

分级诊疗专题报告——“分级诊疗”及其政策分析*

中国社科院公共政策研究中心 王震

摘要：推进分级诊疗是当前中国医改面临的重大挑战。这一政策的现实背景是在当前的医疗服务供给中，大医院处于“战时状况”，基层医疗机构“门可罗雀”，造成了新的“看病难、看病贵”问题。基于以上背景，本报告深入解析了“分级诊疗”背后的政策冲突，评估了当前分级诊疗的政策措施，并提出了推进“分级诊疗”的政策建议。

关键词：分级诊疗、收支两条线、基本药物制度

“分级诊疗”是近几年中国医药卫生体制改革的“热词”之一。为了推进分级诊疗，国务院专门下发了文件¹，进行了部署，并且提出了近期（2017年）和长期（2020年）的改革目标，要求到2017年“分级诊疗政策体系逐步完善，医疗卫生机构分工协作机制基本形成，优质医疗资源有序有效下沉”，到2020年“分级诊疗服务能力全面提升，保障机制逐步健全，……，基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式逐步形成，基本建立符合国情的分级诊疗制度。”国家卫生计生委2015年全国卫生工作会议以推进分级诊疗作为会议重点。国务院医改办将之作为医改下一步的重点，“分级诊疗体系建立之时或成中国医改成功之日”。²一些省市也都出台了推进分级诊疗的政策措施。

与此同时，对分级诊疗也存在不少“异见”，甚至对“分级诊疗”的定义也存在分歧³。对如何实现“分级诊疗”的目标，采取何种政策框架、使用何种政策工具，也有不同的意见。如何理解分级诊疗，评估当前推进分级诊疗的政策措施，下一步的政策选择在哪里？这是本章的主要内容。

* 本章执笔人：王震，中国社会科学院经济研究所副研究员。本章内容使用了王震、高秋明、朱凤梅等人合作的“北京市推进分级诊疗研究”结项报告的部分内容。中国社科院研究生院经济系蔡雪妮对本章进行了认真的修改，在此一并致谢。

¹ 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。

² “分级诊疗改革是医改的重中之重”，《中国青年报》2016年5月5日。

³ 熊先军，“对分级诊疗的异见”，《中国医疗保险》，2015（10）：11-14。

第一节 “分级诊疗”的政策背景

（一）2009年新医改与基层医疗卫生体制改革

在2009年的新医改方案中，明确了建立“社区首诊、分级诊疗和双向转诊”的政策目标，同时提出了相应的政策措施。这一政策思路中提到的“分级诊疗”虽然强调了患者的就医路径，但更多的是强调患者的“就医秩序”，强调从制度上安排患者的就医选择。与此思路相联系，在政策措施上，一是通过各种措施降低基层医疗服务的相对价格，通过价格优势吸引患者；二是通过基层医疗卫生服务体系建设，提高基层医疗卫生服务的吸引力，将患者留在基层，从而实现“分级”的目标。2009年以来，在医改的进行过程中，则主要是第一个思路得到了落实，主要体现在收支两条线管理和基本药物制度上。

1、收支两条线。基层医疗卫生机构实施收支两条线制度，通过政府财政“包起来”的方式，给予基层医疗卫生机构医生固定的工资收入，同时将医生收入与医疗服务的提供进行切割。其背后的理论依据是，在医疗领域中存在严重的信息不对称，医生通过信息优势诱导需求，产生过度医疗，导致医疗费用过度上涨。实行收支两条线，切割医务人员收入与服务提供之间的关联。但是，这一理论依据背后却忽视了医务人员的激励机制：在收入不与服务提供联系的体制下，医务人员没有激励提供医疗服务。

为了对冲这一缺点，与收支两条线相联系的一个制度是绩效工资制度，行政管理机构的绩效评价需要对医疗卫生服务进行标准化测度，并在不同人员之间进行比较。但是，医疗服务与其他服务不同的一点是，大多数医疗服务难以测度和标准化。因此，为了能够进行绩效评估，行政管理机构的方法有二：一是将服务提供与医务人员的学历、资历、职称、职务等相关联，实际上变成论资排辈。二是主要考核能够测度和标准化的服务，这些服务主要是能够“计件”的公共卫生服务。这样一来，基层医疗卫生机构的主要变成了公共卫生服务机构，基础医疗服务功能严重弱化。

2、基本药物制度。与收支两条线相关的另一个核心措施是基本药物制度。基本药物制度的本来含义是在一些欠发达国家和地区，为了保障基本药物的供应而设立的制度⁴。建立基本药物制度是2009年医改方案的重大任务之一。但是，中国在医改中提出建立基本药物制度与WHO提出的建立基本药物制度的政策目标并不一致：中国建立基本药物制度的主要政

⁴ WHO, 2002, The selection of essential medicines, Policy Perspectives on Medicines, Geneva: WHO.

策目标是取消这些药物的价格加成制度，实施基本药物的零差率销售。这一政策目标的背景则是中国愈演愈烈的所谓“以药养医”与“药物滥用”问题。各地在解决这一问题的过程，采取的措施则是：保持医疗服务价格不变，取消药物加成，同时通过财政补贴弥补医疗机构因取消药物加成带来的损失。

但是，财政补贴受限于地方的财政支出能力与意愿，不能无限制为所有药物提供补贴。因此，设计一个零差率的药物使用范围成为必要条件。基本药物制度的国家基本药物在开始之初只有 370 种。这一药物使用范围的限制对基层医疗卫生机构医疗服务能力的打击是致命的：特别是一些经济发达地区，例如北京、上海等地，基层医疗卫生机构基本失去了提供医疗服务的能力。这也导致了这些地区与中央在这一问题上的争执：最后的妥协办法是在使用基本药物之外，各地也可根据实际情况增补地方基本药物，并允许使用部分非基本药物。

