

农村多元医疗体系的 型构基础与逻辑研究

焦思琪 王春光

提要:本文提出,社会转型下的农村多元医疗体系包含正式医疗制度与非正式医疗制度。以行政逻辑主导的正式医疗制度试图通过与市场逻辑、专业逻辑的合力实现农村医疗的公益性供给,其在促进农村医疗正向发展的同时,也导致了难以协调的张力。以社会文化逻辑为主导的非正式医疗制度比较适应乡土社会的发展,弥补了农村正式医疗制度专业力量不足的状况。二者在现实中的差异为我们重新认识和建构农村医疗体系提供了一些需要思考的问题。

关键词:正式医疗制度 非正式医疗制度 多重逻辑 乡土社会

一、问题的提出

“在现代社会或者是后现代社会中,国家的医疗体制呈现出多个医疗体系并存的局面,而并非是纯粹的混合在一起。其中,一部分是植根于本土社会发展起来的,另一部分是从其他社会引进的”(辛格,2006)。以往研究者归纳出不同的医疗体系类型学模式,用以表明当代社会中多元医疗体系并存的局面。比较常见的二分法有西方医疗体系与非西方医疗体系(福斯特、安德森,1992:71、204)、占支配地位的生物医学体系和发挥补充价值的替代性医学体系(Complementary and Alternative Medicine,简称CAM)(Ember & Ember,2004:111)。克莱曼(Arthur Kleinman)还创建了一个被广泛使用的三分法模型,认为中国台湾地区的医疗体系包含专业机构、大众的医疗和民间土俗的次级医疗体系(Kleinman,1980:24-70)。他突破性地将关注点从对精英知识的重视转向了对一般平民所使用的医疗体系的研究,把原本我们认为是迷信的、非理性的民俗医疗作为科学调查与分析的文化现象(张珣,2018),这对后续研究产生了深远影响。张珣(1989:111)继承和发扬了克莱曼对非西方医疗的有效功用

与价值的观点,认为中国台湾地区的医疗体系包括西医、传统中医与民俗医疗体系。这两种三分法很好地提供了研究中国医疗体系的范式,但是他们对非西方医疗体系的研究缺乏中立性。比如,克莱曼式分类未摆脱西医的观点(张珣,1979),对中医缺乏足够的了解。而张珣在他的文章中,尤其是对民俗医疗的阐述依然带着“科学与原始”“现代与传统”“西方与非西方”的分析标签(张珣,2018)。

基于上述分类思路,关于多元医疗体系的发展形成两种观点:第一种观点认为,在现代化与全球化发展中,传统的、非科学的、非理性的,甚至迷信的非西方医疗,将被“等同于科学与进步”(张瀝元、李洁,2017)、“对抗病毒和疾病的终极武器”的现代生物医学取代(泰勒,2005;福斯特、安德森,1992:204);第二种观点认为,单一的医疗体系无法完全解决人们的医疗问题,因此非西方医疗体系成为人们在西方医疗体系未满足病患需求情况下的补充与替代(福斯特、安德森,1992:51、143;李尚仁,2018;郑淑洁等,2014),抑或是在农村医疗资源匮乏下的行为选择(杨善华、梁晨,2009)。其中,民俗医疗在治疗中发挥着特有的仪式、支持等文化功用(张有春,2011:101;张珣,1989:138)。

结合当下我国农村医疗实践就会发现,以上分类和观点虽然提出了一些有洞见的分析,但仍存在不逮之处。首先,在分类上,以西医为主导的分类视角极易形成对非西方医疗体系的“偏见”,遮蔽非西方医学的医疗效用、社会价值与正向发展方向,也不利于现阶段我国扶持、弘扬的中医学发展。其次,在分析思路上,一方面,如果非西方医疗体系的风行是由于西方医疗在农村不发达所致,那么在国家多年致力于改善农村医疗卫生水平的今天,非西方医疗理应越来越少。但现实并非如此,不被看好的非西方医疗仍活跃在不同的农村社会群体中。以笔者调研的S县为例,被认为应日渐萧条的“非科学”的民间针灸师、草药师、“看病大仙”等群体在农村社会仍表现出很强的生命力。另一方面,从西方医疗体系的弊端和非西方医疗体系的替代、弥补与文化功用等角度来解释其持续发展的动力机制略显不足。以往的研究也缺乏基于社会转型背景视角的讨论。在当下我国社会走向城乡一体化、城乡融合发展道路之际(王春光,2021),农村社会也被卷入经济、政治、社会发展的洪流,其社会结构、文化和农民需求等诸多方面发生的变迁,共同构成医疗体系转型的内在基础。由此,这些现象带来一系列值得思考的问题:究竟什么样的分类更适合当下农村医疗的现实?为什么国家主导建构的医疗体系没能阻挡其他医疗形式在农村社会的发展?农民面对不同

医疗体系的就医选择有哪些偏好?

在以上问题的指引下,我们将目光转向一个农村社会的医疗场域,这一场域并不局限于正式的医疗场域,也包含隐匿于农村社会的非正式医疗场域。任何一种医疗体系类型,其本质都是为个体健康服务,无论社会如何发展,医疗服务体系都应该体现公益性目的。对医疗体系的分类讨论,探索医疗体系的型构逻辑和实践价值,是理解和发展农村医疗体系的基础。为了发展能真正满足农民所需的医疗体系,本文将分析的重点聚焦于多元医疗体系的型构基础和逻辑机制的研究。

二、文献回顾:医疗体系的分类与研究思路

(一)医疗体系的内涵

医疗体系被认为是人类社会为了应对疾病与苦痛而创造的方式与策略(Baer et al.,2003:8;福斯特、安德森,1992:53)。研究者们对其内涵提出了不同的看法,其中得到普遍认可的观点是:医疗体系是一套信仰与行为、观念与实践、疾病理论与医疗保健、信念与实践的系统;医疗体系基于主体性视角,研究对象都是病人与治疗者;医学知识是医疗体系中的核心要素(张珣,1989:111;张有春,2011:84)。因此,本文认为,医疗体系是以解决病患病痛和疾病、维持个体身体健康为目的,在一定的医疗知识体系下发展出的所有与医疗行为相关的认知与实践。由此可知,医疗体系不仅包含国家参与建构的正式医疗制度,也应该包括在乡土社会存在的非正式医疗制度。

(二)正式医疗制度与非正式医疗制度

诺斯(Douglass C. North)指出,制度是一个社会的游戏规则,或更规范地说,它们是为决定人们的相互关系而人为设定的一些制约,并由正式制度(如规章和法律)和非正式制度(如习惯、行为准则、伦理规范)以及两者的执行特征组成(诺斯,2002)。本文是在诺斯这一概念框架基础上对我国农村社会的医疗体系进行的分类。

正式医疗制度是指国家有意识地通过法律、制度、规范和契约等正式确认的,以人民健康为目的的基本医疗认知和具有规范化、程序化特征的医疗实践。其医疗服务供给方以国家正式审批、备案、注册的医疗机构为主体,包括各层级的公办

医疗机构、民营医疗机构和个人诊所等,按照国家认可的程序和方式提供医疗健康服务。该类医疗体系在我国覆盖范围最广、群众接受度与认可度最高。^①

非正式医疗制度是指人们在长期生活和社会交往中以维护人民健康为目的、约定俗成且在一定范围内被认可的医疗认知和有稳定病患参与的非规范化、非程序化的医疗实践。其医疗服务供给方是一个未受到国家和专业行业认证的、未经官方审批和资质检验的,且持续在民间社会行医的医者群体。常见的有非规范的中医学经验派队伍,如土中医、草药师、针灸师等。

