

# 乡村医疗实践的社会基础<sup>\*</sup>

王 晶

**提 要：**本文探讨了乡村医疗实践的社会基础。在不同历史时期，乡村医生与乡村社会呈现不同的社会关系。集体化时期，赤脚医生的诊疗行为以传统社会的人情网络为基础，其所表现出的道德形象嵌入于传统社会情境之内。到市场化时期，乡村医生逐渐脱嵌于村庄共同体，其行为不再受传统互惠规则的约束，逐渐演变为分工明确的医疗工作者。发展到当下，政府希望通过收支两条线的支付制度改革和严格的准入机制来控制乡村医生的逐利行为，但在流动性的社会空间中，严格的行政化机制显然不再奏效，自上而下行政机制的推行，进一步破坏了乡村医疗实践的社会基础。

**关键词：**社会基础 脱嵌 市场化 行政社会

过去 50 年，中国农村的基层医疗卫生服务几经沉浮，经历了巨大的社会变迁，每一次变迁过程都与特定体制下的社会制度紧密相连。20 世纪 50 年代，举世无双的“赤脚医生”制度使中国农村在缺医少药的背景下突破了低收入水平的经济约束，快速降低了死亡率和传染性疾病的发病率。根据世界卫生组织的评估，在 20 世纪 60 年代，中国农村的公共卫生服务绩效在发展中国家是最高的，并被作为样板在整个第三世界进行推广。但是 1990 年以后，农村医疗卫生体制无论从效率还是公平来讲都出现了严重的问题，农村基层医疗卫生组织大面积萎缩，基层医疗机构服务价格飞涨，越来越多的农村家庭“有病不医”、“有病难医”。在以往的研究文献中，已经有很多学者就农村医疗卫生体制在市场经济中出现的问题进行过探讨（顾昕，2005；朱玲，2000）。

本文希望探讨的一个问题是，农村医疗服务供给与基层社区的关系。基层社区既是基层医疗组织的服务对象，又是反作用于基层医疗服务主体的社会空间。

\* 本文是国家社科基金青年课题“农村社会资本对老年健康的影响”（项目编号：11CSH065）的阶段性研究成果。感谢编辑部的中肯意见，感谢梁晨的修改建议。

一项宏观的国家医疗卫生规划最终要通过基层医疗卫生体制来执行，而基层医疗卫生服务主体又嵌入具体的地方空间中，因此，这里就遇到了一个社会学研究中经常会探讨的经典议题——国家计划与基层社会的互动。地方的社会制度和社会结构在一定的社会条件下可能会强化一项国家计划，也可能会弱化甚至消解一项国家规划。因此，如果将研究聚焦在微观层面的医疗服务供给与基层社会的互动过程上，有可能会发现中国社会结构中一些固有的非制度性空间对国家宏观计划的型塑过程。

在中国基层社会结构中，存在着以“关系”为本位的差序格局，“个体”往往通过关系网络确定自身的位置和社会行为。本文所界定的“社会基础”，即指乡村医疗实践过程中，不同主体之间所形成的社会关系。具体而言，本文旨在分析不同制度安排下，乡村医疗空间中在场的主体以及主体之间的关系。人民公社时期，集体经济塑造了一个全能的政治和经济组织，在集体所有制背景下，赤脚医生嵌入集体经济之中，乡村医疗服务是集体福利分配的一部分。市场化时期，集体经济全面瓦解，赤脚医生与村民之间的互动缺少了政治基础和经济基础，赤脚医生逐步从乡村社会脱离，继而出现的乡村医疗服务则成为市场化商品交换的一部分。发展到当下，国家角色开始介入农村医疗服务供给，地方政府成为基层公共服务筹资主体，乡村医生实际变为行政体制下基层医疗服务的代理人，原有的乡村医疗空间拓展为村民、卫生行政机构、乡村医生的三方关系。

本文将循着历史的脉络，探讨在不同制度环境下微观社区组织与基层卫生服务者之间产生了什么样的互动关系？这样的互动关系又对基层卫生医疗服务供给产生了什么样的影响？这些影响对当下农村基层医疗卫生服务制度的建构又有何意义？

