

医德与中国医疗体制的改革

马戎

(北京大学 社会学人类学研究所, 北京 100871)

摘要: 自改革开放后, 中国的城乡医疗卫生体制已经发生了很大变化, 最本质的变化就是医院从向国民提供医疗服务的公共事业机构转变成了赢利企业。这样的转变带来了许多严重的社会后果, 使得“看病难”、“药费贵”成为我国城乡居民生活中最大的负担之一, 政府也在探讨如何进一步推动我国的医疗卫生体制改革。本文从体制和医德两个角度来探讨当前我国医疗卫生体制中存在的各种现象, 讨论新出版的一本有关医药推销回扣的调查报告所揭示的问题。

关键词: 医德; 医疗体制改革; 知情权; 选择权

中图分类号: C913.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 0257-0246(2009)02-0185-09

无分男女老幼, 每个人在自己的一生中总会因各种原因而生病。生老病死, 是每个人一生中都必须经历的生命历程。一个人能否健康地活着, 寿命能够有多长, 除了自身基因的因素外, 在很大程度上取决于患病后能否及时得到适当医治, 于是医生就承担着治病救人的重要使命。历史上的每个国家、每个文明都在其社会发展过程中逐步发展出自己的医药体系、职业医生和医疗组织。一个社会能否构建一个健全和先进的医疗机构, 能否培养出一代代有精湛医术并以“治病救人”为最高使命的医生, 广大患者能否得到及时和有效的医治并在财力上能够承受得起, 是这个社会是否进入了现代社会的重要标志。

中国自改革开放以来, 社会的各项制度已经发生了深刻变化, 在城乡经济所有制和就业制度改革之后, 政府又在教育、住房和医疗制度方面开展了重大改革。对于在这三个领域里的改革步伐究竟迈得是快还是慢, 选择的方向是否正确, 广大民众对目前实行的体制是否满意, 应当说还是存在很多争议的。其中对于我国医疗体制改革的评价, 更是褒贬不一, 而且关于“看病难、看不起病”的报道在报纸和新闻中出现得越来越频繁。在最近几年里, 对于医疗体制改革的批评与反思已经成为社会热点问题之一。

1. 改革前我国城乡的医疗卫生体制

改革之前, 在公有制和计划经济体制下中国的城镇和乡村分别实行不同的医疗制度。农村在人民公社体制下实行了“合作医疗”制度, 公社卫生院和大队的“赤脚医生”保障了农民基本的疾病防疫和医疗保健的需要, 流行病得到控制, 重病送到县医院, 由“合作医疗”支付费用。尽管与大城市的医疗条件相比, 农村地区“缺医少药”, 但是除了特别偏远山区之外, 农民总的来说是能够看上病、看得起病的。当年在我们插队的内蒙古牧区大队, 既有传统的蒙医, 也有经培训的知识青年担任的“赤脚医生”, 他们由大队计工分, 行医所需药品等由大队购买, 在治病问题上, 农民并不需要花很多钱。当年的集体经济是有一定能力的, 可以在财政上支撑起农村的“合作医疗”系统。

在发动“文化大革命”时, 毛主席曾批评当时的卫生部是“城市老爷卫生部”, 认为多数医生和医疗设施集中在城市, 广大农村的疾病医治没有得到足够的重视。也许按照人均医生数、病床数来

比,农民所得到的医疗资源确实不如城镇居民,但是在人民公社体制下农民的治病问题,并没有成为广大农民不可承受的负担,许多传染病(如血吸虫病)甚至基本消灭。在一个时间段从绝对平均主义的角度看,当时的医疗卫生系统应当批评,但是从历史和纵向来看,我相信大多数农民都会承认,公社时期的农民治病问题不仅比新中国成立前要改善许多,比起1980年代体制改革后的状况,也依然是十分令人怀念的。

在城镇里,绝大多数就业人员都在政府机构、国有企事业单位或者街道集体企业工作,他们的医疗费用甚至家属的部分医疗费用都由单位支出。虽然当时的医疗器械不够先进,也没有高价的进口药物,但是在当时的条件下大多数职工的疾病都可以得到及时的诊治。与此同时,各级医院都属于国家事业单位,属于“全额财政拨款单位”,所有的基本建设及运行费用、医护人员工资福利等都列入国家预算并由国家支付,医院和医生都没有通过行医活动来赚钱的动力和机制。实际上各单位为职工向医院付出的医药费,由医院上缴国家财政后,转了一个圈,由国家作为企事业单位拨款又返回给各单位(包括医院)。在这样的体制下,医生和医院没有牟利的动力,因此在诊治患者时就会比较“实事求是”地安排检查和开药,能开便宜的药就不开昂贵的药。

