

家庭医生签约服务:治理困境与机制构建

王梓懿* 刘丽杭

中南大学公共管理学院 湖南长沙 410083

【摘要】政府主导和市场调节的双重制度环境下,家庭医生签约服务通过政策引导和自主签约方式提高医疗服务水平。基于政府主导的签约服务限定服务内容、规制服务定价、维护服务秩序,与基于市场调节的自主签约带来的专属个性化服务相得益彰,产生了具有特色的医疗服务模式,却也面临着医患信任和风险防控的治理困境。构建以互动、整合和信任为特色的网络治理结构,理顺政府与市场的角色关系,对市场和社会资源进行跨界、跨区域整合,推进政府向社会赋权,发挥社会组织的有效作用,不失为推进家庭医生签约服务发展的有效路径。

【关键词】家庭医生;签约服务;治理困境;机制构建

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.06.011

Family doctor contracting services: Governance dilemma and mechanism construction

WANG Zi-yi, LIU Li-hang

School of Public Administration, Central South University, Changsha Hunan 410083, China

【Abstract】 Under the dual system of government-led and market-adjusted, family doctor contracting services improve the level of medical services quality through policy guidance and individual and independent contracting. Based on the government-led contracting to provide certain limits of service content, regulate service pricing, maintain service order, and the exclusive personalized service brought about by independent regulation based on market demands, the system has produced a distinctive medical service model, but also faces a big governance dilemma on the trust between doctors and patients, as well as of the risk mitigation. In order to empower the society and play an effective role in social organization, it is of great impetus to build a network governance structure which is characterized by interaction, and integration and trust; to rationalize the role relationship between the government and the market, cross-border and cross-regional market and social resources integration; and to promote the government's society empowerment. Therefore, this policy was found to be an effective way of promoting the development of family doctor relationship under the contracting services.

【Key words】 Family doctor; Contracting services; Governance dilemma; Mechanism building

家庭医生签约服务的医疗模式已成为全球卫生领域盛行的医疗卫生服务模式。20世纪后期,我国家庭医生服务逐步兴起,经过了起步较为艰难,并不断认识、再完善和再深化的过程。实践过程中,医患信任度低、服务水平参差不齐、医疗纠纷层出不穷,客观上反映了家庭医生签约服务不仅仅是技术和模式策略的问题,组织治理结构和政府的角色定位也是重要决定因素。

1 签约服务与网络化治理

家庭医生签约服务是以全科医生为核心,以全科服务团队为依托,以社区为范围、家庭为单位、以全面健康管理为目标,在自由选择的基础上,家庭医生与居民家庭签订协议,以契约服务方式为重点人群提供连续、安全、有效且适宜的综合医疗卫生和健康管理服务。我国的家庭医生签约服务相关政策

* 基金项目:国家卫生健康委员会法制司购买服务项目(20180508);社会科学基金一般项目(10BGL091)

作者简介:王梓懿,男(1992年—),硕士研究生,主要研究方向为公共卫生政策。E-mail:1006073750@qq.com

通讯作者:刘丽杭。E-mail:1400756817@qq.com

规范为 11 大类:基本医疗服务、公共卫生服务、健康管理服务、健康教育与咨询服务、优先预约服务、优先转诊服务、出诊服务、药品配送与用药指导服务、长期处方服务、中医药“治未病”服务以及因地制宜开展的其他服务。所谓基础性签约服务包括基本医疗服务和基本公共卫生服务,而个性化签约服务是在基础性签约服务的内容之外,根据居民差异化的健康需求制定针对性的服务内容。政府将基本公共卫生服务职能下放到基层社区卫生服务机构,利用市场机制提升公共卫生服务效率,缓解医疗资源紧张的现状,但出于宏观调控的需要,又要求签约服务呈现一定的签约率,保证政策的顺利实行,在宏观指标与市场自由竞争的双重挤压下,家庭医生签约服务在夹缝中畸形生存,既不能成为完整的政府公共产品,又不能变成全新的市场产物。畸形生存来源于不对称的管理和不切实际的考核,也来源于医患信任的缺失与信息不对称。政策的缺失使委托—代理的医患关系缺乏制度保障而危机重重,市场环境的相对自由与难于监管又加剧了医患纠纷的风险,“规定动作”和“自选动作”双轨运行下,医患信任不足、服务质量参差不齐和医疗矛盾重重的现象不可避免,制度运行过程中缺乏有效的互动和资源整合是家庭医生签约服务发展面临的巨大阻碍。

