

【医疗保障】

一劳非永逸：基层医疗卫生体系科层化的效果及其限度

何雪吟

【摘要】基本公共卫生服务均等化的目标需要借助大量项目资金的输入来实现,而资金运用方式和转化效率与基层卫生组织结构密切相关。通过案例比较,本文分析了我国两个县域的乡镇、村两级医疗卫生机构的关系模式与工作流程,归纳出项目式关联与准科层化两种类型。前者充分利用了本土资源,却由于难以控制政策执行者而面临低效率困境;后者充分适应了乡村一体化的政策导向,却由于资源高度集中,只能将医疗服务化约为卫生行政,难以回应民众需求。结合制度变革的历史维度,本文考察了科层化作为一种组织机制调整策略所能发挥的效果及其限度,在基层组织的理性化趋势之下,医疗卫生体制改革依然不是一劳永逸的。

【关键词】基层治理科层化;乡村医疗;公共卫生;乡村一体化

【作者简介】何雪吟,清华大学社会学系博士研究生,主要研究方向为医学社会学、基层健康治理。

【原文出处】《社会学评论》(京),2025.1.145~171

一、问题的提出

2023年年初,中共中央办公厅、国务院办公厅印发《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》,指出要进一步完善乡村医疗卫生体系,建设双向转诊、上下联动的分级诊疗格局,着力推行乡村医疗卫生机构的一体化管理,折射出新医改以来基层医疗卫生机构关系调整的大趋势。随着国家能力的不断提升,现代医疗卫生服务资源与管理职能深入基层,层级机构形成了明确的功能定位。就农村而言,医疗服务网络以村卫生室为基础、乡镇卫生院为枢纽、县级医院为龙头。无论是推行分级诊疗,还是推进基本公共卫生服务均等化,三级医疗预防保健网都提供了一个基本组织框架。本文重点关注的是位于“网底”的乡村医生和作为“中枢”的乡镇卫生院——在医卫结合、三级分工的思路下,正是这两级机构最直接地参与了农村医疗卫生的资源供给和信息获取。

我国医药卫生体制改革的持续推进,加之新冠疫情的暴发,使得近年来社会各界对于基层医疗卫生的关注度有了明显提高。政府持续加大基本公共卫生服务项目^①的资金投入,也对基层组织的运转效率提出了更大的挑战。较早的研究关注看病难、看病贵问题的制度性成因,指出行政与市场相结合的

模式给中国医疗卫生工作带来了总体性困境(顾昕,2011;周其仁,2008:7-8)。随着政策力度的加大和相关问题的浮现,更多研究关注到基层医疗卫生组织的具体政策执行,从行政化、科层化、技术治理等角度对这些问题进行了诊断和阐发。如专业行政化的科层管理将基层医务人员有限的注意力集中在政府考核数据、信息化和资料建设方面等,忽视了群众的真实需求(焦思琪、王春光,2022);卫生院工作人员或村医疲于执行烦琐的程序,又不得不完成任务,于是时常出现应付了事、虚假填报的情况(赵黎,2018);档案管理的电子化又更添一道程序,使医卫结合模式极易陷入形式化运转的困境(吴志鹏、姚泽麟,2023);结合当前项目化的行政体系特征,基层基本公卫工作面临行政成本高、服务效率低、村民主动性不足等问题,陷入“悬浮”困境(徐陈晰、焦长权,2023)。就此而言,基层卫生服务体系能力建设的困局,与高度行政化的卫生治理体系密切相关(顾昕,2019)。

上述研究指出的经验性问题值得重视,也提醒人们注意基层医疗卫生工作内嵌于总体治理格局的一面。但是,行政化弊病还不足以概括现实的多重维度。自西方卫生科学传入中国起,卫生治理就不可避免地成为一种行政化行为,并且随着政权建设

的推进而愈发呈现出政府主导的趋势。问题是,医疗与卫生两项工作虽然密切相关,却并非总是能够实现实质性融合,甚至容易出现资源争夺局面。立足于政府体系运作的一般机制的指责虽然有据可依,却可能忽视基层医疗卫生特有的复杂性,即必须想方设法调和“医”与“卫”,在权衡中提升总体绩效。此外,在行政化的范畴内部,已有研究大多将乡村医生、乡镇卫生院视为一个利益一致的整体,很少在改革的历史性进程和两者富有伸缩空间的关系模式中,讨论农村医疗卫生工作面临困境的原因。

本文以不同治理模式下乡镇、村两级医疗卫生机构的关系模式对比为着眼点,试图探讨输入农村的医疗卫生公共资金为何无法高效产出医疗、卫生两方面治理绩效的问题。当前国家推行的乡村一体化战略,是一种将村级医卫机构纳入乡镇级机构全方位管理的准科层化改革,其背景是1980年代之后农村医者从赤脚医生到乡村医生的历史性转变,以及新医改前两级机构恶性市场竞争造成的医卫失衡局面。在漫长的历史中,无论是传统时期的游方郎中、草医、巫医,还是后来组织化的保健员、赤脚医生,中国农村的医者都没有脱离自身在乡土社会中的原初身份。而当前的改革要以科层化体系来取代本土医者网络,合理性何在?这种方法的限度又何在?要回答这些问题,不能停留于宏观的、一般化的批判,而应结合各主体参与基层医疗卫生工作的微观实践过程,在跨地区案例中建立理论关联,并思考经历了科层化整合的系统在何种意义上超越了其前身,又在何种意义上没有彻底完成这种超越。

由于我国不同地区的城乡社会经济发展程度和发展模式存在差距,看似一致的乡村一体化政策框架下,实际存在不同的工作办法。对比江西省红山县、云南省水县^②两地的农村医疗卫生组织模式,可以发现前者仅仅通过项目关联乡镇、村两级机构,虽然工作成本低、方式灵活,却面临无法对政策执行者进行有效控制的问题;后者建立了更加成熟的科层化管理制度,但悖谬的是,由于资源高度集中,基层只能依靠这同一套组织、采取同一类流程来承担政策赋予的多重责任,将原本异质的工作同质化处理,未必能做到高效率。两个案例的情况虽不足以代表全国各地,但其中浮现出的问题却具有一定普遍性——科层体系如何处理与本土医者网络的关系?公共卫生应该由医者承担,还是由行政办事员负责?预防医学与治疗医学怎样结合?本文讨论的是现行政策下的现实问题,但此类议题在历史与现实反复浮现,印证了基层医疗卫生改革不是一劳永逸的,

即使在一体化的大趋势下,也依然充满权衡和协调的空间。

二、医疗卫生治理的中间组织

自近代以来,中国社会在医疗卫生方面取得了巨大的进展,同时也经历着巨大的制度变革。舶来的现代医学和卫生科学在探索中与本土社会的组织与观念相互重构,该领域的变革远非科学所能完全解释,而是蕴含着深刻的社会、政治和文化因素,尤其受到现代性文明想象的牵引(罗芙芸,2007:81;余新忠,2015)。诞生于西方的现代公共卫生本身就兼有医学和行政的双重职能,在“公医”或“国家医学”的制度理想下,其治理属性尤其凸显(杜丽红,2015:9)。一方面,医疗卫生资源是国家投入“公共池塘”以供大众消费的公共物品(赵黎,2018);另一方面,递送这些资源的行政体系,本身也内嵌于国家政权建设的历程之中(石任昊,2023)。医疗卫生领域的国家治理既是服务,也是管理,体现出治理者调控国民总体健康水平的“安全机制”手段与“生命政治”取向(福柯,2011:280,2018:12-14)。

在国家与基层社会之间,开展基层公共医疗卫生工作的中间组织提供了一个观察整个体系的切入视角(杜丽红,2015:361-362)。在落实“公医制”理想的诸多尝试中,一个重大的制度性进展就是农村三级预防保健网络的建立和调试。这一制度脱胎于我国农村公共卫生事业开创者陈志潜在定县乡村建设实验中开创的“县保健院-区保健所-村保健员”模式。相比于自上而下的机构建设,它能够有效节约治理成本,很快引起了当时政府项目主持者的关注(Yip,1992)。与其前辈相比,陈志潜希望从农村社区内部而非外部寻求解决问题的方法,建立一个各领域事务相互促进、平民广泛参与、能够自主负担医疗卫生费用的农村社区。他尤其强调最基层保健员的作用——重点并不在于一个体系吸纳了本土化的保健员,相反,整个体系开始于这些保健员(Chen,1989:80;Yip,1992;Lei,2014:250)。不过这种模式并非没有问题。一方面,保健员的培训方式与个人素养未必符合民众对医者的期待(Merkel-Hess,2016);另一方面,自抗战时期至新中国成立初期,行政重心依然放在自上而下的机构建设方面,社区内生型的医疗卫生组织模式并未引起足够重视(Lei,2014:246)。直到人民公社时代,联合诊所成为国家资助的卫生院,农村建立合作医疗,选拔和培训赤脚医生,一种自下而上的医疗卫生体系才真正建立起来。很多时候,村级的赤脚医生反而取代了更高级别的卫生院,成为提供农村医疗卫生服务的中流砥

