

抢病人：病源竞争与跨边界诊疗的形成机制^{*}

张 晶 贾焦钰

提要：基于对 A 省 W 医院的田野调查，本文发现地市级医院中存在知识与组织边界错配导致的跨边界诊疗现象。横向跨知识边界源于诊断斗争，边界工作与院内病源协作强化了知识边界的模糊性；纵向跨组织边界则基于同质性组织结构的生产，由亚专业病区间的管辖权竞争和院内外病源交换网络共同塑造。跨边界诊疗虽提升医院创收能力，但也加剧医疗风险与患者就医成本。本文从职业社会学的视角揭示了诊疗边界动态变化的生成机制，对医疗资源配置和诊疗秩序的优化具有借鉴意义。

关键词：边界工作 跨边界诊疗 病源竞争 职业行动过程

一、问题的提出

公立医院是我国医疗服务体系的主体，也是联结医保、医疗、医药三者的枢纽平台。自 2000 年以来，围绕公立医院在医改中的作用、功能及问题，在宏观层次上，学者从不同视角展开了大量讨论。“市场化过度论”认为，公立医院的优势地位和医患之间的信息不对称造成了医疗服务市场供求关系扭曲。面对医疗资源分布不均、医疗费用攀升等市场失灵现象，政府干预和监管有限，医疗服务市场乱象丛生（葛延风、贡森，2007；李玲等，2010）。“市场化不当论”则认为“医改乱象”是市场化程度不够、路径和方式不当的结果，即没有充分、有效地利用市场机制来提供医疗卫生服务，医疗资源分配体系落后、医疗服务价格扭曲（梁中堂，2006；陈钊等，2008）。尽管学者之间的观点存在较大分歧，但是现行医疗卫生

* 本文为江苏省社会科学基金青年项目“健康江苏背景下数字技术对医患信任的影响机制及对策研究”（24SHC008）的阶段性成果。本文曾在中国社会学会 2022 年学术年会医学社会学分论坛和第五届医疗健康社会学青年论坛上报告。感谢匿名审稿专家的宝贵意见和建议。文责自负。

体制中作为供给方的公立医院存在进一步改革的空间这一结论已成为共识。

在微观层次上,公立医院作为“自负盈亏”的法人主体,其医疗服务价格被压制。部分医生为了弥补收入不足,滥用临床自主性实现对患者和药商的双重支配,导致过度医疗(姚泽麟,2015,2017a,2017b)。近年来我国的医疗改革已取得一定成效,但患者无序就医的情况时有发生,看病贵和看病难的问题依然存在。

不同层次和视角的理论解释对理解医疗体制改革及其后果富有极强的启发意义。然而,现有研究忽略了公立医院的复杂性、异质性,对医疗组织的运作实践剖析不足。科室是公立医院开展专业诊疗服务、实施目标责任管理和进行资源分配的基础单位。科室之间的竞争与合作关系构成了医生职业生态的基础情境,也深刻形塑着医生的执业行为和工作逻辑(庄弘泰,2022)。在医疗卫生体制改革中,患者资源是医院资源争夺的核心内容。病源的数量和类型直接影响医院各科室的经济效益、发展规模与科研层次(庄弘泰,2022)。相较于国家级、省级医疗中心和县级及以下基层医疗机构,地市级公立医院面临更为激烈的病源竞争与运营绩效压力(赖卫国,2019;纪建松,2022),处于“夹心层”的位置使其既无法拥有“头部”医院的资源垄断地位与科研优势,又无法享受国家对于基层医疗机构的政策扶持与资源倾斜,往往容易陷入患者外流和协作乏力的困境(赖卫国,2019)。因此,病源竞争在地市级医院极为激烈。剖析地市级公立医院科室间的病源竞争与边界工作实践,对理解医改背景下专业医疗机构的分工逻辑、医生的执业行为策略及其组织动因具有重要价值。

基于笔者在A省Y市^①公立医院为期六个月的田野调查以及来自其他省份公立医院医生的补充访谈资料,本文尝试回答如下问题。第一,在病源竞争背景下,跨边界诊疗现象的表现有哪些?第二,跨边界诊疗的形成机制是怎样的?第三,跨边界诊疗对临床实践产生了何种影响?本文在整合职业社会学中的“职业行动过程”理论和边界理论的基础上,构建阐释医生跨边界诊疗形成机制的分析框架,并讨论跨边界诊疗的组织与专业后果。

二、文献回顾与分析框架

(一)职业社会学视角下的边界工作:从管辖权冲突到职业行动过程

“边界”是指事物的内在特征与行为方式发生变化的临界点。许多动态过程

^① 依据学术惯例,文中涉及的地区、人物等信息均已进行匿名化处理。

源自边界控制权的冲突(Gieryn,1983)。阿伯特(Andrew Abbott)将职业视为“边界的事物”,认为职业是在构建社会边界过程中出现的社会实体(Abbott,1995)。

相较于静态与实体的边界,“边界工作”指向职业群体动态的职业化发展过程。休斯(Everett Cherrington Hughes)基于“协商框架”来分析职业化发展的动态过程(Hughes,1928)。弗莱德森(Eliot Freidson)认为,职业代表通过互动获取国家认可及精英阶层的赞助,从而将竞争性行业从相同或相似工作领域排除,以建构职业的政治经济自主性(Freidson,1970)。因此,职业自主性的发展、组织与维系是在协商互动的基础上建构职业边界的过程。

阿伯特在其著作《职业系统:论专业技能的劳动分工》中提出的“管辖权”(jurisdiction)概念构成了职业生态系统的理论内核,也将边界工作带入职业社会学的主流视野中。职业边界的模糊地带是管辖权薄弱的主要表现,也是各职业开展管辖权竞争的“主战场”。其中,管辖权要求主要体现在法律体系、公共舆论场域和工作场所中。相较于法律规定的明确的、静态的管辖权要求,工作场所中的管辖权归属则呈现模糊和动态的特征(阿伯特,2016)。阿伯特对管辖权的理论建构成为职业社会学关于边界工作的分析起点。

在阿伯特“管辖权”理论的基础上,刘思达借鉴芝加哥学派的城市生态学研究脉络,提出职业生态系统运作的双重机制:“生态系统内部的边界构成过程”与“生态系统之间的循环递归过程”(刘思达,2006:216)。“边界构成”理论认为,“不同主体参与的空间竞争形成了边界,且各个主体本身也应被视为空间性行动过程的产物”(刘思达,2006:217),因此,学术讨论应从“职业边界”转向“边界的职业”(Liu,2018)。“循环递归”理论则聚焦于职业与其他生态系统之间的互动演化关系。基于诊断斗争、主体错位、矛盾冲突等机制,“国家与职业系统中的社会行为产生模糊、矛盾和错位的政策后果”(刘思达,2006:217),并产生历时性的影响。为了更好地从中观层面揭示边界和职业的动态交互关系,刘思达构建了一种颇具启发性的边界过程理论。在他看来,边界过程涵盖了专业人士及其他行动者在边界内部和边界之间的行动,管辖权、专业知识和网络是职业边界过程的重重行动维度(Liu,2018)。第一,围绕职业的管辖权,不同职业的行动者以及职业以外的第三方行动者通过边界制定、边界模糊、边界维持,在事实上影响了不同职业之间的“划界”过程及结果,尽管其行动的方向各异甚至是相反。第二,专业知识区别于纯粹的学术知识,亦非工作经验(Freidson,1986;阿伯特,2016)。只有当学术知识经由专业人员实践后,才能实现“正式知识的制度化”,从而生成专业知识(Freidson,1986)。而在边界过程中,不同主体

在生产和建构专业知识时既可能存在竞争关系(如诊断斗争)也可能存在协作关系(如诊断合作生产)。第三,边界过程还包括职业边界之内或跨边界的资源交换及由此生发的合作网络,交换可发生于同一职业的从业者之间、不同职业之间、职业人士与客户之间以及职业与国家之间等多种情境。这一分析框架可清晰展现职业群体在管辖权竞争中进行边界工作的过程,并且将国家、客户等环境要素纳入分析框架,从而揭示职业行动者的主体性和能动性。

(二)临床医学中的管辖权冲突与边界工作

早期关于临床医学职业管辖权与边界工作的研究,主要聚焦于临床医学与其他专业(职业)之间的冲突和竞争。随着医学的职业化和垄断主义的发展,外部职业对医疗市场冲击减小,医学专业内部竞争则日益激烈(Starr, 1982; Zetka, 2011)。

