

深圳市劳务工社区首诊制利益相关集团分析

吴江^{1*} 张升超¹ 周艳凤² 李丽清^{2,3} 董晓欣² 殷晓旭² 卢祖洵²

1. 深圳市宝安区西乡人民医院社区健康服务管理中心 广东深圳 518102

2. 华中科技大学同济医学院公共卫生学院 湖北武汉 430030

3. 江西科技师范大学经济管理学院 江西南昌 330031

【摘要】目的:利用利益相关集团理论分析深圳市劳务工社区首诊制,为我国社区首诊制的建立和完善提供参考与借鉴。方法:系统搜集深圳市社区首诊制相关政策、工作报告等文件,结合各利益相关集团的访谈,对劳务工社区首诊制进行研究。结果:自劳务工社区首诊制实施以来,参保人数稳定增长,社区卫生服务中心业务量显著增加,医保基金运行总体平稳,各利益相关集团均可获益。结论:深圳市劳务工社区首诊制符合各利益相关者的需求,赢得各方支持。

【关键词】社区首诊;劳务工;利益相关集团

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2016.02.006

Stakeholder analysis on the system of first contact in community health institutions for migrant workers in Shenzhen

WU Jiang¹, ZHANG Sheng-chao¹, ZHOU Yan-feng², LI Li-qing^{2,3}, DONG Xiao-xin², YING Xiao-xu², LU Zu-xun²

1. Community Health Service Management Center, Xixiang People's Hospital, Baoan Shenzhen Guangdong, 518102, China

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

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

【Abstract】 Objective: To analyze the system of first contact in community health institutions for migrant workers in Shenzhen city with the stakeholder theory. Methods: The report forms of the Social Insurance Fund Administration Bureau and the health bureau of Shenzhen city were used to analyze. All stakeholders of this policy were interviewed. Results: The system of first contact in community health institutions was good for all stakeholders. The number of insured migrant workers grew steadily, the business volume of community health service centers increased significantly, and the fund ran smoothly. Conclusions: The effects of the system of first contact in community health institutions for migrant workers in Shenzhen city were obvious. All the stakeholders felt satisfied with the policy.

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

经过多年医药卫生体制改革的探索与实践,分级医疗制度的重要性已成为各方共识。^[1]社区首诊制是分级医疗制度的核心要素,对于建立层次分明、功能合理的卫生服务体系至关重要。^[2]各地实践表

明,由于受各利益相关集团的认知差异、利益冲突、博弈等因素影响,社区首诊制难以有效实施。深圳市作为我国社区首诊制的首批试点城市,已实施劳务工社区首诊制近9年。本文利用利益相关集团分

* 基金项目:国家自然科学基金(71373090;71163016)

作者简介:吴江,男(1961年—),硕士,主任医师,主要研究方向为社区卫生服务。E-mail:wujiang731@163.com

通讯作者:卢祖洵。E-mail:zuxunlu@yahoo.com

析法对深圳市劳务工社区首诊制进行研究,^[3]探讨各利益相关集团对该制度的认知、态度和立场,旨在为我国社区首诊制的建立和完善提供参考与借鉴。

利益相关集团分析主要研究对某项政策存在重要负面或正面利益影响的集团(如某类人群、团体、机构)。某些政策出台往往会牵涉这些集团的利益,导致各集团利益增强或受损,由此他们会对该政策的制定、执行、监管产生正面或负面影响,甚至通过干预改变政策的预期结果。^[4]

深圳市劳务工社区首诊制的利益相关集团可分为医(提供方)、患(需方)、社保(组织方)和政府(管理方),具体涵盖社区卫生服务中心及其所属转诊医院、用人单位及劳务工、社保部门和卫生行政部门。

1 资料与方法

1.1 资料来源

系统收集深圳市社保部门、卫生行政部门近 9

年相关政策、文件、工作报告、年度报表等资料。对各利益相关集团进行访谈,访谈对象包括卫生行政部门领导 2 名、社保部门领导 3 名、医院院长 4 名、医院社保科主任和社区卫生服务管理中心主任 4 名、社区卫生服务中心主任和医务人员 11 名、用人单位领导 4 名及劳务工 4 名,共 32 人。

