

对深圳市劳务工社区首诊制的思考及其启示

卢祖洵^{1*} 李文祯¹ 李丽清^{1,2} 夏挺松³ 董晓欣¹ 殷晓旭¹

1. 华中科技大学同济医学院公共卫生学院 湖北武汉 430030

2. 江西科技师范大学经济管理学院 江西南昌 330031

3. 深圳市宝安区卫生和计划生育局 广东深圳 518101

【摘要】社区首诊制作为分级诊疗的核心要素,对我国卫生服务体制改革的成功起着至关重要的作用。深圳市劳务工社区首诊制的实施,在分流患者方面起到了明显作用,各利益方能够接受该强制性制度。与深圳市相比,我国社区卫生服务发展较好的城市已基本具备社区首诊的能力,在实施社区首诊制的过程中应重视其强制性,以保证制度设计的效果。

【关键词】劳务工;社区首诊制;深圳

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2016.02.005

Reflection and edification on the system of first contact in community health institutions implemented among migrant workers in Shenzhen

LU Zu-xun¹, LI Wen-zhen¹, LI Li-qing^{1,2}, XIA Ting-song³, DONG Xiao-xin¹, YIN Xiao-xu¹

1. School of Public Health, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China

2. School of Economics and Management, Jiangxi Science & Technology Normal University, Nanchang Jiangxi 330031, China

3. Baoan Health and Family Planning Bureau, Shenzhen Guangdong 518101, China

【Abstract】 The system of first contact in community health institutions, as the core element of hierarchical diagnosis and treatment system, is of great importance for reforming successfully China's health service system. The system of first contact in community health institutions implemented among labor workers in Shenzhen City plays an important role in patients' distribution and the interested parties can accept this mandatory system. Compared with Shenzhen City, the level of services is enough to meet patients' primary health demands in some cities which the community health service develops well, and it should be thought highly of the mandatory in the process of policy implementation in order to ensure the implementation effect.

【Key words】 Migrant workers; Community first contact care; Shenzhen

社区首诊制是指社区居民就医先到社区卫生服务机构,如需要进一步诊疗,由社区医生转诊到上级医疗机构。^[1]社区首诊制是分级诊疗制度的核心要素,实行社区首诊制是合理使用卫生资源、控制卫生费用不合理增长的重要措施。近年来,我国明确建立层次分明、功能合理的分级诊疗体系是卫生服务体系改革的关键。然而,尽管各地不断加大建立分级诊疗制度

的力度,推进社区首诊制,但与西方国家普遍实行的社区首诊制还有很大差距。与各地试行的社区首诊制度相比,深圳市劳务工社区首诊制具有力度大、覆盖人群广、持续时间长等特点,其制度设计、运作模式、经验和教训对我国建立社区首诊及分级诊疗制度有重要参考价值。

* 基金项目:国家自然科学基金(71373090;71163016)

作者简介:卢祖洵,男(1959年—),博士,教授,主要研究方向为社区卫生服务。E-mail:zuxunlu@yahoo.com

1 研究方法

本研究采用调研访谈、文献研究、政策分析方法,通过对国家及各地区有关社区首诊制的政策文件、新闻报道及期刊文献等进行系统回顾,对深圳市劳务工、社保部门领导、卫生行政人员进行深入访谈,总结全国及深圳市社区首诊的实施情况,分析概括深圳市劳务工社区首诊制实施路径及要点。

2 社区首诊制在我国及深圳市的实施情况及特点

2.1 我国社区首诊试点概况

我国发展社区卫生服务已有近 20 年的历程,城市社区卫生服务体系基本建立。^[2]然而,社区卫生服务对居民就诊习惯的转变并没有起到实质性的作用。近年来,国务院及有关部委多次颁发文件,推行社区首诊制,建立分级诊疗体系。各省市均根据其实际情况,大力开展社区首诊和分级诊疗试点,在社区首诊的探索过程中,虽然基本模式和主要措施不尽相同,但仍可以归纳为以下三种类型。

(1)以特殊人群为对象的社区首诊制。如深圳市劳务工社区首诊制^[3],南京市针对特定医疗保障制度人群的社区首诊、转诊制度^[4],北京市针对参加北京市城镇居民医疗保险的老年人和无业居民的社区首诊制^[5],以及成都市针对贫困救助者实施的社区首诊制等^[6]。这些地区社区首诊实施的对象虽然不同,但均是推行强制性政策,即必须在社区首诊才能获得一定比例的报销,否则医保均不承担任何医疗费用。

