

英国全科医生体系 如何发挥控制医疗费用的作用

中国社会科学院公共政策研究中心 | 罗彤

新医改后,我国各地积极探索、推行基层家庭医生(全科医生)签约制度,将包括家庭医生在内的社区医生定位为“居民健康守门人”,以期基层有效分流患者,大医院不再过多承担本应由基层解决的常见病、多发病,不再助长医药费用的膨胀。这项制度也被写进了国务院出台的《关于推进分级诊疗制度建设的意见》。英国全科医生体系的建设是这项改革极好的参照系和样本。英国全科医生医疗服务体系享誉全球,患者就医便捷且经济负担较轻,发挥了控费作用。

英国全科医生体系的现状

英国医疗卫生服务体系(即全民医疗保障体系, National Health Service, NHS)包括三层次内容:由全科医生提供的初级医疗服务,由专科医生在医院提供的二、三级医疗服务。其中,初级医疗服务以全科医生提供的一般医疗服务为主,同时也涉及社区医院服务。根据 OECD 资料,英国约有 36000 名全科医生,99% 以上的英国人都在全科医生处登记,并与全科医生建立对口固定的长期联系;社区医院一般规模很小,用于全科医生临时安排病人。因此,全科医生体系是英国医疗服务体系的重要组成部分。

以全科医生体系为核心的初级医疗服务体系,提供了全国绝大部分的医疗服务,但这部分的花费仅占总医疗费用的 8.5%(2013 年)。特别是,尽管英国的医院以公立医院为主,但全科医生开设的私人诊所在英

国医疗服务体系中,起着比公立医院更为至关重要的作用,以极低的费用占比满足了绝大多数英国国民的就医需求。英国 90% 左右的基本医疗服务都由私人执业的全科医生完成,花费医疗经费仅 8.2%。

总之,英国医疗卫生费用有所控制,很大程度上是由于全科医生体系的发展,极大地节约了英国医疗体系成本。

英国全科医生体系为何能控制医疗费用增长

具体考察全科医生体系的设计、运行机制,可以发现,英国全科医生体系之所以能控制医疗费用增长,是因为不管是供方还是需方,全科医生体系在竞争性市场中形成了适用于自身领域的激励约束机制,确保全科医生发挥守门人作用,保证质量、提高效率,控制成本。

(一)供方:就医守门人

全科医生在 NHS 体系中负担“就医守门人”职责,居民自主选择全科医生签约,如需前往医院,则必须经过签约全科医生的同意。需指出,“守得住门”的关键,不是强制首诊,而是在允许患者自由选择的情况下,让患者自愿去全科医生首诊(而不是将其作为纯粹的转诊通道)。要实现这一点,离不开高质量的初级医疗服务,离不开大量受患者信任、有积极性提供优质服务的全科医生。英国通过以下配套制度,保障了全科医生服务的高质量:

一是英国全科医生培养机制。英国享誉世界的严格医学教育和规范化培训,保证了全科医生的专业技能。全科医生和专科医生代表不同的医疗服务领域,其培养机制及专业水平没有高下之分。全科医学生在经过同样严格的医学教育后,同样需经历漫长而严苛的规范化培训。在NHS的培训系统中,全科医生和专科医生在医学院教育和基础培训阶段的课程是完全一样的,仅在规培阶段有所差别。具体来讲,全科医生需要首先接受两年的基础培训,完成基础课程之后,还需要完成3年的全科医生专业培训项目(GP Specialty Training Programme, GPSTP)。医学生首先要完成综合培训的任务,并且获得英国皇家全科医生学院(Royal College of General Practitioners, RCGP)的认证,之后才有资格开始全科医生专业培训的项目。在全科专业培训中,必须要通过一系列的关于医疗能力的评估,其中包括理论考试、医疗技能考核等。在全部通过这些考核之后,医学生将获得RCGP的资质认证证书(Certificate of Completion of Training, CCT),可以在英国执业。通过分析这两年的全科医生考试通过率数据,可以发现在完成规范培训的医学生中,能够一次性通过考核,获得职业资格的概率也仅为50%。

二是发展竞争性、多元化的医疗服务市场。英国鼓励发展私人诊所等非公立机构,将私人机构纳入NHS服务购买体系,允许地方医疗主管机构与全科医生的私人诊所签约,给全科医生带来更多的市场竞争。在等同、公平的环境下,合同制全科医生及其私人诊所也可能成为传统国营NHS雇员全科医生的替代选择,促使雇员全科医生和公立机构找到追逐、改进的动力和标杆。不仅如此,随着人们需求的变化,竞争性医疗服务市场也会出现多元化的机构分工,使多元化需求得到满足。在宽松自由的制度环境下,英国全科医生提供的基础医疗服务范围不断扩大,服务模式也不断创新。目前,全科医生已经能选择提供更为复杂的手术或微创小手术;而部分通过合伙制形成的全科医生联合诊所不仅提供上述服务内容,还提供其他初级卫生保健和门诊服务,旨在为需要长期照料的居民提供一站式服务。