## 一、赤脚医生与集体经济的耦合

1955年，席卷中国农村的合作化浪潮奠定了农村基层医疗服务制度的基础。在人民公社体制下，农村集体经济组织和社员共同筹资兴办了医疗消费上的合作组织。这种医疗合作组织由生产大队统一管理，以大队卫生室为依托，面向大队社员提供医疗和预防保健服务。1960年以后，因为国家意志的一句“合作医疗好”，合作医

疗便开始在全国范围内普遍推行，由此产生了对医疗卫生人员的巨大需求。在人民公社化运动中，全国5万多个乡镇设立了公社医院，农村联合诊所和村保健站变成生产大队卫生室。在当时，各种性质的卫生医疗机构被统一纳入人民公社体制下，成为公社福利的一部分。公社卫生院的运作主要依赖社队财务，而大队卫生室的维持几乎完全依靠集体经济。卫生人员的报酬按照工分计酬，由集体经济组织统一分配，部分地区农村卫生员的工分相当于一个整劳动力的报酬，与农村劳动力同工同酬。当时的集体经济组织并不仅仅是一个经济上的合作组织，更是一个全能的政治组织，承担着公社成员的社会福利分配功能，医疗卫生服务顺理成章地被纳入集体经济分配之中。

“赤脚医生”是顺应当时农村的医疗需求而衍生出来的半农半工性质的卫生员，他们与农村一般社员一样，以社队工分计酬。不同的是，赤脚医生需要具有一定的文化基础和专业技能，而被确认了赤脚医生身份的农村社员，一般不再参与田间劳动。赤脚医生虽然不再参与农业劳动，但是赚取工分值却高于一般社员，在有些富裕的地区，甚至与支部书记同等分值。可见，农村赤脚医生在社区内部被给予了相当高的社会地位。这是集体经济盛行背景下赤脚医生生存发展的重要原因，也是当下市场经济环境中，乡村医疗全面萎缩的原因之一。

当时农民干一整天，十个小时，算作一个整劳动日，一天的工分只能分八分钱，每个月天天出工，最多也就2.4元。而赤脚医生一个月23块，这个数字不得了啊。不仅如此，大部分赤脚医生都不下地干活，除却采药、制药时间，赤脚医生可以随时应村民所需上门出诊。因此，一般村民对赤脚医生的评价是：“赤脚医生工作体面，不用下地干活，受人尊敬”。（转引自杨念群，2006）

对于赤脚医生来讲，由于生活在社区内部，收入参照社员却又高于一般社员，这样优越的地位对他们形成道德回报的压力。因此，赤脚医生就以采药、防疫，甚至是随叫随到的上门服务来回馈社区成员的信任和尊重。赤脚医生获得的不同于一般社员的特殊待遇、地位和相应的尊重，体现了公社社员对医生角色和身份仍维系着一种以人情网络为基础的社会认同。不同于实施集体经济前的“郎中”，赤脚医生所表现出的角色形象是在制度化的情境中被加以定位和安排的。农村合作化运动

和脱产的赤脚医生制度虽然是政治运动的产物，但同时也承载着一般民众对赤脚医生的道德期待。制度安排和外部道德训诫更加强化了赤脚医生对自己的道德规训。

赤脚医生白天采药，夜晚要挨家挨户给儿童喂食预防脊髓灰质炎的糖丸，有些村子的山路比较远，晚上走夜路会比较害怕，都是大队干部陪同前往，遇到危重病人需要转诊，也由大队干部派拖拉机出车，和他一起转送病人……那就叫辛苦，人家叫你干这份工作，就是对你信任，你就得干好。当时就怕说态度不好，贫下中农每年都有一场评议，说这个能用还是不能用。这不是糊弄，不能说当上就没事了，都得评议……那个年代，赤脚医生最怕交药箱，如果碰上群众反映问题，对他有意见或生了什么差错，要求他把药箱一交，这就是奇耻大辱。（转引自杨念群，2006）

