

上海卫生资源下沉改革成效调研报告

丁训超 石炯萍 孙泽生¹

(上海师范大学 200234)

【摘要】: 上海医疗卫生资源下沉改革,要依托上海已构建的 55 个医联体,将高等级医院医生“下沉”和基层医院医生“上挂”相结合,利用差异化医保政策和医疗价格激励患者,精准定位和发挥好家庭医生职能等,促进上海在供给侧着力构建双向技能溢出渠道,在需求侧充分发挥市场作用,形成不同等级医院间的良性联动,加快分级诊疗体系的建设步伐。

【关键词】: 卫生资源下沉改革 家庭医生 差异化医保政策

【中图分类号】: F213.9 **【文献标识码】:** A **【文章编号】:** 1005-1309(2021)03-0099-008

长期以来,以“看病难”为表征的医疗资源错配问题是我国医疗卫生事业发展面临的重大现实问题,也是社会关注的核心问题。起始于 2003 年的增加基层卫生投入改革以及扩大医保覆盖面、医药分开和废除药品加成改革,有效改善了基层医院的基础设施条件,提高了人民群众就医的支付能力,但这些改革并未关注基层医院的人力资本,扭转患者对于高等级医院的就医偏好。相反,高等级医院拥堵和基层医院利用率不足的结构性矛盾更趋严重,要求用新的改革举措来提升基层医院的诊疗能力并重新吸引患者。2010 年后,包括上海在内的很多省市开始尝试供给侧的卫生资源下沉改革,力图以紧密型/松散型的医联体建设推动高等级医院的医生“下沉”和人力资本溢出,以高等级医院品牌植入和基层医院诊疗能力提升重新吸引患者回基层医院就诊。近年来,上海强调以家庭医生签约、分级诊疗、社区医院+二级医院+三级医院为基础组建“1+1+1”的医联体组织,还将高等级医院挂号资源向签约医生倾斜,激励患者优先选择基层医院就诊。本文通过大样本调研来探讨这一改革的实施效果及仍存在的问题,并提出相关的对策建议。

一、上海卫生资源下沉改革的历史进程

上海的医疗卫生资源总体较为丰沛,但也承担着全国医疗高地的职能,实现不同等级医院的合理分工和资源优化配置是满足上海居民就医需求的必然要求,也是上海服务业竞争力凸显的重要抓手。基于上海城市经济体的地理特征,不同等级医院之间的医联体合作需要高等级医院医生“下沉”基层医院的地理便捷性,因此上海的卫生资源下沉改革有别于浙江等其他省市以紧密型医联体和强制“下沉”为特征的改革模式,突出了签约医生和“1+1+1”的松散型医联体改革模式,力图形成“小病在社区、大病进医院、康复回社区”的理想就医格局,家庭医生在其中承担着重要角色。上海卫生资源下沉改革的历程可分为以下三个阶段。

(一)改革起步阶段(2010—2015 年)

2009 年,中共中央和国务院发布《关于深化医药卫生体制改革的意见》,正式启动新医疗卫生改革。其中,建立分级诊疗制

¹作者简介:丁训超,上海师范大学商学院本科生。

石炯萍,上海师范大学商学院本科生。

孙泽生,经济学博士,上海师范大学商学院教授。

基金项目: 上海市人民政府发展研究中心基地决策咨询项目(2020-YJ-C05);国家大学生创新创业训练计划项目(SXY-2020-005)

度是深化医药卫生体制改革、建立中国特色基本医疗卫生制度的重要内容。2010 年，上海率先在部分医院进行区域医疗医联体建设的试点工作。2012 年，党的十八大进一步提出合理配置医疗资源、构建分级诊疗服务体系的要求，着力于实现人人享有基本医疗卫生服务，为医疗卫生服务体系和基本医疗保障制度改革指明了方向，这是新时期深化医改的一项重要内容。2015 年，国务院又发布了《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》，将分级诊疗放在医疗改革的首位，属医改的重中之重，但是分级诊疗改革目标的实现依赖于基层医院诊疗能力的提升和患者的回归，后者又依赖于以卫生资源下沉为工具的改革路径。

