

改革人事薪酬制度 建立有效分级诊疗体系

朱恒鹏 | 林绮晴

新医改以来，中央政府多次强调“保基本、强基层、建机制”为医改工作重心，试图构建小病在基层、大病去医院的分级诊疗体系。但五年改革后，从现在的医疗行业格局看来，大医院人满为患、基层社区门诊门庭冷落的现象依然没有改变，可以说，建立分级诊疗的目标远未达成。

一、分级诊疗无法形成的根本原因：医疗体制行政等级制之弊

分级诊疗体系无法形成的根本原因在于，公立医疗机构以行政等级体制配置医疗资源、以平均主义分配薪酬的方式，与医疗卫生的行业特征有根本冲突。

1. 行政等级制度下的资源配置模式

需要澄清的是，“分级诊疗”这个说法有很大的误导性，准确来说应为“分工（分类）诊疗”。家庭医生、专科医生、康复护理人员等不同类别的医务人员各自从事不同类型的诊疗和健康管理服务，之间是一种分工协作关系，而不是按职称、机构等级划分的行政等级制度下的“分级”诊疗金字塔。

“分级”，是一种典型的行政等级制做法。在行政体制金字塔中，三级医院处于顶层，获得更多的财政补贴、更先进的设备、更多的高等级职称、更优秀的人才，甚至更齐全的药物配备和定价政策，可以说获得了政府各项资源和政策偏向。而处于金字塔底层的基层医疗

机构，工资低、待遇低、职称低、社会地位低，优秀医生自然不愿意去社区。

从理论上说，三甲医院医生和社区医生并无水平高下之分。社区医生（家庭医生）长期服务于某个社区的数千居民，接触最多的是发病率很高的常见病、多发病、慢性病，为患者提供长期服务，担当社区健康守门人，在常见病的处理上他们比专科医生水平高。医院的专科医生服务于覆盖数十万、数百万人口的专科医院，负责诊治患病率较低的疾病，在这些疾病的诊断和治疗上优于社区医生。所以说，社区医生和医院专科医生的分工是根据他们服务的人群规模和疾病发病率来确定的。在成熟的医疗服务体系中，大部分常见病多发病诊治在社区，疑难杂症转诊到专科医院，社区医生和医院医生术有专攻，这是一种很自然的分工协作体系。

在发达国家和地区，刚毕业的低年资医生去医院工作，积累了足够经验后离开医院到社区去自办诊所，因此在社区开诊所的是经验丰富、医术高的高年资大夫，并没有全科医生低专科医生一等的看法。唯独我国相反，社区大夫水平低于医院大夫，二级医院大夫水平低于三级医院，既是一个大致准确的事实，也是全社会根深蒂固的印象，根本原因就是行政等级制导致了这种资源配置结果，并成为全社会的共识。

2. 基层医疗卫生机构的计划经济体制安排

基层的弱势与自身的制度安排缺陷有关。2008年以后，中央政府把基层社区中心（站）的布点和建设作为一个任务要求地方政府完成，各地政府都加大了对社区卫生服务中心（站）的投入，社区卫生服务中心（站）在数量和硬件上都得到很大发展，但因为恢复事业单位编制制度，实施收支两条线、药品零差率等体制安排，在“定岗定编定工资标准”和“收支两条线”的人事薪酬制度下，基层医生缺乏工作积极性，吸引不到、留不住拥有较丰富临床经验的好医生。与此同时，行政指令一刀切、脱离实际的公共卫生任务尽管花费了大量财政投入，亦耗费了社区医卫人员大量精力，却很大程度上流于形式，基本陷于了“财政真掏钱、社区假干活”的局面。

3. 束缚医生流动的现行事业单位养老制度

现行公立医疗机构的事业单位养老制度有两大特征，严重阻碍了医生从高等级医院流出。第一，事业单位养老金普遍比企业养老金高出不少；第二，在行政级别越高的事业单位中同等级员工的养老金更高。也就是说，医生的养老金与编制身份、单位级别捆绑，一旦离开公立医疗机构，意味着放弃明显高于企业身份的养老金；一旦离开高等级医院，意味着丧失第二个好处。