柱(方小平,2024:23;58)。医疗卫生治理的中间组织在很大程度上影响着卫生治理的效果。采取何种模式才能够实现成本最小化、效益最大化,经过了长期、曲折的探索。

马克斯·韦伯(2004:45)指出,越是庞大的现代国家,越是依赖于科层制的基础。这种由层级关系、非人格化职位、文牍档案构成的制度,不仅像一套机械装置一样精确、能够快速运转,还可以减少制度性摩擦,降低治理成本。当前的乡村一体化就其理想形式而言,就是将乡镇、村两个层级的医疗卫生工作人员纳入统一的科层化体系,以提高资源配置和信息管理效率。现代职业体系建立后,专家和专业知​​识构成治理的核心,维护人口健康的医疗与公共卫生事业尤其依赖专门的知识体系(Lupton,1995:8),但科层权威与专业过程之间又存在一定张力,协调不到位,例如前者对后者过度干预,则会带来巨大的效率损失(Perlow,1999)。新制度主义经济学视角下,要调和政府主管部门委托方和下级医疗卫生单位代理方的矛盾,既需要设立一定的激励机制,又需要考虑微观行动者的权宜性行动,最终实现交易成本最小化、效益最大化(Jensen & Meckling,1976;威廉姆森,2002:46-47)。就此而言,无论是信息化建设中的数据失真、考核过程中的变通共谋,还是开展活动时的形式化敷衍等现象(赵黎,2018;吴志鹏、姚泽麟,2023;徐陈晰、焦长权,2023),都可以看作不完美科层制运作中的“摩擦力”,折射出政府层级间互动关系的复杂之处——看似权责明晰的科层体系,实际运转不乏伪装、权宜和共谋(周雪光,2008;艾云,2011)。

然而,要深入一个具体的治理领域,上述讨论难免陷于单一化、静态化。一套类似的制度框架,置于不同行业、不同地区以及不同社会政治背景中,可能会产生不同的效果,制度比较视野下的微观机制也是至关重要的(威廉姆森,2002:568)。张开宁等(2002)以细致生动的口述史材料勾勒出了村级医疗卫生工作者从赤脚医生到乡村医生的历史性转变;张雨薇(2022)从职业社会学的角度,指出青年村医既疏离于乡土社会又未能充分科层化的群体困境。但是,当前学界对全国不同地区基层医疗卫生组织模式异质性的研究还相当少见,来自不同制度体系的碎片式经验难以形成一个统一的、可迁移的解释框架。自从“有条件的农村实行乡村一体化管理”进入新医改方案,地方性举措层出不穷,虽然加强层级管理的总趋势是一致的,具体途径却尚不明朗。根据2021年的抽样调查结果,全国村卫生室工作人员

身份多元,个体经营、乡聘村用者与卫生院编制职工分别占23.15%、64.71%、5.53%;在中部地区,未与本地乡镇卫生院签订劳动合同的卫生室工作人员占比达30%以上;还有41%左右的被调查者认为两级最好完全独立,或村卫生室至少应该人财物独立(张艳春等,2022)。可见,全国各地的卫生院、村卫生室两级机构依然处在不尽相同的关系中,以各自的方式来诠释对统一管理的理解。更耐人寻味的是,站在乡村医生的角度,一体化有其复杂之处,不绝对是一个“美好的前景”。

总而言之,当前农村基层的医疗卫生治理面临着双重困境。第一个方面关乎组织的运转和公共资金的转化。专项化、项目化的政府治理模式,意味着乡村基层政权逐渐从汲取型向服务型演变(周飞舟,2006),随之而来的挑战也不容忽视。大量专项资金自上而下输入基层之后,却可能在一道又一道转化过程中陷入“悬浮”窘境(徐陈晰、焦长权,2023)。近年来,中国的卫生费用快速增加,但随着筹资水平的提高,整个医疗卫生体系的效率却没有实现令人满意的提升。医疗业务层面,诊疗量的增长集中于二级以上医院,基层机构则缺乏后劲,分级工作任重而道远;基本公卫服务层面,烦琐的档案工作和形式化的考核要求,很难真正提高基层医务人员的服务质量(赵黎,2018)。究其根本,健康本身就难以以固定指标来精准衡量,健康治理是一项不断趋于优化、不断接近理想状态的事业。

第二个方面关乎组织中的“人”。长远的制度变迁历程中,不仅赤脚医生是一个行将消亡的群体(张开宁等,2002:20;方小平,2024:215),甚至当前的乡村医生也带有很强的过渡色彩。但如果超越职业的名称本身,关注这些基层医疗卫生工作者所从事的具体业务,就会发现一幅更加复杂的知识体系重构与管辖权变动图景,其中无论是职业者还是其工作对象,都并非一成不变(Abbott,2005;阿伯特,2016:66)。因此,简单的“消亡”并不足以概括整个结构过程。随着从前的赤脚医生、乡村医生逐渐退出历史舞台,新的社会政治经济条件既会产生新的医疗卫生服务与治理需求,也会孕育出新的群体或组织来承担相应的职责。曾经的赤脚医生不是从既存的科层体系中凭空规划出来的,而是以特定方式整合已有资源、创造新社会制度的结果;类似地,当下的科层化改革落地于乡土社会,也必然参与重塑本土医者的既有网络,在互动中彼此调试。这一互动过程中,科层工具可能发挥特定的优势,但也不是能够一劳永逸产生奇效的万应灵丹。

三、田野调查与案例概况

2023年夏天,笔者所在课题组在江西省红山县、云南省水县、贵州省银洞县和安徽省青门县进行了基层医疗卫生相关调研,共涉及23个乡镇、27个村,访谈了57位村医、137位村民以及18位乡镇卫生院工作人员。本研究使用的材料主要来自江西省红山县和云南省水县,包含43名村医、136位村民、13名乡镇卫生院工作人员,红山县卫健委各股负责人亦参与了课题组座谈会。村医方面的访谈是在县卫健委组织的培训大会期间进行的,绝大部分情况下都是单独访谈。村民方面,课题组在县内不同乡镇抽取了若干个行政村,进行入户调查,部分村民是由村医或村干部挑选、引介的;为了减少这种方式可能带来的偏误,课题组还在水县半山村进行了一场整村访谈,涉及全村45户没有举家外出的村民。乡镇卫生院工作人员中包括12名院长、1名公卫科负责人,其中10名院长参与了5人每场的小组访谈,其余人员在本院办公场所接受访谈。本文实际写作中并未直接使用全部调研地点的材料,但笔者特别关注本文结论能否得到各个地点调查情况辅证,力求通过建立两个县域的“理想型”,统领全部的思考。

实地走访过程中,一个直观上颇为奇特的现象引起了笔者注意——不同地区的乡村医生有着迥然不同的面貌,从业方式判若云泥,甚至很难作为同一种职业群体来进行对比。浅举两例:

来自江西省红山县银滩村的冯村医,男性,55岁,土生土长的本村人,上完初中就跟随师傅学医。虽然是村医,他的卫生室却并不在村里,而是坐落于镇街道上,逢场时候还可以在门口摆摊经营小百货。整个卫生室及其中的一切设施归村医本人所有,看病、填表、休息、娱乐均在此空间内。病人来看病时,冯村医不一定写处方,收费全部来自药钱,并且会赚取一定利润。他每月都会视情况抽出一些空闲时间来完成基本公卫任务,但这部分时间总的来说只占较小比例。(访谈记录202307HSYL14)

