

肿瘤医生没说出的更大死穴，医德也无法改变？

中国医疗体制转型中的“双向运动”

波兰尼认为19世纪以来在西欧出现的市场经济是人类史上的“大转型”。此前，市场嵌入在社会之中，是社会有机组成的一部分，受到社会的控制。然而，市场经济却是脱嵌性的经济体制。当经济的逐利逻辑系统化的侵入生活的各层面，不仅使市场直接脱离于既有的社会制度及文化传统的约束，而且使市场成为社会生活的主宰，因此将造成社会的灾难。

由此，波兰尼以辩证的原则展开他著名的“双向运动”论述：当市场化运动扩展，它会破坏原有经济嵌入社会的状态以及相对稳定的社会网络，形成社会不同群体的反扑，因而“反向运动”（或称“社会的自我保护”）将随之产生。市场越是发展，社会就越会试图保护自己，且越发企图将市场重置于社会掌控之下。

然而，“反向运动”是自发的现象，具有极大的任意性和不确定性，它既有可能扭转市场经济的恶果，但也可能造成意外的破坏。为此，政府必要时会选择站在“反向运动”那方来干预市场经济，主要表现在提供社会保障、制定法规压制破坏市场经济的不稳定因素等，这么做无非是要维系“社会的自我保护”，将“脱嵌”的市场力量重新“嵌入”社会关系。

1970年代末之后，全球经济结构剧变。新自由主义在全球扩展，适逢邓小平在中国推行改革开放，波兰尼意义上的“市场化运动”在全球积极扩张。经济全球化的过程深刻地改变了人们的生存状况，逐利原则愈来愈进入到生活的各层面，因而“社会自我保护”的反扑也随之发生，社会冲突愈加加剧。

虽然波兰尼的分析集中在资本主义国家，对中国从计划经济逐渐转型至市场经济的状况未必完全适用。但“双向运动”的分析框架点出了市场经济发展的内在矛盾，这也将有助于我们分析目前问题频发的中国医疗问题。这种医疗市场化及社会自我保护的“双向运动”，呈现出一幅全球化交织着中国社会转型过程的多元复杂图像。

医疗市场化下的问题

（一）分税制下医疗的营利性

改革开放前，在卫生总费用中，政府预算支出和社会支出（公费医疗加劳动保险）占80%以上，患者自付部分低于20%，不存在“看病贵”的问题。

1978年改革开放后，中国恰好遭遇西方新自由主义向全球范围扩散的阶段，“政府介入愈少愈好”、“自己必须为自己负责”的新自由主义思维也被应用于中国医疗改革领域。1985年，中国启动改革开放后第一次医改，核心思想是“放权让利”与“扩大医院自主权”，“只给政策不给钱”，“建设靠国家，吃饭靠自己”。在此状况下，地方财政对医院的补贴下降，而公立医院的诊疗收费却多年未能提高，所以医院必须想办法图利才能维系生存。

在改革开放初期，居民卫生支出占卫生总费用的比重约为23%，到2000—2002年间，此比重高达60%。换言之，中国的卫生体系已变成以私人筹资为主，公共支出只用于填补空缺。这个转变将治病责任由过去的政府或社会保险承担转向病人自身。而造成此关键变化的主因在于1994年中央政府在财政上实行的分税制，此后市场原则大规模地进入各类非经济领域，医院需要想办法图利的状况更加变本加厉。用波兰尼的话说，中国愈来愈像“市场社会”，经济试图“脱嵌”于社会，进而支配社会。

在1994年之前，国家财政体系的运作，先是中央政府跟地方政府谈判，商定一个上交中央财政的金额，超过这个金额的部分归地方财政。这种操作方式在90年代初一度造成严重的中央财政危机，不仅一些全国性的项目中央财政无钱支付，一些经济发达地区还形成了一股诸侯势力。分税制改革之后，中央政府占全国税收收入的70%，而地方政府财力大减。不仅如此，为了完成中央下达的任务，地方只能不断“想办法”筹钱，如炒作房地产来增加地方财政。在这种状况下，地方政府也开始在医疗领域想“办法”增加收入。

医疗行业的特殊性在于它具有无可避免的公益性，但在上述所说的情况下，中国医疗又不得不营利。公益需要财政投入来支持，甚至造成地方财政的包袱，地方医疗系统不得不做如防疫、基层卫生保健等“基本医疗服务”。但最能够赚钱的是“非基本

