

<<病有所医当问谁>>

图书基本信息

书名：<<病有所医当问谁>>

13位ISBN编号：9787301137789

10位ISBN编号：7301137788

出版时间：2008-8

出版时间：北京大学出版社

作者：周其仁

页数：218

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<病有所医当问谁>>

前言

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。

<<病有所医当问谁>>

内容概要

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。

等到要结集出版，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197倍，可同期全国医院和诊所、床位、医护人员等等，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？

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。

<<病有所医当问谁>>

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年间全国普通大学医学专业累计招生85万本（专）科生，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。

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、通讯、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”，主要就是改改财务保障——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。

<<病有所医当问谁>>

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。

<<病有所医当问谁>>

作者简介

周其人，早年在黑龙江下乡，其中在完达山狩猎七年半。

1978年从农村考入中国人民大学经济系。

毕业后工作于中国社会科学院农村研究所和国务院农村发展研究中心发展研究所，在杜润生先生指导下从事农村改革发展的调查研究。

1989年5月后在英国牛津大学、美国科罗拉多大学和芝加哥大学访问学习。

1991年秋进入UCIA，后获硕士和博士学位。

1996年春季起，分别在北京大学中国经济研究中心、中欧国际工商管理学院、浙江大学经济学院、复旦大学经济学院和长江商学院任教。

作者的研究兴趣包括：产权与合约，经济史，经济制度变迁理论，企业与市场组织，垄断、管制与管制改革。

<<病有所医当问谁>>

书籍目录

序：真理总是具体的一、真是“市场化”惹的祸？

这算哪门子“市场化”？

医疗服务的资源动员“政府主导”恰是问题所在令人尴尬的“公立医院”医院甚至“招待所”天价医药费伤害他人吗？

医疗服务是开放最差的部门价格管制的重负“红包”是与非药的问题在哪里？

国家药监局的教训相对价格至关重要二、全盘公医历史梦全盘“公医”是个梦不尽如人意的全盘公医

解读赤脚医生从赤医到乡医历史上的乡村医生．农民缺医少药的原因批评里的教益重乡岂能轻城乎？

摆不平的城与乡不开放焉能兼顾城乡“中医不姓中”的原因中医与西医的分叉行医资格的国家管制法

外行医的空间需求膨胀与供给障碍三、宿迁的启示也谈宿迁医改（上）也谈宿迁医改（下）管办合一

是症结所在宿迁医改的普遍意义公共卫生是政府首要责任“公用品”的正面与反面宿迁的医院改制医

院本位论医院改制不容回避营利医院和非营利医院医疗服务的品质考核非营利医院以民办为优四、谨

防事与愿违“包而不办”是严重问题——以“英国医疗模式”为例恻隐之心的经济学社保的初衷错得

离谱的测算“人人享受卫生保健”的限制条件医改的唯一关键是坚持改革附录：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

<<病有所医当问谁>>

章节摘录

这算哪门子“市场化”？

差不多众口一词，国内外不少专家都说，中国医疗卫生亟待解决的种种问题是因为“市场化”造成的。

为了避免无的放矢，先把我读到的代表性言论举证如下：2003年，香港中文大学教授王绍光撰文指出，中国公共卫生形势之所以恶化，“更主要的原因恐怕与我们改革总体思路中隐隐约约存在的两种迷信有关”——其一是迷信经济增长，其二就是迷信市场。

根据王文，“20世纪90年代以后，建立市场经济被确立为改革的目标，医疗卫生事业也逐步被推向市场”，而最后结果是，“中国的医疗卫生领域恐怕是世界上最市场化的之一”。

2005年，由葛延风负责的国务院发展研究中心课题组发表专项研究报告，在讴歌“计划经济时期，中国医疗卫生事业发展的成绩非常突出”之余，该报告指证，中国自改革以来“医疗卫生体制变革的基本走向是商业化、市场化”，其消极后果“主要表现为医疗服务的公平性下降和卫生投入的宏观效率低下”，而“问题的根源在于商业化、市场化的走向违背了医疗卫生事业发展的基本规律”。

同年，北京大学中国经济研究中心李玲教授也发表文章，不加引证地重复上引王、葛等人发现的问题，即中国的高速经济增长“没有直接带来人们健康水平的提高”，且在投入增加的情况下，“医疗卫生的绩效反而下降”。

李的解释也如出一辙：“主要原因是政府失职和市场失灵。

政府在改革的过程中对医疗卫生事业的发展没有明确的方向和目的。

<<病有所医当问谁>>

编辑推荐

《病有所医当问谁》内容丰富，论述透彻，具有很强的可读性。现实条件约束了中国医改的可及目标，也约束了实现可及目标的模式选择和时间规划。把天下五花八门的福利方案搬来容易，但要把人家的约束条件也搬来，就没有那么容易了。中国医改只能从自己的制约条件出发，才可能避免再次开出无望兑现的支票。

<<病有所医当问谁>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>