的“经济”维度进一步发展为对商品化与市场化取向改革的强调。受此影响，中国开始了注重经济绩效与效率的医疗卫生体制改革。改革中也开始借鉴西方市场经济体制国家的一些经验，主要体现在对国外“医疗保险”制度的借鉴上。

1980年代中期之后针对农村应实行何种医疗卫生制度这一问题引发了许多争论，除了支持合作医疗的声音外，还有许多人倡导应当追寻健康保险制度这种“世界潮流”（周寿祺，1987）。“保险”制度所呈现的“市场化”色彩^①很容易获得当时决策者的青睐。1987年卫生部与国家中医管理局联合制定的《“七五”时期卫生改革提要》（卫生部，1987）中指出要积极探索和发展适合我国农村的“医疗卫生保险制度”（转引自：王绍光，2008：124），由此表明了官方的基本态度。该年年底，卫生部在四川峨眉县召开农村医疗保险制度学术讨论会，探索适合我国农村的健康保险制度，随后又与世界银行合作开展了农村医疗保险制度的试点。

在高度关注“医疗保险制度”的氛围下，一些地方明确进行了将“合作医疗”改革为“健康保险”的努力。例如1986年上海金山县某乡镇领导在介绍当地农村医疗体制改革的经验时说，“我们是在上海医科大学和市卫生局指导下把

^① 从筹资方式上看，社会医疗保险模式突出市场主导特征，与此相对，免费（公费）医疗则是政府主导。

合作医疗转为健康保险的”（张自宽，2011：324）。当时许多卫生部官员也认为合作医疗与健康保险是两种性质不同的制度，“合作医疗不具有保险性质，是一种‘低级形式’，只能解决小伤小病；而健康保险则可承担较大风险，解决大伤大病”（张自宽，2011：327）。类似的认识进一步加强了“否定”合作医疗的舆论氛围。

在当时，也有一些支持合作医疗的政府官员与学者努力将“合作医疗”与“医疗保险”进行关联，力求论证传统合作医疗制度的“合理性”。例如，张自宽（2011：42）多次明确表示“合作医疗也是一种保险，是一种具有中国特色的农村居民的医疗保险形式”，“合作医疗是不是中国式的农村医疗保险制度，我个人认为，回答应该是肯定的”（张自宽，2011：313）。也有研究者通过细致的比较之后得出结论认为合作医疗与健康保险“没有本质的区别”（周寿祺，1987：57）。但这种“异质”声音在当时受到了诸多批评^①，未能阻止合作医疗大面积解体的趋势。

综上，当“现代化”话语指向思想与意识形态上的“拨乱反正”时，合作医疗被包括卫生部高层领导在内的许多人视为“左”的产物而予以否定；当“现代化”话语指向经济建设后，合作医疗在许多地方被视为“非生产性开支”而遭到削减；当“现代化”话语指向市场化取向的改革后，关注农村医疗卫生问题的党政领导者又转而寻求“医疗保险”制度这一西方市场经济国家的“先进经验”，并将传统合作医疗视为“落后”的初级健康保障制度。在改革开放初期的“现代化”话语中，发展合作医疗既不具有政治上的“正当性”也不具有经济上的“效率”特征。在这种情况下，通过隐蔽的方式削减或“否定”合作医疗的“不决策”也就成为“合理”的国家政策选择了。

在几乎整个1980年代，否定合作医疗的政策话语之所以能够居于主导地位，是多方面因素共同作用的结果。在这一问题上，台湾学者林水波曾指出，话语竞争的结果除了与话语本身所具备的特质（如话语的真实性、正确性、可信度、立论理由的充分度）相关外，还受到包括“时空系络的演展形势”“政策自身的演展情势”与“政策网络的演展情势”等因素的共同影响（林水波、王崇斌，1998：263）。在合作医疗政策场域中，从情境因素来看，针对合作医疗的“不决策”事实上可以视为当时整个商品化、市场化取向的医疗卫生体制改革的一部分。国家从该领域中逐渐“退出”，“给政策不给钱”（曹海东、傅