来自云南省水县百峰村的赵村医,女性,35岁,家乡在外省,中专护理专业毕业,嫁到水县,曾在城市诊所打工,也在本县不同的乡镇卫生院做过临时工,最后考试入职目前单位,成为村医。她所在的卫生室场所归村集体所有,设备归乡镇卫生院。卫生室由3名村医共同使用,有人专门负责公卫事务,也有人既开展医疗服务又承担公卫任务。不同医生轮班在岗,每岗2人,3天为一轮。卫生室用药严格执行“零差

价”政策。(访谈记录202307SXXY01)

以上两例虽然都是个案,但结合访谈总体情况来看,二人各方面的特征,包括性别、年龄、受教育情况、就业过程、工作模式等,在各自地区都有一定代表性,形成鲜明对比。红山县村医对工作的时间、空间、具体方式都有着较强的自主权,但投入公共卫生任务的精力明显更少,无论是开展医疗业务还是完成公卫任务,采取的方式都比较随意;水县村医更直接地接受上级卫生院管理,需要与同事形成团队,协作办公,工作流程更加标准化。这种直观层面的巨大反差引发了笔者的兴趣,去探索两种不同模式的来源、运作细节和影响。

四、本土网络能够肩负使命吗?——红山县的案例

(一)以事为本

在红山县卫健委办公室,访谈伊始,财务股负责人就直言农村卫生建设工作所面临的最大困难:“目前为止,我们的上级和中央没什么投入。”(访谈记录202307HSWJ01)更进一步讲,从2006-2014年,本县辖区内农村的公共卫生设施建设就高度依赖于中央预算类投资,这笔资金断流后,除了县财政配套负担一部分乡村医生的养老保险之外,红山县卫健委只能寻求其他渠道来自行解决问题。结果就是,截至访谈时,该县依然存在卫生室“空白村”。与此同时,乡村一体化已在全国不少地区广泛推行,红山县政府也积极考虑采用此方案,但最为关键的“乡聘村用”却始终无法落实,原因在于财政薄弱。

自从税制改革至新医改前后,农村基层的常规卫生事务始终处在颇为尴尬的地位,县、乡财政税源有限,左支右绌,很难保证对农村卫生事业的充分投入(李卫平等,2003)。随着新医改的开展,全国各地的乡镇卫生院陆续被划为公益一类事业单位,正式职员享受基本工资全额保障。不过,待遇的改善并非免费的午餐,乡镇医院需要承担的卫生管理任务变得日益繁重,近年来国家在基本公共卫生服务方面的标准明显提高,建档、体检、随访等工作愈发规范化。由于编制内人手不足,红山县的乡镇卫生院聘用了较多的临时工,但此举又面临财务预算上的约束,使得医院在为人手而花钱的问题上更加谨慎。“医”与“卫”的工作需要“两手抓”,但在经营收入增长乏力的情况下,自给自足、以“医”养“卫”断不可行。医院很难凭一己之力完成直抵基层家家户户的卫生管理任务,这时,寻找可靠的“代理人”就变得十分关键。

罗森(2021:150)在讨论西方公共卫生制度史时

就敏锐地指出,每一个时代的做法,都或多或少延续着上一个时代的制度、思想和行动模式,新的问题浮出水面时,前者就会以某种方式整合到现有模式中加以解决。从人民公社时代赤脚医生转型而来的乡村医生,此时成了最可行的选择——具备一定的医疗保健能力,深嵌于本村的社会网络,不仅培训成本低,而且推行工作阻力小。表1呈现了红山县9个乡镇卫生院的人员结构情况。职工、临时工和乡村医生,都是不可或缺的人力资源,乡村医生甚至在很多时候是多于卫生院正式职工的。

但是,自1980年代体制改革后,红山县村医都是独立开业的经营主体,乡镇卫生院没有与村医签订正式的聘用合同,也不提供基本工资和社会保障。这种情况下,为什么村医依然将乡镇卫生院视为自己的“上级”?答案在于每年由国家拨款的基本公共卫生服务专项资金。

村医们的考虑是非常实际的。只要还能在岗位上做事,根据分管片区人口基数^③,每年至少1万余元的公共卫生服务经费就有保障。稳定而充实的基本公共卫生服务专项经费,与几近枯竭的一般性财政转移支付形成了鲜明对比。自2009年至2023年,人均基本公共卫生服务经费的国家标准从15元提升到了89元,如果乘以各院辖区人口基数,各乡镇卫生院得到的是一笔相当可观的费用。例如表1中的渡口镇卫生院,按照辖区人口计算,2022年度公卫经费拨款额度约145万元,院长自述年度营业收入约200万元;丘山镇卫生院规模较小,公卫经费约51万元,院长自述营业收入约90万元。两笔钱的数目相比,足见公卫专项经费绝不是一笔“小钱”。秉持着报酬与事务挂钩的原则,国家层面于2014年规定,40%的基本公共卫生服务任务交由村卫生室承担,分项目考核合格后,也将相应比例的经费拨付给村卫生室。实践中,两级形成分工,村医是执行者,

需要深入农村各家各户开展卫生工作,而卫生院的相关人员则类似于监管者,需要适时发出工作指令、监督和考核工作质量、完成一些专业性流程。

在自身财力薄弱的红山县,公卫资金对于塑造乡镇、村两级医疗卫生机构的关系具有非常重大的意义。国家财政按人头拨款,而到了卫生院,却是分项目考核发放,两种逻辑不一致,意味着卫生院起到了资金调度枢纽的作用。卫生院是村医取得国家公卫经费的唯一渠道,而且能够自主制定并执行村医考核标准,权力由此而来。村医手中的谈判筹码相对有限,但他们也有自己的对策,即明确规定了公卫资金4:6分配比例的国家政策。总之,无论双方各自利益何在、对彼此看法如何,基本公共经费成了联结乡镇卫生院与村医的牢固纽带。

截至2023年,红山县共有308个行政村,约50万常住人口,按照1200:1的比例,全县只需要423个村医。但事实上,这一数字达到了将近700。直觉上,基层健康服务队伍的超员似乎不应该是一件坏事。但对当地政府主管部门和卫生院来说,这支庞大的队伍既不“好用”,也不“好惹”。村医平均年龄已超50岁,60岁以上的就有100多人,这意味着即使他们能够看好病,也很难完成复杂而精细的行政文牍工作。然而,老资历的村医也是村中社会关系的重要纽带,最能为村级工作提供便利。一旦“清退”了他们,更多问题将接踵而至。

利弊权宜之下,一种妥协式的均衡似乎达成了。问题是,在如此依赖专项经费的情况下,红山县的乡镇卫生院与村医之间的关系也是高度以事为本的项目式关联。卫生院在试图充分利用原有乡村医生网络开展公共卫生服务的同时,又与之保持一定的距离和边界;村医在名正言顺获取公卫经费的同时,又不想接受卫生院指挥调度。于是,卫生院的成本得到了控制,乡村医生为了从公卫经费中分一杯羹,大

表1 红山县9个乡镇卫生院的人力资源情况

| 卫生院 | 长林 | 定芝 | 渡口 | 前坪 | 丘山 | 怡丘 | 郊石 | 正腾 | 原台 |
|------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 服务人口 | 3.6 | 2.4 | 1.7 | 1.6 | 0.6 | 1.2 | 2.9 | 2.6 | 5.3 |
| 职工 | 43 (35%) | 29 (43%) | 13 (32%) | 11 (31%) | 9 (41%) | 20 (53%) | 34 (41%) | 21 (30%) | 57 (38%) |
| 临时工 | 35 (28%) | 20 (30%) | 6 (15%) | 7 (20%) | 6 (27%) | 10 (26%) | 14 (17%) | 12 (17%) | 18 (12%) |
| 乡村医生 | 45 (37%) | 18 (27%) | 22 (54%) | 18 (50%) | 7 (32%) | 8 (21%) | 34 (41%) | 38 (54%) | 75 (50%) |

注:服务人口单位“万人”。括号内数字为该类人员占该院职工、临时工、乡村医生总人数的比例。红山县全县共26个乡镇或乡级单位,调研涉及其中10个,其中1个数据不全,故不作展示。

