

周其仁 著

病有所医

医改系列评论

ESSAYS OF MEDICAL CARE REFORMS IN CHINA

当问谁



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS

周其仁 著

病有所医

医改系列评论

ESSAYS OF MEDICAL CARE REFORMS IN CHINA

当问谁



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS

图书在版编目(CIP)数据

病有所医当问谁:医改系列评论/周其仁著. —北京:北京大学出版社, 2008. 8

ISBN 978 - 7 - 301 - 13778 - 9

I. 病… II. 周… III. 医疗保健制度 - 体制改革 - 中国 - 文集
IV. R199.2 - 53

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 065640 号

书 名: 病有所医当问谁——医改系列评论

著作责任者: 周其仁 著

责任编辑: 任旭华

标准书号: ISBN 978 - 7 - 301 - 13778 - 9/F · 1899

出版发行: 北京大学出版社

地 址: 北京市海淀区成府路 205 号 100871

网 址: <http://www.pup.cn>

电 话: 邮购部 62752015 发行部 62750672 编辑部 62752926

出版部 62754962

电子邮箱: em@pup.pku.edu.cn

印刷者: 北京汇林印务有限公司

经 销 者: 新华书店

650 毫米 × 980 毫米 16 开本 14.25 印张 198 千字

2008 年 8 月第 1 版 2008 年 8 月第 1 次印刷

印 数: 0001—5000 册

定 价: 32.00 元

未经许可,不得以任何方式复制或抄袭本书之部分或全部内容。

版权所有,侵权必究

举报电话:010 - 62752024 电子邮箱:fd@pup.pku.edu.cn

作者前言

这本文集集中评论中国医改。讲起来，“医改”的时态不甚分明：我国医疗服务体制的改革，究竟发生了没有？完成了没有？抑或将来才要展开？说出来不怕笑话，写这组系列评论的时候，我自己对这个“时态问题”也不那么清楚。等到要集结出版，北大出版社早就排出了清样，我却拖来拖去完不成校改，主要就是觉得问题还是不够清楚。

来回翻看，本书的重点还是基于可观察经验事实的分析和解释。倒不是说，这几年关于医改的讨论和辩论，对本系列评论的写作没有什么影响。不是的。无论同意还是不同意，医改辩论中的判断、见解、论点和论据，经常就是“刺激”作者展开论述的直接推动力。但是，拜“经验主义习惯”之福，我从来就不习惯以论点对论点、拿看法驳看法——那似乎只不过是打口水仗而已。自己比较倾心的，还是“查证现象、检验论断”。

例如，不少论者断定，广遭诟病的“看病贵、看病难”，就是我国医疗卫生体制改革“市场化”导向的恶果。这在我看来，就值得查证了：究竟有没有医疗服务市场化这回事？结果很有意思：在老百姓花费在医疗服务上的钱财——无论总量、比例还是单价——巨幅上涨的同时，医疗服务动用的资源——医生、护士、医院、床位——却没有多少增长。对比来看，情况颇为夸张：1978—2005年间我国居民个人现金卫生支出增加了199.75倍，可同期全国医院和诊所、床位、医护人员等，最多的也不过增加了2倍多一点。

这算不算“市场化”呢？从一个角度看，患者花费越来越大把的钱财，不正是为了购买医生和医疗机构的服务吗？有买有卖，比之于改革前看病基本不花钱的体制——虽然那时进入公费医疗的范围有限、农

村合作医疗的服务水准极低——当下的医疗卫生不是“市场化”又是什么？忆甜思苦，“反思‘市场化’”就成为一时的潮流。

冷静追问：买卖也罢，市场也罢，一旦商品或服务的卖家大发利市，跟着会发生什么？我的答案是，跟着一定会有更多的人和机构，遵循“高利”信号的指引，加入到大发利市的卖家行列里来。他们能如愿吗？这取决于约束条件。倘若存在资源方面的障碍，想跟也跟不成。譬如当下的石油，每桶价格从 30 美元飙升到 130 美元，油商大发利市就是了。有没有人想跟着大把数钱？天下无数。可是如果没有石油储存，想也白想。类似的，如果存在着技术障碍，比如有石油资源但没有开采技术，美梦也不能成真。

