

必须建立竞争性的社区首诊制 替代医联体



朱恒鹏：
博士，研究员。现任
中国社会科学院经济研究
所微观经济研究室主任，
公共政策研究中心主任。

环顾世界各国，没有门诊医疗机构以公立为主体分级诊疗取得成功的案例。

我们必须尽快建立由自由执业的医生个体或者合伙开办的私营诊所为主体的社区门诊服务体系，以此来建设竞争性的分级诊疗制度。

解放医生，才能 建立竞争性的社区 首诊制

从改革的可操作性考虑，立足于目前社区医疗机构公立占主导的现实，基层医疗服务体系要走向竞争性社区（全科）医生守门人制度，可以通过如下改革路径来进行：

首先，尽快修改《执业医师法》，取消对医生执业的限制，明确规定凡是有合法执业医师资格证书的医生，可以自主开办个体或合伙制诊所，不需要卫生监管部门审批，只需备案即可。同时废止有关社区医疗机构设置的位置、规模和数量限制，让开业医生自主自由选择执业地点、执业方式和诊所规模，由此放开医生自由执业。

其次，城镇职工医保和城乡居民医保要尽快建立门诊统筹制度，为社区首诊按人头付费奠定基础，政府购买公共卫生服务等方面的财政支出也要采取按人头付费模式。

再次，鼓励包括二三级医院医生在内的医生以各种方式承包改制现有公立社区机构，使其成为优秀医生个体或合伙制执业的民营社区医疗机构。同时尽快取消政府对社区医疗机构的财政补贴包括人员工资。目前，政府直接投入到社区医疗机构的财政资金尽快转为对城乡居民医保的补贴，对社区医疗机构尽快转变为按注册服

务人头付费制度。

最后，要改革基层医保定点机构集中在公立社区机构的局面，允许参保人自由选择任何一家诊所作为首诊机构，促进基层医疗机构的竞争。社区居民自由选择注册家庭医生，家庭医生按照注册人头获得医保支付和公共卫生补贴。

由于每个城乡居民门诊医保人头费用是固定的，不会因为诊所的增加及选择范围的扩大而增加医保支出。因此，医保管理部门不必担心增加定点门诊机构会导致医保费用支出增加。换句话说，将所有拥有合法经营资质的诊所纳入医保定点，扩大了居民的选择范围，提高医疗机构之间的竞争，进而提高了医疗服务质量，但并不提高医保资金支出。

只有通过以上改革，建立以医生独立执业诊所为主体的竞争性社区守门人制度，城乡居民看病难问题才能得以根本性解决，也才能有效控制医疗费用的过快增长，

保障医保资金的合理利用,有效缓解城乡居民看病贵问题,也才能重建和谐有序的医患关系。

竞争性社区首诊制好不好?北京的数据可以证明

事实上,利用北京现有的数据我们可以说明,如果上述制度设计得当,财政和医保维持现有支出水平,根本不需要增加费用,社区全科医师年收入将超过30万元甚至超过50万元。如此高的透明化收入,怎么可能吸引不到优秀的医生扎根社区长期做家庭医生?

2012年,北京市社区卫生服务中心(站)有执业医师8804位,获得直接财政投入35.6亿元,平均每个执业医师财政投入40.44万元。此外,城职保和城居保门诊支出327.8亿元(新农合无法分离计算门诊支出),若社区门诊机构能够完成80%的门诊量,获得60%的医保门诊支出,则社区机构可以获得197亿元的城职保和城居保支付,若再纳入新农合门诊支付,这一数字肯定超过200亿元,平均每位执业医师超过224万元。换句话说,平均每位执业医师获得的财政直接投入加医保支付超过264万元,按照每个社区医生服务居民不超过1500人的发达国家标准计算,按照北京市户籍人口1297万人计算,8800位社区医生已经满足需要。

也就是说,在现有的户籍人口数量下,北京的社区医生数量已经满足需要,如果他们能够像其他国家一样,完成所服务地区总诊疗人次的80%,平均每位社区执业医师获得的直接财政投入加医保支付可以达到264万元以上;扣除诊所运营成本包括其他医技人员用工成本,同时按照国际标准扣掉药品费用,每位社区执业医师年度个人纯收入不会低于50万元,即便按照服务于2069万常住人口需要1.4万社区执业医师计算,每位社区医生的年纯收入也不会低于30万元,这还没有考虑患者的自付费用。

显然,30万~50万元的年收入完全能够吸引到足够让社区居民放心签约首诊的优秀大夫进社区开办诊所。问题是,目前医保和财政事实上已经达到了如此高的支出水平,而北京市社区医生的阳光收入不过8万元,众多的公立社区医疗机构完成了不过20%左右的门诊量,其中大部分门诊服务还仅仅是卖药服务。问题出在哪里已经非常清楚,显然问题绝不在财政投入不足和医

