

政协及社会各界群众和新闻舆论的监督,坚持领导接待制度,重视医德医风问题投诉,畅通投诉渠道,认真办理患者投诉,大力推广医患纠纷第三方调解机制,及时化解医患矛盾,促进医患关系和谐。

参考文献:

- [1] 黄汉腾. 医德医风建设的问题与对策[J]. 中国医院管理, 1996, 16(7): 22-24.
- [2] 白宪策. 对医德医风建设中几个问题的思考[J]. 中国医学管理.

院管理, 2011, 21(11): 59.

- [3] 程俊. 医德医风建设现状分析与对策[J]. 中国医学伦理学, 2008, 21(4): 96-97.
- [4] 杨萱, 孙建平, 杨旭. 现阶段医德建设面临的主要问题及对策[J]. 中华医院管理杂志, 2005, 21(3): 159-160.
- [5] 杜治政. 医患关系面临的课题: 利益的冲突[J]. 医学与哲学, 2002, 23(11): 4-12.

(收稿日期: 2011-10-09 修回日期: 2012-01-06)

多点执业对双向转诊制的影响及分析

林小慧, 冯泽永[△]

(重庆医科大学管理学院 400016)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2012. 16. 037

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2012)16-1659-03

多点执业的进行为双向转诊制的有利实施提供了可能。开展多点执业对双向转诊部分现状起到一定的缓解作用,缓和了群众基层看病难、看病贵现状。多点执业的推行,究竟如何影响双向转诊制?

1 双向转诊制与医师多点执业的概念与意义

1.1 双向转诊制的概念与意义 双向转诊制就是根据病情和人群健康的需要而进行的上、下级医疗机构间、专科医院间或综合医院与专科医院间的转院诊治过程。其中,社区卫生机构与医院之间的纵向转诊对分级医疗机构功能的发挥和建立“守门人”制度具有重要意义。据世界各地的调查结果统计,所有患者中,只有 5% 左右的患者需要专科医生诊治,而人群中 90% 以上的健康问题可以通过训练有素的全科医师来解决。社区卫生服务双向转诊制度,有利于充分发挥社区卫生服务机构的功能和作用,为社区居民提供有效、方便、及时的服务;利于适应人类老龄化、疾病谱和病因谱的改变;有利于降低医疗费用,减轻患者负担,对解决人民群众看病难、看病贵的问题具有积极的现实意义。

1.2 医师多点执业的概念与意义 医师多点执业是指获得执业(助理)医师资格的人员,注册 2 个及以上的执业地点,并在上述执业地点按照所注册的执业类别和执业范围从事执业活动。多点执业不仅有利于医生流动,有利于卫生人力资源的合理配置,有利于医院人事制度改革,而且,对双向转诊制的建立具有十分积极意义。

2 卫生人力资源是制约双向转诊制的主要因素

2.1 基层卫生人力资源质量不高

2.1.1 基层卫生人力资源质量不高导致患者信任度不够 社区卫生服务处于起步阶段。目前国内的社区卫生服务机构前身普遍是由原来的街道或乡镇卫生院转型或整合而成,专业技术人员的业务水平参差不齐。很多患者不选择社区卫生医疗机构进行转诊,导致转诊率远远低于理想值(根据 WHO 研究结果,社区卫生服务机构向上级医院上转率应该界定在 20% ~ 30% 之间)。一项针对大庆油田社区卫生服务双向转诊现状的调查显示,如果假设社区配备有优秀医生的话,愿意参与双向转诊的患者比例迅速提升至 65%,而该次调查还显示 67%

的患者认为大庆油田社区卫生服务技术人员学历、职称水平偏低^[1]。卫生部研究资料表明,在保证医疗质量的前提下,三级医院 65% 的门诊患者和 77% 的住院患者可分流到社区卫生服务机构。中国目前最高的转诊率为 16.03%,最低的转诊率仅为 3.66%,下转率较低,最低为 0.225%^[2],而导致这一结果的一大原因就是社区卫生医疗机构服务能力、水平得不到群众的认同。

