

1184-1187.

- [9] 邹钦培,钟晓妮,邓晶,等. 1997~2012 年重庆市卫生人力资源配置的公平性分析[J]. 重庆医学,2014,43(9):1104-1106,1109.
- [10] 刘少敏,刘德鑫. 山东省卫生资源配置的公平性研究[J]. 卫生经济研究,2013,30(6):41-42.
- [11] 李斌,张向阳,何桂香,等. 新疆昌吉州 2006-2010 年乡镇卫生资源公平性分析[J]. 中国公共卫生,2014,30(6):809-811.
- [12] 马国芳,潘雯,安尼瓦尔·阿木提,等. 2001 年~2010 年新疆 13 个地州市卫生资源配置公平性分析[J]. 医学与哲学,2013,34(13):68-71.
- [13] 赵东军,王德斌,许晓娟,等. 安徽省某市卫生人力资源配

置公平性分析[J]. 安徽医学,2013,34(6):845-847.

- [14] 沈迟,陶星星,董琬月,等. 利用集中指数评价西安市卫生资源配置公平性[J]. 中国卫生政策研究,2015,8(1):69-73.
- [15] 张云霞,李梅,刘中雨,等. 山西省卫生资源配置公平性研究—基于洛伦兹曲线与基尼系数方法[J]. 卫生经济研究,2011(9):33-35.
- [16] 朱保群,匡莉,洗明甫. 广西卫生资源配置公平性分析[J]. 中国卫生政策研究,2013,6(6):58-61.
- [17] 黄文佳. 我国卫生资源地区分布公平性研究—基于两种指标的综合运用[D]. 上海:复旦大学,2011.

(收稿日期:2016-04-17 修回日期:2016-05-30)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.32.042

国外分级诊疗制度的实践经验对我国的启示*

祝捷¹,傅译莹¹,邓世雄^{2△}

(1. 重庆医科大学公共卫生与管理学院/医学与社会发展研究中心/健康领域社会风险预警协同创新中心 400016;2. 重庆医科大学 400016)

[中图分类号] R19

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)32-4590-03

为了给城乡居民提供更加方便、优质的医疗服务,实现方便群众看病就医的目标,《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发[2015]70号)明确指出,到2020年的目标是应逐步形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式。分级诊疗制度是优化医疗资源和服务效率的一种分工合作的状态^[1],通过合理配置医疗资源,发挥医疗服务的最佳效能,建立起以患者为中心的连续性、整合式医疗服务,和以社区为基础的医疗卫生服务体系,保证患者的医疗服务质量^[2]。致力于有效地将患者分流到适宜的医疗机构给予恰当治疗,既不延误病情,又不浪费医疗资源和医保资金^[3]。从而建立更加理想的医疗服务和消费环境,有效解决供需矛盾的医疗卫生服务机制的设计问题,构筑可持续、公平和有效的卫生保健系统,促进我国医疗卫生体制改革^[4]。

1 国外分级诊疗的成功经验

我国的社区首诊、双向转诊的医疗服务现正处于一个快速发展的阶段,但尚未形成一套科学完善的运行体制,分级诊疗制度的运行依然存在障碍。早在20世纪90年代中期,英、美等发达国家就已经开始进行医疗资源纵向整合的实践,通过大量研究证明可以提供连续有效的医疗服务,并形成社区首诊、双向转诊、分级医疗等机制,目前已被世界各国广泛采用,对于我国分级诊疗制度进一步的完善也具有较大的借鉴意义。

1.1 英国的国家卫生服务体系

1.1.1 政府主导的三级医疗保障网络 在实践分级诊疗方面英国是最早、最严格的西方国家之一,于1948年颁布《国家卫生服务法》正式实施国家卫生服务制度(national health serv-

ice,NHS),为公民提供社会福利性质的公费医疗保障,是典型的全民医疗制度。NHS体系大致分为三级:初级卫生保健是社区全科诊所,二级医疗服务是综合性全科医院,三级医疗服务是以急救和重大疑难疾病为主要业务的教学医院^[5]。医疗服务信息化建设,将这些医院以及个人健康档案与医院之间联网,确保时顺畅的分工协作和双向转诊。其中,社区全科诊所遍布每个社区以方便居民就诊,确保满足日常疾病的预防、诊治和保健等多种健康需求。政府卫生部门从诊所全科医师处为大众购买初级保健服务,通过初级保健托管机构(primary care trusts,PCTs),以合同形式管理全科医师的服务,并规定包括人员配备在内的全科诊所最低标准^[6]。