（三）2009 年新医改基层医疗卫生改革的政策后果

从基层医疗卫生机构改革的后果看，收支两条线和基本药物制度，前者确实消除了医疗机构和医务人员提供“过度医疗”的动力，但也使基层医疗卫生机构失去了提供医疗服务的动力；后者确实消除了“以药养医”和“药物滥用”的现象，但却极大限制了基层医疗卫生机构提供医疗服务的能力。对于大部分患者而言，宁可花费更多的时间和成本到大医院就医，也不会就近到价格低廉的社区医疗卫生机构就医。这是我们看到的数据上显示的患者上涌到大医院的背后的主要制度性原因。

从政策实施看，首先财政对基层医疗卫生机构的补贴大幅增加。自 2009 年开始，国家财政对医疗卫生的投入大幅增加，从 2009 年到 2014 年财政医疗卫生支出累计超过 4 万亿。

（表 1）基层医疗卫生机构中，来自财政的收入超过了三分之一。（表 2）全国财政对基层医疗卫生机构的投入自 2007 年到 2013 年提高了接近 10 倍。从北京的情况看，对社区卫生服务中心（站）的财政补助也大幅增加，从 2007 年的 3.6 亿增加到 2013 年的 38.8 亿，增长了 10 倍多，占社区卫生服务机构总支出的比例也达到 34.95%。其次，医保对基层医疗卫生机构就医的报销比例也不断上升，一些地区甚至高达 90%到 95%。

表 1. 财政医疗卫生支出数据（单位：亿元）

	财政总支出	中央财政支出	地方财政支出
2009 年	3994.19	63.5	3930.69
2010 年	4804.18	73.56	4730.62
2011 年	6429.51	71.32	6358.19
2012 年	7245.11	74.29	7170.82

2013年	8279.9	76.7	8203.2
2014年	10176.81	90.25	10086.56
总计	40929.7	449.62	40480.08

数据来源：《中国统计年鉴》相关年份。

表 2. 全国和北京市社区卫生服务中心（站）总支出及财政补助

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
北京	总支出	19.6	33.9	46.4	53.4	75.4	93.6	111.0
	财政补助收入(亿元)	3.6	10.9	13.6	19.1	29.2	35.6	38.8
	财政补助收入/总支出(%)	18.37%	32.15%	29.31%	35.77%	38.73%	38.03%	34.95%
全国	总支出	397.9	258.3	403.6	530.0	667.7	784.5	906.9
	财政补助收入(亿元)	38.4	49.2	79.3	117.4	192.2	260.6	299.3
	财政补助收入/总支出(%)	9.65%	19.06%	19.64%	22.14%	28.78%	33.22%	33.00%

注：全国数据来源于历年《中国卫生和计划生育统计年鉴》，北京市数据来源于《北京市卫生工作统计资料简编》相关年份。

但是，从实施效果看，基层医疗卫生机构的接诊人数却呈现下降趋势。相比于医院，基层医疗卫生机构在门诊诊疗人次和住院人数的占比逐年下降，在门诊诊疗人次方面，基层医疗卫生机构占比从2009年的61.7%下降到2013年的59.1%；在住院患者方面，基层医疗卫生机构下降更为明显，从2009年的31.0%下降到2013年的22.4%。而在不同等级的医院方面，不论是门诊还是住院也都向三级医院集中。（图2、图3）

这种社区医疗卫生服务机构“门可罗雀”，大医院“人满为患”的现象在北、上、广等一线大城市更为严重。这些地区高端医疗资源更为集中，居民获得高端专科医疗服务的可及性远高于其他地区。2013年全国基层医疗卫生机构的门诊总人次占比为59.1%，而北京基层医疗卫生机构门诊总人次占比只有30.1%；总诊疗人次在三级医院间的分布，北京三级医院总诊疗人次占比高达66.7%，而全国只有39.8%。

