

# 行政、市场与职业：城市分级 诊疗的三种治理模式及其实践\*

姚泽麟

**摘要：**实现分级诊疗是新医改工作的一项重点和难点。分级诊疗的实现依赖行政、市场和职业三种治理模式。这三种治理模式各有相应的实现分级诊疗的机制，分别为指令、价格与专业权威。改革前的分级诊疗体系由行政治理模式占主导地位，而改革后则是行政为主、市场为辅，但两个阶段中职业治理模式均未发挥应有的作用。因此，有必要给予医生充分的职业自主性，以专业权威为基础，结合另外两种治理模式，协同促进分级诊疗的实现。

**关键词：**分级诊疗；治理；行政；市场；医生职业

**中图分类号：**C913.4 **文献标识码：**A **文章编号：**0257-5833(2016)06-0084-10

**作者简介：**姚泽麟，华东师范大学社会发展学院讲师（上海 200241）

近几年来，随着人民收入水平与生活水平的不断提高，也由于医疗保障制度的不断推进，我国居民不断增长的医疗服务的需求与医疗卫生体制当中不甚合理的递送模式之间的矛盾日益凸显。为解决这一问题，实施分级诊疗制度刻不容缓。为此，党的十八届三中全会强调医疗改革领域须坚持“保基本、强基层、建机制”的基本原则，并明确提出要“完善合理分级诊疗模式，建立社区医生和居民契约服务关系”。2015年，国务院办公厅更是专门下发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》，指出“立足我国经济社会和医药卫生事业发展实际，遵循医学科学规律，按照以人为本、群众自愿、统筹城乡、创新机制的原则，以提高基层医疗服务能力为重点，以常见病、多发病、慢性病分级诊疗为突破口，完善服务网络、运行机制和激励机制，引导优质医疗资源下沉，形成科学合理就医秩序，逐步建立符合国情的分级诊疗制度，切实促进基本医疗卫生服务的公平可及”。可见，党和政府都已将分级诊疗作为医疗改革的一项重点来抓。

分级诊疗是医疗领域中的一个重要概念，世界卫生组织也早在1957年就提出了分级诊疗模式。其基本含义是根据病人所患疾病的严重程度，对病患进行分流，以同时达至病患获得恰当的医疗服务与医疗资源能够被有效利用的双重目的。分级诊疗以疾病的发病率与人群“金字塔型”的医疗需求结构为基础。人类大部分的疾病均为常见病、多发病或者一般急症，这些疾病均可由基层医疗机构中的全科医生帮助解决。而金字塔顶部则代表疑难杂症或者重症，这些疾病的发病

收稿日期：2016-03-01

\* 本文系国家社科基金项目“当代中国城市医生的职业自主性研究”（项目编号：15FSH007）、教育部人文社会科学研究基金项目“新医改背景下城市居民就医行为逻辑研究”（项目编号：14YJC840040）和上海市哲学社会科学规划课题“新医改背景下上海居民就医行为逻辑研究”（项目编号：2014ESH001）的阶段性成果。

率较低，治疗手段较为复杂，需要到医院和专科医生那里接受诊疗。而二者的有机结合就构成了分级诊疗体系：病人首先到全科医生那里寻求帮助，少部分疑难杂症或重症的病人被有针对性地转至专科医生那里，而大多数病人的问题都在全科医生那里解决。譬如，英国90%的门急诊由全科医生首诊，其中90%以上的病例都没有被转诊，而由全科医师完成治疗。此外，98%的门处方药是由全科医生开出的。在美、澳、加、日等国以及我国的港澳地区，分级诊疗也都有类似的实施效果<sup>①</sup>。因此，如果分级诊疗行之有效，则最后呈现出来的民众的医疗服务利用结构也是一个“金字塔型”。

分级诊疗能够实现，必须仰赖合理的医疗服务递送体系与治理模式。医务人员与医疗机构构成了医疗服务的递送主体，大至医院，小至个体诊所、个体医生，都可能是具体的服务提供者。如果说递送主体构成了分级诊疗体系的骨架，那么治理模式就相当于血肉和神经，两者有机结合，才能使分级诊疗得以有效运行。而从治理模式上来说，笔者认为，可以归纳出三种类型：行政、市场以及职业（profession）。这三种治理模式分别以各自不同的机制实现分级诊疗。行政的主体——政府在解决医疗服务的可及性与可得性方面责无旁贷，市场则被希冀在资源配置中起决定作用，而医生职业则是医疗服务的直接提供者，三者均在分级诊疗中扮演重要的角色。那么，如何在新医改阶段发挥政府、市场与医生职业各自的作用，以最终实现分级诊疗？本文即尝试阐释分级诊疗的这三种治理模式的内涵与特征，并以此反观建国以来城市地区的分级诊疗实践，总结经验教训，为新医改提供政策参考。

