

发展还是内卷？*

——农村基层医疗卫生体制改革与变迁

赵 黎

摘要：保障基层医疗卫生服务的公平性与可及性是新医改工作的重点和难点。本文关注新医改过程中农村基层医疗卫生体制改革与医疗卫生新机制的建立，将内卷化理论引入具有发展边界的医疗卫生领域的分析中，以公共卫生服务项目、基本药物制度和基本医疗保险制度为例，通过田野调查揭示农村基层医疗卫生服务的现状与困境。本文试图突破固有的对内卷化概念的认知范式，结合被大多数学者所忽略的内卷化理论的新面向与新内涵，对农村基层医疗卫生领域改革、创新、突破的程度与可能进行省思。本文认为新医改的内卷化过程是在国家政治社会稳定与经济发展的背景下以渐进的方式呈现出来的，而这一过程也体现出医疗卫生领域改革所应有的革新性、适应性与特性化。在持续推进医改的过程中，为了避免形式化、过密化和异化的治理效果，政策制定者应重新审视政策工具在解决问题过程中自身也变为问题的现象，并培育新的符合地方实践的健康习惯行为与就医秩序。

关键词：内卷化 基层医疗卫生 新医改 公共卫生服务 基本医保

中图分类号：C911 C913 文献标识码：J

一、引言

2009年3月17日，《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（以下简称“《意见》”）正式颁布，拉开了中国新一轮医疗体制改革（以下简称“新医改”）的序幕。该《意见》明确提出了“保基本、强基层、建机制”的顶层设计，推进农村基层医疗卫生体系建设，健全“以县级医院为龙头、乡镇卫生院和村卫生室为基础的农村医疗卫生服务网络”，实施国家基本药物制度和基本医疗保障制度，促进基本公共卫生服务逐步均等化。新医改明确提出基本医疗卫生服务面向全民提供的理念，积

*笔者感谢参加调查的农村基层受访对象所分享的观点、热情与时间，并对在调研过程中给予帮助的朋友与同事表示由衷的感谢。本文在2018年中国社会学年会（南京）“不平衡发展中的社会福利与民生福祉”论坛上宣读，得到了点评教授富有助益的评论。本文研究得到中国社会科学院“优势学科建设项目”资助，匿名审稿专家提出了宝贵的修改意见，特此致谢。文责自负。

极推进建立以公益性为旨归的农村基层医疗卫生新机制。经过了近十年的探索与实践，新医改取得了显著的成就与进展。然而，随着实践的深入，新医改带来的基层医疗卫生困境也逐渐展现，这尤其表现在完善农村基层医疗卫生服务体系方面，从而引发了人们对新医改成效的讨论与质疑。

在城乡发展不均衡的背景下，如何充分利用现有的农村基层医疗卫生资源，为居民提供优质、便捷、高效、安全的基本医疗和公共卫生服务，提高居民在利用和获得医疗卫生服务方面的公平性与可及性，成为新医改工作中的重点和难点。然而，在新医改政策框架下，一方面，农村基本医疗卫生事业的发展具有国家主导型和普惠公益性的特征，同时因管制政策具有内生性而愈加制度化；另一方面，农村基层医疗卫生服务体系嵌入于乡村社会的经济、政治与社会文化等隐性制度中，同时受到当地的发展条件、资源禀赋、社会环境、文化传统与居民认知的影响。笔者在不同地区的调研表明，这种“制度化的基层医疗服务体系”导致过度医疗与医疗不足并存，滥用药物与药物短缺并存，医保基金支付压力高企与个人缴费负担增加并存等现象。

本文关注新医改背景下农村基层医疗卫生服务现状与农村基层医疗卫生新制度的建立。笔者认为，从内卷化理论视角可以更好地理解这一问题。引入内卷化理论有助于扩展医疗卫生领域的研究思路，具有理论和实践的双重意义。一方面，内卷化的视角提供了一个概念性的解释系统，有助于多元化解读医疗卫生资源供给的不同形态和医疗卫生事业的发展；另一方面，这一视角有助于人们理解新医改的实施及之后一系列管制政策的推行对农村基层医疗卫生服务体系变迁的渐进影响。

2016年，中共中央办公厅、国务院办公厅转发了《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于进一步推广深化医药卫生体制改革经验的若干意见》，坚持把“公立医院改革”作为完善基本医疗卫生制度、推动医改向纵深发展的重心。从政策语义上分析，2009年的《意见》意在通过强调“保基本”促进医改，逐步实现人人享有基本医疗卫生服务、提高全民健康水平的目标；而2016年的政策文件则力图通过公立医院改革突破利益藩篱，加快完善基本医疗卫生制度。可以说，两个政策文件一脉相承，但其中也隐喻着利益固化格局下医疗卫生体制改革中出现的内卷化现象。

本文研究基于笔者2017年对东、中、西部四省份8个县16个乡镇的田野调查^①，按照Van der Veer (2014)的观点，田野调查这种“片面而深入的观察”对于获得一种理解社会生活的整体性视角是有必要的。与基于博弈论和理性选择理论等研究所代表的“大数据式分析”相比，这种对社会生活碎片式或片段性分析在社会科学中具有更大的潜力，这种分析力求呈现出在基于统计学或经济学方法的实证性研究中所不易发现的社会机制。在本文的研究中，访谈对象包括县市相关部门涉及卫生、医保、医疗、民政等行政管理人员，县级医院、乡镇卫生院和村卫生室的负责人、医生和预防保健人员，病人与当地村民等。在本文中，农村基层医疗卫生服务机构以乡镇卫生院和村卫生室为主^②，笔者所研究的农村基层医疗卫生体制涉及到在乡镇与村两级运转的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障

^①四个省份为浙江省、湖南省、云南省和四川省。按照学术惯例，本文对基层调研涉及的地名与人名等均作匿名化处理。

^②根据国家相关政策文件，基层医疗卫生机构主要包括乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室、医务室、门诊部（所）和军队基层卫生机构等。

体系和药品供应体系。

本文的结构安排如下：第二部分阐述内卷化理论的基本概念，并将这一概念引入具有发展边界的医疗卫生领域的改革与发展分析中，从而拓展其应用领域，同时通过强调概念在社会文化变迁理论中的多维内涵，提出本文研究旨趣所在。为了阐释医疗卫生改革的复杂性与二重性，第三到第五部分分别以公共卫生服务项目、基本药物制度和基本医疗保险制度为例，揭示出农村基层医疗卫生服务现状与困境。第六部分结合内卷化理论新的内涵，对新医改进行省思。第七部分是总结与余论。

二、内卷化：理论分析与应用拓展

（一）内卷化理论：基本概念与新的内涵

内卷化理论是社会科学领域中研究经济活动、社会生活、政治制度与文化发展的一个重要理论工具。然而，尽管这一理论被认为是少有的、与中国社会某些特色“联系密切且使用频次较高、影响较广泛的概念”，学术界对此概念却“远未达成共识”（刘世定、邱泽奇，2004）。从康德、戈登威泽和格尔茨出发，内卷化理论逐渐从一个认识世界的哲学概念成为学术研究中一个有力的解释工具。尽管在内卷化的概念运用与理论建构中产生出的种种歧义使得这一理论仍需寻求学界共识，但是，这也使得这一理论的内涵与外延变得复杂多样，从而为其应用范围的不断拓展带来了诸多可能。

按照韦伯式的“理想类型”分析框架，学界通常将内卷化理论划分为三个层面，即“经济内卷化”或“农业内卷化”、“政权内卷化”或“国家内卷化”以及“文化内卷化”。“经济内卷化”或“农业内卷化”来源于 Geertz 与黄宗智的研究，这已经得到学界普遍认同。Geertz（1963）将“农业内卷化”视为在水稻种植中能够稳定地维持边际劳动生产率的“一个自我战胜的过程”，其发展特征包括在发展模式边缘基本固定的情况下，基本模式本身刚性的逐步增强、发展模式内部的修饰性日益华美、对技术细节与精湛技艺的无尽追求，以及在土地使用、租佃关系和合作性劳动力安排等方面变得更为错综复杂的过程，这是一种“过度的纹饰、一种技术哥特式的雕琢，一种组织上的细化”。以此出发，黄宗智（1992）在区分三种农村经济变迁模式的基础上，指出“内卷化”^①既非“单纯的密集化”，也非“发展”，是“没有发展的增长”，通常不带来单位工作日收入的增加，甚至总产出的扩展以边际效用递减为代价。可以说，无论是强调在外部条件（例如资本与土地）被锁定的情况下劳动力持续投入带来的农业生产内部精细化的过程，还是强调劳动的边际生产率逐渐递减的变动趋势，内卷化都表明了对外扩展受限、发展模式刚性化与内部结构精细化、复杂化的发展状态。

杜赞奇的理论是分析政权层面“内卷化”的典型代表。在他看来，“国家政权内卷化”可以概括为“国家机构非靠提高旧有或新增机构的效益，而是靠复制或扩大旧有的国家或社会体系——如中国旧有的营利型经济体制——来扩大其行政职能”（杜赞奇，2008）。在政权内卷化过程中，政权的正式机构与非正式机构同步增长，导致国家政权对社会基层有汲取无控制的结果。与这一过程相伴的现象

