

医疗卫生行业中“红包”现象的社会史分析

周 弘 张 浚

【摘 要】“红包”是一种礼物。它所反映的不仅是物质交换关系，而且蕴涵了社会和文化的内容。从中国社会组织特性来看，“红包”承载了多种社会、经济和政治的功能。在传统中国社会及在国民党统治时期，“红包”就在医疗行业中流动。新中国成立后，由于建立了计划经济体制，在很大范围内收送“红包”的现象消失了，而改革开放之后，“红包”又重新出现在医疗卫生行业之中。主要原因在于经济改革是一个渐进的过程，不同时期的侧重点各不相同。在政府财政承担医疗机构的经费和卫生福利开支的状况没有改变之前，医疗机构管理中就已经出现了市场化的因素。

【关键词】 红包 礼物 医疗卫生行业 市场化

【作 者】 周 弘 中国社会科学院欧洲研究所，研究员；张 浚 中国社会科学院研究生院，博士研究生。

迄今为止，针对医疗卫生行业中收、送“红包”的现象所做的学术研究集中在经济学这一领域。经济学者倾向于把“红包”看作是一种“寻租”行为，注重揭示“红包”隐藏的利益关系和制度缺陷。但是“红包”是一种礼物，它的文化和社会内涵是经济学的方法触及不到的。而且由于社会关系的变化，“红包”的形式在不同的历史时期也各不相同。我们的工作就是挖掘这些“被人遗忘的角落”，从社会史的角度补充经济学家们讲述的故事，从而更加全面和深入地理解“红包”现象。我们的讨论集中于两点：(1)“红包”承担着社会功能，体现了不同时期的社会关系，从满清到民国，“红包”的形式和内容都变化很大。(2)改革开放以后，在医疗卫生行业里出现了新的“红包”现象，这与医疗体制的改革，以及市场因素介入医疗卫生行业密切相关。

一、“红包”在中国社会中的功能及其在医疗卫生行业中的变迁

(一)“红包”在中国社会中的功能

“红包”是一种礼物，遵循“互惠原则”，即受礼者有义务回报送礼者。送礼者通过馈赠行为使他在某种程度上和范围中拥有相对于受礼者的优越性，从而能够从受礼者那里得到不同形式的回报(阎云翔，2000)。“红包”的一个主要作用是维持和发展个人之间的社会关系。在传统的中国社会里，家庭与家族是基本的社会组织，承担了重要的社会生产功能和社会保护功能，而在新中国成立以后工作单位继续承担了这些功能(李路路、李汉林，2000)。在这样的社会里，“红包”是维持个人社会关系的重要工具。

“红包”的经济功能是通过市场以外的途径获取私人服务和私人信贷。其社会功能是巩固个人的社会关系，特别是发展长期的社会关系，获得社会支持、社会地位、社会声望、社会权威及社会保障。“红包”还具有政治功能，它在个人争取向上流动的机会、寻求政治保护和获取资源等方面都发挥着重

要作用。在社会分配机制不尽合理的历史阶段，“红包”还扮演着某种潜在的社会再分配的角色。

“红包”可以分为表达性和工具性两类。表达性“红包”在个人直接的社会关系中间流动，其交换得来的是“软性的”回报，如友谊、情感、尊重、象征性礼品等；而工具性“红包”的流动却远远超出了亲情和友谊的界限，并遵循市场原则或“潜规则”（吴思，2002）。

（二）清朝医疗卫生行业中的“红包”

清朝医疗卫生行业的主要特点是，政府提供的医疗服务只限于皇室、王公贵族，军队和监狱等，因各地情况在疫情爆发期间在城市范围内提供有限的公共卫生服务，大多数人只能从民间医生那里获得医疗服务，政府不干预民间的医疗卫生行业，只在发生医疗纠纷的时候，依法裁断。图1简单标示了在这种制度之下“红包”的流动方向。

布衣患者给医生（特别是挂牌名医）送“红包”的现象十分普遍，主要原因是：（1）医疗服务没有统一的价格标准^①，“红包”的厚薄会影响到医疗服务的质量。（2）由于国家不干涉民间行医活动，医生水平参差不齐，与名医保持良好的关系对保证全家人的健康和生命非常重要。（3）医生（特别是名医）的社会地位较高^②，维持与医生的良好关系对于维持和提升个人的社会地位也会有所帮助。从上述原因来看，在清代，病人向医生赠送的“红包”就同时具有了两种性质，它既是工具性的，目的是在短期内购买良好的医疗服务；又是表达性的，目的在于建立长期的社会关系。