## 一、行政治理模式

行政治理模式实现分级诊疗的基本机制就是“指令”，因而也就带有强制色彩。类似于社会主义国家中的“再分配经济”的概念，分级诊疗的行政治理模式的背后也体现着管理者对医疗服务资源分配效率的追求，而有效率分配的基础则是一种“超级理性”，管理者的这种理性与“让自我调节的力量来决定经济行为的具体目标”的市场的形式理性是相反的<sup>②</sup>。在实施过程中，行政治理模式通常表现为科层制。在这种科层制架构中，管理者都遵循着明确的规章制度，以此为基础，管理者的等级和分工分明，他们之间则构成了非人格化的角色体系<sup>③</sup>。在行政治理模式下，普通人的医疗需求可能受到严格的调节与管控，一旦产生就医需要，就去指定的基层医疗服务提供者那里。而医生作为科层架构中的一个部件，按照有效率地分配医疗资源的逻辑以及先在的“明文规定”，会将病人留在基层完成治疗或是转向上层，以便让更高级别的医疗机构与医生进行诊疗。但需注意的是，此处的“更高级别”，强调的是在科层制架构下，医疗机构的行政等级，而非前文我们所说的全科与专科之间的医疗服务功能区分<sup>④</sup>。

### （一）改革前以行政治理模式为主导的分级诊疗体系

我国改革之前的城市医疗体制与分级诊疗体系集中体现了这种行政治理模式。该时期的“行政”至少可以从两方面来理解：其一是当时的医疗卫生体制本身。建国后，城市地区几乎所有的医疗资源都被“国有化”：原有的私立医疗机构全部转化为公立医疗机构，而大量的自我雇佣的医生都变成了这些公立机构的雇员。政府在此基础上建立起了三级医疗保健网：初级为街道卫生院和工厂保健站，主要承担地段内人口的初级保健任务，以地段医疗预防工作为主要形式。遇到不能处理的病人，可请求上级医疗机构协助或直接转诊至上级医疗机构。二级包括区级综合

① 朱恒鹏：《医患冲突恶化的根源及对策》，中国社会科学网，[http://www.cssn.cn/jjx/jjx\\_gd/201403/t20140313\\_1028217.shtml](http://www.cssn.cn/jjx/jjx_gd/201403/t20140313_1028217.shtml), 2014-03-13。

② [美] 塞勒尼、贝克斯特、金：《社会主义经济体制》，载 [美] 塞勒尼等《新古典社会学的想象力》，吕鹏等译，社会科学文献出版社2010年版。

③ [德] 韦伯：《马克思·韦伯社会学文集》，阎克文译，人民出版社2010年版。

④ 付强：《促进分级诊疗模式建立的策略选择》，《中国卫生经济》2015年第2期；朱恒鹏、林绮晴：《改革人事薪酬制度，建立有效分级诊疗体系》，《中国财政》2015年第8期。

医院、专科防治所和企业职工医院，主要提供门诊和住院服务。一方面要协助基层医疗机构处理难题；另一方面，在碰到不能解决问题时，它也要请三级医疗机构协助。三级则包含了省市级综合医院、教学医院和各企业的中心医院，除了提供门诊、住院服务，还要承担教学和科研工作。此外，它们要经常协助下级医疗机构，比如接收转诊病人、培训下级医疗机构的人员等<sup>①</sup>。

在这样一种医疗服务递送体系中，每一级医疗机构都有其对应的行政级别，有明显的层级差异，也有较为明确的功能差别（这也是其区别于理想类型当中的行政治理模式之处），这一框架一直延续至今。而且，当时医疗服务的供给方被剥除了攫取经济利益的动机，机构运营主要依靠政府的财政支持，而医务人员的收入、医疗服务和药品的价格，则都由政府严格管控。我们几乎看不到医疗服务递送中有任何“市场”的要素。在这一体系下，居民基本可以就近得到医疗保健服务，如接诊的大夫认为有必要，则会被转至上级医院就医。

然而，除医疗卫生体制本身之外，我们也许更应理解“单位体制”在行政治理模式中所扮演的角色。如果说前一个方面是侧重从服务提供方来理解行政治理模式，那么后一方面则可以说是侧重从需求方来理解。在行政治理模式下分级诊疗的实现，不仅仅是要对供方资源做出合理的配置，而且要对需方的就医自由进行一定的约束。而这种约束正是以单位制为基础来实施的。

“单位是基于中国社会主义政治制度和计划经济体制所形成的一种特殊组织，是国家进行社会控制、资源分配和社会整合的组织化形式，承担着包括政治控制、专业分工和生活保障等多种功能。”<sup>②</sup> 由于单位满足了成员的各种需要，也由于成员无法在单位以外满足这些需要，因此单位成员对单位构成了一种“依附”关系<sup>③</sup>。具体到医疗服务方面，不但劳动医疗保险或公费医疗是由单位负责实施，而且很多基层的医疗服务本身就由单位的卫生室或医院来完成。当时，职工的医疗保障待遇比较优厚：职工与其直系亲属无须缴纳保险费，只需付极少的挂号费<sup>④</sup>。“在那个年代，有单位的职工称之为‘公家人’，他们每次去看病，先到单位的保健站，如果看不了，保健站的大夫开出手续，职工领取一份‘三联单’后，机关干部凭公费医疗本，企业职工凭劳保医疗证，到大医院就诊。‘三联单’每一联都填有个人信息和单位的编号，大夫在每一联盖上单位的‘红戳’，职工看完病，大夫会撕下一联留底，然后医院直接找单位结账。个人就掏1毛左右的挂号费。”<sup>⑤</sup> 从这位曾经的单位人的回忆中可以看出：就医均需先通过单位，由单位的医疗服务提供者开具凭证，患者才能再去合同医院，否则患者就无法获得医疗服务，亦无法享受医疗保障待遇。