医疗服务”市场，如癌症、外伤诊疗等。因而地方政府为了让包袱最小化，创收最大化，常采取的措施是：一方面对基本医疗服务虚应故事，另一方面垄断非基本医疗服务市场。结果造成分级医疗质量差异悬殊。财政只有一小部分拨给基层医疗的基本医疗服务支出。

由于资源分配不均，若无政策鼓励或政府财政挹注，基层医护的薪酬不可避免地长期走低，无法留住出色的从业者。因而目前基层医护一般只是医疗专科毕业生，或只受过基础医疗训练；由于诊断能力不足，民众自然对基层医疗没有信心。因此，患者即便生个小病，就非得跑大医院，造成大医院人满为患，医务人员过劳，“看病难”也自然出现。

由于来诊量不足，基层医疗机构也只能加大“以药养医”获取营运所需资源，常出现收费不规范的情况，这更进一步瓦解了民众对基层医疗的信心。即便许多专家想透过充实基层医疗与分级诊疗制度，来减缓大医院人满为患的现象，但问题关键仍在于基层医疗人才与资源匮乏的恶性循环。虽然近年基层社区医院应诊能力已有所加强，诊疗量在上升，但大医院上升得更快。

（二）公立医院体制

除了基层医院，民营私立医院也无法分摊大医院的病人。私立医院在改革开放后虽稳定增长，但在中国仍非主流，民众依然对私立医院的服务质量和价格存在疑虑。

私立医院在技术、人才、公众接受度等方面都不如公立大医院。大多数只能采取与公立医院“差异化”竞争的策略，选择技术人才要求相对较低、医疗风险较小、资金回报速度较快，且公立医院无法全部满足需求的专科领域——如美容整形、口腔科、骨科及眼科等。这与政府对私立医院的运营设下许多门坎有关。例如，公私医院的税收存在不平等；民营医院要缴纳营业税，公立医院则免。还有准入的不平等，也就是针对民间资本设立医院，设置各种苛刻条件，或限定民营医院的营业范围。所以我们可看到各地有很多私立专科医院，但却很少有私立的综合医院。

不仅如此，公立医院还存在限制医疗人才流动的规定，大部分地区的公立医院医生若想同时在私立医院工作，需要获得所在公立医院的批准，因此自然限制了私立医院的发展。公立医院的大规模扩张，也造成医疗费用的不合理增长，进一步挤压了基层医疗卫生机构与私立医院的发展空间。民众扎堆公立医院就诊，“看病难”的问题就无可避免。

在新自由主义全球化与分税制的影响下，地方政府对公立医院的拨款逐年减少，无异是剥夺医院的公益性，逼其朝营利发展，这俨然成为新自由主义在中国医疗领域的实践。在这种状况下，公立医院曾经一度只能依靠“以药养医”的政策来维持生存。

2015年罗兰贝格（Roland Berger）管理咨询公司的调查显示，当时处方药在中国药品销售市场占主导地位，占整体医药市场销售额约85%。销售渠道上，医院占处方药销售约92%，城市等级医院的处方药销售额又占其中三分之二。对公立医院而言，其营收和结余中，药品收入占40%，而其中主要的构成部分是15%的“药品加价”。来自诊疗的收入占比，和药品收入基本相当。历年药品收支结余，始终大于收支总结余，这说明公立医院往往需要通过来自药品的收益，弥补其他服务成本，此反映了公立医院“以药养医”的事实。

调查还显示，由于医院营收高度倚赖15%的药品加价，因而更倾向于采购并使用高价药物，导致药商在定价上也采用高价策略，使药品价格虚高。在诊疗过程中，医生也更倾向开不能报销的药物，并常要求病人做更多的检查，这使患者认为医生受利益驱动，存在“过度治疗”行为。医院的逐利性加剧了医患之间的矛盾。此外，医院的药品选择权极大且不受监督，滋生了回扣存在的可能。

造成当时“以药养医”风气盛行的另一个关键，在于公立医院的医务人员收入偏低，与他们的高投入、高技能、高风险、高强度工作不成比例。医生无法从技术收入中得到补偿，只能从药品和耗材中获得。由于医疗体系不合理，医生为了改善收入必须仰赖规范外的灰色市场。