(2)以优惠政策为导向的社区首诊。采用该做法的地区较多,均是通过费用或服务差别化来吸引居民到基层就医。如通过提高社区卫生服务机构的报销比例,取消药品加成等措施降低患者的医疗费用;或通过“社区转诊可获得优先就诊权”以提供更快捷的服务等措施,吸引患者。

(3)以签约服务为基础的社区首诊。如上海、杭州等地^[7,8],通过家庭医生签约服务,建立起“一对一”的契约服务关系,逐步引导居民社区首诊,分级诊疗和双向转诊。

值得注意的是,上述三种方式并不是完全独立的,它们常常被结合起来同步实施。如合肥在探索社区首诊过程中,在制定居民签约服务首诊和双向转诊制度的同时,对签约居民首诊在社区的,提高医保门诊报销比例;对通过家庭医生上转或下转的患者,降低统筹基金起付标准和提高报销比例。

目前,各地试行的社区首诊以非强制性方式为主,其政策力度与国外广泛实行的强制性社区首诊制相差甚远^[9],这是政策实施效果不尽如人意的主要原因。同时,由于信息不对称,居民盲目迷信大医院,加之优惠政策吸引力不够,只有少部分人会选择社区卫生服务机构就诊,社区首诊人群数量有限。而人们多年固有的就医习惯,在非刚性制度的情况下,也很难发生实质性转变,社区首诊制难以推进。与其它地区比较,深圳市实行的劳务工社区首诊制的一个重要特点就是强制性,在分流病人等方面的成效显著,其经验值得各地借鉴。

2.2 深圳劳务工社区首诊制特点及实施情况

在深圳,劳务工人数量几乎占到深圳市总人口数的 70% 左右,他们大多数来自农村地区,收入较低,医疗支付能力有限,劳务工“看病难、看病贵”的问题引起了深圳市政府的重视,解决劳务工医疗保险问题显得尤为重要。^[10]为此,深圳市政府进行了很多探索,经历了职工医疗保险、早期的劳务工合作医疗及劳务工医疗保险的发展过程。2006 年 5 月 12 日,深圳市正式颁布《深圳市劳务工医疗保险暂行办法》,对参保劳务工实施“绑定社区”就诊。该制度规定劳务工医疗保险的参保者每人每月需缴纳 12 元,其中企业 8 元(2014 年之后调整为每月为员工缴纳本市上年度在岗职工月平均工资的 0.4%),个人 4 元(2014 年之后调整为缴纳本市上年度在岗职工月平均工资的 0.1%)。缴纳的医保费用中,6 元作为门诊基金用于支付门诊医疗费,5 元作为住院统筹基金,用于支付住院医疗费用,1 元用于调剂;门诊费用由医院包干使用,住院费用由医保部门统一管理,调剂金则由全市统一调剂使用。用人单位可就近选择一家医保定点社区卫生服务中心作为首诊点,所有参加劳务工合作医疗保险的劳务工均需先到首诊点就诊,如病情需要,可转诊至所属上级医院(转诊医院),但必须办理转诊手续(急诊抢救除外),如需转至其他医院,须经转诊医院批准,形成我国社区首诊制的雏形。该制度具有“低缴费、广覆盖、保基本”的特征,符合劳务工的实际情况,因此劳务工参保积极性很高。目前,劳务工社区首诊制在深圳已经实施 9 年,积累了一些较好经验。

2.3 深圳市劳务工社区首诊制的主要特点

2.3.1 以劳务工医疗保险制度为基础

社区首诊制的建立必须以社会医疗制度为基础,

社会保障部门对社区首诊制的认可和支持至关重要,相关政策的制定及完善是社区首诊制有效推进的保障。劳务工医疗保险制度是深圳市医保部门与卫生行政部门为解决劳务工就医问题而制定的专门医疗保障制度,较低的保险费用支出即可享受较为全面的医疗保障待遇,大大提高了劳务工参保积极性。2005年该政策启动后参保人数持续增加,近几年一直稳定在400万~500万人之间,占劳务工总数的75%左右,覆盖人群数量大为社区首诊制的实施奠定了良好基础。

为引导参保劳务工合理医疗,社保部门通过设置800元/人年(2014年之后为1000元/人年)的门诊统筹封顶线来规范参保劳务工的就医行为,采用按人头限额包干的结算方式,按每人每月8元的标准将门诊统筹基金拨付给社区卫生服务中心所属的转诊医院,对于门诊统筹基金超支,但无明显违规转诊现象的给予一定的调剂;对于控制费用良好、有基金结余的定点医疗机构给予节约奖励。另外,社保部门还采用次均门诊费用、报销频率等指标对医疗机构进行监管,鼓励医疗机构为参保劳务工提供充足合理的服务,并保证社保基金的安全。

