

我们需要什么样的分级诊疗?

申曙光 杜 灵

〔摘 要〕 实施分级诊疗是深化我国医药卫生体制改革战略要求,是关乎医改工作成败的关键内容。近年我国的分级诊疗实施取得了一定的成效,但总体上困难多、阻力大,进展缓慢,甚至在多个方面陷入了困境。这既是政策和实施中的问题所致,亦有理论认识误区和体制掣肘的原因。本文以医疗机构与居民医疗服务供需矛盾的分析为起点,从理论和实际两个层面梳理和阐述分级诊疗的源起,分析其理论内涵和实际发展,在此基础上系统剖析我国分级诊疗实施面临的困境并探究其原因,最后提出我国分级诊疗未来发展的方向。

〔关键词〕 分级诊疗;资源整合;现实困境;方向调整

我国自2009年开始推进的“新医改”具有丰富的内容。其中,“分级诊疗”因其全面涉及整个医疗资源的配置格局和效应,直接影响众多主体的利益,深刻影响民众看病就医的可及性、公平性与效率,且具有“牵一发而动全身”的特点,而被认为是新医改的核心内容,从推行之初便被寄予厚望并受到广泛讨论。近年来,各地政府在分级诊疗的模式与推行手段方面进行了积极探索,特别是在“强基层”和医联体建设方面投入较多。但从实际情况来看,分级诊疗的推行困难多、阻力大,进展缓慢,甚至在多个方面陷入了困境,特别是一直未能找到有效的实施模式。其原因既包括政策和实施中的问题,也有理论上的认识误区和体制上的掣肘。在这种背景下,迫切需要回答一个重要的问题:我们到底需要什么样的分级诊疗?具体而言,分级诊疗在理论上应该呈现什么样的状态与特征,产生什么样的价值?在实际中我国的分级诊疗陷入了什么样的困境,其原因何在?面对这种困境,未来应当如何推行分级诊疗以达成分级诊疗的“合理”状态,有效实现分级诊疗的价值?对这一系列问题的回答具有理论和现实意义。本文正是从这3个方面展开分析和研究,由此来回答“我们需要什么样的分级诊疗?”这一关键问题。

〔作者简介〕 申曙光,中山大学岭南学院、政治与公共事务管理学院教授、博士生导师。主要研究方向:社会保障、医疗卫生体制改革、健康服务与健康产业。杜灵,广东金融学院国际教育学院讲师。主要研究方向:社会保障。

〔基金项目〕 国家社会科学基金重大项目“预防为主的大健康格局与健康中国建设研究”(17ZDA080)。

一、分级诊疗的理论内涵与实际价值

（一）分级诊疗的理论起源与内涵

医疗资源是高度稀缺的社会资源，而患者对医疗资源的需求却是无限的。同时，由于个体的身体和社会经济状况差异，对医疗资源的需求是多样化的，但医疗过程中又存在严重的信息不对称现象。因此，医疗资源的供需失衡长期存在并难以通过市场机制进行自我纠正。理论上，在完全竞争市场中，医疗资源分布的帕累托最优状态应该是按照疾病发病率、诊疗难易程度、人口分布等特征形成正“金字塔”式的层级分布；具有不同服务需求的民众对医疗信息的掌握是完全对称的，因此可通过最低的成本获得最优质的医疗服务，医疗资源的公平性和效率都得以体现。但现实中，医疗市场却是一个供求信息极度不对称的不完全竞争市场。在需求端，每一个患者具有不同层次的医疗需求，在医疗资源固定的情况下，对医疗资源的需求大于社会可提供的医疗资源，从而出现“看病难”现象；在供给端，由于部分医疗资源供给主体较少、生产难度大、开发成本高，再加上医疗机构作为市场信息的垄断方掌握议价主动权，很容易产生“看病贵”问题。

由于市场调节机制失灵，大量优质医疗资源呈现“趋利式”聚集，部分患者无法顺利获得优质医疗资源，医疗资源供给的公平性和效率均被破坏。然而作为准公共物品，医疗资源的供给必须保证其公平性，即各阶层民众均能获得平等、有效的基本医疗服务。在市场价格调节机制失灵的情况下，政府有责任实施行政手段进行干预。分级诊疗正是作为解决这一问题的重要对策和工具被提出。从古典经济学供求理论来看，分级诊疗是通过对供给曲线施加影响从而最终改变供求均衡状态：通过对医疗资源进行供给侧的整合和医疗机构职能的细分，使每一类患者的需求能有针对性地得到满足。即在一个社会的特定时期，各层次的医疗需求对应着不同的医疗资源供给曲线，而整个社会的医疗资源中供给和需求曲线则是各细分层次供给和需求曲线的加总。因此，分级诊疗的本质是通过供给侧的专业化分工，实现医疗机构和患者的供需合理匹配，从而实现医疗资源有效配置。