（三）非规范市场化下的黑幕

近来公众对莆田系带来的医疗问题议论颇多。莆田系从电线杆上张贴的小广告扩张到全国绝非偶然，这是不规范的制度与不法行为共谋的结果。具体而言，分税制与放权让利下的医改，使国家对公立医院的投入逐年减少，莆田系趁着某些公立医院处于入不敷出的状态，通过向部分公立医院领导送礼争取合作，使其将不赚钱的科室外包，借公立医院的“外皮”牟取暴利。

此外，莆田系游医能轻松从当地卫生部门买来行医执照，而至今仍掌握着中国80%的民营医疗市场，这证实私人医疗发展过程并不受规范。也造成了民众对私立医疗的不信任感，医疗监管系统不但未能保障医疗质量，还使患者成了受害者。

此外，黑心疫苗的曝光也让民众惶惶不安。一些疫苗接种机构与疫苗贩子和经营企业长期勾结，将库存积压甚至过期的二类疫苗低价甩卖给违法分子，再由违法分子通过借用经营企业资质、虚构购销流向的方式销售到有需求的地区和单位，特别是管理薄弱的农村偏远地区诊所或接种点。不仅导致免疫无效，甚至可能致死。这背后的利益链条与保护伞问题严重，也凸显出市场化不规范的弊病。

医保新条例颁布，监管医院变得容易了吗？

医疗问题中的“反向运动”：社会保障的再嵌入与“医闹”的反扑

新自由主义式的全球化与分税制带来市场化运动弊病后，医疗领域中呈现出对社会的自我保护。如民间的慈善力量和政府制度化社会保障，民间公益组织推动大病医保，政府逐步完善城市医保、推行新型农村合作医疗等举措都是尝试将“脱嵌”的市场力量重新“嵌入”社会关系，在一定程度上减低市场化的恶果。

然而出乎意料的是，这些作为不但没有遏止医患纠纷，反而使医患关系更加恶化。通过检索我们发现，2005年开始出现“医患纠纷”“医患冲突”等词语的文章。2006年后，“医闹”这个词汇开始被愈来愈广泛地使用。据统计（见下图），2009年至今，伤医事件每年不断增长。

不仅如此，我们还关注到，医疗纠纷的增多并不仅是“中国特色”，而是世界趋势，但医患纠纷高发的其他国家，却很少出现“医闹”现象。因此，“医闹”或“暴力伤医”呈现为一种具有中国特色的“患方自我保护”，但这种自我保护并非将“脱嵌”的市场力量重新“嵌入”正常的社会关系，而是造成了社会不稳定。事实上这也可以理解为患方隐忍多时，对1994年实施分税制后资本与医院粗暴合流的自发性反扑。这股抵御资本侵害医疗人权的患方保护行动，不同于民间与政府所建构的医疗保障，却以暴力的形式呈现。

在中国，医闹甚至“职业化”，形成一个有规模、分工明确、行动迅速的组织。其内部有着“动员、策划、分工、行动”的完整工作程序。他们当中有无业游民、黑道成员、甚至还有对医疗事务专精者（如医科大学毕业生）。他们了解医院运作规则与法律，“职业医闹”会根据成员付出的程度不同而给予相应“工资”，来源就是帮患方拿到医院赔偿后的分成。

医闹组织的手法也很多元。有些医闹组织（通常是大城市“职业医闹”）会先用“礼貌”的方式“维权”，即依据患者持有的医生诊断证明、病历本及治疗费等相关收据，帮当事人“讨回公道”。甚至与院方医务人员里应外合，得到一些本不公开的病史记录，有医药背景的专业人员则负责评估“生意”的可操作性。如果证据不足，这类组织还做假以获得足够“证据”与医院交涉。他们一般按医院各部门的流程来逐步索赔，从医院总值班室到院长，层层讨价还价。若索赔阻力过大，就开始使用暴力。“闹”不仅发生在医院，为达目的，这类组织有时甚至在大街上对过路民众散发诋毁医院的传单，或抬着棺材、花圈、举着标语牌在政府大楼的门口哭闹，逼迫政府对事件做出反应。

对医院管理层而言，纠纷处理的好坏，关系着他们在地方政府评级体系中的成绩。面对种种压力，很多医院往往会做出妥协，赔钱了事。地方政府由于面临维持稳定的压力，也常会向医院施压，希望尽快解决纠纷，以免事态扩大。警察在判断医患双方责任时通常会偏向压制医院、医生，因为成本更小。这说明在底层执法过程中，稳定比

