

# “新医改”十年：我国医疗卫生事业发展成就、困境与路径选择

董志勇 赵晨晓

**摘要：**十年来，我国“新医改”取得了重大突破，具有中国特色的基本医疗卫生制度框架基本确立，“新医改”政策体系不断完善，为解决医疗卫生事业发展这一世界性难题提供了“中国方案”。现阶段，我国基层医疗卫生服务短板明显，医患关系局部不和谐依然存在，分级诊疗推进存在阻碍，居民卫生健康素养有待提升。我国应构建以人为本的整合型医疗卫生服务体系，提高基层医疗卫生服务供给质量，重构以患者利益为中心的医患关系，优化各级医疗机构资源配置，同时将健康治理融入政策体系，引导我国居民广泛参与健康治理，从而有效推进我国医疗卫生事业健康有序发展。

**关键词：**“新医改”十年；医疗卫生事业；健康中国战略

**中图分类号：**R197.1 **文献标识码：**A **文章编号：**1003-7543(2020)09-0149-11

2009年3月，中共中央、国务院发布《关于深化医药卫生体制改革的意见》，我国开启了新一轮医药卫生体制改革（以下简称“新医改”）的征程。“新医改”旨在着力解决普遍存在的群众“看病难、看病贵”问题，落实医疗公共卫生事业的公益性质，实现人人享有基本医疗卫生服务的目标。党的十八大以来，我国在深化“新医改”的基础上，把建设健康中国上升为国家战略，提出完善国民健康政策，推动“以治病为中心”向“以人民健康为中心”转变。2018年3月，国家卫生健康委员会设立，体现了以促进人民健康和“治未病”为中心的大卫生、大健康理念。2019年，我国卫生总费用达6.52万亿元，占GDP的6.6%，其中：政府卫生支出1.74万亿元，占卫生总费用的比重为26.7%；社会卫生支出2.92万亿元，占卫生总费用的比重为44.9%；个人卫生支出1.85万亿元，占卫生总费用的比重为28.4%。经过十多年的探索和实践，“新医改”取得了举世瞩目的成就，为全球医疗卫生事业发展贡献了“中国

智慧”。

尽管我国医疗卫生事业在医疗、医药、医保等各方面取得重大突破，但“新医改”仍然面临着一些不容忽视的现实问题。然而，现有文献对于政策变化所产生的影响，以及现行医疗卫生服务体系的结构性和系统性问题研究不足。为此，本文在总结“新医改”十年发展成就的基础上，分析其面临的现实困境，探讨构建以人为本的整合型医疗卫生服务体系的策略，这对于促进我国医疗卫生事业发展具有重要的理论和现实意义。

## 一、“新医改”十年我国医疗卫生事业的发展历程

十年来，尤其是党的十八大以来，我国“新医改”取得了重大突破，具有中国特色的基本医疗卫生制度框架基本确立，“新医改”政策体系不断完善，为解决医疗卫生事业发展这一世界性难题提供了“中国方案”。

### （一）基本药物制度的发展历程

“新医改”之前，“以药补医”现象长期存在，

**作者简介：**董志勇，北京大学经济学院院长、教授、博士生导师；赵晨晓，北京大学经济学院博士研究生。

药品收入是卫生机构赖以维持运行的重要补偿渠道,以致产生了看病难、看病贵的问题。为解决这一问题,2009年8月,卫生部等九部门发布《关于建立国家基本药物制度的实施意见》,标志着国家基本药物制度自此建立。国家基本药物制度包含对基本药物的遴选、生产、流通、使用、定价、报销、监测评价等各环节实施有效管理,有助于破除公立医院的逐利机制。2017年9月,全国所有的公立医院都取消了药品加成,医疗费用不合理增长的势头得到了有效遏制。同时,全面实施一般诊疗费,原则上10元左右,并将其纳入基本医保门诊统筹支付范围,按规定比例支付,基层医疗卫生机构不再另行收费。此外,实施基本药物零差率销售政策,即全部配备和使用国家基本药物,群众的就医负担持续减轻。

#### (二) 分级诊疗制度的发展历程

近年来,伴随着老龄化、城镇化等经济社会转型过程,居民基本健康需求增长迅速,呈现多样化特点,给完善医疗卫生服务体系带来了挑战。“新医改”前,基层医疗卫生机构由于存在服务基础薄弱、服务质量偏低等问题被逐渐边缘化,但其占用了大量医疗资源,造成居民就医不便、医疗费用负担加重。鉴于此,2010年,国家鼓励各地区建立健全分级诊疗、双向转诊制度,积极推进基层首诊负责制试点。2015年9月,国务院办公厅印发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》,提出构建分级诊疗制度的要求。分级诊疗制度是按照疾病的轻重缓急及治疗的难易程度进行分级,让不同层级的医疗机构对应承担不同程度疾病的诊疗,旨在扭转不合理的医疗资源配置格局,实现对医疗卫生资源的有效配置,促进基本医疗卫生服务均等化,是有效缓解民众看病难、看病贵问题的制度设计。《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》提出,到2020年基本建立符合国情的分级诊疗制度,构建富有效率的医疗服务体系,形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的