^① 张自宽（2011：前言）在回顾中指出“在1980年代因我坚持农村合作医疗和农村基层卫生组织集体办医，抵制把农村医疗卫生工作全面推向市场而受到无端指责和批评”。

剑锋，2005），更多的医疗保障责任被推给了市场和社会（居民个人）。而从社会经济条件特别是国家财政的状况来看，1980年财政“包干”改革之后，中央财政收入状况不断恶化，连续多年出现高额赤字（毛翠英，2008）。在这种情况下，对包括合作医疗在内的医疗卫生事业投入的减少成为国家减轻财政负担的一种主动选择。此外，从政策反馈的角度看，一些研究表明合作医疗所提供的医疗服务质量低下（赤脚医生培训不足），除了“免费”或收费低廉外对农民的吸引力有限（Duckett，2011：61）。另有研究者的计算表明，1978年农村集体经济中用于支付合作医疗费用的公益金人均只有2.26元（卫兴华，1994：152），在农民患病特别是大病时，来自合作医疗的帮助是微不足道的。因此，改革开放前推广合作医疗的国家政策在改善农民“无钱看病”问题上的真实效果十分有限，这也是国家针对合作医疗的“不决策”在许多地方没有引发明显质疑或反对的重要原因之一。

六、结论与讨论

本文尝试应用话语理论（话语建构论）对改革开放初期合作医疗迅速解体这一社会现象做出了一个解释。上文的经验考察表明，尽管改革开放初期国家并没有出台任何“支持”或“否定”合作医疗发展的政策文件，然而这并不意味着国家决策者对于该政策领域的“无所作为”或“放任自流”。相反，针对合作医疗的决策仍在进行，只不过所采用的是一种隐蔽的“不决策”形式。不决策是“这样一种方式，通过这种方式，在共同体中那些对现存的利益或特权的分配进行变革的要求被公正地表达出来之前可能被压制；或者被掩盖；或者在它们获得通往相应的决策制定舞台通道之前被否决；或者，如果没有出现所有上述这些情况，那么，就会在政策实施阶段中被损害或破坏”（卢克斯，2008：10）。至于“不决策”的具体实现问题，现实中可能存在多种多样的实现途径或机制，本文所考察的“话语（建构）”即为其中之一。此外，本文对“话语（建构）”的关注不仅仅揭示出了“不决策”这一重要政策形态的实现途径，更重要的是尝试性解释了“不决策”为何能够经常性出现并得以存续的原因，也即强调了政策话语（建构）的“合理性”论证功能。

具体而言，合作医疗领域的“不决策”体现为相关决策者在“现代化”话语这一“宏观话语”主导改革开放以来中国政治社会各领域的情境中，通过各种具体的政策话语宣称活动对合作医疗赋予了特定的意义（“左”的产物、非生产性建设、落后的初级建设保障制度），从而将其建构为一种“不合理”甚至

“不合法”的农村医疗保障政策方案。在这种情况下，各种支持合作医疗的意见或诉求被排除在国家政策议程之外，而且遭受到各种批判甚至政治上的压力。由于改革开放之前合作医疗的“辉煌”主要是各级政府大力推动的结果，当这种政策取向发生转变后，合作医疗的解体也就可想而知了。

话语总是与权力关联在一起，“现代化”话语建构下的合作医疗“不决策”事实上也是权力主导政策过程的一种体现。正因如此，美国学者卢克斯（Steven Lukes）在对权力进行分析时，将“不决策”视为权力的“第二维度”（卢克斯，2008：8-10）。本文的研究在一定程度上为这一论断提供了一个现实注解，也能够让我们对政策过程的政治本质（权力运作）达成一种更为丰富的理解。同时，正如前文所分析的，话语建构的权力运作具有隐蔽性。人们往往很难发现话语作为一种权力形态的存在或运作。这也是为什么许多研究者在考察改革开放初期合作医疗解体的原因时，未能发现“不决策”这一政策选择形式在其中所发挥的重要作用的原因。

