

乡村社会转型时期的医患信任¹

——以我国中部地区两村为例

房莉杰 梁小云 金承刚

摘要：本文通过对我国中部地区两个村村民与村医、乡镇卫生院医生之间医患信任状况调查发现，村民对村医和乡镇卫生院医生采取的分别是“人际信任”和“制度信任”的信任逻辑；而在农村社会从传统向现代转型、农民对医疗专业化预期提高、医疗服务更加专业化和制度化的背景下，未来村民对于村医的信任逻辑将是人际信任与制度信任的叠加。医疗体制与社会环境共同形塑了医生的行为，使村医和乡镇卫生院医生的行为既有共性又有区别。在当前中国社会的大背景下，对照西方的发展趋势，笔者认为，未来需要思考的是如何将传统性因素融合进未来的社会制度中，使其发挥积极作用。

关键词：医患信任 人际信任 制度信任 乡村社会转型

一、问题的提出：嵌入乡村社会的农村医患

¹ 感谢中国社会科学院社会学研究所王春光研究员、中国人民大学社会学系洪大用教授以及匿名审稿人对本文的帮助，文责自负。

“在现代工业社会里，疾病即意味着接触医学，去咨询医生，按医生的处方治病，这已经成了人们感到身体不舒服和不正常后会立即作出的反应，甚至成了道德上的要求。应该做‘听话的病人’。”（亚当、克洛迪娜，2005）医患关系因此产生，病人“听话”是医患有效互动的基础。然而近年来在中国，医患关系的日趋紧张和恶化，使“医患”主题成为各界关注的焦点，而这折射出的是整个社会信任缺失的现实。纵观过去的 10 年，关于医患关系的研究数量大幅上升，文章和媒体报导呈现给我们的是医患信任恶化的具体图景。在医患信任的逻辑分析上，现有的研究大都是从医生行为，尤其是医德的角度讨论医患信任恶化的原因，并进一步归结到现有的卫生体制和社会风气对医生行为的形塑（李伟民，2005；杨阳，2009；郑大喜，2010；刘俊香等，2011）。值得注意的是，这些讨论基本上是将其置于现代医学和现代社会的背景下展开的。然而在中国农村，村卫生室是农民看病的首选，农民的绝大部分就医行为都是与村医的互动，无论村医还是农村社会都与现代医学和现代社会相距甚远。

传统中国农村的乡土社会是一个“熟人社会”，它包含了更多小农经济社会的传统特点，而从根本上区别于现代工业社会（费孝通，1998）。不仅如此，从古至今，中国农村社会主要由“非专业”或“半专业”的乡村医生为农民提供基本医疗服务。即使在建国后的计划经济时期，在当时农村经济发展水平低下、缺医少药、卫生人才极度匮乏的情况下，无法在短期内培养大批正规、专业的医务人员，而是采取短期培训的方式就地培养初级卫生人员和接生人员。尤其在 1965 年，按照毛泽东“关于把医疗工作的重点放到农村去”的指示，还是采取短期培训的方式，在农民中培养了大批不完全脱离农业生产劳动的“赤脚医生”，这样逐步完善了农村最基层医疗网点的设置（陈锡文，2001）。

在“赤脚医生”与农民的关系方面，已有的研究部分证实了在中国传统农村的社会背景下形成的完全不同于西方现代社会的医患关系模式。从“赤脚医生”们的回忆中可以看出，他们都是从本地的农民中选出，都只受过短期的、非正规的培训，当地村民对他们的信任并不完全基于他们的专业优势，而更多地是从熟悉中得到的信任。在互动过程中，“赤脚医生”会用很好的服务态度、浅显易懂的语言对待患者，并尽量照顾到患者的个人情况；而农民正是凭借这些来评价一个医生的好坏（张开宁，2002）。正如杨念群所言，“在中国农村，邻里乡土关系是医患关系的主轴，这与城里‘西医’主宰下的现代医患关系有相

当大的区别”（杨念群，2006：391），尽管当时西医知识和技术已引入农村，但是医患关系并不是现代西方医学背景下的抽象角色关系，而是传统意义上的“熟人关系”。

改革开放后，从社会结构上看，在快速的工业化和城市化背景下，乡村的外部环境正在具备越来越多的现代性，外部的卫生服务也早已是现代意义的医疗体系，但城乡二元社会结构并没有根本变化，农村社会仍不能称之为“现代社会”，变迁至今，也只是从“熟人社会”过渡到了“半熟人”社会而已（贺雪峰，2003）。

综上，任何的角色关系与行为都是嵌入在特定的环境中的。由于农村卫生室所处的制度和社会环境与医院相比有根本区别，村医的特征也完全不同于现代意义的医生，因此面对农村医患研究的欠缺，我们有理由提出疑问，农村的医患关系究竟是何种图景？其背后的影响逻辑是什么？本文还希望对正在进行的新医改和社会管理创新能提供一些政策启示。

二、 文献综述与分析思路

（一）西方医患的变迁

帕森斯是最早研究医患关系的社会学家，他认为医患双方是制度化的角色丛。在这对角色关系中，医生起主导作用，病人充分遵从，帕森斯强调医生对待病人的客观性和绝对理性（Parsons, 1951）。帕森斯是著名的结构功能论的代表，通过他对医生角色的描述，不难看出其中强烈的功能和理性主义的色彩。但是正如经济学中的“理性经济人”假设一样，这只是一种绝对化的理想模式，现实往往表现出不同于理想模式的多种面貌。

二战前，由于医学欠发达，医生的专业权威性是非常有限的，家庭医生是医疗服务的核心，而非医院。“全科医生作为家庭朋友的成分不比医学专业人员成分少，病人珍视这种亲密和信任。”（波特，2000：190）。如果说帕森斯描述的医生是冷冰冰的、中立的、抽象的制度角色，那么我们从 20 世纪以前关于医患的描述中更多看到了温情脉脉的熟人互动。病人及其家庭并未对医生的专业水平报很高的预期，但是他们希望从医生处得到更好的照顾与安慰。由此可见，西方传统医生跟我国计划经济时期及之前的农村医生非常相似——都是

具体的“熟人”，医术都不高，都是凭借长久以来的良好服务获得了“朋友般”的信任……。

然而二战后，也就是帕森斯的医患范式形成的时期，社会环境和医学领域发生了很大变化，医疗技术的发展突飞猛进，政府和民众越来越信赖医学。那个时代正是临床医生权力泛滥的时期，医生的职业权威也获得了空前提高；在医生的眼里，已经不再有“病人”，而只有“疾病”（张大庆，2007）。他们采取更加理性、科学的态度对待疾病，无论医学教育还是诊疗程序都日益规范化。医生更加威严，“这并不是医生在某种程度上变得不尽人情，而是因为以前那些明显的仁慈表现对今天的治疗毫无必要”（波特，2000：249）。