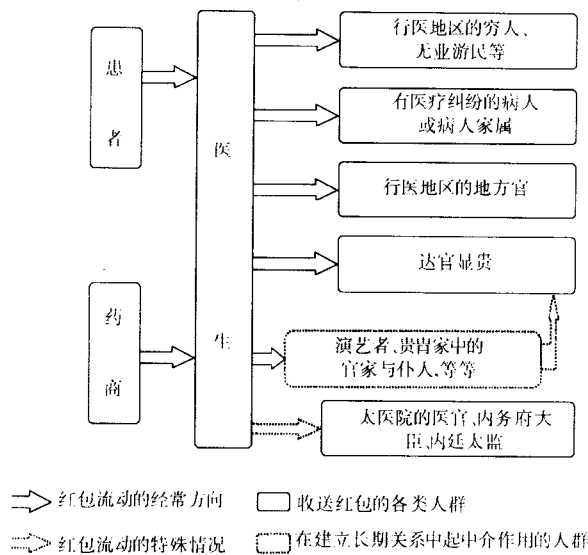


图1 清朝民间医疗行业中“红包”流动示意图

注：根据《北行日记》、《名医何鸿舫事略及墨迹》、《医界镜》等书整理。

除了患者和家属以外，药商也向医生（主要是名医）馈赠“红包”，清代中后期，药材业（尤其是成药业）逐渐发达起来，在医药资源相对丰富的江南地区成药店“店铺林立”（余新忠，2003），向医生派送“红包”成了药商的一种营销手段。这些“红包”的目的大抵是工具性的，即为了推销自制的药品。这类红包数量有限，占医生收入的极小部分。因为中成药的市场有限，工具性“红包”作为市场营销的一种介质，其应用范围受到限制。

医生不仅收受“红包”，还大量向外派送“红包”。明清之际，医生这一职业渐趋开放，许多科场失意的读书人转而行医，由于医疗行业缺乏市场规范、行医无须执照、医生水平参差不齐，庸医杀人的现象十分普遍（余新忠，2003），医生为了能够成为名医，会向穷人及无业游民提供免费的医疗服务，甚至出资为他们提供免费的药品。这是一种典型的市场营销行为。而且医生的社会地位并没有保障。地方政府官员往往出面裁断医疗纠纷，但量刑缺乏固定的规则，所以派送“红包”所遵循的一些“潜规则”自然就显得更加重要。除了向政府官员和达官显贵

① 挂牌行医的医生一般对门诊费和出诊费有规定，但官宦和富商人家求医，诊费可能超出门诊费或出诊费数十倍，甚至上百倍（儒林医隐，1908）。

② 《名医何鸿舫事略及墨迹》中对何鸿舫的住处有这样一段描写：“据闻此宅原为状元之府，元长（何鸿舫之祖父）先生购得于状元之裔，平民居之，旧社会是不合身份的，名医则达官贵人时来盘桓，大概可以通融了”（何时希，1998）。

送“红包”以外,陷入医疗纠纷的医生还会给当事人的病人或病人家属送“红包”,这既是社会通例,也是为了通过经济补偿避免更大的纠纷。这种是工具性的“红包”,但却不是市场行为,而是一种在特殊的社会行政条件下的特殊行为。

在某些特定的情况下,民间医生也会向在中央政府里拥有医疗行政职位的医生和官员派送“红包”,原因包括:民间医生希望通过政府组织的选拔程序进入官僚体系;在奉召进京为皇室成员诊病时,向太医院的医生、主管太医院的内务府大臣及内廷太监送“红包”,以规避其中的风险。

从民间医生流向地方政府官员、达官显贵之家、太医院医生(官方医生)和内务府官员的“红包”虽然有明确的功利目的,但多属于表达性礼物,是为了晋升或避祸而进行的社会关系方面的准备。所以,“红包”不仅是市场工具,更是社会工具。送给有医疗纠纷的患者或患者家属的“红包”,具有更加直接的工具体质,主要目的是为了平息纠纷,而不是建立长期的社会联系。医生送给平民的“红包”和免费医疗服务则同时兼有表达和工具的性质。

由国家提供医疗服务的人群,也有向官方医生赠送“红包”的习惯。原因在于官方医生的薪俸按照市场规则来看显得十分菲薄(吴思,2002)，“红包”是对他们提供的医疗服务的一种市场性补偿。这种“红包”又成为弥补政治经济制度缺陷的一种社会工具,其功利性的寓意远远超出了个人的社会关系范畴。

(三)民国时期的情况

从清末到民国政府不断推进卫生制度的改革。在政府中成立主管公共卫生事务的部门,制定一系列有关公共卫生的规章,监督药品买卖,并出面兴办西式医院,设立西医学堂,推行西医执业资格考试。

资金不足是这一时期医疗卫生行业面临的重要问题。由于公立医院不能满足公众的卫生需求,外资和民间资本于是获得了发展的契机,医疗市场随之出现。到民国后期,各地已建立起包括教会医院(外资)、公立医院和私立医院在内的多元医疗体系^①。不过大多数现代医院集中在城市里,乡村的医疗卫生事业仍然非常落后。在偏远地区,从清朝延续下来的规则依然有效。

因此民国时期出现的是一种多元体制,包括政府提供的现代公共卫生服务、私立的现代医疗服务和药品市场以及依然在乡村中延续的前朝旧制。所以“红包”的流动呈现出多种规则并行的现象:把“红包”作为表示敬意的工具;把“红包”当作一种附加医酬,用以补充医生的市场价格;把“红包”当作慈善工具,如民国时上海妇科名医蔡氏为了方便贫苦的人就诊而发明的“红包诊金”^②;把“红包”当作医生进行社会联络的工具,医生变相地给达官贵人或青帮老大送“红包”,买的是社会关系和人身安全;把“红包”作为市场竞争的工具,等等。民国医疗行业中的“红包”流动见图2。