这方面的典型研究聚焦于医生群体与相关辅助职业群体在管辖权边界处的协商互动,例如医护关系、医技关系(Mesler, 1991; Liberati, 2017; Xyrichis et al., 2017)。医学辅助职业群体通过实践习得部分原本只有医生才掌握的临床技能,并策略性地建构和维持其与医生群体的可变动的边界。例如,药剂师和护士通过协商管理、风险预警、明确责任归属等方式,对医生的诊疗行为和诊疗质量进行监测和评估。相较而言,更为重要却较少受到关注的是医生群体内部的边界工作问题,包括不同专业的专科医生之间的横向边界建构,以及同一专业内部不同级别医生之间的纵向边界建构。医生群体内部的管辖权竞争集中于病患、资源以及影响力三个领域(Currie et al., 2009; Powell & Davies, 2012)。例如,在胃肠医学专业边界的扩展过程中,胃肠内镜技术的出现使得消化内科医生可通过介入微创操作治疗疾病,“侵入”了传统上由普外科医生主导的手术诊疗市场。外科医生也迅速模仿并掌握此项技术,使得胃肠医学领域的职业分工体系与脚本角色处于均衡状态(Zetka, 2001)。在会诊程序中,内科医生采取各种减少边界冲突的策略,以实现对工作场所矛盾的有效管理(Oh, 2014)。

既有研究指出,西方医疗职业的边界受多重因素影响。第一,医疗技术变革、系统结构变化和医疗政策的调整,共同带来医疗职业边界的变化(Fennell & Adams, 2011)。第二,受西方消费者运动浪潮的影响,患者开始注重自身作为医疗服务使用者的需求,对服务供给和组织模式的灵活性提出更高要求,从而推动职业边界工作向多元化形态演进(Nancarrow & Borthwick, 2005)。第三,医生雇

主深度参与了医学知识从学院教育到临床实践的编码解码过程,由医生雇主主导的强制培训与实践方法渗透到临床实践中。在医疗领域,当知识发展受到管理主义议程的干预时,医生群体自主决策权受到极大影响(Malin,2000;Gerada & Limber,2003)。疾病管辖权竞争、学科间以及学科内边界工作的普遍存在,在一定程度上消解、侵蚀了医疗职业的自主性。甚至有学者认为,西方医疗职业的地位将不断下降,走向“去职业化”与“后职业化”(Haug,1973;McKinlay & Stoeckle,1988;Nancarrow & Borthwick,2005)。

上述研究揭示了临床医学领域的不同专业情境中存在的管辖权冲突和竞争,分析了职业内部和外部冲击职业边界的诸多影响因素,对本研究有较大的启发性,但总的来说尚存在如下不足。一是现有研究主要探讨了医生等专业群体在实践中的边界工作现象(包括其特征与过程),但是边界工作产生的制度背景、医生群体的行为动机及其后果尚未被深入研究。二是现有研究多基于西方当代的临床医学实践。国内的相关研究聚焦新冠疫情期间的医疗团队管理(余成普,2021)和医生与辅助职业群体之间的管辖权竞争(姚泽麟、王彦珂,2023),对发生在医生群体内部常态化工作中的管辖权竞争过程剖析不足。三是多数研究对职业群体的外部环境,特别是国家规制要素的关注相对较少。在亚洲和欧洲大陆,国家对医疗职业生态的干预程度显著高于英美国家(姚泽麟,2015)。因此,国家并非消极的外部影响因素,而是医疗组织场域中的行动主体。

针对上述研究局限,本文在分析我国医生群体的管辖权竞争及职业边界问题时,将医生执业行为置于具体制度环境中加以考察。我国公立医院的行政管理受到国家严格监管,保留了单位制的某些特征(Henderson & Cohen,1984);但是公立医院的实际运营实行自负盈亏机制,因此,其日常运作面临着专业逻辑、市场化运作逻辑以及单位制逻辑的碰撞和纠缠,组织内部始终存在效率与合法性的冲突(姚泽麟,2017a;张龙,2023)。现有研究多从医疗机构的运行实践和组织变迁、国家对公立医院的治理模式与管理策略,以及医生的行为逻辑及其异变(姚泽麟,2017a;张晶,2019)等方面进行对比分析。然而,这些研究大多聚焦于城乡基层医疗组织,倾向于将医疗组织作为整体性分析单位,忽略了医疗组织的内部差异及复杂性。对于分工严格、分化明显的大型医疗机构(如三甲医院),既有研究缺少关于医院内部科室关系实践的深描。因此,本研究试图构建新的研究框架,通过解析地市级三甲医院科室间的边界工作,揭示其内部运作的实践逻辑。

(三) 本文的研究框架

1. 研究对象界定: 跨边界诊疗及其类型划分

在社会学关于“边界”概念的界定中,拉蒙特(Michèle Lamont)和莫纳尔(Virág Molnár)的分类和定义极具启发性(Lamont & Molnár,2002)。在他们看来,边界可分为两类。象征性边界是社会行动者为区别物体、人、实践、时间和空间等所做的概念化区分,指向人们的知识、意识形态、规则等各种主观认知。社会性边界指向各种客观性的社会结构或者安排,是分配社会资源和机会、体现社会差异的各种客观化形式。在专业程度较高的职业领域,象征性边界反映了职业群体在知识水平、观念、惯习等方面的区别,而社会性边界则表明专业组织、制度及结构等方面的界限。

医生群体通过专业教育、规范化培训等制度体系,习得大量正式、抽象且标准化的知识(阿伯特,2016;余成普,2021);与此同时,临床医学兼具理论科学与经验科学的双重属性,医生需在临床实践中积累经验,进而形成独特的执业风格与职业惯习(Freidson,1974)。结合医学诊疗实践的本质及中国公立医院的组织特征,本文将讨论两类最为常见、对医生群体诊疗实践影响最为突出的边界问题,并据此对临床医学中的跨边界诊疗现象展开类型学分析。第一类为知识边界,是象征性边界的主要类型,即在临床诊疗中,因教育背景、培训经历及实践积累不同,医生群体内部所形成的专业知识、技能、惯习的差异或者区隔。跨知识边界指多个学科对特定疾病及其诊疗的竞争性认知、技能或者惯习。第二类为组织边界,是社会性边界的主要类型,指在医疗机构内资源配置和机会分配的正式组织边界、制度框架及结构性界限。跨组织边界指医生诊疗过程突破了原本的医疗组织边界(既包括学科间的横向组织边界,也包括学科内的纵向组织边界),并生成新的组织、制度或者结构的现象。

根据以上定义,我们对公立医院中常见的跨边界诊疗现象进行分类(见表1)。A类为同时跨越知识边界和组织边界的诊疗模式。例如,某一学科的医生邀请其他学科的医生进行多学科会诊。多学科会诊涉及不同专科医生对差异性专业知识的讨论与整合,其本质是突破学科边界的正式制度设计。B类为横向跨知识边界诊疗,如外科介入其他专科(如内科)原本的管辖领地,与其他专科竞争特定病种的患者资源与治疗权限(如肿瘤患者的化疗用药权)。外科与其他专科在特定疾病诊疗方面存在知识、技能或者惯习的差异。但此类诊疗仍然在既定的专科组织界限内展开,故并未突破组织边界。C类为纵向跨组织边界诊疗,如外科内部跨三级学科界限开展的临床诊疗(主要是常见手术的诊疗)。此类诊疗推动了科室分化,并突破外科内部的组织界限,但通常不涉

及知识(技能、惯习)层面的差异与竞争。D类为常规诊疗,知识与组织边界均未被突破。^①

表 1 公立医院中跨边界诊疗的类型划分

| | 跨越知识边界 | 不跨知识边界 |
|--------|------------|------------|
| 跨越组织边界 | (A)多学科会诊 | (C)纵向跨边界诊疗 |
| 不跨组织边界 | (B)横向跨边界诊疗 | (D)常规诊疗 |

在临床诊疗中,多学科会诊(即 A 类)作为一种正式的、被医疗组织普遍认可且推广的跨边界诊疗制度,已引起学术界的关注(Kuiper et al., 2023, 2025; Lee et al., 2025)。然而,本文聚焦的跨边界诊疗现象呈现与多学科会诊迥然不同的特点。第一,多学科会诊是被医疗机构正式认可的制度实践,而本文所探讨的跨边界诊疗现象虽然在医疗实践中普遍存在,但属于医疗机构默许而不宣扬的制度实践,医生职业群体及医疗机构领导者对其功能及作用的认知存在争议。第二,多学科会诊是组织边界和知识边界动态适配的制度。换言之,在临床医学专科化和精细化的趋势下,多学科会诊建构的新制度促进了学科之间的交流和协作,解决了因医疗知识持续扩展并突破传统学科边界所产生的问题。本文所探究的跨边界诊疗实际上是因临床诊疗中知识边界和组织边界错配、不相适应所造成的。无论是“跨知识边界而未跨组织边界”,还是“跨组织边界而未跨知识边界”,都体现了中国公立医院科室边界工作中的矛盾与张力,成为观察地市级医院分科诊疗实践的重要窗口。第三,构建多学科会诊制度的根本目标在于提升诊疗质量与专业技术水平,而非经济激励。本文关注的跨边界诊疗现象受专业逻辑、市场化运作逻辑和单位制逻辑的共同影响,与医院面临的绩效压力有很大关系。因此,本研究关注“跨知识边界但未跨组织边界”和“跨组织边界但未跨知识边界”这两类跨边界诊疗现象的形成机制,从而在会诊制度之外为其他类型的跨边界诊疗实践提供研究样本。

