
优质优价、理顺价差：市场经济的必然要求

——由武汉同济医院专家号

“号贩子”问题引发的思考

刘嗣明，石龙，徐珩

（华中师范大学城市与环境科学学院暨区域经济研究中心，湖北武汉 430079）

【摘要】出现在全国一些大医院倒卖专家号的“号贩子”问题，是由于专家号价格过低并与普通号的价格差太小而产生。提高专家号价格，拉大专家号与普通号的价格差是市场经济体制改革的必然要求，这样才可以从根本上治理“号贩子”问题。同时，通过转诊制与政府对低收入者补贴制，既可以保证低收入者就诊专家，又可以实现医疗资源的合理配置。这不仅符合建设和谐社会的要求，而且还会有力推动整体医疗体制的改革。

【关键字】专家号；大医院；号贩子；和谐社会；医疗改革

【中图分类号】 F123.9

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672- 626X(2007) 03- 0089- 04

一、“号贩子”问题的相关背景

《武汉晚报》自去年11月2日起连续五天报道了武汉同济医院的专家号“号贩子”问题，并公开征集解决“号贩子”问题的对策。武汉同济医院为华中科技大学同济医学院的附属医院，其医疗实力在华中地区首屈一指。据《武汉晚报》报道：病人为能挂到同济医院的专家号，常常需要提前几天排队。一些外地来同济医院就诊的病人更是打地铺通宵排队，专家号一号难求。同时，在医院挂号处有一些不法的“号贩子”在活动，这些人或是雇人排队，或是给予排队靠前者一些利益让其代为买票，然后在原价的基础上翻几倍出售给一些挂不到专家号的病人，从中牟取非法利益。在通过《武汉晚报》向社会公开征集的解决对策中，有的市民提出采用“实名制”、“联网登记制”等措施，但这些措施操作起来麻烦，且又要提高医院的管理成本，效果不会理想。无独有偶，“号贩子”问题也出现在全国各地的多个大医院，早在2005年9月23日，中央电视台的《焦点访谈》节目曾曝光了北京协和医院的“号贩子”问题。为此，国家卫生部曾联合其他三部委共同下发文件开展了打击“号贩子”的专项行动，但这种短期的专项行动并没能解决根本问题，关于“号贩子”的新闻报道仍时常见于报端。由于所采取的措施都未能触及“号贩子”问题产生的根源——专家号价格过低，且与普通号价格差太小，因而没能从根本上解决这一问题。那么，怎样才能根治“号贩子”这一屡禁而不绝的顽症呢？

收稿日期：2007- 04- 10

作者简介：刘嗣明（1957- ），男，湖北荆州人，华中师范大学城市与环境科学学院暨区域经济研究中心经济学博导、教授、博士，主要从事市场经济理论、经济体制等研究。

二、提高专家号价格是解决“号贩子”问题的治本之策

排队消费现象的出现是“号贩子”产生的直接原因。如果病人不用排队消费，随时可以购买到自己所需的专家号，“号贩子”就不会出现。因而要根治“号贩子”首先要消除排队消费现象。那么，是什么原因导致了专家号的排队消费现象呢？

消费者要排队才能够买到自己所需的物品，这在根本上是因为消费者所需物品供不应求，消费者需要去争夺所需物品。供不应求可以分为两类：一类是受生产能力限制的绝对供给量小于需求量，如我国在计划经济年代出现过的普遍的排队消费现象大多属于此类；另一类是政府管制价格低于市场价格引致的需求在相对数量上大于供给，如我国城市低收入者排队购买政府提供的经济适用房即属于此类。出现在武汉同济医院和全国其他一些大医院的“专家号”排队现象亦属于后一类。

在市场经济体制下，由于价格机制的高度灵敏，价格可以自由上下波动，从而自动调节市场供求，一般不会出现排队消费的现象。病人需要排队才能挂到专家号，也正是由于政府对医院专家号的价格进行了管制。政府管制医院专家号的价格，本意是希望低价格能让更多的患有疑难杂症的病人得到专家的诊治。然而，事实与政府的美好愿望却并不一致，大量的常见病患者也加入到看专家的行列。为什么会这样呢？因为现行的医院专家号价格偏低，而且专家号与普通号的价格差并不大。以同济医院为例：一个普通号价格是二元，专家号中的正教授价格是十元。十元与二元相对数量虽翻了几番，但绝对数量差距并不大。在这种支付成本差别并不大，但预期回报差别较大的情况下，理性的患者当然会选择预期回报大的专家号（一般人对专家的预期高于普通医生是毋庸置疑的）。所以，过低的专家号价格就引致了大量的虚假需求者的出现。当大量的虚假需求者加入到有限的专家号争夺中时，专家号自然就供不应求，排队现象由此产生。“号贩子”正是发现了医疗市场上这种拥挤的排队购号现状，抓住了这个市场空间，开始倒卖专家号。

