

近代以来中国医生职业 与国家关系的演变*

——一种职业社会学的解释

姚泽麟

提要:职业与国家关系是职业社会学的中心议题。本文以法团自主性与临床自主性的分析框架,分三个阶段梳理了近代以来中国城市医生职业与国家关系的演变轨迹及其逻辑。民国时期,均处于新生阶段的医生职业和现代国家是“互构”关系;新中国成立后,通过将医生从自由职业者转化为单位人,国家“驯服”医生职业,使其成为国家机器的一部分;改革至今,医生对公立医疗机构的依附仍在延续,医生也由此获得对病患与医药厂商的“双向支配”,以此从市场中获取经济利益;但医生也因此成为患者与政府之间的“缓冲器”。本文认为,重构医生职业—国家关系应纳入新医改的议程当中。

关键词:职业 职业自主性 国家 法团自主性 临床自主性 依附

当代中国城市医生在诸多方面都显示出与其他社会中的同行的迥异之处:医生的(正式)收入偏低、来自患者的信任缺乏、人身安全得不到保障、职业形象较为负面,甚至医学专业的招生出现了困难。这些困境都源于医生在执业过程中的“不道德”行为,包括对病人冷漠、过度医疗、防御性医疗、收受回扣与红包等。于是,某些医生离开体制,或自己开业、或加入民营医院,“自由执业”似乎成了摆脱这些困境的“良方”。

为什么中国城市医生会在执业活动中不断违犯其自身所宣称的崇高的职业伦理,甚至使之成为一种“常态”?为什么他们执业不自由?执业不自由与执业活动中的“不道德常态”有何关联?这些又与看病难、看病贵等问题有着怎样的逻辑联系?笔者认为,这些问题都与医生的“职业自主性”(professional autonomy)相关,而在现代社会中,职业群体的自主性通常会受制于国家,因为“国家对其他所有一切拥有最终

* 本文受2014年度教育部人文社会科学研究基金项目(14YJC840040)和2014年度上海市哲学社会科学规划课题项目(2014ESH001)的资助。感谢匿名评审人对本文提出的宝贵意见与建议。文责自负。

权力”(Freidson, 1970a:24)。因此,以职业自主性为分析框架,考察中国医生职业与国家关系的演变历程、探寻中国医生的“前世今生”,不但能帮助我们更为深刻地认识当下中国医疗问题的根源,而且能够丰富职业社会学中有关职业与国家关系的研究。

一、职业与国家:从互不相干到相依相存

职业社会学将医生与律师视为最典型的职业(profession),两者都必须经过较长时间的专业训练,掌握比“外行”更多的专业知识,取得执照,并有服务他人的价值取向,等等(Goode, 1957)。但这些还都不是职业的核心特征,“将职业与其他行业区分开来的惟一重要且共通的标准就是自主性的事实——一种对其工作的合法控制的状态”(Freidson, 1970a:82)。弗莱德森(Freidson, 1970a)认为,由于对专业知识的掌控,医生职业能够“超然”于国家、市场和客户(即患者)之外,从而达到“自主性”的状态。无论外部力量如何影响甚至控制医生的工作条款(the terms of work),诸如工作的组织方式和服务支付方式等,这个职业始终保有对工作内容(the content of work)——即应用专业知识解决患者的问题——的控制(Freidson, 1970a:339)。弗莱德森将对工作条款与工作内容的控制分别称为经济政治上的自主性(the economic and political autonomy)与技术或科学上的自主性(the technological or scientific autonomy),其中“技术自主性”(医生的临床自主性[clinical autonomy])处于核心地位,“只要一个职业在劳动分工中不被其他的行业来评判其表现,也不被其他的行业所控制,那么对工作的社会经济条款的缺乏控制的状态并不会改变其作为一个职业的基本性质”(Freidson, 1970a:25)。

为了证明这一判断,弗莱德森(Freidson, 1970a:23 - 46)比较了三个国家的医生职业:美国、英国和苏联。美国的医生享有巨大的职业自主性,无论在社会经济方面还是技术方面,其中很重要的原因是美国医学会(AMA)非常强大,而国家对医生职业的干预相对较少。在英国,国家建立了国家卫生服务(NHS)体系,很多医生都是国家的雇员。表面上,苏联的医生在雇佣方面类似于英国,但事实上,两个国家医生职业的处境迥异。英国的医生依然有权利开设私人诊所和医院,他们可

以同时在公私两种体系内执业;但在苏联,医生“似乎完全是国家的一个创造,因为他们在社会政治方面都依赖于国家”。在那里,任何形式的私人医疗机构都是被禁止的。不过,弗莱德森宣称,即使在苏联,医生都是社会主义国家的雇员,在公立组织中工作,但医生在很大程度上仍然保有对自己临床工作的控制。如弗莱德森所强调的:

显然,医生在经济与政治上的自主性在不同的国家有所不同。然而,看起来不变的是医生在技术或科学上的自主性,因为在任何地方,这个职业都似乎被允许自由地去发展其自身的知识领域、去决定什么是“科学上可以接受”的操作……因此,职业并不是在每一个地方都控制着他们的工作条款,但却控制着自身的工作内容。(Freidson, 1970b: 83 - 84)

所以,在弗莱德森看来,无论在美国、英国还是苏联,医生都“保留了根据医学知识的标准进行诊断与处方,以及由其同事而非外行来评价的权利。这自然是职业自主性的核心”(Freidson, 1970a: 43)。

实际上,弗莱德森构造了一个关于职业自主性的内生性概念(刘思达, 2006)。弗莱德森有关国家与职业关系的论断就建立在其对经济/政治自主性与技术自主性截然二分的基础之上。他相信国家对职业的前一种自主性能够施加某些影响,但绝不可能影响后者。对他来说,职业权力必须受到社会和政治力量的认可和授权,但外部势力的作用也仅此而已。国家也许在职业的建立过程中扮演了一个关键的角色,因为它保障了职业的垄断;不过,一旦职业建立起来,国家便成了一个为职业支配提供支持的工具而已,其是否以及究竟如何影响到职业工作和职业的技术自主性,对于这些问题,弗莱德森(Freidson, 1970a, 1970b, 1984, 1986, 1994, 2001)基本都未涉及。

这种内生性观点显然理想化了职业自主性的状态,因此招致许多批评。约翰逊(Johnson, 1972)就集中探讨了职业与其他外部势力的关系。他认为,当对客户或消费者的需要的定义主体是国家或市场时,这便是对职业的“调节式控制”(mediation control)。约翰逊的研究代表了从职业权力的内生性观点向外生性观点的转折。于是,国家的角色逐渐受到正视。以往,国家对于职业来讲,只是一个消极的甚至可有可无的背景(background)或“庇护者”(shield),其对职业事务的影响极为

有限(刘思达,2006;Liu,2009)。但是20世纪60、70年代以来,国家对医疗和医生职业事务的干预日益加剧。即使在美国,政府也开始介入医疗领域以保障服务获得的公平性和控制不断上涨的医疗费用(Starr, 1982;Light,1993;Scott et al.,2000)。而在学术界,埃文斯、鲁施迈耶和斯考克波(Evans et al.,1985)则发出“找回国家”的呼吁,强化了国家在职业研究中的分量。