在这一时期，医生群体发生分化，医疗实践的核心从全科医生（General Practitioner）转变为专科医生（specialist）（Wolfe & Robin,1973）。不过，在英国等地，全科医生还是以“守门人”的角色保留了下来，并将其纳入全民医疗的制度中（Harrison & Nabila,1996）。全科医生与专科医生相比要具备更加“综合”的能力，因为他们要面对更加复杂的环境，以及更加多样化的病人；同时，他们必须用理性的态度和科学的知识处理这些复杂的问题，因此尽管全科医生仍是提供初级保健服务，但是其理性化、专业化的特点已使其完全区别于传统医生（Crombie, 1963）。

除了医疗领域全面的理性化、科学化之外，随着福利权意识的上升和福利国家建设，健康成为一种权利，医疗成为一种制度。全科医生和医院医生的行为区别是，前者赖以生存的是病人，因此他们对病人的要求很敏感；而后者主要接待其他医生推荐来的病人，所以在他们身上体现的是纯粹的职业文化（亚当、克洛迪娜，2005）。

医疗技术和医生行为规范的变化，使得病人对医生的预期发生改变。一方面，公众更加期望医生能够治愈自己的疾病，而非提供更多心理安慰；另一方面，正是因为意识到了医生行为的变化，也体验到了医生私利的负面影响，人们对医生的不满在增加，如果说以前的医生更像是值得信赖的朋友的话，那么现在人们更多地将医生当作商人或技工看待，医患关系成为一种单纯的商业关系（Wolfe etc., 1972）。对这种态度起到加强作用的还有疾病谱的变化和人们权利意识的提高（Gray, 2000）。尤其是在患慢性病的情况下，病人日积月累掌握的知识已很多，患者与医生之间的专业差距缩小，因此医生与病人之间不是绝对的控制关系，而更是一种参与式的合作关系（Szasz，

Hollender, 1956)。正如科克汉姆（Cockerham）所言，“随着医学进入 21 世纪，最普遍的医患关系模式有可能就是萨斯和霍伦德提出的相互参与模式。这种发展变化是患者不断要求平等和作为现代社会最常见的卫生问题即慢性病的流行两方面导致的结果”（科克汉姆，2000：166）。

（二）人际信任与制度信任

综上所述，西方的医患关系经历了从前现代向后现代的转型，现代工业社会的理性和科学化逐渐占领了医疗领域（或者说医疗领域的理性和科学化本身就是现代化的一个重要组成部分）。如果从信任的角度理解，上述西方医患关系的变迁过程正是从人际信任到制度信任的转变。

信任的最初形式是“人际信任”，在一个社会分工不发达的“熟人社会”，信任发生于直接交往的人与人之间；然而，随着社会的发展，专门化和差异性日益渗透，社会交往的范围也越来越大，信任已经不再是直接的人与人之间的关系，而更多是非人际信任（Shapiro, 1987）。如卢曼（Luhmann）所言，信任由具体的人际信任上升为抽象的社会系统，这时信任的基础是一套稳定的社会机制，与“人际信任”相对的，后者可以被称之为“制度信任”（卢曼，2005）。涂尔干（2000）和卢曼（2005）都曾阐明，从传统的、封闭的、同质性强的熟人社会，到现代的、开放的、建立在社会分工基础上的陌生人社会，有机团结将代替机械团结，职业规范将代替共享道德，信任将从人际领域扩大到系统层面。吉登斯（1998）也认为，对于诸如医生等专家系统的信任是“现代性”的一个重要特征，也是现代社会的要求。

人际信任的逻辑不同于制度信任。前者处于相对有限和封闭的时空状态中，其产生是基于反复交往积累的经验；而后者则来源于制度形成的稳定预期。因此在患者眼里，传统的家庭医生是某个具体的人，其某种品格符合患者的预期，因此获得了信任；而现代医生都是抽象化的角色，患者对他们的信任并非对某个具体的人，而是对这个专家系统的稳定预期。即使病人会选择某位具体的家庭医生或专科医生，他首先看重的也是其教育背景与执业资历。

（三）基于信任分析的研究框架

医疗技术的进步和医疗服务的制度化重新形塑了医生，包括全科

医生的行为；疾病谱的变化，合并医学进步和医生行为的改变，以及现代社会思潮的转向，共同改变了病人对医生的预期。这一系列的转型反映在医生、患者、疾病这三个医患关系核心要素的互动中，而这三个因素恰好可以带入信任分析的一般性定义——信任就是“A 相信 B 会做 X”的一种三方关系，其中 A 是“信任者”，B 是“信任对象”，X 是“具体事件”（哈丁，2004）。除此之外，完整的信任过程还包括在这种心理指导下表现为一定的行为（罗家德、叶勇助，2007；什托姆普卡，2005）。综合上述分析，本文将“医患信任”定义为“患者（A）相信医生（B）会将自己的病治好（X），并在信任与否的态度下采取顺从或抵制的行为。”

本文将调查资料的分析具体化为：“患者对医生的预期与评价——医生的相关特征和行为——患者对医生的信任态度及其指导下的行为”，在此基础上进一步分析信任背后的逻辑过程与影响因素。

三、 研究方法

本研究旨在描述和解释目前中国农村社会的医患关系及其影响环境，因此应首先明确农村医患关系的概念。我国的农村卫生服务体系通常分为县医院、乡镇卫生院以及村卫生室三级。在这三级医疗机构中，县医院在县城，乡镇卫生院一般设在镇中心，这两级医疗机构都是专业化和科层化的正式组织，在农民的眼里他们都是外部的医院和医生；只有村卫生室是嵌入在农村社区的，村医的角色和提供的服务类似西方的全科医生，因此本文的农村医患特指村医和村民的关系。我们也同时调查了乡镇卫生院，以与乡村医患进行对比。

通过以往的研究经验和预调查，我们发现，即使同为乡村医生，医患关系的具体情境亦有很大不同，“赤脚医生”和年轻村医之间的区别尤其大。因此我们主要在同一个镇相邻的两个村进行调查，调查对象，一个村是一位“赤脚医生”，另一个村是一位年轻村医。

调查地点位于湖北省中部地区的 D 镇，最初是因为某国际项目接触该县，经过该项目的调查发现，D 镇的经济社会环境在我国中部地区具有典型性。该镇处于产棉区，青壮年有一半在外打工，留下来的劳动力主要从事棉花种植和打零工，当地的经济条件在整个湖北省处于中等水平。该镇的地理位置位于三个县的交界处，离县城较远，受

城市化的影响较小，两个村村民的主要居住分布至少从建国至今都没有较大变化，几乎没有外县市人口，因此村民之间的社会关系比较传统。两个村的户数都在 500-600 户之间，人数分别为 1521 人和 2221 人。总之，这两个村庄的共性都是以农业为主，规模适中，相对比较传统。