社会方面的约束条件，最要紧的就是“市场准入”了。其实，大发利市代表需求旺盛、供给不能满足。想跟着大发利市，其实就是想为人民服务——以更多的商品和服务供给市场，满足消费者的需求。但是，倘若市场不准进入，想为人民服务也不成——只能看着别人大发利市，后来者就是不得其门而入！

这样来看我国医疗服务的“市场”，大发利市的信号强烈，“跟进”的愿望也强烈，但实际的跟进就远为不足。是有资源障碍吗？查来查去查不到。因为医疗服务分解开来，无非就是专业人才（医生、护士和医院管理者）、设备、场所以及服务机构的信誉——这里面哪一项也不像石油，中国的天然储量就远不如人。以医护专业人才的培养为例，我查了一下：1997—2005 年间全国普通高校医学专业本、专科累计招生 85 万人，平均每年达 10 万之众！其他资源诸如设备、器械、场所、床位，就不要细查了吧？——供给的潜力显然非常巨大。

问题是，医院和医护人员的实际增长很慢。以医生为例，1997—2005 年间，全国医生数目不但没有增加，反而减少了 4.7 万人；期间虽然护士人数增加，但因为医生数目少了，2005 年全国医护人员的总数只及历史最高水平（2001 年）的 97%！医疗服务总不能靠流水线来增加效率，医护人员的总数减少，看病当然难。同期医疗服务需求继续增加，平均算下来，看病当然贵！这里看得明白，并不是我国医疗服务缺

乏增加供给的潜力,而是巨大的供给潜力得不到释放和实现。

卡在什么地方了呢?就卡在医疗服务的准入上。改革开放30年,很少还有哪一个部门的准入被卡得这样死的:高端对外开放严重不足——发达国家与我国港台地区都集聚了大量愿意进入中国内地的优质医疗服务资源,无奈你不开门,别人怎么进来?中端对民营综合医院开门太小,诊所倒还有一些,但综合性医院就远远不够。低端的呢?对农村和偏远落后地区的行医资格,行政规定的门槛高得脱离了实际:当地尚可行医的乡医,没有文凭、学历就不能合法行医;有资格合法行医的呢?人家又不肯去。对此我忍不住发牢骚:如此“上穷碧落下黄泉,两处茫茫皆不见”,改善我国的医疗服务莫非要靠念咒?

实话实说,真看不出有什么“市场化”。我所知道的市场化即用价格机制配置资源,靠的就是两招:第一,通过相对价格的变动显示需求的动向;第二,通过市场的进入或退出调度资源调整供给。亚当·斯密所谓“看不见的手”,讲来讲去就是这两招。以医疗为例,如果“看病贵”显示了中国人的收入提升以后对健康和医疗服务的需求急速提升,那么只要服务进入没有严重障碍,潜在的医疗服务资源就一定受到相对价格的指引,被动员到医疗服务方向上来——更多的人学医、更多的医院开张、更多的场所被用来行医。这就是说,假以时日,两招并举,看病不会难、也不会贵,尤其不会“又难又贵”地并存了那么多年!

当然,每个人关于市场经济的定义可以有所不同。譬如有人认为,“看病花钱就是市场化”。这当然也是可以的,因为毕竟只是定义的差别。于是,我在本系列评论里又提出一个问题:我国医疗服务的资源动员能力究竟如何?以此作为中心线索,我把医疗服务与改革开放以来我国居民的衣、食、住、行、用、通信、教育、娱乐等方面的巨大变化相对照,发现医疗服务是动员资源能力最差的部门之一,其根源不在天、不在地,就在既没有认真改革、也没有大胆开放。

这就带出了书名提出的问题:病有所医当问谁?我的看法,要建立医疗的财务保障,更要建立医疗的服务保障。中国不是发达国家,早就动员并积累了大量高质量的医疗服务能力,所以那些地方的“医改”,主