保补偿水平过低上,而在于医疗服务供给体制改革严重滞后。

一个更为保守的估算同样支持上述结论:目前北京公立社区卫生服务中心(站)的总支出中,人员成本只占22%左右,而药品费用则占到50%以上,员工年均收入7万元左右。如果将药品费用降低一半,同时把这部分费用用于增加医护人员报酬,员工年均收入可以提高到15万元以上。考虑到全科医师和护士等医护人员之间合理的工资差别,全科医师的年均收入完全可以超过20万元。显然,如果社区全科医师能够把目前只占20%的门诊比例提高到60%~80%,从而获得大量的医保支付,上述30万~50万元的年收入顺理成章。而我们将药品费用降低一半的说法绝非拍脑袋。众所周知,国内公立医疗机构普遍存在严重的过度用药现象,致使药费比重超过50%,欧美国家这个比重普遍低于20%,亚洲国家相对高一些,比如台湾和日本也不会超过25%。事实上,我们调研的自主定价的私人诊所大约380元左右的均次门诊费用中,药费不过80元左右,还不到20%。所以,上述“将药品费用降低一半”的算法有充分依据。

建立竞争性社区首诊制,还需破除一些错误认识

在上述改革中,行业人士还要破除几个错误认识:

第一,有人认为,公立主导下也能够建立分级诊疗体制,也能够实现社区首诊制。此认识错误原因前面已经详述。

第二,有人认为,可以通过建立公立医疗机构联合体的方式建立分级诊疗制度。

这个认识的错误之处有两点。首先,公有制占主体的前提下,根本不可能建成真正意义上的医疗联合体。从建国至今,中国体制改革的大趋势是分权,“分级管理、分灶吃饭”是公立主导体制下维持基本的激励和效率的必然选择。而在“分级管理、分灶吃饭”下,县区公立医院和社区医疗机构由县区政府管理和财政补贴,怎么可能将其人财物交给三甲医院来管理和调配?若想做到这一点,首先需要裁撤县区卫生局或者将其改造为类似药监局的行业监管部门,而不是今天这种公立医疗机构人财物的管控部门。

其次，即便个别地区三甲医院、二级医院和社区中心能够通过经济纽带建立紧密型联合体，这个医联体也弊大于利。医联体主导方是三甲医院，主要由专科医生组成，专科医生的职业特征是技术至上和质量至上，其职业偏好是用最好的技术实现最好的质量。所以，三甲医院领导康复医院和社区，倾向于高技术、高质量，自然高成本，而且缺乏宏观效率。这种从上而下的垂直一体化模式，很容易把社区机构变成病患抽水机。此外，医联体的寡头垄断地位，使其可以高技术、高质量为诱饵，挟患者以令医保，使其能够和医保索取更高的额度。简言之，医联体的寡头垄断地位，事实上废除了医保机构对医疗机构的控费和引导职能。

实际上，国际上有限的紧密型医联体实践表明：医联体有可能做到提高整个医联体内部的技术水平，但无助于控制医疗费用，甚至无助于提高医疗质量，实践表明会抬高医疗费用。文献资料表明，在患者满意度方面，以专科医生为主导的医联体低于以全科医师为主导的社区守门人制度。而在医疗费用方面，前者却高于后者。

第三，有人认为，可以通过限制医保补偿资格和补偿比例把患者留在基层的办法，来强制形成分级诊疗体制。

这种观点至少有两个错误。首先，这种做法对谈判能力强的患者，比如离退休公务员和机关单位职工毫无约束力，支付能力强、谈判能力强的患者自费去三甲医院看门诊，或者要求去三甲医院看门诊同时医保报销，政府部门能强迫他们去社区吗？

其次，认为只要把患者强留在基层，基层医生看的病人多了，也就经验丰富了，也就能够成为好大夫。这个认识完全错误，一来这种拿社区居民练手艺的设计，会因社区居民的强烈排斥而完全行不通；二来优秀大夫是通过竞争带来的竞争压力和优胜劣汰逐渐形成的，没有优胜劣汰机制，一个天资不足者就是看一辈子病人也成不了好大夫，没有竞争压力，即便是一个高材生也未必有足够动力成为好大夫。

第四，有人认为，全科医生需要长期培养，只有培养了足够多的全科医生才能建立社区守门人制度。

实际上，除英国外，美国、加拿大、日本、德国以及中国的香港和台湾地区，开办社区诊所的医生相当部分是医院出来的高年资医生，制度设计合理。目前，

二三级医院中相当数量的医生完全可以、也愿意去社区开办诊所，这些优秀医生经过简单培训以及执业模式创新，都可以组成受社区居民认可的全科家庭医生团队。尽管这样的社区医生队伍还达不到英国全科医生队伍的标准，但是，毫无疑问，一定会大大优于目前的状况。此外，IT技术和相应商业模式的发展，已经使得建立覆盖全部社区居民的全科医生制度所需要的高水平全科医师数量大大下降。只要放开政府管制，这些新型的全科医师服务模式会很快在中国发展起来。

事实上，国内一些地方已经初步探索出一些有效模式，目前最大的发展障碍是体制壁垒以及卫生行政部门的一系列政策约束。H

本文摘自“健康界”

