

制度逻辑与组织策略：对农村地区 基本公共卫生服务制度执行偏差的一种新解释*

高端阳¹ 李睿² 王道勇³

摘要：基本公共卫生服务制度是一项保障全体人民健康、实现健康公平的重要制度安排，但该项制度在农村地区的执行成效与制度期待具有较大张力，存在制度执行偏差。本文搭建了“制度逻辑—组织策略”的研究框架，力图为该问题提供一种新的解释。本文发现：基本公共卫生服务制度具有多重逻辑，当该项制度嵌入基层医疗组织形成的组织场域时，制度的多重逻辑与基层医疗组织的实践逻辑产生了冲突，给基层医疗组织带来较大制度压力。为缓解制度压力，基层医疗组织采用“拼凑应对”的组织策略实现与基本公共卫生服务制度的适度脱耦，并在这一过程中通过关系动员的方式完成了合法性重建。这一系列的策略行动导致了制度执行偏差。因此，应以价值路径的重塑探寻矫正基本公共卫生服务制度执行偏差的可能方向，缓释制度工具逻辑与价值逻辑之间的张力，实现国家、社区与农村居民的健康共治，以回应制度的内在价值诉求。

关键词：基本公共卫生服务制度 基层医疗组织 执行偏差 制度逻辑 组织策略

中图分类号：R197.1; D035.5 **文献标识码：**A

一、引言

作为2009年“新医改”中促进基本公共服务均等化的重要内容，基本公共卫生服务制度主要针对慢性病患者数量快速增加、城乡居民健康状况差距较大等公共卫生问题，以老年人、儿童、慢性病患者等重点人群，向全体居民免费提供基本公共卫生服务。该项制度在农村地区的执行主体为3.9万个乡镇医院和59.9万个村卫生室^①。2016年颁布的《“健康中国2030”规划纲要》提出，“以农村和基层为重点，推动健康领域基本公共服务均等化”“全周期维护人民健康”^②。这些都与基本公共卫生服务制度紧密相连，进一步凸显了该制度的意义。2009年以来，基本公共卫生服务制度建设取得

*本文是中共中央党校(国家行政学院)2021年度重点科研项目“新时代促进社会团结重大问题研究”(编号:2021ZD004)的阶段性研究成果。本文通讯作者:李睿。

^①参见《中华人民共和国2021年国民经济和社会发展统计公报》, http://www.gov.cn/shuju/2022-02/28/content_5676015.htm。

^②参见《中共中央 国务院印发〈“健康中国2030”规划纲要〉》, http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm。

了积极成效，但仍然存在诸多问题。截至 2017 年底，按照 13 亿人口粗算，国家财政的基本公共卫生服务投入已经达到 3055 亿元，但存在项目资金使用率不高、投入产出结果不明、农村居民知晓率低等问题（秦江梅，2017）。农村地区卫生基础薄弱，基本公共卫生服务制度落实成效与制度预期存在明显的张力，突出表现为：农村居民健康信息采集存在信息失真与管理形式化等问题（浦雪等，2018），农村居民获得感与边际效益降低（赵黎，2017）；基本公共卫生服务制度执行激发了基层医务人员的职业倦怠，弱化了基层医疗组织原有的服务能力（谭秋成，2021），制度处于执行偏差困境之中。

基本公共卫生服务制度执行偏差（以下简称“制度执行偏差”）不仅使政府向农村投入的卫生资源存在耗散的风险，而且阻滞了制度意义的传递与建构。首先，制度执行偏差不利于健康公正理念的落实。基本公共卫生服务制度将城乡居民同步纳入服务体系之中，以期逐步缩小城乡居民健康差距，而制度执行偏差会延缓城乡居民健康差距缩小的速度。其次，制度执行偏差不利于卫生政策目标的实现。《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》与《“健康中国 2030”规划》均强调健康治理要关口前移，要由治疗为主向预防为主转换。农村居民整体健康观念仍然较为落后，因此，亟须依托基本公共卫生服务制度来提升农村居民的健康管理意识和健康素质，预防农村居民疾病发生。最后，制度执行偏差不利于优化现有卫生资源配置结构。“强基层”是医疗卫生体制改革的关键之一，国家为此构建了较为完备的基层医疗卫生制度，其中，基本公共卫生服务制度对夯实基层医疗卫生网络具有关键意义。制度执行偏差不仅会影响农村居民的医疗卫生服务可及性，还会影响农村居民对基层医疗卫生制度的信任，最终导致“强基层”的目标难以实现。

本文试图从组织社会学的视角，对缘何存在制度执行偏差提供一个新的解释。综合来看，现有研究主要遵循制度设计缺陷的研究路径，将制度执行偏差归因于制度设计的某种缺陷，例如制度目标设定不合理、绩效考核机制不健全、激励强度不足等。但从组织社会学的视角来看，对基本公共卫生服务制度的理解应更为多元。该制度是医疗卫生领域中的一项基础性制度安排，具有提升国家治理绩效、增进公众福祉、培养健康社群意识等多种作用，该制度的政治、社会溢出效应很强。研究制度执行偏差，需要分析基本公共卫生服务制度内含的多重逻辑，并讨论作为制度执行者的乡镇医院和村卫生室采取何种策略去平衡制度的多重逻辑，并且这种策略选择是否会导致制度执行偏差。制度缺陷的单一解释路径难以明晰制度执行偏差的成因及过程，无法更好地解释基层医疗组织策略行动的动机，也难以剖析制度执行偏差的内在机制。鉴于此，本文试图回答如下问题：基本公共卫生服务制度内含的多重逻辑包括什么？其多重逻辑是否与基层医疗组织的实践逻辑产生冲突？基层医疗组织如何应对这些冲突？基层医疗组织冲突应对策略是否会导致制度执行偏差？

本文的案例材料源于笔者在辽宁省丹东市振兴区农村的三次田野调查。作为“片面而深入的观察”，田野调查力求从总体性视角剖析社会生活，以洞察不易被发现的社会机制。本文的边际贡献是：在组织与制度互动的具体社会情境中，剖析制度执行偏差的内在机制；根据案例研究构建包含制度合理化程度、组织筛选机制、组织场域透明度以及组织间团结程度的解释框架，为从组织社会学视角解释制度执行偏差提供理论借鉴。

二、文献回顾与研究方法

（一）有关制度执行偏差的研究综述

从组织社会学的视角看，目前对制度执行偏差的有关探讨有三种解释逻辑：组织结构、利益主体与制度缺陷（陈家建等，2013）。组织结构方面的相关研究在批判和反思韦伯提出的科层制的岗位专业化、权力等级制、规章制度程序化等基本特征的基础上，认为在契约不完全和有限理性的条件下，随着组织规模扩大，组织层级增加会导致委托代理关系中内部代理链条延长，加剧信息不对称与逆向选择问题，增加代理人寻租的动机（Tirole, 1994），进而诱发制度执行偏差。利益主体方面的相关研究主要聚焦组织在多重函数作用下的权变行为，特别是在激励机制与约束机制的双重作用下，作为利益主体的组织采取策略性行动来改造制度，形成“非正式关系运作”（Walder, 1986）、“选择性执行”（O'Brien and Li, 1999）、“共谋”（周雪光，2008）、“讨价还价”（冯猛，2017）等行动逻辑。制度缺陷方面的相关研究则从内归因视角考察制度执行偏差的成因，认为：理想的制度安排应成为传递规范、塑造秩序、达成目标的重要介质，同样也会驱动组织在贯彻制度意图过程中减少组织层级间的信息不对称、消除杂音，高效实现组织目标（周雪光，2003）。制度设计需要兼顾精细化程度高、瞄准性强等要求，但在现实中，制度目标过高或过低、考核不合理、激励无效等制度的天然缺陷导致制度执行偏差现象较为普遍（贺东航和孔繁斌，2011）。

已有对制度执行偏差的研究主要从制度缺陷层面加以分析，将制度执行偏差归因于制度建构过程中单一或多种因素的欠缺。梁黎明等（2020）基于超效率数据包络分析模型测算发现，农村地区基本公共卫生服务制度的资源配置效率整体不高，投入过剩与产出不足并存，资源配置存在缺陷。王紫等（2019）通过梳理相关政策发现，基本公共卫生服务制度的绩效考核制度不够完善。尤莉莉等（2022）认为基本公共卫生服务制度的任务指标设定得过于笼统。葛全风等（2016）则认为，编制不足、保障不到位等导致基层公共卫生工作人才匮乏、服务能力较低等问题，制度执行没有实现预期效果。