(二)政策出台阶段(2016—2018 年)

2016 年，上海市政府出台《上海市深化医药卫生体制综合改革试点方案(2016—2020 年)》。其主要内容包括以下 5 个方面：一是深化社区卫生服务综合改革，建立完善社区卫生服务基本项目；二是全面实施家庭医生制度，实现社区首诊、双向转诊；三是加大二、三级医院对基层医疗机构的支持力度；四是提升各级医院间更好的对接机制；五是鼓励二、三级医院医师“下沉”到基层执业。2017 年，市政府发布《关于上海推进医疗联合体建设和发展的实施意见》，将“便民惠民、群众受益”作为医联体建设的基本原则，提出“推进慢性病预防、治疗、管理相结合，促进医联体建设与预防、保健相衔接，方便群众就近就医，减轻疾病负担，防止因病致贫返贫，促进健康产业发展和经济转型升级，增强群众获得感”。

(三)制度完善阶段(2019 年一)

上海市政府正在进一步推进医联体建设，积极探索“基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分诊”的分级诊疗模式，培养和激励全科医学人才，促进优质医疗资源下沉，达到让群众愿意到基层看病的目标。2019 年，上海市卫健委发布的《关于提升区域医疗服务能级完善分级诊疗制度的实施意见》中，将“鼓励业务骨干参加专科医师规范化培训，加快高层次临床专科人才引进和培养”“充分利用签约服务费等手段，加强对家庭医生签约服务的考核激励，促使家庭医生主动服务、规范服务”确定为主要任务，着力提升满足相关条件的市级医院常驻区域性医疗中心人员的职业发展空间，通过一系列措施加强人才保证，鼓励和推动医疗人才资源向基层医院下沉。

表 1 上海卫生资源下沉改革及主要内容

年份	文件	主要内容
2010	《关于上海区域医疗联合体试点工作指导意见》	开始启动医联体试点工作，通过对不同等级的公立医疗机构实施资源纵向整合，推动建立分工合理、密切协作的医联体。在试点探索的基础上，形成上海构建区域医联体的总体思路和主要政策措施
2015	试行“1+1+1”就医模式和分级诊疗制度	推动 1 家社区医院+1 家二级医院+1 家三级医院构成医联体，高等级医院医生向基层医院下沉；签约家庭医生负责市民健康状况的定期评估，经由家庭医生转诊可获得高等级医院专家专病号源、检查、住院等优先权
2016	《关于上海推进分级诊疗制度建设的实施意见》	开展技术、学科、病种、管理合作，推进分级诊疗制度建设；促进医疗服务资源共享与协同，实现基层服务能力和医疗服务体系宏观效率“双提升”，推动优质医疗资源和居民就医“双下沉”
2017	《关于上海推进医疗联合体建设和发展的实施意见》	推进以区域医联体和专科医联体为主要形式的医联体建设，推动以家庭医生制度为基本路径的分级诊疗制度建设，推动形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式

续表

年份	文件	主要内容
2019	《关于提升区域医疗服务能级完善分级诊疗制度的实施意见》	通过“1+1+1”医联体形成“市—区—社区”的联动发展模式，加强三级医院优质资源下沉，加快分级诊疗制度建设。上海家庭医生签约模式成为国务院重点推广的医改成功样板
	《上海市开展促进诊所发展试点工作实施方案》	深化医疗领域“放管服”改革，完善医疗服务体系，吸引优质医疗资源下沉
	《关于上海改革完善全科医生培养与使用激励机制的实施意见》	健全以“5+3”一体化全科医生培养为主体、“3+2”助理全科医生培养为补充的全科医学人才培养体系，完善全科医生院校教育、毕业后教育和继续教育制度
2020	《上海市深化医改重点行动计划（2020—2022）》	强调高等级医院对低等级医院人才、技术等方面的支撑，完善分级诊疗制度建设；开展实施进度和效果评价，总结改革成效，调动医务人员和广大群众参与改革的积极性

