

探索社区家庭医生制度建设

文 _ 王 震

DOI:10.14117/j.cnki.cn11-3331/d.2016.09.024

推进合理分级诊疗是当前医改的主要目标之一,也是“十三五规划建议”中健康中国建设的重大举措。习近平总书记2014年12月在镇江调研指出,要实现医疗服务的均等化,推动分级诊疗。推进分级诊疗的一个突破口是建立居民健康的“守门人”制度,其制度载体则是社区家庭医生制度。

为探索社区家庭医生制度建设,中国社会科学院经济所课题组与北京市医改办及海淀区卫生局合作在海淀区进行社区家庭医生服务包的改革试点。在试点过程中遇到了一系列的现实性和政策性障碍,这些障碍不仅反映了社区家庭医生制度建设以及推进合理分级诊疗过程中遇到的核心问题,也反映了本轮医改中的方向性、战略性问题,以及我国医改面临的深层次矛盾。

社区家庭医生制度的海淀实践

本次在海淀区的试点以社区家庭医生服务包的形式开展。社区家庭医生服务包设计的目标是探索建立能够有效承担医保费用“守门人”和居民健康“守门人”的社区家庭医生服务网络。其背后则意味着一系列的制度变革:社区医务人员的执业模式从单位人向“社会人”的转变,实现社区家庭医生的自由执业;基层医疗卫生机构由直接管理医务人员转变为为社区家庭医生提供服务保障;医疗保险的付费模式由按项目付费转向按人头、按病种付费的预付制;社区医学模式由重疾病治疗转向治疗与疾病预防、健康管理并重。

服务包内容。社区家庭医生服务包的设计分为面向全部人群的基础服务包和病种服务包;基础服务包根据年龄和性别划分,病种服务包从社区发病率最高的慢性疾病入手,逐步扩大。

服务包的定价、筹资与支付方式。以服务包使用所包含内容过去三年的平均价格作为起始价格,并设计动态调整方案。筹资为财政(卫生)、医保和个人自付的三方付费模式,并为其他资金流入预留接口。支付方式采用按签约人头和病种打包付费的预付制方式。

社区家庭医生的执业模式与收入机制。社区家庭医生在社区自由执业,其与社区卫生服务中心的关系由原先的雇佣关系变为契约关系。社区卫生服务中心职能转向服务包管理和为社区家庭医生提供服务保障为主。医生通过签约获得服务包的费用,并在扣除签约居民的治疗及健康管理费用后,“结余归己、超支自负”。以此激励医生促进居民健康,做好疾病预防和健康管理。

居民与家庭医生双向选择、自愿签约。社区居民可选择不同的社区家庭医生签约,通过“用脚投票”保证社区家庭医生不降低服务质量。

政府的主要职能是购买服务、质量监管与信息披露。政府从原先的医疗服务提供方变为基本医疗服务的购买方,向自由执业的社区家庭医生购买基本医疗服务和部分公共卫生服务,并对医疗质量进行监管,对医疗风险进行防控。同时,建立社区家庭医生的强制信息披露制度。

海淀社区家庭医生服务包推行中遇到的现实障碍

收支两条线严重限制了基层社区医疗卫生机构与医务人员提供服务的积极性。收支两条线的本意在于为一些偏远地区基层医疗卫生机构提供稳定的财政支持,但是现在收支两条线被作为基层医改的标准做法,要求所有地区都实施收支两条线。收支两条线将工作激励与收入割裂,导致“干多干少一个样”、“多干不如少干、少干不如不干”。在这样的安排下,任何激励社区医生为患者提供优质服务的措施都无法推行。

收支两条线背后反映的是当前事业单位管理体制的弊端:财政供养、编制管理与工资总额限制。财政供养单位必然需要进行编制管理,也需要进行工资总额限制。但编制管理和工资总额客观上又限制了事业单位提供服务的积极性。

基本药物制度限制了社区医疗卫生机构与医务人

员的诊疗范围和能力。基本药物制度的本意是保证欠发达地区基本的、不可或缺的临床药物的供给。但在我国基层医改中,基本药物制度被当作了向社区提供“廉价药品”的行政手段。在基本药物的实施过程中,集中采购制度又导致社区“无药可用”,一些基本药物低价中标,但中标后由于无法弥补成本又不生产和提供。即使社区家庭医生有激励提供优质服务,但基本药物制度又限制了基层的药物使用范围,限制了社区家庭医生对居民的吸引力。