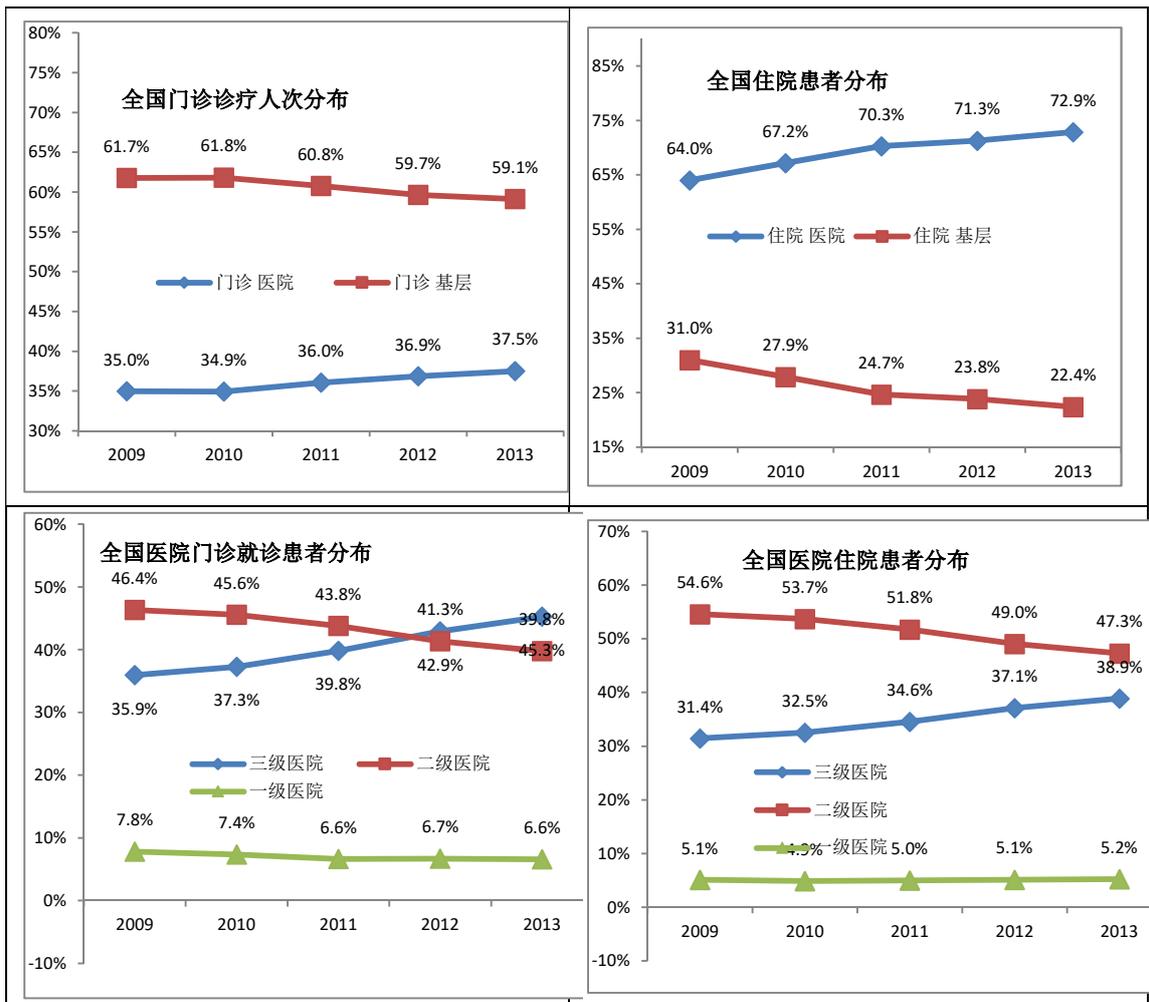
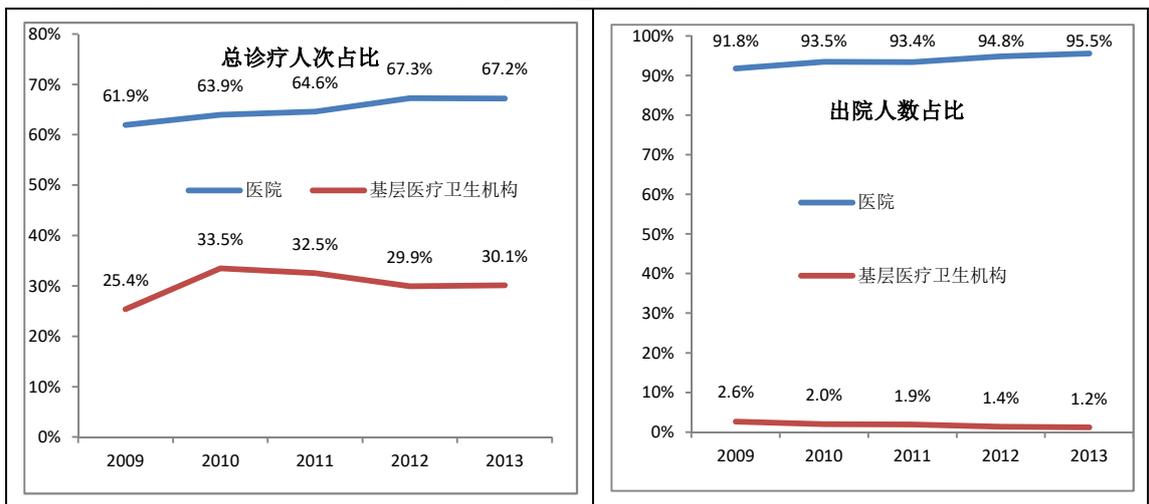


图 1. 全国医院与基层医疗卫生机构、不同等级医院之间的门诊及住院分布
数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴》相关年份。



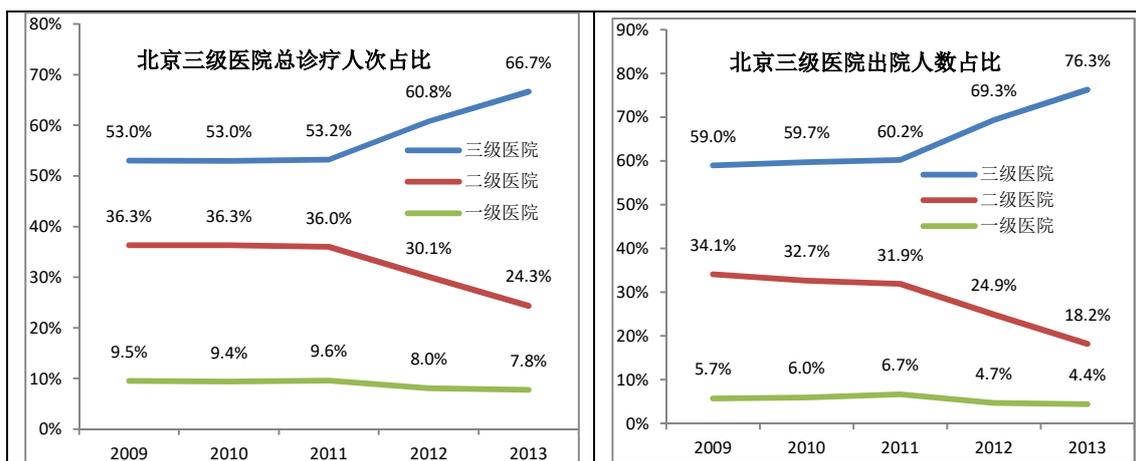


图 2. 北京医院与基层医疗卫生机构、不同等级医院之间的门诊及住院分布
数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴》相关年份；北京市卫生统计提要。