(四)从解放区到改革开放以前的制度沿革:供给制条件下“红包”消失的情况

解放区实行的是具有浓厚军事色彩的卫生制度。当时为了有效利用有限的资源,解放区政府加强了对医疗卫生行业的管理,除了承担基本的公共卫生职能和管理职能以外,大力组建医院,介入药品经营,并且开始推行供给制。这就与国统区的医疗制度产生了比较大的区别。概括起来,解放区的卫生制度有三个主要特点:(1)政府直接筹资建设医院,直接管理医院,医疗服务行业与政府卫生行政部门交叉重合,存在政府不同部门之间的转移支付;(2)卫生经费的分级负担;(3)建立了针对不同人群的供给制。新中国的卫生制度以此为基础,并有所发展,不仅将医疗卫生行业彻底纳入了行政管理体制,而且建立了针对四种不同人群的医疗保健制度,即高级干部和知识分子享受干部保健制度、党政

^① 根据全省55个县上报(一些县未报),浙江省卫生处1940年6月做了官方统计,这些县公私立医院达177家,诊所达199个,产院所达11个,病床数达3799张,每月诊病平均人数95306人,每月住院人数19713人(朱德明,1999:75)。

^② 《记蔡氏妇科名医》,《20世纪上海文史资料文库》第八册,第368页。

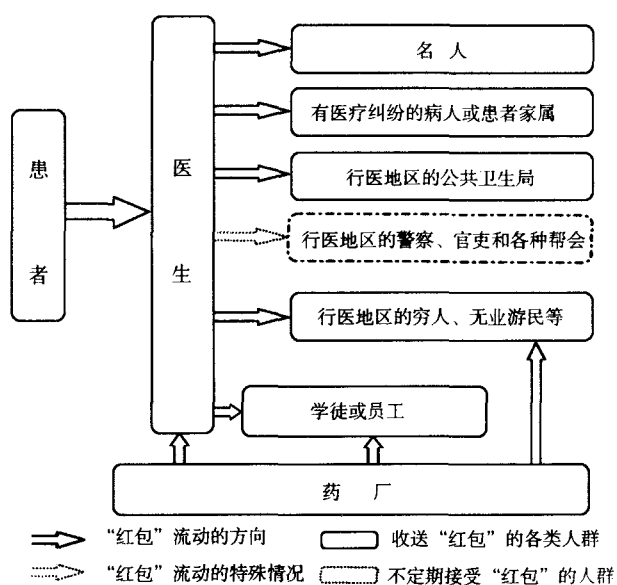


图2 民国医疗行业中红包流动示意图

注:根据《中国卫生制度变迁史》、《浙江医药史》和《20世纪上海文史资料文库》的有关介绍整理。

机关和事业单位的工作人员享受公费医疗制度、国有企业职工享受劳动保险制度、农村居民实行合作医疗制度(山西省史志研究院,1997)。

在医疗卫生领域里实行供给制使得政府控制了医疗服务、医药的供给和就医人员的支付,从而阻隔了“红包”的流动。

与计划经济体制和医疗卫生服务的供给制相联系,医院承担了除提供医疗服务以外的其他功能。主要是作为行政当局下设的职能部门,承担公共卫生职能和社会福利职能,干部保健、公费医疗和劳动保险这三项主要的医疗福利都是通过医院才能实现。由于医疗卫生体制的主要经费来源是公费医疗和劳动保险,而医院作为消费和支付中心缺乏合理的定位、完整的制度和有效的监督,所以当市场力量介入医疗卫生领域的时候,医院(甚至是医生个人和医疗科室)在资源分配环节中的重要角色就会显现出来,成为“红包”流动的一个动因。

二、医疗卫生行业的市场化及“红包”的再现

1978年以后,医疗卫生行业开始了渐进式的改革。我们将1978年以来的改革分为两段,并分别讨论这两个时期中“红包”流动的情况。

(一)1978~1988年:计划性医疗保障制度中的市场因素

在改革开放的前10年里,医疗卫生行业中的计划成分逐步松动,市场因素开始介入医疗卫生服务。首先被市场因素渗透的不是医疗制度本身,而是作为中间环节的医疗服务的提供者——医院。下面仅从医疗服务的支付、供给和管理三个角度来考察中国医疗制度,特别是医院的市场化过程,以及这一过程给“红包”流动留下的空间。

在这一时期,医疗服务的支付者、支付手段和支付标准都没有发生重大变化,大多数享受公费医疗和劳动保险的个人都可以几乎全额报销其医疗服务和药品开支。与此同时,在医疗服务的提供者群体中出现了少量的个体和私营医院,而作为服务提供者主体的公立医院则一方面继续享受财政拨款,另一方面开始实行各种承包责任制和灵活工资制(奖金)。支付承诺与灵活供给之间的裂痕表现在管理层面上,导致了两种看上去是十分合乎逻辑,但又是相互矛盾的趋向:一是维持政府确定的医疗服务的低定价,二是放松对附加服务和额外劳动时间的管理,给“体制内损失体制外补”留下了空间。1986年以后,改革继续强调放开供给,管理体制更趋灵活,而支付方式、手段和渠道仍然维持不变,因此这个时期的“寻租”现象层出不穷,虽经各级医药部门多次颁布禁令而不能止。

