

村社视角下农村医疗卫生问题研究新进展

——读《村社力量与农村基层卫生服务治理模式研究》的思考

田 孟^{1*} 孙 敏²

1. 华中科技大学中国乡村治理研究中心 湖北武汉 430074

2. 华中师范大学历史文化学院 湖北武汉 430079

【摘要】当前我国农村医疗卫生服务的核心问题是农村医疗卫生资源如何得到更加有效利用,其本质上是一个治理问题。基于对历史和现实的考察,在既有的“政府—市场”二分框架之外,村社是可供考虑的第三种视角。在村社共同体内部,基于传统的乡土熟人社会资本和基层组织的体制性资源之上建立起来的人们之间的信任、网络与合作能力,将能够增加农民的组织化程度,降低国家卫生资源及市场与分散小农之间的对接成本。村社力量将能更好地发挥政府和市场作用,从而更加有助于解决农村医疗卫生资源的有效利用问题。

【关键词】村社;农村卫生;政府;市场;治理

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2015.05.010

Progress on the rural health issues from the village community perspective: A reflection on “Study of village power and rural health service management mode”

TIAN Meng¹, SUN Min²

1. Center for Rural China Governance, Huazhong University of Science & Technology, Wuhan Hubei 430074, China

2. School of History and Culture, Huazhong Normal University, Wuhan Hubei 430079, China

【Abstract】The core problem of current rural health services is a governance problem, that is, how the basic rural health resources can be used more effectively. Based on the study of history and reality, this paper suggests that in the existing “government-market” framework, the village is the third perspective worthy of consideration. Inside the village community, the trust, network and cooperation between people which were based on the traditional rural acquaintances society capital and the institutional resources in the organizations at the primary level will be able to increase the degree of organization, thereby reducing the transaction costs between the government or the market and rural residents. The village power will be able to better take advantage of government and market mechanisms, and thus solve the problem of rural health resource utilization more effectively.

【Key words】Village community; Rural health; Government; Market; Governance

1 引言:当前农村医疗卫生的核心问题

当主流学术界还在探讨农村医疗卫生服务是否应该坚持公益性质、以及国家是否应该承担主要责任等问题的时候,《村社力量与农村基层卫生服务治理模式研究》一书的作者李爽博士便已明确提出:在新型农村合作医疗制度基本建立以后,卫生服务的

公益性质已经被广泛接受并在政策中体现出来,而公共财政的投入水平也已比较合理;“卫生事业过分商业化偏向已经被迅速扭转,政府主导卫生事业已无悬念”^[1]。这时,农村卫生事业的主要问题在于医疗卫生服务的质量,即农村医疗卫生资源的利用效率是当前的核心问题。

而在国家大量的医疗卫生资源向农村输入的政

* 基金项目:教育部哲学社会科学研究重大课题攻关项目(14JZD030)

作者简介:田孟,男(1988年—),博士研究生,主要研究方向为乡村治理、农村社会学、基层医疗卫生制度。

E-mail:tianmeng211@163.com

策背景下,农村医疗卫生服务的质量和社会评价却并不尽人意。一方面,作为卫生服务供给者的农村医疗卫生服务人员普遍感觉到工资待遇低、工作压力大、从业风险高;另一方面,作为医疗服务对象的农民却仍旧感觉到“看病难”问题未能明显缓解。广大农民群体对于医疗卫生服务的可及性和可得性问题依旧存在,农村医疗卫生服务供给的质量与社会普遍大众的期待还存在很大的差距。

作者提出,目前我国农村医疗卫生服务体系建设的核心问题是“如何提高卫生公共资源的有效性;如何避免重蹈公共体系中,卫生服务机构/人员、医药器械供应机构/人员、卫生保障基金机构/人员、卫生管理机构/人员,甚至有别于总体的卫生服务对象个体,各方行为异化,致卫生公共体系不堪重负、最终崩溃的覆辙——这正是我们今天广为诟病的过度市场化的医疗卫生体系在当年取代了政府/社会主导的卫生体系的前因”^[1]。

因此,在农村卫生服务体系中最核心的参与主体是农村医疗卫生服务人员,如何对这些医疗卫生服务人员进行有效地激励和约束是决定医疗卫生资源的利用达到有效目标的关键环节^[2]。农村医疗卫生服务人员的激励和评估机制的构建是当前改革的重中之重。作者在此将其称为农村医疗卫生服务的“治理模式”。所谓“卫生服务治理模式”,是指“居卫生体系中心地位最具能动作用的卫生服务人员行为的激励约束机制”^[1]。