2008 年 8 月、2009 年 12 月，我们两次赴调查地进行田野调查，累计时间 24 天。调查方法包括：一是对村医进行个案访谈，在村卫生室进行参与式观察，并抽查村医的处方和财务账目；二是对乡镇卫生院医生进行个案访谈，在乡镇卫生院的科室进行参与式观察，并抽查医生处方；三是在村口的小卖店进行随机访谈，由于小卖店人流较大，因此这种随机访谈往往变为多人参加的讨论会；四是入户访谈，调查者分为三组，在每个村分三路进行随机入户，两次调查共计 68 次。这样我们访谈到的户数基本占到了总户数的 1/10 左右，从访谈对象看，涵盖了不同经济水平、不同健康状况、以及不同规模和结构的家庭。从访谈结果看，年龄、文化程度、性别、家庭成员的健康状况等都会对其态度产生影响，但是从中还是能抽离出更多共性。

需要说明的是，本文只是聚焦于两个村的调查，调查结果仅对这两个村有解释意义。

四、 医患关系的具体情境

（一）D 镇两村的医患情境

（1）两村卫生室的具体情况

在 D 镇所在的县，村卫生室的用房、水电等费用一般由村里承担，政府会有少量的改建投入，在我们第一次调查时，由于卫生部要求对村卫生室进行标准化建设，县级财政给每个卫生室投入改建资金 5000 元。但是这笔投入只占改建总成本的很小一部分，其余资金由村卫生室和村委会共同承担。由于各村的经济情况不同，改建投入也各不相同。此外，新型农村合作医疗实施以来，参合农民的门诊费用可以在门诊账户的范围内报销，2009 年，当地参合农民的门诊账户是 15 元/人。而在日常的经营上，村卫生室实质上是自负盈亏的“个体经营者”。

在服务内容上，与全国绝大部分村卫生室类似，D 镇两个卫生室

都是以诊治常见病为主，如感冒、发烧、腹泻，以及糖尿病、高血压等慢性病的一般管理。两个卫生室具备听诊器、血压计、血糖仪、消毒锅等简单的医疗器械，医生都有处方权，可以输液和处理简单的外伤，但是不能进行血、便等常规化验。

D1 村的居民有 1521 人，卫生室负责的村医是 G 医生，年近 60 岁，本村人，最初是该村的“赤脚医生”，在 D1 村行医超过 40 年。该卫生室由他和另外一位老医生（也是“赤脚医生”），以及一个护士和一个药剂师组成，这个村卫生室是本村村民治疗一般性、常见性疾病的首选，由于 G 医生的声誉较高，所以除了本村外还有邻近村的很多患者来这里就诊，在所有患者中，本村人和外村人各占一半左右。该卫生室平均每天接诊的患者都在 50 人次以上。我们在 D1 村调查的几天中，每天都可看到在 D1 村就诊和输液的病人络绎不绝。

D2 村与 D1 村临近，全村有 2221 人。卫生室负责的村医 Z 是年轻医生，本村人，Z 医生 1996 年毕业于当地卫校的社区医学专业，中专学历。刚毕业时村里的一些“赤脚医生”还在卫生室工作，Z 于是外出打工，直到 2003 年老医生们或去世或因年龄大而退出时，Z 才接替他们做村医的工作。目前 D2 村卫生室还有一个药剂师，偶尔也会接诊。与 D1 村卫生室亮堂的新房子相比，D2 村卫生室破旧、寒酸了许多，每天的接诊量也远小于 D1 村的卫生室，不足 20 人次。而且由于两村相邻，所以很多 D2 村的患者到 D1 村的 G 医生处看病。另外，在 D2 村还有一个退休老村医开设的私人诊所，这个私人诊所尽管不是每天都营业，但是还是分流了很多 D2 村的病人。

（2）村民对村医的角色预期与评价

D1 村的卫生室是 D1、D2 村的村民“看小病”的首选，一般的感冒、发烧、腹泻都会先到 D1 村卫生室，而再严重一点的疾病则到乡镇卫生院和“大医院”解决，因为他们很清楚，这些“稍微严重点的病”已经超出村医的设备和专业范围了。而之所以首先选择村卫生室看小病，价格便宜和交通便利是两个重要因素。在村卫生室，从处方情况看，如果只是口服药，单张处方的费用一般都在十几元；即使是含静脉注射的处方，一般也不会超过 30 元；在距离上，从 D1 和 D2 两村的任何一个村民家里到 D1 村卫生室，步行都不会超过半小时。

在交通和价格上，D1 和 D2 村的两个卫生室没有区别，甚至 D2 村卫生室对于 D2 村村民来说，交通上更加便利。那么为什么 D2 村的

村民也会选择 D1 村卫生室呢？这就涉及到对村医的具体评价问题。在问到“什么样的医生是好医生”时，村民普遍认为，“能看好病的医生就是好医生”，这是最重要的评价标准；但是除此之外，在具体评价哪个医生的时候，村民往往也会将医生的态度包括在内，对待村医尤其如此。

在村民眼中，行医 40 余年的老医生们的医德是值得尊敬的。遇到村民没钱看病的时候，G 医生都会让病人先赊着。赊账的农户一般到年底就会把账结清，但也有遇到年成不好，或者家里实在困难的，就会一直赊。在 G 医生这里，只会存在由于技术和条件的限制治不了的病，不会出现因为经济原因将患者拒之门外的情形。而除了赊账外，老医生耐心和尽职尽责的服务态度也得到村民的认可。

村民 a2²：为人民服务就是好医生。啥时候来啥时候给你看病。黑天，冷吧，热吧，能动弹的到这来，不能动弹的什么时候叫什么时候到。庄户人家就喜欢这个。不像大地方的医生，我嫌冷、我嫌热、我得睡一觉。

村民 a6：他也不吃你的也不喝你的，挂完针说你在这吃吧，他不吃，很少（有这样的）。

在医术方面，村民们也给予 G 医生较高的评价。尽管 G 医生是在计划经济时期接受的非正规教育，但是与受过正规教育的乡镇卫生院医生、年轻村医相比，村民还是对“赤脚医生”的医术更为信赖。

村民 a2：乡镇卫生院的医生就是技术不行，还不如我们村医

² 本文中访谈对象的代码，a 代表 D1 村村民，b 代表 D2 村村民。

生看的好，说实在的，G 医生就是没有仪器，买不起那个仪器，要不然比他那看得要好。

村民 a5：你像我们周围 5 个村，还有农场的、当兵的，都来这里看。还有个别蛮远的，都来问你们的胡子医生（G 医生）在不在？他长很多胡子的嘛，所以喊他胡子医生。

村民 b11：我们平时都到 D1 村去看病的，我的小孙子，平时就是个感冒发烧，他看小孩子看得好，大家都知道。

从上述表述中我们可以感受到农民和村医 G 之间的融洽关系，以及他们对 G 医生的高度信任，这与已有的文献和报道中经常反映出的紧张的医患关系截然不同。从对村医们的日常诊疗行为和服务态度上看，村医 Z 与村医 G 没有太大不同，同样是随叫随到的服务、同样允许赊账、同样收费便宜……除此之外，村医 Z 甚至具备了老村医们不具备的专业背景——中专文凭。尽管如此，村民们对 Z 仍不太信任。与 D1 村卫生室门前大树上挂满的输液瓶相比，D2 村的卫生室门可罗雀，每天只能接待十几个患者。村民们对村医 Z 的不信任主要集中在医术上。