从我们接触到的文献中可以看到,这个时期最引人注目的是公费医疗和劳动保险的严重超支。据山东省的统计,1981~1990年间,医疗经费支出年均增长速度为23.8%,高于国民生产总值年均增长速度13.68个百分点。1990年山东省的人均公费医疗经费标准为50元,实际支出为183.9元。劳保医疗经费开支与此类似(山东省卫生厅,1992:9~10)。超支的直接原因是在全国范围内对医

院经费分担方式的调整。1981年,为了解决医院赔本问题,实行对享受公费医疗和劳保医疗的病人按成本收费的政策。这实际上是在“公”与“公”之间实行内部调整负担的一种办法(卫生部办公厅,1985:495~497)。将由国家和地方财政支付的卫生经费,转嫁到各级国家机关和企事业单位头上。而超支的根本原因则是需求的增长。除了医疗检测手段的改善、药品价格的提高以外,以营养品、甚至小商品冒充药品由公费医疗和劳动保险报销的现象也屡见不鲜^①。

国家的医疗服务价格政策进一步刺激了医院向公费医疗和劳保医疗的患者提供特殊服务。为了维护医疗服务市场的稳定,国家严格控制基础医疗部分的价格,即使是对享受公费医疗和劳保医疗的病人,基础服务的价格也基本保持了稳定。但是,国家打开了特殊服务的市场大门,1985年后,应用新的仪器设备和新开展的医疗服务项目、新建、改建和扩建后的医疗单位、病房、特约和挂牌门诊等,可以按照成本收费。而此后出现的医院蜂拥购买大型设备、进行基础建设的现象,就是医院在这种政策条件之下追求自身最大利益的表现,它已经反映出医院作为市场主体的特性。在这以后,公费医疗和劳保医疗严重超支的问题就取代了医院赔本的问题,上升到卫生体制改革日程表的首位。

图3显示,“红包”看上去是由医生和医院流向患者,但是其背后真正的出资人却是公费医疗和劳动保险。这个时期放开搞活的只是作为中间环节的医疗服务提供者,而不是制度本身。医疗管理层面的市场化是社会主义计划体制内的市场化,而不是市场条件下的社会主义体制。

从图3还可以看出,“红包”的流向不仅是从公共财政流向个人患者,同时也从个人患者流向医生。在改革初期,手术大夫的工资是由劳动人事部门统一制订的。他们的劳动强度大、工资待遇低,时有“拿手术刀不如拿剃头刀”之说。一则是因为医生的水平和努力程度对于患者事关重大,二则是患者及家属希望用市场通行的方式表达对低收入医生的感激与酬劳,所以“红包”首先在外科流传开来。这个时期的改革包括了早期的奖金制和晚期的“有偿服务”、“收入自留”等搞活医院的管理措施。这样一来,医院就获得了很大的自主权,可以针对医护人员收入偏低,以及医院内部“红包”攀比等现象采取内部消化措施。有些医院或科室发明了“红包”的再分配规则(即对医生个人上缴科室的“红包”进行内部分红),出现了“内红包”^②的现象,随之形成了“红包”的流动规则,显示出“合法化”的迹象。

随着流动规则的完善,“红包”现象开始普及,市场因素进而开始渗透医院的各个“细胞”,市场规

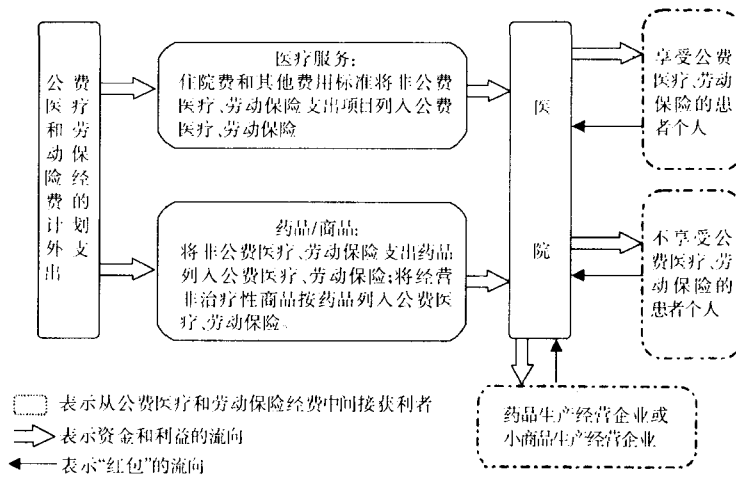


图3 公费医疗和劳动保险经费超支部分的流向

注:根据山东省的有关文件整理。

① 卫生部1989年10月4日在《关于加强医疗单位药品采购管理工作的通知》中命令禁止采购营养滋补品、各种生活用品及化妆品和洗净剂、护发素、护肤霜等(卫生部政策法规司,1992:746)。

