

| 选题（20%） | 说理（60%） | 文笔（20%） | 总分 |
|---------|---------|---------|----|
| | | | |

作者：邹卓群

学号：1700015430

学校院系：北京大学经济学院

提交日期：2020 年 12 月 19 日

“就医难”之破局

古有蜀道难，今有就医难。随着经济的发展，个人财富和健康意识双升，人们对于健康服务的需求不断膨胀。随之而来的，却是就医困难的问题，“医院门诊大厅人满为患”“就医预约难、就诊排队久”“挂号黄牛”等相关新闻更是屡见不鲜。医疗服务的供给似乎跟不上经济发展的脚步，供需失衡导致医疗服务从必需品异化为奢侈品（从时间维度来说），改善就医体验是建设幸福稳定社会所必须迈过的一道坎。

既然需求过剩、供给不足，最直接的方法就是多修建医院，增加医疗服务的供给。在不考虑医疗服务异质性的情况下，这一做法简单粗暴、成效明显。但是，医疗服务具备强异质性，现实情况通常是：三甲医院门庭若市、社区医院门可罗雀；挂号黄牛赚得盆满钵满、平民百姓叫苦连天。人们的惜命性导致了市场需求集中于高级医疗服务，但是由于人才、资金、资源等限制，大兴土木修建医院基本上只能增加次级医疗服务的供给。这样就导致了医疗服务市场出现了结构性短缺：高级医疗服务短缺，而次级医疗服务过剩。在结构性短缺的背后，往往是医疗资源的浪费：许多人染上了感冒发烧等轻症却要挂专家号，但不得不承认的是，高级医疗服务和次级医疗服务在治疗轻症上几乎没有区别，将高级医疗资源用于重症患者是效率性和公平性双赢的做法。

为了引导轻症患者流向次级医疗服务，让所有患者自由竞价可能是最市场化的方法，价高者获得高级医疗服务（除了利益分配方式外，与挂号黄牛市场没有区别），这样做的直接后果是三甲医院成为富人俱乐部，成为人民内部矛盾爆发的政治舞台。但是，疾病面前人人平等：疾病并不会“看人下菜碟”，患病轻重与否与财富持有量并无直接关系。总的来说，在衡量医疗市场供给的有效性时，我们更应该关注公平性，即以救助尽量多的人为目标，按照疾病严重程度匹配相应质量的医疗服务。据此，自由竞价不适用于医疗市场，价格不应成为获取高级医疗服务的壁垒。

当无法用价格机制按症状匹配医疗服务时，我们应该考虑利用政府力量调节市场失灵。其中，建立分级诊疗制度体系是我国针对“就医难”所提出的改革方针。分级诊疗按疾病的严重程度进行分级，由不同级别的医疗机构负责不同级别的疾病。基层医院以全科医生为主，

为居民提供首次诊断，大多数轻症在此层级已被消灭；若诊断为重症，则向更高层级的医院转诊。这样一来，高级医疗资源大多面向重症患者，基本可以实现按照实际需求分配。

当然，简单的分级诊疗仍存在些许问题。1) 医疗体制的灵活性。如果强制规定高级医疗资源仅面向转诊患者，那么居民则完全让渡了选择权，使得整个医疗系统变得僵化。更好的选择可能是实行价格歧视，高层级医院对于转诊病人予以一定比例的折扣，即让直接就诊高层级医院的患者付出更高的费用，进而让轻症患者更有动力选择社区医院。2) 社区医院的医疗质量。在分析就医难问题时，一个重要的事实是社区医院的医疗质量较差以至于大部分人们不愿意接受。而分级诊疗成立的基础是，社区医院至少能让大部分轻症患者满意。因此，提升社区医院的医务人员素质、基础药品完备性、医疗器械质量等是推行分级诊疗的“前菜”，让社区医院获取人民群众的信任感。3) 医保体系的支付方式。在目前总额预付的支付模式下，医院事先获得医保基金预算，经营盈亏自负，导致高层级医院并没有动力放弃轻症患者：若放弃轻症人群，很可能导致某些指标（例如接诊人数等）无法达标，进而使得下一年预算被削减，还可能因为接待过多重症患者导致经营亏损。因此，医保体系的支付方式还应当调整为按病种付费（DRGs），医保基金根据所诊疗疾病的轻重程度向医院付固定金额的费用，既减缓了医院对于轻症患者的过度偏好，又能让医院产生控费激励（防止医院滥用医疗资源的道德风险）。

卫生体系的变革往往是牵一发而动全身，就医制度的调整可能带来药品、医保等一系列其他制度的调整。而医疗市场的复杂性注定医疗体系的改革不会是容易的：医疗是必需品，医疗具有准公共品的性质，医疗的三方（患者、医生、保险公司）之间存在着巨大的信息不对称，因此医疗制度的改革选择往往是“两害相权选其轻”的次优结果，不存在最优解。因此，上述思考仅是提出一种可能性，仍需要在实践中不断论证才能得出真知。■

WORD 批量转 PDF 工具-未注册 注册码购买 QQ: 3049816538(注册后本文字和以下内容消失)

成都购房咨询, 大专本科成都落户咨询, 成都社保代缴咨询 QQ: 3049816538

2000 字