

政府职能与分级诊疗

——“制度嵌入性”视角的历史总结

● 姚泽麟

(华东师范大学 社会发展学院,上海 200241)

摘要 本文讨论了城市分级诊疗体系的历史变迁与实施效果,由此检讨政府在医疗领域的职能问题。基于对田野调查资料、统计数据与既有文献的收集、整理与分析,本文梳理了分级诊疗体系在改革前后的制度设置与执行效果,并以“制度嵌入性”的视角剖析了原因。研究发现,从改革前的三级医疗保健网到改革后的医院分级管理制,分级诊疗在制度设置上一脉相承,但其施行效果在两个时期却有天壤之别。这主要由于与分级诊疗紧密关联的三个制度设置在改革前后的根本变化:卫生工作指导思想的逆转、国家-单位医疗保障制度的崩溃和政府对于公立医院财政补偿的削减,而这些变化反映了政府在该领域中不合理的角色转变。因此,本文建议,政府应该履行资源投入、搭建制度框架、保障制度执行等职能,由此改变这些关联性的制度设置,最终使分级诊疗达至理想的效果。

关键词 制度嵌入性;分级诊疗;政府职能;资源筹措;服务递送

中图分类号:C913 文献标识码:A 文章编号:1672-6162(2016)03-0061-10

DOI:10.16149/j.cnki.23-1523.2016.03.006

1 问题提出

自20世纪以来,政府在医疗卫生体制中所扮演的角色日益重要,但亦显得左右摇摆。随着工业化的进程与福利国家的兴起等因素,许多政府开始直接担当医疗服务的筹资者与供给者的角色,确保民众能够得到廉价可靠的基本医疗服务。就连美国这种奉行自由市场经济的国家,从1960年代开始,也大力介入医疗领域,以让穷人、老人等弱势群体能够享有基本的医疗服务。然而,自1970年代,新自由主义开始席卷全球,许多国家积极“退出”医疗领域,同时又引入市场机制,试图通过竞争等市场手段提升医疗领域的运行效率。我国亦几乎在同一时期开启了医疗卫生体制的改革。至今,各国政府在该领域中的角色依然徘徊于左右之间。可以说,当下医疗领域中的关键问题,就是政府与市场的关系问题,或者说“归根结底表现为政府市场化条件下如何扮演好理应扮演的公共职能问题”^[1]。

本文并不面面俱到地论述政府在医疗领域当中的公共职能,而是选取分级诊疗这一制度的历史变迁及其效果来检视政府在医疗卫生体制中的职能转变,以及由此带来的启示。分级诊疗是医疗服务递送中的一个重要概念。其基本理念是根据常见病、多发病与非常见病、非多发病的区分、疾病的严重程度以及门诊与住院两种不同的诊疗方式,在患者就医过程中对其进行分流处置,使得占疾病大多数的常见病、多发病都可以在基层网点的全科医生那里获得诊疗,而只有少数患非常见病、非多发病、重症的患者去到医院和专科医生那里接受治疗。如此,分级诊疗对涉及医疗服务的三方主体都有非常重要的意义:对患者来说,得到了及时、可靠的诊疗,节省了时间、精力和金钱;对医院和医生来说,得到了“对症”的病患,对此医生能够更为专业化地处理;对政府和整个社会来说,这节约了不必要的医疗资源的浪费,使得这些资源能够“物尽其用”。

但分级诊疗在我国却成为一个难题。自2009年《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》正式出台,新医改已近8年。新医改在医疗保障层面取得了巨大进展,早在2011年底,我国95%以上的城乡居民已被不同形式的医疗保障制度所覆盖^[2],目前则正在推进城乡医保一体化。然而,相较于医保的迅速推进,针对医疗服务递送的

收稿日期 2015-09-28

基金项目 教育部人文社会科学研究青年基金项目(14YJC840040)

上海市哲学社会科学规划青年课题(2014ESH001)

作者简介:姚泽麟(1982-)男,毕业于香港大学,博士,华东师范大学社会发展学院讲师,研究方向:医学社会学、职业社会学, E-mail: zeliniao@126.com。

组织模式——公立医院与分级诊疗体系——的改革进展却显得有些迟缓。至2013年,十八届三中全会强调医疗改革领域须坚持“保基本、强基层、建机制”的基本原则,并明确提出要“完善合理分级诊疗模式,建立社区医生和居民契约服务关系”。2015年,国务院办公厅更是专门下发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》。这些均反映出党和政府对于分级诊疗的日益重视,但亦从反面说明目前分级诊疗的实施效果并不如人意。

然而,通过对分级诊疗的历史梳理,我们发现早在改革前,城市地区就已经建立起了分级诊疗体系,而且能够较为有效地运转,尽管当时整体的医疗水平较低,医疗资源较为紧张。而与计划经济时代可谓一脉相承的分级诊疗体系,到了市场经济与社会转型时期,便无法运转,或者说其实际运行的效果基本背离了制度设计的初衷。为何产生这样的“意外结果”?既然制度设计上并没有较大变动,为何实施效果差别如此悬殊?在这种历史变迁过程中,政府究竟进行了怎样的角色转换?对这种意外后果负有怎样的责任,而这又为今天的新医改带来怎样的政策启示?本文即通过对三项与分级诊疗相关联的制度设置在改革前后的变化的剖析来回应这些问题。当然,改革后整个社会都处于剧烈转型当中,由此带来的一系列的变化,包括收入水平的提高、健康意识的提升、人口流动性的增大等,毫无疑问都会对分级诊疗的实施效果产生影响。不过,本文仅试图从医疗体制变迁的角度论述该问题。

本文共分为六个部分。提出研究问题之后,笔者先对政府职能与分级诊疗的关系进行文献回顾。而后笔者会论证这样一个吊诡的事实,即改革前后分级诊疗的制度设置虽一脉相承,但两个时期的实施效果却有天壤之别。接下来,笔者就以“制度嵌入性”的视角,分别剖析改革前后与分级诊疗相关联的三项制度的变革,由此阐明政府角色的转变。最后则是总结与讨论。

“制度嵌入性”是新制度主义的分析思路,指的是某项制度的运转是以嵌入在更大的制度、系统和文化背景之中为基础的。因而,仅仅考察单一制度本身是不够的,倘若要对这一制度的运行机制有全