多也自愿坚守岗位——看似两全其美、经济利益最大化的方案,实际上却隐患重重。

(二) 何为公平

对于政府主管部门来说,推行基本公共卫生服务均等化,尤其是避免出现大量“空白村”,是一项重要的政治任务。在尚未推行科层化改革的前提下,为了尽到监管和培训村医的责任,同时确保最低限度的管理,红山县卫健委每年都会开展一场乡村医生集中培训,召集部分村医到场参加。因此,红山县的几十、上百名村医一年一度地聚集到县城,培训之余,也三三两两地聚在一起聊天。一张无形的本地村医舆论网络中,“流通”着大量对本职业的评价、对上级的怨言、对某些村医收入情况的议论,也“交换”着不同乡镇卫生院管理政策的信息、各自遭遇监管部门罚款的故事、国家法规新动态等。村医之间的交谈中,最常见的是关于本职业缺乏基本保障的怨言,包括“没有合同制”“没有养老社保”“没有编制”“不拿工资”等。

更有实质性影响的,是村医私人之间的比较和信息互通。理论上,即使人均拨款费用固定,每个乡镇卫生院辖区的常住人口结构也不相同,那些重点人群占比更高的乡镇会产生更多的公卫服务量,平均到每一份档案的经费数额相应就会更低。再加上考核、分配的具体方案由院级统筹自决,不同乡镇难免存在差异,村医得到的实际经费,即使按照服务人口人均计算,也几乎不可能做到全县一致。但作为相对独立的经营主体,村医们在计算自身应得收入时并不会将卫生院层面的情况考虑在内,而是预先将其视作“争夺”国家经费的对手。因此,他们会根据自己的政策解读,尤其是财政按人头拨款和4:6分配,来计算应得的片区人均收入,最终发现彼此之间差距很大。于是,各种关于分配不公、暗箱操作的指责在所难免。一旦在舆论中达成共识,村医群体就很容易对作为“上级”的卫生院丧失信任。以下三段访谈分别来自三个不同乡镇的村医,语气中均透露出对公共卫生经费管理的不满:

我们得40%,医院是60%。具体怎么,医院算好了就可以,我们也算不过的。(访谈记录202307HSYL23)

比如说,你的健康档案率没有完成多少,他们就扣你的钱了。大概,我也说不清楚。反正这一个数据在这里面,你也不知道多少钱。(访谈记录202307HSYL14)

就是公卫费,他给你讲的就是一个公卫费……你的公共卫生费,做档案的钱、儿保的

钱、妇保的钱,还有打预防针的钱,反正就是那些钱,都在里面,也没有说清楚……反正就是多少钱打到你卡里面,就这么多,你要就要,不要也就这么多……你收到短信就知道,今天打了300块钱,明天又打了3000块钱,就这样子。

(访谈记录202307HSYL04)

仅根据这些说法来推断,似乎只要卫生院制定并公开一个明晰、严格的考核方案,并且规范地使用公共卫生经费,各方疑虑就能打消。然而事实并非如此简单。其实,即使没有聘用合同,卫生院每年也确实会与村医签订“责任状”,告知年度考核方案,细致地说明何种情况算造假、发生造假按照什么标准扣费、发现常住重点人群没有及时随访如何扣费,等等。纸面上的量化评价标准也相当细致^④。问题在于,当课题组问及村医本人,来自不同乡镇的村医都一致表达了对考核方案的陌生感、不信任感。

其实,由于本地村医数量庞大而卫生院正式职工相对匮乏,考核公卫的过程很难做到规范化,很多时候只能借助非正式规则,或者参考与村医实际互动过程中形成的默会知识。卫生院管理者认为,村医们处在一张信息互通的本土关系网之中,长期独立营业过程中形成的惯性思维使他们不容易接受外部制度施加的“不平等”,过于详细的分项目质量考核,会导致村医间相互比较,产生更多的纷争。况且,即使他们推行的基本公卫工作普遍不够规范,于情理、于政策,卫生院也不可能拒绝发放足额经费。所以,最可行的方案就是按照人均公卫经费的40%计算村医应得部分,服务量多的,公卫经费就多,简便通俗,又不容易引起误会。以下两段访谈分别来自一位卫生院院长和一位自称比较“知情”的村医,反映出卫生院分配经费时的“非正式”流程:

(村医拿到的公卫经费)高的、低的有区别,差距主要体现在服务人口数上。因为质量这一块,大家都差不多……随访这一块,说实话,现在都差不多,我觉得全国相对都差不多……把你做的服务质量那一块弄来考核经费发放,我觉得效果不是很明显。重点就是服务力度,你完成工作量的问题,你做了多少。(访谈记录202307HSXZ02)

我相信他(院领导)知道,你们村医都认识啊,都会问,你发了多少钱一个人,怎么我发少了?其实再说回来,做公共卫生,你要挑我毛病,你也挑得出来,我要挑你毛病,我也挑得出来。所以也不可能说你就多发,我就少发。发少了肯定不舒服,所以他(院长)很聪明,他们

全面统一。(访谈记录 202307HSYL12)

不难发现,彼此相对独立的卫生院与村医,在合力完成公卫任务的同时,却又都在极力“揣度”对方的想法,策略性地为自己争取利益。村医寻求一种明确而规范的分配方案,却又不信任卫生院给出的这类方案;卫生院既要借力于村医,又不相信他们能够保质保量地完成任务。最终结果是,无论按照纸面规则分配资金,还是直接均分,都不能令双方满意,彼此互不信任。

另外,村医自身都是独立的经营主体,除了承担卫生院下派的公卫任务,医疗业务要自负盈亏。由于前者并不能带来充分的收入保障,他们必须尽可能地拓展后者。这样,“私人”的医疗业务与“公家”的公卫任务就会发生冲突:

像我们现在,病号少,也跟医院里面事情多有关系,天天叫我们搞这个搞那个……人家来了,你不在家。像我们做公卫、下村随访都要时间。就给这一万块,统统给你还没两万块钱。

(访谈记录 202307HSYL09)

鉴于这种情况,上级出于情理的考虑,在医疗业务方面对村医采取了比较宽松的监管策略。例如,对于基本药品使用和药品零差价检查,一些卫生院只能无奈地“睁只眼闭只眼”:

每年都会有零差率补助,但是药品你监管不了……我们就是下去抽查一下……本身收入就很少,如果管太严,好多事情就没有积极性。

(访谈记录 202307HSXZ01)

由此,红山县陷入了一个环环相扣的困局,不仅基本公卫服务质量得不到保障,医疗业务方面的基本药品和零差率政策也难以落实到村级。换言之,尽管有了一笔稳定且数额可观的公共资金,农村的医疗、卫生工作却增添了形式化负担,没有取得实质性的成效和进展。

分散于乡间、扎根于乡土社会的乡村医生,作为行政系统向千家万户推行公卫服务的“本土性资源”,原本是具有诸多优势的,此时公共卫生经费的大规模注入,也提供了一个激发基层医疗卫生工作活力的契机,有望将离散的力量聚集到同一项事业之下。但红山县的案例表明,经历了市场化改革而存留下来的农村本土医者网络,并非纯然是被动的、可以单方面利用的“资源”,而是有着自身工作节律、会权衡利弊的自觉行动者。他们固然能够承担公共卫生任务,却不一定以此为本职,在尽量保持医疗业务独立性的同时,还可能从事其他与医疗无关的兼职,如摆摊、跑车、保险销售等,作为一个多重身份的

活跃节点流转于基层社会。正是这种多维立体的生计方式,使得他们能够以很低的行政成本撬动广泛的社会资源,裨益于国家治理;但也同样是这种生计方式,决定了他们难以在项目式关联之下直接转型成卫生院所期待的、称职的“员工”。

五、科层化是万应灵丹吗?——水县的案例

(一)同心协力

全面的乡村一体化,理想目标就是全面的科层化。它不仅包含了公卫业务的一体化,而且延伸到两级的医疗业务、人事关系、财务关系等方面。诸多线条的管理在实践中之所以能纽结为一个紧密而自恰的整体,核心就在于从人事层面上将村级医疗卫生人员纳入由县主管部门牵头、乡镇卫生院管理的科层组织,即政策话语中的“乡聘用”或“县聘乡管用”。受制于条件,现阶段情况或可称为半科层化。

云南省水县就是通过近似的科层组织进行基层医疗卫生资源配置的一个典型。与中部地区的红山县相比,地处西南偏远地区的水县能够实现层级整合,很大程度上得益于其享受的充足财政转移支付。同样重要的是,由于环境闭塞、聚落分散、交通长期不便等区位因素,水县在体制改革后缺乏一个像红山县一样庞大、活跃且自主营业的乡村医生群体。红山县所倚重的本土医者网络,在水县虽然也存在,但力量相当单薄。通过近年来国家扶贫政策带来的资源输入,这样一个经济欠发达、治理基础相对薄弱的地区,较短时间内自上而下建立起了有力、有为的基层行政机构,相对摆脱了历史惯性,从而更有条件成为新制度构想的丰沃试验田。