要就是财务保障——个人付、商业保险付，还是政府付。但中国的问题是双重的：既有医疗服务由谁付账的问题，更有如何动员更多资源进入医疗服务领域的问题。以为我们这里仅仅只是一个医疗的财务保障问题，似乎解决了付费困难，自动就有了提供医疗服务的保障，那可是食洋不化、错把他乡当故乡了。这一点，值得未来的“医改”注意。

最后，这组系列评论在《经济观察报》连载，得到很多读者的关注和批评，鼓励了作者坚持查证、持续写作。同时，利用集结出版的机会，对殷炼和任旭华两位认真、耐心的编辑，表示由衷的感谢。当然，书中的所有错失还是由作者本人负责。

周其仁

2008年8月2日于北大朗润园

目 录

序:真理总是具体的	(1)
-----------------	-----

一、真是“市场化”惹的祸?

这算哪门子“市场化”?	(9)
医疗服务的资源动员	(14)
“政府主导”恰是问题所在	(18)
令人尴尬的“公立医院”	(22)
医院甚于“招待所”	(26)
天价医药费损害他人吗?	(30)
医疗服务是开放最差的部门	(34)
价格管制的重负	(38)
“红包”是与非	(42)
药的问题在哪里?	(46)
国家药监局的教训	(50)
相对价格至关紧要	(54)

二、全盘公医历史梦

全盘“公医”是个梦	(61)
-----------------	------

不尽如人意的全盘公医	(65)
解读赤脚医生	(69)
从赤医到乡医	(73)
历史上的乡村医生	(78)
农民缺医少药的原因	(82)
批评里的教益	(86)
重乡岂能轻城乎?	(90)
摆不平的城与乡	(94)
不开放焉能兼顾城乡	(98)
“中医不姓中”的原因	(102)
中医与西医的分叉	(106)
行医资格的国家管制	(111)
法外行医的空间	(115)
需求膨胀与供给障碍	(119)

三、宿迁的启示

也谈宿迁医改(上)	(125)
也谈宿迁医改(下)	(129)
管办合一 是症结所在	(133)
宿迁医改的普遍意义	(137)
公共卫生是政府首要责任	(142)
“公用品”的正面与反面	(147)
宿迁的医院改制	(152)
医院本位论	(156)
医院改制不容回避	(160)
营利医院和非营利医院	(164)
医疗服务的品质考核	(168)

非营利医院以民办为优	(172)
------------------	-------

四、谨防事与愿违

“包而不办”是严重问题	
——以“英国医疗模式”为例	(179)
恻隐之心的经济学	(191)
社保的初衷	(195)
错得离谱的测算	(200)
“人人享受卫生保健”的限制条件	(204)
医改的唯一关键是坚持改革	(209)

附录：对世界卫生组织《和谐社会与健康：构建惠及全民的 中国卫生保健体制》的评论意见	(214)
--	-------

序：真理总是具体的

新年伊始，有消息说“卫生部首度公开医改方案”。真有这样快吗？查证了一下，原来是卫生部的年度工作会议部署新年工作任务，高强部长提出“在医疗卫生服务和医疗卫生保障方面，要着力建设四项基本制度”。新华社消息没有说高部长宣布的就是“医改方案”，因为去年政府刚刚宣布，全民关心的医改方案由国务院 11 个相关部委组成的医改领导小组负责提出。卫生部如果已获授权代表领导小组宣布方案，怎么样也应该郑重其是声明一下的。另外，医改涉及民生，即便政府有了方案，也应该经过人代会的审议才比较妥当。

不过，把高部长的新年报告看成是卫生部倾心的医改方案，虽不中亦不会太远的。毕竟不是军事外交，医疗卫生问题本来就没有关门处理的道理。更遑论多少年来，“看病贵、看病难”的怨声几乎无日无之，而 2003 年“非典”肆虐神州大地之后，有关高速增长下中国的医疗卫生的实际状况、问题、症结以及解决办法，一直就是公众、媒体、中外专家和政府领导人关注的一个热门话题。作为行政主管的卫生部，风口浪尖上首当其冲，不拿出点办法来不免难辞其咎。

