

医生、医院、医疗体制改革(汪丁丁)
[信息来源:《财经》]

[上传时间: 2005-12-25]

关闭窗口

医生、医院、医疗体制改革

汪丁丁

【内容提要】放眼世界各国的医疗和教育体制沿革,我们发现,由于市场在这两大领域内更容易失灵,从而,在各国的实践中,医疗和教育的效率问题,几乎总是比其他领域的效率问题更严重,更复杂,更多地涉及到政治经济学和道德哲学议题而非单纯的经济议题。医生收入的市场化以及与其互为前提的医院微观机制整体改革,是医疗改革当前急务。

我们多次论证过,医疗服务领域和教育服务领域,是市场机制最容易失灵的两大领域。其次,我们也多次指出,为弥补"市场失灵"所引入的任何一种"政府机制",其有效性的前提,必须是政府不失灵。在目前情形下,必须承认,而且需要有足够的道德勇气来承认,我们面临着市场与政府的"双重失灵"。

于是,第三,我们强调指出,政府失灵是远比市场失灵危害严重得多的一种制度失灵。两害相权取其轻,任何一个"理性社会",怎么可能允许自己选择一个危害更大的制度呢?也因此,中国社会怎么可能允许一个已经因严重失灵而被放弃的资源配置机制借着市场化的医疗和教育体制改革所遭遇的挫折而还其"雾月十八"之魂呢?更何况,如我们将要指出的那样,医疗和教育体制改革遭遇的挫折,恰好与普遍的权力寻租行为和转型期社会的道德沉沦密切相关。事实上,当政府失灵的时候,哪怕它为自己制订的目标是追求至善,它的行为的后果,斯密以来两百多年的经验表明,往往比追逐利润的商业行为更损害社会公益。

为了叙述的严谨性,我们将在以下各节简要论证:(1)医患关系的经济学实质;(2)市场机制为何在医疗(和教育)领域内更容易失灵;(3)当医药服务人员报酬的市场定价机制被政府管制严重扭曲的时候,医药服务人员的行为也相应地发生严重扭曲;(4)成熟市场社会在医疗体制改革方面可以借鉴的经验,以及这些经验能够被成功地借鉴到中国社会所必须的诸项条件;(5)正确的改革方向和路径,以及它们与中国社会一般道德状况之间的关系。

医患关系的经济学实质

观察地球上生命的一般状况,我们不难同意这样的常识和免疫学看法:所谓"健康",就是生命保持着正常的免于患病的能力。更进一步,基于我们对基因与文化的"共生演化"的理解,我们或许在某种程度上同意盖伦在1800多年前发表过的看法:未来的更高级的人类,将不再需要"医生"这一职业,因为他们每一个人都将是自己的医生。

一位患者,在何种条件下可以成为他自己的医生呢?首先,他需要自我诊断,其次,他需要诊断和治疗的手段,最后,他需要推测使用诊断和治疗手段的后果,并且推测未来可能随知识进步而成为可利用的诊断与治疗手段及其后果。所有这些都称为"因果性知识"--关于从健康状态到不健康状态以及恢复到健康状态的全部可能的因果关系的知识。为了保持健康,我们很可能不仅仅需要因果性知识,还需要甚至更需要一类不涉及因果关系的知识,它

帮助我们调整心灵和精神，它通常属于那种无法与他人分享的"私人体验"--内省的、审美的、信仰的。随着人类期望寿命的普遍提高，人类疾病的主要类型正在从流行病演变为更具有个性的所谓"个性化疾病"--遗传的、心理的、精神的。这一趋势将迫使人类把医学知识移交给每一个人而不是保留在职业医师那里。

但是，分工是普遍存在的。这一事实意味着：在目前人类的发展阶段，一位患者把治疗自己病患的职能移交给专业医师通常比成为他自己的医生更合算。于是发生了"医患关系"--人与人之间因劳动分工而有的社会关系的一种类型，经济学家更愿意称之为"委托-代理"关系。此处，患者是"委托人"，医师及其服务团队是"代理人"。当我们把医患关系表达为"委托-代理"关系时，应当强调一项关键性的事实：医学知识在委托人和代理人之间的分布极端不对称，由此导致的监督费用也极高。所谓"监督"，此处特指委托人对代理人行为的道德判断：即委托人从代理人那里接受的医疗服务在多大程度上与委托人的长期利益相符合。

由于医学知识在患者与医师之间的分布的极端不对称性，一位患者几乎无从判断和权衡（即对诸可选方案的比较）一位医师向他提出的治疗方案的好和不好。经济学家认为，这位患者只能借助于（1）其他医师对同一病患的判断与权衡，或者（2）对此一医师及其他医师的道德自律能力的判断与权衡（即对诸可选医师的比较）。

上列第（2）种监督方式，也叫做"第一方监督"--它依赖于行为主体的道德自律。例如，一位违背了"希波拉底誓言"的美国医师，他主观感受到的为他自己的行为所付出的代价，往往十分高昂。但是，如果一位医师靠了开处方药就可从医药代表那里获得药价的15%以上作为"回扣"，那么，当他多次违背了希波拉底誓言之后，他主观感受到的不道德行为的代价将迅速降低。所以，我们反复指出一项制度经济学原理：坏的制度倾向于把最大多数的好人改造为坏人。

上列第（1）种监督方式，其实是所谓"第二方监督"的某种变形，即经济学家讨论的"以专家对抗专家"。此外，还存在所谓"第三方监督"，即借助于利益无关的第三方的仲裁--法院、社区、黑帮、政府等形式。这类监督机构，在医患关系中往往履行着"事后"监督的功能。显然，在一个道德自律能力普遍低下的社会中，就医疗服务这一领域而言，"以专家对抗专家"几乎是患者在"事前"能够依赖的惟一监督方式。