三是医生自由流动。在英国,全科医生是可自由选择执业地点和机构的“自由人”:既可以选择在体制外自办诊所或合伙办诊所,也可以选择在体制内与NHS签约成为政府雇员。即便是在体制内,拿着NHS的固定工资,在完成政府合同规定的任务后,仍可在私人机构多点执业,如对收入不满,可以离开体制自办诊所。需要说明的是,他们与NHS的关系仅仅是劳动合同的关系,并没有人事附属关系,得到NHS的工作并不意味着端上了“铁饭碗”、拿到了“长期饭票”,医生可以单方解除劳动合同,NHS也有随时开除他们的可能。

四是全科医生自主化管理。在自由流动的情况下,英国全科医生中约有75%选择成为体制外自由执业的医师,或自办诊所,或合伙办诊所,自负盈亏,拥有诊所的收入分配自主权和用人自主权。自负盈亏的全科医生在自由竞争市场中需要靠签约服务量和服务质量来取得收入。相比于拿固定工资的雇员全科医生,他们更有积极性和动力去控制成本并同时提供更好的基础医疗服务,从而使自己获得更高的收入。

五是质量与效果协议(QOF)制度。自由执业的全科医生的总收入中有部分(30%左右)属于附加服务收入,其所得数额取决于全科医生的临床服务质量和服务范围,具体按“质量与效果协议”(Quality and Outcomes Framework, QOF)计算。QOF以循证医学为基础,激励全科医生通过提供高质量的医疗服务来获得更多收入。

六是相对公开透明的信息披露制度。英国通过健全信息披露机制,为患者提供更多决策信息,以便其发挥用脚投票的作用,强化市场监管。比如,患者可通过网络搜索获得英国初级保健集团、社区医疗服务等信息。此外,患者还可以自由地通过NHS的信息系统浏览自己的病历,或者要求医生提供针对个人的长期医疗保健计划。

总之,英国全科医生充分发挥守门人作用,既解决了大量本应在基层消化的服务,又分流了医院的部分服务功能,一定程度上实现了分级诊疗,有助于控制费用增长。

(二)需方：付费守门人

与“就医守门人”同步，全科医生体系通过配以财政投入模式和支付方式上的改革，还发挥了付费守门人的作用。

一是形成了以补需方为主的财政投入模式。政府拨付给NHS的经费中，约30%属于初级医疗经费，由主管部门NHS England直接支配。但该财政投入集中于需方，即全科医生不直接从中获得补贴收入，而是通过签约病人来获得，多签多得。

二是在补需方基础上，NHS对全科医生采用按人头付费的支付方式。按人头付费的具体操作是：支付总额通过综合考虑性别、年龄、健康状况、新登记患者数、在治患者数、地区成本差异等因素确定，由全科医生负责控制服务成本，而结余即为全科医生的收入。通常这部分收入占全科医生收入的70%左右（剩下30%则取决于服务提供的质量和范围）。这样的激励机制设计，较大程度地鼓励全科医生控制医疗服务成本，进而控制了医疗费用的上涨。

英国全科医生体系控费经验对我国的借鉴

结合英国的控费经验，我国推广全科医生（家庭医生）体系，首先需要整个医疗体系的更大调整与改变，其中的工作重点是促进医疗服务市场自由竞争，充分调动现有社区全科医生及其他医务人员的积极性，通过改善服务态度，加强服务细节管理，争取社区居民的信任。否则，无论对基层或全科医生体系投入多少财力，无论医保支付方式如何设计，都可能无法顺利解决“患者下不去”“基层沦为医院转诊通道”等问题。

其次，让包括家庭医生在内的社区医生成为居民的健康“守门人”，还需要激励相容的医保支付方式支撑。健康“守门人”的作用在于“防患于未然”，做好健康管理，让居民少生病、不生病；但对医生而言，“预防”



和“治病”之间存在一定程度的任务冲突：预防做得好，就意味着来找医生看病的患者会减少。如果采用“看病越多越赚钱”的支付方式（例如按项目付费），社区医生就没有动力去做好健康管理和预防工作。事实上，国内好多地方针对家庭医生的付费方式还没有跟进，家庭医生是免费的，空有签约率而没有实际服务。

基于此，提出如下建议：

一是参照英国经验，进一步放宽对公立医院在职医生院外行医、创业（包括开设私人诊所）的管制，鼓励全科医生自主决策，发挥各自优势来提供多元化服务。同时，增加医生投诉、医院问责的公共渠道，通过健全信息公开制度等方式强化市场监管。

二是进一步释放现有基层医疗机构活力，包括坚持取消收支两条线政策，允许社区中心在停止财政投入的情况下自收自支，人员支出不再受国有单位支出限制，甚至可探索社区中心试点承包责任制改革。

三是进一步加大医保对基层医疗机构支持，包括鼓励医保经办机构以自由协商形式，与基层医疗机构或其全科医生按照具体情况确定付费内容、付费方式等事项，鼓励采取按人头、按服务包、按病种支付的医保支付方式，防止一些社区机构过度医疗，套取医保资金。■

责任编辑 刘慧娟