分级诊疗模式。

#### (三) 全民医疗保障制度的发展历程

“新医改”全面启动之前,在农村和城市分别实行不同的医疗保障体系。2003年,新型农村合作医疗制度(以下简称“新农合”)正式在农村启动试点,它是以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度,并于2008年基本实现全覆盖。在城镇,自2007年起开展城镇居民基本医疗保险,采取以政府为主导、以居民缴费为主、政府适度补助为辅的筹资方式为城镇居民提供医疗保障。为进一步扩大医疗保险覆盖面、协调城乡经济社会发展,2016年1月,国务院发布《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》,提出整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两项制度,建立统一的城乡居民基本医疗保险制度,并提出各地在确保覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理“六统一”的基础上,进一步统一经办服务和信息系统,提高运行质量和效率。2018年,国家医疗保障局成立,基本医疗保险制度不断优化完善,人民医疗保障水平明显提高。

#### (四) 现代医院管理制度发展历程

自2010年国家启动公立医院改革试点以来,各试点城市积极探索,改革取得明显进展。2015年,国务院办公厅印发《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》,将公平可及、群众受益作为改革出发点和立足点,加快推进城市公立医院改革。而现代医院管理制度作为公立医院改革的枢纽工程,也是中国特色基本医疗卫生制度的重要组成部分。2017年7月,国务院办公厅印发《关于建立现代医院管理制度的指导意见》,提出要坚持以人民健康为中心,建立以公益性为导向的考核评价机制,把社会效益放在首位,实行所有权与经营权相分离,建立权责清晰、治理完善、运行高效的现代医院管理体系。同时,推动建立符合公立医院特点的人事编制和薪酬制度,鼓励探索创新,充分调动医务人员积极性,进行民

主管理和科学决策,实现医院管理能力现代化。现代医院管理制度强调充分发挥公立医院的引领带动作用,完善多元办医格局,构建科学规范的医院治理体系。

## 二、“新医改”十年我国医疗卫生事业的发展成就

### (一)基本医疗保障水平全面提高

近年来,我国基本医疗保障水平得到明显提高。具体表现在:第一,城乡居民医保制度整合稳步推进。2019年,参加全国基本医疗保险人数达13.54亿人,参保率稳定在95%以上,基本实现人员全覆盖,其中参加全国城乡居民基本医疗保险人数为10.25亿人。全国城乡居民基本医疗保险基金收入8451亿元,同比增长7.71%;支出8128.36亿元,同比增长14.23%;累计结存5061.82亿元,基金收支规模不断扩大,同时得到了合理有效监管,促进了城乡居民平等享受医保服务<sup>[1]</sup>。第二,医疗救助制度不断完善。2019年,中央财政投入医疗救助补助资金245亿元,

全年资助参加基本医疗保险人数7782万人,医保扶贫综合保障政策惠及贫困人口2亿人次,帮助418万因病致贫人口精准脱贫,农村建档立卡贫困人口参保率达到99.9%以上,这说明我国总体医疗救助能力得到了明显提高。第三,医保支付方式改革进一步深化。在我国,主要的医保支付方式为按项目付费,但医院在医疗支付体系之中不承担义务,缺乏强有力的约束激励机制。自2017年实施医疗保险支付改革以来,我国按项目付费的比例明显下降,积极推进实施按病种付费,将医疗服务质量与医疗费用挂钩。虽然目前该支付方式并没有显著降低医疗费用,但有效控制了医疗费用的增长速度<sup>[2]</sup>。

### (二)基本药物支出显著降低

“新医改”实施以来,基本药物制度改革持续巩固完善,在公立医院及基层卫生医疗机构的成效均较为显著。表1统计了各级医疗卫生机构基本药物支出占比。由表1可以看到,在取消全部药品加成后,公立医院药品收入占比逐年下降,由2010年的46.33%下降至2018年的32.71%。

表1 医疗卫生机构基本药物支出占比

年份	公立医院		社区卫生服务中心		乡镇卫生院	
	次均门诊药费占比(%)	人均住院药费占比(%)	次均门诊药费占比(%)	人均住院药费占比(%)	次均门诊药费占比(%)	人均住院药费占比(%)
2007	50.0	43.2	—	—	—	—
2008	50.5	43.9	—	—	—	—
2009	51.5	43.6	—	—	—	—
2010	51.3	43.1	70.9	49.3	60.4	52.9
2011	50.6	41.8	67.4	45.8	53.3	46.8
2012	50.3	41.1	69.2	46.5	54.8	48.2
2013	49.3	39.5	68.7	45.5	54.5	46.8
2014	48.3	38.3	68.8	44.1	54.3	45.8
2015	47.2	36.8	68.9	43.1	54.2	45.4
2016	45.5	34.6	69.6	41.8	54.8	44.0
2017	42.7	31.1	68.7	39.5	54.4	42.2
2018	40.9	28.2	68.4	36.6	55.0	39.8
2019	40.6	27.5	71.7	35.4	59.8	38.5