二、上海卫生资源下沉改革取得的良好成效

为评估上海卫生资源下沉改革的效果，本文一方面搜集与医疗卫生改革相关的统计资料，另一方面分别设计针对患者、医生和医学生的调研问卷，并收集问卷 2589 份。其中，包括来自 26 家不同等级医院的医生问卷 443 份，来自 8 家医院的患者问卷 1165 份以及 6 所上海医学高校(学院)的医学生问卷 981 份。由统计资料和问卷调研结果可知，上海卫生资源下沉改革取得了以下 4 个方面成效。

(一) 卫生资源下沉改革参与人数颇具规模

2010 年，上海在全国率先推进医联体改革工作，经多年实践，已组建以区域医联体、专科医联体为主要形式的医联体 55 个，所有三级医院及社区卫生服务中心参加了各种形式的医联体建设。自 2010 年起，上海实行全市统一、与国际接轨的住院医师规范化培训制度，至 2020 年已累计招录培训对象 2.9 万余人，完成培训 2 万余人。截至 2019 年底，上海全科医生数量达到 3.59 名/万人口，已超过国家确定的 2020 年规划目标。上海的全科医生中，本科以上学历达到 85%，中级以上职称达到 76%。2011 年，上海在全国率先启动家庭医生制度试点，截至 2019 年 7 月，上海构建卫生健康“15 分钟服务圈”，家庭医生签约居民超 700 万人，二、三级医院平均每月为家庭医生优先预留 13.8 万个门诊号源。签约居民在“1+1+1”签约医疗机构组合内就诊占 74%，在签约社区卫生服务中心就诊占 53%。

(二) 医生对卫生资源下沉改革及其效应持积极态度

作为卫生资源下沉改革的直接参与者和亲历者，受访的 443 位医生对这一改革的整体认知水平较高，有 36.8% 的医生对改革认知程度“较高”或“很高”。改革后医生反馈的工作满意度均值为(3.45±0.72)，工作积极性均值为(3.49±0.73)，医疗技能均值为(3.54±0.68)，改革参与意愿均值为(3.50±0.68)，均居于 3=“有所提高”和 4=“明显提高”之间，显示卫生资源下沉改革给医生群体带来积极的影响(图 1)。支持改革的受访者比重达 94.6%，对改革效果的评价中认为“正面”“较好”“很好”的受访医生比重合计 85.7%，其中认为“较好”“很好”的受访者比重分别为 27.3%和 8.6%。且方差分析结果表明，有“下沉”经历的医生对改革的认知度更高，一级医院受访者的改革认知度高于二级和三级医院受访者，乡村医生的改革认知和评价更是显著高于对照组，说明亲身参与对改革及其效果的认知更为正面。此外，医生群体对差异化医保、分级诊疗等改革配套政策也有较为正面的评价。

(三) 患者对卫生资源下沉改革和基层医院的满意度较高

根据患者调研结果发现, 患者对卫生资源下沉改革的满意度均值为(3.15±0.799), 基层医院满意度均值为(3.36±0.824), 均介于 3=“正面”和 4=“较高”之间, 有 42.9% 的患者对基层医院满意度提高了, 仅有 12.8% 的患者对基层医院的满意度下降(图 2)。方差分析结果表明, 来自一级和二级医院的患者对改革满意度评价高于三级医院患者, 这与上海卫生资源下沉、财政补贴等改革举措主要作用于基层医院, 一级和二级医院就诊患者对改革的感知更为清晰相吻合。41.6% 的患者在患病时更愿意优先选择基层医院, 29.1% 的患者在患重病时优先选择基层医院就诊的意愿“有所提高”或“明显提高”, 说明以激励患者到基层医院就诊为目标的卫生资源下沉改革是有效的。方差分析表明, 已在一级医院就诊的患者表现出比较高的基层医院就诊意愿, 但二、三级医院就诊患者选择基层医院的意愿显著较低, 这说明以就诊行为披露的不同个体显示性偏好的差异性。此外, 45.2% 的患者认为基层医院医疗水平得到提高, 基层医院就诊便利度以及诊疗环境均值分别为(3.28±0.884)和(3.49±0.825), 说明受访患者认为卫生资源下沉改革对基层医院便利度和诊疗环境均有正面影响, 这与卫生资源下沉改革目标一致(图 3)。