从现实来看，仅从制度缺陷一条路径来解释制度执行偏差存在不足。特别是自20世纪80年代以来，社会建构论成为医学社会学的重要理论。例如，福柯（2011）在《临床医学的诞生》中曾通过分析“知识与权力”细致展现了医学背后的权力关系，疾病不仅关乎健康，更与社会经济、国家政治紧密关联。因而，对制度执行偏差的解释应坚持综合性视角，既要回到制度内部，分析该项制度所内含的多重逻辑，又需回到具象化的社会情境之中，剖析基层医疗组织与制度关联的具体机制。

（二）理论回顾

在社会学新制度主义的早期研究中，“制度同构”是学者们关注的主要议题（Meyer and Rowan, 1977; DiMaggio and Powell, 1983），但“制度同构”理论先验性地将组织所处的外部制度环境设定为单一、稳定的系统，组织行为的被动顺应性被夸大。在现实世界中，制度压力下组织的被动顺应不是组织发展的唯一模式，组织的能动性塑造了组织与制度环境的多种互动，展示了组织的多元应对策略。因而，制度逻辑被引入组织制度分析的研究中。

制度逻辑可以从两个维度来理解。首先，从静态的制度分析来看，制度逻辑是制度的内生性设置。

Friedland and Alford (1991) 认为, 制度逻辑就是一套重要的符号性结构和实际做法, 其中每一种制度逻辑都与一种独特的理性化模式相连, 例如家庭的逻辑强调忠诚、资本主义社会的逻辑强调商品化等。周雪光和艾云 (2010) 将制度逻辑定义为“制度安排与围绕安排而展开行动连续, 这些制度逻辑诱发和塑造了这一领域中相应的行为方式”。其次, 制度逻辑可以从制度与组织的互动关系角度来理解。在回答组织多元应对策略的客体是什么时, 桑顿 (2020) 综合了“物质性实践及符号系统”和“合法性”两种观点, 提出了制度逻辑是一套用来帮助组织解释现实世界和定义适当行为构成以及理解成功的总体准则。质言之, 制度逻辑是多维的, 且具有复杂性, 不同的制度逻辑之间相互依赖甚至相互矛盾。而组织的行为反映了组织平衡制度逻辑之间紧张关系的策略, 并且, 组织在与制度环境的多形式互动中, 可以灵活地响应制度逻辑的要求, 能动地从有利于自身生存与发展的角度对不同制度逻辑进行编组、聚合、操控等, 促成了组织的多元行动策略。

组织场域是讨论制度与组织关系的重要中观分析单位。Dimaggio and Powell (1983) 最早提出了“组织场域”的概念, 将其定义为包括关键的供应商、原料与产品购买商、规制机构以及其他提供类似服务与产品的组织等聚合在一起构成的一种被认可的制度生活领域。组织场域中通常存在某个或某几个焦点组织, 以及与焦点组织分享相近制度议题、建构行动关联的其他组织。组织场域的主导逻辑往往由焦点组织的实践逻辑塑造。组织场域也是焦点组织发生制度变迁的重要介质, 外部制度携带新的制度逻辑与治理关系嵌入组织场域, 可能会改造和替代焦点组织原有的制度逻辑, 引起焦点组织对新的制度逻辑做出反应。同时, 外部制度的嵌入会诱使组织场域中的焦点组织和其他组织形成新的互动, 所产生的结果通常是其他组织与焦点组织共同发生制度变迁, 形成制度同构, 或是其他组织与焦点组织形成组织博弈, 干扰焦点组织的制度变迁。组织场域的引入增进了研究者对焦点组织与其他组织之间互动的了解, 为理解制度执行偏差提供了组织间博弈的解释思路。结合本文的研究来看, 农村地区基本公共卫生服务制度的执行主体主要是乡镇医院和村卫生室, 可被视为基层医疗场域中的焦点组织。基层医疗场域中还有民营医院、私人诊所、药房等民营医疗组织, 这些医疗组织虽然与基本公共卫生服务制度不直接关联, 但在医疗市场中与乡镇医院、村卫生室形成竞争关系, 带来了农村居民多样化的就医或健康选择, 例如民营医院为争夺资源, 经常开展免费体检或义诊以服务农村居民, 导致这部分农村居民不愿重复参加基本公共卫生服务制度提供的体检和健康管理, 进而影响了基本公共卫生服务制度的效力。由此可见, 基本公共卫生服务的制度效果是不同类别组织共同作用的结果, 研究也理应由对单一组织的分析延展至组织场域分析, 这有利于跳出单类型组织与制度互动的既定情境。

本文所构建的“制度逻辑—组织策略”分析框架可以实现静态的结构分析与动态的互动分析的统一。在静态的结构分析中, 制度逻辑的研究视角要求回归到制度内部, 分析基本公共卫生服务制度的多重逻辑。动态的互动分析主要研究组织与制度的互动及结果, 即基本公共卫生服务制度作为外部制度嵌入基层医疗场域后, 制度逻辑与基层医疗场域的焦点组织——乡镇医院和村卫生室的实践逻辑发生冲突, 诱发了基层医疗组织以“拼凑应对”的策略行动来与制度适度脱耦, 最终导致制度执行偏差。

(三) 研究方法

本文的经验材料来源于研究团队在 2020 年 8~9 月、2021 年 7 月以及 2022 年 2 月在辽宁省丹东

市振兴区的田野调查，笔者从该区卫生健康局（以下简称“区卫健局”）、乡镇医院以及村卫生室收集了与基本公共卫生服务制度相关的文献资料，通过访谈区卫健局行政人员、部分乡镇医院院长、部分乡村医生和农村居民等获得访谈资料。主要受访者情况以及访谈内容如表 1 所示。基于田野调查资料，本文采取案例研究方法，通过对案例的持续挖掘展现其背后的因果机制与过程，以遵循“个案中的概括”的研究路径，并与一般知识体系建立关联（张静，2018）。

表 1 受访者访谈情况

	受访者	人数（人）	访谈目的
政府部门	振兴区卫健局基层卫生科工作人员	4	了解振兴区基本公共卫生服务制度建设情况
乡镇医院	院长	4	了解乡镇医院执行基本公共卫生服务制度的情况；乡镇医院指导、监督、考核村卫生室执行基本公共卫生服务制度的情况
	公共卫生科医生	8	
村卫生室	乡村医生	15	了解振兴区农村基本公共卫生服务制度建设情况、村卫生室执行基本公共卫生服务制度的情况
农村社区	农村居民	25	了解农村居民对基本公共卫生服务制度的看法、认知程度、参与情况以及农村居民的就医选择、健康态度等

三、基本公共卫生服务制度的多重逻辑

基本公共卫生服务制度主要包括居民健康档案管理、健康教育、预防接种等 14 项服务。从项目内容来看，基本公共卫生服务可划分为两大类：一类是采集与管理居民的健康信息，具体的制度内容是居民健康档案管理，体现了制度的技术逻辑，代表国家对居民健康信息的精准化管理；另一类则是居民的健康服务与管理，包括孕产妇健康管理、老年人健康管理、慢性病患者健康管理等，体现了制度的整合逻辑，代表国家对健康治理的统合性建构。除上述两种工具维度的制度逻辑外，基本公共卫生服务制度具有明显的价值立场，代表国家试图构建普惠性、公益性的健康治理制度，以实现农村居民对健康公平的价值诉求。因此，价值逻辑是基本公共卫生服务制度的另一个重要逻辑。

（一）技术逻辑：健康信息的精准化管理

在农村地区，技术逻辑主要指国家以技术治理的方式收集、识别、管理与更新农村居民健康信息，以期构建清晰化、可视化的农村居民健康状况图景，实现国家透视社会的目标，为政府精确施策、有效干预提供制度基础。技术逻辑表现为国家在公共治理领域中对信息系统与大数据等现代科技的应用，推动了传统治理向信息可视化的技术治理转变，有助于国家精准掌握治理过程、透视复杂社会情境。该种制度逻辑主要依托农村居民的健康档案管理。居民健康档案管理是指为辖区内的常住居民（居住半年以上的户籍或非户籍居民）建立包含基本健康信息、周期性健康体检信息、健康问题及用药情况等信息的健康档案，0~6 岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者等是重点群体^①。农村居民健康档案的建立有助于医生针对性地对农村居民进行健康指导，也有助于医生在农村居民就医、转诊等医事活

