

地方政府处理社会矛盾的 “分级应对”机制研究

——以 S 省 M 市医疗纠纷为例

陈家建 张琼文*

【摘要】在行政资源有限，并且政府与社会之间信息不对称的情况下，地方政府难以高效、全面地处理各类问题，需要建立一套信息分级的识别与应对机制。论文以 S 省 M 市政府在处理医疗纠纷中的运作机制为关注对象，揭示了相关部门通过事件分类与影响评估两个维度，区分出简单、复杂与重大不同级别的医疗纠纷。总体而言，医疗纠纷应对中，既要“看事”，也要“看人”，是一套综合的评判体系。在此基础上，S 省 M 市政府采用了操作主体不同、处理方式不同的应对机制。这套机制让政府可以集中行政资源解决棘手问题，而让其他次要问题简单处理。但是，这套机制弱化了制度效力，产生了“两极化”的治理效应，催生了各类讨价还价行为，出现制度化难题。

【关键词】医疗纠纷 分级应对 地方治理 两极化效应

【中图分类号】D63

【文献标识码】A

【文章编号】1674-2486(2019)03-0085-19

我们在医疗纠纷中如果说鉴定为医疗事故就应该根据相关法律来执行。但是，现实情况是大多数都没有根据司法程序来走，会有很多“人为因素”在里面。赔偿的标准也不完全一致。（访谈编号：20120811WSJ）

——M 市卫生局

医疗纠纷在当前的中国社会是一个广被关注的话题。大量的研究都看到，医疗纠纷对医患关系、医疗秩序影响极大，应该得到有效的应对（Pan，2015；姚泽麟，2017；张晶，2017）。以往研究多是从医患双方来分析医疗纠纷的产生

* 通讯作者：陈家建（jiajianchen@foxmail.com），中山大学社会学与人类学学院，副教授；张琼文，西南财经大学社会发展研究院，讲师。感谢邓燕华、练宏、姚泽麟老师的意见。感谢匿名评审人的意见。

及应对，看到了医疗技术、服务体系、医疗费用、患者特征等因素对医疗纠纷产生和处置的重要影响（Liebman, 2013；He & Qian, 2016）。然而，在中国，政府始终是社会矛盾处理的重要一方，甚至是最重要的主体。特别是公立医院，处理医疗纠纷的权限和能力都相对有限，一旦涉及到社会稳定，就必须由政府出面。因此，从政府的角度进行分析，是研究医疗纠纷处置机制的重要视角。本研究即是从政府治理的角度分析医疗纠纷的应对机制，从另一个角度揭示地方政府对社会矛盾的处理逻辑。

一、基层治理中的问题应对

转型时期，在社会民众之间、社会与政府之间都有着大量的矛盾纠纷（孙立平，2003）。社会与政府之间的矛盾必然需要政府的参与解决，而社会民众之间的矛盾也往往要求政府介入，这导致政府，特别是地方政府在当前的中国社会中是处理矛盾、应对纠纷的重要主体（王汉生、王迪，2012）。能否有效地应对矛盾纠纷，直接关系到地方政府的行政绩效。因此，分析政府行为，尤其是直接参与纠纷处理的地方政府行为，是考察国家与社会关系、国家对社会治理模式的重要线索。

对于地方政府在处理各类纠纷中的表现，从社会舆论到学术研究都有大量的观点，关注到了政府应对矛盾的方式、手段与影响。（1）首先，在政府应对的方式层面，消极介入与积极应对并存。很多研究看到了政府介入的低效率。在处理各类纠纷，比如房屋拆迁、征地补偿、医疗事故、物业管理中，政府的运作效率通常都很低，简单的纠纷处理也需要拖很长的时间，往往是民众多次上访，引起领导注意后才有解决希望（田先红，2012a；张磊，2005；吴毅，2007）。一些研究者用“问题化”概括此种情况（应星、晋军，2000），没有被“问题化”的事件往往不会进入政府的工作序列，甚至可能会被无限期地拖延，只有对政府而言是“问题”的纠纷事件，才能尽快纳入政府的工作议程。同时，一旦领导重视，某些问题也可能被积极快速地应对。比如，在影响到社会稳定，或者处于敏感时期，上访群众的利益诉求可能快速得到满足，政府花大价钱“买平安”（田先红，2012b；陈锋，2016）。（2）其次，在应对手段方面，常常超越单一的规则，多种原则混用，而且相互矛盾。很多研究者都观察到，政府在处理纠纷时，核心的目标是“摆平”，为了息事宁人可以综合采用多种手法，出现一种多原则混用的现象（应星，2002）。比如，在处理农村的土地承包类纠纷中，既有可能尊重合同维护承包人的利益，也有可能照顾村民的情绪而破坏

合同规则（张静，2003）。在城市物业纠纷的处理中，利益协商、司法程序、行政压制都可能成为政府处理此类问题的手段，多种手段之间时常出现冲突（陈鹏，2010；吕德文，2012）。（3）第三，政府处理纠纷的方式导致地方治理中去制度化的问题（O'Brien & Li，1999）。在大量的纠纷处理的过程中，并没有呈现出制度化、规则化演进的趋势，相反，却可以不断看到政府处理各种纠纷时对法律制度的偏离。在多原则处理手段中，法制只是其中一种，时常被其他更“有效”的手段所超越，法律的权威被破坏消解（强世功，1997；赵晓力，1997）；在与民众谈判中，具体情况具体处理，“一把钥匙开一把锁”是政府部门常用的手法，虽然解决了具体问题，但阻碍了一种整体规则的出现（孙立平，2003）。所以，在地方政府处理纠纷过程中，大量存在权宜、粗暴的手段，虽然在当下是有效的应对方式，但阻碍着长远的制度化建设（狄金华，2015）。