国际上并没有“分级诊疗”的概念，与之相近的是“连续性医疗”和“整合式医疗”概念，但其本质都是通过对医疗资源供给侧专业分工实现有序的就医格局。医疗资源整合于20世纪70年代发端于欧美发达国家，先后出现了横向整合（Horizontal Integration）和纵向整合（Vertical Integration）两种模式。横向整合一般是跨区域的医疗机构进行资源整合和职能分工，其特征是几个医疗机构的服务产出是可替代的，但由于医疗机构之间的资源难以共享，效果难以确定，因此不被视为一个理想的模式；纵向整合是指在一定区域内不同层次或类型的医疗机构之间的联合，旨在通过整合医疗产品链上的医疗组织以降低其内部运作的交易费用，其特征是医疗机构间服务产出是相互补充的、不能够相互替代的^①。纵向医疗资源整合是目前各国医疗卫

^① 史戈等：《国内外医疗资源整合的实践与思考》，《中华医院管理杂志》2012年第2期。

生体系发展的主要方向。在此基础上提出来的医疗资源整合模式，比如英国、德国基层医疗机构的“守门人制度”^①，日本根据本国的人口、地理、交通等各种因素，适度打破行政区划而设定的层级错位、功能协同的“三级医疗圈”，都体现出医疗资源整合中的“分级”观念^②。

我国目前在分级诊疗推进过程中存在较强的制度性思维，这和对分级诊疗的内涵认识不清晰直接相关：“分级诊疗”和“分级诊疗制度”往往混用，即直接以分级诊疗制度指代分级诊疗。但本质上，分级诊疗的“制度形态”和分级诊疗的“形态”是不同的，前者的概念核心是制度，而后者的概念核心则是分级诊疗这一状态本身。具体而言，可以从以下两个层面来认识分级诊疗。从实质内涵来看，分级诊疗是一种医疗服务市场供求有序、资源合理配置的“理想状态”。在这种状态中，医疗卫生体系能够合理高效运行，形成一种不同级别不同类型的医疗机构承担不同难易程度疾病诊疗工作，医疗服务信息无障碍流动，患者按需求就诊的诊疗格局。从实施机制来看，分级诊疗是明“分”实“合”。“分”体现在对疾病轻重缓急程度的分类、不同医疗机构职能的分工以及患者诊疗的分流；“合”包含两个层次，一是内容的整合，包括人才、技术、服务、基础设施等资源的整合，二是结构的整合，包括区域整合、产业链整合和医疗机构间协作模式的整合。

（二）分级诊疗的实际价值

在医疗资源整合方面，欧美发达国家无论是政策制定还是实践探索均早于我国。从 20 世纪 70 年代到 90 年代中期，欧美发达国家医疗资源整合模式经历了横向整合到纵向整合探索的过程，并逐渐形成一套有效模式，其中社区首诊、双向转诊、分级医疗等机制已被世界各国广泛采用^③。我国的医疗资源整合历程与国外类似，亦经历了从横向整合模式的探索到纵向整合模式的探索的过程，并提出了具有中国特色的医疗资源整合概念——“分级诊疗”。

我国的医疗资源整合始于 20 世纪 80 年代。当时，基于城乡二元化资源分布特点，在城市建立了市、区和街道门诊组成的三级诊疗体系，分级诊疗雏形初现。改革开放后，市场机制被引入并不断得到强化，大型医院迅速扩张，并对基层医疗机构形成强烈的挤出效应，使医疗资源的分布呈现标准的“倒金字塔”状态。为改变这一不平衡状态，1997 年的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》提出，要“积极发展社区卫生服务，把社区医疗服务纳入职工医疗保险，建立双向转诊制度”，此后在 1998 年建立新的医疗保障制度时允许参保人自主选择定点医疗机构，但上述措施均收效甚微，医疗资源分布的不合理状态进一步加剧。2006 年，《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》提出建立分级医疗和双向转诊制度，并开展了社区首诊试点。为进一步引导医疗资源和一般诊疗向基层医疗机构下沉，卫生部于 2010 年发布《关于公立医院改革试点的指导意见》，鼓励通过托管、重组等方式对医疗资源进行整合，

① 参见 England NHS. *Understanding the New NHS: A Guide for Everyone Working and Training with in the NHS*, BMJ, 2014.

② 顾亚明：《日本分级诊疗制度及其对我国的启示》，《卫生经济研究》2015 年第 3 期；Natsuko Fukue, "National Health Insurance: A Basic Universal Safety Net," *Japan Times*, 2010, 5.

③ 徐卫国：《中国医改新政与公立医院发展》，《中国医院》2009 年第 1 期。

利用医疗服务价格等因素引导一般诊疗下沉到基层,逐步实现“社区首诊、分级诊疗和双向转诊”。2015年,为进一步深化医疗卫生改革,国务院发布了《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》,明确分级诊疗的制度内涵、基本原则和发展目标。