数据来源:根据历年《我国卫生健康事业发展统计公报》数据整理而得,社区卫生服务中心、乡镇卫生院部分数据未公布。

表2 基层医疗卫生机构医疗服务情况

年份	社区卫生服务中心(站)				乡镇卫生院					村卫生室		
	诊疗人次 (亿次)	诊疗人次 占比(%)	入院人数 (万人)	入院人数 占比(%)	诊疗人次 (亿次)	诊疗人次 占比(%)	入院人数 (万人)	入院人数 占比(%)	每万农业人口 床位数 (张)	诊疗人次 (亿次)	诊疗人次 占比(%)	乡卫生院 设点 数占比 (%)
2009	3.77	11.11	224.78	5.47	8.77	25.84	3808	92.63	10.50	15.52	45.74	7.18
2010	4.85	13.43	261.59	6.62	8.74	24.21	3630	91.90	11.20	16.57	45.88	7.66
2011	5.47	14.37	289.51	7.67	8.66	22.77	3449	91.36	11.60	17.92	47.09	8.47
2012	5.99	14.58	309.00	7.26	9.68	23.55	3908	91.87	12.40	19.27	46.90	8.92
2013	6.57	15.19	322.15	7.49	10.07	23.29	3937	91.56	13.00	20.12	46.53	9.23
2014	6.85	15.70	321.03	7.84	10.29	23.57	3733	91.18	13.38	19.86	45.52	9.20
2015	7.06	16.26	322.10	7.98	10.55	24.29	3676	91.06	12.40	18.94	43.62	9.40
2016	7.19	16.46	328.70	7.89	10.82	24.79	3800	91.24	12.74	18.53	42.43	9.46
2017	7.67	17.32	365.40	8.21	11.11	25.08	4047	90.94	13.46	17.89	40.40	10.06
2018	7.99	18.13	354.03	8.09	11.16	25.33	3985	91.06	14.30	16.72	37.90	10.53
2019	8.60	18.98	—	—	11.70	25.83	3909	91.01	14.80	16.00	35.32	—

数据来源:根据国家统计局公布数据整理而得,2019年部分数据尚未公布。

公立医院次均门诊药费占比由2009年的51.5%降至2019年的40.6%;人均住院药费占比由2009年的43.6%降至2019年的27.5%。2019年,社区卫生服务中心人均住院药费占比为35.4%,相较于2010年下降13.9个百分点;乡镇卫生院人均住院药费占比38.5%,相较于2010年下降14.4个百分点。各级医疗卫生机构的手术、治疗、护理等能够体现医护人员技术劳务价值的医疗服务收入占比明显提高,收入结构均得到了一定程度的优化。2018年9月,国家基本药物目录总品种由原来的520种增至685种,药品从研发到生产再到流通,各环节得到明显规范与提升,同时配合建立了多层次全民医保体系,在一定程度上缓解了群众看病难、看病贵的问题。

### (三)基层医疗卫生服务能力不断增强

“新医改”实施以来,基层医疗卫生基础设施建设得到加强,医疗卫生服务的可及性和质量明显提高。表2汇总了“新医改”以来基层医疗卫生机构医疗服务情况。就乡镇卫生院而言,“新医改”后诊疗人次、入院人数有明显增加,每万农业

人口床位数由2009年的10.50张上升至2019年的14.80张;就村卫生室而言,诊疗人次有所增加,2018年,有10.53%的村卫生室为乡镇卫生院设点卫生室,相较于2009年的7.18%有大幅提升,说明农村医疗卫生条件得到逐步改善。在城市社区卫生服务中心(站),对比“新医改”实施之前,其诊疗人次、入院人数增加则更为明显,尤其是诊疗人次增加了1倍以上。

近年来,基层医疗机构的医师水平得以多渠道提升,包括定向在岗医师培训、培养全科医生等,高校医学生到基层医疗机构工作锻炼的机会增加。国家以需求为导向,加快培养短缺专业医师,系统提升贫困地区医师队伍服务能力。“新医改”实施以来,中央财政大力扶持多所医学院校,为中西部地区农村基层医疗卫生机构培养全科医学人才,截至2018年,我国定向培养的医学生已达到5万余名,其中有近90%的毕业生按协议到乡镇卫生院服务。培训合格的全科医生共30.9万名,其中每万人拥有全科医生2.22人,同时集中组织三级医院对口帮扶贫困县级医院,系

统提升贫困地区医师队伍服务能力<sup>[3]</sup>。在优化基层医师准入管理方面,国家面向城乡基层和紧缺专业,对医疗资源稀缺的边远地区有针对性地实施乡村全科执业助理医师资格考试,并单独划定合格分数线,有效地缓解了医师短缺问题。

#### (四) 分级诊疗制度稳步推进

“新医改”实施以来,各地因地制宜,积极开展分级诊疗工作试点,比如在北京形成以医联体为切入点的分级诊疗模式,在城市开展基层社区卫生服务中心与二级、三级医院构成医联体,实现区域间医疗卫生资源共享。北京市目前有 58 个综合医联体,合作医疗机构有 528 家,覆盖 16 个区。截至 2018 年底,北京市共建立 8 个专业的 20 余个专科医联体,涵盖约 120 家二级、三级医院,牵头医院先后派出专家 2243 人次,医联体建设呈规模化、精细化发展<sup>[4]</sup>。又如,在厦门形成了以慢性病为突破口的分级诊疗模式,明确双向转诊机制,探索建立糖尿病、高血压等慢性病社区规范化管理机制,提升基层服务能力,从而改变了三级医院过度追求门诊规模的经营模式。同时,延长社区卫生服务中心使用慢性病药品一次性处方用量时间,并大幅削减在基层就诊的医疗保险自付比例,最低达到 7%,真正促进了双向转诊、社区首诊,合理配置医疗资源纵向流动。2019 年,基层医疗卫生机构总诊疗人次为 45.3 亿次,较 2009 年增长 11.4 亿次;公立医院诊疗人次为 32.7 亿次,占医院总数的 85.2%,较 2009 年降低 7 个百分点,基层医疗卫生机构的门诊量明显提高<sup>[1]</sup>。

