

医生权力的异化与控制*

刘瑞明

(广东医学院人文与管理学院,广东东莞 523808)

[中图分类号] R192

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)10-1421-04

由于诸多原因,医生的权力和权威、安全感和社会地位呈相对下降趋势,而另一方面,医生权力异化凸显,诱导性需求、拿红包、吃回扣等违法行为时有发生。医生遭遇严重的信任危机,广受社会诟病,已引起政府、业内和社会各界的广泛关注。医生权力异化问题与我国新医改推行的保障人民生命健康的公共利益的本质是不相容的,必须引起足够的重视。因此,如何系统分析我国医生权力所面临的问题,探索其根源,并建立对医生权力控制与监督的体制机制,已成为当前医改与卫生事业发展的重要课题。

1 医生权力

1.1 医生权力的内涵及来源 权力的概念可以追溯至拉丁语“*autoritas*”,即主体利用某种资源,控制客体并使其服从自己,实现主体意志和目标的一种社会力量 and 特殊影响力,具有社会性、强制性和非对称性的特征^[1]。这与亚里士多德、洛克、韦伯和布劳等人,认为权力的本质与核心是能力或力量的观点较为一致。

要理清医生权力的来源,首先要理解权利与权力的关系,尽管二者有所区别,但是联系紧密。权利是权力的法律基础与本源,权力以实现法律权利为目的;权利与权力相互作用、相互转化。(1)权利转化为权力:权力表现为权利的让渡;(2)权力转化为权利:权力使某些主体取得或让与某些权利。洛克的社会契约论认为,人民通过契约,自愿让渡一部分自然权利(执行权和处罚权等,而非让渡所有的自然权利)并组织政府,委托国家行使公权力,以保障人们的生命、自由和健康。在医疗卫生领域,医生的权力有两个来源:(1)职业权力,即岗位权力。主要有诊治权、处方权、检查权、了解隐私权、法理公权力及特殊干涉权。只要医生在其岗位上,就拥有法律法规赋予的权力,这种权力(包括患者自愿让渡的部分权利)与其岗位、单位组织、主管部门等结合,形成相对稳定的社会意志。(2)个人影响力。医生的影响力就是影响和改变患者的心理和行为的权力。这种广义上的权力,包括医生的个人魅力、专业知识权威、技能、社会地位和声望、道德等内容。

1.2 医生权力的特点 (1)专业知识性。医生的专业知识与技术权力有着不可分割的共生互动关系,且具有不可替代性。医生凭借其专业知识,获得资格证明后进入专业阶层,进而从专业制度中取得权力。福柯曾指出:“……在人文科学里,所有门类的知识的法治都与权力的实施密不可分”^[2]。(2)权威性。医生的权威除了前面提到医生掌握的专业知识外,还包括个人魅力、技能、社会地位和道德等内容。正如恩格斯《论权威》所说:“一方面是一定的权威,不管它是怎样造成的,另一方面是一定的服从,这两者,……都是我们所必需的”。(3)不平等性。由于医生所掌握的专业知识和信息的相对优势,医患间存在事实上的不平等,导致医患的权力是支配与服从关系。(4)自主

性。医生的自主表现在诊治过程中,医生可以在法律、职业技术及伦理规范条件下,自主决定其职责权利范围内的事,其他个人或组织均不能干涉。

2 医生权力的异化

2.1 何谓权力异化 异化(alienation),源自拉丁文,异化概念表征的是事物性质朝着相反方向发展变化的趋势和结果^[2]。判断医生权力是否异化,首先要看医生运用权力的目的,是否秉承“治病救人、救死扶伤”的宗旨,是否有利于患者生命和健康的基本目标。但是现实是,我国少部分医生权力运用已背离医学宗旨,撕裂医患关系,其权力沦为掠夺国家、社会和患者利益的工具。

