

# 医改的深圳样本

提要

由于涉及配套的人事、社保等方案,具体如何“取消编制”,方案仍在制定中,有望于下半年出台。根据《南方都市报》报道,早在4月份,罗湖区公立医院医护人员的编制已经悄然冻结。

## 深圳医改:切断编制这条后路

刘金环 报道

早前在媒体讨论中还被指“医疗资源严重不足”的深圳,在6月8日于全国首先出台《深圳市深化公立医院综合改革实施方案》(以下简称《方案》)。

这份延续着历来的“改革前沿”精神的方案,其中“取消编制”和“全面放开医师执业注册地点限制”备受瞩目。记者从深圳市卫计委了解到,由于涉及配套的人事、社保等方案,具体如何“取消编制”的方案目前仍在制定中,有望于下半年出台。根据《南方都市报》报道,早在4月份,罗湖区公立医院医护人员的编制已经悄然冻结。

《方案》是深圳市根据国务院办公厅《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》,对进一步深化公立医院综合改革提出的新的目标和任务。早在2010年,17个城市启动了公立医院改革试点,深圳就是试点城市之一。如今,深圳成为全国第一个印发公立医院综合配套改革方案的试点城市。

### 增量改革“去编制化”

“消息一出,大家都震惊了。我们一毕业就面临编制的问题。”在深圳大学医学院,林家宇(化名)这样对记者形容自己听到深圳医改取消新医生编制消息的心情。

林家宇是深圳大学医学院临床医学专业的应届毕业生,刚刚与深圳市第二人民医院签订了住院医师规范化培训合约。这距离《方案》下发已过去一周,也意味着完成三年的“住院医师规范化培训”(以下简称“规培”)之后,林家宇无法获得深圳市第二人民医院的医生编制。林家宇的几个同学也面临同样的遭遇。

深圳市卫计委近日发布对《方案》的通报解读,明确改革实行“老人老办法,新人新办法”的模式,现已有编制的“老人”不变,不损害其现有利益,新入职医生则不再有编制。

深圳目前仅有一所深圳大学医学院,2008年12月才获教育部批准,临床医学专业2009年正式招生,2014年10月获得临床医学专业学位授权点,目前该专业尚无研究生。林家宇是深圳大学医学院临床医学专业的第二届毕业生。对于新医改,她坦言“有些迷茫,好像随时可能被炒鱿鱼”。比起上一届的师兄师姐毕业后只要进了“住院医师规范化培训”系统就能有编制,林家宇和她的同学们就没那么“幸运”了。

《方案》提出深圳公立医院去编制化、去行政化,到2017年将初步建立分级诊疗制度等,未来深圳的公立医院不再实行编制管理,取消行政级别,以促进不同级别医院按照专业化管理要求依法治理。

记者从深圳市卫计委处获悉,深圳也将同步推动人事制度综合配套改革,全面取消与人员编制挂钩的医院财政补助核算方式,实行“以事定费、以费养事、以事定岗和按岗聘用”的人力资源管理方式。其中,将建立以岗位为核心的全员聘用、工资分配等管理制

度,淡化和取消身份差别;健全内部考核机制,将考核结果与医务人员的岗位聘用、个人薪酬挂钩,落实医院用人管理自主权。取消编制后,按照“老人老办法”的方式,保障和调动医务人员的积极性。

深圳市卫计委是这样解读的:“编制背后无非就是三方面的利益:一是政府的财政补助,二是人员的养老保障,三是人员交流任职。在财政补助方面,我们已经取消了与人员编制挂钩的财政补助核算方式,改为以事定费、购买服务、专项补助相结合的财政补助机制;养老以后也将实行社保+职业年金的方式并保障不低于现有有编制人员的养老福利;人员交流任职方面,医院去行政化后各职位任职与是否在编无关。这三方面问题解决后,编制其实就成为了一个‘空壳’。”

截至发稿时止,深圳市卫计委工作人员告诉记者,“改革配套的人事、社保等还未出台,还需要财政局、人社局的统一协商”。

### 平静的公立医院

“《方案》对我没有影响,对其他医生也没有影响,大家都平静。”王家明(化名)对记者表示。王家明是北大深圳医院的一名儿科医生,2008年毕业参加市局考试进入了医院的在编岗位。北大深圳医院目前共有医护人员2000人,其中在编人员1600人。“编制很难拿,基本上一个萝卜一个坑。即使没有新政策的出台,医院里不在编的医生要拿到编制的可能性也不大,所以对我们医院没什么影响。”王家明补充说。