概括而言，既有研究呈现了地方政府多样化的处理机制：面对矛盾纠纷，政府可以消极介入，拖延时间，也可能积极应对，快速摆平。所采用的手段也极为多样，可以遵从法制，也可能是顺从人情关系，还会借助强力压制。这些处理方式和手段让地方政府行为显得灵活多变，纠纷处理结果难以预期。既有研究虽然在经验层面揭示了地方政府行为机制的多样性，但研究之间较为零散，遗留一些重要的学术问题有待回答。在应对矛盾纠纷时，地方政府多样化的方式、手段之间有何关联？应对机制多样化的产生原因是什么？

本文并不从纠纷本身的是非曲直讨论，而是尝试从政府的治理体系来分析，考察纠纷处理中政府行为的运作机制及其“结构功能”。因为这类行为长期、稳定、重复地出现表明，地方政府的纠纷处理行为并非取决于个体性因素，而是根植于国家的治理体系。所以，回到治理的体系当中，才能够从制度结构的层面，更深入地理解在纠纷处理中的政府行为。本文提出，政府的应对机制并不是固定僵化的，也不是混乱无序的，而是与所应对的问题特征有关，社会矛盾与应对机制之间存在互动关系。这种互动关系存在于两个基础条件：在行政资源有限，矛盾纠纷多发的情况下，政府难以有效应对所有的问题，需要有不同的应对机制；政府与社会之间信息的不对称导致互动机制的复杂性，在矛盾纠纷这样充满争论的情景中，各方对事件的理解不同、诉求不同，采取的应对手段也不同，而且在博弈中不断变化。在此情况下，政府的应对行为会根据互动情景进行调整，难以简单制度化。

基于上述考虑，本文引入以下研究思路：（1）对纠纷发生的现状与地方治理资源有限性的探讨，分析信息分级对政府的重要性。（2）从纠纷处理的信息不对称中，考察公共治理中信息搜集所遭遇的困境。（3）基于对经验事实的考

察，探讨地方政府在纠纷处理中的信息判定方式。（4）分析在信息判定的基础上，政府部门如何形成分级应对机制。（5）探讨这种应对机制的特征与问题。通过上述论证过程，回答研究问题，解释在矛盾纠纷中，地方政府如何采取不同的应对机制，造成了什么样的影响。

二、研究主题与调研资料

在当前的中国社会，引发纠纷的矛盾日益多样化，其中征地拆迁与医疗事故是引起社会高度关注的两类，后者是本文所要研究的主题。医疗纠纷发生面广，社会影响力大，与民众的日常生活有直接的关联，也极大影响着基层治理的绩效（姚泽麟等，2017）。所以，以医疗纠纷作为考察主题，对分析相关问题具有代表意义。所谓医疗纠纷，是指医患双方对医疗后果及其原因在认识上产生分歧，当事人要求追究责任或赔偿损失，经过行政的或法律的裁决方案方能解决的医患纠葛（M市中医院，2009）。从本义来看，医疗纠纷是指患者与医疗服务提供者（通常为医院）之间的矛盾，政府应该扮演第三方裁决的角色，比如美国、中国台湾地区的医疗纠纷处理多为此种状况（林东龙等，2009）。但在中国大陆，政府往往身兼纠纷的直接参与者与裁决者的双重角色，医疗纠纷的处理对于地方政府是一项复杂、棘手，同时又不得不应对的事项。这种情况的出现有三大缘由：首先，大多数的医院都是公立的，政府相关部门有管理、担责的职能，医院处理不了的事情自然需要政府出面。其次，民众也更相信政府的处理能力，希望政府、甚至逼迫政府出面解决。而政府为了摆平纠纷，以免影响社会稳定，也会参与到医疗纠纷的解决中。第三，解决医疗纠纷的主要资源，包括法规政策、经济赔偿等，都主要由政府掌控，所以医疗纠纷的应对必然要牵涉到政府。由此，我们时常看到，即使是本来与政府无关的医患矛盾，也会逐步把政府牵扯进来，只是其参与程度会因纠纷不同而出现差异。所以，对当前中国社会医疗纠纷的分析，是从一个侧面透视出政府行为的运作逻辑，也透视出政府与社会关系。

本文对医疗纠纷研究的经验材料来自S省M市（地级市）。自2012年6月开始，我们对M市的医疗纠纷进行了跟踪研究，主要的研究对象为两家三甲医院与医院的主管单位M市卫生局。在调查中，通过搜集政府文件、统计数据以及多方访谈，了解了M市医疗纠纷的整体情况，和若干起典型医疗纠纷的发生原因、处理方案与现状。

总体来看，M市的医疗纠纷数量近年来呈现增长趋势。根据对医院的调查

和卫生局的资料，可以统计从2006年到2016年以来M市医疗纠纷数量的总体情况^①，如表1：

表1 M市2006—2016年医疗纠纷数量统计

年份	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
医疗纠纷数量	53	33	60	40	47	73	100	112	124	138	111

资料来源：M市卫生局统计资料。

从2006年到2016年，M市人口总数相对平稳，从170万左右增长到180万。可以推算，从2006年到2016年，十年间，每万人的医疗纠纷发生率从0.31提升到0.62（2015年最高，达到0.79），医疗纠纷的发生率快速增长。大多数医疗纠纷都通过赔偿和减免医疗费解决。从赔偿金的情况也可以看到医疗纠纷的规模。2015年，M市全年共赔偿医疗纠纷478.6万元，每起医疗纠纷的平均赔偿金额为3.47万元（M市卫生局，2015）；2016年总共为509.7万元，每起医疗纠纷赔偿金额为4.59万元（M市卫生局，2016）。

为了进行深入的分析，我们在M市医院的档案中，选取了十个资料记录翔实的案例。这十起医疗事故类型不同，持续时间不同，涉及的赔偿金额各异，可以近似作为M市医疗纠纷的典型代表。这十个案例的大概情况如表2：

表2 M市十个典型医疗纠纷案例

案例 编号	诊疗缘由	事故缘由	开始时间	结束时间	患者索要	最后达成协议所
					赔偿费数额 (单位：元)	获得赔偿费数额 (单位：元)
1	撞伤	髌骨复位不好	2007.9	未结束*	10万	处理中
2	腰椎间盘 突出	术后左足麻木、 小便困难	2008.2	2010.12	未明确	147 638
3	银屑病	治疗后病情加重	2008.12	未结束	未明确	处理中
4	下肢 麻木	针灸治疗后肢体 内有金属遗物	2009.11	2010.6	未明确	19 297
5	肺炎	医治无效死亡	2010.3	未结束	50万	处理中
6	关节炎	手术中下肢感染	2011.4	2013.4	20万	132 000