^①在原文中，译者在这里使用了“过密化”一词，并指出以前译作“内卷”。为了行文表述的一致性，笔者此处沿袭“内卷化”这一用法。

包括国家财政收入增加与地方无政府状态、非正式机构膨胀同时发生。与“农业内卷化”相比，政权层面的“内卷化”一方面也突出了无效益增加这样一种“没有发展的增长”，以及固有发展模式的刚性、固化与再生^①；另一方面也强调了国家机构的合理化与政权内卷化之间的张力。杜赞奇（2008）特别指出“国家政权内卷化”强调矛盾二重性，即在同一政权结构中，权力的扩张与权力的瓦解和削弱并存，以及在现代化进程中，现代政体的出现与政权的压制、僵化和破坏性并存。在这一点上，郭继强（2007）将经济主体的内卷化概括为自我锁定与自我战胜的机理，也表现出概念主体所蕴含的内生变化与外向扩展之间既紧张又交融的混合关系及其二重性^②。

在某种程度上说，经济与政治层面的“内卷化”分析均源于社会文化意义上的“内卷化”，其滥觞于美国人类学家 Goldenweiser。Goldenweiser（1936）将发展模式作为一个特殊的文化概念，用来探求完整的、具有个体行为选择惯习的人类与社会和文化秩序之间的关系。这样，“文化内卷化”可以理解为一种社会或文化模式发展到某个特定阶段后，既无法稳定下来，也无法上升为一种更高级发展模式的现象，而只是在其内部变得更为复杂，其所形成的模式也逐渐稳定和固化。

若干年后，另一位美国文化人类学家 Service（1971）在研究文化变迁理论中提出了发展、内卷化与革命三种可能发生的变革模式。在他看来，内卷化作为一种流行的文化变迁模式，是一种试图保存当下结构的“革新”（innovation that attempts to preserve an extant structure），并通过“修补”来解决新问题，以达到文化适应性与特性化的状态。换言之，理解这一内卷化的涵义需要放在适应性变迁理论中。Service（1960）指出，一种发展形式或进化潜在在特定环境中的适应性越是增强，其相生于这一特定环境的特性化就越得到强化，就越深嵌于由自身所造成的当下情境之中，其发展进化到下一阶段的可能性也就越加衰减。因此，在这里，内卷化是在特定发展阶段中适应性或者说调适性特性化的一种循序渐进的过程（gradual progress in adaptive specialization）。承续这一逻辑，他继而提出社会文化的下一次主要发展将不会是由处在文化先锋地位的社会所引领，即“领先者魔咒”或者“历史后发主义优势”。此外，当某种特质深嵌并适应于当下情境时，其在功能上持续变化的可能性也就存在一定限度，这可能促成不同社会空间结构中的文化趋同现象（Service，1971）。

因此，可以说，与经济和政治层面的“内卷化”相比，社会与文化层面的“内卷化”不在于描述和分析一种停滞不前的、“没有发展的增长”的社会变迁，而在于突出变迁过程的复杂性、革新性、适应性与特性化。笔者认为，将经济政治层面的“内卷化”意义与社会文化层面的“内卷化”意义结合起来进行理解与应用，可以表现出对“内卷化”概念中所包含的一般性与特殊性的一种辩证性认知（见

^①在这里，杜赞奇（2008）指出：“内卷化国家政权不仅倾向于在社会中再造过去的阶级关系，而且通过在政权与社会各部分、各阶层的上层分子之间建立一种互利关系框架从而使自身得到再生。由此不仅可以看出经济体制的顽固，而且可以看出经纪层以此种方式调试自己与社会利益的特点，改变这一体制便会在社会的所有层面受到精英的阻碍。”

^②例如，从社会意义上说，黄宗智（1992）对农村手工业的内卷化定义为一种增长“并未形成新的社会生产组织，而仅是既有生产组织的延伸”。在这里，农业内卷化似乎也在强调生产组织内部与外部发展环境之间的张弛或者说弹性程度。可以说，这也是经济与政治层面的“内卷化”的一种表现特性。

图1)。

在上述三个基本层面的基础上，内卷化理论在与社会实践的互动中不断得到诠释、丰富与发展。这一开放的理论体系已被用来回应、分析和解释不同领域的现象与问题，诸如国有企业社会成本（李培林、张翼，1999）、城市基层自治组织运行机制（何艳玲、蔡禾，2005）、流动人口的社会认同（王春光，2006）、教育改革与发展（陈坚，2008）、乡村治理（贺雪峰，2011；李祖佩，2017）、扶贫项目目标偏离（邢成举，2015）、老人社会福利事业（陈雯、江立华，2016）以及民主制度（刘广莉、邓曦泽，2017）等。可以看到，无论是早期的理论开拓者还是近期学者，他们在不同意义上使用的内卷化概念，所描述的都是一种在外部条件限定的情况下，研究对象发展到某一阶段后自我锁定、无法突破的一种非理想型的组织制度变革形态。

实际上，医疗卫生作为一种典型的公共资源或“共有资源”（曼昆，1999）、“公共池塘资源”（Ostrom，1990），也不是一种无限资源，因而受到外部条件的限制。医疗卫生机构可获得的各种资源，包括医疗器械、医务人员与药品，以及医务人员参与培训和照料病人等工作，都具有竞争性^①。此外，人们在收入不断增长条件下对医疗卫生服务日益多元化和高水平的需求，更加强了医疗卫生资源的竞争性质。这种资源有限而需求多样的状况，表明医疗卫生事业的发展也是有条件与边界限制的，而当医疗卫生资源能为人们提供的社会福祉、就医保障或医疗服务收益绝对减少或相对减少时，便产生了内卷化发展的困境。

因此，为更好地理解与阐释新医改后农村基层医疗卫生服务发展现状，本文试图将内卷化理论的分析研究和应用进行拓展，在学者已有研究的基础上，将“内卷化”概念引入到具有发展边界的医疗卫生领域改革与发展的分析中，聚焦于农村基层医疗卫生服务方面（见图1）。

在引入这一概念时，笔者试图结合其特殊性与一般性的认知视角，一方面保持着对“内卷化”在经济层面和政治层面所具有的基本属性的认同，以强调农村基层医疗卫生服务领域的一种生态稳定性、非理想型的制度变迁过程^②；另一方面，笔者在观察与分析的基础上，特别强调“内卷化”的“革新性”“适应性”与“特性化”这些被大多数学者所忽略的新面向与新内涵。

作为一种意义拓展，本文意在同时研究变迁对象内部结构变化和农村基层医疗卫生领域改革、创新、突破的程度与可能。概言之，本文不在于描述和分析一种“停滞不前”的制度变迁，而主要强调新医改前后农村基层医疗卫生领域表现出的特殊面貌与复杂性，以研究和阐释医疗卫生制度变迁过程的革新性、适应性与特性化。从某种程度上说，这或许也可以理解为 Geertz（1963）所谓的“自我战胜的过程”。

^①例如，周其仁（2008）指出：“医疗服务的人力、物力、财力，没有一样不是稀缺的，没有一样不是在竞争的环境里被决定被动员的方向和强度。”