1.2 研究方法

运用扎根理论和 Nvivos 10 质性分析软件对访谈资料进行整理、分析,通过开放性编码、关联性编码和选择性编码,明确与实施社区首诊制相关的部门、机构、群体等利益相关集团拥有的资源和作用力(或影响力)、立场和态度(或意愿)等。

2 结果

结合数据分析与访谈结果,深圳市劳务工社区首诊制利益相关集团运行机制如图 1 所示。

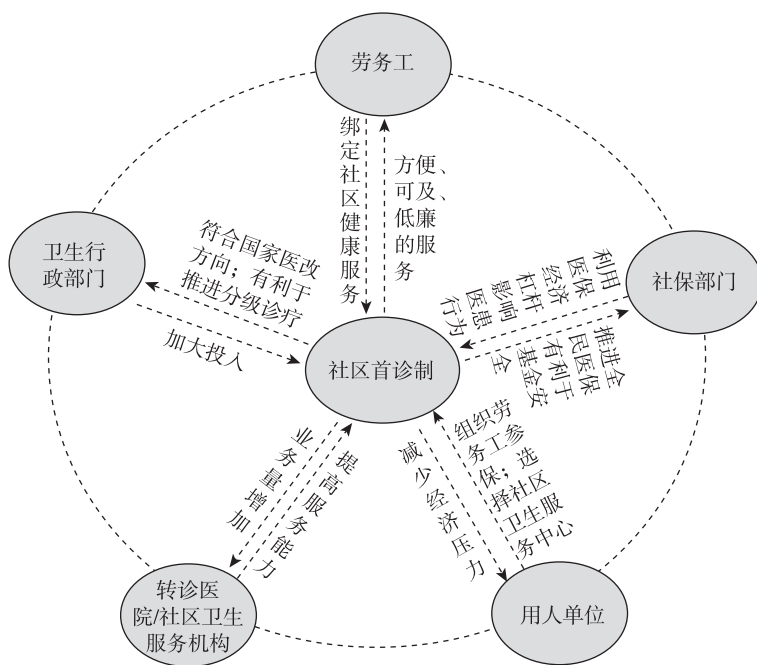
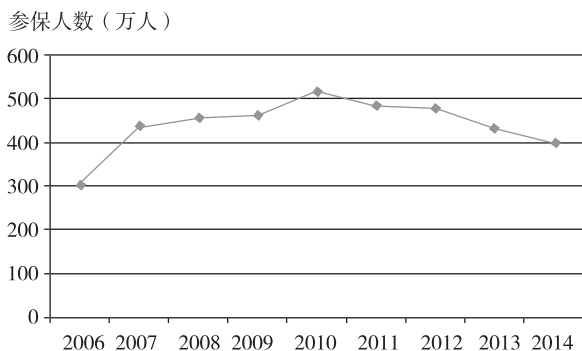


图 1 深圳市劳务工社区首诊制利益相关集团

2.1 劳务工

参保劳务工作为服务的需方,是深圳市社区首诊制的首要利益相关者。劳务工个体只需交纳少量保险费就可享受门诊和住院医保待遇,但前提是遵循逐级转诊的原则。因此,若参加劳务工医保,就必须放弃对医疗机构和医生的自由选择权,还需接受医生的健康保健管理和费用控制。

社区首诊制实施后,受劳务工人数的影响,参保人数呈先增加后缓慢下降的趋势,总体来说,稳定在 400 万~500 万人之间(图 2)。访谈发现,劳务工对劳务工医保的筹资水平和保障范围较为满意,对就诊的社区卫生服务中心总体满意度较高。但仍有部分参保劳务工对社区首诊制存在不满,一是认为“绑定”制度限制其就医的选择权;二是认为转诊程序较麻烦。



注:数据来源于深圳市社会保险基金管理中心

图2 2006—2014年深圳市农民工医疗保险参保人数变化趋势

2.2 社区卫生服务中心与所属的转诊医院

深圳市独特的“院办院管”模式,使转诊医院与社区卫生服务中心成为一个利益共同体,社区首诊制的实施可使两者共同受益。长期以来,由于经济利益关系,社区卫生服务机构与综合医院的双向转诊机制难以有效建立。深圳市于1996年开始探索双向转诊制度的建设,综合医院可在社区新建社区卫生服务中心,社区卫生服务机构的人、财、物等均归医院管理。从某种意义上说,社区卫生服务中心相当于医院的独立科室。所以社区卫生服务机构与医院之间的双向转诊基本是在医院内部完成,类似于院内会诊或者转科。