参保劳务工普遍反映,劳务工医疗保险的实施在很大程度上减轻了他们的医疗负担,受访劳务工知道大概的缴费方式,虽不是很了解报销比例,但均知道在绑定的社区卫生服务中心就诊能够报销,并表示“同样的药物在社区卫生服务中心购买比去私人药店便宜很多,小毛病愿意来社区卫生服务机构就诊”。

2.3.2 依托院办院管的社区医疗服务经营模式

社区首诊制的持续推进,需要较好的社区医疗服务做支撑,深圳市院办院管经营模式在一定程度上显示了其优越性。该模式下,医院与其下属社区卫生服务机构的联系更为密切,社区卫生服务机构能够获得医院更多的支持,服务质量也相对更好;此外,院管院办的模式使得医院与社区卫生服务机构间的转诊渠道更加方便、通畅,这在一定程度上克服了社区首诊制给患者带来的不便。较好的医疗水平和良好的转诊机制有助于社区首诊制的进一步实施。

2.3.3 以强制性的政策保障社区首诊制实施效果

社区首诊制的重要特征是其强制性,它为社区首诊制的实施效果提供了可靠保障,是社区首诊制得以持续推进、广泛开展的重要前提。有调查显示,参保人员的两周患病就诊机构比未参保人员更为合理,参保人员两周患病更倾向于在定点医疗机构就诊,且门诊费用也较低,^[11]这表明在劳务工医疗保险

强制政策的规定下,患者就诊流向发生了较大变化,有助于控制医疗费用的增长,形成规范、合理的医疗秩序。另有研究显示,随着劳务工群体对劳务工医保的不断了解,社区卫生服务中心的服务量迅速增长,2007—2009年服务量分别较上一年增长60%、120%和50%^[12],间接反映出首诊制的实施能够在一定程度上引导患者就医,提高社区卫生服务机构的收入,同时影响医保基金的流向。

3. 讨论

社区首诊涉及的问题复杂,社会对是否应该推行强制性政策看法不一,主要涉及两方面:一是强制性的政策是否能够被各利益方接受;二是该政策实施后能否得到预期效果。总结深圳市实施社区首诊制政策的实施经验,能够给我们一些启示。

3.1 社区首诊制的实施需要一定的医疗卫生服务水平作支撑

深圳市社区医疗卫生服务水平基础较好^[13],虽然近几年发展速度有所减缓,但政府非常重视社区医务人员的培训工作,尤其是“院办院管”的模式不仅对社区卫生服务机构技术支持有力,而且使得转诊快捷,社区卫生服务机构具备较强的服务能力。虽然门诊量很大,但深圳社区卫生服务机构仍较好地承担起了社区居民就诊工作。近年来,随着其他城市对社区卫生服务的重视,其服务水平已经有了很大提升,一些地区社区卫生服务发展水平已经赶上或超过深圳,从深圳的经验分析,这些地区社区卫生服务能力已经具备建立社区首诊制的基本条件。

3.2 各利益方能够接受社区首诊制这种强制性的管理措施

社区首诊制的最重要特征是其强制性,在实施过程中,政策制定者们主要担心的问题是各利益方不能接受该项制度。然而实践证明,深圳市在实施该强制性制度9年的时间里,并未明显损害各方利益,卫生行政部门、医保部门、医疗卫生机构、参保者、用人单位都能够很好的适应和接纳该项政策。对卫生行政部门,社区首诊制的建立在响应国家号召的同时,解决了劳务工就医问题。社保部门通过建立劳务工医疗保险,有效解决了劳务工人群的医疗保障问题,通过采用“按人头付费”门诊费用结算方式,有效缓解了因医疗信息不对等而导致的过度医疗问题,而强制性的政策使得劳务工“下沉”到社区,则保障了医保基金的安

全。社区首诊制实施后,劳务工潜在的就诊需求得以释放,就诊率提高,而“契约关系”的存在则进一步保障了社区卫生服务机构的业务量。较低的医疗费用,使得参保者患病时更愿意就医,有效减少“有病不医”的情况,提高了劳务工健康水平。诚然,在医疗过程中仍不可避免地会产生一些问题,但均是目前医疗行业普遍存在的问题,居民并未出现过激反应。而对于用人单位来说,劳务工社区首诊制的建立大大减轻了其为劳务工缴纳医保费用的经济压力。综上所述可以看出,深圳市社区首诊制的建立和实施符合各方利益,能够为其所接受。