可见，只有让价格自动反应市场供求关系，提高专家号的消费门槛，剔除大量的虚假需求者，需求者才会自动减少。需求者减少后激烈的排队现象自动消失了，“号贩子”这一顽症才可以被根治。

三、采取市场定价方式提高专家号价格的合理性

1. 现行专家号价格在绝对量上偏低

专家号的价格所体现的是专家的劳动价值。把专家号的价格定在十元左右，这是一个政府定价行为，市场没有发挥定价功能。无论从专家的生产成本还是从市场需求角度看，目前的专家号价格都严重偏低。一个专家服务一次的价格究竟应该有多高，严格意义上的计量是比较困难的，但至少可以通过与市场上其他服务行业的价格对比来发现现行价格的不合理。一个普通理发师为消费者简单洗剪一次头发的价格在十元左右。难道医学专家在专业学习与经验积累上所花费的成本与理发师差不多吗（并无贬低理发师的意思）？通过这种对比可以很直观地发现，当前对专家号的定价是严重偏低的。从纯理论的角度讲，供不应求商品的最好定价方式应该是拍卖，谁出的价格高谁优先获取。当然，这只是一种纯理论推导，医院不可能采取每天拍卖专家号的方式来求解专家号的价格，但让市场在专家号的定价机制上发挥基础性作用是可行的。

“号贩子”的出现也正好反应了专家号价格过低的现状。“号贩子”以几倍于原价格的“贩子价”出售专家号，仍有需求者自愿购买高价“贩子号”。这说明，对需求者而言，以五十或六十的价格（武汉同济医院的“贩子价”）去看一次专家仍然是可以接受的，还是在对专家服务的预期价格之内的。从这个角度上说，“贩子价”是在一定程度上找到了专家号的市场价。因此可以说专家号的市场价至少相当于“贩子价”，而这个价远高于目前的政府对专家号的定价。

2. 医疗服务的级差决定了专家号价格应该由市场生成

（1）医疗服务的级差。医疗服务在本质上是一种商品，与普通商品一样，品质上的差别决定了其价格的不同。医疗服务的

级差缘于服务成本的级差，更深层次的原因是服务所凝结的一般劳动时间的不同。高级别的商品索取高昂的价格，低级别的商品索取较低的价格，这是市场经济的规律。高级别的商品通常就是此类商品中的名牌，名牌与非名牌的市场价格差别是巨大的。仍以服务业中的美发行业为例，一个普通的理发师为一个消费者服务一次的价格在十元左右，而一个知名的美发师做一次发型设计的价格上百元甚至上千元也不足为奇。正因为存在巨大的价格差，所以大多数消费者理发时就自觉选择了普通的理发师。每个消费者都渴望知名美发师能为自己设计发型，但价格门槛起到了挑选消费者的作用。假想一个知名美发师的服务价格为十元，普通的路边小店理发师的服务价格为二元，估计也会出现排队去请知名美发师理发的现象。任何商品只要在品质上有级差，在价格上也应该存在级差，而且高级别的商品在绝对数量上的稀少也决定了只有少数人才能享有。当前，虽然医疗服务存在级差，但价格级差并不明显，或者说这种级差还不是市场竞争所形成的，没能充分体现优质优价原则，没能合理理顺不同级别医疗服务的价差。

