

疫情后推进分级诊疗面临的挑战和对策

付明卫

(中国社会科学院经济研究所,北京 100836)

摘要:新一轮医改2009年启动以来,中国的分级诊疗状况没有得到根本改善,大医院看病拥挤状况未见好转。这不仅使“看病贵”问题进一步恶化,而且就目前而言,也不利于新冠肺炎疫情防控。分级诊疗状况日益恶化的根本原因是,中国的公立医疗体系施行行政等级化管理制度,给等级越高的医疗机构分配更好的资源。大型公立医院在抗击新冠肺炎疫情中的出色表现,使得各地纷纷新建大型公立医院,民营医疗不可靠的错误观念再次兴起,给推进分级诊疗带来巨大挑战。促进分级诊疗有必要大力发展民营医疗。疫情后推进分级诊疗可从几个方面入手:建立医保定点医生制度和强制性信息披露机制,取消新进医生的事业单位编制,废止社区卫生服务中心和卫生院的收支两条线制度。

关键词:分级诊疗;自由执业;定点医生制度;强制性信息披露机制

中图分类号:F062.6 **文献标识码:**A **文章编号:**1001-022X(2022)06-0136-012

一、分级诊疗缺失不利于新冠肺炎疫情防控

新型冠状病毒肺炎(下文简称“新冠肺炎”)疫情爆发以来,在以习近平同志为核心的党中央领导下,我国的疫情防控取得了举世瞩目的成绩。然而,疫情也给我国的卫生医疗体制带来了巨大挑战。根据国家卫生健康委员会官方网站提供的数据,截至2022年8月21日24时,中国大陆31个省(自治区、直辖市)和新疆生产建设兵团累计报告确诊病例239851例,累计死亡病例5226例^①。尽管没有专门的统计,但现实中确有不少居民是在大医院看病时感染新冠肺炎的。由于基层医疗机构缺乏患者信任的医生,中国居民尤其是城市居民生病后,一般不是首先到基层医疗机构就诊,而是直接去大医院就诊,导致大医院看病拥挤。尤其是疫情爆发初期,由于当时病情不明,新冠感染者和普通感冒患者都拥向大医院。患者在大医院候诊时间长及过度拥挤,不利于疫情防控。换言之,如果中国居民患病后不是蜂拥至大医院、而是先到基层医疗机构就诊,那么上述扎堆看病问题就会得到极大缓解,也将极大减轻各大医院的疫情防控压力,提高就诊效率。

收稿日期:2021-11-16

基金项目:国家社会科学基金一般项目“我国医院行业市场机制有效性的实证研究”(17BGL170)

作者简介:付明卫,男,经济学博士,中国社会科学院经济研究所副研究员。

① 数据来自国家卫生健康委员会官方网站:<http://www.nhc.gov.cn/xcs/yqfkdt/202208/f93e5e4d18fe4efc80869b7f984eebcc.shtml>。

居民患病后首先在基层医疗机构就诊,基层救治不了的由医生转诊到相关医院,这样的医疗体系就是新医改矢志建立的分级诊疗体系。2009年3月发布的《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发[2009]6号)标志着中国启动新一轮医改(下文简称“新医改”)。这份文件明确提出建立“基层首诊、分级医疗和双向转诊”的分级诊疗体系。在这样的体系中,居民出现身体不适,会第一时间求诊于家庭医生,不会病急四处投医,因而能降低传播疾病的可能性,并且大幅缓解疫情来袭时的恐慌情绪。家庭医生分离出一般感冒患者和不明病因患者后,将后者分诊到专科医院;即使没能分离出此类病患,这种就医模式下不明病因患者接触的医生和其它疾病患者都很少,从而大幅减少了交叉感染。另外,分级诊疗体系实现了“小病不大治”,不仅减轻患者负担,而且能避免大医院看病拥挤现象。总而言之,分级诊疗体系平时能高效满足居民的常规医疗服务需求,瘟疫爆发时能把恶性传染病的影响降到最低。正因如此,国家在2009年启动新医改时就提出了建立分级诊疗体系,在2015年专门发布了《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发[2015]70号),要求到2020年基本建成符合国情的分级诊疗体系。

遗憾的是,新医改启动以来的十多年里,中国与建立分级诊疗体系的目标渐行渐远。在建成分级诊疗体系的美国、加拿大、德国、法国、澳大利亚、日本、中国香港和中国台湾地区,基层医疗机构的诊疗人次数占比超过80%^①。但是,如图1所示,2009至2019年间,中国基层医疗机构的诊疗人次数占比从71.2%下降到61.0%,每年平均下降1.0个百分点;三级医院的诊疗人次数占比从12.6%上升到23.6%,每年平均上升1.1个百分点^②。显而易见,研究中国未建成分级诊疗体系的原因并提出相关对策建议,是一个十分有价值的题目。

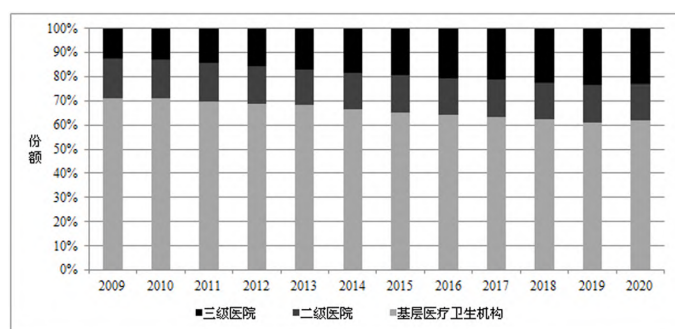


图1 中国的分级诊疗状况

说明:基层医疗机构指三级医院和二级医院之外的所有医疗卫生机构,包括一级医院、未定级医院、社区卫生服务中心(站)、卫生院、门诊部、村卫生室和诊所。数据来自历年《中国卫生健康统计年鉴》。