② 所谓“内红包”是指根据医院内部的规则而在医院内实施的额外收入再分配,例如内科医师开药的“红包”必须惠及药房人员,一式两份的处方底单便是抽取药品回扣款的依据。不仅内科、外科和药房通过不同的渠道与医院外的市场相衔接,医院内的其他部门也有了自己的“市场化”方法。核磁共振、CT等检查都有不同的劳务标准。

律也开始起作用。当医疗服务行业内供小于求时,患者送的“红包”使赠送者能够得到优先和优质的服务。当药品生产厂家出现竞争时,就出现了比较普遍的医药部门给医院进药人员和医师送各种“红包”的现象(山东省卫生厅,1985:269~270)。医院和医院之间还出现了“介绍费”、“转诊费”和“回扣费”等形式的现金流动。上述现象出现在 1988 年左右(卫生部政策法规司,1990),与 1986~1988 年间医院经营方式的改革、医院在内部分配方面自主权的扩大以及允许医院医务人员进行有偿的业余和兼职服务有关。

综上所述,在医疗体制改革的第一阶段,改革的切入点在供给和管理层面,在保障支付的条件下出现了形形色色的“寻租”现象。这些“寻租”现象通过刺激需求而使医疗服务的提供者获得了利益。受益的患者只是那些有公费医疗或劳动保险做后盾的患者,倘若没有公费医疗和劳动保险作为保障,他们就只好享受“过度服务”,当“冤大头”。

市场因素的介入使得医院的角色发生了变化。它们已经不再是单纯的公共产品提供者,而是在向自负盈亏、市场经营、甚至市场竞争的主体发展。在这个过程中,它们继续接受政府的转移支付,其行为受到政府财政的保证,基本上没有市场风险。因此,在这个转型的过程中,医院是最大的赢家,它们同时从国家和市场获取资源,国家作为公共医疗卫生服务的主要提供者就这样变成市场竞争中的一种被动力量^①。

(二)从 1989 年到现在:市场因素的制度化和半制度化

1989 年政府开始对公费医疗和劳动保险制度进行改革,在地方政府中组建专门机构,管理公费医疗和劳动保险经费,并采取定点就医的政策。部分仍由医院代管公费医疗和劳动保险经费的地方,也由医院承包经费,多出不补(山东省卫生厅,1992)。换句话说,面对市场刺激起来的内部需求,公共医疗卫生服务的支付者开始采取紧缩财政和规范支出的各种措施,医院借助公费医疗和劳动保险经费来补偿内部开支,改善经济状况、提高职工待遇的途径遭到堵截。

从管理的角度来观察,这段时间出台的一系列改革措施,无论是特需门诊的设立,还是各类服务的定价,遵循的主要都是市场规则。医疗卫生行业管理的市场化和支付的规范化之间的张力在医疗服务的供给层面造成了一个多元结构,也使得服务的主要提供者——公立医院出现了多重功能的倾向。

首先是在医疗服务市场上出现了新的医疗服务提供者——私人诊所和股份制医院。继而,由于医疗服务价格没有完全放开,医务人员的工资水平仍然由国家统一规定,公立医院医务人员的流失现象日趋严重。医疗服务市场上的新角色虽然还远远不能和公立医院争夺服务市场,但是已经在人才竞争和体制外市场方面对公立医院形成了巨大的压力。在这种条件下,公立医院迅速地采取内部措施,其市场能力有了明显的增长。卫生部将上述提供医疗服务的机构分成营利、其他半营利和公立非营利等三类。营利性医院需自主经营、自负盈亏,其他非营利性医院可以享受政府的税收优惠。这类医疗机构根据市场的需求提供服务,并根据市场的价格收费,“红包”能够做到的,正规收费也可以做到,“红包”的工具性作用因此而降低。但是,提供医疗服务的主力军是各级公立的非营利医院,它们享受政府的税收优惠,接受来自同级政府的财政拨款,并且可以从提供医疗服务和出售药品中提取收入补偿开支。在营利医院和其他非营利医院里确立起来的市场规则远没有贯彻到医疗卫生行业的各个角落。

上面讲到,1989 年以后的改革措施改变了支付者的行为方式,严格了支付规则,因此改变了医患之间“红包”流动的方式。从服务提供者的方面来看,专家门诊、特需门诊等规范市场的措施也起到了用制度取代“红包”的作用。但是,由于药品购销过程与巨大的外部市场联系十分密切,牵涉的市场因素极为复杂,加上医院扼守了药品订购这个“关隘”,所以政府虽然采取了指导价格、招标采购等多种措施,仍然无法杜绝“红包”的流动(见图 4)。

^① 这里的“被动”和“不自觉”指的是政府没有“主动”将资源用于最需要的人群。

根据图4中“红包”的流向,可以把“红包”分为下列几类:药品生产经营企业送给医院或医务人员的“红包”、患者送给医生的“红包”、医院(或科室)分发给医生的“红包”、医院(或科室)之间流动的“红包”、医院(或科室)送给外院(外科室)医生的“红包”。