因此，两个方面构成了当时以指令为机制的行政治理模式的基础：一方面是单位对其成员的控制，因为其生活需要、职业发展等都离不开单位，这就增加了其依据既定规则行事的可能性。另一方面则是医疗保障的优厚待遇与自费就医甚至不能就医的鲜明对比，如果不按照这一模式就医，则有可能享受不到医疗保障甚至得不到医疗服务。所以，当时居民的就医自由基本被剥夺，分级诊疗的指令得以贯彻，患者不得不按照从低级到高级机构的顺序进行诊疗，且能否去到高级机构不取决于自己，而取决于医生。如此，当时的分级诊疗能够基本实现。正如怀墨霆和白威廉所评价的，这是一种带有强烈的科层制色彩的医疗服务体系。在这样一个医疗服务体系当中，患者缺乏就医的自由，他既不能选择医生，也不能选择医疗机构，因为只有在遵循严格转诊程序的前提下，患者才能获得更高质量的医疗服务，同时所耗费的医疗费用才能够获得报销。尽管这种严苛的、甚至有点死板的转诊制度耗费了病人的时间，但起码保证了最高水平的资源用来处理最

① Whyte, Martin King and William L. Parish, *Urban Life in Contemporary China*, Chicago: University of Chicago Press, 1985, pp. 64-65.

② 李路路、苗大雷、王修晓：《市场转型与“单位”变迁：再论“单位”研究》，《社会》2009年第4期。

③ [美] 华尔德：《共产党社会的新传统主义：中国工业中的工作环境和权力结构》，龚小夏译，牛津大学出版社1996年版。

④ 葛延风等：《中国医改：问题·根源·出路》，中国发展出版社2007年版。

⑤ 刘洪清：《公费劳保医疗：渐行渐远的记忆》，《中国社会保障》2009年第9期。

严重的问题<sup>①</sup>。

不过，改革前分级诊疗制度运行的基本成功并不意味着行政治理模式是实现分级诊疗的必经途径。而且，当时的分级诊疗是以压抑民众的医疗需求、限制其就医自由为代价的。

## （二）改革后行政治理模式的延续

改革后的医疗卫生体制被视为“市场化”或“过度市场化”的一个典型。与此同时，分级诊疗也变得形同虚设。但这并不意味着医疗体制的所谓市场化与分级诊疗的破产存在因果关系。相反，我们倒是依旧看到行政治理模式的诸多痕迹。

目前，分级诊疗最基本的制度基础是1989年颁布的《医院分级管理办法》。据此《办法》，“对医院分级管理的依据是医院的功能、任务、设施条件、技术建设、医疗服务质量和科学管理的综合水平”。由此，医疗机构被分为三级十等。一级医院负责“直接向一定人口的社区提供预防、医疗、保健、康复服务”，包括基层医院、卫生院等；二级医院则需要“向多个社区提供综合医疗卫生服务和承担一定教学、科研任务”，一般指地区性医院；三级医院则负责“向几个地区提供高水平专科性医疗卫生服务和执行高等教育、科研任务”，一般指市级或省级医院。《办法》规定“各级医院之间应建立与完善双向转诊制度和逐级技术指导关系”，即不同级别的医院提供不同的医疗服务，处理不同疾病程度的病人，它们之间应该是分工合作关系。

这种制度设置仍然是行政治理模式的反映。朱恒鹏和林绮晴一针见血地指出，“分级诊疗”的说法实际上并不确切，应为“分工诊疗”，是“家庭医生、专科医生、康复护理人员等不同类别的医务人员各自从事不同类型的诊疗和健康管理服务，之间是一种分工协作关系，而不是按职称、机构等级划分的行政等制度下的‘分级’诊疗金字塔”。而我国的“分级诊疗”则是一种典型的行政等级制做法。“在行政体制金字塔中，三级医院处于顶层，获得更多的财政补贴、更先进的设备、更多的高等级职称、更优秀的人才，甚至更齐全的药物配备和定价政策，可以说获得了政府各项资源和政策偏向。而处于金字塔底层的基层医疗机构，工资低、待遇低、职称低、社会地位低，优秀医生自然不愿意去社区。”<sup>②</sup>而在现有行政思维主导的分级诊疗体系下，高级医疗机构吸纳了大部分资金和其他资源，投入到基层机构的资金明显不足<sup>③</sup>。在这种情况下，好医生当然就聚集在大医院，而缺乏优质医疗资源的基层医疗机构就无法吸引患者，医疗资源的配置严重失衡。这是行政治理模式造成的最大问题。

既然从整个体系的角度无法实现分级诊疗，行政部门又设计了“区域医疗联合体”，试图在小范围内实现分级诊疗。在医联体内，同一个区域内的医疗资源被整合在一起，这通常包含该区域内的三级医院、二级医院与社区医院。为了达至“首诊在社区、大病到医院、康复回社区”的目标，卫生行政部门从大医院抽调专家，定期到基层社区机构出诊，如遇大病重病，患者将通过医联体的内部通道，被直接转诊至对口大医院就诊。如此，较之通常的就诊模式，患者的挂号、检查等就诊时间能够大大缩短，缓解看病难问题。但是，这种社区与大医院的专家帮扶、双向转诊对接的医联体模式，并未改变大医院在行政分配医疗资源中占据优势地位的事实，而一二级医疗机构实际上成为三级医院的附庸<sup>④</sup>。因此，带着浓重行政治理模式色彩的医联体对实现分级诊疗基本无济于事。随着医疗体制改革的不断推进，另一种治理模式也逐渐浮现，这便是市场治理模式。

## 二、市场治理模式

市场治理模式实现分级诊疗的基本机制就是“价格”。按照倪志伟的说法，市场是以在法律

① Whyte, Martin King and William L. Parish, *Urban Life in Contemporary China*, Chicago: University of Chicago Press, 1985, p. 69.