二、分级诊疗状况日益恶化的原因

中国现行医疗供给体系的典型特征是公立机构占主导。中国现行医疗供给体系源自计划经济时期。20世纪80年代初,这个体系近乎全部由公立医疗机构组成,其中主体是公立医院。军队,

① 这些建成分级诊疗体系的国家,新冠肺炎疫情比中国严重得多,主要原因是他们国民不戴口罩。中国疾病预防控制中心主任高福在2020年3月接受《Science》期刊采访时就表示,不戴口罩是欧美防疫最大的错误。

② 2020年,疫情增加了居民去距离较远的二级、三级医院看病的难度,所以基层医疗机构诊疗人次数占比比上年上升0.8个百分点,达到61.8%。

中央、省、市和县级政府的卫生、教育、民政、司法等部门,以及各级政府下属的国营企业都举办公立医院。时至今日,公立医疗机构依然在中国医疗服务供给体系中占据绝对主导地位。如表1所示,虽然公立医院数约为民营医院数一半、公立基层医疗卫生机构数略微超过民营基层医疗卫生机构数,但公立机构的卫生技术人员、执业医师和床位数占比均超过70%,总资产和医院业务量占比超过80%,基层医疗卫生机构入院人次占比接近100%。特别值得指出的是,三级医院中87.45%的都是公立医院。

表1 2019年中国医疗服务供给体系中公立机构和民营机构的对比

	公立	民营	公立占比
医院数(家)	11930	22424	34.73%
三级医院数(家)	2404	345	87.45%
二级医院数(家)	5912	3775	61.03%
一级医院数(家)	2338	8926	20.76%
基层医疗卫生机构数(家)	507140	447250	53.14%
卫生技术人员(万人)	774	241	76.27%
执业(助理)医师(万人)	285	102	73.65%
执业医师(万人)	238	83	74.24%
床位数(万张)	686	195	77.90%
总资产(亿元)	43722	8126	84.33%
医院诊疗人次数(亿人次)	33	6	85.16%
医院入院人次数(万人次)	17487	3696	82.55%
基层医疗卫生机构诊疗人次数(亿人次)	20	26	43.47%
基层医疗卫生机构入院人次数(万人次)	4184	111	97.41%

说明:基层医疗卫生机构包括社区卫生服务中心(站)、卫生院、门诊部、诊所和村卫生室。表中公立和民营基层医疗卫生机构诊疗人次数(入院人次数)实则为政府办和非政府办基层医疗卫生机构的相关数据,因为《中国卫生健康统计年鉴》没有分公立、民营的基层医疗卫生机构诊疗人次数(入院人次数)。公立基层医疗卫生机构除了政府办的之外,还有事业单位、国有企业等办的。因为2020年新冠肺炎疫情已经蔓延使得有的数据失准,所以此处使用2019年的数据。数据来自《2020中国卫生健康统计年鉴》。

在患者拥有就医自主选择权后,公立机构占主导的特征必然导致患者拥向高等级医院。公立医疗体系为了防止医疗资源被过度使用,出现“公地悲剧”,必然实行等级化管理制度,按照行政等级高低分配资源,监管公立医疗机构的方方面面^①。等级化体制的具体特征是:首先,公立医疗机构按业务水平划分为三级、二级和一级。政策赋予高等级医疗机构的医生更好的福利待遇,更大的发展空间。其次,公立医疗机构的管理部门涉及卫生、编制、财政、人社和发改等多个政府部门。公立医疗机构在人员聘用、设备配置、药品采购和收入分配等方面均没有自主权。最后,公立医疗机构的医生具有事业单位编制身份,不允许兼职,福利待遇水平主要由所在机构的等级和自身职称决定,而与自身医疗技术水平和业务能力的关系不大。这三条特征中的核心是第一条,即医生在越高

^① 杜创、朱恒鹏:《中国城市医疗卫生体制的演变逻辑》,《中国社会科学》2016年第8期,第66-89页。

等级医疗机构获得的福利待遇越好,其它两条是保障医生在越高等级医疗机构获得的福利待遇越好的条件。因为等级越高的机构待遇越好,所以好医生都向高等级医院流动、集聚。由于看病治病服务的质量至关重要,患者都十分倾向于看好医生。在计划经济时期,患者去高等级医疗机构就医须经过严格的审批,故高等级医疗机构没有出现人满为患的现象。改革开放以来,由于之前严格的就医审批不复存在,加上居民收入大幅增加,患者无论大病小病自然都拥向好医生集聚的高等级医院,导致高等级医院“看病难”。