2.1.2 基层卫生人力资源质量不高,转诊指标难以把握 现有基层医疗卫生机构中,医生学历以专科为主,职称以初级为主。其中,乡镇卫生院医生大部分为中专学历,占 54.2%,具有大专以上学历的卫生技术人员只有 32.7%,社区卫生服务机构大专以上学历的医生比例高于中专,分别为中专 31.6%,大专 38.6%,大专以上 21.9%;乡镇卫生院初级职称医生占 77.0%,而社区卫生服务机构医生中级职称比例高于乡镇卫生院,中级职称比例为 34.0%,初级为 56.7%。在基层医疗卫生机构中,护士普遍以中专学历为主,职称也以初级职称居多。乡镇卫生院和社区卫生服务机构中专学历的护士比例分别为 74.4% 和 67.0%,初级职称的比例分别为 84.9% 和 75.7%。国内全科医生相对于国外起步晚,发展慢,多数全科医生是由专科医生转变而来,并非经过专门的全科医生培养,而不是真正意义上的名副其实的全科医生。国外公民健康体系有长足的发展,重要原因在于其有高质量的全科医生。在英国,要成为一位全科医生至少需要 9 年的医学教育、岗位培训。

双向转诊中全科医生必须发挥健康“守门人”的作用,“守门人”的职责之一就是双向转诊的把关。把常见病留在社区,把疑难病转到上级医院。但是,由于目前转诊标准不够明确,具体转出和转入指标、转诊途径、病情随访等细则尚未统一,因此,是否应该转诊主要取决于医生的判断。就算今后转诊标准明确,能否准确把握标准也取决于医生的水平。因此,不解决基层医务人员质量问题,就很难准确把握转诊标准,也很难正确处理转诊问题。

2.2 基层卫生人力资源数量不足 基层医疗卫生机构是基本医疗卫生服务和公共卫生的双重承载,向居民提供“六位一体”的综合性、连续性服务,需要以全科医生为核心的全科团队服

[△] 通讯作者, Tel: 13638334396; E-mail: fzy0678@163.com。

务。但是国内全科医师培养起步晚,发展慢,数量少。目前,中国只有 2.5 万名执业范围为全科医学的执业医师,6 万助理医师,仅分别占执业、助理医师总数的 1.6% 和 3.5%,远低于国际上 30%~60% 的平均水平^[3]。2008 年中国卫生统计数字显示,在基层医疗卫生机构工作的医务人员只占医生总数的 24%,人员流向大医院。因此,基层卫生人力资源现在所现存的数量在短时间内远远不能满足全科医生作为双向转诊制“守门人”发展的需要。

3 医师多点执业对双向转诊的影响及实施中的困难

3.1 医师多点执业可以促进双向转诊

3.1.1 大医院医生到基层执业,可以提高基层医疗服务机构的医疗技术水平,有利于双向转诊 如前所述,基层卫生人力资源质量不高导致患者信任度不够而且转诊指标难以把握是当前推行双向转诊的主要障碍。开展医师多点执业,能让大医院的专家到社区医院或社区卫生服务中心以及乡镇卫生院执业,能使这些大医院的优质人力资源得到充分的利用。通过医师多点执业,促进了卫生人才的流动,解决了边远地区、中小医院人力资源短缺的难题,使患者能够就近享受优质的医疗服务,减轻了基层患者及其家属医疗费用负担^[4],并且,知名专家在下到基层为市民诊疗的同时也将技术带到了基层,从而增加了基层医生的学习机会,提高了基层医生的技术水平,促进了基层医生的医术提高,无形中提升了基层医院的现有医疗水平^[5]。重庆市黔江区推行社区首席医生制度,大医院下派社区首席医生来到社区,带来了技术和大医院的品牌,使患者对社区卫生服务中心的信任感增强,促进了首诊^[6],证明专家到社区对提高社区服务能力和居民信任度有积极的作用。如果在此基础上解决好上、下级医院的利益关系,双向转诊的效果也一定有所好转。