药品生产和经营企业向医院和医务人员送“红包”的现象出现得最早、而且持续的时间最长,主要原因在于:(1)医院是药品销售的主要环节,医院自然是药厂的重要市场营销对象;(2)医院并不遵循单纯的市场规则,由于按照公共卫生的标准,医院的服务价格往往低于成本,药品收入长期以来就是补偿医院开支的一个重要来源;(3)公费医疗和劳动保险负责支付多数基础药品的费用,所以支付是恒定的,但供给却是分权和灵活的,医疗领域里的政府采购操纵在医生的笔头;(4)在医院内部因为营利机会不均等而需要通过“红包”进行再分配;(5)对于支付、供给和管理之间的上述不平衡缺乏有效的制度制约和监督。

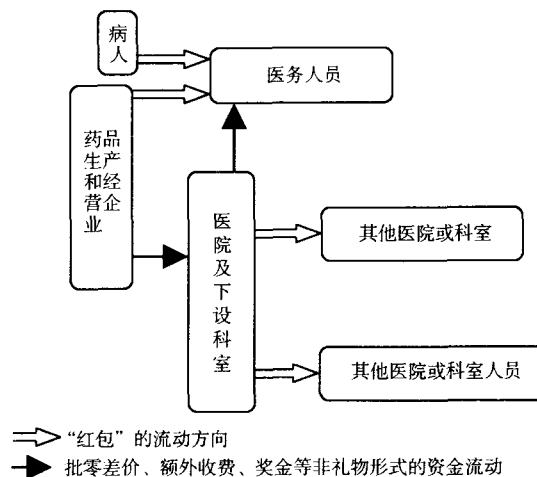


图4 1989年以后医疗卫生行业红包流动示意图

1998年以后,政府采取了一系列措施,力图切断医院与药品销售之间的联系,以彻底地铲除“药红包”产生的根源。但是“红包”除而不清,原因有二:一是实行药品集中招标采购以后,医院所需药品清单仍须医院内部确定,各科室在确定所需药品时,有很大的发言权,如果某一类药品不能列入清单,就无法参加集中招标采购;二是实行药品集中招标采购的只是列入医保的基本药品,新药一般不在此列,而恰恰是新药的利润空间最大,也最需要依赖医院这条销售渠道进行推广(新药一般不是非处方药)。药品生产和经营企业一方面以折扣形式让利于医院,另一方面则大量、普遍地给各级医务人员送“红包”。“红包”的大小已经形成了业内行规。在医院里,凡与用药有关的人均沾利益,从院长、药房主任、药品评审委员会、有处方权的医生,到药品会计、药品仓库主管、财会人员,都能收到大小不等的“药红包”。除直接送“红包”以外,药品生产和经营企业还以讲课、开会等形式变相地向有关医务人员送“红包”。

不过,1998年以后患者给医生送“医红包”的现象逐渐减少,在有些地方已基本消失,原因主要有:(1)1995年以后,政府采取了严厉的措施,整顿医疗行业的不正之风,重点打击了“红包”现象^①。(2)由于各种形式的医疗卫生机构开始增多,市场短缺得到缓解,并在医院之间出现了激烈的竞争,在很多地方出现了医院多、患者少的情况。(3)医疗服务的管理开始向市场化的方向发展,不少医院设立了选择医生的“点名费”,相应地增加了专家门诊的收费,设立了特需门诊,规定了市场价格。以前通过送“红包”才能获得的服务,现在通过公开的途径和市场价格也可以获得,这样就使以换取更好的服务为目的的工具性“红包”失去了“地下”流动的理由和动力。如果“红包”继续在医生和患者之间流动,其

① 从1995年开始,政府下发了一系列关于整治医疗卫生行业中不正之风的文件,主要有《卫生部关于禁止医务人员收受“红包”的补充规定》(1995年5月5日),《医疗机构评审办法》(1995年7月21日)(其中强调在评审过程中发现医德医风、医疗质量和医疗安全等方面存在重大缺陷,应对评审结论实行单项否决),《卫生部关于在医疗活动中严禁临床促销费开单费等回扣行为的通知》(1998年9月7日,卫纠发[1998]第2号),《卫生部关于狠刹医药购销中的不正之风的实施意见》(1999年6月1日,卫纠发[1999]259号)等(卫生部政策法规司,1998:388~396;卫生部卫生法制与监督司,2001:48~53)。

表达性就比工具性更为明显。

上面讲到,医院(科室)与医院(科室)之间的“内红包”流动同医院(科室)的承包经营及医生的业余服务和兼职服务有关。医院(科室)之间的关系发生了变换,原先医院(科室)都是行政体系之内的不同部门,资源通过行政渠道进行分配。实行承包经营之后,来自行政体系的资源受到限制,但是从市场上通过自主经营获利的渠道打开,医院之间产生市场竞争关系,医院(科室)之间的红包流动是利润分配的一种方式。此外,在1988年允许医生从事业余服务和兼职服务以后,政府仍然使用行政手段加强管理,强调医务人员的业余和兼职服务要由医院(科室)统一组织,这就赋予了医院(科室)规范“红包”流动、建立“内红包”再分配机制的权力。1998年政府曾经采取措施制止这种现象,结果还需要进一步调查。医院(科室)向医务人员分发“红包”也是一种具有社会收入再分配性质的“内红包”,虽然屡遭禁止,但医院(科室)的“内红包”却改头换面,以多种形式继续存在(如集体免费旅游和实物福利等)。这些现象并非医疗卫生行业所独有,而是反映了一个时代个人、单位和个人间带有普遍性的分配关系。