患者拥向高等级医院导致高等级医院不断扩张,“虹吸”基层的优秀医生,分级诊疗状况日益恶化。1979年原卫生部、财政部和原国家劳动总局发布《关于加强医院经济管理试点工作的意见》后,政府大幅减少了对公立医疗机构的各种补助,要求加强经济管理、搞活医院。如表2所示,政府补助在公立医院收入中占比不高,尤其是三级公立医院的政府补助收入占比始终未超过9%。公立医院不能通过改善效率、提高医院收入结余率来改善职工福利待遇,原因有二:首先,公立医院收入结余率高后,政府会减少对它的财政补贴;其次,公立医院是非营利机构,高结余率不被社会所接受。正因如此,如表2所示,公立医院的结余率都不高。公立医院转而通过扩大业务量和业务额来改善职工福利待遇。在结余率给定的前提下,公立医院业务额越大,结余额越多。另外,业务量越大,医务人员和医院能从中获取的“红包”和“回扣”收入就越多。正因如此,三级公立医院对像潮水涌来的患者来者不拒。三级公立医院利用结余不断添置设备、增加床位和“虹吸”基层优秀医生,进一步接受更多的患者,进入不断扩张的循环,导致分级诊疗状况日益恶化。如表3所示,2010—2019年间,单家三级医院的平均床位数由829张增加到1011张,年均增长2.22%,规模扩张速度远远大于二级医院和一级医院;单家二级、一级医院的诊疗人次数和入院人数变化很小,但单家三级医院的诊疗人次数和入院人数基本上分别以2.63%、5.22%的速度稳步增长。由于近90%的三级医院都是公立医院,这些数字描述的三级医院扩张情况基本上就是公立三级医院的扩张情况^①。根据表2,2010—2019年间,每家三级公立医院的平均业务收入年均增长9.18%,远高于二级公立医院的8.65%和一级公立医院的6.69%。恶性循环催生出了众多惟中国独有、规模超过3000张床位的公立三甲医院。譬如,郑州大学第一附属医院拥有编制床位8500张^②,徐州医科大学附属医院开放床位4500张^③。

表2 不同等级公立医院的平均收入和支出

	等级	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
总收入(万元)	三级	42048	49460	55320	60969	66383	71009	77311	83333	88411	96093
总收入(万元)	二级	6279	7280	8363	9243	10153	10535	11517	12549	13106	14073
总收入(万元)	一级	700	862	1013	1073	1128	1090	1262	1342	1384	1487
业务收入(万元)	三级	39126	45785	50161	55536	60658	64040	69830	75023	78908	86252
业务收入(万元)	二级	5648	6513	7412	8178	8972	9060	9802	10644	11091	11916
业务收入(万元)	一级	595	711	821	882	916	875	997	1052	1062	1065
政府补助(万元)	三级	2921	3675	4162	4299	4511	5552	5904	6526	7510	8351

① 《中国卫生健康统计年鉴》不提供不同所有制形式三级医院的业务数据。

② 数据来自郑州大学第一附属医院官网:http://fcc.zzu.edu.cn/s_lan1.htm。

③ 数据来自徐州医科大学附属医院官网:<http://www.jsxyfy.com/introduce/>。

政府补助(万元)	二级	632	767	792	889	990	1271	1483	1645	1726	1894
政府补助(万元)	一级	106	150	148	152	173	176	223	240	267	375
政府补助占比(%)	三级	6.95	7.43	7.52	7.05	6.80	7.82	7.64	7.83	8.49	8.69
政府补助占比(%)	二级	10.06	10.53	9.47	9.62	9.75	12.06	12.88	13.11	13.17	13.46
政府补助占比(%)	一级	15.09	17.46	14.61	14.17	15.34	16.18	17.71	17.89	19.27	25.24
业务结余率(%)	三级	0.06	-0.61	13.73	12.45	11.73	9.44	8.61	7.64	7.47	5.40
业务结余率(%)	二级	-2.92	-4.36	14.61	12.81	11.69	8.42	7.48	5.95	6.15	4.15
业务结余率(%)	一级	-9.41	-13.23	17.78	16.89	16.92	14.50	10.54	8.02	5.92	-5.54

说明:政府补助包括财政补助、上级补助和科教项目补助。业务结余率=100*(业务收入-业务支出)/业务收入%。数据来自历年《中国卫生健康统计年鉴》。

分级诊疗状况日益恶化的直接原因是基层缺乏好医生的状况没有好转。2009年至2019年间,中国医生资源大幅增加,每千人口执业(助理)医师从1.75人增加到2.77人^①。然而,由于高级医院持续不断地“虹吸”,基层依然缺乏值得患者信任的好医生。由于学术界缺乏统一、客观的好医生度量指标,而市场经济国家都要求执业医生至少拥有本科学历,我们简单地把拥有本科学历作为衡量好医生的标准。如图2所示,2020年时,中国乡镇卫生院医生中依然只有29.0%的拥有不低于本科学历的学历,而医院这一比例高达74.5%;2009至2020年间,在好医生的占比方面,卫生院与医院的差距并没有明显缩小;社区卫生服务中心与医院的差距虽然有所缩小,但依然差18.1个百分点。这就表明,基层依然缺乏好医生。

