

劳动断链：DRG支付改革下诚实判断的生产关系断裂

被拆散的不是医生的能力，是「感知—裁决—承担」这三重劳动在同一个人身上被完整走通的可能——两种同样真实的专业判断被挤进同一个心智，互相拆台。

蔡彦 著 · 之18 · 卫生经济 · 劳动过程 · 发表于2026年7月31日 · 约 2.7 万字 · 预备学员

摘要

DRG支付改革在中国医疗体系中迅速推进，既有讨论几乎全部聚焦于控费效果与编码博弈。本文提出并论证一个新的分析概念——“劳动断链”，用以捕捉一个此前未被正面命名的深层结构现象：DRG改革的实质，不是从外部压垮了医生的诚实判断能力，而是从内部重组了生产诚实判断所需的劳动关系，将原本由一个完整的临床心智所承担的“感知-裁决-承担”一体化劳动，拆解为分属不同制度环节、执行不同考核指标的零散合规操作。当诚实判断不再作为一种完整的劳动过程被组织、被承认、被回报时，从业者所经历的便不是简单的“职业倦怠”或“自主权丧失”——他们的职业心智结构本身被制度性地撕裂了：一半仍然是优秀的临床决策者，另一半被迫成为高效的编码优化者，而这两半之间不再有统一的心智在负责。本文从劳动过程理论与职业社会学的交叉进路出发，基于十一家医院的田野观察与深度访谈，分析这一断裂的发生机制与锁定回路，将其与“专业自主性丧失”“职业倦怠”“防御性医疗”“医疗异化”“麦当劳化”以及“劳动过程理论”六大解释传统进行严格切割，确立其不可还原的理论识别面。论文进一步推衍这一概念在法学、教育学等领域的解释力，并诚实给出证伪条件：若能观察到在严格控费下，诚实判断的完整劳动过程被制度持续地组织、承认与回报的规模化案例，则本文所断言的劳动关系断裂即可被驳倒。

关键词

DRG付费改革；劳动断链；诚实判断；生产关系；职业心智分裂

一、问题的重新提出：从“心术分离”到“劳动断链”

二〇一八年国家医保局成立后，按病种分组付费改革从三十个试点城市迅速扩展至全国，成为中国医疗格局重塑的核心政策工具。学界与业界的讨论，几乎全部围着一个轴心转：费用。控费效果如何评估，编码高套如何识别，分解住院如何治理——这些问题重要，但它们共享一个未经审查的前提：DRG是一场财务规则的重置，医生的职业困境不过是这场财务改革在“人”的层面的副作用。

然而，推开任何一家三甲医院的科室大门，听到的远比“算账太难”更深。一位从业二十年的呼吸科主任在访谈中对我说：“我现在查房，第一眼看的是支付权重，第二眼才是血气分析。”一位心内科主治医师，在病例讨论会上被质问的不是诊疗逻辑，而是“为什么不用便宜的那个支架”——提问者不是患者，而是科室运营助理。一位刚入职的住院医师，午休时间在背诵ICD编码的高分组合，同届师兄告诉他：“会写病历不如会写首页。”这些碎片指向同一件事：医生们正在经历的，不是工作内容的增减调整，而是从事这份工作所需的劳动过程本身，被制度重新拆散与重组了。

既有文献在捕捉这一困境时，最常调用的解释资源是“专业自主性丧失”与“职业倦怠”。前者将困境归因于管理权力对专业裁量空间的侵蚀；后者将其描述为持续应激导致的情感耗竭与去人格化。近年来，有研究者试图用“心-术分离”来命名一个更细致的结构：当支付制度将诊疗活动拆解为可编码、可核算的“技术手势”，却系统性地压垮了支撑这些手势的、基于诚实判断的职业“心劲”，医生便从“一个需要做出不可撤回之判断的人”蜕变为“一个精于表演合规的技术工人”。这一命名完成了一项重要突破：它拒绝将困境简化为职业道德滑坡，正确地指出了断裂发生在从业者的认知与情感结构内部。

但它仍然停在了一个关键的分岔口之前。它把“心”定义为一套包含了不可替代性、不可撤回性与诚实性条件的综合职业能力，把分离描述为从业者主动让渡了承担裁决的内在能力——这仍然是在从业者的认知与情感世界里寻找答案。这一诊断的致命盲区是：它无法解释，为什么在“心”被制度压垮的同一时刻，数以百万计的医生仍然在每天早上穿上白大褂，用精湛的技术完成手术、写出滴水不漏的病

历、在临床路径的复选框里逐项打勾——他们不是“失去了能力”，他们的能力被以另一种方式完整地组织着、使用着、考核着。这套新的组织方式是什么？它是如何把“诚实判断”从一个完整的劳动过程，拆解成若干个各不相干、各自达标、却合起来不再能完成一个诚实判断的零散操作的？这一拆解，才是“心术分离”真正的发生学根源——它看见了个体身上的症状，却没有命名生产这一症状的制度生产关系本身。

本文提出一个新概念——“劳动断链”，用以替代并深化“心-术分离”的诊断。劳动断链指的是：在DRG支付改革的制度激励与考核结构下，原本由一个完整的临床心智所承担的“感知-裁决-承担”一体化劳动，被拆解为分属不同制度环节、执行不同考核目标的零散合规操作。当生产诚实判断的劳动过程本身被拆碎，诚实判断作为一种劳动产物，便不再能够在制度中被完整地生产出来。这不是个体道德感的衰退，不是专业自主权的丧失，不是职业倦怠——这是生产力（诚实判断仍被社会需要、被患者期待）与生产关系（诚实判断的劳动过程不再被制度组织、承认与回报）之间的断裂。

在展开这一论证之前，必须回应一个可能会出现的常见质疑：医生一直就在“心术分离”——过去收红包、现在写编码，都是逐利，DRG不过是换了逐利的方式。这一“道德滑坡论”看似犀利，实则混淆了两个完全不同的现象。个别医生追逐私利，可以用职业道德的失范来解释，它指向的是个体的道德选择。但劳动断链指的是另一种情况：在一个制度正常运转——而非腐败或失范——的条件下，数以百万计的普通医生，在遵守所有规则、完成所有考核、甚至被评为“先进”的同时，发现自己从事这份职业所依赖的完整的诚实判断劳动，已经无法在日常工作流程中被完整地完成。他们在做制度要求他们做的一切，正是制度要求他们做的一切，使得他们不必再——也无法再——去完成那个曾被默认为行医核心的诚实判断。这不是道德问题，这是生产关系的结构问题。

要完成这一概念转换，必须先把医学中“诚实判断”的劳动性质讲清楚。这正是下一节的任务。

二、诚实判断作为劳动：从认知美德到生产过程的视角转换

要理解诚实判断何以在DRG改革后变得不可生产，必须先回答一个更基础的问题：诚实判断本身，究竟是一项什么样的东西？它是道德品质，还是认知能力？抑或两者之外的某种更根本的实践形态？本章的回答是：它是一个完整的劳动过程。

2.1 诚实判断的三重劳动：感知、裁决、承担

当一位医生站在患者床旁，面对一个不完全符合任何一条临床指南的复杂病情，他最终给出一个治疗方案——这看起来只是一个瞬间的“判断动作”。但将这个动作拆开来看，它实际上包含了三项必须由同一个人依次完成、且彼此不可外包的劳动。

第一重劳动：感知。 感知不同于“看检查报告”。感知是指，医生基于其全部专业训练与累积经验，从患者身体的细微表征、病史中的模糊线索、各项检查之间的不一致之处中，觉察到那个“不对劲”的存在。这个“不对劲”并不是一个摆在检查单上的现成数据——它是在数据与数据之间的缝隙里，在被标准流程视为“不相关”的某个细节中，在患者回答问题时那一瞬间的犹豫里，被医生的心智捕捉到的。一位心内科主任在访谈中回忆过这样一个时刻：一位反复心衰的老年患者，各项指标都在可控范围，但查房时她注意到患者的手“放的位置不对”——不像一个熟悉自己病情的老病号那样自然地搁在被子外面，而是紧紧攥着床单。这个在病历、检查单、护理记录上都不存在的细节，驱动她坚持做了额外的心脏超声，最终发现了一个被此前所有标准化评估遗漏的瓣膜赘生物。这就是感知劳动的形态：主动地将一个尚未被编码的、弥散的信息场，转化为一个可以被临床认知系统处理的“问题提示”。这份劳动无法被任何算法或核查清单替代——不是因为它神秘，而是因为它所处理的对象，在它处理之前，根本还不存在为一个“问题”。

第二重劳动：裁决。 感知之后，医生必须基于不完备的信息、在多重可能的方案中做出唯一的选择，并承受“被证明是错的”的风险。裁决不是对指南的套用。指南可以告诉你，“对于A类病人，可选方案集为X、Y、Z”——但究竟选哪一个、剂量如何微调、时机如何把握、要不要同时处理另一个看起来不那么紧急但若忽略会酿成大祸的合并问题——所有这些赋值，指南提供不了。一位呼吸科主治医师在

访谈中谈到他的日常困境：重症肺炎患者，指南推荐双联抗感染方案，但这个患者的肾功能边缘下降，双联中的某种抗生素会叠加肾损伤风险。降级用药，感染可能控制不住；坚持双联，肾功能可能进一步恶化。指南为两种选择都提供了文字依据，却没有告诉他——也不可能告诉他——在这个具体的、唯一的病人身上，哪一侧的“可能”更真实。裁决劳动，就是把指南的通用规则“翻译”为针对这一个具体病人的单一决策。翻译必然涉及判断，判断必然涉及犯错的风险。一个不做裁决的医生，可以成为最完美的指南执行者，但他不是在做判断。

第三重劳动：承担。 裁决之后，医生必须将自己作为这个决策的第一责任人，承受其全部后果的心理重量。这份重量，不是外部追责时才突然出现的。它是在决策做出的那一刻，就作为“我确信这是当下最好的选择”的内在确证感，同步被背负在医生的职业自我之上的。一位在DRG试点医院工作四年的心内科医生，在访谈中被问到“你上一次为一个决策真的感到紧张是什么时候”时，沉默了很久，然后说：“现在不会紧张了。紧张是当你觉得这个决定是你的。但当你知道，出了事他们只看你有没有按路径走——你没有什么好紧张的了。不是轻松，是……那个需要紧张的东西，没有了。”承担劳动的本质是：用自己的职业人格，为一次在不确定性中做出的裁决做背书。没有这个背书，裁决就只是流水线上的一道工序——你做了，但你并不真正为它负责，因为你可以随时说“我是按规定做的”。

这三重劳动构成一个完整的、不可切割的生产过程。感知不独立生产出任何东西——如果它后面没有裁决，感知只是“看到了”却无法形成行动。裁决不独立生产出任何东西——如果它前面没有感知，裁决就是盲目的；如果它后面没有承担，裁决就是一封没有签名的信，写了也等于没写。只有当三者在同一个从业者的职业人格中被依次完成并整合为一体时，产物才诞生——这个产物，就是一次诚实判断。

2.2 诚实判断的生产关系：是什么在组织这份劳动

任何劳动，都不可能在制度真空中被持续生产。砌砖工能每日砌出墙，是因为有一套生产关系在组织他的劳动——谁供料、谁质检、砌多少得多少、错了谁来赔。诚实判断也不例外。在DRG改革前的中国医疗体系中（无论其各自利弊如何），诚实判断被制度性地产出，依赖于的一组特定的生产关系。这组生产关系至少包含四项要件。

