



基层医疗改革的逻辑

文 / 朱恒鹏

李克强总理指出，要把“保基本、强基层、建机制”作为医改工作重心。具体到基层医疗机构改革，“保基本、强基层、建机制”的具体含义是什么？

一、何为“保基本、强基层”

就主要提供门诊服务的基层医疗机构而言，所谓基本医疗服务（Primary Care），主要包含以下三个方面的内容：首先，也是最基本的普通门急诊服务，既包括感冒发烧这些小病，也包括慢性病管理；其次是基本公共卫生服务；第三是提供合理的转诊建议，对于自己不能诊治的疾病向患者推荐合适的医疗机构或专科医生。

所谓“保基本”首要就是保证城乡居民的上述基本医疗卫生需求能够得到充分满足。

那何谓“强基层”？首先我们需要明确基层医疗机构的具体含义。对于城镇地区，基层医疗机构指社区卫生服务中心（站），这无异议。农村地区的基层指什么？大多数人认为是卫生院和村卫生室，那么到底真正的基层医生是村卫生室的村医还是卫生院的乡医？应该是村医，而不是乡医。改革以来，交通的发展使得县医院的有效覆盖范围显著扩大。人口密度较高、交通便利的平

原地区的乡镇卫生院在整个农村医疗服务体系中实际上已经无足轻重：就便利程度和经济性而言，它远不如村级诊所，就医疗技术和医疗质量而言，它又远不如县医院。因此，对于人口密度较高、交通方便的平原地区，现有卫生院合理的发展方向是两个：一部分变成不设住院床位的社区门诊部，向方圆几公里的城乡居民提供较好的门诊服务，无住院服务，也就变成和村医功能一样的基层医疗机构；一部分有基础、有条件的走向二级医院或专科医院，以向周边居民提供较好的住院服务为主，不再是基层医疗机构。所以，农村地区的基层医疗机构和基层医生指的是村诊所和村医，而不应该是卫生院和乡医，因此，也不应该再强化卫生院。目前，交通便利的平原地区卫生行政部门不鼓励甚至已经禁止卫生院做手术，即使像产妇顺产这种相当简单的业务也不允许卫生院来做，那么卫生院的主要任务就是普通门诊服务和公共卫生任务了。大多数卫生院拥有执业医师3~5人左右，从规模上讲不过是一个合伙制诊所的规模。这样的卫生院功能定位和村诊所差异不大。

因此，对于农村地区来说，“强基层”指的是强化村诊所和村医的医疗服务供给能力。因此，那些打击村医积极性、损害村医利益、弱化村医的政策和做法都不

是“强基层”而是“弱基层”。

显然，一个强有力的基层医疗机构应该满足以下条件：能够吸引好大夫、培养好大夫、留住好大夫，激励在基层执业者做好大夫。唯有如此，才能使基层医疗机构的服务能力得到强化，吸引城乡居民“小病进社区”。只有做到了这一点，才算是“强基层”。

二、如何通过“建机制”实现“保基本、强基层”

下面我们来看看所谓“建机制”是什么意思？这是基层医疗体制改革的根本，改革就是体制和机制改革，没有好的体制和机制，不可能实现“保基本、强基层”的目标。

以安徽省基层医疗卫生机构综合配套改革为代表的基层医疗机构改革，建立的是公立卫生院（社区中心）占据绝对主导地位的基层医疗组织结构，其中村医又被纳入乡村一体化管理。卫生院和社区中心采取的是“定岗定编定工资标准”的人事制度和“收支两条线+绩效工资制度”的收入分配制度。这样一种体制，形成的是“行政等级制+弱激励机制”，最终导致的结果是：基层医疗机构吸引不到、留不住好医生，同时在位的医生人浮于事，严重缺乏工作积极性。

我们来详细说明一下为什么会是这样一种结果：

首先，一旦整个医疗服务市场形成以公立机构占据主导地位的格局，那么就必须、必然建立严格的行政等级制，这是公有体制下缓解“公地悲剧”的不二法则，只有按照严格的行政等级层级分配公共资源，才能使得这一公立主导体系维持一个基本的效率，防止租金被彻底耗散。也就是说，在医疗服务市场由公立机构主导的情况下，医疗资源包括作为核心资源的医生，也包括与之相对应的医生工资标准等都必然按照行政等级分配，那么优质资源包括优秀医生这一核心资源必然呈现金字塔结构，

