

我国实现分级有序医疗的障碍及对策

郭有德* 梁 鸿

复旦大学社会发展与公共政策学院 上海 200433

【摘要】本文简要概述了当前就医行为错位、混乱和无序的现象,说明存在卫生资源匮乏与相对富余的结构性矛盾,从政策制定与实施过程中的问题以及制度本身所固有的缺陷、市场发育和健康社会文化等方面初步分析了上述现象产生的原因,提出了理顺医疗服务价格机制、建立与恢复转诊制度、增强公众对基层医疗卫生服务的信心以及通过健康教育推动健康社会文化建设等方面的政策建议,以实现分级有序医疗,改善资源利用效率,确保我国医改预期目标的实现。

【关键词】卫生资源配置;价格机制;分级有序医疗;基层医疗服务

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2014.06.002

Obstacles and strategies on bottom-up cascading healthcare practice in China

GUO You-de, LIANG Hong

School of Social Development and Public Policy, Fudan University, Shanghai 200433, China

【Abstract】 In this paper, we describe mismatch, chaos, and disorder behavior during healthcare seeking. Such structural imbalances, scarcity and surplus make healthcare services less efficient. We give reasons for such phenomena in terms of long-term effects of health resource allocation policy-making and implementation, inherent defects within healthcare insurance, incomplete market development, and cultural issues. We then propose four policy strategies, including rational price mechanism, strict referral healthcare system, confidence in basic healthcare facilities, and proper healthcare cultures. These will restore orderly healthcare behavior and help realize expectations for the current healthcare reform in China.

【Key words】 Health resource allocation; Price mechanism; Bottom-up cascading medical system; Primary health care

我国虽然经历了近30年的医疗卫生体制改革,但“看病难、看病贵”问题依然没有得到根本解决^[1],百姓没有明显感受到医改所带来的实惠,而且随着不断恶化的医患关系,医务人员的整体积极性不高^[2-3]。目前的卫生改革没有通过有效机制建立起符合我国国情的医疗卫生体制,难以让百姓形成稳定的预期,从而导致了就医行为的错位、混乱和无序,医疗卫生资源没有得到合理和有效的利用。

1 就医行为混乱的原因及表现

医疗卫生资源的配置效率不高,表现为大医院

人满为患,基层医疗机构乏人问津。^[4]民众希望能够接受最高质量、最新诊断治疗技术的服务,但这是一种错误理念,同时,这一愿望与我国医疗卫生资源的现实之间存在着明显差距,因为即便医疗卫生资源再丰富、医疗卫生系统再发达也无法满足这种无限制的需求。而就疾病分布而言,绝大多数以常见病、多发病为主,应对这些疾病不需要顶尖的医疗技术与服务。^[5]但由于人们对医疗卫生服务需求与利用的理解存在误区,现有的政策对民众医疗卫生服务需求的合理引导不够。这进一步提示我国医疗卫生资源稀缺与富余并存,医疗卫生资源配置不合理,利

* 基金项目:国家社会科学基金重大项目(09&ZD059)

作者简介:郭有德,男(1968年—),教授,博士生导师,主要研究方向为医疗保险、卫生改革及卫生政策。

E-mail: ydguo@fudan.edu.cn

用效率亟待改善。^[6-7]

医疗卫生资源配置效率不高的根本原因在于我国长期以来将过多的医疗卫生资源分配到城市和高等级医院,忽视了基层医疗卫生机构的发展,导致城乡医疗卫生资源分布的差距不断扩大,从而使人们过于依赖高等级医院,而不愿去基层医疗卫生机构就诊,进而导致就医行为的错位、无序和混乱。^[8-9]同时,这也带来了以下后果:一是政策及其执行中存在的问题使得加强基层医疗卫生的措施难以落实,导致基层医疗卫生服务机构的人员结构与数量不能适应社区居民的医疗卫生需求^[10];二是基层医疗卫生机构没有得到合理补偿,其医务人员的社会声望较低,福利待遇等方面缺乏吸引力,甚至影响了在职人员的工作热情与积极性;三是与大医院相比,基层医疗卫生机构的工作环境条件较差,患者对基层医疗卫生机构缺乏足够的认同与信任,从而影响其对基层医疗服务的利用。