深圳医改自2009年启动至今,编制始终是其中的重要一环,在2010年之前都是事业编考试,2010年开始要经过3年“规培”才能进入编制,如今则彻底取消新入职医生编制。对此,中欧国际工商学院医疗管理与政策研究中心主任蔡江南接受记者采访时认为:“‘老人老办法,新人新办法’用一种比较能接受的方法缓解改革震荡,也是一种过渡方式。”

林家宇的班上有30个人,其中1/3直接



## 蔡江南:财政支出应多给医保而非医院

刘巍 叶涵茜 报道

中欧国际工商学院医疗管理与政策研究中心主任、经济学兼职教授蔡江南常年研究卫生经济和公共政策、公共经济和劳动就业等领域课题,曾担任复旦大学经济学院公共经济学系主任,并在大学、咨询公司和政府部门从事多年的卫生经济和卫生政策的、研究和咨询工作。

蔡江南常常对中国医改建言。他认为中国医改应该走“第三条路”,让社会主导,政府放权。在接受记者采访时,他认为深圳作为历来的改革前沿,防守改革的阻力小,这是深圳率先出台医改方案的原因。

### 港大医院前景不明朗

记者:你常年关注中国医改,据你的观察,目前中国一线城市医改进行到什么程度?

蔡江南:目前主要集中在公立医院的改革上,今年最大的动作是一线城市的县级医院全部推开了。此外取消了15%的药品加成,药价下降让诊疗费用增加,医保没有增加,但在结构上作了调整,有利于解决看病贵的难题。社会办医方面的政策,今年6月国务院出台《关于促进社会办医加快发展的若干政策措施》,在税收人才医保方面给社会办医

同等资源,向市场开放医疗资源。医改最成功的一部分是医保覆盖,还有公共卫生网络的覆盖。记者:最近深圳率先出台《深圳市深化公立医院综合改革实施方案》。与此同时,深圳又是一个被指医疗资源严重不足的城市,你如何看待在这种情况下,深圳成了第一个出台医改方案的城市?

蔡江南:深圳历来是改革前沿,深圳基础条件比较好,人口年龄年轻,历史包袱小,经济发展水平高,医保充足,所以深圳能够放手做改革,改革阻力小。

记者:在深圳,港大医院被认为是医改的试点。然而至今仍需要政府投入巨额补贴,2014年深圳市政府对港大医院的补贴为9亿元。

蔡江南:港大医院规模很大,深圳政府平均每年都投入五六亿元的财政补贴,港大医院办医其实有计划经济的因素。但港大医院目前的问题是配套设施不够,相对其他公立医院来说比较贵,而且位置比较偏远,导致缺乏病人。将来没有了政府补贴,港大医院的前景还不明朗。

医改需要系统性改革,建一两个走高端路线的医院并不能解决老百姓看病的问题,还是要调整医疗服务的价格,让医疗价值得到应有体现,提高医生待遇,提升医生吸引力。要从根本上解决以药养医的问题和医生

就业,无一例外选择了深圳的公立医院。《方案》出来后,大家有一点沮丧,但没有动摇职业选择。”被问起为什么不选择去待遇更高的香港大学深圳医院(下称“港大医院”)或者是民营医院,林家宇说:“刚毕业的医学生最要紧的是培养自身技能,港大医院病种太少,我们没什么上手练习的机会,去民营医院也要有3年的‘规培’,而民营医院的‘规培’是要挂在公立医院的。”

很快,林家宇和她的几个同学就要去参加“规培”,三年内都只有5000元的“规培”医师工资,不参与任何医院的科室分红。

对于去编制化会否令公立医院流失人才,深圳综合开发研究中心新经济研究中心执行主任曹钟雄博士认为这种担忧是多余的。他向记者表示,去编制化的本质是让医疗资源流动起来,会有一些医生流向民营医院,但是公立医院不会受到冲击,特别是优秀人才不会流失。医院还是一个科研机构,由政府管控的,提供研发费用。

