

# 卫生系统职业道德现状的经济学透视

王云岭

(山东医科大学 山东济南 250012)

\*

**[摘要]** 本文以经济学的视角分析了当前的卫生系统职业道德现状,认为传统的“病人利益至上”的非经济伦理原则并不意味着超经济的医学行为决策。对卫生系统职业道德失序的混乱状况,不经济的卫生体制应负更大责任。对医疗服务的经济学分析表明,把医院推向市场在所难免。

**[关键词]** 职业道德 医疗服务 市场经济 人道主义

**[中图分类号]** R - 052 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1000 - 5595(2000)01 - 0012 - (04)

**[Abstract]** From the economics angle of view, this article analyses the current professional ethics conditions in medical system. It believes that the traditional noneconomic ethics principles such as "Put patients' interests above everything else" don't mean the extra economic decision of medical practice (behavior). The noneconomic health structure should be more responsible for the disordered and chaotic conditions of professional ethics in medical system. The economics analysis of medical service indicates that it is unavoidable to push hospitals to the market.

**[Key Words]** Professional ethics Medical service Market economics Humanis

医学以其对人类的特殊价值,要求其从业人员坚守医乃仁术的信念。这一传统的医学伦理道德观念认为,全力维护病人利益是医生至高无上的道德责任,这一责任可以超越任何经济制度、地理环境、社会关系、民族信仰而促进人们之间的合作。许多优秀的医生为此奉献了一生。然而,市场经济独特的运行规律,使得医生在这一超经济伦理观念指导下的行为决策面临了种种经济因素的挑战。红包问题、药品回扣问题、过度医疗问题等令人头疼的行业不正之风,既向人们展示了医疗领域内经济因素引起道德失序的混乱状况,又向人们提出了一个需要鼓足勇气才能作出肯定回答的棘手问题:能否把医院推向市场?

我国对社会主义医疗卫生事业的性质定位是“社会福利性事业”,这与社会主义医德基本原则是一致的,即要求国家的医务人员“防病治病,实行社会主义医学人道主义,全心全意为人民健康服务”<sup>[1]</sup>。这一原则是正确的,但容易传给人们一种错误信息,以为医务人员在非经济伦理原则指导下可以进行超经济的行为决策。救人是至高无上的道德责任,任何经济因素、市场因素应被排斥在医学领域之外。这导致了现实中不计医疗卫生服务成本,

**[收稿日期]** 1999 - 4 - 23

**[作者简介]** 王云岭(1974 - ),男,山东沾化县人,山东医科大学社科部助教。

国家强令卫生机构降低医疗费用的现象,并使人们产生了这样的观念:把经济因素带入医疗行为决策,将意味着传统医学人道主义精神的陨落。因此,对“能否把医院推向市场”这样一个问题作出肯定回答将需要极大的勇气。

然而,借助经济学知识对下列认识进行判断并进而分析行业不正之风的经济原因(当然这不是行业不正之风的全部原因),也许会为这种勇气的获得提供依据。

1. 医务人员是否应该获得比目前更高的报酬?这里的报酬,仅指列在医务人员工资单上的明确收入,而不包括以各种名义发放的奖金、实物及药品回扣等灰色、黑色收入。看待这一问题,应该首先弄清,医疗卫生服务到底是不是商品。这关系到卫生资源的补偿机制和医务人员的劳动价值问题。有学者已对这一问题作了研究,认为在一般意义上说,医疗服务具有商品的一般属性,它是医务人员为了(与病人)交换而生产出来的,通过知识和技术的输出创造健康价值,通过满足病人的医疗需求实现其使用价值,并同样存在物化劳动的转移价值和活劳动创造的新价值( $v+m$ )。<sup>[2]</sup>病人付钱,医院提供医疗服务,其实这是一种典型的经济行为。这一将患者置于消费者地位的经济学分析表明,医务人员的劳动创造了新价值,并且,由于医务人员从事的是复杂劳动,因而会创造出比简单劳动更多的价值。新价值中的一部分用于补偿医务人员这种“劳动力”的生产和再生产,一部分或用于积累,或以福利形式返还于社会。价值规律要求这一点体现在医疗收费的价格体系和医务人员的收入分配体系中。然而,传统的医疗收费价格体系恰恰忽视了这一点,诊断费、治疗费或者体现不出来,或者低得可怜,相反药品加价比率却一目了然,医院成了实际上的药品经销商,医务人员成了依赖国家财政的准公务员。由于自己的劳动价值在报酬中得不到体现,其生产和再生产所需费用(包括维持医务人员本人及其家属的生活费用、医务人员的教育训练费用。尤其是教育训练费用,在高等教育实行收费制度后医学生自己承担的数额越来越大)就得不到完全补偿,部分医务人员势必冲破传统医学伦理观念的束缚,到灰色、黑色收入中去寻求满足。因而红包问题、药品回扣问题屡禁不止,违背价值规律的东西又以一种歪曲的形式符合了这一规律。改革医疗收费价格体系,同时在医务人员收入分配中通过提高报酬以承认其劳动价值,将是净化行业风气的必要措施。