值得注意的是,作者的上述观点与首都医科大学“医改背景下的首都农村卫生人力资源配置研究”课题组的某些观点不谋而合。近年来,后者基于实地调查和理论分析,立足村级卫生人力资源配置状况,推出了一批富有开创性的研究成果。该课题组认为,“乡村治理模式”深刻影响着农村医疗卫生服务供给的方式及其有效性;在改革开放以后,随着人民公社体制的解体,国家确立了一种以“乡政村治”为主要特征的新型乡村治理模式;所谓“乡政村治”,是指“国家基层政权设立在乡镇,而乡镇以下的农村实行村民自治”;如何在“乡政村治”的新型乡村治理模式下构建与之相匹配的农村医疗卫生服务体系(具体指村级卫生人力资源配置),既是当前我国农村医疗卫生工作的重点,也是难点。^[3-7]除此之外,也有一部分学者注意到了医疗卫生服务在我国农村社会中的独特表现及其内在机制。与此同时,任晓丽通过研究乡村熟人社会中医患关系的伦理特质发

现,乡村熟人社会中声誉传播反馈机制、社会资本激励与伦理约束对乡村和谐医患关系的构建具有十分积极的意义。^[8]房莉杰等发现,在乡村社会转型时期,农民对于乡村医疗卫生人员的信任包含传统的人际信任和现代的制度信任两个层面,医疗体制和社会环境共同形塑了医生的行为。因此,如何将传统性因素融入到未来的制度之中,是未来我国乡村医疗卫生制度体系建设的重点。^[9]

遗憾的是,主流学术界及大多数媒体舆论依旧沉浸在对医疗卫生服务的公益或商品性质,以及究竟是应坚持市场抑或政府主导等宏大论题的争议上。因此,对于上述针对当前我国农村医疗卫生服务体系在具体建设过程中所遇到的现实问题的既有研究成果缺乏足够的认识和重视。本文受上述研究成果的启发,接续了这一研究,进一步强调了这一论题的重要性,同时也试图深化前人的研究成果,为破解这一难题做出些许努力。

2 村社力量:农村医疗卫生服务的“治理模式”

因医疗卫生领域存在着信息的高度不对称性(且往往是多重的信息不对称),医疗卫生服务人员的约束和激励与一般行业人员的约束和激励存在很大的区别。“卫生服务供需双方特征决定的卫生服务信息生成和传播、进而卫生服务行为评价、卫生服务人员激励约束的内在困难,使得卫生资源的高耗低效极为普遍”。^[1]而且,由于卫生服务与人的生命息息相关,人的生命在伦理上是无价的,不同群体对于生命的态度和理解存在很大的差别:一方面,对于穷人来说,生命是基本需求,而且是一种刚性极强的需求,医疗支出往往占家庭非食品消费的比重很高,对这些穷人来说,享受医疗保健是一种基本人权;另一方面,对于富人来说,生命不仅是一种基本需求,也可以是一种高级需求,富人愿意为生命健康进行更高的投入,从中体验到一种更高水平的需要满足。在这种情况下,作为医疗服务的提供者,医疗卫生服务人员不管面对穷人群体还是富人群体,均处于结构性的优势地位。这便使得医疗卫生市场上往往出现的是“服务提供者权力”,而非一般市场中出现的“客户权力”。^[1]

因此,在市场主导型的卫生服务模式中,卫生服务的需求方面临看病难、看病贵的问题便不可避免,这是“市场失灵”的典型表现。而在政府主导型的卫生服务模式中,被密切监督的卫生服务供给方,往往

会借助其在卫生服务需求方的相对信息优势,并凭借生命本身的复杂性所必然要求的医生处置自主权,来规避医疗卫生服务监督方的监督和控制。这将使原本就很有限的医疗卫生资源被大量地消耗在监督和控制上,而不能被有效地使用在医疗卫生服务的提供过程中,于是大锅饭、低效率便不可避免,这是“政府失灵”的典型表现。

农村医疗卫生是我国医疗卫生事业的重要组成部分,全国医疗卫生领域出现的上述问题,在农村同样存在。在急剧的经济社会发展和转型背景下,由于农村卫生服务本身所具有的特点,导致上述“市场失灵”或“政府失灵”问题在农村地区更加突出。在一个后发现代化国家里,在“人地关系紧张,土地分散细碎”^[10]的国情和农情基础之上,我国的农村医疗卫生服务领域表现出“底子薄”、“覆盖面广”和“城乡及区域差距大”的总体特征,农村医疗卫生事业十分脆弱。其中,“底子薄”是指我国农村医疗卫生服务的总体投入明显不足,基层医疗卫生机构的设备和技术人员严重老化或缺乏;“覆盖面广”是指我国农村卫生服务机构由于需要面对千家万户“小而散”的农民和村落,因此不仅数量众多而且涉及多方面的工作内容;而“差距大”则包括了不同农村之间医疗卫生服务水平的区域差异大和城乡之间的医疗卫生服务水平差距大这两个层面。