面、深入的了解,就须“强调制度的关联性特征”。这种分析思路通常遵循一套“标准程序”:首先确定研究对象也即因变量,其后筛选出一定历史时期内的若干相关的制度因素也即自变量,从而分析这些制度因素如何共同对所研究的制度的运作产生影响^[1]。当然,制度不仅仅包含我们通常所理解的规制性形式,诸如资源筹措与服务递送两个方面的具体规定^[2],亦包含了规范性和文化-认知性形式^[4],诸如职业伦理、国家所提出的原则性的理念、方针、路线等,因为这些制度通常并不以白纸黑字出现,但亦对行动者有着很强的能使(Enable)与约束作用。

2 文献回顾

看病难、看病贵问题一直困扰着民众与政府。许多学者指出,看病难、看病贵的直接原因就是缺乏行之有效的分级诊疗体系,民众看病习惯于直奔大医院、找专家,但对于家门口的社区卫生服务中心与基层医院却视而不见^[5-7]。然而,对于分级诊疗体系为何行之无效,不同学者则各有理解^①。简单来讲,可以分为两种基本观点:

一种观点认为,这主要是因为医疗领域市场化、医疗服务商品化、公立医院企业化^[3 9-11]。他们认为,在医疗市场化的背景下,公立医院自负盈亏,医生被驱使讲求效率与追求经济利益,因此公立医院及其医生都不可能按照医学知识与机构功能定位来处置患者,相反,他们倒是有极大的动力去收治病人,不管这些病人是否应该在这些机构和这些医生那里获得诊疗^[3]。这些问题导源于政府推卸对民众健康的责任,同时又迷信“市场神话”^[13 10 12]。政府一方面试图减轻甚至甩下沉重的医疗费用包袱,也即推卸资源筹措的职责,另一方面,又在公立机构中引入市场机制,试图以市场竞争、服务收费等来提升服务递送的效率。最后,城市医保体系溃败,公立医院“蜕变”,分级诊疗名存实亡。

另一种观点则恰恰相反,认为问题的根源并非市场化,而在于政府对医疗领域的持续垄断^[1 6 13-15]。他们的研究发现,政府主办的公立医疗机构仍然垄断着医疗服务的提供,大部分医生也因此只能在公立机构执业。这造就了一个行政主导的分级诊疗体系^[15]。在这个体系中,无论是公立医院还是社区卫生服务中心都缺乏自主性,均成为了卫生行政体系中的一个“螺丝钉”。大医院吸纳了大部分资金和其他资源,投入到基层机构的资金明显不足^[16]。于是,好医生聚集在大医院,而缺乏优质医疗资

①当然,对原因的探讨当中有一些基本共识,比如基层医生的医疗水平低下,这涉及到医学教育与执业制度等问题,但此一点在改革前后其实没有根本变化(参见文献[8])。因此,在本文的考察中,这并非“自变量”,本文对此不做讨论。

源的基层医疗机构就无法吸引患者,医疗资源的配置严重失衡^[6,15]。在这种体系中,医院和医生也没有调价的权力,从而无法将价格作为一个基本手段来吸引、分流患者,患者亦不可能为不同医疗机构的服务价格所指引进行分流就诊,于是他们只能各显神通,争抢集中于三甲医院的非常有限的优质医疗资源。这最终导致分级诊疗体系的失败。

两种观点表面上针锋相对,但实际上都指向了对政府在医疗领域中应当扮演的角色的质问,以及对如何处理政府与市场的关系的探寻。就“处方”来说,前一种观点认为,政府应当主导医疗服务领域,不但应该建立医疗保障制度覆盖全民,而且应该通过举办公立机构直接提供医疗服务^[3,9-11]。后一种观点则较为明显地秉持着“小政府”理念,政府的主要作用是给出制度框架并执行监督。具体来说,在筹资方面,政府应当建立医疗保障制度,但同时亦加强对医保的制度建设,使得医保成为医疗服务的购买者,从而增强对供方的行为约束^[1]。而在递送方面,这一派认为医疗服务不一定由政府直接递送,他们倡导开放市场,鼓励多元办医^[1,6,14]。也因此,他们认为分级诊疗极为重要,而构成分级诊疗体系的,不仅仅有公立医院,也可以有民营机构。

笔者以为,两派观点并非简单的孰是孰非,而是各有其可取之处。事实上,两派观点在资源筹措方面并没有太大争拗,他们都认为这方面确实经历了政府的大幅退出。争论更多地集中在服务递送层面。在该层面,似乎政府的控制与退出并存。而分级诊疗体系的失效也许要从政府这种复杂的角色与职能转型中去寻找答案。

3 改革前后的分级诊疗体系及其实施效果

我国城市地区的分级诊疗建立在三级医疗网和医院分级管理制度之上。1949年后,新政权在城市地区逐步建立起一套三级医疗网^[17-18]:初级为街道卫生院和工厂保健站,主要承担地段内人口的初级保健任务。遇到不能处理的病人,可请求上级医疗机构协助或直接转诊至上级机构。二级包括区级综合医院、专科防治所和企业职工医院,主要提供门诊和住院服务。其在诊疗方面起着连接初级与三级的承上启下作用。三级则包含了省市级

综合医院、教学医院和各企业的中心医院,除了提供门诊、住院服务,还要承担教学和科研工作。此外,它们要经常协助下级医疗机构,比如接收转诊来病人、培训下级医疗机构的人员等。

在这样一套体系下,城市居民可以就近得到基本的医疗保健服务,如有必要,则会被转至上级医院。而对各级医疗机构来讲,其功能、任务、责任等都界定清晰,它们基本能够各司其职、各尽其责、分工协作。关于三级医疗网的实施效果,当时的研究者认为,这套体系至少确保了最高水平的资源用来处理最严重的疾病^[18]。换句话说,医疗资源能够被恰当利用^[17,20]。当时的中国以极低水平的人均GDP,在许多健康指标上达到了发达国家的水平,因此被世界银行誉为“中国模式”,三级医疗网就在其中发挥了重要作用^[9-10]。

1970年代末,经济改革展开。至1989年,卫生部颁布了《医院分级管理办法》(以下简称《办法》)。医院分级管理制度实质上是对原有的三级医疗网的巩固与进一步制度化。根据《办法》,“对医院分级管理的依据是医院的功能、任务、设施条件、技术建设、医疗服务质量和科学管理的综合水平”。由此,医疗机构被分为三级十等。一级医院负责“直接向一定人口的社区提供预防、医疗、保健、康复服务”,包括基层医院、卫生院等;二级医院则需要“向多个社区提供综合医疗卫生服务和承担一定教学、科研任务”,一般指地区性医院;三级医院则负责“向几个地区提供高水平专科性医疗卫生服务和执行高等教育、科研任务”,一般指市级或省级医院。可见,三级医院基本与三级医疗网一一对应。《办法》规定“各级医院之间应建立与完善双向转诊制度和逐级技术指导关系”,即不同级别的医院提供不同的医疗服务,处理不同疾病程度的病人,它们之间应该是分工合作关系。从患者的就医结构来说,这一制度设计最终应该达至“金字塔型”。