行政级别越高的医疗机构获得的优质资源包括好医生越多，而处于最底层的基层医疗机构获得的肯定是最差的医生。对此，经济学中早有系统的分析，也为中国的实践所证实。

因此，一旦将基层医疗机构回归到以国有事业单位体制主导的格局，行政等级制必然出现，由此留在基层的医生必然是水平最差的医生。

此外，在乡村一体化体制下，一方面村医作为卫生院的下属，成为这个等级制体系的最底层，另一方面村医没有国有事业单位身份，不是国家雇员，这又使得村医成为受卫生院管理和控制的体制外人，既是最底层、又在体制外、还被管理，当然就成为了最弱势群体；有义务和责任，但却没有权益和保障。这种做法怎么可能强化村医队伍、提高村医的工作积极性？

其次，尽管以“安徽模式”为代表的基层医疗机构



改革方案中强调“加大绩效工资比重、加大绩效考核力度，以充分调动医务人员的工作积极性”。但公立医疗机构中实际实施的必然是“收支两条线制度+财政支付工资”的体制，由此形成的薪酬制度必然是论资排辈的平均主义大锅饭制度：同样的学历、资历和岗位，拿同样的薪酬。个人薪酬与个人的实际劳动付出，与最终的劳动成果，并无多大的相关关系，所以必然是一种弱激励制度。原因在于：（1）在对医生进行绩效考核方面，政府行政部门面临着严重的信息不对称问题。即政府行政部门没有办法对医务人员进行有效的绩效考核。我们可以给出一个实际例证：在此次基层医疗机构改革实施的绩效工资制度中，各地卫生行政部门普遍给卫生院和社区中心医务人员设置了两个绩效考核指标，一个是门诊量，意在反映医务人员的工作量，同时也说明其满足城乡居民门诊需求的程度，这个指标是正向指标，越高越好；另一个是均次门诊费用，意在反映医务人员控制医疗费用的程度，同时也说明城乡居民的医疗负担，这是个负向指标，越低越好；表面看来，这是很不错的两个指标，前一个指标能够反映基层医疗机构解决城乡居民“看病难”问题的程度，后一个则反映解决城乡居民“看病贵”问题的程度。但事实上，医务人员很容易操纵这两个指标，调研中我们发现，财政全额发放工资以后，各地基层医疗机构医务人员的做法如出一辙：诱导轻病人甚至无病者多看门诊，比如建议老年人两天来量一次血压，以此做大门诊量同时降低均次费用，同时满足了两个考核指标的要求；与此同时他们又将重病者推诿到县级医院看病，从而降低实际工作量和强度。医生如此做，实际上加剧了城乡居民的“看病难”（需要跑到更远的县级医院排更长的队看病）和“看病贵”（县级医院门诊费用高）问题，但是他们完全达到了政府确定的考核指标要求。（2）在绩效考核方面，政府行政部门存在着明显的激励不相容问题。政府官员对医生的考核工作是典型的花别人钱为别人办事的行为，政府官员缺乏把考核工作认真做好的积极性，所谓的绩效考核最终流于形式主义。（3）公有体制下，不能允许医疗机构及其医生拥有收入自主权，不允许医生之间和医疗机构之间出现较大的收入差距。其中的逻辑很简单：因为在固定资产和运营经费来自于国家财政的情况下，在拥有国家赋予的行政垄断地位和其他特权的情况下，

在拥有国家信用担保的情况下，我们很难弄清楚公立机构的高收入到底是来源于其管理者及医务人员的高水平和努力工作，还是来自于国有资产、国家信用和行政垄断产生的租金，因此没有足够的理由和证据允许公立机构的员工“多挣多得”，否则其管理者及其医务人员很可能是把主要精力放在争取更多的财政投入、更大的行政特权以及更大幅度滥用国家信用上，而不是放在提高业务水平和努力为患者服务上。因为依靠前者比后者更容易“多挣”。