②④ 朱恒鹏、林绮晴：《改革人事薪酬制度，建立有效分级诊疗体系》，《中国财政》2015年第8期。

③ 翟绍果、徐敬凯：《基于国民均等受益的医疗服务递送体系研究》，《宁夏大学学报（人文社会科学版）》2013年第2期。

地位上相当的买卖双方协商同意的价格基础之上进行交易，由此完成资源配置的方式<sup>①</sup>。所以，买卖双方是自愿的，其二者均对医疗服务的价格敏感，由此其行为都受到作为信号的价格的指引。在针对分级诊疗的这种治理模式中，居民一旦有了医疗需求，其就医行为就受到价格机制的调节，譬如基层医疗机构或者全科门诊的诊疗手段相对来讲简单而价格便宜、且医疗保险能够覆盖更多的服务项目、报销比例更高，而医院或专科医生那里则诊疗程序复杂、项目繁多、技术高端而价格昂贵，且医疗保险覆盖项目少、报销比例低，理性的居民就会“自动”选择到基层机构或全科医生。需注意的是，这里并没有所谓“强制”基层首诊的规定，这种规定是行政治理模式的体现。在市场治理模式下，患者就医是自由的，他可以到小诊所，也可以直接到大医院。当基层机构的医生或全科医生认为无法完成诊疗时，患者才再转投其他的医疗机构。

不少研究者都主张市场治理模式和价格机制能够缓解大医院门庭若市、基层机构门可罗雀的困境。他们认为，既然当下我国的分级转诊系统并不能有效运转，因此，如果能够拉开不同级别医疗机构之间的医疗服务价格的差距，就等于向民众释放如何就诊的明确信号，如此民众能够更为合理地使用医疗资源，不同层级的医务人员的劳动价值能够得到体现，医疗资源也能得到更加有效率的利用，从而缓解大医院看病难的问题<sup>②</sup>。

市场治理模式不但体现在学术研究 with 政策建言当中，而且也反映在现实的政策中。我们目前所施行的有关分级诊疗的制度设置中就有试图通过价格机制来实现分级诊疗的内容。归结起来，这主要表现在两方面：

其一，不同级别的医疗机构对相同项目的收费有所不同。这方面最直接的体现就是门诊挂号费。比如在北京，无论何种级别的医疗机构，其普通门诊挂号费每人次只收费 0.5 元。但机构的级别不同，其所收取的门诊诊疗费亦不同：一级医院是 2.5 元每人次，二级为 3 元每人次，三级为 4 元每人次。再考虑到不同职称的医生看诊，则每人次的费用就有从几元到十几元的差别<sup>③</sup>。上海医疗机构的门诊服务平均收费水平稍高，一二三级医院的诊查费分别为 7 元、10 元和 14 元，二级医院副主任医师的专家门诊诊查费为 14 元，而二级医院主任医师的诊查费与三级医院的副主任医师相同，为 17 元，三级医院的主任医师诊查费为 20 元<sup>④</sup>。住院费用方面，以云南大理为例。该市阑尾切除手术费用，在乡卫生院需 996 元，在市医院为 2365 元，市医院的花费是乡卫生院的 2.4 倍；同样是孕妇顺产费用，在乡医院为 339 元，在县医院需 668 元，而在市医院则需 1531 元，市医院的花费分别为县医院和乡卫生院的 2.3 倍和 4.5 倍<sup>⑤</sup>。

其二，医疗保险对在不同级别的医疗机构中的相同项目的报销比例有所不同。譬如在北京的医疗保险政策中就规定，患者去不同的医疗机构所发生的医疗费用，享受不同比例的报销（表 1）。以 4 万以上部分为例，假设某病人花费 5 万元，其到一级医院和到三级医院的医疗花费最多相差 2000 多元。而上海市亦有类似规定。自 2014 年起，上海市 60 周岁以下的人员，在社区卫生服务中心或一级医疗机构住院的，医保基金支付 80%；在二级医疗机构住院的，基金支付 70%；在三级医疗机构住院的，基金支付 60%。

① Nee, Victor, "A Theory of Market Transition: From Redistribution to Markets in State Socialism", *American Sociological Review* 54, 1989.