^①资料来源：《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》，<http://www.kmpl.gov.cn/upload/resources/file/2021/05/27/2529434.pdf>。

动中快速、准确、周期性地掌握患者健康信息，提升就医效率。从国家治理的角度看，农村居民健康档案逐步规范化的信息采集和平台化的数据管理，有助于形成农村社区甚至更广阔地域范围下社群健康状况的数字化图景，实现国家与公共健康、个体健康的直接互动，提升健康治理的“智治”水平。

技术逻辑强调，在制度执行过程中，乡镇医院和村卫生室应坚持规范性，满足制度的约束性期待。具体而言，制度执行的规范性强调，乡镇医院和村卫生室在农村居民健康信息采集和管理过程中按照制度要求做到规范化。从制度预期以及技术治理程度加深的趋势来看，基本公共卫生服务制度将与分级诊疗、智慧医疗、远程医疗、个性化医疗等进一步关联互通。围绕健康信息产生的数据将成为未来多样化健康治理手段的基础依托，例如将现有的健康档案整合互通，构建健康信息大数据平台，可以有效实现农村居民的健康评估、疾病预警、远程诊疗等。但健康信息采集质量取决于基层医生的工作规范化程度，例如，健康信息中判别农村居民中医体质的相关问题多达 33 个，需要基层医生严格按照服务规范如实询问和判断。因此，技术逻辑强调制度执行的规范性，体现的是国家对基层医疗组织的约束性期待——这些组织可以切实执行基本公共卫生服务制度，保障这一制度的有效性。

（二）整合逻辑：健康治理的统合性建构

整合逻辑是指国家对基层健康治理的统合性建构。国家通过项目制管理、科层治理等行政手段管理、激励、监督和考核基层医疗组织，督促基层医疗组织更好地执行基本公共卫生服务制度，实现对农村居民健康的干预，使农村居民的生活方式和生活习惯更具健康性，以提升国家健康治理的绩效。整合逻辑的来源有两方面：一方面，源于现代国家权力发生了深层次的结构转变与生命政治的诞生。在这方面，福柯（2018）的观点影响较大。他认为，国家的权力形态经历了由统治权力、规训权力到生命权力的转变，生命权力的中心议题是以国民健康与人口安全为特征的权力机制与策略。不同于统治权力强调镇压与杀戮反抗者，生命权力更强调如何“让人更好地活下去”，注重对人口的管理，采用安全与调控的治理手段关注人口的出生、死亡、健康水平、寿命等，最终实现权力的创造与生产。另一方面，整合逻辑源于增强国家基础性权力的客观要求。Mann（1993）曾将国家能力划分为两大类型，一种是国家专制能力，主要指国家可以不与其他社会群体协商而直接实施权力的能力；另一种是国家基础性能力，主要指国家的后勤能力，国家通过修建基础设施、提供公共服务等方式得到民众的支持，实现国家对社会的渗透和整合。以慢性病患者的服务与管理为例，现代社会疾病图谱发生了巨大转变，现代医疗技术的发展有效遏制了恶性传染病，对人类健康构成直接威胁的疾病已变为慢性非传染疾病。同时，中国社会转型以来出现的非健康生活方式，例如脂肪与热量摄取过高等，导致农民慢性病问题日趋严重，成为农民健康的主要威胁之一。为扭转这一趋势，基本公共卫生服务制度强化了对高血压患者等慢性病患者的管理与服务，增强了健康教育与健康素养促进工作的力度。国家卫生服务能力提升既有利于提升现有患者群体的获得感，也有利于营造社会群体追求健康生活方式的集体意识。在保障和提升现有慢性病患者权益的基础上，国家通过减少慢性病患者基数的方式降低财政支出，增强国家的绩效合法性，以生产国家基础性权力。

整合逻辑体现了在制度执行过程中国家对乡镇医院和村卫生室的规制性要求，强调正式管制程序对制度受体所形成的制度压力。新医改之后，基本公共卫生服务制度以政府购买服务的方式项目化运

作。项目运作强化了以政绩考核为特征的目标责任制，往往会涉及繁复的流程与硬性的规范化管理，尤其在项目的验收与考评阶段，政绩观念与绩效观念使得政府利用科层治理的逻辑和方式对基层医生进行监督和考核，并对基层医生的医事行为进行规制性管理与“纠偏”。

（三）价值逻辑：健康治理的普惠性与公平性

价值逻辑代表一项制度在设立时所体现出的价值立场、价值判断与价值诉求，表现为制度建构与积淀的文化意义，为制度执行者提供思考与行动的模式，使制度执行者获取对某项制度在价值层面的共同理解。基本公共卫生服务制度天然具有极强的价值逻辑，突出表现为国家意图提升公众福祉，坚持普惠与公平的健康治理理念。从制度属性来看，基本公共卫生服务是一种公共产品，由政府不分性别、民族、区域向全体人民免费提供。从制度的发展历史来看，基本公共卫生服务制度的发展过程就是逐步回应健康公平这一价值诉求的过程。改革开放以后，效率与公平的关系发生了深刻转变，效率优先成为一段时间内经济社会发展的主基调。在此背景下，为提高医疗卫生机构效率、减轻政府财政负担，医疗卫生服务领域开始引入市场机制。同时，国家对健康理念的理解也趋于窄化，仅仅从医疗资源供给端着力建设医疗卫生体系，强调治病救人，而中华人民共和国成立前 30 年所形成的公共卫生、疾病预防以及健康素养促进等理念有所淡化。这一现象的直接结果是：看病难、看病贵问题成为一段时间内民生工作的痛点，作为“公共池塘资源”的公共卫生服务供给出现相对短缺的现象。2003 年，“非典”疫情引发了中国公共卫生领域的治理危机，社会风险扩散倒逼政府进行医疗卫生事业改革，以回应弱势社会群体的现实诉求。国家开始有意识地引导东部地区的城市社区建立基本公共卫生服务体系，政府提供资金为社区居民提供健康档案、儿童保健、孕产妇保健等服务。2006 年国务院印发《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》，明确提出中央财政为中西部地区城市社区卫生服务提供补助，基本公共卫生服务制度的雏形逐渐展露。2009 年新医改以来，中央政府统一划定基本公共卫生服务人均经费标准，从机会公平、程序公正、均等化等层次推进基本公共卫生服务制度建设，增强基层医疗场域的普惠性与公平性，体现了制度强烈的价值诉求。

基本公共卫生服务制度的价值逻辑体现了制度执行在“文化—认知”意义上的要求。国家作为制度的建构者期待将普惠性、公益性与健康公平的理念传递给乡镇医院和村卫生室，引导他们在执行制度时坚持公益性、公共性的责任伦理，为其行为赋予有所遵循的理念框架和参照体系。

表 2 基本公共卫生服务制度的逻辑

	技术逻辑	整合逻辑	价值逻辑
含义	健康信息的精准化管理	健康治理的统合性建构	健康治理的普惠性与公平性
制度执行要求	规范性要求	规制性要求	“文化—认知”意义上的要求
逻辑属性	工具属性		价值属性

四、基本公共卫生服务制度进场与基层医疗场域的逻辑冲突

自 2009 年以来，振兴区政府、区卫健局根据中央政府、省政府要求，配套印发了《关于振兴区促进基本公共卫生服务逐步均等化实施意见的通知》《关于进一步规范振兴区农村基本公共卫生服务项

目管理工作的通知》《关于振兴区承担国家基本公共卫生服务项目医疗机构管理办法（试行）的通知》等文件，从项目实施标准、资金管理、队伍建设、项目验收、绩效考核等方面明确了政策规范和执行要求，区卫健局负责监督与指导振兴区下辖的基层医疗机构。

从组织制度分析的视角来看，作为国家主导、嵌入基层医疗场域的制度安排，基本公共卫生服务制度能否被有效执行取决于该制度的制度逻辑是否兼容或替代基层医疗场域中焦点组织的实践逻辑，实现制度与组织的高度耦合。

