

# 医患冲突的制度经济学分析

杨同卫 曹永福 王云岭

**摘要:**制度是造成医患冲突的重要因素。从制度经济学关于人的行为假设出发,论述了通过制度变迁缓解医患冲突的对策、建议。

**关键词:**医患冲突;制度;制度变迁

**中图分类号:**R-052 **文献标识码:**A **文章编号:**1002-0772(2006)03-0026-03

**The Institutional Economics Analysis on Doctor - patient Conflict** YANG Tong-wei, CAO Yongfu, WANG Yur-ling. *Medical Ethics Department, Shandong University Medicine School, Jinan 250012, China*

**Abstract:** Institution is the important factor to the medical - patient conflict. From the person's behavior supposition by institutional economics, to discuss the countermeasure and suggestion to relax medical - patient conflict through institution vicissitude.

**Key Words:** doctor-patient conflict; institution; institution vicissitude

医患冲突是当前社会关注的热点之一。本文尝试性地从制度经济学原理出发,分析了医患冲突的制度原因,提出了通过制度变迁缓解医患冲突的对策与建议。

## 1 制度与医患冲突的制度因素

舒尔茨将制度定义为管束人们行为的一系列规则。诺斯则把制度视为一种社会博弈规则,是人们所创造的用以限制人们相互交往的行为的框架。日本学者青木昌彦认为制度是关于博弈如何进行的共有信念的一个自我维持系统,制度以一种自我实施的方式制约着参与人的策略互动,并反过来又被他们在连续变化的环境下的实际决策不断再生产出来<sup>[1]</sup>。从以上对制度的经典定义中,可以得知:制度与人的动机、行为有着内在的联系;制度可以提供激励、约束机制;制度还可以降低交易成本,为实现合作、化解冲突创造条件。总之,制度的完善不仅有利于经济活动的有效运作,也有利于人品的提高。制度虽非万能的,但是在我国市场化改革中,最缺乏的是具有激励功能和约束功能的制度。

众所周知,造成医患冲突的原因很多,有经济方面的,如医疗成本、费用的上升以及病人个人付费比例的

提高;有技术方面的,如医疗技术固有的风险性、医疗技术本身的有限性;有伦理方面的,如医生责任心不强,对病人权利的忽视;有社会心理方面的,如医患沟通不良,医疗需求的多元化、多样化等。此外,还有制度方面的因素,或者说以上各个方面的原因都和制度有关。

## 2 人的行为假设:制度分析的理论基础

可以说,社会科学的所有理论都直接或间接地包含着对人们行为的假定。制度经济学作为新兴学派,对经济分析的一个重要前提——人的行为特征做了重新界定。这不仅给出了制度分析的逻辑起点,而且提供了制度分析的理论框架。

制度经济学关于人的行为的第一个假设是:人类行为动机是双重的,一方面人们追求财富最大化,另一方面,人们又追求非财富最大化。制度作为一个重要变量能够改变人们为其偏好所付出的代价,改变财富与非财富价值之间的权衡,进而使理想、意识形态等非财富价值在个人选择中占有重要地位。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自己的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(Piety Commodity)

山东大学医学院医学伦理学研究室 山东济南 250012

纷的难易程度自行挑选三至七名适合的调解员来参加该案件的调解,其中一名应担任调解主持人。调解员调解纠纷,一般应在一个月内调结。

第三,调解协议的执行。调解员主持下达成的调解协议,它的性质是群众自治组织的调解文书,具有合同性质的法律效力,主要靠当事人的诚信自觉履行,但不具有强制执行力。当事人若不愿履行该调解协议,则调解协议实质为“白纸一张”,调解员与当事人各方的努力皆付之东流。为了使已达成的调解协议实现其积极的作用,避免社会资源的无谓浪费,可以通过公证的方式来增强调解协议的执行力。