然而,现实情况却与此目标大相径庭。根据笔者2009年至2012年在北京的田野调查^①,基本上三甲医院门庭若市,而二级和基层机构却门可罗雀。笔者参与观察的两家三甲医院每天人满为患。笔者曾于挂号开始前数次到达悬壶医院与济世医院的挂号大厅,每次大厅总是人山人海,每个窗口前都排了长队。现场还有许多保安、导医护士在维持秩序。有些病人甚至头天晚上就开始排队等候(PO1001,PO1003-05a)。在济世医院骨科的普通门诊,刘大夫平均每个半天的门诊人次接近50。当他

^①为保护受访者的隐私,按照学术伦理与规范,文中所出现的医院名称与人物姓名均经过了匿名化处理。文中所引的田野资料后标示的PO与IN分别代表了通过参与观察与深度访谈所得的数据,其后的数字为日期与编号。

出专家门诊时,限号 15 人,但时常会有病人要求加号(PO1001)。三甲医院的床位也非常紧张,加床的情况时有发生(PO1003-05a)。而杏林医院(二甲)则完全是另一番景象。笔者同样在挂号开始前到达挂号大厅,病人稀稀疏疏排了几队。随该院心内科的几位大夫出专家门诊时,笔者观察到病人通常随到随挂号,不预约,也不用长时间排队,他们丝毫不担心挂不到号。而且,这些专家经常因为没有病人看诊而提前结束门诊,否则就是干坐(PO1003-05b)。岐黄社区卫生服务站的场面则更为冷清。据该站统计,站里 2~3 位值班大夫每天总共只接待 20~30 位居民,且多数病人是去开药、量血压而非“看病”(PO1005-06)。社区站这样的基层医疗机构的作用类似于“药房”(PO100524,PO100626;IN100610,IN110808),根本未承担医疗服务“守门人”的角色。由此可见,不同层级的医疗机构存在不同的供求关系,最终表现为一种“倒金字塔型”的就医结构。

这种结构绝不仅限于笔者所观察的这些医疗机构,亦非限于北京一地。笔者以全国性的统计数据予以说明:

首先,2009—2014 年^①,三级医院医师的日均负担诊疗人次显著高于二级和一级医院,且有明显的逐年增长的趋势,但这种趋势并未表现在一级医院;而三级医院的病床则一直都被超负荷使用,每年的使用率均超过 100%,且远超低级别机构(表 1)。

其次,2005 年,在所有的诊疗服务中^②,由三级医院提供的服务占 38.04%,二级医院占 51.91%,一级医院占 10.06%;到 2014 年,这三个比例分别变成了 51.21%、42.02%和 6.77%。由此可见,最为

基层的一级医院所担负的诊疗人次比例极低,而且近 10 年来,这一比例还在不断降低。与此形成鲜明对比的是三级医院所负担的诊疗人次增长迅猛,到 2014 年时,已经包揽了一半的诊疗服务。这与分级诊疗的制度设计根本不符。实现分级诊疗的国家与地区,大部分的门诊服务均由全科医生和基层机构提供,而非医院^③。

最后,笔者根据 2015 年卫计委发布的统计年鉴数据,计算了不同等级医院各项指标的年均增长率。结果显示,2005 年至 2014 年,尽管一级医院数量的年均增加率(11.12%)显著高于三级医院(8.39%)和二级医院(3.13%),一级医院的床位数年均增加率(11.32%)仅低于三级医院 2 个百分点(13.58%),稍高于二级医院(8.49%),但三级医院所拥有的执业医师的增长率(13.08%)远高于二级医院(1.27%)和一级医院(5.35%)^③,而且,三级医院诊疗服务的年均增长率(15.01%)远超二级(8.69%)和一级医院(6.48%),三级医院住院服务的年均增长率(18.01%)亦高于二级(13.19%)和一级医院(16.17%)。这意味着,虽然政府一再强调“强基层”,亦确实新办了大量的基层机构,同时提倡居民就近到社区站等基层机构获得医疗服务,但就医分流的效果并不如意,三级医院所提供的诊疗服务与住院服务的增速均超过其他级别的机构,而且实际上,三级医院的规模还在不断扩张^[20, 23]。

显然,倒金字塔型的就诊结构与三级医疗保健网和医院分级管理的制度设计的初衷相悖。为何会产生这样的“意外后果”?医院分级管理制度是对原有的三级医疗保健网的巩固,二者都是为了保证分级诊疗的实现,然而同一制度逻辑却在改革前后两个时期出现了相反的效果。因而,分级诊疗制度本

表 1 各级医院医师日均负担诊疗人次和医院病床使用率

医院级别	医师日均负担诊疗人次						医院病床使用率					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2009	2010	2011	2012	2013	2014
三级医院	7.4	7.5	7.9	8.2	8.3	8.4	102.5	102.9	104.2	104.5	102.9	101.8
二级医院	6.0	6.1	6.5	6.9	6.9	7.2	84.8	87.3	88.7	90.7	89.5	87.9
一级医院	6.4	6.3	6.4	6.6	6.6	6.5	54.5	56.6	58.9	60.4	60.9	60.1

资料来源:文献[20-22]。

①笔者试图找寻更早期数据,但无果。笔者发现,卫生部的统计数据是从 2010 年才开始有关于不同等级医院的统计(该年的统计公报中发布了 2009 与 2010 年的数据)。

②此处排除了统计年鉴中由“未定级医院”提供的诊疗服务数据。

③受统计资料限制,该项数值只能追溯到 2010 年。因此执业医师数量的年均增长率显示的是 2010 至 2014 年的变化。

身并非解释的关键,我们应该考察与此相关联的其他制度设置的变化,因为分级诊疗体系是嵌入于更大的一系列制度背景之中的。

4 改革前三级医疗保健网的制度基础

循着“制度嵌入性”的分析逻辑,三级医疗保健网之所以能在改革前发挥巨大作用,笔者认为,是因为三个至关重要的制度设置的配合:医疗卫生工作的“四大方针”、国家-单位医疗保障制度和公立医疗机构的财政补助制度。而这些制度都显示了改革前政府对医疗领域的强力干预。