相关资料显示,社区首诊制实施以来,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年底达到3 467.3万人次,约占全市所有医疗机构诊疗量的35%,明显高于全国其他城市。访谈中,社区卫生服务管理中心和社区卫生服务中心主任均表示实施社区首诊制后,社区卫生服务机构业务量显著增加。对于社区卫生服务机构而言,有了稳定的就医群体后,医务人员可积累经验,逐步提升技术水平。对于转诊医院而言,患者结构得到优化,医务人员可专注于疑难病症患者的诊治,医疗水平也会得到相应提升。

然而,访谈中仍有不少受访者认为目前社区卫生服务机构的服务能力不足,将成为社区首诊制可持续发展的瓶颈。因此,为承担社区首诊的责任,并将社区首诊推广到更多人群,社区卫生服务机构仍需不断提高自身的服务能力与水平。此外,社区卫生服务机构医务人员提出,目前的业务量愈来愈大,工作人员压力较大,但薪资及福利待遇未得到相应的提高。

2.3 用人单位

在未实行劳务工医保前,深圳市对劳务工实行“住院医疗保险”政策,住院医疗保险费用由用人单位每月按照深圳市上年度职工月平均工资的2%缴纳(2003年后下调到1%),个人不负担。一方面,虽然政策要求深圳市所有用人单位内具有深圳市暂住户口的职工,均参加住院医疗保险,但由于住院医疗保险缴费水平较高,为了减少企业成本,一些以劳务工为主的企业出现逃避缴费现象,即使参保也只针对年龄相对较大的职工。另一方面,劳务工群体需要解决的大多不是住院和门诊大病,而是常见病和多发病。外来劳务工虽可参加户籍地的新农合或城镇居民医保,但由于劳务工常年在外务工,无论是在缴费还是服务的利用方面都存在着极大的不便性;此外,综合医保参保人主要为深圳市户籍人口,故劳务工也不能参加当地的综合医保。用人单位和劳务工的参保积极性均不高的现象,严重损害了劳务工本应享受的基本医疗权利。

自劳务工医保制度实施后,基本医疗保险费用由用人单位和职工共同缴纳,用人单位为劳务工缴纳的费用低于常规“五险一金”中的医保标准,减轻了经济压力,因此,用人单位愿意并且能够承担主要的缴费责任,也是社区首诊制的受益者。访谈发现,用人单位支持劳务工医保,但部分单位忽视了向员工宣传医保政策和社区首诊制的责任,大部分员工对劳务工医保的缴费和报销标准不够了解,以致参保劳务工在不知情的情况下与医疗机构或社保部门产生矛盾。社保局曾对自费就医的患者进行调查^[5],发现“不符合医保规定而无法刷卡”(54%)是参保劳务工自费就医最主要的原因。

2.4 社保部门

社保部门作为社区首诊制的组织者和推行者,需保证医保基金的平稳运行和可持续发展,还需使医保费用的支出在可筹集到的医保基金总额和各方可承受范围之内。

劳务工群体收入水平偏低,可支配收入较少,而劳务工所在的企业大多为中小企业,经济支付能力有限且不稳定。因此,要坚持低标准进入原则,实现低缴费或低基数,这样更有利于“扩面”和“持续”工作的开展。^[6]但在较低的筹资水平上想要获得相对高水平的医疗保障,就必须引导患者合理利用卫生服务,减少不合理的诊疗费用。通过“绑定”社区卫

生服务中心,将劳务工的卫生服务需求“下沉”至社区,改变以医院为中心的就医模式,可有效控制医疗费用的上涨,有利于社保基金的平稳运行。目前,深圳市社区首诊政策的实施范围进一步扩大,已成功覆盖住院和少儿医保的参保人群。