不过,当把国家带回到对职业的分析时,我们却需要警惕这样一种预设:国家与职业之间是紧张与冲突的关系,也就是国家干预得越多,职业的自主性就越少,反之亦然。如约翰逊所指出的:“作为一个历史过程,在职业化的故事中,国家干预经常被视为一个主要的障碍物,用来解释为什么某些行业不能获得完全的职业主义地位”(Johnson, 1995:11)。他(Johnson,1982,1995)批评道,已有的关于国家与职业关系的研究都“经常被干预/自主二元对立的分析所束缚”。“如果职业被看作尽力最大化自身的自主性,那么国家就被认为是不断地通过社会,也包括通过职业延伸其控制体系”(Johnson,1982:186)。

通过重新检视英国历史,约翰逊否决了职业与国家的二元对立,而认为“职业是作为国家形成的一个条件而出现的,而国家形成也是职业自主性的一个主要条件”(Johnson,1982:189)。他断言,“各个职业的管辖权(jurisdiction)的建立,比如医学、精神病学、法律和会计,都由政府的问题所引起,并且从至少19世纪初叶开始,这些管辖权就是政府规划和政策的产物。在国家与社会截然分开的那段时期,初生的职业还远未获得自主性,它们是国家形成过程的一部分”(Johnson,1995:11)。之所以得出如此结论,一个重要的原因就是职业与国家常常互相依赖:不仅职业需要国家的认可、支持和保护,而且国家也需要“依靠独立的职业来保障治理的能力和治理的合法化”(Johnson,1995:16)。与此同时,对意大利(Krause,1988)、英国(Larkin,1988;Klein,1990;Lewis,1998)、德国(Light,1995)、中国(Liu,2009;徐小群,2007)的职业研究都得出了类似的结论。

基于这样的反思与批判,霍夫曼(Hoffman,1997:346)在研究捷克的医生职业时重新定义了两种自主性:法团自主性(corporate autonomy)和临床自主性(clinical autonomy),前者指“组织起来的职业群体定义有关自身工作的社会和经济条件的政治权力”,而后者则指“对工作场所中决策的控制”。她强调,临床自主性不仅是指医生对医

学知识的掌握,更是指其在临床决策中不受外部势力的干扰,从而能够完整应用这些知识(Hoffman,1997)。而且,在批驳弗莱德森的基础上,霍夫曼进一步指出,法团自主性和临床自主性是不能分离的,两者是密切相关和相互作用的。在社会主义捷克,由于医生在很大程度上丧失了法团自主性,这一职业经常面临着医疗资源不足的尴尬处境,导致其面对患者时经常捉襟见肘,无法充分应用其知识展开诊疗。而且,作为国家机器的一部分,医生还充当着社会控制者的角色,他们对于劳动者病假请求的批复是严苛的。此外,国家对于医学教育的粗暴干涉也从根本上削弱了医生的知识储备。总之,正是由于国家剥夺了医生的法团自主性及其“控制和指导知识的应用的能力”,其临床自主性亦遭到了侵蚀(Hoffman,1997:368)。

综上所述,对国家与职业关系的探究,需要我们舍弃那种法团自主性和临床自主性、国家与职业二元对立的预设,而将这些关系置于具体的历史和社会情境当中。接下来,我将以法团自主性与临床自主性的动态作用关系的框架来分析近代以来中国医生职业与国家的关系的演变。

二、民国时期:与国家“互构”的医生职业

民国时期的医生通常被称为“自由职业者”(或“自雇职业者”)。“自由职业者”只被用来指称特定的几个行业,包括律师、医生、会计、记者和教授(徐小群,2007;朱英、魏文享主编,2009;尹倩,2007),因为这些行业的一些共性使其区别于其他行业:执业者必须受过专业教育;他们自我组织,建立行业协会,出版学术刊物,制定教育与执照制度;他们提供公众所必需的服务;他们的职业生涯相对独立,可以自我雇佣。而且,国民政府在管理人民团体时,也将医师、律师、会计师等称为自由职业群体,以与其他职业群体相区别。

那个时期,医生自身的职业认同逐渐加强。在1929年的《医药评论》上,西医姜振勋写道:“医师行医确是一种营业,但是这种营业,是应用科学原理和原则,为人谋预防或诊疗其疾病为目的。所以和原始的生业(像农业渔业)及狭义的营业(像工商业和不需高等学术的劳作比如理发之类)单以营利为目的者完全不同。其实医业是社会上一

种学问的职业”(转引自朱英、魏文享主编,2009:218)。可见,医生认识到自己所从事的职业,无论是重要性还是目的,抑或入行资格,都与其他行业存在着清晰的界限。

在职业身份认同感加深的同时,职业团体的作用也日益突出。作为医生的代表,这些职业协会为了维护自身权益,常常就有关医疗的政策与政府讨价还价。如1922年,北洋政府内务部(其时还未设立卫生部)制定了一个关于对中西医学生进行考试和登记的条例,由警察署具体负责实施。此举遭到了西医的批评,他们认为政府承认了中医与西医同等的职业地位。这个条例最后宣告流产。又如1929年上海市卫生局试图就西医向病人收取的费用规定最高上限,却遭到西医的强烈抵制。他们认为,“医师的收费是对其专业技能的一种回报,不是普通的商业交易和物质交换”。“政府干涉医师收费是不恰当的和不必要的”。上海医师公会向卫生部请愿,要求卫生部命令上海卫生局撤销这一条例。卫生局最后提高了医师的最高收费标准(朱英、魏文享主编,2009;徐小群,2007)。

上述案例说明在民国时期,中国的医生群体享有较高的职业自主性:他们可以自己开业、个体行医,可以就服务价格与政府协商,可以把持入行门槛。他们在一定程度上代表了独立于国家的另一种力量(徐小群,2007)。可以说,民国医生所享有的较大程度的法团自主性是其保有较多职业自主性的前提。不过,在民国时期医生职业与国家不断“摩擦”的同时,职业与国家又互为倚靠:一方面,职业的权力和自主性必须为国家所承认和保障;另一方面,仍处于构建中的现代国家需要医生职业的支持和帮助。

近代中国的一大主题是救亡图存、强国保种。在许多人看来,西医正是达此目标的必要手段,亦是现代文明国家所不可或缺的要素。“残废衰弱,社会之病也,国家应如何鼓励个人卫生,使人民之康健增进;疾病伤痛,贫国之道也,国家应如何谋防病之方及治疗之术,使人民之厄苦减轻”(转引自杨念群,2006:97)。这种对于身体的管理职责,在近代之后就由个体和家庭逐渐转移至国家的手中(黄金麟,2006),而国家对身体的有效管控必须以医生职业所提供的现代医学知识与技术为基础。“所以要求国家的生存,要谋民族的自救,非但只在军备上求自卫,还要谋文化上所必需的各种文物的建设,科学新医便是这种科学文物的建设中之最要者”(转引自杨念群,2006:96)。

因此,对医学职业的有效动员与利用是国家政权建设与国家治理体系现代化的一个重要基础和有机组成部分。民国时期的“医学国家化”,就是国家借助现代医学实现对基层社会与公民个体的监控和干预,通过建立现代卫生行政体系重构城市空间(杨念群,2006),而这些社会革命的实施都离不开医生职业的协作。杜丽红(2014)对近代北京创立公共卫生制度的研究就表明,卫生行政这种新的国家治理制度的创设绝不能缺少医学专业人士的支持和参与。