网络化治理以互动、整合和信任为特点,意图将政府的治理模式从强(命令与控制)向弱(引导与协调)转型。在政治经济全球化的今天,传统官僚制已不能适应发展的需要,政府所扮演的角色要求也早已发生根本性改变。党的十九大报告指出,要使市场在资源配置中发挥决定性作用,以往的政府“一元治理”模式也开始向政府“元治理”下的“多元治理”模式转变。基本公共卫生服务具有一定外部性和公共产品属性,同时在服务提供过程中也不可避免出现信息不对称的现象,使得市场机制下的公共卫生服务购买不能通过充分的竞争刺激效率的提升,反而使市场的价格调节能力下降,进而导致市场失灵,需要政府介入予以纠正。行政体制下的严格等级制度又使政府各部门相互独立,信息失联,缺乏有效协同,与服务对象的沟通存在断点,无法有效的发挥作用。家庭医生签约服务的网络框架下,政府、公民、社区卫生服务机构、家庭医生及第三方组织被视为多元治理的主体,通过构建相互的网络关系框架将各主体连接到一起,达到合理调配、共享资源和共同治理的目的,同时也给予公民更多的自主权利。

信任、互动与整合是网络治理的三大机制。互动机制是内生机制,为各方参与者提供了共享资源和相互交流的平台;整合机制则通过对参与者关系的梳理,形成新的多边谈判方式以巩固共同的承诺,释放单边的潜在控制利益来扩展双边的关系,减少市场的不确定性和信息的不对称性^[1];信任机制是网络治理的核心机制,互动和整合为信任的构筑提供良好保障。在家庭医生签约服务中,信任机制的实现有助于减少信息不对称和外部性不利因素,进而增进市场的调节能力,同时又为政府的治理提供合作与便利,最终实现效率的提升和快速发展,增进签约居民的治理参与度与参与能力,为构筑良好的医患关系奠定坚实的基础。

2 家庭医生签约服务的治理困境

我国家庭医生签约服务是社区卫生服务购买的重要形式,同时又与社区卫生服务机构在执业资格、人事归属和监管与考核方面有着错综复杂的关系。本文结合 2017 年长沙市社区卫生服务相关数据及部分社区卫生服务中心的访谈调查加以分析。

2.1 执业资质与政府监管的利益博弈

我国《执业医师法》明确对医师的执业地点、执业类别和执业范围进行规范,医师实现执业的过程需经过资格考试后取得《医师资格证书》,而后按照执业类别进行执业注册取得执业资格。我国医师执业类别包含临床、口腔、公共卫生、中医和全科医学五大类。由于全科医师工作性质和执业地点的特殊性,目前获得全科医师执业资格的医生数量远远不足,更多的公共卫生执业注册医师从事家庭医生工作,对于服务质量的提升存在一定的阻碍。同时《执业医师管理办法》并未对各类执业医师的执业地点进行明确规范,加之社区卫生服务机构基础性的保健功能和基本公共卫生服务的性质很难为医师提供具有挑战性的案例,后续培训及收入水平也不及大型公立医院,因此造成家庭医生队伍的执业标准和服务水平参差不齐。一定程度上也助长了大量医生被“绑在”大型公立医院门诊室里,做着与大型公立医院功能定位不相符的工作。而随着公立医院的不断扩张和对医生的虹吸效应,这种趋势依然蔓延。^[2]

执业资质规范的缺失对政府的监管同样带来直接难度,家庭医生可以是获得全科医师执业资格的从业人员,亦可以是获得其他类别(临床、口腔、中

医、公共卫生)执业资格的非“全科医生”,政府无法通过明确的执业规范对家庭医生进行界定和准入,而家庭医生的紧缺降低了社区卫生服务机构对于家庭医生的准入标准。按照国务院办公厅印发的《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》规定,到 2020 年,城乡每万名居民拥有 2~3 名合格的全科医生^[4],而目前的全科还远远没有达标。以长沙市部分社区为例,拥有全科医生执业资格证书的家庭医生数量与服务居民的数量比还远远达不到标准(表 1)。在网络化治理中,互动的减少造成信任的缺失,家庭医生服务人数超标带来了服务质量和医患互动的下降,进而导致医患关系链条的断裂和医患纠纷的出现,政府在监管过程中的整合难度也大大加深,无法从居民处获得真实的签约效果反馈,又不得不依赖于家庭医生团队提供的相关考核材料进行监管,而后为了区分效果,又只能在考核材料里“下功夫”,在一定程度上与全科医生团队站在了利益博弈对立面,扯断了政府与家庭医生团队的互动整合链。