医疗体系的有效性及其可持续性的一个重要前提是合法性问题,即医疗体系所产生的秩序与功能在维护身体健康和公共福祉方面能保持活力。比起国家鼓励、支持的正式医疗制度,被抵制的非正式医疗制度的“合法性”是由社会和农民需求所给予的。但是,也正是由于非正式医疗制度本身缺乏一个外部力量的监控和专业权威的指导,它的治疗方式往往存在一定的安全隐患、有效度低与新治疗技术更新慢等问题。

(三) 一个社会建构论的走向和多元要素的影响

围绕医疗体系,已有研究主要从以下三个进路展开:以帕森斯为代表的功能主义范式、政治经济学研究范式,以及以福柯为代表的社会建构论范式。

帕森斯首先提出“病人角色”这一概念。他的全部分析是建立在高水平的专业医学知识上的职业权威(菲力普、赫尔兹里奇,2005:65)。医患关系是基于“病人恢复健康”的共识或共同利益,但并非对等关系,而是病人更加被动(Parsons,1951),医学的控制作用是为了维持社会秩序。他的“功能与控制”观点影响了人类学对非西方医疗体系的研究,民俗医疗实践被认为在保证个人责任、义务与良好人际关系(张珣,1989:87),维持社会秩序与保障社会功能等方面起着正向作用(马林诺夫斯基,2016:5-30)。政治经济学进路的研究者赞同医学是作为社会控制的工具的观点(Zola,1972),但也认为医学是对人健康控制自主性的剥夺(Illich,1976),医患关系建基于不同的利益及其利益冲突。医疗知识会带来权力与社会地位的不平等,这种权力失衡会导致社会不公,背景寒微的人只能得到较差的医疗服务和较少的医疗选择(Lupton,2016:16、158)。并

^① 本文的正式医疗制度包括公办医疗机构、民营医疗机构和个人诊所,但由于本研究所调查的山区县除了乡镇的中心村以外的,大部分村庄没有个人诊所,民营医疗机构也很少,访谈的农民也几乎没有在上述机构的求诊经历。所以后文关于正式医疗制度的讨论实际并未包含民营医疗机构和个人诊所的情况。

且,政府对医疗权力的控制和过度专业化的医学发展持支持态度。这种思想扩展了人类学对非西方医学的分析,使其不再局限于传统社会的文化模式研究,同时也考察了与外来因素的互动,比如经济组织与权力关系(张有春,2011:58、67)。

20世纪80年代,社会建构论成为影响医学社会学与医学人类学研究的重要理论。这一理论认为:不存在完全客观和一成不变的社会事实,所有社会现象都是随人们生活环境与价值观念的变化而不断被重新建构的,对其的理解要在特定的历史和文化背景下去考量(陈秀兰,2008;刘继同,2004)。其中,福柯的观点影响较大,他在《临床医学的诞生》中通过对“知识与权力”的分析揭示了医学背后的权力关系,将疾病与社会经济、国家政治挂钩。后续研究者在此基础上认为,精英群体通过制度、话语、实践等多种形式建构现实,以完成改造社会的期待(王宁,2020;景军、薛伟玲,2014)。权力是无所不在且动态变化的,它可以被每个人使用(Lupton,2016:160),普通群众也可以参与医疗互动的过程。人类学也借鉴了这种观点,认为这样有助于更全面地考察健康、疾病、治疗与文化、社会地位的联系(Morsy,1996)。

综上所述,关于医疗体系的研究逐渐走向了一个社会建构论的分析路径。人们越来越认识到,健康与否不仅仅是个体生理上的反应,不同社会文化背景下的人有着不同的疾病解释和治疗方式。医疗体系不单由医学知识专业群体或国家参与建构,精英与普通民众的观念、权力和需求也会影响其发展。就此,我们发现影响医疗体系建构的基础因素已经显现,除了作为内部因素的医学专业知识外,制度、权力、经济与社会文化等外部因素也在对医疗体系进行重塑。

这种研究走向对理解我国医疗体系的建构具有重要价值,但是用以西方文化为中心取向的社会建构论分析我国农村医疗时依然缺乏“内视力”。首先,关于西方与非西方的医疗体系分类并不十分适合转型社会的中国医疗情境。其次,我国的行政体制、社会结构和文化、民族医学基础等与西方社会有着较大差异,导致西方社会建构论不能被直接套用。

为了更好地理解我国农村医疗现状,反思农村正式医疗制度的建设问题,我们通过对社会建构论的修正,以梳理医疗体系型构逻辑的方式,实现对正式医疗制度和非正式医疗制度的理解。

(四)研究思路:多重逻辑构建的医疗体系

无论医学形式如何演变、医学种类如何丰富,有一个医学发展目标始终不变:以人为本,为病患健康服务(韩启德,2017)。在这一前提下,国家政权、专业

知识、经济基础、社会和文化基础等各方力量不断推进着医疗体系的发展。

在我国的正式医疗制度中,农村的医疗服务供给以公立医疗机构为主。然而,由政府出资建设的公立医院,其医疗服务供给和医院管理都受制于国家,医务人员和公立医院间产生了一定程度的科层权力(冯磊,2017)。风险规避和职业晋升的科层制逻辑诱导不同医疗机构努力完成来自政府和上级医疗机构自上而下的任务。但是,不同于政府科层组织,改革开放后医疗服务市场化转向导致医疗机构走向自我创收和盈利的道路,逐渐偏离了公益性方向,使得政府在强调医疗服务公益性回归的过程中又与市场机制下的医疗机构展开博弈。在博弈中,医院和医生群体作为权力运作的另一主体不仅具有来自国家赋予的行政权力,也拥有来自医学知识的专业性权力。其专业权威在向下面对病患者时具有绝对的临床自主性,而在向上应对上级政府时也拥有一定的灵活空间。当下,政府试图通过行政逻辑管理一个医疗服务供给市场,但对于上述两种逻辑混合形塑后的医疗体系不仅没有形成一个真正政府主导的医疗服务供给秩序,也没有形成一个有效的市场化运作机制,来自专业逻辑的灵活应对又在一定程度上增加了医疗体系的复杂性。

非正式医疗制度是由社会文化逻辑主导的医疗体系,不仅受医学知识的型构,而且其构建也受包含惯习、社区支持、情感互惠、信仰、信任等地方性知识^①的影响。从目标来看,关于医疗的社会文化逻辑与行政逻辑具有一致性,都是为了实现医疗服务供给的公益性目标。尽管来自国家制度的力量严格限制了它的发展,但它所蕴含的社会文化基础又促进着它的延续。在这里,医者提供服务不仅是因为他具备专业能力,而且是作为“社区人”在为农民服务。相比于正式医疗制度,非正式医疗制度中的市场逻辑行为类似于早期的商品交换行为,是建立在熟人社会中的人情交换,交易双方都认可交换的有效性,表现出互惠性特征。

在此,我们对医疗体系型构逻辑进行了解构,在社会转型背景下探查中国农村多元医疗体系的发展状况,或可为医学人类学或医学社会学提供一个兼具宏观与微观视角的案例研究,并对农村正式医疗制度的发展提出一些政策建议。