2.2 医生权力异化的原因 (1)政府监管缺位:医生权力异化的客观因素。我国卫生筹资有政府、社会和个人 3 个主要渠道,政府筹资起着非常关键的导向作用。统计资料显示,2010~2012 年我国卫生总费用占 GDP 的比重分别为 4.98%、5.15%、5.36%,政府卫生投入分别占卫生总费用的 28.7%、30.4%、30.0%。这与发达国家美、德、英、澳等国(2010 年)广义政府卫生支出占 GDP 比重 9.5%、9.0%、8.1%、5.9%,政府卫生支出占卫生总费用比重 53.1%、77.1%、83.9%、68.0%相比仍然有相当大的差距^[3],明显反映出我国政府卫生投入的力度不足。由于投入不足,医生服务价值被严重低估,医院和医生便有动机通过权力运作损害患者的利益和健康诉求,来改变非市场化的价格扭曲机制,保障自身的利益。另外,为了弥补财政投入的不足,政府出台政策进行补救,如以药养医、非营利性的公立医院市场化,甚至公立医院私有化等等,在政府职能部门监管不力或缺位的政策导向下,再加上管理体制不顺和利益关系的复杂性^[4],导致医疗的公平性、可及性及医生权力寻租等问题频频出现,甚至出现“候长队看病,三分钟搞定;大处方一印,荷包就掏尽”的“怪症状”。(2)医患的委托-代理关系:信息不对称是诱导因素。医患关系是一种复杂的社会关系,既是一种具有较强道德价值的“信托”关系,又是一种具有特殊性法律意义的“契约”关系。在医患的委托-代理关系中,具有信息优势的医生成为代理人,患者成为委托人。正是因为医生和患者在资源占有的量和质方面存在差异,使他们的角色关系呈现出非对称、非平衡状态。尤其是有些医生认为其付出与回报不一致时,可能会诱导患者需求或采取防御性的医疗行为,进而破坏游戏规则,导致医院变成某些医生以岗位权谋私利的场所,医生权力开始异化。(3)人性固有的弱点:医生权力异化的主观因素。事实上,医生是“经济人”和“道德人”的矛盾统一体,趋利避害的自然本性是造成权力异化的深刻的人性根源。英国哲学家霍布斯说:“人类共同的爱好,就是对权力永恒与无止境的追求,这种追求至死方休”。众所周知,医生除了岗位权力外,还有患者对医学领域的“不知情”的盲从和出让

* 基金项目:广东省哲学社会科学“十二五”规划 2013 年资助项目(GD13CGL12);广东省卫生经济学会项目(2015-02-03);东莞市医疗卫生科技计划一般项目(2015105101262)。 作者简介:刘瑞明(1972-),副教授,硕士,主要从事卫生政策与管理、卫生人力资源管理方向的研究。

的权力。但医生毕竟是具体的、有各种需求的人,他们也有人性的弱点,有时候他们滥用权利而形成膨胀的权力,或者滥用权力而形成不恰当的权利,或者扩张滥用手中的权力,扩大自己享有的权利^[5],甚至迫使或者诱导患者服从,进而获取个人利益。