2 体制改革后城乡医疗体制的变化

20世纪80年代初在全国展开的农村体制改革,使农民在“家庭联产承包责任制”的新体制下开始以户为单位进行农业生产与经营,公社和大队、生产队等原有的所有制组织解体,当年的集体经济不复存在,以集体经济为基础的“合作医疗”和“赤脚医生”体系也随之瓦解。部分原来的赤脚医生或者转行务农,或者成为新体制下的个体开业医生。农民生病后,小病去看个体医生,大病就送县医院,乡镇一级卫生所只能惨淡经营或形同虚设。而20世纪90年代开始在城市里推行的医疗卫生体制改革使县级及以上的医院成为牟利的组织,这些医院所要求的医药费是绝大多数农民无法负担的,所以许多农民有小病不去看,真正的重病就抬回家等死,因为重病的医治费用不仅足以导致其倾家荡产,而且还会背上几代人也还不起的债务。

我们近几年在农村调查时发现,村里贫困户的致贫原因主要是治病和高中以上的学费。从这些现实情况看,以牟利为宗旨的农村医疗系统已不再是为农民提供“服务”的机构。我们在农村调查时曾遇到过这样的情景:有的病重的老人因为心疼自己的儿女和第三代,怕儿女们为此背上债务,怕孙子孙女无钱上学,不肯在医院继续治病,坚持出院回家等死。看到这样的场景,真的让人心里久久不能平静。

城市里的情况也好不到哪里去,即使是仍然能够享受到公费医疗的一部分国家职工和退休人员,“红包”和“自费药”也是一般家庭难以承受的。大量并非完全必要的检查和“大处方”,使一些普通常见病的医药费也要上百元。设想一下,这对于那些仍然实行公费医疗的单位是多大的财政负担?国营老企业老年职工和退休职工人数多、比例大,为他们支付高额医疗费成为企业几乎无法承受的负担,这些钱都要加到生产成本上,使企业完全无法赢利,据说许多国营老企业的不景气与破产与它们支付不起现职职工和退休职工的医药费之间有着密切的关系。

现在有的不景气的企业只好常年拖欠着职工医药费,而让职工自己先垫付。这些职工本来就经济困难,手里压着厚厚一摞医药费发票无法报销,如果再生什么病的话,只能是自己硬扛,尽量不去医院。那些农民工和没有进入公费医疗系统的城乡患者,他们生病后的境遇就可想而知。因为没交够押金,危急病人没有及时安排手术而导致死亡,一个病人住院治疗几天竟开出来几百万的医药费清单,这样的消息不时可以看到。人们不禁要问,我们的医院究竟是怎么了?我们的这些医护人员怎么在短短几年之内就从“白衣天使”变成“白衣恶魔”了?

3 导致“天使”变“恶魔”的原因

现在人们在讨论出现以上现象的原因。一种观点认为是改革开放导致人们“一心向钱看”,人们普遍的道德水准下降也影响到了医生和护士,所以应该讨论如何提高医德。这种观点强调医生是个特

殊的职业，他们面对的是病患及其家属，医生与患者之间是一种知识不对称、信息不对称的关系。得的究竟是什么病，需要做哪些检查，需要服用什么药，需要进行哪种手术，患者只能完全尊重医生的意见，而医生自然也完全可以凭靠患者的这种依赖性而为自己直接或间接牟利。所以，只有具有较高操守的人才有资格担任医生。从这个思路来看，现在医疗体制中最重要的问题就是要加强医护人员的医德教育。另外一种观点则认为，片面强调医德是不对的，导致“天使”变“恶魔”的主要原因是现行的医疗卫生制度。当国家的管理体制把本来应属于公共产品、应由掌握社会税收的政府来负担的公共医疗机构（医院）在体制改革过程中转变成为自负盈亏的经济单位后，医院为了生存就要赚钱，而信息不对称的医患关系使得医院不仅能够生存，还可以赚大钱。在需要赚钱、允许赚钱、能够赚大钱的制度之下，你又能够期待医院和医生能够有不同于“恶魔”的其他行为吗？所以，最重要的是把公共医疗卫生恢复为社会的公共产品，体制修改好了，“恶魔”又可以转变为“天使”。持这种观点的人还反问：西方社会并没有那么强调医德，医疗卫生系统不是运转得很好吗？

4 制度因素

那些强调制度因素的人确有他们的道理。按照经济学家的假设，人在利益追求方面是十分理性的，总是努力设法使自己的经济利益最大化。如果没有制度的约束，没有惩罚的威胁，人人都会利欲熏心地追求发财，发大财。而这一追求，在经济学家看来，似乎就是经济发展、社会进步的动力。为了把人们的利益追求限制在一个合法合理的范围之内，社会必须设计和实施一种必要的约束机制。