2.5 卫生行政部门

深圳市卫生行政部门是社区首诊制的支持者和间接受益者。一方面,国家实行社区首诊和分级诊疗制度的力度越来越大,另一方面深圳市作为外来务工人员密集的城市,劳务工人群的健康关乎社会的稳定,并且劳务工群体长期存在“看病难、看病贵”的问题。各地实践表明,单独由卫生行政部门倡导的社区首诊制由于缺乏对其他利益相关者的激励,难以有效落实。由于信息不对称,居民盲目信任大医院,加之优惠政策吸引力不够,患者宁愿跑远路、多花钱也要去大医院就诊,只有少部分人会选择在社区卫生服务机构就诊,因此,社区首诊人群数量有限。而由深圳市社保部门牵头制定的劳务工社区首诊制遵循“低缴费、广覆盖”的原则吸引参保人自愿参保,通过制定必须先期或绑定社区卫生服务中心就诊才能报销的强制性医保制度对患者进行合理分流,通过设置门诊统筹封顶线规范患者就医行为,通过对医疗机构采取“加强监督”、“公布”和“激励”等措施来维持医保基金的平衡,符合各方的利益需求,得到各方的响应。数量庞大的参保劳务工成为有影响力的就医群体,激励了卫生行政部门对社区卫生服务的持续投入,2011 年深圳市社区卫生服务经费总额达到 75 014.7 万元,较 2006 年(24 808.57 万元)增长 2 倍多。近年来,深圳市社区卫生服务中心的数量迅速增加,截至 2011 年,共有社区卫生服务中心 611 家,较 2006 年(480 家)增加 131 家,覆盖所有辖区和街道。但在访谈中,部分受访者反映社区卫生服务中心的医务人员数量不够,基本设备较为欠缺,药品种类不足。可见卫生行政部门仍需加大社区卫生服务的投入,以加强社区卫生服务中心的基础建设、人才储备以及药品供应,保证社区首诊制的有效实施。

3 讨论

社区首诊制的实施并非如某些利益相关者所认为的困难重重,诸如社区卫生服务中心首诊能力不足,公众对强制性政策的接受度不高,社保部门不能

维持该医保制度的持续运行,卫生行政部门难以协调各方利益等。相反,深圳市在劳务工医保基础上建立的社区首诊制符合各利益相关者的利益,得到各方的支持。对于卫生行政部门来讲,建立社区首诊制符合国家医改的发展方向,有利于逐步推进分级诊疗服务模式,为社区卫生服务中心的健康发展提供了有利的外部环境。对于社保部门,通过推行“低缴费、广覆盖”的劳务工医保,可初步满足劳务工群体的基本医疗保障需求,有利于推进全民医保;此外,通过实行社区首诊制,将劳务工群体的就医需求“下沉”至社区,有利于医保基金的安全运行。对于劳务工和用人单位,可有效减轻缴纳医保费用的经济压力。而社区卫生服务中心及其所属的转诊医院,可有效保障其业务量和提升医务人员的医疗水平。

虽然深圳市劳务工社区首诊制覆盖的人群较为特殊,但对于其他城市或地区仍具备一定的借鉴价值。例如:在没有刚性制度的情况下,人们多年固有的就医习惯很难发生实质性转变,而深圳市实施社区首诊制这种强制性的管理措施,在分流病人等方面的成效显著,能减少因医患信息不对等而造成的盲目就医现象,且各利益相关者均可受益,故可行性相对较高;深圳市“院办院管”的管理模式一方面可为双向转诊制扫清利益障碍,另一面可为社区卫生服务能力的提升起到支撑作用。此外,关于社区首诊制的制度设计,如医保制度的支持性、双向转诊模式、激励机制和奖惩制度等均可为其他地区提供有益参考。需要注意的是,在经验借鉴的同时,要充分考虑地区差异性,不能照搬照抄。

4 建议

从深圳市社区首诊制各利益相关者的分析中可知,社区首诊制的建立和完善,需要关注以下四个关键点。

4.1 发挥政府部门的主导作用,加强相关部门之间的合作

社区首诊制的建立和发展,涉及多方利益相关者,需要各级政府的多个部门共同参与,只有取得各方的支持和配合,才能确保制度的顺利推行。卫生行政部门无论是对社区卫生服务能力的提升,还是对卫生服务质量的监管均负有重要的责任。而社保部门在制定合理的医保政策,扩大医保覆盖面,保证

