

# 制度经济学视角下的和谐医患关系研究

郑大喜\*

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北武汉 430030

**【摘要】**当今医患冲突问题已成为社会关注热焦点问题,医患之间的信任危机是重要原因。互相猜疑的医患关系不但扰乱疾病诊断与治疗,还将阻碍医学的发展,带给患者极大的损失与痛苦。多数医疗纠纷源于医患双方缺乏信任,以自我为中心,过分强调经济利益,缺少人文关怀。重建医患间的信任关系,关键在于建立诚信约束机制。

**【关键词】**医患关系;信息不对称;信任缺失;制度变迁;激励相容

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)10-0001-06

## Constructing harmonious doctor-patient relationship from the perspective of institutional economics

ZHENG Da-xi

Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Hubei Wuhan 430030, China

**【Abstract】** Nowadays doctor-patient conflicts have become a hot spot problem, in which the important reason is trust crisis between doctors and patients. Co-suspicion between doctors and patients not only disturb diagnosis and treatment of diseases, but also interfere with the advance of medicine, give patients numerous lost and pain. To construct good relationship between doctors and patients is the demand of medical advance, furthermore it also is in the interest of patients. The most medical disputes in medical service field come from that both the doctors and patients lack sincerity and humane care, they all regard themselves as the center, emphasize the economic benefits excessively. Establishing on a binding mechanism of sincerity and trust are the key approach to rebuild the mutual trust between doctors and patients.

**【Key words】** Doctor-patient relationship, Information asymmetry, Lack of trust, Institutional change, Incentive compatible

医生和患者之间建立相互信赖的治疗疾病、促进健康的同盟,在某种程度上决定着疾病的疗效和转归。病人对医生的信任不仅包含了对医生医术的信心与期望,也包含了对医生医德的信赖与放心,病人都希望能找到值得信赖的医生,这样就可以放心地让医生诊治,而不必担心医生虎狼用医;医生也期望得到病人的信任与合作,以便使医治能有效进行并减轻医治病患的各种压力和顾虑。然而,医疗服务一类特殊服务产品,在经济领域有显著特性。Arrow指出,医疗市场中医患双方处于信息不对称状态,从而使购买医疗服务出现很大的风险和不确定性。<sup>[1]</sup>在求医时,患者缺乏对医院和医生所提供的卫生服务质与量是否符合自己病情的准确信息,接受治疗时不能讨价还价,其偏好与选择同在市场上选

购其他物品与服务不一样,对医疗服务的选择完全处于一种被动状态,很难控制卫生消费的种类与数量,加之疾病的突发性和随机性决定了卫生服务需求具有不确定性和需求缺乏弹性的特点。医生的诱导需求、服务态度恶劣、知情权尊重不够、盲目承诺等,这些无疑是医方在医学信息中处于绝对优势的扭曲表现。我们认为,医患信任是医患经济利益调整的必然要求,重建医患信任,关键在于建立信任约束机制。