村民 b4：村里很少有人找村卫生室看病，村里面过去几个老医生都过世了。个人诊所服务态度更好一点，是个 50 多岁的老医生。村卫生室查不出来病，都搞怕了。

村民 b7：大队卫生室的不会看，医生不好，现在稍微好一些，

有个卫校毕业的，这个医生稍微好一些。还是私人开的好一些，他（更）会看病些。个体诊所是个老医生，是以前的“赤脚医生”。D1 村的 G 医生也是个老医生，都蛮会看病，态度也蛮好。

村民 b10：一般都是伤风感冒买点药到这里来，一旦大一点的病就不到这里来了，一是没有检测设备，二是医生经验不太足。

上述表述充分反映出村民对年轻村医的不信任。在这些评价中还包含了另外两个人物——D2 村私人诊所的医生和 D1 村的村医 G，这两位医生是 D2 村村民看病的首选，两位的共同特征就是“老”。在这里我们看到了老医生的“标签”，村民们一再强调他们的“老医生”身份，在村民眼中，信任他们的首要原因正是与“老”相关的丰富经验；与此相对的，他们不信任年轻村医的主要原因是“经验不足”。

（3）村民与村医的互动

村民对村医的信任态度会直接反映在诊疗过程中，如果态度倾向于信任，则会对村医表现为更多的依赖与顺从，相反，则会参与到诊疗过程，要求医生按照自己的要求进行治疗。事实上这种参与诊疗的情况在 G 医生和 Z 医生处都会出现，但是程度差别很大。

G 医生是 D1 村人，一直生活在 D1 村，与所有村民认识，这些村民有很多甚至是他的邻居、亲戚、朋友等，这种熟识带来的是 D1 村患者对 G 医生的更多信任，D1 村的村民大多用“我们相信他”、“不信他就不会到这儿来看病了”这些明确的信任表达，在此基础上，他们对 G 表现出更多的依赖和顺从，表示“问大夫啊，我们能知道拿什么药”，“开什么药就吃什么药，一般不问，从来不问”；与此相对，D2 村的村民都表示跟 G 医生不太熟悉，“知道他姓什么叫什么就行了”，而在 G 医生看来，D2 村的大多数村民最多也只是“面熟”而已，D2 村的村民更注意收集医疗知识，更倾向于对 G 医生提出诊疗要求，也更会发生自己去药店买药自我治疗的行为。

与 G 医生形成鲜明对比的是，由于村民对 Z 医生的医术信不过，所以参与诊疗的情况经常发生，面对这种情况，在对病人没有特别大的损害的情况下，Z 医生一般都会顺从病人。

b2：一般是小感冒的话去（D2 村卫生室）看一回，看不好了我马上转，到信誉度比较好、医生比较资深的地方去。

b19：那如果下面医生不采取这个方法，就没有病人来看病。他会说我明明要那个药，他不给我，我不在这里看了。

村医 Z：他们经常点药，十个人里面有三四个自己要求我要用什么药。但是我根据他们病情下药。我不能听你说要什么药就给什么药，不然你来做医生好了。但是也看什么药，像有些药的话是吧，一般感冒药，感冒清、感冒胶囊关系不大（也就顺着病人的要求）。……其实我们这边吊针比较少，我们昨天十几个病人，打了一个点滴。一般都是开药，有些人嫌贵了，一般能打小针打好就不会吊针。输液是好的快一点。但是也看是什么病情。我建议输液，但是坚持不输液，要求吃药的病人很多，还不是花钱多了么。我们开药的话五块钱左右，输液就要高点。

除了这些共同点之外，村民的个人特点也会影响到与村医的互动。其中最明显的是，家中有未成年子女的中青年男性的态度，因为未成年子女的身体抵抗力较弱，所以他们比较关注医疗知识，而他们

的文化程度也使他们有能力理解这些医疗知识。这些人普遍掌握的医疗知识更多，更倾向于在诊疗过程中发表自己的意见。以下是两个典型事例。

村民 b3 : (男 , 40 岁) 我家里有个 7 岁的儿子 , 小病就在卫生室里看了 , 看大病一般是到县级医院。头孢啊 , 青霉素啊 , 氨苄青霉素那一类的都是抗生素。因为我们小家伙经常感冒 , 我们在卫生室挂针 , 会带点药回来 , 那药我们都是看过的。每次在医院 , 医生打吊水的时候 , 护士来换水的时候 , 会告诉我们这一瓶是消炎的 , 这一瓶是抗病毒的。到卫生室看 , 打一针要二三十块钱。如果到县医院看 , 打一针就要六七十块钱。(问 : 听说过抗生素的耐药性吗 ?) 知道。耐药性就是人体病菌长期用抗生素 , 它就慢慢对抗生素产生一种抵抗力。(问 : 在哪里知道的呢 ?) 医生给我们介绍啊 , 电视啊 , 广播啊 , 报纸啊 , 都对抗生素有介绍。听收音机 , 每天有一个节目是关于健康 , 一般我们到医院 , 大夫、护士也给我们介绍一点。你像正规一点的医院 , 医院的每个科室都有宣传栏。……到大医院看 , 都符合要求 , 小的地方 , 像村卫生室就不是太标准。XX 医院 (某县医院) 的医生就说能够不用抗生素看好的 , 他就不给你用抗生素。我很同意他的观点。

抗生素对肝、肾、胃都有一定的副作用，产生毒性。但是村卫生室水平低得很，有些知识还不如我。他们用抗生素，7岁的小孩，也不称体重，也不看你的抵抗力。用抗生素有蛮大的弹性，用1次也可以，2次、3次也可以，县一级大夫开药，称体重，再一个看你小孩抵抗力强不强、身体的状况好不好，好就给你少用一点，就是看你的病情给你用抗生素。……抗生素要少用，现在我们是这么认为的，要从本身的体质，要提高人体的体质，饮食要规律化，蔬菜要多样化、清淡化。

村民 b5：用抗生素时间长了就有抗药性。小病不需要那么大的剂量或者不需要那么好的药品，假如我感冒我吃点 ABC 或者伤风胶囊了都可以吃好，但来了医生把病情一问，然后就说给你输液，其实根本有些时候就不需要。因为我有两个小孩，小时候原来就经常得病，原来有老中医或者有经验的老医生，就说给你配点什么药，几块钱，挺便宜，小孩吃了就好了。