第一，感知劳动的供给条件。 医生被分配了足够的时间与注意力资源，允许他在繁忙的临床工作中，仍然有精力去觉察那些尚未被编码化的线索。这种时间和精力，不是医生自己挤出来的——它被制度假定为诊疗工作的必要组成部分，并被门诊量设定、科室人员配置和查房制度等结构性因素所保障或压缩。在DRG改革前，一位主治医师查房时站在危重病人床前追问家属“昨晚的睡眠、小便次数和精神状态”，虽然不会写进任何报表，却属于被制度默认为“正常临床工作”的时间范畴。这些被默认的时间缝隙，是感知劳动得以发生的栖身之所。

第二，裁决劳动的合法空间。 医生的裁决行为——包括在指南边界之外、基于个人临床心智做出的微调——在制度上被承认为临床工作的正当部分，而非“违反操作规程”。当质控标准为医疗耗材的合理使用范围留出弹性，当科主任在病例讨论会上追问的是“你的判断逻辑是什么”而非“你为什么不按路径走”时，裁决劳动的合法空间就在。这不是制度在鼓励冒险，而是制度承认：不确定性是临床工作的内在特征，用人脑来应对这种不确定性，是医学实践不可被算法化替代的核心环节。

第三，承担劳动的担责结构。 医生的承担劳动，被一套担责结构所支撑——包括法律上的过错责任原则（而非结果责任）、科室内部对“诚实的错误”的同行容受、以及住院医师培训中由上级医生为其判断错误兜底的分级担责制度。这套结构确保：承担劳动的心理重量，不会被任何一次不可免的错误一次性压垮。一位退休的普外科主任在回顾自己的职业生涯时，特别提到一个细节：“我当住院医的时候，有一次判断失误，把肠梗阻误诊为胰腺炎。当时带我的教授在全科讨论会上说，‘这个误诊，我也有责任——我批了他的处置方案。’他没有替我把错说成对，但他把那份重量从我一个人身上卸下来了一半。后来我带了三十年学生，我也这样扛。”担责结构不是免责的挡箭牌，它是允许从业者敢于在不确定性中做出裁决、并敢于为裁决承担心理代价的制度容器。

第四，劳动产出的识别与回报机制。 医生做出的诚实判断，能够被制度识别——不是被识别为“成本控制”或“编码合规”，而是被识别为“一次以患者利益为首要根据的、在不确定性中做出的尽职裁决”；并且，这种识别能够转化为职业尊严、同行认可以及薪酬体系中的正面回馈——哪怕只是病例讨论会上的一句话、年

度考评中的一行评语。在那些尚未被DRG全面覆盖的科室里，仍然能看到这种识别的痕迹：一位肿瘤内科副主任在访谈中说，“我们科评优的时候，很少看谁收的病人多，我们会看——谁的病历里，能看出他真的在想。我说的不是他引了多少文献，而是他的诊疗计划里有没有那种‘因为考虑到这个病人的特殊情况，所以我没有选常规方案’的东西。”当劳动产出能被识别和回报时，诚实判断的生产循环就闭合了。

这四项要件，合起来构成诚实判断的生产关系。它们不直接生产任何一次具体的诚实判断——具体的诚实判断是医生心智的产物。但它们决定了：一个心智，在进入临床情境的那一刻，是否被制度性地分配了感知的资源、被授予了裁决的空间、被赋予了承担的结构、以及，最终，他做出的诚实判断是否能被制度看见与回报。当这四项要件同时完整时，诚实判断的产出可以大体持续。当它们开始被系统地拆解时，诚实判断作为一种劳动产物，便会从制度中渐次消失。这不是因为医生“变心”了，是因为生产关系断了。

2.3 与既有解释传统的精确切割

在展开劳动断链的发生机制之前，必须先厘清本文所提出的“劳动断链”概念，究竟在哪个意义上切开了既有解释传统所装不下的辨别面。本节将“劳动断链”置于六个核心理论对手面前，逐一论证其不可还原之处。

与“心术分离”的切割。心术分离已经完成了一项关键突破：它拒绝将医生的困境简化为职业道德滑坡或专业自主权受侵，正确地指出了断裂发生在从业者的认知与情感结构内部。但它留下了一个致命的未答之问：为什么从业者会主动让渡？心术分离的解释是：因为制度惩罚太重、合规脚本太现成，从业者不敢承担、于是选择退回安全区。这个解释仍然偷偷地预设了一个有能力做出选择、却因恐惧而不敢选择的“内在主体”。它没有追问：如果制度已经不再为“做出诚实判断”这件事本身提供完整的劳动条件——如果感知的时间被压到零、裁决的合法空间被合规路径填满、承担的担责结构被打碎——那么所谓“主动让渡”，究竟是一种主动放弃，还是一种在劳动条件已被事先拆走的局面下、被动地“无活可干”？劳动断链给出的判断是：医生并不是在恐惧中放弃了诚实判断。他们是在诚实判断的生产关系已被拆碎之后，发现自己手里已经没有了完成“感知-裁决-承担”这三重劳动的

制度工具。心术分离看见的是症状——医生不再把心放进术里。劳动断链要解释的是病因——让心放不进术里的，不是恐惧，是制度先一步把承载心的那个劳动过程拆掉了。

与“专业自主性丧失”的切割。 自主性丧失论题关注的是“外部管理权力与内部专业裁量权之间的边界”——谁的手伸进了谁的地盘。此论题的核心前提是：职业劳动的特质在于自主裁量，而管理权力的入侵削薄了这一裁量空间。这一判断没有错，但它停在了边界争执的层面。劳动断链不否认边界被跨越了，却进一步指出：跨越边界只是开始。真正的变革发生在边界被跨越之后——当管理权力将其自身的考核逻辑（费用指标、编码规则、临床路径强制率）植入临床工作的每一个环节，它不是在“夺取”原有生产关系的某一块阵地，而是用一套全新的生产关系替代了原有的。在这套新关系中，诚实判断的三重劳动被拆散为十二个分属不同考核环节的合规动作，每一个动作都可以被单独执行、单独考核、单独达标——但它们之间那条“由同一个心智全程负责”的链，被制度设计本身抽走了。自主性丧失的理论框架能够辨识“裁量空间被压缩”，却无法辨识“裁量所依赖的那个完整的劳动过程本身被拆解”——因为在它的框架中，“裁量”被预设为一个内部同质的、可被整体侵占或整体保留的实体。自主性丧失只看见了“我的手被绑了”，没看见“绑手的同时，把我手底下那个需要完整手才能完成的活，也一起取消了”。

与“职业倦怠”的切割。 倦怠文献的核心变量是情绪耗竭——从业者的情感能量在持续应激中被耗尽，导致去人格化和个人成就感降低。倦怠描述的是劳动强度的后果。劳动断链描述的是劳动结构的改变。一个医生可以不倦怠——他每天规律上下班、工作量适中、情绪平稳——但他仍然可能处于劳动断链之中：他的感知劳动早已被系统自动提示的检查异常所替换，他的裁决劳动早已被临床路径强制执行所锁定，他的承担劳动早已被“按路径执行不承担责任”的隐性承诺收回。他不耗竭，但他的诚实判断已经很久没有被生产出来了。更尖锐的区分在于：倦怠是可逆的——通过减轻工作负荷、提供心理支持、改善组织氛围，倦怠水平可以下降。但劳动断链在现有制度架构内不是可逆的——它不是“程度”问题，是“结构”问题。一个在DRG制度下被训练了三年的年轻医生，即使在下班后有充足的时间、即使对职业仍然抱持热爱，他感知“不对劲”的习惯与能力、承担不确定性的心理容量，却可能在这三年中被不可逆地钝化了。不是因为他累了，是因为他从未被允

许练习。倦怠的诊断对象是“能量耗竭的从业者”，劳动断链的诊断对象是“劳动过程被拆解的生产关系”。

与“防御性医疗”的切割。 传统概念将防御性医疗定义为医生为避免医疗纠纷风险而采取的非必要检查和程序。这一定义预设防御是偶发的、针对特定风险的策略行为——医生在感知到某一病例存在较高的诉讼风险时，“主动启动”防御模式。劳动断链指出，在DRG制度下，防御不再需要被“每次单独启动”。它被内置于日常工作流的每一个环节中——编码优化本身就是防御，临床路径本身就是防御，快进快出本身就是防御。防御不是医生“选择了”的行为，而是制度在正常运转中本身的形态。因此，不再需要每个医生都“心里害怕”才能执行防御——制度替你怕好了，你只需要走流程。一位骨科医生在访谈中说了一句精辟的话：“以前给病人做不必要的检查，我会心里过不去，我知道自己在防御。现在走路径，检查都是路径里的，我不需要觉得自己在防御——我只是在按标准做事。”这个区分至关重要：防御性医疗理论捕捉的是“从业者因恐惧而做出的偏离最优临床决策的行为”，劳动断链捕捉的是“制度设计本身使得最优临床决策的生产条件被拆除，从业者甚至不再需要体验恐惧——因为需要恐惧才能做出的那些决策，已经不在他可选择的操作菜单里了”。

与“医疗异化”的切割。 马克思的异化理论在二十世纪被劳动过程理论推进为对“概念与执行分离”以及“劳动去技能化”的分析。如果套用这一框架，DRG似乎就是典型的“医疗领域的去技能化”——将医生的临床概念劳动与执行劳动分离，由医保管理者掌握概念，由医生被动执行编码化、路径化的操作。但这一诊断在面对本文的田野材料时，无法精确捕捉到实际发生的现象。医生们没有被“去技能化”。他们的临床知识和判断能力完好无损。他们仍然知道，一个心衰合并肾功能不全的病人应该如何 在双联抗感染与肾保护之间做权衡。真正发生的，不是技能的丧失，而是技能的内部撕裂。一位呼吸科医生在访谈中这样描述：“你的脑子被劈成两半。一半仍然是一个临床医生——他知道这个病人需要什么。另一半是一个编码员——他知道这个病人，在首页上，应该是什么。”这两半同时存在、同时运转，但不再由同一个统一的心智来整合。异化理论的核心叙事是“劳动者与产品分离、与劳动过程分离”——劳动者被降格为执行他人概念的机器。但DRG下的医生不是被降格为机器，而是被升格为——或者更准确地说，被分裂为——一个内部

包含了两个彼此冲突的行动逻辑的矛盾体：他既要是优秀的临床决策者，又要是高效的编码优化者。这两个身份需要的不是同一种心智，甚至不是同一种伦理。异化理论能够解释“劳动者不再拥有自己的劳动产品”，但无法解释“劳动者仍然保有自己的产品——病历署着他的名，决策归他负责——但这个产品是他自己的两个彼此冲突的心智半区的妥协产物，而非一个统一判断的产物”。劳动断链所切开的恰恰是这一点：断裂的不是产品归属，也不是劳动者与劳动过程的简单分离，而是生产劳动过程所依赖的那个统一职业心智的内部结构本身被撕裂了。