表3 不同等级医院的数量、规模和业务量

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
平均床位数(张)										
三级	829	875	905	935	961	965	992	1009	1008	1011
二级	247	264	278	291	300	293	290	291	283	275
一级	49	49	52	54	55	55	56	58	58	58
平均诊疗人次数(万人次)										
三级	59.23	64.19	66.92	69.29	71.55	70.54	72.93	73.78	72.79	74.83
二级	14.39	15.34	16.06	16.27	16.75	15.64	15.32	15.05	14.25	13.87
一级	2.76	2.72	2.81	2.72	2.64	2.35	2.35	2.21	2.07	2.04
平均入院人数(万人次)										
三级	2.41	2.66	2.91	3.05	3.22	3.22	3.44	3.59	3.65	3.81
二级	0.79	0.86	0.95	0.99	1.02	0.95	0.95	0.95	0.91	0.87
一级	0.09	0.10	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.12	0.11	0.10
数目(家)										
三级	1284	1399	1624	1787	1954	2123	2232	2340	2548	2749
公立占比(%)	97.98	96.50	95.94	94.68	94.27	92.89	92.29	90.26	88.81	87.45

① 数据来自《2020中国卫生健康统计年鉴》。

二级	6472	6468	6566	6709	6850	7494	7944	8422	9017	9687
公立占比(%)	94.31	93.29	91.30	88.60	86.15	81.61	76.37	71.29	66.08	61.03
一级	5271	5636	5962	6473	7009	8759	9282	10050	10831	11264
公立占比(%)	58.45	51.60	47.06	43.01	39.26	37.15	32.17	26.66	22.71	20.76

说明:数据来自历年《中国卫生健康统计年鉴》。

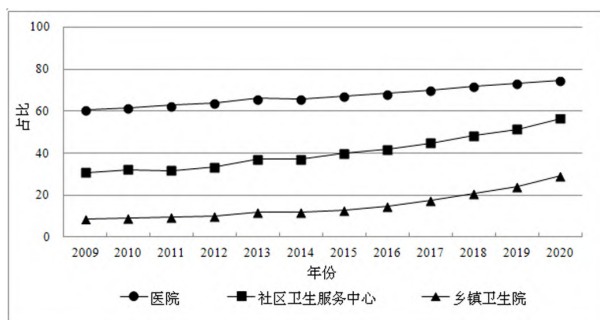


图 2 执业(助理)医师中本科及以上学历者的占比

说明:数据来自历年《中国卫生健康统计年鉴》。

基层依然缺乏好医生的事实表明,专家轮诊、人员培训和医联体等促进分级诊疗的政策是无效的。改革开放以来,根据政策规定,大医院一直在通过培训基层医生、派专家到基层轮诊等方式提高基层医疗机构的诊疗能力。然而,培训医生中优秀的通常就被留在了大医院、并没有再返回基层。到基层轮诊的专家只是杯水车薪,无法改变基层医疗服务能力落后的面貌。新医改启动后,2009年始自江苏省镇江市的“医联体”被寄予厚望^①。2016年发布的《关于开展医疗联合体建设试点工作的指导意见》(国卫医发〔2016〕75号)首段就写道,开展医联体建设“是……促进优质医疗资源下沉,提升基层医疗服务能力,完善医疗服务体系的重要举措,是推动建立合理有序分级诊疗模式的重要内容。”2017年4月发布的《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》(国办发〔2017〕32号)提出,所有二级公立医院和政府办基层医疗机构到2020年全部参与医联体。截至2017年6月,全国已经有1764家三级医院开展了多种形式的医联体建设工作,占全国三级医院的80%^②。根据政策设计,医联体里作为“领头人”的三级医院会常态化地派优质医生到医联体内的基层医疗机构出诊。医联体未能达到预期的分级诊疗效果,原因有二:首先,医联体内各医疗机构仍是独立的法人,各自都以追求收入最大化为目标,彼此间的目标相互冲突。三级医院和基层医疗机构都希望把能创收的患者留给自己,自然不能促进分级诊疗。其次,三级医院派到基层出诊的优质医生,不是长期到基层执业,不能从根本上改变居民基层医疗服务能力低下的观点,使得基层留不住患者。江苏康复医疗集团是镇江市2009年成立的医联体。曾长期担任该医联体“领头人”——镇江市第一人民医院一院长的朱夫在2017年表示:“集团医院和社区之间未找到开展分级诊疗工作的利益平衡点,分级诊疗工作缺乏足够的动力支撑;……基层医疗机构自身实力提升有限,大医院技术和资源的下沉,并没有真正改变基层医疗机构自身造血方式,没有解决基层医疗技术落后的问题”^③。

① 在不改变各医疗机构法人身份的前提下,政府推动不同级别、不同类别医疗机构整合所形成的医疗机构联合体,简称医联体。

② 数据来自新华网:http://www.xinhuanet.com/mrdx/2017-09/03/c_136578358.htm。

③ 朱夫、万祥波、杨扬:《江苏镇江康复医疗集团推动分级诊疗的实践与思考》,《中华医院管理杂志》2014年第4期,第275-277页。

三、疫情后推进分级诊疗面临的挑战

疫情后兴起的大型公立医院好、民营医院不可靠的错误观点,是推进分级诊疗面临的最大挑战。武汉疫情期间,武汉协和医院、中南医院等大型公立医院在确诊、救治新冠患者方面起到了中流砥柱作用,外省驰援武汉的北京协和医院、湖南湘雅医院、山东齐鲁医院和四川华西医院等大型公立医院引人啧啧称赞。这一现象让各地认为大型公立医院好,纷纷规划新建大型公立医院。譬如,武汉2020年7月在蔡甸、江夏、黄陂、新洲四个区各开工新建1家床位不低于一千张的三甲公立医院。河南省卫生健康委员会在2019年初表示今后不大改大建公立医院,但2020年3月表示今后五年要新增162家三级公立医院、新增三级公立医院床位10万多张。据不完全统计,全国范围内已经有近20个地区规划新建大型公立医院。新建大型公立医院一般都是三级医院,投入运营后会进一步“虹吸”基层,对分级诊疗的负面影响立竿见影。