面对不同的患者，除了被动地应对患者的要求外，村医都会主动迎合患者预期，即使得到更多信任的 G 医生也不例外。对于村民来说，大部分人的知识水平不足以对医生的专业性做出判断，除了希望价格便宜和服务好之外，他们笼统地认为“能看得好病的医生就是好医生”，或者更具体的“越快把病看好的医生就是好医生”，以及“越贵的药疗效

越好”、“输液比吃药好得快”等。由于村卫生室是自负盈亏的，病人的多少决定了村医收入的多少，因此村医往往会顺从病人的意思，甚至“看人开处方”。比如，他们一般给小孩和经济条件较好的病人开贵一点的药或者输液，而给老人、经济条件较差的病人开便宜的口服药；他们的处方一般只开 3 天的量，一方面是降低单次诊疗费用，另一方面 3 天后如果病情不见好转就会换药；从处方上看，抗生素明显使用过多，两种以上抗生素联合使用的情况也非常普遍；为了使发烧病人（尤其是小孩）的体温尽快降下来，在输液处方上我们看到了激素的大量使用……事实上这些处理有很多是不恰当的，甚至是有损健康的，但是却符合不具备基本医疗知识的村民的预期，因此村医在明知不合适的情况下还会这样处理。³

（二）D 镇卫生院医生与村民的医患情境

（1）D 镇卫生院的具体情况

D 镇卫生院位于镇中心，2009 年在该卫生院调查时，有病床 40 张，在职员工 52 人，其中在职医生 12 人。卫生院有内科、外科、妇科、中医科、皮肤科等科室；有基本的检查和治疗仪器，血常规、尿常规、心电图、B 超等基本检查都可以做，可以处理骨折等外科创伤，并且可以进行一些诸如阑尾切除、顺产、剖宫产等下腹部手术。2008 年卫生院年收入 200 万元左右。就 D 镇卫生院的规模、技术水平、收入来说，在全县处于平均水平。

D 镇处于三县交界，距两个县的县医院都要半小时车程。尽管离县医院有一定距离，但是 D 镇的居民还是倾向于在村卫生室和县医院看病；再加上自 20 世纪 90 年代中期以后，政府对卫生院的财政投入逐年减少，到新农合实施之前已经不足卫生院全部收入的 1/10。因此 D 镇卫生院一度效益很差，几乎难以为继。该县 2007 年实行新型农村合作医疗，因为部分医疗费用得以报销，使得农民的医疗需求得到释放；在乡镇卫生院的住院报销比例较高，使得卫生院的服务量上升，经济收入随之提高；再加上最近几年政府对卫生院的投入有所增加，因此卫生院“稍微有些起色”（卫生院副院长语）。具体表现在 D 镇卫

³ 抗生素和激素的使用方法都是最基本的医学知识，我们在访谈过程中也特意与村医交流了这方面知识，发现他们确实是“明知故犯”。

生院的床位使用率保持在 80%以上，有时甚至是 100%；在业务收入上，90 年代中期时是 100 多万，后来最差的时候降到过几十万，而新农合实施几年后（2009 年），收入达到 200 万以上。

（2）村民对 D 镇卫生院医生的角色预期与评价

能够在村里看好的病农民一般不会选择去乡镇卫生院，所以农民到乡镇卫生院的情况是，要么希望做一些村卫生室做不了的检查或化验，要么是病情稍微重一点，希望得到更高级的治疗。在访谈对象中，选择到乡镇卫生院就诊的情况包括生孩子、鼻炎、腰椎间盘突出、胃病、骨折等。这些病不是“小病”，但是没有“大”或者紧急到非要去县医院的程度，乡镇卫生院相较县医院毕竟在距离和价格上有优势，在这种情况下，农民会选择乡镇卫生院。下面这例腰椎间盘突出患者的求医过程就是典型例子。

她（老伴）那个腰椎发疼，去了（D1 村卫生室）5 天，一天一瓶（输液）一共吊了 5 次。吊了 5 次以后呢，他（G 医生）就给我建议，说我这又不是专科，我们镇卫生院有个骨科，你去看看。我就试了，去了医生就跟我说，哎呀，你这个没得仪器检测的，没有根据的，我怎么给你用药啊？你不如到县里去看一看，用仪器检测了。后来 5 分钟不到，他又走过来，说我先给你搞点药试一下看，如果有好转你就来啊，没好转你就不回来了。然后就检查问说这里疼不疼、这里疼不疼，本身就疼你说是不是啊。然后说好，我先给你用一下药，查了一个血（用）去了 15 块。后来在腰那里打了几瓶小药，就这么小的几瓶，一个是拿大针打

的，一个拿小针打的。不算药他注射费就开了 100 块！说给你优惠一点啊，80。药是我另外买的。搞了一天（才）回来，回来一晚上都睡不了了，第二天早上我就打电话，叫车来拖到县里去检查。

从我们调查的情况看，两个村的村民对乡镇卫生院的评价非常一致，他们普遍认为乡镇卫生院医生的医术显然没有达到他们的预期，甚至不如老村医。

村民 b3：乡医院还不如这里呢（指 D1 村卫生室），技术不行。看不好，还白花钱。都知道，像我们这老病号都知道。

村民 a9：你在乡镇看（合作医疗）报 60%，但是一个专家都没有，缺医少药的，他这个不行呀。

村民 a10：（有过在乡镇卫生院治疗鼻炎的经历）说句实话，当时我们都不满意，给点药算了。他们开的药效果也不好。

与对村医的态度和情感预期不同，村民并不要求乡镇卫生院医生随叫随到、可以赊账等，他们更希望这些医生能够认真、耐心地对待自己的病情，以及合理地收费。在这方面，村民对乡镇卫生院也颇为不满，而且对新型农村合作医疗实施后的收费存有疑问，这种疑问反而造成新农合实施后医患关系的进一步恶化。

村民 a12：生小孩子的时候在 D 卫生院，服务太差，以后再也不去那地方了。

村民 a5：他们（指乡镇卫生院医生）这都是跟工资挂钩，跟奖金挂钩，你说那个医生给做了检查花 300，到我这也要做个检查，这都是跟工资挂钩的，跟开处方一样的，他要挣够这个工资，他没办法。你说医院捣鼓这个，他也是要挣钱的，你说他花个好几百万买了个仪器来，他不做检查怎么挣回来这个钱。他们也要讲这个提成的啊，不开药不做检查他们怎么拿提成？

村民 b9：我看现在制度（指新型农村合作医疗）是国家拿出来的钱多，拿出来的钱很多，但是老百姓完全得不到实惠。那时候（指旧合作医疗）老百姓拿的钱少，老百姓全部能得到实惠。以前的口号就是一根银针一把草。……现在（新农合实施后）看病更贵了，老百姓干活太累了，一般有病后不愿动，到卫生院报销 60%他都不愿去，太贵了。