^②笔者认为，对“内卷化”的基本认同可以表示为黄宗智所谓的“无发展的增长”或“过密型增长”。

发展还是内卷？

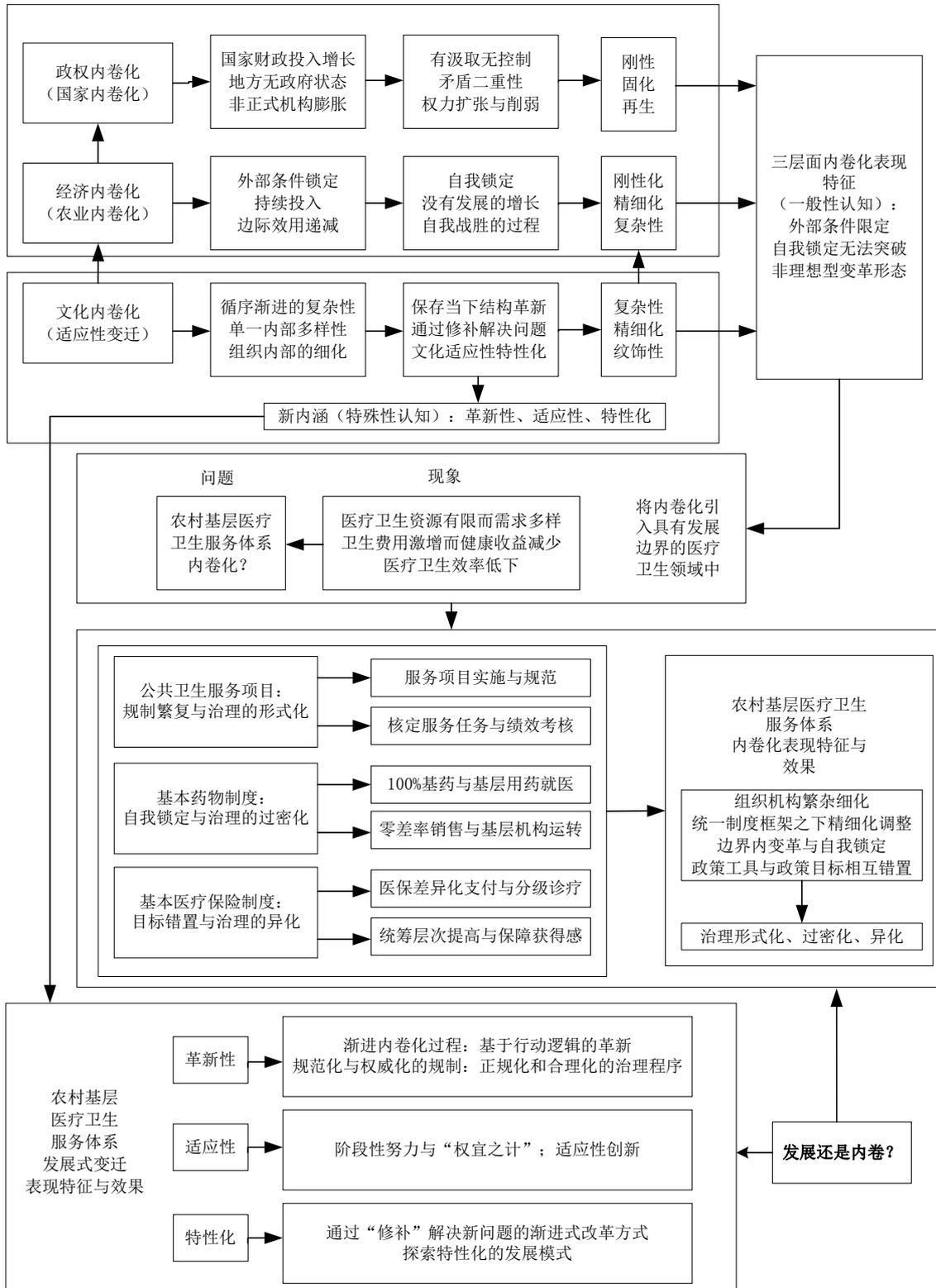


图1 农村基层医疗卫生体制内卷化与发展式变迁分析框架

（二）新医改：一个“自我战胜”的过程

自2009年启动新一轮医改以来，中国对医疗卫生基础设施建设进行了大量投资，提出形成四位一体、覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度这一发展方向。对于新医改所取得的工作成效，《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于进一步推广深化医药卫生体制改革经验的若干意见》中已经做了精简明确的概述。此外，原国家卫计委认为，新医改的成效可以通过医药费用负担实现“一优两降”来展现。“一优”是指医院收入结构持续优化，即全国公立医院药占比从2010年的46.33%降到2015年的40%左右；“两降”是指政府举办的医疗机构收入增幅的下降，即由2010年的18.97%降到了2015年的10%左右，以及个人卫生支出占卫生总费用比重的下降，2015年这一比重下降到29.27%，是近20年来的最低水平^①。与此同时，统计数据显示，中国卫生总费用近年来呈现出快速增加的趋势。2014~2016年这三年，中国卫生总费用分别为3.5万亿元、4万亿元和4.6万亿元，占GDP的比重从5.6%增加到6%和6.2%。然而，卫生总费用虽能体现一国医疗卫生筹资水平，但并不一定能体现医疗卫生体系的效率水平。实际上，由世界银行、世界卫生组织和中国财政部、卫计委、人社部三方五家联合对新医改工作开展的研究显示，中国医疗卫生的发展存在卫生费用激增而健康收益减少的“低价值服务的风险”（World Bank et al., 2016），导致医疗卫生效率低下。

针对激励机制不当、过度使用医疗技术和高利润诊疗手段的现象，中国政府于2016年正式把公立医院改革作为完善基本医疗卫生制度、推动医改向纵深发展的重心。然而，陈永正（2018）指出，公立医院改革虽然是必要之举，但这并不能解决医疗资源配置低效率这个问题，而这种低效率的集中表现就是医疗成本不断攀升。由于存在供给诱导需求效应，增加的供给往往容易导致更多的医疗需求（王文娟、曹向阳，2016）。换言之，医疗“普惠制”会刺激人们对医疗服务的需求量（周其仁，2008）。供给诱导需求效应表现为大医院人满为患，而不必要的诊疗行为带来额外支出，使得卫生系统的成本与患者支出同步增加。不断推高的医疗成本既会抵消公立医院改革增加医疗供给的效果（王文娟、曹向阳，2016），又将使中国的医保难以为继（World Bank et al., 2016）。财政投入预测显示，若不改革现有的医疗服务供给模式，中国卫生总费用占GDP的比重在2035年将增长至9%以上，而这些增长中超过60%都来自于住院服务（World Bank et al., 2016）。

减少医疗卫生体系运行的低效率，需要更多地使用门诊和基层服务（World Bank et al., 2016）。国家统计局的数据显示，与2015年相比，2016年医院诊疗人次增加1.9亿人次，增长6.2%，而基层医疗卫生机构诊疗人次增加0.32亿人次，增长仅为0.7%。在基层医疗卫生机构中，统计数据也呈现出诊疗服务由低向高的聚集效应：2016年，全国县级（含县级市）医院诊疗人次比上年增加0.5亿人次，乡镇卫生院诊疗人次仅增加0.3亿人次，而村卫生室诊疗人次反而减少0.4亿人次。2017年上半年，在其他类型医疗卫生机构医疗服务量都有所增加的情况下，乡镇卫生院诊疗人次较2016年上半年下降了1.2%，而村卫生室诊疗人次更是下降了2.5%。由此可见，基层医疗机构的服务增长缺乏后劲。

在中国社会主要矛盾发生转化的背景下，农村基层医疗卫生服务领域存在着严重的不平衡不充分

^①参见国家卫计委：《新一轮医改成效显著》，http://www.xinhuanet.com/politics/2016-12/23/c_1120178819.htm。

发展的问题。随着医疗改革的深入推进，农村基层医疗卫生服务工作正面临着前所未有的困境。组织机构的繁杂细化、统一制度框架之下的精细化调整、边界内的变革与自我锁定、政策工具与政策目标相互错置，带来了治理的形式化、过密化与异化，构成了农村基层医疗卫生服务体系的内卷化发展。

三、公共卫生服务项目：规制繁复与治理的形式化

为了提升公共卫生服务均等化程度，从2009年新医改启动以来，国家基本公共卫生服务项目开始实施，目前已在农村基层医疗卫生机构普遍展开。从2009年到2017年，人均基本公共卫生服务经费补助标准从15元逐步提升到50元，项目内容从9大类扩展至14大类，主要针对中国当前慢性病患者人数快速增长、社会老龄化程度不断加深、新旧传染病防控形势依然严峻等公共卫生问题^①。项目设计将儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者等作为重点人群，意在面向全体居民免费提供基本公共卫生服务，服务提供主体主要为全国94万个基层医疗卫生机构，在农村主要由60多万个乡镇卫生院和村卫生室提供^②。在项目运作中，中央政府要求各地合理确定乡村两级任务分工。2017年，原则上将40%左右的工作任务（不含新纳入的两项）交由村卫生室承担。此外，原国家卫计委还要求各地区在项目实施过程中结合全科医生制度建设、分级诊疗制度建设和家庭医生签约服务等工作，积极采取签约服务的方式为居民提供基本公共卫生服务^③。然而实地调查充分反映出项目制带来了科层制特征的强化（渠敬东，2012），这突出表现在保证绩效合法性的规范化管理和以政绩考核为特征的目标责任制治理。

1. 服务项目实施与规范之繁。笔者在调研过程中，不同访谈对象都表达出对这一服务项目以及其中所蕴含的技术理性的肯定与困惑。一方面，这个意在使重点人群和全体居民得到更多公共卫生服务的项目，既可以保障公共卫生事业发展、提高当地居民健康素质和健康管理意识，又可以减少医保基金支付的压力。而另一方面，笔者发现，在实际工作中，由于服务项目设计内容不断精细化、复杂化，基层医疗卫生机构面临的公共卫生和基本医疗的任务日趋繁重，导致基层医务工作者时而处于被动应付的状态。为了规范服务项目的实施，国家在编制各项服务规范时，分别对服务对象、内容、流程、要求、考核指标及服务记录表等一一作出精细、复杂的规定。在建立居民健康档案时，基层医务工作者针对普通人群、重点人群和患病人群，需要分别填写居民个人基本信息表、健康体检表、各项检查记录、服务记录、随访记录等20余个表格。在实地调研中，有乡村医生表示“档案太多，整理得不好”；也有访谈对象认为，建立健康档案的推进速度快，在初始填报过程中存在不准确的信息，而“后

