

社区医疗卫生体制改革 与治理模式创新

王震*

【摘要】在收支两条线和基本药物制度的管制下，社区医疗卫生服务不断弱化，失去了健康“守门人”的功能，形成了社区“门可罗雀”，大医院“人满为患”的现象。而取消收支两条线和基本药物制度对基层用药的限制，又可能出现利用行政垄断地位和公共资源“谋取私利”的问题。“一收就死、一放就乱”，反映了社区医疗卫生体制改革面临的“治理悖论”。要实现社区医疗卫生服务的良好运转，需要治理模式的创新，从行政化治理走向医生自由执业为基础的社会化治理。

【关键词】社区医疗卫生 治理悖论 治理模式创新

DOI:10.16775/j.cnki.10-1285/d.2018.01.012

2009年启动的新一轮医改是从社区医疗卫生服务机构(或基层医疗卫生机构)的改革开始的。针对社区医疗卫生医疗服务“以药养医”等弊端，主要出台和实施了两个改革措施：财务上的收支两条线管理和基本药物制度。但是改革的效果与强化社区医疗卫生服务的初衷恰恰相反，在财政投入大幅升高的情况下，社区医疗卫生服务体系却失去了提供基本医疗服务的动力和能力，社区医疗卫生服务更加弱化，患者不断向大医院集中，社区医疗卫生服务“门可罗雀”。

针对这种状况，一些观点认为是收支两

条线扭曲了社区医疗卫生服务机构的激励机制，形成了“干多干少一个样”“论资排辈大锅饭”的激励机制；基本药物制度则进一步限制了社区医疗卫生服务的医疗能力。这种观点有一定道理，也为这两年社区医疗卫生机构的再次改革所采用，一些地区逐步放开了收支两条线管理，也有一些地区取消了基本药物制度对基层用药的限制。

但在社区医疗卫生机构公立为主、享受大量财政补贴，并形成事实上的行政垄断地位的情况下，严格控制社区医疗卫生服务机构的“谋利”行为，实施收支两条线管理也

* 王震，中国社会科学院经济研究所研究员。

有其逻辑上的依据。如若放开管制，允许公立机构收入归己，那么很可能发生公立机构利用行政垄断地位和财政补贴“谋取私利”的情形。这种“一放就乱、一收就死”的悖论实际上反应了当前社区医疗卫生服务的“治理悖论”。因此，要实现社区医疗卫生居民“健康守门人”的功能，提高社区医疗卫生服务的可及性，需要对行政化、机构化的社区医疗卫生服务的治理模式进行创新，形成以医生自由执业为基础的社会化的治理机制。

一、社区医疗卫生体制改革的困境

社区医疗卫生服务与医院医疗服务在功能上有区别：前者以全科服务（general practice）为主，后者以专科服务为主。社区医疗卫生服务作为三级卫生保健的基础，其重要性不言而喻。在一些国家和地区，社区医疗卫生服务被当做居民健康的“守门人”。2009年的新一轮医药卫生体制改革虽然提出了一整套的改革措施，但最先实施和落地的就是针对社区医疗卫生服务的两个措施：一是在社区医疗卫生机构全面实施基本药物制度；二是社区医疗卫生服务机构实施收支两条线管理。实施这两个制度的初衷，一是基本药物零差率销售，达到控制社区用药范围、破解“以药养医”难题；二是收支两条线管理，切断社区医疗卫生机构的收入与用药量、

服务量之间的关系，解决过度医疗、过度用药问题。同时，为了保障社区机构的运行，加大财政补贴力度；为了激励社区机构和医务人员，实施绩效工资制度。

社区医疗卫生服务机构的这两项改革自2010年起在全国全面实施。但是实施几年来，不仅未达到预期的目的，而且严重削弱了社区医疗卫生服务。一方面财政补贴力度不断加大；但另一方面，社区医疗卫生机构的医务人员流失严重，提供医疗服务的积极性不断下降，服务质量相对降低，出现了医务人员和患者“双流失”的现象，导致社区“门可罗雀”，大医院“人满为患”。

2009年新医改之初，社区卫生服务中心平均财政补贴收入为191.5万元，占社区机构总收入的23.6%；这个数字在新医改后快速上升，到2013年平均每个社区中心的财政补贴达到396.5万元，占比达到38.2%。每个社区中心的财政补贴额度从2009年到2015年上涨了2.67倍，年均增长17.8%。（图1）