如果这一监督方式居然也被剥夺--例如患者不被允许自由选择医院、医师、和药房，那么，理性的患者将拒绝走进医院，这意味着下列三件事情：（1）医疗服务的劳动分工及专业化过程在大范围内的终止和瓦解，（2）医疗服务的劳动分工及专业化过程的延续将取决于少数能够以较低费用使用第三方监督的患者，例如古代中国的帝王和现代社会里的黑帮老大，或者取决于（3）长期雇佣私人医师的富裕阶层，他们有能力把私人医师行为的后果"内化"到那些私人医师的自身利益之中。

因此，医患关系的经济学实质是：为了维持全社会范围内的医疗服务的劳动分工及专业化过程，必须允许、鼓励、和创造新的机制，让患者在尽可能大的范围内选择医师、医院、药房、手术中心、护理中心、家庭病房等等服务项目。与此同时，由于上述的全面竞争，医师及各类辅助人员的报酬也不得不由市场定价机制决定。从中国医疗服务体制改革目前的情况判断，我们认为，医师及各类辅助人员的报酬制度的市场化，其意义远比药品竞标这类无济于事的雕虫小技重大得多。

医疗（和教育）服务市场可能失灵

我们主张医疗服务体制的市场化改革方向，同时，我们反复指出市场机制在医疗（和教育）服务领域比在其它领域内更容易失灵。一般而言，交易各方讨价还价所涉及物品或劳务的效用越具有普遍性，市场机制也就越不容易失灵。

例如"水"这类物品，它对一切口渴的人都具有效用，从而，参与竞价购买水的效用的人数

足够多，这导致买方内部竞争足够激烈。另一方面，水的供给也不容易丧失竞争性，只要允许供水者自由进入市场。

医疗服务（还有，教育），不同于水和空气，越是高级的类型，它的效用往往越不具有普遍性。例如，一位大学生因失恋而发生抑郁症，医师若仅仅满足于“百忧解”这类处方药可能提供给患者的效用，就几乎算是失职了，因为他缺乏同情心和责任感。在西方社会，著名医学院在招生时特别要求考生参加“面试”，因为，据那里的教授们解释，他们对考生提出的第一要求是“同情心”和“责任感”，第二要求是“交流和表达的能力”，被排在第三位的要求，才是考生已经取得的学习成绩。

一位患者，如果被确诊患了“绝症”--治疗成功的概率远低于普通病症，对他而言，任何其他人的生命都无法替代他自己的生命，从而，原则上（不考虑生物学的亲缘关系和利他主义计算和由此而来的资源在亲属和其他人之间的最优配置等问题），他愿意支付任意高昂的代价以挽救他自己的生命。同时，如前述，我们假设这位患者缺乏与其病症有关的医学知识从而无法判断和权衡医师提供的服务的“好”和“不好”。第三，我们还假设，由于疾病类型的“个性化”趋势，已知的每一种疾病类型，随医学知识的发展而不断分化为更多的特异类型，从而专门治疗某一特定类型疾病的医师的数量，在经济发展的特定阶段，总是极其有限的。

上述三项假设似乎很特殊，其实正是目前中国人医疗状况的比较真实的刻画。在这三项假设下，一位患者的理性行为是怎样的呢？医师数量极其有限意味着，这位患者必须寻找最合适的医师，而寻找是需要时间的。这位患者愿意为自己的生命支付任何代价，这意味着他不能花费很长时间寻找最合适的医师，更何况，由上述第二项假设，他也无从判断和权衡医师服务的质量。因此，绝症患者表现出“有病乱投医”的行为，是符合经济学“理性假设”的。

患者不能寻找也缺乏知识去寻找最合适的医师，这件事情意味着每一位医师的医疗服务所面对的，是一条向下倾斜的需求曲线，从而意味着医师的垄断权力。患者感受中的疾病程度越严重，他的需求曲线的价格弹性就越小。

上述的情形，如果集结为针对这位患者所患的疾病类型的医疗服务的供给和需求市场，我们不难想象，这一市场里的医疗服务的价格，将不再是“完全竞争的价格”。例如，同样是扁桃体摘除术，此患者支付了5000元，彼患者支付了15000元，其他患者或许支付了十分不同的其他价格。只要没有充分的寻找，价格就不会收敛。

一物多价，这是一种极常见的市场现象。在教科书经济学的阐释下，只要这一物的多价随时间波动的幅度不超过预期的某一范围，我们就可以把这“多价”之间的差异视为这“一物”在不同地理位置之间的运输成本，这一成本不变化，同一物在不同地点的价格差异就不会有很大变化。

但是，如果一物多价的价格差异不能稳定在预期范围内，如果这些价格之间的差异主要由买卖双方的谈判实力及其个人特征所决定，例如，一位权重一时的朝臣可以用百分之一于平民的价格购买同一幅土地，那么，我们说：“市场失灵了”。

这是一个富于争议性的概念，什么是“市场失灵”？要澄清这一概念，我们必须先澄清“市场”概念。

直观而言，市场形态经历了过去数千年的演变，形态已经极其繁杂。在最近几十年里，根据教科书经济学的阐释，凡是能够把需求和供给聚集起来并且允许需求和供给自由出入的，都称为“市场”。并且，按照斯蒂格利茨的论证，包括“信息不完备”在内的许多情形，都可以导致市场失灵--即偏离帕累托最优的资源配置。不过，今天，当拍卖理论家们试图重写市场经济学的教科书时，他们希望把“拍卖”视为最真实、最广义、而且最单纯的市场形态。我们赞赏包括佛农·史密斯教授和保罗·米尔格罗姆教授在内的拍卖理论家的这一努力。

根据这一最新的市场定义，任一项资产（劳动、土地、资本、知识、自然资源以及任何对某些人具有某种价值的事物），可被分割为若干份额进行拍卖，这些份额可以是不同质的（例如电讯频道的带宽）。在每一项被拍卖的资产份额之上，一般而言，由具体社会的权力结构、偏好结构、技术结构和资源结构，决定了社会成员关于这项资产的一套权利结构。所谓“拍卖”，就是任一社会成员将其权利的一部分转让给其他社会成员。在上述界定下的拍卖，是意义最广泛的“市场”（也可称为“社会博弈”），其实，我们每个人每天都在就我们享有或尚未享有的各项权利进行着这样的拍卖。这样一个市场，它被称为是“有效率的”，如果每一项资产都能够被转让给最“愿意”得到该项资产的那些社会成员从而实现该项资产的最高价值。不能实现每一项资产的最高真实价值的拍卖机制，就被视为是“失灵的”。例如，由出价最高者获得标的物的“英式简单拍卖”机制，在许多场合可以引发“降临于赢家的诅咒”--即出价最高者其实不愿意以这一价格获得标的物。相比之下，由出价次高者获得标的物的“维克利拍卖”机制是有效率的。

