

[文章编号]1009-3729(2014)02-0024-06

双中心治理:化解我国医患紧张关系的新路径

——基于路西法效应的视角

代志明^{1,2}

(1. 郑州轻工业学院 社会发展研究中心, 河南 郑州 450001;

2. 中南财经政法大学 公共管理学院, 湖北 武汉 430073)

[摘要]我国医疗行业各类“回扣”事件的频频曝光,使得医生的职业形象严惩受损,医患关系日益紧张。近年来,我国政府先后出台并实施了一系列医疗改革政策,但效果并不显著。从“路西法效应”的视角来看,造成这种现状的主要原因是政策设计者忽视了改革开放以来广大医生所处情景的潜在影响,即在传统的公立医院治理机制下,医生往往处于被动的、去个人化的情景之中;同时,出于自我保护的需要,医生甚至成为医院诱导患者需求以实现其收入最大化的工具,从而导致医生的职业形象由“救死扶伤的白衣天使”逐渐蜕变为“唯利是图的恶人”。作为一种应对策略,双中心治理机制能够缓解由传统的公立医院单中心治理机制所带来的问题:医生参与医院的治理,可以使医生从被动的、去个人化的情景中转变为公立医院治理结构中的重要参与者,医生出于声誉考虑,其参与治理会在一定程度上扭转公立医院过度追求经济效益的局面,通过“医生/管理者”合作的治理机制,逐步将医生的职业形象还原为“白衣天使”。囿于特殊的国情,我国公立医院实施双中心治理还必须具备一些前提条件:一是政府应在公立医院治理问题上适度“放权”;二是应适度提高医生的工资水平;三是各种公立医院改革措施应及时跟进。

[关键词]路西法效应;双中心治理;医生职业形象;医患关系

[中图分类号]C913.4;R197.3 **[文献标志码]**A **[DOI]**10.3969/j.issn.1009-3729.2014.02.005

近年来,我国医疗行业各类“回扣”事件的频频曝光,使得医生的职业形象严重受损。一项针对中国社会职业形象的调查显示,工人、农民和技术人员位列前三甲,而医生仅排在第8位。^[1]为改善医生形象,政府先后实施了取消“药品加成”和打击医疗领域腐败行为等举措,但收效甚微,接连发生的医生被“砍杀”事件就是证明。据医学专业网站丁香园统计,仅2011年,全国就发生10起医患冲突血案。一项针对全国270家医院的调查显示,73.33%的医院出现过病人及家属殴打、辱骂医务人员的现象;

61.48%的医院发生过病人去世后,家属在院内摆花圈烧纸设灵堂、多人围攻威胁医生等事件。^[2]在中国古代,知识分子的理想是“不为良相,则为良医”;在近代,医护人员被尊称为“白衣天使”。到了当代,中国医生的职业形象却一落千丈,其原因在哪儿?若从“路西法效应”的视角来考察,我们或许可以找到答案。依照“路西法效应”理论,人们所处的“情景”会对其行为产生很大的影响,并且特定的情景和权威的影响力可以将“好人”变成“恶魔”^{[3](P4)}。为了破解医疗领域的“路西法效应”,本

[收稿日期]2014-02-17

[基金项目]国家社会科学基金项目(12CGL105);中国博士后基金项目(2013M531775);河南省高校科技创新人才项目;中南财经政法大学博士后资助项目(2012107);河南省哲学社会科学规划项目(2011CSH007);河南省高校青年骨干教师资助项目(201206)

[作者简介]代志明(1974—),男,河南省永城市人,郑州轻工业学院特聘教授,中南财经政法大学在站博士后,主要研究方向:卫生经济与医院管理。

文设计出一个能够激发医生做“白衣天使”的公立医院“双中心治理”机制,该机制可以改变医生所处的现实情景,并通过合作治理来提高医生在医院重大事务中参与决策的权力,以激发广大医生自觉抵制各种道德风险行为,最终力将医生的职业形象由“恶人”还原为“白衣天使”,从而为破解目前日益紧张的医患关系提供新路径。