对于农民群体这一合作医疗政策的受众而言，他们主要是作为消极的“被建构者”存在，而非积极主动的“建构者”或话语宣称者。因此，他们在很大程度上只是被动地承受话语这种难以察觉的、无形的“符号暴力”（张意，2005：119），在合作医疗解体使他们重新面对自费医疗的沉重负担时，也没有引起太多的质疑或反抗来回应国家“退出”农村医疗保障领域这一在今天看来并不合理的政策选择。

基于话语的重要性，我们有理由假定，如果农民群体不能获得真正的话语权，发出自己的“声音”与诉求，那么他们在医疗保障领域中的弱势地位将无法真正改善。由此来审视当前“新农合”制度的发展，尽管在国家的大力推动与直接补贴下，农民群体的医疗福利状况获得了很大的改善，然而就其作为一项“国家福利”而言，它基本上是由国家自上而下所赋予的，而不是经由农民自身权利意识的觉醒和包括群体动员、政治/政策参与等方式获得的。正因如此，“新农合”的推广在带来农民医疗福利改善的同时，也必然会暴露出各种各样的问题。例如当前国家的“新农合”制度侧重于“保大病”，这种对于大多数人基本医疗需求保障责任的“放弃”，成为一些研究者所批评的“新农合”制度的主要缺陷之一（葛延风、贡森等，2007：13）。此外，在“新农合”实施过程中出现的诸如“贵药可报便宜药不可报”“大医院可报小医院不可报”等问题，以及一些地方出现的挪用合作医疗基金、虚报参合人数套取财政补助等现象，都表明了“参与”缺位下的福利接受所具有的“限度”。要想改变这一状况，最根本的还是要从各个方面对农民进行“增权”，切实提升他们在决策过

程中的话语权。而当前医疗政策领域中的支配性话语能否实现由“福利”话语向“权利”话语的转变，将是影响合作医疗制度未来发展方向的关键。

参考文献

- 曹海东、傅剑锋(2005). 中国医改20年. 南方周末, 8月4日.
- 曹普(2006). 改革开放前中国农村合作医疗制度. 中共党史资料, 3: 134-144.
- 邓小平(1993). 邓小平文选(第3卷). 北京: 人民出版社.
- 邓小平(1994). 邓小平文选(第2卷). 北京: 人民出版社.
- 丁宁宁(2005). 经济体制改革与中国的医疗卫生事业——中国医疗卫生体制变化的经济、政治、社会背景. 中国发展评论, 1: 12-25.
- 福建省卫生局(1979). 坚定不移地办好农村合作医疗. 福建医药杂志, 12: 1-2.
- 高宣扬(2005). 当代法国思想五十年(上). 北京: 中国人民大学出版社.
- 葛延风、贡森等(2007). 中国医改: 问题·根源·出路. 北京: 中国发展出版社.
- 国务院(1985). 国务院批转卫生部关于卫生工作改革若干政策问题的报告的通知(国发[1985]年62号).
- 顾昕、方黎明(2004). 自愿性与强制性之间: 中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续性发展分析. 社会学研究, 5: 1-18.
- 黄光国(2001). 社会科学的理路. 台北: 心理出版社.
- 黄宗昊(2010). 历史制度论的方法立场与理论建构. 问题与研究, 3: 145-176.
- 乐章(2010). 制度、组织与组织化制度: 长阳合作医疗个案研究. 北京: 中国社会科学出版社.
- 李友梅、黄晓春、张虎翔等(2011). 从弥散到秩序: “制度与生活”视野下的中国社会变迁(1921—2011). 北京: 中国大百科全书出版社.
- 林尚立(2009). 社会主义与国家建设——基于中国的立场和实践. 社会科学战线, 6: 1-10.
- 林水波、王崇斌(1998). 政策论述与政策变迁的关联性——批判取向的分析. 台湾政治学刊, 3: 245-272.
- 林子伦(2008). 台湾气候变迁政策之论述分析. 公共行政学报, 28: 153-175.
- 林子伦、陈亮宇(2009). 重返民主的政策科学——审议式政策分析概念意涵与途径之探讨. 台湾民主季刊, 4: 1-47.
- 刘远立、饶克勤、胡善联(2002). 政府支持与农村健康保障制度. 中国卫生经济, 5: 5-6.
- 毛翠英(2008). 财政压力视角下的中国农村合作医疗制度变迁. 中南财经政法大学学报, 4: 49-53.
- 米格尔·卡夫雷拉(2008). 后社会史初探. 玛丽·麦克马洪英译, 李康中译. 北京: 北京大学出版社.
- 米歇尔·福柯(2003). 规训与惩罚. 刘北成、杨远婴译. 北京: 生活·读书·新知三联书店.

