

医患冲突中的期望效用论

文 / 王丽娜 潘杰 胡欣然

新医改取得了众多阶段性成果，但社会医患冲突仍有增无减。目前，国内外从社会学、心理学、法学等专业角度对医患关系的研究较为丰富。本文从期望效用理论和制度分析出发，将医患关系置于医疗体制大环境下进行剖析，寻其症结，并就此提出相应的政策建议。

期望效用理论阐述冲突本质

同其他商品一样，患者购买医疗服务的目标函数是在一定预算约束下实现医疗消费效用的最大化。在获得实际效用之前，患者对医疗消费得到的效用有着以支付成本为条件的个体期望，这种期望效用跟患者的个体特征相关，包括个人偏好、就医经历、健康状况、社会因素等。而患者实际医疗消费后的效用水平，则取决于医疗成本、医疗质量、医疗技术、医疗设备、医生态度、护士服务、医疗环境等。当实际效用超过或等于期望效用时，患者就会感到满意，当患者感知的实际效用越低于期望效用值，就越会不满意，当这种不满意达到临界值时，医患冲突就可能发生。因而，医患冲突的本质是医院和医生提供的医疗服务给患者带来的实际效用低于患者期望效用的最低点。

那么，医疗服务的实际效用过低（低于患者期望效用的临界值），或者患者期望效用过高（高于现实医疗技术可以带来的最大效用），都可能导致医患冲

突的发生。

导致医疗服务的实际效用过低的原因有制度性（规律性）的和个体性（随机性）的。后者的存在更多可能是由医疗服务结果不确定性和患者情绪不理智造成。本文集中讨论规律性原因。

尽管医院按是否营利，可以分为营利性医院和非营利性医院，但其中的大部分医生都是以医为谋生职业，在不考虑道德因素的情况下，他们的服务供给行为都可以视为在既定规则下的收入最大化。如果医生的收入与其提供服务的质

量和数量成正比，那么医生就有动机竭尽所能提供质量更高、数量更多的服务。但实际上，现有的医院价值补偿机制并不按照提供的服务质量来进行补偿。

首先，从制度设计看，医生的收入来源于与职称对应的固定工资和医院的效益分配，而医院收入主要来源于政府补偿、医疗服务收费、药费三大块。在计划经济时期，公立医院收入以政府筹资为主，医生的收入与患者治疗消费无直接联系，医生的目标与患者追求健康最大化并不矛盾。1985年，中国开始



第一轮的医疗领域的市场化改革, 财政补贴逐渐弱化。但与此同时, 本应体现医护人员服务价值的医事服务价格却仍被政府管制。管制下的医疗服务价格低于他们实际提供的服务价值。这种情况下, 政府允许县级及以上的医疗机构进行低于 15% 的药品费用加成, 药品收入成为医院收入支柱。这种体制扭曲了医院的价值补偿机制, 医院通过药品加成来维持经营, 医生通过其来实现收入最大化。由于医生的信息优势, “大处方”、开“高价药”等诱导需求行为成为医生冷酷的“理性选择”。“被过度消费”使得患者获得的实际效用大大低于期望效用。

其次, 在充分竞争的环境下, 如果患者的成本(医疗费用)与收益(得到的健康产出)不对等, 患者完全可以通过用脚投票方式来选择医院, 通过消费者选择, 促使医院医生提高服务水平。但实际情况却是在长期限制社会办医的局面下, 公立医院间缺乏有效的竞争, 竞争机制无法充分发挥作用。

再次, 从供需分布看, 以公立医院为主的医疗服务市场一直处于卖方市场, 公立医院并没有提高服务质量的激励机制。大量的优质医疗资源集中在城市, 农村边远地区特定疾病、重病患者只能到中心城市就医, 大医院人满为患, 拥挤的需求加剧了卖方的优势。

最后, 从医院内部管理来看, 尽管推行所谓的市场化改革, 放权让利, 但 1988 年国务院发布的卫生部“三定”方案, 仍将医疗资源的配置权牢牢把握在卫生部手里, 也即人们常说的“管办不分”。这种僵化的管理体制既无法对人力资源优化配置, 也无法激励医生提高医疗服务质量, 提升工作效率。