与“劳动过程理论”（概念与执行分离）的切割——这是本文不可还原性最关键的一笔。Harry Braverman在《劳动与垄断资本》中提出的核心命题是：资本主义劳动过程的实质，是管理者将“概念”（conception）集中到自己手中，将“执行”（execution）分配给工人，从而实现对劳动过程的全面控制与劳动者的去技能化。这一分析框架在二十世纪的工业劳动研究中影响深远。从表象上看，DRG改革似乎重复了这一模式：医保管理者制定支付规则与临床路径（概念），医生按规则执行诊疗（执行）。但本文的田野材料揭示了一个截然不同的现象。在DRG制度下，医生的“概念”能力不但没有被剥夺，反而被空前地强化了——但这种强化不是向着“更诚实判断”的方向，而是向着“临床决策与编码优化两种彼此冲突的逻辑在同一心智内部并行运转”的方向。一位医生在查房时，他的脑中同时运行着两条并行处理的线路：一条是临床判断线——这个病人真正需要什么；一条是编码优化线——这个病例在首页上应该展示成什么样子才能不亏损。这两种逻辑都需要高度的专业技能和复杂的认知加工，它们不属于“管理者拿走了概念、工人只剩下执行”。它们是两种不同的概念，被强行挤压在同一个从业者的心智内部，互相拆台。Braverman框架的核心区分是“概念”与“执行”之间的外部环节分离——谁负责想，谁负责做。但本文的诊断对象是“临床概念”与“编码概念”这两种不同性质的脑力劳动在同一个职业心智内部的内部分裂——同一个大必须同时想两件彼此冲突的事，并且按照两套不同的标准对同一个行为做出评价。这一分裂的后果不是去技能化——医生没有被变成不需要思考的流水线工人。恰恰相反，他们被逼成了能够高速切换思维框架、精于计算支付规则、深谙编码博弈的“高技能操作者”。但这套新型的高技能，服务于两个彼此冲突的目标：治好病人，与控制费用。当这两个目标在同一个病例中无法兼容时，医生面临的不是“管

理者让我怎么做我就怎么做”的被动执行——他面临的是一种更痛苦的处境：他自己必须成为那个最终做出选择的人，但无论选哪一侧，都是以牺牲另一侧为代价的。他既不能像产业工人那样用“我只是在执行命令”来为自己解责——因为临床决策的署名权与控制权名义上仍然在他手里；也不能像旧时代的医生那样用“我以患者利益为首要根据”来统一自己的心智——因为费用考核已经让“患者利益优先”变成了一个财务上不可持续的选项。被撕裂的不是技能，是职业心智赖以整合自身的那个统一内核。劳动过程理论分析的是“技能的外部分离”，劳动断链分析的是“心智的内部分裂”。这一区分是本文概念能够切开的辨别面所在。若不加此区分，读者极易将本文读作“Braverman在医疗领域的一个精致个案研究”——这将是理论贡献的巨大损失。

与“麦当劳化”的切割。Ritzer的麦当劳化论题，以效率、可计算性、可预测性、控制四个维度分析理性化的铁笼如何在各个专业领域蔓延。从表象上看，DRG似乎为该论题提供了一个完美的医疗界注脚：临床路径提供了可预测性，编码与支付权重实现了可计算性，平均住院日考核追求效率，路径强制率与控制性成本管控锁死了过程。本文尊重这一分析传统的洞察力，但是否存在“麦当劳化”预测应该发生、却未发生的现象，或“麦当劳化”无法解释的新变体？本文的田野材料提供了三个关键变异。首先，“麦当劳化”的核心预期是标准化、流水线化的过程将导致从业者的去技能化。但在DRG下，医生不仅没有被去技能化，反而被要求同时掌握两套技能——临床判断与编码优化。他没有“变笨”，他变聪明了，但聪明得不是地方。其次，“麦当劳化”理论预测标准化将带来行为的可预测性。但在DRG改革的现实演进中，恰恰相反——系统正在催生一种极其复杂的、高度个体化的博弈行为，其精细程度远超任何一个标准化流水线工人的操作手册。它是高度技能化的、高度策略性的、依赖精英专业训练的——但它的目的不是提升诚实判断的产出，而是在一个与诚实判断相悖的考核体系下生存。第三，“麦当劳化”理论分析的是理性化铁笼对“外部行为”的控制——人被置于一个预先设计的流程之中，按流程行动。但医生的自白“我现在能干好，就是不往心里去了”，指的是一层更深的变化：不是行为被控制了，而是“往心里去”这件事本身，变得不再必要、不再被要求、不再被回报。被改变的不仅是劳动的外部形态，更是劳动者与自身劳动之间的内在诚实关系。麦当劳化理论未曾触及这一内在维度——它的分析始

终停留在“行为的标准化”层面。劳动断链则必须进入“职业心智结构被撕裂”这一更深处。

综上，劳动断链切开的辨别面是：诚实判断不是一种可以被从业者主动放弃或被动保留的美德或能力；它是一种必须由完整的生产关系来组织的劳动过程。当生产关系被拆散，诚实判断作为一种劳动产物，便从制度中消失——这不是因为任何人“不想做”，而是因为它已经不再能“被做出来”。而拆散这一生产关系最特殊之处在于：它不是在剥夺从业者的技能或自主权——这两个维度，既有理论已经覆盖了——而是在撕裂从业者职业心智的内部结构本身。这个辨别面，既有理论装不下。

三、生产关系如何被拆散：劳动断链的发生机制

在完成理论切割之后，本节要回答一个核心的发生学问题：DRG改革是如何，一步一步地，拆散生产诚实判断的那套生产关系的？它不是在政策文本中被明确写下的设计意图，而是一组激励、约束、度量与反馈机制在规定时间内叠加出的结构性后果。本节先呈现两个基于田野观察的连贯叙事——一则纵向长时段、一则横向多案例——再从叙事中提炼出三项拆解机制，且对每一项机制同步给出田野证据与制度文本分析。

3.1 发生学案例一：陈医生的三年（纵向跟进）

陈医生，男，三十五岁，中部省会城市三甲医院心内科主治医师。二〇一九年，医院被选为市DRG试点时，他刚升主治不满两年，正处于“独立判断能力快速增长”的阶段。

第一年。他带着一种近乎好奇的态度迎接DRG。科里每周的运营会议上，运营助理把“次均费用”“结余率”“CMI值”列在白板上，红红绿绿的箭头指向每个人名。陈医生起初并不在意——他觉得，治病就是治病，费用是管理者的事。

但没过两个月，科主任就在会上点了他的名。他收治的一例急性心衰——一个八十多岁的老太太，合并糖尿病和慢性肾病——住院十四天，实际花费是DRG支付标准的两倍多。科主任没有批评他的医疗逻辑，只说了一句：“小陈啊，你这个月把

全科的奖金拖掉了。”语气不重，但全科室的沉默让他瞬间意识到：在这个新秩序里，临床判断的后果不再只属于他和病人之间那根私密的伦理线。它直接、即时、公开地体现在所有人的收入上。

接下来半年，陈医生的行为发生了一系列微小的位移。他学了ICD编码。起初只是出于“得知道运营在算什么”的动机，但很快，他开始在查房时本能地计算：这个病人的诊断，如果用“高血压性心脏病合并心力衰竭”作主要诊断，支付权重会比单用“心力衰竭”高出一千二百元。两种写法都不能算错——临床实际情况确实存在高血压与心脏病的关联。但选择哪一个，已经不再是一个纯粹的临床描述问题。它变成了一个账目问题。

陈医生并不是没有挣扎。有一次，他在病历里如实写下了患者的主要入院原因是“社区获得性肺炎，重症”，支付权重只有零点八，预计亏损将近三千元。科里一位资深同事私下提醒他：“你把‘脓毒症’写进去行不行？这个病人确实有全身炎症反应，指标虽然不是全部达标，但写得合乎要求就行。”陈医生犹豫了一整晚。第二天，他改了首页。脓毒症的支付权重比重症肺炎高出两倍还多。那个月，科里的结余报表上，他的名字终于从“红色”变成了“绿色”。

这个时刻，是陈医生在后来与同事私下聊天中回想的转折点。“改完以后，我心里不是舒服，是轻松，”他说，“我发现这东西原来是有套路的。只要你把首页写对了，就没人管你的病程记录里到底记了什么。质控也不看那个，只看首页和费用。”

第二年。陈医生已经不需要同事提醒了。他形成了一套自己的工作流程：查房时，心中并行处理两条线路——一条是临床判断线（这个病人真正需要什么），一条是编码优化线（这个病例在首页上应该展示成什么样子才能不亏损）。两条线并行运转，不需要刻意的意志力来切换。它们已经变成一个整体。他仍然会为病人做他认为对的事情——在病情需要时，他仍然会“超支”用药、多做一次心脏超声——但他会在其他地方把账补回来：把出院诊断写得“漂亮一点”，压缩那些不产生支付增量的“多余住院日”，暗示病人家属“有些检查和药品你们自己外购会便宜一些”。

这一年，发生了一件让他印象很深的事。他收治了一例急性心肌梗死的患者，造影显示三支病变，指南和临床路径都指向搭桥手术。但这位患者同时患有严重的慢性阻塞性肺病，肺功能极差，围手术期风险非常高。陈医生的临床判断倾向于先做支架、把最危险的罪犯血管打开，再在肺功能优化后评估搭桥的可能。但科室运营助理提醒他：如果选择分次手术，两次住院的DRG支付总额远低于一次搭桥手术的支付额——而且第二次住院还面临“分解住院”的审核风险。路径上写的是搭桥，他擅自改为分次支架，就是偏离路径。偏离路径意味着：如果患者预后好，那是常规操作，“偏离”本身仍将在质控中被记录为不合规；如果预后不好，他将背负双重重压——不仅决策本身要被追问，他主动做的偏离还将使他失去“按路径执行”这一最重要的保护屏障。陈医生最终做了什么？他咬咬牙，按照路径推荐做了搭桥。术后患者发生肺部感染，在ICU住了九天。这个结局，在统计学上属于路径本身的并发症发生率范围之内，无人追责。陈医生在事后说：“我不确定如果我当初选了自己觉得对的那个方案，他会不会更好。但我确定，如果我做了对的事情、结果却不好，没有人会站在我这边。”这个陈述，是裁决劳动被路径合规拆散后，从业者选择放弃裁决的精确档案。

第三年。陈医生被院里评为“DRG管理先进个人”。颁奖理由包括：次均费用控制优秀，结余率持续达标，病案首页质量在全院名列前茅，无重大医疗纠纷。他拿回奖状的那天晚上，和几个同届医生喝了一顿酒。席间有人提起他当年刚入职时在急诊室争着收重症的那个样子。他沉默了一会儿，说：“我现在能干好，就是不往心里去了。”

3.2 发生学案例二：十一位医生的结构性叙事（横向收敛）

陈医生的纵向故事提供了一根时间轴。但一个案例终究单一。在本文的田野工作中，作者同时追踪了十一家医院、不同年资、不同科室的医生在DRG改革后的职业体验。下面将他们的叙事收敛进同一个结构性框架中——不是为了叠加案例数量，而是为了展示：三项拆解机制并非个别医生的遭遇，而是具有跨医院、跨科室、跨年资的穿透力。为保护受访者，以下均使用代号。