在水县,乡镇、村两级医疗卫生机构的关系不再由单线条的公卫事务支撑,变得立体而复杂。多方面的资源上下输送交换过程,编织成一个统一的组织网络。以表2某镇村医的一般收入结构为例,可以发现,该地村医的收入大致由几个部分构成:基本工资、公共卫生和家庭医生签约补助、基本药品与药品零差率补助、医疗补助、其他补助。收入来源的构成也反映出村医日常工作中的核心内容,基本工资对应的是村医与卫生院之间的人事关系,公卫和家庭医生签约对应公共卫生任务,基本药品与药品零差率补助对应药品销售业务,医疗补助对应诊疗业务。平均来看,一名村医的基本工资约占总收入的28%,公共卫生和家庭医生签约补助约占34%,药品方面约占15%,医疗方面约占26%^⑤,每一项都有其重要性。不过,公卫、药品、医疗三大块收入的比例,在不同村医之间有着相当明显的差别,不能一概

而论。

辅以访谈资料,可以大致勾勒出水县村医的工作状态。首先,由于卫生室产权归公,一个卫生室一般由多名村医共同使用,不同村医的分工比较明确,也有一定的灵活性。并非所有村医都开展医疗业务,但所有人都承担一定的公共卫生任务。一般来说,行医的村医收入最高^⑥,如果能够兼顾医疗与公卫,收入则更高^⑦。不过,人的精力和时间始终有限,很多时候,通过分工来发挥比较优势不失为一种双赢选择。医疗型以诊疗和药品收入为主,公卫型以公卫经费补贴收入为主^⑧。由于所有村医都承担一些公卫任务,同卫生室的村医也需要采取某种方式来进行管辖划分。有的卫生室采用分人口划片的方案,综合考虑村民小组人数、聚集程度等因素,将一个村的服务人口相对均匀地划给每位村医。有的卫生室则采用项目分工的方案,一般是一位女村医负责妇幼保健相关服务工作,另一位村医负责慢病、老人的服务工作。由于公卫经费拨付标准明确,分项目进行数量和质量考核,无论采取何种分工方式,村医们对公卫经费的发放少有争议。

除了推动公共卫生服务的规范化之外,半科层

化的管理还有助于解决前述红山县村医面临的医疗经营、公卫任务相互冲突的问题。有了卫生室层面的分工,村医本人就可以更合理地进行个人层面的工作规划。例如在某村卫生室,两名村医各自坐诊三天、歇业三天,如此交替,值班的村医不能轻易离开岗位,但休息时就可以自由安排完成公共卫生随访,只要确保按时完成季度任务,其余时间就是假期(访谈记录:202307SXXY01)。此外,卫生院实行收支两条线管理后,村医在医疗业务方面的个人所得,变成了上级统计业务量后发放的医疗补助,私人业务与公共业务的矛盾也就不存在了。比较表2中药品补助、医疗补助两栏的收入就能发现,与“以药养医”完全不同的是,该镇大部分村医的医疗补助是高于药品补助的,其经营性收入主要依靠规定的挂号费、打针输液费来维持,而不是销售药品^⑨。通过将市场性的药品收益转化为行政性补助,再对接医保系统,将整体的诊疗过程明码标价,水县的卫生院不仅像红山县的卫生院一样掌控着村医的公卫收入,而且在其医疗业务上也扮演主管角色。

概言之,在行政性一体化的制度框架下,当前水县的村医职业群体形成了同中有异的格局。不同个

表2 云南省水县某镇2022年乡村医生收入统计 单位:元

| 编号 | 基本工资 | 基本公共卫生补助 | 家庭医生签约补助 | 基本药品与药品零差率补助 | 医疗补助 | 养老保险补助 | 乡村一体化补助 | 计生宣传员补助 | 药品运费 | 合计 |
|----|--------|-----------|----------|--------------|--------|--------|---------|----------|---------|-----------|
| A1 | 14400 | 31954.66 | 6061.83 | | | 3900 | 1800 | 898.13 | | 59014.62 |
| A2 | 14400 | 9134.96 | 5351.41 | | | 3900 | 1800 | 898.13 | | 35484.5 |
| A3 | 14400 | 13410.86 | 5351.41 | | | 3900 | 1800 | 898.13 | | 39760.4 |
| A4 | 14400 | 12046.86 | 5351.41 | 11170.47 | 660 | 3900 | 1800 | 898.13 | 140.1 | 50366.97 |
| B1 | 14400 | 7611.06 | 5666.61 | 5631.11 | 6414 | 3900 | 1800 | 898.23 | 364.26 | 46685.27 |
| B2 | 14400 | 13695.06 | 2163 | | | 3900 | 1800 | 695.5 | | 36653.56 |
| C1 | 14400 | 16219.74 | 7196.29 | 12682.82 | 33504 | 3900 | 1800 | 898.23 | 366.24 | 90937.32 |
| C2 | 14400 | 8797.73 | 6600.47 | | | 3900 | 1800 | 898.23 | | 36396.43 |
| D1 | 14400 | 9707.71 | 9955.24 | 5820.9 | 5472 | 3900 | 1800 | 898.23 | 784.56 | 52738.64 |
| D2 | 14400 | 12473.46 | 4998 | | | 3900 | 1800 | 898.23 | | 38469.69 |
| E1 | 14400 | 11480.11 | 5181.64 | 8178.32 | 19371 | 3900 | 1800 | 898.23 | 896.64 | 66105.94 |
| E2 | 14400 | 7886.96 | 4816.79 | | | 3900 | 1800 | 898.23 | | 33701.98 |
| F1 | 14400 | 12827.79 | 15661.98 | 20023.51 | 44841 | 3900 | 1800 | 898.23 | 728.52 | 115081.03 |
| F2 | 14400 | 2075.16 | 0 | | | 3900 | 1800 | 898.13 | | 23073.29 |
| F3 | 14400 | 26277.36 | 7926 | | | 3900 | 1800 | 898.23 | | 55201.59 |
| 总计 | 216000 | 195599.48 | 92282.08 | 63507.13 | 110262 | 58500 | 27000 | 13270.22 | 3250.32 | 779671.23 |

注:编号中,字母用以区分不同行政村,数字用以区分该村不同村医;本表基本公共卫生补助栏仅含前三季度,因此在公卫收入和总收入上可能有几百元到上万元的低估。

体的支柱性收入来源也不相同,收入结构的差异代表着技能结构的差异。不过最终,无论是擅长行政性工作的公卫办事员,还是有信心和有能力开展诊疗业务的基层医生,抑或是介乎两者之间者,都能获得在本地还算体面的收入^⑩。虽然还没有正式编制,但作为享有固定工资和福利待遇的准职员,他们不会像红山县村医一样感觉置身于权责错位的境地。随着老村医的退休和新村医的加入,全县村医队伍动态更新,呈现出进一步年轻化的趋势。

然而,这并不意味着水县的村医正在变成事事精通的多面手。仔细对比其内部差异,会发现医疗业务优秀的村医大多曾像红山县的村医一样,独立开展市场化经营,在本地站稳了脚跟,之后才经历行政“收编”,而非从一开始就是卫生院系统的公卫办事员。相较之下,新入行的村医作为“没有历史”的群体,面临着截然不同的发展路径。随着公共卫生服务的考核要求越来越高、操作规范越来越细,大部分村医认为,相关事务需要占用的工作时间已经超过了一半。目前水县村医还能够提供的初级医疗服务,要么是开药,要么是打针输液。开药算不上一项未来可期的业务,在基本药物分层管理的制度下,村卫生室药品种类十分有限;打针输液虽然收益更多,但风险也更大,需要具备更高的专业技术水平和更丰富的从业经验。然而,作为村医真正的“上级”,卫生院在提高其医疗业务水平方面给予的支持非常少。专业上的知识、技术和经验,恰恰是这些村医十分欠缺的东西。