除了客观物质基础之外,我国医疗卫生资源配置效率不高还存在更为复杂的软环境方面的不足,尝试从以下几方面加以扼要解释:

首先,由于医疗保险制度的实行,必然带来第三方支付的问题。医疗保险制度的全面实施虽然较好地解决了保险理论中逆向选择的问题,但患者就诊时所支付的费用并不完全等同于其所接受医疗服务与产品的真实成本,在客观上鼓励患者接受超过其实际需要的医疗服务。^[11]同时,我国多地在改革实践中逐步放弃了转诊制度,使得患者更倾向于去大医院就医。

其次,市场机制发育不够充分和规范。我国医疗卫生体制总体上滞后于其它经济领域的改革^[12],特别是医疗服务价格体系市场化严重滞后^[13]。并且由于医疗服务价格几乎完全通过由政府规定而使得价格在资源配置中的作用没有得到充分发挥,导致不同等级医疗机构的服务价格差异不明显,使得患者更倾向于到大医院就诊。

再次,适当的健康社会文化尚未形成。随着社会发展与进步,人类对于健康与疾病的认识也在不断演变,对于生命的价值亦会愈加重视。但在这一过程中,出现了一些不恰当的观念与行为。如就医时优先选择高等级医疗机构,用药越新、越贵越好,往往优先选择进口而非国产的技术或药品。这些现象表明有必要推行适宜医疗技术、服务与药品,培养适当健康社会文化。推行适宜医疗技术在农村及落

后地区主要技术的可及性问题,而在城市及发达地区则可以抑制过度医疗现象以及医疗费用的过度上涨。适宜技术推广成功与否首先取决于技术、服务及产品的质量和效果,更为关键的是社会的可接受性,而这一点往往容易被忽视,也是导致错误就医观念的主要原因。

以上简要分析了我国就医行为错位、混乱和无序的现状及其成因。这种对我国有限医疗卫生资源的明显浪费现象必须加以改善,而实现分级有序医疗、提高资源利用效率是解决这一问题的关键。

2 实现分级有序医疗的关键措施

2.1 理顺价格体系,适度扩大不同等级医疗机构的收费标准差距

建议在医疗价格体系设置上采取自由就诊与转诊的价格双轨制,转诊病人维持目前的价格甚至可以考虑免除挂号诊疗费,而对自由就诊病人的收费可以适当提高,如在目前基础上提高至 3 倍(具体标准可以通过研究加以确定)。通过价格信号可以引导患者形成合理分流,一些症状较轻的常见病、多发病患者就可能去基层医疗卫生机构就诊,而只有严重急、重症病人才会选择去三甲医院就诊。通过价格改革,最终会增强居民对基层医疗服务的利用,减轻大医院的就诊压力,优化就医秩序,提高医疗卫生资源的利用效率。

2.2 建立和恢复严格而规范的转诊制度

我国在早期的三级医疗卫生网络建设与管理中曾经较好地执行过转诊制度。居民或职工首先在所属医疗机构就诊,医生根据患者的病情,出具转诊单将病情复杂超出其诊治水平的患者转到相对应的高一级医疗机构,这一模式目前在国际上也是一个较为通行的做法。但这一做法在我国后来的医疗卫生体制改革中却没有坚持下来,而是放任患者自由就诊,这使得基层医疗卫生机构作为居民健康“守门人”的作用几乎完全丧失。^[14]新一轮医改以来,国家卫生投入的重点在于保基本、强基层、建机制,这些举措使得基层医疗卫生资源的布局更加优化、合理,医疗卫生服务的能力也得到一定程度的提升和强化。^[15]目前我国大多数地方都在积极推进社区(家庭)医生制度建设,这为严格而规范的转诊制度的确立奠定了基础。

为了恢复和重建医疗服务转诊制度,在基层医

疗卫生机构就医可以采取象征性收费甚至免费。以上海为例,到社区卫生服务站就诊,挂号费和诊疗费中个人自付部分是全免的。而对于疑难病症,社区医生能及时为病人开具转诊单,并协助病人通过绿色通道就医通道直接转到高一级医院接受诊治。高等级或专科医院要建立转诊的绿色通道,由社区医生转诊过来的病人可以优先获得诊治,而且在费用上采取更为优惠的收费标准。这样,病人既得到及时诊治,又享受到优惠的费率。这一方式的有效运行意味着不同等级医疗机构之间在诊疗业务方面必须建立联系,形成联动机制。如果这种联动机制能够建立和实现,不同等级医疗机构能够形成医疗服务联合体,那么“小医院无人问津、大医院人满为患”的局面可以得到根本缓解^[16]，“看病难”问题也将迎刃而解。