一、文献综述

1. 国外研究现状

国外学者有关环境对人类行为影响的研究主要围绕以下3个方面展开。一是环境变迁对人类行为的影响。美国学者贾雷德·戴蒙德^[4]揭示了有助于形成历史最广泛模式的环境因素,从而颠覆了以种族主义为基础的人类史理论;美国经济学家第默尔·库兰^[5]指出,人们的选择和欲望都不是固定的,而是社会环境和心理环境的函数。二是对群体行为与个体行为关系的研究。法国社会学家古斯塔夫·勒庞^[6]认为个体行为容易受到群体行为的影响,但群体行为通常表现为无异议和低智商。美国社会心理学家埃里奥特·阿伦森^[7]认为,当人们面对来自权威的不合理指令时,良心所能发挥的作用非常有限;法国社会学家爱米尔·涂尔干^[8]则认为若个体受到周围环境的影响过于强烈,有可能作出极端的行为。三是对个体苦难根源的社会学解读。法国社会学家皮埃尔·布迪厄^[9]将造成个体苦难的政治根源归结为社会性的丧失和国家的运作;美国社会学家C.赖特·米尔斯^[10]从社会结构变迁的视角分析了造成人们日常烦恼的原因;美国哈佛大学教授凯博文^[11]指出,抑郁症是人们为了躲避严密的社会控制系统而“炮制”出来的疾病的躯体化。

2. 国内研究现状

在国内,社会环境对人们日常行为,特别是对医疗行业的冲击已引起学界的关注,并针对以下问题展开了研究。一是经济环境变迁对人们价值观的影响。阎云翔^[12]对中国社会的个体化问题进行了考证,并归纳出引起个体化的五大因素;孙立平^[13]提出了中国正在走向社会溃败的命题,并对由此带来的职业道德丧失问题发出了预警。二是有关公立医院趋利动因的分析。罗力^[14]^[143]指出公立医院走向逐利主要是环境逼迫、政府鼓励、医生不得已而为之的结果;顾昕^[15]认为将医疗体制改革的失败归因于市场化是一个伪命题,根本症结在于相关制度的缺失或错位。三是关于医患关系问题的研究。潘常刚^[16]将医患关系紧张的原因归结为声誉机制的缺失,并建议通过构建合理的医疗管理制度来修复医生的职业形象;萧瀚^[17]基于政治学的范式,论证了

医疗制度官僚化所引起的医患之间信任感的缺失问题。

3. 简要评论

现有研究给本文奠定了理论基础,并提供了许多富有启发性的帮助。但由于医疗保健行业的复杂性,目前关于医生职业形象问题的研究在以下2个方面仍需深化:一是现有研究主要集中在外部环境变化对人们行为的影响,但有关公立医院的内在环境与医生职业形象关系的文献亟待丰富;二是从社会心理学的视角探讨医生职业形象变迁及其治理的研究较为少见。鉴于此,本文基于社会心理学的范式,运用“路西法效应”对中国医生的职业形象嬗变进行研究,并提出重塑医生职业形象的“双中心治理”机制。

二、路西法效应及其适用性

1. 路西法效应

正常人到底在什么情况下才会做出恶毒的事?传统的观念是,由于社会中存在少数恶毒者,他们像一筐苹果中的坏苹果一样会危及到其他苹果的储存,常用的方法是把这些烂果子剔除出去以保持整个队伍的纯洁性。然而,美国心理学家菲利普·津巴多发现这种观点是错误的,他认为环境、权威的影响力才是致使人们由“天使”变成“恶魔”的主要原因^[3]^[167]。为了验证上述命题,1971年夏天,菲利普·津巴多在斯坦福大学做了一个著名的试验,即在一个模拟监狱中,随机指定若干自愿参加该项试验的大学生分别扮演“狱警”和“犯人”的角色。研究者把学生平常的衣服都拿走,发给他们与其所扮演的角色相对应的制服,并给“狱警”统一取“监狱警官先生”之类的称号。这样做的目的是扯掉这些学生个性的面具,然后观察在这种情况下事态会如何发展。这一试验原计划进行2星期,但6天后就被迫终止,因为这些原本情商和智商都正常的大学生在参与试验后,不是变成残忍暴虐的“狱警”,就是沦为精神崩溃的“罪犯”。菲利普·津巴多把这类在特定的情景下“好人”做“坏事”的现象称为“路西法效应”。该效应指的是一种人格转变,这种转变会让正常人在特定的情景下做出恶毒的事情。菲利普·津巴多指出,尽管现实社会中的确有少数“坏苹果”存在,但将“罪恶”看作个人性情问题,认为有这类问题的人仅是一筐苹果中的几个坏苹果是不正确的。“在谴责个人之前,我们先要深究造成他们犯罪的环境,因为在强有力的系统以及情景力量的支配下,即使是好人也可能会做出恶行”^[3]^[167]。1994年发生在卢旺达的种族大屠杀和2003年发生在伊拉克的美军“虐囚”事件,均证实了路西法效应