3.3 劳务工医疗保障力度虽低,但其效果值得肯定

社区首诊制的实施不仅能够有效分流患者,而且有利于双向转诊、分级诊疗制度的建立。虽然,劳务工医疗保障水平不高,但其效果值得肯定。深圳市劳务工社区首诊制实施以后,社区卫生服务中心的诊疗人次逐年增加,2006 年为 1 290.0 万人次,2011 年增长到 2 643.5 万人次,截至 2014 年底已达 3 467.3 万人次,约占所有医疗机构诊疗量的 35%,明显高于全国其他城市。基层就诊人数大幅度增加是社区首诊制分流作用的直接体现。研究表明,深圳市实施社区首诊制的地区已基本形成逐级转诊和分诊,而非首诊制地区则未能形成良好的转诊机制,这充分体现了社区首诊制的实施对建立分级诊疗制度的重要基础作用。^[14]诚然,社区首诊制在实施的过程中存在一些问题,如筹资水平相对较低,保障作用有限;一些定点医疗机构存在过度用药、不合理治疗检查等问题,但这些问题并未与其他城市有实质性差别,可见并非是社区首诊制的实施所造成,而其显著的成效却是其他非强制性社区首诊难以达到的。

劳务工社区首诊在深圳全面推行,具有较好的可行性,其管理模式值得借鉴。但需注意的是,劳务工医保的筹资水平相对较低,若在其他医保人群,如城镇职工医疗保险人群中推行社区首诊制则难度较大。

4 小结

深圳市劳务工社区首诊虽以门诊为主,但分流病人的作用明显,这也是社区首诊制的主要作用。深圳市劳务工社区首诊制的实施及成效给我们的重要启示主要有:第一,社区首诊及转诊必须具有强制性,否则难以达到制度设计的效果;第二,目前我国

社区卫生服务发展较好的城市已基本具备承担较大人群社区首诊的能力;第三,社区首诊制度下各利益相关集团的利益冲突可以调和并达成利益的一致。社区首诊理念的贯彻,需要社会各界的认识和理解,社区首诊制的建立和推进需要多部门的支持与配合。随着社区卫生服务的发展及医疗保障水平的提高,建立严格的社区首诊制的条件将日益成熟。

参 考 文 献

- [1] 刘佳,冯泽永. 社区首诊制的实施困境分析及对策研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(3A): 720-722.
- [2] 黄燕,王倩,李昌琪. 我国社区卫生服务的发展、现状及存在的问题[J]. 现代生物医学进展, 2010, 10(14): 2795-2800.
- [3] 赖光强,张伟,陈皞璘. 深圳新型社区首诊制实施现状分析[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(5): 40-43.
- [4] 谢宇. 南京市社区首诊实证研究[D]. 北京:中国协和医科大学, 2010.
- [5] 孔令敏. 北京明年推行社区首诊制度[N]. 健康报, 2011-8-31.
- [6] 魏丽英. 成都实施社区医生“首诊负责制”[N]. 成都商报, 2008-1-7.
- [7] 田国栋,王光荣,金仕晔,等. 上海市闸北区就诊患者社区首诊制的意愿分析[J]. 中国卫生资源, 2014, 17(3): 241-243.
- [8] 健康浙江. 过 65% 的居民在社区首诊: 杭州分级诊疗是如何做到的 [EB/OL]. <http://www.yigoonet.com/article/22515703.html>
- [9] 李再强,林枫. 国外社区首诊制简介[J]. 中国卫生经济, 2006, 25(276): 76-77.
- [10] 江捍平,程锦泉,沈华亮,等. 深圳市劳务工合作医疗的探索与思考[J]. 中华医院管理杂志, 2006, 22(3): 153-156.
- [11] 程锦江,江捍平,张丹,等. 深圳市参加与未参加劳务工医疗保险的卫生服务需求与利用比较研究[J]. 中国卫生事业管理, 2007, 4(226): 250-253.
- [12] 董晓欣. 深圳市劳务工社区首诊实证研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2015.
- [13] 卢祖洵,刘军安,程锦泉,等. 深圳市社区卫生服务机构基础配置分析[J]. 中国全科医学, 2006, 9(11): 950-952.
- [14] 赖光强,王跃平,陈建,等. 深圳新型社区首诊制实施效果分析与思考[J]. 中国全科医学, 2009, 12(2A): 202-205.

[收稿日期:2015-09-14 修回日期:2016-01-29]

(编辑 刘博)