因此，对集体经济时期乡村医疗实践与乡土社会的关系的理解必须还原到乡土情境里。由于赤脚医生生活在农村的社会空间之内，在医疗领域之外还与一般社员存在着广泛的互惠行为：赤脚医生及时挽救农民的生命，农民会在赤脚医生急需帮助的时候伸出援手。这种乡村社会内部的互动规范与梁漱溟所描述的伦理社会并无二致，“伦理社会所贵者，一言以蔽之，尊重对方……所谓伦理者，无他义，就是要人认清楚人生相关系之理，而于彼此相关系中，互以对方为重而已”（梁漱溟，1987）。农村社会将“赤脚医生”放在一个受尊重的位置，而赤脚医生也以兢兢业业的医疗工作作为回报。这一良好的互动现象说明传统社会伦理仍然在农村发挥着作用。

就是在最困难的时候，村里的人也很愿意帮助我们。虽然我们从来没有开口，也没有想过要从乡亲、邻里那里获得什么好处，但是农忙时总会有人悄悄地帮你忙，加上我们自己也有的是力气，生活总属于村里中等以上的，也应该为大家做点什么！”一位赤脚医生在描述这种付出—回报关系时称之为医病关系：“在过去，你给人家打了三天针，注射费一毛钱，可他一辈子记在心上，等碰上你家盖房子，他给你动弹上三天，人家的工分值多大啊，这就是过去医生和病人的关系。（转引自杨念群，2006）

总之，赤脚医生拥有干部待遇和免于下地劳动的特权，这是当时的政治体制在基层医疗卫生政策方面倾斜的结果，而在日常生活中，赤脚医生是需要以自己的精神和体力付出来回报这些特殊待遇的。在一般意义上，赤脚医生是国家政治体制最基层的组织者，是国家卫生行政的一个环节，其行动受制度约束，但因赤脚医生工作于田间地头，身处于一种基于乡土情感的医疗氛围中，因此其“付出”与“回报”的过程仍然是传统乡土秩序的一种体现，人际关系网络的好坏仍然是其行动合理性的重要基础。

## 二、私人诊所与乡土社会的脱嵌

20世纪80年代以后，农村实行“家庭联产承包责任制”，在此背景下，劳动力的配置转移到了家庭，“工分计酬”的方式彻底瓦解。家庭联产承包责任制的实行意味着集体制的终结，也就意味着赤脚医生优势地位的终结，赤脚医生的收入不再由集体来保证，而是需要通过市场手段来获取，这种制度转型对农村赤脚医生来讲是非常艰难的。赤脚医生在集体化时期之所以能够生存，主要原因在于集体制度的工分分配赋予赤脚医生高于一般社员的社会地位，赤脚医生对自我身份的定位必然带有集体经济的特征，因此，在市场经济催发身份转变的过程中，会遭遇自我阐释匮乏与他者阐释匮乏产生的困难。

随着人民公社体制的瓦解，赤脚医生在工分计酬上的优势不复存在，他们只能依靠微薄的补贴度日，完全没有了经济利益的倾斜和随之而来的优越感。基本医疗服务进入市场之后，就如所有的商品化服务一样，需要规模化的经营才能获得稳定的收益，但是在20世纪80年代以来的农村地区，一是农民收入尚且微薄；二是农村地区山高路远，居住比较分散，通常难以形成一定的就医规模，因此赤脚医生单纯依靠医疗收入，不足以维持生计。在人民公社瓦解初期，大部分赤脚医生都选择了回乡务农，这对于合作医疗服务体系而言是一个沉重的打击。

内蒙古某嘎查图雅谈恋爱那年，刚学会骑摩托车，摔了一跤，当时头破血流很吓人，牧区地广人稀，距离乡镇四五十公里，闻讯赶来的家人第一时间想找这个赤脚医生，但是这个老赤脚医生已经不干医疗几年了，不敢给图雅看，