更重要的是,经济基础的变化和发展使农村医疗卫生服务面临更加严峻的挑战。改革开放即农村实行家庭联产承包责任制以来,尤其是新世纪以来,我国经济社会领域进入了快速的发展和转型阶段,我国的医疗卫生事业也经历着快速的发展与转型。由于农村医疗卫生领域的供给面和需求面都发生了巨大的变化,与传统的和人民公社时期相比,农村医疗卫生在转型期面临更大的困境和压力。具体来说,经济社会发展带来了农村居民医疗卫生服务需求在量上的增长和质上的提升,电视、广播、手机、网络媒体等大众传媒的活跃,以及基本教育服务的普及等因素大大降低了普通群众获取医疗卫生知识的成本,从而改善了农民与乡村卫生服务人员之间信息不对称的格局,这反过来又进一步刺激了医疗卫生服务的需求。改革开放以后,伴随着土地下户,农村人口向城镇流动的闸门打开。近年来快速的工业化和城市化使大量农村人口向城市及非农行业转移,在农村人财物快速向城市流失的同时,农村医疗卫生资源,尤其是医疗卫生人力资源也随之不断地

向外流失。与此同时,随着交通通讯等基础设施条件的改善,传统村庄的开放性增大,农民在村庄外获得医疗卫生服务供给的机会大大增加,客观上弱化了农村居民对于农村医疗卫生服务机构及其人员的信任和依赖。以上种种因素,使农村医疗卫生服务事业面临结构性的困境。^[11]

显然,构建农村卫生服务供给体系,单独采用“政府机制”或“市场机制”,均难以实现基层医疗卫生服务资源的有效利用,也无法对医疗卫生服务人员的行为进行有效地激励和约束,从而不可避免地出现了“政府失灵”或“市场失灵”的交叉困境。据此,作者借鉴“公共选择学派”提出的“交易活动”要与“治理模式”相匹配的理论^[12],提出了应在“政府”与“市场”之外,将目光转向“社会”和历史的新视角。“启动第三部门,发挥社会资本的作用(即村社组织内民众的长期合作能力),让市场机制和政府机制更有效,让农村卫生服务人员的激励和评价机制更有效,让农村卫生服务治理模式更有效,从而最终让投入到农村的越来越多的卫生资源更有效”^[1],成为了接下来的自然选择。

作者认为,“与政府和市场并行的村社力量,是构建有效的农村卫生服务治理模式的关键”。^[1]这里的“村社力量”,是指“在中国特有的举国体制下,在中央至村落贯通的广泛而严密的网络中,根植于村社普通农民群众自我意识和自主参与的,得到政府和社会物质和制度支撑的民众长期合作能力和社会凝聚力”^[1],主要包括个体人际信任、亲邻间的互助、超亲邻的家族或村民小组间的亲密关系、超村社共同体的关系资源以及体制性的村组集体统一提供服务的权威等。综合来看,“村社力量”是指作为村社成员的农民群体为解决自身相关需要所具有的独特的集体行动和资源动员能力。在不同的历史制度框架下,村社力量具有不同的表现形式和作用。集体化时期村社力量在实现资源动员和整合方面的表现和作用自不待言。即使是在改革开放以后,村社力量依旧是解释苏南地区集体经济取得的成功和全国乡镇企业的“异军突起”现象的核心机制。如戴慕珍(Jean Oi)据此就提出了“地方法团主义”理论,认为是基层社队组织扮演了企业家的角色,积极推动了地方经济社会的快速发展。^[13]而林南则将家族亲属关系为主的地方网络(社会结构与社会资本)纳入到了地方法团主义理论之中,形成“地方性市场社会主义”理论,进一步突出村社内部的社会关系构造及

其特征对于地方经济发展所可能产生的作用。^[14]但裴小林则认为是农村的集体土地所有制影响了社队企业的资源配置模式和效率,从而对中国经济转轨和农村工业化做出了巨大贡献。^[15]尽管存在分歧,但上述理论均强调村社力量在动员本土资源和激励农民集体行动,降低农民合作的交易费用方面所具有的独特作用。村民自治制度的实施为激发和巩固农民积极参与村社内部公共事务提供了更加制度化的表达渠道和保障措施。

与政府或市场作用相区别,村社力量具有对村社内部成员及内部资源所独有的激励/约束或动员作用。据此,作者提出,“在基层卫生服务领域,作为集合的服务对象/卫生体系使用者,村社力量与政府投入和市场回馈一样,形成对基层卫生服务人员的有效激励和约束,且因信息更加及时充分全面,而使政府机制和市场机制的制衡更加有效”。^[1]由于医疗卫生市场的信息不对称性,在卫生服务治理的“政府机制”和“市场机制”交替盛行又交替冷落、循环失败的背景下,“以村社力量出现的服务对象/客户的自主参与,可能是促使卫生服务信息真实、及时、充分,从而治理模式有效的正途”。^[1]