## 参考文献:

- [1] 刘璐璐,叶超. 医患纠纷处理机制调查及对策分析[N]. 中国医药报, 2005-10-14.
  - [2] 患方依法维权须走出误区,来源:37 医学网, <http://www.37c.com.cn>.
  - [3] 陈玉林,对医疗纠纷案件的调查分析,来源:陕西法院网, <http://www.sxfy.org.cn/2005/3-7/11454352130.html>.
  - [4] 李国炜. 国外医疗事故处理简介,北大法律信息网, <http://www.Chinalawinfo.com>.
  - [5] 张海滨. 论医疗纠纷的调解[J]. 中国医院, 2003, 7: (11) 50-51.
- 作者简介:张虹(1977-),女,浙江龙泉,法学硕士,温州医学院人文与管理学院法律系助教,研究方向:诉讼法学,医事法学。

收稿日期:2005-07-27

修回日期:2005-12-09

(责任编辑:张斌)

ty)<sup>[1]</sup>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。

制度经济学关于人的行为的第二个假设涉及到人与环境的关系,即有限理性。也就是说,人是理性的,但这种理性又是有限的。只要是不确定性或复杂性的存在达到了一定的程度,有限理性就会产生<sup>[2]</sup>。所以,所有复杂的协议、契约或合同都不可避免地是不完全的,制度设立的作用就在于减少环境的不确定性,提高人们认识环境的能力。在医患关系中,医患之间表现为明显的信息非对称性<sup>[3]</sup>,医疗服务的需方具有无知性与被动性的特点,患者理性的有限性尤为显著,特别是在不完备、不充分的医疗市场竞争环境之中更是如此。如果缺乏有效的制度对医患合约的缔结和履行进行约束,就会无限制地增加患者的就医成本和医疗费用,并极易产生医生的败德行为。

制度经济学关于人的行为的第三个假设是人的机会主义倾向。这是人们对自我利益的考虑和追求。意思是人具有随机应变、投机取巧、为自己谋取最大利益的行为倾向。威廉姆森说,“机会主义是指信息的不完整的或受到歪曲的透漏,尤其是旨在造成信息方面的误导、歪曲、掩盖、搅乱或混淆的蓄意行为。它是造成信息不对称的实际条件或人为条件的原因,这种情况使得经济组织的问题大为复杂化了。”<sup>[2]</sup>从这个意义上来说,制度的作用就是要对人的机会主义行为进行约束,降低市场交易费用。过去我们过分依赖和强调医疗行业的自我监督和医务人员的道德自律。但是我们知道人总是存在机会主义倾向,人不总是善的。在缺乏外在监督的制度环境下,自我约束往往会流于形式,给医务人员的机会主义行为造成可乘之机。

这样看来,制度的产生在某种意义上讲就是为了克服人的弱点或不足,如人的有限理性,人的机会主义行为倾向,人并不总是善的。而且,在现代社会制度比人品更为重要。在一个好的制度里,品行并不是很好的人也得好好干,否则,随时有可能被淘汰出局;在一个不好的制度里,品行较好的人也可能不好好干,在这个制度里,不好好干可能更有利。当医疗资源分配制度、医院工资奖金分配制度、医院管理制度、医疗监督制度不健全或者安排不合理时,就会加剧医患之间的矛盾,医患之间的冲突就难以避免。

### 3 制度变迁:缓解医患冲突的对策与建议

制度变迁是制度的替代与转换过程。制度变迁可以理解成一种效益更高的制度(即所谓“目标模式”)对另一种制度(即所谓“起点模式”)的替代过程。制度经济学为了更好地揭示制度变迁的规律,根据制度变迁的主体不同,把制度变迁划分为诱致性变迁和强制性变迁这两类具有代表性的模型。笔者认为,我国的医疗卫生改革更多地是在政府的主导下进行的,因此就目前而言,国家或政府实施的强制性制度变迁对于化解制度不

均衡具有更为紧迫和现实的意义。

#### 3.1 从限制竞争、保护垄断转向鼓励竞争,鼓励兴办高水平营利性医院

在经济学看来,完全的公共产品是非常少的,大量的产品都拥有程度不同的排他性,也就是属于混合产品,即同时拥有公共产品和私人产品的特性<sup>[4]</sup>。医疗服务产品也是如此,其混合产品的性质及其交换方式见表1。