## 1 医患关系紧张与社会转型期医疗行业制度变迁引致的利益失衡密切相关

医生拥有相当多的决策权,因而对生产率有巨大的影响力。比如,医生能决定需要多少以及什么

\* 作者简介:郑大喜,男(1977年-),会计师,主要研究方向为卫生经济学、医院管理、医学伦理学等。E-mail: zhengdx77@sohu.com

样类型的助手与之一起工作。医生委员会有权做出大量决定,影响其所在医院的生产率。病人也可以通过与医生合作及其一般行为影响到生产率。比如,当病人把完整可靠的病史记录交给医生,并在用药和饮食方面遵照医嘱时,就能大大提高治疗效果。<sup>[2]</sup>以患者的利益为目的,这是医患信托关系以及医生职业伦理所决定的,正是基于这一崇高的职业伦理精神,医护人员才被誉为“白衣天使”。“悬壶济世、救死扶伤”是千百年来公众对医生角色与医生职业责任的认同与期盼;“一心赴救、不计名利”也是千百年来医生自觉的道德诉求与角色定位。然而,市场经济条件下多元化利益主体对医生产生了相互冲突的角色期盼与要求:一方面,当今的医疗技术和医疗服务水平已大幅度提高,人们的健康水平和健康意识也有了很大提高,许多患者已不再是被动者,他们能够在医疗过程中提出更多自己的见解并做出自己的理性决定。这样,在患者的心目中,医生不仅是仁慈的利他主义者,同时还应尊重患者的知情同意权,主动帮助和鼓励患者参与医疗过程。另外一方面,在我国医疗制度变革时期,医疗服务出现市场化倾向,医院的职责功能多重化,医院不仅要履行治病救人的基本职能,还要重视经济效益和成本核算,以增加收入,医院对医生的期待不仅是创造更多的社会价值,同时也包括创造更多的经济收益。<sup>[3]</sup>医药本是医生手中的工具,用以救死扶伤、治病救人,其出现与医生、医院的出现一样,具有崇高的社会尊重度。如今的保健服务不仅是济世手段,还是牟利工具,药品、保健品生产和推销商,医疗器械生产厂家,都将目光聚集到医疗服务这个有利可图的行业上来,并以此谋求最大限度的利润,医药供应商期待医生成为其伙伴和合作者。一些医院、医生、制药商甚至结成利益共同体,诱导病人的医疗消费,从中牟取暴利,这就引发了医生价值取向上“求利”与伦理发展价值取向上“求善”的深层次矛盾。我国的公立医院并非真正公立,我们的公立医院,国家投入的部分只占10%,医院需要自筹90%的资金,这些资金都是从患者身上来的。

如果说现在医德滑坡,固然跟医务人员自身素质有关,但主要还是现有医疗体制和经营机制的恶果。如果医生将有病无钱的患者拒之门外,看上去是医生没有医德,而其实医生不过是执行医院的规定罢了。医院以牺牲医德为代价而一切向钱看,这种群体一致性的价值取向,有着深刻的时代背景。

当医疗市场化改革和医院的公益性发生尖锐对立时,医院和医务人员本能地选择了经济效益至上。尤其在医务人员的工资、奖金,甚至部分离退休人员费用都要靠医疗服务收费来支付的情况下,这种机制直接导致医院和医务人员片面逐利。如果公立医院真的承担了救死扶伤的社会公义,那就不会出现将没钱的病人置之门外的诸多丑闻。事实上,一些医生医德的丧失,与医疗机构的要求、默许、支持甚至放纵密不可分。医生道德的缺失行为并非源于医生的个人道德,而是一种制度性缺失:过度市场化、承载着经营压力的医院把压力逐层往医生身上推。<sup>[4]</sup>就目前来看,“公立医院”仅仅体现在创办之初,而没有贯穿医院的运行始终,由于财政补偿不到位,很多公立医院盲目逐利,背离公益性。在有些医院,不仅是院长,从科室到个人,从上到下都浸透着扭曲样的“业绩观”。在“计件制”的分配制度下,“业绩”直接关系到医务人员的收入。这些医院以实施“绩效工资”为名,对科室乃至医生个人下达业务收入指标,把“按劳分配”变成了“按收分配”,医生的工资所得与其医疗经济收入直接挂钩。当医院业绩考评只考虑技术因素时,一线医务人员就会忽略其伦理责任以及与病人的心理沟通;当医院分配制度和科室或者医生的业务收入直接挂钩时,就会引致医生的过度医疗;当一定的制度环境下人们对虔诚商品的需求减弱,价值信念、伦理规范、声望、信誉等意识形态的东西就会失去吸引力。在政府管理和法律制约不到位的情况下,部分医生在市场经济的指挥棒下,越来越看重经济回报,从原本医患信息不对称产生的特殊义务和责任,由帮助病人、关怀病人演变为运用其知识和能力来得到什么。<sup>[5]</sup>从开单提成,到大处方、各种无谓的检查、滥用抗生素,向不适宜的患者推荐使用高新技术、将需要转院的病人强行留住治疗……医院片面追求经济效益的倾向,不仅加重了群众就诊的难度,也严重损害了医务人员和卫生行业的社会形象。