各地没有认识到,新建大型公立医院虽然有助于确诊、救治传染病患者,但并不等于能有效切断传染病传播,减少感染人数。大型公立医院拥有高水平医生和先进设备,在确诊和救治传染病患者上具有优势。但是,大型公立医院建成后,会使得有限的优质医生进一步向大医院集中、加剧社区优质医生匮乏状况,导致患者进一步向大医院扎堆。结果,个别去大医院就诊的传染病患者能迅速感染众多其他就诊者。

各地也没有认识到,不做好预防,一旦传染病爆发开来,新建多家大型公立医院也无济于事。武汉是医疗资源十分丰富的城市,辖区内有10多家床位超过两千张的三级公立医院,20多家床位超过一千张的三级公立医院,其中五家医院是各种中国医院排行榜的“百强医院”。可以说,武汉的医疗资源丰富程度是全国绝大多数城市无可比拟的。然而,即使这样,疫情爆发后,武汉收治患者的病床缺口仍然十分大。火速新建火神山医院和雷神山医院后,床位依然不够。后来建设众多方舱医院才满足需求。其它城市即使新建多家大型公立医院,也很难赶上武汉,故也应对不了几十年一遇的恶性传染病冲击。如果仅仅为了应对几十年一遇的恶性传染病冲击而新建足够多的大型公立医院,那么这些医院平时必然会处于闲置状态,造成极大的资源浪费。

大型公立医院在抗击疫情期间的突出表现和社会舆论对民营医院的素来偏见,不仅使得民营医疗界的抗疫贡献没有得到应有的重视,而且还使得“民营医疗不可靠”的错误观念再次兴起,阻碍分级诊疗建设。如第二部分所述,公立主导型的医疗供给体系是导致分级诊疗缺失的重要原因。要想建立分级诊疗体系,必须大力发展民营医疗机构。实际上,在外国,凡是建成分级诊疗体系的,都有大量民营的、由自由执业的医生举办的全科诊所。“民营医疗不可靠”错误观念的再次兴起阻碍民营医疗机构的发展,妨碍建成分级诊疗体系。根据中国非公立医疗机构协会的不完全统计,截至2020年3月22日,民营医疗界组成了303个援鄂医疗队,派出3199名医务人员,有106家政府定点新冠肺炎、疑似病例和集中隔离医院,提供11230张床位,共确诊5760病例、筛选出疑似病例4226例,康复治疗5409人,治愈出院5622人,隔离留观5739人^①。尽管民营医疗界做出了重要贡献,但是疫情期间“在各地的援助武汉的医疗队伍当中,竟然没有私人(民营)医院加入这场抗击疫

^① 中国非公立医疗机构协会:《中国非公立医疗机构协会关于通报表扬援鄂医疗队和新冠肺炎等定点医院的通知(第二轮)》,中国非公立医疗机构协会官方网站, http://www.cnmia.org/NoticeDetail_07E4F60F0B08484896548D7C714046EB.html。

情的战斗的任何报道”“这一次主动请缨上前线的都是那些国营医院的医生护士,而被寄予厚望的民营医院却没有出一兵一卒”^①等言论传播甚广,使得“民营医疗不可靠”的错误观念再次兴起。这种错误观念不仅认为民营医疗在抗疫时靠不住,也认为民营医疗唯利是图、增加患者看病负担。2003年非典疫情后社会上也兴起过“民营医疗不可靠”的错误观念。许多学者都认为,医疗卫生服务因为公共品、外部性和信息不对称等性质,市场机制是失灵的;非典疫情的大爆发和当时的“看病贵”问题都是因为市场在医疗行业发挥了主导作用^{②③④}。

关于民营医疗机构收费是否高、服务质量是否低,理论上仍未达成共识,但基于外国的经验研究发现民营医院收费不贵、服务质量不低。理论上讲,一方面,公立医院由于逐利动机弱,更乐于提高服务质量,提供低回报率的服务项目(譬如急诊、精神卫生、体外创伤等),为低收入群体服务;另一方面,公立医院由于没有明确的剩余控制权,可能缺乏效率,并且为谋求私人利益提供了空间,从而增加患者负担。然而,众多文献综述表明,以外国医疗机构为对象的经验研究都没发现民营医院收费贵、服务质量低^{⑤⑥⑦⑧}。

两项严格的、基于中国实践的经验研究也没发现民营医院收费贵、服务质量低^⑨。第一项研究基于中国中部某城市公立医院改制的自然实验。该城市共有18家市属公立医院,其中6家在2011年改制为员工持股的非营利性民营医院,8家在2012年改制为员工持股的非营利性民营医院,未改制的4家为中医、精神、省属大学附属等特殊医院。使用23家未改制公立医院作为对照组、利用双重差分法,改研究发现改制形成的民营医院没有延长患者住院天数、过度医疗、恶化医患关系,也没有增加门诊和住院收费水平。第二项研究基于宿迁市公立医院改制的自然实验。宿迁市2000年初开始改制公立医院,2004年完成全市134家公立医院中133家的改制。如图3所示,宿迁2004年完成公立医院改制后,城镇家庭医疗保健支出的增长速度明显低于江苏其它城市。这项研究使用双重差分法发现,宿迁医改降低居民看病费用,增加居民对医疗机构的信任,降低居民患病率。在抗击新冠肺炎期间,宿迁所有民营医院都积极请战,使得宿迁成为江苏省病例最少的两个城市之一,且没有一个二代传播病例^⑩。