- 木木(2006). 中国25年医改路. 观察与思考, 22: 24-25.
- 彭渝雯(2008). 基层民警取缔性交易的执行研究: 批判性诠释途径之应用. 公共行政学报, 28: 115-151.
- 人民日报(1979). 关于农村合作医疗、赤脚医生的几个问题——卫生部长江一真同志答本报记者问. 人民日报, 2月7日.
- 人民日报(1980a). 因地制宜办好合作医疗. 5月3日.
- 人民日报(1980b). 从实际出发办好合作医疗. 5月3日.
- 人民日报(1982). 合作医疗要适应农村新形势. 2月23日.
- 塞缪尔·亨廷顿(1989). 变动社会的政治秩序. 张岱云等译. 上海: 上海译文出版社.
- 沙琳(2007). 需要和权利资格: 转型期中国社会政策研究的新视角. 北京: 中国劳动社会保障出版社.
- 史蒂文·卢克斯(2008). 权力: 一种激进的观点. 彭斌译. 南京: 江苏人民出版社.
- 石计生(2006). 社会学理论——从古典到现代之后. 台北: 三民书局.
- 王绍光(2008). 学习机制与适应能力: 中国农村合作医疗体制变迁的启示. 中国社会科学, 6: 111-133.
- 王延中(2001). 试论国家在农村医疗卫生保障中的作用. 战略与管理, 3: 15-24.
- 卫兴华(1994). 中国社会保障制度研究. 北京: 中国人民大学出版社.
- 威廉·N·邓恩(2002). 公共政策分析导论. 谢明、伏燕、朱雪宁译. 北京: 中国人民大学出版社.
- 卫生部、国家中医管理局(1987). “七五”时期卫生改革提要[(87)卫办字第3号].
- 卫生部、财政部、国家劳动总局(1979). 发送关于加强医院经济管理试点工作的意见的通知[(79)卫计字第579号].
- 伍凤兰(2009). 农村合作医疗的制度变迁研究. 杭州: 浙江大学出版社.
- 武宏志、周建武(2010). 批判性思维——论证逻辑视角(修订版). 北京: 中国人民大学出版社.
- 萧功秦(2006). 改革开放以来意识形态创新的历史考察. 天津社会科学, 4: 45-49.
- 谢立中(2012). 社会现实的话语建构——以“罗斯福新政”为例. 北京: 北京大学出版社.
- 闫志刚(2010). 社会建构论视角下的社会问题研究: 农民工问题的社会建构过程. 北京: 中国社会科学出版社.
- 郁建兴、何子英(2010). 走向社会政策时代: 从发展主义到发展型社会政策体系建设. 社会科学, 7: 19-26.
- 约翰·德赖泽克(2008). 地球政治学: 环境话语. 济南: 山东大学出版社.
- 张海柱(2013). 国家建设、合作医疗与共同体认知: 农村合作医疗政策过程研究. 载黄卫平、汪永成主编《当代中国政治研究报告(第11辑)》. 北京: 社会科学文献出版社.
- 张海柱(2015). 话语与公共政策: 公共决策的话语建构解释途径——以农村合作医疗决策过程(1955—1989)为例. 载岳经纶、朱亚鹏主编《中国公共政策评论(第8卷)》. 上海: 格