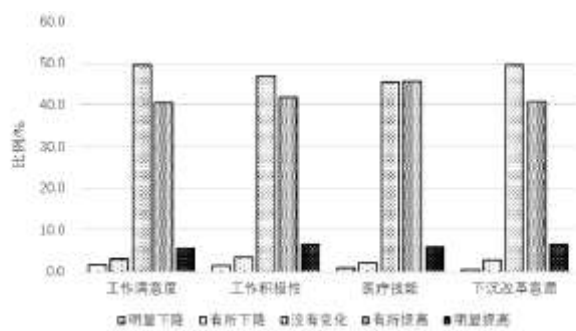


图 1 上海卫生资源下沉改革后医生对医院的评价

数据来源：作者整理。

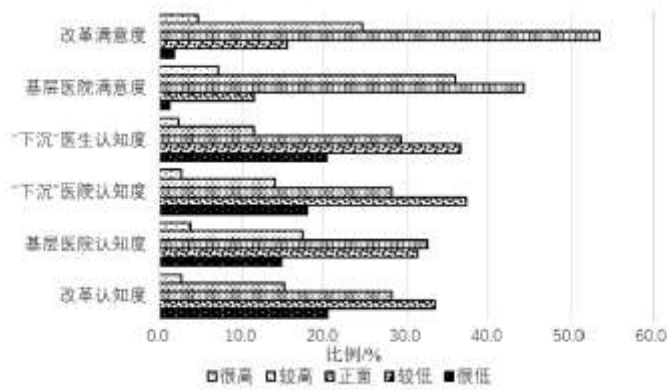


图 2 患者对上海卫生资源下沉改革的认知和评价

数据来源：作者整理。

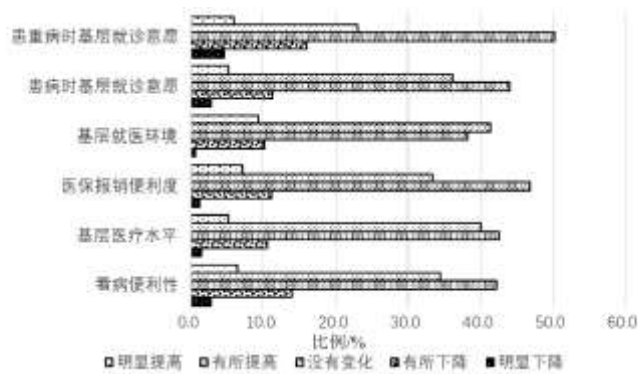


图3 上海卫生资源下沉改革后患者对基层医院的评价

数据来源：作者整理。

(四)医学生对卫生资源下沉改革有较高认知度和支持度

卫生资源下沉改革的政策效应包括两个层面：一是提升基层医院的诊疗能力，改善其医疗环境并增加其吸引力；二是改革信息准确而充分地传递给医学生，以激发其从医意愿，使基层医院获得持续的高质量人力资本流入。对上海6所高校就读的981名医学生进行调研，结果显示，被调查者中有69.9%的医学生对医疗改革认知度“较高”和“很高”，支持卫生资源下沉改革的医学生占比为91.9%，其中选择“较高”和“很高”的比例分别为29.8%和19.8%，改革效果的平均得分为 (3.16 ± 0.84) ，评价“正面”“较高”“很高”的医学生占比为84.7%，显示卫生资源下沉改革对医学生具有积极的影响。改革后43.9%的医学生的从医意愿提高，46.6%的医学生的基层从医意愿提高，说明改革后到基层医院就职更加获得医学生们的青睐。医学生对改革的认知主要来源于课堂和媒体等公开渠道，有74.4%的医学生从媒体了解医疗卫生政策知识，58.2%的医学生从课堂了解医疗卫生政策知识。方差分析表明，接受过卫生政策教育的医学生有着更高的从医意愿，且接受过卫生政策教育的医学生对改革的支持度更高，对医疗环境和医患关系的评价也更高。