^① 地方性知识是与社会文化逻辑紧密相关的概念,它能体现一个地方社会的文化与传统、历史与当下。一方面,如劳斯(Joseph Rouse)所指出的,“理解是地方性的、生存性的,指的是它受制于具体的情境,体现于代代相传的解释性实践的实际传统,并且存在于由特定的情境和传统所塑造的人身上”(劳斯,2004:66)。另一方面,地方性知识并非是非科学的,它具有实践智慧,被地方居民认可。有些拥有地方性知识的人,在具体情境中可能会“比有普遍知识的人干得更出色”(亚里士多德,2003:177)。因此,我们将地方性知识作为分析非正式医疗制度与社会文化逻辑关系的桥梁,认为非正式医疗制度的地方性知识包含着信任、医疗惯习、社区支持、情感互惠、信仰以及随着社会不断发展更新的医疗观念等。

三、资料收集与调研地

(一) 资料收集

本文资料来源于2019年10月和2020年6-9月笔者在我国西北部S县的田野调查,关于正式医疗制度的信息多来自在该县卫健局实习和下辖各镇卫生院、村卫生室走访时收集的资料,地方政府提供的县志和政策文本汇编,以及对政府官员的访谈资料等。非正式医疗制度的信息来源于笔者以自由人身份在与该县相邻的Y镇和D镇的参与观察,以及对相关人员的访谈资料,访谈对象包括村民、不同医疗机构的医护人员和医院管理者。主要受访者及访谈情况详见表1。

表1 受访者采访情况

	身份	人数(人)	访谈目的
政府部门	县委领导	1	了解正式医疗制度的建设情况、农村医疗卫生发展情况以及对农村非法行医的管理状况
	卫健局主要领导	3	
	卫健局主要执行者	3	
县级医院	院长	3	了解医疗共同体的发展规划和对农村医疗机构的帮扶计划、县级医院对镇村两级医疗机构的管理情况以及医务人员对老百姓就医的看法
	科室主任	3	
	医护人员	3	
乡镇卫生院	院长	5	了解镇村两级正式医疗制度建设情况,不同人员对农民选择不同医疗体系就医的看法
	公卫人员	4	
	医护人员	9	
农村社区	村医	6	了解村级正式医疗制度的建设情况、农民的健康状况与就医选择以及村医对非正式医疗制度的看法
	土中医	3	了解非正式医疗制度的治病逻辑与现实状况以及非正式医疗制度涉及群体对正式医疗制度的看法
	草药师	1	
	“庙宇仙医”的相关者	7	
	村干部	3	了解村民整体的健康状况、就医选择以及对不同医疗体系的看法
村民(其中30岁以下7人,31-60岁11人,60岁以上12人)	30		
总计			84

(二) S县农村多元医疗体系的背景

S县位于我国西北地区,素有天然药库的称号,其中草药资源在维护农民健康的历史中发挥了重要作用,也培育和发展的本地的中医学。1949年中华人民

共和国成立前,该地区的中医医者散于民间,以师徒制世代相传。此外,还有历史更为悠久的草药师、巫医、“看病大仙”等存在。

中华人民共和国成立后,随着正式医疗制度的建立、发展,人们的健康状况显著改善,全县婴幼儿死亡率相比于新中国成立初期显著下降,全县人均寿命已由建国初期的 36.5 岁延长至 1988 年的 65.4 岁。^① 然而,医疗领域的市场化改革使得农村的正式医疗制度陷入困境,S 县出现私人收编或承包医疗机构的案例。直至 2002 年,我国新型农村合作医疗制度的提出使得农村正式医疗制度走出困境,同时也标志着农村医疗体系的重构。2005 年,S 县开启 16 个乡镇卫生院建设,并对存在于农村的无证行医行为进行严厉打击。2009 年新医改,S 县在 2013 年开始推行医疗服务县镇一体化试点改革,以县级公立医院对口支援乡镇卫生院的方式引导优质卫生资源服务于农村。2018 年,改革通过试点后铺开,两个县级公立医院与 18 个乡镇卫生院和所辖卫生室构建了两个医疗共同体,并采用培训、带教、进修、帮建等方式以实现基层医疗服务能力的提升。2019 年底,县域内就诊率达 90.7%,统筹区域内住院实际报销比例达 81.39%,家庭医生签约服务率 100%,80% 以上的村卫生室都能提供中西医结合的医疗服务,农民健康得到明显改善。^②

但是,在农村快速发展的正式医疗制度并没有能完全取代非正式医疗制度,农民依然有着多元化的医疗寻诊方式。笔者在田野调研期间发现,当下的农村仍有很多非正式医疗制度的医者为农民提供便捷、实惠的医疗服务。如庙会期间(大部分庙会持续七天)，“庙宇仙人”(亦称“看病大仙”)的主要任务之一就是为赶庙会的病人看病,人数甚多,有的庙会甚至达到每天百人的就诊量,其中还不乏年轻人。

四、农村多元医疗体系的行动逻辑

(一) 行政逻辑主导的正式医疗制度

面对长期城乡二元不均的医疗资源分配,受行政逻辑、市场逻辑和专业逻辑形塑的正式医疗制度,期待在农村社会实现互利共赢的合作。但在现实中,不同行为逻辑在形成合力时往往缺乏制衡,导致张力的存在。

^① 数据来源:《S 县县志(1949-2017)》《S 县七十年》。

^② 数据来源:S 县卫生局 2020 年度总结汇报材料。

1. 专业行政化: 医疗资源的快速下沉与能力提升的不均衡发展

当行政逻辑介入医疗专业化的发展时, 医疗体系出现了专业行政化的特征。一方面, 来自行政逻辑的“命令与控制”实现了农村医疗资源调配的强动员, S 县在短时间内实现了医疗资源的快速下沉。自 2018 年以来, 县级医院累计下派 22 名骨干医师到分院担任支部书记或业务副院长、下派技术骨干 400 余人次, 带动乡镇卫生院开展新技术项目 26 个, 运用新技术 40 余项, 新增疾病诊疗病种 30 余个。这些举措在提升农村医疗服务能力的同时, 让农民在家门口享受优质的医疗服务, 并由县、镇、村医师共同组建针对农民的家庭医师团队, 为农民提供全方位、可持续的健康管理。^① 如果没有行政力量的介入, 这种健康管理在偏远的农村地区是难以实现的。另一方面, 医疗机构也由此陷入一个压力型科层体制。压力型体制是“为了实现经济赶超, 完成上级下达的各项指标而采取的数量化任务分解的管理方式, 下级组织和个人要在规定时间内完成既定任务, 然后根据完成情况进行政治和经济方面的奖惩”(荣敬本等, 1998: 28)。在实现强动员的同时, 这种强制性政策工具的实施往往导致政策目标的非现实化与迷失(赵黎, 2018)。

(1) 发展定位的矛盾起点: “医疗”还是“公卫”? 我们在 D 镇卫生院调研时, 有几位医生询问笔者: “现在都说大健康, 你说我们现在是治病重要, 还是公(共)卫(生)重要?”(访谈资料 D0711GWJ) 这种说法令笔者震惊。无论是公共卫生项目, 还是疾病治疗工作, 都是为了提升农民的健康水平, 并不冲突的两个事项为何成了非此即彼、相互割裂的存在? 笔者在与他们一同工作两周后, 才对这一问题有所了解: 行政逻辑的介入带来的不仅是医疗资源的再分配, 也包括绩效考核、多重任务目标的再分配。科层制逻辑的问责制和职业晋升要素迫使他们必须将有限的注意力集中在被政府具体考核的数据、信息化和资料建设方面, 比如辖区居民健康管理和居民生命档案建设。在本就人力资源紧张的乡镇卫生院, 却要投入过多人力来完成公卫项目目标考核。D 镇卫生院副院长抱怨说: “我们目前使用了三个健康信息管理平台, 分属不同层级政府部门, 端口标准未统一, 对接后会出现信息错乱等问题, 需要手动修正。此外, 我们还要花大量时间去监督村卫生室的健康管理数据信息是否健全, 工作量很大。我们尽量不让临床医务人员参与这些(工作), 但是卫生院一直是‘一个萝卜多个坑’, 没有说只有(负责)公卫的人才去做, 考核任务优先, 需要他们配合时必须配合”(访谈