上述的市场定义，无疑基于主观价值论的立场，它不承认客观的价值尺度。也因此，上述所谓“愿意”，特指基于个人偏好所决定的世间万物的价值排序中，投标者愿意为该项资产支付的真实价格。这一原则也叫做“自愿主义”原则。

如果某一资源配置机制违背了自愿主义原则，那么，我们将无从判断它是否为有效率的。因为对“效率”的判断归根结底应当是与特定资源配置相关的主观感受到的幸福程度之间的比较，而主观感受到的幸福程度的增加，从主观价值论立场看，绝不能通过被强迫接受某些幸福而实现。

但是，福利经济学家指出，存在着广泛的满足“拍卖”效率而不满足社会最优的情形，在这类情形下，市场机制丧失了进一步改善社会福利的功能。例如，某民营教育集团曾全额资助一位因家贫而打算退学的优秀学生，并为此在多年内担负了供养她的若干位幼年弟妹的费用。这位贫困的优秀学生，尽管她长期而言有能力偿还学费，但她无力参与眼下的这场教育服务拍卖。在这里，市场失灵，因为信贷市场要求“抵押金”--这是经济学家非常熟悉的资本市场，包括“人力资本”市场不完备的例子。

基于权力的交换，如马克思很早以前指出过的，具有某种强迫性，因此，不应当被视为是“市场”交换。但是，由于福柯的“权力批判”，我们知道，今天，任何市场交换都不可避免地受着权力结构的影响。纳什在早期发表的一篇关于“二人讨价还价均衡解”的论文中建构了今天经济理论界公认的最单纯的谈判模型，该模型假设谈判双方各自有一条退出谈判的底线，如果谈判所得的份额低于这一底线，谈判就会破裂。这里所谓“底线”（也叫做“威胁手段”），显然受到社会的权力结构的影响。

与以往的市场模型相比，纳什谈判模型的极大优越性在于：它不再局限于简单的瓜分既得利益的谈判，事实上，纳什后续的研究表明，社会成员之间的“合作”，可以视为是基于个人利益的讨价还价达到均衡时的结果。例如，一位患者和一位医师，他们都知道患者为治愈疾病愿意支付给医师的报酬大大超过了医师为治愈这一疾病所提供的服务在其他医疗服务机会中能够取得的报酬，姑且把这一超过部分记做“V”，那么，患者和医师之间不能达成治疗协议，就将导致V的消失，从而，V是双方合作的结果。

这样，我们关于市场机制的效率问题的讨论，按照理论自身的逻辑脉络，把一个经济学议题转变为一个典型的政治经济学议题。如诺斯很早以前指出的那样，每一社会成员在参与资源配置的市场活动之前（或同时），首先参与一种被称为“公共选择”的政治决策过程。在公共选择过程中，我们表达自己的偏好--对可能出现的全部世界状态的价值排序。然后，我们寻求各种合作机会，力图使世界的演变更符合我们自己的价值偏好。如果这一复杂的政治经济过程能够达到某种纳什均衡的话，一个相对稳定的社会秩序就会呈现出来，它意味着没有哪一位社会成员愿意或有能力组织新的合作群体来偏离既有的均衡状态。

在一个如此广泛的分析框架内，市场必须被理解为是包括权力交换过程在内的政治经济

市场。也是在这一视角下，布坎南建构了被认为更符合真实社会运作的“立宪经济学”。如果我们采纳布坎南的立宪经济学分析框架，那么，我们应当加以比较的，将是已经实现了的政治经济体系和可供选择但尚未实现的各种政治经济体系的资源配置效率。而所谓“失灵”，就是指与可供选择的政治经济体系的效率相比，已经实现的政治经济体系的效率更低。

例如，布坎南指出，如果社会在可选方案的集合A上进行的公共选择的结果将涉及每一社会成员对自身生命、自由和财产的权利，那么，每一社会成员的理性诉求将倾向于要求按照“全体一致同意”规则在A上进行选择。在任何一个社会里，社会成员们事实上总是委托能够代表他们利益的政治家们来落实他们的理性诉求。如果这些政治家之间就公共选择的规则达成了某种妥协，那么，每一社会成员首先关注的问题是：这一规则是否将充分保护他已经享有的生命、自由和财产权利？如果许多社会成员都感受到新的规则对他们已经享有的生命、自由和财产权利的威胁，那么，公共选择很可能导致了市场失灵。经验表明，公共选择是否满足“全体一致同意”规则，在很大程度上依赖于言论的自由程度。虽然，不满足全体一致同意规则的公共选择，未必导致市场失灵。

在作了上面这样冗长的论述之后，我们可以总结一下了。所谓市场失灵，在包括“合作博弈”在内的广义市场分析框架内，永远意味着某一政治经济体系的“整体”失效。但是，判断任一政治经济体系是否失效，却不是由一个人或一群人的偏好决定的，它必须由全体社会成员的个人价值偏好的集结决定。换句话说，它自身必须是一个公共选择过程。

现在我们把这一结论应用于医疗（和教育）服务领域，在这一领域内的“市场”，不同于单纯的“财产”市场，它与我们每一个社会成员的生命和自由密切相关。可是，我们每一个人的生命与自由，对我们自身而言是独一无二的，是非我莫属的，是惟一的。

在成熟市场社会里，如果政府试图改变住房的“区划政策”（zoning policy）--例如把“单纯居住”区改为“商住两用”区，由于涉及居民的基本安全和生活质量，根据布坎南的论证，政府必须征得每一位居民的同意，即采用“全体一致同意”规则。