但是财政补贴的大幅上涨并未提高社区机构诊疗能力。首先，社区医疗卫生机构医师数量增长缓慢，占比相对下降。2010年到2015年社区执业（助理）医师数从94.9万上升到110.2万，增长了15.3万；但同期医院执业（助理）医师数却增长了43.2万。（表1）

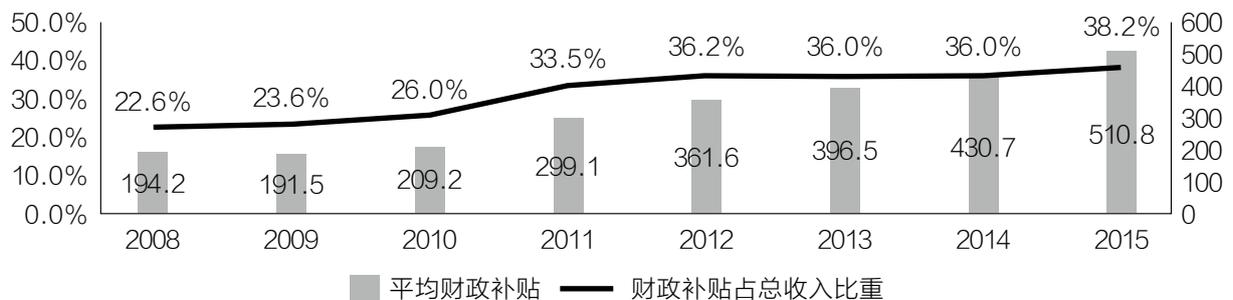


图1. 社区卫生服务中心平均财政补贴（万元）及财政补贴占总收入比重（%）

数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴》相关年份。

表1. 医院和社区医疗卫生机构执业（助理）医师人数以及占总人数的比重

	2010		2013		2015	
	执业 (助理)医师	其中: 执业医师	执业 (助理)医师	其中: 执业医师	执业 (助理)医师	其中: 执业医师
医院(万人)	126.1	115.6	150.3	139.3	169.3	157.3
占比(%)	52.2%	58.6%	53.8%	60.9%	55.7%	62.7%
社区(万人)	94.9	64.5	105.0	69.6	110.2	73.2
占比(%)	39.3%	32.7%	37.6%	30.5%	36.3%	29.2%