② 王虹、唐晓东：《简析市场机制对医疗服务价格的调控作用》，《中国卫生经济》2006 年第 10 期；曹岳兴、袁汇元、周莹：《公立医院医疗服务价格补偿机制研究》，《卫生经济研究》2009 年第 1 期；刘国恩等：《医疗机构分级诊疗价格机制研究》，《中国卫生经济》2014 年第 1 期。

③ “北京市医疗服务价格查询-门（急）诊收费标准”，北京市发展和改革委员会网站，<http://service2.bjpc.gov.cn/bjpc/mediprice/MedicalService2.jsp?c=w0101#top>。

④ 上海市物价局、上海市卫生和计划生育委员会、上海市医保办：《上海市医疗机构医疗服务项目和价格汇编（2014 年）》，上海市卫生和计划生育委员会网站，[http://www.wsjw.gov.cn/wsj/download/jgb\\_2014.pdf](http://www.wsjw.gov.cn/wsj/download/jgb_2014.pdf)。

⑤ 李银才：《制度结构视角下的分级诊疗形成机制改革》，《现代经济探讨》2015 年第 7 期。

表 1 北京市各级医疗机构医疗费用的报销比例

	三级	二级	一级及家庭病床
起付标准至3万部分	85%	87%	90%
3—4万部分	90%	92%	95%
4万以上部分	95%	97%	97%

资料来源：《北京市基本医疗保险规定》第三十六条，首都之窗网站，<http://zhengwu.beijing.gov.cn/fggz/xfgz/t890724.htm>。

然而，医疗服务分级诊疗中的价格机制至今未收到理想的效果。我们目前所呈现的就医结构仍是倒金字塔型<sup>①</sup>。笔者在京沪两地的调研结果亦印证了这一点。而上文提及的云南大理亦是如此，大量的居民涌向市级医院，而乡卫生院则处于闲置之中<sup>②</sup>。笔者以为，这主要有以下五方面的原因：其一，居民按照这种价格信号就医的前提是居民能够准确判别自身基本的疾病状况，比如究竟是大病还是小病，是常见病还是非常见病，是全科医生能够处理的疾病还是一定要去专科医生那里才能解决问题。其二，医疗需求有一定的刚性，有这种需求的人对价格的反应不如对普通商品的反应敏感<sup>③</sup>。这是因为医疗服务关系到人的健康状况甚至本体性安全，从而不同于一般商品的价格弹性。其三，目前所执行的价格差别相对于民众不断提高的收入水平与健康意识来讲，显得有点“微不足道”。居民收入水平的提高带来了支付能力的增加，这种情况亦伴随着人们日益在乎自己的健康状况，并愿意为此投入更多的资源，因此两种情况叠加意味着人们有更大的经济实力为自己的医疗服务与健康状况买单。相比之下，不同级别医疗机构之间的价格差异实在可以忽略，比如一二三级医院的诊查费差距最多不过十几块钱，而住院费用亦相差至多数千元，但不同级别机构之间的医疗服务质量在患者看来可谓存在天壤之别。其四，条件变得不断优厚的医疗保险事实上弱化了患者对医疗服务价格的敏感性。目前，医疗保险在各级别间的医疗机构中设定的报销比例都很高，虽然报销比例有一定差别，但几乎起不到价格信号的作用。其五，从供方来看，目前基层医疗机构所普遍执行的“收支两条线”政策，使得基层服务提供者本身就失去了对价格的敏感性，其不可能积极为患者提供服务或将患者转诊至合适的专科医生那里。而政府对医疗服务价格的严格控制，实质上导致了各级服务提供者无法释放恰当的价格信号。因此，以价格为机制的市场治理模式至今仍未起效。

### 三、职业治理模式

职业治理模式实现分级诊疗的基本机制就是“专业权威”。职业不同于一般的行业(occupation)，其从业者不但须接受长时间的专门教育、应抱有为他人服务的意识，而且更为重要的，是职业自主性(professional autonomy)——这是职业区别于其他行业的最重要的标准，是“一种对其工作的合法控制的状态”<sup>④</sup>。因此，医生可以不受外行的影响与控制，对自己的工作内容与工作安排享有高度的自主权力，且外行亦不能评价其表现，而只有依靠同行来评判<sup>⑤</sup>。法团自主性(corporate autonomy)与临床自主性(clinical autonomy)共同构成了医生的职业自主性，前者指合法独立的职业团体通过与政府以及其他方的协商与谈判，界定有关自身工作的各种社会和经济条件的政治权力，而后者则主要指“对工作场所中决策的控制”<sup>⑥</sup>。

① 顾昕：《政府购买服务与社区卫生服务机构的发展》，《河北学刊》2012年第3期；朱恒鹏：《医患冲突恶化的根源及对策》，中国社会科学网，[http://www.cssn.cn/jjx/jjx\\_gd/201403/t20140313\\_1028217.shtml](http://www.cssn.cn/jjx/jjx_gd/201403/t20140313_1028217.shtml), 2014-03-13。

② 李银才：《制度结构视角下的分级诊疗形成机制改革》，《现代经济探讨》2015年第7期。

③ 李少冬：《论医疗服务需求的刚性和医疗服务费用的弹性》，《中国卫生经济》1997年第10期。

④⑤ Freidson, Eliot, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York: Dodd Mead, 1970, p. 82.

⑥ Hoffman, Lily M., "Professional Autonomy Reconsidered: The Case of Czech Medicine under State Socialism", *Comparative Studies in Society and History* 39, 1997, p. 346.