分级诊疗作为多年来我国医疗卫生制度改革方案的重头戏,对医疗资源配置的系统调整,缓解供需不平衡,构建医改新格局,解决人民群众就医的突出问题具有重要意义。从技术层面上看,分级诊疗有助于提高民众对高质量医疗服务的可及性。一是为落实基层首诊而大力发展的基层医疗服务体系因更贴近民众,从而能更易于与民众建立长期、稳定的诊疗关系和全方位地了解民众医疗需求。二是分级诊疗体系能科学地安排患者就医,使患者能及时获得“合适”的医疗服务。患者合理分流后,医务人员更能为诊患者提供耐心细致的优质医疗服务,因此也有利于舒缓医患关系。三是分级诊疗使基层医院和大医院实现分工协作,形成不同的功能定位,大医院从常见病、慢病的防治中解脱出来,集中精力攻克疑难杂症,为提供更高水平的医疗服务奠定基础。从国家战略层面上讲,分级诊疗是突破医疗卫生制度改革瓶颈的有力手段。具体而言,分级诊疗体系的构建将打破我国当前的高成本医疗模式。当前模式以大医院为医疗服务体系的绝对核心,以治疗为主要手段,对健康管理和预防保健的重视程度严重不足。大医院和基层医疗机构就诊患者数量严重不均,造成医疗资源的严重浪费及高昂的社会经济成本。当前我国经济发展进入新常态,财政收入增速减缓,继续支撑医疗费用大幅增长的能力有限,而人口老龄化、过度医疗等因素又在助推医疗费用的上涨,高成本的医疗模式显然不可持续。分级诊疗通过加强基层医疗卫生体系的建设,形成有序的诊疗格局,能有效遏制医疗费用的迅速增长,减少医疗资源的浪费,有利于我国社会医疗保障体系及医疗卫生服务体系整体的健康发展,从根本上缓解“看病难看病贵”问题。

二、我国分级诊疗的探索及其困境

(一) 我国分级诊疗的探索

1. 分级诊疗实施的政策导向

改革开放以来,随着医疗卫生机构的所有制结构、组织和运行机制以及卫生财政体制的改革,我国的医疗卫生服务体系发生了很大的改变。不同医疗卫生服务机构之间的关系从分工协作走向全面竞争,机构之间的差距快速拉大,导致医疗资源分配不均衡与配置不合理加剧。在这种背景下,2015年9月国务院办公厅发布了《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》,明确了“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”基本方略,计划“到2020年,分级诊疗服务能力全面提升,保障机制逐步健全,布局合理、规模适当、层级优化、职责明晰、功能完善、富有效率的医疗服务体系基本构建”。该《意见》发布以来,各地出台一系列政策措施,主要集中在“强基层”和保障机制建设两个方面^①。在政策实践层面,全国分级诊疗主要从两个层

^① 杨坚等:《我国省级层面分级诊疗文件比较分析》,《中国医院管理》2016年第12期。

面来推进：一是以强基层为目标，通过对口支援、建立医疗联合体、推进远程医疗、县乡（乡村）医疗服务体系一体化等形式为实现分级诊疗创造条件；二是以实现患者分流为直接目标的医保分级报销体制以及相关支付制度改革。在此过程中形成了一些典型模式，其中以福建三明模式、深圳罗湖模式和安徽天长模式尤为突出。

2. 分级诊疗推进方式的探索

目前我国基本形成了以医联体建设为主，对口支援、远程医疗、家庭医生签约制度、医保制度建设相互配合的分级诊疗推进方式。

第一，医联体建设。从政策目标来看，医联体既是推动分级诊疗制度落地的载体又是突破口^①，其本质是对公共卫生体系、医疗服务体系以及卫生资源等3个层面的整合，目标是为了实现各类医疗资源的高效利用。从2017年发布的《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》^②内容来看，医联体建设的主要目标是“强基层”和“促分工”。在医联体的类型上，主要包括城市医疗集团、县域医共体、跨区域专科联盟及远程医疗协作网等4种医联体模式^③，医联体内的医疗机构联合协作方式主要为对口支援模式、领建模式、托管模式^④。虽然各地探索的具体方式不同，但普遍存在医联体结构松散、分工机制难以形成的问题。其根本原因在于大医院始终具有强大的盈利动机且医联体往往不涉及关键的财务改革，各级医疗机构服务范围重复且纵向上存在竞争关系^⑤，往往导致大型医疗机构利用自身优势“虹吸”患者，挤压基层医疗机构利益，各级协作关系敏感脆弱，极易分崩离析。

第二，家庭医生制度。作为重要的“守门人”，家庭医生对促进分级诊疗的实现具有重大意义。2016年6月，国务院医改办、国家卫生计生委等部门联合发布了《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》，提出要“在基层开展执业方式和服务模式改革试点工作，采取多种形式推进签约服务”，并提出了具体的政策指导。实际工作中，家庭医生签约服务主要和医疗扶贫及医联体建设一起开展，经过一段时间的推进，已在签约率上取得了一定的成效，基本实现了贫困户的百分之百签约，在医联体建设较快的地区家庭医生签约率也比较高。然而，从全国的总体情况来看，除了特殊人群和特殊地区，家庭医生签约以及服务供给还任重道远。即使是目前已经签约了家庭医生的地区也因为缺乏全科医生、激励机制不足而效果有限，普遍存在“签而不约”的情况。

第三，对口支援。医疗领域的对口支援是医疗资源和服务实力较强的一方对实力较弱的一方实施援助的一种政策性行为。2019年7月，国家卫健委在《解决贫困人口基本医疗有保障突出问题工作方案》发布会上提到，要“组织全国1107家三级医院‘一对一’对口帮扶832个

① 徐琼花等：《分级诊疗视域下的医联体内医师资源配置影响因素及策略》，《中国卫生事业管理》2019年第5期。

② 《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》，中国政府网：http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-04/26/content_5189071.htm，2017年4月26日。