2. 研究思路

在职业行动过程理论中,“边界模糊”被解释为职业“混融”的过程:某一职业因模仿另一职业的实践模式,导致两者间的专业边界趋于模糊,这一过程具有

^① 跨边界诊疗现象并非外科独有,本文之所以选择外科作为分析对象主要是基于以下三个原因。一是外科在医院绩效体系中的地位日益提高,临床实践中外科的病源和绩效分配矛盾较为突出。二是有关外科跨边界诊疗的管理规则更为严格,外科内部跨专业的同质性竞争更为激烈。三是外科(手术)科室作为高风险科室,在医院风险管理体系中地位极为重要。

渗透性(Liu,2018)。职业行动过程理论认为,诊断、边界工作和交换构成了职业边界过程的三种行动方式,分别对应职业发展中的知识竞争(技能、惯习)、管辖权博弈和网络资源交换(Liu,2018)。虽然本文所关注的现象属于职业内部的边界过程,但是职业行动过程理论仍具有借鉴意义。具体来说,本文将跨边界诊疗现象作为研究对象,分析其表现及形成机制。综合医疗职业和医院组织的特征,本文对横向和纵向跨边界诊疗的现象分别进行分析。下文将聚焦外科跨边界诊疗实践,以外科介入肿瘤病人化疗和跨亚专业手术为例展开分析。

三、研究方法 with 案例情况

(一)研究方法

本研究采用深度访谈与参与式观察相结合的质性研究方法。2022年1—4月、2023年1—2月、2023年8—9月及2025年7月笔者在A省Y市三甲医院(W医院)开展田野调查,本文的研究资料主要包括以下几个方面。

第一,访谈资料。笔者访谈了来自W医院临床科室(内科、外科)、医技科室与行政管理部门的共计25位医生,还访谈了市域内其他医疗单位的6位医护人员。为验证W医院个案现象的典型性,笔者访谈了来自其他一些省份各层级医院的13位医生作为资料补充。此外,笔者还访谈了15位患者及其家属,从医疗服务需求方视角了解患者就诊分诊的过程。

第二,参与式观察记录。本文第二作者参与W医院的周例会及部分专题推进会十余次,从中了解医院各项工作的规划部署、推进落实与执行成效。此外,笔者以见习人员的身份,在急诊科、呼吸科、神经内科、消化科等科室门诊及病房进行了为期两周的观察,着重关注医生的病例讨论、查房、会诊等场景。

第三,制度文本与文书资料。笔者搜集并分析了国家、省、市有关部门以及W医院内部与疾病诊疗相关的政策文件、诊疗指南、学科共识、制度规范和相关统计数据等文本资料。

(二)案例情况

本研究的田野地点位于A省Y市W医院。A省是全国跨省异地就医人口最多的省份之一。W医院是地市级三甲医院,在全国公立三甲医院绩效考核中排名中上游。A省政府先后出台了多个政策文件以支持省级医院区域性医疗中

心的建设,降低省内患者的“省域外转率”,推动医院实现跨越式发展。从区域性医疗中心到地市级医院,“先做大,再做强”的发展模式获得普遍认可并被实践应用。W 医院近年来的工作任务量指标(门诊患者人次、出院患者人次、住院手术例数)逐年攀升,反映出该医院已走上了“做大”与“扩张”之路。

四、横向跨边界诊疗及其形成机制

(一)恶性肿瘤化疗中的跨边界诊疗

在传统临床医学知识分科中,内外科工作内容的职责边界清晰明确。例如,在肿瘤诊疗中,内科以化疗、靶向治疗、免疫治疗等综合治疗为主,外科则以手术治疗为主。然而,在临床实践中,恶性肿瘤的内外科诊疗边界存在模糊性。外科医生常常介入内科医生的传统业务领域,并将原本属于内科医生核心业务的“化疗”纳入自身的常态化工作。

这里以 W 医院恶性肿瘤化疗的治疗状况为例。2022 年 1 月,W 医院共收治恶性肿瘤化疗患者 700 余例,占医院收治患者总量的 25%。其中,理应承担主体治疗任务的 4 个肿瘤科室只收治了 358 例患者,而理论上与此关系不大的 17 个外科科室收治了 296 例患者,约占总体化疗患者的 40%。

W 医院某外科 2022 年 2 月 25 日住院患者的截面数据亦显示,该科室当日有手术病人 14 人,恶性肿瘤化疗病人 19 人,罹患其他疾病的患者 5 人,未明确诊断及转科治疗的患者 6 人。由此可见,理应“专攻手术”的外科医生收治的恶性肿瘤化疗患者数量多于手术患者数量。部分医生对外科化疗行为作如此解释:“前期手术就是在外科做的,后续还找外科医生化疗方便沟通,耐受程度也更好”(20220301 外科 D13)。然而,笔者统计该病区 19 位化疗患者的具体情况后发现,多数患者是该病区收治的外院术后或未达手术标准的肿瘤患者。由此可见,外科在收治肿瘤化疗患者的过程中表现出充分的主动性。

笔者在外科调研时,也能明显感受到肿瘤病人已成为外科住院患者的主要群体。正如来自呼吸科的一位医生所言:“X 外一(病区),本来是以胸外手术为主,但是他们现在的病人三分之二以上都是内科的化疗(患者)了……不是专病专治”(20220218 呼吸 D10)。

来自其他地市级医院的访谈资料也佐证了外科介入肿瘤病人化疗用药这一现象的普遍性。那么,为何会频繁出现外科横向跨越知识边界壁垒、侵入其他专

科领域的情况?接下来,本节将结合职业行动过程理论,从诊断斗争、管辖权竞争以及病源网络三方面来分析横向跨知识边界诊疗的形成机制。

(二) 诊断斗争:知识、技能和惯习的“内”“外”之别

诊断斗争涉及参与者之间关于问题诊断的竞争(Liu, 2018),源于相互竞争的职业群体所持的不同认识论(Halliday, 2009)。在阿伯特看来,某职业可能只在认知层面保持控制,但在实践层面对其他竞争者的准入限制并不严格,他将此类现象定义为“知识管辖权”的竞争(阿伯特,2016)。以此来看W医院恶性肿瘤患者的治疗情况,可以认为,内科和外科医生对此展开了激烈的认知争夺。

一是有关外科介入肿瘤化疗的合理性。内科医生和外科医生对这一问题的立场截然不同,内科医生认为外科医生的核心业务是手术治疗,研究方向应聚焦于手术术式的精进,而非恶性肿瘤化疗用药。有内科医生认为外科化疗“(从)专业角度(看)肯定是不合理的,外科医生应该专注于如何做手术,或者开发新手术方式”(20230804 肿内 D35)。而多数外科医生则认为知识的迁移和溢出是临床医学发展的必然结果:“现代医学是发展的,并没有说一个专业的人只能干什么,不能干什么。现在内科医生做介入手术做到‘飞起’,为什么外科医生不能搞化疗呢?”(20250718 普外 D37)

二是有关化疗知识和技能的规范性。从书本到实践的诊疗过程不但是知识编码和解码的过程,而且包含了医生基于临床经验所掌握的转化能力和隐性技能(Martin et al., 2009)。在内科医生看来,外科医生在肿瘤化疗方面投入的学习时间不足以使其扎实掌握该领域的专业知识,他们难以应对化疗中存在的不确定性和风险。通过强调所接受的系统性药物药理培训和所积累的临床实践经验的重要性,内科医生建构了自身在疑难化疗方案制定、精准用药把控上的优势地位,并将外科医生塑造为机械掌握简单方案、难以应对棘手问题和复杂场景的“后进者”。专业性和规范性是内科医生捍卫管辖权的核心武器:“化疗是上手容易、深耕很难的工作,需要根据患者的身体状况、耐受程度制定个性化方案。一般的外科医生没有(受过)专业训练,习惯机械化用药,无法精准把控用药尺度”(20230803 肿瘤 D38)。