2009 年新医改对基层医疗卫生机构的改革，虽然财政投入了大量的公共经费，但由于激励机制扭曲，不仅没有起到原先设计的“守门人”的作用，而且大大削弱了基层医疗卫生机构提供基本医疗服务的动力和能力。其后果就是患者就医分布的上移，以及与之相关的高素质医生的流失，形成了恶性循环。这是 2014 年以来相关政府部门重新提及分级诊疗，并将之作为政策重点的主要背景。

第二节 “分级诊疗” 背后的政策冲突

（一）“分级诊疗” 的两个政策思路

当前对分级诊疗的界定，存在两个政策思路：一个是从供方的行政化、等级化医疗资源配置安排为前提，要求患者的就医路径遵循“小病在社区、大病进医院、康复回社区”，与医疗资源的等级化配置相匹配。这一政策思路所认为的“分级诊疗”是分等级诊疗，要求患者的就医路径是从“低级”向“高级”转移。

与之相反，从需方的角度出发，以需方决策为中心，并以之对供方资源进行配置，则是另一个思路。这一思路的核心是需方能够在医疗卫生服务中主导决策，能够在不同的就医路径中依据自身的目标和约束条件进行最优的选择。这一政策思路是典型的“患者中心（patient-centered）”的政策思路。

从供方来界定“分级诊疗”，还是从“需方”来界定“分级诊疗”，并制定相关的政策？

回答这个问题，首先需要考察当前我国的经济发展阶段和经济结构变化，以及居民的健康需求结构变动情况。

首先，中国经济已经进入上中等收入经济体。中国在 2014 年的人均 GDP 为 7600 美元，按照联合国的标准，已经进入上中等收入国家。若按照 1.2 万美元的高收入线，那么中国一些地区，比如天津、上海、北京、江苏等地，已进入高收入地区行列；东部沿海地区也都接近高收入行列（图 3）。发展经济学的经验规律显示，随着经济发展水平的提高，人们的需求结构将会发生深刻变化：对服务业的需求超过对制造业的需求；与之相对应，产业结构也发生变化，转变为以服务业为主。而在对服务业的需求中，对人力资本投资型服务业，主要是健康和教育的需求快速上升，并成为主导性需求。

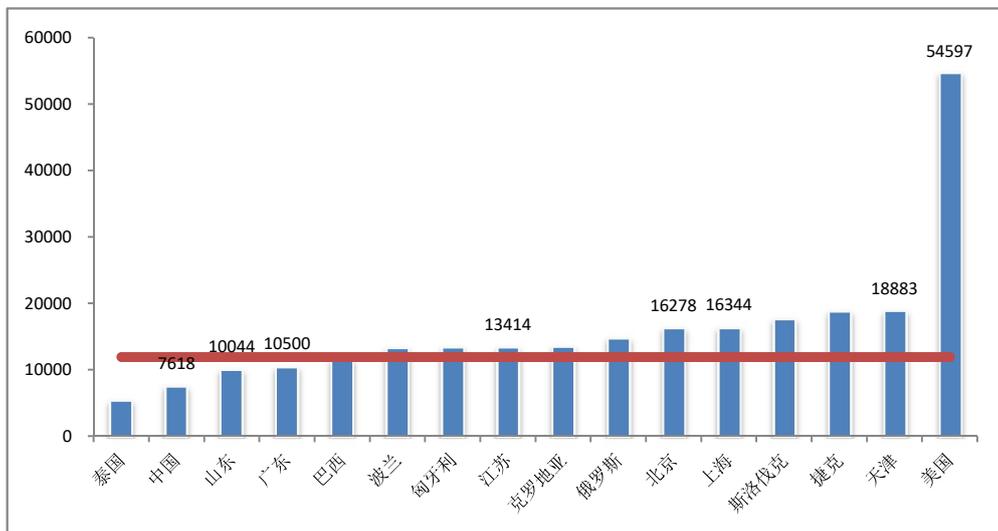


图 3. 一些国家和地区人均 GDP 情况（单位：美元；当年价）

数据来源：World Bank, World Development Indicators; 《中国统计年鉴》。

其次，随着人口老龄化、预期寿命的延长以及疾病谱的变化，居民健康需求结构也发生了深刻的变化，对医疗服务连续性的要求提高。居民对疾病治疗、健康管理、康复护理、生活照料乃至精神慰藉等在内的连续性的服务需求快速上升。

我国的基本经济制度是社会主义市场经济。根据十八届三中全会的精神，市场要在资源配置中起到决定性作用。而市场的决定性作用的体现就是在资源的配置中，要以需方决策为主。经过将近三十年的改革开放，我国已经形成了稳定的市场经济体制，主要的行业都已经实现了市场化。在这样的条件下，医疗卫生体制的改革，包括分级诊疗的推进，也应从居民需求结构的变动出发来进行。从新医改以来的政策措施看，一些问题的出现，比如患者涌向大医院，恰恰是没有尊重需方需求结构变动的结果。

（二）从需求结构变动出发界定“分级诊疗”

界定分级诊疗需要从需方（患者/居民）的就医路径出发：分级诊疗是需方的一种就医路径，在这一路径下，患者的“第一接触点”（first contact）比较固定，通常是“家庭医生”或“全科医生”⁵，且“家庭医生”或“全科医生”在患者的整个诊疗过程中都有参与。在第三方付费（例如医疗保险）的条件下，这些比较固定的“家庭医生”或“全科医生”若与付费方签有费用控制的合同，那么这些“家庭医生”或“全科医生”就被称为“守门人”，这一制度就是“守门人”（Gate keeping）制度。