不得已，图雅家半夜包了车，跑了几十里，到了达利诺日医院，结果整个医院里的医生没人敢弄，直接给转到县医院了。最后病情控制住了，交通费花了500多块。<sup>①</sup>

在20世纪90年代初，大部分地区的合作医疗体制都已经解体，部分赤脚医生随之转变为乡村私人医生，依靠诊疗服务和药品收入维持生计。在市场化初期，乡村医生与农村社会还保持着一种熟人社会的联系。农民就地就医的实践是与乡村医生联系在一起的，农民与乡村医生是互嵌的，乡村医生与农民建立了一种长期信任的共同体，最明显的表现就是“赊账”。以草原牧民的经验为例，牧民可以暂时赊欠，在将来草料收割之际再返还这笔债务。从乡村医生的角度讲，“赊账”能保证收入；从牧民的角度讲，“赊账”可以缓解燃眉之急。

到20世纪90年代后期，乡村医生开始脱离乡村社会。一方面，赊账拖垮了部分乡村卫生所，因为赊账周期较长，不可能维系乡村卫生室的持续发展。另一方面，乡村就医空间不同于城市就医空间，在乡村地区，村民居住分散，很难形成稳定的就医规模，因此部分乡村医生虽名义上仍为“某村”村医，但为了扩大病源、提高经济收益却将诊疗地点设在集镇中心区。2010年在笔者调研的乡村，生存下来的村卫生室或者兼业经营，或者择址重建、脱离乡村（王晶，杨小科，2014）。

赊账，农村差不多的人都赊账。开药店的人，没有5万块钱，一年都倒出来了。5万都没有，大家都赊账。有的一年能还上，有的还不上。塔不葫芦有个商店，离这不远，酒也赊账，后来给赊账赊黄了，有钱的时候能撑下来，没钱就不行。咱们这看啥都得赊账。达里镇药店不赊账，我们这小病，自己买点感冒药。我们这的人自己都是大夫，头痛吃什么药、感冒吃什么药都知道。我们这没有吃药吃不对的。我在医院的时候，差不多的药都知道了，我汉字好的话，我也是好大夫。感冒的话速效感冒片，发烧的话牛黄解毒片，胃痛的话胃痛片。<sup>②</sup>

今年59岁，心脏不好，高血压。去年得病半身不遂。高血压一直在吃药，

① 资料来源：内蒙古嘎查牧民访谈，编号NM008。

② 资料来源：内蒙古嘎查牧民访谈，编号NM010。

有病 20 多年了，经常吃药，去渔场窦大夫那里看病拿药。今年去检查了 2 次，一次去克旗检查，做了心电图、脑 CT，没有开药；6 月份，是去锡盟检查的。现在身体很不好，经常输液，隔 10 多天就得输一次液，一般是去白音嘎查（锡盟）大夫那里看病，在家用药，他们家丫头会扎针输液。一输液就是三天，一个月 500 块钱，一年输液也得 6000 - 7000 块钱。其他检查费用都不算在内。现在拿药主要是去渔场窦大夫那里拿，现在已经赊账 2000 多块了，今年卖牛的时候还药费。现在想去大医院住院是不可能的，只能维持了。没有现钱，哪个医院也去不了的。<sup>①</sup>

脱离了乡村的医生，已经不再负有传统社会的道义责任，既不会赊账，更不会义务诊疗。医生与农民的关系更像是一种商品交换关系，一个提供服务，一个购买服务。农民对医生的约束不再是传统社会下的伦理规范，而是市场竞争条件下的一种自主选择机制。如果乡村医生做得好，村民会继续选择就医；如果乡村医生做得不好，村民则会选择其他医生，或者到乡镇卫生院就医。

老爷子在的时候，在村里的杜大夫那里看病赊账 200 - 300 块，后来没钱给不上他，他就不给看病了。杜大夫现在很不好找，没钱根本找不來。苏木卫生院和旗卫生院今年也都没去过，主要是没钱，到哪里都不给你看。以前老爷子在的时候，从邻居处都借过钱，去年老爷子病重，借了 300 块，头几天已经还了。现在日子过得不好，向人家借钱时间长还不上，谁都不愿意借他。现在小儿子要开学了，准备卖 2 头牛，给小儿子开学上学用。<sup>②</sup>