## 2 医疗行业的信誉改善于医患关系的和谐信任,有赖于完善医疗制度,调节医患利益冲突

制度是人类相互交往的规则,它抑制着可能出现的机会主义的和乖僻的个人行为,使人们的行为更可预见并由此促进劳动分工和财富创造;制度要有效能,总是隐含着某种对违规的惩罚。制度经济学把信任作为非正式制度安排的一项内容包括在制

度范畴之中,并且认为信任是社会制度的一种润滑剂。信誉机制发生作用的条件主要包括:(1)博弈是重复的,或者说,交易关系有足够高的概率持续下去;(2)当事人必须有足够的耐心,一个只重眼前利益而不考虑长期的人是不值得信赖的;(3)当事人的不诚实行为能被及时观察到,这需要有高效率的信息传递系统;(4)当事人必须有足够的积极性和可能性对交易对手的欺骗行为进行惩罚。在现实中,最不完备的条件可能是后两个,也就是信誉机制的信息基础和法律基础。我们认为,医生职业与医院的职业化和组织化,既依赖于医学知识技术的专业化和精细分工,更有赖于医疗活动组织与制度的完善。这一方面强化了公众对医院组织制度的信赖,另一方面削弱了公众对医生个人的信任,将对医生个人的信任替换为对医生所属医疗组织与制度的信任,能够促进医患互信的制度建构应该能够将公众对制度的信任嵌入在人际信任之中,将公众对组织规章与社会规范准则的信任融入在对遵守、维护和捍卫制度规范的典范楷模人物的信任之中。相关制度必须为日趋复杂的医患交往奠定坚实的基础,因为人们的交往和合作有赖于纤细脆弱的信任链条。医疗行业信誉的改善,以及重建医患间的信任,有赖于制度变革。

## 2.1 深化医疗体制改革,建立基于声誉机制的医务人才市场,合理配置卫生资源

医患关系的经济学实质是:为了维持全社会范围内的医疗服务的劳动分工及专业化过程,必须创造新的机制,让患者在尽可能大的范围内选择医师、医院、药房、手术中心、护理中心、家庭病房等等服务项目。同时,由于上述的全面竞争,医师及各类辅助人员的报酬也不得不由市场定价机制决定。在经济学中,声誉是一种无形资产,包括真诚、信任、尊严、同情和尊重等。信任与声誉对于经济主体来说,可以看作是一种制度因素。信任是声誉的核心,声誉是在长期信任的基础上产生的。我们要着手建立基于声誉机制的医务人才市场,让医生承担一定风险,促进医师及各类辅助人员报酬制度的市场化。只要医生可以在医院之间自由流动,而且医院之间存在充分竞争关系,那么医生便可据其所提供的服务数量与质量获得相对合理的报酬。在此情况下,即使医患之间具有明显的信息不对称,医生在相当程度上也不会产生借此糊弄病人或偷懒卸责的主观故

意。医生如果要获得更多的患者资源以及在竞争性的医疗机构中谋求更高的职位和薪水,就必须建立良好声誉,向潜在患者群传递高质量与高水平服务的信息。更重要的是,这种声誉只有通过以往长期的针对许多患者的准确诊断与适宜疗效,并在很大程度上通过患者和同行的口碑而得以树立。<sup>[6]</sup> 医疗市场是竞争性的,病人才能拥有多个选择机会。《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》指出,要稳步推动医务人员的合理流动,促进不同医疗机构之间人才的纵向和横向交流,研究探索注册医师多点执业。医师的多点执业可以让基层患者就近得到高质量的诊疗,缓解老百姓看病难之苦;医师不仅自身价值得到社会认可,同时还有一定的经济收入。允许医师多点执业后,医生和医院的“卖身契”被废除了,只要市场需要,不管是农村的还是城市的,医生都可以行医。允许医生多点执业不仅将医生推向了市场,也将医生的道德口碑、技术口碑推向了市场,让市场决定医生的劳务价格。<sup>[7]</sup> 从此,医生的道德水平、技术水平如何不是医院说了算,而是市场说了算,市场成了医德医风考核的“公平考官”。要想得到较好的经济回报,就必须提高技术水平和道德水平。这种优胜劣汰的市场竞争机制会促使医生自觉、主动适应市场评判规则,有利于医德医风、医疗水平的整体提高,缓解医患矛盾。