的存在。为了消除路西法效应,菲利普·津巴多给出的建议是:抗拒情景影响力,赞颂英雄人物。

2. 路西法效应被用于分析医生职业形象变迁的适用性

路西法效应是否适用于分析中国医生的职业形象变迁问题呢?笔者认为可以。第一,中国的医生大多以事业编制的“干部”身份隶属于某家公立医院,并且他们的工资水平以及晋升状况通常取决于所在医院的行政管理层及其上级主管部门,这就迫使他们必须服从所在公立医院的各项规章制度,并按管理层的意旨行事。这一点符合路西法效应试验中“狱警”所处的情景,即医生须听从上级的命令,执行对患者的管理与治疗职责。第二,医生一般被要求统一着装,并佩戴相应的标识,从而实现了路西法效应中所描述的“去个人化、去人性化”过程。同时,尽管发达国家的医学模式已完成从生物医学模式向互动医学模式的转变,但中国的许多医生在工作中仍遵循生物医学模式的理念,即将患者视为一种普通的生物来对待,结果导致患者在看病时通常处于恐惧、被动的地位,患者此时所处的情景与路西法效应试验中“罪犯”所处的情景雷同。第三,由于“看病难、看病贵”问题在中国一直没有得到解决,再加上新闻媒介的倾向性宣传,医生的职业形象的确严重受损,即由原来“救死扶伤的白衣天使”逐渐蜕变为“唯利是图的恶人”。这一演变过程与路西法效应中“好人”变成“恶魔”的过程类似。由此可见,中国医生的职业形象嬗变与路西法效应所描述的情形极其相似,可用路西法效应来剖析医生的职业形象变迁问题。

3. 路西法效应视角下医生职业形象受损原因的解读

随着人类社会的不断演进,医生职业经历了从卑微到受人尊敬的变化过程。早期的医患关系通常被比喻为儿童与父母的关系,帕森斯的病人角色理论对此做了描述。帕森斯认为患病是一种偏离行为的表现,社会有必要帮助病人恢复正常的社会功能,而病人应当与医生合作以期恢复正常功能。^[18]进入21世纪,医患关系已发展为互动模式。这种变化是患者不断要求平等和慢性病流行共同作用的结果,因为慢性病常常需要长期治疗和生活上的调整,这使得医生与患者成为更加密切的合作者;而未来可能出现一种个体化医学模式,即由患者决定和控制大部分其所需要的卫生服务,并且更强调医患之间的沟通与合作^[19]。但近年来,由于医疗费用的持续上涨,以及人们对健康质量的过于苛求,理想的医患关系也遭到一定的损害。尽管如此,在国外,医生职业仍是一种令人尊敬的职业,其职业形象也较好。

与国外相比,中国日益紧张的医患关系在世界范围内也较罕见,主要表现为医疗“回扣”等腐败案件的急剧上升以及“砍杀”医生事件的频发,医生的职业形象遭到前所未有的损害。若从路西法效应的视角来看,在当前的社会经济背景下,医生的职业形象发生蜕变似乎成为必然。究其原因,乃广大医生所处的情景系统使然。因为中国的绝大部分医生从属于公立医院系统,而公立医院的行政领导及其上级主管部门控制着医生的晋升及工资水平等重要事务。而作为“单位人”的医生则处于被动地位,再加上改革开放初期公立医院在财政资金的来源方面被界定为“差额补贴”的事业单位,公立医院的大部分日常经费需要自筹,结果迫使公立医院不得不采用“院科两级核算制度”来缓解资金紧张问题。院科两级核算制度是指以科室为核算单位,将医院总体目标层层分解,落实到各个科室,而科室再将各自承担的指标分摊给每个医生,并对其业绩进行考核和奖惩的制度。^[20]于是,中国公立医院的逐利行为便成为从医院到个人的自觉行为。另外,公立医院的行政等级制度与医生着装的刻板性,也使得医生被去个人化,并易于服从上级的命令。即便是某个医生想抵制公立医院中的过度医疗行为,但迫于官僚层的压力以及高额的机会成本,也不得不将自己的“白衣天使”偏好予以消解,医生们的群体无意识行为代替了个人的有意识行为,从而形成了“看病难、看病贵”问题,医患关系也日渐紧张。长此以往,医生的“白衣天使”形象就会慢慢蜕变。