^① 本文所研究的M市医疗纠纷，只涉及市区范围内医疗机构发生的纠纷，不涉及M市代管县（市）。

(续上表)

案例 编号	诊疗缘由	事故缘由	开始时间	结束时间	患者索要	最后达成协议所
					赔偿费数额 (单位:元)	获得赔偿费数额 (单位:元)
7	结肠炎	肠镜检查后出现 肠壁穿孔	2011.11	2012.3	60万	18000
8	高处 摔伤	抢救无效死亡	2012.1	2012.3	60万	100000
9	脑膜瘤	抢救无效死亡	2012.2	2012.6	60万	69800
10	运动 中休克	抢救无效死亡	2012.11	2012.12	60万	350000

注:*未结束是指没有明确的事件停止记录。

资料来源:根据M市医院档案记录整理。

三、医疗纠纷中的治理困境

对于地方政府而言,处理医疗纠纷已经成为一项棘手的工作,其困境来源于行政资源的约束、以及政府与社会信息不对称的问题。

在行政资源方面,处理医疗纠纷所需的时间、精力超出政府部门的常规工作能力,造成大部分的医疗纠纷都不可能由政府相关部门有效地关注和应对。在M市,医疗纠纷逐年增加。而且,处理医疗纠纷并非易事,既要了解医疗技术层面的问题,也要了解患者一方的特征、需求和社会资源,还要协调相关部门协商解决,对行政资源的需求量很大。一个医疗纠纷的处理,短则数周,长则数年。但是,处理医疗纠纷的相关部门人手严重不足。M市卫生局总的工作人员为49人(2016年数据),需要负责管理全市的医疗卫生各个环节的工作,抽调不出一人专门负责医疗纠纷问题,只能针对比较严重的问题临时组织相关科室工作人员处理。比如,在中医院发生用药问题造成的医疗纠纷时,就由中医科和药品科组成一个简单的工作小组兼职负责应对。医疗纠纷在不断增长,但相关部门却严控编制,既有的行政资源无法有效处理大量的医疗纠纷。

而在信息协调层面,也存在严重的问题。在理论上,医疗是一项高度技术化的服务,在医疗之前有双方认可的医疗合同,详细规定了各方的权责;在医疗服务过程中也有大量明确的记录,可作为证据;而且在事后也可以求助权威的第三方检验机构,测定医疗过程中医方操作是否正确。从制度层面来看,

整个医疗服务是有着严格的、标准化的、可公开的信息。但在实际的医疗纠纷中，医疗纠纷的参与各方处于高度信息不对称状态。首先，很多医疗纠纷不能进入鉴定环节，患者及其家属通常会拒绝鉴定。医疗鉴定非常专业化，普通人难以解读，医院容易把握技术优势，而患者方就处于劣势了。一位医院的管理层长期与患者打交道，对医疗纠纷的问题分析道：

一般来说，出了事情，患者家属是很情绪化的，不可能理性来处理事情。再加上患者家属中的一些亲戚说话是不负责的，要求院方必须给个说法，不让做司法鉴定。同时，由于患方家属知识水平啊，信息量啊，都是非常有限的，对程序不清楚。对于鉴定机构也不信任。诉讼的周期过长，耗不起。（访谈编号：201207YY2）

医院一方总是主动要求进行鉴定，而患者方则往往拒绝，即使在政府的要求下做了医疗技术鉴定，患者方也可以拒不承认。比如，M市2007年发生的一起医疗纠纷，患者就强行撤销了公正过的一起技术鉴定报告。也有少数情况是医院拒绝做技术鉴定，这种情况的出现多是因为医院一方确有责任，医院为了避免行政处罚，试图通过私下和解来避免鉴定，特别是私立医院容易出现这种情况。实际上，M市每年上百件纠纷中，成功进行医疗鉴定，并且其结果得到各方承认，可用于纠纷调解的案例仅占25%（M市卫生局，2015，2016）。而且大多数纠纷中，技术层面的问题都只作为参考，参与各方都有不同的解读和认定方式，很难作为一种可资沟通的、标准化的信息。

更为重要的是，当前的医疗纠纷中，结果并非由技术层面的问题所决定，而是主要取决于各方的谈判表现。比如，因为医疗处置轻微失当造成并发症，如果患者没有提出疑问，一般不会有赔偿。而如果患者方产生怀疑并进行抗争，则医院可能有十万以上的赔付。由此，政府在处理医疗纠纷时，最重要的是要了解患者方的要求和谈判能力，包括能够制造的社会影响的程度、上访的强度、潜在的关系资源等，将其有不同的定位，才能划定“适当”的处理等级。M市卫生局长将这种处理方式概括为“看人”：

医疗纠纷的解决与患方的社会地位、社会关系、讲不讲理，闹的大小、发动人的多少都相关。（访谈编号：201308WSJ）

如果医疗纠纷闹得越大，解决过程中“人为因素”就会占得越多。而除了

社会地位，患者方的讲理与否、“闹事”能力等因素则极难考察。所以，医疗纠纷的处理，高度依赖于患者方的个人心理、社会关系特质，而这方面的信息政府难以获取，产生了政府与社会两方信息高度不对称的问题，必须有某种机制来帮助政府筛选信息，以便采用相应的应对手段。