## 2.2 建立强制性医疗服务信息披露制度,减少医患之间的信息不对称性,使价格弹性发挥导医作用

建立医疗信息公开制度,就是将医院患者关注的医疗信息通过适当的方式公开,方便患者查询,包括医疗服务收费标准、医疗质量统计数据、医生、专家信息以及病历记录信息等。医疗服务信息具有公共产品的特性,由于医患双方的信息不对称性,加之提供者的信息提供不足,并且除提供者以外的渠道,公众搜寻信息的途径缺乏,使这一公共产品失去了公用性。只有建立集中的信息搜寻、披露机制才能避免社会资源的浪费。医院建立医疗信息公开制度有两方面的作用,首先可以使患者掌握一定的信息,增加患者的信息量,直接缓解医患信息不对称状况,降低患者的信息搜寻成本,同时,医院信息公开制度本身也具有信号传递的作用,那些经营状况好,医疗质量高的医院更愿意将自己的信息向社会公开,以区别于其他的医院。更为重要的是,这种披露制度的建立,不仅可以减少信息垄断,使价格弹性发挥导

医作用,促进医疗市场供给主体之间的竞争,促使供给者降低服务成本来提高自身的竞争力,而且可以使供给者的诱导需求行为在一定程度上因被公开暴露而增加精神成本,从而可抑制供给者过度医疗服务的冲动。<sup>[8]</sup> 医疗服务信息发布制度的建立分两个层次,即医院之间和医院内部。医院之间的信息发布由医疗保险机构与卫生行政部门共同进行,制定包括服务质量、服务效率、价格水平、病种平均医疗费用及患者满意度等内容的指标体系,以月或季度为单位,对各定点医院进行单项和综合评价,并把量化的评价结果在新闻媒体上公布。在医院内部,要结合病人选医生和住院费用一日清单制度的实行,向患者公布有关信息,提高医疗服务的透明度。各级医院可以根据自身条件,在门诊、病房以及公众服务窗口等明显位置设立公开专栏、宣传橱窗、电子大屏幕公告栏,对外公开院务。要将医院的医疗服务信息、医疗服务价格信息、行业作风建设情况向社会公开;要将医院的收费信息向患者公开,为病人及时提供费用清单和病历资料复印服务。

### 2.3 建立医院与医生之间激励约束相容的工作考核标准与报酬契约,肯定医生信息的价值

我们在寻求制度扼制医生滥用私人信息的同时,必须首先肯定医生信息的价值,并公开化、透明化地支付符合市场要求的薪酬。在我国医疗领域中,这种合理的信息租金没有得到充分体现。医生信息的价值主要体现在利用其知识进行的诊断和治疗中,其在医疗费用中表现在挂号费、治疗费方面,而目前医疗费用中药品、器械、消耗等费用占据了绝大部分,医生知识的价值没有得到起码的形式上的尊重。现有的考核标准多是建立在生物医学模式基础之上的,主要体现在就诊人次、床位利用率、手术台次、科研成果、论文数量、新技术开展情况等方面。但是,仅仅强调这些偏重于功利性的指标,而医学的社会事业性质、医学的社会目的和价值在其中很少被考虑,久而久之势必异化医院的医疗功能。<sup>[9]</sup> 在医生自身正当利益没有得到完善提供的情况下,指望其为实现患者利益最大化而奉献恐怕是一种奢谈。医疗行业是一个高风险、高压、高技术性的行业,医学教育是一个高度专业化的职业教育,要成为一个医务工作者的机会成本很高,全社会应当营造尊重医务人员、重视其价值和创造性的社会氛围,大幅提高医务人员待遇,使其体会到社会重视和自身价