以中国医生给病人开出的“大处方”、“贵处方”为例，美国社会的相关制度是有多重制约的。第一层制约是医、药分开。医生开处方，病人可以在医院以外的任何公共药店以处方购药，这样出售药品的利润与医生挂不上钩，制药公司不必给医生送回扣，中国医药公司的“医药代表”的功能就失效了，医生也就没有动力去开“大处方”。第二层制约是保险公司。美国大多数人都买了医疗保险，每月交纳一定保险费给保险公司，一旦需要就医，购药、手术、住院费用都由保险公司付账，而保险公司为了控制自己的不合理开支，就会积极监督检查医生的处方和检查是否合理，如果觉得不合理，就会委派专业的医务人员进行核查，一旦证明处方或治疗方案不合理及导致不必要的开支，保险公司就会向医院或医生联合会（医生的行业组织）投诉并拒付相关开支，医院就会面临诉讼而且拿不到钱。第三层制约是医生的行业组织。这个组织由国内最有威望的医生组成，负有维护医生行业的声誉和利益的责任，对于医疗事故、医患纠纷、医生资格认定或取消都具有相当的权威和权力。如果保险公司向这个组织投诉某个医生的处方和治疗方案不合理，或者某个患者、同行医生等任何人向它提出这样的投诉或揭发，这个组织就会组织由相关专业的权威医生组成的委员会或小组来进行调查。如果指控属实，被指控的医生就将面临相应的处罚，直至被取消医生的行医资格，完全逐出这一行业。因为医生的收入很高，美国的医学院是不给学生提供奖学金的，学生们要付很高的学费苦读8年甚至更长的时间才能取得当见习医生的资格，逐步当上正式的医生。如果为了在一个或几个患者身上挣点钱而毁掉前程，没有医生会去做这样的傻事。这就是“良币驱逐劣币”的机制。及时驱除极少数不良分子，才能保住医生行业在社会上的良好信誉。这是对所有医生都有利的事，所以这样的机制也得到绝大多数医生的支持和维护。

对于没有能力购买医疗保险的穷人，在美国的各家医院走廊里都张贴着国家卫生部门及相关组织的宣传公告，告诉那些没有购买医疗保险的患者如何向国家和州的医疗基金会申请帮助，如何通过这些基金会的资助及时得到必要的治疗。当然，美国社会仍然存在许多问题，美国在医疗卫生制度方面的建设也不是尽善尽美，许多美国人仍然在对这些制度的漏洞和存在的问题进行批评，但是我们必须承认的是，美国的这套制度确实有些方面值得中国借鉴。

5 中国医院的现行制度

中国近年来医疗卫生系统改革的方向，就是把医院推向市场。每年国家财政拨款只占医院各项支出（人员工资、基本建设、设备更新、医药购买等）的一小部分，其余部分则让医院在自己的经营

过程中去获得。^①这个原则一改变,医院的性质就转变为力求赢利的经济企业,医院的院长需要制定使医院在医治患者的过程中如何使医院能够“赚钱”,赚的钱越多,医院的积累资金越多,职工的奖金福利就越多,在职工眼里,院长的业绩就越大,也就越能得到医生护士们的欢迎。医院的资金越充裕,越有条件改善医院的基础设施,建造新的大楼,购买新的设备,在上级主管部门(卫生局、卫生厅)眼里,这样的院长就有突出的业绩,因为他们也为主管部门的工作总结和工作成绩作出了贡献,局长们也可以因这些业绩而得到提升。与此同时,医生和护士等医院各职能部门也就自然而然地统统成了在“第一线”为所属医院赚钱的直接营销员,各科室、各部门的赚钱积极性都被最充分地调动起来,为医院的“创收”作贡献。在对各科室和医生们的考核中,“创收指标”自然是最重要的部分。至于“医德”教育和“治病救人”的先进事迹,也就成为软性的、作为点缀的“象征性指标”,所以也不由得人们感慨:“这年头,良心多少钱一斤?”

由于医生与患者之间在病情诊断、治疗方案等方面的绝对的“信息不对称”,如果医生一心一意地想从患者的医治过程中赚钱,那就太容易了。进了医院的患者,就像是走进屠场的羔羊,把自己完全交给了医生兼屠户的手中,医生告诉患者说需要做哪种检查、需要服用哪种药物、需要进行哪种手术,患者可有任何“讨价还价”的能力和余地吗?当然是绝对没有的,只能是任凭医生去开处方、开化验单、开手术单,患者和家属只有照单付钱的功能。如果有的患者或家属敢壮着胆子和医生讨论几句,医生把脸一板,患者的生命和钱包就会面临更大的危险。

有时候开处方之前,有的医生还会问患者:“你公费还是自费”。公费医疗可以去单位财务报销,开出几百上千的药费后,承受这一负担的是单位。如果是自费,除了极少数“大款”,现在有几个患者能够支付得起几百上千的处方?医生了解到患者属于自费,就会从病人身上少“宰”一刀,处方开的药品种少一些、价格便宜一点。这样做有两重考虑:一是要让患者能负担得起,因为对于太贵的处方,负担不起的患者就不去取药了,所以少“赚”一点也比把患者吓跑了要实惠;二是个别医生多少有点同情心,也算是当代中国社会医生这个行业的另外一种“施舍”吧,这和富人们在街头丢给乞丐一两个铜子的意思是一样的:“看着你可怜,算我好心,我就少赚点吧!”