在这样的事业单位养老制度中，对于已经进入三级医院的医生来说，流出代价非常高，相当于把医生套牢在医



院。另一个角度讲，三级医院能以编制身份和优厚的养老待遇吸引优秀医生，这也赋予了三级医院从民营医院、企业医院、低等级公立医院吸引优秀医生的制度优势。

二、试图建立分级诊疗体系的行政手段无效

目前试图建立分级诊疗体系的措施均不成功，还浪费了大量行政资源。

1. 通过行政手段遏制扩张

2014年国家卫计委发文，要求严格控制公立医院床位审批、建设标准和大型设备，严禁公立医院举债建设。可以说，这种手段只是扬汤止沸。三级医院财力充足，不需要财政投入也足够自行扩张，且享有垄断地位，而且卫生行政部门和三级医院本就是一家人，三级医

院规模扩张对卫生行政部门尤其是主管领导是好事而非坏事，怎有积极性自断臂膀？所以所谓严格控制既无心也无力。

2. 通过行政手段组建医联体

首先，三甲医院没有动力帮扶基层。近年各地所做的医联体尝试，可以说是高等级医院在政府指令下的“学雷锋”行为，医院派医生到基层坐诊、帮扶基层，真正能起到的作用有限。分级诊疗的形成，不是简单地强行把现有的优质医疗资源下沉到基层能够实现的。事实上，在大的医疗体制不改的情况下，现行的医疗模式恰恰是最方便、效率最高的。例如，一个专家在三甲医院坐诊，患者排队来找他，与这个专家每周去社区坐诊，在路上耗费两个小时，看得都是小病，相比起来，其实前者的社会

效益更高。

其次，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，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。国际上的经验亦表明，专科医生主导的医疗服务体系，医疗费用高，而质量却并不一定高。这表明，即便我们建成了由三级医院统领的医联体，也无助于降低医疗费用。

3. 医保强制社区首诊

提高基层社区门诊报销比例、给予社区转诊报销优惠、不经过社区首诊的医院门诊费用不予报销等措施，都在实践中被证明了效果有限。

首先，通过医保强制社区首诊不能改变社区没有好医生的事实。好大夫是

通过竞争压力带来的自我提升和优胜劣汰逐渐训练形成的,没有优胜劣汰机制,基层医生就是看一辈子病人也成不了好大夫。

其次,在患者支付能力普遍大幅提高的情况下,患者很可能直接放弃医保报销,全额自费去质量有保障的大医院看病,基层的报销比例再高也留不住人。另外一部分人可能到社区拿了转诊单就走,转诊成了走过场,这样的操作只是给打定主意要去医院看病的患者徒增麻烦。

三、如何形成分级诊疗:建立适合医疗行业的人事薪酬体制

要形成分级诊疗,需要打破现行医疗行业的行政等级制,其核心制度就是破除公立医疗机构的事业单位制度以及与之配套的医务人员事业单位编制身份制度。这一工作分为两个阶段,目标都是放开医生自由执业,建立和市场经济体制相适应的、符合医疗卫生行业的人事薪酬制度,即“优胜劣汰、多劳多得、优绩优酬”的人力资源配置机制和收入分配制度。

1. 废除社区“收支两条线”,改革人事薪酬制度

初级阶段是要改革现有社区卫生中心的人事薪酬制度,废除收支两条线制度,赋予社区医疗机构用人自主权和分配自主权,形成社区医技人员“能进能出、能上能下”(优胜劣汰)、“多劳多得、优绩优酬”的用人和分配制度。社区能够利用用人自主权实现人员优化配置,利用收入分配自主权充分调动社区医务人员积极性,做好目前的公共卫生业务和普通医疗服务业务,并力所能及地开展日间手术、康复护理业务,做好慢性病管理工作。