通过上述分析可以发现, 无论是从补偿机制的设计、市场竞争还是内部管理, 目前都缺乏一个有效的激励机制和制度安排去激励医院和医生提供更高效用的医疗服务。

鉴于医疗市场的信息不对称特征, 通常把大部分医疗消费中的服务归为信

用品, 即其质量在消费之后仍无法判定, 其获得的效用可能不确定。如疾病预防、就医治疗等, 除非患者具有对称的充分信息, 通常情况对其治疗结果都是不确定的。在中国, 由于教育水平的差距、宣传的缺乏以及医生的意识不到位等, 医疗信息的不对称非常突出, 人们通常对患病、治疗及结果的可能性都缺乏一定的甚至基本的认知, 而医生也很少对患者做出解释。而在普遍因为过度医疗而付出高额的医疗成本, 以及因为交通、候诊等导致的就医高机会成本后, 出于成本收益的比较, 患者也往往都报以较高的期望, 一旦最终的治疗结果或治疗过程中的各种服务属性(如诊断时间、医生态度等)低于患者的期望时, 患者积累的不满意情绪就容易爆发为医患冲突。

调整两种效用是解决之道

通过上述分析, 笔者分别针对如何提高患者获得更高的医疗服务实际效用和合理引导患者的期望效用出发, 提出以下建议:

提高患者获得的医疗服务实际效用。

理顺医生的价值补偿机制。调整医院现有的补偿结构。卫生医疗事业要回归公益性, 政府就应该承担起相应的财政责任, 重新恢复对医院投入的主导地位, 降低医院的趋利性。调整医疗服务收费, 合理降低医疗设备等物质资本的使用费用, 同时可以参考物价水平及时提高体现医护人员的技术价值的收费项目, 如挂号费、诊查费、护理费等, 同步提高医护人员收入, 激励医护人员提高服务水平。另外, 仍需进一步平抑药价, 理顺药品价格机制, 降低药品收入在医院收入中的比例。

管办分开, 权力下放。新医改在公立医院改革中明确提出要建立法人治理制度, 通过借鉴医院管理局、医院理事会、院长职业化等体制机制明晰产权和管理权, 提高经营效率, 通过竞聘上岗、绩效考核等提高医护人员服务质量, 更

好地满足患者需求。

将患者满意度纳入卫生行政部门和医疗机构管理者的考核指标。将患者的主观评价直接与医院的考核相关联, 以此来作为医院所提供的医疗服务的量化指标, 也提供了最直接的评估和监督医院行为的工具。伴随着新医改政策的落实, 实际上卫生行政部门已着力从患者满意度入手。从 2011 年开始的“三好一满意”活动中, 卫生部明确要求患者对医疗服务的满意度要达到 90% 以上。2012 年 2 月, 在卫生部公立医院改革评估中, 患者对就医环境、就医过程和提供服务等各方面的主观评价都成为考核的一个重要内容。2012 年 7 月, 北京市医管局将患者满意度纳入医院和医生绩效考核体系, 通过增加社会评价比重将医院的服务质量、医生的收入直接与患者的评价挂钩。将患者满意度纳入考核将直接激励医院管理者优化医院整体的服务水平, 激励医生改善服务水平。整体而言, 尽管相关政策已出, 但由于满意度仍是医院考核指标中的“新事物”, 在实践上还需予以强化, 相关政策的细则也有待完善。

合理引导患者的期望效用。

加强医患双方沟通。患者寻求救治不仅是一种健康诉求, 也是一种心理诉求。医生可以更多地从患者角度考虑问题, 与患者就病理治疗方案等内容进行交流, 尊重患者的知情权, 引导患者合理调整自身期望。同时, 友善的沟通也有助于患者对医生建立信任感, 更加积极地配合治疗, 获得最佳疗效。

增强医院的信息透明度。通过公众调查或独立的第三方机构定期对医院的各项服务进行评价并公布社会, 提供充分的信息帮助患者形成理性的预期, 并进行符合自身预期的选择。通过降低信息的不平等促进患者用脚投票, 增强医院的竞争压力, 从而激励其提供更好的服务。

作者单位: 西南财经大学公共管理学院
四川大学公共卫生学院
北京师范大学经济与工商管理学院