既然治病救命也被医院看做是牟利的“买卖”,那么许多报纸上关于因为没有及时交足押金医院拒收病人导致死亡报道、关于“天价住院费”的报道、关于医院在患者医药费清单中作假虚报的报道,就都是顺理成章、自然而然的事了。

6 药费为什么这么贵?

所有的患者都在提这个问题:怎么过去几毛钱的药就可以治的病,现在医生要开出几十、上百块钱的药?自己的治疗真的需要这些钱吗?这些钱都流到哪里去了?

一个不可回避的事实就是,除了医院“维持运转”所需要赚的钱以外,开处方已经成了每个医生个人收入的一个重要来源。其方法就是从制药公司推销药品的“医药代表”那里得到“回扣”。患者们不仅要“支持”医院的运行和发展,还要直接为医生们的钱包作贡献。

制药公司推销药品的“医药代表”是一种什么职业?他们每天的工作是什么?我想在这里向读者推荐一本书,这就是包胜勇的《药费为什么这么高?》(社会科学文献出版社,2007年)。这本书是作者在对几十位“医药代表”的深入访谈和调查的基础上写成的,对“医药代表”进行药品推销中的“攻关环节”和“攻关手段”,均做了详细的介绍。首先,“医药代表”需要通过种种“办法”使医院主管进药的院长同意他所推荐的药品,使药品得以进入这所医院的药房。但是要使药品从药房里卖出来,变成人民币,还需要经过医生把这些药开到处方上,患者按照处方去付费买药,这些药品才能源源不断地流通起来并变成白花花的银子。所以“医药代表”还需要和相关科室的医生们建立

^① 在1991年各国医疗开支总经费中,出自公共卫生部门(国家财政)的部分在英国为89%,在法国是79%,在德国是78%,在美国是41%。参见罗伊波特等《剑桥医学史》,长春:吉林人民出版社,2000年,第554页。

稳定的“合同”关系，任何医生只要在处方上开出这些药品，他就可以从“医药代表”那里得到一定比例的“回扣”（药费的10%甚至50%）。那么“医药代表”又是如何掌握他所联系的多家医院、有关的上百名医生开处方的情况纪录呢？他们自有办法，就是与药房负责纪录出药的人员另外有个合同，请他们提供有关药品被各位“白衣天使”开的具体数量，而他的“酬劳”也是提成（药费总数的一个比例），虽然比医生得到的比例小了不少，但是不要忘了，他是从所有医生开出的药品中“提成”，那绝对是可观的数目。

每隔一个时期，“医药代表”就会光顾一下联系医院的相关科室（内科、外科等），会给医生们送上当月的“回扣”，医生们不必数钱，只要你把药开出去，“回扣”一分钱不会少。这已经发展成为一种心照不宣、相互绝对信赖、制度化、诚信化了的合同关系。

现在中国各地都发展起了许许多多的制药企业，它们在生产无数种药品。为了打通各医院院长的关节，说服他们进本企业的药品，为了说服医院下属各相关科室的医生们，使他们看病开处方时一定开本企业的药品，各公司的“医药代表”们相互之间存在着激烈的竞争关系。谁能打通关节、说服医生，就看他们各自的“手段”了，“各村都有许多高招”，请客送礼、旅游嫖娼，诸如此类，不一而足。凡是我们能想到的和我们想不到的，他们在激烈的竞争中都会想到、也都会实行。以上的这些就是“医药代表们”的业务工作，他们在帮制药企业赚钱，帮医院赚钱，帮院长、药房主管、药品统计员直至每个医生赚钱，当然他们自己也有“提成”，也要赚钱，而所有这些可供以上人员瓜分的财富，统统都是从患者的钱包（或者是提供公费医疗的单位）赚来的。

7. 治疗、用药的费用情况为什么不透明？

我母亲最近因高烧住进北京一家三甲医院抢救，后来转到该医院的重症监护室。母亲虽然属于公费医疗范围，但住院治疗期间有时还是需要使用一些“自费药”。我多次询问医生关于自费部分的金额大致是多少，得到的回答总是：“我们病房只能看到药品和检查的单价，不能区分开公费和自费部分，只有出院时才可能知道。”出院前一天医院告诉我，自费部分约6000多元，但需带10000元来办理手续。但是当我去交费办出院单时，被临时告知自费部分为20000多元。因为出乎预期，使我很狼狈。