倘若由职业治理模式来主导分级诊疗，则医生完全依据病人的病情来进行诊疗和转诊，其决策过程中不受其他非临床因素的影响。由此，医生之间逐渐分化出不同功能的差别，最主要的全科与专科之间的区分。全科医生以门诊形式处理常见病、多发病，他们通常个体行医，或者在小型机构中执业。而专科医生则处理更为复杂的疑难杂症，他们通常在医院执业。在英美等社会中，患者有了医疗服务的需求，都会先到全科医生或者家庭医生那里寻求帮助，由这些医师判断病情、进行治疗、决定是否需要转诊。所以，大量“同行转诊”的现象就出现了。

同行转诊可以较为有效地调节患者的医疗需求。比如在美国，专科医生主要的病人来源就是同行转诊。某个病人首先在其家庭医生那里就诊，由该医生来判断病患的病情以及是否需要转介到其他医生那里。因此，美国医学会（AMA）对违反职业伦理的会员医生的一种惩罚方式即是通告其他医生不要将病人转诊至该医生处。英国亦有类似的转诊制度：在国家卫生服务（NHS）体系下，英国居民可以近乎免费获得医疗服务。每一位居民都有签约的全科医生（GPs），除非其将患者转诊至医院，否则患者不能直接前往医院就诊。尽管这种免费就医的医疗保障制度大大弱化了患者对服务价格的敏感性，但正是依靠全科医生的专业权威，分级转诊才如期运行。因而，无论是美国还是英国，这种转诊制度都体现了职业治理模式的逻辑，这基于这样的信念：患者由于医疗知识的匮乏，往往无法自己判断病情及其处置方式；而作为职业人士的医生是医疗资源的“看门人”，他们是患者需要何种医疗服务的最理想的决策者。因此，在职业治理模式下，由医生来调节和约束患者的就医自由，一方面可以使患者获得恰当的医疗服务，另一方面也可以保证有限资源的充分利用。

职业治理模式的实现机制是专业权威，这亦可被视为该模式实现分级诊疗的前提条件。而专业权威的来源可以集中概括为两个方面：专业知识（医术）与职业伦理（医德）。然而，就建国以来的经验来看，医生的专业权威受到了不小程度的腐蚀。在专业知识方面，由于建国后医生成为国家雇员、职业团体变成半官方组织，因而医生不再保有法团自主性。于是，国家便单方面自五六十年代实施激进的医学教育改革，导致医学专业知识的传承与医生的再生产遭受了巨大干扰<sup>①</sup>。政府大规模缩减医学教育的年限，新设了许多五年制甚至三年制的医学院校。文革期间，医学教育还被“去中央化”（decentralized），医学教育的权力被下放到各省市，从而使得原本就存在于地区之间的有关医学教育的年限、质量等差异愈加扩大<sup>②</sup>。这种医学教育培养出来的医生，其临床自主性就受到了很大的侵蚀。也就是说，当时医生的专业能力有所下降，这不但因为其在临床工作中的判断决策受到医学知识欠缺的限制，也受到医疗资源匮乏的制约<sup>③</sup>。医学教育的这些革命性变革影响深远，我们至今还保留了大规模的大专甚至中专学历水平的医学教育。这从以下的统计数据中可见一斑。

据卫计委的数据（图1），尽管2010至2014年，职业医师的学历构成朝着高学历比例增加、低学历比例减少的方向变化，然而我们仍然有高于45%的执业医师都没有本科学位。而社区医生的学历情况则更令人担忧，在社区卫生服务中心执业的医师，2010年和2014年持有研究生学历的比例分别为1.6%和2.3%，明显低于执业医师的整体水平，而仅有大专学历的比例则远高于整体水平（2010年和2014年分别为39%和36.9%<sup>④</sup>）。此外，中等职业学校中医学专业的招生与毕业人数自改革以来不降反升，2011—2014年的招生人数和毕业人数则各自均维持在50万人左右的规模，而同期高等学校中医学专业的招生与毕业人数规模仅稍大一些，各自维持在60万人左右<sup>⑤</sup>。

①③ 姚泽麟：《近代以来中国城市医生职业与国家关系的演变：一种职业社会学的解释》，《社会学研究》2015年第3期。

② Sidel, Victor W. and Ruth Sidel, *Serve the People: Observations on Medicine in the People's Republic of China*, Boston: Beacon Press, 1973.

④⑤ 国家计划生育委员会：《2015中国卫生和计划生育统计年鉴》，协和医科大学出版社2015版，第50—51、68—69页。

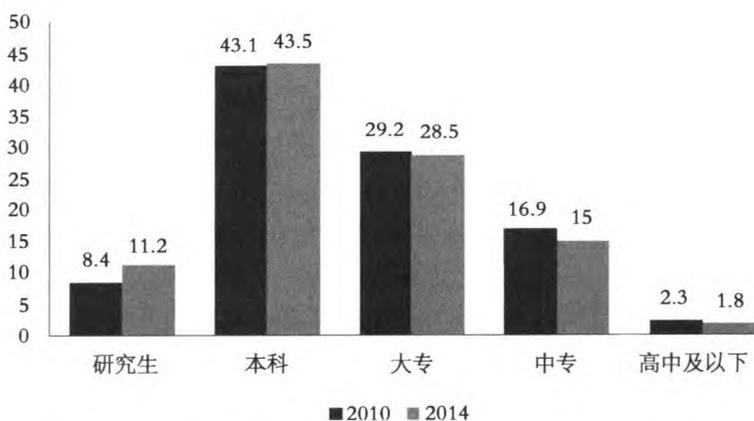


图1 2010年与2014年我国执业医师的学历构成比较

资料来源：国家卫生和计划生育委员会：《2015中国卫生和计划生育统计年鉴》，协和医科大学出版社2015版，第31—32页。

而与美国相比，我们更能看到激进的医学教育变革所带来的弊病。作为一个转折点，1904年，弗莱克斯纳（Flexner）的医学教育报告发布，全美医学院校全都仿照弗莱克斯纳认为典范的约翰霍普金斯医学院进行改革，从而很快实现了医学教育的标准化和统一化，也加速了医生的职业化。报告发布后，全美开始施行医学生必须先完成非医学专业的本科学位才能报考医学院修读医科的制度，而后经过严格的标准化训练，美国各院校医学生的知识与技能水平就不会有太大的差异。但我国的医学教育远远没有达到标准化的程度，不同级别机构间的医生的学历水平差异巨大。尽管我们不能绝对地认为学历等同于医生的医术水平，但良好的医学教育是医术的前提与保证。在这一点上，当代中国医学职业的权威已经受损。