2.3 权力异化的表现及危害 (1)自我授权,将职责和义务“权力化”。救死扶伤本是医生的职责,但有的医务人员一味将自己的权力扩大化,如向患者索要红包,向药商索要回扣,以掌握病患隐私相要挟,医疗事故得不到及时公正处理等等。有的医生认为治疗方法、用药、检查、手术都是医生权力范围内的事,只能由医生决定,患者无权参与。(2)知识权力化、权力“经济化”。①知识权力化:有的医生的专业知识和学科水平蜕变成权力工具,医生的初心和本真渐行渐远。“离开权力来理解、认识知识,或者以为还有与权力无关的知识,在今天纯粹是痴人说梦”^[6]。②权力“经济化”以前过分强调医院的公益性和医生无私的公益性付出。比如经常用白衣天使、悬壶济世等来美誉医生,但这种没有或很少考虑医生的个人需求的舆论导向模式,其不足是显而易见的。随着市场经济体制改革的逐步推进,原有的经济利益结构发生变迁,个体利益意识迅速强化,个别医生医学精神背离、人文精神沦丧、职业道德滑坡、医患关系物化、个人利益意识的膨胀与扭曲。医生权力已走向其反面,成了人们和谐生活的异己力量^[7],导致医患双方的猜忌和不信任,形成医患对立与冲突。(3)医患(药)合谋大行其道。①医患合谋:如前所述,由于医患间委托代理关系和信息不对称,容易导致诱导需求。如果存在第三方(如保险公司)付款,尽管住院统筹有封底线,以及由患者自付少部分费用,但医生通过大处方、大检查、自费项目擅自改为医保内项目等手段实现自身最大化的利益,同时患者享受“医疗免费”或“搭便车”(获得自付费用数倍的医疗服务或利益)。这时医患双方角色发生改变,医生从服务提供者对需方(患者)的制约变成需方的“同伙”,即实现医患合谋的重大转变^[8],从而逃过保险机构对医院、医生和患者的监督。医患合谋行为不仅增加医疗保险的负担,造成保险基金的浪费,导致诱导需求的道德风险,而且将很可能阻碍医疗保障制度改革的进行^[9]。②医药合谋:由于我国政府对医院实行医疗服务的价格管制,但是对药品价格、医疗服务价格的监督和约束缺位。为了弥补财政补偿的不足和医疗服务价值过低的困境,医院(医生)就会利用其垄断地位获取更多的利益,压低药方供应价或索要更多的回扣率,或者多开药、开贵药(这是医药双方利润最大化的“双赢”合谋模式^[10])。医药合谋不仅败坏了制药业(药企)及医院(医生)的名声,而且异化行为还具有严重的负外部性:破坏市场竞争规则,降低了医疗可及性,造成了医疗资源的浪费和医疗费用的快速增长,最终严重损害了患者的利益^[11-12]。

3 医生权力的控制与监督

3.1 权力模式 以权力制约权力。孟德斯鸠说:“从事物的性质来说,要防止滥用权力,就必须以权力制约权力”。以权力制约权力是对权力进行制约和监督最为有效的方式,关键是通过分工科学配置权力。就医生的权力而言,可以实施纵向和横向的权力控制。

3.1.1 纵向控制 纵向控制包括纵向硬控制和纵向软控制两个部分。(1)纵向硬控制:硬控制是通过建立一系列明确、具体、规范,且必须遵守的制度来控制组织活动的总称。本文所说的纵向硬控制即科层体制(bureaucracy),也称为等级纵向控制,是指通过层层委托——代理关系,遵照命令完成企业内部交易的组织形式,是企业内部形成的一种上下级之间控制与被