我想，既然现在三甲医院的管理全部采用计算机联网系统，住院部或审核收费部门的信息与病房的信息网络是完全相通的，为什么就不能使患者和患者家属及时知道自己需要承担的费用信息呢？我认为，患者及家属对于治疗和用药情况和费用金额是有“知情权”的，在“知情权”的基础上，才可能有“选择权”，可以与医生讨论治疗方案，或者决定是否转院。到出院时，才向患者及家属告知全部费用或自费金额，有时就会使患者及家属感到被动。

一般来讲，几万元的费用在今天对于多数家庭并不难筹措，但是如果被告知的是几十万元甚或几百万元，而患者家庭又实在无力负担时，医患矛盾就会出现。患者及家属就会责怪医院为什么不早一点把实际情况告知家属，就可能提出患者在医治过程中的“知情权”和“选择权”的问题。如果当事者在其他方面发展不顺利，心情不舒畅，又比较认死理，“你不给我一个说法，我就给你一个说法”！假如出现一些与医患矛盾相关的极端暴力事件，我想这是所有的人都不希望见到的事。现在每天都有成千上万的患者办理出院手续，在抱怨自己的“知情权”被侵犯，其中哪怕只有一个认死理的家属，报纸上难免就会出现一个头条新闻。

既然住院部与病房的治疗信息共享在目前医院各部门联网的技术条件下完全不成问题，那么医院在信息共享的程序设计方面使“自费部分”在患者出院前模糊化就可能是有自己的考虑。把“自费部分”模糊化，可以使患者及家属在不知情的情况下较多使用“自费”的药品等，而能够进入公费医疗体制的，都是国家干部职工，本人和子女都不会在经济上太拮据，最后即使比预期多交一些钱，一般的家庭都能支付得起，人们也不愿意与医院把关系搞僵，因为说不定什么时候还要求到医院门上。医院作为社会中最具“垄断性”且手操人命生死大权的部门，是一般人不敢轻易得罪的。

这种不透明的收费制度，恐怕不是国家卫生部门规定的，我想国家卫生部也管不到这么具体，这些软件和信息系统很可能是各医院根据自己的利益而设计和应用的。但我相信，各病房的医生们恐怕每天都会遇到患者家属们对费用的询问，恐怕也会听到患者家属们在出院时对之前“不够透明”的抱怨。但是这样的制度却一年一年地延续运转，那么这些医生们的脑子里想的是什么呢？一种可能性，有的医生感到患者及家属确实应当有“知情权”，也曾建议医院修改信息系统，但是被医院主管拒绝，之后对这一现象渐趋麻木；另一种可能性，医生们认为医院的收益直接关联到自己的收入与奖金，大家都有“创收”的责任，所以认为“不透明”与相关的“多收费”的结果是件好事。“看病还想不花钱”？“现在什么不涨价”？如果我们的医生们心里是这样的想法，他们就忘记了医院在性质上并不是一般的消费品市场，他们向患者提供的不是一般消费性服务（如理发店、餐馆、旅店等），他们是具有神圣社会责任、治病救人的医生。至少从我们在医院里和医生们打交道的过程中，我感到他们都是接受这样“不透明”的现状的。从这一现象来看，他们的医德也就确实存在问题了。

8 制度问题和医德问题并存

从《药费为什么这么高？》这本书所揭露出来的大量事实和我们能看到的关于当前中国医疗体制的其他调查报告来看，我们可以说把当前的问题单方面地归因于“制度”或归因于“医德”都是不全面的，事实上是两方面都存在问题，两者结合在一起才共同造成了现在的状况。

从医院卫生部门从公共事业转变为“自负盈亏”、“自己赚了钱就可以自己分”的市场经营机构后，原来的一切就都不复存在了。所以，制度问题当然是最重要的、最核心的问题，不改变这样的制度，把面向社会公众服务的医疗卫生部门（医院、防疫站等）恢复为国家公共财政支持的社会公共事业，这一问题是无法从根本上解决的。

当然，我们也不必完全恢复到改革开放以前的计划经济体制中去，医药费的拨付和收取办法需要改进，同时也可以建立若干高收费的私立医院，专门为“大款”们服务。有钱人买私车，穷人坐公交，这是可以接受的。富人只要有钱，可以自己开“宝马”、“奔驰”，别人也不会说什么。只要能够达到目的地，车子开得慢一点，车上挤一点，没有座位时需要站着，这都不是穷人们不能克服的问题，但是关键是要让穷人们至少能够付得起公交的车费。私立医院可以给每个富翁（富婆）患者提供一个20平方米另带客厅的高级病房，全部用进口的高档药品，这也没有什么，但是穷人得了病应当有个能去医治的地方，而不至于因为没有钱被医院赶出来，或者因为钱少就要处处看医生和护士的白眼。