价格杠杆能够正常发挥作用存在一个重要前提条件，即消费者对该商品的需求价格弹性比较大。如果消费者对商品需求的价格弹性为零，价格杠杆就无法有效调节该商品的市场需求，比如食盐的消费。医疗服务似乎是一种需求价格弹性很低的商品，因为疾病需要医治是一种必需，所以价格的高低无法有效发挥调节作用。事实并非如此，认为医疗服务缺乏价格弹性，是以医疗服务没有级差和病情危重为双重前提的，即病人所患疾病只有某个专家能够医治，同时这种疾病又是危及生命急待治疗的。但通常情况下，病人所患的是常见疾病，这种疾病不仅容易医治，而且有多家医院和多个医生可以医治。在这种情况下，医疗服务的需求价格弹性就大。在需求的价格弹性大的市场，价格对需求的调节作用是可以正常发挥的。所以，对医疗服务市场上不同层级的商品——专家和普通医生的需求可以通过市场价格来调节。^[1]

（2）市场是政府作用的边界。医疗卫生市场有其特殊性，这种特殊性表现在医疗卫生服务事关人的健康与生命，而每个人都应该有平等的生存权，这涉及到医疗卫生资源分配中的平等与效率的问题。在现阶段医疗卫生资源总量不充足的情况下，将有限资源合理分配，有效使用才是最重要的。期望于人为压低专家号价格来实现公平，这只是计划经济思维的美好愿望。价格杠杆一旦扭曲失效，只会导致有限资源的浪费和集体福利的整体下降，这是更大的不公平。^[2]政府调节机制与市场机制在配置医疗卫生资源过程中的搭配要遵循一点，即市场是政府作用的边界和基础。政府机制只有在市场机制无法发挥作用或者发挥作用但效率较低或者存在严重弊端时才是必需的。

四、提高专家号价格与建立社会主义和谐社会不相悖

目前医疗价格过高，“看病贵”、“看病难”是不争的事实。有人认为提高专家号价格似乎会加剧这种问题，与建设社会主义和谐社会的要求相悖。其实不然，主要理由如下：

1. 提高专家号价格不等同于提高医疗服务价格

当前医疗整体价格偏高并不是由于挂号价格过高所致，而是由于治疗过程中其他环节的价格过高导致的。病人挂号只是整个医疗过程的一个环节，而一个完整的医疗过程通常包括挂号、诊断、检测、治疗、用药、护理等多个环节，所以病人所支付的医疗费用也可相应的分为多个部分，包括医疗人员的技术服务费用、消耗品与器械的费用、药品费用、住院床位费、护理人员的劳务费用、医院管理费用等。与病人动辄过万元的医疗费用相比，十元左右的专家号费用实在微不足道。真正导致医疗费用过高的原因是医疗环节中的其他一些环节费用偏高。目前医院的收入基本上来自财政补贴、医疗服务收费、药品差价和大型设备检查收费四个方面。政府补贴在改革开放后已经急速下降，医疗服务收费如挂号费、治疗费、床位费、手术费的价格远低于实际成本。如果仅以前两项收入计算，则医院处于亏损状态，难以维持正常运转。但是，把药品和大型医疗设备考虑进来，事情似乎就不这么简单了。由于在医疗服务中的双方信息不对称，患者并不知晓何种医疗检查是必需的，什么样的药品是必需的，只能受医生支配。由于过低的挂号费用不足以弥补医生的服务成本，医院就在医疗的其他信息不对称“暗箱环节”高收费，例如器械检查与用药环节。由于“暗箱环节”的高收费缺乏约束，最终不仅补贴了医生劳务和其他部分的亏损，而且大大超过了平衡成本必需的部分，这导致了医疗整体价格的偏高。^[3]

2. 低专家挂号费导致了一些不和谐的现象

如前所述，一个完整的医疗过程包括多个环节，挂号只是最开始的一个门槛。专家号价格的低门槛诱使大量的患者前去挂专家号，但低门槛并没有让低收入者真正得到完整的医疗服务，后面医疗环节的高收费使低收入者望而却步，不能够继续得到治疗。这导致的结果是：真正需要看专家的低收入者只是进入了医疗环节的第一步，却没能进入医疗服务的其他环节，没能得到真正的治疗；不需要看专家号的病人因为专家号价格低也加入到看专家号的队伍。这就导致专家号供不应求，号贩子高价倒号。最后的结果是专家号更难买，低收入者的疾病依然得不到治疗。低价专家号看似利于低收入者看病，实际上广大病患者并没有从低专家号价格中享受到预期的实惠，同时还引发了“号贩子”这个与和谐社会格格不入的问题。这类似于一个低门票的公园，如果仅仅是进公园大门收费低，而进公园后所有的分景点都收费高，大多数人无法继续游玩，这只会导致人们大量挤入公园大门，踩坏公园门前的绿草地。所以，公园要么对各个分景点也低收费，让游客继续游玩；要么提高公园大门票价减少进入者，这样至少还可以保护好门前的绿地。