与分级诊疗的路径相对的是患者没有固定的“家庭医生”或“全科医生”，患病之后的诊疗路径取决于自己的选择。这被称为“开放选择”（Open access）模式⁶。

“守门人”模式与“开放选择”模式本无优劣之分，都是患者在约束条件下形成的最优就医路径；但是，若考虑第三方付费以及医疗费用控制的情况，“守门人”制度成为多数国家和地区的制度选择。特别是在单一的第三方付费情况下（例如全民统一的医疗保险以及公费医疗），由于付费方缺乏竞争，使用“守门人”制度来控制医疗费用不会导致参保人流失，因此这一制度被作为控费的优先选择。即使在付费方竞争的情况下（商业保险），“守门人”制度也成为多数保险公司的选项，其优势就在于能够有效控制费用，从而降低保费⁷。

第三方付费的情况下，供方和需方都缺乏控制医疗费用的激励。为解决这一问题，对“守门人”制度主要实行以按人头预付的付费方式（capitation）。当然，这也容易产生“守门人”为了降低医疗费用支出，而降低诊疗质量、减少医疗服务的行为。为防止出现这种行为，一是供方的竞争，患者（或参保人）通过“用脚投票”的方式在不同“守门人”间进行选择。二是在付费模式中，以按人头预付为基础，加入按服务项目付费的因素，激励全科医生提供服务，在控制费用与提供服务之间进行平衡⁸。

由此，分级诊疗的医疗制度安排，指的是需方的就医及诊疗路径，这一路径首先需要有一个较为固定的“第一接触人”，或家庭医生（全科医生）；在第三方付费的情况下，家庭医生（全科医生）同时成为“守门人”。分级诊疗的第二个含义则涉及到不同类别之间的医疗

⁵ 全科医生或从事初级医疗保险的医生有更高的概率成为家庭医生；当然，在一些国家专科医生也是家庭医生的主要构成部分。

⁶ Linden, M., Gøther, H., Ormel, J., 2003, Pathways to care and psychological problems of general practice patients in a gate keeper and an open access healthcare system: a comparison of Germany and the Netherlands, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Volume 38, Issue 12, pp 690-697.

⁷ Forrest, C. B., 2003, Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *BMJ* Vol. 326, 29 March, 2003.

⁸ Pedersen, K. M., Andersen, J. S., and Sondergaard, J., General practice and primary health care in Denmark, *Journal of the American Board of Family Medicine*, 2012, Vol. 25, No. Suppl 1, S34-38.

服务的协作。

（三）需方出发的“分级诊疗”的意义

讨论分级诊疗的意义，首先需要分析“非”分级诊疗带来的种种弊端。当前中国及北京医疗卫生服务方面存在的一个问题是大量患者涌入大医院就诊，基层医疗卫生机构门可罗雀，从而极易产生医疗服务与供给之间的不匹配。而在“守门人”式的分级诊疗体系下，患者可以得到“守门人”的就医指导，从而降低搜寻成本，极大提高匹配效率。

其次，拥挤到大医院就诊，缺少固定的“第一接触人”，患者与医生之间缺少长期的稳定关系，导致医患之间发生冲突的概率提高。在较短时间内，医生与患者不仅难以建立信任关系，而且双方对信息的掌握、立场的不同，都极易发生冲突。而在分级诊疗体系下，患者的“第一接触人”比较固定，双方之间的信息不对称程度较低⁹，发生机会主义行为的概率较低。医患双方容易建立长期稳定的关系，从改善医患关系。

第三，在第三方付费的情况下，供方和需方都无控费激励，而付费方由于远离就医过程，在按项目付费的后付制下，难以控制医疗费用。患者拥挤到大医院，给定大医院的较高的诊疗费用，控制不合理的医疗费用的难度加大。这也是第三方付费多采取“守门人”制度的主要原因^{10 11}。

第四，随着老龄化社会的到来，以及疾病谱的变化，特别是慢性疾病发病率的上升，一些不便在大医院诊疗和管理的疾病，由于不同类别之间医疗服务的割裂，难以得到合理的真理和管理。合理的分级诊疗不仅是“守门人”制度，而且有利于实现不同层次医疗服务之间的合作（co-ordination），形成“预防-诊疗-康复-管理”的完整的健康管理流程¹²。

第三节 “分级诊疗”政策的评估

（一）当前建立“分级诊疗”体系的主要做法

目前，全国有一些地区开展了对分级诊疗建设的探索。在省级层面，据不完全统计，已

⁹ 可以理解为双方之间的博弈是长期、无限次博弈。

¹⁰ Anderson, G. F., Hurst, J., Hussey, P. S., Jee-Hughes, M., 2000, Health spending and outcomes: trends in OECD countries, 1960-1998, Health Affairs, Vol. 19, pp. 150-157.

¹¹ Boerma, W. G., van der Zee, J., Fleming, D. M., 1997, Services profiles of general practitioners in Europe: European GP task profile study, British Journal of General Practice, Vol. 47, pp. 481-486.

¹² Hofmarcher, M. M., Oxley, H., and Rusticelli, E., 2007, Improved health system performance through better care coordination, OECD Health Working Paper, No. 30.