村里的杜大夫，老汉说原来人特别好，现在有钱了，不好请了。去年冬天，老头心跳的厉害，（让杜大夫）你快点来一下吧。（杜大夫说）我白天不上门，你去白音嘎查找大夫吧。这里冬天路特别不好走，一般都请大夫上门看病。后来老人很生气，就去渔场小诊所拿药，不去找杜大夫看病了。现在让丫头扎针也是迫不得已，虽然杜大夫离得近，但是很难叫。第一天下午叫他来打针，他说顾不上，通常第二天都不会来，第三天来了，后来又不来了。所以老人后来

---

① 资料来源：内蒙古嘎查牧民访谈，编号 NM011。

② 资料来源：内蒙古嘎查牧民访谈，编号 NM011。

就让丫头给扎针了。①

在市场社会空间下，乡村医生出现了角色分化，一部分转行，一部分逐步职业化，进入乡镇卫生院或者定点的卫生服务机构、私人诊所，他们渐渐地脱离了乡土社会这层关系。农村医生从嵌入社区的职业，到“脱嵌”于社区的“医疗技术人员”。农民与村医生的关系也从紧密的纽带关系，转化为差异性的交换关系。在这种情况下，传统的互惠规则不再奏效，因为农民的生活世界与乡村医生的生活世界已经没有紧密的联系。尤其是在当下剧烈城市化的进程中，由于行政村范围的扩大，当下的“行政村”已经远远脱离原来以亲缘、血缘为依托的共同体，即便是村干部都不太可能认识所有的村民，更何况村民之间。在这种情况下，乡村医生逐渐脱嵌于村庄共同体，他们既不受合作医疗时期的制度约束，也失去了与乡土社会紧密连接的传统伦理纽带，因此不再遵循传统的互惠规则，其盈利动机远高于公共服务责任。这对村民而言，会因没有一个与自己生活世界息息相关和相互支持的乡村医生而使其就医成本变高，比如去镇卫生院耗费的时间成本和交通成本可能会远高于治疗成本，特别是在某些急性病情况下，更有可能耽误治疗时机。

### 三、国家在场与乡村医生再嵌入

2003 年以后，制度的重新介入为乡村医生与农村社会的关系建构带来了一种新的可能。政府开始启动新型农村合作医疗制度，这种制度中的“门诊账户”和“定点诊所”制度，盘活了一批乡村诊所。按照“新农合”的规定，门诊账户资金必须在定点诊所诊疗消费才符合报销规定，因此，合作医疗催生了一批乡村卫生室。乡村卫生室的设立，对于边远山区的农民看小病起到了很大的作用。新的乡村卫生室又与新型合作制度产生了共生共荣的关系。但是与集体化时期合作医疗制度不同的是：首先，新型合作医疗制度的实施是在农民收入水平已显著提高，农民自主选择的就医空间也扩大的情况下进行的；其次，新的乡村医生是全职、

① 资料来源：内蒙古嘎查牧民访谈，编号 NM014。

专职的卫生技术人员，不像集体化时期的赤脚医生是半工半农性质的，特别是随着专业技术要求的提高，部分乡村医生都是专业卫生技校的毕业生。由此，新时期乡村医生与乡村社会的关系构建必然也不同于集体经济时期赤脚医生与乡土社会的关系。

2009 年政府进行新一轮的医改，对于基层医疗服务机构有了新的定位，“基层医疗卫生机构运行成本通过服务收费和政府补助补偿……探索对基层医疗卫生机构实行收支两条线等管理方式。政府对乡村医生承担的公共卫生服务等任务给予合理补助，补助标准由地方人民政府规定。”（中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会，2009）单从资金管理上来看，乡村医生的身份和地位既不同于赤脚医生，也不同于市场化时期的私人医生，地方政府重新扮演乡村医疗筹资者和供给者的角色。这意味着在乡村医疗空间中，原有的乡村医生与乡村社会的二重关系，因地方政府的介入演变为地方行政机构、乡村医生和乡村居民的三方关系。