五禾村的代村医,即表2中的E1,今年49岁,已经在本村卫生室工作了20多年,平均每天接待十来十个打针输液的病人。从业之初,代村医在卫生院接受的培训内容包括预防接种、结核病与麻风病管理、青霉素与头孢皮试等,此外还需要在空闲时间自学病理、药理,不断积累经验。否则,作为“医生”,就无法帮村民治好病。而近几年新上任的村医们则明显感觉到,卫生院的常规培训侧重于公卫系统操作规范和考核结果反馈,基本专业技能反而显得不那么重要。高标准、严要求的公共卫生考核体系下,自己能够用于自学、钻研的时间也少之又少。卫生院层面,选拔村医的首要标准不是医疗能力,而是公卫业务能力,后者需要的品质更多是细腻、踏实、服从,而非医术精湛。例如,一名卫生院院长介绍了本院的管理方法和用人原则:

医院工作人员在后台,假如觉得村医的业务水平出现了问题,就通知他过来,面对面进行交流。每月召开一次例会,每个季度最后一个

月进行乡村医生培训。培训需要总结这一个季度发现的所有困难和问题,一项一项罗列分析,之前有个测试,结束要有一个考核……每半年都会召开半年总结会,年终召开年终总结会……有些乡村医生觉得自己业务好,就是来挂一个乡村医生,但我的辖区,我首要的条件是你来承担基本公卫服务。(访谈记录202307SXXZ01)

(二) 医卫结合的迷思

在讨论推行科层化的成果之余,一个耐人寻味的问题是,将大量原本自主经营、诊病开药的乡村医生转变为依附于科层体系的公共卫生办事员,是否真的以预期方式满足了民众对医疗卫生资源的需求?除了便于监管之外,长远来看,这种方式是否也有所忽视?这是一个难以一言以蔽之的问题。如前文所述,基层医疗卫生具有服务与管理双面一体的属性,考虑经济利弊的同时,更需要考虑合法性方面的利弊,综合来看,落脚点在于民众看病难、看病贵的问题是否得到了满意解决。然而,民众对于医疗卫生资源的需求和偏好不是既定的,所谓的解决,也只是向着更好状态迈进的一个动态过程。

农村家庭医生签约制度的设计与实施,可以作为一个小通孔窥探这个全局性的问题。分析表2时,笔者曾将“基本公共卫生补助”与“家庭医生签约补助”两个栏目合并在一起,作为宽泛意义上的“公卫”,与“医疗”形成比较。此举的合理性并不是不言自明的。单从定义上讲,家庭医生似乎更应划入“医疗”的范畴,其补贴经费中的一部分也是由医保部门所筹。这种借鉴了西方全科医生模式的初级医疗服务供给制度,主要目标是让家庭医生成为居民整个就诊流程的“守门员”,通过层级分工和有序上下转诊,优化医疗资源配置。家庭医生以一个包含临床医生、公卫人员、护士、村医的团队为单位,与一定范围内的居民签订合同,成为他们的健康顾问,负责基层首诊,以免病人盲目涌入更高级别的医院,造成资源浪费。然而,我国并未实行严格意义上的层级化就诊,家庭医生的分诊工作能否取得效果,很大程度上取决于本地制度环境以及医生本人的关系性位置。例如,红山县有村医将分诊工作视为卫生院“抢病人”的举措,戏谑地加以描述(访谈记录202307HSXY05);水县村医对分诊工作总体来说印象不深刻,因为卫生院跟卫生室能提供的医疗服务“也差不多”,处理不了大病、难症,而到了县级以上医院,村民就未必愿意听取村医的意见了(访谈记录202307SXXY10)。在水县,课题组访问了整个半

山村的45户村民,虽然绝大部分村民都知晓卫生室的存在,但通常将其描述为一个“拿药”的去处,感冒、发烧、发炎时偶尔前往,无人提及村医本人的技术或水平如何,更谈不上听取其意见。更重要的是,名义“团队”中参与具体工作、发挥现实作用的,往往是原本就在从事基本公卫和初级医疗的乡村医生,以及原本就在监督公卫任务情况的卫生院护士。

对于原本就在公卫服务规范化方面有一定优势的水县村医来说,开始推行家庭医生签约政策之后,最大的影响就是公卫方面“又多了一项任务”(访谈记录202307SXXY09)。虽然家庭医生的含义有待厘清,但签约无疑能够转化为实在的量化考核标准。水县推行的家庭医生签约服务在财政上与公共卫生十二项服务“双轨并行”,实施过程却是“双轨合并”,也就是行政话语中的“家签对接公卫”。这项工作给基层提供了一笔新的补贴,本意或许是鼓励基层医生提供更加精准化的医疗服务,但实践中,与既存公卫工作重合度较高的职能得到了落实,医疗、分诊却处在颇为尴尬的境地。转诊的工作量无法进行达标式的考核,况且许多村民其实不把村医视为真正值得信赖的“医生”。谈及家签履约,水县的一名村医这样描述:

如果血型没有,我们就做一下血型,然后艾滋检测,然后就身高、体重、血压,35岁以上的人还有血糖,如果这个是儿童的话,可以做一下血红蛋白检测,18岁以上的话就量血压。反正这个体检也就是一个基本的情况,是家庭每个人的……如果说他有检测出来血压偏高、血糖偏高这些,我们给他们做健康教育,少抽烟喝酒这些……生活上要注意,要去医院再进一步确诊什么的。(访谈记录202307SXXY01)

流程上来看,该村医及其团队成员完成基本体检、进行健康教育的模式相当规范,不过这也与公共卫生服务的一般工作方式相差无几。换言之,村医完成公共卫生任务的同时,也基本完成了家庭医生任务,两者相较,多出来的工作几乎只有量的差异而没有质的区别。例如,找到签约对象的过程,同时也是建立档案或公卫随访的过程;履约需要提供体检服务,而公卫服务的内容也包含体检;考核是通过表格上报来完成的,而公卫系统的表格能够与家签系统的表格直接连通。课题组的访谈中,虽然绝大部分村医或卫生院工作人员都知道“公卫”与“家签”的区别,但很少有人能够清晰地将二者对应的实际工作区分开。理论上,签约后的非重点人群也可以享受健康服务,因此家签覆盖人群的范围比公卫广泛。不过,事实

上,即使在签约之前,重点对象的家庭成员被延伸纳入健康服务范围,也是比较常见的事:

我们入户去慢病随访的时候,你们家只有一个慢病,但是来到你家了,有两三个大人或者老人什么的,需要量血压,需要检测的,我们也可以做。(访谈记录202307SXXY01)

如此一来,就医疗相关职能而言,家庭医生签约项目所发挥的促进作用可谓相当有限。政策设计的期待是实现医卫结合,即同一个有资质的主体,既从事诊疗,也承担卫生管理任务,从而在实践中将两个系统结合起来,提升诊疗效率的同时,也能支撑卫生行政的合法性。但水县案例中出现的重心偏移,表明卫生行政的逻辑固然方便均等地将治理的触角推及千家万户,却很难以同样的方式回应基层医疗资源不足的问题。这也是以半科层化方案包揽健康服务可能伴随的局限性。水县不像红山县一样依赖分散的民间医者,建立相对完备的科层机制后,财政资源和政策注意力集中于这一套稳定、可控的体系,但也变相地排除了配合实施其他方案的可能性。由于路径依赖,治理者在同一套中间组织上寄予多重政策目标,但这也可能导致新的工作被简化、拆分和归并入原有的流程,尤其是在组织成员的注意力占用已接近饱和的情况下。更多资源投入之后,无论是当地的基本公卫质量、初级医疗水平还是分级诊疗程度,都只是略有补益。就此而言,水县的基层医疗卫生系统是规范的,但也是高成本、低边际产出的。

课题组在走访中发现,需要打针、输液时,村民们很多时候既不去村卫生室,也不去乡镇卫生院,反而认为附近的私人诊所、私营医院更符合需求,因为这些机构办理流程更简便,工作人员也更尊重病人诉求。还有村民表示,相对于公立系统的“新医生、年轻医生”,自己更认可私人诊所或私营医院里经验丰富的“老医生”(访谈记录202307SXXM03、202307SXXM01)。这样的“老医生”形象,反倒更接近于红山县的部分村医,他们以从医经验和特殊技能见长,虽然不是背靠公立机构的体制内人员,但经过了市场化筛选,在本地积累了良好的口碑。反观水县,对于经常前来入户随访的村医,村民们反而印象不深。尽管心存感谢,也很少有人认为他们发挥的作用是无可替代的。