③ 辛越等：《基于四种不同类型医联体模式的SWOT分析》，《卫生软科学》2018年第7期。

④ 黄培、易利华：《3种不同类型医联体模式的实践与思考》，《中国医院管理》2015年第2期。

⑤ 李丽勤等：《分级诊疗背景下发挥医院区域功能的思考》，《中国医院管理》2016年第1期。

贫困县的1172家县级医院,全面提升贫困地区县医院诊疗能力。”^①可见,对口支援工作主要是针对贫困地区开展的基层能力支持活动。这种方式客观上可以提升贫困地区的医疗水平,推动“医疗扶贫”工作的开展。在区域内医疗资源短期内无法改善的情况下,对口支援可以缓解贫困地区患者的看病难及看病贵问题。但长期来看,对口支援对解决根本性的基层医疗资源分配问题与服务能力问题不具有可持续发展能力。

第四,远程医疗。远程医疗作为一项医疗卫生服务供给方式的技术性工具通常和推进分级诊疗领域的其他改革同步推进,如对口支援中的远程医疗支持,医联体内的远程医疗协作网络建设等。具体路径包括通过远程诊疗、远程药物配送和远程教育促进基层首诊、患者下转;通过远程急救和远程预约畅通双向转诊通道;通过健康监管促进急慢分治^②等。具体工作内容包括建设智能分诊系统基础数据库,进行名医远程在线分诊,帮助实现患者分流(患者自我管理),减少不必要的资源浪费。^③然而,当前我国的远程医疗的供给和承接方不稳定,普及范围小,远程医疗的基础设施建设也不够充分。要真正通过远程医疗促进分级诊疗的实现还需要更多其他制度建设上的配合。

第五,相关医保制度改革。目前,医保制度在推进分级诊疗方面的主要措施是采用差异化的报销制度,这在一定程度上会让对价格敏感的患者选择在基层就诊,一旦基层就医体验过差则会让患者回流大型医疗机构,患者不可避免地需要承担更多的就医成本,这一现象不符合分散风险的保险制度初衷。与此相对的是,医保制度的改革难以克服分级诊疗的实质性障碍,医保制度对基层政策倾斜不够,疾病预防、健康管理费用没有纳入医保,普通门诊有起付线等多种约束。基层医疗卫生机构与公立医院的用药目录差别较大,基层医疗卫生机构的药品品规常常不能满足患者的需要,导致患者不愿到基层就诊^④。同时,基层医保住院支付比例较高,导致患者小病也会要求住院。因此,目前医疗保障制度在推进分级诊疗方面发挥的作用有限。

(二) 分级诊疗的现实困境及原因分析

1. 分级诊疗的现实困境

总体上看,除了少数地区之外,分级诊疗工作开展普遍不甚顺利,实际成效有限,并在多个方面陷入了困境。具体来看,主要存在以下3个方面的困境。

第一,基层医疗服务能力难以提升。医疗服务质量的高低在很大程度上取决于医务人员业务能力的高低。因此,良好的基层人才激励机制和完善的人才培养机制在推进分级诊疗中能起到事半功倍的效果^⑤。然而,目前我国基层医疗机构人才建设却陷入困境。其一,基层医疗机构人才存量不足、质量不高,增量还难以保证。全科医生需求缺口极大,且现有基层全科医生

① 《国家卫生健康委介绍〈解决贫困人口基本医疗有保障突出问题工作方案〉等有关情况》,中国政府网:http://www.gov.cn/xinwen/2019-07/09/content_5407681.htm, 2019年7月9日。

② 翟运开:《基于远程医疗的分级诊疗体系建设研究》,《中国卫生事业管理》2016年第8期。

③ 李婷等:《“互联网+”视角下的分级诊疗体系构建》,《中国卫生经济》2016年第12期。

④ 余瑞芳等:《分级诊疗下基层医疗卫生机构的发展现状及建议》,《中国全科医学》2016年第28期。

⑤ General Medical Council of England, *The State of Medical Education and Practice in the UK*, 2012.

的培养质量低，以转岗培训为主，学历和职称普遍较低，部分乡村的“赤脚医生”过渡到现代全科医生水平尚需时日。其二，基层医疗机构人员工资待遇低、社会认同感不强^①，配套的薪酬制度滞后，无法在收支结余中提取奖励基金^②，难以调动基层医务人员的积极性，导致基层医疗机构既无法留住人才又无力引入优秀人才。同时，我国很多地区实行基层医疗机构收支两条线管理方式，在用药、设备购置等方面也面临诸多限制。低效的人才激励机制和培养机制，加上财政收支管理体制的滞后，共同造成了基层医疗机构服务能力低下的局面。