现在不少骗子公司以“健康教育”的名义,骗得许多老人掏出成百上千甚至上万元买他们其实完全没有疗效的保

健品、保健器材,而我们正规社区医疗机构的、有资质的医务人员为什么却没有吸引老人来社区享受免费的公共卫生服务,以及由医保支付大部分费用的普通医疗服务?根本原因就是在论资排辈的平均主义大锅饭分配制度下,医生缺乏工作积极性。只要把公共卫生资金和医保资金打包跟着患者走,激励社区把患者吸引来,把患者的公共卫生人头费和医保资金都拉到社区来,社区自然会琢磨怎么把三甲医院的好医生和患者挖过来。唯一需要担心的是社区可能因此诱导需求、过度医疗,但这个技术性问题可以通过医保的付费机制设计解决。

实际上,如果体制设计得当,社区医生的薪酬完全可以吸引来三甲医院的好医生。通过对北京现有的数据分析,即使财政和医保维持现有支出水平,建立起以医生独立执业诊所为主体的竞争性守门人制度,社区全科医师年收入也能超过30万元甚至50万元。有人会说,把社区医生工资直接提到30万元不就可以了?问题是,高薪必须经过竞争环节实现。我们的改革经常陷入的一个误区就是把别人成熟体制的结果当成手段。只要社区有了足够工作积极性,形成充分竞争,在既定的公共卫生、医保支付总额下,医生通过改善服务、质量来吸引患者,微观上做得越好的社区和医生会得到更多的收入,宏观上政府的公共卫生、医保门诊总支出并没有增加。这种引入囚徒困境的方式,控制了总体医疗费用,又让医生不得不提供让患者满意的服务。

2. 废除医疗行业的事业单位体制,让医生成为自由执业者

形成分级诊疗高级阶段是让三级医院医生自愿流出,到社区医疗机构或新兴的移动互联网医疗、连锁诊所、医生集团等工作。实际上,目前三级医院长期从事门诊和日间手术业务的内科、妇科、儿科、普外、精神、急诊科大夫

更适合扎根社区从事家庭医生工作。从欧美一些国家,尤其是美国医生的执业模式看,三级医院大多数医生甚至不是医院雇员,而是在外独立或合伙执业,需要医院平台服务时和医院建立合作关系。一个医生不只是提供医疗服务的技师,还应是一个团队组织者、经营者。即使在社区,家庭医生也应该形成分层、分类的服务模式,组建由高年资医生、低年资医生和护士形成梯队的高效团队。现在三甲医院专家每天看的门诊中可能有70%都不需要亲自看,这些专家不少人医术高明、也有经营才能,只是被体制限制。改革核心的一点就是,要调动这些医生的积极性,解除体制的限制,给这些医生一个舞台去创新服务模式。

要实现这点,应该尽快废除医疗行业的事业单位体制和事业单位编制制度。公立医疗机构实施全员合同制改革,加入社会保险,逐步变身份管理为岗位管理。“老人老办法、新人新办法”,即废除“老人”的编制身份,但保留原有待遇不降低,并让其能够携带待遇自由流动到其他医疗机构。同时,修改《执业医师法》,取消对医生执业地点和方式的限制,让经过严格的医学院培训、又在医院做了临床训练、获得执业医师资格证书的医生们成为自由执业者。

因此,要建立分级诊疗,对于供方,给予社区充分的自主权,建立优胜劣汰、多劳多得、优绩优酬的人事薪酬制度,基层积极性就会发挥起来;废除医疗行业的事业单位身份体制,让医疗人力资源充分流动,发挥医生的聪明才智。对于需方,让公共卫生和医保经费跟着患者走,将选择权交到患者手中,促进形成充分竞争的医疗市场。这样,分级诊疗体系才能有效建立起来。□

(作者单位:中国社会科学院经济研究所公共政策研究中心)

责任编辑 刘慧娟