启动家庭医生签约服务也是分级诊疗制度的一项重要内容。早在 2011 年,上海市便推行试点启动家庭医生签约制度,家庭医生可以沿用上级医院的处方药品和用药医嘱,为慢性病患者开具 1—2 月的处方药量,从而减少其去医疗卫生机构的次数,签约的居民还能享受减免社区门诊诊查费等优惠政策。截至 2016 年底,上海市已经实现家庭医生签约服务社区全覆盖,签约居民就

诊比例在社区达到 59.6%。目前家庭医生签约服务在全国超过 85% 的地区实施推进,一般人群签约率、重点人群签约率分别完成了 30%、60% 的医改工作目标,并将努力实现到 2020 年家庭医生签约服务制度全覆盖。

#### (五) 基本公共卫生服务均等化水平进一步提升

实现基本公共卫生服务均等化,应建立协调互动、资源共享的公共卫生服务体系,有效解决我国传染病防控、慢性病患者人数增加等公共卫生问题。2009 年,国家启动了基本公共卫生服务项目,逐渐向城乡居民提供,并重点向农村地区倾斜。目前,城乡、地区间公共卫生服务差异逐渐缩小,公共卫生服务均等化水平初具成效。第一,城乡基本公共卫生经费有效保障。2019 年,人均基本公共卫生服务经费补助标准为 69 元,较 2009 年增长了 4 倍以上,基本公共卫生服务项目增至十四大类<sup>[1]</sup>,同时中央财政也通过转移支付对困难地区给予一定的补助,人均新增 5 元经费全部用于村和社区,强化基层医疗机构公共卫生服务质量<sup>[5]</sup>。第二,公共卫生服务质量切实提升。2016 年,中共中央、国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》,要求强化覆盖全面的公共卫生服务,各地区基层医疗卫生机构应加大慢性病和重大传染病防控力度,实施健康扶贫工程,创新医疗卫生服务供给模式,完善健康保障。2018 年,我国居民健康素养水平由“新医改”前的 6.48% 提升至 17.06%,六大健康素养均有不同程度提升,健康信息素养、慢性病防治素养提升幅度较大。从城乡分布来看,城市居民健康素养水平达到 22.44%、农村为 13.72%,城市略高于农村,但农村的素养水平提升速度高于城市,且西部地区提升速度高于东部地区和中部地区<sup>[6]</sup>。第三,城乡基层医疗卫生机构的投入机制日益完善。2020 年,中央财政补助资金 503.8 亿元用于基本公共卫生服务项目,同时为应对新冠肺炎疫情,又新增基层疫情防控补助资金 99.5 亿元,较 2019 年共增加了 159.7 亿元<sup>[7]</sup>。

### 三、当前我国医疗卫生事业发展的现实困境

在“新医改”推进的过程中,基层医疗卫生服务基础薄弱,尤其是农村基层医疗机构服务存在重大短板,医患关系局部存在不和谐,城乡分级诊疗制度存在一定资源挤压。

#### (一)基层医疗卫生服务短板明显

尽管基层医疗卫生基础设施建设取得了巨大进步,也获得了政府大量资金投入扶持,但在现实发展过程中仍存在着许多短板,尤其是农村基层医疗卫生机构与城市相比仍存在一定的差距,进一步削弱了基层医疗卫生机构的服务能力。若基层医疗服务因浪费、效率低下、服务质量较差、劳动力稀缺等问题受到阻碍,则很难将人力、财力转换为具有高成本效益的服务<sup>[8]</sup>。

##### 1.基层医疗服务基础薄弱

一方面,2018年基层医疗卫生机构诊疗人次达44.1亿,是医院诊疗人次的1.23倍,但入院人数为4375万,仅占医院入院人数的21.9%<sup>[9]</sup>。各类医疗卫生机构总收入4.11万亿元,其中医院收入3.19万亿元,基层医疗卫生机构收入仅为医院的19.2%。在医疗设备方面,2018年医院万元以上设备总价值1.07万亿元,而基层医疗卫生机构万元以上设备总价值仅为0.09万亿元,说明基层医疗服务基础及医疗设备等方面与医院相差甚远,医疗投入有限且缺乏相应资金来源。另一方面,从城乡对比来看,2018年城市每万人拥有卫生技术人员109人、执业(助理)医师40人、注册护士51人,而农村分别比城市少63人、22人、33人。在医疗卫生机构拥有床位方面,城市每万人床位数为87张,农村仅45.6张。农村每万人医师数18人,仅为城市的45%<sup>①</sup>。

##### 2.基层医疗卫生服务水平较低

基层医疗卫生机构一般承担着首诊和康复的重要功能,具有举足轻重的地位。如果在首诊和康复过程中出现失误,很有可能导致患者贻误最佳诊疗时机,浪费不必要的社会资源,从而引