1.1.2 严格的“守门人”制度 NHS体系严格的“守门人”制度要求英国公民或者持6个月以上签证的外国公民都必须与全科医师注册签约。为了保证“守门人”作用,每一位全科医师都必须经过规范、严格的培训考核才能进入社区全科诊所为居民提供医疗卫生服务。政府每年拿出固定医疗预算全额拨款,按全科医生服务的人口数量计算报酬定额支付丰厚的薪水。NHS中有一项明确的失业规则,全科医师承担医疗质量和费用“守门人”的责任,并与医院共同努力控制医疗费用。医院征得全科医师同意的治疗方案才能得到卫生局的费用报销,而与医院的专科医师认真讨价还价以节省医疗经费的全科医师才会得到卫生局的继续聘用^[7],以此稳定优秀的“守门人”队伍。

1.2 美国的管理式医疗保健体系

1.2.1 多种医疗保险方式的保障 美国主要通过各种形式的

* 基金项目:重庆市科委决策咨询与管理创新项目(ctsc2014jccxB10002)。 作者简介:祝捷(1992-),在读硕士,主要从事卫生事业管理研究。 △ 通讯作者,E-mail:dengshixiong1963@163.com。

医疗保险来解决医疗保障服务,即管理式的医疗保健体系,由医疗机构和保险公司双方共同组织,以社会保险与商业保险相结合的方式在一定程度上缓解个人和国家的卫生服务压力^[8]。保险公司通常还会将医院和医生分为三类推荐给被保险人,其中核心医疗资源的医院起付费用是 1 000 美金,推荐医疗资源的医院是 2 000 美金,非推荐医疗资源的医院是 3 000 美金;住院和门诊的费用自付比例分别是 10%、20%和 30%。如果患者未经家庭医院转诊,即使这些医院属于“核心医疗资源”,患者也必须全额自费^[9],结合差异化医保制度引导患者分流。

1.2.2 明确的疾病分类标准 美国能够规范转诊的最有效手段是“疾病诊断治疗分类标准(diagnostic-related groups, DRGs)”,它为各种健康保荐制度中的转诊划出了操作性较强的具体界线,并规定各种疾病住院指征和住院时间,作为病案管理和医药费用报销的重要依据。当诊疗时患者达到标准规定的转诊阶段,则必须由家庭医生处转往社区卫生服务机构,或者回家继续接受社区卫生服务。如果不按规定转诊,患者就必须承担额外时间的住院费用^[10],严格的转诊规则建立在明确的疾病分类标准的基础上有效约束就诊行为。

2 我国构建分级诊疗制度存在的主要问题

2.1 互动机制缺失 据国家卫生计生委的统计,截止 2014 年,全国共有 25 860 家医院,总诊疗人次 29.7 亿。其中,只占全国医院总数 7.56%的三级医院,2014 年的医疗服务量为 14 亿人次之高,占全国所有医院医疗服务总量的 47.1%;而位于最底层的一级和未定级医院有 17 056 家(占比 65.96%),却仅仅提供了 3.2 亿人次的诊疗量(占比 10.78%)^[11]。医疗资源的分布情况和医疗资源的利用结果之间的巨大差距,可见我国的分级诊疗并没有顺利展开,其中一个重要原因在于各级医疗服务机构之间没有进行良性互动。基层医疗机构与大医院缺少转诊过程的协作,各自追逐自身利益,信息联网缺失导致诊疗信息无法共享,同时,缺乏完善统一的疾病诊断标准、转诊途径和程序以及对转诊的监督管理,因此无法约束医务人员、患者和医疗保险方的行为,给转诊就医带来诸多不便,致使各级医院之间的互动举步维艰。

2.2 基层全科医师匮乏 到 2013 年底,我国的全科医生数量是 11 万人,而理论上的合理配置数量应该是 30 万人,基层医疗机构的全科医师的缺口非常严重。我国的卫生资源长期以来呈“倒三角”状态,其中 80.0%集中在城市,20.0%在农村,基层医疗机构的人才流失严重,与大医院之间巨大的待遇差距导致全科医生团队的不稳定,医务人员缺乏及其医疗水平的参差不齐,无法承担起“守门人”职责。丁香园一份调查数据显示:对基层医疗机构的医疗水平表示不信任的受访者高达 68.3%,并且有 61.2%的患者在患病之后不会选择在基层就诊^[12]。可见基层医疗卫生资源,特别是优秀医务人员的匮乏极大地阻碍了以基层首诊、双向转诊为重点的分级诊疗制度的推进。

2.3 配套制度引导不足 我国的各级医院报销比例差距不大,以重庆市为例,2015 年居民医保门诊报销比例是:村卫生室及村中心卫生室就诊报销 60%,镇卫生院就诊报销 40%,二级医院就诊报销比例 30%,三级医院就诊报销 20%;住院报销比例是:镇卫生院报销 60%,二级医院报销 40%,三级医院报销 30%。不同机构之间医保报销差距不大导致医保的引导作