三、医疗纠纷信息分级机制

对于地方政府而言，评估一个医疗纠纷，有两个方面的维度最为基本：事件大小、影响强弱。事件大小是评估医疗纠纷的基本标准，包括医疗事故造成的后果与院方的责任度。而影响力是指一个纠纷事件可能产生的社会与政治关注度。民众与上级政府对纠纷事件的关注是影响力的来源，医闹、静坐、媒体报道、上访等都会扩大医疗纠纷的影响。地方政府处理纠纷的压力直接来源于社会与政治影响力。^①显然，事件大小、影响力强弱这两个方面是高度相关的，严重的医疗纠纷社会影响力通常很强，解决难度大；反之，小的纠纷影响力弱，解决容易。但是，在实际的纠纷处理中，这两个方面也常常出现分离，有的医疗纠纷虽然不大（骨折），但社会影响力强，长时间得不到解决，比如案例1；而有的纠纷虽然非常大（死亡），但社会影响力小，解决纠纷也比较快，比如案例9。因此，医疗纠纷的产生，不一定全部是因为医疗本身的问题，还可能是其他社会性因素造成的。根据M市卫生局的记录，所有的医疗纠纷成因中，真正是诊疗失误造成的只有38%，包括医疗处置失当和医疗器械问题两方面；而62%的医疗纠纷中，医院本身并无问题，主要是缘于医疗费用、服务态度、治疗预期偏差等原因（M市卫生局，2006）。所以，从地方治理的角度，需要对事件及其影响两方面进行针对性评估和鉴别，形成信息分级机制。

（一）事件分类

在医疗纠纷发生后，政府部门会根据医疗记录进行初始评估，认定院方的责任范围和大体的赔偿标准，以之作为之后与患者方谈判的参考。当然，这种初始评估并非决定性的，患者方的“谈判能力”会在很大程度上突破初始评估的框架，但在一般情况下，初始评估制定的标准和应对策略对地方政府行为具

^① 比如在M市《医疗质量与安全计分管理办法》中明文规定：导致突发公共卫生事件、非正常伤亡事件、药物不良反应事件，以及在医疗活动中存在重大过失行为等医疗事件，根据责任大小及所采取的补救措施、事件后果、社会影响等情况予以处罚。

有较大的指导意义。

在医疗纠纷发生后，医院与患者双方的民事关系会立即转变为患者与政府之间的关系，行政力量参与到医患纠纷的解决中^①，其原因在于医院由卫生部门全权管理，形成一种“天然的父子关系”，在发生和解决医疗纠纷这种敏感问题时，必须得到政府的批准甚至是政府部门直接出面，医院擅自行事将会受到严厉的处分。^② 所以，一旦有纠纷发生，医院会及时将医疗纠纷情况汇报材料上报至政府相关部门。汇报材料会包括治疗经过、纠纷经过、医患分歧、院方意见四个方面的内容。政府部门会根据医院上报的医疗纠纷情况汇报材料进行初始评估，其评估的标准有两个维度：事故等级与医院责任。在事故等级方面，有一二三四的等级划分：一级指出现死亡或重度残疾；二级指造成患者中度残疾、器官组织损伤导致严重功能障碍；三级指造成患者轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍；四级指造成患者明显人身损害的其他后果的医疗事故（卫生部，2002）。而在医院责任的正式划分中，有完全、主要、次要、轻微四个责任等级。如果患方死亡，即便院方无任何医疗过失，政府也会让医院以发扬人道主义精神为由给患方减免医疗费用或者是给予一定的经济补偿，但是前提条件是患方同意自愿放弃进行医疗事故鉴定、第三方调解、诉讼。

通过分类，政府部门可以形成一种大致的判定标准，大的医疗纠纷（事故等级高、责任度高）需要政府更集中的应对，以及更高的赔偿预算；而小的医疗纠纷（事故等级低、责任度低）则不会引起政府太多的注意，也不会专门安排预算。M市卫生局将这一过程称为预估：

在开始协商之前，先进行自身责任认定、判定。……先判定医院自身有无责任、责任大小。根据相关的法律条例做赔偿预估。（访谈编号：201207YY1）

这一方面可以作为内部处理的依据^③；另一方面可以成为与民众打交道的基

① 卫生局不一定直接出面，但会指挥医院的行动。

② 如果医院在解决纠纷中擅自行事，主要责任人直接撤销职位……

③ 不同等级和责任比例的医疗纠纷有相应的处罚标准。比如，M市《医疗纠纷与事故责任追究暂行办法（征求意见稿）》规定：医疗机构发生一级、二级医疗事故或在十二个月内发生医疗纠纷未经鉴定赔偿金额在20万元及以上三起的，撤销当年一切先进集体、荣誉称号和重点学科专科评选资格；发生二起一级医疗事故或在十二个月内发生未经鉴定赔偿金额在20万元及以上医疗纠纷四起的，撤销医院现有等级，下降一等，并提前进行医疗机构校验；发生医疗事故或在十二个月内发生未经鉴定赔偿金额在10万元及以上医疗纠纷的科室，撤销当年一切先进集体、荣誉称号评选资格……

础，让医院和政府部门间形成一种基础共识，调准应对方略。政府部门最担心各个单位的口径不一致，比如医院和卫生局之间的“说法”不同会被患者揪住不放，让政府在谈判中极为被动。所以，划定医疗纠纷类型，分配处理权责，是政府应对医疗纠纷极为重要的环节。另外，通过类型划分，可以让相应的责任单位开始准备资源（政策文件、人力、财力）以应对外来的各种问题。