（一）基层医疗组织的实践逻辑

结合调研和相关文献，基层医疗场域中焦点组织的实践逻辑可以划分为两个维度，即以市场竞争为基础的工具逻辑以及医生职业自主性与医患之间人情交换体现的价值逻辑。

基层医疗组织以市场竞争为基础的工具逻辑主要是指：由于政府拨付医疗卫生资源不足，难以满足基层医疗组织需要，基层医疗组织只能参与医疗市场竞争，汲取组织生存发展所需的资源。以市场竞争为基础的工具逻辑具有深厚的现实基础。公立医疗机构补助不足一直是多方讨论的话题（王朝才和查梓琰，2022），虽然国家在事业单位改革中明确将乡镇医院划为公益类事业单位，理论上由财政给乡镇医院拨付足额经费，但由于区政府财力有限，给乡镇医院拨款仍然采用差额拨款模式，乡镇医院需要自负盈亏、积极创收。在调研中，一位乡镇医院的院长说道：“我们这一级的医院还是要自己挣钱吃饭，财政拨款有限，得考虑挣钱吃饭啊。”（YZ20220200815）^①村卫生室的营收情况则更为复杂，在计划经济时期，村卫生室隶属于人民公社，所提供的医疗卫生服务是公社福利的一部分。改革开放以来，医疗市场化改革大幅推进，由于薪酬制度激励不足、财政拨款总量不够等问题（杨晓婷等，2021），多数村卫生室由私人经营，需要通过医疗服务收费来维持生计。医疗市场化改革也催生了大量的民营医疗组织，他们成为基层医疗场域中的重要力量，与乡镇医院和村卫生室等存在竞争关系，这进一步强化了乡镇医院和村卫生室以市场竞争为基础的工具逻辑。

基层医疗组织的价值逻辑主要有两种：一种是医生通过遵循正式医疗制度开展执业行为来满足自身的价值诉求，表现为医生的职业自主性（或临床自主性），这是医生对职业产生价值认同的重要路径；另一种是在乡土社会中，医生与农村居民共享社会文化界定的价值规范，表现为医患之间的信任、情感互惠与人情交换的混合。

具体而言，在职业社会学的研究中，Hoffman（1997）认为，医生的职业自主性更大意义上是指临床自主性（或技术自主性），医生在临床决策中可以不受外部势力的干扰，能够完整地运用知识和经验解决患者的问题，而且，在专业能力的壁垒下，作为“外行”的国家无法完全监督医生的执业行为。因而，在面对国家时，医生具有一定的自主性。职业自主性建构了医生作为技术专家的社会形象，也成为医生识别自我身份、产生职业认同的重要价值来源。作为评判职业行为的重要价值尺度，职业认同“是个体在知晓职业特性的基础上，积极并稳定地投入本职工作，获得工作过程中的积极情感体

^①本文访谈资料命名规则为“访谈人员+编号+时间”。其中，振兴区基层卫生科工作人员简写为WSK、乡镇医院院长简写为YZ、公共卫生科医生简写为YS；乡村医生简写为CY；农村居民简写为CM。

验，建立起职业发展要求与自我发展目标的一致性，从而使职业成为自我身份定位的重要部分”（安秋玲，2010）。因此，医生对职业自主性的追求和享有是基层医疗组织的第一种价值逻辑。

同时，基层医疗组织需要嵌入具体的地方空间之中，与地方的社会文化制度相融合，因此不可避免地受到当地文化、观念、习惯等地方性知识的影响。在乡土社会中，医生和农村居民多共享同一生活世界、具有相同的文化血脉，医生在遵照现代医学规范的同时，也将自己定位为“社区人”来为农村居民服务，熟人社会中人情交换的互动逻辑依旧有效。因此，医生的医事行为不仅是专业医疗实践，也是一种与农村居民的情感互动与互惠行为，这体现了基层医疗组织的另一种价值逻辑。

（二）制度工具逻辑与基层医疗组织价值逻辑的冲突

在基本公共卫生服务制度所带来的制度压力较小的时期，基层医生的主要工作是医治病人。由于乡镇一级医疗资源较为匮乏，医生数量的稀缺使医生在与患者的互动中占据了更为有利的地位，享有更多的职业自主性，患者对医生技术专家的形象认可度高。在乡土场域中，由于存在紧密的血缘、地缘关系，乡村医生与患者的互动具有更多的情感性，例如医生愿意倾听患者的倾诉、动员更多的情感能量、收取略低于成本的诊疗费等。

但随着基本公共卫生服务制度的压力陡增，制度的工具逻辑与基层医疗组织的价值逻辑产生冲突。在调研过程中，多数基层医生向笔者表达了公共卫生和医疗服务、“防”和“治”孰轻孰重的困扰。公共卫生和医疗服务虽同属“大健康”“大卫生”的治理范畴，但二者在职能定位、目标和方法上存在不同。现阶段，公共卫生体系中的疾病预防控制、卫生应急等相关管理单位的主要职能是应对重大的、突发性的公共卫生事件，基层基本公共卫生服务通常由基层医疗机构提供。笔者在安镇的镇医院访谈时，该医院的院长就谈道：“由于编制、医院规模的限制，我们很难招收到公共卫生专业毕业的学生，通常都是医院年纪较大或临床能力一般的医生转岗去做公共卫生。也让一些新来的年轻医生去公共卫生岗位锻炼一下。”（YZ0220200815）在基层，公共卫生和医疗服务虽然实现了人员和场地的融合，但这种融合更多是形式上的，当基本公共卫生服务制度要求不断提高时，该项制度的工具逻辑与基层医疗组织的价值逻辑产生了巨大的张力，公共卫生与医疗服务之间的平衡性由此被打破。

基本公共卫生服务制度的工具逻辑试图重塑基层医疗场域的治理结构，形成一个以区卫健局为治理核心的纵向治理系统，通过目标责任制、压力型体制与项目化管理等方式改造基层医疗组织的实践逻辑，将基层医生虹吸到以权威化运作为基础的政府管理体系中，强化医生群体医事行为的科层制逻辑，监督医生的医事行为。基本公共卫生服务制度的考核体系围绕显性指标建构，具有数量偏好（例如，考核强调健康档案的建档率、健康体检人数等），数量成为评判医生落实制度成效的标准。区卫健局根据数量偏好设定考核内容，利用任务定额与下达、指标细化、绩效评估、监督验收等方式控制医生行为。但这也产生了消极的后果，包括：政府科层制的治理思维消解了医生的职业自主性，医生被迫向政府让渡职业管辖权；医生作为技术专家的自我认知受损，严重影响其职业认同与职业荣誉感。

农村居民健康体检是基本公共卫生服务制度的重要内容，也是乡镇医院和村卫生室每年需要完成的硬性任务。区卫健局考核农村居民健康体检执行情况通常以参加健康体检的农村居民人数为标准，因此，每年凑够参加健康体检的农村居民人数成为基层医疗机构头疼的事情。凑够健康体检人数与完

成体检只是该项工作的一部分，农村居民体检结束后，医生还需要将每位农村居民的心电图、血常规、尿常规等检查报告单逐一整理，归档到农村居民的纸质健康档案中，并且需要在公共卫生电子系统中登记每位农村居民的检查结果和健康状况，以满足检查考核要求。同时，基本公共卫生服务项目逐渐增多：2009年只有8项，人均经费只有15元；到了2022年，服务项目已增加到14项，人均经费上涨至83元。项目不断增加，经费拨付逐年上涨，随之而来的是考核和监督的强度也不断提升。基本公共卫生服务制度不断强化基层医生的科层制逻辑，医生的服务过程也逐渐被异化。医生需要负责大量报表填写工作，学习庞杂繁琐的服务规范，接受精细化的指标考核，疲于奔命。这与医生的临床自主性产生巨大冲突：临床自主性强调医生运用医学知识做出临床决策、选择诊疗行为而不被外界因素所干扰；科层制逻辑则更强调医生服从于行政体制，医生的执业过程被国家细致地监控和评估。这严重影响了基层医生的职业认同感，使其产生职业倦怠。医生对自我形象的认知是技术专家，而非非是被迫天天与表格打交道的“公共卫生专家”。笔者在安镇的镇医院访谈时，该医院公共卫生科科长谈道：“我已经53岁了，也快退休了，基层公共卫生的工作，年轻人干得很没劲，除了填表就是填表，工作的获得感很低。”（YS0220210718）同样，基本公共卫生服务制度的相关工作挤占了基层医生的时间和精力。一位乡镇医院院长谈道：“公共卫生确实占据了我们的医生非常大的精力，整天走村串户，填表、拍照，导致我们很多医生已经不会看病了。像我们乡镇医院之前做一些小手术，例如剖宫产、阑尾炎都可以，但是现在都不太会做了，医疗业务荒废了，这是本末倒置的。”（YZ0320200817）根据2020年《中国卫生统计年鉴》数据，从2009年到2019年，基层医疗卫生机构的诊疗人次占全国医疗机构诊疗人次的比重从61.7%下降到52.0%，平均每年下降约1个百分点。这一状况也从侧面印证了基本公共卫生服务对基层医生医疗服务时间的挤占。这种挤占不仅使部分基层医生医疗业务水平有所荒废，也隐蔽地解构了基层医生作为技术专家的形象，进一步将基层医生固化在基本公共卫生服务制度之中。