^①这14大类服务项目具体包括：居民健康档案管理、健康教育、预防接种、0~6岁儿童健康管理、孕产妇健康管理、老年人健康管理、慢性病患者健康管理（高血压、糖尿病）、严重精神障碍患者管理、肺结核患者健康管理、中医药健康管理、传染病及突发公共卫生事件报告和处理、卫生计生监督协管、免费提供避孕药具、健康素养促进。其中，后两项为2017年新纳入的服务内容。

^②2017年，中国共有乡镇卫生院3.7万个，村卫生室63.8万个。参见《中华人民共和国2017年国民经济和社会发展统计公报》。

^③参见国家卫计委：《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》，

<http://www.nhpc.gov.cn/jws/s3578/201703/d20c37e23e1f4c7db7b8e25f34473e1b.shtml>。

期更改又很繁琐”。在与笔者的私下交谈中，有不少乡村医生感到为难：

“（上级）考核任务越多越来越……天天做报表，（数据）虚假填报，（面对这么多要求）如何（在填报中）做到既规范又真实”。（1-1G-HJX^①）

还有访谈对象指出，有些服务项目因填写可操作性小而导致填报数据“水分较大”。例如，2011年在公共卫生服务项目中新增加了包括平和质和气虚、阳虚、阴虚、气郁、痰湿、湿热、血瘀、特禀等八种偏颇质中医体质类型辨识，对于在基层医疗机构工作的医生来说：

“（这）需要较高的理论和实践水平，而实际上我们根本不具备这种能力……填报难度大，就随意填一个，有什么意义呢”。（2-1F-PDW）

可见，基本公共卫生服务项目的实施是基于权威化与规范化的运作方式，基层公共卫生部门和医疗机构为了应对繁琐的项目规范而动员了大量的工作人员，项目所涉工作庞杂，所涉人员因程序技术的过度牵制而难以上手，感到迟倦，这些都带来了形式化的治理效果。这种工作强度与难度，有可能导致受访者所担忧的“对病人医治没有起到辅助作用、反而有可能起反作用”的后果，也引发了不同调研地区基层医务工作者对“公共卫生服务意义何在”的困惑。

2.核定服务任务与绩效考核之难。项目制的存在离不开绩效合法性的思维模式（渠敬东，2012）。在核定公共卫生服务项目的基层工作任务和绩效评价上，国家规定由乡镇卫生院对村卫生室进行业务管理，要“根据本地项目内容和任务以及工作重点，确定各项服务补助或购买服务支付标准，按照服务数量和质量拨付资金，不得简单按照人口数拨付基本公共卫生服务经费”，应该“将考核结果与医务人员个人收入挂钩，体现多劳多得、优劳优酬”^②。笔者在实地调查中通过与乡镇卫生院、村卫生室医生的访谈发现，不少乡村医生时常会感到“因为做不好会被扣钱”的工作压力，与平时的诊疗工作带来的压力一道，为基层一线岗位工作的医生带来了身心方面的隐性工作成本：

“公卫啊，诊疗啊，总之，我们工作风险大，领导怕承担责任，尽量（保证）病人安稳的，包括我们医生也是，病人动不动就投诉，我们也很害怕，（病人）他电话打到县里面局里面去，那我们考核就不过了，所以我们能迁就他的就迁就他……我们这些医生和机器人一样的，没有个性，没有性格”。（1-1F-YYYS）

医务工作者的工作压力往往造成职业倦怠，通常表现为情绪衰竭，对工作价值产生怀疑与职业效能感降低（Wu et al., 2013）。与此同时，付出与回报的不平衡更容易产生工作倦怠感，影响身心健康与工作效率（Siegrist et al., 2004）。笔者调研发现，大多数村卫生室根据考核综合分数所得到的绩效考核成绩会或多或少低于理论上按照核发人口数拨付服务经费这一方式拨付的资金额。任务量和经费拨付比例不相协调容易在一定程度上挫伤乡村医生承担项目任务的积极性，影响项目服务的效果和质量。对此，有受访乡村医生表示，因为完成公共卫生服务任务繁重，又要面对定期而来的考核，加之平时

^①笔者对所有的访谈都进行了匿名化处理与抄录，并按照调研地区基本信息与受访对象身份、姓名等信息进行了编码。

^②参见《关于做好2017年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》（国卫基层发[2017]46号），<http://www.nhfpc.gov.cn/jws/s3577/201709/fb16b2e306bd469ab84e0c42173bc52d.shtml>。

的诊疗工作，导致其难以抽出时间参加培训、继续教育、外出进修等活动，而这有可能带来基层医疗服务能力更为薄弱的风险。正如Y村一位村卫生室医生感慨：

“我是八零后的，我开诊所十二三年了，你说我看过去，和实际年龄有差别没有，是不是像40岁的？我们都超负荷工作的，早上六点半到晚上10点，（一个诊所）就我们两夫妻，一年无休，周末照样。我和领导开玩笑：国庆节，人家在微信上晒景点，我们晒什么？我们晒病人。所以说，我的年龄与身体状况不相符，因为我睡眠不足。人家半夜三更打电话给我，我要不要去看？公卫（工作）要求下面随访，我看病与随访同时，还要应付考核……（我们）没有编制，技术也不能更新……我（前几年）理论知识也是很强的，现在不培训、不充电，技术会慢慢落后啊……再这样下去的话，村医会慢慢消失的”。（1-1G-HJX）

此外，由于实际服务工作内容复杂、考核所涉各要素投入有限，考核难以对乡村医生的工作质量加以辨别，服务质量、效果和满意度等考核难以实现，乡村医生的绩效考核管理并没有到位，大部分考核带来形式化的后果。在2017年国家基本公共卫生服务项目主要目标任务中，明确提出“居民健康素养水平较上年度提高不少于2个百分点”的考核要求。暂且不谈居民健康素养水平如何衡量，仅因为这一任务是2017年才新纳入的，如何将之与上年度的工作进行比较与如实填写，成为基层完成考核任务的一个疑虑与困惑。

在基层基本公共卫生服务体系再造过程中，公共卫生服务项目运作的权威化和专业化不断增强，基本公共卫生资源的绝对量得到增加，但这似乎并没有带来系统内外成员收益（不管是疲于应付“忙交差”的基层医务人员，还是接受服务“被档案”的当地村民）以及系统边际效益的显著增加，甚至伴随着效益递减以及规制繁复、制度设计庞杂所带来的服务保障功能的弱化。这使得公共卫生系统在对自身功能失去控制的同时，也在一定程度上排挤了其他医疗功能的合理实现。这种“有汲取无控制”（杜赞奇，2008）的发展表现，导致国家基本公共卫生服务职能的急剧加重尚未与基层医疗卫生有序发展形成有机的一体化关系，造成农村基层基本公共卫生服务项目治理日益趋于形式化的现象。

四、基本药物制度：自我锁定与治理的过密化

2009年的《意见》正式提出医药分开的改革原则，同年，卫生部等9个部门印发了《关于建立国家基本药物制度的实施意见》，正式启动了国家基本药物制度建设。作为一项全新的制度，国家基本药物制度涉及到对基本药物多个环节制定相关政策，其政策框架主要包括基本药物目录遴选调整管理、生产供应、价格制定和实行零差率销售、促进基本药物优先合理使用、完善报销环节、加强药品质量安全监管、健全工作绩效评估等方面内容。对于基层医疗卫生机构，这项工作主要意味着两个方面，即政府举办的基层医疗卫生机构全部配备和使用国家基本药物，以及基本药物零差率销售政策。

1.100%实行基药与基层用药就医之困。2009年9月21日起施行的《国家基本药物目录》规定了政府举办的基层医疗卫生机构配备使用的药品^①。根据政策文本释义，目录中所列药品是“适应基本医疗

^①2012年版的《国家基本药物目录》又进一步调整为针对各级医疗卫生机构配备使用药品的依据，不再区分基层医疗卫

卫生需求，剂型适宜，价格合理，能够保障供应，公众可公平获得的药品”。笔者在访谈中听到多个乡镇卫生院的医生、院长、乡村医生甚至部分政府官员谈到当前基层医疗卫生机构的用药模式，却多是不以为然：

“我们（卫生院）的药品……不像二级三级医院他们那样允许使用一定比例的自费药品，你就是想要好一点的药品我们也是没有，严格按照药品目录”。（3-3F-ZJO）

“基药都是上面招标配送的，做好的话，对老百姓还是好的，但是在控制的层面上，也控制不好……也不敢说控制不好，国家出发点还是好的，但是在管理方面，因为面太大太广，可能管理上有疏忽，有差漏……可能基药品种再多一些，就更好。毕竟要看老百姓是不是得到实惠。基药不基药，老百姓没反应的”。（3-2F-BMZ）

“……所以这几年来，药卖得真是太不方便了，我们底下（村子里），老百姓用药都不太方便，（很多）常用的药都是非基药”。（3-2G-DMC）

可以看到，尽管制度文本要求基本药物保质保量、及时配送，做到不缺货、不断档，但是基层居民却被用药不便的现实所困扰。近年来媒体已多次报道这一问题^①，并受到学者关注（安学娟等，2016）。朱恒鹏（2011）分析指出，基本药物制度不会降低基层医疗机构的实际药品价格和患者的医疗负担，其唯一的作用是消灭一部分低价药。笔者的调研发现，如果不能对此及时加以完善、修订、突破，除了低价药的消失和用药不便，这一举措还将不利于分级诊疗和建立合理有序的就医格局，容易激励病人越过基层医疗卫生机构就医，使“基层首诊”比例偏低这一现实中的医疗难题愈加难以解决，无助于提高医疗卫生系统的效率。正如笔者调研地区的政府管理机构负责人所说：