2.3 提升民众对基层医疗卫生机构的信心与认同

提升民众对基层医疗卫生机构信心与认同的关键在于通过业务培训与指导提高基层医护人员的服务水平、质量与能力,从而保证其所提供医疗卫生服务的质量与安全性,消除人们的后顾之忧。

我国基层医疗卫生机构的服务定位以诊治与处理常见病、多发病为主。由于绝大多数常见病、多发病的症状及其指征是典型的,而且其诊疗方案相对简单、明确和固定,因而可以通过对基层医疗卫生机构的医护人员进行规范的培训与指导,使其完全胜任这一工作。国内一些社区卫生服务中心在此方面开展了探索并取得了效果。以四川省成都市玉林社区卫生服务中心为例,2000年创立之初即开展建立ISO9000国际标准质量认证体系,通过严格规范的质量认证体系进行社区卫生服务的管理,将每一道服务程序都形成规范的文本对卫生服务人员进行培训,按照文本规定的要求对服务质量进行跟踪、考核,取得了良好的效果,并在全国一定范围内进行了试点经验推广。^[17]因此,基层医疗卫生机构可以采取国际质量认证体系进行管理,如果能将服务培训与指导形成一种制度性安排,使基层医疗卫生机构的服务能力和质量不断得到提升,那么基层医疗卫生机构就可以真正成为老百姓的健康“守门人”。

而对于疑难杂症及超出基层医疗卫生机构服务范围与技术能力的疾病,由于已经建立了便捷的绿色通道,病人可以通过基层医疗卫生机构的初步处理而非常便捷地转入相对应的高等级或专科医

疗机构,从而得到及时救治。这样能够形成有序的医疗卫生服务体系,增强人们对基层医疗卫生服务的信任,使得资源配置与利用得以有效匹配,从而提高医疗卫生资源的利用效率。

2.4 以健康教育推动健康社会文化建设

首先,健康教育应让公众形成正确、适当的健康观、就医观。如药品或检查并非越新、越贵越好,诊疗技术也不是越复杂、越先进越好,进口的也并不一定都比国产的好等。我国在临床实践中积累了很多有说服力的案例,可以通过各种途径进行宣传,让公众知晓、进而影响其态度,并最终形成健康的行为及生活方式。

其次,健康教育是形成适当健康社会文化的重要途径。一个社会习惯与文化的养成离不开恰当的健康教育。健康教育在传授正确的健康理念与行为的同时,不能忽视对医疗卫生体制与政策的宣传教育。因此,各地可以根据具体实践,因地制宜地制定不同的健康教育策略,对医疗资源的分布及获取途径、转诊制度、收费体系与标准等进行有效宣传,通过完善的健康教育最终形成健全的健康文化。

最后,作为居民健康“守门人”的社区(家庭)医生必须承担起对全社会进行健康教育的责任与义务。通过健康教育让人们懂得医疗需求与服务利用匹配的适当性,了解基层医疗卫生机构的基本职能与工作模式,加强费用意识的宣传,提高医疗卫生服务价格信号的导向作用,对人们的医疗卫生服务需求进行合理引导,最终形成分级有序的医疗服务体系。

3 结论

医疗服务的无序、混乱与错位是当前我国医疗卫生服务体系中的突出问题,这一问题的产生有复杂的背景与原因,必须寻求多元的方式加以解决。本文主要尝试从市场、行政管制、技术与服务能力提升以及健康教育四个方面提出了解决这一问题的政策建议。需要注意的是,这四个方面的政策措施不是相互孤立的,他们互为条件或前提,必须综合运用方能形成分级有序医疗的局面。此外,本文所提出的政策建议还相对较为宏观、抽象与粗浅,一些结论是建立在已有文献的基础之上,各项建议的具体落实还需要进一步深入研究和数据支持。