3 “发现”农村医疗卫生服务中的村社组织:基于历史和社会的视角

从历史的角度看,在卫生资源极为匮乏的条件下,中国创造了举世瞩目的农村卫生成就,这主要归功于“三大法宝”:赤脚医生队伍、合作医疗制度和县乡村三级卫生服务网络。^[16]需要注意的是,上述“三大法宝”皆根植并依赖于村社这个基础性社会结构单元。首先,作为医疗卫生服务提供者的赤脚医生群体,他们成长于村社,服务于村社,受到村社乡土人情关系的滋养和熏染。其次,作为当时农村卫生服务供给主要模式的合作医疗制度,也是依托于村社集体经济的基础之上。第三,村社内部的卫生室等机构构成了县乡村三级卫生服务网络的网底。上述足以彰显村社力量的基础性作用。不仅如此,集体时代医疗卫生服务体系的解体,也与村社状况发生巨大变迁存在密切的关系。土地家庭联产承包责任制实施以后,村社集体急剧削弱,农民以户为单位不断趋于“原子化”。^[17]此时,建立在原有村社力量基础上的传统农村卫生服务体系开始基础不牢,并很快走向瓦解和衰败。

原有的农村卫生服务体系因为村社结构的变迁

快速走向了瓦解,这时学术界和政策界普遍寄希望于市场化的机制来实现农村卫生服务体系的重建,满足基层农民对于医疗卫生服务的需要。王绍光在考察这一历史进程时发现,在面对 80 年代中期开始的关于我国农村医疗卫生体制究竟应该选择具有传统独特路径的合作医疗体制还是国际化色彩的医疗保险体制方面,当时的决策者和绝大多数的学者均倾向于偏好具有普遍性的市场化道路。^[18]于是,在改革大潮中,基层卫生服务机构开始具有较为鲜明的“营利性”,而卫生服务人员的激励机制也出现了根本性的转向。然而,面对村社集体力量削弱后处于原子化状态的卫生服务需求方群体,作为基层卫生服务的提供方,市场化的基层卫生服务机构和服务人员面临与众多小而散的农户打交道的高昂交易费用。由于基层卫生服务作为一项公共产品很难与分散农户相对接,因此,在市场化的自然逻辑下,那些没有支付能力的患者被排斥在医疗卫生服务的供给体系之外;而那些享受到了医疗卫生服务的需求方,则因为市场中的“服务提供者权力”而往往需要支付高昂的医疗卫生费用。在这一逻辑之下,农民“因病致贫”、“因病返贫”的现象不断出现,而且越来越多。这种结果最终会反过来危及到市场化的基层医疗卫生服务体系得以生存的受众基础——随着越来越多的人看不起病、不敢看病,医院的利润空间便会越来越收缩;这时,为了确保医疗机构和卫生服务人员的利益,这一压力将会被转嫁到尚有支付能力的病人身上,从而让他们支付更高的医疗卫生费用,进而使更多的人陷入看不起病、不敢看病的困境之中。

农村医疗卫生服务市场的“排斥”机制在上述运转过程中表现得非常明显,而且在这个过程中,也加剧了医患之间及医疗机构与社会大众之间的矛盾和冲突,最终使得作为公共产品的农村医疗卫生服务彻底缺失,导致其服务水平出现严重倒退。一是农民医疗卫生支出的增长速度远远高于农民收入和支出的增长速度。1980—2003 年,农村居民人均纯收入从 191.33 元增长到 2 622.24 元,增长 13.71 倍;人均生活消费支出由 162.21 元增长到 1 943.3 元,增长了 11.98 倍;而人均医疗卫生保健支出由 3.42 元增长到了 115.75 元,增长了 33.85 倍。^[19]二是农民自费医疗费用比例大大增加。原卫生部调查显示,1993 年农村居民自费医疗的比例为 84.11%,而 1998 年这一比例达到了 87.44%。^[20]三是农民因经济原因导致看病困难、病难所医。农民生病无钱就

诊的比例由 1985 年的 4% 上升到 1993 年的 7%, 需住院而无钱未住院的比例由 13.4% 上升到 24.5%。^[21] 2003 年第三次国家卫生服务调查发现, 由于农民经济困难、医疗支付能力不足等原因, 79.1% 的农村人口没有任何医疗保障, 48.9% 的人有病应就诊而不去就诊, 29.6% 的人应住院而不去住院。^[22] 四是医患关系普遍紧张, 信任度快速降低。2000 年世界卫生组织发布《2000 年世界卫生报告》, 对 191 个会员国的医疗负担公平性即卫生总绩效进行评价, 中国位列倒数第 4 位^[23], 引起政府高度重视。这种状况在客观上“倒逼”了政府(尤其是中央政府)出面承担其应该承担的农村医疗卫生服务公共责任, 实际上新型农村合作医疗制度也正是在上述背景下才得以果断出台。