我们之所以明确规定包括公立医疗机构在内的所有国有事业单位的个人工资标准和整个单位的工资总额标准，明确规定其要“严格控制人员经费（包括基本工资、绩效工资即津贴和奖金、社会保障缴费、住房公积金等）”，“制定具体的工资总额控制指标”，其中的逻辑就在这里。只要维持公立体制，这个规定就是合理的。

私人或合伙执业的个体诊所，资产、信誉和劳动所有者集于一身，资本、信誉和劳动收益归于一人，不会产生任何激励扭曲，不管是通过做大固定资产、做大机构信誉还是提高个人业务水平并且努力工作，都是社会最优的选择。而投资方不是从业医生的私营医疗机构，对于收入分配，可以通过资本市场和人力资源市场上要素的自由流动以及内部的相互协商机制形成最优均衡，也是对社会有利的格局。显然，民营医疗机构没有向政府索取更多投资和特权的权力和能力。因此，也就不需要对其收入分配自主权做很严格的约束，对不同医生之间、不同医疗机构之间的收入差距也没有必要干预。由此，自然形成“多劳多得、少劳少得、不劳不得”的强激励收入分配机制。

因此，公立机构形成的必然是一种弱激励机制，激励理论早就指出过，激励机制也是一个筛选机制，能力高者及愿意努力工作者倾向于选择强激励方案；而能力弱者及更愿意工作安稳者倾向于选择弱激励方案。此次基层医疗机构改革实践再次提高例证支持这一结论，自2010年基层医疗机构开始实施收支两条线制度以来，各地普遍出现了受到患者认可的高水平医生流失现象。

总结一下，公立主导导致的行政等级制使得留在公立基层医疗机构的医生必然是最差的医生，真正意义上的公立医疗机构所必然出现的“收支两条线+定岗定编定工资标准”导致的弱激励机制又会进一步挤走好医生、

同时抑制医生努力提高自身业务、努力工作的积极性。

这样的做法怎么可能会是“强基层”？

于是乎，毫不奇怪，当我们形成了由真正的公立机构主导的基层医疗服务供给格局时，城乡居民在这些公立卫生院（社区中心）看到的基本是最差的医生以最差的工作态度工作。所谓“真正公立”的含义，正是某些人近年来一直在呼吁的“财政投入一定足额到位、医务人员的工资要由财政足额发放、医疗机构的运营经费和基本建设经费财政给予充分保障、医务人员的个人收入不能和医药收入挂钩”，也就是“收支两条线+财政保障工资和基本运营经费”的制度。

安徽模式的根本问题在于改革方向没有做对，把医改变成了药改。相比较而言，由于基层医疗机构面临着较强的市场竞争，从而高价卖药的能力较弱，因此和二三级医院相比，其药价虚高问题要弱得多，城乡居民的不满也弱得多，数据可以完全体现这一点，基层医疗机构承担了全国全部门诊量的 62%，住院量的 28%，

但其药品费用却不到全国总药品零售额的 10%。换句话说，对于基层医疗机构而言，药价虚高问题不是主要矛盾，城乡居民对药价虚高的不满也不是针对基层医疗机构的。基层医疗机构的突出问题是医疗服务水平包括技术水平和质量水平严重偏低，不能有效满足城乡居民就近看病的需求，不能完成把大部分门诊需求留在基层的任务，从而使得城乡居民蜂拥到二三级医院就诊，加剧了看病难和看病贵现象。因此，基层医疗机构改革应该着眼于能力建设而非药价虚高问题。基本药物制度尤其是安徽模式的根本问题就在于它不仅不能、不仅没有提高基层医疗机构的医疗服务供给能力，恰恰相反，它明显弱化了基层医疗机构的服务供给能力。重回国有事业单位体制的定岗定编制度和收支两条线制度重新造就了铁饭碗大锅饭制度，它奖励了医疗技术差服务态度差、懒散的差医生，打击乃至挤出了技术水平高、服务态度好、工作努力的好医生。并形成了明显的负激励机制，使得年轻医生热衷于熬资历而不是学技术。