关于感知劳动的萎缩。A1（呼吸科，从业十八年，副主任医师）：“以前查房，我看到一个老病人坐在床上，脚垂在床沿，我不用问就知道他喘。现在查房，我先

看护士站的显示屏——血氧饱和度、心率、出入量——数字告诉我他喘，我就不用了。但数字告诉不了我他为什么今天比昨天喘得厉害——是心衰加重，是焦虑，是他昨晚和家人吵架了？但我也没时间问，因为平均住院日要求我让他尽快出院。时间只够我看数字。” A2（心内科，从业五年，主治医师）：“我在门诊，每个病人五分钟。我不是不想详细问病史。但系统里灰色的倒计时挂在那里，超时了会卡号，后面的病人等久了会投诉。五分钟够我把检查开完，不够我听一个人把他真正的难受讲出来。” A3（消化内科，从业二十五年，主任医师）：“最明显的变化发生在第三年。我发现我的住院医师们，越来越不会‘问病史’了。他们汇报病例，能把化验单上的异常从第一条背到最后一条，但关于病人——这个病什么时候开始的，开始之前发生了什么，发病那天吃了什么、情绪怎么样——他们一问三不知。不是他们偷懒，是他们从进科第一天起，就没被要求、也没被给时间去练这个。”

关于裁决劳动的分裂。 B1（骨科，从业十二年，副主任医师）：“关节置换，路径写得清清楚楚。但每一个病人都不一样。有的病人骨质疏松得厉害，按路径推荐的标准假体，可能一年多就松动了。我看过，能判断出来。但如果你要用定制假体，成本超支，你得写情况说明，提交医务科审批，再上报医保局备案。等你批下来，病人已经等不及了。所以我现在——不判断了，用标准假体，一年后松了，那是随访能发现的事，随访发现再说。至少手术当天不亏。” B2（神经内科，从业十五年，主任医师）：“有一个脑梗塞病人，入院时已经过了溶栓窗口。但我凭经验判断，他可能还处在可挽救的缺血半暗带期——多模式影像没普及，纯靠临床感觉。指南说超窗不溶栓，路径说超窗走保守治疗。如果我硬要溶栓，需要找介入科紧急会诊，需要在病历里写下‘经慎重评估，虽符合超窗指征仍认为取栓有利’——这句话，在出事的时候，就是递到医务科一把刀。我不怕冒险，但我不替制度背这个锅。” B3（心内科，从业七年，主治医师）在另一次科室病例讨论会上，被运营助理提醒他收治的一例心衰病人实际费用超支后，他在病历上的出院诊断中加了一项“慢性肾脏病3期”——这个诊断并非虚构，确实有检验指标支持，但在入院时的临床重要性排序中，它远低于心衰本身。然而从这个病例的支付权重看，心衰合并肾病的支付权重远高于单纯心衰。B3在会后私下说：“我知道我在做什么。我也知道，我做的这个事，在医学上不是错的——是选择性的。但‘选择性地呈现数据’这件事，本身就不是医学。医学，难道不应该是全部呈现，然后依

据全部做出判断吗？我已经不记得上一次，我的首页不经过这种选择就被交上去，是什么时候了。”

关于承担劳动的退隐。C1（肿瘤内科，从业二十二年，主任医师）在被问及“是否仍然会为一次诊疗决策承担全部的个人心理重量”时，给出了如下回答：“承担？承担的前提是，那个决策是你的。当你的决策空间被路径和支付规则压缩到只剩两个选项——A是路径推荐但你明知对这个病人不是最优，B是你认为最优但出去就没人兜底——这两个选项本身，都不需要你承担。你选A，你不需要承担，因为你是按规则走的，规则替你承担。你选B，你被迫承担的不是医疗后果，而是制度惩罚——你也不是在承担一个医疗决策。哪一种都不是在行医——一种是在执行，一种是在对抗。对执行来说，承担没有对象；对抗来说，承担不是医疗责任。所以我现在严格意义上，不再承担——我执行，对病人能解释清楚就可以了。”C2（普外科，从业十年，主治医师）：“我印象最深的是第一次出纠纷。病人术后出现并发症，家属来找，院内的质控调查员调出路径表，对着路径一条条勾，都勾上了。最后告诉我，‘你执行没问题，流程合规，不用承担经济责任。’他从头到尾没有问过我一句：你当时做的那个判断，你自己觉得是对的吗？那一刻我突然觉得——自己这些年学的东西，在制度面前，根本不重要。它不需要你觉得，它只需要你做对。”

3.3 第一项拆解：感知劳动被时间度量拆散

从上述材料中可以提炼出的第一项集体层面的拆解，发生在感知劳动层面。

A1的叙事中最尖锐的一句话——“数字告诉我他喘，我就不用看了”——指向感知劳动制度条件的丧失。感知劳动需要时间，但不仅是“更多的时间”这种量的需求。它需要一种特定的时间质地：一段不被任何可量化的任务目标所预占的、可以在弥散信息场中自由移动注意力的时间。A1描述的老病人“脚垂在床沿”的姿势，不属于任何一个诊断编码的输入项；要看见它，医生的目光必须在进入病房的前几秒内，不被任何预设的任务所牵引，而是先在意向性上放空，让整个场景以整体的方式涌来。这种意向性的放空，要求的不是更多的秒数，而是一种与“必须在规定时刻完成规定操作”的制度节奏截然不同的时间组织方式。

DRG改革，从制度层面摧毁了这种时间组织的可能性。平均住院日的设定逻辑，来自DRG分组器根据历史数据计算出的“同病种平均住院天数”。这个数字本来是一个统计参考值，但在支付制度将住院天数与成本核算直接绑定后，它迅速从“参考”滑移为“硬约束”。运营助理每天实时监控着每一位医生的在院病人，将“距平均住院日还有X天”用红色标注出来，发到科室群里。科主任周会上逐一点名超标准的名单。这不是“管理者要求医生快一点”这种温和的压力——这是一套精密的度量装置，将时间的每一个缝隙都贴上了成本标签。当医生知道，在病人床前站十分钟问一些“与诊断编码无关”的问题，这十分钟在DRG费用表现表上对应的数字是零——而零在这个度量世界里就是负数——他就被制度性地剥夺了感知劳动的合法时间。A2的“五分钟门诊”和A3观察到的“住院医师不会问病史”，不是时间压力的问题——时间压力的文献已经很多了——而是感知劳动作为一种制度默认为“不需要发生”的活动，在时间的栅格中被系统地排挤出去的结果。A3的描述尤其刺痛：“他们从进科第一天起，就没被要求、也没被给时间去练这个。”被切断的不仅是当下每一次感知劳动所缺失的那十分钟，更是代际传递中感知能力在训练期就被制度性地省略了。

3.4 第二项拆解：裁决劳动被路径合规拆散

第二项拆解发生在裁决劳动层面，其机制比感知劳动的拆解更为隐蔽。

DRG在支付规则之外，配套推行了临床路径管理规范。从政策文本上看，国家卫健委在《医疗机构临床路径管理指导原则》中将路径定位为“推荐性”管理工具，明确“鼓励医疗机构根据实际情况对路径进行调整”。但在支付实践中，各地的医保经办机构将支付条件与路径执行率相捆绑：不入路径即不支付，或降低支付系数；偏离路径即触发审核，审核的实质不是“偏离是否有临床合理性”，而是“偏离是否属于编码规则中可接受的变异类型”。B1的遭遇——定制假体需要写说明、走审批、等批复，等批下来病人已经走了——就不是某个管理者有意刁难，而是制度规则本身内置了“裁决的时间成本”作为负向激励。这一负向激励的设计初衷可能是为了防止过度医疗，但它对裁决劳动的系统性效应是：当一个医生面临“需要立刻做出的裁决”和“做裁决必须承受的制度延迟与审查风险”时，他的理性选择不是冒险裁决，而是退回路径的庇护之中。B2的“超窗溶栓”决策更为极端——它不仅是裁决时间成本的问题，更是裁决合法空间的丧失。B2描述的在

病历中写下“经慎重评估，虽符合超窗指征仍认为取栓有利”，这十五个字如果在不良结局后被调阅，就是对他个人的直接指控——因为指南与路径已经事先宣布了“超窗不溶栓”为合规操作，偏离即为不合规。裁决劳动的合法空间，就是在这样的规则设计中被一层层关闭的：每一个可能的偏离都被预设为需要“辩护”，而非需要同行审查的理由。医生不是害怕审查——如B2所言，“我不怕冒险，但我不替制度背这个锅”——他们拒绝的是在不被信任的制度环境中，用自己的人格去为裁决做背书的徒劳。

更微妙的是B3的描述——“选择性地呈现数据”。B3所述的诊断“升级”不是典型的“编码高套”意义上的故意虚报；慢性肾脏病3期确实有检验依据支持。但临床诊断中的“主要诊断”与“次要诊断”的排序，在过去是一件朴素的临床事情：什么是病人此次入院最重要的原因，就写什么。DRG改革后，诊断排序不再朴素了——它被赋予了财务权重。当一个医生必须在他明知“临床上更重要”的诊断和“支付权重更高”的诊断之间做排序时，他的裁决劳动已经被内部分裂。不是他没有裁决能力——他完全知道临床上什么更重要——而是那个“做了裁决之后，如何书写裁决”的环节，不再服从于临床诚实性这一个原则。裁决被拆成了两半：一半是做医学上正确的裁决，另一半是做财务上可持续的呈现。这两半之间需要一个人来做出最终的选择——但在现有制度中，没有一个人能只选前者而不受惩罚。B3的自我审视——“我做的这个事，在医学上不是错的——是选择性的。但‘选择性地呈现数据’这件事，本身就不是医学”——精确地揭示了裁决劳动被拆散后的从业者状态：不是做了错事，而是做了在制度强压之下被逼出的非医学的选择。这种分裂，不属于经典的“去技能化”——裁决能力完好，但裁决的完整性和诚实性已经被制度的呈现规则系统地腐蚀了。

3.5 第三项拆解：承担劳动被担责结构拆散——兼论其逻辑内核

第三项拆解发生在承担劳动层面，是最隐蔽、也最根本的一项。

C1的陈述——“承担的前提是，那个决策是你的”——将承担劳动的瓦解机制钉死在逻辑上。承担劳动，如前所述，是医生在决策做出的那一刻，用自己的职业人格为裁决背书的同步的内在确证。这份确证的逻辑前提是：决策是我的。一旦决策空间被DRG制度压缩为“执行或对抗”的二元选择——如C1所言，“你选A，你

不需要承担，因为你是按规则走的，规则替你承担；你选B，你被迫承担的不是医疗后果，而是制度惩罚”——那么，承担劳动就失去了它在逻辑上能够发生的支点。不是医生“不愿意”承担，而是在这个二元结构里，根本就没有一件“属于我的裁决”可以供他承担。

C2的经验——质控调查员对着路径逐条勾，全都勾上了之后告诉他“你执行没问题，流程合规”——揭示了担责结构发生转换的具体机制。在传统的医疗担责框架下，一起不良结局会被同行追问：“在当前可获得的信息条件下，这个判断是否合理？”——这是对裁决的实质审查。在DRG改革后，担责结构从实质审查滑向形式审查：不再追问判断逻辑，只核对执行是否符合流程规范。这一转换的发生机制是经济的——实质审查昂贵、耗时、依赖同行判断，形式审查廉价、快速、可用可量化指标执行。但当形式审查彻底替代实质审查成为主要的担责方式时，医生承担劳动的制度根基就瓦解了。他不再需要为自己的裁决背负心理重量——他只需要证明自己“走对了路径”。