与此同时,医生职业也不断地争取来自国家的支持,其中一个重要方面就是寻求政府对行医资格的认定,以界定和保障其法团自主性。西医与中医都认为只有政府才有资格颁授行医资格,而只有获得行医资格,医生才能行医。“鉴别医之学问、干涉医之行业,惟政府之责任,政府之权力耳”(转引自朱英、魏文享主编,2009:220)。可见,当时的医生职业群体清楚地意识到国家的不可或缺的作用,“都指望国家支持他们的合法性,由此而确立他们在社会上的合法职业地位和职业特权”(徐小群,2007:12)。当然,医生职业仍掌控着行医资格的认定标准,而国家更多的则是赋予医生职业行使此种权力的合法性。而当职业与国家发生冲突,比如1929年卫生部《医师暂行条例》规定非医学院校毕业生不得行医以及由警察部门进行医师注册时,西医医师公会强烈反对。结果是政府做出让步,允许所有业已开业的西医继续行医(朱英、魏文享主编,2009)。

因此,正如约翰逊(Johnson,1982)所强调的,职业的形成与国家的形成是相互交织在一起的。民国时期的中国亦不例外。尽管医生职业与国家时常发生矛盾与摩擦,但作为一个新兴的现代国家,中国更为热切地想利用新生的医生职业来服务于现代民族国家建设的目标(Henderson,1993;徐小群,2007;杨念群,2006);而新兴的医生职业也需要借助国家的力量确立自己在医疗领域的权威和合法性,由此确保其较高的职业自主性。在此意义上,民国时期的医生职业与国家可以称为“互构”关系。

三、新中国前30年:被驯化的医生职业

1949年新中国的建立使得原有的医生职业与国家的关系发生了

剧烈变化。在经济层面,中国扫除了市场,同时建立了一个中央计划经济体系。参照苏联模式,新政权对医生职业进行了社会主义改造,将医院、诊所和医生国有化。而在政治层面,较为独立的医生职业团体有的被取缔,有的则成为依附于政府的半官方组织,从而失去了民国时期能够代表医生与政府进行协商的可能性(参见 Davis, 2000)。在这种情况下,职业医生变成了国家的雇员,他们不再“自由”。而且,“国家的重要性远远超出其作为一个雇主的角色,因为国家形塑着所有行业大致的工作环境”,包括政治与意识形态环境、教育,以及其他专业工作的条款(Jones, 1991: ix)。一个崭新的全国性医疗卫生体系被建立起来,医生被置于一个全然不同于民国时期的执业环境中。可以说,医生职业在很大程度上丧失了法团自主性。

新政权首先重塑了医生的职业伦理。由于担心专业人士可能会脱离人民群众,或者说一个职业具有(过多的)职业自主性,因而新政权认为对各个职业的改造是必需的。事实上,新政权对专业主义(professionalism)有着一种非常矛盾的心理:一方面认为社会主义建设急/极需这些专业工作者;另一方面又担心倘若这些专业工作者拥有过多的专业自主性,他们就有可能凌驾于顾客之上,无视工农劳动群众的需要(Kraus, 2004: 148)。所以,新政权成立不久便提出了卫生工作的四大方针(Sidel & Sidel, 1973: 21-22; 杨念群, 2006):医疗卫生体系为工农兵服务;预防为主,治疗为辅;中西医结合;医疗卫生工作必须与群众运动相结合。这些原则从根本上重构了医生的职业伦理:医学必须为无产阶级政治服务。

这亦显示了新政权试图通过为民众缓解和解决生老病死问题的方式来获得合法性,因为“中国政治制度没有宗教思想的支持,它的正当性(legitimacy)是从解决各种实际问题的能力而来,不能解决实际问题的政府和政治制度,就失去正当性”(邹谠, 1994: 234)。而通过这种方式来获得合法性就必须充分有效地调动和利用医生职业。为此,国家设计了一系列新制度。当时现实条件的约束——各种资源短缺,经济生产与人民生活都比较困难——要求执政党必须重构整个社会的组织方式。于是产生了单位这样一种“组织化手段”(路风, 1989),即通过国家对各种类型的资源进行强制集中而后再分配给各种行业各个部门的方式,来达到推进现代化与满足民众生活需要的目标。因此,原本分散的医生便被组织起来,置于政府和单位的领导之下,大众的需要和专

业服务的提供都成为国家调节的对象。

解放前,80%的医生采取个体行医方式。建国后不久,新政权便以各地成立“卫生工作者协会”,吸收个体行医者为会员的方式逐渐将他们组织起来(编写组,2009:5)。至1965年年底,全国城乡尚有个人开业医生44000余人。这个数字到1983年底变为49148人,但其中43539人(88.59%)在农村(编写组,2009:37)。可见在解放后的头30年,城市中的个体医生近乎消失。与此同时,作为“单位人”的医生数量与公立医疗机构数量迅猛增加。1949年,全国的医院总数为2600个(编写组,2009:35)。到1983年底,全国城乡与厂矿医院有66662个,比1949年增加了24.6倍,公立医院工作人员约占全国卫生技术人员总数的80%(编写组,2009:37),这正好与1949年时个体医生的比例相同。

通过将医生“收编”进公立医疗机构的方式,新中国实现了医生的国有化。这是中国医生在身份上的根本转变:他们由民国时期自由执业的医生变成了社会主义国家的“雇员”。这种对医生群体的单位化组织方式替代了其原有的自组织模式。在民国时期,医生通常属于某个职业团体,他们在其中参加学术与职业活动,通过这种方式而与其他同行有所联接。但在1949年后,医生更重要的身份是某个单位(即某个医疗机构)的成员,他们被成百上千个单位分割开来。尽管诸如中华医学会这样的行业组织仍然存在,但经过改造后,出现了去政治化的趋势,除了承担学术交流的功能外,原有的重要职责——如为医生维权和行业自律——都转移至医生所属单位与卫生行政部门了。

作为单位成员,医生基本上不可能退出公立医疗机构,在单位中执业、沿着国家规定的职业路径晋升成了他们的惟一选择(Davis,2000)。这即是华尔德(Andrew Walder)所说的单位成员对单位的依附状态(华尔德,1996;亦可参见Henderson & Myron,1984)。华尔德指出,两个方面的因素决定了雇员对单位的依附程度:单位满足工人需求的程度与替代性途径满足需求的程度。前者不仅包括货币工资,也包含了健康保险、医疗保健、退休金、住房、贷款、教育等。而后者又可分为“可得性”和“外部选择机会”两部分。可得性不仅指“其他工作空缺的存在”,而且包括“在法律上或政治上对自由选择工作的阻碍”。外部选择机会则不仅指就业机会,还指“从企业外获得收入或满足其他非工资形式的需求”。如果能从外部获得的资源多且对内部所提供的资源形成

有效的替代,那么雇员对单位的依附程度就小(华尔德,1996:15-16)。

利用这一分析框架来检视新中国前30年的医生,一方面,他们必须要取得公立医疗机构的成员身份才能执业,且他们的服务费用、收入、所使用的医疗设施,乃至所服务的病人都是由国家决定的。另一方面,由于当时所有资源都为国家所控制,一旦离开单位/体制,医生非但不能执业,连生存都可能成问题。因而,在那个时期,绝大部分医生对公立医疗机构(由此对国家)是一种高度依附的状态。