（二）影响力评估

除了医疗事故本身与拖延时间的筛选机制，政府衡量医疗纠纷的另一个重要维度是评估患者的社会地位和网络关系，实际上是预估患方“闹事”能力的大小。同样的医疗纠纷，“闹事”的能力越大，获得的补偿越多。在每一份医疗纠纷的记录中，都可以看到对患者方情况的介绍。比如，患方身份、工作单位、家庭情况，以及初次发生纠纷的经过，特别是涉及“闹事”的能力描述得非常清楚，尤其是要考虑患者方诉诸媒体和长期上访的能力，以便政府做出评估。例如，医疗纠纷案例5曾发生过，“患者及家属10余人来院，情绪激动，要求一次性赔偿60万元，并将医院院长、业务副院长及医务科长等堵在会议室里不准进出”的事件，所以M市卫生局认为这起医疗纠纷中，患者方能够很快动员亲属十数人到医院，应该有制造更大社会影响的可能，所以要求医院严密监控，同时让患者所属的街道、社区干部予以观察，以免其制造更大的事端。在案例6中，相关部门调查了解到，患者的亲属有从事医疗行业的技术人员，对该医疗纠纷中的技术问题可能紧追不放，所以特别安排要保管好各类医疗记录，并积极组织去外院会诊鉴定，以便在技术层面有更多的话语权。而事实证明，相关部门的安排具有合理性，该纠纷的焦点主要就是在入院治疗后的几个技术性环节认定。所以，政府部门会特别筛选关于“闹事”能力和社会地位此类信息的描述，来预估纠纷处理的等级。在医疗纠纷案例的综合对比中可以看到，每一起医疗纠纷处理的难度、政府部门的应对次数与规模并非取决于事件本身，并非与医疗纠纷的等级、院方的责任度完全相关，而是还与患者方的“闹事”能力有关，“医疗纠纷闹得越大，解决过程中‘人为因素’就会占得越多”，而政府投入的行政资源也越多。

当然，尽管可以进行分类、拖延、评估，但对于患者方的真实诉求，政府也并不一定有十足的把握了解清楚，有的患者方可能采取突然的过激手段，包括静坐、上访。所以，政府部门时常会通过试探的方式了解患者方的需求底线。比如，患者方提出的赔偿要求通常较高，医院和管理部門可以答应赔偿一定比例，看患者方的反应如何。在大多数的医疗纠纷案例中，都可以看到患者的初

始要求与最终协议赔偿差距非常大（参见十个案例的汇总表），如果都按照患者方的要求来赔偿显然做不到；而如果都不顾患者的要求只按规定办事，则可能造成某些解决方案与患者的预期差距过大，刺激患者一方做出过激行为，制造社会影响。患者需求与行政资源之间存在巨大的弹性，这就使得政府部门很有必要不断进行考察试探，掌握更真实的信息。

以上述机制为依托，地方政府在处理纠纷时，建立了一种类型分级框架，以此作为政府应对行为的指导。在事故等级层面，虽然没有公开的分级规则，但根据 M 市对医疗事故的处理案例，可以大体看出，一级和二级被认为是等级较大的医疗事故，因为直接影响生命，造成患者死亡或者严重伤残。其他等级的医疗事故相对较小。在影响力层面，一旦引发本地公众关注，如舆论报道、上访、聚众抗争等，即为影响力大的医疗事故。综合这两个维度，在实际运作中，大体形成了不同的纠纷类型：如果事故等级很小，潜在的影响力也不大，那可以常规化处理；如果事故等级或者社会影响力较大，那处理手段相对复杂；如果事故大、同时社会影响力也大，那就是重大纠纷事件，需要集中行政资源重点处置。在这样一些筛选机制中，医疗纠纷的信息被大体分类，并且引发政府部门的不同应对模式。

表 3 医疗纠纷事故类型

		事故等级	
		小	大
影响力	小	简单医疗纠纷	复杂医疗纠纷
	大	复杂医疗纠纷	重大医疗纠纷

资料来源：作者自制。

四、政府的分级应对

在信息被分级之后，政府部门会采取相应的应对机制。在处理医疗纠纷中，虽然有各种形式上的制度规定，原则上要求“医疗纠纷的处理以技术鉴定为依据，按照法律法规的标准进行协商赔偿，未达成调解的提请法院诉讼”（M 市中医院，2009；S 省综治委，2012）。但实际操作中，并不会普遍性的处理制度，而是针对不同的问题采取不同的解决方案，即“一把钥匙开一把锁”的工作模式，形成一种对不同类型的纠纷有不同处理模式的分级应对机制。这种分级应对机制主要体现在两方面：处理主体与处理手段。

（一）处理主体不同

在处理医疗纠纷中，针对事件级别的不同，处理纠纷的主体也不同。其基本的原则是：简单纠纷由医院处理；涉及医闹的复杂纠纷由卫生主管部门处理；而社会影响重大的纠纷则需要地方政府各个部门共同参与解决。

简单纠纷，是指事故等级低，且医疗机构责任较轻，而患者方没有采取医闹、静坐、上访等行为的情况。这种纠纷社会影响很小，常常以技术鉴定为依据，可以采取协商解决的方式予以处理。这一过程通常都是由医院出面处理，卫生主管部门只是知情，或者扮演第三方协调的角色，并不会直接参与。

如果事故等级较高，或者出现医闹时，涉及情况复杂，处理的主体就变成了当地（区县、市）卫生主管部门。这类纠纷具有一定的社会影响力，会出现患者方在医院闹事、静坐、上访、媒体采访等现象。这些情况出现后，医院无权擅自处理，需要由卫生部门出面。卫生局的参与带来了新的资源，可以协调其他医院进行会诊鉴定，可以决定更大额度的赔偿，也可以处理责任人给社会一个交代……所以，一旦出现医闹事件，医院必须马上上报卫生部门，患者对医院的要求也会转移到对卫生部门。

如果发生引起患者死亡、严重伤残等重大医疗事故，或患者方聚众抗争、多次上访，在当地造成了较大的社会影响，那纠纷处理的主体就会转移到当地政府。地方政府主管领导出面协调，由卫生、政法、文明办、保险、宣传等部门联合下级政府单位（患者所在的镇、街道、村、社区）共同处理（M 市政府办，2015）。这类事件涉及到当地的维稳工作，地方政府会高度重视，集各单位之力予以解决。这类重大纠纷在所有医疗纠纷中占 10% 左右，比如，案例 6 即为一起应对次数多、社会影响大的纠纷。M 市政府召开过两次会议，由副市长协调，卫生局、维稳办、人社局、镇政府都参与其中，形成了一个多部门联合处理的形式。

根据 M 市中医院 2006 年到 2013 年医疗纠纷情况统计^①，医疗纠纷的不同处理主体情况如下：

以 M 市中医院为例，在三类处理主体中，由医院直接完成的医疗纠纷处理占到总的医疗纠纷大概 70% 左右的比例，卫生主管部门完成的纠纷处理占 20% 左右，而多部门联合处理的医疗纠纷占 10% 左右。