^① 资料来源:《S 县 2020 年紧密型医共体开展情况汇报》。

资料 D0712TY)。村卫生室同样面临这一困境,在笔者连续拜访的第四天才见到 D 镇的魏村医,每次拜访时或病患太多,或是关着门。魏村医说:“一开门就会来很多病人,可是我资料做不完,前天卫生院的人还督查我呢。经常有病人找我我不在,他们问我:‘你这个大夫不看病天天跑啥跑?’我就开玩笑地说:‘现在看病对我来说没那么重要,我要做资料,我要去签约(家庭医生签约)’”(访谈资料 D0710WCY)。因此在有限的注意力下他们只能暂且放下提升医疗服务的目标。

此外,对于想“混日子”的医务人员来说,由于政府对乡镇卫生院和村医的基本收入予以保障,当医疗服务的绩效增长难以提升时,完成医疗的行政事项和公卫项目就容易被当做阻碍他们提升服务能力的借口(访谈资料 D0712WW、Y0728WY、Y0803JCY、D0710XCY)。

(2) 医疗服务能力提升:科层体制下的制度化运作方式。在 S 县的医共体建设中,D 镇作为典型培育的卫生院,县医院先后向其输送十余名主任医师下基层带教,卫生院也累计上派四十余人次到县医院学习、培训。经过三年的努力,到 2019 年底,D 镇卫生院住院人次较三年前增长了 14.5%,门诊人次增长了 9.4%,^①其在百姓中的口碑也得到改善(访谈资料 D0711JD、D0708GJC)。然而,根据托布勒(Waldo R. Tobler)提出的“地理学第一定律”(Tobler's First Law of Geography),这种由医疗服务能力提升带来的成绩和利好评价具有“距离衰减效应”,^②与 D 镇距离较远的农村和非典型乡镇的百姓所获得的福利就很有限。

以 Y 镇为例,虽然它在 2018 年后纳入了医共体建设,但实际效果并不显著(访谈资料 Y0728WJ)。在笔者调研期间,该卫生院只有一个县级医院下派的医师进行帮扶带教工作,且这个医师负责管理三个镇卫生院的业务。此外,在 Y 卫生院改善医疗服务能力的培训项目上,主要也是由地方政府部门与分管县级医院,依据全县乡镇卫生院的总体医疗资源分布特点和可下派的县级医院人员数量来对其做出发展规划,以实现全县医疗“功能完备、特色突出”的整体布局。当地居民的健康状况与卫生院实力反而成为次级考量范畴。在访谈时,Y 镇卫生院郑院长就表示:“我在这里工作十几年了,什么病的病人最多,我们能治什么病我最清楚。我们镇患心脑血管(疾病)的留守老人居多,我想发展针对老年

① 数据来源:D 镇卫生院简介。

② 托布勒于 1970 年提出的“地理学第一定律”说明,某个实体对周边的经济影响力会随着距离增大而逐渐减弱。在 S 县医共体培育的典型卫生院中,其优势效应对于周边居民尤其是偏远地区居民的福利提升影响力就相当有限。

人的心内科,我们有两个大夫以前也学过这个,可是上面的领导建议我发展儿科,我们都没学过儿科,没基础,不实际”(访谈资料 Y0728JY)。

在村卫生室发展方面,S县在2020年已超额完成国家要求的规范化卫生室建设工作。然而,这项以提高医疗服务能力和农民健康水平为目标的工作,在执行过程中却由“规范化”转为“指标化”。笔者曾参与县卫健局和乡镇卫生院对村卫生室的排查、评估工作,其中主要的评判依据有:建设状况排查——是否达到标准化村卫生室建设,即“四室分离”(保健室、诊查室、治疗室、药房室四室分开)、建筑面积60平方米、基本诊疗设备齐全、村医执业资质、政府部门配套的相关文件等;管理排查——医疗机构许可证、村医资质等材料是否“上墙”,基本药物品种是否达80种以上、医疗环境是否清洁;健康管理数据台账是否更新、健全;相关政策是否公示;是否有饮用水,等等。这些条件是保证村卫生室科学、规范工作的前提,但在执行过程中却走了样或进行了变通。比如:政策与宣传信息上墙等同于健康教育宣讲项目的完成;村医资质的拥有等同于具备基本的医疗服务能力;“中医药品齐全”“中医健康教育宣传上墙”等同于村医具备中医药知识和服务能力。而关于村医的医疗水平与居民的满意程度并未真正纳入对村卫生室工作的考核范畴。尽管当下农村社会实现了“村村有村医”,但我们在调研时经常有村民向我们抱怨“没有医生给我们看病”,并表示现在最迫切的需求是“下派”一个能看病的村医(访谈资料 D0709YX、Y0718JF)。

总之,正式医疗制度受行政逻辑的影响,农村医疗机构不仅出现发展定位的矛盾,其运作方式也呈现科层化运作特点,产生了一些制度化运作方式,如“总结”“指标与评估”“数据”等工作,忽视了真实的医疗实践和农民的医疗需求。

2. 行政型市场化:对市场行为的纠偏与医患关系的复杂化

顾昕(2011)指出,中国公立医院具有行政型市场化的特点,它一方面受制于政府部门的行政干预,另一方面又受改革开放市场化、商业化的影响。行政逻辑的干预确实有助于实现有限的资源在全社会范围内更公平和优化的分配与利用,对医疗价格的行政管理、药品零差率、医疗报销制度等手段,促进医疗机构市场行为的纠偏,实现让利于民。然而存在的问题是,过度行政逻辑的介入没有能彻底解决市场化弊端,反而让医疗体系变得更为复杂。以下我们以医患关系为例进行说明。

(1)行政捆绑式的医患关系。在农村地区,很多正式医疗制度中的医生是出于行政命令与职业晋升的要求而被动地为辖区百姓提供服务,这种行政机制的优点是能保证基本的人力资源供给,但从服务效果与农村医疗长远建设来看

是有缺失的,医生虽然驻扎,但对所属医疗机构和农村社会缺乏归属感和责任感,医疗服务效果和可持续性不佳。笔者在对乡镇卫生院的医护人员进行访谈时,他们指出:“县医院下派医师给我们肯定是有好处的,但就像轮班一样,他们觉得自己是‘贵客’,是来指导我们的,服务期限一到人就走了。不是一条心,百姓的受益是短暂的,我们也没系统学到东西”(访谈资料 Y0728JY、D0712CZ)。并且,一些对驻扎的农村社会缺乏认同的镇卫生院医护人员和村医,政府部门和医院管理者需要花很多的精力与时间去说服、动员他们留任(访谈资料 Z0602Y、Z0623Z、Y0718Y)。这种捆绑式关系是脆弱的、不情愿且不稳固的。

(2)消费主义下的医疗关系。里德尔(Leo G. Reeder)指出,在当代社会,区别于强调病患依赖性的旧式医患关系的是“服务者—消费者”的新型医患关系。他认为医患关系的互动是建立在市场交易中的平等而非共同意识(Reeder, 1972)的活动。