经有江苏、浙江、四川、青海、甘肃、湖北、山西等省印发了关于分级诊疗工作的专门文件，北京、上海、宁夏、重庆等地在医疗联合体、医疗集团管理相关政策文件中对分级诊疗做出了制度安排。此外，厦门、杭州、青岛等大城市也开展了对分级诊疗模式的探索。

根据侧重点不同，各地的分级诊疗模式可以被归为以下几类：

1. 强制首诊模式

强制首诊模式要求患者必须首先到社区医疗机构就诊。这一模式避开了供方现状是否合理的讨论，直接从利用限制需方选择入手，目标明确，操作方法直接，从政策制定看是实现分级诊疗目标最直接的方法。

以青海省为代表。《青海省城镇职工和城乡居民基本医疗保险分级诊疗制度》规定，参保患者需住（转）院，应在统筹地区内遵循“乡镇中心卫生院和社区卫生服务中心或一级定点医疗机构（首诊医疗卫生机构）→二级定点医疗机构→三级定点医疗机构”分级诊疗和转诊的程序，越级就诊不予报销。同时，对于医疗机构制定转诊率限制。当然，青海的做法可能与其特定的产生背景有关，那就是青海省分级诊疗的提出是在医保基金严重入不敷出的情况下，因此着重需要解决医保基金支出问题。

不过，这一做法背后依旧带有某种指令性的思维特征，关注“要求患者怎样做”，而不是发掘“患者希望怎样做”，难以较好达成“群众自愿”原则。

2. 划定病种模式

即制定疾病分类指南，明确各级医疗机构的诊疗范围及诊疗目录，通过医保报销资格和报销比例的限制手段，力图将特定病种，特别是常见病多发病的诊疗固定在基层。与强制首诊制的“一刀切”不同，划定病种体现了分级诊疗目标中的“急慢分治”思想。

以甘肃省为代表。《甘肃省分级诊疗工作实施方案》为县级医疗机构确定了100个分级诊疗病种，为乡镇卫生院（社区卫生服务中心）确定了50个分级诊疗病种。如相关医疗机构将签约服务范围内的分级诊疗病种患者向外转诊，新农合管理机构将按一定额度扣减新农合补偿资金，并处罚违规的医疗机构。对于患者，未按规定办理转诊手续的，新农合资金不予报销。

划定病种模式提供了医疗机构分工的明确抓手，也为分级诊疗的“绩效”提供了更为具体的衡量指标。对于行政管理部门来说，这一方案简单易推行。不过，与强制首诊制相似，这一疾病分类的实现方式——分配，计划色彩较浓，可能对基层现有医疗能力以及患者的意愿照顾不足。

3. 医联体模式

这是卫生部门在2014年主推的一种模式，主要以三级医院为龙头，通过三级医院、二级医院和社区卫生服务中心的紧密合作，建立“首诊在社区、大病到医院、康复回社区”的就诊秩序以及内部纵向的双向转诊机制。

医联体的组织形式有两种。一种是松散型医联体，即由卫生行政部门给三级医院下达托管或帮扶任务，向基层医疗机构提供人才培养和技术援助。该实现分级诊疗的思路是，三级医院作为国有单位应当承担政府任务，通过对基层的帮扶可以提升基层的诊疗能力，这有助于基层吸引到患者。还有一种形式为紧密型医联体。即以一家三级医院（通常是三甲医院）为龙头，与几家二级医院，几家社区卫生服务机构组成医疗集团，将各层级的权利统一交给作为龙头的三级医院，实现集团内的人、财、物统一调配，从而达到优化医疗资源配置的目的。紧密型医联体实现分级诊疗的思路是，调动三级医院院长的积极性，使其能够从资源整体效率最优的角度出发，进而推动三级医院的医疗资源向基层下沉。

目前，推进医联体发展依然被作为深化医疗卫生体制改革的重要内容，成为各地建立分级诊疗体系的普遍选项。例如，天津市宣布将在2015年建立10个医联体，推进分级诊疗和双向转诊。北京预计到2016年年底全市医联体总数将达50个左右，基本实现全覆盖。

4. 基层医生契约服务模式

也即部分地区所称的“家庭医生”服务模式。基层医生与居民签订健康管理与服务合同，为居民提供预防、保健、治疗一体化的服务，并建立向上级医院的转诊通道。其思路是，通过建立社区医生与居民之间固定的关系，使基层医生能够施加对疾病的频繁干预，从而在治疗多发病常见病方面相比大医院产生优势，继而留住患者。

契约服务模式的地方实践目前有多种做法，均着眼于拓展基层医疗机构的服务内容，承担医院不适宜承担的服务，形成与医院之间的补充关系。目前拓展的服务有两类：一是慢性病管理，由基层医生对患者的慢病情况进行全程监测管理。例如，厦门针对高血压、糖尿病患者推出“三师共管”模式，对于签约入网管理的慢病患者都由三级医院的专科医师、基层医疗机构的全科医师和经过培训认证的健康管理师组成的“三师团队”提供诊疗照护与健康健康管理。二是医养结合（康复、护理）服务，为患者提供上门的检验、治疗、护理。青岛市依托人社部门医疗保险建立的“长期护理保险”制度，与杭州市“医养护一体化签约服务”具有此类内容。

基层医生契约服务模式从建立基层在特定病种的服务优势入手推动分级诊疗。应当特别指出的是，目前大部分地区的签约做法事实上并不能称为真正的家庭医生服务模式。因为这些地区仅将签约作为一种组织形式。对卫生部门来说，签约医生形成了向上转诊的关口，以

此限制患者流出；对医保部门来说，签约增加了对机构按人头付费的管理方式，可以施行结余奖励、超支扣减工资的措施（例如上海试图探索）。但这类签约做法并没有包括发挥基层医生在特定领域服务优势的内容，并不是服务模式转型。真正的契约关系事实上是一种结果，源自所提供的服务都需要医生长期、多次的介入，因而需要依托契约式关系达成良好的服务效果。这是契约服务的核心所在。

（二）各地推进分级诊疗政策措施的评估

从各地的试点而言，推进分级诊疗的政策措施可分为“强制类”和“诱导类”：前者通过强制患者改变就医路径出发，实现从社区首诊到医院就诊的分级诊疗路径；后者则通过提高各种措施，诱导患者到基层就诊。