控制的关系。目前我国对医生进行的科层制管理控制,主要有内部控制系统和外部控制系统两个层面(见图1)。**①内部控制系统。**这里主要是指医院内部的纵向硬控制。我国医院资产所有权归国家所有,卫生行政主管部门代表国家行使对医院所有权,对医院和医生实行监管。当前我国医院正尝试实现所有权和经营权分开改革,主要是突出其市场主体的角色,使医院享有独立的法人治理结构,充分享有人权、财权、物权和决策权。在院长负责制模式下,院长有决策权,对医院业务组织系统进行控制。以临床医生的组织结构为例,按职务分,可以有院长、副院长(业务院长)、科室主任、医疗组组长、主管医师、医师等梯度。如图1纵向控制(实线部分)所示,院长集多重角色于一身,他既是政府各级职能部门的监督对象,又是各级职能部门的代理人,代表政府对医院进行经营管理。其他副院长、科室主任等受院长委托进行代理和监管,直至各科室的临床医生都是被监督者角色(同时也是监督者)。因此,医院内部管理体系是从高层到低层呈现逐级递减的权力序列,不仅层次分明,而且执行力强,容易监控到位。**②外部控制系统。**本研究主要是指外部重要控制系统部分,它侧重对医生实施“以权力控制权力”,包括医疗卫生系统的直接主管部门——卫生行政部门和其他密切关联的部门,如财政部、人力资源社会保障部、发展和改革委员会、食品药品监督管理总局、组织部、民政部等单位。从卫生行政部门来看,从中央、省、市、县及乡镇,均配备机构和专职人员对所辖地区的医院进行制定政策、实施管理。如医院和医生的发展规划,准入制度和基本药品目录的决策权,药品招标采购的审批权,人才流动、激励和监督。很显然,卫生部门与医院有着深厚的人事、财政等共同利益和历史渊源,对医院和医生的权力和利益有很大的决策权和影响力。它不仅代表国家行使对医院所有权,与医院形成委托-代理关系,而且对医院领导人的选拔和任命有很大的话语权。而与医院和医生有着密切关联的其他部门作用不容小觑。诸如社会保障部门以费用支付者的地位影响供需结构的各方(通过不同费用分担机制、制定药品目录、规定药品使用的补偿范围、转向预付制等措施影响提供者的处方权力);药监部门有审批权、质量监督权;财政部门对卫生部门有预算管理、财政补助、财政收支监督的职能;发改委对医疗机构的基础设施建设、大型设备购买、项目审批、服务及基本药物目录定价权等方面进行监管;组织、人事部门就医疗机构的组织关系、人事任免权实施影响;各级编办对医院编制标准、医院法人治理结构工作、编制内员工统一招考等有一定的话语权。(2)纵向软控制。这里主要是指医院内部的纵向软控制,也就是医院通过精神层面强化对员工的控制。一方面要在医院发展战略、医院文化、领导风格等进行引领和管理。提高对内部控制的认识并营造内控文化;在医院战略发展、医院文化制度建设,尤其是价值观塑造上下功夫。医院内部控制应一视同仁,杜绝控人不控己、控下不控上现象。另一方面,医院领导要善于利用“倚同效应”实行权威控制。所谓倚同效应,是心理学的概念,是指当一个人自认倚同于某一群体(某一领导人或某一项原因)时,就把这一群体(领导人或原因)的目标和价值当成他自己的目标和价值。他就会有意识地朝着这些目标和价值努力,并因目标和价值的实现而感到内心的满足。医院领导者如果借助于这种倚同效应,就可以实施对医生的控制和影响。具体做法为,一是医院领导树立自身良好形象、友善对待医生、关心医生的冷暖。二是制定切实可行的奋斗目标和正确的价值导向,并为这一目标和价值提供保障,就会让医生产生倚同感。自然地,领导者对医生有巨大的影响力,医生自愿信服领导的权威。