^① 处理方式的详细记录仅能搜集到 2013 年，2014 年之后的资料卫生局没有系统记录，暂缺。

表4 医疗纠纷处理主体统计

	完成处理的纠纷总数	医院处理	卫生局处理	多部门联合处理
2006	8	8	0	0
2007	5	4	0	1
2008	8	5	3	0
2009	5	4	1	0
2010	7	7	0	0
2011	10	5	3	2
2012	15	11	3	1
2013	7	6	1	0

资料来源：M市中医院统计资料。

（二）处理手段差异

除了处理主体不同，不同医疗纠纷的处理手段也有明显的“层级”差异，可以将其分为：常规处理、灵活处理、运动式处理三种。

常规处理，即为依照流程，在既有的制度框架内处理医疗纠纷案件，这一般是针对简单的医疗纠纷，由医院负责完成。在M市的医疗纠纷处置办法中，总赔偿金额在10万元以下，符合事故等级赔偿规定，并且没有医闹的纠纷通过常规处理的方式解决。需要注意的是，此处的常规处理通常并不是法律手段，而是地方政府的行政管理规定。比如案例3就是典型的常规处理模式，医院的管理方在着手解决纠纷之初认为，“医患双方都有错误，但医院根据自身的责任，预估赔偿患者5万元。那么这个过程中，就会反复与患者家属沟通，请求对医院医生原谅，从患者自身体质考虑”，而最后达成的协议不到2万元，完全在既定的规则框内，是一起处理结果让政府满意的医疗纠纷。

灵活处理，是在卫生主管部门介入后进行，可以在一定范围内突破既有的制度框架——办事流程、赔偿额度等方面的限制。灵活处理由卫生局负责进行。这种情况的出现通常是赔偿金额超过10万元，医院不能自主决策，或者是患者方多次闹事、上访，造成了社会影响。院方对此类情况的特点进行过分析：

患方如果事情闹得很大，要到政府去上访，这个时候就会有政府介入了。政府会对医院施压，要求医院尽快妥善处理。这个时候，明显维稳的压力就高于依法处理的压力。通常情况下，政府会讲，你们是公立的医院，

国家的医院，要为和谐作出贡献。现在这个情况，很不利于社会和谐，要尽快妥善处理。这个时候，医院通常是顶不住压力，就有开小灶的情况出现了。也就是说，不按照相关程序来走。对于这种特殊情况，维稳第一位，法律排第二了。（访谈编号：201207YY2）

虽然也可能是医院出面与患者沟通，但实际上医院没有决策权，卫生部门的态度起着决定作用。之所以需要卫生部门出面，是因为“患者施压很大，（政府）一般还是会突破原则，选择息事宁人”。比如案例5，院方根据事故等级和责任度，预估赔偿金额不超过10万元，但患者方一直要求50万元，双方差距较大，市卫生局不得不出面直接干预。

而运动式处理为“最高级”形式，即针对社会影响力大的医疗纠纷案件，采取多部门联合的方式进行。相比于灵活处理，运动式处理强调地方领导负责，多部门合作，可以大幅度突破既有的制度框架，动用财政、公安、社保等各种资源，管控纠纷的社会与政治影响。运动式治理在中国政治体制中占有非常重要的地位，是对既有规则的超越，有极强特定目的导向，让相关部门高度动员起来（周雪光，2011；冯仕政，2012）。在医疗纠纷的处理中也是如此，如果纠纷社会关注度高，或者因为上访被上级政府知晓，那地方政府就会在短期内聚集各类资源予以集中解决。当然，运动式治理成本很高，所以一般不会采用，只会针对影响力非常大的医疗纠纷。比如，案例10是一起学生异常死亡案件，引起了M市社会大众的严密关切，已经有酿成大规模集体运动的先兆，所以市政府要求不顾一切代价马上解决这起医疗纠纷。其解决的过程也颇为神秘：2012年在一个酒店秘密召开患者家属、市政府、卫生局、医院、维稳办、镇政府多方会议，协商会开了两天，其结果未向外界披露，也未有明确的档案记录。据卫生局的负责人回忆，这起医疗纠纷赔偿金额超过了35万元，远远高于同类医疗纠纷的预估标准^①，对原有的规则框架冲击很大，必须严格保密。

根据纠纷的信息分级与应对模式，可以总结如表5：

表5 医疗纠纷类型与处理主体、处理机制

纠纷类型	处理主体	处理机制
普通医疗纠纷	医院	常规处理

^① 在M市卫生局的管理规则中，责任度较高的一级医疗事故产生的纠纷，赔偿标准最高15万元。

(续上表)

纠纷类型	处理主体	处理机制
复杂医疗纠纷	卫生部门	灵活处理
重大医疗纠纷	多部门联合	运动式处理

资料来源：作者自制。

五、治理的“两极化”效应及其问题

通过分级应对机制，不同类型的纠纷有了不同的处理主体与处理方式，一般的纠纷能通过常规渠道化解，不需要耗费太多的行政资源，而大的纠纷则需要灵活应对甚至多部门动员，来尽力压制或消解可能出现的风险。总体而言，当前政府的纠纷处理机制具有合理性，一定程度保障了现有秩序不会受到各类纠纷的冲击破坏。但是，通过分级应对的策略，地方治理出现了明显的“两极化”效应。所谓“两极化”，是指重大纠纷和一般性问题具有差异极大的处理方式。针对重大的医疗纠纷，地方政府集中各种资源，运动式处理，能够很快消弭矛盾，限制其负面的社会和政治影响扩散。例如，针对具有潜在社会影响、危及地方稳定的医疗纠纷（案例10），地方政府不惜公共资源，集中力量快速应对，其赔偿标准远远超过了医疗纠纷管理的制度设定。这类医疗纠纷的处理中，各种资源都是综合调配的，并不局限于卫生系统本身。比如，为了息事宁人，不仅会进行医疗赔偿，还有可能让地方政府给患者或家属提供低保、社会救助、公益性就业岗位等社会福利。从实际成效来看，M市虽然医疗纠纷量历时增长，但基本未发生惊动上级的社会稳定事件。所以，在卫生局看来，应对还算得力。