中央电视台“新闻调查”曾经有一集节目专门请了几位“医药代表”来揭露医院、医生在药品处方中拿“回扣”的节目。有的“医药代表”在这个职业上干了几年之后，自己虽然赚了钱，但是他们每天进出医院，看到高额的医疗费使一些家庭家破人亡，他们受到良心的谴责，洗手不干，而且愿意在中央电视台的节目里公开揭发医生开药拿“回扣”的过程。他们的叙述深深打动了许多人。但是我在这里要提出另外一个问题：为什么在成千上万个开药方拿回扣的医生们当中，就没有出几个“良心发现”的医生，敢于公开站出来揭露本行业中的这种最丑恶、最无人性的行为呢？

制度上需要医生为医院“赚钱”，所以多开几个检查项目、多安排住院也就算了，但是通过“医药代表”拿到的“回扣”可与医院制度毫无关系，这可以说完完全全是医生个人品德操守的问题。有的医生会说，别人拿回扣，我为什么不能拿？问得好！那么我们反问一句，如果别人坑害了人，你就可以理直气壮地去坑害人吗？不就是自己口袋里少拿了几个昧心钱吗？看着患者的病痛和经济上的拮据，你就不能少坑几个钱吗？

现在医院里鼓励“高额收费治疗”，鼓励办法之一就是公然让医生从治疗器材和手术费用中“提成”，如安装一个心脏支架收费13000余元，其成本可能只有300元，安装的医生个人提成7000元，医院还能够赚5000多元。有了这样的鼓励政策，医生为了增加自己的收入，当然会动员一些可装可不装的患者去装支架，而且最好多装几个，还要装进口的，“效果好一些”（当然价钱和医生的提成

也会增加许多)。患者听医生讲到,如果自己^{不装或少装心脏支架就可能}有生命危险,那么有谁敢不乖乖地按医生说的办?对患者的这样一种动员,是不是存在医德问题?

关于手术要给主刀医生送“红包”、给护理护士送“红包”的现象,这里就不多说了。因为医生中向患者公开要“红包”、利用自己的专业知识说服患者给自己送“红包”的可能并不多,许多情况是患者担心自己得不到“最好的治疗”,听说别人送,自己也跟着送的。至于医生收不收,对送了“红包”和没送“红包”的患者是否能够做到一视同仁,那也只有看医生自己的良心了。如果在正常交付了医院要求的所有费用后还要给医生送“红包”是个普遍的现象,那么医生的医德是不是普遍地出了问题呢?据说个别医生从自己得到的传统教育出发,感到这样拿“回扣”是缺德的事,有些犹豫。这样的医生马上遭到周围所有同事的白眼和排斥,被视为大家赚钱的障碍,必欲除之而后快。所以这些良心尚未完全泯灭的医生或者离开医院,或者在压力和诱惑下与大家同流合污。如果我们认为美国的医生行业集体是在坚持道德规范和约束医生的牟利行为,是“良币驱逐劣币”,那么很明显的事实是:中国当前的医生集体却是在打击那些尚有良知的医生,是“劣币驱逐良币”。如果还有人坚持说中国医生群体没有发生集体的腐败和道德的沦丧,他又如何解释这一现象呢?

9. 医生的道德规范:希波克拉底誓言

医生是一个古老的职业,社会对医生的道德操守有很高的期望,那些道德高尚的医生深知这一点,为医生这个职业所必须遵守的道德规范提出了明确的戒条,其中之一就是医学界人所熟知的希波克拉底誓言。这是一位古希腊著名医生对自己行医道德的誓言,它的主要内容如下:

医神阿波罗、埃斯克雷彼斯及天地诸神作证,我——希波克拉底发誓:……我愿在我的判断力所及的范围内,尽我的能力,遵守为病人谋利益的道德原则,并杜绝一切堕落及害人的行为。我不得将有害的药品给予他人,也不指导他人服用有害药品,更不答应他人使用有害药物的请求……我志愿以纯洁与神圣的精神终身行医……无论到了什么地方,也无论需诊治的病人是男是女、是自由民是奴婢,对他们我一视同仁,为他们谋幸福是我唯一的目的。^①

这段誓言的核心立场是“我愿在我的判断力所及的范围内,尽我的能力,遵守为病人谋利益的道德原则,并杜绝一切堕落及害人的行为”。这里讲的是“为病人谋利益”,不是为自己谋利益。

在希波克拉底誓言的基础上,1948年世界医学学会(WMA)制定了《日内瓦宣言》,作为医生的道德规范,内容如下:

值此就医生职业之际,我庄严宣誓为服务于人类而献身。我对施我以教的师友衷心感佩。我在行医中一定要保持端庄和良心。我一定把病人的健康和生命放在一切的首位,病人吐露的一切秘密,我一定严加信守,决不泄露。我一定要保持医生职业的荣誉和高尚的传统。我待同事亲如弟兄。我决不让我对病人的义务受到种族、宗教、国籍、政党和政治或社会地位等方面的考虑的干扰。对于人的生命,自其孕育之始,就保持最高度的尊重。即使在威胁之下,我也决不用我的知识作逆于人道法规的事情。我出自内心以荣誉保证履行以上诺言。^②

这里强调的是“一定把病人的健康和生命放在一切的首位”,而不是把医院的“创收”和自己的收入放在一切的首位。

1988年美国医学化学家 E D 彼莱格里诺和 D C 托马斯马在《为了病人利益》一书中根据医学的发展和人类社会的进步,提出了“一个医生所承诺的促进病人利益的义务”,这被西方国家许多医学院校采用作为医学生毕业时需背诵的誓词,有人称为“后希波克拉底誓言”,全文如下:

我保证履行由于我的专业我自愿承担的治疗和帮助病人的义务。我的义务是基于病人所处的软弱不利的地位,以及他必然给予我和我的专业能力完全信任。所以,我保证把病人多方面的利

① 参见《百度百科》词条“希波克拉底誓言”, <http://baike.baidu.com/view/7667.htm>

② 参见康斯坦丁:《医学论》,阮芳赋译,北京:科学出版社,1986年。

益作为我的专业伦理的第一原则。由于承认这种约束，我接受下列义务，只有病人或病人的合法代理人才能解除我这些义务：

(1) 将病人的利益置于我专业实践的中心，并在情况需要时置于我自己的自我利益之上。

(2) 拥有和保持我的专业要求的知识和技能的能力。

(3) 承认我的能力的局限，只要我的病人病情需要，我应向我的各种卫生专业的同事求助。

(4) 尊重其他卫生专业同事的价值和信念，并承认他们作为个人的道德责任。

(5) 用同等的关切和献身精神关怀所有需要我帮助的人，不管他们有没有能力付酬。

(6) 主要为了我的病人的最佳利益，而不是主要为了推行社会的、政治的或财政的政策或我自己的利益而行动。

(7) 尊重我的病人的参与影响他或她的决策的道德权利，明确地、清楚地、用病人理解的语言说明他或她的疾病的性质，以及我建议采用的治疗的好处和危险。

(8) 帮助我的病人做出与他们的价值和信念一致的选择，不强迫，不欺骗，不口是心非。

(9) 对我听到、知道和看到的保守秘密，作为我关怀病人的一个必要部分，除非对别人有明确的、严重的、直接伤害的危险。

(10) 即使我不能治愈病人，也总要帮助他们，当死亡不可避免时，要帮助我的病人按照他或她自己的打算死亡。

决不参与直接地、主动地、有意识地杀死一个病人，即使为了仁慈的理由，或应国家的要求，或任何其他理由。

为了履行我对社会的义务，参与影响国民健康的公共政策决定，提供领导以及专家的和客观的证言。将我所说和所信的付诸实践，从而在我的专业生涯中体现上述原则。^①

美国医生们提出的律条的第一条，就是“将病人的利益置于专业实践的中心，并在情况需要时置于医生自己的利益之上”。第六条是“为了病人的最佳利益”，而不是主要为了推行社会的、政治的或财政的政策或医生自己的利益而行动。换言之，即使政府或所属医院的院长下达命令要求自己通过行医来为政府或医院赚钱，也不能这样做，而必须充分地为人民的利益着想。所以，不顾病人的实际病情需要而开大处方、贵处方，从而自己个人拿回扣挣钱，这样的做法是直接违背以上国际医学界的传统职业规范的。我之所以把这些涉及医生职业道德规范的国际性文件大段地引在这里，也是想向读者介绍一下，国际社会对于医生医德的基本要求都有些什么内容。

说到这里，我想问题已经分析得非常清楚了。中国当前医院里的“白衣天使”统统变成了“白衣魔鬼”，这里既有制度转变的原因，同样医生队伍整体的道德素质空前堕落也是一个重要的原因。新的鼓励医院和医生挣钱牟利的制度是外因，医生内心的道德堕落是内因，外因通过内因来起作用，只有外因是不会出现这样的变化的，就像温度再高也不能从石头里孵出小鸡来一样。