表 1 长沙市部分社区每万名居民拥有家庭医生情况

社区	辖区人数 /人	全科医生团队 /个	每万人拥有全科医生 团队数/个
A	63 600	8	1.26
B	61 194	4	0.65
C	64 034	6	0.94
D	58 575	6	1.02
E	41 334	6	1.45
F	71 600	4	0.56

资料来源:根据《湖南省卫生和计划生育统计年鉴(2013—2018)》统计数据自行整理

2.2 购买契约与行政合同的两难选择

契约(合同)是购买者影响提供者的关键手段,协调供需各方利益的中心机制。^[3] 契约应在双方充分知情的情况下根据协商一致的结果制定,家庭医生签约服务的契约应包含双方自愿选择结成的契约关系、提供者需要提供的服务内容、达到的服务目标和双方的权利与义务等方面的内容,同时契约的制定也是购买者和提供者双方风险共担的重要手段。家庭医生签约服务应由家庭医生与居民通过签约制定内容形成契约关系,但目前大部分签约中,家庭医生团队分配给哪些签约居民完全由社区卫生服务中心指定,而违背了契约双方知情自愿的原则,同时还

民的契约协议中,形成了“假契约、真合同”,归根结底依旧脱离不了层级制下的行政协议。如长沙市某社区卫生服务中心,为达到区卫生局考核指标中居民家庭医生知晓率 100% 的目标,将该项指标纳入到家庭医生签约协议,同时规定考核不达标,将直接降低家庭医生下一年度签约数量,使得协议存在着无法预知的缺陷与风险。行政绩效指标往往对于组织管理者具有一定的压力,而对于服务提供者并不具备法律效力,但这种情况的发生又常常不可避免。

契约的制定应体现约定双方的共同意志,但在购买契约中嵌入行政合同无疑加大了监管难度和考核成本,同时也“避重就轻”的影响着医生团队的服务质量。而不考虑行政合同的执行购买契约,又无益于组织绩效的实现,影响组织长远的发展,俨然将家庭医生与社区卫生服务中心捆绑成为“命运共同体”,而拉远了其与签约对象的“医患共同体”关系。契约的制定如何脱离行政考核指标又无碍于组织发展和绩效的实现,已成为值得探讨的话题,一些国家已经在这一方面进行积极探索。

2.3 医生资源与外部环境的隐性关联

目前的家庭医生签约服务中,家庭医生多以团队形式进行签约,往往每名家庭医生团队中包含 1 名全科医生,2 名护士和 1 名公共卫生专干,厦门等地更是提出了家庭医师、健康管理师和护师的“三师共管”团队服务模式。家庭医生依托于社区卫生服务中心提供签约服务,在法律问题的界定方面存在困境,同时,收入与绩效考核也更多的依托于社区卫生服务中心的效益,而社区卫生服务中心的绩效与效益也存在着外部环境上的差异。

社区卫生服务中心存在着政府办和个体私营差异。乡镇卫生院由政府主办,而社区卫生服务中心由政府主导,部分私人资本和社会资本可以进驻到社区卫生服务中心。由于中心性质的差异,政府主导社区卫生服务中心由政府等额拨款,并收支两线管理,基本可以保证“旱涝保收”,而私人办社区卫生服务中心除拥有政府按人头付费的拨款外,其他项目则需要“自负盈亏”,绩效波动大,使得人员流动率变高;社区卫生服务中心存在着外部资源差异。在走访中发现,无论任何性质的社区卫生服务中心,单凭政府等额拨款和按人头付费拨款,无法实现绩效的发展,也无法保证家庭医生及其团队的合理收入。于是社区卫生服务中心开启“增值业务”,部分社区

依托疾病预防控制中心前身,进行健康证办理、疫苗注射、单位体检等业务;部分社区依托乡镇卫生院前身进行专科服务;还有部分社区与医生集团合作进行定向服务,以提升社区卫生服务中心绩效。而没有“增值服务”资源的社区卫生服务中心,则步履维艰;社区卫生服务中心的发展存在着区位差异。流动人口较多的社区提供服务的难度进一步加大;老城区的人口医疗支付和消费能力较新社区和中高端社区消费能力较差;城乡结合区域的服务水平和难度较城中区域低,这些都影响着社区卫生服务中心的发展,出现发展不均衡的问题。