用不明显^[7]。另一方面,受医保药目录的限制,某些慢性病药物在社区医院不能报销。吕莹提到,近年来基层医疗机构的药品目录尽管在不断增加,但是仍然有很多慢病和常见病经大医院看完之后,却在社区医院找不到这种药物,患者大都因此而重返上级医院取药,阻碍下转诊疗^[13]。

3 借鉴国外经验构建有中国特色的分级诊疗制度

3.1 互联网+打破“信息孤岛” 公共卫生服务信息化联网将三级医疗服务网络联结起来,才使得英国的 NHS 体系得以顺畅地开展和接受监督。据此,我国搭建分级诊疗的体系时,应着力建立居民电子健康档案,推进各医疗机构间医疗信息联网,使各级医生在接受转诊患者时能对患者的基本情况和诊疗信息有更清晰完整的把握。同时,受美国的“疾病诊断治疗分类标准”的启发,健全符合国情的详细的各类疾病及其不同程度的转诊标准,在此基础上着力开发远程医疗服务,探索互联网+智慧医疗,鼓励三级医院对基层医疗卫生机构进行远程培训,甚至远程连线会诊,以此优化医疗资源配置。

3.2 稳定全科医生队伍,改善基层服务能力 英国的全科医生量多质优才具有足够的担任“守门人”,可见基层医疗服务机构优秀的服务能力是分级诊疗制度最重要的基石,在目前我国医疗设施逐渐发展得较为完备的情况下,增强基层服务能力的关键在于提高医务人员的医疗水平以及增强基层全科医生队伍的稳定性。2014 年第十二届全国人民代表大会《政府工作报告》中提出健全分级诊疗体系,培养优秀的全科医生团队,鼓励医师进行多点执业,让人们能在最近的距离享受最优质的医疗服务。对在医学院校学习全科医学的学生定向培养,建设一支年轻的、专业的全科医疗团队^[14]。引导各级医院已执业的医务人员支援基层或者多点执业等,例如鼓励符合条件的医师开办个体诊所、鼓励社会办医,以不同的形式对基层展开稳定的、长期的支援工作,同时确保医务人员的收入,特别是在基层医疗机构的待遇,为基层留下优秀的医生队伍,促进优质医疗资源共享。

3.3 医保和药物制度引导患者分流 在我国目前就诊自由选择的情况下,可以借鉴美国的成功经验充分发挥医疗保障制度在双向转诊中的引导作用。(1)在执行药品零差率前提下,将基层医疗机构为特殊病患者提供的基本药物目录外的医保药品纳入医保报销,同时提高医保对基层就诊的报销比例,拉开各级医院之间报销比例的差距。(2)缩小县域外就诊报销比例,提高县域内报销比例,对越级就诊的患者减少报销比例或者不予报销,对下转患者不重复收取住院门槛费^[15]。(3)适当尝试在基层增加慢病种类和非基本药物,让这部分患者留在基层。同时增加大医院基本药物的使用,与基层用药对接,上下贯通使患者体验到基层就诊取药的方便之处,引导患者就医习惯的改变。

3.4 建立完善的医联体,推进各级医院间互动 从英国的国家医疗服务体系可以看到,在纵向整合医疗服务资源成功的实践中,各级医疗机构之间有效的互动对资源的整合以及医疗服务的效果产生着重要影响。我国在搭建分级诊疗体系的网络时,可以据此通过打造医联体以建立医疗服务机构之间的利益关系,从物质利益方面刺激上级医院对下级医院进行指导和医院间的双向转诊。经济利益一体化的医联体将医疗资源共享、技术合作打开、诊疗信息互通,使上级医院与基层医疗卫生机构紧密联系,弥补我国各级医疗机构之间互动机制缺失的

问题。

我国在高速发展的状况下,人们对医疗卫生服务的需求越来越大,医疗资源分布不均造成的矛盾亟待解决,探寻更加有效的改革路径才是医药卫生事业发展的当务之急。有学者认为从管理需方向管理供方过渡,只有让医院处理需要住院和急诊的患者,诊所负责普通患者就诊,才能将分级诊疗从口号落到实处。所以,社区首诊和双向转诊关键基于医疗资源的下沉和医疗信息的共享,对此,目前逐步开展起来的对医院集团模式以及利用互联网和大数据发展互联网+智慧医疗的路径探索值得进一步关注和研究,结合国外的实践经验构建出适合我国医疗卫生服务现状的分级诊疗体系。