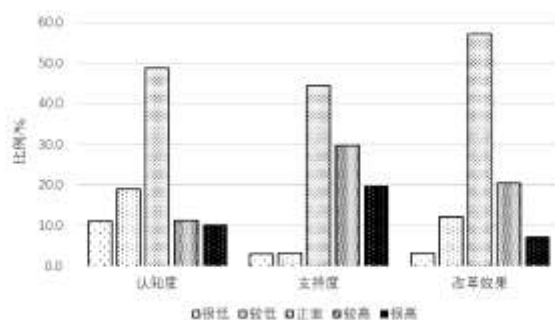


图4 医学生对上海卫生资源下沉改革的认知和评价

数据来源：作者整理。

三、上海卫生资源下沉改革存在的问题分析

(一)高等级医院医生“下沉”对基层医院的溢出效应不强

上海“1+1+1”改革并未强制要求高等级医院医生“下沉”到基层医院，而主要采取基层工作经历进入职称评审或多点执业、市场化等方式实现卫生资源下沉。因高等级医院患者多、诊疗和教研任务重，“下沉”的低年资医生往往不具备技能溢出能力；而高职称、有经验医生的“下沉”要么流于形式，要么仅在基层医院坐诊，虽能使部分基层患者得到大医院专家诊疗，但缺乏有效的技能溢出渠道和浸入式环境促进基层医生的技能提升，溢出效应不足。同时，在上海的松散型医联体特征下，高等级医院和基层医院的合作强度有限，前者品牌向基层医院的植入对后者医院形象的影响较为有限，难以充分反映为患者可知、可及的“下沉”医生诊疗服务，使得“下沉”医生对基层医院诊疗能力提升的影响有限。

（二）基层医院对医学生和高层次人才吸引力较弱

医生在基层医院就职意味着技能锁定，职业发展空间制约了其赴基层医院就职意愿。调研表明，在职的基层医院医生对职业发展空间的评价低于高等级医院医生。虽然改革后基层医院发展空间有所改善，但基层医院承担了大量公共卫生职能，上海的家庭医生签约居民数量较大，就诊患者以老年人、慢性病为主，使得基层医院医生技能易锁定；上海改革所采取的松散型医联体使“下沉”医生与基层医院的融合较弱，基层医生受益有限，不利于基层医院医生职业发展空间的进一步扩大。对医学生的调研结果表明，基层医院的实习经历明显降低了医学生的基层医院就职意愿。同时，基层医院的执业环境、生活便利度和收入与高等级医院间有较大差距，这就使得医学生和高层次人才不愿前往基层医院执业。尽管上海采取乡村医生培养、职称晋升倾斜等多种方式吸引人才到基层医院工作，但仍面临招聘难这一严峻问题。

（三）基层医院医生纵向技能获取未纳入改革

医疗技能和人力资本不足是基层医院面临的核心问题之一。当前改革中强调高等级医院向基层医院的人才“下沉”和单向溢出，但未充分考虑基层医院反向“上挂”到高等级医院的浸入式技能获取，医联体制度优势未能充分发挥。已有的基层医生进修制度未把参与高等级医院临床和教研活动纳入考核和分配体系，作为“外部人”的进修医生激励不足、受益有限，基层医院和基层医生对接高等级医院“反向”转诊的能力未得到有效培育。受访的基层医院医生普遍反映其入职后很难获得医疗技能提升机会，虽然形式上允许其到高等级医院进修若干时间，但基层医生“一个萝卜一个坑”，其承担的公共卫生服务职责在进修期内仍须完成，使其缺乏精力投入到进修和医疗技能提升上，亟须通过新的纵向技能获取方式予以解决。