第二，医疗机构之间的分工协作格局难以形成。虽然近年来医联体建设如火如荼，但实际效果却有限。医联体建设“强基层”和“促分工协作”这两大目标都没能很好实现，特别是在促进医疗机构的分工方面陷入困境。大医院门诊及常见病诊治占用相当大比例的医疗卫生资源已成为常态，职能分工界限模糊；同时，大型医疗机构把控大量优质医疗资源，不愿让渡既得利益，各层级医疗机构之间只有分离经营而无联合协作，医疗机构主体和资源彼此割裂。由于“强基层”和“促分工”会对大型综合医院和上级医疗机构的既得利益造成冲击，由此造成的利益藩篱似已成为改革“禁区”，难以突破。分级诊疗的实现有赖于各项医疗管理制度的良性运转与协调^③，若打破大型医疗机构的利益藩篱，对各层级医疗机构进行有机整合，分级诊疗的推进仍将徘徊不前。

第三，居民对基层医疗机构的信任缺失问题难以解决。相比其他服务业，医疗服务业的供需方之间具有更高的信息壁垒，极易造成医患之间的信任缺失。基层医疗机构基础的薄弱，与居民对医疗资源质量的要求产生矛盾，导致医患信任问题在基层医疗机构层面尤为显著。同时，医患信任缺失还会使患者的不信任进一步固化，即使在基层医疗卫生机构服务能力有所提升的情况下，居民可能依然保持直接跳过基层医疗机构而到上级医疗机构就医的习惯，从而严重阻碍分级诊疗的推进。

2. 分级诊疗现实困境的原因分析

造成我国分级诊疗陷入前述困境的原因，主要为以下 6 个方面。第一，长期以来形成的医疗资源分配格局难以在短期内调整到位。我国的现代医疗体系发展起步较晚，底子薄弱、发展经验不足问题突出，加上我国本来就存在着很大的区域经济发展水平差异，既有的医疗财政体制也不利于基层医疗机构的发展，医疗资源的区域差异日益加大的趋势难以在短期内得到根本性扭转。加之在“旧医改”时期大型医院的无序扩张，加快了大医院的优势积累速度，进一步拉大与基层医疗机构之间的差异，并且旧有体制至今都在影响着医疗资源分配格局，形成了路径依赖，难以在短期内全面扭转。

第二，医疗卫生体制改革没有直面阻碍分级诊疗格局实现的根本利益调整问题。2009 年发布的《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》从公共卫生服务体系、医疗服务

① 朱恒鹏、林绮晴：《改革人事薪酬制度 建立有效分级诊疗体系》，《中国财政》2015 年第 8 期。

② 郑蕾：《分级诊疗制度建设的影响因素分析及对策研究》，《中国医院管理》2016 年第 11 期。

③ 李珊珊、黄滢：《分级诊疗的本质、制度性障碍与对策建议》，《中国卫生经济》2016 年第 12 期。

体系、医疗保障体系、药品供应保障体系等4个层面提出了具体要求,但大多停留在工作要求层面,没有涉及医疗卫生制度的改革。医疗卫生制度的改革涉及对现有医疗资源分配秩序的调整,但目前在各个层级的文件中都没有涉及这类重大利益的调整性规定。《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》在建立完善利益分配机制方面也仅仅提到了一些间接性的方案^①。从现实来看这一类不涉及根本利益调整的政策要求在地方实践中因自由裁量空间过大而更容易受到既得利益者的制约。此外,医疗机构管理的碎片化也使得利益调整相关的制度从制定之初就面临着大量的行政成本,加大了改革难度。

第三,医疗机构管理的碎片化阻碍了分级诊疗的实现。我国的医疗卫生机构依然存在着不同类型的管理主体,有些医疗机构直接归属地方管理,在地方管理的医疗机构中也有属于不同层级政府部门主管的情况,有些医疗机构直接隶属于中央部委、部队或企业管理。这种碎片化带来的直接问题是相关政策难以顺利出台,出台后也难以推进实施。

第四,现有分级诊疗推进手段力度弱,难以达到分级诊疗的目标。从推进分级诊疗的几个主要手段的实行情况来看,其力度弱是分级诊疗体系无法顺利建立起来的重要原因。一是促进分级诊疗的改革政策或推进方式大多没有能够在实践中触及到根本性的问题,即直接面对区域医疗资源差异或机构分工问题。二是分级诊疗推进的手段缺乏魄力,如涉及大医院切身利益的门诊和治疗分开都尚未得到关注,目前的医联体建设虽然倡导医联体内的分工,但实际上是“协作”多“分工”少。三是目前医联体与医保改革并不完全合拍^②,制度设计不够合理^③,无法充分发挥医保的杠杆作用。

第五,医疗卫生人才供给机制不利于分级诊疗体系的形成。医疗卫生人才供给不足会致使整个分级诊疗秩序失去形成的基础,也无法从根本上提升整个国家的医疗卫生服务水平。我国医疗卫生教育的总体层次还比较低,且人才的供给和流向都有利于大医院,无法为分级诊疗的建立提供可持续的人才保障。目前普遍存在的全科医生缺乏问题就是这种矛盾的具体体现。

第六,医保在分级诊疗中的作用没有得到有效发挥。医保促进分级诊疗目前主要依靠的报销比例差异化方式在实际工作中作用有限^④。在弱基层的现实无法根本上改变的情况下,越是医疗水平差距大的地区患者的就医权益受损就越大,因为他们为了治好疾病而不得不选择报销比例低且路程远的医疗机构,这使得相关的改革背离了分级诊疗和医保制度的初衷。此外,基层医疗机构医保药品目录规范、病种支付方式没有为适应分级诊疗做出必要的调整,也使得医保制度对于分级诊疗的推进作用难以发挥。

