

我国医院与基层平衡发展的历史路径分析

当前,我国正在建设以人民健康为中心的优质高效的医疗卫生服务。基层卫生能否有效强化是关系到全局的重要任务。过去十年,我国推行医药卫生体制改革,在各方面制度建设取得了显著的成就同时,基层发展的困境没有得到有效解决,并出现了患者和资源向医院集中的趋势。为了在更深层次上理解改革所需要解决的问题,本文采用历史的视角分析了医院与基层卫生机构的发展路径,并讨论了历史分析带来的相关启示。

一、循环式路径依赖

(一) 第一次循环(1835-1949)

1835 年开始由传教士建立了我国内地第一所西医医院。这所教会医院选择了当时传教士眼中中国非常普遍且中医相对无能为力的眼科疾病,吸引了不少就医的患者。更重要的是,在中西对峙的环境下,教会医院开启了医务传教作为进入中国的渠道,而得到西方传教士和殖民者的支持。

在 19 世纪下半叶,整合了普通门诊的医院被认定为实现医务传教的核心模式,形成了医院中心的现代医疗服务雏形。20 世纪初,随着清王朝的覆灭,中国政府开始重视西方医学。同期,留日毕业生回国,教会医院技术上的滞后暴露出来。洛克菲勒基金会把美国方兴未艾的医学教育精英化路线搬到中国,投巨资建立北京协和医学院,以医院为中心的现代医学职业发展路线得到巩固。

1928 年,南京政府卫生部成立。受到国际经验和国内实践的影响,占人口绝大多数的农民的卫生问题提上议程。卫生部在著名的“定县模式”基础上于 1934 年提出了建设多层次卫生服务体系的“公医制度”蓝图。“定县模式”以县卫生院—区卫生所—村卫生员为结构,利用医学院毕业的少数医生和大量经过短期培训的村民一同提供服务,使成本控制在当时农民年医疗支出的三分之一。但由于资源的匮乏、

农村社区建设的落后和医学教育改革的迟滞,医院与基层卫生发展出现了制度上的割裂:前者由医学院培训的专业医学生提供,利用城市居民较高的支付能力,侧重服务医院周边人口,与广大农村居民需求脱节;后者采用低成本方案,利用去专业人员提供服务,侧重农村卫生防疫需要。由于国力的限制及对农村的不重视,加之对中医的排斥,两者发展均非常有限。

(二) 第二次循环(1949-1978)

1950 年代初,我国借鉴苏联经验,建立了覆盖城市人口的公费医疗和劳保医疗福利制度。医学教育采用苏联模式,缩短学制,提前进入医院所需的临床专科。医疗保障与医学人才的支持下,医院得到快速发展。同时,由于就医需求控制乏力,公费医疗和劳保医疗的赤字问题长期持续。以划区医疗为代表的对医院与基层卫生服务进行协调的改革效果有限。几次下调医疗服务价格,更使得医院的服务需求居高不下。1950 年代中后期开始,伴随对农业的重视及农业合作化运动的发展,农村逐步建立了县医院—公社卫生院的基本结构,并开始培养半农半医的村卫生员,但侧重防疫和妇幼保健,基层卫生组织力量有限,农民缺乏医疗保障。城乡二元社会结构在 1950 年代末固化。

1960 年代中后期,毛主席指示“把医疗卫生工作的重点放到农村去”,医疗资源集中在城市而农村缺医少药的问题得到空前的重视。大量城市医生通过巡回医疗和下放的方式服务农村。同时在农村集体经济的支持下,合作医疗覆盖了全国大部分地区,主要是贫下中农出身的数百万赤脚医生迅速培养起来,并为包括交通闭塞的偏远山村在内农村居民提供了非常基本的预防和医疗服务。然而,面对强烈的城市就医需求,城市向农村派遣医生的工作出现瓶颈。而农村卫生工作高度依赖财务空间有限而不稳定的集体农业,在 1970 年代