“一开始（省里说）100%（实行）基药，后来村卫生室说没药用，农民说你药品太简单了，后来（就）放开了，说30%可以实行非基药，现在省里、市里又放开了，说药品目录尽量与县级医院对应起来，否则病人说你没有药，我喜欢到上面去看”。（1-1A-ZSM）

“有病人有这个（用药）需求，但是这里无法满足，病人没有办法，就往上走。所以现在（卫生院）还在争取，能够有一定的（非基药）使用（灵活性），不然造成病人不方便，所以说有的想法很美好，但是离现实有一些是有差距的”。（3-3B-ZTO）

可见，保证绩效合法性的技术理性与基于硬性规制的政治理性（如“100%实行基药”）在政策文本具体落实过程中难以达成社会共识，其简单化、纯粹化的治理逻辑因不合时宜而难以发挥作用，甚至产生了背反的效果。

2.基药零差率销售与基层恒弱。“想法很美好，现实很骨感”的不单是基层医疗卫生机构配备使用基本药物，更是对基本药物零差率销售政策的真切反映。尽管基本药物零差率销售政策的初衷是切断

生机构配备使用部分和其他医疗卫生机构配备使用部分。

^①例如，《中国青年报》的《廉价好药为啥看得见吃不着？》，以及央视焦点访谈节目《救命药喊“救命”》都报道了医药价格管制政策下，安全、有效、价廉的药品反而被高价药所取代的问题。参见《中国青年报》，2013年6月29日，第03版；《焦点访谈》，2013年8月29日。

药厂与流通经销商和医院处方行为之间的利益链，但笔者在实地调研中发现，实施药品零差价政策后，在患者药品支付没有得到有效下降的同时，这一政策反而导致就医费用增加、滥用药品等问题：

“有没有必要实行基药？很多基药不见得价格就低。医生是否需要以药养医？现在很多医生就是盲目开药，与药挂上利益关系的时候，必然多开药”。(1-1A-CCZ)

“……但是基药也存在比外面（卖的）还贵一点（的情况），有的老人，你贵个几毛，他都知道”。(3-1F-ZYZ)

“关键是药品价格还没有下来，医院没有挣到钱，老百姓也没有少交钱。流通企业、生产企业还是在定价……药品零差价没有任何意义”。(1-2E-GYL)

至于“医院是否挣到钱”的问题，有学者针对零差价管制措施曾列举出地方与基层医院的若干规避措施，例如减少口服药使用量和诱导患者打吊瓶、医生诱导患者用现金购买私售的非基本药物或者卫生院和药品配送商合谋等（朱恒鹏，2011）。而在笔者调研过程中，不少地方医院、特别是经济较为发达地区的地方医院一再强调零差率政策对医院不是零利润，而是意味着负利润，包括药品储存损耗、人员劳务等。正如Z镇卫生院的工作人员介绍：

“打点滴，首诊就（收取）5块钱，复诊的，按照省物价局要求，普通挂号费（收）1元，门诊检查费（收）1元，静脉输液费（收）6元，（针头针管等）耗材都是自己负担……理一个发二三十元，看一个病才收5元……”。(1-1F-YYs)

“医疗价格的制定（是）政府定价，与市场脱节，很多年（都）不变，现在的医疗价格还是2005年的价格，2005年的价格又是（根据）很多年前的成本制定的，不能反映现在的成本。换药，成本都不止这么多钱，纱布要用5块钱，换药要用多少纱布，换药钱已经都不够了，服务过程中的换药价值更无法体现”。(1-2F-LAQ)

“讲效率（的话），医院是亏本的，他目前价格就是这样，看的病人越多，亏得越多”。(1-1F-ZKZ)

可以说，这种没有反映出市场“无形之手”的政府指导价格导致医疗服务价格“低于成本”，一定程度上助推了医院“以药养医”的生存逻辑。此外，国家允许的顺价加价率15%的药品加成^①以及医院在各类器械、检查设备方面收取5%的管理费等管制政策，使得医院和药厂、药品经销商的利益紧密相连。这种利益链条促成了医药合谋的形成，导致医疗系统中部分行为人的行为扭曲（蒋天文、樊志宏，2002）。对此，为了确保基层医疗卫生机构在实施零差率政策时仍可以有序运转，国家于2016年开始推进医疗服务价格改革，意在协调好医疗服务之间的比价关系。对于医院取消药品加成减少的合理收入，政府管理部门按照总量控制、结构调整的原则，通过同步调整医疗服务价格来弥补一部分，并采取有升有降的结构性调整策略^②。此外，当地政府财政补偿政策也弥补一部分零差率政策给公立医院

^①即允许医疗机构在药品采购价基础上加价15%销售的政策。

^②即降低大型医用设备检查治疗和检验等医疗服务项目价格，降低药品、耗材等费用以腾出空间，提高诊疗、手术、康复、护理、中医等体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格。参见《关于印发推进医疗服务价格改革意见的通知》（发改价格〔2016〕1431号），http://www.ndrc.gov.cn/gzdt/201607/t20160706_810596.html。

带来的经营性亏损。然而，医疗服务价格调整不到位，基层医务人员的工作积极性受到了打击（张慧林等，2015）。笔者调研地区的基层医务工作者认为这种“腾笼换鸟”的做法进一步加剧了基层医疗机构的薄弱局面，加大了不同层级医院之间的矛盾：

“三甲医院是最大的受益者，基层医疗机构是最大的受害者，为什么？腾出来后调价格，没有给你（注：指基层医疗卫生机构）调上去，因为他调的服务与你你不匹配：动手术的价格高了，但是你手术很少做，几乎不做，所以与你没关系……调的价格都是基于技术性的，都是三甲医院（为主的医疗服务价格），他们是最大的受益者”。（1-2A-ZWK）

从改革遵循的“双轨制”（渠敬东，2012）这一分析视角看，这种“总量控制、结构调整”的原则，体现出一种“促进减量，保护存量”的变迁逻辑，即通过药品零差率政策取消药品加成，同时为了避免减量给旧有体制发展路径带来的强烈冲击，制度设计采取了保证存量的前提下对存量内部结构进行调整的策略，意在循序渐进地实现减量的改革目标。而这种试图避免系统性风险的做法，似乎并没有实现存量的演变效应，也很难说明是否反映了基本药物制度改革的真正旨趣。因此，医疗卫生行政部门在践行国家基本药物制度与维持自身系统结构与功能时，囿于自身固有发展模式的刚性约束，非但没能通过药品零差率实现医药分开的改革目标，反而通过不断引入管制政策^①，带来了更多负面效果，例如基层居民用药不便与滥用药品、分级诊疗受阻以及基层医疗机构日益薄弱等危机。正如朱恒鹏（2011）所指出的，管制具有内生性，一旦被引入便会具有自我强化的趋势。在制度自我锁定效应的影响下，基本药物制度改革具有系统依赖性，很难通过质性突破转化为一种更为有效的发展体制，改革表现出的似乎只是现有模式的复制、内部调整、精细化和复杂化，这使得当下的适应形式更加深嵌于这一特定发展情境之中。这种过密化发展使得基本药物制度改革从一种路径转移到其他路径——在外部边界不变的条件下——也似乎变得越来越不切合实际。

五、基本医疗保险制度：目标错置与治理的异化

在新医改启动之前，作为农村医疗保障制度的重要形式，新型农村合作医疗制度基本实现了农村地区的全面覆盖。新医改明确提出逐步实现城乡医疗保障（以下简称“医保”）一体化的发展方向。在这样的发展格局下，医保制度发挥着引导医疗、医药资源合理配置和科学使用的基础性作用。2017年1月，国务院发布了《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》（以下简称“《规划》”），提出了医保与医疗、医药联动改革的原则，强化了医保在分级诊疗制度、现代医院管理制度、药品价格形成机制等方面的杠杆作用与核心地位，并强调通过医保支付方式引导和规范医疗机构和医生的收治行为，激发医疗机构控制费用的“内生动力”。因此，医保在新医改中的地位越来越重要。加快推进医保制度建设主要集中在扩大覆盖面、提高保障水平等方面。在笔者实地调研中，基层相关政府工作人员反映当前医疗费用快速增长、住院率不断上升而导致医保基金运行风险不断加大的困境^②。

^①例如，张燕（2018）指出，不完全统计显示，2017年由国务院主管部委颁布的医疗、医药政策文件达400多项。

^②综合各地调研所得，访谈对象主要提出三方面的原因：一是随着群众生活水平的提高而对健康需求的高增长，二是经济

为了保障基金安全运行，根据分级诊疗的精神，《规划》明确了不同级别医疗机构的医保差异化支付政策。此外，根据基本医疗保险制度安排，医保筹资应该在提高各级财政的补助标准的同时，适当提高个人筹资标准和基金统筹层次，以提升基本医疗保障水平和服务效能，规范基本医疗保障基金管理^①。在实地调查中，笔者发现这两项制度安排在具体实施中带来了与制度旨趣相悖的效果，导致工作目标的偏离与错置。