（四）患者基层就诊意愿提升激励不足

在患者的行为选择中，改革后患者优先选择基层医院的比例已有一定提高，但从意愿到行动仍存在多方面的障碍和激励问题。我国很多省市已开始实行累退的医保报销政策，即非转诊情形下医院等级越高报销比率越低，以此激励患者优先选择基层医院就诊。但当前的普遍问题是，不同等级医院间的医疗服务价格和医保报销比率差异较小，对患者的激励不够，对其从就诊意愿到真实诊疗选择行为的影响有限。一方面，不同等级医院间诊疗费差异过小。不同等级医院普通门诊诊疗费均不超过20元/人次，患者自负部分几无差异，无助于改变患者偏好高等级医院的就诊惯性。另一方面，上海差异化医保政策力度偏弱。对纳入职工医保的门急诊，不同等级医院间报销费率差异较小，仅为5%~10%；2021年又将城乡居民医保的报销费率统一为50%，不同等级医院间没有差异，不足以激励患者优先选择基层医院。

（五）分级诊疗双向转诊政策未能充分落实

上海通过向家庭医生预留三级医院号源等方式促进患者选择基层医院首诊和转诊，城镇居民医保也曾实施非经转诊降低报销比率的政策，但基层医院向高等级医院转诊中“虚”转诊的比重仍较高。例如，上海某基层医院调研发现，该院累计转诊的24600余名患者中，仅有24人系其主动转诊，其余都是补办转诊手续以满足医保政策的“虚”转诊。此外，重症患者经高等级医院诊疗进入康复期后，应反向转诊至基层医院接受治疗直至其康复，以不浪费高等级医院用于诊疗急难重症患者的医疗资源，实现不同等级医院的合理分工。但双向转诊存在的困难在于，基层医院的诊疗技能难以顺畅对接高等级医院，同时也缺乏有效

的政策激励高等级医院向基层医院“反向”转诊。

四、推进上海卫生资源下沉改革的对策建议

目前，包括上海在内的全国主要省市推行的卫生资源下沉改革，主要着眼于高等级医院医生的单向“下沉”，既造成高等级医院用工困难，改革参与意愿不高，同时因缺乏系统的基层医院医生“上挂”政策，无法形成医疗技能的双渠道溢出，基层医院诊疗能力提升受限，要进一步将“上挂”“下沉”相结合的供给侧改革及配套的需求侧改革加以完善。

（一）在制度上将“上挂”“下沉”相结合作为深化改革突破口

建议在已建成医联体内，将单向“下沉”调整为“下沉”与“上挂”相结合的双向“流动”。一方面，继续推动高等级医院专家以多种方式“下沉”到基层医院，发挥好高等级医院医生的传帮带作用，提高基层医院和基层医生就诊能力；另一方面，从制度上激励基层医院医生“上挂”到高等级医院，既缓解高等级医院的人员调配困难，以“上挂”填补医生空缺，也以双向“流动”形成活体循环，突破基层医院医生进修时只能旁观的观念和体制障碍，让基层医生与高等级医院医生一起真正进入临床诊疗、教研等活动，使“上挂”医生成为分级诊疗和技能溢出的“桥梁”，使基层医生在高等级医院成规模、长效化地提升基层医生诊疗能力，拓宽基层医生的职业发展空间，使其熟悉高等级医院的诊疗环境和服务体系，加快培育其接受反向转诊的能力。

（二）将“上挂”“下沉”力度纳入公立医院考核体系

可考虑以高等级医院人才“下沉”和基层医院医生“上挂”相结合的双向人力资本培育和溢出，来最大限度地扩展基层医生的职业发展空间，增强基层医院对人才的吸引力并充分发挥其作用。应将基层医院医生到上一级医院“上挂”工作经历作为基层医院绩效考核的重要指标，将“下沉”医生和接受“上挂”基层医生纳入高等级医院考核内容，以制度激励充分发挥高等级医院的区域诊疗中心和科教中心职能。在患者的诊疗流动上，可以建立和畅通高等级医院向基层医院反向转诊的标准、通道以及医保报销的奖补机制，并将其纳入高等级医院的考核目标，等等。