住房是一种财产，它毕竟可以转让，这意味着它的效用具有某种普遍性，从而，在这里，广义的市场也不那么容易失灵。可是，生命与自由是不可转让的，从而不具有普遍性，这意味着，在这里，市场，不论是广义的还是狭义的，更容易失灵。

再重复一遍，如果市场是狭义的，那么，市场失灵是指同一商品出现了不同价格并且价格差异密切依赖于交易者的个人特征，例如他的职位、外貌、体力、阶级、权力等等。如果市场是广义的，那么，市场失灵是指目前政治经济体系的资源配置效率低于可供选择的另一政治经济体系的资源配置效率--此处“效率”必须以社会成员的主观偏好来衡量。

医疗服务供给的现状

为了简化分析，我们借用医疗服务经济学通常使用的分类法，把医疗服务体制按照它的职能划分为：（1）诊断中心，在西方社会，它是由若干专科医师结成的“合伙人”企业，旨在为患者提供疾病诊断所需的知识和手段，为便利患者，通常有固定的门诊地点，因此具有较强的社区性；（2）手术中心，在西方社会，它是由手术师、麻醉师、灌注师、以及各类辅助人员和器械组成的“团队”组织，手术地点则可以租用也可以自购，故而与诊断中心相比具有更强的流动性；（3）护理中心，在西方社会，它是由资深护士和医师结成的“合伙人”组织，与诊断中心不同，这里，医师的服务是辅助性的。基于“护理”的性质，与前两个中心相比，护理中心具有最强的社区性；（4）药物中心，在西方社会，它是由药剂师及辅助人员组成的专业团队，为便利消费者，通常有固定的场所，例如美国各地“Longs' Drugs”里的药房。根据2000年一份不全面的调查数据估计，处方药开支占美国人药费总开支的比重不超过50%，与中国目前处方药开支超过药费总开支的90%的情形构成鲜明对比。

在中国，医疗服务供给的职能划分尚不清晰，通常，我们把“医院”当作最重要甚至惟一的

供给者。据统计，目前国内运营的大约八万家医院，不到1%是营利性的，其余99%以上，一律注册为“非营利性”的。非营利性质的医院，其基本管理方式如下：

(1) 财政部门负责为医院拨款。当然，财政预算似乎永远处于不充裕状态。在现行体制内，与教育领域十分相似，原本由制度原因造成的医疗服务的供给不足，永远表现为用于医疗服务的资金投入的不足；

(2) 计划部门负责大型仪器和设备的引进与改造。当然，非营利性的采购所包含的私人利益可以极大地超过营利性医院，例如，在“回扣”的激励下，某些县级医院购买的CT系统数量甚至超过了英国全国拥有的CT系统的总量；

(3) 卫生部门和人事部门负责医疗机构的设置及人员编制。目前，医院院长们最希望得到的自主权之一是招聘员工和解雇员工的权力，在目前通行的人事管理体制内，院长们事实上其实无法行使这项权力。根据院长们的看法，这也是造成医院的极高运营成本的一项重要因素；

(4) 物价部门负责各项医疗服务供给的定价。注意，我们并不一般地反对价格监管，我们反对的是由“失灵”甚至可以认为是已经严重失灵的政府部门来制订医疗服务供给的价格；

(5) 社会保障部门负责医疗保险。在这一实践性极强的议题上，近年来多有论争，归根结底是寻求一套适合中国情况的具有较低监督和执行成本的社会保障体系；

(6) 组织部门负责管理人员的任命与调动。令人感叹，时至今日，我们的几十万家医疗机构，包括近八万家医院，还处于改革初期实施“厂长负责制”以前的原始状态；

(7) 药品监管部门负责药品审批。与价格监管问题类似，我们并不一般地反对药品监管，我们反对的是由严重失灵的政府部门来管制药品--目前，这一管制已经渗透到医院药物采购的许多微观环节，以致极大地鼓励了腐败行为。

在如此混乱的“医院”管理格局内，为提供清晰的经济学分析，我们仍从“医师”开始论述，因为毕竟，医师的服务才是医疗服务供给的核心价值所在。

培养医师的方式，1981年以来，医学学士需要五年，医学硕士和博士分别需要七年和八年。此外，还有许多三年制和六年制培养的医师。根据医学教育领域一位权威人士的看法，在医学院里，“教学内容陈旧，教学手段与方法几十年不变。仔细翻阅医学院的课程表，再和二十年前比较，我们发现内容大同小异。...”。(参阅沈晓明在全国优秀院长论坛的演讲“中国医学离世界有多远？”，转引自“人民网\理论\百家讲堂”，2005年8月29日)。

一位高中毕业生考入一所重点大学并获得学士和博士学位，通常需要八年时间。对学生的父母和家族而言，这位学生的“人力资本”投资与形成的预期时间是八年。假设医科教育的费用与其他学科的教育费用相差不多或同步变动，那么，基于投资的时间预期，学生及其家族将要求与“教育时间”成正比的投资回报率。中国和西方的经验研究都表明，教育投资的回报率随教育时间的延长而增加。

决定了人们对教育投资回报率的预期水平的，还有两项重要因素：(1) 特定社会的平均生活水平。例如，基本必需品的价格、住房面积、交通工具、子女教育费用、医疗费用、社会保障、知识更新及持续培训的费用、旅游和娱乐等等费用；(2) 各种职业的特殊风险。例如，通常，警察和长途运输司机这两类职业被认为有远较其他职业更高的生命危险，即远低于其他职业的“年功一幸存”概率。今天，在中国，相当普遍地，医师被认为属于与警察和长途车司机类似的高风险职业。

基于上述各项假设，再根据我国人口期望寿命、劳动年龄人口总量、人均国民生产总值

和每千人拥有的医师数量，我们曾经匡算过，在中国都市地区，医师的每月总收入（"合法"部分与"不合法"部分之和）无论如何不应低于5000元人民币。如果低于这一价格，作为一种职业，选择"医师"就是不合算的。可是，根据相当广泛的调查，至2005年上半年，我们知道，绝大多数"主治医"以上职称的医师的"合法"收入，不超过每月4000元人民币。