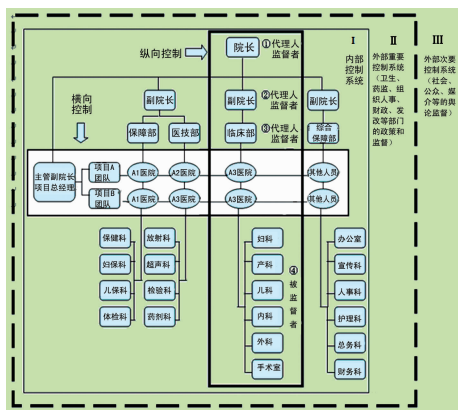


图 1 医生权力控制系统示意图

3.1.2 横向控制 横向控制包括横向硬控制和横向软控制两个部分。(1)横向硬控制。横向结构是按照权力所担负的任务或担当的职能而进行的分工。在医院内部,可以在横向上实施制约和监督。它可以分为两个层面进行考察分析。①组织或团队层面(宏观层面)。例如图 1 横向控制部分所示,医院主管副院长(项目总经理)是矩阵组织结构中的负责人,负责项目 A 团队和项目 B 团队的专项任务,把保障部、医技部、临床部等部门的医生集中起来,有助于组织职权与专业知识相结合,有很大的灵活性和适应性;但是该矩阵组织结构复杂,A 团队和 B 团队的专项任务与医院各职能部门关系多头,协调困难;专项任务组织负责人的权力与责任不相称,如果缺乏医院高级管理层强有力的支持与合作,工作难以顺利开展,对医生权力的监督与控制也难以如意。②各职能部门和人员层面(微观层面)。即医院的某个职能部门(人员)可以对处于同一层级或其他部门(人员)拥有监督的权力。对医生的横向硬控制、具体包括:一是药监督机制。比如药剂师可对医生处方“评头论足”,药剂师和医生互动,进行提醒指正,从而减少差错,确保医疗质量控制,控制医疗风险。二是医护监督机制。例如外科医生手术时,麻醉师、护士等作为团队人员,负有相互监督、提醒的责任,以确保手术顺利进行。我国首部《护士条例》(2008)规定,护士不再只是服从医生,还有监督的义务就是明证。三是其他监督机制。医院其他部门(人员),比如财务的会计、审计科的审计员、院办的办事员、后勤的材料管理员等,也对临床医生形成制衡和牵制。其他部门的人员和医生之间存在着清晰的职责分工,二者需要紧密合作,相互监督、相互制约,权责共担,力争做到事前预防和事中、事后堵漏。医生负责患者的治疗,而其他人员除了提供维护和支持外,以规范诊疗、用药、检查、收费行为等为重点,加强对医生执业行为的实时监控。部门(人员)之间的互相监督,既是权利,也是义务。只有如此,才能建设和经营好自己的共同体——医院,才能维护医院和自身的利益和声誉。如前所述,要想药(剂师)、护(士)等其他部门或岗位的员工对医生实施监督,必须要有一个前提,即医院组织管理制度的支撑和民主保障。确切地说,其他岗位的分权制衡是手段方法,组织制度是根本保障。虽然医院在内部控制方面有着比较严格的制度规范和标准,但是监督的效果并不理想。由于医院内部控制制度存在漏洞,内部控制环境薄弱,医院的监督都是上级对下级的监督,互相监督缺乏且乏力,缺少合理的问责制,导致在日常工作中执行也很难得到有效监督,大部分制度都流于形式,未发挥应有监督作用^[13]。

(2)横向软控制。①行业协会的监督。如中国医院协会(chinese hospital association,CHA),它是由依法获得医疗机构执业许可的各级各类医疗机构(不含农村卫生院、卫生所、医

务室)自愿组成的行业性的非营利性群众团体。该协会不是政府机构的一部分,主要以行业自律和维权为主体开展工作,对协会成员实行约束和管理,是促进医疗机构社会责任履行、保证产品质量(如医生的服务技术和服务质量)不可替代的社会力量。他们能代表一定范围内协会的主体——医院和包括医生在内的医务人员等的意见和心声,也有一定的权益和反映医生的利益与要求的权力,并对医生有批评权、建议权、监督权、参与权和决策权。②医生同行的监督。医生同行评议(peer review)是指在医疗卫生系统内的若干同行(专家),按照一定的评议准则(评价目标、评价方法、指标体系等),对评价对象的学术论文、科研项目、职称晋升、学术荣誉等项目进行评价并得出结论的活动。这种制度不依靠有形的媒介物,不属于宏观控制,是一种非形式化的控制,在一定程度上控制了医生权力的实施,也是当前国内外科学评价过程中采用的最普遍、最重要的方式,我国很多医院都在实行。③团队的监督。医院要营造“共生效应”(symbiotic effect),打造医生团队。共生,是指企业所有成员通过某种互利机制,有机组合在一起,从而获得比单独生存更多的利益,即有所谓 1+1>2 的共生效益。医院首先应当大力倡导和发扬组织和团队的优良传统,加强医学、医术和医德建设,批评打击种种不正之风,为医生建立良好的诊疗环境和发展机会。医生专业发展中的“共生效应”表现形式主要有:共同开展医学科研、会诊、医术沙龙、共建团队,互信机制,共赢思维;求同存异,相互尊重;建立共同愿景,实现共同目标。通过团队让医生凝聚在一起,发挥更大的效能。

综上所述,对医生“以权力制约和监督权力”的控制模式包含了医院外部政策环境暨 II 外部重要控制系统,以及内部制度安排暨 I 内部控制系统两个方面,它们相互依存、密切联系,不可分割。外部政策环境为医院内部制度安排暨内部控制系统提供了基础、背景和条件,同时为医生权力控制提供资源支持和政策保障,内部制度安排深化了政策环境,是对政策环境的延续和体现。总之,医生权力的横向控制系统和纵向控制系统中的各职能部门及其人员在权力行使上既分工又合作,需要互相制衡,以便协调一致,以更好地完成各自职能活动。

3.2 权利模式以权利(right)制约和监督权力(power) 从图 1 可知,医生权力的外部次要控制系统涉及的组织 and 人员非常广泛,根据他们与医生关系的紧密程度,分为患者、除患者外的其他社会公众两类进行说明。