1. 医保差异化支付与分级诊疗之艰。在实地调查中笔者发现，调研地区虽然制定了差异化的报销比例，不同程度地降低了患者在域外（县级、地级或市级）医保支付比例，但医保的杠杆作用似乎并没有得到充分发挥。以一个经济较为发达、交通较为方便的调研地区为例，Z县于2009年开始实行市级统筹，全面实施城乡居民基本医保制度，按照乡镇卫生院（社区服务中心）、一级医院、二级医院、三级医院划分，住院报销比例分别为92%、87%、82%、65%。然而，受访对象认为这种差异化划分虽然表面上向基层倾斜，但无法从根本上解决问题：

“乡镇卫生院与上面医院报销门槛相差很小，老百姓自己掏出的钱相差不是很大，那么他肯定愿意到县级、市级医院。所以零九年（注：2009年）医保制度实施以前，基层的医疗量还更大。这几年的推进，总想把病人拉回基层，但是没有什么效果，为什么？举个例子，原先在乡镇卫生院，接收一个阑尾炎，几百（块钱）就能搞定，县级医院要三千，市级医院需要六千，大概的数字就是一比三比六。那么在（没有医保）以前，基层到县级中间有两千的差额，都需要自己掏腰包，但是现在报销之后，自己掏的钱相差反而不大……其实这个普惠性医保政策，反而不利于分级诊疗的推进。没有普惠性医保，老百姓的经济导向反而遵从了分级诊疗，因为他越往上面走，他的成本越大”。（3-3A-CQO）

从国家将分级诊疗置于改革的首位可以看出^②，新的制度安排特别致力于建立起“基层首诊、双向转诊”的分级诊疗就医新秩序。在新医改以前，当地居民的经济理性“反而遵从了分级诊疗”，而这种医保差异化支付的制度设计在基于平衡区域各层级发展、普惠公共服务基本精神而努力提供一种普适性、普惠性的医疗保障的同时，改变了旧有的风俗与习惯所定格的社会生活与就医秩序。在调研中笔者看到，这种改变产生了背反的效果，非但“不利于分级诊疗的推进”，反而在某些地区因脱离实际而难以实现，甚至这种为解决就医秩序问题而产生的改变本身变成了问题，特别是在交通不便、经济不发达地区。例如，在位于两省交界地带的山地贫困边境县的C乡，笔者与该乡卫生院院长和乡村医生的访谈中了解到，当地村民与本村卫生室居住距离最远的达30多公里，而与乡卫生院距离最远的村子在百多公里之外，该乡距离县医院最短行程有90公里，因是弯曲陡峭的盘山公路，开车通常需要

下行导致地方财政捉襟见肘，三是因公立医院改革不彻底、财政对公立医院补助不到位导致其公益性下降、小病大治、过度医疗等行为。

^①参见《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号），

http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-01/12/content_10582.htm。

^②参见《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》，http://www.xinhuanet.com/2017-01/09/c_1120275456_2.htm。

两个半小时到三小时^①，而距省界以外相邻地区县医院只需要半个小时车程。尽管异地就医结算机制尚未普及，统筹区外异地就医普通门诊无法报销，但对于距离邻省基层医疗机构更近的村民来说，如有小病还是多会选择到邻省就医，而如遇大病，他们无论多远也往往只能选择到乡镇卫生院甚至到本县医院就医。谈及完善双向转诊程序这一工作要求，该乡卫生院院长显得十分为难：

“本来我（得了）急性阑尾炎……乡里做不了，但是你说要双向转诊，你说延误不延误病情？尤其是我们这样的偏远山区。以前（规定）只要不出县就可以了，现在要逐级上报^②。这对我们医院来说，是好事，但是对病人来说，就是没好处。所以现在双向转诊、分级诊疗，怎么做？……小病不出村，就为了缓解大医院拥挤，国家理念是好的，但是对于群众，太不方便了，怎么改革，还是应该以病人为本”。（3-2F-ZTX）

实际上，学者在讨论双向转诊实践效果时，特别谈到了“上转容易下转难”的实施困境（李显文，2015；周瑞等，2016）。基层医疗机构医生缺乏详细、可操作的转诊标准和行为规范（王雪云等，2017），基层医疗机构自身技术水准和医疗设备受限、全科医生和优质人才匮乏，服务能力不强（韩俊江、王胜子，2015），患者对基层医疗机构不信任使得其不愿去基层就诊（马小利、戴明锋，2017）等，都是导致这一困境的重要原因。笔者在不同地区的调查也发现了类似现象。除了上述几点原因，受访的乡镇卫生院工作人员特别提到利益竞争驱动机制，即不同医疗机构之间作为不同的利益主体，为了自身的发展存在着利益之争，双向转诊没有建立起有效的激励机制，导致上转人次往往都远远高于下转人次，因此这一制度安排难以真正落实与有效实施。

2. 统筹层次提高与保障获得感下降。笔者在一些地区的调研中发现，在整合城乡居民基本医保、提高统筹层次后，调研地区居民对基本医保的获得感不但没有提高，反而呈现出下降趋势。例如，在C乡和D镇，自2017年实行城乡医保统筹、将统筹层次从县级上调到地级之后，对于当地原来参加新农合的农村居民，虽然门诊与住院的支付比例、慢性病门诊、特殊病门诊等方面的待遇标准均有所提高，但是他们依然感觉自身所享受到的医疗福祉水平“不如以前”。之所以产生这种负面感受，一是因为“三免费”福利待遇的取消。“三免费”是指当地民政代缴参保对象、丧失劳动能力的参保残疾人和60周岁以上参保老年人在本县乡（镇）卫生院享受免费住院的待遇，高血压、糖尿病、严重精神障碍疾病患者享受免费体检的待遇，以及当地妇女享受免费分娩的待遇政策。二是因为新政策规定每年个人门诊医疗费累计报销不能超过400元，这使得当地居民人言啧啧，怏怏不悦^③。其实，笔者的观察并非个案，例如Zhang et al.（2017）利用2011年与2013年的中国健康与养老追踪调查数据的研究表明，医保政策虽然减少了患者住院自费支付额度，但并没有减轻个人门诊就医支付负担，在一些情形下，患者门诊

^①在当地调研后返回县城时，因下小雨，笔者一行回程花了四个多小时。因为山体边坡防护网缺位，加之县道公路建设尚未完成，如遇稍大些山雨，出行安全隐患加剧，甚至当地无法通车。

^②根据当地相关实施细则第21条，笔者了解到“未办理转诊转院手续的，降低住院报销比例且不得享受起付线补差的政策”。

^③因为根据之前该县规定，这一封顶线在一年前是1000元，而两年前甚至是3000元。

就医支付反而增加了。

笔者看到，医保政策的变化为调研的这两个乡镇带来了至少三方面的后果：第一，乡镇卫生院的门诊量出现了下降；第二，患者就医由门诊转为住院治疗的情形开始增多；第三，医患关系出现紧张。正如当地乡镇卫生院院长所说：

“（我们）门诊（额）今年比去年少多了，今年上半年460多万，去年上半年接近600万，就因为医保这一块（政策变了）。为什么（封顶线）减那么多，我也不知道，是上面的政策……以前门诊量平均一天能达到40（人次）左右，现在估计一天要降一半以上”。（3-2F-BMZ）

“机构改革后，门诊报销现在400（元），（如果）去县医院看，一次也不够。所以病人如果在我们这里看了一两次病，那之后他去哪里看也无所谓了，因为反正也不能报了。门诊400（元）封顶后，转住院多了，所以（我们）房子不够，住院65张病床也不够”。（3-2F-ZTX）

“现在感觉社会上，医患之间的矛盾，总的来说与我们（医保）政策关系比较大。我们下乡，老百姓反映，但是我们也没办法。如果医保做得好，他对医生就没有想法了”。（3-2G-GZC）

可以看出，医患关系紧张与国家医疗卫生改革相生相随，“内生于”医疗卫生体制改革（Hui, 2010）。此外，随着患者就医选择由门诊转为住院治疗的逐渐增多，由于基本医保统筹到地级后对住院次均费用的硬性规定，当地就医不足问题开始出现，与门诊年度医保统筹基金400元报销限额政策一道，进一步恶化了本应和谐的医患关系：