2. 医院是否应该靠自己的经济经营来维持其生存?笔者认为,让医院和医务人员作为国家卫生政策的直接执行者是不恰当的。巧妇难为无米之炊,医院救死扶伤的前提是卫生资源的消耗必须得到合理补偿。事实上是,国家财政补贴随物价上涨而占卫生机构支出的比重在逐年下降,医疗服务的收费标准又被不适当地强制压低,加上国家财政补贴分配的不均衡,许多医院收不抵支。为了维持最起码的简单再生产,医院不得不靠买进高新仪器提高诊疗收入,通过药品回扣提高药费收入,大处方和过度医疗服务又反过来增加了社会卫生资源的消耗,受害的只能是患者。这更说明了将市场调节机制引入医疗行业,让医院自主经营、自负盈亏的必要性和迫切性。医院自主经营、自负盈亏,可使国家的卫生投入转向真正能带来社会效益的卫生防疫、社区服务、老年医学、医疗保险及健康生活方式的推广普及上来,而且,这种自负盈亏并不会带来前述所担心的问题,相反会提高整个医疗卫生行业的伦理道德水平。这是因为,作为市场主体的医院,一方面随医疗改革的深入和职工医疗保障制度的发展会日益失去垄断性,另一方面,价值规律和市场规律也要求其通过经济核算来降低成本并提供优质服务。尤其是垄断的打破和竞争机制的引入,将使以人为直接服务对象的医疗行业不得不更加重视其职业道德水平的提高以增强其业内竞争力。在这里,市场经济

会以新的方式与传统的医学人道主义精神融合在一起。对于市场经济下医学职业道德的重要性,有人形象地将其称为德源资产<sup>[3]</sup>,正是基于这一经济学审视。

3. 病人是否应该付尽量少的代价(费用)来获得更多的医疗服务?付尽量少的费用看病,特别是医疗服务价格低廉,许多人将这一点作为医疗卫生事业是一项社会福利性事业的具体体现。这种愿望固然是良好的,但决不能靠硬性降低医疗服务价格的方法来实现。硬性降低医疗服务价格,让医院亏本经营,必然损害医疗卫生事业的发展,进而影响人们应享受的医疗待遇。这是一种恶性循环。以医谋私当然有违人道主义,但医疗政策的不经济性也决非科学。<sup>[4]</sup>出路在于医疗风险共担的社会保险政策,在这一政策下,医疗保险机构不但能对传统公费医疗制度下小病大养、浪费卫生资源的行为进行有力的限制,同时也能对医院和医生的决策行为进行更有力、有效的监督。

4. 政府是否应该为卫生事业投入更多的财政支出以使国民享有更高水平的医疗待遇?据统计,1995年,全国卫生总投入占国民生产总值的3.8%,全年人均卫生费用为142元,这在发展中国家居于中低水平。但基于我们的国情,我还是以为,过多地期待政府增加财政支出并非明智。原因很简单,财政支出的增加必然带来税收的增加,花的还是纳税人的钱。关键在于国家财政支出的流向问题。倘若医院能实现自我维持生存,国家财政完全可以更多地投入卫生防疫、社会医疗服务、建立更完善的医疗保险系统上来,尤其是卫生防疫和健康生活方式的普及,更为重要。让人们生活得更健康,远比让人们免费就医意义重大得多。