专家号的低价引致大量常见病患者涌入专家门诊，让专家整日忙于常见病的诊治，这既没能体现专家诊治疑难病症的特殊价值，也不利于专家进行更深一步的医学研究。同时，低挂号费还将大量病患者引入有限的几个大医院，争夺极其有限的专家等医疗资源，导致大医院“看病难”、“看病贵”与一些社区医疗卫生资源闲置并存的格局。这些情况的出现都是与建设和谐社会的要求相悖的。

3. 现阶段建设和谐社会以覆盖基本医疗为目标

党的第十六届六中全会通过的《中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》指出：“加强医疗卫生服务，提高人民健康水平。坚持公共医疗卫生的公益性质，深化医疗卫生体制改革，强化政府责任，严格监督管理，建设覆盖城乡居民的基本卫生保健制度，为群众提供安全、有效、方便、价廉的公共卫生和基本医疗服务。”可见，现阶段建立和谐社会所要求的只是基本医疗卫生的公益性，而作为医疗卫生服务最高层次的专家服务并不在此列。这正如我们建设和谐社会要力争居者有其屋，但从不提降低别墅的价格保证人人都能住别墅一样。事实上，武汉同济医院就如同武汉市的别墅、五星级酒店，而其中的博导等专家就如同这五星级酒店中的总统套房。武汉市的普通市民为什么出差没有希望住五星级酒店中的总统套房，而看病就要看同济医院的博导等专家呢？

五、以转诊制和补贴制保障低收入者就诊专家

“号贩子”所突显出来的问题需要通过医疗体制的整体改革来解决。同时，改革必须保证低收入者在患有疑难病症时能得到专家的医治。实行“转诊制”可能是一种有效的制度安排。“转诊制”是指病人首先就诊普通医生，在普通医生无法诊治的情况下再转由专家诊治。在“转诊制”下，同时实行有区分的政府补贴制，即对从普通门诊转入专家门诊的病人采取政府补贴的低价医疗；对一部分直接就诊专家的“越级就医”者政府不予补贴，医疗费用由患者全部承担。如此，虽然提高了专家号价格，但这只是加大未经转诊的“越级就医”者的成本，而转诊病人看专家仍得到了保证。这样在不取消专家号的情况下，以经济手段自然区分了患者，既让一部分高收入者可以选择自费就诊专家，又通过补贴为低收入者就诊专家开辟了道路，满足了社会多样化的医疗需求。

医疗体制改革是一个系统复杂的过程，任何单方面的改革都需要其他改革措施的配合。实行“转诊制”必须有可操作的转诊标准和程序，而建立覆盖全社会医疗保障制度则是政府补贴制实施的前提，这些都有赖于整体医疗体制改革的继续推进。由于医疗体制改革中各环节“牵一发而动全身”的特征，对专家号价格形成机制的改革将有力的推动整个医疗体制的改革。

参考文献：

[1] 女士排队5 天5 夜挂号[N]. 武汉晚报, 2006- 11- 02.

[2] 关于开展严厉打击“号贩子”、“医托”专项执法行动的通知[EB/OL]. [http: // www. china. org. cn /chinese /PI - c /991043. htm/2005- 10- 09.](http://www.china.org.cn/chinese/PI-c/991043.htm/2005-10-09)

[3] 王谦. 医疗卫生资源配置的经济学分析[J]. 经济体制改革. 2006, (2): 33- 38.

[4] 王鸿谅. 高收费与亏损:大医院的价格怪圈[J]. 三联生活周刊, 2005, 349, (31):50.

[5] 田巧萍, 祁燕. 同济医院称无法根治号贩子[N]. 武汉晚报, 2006- 11- 04.

[6] 周小梅. 论医疗服务行业的管制政策体系[J]. 经济体制改革, 2006, (5):134- 137.

[7] 王谦. 医疗卫生资源配置的经济学分析[J]. 经济体制改革, 2006, (2):33- 38.

[8] 魏杰, 王韧. 我国医疗服务体系的内在特征与改革思路[N]. 改革, 2006, (3):10- 115.