“住一次总费用不能超过1300（元），所以很多病人，病都没治好就要出院了。那有些治不好啊，大手术（花费）1300（元）也不止啊，所以（医患）矛盾不知不觉就来了。今年我们新换的院长，他在4月份开会说，现在的话，我们一些检查，比如B超啊、大的生化检查啊、心肺功能检查啊，就不要再做了，超太多了——他就这么一句话，我们今年心脏彩超、心功能检查就基本没有再做了，就做一些辅助的生化……（这个规定）估计就是怕过度医疗。但是这样下来后，我感觉，我们医生的利益受损不大，（毕竟）我们是财政发的工资，但是老百姓的利益，是不是受损就很大？门诊，看不了，就自费了，住院一次不能超过1300（元），看不好，就出院了。我们医保（基金监管部门）来检查的，说不能一两天重复收，如果收太多，他要扣钱的。我们5月份被扣了几万块钱，所以就不敢了（注：指不敢接收那些没治好病就出院、后又想进来继续治疗的患者）”。（3-2F-BMZ）

提高个人筹资标准与医保统筹层次的政策本是为提高基本医疗保障水平而设计的，然而在基层项目工作引发的职能上移过程中，似乎提高个人筹资标准与统筹层次这些达成政策目标的手段变成了政策目标本身，导致实际工作效果偏离了制度设计的初衷。政策工具与政策目标相互错置正表现出了“我们时代的特征就是工具的完善与目标的混乱”这个由爱因斯坦所道破的时代窘境。在基层落实国家医保制度顶层设计的过程中，政治理性的治理逻辑使得管制这种强制性政策工具的实施变成了政策工具的现实化与对象化，导致政策目标的非现实化与迷失，即治理的异化。这种异化状态为基层医保项目的后续实施带来了羁绊，特别是在医保筹资工作方面。随着个人筹资标准逐年提高，这种“缴费越来越多而待遇越来越少”“被下套”的感受，降低了当地居民的获得感，甚至使当地居民产生了强烈的抵抗情绪。在当地居民看来，调整后的制度设计好似一种“异己”的外在现实，对自己存在之中的利益

带来了剥夺效果。这种布尔迪厄所谓的“异他性就存在于主体性的核心”的异化状态（布尔迪厄、华康德，2015），使得当地政府不得不花费大量的人力物力参与筹资工作，从而付出了额外的行政管理成本和政治信任成本。

六、内卷式抑或革新式发展：对新医改的再思考

本文关注于新医改过程中农村基层医疗卫生服务体系的变迁与医疗卫生新机制的建立，从基层实施基本公共卫生服务项目、基本药物制度和基本医保制度这三个方面展开分析，并分别涉及基层医生（例如工作规范与绩效考核）、医院（例如基层医疗机构基药配备与零差率销售、医疗服务价格调整带来的影响）与患者（例如基层就医问诊与医患关系）这三个医疗卫生服务体系中最为基本的利益相关主体，论述了各自的发展困境。面对上文揭示的新医改面临的困境，或许既不能因新医改取得的成效而证明它是成功的，却也不能因新医改出现内卷化的困境来解释它停滞不前。发展前行的过程往往必然存在着辉煌与困顿并存的格局，在制度系统与组织结构的治理框架下出现形式化、过密化甚至是异化现象，只是表现出治理体系在实践上的一种外显态势。

本文将内卷化作为一个透视镜来观察这一被普遍视为非理想型发展的概念所要揭示的变迁现象，并结合这一概念的特殊性与一般性，以理解新医改这一复杂的系统性工程所发挥的潜在功能。这既有助于突破固有的认知范式，为中国后续新医改问题的研究带来认知空间的拓展，也会为中国未来的医改之路与新体制的重构带来借鉴与启示。

为了理解新医改在实践中发挥的潜在功能，笔者认为首先需要理解支撑新医改的医保、医疗、医药与公共卫生体系的内部结构性变化，即本文分析所呈现出的研究对象的内卷化困境，它们是什么，在何种情境下出现，又带来怎样的影响。其次，笔者赞同克利福德·格尔茨（2014）的观点，即“在稳定的社会条件下，符合常规的期待不会连续受挫”。新医改的内卷化过程是在国家政治社会稳定与经济发展的背景下以渐进的方式呈现出来的，这一过程也正体现出了医疗卫生改革所应有的革新性、适应性与特性化。

首先，新医改的渐进内卷化过程正呈现出基于行动逻辑的革新性，规范化与权威化的规制也正代表了正规化和合理化的治理程序，这一过程提供了一个稳定、适宜的场域，行动者作为医疗卫生公共资源的“使用者”通过有效行动有机会洞察行动背后的成本代价与利弊得失，从而有可能改变行动情境的困境，扭转复杂的发展局面。换言之，在基层医改治理异化的过程中，困境与问题得以客观化、客体化地表现出来，继而为转化成为强大的社会变革力量凝聚可能。因此，虽然中央政府与国家机构在规划顶层设计的时候面临着信息不完善或者相对不完善的问题，但是笔者发现，基层行动者在顶层设计的指引下，正在作为一种革新性力量在医改过程中发挥着自下而上的推动作用，以促进医改的实质性变革^①。因此，在正规化、理想化的顶层设计与多样化、多变化的现实情景的冲撞与交融过程中，

^①例如，在访谈中，某位基层政府官员的说法很有代表性：“其实一个政策的执行，不是一个理想状态的东西，另外，一般民众对政策理解也还是有差距的，但是怎样把工作做得更好，基层很多方面也是有创新的”（3-3B-XGO）。

行动困境也可以转化为发展前进的动力，从而为固有方式的转型升级提供有效支持。而行动者的创新及其随后因被模仿和选择而扩散，最终将“使某种新的内容注入社会行动与理性联合体”，而这在“已经达到某种程度理性化的制度中”，具有“最为重大的意义”（韦伯，2010）。

其次，随着医疗卫生体制改革的不断深入，医疗环境、医保政策与患者认知也在不断发展变化，医疗卫生管制内容容易在部分上存在与实际情境不相适应的情形，例如扩大保障范围与监管不力影响统筹基金的支付安全，待遇报销政策尚未有效引导患者基层首诊与分级诊疗制度的实施等。医改的复杂性有目共睹，医疗制度本身的复杂性和特殊性，以及改革所牵涉的大量相关利益群体、政府与非政府部门使政策目标很难实现（王绍光、樊鹏，2013）。政策机构在面对模糊复杂的情境时所做出的改革实施方案正是阶段性的努力与“权宜之计”，而这并不完全是没有效率的。在新医改启动前后，不同专家学者与各方利益代表在无数场合轮番发言、论争激烈。虽然“真理越辩越明”这一规律似乎至今尚未出现，但是，需要通过新一轮改革或者说改革再出发来解决当下“看病贵、看病难”的问题已经成为共识。那么，中国的医疗改革和发展就尚未因循一条自我锁定的历史管道，因而有可能面对新的实际情境进行相应的调整变化，做出适应性创新。

最后，中国国情使得医改面临着具体特殊的环境。在变革以往社会就医秩序、探索适合本国的医疗卫生新秩序的过程中，中国的医疗卫生事业正在创造一个“自我战胜”的发展路径，即在增加医疗卫生资源投入的同时不断努力优化系统内部结构，助推医保、医疗、医药与公共卫生体系形成有机的-一体化发展格局。《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015~2020年）》中所提到的“医疗卫生资源总量不足、质量不高、结构与布局不合理、服务体系碎片化”等问题，在农村基层医疗卫生服务领域显得更为突出，通过“修补”来解决新问题的渐进式改革方式符合目前的发展现状，也在实际工作中取得了种种成效，使得固有的制度体系在一定程度上得到了改观。既然不存在一种最优的医疗制度，那么医改的发展方向正是在切合自身发展历史、现状与借鉴他国经验的基础上，探索特性化的发展模式，从而将医改不断向前推进。

七、结论与研究启示

韦伯（2010）在对社会历史中正当性秩序构建的讨论中指出，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，由传统型或权宜型动机的秩序取向过渡到信奉秩序的正当性，是一个渐进的过程。在中国推动形成科学、合理的就医新秩序的过程中，本文的分析所呈现出的只是如布尔迪厄式的、对某些“瞬间画面”的捕捉与若干“快照”的摄制，希望以此管窥蠡测出农村基层医疗卫生服务领域改革、创新、突破的程度与可能。在中国医疗卫生体制改革持续向前的过程中，前期出现的发展现象与问题至少为后续改革带来了两点启示：

第一，内卷化是一个渐进的过程，新医改的实施及之后一系列管制政策的推行，既是农村基层医疗卫生服务体系内卷化发展的表现，也是其内卷化的原因。本文所提到的公共卫生服务项目、基本药物制度与基本医保制度中所涉及到的规制，作为经过逻辑演绎的主张对实际工作带来的影响，似乎均落后于其理想化的要求。虽然这些理想要求也发挥了一定程度的影响，但是也因其需要被公认为具有

约束力、要求得到强制遵行的保证而产生了繁复密集的法令、文件及所涉的错综庞杂的部门、组织与个人，带来了形式化、过剩化甚至是异化的治理效果。在社会文化发展变迁中，Gluckman（1965）提出，后面更高级的发展层次并不必然比前面较低级的发展层次拥有更为复杂的社会结构。为了减少或避免这些发展中形成的问题，政策制定者有必要重新审视政策工具在解决问题的过程中自身也变成问题的现象，寻求一种与发展现实相协调的可能性路径，在宽松的氛围中推进实质性变革，而非走向传统意义上的内卷式发展。