（3）村民与 D 镇卫生院医生的互动

尽管村医与村民的专业差距更大、村民在乡镇卫生院看的都不是“小病”，但是由于村民对乡镇卫生院医生的信任程度很低，所以患者参与诊疗过程的情况就相当普遍。与村医类似，由于就诊患者数量直

接决定了医生的收入，同时乡镇卫生院的医生也很清楚农民对他们的不信任，他们不愿意得罪病人以至引起冲突，因此在大多数情况下，医生会顺从病人的诊疗要求，尽管这些要求常常是不必要的或是不恰当的。

中年骨干医生：(病人干预治疗的情况)这种情况蛮多的，这种情况下就是给病人作一点解释工作，同意就算了，不同意就按他的意思做。比如乙肝，他听别人(说)吃什么药好了，几百块钱一付，他来了也要这个药，说别人都吃好了，我现在就要吃这个药。但这个药未必适合他的。……药都是他想好才来的。这种想法都是患者和患者之间交流知道的。就是他找医生，医生解释他不相信，他就是找患者，患者说我吃这个药好了，他就一定要吃这个药。

卫生院医生的直观感觉是医患关系不断恶化、医疗纠纷逐年增多，这与我们在村卫生室看到的情况形成鲜明对比。以下是卫生院副院长陈述的一个比较典型的医疗纠纷案例。

前两年吧，一个骑摩托的，蚊子进眼睛里后，看到在角膜上，我们医生取下了之后，当时我们医生问他有没有痛感，他说没有，后来角膜感染，最后病人花了4000多，他来找你，他不是要你4000块钱的医药费，他是找你说我承包了30多亩田，我一亩田

损失好多呀，反正你就要赔我的损失，我也不给你搞鉴定，不给你打官司，反正一上班我就来骚扰你。最后迫于无奈，还是赔了几千。

面对医患纠纷，医生益发小心谨慎地处理医患关系，尽量免除风险，保护自己。

某年轻医生：你在网上可能会看到现在很多医生在跟病人家属谈话的时候都带录音笔。你看我的手机里面就有，如果这个病人比较重，我就会把跟家属的谈话录下来，免得以后有医疗纠纷，这也是自我保护的一种手段。我买的第一个 MP3 不是用来听歌、学英语的，就是（用来）录音。我这么做是因为现在社会上普遍医患关系不好。……病人对医生和政府都不信任，他始终认为你医院还是一个赚钱的单位，原来出的多是这样，现在出的少也是这样。……原来因为花钱多，所以患者没好就要求出院，这种情况也蛮多的；现在的情况是很多患者自己要求住院。你也知道现在医患关系不好，所以病人要求住院也好，要求出院也好，我们都尊重病人。如果有需要出院的病人，我会委婉的告诉他病（治的）差不多了，但是我不直接让他出院，这个责任谁也承担不

起。

五、 总结与分析

(一) 村民的信任：人际信任与制度信任之间

通过上述描述我们可以发现，在所有医生中，获得最多信任的是村医 G，村民对其认可度很高，并相应地表现出对其顺从的行为；村民对年轻的 Z 医生和乡镇卫生院医生都表示不信任，表现在行为上，要么不选择在这两处看病，要么参与诊疗，直接告诉医生自己需要什么样的治疗。这与媒体的报道和以往的研究结果显然不同，且似乎也不符合帕森斯所认为的，对医生的信任来自于远高于患者的专业水平的论断。进一步分析可知，在“A 相信 B 会做 X”这一信任评价中，村民对村医和乡镇卫生院医生采取的是完全不同的评价体系。

在对医生的预期中，疾病类型是主要影响因素，在“A 相信 B 会做 X”这一信任评价中，针对村医和乡镇卫生院医生的“X”，即疾病类型是不同的。村民选择“小病在卫生室看”，也就是说他们对村医的专业技术预期只是能诊治诸如感冒、发烧、腹泻等简单的常见病。村民相信 G 医生源于其在本村 40 多年的行医经历而形成的稳定声望；Z 医生过于年轻，一方面没有足够的时间让他建立职业声誉，另一方面“中专生”的资质和经历都不足以建立专业权威。然而对于乡镇卫生院医生来说，“X”是更严重一些的疾病，是村医看不了的病，从这一点上看，村民对乡镇卫生院医生有更高的专业技术预期，而对乡镇卫生院医生不信任的一个很重要的方面，恰是“一个专家都没有”。

除了医术的预期外，村民对不同医生的行为预期也不同。村民对村医和乡镇卫生院医生的行为规范的预期与评价也是完全不同的。鉴于村医和村民之间的日常交往更为密切，渊源也更为深厚（村医都是本村村民），因此村民对村医的服务态度要求很高，也要求村医服务更为人性化，比如价钱便宜、可以赊账、随叫随到、服务周到等，通过这些要求可以看出，村民对村医更多的是“人品”的要求，而非“职业道德”的要求；但是村民对乡镇卫生院医生的要求则少了感情因素，多了工具理性，他们首先要求的不是服务态度的人性化，而是医生认真对待自己的病情，并且合理收费，这与二战后西方社会理性化和专业

化的医生角色规范相类似。

结合本文对于西方医患变迁和信任的研究综述可知，村民对村医和乡镇卫生院医生采取的是完全不同的两套信任逻辑。

村民对于 G 医生的信任态度与西方国家二战之前的情况类似，遵循的是人际信任的逻辑，是基于对“熟人”的“放心”，而且其信任度的明确程度跟熟悉程度有关——D1 村村民与本村的 G 医生是两两熟悉的本村熟人，所以 D1 村村民对 G 医生的信任更明确，而 D2 村村民与 G 医生是单向的“半熟人”，因此信任的明确度弱一些。这也符合熟人关系的特点，对于人际信任而言，“信任程度与人际关系的密切度呈正比”（彭泗清，2003：9）。村医 G 的“专业合法性”的建立，依赖于长期的、频繁的互动，而非单纯的“文凭”。

而面对现代性的外部社会，村民采取的是另外一套专业化、制度化的评价标准。乡镇卫生院的医生不是具体的 G 医生或 Z 医生，而是笼统、抽象的，它指代的是这一科层组织下，不同分工（医生、护士、药剂师等）的陌生人群体，他们对乡镇卫生院医生的预期是“抽象专家”。进一步，人们之所以会信任陌生人，尤其是远远超出自己理解和控制能力的“专家”，是因为有制度来规范专家的行为，以形成稳定的心理预期。正如卢曼（2005）所言，人们信任的是这套规范系统的功能，而非信任人。因此在村民对乡镇卫生院医生的评价中，一方面抱怨乡镇卫生院医生在能力和行为方面都不符合“医务专家”的角色规范，另一方面也将不满延伸到相关的卫生体制，认为是医生的服务“跟工资挂钩”才导致其逐利行为等。