在外部环境影响下,社区卫生服务中心的发展和绩效指标存在着明显的差别,进而影响着家庭医生的流动趋势(表2)。不难发现,医生资源的流动与社区卫生服务中心性质和人员流动情况、医疗合作资源等外部环境有一定的相关性,具有隐形关联。

表2 长沙市部分社区2017年家庭医生流动情况

社区	性质	外部资源关键词	家庭医生月均收入/元	2017年人员流动情况
A	政府办	老城区、商业区、人员流动大	4 870	流出4人
B	企业办	医疗企业、专科合作医院	5 835	流出2人
C	民营	区位条件优、个人独资	5 638	流出5人
D	政府办	新城区、疾控中心前身	6 450	流入4人
E	卫生院	城乡结合处、人员流动小	5 300	无变化
F	政府办	医养结合机构、体检业务	7 000	流入5人

资料来源:根据2018年5—8月现场调查资料整理

2.4 签约主体与考核标准的显著差异

政策的差异体现在签约主体的明确界定上。目前的家庭医生签约服务形式有三种,一种是家庭医生团队单独与居民签约,发生医患纠纷后家庭医生作为法律主体直接负有主体责任;一种是家庭医生与居民签约,社区卫生服务中心作为第三方见证人参与签约,发生医患纠纷后家庭医生和社区卫生服务中心共同作为法律主体负有主体责任;第三种是社区卫生服务中心与居民签约,家庭医生依托社区卫生服务中心根据签约内容提供服务,发生医患纠纷后,社区卫生服务中心负有法律主体责任,家庭医生不需要承担过多的法律责任。在长沙市的走访调研中,签约主体多为社区卫生服务中心,而后由社区卫生服务中心派遣家庭医生团队进行签约服务,也有部分社区采取家庭医生团队、社区卫生服务中心、签约居民以及上级医联体医院合作医生四方签约的

形式,共同承担法律风险和法律责任。无论哪种签约模式,均未有明确的法律规范出处,直接导致医患纠纷发生后签约主体推卸责任,非签约主体漠视法律或服务提供不规范现象的发生。

政策的差异还存在于激励与考核中。政策标准方面,部分卫生主管部门为家庭医生团队在社区安排一名公共卫生专干,同时在社区划拨专门场地设置家庭医生服务站,为家庭医生团队提供服务带来便利;部分卫生主管部门采取统一的互联网+医疗平台,方便家庭医生团队和签约居民,而部分行政区没有统一的平台,辖区社区卫生服务中心多与企业合作进行平台建设,无形中将平台使用费转嫁到签约居民身上,增加了居民的付费标准。考核拨款方面,采取等额拨款的地区,按人头付费拨款的方式进行款项划拨,同时对工作绩效考核优秀的社区卫生服务中心和家庭医生团队提供奖励;采取考核波动的方式划拨款项的地区,在保证平均数的同时,对表现好的社区卫生服务中心提高拨款额,对表现差的社区卫生服务中心扣除拨款额,而由于财政政策并没有跟进,被扣除拨款额的社区卫生服务中心也无法将扣除的款项在后期追回,带来一定的差异。

签约主体和考核拨款方式的差异,使政府主管部门无法进行有效的核实和监管,政策的缺失带来发展不均、自由裁量、区域特征明显等问题,这也是目前我国家庭医生在各地形成不同模式而没有统一标准的主要原因之一。

3 家庭医生签约服务治理的机制构建

一个混合着执业、服务、签约与政策问题的网络组织治理环境中,单纯的政府力量不能有效使组织运行,也无法有效的整合各方资源,协调各个单位进行充分互动,唯有以行政命令和积极引导的方式来完成政府使命。构建一个以互动、整合和信任为特色的网络型组织治理发展模式,必然要有多层化、多样化的治理手段,以及多方利益博弈的舞台。

3.1 构建合作机制——政府主导,积极引入多方合作治理

构建在政府“元治理”的前提下,积极引入多方治理主体的合作机制,共同协商参与家庭医生签约服务的决策、执行及维护。政府主导即政府统筹各

个参与主体制定发展规划,并在治理过程中充当组织者、裁判者和调停者,积极鼓励各治理主体的发展,给予其政策和资金支持。同时,畅通各主体间的协调和监管通道,使各主体能够高效的合作,最终网络得以长期保持稳定状态,反过来促进相互合作信任关系的建立;积极引入多方合作治理即打破当前政府、社区和居民治理的状态,引入更多的学术组