注：除医院和社区医疗卫生机构外，总人数还包括公共专业卫生机构和其他机构。

数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴》相关年份。

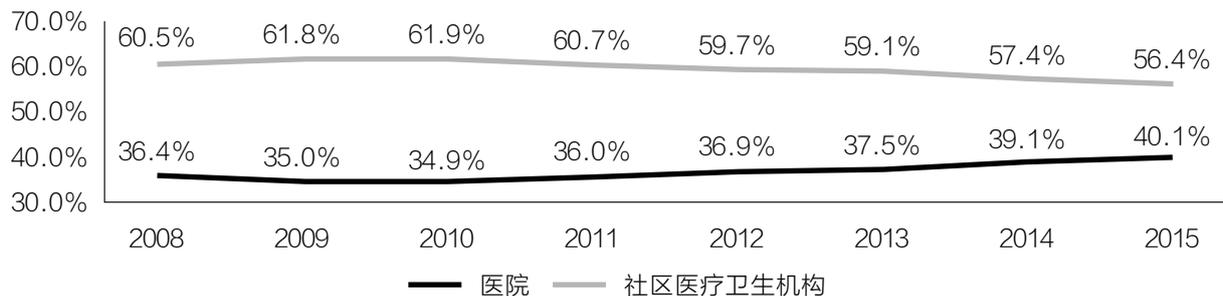


图2. 全国医院及社区医疗卫生机构诊疗人次占比情况

注：医疗机构总诊疗人次还包括专业公共卫生机构和其他医疗机构。

数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴》相关年份。

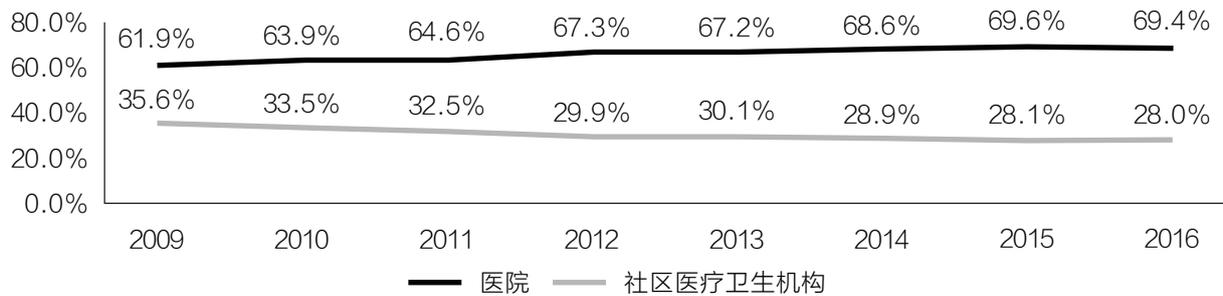


图3. 北京市医院及社区医疗卫生机构诊疗人次占比情况

注：医疗机构总诊疗人次还包括专业公共卫生机构和其他医疗机构。

数据来源：《北京市卫生工作统计资料简编》相关年份。

在医疗卫生领域，一般的规律是患者跟着医生走，因此社区医师占比的下降也导致社区诊疗人次占比出现明显下降的趋势。2009年新医改之初，社区医疗卫生机构的诊疗人次数还占总诊疗人次数

的61.8%，到了2012年就下降到了60%以下，并且逐年下降，到2015年社区总诊疗人次占比只有56.4%。与此同时，医院诊疗人次数却在不断上升，从2009年的35.0%上升到2015年的40.1%。（图2）这种患者向大医院集中的趋势在北京、上

海等大城市更加明显。以北京为例，社区机构诊疗人次占比从33.5%一路下降至28.0%，医院占比则从63.9%上升到69.4%。（图3）

而之所以出现上述困境，一些观点认为是社区的收支两条线和基本药物制度带来的后果。在收支两条线管理下，切断了社区机构和医务人员的收入与服务提供之间的关系。而所谓的绩效工资制也根本无法解决对医务人员的监督，最终的结果就是“干多干少一个样”“平均主义大锅饭”。缺乏有效的激励机制，导致社区机构越来越缺乏提供医疗服务的动力。而基本药物制度严格限制了社区医疗机构的用药范围，这又进一步削弱了社区医疗机构提供医疗服务的能力。最后导致社区医疗卫生服务机构医生和患者的“双流失”^{①②③}。

二、社区医疗卫生体制改革与“治理悖论”

针对患者大量拥挤到大医院的情况，习近平总书记2014年12月在江苏调研时专门指出“像大城市的一些大医院，始终处于‘战时状态’，人满为患，要切实解决好这个问题”。在这个背景下，推动分级诊疗，将集中到医院的患者分散到社区医疗卫生服务机构，形成正金字塔型的就医格局，成为医改的新取向。而要实现分级诊疗，提高社区医疗卫生机构的吸引力是关键。

对此一些观点认为，之所以社区医疗卫生服务没有吸引力，其原因在收支两条线削弱了社区医疗卫生机构提供服务的激励，基本药物制度限制了社区用药范围。因此改革的取向是放松管制。一是取消收支两条线管理，激发社区医疗卫生机构和医务人员提供服务的积极性。2016年和2017年，安徽、北京等地都纷纷取消了社区医疗卫生机构的收支两条线管理。二是取消基本药物制度对社区用药的限制，扩大社区用药范围。比如，广东省已经全面取消社区医疗卫生机构使用基本药物的限制；其他一些地区也在扩大社区用药范围。

但是，仔细梳理取消收支两条线和基本药物制度的改革取向，就会发现这是重新回到2009年新医改之前的状态。2009年之前社区医疗卫生服务面临的主要问题是“以药养医”和过度用药。以药养医和过度用药被认为是药品加成销售所致。这一点在社区医疗卫生机构尤为明显。2010年社区医疗卫生机构门诊药占比高达70.8%，住院药占比也到了49.3%。基本药物制度首先是将社区用药限制在基本药物之内，其次是基本药物的零差率销售。其目的就是控制社区以药养医和过度用药。在基本药物制度全面实施的第一年，2011年门诊和住院的药占比就快速下降到67.4%和45.8%。（图4）而为了保证实施基本药物制度之后社区医疗机构能够维持运转，

