

# 深入推进供方改革 实现合理分级诊疗

王震

(中国社会科学院经济研究所 北京 100836)

**【摘要】**合理的分级诊疗一是要建立患者与医生之间的稳定关系，二是不同类别医疗服务之间的合作与衔接。当前出现“非”分级诊疗的制度性根源在于用行政化的资源配置方式应对已经多样化、市场化的医疗服务需求。以行政化的“分级”追求患者就医的“分流”不具可行性，且会带来进一步的扭曲。建立合理的分级诊疗，首先需要政策思路上的转变，不是去“安排”患者，而是改革供方，建立“患者中心”的医疗服务体系。建立在医生自由执业基础上的社区家庭医生制度是实现合理的分级诊疗的“抓手”。

**【关键词】**分级诊疗；患者中心；自由执业；社区家庭医生

**【中图分类号】**F840.684 C913.7**【文献标识码】**A **【文章编号】**1674-3830(2015)10-15-3

doi:10.369/j.issn.1674-3830.2015.10.004

**Intensively Promote the Reform of Health Care Providers to Establish Reasonable Graded Health Care System** Wang Zhen (Institute of Economics, Chinese Academy of Social Science, Beijing, 100836)

**【Abstract】** There are two measures needed in the system of graded health care, i.e., establishing relatively stable relationship between patients and doctors, and establishing cooperation and integration among different kinds of health care. The sources of problem in non-graded health care currently in China is the mismatching between diversified and marketized health care demands and the government-deciding medical resources allocation. It is impossible to use governmental “Grading” to achieve the goal of “dispersing patients”, otherwise, it brings about more problems. To establish rational graded medical care system, it should firstly change the policy framework, reform the system of health care providers instead of arranging the choice for patients, and establish a patient-orientated health care system. The feasible approach to realize the system of graded health care currently is to establish a community family doctor system based on their private practices.

**【Key words】** graded health care, patient-centered, private practice, community family doctor

推进分级诊疗已成为近两年医改的核心话题，也被一些机构和研究人员称为推动医改的“突破口”。国务院近期也出台了推进分级诊疗制度建设的指导意见，要求分两个阶段到2020年实现合理的分

级诊疗体系。但是，分级诊疗能否实现预定目标，成为深入推进医改的突破口，仍有一些基本的问题需要分析和澄清，包括分级诊疗的含义、政策路径等。本文在一些地区推进分级诊疗的试点实践基础上，

对分级诊疗相关问题进行分析，以期能够为推进分级诊疗提供参考。

## 1 分级诊疗的内涵及政策意义

对于分级诊疗的政策目标，国务院出台的《意见》界定为“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”。需要指出的是，这一目标给出的是实施分级诊疗后的制度结

**【收稿日期】**2015-9-20

**【作者简介】**王震，中国社会科学院经济研究所微观经济学研究室副主任，公共政策研究中心副主任，主要研究方向：社会保障，医疗卫生体制改革。\*本文为国家社科基金项目《医保付费机制创新与公立医院改革研究》(14BGL145)的阶段性成果。

果，而不是分级诊疗本身的内涵。

### 1.1 合理的分级诊疗的两个特征

对于分级诊疗的含义，仍存在诸多争论。这些争论背后则隐含着对如何实现分级诊疗的政策思路的冲突。例如，一些观点将分级诊疗等同于计划经济时代的单位和社区首诊及转诊的“三联单”制度。这一制度不过是在医疗资源有限的条件下，计划分配医疗服务的一种行政手段，不应成为当前推动“分级诊疗”的内在含义。

合理的分级诊疗不应从供方的资源安排来界定，需要从患者（需方）的就医路径来定义，这一路径具有两个本质特征：

首先，在患者与医生之间建立了比较稳定的关系，患者就医时有一个比较固定“首诊”的医生。作为“首诊”的医生，对患者而言不仅是“费用守门人”，更是“健康守门人”，其提供的医疗服务至少占到全部医疗服务的一半以上。这一稳定关系不是“拉郎配”，而是建立在医生与患者之间的激励一致性基础上。