起医疗纠纷<sup>[10]</sup>。而基层医疗卫生机构基础设施缺乏、经过系统规范训练的医生不足、服务资金有限,导致其整体服务水平偏低。第一,基层医疗卫生机构严重缺乏本科及以上学历的执业医师、注册护士。2018年,社区卫生服务中心具备本科及以上学历的执业(助理)医师占比为48.4%,注册护士占比为21%;而乡镇卫生院具备本科及以上学历的执业(助理)医师占比仅为20.9%,注册护士占比仅为10.3%,远低于全国平均水平。第二,基层医疗卫生机构出现误诊情况较多。有学者对四川、陕西和安徽三省乡镇基层医疗服务提供者进行了代表性医疗质量研究,包括腹泻及心绞痛两类治疗病例,调查其是否能够为患者作出及时、正确的诊疗。研究发现,对于心绞痛患者,乡镇卫生院医生和乡村医生向上级医院进行及时正确转诊的比例分别仅为59%和67%;而对于腹泻患者,乡镇卫生院医生和乡村医生根据国家标准正确诊疗的比例分别仅为14%和9%<sup>[11]</sup>。第三,基层卫生机构在慢性病诊疗及抗生素使用等方面均存在一定问题。有研究表明,在农村地区,由于医疗服务人员教育水平和劳动力素质较低,缺乏一定的临床经验,对于诸如高血压和糖尿病的诊断低估率较高,而控制与诊疗能力较差<sup>[12]</sup>。在抗生素使用方面,有学者对2000—2012年发布的我国抗生素处方模式进行了研究,发现在基层医疗机构和欠发达的西部地区,医疗服务人员在门诊诊疗过程中往往会过量使用抗生素,从而对人体产生一定的危害<sup>[13]</sup>。

##### 3.基层医疗卫生机构医生短缺

农村医疗卫生机构一直面临医生“留不住、引不来”的困境,医生短缺很可能给整个医疗卫生服务体系带来较大的负面影响。乡村医生的职业回报和经济回报都不具备吸引力<sup>[14]</sup>,普遍工资待遇较低,且大部分医生还要承担繁重的公共卫生工作。尽管各地根据政策实施情况,给予乡村

<sup>①</sup>数据来源:根据《中国卫生健康统计年鉴·2019》相关数据计算所得。

医生一定专项资金补偿,但比例仍较低。为改善基层医务人员短缺问题,国家为农村定向免费培养医学人才,但多数高等医学院的学生都会拒绝在基层工作。乡村医生大多都不希望自己的孩子成为乡村医生,主要原因是薪资低、缺乏社会保障、接受继续教育机会少。随着医联体制度的进一步完善,各级医疗机构的联系愈发紧密,由于高级别医院待遇高、发展空间大,基层医疗机构人才频频跳槽,成为向上级医院输送人才的媒介,这种人才流失现象更加重了基层医生短缺。归根结底,基层缺医最主要障碍是资金不足,缺乏财政与非财政激励。

## (二)医患关系局部不和谐依然存在

### 1. 信息不对称降低了对医生的信任度

帕森斯认为,作为基本社会关系之一,医患关系是双方地位高度不平等的一种关系,处于信息高度不对称的状态<sup>[15]</sup>。医生由于接受过系统全面的医疗教育培训,并获得了执业许可,具有专业优势,处于关系的主导地位;而患者由于不具备专业知识,成为信息劣势方。一些患者过度依赖他们认为具备更多专业知识的医生,比如年长医生由于临床经验丰富,威望更高,能够获得更多患者的认可,而年轻医生由于临床经验不足,工作量大,会成为患者及家属负面情绪的接收者,以致发生不同程度的医患纠纷。此外,随着信息时代的到来,患者往往具备了更多的医学知识,减少了与医生之间的专业差距,更多地参与到诊疗决策之中。当这种信息不对称状态有所变化、患者权利意识逐渐上升时,患者往往会缺失对医生的尊重与敬畏,更倾向于对医生提出质疑,这在一定程度上恶化了医患关系。

### 2. 医患之间缺乏风险沟通

从近年来几起典型的医暴事件可以看出,医疗风险是产生医患纠纷的主要原因。由于医患之间缺乏有效沟通,或者事后沟通不畅,医生对患者的病情和治疗措施缺乏耐心解释,患者对治疗过程中的基本事项并不明晰。当医疗风险发生

时,患者会担心医生利用信息优势隐瞒不良后果,进而产生不满情绪,引发维权诉求,将责任过多地归咎于医生过失,形成医患纠纷。此外,随着医学技术的进步和医疗成本的进一步提高,患者及家属对治疗效果往往会形成较高的期望值,但医生并未有效向患者及家属传达“医生只能尽自己的力量诊疗,并不能保证把患者治好”的信息。当医疗风险发生时,就会造成医疗纠纷进一步增多。

### 3. 医疗机构逐利倾向并未消失

“新医改”实施以来,公立医院取消了“以药养医”,医生收入不再与药品销售及医疗服务量挂钩。然而,医疗机构虽然是公益性机构,但也面临着市场化的挑战。医生受医院考核机制的影响,为应对医院的应收任务,可能出现对患者实行过度诊疗、增加护理等情况<sup>[16]</sup>,这样来看,患者的医疗费用在增加,服务质量却没有得到明显提高,医患间的利益冲突日益加剧。我国虽然出台了相关政策,建立了统一的城乡居民基本医疗保险制度,但是患者仍然会受到最高支付限额、基本药品目录等限制,医疗费用与个人负担直接挂钩。中低收入群体对医疗费用的承受能力有限,容易引发医患间的利益冲突,演化成为恶性医暴事件。