同时，制度的工具逻辑也与乡土社会中医患之间的互惠与人情交换产生较大冲突。乡土社会存在独特的社会文化根基，医患之间的关系需要更多的时间来建构与维系，但制度工具逻辑阻碍了乡村医生和农村居民的正常交流。在调研中，有的乡村医生向笔者表示：“公共卫生的表格天天填也填不完，还得开会培训、参加进修，我就是个村医，让我专心看病就好了，村民来了我对他们态度好些，看得时间长些，有耐心些，他们自然就会记着你的好。但公共卫生任务这么繁重，我给村民看病的时间自然就少了。”（CY0620200816）制度工具逻辑进入乡土社会后导致乡村医生产生了观念与实践的双重不适，也改变了乡村医生与农村居民原有的互动模式，影响了双方在医疗服务中的获得感。

（三）制度价值逻辑与基层医疗组织工具逻辑的冲突

基层医疗组织的工具逻辑是以医疗组织参与市场竞争为基础的。基层医疗组织的工具逻辑表现为：他们参与基层医疗场域的市场竞争，获取生存与发展的资源，并保障医疗服务质量以便获得稳定的客户（患者）群体。虽然如上文所述，乡土社会中乡村医生与农村居民的就医关系呈现互惠与人情交换的价值特征，但是，在医疗市场化的整体背景下，乡村医生仍然是有偿提供医疗服务，只不过在熟人社会交往法则的影响下，可以适当降低熟识的农村居民的医疗费用或接受赊账。

基本公共卫生服务制度的价值逻辑是：构建普惠性与健康公平的医疗制度，推动基层医疗组织的实践逻辑向公益性回归，激励基层医生发挥奉献精神和奉献精神，督促基层医生肩负起健康“守门人”的职责。在具体实践中，区卫健局通过树立服务典型、打分评比、专题教育等多种方式激发医生的奉献热情。但是，一味强调服务意识和奉献精神，使制度的价值逻辑与基层医疗组织的工具逻辑产生了强烈冲突，这突出表现为两个方面：一方面，制度的价值逻辑抑制乡镇医院和村卫生室参与基层医疗场域的市场竞争，影响他们从医疗市场获取资源，进而影响其生存和发展；另一方面，制度的价值逻辑模糊了基层医生市场行为与公益行为的边界，导致基层医生超额劳动。

以新冠肺炎疫情防控为例，在新冠肺炎疫情这一突发性的重大公共卫生事件发生后，疫情防控工作成为乡镇医院和村卫生室等基层医疗组织公共卫生工作的重点。在联防联控机制中，基层医生在履行本职工作的同时，需要协助属地政府、疾控部门、社区做好疫情防控工作，承担的工作包括设立预检分诊、筛查发热患者、检测与上报重点人群健康状况、开展疫情防控教育与宣传等。在调研时，很多乡镇医院的医生向笔者表示，他们需要到高速公路、火车站或村庄的卡点蹲点驻守，排查是否存在疫情地区的返乡人员，而这些工作绝大多数是无偿的。新冠肺炎疫情作为蔓延全球的公共卫生危机，对人民的健康构成巨大威胁。基层医生承担疫情防控工作从职责和道义上讲是无可厚非的，乡镇医院和村卫生室也在属地政府的指挥下抽调大量的医务人员参与疫情防控。但是，这给乡镇医院和村卫生室的正常运营带来巨大压力，直接表现就是乡镇医院的门诊量、住院量大幅下降，村卫生室的就诊人数大幅减少。疫情防控工作需要医生发挥无偿奉献精神，但无偿奉献也影响到乡镇医院和村卫生室从医疗市场获取资源。乡镇医院抽调大量的医务人员参与疫情防控，导致缺少医生为患者治病，医院的门诊量和营收大幅下降，影响其生存和发展。社会化办医的现实早已打破了乡镇医院和村卫生室“垄断”基层医疗资源的局面，基层医疗场域的市场竞争已日趋激烈。笔者在安镇调查时发现，当地镇医院所在的街道已存在近十家药房。乡镇医院和村卫生室无暇为患者看病，不仅失去了获得收入的机会，减少了收入，甚至存在丢失固定客源（就医群体）的风险。特别是在农村居民就医选择多元化的背景下，药房、私人诊所等民营医疗组织随时可以替代乡镇医院和村卫生室。在田野调查中，不少乡村医生表示承担站岗、排查等公益性工作导致其没有时间给农村居民看病，很多农村居民向他们表达了不满。丢失这部分“客源”对乡村基层医疗组织日后参与医疗市场竞争产生了不利影响。

在基本公共卫生服务制度的宣传中，“免费”“惠民”“服务”“家庭医生签约”等话语经常出现。这固然是提升农村居民知晓率的宣传方式，但对基层医生的服务形象也起到了建构作用，强化了农村居民对乡镇医院和村卫生室医事行为的“公益化想象”。这与乡镇医院和村卫生室以市场竞争为基础的工具逻辑产生冲突，模糊了医生市场行为与公益行为的边界，导致医生超额劳动。在基本公共卫生服务提供过程中，基层医生经常会被要求提供制度范围之外的服务，例如，被服务的农村居民向医生询问自己或家人的病情该如何处置、要求医生提供用药建议，甚至要求医生进行免费的医疗处置（简单的包扎、处置伤口等）或是寻求免费的医疗药品（几根棉签、酒精棉球等）。由于涉及考核评分与满意度调查，医生通常会答应农村居民的额外要求，这就导致很多本应该收费的医事行为变成了基层医生的无偿劳动。这种超额劳动不仅包括实际劳动，还包括情绪劳动。Hochschild（1983）在《心

灵的整饰：人类情感的商业化》中指出，情绪同脑力和体力一样，也是重要的劳动力。基层医生在给患者看病的同时也向患者提供情绪价值。这些劳动本可以通过医疗服务收费得到抵偿，并且患者对医生有正向的情绪回馈，例如治好自己所得之病的感谢之情或者是乡土社会中的人情往来等。但是，基本公共卫生服务制度的价值逻辑强调公益化、服务性，导致基层医生的服务态度被要求和规训，使医生在提供服务时需要付出更多的情绪价值，投入更多的情绪劳动。有的乡镇医院的医生表示：“我们在做公共卫生时服务态度必须要好，农村居民如果投诉到卫健局是非常麻烦的，会影响到最终的考核结果。”（YS0320210718）基层医生无偿付出了更多的情绪劳动，却未必能得到农村居民的理解。基本公共卫生服务制度的价值逻辑强调公益性与普惠性，因此，很多农村居民认为，享受服务是理所应当的，基层医生需要为自己好好服务，并且是否接受服务是自己应有的权利。在田野调查中，一位基层医生表示：“健康体检当然是好事，但有的村民就是不理解。并且健康体检真的很辛苦，最上火的事情就是如何凑够体检数量。有的时候村民根本不想参加体检，但为了完成指标，我也得和我们村的村民商量，请他们多来，也算帮我一个忙。”（CY0120200815）凑够体检人数的困扰从侧面印证了基层医生付出了更多的情绪劳动，消耗了情绪价值，却未必能得到农村居民的理解和获得对情绪劳动的正向反馈。

五、基层医疗组织的策略行动

（一）拼凑应对：基层医疗组织与制度的适度脱耦

Meyer and Rowan（1977）指出，脱耦是解决“制度神话”和组织绩效之间结构性矛盾的核心之道。后续的经验研究也不断证实，脱耦是组织应对制度压力的有效防御策略，有助于组织维持健康和竞争力。Singh（1986）曾将组织合法性划分为内外两个维度，组织的内部合法性需要回答的首要问题是明确“我是谁”。明确的组织身份成为组织应对多元制度逻辑的前置条件。上文提及，乡镇医院和村卫生室需要通过参与医疗市场的竞争来获取生存的资源；基层医生也需要分配更多的时间与患者互动，在维持固定患者群体的同时，适当减缓基本公共卫生服务制度对医生职业自主性的消解。在田野调查中，各乡镇医院的院长反复强调的观点就是需要保障职工的收入，并尽量提高医务人员的薪酬，特别是在疫情影响下，保障收入、维持运营成为乡镇医院的头等大事。因此，组织内部合法性会促使乡镇医院和村卫生室采取策略行动与基本公共卫生服务制度适度脱耦，以此来平衡制度压力，维持组织的运转。