新政权不仅将当时已有的医务人员转变为国家雇员,而且通过重构职业教育制度来大幅且快速地增加临床医生的数量。仿照苏联模式,中国开展了对医学教育的激进改革。首先是大规模缩减医学教育的年限。像协和这样的医学院仍旧保留了原有的学制,因为其任务被确定为培养教师和研究人員。但与此同时,政府新设了许多五年制和三年制医学院校(Sidel & Sidel, 1973:111-112)。在文革较为混乱的局面中,医学教育还被“去中央化”(decentralized),医学教育的权力被下放到各省市,从而使得原本就存在于地区之间的有关医学教育的年限、质量等差异愈加扩大(Sidel & Sidel, 1973:115)。其次是施行分科教育,临床医学被分成五个专门部分:(针对成年人的)治疗医学、儿科、公共卫生、口腔医学和药学。这些革命性的变革确实在短时间内培养了大量的医务人员,一定程度上缓解了我国医务人员的短缺状况;但另一方面,医生职业有关职业教育和职业准入的法团自主性却被国家成功地剥夺。

上述法团自主性的丧失对医生的临床自主性产生了不利的影响。概括起来有三点:其一,因为医疗卫生事业在计划经济体系中通常被排在末尾,^①所以在国家进行资源分配时,医疗卫生行业常常处于劣势,这直接导致了我国医学领域的长期投入不足,医疗设备陈旧甚至欠缺,使得医生在开展诊疗时大大受限。其二,医生要服从国家利益,要保障社会主义生产,因此他们被要求严格控制劳动者的病体和工伤。其三,国家对于医学教育的干涉更直接影响了医生对专业知识的掌握。三者都不同程度地影响到医生对其专业知识的应用,因而都反映出当时医生的临床自主性受限。

① 一直以来,我国都有科教文卫的排序,科教文卫作为非生产性部门通常被列在统计指标、政府工作报告、预算等的最末尾,而医疗卫生又是末尾的末尾。

不过,医生的依附状态只是当时医生职业与国家关系的一个方面,医生的职业自主性也并非丧失殆尽。事实上,在依附于公立医疗机构的同时,作为国家雇员的医生职业也获得了一种西方同行和民国前辈不太可能拥有的“科层制权力”。费尔德(Field,1991)就曾将前苏联的医生职业称作“混血职业”(the hybrid profession)。这是因为,在前苏联,作为国家雇员的医生虽然没有法团自主性,但成为“科层性职业”(bureaucratic profession)(Field,1988,1991,1993)的他们却拥有一个不同于西方同行的权力来源路径。西方医生职业的权力主要来自于其专业知识以及病人在情感上的依赖(Starr,1982),但在社会主义国家——包括中国,医生职业获得了一种额外的权力,这种权力来自于职业的科层化,因为他们成为了国家机器的一部分。对捷克医生职业的研究亦说明了这一点(Heitlinger,1991,1993,1995)。“社会主义医学在财政支持、工作场所的提供、医疗技术、顾客、工资、执业许可,以及从属的医护人员^①的充足供应等方面,都依赖于国家。党国通过财政和立法或者行政等手段决定卫生服务的组织架构,以及谁应该获得这些服务,并应遵循怎样的先后顺序获得服务。”不过医生个人仍拥有一定的临床自主性,他们“通常在如何治疗他们的病人以及如何执业等方面保有一定的自由”(Heitlinger,1993:175)。这种对病人的权威不但来自于专业知识,也来自于他们所在的组织(Heitlinger,1995:214)。

综上所述,在新中国的前30年,通过一系列改造,中国的医生职业被置于国家的控制之下,从而失去了法团自主性。这是医生职业基本被驯服(taming)的过程(Field,1988,1991,1993)。所有的执业者都成了国家雇员,他们被禁止私人执业,医生职业在各个方面都依赖国家,因为国家控制了所有的资源,并通过中央计划经济体系对这些资源进行分配。数以万计的医生被调配并依附于单位。尽管职业团体依然存在并运行,但却是半官方组织,且主要承担学术功能。但与此同时,医生群体由此也获得了一定的科层制权力,借助这种科层制权力与专业权威,医生职业变成了“国家的一个工具”(functionary)(Field,1991:54)。他们是稀缺的医疗资源的“看门人”,也是社会控制的执行者。

① 从属的医护人员(subordinate health workers 或 paramedical occupations)是指医疗领域中从属于临床医生的其他卫生工作人员,包括护士、助产士和医技科室的工作人员等。这些群体都没有如临床医生一样享有较高程度的临床自主性(参见Freidson,1970a:48-50)。

不过总体而言,国家的利益而非病人的利益成为医生职业的首要关注点。正因如此,社会主义国家雇佣的医生职业可以被视为“国家治理的一个延伸”(Johnson,1995),而中国医生在当时甚至出现了去职业化(deprofessionalized)的趋势(Sidel & Sidel,1973)。

四、社会转型时期:作为缓冲器的医生职业

上一部分的分析已经表明,在改革前,中国医生对公立医疗机构的依附程度相当高。随着20世纪70年代末的改革开放,中国开始逐渐偏离“经典社会主义体系”(科尔奈,2007)。如此,医生职业与国家的关系又发生了新的变化。

(一)医疗领域的畸形市场化

20世纪70年代末对医生的执业环境,尤其是医疗服务递送体系的改革,国家主要采取了两种手段(Blumenthal & Hsiao, 2005; Henderson,1993;葛延风等,2007;顾昕等,2006;周其仁,2008):其一是减少了对公立医疗机构的财政投入,导致这些机构变成了“差额拨款”单位,因而必须自负盈亏。另一个手段是“放权让利”。概括起来,就是“给政策但不给财政支持”。结果,公立医院内部的治理结构发生了巨变:承包制开始流行,经济效率与效益成为衡量医院、科室和医生服务表现的重要标准。总而言之,就是要“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”(新华社记者,1979)。

如此改革的结果,就是在公立医院的收入结构中,政府投入部分所占的比例越来越小。这意味着国家在很大程度上推卸了医疗卫生服务方面的责任。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%(李玲,2010:25)。表1则显示,1998-2011年,政府平均每年对每家卫生部门综合医院的财政补助占医院总收入的比例仅维持在6-8%,90%的收入来自医疗服务与药品销售。对职业医生来说,这样的收入结构意味着他们在执业过程中必须兼顾经济效益、服务效率以及病人利益。改革之