3.2.1 患者赋权 赋权(empowerment),又称充权、增权和赋能增权,是指通过法律、制度等赋予对象平等权利,挖掘或激发或维护其自身利益的能力。就医患关系而言,患者权利是指患者在医疗服务过程中享有法律、道德和习俗所认可,并继以维护自身健康的各种正当利益。它包括平等医疗权、生命健康权、知情同意权、自主权、隐私权、求偿权、对医生的评议权等。在医患关系中,权力让渡者(患者)对权力行使者(医生)进行制约与监督。具体说,患者权利有两个来源。(1)患者权利的理论基础是人民主权论,它也是权利制约权力的逻辑起点^[14]。医生权力本质上是来源人民,即以国家法律形式赋予有职业资质的医生相应的岗位权力,具体通过颁布《执业医师法》等进行规范,医生权力服务、服从于患者权利,确保人民健康。(2)医师权力是患者部分权利(生命健康权、知情同意权、自主权、身体权、隐私权等)的让渡。国内有学者提出,为了确保患者权利能够制约医生权力,首先应该以立法形式保障患者的权利,从宪法到民法,再到与医疗相关的各种单行本法律法规等“硬法”,如执业医师法、药品管理法、医疗事故处理条例等,对医患双方的权利与义务、医疗行业、医疗行为、医疗损害(赔偿)等进

行具体而明确的规范。还可以通过先例、格言、习惯等政法惯例“软法”控制医生的权力^[15]。国外有专家认为,赋权是让患者这一“弱势群体”参与医疗过程中的权利,表现为赋予患者主观权力感(意识、自尊、重要);自我决策(self-determined);参与(active participation)医疗过程、监督与评价医生;获取技能与发展(skills and development)^[16]。这与增权可以看作是一种理论和实践、一个目标或心理状态、一个发展过程、一种介入方式是高度一致的^[17]。赋权运动的推行,不仅推动了健康促进和患者自我管理^[18],而且正逐步成为新的医患模式下对医生权力实施控制的主要范式之一。

3.2.2 社会公众舆论监督 患者之外的家人、亲属、邻舍、朋友及其他社会公众和新闻媒体运用各种媒介(报刊、网络等)对医生滥用权力等不当行为进行制约与监督,它体现的是一种权利,而不是权力。社会舆论如网络比以往任何一种舆论监督都更容易形成强大的社会合力,以强大的影响力把问题推到“台前”,促使“权力对权力”监督资源的启用^[19]。尽管社会舆论的权利有消极和积极的双重制约作用,但是可提供舆论制约与监督医院医生的医疗行为,一是对医生的违法违规行为进行昭示;二是对医生防患于未然起到很好的警示作用。它是以权利制约权力这一机制的重要组成部分,是对医患关系中患者运用权利制约医生权力的有益的必要的补充。

3.3 道德模式 以道德制约和监督权力:医德是医生在工作中形成的道德意识、习惯和行为准则,它主要调整医生与患者、医生与同行(同道)、医生与社会三方面的关系。以道德制约权力,就是通过医生道德自律(self-discipline)和他律(heteronomy)来制约医生的权力。

3.3.1 医生道德自律 医德自律是医德行为主体的自我约束机制,即行为主体通过自我道德教育、自我道德修养和自我道德评价等形式把道德规范内化为自己的内心信念,自知、自觉及自行地遵循医德规范^[20],增强抵御诱惑、减少滥用权力的可能性。

3.3.2 医生道德他律 医德他律是外部条件对道德行为的约束机制,医德他律主要表现为医德教育、医德评价等外在方式。(1)医德教育。树立“以患者为中心”的服务理念,把患者的健康权益放在第一位;对执业医师法、药品管理法、医疗事故处理条例等进行学习;规范诊疗行为;设意见箱、意见簿、开座谈会,接受患者和社会的监督;典型榜样和警戒教育相结合等。(2)医德评价。医德评价应该明确其内容。它包括核心内容和一般内容。核心内容有服务态度、医疗收费、医疗效果(医疗质量)、廉洁行医(有否回扣和红包)等;一般内容有医疗环境、教育制度(包括岗前培训)、服务礼仪、人际关系、安全等医德建设方面。对医生的医德评价可以细分量化,合理赋予每个要素及要素等级分值,以百分制考核。医德评价主要采用自我评价、同级评价、上级考评、患者考评和社会考评相结合的360度考评方法,合理确定各类人员测评的权重。(3)医德监督。当前医患纠纷、医德危机凸现,医德制约与监督多大程度上发挥作用,取决于这些制度是否得到了包括医患双方在内的各方充分沟通和协商。