① 要闻聚焦:《最狠打脸!举国抗击疫情的都是公立医院,那些民营私人医院去哪儿了?》,搜狐网, https://www.sohu.com/a/369972092_99944437。

② 李玲:《中国应采用政府主导型的医疗体制》,《中国与世界观察》2005年第1期,第169-175页。

③ 国务院发展研究中心课题组:《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议(概要与重点)》,《中国发展评论》2005年增1期,第1-60页。

④ 王绍光:《中国公共卫生的危机与转机》,《经济管理文摘》2003年第19期,第38-42页。

⑤ Frank Sloan, “Not-for-profit Ownership and hospital behavior,” in *Handbook of Health Economics*, ed. Anthony Culyer and Joseph Newhouse (New York: North-Holland, 2000), 1141-1174.

⑥ Pauline Rosenau and Stephen Linder, “Two Decades of Research Comparing For-Profit and Nonprofit Health Provider Performance in the United States,” *Social Science Quarterly* 84 (2003:2): 219-241.

⑦ Karen Eggleston, Yu-chu Shen, Joseph Lau, Christopher Schmid and Jia Chan, “Hospital Ownership and Quality of Care: What Explains the Different Results in the Literature?” *Health Economics* 17 (2008:12): 1345-1362.

⑧ Pedro Barrors, and Luigi Siciliani, “Public and Private Sector Interface,” in *Handbook of Health Economics*, ed. Mark Pauly, Thomas Mcguire and Pedro Barros (Massachusetts: Elsevier, 2012), 927-1001.

⑨ Guanfu Fang and Hui Cao, “State versus Private Provision: How Does China’s Market-Oriented Reform Affect Health Care Delivery,” *Economics of Transition and Institutional Change* 28 (2020:3): 381-411.

⑩ 谭卓盟、王晨:《民营医院在这个城市抗疫中立了大功,但疫情后他们为何普遍焦虑?》,凤凰网, <https://news.ifeng.com/c/7y99xbf39z8>。

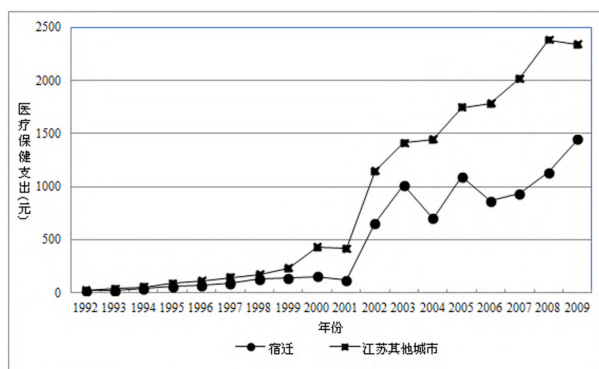


图3 宿迁和江苏其它城市的城镇家庭医疗保健支出

说明:数据来自历年中国城镇住户调查。

四、推进分级诊疗的政策建议

既然我国分级诊疗缺失主要与医疗供给体系由公立机构占主导有关,那么要建成分级诊疗体系,就有必要大力发展民营医疗机构。鼓励民营医疗机构发展,是国家已经确定的政策方针。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》(中发〔2009〕6号)明确指出,鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业,积极促进非公立医疗卫生机构发展,适度降低公立医疗机构比重。之后,国家出台了一系列鼓励民营医疗机构发展的政策,譬如《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见的通知》(国办发〔2010〕58号)、《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》(国发〔2013〕40号)和《关于印发促进社会办医持续健康规范发展意见的通知》(国卫医发〔2019〕42号)等。然而,民营医疗机构的发展状况明显低于政策预设目标。譬如,2012年发布的《卫生事业发展“十二五”规划》明确提出,民营医疗机构床位数和服务量在2015年均要达到医疗机构总数的20%左右。但是,如表1所示,民营医院的服务量占比在2019年时仍未达到20%。事实表明,已有政策没有切中阻碍民营医疗发展的要害。为尽快实现分级诊疗,我们提出如下政策建议:

(一)建立医保定点医生制度

中国社会基本医疗保险(简称“医保”)的支付定点资格目前只面向医疗机构而不是医生个人。虽然中央政策反复强调医保定点要公平对待民营医疗机构,但现实中很多民营医疗机构运营多年后都申请不到医保定点资格,很难吸引来医保患者。由于中国95%的居民都拥有医保,缺乏医保定点资格会让民营医疗机构举步维艰。难以获得医保定点资格让很多想走出公立医院开办民营医疗机构的医生望而却步。

医保部门应尽快改革现行医保支付定点资格制度,施行国际通行的定点医生制度。施行定点医生制度后,医生无需再倚靠医疗机构获取医保签约服务资格,有利于推动其自由执业。民营医疗机构聘用到医保定点医生后即可接诊医保患者。施行医保定点医生制度还强化了医保对医生个人诊疗行为的规范和引导,有利于完善医生个人的声誉机制,大幅减轻欺诈骗保问题^①。施行医保定