村民对于村医 Z 的预期比较复杂，而且体现出更多转型期的特点。一方面，村医 Z 在本村土生土长，是村民的“熟人”，他用带有更多情感的态度对待患者，与患者很少有正式的冲突；另一方面，这种基于“熟人”的情感和信任并未延伸到医疗互动中，村民认为他只是“中专生”、“看不好病”，所以不足以作为医生获得信任。以此可以看出，村民对其预期已经开始采取外部的专业化、制度化的标准，也就是说开始具备更多制度信任的色彩。

除此之外，部分农民（如文中提到的有未成年子女的中青年男性）正在具备越来越多的医疗知识，随之而来的是他们对村医专业性要求的提高。

上述村民对不同医生的预期和评价如下表所示。

医患信任类型

医患类型		赤脚医生——农民	年轻村医——农民	乡镇卫生院医生——农民
预期	医术	经时间检验的娴熟技术	经时间检验的娴熟技术,或者足够的文凭资历	较强的专业技术
	医德	人性化、体贴的服务	人性化、体贴的服务	认真、费用合理的服务
评价	医术	经时间检验的娴熟	既未经时间检验,也没有正式专业认可	专业水准不够
	医德	人性化、体贴的服务	人性化、体贴的服务	费用高、牺牲患者利益
信任类型		人际信任	介于人际信任与制度信任之间	制度信任

从发展趋势看,凭借多年经验建立信任的成本很高,而且医疗的专业化程度日益提高、社会的现代性日益渗透、以及人们健康意识和对健康服务要求的提高,这些都意味着已经不能单凭“熟人经验”建立对医生的信任。相反,文凭、职称、资历这些制度化因素将起到更重要的作用。尽管如此,就农村社会来说,制度信任并不可能,也没有必要完全代替人际信任,因为家庭、社区等熟人共同体仍然存在,而且这种建立在熟人共同体内的信任是重要的社会资本,即使在现代社会,也是社会整合和社会团结不可或缺的(帕特南,2001)。因此,如果未来有更高学历和资历的医生能加入到乡村医生队伍,医患关系在乡村社会的发展趋势更有可能是人际信任和制度信任并存,而且两者的叠加效应会增进医患信任,使其信任度高于村庄外部的抽象医患关系。村医的培养不能再只是一个“中专生”放到村卫生室任期自生自灭,而是应该培养学历和资历都符合农民预期的村医,通过教育、培训、管理制度,使村医们具备专业上的“制度合法性”。

除此之外,正如上文所言,医患关系还取决于医生的行为,而医生的行为还会受到医疗体制等环境因素的影响,并不一定遵循患者的预期。

(二) 医生的行为: 医疗体制与社会环境的共同形塑

以往的研究大都是将卫生制度当作最终解释因素。目前的三级卫生医疗体系是计划经济时期形成的。形成之初,村医的工资和药品等开支都是由村集体支付,村医的服务对象是本村村民,其服务是以“集体福利”的形式存在;而县乡两级医疗机构都是国有性质的公立机构,资金来源于财政拨款,其服务是一种“国家福利”。但是改革开放以来,集体的消解使得村卫生室失去了原来的筹资基础,村医仍在本村行医,但是变为自负盈亏的个体经营者;同时,国家财政逐渐减少对公

立机构的支持，到上个世纪 90 年代初期，乡镇卫生院的绝大部分收入来源于自身的经营。因此以往的研究认为，正是这种体制转型的原因导致所有的医疗机构都过分追逐经济利益而罔顾患者的利益，因此导致了患者对医生的不信任。在我们进行调查的 2008、2009 年正是新医改启动之际，全面的改革措施并未实施，尤其是筹资和支付制度改革并未开展，因此医患关系仍是“患者——医生”的双向关系，而国家角色的影响不大。⁴

但是通过本文的调查我们发现，尽管村医和乡镇卫生院医生面临的是相同的卫生制度，其行为却存在区别。乡镇卫生院医生的行为与上述逻辑相符，医患之间关系紧张；但是村医的行为却更贴近村民的预期，因此医患关系更为缓和。结合上文分析，这与他们所处的环境以及服务方式有关。

村医服务的空间是一个传统的“熟人社会”，他们作为一个个独立和具体的行医者直接面对有限的服务对象，对于他们来说，个人声誉就意味着服务量，并进一步决定了收入的多少。因此村医会主动迎合病人的预期，甚至会牺牲部分经济利益，以换取更长期和更多的经济互动，比如“薄利多销”、上门服务、以及一定程度的药物不合理使用等。村民对村医的角色预期对于村医有较强的规范作用。

乡镇卫生院所处的却是一个相对开放和现代的空间，他们的服务范围一般几倍于村卫生室，因此通过口耳相传建立个人声誉的成本较高；而且“乡镇卫生院医生”并不是具体的张三或李四，而是一个“匿名群体”，因此具体到某个医生的个人声誉的建立对于其服务量和收入的影响并不大。事实上，在任何一个以社会分工和专业化为特征的现代社会中，专业声誉的建立都不是依靠传统的口耳相传，而更依赖权威机构的专业资格认定；而对某项专业职业的监督，一般都是行业内部监督和外部监督相结合，几乎不可能依赖传统的道德规范。在这种情况下，一边是经济激励，另一边是有效监督的缺乏，乡镇卫生院医生的行为朝向为了自己的经济利益不断损害患者的健康权益方面发展，长此以往，自然失去了村民的信任；进一步，不信任带来了医患关系紧张，乡镇卫生院医生为了防止医患矛盾激化，转而被动迎合病人的要求。因此我们在两者的互动中看到了更多直接的利益争夺与博弈。

⁴ 2003 年开始实施的农村新型合作医疗制度，因为资金主要用于大病报销，只有少量的家庭账户资金用于村卫生室的报销，所以对乡村医患关系的影响不大。

（三）进一步的思考：社会转型的作用

再回到西方医患关系的变迁，从“朋友”式的西方传统医患，到帕森斯时期的“父子关系”，再到上个世纪末开始的“消费者—服务提供者关系”，其背后事实上是医疗领域从传统向现代再向后现代的转型，而其中起决定性作用的两个客观因素是医疗技术与疾病谱——前者决定了医疗服务的供给，后者决定了医疗服务的需求，两者的变化主导着医患权力天平的变化。在传统医患时期，医疗技术有限，疾病以传染病为主，因此医生以良好的服务态度弥补医术的不足，同时服务的主要形式是家庭医生上门服务，而非科层制的医院，医生的职业地位远称不上“专业权威”；医生专业权威的迅速建立甚至膨胀，是从上个世纪初开始，维持了不到 100 年的时间，这一时期疾病谱是以急病、外伤为主，医学高速发展，专业化大大提高，随之而来的是医疗机构的组织化和科层化，服务的主要场所变为医院；而从上世纪末开始，医学的进步变得缓慢，疾病谱变为以慢性病为主，医学对此的贡献有限，医生的权威性下降，由于慢性病强调人的整体性，以及人与环境的关系，所以人们重新反思应该以“人”为核心，而非“技术”和“疾病”。