我自己是不常去医院的，但是家中年近90岁的老母却不得不经常向医院和医生求助，我也不得不经常与医生和护士们接触。有一件事留给我的印象比较深刻：我母亲在北京一家三甲医院安装了心脏起搏器，花了6万元；过了一段时间到医院去检查，另外一位医生看了心电图后，表示还需要在心脏里安装3个支架。这时已经有些熟悉的那位曾经为母亲安装过起搏器的医生悄悄告诉我们，他认为再安支架反而可能导致危险，他说“你们给医院已经送了不少钱了，支架就别安了，保命吧”。我们很感激这位多少替患者着想的医生，我的母亲没有安支架又健康地活了很多年，而且到今天也没有医生再提安装支架的建议。那么那位当年建议安支架的医生是怎么回事呢？他当时建议安支架的动机是什么？我不敢妄自猜测，但我很庆幸当年没有采纳他的治疗方案。

10. 关于医疗费用的社会调查

① 刘牧樵：《重读“后希波克拉底誓言”》，<http://www.chinavalue.net/Article/Archive/2007/2/4/56020.html>

近 20 年来，我在全国各地的农村和城镇开展过多次问卷调查，问卷中支出部分一定有“医疗费用支出”这项内容。凡是比较贫困的家庭，这一项总是有好几位数字，访谈的家庭也总会向我们叙述治病过程中和医生打交道的情形，这使我获得不少感性认识，因此我一直比较关心我国城乡医疗体制改革的情况，关心药费和治疗费上涨的情况。由于我自己没有时间和精力来专门从事这一课题的实地调查，便希望有个研究生能够来参与对城乡医疗卫生制度改革情况的研究工作。在我的研究生中，包胜勇对医疗问题比较有兴趣的。他在 1999 年完成的硕士学位论文“建国以来河村医疗卫生体制的历史与变迁”是以农村医疗体制变迁为专题的调查报告。他的博士论文题目是城市医院的收费问题，这个题目难度很大，但是对我们了解城市医疗体制的现状和探讨今后的医疗卫生体制改革很有意义的。

一开始我们试图通过对医院负责人、科室主任和医生的访谈来系统了解现在城市医院在治疗过程各项收费的具体情况，但是尽管我们采取了多种办法，正式的或非正式的，以医院职工为对象的调查与访谈最终还是无法开展。原因很简单，只要提到收费问题，从院长到普通护士都生硬或婉转地拒绝访谈。拖了一段时间后，调查工作实在没有进度，包胜勇最后只能通过自己对一些“医药代表”的访谈来间接了解药品和医疗器械是如何向医院进行推销的，换言之就是把原来的调查范围从系统了解医院的整体收入来源缩小到了解医生能够从处方“回扣”中得到多少收入。虽然调查的对象改变了，专题范围缩小了，但是仍然是分析当前中国城市医疗体系的一个重要的切入点。包胜勇是一个认真细致的人，他对所有的访谈都做得非常认真和深入，因此调查得到的信息是比较真实和可靠的，能够从一个侧面生动地反映出当前医院系统在制度上存在的弊病和医生们普遍的医德状况。《药费为什么这么高？》即是在他博士论文的基础上修订完成的，他在书中又补充了一些近年来得到的新资料和新案例。这本书是一部典型的社会学调查与研究报告，社会学家们就是应该把这些触目惊心的社会事实写出来，使读者更加深刻和全面地了解我们所生活的这个社会。

当前社会上正在讨论中国医疗体制改革的成败与存在的问题，中央政府正在讨论如何进一步推动医疗卫生体制的改革，我们也希望大家都来参与相关的讨论，有关的信息和分析将有助于政府今后医改方案的讨论与实施。

中国人面临的紧迫的社会问题太多了，医疗卫生是一件涉及全国每一个家庭、每一个人的大事，计划经济时代的医院体制需要根据国内各项改革进行必要的调整，这是毫无疑问的，但是再改也不应改变医疗卫生作为公共事业的基本性质，不能把医院变成一个商业性的牟利机构。人命无价，医院不是市场，医生不应变成商人，否则就会出现非常严重可怕的社会后果，如果还有人对这一点看不清楚，那么他读完《药费为什么这么高？》这本书以后就能多少增加一点感性认识，意识到问题的严重性及其社会后果的可怕。

医患纠纷问题，已经成为社会上普遍关注的社会主要问题之一。其原因当然存在着制度方面的问题，我们无疑需要把医院的功能定位调整回提供社会公共产品。但是不可忽视的是，我国现在的医生群体的集体医德也确实出现了问题，医生和医院不是真心地为患者考虑，而更关注自己的收入，不论是治疗费和药费的抬高和滥用，还是药费“不透明”的制度，都是从医院和医生的经济利益出发来考虑和设计的。我们现在倡导建设和谐社会，国家财政应当把国民的基础看病费用承担下来，同时，卫生主管部门应当在大量深入调查的基础上，对现行的医疗体制和医院的收费制度进行修订并加强管理，加强医护人员的医德教育。我们衷心希望“白衣天使”的传统光辉形象能够逐步恢复，希望医护人员能够逐步成为促进我国社会和谐的重要纽带。