显然, 不管是在国家高强度地政治动员下产生的传统农村卫生服务事业所取得的巨大历史成就, 还是这一传统的农村卫生服务体系在改革开放的大潮下快速地陷入衰落乃至解体, 以及在市场化背景下由于面临高昂交易费用而陷入“失灵”状态的农村卫生服务体系, 均与“村社集体”的状况和能力存在紧密的联系。具体来说, 当村社组织坚强有力的时候, 不仅有助于政府机制在配置基层卫生服务资源方面更加有效, 而且理论上也能够有效地降低市场机制在运行过程中的交易费用; 而当村社组织受到削弱以至于使农民逐渐原子化之时, 不仅造成了政府机制难以有效发挥作用, 而且也使市场机制面临运行困境。因此, 村社集体组织是农村医疗卫生服务资源有效利用的本土资源优势 and 基础性条件。

4 村社组织为什么能够解决问题?

当前我国农村医疗卫生服务体制的顶层设计, 必须要充分考虑农村医疗卫生服务供给模式与村社基层组织之间的关系。问题是, 重建早已严重弱化的村社基层组织不仅在操作上缺乏有力的抓手, 而且重建也并非一日之功。在村社力量被严重削弱的背景下, 当前国家公共财政却已经开始借助新型农村合作医疗制度密集性、规模性向农村投入医疗卫生资源。但遗憾的是, 这些公共卫生资源往往滞留在县乡层面, 并被转化为县乡卫生服务机构/人员的收入和利润, 难以下沉到基层真正的卫生服务需求者层面, 农民的卫生服务的可得性仍然很差, 新型农村合作医疗制度效果受到限制, 而且偏离了公共财政的基本原则和目标。

4.1 遭遇困境的“去村社化”改革

当前, 我国农村医疗卫生事业发展的关键问题并非公共财政投入的不足, 而是农村医疗卫生服务治理模式的内在缺陷。实际上, 不管是与历史上的传统合作医疗体制相比, 还是与国外医疗体制相比, 我国在卫生领域的公共财政投入已经达到了较高水平。农村卫生事业的核心问题在于卫生资源的配置面临“治理性”困境。具体来说, 是指作为卫生服务需求方的广大农民, 普遍缺乏实质性地参与农村医疗卫生服务资源配置的能力和条件。因此, 农民在此需要“组织起来”。^[24] 而村社是农民组织起来的一个十分重要的场域和单位, 因为在村社内部, 既有传统的村落文化价值规范, 同时也有集体化时代深刻的革命记忆, 这些都将构成农民组织起来的重要的地方性资源, 因此可以将农民高效率地组织起来。这要比临时性或基于理性人假设的农民组织要更加符合实际。

然而, 当前部分地区的农村卫生服务体制改革与农村实际需要不符, 体现了一种“去村社化”改革逻辑。实践证明, 这种“去村社化”的改革模式并未从根本上解决农民看病难、看病贵的问题, 而是让这些问题换了一种表现形式。作者以北京市农村为研究对象发现这种“去村社化”方案存在以下问题:

首先, 农村医疗政策的“正规化”具有排斥效应, 致使村级半正式的卫生人员大量流失, 村级卫生服务队伍面临后继无人的困境; 其次, 新型农村合作医疗的相关规定存在政策偏好, 挤占了村级卫生机构的生存空间, 客观上体现出牺牲村级卫生机构利益、保全乡镇卫生机构利益的逻辑; 第三, 医疗卫生服务机构收支两条线改革虽然在一定程度上理顺了基层卫生服务机构的财务关系, 但是也影响了体制内机构和人员的行为, 造成乡镇卫生机构的膨胀、乡镇卫生服务人员积极性的不足、乡镇卫生服务机构利用率的低下、乡镇医疗保健和公共卫生服务向农村的延伸严重不足以及公共财政的不堪重负等问题; 第四, 农村中公共卫生服务的供给严重不足, 农民不健康的生活方式和行为习惯往往得不到有效地的引导和纠正, 疾病预防工作的困境反过来会增加疾病发生率和严重程度; 最后, 由于农村剧烈变迁所引致的农民疾病模式已经发生了巨大变化, 以老年人为主要目标群体, 以慢性病为主要疾病模式, 已经成为农村卫生服务工作的主要方面, 这对传统的医疗模式和新型农村合作医疗制度的定位提出了新的要求,

而目前乡镇卫生机构对此显然准备不足,处于方便性不及村卫生室、技术上不如县市医院的尴尬境地。

显然,“去村社化”的农村医疗卫生改革实践面临巨大的现实困境。这种改革思路忽视了我国农村的基本情况,脱离了社会实际和农民的需求,从而增加了这一制度运行的交易成本,因此也从反面上凸显了当前我国农村卫生服务治理中“村社力量”的重要性和价值。