从地方行政机构与乡村医生的关系看，新型合作医疗制度施行的重要目标之一是将乡村医生重新引入社区公共服务的轨道。基于中国社会的体制惯性，地方行政机构在推行新型合作医疗制度时运用了各种行政手段来达成上述目标。

首先，地方行政机构握有合作医疗定点机构的管理权限，行政部门通过“目标捆绑”，将合作医疗定点机构发放资格与上级任务联合捆绑，执行上级任务效率高的乡村医生，更有可能成为合作医疗定点机构的医生；其次是对乡村医生行医权限的控制。乡村医生不同于执业医生，政府会根据地方医疗需求，自主决定乡村医生招聘规模，其行医标准低于职业医师<sup>①</sup>，因此行医权仅限于村域。医改之后，由于地方财政需承担乡村医生的补贴，地方政府对乡村医生进行裁减，2-3 个乡村医生联合办公。因此乡村医生内部产生了竞争，执行基药政策好的乡医，可以获得财政补贴；再者，是预先控制。笔者在贵州某县调查时发现，从事乡村医疗的医生需向政府交保证金，如果村医在家诊疗<sup>②</sup>、擅用非基药或未完成公共卫生服务量，管理部门将从保证金中进行罚扣。基于这种集权型的政治权威，乡村医生只有服膺体制，才可能与体制相容。但是，在市场化背景下，劳动力可以在城乡之间、体制内外之间自由流动，而引导劳动力流动的一个最重要的杠杆是收入。医改之后，乡村医生

<sup>①</sup> 在农村，能获得执业医师资格的医生或者进入县一级医疗机构，或者进入乡镇医疗机构，不可能流落到乡村一级，在乡村行医的都是未持执业医师资格证的乡村医生。

<sup>②</sup> 按照地方卫生要求，实行乡村一体化管理之后，村医需要在卫生室进行诊疗，诊疗用药为基药。

的收入显著下降：以贵州省某县为例，一个村医从事医疗服务的年收入仅为 12000 元，这一收入水平远低于同期外出打工的劳动力的平均年收入。在医改逻辑下，地方行政机构规定乡村医生的职能为公益性的医疗服务，“公益性”即要求地方政府承担购买服务的责任。但目前地方政府缺乏财力供养数量庞大的乡村医生群体，这也是地方政府为何会采取行政手段控制乡村医生的一个诱因。在市场机制诱导下，乡村医生有多样化的自主选择空间，即便有强力的行政干预，乡村医生也可选择“用脚投票”退出乡村医疗领域。

原来村里有 6 个村医，合并后没资格行医了。后来实行乡村一体化管理，通过考试剔除了一部分乡村医生，现在石笋村只有两个正式的村医，他们有乡村医生资格证，能拿补贴，剩下的医生行医都属于非法行医，这些人有的实际上还在偷偷看病。自然村之间的距离比较远，单靠这几个村医集体办公不可能解决问题。群众的基本医疗需求解决不了。

合并之后，看病的人比以前少了。政策规定村级门诊不超过 20 元，输液不超过 40 元。来村卫生室看病的主要是一些小病的人、中年人，老年人大都出去看病。现在来村卫生室看病的大概就占患病人数的一半，一半在这看，一半去农村个体医生看（非法行医）。一个月大约有 100 多个病人，40—50 个在卫生室这里看病，还有 40—50 个在个体医生那里看病。（转引自王晶、杨小科，2014）