^① 2019年3月中国全国“两会”期间,中国国家医疗保障局局长胡静林在回答记者提问时说到,“当前,可以说欺诈骗保的问题是比较严重的,也是相当普遍的”。

点医生制度后,参保人每年自主选择本地的定点医生作为自己的家庭医生。家庭医生负责签约居民的预防保健、常见病治疗和慢病管理。医保根据签约居民数量按人头支付给定点医生,譬如每位居民每年支付 1500 元。在这种制度下,医生在基层能挣得足够高的收入,这就能吸引大医院治疗常见病和慢病的优秀医生到基层执业。施行定点医生制度激励医生做好预防工作,降低居民发病率。医保部门在监管实践中,考虑到暂停某些大型医疗机构的医保定点资格会影响当地参保人就医,没有暂停这些医疗机构的医保定点资格,而是暂停违法违规医务人员接诊医保患者的权限,已经在建立医保定点医师制度上迈出了一步。

(二)建立强制性信息披露机制

强制性信息披露制度减轻医疗行业的信息不对称程度,既能约束医疗机构和医生的违规行为,也能让年轻医生和新设医疗机构迅速获得患者认可。2019 年发布的《关于印发促进社会办医持续健康规范发展意见的通知》(国卫医发〔2019〕42 号)提出建立医疗机构信用评价体系和信息披露制度,搭建可免费公开查阅的公共信用记录网络平台,然而至今未见有付诸行动的地方。国家今后推动此平台建设时,不仅要让平台公开披露各政府部门对医疗机构和医生的相关处罚信息,而且要公布医疗机构收费水平、服务质量等方面的信息。2004 年成立、位于北京、民营的三博脑科医院就迫切希望这样的平台早日成立。据其一位副院长介绍,三博脑科医院做很多神经外科手术的收费比某知名专科医院低很多、质量不差,但很多外地患者都不知道这个信息。国家成立网络平台后,患者能查阅到此类信息,将让三博脑科医院吸引到更多患者,同时促使某知名专科医院降低收费水平。

搭建此类网络平台,不存在任何技术上的问题。中国已有多家社会办的、运行多年的互联网医疗平台,譬如好大夫在线、微医等。这些平台提供医疗机构和医生的详细介绍,以及患者对它们的评价。政府部门建立强制性信息披露的网络平台,可借鉴这些互联网医疗平台的经验,因而不会有任何技术上的困难。政府部门还可以借鉴英国和美国的作法。在公立医院占主导的英国,政府建立了方便患者挑选医院的免费网站“Choose and Book”,提供医院的距离远近、医院不同科室的看病等待时间、死亡率、感染率、门诊量和停车位等信息^①。在民营医院占主导的美国,政府也建立了提供医院距离远近、死亡率、感染率和患者评价等信息的免费网站“Hospital Compare”。

应明确由医保行政部门搭建此类平台。强制性信息披露平台有损医疗机构,尤其是在市场中占据主导地位的公立医疗机构的利益。因为卫生行政部门还没有和公立医疗机构实现“管办分开”,实为一家,所以卫生行政部门为了保护公立医疗机构的利益,建设此类平台的积极性不高。医保行政部门不是医疗机构举办主体,且搭建此类平台有利于其更好监管医疗机构,因而最适合承担搭建平台的责任。目前,国家医疗保障局已经运行的、全国统一的国家医疗保障信息平台已经纳入和公开医保定点机构的名称、级别和地址信息。此平台下一步应公开定点医疗机构和医生的服务数量和质量方面的信息,供居民免费、公开查询。

(三)取消新进医生的事业单位编制

民营医疗机构发展面临的最大困难是招聘不到好医生。中国绝大多数好医生都集聚在高等级公立医院。发展民营医疗所需的好医生,只有靠吸引高等级医院的好医生。然而,公立医院医生基

^① 付明卫、朱恒鹏、夏雨青:《英国国家卫生保健体系改革及其对中国的启示》,《国际经济评论》2016 年第 1 期,第 70 - 89 页。

本上都是有事业单位编制的“单位人”，不能自由流动，不是像外国医生那样的“社会人”。国家之前出台了众多旨在通过鼓励医生多点执业来提高医生资源流动性的文件，如卫生部办公厅《关于扩大医师多点执业试点范围的通知》（卫办医政发〔2011〕95号）、《关于印发推进和规范医师多点执业的若干意见的通知》（国卫医发〔2014〕86号）等，但收效甚微。究其原因，公立医院医生外出多点执业影响其在医院的工作、导致医院患者流失，故公立医院院长反对。欲多点执业的医生迫于事业单位编制身份，不得不屈服于院长的反对。由于公立医院养老金制度与城镇职工养老保险制度已经并轨，取消公立医院医生的事业单位编制仅会降低其工作稳定性，冲击可以接受。取消公立医院事业单位编制，还能让公立医院医生收入不再受公务员、教师等掣肘，实现高收入的阳光透明化。2016年7月22日，国家人力资源和社会保障部发言人在新闻发布会上就明确表示，将“研究制定高校、公立医院不纳入编制管理后的人事管理衔接办法”^①。2020年3月中共中央、国务院发布的《关于构建更加完善的要素市场化配置体制机制的意见》（下文简称“《意见》”），要求畅通要素流动渠道、保障不同市场主体平等获取生产要素。取消公立医院医生的事业单位编制是对《意见》精神的落实。为了减轻改革阻力，可以先从明年开始取消新进医生的事业单位编制。