C2最后一句话——“它不需要你觉得，它只需要你做对”——一语道破了承担劳动被取消后的制度逻辑。制度不再需要医生的“觉得”。但在此处，本文必须对一个潜在的逻辑跳跃进行严密的补充论证。有读者可能追问：制度不需要“觉得”，并不意味着医生不能在内心继续“觉得”。一个人是否仍然可以——在制度不要求、不奖励、甚至不识别的情况下——独自在内心深处维持那份对裁决的内在确证？本文的田野材料（C1的“我现在严格意义上，不再承担”）显示，医生确实放弃了承担。但为什么放弃？仅仅因为“制度不考核”这一点，尚不足以构成一个严密的逻辑解释。

这里存在一个更深的机制，需要在理论层面显式地抽出，作为承担劳动瓦解的逻辑内核。

承担劳动，从性质上说，不是一种可以被从业者在内心“独自完成”的主观情感。它是一种对象依赖型的心理劳动——它必须有一个可以被承担的对象，才能发生。这个对象，不是任何一次诊疗动作，而是一次在不确定性中做出的、属于从业者自己的诚实裁决。承担，是裁决的影子：它只有在裁决存在的前提下，才可能存在。一个工人可以为自己的手艺感到骄傲，是因为他亲手完成了这件作品——作品是他

的，骄傲才有所附丽。一个医生可以为一个决策感到紧张，是因为这个决策是他自己做的——如果出了错，那是他的错；如果对了，那是他的判断被验证了。紧张的确证力量，恰恰来自裁决的属己性。

现在，回到DRG制度下的裁决空间。如本章前两节所论证的，感知劳动被时间度量在感知环节就压制了“觉察到那个不对劲”的可能，裁决劳动被路径合规压缩为“执行推荐选项或承受制度惩罚”的二元选择。当裁决的合法空间被压缩到这种程度时，医生还能做出“属于自己的裁决”吗？在绝大多数日常病例中，他已经不能了。他面临的，不再是一组可以依据自己的临床心智做出不同选择、并为其中任何一种选择承担责任的真实选项。他面临的，是一组已经由制度预先裁决过的选项——路径推荐的那个，是制度替他做的决定；他自己认为更好的那个，是制度宣布为不合规的、需要他独自面对风险的对抗选项。这两个选项，无论他选哪一个，都不再构成一次“属于他的裁决”。选前者，是执行制度裁决——不需要承担，因为那不是他的裁决。选后者，是对抗制度规则——他需要背负的是“违反制度”的风险，而非在不确定的医疗情境中做出尽职判断后所承受的“我不知道是否对了”的那种内在重量。在对抗中，心理劳动的焦点从“我的判断是否正确”转移为“我能否承受制度的惩罚”——这不再是承担劳动，这是风险计算。

因此，承担劳动瓦解的根本原因，不是制度“忘记了”要求承担，也不是医生“失去了承担的意愿”。根本原因是：裁决空间的丧失，使得“可以为之承担的那个医疗裁决对象”先一步消失了。医生失去的，不是承担的能力或勇气，而是可以被承担的东西。当你的每一天、每一个病例、每一个诊疗决策，都在一个已经被制度预先填好答案的选项框里被做出时，你就没有“自己的裁决”可以为之承担了。承担劳动不是被压制了——它是被连根拔掉了。它的消失，是裁决空间被压缩后的一个逻辑必然，而非一个可以经由心理疏导或职业精神培训来恢复的主观态度。这一逻辑内核，是“劳动断链”区别于“职业倦怠”和“自主性丧失”的最深层论据：倦怠描述的是能量的枯竭，自主性丧失描述的是空间的侵占，而劳动断链描述的是——劳动对象的消失。

四、系统效应：从个体适应到制度再生产

第三章从田野材料中提炼出感知、裁决、承担三重劳动的拆解机制。但劳动断链并非仅发生在个别医生身上。在高度组织化的医疗体系中，个体的防御性适应行为会经由机构传导、管理固化和行业扩散，最终从个别现象升级为体系性的制度再生产——旧的诚实判断生产关系被拆散的地方，一套新的、以“可考核的合规操作”为单元的生产关系，被重新装配起来，并自主运转。

4.1 新生产关系的装配：合规脚本如何替代诚实判断成为新的劳动产品

当感知、裁决、承担这三重劳动的生产关系分别被拆散后，医生手中剩下的，是一套由制度直接供给的、可批量执行的“合规操作组件”——编码优化、路径执行、首页填写、分解住院——这些组件不需要被一个统一的心智整合，它们可以分项完成、分项考核、分项达标。这些组件，就是新生产关系试图生产出的新的劳动产品：合规脚本。

这并不是一个贬义词。合规脚本在DRG制度下，是一种高效、低成本、可大规模复制的产品形态。它不需要感知——系统已经通过检查报告为你标出了异常指标；它不需要裁决——临床路径已经为你框定了选项；它不需要承担——规则已经替你承担了责任，你所做的只是“合规执行”。它的全部要求只有一条：做准、做对、做得与支付规则完全一致。医生从诚实判断的生产者，转变为合规脚本的装配者，是这一生产关系置换的逻辑终点。

但这套新生产关系有一个隐秘的运行前提：它必须持续地将诚实判断的劳动过程压制在不可见状态。因为一旦诚实判断重新被制度看见——一旦有一个科室能够证明，他们的成本控制不是因为编码做得好，而是因为临床决策做得准——整个以合规脚本为核心的考核体系的正当性就会动摇。因此，新生产关系并非被动地“适应”了诚实判断被拆散的事实；它主动地、通过其内部的反馈与奖惩机制，持续地再生产着这一拆散。一位在DRG试点医院工作五年的医务科管理人员在访谈中无意中说透了这个机制——“我们从来不会惩罚一个医生因为他没做出‘好的临床判断’。那个我们没法考核。我们只会奖励那些把首页写对、把路径走完、把费用控制住的。至于他到底有没有用心，你得去问他本人——但在我们的报表上，他有没

有用心，是一件不存在的事。”一个医生，当他尝试在某个病例中认真地完成一次感知-裁决-承担的完整劳动，但他的这一次诚实判断在制度中无法被记录、被测量、被回报，反可能因为偏离路径而在质控中被标记为“不合规”时，他——以及他身后的整个科室——就被新生产关系“教育”了一次：不要做这个，做了没用，反而有害。这是“劳动断链”从个体适应升级为制度再生产的核心机制：新生产关系不是替代旧生产关系，而是主动地惩罚任何试图在旧关系下运转的努力，将从业者集体训练为合规脚本的可靠生产者。

4.2 度量框架的更迭：从诚实判断被“忽视”到被“排斥”

如果说，新生产关系的装配是从正面用合规脚本替代诚实判断，那么度量框架的更迭，就是从背面封堵住诚实判断回归制度的任何通路。这构成了劳动断链在系统层面最隐蔽、最深的一笔。

在传统的医疗质量管理框架中，“一次好的临床决策”虽然难以被定量测量，但在专业共同体内部，它并非不可识别。疑难病例讨论会上，一位医生对其临床推理链条的清晰阐述，一段有见地的死亡讨论记录，都会被同行辨别为“高水平的临床判断”，并转化为相应的职业声望和晋升资本。这套旧有度量方式，无论其如何粗糙与主观，至少为诚实判断提供了在一个特定制度空间内“被看见”的渠道。

但DRG改革带来的，不仅仅是费用考核指标的加入。它以财务管理的逻辑，系统性地推动了对所有医疗活动的“可计算性”改造——凡是不能转化为数字的、不能被报表呈现的、不能被公式纳入的，在管理意义上就不存在。这不是一个主观故意的排斥——大多数医院管理者并不敌视诚实判断。这是度量工具自身的属性使然：当你手里只有一把尺，你只能测长度；而诚实判断是重量，是温度，是那把尺测不到的那些维度的集合。当整个管理体系的考核、奖励、惩罚全部绑定在这唯一一把尺上时，这把尺就从“测量其中一部分”的工具，沉默地变成“压缩一切被测量维度的差异，以令所有行为的可比较性达标”的规则。因为用单一度量框架衡量一个多维度劳动，本质上是在持续地制造竞争——各项维度为了争夺“达标”这个唯一的信号，必须在彼此之间做出排他性的取舍。而那些无法在尺上显示出来的维度，则不是被忽视了，而是被这个竞争过程本身系统性地淘汰了。

诚实判断，正是那个无法被当前单一的费用度量框架捕获、却在一个完整医疗体系中不可或缺的维度。当度量框架将一切行为压缩为费用表现的可比较性时，诚实判断便不是从制度中被“暂时忽略”，而是被从制度的“现实”中排挤出去。它丧失了制度性的栖身之所——这也是为什么，那些尝试在DRG体系下仍然坚持做出诚实判断的医生，往往发现自己不仅在经济上受罚、在职业晋升上也毫无优势的原因。不是制度在“惩罚诚实”，而是诚实在一个排他性的度量框架里，找不到被记录和回报的坐标。

4.3 从劳动断链到社会信任冷却的正反馈回路

劳动断链的第三重系统效应，是其向社会信任领域的溢出与回流——这构成了一个将从业者牢牢锁死在防御性角色中的正反馈回路。

劳动断链的第一个社会牺牲品，是患者对医生诚实判断的感知能力。当诚实判断作为一种完整的劳动过程不再在制度中发生，其缺席并不会以“医生直接说我不判断了”的形式暴露。它会被合规脚本的语言无缝覆盖——病历完美、流程紧凑、解释客气。但患者是有感受力的。他们未必能指认“劳动断链”这个概念，但他们能在反复的被分解住院、被要求外购药品、被告知“这种病我们不看”的体验中，辨识出一种细微的、弥散的错位感：“和我说话的这个医生，似乎不是在为我考虑，而是在代言一套程序。”本文在田野工作中也对患者侧进行了有限度的访谈。一位受访患者——他的父亲在半年内因同一慢性病被同一家医院三次“分解住院”——这样描述他的感受：“我不怀疑医生的技术。但我每次跟他们说话，都觉得他们有所保留。他们对我很客气——但那种客气，像是餐厅的服务员在跟你报菜名，不是一个人在帮你拿主意。”当一个社会中的足够多个体累积了这种体验，弥散的不信任就开始弥漫。

这个社会现象一旦形成，便会以一种强烈的反向力回流到医疗体系内部，成为加固劳动断链的砝码。一位在北方某省会医院执业的心内科医生在访谈中描述了这个回路的现实形态：“患者现在越来越不信我们了。你跟他说明这个方案是我为你认真判断过的，他觉得你在骗他多做检查。你给他开便宜的方案，他觉得你敷衍他。你不给他开检查，他觉得你不负责任。你就只能走路径——至少路径是一个第三方给你的东西，不是你一个人决定的。路径可以帮你挡住很多质问。”当医生不得不躲在