4.1 卫生工作的“四大方针”

1950年所确定的“四大方针”,是新中国医疗卫生工作的主要指导思想,包括“面向工农兵”、“预防为主”、“团结中西医”以及“卫生工作与群众运动相结合”^[19-24]。“面向工农兵”是指卫生工作要为广大人民群众服务,指涉的是服务对象问题。这由执政党的意识形态所决定。“预防为主”是要防病于未然,是卫生工作的核心理念。“团结中西医”强调中西医要互相结合,这反映了新政权对中医的重视。而最后一条则是中国共产党的群众动员路线在卫生领域中的体现。这些原则凸显了新政权的阶级基础,以及执政党一直宣称的宗旨——“为人民服务”^[19]。当然,这些方针的提出也是新政权限于当时的经济条件所做出的一个必然选择。“预防为主、治疗为辅”与中西医结合的理念都大幅度地降低了医疗成本,使得一穷二白的新中国有可能在短时间内提升民众的健康水平,而这也是新政权的政治合法性的重要来源^[25]。

这些方针是弥散于整个卫生领域的意识形态因素,它被政府用来指引当时卫生工作的路线与方向。正如斯科特所指出的,文化-认知性维度的制度为组织和行动者提供了重要的合法性来源,亦设

定了行动的边界^[4]。就卫生工作的四大方针来说,边界之一是对象问题。卫生工作以服务“人民群众”为目标,这成了医务人员的核心职业伦理。换句话说,这是对医务人员的规范和期望,唯有这样做,他们才能被新政权和新社会所认可。这与建国前医师作为“自由职业者”^[26],大多为城市中上层人群提供服务存在明显的分野^①。边界之二是成本问题,即要以低投入获得高回报,比如强调公共卫生与预防医学、充分地利用传统中医药、要以群众运动的方式改善环境、消灭传染病源等等。

4.2 国家-单位医疗保障制度

建国后,政府为城市劳动者提供了劳动保险医疗制度和公费医疗制度。两种医疗保障制度实质上依托单位制施行,因而可称之为“国家-单位医疗保障制度”^[27]。单位不但承担着政治控制、社会动员、专业分工等职能,而且也担负着向其成员提供一系列社会福利与社会保障的重任^[28-29],包括从终身就业到住房、教育、吃饭、洗澡等等^[30],而医疗正是其中一块。如此,因为单位成员的身份^[29],许多劳动者享受近乎免费的医疗服务,他们基本不用缴纳保险费,而多数医疗费用也由劳动保险或公费医疗支付^[11]。

正是这样一种高水平(相对于当时的经济发展水平)的国家-单位医疗保障制度,大大限制了居民的就医自由^[31],使得依托于三级医疗保健网的分级转诊制度得以执行。其中的关键在于,当时居民都须在本单位或本地段的医疗机构首诊,转诊与否取决于这些基层医师的判断。当然,民众常常不满于基层医疗条件的简陋(包括人员^②、设备、药品^③等),为了去高级医院得到更好的服务,他们就通过私人关系突破这一转诊系统^[32-33]。但总体而言,这个带有强烈科层制色彩的分级转诊体系基本如期运行^[18]。

4.3 公立医院补偿机制

建国后,政府新建了大量的公立医疗机构,以此向民众直接提供医疗服务。在1978年以前,无论是由各级政府部门以及大的行业组织直接管理的专业医疗服务机构,还是隶属于企事业单位的基层医疗服务机构,其基本建设所需费用均由相关政府部门或所属单位直接投入。这些机构中的工作人员都是国家公职人员,接受政府的统一人事管理,他们的工资和福利都执行国家统一政策。而它们所提供的医疗服务和药品等的价格都由政府确定,此收入(收费多少、是否盈余)并不与医疗服务机构本身

①这至少在理念上是如此,但事实状态是另一回事。1965年毛泽东批评卫生部是“城市老爷卫生部”,提出了“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的号召,就说明虽然政府进行了十几年的宣传和政策推行,但实际上医疗卫生资源还是没有做到分布平衡,尤其是占人口多数的农村一直难以在医疗资源的可及性上有大的改进(参见文献[19-22])。这是文革后更为激进的医疗卫生政策的原因之一。

②每一级通常配备了不同水平的卫生人员,适应了这个转诊制度:在第一级医疗机构当中提供服务的一般都是中等卫生学校的毕业生,第二级的医务人员教育背景参差不齐,第三级当然拥有受教育程度最高的医务人员(参见文献[18])。

③在杨美惠的书中就记录了她一个关键的被访者替人从有权开某种贵重药品的医生手中拿到那种药品,以赚取“人情”的故事(参见文献[32])。

的发展、医务人员的收入和福利相关。这些医疗服务机构实行统收统支的财务管理制度,其收入全部纳入各级财政预算,所需各种费用,包括医务人员的工资和基本建设经费等,都由政府财政预算中专列的“卫生事业费”和“卫生基建费”拨付^{[9][11][9]}。但因为卫生服务价格低于不含劳务和固定资产折旧费用的成本,即政府要投入大量资金以用于卫生服务基础设施建设、医学科研和教育^[34],因而当时政府已经允许卫生服务机构将药物的批零差价收入作为补偿的一部分,即“以药养医”。不过当时的“以药养医”受制于药品生产、流通的计划经济体制以及政府对医院的强力干预和管理,因而并不成为问题^{[9][43]}。总体而言,当时的医疗机构的运行在财力上基本依赖政府投入,它们并没有生发出趋利倾向,从而能够按照政府对其角色的定位运转。

综上所述,政府通过卫生工作的四大方针划定了医疗领域的合法边界与发展方向,借此对医疗服务提供者(尤其是执业医师)提出了有力的规范和期望。与此同时,国家-单位医疗保障制度一方面履行了政府确保劳动者能够以极低的费用获得医疗服务,保证了“可得性”^[35];另一方面,也成功限制了民众的就医自由,从而避免了无序就医的状况。最后,通过直接举办公立医机构,并对公立机构实行全额补偿机制,政府抑制了医院与医生的逐利倾向,使得服务提供者确如四大方针所规定的将民众的健康利益摆在显要位置,从而保证了“可及性”^[35]。由此,这三项关联性的制度设置保证了当时城市的分级诊疗体系能够如期运行,并取得了较为良好的效果,而这三项关联性的制度设置无一不与政府对医疗领域的直接介入与干预有关。