4.2 村社力量:功能、类型及其运作机制

村社力量为何能够在农村医疗卫生服务治理中产生重要作用?“村社力量既是卫生保健生产程序的投入因素,也是健康生存程序的投入因素,还是幸福生产程序的投入因素”。^[1]具体来说,第一,村社力量能够增强村社内部人与人之间的信任与合作,降低人际交往的交易费用;其次,村社间团结协作,以及村干部为群众服务的意愿和能力越强,越有利于维持村社内部医疗机构的存续;第三,村社力量决定了村内共同行动的能力,有利于村社内部环境卫生的整治和改善,从而实现预防为主的目标,降低疾病发生率和严重程度;第四,村社能影响村民的收入水平和分化程度,从而间接地影响集体整合程度,更有利于在集体内部达成共识,产生一致性的行动能力。并且,对于个体来说,生活在一个融洽、和谐、有归属感的社区里,有利于身心协调,并提升收入和健康水平,增进人们的幸福感。村社在此显然具有市场或政府机制所不具备的独特优势,因此具有不可替代性。它能够在新的农村卫生服务治理中发挥积极作用,有效利用基层卫生服务资源,增进农民乃至社会的福利。

该书作者将村社力量分为传统的村社力量和现代的村社力量两种类型。其中,传统的村社力量是指“村社自古以来就具备的信任、网络和合作能力”^[1],具有“伦理本位^[25]”和“差序格局^[26]”的传统关系特征;而现代的村社力量则是指在现代政权建设延伸到村组之后人们所具备的信任、网络和合作能力,具有较强的合法性和体制性特点。因此,对于医疗卫生服务的供给方来说,除了有基本的物质利益激励以外,传统村社力量下还兼有“悬壶济世”,造福乡邻的医德价值观,而现代村社力量则往往体现了赤脚医生“一把草药、一根银针”为人民服务的革命人道主义关怀。更重要的是,这两种类型在范围上往往相互重叠,因此具有相互激发和相互强化的

效果。传统力量越强的村社,其现代力量也往往越强;反之亦然。这便使得村社可能成为一个更具有能力的农民“认同与行动单位”。^[27-28]

在建立在物质利益基础之上、但又同时超越了物质利益的基于村社力量的激励约束结构下,医疗卫生服务市场上普遍存在的“信息不对称问题”明显减少,这一特定市场下的“服务提供者权力”不仅受到了单纯的职业道德或伦理的约束和法制的形式化约束,而且还受到了来自传统熟人社会的或(和)现代革命人道主义道德观的激励或约束。这种约束在村社范围内不仅能够简单操作,而且往往早已转化为一种高度的自律和自觉,使医疗服务人员以实现上述传统的或现代的价值为更高的人生目标。对于处于优势地位的卫生服务人员来说,由于是为“自己人”而非“他人”提供医疗卫生服务,在基本物质利益之上还具有超越物质利益的更高层次的追求,因此他们的行动便具有了内在的动力机制和监督机制,这将使外在的监督成本大为降低,而卫生服务资源的利用效率却大大提高。实际上,农村医疗卫生实践及其改革面临着比城市更为复杂的乡土社会环境。因此,农村医疗卫生政策及人力资源配置方案的制定应立足于农村差序和团体“双重格局”的大背景。^[29]

5 小结:如何引入村社力量?

如何在农村医疗卫生服务体系建设中发挥村社力量?作者提出,一是在人员配置上要将兼有村社成员身份的合格卫生服务人员配置到村^[1],奠定村社力量发挥作用的基础条件。农村卫生服务人员的核心特征是“乡土性”,而非绝对正规化。因此,一方面,在补充和培养村医后备力量方面,适宜采取“村来村去”的方式,培养和鼓励具有当地村社成员身份的人从事农村医疗卫生工作;另一方面,在农村卫生服务的从业资格审查和监管方面,有关部门要坚持因地制宜和底线原则,村医的执业资格和从业场所标准以基本合格为基准,不能故意拔高标准,不切实地提出高要求,加重基层卫生服务机构及其人员的负担。

二是在组织建设上要创新机制,分类治理,为村级公共卫生和基本医疗服务“市场内”的竞争(发达地区)和“为市场”的竞争(不发达地区)机制设置需方标准^[1],以强化村社力量的治理能力。在经济较为发达地区的农村,村医之间的激烈竞争优化了当