后病人与医生之间“现金关系”(the cash nexus)的重新浮现,为医生临床自主性的减损与医患冲突埋下了隐患。

表 1 卫生部门综合医院平均收入的构成,1998-2011^①

年份	财政补助 收入 (万元)	百分比 (%)	医疗 收入 (万元)	百分比 (%)	药品 收入 (万元)	百分比 (%)	其他 收入 (万元)	百分比 (%)	总收入 (万元)
1998	155.4	5.99	990.9	38.19	1199.1	46.21	137.6	5.30	2594.7
1999	194.6	6.81	1205.2	42.16	1337.3	46.79	87.4	3.06	2858.3
2000	204.1	6.29	1413.1	43.58	1500.6	46.28	96.9	2.99	3242.4
2001	251.6	7.11	1562.3	44.16	1602.6	45.30	93.8	2.65	3537.9
2002	273.0	7.35	1684.1	45.33	1616.2	43.50	92.5	2.49	3715.1
2003	297.5	7.49	1827.7	46.04	1773.8	44.69	100.2	2.52	3969.4
2004	318.2	6.22	2296	44.92	2045.7	40.02	103.5	2.02	5111.8
2005	333.3	5.98	2685.7	48.17	2383.6	42.75	105.6	1.89	5575.6
2006	393.6	6.39	3045.8	49.41	2559.4	41.52	107.7	1.75	6163.8
2007	523.4	6.97	3713.9	49.48	3127.6	41.67	113.6	1.51	7506.5
2008	646.9	6.97	4545.4	48.96	3924.5	42.28	144.8	1.56	9283.1
2009	850.2	7.40	5590.3	48.63	4846.8	42.16	170.9	1.49	11494.9
2010	997.8	7.18	6868.1	49.39	5824.9	41.89	189.9	1.37	13906.1
2011	1313.2	7.76	8519.0	50.36	6817.3	40.30	231.6	1.37	16916.5

资料来源:卫生部,2003:74 表 4-1-2,2010:96 表 4-4-1,2012:98 表 4-4-2。

但另一方面,医生群体对公立医疗机构的依附却仍在延续,因为国家依然垄断着医疗服务的提供。尽管早在 1980 年政府就合法化了医生的私人执业,1998 年的《执业医师法》也再次肯定了这一行为的合法性,之后中央政府也陆续出台政策,鼓励社会资本进入医疗领域,但迄今为止,个体执业和在民营医院执业的医生数量依然非常有限(周其仁,2008;顾昕等,2006;顾昕,2011;丁宁宁、葛延风主编,2008:39)。根据表 2,至 2013 年,尽管民营医院已占到所有医院的 40.24%,但无论是其所拥有的床位数、所雇用的卫生技术人员,还是所提供的门诊和住院服务,都只占总量的 10% 左右。如果从所有类型的医疗机构来看,

① 各项比例总和并不等于百分之百,因为各项收入合计并不等于总收入,《中国卫生统计年鉴》中的原文数据如此。

公立机构所聘用的卫生技术人员占有所有人员的 85.19%，所聘用的执业医师占全体医师的 82.80%（卫生部，2012：30 表 2-1-3）。这样的医疗服务市场格局对医生职业产生了极为深刻的影响：公立医疗机构依然主导着医疗服务的供给，大多数医生除了公立机构外没有别的执业选择。

表 2 2013 年公立医院与民营医院的比较^①

项目	公立	比例(%)	民营	比例(%)	合计
医院数(个)	13396	54.22	11313	45.78	24709
医院床位数(张)	3865385	84.42	713216	15.58	4578601
医院人员数(万人)	460.6	85.76	76.4	14.22	537.1
卫生技术人员(万人)	383.9	86.76	58.6	13.24	442.5
诊疗人次数(亿人次)	24.6	89.78	2.9	10.58	27.4
入院人次数(万人)	12315	87.92	1692	12.08	14007

资料来源：国家卫生与计划生育委员会，2014。

非公立医院不但所占市场份额小，而且在税收、医疗设备的购买与配置、医保资格的认定、医学科研的开展、给医生提供的职业发展机遇等方面都受到现行政府规范的诸多限制，这使得体制外医院难以与公立医院展开有力竞争，也因此不太可能吸引大量高水平的医生（周其仁，2008）。因而，当代中国民营医院的这种现状就压缩了医学专业人士在体制外就业和获得资源的可能性，从而加剧了他们对公立医院和其他公立医疗机构的依附程度。

国家不仅在公立医疗机构外部限制着执业机会获得的可能性，而且也在公立医疗机构内部设置许多制度，这些制度性安排在客观上都束缚着医生，使他们无论在体制内不同机构之间还是体制内外之间的流动都较少。这种制度设置集中体现在公立医疗机构的医生基本都有事业编制，这近似于“铁饭碗”。不同于市场经济中的企业，因为这种雇佣关系根本不是一种市场关系，用人单位不会根据经济状况的变动而自主调整人员，而雇员也不可能就雇佣条件与单位讨价还价（参见华尔德，1996）。

^① 医院人员数与诊疗人次数之公立与民营两项比例合计并非 100%，统计公报的原始数据即如此。

除了这种传统的人事体制,对医生职业发生较强束缚作用的还有“定点执业制度”。根据《执业医师法》规定,一个医生的执业必须符合三个条件:(1)接受医学专业教育,获得正式学位;(2)通过考试,取得执业医师资格;(3)在某家医疗机构注册,并且只能在该机构执业,否则即为违法。这一制度实际上将某一个医生绑定在某一家医疗机构,从而限制了医生的执业自由。^① 近几年,政府为推动医生的合理流动和医疗资源的有效配置,开始施行“多点执业”制度。如北京自2011年3月1日起开始实施《北京市医师多点执业管理办法(试行)》。根据规定,主治或以上级别的医生可以申请在北京市内的最多三家机构执业,前提是申请者须完成自己在“本家”的本职工作。种种条件的限制使得该项政策未如预想中那样推动医生的多点执业。^② 同时,虽然亦有少数医生干脆从体制出走,但这只是个别行为,并不能引发整体上医生依附状态的改变。这也是为什么大众媒体上出现“解放医生”(刘薇,2013)、“自由执业”呼声的原因。

综上,改革以来医疗领域的这种畸形市场化导致了两个看似矛盾的后果:一方面,政府大幅削减了对公立医疗机构的财政支持,身处其中的医生被反复要求服务效率与经济效益;另一方面,政府仍然垄断着医疗服务的供给,这表现在公立医院在医疗资源的占有、医务人员的配置和医疗服务的提供方面仍占据绝对优势。对于城市中国的医生职业来说,这些改革后果使得职业者仍旧保持着国家雇员的身份、仍旧依附于公立医疗机构、仍旧无法“退出”(Hirschman,1970)。

(二)成为医疗体系矛盾的缓冲器

与医生职业对公立医疗机构的依附状态延续的同时,独立自主的职业团体依旧缺失。目前与医生相关的两个主要职业组织是中华医学学会与中国医师协会,两者均不是职业准入的管理机构,这一关涉职业自主性的权力由政府卫生行政部门掌握。上文已经指出,中华医学学会在建国后主要承担学术交流的功能;中国医师协会则迟至2002年成立,

① 现实中部分医师会以会诊等名义“走穴”,以突破这种限制。

② 据报道,截至2013年11月,北京市共有1355名主治医师以上的医生登记多点执业(闫斐,2014)。而据《2012年中国卫生统计年鉴》(卫生部,2012:41表2-4-2),2011年底,北京市全部医院的执业医师共为43952人。鉴于两年之内执业医师数量不会大规模变动,可粗略算得,北京市登记多点执业的医师只占整体的3%左右。