初合作医疗遇到困难时更加强调依赖草药等本土资源。合作医疗和赤脚医生的服务质量方面的局限得到了当时特殊政治环境的保护，而没有得到有效应对。1975年，邓小平在谈及赤脚医生时指出赤脚医生在专业上要不断提升，但该观点被“四人帮”批判为脱离群众、走资产阶级路线。从赤脚医生的口述史材料看，赤脚医生与合作医疗的维持在很大程度依赖于农民群众对医疗服务的低预期，以及在强制性的人力资源配置下医院对基层卫生的支援。原先医院与基层卫生机构的双轨发展路径得到了巩固。

（三）第三次循环（1978-2018）

改革开放后，决策者开始强调医疗技术发展。然而在财政的困境下，医院出现财务亏损、住院难、手术难等问题。决策者针对性地采用了“只给政策不给钱”的市场化改革，允许医院内部对结余进行分配，并利用药品和高技术服务的差价对基本医疗服务进行交叉补贴。医院及其医务人员扩大收入的积极性被调动起来，医疗装备和技术的不断升级，药品费用居高不下。另一方面，由于集体经济的解体，合作医疗大面积瓦解，特殊政治环境下对基层卫生机构带有强制性的人力政策难以为继，基层出现骨干技术人员的流失。医疗机构之间在门诊和住院服务方面的竞争在新的政策下也得到了实质上的鼓励。改革后乡镇卫生院出现服务量下降、财务亏损等问题，发展陷入恶性循环。赤脚医生转变为乡村医生，主要依靠药品获得收入。

2002年后，随着新一届政府对社会发展的重视，加之SARS疫情对社会经济的冲击，医疗卫生保障严重不足的问题空前暴露出来，全民卫生覆盖成为重要的政策议题。新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险相继建立，并在短短几年内覆盖了未得到医疗保障的人群。2009年，政府实施了包括强化基层卫生服务体系在内的综合性深化医药卫生体制改革。然而，一方面，由于公立医院改革涉及复杂的利益关

系，改革相对滞后，基层率先采用了带有限制性的筹资与服务政策（包括基药目录和绩效工资总额的限制）；另一方面，基层人力虽在人数上快速发展，但在质量上与医院的显著差距持续。在缺乏有效激励的情况下，许多地方基层卫生机构不再重视基本医疗服务，而转向侧重基本公共卫生服务。限制性的基层政策和扩张性的医院政策导致政府快速增加的投入主要向医院集中，促成了医院的快速扩张，医院与基层卫生机构在人员收入及教育水平方面的差距不断拉大。医院的优势地位全面固化。

二、小结与建议

我国近现代历史上卫生服务体系发展在医院与基层卫生机构的平衡方面出现了循环式的路径依赖。每个循环都以医院为中心发展模式开启，在期间出现了转向强化基层卫生机构的运动。然而，历史上率先形成的医院为中心的发展道路，使得后期的强基层政策受到人力资源、利益调整等方面的困难，并催生了与医院相割裂的基层卫生道路，限制了基层卫生发展。新时期的强基层同样面临转型中存在的巨大阻力，需要强有力的中央与地方党政领导。

其次，医疗卫生的职业制度、筹资制度、组织制度与治理制度之间相互影响的政策结构是导致路径依赖的关键机制。由于医学专业人员培养周期长，历史欠账多，涉及政策面广，需要突出人力资源政策的关键地位，系统性地改革职业制度及配套制度，并利用高水平的全科医生带动多学科团队和社区成员提供基层卫生服务。

第三，医院与基层卫生机构的协调需要可持续发展的制度设计。当前医联体等整合型卫生服务试点普遍强调了医院及其医务人员在基层卫生强化中的作用。从历史上类似的努力来看，这些政策能否成功还取决于是否能够在长期的政策规划指导下，融合医院与基层卫生的发展，尤其是形成基层在筹资、人力等方面的可持续发展，培养民众和同行对基层的信任。（徐进）

《卫生发展瞭望》是北京大学中国卫生发展研究中心根据研究成果、系统综述、会议讨论、国际交流等获得的信息，每期针对一个卫生发展领域热点问题，发表研究发现、观点和政策讨论。