3.1.2 提高基层医疗机构人力资源的素质,有利于双向转诊

大医院医生到基层执业可以从两方面提高基层卫生人员的素质,一方面,开展多点执业,大医院专家能够亲自向基层医生传授医学知识、面对面地进行学术交流,从而提高了基层业务实践的机会和条件,达到继续教育和培训的目的,带动基层医疗技术水平的提高;另一方面,大医院医生的到来可以激发基层医务人员的积极性,使基层医务人员有了学习榜样,增加了学习动力,从而积极提高业务水平以满足基层卫生服务的需要。随着基层医务人员素质的提高,双向转诊也将逐步开展。

3.1.3 依托于多点执业医师作为首诊制的优质人力资源后盾,更好地把握上转指标,加大纵向转诊的有利机会 目前中国存在的看病难、看病贵是日益突出严峻的问题。一个重要原因是中国“守门人”制度尚未建立,合格的“守门人”还不充足。人们担心漏诊而不敢到基层首诊,也不敢去基层进行康复治疗。实施医生多点执业,缓解了基层卫生人力资源质量不高的问题,提高了全科医生担当“守门人”的能力,同时也解除了群众对社区卫生服务质量和医疗水平的担忧。如果大医院专家多点执业进入以门诊为主的第一线医疗照顾的全科医疗,充当了优质“守门人”的角色,也成为了把握向上级医院转诊患者关口的“检测器”、“探测器”,不失为一种有效过渡患者上转的好法子。

3.2 医师多点执业实施过程中的困难

3.2.1 多点执业医师与其他医院间的多隶属关系,加大医生本人承担风险 多点执业加大了医生法律风险。法律法规没有对医生多点执业进行界定。根据执业医师法,中国实行的是医生定点注册执业。只有经过注册取得《医师执业证

书》才能成为合法的执业医师,注册执业医师在注册执业地点以外的地方行医并不受执业医师法的保护。《医师注册暂行办法》第二十五条规定“医师执业地点在两个以上的管理规定另行制定”,但是与此相配套的相关政策并没有出台,医生若提出多地点执业到主管部门办理许可申请手续,但主管部门却没有相关的法律或规范性文件可以依据,实际操作上缺乏法律的支持和保障。新医改形式下多点执业也很难与 2001 年 6 月出台的《关于医师执业注册中执业范围的暂行规定》的注册医师执业范围的义诊、会诊等相提并论或归为一类,否则,就是超范围执业。再者,卫生部颁布的《医师外出会诊管理暂行规定》表明,如果医生擅自在异地执业应该是违法的。由于该规定并没有允许医生可以在第二或者第三地点执业,因此,目前在法律上并没有解决医生多点执业合法化的问题,潜藏着法律风险。多点执业在基层医院或社区,可能要承担资金赔偿的风险。医生在行医的过程中,发生医疗事故是难免的。当严重的医疗事故发生在基层医院或者医疗服务机构时,这些医院或者医疗服务机构因其本身资金有限,没有能力去全额赔偿^[7],那么谁来承担赔偿责任? 新的《侵权责任法》第 54 条规定,患者在诊疗活动中受到损害,医疗机构及其医务人员有过错的,由医疗机构承担赔偿责任。然而,该法并未对医师多点执业发生医疗事故责任的民事责任的承担作出明确规定,这个问题如何解决?

3.2.2 多点执业医生的趋利行为 根据目前的相关法律规定,如果是医院委派医生院外会诊,邀请会诊的医疗机构应当把会诊费用统一支付给会诊的医疗机构,会诊产生的收入纳入单位财务部门统一核算,在一定程度上对医生收入得到了监管。如果医生打着多点执业的旗号,进行私下会诊,医院对此部分的收入无从知晓,也成为了医院监管不了医生的“自由区”,医生会利用这种“优势”,谋取最大化的自身利益,谋取额外的不正当的利益。这样的情况如何防止?