① 通过改革医保支付方式、加强费用控制等手段,引导二级以上医院向下转诊诊断明确、病情稳定的慢性病患者,主动承担疑难复杂疾病患者诊疗服务。完善基层医疗卫生机构绩效工资分配机制,向签约服务的医务人员倾斜。

② 刘磊等:《重庆市医联体医保支付改革研究》,《中国全科医学》2019年第11期。

③ 陈虹等:《医联体建设助推分级诊疗实施策略》,《现代医院》2018年第8期。

④ 高秋明、王天宇:《差异化报销比例设计能够助推分级诊疗吗?——来自住院赔付数据的证据》,《保险研究》2018年第7期。

三、分级诊疗的“理想模式”与发展方向调整

（一）分级诊疗的“理想模式”

理论与国际经验分析表明，分级诊疗不是一种制度，而是一种医疗服务供求有序、资源合理配置的理想状态和体系。在这种状态中，医疗卫生体系能够合理高效运行，形成一种医疗服务信息无障碍流动、不同级别不同类型的医疗机构承担不同难易程度疾病诊疗工作，患者“按需就诊”的诊疗格局。不同医疗机构在明确各自职能的前提下分工协作，保障患者得到连续性的、适宜的诊疗服务。具体来看，理想的分级诊疗具备以下几个特征：一是在医疗服务供给端，具有强大的基层医疗服务保健体系、专业化的专科医疗机构；各级医疗机构对病人的病情相关信息进行充分的共享；初级保健系统、二级和三级医疗机构各司其职，全科和专科诊疗配合良好，共同为患者提供连续性、全方位的诊疗服务，达到急慢分治、大小分流，上下转诊通畅，康复在基层的病患流动机制。二是在医疗服务需求端，患者可以在最近的距离、最快的时间得到最适合的医疗服务，没有不必要的重复检查，得到保障的方式是最具性价比的，因此这种体系下的患者满意度最高，医患关系和谐。三是在价值追求方面，效益和公平兼顾。医疗机构的专业化分工程度高，形成有利于全科医学和专科医学共同发展的良好局面，医疗服务供需得到更好的匹配，从而在整体上提升国家的医疗服务供给效率和质量。在公平性上，尽量减少患者不必要的就医成本，从根本上提升社会弱势群体的优良医疗服务可及性。四是在政府的角色特征方面，财政体制、卫生管理体制、医疗保障制度都形成了适应分级诊疗体系的制度安排，使得医疗机构之间、患者和医疗机构之间形成良性的动态博弈机制，且这种机制始终是有利于维持分级诊疗体系的。当然，理想的分级诊疗不可能一蹴而就。我们需要的分级诊疗是一个不断接近“理想”状态的医疗服务供求状态，分级诊疗改革推进的过程就是不断接近这种理想状态的过程。

（二）分级诊疗发展方向的调整

前文的分析表明，从政策制定到各地实践情况来看，我国基本形成了以医联体建设为主，对口支援、远程医疗、家庭医生签约制度、医保制度改革并行的分级诊疗推进方式。虽然取得了一定成效，但是，分级诊疗工作开展普遍不甚顺利：供给端方面，医疗资源的专业化细分和协作尚未形成，基层医疗服务能力弱；需求端方面，患者需求和医疗资源信息之间的信息不对称现象严重，居民对基层医疗服务的信任度严重偏低。这两个方面共同作用，造成医疗资源的供给端和需求端无法有效对接、医疗资源配置低效的局面难以改变。这意味着，未来的分级诊疗推进与发展需要调整方向。

1. 由“制度思维”向“体系思维”转变

目前是将分级诊疗单纯当作一项制度去推行，这是一种认识上的误区。分级诊疗是一种制度体系形成的结果和状态，因此，分级诊疗的推进应当以实现有序的、符合客观规律的诊疗秩序这一系统性结果的呈现为目标。“分级诊疗的相关制度建设”和“分级诊疗制度”这两个概