但是,从外科医生的角度来看,情况并非如此。外科医生试图将恶性肿瘤药物治疗延伸为所有医生均具备的基本技能。内科医生较高的用药技能也被外科医生用个体差异话语和临床经验的可习得性“消解”。通过普遍化与特殊性相

结合的叙事策略,外科医生淡化了化疗的知识边界,并合法化了自身的化疗行为:“从专业程度来说,化疗方案都是按规范化指南来实施的。内科在用药上可能比外科强一点,但也是因人而异,说到底还是经验问题,内外科没有本质区别”(20250718 普外 D36)。

三是有关诊疗惯习差异。这也是双方医生进行知识角力的重要维度。外科医生的核心业务是手术操作,其诊疗惯习倾向于“能切则切”;内科医生则倾向于优先使用非侵入式的治疗方式。因此,双方均“自发”地将自身惯习代入疾病诊疗,使得一些肿瘤中期患者在治疗方案选择上经常出现“先手术、后化疗”还是“先化疗、再手术”的争论。

综上,案例中的医生职业群体围绕肿瘤化疗存在激烈的诊断斗争:在化疗权限认知方面,内科医生希望保持对化疗患者的专属管理权,外科医生则期待共享治疗权;在用药专业性评价方面,内科医生通过规范性话语来建构化疗用药的层级性差异,而外科医生则通过将化疗“基本技能化”和“个体化归因”来消解上述差异;在诊疗理念方面,内科医生秉承学科惯习中的保守和非侵入性特征,而外科医生的治疗方案则相对激进。

(三) 管辖权竞争:边界构建、边界模糊与第三方边界维持

1. 绩效指挥棒下的边界工作:边界构建与边界模糊的反向实践

在公立医院中,医生收入与其医疗服务所产生的经济收益挂钩,这使得组织层面自负盈亏的压力转化为个体层面的医生执业压力(姚泽麟,2017b)。公立医院的绩效分配往往以科室为核算单位,因此医院的创收压力首先会传递至科室,再由科室内部的“二次分配”传递至科室人员。对外科而言,外科有创操作的特点提高了患者入院治疗的心理成本和实际的住院门槛,而外科疾病的发病率本身也相对较低,这些都导致外科收治患者的难度与压力增大。在目标管理责任制下,外科系统病源收治的压力转化为绩效竞争中的行政压力。在 W 医院的某次院周例会上,院领导对外科的工作量明确地表达了不满:“重点要提高外科的工作量。我们外科系统的病人数比内科系统差得远,外科好多科室刚‘吃饱’,含金量偏低”(20220324 院周会记录)。W 医院将收治病人数、手术量、出院人数与科室的总绩效挂钩,要求各科室每月报告主要绩效指标完成度,如果完成度低于预期,医院对科室就会有相应的处罚措施。

因此,科室层面的绩效压力进一步形塑了诊疗边界的模糊性。外科想要增加患者量以保障科室医护人员的绩效工资,就只能在专业边界处想办法。肿瘤

化疗疗程长、患者黏性强的特征使得肿瘤患者每年需按照治疗方案多次住院来进行化疗。对医生而言,收治一名肿瘤患者的工作量相当于管理多名普通患者,这对科室和医生的绩效评估具有重要价值。另外,肿瘤治疗药物种类繁多,新药层出不穷,许多新药受医保限制较少,这为医生诊疗提供了更大的自主决策空间。对于难以完成手术量绩效指标的外科科室而言,化疗患者的收治人数甚至成为兜底科室绩效的“生命线”。

基于上述原因,内外科在肿瘤化疗中的边界工作日趋常见。一名胃癌患者被收治于W医院消化科,在后续治疗中,肿瘤科和普外科对其归属展开竞争:肿瘤科医生坚持认为在本科室化疗更为合适,因为内科拥有更为成熟的化疗技术、更强的患者综合管理能力和更为丰富的并发症及不良反应处理经验。外科医生则对此提出强烈质疑:“如果在你们肿瘤科治,你考虑过风险没有?这个瘤子随时可能出血的,一旦出血,病人会有生命危险。(通过)化疗缩小肿瘤是可能会减少出血,但不能保证中间不出(问题)。如果出现这种问题,你们怎么解决?”(20220320 普外 D8)

在这个例子里,双方医生将知识层面的诊断斗争转化为实践场域的边界工作。肿瘤内科医生从专业知识和能力两方面与外科“划分界限”,试图在医疗职业内部为自身构建对于化疗患者的管辖权(Gieryn,1983),通过强调内科医生的经验、化疗管理的复杂性和疾病管理的精细化,为“分界”提供合理科学的依据。外科医生采取反向的边界工作话语策略,从手术的角度论述外科的专业优势。一方面,外科医生通过边界模糊策略否认内外科在化疗方面的知识差异,例如强调“外科医生按照指南进行规范化操作”;另一方面,外科医生强调患者肿瘤存在随时破裂的风险,以此证明外科介入的合理性。类似故事屡见不鲜,表明管辖权竞争具有高度的复杂性和不确定性。

2. 第三方边界维持:边界制定中的缝隙与“知情祛魅”的患者

边界维持并非直接参与边界争议的专业人士所采取的行动,而是外部“第三方获利者”,即有能力且有意愿调解管辖权冲突的第三方行动者(Simmel,1950;Johnson,1972;Liu,2018)的调解行动。在诊疗实践中,国家、医疗机构与患者均是重要的第三方,这些行动者对于内外科肿瘤化疗的认知和态度在一定程度上决定了管辖权竞争的过程和结果。

第一,卫生行政部门出台了一系列与恶性肿瘤化疗相关的文件,明确了规范化诊疗的基本原则和方法。例如,国家卫生健康委员会发布的《原发性肺癌诊疗指南》涵盖了原发性肺癌的筛查诊断、分型分期以及治疗方法等内容,事实上

对肺癌诊疗的行为和边界^①进行了规范。此外,国家还从药物应用指导原则、说明书、专家共识以及分级授予处方等多方面入手对肿瘤诊疗进行“边界制定”。然而,国家诊疗规范、指南及相关资质授权制度的出台并不意味着边界是绝对和僵化的。相反,从诊疗方案选择和化疗执行主体两方面来看,国家保留了肿瘤化疗边界的弹性和模糊性,为外科收治化疗患者赋予了合理性。就方案选择而言,医学界对部分病例的诊疗方案本就没有达成共识,不同治疗方案对这些病例均有理论支持依据。阿伯特所描述的“管辖权的薄弱环节”在此时凸显,第三方边界制定中的“缝隙”成为诊疗边界模糊的重要因素:“内科治疗规范和外科治疗规范在肿瘤治疗这块有重叠。国家也没有明确规定说外科不能干化疗”(20250721 普外 D8)。就化疗执行主体而言,在 20 多种常见的肿瘤诊疗指南中,只有两项指南指出“化疗需要在肿瘤内科医师的指导下进行”,明确标识了化疗的内科与外科界限,但是其他指南均未如此标识。

第二,医院管理体系对内外科竞争肿瘤化疗患者资源的态度不明。在笔者调研的多家地市级医院中,除非因此产生医患纠纷或者医疗事故,否则医院管理体系不会对该类行为进行明确约束、规范及问责。然而,在笔者调研的省级医院里,类似行为将受到严厉处罚。由此可见,各层级医院在理解、执行诊疗规范上存在较大差异。医院层级越高,存在病源短缺困境的可能性越小,越能够实现分科精细化和专业化。而在层级较低的基层医院,肿瘤病源本身相对较少。因此,地市级医院成为肿瘤化疗病源竞争最为激烈的场域之一。

第三,由于肿瘤诊疗病程长,对生命危害性较大,因此肿瘤患者及家属对疾病的认知、诊疗方案的选择、医生专业水平的了解要远胜普通患者。许多患者在经过漫长的治疗过程后,会彼此交流内外科化疗的体验差异,并产生典型的“知情祛魅”效应:对疾病了解得越多,越明白跨边界诊疗的局限性(张晶,2019)。例如,一位曾于某地市级三甲医院呼吸科初诊的肺癌患者,辗转于多家医院进行诊疗后,目前在某肿瘤医院进行长期治疗。他对跨边界诊疗有明确的见解:“肿瘤科医生对最新的治疗方案、药物都很懂,但有些外科医生对这些(新知识)不熟悉”(20230820P1)。这样的患者并非个例,一位骨肉瘤患者的父母坦言:“我会去看他(主治医师)的背景。如果他之前是做脊柱的,现在搞肿瘤了,这种我肯定不放心。我们病友群都会评价医生”(20230822P5)。而在肿瘤病友群中,