而其所宣称的为医师维权和对医师的监督并未成为现实。在为医师维权方面,面对医师的被侵权行为,医师协会只是向社会发出“呼吁”,但实质效果甚微;而在对医师的监督方面,面对医生长期以来的执业“不道德”行为,其并未颁布整顿医风的决定或发出实质行动,行使这些职能的仍然是卫生部。^① 这都说明中国尚缺乏一个医生职业团体来进行自律和维权。医生仍被分割在上万个机构单位中,而无法形成一个行动的职业共同体。

这反映出当代中国的城市医生职业仍缺少法团自主性。这种状况所导致的一个直接后果是,这一群体并不享有对自己所提供的医疗服务与药品器械的定价权,尽管其劳动力价值在现行由国家所规定的价格体系中被严重压低(周其仁,2008)。对医疗服务的价格进行管制是社会主义国家干预职业的普遍现象(Frenk & Duran-Arenas,1993;科尔奈、翁笙和,2003)。中国政府控制医疗服务和其他医疗用品价格的目的是为了保障普通民众能够获得最基本的医疗服务(Liu et al.,2000;孟庆跃等,2002;葛人炜等,2002;Sun et al.,2008)。这或许源自政策制定者的误解:医疗服务的定价越低就越能保证病人的权益(葛人炜等,2002)。但价格管制不可避免地产生了内生性效应,不但扭曲了医疗产品的价值,也扭曲了医生的劳动力价值(朱恒鹏,2007,2011;Blumenthal & Hsiao,2015)。对此,医生群体并未生发出任何类似于他们的民国前辈一样的集体行动,以迫使政府放弃不合理的价格管制政策,因为当代中国城市医生并不拥有与国家就自身的工作条款进行讨价还价的“法团自主性”。

而且,这种法团自主性的缺失所导致的医生职业无法实现有效的同行监督和职业自律的情况,极大地影响了医生们临床自主性的发挥。不过,尽管改革前后的医生职业均缺少法团自主性,且亦都拥有一定的科层制权力,但其对临床自主性的影响却并不相同。

其一,改革前那种因为医疗硬件条件简陋而导致的临床自主性发挥受限的情况基本上已经不复存在。当代中国城市医生所拥有的基本医疗设施较为完备。其二,医学教育较之以前有较大进步,医生所掌握的专业知识也更为完整。二者都有利于医生临床自主性的发挥。然而

^① 比如根据笔者对医疗领域收受红包现象的考察,自1988年以来,卫生部已经发布了至少14个整顿医风、打击收受红包行为的通知、意见和办法。

其三,医生在执业过程中的政治考量变成了经济考量,医疗体制的畸形市场化改革使得各个机构都将生存与发展的压力层层递解给每一个医生。这种来自所在机构的组织压力成为医生发挥临床自主性的强大阻碍,因为其在应用专业知识时不得不时常考虑机构和自身的经济利益。^①

经济利益的考量对医生临床自主性的完整发挥的阻碍作用,因这一职业所拥有的科层制权力而大大增强。前文已经表明,迄今为止,非公立医疗机构在医疗服务的提供方面还不构成对公立机构的有效竞争。大部分优质的医疗资源,包括医疗设施和卫生人员,都被牢牢束缚在公立医院当中。这对病人形成了强有力的吸引。一项在北京的调查表明,虽然有高达52.5%的受访者认为公立医院的服务与他们的期望存在较大差距,但仍有94%的人在产生医疗需求时首选公立医院(孙红等,2006)。同时期另一项在广东、山西和四川的研究亦得出了相似的结论(Lim et al., 2004)。大部分的病患都选择去公立医院就医,公立医院由此提供近九成的诊疗与住院服务。

这使得公立医院垄断着药品和其他医疗器械的零售环节。拿药品来讲,公立医院控制着处方药的零售业务,因为处方药占全国药品零售额的80%以上,所以公立医院事实上控制了绝大多数药品的销售。“这使得国内的公立医疗机构成为药品市场上的双向垄断者:面对众多的药厂和医药经销商,医院处于买方垄断地位,面对这样一个垄断买方,数量众多的医药工商企业基本没有讨价还价能力。而面对患者,医院处于卖方垄断地位,因为它控制着绝大多数处方药的开方权、销售权以及公费医疗与定点医保的资格,面对这样一个垄断卖方,患者更没有什么讨价还价能力”(朱恒鹏,2007:98)。

因而公立医院一方面牢牢把控着居民的就医选择(尽管居民在不同公立医院之间有巨大的选择自由),另一方面则占据着对医药厂商的市场优势地位。而身处其中的医生通过公立医院的双向垄断占据了一种“双向支配”的地位,即同时支配上游供应商和下游消费者。^② 这

① 但是不同级别医疗机构存在着组织压力方面的显著差别。这是我们考察职业自主性时不能忽视的。

② 当然,这种权力同医疗机构的层级存在很大关联,属于不同层级医疗机构的医生会有不同程度的科层制权力。一般来说,三甲医院的医生会比基层医疗机构的医生拥有更大的科层制权力,因为三甲医院比之其他层级的医院掌握更多、更好的资源,作为这些资源的“看门人”的医生在提供服务方面就会有更大的优势和权威。

种双向支配使得医生职业能够较为便利地在市场中将自身所掌握的处方权和行医权转化为经济利益,回扣、红包等非正式支付(informal payment)(科尔奈、翁笙和,2003;Ensor,2004;Bloom et al.,2001)正是这种双向支配的重要表现。因此,医生在其执业过程中不断地违犯职业伦理,正是其对专业知识的应用受到经济考量的影响而不能完整发挥的后果。如前文所述,这种经济考量本身即源于法团自主性的丧失,加之法团自主性的丧失所导致的无法进行同行监督和行业自律,构成了医生无法充分发挥临床自主性的重要条件。这便是我国医疗领域供方诱导需求、过度用药、医药代表公关等现象长期存在的根源,这最终导致了看病难、看病贵问题的发生。

吊诡的是,这种双向支配地位恰好以医生职业依附于公立医院和国家、并由此延续科层制权力为前提。可以说,双向支配是社会转型时期医生科层制权力的核心内涵。医生群体借此地位,便利地将自身的行医权、处方权转化为经济收益,从而弥补由于国家对医疗服务价格的管控而被压低的收入。在这种处境中,缺少法团自主性的医生无法充分发挥其临床自主性。然而,需要指出的是,这样做的代价也是不可估量的:医生的职业形象严重受损、来自病人的信任大量流失、医生的人身安全时常受到威胁。在某种意义上,城市医生职业已经成为了有问题的医疗卫生体系以及国家对医学的不恰当干预所造成的后果的替罪羊,他们在一线面对愤怒的病人,充当着愤怒的患者与政府之间的缓冲器的角色。

五、结论:医生职业与国家的复杂动态关系

本文对我国自民国以来医生职业与国家关系的演变及其原因进行了梳理。民国时期,多数医生都是自我雇佣。这个职业的从业者组建自己的行业协会来处理职业事务。医生职业所拥有的法团自主性保障了其虽屡受新兴的现代国家的干预,但仍可进行强有力的抵制。与此同时,医生职业与国家之间还相互建构:国家需要医学来摆脱民族危机、管理民众;而医生职业则需要国家的支持,以确立其在医疗与健康领域的垄断地位。