念的区别在于,前者更加注重为分级诊疗提供制度性保障,是一种系统思维指导下的制度体系建设;而后者则直接将整个分级诊疗作为一项制度,结果很容易陷入“制度的自我实现”的误区。因此未来的分级诊疗相关改革中需要注重“分级诊疗相关制度的建设”,注重制度与制度、制度与现实间的有机联系,构建以“结果导向-目标制定-手段实施-效用评价”为主体思路的分级诊疗全方位体系。在结果导向方面,分级诊疗应该更加注重“病有良医”这一结果。^①2017年,党的十九大作出了“实施健康中国战略”和“为人民群众提供全方位全周期健康服务”的重大部署和战略安排。在新时期,分级诊疗也要服务于“健康中国”战略,并成为重塑我国医疗服务体制的重要内容^②。因此分级诊疗体系的建构也应当从过去单纯的医疗结构整合调整为以健康为目标进行价值链整合;从过去以医院为中心进行的组织架构设计调整为以患者为中心的病史监测、诊疗咨询、康复指导、健康管理等一系列服务流程再造。在目标制定方面,分级诊疗作为一个有序运转的整体,必须对“强基层”和“优上层”两手抓,突出上级医疗机构的资源、技术、人力等优势,将提升整个体系的医疗服务水平作为工作总目标。在实施手段方面,从宏观上讲,分级诊疗的所有手段实施必须服务于形成统一的、连续的、有序的就医格局这一目标,因此无论是现行的医联体建设、对口支援还是远程医疗等手段,都不能单方面推进,必须相互配合协作,形成分级诊疗“手段系统”,避免效率冲突或是抵消;从微观上讲,慢病治疗、未病防治以及健康管理等方面的工作更是未来属于基层医疗机构的服务范畴。因此,除了完善基层医疗机构的建设之外,其他社会主体的基础性功能也不容忽视,例如可通过对医保药店的财政补贴等手段提升其对基础性健康防治知识的普及功能。在效果评价方面,分级诊疗体系的建设和评价不但需要抽象的目标和可操作的手段,也需要具有可控性的指标和评价标准。例如,基层首诊率、双向转诊率应达到何种程度才能称之为达到分级诊疗的“合格”状态?某种疾病分类标准是否适用于所有地区?医疗机构上下联动不同模式的效率如何?通过建立标准化评价指标,可以形成长效监管机制,对分级诊疗不同模式的实施效果进行监督和评价。

2. 相关改革由“浅层探索”向“纵深推进”转变

从新医改实施至今,在纵深改革上成效有限。究其原因,与既有的医疗卫生格局调整涉及面广、复杂性有关。在分级诊疗推进乏力、相关推进手段受到重重制约的背景下,医疗卫生体制改革迫切需要向纵深推进。应进一步完善分级诊疗的顶层设计和规划,清理和纠正阻碍分级诊疗的规定与政策,从全局出发,以实现民众健康权的保障为目标,着眼于建立有序的医疗服务市场格局。逐步建立起适应新时代要求的健康管理体系、医院分类管理体系、人力资源培养体系及相应的社会医疗保障制度。

第一,在初级卫生体系中引入竞争机制。其方式包括两种,一是组织层面,包括医疗机构之间的横向竞争及纵向竞争。县域间或市区间的竞争机制有利于打破地域界限,基层医疗机构之间一定的竞争可以丰富患者的选择,提高服务质量。二是医疗工作者层面,应当将家庭医生

① 申曙光、张家玉:《医保转型与发展:从病有所医走向病有良医》,《社会保障评论》2018年第3期。

② 谢宇:《我国分级诊疗发展历程及政策演变研究》,《中国医院管理》2017年第3期。

签约制和医生自由执业改革配套推进,以利于形成医疗机构、医护人员、患者3个群体相互制约和监督的格局。由于基层医疗机构提供的医疗服务更具有同质性以及医患之间的信息不对称程度相对较小,因而,基层通过引入竞争机制来提高医疗服务水平具有现实可行性。

第二,有效推进大型公立医院改革,转变盈利机制,正确定位其在分级诊疗中的供给角色。需要在大医院逐步取消普通门诊,减少与基层医院的服务重合面,探索大型公立医院的盈利机制创新,真正回归公益性定位,重新设计医生的薪酬体系,从根本上减少过度医疗和大型医院过度扩张,同时在医生个体层面创建更多的激励机制以维持医疗服务供给的质量和数量。大医院提供的医疗服务作为准公共产品具有3个方面的特殊性。一是其高度的专业性决定了服务供给方的绝对优势地位;二是医疗服务直接涉及人的生命机体,而生命机体对于个人绝对是最为重要的“资本”,专业性强的医疗服务供给结果往往在机体上具有不可逆转性,导致服务购买方对卖方可靠性的要求会比其他类型的服务更为严格;三是医疗服务技术的进步需要大量的投入,必然带来医疗服务价格的上升,但人民健康对于国家而言是重要的民生保障,因此基本医疗服务范畴内的医疗服务供给应该具有公益性。以上3点特性共同决定了大型医疗机构不可能实行完全的市场化操作。目前的改革比较被动正是因为公立医疗机构的定位与定性还是不清晰。

第三,积极推动医疗信息的公开化。在医疗服务供求市场上,供需双方面临的最大问题是信息不对称,占据强势地位的一方很容易产生道德风险。这就是即使在市场化运作的专科医院,患者依然面临较大医疗风险的原因,可见信息不对称并非单纯引入竞争就可以解决的。应当促进医疗服务价格以及相关评价特别是医疗服务质量评价的公开化,允许居民了解其他病患的就诊情况。为此,在国家层面上,可以积极进行公共医疗信息平台建设^①,增加患者的信息获取渠道。此外,应当允许患者“用脚投票”,以制约公立和私立医疗机构的行为。也可以考虑由政府部门为公众提供医院的医疗服务价格信息^②。

第四,在条件具备的地方推行强制性基层首诊。如前文所述,长期以来居民形成的就医习惯难以在短期内改变。另外,随着人们收入水平的提升,往往直接考虑去他们认为“更好”的机构诊疗。应当在基层医疗机构发展水平较高、医疗机构分工协作较为明确的地方制定强制性基层首诊规则,完善双向转诊机制,形成分级诊疗需求端的制约机制。未来可以通过不断扩大这种强制基层首诊的空间与病种范围来推行分级诊疗。