表1 医疗服务产品的性质及其交换方式

产品属性		交换方式
供给面	需求面	
私人产品	非基本需求	营利性医疗机构提供,居民独立购买,按市场原则交换。
私人产品	基本需求	非营利性医疗机构提供,居民自行购买,政府向弱势群体提供补贴,按照市场原则交换。
准公共产品	基本需求	非营利性医疗机构提供,居民自行购买,政府向供给者弱势群体提供补贴,按照市场原则交换。
纯公共产品	基本需求	非营利性医疗机构提供,政府购买,向居民分配,或政府直接承办这类机构,向居民分配。

正是由于医疗服务并非纯粹的公共产品,所以可以有区别地将市场机制引入医疗服务领域中来,更好地发挥市场机制在配置资源中的基础性地位。在制度变迁的目标取向上,应该从限制竞争、保护垄断转向鼓励竞争,包括鼓励非营利性医院相互间的竞争、营利性医院相互间的竞争以及非营利性医院与营利性医院之间的竞争。通过形成各级各类医院之间有效、有序、公平的竞争环境,激活医疗市场,化解医患冲突。

目前我国的医疗服务行业仍然没有摆脱政府办医院和公立医院“一统天下”的基本格局。公立医院处于垄断地位,民营医院、外资医院等非公立医院一直被排斥在主流医疗服务市场之外。医疗行业缺乏有效竞争,是现行医疗体制中最大的不足,也是目前群众反映强烈的医疗费用偏高的深层原因。笔者认为,要充分发挥制度创新对提高医疗服务质量、化解医患冲突的作用,应该大力鼓励兴办营利性医疗机构,以形成更加充分的医疗市场竞争局面,从而增强占绝对优势的广大非营利性医疗机构的竞争意识、服务意识和质量意识。特别是在政策导向上要鼓励高起点、高层次、高质量的营利性医疗机构脱颖而出,给予营利性医疗机构更多的政策优惠。相信,随着营利性医院的逐步发展,以及医疗市场由“卖方市场”向“买方市场”的逐步过渡,为患者提供优质、高效、低耗的医疗服务,将成为各家医院竞争与发展的主题,医患冲突的缓解也将为时不远。

#### 3.2 加强政府对医疗行为的监督管理

在计划经济时期,政府主要是保护生产者和医疗服务提供者,而在市场经济过程中,政府应该转向主要保护消费者和患者。就医疗服务领域而言,政府不只是一是要保障各个医疗机构之间正当、有序的竞争,更重要的是要保障医疗服务的质量,保护广大患者的利益,减少患者就医的时间成本。基于医患之间的信息不对称和医

疗市场的信息不完全,笔者认为卫生行政部门在以下方面的监督管理必不可少:

第一,对准入的控制。包括机构、人员、设备、技术的准入控制。严禁各种非卫生技术人员进入医疗保健服务市场,严禁各种未能评估认定的技术、设备用于医疗活动,危害群众生命健康。这样可以减少因医疗质量引起的医患冲突。

第二,对医疗行为的控制。目前,失范的医疗行为严重危害了医患之间的信任关系,造成医患之间的冲突。因此,对医务人员的行为进行监督管理是非常重要的。譬如,可以通过制定和实行基本诊疗规范、用药规范,来约束提供者的医疗服务行为和医疗费用支出水平;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。

### 3.3 切断医生与医药公司的联系,降低虚高药价

按照本来的意义,医生应该是患者利益的维护者,维护患者的健康、降低患者的医疗支出。但是,由于目前许多药物是通过医院医生开处方这一方式而到患者手中的,医生在客观上成为药品最大的“代理人”,这样医生与医药商就成了合谋者,希望联手从患者那里谋求更多的利益,从而直接激发了医患之间的利益冲突。因此,必须切断医生与医药公司的联系,让虚高的药价降下来。