虽然政府在调节过度市场化方面发挥了重要作用,但仍未能根本扭转医疗服务市场的逐利性。以医患交易过程为例,医生作为服务提供者,通过给予服务对象优质的医疗服务产品满足病患的医疗需求。病患作为服务对象本应为服务支付全部金额,并对医生的服务进行评估、反馈。但是在正式医疗制度中,国家首先通过向所有病患及潜在病患筹资组成的医疗保险与病患个人一起向医生及所属医院付费,且报销比例在基层医疗机构保持很高的水平。在此背景下,从病患作为消费者的角度来看,整个服务提供链条是不完整的,医疗报销机制的存在不仅让就医选择变得有限,病患的服务评估对整体服务水平的改善也缺乏效力,即其评估与反馈并不影响医护人员的晋升与薪酬。而从医生作为服务提供方的角度来看,无论是谁对服务产品付费,整个交易链条却是完整的,尽管有国家力量的干预,其本质上仍是一种市场化的交易行为。笔者在调研中就听到某医生在与同行打电话时说道:“你最近生意怎么样呀?我就不行啊,我才收了八个病人”(访谈资料 D0710WLC)。在医院之间的交流活动中,院长们关心的问题也是彼此的业务年收入而非治愈率与医疗质量,医生的绩效分配也是与业务量挂钩的(访谈资料 X0720WJ)。因此,当对利润的追逐成为医院或医生的主要目标时,医疗服务就成了一种盈利手段,“看更多的病人”比“看好一个病人”更为重要;这也就不难理解,在住院才享有医保报销的前提下,因感冒住院的病患为何不在少数(访谈资料 D0709SG、D0712CZ、Y0720WJ)。

3. 西方医学影响下医疗效率的提高与医疗服务的分化

随着医学技术化和医学专科化的发展,以生物医学知识和现代技术为核心

的医疗体系在疾病预防诊治能力的提升、病患生命质量的监控和医学科学知识深化等方面取得长足进步,大大提高了疾病预防与治疗的效率。科学化与精密化的医学技术使得某些能力平平的农村医务人员也能做出正确的诊断。然而,程序化、流水线、复刻式的医疗服务在提高效率的同时也造成了一些医疗服务的分化。

首先是医生与病患在专业知识中的分化。具有高度专业性的医生掌握着绝对的临床自主权,病患很难参与到医生的治疗决策中,而且注重效率的流水线服务又影响了医患沟通的时间和深度,由此引发更多的信任问题。其次是技术治疗与医学经验在医疗情境中的分化。科学的技术与数据本是为了助诊疾病(樊代明,2015),但是现阶段医护人员必须借助医疗仪器和先进药物实现诊治,其医学照护与服务的劳动价值被忽视,过多的医学检查和程序在给病患增加经济负担的同时,反而给医院、医疗设备制造商带来收益,各大医院由此开启了医疗设备升级竞赛。Y镇卫生院郑院长就指出:“其实并不是县医院的大夫高明多少,他们还是靠机器给出诊断,我要有机器,我也能看得出的是啥病”(访谈资料Y0728JY)。再次是药物治疗与心理治疗在治疗方式上的分化。流水线式的医疗服务常常忽视对病患的倾听,病患的疾病体验和心理郁结无法得到阐释和疏解。

(二) 社会文化逻辑主导的非正式医疗制度

与正式医疗制度相比,非正式医疗制度的专业发展是滞后的,医疗方式和技术也很难实现快速的更新换代,这也是它被不断诟病的原因之一。不仅在于此,二者的差别还在于社会文化逻辑主导的形塑。

1. 从惯习的延续到对社会转型的适应

在转型社会发展和现代科学主义思潮的影响下,非正式医疗制度的医者及信奉者已不再盲目宣扬其医疗手段的神秘性、有效性和超自然性,反而有土大夫和“看病大仙”直言“不能解决所有疾病,只是针对某类疾病,该去医院的病不能在这里看”(访谈资料Y0728JX、D0801HG)。这种回答并不是他们在面对访谈者时的伪装,笔者在对其他病患和卫生院医师访谈时也听到了很多劝说病患到医院就诊的案例(访谈资料Y0803CZH、D0711WKQ)。然而,他们对正式医疗制度主导地位的承认和对自身服务有限性的“坦诚”,并没有导致求诊者数量的减少,反而在一定程度上增加了自身理性化的色彩,让病患对其更加信任。

在农村社会中,非正式医疗制度的就医惯习依旧影响着农民的就医行为。

对于症状较轻的常见病来说,“一根针,一把草”的医疗方式是最便捷、最经济的选择,“看病大仙”的诊治方式对一些疾病也常常有效。然而,当下人们对理性化、科学化的医学方式的追求,迫使非正式医疗制度做出改变。笔者在观察“看病大仙”的诊治过程时发现,医者在借助神力表演的形式背后,本质上是中医医疗理论的践行和地方知识、经验的表达。他们会通过把脉、问诊的方式为病患寻求治疗方案,一名辅助者负责算卦问事与记录治疗方法。“看病大仙”开具的药方可以通过正规医师鉴定其正确性,大部分药材在山林中可以找到。D镇一名村医的业余身份就是担任“杨戬二郎”大弟子的辅助者,他讲到:“大仙开的也是中药方,很多我不知道的药他都知道,你要不信,你拿着药方给任何一个中医大夫看,他肯定不会说大仙开的方不对”(访谈资料 D0709WCY)。这种找“正规”中医大夫验证的方式,“看病大仙”并不排斥。

2. 社区成员的参与和支持

与农村公立医疗机构相比,非正式医疗制度中的医疗机构面临着更严峻的资金与人力资源不足的难题。其医疗空间不是在诊疗室、医院等规范化的场域,而是在诸如家庭式的私人空间与庙宇式的公共空间内进行,其解决的是村庄的医疗服务问题。这样的场所建设就不仅仅是个人问题,而成为一个社区问题。

笔者在调研期间参与了D镇Z村二郎庙会筹备工作,发现30万元庙宇新址建设资金全部来自于村民自筹,其建设用地,部分砖瓦、水泥和食物均由村民捐赠,而砖瓦匠、铲车师傅、厨师等也是由村民担任义工。当追问为何要建新庙,村民说:“旧址破旧又狭小,不方便大仙看病”(访谈资料 J0801HG、D0801WM)。由社区成员众筹共建的医疗空间,不再是一个冷冰冰的建筑场地,反而形成了独特的社区共同情感的联结,参与建设的村民都有共同的信仰和相似的就医观念,他们一致认为会优先享有“庙宇大仙”的关照与庇护。与之类似,Y镇土中医陈爷家的房子,也是村民们出砖出力,帮助他共同修盖的(访谈资料 Y0803CZH)。

此外,非正式医疗制度的服务过程也常常体现出社区互助的理念。病人的亲属、朋友及社区成员都有可能成为医疗意见团体,为病患就医建言献策或提供更多的就医选择机会,以减少病患的医疗交易成本与身体试错的风险。

3. 贴近日常生活的医疗服务

对非正式医疗制度的医者来说,其最主要的身份是农村社区中的一员,他是在日常交往的互动中来为患者提供医疗服务的。此时医患关系并非现代医疗体系中的强弱关系,而是平等的互惠关系。正如费孝通所指出的:“亲密的共同生活中各人互相依赖的地方是多方面和长期的,因之在授受之间无法一笔一笔地

算清往回。亲密社群的团结性就依赖于各分子间都相互的拖欠着未了的人情”（费孝通，1998：72）。医患主体因具有相同的文化血脉，保证了他们对某类行为方式的认同，在熟人社会中人情交换仍发挥着作用。但是受消费主义的影响，对于村社之外的医疗服务，这些医者也会接受低成本的金钱清算。