对于如何破解路西法效应问题,菲利普·津巴多提出的对策是抗拒情景影响力,赞颂英雄人物。多年来的实践证明,依靠赞颂医疗卫生行业的英雄人物来提升医生的职业形象收效甚微。然而值得注意的是,随着合作治理理论的兴起,公共部门的治理已成为合作治理研究的焦点问题^[21]。同时,人们的公民意识也日渐觉醒,并激发了参与公共事务治理的积极性,这就要求我们必须对公立医院的现有治理机制进行变革。为此,笔者提出一条重塑医生职业形象的新路径——“双中心治理”机制。

三、双中心治理:重塑医生职业形象的新路径

1. 双中心治理的内涵

所谓双中心治理,是指在维持公立医院医生事业编制身份不变的前提下、在保留以公立医院院长为代表的行政管理团队所形成的治理中心的基础上,将广大医生作为一个与医院行政管理团队并列的医学团队治理中心引入到公立医院治理结构中,从而形成公立医院的“双中心治理”机制的新格局。它

是合作治理理论在中国公立医院改革进程中的具体运用。

2. 双中心治理机制及其优点

(1) 双中心治理机制

为了更为清楚地阐述双中心治理机制,本文拟对中国传统的公立医院治理机制与双中心治理机制作对比分析。理论上讲,公立医院的治理机制可分为内部治理机制和外部治理机制两大类,但考虑到外部治理机制所牵扯到的外生变量太多而无法加以控制,本文仅对公立医院的内部治理机制进行研究。总的来看,我国传统的公立医院治理机制如图1所示。在传统的公立医院治理机制下,以党委和院长为首的领导班子在医院重大决策中处于主导地位,并自上而下形成了官僚制单中心治理体系;而医生阶层则处于被领导的地位,往往听命于领导层的指令行事。尽管在这种单中心治理体制下有职代会的存在,但由于职代会不是一个常设机构,再加上职代会的代表人选往往由医院领导班子决定,因此,职代会在改善公立医院的治理机制方面所能发挥的作用非常有限。事实上,在传统的公立医院治理机制下,医院与医生的关系变成了管理与被管理的关系,医生很少能够真正参与到公立医院的治理机制中去。当公立医院为了获得更多的经营收入而出台一些变相鼓励诱导需求的制度时,广大医生也只能奉命行事,从而加剧了医生的道德风险问题,医生的“白衣天使”形象便被慢慢侵蚀了。此外,在传统的公立医院单中心治理机制下,医生阶层对公立医院的领导层也无法形成有效的制约机制。

与传统的公立医院单中心治理机制相比,本文提出的双中心治理机制(见图2)则可以克服上述单中心治理机制所带来的种种弊端。双中心治理机制既保留了以医院党委和院长为首的官僚制行政团队治理中心,同时也拓展了医生阶层在公立医院重大事务中的决策权。具体来说,医院的党委、行政团队负责医院的政治领导和日常管理事务,而医生团队则负责医疗事务的重大决策。并且,一旦两大治理中心的意见发生冲突,医生团队的意见应起主导作用。因为来自被誉为世界上最好的医院的梅奥诊所的实践表明,行政管理人员尽管是合作伙伴,但其地位不能与医生相提并论^{[22](P181)}。而医院董事会的设置可以借鉴美国公立医院的做法,即公立医院的董事会成员通常是由工商界人士、大学教授等社会知名人士组成,并由政府任命,但董事会的成员没有工资。董事会的作用是参与制定医院的战略规划,以及参与审批医院重大人事与薪酬政策等。总之,双中心治理机制强化了广大医生在公立医院中的决策权,从根本上改变了单中心治理机制下医生所处的被动的、