第二，医改是一个世界性难题，也是没有尽头的、持续性的创造过程。在持续性、系统性和整体性改进的过程中，一揽子的医改方案涉及方方面面，仅仅依靠政治理性与其所信奉的技术理性的治理逻辑所推行的改革方案，在与地区发展空间的适应过程中必然难以冲破结界。构建就医新秩序的正当性需要通过合理的利益格局加以保障，而这种利益格局的构建需要基于不同社会层级、部门与利益相关者的共识性认知。在保障基层医疗卫生服务的公平性与可及性时，政策制定者确需探索符合不同地区历史现实情境的制度体系与组织结构，尊重地方的改革实践与基层经验，并激发底层“慢变量”带来革新性的推动力量。通过这种认知视界与实践空间的探索与扩展，中国医疗卫生改革将更有能力培育出新的符合地方实践的健康习惯行为与就医秩序，最终促进农村基层医疗卫生服务领域的改革与发展。

参考文献

- 1.安学娟、李富清、姜卫，2016：《我国廉价救命药短缺的原因及对策》，《医学与社会》第6期。
- 2.布尔迪厄、华康德，2015：《反思社会学导引》，李猛、李康译，北京：商务印书馆。
- 3.陈坚，2008：《内卷化：农村教育研究的新视角》，《教育发展研究》第17期。
- 4.陈雯、江立华，2016：《老龄化研究的“问题化”与老人福利内卷化》，《探索与争鸣》第1期。
- 5.陈永正、李珊珊、黄滢，2018：《中国医改的几个理论问题》，《财经科学》第1期。
- 6.杜赞奇，2008：《文化、权力与国家：1900-1942年的华北农村》，王福明译，南京：江苏人民出版社。
- 7.克利福德·格尔茨，2014：《文化的解释》，韩莉译，南京：译林出版社。
- 8.郭继强，2007：《“内卷化”概念新理解》，《社会学研究》第3期。
- 9.韩俊江、王胜子，2015：《试论我国农村医疗卫生服务体系的完善》，《东北师大学报（哲学社会科学版）》第2期。
- 10.贺雪峰，2011：《论乡村治理内卷化——以河南省K镇调查为例》，《开放时代》第2期。
- 11.何艳玲、蔡禾，2005：《中国城市基层自治组织的“内卷化”及其成因》，《中山大学学报（社会科学版）》第5期。
- 12.黄宗智，1986：《华北的小农经济与社会变迁》，北京：中华书局。
- 13.黄宗智，1992：《长江三角洲小农家庭与乡村发展》，北京：中华书局。
- 14.蒋天文、樊志宏，2002：《中国医疗系统的行为扭曲机理与过程分析》，《经济研究》第11期。
- 15.李培林、张翼，1999：《国有企业社会成本分析》，《中国社会科学》第5期。
- 16.李显文，2015：《对我国分级诊疗模式相关问题的思考》，《卫生经济研究》第3期。
- 17.李祖佩，2017：《乡村治理领域中的“内卷化”问题省思》，《中国农村观察》第6期。

- 18.刘广莉、邓曦泽, 2017:《资本主义、全球化与民主内卷化——以特朗普当选为中心》,《文史哲》第4期。
- 19.刘世定、邱泽奇, 2004:《“内卷化”概念辨析》,《社会学研究》第5期。
- 20.马克思·韦伯, 2010:《经济与社会》(第二卷), 阎克文译, 上海: 上海人民出版社。
- 21.马小利、戴明锋, 2017:《新医改背景下我国分级诊疗实践及问题分析》,《中国医院管理》第10期。
- 22.曼昆, 1999:《经济学原理》, 梁小民译, 北京: 北京大学出版社。
- 23.渠敬东, 2012:《项目制: 一种新的国家治理体制》,《中国社会科学》第5期。
- 24.王春光, 2006:《农村流动人口的“半城市化”问题研究》,《社会学研究》第5期。
- 25.王绍光、樊鹏, 2013:《中国式共识型决策: “开门”与“磨合”》, 北京: 中国人民大学出版社。
- 26.王文娟、曹向阳, 2016:《增加医疗资源供给能否解决看病贵问题? ——基于中国省际面板数据的分析》,《管理世界》第6期。
- 27.王雪云、姚峥嵘、田侃, 2017:《基于供给侧视角的我国分级诊疗相关问题思考》,《中国医院管理》第3期。
- 28.邢成举, 2015:《村庄视角的扶贫项目目标偏离与“内卷化”分析》,《江汉学术》第5期。
- 29.张慧林、成昌慧、马效恩, 2015:《分级诊疗制度的现状分析及对策思考》,《中国医院管理》第11期。
- 30.张燕, 2018:《进入改革深水区的新医改》,《中国经济周刊》, 2018年1月1日。
- 31.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。
- 32.周瑞、赵琨、齐雪然, 2016:《我国目前分级诊疗工作中的几个关键环节探讨》,《中国全科医学》第10期。
- 33.朱恒鹏, 2011:《管制的内生性及其后果: 以医药价格管制为例》,《世界经济》第7期。
- 34.Geertz, C., 1963, *Agricultural Involution: The Process of Ecological Change in Indonesia*, Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- 35.Gluckman, M., 1965, *Politics, Law and Ritual in Tribal Societies*, New York: The New American Library.
- 36.Goldenweiser, A., 1936, “Loose Ends of Theory on the Individual, Pattern, and Involution in Primitive Society”, in R.H., Lowie eds. *Essays in Anthropology Presented to AL Kroeber*, pp.99-104, Berkeley: University of California.
- 37.Hui, E. C., 2010, “The Contemporary Healthcare Crisis in China and the Role of Medical Professionalism”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 35: 477-492.
- 38.Ostrom, E., 1990, *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*, New York: Cambridge University Press.
- 39.Service, E. R., 1960, “The Law of Evolutionary Potential”, in M.D, Sahlins and E.R. Service eds. *Evolution and Culture*, pp.93-122, Ann Arbor: University of Michigan Press.
- 40.Service, E. R., 1971, *Cultural Evolutionism: Theory in Practice*, New York: Holt, Rinehart & Winston of Canada Ltd.
- 41.Siegrist, J., D. Starke, T. Chandola, I. Godin, M. Marmot, I. Niedhammer, and R. Peter, 2004, “The Measurement of Effort-reward Imbalance at Work: European Comparisons”, *Social Science & Medicine*, 58(8): 1483-1499.
- 42.Van der Veer, P., 2014, “Transcript: The Value of Comparison, The HAU-Morgan Lectures Initiative”, A HAU and University of Rochester Collaboration, https://www.haujournal.org/vanderVeer_TheValueOfComparison_LHML_Transcript.pdf.
- 43.World Bank Group, World Health Organization, Ministry of Finance, P.R.C., National Health and Family Planning

Commission, P.R.C., and Ministry of Human Resources and Social Security, P.R.C., 2016, *Deepening Health Reform in China: Building High-quality and Value-based Service Delivery*, Washington, DC: World Bank.

44.Wu, H., L. Liu, Y. Wang, F. Gao, X. Zhao, and L. Wang, 2013, “Factors Associated with Burnout among Chinese Hospital Doctors: A Cross-sectional Study”, *BMC Public Health*, 13: 786-793.

45.Zhang, A., Z. Nikoloski, and E. Mossialos, 2017, “Does Health Insurance Reduce Out-of-pocket Expenditure? Heterogeneity among China’s Middle-aged and Elderly”, *Social Science & Medicine*, 190: 11-19.

(作者单位：中国社会科学院农村发展研究所)

(责任编辑：曙光)

Development or Involution? A Critical Reflection on China’s Grassroots Health System Reform in Rural Areas

Zhao Li

Abstract: Strengthening grassroots healthcare and ensuring equitable and affordable access to quality health services are major objectives of China’s health system reform. This article examines the institutional reform in China’s healthcare system and the process of establishing a new health service delivery system. The new system has been working toward people-centered, high quality, integrated care built on the foundation of a strong primary healthcare system. It applies the theory of involution to the domain of healthcare from the perspectives of agricultural economics, state politics and cultural evolutionism. The study analyzes the dilemmas and potential pitfalls in the current grassroots health service delivery in rural areas from the perspectives of the national basic public health service project, the national essential medicines scheme and the national basic medical insurance scheme. The analysis takes the predicament of grassroots hospitals and clinics, as well as doctors and patients into account, and emphasizes policy dilemmas and changes during the health system reform. Meanwhile, the study broadens the traditional cognition paradigm of involution and combines its widely-neglected connotations and perspectives in the analysis. A critical reflection suggests that the involution in China’s health system reform is a gradual progress of innovation, adaptation and specialization in the nation’s evolving political economy. Based on the analysis of literature, case studies and field observations, the study concludes by emphasizing the need for a critical review of the design and application of policy instruments, and for the creation of a good medical order tailored to local conditions and customary behavior regarding health and well-being.

Key Words: Involution; Grassroots Healthcare Service; Health System Reform; Basic Public Health Service; Basic Medical Insurance