3.2.3 大医院人事分配制度的制约,医师难于从“单位人”转为“自由人” 医生是医院在计划经济体制下形成的“单位人”,大多数医生都是“从一而终”地归属一个医院,并不是市场经济体制下的“社会人”、“自由职业者”。在医院人事分配制度下,医师自身的人力资本产权全部由行政机关代为处置,为其所在医院所有,并不完全为医师本人享有和自由转让支配,从而制约了医生在医疗领域里执业的流动性,进一步使得医生医疗服务价格不能体现市场经济的真实价格,成为自我行医配置的“自由人”。这个问题也将影响多点执业的开展。

4 对策建议

4.1 多点执业制度:明确医院与医师间的权利义务关系 医生多点执业必须通过协议的形式来确定双方的权利义务关系,法律必须规定在协议中要明确双方的法律关系和法律责任的承担方式。明确原执业单位、医生、第二执业机构甚至是第三执业机构以上以及医生本人的责任、权利和义务,明确各方的法律关系,以使各方的职责、权利和责任明确化。在此基础上,积极引导大医院医生到基层执业,以促进双向转诊的开展。

4.2 医院人事分配制度:明确医师定位,让医师成为市场经济体制下的“社会人” 随着医改的不断推进,医院与医生的关系已经不再是以前的一对一的形式,现在是重新定格医生的社会地位的时候了。随着医院人事分配制度的不断深化,医生自身的人力资本权利将逐步释放,解放医生,让他们脱离被医院编制的终生隶属关系,回归市场,实现市场条件下的自我价值,获得社会体现和回报,还医生自由之身。鼓励多点执业,就必须打破常规,解除束缚医护人员自由执业的诸多条条框框,从体

制上将医生“单位人”变成“社会人”，加快医生成为市场经济体制下的“社会人”，重新重视起医生医疗服务的地位，充分发挥医疗服务在医疗主体中的核心价值。大医院医生成为自由的社会人之后，才能大胆地到基层执业，也才没有阻止上下转诊的动机，使双向转诊畅通无阻。

参考文献：

- [1] 昂扬. 双向转诊及其实现机制[D]. 苏州: 苏州大学, 2010.
- [2] 程才, 唐圣春, 刘高伍, 等. 双向转诊的转诊水平研究[J]. 医学与社会, 2008, 21(3): 22-23, 27.
- [3] 肖纯怡, 程晓明. 全科医生队伍建设与全科医学教育现状

• 卫生管理 •

分析[J]. 中国全科医学, 2003, 6(18): 642-644.

- [4] 邓娅, 邓世雄. 医师多点执业的研究和探索[J]. 重庆医学, 2011, 40(9): 922-923.
- [5] 周乐明, 冯泽永, 曲别拉布, 等. 社区首席医生制度及其对双诊制的影响[J]. 重庆医学, 2011, 40(7): 715-716.
- [6] 张平原. 关于医师多点执业行医的探讨[J]. 临床和实验医学杂志, 2011, 10(4): 304-305.
- [7] 刘超. 正确认识和处理医生兼职[J]. 南京医科大学学报, 2003, 3(1): 19-20.

(收稿日期: 2011-10-14 修回日期: 2012-01-08)

中国基本医疗保险城乡一体化探析——以重庆市为例

程雨蒙¹, 朱刚令², 常 刚¹, 刘志远^{3△}

(1. 重庆医科大学管理学院 400016; 2. 重庆市医疗保险管理中心渝北区分中心 401120;
3. 重庆医科大学医学与社会发展研究中心 400016)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2012. 16. 038

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2012)16-1661-03

基本医疗保险制度是指当人们患病或受到伤害后, 由国家或社会提供医疗服务或经济补偿的一种社会保障制度^[1]。社会医疗保险统筹层次可以理解为在多大程度和范围对参保人分散风险、基金共济以及提供相关服务^[2]。当前, 根据户籍、职业以及参保对象的差异, 中国已经初步建立了城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗这三大医疗保险制度。就目前运行的情况分析, 作者认为提高医疗保障统筹层次、实现城乡居民基本医疗保险制度一体化是中国医疗保障事业发展的必然趋势, 将有利于提高城乡居民医疗保障水平, 促进医疗卫生事业均衡发展。