对医生职业权威的腐蚀还来自于其医德方面。改革以来医生的职业操守遭受了巨大的质疑。数年前，《中国青年报》与环球网关于各行业的职业操守的网络调查结果都显示医生排名垫底<sup>①</sup>。医生不受患者信任，医患关系持续恶化，甚至医生的人身安全都常受到威胁。

鉴于与医生职业的信息不对称，外部主体甚至包括国家都无法有效干涉医生在工作当中的决策。而国家如果强行干涉，医生反而会报复性地滥用临床自主性来维护自身的权益。台湾地区的历史经验已经清楚地说明了这一点<sup>②</sup>。而大陆地区的医生亦有着相同的体验。新中国成立后，法团自主性的丧失使得职业团体无法再为医生的工作条件和切身利益与政府协商。这种缺乏法团自主性的状态一直延续至今，因为公立医疗机构仍然在医疗服务领域占据无法撼动的地方，而大多数医生仍旧是公立医院的雇员，从而依附于公立机构。如果说改革前因为专业教育的激进化改革与医疗设施的限制，医生的临床自主性遭受侵蚀的话，那么改革后，医生却开始滥用临床自主性。尽管其法团自主性的状态没有发生根本的改变，但其因为缺乏法团自主性而被动接受的工作条件却发生了翻天覆地的变化。这主要体现在公立医院本身的“蜕变”，即它们需要自负盈亏，但医疗服务与药品的价格却依然受到政府的严格管制。于是，医生一方面承受着自负盈亏的压力，另一方面，其劳动力价格被严重扭曲，无法在体制内获得较为体面的经济报偿，最终只能诉诸于其对临床工作的控制而滥用临床自主性。一些医生实施诱导消费、过度医疗，从服务中争取绩效收入，从医药厂商中收取回扣，从患者处接收红包。这些临床行为都是以其医学知识为基础，但无不夹杂着医生的私利。这就使得医生的专业权威大大受损，从而使其无法如期发挥其在

① 李颖、黄冲：《82.4%公众认为医生失去职业操守最可怕》，《中国青年报》2009年4月26日；环球网：《“中国社会职业形象排行榜”榜单新鲜出炉》，中国青年网，[http://news.youth.cn/sh/201011/t20101124\\_1408864.htm](http://news.youth.cn/sh/201011/t20101124_1408864.htm), 2010-11-24。

② 林国明：《国家与医疗专业权力：台湾医疗保险体系费用支付制度的社会学分析》，《台湾社会学研究》1997年第1期。

分级诊疗中的作用。

因此，无论在改革前还是改革后，职业治理模式都无法在实现分级诊疗中发挥作用，因为医生的专业权威受损严重。改革前，医生没有法团自主性，作为事业单位的职员，其在科层制分级诊疗体系中扮演的是“螺丝钉”的角色。而且，由于医学教育的革命化改革，以及当时医疗资源的匮乏，都使得医生无法保有和行使临床自主性。而改革后，尽管医学教育的水平有所提高，而且医疗资源的匮乏程度亦大大减轻，然而其面对自负盈亏和自身的工作无法得到合理报偿的困境，某些医生开始滥用自主性，以补偿自己的经济利益，但也因此在医德方面备受质疑，医生的职业权威受到了严重的腐蚀。我们看到，社区和其他低层级医疗机构的医生可能更多地遭受患者对于其医术的质疑，患者认为在这些机构中不可能获得令其满意的医疗服务，因此患者会“绕道而行”。而这些医师也明白这种状况，于是他们常常为了避免卷入医患矛盾与医疗纠纷当中，而主动请患者前往大医院就诊。所以，这并不是建立在专业权威和专业判断基础上的“同行转诊”，分级转诊也就不可能实现。

#### 四、结论与讨论

本文讨论了实现分级诊疗的三种治理模式的应然性与其在我国的实然状态。当下，我们一直为看病难、看病贵问题所困扰。而分级诊疗是缓解看病难、看病贵问题的有效途径，且政府早已意识到其重要性，并将其置于医药卫生体制改革的关键地位。然而，实现分级诊疗必须厘清本文所阐释的三种治理模式，并正视已有的相关历史经验，否则效果可能依然南辕北辙。

依据本文的讨论，分级诊疗的实现依托三种治理模式——行政的、市场的与职业的，三种模式分别对应着不同的机制——指令、价格与专业权威。在行政治理模式下，行政部门往往自恃拥有超级理性，试图通过精巧的设计和对医疗服务资源的精心配置，而后通过种种其他配套制度设置，迫使居民进行基层首诊，而后由基层医生判断是否需要转诊至上级机构，从而实现“从低到高”的就医秩序。市场模式则试图以价格为信号来实现病人就医时的自动分流。价格机制的实现以医患双方的自由自愿以及对价格的敏感性为前提。通过不同级别的医疗机构的不同价位或者实际花费，病患被期望能够自动前往“恰当”的医疗机构就诊。而职业治理模式则以专业权威为基础来推进分级诊疗。掌握法团自主性与临床自主性的医生，会以医学知识为基础，对患者病情进行判断，然后完成诊疗或将其转往相应的专科医生那里就诊。