与创造的价值相比，医师的合法收入极大偏低，这一事实意味着两种理性行为：（1）在医师的岗位上，为自己创造足够多的"不合法"收入。所谓"足够多"是指不合法收入把合法收入补充到刚好达到使医师享有特定社会平均生活水平的收入水平。而且，此处"不合法"必须被赋予广义的理解。例如，"托关系"把自己的孩子送到重点中学并且免缴"赞助费"，这类"关系"当然可以折合为"收入"，只是不属于工资、津贴、奖金这类会计帐户上的"合法"收入；（2）主要由于不愿违背"希波拉底誓言"，许多医师仍然留在医师岗位上，并且没有为自己创造足够多的"不合法"收入。但是，从经济学角度审视，这些医师是否有充分的激励坚持他们的医学研究并努力为患者提供医疗服务？我们更愿意把这一问题留给读者来回答。

又基于"劣币淘汰良币"的逆向选择原理，我们知道，当上列第（1）种理性行为开始泛滥时，也就意味着上列第（2）种理性行为越来越显得"不理性"，从而濒临消亡。事实上，这一过程正在我们周围蔓延。

目前，医师创造"不合法"收入的途径，以内科为例，目前，虽然卫生部法规已经明确取缔"医药代表"的活动，但由于缺乏执行能力，活跃于各大医院里的"药鬼子"有增无减，平均每家三甲医院的患者群体，大约供养着两百名被老百姓称为"药鬼子"的药物中介。事实上，一位内科医师为患者开的每一种处方药，如果该药由医药代表推销，那么，医师可从"医药代表"那里获得相当于患者支付的药价的10%至20%的所谓"回扣"。此外，当然，内科医师也可以通过使用各类检测仪器和把患者"转介"给其他医院而收取回扣。

根据十分有限的访谈和调查，我们估计，平均而言，一位内科医师从处方药获取的各种回扣大约占其总收入的80%。如果这一推测可信，那么可以进一步推测，只要主治医生平均月收入不低于1万元，副主任医不低于2万元，他们就愿意放弃"走穴"、"红包"、"回扣"等等不合法收入。类似地，我们匡算了胸外科医师、妇产科医师、以及各辅助学科的专业医师创造"不合法"收入的途径，主要是以"红包"和"点刀费"的方式。所得结论大致相符，即只要能够保证每月两万元人民币的合法收入，医师就愿意不违背或较少违背他们的"希波拉底誓言"。

我们之所以强调所谓希波拉底誓言，是因为医师这一职业的道德操守对医疗服务的市场是否会"失灵"，至关重要。目前，有一种相当流行但缺乏论证的看法，认为医疗体制的改革失败了，而且失败的原因在于医疗体制的市场化改革方向。可是，中国社会的情况极其复杂，任何单纯的资源配置机制，不论是"市场的"还是"政府的"，都从未单独发生过作用。我们甚至从未清晰界定过"市场"与"政府"这两个基本概念，在这样的情况下，我们怎么可能判定医疗体制改革成败呢？我们有何资格判定它的成败呢？

同样缺乏论证的，是这样一种来自政府官员的看法，即该出台的法规都出台了，剩下的事情应当由医院院长们努力加以落实。可是，上面的讨论表明，医院甚至远未形成"一长制"的管理体系，更谈不上市场导向的医疗体制改革了。

试举一例：过去若干年由政府仔细研制并实施的医药集体采购方式，为何收效甚微？道理极其简单，只要我们理解了微观层面的医师的理性行为，我们就应当充分理解医师们的行为--例如，他们可以只推荐和使用那些通过"医药代表"渠道批进来的药物，而通过集体采购批进来的药物，哪怕价格比前者低得多，尽量不用。医师的这一行为模式，导致集体采购方式事实上处于瘫痪状态，因为医院绝不愿意把批进来大量药物闲置在库房里，占用本来已经短缺的资金。

可是，各级政府为何对泛滥于各大医院的“药鬼子”束手无策？追根究底，难道不是因为药鬼子们给医师们提供了创造足够的“不合法”收入的渠道吗？难道三甲医院任何一位主任医师，以其工作的重大责任和道德风险，不应当得到毫不亚于政府部门任何一位处级甚至局级公务员的薪水？为何我们允许政府公务员的薪水大幅增加而不允许医师和护士的薪水大幅增加呢？为什么我们非要把医师们的大部分收入置于“不合法”位置上呢？

几乎已经成为中国医疗服务体制的最大特色，多年以来，“以药养医”的局面不仅没有消除，而且完全看不到扭转的迹象。根据我们的不完整调查，在医院总收入当中，从药和器械创造的收入各占约40%，财政拨款只占20%。

上面的分析表明：（1）在中国，医师这一职业的从业人员创造了比他们合法得到的收入大约高十倍的价值。（2）为了使医师遵守其希波拉底誓言，他们只需要得到他们创造的全部价值的五分之二作为他们的合法收入。

因此，作为上述第（2）项结论的推论：（3）中国的医疗服务体制，至少耗费了医师创造的全部价值的五分之三，至多，这一体制耗费了医师创造的全部价值的十分之九。

一套制度竟然耗费了劳动者创造的总价值的90%，它怎么可能持续存在呢？我们当然要坚持市场化的医疗服务体制改革，并且基于同样的理由，我们当然也要坚持市场化的教育服务体制改革。这里失灵的不仅是市场，更主要的，是政府。

若干可供借鉴的外国经验及相应的政治经济前提

我们把西方社会用以解决医疗服务市场失灵的方法大致归纳为下列七类，从个人范围的努力到更大范围的社会行动，旨在缓解由“医疗信息的不对称性”引发的效率损失：

（1） 医疗知识的普及运动。例如，不仅在连锁书店里，而且在超级市场或仓储式商场里，到处都廉价销售家庭医书，作为节日礼品，也作为营养药物的辅助读物。而所谓“营养药物”，既是大众对昂贵的医疗费用的重要规避方式之一，又是对正规西方医学治疗方法的重要补充。事实上，例如，在美国，普通家庭的“另类医药”开支已经超过了“医药”开支。在过去三十年，东方人的养生方法真实地被融入西方中产阶级的生活当中；