合规脚本后面、用路径和编码来为自己与患者之间的信任真空做缓冲时，他更不敢做出不被脚本覆盖的诚实裁决。信任冷却了，诚实判断的生产关系便更难以重建——因为重建它需要从业者敢于站出来承担裁决的不确定性，而承担所需的心理重量，不可能在一个充满敌意的环境里被背负起来。医生与社会不再是谁先抛弃谁的问题——他们一同陷入同一个锁死回路：劳动断链腐蚀社会信任，社会信任的腐蚀反向加固劳动断链。打破这个回路，无法仅从任一侧入手——它是结构性共生。

五、推论：劳动断链的跨领域变体——一个初步探索

医疗不是劳动断链唯一发生的领域。它是一个更普遍的、以诚实判断为核心生产力的职业，在遭遇高度量化、高度标准化的外部考核体系时，可能产生的结构性病变。本节将从本文的论证出发，向外推衍劳动断链在两个不同领域的变体，以检验其跨领域的可迁移性。这是一种理论推论，意在于探索性层面测试概念的弹性边界，而非对每一领域做出经验验证。本节的推论，每个领域附着一个从相关行业从业者处获取的自述片段——这些片段并非正式的实证研究，仅作为引入性锚点，帮助读者将“劳动断链”的核心结构（三重复合劳动的不可还原性、制度化拆解、内部心智分裂）映射至其他领域的现象表面。

5.1 法学

刑事辩护律师的核心劳动，与临床医生高度同构——感知案件中被控方忽略的关键证据、裁决辩护策略中无法完全依据法条代码化的复杂法理与人性判断、以及承担为当事人利益做不可撤回之委托的责任与职业风险。这三者需要同一个律师在同一个案件中依次完成，才构成一次诚实的辩护判断。

一位从业十五年的刑事辩护律师在自述中回忆：“十年前我接案子，我会花好几个晚上反复翻案卷，看现场照片，就为了找到卷宗字缝里的那一点不对劲。我找到了，我就敢在庭上替当事人说这话——因为那是我自己找到的，错误了我认。现在，结案率在你头上压着，法援补贴就那么点钱。你接案当天就得算出这个案子值不值得花时间找那个‘不对劲’。如果值得，你找；如果不值——你不是敷衍，你是用认罪认罚走程序。你赚不到钱，但你不会被投诉。过程都没错，就是没有人再去找那个不对劲了。”当司法系统的绩效评估用“结案率”“上诉率”“胜诉

率”等量化指标来管理律师与法官时，一种类似于DRG合规脚本的生产关系便开始入侵辩护过程。律师的感知劳动，被压缩到只能在卷宗和既定指控框架中寻找“可用的辩点”，而非去觉察那些潜藏在案卷之外、需要主动调查才显露的事实疑点。裁决劳动，被置换为“计算最可能被法官接受的辩护策略”——这不是在裁决，是在预测与博弈。承担劳动，则在“按程序走了辩护流程就免责”的隐性承诺中消失了。一个资深刑事律师，可能持续保持高胜诉率，但他内心清楚：他不再是一个“为这句辩护词承担诚实心理重量的人”。他的劳动产品已经从“以当事人利益为首要根据的诚实辩护”，变成了“在量化考核系统中能拿到最优数据的胜诉文本”。这是劳动断链在法学中的精确映射。

5.2 教育学

一个高中语文老师的诚实判断劳动是：去感知一个学生作文中那个尚未被训练成“标准答案”的微弱的原创灵光。去裁决——是这次仍给他一个模板让他通过考试，还是冒险鼓励他发展那条不安全的、可能写偏的原创路径。去承担这次裁决的后果——如果他写偏了、分低了、家长来质问，老师自己为这个判断负责。

在这一领域，我们可以做出比法学更深入一步的机制对勘。教育学中的感知劳动，对应的是教师在批阅学生作文时，不被“得分点”的预设框架完全占据注意力，允许自己的目光在文本的缝隙中捕捉到那些不符合任何评分标准、却带有个人原创印记的微弱光芒。这需要一个特定的制度条件：教师拥有在评分体系之外、对学生的文字做出不以量化产出为直接目标的审美与认知回应的合法时间和制度默许。裁决劳动在教育学中的形态，是教师面临的一个两难选择——是用稳妥的模板确保学生在短期考试中获得安全分数，还是冒险鼓励学生沿着那条原创的、“不确定能得几分”的路径发展。这一裁决的空间，被教研组的统一备课、标准化考试的评分规则、以及家长对分数的直接问责三重力量挤压着。承担劳动在教育学中的形态，是教师用自己的职业判断为学生的长期心智成长背书——当一个学生因为听了老师的建议、写了一篇不符合考试套路的作文而得了低分，老师敢于面对家长的质询和学生本人的沮丧，仍然坚信自己的判断在更长的时间尺度上是对的。这种承担需要一整套支撑结构：校领导对教师的信任、教研组内部的同行容受、以及一个不以单次考试分数为唯一评价依据的制度环境。

一位在省会城市重点高中任教十二年的语文老师在自述中描述了三重劳动的同步丧失：“我教书前五年，最享受的是周末改作文。一个班上六十个学生，总有那么一两个，会在作文里冒出一两句不是套路的话。可能是他晚上睡不着想到的一些奇怪的事。当然，这种文章按高考标准结构分不高。但我以前会找学生谈，告诉他——这句话你留着，我觉得你写出了别人没写过的东西。现在不行了。期中期末成绩分析会上，每个人的班平均分就打在屏幕上，用红色标注出低于年级平均线的。我上次教了一个学生，让他别写议论文套路，去试试他自己真正有感受的那种写法。期末他考砸了——从平均分往上跌了将近十分。家长找年级组长，说我‘误导学生’。我的教研组同事替我挡了，但跟我说了一句，‘你何必呢。’后来我就不说了。我教他们怎么写能拿分——这个我最在行。但我知道，那些能把作文写进50分以上的孩子，没有一个是被我教过的套路教出来的。他们自带灵光。我没有教他们，我只是没有去杀掉它。——现在是，我甚至不教他们了，我用套路把他们的灵光安全地裹起来，让他们在考场上不出错。我自己心里舒服吗？我已经不问自己这个问题了。我只是把那个想找光芒的念头，压回它该去的地方。”劳动断链在这里显现为一套嵌套在量化考核体系里的制度安排：感知劳动被“按得分点教学”的安全选择替代，因为任何不以得分点为目标的阅读时间，都在绩效考核的逻辑中属于零产出时间；裁决劳动被“按考纲教学、不给模板外路径”的风险规避策略替代，因为偏离考纲的裁决一旦失败，全部后果由教师个人承担，而成功则无法在分数上被显式地证明；承担劳动则被“只要按规定教学就免责”的制度性承诺蒸发掉。老师的劳动产品，逐渐从“诚实地面对一个学生心智的未知并试图唤醒它”，变为“在绩效考核框架下产出合格分数的可预期展示”。

5.3 软件工程

软件工程师的诚实判断劳动藏在一个时刻里：深夜，他盯着自己刚跑通的代码，心里清楚地知道，这个模块的数据结构是为了赶工期才设计成现在这个臃肿的样子。他感知到了那个不对劲——不是bug，是结构层的不优雅，是未来两年里会不断咬人的技术债务。他裁决：是今晚推倒重写，还是先交差、在注释里写一句TODO。最后，如果他有承担的勇气与组织环境支持，他选择重写。

一位在一家人工智能公司干了七年的后端工程师在一篇技术社区自述中写到：“我们现在的Sprint节奏，根本不允许有人停下来想结构。每两周一个Sprint，你的

任务拆成story points，story points拆成小时，钉在JIRA上。你按时交，经理给你点赞。你说你要推倒结构重来，问你多少个SP。你说不出来，因为它不是‘做功能’，是‘想怎么把已经做的这堆东西做成对的’。这不属于任何一个sprint——它不是故事点能算的东西。而我们团队的代码库，已经没有人知道它底层的数据流是什么了。几百个模块，被不同的人写过、改过、用TODO掩盖过。每个Sprint的完成率都是绿标，每个代码覆盖率都达标。但这个东西，作为一个整体，有没有人真的在乎它设计得是不是对的？没有了。不是我们都不负责任——是负责这个事，在现在这套流程里，不存在。”当开发流程被SCRUM的冲刺节奏、JIRA的工时统计、代码覆盖率指标严密包裹后，生产关系就变了。感知劳动：他对结构层的不优雅失去了“看见”的时间与注意力条件——他只能盯住工单需求。裁决劳动：“推倒重写”不在任何一个Sprint的story point估算里，经理的目光在交付速率上。承担劳动：重写了，出bug是他的；先交差、记TODO，出bug是整个Team的技术债——他不需要也不被鼓励去承担那个个人的裁决。只要交付速率是绿的、测试覆盖率是绿的、Sprint完成率是绿的，一个由几百段被分别考核的合规代码片拼成的、没有一个活人知道它底层数据流是什么的庞大项目，就能在指标上完美运转。而团队里，或许几个月都没有人为此感到不安。不是不想，是那个“不安”所指向的劳动产品——一个被诚实设计和建造的底层结构——已经没有生产关系来组织它了。这是劳动断链在软件工程中的精确映射。

以上三个领域的变体，共享了劳动断链的同一组核心要件：一份本应以诚实判断为核心劳动产品的职业；一套将劳动过程拆解为可分别考核的外部指标体系；从业者被制度性地剥夺了完成完整劳动过程的生产条件；碎片化的合规操作在数据层面制造了高质量假象；从业者与自身劳动产品之间的完整性连接，在日常流程的“正常运转”中被静默切断。核心辨别点——劳动断链发生的标志，不是从业者“不愿意”承担诚实判断，而是诚实判断作为一种劳动产物，已无法在既有生产关系中被完整生产。

六、出路：重建诚实判断的生产关系

本文的诊断是悲观的。但好诊断的价值，不在于让无力感更精致，而在于在识别出系统性锁定的同时，指出那些可以被松开的节点。本节不试图给出一份“政策清单”——那是基于实证数据的另一项研究任务。本节只从本文的核心论证出发，推演出“修复劳动断链”必须满足的最低限度的制度条件。

6.1 同时修复感知、裁决、承担三项劳动的生产条件

劳动断链的锁定回路之所以难以打破，是因为它将三项劳动同步拆解——任何仅针对某一项劳动的修复，都会被另外两项的“照旧运转”拉回原位。

如果仅扩充感知劳动的时间资源——例如在少数教学医院试点压缩门诊量，让医生有更多时间与患者交流——而不修复裁决劳动的合法空间，医生多出来的那些感知时间，会被用来感知什么？他们会感知到，自己觉察出的那些不在路径内的线索，因为无法转化为合规的诊疗动作，只能被记录在病历的“备注”栏里，然后被放置过期。如果仅修复裁决劳动的自主空间——例如鼓励医生在路径之外做判断——而不重建承担劳动的担责结构，那么放开裁决只会让医生更加恐惧：路径至少能保底，路径之外自己扛，扛错了谁兜底？如果仅强化承担劳动的保障机制，却不修复感知与裁决，那么承担就只是一份空头支票——签在了一个自己甚至没有机会完成的劳动过程上面。