但是，在“两极化”的另一层面，对于没有进入地方政府关注序列的一般矛盾纠纷，因为行政资源有限，形成了消极应对的处理方式。消极应对的集中表现是形式化应对。虽然在政策中有明确规定，各个相关部门处理医疗纠纷需要及时回复，快速应对。但通过对实际案例的调查，可以发现，一般的纠纷都是程序化处理。在我们详细调查的纠纷案例中，政府部门的平均应对周期都比较长，基本都是半年以上做一次明确的处理，或是相关部门开会讨论，或是与患者协商赔偿并签订协议，其整体“走程序”的过程都比较拖沓。很多医疗纠纷患者方都对此很有意见，甚至是愤怒，“医院与政府就像在踢皮球、拖时间，根本没有认真考虑过患者的要求”。

因此，分级应对带来了“两极化”效应，一方面是在行政资源有限的情况

下，完成了基本的维稳任务，但同时也产生了大量的治理成本，最核心的问题是对法律效力的弱化，带来了去制度化的现象。既有研究对解决医疗纠纷问题提出的对策建议都集中于制定完善相关法律，为各方行动提供法律依据（朱幼棣，2011；聂洪辉，2010）。但在实际调查中我们发现，各地与医疗纠纷相关的法律法规不仅没有缺乏，甚至是太多了。比如 M 市，不仅有民法、刑法的相关规定，还有国家层面（卫生部、公安部、人社部）的政策法规，另有省的指导意见，还有市县区的管理规定，各个医疗单位内部也充斥着医疗纠纷预防与处置规定，从医疗规范操作到赔偿标准（比如有《民法通则的医疗纠纷赔偿标准》和省社保相关标准）都有明确、详细的规定，新的规定还在源源不断出来。但实际上，诸多的法律法规并不具有很强的约束力。如前所述，在规模小、社会影响力小、双方预期接近的情况下可以用常规处理的方式解决医疗纠纷，此时各类法律法规的作用比较明显。一旦是比较复杂而社会、政治影响力大的医疗纠纷，法律法规的框架就会被突破。在卫生部门参与的灵活处理中，原有的标准一般都得不到遵守；而在多部门联合的运动式处理中，法律法规的程序已经完全被超越了，“把事抹平”成为处理医疗纠纷的首要原则。一般来讲，医院都愿意通过技术鉴定，走法律渠道来解决纠纷，甚至医院愿意贴钱让患者去打官司。法律解决的结果医院更愿意接受，但因为政府与医院“天然的父子关系”，医院的法律手段也就让位于政府的行政手段，所以，很少见到法律途径解决的医疗纠纷。

而且，在灵活处理与运动式处理中，讨价还价变得非常重要。患者、医院、政府三方都需要讨价还价，法律法规只是一种参考，最终的“收益”取决于各方的谈判能力。所以，各方都会千方百计地增加自己的谈判筹码。患者方会闹事、找媒体、上访给政府施加压力；政府会利用患者的社会关系网进行劝解、或者利用维稳力量进行威慑、或者进行试探让步、或者拖时间……总之，根据具体情况具体应对，以目的为导向是其宗旨。在这种情况下，以各方的谈判能力为要件，医疗纠纷被分成了不同等级，能够获得不同的解决“待遇”。医疗事故本身与“运作”机制相比，后者变得更为重要，更为各方所注重。

另外，一些医疗纠纷因为消极应对可能产生矛盾延伸，制造或者升级医疗纠纷中的诉求。比如，案例 1 中的医疗纠纷，本来只是骨折，算作四级事故，医院的责任度也不高，只是次要责任。但因为 2008 到 2009 年的拖延，该纠纷未得到有效的解决，患者方情绪受到打击，演化为精神病，砍伤了两名亲属，医疗事故造成的问题陡然升级。虽然这类事件并不常见，但却值得深思，政府治理的本意是化解社会矛盾，但其方式可能恰恰会制造社会矛盾，这不得不说

是分级应对机制的一种意外后果。

六、结论与讨论

近年来,随着经济社会发展以及民众维权意识的提高,面对数量大、种类多的社会矛盾,行政资源显得相对紧张。同时,政府与社会之间又是信息不对称,难以制度化应对矛盾。在纠纷处理中,既要“看事”,也要“看人”。政府的应对并不直接取决于事件本身的大小,而是综合评估,包括事件大小、纠纷方的社会影响力、抗争意愿、抗争方式、具体的政治环境等。所以,这种政府应对是非固定的、去制度化的,带有极强的不均衡性。同样的事情,因为当事人的背景不同、参与人数规模不同、社会影响程度不同,就可能有不同的应对机制,并不是简单的技术性、专业化规则体系。同时,从医疗纠纷处理中也可以看到,政府的应对机制虽然多样,也不是混乱无序的,会根据矛盾纠纷的分级采取相应的机制。在事件基础上,政府与民众的互动过程决定了应对机制的选择。

通过对M市的医疗纠纷案例研究,本文在三个方面有新的学术思考:首先,对于地方政府处理社会矛盾的问题,以往的研究大多是聚焦于征地拆迁、信访等政府作为社会抗争直接对象的领域(田先红,2012a;邓燕华,2016)。而医疗纠纷处理中,地方政府扮演监管者和参与者双重角色,有相对更明确的分级应对机制。比如,简单纠纷医院处理,卫生部门作为监管者;而在重大纠纷中,地方政府全员上阵,集中应对。因此,通过医疗纠纷的分析,丰富了对地方政府矛盾处理机制的认识,理解不同类型社会矛盾应对机制的普遍性和差异性。其次,对于医疗纠纷的问题,本研究将政府的双重角色带入分析,更立体认识中国社会中医疗纠纷问题的复杂性。在中国,医疗纠纷虽然技术性很强,但并不只是技术规则的问题,也不只是社会领域问题,还是公共行政的问题,牵涉到患者、医院、政府的三方互动。第三,医疗纠纷应对展现出“制度化难题”,丰富了对公共政策执行问题的理解。既有的研究大多主张通过制度化来解决医疗纠纷矛盾(朱幼棣,2011),但实际上,从M市的案例即可看出,涉及医疗纠纷的制度规则极为丰富,但运作中往往需要超越制度才能有实际的治理成效,形成了制度化的难题。