这三种治理模式在建国以来城市分级诊疗体系的变迁中有不同程度的反映。改革前的分级诊疗体制集中体现了行政治理模式。尽管当时在一定程度上实现了分级诊疗，但一方面，行政部门对各医疗机构的级别划分与资源配置以对这些机构较为合理的功能分工为前提，另一方面，城市居民依附于单位体制亦构成了一个重要条件。换句话说，从供方角度来讲，当时的政府部门实际上在一定程度上承认了职业治理的逻辑，即医疗机构的三级划分从医疗功能分工上来讲较为合理，且当时一系列的制度设置能够保证各级机构确如其所规定的功能进行运转。但改革后，这些前提和条件都不复存在：三级机构之间的功能区分越来越不明显，自负盈亏使得它们都争相承担医疗功能，而单位体制也不断松动和转型，居民可以极为“自由”地就医，那种强制的力量已经消失。不过，行政治理模式并未退出当下的分级诊疗体系，而是继续扮演主导角色，这集中体现在医院分级管理制度和新兴的区域医疗联合体上。然而，分级诊疗的效果却“名存实亡”，居民的就医结构呈现出明显的“倒金字塔型”。在此过程中，市场治理模式亦被行政部门采用以引导病流，比如同一服务项目在不同层级医疗机构中的价格不同以及报销比例不同。不过，由于患者无法准确判别自身的病情以与不同机构的价位相匹配、患者医疗需求的刚性、不同级别机构之间的价格差别相对于近年来居民收入水平与健康意识的提高来说显得微不足道、医保待遇的提高以及基层机构的“收支两条线”政策等原因，该治理模式的效果亦不尽如人意。

无论是行政治理模式的失败，还是市场治理模式的失效，都将我们引向了对职业治理模式的

思索。从本文对医疗体制变迁的梳理可以得出，如果没有以职业治理模式为基础，行政或市场模式都无法实现合理的分级诊疗。改革前，丧失法团自主性的医生无法阻挡国家单方面对医学教育的革命性变革，医生的知识基础因此大大受损，而且由于医疗资源匮乏，医生的临床自主性不能如常发挥。这种影响一直延续至今，使得医生群体内部的学历差别极为明显，尤其是作为分级诊疗主体之一的基层医生的学历与医术更令人担心，这也就导致了分级诊疗成为“空中楼阁”。而且，医德问题——对专业伦理的违犯——亦使得医生无法如期扮演同行转诊的角色。这同样源于医生法团自主性的缺失状态。改革后，医学教育虽有进步、医疗资源亦大大增加，但由于缺乏法团自主性，医生只能在不合理的制度环境中工作。由于其工作不能得到合理的经济回报，加之自负盈亏的压力，医生开始通过滥用临床自主性来应对问题。尽管他们由此补偿了自身的收入，但也使得其医德广受质疑，医生的职业权威遭到了严重的腐蚀。最终，职业治理模式在分级诊疗中无法发挥应有的作用。

综上所述，在目前的分级诊疗体系中，行政治理模式的成分仍然占据主导，而市场与职业治理模式都不能如期发挥作用。尤其是职业治理模式，由于医生职业的权威和自主性受到了来自不恰当制度设置的影响而遭受了许多腐蚀，使得这一模式根本没有发挥作用的基础。而职业治理模式无论在行政还是市场治理模式中都是不可或缺的，但建国以来的历史经验恰恰说明这一治理模式一直未能有效发挥作用。而改革前的分级诊疗体系之所以能够运行，也是因为行政治理模式的主导下，行政部门还能够较为明确地区分不同级别医疗机构的功能，并且能够迫使这些机构按照既定的功能运行。当时这些功能区分在一定程度上正是以职业治理模式为基础。而在市场治理模式下，倘若价格机制能以同行转诊为基础，则或许可以促使分级诊疗的实现，但现在远未做到这一点。因此，当务之急是尽快调整国家与医生职业的关系，改革不恰当的医疗卫生体制，给予医生职业自主性，为实现分级诊疗打下坚实的基础。唯有将三种治理模式恰当结合，分级诊疗的目标才能实现。

(责任编辑：薛立勇)

## **Administration, Market and Profession: Three Governance Patterns of Tiered Medical Services and Their Practice in Urban China**

Yao Zelin

**Abstract:** Successfully providing tiered medical services is a key point of the new reform of healthcare system. Based upon the experience of urban China, this paper summarizes three patterns of governance of the system of tiered medical services: administration, market, and profession. The three patterns have their own mechanism to providing tiered medical services: command, price, and professional authority. Before the Reform, the system was dominated by administration governance. After the Reform, this pattern still dominates the system, and market governance also plays a minor role. However, profession governance has not functioned in the system as supposed. Therefore, this paper suggests that medical doctors should be given professional autonomy. Only three patterns of governance function well, the system can operate well.

**Keywords:** Tiered Medical Services; Governance; Administration; Market; Medical Profession