去个人化的情景。

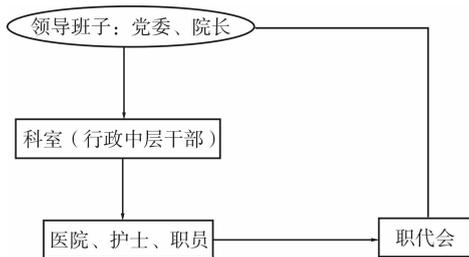


图1 公立医院的传统单中心治理机制

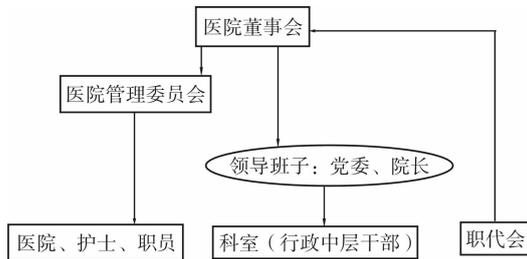


图2 公立医院的“双中心”治理机制

(2) 双中心治理机制的优点

一是激发医生参与医院治理的积极性。国外学者的研究表明,医院存在着管理机构的权威和医生的统治权威,并且医院领导权的变化也经历了董事会领导、医学领导、管理的挑战和多重领导4个阶段,而现在则处于多重领导阶段,也即医院面临的日益严峻的财务压力迫使多重领导让位于医院管理人员领导,但医生仍是医院强有力的第二位掌权人物的阶段。^[23]近年来,随着合作治理理念被应用到医院管理中去,医院内双重权威结构所带来的不利影响已明显下降,并且上述两种权威结构的合作已成为医院治理的新趋势。而来自世界最好的医院——美国著名的梅奥诊所的经验证明了医生参与医院治理的重要性。在梅奥诊所,虽然同时存在医生领导团队和行政领导团队,但医生是主导,医生领导团队和行政管理团队相互配合,由此给梅奥决策层带来了敏锐的商业眼光和较高的管理水平。^{[22](P179)}

众所周知,中国公立医院的内部治理结构存在着较为典型的行政等级制,通常公立医院的院长是最高长官,其他各个岗位的权利随着职位的不同而逐级向下排列。在这种等级制度下,公立医院的医生处于权力的最末端,即便是知名的医生,在公立医院的现有管理体制下也不得不服从医院行政领导的指挥与调配,医生的医学权威得不到应有的尊重,这也是学界呼吁公立医院“去行政化”的原因之一。然而,中国特殊的国情决定了上述“去行政化”的主张在政治上缺乏可行性,而理性的做法是在充分尊重医生各项权益的基础上,让其真正参与到公立医

院的治理过程中去。而双中心治理机制可满足上述要求,并且可以激发医生参与医院治理的积极性,从而有效防范路西法效应所引起的“好人”变成“恶人”问题的发生。

二是顺应“医生/管理者”协同治理医院的新趋势。近年来,新公共管理运动的兴起迫使政府对公立医院的管理从“统治”转向“合作”,并追求“参与和透明”的治理。“医院有更多的平行机构,它更像一把‘梳子’,而其他企业更像一棵‘树’”^[23]的特点,也决定了医生参与公立医院治理的必要性。事实上,许多国家在医院治理结构中已融入合作治理的理念并付诸实践。例如,在英国的公立医院治理机制设计中,引入包括医生在内的社会公众的参与^[24];而来自美国著名的梅奥诊所的实践证实了医生参与医院治理的可行性。在梅奥诊所,尽管同时存在医生领导团队和行政领导团队,但医生是主导,这有助于形成梅奥诊所“使命高于利润”的文化,并且通过委员会开展参与性治理^{[22](P83)},从而创造了独特的“医生/管理者”合作模式。对那些在梅奥诊所工作的医生们而言,医生领导创造了一种对等的关系。而本文提出的双中心治理机制与“医生/管理者”合作模式所倡导的让医生参与治理的理念是一致的,因此顺应了“医生/管理者”协同治理医院的新趋势。

3. 实行双中心治理机制需要解决的几个问题

通过以上分析可以看出,实行双中心治理机制可以很好地缓解公立医院的路西法效应问题。一方面,广大医生出于维护长期潜在收入最大化的需要,会对自身的道德风险有所节制,而医生在提供医疗服务时的自我约束越强,需要外界的干预就越小。另一方面,在双中心治理机制下,医生们的被尊重感也会增强,从而强化了他们对医院及其自身职业声誉的珍视。而在声誉机制的作用下,必然激发广大医生主动维护其自身职业形象的积极性。当然,囿于特殊的国情,中国的公立医院在实施双中心治理方面还必须具备一定的前提条件,归纳起来,需要先解决以下3个问题。