囿于研究条件和我们的分析能力,本文还存在不足之处。首先,在资料搜集方面,因为政府对医疗纠纷的处理涉及大量的内部资料,涉密性高,获取难度大,部分数据和档案有残缺。比如,2014年之后的政府处理记录就难以完整

搜集到,影响了个案研究的深入度。同时,也因为涉密,难以直接参与式观察医疗纠纷的具体处理过程,只能通过后期访谈和档案阅读来理解处理过程,调研的深入度受限。其次,本研究主要围绕卫生局和医院展开,对市级领导和部门参与医疗纠纷的处理过程无法直接研究,所以在分析应对机制时,重大医疗事故的处理过程揭示不够详尽。对于医疗纠纷处理这样的重要问题,本文做了一个尝试性探索,还需要更多的后续研究,才能够作出更详细、清晰的分析。

参考文献

- 陈锋(2016). 乡村治理的术与道:北镇的田野叙事与阐释. 北京:社会科学文献出版社.
- 陈鹏(2010). 当代中国城市业主的法权抗争——关于业主维权活动的一个分析框架. 社会学研究, 1: 34-63.
- 邓燕华(2016). 中国农村的环保抗争:以华镇事件为例. 北京:中国社会科学出版社.
- 狄金华(2015). 被困的治理:河镇的复合治理与农户策略(1980—2009). 北京:三联出版社.
- 冯仕政(2012). 中国国家运动的形成与变异:基于政体的整体性解释. 载周雪光、刘世定、折晓叶主编《国家建设与政府行为》. 北京:中国社会科学出版社.
- 强世功(1997). “法律”是如何实践的. 载王铭铭、王斯福主编《乡土社会的公正、秩序与权威》. 北京:中国政法大学出版社.
- 林东龙、彭武德、陈武宗(2009). “告”与“不告”之间——台湾医疗纠纷病患及其家属之行动分析. 长庚人文社会学报, 2: 165-199.
- 吕德文(2012). 媒介动员、钉子户与抗争政治:宜黄事件再分析. 社会, 3: 129-170.
- M市卫生局(2006). M市维护正常医疗秩序工作情况调查报告.
- M市卫生局(2015). M市2015年医疗纠纷处置进展情况表.
- M市卫生局(2016). M市2016年医疗纠纷处置进展情况表.
- M市政府办公室(2015). 关于印发M市医疗纠纷预防与处置办法的通知(M府办发〔2015〕67号).
- M市中医院(2009). 防范与处理医疗纠纷(事故)预案.
- 聂洪辉(2010). “医闹”事件中的“弱者的武器”与“问题化”策略. 河南社会科学, 5: 127-130.
- S省综治委(2012). S省医疗纠纷预防与处置暂行办法(S综治委〔2012〕7号).
- 孙立平(2003). 断裂:20世纪90年代以来的中国社会. 北京:社会科学文献出版社.
- 田先红(2012a). 治理基层中国:桥镇信访博弈的叙事(1995—2009). 北京:社会科学文献出版社.
- 田先红(2012b). 基层信访治理中的“包保责任制”:实践逻辑与现实困境——以鄂中桥镇为例. 社会, 4: 164-193.
- 王汉生、王迪(2012). 农村民间纠纷调解中的公平建构与公平逻辑. 社会, 2: 171-198.

- 卫生部(2002). 医疗事故分级标准(试行)(卫生部令[2002]32号).
- 吴毅(2007). 小镇喧嚣:一个乡镇政治运作的演绎与阐释. 北京:三联书店.
- 姚泽麟(2017). 在利益与道德之间:当代中国城市医生职业自主性的社会学研究. 北京:中国社会科学出版社.
- 姚泽麟、赵皓玥、卢思佳(2017). 医疗领域的暴力维权及其治理——基于2002—2015媒体报道的内容分析. 社会建设, 1: 49—63.
- 应星(2002). 大河移民上访的故事. 北京:三联书店.
- 应星、晋军(2000). 集体上访中的“问题化”过程——西南一个水电站的移民的故事. 清华社会学评论. 厦门:鹭江出版社.
- 张磊(2005). 业主维权运动:产生原因及动员机制——对北京市几个小区个案的考查. 社会学研究, 6: 1—39.
- 张晶(2017). 正式纠纷解决制度失效、牟利激励与情感触发——多重面相中的“医闹”事件及其治理. 公共管理学报, 1: 61—74.
- 张静(2003). 土地使用规则的不确定:一个解释框架. 中国社会科学, 4: 113—124.
- 赵晓力(1997). 关系/事件、行动策略和法律的叙事. 载王铭铭、王斯福主编《乡土社会的公正、秩序与权威》. 北京:中国政法大学出版社.
- 周雪光(2011). 权威体制与有效治理:当代中国国家治理的制度逻辑. 开放时代, 10: 67—85.
- 朱幼棣(2011). 大国医改. 北京:世界图书出版公司.
- He, A. J. & Qian, J. (2016). Explaining Medical Disputes in Chinese Public Hospitals: The Doctor—Patient Relationship and Its Implications for Health Policy Reforms. *Health Economics, Policy and Law*, 11(4): 359—378.
- Liebman, B. L. (2013). Malpractice Mobs: Medical Dispute Resolution in China. *Columbia Law Review*, 113(1): 181—264.
- O'Brien, K. J. & Li, L. (1999). Selective Policy Implementation in Rural China. *Comparative Politics*, 31(2): 167—186.
- Pan, X., Yang, X. H., He, J. P. & Gu, Y. H. (2015). To Be or not to Be a Doctor, that Is the Question: A Review of Serious Incidents of Violence Against Doctors in China from 2003—2013. *Journal of Public Health*, 23(4): 111—116.