总之,权力模式、权利模式、道德模式这3种机制存在着不同的内在制约原理。在制度建设,以权力制约权力机制,侧重于事后的阻止或惩罚,侧重于制约外部的行动;而以道德制约权力是希望通过制约灵魂而制约行动,侧重于事先的预防,期望将问题解决在可能出现之前。因此,要注意使3种制约机

制相互配合和相互支持,因为对于有效制约和监督医生权力这一目而言,这些机制是相辅相成,共同作用的。但是也要清楚认识到,权力的相互制约机制无法最终解决如何监管监督者的问题,因此,为保证权力的相互制约机制正常地运行,就要建立、健全以权利制约权力的机制,使患者和社会公众承担起监督医生权力的责任。

参考文献

- [1] 赵虹元. 基础教育教师课程权力研究[D]. 重庆: 西南大学, 2008: 26.
- [2] 谢洁菊, 王亮. 异化、支配与终结: 公权力运行的实践逻辑与救赎[J]. 华侨大学学报: 哲学社会科学版, 2014, 32(4): 62-69.
- [3] 应亚珍. 政府卫生投入: 国际经验与中国实践[J]. 卫生经济研究, 2013, 30(7): 6-9.
- [4] 张奇林. 制度的逻辑: 中美医疗保障制度比较[J]. 社会科学辑刊, 2007, 29(4): 55-62.
- [5] 漆多俊. 论权力[J]. 法学研究, 2001, 48(1): 18-32.
- [6] 姚国宏. 论知识构成中的权力要素[J]. 江苏社会科学, 2008, 29(6): 66-71.
- [7] 李建光. 论权力的异化及其回归——以医患关系中医师权力为例[J]. 职大学报, 2008, 20(2): 52-54.
- [8] 刘欣怡, 刘俊荣, 黄海. 卫生经济学视野中的医患合谋[J]. 医学与哲学, 2013, 34(15): 67-69.
- [9] 涂丹, 何中臣, 唐贵忠. 医患合谋诱导医疗保险消费的道德风险及其规避[J]. 医学与哲学, 2014, 35(7): 43-45, 48.
- [10] 黄丞, 张录法. “医药合谋”内在机理的数理分析[J]. 武汉理工大学学报, 2005, 27(5): 83-85.
- [11] Dong H, Bogg L, Rehnberg C. Drug Policy in China: Pharmaceutical Distribution in Rural Areas[J]. Soc Sci Med, 1999, 48(6): 777-786.
- [12] 蒋天文, 樊志宏. 中国医疗系统的行为扭曲机理与过程分析[J]. 经济研究, 2002, 48(11): 71-80, 94.
- [13] 郭靖. 公立医院内部控制研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2011: 16-18.
- [14] 林喆. 权力腐败与权力制约: 修订版[M]. 济南: 山东人民出版社, 2009: 254.
- [15] 李子云. 通过软法的权力控制[J]. 唯实, 2008, 28(8): 119-121.
- [16] Arneson H, Ekberg K. Measuring empowerment in working Life: a review[J]. Work, 2006, 26(1): 37-46.
- [17] 陈树强. 增权: 社会工作理论与实践的新视角[J]. 社会观察, 2004, (1): 45.
- [18] Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm[J]. Patient Educ Couns, 2005, 57(2): 153-157.
- [19] 冯英. 论网络舆论对政府权力的监督[J]. 北京科技大学学报: 社会科学版, 2009, 25(4): 1-6.
- [20] 谢志青. 提高医务人员医德素质的基本路径——自律与他律[J]. 中国医院管理, 2004, 24(4): 58-59.