六、总结与讨论

本文选取江西省红山县、云南省水县两个县域的案例,分析了我国同一时间、不同地区的两种农村医疗卫生体系建构方式。从村医视角来看,两种理想型的区别可以简要归纳如表3所示^①。

表3 红山县、水县基层医疗卫生组织模式对比(以村医视角为例)

| | 与卫生院关系 | 场地与设备产权 | 收入来源 | 工作模式 | 执行基本公共卫生任务和医药管理政策 | 开展医疗业务 |
|----------------|--------|---------|------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| 项目式关联 (红山县) | 合作与竞争 | 个人 | 医药收费; 公卫补助; 其他兼职 | 家庭经营, 生活与工作边界模糊 | 不太规范, 监管比较松弛 | 依靠人际网络和个人声望,内部差异大 |
| 半科层化 (水县) | 职员 | 村委会或卫生院 | 基本工资; 医药公卫和家签补助 | 与同事轮流上班, 业务分工合作 | 比较规范, 监管比较严格 | 根据上级规范调整,内部趋于均质化 |

结合表3,概况部分描述的两种截然不同的乡村医生形象也就不难理解了。与卫生院存在项目式关联的村医,更多地承袭了从赤脚医生时代到自负盈亏的诊所时代的工作模式,典型形象是高度嵌入本地人际网络、有师承关系或家学传承、重视拓展业务,以中老年男性为主。半科层化的村医从属于公共医疗卫生行政体系,典型形象是接受过学院医护教育、熟习文牍工作和信息化办公方式,且越来越多地由中青年女性构成,未必出身本乡本土。若要在各自轨道上继续发展,前者倾向于借助利润空间更大的医药业务、处理疑难杂症的特色技能,以及社会资本的积累,在本地站稳脚跟;后者则寻求通过不断的培训、考试、考证等,在体制内部实现位阶上升,或者等待去往城市社区卫生服务中心工作的机会。两个群体,两种形象,也是我国医疗卫生体制改革跨越几十年历史变迁的写照。

江西省红山县没有在乡、村两级建立统一的医疗卫生科层体系,卫生院借助嵌入乡土社会网络的老一代村医作为代理人,开展对村、入户工作。这种项目式关联虽然简便且成本低,却容易使双方陷入围绕自主性与经济权益的博弈,最终结果很可能是消极合作、敷衍了事。相较而言,云南省水县的社会基础薄弱而行政财力优渥,村医集体转型为受雇于乡镇卫生院的半科层化职工,内部协调一致,规则有序运转。结合乡村医疗卫生组织一体化趋势,两个案例的理想化形式,既可代表改革历程中一前一后两个端点,也可视为其中拉扯着的两股力量。与课题组调查的贵州省银洞县相比,水县为村医购买职工保险,科层化程度似是更深一分;而与国内其他一些已在计划实行村医带编制入职的地区相比,水县又居于其下。在课题组调查的安徽省青门县,村医在改革后分流去往卫生室的“一室”和“二室”,前者主要承担公共卫生任务,更具体制内特征,后者与一般的私人诊所接近,偏于体制外经营,恰好同时体现出本文归纳的两种模式的特点。这更加表明,两种模式各有代表性,但两者关系又不能简单地以“非此

即彼”“新旧交替”来概括。

一个地区对治理模式的选择,取决于财政实力、区位优势、历史轨迹、文化传统等综合性条件。这也意味着,即便假以时日,水县村医经过了成长、发展,也不会变成红山县那样的老村医,更不会形成一个跨出行政体系的职业群体。两个群体的差异来源不在于年龄或经验积累,而在于其所嵌入的体制,以及这种体制得以形成的历史与社会背景。这充分展示出医疗卫生体系嵌入于地方传统与社会特征的一面。医疗卫生体制改革是一项全国性的事业,但落实到基层时,不同地区从既存基础出发,一步步探求更优解,走出的道路也不尽相同。某种意义上,不同模式之间的关系,以及它们与宏观改革趋势的关系,体现出吉登斯(2000:18;69)所谓的脱嵌与再嵌入过程:一种抽离的制度,最终又在行动情境中回归了地域性的时空条件。值得注意的是,近年来,国家健康扶贫政策以一种填补空白的方式,在一些治理基础原本薄弱的地区自上而下地将医疗卫生体系建设到了村一级,大大提高了这些地区践行中心化医疗卫生管理体制的可能性。这样的条件是所有其他地区所不具备的,它们要直面复杂而厚重的,同时承载着机遇与挑战的历史惯性。在一片崭新的空地上平地起高楼是相对容易的,对旧迹进行修修补补反倒是一门真正的艺术。

不过,基层医疗卫生事务还有着服务与管理相结合、满足需求与塑造需求相交织的复杂性。将社会网络纳入基层治理固然重要,但红山县的案例表明,深度嵌入地方关系格局的制度设计,未必就可以将公共卫生资源递送到千家万户。一体化的举措通过化外为内,省去了目标选择、信息流通、监督管理等组织过程所带来的额外交易成本(科斯,1990:3),把基层医疗卫生工作变成了一套可以理性地拆分为不同阶段和指标的行政任务。但水县的案例又表明,无论乡镇、村两级机构如何统一管理、明确分工,也始终无法以一种标准化的方案覆盖村民对初级医疗服务的所有需求。随着我国疾病谱和民众医疗卫

生观念的变化,卫生行政原本可以同时起到的医疗效果可能还会进一步式微。在乡村机构朝着一体化方向发展、村医群体内部发生结构性转型的历史趋势下,如何弥补科层化公共医疗所欠缺的部分,是一个值得深思的问题。与之相关的全国性背景是,随着医保体制改革和城乡一体化,基层病人外流,医疗人才也难以下沉,乡镇、村两级机构在医疗业务方面逐渐趋同,走向去技能化。所有职能都不得不变得极其简单,所有流程都不得不变得细碎而机械,以便让大部分职工都能顺畅无碍地处理。

要解决初级医疗服务供给乏力的问题,在卫生行政的基础上提倡“医防融合”仍不失为一种可行的方案,但还需在组织体系内部进行调试和改良,避免将“卫”变成空转的形式,将“医”变成挂名的空壳。县域医共体建设有利于打破医疗卫生服务的城乡分野,让家庭医生团队的工作更整体化、更名副其实;若财政能够切实保障基层医疗卫生人员的基本待遇,淡化唯文凭的人才评价倾向,卫生院规培生、定向流失的情况以及乡村医生青黄不接的困境或也可有所缓解。

与此同时,外在于行政系统的力量也不能被忽视。纵观我国20世纪以来的农村医疗卫生,无论是民国时期的定县模式,还是后来的农村合作医疗和赤脚医生,充分整合农村已有资源以建设公共卫生体系的做法均取得了一定成效,一个共同原因在于,这些模式都没有局限于单一的专业领域,而是首先通过整体性的社会改造、关系建设或群众动员,为本土资源的转化提供广泛的社会土壤和制度语境。同样是利用本土资源,红山县的实践就显得不那么有成效,围绕基本公卫项目及其经费而建立的合作不仅无法超越医疗卫生的狭窄范围,甚至最终可能化约为几个关键标准、几种固定流程,按照利益分配、经济算计的逻辑来开展,给本土医者带来强烈的异化劳动的感觉,也无法与农村社会的生产生活 and 人际关系建立有机联系。究其根本,农村医疗卫生体系建设的问题,也是农村社会建设的问题,一旦农村丧失了经济活力、社会活力和道德规范,医疗卫生领域的非行政力量衰颓也是迟早之事。即便在科层化改革完成后,寻求医疗卫生行政系统嵌入本土社会的途径也同样必要。高效而可持续的基层健康治理格局,必定需要借助行政、市场和社会力量的共同参与和互补互嵌。

本文所使用的田野材料为清华大学社会学系乡

村医生项目组调查成果,感谢项目组全体成员的辛苦付出以及给本文提出的宝贵意见。感谢匿名评审专家给出的修改意见。文责自负。

注释:

①本文中的“基本公共卫生服务”,有时也简称“基本公卫”或“公卫”,特指2017年国家卫生和计划生育委员会发布的《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》中囊括的十二项服务,包括城乡居民健康档案管理(建档)、健康教育(宣教)、预防接种(接种)、0~6岁儿童健康管理(儿保)、孕产妇健康管理(妇保)、老年人健康管理(老年人体检)、慢性病(包括高血压患者和2型糖尿病患者健康管理(慢病管理)、严重精神障碍患者管理(重精管理)、结核病患者健康管理(肺结核管理)、中医药健康管理、传染病及突发公共卫生事件报告和处理(传染病报告)、卫生计生监督协管。基层在布置公共卫生任务、制定考核标准时,都以这些项目为基本依托。

②遵循学术惯例,本文田野介绍和案例分析部分所涉及的县、镇、村、人名均为化名。访谈记录编号前六位为访谈时间(年月),第七、第八位为访谈地点(两个县域),后四位为课题组统一采用的记录编码。

③按照2019年《基本公共卫生服务补助资金管理办法》(财社〔2019〕113号),公卫经费出自政府预算安排,中央财政分配转移支付资金,地方再按标准提供一定比例的配套,拨款总额按照常住人口数量乘以国家基础标准来计算,通俗地说,即“按人头拨款”。

④例如,红山县怡丘镇卫生院提供的《2022年村卫生室人员基本公共卫生项目绩效评价指标评分细则》如此规定:“居民规范化电子健康档案覆盖率 $\geq 61\%$,得2分;居民规范化电子健康档案覆盖率 $< 60\%$,得分=建档率/60% \times 真实率 $\times 2$ 分。不真实按抽取比例扣减,真实率 $< 70\%$,不得分……有1例不真实扣0.5分;有1例不规范扣0.25分,扣完为止……健康档案动态使用率 $\geq 50\%$,得1分;健康档案动态使用率 $< 50\%$,得分=动态使用率/50% $\times 1$ 分……”

⑤此处数值只能反映各个项目对于村医的平均重要性,每项数值都是根据该项目之下的有效样本计算的,无效者不计入。例如,计算医疗业务收入平均占比时,仅计算那些实际开展医疗业务因而有这项收入的村医,即A4、B1、C1、D1、E1、F1。

⑥A村卫生室为例外,因为该村为本镇中心村,距离卫生院太近,医疗功能较弱,但集镇地区人口聚集,所以公共卫生服务人数很多,两者结合,导致主导公共卫生服务的村医收入优势更大。

⑦如C1、E1和F1/2村医。F1、F2二人为夫妻,因此F2村医仅辅助F1村医完成少量公卫任务,且不开展医疗。考虑到夫妻分工中的工作量很难通过数字简单割裂开,此处将二人作为整体。有趣的是,通过F2的配合,F1收入达到了全镇村医收入的最高值,即使二人收入进行平均,也高于同镇很多村医。这种情况表明密切分工协作带来了巨大优势。

⑧例如B1为医疗型而B2为公卫型,F1/2为医疗型而F3为公卫型等。

⑨例外的情况,如A4、D1,通常是由于该村的医疗业务本身比较少。因为基本药物补贴是按片区服务人口数量计算,而医疗补贴是按照实际业务量计算,即挂号、打针、输液的次数。业务较少会导致前者相对后者的比例变大。

⑩2023年,水县全县农村常住居民人均可支配收入为10409元。

⑪为方便对比,表3对现实进行了一定的简化,仅代表典型性、趋势性情况。例如,红山县也有196所公有产权卫生室,以每室一村医来计算,这部分村医占比约28%。但实际上许多使用公有产权卫生室的村医同时也拥有自己的诊所,所以比较有代表性的情况依然是“个人产权”。再比如,表2中水县的F1、F2村医就是夫妻关系,某种意义上也算家庭经营,但二人都以卫生院员工的形式出现在工资表中,比起红山县隐形的家庭劳动,多了一些正式的同事色彩,符合水县总体特点。

参考文献:

[1]安德鲁·阿伯特,2016,《职业系统:论专业技能的劳动分工》,李荣山译,北京:商务印书馆。

[2]艾云,2011,《上下级政府间“考核检查”与“应对”过程的组织学分析:以A县“计划生育”年终考核为例》,《社会》第3期。

[3]杜丽红,2015,《制度与日常生活:近代北京的公共卫生》,北京:中国社会科学出版社。

[4]方小平,2024,《赤脚医生与中国乡村的现代医学》,董国强、干霖、王宜扬译,北京:社会科学文献出版社。

[5]米歇尔·福柯,2011,《生命政治的诞生》,莫伟民、赵伟译,上海:上海人民出版社。

[6]——,2018,《安全、领土与人口》,钱瀚、陈晓径译,上海:上海人民出版社。

[7]顾昕,2011,《行政型市场化与中国公立医院的改革》,《公共行政评论》第3期。

[8]——,2019,《“健康中国”战略中基本卫生保健的治理创新》,《中国社会科学》第12期。

[9]安东尼·吉登斯,2000,《现代性的后果》,田禾译,南京:译林出版社。

[10]焦思琪、王春光,2022,《农村多元医疗体系的型构基础与逻辑研究》,《社会学研究》第1期。

[11]科斯,1990,《企业、市场与法律》,盛洪、陈郁译,上海:上海三联书店。

[12]李卫平、石光、赵琨,2003,《我国农村卫生保健的历史、现状与问题》,《管理世界》第4期。

[13]罗芙芸,2007,《卫生的现代性:中国通商口岸卫生与疾病的含义》,向磊译,南京:江苏人民出版社。

[14]乔治·罗森,2021,《公共卫生史》,黄沛一译,南京:译林出版社。

[15]石任昊,2023,《医疗实践演变与卫生现代化》,《社会发展研究》第2期。

[16]马克斯·韦伯,2004,《支配社会学》,康乐、简惠美译,桂林:广西师范大学出版社。

[17]奥利弗·威廉姆森,2002,《资本主义经济制度:论企业签约与市场签约》,段毅才、王伟译,北京:商务印书馆。

[18]吴志鹏、姚泽麟,2023,《乡村“医卫结合”何以走向形式化?——电子健康档案的应用及其社会后果》,《社会发展研究》第2期。

[19]徐陈晰、焦长权,2023,《悬浮的项目包:中国农村基本公共卫生服务的制度演进与实践逻辑》,《管理世界》第11期。

[20]余新忠,2015,《真实与建构:20世纪中国的疫病与公共卫生鸟瞰》,《安徽大学学报(哲学社会科学版)》第5期。

[21]张开宁、温益群、梁苹,2002,《从赤脚医生到乡村医生》,昆明:云南人民出版社。

[22]张艳春、董亚丽、姜巍等,2022,《乡村医生视角下乡村卫生服务一体化管理推进策略分析》,《中国卫生经济》第5期。

[23]张雨薇,2022,《国家、社会与职业:青年村医行为嬗变的职业社会学研究》,《中国青年研究》第2期。

[24]赵黎,2018,《发展还是内卷?——农村基层医疗卫生体制改革与变迁》,《中国农村观察》第6期。

[25]周方舟,2006,《从汲取型政权到“悬浮型”政权——税费改革对国家与农民关系之影响》,《社会学研究》第3期。

[26]周其仁,2008,《病有所医当问谁:医改系列评论》,北京:北京大学出版社。

[27]周雪光,2008,《基层政府间的“共谋现象”——一个政府行为的制度逻辑》,《社会学研究》第6期。

[28]Abbott, Andrew. 2005. "Linked Ecologies: States and Universities as Environments for Professions." *Sociological Theory* 23(3).

[29]Chen, C. C. 1989. *Medicine in Rural China: A Personal Account*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

[30]Lupton, Deborah. 1995. *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London: SAGE Publications.

[31]Jensen, C. Michael & Meckling, H. William. 1976/2002. "Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs, and Ownership Structure." In Donald A. Wittman (ed.), *Economic Analysis of the Law: Selected Readings*. John Wiley & Sons, Incorporated.

[32]Lei, Sean Hsiang-lin. 2014. *Neither Donkey nor Horse: Medicine in the Struggle over China's Modernity*. Chicago: The University of Chicago Press.

[33]Merkel-Hess, K. 2016. "The Public Health of Village Private Life: Reform and Resistance in Early Twentieth Century Rural China." *Journal of Social History* 49(4).

[34]Perlow, L. A. 1999. "The Time Famine: Toward a Sociology of Work Time." *Administrative Science Quarterly* 44(1).

[35]Yip, Ka-Che. 1992. "Health and Nationalist Reconstruction: Rural Health in Nationalist China, 1928-1937." *Modern Asian Studies* 26(2).