现在终于有了一个卫生部倾心的医改方案。仅此一点，就值得庆贺。因为无论“政府主导”还是“过度市场化”，都由于含义模糊而令人不知所云。拿出一套准备怎样解决实际问题的办法，事情就容易明朗。愿意进一步讨论吗？那就可以从天上——主张应该搞什么“化”或什么“模式”——落到地上来，具体讨论怎样兑现承诺和实现预期效果的条件。也可以不讨论，横竖方案总不是拿来说的，实行之后效果总要显示出来，届时再讨论也为时未晚。

本文连同后续要发表的医改系列评论，摆明选了在医改方案实行

之前继续讨论的立场。第一个原因上文已经提及,那就是卫生部倾心的方案还不等于就是国务院医改领导小组的方案。在最后的医改方案决定之前,把不同意见提出来供参考,至少没有什么害处吧。

即便目前卫生部的方案就是国务院医改领导小组的最后方案,甚至就是经过人大审议通过的立即交付实行的方案,我也认为应该允许有不同意见和批评的声音。积多年的历史教训,没有不同声音对任何政策的制定和执行,都绝不是什么好事情。从公民责任的角度看,讲出不同意见是一个原则问题,至于有没有人听,倒没有那么重要了。

在参与公共事务讨论的层面之上,还有一个撰写医改系列评论的理由,那就是自己的专业兴趣。当然知道,经济学究竟是怎样一门学问,从来智者见智,仁者见仁。正因为知道,所以早就横下一条心,选一个喜欢的方向钻进去,再也不管其他。我选的这门经济学,认定可观察的人的行为里有规律可循,因为人总在特定的约束下行为,而种种行为的约束条件里面,游戏规则即制度性约束又是重中之重。医改、医改,要研究的正是医疗卫生体制的改变,怎样影响各方行为的改变。遇到这样对胃口的题材,要见猎而不心喜,我的修养不够。

事实上所有制度影响行为的现象,都有难以抗拒的吸引力。可是,基于经验的研究最起码要求有深入实际的机会——这不是很容易就可以满足的条件。机缘巧合,20世纪80年代和一批下乡回城的志同道合者,得到在杜润生先生指导下从事农村改革调查研究的难得机会,在乡下城里、基层上层、民间官方、事实概念、理论政策之间来来回回差不多十年,对体制如何影响农民行为总算有了一点基础的理解。1996年回国后,分别碰过大型工程、水务管理、国企改革、民企发展和行政垄断行业的市场开放,一晃又过去了十年,题材是宽了一些,可是人生苦短,要怎样才能更扎实地增加知识呢?

那一年的“非典”发起了新的挑战。是突如其来的事件,传染性很强的疾病,危及人类生命。从经济上看,一个人得了“非典”而不治——不论是因为无知、无钱还是没有诊疗条件——受害的就不单单是他本人,而且可以在很短时间内传染给很大的一个人群,危及许多人的性

命。这是典型的“负外部性”问题，用市场机制为这类行为定价，费用大得惊人，非政府出场不可。在实践上，中国应对“非典”相当成功，关键就是政府挂帅，充分发挥行政特别是城乡社区的作用，短时间内不惜以降低人口流动为代价，结果很快控制了局面。

学术上的老问题又一次被新经验激活。这就是，看不见的市场之手与看得见的政府之手，遇到卫生医疗这样涉及生命——有时还是他人的生命——的资源配置问题，究竟怎样划界才对。科斯创下的传统很清楚，划界的根据不是意愿，不是价值观，也不是任何其他主观武断，而只能是费用的客观衡量。困难在于，真实世界的费用不是张口就来的臆断，而必须基于经验的艰苦调查。我们对医疗卫生各种制度安排的实际费用，究竟积累了多少可靠的知识呢？