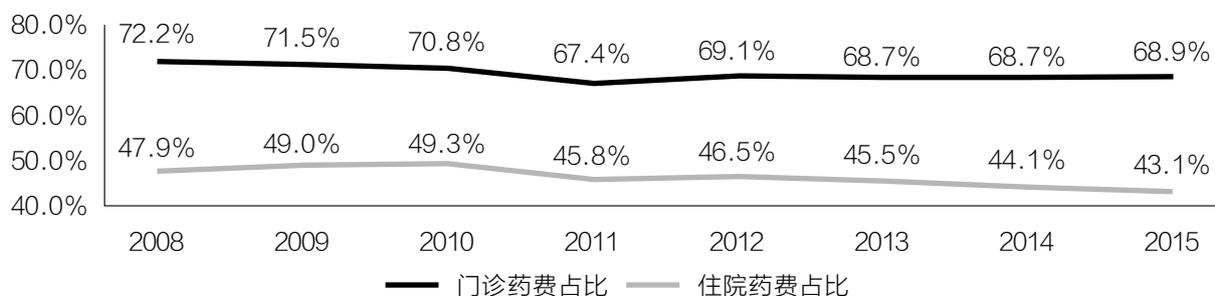


图4. 社区医疗卫生服务机构次均费用中药品费用占比情况

数据来源:《中国卫生和计划生育统计年鉴》相关年份。

需要加大财政投入。在加大财政投入的同时,为了控制社区机构和医务人员的“谋利”行为,切割机构和医生收入与药品销售和服务提供之间的关系,又实施了收支两条线管理。

这两个政策是相互补充、相互支撑的。实施收支两条线,有其逻辑上的合理性。这主要是因为社区医疗卫生机构作为公立机构,享受了大量财政补贴,而且还在事实上具有行政垄断地位。这两个方面使得社区医疗卫生机构有足够的动力使用公共权力和公共资源“谋取私利”。因此,一旦放开管制,取消用药限制和收支两条线,而又缺乏竞争约束,社区医疗卫生机构的过度诊疗、过度用药等行为还会产生。而如果继续实施用药限制和收支两条线,社区卫生机构又将陷入“干多干少一个样”的状态,缺乏提供服务的激励。

社区医疗卫生服务的这种“一收就死、一放就乱”的状态,实际上反映了社区医疗卫生服务面临的“治理悖论”。我国社区医疗卫生服务机构以公立为主,实行事业单位的管理办法,在治理模式上是典型的机构化(医院化)、行政化的治理。

公立社区医疗卫生服务是以机构为单位提供的,且这些机构的设置和治理与医院的架构相同,二者是“同构”的。城市的社区卫生服务中心(站)和农村的乡镇卫生院、村卫生室(所),在架构上和功能上“麻雀虽小、五脏俱全”,医生是事业单位编制人员,薪酬机制是工资总额控制下的等级制工资和绩效工资。这也决定了社区医疗卫生机构提供的服务与医院是“同质”的。但是,在行政等级制下,社区医疗卫生机构行政等级低、获得的资源质量低、规模小,其提供的服务质量是低下的。在这样的情况下,社区医疗卫生机构根本不具备与医院竞争的优势。实际上,在新医改之前包括北京在内的一些社区医疗卫生机构已经面临破产的境地,一些乡镇卫生院也办不下去^④。北京在2007年就开

始在社区医疗卫生机构进行药品零差率改革,并实施了收支两条线,其中一个目的就是通过加大财政补贴的方法来维持社区医疗卫生机构的运转。收支两条线和基本药物制度的实施有效控制了社区医疗卫生服务机构通过药品销售和提供服务获得收入的途径,降低了诊疗费用中的药占比。但是,却在同时削弱了提供服务的激励机制。这也是这几年虽然财政对社区医疗卫生服务的补贴不断上升,但仍然出现“门可罗雀”的主要原因。

这种机构化(医院化)和行政化的治理模式决定了当前的社区医疗卫生服务体制的改革思路,不管是加强管制还是放松管制,都会陷入困境。社区医疗卫生服务体制的改革,需要从治理模式创新的角度来重新加以审视。