笔者在 Y 镇某土中医家庭诊所访谈时，看到两位前来扎针、拔罐的村民并没有支付诊费，而只带了一袋子当地出产的饼子作为酬谢。他们告诉我：“一个村的人，不用出钱。你抓点中草药，或者请他过去给看看房子（看风水）啦，用人家很多东西呢，你需要给点成本钱”（访谈资料 Y0728JXCM）。而土中医的服务时间更有弹性，甚至会根据病患的需要提供居家上门服务。Y 镇的一名大学生就说：“你找陈爷看病，没带钱也没事，可以赊着，陈爷不记账，什么时候有钱了你来还了就好。陈爷对大家都很好，雪天的夜里也会接受你上门看病的要求”（访谈资料 Y0803CZH）。

在以情感为纽带的社区中，医者往往会给予病患足够的倾听与尊重。D 镇某庙会会长的女儿讲述了她表妹找“看病大仙”就诊的例子：“小玉的婆婆去世后，她晚上老做噩梦，被她婆婆吓醒（婆媳关系不好，小玉婆婆生前与小玉一直有矛盾），白天胸口闷喘不上气。大仙说是因为小玉没有把她婆婆安顿好，拿点银两超度一下就行。超度完小玉还真好了。”当追问为什么小玉不直接去医院看病时，她回答：“这种病国家看不了，你去看病说自己被死去的人缠着，人家谁信咧，只有大仙听你说这个”（访谈资料 D0710YJ）。通过观察我们发现，在疾病诊断与治疗过程中，不论病患的疾病阐述多奇特，非正式医疗制度的医者往往能够做到认真倾听、同意转述、表达同理并出谋划策，整个过程给予病患以尊严和体面。

五、农民就医选择中的“逻辑偏好”

医疗服务是面向社会成员的，医疗体系的建构是否实现了良性发展，农民作为服务对象最有发言权。我们以农民群体的就医选择为视角，对其逻辑偏好进行定位，这将有助于我们对医疗体系的发展进行反思。

（一）在社会转型中不断建构的疾病观与就医观

现代农民的疾病观念不是一个完全传统性的认知，也不全是一个现代化的认知，而是兼具传统性与现代性特点并随着社会发展而不断建构的产物。他们的疾病观影响着其对疾病的分类以及就医方式的选择。第一，在生物医学的主

导性影响下,人们通常认为疾病与身体器官的病变有关。“你的器官坏了,该手术的就得手术”(访谈资料 J0801HG)。第二,受传统中医学的影响,人们认为疾病与阴阳五行的不平衡有关。“像上火、中风、头疼这样的小毛病,抓点草药、扎个针就好了”(访谈资料 D0801WM);第三,疾病与道德行为存在关系,疾病具有惩罚性,它不一定是惩罚犯错的个体,也可能是其人际关系网络中与其亲近的个体或群体(张珣,1989:97;桑塔格,2003:37),尤其是重病的发生,会让人们怀疑致病原因是否与个人的品行有关。第四,疾病与个人命运紧密相连(张珣,1989:131;特纳,2000:134)。比如,不孕不育症病患和身患癌症、重病的病患有时会被说为“命里无子”“命里如此”(访谈资料 D0709KQ、D0710YJ)。第五,疾病与个体的生活环境、社会结构与状况有关(恩格斯,1957:379-394;菲力普、赫尔兹里奇,2005:7-9)。

我们在访谈时发现,农民会根据自身痛感体验将疾病分为小病、大病、急病、慢病、“国家看不了的病”等不同类型,对不同类型的病会选择在不同的医疗体系就医。“小病”多指一般的头疼脑热、咳嗽、腹泻等身体出现轻微不适的症状,这种情况农民大多以便利性为原则,就近找村医或土大夫、“看病大仙”拿点西药或抓点草药进行预防、治疗。随着西医的发展与影响,像“急病”与难以治愈的、需要做手术的、化疗的“大病”,农民首选正式医疗制度中的西医求诊。以往对于高血压、颈椎病、肠胃炎等“慢性病”,中国人有中医治疗的传统,部分农民会使用一些中草药或针灸的方式。但随着慢病管理纳入国家医疗保险支付后,西医逐渐成为病患就医的主要选择(访谈资料 D0708ZJY、D0708ELB、Y0722MC)。

非正式医疗制度通常被运用在三类疾病的治疗中。首先是农民口中“国家看不好的病”(“邪病”)。我们访谈后发现,当农民将疾病与道德行为、宿命观或难以解释的病因挂钩时,他们往往就会尝试利用超自然力治病的方式。比如因“苛待婆婆”而引发精神病的张哥媳妇(访谈资料 Y0730ZG),夜间婴儿啼哭不止被指因“家族逝者对婴儿家长的责备”而引发(访谈资料 D0804WY),在田间干农活时被“不知何力量”拍打在地的大姐(访谈资料 D0730YY),等等,都会选择找“看病大仙”治疗。其次,通过师徒制和家族流传下来的一些针对地方病和常见病的偏方与草药方,让一些非正式医疗制度中的医者有了自己专长,在一些“擅长病”治疗方面颇有口碑。比如,不同村庄中有一些对痞子、皮疹、正骨、儿科病等方面具有特长的大夫(访谈资料 Y0731LY、D0801HG)。最后,我国的中草药资源丰富,在农村社会中发展出了一套健康管理方案和疾病治疗方法,人们常见的头疼脑热、咽喉肿痛、皮外伤等“小病”,土大夫都有一些经济适用的治疗方案,并将一些常见的、可就地取材的草药的使用方法、功效和应急治疗方式传授给村民。

(二)具有等级性的“混合型就医”

如果人们在患病后第一次就医就能解决疾病与健康问题,这对人们来说是最好的结果。但在现实中,农民就医往往不是简单地根据疾病类型来选择的,穿梭求医乃是常事。我们通过两个案例来观察农民的就医行为选择表现出了怎样的就医秩序与需求特点,医疗体系中的哪些逻辑影响了他们的选择。

案例 1:村民陈奶奶,68 岁

我午休时被毒蜘蛛蛰后整个脸都肿了,村卫生室就是个拿药的地方,不管用。我孙子带我去去了卫生院,开了清毒胶囊,吃了一周也没好。之前我们村的人就和我说说卫生院看不好病,让我直接去县里,我嫌远,结果也是白花钱。后来我去了县医院,住院 20 多天肿块才消了一部分,报销完还花了 4000 多元,这都够我孙子(大学生)一年的学费啦。县医院让我去市医院,但去市医院看病更贵,吃住都得花钱,要是再看不好呢?我不想去。我们村的老李帮我介绍了个大仙,我给他带了一些牛奶、茶叶和腊肉,他给我开了中药,一周后肿块全消了,你看现在完全好了。(访谈资料 Y0803CZH)

案例 2:村民李爷爷,58 岁

两年前,我孙女(8 岁)出了皮疹,我带着她去了卫生院,住院治疗后没好转,大夫让我们去县医院,孩子的爸妈不在家,去县里太远,不方便。听我们村的人说有个老中医专治这种病,我就带孩子去了他那里,他说这是麻风病,以前很常见,现在基本没有了,告诉我不用担心,我孙女能治好。好了后,我们又到卫生院复查,医生看了说没事了。我和医生说老中医说这是麻风病,医生听了很生气,说:“我们麻风病已经消灭了,什么麻风病,你把那个老中医叫过来和我对峙。”他可凶了,不是这病,你说是啥病?他也说不清,也看不到。(访谈资料 YM0729XHP)