社保基金安全方面发挥重要作用。另外,民政部门对社区居民的参保、就医,相关媒体对社区首诊制的宣传等起到重要作用。可见,各部门之间掌握的信息不同,发挥的作用也不一样,需明确各部门的职责,加强合作才能最大化地促进社区首诊制的有效实施。

4.2 加大社区卫生服务投入,提升社区卫生机构服务能力

为更好地保障社区卫生服务的健康发展及社区首诊制的顺利实施,政府部门应加大对社区卫生服务的投入力度,以改善社区卫生服务机构的基础建设,解决用房问题,更新和补充必要的设备、设施,调整基本药物目录,以满足常见病、多发病和慢性病的诊疗需求。

社区卫生服务中心具备常见病、多发病基本诊疗能力和工作积极性,是实施社区首诊的重要基础。人才队伍建设是提高机构服务能力和质量的关键。人才队伍的建设,首先应适当增加社区卫生服务机构的人员编制,补充社区人力资源;增加护士人数,调整医护比例。其次加大对在岗医疗人员的培训和继续教育,提高其业务水平。最后需建立长效的人才培养和激励机制,要能够吸引人才、留住人才。此外,管理模式创新也是提高中心服务能力和质量的重要方面。如院办院管、医疗联合体、委托经营等管理模式具有一定的优越性。

4.3 完善社区首诊制相关政策,促进双向转诊有效实施

社区首诊制与双向转诊制相辅相成,只有两者联动发展,才有可能形成可持续的过程。做好双向转诊,不仅需要社区卫生服务中心向上转诊,医院将诊断明确、病情稳定的患者向下转诊同样重要。虽然深圳市十年前就已开始注重双向转诊制度的建设,并已基本形成双向转诊模式,但依然存在“上转容易、下转难”的困境。一方面,应建立有效的双向转诊保障机制和监督管理机制,完善转诊标准,并简化转诊程序。另一方面,推进医药分离,调整医院的收入结构,建立动态价格机制,提高三级医院接受疑难杂症患者的积极性,并将由此产生的剩余医护资源下沉到基层医疗卫生机构。

4.4 完善社区首诊激励机制,提高社区卫生服务人员的积极性

业务量的增加必然导致工作负担的加重,而工作负担的加重不能与收入水平的提高相适应时,必然导致工作积极性和服务质量的降低。社区首诊制实施之后,社区卫生服务中心业务量明显增加,全科医师工作负担加重,然而其收入并未相应地增加,这必将影响他们提供卫生服务的积极性。因此,可借鉴澳大利亚等国家的做法,建立供方激励机制,例如:为在基层或者偏远地区工作的全科医生发放房屋补贴、培训补助等。此外,关于诱导服务等现象,政府需建立约束机制,定期进行督导检查等,也可通过建立科学有效激励机制激发全科医师的积极性。

综上所述,深圳市劳务工社区首诊制的实施已取得实质性的成效,符合各利益相关者的利益需求,获得各利益相关部门的认可。深圳的实例表明,在社区卫生服务发展较为完善的基础上,强制性的政策对首诊的顺利实施极为有效,对全国逐步推进社区首诊制具有一定的借鉴意义。需要注意的是,该强制性政策在其他人群、地区的制定、实施和推广,须结合当地社会、经济、文化、人口特征以及政府的筹资水平作出相应的调整。

参 考 文 献

- [1] 赵云. 我国分级医疗体系建构路径比较[J]. 行政管理改革, 2012, 4(12): 67-70.
- [2] 马亚楠, 刘洁, 何钦成. 社区首诊制实施途径探讨[J]. 中国公共卫生, 2007, 23(12): 1532-1533.
- [3] 陈振明. 公共政策分析[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2003.
- [4] 方鹏骞, 吴少伟. 基于利益相关集团的我国公立医院筹资机制分析[J]. 中国社会医学, 2010, 27(2): 80-81.
- [5] 周淼, 沈华亮. 基于利益相关者理论的深圳农民工社区首诊政策分析[J]. 医学与社会, 2011, 24(1): 4-7.
- [6] 苏锦英, 王欢. 我国农民工医疗保障制度的定位和构建原则[J]. 医学与社会, 2008, 6(6): 24-26.

[收稿日期:2015-09-14 修回日期:2016-01-27]

(编辑 刘博)