5 改革后关联性制度设置的变化及其后果

然而,经济改革启动后,政府开始积极转变在医疗领域中的角色,使得以上三个关联性的制度设置全都发生了翻天覆地的变化,最终严重影响了分级诊疗的施行效果。

5.1 “运用经济手段管理卫生事业”

1979年元月,时任卫生部副部长的钱信忠提出要“运用经济手段管理卫生事业”。“要按客观经济规律办事,对于医药卫生机构逐步试行用管理企业的办法来管理。要让他们有权决定本单位的经费

开支、核算、仪器购置、晋升晋级、考核奖惩。”^[36]由此,医疗卫生领域的改革定下了此后30余年的基调,即利用市场经济的逻辑来变革这一领域,要以管理生产企业的措施来管理医疗服务机构。所以,近30年来的医疗卫生体制改革,可以说是市场经济的改革逻辑在医疗卫生领域的直接运用。这是改革开放时期“市场制度”侵入了其他非经济领域^[37]的一个侧面。

于是,卫生领域的四大方针悄然变成了两个“指导思想”:其一是对经济增长的迷信,认为只要经济发展了,其他问题就会迎刃而解;其二是对市场的迷信,相信市场在资源配置上有更高的效率,因而能解决诸如医疗资源的供应不足、对医务人员的激励不够等问题^[10]。改革前有关医疗的意识形态被大幅修改:政府不再强调医疗要“为人民服务”;相反,“救死扶伤”、“人道主义”等都要“服从市场的指挥棒”;原有的“预防为主”被彻底扭转,预防医学与公共卫生几近荒废,医疗成了卫生工作的重心^[9-11]。

此种意识形态为新时期的医疗卫生工作确定了新的行动指南,而其背后则是国家从医疗卫生领域的“撤退”^[38]。这种撤退重塑了政府有关医疗卫生工作的意识形态,影响了政府投资医疗服务领域的“意愿”,使得减轻财政压力主导了医疗卫生改革^[3]。意识形态的变化导致了政府对自身在医疗领域的角色定位发生转变,这清晰地反映在国家-单位医疗保障制度与公立医院的财政补偿制度的巨变当中。

5.2 国家-单位医疗保障制度的崩溃

经济改革开始后,政府试图降低自身与国企的医疗财政负担^{[3][41]}。劳动保障医疗制度所经历的变革比公费医疗制度大得多^①,因为经济领域的改革对劳动保障医疗制度所覆盖的企业单位影响甚巨。企业单位被要求转变为一个讲求效率的生产实体。改革前单位所提供的终身就业和高福利被认为是造成企业生产效率低下的原因。因此,将劳动力再商品化^[29],重新创造出—个劳动力市场是必要的。按照这样的思路进行改革,单位势必要剥离职工一系列的福利待遇和生活保障。例如在1986年的上海,新加入国有企业单位的成员就没有了终身聘用身份。到1995年,已经有85%的新进职工实行合同聘用制度。铁饭碗逐渐被打破的同时,这些人被要求与企业一起分担他们的医疗保险费用,以减轻企业的负担^[39]。加上转制、破除的企业单位日益增多,

①公费医疗制度主要是一些小修小补,比如个人被要求支付很小比例的医疗费用、加强公费医疗的管理等,参见文献[27]。

劳动保险医疗制度走向瓦解。

尽管政府自 90 年代中后期开始建立新的、社会化的医疗保险制度,但从原有的医疗保障制度到社会基本医疗保险制度的广覆盖耗费了相当长的时间。换句话说,在相当长的一段时间内,一部分城镇居民需要自己负担全部医疗费用。图 1 即显示了 1993、1998、2003、2008 年城镇医疗保障覆盖情况的变化。1993 年第一次全国性的卫生服务调查时,被劳动保险医疗制度覆盖的人群高达 48.2%,而到 2008 年时,这类人群几乎消失。相应的是自费人群急速增加。2003 年时达到近 50% 的顶点。这意味着在相当长的一段时间内,政府卸下医疗保障的包袱后,却没有任何主体能够填补这一角色,这不能不说是政府的失职。而 2003 年是一个转折点,之后的基本社会医疗保险覆盖工作进展迅速,到 2008 年有 34.4% 的人被社会医疗保险所覆盖,2008 年达到 56.7%,同期自费病人降至 28.1%。

尽管如此,从原有的国家-单位医疗保障制度到社会化的医疗保险制度的转轨对转诊体系仍然具有毁灭性的后果:其一,很多单位消失,或者单位停办附属的医疗机构,首诊已无从谈起。其二,居民原来去基层医疗机构首诊和转诊是为了在得到更高质量的医疗服务的同时,也能够享受到优厚的医疗保障待遇。但在改革后,很多人已经不受任何医疗保险计划的覆盖,他们也就没有必要通过转诊再

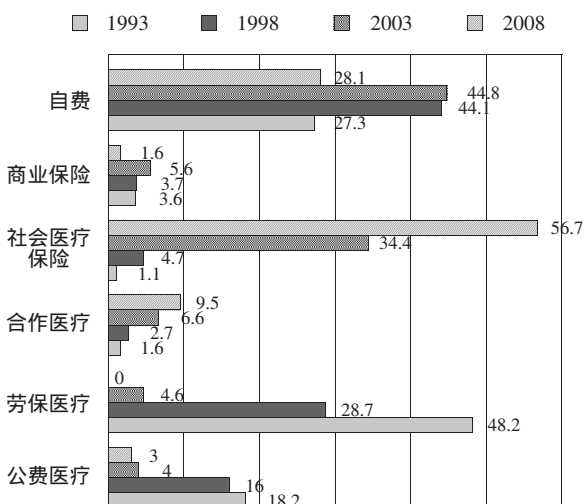
去高级医院。因此笔者的一位被访人——从杏林医院退休的苗大夫会有这样的今昔对比:当年她做妇产科大夫时非常繁忙,而现在杏林医院的医务人员增加了,病人却少了很多。“改革把病人都折腾走了”,因为杏林医院原来的那些“合同单位”要么倒闭、要么转制,从而造成了大批病人的流失(PO1003-05b)。其三,即使在现有的社会基本医疗保险制度下,一方面由于缺少强制的基层首诊,另一方面也由于各级机构间的医疗服务价格与保障待遇并没有太大差别^[15],因此仍不足以使分级诊疗能够行之有效。

因此,国家-单位医疗保障制度的消亡作为一股“推力”,实际上将患者置于无序就医的状态。而这股推力又恰好与同期的来自公立医院改革的“拉力”合流,于是三级医院对患者构成了强大的吸引力,最终造就了居民就医的倒金字塔型状态。