从上述案例中可以看出,农民的就医选择表现为等级性的就医策略,正式医疗制度在其中保持着优势地位。无论是首次就诊还是转诊就医,农民优先考虑的是正式医疗制度的途径,在基于相关投入成本(金钱、便捷度、时间)问题的考量时,才会转向非正式医疗制度,由此产生在不同医疗体系间穿梭的“混合型就医”。

行政逻辑的介入虽然使正式医疗制度具有可报销的优势,农民能够真正受益,但它是有条件、有额度的报销。市场逻辑下的“大处方”“多检查”导致农民

的自付比例增加,额外的生活费用和交通成本,这些对于低收入的农民来说仍是一种经济负担。如果就医的结果是“看好病”,就算投入的成本超出心理预期,农民也会进行自我安慰。最差的结果是“未看好病”而农民又积累了“检查多、价格高、解释少、服务差”的弱医疗体验,就可能会导致他们对医生及其医疗机构失去信任。而基于具有人情味和互惠性质的非正式医疗制度却表现出低成本和便捷的特点,它即使看不好病,也被他们认为是一种“治愈前的尝试”,不会有过多的损失。

非正式医疗制度能在农村地区延续,不仅有来自正式医疗制度的推力,还具有其自身独特的优势,即社会文化逻辑所蕴含的吸引力。尽管其中的一些治疗方式不被制度规范认可,且在专业层面存在技术和安全等问题,但是它符合了农民对医疗体系的期待,即低成本、有效、便捷、平等的医患关系,重视疾病的阐释和社区参与咨询决策等。我们可以从一位村医从非正式医疗机构转到正式医疗机构的事例进行说明。

因Y镇H村缺少村医,乡镇卫生院按照县卫健局的要求,动员一个受村民欢迎的土中医考取相关的职业医师资格证,将其转为村医,并要求其关闭家庭诊室,搬至集体产权房的村卫生室。听起来该土中医似乎有了更好的发展前景,但是村卫生室的病患流量远远少于他在家庭诊室的诊治数量,村医抱怨业务收入并不理想。造成这种状况的原因除了卫生室的选址较为偏远外,村民也给出了其他解释:“人家现在有‘铁饭碗’,是正式工作,下班了就关门了,那我直接去卫生院好了,差不多的距离比他看得还好咧”(访谈资料X0618WJ)。“去那看病还要掏5块钱的诊疗费,以前不用,大家坐下来聊聊天、看看病,现在你看完病不走不是影响人家工作嘛”(访谈资料Y0620WY)。由此,对村民来说,同样的医疗服务在不同的医疗体系中具有差异,村医身份、服务时间、药品价格、诊疗收费等来自正式医疗制度的“规范化”已经让土中医的医疗服务变得不如从前那样亲近、便捷。在村医还是土中医时,农民愿意放弃一定的“治疗效果”来就医。当他变成村医后,同等便捷程度下,农民反而会用“治疗效果”的标准找寻更高水平的医生。换句话说,社会文化逻辑的介入在一定程度上抵挡了非正式医疗制度在专业能力方面的缺憾。

通过上述案例我们看到,农民作为医疗服务的接受端,除了对专业逻辑的偏好(对正式医疗制度的专业程度更为认可),他们在就医时往往会参考自身的经济能力、参与感、服务体验等要素,而这正是非正式医疗制度所强调的社会文化逻辑下的价值蕴含。

六、关于农村医疗体系发展的思考与建议

(一) 总结与思考

在转型社会下,城乡融合的发展背景推动着“基本公共服务均等化”政策目标的形成(郭小聪、代凯,2013),体现在医疗卫生领域就是要强调医疗服务的公益性。但是,转型社会所带来的农民观念和社会结构的改变在一定程度上也重塑着农村医疗体系,为实现公益性的目标带来挑战。首先,关于正式医疗制度的形塑,在走向公益性供给的过程中会有一些难以打破的困境,一是以行政逻辑主导的医疗体系引发的制度性困境(普力克、哈丁,2011:13;朱恒鹏等,2014),二是现代化社会发展下的市场失灵困境(王绍光,2005),三是农民对医疗服务的差异化和个性化需求与当下的医疗服务流程化供给存在矛盾。其次,也给非正式医疗制度的发展带来难题,即如何在追求现代化和科学化的社会中,在延续发展的基础上实现公益性供给。

通过对S县的调研,我们发现,由行政逻辑、市场逻辑与专业逻辑主导建构的正式医疗制度,试图通过三种逻辑建构的互补合力实现在农村的权威化、专业化与优质化的发展。虽然其在农村医疗资源优化配置和对市场失灵的纠偏方面发挥了作用,但同时也导致了更复杂的问题,产生了难以协调的张力。此外,以社会文化逻辑为主导的非正式医疗制度在低专业效度和国家限制的情况下,在自我淘汰与发展中适应了转型社会的变革,通过社会文化逻辑弥补了农村正式医疗制度专业力量的不足,实现了在乡土社会的延续。这样的现实差异给我们重新认识与建构农村医疗体系带来了一些思考。

首先,关于不同医疗体系间不平等地位的反思。当前,医疗体系中以生物医学为导向的科学性在得到正式医疗制度承认的同时,还继承了生物医学的“霸权”主义思想,对非正式医疗制度甚至正式医疗制度中的中医学进行排挤。然而,知识在多大范围与程度上有效,不是由先天的预设所决定(盛晓明,2000),而要在实践中予以验证。

其次,关于平衡正式医疗制度不同型构逻辑间张力的反思。正如韦伯(2010)在对社会历史正当性秩序构建的讨论中所指出的,一种仅仅由于纯粹的工具理性动机而被遵守的秩序,远不如那些基于纯粹习俗而坚持下来的秩序稳定。非正式医疗制度也用自身的发展向我们证实了社会文化逻辑所带来的潜能和动力是不能被忽略的。

(二) 一些建议

回到文首对多元医疗体系关系的讨论。在我国农村社会,正式医疗制度如果非常健全、完善,非正式医疗制度就难有存在与发展空间。反过来,如果非正式医疗制度没有自身的发展优势,即使留有空间也无法长期延续。这两个条件对于非正式医疗制度的延续发展不可或缺。我们要承认的是,目前的正式医疗制度仍处于不断完善的阶段。根据现有的医疗政策和管理政策,农村医疗体系的建构要契合农民的认知需求、经济需求、社会关系,要实现在行政、专业、市场和社会等多重逻辑间的平衡,但当下还难以做到。

未来,非正式医疗制度将会继续存在。虽然其确实存在一些不稳定的因素,在维护健康方面具有一些难以排除的隐患和低效率问题,但它并非完全没有价值。我们无意于吹捧它,而是尝试把它作为正式医疗制度和中国农村医疗卫生现状的一面镜子,或许可以为我们透视农村医疗体系的建设提供一些新思路。比如,它在社会文化逻辑上的巧妙运用是否能为正式医疗制度的发展带来启发?关于正式医疗制度的发展,除了平衡城乡医疗卫生资源不均衡的常规意见外,本文还提出如下建议。

第一,要始终以农民的需求和利益为准绳,避免出现为了发展而发展、为了建设而建设的问题。医疗政策的执行要增加一定的弹性机制,在不同的地域推动适应性政策变革。比如,在农村医疗资源匮乏和农村医务人员严重短缺的地区,要适当放宽对农村医师自由职业的限制,尤其是对本地相关人才,要积极加以培训。不仅要重视医疗服务能力的提升,也要尽可能考虑农民就医的便捷性、经济负担和疾病阐释等。