1 中国医疗保险制度发展演变历程

自建国以来, 中国医疗保险制度在内容和统筹层次上经历了多次变革, 根据时间的推移和医疗保障制度统筹规模的变化, 将中国医疗保险制度的发展大致分为 3 个阶段。

1.1 第一阶段(建国初期至 1978 年) 这一阶段是中国基本医疗保障事业积极探索、激发活力的起步阶段。1950 年 8 月第一次全国卫生工作会议召开, 中国逐步建立起由劳保医疗、公费医疗、农村合作医疗组成的福利性医疗保障制度。在这段时期, 随着国民经济迅速的恢复与发展, 中国的医疗卫生事业也发展迅速, 但是建立在行业自主统筹基础上的福利性医疗保障制度实际上是一种风险分散模式有限的简单统筹模式。

1.2 第二阶段(1978~1998 年) 这一阶段是中国基本医疗保障事业解放思想、提高效率的探索阶段。1985 年 4 月, 国务院批转了卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》, 随后中国医疗卫生机构通过“放权让利、扩大自主权和分配制度改革”, 医疗卫生服务供给大幅度增加。1992 年国务院下发《关于深化卫生改革的几点意见》提出“支持有条件的单位办成经济实体或实行企业化管理, 做到自主经营、自负盈亏”。这段时期, 在市场化需求为主导的医疗卫生制度发展模式下, 医疗卫生资源分配不平衡问题十分突出。

1.3 第三阶段(1998 年至今) 是基本医疗保障事业的提升

统筹层次阶段。从 1998 年国务院颁布 44 号文件, 在全国范围内开始推进城镇职工基本医疗保险制度改革, 到 2002 年中共中央、国务院颁布《关于进一步加强农村卫生工作的决定》, 明确了建立新型农村合作医疗制度等重大战略部署, 到 2007 年国务院颁布《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》, 国内逐步建立起具有中国特色的医疗保障制度体系^[3]。这一阶段, 医疗保障制度成功实现了向社会统筹模式的转变。但是基于现行的行政管理体制, 统筹模式以县级统筹为主。2009 年党中央国务院的新医改意见要求“随着经济社会发展, 逐步提高筹资水平和统筹层次, 2011 年城镇职工医保、城镇居民医保基本实现市(地)级统筹”。中国基本医疗保险制度将主要由县级统筹提高到市级统筹, 实现更大范围的风险互济。

2 中国基本医疗保险统筹层次现状分析

2.1 中国基本医疗保险统筹层次概况 党的十六届六中全会从科学发展的高度提出了“五个统筹”的目标, 并把“统筹城乡发展”放在首位, 把统筹城乡医疗保障作为统筹城乡发展的重要方面, 对于落实科学发展观、完善社会主义市场经济体制具有重大意义。从目前实际情况来看, 在制度建设上, 经过多年的改革实践, 中国已初步建立了城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险以及新型农村合作医疗三大医疗保险制度, 从制度层面上基本实现了医疗保险的全民覆盖; 在管理层面内, 城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险由人力资源和社会保障部门管理, 新型农村合作医疗则由卫生部门管理; 在实际运行体制中, 中国目前的医疗保险体系仍实行城乡二元化制度模式, 即在城镇实行的是城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险, 在农村实行的则是新型农村合作医疗保险, 两者在多方面均存在较大差异。认真分析当前的医疗保险统筹层次现状, 不难发现中国医疗保险统筹层次多数在县一级, 少数在地市一级, 个别大城市全市统筹。社会医疗保险本质上是为了分散风险而进行的收入再分配。从大数法则的角度来看, 统筹层次越高越有利于分散风险, 基金抵御风险的能

△ 通讯作者, Tel: 13330226560; E-mail: liuzhiyuan700200@163.com。