（2） 尽可能个性化的医疗保险体系。如果信息是完备的，那么，保险市场的自由竞争应当能够让每一个人根据自己的风险偏好和身体状态找到费用最低的保险方案，并且每一家保险公司都在盈亏相抵的临界点处运营。这样一种“完全匹配”在现实世界里不存在，因为私人信息十分昂贵。但是比较而言，发达市场社会毕竟已经有了不同层次的种类丰富的保险市场——面向患方的和面向医方的。不断细分的保险市场，要求更精细的社会支持体系，例如，精算师的培养，来自本土市场的统计数据、抽样调查、个案记录的详细程度，保险推销员的知识积累与职业道德，独立的估损业的发育和成熟，当然，还有对这些职业工作者的各种监督机制的有效性；

（3） 医院内部医师之间的知识交流与监督。在西方社会，这是一套行之有效的学术共同体的内部规则，但是它的有效性依赖于医院之间的竞争的有效性和医院的内部治理结构的有效性。根据我们的观察，当医院本身就是若干位主要医师的“合伙人”企业时，这一套内部交流与监督的规则可能发挥良好作用，往往对“住院医师”这一级别的从业者的技能与道德培训给予极大帮助。但是，在某些情况下，内部交流与监督的规则仍然可能演变为医师对付“医患纠纷”的一种预先防卫手段；

（4） 医师行业协会。因维护职业医师的既得利益，这一组织经常受到公共知识分子的批评。但是，从经济学角度看，由于分享了巨大的既得利益，不遵守“行规”的职业医师将承受巨大的利益损失。因此，如果监管恰当，行业协会可以履行一种类似格雷夫在论述“马格里布商人”时分析过的“集体信誉”的维护者的职能。当然，履行这一职能的协会领导人还需要获得

奥尔森在《集体行动的逻辑》中着重刻画过的"选择性激励"。不论如何，今天，行业协会似乎仍然是专业工作者的道德操守的最有效的培训者和维护者；

(5) 所谓"第三方监督"。此处，与潜在的"医患纠纷"利益无涉的"第三方"，主要指独立的司法系统--各方权利的界定，举证责任的分担方式，陪审团成员的筛选，法庭抗辩，专家作证，案例阐释以及舆论和法官之间对判决公正性的相互监督，当然，还要有法律界的行业协会及相应的选择性激励的有效性；

(6) 由公共选择机制决定的对每一公民"基本需求"所要求的医疗服务的政府供给。这一政策缘起于导致了"福利国家"的那些政治运动，后来则得到来自社会学、政治学、道德哲学和福利经济学的理论支持。在实施这一政策的时候，关键环节是详细计算满足基本医疗需求所必须的财政开支。显然，这一开支极敏感地依赖于医疗服务的供给成本；

(7) 由少数受到公众信赖的专家组成的小型委员会，旨在收集全面的临床数据（包括详尽的"clinic path"记录）并计算按照数千种疾病类型细分了的"成本上限"（cost cap）。政府部门则根据这一委员会定期发布的成本上限的"指导价格"来支付医疗费用。那些参与"基本需求"并提供医疗服务的私立医院，通常占全国医院总数的绝大部分，他们根据每一位医师处理过的患者疾病类型和治愈的患者数量，来计算该医师应当分享的利润。

以上七类可借鉴的缓解医疗服务市场失灵的方法，前五类在中国都已有所实施。不过，它们的有效性依赖于特定社会的诸现实条件。例如，负责仲裁医患纠纷的"医委会"和"司法鉴定"，近似于上列第（4）和第（5）两类方法，它们似乎形成一种竞争格局。可是参与这些鉴定工作的医师，由于专业人士占总人口的比例太小这一基本条件的限制，往往都是"熟人"，因此，容易发生所谓"医医相护"的现象。某些地方的案例显示，司法鉴定似乎比医委会仲裁更倾向于保护患方利益，同时，司法鉴定或许难以避免政府官员的私人干预。另一方面，与"非政府组织"的处境相似，完全独立于政府的行业协会，目前还很难获得发展空间。

又例如上列第（2）类方法，即便能够积累足够丰富的数据来支持保险市场的细分过程并且每一险种的保险方案都有足够大的市场，这些市场仍然需要借助社会在其他方面的制度改善来降低被保的险种的"市场风险"。通常，在一个稳态社会里，市场的整体风险与特殊风险的分布大约为30%和70%。可是在中国这样的转型期社会，整体风险极高，很可能，任何一个保险市场的整体风险高达70%，那么，不论怎样细分市场，保险价格将停留在高水平上。因此，在转型期社会，由于败德行为的普遍性，我们不应过高估计保险机制对任何涉及行为主体败德风险的市场失灵的缓解作用。事实上，对保险市场的这种不切实际的要求，很可能已经造成了我国保险业的巨额亏损。

在各种可供借鉴的方法不够有效的情况下，我们看到，患者们采取以下几类方式来弥补他们在专业知识方面与医生们相比而言的严重的"信息不对称性"：（1）根据医生的信誉来判断医生的可靠性。对医生的信誉评估，目前只局限于患者的"口碑"，但在市场力量作用下，将来很可能出现类似《精品购物指南》这样的更具权威性和影响力的专业评估出版物；（2）根据诸如"挂号费"这样的价格信号来判断医生的可靠性。在市场力量作用下，名医门诊室前面的排队现象--通常意味着资源配置的效率损失--正在转换为挂号费的昂贵程度。尽管社会舆论对这一转换批评颇多，从经济学角度看，它比"排队"更有效率，同时，它或许比利用"排队"来配置稀缺资源更偏离社会公平的理念--注意，我们使用"或许"而不使用"肯定"，因为在某些场合，它可以更符合社会公平的理念；（3）送"红包"，托"关系"，"威胁"和具有影响力的"打招呼"。这些方式的效果都是把医师行为的成本效益计算，在不同程度上"内置"给医生。从博弈论角度解释，所谓"杀医"现象几乎总是理性计算的结果，因为真杀才使得威胁成为可信的，从而才可能把医师行为的后果内置给医师；（4）根据医院的名声来判断医生的可靠性。这是"以专家监督专家"机制的翻版，因为对患者而言，一家名声良好的医院对它自己的医生的监督，很可能比患者的监督更有效。