正义更重要。

据中国医院协会2007年一项研究，医闹事件中，公安常表现出不作为和消极作为的情况，公安能积极协调解决纠纷的仅占28.49%，不愿介入的占30.65%，不知道如何处理的占18.81%，现场旁观的占10%，不出警的占1.08%，难以对医闹者形成有效制裁。而这个弱点，无可避免地助长了“医闹”气焰，致使“医闹”不断滋生蔓延。

医疗中的“维护稳定”机制

为解决医疗纠纷问题，政府也做了一些努力。如《医疗事故处理条例》安排了处理医疗纠纷的三种途径（医患和解、行政调解和诉讼），然而这些机制给患方带来的成本过大，因而他们宁愿选择“医闹”来“维权”。

以医患和解为例，大多数患方缺乏医学专业知识，经济实力不足，双方信息高度不对称，公平性难以把握。现实中的自行协商，医院常避重就轻。即便最终达成和解协议，患方也怀疑自己是在事实不清、责任不明的情况下，接受了不平等的和解协议。而且，和解协议本身不具有强制力，事后容易反悔，拿着协议书告状的现象时常发生。

至于行政调解，则是由卫生部门主持，而卫生部门又是医疗机构的主管部门，两者不论是在职责、业务，还是人员上都存在千丝万缕的联系，致使患方不信任行政机构的公正性而拒绝调解，或不信任调解结果。对医方而言，若行政调解认定为医疗事故，卫生部门会对医疗机构和医务人员究责，给予行政处罚，这会影响到医生将来的职业发展。因此，医方通常不会主动要求行政调解，宁可采取协商或诉讼的途径。最后，调解协议同样法律效力不高，不具有强制执行效力。

最后，以诉讼解决最能体现公平正义，但诉讼程序复杂，细节繁多且成本高昂，对已经花费大量医疗费用的患方，无疑是沉重的负担，且诉讼期长达两年多，患方的维权之路常充满心酸。而就司法实务而言，除了北京、上海和广东等地的某些法院，有长期审理医疗纠纷的法官，多数地方审判人员欠缺医疗专业知识，难以审查医方提供的病历等证据材料的真实性。受理案件后，只能直接委托费时费钱的医疗事故技术鉴定，诉讼效率低下。此举更常被诟病为“医医相护”，难以保障患方的合法权利。因而，“医闹”相较于制度化的途径更加简单直接且花费低廉，于是“医闹”大行其道，这也更加剧了医患关系的紧张。

为此，政府只能以更为严厉的手段来打击“医闹”。自2012年开始，中央和各地方政府部门相应公布了一系列政策法规治理医疗暴力。2012年，卫生部和公安部联合印发了《关于维护医疗机构秩序的通告》。2013年底，11个部门成立了为期一年的“联合打击涉医违法犯罪”专项行动。2014年开始有杀害医生的人被执行死刑，2015年，“医闹”正式入刑。

虽然有法可依，但在实务的操作上，政府处理医患关系的考虑仍是“稳定压倒一切”的思维，因而难以应对全球化下信息快速流动，人民维权意识逐渐高涨的现实情况。地方政府惯常以政治力介入冲突，息事宁人的惯性充斥在医院与政府组织中——只要不把事情闹大，能压即压、能赔即赔。

这种维护稳定机制惯用强制性和经济补偿手法，但法律层面的建构却仍有许多努力空间，如许多国家普遍实行“强制”医疗责任险制度来让保险公司负起赔偿责任，但在中国却是“自愿”保险制度。这造成中国大型医院不愿投保，而小医院则因风险高，保险公司不欢迎投保的困局。而且这也易导致一旦医方诊疗过失导致患者残疾或死亡，患方不能消化损失，进一步恶化医患关系的结果。当制度无法给民众提供保障，民众就只能不断寻找制度漏洞来保护自己。

结论：中国医疗问题中的“双向运动”

综上所述，在中国“看病难”“看病贵”“医患关系恶劣”与“医闹”等医疗问题，其实离不开医疗市场化后的结构性因素。而结构的根源是由新自由主义全球化的国际宏观因素，加上中国改革开放后的特殊脉络共同交织而成的。

在全球层次上，中国改革开放后接合新自由主义全球化，早在1985年第一次医改中就体现出来，这正好切中政府想甩掉医疗包袱的治理心态，此后，医疗体系便不断市场化。

（下转第51期）