为此,笔者建议:第一,有关物价部门应严格新药审批制度,并准确地核定药品生产流通的成本,制定合理的价格,不给药商留下不正当竞争的价格空间。第二,按照公开、公平、公正的原则,在有关政府部门和群众团体的监督和参与下,在医院采取集中招标的方式统一采购药品,在管理制度上切断医生与医药公司的直接利益联系。第三,按照药品管理法的规定,坚决打击药品回扣行为。

### 3.4 坚持医疗信息公开,促进医患之间的沟通和理解

医患冲突在很大程度上源自医患之间缺乏有效的交流和沟通。因此,作为医院应定期在媒体上尽可能详细地公布相关信息,包括医疗质量、效率、效益、价格、费用等,为患者选医院和选医生提供充分的依据。

除了医疗信息公开制度外,医院应探索一种制度,鼓励和要求医生与病人尽可能多的接触,鼓励医患之间的交流,向患者介绍诊疗措施的合理性、预期效果及风险性,争取病人、家属对医护人员的理解和支持,调动患者在疾病预防、治疗和康复中的主观能动性。

### 3.5 大力发展社会性和商业性医疗保险,改革医疗付费方式

由于医疗保险体系的不发达和其他经济社会原因,我国的医疗付费方式主要是以项目为主的个人付费制。笔者认为可以从以下两方面改革医疗付费方式:

第一,完善医疗保险制度,借助保险公司的力量来消弭医疗消费者的弱势地位,强化其讨价还价的能力,重新实现供需水平的均衡。在医疗费用以个人自付为主的医疗服务市场体系中,个人既是医疗费用的支付主体,也是对医疗费用的增长控制欲望最为强烈的主体。然而由于医生与患者之间的信息严重不对称性,使消费者个人对医疗服务的数量与质量很难作出正确的判断与选择。而且由于个人支付主体即司控主体的过度分散,造成事权(命令权、谈判权、选择权、放弃权)的分割,难以对供方形成合力约束,容易形成过高的控制成本。所以,在我国在医疗市场框架中,引入医疗保险公司这一主体的影响和作用至关重要。

第二,实行医疗保险公司付费的“预期支付制度”。目前广为采用的按项目支付方式,对医生没有约束作用,常常产生诱导需求与过度医疗,激励不相容。而在“预期支付制度”下,医疗保险公司与医疗机构达成有关医疗费用支付基准与支付目标的契约框架,医疗机构必须承担在预先约定的支付标准内多提供医疗服务的成本。这样就可以较好地实现激励相容,有效遏止过度医疗的发生,化解医患之间的利益冲突。

### 3.6 将对医疗机构的经常性财政性补贴转为对低收入患者的补贴

通过财政政策进行转移支付,包括对需方的直接补贴和间接补贴以及对供方的直接补贴和间接补贴是政府干预的重要手段。目前,国家有限的卫生经费投入往往着眼于医院机构。实践证明,这种制度安排并不能解决患者特别是贫困患者与医院或医生之间的冲突。笔者建议,应对医疗机构的经常性财政性补贴转为对低收入患者的补贴。具体说来,政府对普通的国有非营利性医院只给予专项补助,重点用于改善医院环境和条件、医学研究、人才培养等项目,不再给经常性的补助,也不再对一般医疗服务进行补助,而对城乡贫困人口的临床服务支出给予直接补贴。显然,如同对公共卫生投资一样,对穷人患者的补贴不仅是公平的而且也是高效率的。

#### 参考文献:

- [1] 卢现祥. 西方新制度经济学[M]. 北京: 中国发展出版社, 2003. 34 - 35.
- [2] [美] 迈克尔·迪屈奇. 交易成本经济学[M]. 北京: 经济科学出版社, 1999. 5, 34.
- [3] 杨同卫. 医患信息非对称性的伦理分析[J]. 中国医学伦理学, 2001, 3. 29 - 30.
- [4] 许彬. 公共经济学导论[M]. 哈尔滨: 黑龙江人民出版社, 2003, 112.

作者简介: 杨同卫(1970 - ), 男, 科技哲学专业硕士, 山东大学医学院副教授。研究方向: 医学伦理学、医院管理学。

收稿日期: 2005 - 12 - 12

(责任编辑: 张斌)