根据田野材料，笔者发现，乡镇医院和村卫生室运用了“拼凑应对”的策略行动来与基本公共卫生服务制度适度脱耦。Lindblom（1979）曾将“拼凑应对”行为的特征概括为“临时拼凑、摸索调整与应付完成”。周雪光（2017）也曾用“拼凑应对”概括基层政府的行为策略，“拼凑应对”是指在官僚制的多重制度逻辑下，基层政府的行为更多地表现为被动应付的特点，需要不断调整策略来应对不断变动的任务压力和执行过程中始料未及的后果”。在本文中，乡镇医院和村卫生室“拼凑应对”的策略行动具体表现为以下三个方面。

首先，以“选择性执行”应对基本公共卫生服务制度的整合逻辑。“选择性执行”主要指乡镇医

院和村卫生室采取“筛选”的策略，优先选择执行难度较低、成本较低的服务项目，以满足考核的要求。整合逻辑强调制度的规制性，在考核中表现为考核必须达到基准分数。基准分数通常由多个服务项目的评分加总而来，这就为“选择性执行”预留了一定空间。为了先确保完成考核的基准分，基层医疗组织往往会结合自身优势，将更多的精力和成本配置到容易得分的服务项目上。例如，有的乡村医生接受访谈时表示，健康教育需要考核的内容包括设置健康教育宣传栏、举办公开性的健康教育讲座、以上门访视等方式开展个性化的健康教育等。设置健康教育宣传栏只需要张贴海报，通过拍照上传或是将照片打印好粘贴到健康教育的记录表中，并附上简要的相关说明即可。因此，乡村医生会“重点”完成此项工作，例如制作更为精致的宣传栏、将健康教育记录表中的相关说明写得更为详细等，在考核过程中给人以眼前一亮的感觉，以获取“印象政绩”，以期在这方面获得较高分数来均衡在难度较高的服务项目上的低分，确保得到基准分。但难度较低的服务项目的实际绩效可能逊于难度较高的服务项目，例如，通过张贴海报宣传健康知识所负载的信息量和宣传强度远逊于举办健康教育讲座和以上门访视的方式开展个性化的健康教育所负载的信息量和宣传强度。因此，“选择性执行”对制度绩效具有一定阻滞作用，产生了制度执行偏差。

其次，以“变通性执行”应对基本公共卫生服务制度的技术逻辑。“变通性执行”体现了“控制—反控制”的关系，主要指乡镇医院和村卫生室虽然表面上遵循基本公共卫生服务制度的规范性要求，形式上完成制度目标，但在具体的执行过程中做出变通，隐蔽地导致制度执行偏差，影响制度效果。技术逻辑强调乡镇医院和村卫生室在健康档案管理中应坚持规范性要求，保证农村居民健康信息采集的完整性与精准性。健康档案管理的考核指标主要是建档率，因此，在健康信息采集与管理中，基层医生通常“变通性执行”，以节省建档消耗的成本和精力、减缓制度压力。《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》明确要求基层医生在农村居民到乡镇医院、村卫生室就诊时为其建档或入户为农村居民建档。出于服务成本等考虑，基层医生会通过打电话、发微信等方式询问农村居民的健康信息。老年人健康档案的建立往往需要花费更多的时间和精力，为提高建档效率，基层医生常常通过请老年人子女代答的方式收集信息。一些基层医生与农村居民生活在同一社区中，熟人社会带来了更多的互动与对彼此的认知，基层医生通常会通过经验判断一些熟知农村居民的个人信息，例如受教育情况、婚育情况等，甚至身高、体重等数据也可以估计一个“虚数”。田野调查时，一位乡村医生谈道：“反正这些小信息无伤大雅，我们要是一个一个问，工作这么多哪里做得完，并且人家（农村居民）也不一定愿意，耽误时间。”（CY0920220218）虽然“变通性执行”提高了建档效率，满足了建档率的要求，但也导致部分健康信息失真，影响了对健康信息的进一步深度挖掘与评估，进而影响制度绩效。

最后，以“共情性执行”应对基本公共卫生服务制度的价值逻辑。“共情性执行”是指基层医生利用人情法则，通过私人关系动员使农村居民对基层医生的服务产生情感性理解，帮助基层医生完成制度考核的要求。价值逻辑强调制度执行应坚持普惠性、公益性等要求，在考核中表现为农村居民的满意度调查。基层医生和农村居民往往共同生活在熟人社会之中，因此，在每年区卫健局组织满意度调查之前，基层医生往往会利用农村居民前来就医或提供基本公共卫生服务的契机，采取动员私人关系的方式，例如“讲情”“给面子”等，请农村居民在满意度调查时给予好评。出于人情、关系、互

惠等多方面考虑，绝大多数农村居民会在满意度调查中给予基层医生满意的评价。但“共情性执行”存在消极后果，制度满意度的提升可能更多源于熟人社会的私人关系动员，而不是源于服务质量和和服务效果的切实提升。这就干扰了对基本公共卫生服务质量的真实评估，也阻碍了制度的深层次优化。

（二）关系动员：基层医疗组织的合法性重建

适度脱耦的策略行动虽然保障了基层医疗组织较为有效地化解基本公共卫生服务制度的制度压力，但在多数情况下，组织与制度的长期脱耦会导致组织合法性受损。因而，如何在组织脱耦后重建组织合法性成为基层医疗组织行动的新重心。根据田野资料，基层医疗组织通过非正式关系动员的方式实现了组织合法性的重建，并且非正式关系动员的实现有深厚的社会基础与制度基础。基层医疗组织是医疗体系金字塔的塔底，基层医务人员职业晋升途径单一、职业流动性不强，缺乏职业吸引力。为保证医疗人力资源的充足，基层医疗组织通常需要变相降低职业准入门槛，在复杂的社会关系网络作用下，通过人情吸引医务人员进入基层医疗体系的情况屡见不鲜。通过整理田野材料和梳理部分受访者的关系，笔者简要勾画了基层医疗场域中各个组织的法人（或负责人）之间的关系连接（见图1），显示出他们之间的关系具有内聚性和结构封闭性的特征。

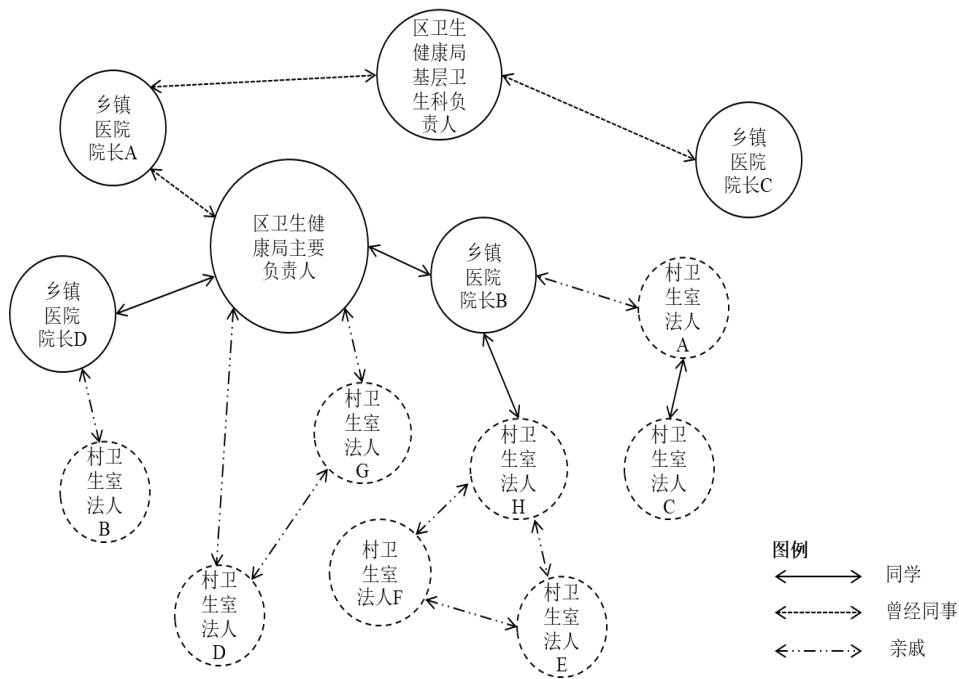


图1 振兴区部分基层医疗组织负责人关系网络图

如图1所示，基层医疗组织的法人之间保持紧密的社会连接，这种关系主要包括亲缘关系与业缘关系，是一种强关系连接。在强关系连接的背景下，主体之间具有互动频率高、互惠性强、关系复用性高等特征。在调研时，一位乡镇医院的院长就讲道：