5.3 公立医院自负盈亏

公立医院的自负盈亏改革是政府试图减轻医疗财政负担的另一方面。根据改革时期有关卫生工作的新的指导思想,原来由政府包揽公立医疗机构运行费用的做法就变得不合时宜,因为这既不能调动医疗机构和医务人员的积极性,更不能减轻政府的财政负担。所以医疗机构被要求“自负盈亏”,也就是从医疗服务和药品器械当中赚取维持运行和发展的资金。如此改革的结果,就是在公立医院的收入结构中,政府所占的比例越来越小。这意味着政府在很大程度上推卸了医疗卫生服务递送的责任。据统计,国家所支付的院均差额预算拨款在 1980 年时占到院均总收入的 23.87%,但到 1987 年时降到了 10.18%^[9]。卫计委的统计数据则显示,1998 年至 2014 年,政府平均每年对每家综合医院的财政补助占医院总收入的比例仅维持在 7% 左右,而约 90% 的收入来自于医疗服务与药品销售^[23 41-43]。

这样的公立医院补偿机制从根本上改变了医院及其医生的行为逻辑。笔者的一位访谈对象——退休秦大夫的回忆形象地说明了这一点。他年轻时在某省人民医院做大夫时,医院每个月只给主治医师 3 人次做 X 光检查的名额。倘若一个主治医师用完了 3 人次的定额,结果却未发现任何一个病人有问题,那么放射科的主任会说,这是什么大夫,怎么看的病。但现在医生如果不开检查单,反而会受责备,被认为拖了全科甚至全院的后腿(IN100416)。对医院与医生来讲,“病人就是顾客,



资料来源:根据参考文献[140]整理制图。

数据说明:(1)2008 年的“社会医疗保险”包括城镇职工医疗保险和城镇居民医疗保险。(2)2008 年的调查数据上并未显示“劳保医疗”的数据,但显示了一个“其他社会医疗保险”,数值为 2.8%。也即是说,当时劳保医疗依然有的话,最大的数值也只有 2.8%。(3)2008 年的“合作医疗”指的是“新农村合作医疗”。

图 1 中国城市居民医疗保障构成变化(1993—2008)

顾客就是收入”(IN100109)。这意味着改革后,医疗机构与医生产生了明显的趋利倾向,他们试图向更多的病人提供更多的医疗服务,如此才能自负盈亏,才能生存发展。

在这种补偿机制下,虽然根据《办法》,不同级别的医院之间是分工合作的关系,依照病情与诊疗需要,病人在不同级别的医院之间实现“双向转诊”,但实际上双向转诊只停留在纸面上,因为医院之间成了竞争对手。而在这种竞争中,由于三级尤其是三甲医院拥有先进的医疗设备与优质的医务人员,因而处于非常有利的地位,吸引大量病人前往就医。在这种情况下,三甲医院甚至可以“挑选”病人,而其中一条重要的“标准”就是“治疗价值”,比如在心内科,“最好的”病人应该是那种可以做支架术的病人,如此单个病人的“收益”才能高(PO100326)。这一标准替换了三甲医院原有的收治病人的原则。相比之下,二级医院就要面对大量没有“治疗价值”的病人,而一部分病人就难免被“小病大治”。尽管他们的治疗价值不高,但杏林心内科仍要收治这些患者,否则就难以完成院方要求的每月60万元的创收指标(PO1003-05b)。比如有的患者只是因为心理焦虑而导致胸闷气短,结果门诊时就被大夫收住院,给他们做“系统”的检查和调理等(PO100326)。如此的结果,正如杏林医院心内科的晓乐大夫所言,“其实现在三级医院(病人的病情)可能没有二级医院的重”(IN100706)。这显然背离了医院分级管理制度的初衷,使得分级诊疗体系无法实现预期效果。

6 结论与讨论

分级诊疗是新医改的一个关键词,亦是缓解看病难、看病贵问题的有效药方。然而,本文已经分别从北京的田野资料以及全国性的统计数据论证了当下分级诊疗体系的行之无效。反观改革前的情况,类似的分级诊疗体系却能如期运行。剖析原因发现,70年代末开始的经济改革直接或间接地、有意或无意地导致了与分级诊疗体系高度关联的三项制度设置的剧烈变动:其一,卫生工作不再强调服务民众,也不再以预防作为重点;其二,单位制度和医疗保障制度的改革,使得国家-单位医疗保障制度近乎崩溃,导致转诊制度失去了执行力;其三,市场经济的改革逻辑被直接运用于医疗卫生领域,公立医疗机构被要求“自负盈亏”,导致这些机构成为竞争对手,而在竞争中,三甲医院无疑占有绝对

的优势,《办法》实际上成为这种不平等竞争的合法性依据。这些关联性制度设置的变化导致了分级诊疗无法运行,从而造就了一个看似充满就医自由实则完全无序的医疗服务市场。

三项关联性制度设置的变动最终都指向了政府于经济改革后在医疗卫生领域的角色巨变。从强调为民众服务到市场与效率挂帅,反映了政府甩掉医疗财政包袱的意图。这种意愿的改变进而导致了政府在医疗卫生领域资源筹措与服务递送方面的功能转换。在资源筹措方面,为了加强国企的竞争力,为了减轻医疗费用负担,亦为了控制医疗费用的过快增长,政府开始引入医疗费用共担机制,但随着单位制改革的深入,后来迅速演变为大量居民丧失医疗保障的结局。自己支付所有的医疗费用导致患者被迫自由就医,不受原有逐级转诊制度的约束。而在服务递送方面,为了提升医疗机构与医务人员的服务效率,亦为了减轻财政负担,政府引入了改革企业的办法,迫使医疗机构自负盈亏。这导致公立医院之间转变为竞争关系,双向转诊彻底丧失了基础。

政府在医疗领域积极转变自己的职能,直至推卸责任、撤出医疗领域,乃是三大关联性制度设置的根源。政府的撤退,一方面使得医疗服务的资源筹措成为问题,因为政府退出后,并没有相应的主体承接医疗保障的功能,这使得改革以后很长一段时间内大量城市居民在就医时需要自己负担所有的医疗费用;另一方面,使得医疗服务的递送亦成为问题,因为政府不再为公立医疗机构提供足够的财政支持,而是要求其自负盈亏。两相合力,最终导致分级诊疗体系的溃败。政府这种不负责任的行为,乃是导源于70年代末80年代初经济改革伊始,其指导医疗卫生工作的意识形态的逆转。尽管从90年代末开始,国家逐渐意识到由此带来的严重问题,开始重新承担起一部分责任(主要为社会化医疗保障制度的建立),但却创造了一个畸形的医疗服务市场。