## (三)分级诊疗推进存在阻碍

尽管分级诊疗制度在我国已经取得一定成效,但是患者自付就医费用仍然呈现逐年增长趋势,居民“看病贵”现象仍然存在。在经济欠发达地区,基层医疗服务与上级医院服务之间的连接存在一定问题,居民“看病难”问题也没有完全解决,以致阻碍了分级诊疗制度的推进。

### 1. 国家相应政策保障不够完备

由于国家建立的相关制度尚处于探索阶段,缺乏相对完备的配套措施,“新医改”实施仍然会遇到不小的障碍。比如,由于基本药物利润水平较低,且需考量向基层医疗机构运输的成本,其配送不够全面及时,而药品决策权的上移也使得基层医疗卫生机构难以根据自身需求获得药品,运营自主性受到限制。又如,基本药物制度使得部

分低价药品消失,基层医疗卫生机构病患用药不便,减少了在基层医疗卫生机构就医的可能性,患者向下转诊困难,基层医疗卫生机构自身功能发挥受到阻碍,陷入运行困境。再如,医疗保障政策从顶层制定实施到下沉基层存在时滞,在某些地区存在差异化支付、实际保障水平与名义保障水平相差较大等问题,有时需要逐级上报,而这可能导致延误病情,不利于分级诊疗的推进。

### 2.不同医疗机构间存在利益冲突

不同层级医疗卫生服务机构之间存在着利益冲突加剧的现象。一方面,基层医疗卫生机构与上级医疗卫生机构存在业务的交叉和重叠,又都需要完成资金创收任务,难免会产生一定的利益冲突和竞争,这些冲突与竞争导致各级医疗卫生机构出现层级沟通和人际信任障碍,上级医院不愿将信息、经验和知识共享,加之基层医疗服务能力不足,大医院往往将病源上转,而不愿下转,阻碍了双向转诊与分级诊疗的实现。另一方面,上级医院待遇高、发展空间大,基层医生有向更高级医院流动的趋势,而医联体的存在使得上级医院“挖墙脚”现象频频产生,加重了基层缺医的问题,在一定程度上影响了分级诊疗功能的实现。

### 3.居民诊疗存在梯度挤压效应

有学者指出,人群的医疗需求应为“正三角”结构,底部代表患有普通病症的人群,而顶部代表患有重症疑难病症的人群<sup>[17]</sup>。在正常情况下,分级诊疗制度建议居民在非急诊情况下,优先选择基层医疗机构诊疗常见病、慢性病与多发疾病,进而有针对性地选择二级、三级医疗机构。但是,目前由于基层医疗机构服务基础薄弱,患者不信任感加剧,进而涌向二级、三级医疗机构,形成了“倒三角”结构<sup>[18]</sup>。2019年,公立医院次均门诊费用按可比价格上涨3.1%,人均住院费用按可比价格上涨3.0%。即便如此,与2018年相比,公立医院诊疗人次增加2.6亿次,基层医疗卫生机构诊疗人次仅增加1.2亿次;2019年公立医院

入院人数增加1166万人,基层医疗卫生机构入院人数减少81万人。由此可见,大医院在利益博弈中仍然处于优势地位,基层医疗卫生机构始终处于缓慢发展之中,分级诊疗制度推行仍存在阻碍。

### (四)居民卫生健康素养有待提升

自2016年国家提出《“健康中国2030”规划纲要》,把居民健康素养水平作为“新医改”重要指标以来,我国居民健康素养有了质的飞跃,但是2018年居民健康素养调查结果显示,目前健康素养水平在城乡、地区、人群间的分布不均衡依然存在,农村居民、中西部地区居民、老年人群等的健康素养水平仍相对较低。

2020年春节期间,新冠肺炎疫情迅速向全国蔓延,成为全社会关注的焦点问题。新冠肺炎疫情的传播速度和确诊病例数均远超“非典”疫情,引发了社会的深切担忧。各省份陆续启动重大突发公共卫生事件一级响应,出台举措,精准施策,积极防控疫情。在全国共同努力下,我国疫情防控形势持续向好、生产生活秩序加快恢复的态势不断巩固和拓展。然而,疫情在全球多点暴发并快速蔓延,令世界公共卫生安全面临极大挑战。我国应对疫情的相关经验对各国抗击疫情具有借鉴意义,对全球疫情阻击战贡献了中国智慧。此次新冠肺炎疫情暴露出的种种问题,更加体现出提升全民健康素养的重要性。

#### 1.对慢性病风险认识不足

在我国,随着人口老龄化进程的加快和人们生活方式的转变,慢性非传染性疾病负担不断加重。一方面,人们大多不信任基层医疗卫生机构的服务水平,而大型医疗卫生机构“看病难”“看病贵”问题较为普遍,导致人们容易出现因病致贫、因病返贫的状态;另一方面,人们缺乏对慢性病的正确认识,认为慢性病不会危及生命,因而无需也无暇进行治疗,往往自我认定、自我诊断,延续以往不健康的生活方式,出现状况就乱求医、乱用药,甚至滥用抗生素,以致贻误治疗病情