医师执业规定限制了社区家庭医生的执业范围。目前我国医师的执业范围被严格限制在注册机构之内。但是社区家庭医生需要在社区巡诊,特别是一部分失能半失能老年人,更需要上门提供一些辅助性的治疗、用药及健康管理等。这是当前社区居民最为迫切的需求,也是推进社区家庭医生制度的突破口。但在医师执业规定的限制下,家庭医生也不能在注册机构之外进行医疗活动。

医保支付方式的限制。预付制是社区家庭医生制



厦门市鼓浪屿医院家庭医生为签约患者检查心肺功能

度得以落实的一个关键。在预付制下,家庭医生的收入依赖于能否为居民提供合理的服务、依赖于居民是否健康,从而实现医保费用的“守门人”以及居民健康的“守门人”的功能。但目前医疗保险的付费方式仍以后付制的按服务项目付费为主。在后付制下,医生的行为仍以“多治病”为导向,而不是以“居民健康”为导向。

支付方式改革困境的背后,则是当前我国医疗保险的设计。根据社会保险法的规定,医疗保险只能对治疗过程中的费用进行支付,而不能对医生的人力资源进行支付。而医疗保险不支付医生的人力资源费用,其理论前提是医生都是事业单位编制人员,其工资已由财政支付。因此预付制的核心“结余归己”难以实现。

这些障碍和问题也反映了本轮医改的一些方向性、战略性问题,以及我国医改中的一些深层次矛盾:日益高涨的多样化、多层次的医疗服务需求与供方严格管制之间的矛盾。随着我国居民收入水平的提高,居民的消费结构也发生了本质性的变化,对服务性产品的需求上升,对多样化的医疗服务需求快速上涨。但是,目前医疗服务的供给仍控制在政府手中,并吸纳了大量财政补贴。而财政补贴必然要求进行工资总额控制,甚至收支两条线。工资总额控制和收支两条线又限制了医务人员提供服务的积极性。这是当前医疗服务短缺的制度性原因。

而本轮医改的思路不是去改革供方制度安排,释放医务人员的积极性,而是限制居民对医疗服务的合理需求,通过压制需求、将需求控制在基层的方式实现供需均衡。基层收支两条线、基本药物制度等都是在这个大思路下出台的措施。这在社会主义市场经济框架以及人口大规模流动的条件下,无异于“缘木求鱼”。从实践结果看,本轮医改导致的新的“看病难、看病贵”已逐步显现。

政策建议

根据课题组的计算与预测,从短期来看,若取消收支两条线和基本药物制度,则至少可以吸引30%左右的

患者下沉到社区,从而快速缓解大医院的“拥挤”状态。

从长期看,根本上还是要改革现有的事业单位人事管理制度,释放公立事业单位医务人员的积极性,同时放开社区卫生服务的空间,将其吸引到社区,真正实现医疗资源和服务的下沉:

深化事业单位社会保障制度改革,为人才流动打通通道。当前的事业单位养老金改革已经开了头,但还需要进一步加大推进力度。与社会保障制度相联系的还有职称评定、人才评价等问题。建立社会化的职称评定和人才评价机制,其目的在于将当前的事业单位医务人员释放出来,激发他们的积极性。

放开社会办医,实现社区医师自由执业。医疗服务作为个人化的服务行业,自由执业是典型状态,在英国,即使全科医生也是自由执业为主。特别是社区家庭医生,需要面向社区居民,与社区居民建立稳定的长期关系,更需要以个人身份执业。实现医师自由执业的同时,修改医师执业规定,在保证医疗安全和质量的前提下,允许家庭医生社区巡诊及上门提供医疗服务。

改革财政补贴社区卫生的方式,从养机构、直接发工资变为购买服务为主,将基本医疗服务、公共卫生服务等统一打包到社区家庭医生服务包中,实现多劳多得、优绩优酬。在这样的情况下,改革医保支付方式,全面转向预付制,在服务包的付费中包含医生的人力资源成本,从而激励医生为签约居民提供优质服务。

在医师自由执业及财政补偿方式改革的同时,加快建立医保医师制度和药师制度,将医保的定点资格具体到医师和药师,加强医保的谈判能力和控费能力。

加强多部门合作和顶层推进。医改不仅需要顶层设计,更需要顶层推进。从海淀区试点情况来看,只要涉及部门协调的事,基本都难以实现。这不仅是部门利益的问题,其中还包括了大量的部门之间各种规章制度之间的冲突,不能单靠一个部门推进。□

(作者:中国社会科学院经济研究所副研究员)

(责任编辑 胡秀荣)