1949年之后,社会主义中国的国家力量大增,医生职业被置于新

政权的控制之下。通过对医生职业的国家化,也即把所有医生都收归到公立医疗机构中、使他们成为单位人的方式,医生被国家所“驯服”,从而成为了稀缺的医疗资源的看门人和社会控制的执行者,不过他们同时获得了一定的科层制权力。在这一时期,医生职业的法团自主性基本被剥夺,致使其临床自主性的发挥受到了较大的影响。

20世纪70年代末,中国开始了经济改革,国家开始从诸多领域“撤退”。这造成了医疗领域的畸形市场化:一方面是不断强调公立医院的自负盈亏,另一方面则是继续维持政府对医疗服务市场的垄断。在这种情况下,医生职业仍旧缺少法团自主性,大多数医生仍然依附于公立医疗机构,名不副实的职业团体亦缺乏维权与自律的功能。因此,医生只能被动地接受国家设定的执业条件。面对不断强调服务效率与经济效益的组织压力,他们无法有效地运用专业知识进行诊疗,其临床自主性也受到了损害。这种损害更因其拥有的对病患与医药厂商的双向支配而加剧。由此,他们便利地将自身对行医的垄断权力转化为经济利益,从而弥补了因国家对服务价格和工资水平的控制所导致的较低收入。但这种转化是以临床自主性的损害与不断违犯职业伦理为前提的,而这种前提的达成又以医生缺少法团自主性为前提。这种从专业权力向经济利益的转化使医生付出了沉重的代价,这一职业群体也成为社会转型期有问题的医疗体制的替罪羊和患者与国家之间的缓冲器。

本文的研究表明,抛弃法团自主性与临床自主性的二元对立预设是理解职业与国家的复杂关系的必要前提。当我们将职业与国家的关系置于具体的历史社会情境中时,我们就会发现弗莱德森所坚信的临床自主性在任何情况下都无法被削弱的状态是不存在的。法团自主性的丧失可能对临床自主性的发挥产生诸多不利的影响,然而,这仍然要考虑到职业所处的具体的体制与制度环境,因为职业的法团自主性对临床自主性所产生的影响的程度与路径取决于具体的经济政治体制与制度环境。

医学作为一种高度专业化的职业,外行——包括国家——都无法有效监控其从业者的执业行为。能够实现监控的恐怕只有医学从业者本身。由同行评判同行,进而实现职业自律,这是世界各国的共同经验。换句话说,职业应该被赋予法团自主性,从而能够使职业共同体有效监督成员的执业行为。因此,重构医生职业与国家的关系,塑造能够

有效自律的职业团体,应该是改变目前中国医疗尴尬现状的必需途径,亦是新医改的必要议程。

参考文献:

- 编写组,2009,《当代中国的卫生事业》上,北京:当代中国出版社。
- 丁宁宁、葛延风主编,2008,《构建和谐社会——30 年社会政策聚焦》,北京:中国发展出版社。
- 杜丽红,2014,《近代北京公共卫生制度变迁过程探析(1905 - 1937)》,《社会学研究》第 6 期。
- 葛人炜、卞鹰、孙强、孟庆跃、郑振玉、贾莉英,2002,《理顺医疗服务价格体系:问题、成因和调整方案》下,《中国卫生经济》第 6 期。
- 葛延风、贡森等,2007,《中国医改:问题·根源·出路》,北京:中国发展出版社。
- 顾昕,2011,《行政型市场化与中国公立医院的改革》,《公共行政评论》第 3 期。
- 顾昕、高梦滔、姚洋,2006,《诊断与处方:直面中国医疗体制改革》,北京:社会科学文献出版社。
- 国家卫生与计划生育委员会,2014,《2013 年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》(<http://www.moh.gov.cn/guihuaxxs/s10742/201405/886f82dafa344c3097f1d16581a1bea2.shtml>)。
- 华尔德,1996:《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》,龚小夏译,香港:牛津大学出版社。
- 黄金麟,2006,《历史、身体、国家:近代中国的身体形成(1895 - 1937)》,北京:新星出版社。
- 科尔奈,2007,《社会主义体制:共产主义政治经济学》,张安译,北京:中央编译出版社。
- 科尔奈、翁笙和,2003,《转轨中的福利、选择和一致性:东欧国家卫生部门改革》,罗淑锦译,北京:中信出版社。
- 李玲,2010,《健康强国:李玲话医改》,北京:北京大学出版社。
- 刘思达,2006,《职业自主性与国家干预:西方职业社会学研究述评》,《社会学研究》第 1 期。
- 刘薇,2013,《解放医生》,《南方周末》1 月 31 日。
- 路风,1989,《单位:一种特殊的社会组织形式》,《中国社会科学》第 1 期。
- 孟庆跃、卞鹰、孙强、葛人炜、郑振玉、贾莉英,2002,《理顺医疗服务价格体系:问题、成因和调整方案》上,《中国卫生经济》第 5 期。
- 孙红、张辉、任霞,2006,《公立医院产权改革所引发的心理问题与对策》,北京市哲学社会科学规划办公室、北京市教育委员会、首都卫生管理与政策研究基地编《首都卫生管理与政策研究报告》,北京:同心出版社。
- 卫生部,2003,《2003 年中国卫生统计年鉴》,北京:中国协和医科大学出版社。
- ,2010,《2010 年中国卫生统计年鉴》,北京:中国协和医科大学出版社。
- ,2012,《2012 年中国卫生统计年鉴》,北京:中国协和医科大学出版社。
- 新华社记者,1979,《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》,《人民日报》1 月 13 日。
- 徐小群,2007,《民国时期的国家与社会:自由职业团体在上海的兴起,1912 - 1937》,北京:新星出版社。
- 闫龔,2014,《北京医生多点执业有突破》,《健康报》1 月 21 日。

- 杨念群,2006,《再造“病人”——中西医冲突下的空间政治,1832-1985》,北京:中国人民大学出版社。
- 尹倩,2007,《中国近代自由职业群体研究述评》,《近代史研究》第6期。
- 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。
- 朱恒鹏,2007,《医疗体制弊端与药品定价扭曲》,《中国社会科学》第4期。
- ,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。
- 朱英、魏文享主编,2009,《近代中国自由职业群体与社会变迁》,北京:北京大学出版社。
- 邹谠,1994,《二十世纪中国政治——从宏观历史与微观行动角度看》,香港:牛津大学出版社。
- Bloom, Gerald, Leiya Han & Xiang Li 2001, “How Health Workers Earn a Living in China.” *Human Resources for Health Development Journal* 5.
- Blumenthal, David & William Hsiao 2005, “Privatization and Its Discontents-The Evolving Chinese Health Care System.” *The New England Journal Medicine* 353.
- 2015, “Lessons from the East-China’s Rapidly Evolving Health Care System.” *The New England Journal Medicine* 372.
- Davis, Deborah 2000, “Social Class Transformation in Urban China: Training, Hiring, and Promoting Urban Professionals and Managers after 1949.” *Modern China* 26.
- Ensor, Tim 2004, “Informal Payments for Health Care in Transition Economies.” *Social Science and Medicine* 58.
- Evans, Peter B., Dietrich Rueschemeyer & Theda Skocpol (eds.) 1985, *Bringing the State Back In*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Field, Mark G. 1988, “The Position of the Soviet Physician: The Bureaucratic Professional.” *The Milbank Quarterly* 66 (Supplement 2).
- 1991, “The Hybrid Profession: Soviet Medicine.” In Anthony Jones (ed.), *Professions and the State: Expertise and Autonomy in the Soviet Union and Eastern Europe*. Philadelphia: Temple University Press.
- 1993, “The Physician in the Commonwealth of Independent States: The Difficult Passage from Bureaucrat to Professional.” In Frederick W. Hafferty & John B. McKinlay (eds.), *The Changing the Medical Profession: An International Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Freidson, Eliot 1970a, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd Mead.
- 1970b, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Chicago: Aldine.
- 1984, “The Changing Nature of Professional Control.” *Annual Review of Sociology* 10.
- 1986, *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- 1994, *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy, and Policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- 2001, *Professionalism: The Third Logic*. Chicago: University of Chicago Press.