伴随这一过程的还有一个重要因素，即国家角色的介入。在传统医患中，只有“患者——医生”的双向关系，但是从上世纪初开始，医疗技术的发展使得医疗支出变成一种风险性支出，医疗保障因此产生，并且在二战后，覆盖全民的医疗保障制度逐渐在绝大多数工业化国家建立。因此医患双向关系变为“患者——国家——医生”的三向关系，医生不只对患者的健康负责，更被卫生制度所形塑。这也是“消费者——服务提供者”关系形成的一个重要因素。

对照上述西方医患关系的变迁可以发现，在传统的中医时期和赤脚医生时期，从科学性的角度看，医生整体的医疗技术水平都不高，因此那时的医患关系与西方传统医患关系有很大的相似之处；但是改革开放以来，无论疾病谱、医疗技术、卫生制度，还是外部社会环境，都在经历着迅速的变化，而不是类似西方社会那样缓慢的渐次变化。这主要表现为，从疾病谱上看，农村的疾病谱经历了从急性病和外伤为主向慢性病为主的迅速变化；医疗技术迅速发展，外部科层化的医疗机构日益专业化；农村卫生制度经历了集体福利的瓦解到国家保障重建的转变；外部社会环境在日益现代化，但是很多乡村社会内部仍保留着诸多传统性因素……

总而言之，今天看来，中国农村医患的影响因素兼具了传统性、现代性、甚至后现代性的多重影响，因此村民对村医的预期是复杂的——既有传统人际关系的逻辑，也有现代制度关系的逻辑。而就村医而言，其医疗技术水平和角色也是介于传统中医和现代医生之间。对照西方的发展趋势，未来随着后现代性的增加，需要对传统和现代进行反思和解构。一些传统性因素，比如村医服务中的以“人”为核心，在后现代亦是适用的。现代医疗制度的建立，亦即国家对医疗的介入是毋庸置疑的，那么未来需要思考的问题是，如何将传统因素融入制度中，使其发挥积极作用。

新医改开始于 2009 年，正是本文调查的结束之时。这一轮卫生领域的改革将会是根本性的变革，近 3 年来医疗领域已经发生了很大变化。一方面，本文希望能对前一阶段的农村医患情形做一客观的记载和初步的分析，以作为今后历史比较研究和进一步分析的资料；另一方面，医改的很多问题目前仍未确定，本文的研究希望能为下一步的改革有所启发。

参考文献：

- 波特，罗伊，2000，《剑桥医学史》，张大庆等译，长春：吉林人民出版社。
- 陈锡文，2001，《中国农村经济体制变革和农村卫生事业的发展》，《中国卫生经济》第 1 期。
- 费孝通，1998，《乡土中国》，北京：北京大学出版社。
- Gray, J. A. Muir, 2006,《聪明的病人》，秦颖、唐金陵译，北京：北京大学医学出版社。
- 哈丁，罗素，2004，《我们要信任政府吗？》，沃伦·马克·E.主编《民主与信任》，吴辉译，北京：华夏出版社。
- 贺雪峰，2003，《新乡土中国》，南宁：广西师范大学出版社。
- 吉登斯，安东尼，1998，《现代性与自我认同》，赵旭东、方文译，北京：三联书店。
- 科尔曼，詹姆斯，1992，《社会理论的基础（上）》，邓方译，北京：社会科学文献出版社。
- 科克汉姆，威廉，2000，《医学社会学（第 7 版）》，杨辉、张拓红等译，北京：华夏出版社。
- 李伟民，2005，《红包、信任与制度》，《中山大学学报》第 5 期。
- 刘俊香、莎仁高娃、李晶、王官会，2011，《新医改背景下医患信任的主导：道德信任与制度信任》，《医学与哲学（人文社会医学版）》第 11 期。
- 卢曼，尼可拉斯，2005，《信任》，李强译，上海：上海世纪出版集团。
- 罗家德、叶勇助，2007，《中国人的信任游戏》，北京：社会科学文献出版社。
- 帕特南，罗伯特·D.，2001，《使民主运转起来》，王列、赖海格译，南昌：江西人民出版社。
- 彭泗清，2003，《关系与信任：中国人人际信任的一项本土研究》，郑也夫、彭泗清等《中国社会

- 中的信任》，北京：中国城市出版社。
- 什托姆普卡，彼得，2005，《信任：一种社会学理论》，程胜利译，北京：中华书局。
- 涂尔干，埃米尔，2000，《社会分工论》，渠东译，北京：三联书店。
- 亚当，菲利普·克洛迪娜·赫尔兹里奇，2005，《疾病与医学社会学》，王吉会译，天津：天津人民出版社。
- 杨念群，2006，《再造“病人”》，北京：中国人民大学出版社。
- 杨阳，2009，《不同医疗体制下医患信任关系之比较：中国与新西兰》，《医学与哲学（人文社会医学版）》第6期。
- 沃林斯基，F.D.，1999，《健康社会学》，孙牧虹等译，北京：社会科学文献出版社。
- 张大庆，2007，《医学史十五讲》，北京：北京大学出版社。
- 张开宁，2002，《从赤脚医生到乡村医生》，云南：云南人民出版社。
- 郑大喜，2010，《社会学语境下医患信任关系的异化及其重建》，《医学与社会》第10期。
- Crombie. D. L. 1963, "The Beliefs and Attitudes of General Practitioners." *Medical Care* 11 (2) .
- Deutsch, Morton 1958, "Trust and Suspicion." *The Journal of Conflict Resolution* 4.
- Harrison. Stephen & Nabila. Choudhry 1996, "General Practice Fundholding in the UK National Service: Evidence to Date." *Journal of Public Health Policy* 17 (3) .
- Parsons, Talcott 1951, *The Social System*. New York: The Free Press.
- Shapiro, Susan P. 1987, "The Social Control of Impersonal Trust." *The American Journal of Sociology* 3.
- Szasz, Thomas & Marc. Hollender, 1956, "A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor-patient Relationship." *Journal of the American Medical Association* 97.
- Wolfe, Samuel, etc. 1972, "The Family Doctor." *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 50 (22) .
- Wolfe, Samuel & Robin F. Badgley 1973, "The Family Doctor 1960 to 2 000 A.D." *Medical Care* 11 (5) .

作者单位：中国社会科学院社会学所（房莉杰）

北京师范大学公共政策与社会发展学院（梁小云）

北京师范大学公共政策与社会发展学院（金承刚）

责任编辑：张志敏