值,更好地为人民服务。医院要将社会效益和病人预后效果作为考核的主要方面,弱化经济指标的考核,将工作重点转移到提高技术和改善服务上来。新医改的一个重要思路是,将医院和医务人员作为医改的主体,通过发挥医务人员的积极性来体现公立医院的公益性。切断以药养医后,一方面对试点医院失去药费加成后资金缺口进行测算,通过公共财政给予补贴投入;在分配方面,将采取优劳优得、按劳付酬,以医务人员提供劳动的数量和质量及效率来作为绩效考核的主要标准,结合科研教学和风险岗位来作为分配的参考,适当增加医生的诊断费用。通过优劳优得,拉开档次调动医生的积极性,通过调动医生的积极性,增加他们提供的服务。《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》明确提出,基层医务人员的工资水平,要与当地事业单位工作人员平均工资水平相衔接。

### 2.4 建立医患沟通制度,重视情感交流,增进医患之间的信任与合作

从哲学意义上讲,良好的医患关系应该是合作型的、共同参与型的,是有机的角色互动。针对患者这一相对弱势群体,医患之间相关信息的充分沟通、情感的正向交流,以及对患者而言精神的慰藉、情绪的稳定、希望的存在、人格的尊重、相关权利的确保等,都充分体现了作为人的公平和公正,这对医患双方都是重要的。<sup>[10]</sup> 在医患之间医疗信息不对称的客观条件下,要提高患方对疾病发生发展过程、预期治疗效果以及风险性的认识,得到患方的充分理解和全力配合,医生必须及时、主动、科学、客观地与患方进行沟通,让患方充分享受就医的知情权和选择权,通俗、准确、真实地履行好法律所规定的充分告知的义务。医患真诚有效的交流是医学活动人性化目的的体现,是医务人员掌握患者对医疗服务所需、所想、所感、所求、所惑的最佳途径,是良好医患关系的基础。医患交流沟通体现了医学活动的正义、公正、义务、尊重、理解、信任、厚德、仁慈、责任和同情,充满了人性的体验、人情的籍慰和情感的相互交融。建立医患沟通制度正是人文关怀的具体实践,它可以改善医患关系,减少医疗纠纷。同时,生物-心理-社会医学模式要求将患者满意度作为医疗质量考评的重要内容,毕竟医院的服务对象是患者,他们应当对服务质量有发言权,而且病人对直接服务于他们的医护人员的工作质量是最敏感的。制度创新的

原则是使医务人员把对患者的人文关怀当作与手术、药物治疗同等重要的事来做,在完成诊疗工作的同时满足患者心理及情感上的需求。

## 2.5 建立有效的监督制度,加强对医疗准入的控制和医疗行为的管理,保护患者的正当健康权益

市场主体是否讲信誉的经济学动机是收益的比较,如果讲信誉带来的收益大,其经济活动中倾向于讲信誉;如果市场主体失信誉得到的收益大,其经济活动中倾向于失去信誉。这就要求我国的医疗市场管理应着眼于建立信誉驱动机制,使市场主体讲信誉的收益大于失信誉的收益。欲达到此目的,必须加大市场主体失信的成本,如果市场主体失信誉面临的风险很大,且足够的抵消失信带来的机会收益,则可以达到信誉驱动的目的。只有健全法律法规,对欺骗病人的医生实行吊销执照的惩罚,并赔偿病人的一切损失,让医生觉得诚实比欺骗的收益更高,医生才不会选择欺骗。政府要建立医疗机构认证标准和服务要素准入制度,健全医师的风险保险机制和医疗服务评价机制,以及医政投诉、调节、处理与仲裁制度,反垄断、反倾销、监控服务收费、防止价格欺诈,取缔不符合质量要求的服务提供者<sup>[11]</sup>。基于医患之间的信息不对称和医疗市场的信息不完全,卫生行政部门要加强以下两方面的监管:(1)对机构、人员、设备、技术的准入控制。严禁各种非卫生技术人员进入市场,严禁各种未能评估认定的技术、设备用于医疗活动,危害群众健康,从而减少因医疗质量引起的医患冲突。(2)对医疗行为的控制。可以通过制定和实行基本诊疗规范、用药规范,约束提供者的医疗行为和医疗费用水平;根据用药规范对每位医师诊疗病人的用药及其费用的合理性进行审核,并与其工作业绩、奖励等联系起来;建立医生执业记录和评价系统,加强医师行业自律。