一是政府应在公立医院治理问题上适度放权。尽管中国政府在经济领域已进行了一些监管体制改革,但在公共部门治理方面的改革明显滞后,并引起一些国际机构的关注。如世界银行在2013年《营商环境报告》中将中国排在第91位,其中官僚机构的得分尤其低。^[25]这在一定程度上凸显了中国政府在公共部门监管方面适度“放权”的紧迫性。而双中心治理机制则符合“放权”的理念,因为双中心治理机制打破了公立医院行政管理层对医院重大决策的垄断权,让医生这个重要的主体参与进来。事实上,

我国一些公共机构已在这方面进行了探索。例如,近年来已有多所大学进行了“教授治校”的试验,并取得了较好的效果。^[26]上述做法符合中央决策层提出的“改革不仅要取消和下放权力,还要创新和改善政府管理,放和管两者齐头并进”^[27]的改革理念。而推行双中心治理机制则可以削弱传统的公立医院治理机制下医生的被动、服从的情景力量,从而减少路西法效应发生的几率。

二是应适度提高医生的工资水平。美国哈佛大学教授雅诺什·科尔奈通过研究发现,1990年代中期东欧国家医生的工资收入仅是所在国家平均工资水平的1.3~2倍,医生们极低的合法收入与普遍存在的“红包”问题是正相关的。^[28]据统计,美国外科医生、妇产科医生和家庭医生的平均收入水平分别是社会平均工资水平的4.03、3.92和3.24倍;而中国外科医生、妇产科医生和家庭医生的平均收入水平分别是社会平均工资水平的2.69、2.97和1倍。^{[14](P91)}显然,中国公立医院医生的工资水平过低是一个不争的事实。为了应付日益上涨的各种生活开支的需要,再加上来自公立医院领导层的业绩考核压力,必然强化一些医生触犯道德风险的动机。因此,为了顺利实施双中心治理机制,应适度提高公立医院医生的工资水平,因为大量的实践证明,医生的积极性若不高,医改很难落实。当然,考虑到公立医院从业人员数量众多,可以采用“抓小放大”等方式压缩公立医院的数量^[29],以减少由于医生工资上涨所带来的财政压力。

三是各种公立医院改革措施应及时跟进。当前,考虑到中国医疗改革的复杂性,推行双中心治理机制还需要一些与其配套的众多公立医院改革措施的及时跟进。尽管双中心治理可以在相当程度上改变公立医院医生所处的情景及其诱发的路西法效应问题,但在一些医生参与医院治理较为成功的国家,它们大多实施了“医药分离”和允许医生“多点执业”等医疗体制改革举措,以避免给医院和医生制造以药养医的机会,因为医院的总目标虽然是医治病人,但医院毕竟还是一类特殊的企业,医院在讲求经济效益方面与企业 and 工厂相似^[23]。

除此之外,还需要其他的一些改革措施进一步深化。例如,加快推进公立医院的改制步伐,以及允许国内社会资本甚至国外资本进入公共医疗服务递送体系等,以减轻公立医院的医生正在面对的来自公众的日益上升的医疗服务需求的压力。

四、结论与建议

为了解决医生职业形象下滑问题,中国政府先后出台并实施了一系列医疗改革政策,但效果并不

显著。究其原因固然很多,但从“路西法效应”的视角来考察,其主要原因是政策设计者忽视了改革开放以来广大医生所处情景的潜在影响,即在传统的公立医院治理机制下,医生往往处于被动的、去个人化的情景之中。同时,出于自我保护的需要,医生甚至成为医院通过诱导患者需求以实现其收入最大化的工具,其主要表现是广受诟病的“大处方”等问题层出不穷,从而导致医生的职业形象由“救死扶伤的白衣天使”逐渐蜕变为“唯利是图的恶人”。作为一种应对策略,本文提出的“双中心治理”机制能够缓解由传统的公立医院单中心治理机制所带来的上述问题。因为医生的参与性治理,可以使医生从被动的、去个人化的情景中转变为公立医院治理结构中的重要参与者。出于声誉方面的考虑,医生参与治理会在一定程度上扭转公立医院过度追求经济效益的问题,并通过“医生/管理者”合作的治理机制,最终将医生的职业形象还原为“白衣天使”。鉴于此,本文建议医疗政策的决策者应尽快认识到双中心治理机制的重要性,并在充分试点的基础上,将这一新思路运用到当前的公立医院治理机制改革进程中去。