三、重构社区医疗卫生的治理模式

治理是一个领域内利益相关者之间处理和协调相互关系的方法和方式的总和,这些方式和方法综合在一起就构成了该领域的治理模式^⑤。主要的治理模式可以分为三种^⑥:一是基于集权式的行政化治理模式,这种治理模式的特征是下级服从上级,上级对下级实行单向度的命令控制,约束下级的行为;二是市场化的治理模式,其特征是利益相关者主要通过竞争和市场价格来协调相互的关系;三是社会化的治理模式,其特征是通过谈判、协商来协调相互之间的关系。

行政化的治理模式强调下级对上级的服从;市场化的治理方式强调竞争和选择,如果交易对象不能满足自身需要,可以选择至其他交易对象;社会化的治理模式则处于行政化治理模式和市场化治理模式之间,利益相关者之间的粘性大于市场化治理模式,但同时相关各方又具有一定的选择权。

具体到社区医疗卫生服务,治理模式包

括两个层面的含义：一个是社区医疗卫生服务机构与社区医生之间的关系，第二个是医生与居民之间的关系。如前所述，当前我国社区医疗卫生服务供给的治理模式是典型的行政化治理模式。在社区医疗卫生服务机构与医生之间，医生作为事业单位的职工，服从上级的指令，按照上级指令工作。为保障上级指令的有效实施，保证医生服从上级行政指令，又采取了机构化（医院化）的管理方式。

但是，在行政化和机构化的治理模式下，医生与居民之间就很难形成有约束的、稳定的长期关系。因为在行政化和机构化的治理下，医生的收入主要是来自机构的薪酬，医生主要向上级负责，其工作的目标是完成上级的任务，而不是满足居民的具体需求。对居民而言，因为居民面对的医生是以机构职工的身份出现的，而不是以医生个人的身份出现的，也难以形成紧密的长期关系。

在这样一种治理模式下，如果放松对社区医疗卫生机构的管制，允许其自收自支，那么在行政垄断和财政补贴的情况下，社区机构和医生的最优选择就是将公共权力和公共资源“变现”。但是，如果加强对社区医疗卫生机构的管制，实行收支两条线，因为服务的提供与个人收入没有直接关系，那么社区机构和医生的最优选择就是减少服务提供。要从根本上解决这个悖论，就需要在治理模式上进行变革，变革的方向应该是以医生自由执业为基础的社会化的治理模式。

之所以社区医疗卫生服务医生更加适合自由执业为基础的社会化的治理模式，与社区医疗卫生服务的性质有关。社区医疗卫生服务属于全科医疗服务，相比于专科服务，全科服务需要在全科医生（或家庭医生）与居民之间形成长期稳定的关系。一是因为全科医生的功能不仅是疾病的治疗，还包括健康管理、慢性疾病管理等，这就需要对居民的健康状况、生活习惯、日常行为等有一个

深入的了解。这也是在一些国家全科医生被称为家庭医生（family doctor）的原因。二是长期稳定的关系有利于约束医生的机会主义行为。医疗服务领域的一个重要问题是医患之间的信息不对称，医生处于信息优势方，有动机利用信息优势诱导患者。解决这一问题的一个方法是形成医生与患者之间的长期关系，将一次性博弈变为长期重复博弈。

要形成这种长期稳定的关系需要两个条件。一是在医疗服务的供给中，医生要成为主体，拥有剩余索取权和剩余控制权。医生不仅对患者有信息优势，而且对上级领导也有信息优势。因此，在行政化的管理方式中，第三方监督很难对医生形成有效约束。这也是现实中绩效工资难以激励医生的主要原因。绩效工资只能考核容易测度的工作量，但是医生的医疗服务，特别是全科服务的一个主要特征恰恰是难以测度和考核。因此，在现实中绩效工资最终演变为按照职称、资历、年龄等外在标准分配，而不是按照服务的质量优劣进行分配。医生成为主体，表现在执业方式上就是医生的自由执业，医生成为治理主体，在财务上自收自支，依靠为居民提供合理的服务获得收入。国际上大部分国家，不管医疗保障的模式如何，全科医生或家庭医生都以自由执业为主^⑦。