深圳在取消医生事业单位编制、促进医生自由执业上取得实质性进展。2015年6月《深圳市深化公立医院综合改革实施方案》发布，规定全市新入职医务人员一律不再获得事业单位编制身份。深圳市同期发布的《关于印发医师执业注册和管理方式改革实施方案的通知》规定，自2015年7月1日起在辖区内卫生行政部门注册的医师，可在全市所有医疗卫生机构执业，实现“统一注册、全市通用”。

（四）废止社区卫生服务中心和卫生院的收支两条线制度

上述促进民营医院发展的政策建议不会迅速得到落实。因此，为了尽快建成分级诊疗体系，应通过改革相关制度激发现有社区卫生服务中心和卫生院（下文将社区卫生服务中心和卫生院合称为“基层”）的能动性。实际上，在二十世纪九十年代，基层由于施行“多劳多得、优绩优酬”的人事薪酬制度，留得住好医生，能做内痔环切、胃开切等二级手术，加上离居民近，从而留得住患者。然而，2009年以来，尽管政府大规模的财政投入大幅改善了基层的硬件条件，但基层由于施行“收支两条线”的人事薪酬制度，好医生到基层无法获得合理报酬，纷纷流向城市医院。应废除“收支两条线”制度，赋予基层收入分配自主权、用人自主权和经营自主权，使其能够利用收入分配自主权调动医务人员积极性，利用用人自主权实现人员优化配置，利用经营自主权因地制宜地开展社区居民所需的医疗卫生服务。通过这样的改革使得基层的收入水平和业务模式对高等级医院里适合做家庭医生的医生形成强大的吸引力，让他们自愿到基层多点执业，并最终选择离开高等级医院，扎根基层。在美国、英国、德国、日本以及中国香港和台湾地区，绝大多数医生都不是全职在医院工作，而是在社区开办诊所，同时根据合约在医院出诊。他们能够在社区完成的诊疗业务都在诊所完成，需要转诊医院的再向医院转诊，自然地形成了分级诊疗体系。

湖南省浏阳市的乡镇卫生院是这方面的典型。浏阳市是位于湖南省长沙市的县级市，2019年末拥有149万户籍人口，35个乡镇卫生院。35个乡镇卫生院中，2019年业务收入超1亿元的有2家，超5000万元的有10家，1000万元以下的仅7家。与之形成鲜明对比的是，2019年全国每家卫

^① 任芳：《高校公立医院或取消事业编 将扩大聘用制度推行面》，央广网，<http://news.cctv.com/2016/07/31/ARTIJsR2HPczRwnytejdlSe160731.shtml>。

生院的平均业务收入仅 471 万元,全国每家社区卫生服务中心的平均业务收入也仅 1166 万元^①。浏阳的部分卫生院能开展三级、四级手术。显然,浏阳的卫生院留得住患者。究其原因,就是浏阳市政府给予卫生院高度的收入分配自主权、用人自主权和经营自主权。首先,浏阳市政府考虑到基本药物不能满足卫生院的日常诊疗需要,并未严格执行基层不得配备非基本药物的规定;允许具备能力的卫生院破例开展三、四级手术。其次,卫生院不实行“收支两条线”政策,收入不用上缴,自负薪酬支出,自定分配方案,可将结余的 60% 发放奖金。最后,鼓励卫生院高薪揽才。譬如,集里卫生院 2005 年就用 10 万元年薪、一套 160 多平方米的住房引进了一名神经内科专家;2006 年引进第一位硕士生,成为湖南省第一家有硕士医生的卫生院;此后十几年里引进成熟人才 60 多人。经过多年发展,集里卫生院 2019 年已具备开放床位 1150 张、业务收入 3 亿元的大规模。

责任编辑:赵昆 姚鹏

Challenges and Countermeasures for Setting up a Tiered Healthcare System After the COVID-19 Epidemic

FU Mingwei

(*Institute of Economics, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100836, China*)

Abstract: Since 2009, the functioning of China's tiered healthcare system has been deteriorating year by year, and it has not witnessed improvement in the congestion in big hospitals. This not only worsens the problem of “expensive healthcare”, but also accelerates the spread of the COVID-19. The fundamental reason for the deteriorating status of tiered healthcare system is that China's public medical system implements a hierarchical administrative management regime, which allocates better resource to medical institutions with higher levels. The outstanding performance of large public hospitals in the fight against the COVID-19 epidemic has made many cities plan to build large public hospitals and the recurrence of the misconception that private medical care is unreliable, which bring huge challenges to set up a well-functioning tiered healthcare system. To set up a tiered healthcare system calls for developing private medical care. We propose the following policy recommendations for setting up a tiered healthcare system: establish a doctor-based social insurance reimbursement system and a mandatory information disclosure mechanism, abolish new doctors' identity of Shiyedanwei, and terminate Two-line System of Revenue and Expenditure practiced in urban healthcare center and township hospital.

Key words: tiered healthcare; self-employed practice; doctor-based social insurance reimbursement system; mandatory information disclosure mechanism

^① 根据《2020 中国卫生健康统计年鉴》,2019 年全国共有 36624 家卫生院、9561 家社区卫生服务中心,其业务总收入分别为 1726.26 亿元、1114.80 亿元。由此可得每家卫生院和社区卫生服务中心的平均业务收入分别为 471 万元、1166 万元。