初看起来,笔者得出的结论似乎与有关政府职能和分级诊疗的关系争论中的政府主导派极为类似,但事实上又并非如此简单。新医改虽已进行7年有余,民众就医却仍然处于较为无序的状态,分级诊疗依旧是“空中楼阁”。笔者虽认为政府从医疗领域中的撤退是分级诊疗行之无效的根由,但并非因此主张要回到改革前的状态。尽管当时创造了种种卫生工作的“奇迹”,不过,医疗资源匮乏、医疗条

件落后、医生缺乏积极性、以及由此导致的更为严重的“看病难”问题,都是我们需要正视的。笔者第二部分对改革前的三级医疗保健网及其相关制度的分析,亦并非要“浪漫化”这一时期的医疗状况,而是要以历史关照现实,说明医疗资源的筹措与服务的递送都需要恰当的主体来完成。然而,资源筹措与服务递送的主体并非必须是政府不可:在资源筹措也即医疗保险方面,市场主体(如保险公司)、社群主体(如社会组织)或公民自身(如强制储蓄)都可以举办、运营医疗保险;而在服务递送方面,市场主体(如民营医院或私营诊所、个体医生)也可能是(尤其是基础医疗服务递送的)解决之道。但无论如何,政府都应当扮演好资源投入、搭建制度框架、保障执行与实施监管等角色。正是在这一点上,反对政府主导的研究者们给了我们很多的启迪。

总之,若要使卫生资源得到合理、有效的利用,三级医疗保健网和医院分级管理制度都还具有十分重要的意义。问题的关键并不是改动这二者,而是由适当的主体担负医疗资源筹措与服务递送的职责与功能。政府则至少应该积极搭建制度框架,确保相应的投入,由此修正分级诊疗系统所嵌入的一系列的制度设置。如此,分级诊疗才能实现,有序的医疗服务市场才能确立,看病难、看病贵问题才能缓解。

参考文献:

- [1] 顾昕,高梦滔,姚洋. 诊断与处方:直面中国医疗体制改革[M]. 北京:社会科学文献出版社,2006.
- [2] 李玲,陈秋霖. 理性评估中国医改三年成效[J]. 卫生经济研究,2012(5):7-12.
- [3] 王绍光. 政策导向、汲取能力与卫生公平[J]. 中国社会科学,2005(6):101-120.
- [4] 斯科特. 制度与组织——思想观念与物质利益(第3版)[M]. 北京:中国人民大学出版社,2010.
- [5] 顾昕. 政府购买服务与社区卫生服务机构的发展[J]. 河北学刊,2012(3):99-105.
- [6] 朱恒鹏. 医患冲突恶化的根源及对策[EB/OL]. [2014-03-13] http://www.cssn.cn/jjx/jjx_gd/201403/t20140313_1028217.shtml.
- [7] 付强. 促进分级诊疗模式建立的策略选择[J]. 中国卫生经济,2015(2):28-31.
- [8] 姚泽麟. 近代以来中国城市医生职业与国家关系的演变:一种职业社会学的解释[J]. 社会学研究,2015(3):46-68.
- [9] 李玲. 健康强国[M]. 北京:北京大学出版社,2010.
- [10] 王绍光. 中国公共卫生的危机与转机[G]//吴敬琏. 比较(第七辑). 北京:中信出版社,2003:52-88.
- [11] 葛延风,贡森. 中国医改:问题·根源·出路[M]. 北京:中国发展出版社,2007.
- [12] 徐月宾,张秀兰. 中国政府在社会福利中的角色重建[J]. 中国社会科学,2005(5):80-92.
- [13] 朱恒鹏. 医疗体制弊端与药品定价扭曲[J]. 中国社会科学,2007(4):89-103.
- [14] 周其仁. 病有所医当问谁:医改系列评论[M]. 北京:北京大学出版社,2008.
- [15] 朱恒鹏,林绮晴. 改革人事薪酬制度,建立有效分级诊疗体系[J]. 中国财政,2015(8):69-71.
- [16] 翟绍果,徐敬凯. 基于国民均等受益的医疗服务递送体系研究[J]. 宁夏大学学报(人文社会科学版),2013(2):168-173.
- [17] HENDERSON G, COHEN M S. The Chinese Hospital: A Socialist Work Unit[M]. New Haven: Yale University Press, 1984.
- [18] WHYTE M K, PARISH W L. Urban Life in Contemporary China[M]. Chicago: University of Chicago Press, 1985.
- [19] SIDEL V W, SIDEL R. Serve the People: Observations on Medicine in the People's Republic of China[M]. Boston: Beacon Press, 1973.
- [20] 卫生部. 2011年中国卫生统计年鉴[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2011.
- [21] 国家卫生和计划生育委员会. 2013年中国卫生统计年鉴[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2013.
- [22] 国家卫生和计划生育委员会. 2014年我国卫生和计划生育事业发展统计公报[EB/OL]. [2015-11-05] <http://www.nhfp.gov.cn/guihuaxxs/s10742/201511/191ab1d8c5f240e8b2f5c81524e80f19.shtml>.
- [23] 国家卫生和计划生育委员会. 2015年中国卫生统计年鉴[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2015.
- [24] 杨念群. 再造“病人”——中西医冲突下的空间政治,1832—1985[M]. 北京:中国人民大学出版社,2006.
- [25] 刘鹏. 合作医疗与政治合法性——一项卫生政治学的实证研究[J]. 华中师范大学学报(人文社会科学版),2006(2):24-31.
- [26] 徐小群. 民国时期的国家与社会:自由职业团体在上海的兴起,1912—1937[M]. 北京:新星出版社,2007.
- [27] 郑功成. 中国社会保障制度变迁与评估[M]. 北京:中国人民大学出版社,2002.
- [28] 李路路,苗大雷,王修晓. 市场转型与“单位”变迁[J]. 社会,2009(4):1-25.
- [29] BRAY D. Social Space and Governance in Urban China: The Danwei System from Origins to Reform[M]. Stanford: Stanford University Press, 2005.