“我和我们局长关系很好，不久之前我们领导班子成员就将卫生局领导班子成员请出来吃饭、谈心，其中负责主管公共卫生的副院长向局长着重讲了公共卫生工作的压力，局长表示理解，并说会帮

着想办法。并且，我们医院也是标兵，局里需要我们在市里检查（基本公共卫生服务）时做试点、充门面。”（YZ0120200811）

这是通过社会网络的关系动员实现组织合法性重建的典型表现：一方面通过关系动员为自身“拼凑应对”的制度执行策略寻求合法性；另一方面通过关系动员实现对制度的有限度改造，即区卫健局局长承诺会在考核基本公共卫生服务制度执行情况时帮助乡镇医院想办法，适当放宽要求。这为该乡镇医院赢得了一定的制度空间，有效缓解了基本公共卫生服务制度所带来的制度压力。

通过社会网络形成关系动员是有制度基础的。《国家基本公共卫生服务项目绩效考核指导方案》就明确规定：“要强化县级考核的主体责任，县级对基层医疗卫生机构考核的结果经复核后可计入国家及地方绩效考核的最终成绩，形成基层机构自查、县级全面考核、市级及以上抽查复核的绩效考核格局。”同时，该方案规定乡镇卫生院“要加强对村卫生室的考核，形成有效的激励约束机制，促进项目工作任务落实。”^①从该指导方案来看，县（区）级卫健局负责本地基本公共卫生服务的检查考核工作，（县）区一级的考核结果可以作为最终成绩，但需要应对地市级、省级卫健部门的抽检和核定。为应对上级检查，区卫健局需要将辖区内部分乡镇医院和村卫生室树立为迎检标杆和典型示范，以吸引上级政府注意力，缓解考核压力。这种规定导致区卫健局与其所管辖的乡镇医院和村卫生室形成了考核与依赖并存的关系，并为区卫健局与其所辖医疗机构形成利益联盟提供了制度空间，也为基层医疗组织以关系动员的方式重建组织合法性提供了隐性的制度基础。

六、总结与讨论

（一）制度执行偏差的解释框架构建

本文通过探讨制度逻辑与组织策略，从组织社会学视角解释了基本公共卫生服务制度在农村地区执行缘何存在偏差。本文的基本结论是：基本公共卫生服务的制度逻辑与基层医疗组织的实践逻辑产生了冲突，带给基层医疗组织强大的制度压力，诱发了基层医疗组织以“拼凑应对”的策略行动与制度适度脱耦，最终导致了制度执行偏差。基于前文分析，笔者试图提出制度合理性程度、组织筛选机制、组织场域透明度以及组织间团结程度四个解释变量，构建“制度—组织—组织场域”的三阶解释框架，为从组织社会学视角解释制度执行偏差提供新的理解，具体如图2所示。

制度合理性程度是从内部视角检视制度的内生性问题，主要考察制度的多重逻辑是否存在难以兼容或张力过大的问题。在本文的研究案例中，基本公共卫生服务制度存在工具逻辑与价值逻辑难以兼容的问题，表现为工具逻辑对价值逻辑的挤压，导致基层医生被虹吸至工具逻辑所建构的科层制治理中，繁琐的报表填写、文牍主义等极大消耗了基层医生的职业热情，诱发了制度执行偏差。

组织筛选机制是指组织在面对多重制度逻辑时，根据组织内部合法性要求，倾向于筛选可以为组织发展提供资源、满足组织效率诉求的激励相容的制度，并建立组织与制度之间的亲和性。在本文的

^①资料来源：《国家基本公共卫生服务项目绩效考核指导方案（国卫办基层发〔2015〕35号）》，<http://www.nhc.gov.cn/zw/gk/zxgz/y1/201506/bbd6c2c666ec4641aa7fa6733aedc767.shtml>。

案例中，由于资源供给不足，基层医疗组织需要参与医疗市场竞争以获取生存发展所需要的资源。而基本公共卫生服务制度的逻辑恰好与基层医疗组织的实践逻辑产生激励相悖，若基层医疗组织配置大量的组织资源完成基本公共卫生服务制度要求的考核任务，将极大影响基层医疗组织在医疗市场竞争中的表现，有损于组织的生存与发展。因此，制度如果难以通过组织的筛选机制，会导致制度与组织之间的亲和性较低，成为制度执行偏差的诱因。

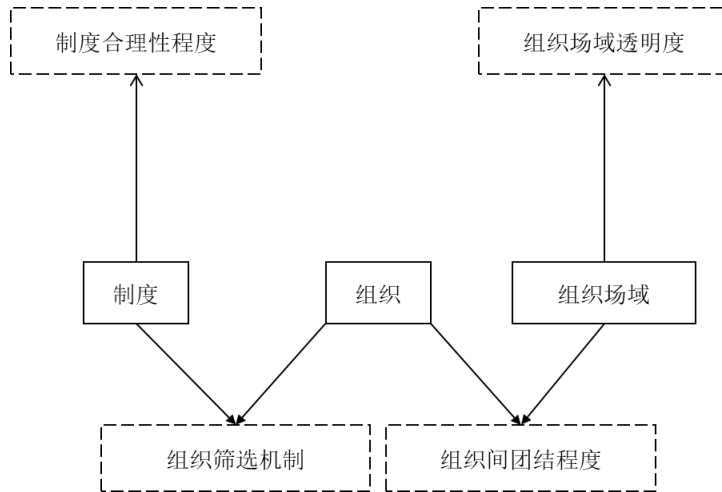


图2 制度执行偏差的解释框架

组织场域透明度是指组织可被场域内其他组织观测和评价的程度。相较于透明度高的场域，透明度低的场域更容易产生“组织—制度”脱耦的现象，导致制度执行偏差的产生（陈扬，2015）。在本文的案例中，区卫健局和基层医疗组织形成了考核与依赖并存的关系格局，一家乡镇医院作为区卫健系统迎接省市检查的“标杆单位”，在任务量负荷过重的情况下，可以依靠社会网络的柔性支撑获得任务执行“拼凑应对”行为的默许权，且这一现象难以被场域内其他基层医疗组织发现和识别。本文研究的基层医疗场域的透明度偏低，为制度执行偏差提供了基础。

组织间团结程度是指组织场域中焦点组织与边缘组织的关系样态。如果焦点组织与边缘组织可以围绕制度议题产生组织团结，将会增进制度执行的质量；如果焦点组织与边缘组织存在博弈或互斥的关系，双方会围绕制度议题展开激烈竞争，干扰焦点组织的决策，影响焦点组织对制度的执行和反馈。在本文的案例中，民营医疗组织的存在会强化乡镇医院和村卫生室以市场竞争为基础的工具价值逻辑，进一步提高乡镇医院、村卫生室与基本公共卫生服务制度的脱耦程度，导致制度执行偏差。

综上所述，笔者通过上述四个解释变量，从定性层面搭建起解释制度执行偏差的初步框架。本文的研究表明，一个或多个变量存在问题会诱发制度执行偏差。

（二） 余论

从前文的描述和分析来看，基本公共卫生服务制度裹挟了强烈的工具理性取向，包括以政绩考核为特征的目标责任制、项目制管理带来的科层制治理取向等，这使基层医生陷入了填表、报表、整理健康档案等繁琐工作之中，带给了基层医疗组织强烈的制度压力。因而，矫正制度执行偏差需要重塑制度的价值逻辑，平衡工具逻辑与价值逻辑之间的张力。首先，要深度优化基本公共卫生服务制度的