的最佳时机,一旦出现并发症危害极大。对慢性病的风险认识不足,使得公共医疗卫生资源被过度使用,对我国居民的健康造成了严重危害。

#### 2.对公共卫生突发事件防控能力有限

新冠肺炎疫情暴发并在全国范围迅速蔓延,是对我国居民健康素养的一次考验。随着生活、工作节奏的加快和生活方式的巨大转变,许多人存在不健康的生活习惯,不注重自身健康状况的提升,导致在疫情迅速蔓延的情况下,面临着被感染的重大风险。与“非典”疫情不同的是,老年群体的健康水平相对较低,往往更易感染新冠肺炎,且感染后容易成为重症病例,这考验着我国医疗卫生资源的承载力。我国民众获取与判断正确有效的健康信息、及时调整防控行为的能力还较为有限,面对互联网铺天盖地的各渠道信息,出于对疫情的无知与恐慌,一些人盲目传谣信谣、哄抢口罩和药品、谎报瞒报行程、不按规定自我隔离甚至扰乱疫情防控工作等,增加了疫情防控的难度。同时,在疫情扩散过程中,居民自身缺乏对传染病的基本认识,导致一些疑似和普通流感患者涌向大型医疗机构,增加了医院的诊疗防控负担,同时也使自己和家人暴露在高风险环境下,大大增加了被感染患病的可能。

#### 四、我国医疗卫生事业健康发展的路径选择

随着“新医改”的不断深化,加强医疗卫生服务体系建设的路径也在不断发生变化。萧庆伦指出,“新医改”应将过去碎片化的卫生服务体系转变为整合型卫生服务体系,从而提高医疗服务质量与经济效率<sup>[19]</sup>。世界卫生组织也提出要加强从社区到医院、再到社会的各级卫生服务,建立各级医疗机构之间的有效联系,从而实现以满足人的需求为核心的安全、优质卫生服务。在构建整合型医疗卫生服务体系过程中,国家应该积极推动各级医疗卫生服务机构人员通力配合,组成服务网络,统筹各利益相关方协调合理运作,有效提高医疗质量,降低医疗成本,提升社会整体健

康水平。

#### (一)提高基层医疗卫生服务供给质量

针对基层医疗卫生服务供给总量不足的问题,应从各地区实际情况出发,深入实施健康扶贫,加强上级医疗机构对基层医疗机构的对口帮扶,加大相关资金和政策进一步向基层医疗卫生公共服务的倾斜力度,鼓励并引导上级医疗卫生机构资源向基层医疗卫生机构合理流动,补齐总量不足的短板,加快构建整合型医疗卫生服务体系<sup>[20]</sup>。针对基层医疗卫生服务供给质量不高的问题,应进一步探寻城乡基本公共服务均等化的对策,认清财政投入和非财政投入同等重要。各地政府要提高基层医疗卫生机构医生的待遇和福利,给基层医生以良好的发展空间,探索培养模式多样化,拓宽基层医务工作者的知识结构。要支持鼓励通过定向医学生免费培养、全科医生特岗计划、长效有序的医务工作者轮岗机制,解决基层合格医生缺乏的问题,打造数量和质量俱佳的基层医疗卫生队伍,实现基层医疗卫生事业可持续发展。

#### (二)重构以患者利益为中心的医患关系

公立医院改革的核心在于破除逐利机制,落实各方责任,构建布局合理的医疗服务体系,这就要求医疗机构回归公益性,重筑以患者利益为中心的和谐医患关系。国家应完善公立医院管理体制,建立以质量为核心、公益性为导向的考评机制和人事薪酬制度,有效控制医疗费用的不合理增长,激发医护人员的积极性和创造性,使医患关系得到改善。有学者指出,解决医患冲突的最有效办法是建立医生与患者间有效的内部沟通机制,否则通过第三方调解纠纷不但会浪费大量的人力和财力,而且对医患信赖关系的形成并无裨益。这就要求医生在诊疗过程中,不仅要尊重医学的科学性,保障患者的健康,而且要充分披露相关信息,在双方充分有效沟通的前提下做出更适合的诊疗方案。这样,在医患利益平衡的基础上,才能够重塑医患信任,有效减少医患纠纷。

### (三)优化各级医疗机构资源配置

分级诊疗制度下沉到基层、形成纵向整合协同机制仍有待完善。若要使医疗卫生体系“碎片化”的“筒仓”服务模式得到改善,就必须配合相关政策妥善解决各层级医疗机构间的利益冲突问题。国家应将城乡各级医疗机构视作一个有机整体,优化医疗卫生改革的顶层设计,重新梳理相关政策,有效保证各级医疗机构的服务供给水平。扩大对基层医疗卫生机构的财政投入和人才引进,优化医疗卫生资源配置,提升基层医疗机构服务水平,转变患者盲目向二、三级医院求医的观念,缓解大医院“虹吸”效应,从根本上改变“倒三角”结构。在制度构建上,应对各级医疗机构一视同仁,完善医联体制度,保障各级医疗机构间信息通畅,同时加强监督,防止上级医院对下级医院的利益获取,多渠道引导患者就医选择。

### (四)引导我国居民广泛参与健康治理

在“新医改”的进一步推进中,应纳入促进健康的因素,结合新冠肺炎疫情下暴露出的种种问题,积极提升全民健康素养。伴随着人口老龄化加剧与不良生活方式普遍增多,慢性病成为主要疾病负担,这就要求对于慢性病患者,尤其是老年人群体,基层医疗机构应给予更多干预,加大健康知识普及与宣传力度,提高人们的健康素养水平和风险应对能力,通过疾病预防、健康护理与健康教育等活动,决胜“新医改”健康服务的“最后一公里”。当面临突发公共卫生事件时,基层医疗卫生机构应发挥社区健康信息传播者的作用,及时做好预诊、分诊、转诊,提升病患的自我管理能力,加强突发事件后的信息发布与政策协调能力,强化各部门的沟通与配合,提高防控效率。 **Reform**

### 参考文献

[1] 2019年我国卫生健康事业发展统计公报 [EB/OL]. (2020-06-06) [2020-08-15]. <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/202006/e>

bfe31f24cc145b198dd730603ec4442.shtml.