目前，地方行政机构与乡村医生建立了制度性的委托关系，但是乡村医生与乡村居民之间却始终缺乏一种制度性的连接，即便新医改制度建立之后，乡村医生与乡村居民之间依然是一对多的离散性医患关系。在新的制度背景下，由于行政力量较强势，乡村医生负责的对象主要是地方行政部门，而非乡村居民。地方行政部门与乡村居民二者看似目标一致，但是在实际操作上很可能不一致。地方行政部门追求行政绩效，完成考核指标，但考核指标却不一定能真实反映地方社会的真实需求。比如在上述案例中，由于乡村地理空间较大，乡村居民希望增设乡村诊所数量、增加乡村诊所药品目录、提高报销比例，等等，这些需求都未能列入考核指标。乡村居民在不得已的情况下，或者转而求助于不合法的私人医生，或者到更上一级医疗机构进行诊疗。而作为地方医疗空间的乡村医生，不允许僭越制度来满足地方居民

的需求。在这种制度背景下，乡村医生的角色更像是地方卫生行政部门的代理人，执行地方卫生部门的规定任务，以此获得定额工资补贴。至于具体任务是否与乡村社会需求契合，则不是他们主要考量的内容，因为行政干预已经使医生的职能流于形式，在这样的情况下，发挥其主观能动性是有困难的。

在行政社会下（王春光等，2012），政府希望将乡村医生重新拉回乡村社会内部，承担其应有的公共职能。政府希望模仿西方社会，建立一种类似于西方福利国家的社区医生“守门人”制度，即与社区居民签订契约，地方政府按照社区内居民的数量对社区医生进行给付，社区医生的责任就是为社区居民提供预防保健服务和基本医疗服务。从建构模式上看，社区居民与社区医生建构一种“契约”关系，在这样的社会形态下，居民对社区医生在文本上具有要求服务的“权力”，而社区医生对居民也负有义务。但问题是，在中国的复杂制度背景下，制度建构的每一个细节都存在问题。地方政府按照一定人口规模补贴社区医生，政府相当于地方社会的代理人，一个合格的代理人必须同时具备筹资和监督的职责，而地方政府作为代理，对乡村医生的监督职责和监督动机却并不完备。因此就出现地方卫生机构在行政检查中对乡村医生在公共卫生任务上的造假行为“睁一只眼、闭一只眼”的状况。从乡村医生的角度看，正如上文所说，乡村医生是医疗卫生链条上最弱势的一个群体，受到众多行政部门的管制，如履薄冰，随时有被吊销执照的风险，因此乡村医生实际负责的对象并非地方群众，而是行政部门。所以在基层，我们看到乡村医生的主要业务就是填写各种报表（对其考核的形式化是最大的诟病，并非是以村民的满意度和健康状况作为考核指标）。而从村民的角度讲，原则上，如果乡村医生有不合格的行为，村民有集体罢免乡村医生的权力（因为背后是一种契约制的形式），但实际上，村民并没有这种权力，权力在地方卫生行政机构手里，卫生行政机构的目标与村民的目标很多时候并不一致，特别是在公共卫生的长远目标上。在一个委托代理的契约合同中，在委托人、代理人、接收方对各自的责任、义务都不一致的情形下，实际的效果并未达到预期。

## 四、总结与讨论

本文着重分析了不同历史时期下，乡村医生与乡土社会呈现出来的不同社会关

系：20世纪50年代的农村社会，人民公社体制下衍生了赤脚医生体制，社区成员与赤脚医生保有互惠、互信的社会伦理，乡村社会对赤脚医生的社会地位有着高度的社会认同，而赤脚医生对社会成员具有道德回报的压力，赤脚医生与乡村社会总体构建了一种良性的社会平衡。20世纪80年代，随着人民公社的瓦解，传统的社会团结也逐步瓦解。这个时期，乡村医生开始逐步运用竞争性的市场化手段维持生计，同时也褪去了传统社会下道德圣人的外衣，而农民不再可能通过赊账等方式获得乡村医生的援助，也正因如此，农村社会“有病不医”、“有病难医”的问题才显得越来越突出。而到了当下，当政府试图通过行政手段重新介入农村基层的医疗服务供给时，遇到了多重压力。已经市场化的乡村医疗卫生服务主体如何再以“公益性医疗服务组织”的身份进入乡村社会内部？政府希望通过收支两条线的支付机制，甚至严格的准入机制来控制乡村医生的逐利行为，但是在开放的流动性社会空间中，严格的行政性机制显然不再奏效，而且由于自上而下的、严格的行政机制的推行，已经使一些贫困地区的基层医疗卫生机构出现了功能性萎缩。