- [30] 李汉林. 中国单位现象与城市社区的整合机制[J]. 社会学研究, 1993(5): 23-32.
- [31] 姚泽麟. 医改困局 政府撤退后的无序就医自由[J]. 文化纵横, 2015(5): 48-55.
- [32] 杨美惠. 礼物、关系学与国家: 中国人际关系与主体性建构[M]. 南京: 江苏人民出版社, 2009.
- [33] 华尔德. 共产党社会的新传统主义: 中国工业中的工作环境和权力结构[M]. 香港: 牛津大学出版社, 1996.
- [34] 周学荣. 中国医疗价格的政府管制研究[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2008.
- [35] 朱玲. 政府与农村基本医疗保障制度选择[J]. 中国社会科学, 2000(4): 89-99.
- [36] 新华社. 钱信忠副部长向记者发表谈话, 卫生工作的重点转上现代化建设[N]. 人民日报, 1979-01-13(04).
- [37] 王绍光. 大转型: 1980年代以来中国的双向运动[J]. 中国社会科学, 2008(1): 129-148.
- [38] DUCKETT J. The Chinese State's Retreat from Health: Policy and the Politics of Retrenchment [M]. London: Routledge, 2011.
- [39] DAVIS D. Self-Employment in Shanghai: A Research Note [J]. The China Quarterly, 1999, 157: 22-43.
- [40] 卫生部统计信息中心. 2008 中国卫生服务调查研究: 第四次家庭健康询问调查分析报告[R]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009.
- [41] 卫生部. 2003 年中国卫生统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2003.
- [42] 卫生部. 2010 年中国卫生统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2010.
- [43] 卫生部. 2012 年中国卫生统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2012.

(5) Power Game of the Governance Bodies in Urban Community from the Perspective of Community**Conflict** ——Based on the Case of D Community Changing the Property Company in Suzhou*Zhu Xiqun* ·49·

(School of Politics and Public Administration , Collaborative Innovation Center of New Urbanization and
Social Governance , Soochow University , Suzhou , 215123 , China)

Abstract ID : 1672-6162(2016)03-0049-EA

Abstract : The object of this paper is to illustrate the power game of the governance bodies in urban community during community conflict and the change of community power system caused by the power game. An exploratory case study , involving D community changing the property company in Suzhou , was conducted in this paper. The study shows that the power game of the governance bodies in urban community is inevitable , game strategies aim to seek community identity and administrative legitimacy , the power game of the governance bodies in urban community causes the uncertainty of urban community power system , and the construction process of urban community power system is the interaction process of government forces , social forces and market forces in urban community. The major limitation of the study is that it focuses on D community in Suzhou , which makes it difficult to generalize the results to all China's urban community. Another limitation is that the study explores merely the power game of the governance bodies in urban community during community conflict , but does not analyze the power game of the governance bodies in urban community under normal conditions. The process and strategies of power game and the findings are useful references for community policy making such as opening information on parties in community conflict and specifying system of self-governance in urban community , for the residents participation in community affairs and for the resolution of community conflicts. This article can make the previous China's community power research pay more attention to the change of community power structure. However , this study focuses on the game process and game strategies of community governance bodies during community conflict by case study , and explores the interaction of community governance bodies and the construct of community power system from the perspective of community power. Furthermore , this study puts forward three-stage power game of the governance bodies in urban community during community conflict.

Article Type : Research Paper**Key Words** : Urban Community , Multi-governance , Community Conflict , Power Game , Case Study**(6) Government Functions and Tiered Medical Services System : A Historical Analysis by the Perspective of "Institutional Embeddedness"***Yao Zelin* ·61·

(School of Social Development , East China Normal University , Shanghai , 200241 , China)

Abstract ID : 1672-6162(2016)03-0061-EA

Abstract : This paper aims to examine the role of government in medical care through discussing historical change of tiered medical services system and its effectiveness of different periods in urban China. Based on the authors' fieldwork data , governments' statistical data , and relevant literature , this paper delineates the institutional arrangements and the consequences of tiered medical services system before and after the Economic Reform , and analyzes the reasons by the theoretical perspective of institutional embeddedness. This paper finds

that though Three-tiered Medical and Health Care Network before the Reform and Hospital Tiered Management System after the Reform have the same goals and institutional logic, the two systems lead to entirely different policy results. According to the perspective of institutional embeddedness, three highly relevant intuitions are examined: Guiding ideology of health affairs as normative and cognitive-cultural institutions, and health financing system and healthcare delivery system as regulative institutions. The key reason why the similar institutional arrangements of tiered medical services system before and after the Reform lead very opposite results is the fundamental change of these relevant institutional arrangements after the Reform: the overturn of guiding ideology of health affairs, the collapse of state-unit health security system, and the dramatic reducing of governmental financial support for public hospitals. These changes reflect that the government shrank its responsibility to afford and provide healthcare services for the people. Hence, this paper suggests that the government should increasing its financial support for health security and healthcare providers, construct institutional frameworks for health affairs, and guarantee the execution and effectiveness of policy arrangements. Then, the highly relevant institutional arrangements will be reserved, and the goal of tiered medical services system will be realized.

Article Type : Research Paper

Key Words : Institutional Embeddedness, Tiered Medical Services System, Government Functions, Health Financing, Healthcare Delivery

(7)State Empowerment, Village Democracy and Social Identity of Land Tenure: Based on Households' Land Tenure Identity of Legitimacy, Rationality and Consensus in Jiangsu Province, Jiangxi Province and Liaoning Province

Qiu Tongwei¹, Li Ning² · 71 ·

(1. College of Economics and Management, South China Agricultural University, Guangzhou, 510642, China;
2. Institute of Food Economics, Nanjing University of Finance & Economics, Nanjing, 210013, China)

Abstract ID : 1672-6162(2016)03-0071-EA

Abstract : The objective of this paper is to examine the independent impact of state empowerment and village democracy on households' social identity of land tenure, and further analyze the marginal impact of state empowerment on households' social identity of land tenure under different village democracy. An empirical study, involving 2379 households collected in Jiangsu province, Jiangxi province and Liaoning province and a method of probit model introducing cross terms, was conducted in this article. The analysis reveals that firstly the legal documents of land tenure strengthened the legitimacy identity of land tenure, and land reallocation separately strengthened the rationality identity of land tenure and weakened the consensus identity of land tenure. Secondly, the village democracy shaped the higher legitimacy identity of land tenure, the higher rationality identity of land tenure and lower consensus identity of land tenure, and the positive inspiration of cognitive democracy is stronger than the formal democracy. Thirdly, the village democracy not only weakened the function of legal documents, but also strengthened the influence of land adjustment on the rationality identity and consensus identity of land tenure. The key limitation of the study is that it focuses solely on households in three provinces, which makes it difficult to ensure representation of the analysis findings. Another difficulty arises