致出版社。

- 张意(2005). 文化与符号权力——布尔迪厄的文化社会学导论. 北京: 中国社会科学出版社.
- 张怡民(1999). 中国卫生五十年历程. 北京: 中医古籍出版社.
- 张自宽(2011). 亲历农村卫生六十年——张自宽农村卫生文选. 北京: 中国协和医科大学出版社.
- 中共中央(1978). 中共中央转发湖南湘乡县委《关于认真落实党的政策, 努力减轻农民不合理负担的报告》(37号文件).
- 周寿祺(1987). 合作医疗与健康保险的比较: 兼论农村医疗保健制度改革的基本策略. 中国农村卫生事业管理, 12: 19-22.
- 朱玲(2000). 政府与农村基本医疗保健保障制度选择. 中国社会科学, 4: 89-99.
- Alvesson, M. & Karreman, D. (2000). Varieties of Discourse: On the Study of Organizations through Discourse Analysis. *Human Relations*, 53(9): 1125-1149.
- Bachrach, P. & Baratz, M. (1963). Decisions and Nondecisions: An Analytical Framework. *The American Political Science Review*, 57(3): 632-642.
- Dryzek, J. (1990). *Discursive Democracy: Politics, Policy, and Political Science*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Duckett, J. (2011). *The Chinese State's Retreat from Health: Policy and the Politics of Retrenchment*. New York: Routledge.
- Fischer, F. & Forester, J. (1993). *The Argumentative Turn in Policy Analysis and Planning*. Durham and London: Duke University Press.
- Habermas, J. (1975). *Legitimation Crisis*. Trans. Thomas McCarthy. Boston: Beacon.
- Hajer, M. (1995). *The Politics of Environmental Discourse: Ecological Modernization and the Policy Process*. New York: Oxford University Press.
- Hewitt, S. (2009). Discourse Analysis and Public Policy Research. *Centre for Rural Economy Discussion Paper Series No. 24*.
- Lampton, D. (1974). *Health, Conflict and the Chinese Political System*. Michigan: Center for Chinese Studies(The University of Michigan).
- Lampton, D. (1977). *The Politics of Medicine in China: The Policy Process, 1949—1977*. Boulder Colo.: Westview Press.
- Majone, G. (1989). *Evidence, Argument, and Persuasion in the Policy Process*. New Haven: Yale University Press.
- Offe, C. (1985). *Contradictions of the Welfare State: Disorganized Capitalism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Paris, D. & Reynolds, J. (1983). *The Logic of Policy Inquiry*. New York, N. Y.: Longman Inc..
- Phillips, N. & Lawrence, T. & Hardy, C. (2004). Discourse and Institutions. *Academy of Management Review*, 29(4): 635-652.

- Schneider, A. & Ingram, H. (1993). Social Construction of Target Population: Implications for Politics and Policy. *American Political Science Review*, 87(2): 334 - 347.
- Schneider, A. & Ingram, H. (1997). *Policy Design for Democracy*. Lawrence, KS: University Press of Kansas.
- White, L. (1994). Policy Analysis as Discourse. *Journal of Policy Analysis and Management*, 13(3): 506 - 525.
- Yanow, D. (1996). *How does a Policy Mean? Interpreting Policy and Organizational Actions*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Yanow, D. & Schwartz - Shea, P. (2006). *Interpretation and Method: Empirical Research Methods and the Interpretive Turn*. New York: M. E. Sharpe, Inc.