^① 国家卫生计生委办公厅、国家中医药管理局办公室,2016,《关于加强肿瘤规范化诊疗管理工作的通知》,中华人民共和国国家卫生健康委员会官网,3月22日(<http://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201603/fa4e45c3ae6148f5b99ac1aq1f6c5ee8.shtml>)。

当新入群患者咨询诊疗方案时,许多“老”患者都会热心给予指导。不过,即使是这些看似内行的“专家型患者”,在面对跨边界诊疗现象可能存在的风险及其产生的不良后果时,也倾向于将其归咎于医生个人的能力不济和经验不足,而非科室分工和制度结构问题。

(四) 病源网络:差异性分工下的院内协作与互补

职业边界内部及跨边界的资源交换是维系社会网络的核心过程,其目的在于促进权力、资本及其他资源在边界内部或跨边界的两个及以上行动者之间流动(Blau,1964)。在争夺肿瘤患者的过程中,内外科的互动关系并非“永恒的战斗”。事实上,正如齐美尔指出的那样,交换应当被视为“所有涉及重大利益的人类互动中最纯粹、最集中的形式”(Simmel,1971:43),这在专业人士中也不例外。肿瘤诊疗跨越内外科知识边界的双重属性促进了院内不同学科间在诊疗网络中的协同与互补。

在肿瘤诊疗中,参与新药临床试验往往成为晚期患者延续治疗希望的重要手段。通常情况下,新药临床试验项目由具备试验资质的肿瘤内科医生承接。内科医生经常遇到的棘手问题是与项目匹配的肿瘤病例较少、项目入组较为困难。此时,外科储备的肿瘤病例会成为内科可拓展的潜在资源。由于许多外科医生并不具备项目资质、无法单独开展试验项目,与内科合作成为现有资源实现转化的必要条件。因此,药物临床试验的实施过程也是内外科进行协商与交换的过程。外科医生将本科室符合试验要求的肿瘤病人转给肿瘤内科,内科医生按约定将项目酬金分配给外科医生,双方实现优势互补与互利共赢。

在某次项目协调会中,内外科主任围绕临床试验的病人归属展开讨论,并总结出三种合作模式:(1)术后常规化疗和临床试验相关程序及用药均在外科完成;(2)术后常规化疗在外科,需要的试验用药在肿瘤科完成;(3)术后直接转到肿瘤科,待术后化疗及试验用药结束后再转回外科。令人诧异的是,强调肿瘤化疗规范的内科主任在新药试验场景中似乎搁置了诊疗边界的争议,在方案(1)和方案(2)中,主动将术后化疗等工作“转让”给外科以换取外科医生在受试者招募上的更多支持。这说明,在管理绩效主义的总体原则下,内外科室之间的关系具有情境性。当科室之间存在利益冲突,不同科室展开边界斗争时,双方便会围绕边界管辖权和边界话语权展开博弈;当利益可能一致时,双方又会通过协商再生产这种边界的不确定性(Carmel,2006;Martin et al.,2009)。例如,当新药临床试验中外科将潜在受试者转给内科以获得项目报酬时,双方会通过跳出边界之争的协商互动来共享利益。

本节以恶性肿瘤化疗为例,剖析了横向跨知识边界诊疗的形成机制(见图1)。医疗知识、技能和惯习与疾病管辖权形成了双向互构的关系:一方面,内外科关于化疗的诊断斗争构成了各自建构疾病管辖权的学理基础,为本科室收治病源提供知识支持;另一方面,基于绩效考虑的疾病管辖权竞争变相激励各科室收治更多肿瘤患者,客观上为医生习得经验、提升技术水平提供了必要的实践基础。同理,医疗知识、技能和惯习的获得与病源网络亦存在彼此强化和互构的关系。内外科的管辖权竞争和基于多重病源网络的协商交换并存,二者对立统一,共同形塑了跨知识边界诊疗的社会空间。

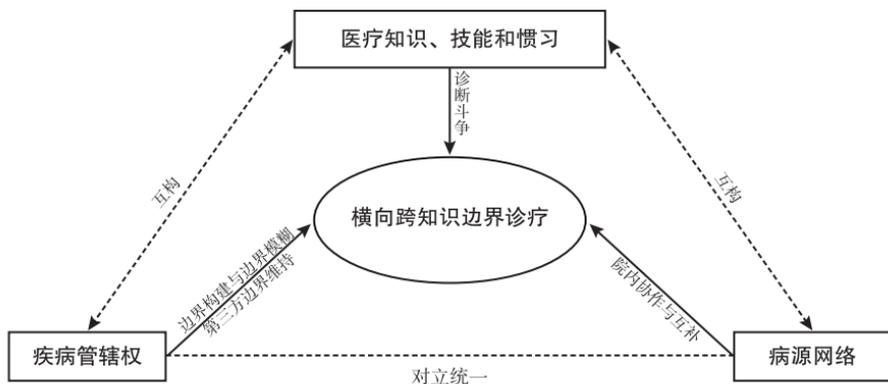


图1 横向跨知识边界诊疗的形成机制

五、纵向跨组织边界诊疗及其形成机制

(一) 外科治疗中的跨亚专业手术行为

医学专业学生接受完院校教育以后,需接受规范化培训,直到能基本独立从事某一专科的医疗工作。随着临床医学日益精细化和专门化,通过了医师专科培训的医生通常会根据工作需要进入亚专科(临床三级学科),按照亚专科要求接受培训并开展工作。然而,外科医生跨亚专业边界诊疗的现象非常普遍,一名普外科医生坦言:“年底我总结一下自己,虽然我是普外科下属的胆道外科医生,但是我跨了5个亚专业收患者”(20220206 普外 D8)。

基于此,我们对普通外科重点手术的相关指标进行了分析。普通外科在W医院共有七个病区,病区分工在形式上相对明确,每个病区的主要诊治范围依次为基本外科、胃肠、胆道、肝脏胰腺、甲状腺、乳腺、减重和微创外科的手术治疗。2022

年1月,普通外科七个病区共完成手术263例,占全院1月份手术量的24%。然而,在实际诊疗中,每个病区都大量地收治了其名义诊疗范围以外的患者。例如,应当由普外三病区施行的胆囊手术例数仅占胆囊手术总例数的一半,相似状况还存在于乳腺、甲状腺等普外手术类型中。这表明,各病区在开展原定核心业务的同时,几乎都在广泛地进行其他亚专业的手术项目。这种跨亚专业手术的现象突破了科室与病区设置的组织边界,带来业务范畴交叉的管理挑战。需要注意的是,跨亚专业组织边界的诊疗行为多见于发病率高、操作相对容易、知识和技术门槛相对较低的常见手术中。相较于肿瘤治疗中知识边界厘清困难所导致的横向跨知识边界诊疗,在基本不存在知识技术争议的外科常见手术领域,为何也存在跨边界诊疗的行为?本节将重点从同质性组织结构的生产、管辖权竞争形态的塑造,以及由此产生的病源网络交换三方面来分析纵向跨组织边界现象的生成机制。

(二)同质性组织结构的生产

1. “因人设科”

在科室因绩效考核压力巨大而选择在“管辖权薄弱环节”进行边界渗透时,医院管理层则通过调整医院内部关系来调动科室的竞争积极性,从而引发同质性组织结构的生产。在外科科室,一个普遍现象是亚专业病区数量的迅速增长。新的科室设置政策使得分科更加灵活便利,只要医生的职称达到一定程度、病源达到一定数量,都可争取病区单独核算的机会。一般而言,因人设科有两种方式。一是针对本院业务水平突出的主任医师或高年资副主任医师,在满足基本评估要求(如技术水平、团队设置)后,他们可向医院申请独立成科并实行财务单独核算。二是针对院外引进的高层次人才,医院将“独立成科”作为核心的资源倾斜政策,纳入人才引进的配套支持条件中。该政策实施后,W医院临床科室由2017年的47个快速增长至2022年的67个。从效果来说,分科策略确实使医院达到了以竞争促规模的目标:“普外科分科以前,三个科室总住院患者为150~170人。现在三个科室变成七个了,每个科室虽然收不满,但住院患者总量增加到210人,医院仍然获益了”(20220206 普外D8)。

分科带来的另一重效应是强化了科室之间的比较和竞争。通过打破原有的科室垄断,分化既有的科室结构,分科极大程度地调动了医护人员的工作积极性,激励科室人员通过技术和服务质量的提升来扩充病源。

2. “分科不分专业”

“因人设科”的科室建设策略使得院内科室数量迅速增加,但是根据医生个

人情况设置科室很容易造成科室之间诊疗业务的重叠与同质化。与发达地区的“头部”三甲医院对比,地市级医院的科室建构逻辑大为不同:“大医院分组不像我们,他们是基于专业分组分科。炎症性疾病、感染性疾病、失眠,都有人在分组研究”(20220205 神内 D5)。