第二,要积极调动社会力量的参与。社会群体内比较容易实现医疗资源与信息共享,这有利于降低就医成本,从而保障医疗体系的发展与农民需求的契合性。可借助互联网平台,构建政府、医生与病患等多元主体的沟通协商机制和双向反馈平台;出台医院服务质量的信息披露制度,构建服务对象对医护人员服务的评价体系;深化医药卫生体制改革,准许社会资本进入医疗行业,通过良性竞争打破公立医疗机构的行政垄断地位,给予公众更多的参与权、选择权。

第三,培养民族自信,重视中医药体系的研究与系统化发展,探索治疗方式的多样化。不同医疗体系从业者进行开放式交流,有助于建立更具亲和性、地方适应性的医疗方式。关于医疗行为的安全性问题,建议以明确的法律法规规范医者行为,以配套的公众反馈机制实现对医疗行为规范化的监督。

第四,重视个体健康的社区责任和社会责任,发挥社会援助在个体健康管理

中的作用。健康政策不应只限于去发展医疗新技术和鼓励健康的个人习惯,还应该致力于生活纽带的改善。家庭、互助组织等社会援助形式在确定个人的健康状况时应发挥作用(菲力普,赫尔兹里奇,2005:46、100、101、105)。因此,重视情感与社会支持价值的医务社会工作,将其纳入现代健康照顾体系,或许是对正式医疗制度的有效探索。

参考文献:

- 陈秀兰,2008,《社会建构论:建构主义教学理论研究的新取向》,《现代教育科学》第1期。
- 恩格斯,1957,《英国工人阶级状况》,《马克思恩格斯全集》第2卷,北京:人民出版社。
- 樊代明,2015,《医学与科学》,《医学争鸣》第2期。
- 菲力普,亚当·克洛迪娜·赫尔兹里奇,2005,《疾病与医学社会学》,王吉会译,天津:天津人民出版社。
- 费孝通,1998,《乡土中国 生育制度》,北京:北京大学出版社。
- 冯磊,2017,《公立医院“取消编制”的政策建构:渊源、经验与展望》,《中国卫生政策研究》第1期。
- 福柯,米歇尔,2001,《临床医学的诞生》,刘东、刘北成译,南京:译林出版社。
- 福斯特,乔治·芭芭拉·加勒廷·安德森,1992,《医学人类学》,陈华、黄新美译,台北:桂冠出版社。
- 郭小聪、代凯,2013,《国内近五年基本公共服务均等化研究:综述与评估》,《中国人民大学学报》第1期。
- 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。
- 韩启德,2017,《医学的使命与困惑》,《中国医学人文》第3期。
- 景军、薛伟玲,2014,《医学人类学与四种社会理论之互动》,《思想战线》第2期。
- 劳斯,约瑟夫,2004,《知识与权力:走向科学的政治哲学》,盛晓明、邱慧、孟强译,北京:北京大学出版社。
- 李尚仁,2018,《现代医学的兴起、挫折与出路》,《文化纵横》第4期。
- 刘继同,2004,《社会建构理论及其对卫生改革的启示》,《中国医院管理》第9期。
- Lupton, Deborah, 2016,《医学的文化研究:疾病与身体》,苏静译,北京:北京大学医学出版社。
- 马林诺夫斯基,2016,《巫术、科学、宗教与神话》,李安宅译,上海:上海社会科学院出版社。
- 诺斯,道格拉斯,2002,《新制度经济学及其发展》,路平、何玮译,《经济社会体制比较》第5期。
- 普力克,亚历山大·S·阿普里尔·哈丁,2011,《卫生服务提供体系创新:公立医院法人化》,李卫平、王云屏、宋大平译,北京:中国人民大学出版社。
- 荣敬本、崔之元、王拴正、高新军、何增科、杨雪冬等,1998,《从压力型体制向民主合作体制的转变——县乡两级政治体制改革》,北京:中央编译出版社。
- 桑塔格,苏珊,2003,《疾病的隐喻》,程巍译,上海:上海译文出版社。
- 盛晓明,2000,《地方性知识的构造》,《哲学研究》第12期。
- 泰勒,爱德华,2005,《人类学——人及其文化研究》,连树声译,桂林:广西师范大学出版社。
- 特纳,布莱恩,2000,《身体与社会》,马海良、赵国新译,沈阳:春风文艺出版社。
- 王春光,2021,《高科技背景下城乡融合发展的风险及对策》,《人民论坛·学术前沿》第2期。
- 王宁,2020,《常人的概念使用与现实的社会建构——从“知识同义建构论”到“知识异义建构论”》,《天津社会科学》第1期。
- 王绍光,2005,《政策导向、汲取能力与卫生公平》,《中国社会科学》第6期。

- 韦伯, 马克斯, 2010, 《经济与社会》第二卷, 阎克文译, 上海: 上海人民出版社。
- 辛格, 莫瑞, 2006, 《批判医学人类学的历史与理论框架》, 林敏霞译, 《广西民族学院学报(哲学社会科学版)》第3期。
- 杨善华, 梁晨, 2009, 《农民眼中疾病的分类及其“仪式性治疗”——以河北Y县NH村为例》, 《社会科学》第3期。
- 亚里士多德, 2003, 《尼各马可伦理学》, 廖申白译, 北京: 商务印书馆。
- 张滢元、李洁, 2017, 《藏区多元医疗结构与民众的就医选择——以夏河县为例》, 《甘肃高师学报》第2期。
- 张珣, 1979, 《医药人类学的一个新尝试——介绍 Arthur Kleinman 的研究架构》, 《人类与文化》第12期。
- , 1989, 《疾病与文化——台湾民间医疗人类学研究论集》, 台湾: 台湾稻香出版社。
- , 2018, 《疾病与文化: 李亦园先生对台湾医学人类学发展的贡献》, 《台湾人类学刊》第2期。
- 张有春, 2011, 《医学人类学》, 北京: 中国人民大学出版社。
- 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。
- 郑淑洁、任定成、罗栋, 2014, 《美国补充与替代医疗体系的变迁及公众影响力》, 《医学与哲学》第7期。
- 朱恒鹏、管馨、向辉, 2014, 《财政补偿体制演变与公立医院去行政化改革》, 《经济学动态》第12期。
- Baer, H. A., M. Singer & I. Susser 2003, *Medical Anthropology and the World System*. London: Praeger Publishers.
- Ember, Carol R. & Melvin Ember 2004, *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Illich, I. 1976, *Limits to Medicine Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Marion Boyars.
- Kleinman, Arthur 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Morsy, S. A. 1996, "Political Economy in Medical Anthropology." In C. F. Sargent & T. M. Johnson (eds.), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. Westport, CT, USA: Praeger.
- Parsons, T. 1951, "Illness and the Role of the Physicians: A Sociological Perspective." *American Journal of Orthopsychiatry* 21(3).
- Reeder, Leo G. 1972, "The Patient - client as a Consumer: Some Observation on the Changing Professional Client Relationship." *Journal of Health and Social Behavior* 13(4).
- Tobler, Waldo R. 1970, "A computer Movie Simulating unbau in the Detroit Region." *Economic Geography* 46(1).
- Zola, I. K. 1972, "Medicine as an Institution of Social Control." *The Sociological Review* 20(4).

作者单位: 中国社会科学院大学(焦思琪)

中国社会科学院大学、

中国社会科学院社会学研究所(王春光)

责任编辑: 张志敏