三、基层医改的目标模式

很多人一直奇怪，为什么英美德日等发达国家的诊所所有那么多高水平的医生？也一直希望我们能够有足够数量的高水平全科（家庭）医生留在基层，建立分级有序诊疗、合理分工的医疗体系。遗憾的是，许多人没有弄清楚的是，英美之所以如此，是因为人家的基层医疗机构是以民营为主体的，他们不会出现“等级制+收支两条线”制度，当然能够吸引好医生去诊所并且留在诊所。而公立主导的基层医疗服务格局不可能做到这一点。

其实并不需要看美国英国的医生怎么样，看看中国的律师就可以。律师和医生这两个行业非常相似，都是依靠专业知识和职业声誉执业的。从上个世纪80年代开始，中国的律师行业就走向了以个人或合伙执业为主体的民营主导格局，因此，今天看到的景象是，只要获得执业律师资格证书，就可以合法执业了，律师行业没有复杂的行政等级、更没有复杂的初中高级职称划分，只有由律师个人能力及声誉所决定的收费标准差异。律师事务所遍布大中小城市乃至乡村地区，他们提供了多元化的、能够满足城乡居民需要的法律服务。

事实上，中国好的门诊大夫并不像一些人所说的那么匮乏，二三级医院的门诊部有许多专注于门诊业务的好大夫。问题的核心是，或者说问题的正确问法是，为什么中国的好大夫不去社区工作？

行文至此，基层医疗改革的目标模式已经相当清晰了：那就是像英国、美国、日本等发达国家一样，像我们的台湾和香港地区一样，除执业资质要求外，应放开准入、形成自由执业的、以私营诊所为主体的初级医疗服务供给格局。

“人人享有基本医疗卫生服务”的政策目标，也就



是说降低城乡居民医疗负担、保障全体公民充分有效地获得基本医疗服务的任务，应该通过全民医保制度来完成，政府的任务是为全民医保筹资、补需方，同时为形成竞争性的医疗服务格局创造政策和制度环境。即便是公共卫生服务，政府很大程度上也不需要举办公立机构，而是通过政府购买就可以完成。事实上，目前农村地区的公共卫生服务很大程度上就是政府购买模式，因为承担了农村地区大部分公共卫生服务任务的村医并不是国有事业单位职工，而是民医，由他们从事公共卫生服务，然后政府支付报酬，是一种典型的政府购买模式。国务院文件[5]也明确指出：“对乡村医生提供的基本公共卫生服务，主要通过政府购买服务的方式进行合理补助。”如果我们认定采取这种模式提高了“公共卫生均等化水平”，那就意味着采取政府购买服务的形式也能够实现“公共卫生均等化”。

具体说来，基层医疗机构改革的目标模式是：（1）提供包括公共卫生服务在内的初级医疗服务功能的全科家庭医生以个体或合伙执业为主体，也就是以民营诊所为主体；（2）城乡居民的基本门诊费用60%以上由医保负担；（3）全科（家庭）医生成为整个医疗服务体系的守门人，城乡居民首诊须到全科医生诊所，转诊由全科医生负责；（4）城乡居民拥有自由选择定点门诊机构的权力；（4）医保对作为守门人的全科医生采取按人头付费或其他适宜的（比如门诊个人账户）付费机制，医保资金跟着参保者走；某些公共卫生（比如妇幼保健、健康教育、健康档案等）经费也完全可以采取按人头付费，并且费用跟着参保者走的模式。

这其实正是那些醉心于“政府主导”体制的政府部门和学者所心仪的“英国模式”中的基层医疗服务供给格局。尽管英国实施的是全民公费医疗制度，但其中承担着医疗服务市场“守门人”角色的全科医生却是独立开业或者以合伙制形式执业的。

我们希望建立以全科医生为主体的基层医疗服务格局，问题是，哪个成功建立了全科医生制度的国家，全科医生不是以自由执业为主体？不是以民营诊所为主体？

环顾世界各国，鲜有基层医疗机构以公立为主体取得成功的案例。^[H]

（朱恒鹏：博士，研究员。现任中国社会科学院经济研究所微观经济研究室主任，公共政策研究中心主任。）