这些“头部”三甲医院病源充足、技术结构完整、经济压力较小是其科室得以如此建构的主要原因。在地市级医院,“因人设科”所造成的科室组织边界不明确可以促进科室增收患者,从而弥补病源结构上的缺陷。这种分科逻辑与省级医院的专业化、精细化逻辑截然不同。组织边界的弹性和模糊性导致科室的名义诊疗范围和实际诊疗范围存在错位。

3. “内卷的分科”

大量同质化的分科并不意味着医院投入资源的增多。相反,在“给政策不给资源”的情况下,既定资源只能被不断稀释、摊薄。因此,当绩效考核标准不变时,科室间病源竞争的压力骤增。如果单个科室长期未达到绩效要求,就会面临被裁撤的风险,诸多医生都谈到这一点:“以前一个科室六个(医生)值班,现在变成三个(医生)值班。但任务量不变,甚至更多。如果不使劲收病人,就完不成任务,那奖金、工资收入就会降低”(20250720 普外 D23)。

(三)管辖权竞争:同质性竞争及第三方边界维持

1. 同质性竞争

和内外科竞争肿瘤病人收治权相比,外科各亚专业之间进行手术病源的管辖权竞争可谓是“白热化”,有医生甚至用“火拼”来形容其激烈程度。肺结节是肺部目前最为常见的疾病之一,有可能演变为肺部恶性肿瘤。鉴于肺结节的普遍性和高风险,肺结节筛查成为胸外科的重要诊疗内容,也成为胸外科医生获取潜在手术患者的重要方式。在一个患者病友群中,两位胸外科病区主任先后将本科室制作的肺结节宣传海报发送至群中以宣传科室,“宣传海报已经被病区主任转发至许多医院工作群中。并且,其中一位病区主任之前从不用微信群宣传推广,但在最近病源不充足的情况下,也开始效仿另一个病区开展工作”(20250718 影像 D17)。

病源结构的反向分层亦加剧了医院科室之间的管辖权竞争。分层诊疗制度的设计初衷是为了将急危重症患者上转至高等级医院,使大部分普通患者在地市级及以下基层医院就诊。然而,在现实就医秩序中,人们在就医时更倾向于选择大医院,使得国家级和省级医院等“头部”医院不缺病源,甚至在诊疗过程中出现了针对“病源质量”的选择性收治行为。而在地市级医院,因为病源数量远

不及上级医院,病源筛选的范围有限,外科各科室只好竭力争取“优质”病源,即风险可控、技术难度高的常见病手术患者。“优质”病源能带来更佳的经济效益,促进科室技术水平提升,进而提高科室在管辖权竞争中的话语权,形成吸引“优质”病源的良性循环。外科科室之间的同质性竞争最终导致科室分层的出现。

2. 第三方边界维持

国家、医疗机构和患者作为第三方,对形塑外科跨组织边界的诊疗现象具有重要影响。首先,国家卫生健康委员会出台的《医疗机构诊疗科目名录》规定了一级科目及二级科目代码,但行政部门并未对三级学科亚专业科目进行详细规定,^①省市相关的基本病种名录里也仅对二级科目的手术范围进行了限定。^②换言之,从国家到省市都给予了外科手术跨三级学科的操作自由度,这就使得地市级医院的外科开展跨亚专业组织边界诊疗具备了一定的合法性。在实践中,据医生所言,医院领导对跨组织边界的诊疗行为并非不知情:“有的科室很强势,禁止别的科室做自己科的手术,做了要罚款。领导管得不严,有的主任觉得这个活儿不难,别的科的病人他也收”(20230808 骨科 D37)。

与肿瘤患者有所区别的是,手术患者诊疗时间较短,多数患者并不具备专业知识,缺少类似肿瘤患者通过各种途径了解疾病诊疗及医生信息的渠道,他们通常对自己的疾病应属于哪些科室管辖也无明确认知。患者对疾病的科室管辖权问题缺少关注,而是更重视治疗的效果和费用。这也使得在外科手术的诊疗中,跨亚专业问题被遮蔽和忽视。

(四) 病源网络:同质性竞争下的外部网络延伸与资源交换

职业人士在工作的社会空间中学习专业知识并争取管辖权,同时还需要建立社会网络来巩固并强化既有的管辖权,而社会网络的连结需要社会交换来维系(Liu,2018)。在W医院的经验观察表明,绩效考核与分科设置带来的收治病源压力剧增,使得医院科室与外界进行资源交换变得尤为重要。

1. 复合型交换体系

医院科室与外部社会空间的资源交换,可基于地缘、业缘、经济交换三种方式实现,这三种方式彼此依存、相互作用,共同构成了复合性交换体系。已有学

① 国家卫生健康委员会法规司,2018,《医疗机构诊疗科目目录》,中华人民共和国国家卫生健康委员会官网,8月31日(<https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201808/afaqa6d10bqc4ed3ac36358fc20243ff.shtml>)。

② 资料来源:《A省县级医疗机构分级诊疗基本病种目录》、Y市《关于推进综合医院、专科病区标准化建设的实施意见》。

者深入探讨了地缘关系对医疗诊疗行为的影响(房莉杰等,2013)。地市级医院的部分医生出身县乡,这成为他们扩大病源的优势条件。W医院神经内科E病区的患者量多于其他几个病区,主要原因是科室主任来自Y1县,其收治的患者“80%都来自Y1县”(20220127神内D3)。基于地缘关系形成的人际关系网络使部分医生与患者具有更强的亲和性。

相较于先天形成的地缘网络,医生因工作关系形成的业缘网络范围更为广泛。地市级医院医生的业缘网络主要由县级及以下的医疗机构(县医院、乡卫生院及部分村卫生室)和120急救站构成。业缘网络经由以下两种途径得以建构:一是通过卫生健康委员会及医院搭建的官方平台构建关系网络,包括上级医院与下级医院签署技术合作备忘录、组织下乡义诊活动以及承办医生业务培训等形式。二是医生个人借助“多点执业”,以“技术扶持”的形式在下级医院开展诊疗活动。在与下级医院及医生建立稳定联系后,当下级医院遇到无法处理的急危重症患者时,医生可依托个人关系实现患者向上转诊。

除上述两种交换方式外,经济激励是更为广泛而隐蔽的利益交换方式。这一风气主要从民营医院开启,“医生与下级村医约定,如果介绍患者到特定科室,可按照治疗费给予介绍人一定比例的提成”(20220127心内D27)。这种经济激励影响范围广泛,甚至在某些科室以制度化的形式固定下来。医院分配给科室的“超工作量绩效”构成了科室进行病源交易的储备基金。

事实上,与公立医院的“器官争夺战”类似(李怀瑞,2020),基于病号的竞价机制也常见于对手术患者的竞争中——越是手术技术等级高、风险可控、花费高的患者越受欢迎,其在竞价体系中的位置也越高。通过市场化竞价来竞争病源的现象在手术患者中尤为普遍。相较于肿瘤患者,手术患者的数量更为稀缺;县、乡镇、农村的手术患者到地市级医院进行手术的意愿比肿瘤患者转至地市级医院治疗的意愿更强。这些因素共同导致了手术患者相较于肿瘤患者在竞价体系中的更高位置。

在大多数情形下,这些交换符合互惠性交换(reciprocal exchange)的特征(Molm,2003),带有一定的人情成分,上级医院整合下级医生及其患者网络资源,并通过资金支持、技术培训和进修机会等方式予以回馈。相较于完全以金钱为媒介的协商性交换,互惠性交换更为持久、隐蔽且安全(刘思达,2017)。对于多数病源来自本地县乡的地市级医院而言,互惠性交换对扩充病源渠道具有重要意义。

2. 资源交换对于诊疗边界模糊的影响

基于院内外病源网络的交换对诊疗边界有重要影响。一方面,医生为了获

得更多病源,在与下级医生的沟通过程中刻意拓展自身的诊疗范围;另一方面,下级医生为得到更多经济报酬,在患者向上转诊的过程中,倾向于弱化专业匹配度,将与医生诊疗范围部分匹配但并非完全对应的患者转诊至提供经济报酬的上级医生。在这种经济交换的逻辑下,患者的病情与科室、医生所管辖的专业领域并不一定完全相符。但是,迫于收治患者的绩效压力,在权衡收益与风险后,部分医生会放弃为患者转科而选择由自己完成治疗,跨边界诊疗的问题由此产生。许多通过复合型交换方式入院的患者被笼统地收治至特定的科室。通过此举,医生把患者“困”在非完全对症的科室进行治疗,最大限度保证了病源递送的稳定性,却导致了跨组织边界诊疗的持续存在。