当然，作为普通患者的"底线"，还有第（5）类方法，即"有病而不就医"。不过，它毕竟

是消极的，在精神上与盖伦提倡的"自我治疗"相去甚远。据报道，现在大约有50%的患者采取了这一方法。

从原理上说，患者和医院对医生治疗行为的监督方式，与其他合作行为的监督一样，只有"第一方监督"、"第二方监督"、"第三方监督"这三种方式。它们在不同的社会条件下，具有十分不同的监督费用，从而医院管理者的社会职能可以定义为"寻求这三类监督方式的最佳组合以便把监督费用降至最小"。事实上，营利性医院的管理者，其报酬的根本来源就是他们所节约的监督费用。

这三类监督方式的任何一类，都不可能完全被其他两类取代。例如，当道德自律完全不存在时，不论是同行之间的监督还是法院或患者的监督，都难以深入到医师行为的每一细节，如果他们居然做到了监督医师行为的全部细节，那么，医师的活动将因丧失创造性而沦为机械的、官僚的、冷酷无情的。

正确的改革方向、路径、及我们社会的一般道德状况

现在我们知道，在医疗（和教育）领域内，市场比它在其他领域内更容易失灵，同时，我们知道，由于权力的本性，政府经常失灵，而且政府失灵比市场失灵危害更大。在这两项结论的指导下，我们试图指出可能正确的改革方向及可能正确的改革路径。

首先，在理论上，我们同意经济学家已经达成共识的看法，把"市场"和"政府"视为用以协调劳动分工的两种性质不同的"机制"。理性的社会应当寻求这两种机制的"最优组合"使得社会分工的总的协调费用最小。因此，正确的改革方向是能够以比目前费用更低的协调费用实现劳动分工的"市场—政府"结合方式所指明的改革方向。

在理论上，与"正确的改革方向"相比，"正确的改革路径"是一个复杂得多的概念。免去繁琐的分析，我们只说，所谓正确的改革路径，无非就是从现有的制度出发实行改革，寻求一条路径，它能够把协调分工的费用持续地降低到尽可能低的水平。至于这条路径能够走多远，我们不知道，因为改革路径往往可以把改革"锁入"在由它的初期成功所设置的"陷阱"里，从而长期而言，这一路径反而不是正确的。不论如何，我们应当假设任何改革路径都有终点，从而在这些路径的终点有沿着路径所节约的协调分工的总费用和终点之后的"稳态"--以及稳态下的协调分工的费用。基于这些条件，原则上，存在着一些"正确的"改革路径，它们与其他路径相比，节约了最多的协调分工的总费用。

从实践出发，并且在理论上我们能够确认：中国社会的医疗服务制度不仅要考虑效率原则，还要考虑社会公平原则。

问题在于，不同的社会成员，在不同的生存处境内，往往持有十分不同的"公平"信念。在这里，我们的信念与庸俗经济学家的信念发生了激烈冲突。我们相信，经济学教科书里从未彻底说清楚过的所谓"帕累托改善"，在中国社会变革的实践中几乎处处不存在，故而，我们只能借助于公共选择过程，以寻找正当的从而具有道德合法性的经济政策。庸俗经济学家们似乎相信，中国的社会变革可以通过持续寻找帕累托改善来实现。

其实，"帕累托改善"这类试图以静态逻辑描述动态过程的政治经济学概念，包含了先天缺陷，而"帕累托最优"这类纯粹静态的政治经济学概念，当被用于指导社会实践的动态过程时，表现出严重的后天缺陷。具体表现在：（1）无视权力结构对纳什谈判解的本质性影响，将难以抑制财富在总人口中分布的两极化倾向；（2）财富的两极化，最终将使任何基于"福利经济学第二基本定理"的收入再分配的努力归于失败；（3）承认权力结构应当与最优的资源配置相适应，意味着我们不应当回避资源配置的政治经济学议题，诚然，讨论任何政治经济学议题都要求经济学家在道义上勇于担当。

大致而言，我们可以设想"市场"和"政府"这两种机制。借鉴上一节介绍的西方社会的第

(6) 和第 (7) 两类方法, 被称为"政府"的机制, 它应当能够借助公共选择过程来决定一个具有正当性的"基本需求", 及这一需求方案要求的基本医疗服务。然后, 在更完善的技术支持下, 政府或许可以定期发布各疾病类型的治疗成本上限的指导方案(包括可供选择的"临床路径")。被称为"市场"的机制, 它应当能够借助于私立机构的利益动机和充分竞争, 来实现远比目前官僚化的和治理结构混乱并且迅速陷入瘫痪状态的公立机构低得多的医疗服务的供给成本。

这样, 我们认为, 一条或许正确但绝不轻松的改革路径是: (1) 让官僚机构退出医院管理领域, 鼓励医护人员建立属于他们自己的"诊断中心"、"手术中心"、"护理中心"等专业机构, 保护一切参与竞争者的平等权益, 引入与权益增加的幅度相匹配的惩罚强化机制。在这套机制内, 医疗辅助团队的合理报酬将由医师合伙人组织根据护理人员和管理人员的劳务市场价格竞争决定, 从而前述关于医师平均收入的匡算将更加符合现实情况; (2) 建立具有足够公信力的医疗成本审核委员会, 定期发布指导价格, 并开始寻求一套合适的基本医疗服务需求方案。这里值得强调的, 是所谓"公共选择"过程, 也可以叫做"社会选择", 这一过程必须在一个尽量表达每一公民的偏好的公共空间里进行。