同时修复，意味着制度设计必须从一开始就被放置在一个整体的框架下：承认“诚实判断”是一份完整的劳动，而不是可以被分别管理的三项独立指标。这要求，在DRG支付改革与相关配套政策的设计中，至少为以下三项条件保留并行的制度空间：第一，感知劳动的供给条件——在部分病例（尤其复杂危重症、疑难罕见病）的临床管理中，将“诊断思考期”或“不确定观察期”作为不计入平均住院日考核、且支付标准可以浮动的特殊时段，允许医生合法地慢下来去感知。第二，裁决劳动的合法空间——建立例外裁决的备案-同行评议机制，医生在面临病例超出临床路径或支付标准不适用时，可以通过提交简短的裁决理由进入同行审查通道，审查不追究“是否节约了费用”，只审查“在当时可获得信息条件下，这个裁决是否为患者利益做出了合理的尽职判断”。第三，承担劳动的担责结构——明确在已备

案的例外裁决中，如若发生不良结局，在同行评议中确认裁决为尽职判断后，不以经济惩罚或行政处罚追究医生个人。担责，不是免责。它是为承担劳动提供一个不必在恐惧中熄灭的制度容器。

6.2 建立识别诚实判断的度量通道

劳动断链的制度根源，最终落脚于度量体系对诚实判断的系统性不可见。修补之道，不是在现有费用度量体系内加一个“医德加分项”，而是在平行于费用度量的另一条通道上，建立能够捕捉诚实判断劳动产出的度量框架。

可行的通道是以“风险调整后长期健康结局”和“患者报告结局”为核心的平行评估体系。在一些专科——如关节外科、心衰管理、糖尿病慢病管理——患者报告结局测量工具与长期功能恢复数据已经足够成熟。问题不在技术，而在于是否有一批医疗机构敢于率先将这些非费用数据提升到与费用数据同等级别的考核权重上——使得一个科室或一位医生，可以通过展示其患者群在出院后六个月内的功能恢复率、复诊率、生存质量改善等数据，来为自己争取与费用表现同等重要的职业回报。这并非用“质”取代“量”，而是在“量”的唯一霸权旁边，开辟出“质”能够被记录的坐标轴。一旦这条通道建立，那些仍在日常工作中试图完成诚实判断劳动的医生，就第一次获得了能被制度识别的语言。他们不再需要用“虽然我们结余不高，但口碑好”——这句在财务会议上份量为零的辩白——来为自己申辩。他们可以直接调出数据：这一年，我所在科室的诊疗，在深度调整患者病情复杂度后，其健康结局在同类机构中处于前十分位。当这句话能被制度听见时，编码升级的军备竞赛就不再是从业者唯一的生存手段。

6.3 修复劳动断链的元条件：承认度量有限性的制度设计原则

如果上述两项条件可以作为修复劳动断链的“硬件”，那么它们能够被提上议事日程并落地执行，还需要一个“软件”——一种制度设计的方法论立场。这一立场，不是对制度设计者个人德性的呼吁，而是一项可以被纳入政策制定程序的设计原则：承认度量工具的有限性，并在设计之初就为那些无法被度量、却不可或缺的劳动维度保留制度空间。

这一原则意味着，在进行任何支付改革或绩效考核设计时，自觉地将“我所设计的这套规则，将如何影响诚实判断作为一种劳动过程的完整性”作为一个必须回答的设计问题。这个问题不能等到改革落地、负面效应暴露之后再去“打补丁”——因为劳动断链一旦形成，其自我锁定的回路会让事后修补付出极高的制度成本。承认度量有限性，意味着在一开始就不假装“费用考核”可以替代“价值度量”，意味着在制定临床路径时同步设计例外裁决的通道，意味着在把平均住院日放进KPI时同步计算它将对感知劳动造成何种损伤。不是呼吁设计者“变得更好”，而是要求制度设计本身为自身无法覆盖的价值维度留出呼吸的空间——因为任何一个排他性的度量体系，如果不内置对自己有限性的自觉，都会在运转中系统性地吞噬那些它无法度量、却使它所管理的那个实践成为可能的东西。这一原则在当前DRG改革中被普遍忽略，正是劳动断链得以发生的体制性前提。

七、证伪条件与边界

凡立论者，须指明自己可能在哪里出错。本节正面给出三项可观察证伪条件，并厘清本文论域所不及的部分，以申明这一判断的适用边界。

7.1 三项可观察证伪条件

第一，诚实判断劳动过程的重建。 本文的核心判断是：在DRG制度设计的具体激励与度量逻辑下，诚实判断的生产关系被系统性地拆解，使得诚实判断作为一种劳动产物无法在制度中被完整地生产出来。若在未来五至十年间，我们能观察到一批机构，在严格执行DRG控费且财务指标持续良好的前提下，其内部同步发生了以下多组变化——医生群体在临床工作中的感知劳动时间显著回升（被客观测量为在复杂病例上投入的非编码化思考时间增加）；例外裁决的备案与同行评议机制被日常化使用而非沦为形式；承担劳动在年轻医生培养中被制度性地纳入临床训练的回馈循环（即上级医生为下级医生的判断失误兜底、并公开解析裁决逻辑），且这一兜底实践与DRG的财务考核并行不悖；诚实判断被以独立于费用表现的健康结局数据所记录、并在职业回报中占有与费用表现同等级的权重——若这些条件在可复制的规模上稳定存在，则本文所断言的“劳动关系必然断裂”即被推翻。这意味

着，一种本文未能预见的制度设计，能够在不牺牲控费效率的前提下，完整地组织起诚实判断的劳动过程。

第二，价值度量取代费用度量成为核心激励尺度。 本文论证的一个关键前提是：DRG体系实际度量的是费用而非健康价值，因此在“费用表现好”与“价值被实现”之间，存在制度免疫可资利用的裂缝。如果未来的医保支付改革将“风险调整后的长期健康结局”和“患者报告的功能恢复数据”纳入支付公式的核心变量——使得费用表现不再是医院博弈的唯一优先目标，甚至当医院试图仅优化费用表现时，会因为健康结局指标同步变差而在总收入上受损——那么本文所描述的生产关系拆解就失去了赖以存活的度量裂缝。如果这一改变能在实际运行中产生可观测的、规模以上的诚实判断产出回升，则本文所断言的“劳动断链”即被核心证据动摇。

第三，诚实判断的劳动过程被制度正式组织。 本文论证的一项隐含条件是：DRG改革后的制度架构，并未将诚实判断视为一项需要被正式组织的劳动过程——它被默认、忽视、然后从制度空间中消失。如果未来的专业学会、医学教育体系或医院管理制度，将“感知-裁决-承担”作为住院医师培训与主治医师持续职业发展的正式能力框架，开发出相应的教学方法、评估工具与认证标准，并使这套框架与DRG的财务考核体系在制度上共存而不被后者压制——那么诚实判断便以“被正式承认的劳动”的身份重新进入了制度。这条路径若在大范围内被实践、且产出明显成效，则本文的核心诊断——劳动关系已断裂——便不再是不可逆的定论。

7.2 本文论域的界限

本文的全部论证，基于在中国公立医院体系内DRG支付改革下产生的组织行为与职业认知现象，不涉及其他国家DRG版本下的不同经验，也不涉及民营医疗、基层卫生、公共卫生、以及其他类型支付制度（如按绩效付费、按人头付费）下的情形。本文不试图论证“劳动断链”是DRG的必然逻辑后果——非DRG的支付制度下同样可能产生其他形式的劳动断链。本文只试图论证：在DRG制度设计的具体激励结构、度量逻辑与执行方式下，它构成了诚实判断劳动关系断裂最强的当代加速器。本研究的样本集中于DRG考核压力较大的三级医院，断链的速率与深度可能因医院层级、科室文化与执行弹性而异——在DRG执行较宽松、科室内部仍保

留较强同行评议传统的机构中，劳动断链可能以更缓慢的速度、更局部的形态发生。这一差异并非是本文诊断的失效，而恰恰是劳动断链作为一项“生产关系变量”的特征：不同制度执行强度下，同一组拆解机制可能呈现不同的显露程度。本文所识别的是机制本身，而非对全系统均质化的断言。这一加速机制是否可以被阻断、扭转、或从最初的设计阶段就以“承认度量有限性的制度设计原则”加以预防，是本文抛出的最核心的未决问题。如果有人在更大规模上做到了这件事，本文的诊断便失去了它最坚硬的那根支点。笔者乐见其成。

八、结语

本文从DRG改革下一个被长期忽视的深层结构现象出发，识别并命名了“劳动断链”——当支付制度将诚实判断所需的“感知-裁决-承担”一体化劳动拆解为分属不同考核环节、彼此间不再由同一个心智全程负责的零散合规操作时，诚实判断作为一种劳动产物，便不再能在制度中被完整地生产出来。这不是个体职业道德的滑坡，也不是专业自主权的丧失。它是生产关系层面的断裂：从业者并没有主动放弃什么——他们只是被制度性地移交进了一条不再需要他们完成完整劳动的流水线，而这条流水线的运转，由合规脚本的精准装配在全部指标上支持着。

与既有解释传统相比，劳动断链做出了一个关键的理论位移：它把诊断的焦点，从从业者“内心能量的衰竭”或“裁决勇气的丧失”，转向了“使得裁决勇气成为必需的、完整劳动过程的制度性拆解”。心不是被压垮的——是承载心的那个劳动过程，被制度先一步拆散了。心也就自然无处可放。而这一拆散的特殊之处在于：它不是在剥夺从业者的技能或自主权——这两个维度，既有理论已经覆盖了——它是在撕裂从业者职业心智的内部结构本身。一个医生，被制度性地训练成同时运转两套彼此冲突的行动逻辑的矛盾体：一半是优秀的临床决策者，一半是高效的编码优化者。这两半都是制度需要的，但这两半之间不再有统一的心智在负责。这一新型的心智状态，是“异化”“麦当劳化”和“劳动过程理论”都未能预测、也无法描述的。

但劳动断链并不是一份宣判宿命的判决书。本文在第六、第七两节中，已经诚实地给出了修复通道与证伪条件。如果有一批制度设计者，愿意在改革的初始设计阶

段，就将“诚实判断是一份必须被完整组织起来的劳动”作为原则纳入政策框架——如果他们愿意在度量费用之外、同步建立度量健康价值的平行通道；愿意在制定临床路径时、同步设计例外裁决的备案-同行评议-担责保障的链条；愿意在数字治理的逻辑里，为无法被数字捕获的价值维度留出制度空间——那么本文所描述的劳动断链，就不是不可逆的。它是一条可以被溯源、被定位、被一根一根接回去的断链。

所需的第一推动，不是制度设计者的道德完美，而是一种认知上的诚实——承认自己手中的度量工具，无论多么精密，都只能捕捉到它所设计的那个维度。而一个完整的医疗实践，永远大于任何单一度量体系的捕捉范围。承认这一点，便是在制度设计的起点处，为那些无法被量化的劳动预留了不被吞噬的空间。这一步，在今天的环境中看来也许奢侈，但它既不虚无，也不昂贵——它只需要设计者承认自己的有限。

证伪条件：若在严厉控费下，能观察到诚实判断的完整劳动过程——感知、裁决、承担——被制度正式地、持续地组织、承认与回报，且这一实践在规模以上稳定产出并被独立数据验证，则可证明本文所断言的劳动关系断裂并非DRG制度的必然结构后果，而仅为其特定执行形态下的阶段性产物。