第五,强化医保制度在推进分级诊疗中的作用。在目前基层医疗服务能力弱的情况下,医保报销制度不能也不应当被寄望于成为促进分级诊疗的重要方式。医保制度首先要服务于民众医疗保障需求的满足,但也需要适应分级诊疗的需求。重点是对阻碍分级诊疗实现的具体规则做出修正和完善,如药品目录、支付方式、支付比例应当变得更加有利于分级诊疗的实现。

第六,同步开展健康管理体系建设与分级诊疗体系建设。无论是宏观层面的医改,还是具

① 郭小聪、吴文强:《费用角逐、消费者赋权与合作治理——政医患三方博弈的生成、演化和解调》,《中山大学学报(社会科学版)》2017年第4期。

② 孙洛平:《医疗服务市场的竞争性分析》,《中山大学学报(社会科学版)》2008年第2期。

体的分级诊疗推进,其最终目的都是为了给民众提供一个健康保障网络。在我国综合国力不断增强但人口结构产生新挑战的背景下,必须抓住全民健康建设的契机,主动将分级诊疗相关制度改革的推进与健康管理体系的建设相结合^①。如前所述,“罗湖模式”“天长模式”已经体现了这一特征,值得进行经验总结与推广。在建立健康管理体系方面,需要注意社会零售药店作用的发挥,助力真正实现医药分离、处方外流。作为分布广泛、可及性很强的社会零售药店网络需要被纳入健康管理体系建设的主体中,并加强其在慢性病、自我预防等方面的作用。

3. 由“急功近利”向“长远规划”转变

分级诊疗体系的建立并非一日之功,构成有序诊疗状态的各个环节需要相关利益方经过长期博弈后达到一种协调和平衡状态。“急功近利”思维下的对策或可缓解当下的某个具体问题,但无法从整体上摆脱困境,且容易陷入新的矛盾,无法实现体系的良性可持续运转。因此,在推进分级诊疗的过程中,不但需要集中精力解决当前问题,更需长远规划、积极筹谋未来,在确定改革的长期目标之基础上确定中短期目标。

第一,在卫生人才培养、卫生科研水平的提升方面进行长期规划。目前基层医疗人才需求缺口巨大,人才供给结构失衡,全科医生不足问题突出。寄希望于大型医疗机构人才“输血”基层的推进模式难以存续,必须另行建立长效的人才培养机制。从长远来看,在人才培养方面,需要提升医学教育的水平,优化专业设置,在科学预测未来全科医生需求的基础上调整招生和培养方案;在人才结构上,要形成护理人才、全科医生、专科医生(医学研究人员)等3个层次的人才培养体系。此外,分级诊疗不应只是着眼于基层医疗,也要着眼于三级医疗机构能力和优势的发挥,并在此基础上为居民提供水平不断提高的连续性的医疗服务。在这个方面,以疑难危重病治疗能力提升为核心的医疗科技规划也应当被纳入分级诊疗的整体与长远规划。这是不断提升整个医疗服务系统对疾病的应对能力的基础。

第二,充分考虑我国的国情,特别是城镇化、少子老龄化等一些涉及医疗服务需求格局变化的大趋势,提前预判分级诊疗秩序的未来走向。如城镇化的持续推进带来两个问题,一是乡村的空心化问题,部分基层医疗机构可能面临“空转”,二是人口流向大城市的过程中医保分割性^②和碎片化如何解决,与分级诊疗相关制度之间该如何配合的问题,这些都需要更多的前瞻性规划和安排。又如,随着老龄化程度的加深,日常健康服务需求和医疗护理费用剧增^③,基层医疗机构在此过程中应该担任何种角色也需要进行系统的思考、规划和布局。

① 申曙光、张家玉:《医保转型与发展:从病有所医走向病有良医》,《社会保障评论》2018年第3期。

② 骆为祥:《中国成年人医疗保险未参保状况及影响因素研究》,《社会保障评论》2019年第1期。

③ 王杰秀、安超:《全球老龄化:事实、影响与政策因应》,《社会保障评论》2018年第2期。

What Kind of Hierarchical Medical System Do We Need?

Shen Shuguang¹, Du Ling²

(1. School of Government, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510006, China;

2. College of International Education, Guangdong University of Finance, Guangzhou 510521, China)

Abstract: The implementation of the hierarchical medical system is the core strategic requirement for deepening the reform of China's medicine and health care system, and the key to the success of health care reform. In recent years, China has made some headway in implementing the hierarchical medical system, but overall, the reform is slow and even stalled in some areas, with many difficulties and obstacles ahead. There exist problems in terms of policies and their implementation, as well as theoretical misunderstandings and institutional constraints. This paper takes the analysis of the contradiction between supply and demand of medical facilities and services as the starting point, and then clarifies the origin, implications and realities of the hierarchical medical system from both theoretical and practical aspects. On this basis, this paper systematically analyzes the difficulties in the implementation of the hierarchical medical system in China and explores the underlying reasons, and finally puts forward some suggestions for the future development of the system.

Key words: hierarchical medical system; resource integration; practical difficulties; policy shifts

(责任编辑:仇雨临)