“就像母鸡下蛋需要温床,而多数私营医院并没有这种温床。例如港大医院,福利待遇比公立医院高很多,工作强度也低很多,但一年后其他公立医院借出的医护人员纷纷撤回来了。除了编制问题,还有一个问题是港大遇到的病种太少,医生的专长难以得到发挥。港大尚且如此,一般的私营医院更是这样。越是高端的医护人员,越不会走。而且身份认同感也是一个问题。”曹钟雄说。

深圳的“去编制”医改或许可以理解为彻底地为医生松绑,早前北京也出台了类似的政策。

北京推出的《关于创新事业单位管理加快分类推进事业单位改革的意见》就明确提出,在严控编制总量、健全编制动态调整机制的总体原则下,对公立医院实行备案制管理,对在编人员实名统计,随自然减员逐步收回编制。

蔡江南认为“编制对医生而言是铁饭碗,但也是束缚,不能自主流动。去编制化是医改的良好尝试,但难度不会小,要做好十年八年的长期准备”。



### 缓解“医生荒”需配套改革

王家明告诉记者,“如今北大医院门诊医生每天大概要看200个患者,不能按时下班是很常见的事情”。

不只是北大深圳医院这样的三甲医院才有“医生荒”,即使是病人不算太多的港大医院也面临同样的问题。据悉,港大医院的医生集中在全科,每个分科的医生只有6-7人,人手严重不足。

2012年,作为国内公立医院改革和深港在公共领域合作的双重样本,香港大学深圳医院(下称“港大医院”)打破事业单位的人事编制管理制度,成为国内首家实行全员聘用制的公立医院,采用社会化用人方式,自主设置和调整岗位,自主设置薪酬制度。

罗丽(化名)刚刚从港大医院辞职,回到了她原先工作6年的地方—东莞的一家私立医院。问到离职原因,罗丽表示“港大医院工作并不像传言说的高薪酬、低强度”。罗丽所在的内分泌科每日患者人数在20-40人,但是“每个病人至少要看20分钟,每个都要苦口婆心地解释半天,比原来的工作一天看几百个病人还累”。此外,港大医院的全包收费180元,看病的多数是有文化的高薪阶层,“病人觉得你解释不到位或者在敷衍他,会去患者关系科投诉你,几乎每个医生都被投诉过”。根据公开报道,几年来港大医院的医生流失率为3%-4%。

“港大医院的医疗模式、平台都很好,这是我去年跳槽过来的原因,而且它也是公立医院。”罗丽从没有编制的民营医院跳槽到港大医院又跳回去,她说“不是不想进公立医院,而是公立医院太难进,至于编制,以前没有,以后更没有,那留在现在的医院也没什么不好了”。

去年8月开始就有媒体关注深圳“医生荒”。有数据表明,深圳医生日均担负门诊量为17.29人,而广州是12.99人,北京是9.5人,上海是10.32人,全国是6.5人。深圳医生日均门诊量约为全国的2.66倍。

蔡江南与曹钟雄都认为医改去编制化的本质是为了促进医疗资源流动,一定程度会让医护人员向民营医院流动,但要解决医生荒问题,还需要配套设施跟上,特别是大幅度提高医护人员的收入,让医护人员的服务价值得到认可。

在医疗领域,编制导致的“同工不同酬”一直被病人诟病。王家明向记者透露,“在北大深圳医院,在编人员不仅仅是每月多出3000多元的财政基本工资,科室奖金分红也相差大约40%。”

曹钟雄认为,“去编制化意味着把医护人员推上市场,就业风险增大的同时,收入也该

上看,有没有可行性较高的,留住人才的应对措施?”

蔡江南:在深圳医改之前,北京已经在实行“老人老办法,新人新办法”的增量改革模式。取消编制不是问题所在,取消之后的福利待遇一碗水端平才是重点。取消编制后,医生的待遇不一定下降,多点执业反而能令医生待遇提高。反而是在编制内待遇很难增长。而在市场竞争中,医生本来就该是个高薪职业,收入高了可以留住人才,此外,科研技术、学术力量也是医院留住人才的有力手段。

我认为财政补贴应该更多放在医保上,而不是直接补在医院或医生上,这样效率更高。

记者:近几年高考都出现医学院招生断档。你认为医疗体制的改革对于医学院断档这一现象会有什么利弊?