强制类的主要政策手段是强制社区首诊；从实施强制方的不同可分为医保强制社区首诊和通过行政命令要求医院不得接受非转诊患者的两条路径。医保强制社区首诊的依据是医保通过社区全科医生“守门人”制度，实现合理诊疗，控制医疗费用；而行政命令要求医院不得接诊非转诊患者，则缺乏合理的依据。

医保强制社区首诊能够实现目标的前提条件，一是医保对作为“守门人”的社区医疗机构（医生）有控制力，社区“守门人”有激励提供合理诊疗并控制医疗费用。这一机制主要是通过通过对“守门人”实行按人头预付的的付费方式实现的。第二，作为“守门人”的社区医疗机构（医生）有一定的医疗能力，能够吸引居民签约并接受“守门人”的诊疗建议。

而这两条件，在当前收支两条线和基本药物制度下都不满足：社区医疗卫生机构实施收支两条线管理，医保即使推动按人头付费，社区机构也没有任何动力提供、管控医疗费用。而即使社区机构和医生有提供服务的动力，那么基本药物制度下基层医疗卫生机构用药范围也限制了他们提供服务的能力。

一些实施了强制社区首诊的地区，从其实施效果看，也根本未起到应有的作用，并未实质上改变患者的就医路径。所谓社区强制首诊不过是为广大人民群众增加了一个“麻烦”而已。

第二类措施是“诱导类”，又可分为三类：一是价格“诱导”，通过降低患者面对的实际基层医疗服务价格，引导患者到社区机构就医。在实践中，降低基层医疗卫生服务的实际价格，主要是两个手段：一是取消药物加成，药物零差率销售。之所以降低药物价格，一个很重要的原因是，医疗服务的价格在行政定价体系下，已处于非常低的状态。这也是基层强制

推行基本药物制度的一个主要目的。第二个手段是提高医保患者到基层就医的报销比例，从而降低患者自服费用。

降低基层医疗服务价格的这两个措施，确实能够降低患者到基层就诊的实际自付费用；但是，问题在于降低价格对患者的吸引力并不大。首先，基本药物制度已经将基层用药范围限制在相对狭小的范围；而对于医保的药物报销目录而言，基层的报销目录也远比大医院的小。在这种情况下，即使患者到基层去，也因为无药可用而无法得到有效诊疗。其次，基层医疗卫生机构的实际价格已经很低，医保报销比例也已经很高，一些地区高达90%以上。进一步降低价格和提高报销比例，对患者产生的边际效应非常小。到基层就医给患者带来的实际成本的下降不足以弥补基层医疗卫生服务与大医院医疗服务之间的巨大落差。

“诱导类”的第二个做法就是提高基层医疗服务的水平，从而吸引患者下沉。应该说，这一政策目标是正确的；但在具体落实中，采取的几个具体措施则没有触及问题的根本性制度性原因。多数地区提高基层医疗卫生服务水平的措施，一是指派大医院的专科医生定期下基层坐诊，二是为基层社区医生提供到大医院培训的机会。大医院的医生，特别是高年资的医生，主要是专科医生，在本专业内有很高的技术水平，但是并不是适合到社区做全科医生。强制大医院专科医生下基层坐诊，一年接诊的本专业患者数量太少，既无效率，也是对其他患者的不公平。基层社区医生到大医院培训，确实能够提高水平，但既然多高的水平都与自己的收入无关，多数基层社区医生本就无内在提高水平的动力。

“诱导类”的第三个做法则是通过基层建立与大医院（专科医生）的便利通道，将患者吸引到基层，例如基层社区机构与某大医院建立挂号绿色通道，可以在社区挂大医院的号。如前所述，这与分级诊疗的根本目标是背道而驰的：基层医疗卫生机构成为大医院的一个挂号窗口。

将这些便利措施固定化的一个模式是所谓的医联体。从国际你经验看来，医联体模式确实是实现区域分级诊疗的有效模式，因在医联体内，全科医生与专科医生建立有机合作的紧密关系。但是，通过医联体实现分级诊疗，首先需要二者有较强的利益一致性。在目前的情况下，大医院与基层医疗卫生机构缺乏利益联结机制，更核心的基层医疗卫生机构在收支两条线管理下，根本也无动力。从目前医联体的运作情况看，多数医联体要么成为大医院“虹吸”患者的通道，要么成为一个政治任务，并未实现分级诊疗的目标。

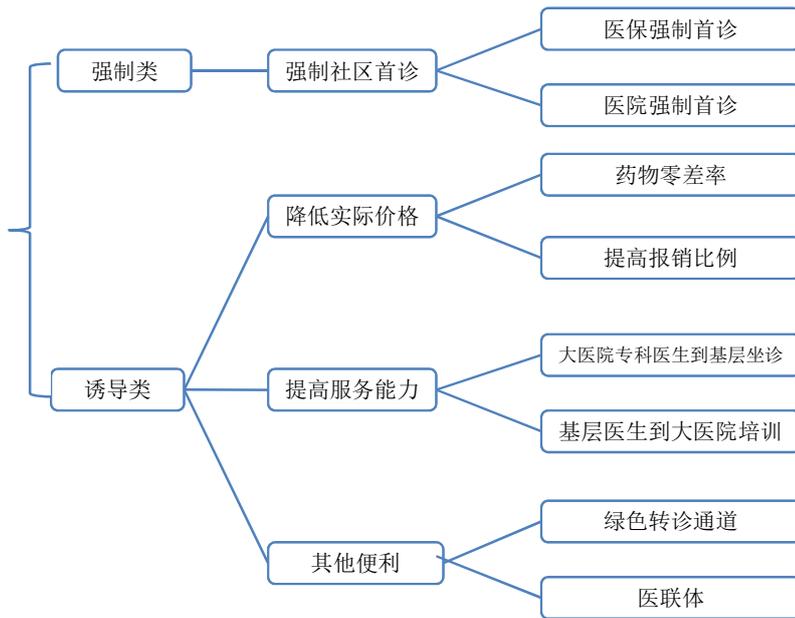


图 4. 各地推行分级诊疗的主要政策手段总结

第四节 结论及政策建议

（一）重构激励机制是核心

对于推进分级诊疗的政策目标不论在中央层面还是地方层面都是明确的，然而实践表明，已采取的政策与分级诊疗“南辕北辙”，既未“强基层”，也未“建机制”，其核心原因就在于激励机制的扭曲：基层医疗卫生机构在收支两条线管理与基本药物制度下，失去了提供服务的激励。