附论一·最近邻切割（续）

本节由编辑部在发表前补写。用意只有一个：把原稿已切过的近邻之外、那些最可能整个吞掉本文核心概念的理论对手请上场，逐一走完「承认占位 → 剩余分工 → 方向相反的可裁决预测」三步。凡切不动的，如实写明切不动。

1. 与马克思「形式吸纳/实际吸纳」的分离：方向相反的一次对质

承认占位。布雷弗曼在正文第二节已被正面切割，但他所继承的那个更早的框架尚未被处理：马克思关于劳动对资本的形式吸纳与实际吸纳的区分。形式吸纳指资本接管既有劳动过程而不改变其技术内容，实际吸纳指资本按自身逻辑重造劳动过程本身，使劳动者的技能被机器与分工吸收。DRG表面上是一次教科书式的实际吸纳：支付方按自身的精算逻辑重造了诊疗流程。

剩余分工。剩余的分工，也是本文与这一传统方向相反之处：实际吸纳的终点是劳动者的认知被抽空、技能被转移到系统里，劳动者只剩执行。而本文的田野材料指向一个相反的终局——医生的认知非但没有被抽空，反而被加倍征用：他必须同时精通临床推理与编码博弈，两套都要求高度专业判断。系统没有拿走他的脑力，系统往他脑子里又塞进了一套。因此劳动断链不是实际吸纳的一个案例，而是它的反例：这是一种在不去技能化的前提下完成的劳动关系解体。这一区别的实践后果是根本的——针对去技能化的传统对策（保卫技能、重建学徒制、争取工艺自主）在这里全部失效，因为技能并未流失。

可裁决预测。方向相反的可裁决预测：对实施 DRG 五年以上的科室，测量其医生的临床推理复杂度（以病例讨论中的鉴别诊断层数、不确定性表述频次为代理）。实际吸纳理论预测：随制度年限增长，临床推理复杂度应单调下降，判断被路径与规则替代。本文预测：临床推理复杂度不降甚至上升，而下降的是「感知—裁决—承担」三重劳动在同一人身上被完整走通的比例。若观察到复杂度随年限单调下降，则劳动断链应被并入去技能化命题。

2. 与霍克希尔德「情感劳动」的分离：分裂的位置不同

承认占位。霍克希尔德的情感劳动，尤其是其表层扮演（surface acting）与深层扮演（deep acting）的区分，是本文「职业心智分裂」这一表述最贴近的现成占位。表层扮演——表现出并未感到的情绪——所导致的自我疏离，与本文所述医生「一半是临床决策者、一半是编码优化者」的体验高度相似，且情感劳动传统已积累了大量关于其倦怠后果的实证。

剩余分工。剩余的分工在于分裂的位置。情感劳动的分裂发生在感受与表达之间：一个人真实地感到 A，被要求表现出 B。其修复路径也据此展开——深层扮演试图通过调动真实情感来弥合这道缝，情感规则的重新协商则试图改变 B 的内容。本文所述的分裂不在感受与表达之间，而在两套同样真实、同样需要专业能力、且互相拆台的判断之间：临床判断说这个病人需要多住三天，编码判断说这个病例超过三天就亏损。二者都不是表演，都是真的。医生不是在压抑真实的自己去演一个角色，他是在同一个专业人格内部运行两台互相冲突的推理机。深层扮演在这里无处着力——你无法通过「真诚地相信」来消解一个成本约束。

可裁决预测。方向相反的可裁决预测：对高倦怠医生群体施以两类干预，甲组为情感劳动传统的标准方案（情绪调节训练、同伴支持小组、正念），乙组为劳动过程重组方案（例外裁决的备案—同行评议—担责保障链条）。情感劳动理论预测：甲组的倦怠指标改善优于或不劣于乙组，因为病根在情绪管理资源的耗竭。本文预测：甲组的情绪指标短期改善但十二个月内回弹，乙组的情绪指标改善较慢却更持久，且乙组在「诚实判断完整完成率」这一行为指标上出现甲组所无的提升。若两组在行为指标上无分离，则劳动断链的独立性存疑。

3. 与弗雷德森「第三逻辑」的分离：被拆散的不是职业的控制权，是一次判断的完整工序

承认占位。弗雷德森（Eliot Freidson）的第三逻辑，把专业主义确立为与市场、科层并列的第三种工作组织原则，其核心是同行控制：由谁定义什么是好工作、由谁裁定错误、由谁掌握准入。医学社会学关于支付改革的主流叙事——职业自主性被管理主义侵蚀——正是这一框架的直接应用，也是本文最容易被归并进去的地方。

剩余分工。剩余的分工在于分析单位。第三逻辑的分析单位是职业共同体与其管辖权，它追问的是控制权在谁手里；其失败形态是外部力量夺走了同行控制。本文的分析单位是一次诚实判断的生产工序，它追问的是这份劳动还能不能在一个人身上被完整地走完；其失败形态是工序被拆成分属不同考核环节的碎片。这两件事可以分离：一个职业共同体完全可以保住相当程度的同行控制（学会仍然制定指南、职称仍由同行评定），而在具体的一次诊疗中，感知的时间、裁决的空间与承担的结构已经分属三个互不通气的制度环节。换言之，自主性叙事关心的是谁在统治这个行业，劳动断链关心的是这个行业里的一次判断还能不能被生产出来。

可裁决预测。方向相反的可裁决预测：比较两类医疗体系，甲类同行控制程度高（职业团体在支付规则制定中有实质话语权），乙类同行控制程度低。第三逻辑预测：甲类中医生的诚实判断困境应显著轻于乙类。本文预测：若甲类虽保有规则制定权、但在微观层面同样实行按病种打包与路径合规考核，则其医生在「感知—裁决—承担」完整完成率上与乙类无显著差异。若甲类显著优于乙类，则本文所主张的、独立于控制权的工序维度不成立。

附论二·证伪条件

以下条款由编辑部与原稿的自陈证伪条件合并整理。任何一条被严格的经验研究证实，本文的相应主张即应被修正或撤回。

1. 若在实施严格控费的同时，能够观察到诚实判断的完整劳动过程被制度持续地组织、承认与回报的规模化案例（即感知时间受保护、例外裁决有合法通道、承担有担责结构），而医生并未出现本文所述的心智分裂，则劳动断链所断言的结构必然被驳倒。
2. 若「感知—裁决—承担完整完成率」这一指标无法在两名独立观察者之间取得可接受的编码一致性，则本文的核心概念缺乏可操作化基础。
3. 若纵向数据显示，医生的心智分裂体验主要由工作负荷强度而非工序完整性预测——即在控制工时与病人数之后，工序完整性不再有独立解释力——则本文应退回为倦怠研究的一个变体。
4. 若在其他以诚实判断为核心生产力的行业（法官、审计师、教师）中，同类的高度量化考核并未产生本文所描述的工序拆解与心智分裂，则劳动断链的跨领域可迁移性主张应被收回，其适用范围限定于医疗。

注释

[1] 本文所引用的访谈材料（包含医生、医务管理者及患者侧的非正式交流）来源于作者于2019年至2023年间在中国中部、东部及北部共十一家不同层级医院的田野调查与深度访谈。具体医院名称、科室及受访者个人信息均已做匿名化处理，部分案例细节为保护隐私或突显典型结构而进行了合成与简化。这些材料在本文中的作用是为理论建构提供思想拓展性质的例示，并非经过同行评议的实证数据，亦不声称样本的代表性或结论的可推广性。

[2] 本文在援引“专业自主性丧失”与“职业倦怠”概念时，侧重其最为典型的学术面向：前者以Freidson（1970）对专业裁量权受到管理权力侵蚀的分析为代

表，后者以Maslach等（Maslach et al., 1996）所系统化的情感耗竭维度为核心。文中并不意图涵盖这两种理论的完整体系，亦不涉及其后续修正与分支。

[3] “心-术分离”是近年来在中国医疗社会学和医学人类学界浮现的一种分析性描述，用以概括医生在制度压力下将道德情感与医疗技术操作相剥离的现象。本文所对话的并非某一特定学者的系统性专论，而是该描述倾向所共享的深层预设——即将断裂仅定位于从业者的认知与情感世界内部。

[4] 本文将“诚实判断”概念化为一个包含感知、裁决、承担三重劳动的完整过程，在方法论层面受到劳动过程理论的启发，但做出了一个关键的理论位移：将分析重心从“技能与裁量权的丧失”转向“职业心智结构的内部撕裂”。关于本文与劳动过程理论（尤其Braverman的“概念与执行分离”命题）之间的严格区分，详见正文2.3节的专题讨论。

[5] 本文所引Kessler & McClellan (1996) 的研究，是防御性医疗实证文献中的早期经典。文中仅聚焦于其核心假设——“防御性医疗是医生因恐惧医疗纠纷风险而采取的偏离最优临床决策的行为”，并不涉及该文之后关于防御性医疗测量与因果识别的复杂讨论。

[6] 本文在与异化论题对话时，回溯至马克思所阐述的劳动异化原初框架，并以Braverman (1974) 在劳动过程理论中对“概念与执行分离”的推进作为当代参照。但本文对两者的引用均限定于其关于劳动过程完整性的核心论点，并非对其整体理论体系的评判。

[7] Ritzer的“麦当劳化”论题首版发行于1993年，本文沿用的第8版（2015）为其持续修订的版本。在对话中，本文重点审视该论题对理性化系统如何标准化“外部行为”的分析，而不涉及其对消费社会或全球化的拓展论述。

[8] 第五节的律师、教师、软件工程师自述片段，分别取自相关行业从业者于公开网络平台的自述文本或作者进行的非正式交流记录，均已做匿名化与精简处理。这些片段在本文中仅作为将“劳动断链”核心结构映射至其他专业领域的概念推演支点，并不构成这些领域的独立实证证据。第五节已明确标注其性质为“初步探索”，并非宣称已完成跨领域的经验验证。

参考文献

Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Braverman, H. (1974). *Labor and Monopoly Capital: The Degradation of Work in the Twentieth Century*. New York: Monthly Review Press.

Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Co.

Kessler, D. P., & McClellan, M. B. (1996). Do doctors practice defensive medicine? *Quarterly Journal of Economics*, 111(2), 353-390.

Marx, K. (1844). *Economic and Philosophic Manuscripts of 1844*. (M. Milligan, Trans.). Mineola, NY: Dover Publications. (Original work published 1932)

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Ritzer, G. (2015). *The McDonaldization of Society* (8th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.

——本次发表前补入（对应附论一各节，均为真实文献）：

Marx, Karl. "Results of the Immediate Process of Production." In *Capital: A Critique of Political Economy, Volume One*, translated by Ben Fowkes, 943-1084. London: Penguin Books, 1976.

Hochschild, Arlie Russell. *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press, 1983.

Freidson, Eliot. *Professionalism: The Third Logic*. Chicago: University of Chicago Press, 2001.

Timmermans, Stefan, and Marc Berg. *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press, 2003.

关于本文创新智商标注

本文的盲评分为 **137**（评分者未参与本文写作，具备评分资格）。附论一与附论二由编辑部补写，补写后的 **140** 是**修改设计目标**，不是认证分——按本栏规程，任何人不得为自己参与撰写的文本出具认证分。该分数**待独立复核**。评分口径为 SDE 创新智商五维（S 结构精确度／D 差异锐度／E 纠缠深度／I 不可还原性／F 可证伪性），参照语料与评分截至日随复核一并公布。