政府之手无可避免也要付出代价。这一点，甚至在“非典”时期也看得清楚。当时一位纺织业内人士告诉我，政府下令突击生产口罩的命令很奏效，市面上很快就有各种口罩供货。代价是政府靠补贴刺激生产，因为事出紧急，补贴额定得高，生产一只口罩的毛利甚至高过一件衬衫，结果厂商很快大批转产口罩，“为仓库而生产”的老毛病局部复发了。要不是“非典”结束得快，政府动员生产体制的行为扭曲也可能酿成严重问题。

类似的现象在治理“非典”的其他环节也可以看到。譬如“非典”性质的确定，要不是广东的医生独立做出并坚持他们的专业判断，凭卫生部专家和机构的判断，看来是要误事的。这一点值得记取，因为从体制特征看，政府之手总是与按等级分配信息和权力连在一起的。再譬如种种为控制“非典”而下达的行政命令——从确定诊疗方式和地点，停止经济活动的范围和时间，到社区关闭——执行过程中都难免出现事与愿违。为了对付突发的“非典”，这一切也许都微不足道，但作为一个长期的体制来运行，特别是要扩大到其他本不具备“负外部性”的活动当中去，事实究竟会发展成什么样？

不过这些细微的观察和思考，根本不能阻挡一个新思潮的兴起。人们问：既然扩大政府的直接控制有效治理了“非典”，为什么不在整个

卫生医疗领域里进一步扩大政府的作用来解决“看病贵、看病难”？我的文档记录说，虽然当时还没有人提出“政府主导医疗卫生”的主张，但反思中国医改是不是市场化过了头，欲反其道而行之，却是从“非典”以后开始的。

问题提到了更深的层面。用我熟悉的语言来理解，这就是人权与产权的分野。没有道理说，健康的生活和免于疾病的痛苦、折磨和恐惧，不应该是人的权利。即使没有文艺复兴张扬人本主义，中国文化传统里也早有“疾病相扶持”的主张。撇开优雅的表达，在平实的老百姓之间，“见死不救”向来也是一项严重的道德指控。这些都不是问题，也不应该是问题。

问题是，人们越是义正词严地宣布健康和免于疾病痛苦是人的权利，越要落实维系该权利的相关义务。没有相关义务的落实，任何美好的人权承诺都不过是空中楼阁。20 世纪的经验很清楚，义务的落实情况决定着人权的实际状况，而绝不是相反。一时间如日中天的“苏联模式”——国家包办公民一切福利——终究弄得个大厦已倾；“从摇篮到坟墓”的福利国家纲领，把发动工业革命的老牌资本主义国家拖得“英国病”沉疴不起；中国把几亿农民隔绝在外，在城市和国家工业范围内搞了一个低水平的计划模式，若不是邓小平领导的改革开放，很难避免重蹈“老大哥”的覆辙。殷鉴未远，一致说明权利的重点在于落实相关的义务。

如果维系人权的各项承诺无须消耗任何资源，那就什么也不要吵，大家齐心协力一起开单子就好。问题是兑现承诺要耗费资源！除非天上掉馅饼，总要地上的人把这些资源实实在在地生产出来。倘若一个人可以生产维系自己需要的资源，好办。麻烦的是，倘若一个人因为各种原因不能——或一时不能——生产他需要的资源，为了维系普遍的人权，就要把生产这些资源作为一种义务分配给其他成员和机构——家庭、亲戚、朋友、社区、非政府组织、地方政府、中央政府以至国际组织。真正的挑战是，不同的义务分配规则——体制或制度是也——会对消费和生产行为发生截然不同的影响。

分歧主要就在这个地方。这也就带出了本文的题目，待探求的真理不是抽象的“当下中国人民应不应该拥有健康医疗方面的权利”，而是具体的——“怎样落实相关义务可使医疗消费的行为歪曲较少而提供服务的意愿加大”。具体的真理不免涉及事情的很多侧面，所以决定以个人近年的有关观察、调查、阅读、求教和思考为基础，写一个系列评论来与读者交流。

2007 年 1 月 5 日

一、真是“市场化”惹的祸？