第二个条件是不论医生还是居民，都有比较充分的选择权，在不满意对方的情况下，可以重新进行选择，即所谓的“用脚投票”的权利。这是社会化治理的关键特征，也是对机会主义行为形成外部约束的必要条件。如果没有选择权，那么医生就拥有了事实上的垄断地位，必然带来机会主义行为。

医生自由执业为基础的社会化治理模式，首先可以充分激发社区医生的积极性，同时又有充分的外部竞争以约束机会主义行为，在医生和患者之间建立起长期的稳定关系，从而跳出机构化、行政化治理模式的“困境”。

四、政策建议

建立社区医生与居民之间的长期稳定的关系,也是当前社区卫生服务改革的一个重要内容,具体措施是要求社区卫生服务机构与居民签订家庭医生服务合同(即家庭医生签约服务)^⑧。但是从实施效果来看,虽然签约人数达到了很高的数字,但居民和社会反映都不太好^⑨。这实际上反映了同样的问题,即通过行政指令的方式很难实现家庭医生与居民之间的长期稳定关系。在行政化的治理模式下,社区卫生机构的目标是完成上级制定的指标,而不是从实际出发满足居民的需要。或者说,满足居民的需要不过是完成上级指标的手段。这种治理模式只能催生出“造假、欺骗”等扭曲行为。因此,要实现社区卫生服务的真正功能,还需要从治理模式的层面上进行创新,改革行政化、机构化的治理模式,转向以社区医生自由执业为基础的社会化的治理模式。这一治理模式的特征,一是医生自由执业,二是医生和居民都有选择的空间,从而建立医生与居民之间的长期稳定的关系。

要实现这一治理模式创新,首先是放开社区医生执业的数量管制,放开社区家庭医生(全科医生)根据居民实际需求开设诊所或社区卫生服务站的空间。当前的政策是行政部门对社区卫生服务进行数量管制,在社区开设诊所或卫生服务站需要满足卫生行政部门的区域规划。这种区域规划不仅难以适应居民的实际需求,而且还会形成事实上的行政垄断。

其次,改革公立社区卫生机构,机构可以是公立的,但医生要实现自由执业,医生与机构之间的关系从原来的事业单位与其职工的关系变为平等的契约关系。机构的功能是为医生提供各种服务,比如提供诊室、提供护士服务、提供设备租用服务等。

实现医生自由执业实际上是要求改革当前公立机构对医生的事业编制管理,实现医生从“单位人”向“社会人”的转变。2014年机关事业单位的养老金制度改革已经为这一转变开了一个好头。还需要将编制背后附带的其他隐形福利逐步社会化。

第三,逐步建立医保医师制度,医疗保险直接定点到医师个人,不再定点到机构,实现医疗保险的协调功能。我国已经实现了全民医保,医疗保险作为最大的服务购买方,应该发挥战略购买者的功能,代表参保人与医疗服务供给方形成谈判协商机制,这也是社会化的治理模式的应有之义。目前医疗保险定点到机构,再由机构通过行政化管理方式管理医生。这样的治理模式仍然是行政化的,无法在医疗保险和医疗服务提供者之间建立直接联系。

-
- ① 杜创、朱恒鹏、姚宇:《基药制度削弱三级防保网底》,《中国医院院长》2012年第16期。
 - ② 郭有德、梁鸿:《我国实现分级有序医疗的障碍及对策》,《中国卫生政策研究》2014年第6期。
 - ③ 朱恒鹏、林绮晴:《改革人事薪酬制度 建立有效分级诊疗体系》,《中国财政》2015年第8期。
 - ④ 朱玲:《公办村级卫生室对保障基本医疗保健服务供给的作用》,《中国人口科学》2000年第4期。
 - ⑤ *The UN Commission on Global Governance. Our Global Neighborhood.* Oxford University Press, 1995.
 - ⑥ *Elinor Ostrom. Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action.* New York: Cambridge University Press, 1990.
 - ⑦ 付明卫、朱恒鹏、夏雨青:《英国国家卫生保健体系改革及其对中国的启示》,《国际经济评论》2016年第1期。
 - ⑧ 国务院医改办:《关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知》,2016年5月。
 - ⑨ 2017年新华社《我国超过5亿人有了自己的家庭医生》的报道引起了社会的广泛关注,普遍反映未签约或签约后没有得到服务。

(责任编辑:葛云)