总之,医患关系问题主要是政策问题,医院要检查政策、规定、制度上的缺陷,特别是改变分配制度,增加医务人员的基本工资,将医生收入与病人交费脱钩。医疗专业有责任去密切关注那些社会中有可能危害公众健康价值的社会和政治发展,这可能包括政府不充足的保健基金、歧视特定社会阶层的资源分配、医学领域里商业主义和消费主义的渗透等。走出医学专业危机,有赖于去医院的商业化经营倾向:一方面要按市场规律管理医院,另一方面要加强信托关系,办医院不得不考虑钱,但办医院并不是为

了赚钱。当渗透着医学人文精神的政策、制度及考评标准得以贯彻执行时,医疗服务中的人文关怀将会有更多的机会由理念变为行动,医学将会更好地造福于社会。改善医患关系不仅需要大力推进医疗体制改革,更要通过各种措施来改善医患双方的交流,实现信息交流的平等,增强相互理解,培养相互信任。与制度改革相比,增强医生的责任意识和职业精神同样重要。医院要加强以职业道德为主的专业主义精神的弘扬和渗透,注重以病人为中心理念的熏陶,让其具有利他主义、承担义务、履行责任。要完成医疗任务,使病人达成康复,重新融入正常社会,医生必须充分调动病人配合参与治疗的积极性,增进相互信任,减少猜测和怀疑,建立可信的治疗同盟。

## 参 考 文 献

- [1] Arrow K J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care[J]. The American Economic Review, 53(5):941-973.
- [2] 维克托·R·福克斯. 谁将生存? 健康、经济学和社会选择[M]. 罗汉, 焦艳译. 上海: 上海人民出版社, 2000: 12-13.
- [3] 杨同卫, 陈晓阳, 曾波涛, 等. 论医疗制度变革时期的医生角色冲突[J]. 中国医学伦理学, 2006, 19(6): 21-23.
- [4] 肖鹏. 试论医患关系紧张的制度原因及对策[J]. 中国医学伦理学, 2006, 19(3): 46-48.
- [5] 秦其荣, 朱捷, 江启成. 医患关系信息不对称的伦理思考[J]. 中国医学伦理学, 2005, 18(1): 16-18.
- [6] 卢振军, 谭燕, 张靖. 医院加强声誉管理的几点思考[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23(10): 697-698.
- [7] 雷泓霁. 让市场决定医生的劳务价格[N]. 健康报, 2009-04-16(3).
- [8] 钟国伟, 钟仁昌. 医疗服务市场缺陷与强制披露制度的经济学分析[J]. 中国卫生经济, 2003, 22(11): 7-8.
- [9] 卢建敏. 医疗服务中的人文关怀与制度创新[J]. 中华医院管理杂志, 2005, 21(3): 207-208.
- [10] 杜淑英, 吉训明, 李作兵. 医护人员人文素质缺乏的管理责任及干预策略[J]. 医学与哲学, 2008, 29(9): 64-65.
- [11] 魏伟, 陈立明. 医疗服务市场竞争规制的政策研究[J]. 中国卫生经济, 2006, 25(5): 42-43.

[收稿日期:2009-07-17 修回日期:2009-07-29]

(编辑 薛云)