地的医疗服务市场,动员更多的社会资本进入到当地医疗卫生行业,从而增加了医疗卫生服务的有效供给,在此需要加强农民组织对于这些医疗卫生服务供给方的管理和监督;而在不发达地区的农村,由于多方参与竞争的基本条件还不具备,医疗卫生服务供给体系十分脆弱,因此应该着力扶持和帮助当地医疗卫生服务机构改善医疗服务条件,并增强其服务能力。不管是在发达地区的农村加强管理和监督,还是在不发达地区的农村建立和加强能力建设,都应该进行相应的制度设计,让村社集体和农民个体能够参与到村级医疗卫生服务供给目标的制定和评价过程中,赋予他们一定的参与权和表达意见的权利。由于个体的农民太过分散,因此以村社作为基本单位组织起来的农民将能够更好地完成这一职能。农民可以将意见或建议通过村民代表或村民大会的方式提交到村组集体,然后再通过村组集体的方式对接到村级医疗卫生机构及其人员,从而对村医的行为进行一种来自村庄内部的有组织的约束和激励。

三是在农村医疗卫生服务资源的处分权配置方面,要创新组织机制和资源配置权的结构,为村级公共卫生和基本临床服务的公共财政补贴设置经由需求方的路径^[1],以激活村社力量的治理资源。农村医疗卫生服务资源配置权的分配结构,对于农村医疗卫生服务供给方的行为将产生重大影响。客观来说,资源统筹的层次越高,资金的运行便越规范,越有利于资金的稳定和可持续性。但其弊端则在于,资源统筹层次越高,资金便离农民越远,越不利于农民参与资金的有效利用,并使医疗卫生服务人员与卫生服务对象关系悬浮,医疗卫生服务供给方越不在意需求方的诉求,而往往将精力过多地花费在了完成政府部门各项形式化的指标方面。因此,可以通过在新型农村合作医疗基金中划出一定比例的资金给村委会或村民小组等集体组织统筹使用,用以评估农村医疗卫生服务机构及其人员的卫生服务水平和态度。这既是赋予了村组集体一定的财权,同时也是赋予了其一定的治理能力。通过村组集体这个媒介组织,将能够建立起基层卫生服务人员与患者之间的紧密联系,使其既向上负责,也向下负责。

四是作者提出要超越村社共同体,创造出村社力量以“终端委托人”的身份监督“所有环节代理人”的条件。^[1]这其实是试图赋予村社组织更大的自主

权和治理能力。但这一目标目前还很难达到,而且由于医疗卫生服务行业本身便存在一定的系统性和分层特征,再加上当前由于经济社会快速发展转型下我国村社组织的现状也并不尽如人意。因此,赋予村社组织过多的资源和自主权力,将有可能出现“过犹不及”的意外后果。在此,本文虽然强调了村社力量在我国当前农村医疗卫生服务供给中的独特作用,但也同样认为应该要注意到这种独特力量所具有的局限性和有限性。村社力量与市场力量和国家力量并不冲突,村社力量既不可能也不应该取代国家和市场力量。但乡土中国里所独具的这种村社力量的有效发挥,将能够使国家和市场力量更加有效,因此是一种不可忽视的中国式力量。因此,作者在此处呼吁着力加强基层村社组织力量建设的大方向是值得肯定的。

然而,由于医疗卫生领域的高度复杂性,不管是来自村社外部既得利益集团,还是来自村社内部强势阶层自利倾向,都将对村社力量发挥作用产生阻碍。^[1]尤其是近年来,由于农民之间经济分化导致村庄的社会分化和村庄权力向少数群体不断集中乃至被垄断。^[30]这些强势群体通过结成“分利集团”不断蚕食国家自上而下地向农村输入的公共资源——也包括公共卫生资源,从而严重抑制了正常的村社力量的作用和功能的发挥。^[31]因此,在改革当前我国农村卫生服务治理模式的同时,还要着力加强基层组织建设和基层民主建设。^[32]甚至可以说,基层组织建设是“纲”,其他具体领域的治理模式构建是“目”,“纲举”才能“目张”。从这个意义上说,李爽博士这本著作及相关学者的研究,不仅为当前我国农村卫生改革事业所面临的问题进行了准确定位,而且还为分析这一问题提供了十分重要而又具有中国特色的理论视角,为我国现行医疗改革提供智力支持。

致谢

非常感谢湖南省怀化市麻阳苗族自治县城镇医院的田小玲医生、华中科技大学同济医学院的聂大安博士以及匿名审稿人对本文的大力帮助。

参 考 文 献

- [1] 李爽. 村社力量与农村卫生服务治理模式研究 [M]. 北京: 人民出版社, 2014.
- [2] 陈传波, 李爽, 王仁华. 重启村社力量, 改善农村基层卫生服务治理[J]. 管理世界, 2010(5): 82-90.