参 考 文 献

- [1] 金今花, 胡凌娟, 张金, 等. 医药卫生政策失灵: 新医改难以破解“看病难, 看病贵”的深层原因[J]. 中国卫生事业管理, 2013(1): 4-5.
- [2] 尚玉明, 孙新刚. 谁在消耗医院的有限资源? [J]. 中国医疗前沿, 2007(11): 47-50.
- [3] 吴薇, 王勇, 倪杰, 等. 医患关系影响因素比较分析. 中华医院管理杂志[J]. 2013, 29(9): 676-678.
- [4] 谭申生, 范理宏, 周晓辉. 医疗资源纵向整合的实践与体会[J]. 中华医院管理杂志, 2006, 22(11): 761-762.
- [5] 刘丽, 谢铮, 邱泽奇, 等. 不同级别医院医患关系现状及医方影响因素分析[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2009, 30(8): 30-31.
- [6] 龚幼龙. 社区卫生服务的进展[J]. 中国初级卫生保健, 1998, 12(8): 3-5.
- [7] 伍晓玲, 饶克勤. 80 年代以来我国卫生资源发展简况[J]. 中国卫生经济, 2001, 20(11): 38-41.
- [8] 聂春雷, 李谨邑, 贾翠平, 等. 我国不同经济发展水平地区卫生资源配置分析[J]. 医学与社会, 2004, 17(3): 4-6.
- [9] 葛移繁, 黄省利. 论我国卫生资源的合理利用[J]. 中国医学伦理学, 2010, 23(2): 112-113.
- [10] 陈渊青, 罗乐宣, 王跃平, 等. 国内外社区卫生服务的进展[J]. 中国全科医学, 2004, 7(15): 1098-1099, 1102.
- [11] 郑秉文. 信息不对称与医疗保险[J]. 经济社会体制比较, 2002(6): 8-15.
- [12] 郭有德. 我国医疗卫生体制改革的进展及展望[J]. 中国卫生资源, 2008, 11(4): 151-153.
- [13] 陈钊, 刘晓峰, 汪汇. 服务价格市场化: 中国医疗卫生体制改革的未尽之路[J]. 管理世界, 2009(8): 52-58.
- [14] 何静, 王琴, 许庆珍. 从某三甲医院门诊病人问卷调查看社区卫生服务的现状及发展方向. 社区医学杂志[J]. 2008, 5(11): 14-15.
- [15] 梁鸿, 贺小林. 我国基层医疗卫生服务体系建设的目标, 成效与改进路径[J]. 中国医疗保险, 2012(12): 11-14.
- [16] 余德林, 苏澎, 于菲菲, 等. 双向转诊的困境——“转下难”分析及对策[J]. 解放军医院管理杂志[J]. 2009, 16(1): 51-51.
- [17] 郭有德, 梁鸿. 探索中国社区卫生服务发展——来自成都玉林社区的经验[M]. 北京: 中国社会科学文献出版社(即将出版), 2014.

[收稿日期:2014-04-15 修回日期:2014-05-26]

(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

过去 20 年金砖五国卫生绩效差异明显

近日,世界卫生组织简报中发表了题为“Relative health performance in BRICS over the past 20 years: the winners and losers”的文章。研究发现,1990—2011 年间,金砖五国(巴西、俄罗斯、印度、中国和南非)卫生绩效差异明显。

该研究采用“寿命损失年(YLL, years of life lost)”作为评价人群疾病负担的直接指标,并将五个国家的数据与世界上绩效最好的国家、同等收入水平国家进行比较。研究发现:(1)巴西卫生绩效大幅提升,印度改善较为缓慢,南非和俄罗斯卫生绩效出现大幅下滑,中国相对于经济快速增长的背景,卫生

绩效改善程度仍然偏低;(2)五个国家中,不同年龄、性别组别之间差异显著,各国女性的健康状况普遍差于男性,印度儿童的卫生绩效最差,大多数南非人口的卫生绩效在过去 20 年不断恶化,中国老年人口健康状况比年轻人口差;(3)不同收入水平方面,俄罗斯的人均收入水平最高,但卫生绩效最差,20 年来没有实质性改善;中国的人均收入虽然不及俄罗斯的一半,但在卫生绩效方面已经大幅超过俄罗斯;印度比南非要低,巴西与南非相当,但卫生绩效都好于南非。

(来源:世界卫生组织简报)