蔡江南:短期来看,可能新医改会加剧医学院断档,但长期来看有利于缓解这一现状。医改去编制化、多点执业有利于医生待遇和社会地位的提高,增加社康中心并引导患者前往基层医疗机构首诊,有利于为拓宽医生就业途径,公立医院和民营医院站在同一起跑线之后,医生更愿意去民营医院工作,而且待遇不存在很大差别,医生有更多就业机会和空间。总体来说新医改长期可以缓解医学院断档。

随着市场化程度提高。另外,今后聘用人员与编制人员在收入福利上应该做到零差异,公平的大环境才能吸引更多人进入医疗行业。”

### “多点执业”可行性未知

除了备受瞩目的“取消编制”,《方案》再次提出鼓励深圳的医生走出公立医院的大门,去民营医院或开办个人诊所,实现“多点执业”。记者了解到,早在2010年深圳医改方案中,“多点执业”已被提出,但在具体实施中一直未落实。

王家明对此的感受是,“太累了,不会考虑多点执业”。罗丽也表示“多点执业对普通医生来说基本是鸡肋,普通医生即使可以多点执业,也没有病人会来,多点执业对知名专家才有作用”。

《方案》预计到2017年,深圳将有更多的医生走出公立医院的大门,去民营医院或开办个人诊所,实现多点执业。卫计委处长李创曾对媒体表示,从法律上来讲,医生只要完成医院的任务,那么在其他所有医疗机构执业都将是合法的。不过,具体情形要视医生和医院签订的合同而定。他表示,医生多点执业后,医生的价值会得到进一步体现,这将吸引外地的医疗人才投奔深圳,同时也会解决医院价格管控打消医生积极性的问题。

曹钟雄也认为“多点执业初衷是好的,为了促进医疗资源流动,但可行性不高”。“医生看病并不是一个人的事情,需要资源、设备的支撑,离开岗位后行医并不简单,比如一个心脏科的专家前往其他医院诊疗,如果设备人员的配套没跟上的话,这病也看不了。另外医生多点执业需要所在医院审批,实际上这个很难执行。”他说。

## 医患共同决策 需纳入医改视野

王琦 / 文

6月17日,北京广播大厦10层一间小小的会议室里召开了“首届医患共同决策论坛”。钟南山、郑家强、王辰三位年龄加起来近两百岁的院士以及另外60位嘉宾几乎涵盖了医学相关的所有领域,都是业界的翘楚。钟南山说:“平常我们讲医学人文,讲得比较多的是医德和医生对病人的态度,但医学人文精神更深的内涵还应包含技术层面的沟通,这就是医患共同决策。”(据《中国青年报》6月24日报道)

关于医患纠纷,我们已经说得太多,但多年过去了,医患纠纷依然存在。三位院士开展的“医患共同决策论坛”提出的是一个新问题——患者在自身诊疗中的决策权问题。

现在我国的治疗手段基本上是由医生家长式的、独裁式的一票决定,患者或家属只需要决定签不签字就行了,不签字就是拒绝治疗,结果患者即使最终接受了,签了字,心中也存有疑问和焦虑。一旦产生不好的结果,患者及家属难免不往“如果……就不会”上面想,同时将医生的治疗与“灰色收入、红包”等联想在一起,于是不可避免的纠纷就发生了。

临床上,“说的多了你也不懂”是医生们对患者普遍的态度。如何让患者“懂得”,如何让患者参与到共同决策中去才是最大的问题。参会的一位医生提出一天看上百个号,如何“共策”?对此,应建立强大的分诊制度或相关部门来解决,参会的美国终身教授格林·埃文博士称“在美国,医生会提前把相关的视频、数据等寄到病人家中,让病人在门诊预先了解相关知识,以节省门诊宝贵的沟通时间。”但这不是一个医生的问题,不能让医生一个人战斗,而应建立完善的制度流程,由强大的团队来托底,如此方能真正实现医患共同决策。

制度的建立不能一夕而就,还需要大量的人力、物力支持,需要法律法规的兜底,比如面对急诊的争分夺秒应给予医生最大的决策权。对此,政府应加大投入,尽快给出方案,不能仅靠民间会议讨论热烈,要将医患共同决策早日纳入医改视野,尽快普及落实,以实现医患和谐。