因此，下一步的改革，推进合理的分级诊疗建设，核心是重构医疗领域的激励机制：在需方，建立新的付费模式与政府购买服务模式，通过患者对医生的“用脚投票”及医生之间的竞争，约束医生的机会主义行为，激励医生提供优质服务服务。在供方，建立以医生为本的新的执业模式，实现医师自由执业。

（二）需方付费方式改革

在第三方付费的情况下，“守门人”式的分级诊疗成为主要的控费工具。一般而言，第

三方付费情况下,对承担“守门人”功能的全科医生的付费方式都是以按人头预付为基础的。预付制的核心是将控费责任转移到供方,由供方来控制医疗费用。其理论依据是,掌握信息优势一方拥有剩余索取权。因此,要实现“守门人”式的分级诊疗,在全民医保的条件下,医保需要改革对社区全科医疗服务的付费方式,建立以按人头预付为基础的新的付费方式。

除了医疗保险外,目前财政对医疗卫生机构的补贴实际上也是一种第三方支付的方式。而财政直接对供方的补贴,在费用控制上缺乏控费激励。财政补贴也应纳入付费方式改革在操作中,可将财政对基层医疗卫生机构的直接补贴,转变为对居民的补贴,由补供方转向补需方。

可行的操作方式,是将基层医疗卫生服务打包,在付费方式采取打包付费,供方的收入依赖于居民的选择,医保费用和财政费用跟着居民的选择走。

(三) 供方改革: 推动实施医生自由执业

实行按人头预付的一个前提条件是患者(参保人)能够实现“用脚投票”,通过供方的竞争,约束供方的机会主义行为。由此,重构分级诊疗的激励机制,需要在供方实现有序竞争的格局。

而要实现供方的竞争,首先需要打破对基层医疗卫生机构的行为管制,取消收支两条线制度和基本药物制度,使基层医疗卫生机构有动力也有能力提供服务,成为竞争主体。

1、从短期看,目前只要取消收支两条线,激发基层医疗卫生机构的积极性,就能够吸引大量患者从医院下沉到基层。这其中,最主要的人群就是老年慢性病患者。一些社区已经在做探索,但是囿于收支两条线的管理制度,只能打政策擦边球¹³。

2、从长期看,还涉及到到供方执业模式的改革,推进医师的自由执业。中国目前形成的医疗服务供给模式是公立的事业单位体制,作为事业单位的公立医疗机构,不管是公立医院还是公立的社区卫生服务机构,还有一个特征就是隶属于卫生行政部门。在这样的情况下,公立机构实际上是一家,难以形成有效的竞争。这也是之前医保(需方)付费模式改革难以取得成效的主要制度性原因。

从医疗行业自身的特征来看,实际上医疗并不适合采用“雇主-雇员”的执业模式,其原因在于两个方面:首先,医生掌握的信息优势不仅对需方(患者)是优势,而且对管理方(雇主)也是优势,在医生掌握信息优势的情况下,管理方进行考核和监管的成本过高;其

¹³ 例如,一些社区已经通过合作的方式开展老年护理、慢性病管理等方面的探索,受到附近居民的欢迎。但是,严格来讲,这是违规的,不符合收支两条线的管理。

次，医疗服务本就是个性化的服务，其质量和数量难以测度，在脱离了患者选择的条件下，是无法定价的，也是难以考核的。这也是古今中外医疗服务行业主要采取医生自由执业以及合伙执业的原因¹⁴。不论在以商业医疗保险为主的美国，还是社会医疗保险的德国和日本，以及采用政府直接筹资的英国（NHS）和丹麦，社区执业的医生主要都是自由执业的（Self-employed）。

3、重构激励机制，实现医生的自由执业，还能够吸引大医院的部分医生下沉到社区，从而有利于推动医院改革的深入。当前，城市公立医院改革进入了僵局，一些制度性的顽疾难以破除，这其中一个重要问题是大医院垄断了优质的医疗资源，这也是患者涌入大医院的根本原因。依靠行政力量限制大医院的发展，甚至通过行政命令取消和限制大医院的门诊，依然不能解决优质医疗资源垄断集中的问题。而推动社区医师自由执业，并在此基础上建立多点执业，从而吸引一些医院医生走出医院，进入社区，也是推动医院改革的一个选择。

（四）其他配套改革

需方和供方的改革需要配套进行；从实践看，单独需方和单独供方的改革难以取得成效。同时，还需要其他方面的改革措施：

1、公立医疗机构人事制度改革，建立公立机构与非公立机构、机构与个体执业之间的转换通道，核心是剥离依附在事业单位编制上的“权利”。当前机关事业单位养老金制度改革已经走出了关键一步。

2、放开社区医生执业的不当管制，特别是要改革卫生区域规划制度，行政部门的监管放到医疗行为的监管上，而不是放在资源配置和资源布局上。资源配置和布局主要通过市场化行为实现。

3、建立全行业医疗事故责任保险，应对自由执业医师面对的医疗事故。

¹⁴ 当然，工业革命之后，也发展出了现代工业模式的医院，雇佣医生作为雇员，提供医疗服务。但从多数国家医生的执业模式看，主要还是自由执业为主。