总之,同质性组织结构的生产、学科内同质性竞争与第三方边界维持、院内外的协商与交换构成了纵向跨组织边界诊疗的形成过程(见图2)。组织结构制度与疾病管辖权之间存在显著的双向互构关系:一方面,组织制度通过塑造同质性结构,加剧了专科内部各亚专业之间对疾病管辖权的竞争;另一方面,疾病管辖权竞争反作用于组织结构,成为推动其持续分化的核心动力,进而促进院内分科制度的改革。类似地,组织制度结构与病源网络亦呈现双向互构的动态关联:其一,同质性组织结构的构建与运行,强化了通过院内外网络开展病源协商与交换的必要性和重要性,医院的科室设置制度及分科实践构成了病源网络拓展的组织基础;其二,病源网络的扩大与发展,拓宽了患者的获取范围,深化了病源递送渠道,为组织结构进一步分化、组织制度进一步改革提供了病源和经济基础。此外,疾病管辖权的竞争实际上为病源网络的扩张提供了一定的空间;病源网络的扩张可能会进一步模糊疾病的诊疗边界,加剧科室之间的管辖权竞争,两者构成彼此强化的关系。

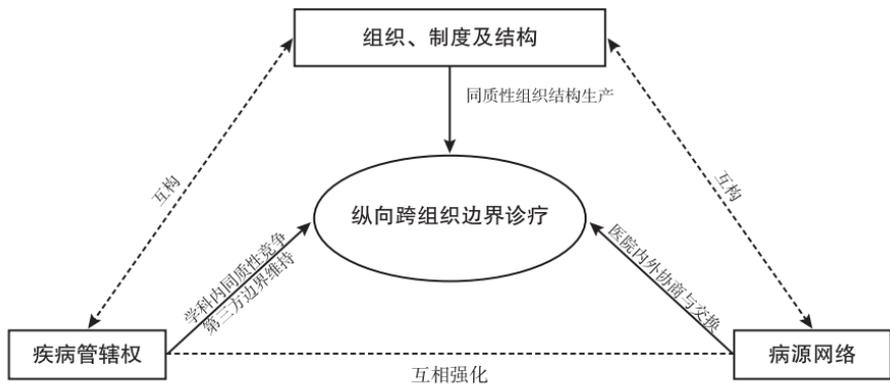


图2 纵向跨组织边界诊疗的形成机制

六、结论与讨论

医院组织分化与医生职业分工是职业社会学的经典议题。在临床医学实践模式越发精细化和专门化的今天,通过对 A 省 W 医院的田野调查以及多地补充材料的分析,本研究表明地市级医院普遍存在跨边界诊疗现象。在借鉴边界理论的基础上,本文将跨边界诊疗定义为知识—组织双重边界的错配,并剖析了两种跨边界诊疗类型:以外科介入肿瘤内科业务范围开展化疗为代表的横向跨知识边界诊疗,和以外科内部跨亚专业进行手术为代表的纵向跨组织边界诊疗。

结合职业行动过程理论,本文进一步分析了两类跨边界诊疗现象的形成机制。在横向跨知识边界的诊疗实践中,知识、技能和惯习方面的诊断斗争构成了边界跨越的学理基础,多方主体围绕管辖权竞争所开展的边界工作实践进一步强化了知识边界的模糊性,院内病源协作网络拓展了边界的弹性和情境性。在纵向跨组织边界的诊疗实践中,同质性组织结构的生产、分化和复制塑造了不同亚专业病区的管辖权竞争形态,由此形成的院内外病源交换网络进一步模糊了诊疗边界。总之,知识层面的诊断斗争与组织层面的结构生产分别与疾病管辖权竞争和病源网络互构,形塑了跨边界诊疗的社会空间。

本文的理论贡献主要有三个方面。首先,本文拓展了国内医院研究的维度。从职业社会学的视角来看,不同层级和不同区域中公立医院的生存境遇、组织结构大相径庭,医生的职业发展路径亦有很大差异。既有研究或关注“头部”省级三甲医院(李晨行,2024),或关注基层医疗机构(庄弘泰,2022),而对地市级医院这一处于中间位置的医院缺乏关注。本文以病源竞争为切入点,展现地市级医院内部科室以及其与下级医院的互动过程,有助于丰富学界对公立医疗体系运作图景的认知(余成普,2024)。

其次,本研究有助于深化对“医改”背景下公立医院内部组织运作逻辑和实践过程的理解。与国外相关研究对技术进步、劳动分工、人际互动等因素的侧重和强调不同(Martin et al.,2009;Zetka,2011;Oh,2014),本文认为,地市级公立医院的跨边界诊疗现象,本质上是在地方财政投入不足、公立医院自负盈亏的背景下,不同临床科室为争取病源开展的绩效竞争。然而,正如余成普(2021)所指出的那样,专业逻辑在维系边界中仍然具有韧性。跨边界诊疗也同样面临“边界”的制约:医院风险管理制度仍对跨边界诊疗具有一定的约束力;跨边界诊疗仅发生在入门容易、上手难度较小、知识和技术扩散相对迅速、医疗风险相对较

低的临床领域。此外,以往文献多是对医方或者患者单主体的静态研究,本文剖析了多主体参与下跨边界诊疗的生产过程。国家、医疗组织、医生、患者都有意无意地加入了模糊诊疗边界的生产过程,并强化了现有的分科格局和诊疗秩序。

最后,本研究亦有助于深化对医疗职业的理解。第一,本文的经验事实呼应了职业社会学“去本质化”的新发展思路(简逸伦、肖索未,2024)。医疗职业的工作内容和具体意涵时常变动且富有争议,在与外界的关系中被持续建构,体现了职业和职业主义的情境性与关系性。第二,本文拓展了国内学界对医疗职业内部分层的认识。在劳动分工日益精细化的大背景下,国内外对职业管辖权竞争的相关研究多关注律师、学者等职业的内部分化问题(Heinz & Laumann, 1982;刘思达,2017,2023),对医疗职业的内部细化与分层问题着墨不多(Martin et al.,2009)。自改革开放以来,我国公立医院原本基于社会主义单位制度的平均主义分配机制已被彻底打破(Henderson & Cohen,1984;庄弘泰,2022)。本文发现,与律师职业分化类似,专业服务委托人(患者)的社会特征与经济价值差异构成了医疗职业内部分化的社会基础,而医院管理主义的施行则加剧了医疗职业的内部分化趋势。在普遍缺少高水平科室的地市级医院中,医疗服务委托人(患者)的分化成为影响医疗职业内部分化的最重要因素。

跨边界诊疗作为地方公立医院的适应性生存策略,具有“双刃剑”效应。跨边界诊疗能够提供更多病源,扩大医院的营收规模,促进技术在不同科室、不同专业背景医生之间的共享,并有可能助益新技术的产生和发展。然而,跨边界诊疗有可能造成一系列非预期的不良后果。其一,此模式可能诱发更多医疗风险。无论是跨知识边界用药还是跨亚专业组织手术,都超出了医生擅长的专业范畴,有可能导致医疗不良事件的发生。其二,患者就医成本增加。在以利益交换为核心的资源交换体系中,大部分交易成本被间接转嫁到了患者身上,但是许多患者对此并不知情,这进一步加剧了医患信任危机。本研究凸显了现有医药卫生体制供给侧改革的迫切性。我国政府有必要加强公立医院的供给侧改革,完善医院内部监管制度,促进医保、医疗、医药的协同发展和治理,优化医疗资源分配和布局,以更好地实现党的二十大报告所提出的医疗卫生体制改革目标。

本文虽致力于开展职业社会学视角下的医院研究,但是因为获取资料的难度较高,文章至少存在两方面的不足。一方面,本文所述的跨边界诊疗现象普遍存在于中部省份的地市级医院,却鲜见于东部地区的地市级医院和省级三甲医院。由此可见,跨边界诊疗现象的产生与地区和医院等级的特征有关。笔者推测,这主要与医疗机构的病源压力、地方财政补贴、自身技术实力和经营水平有

关。但以上推测尚需更多的经验资料和数据加以验证。另一方面,受限于现有资料,本文无法系统呈现 W 医院在医疗卫生制度改革不同时期的组织演变与分化状况。未来的研究如能获得历时性的数据资料,则能更好地展现医疗机构分科实践的变化趋势。

参考文献:

- 阿伯特,安德鲁,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。
- 陈钊、刘晓峰、汪汇,2008,《服务价格市场化:中国医疗卫生体制改革的未尽之路》,《管理世界》第8期。
- 房莉杰、梁小云、金承刚,2013,《乡村社会转型时期的医患信任——以我国中部地区两村为例》,《社会学研究》第2期。
- 葛延风、贡森,2007,《中国医改:问题·根源·出路》,北京:中国发展出版社。
- 纪建松,2022,《省级医院规模扩张背景下地市级医院发展战略思考》,《中国医院院长》第1期。
- 简逸伦、肖索未,2024,《职业社会学的新发展:迈向更具包容性的概念与理论框架》,《社会学研究》第2期。
- 赖卫国,2019,《地市级医院怎样告别“夹心层”》,《中国卫生》第9期。
- 李晨行,2024,《事业单位管理模式下公立医院的运作逻辑——基于“B市H医院”个案的探讨》,《公共管理学报》第1期。
- 李怀瑞,2020,《制度何以失灵?——多重逻辑下的捐献器官分配正义研究》,《社会学研究》第1期。
- 李玲、陈秋霖、张维、陈剑锋、吴天琪,2010,《公立医院的公益性及其保障措施》,《中国卫生政策研究》第5期。
- 梁中堂,2006,《我国医疗卫生改革中一些基本问题的探析》,《中国行政管理》第4期。
- 刘思达,2006,《职业自主性与国家干预——西方职业社会学研究述评》,《社会学研究》第1期。
- ,2017,《割据的逻辑》,南京:译林出版社。
- ,2023,《新发展格局下的当代中国职业研究——从劳动分工到专业技能》,《中国社会科学》第4期。
- 姚泽麟,2015,《近代以来中国医生职业与国家的关系演变——一种职业社会学的解释》,《社会学研究》第3期。
- ,2017a,《在利益与道德之间:当代中国城市医生职业自主性的社会学研究》,北京:中国社会科学出版社。
- ,2017b,《国家控制与医生临床自主性的滥用——对公立医院医生执业行为的分析》,《社会》第2期。
- 姚泽麟、王彦珂,2023,《医疗护理工作的“护士+护工”服务模式——基于管辖权视角的社会学分析》,《东南大学学报(哲学社会科学版)》第1期。
- 余成普,2021,《管辖权边界的流动:国家、专业与医生分工体系》,《社会学研究》第5期。
- ,2024,《医院民族志:理论、方法与本土探索》,《社会学研究》第3期。
- 张晶,2019,《扭曲的赋权:中国城市公立医院的医患权力关系——以纠纷解决与处理为例》,《东南大学学报(哲学社会科学版)》第3期。
- 张龙,2023,《多重制度逻辑的微观实践与动态转化——以某公立医院医疗纠纷的处理过程为例》,《社会学评论》第1期。
- 庄弘泰,2022,《基层医疗科室的权力场与变革因素——以一家区级医院E科为例》,《政治人类学评论》第1期。

- Abbott, Andrew 1995, "Things of Boundaries." *Social Research* 62(4).
- Blau, Peter M. 1964, *Exchange and Power in Social Life*. New York: John Wiley & Sons.
- Carmel, Simon 2006, "Boundaries Obscured and Boundaries Reinforced: Incorporation as a Strategy of Occupational Enhancement for Intensive Care." *Sociology of Health & Illness* 28(2).
- Currie, Graeme, Rachael Finn & Graham Martin 2009, "Professional Competition and Modernizing the Clinical Workforce in the NHS." *Work, Employment and Society* 23(2).
- Fennell, Mary L. & Crystal M. Adams 2011, "US Health-Care Organizations: Complexity, Turbulence, and Multilevel Change." *Annual Review of Sociology* 37.
- Freidson, Eliot 1970, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- 1974, "Dominant Professions, Bureaucracy and Client Services." In Yaheskel Hasenfeld & Richard A. English (eds.), *Human Service Organizations: A Book of Readings*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- 1986, *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gerada, Clare & Carol Limber 2003, "General Practitioners with Special Interests: Implications for Clinical Governance." *Quality in Primary Care* 11.
- Gieryn, Thomas F. 1983, "Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists." *American Sociological Review* 48(6).
- Halliday, Terence C. 2009, "Recursivity of Global Normmaking: A Sociolegal Agenda." *Annual Review of Law and Social Science* 5.
- Haug, Marie R. 1973, "Deprofessionalization: An Alternate Hypothesis for the Future." *Sociological Review Monograph* 20.
- Heinz, John P. & Edward O. Laumann 1982, *Chicago Lawyers: The Social Structure of the Bar*, New York: Russell Sage Foundation.
- Henderson, Gail E. & Myron S. Cohen 1984, *The Chinese Hospital: A Socialist Work Unit*. New Haven & London: Yale University Press.
- Hughes, Everett Cherrington 1928, "Personality Types and the Division of Labor." *American Journal of Sociology* 33(5).
- Johnson, Terence J. 1972, *Professions and Power*. London: Macmillan.
- Kuiper, Janneke M. L., Pascal Borry, Danya F. Vears, Hilde Van Esch & Ine Van Hoyweghen 2023, "Navigating the Uncertainties of Next-Generation Sequencing in the Genetics Clinic." *Sociology of Health & Illness* 45(3).
- Kuiper, Janneke M. L., Pascal Borry, Danya F. Vears & Ine Van Hoyweghen 2025, "Boundary-Work in Genomic Medicine: Safeguarding the Future of Diagnostic Next-Generation Sequencing in the Clinic." *Social Science & Medicine* 365.
- Lamont, Michèle & Virág Molnár 2002, "The Study of Boundaries in the Social Sciences." *Annual Review of Sociology* 28.
- Lee, Mary, Winnie Teo, Huiling Liew & Jennifer Cleland 2025, "Observations of Teamworking in a

- Multidisciplinary Diabetic Foot Clinic: Bridging Roles of Podiatry and Technology." *Social Science & Medicine* 368.
- Liberati, Elisa Giulia 2017, "Separating, Replacing, Intersecting: The Influence of Context on the Construction of the Medical-Nursing Boundary." *Social Science & Medicine* 172.
- Liu, Sida 2018, "Boundaries and Professions: Toward a Processual Theory of Action." *Journal of Professions and Organization* 5.
- Malin, Nigel 2000, *Professionalism, Boundaries and the Workplace*. London: Routledge.
- Martin, Graham P., Graeme Currie & Rachael Finn 2009, "Reconfiguring or Reproducing Intra-professional Boundaries? Specialist Expertise, Generalist Knowledge and the 'Modernization' of the Medical Workforce." *Social Science & Medicine* 68(7).
- McKinlay, John B. & John D. Stoeckle 1988, "Corporatization and the Social Transformation of Doctoring." *International Journal of Health Services* 18(2).
- Mesler, Mark A. 1991, "Boundary Encroachment and Task Delegation: Clinical Pharmacists on the Medical Team." *Sociology of Health & Illness* 13(3).
- Molm, Linda D. 2003, "Power, Trust, and Fairness: Comparisons of Negotiated and Reciprocal Exchange." In Shane R. Thye & John Skvoretz (eds.), *Power and Status*. Leeds: Emerald Group Publishing Limited.
- Nancarrow, Susan A. & Alan M. Borthwick 2005, "Dynamic Professional Boundaries in the Healthcare Workforce." *Social Science & Medicine* 27(7).
- Oh, Hyeyoung 2014, "Hospital Consultations and Jurisdiction over Patients: Consequences for the Medical Profession." *Sociology of Health & Illness* 36(4).
- Powell, Alison E. & Huw T. O. Davies 2012, "The Struggle to Improve Patient Care in the Face of Professional Boundaries." *Social Science & Medicine* 75(5).
- Simmel, Georg 1950, "The Tertius Gaudens." In Kurt H. Wolff (Trans. & ed.), *The Sociology of Georg Simmel*. Glencoe: Free Press.
- 1971, "Forms of Social Interaction" In Donald N. Levine (ed.), *Georg Simmel on Individuality and Social Forms*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Starr, Paul 1982, *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.
- Xyrichis, Andreas, Karen Lowton & Anne Marie Rafferty 2017, "Accomplishing Professional Jurisdiction in Intensive Care: An Ethnographic Study of Three Units." *Social Science & Medicine* 181.
- Zetka, James R., Jr. 2001, "Occupational Divisions of Labor and Their Technology Politics: The Case of Surgical Scopes and Gastrointestinal Medicine." *Social Forces* 79(4).
- 2011, "Establishing Specialty Jurisdictions in Medicine: The Case of American Obstetrics and Gynecology." *Sociology of Health & Illness* 33(6).

作者单位:东南大学人文学院社会学系、
东南大学医疗健康社会学研究所(张 晶)
南京大学社会学院社会学系(贾焦钰)
责任编辑:赵梦瑶