根据我们从一家民营药业集团和一家医疗评级为"三甲"的民营医院获得的详细报告, 我们测算了一组数字并从这家药业集团和这家民营医院获得了确认: (1) 假设药厂能够从患者支付的药品价格中得到30%, 药厂的平均利润率大约可维持在50%以上; (2) 假设医院直接从药厂按照目前价格的30%的水平批进药品, 并且把由此节约的药费转移给医师, 那么, 主治医师以上职称的医师的月收入可以维持在两万元以上的水平, 或者, 约当年薪25万元人民币; (3) 当药费下降到目前水平的30%, 并且医师年薪维持在25万元人民币的时候, 这家医院的患者, 以同类疾病与当地公立三甲医院的患者相比, 平均节约医疗费用至少20%。

以上两方面的改革措施应尽可能平稳地展开, 虽然这绝非易事。为了平稳地展开, 往往需要增加作为"中介"的诸项措施。而且, 这些中介往往演化成为监督机制的一部分, 例如对医师和护理师的专业评估出版物, 收集临床资料和普及医患关系法律知识的广泛的志愿者组织, 最后, 特别重要的一类监督中介, 就是大众媒体和新闻机构。

社会选择理论, 不论是阿罗定理, 森定理, 还是其他种种更一般的"不可能性"定理, 忽略它们所做的不同的技术性假设, 大致可以视为是在"自由(偏好)一效率一公平"三维空间内的某种权衡的必然性。例如, 当我们的偏好非常单一的时候, 我们的公共选择过程很可能实现某种尊重我们的单一偏好的有效率的独裁。又当我们的偏好非常歧异的时候, 我们的公共选择过程很可能实现某种尊重我们每一个人的偏好但效率极低的民主, 或者有效率但不尊重一部分人的偏好的寡头政治。更严格地说, 任何一个社会都不可能同时满足一下三条件: 充分的自由, 充分的效率, 充分的公平。换句话说, 既然三者不可充分地兼得, 比较理性的社会成员就愿意有所取舍。例如, 他们可能愿意舍弃一些自由而换取更高的效率, 他们可能在富裕起来之后, 更愿意舍弃一些效率而换取更多的自由, 或者舍弃一些效率和自由以换取更多的公平。

如果我们太强调和谐, 结果可能是大众口味过于单一, 从而我们民族的创造性有所降低。如果我们太强调公平, 结果可能压抑天才人物的发展, 从而我们经济的效率或一部分社会成员的自由遭受损害。

在任何一个社会里, 理论上, 总存在一些"公共选择算子", 它们把大众的千差万别的逻辑可能的偏好映射为"社会的选择"或"社会的偏好"。在社会实践中, 寻找最具正当性的公共选择算子, 就界定了"政治家"的社会功能。

计算基本需求及医疗服务的基本需求, 这不是理论家的功能, 它是政治家的功能, 我们谓之曰: "代表最广大人民的利益", 或者, 借用边沁的口号: "最大多数人的最大幸福"。不过, 严格地说, 在社会选择理论中, 上述的公共选择对应于卢梭论述的"公意"。

中国问题的复杂性，几乎无一例外是与一百多年来中国社会遭遇的“千年未有之变局”联系在一起的，它几乎总是双重的甚至多重的--如果这一问题在西方社会是简单的话。因为工业化和现代化的任何议题，不论那是多么理智和冷静的议题，对中国人而言，几乎总是意味着“西方的”对“中国的”、“传统的”对“反传统的”、或者“革命的”对“保守的”这类容易激发我们强烈情感的问题。也因此，我们这个民族--它的智慧和它的治理方式曾被伏尔泰当作“哲人的理想”推荐给法王路易十五，百年以来，它的心态逐渐变为偏激的和缺乏理智的了。

面对着诸如医疗和教育这样复杂的问题，我们首先应当戒除的，便是上述的那种偏激心态。不如此，中国人便难以借助任何公共选择机制来规划他们长远利益所需要的医疗和教育政策，不论这些公共选择机制被西方和中国的“机制设计”理论家们设计得多么完善和优美。道理很简单：偏激心态扭曲了我们的偏好--即对逻辑可能的世界状态的价值排序，而任何公共选择机制无非是对大众所表达出来的不同的偏好的某种集结方式。就目前情况判断，大众媒体，毫无疑问地起了推波助澜的作用，它们肤浅，于是大众更加偏激。

可是大众媒体的本性就是追求肤浅，惟其肤浅，故有利可图。因此，我们必须区分“严肃新闻”与“大众媒体”这两类具有十分不同的目标函数的传媒。前者，按其本性是精英意识的外化，所谓“舆论的塑型者”--这是一个寓意深刻的形容词，尽管后者具有对流行意见的敏感性从而可以扮演所谓“意见领袖”的角色。

理论对于实践具有指导意义，却无法取代实践。基于这一常识，我们知道，实践的使命首先在于营造一种更理性从而较少偏激的公共空间，从而政策制订者可以有所适从。当然，如上述，中国问题几乎总是复杂的而非简单的。这里，减少偏激，就是一项极难实现的事情。因为偏激的情绪缘起于医疗体制的普遍失灵和由此引发的迅速增加的医患纠纷。在更大的范围内，我们看到，普遍的偏激情绪其实是对普遍的权力腐败的反应，尽管我们正努力要让我们的权力机构变得廉洁一些。

放眼世界各国的医疗和教育体制沿革，我们发现，由于市场在这两大领域内更容易失灵，从而，在各国的实践中，医疗和教育的效率问题，几乎总是比其他领域的效率问题更严重，更复杂，更多地涉及到政治经济学和道德哲学议题而非单纯的经济议题。在这两大领域内，我们几乎无可借鉴，我们必须独立前行。还是中世纪最后一位诗人的那句话：这里是地狱的入口，这里不能有犹豫彷徨。

(全文完)(本文之缩编版刊于《财经》2005年第21期)

上一篇文章：感受巴黎校园的马克思主义(刘植荣)

下一篇文章：世界一流大学建设和学术规范(方舟子)