织、非营利组织和社会团体加入到家庭医生签约服务的治理中,使主体各司其职,并与其他主体通力合作,共同完成签约服务过程中的决策、执行、监管和反馈。在宣传方面,联动志愿服务组织与社会媒体、网络及舆论加之全科医生的健康教育共同配合,宣传家庭医生签约服务观念、健康生活观念,共同提升居民的健康水平。

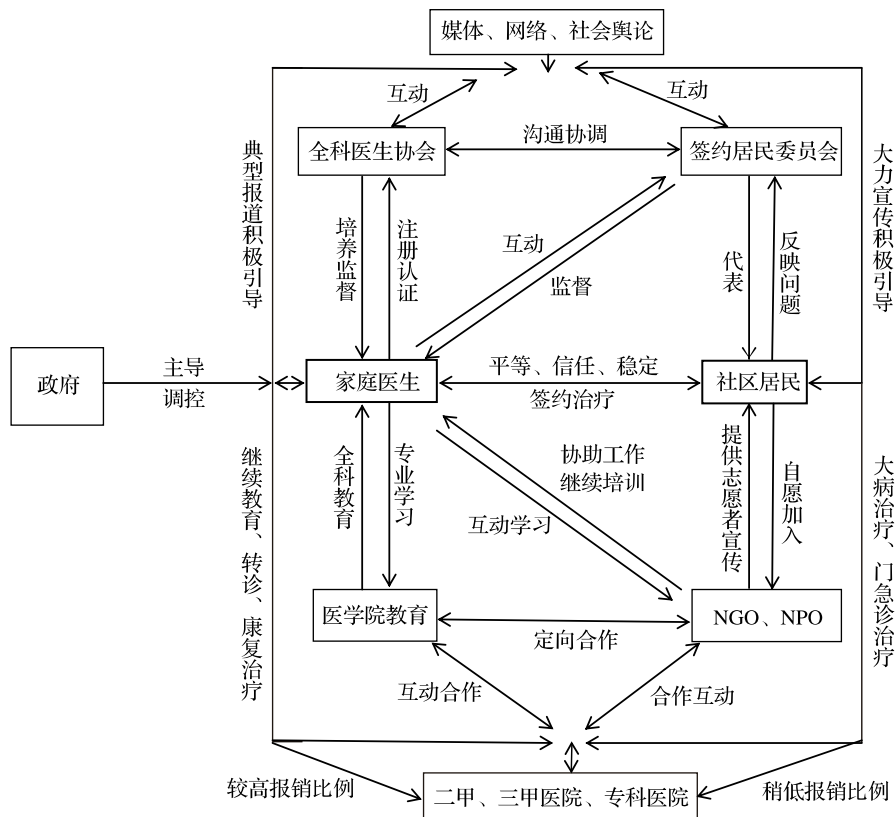


图 1 家庭医生签约服务网络治理运行图

3.2 建立培养机制——加快全科医学专业学科建设

家庭医生与居民签约过程中,信任关系的建立以及治疗效果的提升在于家庭医生的执业水平。家庭医生的执业水平包含其执业意识、执业素质和执业道德。目前,我国家庭医生基本为医学院教育的毕业生,或为大型医院的外聘或专科医生,他们的执业水平在某一专科领域过硬,但对于全科治疗的能力却有待提升,这与我国全科医学专业学科建设的滞后有着直接关系。全科医学专业学科的培养注重医生的全科能力及应变不确定病情的能力,加快全科医学专业学科的建设应遵循“三步到位”的原则构建培养机制。第一步在医学院设立全科医学专业,注重培养学生的全科水平、沟通交流能力及实际手操能力;第二步设立全科医学会,对毕业的或在职的

全科医生进行资格认证,通过职业资格认证的医生才能够与居民签约进行治疗;第三步与二、三甲医院合作,对获得资格认证的全科医生进行继续教育,继续教育的内容包含医院实习及在职培训,使全科医生的水平不断处于发展之中。只有加强全科医学的学科建设,培养出技术过硬的全科医生,才能构筑起相互信任的医患关系。

3.3 强化保障机制——完善签约模式发展的政策设计

签约模式发展的政策保障是网络治理过程中合理解决治理主体间矛盾的重要依据和理论来源,也是维护网络稳定的重要工具。一方面,跟进政策保障应体现在政策制定的公平性、合理性及全面性上,政府在制定政策过程中,应注重考虑各主体间多方利益及协调关系,公平公正的制定政策,并结合学