[2] 姚奕,陈仪,石菊.医疗保险支付方式改革:实践与研究进展评述[J].中国卫生经济,2017(4):36-39.

[3] 国务院关于医师队伍管理情况和执业医师法实施情况的报告[EB/OL]. (2019-04-21) [2020-08-15]. <http://www.npc.gov.cn/hpc/c30834/201904/1217d5b0f2454171bd5f12aa1a37f7b0.shtml>.

[4] 刘欢.北京市专科医联体已覆盖120家医院 [N].北京日报,2019-02-22.

[5] 关于做好2019年基本公共卫生服务项目工作的通知[EB/OL]. (2019-09-05) [2020-08-15]. [http://www.gov.cn/xinwen/2019-09/05/content\\_5427467.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2019-09/05/content_5427467.htm).

[6] 崔元苑.2018年中国居民健康素养水平升至17.06% [EB/OL]. (2019-08-28) [2020-08-15]. <http://health.people.com.cn/n1/2019/0828/c14739-31323126.html>.

[7] 财政部、国家卫生健康委2020年下达603.3亿元支持各地开展基本公共卫生服务和基层疫情防控工作[EB/OL]. (2020-01-27) [2020-08-15]. [http://www.gov.cn/xinwen/2020-01/27/content\\_5472491.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2020-01/27/content_5472491.htm).

[8] YIP W C M, HSIAO W C, CHEN W, et al. Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms [J]. The Lancet, 2012, 379 (9818): 833-842.

[9] 2018年我国卫生健康事业发展统计公报 [EB/OL]. (2019-05-22) [2020-08-15]. [http://www.gov.cn/guoqing/2020-04/29-content\\_5507528.htm](http://www.gov.cn/guoqing/2020-04/29-content_5507528.htm).

[10] 李亚男,吴海波.医联体背景下基层医疗机构面临的困境及对策研究[J].医学与哲学(A),2018(6):22-25.

[11] SHI Y, YI H, ZHOU H, et al. The quality of primary care and correlates among grassroots providers in rural China: a cross-sectional

- standardised patient study[J]. The Lancet, 2017, 390: 16.
- [12] LI X, LU J, HU S, et al. The primary health-care system in China[J]. The Lancet, 2017, 390(10112): 2584-2594.
- [13] YIN X, SONG F, GONG Y, et al. A systematic review of antibiotic utilization in China [J]. Journal of antimicrobial Chemotherapy, 2013, 68(11): 2445-2452.
- [14] DING Y, SMITH H J, FEI Y, et al. Factors influencing the provision of public health services by village doctors in Hubei and Jiangxi provinces, China[J]. Bulletin of the World Health Organization, 2013, 91: 64-69.
- [15] 房莉杰. 中国新医改十年: 从社会维度加以观察[J]. 文化纵横, 2018(5): 119-127.
- [16] YI H, MILLER G, ZHANG L, et al. Intended and unintended consequences of China's zero markup drug policy[J]. Health Affairs, 2015, 34(8): 1391-1398.
- [17] 李菲. 我国医疗服务分级诊疗的具体路径及实践程度分析[J]. 中州学刊, 2014(11): 90-95.
- [18] 姜洁, 李幼平. 我国分级诊疗模式的演进及改革路径探讨[J]. 四川大学学报(哲学社会科学版), 2017(4): 29-35.
- [19] YIP W, HSIAO W. Harnessing the privatisation of China's fragmented health-care delivery[J]. The Lancet, 2014, 384(9945): 805-818.
- [20] 申曙光, 马颖颖. 新时代健康中国战略论纲[J]. 改革, 2018(4): 17-28.

## Ten Years of "A New Round of Medical and Health System Reform": Achievements, Difficulties and Path Selection

DONG Zhi-yong ZHAO Xiao

**Abstract:** In the past ten years, "A New Round of Medical and Health System Reform" has made a major breakthrough in China, the basic medical and health system framework with Chinese characteristics has been basically established, and the policy system of "A New Round of Medical and Health System Reform" has been constantly improved, which provides a "Chinese plan" for solving the world-wide problem of medical and health development. At present, there are obvious shortcomings in primary medical and health services in China, local disharmony between doctors and patients still exists, there are obstacles in the promotion of hierarchical diagnosis and treatment, and residents' health literacy needs to be improved. China should build a people-oriented integrated medical and health service system, improve the supply quality of primary medical and health services, reconstruct the doctor-patient relationship centered on the interests of patients, optimize the resource allocation of medical institutions at all levels, integrate health governance into the policy system, and guide residents to widely participate in health governance, so as to effectively promote the healthy and orderly development of China's medical and health undertakings.

**Key words:** ten years of "A New Round of Medical and Health System Reform"; medical and health undertakings; healthy China strategy

(责任编辑:文丰安)