布迪厄在其著作《实践与反思》中着重谈到，每一个场域都构成一个敞开的游戏空间，其力量的此起彼伏、权力的犬牙交错和游戏者的谋划策略，随时随地改变着场域的某些形态，产生全新的逻辑规则（刘忠一，2005；布迪厄，华康德，1998）。在乡村医疗空间中，始终存在着三种不同的力量——乡村社会的道德规训、市场的交换法则和行政的官僚权威，三者在不同制度环境中体现出不同的张力。集体经济背景下，农村是一种总体性社会形态（渠敬东，周飞舟，应星，2009），医疗空间与生产、生活空间互相嵌入，赤脚医生与村民之间在生产、生活中相互依赖。在总体性的制度安排下，人民公社的政治权威与乡村内部的社会秩序相互制约。到市场经济时期，随着集体经济的瓦解，行政权威在乡村医疗空间中逐步弱化，乡村医疗空间变成原子化的村民与乡村医生之间的独立关系，市场化原则成为主导这一时期乡村医疗空间的主要力量，农民与乡村医生的关系从紧密的纽带关系转化为差异性的交换关系。到了当下，乡村外部行政权威的介入重新打破了市场原则下的平衡，乡村医疗空间演变为外部行政权威、乡村医生主体和村民三方力量的角逐。外部行政权威从表面上看越来越强势，但是正如布迪厄所言，所有外部权力的渗入，只有通过场域的独特形式的特征调解之后，才会间接地影响到行为者的身上（刘忠一，2005；布迪厄，华康德，1998）。作为利益相关者，由于市场化原则已经内化为不可逆的力量，乡村医生或者获得替代性的行政附加利益，或者退出乡村医疗场

域。而作为最弱势的乡村居民，他们的力量始终是微弱的。继集体经济之后，社区集体对医生的道德规训已经式微，而行政力量的介入实际上并没有重新赋予社区集体制衡乡村医生的武器。

#### 参考文献：

- 波兰尼，2007，《大转型：我们时代的政治与经济起源》，冯钢、刘阳译，杭州：浙江人民出版社。
- 布迪厄，1997，《文化资本与社会炼金术》，包亚明译，上海：上海人民出版社。
- 布迪厄、华康德，1998，《实践与反思——反思社会学理论导引》，李猛、李康译，北京：中央编译出版社。
- 陈飞、张自宽、昌鸿恩，2007，《“赤脚医生”来龙去脉》，《健康报》11月9日。
- 顾昕，2005，《走向有管理的市场化：中国医疗体制改革的战略性选择》，《经济社会体制比较》（双月刊）第6期。
- 梁漱溟，1987，《中国文化要义》，香港：三联书店香港分店。
- 刘中一，2005，《场域、惯习与农民主育行为——布迪厄实践理论视角下农民主育行为》，《社会》第6期。
- 渠敬东、周飞舟、应星，2009，《从总体支配到技术治理——基于中国30年改革经验的社会学分析》，《中国社会科学》第6期。
- 涂尔干，2006，《职业伦理与公民道德》，渠敬东、付德银译，上海：上海人民出版社。
- 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》第6期。
- 王春光等，2012，《社会现代化：太仓实践（下）》，北京：社会科学文献出版社。
- 王晶、杨小科，2014，《中国农村基层医疗卫生改革的制度选择与发展反思》，《东北师大学报（哲学社会科学版）》第6期。
- 杨念群，2006，《再造“病人”：中西医传统下的空间政治：1832—1985》，北京：中国人民大学出版社。
- 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会，2009，《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（<http://www.nhfpc.gov.cn/tigs/s3576/201309/cc37d909af764f3da261894504d9de9a.shtml>）。
- 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》第4期。

作者单位：中国社会科学院社会学研究所  
责任编辑：向眉