术团体和社区居民的意见,宏观的角度制定能够惠及最多治理主体的政策,从政策制定本身出发,对政策进行维护,以达到激励大多数参与主体的目的;另一方面,跟进政策保障应进一步对参与主体进行具体的针对性激励,政策前期主要以物质激励为主,结合拨款、报销方式比例及政策倾斜的激励等方式,鼓励签约的顺利开展,政策后期以精神激励为主,评选先进个人,给予荣誉称号,提升社会声誉,使签约顺利有效的维持。

3.4 健全法律机制——界定家庭医生签约服务的内涵与外延

首先,我国《合同法》及相关法律法规对于家庭医生与居民关系界定并没有具体明确的规范。医患契约关系外化于合同关系,但由于这种合同关系与签约居民的健康息息相关,使其存在强制缔结性和高风险性并存、不对称性和不确定性并存、合法性和道德性兼备等特殊特征。^[5]因此需要健全法律机制,通过法律明确限定家庭医生签约服务的内涵与外延。其次,政府在签约服务过程中签订的采购合同不能简单等同于民事合同,其不仅要遵循民事合同的规则,还要具有很强的公共性。家庭医生签约服务包含至少三个契约关系,政府购买服务时与家庭医生之间的行政合同关系,因测算投资额而产生的政府与第三方测评机构之间的委托合同关系,以及家庭医生与居民之间的民事服务合同关系。^[6]详实准确的规范是限制合同双方行为的前提,也是形成法律关系的基础,明确界定家庭医生的签约、执业主体和相关法律权责也是合理避免医患冲突,提升服务质量的有效方式。

3.5 引入竞争机制——增加签约服务模式竞争互动

竞争机制的建立要体现在家庭医生的竞争中,家庭医生签约居民的过程中,积极引入自主签约,引导家庭医生主动争取自己的签约对象,并将签约数量与自身的收入挂钩,以此鼓励家庭医生不断提升自身的能力及服务水平,并寻找新的吸引居民的签约模式,进而促进整个行业的发展水平,同时在竞争中,政府和社会积极宣扬家庭医生典型,并给予适当

的鼓励,以宣传的模式带动竞争机制的运行。竞争机制的建立还需要各治理主体之间的合作,这种合作不仅体现在正常的工作交流方面,也包含于更多的“线下”活动,促进医患双方的有效交流。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 刘兰剑. 网络能力、网络治理与企业成长间关系及研究动向分析[J]. 软科学, 2011, 25(3): 105-109.
- [2] 史蕾, 薛梅, 胡妍琦. 我国家庭医生制度建设中的法律问题探讨[J]. 医学与法学, 2017(2): 42-44.
- [3] 刘丽杭. 社区卫生服务购买:从层级控制到治理转型[J]. 社会主义研究, 2013(4): 85-90.
- [4] 关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见[Z]. 2018.
- [5] 马伟, 许学国. 合同法视角下完善家庭医生签约式服务的思考[J]. 中国全科医学, 2015(16): 1980-1983.
- [6] 周雨, 马青莲. 我国家庭医生签约服务法律问题研究[J]. 池州学院学报, 2018(2): 53-55.
- [7] 都全荣, 鞠智杰. 实施签约服务过程中的几个环节探讨[J]. 中外健康文摘, 2013(5): 71-73.
- [8] 程熙, 郑寰. 治理网络理论:过去、现在和未来[J]. 国家行政学院, 2013(7): 122-127.
- [9] 杨宏山. 整合治理:中国地方治理的一种理论模型[J]. 地方治理创新, 2015(3): 28-35.
- [10] Lam C L K. The role of the family doctor in the era of multi-disciplinary primary care [J]. Family Practice, 2016, 33(5): 447.
- [11] Isabell Koske, Faisal Naru, Philipp Beiter, et al. Regulatory management practices in OECD countries [J]. OECD Publishing, 2016(12): 1-2.
- [12] Annicka G M, van der Plas M A. Appraisal of cooperation with a palliative care case manager by general practitioners and community nurses: acrossectional questionnaire study [J]. Informing Practice and Policy Worldwide through Research and Scholarship, 2016, 72(1): 147-157.

[收稿日期:2018-08-09 修回日期:2018-11-19]

(编辑 赵晓娟)