其次，合理的分级诊疗的本意不是“分”，而是不同类别的医疗服务之间的“合作”与“整合”，是医疗服务的“连续化”和“谱系化”，不同类别的医疗服务，比如预防、治疗、康复、护理等，形成有机联系的整体；而不是按照行政级别划定的“一级”“二级”“三级”之间的“分级”。

### 1.2 推进合理的分级诊疗的意义

实现患者在大医院和基层医疗机构之间的“分流”是当前相关部门，特别是卫生行政部门推动分级诊疗体系建设的政策目标。但是，从更深层次的意义上，“分流”并

不是分级诊疗的意义，充其量只是分级诊疗的一个结果。合理的分级诊疗的意义或“好处”可从下面几个方面来理解：

第一，长期稳定的关系提高搜寻与匹配效率。在当前的供方安排下，患者面对的不是医生，而是不同的机构；而不同的机构不仅分为不同的行政级别，在机构内部还形成了“分割式”的部门安排。这导致患者搜寻合适的医生以及医生与患者之间的匹配成本高昂。

第二，长期稳定的医患关系还是约束供方机会主义行为的手段。在医疗领域中存在信息不对称，医生掌握了信息优势，可能会发生“供方诱导需求”等机会主义行为；而约束这种机会主义行为的最有效手段就是医患之间的长期稳定关系，将医患之间的单次交易变为长期的乃至无限期的交易。

第三，在人口老龄化的条件下，人群的疾病谱发生了显著的变化，慢性疾病发病率高企，这更需要不同类别服务之间的整合，特别是慢病管理，更需要实现医疗服务的连续性。

## 2 推进分级诊疗的政策分析

### 2.1 行政化的供方安排与市场化的医疗需求之间的矛盾

一些观点认为导致看病贵、看病难的主要原因，一是患者不理性的就医选择，二是大医院的无序扩张。但是，患者拥挤到大医院就医以及大医院扩张，并非不理性，而是当前行政化的医疗资源安排下的“最优选择”。

当前我国对医疗资源的配置是典型的行政化配置，人为划定“基层”“一级”“二级”“三级”，

并通过行政化的管控手段，将优质医疗人才集中到大医院；而在基层医疗机构，又通过收支两条线限制医务人员提供优质服务的激励，通过基本药物制度限制基层机构的用药范围。这直接导致了基层医疗机构缺乏提高能力和素质的动力，从而基本失去了提供基本医疗服务的功能。在这种情况下，患者“不敢”也“不愿”到基层就诊，而是选择到大医院就诊；而大医院面对蜂拥而来的患者，最优选择就是扩大规模。

当前所谓的“非”分级诊疗，其背后的制度性根源乃是行政化的医疗服务供给安排对应多样化、市场化的医疗服务需求而带来的问题。

要实现分级诊疗的结果，大的思路有二：一是控制居民对医疗服务的需求，通过需求“计划化”来适应供方的行政化安排；二是放开对医疗服务资源的行政化管控，通过供方“市场化”来适应需求的市场化和多样化。需求“计划化”的思路，即管控患者的就医需求，其背后的理论依据是需方作为“非专业”人士，在医疗服务需求上是“非理性的”，其决策是“不合理的”，应服从计划安排。而供方资源配置“市场化”背后的理论依据是“患者中心（Patient-centered）”，认为需方能够自行做出最优的就医选择。

### 2.2 以“行政分级”的手段实现“分流”的目标不具可行性

新医改以来我国推动分级诊疗建设的政策思路是通过各种手段来“安排”居民的就医路径，其实质是需求的重新“计划化”，通过各种政策措施改变居民的就医路径，来适应行政化的供方安排。在这一

思路下,基层首诊、双向转诊实际上追求的是一种“就医秩序”,这一“秩序”不是去满足居民的就医需求,而是要求居民的就医需求去满足供方的行政化的资源安排。

近几年一些地区为推进分级诊疗采取了诸多政策措施,诸如强制基层首诊、药物零差率、降低基层医疗费用、安排大医院医生下社区、基层医生到大医院进修、建立基层与大医院之间的绿色转诊通道、建立大医院与基层机构的医联体等。但从政策效果看,不仅没有实现“分流”的目标,而且患者拥挤到大医院的现象日益恶化。究其本质,这些政策的着眼点仍然是“安排”居民的就医选择,通过各种手段“威逼利诱”居民的就医路径,以适应供方的“分级”安排。这不论在理论上还是在实践中,都被证明难以奏效。