5. 卫生系统行风不正是由于医务人员奉献精神差吗?国务院“纠风办”1991-1993年曾连续三年委托国家统计局进行民意测验,结果显示公众对医疗卫生服务部门的不满意程度居高不下。<sup>[5]</sup>这使人们普遍对医务人员的奉献精神产生了怀疑。不应否认,个别医务人员利欲熏心,不惜损害患者利益以医谋私。但倘若将此归结为所谓市场经济的发展腐蚀了人们的奉献精神,则是错误的。因为贪婪不是某种特定制度的产物,历史上从来不乏嗜财如命的吸血鬼医生。那如何解释普遍的行业不正之风呢?事实上,对前四个问题的经济学分析已经给出了答案:医院要生存,就必须满足简单再生产的基本条件,即它所消耗的物化劳动和活劳动必须得到充分补偿,而当前的卫生资源补偿机制无法满足这一要求,加上技术和资源上的垄断因素,诸如药品回扣、过度医疗服务之类的不正之风的产生便在所难免。尤其是,这已不再仅仅是个人行为,而渐渐演变成一种群体行为了。这使得传统医学伦理观念对医务人员行为的指导和约束失去了效力。行业不正之风的群体化倾向启示人们:卫生行业道德状况的失序已不再仅仅是个人的道德品质问题,不经济的卫生体制应负更大责任。把医院推向市场势在必行,这将完善卫生资源的补偿机制,竞争将使职业道德成为一个有力的资产要素,从而净化行业风气,提高医务人员的道德水平。

医学以满足人们的健康需要为其存在的价值依据,因而“以病人为中心,病人利益至上”成为医学伦理中的最高道德准则。然而,随着医学自身的发展,公众对医学的需求日益提高,经济学已经成为卫生决策中的一个不可忽视的因素。坚持医务活动的“非经济性”观念,并不能避免与医疗机构的道德充分性和医务人员的伦理性发生冲突。本文对上述五个问题的经济学分析表明了这一点。当然,这种分析既不是对传统医学伦理价值准则的否定,也不意味着鼓励政府把医院作为创造财政收入的机器。相反,这种分析仍然遵循以人为本的伦理准则,只是加进了一个经济学的视角。虽然通过这一视角所见,把医院推向市场的医疗成本看起来要比传统体制下的医疗成本高些(事实上这是一种错觉,因为后一种情况未考虑社

会成本),因而医疗服务价格会有所提高,然而,由于能降低医疗服务的社会成本,消除卫生行业不正之风产生的土壤和条件,因而会取得真正的社会效益。

[参考文献]

- [1]李文鹏主编. 医学伦理学[M]. 济南:山东大学出版社,1993,41.
- [2]高莉. 医疗服务的法律思考[J]. 中国医学伦理学,1998(1):61.
- [3]李恩昌. 医学伦理学与德源资产[J]. 中国医学伦理学,1998(4):13.
- [4]吴道新等. 舒马赫理论与卫生经济伦理决策[J]. 中国医学伦理学,1998(2):52.
- [5]唐晓音. 当前医疗卫生系统职业道德现状与对策[J]. 中国医学伦理学,1998(1):4.

(责任编辑:李春明)

---

信息与动态

## 《山东医科大学学报(社会科学版)》

### 2000年组稿重点栏目

- |                    |                             |
|--------------------|-----------------------------|
| 1. 卫生政策与卫生保障制度研究   | 13. 国企改革研究                  |
| 2. 医学模式与健康观念研究     | 14. 知识经济与当代中国经济转型           |
| 3. 社区医疗保健体制研究      | 15. 全球化与社会主义                |
| 4. 医学哲学研究          | 16. 中国近现代社会思潮与社会变革研究        |
| 5. 生命伦理学研究         | 17. 医学高科技产业化、知识产权研究         |
| 6. 环境与健康           | 18. 高等医学院校体制改革研究            |
| 7. 医学高科技社会问题研究     | 19. 高等医学教育和研究生教育改革研究        |
| 8. 卫生法学研究          | 20. 医学生人文素质教育研究             |
| 9. 医学心理学理论探讨       | 21. 医学人文学科、哲学社会科学其他有价值的选题研究 |
| 10. 医学美学研究         |                             |
| 11. 卫生资源开发、利用、分配研究 |                             |
| 12. 哲学与现时代         |                             |