- Frenk, Julio & Luis Duran-Arenas 1993, "The Medical Profession and the State." In Frederick W. Hafferty & John B. Mckinlay (eds.), *The Changing the Medical Profession: An International Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Goode, William J. 1957, "Community within a Community: The Professions." *American Sociological Review* 22.
- Heitlinger, Alena 1991, "Hierarchy of Status and Prestige." In Anthony Jones (ed.), *Professions and the State: Expertise and Autonomy in the Soviet Union and Eastern Europe*. Philadelphia: Temple University Press.
- 1993, "The Medical Profession in Czechoslovakia: Legacies of State Socialism, Prospects for the Capitalist Future." In Frederick W. Hafferty & John B. Mckinlay (eds.), *The Changing the Medical Profession: An International Perspective*. New York: Oxford University Press.
- 1995, "Post-communist Reform and Health Professions: Medicine and Nursing in the Czech Republic." In Terence Johnson, Gerry Larkin & Mike Saks(eds.), *Health Professions and the State in Europe*. London: Routledge.
- Henderson, Gail & S. Cohen Myron 1984, *The Chinese Hospital: A Socialist Work Unit*. New Haven: Yale University Press.
- Henderson, Gail 1993, "Physicians in China: Assessing the Impact of Ideology and Organization." In Frederick W. Hafferty & John B. Mckinlay(eds.), *The Changing the Medical Profession: An International Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Hirschman, Albert O. 1970, *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hoffman, Lily M. 1997, "Professional Autonomy Reconsidered: The Case of Czech Medicine under State Socialism." *Comparative Studies in Society and History* 39.
- Johnson, Terence 1972, *Professions and Power*. London: MacMillan.
- 1982, "The State and the Professions: Peculiarities of the British." In A. Giddens & G. McKenzie(eds.), *Social Class and the Division of Labour*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 1995, "Governmentality and the Institutionalization of Expertise." In Terence Johnson, Gerry Larkin & Mike Saks(eds.), *Health Professions and the State in Europe*. London: Routledge.
- Jones, Anthony (ed.) 1991, *Professions and the State: Expertise and Autonomy in the Soviet Union and Eastern Europe*. Philadelphia: Temple University Press.
- Klein, Rudolf 1990, "The State and the Profession: The Politics of Double Bed." *British Medical Journal* 301.
- Kraus, Richard Curt 2004, *The Party and the Arty in China: The New Politics of Culture*. Lanham: Rowman and Littlefield Publishers, Inc.
- Krause, Elliott A. 1988, "Doctors, Partitocrazia, and the Italian State." *The Milbank Quarterly* 66 (Supplement 2).
- Larkin, Gerry V. 1988, "Medical Dominance in Britain: Image and Historical Reality." *The Milbank Quarterly* 66 (Supplement 2).

- Lewis, Jane 1998, "The Medical Profession and the State: GPs and the GP Contract in the 1960s and the 1990s." *Social Policy and Administration* 32.
- Light, Donald W. 1993, "Countervailing Power: The Changing Character of the Medical Profession in the United States." In Frederick W. Hafferty & John B. McKinlay (eds.), *The Changing the Medical Profession: An International Perspective*. New York: Oxford University Press.
- 1995, "Countervailing Powers: A Framework for Professions in Transition." In Terence Johnson, Gerry Larkin & Mike Saks (eds.), *Health Professions and the State in Europe*. London: Routledge.
- Lim, Meng-Kin, Hui Yang, Tuohong Zhang, Wen Feng & Zijun Zhou 2004, "Public Perceptions of Private Health Care in Socialist China." *Health Affairs* 23.
- Liu, Sida 2009, *The Logic of Fragmentation: An Ecological Analysis of the Chinese Legal Services Market*. PhD dissertation. University of Chicago.
- Liu, Xingzhu, Yuanli Liu & Ningshan Chen 2000, "The Chinese Experience of Hospital Price Regulation." *Health Policy and Planning* 15.
- Scott, W. Richard, Martin Ruef, Peter J. Mendel & Carol A. Caronna 2000, *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sidel, Victor W. & Ruth Sidel 1973, *Serve the People: Observations on Medicine in the People's Republic of China*. Boston: Beacon Press.
- Starr, Paul 1982, *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*. New York: Basic Books.
- Sun, Qiang, Michael A. Santoro, Qingyue Meng, Caitlin Liu & Karen Eggleston 2008, "Pharmaceutical Policy in China." *Health Affairs* 27.

作者单位:华东师范大学社会发展学院
责任编辑:罗琳

public policy for local society and variety of implementation pressures arouses the alternation of inactive implementation and mobilization implementation. Furthermore, this type of fluctuations in policy implementation will cause the accumulation and outbreak of problems in local governance.

The Changing Relationship between Chinese Urban Medical Profession and the State since the republican Period: From the perspective of the sociology of professions Yao Zelin 46

Abstract: The relationship between professions and the state is one of the most important issues in the sociology of professions. Using the analytical framework of corporate-clinical autonomy dynamic relationship, this article delineates and analyzes the changing relationship between the (western) medical profession and the Chinese state since the Republican period. Before 1949, growing medical profession and the new-born state was in “inter-construction.” From 1949, the communist regime transformed medical professionals into the members of work unit successfully. The profession was tamed and became functionary of the state. Although China began the reform in 1978, public healthcare institutions still dominate the delivery of healthcare services. Therefore, the practitioners are still dependent upon work units. Meanwhile, they have the dominance over both patients and medical enterprises, through which the profession gain economic interests from the market. But the cost is that the practitioners have become the buffer between patients and the government. Therefore the further reform of healthcare system should reconstruct the relationship between the profession and the state.

PAPER

The Origin and Transformation of Morality: On Durkheim’s intention of his study of religion Chen Tao 69

Abstract: Durkheim had been trying to establish a science of morality, which is another name of his sociology. This paper analyzes the dilemma of his social morphology, that is, how the morality changes can not be interpreted only by the social milieus. It was only in his study of primitive religion, which was guided by his theory of collective representations, had he finally found the way to interpret the place of the moral ideal in the transformation of the morality. The place of the sacred in the religious life is amount to the moral ideals in the social life. Moral ideals expresses the self-conscious of the society. They are externalized into the material institutions, which constitutes the primary cause of the reconstruction of the morality and society. The social fact, which Durkheim’s sociology tries to grasp, is the social conscious or the moral ideals inherent in the society.