### 3 实现合理的分级诊疗的现实选择

#### 3.1 转变政策思路

实现合理的分级诊疗首先需要政策思路上的转变,从“安排”患者转变为改革供方,建立对医生的激励机制,通过对医生的激励来满足患者需求,实现“患者中心”的医疗服务体系。若没有医生的积极性,医生没有激励满足患者需求,难以实现分级诊疗的目标。因此,供方改革的核心则是重构对医生的激励机制,从激励医生入手实现合理的分级诊疗。而重构医生的激励机制背后是医疗领域人事制度的改革,实现适应社会主义市场经济体制、适应医疗行业特征的人事制度,即医生的自由执业制度。

从当前推进分级诊疗的突破

口的选择来看,一是选择“改医院”,即限制大医院的扩张,特别是限制大医院门诊的扩张来控制居民到大医院就医;第二个选择是社区医疗服务体系的重建。从现实可行性来看,控制大医院的扩张不具可行性:一方面实施控制的行政部门与大医院本就一家,“自己控制自己”,缺乏内在动力;另一方面,在社区医疗卫生服务不能满足居民需求的条件下,控制大医院只会导致进一步的看病难和看病贵。

#### 3.2 医生自由执业基础上的社区家庭医生制度

如上所述,社区医疗卫生服务的重构是实现合理的分级诊疗的突破口。而在医生自由执业基础上建立的社区家庭医生制度,则是重构社区医疗卫生服务体系的“抓手”。之所以强调建立在医生自由执业的基础上,是因为合理的分级诊疗首先需要建立患者与医生之间的稳定关系,而不是与机构之间的关系。此前一些地区也建立了所谓的社区家庭医生制度,但多流于形式,其背后的主要原因就是医生没有实现自由执业。

在医生自由执业的前提下,社区家庭医生制度主要的机制就是医生的收入机制。在新的社区家庭医生制度下,医生在社区自由执业,居民通过选择家庭医生签约建立与医生之间的稳定关系。医生的收入来自三部分:一是与居民签约的人头费,实行按人头的预付制;二是一些能够标准化治疗的疾病的病种费用,可实行预付制与后付制;三是医生根据居民实际情况提供的其他服务。在筹资上,实施“医保+公卫(财政)+个人自付”的筹资及打包付费。将公共卫生经费(财政经

费)与医保费用结合起来,其依据是分级诊疗中不同类别服务的连续性,公共卫生服务本就与基本医疗服务密不可分,同时也适应了政府购买公共服务的理念。而纳入个人自付,一方面是延续医保中“共付”以抑制道德风险的做法,另一方面也起到对居民行为的约束作用。

这一设计的核心有两方面:通过预付制抑制供方的“过度医疗”,通过居民的选择和“用脚投票”抑制供方减少服务的行为,从而实现均衡,并实现社区家庭医生成为居民“健康守门人”的目标。

#### 3.3 现实障碍与政策选择

当然,实现上述目标仍需多方面改革的配套,包括供方有序竞争格局、信息披露制度以及新型的监管体制等。从当前推进社区家庭医生制度的现实障碍来看,首先需要做的是改革收支两条线制度,为基层医生“松绑”;其次是改革基本药物制度,扩大社区家庭医生的用药范围;第三,放开对社区家庭医生执业的行政限制,特别是要改革计划化的区域卫生规划,吸引更多医生到社区执业;最后,医保也要配合改革,逐步建立医保医师和医保药师制度,助力分级诊疗的实现。

#### 【参考文献】

- [1]Saltman, R. B., Rico, A., and Boerma, W. G. W.,(eds), 2006, Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care, Open University Press.
- [2]Forrest, C. B., 2003, Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? BMJ Vol. 326, 29 March, 2003.
- [3]Hofmarcher, M. M., Oxley, H., and Rusticelli, E., 2007, Improved health system performance through better care coordination, OECD Health Working Paper, No. 30.