- [3] 吕兆丰, 王晓燕. 雨润圆荷——医改背景下农村卫生实地观察手记 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [4] 王玉, 王晓燕, 杨佳, 等. “乡政村治”背景下村卫生室的管理体制问题: 基于北京市密云县的实地观察研究 [J]. 中国药物与临床, 2013, 13(9): 1239-1241.
- [5] 首都医科大学“医改背景下的首都农村卫生人力资源配置研究”课题组. “乡政村治”环境中村级卫生人力资源配置研究: 基于北京市密云县的实地调研 [M]. 北京: 北京出版社, 2014.
- [6] 王玉, 王晓燕, 彭迎春, 等. 农村“乡政村治”对村卫生室发展状况的影响研究 [J]. 中国初级卫生保健, 2013, 27(11): 25-27.
- [7] 王晓燕, 吕兆丰, 彭迎春, 等. 对农村医疗卫生服务网底的伦理困惑研究——基于北京市 H 区的实地观察分析 [J]. 中国医学伦理学, 2010, 23(5): 66-89.
- [8] 任晓丽. 乡村熟人社会医患关系特质研究 [J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2011, 32(12): 30-32.
- [9] 房莉杰, 梁小云, 金承刚. 乡村社会转型时期的医患信任——以我国中国地区两村为例 [J]. 社会学研究, 2013(2): 55-77.
- [10] 田孟, 贺雪峰. 中国的农地细碎化及其治理之道 [J]. 江西财经大学学报, 2015(2): 88-96.
- [11] 孙咏莉, 吕兆丰, 王晓燕, 等. 村级卫生人力资源配置的影响因素分析——基于北京市 M 县的实地观察研究 [J]. 中国医学伦理学, 2012, 25(5): 584-586.
- [12] 埃莉诺·奥斯特罗姆. 公共事务的治理之道: 集体行动制度的演进 [M]. 余逊达, 陈旭东译. 上海: 上海三联书店, 2000.
- [13] 戴慕珍 (Jean Oi). 中国地方政府公司化的制度化基础 [C]. // 甘阳, 崔之元编. 中国改革的政的政府经济学. 牛津大学出版社, 1997.
- [14] 邱海雄, 徐建牛. 市场转型过程中地方政府角色研究述评 [J]. 社会学研究, 2004(4): 24-30.
- [15] 裴小林. 集体土地所有制对中国经济转轨和农村工业化的贡献: 一个资源配置模型的解说 [C]. // 黄宗智主编. 中国乡村研究 (第 1 辑). 北京: 商务印书馆, 2003.
- [16] 张自宽. 亲历农村卫生六十年: 张自宽农村卫生文选 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2010.
- [17] 贺雪峰. 论民主化村级治理的村庄基础 [J]. 社会学研究, 2002(2): 88-93.
- [18] 王绍光. 学习机制与适应能力——中国农村合作医疗体制变迁的启示 [J]. 中国社会科学, 2008(6): 111-133.
- [19] 韩俊, 罗丹. 中国农村卫生调查 [M]. 上海: 上海远东出版社, 2009.
- [20] 乔益洁. 中国农村合作医疗制度的历史分析 [J]. 青海社会科学, 2004(5): 66.
- [21] 王延中. 试论国家在农村医疗卫生保障中的作用 [J]. 战略与管理, 2001(3): 15-24.
- [22] 卫生部统计信息中心. 中国卫生服务调查研究——第三次卫生服务调查分析报告 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2004.
- [23] 李玲. 政府应采用政府主导型的医疗体制 [M]. // 新望主编. 改革 30 年: 经济学文选. 北京: 生活·读书·新知三联书店, 2008.
- [24] 田孟. 农民组织起来的目的是维持农村的基本秩序 [J]. 中共宁波市委党校学报, 2014(2): 95-101.
- [25] 梁漱溟. 梁漱溟全集 (第 2 卷) [M]. 济南: 山东人民出版社, 2005.
- [26] 费孝通. 费孝通文集 (第 5 卷) [M]. 北京: 群言出版社, 1999.
- [27] 贺雪峰. 村民组与农民行动的单位——安徽肥西县小井村调查 [J]. 中共宁波市委党校学报, 2005(6): 33-40.
- [28] 贺雪峰. 论村级负债的区域差异——农民行动单位的视角 [J]. 管理世界, 2005(11): 82-100.
- [29] 高清, 王晓燕, 吕兆丰, 等. 基于“格局”理论的村级卫生人力资源配置策略研究——基于北京市 M 县的实地观察分析 [J]. 中国医学伦理学, 2012, 25(4): 433-438.
- [30] 袁松. 富人治村 [D]. 武汉: 华中科技大学, 2012.
- [31] 贺雪峰. 试论 20 世纪中国乡村治理的逻辑 [M]. // 黄宗智主编. 中国乡村研究 (第 5 辑) [M]. 福州: 福建教育出版社, 2007.
- [32] 桂华. 项目制与农村公共品供给体制分析 [J]. 政治学研究, 2014(4): 50-62.

[收稿日期: 2015-03-20 修回日期: 2015-04-25]

(编辑 谢宇)