医院(科室)向外院(外科室)的医生送“红包”也与上面提到的由医院组织医务人员从事业余和兼职服务有关。随着市场经济的发展,在体制外寻求额外收入或“灰色收入”的机会和动力也同时发展起来。组织这种兼职服务的医院(科室)实际上是利益最大化的追求者和市场主体。这些兼职机会也给技术水平较高的医生提供了市场参考价格,他们可以绕过行政干预,不参加医院(科室)的收入再分配而获取更高的名望和更丰厚的回报。随着医疗机构人事权的扩大,同时由于医院之间竞争的加剧,人才的竞争日趋激烈,加强医院之间人员的交流并保证医务人员的收入,符合各方利益。所以,这类具有市场特性的“红包”开始逐渐向公开化、规范化的市场出诊费方向转变。至于其他种类的“红包”,这里不一一详述。

三、结 论

从中国医疗卫生行业中“红包”现象的历史演变,可以看出中国医疗体制的变迁和社会关系的沿革。在满清和民国时期,医疗卫生行业中流动的“红包”大致可以用“表达性”和“工具性”进行归类。就工具性“红包”而言,在满清和民国,送给医生的“红包”主要是为了换取医疗服务,而从医生派送出来的“红包”则是为了换取社会关系和社会环境。不过,由于政权性质的转换和历史背景的变迁,两朝“红包”的对象已经发生了变化,民国时期“红包”涉及的社会联系和人际关系也与满清时期大相径庭。在民国,除了患者之外,药厂成为一个主要的“红包”赠送者;在收受“红包”的人群中则增添了公共卫生官吏和机构、各种帮会、药厂的学徒和员工。各路官吏依然是“红包”的主要对象,这是因为行政当局的保护在民国继续是医生行医的必要条件。由于社会的不安定,民国时期的医生需要更加广泛的社会联系,包括与帮会的联系。民国“红包”与满清“红包”的重要结构性差别是“红利红包”的出现和规范化,这种“红包”弥补员工的酬劳,说明社会上出现了对熟练工人的市场竞争。

在解放区实行的医疗服务供给制曾经阻挡了人与人之间礼物交往的传统关系,在患者个人和医疗服务的提供者之间增添了政府的角色。由政府负责全面提供服务的制度中,可供交换的筹码很少,制度做不到的,“红包”也无能为力。改革开放以后,中国医疗卫生行业中再次出现“红包”现象。这时“红包”的规模和内容都超过以往,其社会杠杆作用亦非以往任何历史时期可比。这是因为“红包”虽然还是在人际之间流动,但是人的社会关系却发生了结构性的变化。政府已经在前所未有的广阔领域里调动并分配公共医疗卫生资源,所以要理解现代“红包”的功用,就必须理解“交换规则”中的这个最重要的新角色。

在公费医疗和劳动保险负责支付医疗费用的规则没有发生变化之前,医疗服务提供者的行为方式率先发生了变化。个人获得公共医疗资源的大小部分地取决于医生和患者之间的关系,也取决于患者个人在社会结构中的位置。因此,“红包”带动的交换就不仅限于交换者双方,而且牵涉到政府,反映

了人和人之间的关系,人和单位之间的关系,单位和单位之间的关系,政府和单位之间的关系,政府、单位和个人之间的关系,其复杂程度也远非以往任何历史时代可以比拟。

最值得注意的是,从“红包”的流动中可以看出市场因素渗入计划体制的过程:市场不是在体制之外独立地发展起来,而是依附于体制蔓延开来。由于在改革的过程中,医院中营利与非营利的服务界限不清,政府、医院和患者个人之间的供给和支付关系混乱,市场资源和公共资源相互补充,“红包”就获得了发展的动力和流动的空间,先后出现过“医红包”、“药红包”、“内红包”等目的不同、宗旨不一的“红包”。所有这些“红包”都有自己特殊的功用,而且多数是工具性的“红包”。

由此可见,医疗卫生行业的“红包”发展到现代,除了传统的表达功能和工具功能以外,还由于历史的特定条件和特殊的社会结构而具备了补充市场不足的社会再分配功能。随着市场的进一步发展和完善,随着政府社会职能进一步明确和完善,医疗卫生领域里的这种“红包”也会消失或改变形态。

参考文献:

1. 朱德明(1999):《浙江医药史》,人民军医出版社。
2. 儒林医隐(1908):《医界镜》,同源祥书社(光绪三十四年十一月版)。
3. 薛宝田(1985):《北行日记》,河南人民出版社。
4. 何时希编(1988):《名医何鸿舫事略及墨迹》,学林出版社。
5. 卢希谦等编(1994):《陕甘宁边区医药卫生史稿》,陕西人民出版社。
6. 阎云翔(2000):《礼物的流动》,上海人民出版社。
7. 吴思(2002):《潜规则:中国历史中的真实游戏》,云南人民出版社。
8. 李路路、李汉林(2000):《中国的单位组织:资源、权力与交换》,浙江人民出版社。
9. 卢希谦、李忠全主编(1994):《陕甘宁边区医药卫生史稿》,陕西人民出版社。
10. 余新忠(2003):《清代江南的瘟疫与社会》,中国人民大学出版社。
11. 中国北京同仁堂集团公司、北京同仁堂史编委会编(1993):《北京同仁堂史》,人民日报出版社。
12. 山西省史志研究院编(1997):《山西通志·卫生医药志》,中华书局。
13. 文福顺主编(1990):《桃源县志》第14卷,药业志,中国医药科技出版社。
14. 《20世纪上海文史资料文库》,上海书店出版社,1999年版。
15. 山东省卫生厅编(1992):《山东医疗管理》,山东人民出版社。
16. 中华人民共和国卫生部办公厅编(1982):《中华人民共和国卫生法规汇编1978~1980年》,法律出版社。
17. 卫生部办公厅编(1985):《中华人民共和国卫生法规汇编1981~1983》,法律出版社。
18. 卫生部政策法规司编(1990):《中华人民共和国卫生法规汇编1986~1988》,法律出版社。
19. 卫生部政策法规司编(1992):《中华人民共和国卫生法规汇编1989~1991》,法律出版社。
20. 卫生部政策法规司编(1996):《中华人民共和国卫生法规汇编1992~1994》,法律出版社。
21. 卫生部政策法规司编(1998):《中华人民共和国卫生法规汇编(1995~1997)》,法律出版社。
22. 卫生部卫生法制与监督司编(2001):《中华人民共和国卫生法规汇编(1998~2000)》,法律出版社。

(责任编辑:朱犁)

ABSTRACTS

Sex Ratio at Birth in China and the Cost of Low Fertility Reconsidered

Ma Yingtong • 2 •

Various weakness on fundamental concept and theory existed in almost all of the Chinese and international literatures related to the problems of sex ratio at birth in China. This paper not only makes a better systematic exposition and a more in-depth understanding of the basic conception and mathematic analytical methodology, but also applies the new theory on sex ratio at birth to identify the earliest abnormal sex ratio at birth and the beginning of the ongoing abnormal sex ratio at birth. This paper also discusses the cost and consequences of higher sex ratio at birth in China, as well as human right related issues, re-estimates the status and trend of sex ratio at birth, and re-analyses problems related to sex structure of the population. The author argues that the artificially manipulated abnormal sex ratio at birth is a key determinant to the fertility decline since the mid-1980s.

Sex Preference, Sex Selection, and Sex Ratio at Birth

Qiao Xiaochun • 14 •

The objective of this research is to explore the causes of the high sex ratio at birth, including the direct and indirect causes. Apart from the research background, theoretical hypothesis, research review, data and methods, quantitative analysis, and conclusions were involved in this study. The data come from the 1997 National Population and Reproductive Health Survey. People favor girls in urban areas and boys in rural areas. It was found that the proportion of pregnant women who only have girls was higher than that of pregnant women who have at least one boy. The rate of induced abortion of the former was significantly higher than that of the latter. Current sex ratio at birth is only determined by the number and sex of the previous live children, and has nothing to do with age, ethnic group, education, and marriage status. The high sex ratio at birth in China is mainly caused by the sex-selective abortion.

A Social Historical Analysis of "Red Packaging" in Medical Services in China

Zhou Hong Zhang Jun • 23 •

"Red package" means gift money. It does not only play the role of material exchanges, but also contain cultural and social connotations. In terms of the organizational characteristics of Chinese society, "red package" carries various social, economic and political functions. "Red package" has been in existence in medical sector since the old regime. After 1949, with the establishment of the planning system, "red-packaging" was to large extent eliminated. Since the Opening-Up and Economic Reform, "red packaging" re-emerged in the medical sector. This may be attributed to the introduction of market elements in the managerial sectors of service providers before government functions as the end payer has been changed.

Marketization and Gender Wage Differentials

Zhang Dandan • 32 •

By utilizing data from China Nutrition Survey in 1989, 1991, 1993 and 1997, this paper analyses the gender wage differentials in transitional China. The main findings of the paper are that wage gap between male and female workers and wage discrimination against female workers have been increasing with the process of marketization. Further analyses identify sub-groups with most increases in the gap: those with middle school or lower education, 40 years age or older, work in non-state sector or in blue-collar job; by contrast, among workers below 40-year-old, state sector workers or white-collar employees, gender gaps appear relatively insignificant.

Determinants of Rural Elderly Living Arrangement under the Context of Labor Migration

Zhang Wenjuan Li Shuzhuo • 42 •

The migration of youth from rural area has a large impact on living arrangement of elderly. This study utilized multilogistic analysis and "Living and Welfare of Elderly Survey" data from Chaohu, Anhui, from two generations

• 79 •