（三）进一步细化“上挂”“下沉”相结合的配套政策

在人事编制仍属基层医院条件下，应将“上挂”医生纳入高等级医院的考勤、绩效管理和分配体系，使其在专家支持下充分进入高等级医院的临床诊疗和教研活动，并与其收入挂钩；可借鉴卫生援藏和援疆经验，高等级医院和基层医院应细化对“下沉”医生的考核体系，突出其帮扶和技能溢出职责；可借鉴广东经验，充分利用上海医联体内通勤距离短的优势，探索医联体内人才统招、统管、统用，拓宽基层医生的职业发展空间，加大医疗技能在医联体内的流动，促进医疗资源均衡布局。

（四）充分利用差异化医保政策杠杆激励患者基层就诊

充分利用价格杠杆和市场机制推动患者优先选择基层医院就诊，是卫生资源下沉改革取得实效的重要支撑。建议进一步发挥累退式医保报销费率政策的激励作用，适度拉大城镇职工医保在不同等级医院间的医保费率差异，将差异化医保政策充分引入城乡居民医保，激励参保者常态化情形下优先选择基层医院就诊，促进患者合理分流。同时，建议在改革中充分考虑参保人的应急医疗需求，可以参保人和自然年为单位给予其1次选择高等级医院、享受较优惠医保报销政策的门急诊选择权，提高患者对差异化医保政策的接受度和满意度。

（五）适当加大不同等级医院间的诊疗费价格差异

价格机制通过不同等级医院间的价格差异及其被患者的准确感知，来引导患者能够自动前往“恰当”等级的医院就诊。但当前不同等级医院间的医疗服务价格差异化改革比较滞后，因诊疗成本相同或者相近，患者自然会选择硬件和软件实力雄厚、医院形象更好的高等级医院就诊，这是我国患者流向和诊疗资源配置不合理的核心原因之一。应适当拉开不同职称医生以及不同等级医院的医疗服务价格基准，充分拉开急诊服务和门诊服务价差；确立医保主要支付基本医疗服务价格的理念，获取更优质服务的额外费用应由个人支付或医保递减比例支付，进一步发挥医保基金基础作用，实现公平与效率兼顾，鼓励患者在自身的成本—收益分析基础上理性选择。

(六)精准定位家庭医生职能，提升其诊疗能力

基层医院家庭医生签约制有利于患者获得精准、及时的医疗服务，但当前实践中患者对基层医院和已签约家庭医生的重视度，一定程度上是为了应对医保报销政策约束或获取高等级医院号源。因此，需要重新思考和精准界定基层医院的职责定位，平衡好基层医院医生承担的诊疗服务和公共卫生服务双重角色。应力戒形式主义，避免以家访次数、签约居民数等指标来衡量公共卫生服务成效。可考虑以设立家庭医生服务站等创新方式更集约地使用基层医生资源，使其有较大的精力投入到诊疗服务和医疗技能提升上，以制度倒逼和能力提升吸引患者真正选择基层医院和家庭医生，发挥家庭医生签约制和首诊制的功能。

参考文献：

- [1]雷鹏，冯志昕，丁荆妮等. 中国医疗资源配置与服务利用现状评价[J]. 卫生经济研究，2019, 36(5):52-57.
- [2]李立明，王波. 以分级诊疗解决“看病难”[N]. 人民日报，2015-05-28(007).
- [3]曹继军，赵婧，颜维琦，马姗姗，兰亚妮. 上海医联体：以资源共享打通惠民医疗最后一公里[N]. 光明日报，2019-08-30(008).
- [4]姚泽麟. 行政、市场与职业：城市分级诊疗的三种治理模式及其实践[J]. 社会科学，2016(6):84-93.