目标设置、绩效管理、资源补助等，强化制度宏观设计的有效性，规范制度工具逻辑的作用边界。其次，矫正制度执行偏差需要通过找回制度的微观情境性——社区性，实现制度价值路径的重塑。社区性主要源于提供服务的基层医生具有社区医生的特征，基层医生的执业范围与执业过程和农村居民的生活世界高度同构，双方保持较为紧密的社会关联，具有形成情感共同体的可能。找回社区性需要采取两个方面的措施：一方面，需要降低科层制治理、政绩考核等对基层医生的规制，尊重医生固有的职业自主性，唤醒医生提供医疗卫生服务的荣誉感和获得感；另一方面，基层医生需与农村居民重建交往行为。哈贝马斯曾提出以交往行为摆脱生活世界的殖民化，重建“由非强制性意愿形式的较高水平的互主体性所提供出来的”交往共同体（艾四林，1999）。基层医生被视为农村居民健康的“守门人”，这意味着，基层医生不仅要提供一定水平的医疗卫生服务，更需要与农村居民保持紧密的互动，实现情感相融与价值共鸣。例如，基本公共卫生服务制度要求基层医生对农村居民针对性地开展健康指导，这依赖于基层医生与农村居民相互信任与相互配合。基层医生需要与农村居民细致沟通来实现充分的信息交换，最大限度地从农村居民的日常生活中挖掘他们的生活习惯、健康态度与健康认知，在此基础上提出相关健康建议，或是纠正农村居民某些不利于健康的生活习惯。双方围绕健康治理形成紧密的社会支持与社会团结。最后，要以合作治理的路径实现国家与农村居民的健康共治。社会合作要求从传统的社会整合思维向社会互构思维转换，强调国家对社群、个体等治理主体的赋能以及国家、社群、个体等在平等的基础上实现沟通与理解，最终指向一种合意的状态。因此，国家在重视制度建设的同时，需要通过社群力量培育农村居民的主体责任，实现国家健康治理、社区健康治理与农村居民自我健康管理的同构。

参考文献

- 1.艾四林，1999：《哈贝马斯》，湖南：湖南教育出版社，第131-132页。
- 2.安秋玲，2010：《社会工作者职业认同的影响因素》，《华东理工大学学报（社会科学版）》，第2期，第39-47页。
- 3.陈家建、边慧敏、邓湘树，2013：《科层结构与政策执行》，《社会学研究》第6期，第1-20页、第242页。
- 4.陈扬，2015：《组织多元应对策略前沿研究评述：从“制度逻辑”到“组织身份”》，《华东经济管理》第10期，第146-151页。
- 5.冯猛，2017：《政策实施成本与上下级政府讨价还价的发生机制：基于四东县休禁牧案例的分析》，《社会》第3期，第215-241页。
- 6.福柯，2001：《临床医学的诞生》，刘北成译，南京：译林出版社，第92页。
- 7.福柯，2018：《法兰西学院课程系列：安全、领土与人口》，钱翰，陈晓径译，上海：上海人民出版社，第75页、第105-106页。
- 8.葛全风，2016：《基层基本公共卫生服务及人才队伍建设问题的思考》，《河南预防医学杂志》第9期，第722-724页。
- 9.贺东航、孔繁斌，2011：《公共政策执行的中国经验》，《中国社会科学》第5期，第61-79页、第220-221页。
- 10.梁黎明、王延赏、王鑫峰、张玲玲、陈欣、郭宜鹏、杜灼，2020：《基于超效率DEA的天津市基本公共卫生配

置资源效率研究》，《中国农村卫生事业管理》第4期，第246-250页。

11.浦雪、耿书培、曹志辉、吴爽，2018：《国家基本公共卫生服务项目实施效果研究》，《卫生经济研究》第3期，第17-20页。

12.秦江梅，2017：《国家基本公共卫生服务项目进展》，《中国公共卫生》第9期，第1289-1297页。

13.桑顿、奥卡西奥、龙思博，2020：《制度逻辑：制度如何塑造人和组织》，汪少卿、杜运州、翟慎霄、张容榕译，杭州：浙江大学出版社，第15页。

14.谭秋成，2021：《基层医疗卫生机构的性质、行为及发展问题》，《学术界》第8期，第195-209页。

15.王朝才、查梓琰，2022：《公立医院改革提升了医疗卫生服务能力吗——基于财政投入的促进效应分析》，《广东财经大学学报》第4期，第100-111页。

16.王紫、宋虹汛、李刚、杨俭、周葭蔚、闫子麒、李远庆、龙成旭、季露、冯占春，2019：《政策绩效视角下基本公共卫生服务评价》，《中国公共卫生》第12期，第1713-1717页。

17.杨晓婷、廖睿力、毕怡琳，2021：《“目标偏差”与“工具偏差”：乡村医生长效发展机制探究》，《中国农村观察》第4期，第90-106页。

18.尤莉莉、刘远立，2022：《国家基本公共卫生服务项目十年评价（2009年—2019年）：实施国家基本公共卫生服务项目的意义和经验》，《中国全科医学》第26期，第3203-3208页。

19.张静，2018：《案例分析的目标：从故事到知识》，《中国社会科学》第8期，第126-142页、第207页。

20.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，第89-109页。

21.周雪光，2003：《组织社会学十讲》，北京：社会科学文献出版社，第292-293页。

22.周雪光，2008：《基层政府间的“共谋现象”——一个政府行为的制度逻辑》，《社会学研究》第6期，第1-21页、第243页。

23.周雪光，2017：《中国国家治理的制度逻辑：一个组织学研究》，北京：生活·读书·新知三联书店，第240页。

24.周雪光、艾云，2010：《多重逻辑下的制度变迁：一个分析框架》，《中国社会科学》第4期，第132-150页、第223页。

25. Andrew, W., 1986, *Communist New-traditionalism: Work and Authority in Chinese Industry*, Berkeley: University of California Press, 45-52.

26. Dimaggio, P. J., and W. P. Walter., 1983, "The Iron Cage Revisited :Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields", *American Sociological Review*, 48(2): 147-160.

27. Friedland, R., and Alford, R., 1991, "Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions" in Walter W. Powell and Paul J. DiMaggio eds., *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago and London, Chicago: The University of Chicago Press, 232-263.

28. Hochschild, A., 1983, *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, Berkeley: University of California Press, 14.

29. Hoffman, L., 1997, "Professional Autonomy Reconsidered: The Case of Czech Medicine under State Socialism", *Comparative Studies in Society and History*, 39(4): 346-372.

- 30.Lindblom, Charles E., 1959, "The Science of 'Muddling Through'", *Public Administration Review*, 19(2): 79-88.
- 31.Mann, M., 1993, *The Sources of Social Power. Vol. II: The Rise of Classes and Nation-States*, Cambridge: Cambridge University Press, 184-189.
- 32.Meyer, J., and B. Rowan, 1977, "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony", *American Journal of Sociology*, 83(2): 340-363.
- 33.O'Brien, K., and L. Li, 1999, "Selective Policy Implementation in Rural China", *Comparative Politics*, 31(2): 107-130.
- 34.Singh, J. V., and House, T. R. J., 1986, "Organizational Legitimacy and the Liability of Newness", *Administrative Science Quarterly*, 31(2): 171-193.
- 35.Tirole, J., 1994, "The Internal Organization of Government", *Oxford Economic Papers (New Series)*, 46(1): 1-29.

(作者单位：¹ 中国人民大学社会与人口学院

² 大连海事大学公共管理与人文艺术学院

³ 中央党校〔国家行政学院〕社会和生态文明教研部)

(责任编辑：光明)

Institutional Logic and Organizational Strategy: A New Explanation of the Deviations in the Implementation of National Basic Public Health Services in Rural Areas

GAO Duanyang LI Rui WANG Daoyong

Abstract: The basic public health service system is an important institutional arrangement to safeguard the health of all citizens and achieve health equity, but the system in rural areas is not as effective as expected and there are deviations in the system implementation. This paper builds a framework of "institutional logic - organizational strategy" in an attempt to provide a new explanation for the aforementioned issue. The paper finds that the basic public health service system has multiple institutional logics. When the system is applied to primary care organizations, the multiple institutional logics of the system conflict with the practical logics of the primary care organizations, bringing great institutional pressure on the primary care organizations. In order to alleviate the institutional pressure, primary care organizations adopted the organizational strategy of "patchwork response" to achieve a moderate degree of decoupling from the basic public health service system, and completed the legitimacy reconstruction by relational mobilization. These strategic actions lead to deviations in the implementation of the system. Therefore, it is supposed to explore possible solutions to correct the deviations in the implementation of the basic public health service system by reshaping the value path, so as to alleviate the tension between the instrumental logic of the system and the value logic, and realize the shared governance of the state, the community and the rural residents, in order to respond to the inherent value demands of the system.

Key Words: National Basic Public Health Service; Primary Care Organization; Institutional Deviations; Institutional Logic; Organizational Strategy