【参 考 文 献】

- [1] 腾讯新闻. 职业形象调查:工人农民排前列 医生演员最末[EB/OL]. (2010-10-25)[2014-02-17]. <http://news.qq.com/a/20101125/000112.htm>.
- [2] 袁泉,张彤,瞿晟.“杀医血案”令人心寒,医生为何成了仇视对象[EB/OL]. (2012-03-27)[2014-02-17]. <http://health.sohu.com/20120327/n339010118.shtml>.
- [3] [美]菲利普·津巴多.路西法效应——好人是如何变成恶魔的[M].孙佩姣,陈雅馨,译.北京:生活·读书·新知三联书店,2010.
- [4] [美]贾雷德·戴蒙德.枪炮、病菌与钢铁——人类社会的命运[M].谢廷光,译.上海:上海译文出版社,2006:14.
- [5] [美]第默尔·库兰.偏好伪装的社会后果[M].丁振寰,欧阳武,译.长春:长春出版社,2005:123.
- [6] [法]古斯塔夫·勒庞.乌合之众:大众心理研究[M].冯克利,译.北京:商务印书馆,2011:5.
- [7] [美]埃里奥特·阿伦森.社会性动物[M].李岚,译.北京:新华出版社,2002:40.
- [8] [法]爱米尔·涂尔干.自杀论[M].冯韵文,译.北京:商务印书馆,2009:257.
- [9] Pierre Bourdieu. The Weight of The World; Social Suffering in Contemporary Society [M]. California: Stanford University Press,2000.
- [10] [美]赖特·米尔斯 C. 社会学的想像力 [M]. 3 版. 陈强,张永强,译.北京:生活·读书·新知三联书店,2012:114.
- [11] [美]凯博文. 苦痛和疾病的社会根源 [M]. 郭金华,译.上海:上海三联书店,2008:169.
- [12] 阎云翔. 中国社会的个体化 [M]. 上海:上海译文出版社,2012:37.
- [13] 搜狐评论. 对话孙立平:中国需要制止社会溃败 [EB/OL]. (2012-02-27)[2014-02-17]. <http://star.news.sohu.com/20120227/n335976597.shtml>.
- [14] 罗力. 中国公立医院改革 [M]. 上海:复旦大学出版社,2010.
- [15] 顾昕. 诊断与处方:直面中国医疗体制改革 [M]. 北京:社会科学文献出版社,2006:450.
- [16] 潘常刚. 政府干预对市场声誉机制的挤出效应——中国医疗保障制度改革的逻辑 [J]. 江西财经大学学报,2009(4):47.
- [17] 萧瀚. 作为制度恶果的医患冲突 [EB/OL]. (2011-11-16)[2014-02-17]. <http://www.cssm.gov.cn/view.php?id=32153>.
- [18] [美]威廉·科克汉姆. 医学社会学 [M]. 7 版. 杨辉,张拓红,译.北京:华夏出版社,2000:149.
- [19] [美]斯蒂芬·申弗. 医疗大趋势——明日医学 [M]. 杨进刚,译.北京:科学出版社,2009:14.
- [20] 许仙忠. 浅析院科两级核算在医院经济管理中的问题 [J]. 国家医药卫生导报,1999(3):17.
- [21] 敬义嘉. 合作治理:再造公共服务的逻辑 [M]. 天津:天津人民出版社,2009:3.
- [22] [美]贝瑞. 向世界最好的医院学管理 [M]. 张国萍,译.北京:机械工业出版社,2009:181.
- [23] [美]沃林斯基 F D. 健康社会学 [M]. 孙牧虹,译.北京:社会科学文献出版社,1999:469.
- [24] 邓国胜. 事业单位治理结构与绩效评估 [M]. 北京:北京大学出版社,2008:161.
- [25] [英]罗宾·哈丁. 中国就《营商环境报告》向世行施压 [EB/OL]. 何黎,译. (2013-05-07)[2014-02-17]. <http://www.ftchinese.com/story/001050293>.
- [26] 胡印斌. 南科大还能坚持教授治校吗 [N]. 中国青年报,2012-04-26(02).
- [27] 李克强. 简政放权开弓没有回头箭 [EB/OL]. (2013-05-13)[2014-02-17]. <http://news.takungpao.com/mainland/topnews/2013-05/1606581.html>.
- [28] [匈]雅诺什·科尔奈. 转轨中的福利、选择和一致性 [M]. 翁笙和,译.北京:中信出版社,2003:131.
- [29] 董伟. 公立医院改革必须“去行政化” [EB/OL]. (2010-06-22)[2014-02-17]. http://article.cyol.com/home/zqb/content/2010-06/22/content_3287971.htm.