参考文献

- [1] 王林浩. 浙江省分级诊疗问题与对策研究[D]. 浙江: 浙江大学医学院, 2015.
- [2] 王虎峰, 元瑾. 对建立分级诊疗制度相关问题的探讨[J]. 中国医疗管理科学, 2015, 5(1): 11-15.
- [3] 付强. 促进分级诊疗模式建立的策略选择[J]. 中国卫生经济, 2015, 34(2): 28-31.
- [4] 张雪, 杨柠溪. 英美分级诊疗实践及对我国的启示[J]. 医学与哲学, 2015, 36(7A): 78-81.
- [5] Wilkin D. Primary care budget holding in the United Kingdom National Health Service: learning from a decade of health service reform[J]. Med J Aust, 2002, 176(11):

539-542.

- [6] 何思长, 赵大仁, 张瑞华, 等. 我国分级诊疗的实施现状和思考[J]. 现代医院管理, 2015, 13(2): 20-22.
- [7] 邢春利, 彭明强. 我国实施分级诊疗制度的现状及其思考[J]. 中国医疗管理科学, 2015, 5(2): 9-13.
- [8] 朱有为, 柏涌海. 国外双向转诊制度的启示[J]. 中州学刊, 2014, (11): 90-95.
- [9] 孙士东. 浅析目前分级诊疗体系的现状[J]. 中国保健营养, 2014, 24(5): 2750-2751.
- [10] 王凌峰, 李兆友. 基于冰山角分析法的城市社区卫生服务双向转诊问题分析[J]. 中国全科医疗, 2013, 16(1A): 14-17.
- [11] 魏登军, 黎夏. 国外分级诊疗体系及其对我国的启示[J]. 中国初级卫生保健, 2016, 30(2): 8-10.
- [12] 郑大喜. 公立医院与基层医疗机构分工协作的难点及其突破[J]. 现代医院管理, 2011, 1(40): 21-24.
- [13] 梁勇, 张柠. 国外医疗服务体系对完善我国分级诊疗体系的启示与借鉴[J]. 中国医院, 2015, 19(8): 50-52.
- [14] 李显文. 对我国分级诊疗模式相关问题的思考[J]. 卫生经济研究, 2015, 32(3): 18-20.
- [15] 唐永岗. 医院与社区卫生服务机构双向转诊的现状与模式进展[J]. 中国医院, 2014, 18(7): 44-45.

(收稿日期: 2016-04-18 修回日期: 2016-06-01)

(上接第 4578 页)

- [11] 温必成, 李海江, 邹豪杰, 等. 撑开式复位外固定架微创治疗跟骨骨折的临床应用[J]. 中国矫形外科杂志, 2012, 20(6): 574-576.
- [12] Kumar VS, Marimuthu K, Subramani S, et al. Prospective randomized trial comparing open reduction and internal fixation with minimally invasive reduction and percutaneous fixation in managing displaced intra-articular calcaneal fractures[J]. Int Orthop, 2014, 38(12): 2505-2512.
- [13] Hammond AW, Crist BD. Percutaneous treatment of high-risk patients with intra-articular calcaneus fractures: A case series[J]. Int J Care Injured, 2013, 44(11): 1483-1485.
- [14] Arastu MI, Sheehan B, buckley R. minimally invasive reduction and fixation of displaced calcaneal fractures: surgical technique and radiographic analysis[J]. Int Orthop, 2014, 38(3): 539-545.
- [15] Tomesen T, Biert J, Frölke JP. Treatment of displaced intra-articular calcaneal fractures with closed reduction and percutaneous screw fixation[J]. J Bone Joint Surg Am, 2011, 93(10): 920-928.
- [16] Management of calcaneal fractures; What have we learnt

over the years? [J]. Injury, 2012, 43(10): 1640-1650.

- [17] Wu ZP, Su YL, Chen W, et al. Functional outcome of displaced intra-articular calcaneal fractures: A comparison between open reduction/internal fixation and a minimally invasive approach featured an anatomical plate and compression bolts[J]. J Trauma Acute Care Surg, 2012, 73(3): 743-751.
- [18] Zhang JW, Xiao BP, Wu ZJ. Surgical treatment of calcaneal fractures with bioabsorbable screws[J]. Int Orthop, 2011, 35(4): 529-533.
- [19] Schepers T, De Vries MR, Van Lieshout EM. The timing of ankle fracture surgery and the effect on infectious complications; A case series and systematic review of the literature[J]. Int Orthop, 2013, 37(3): 489-494.
- [20] Battaglia A, Catania P, Gumina S, et al. Early minimally invasive percutaneous fixation of displaced Intra-Articular calcaneal fractures with a percutaneous angle stable device[J]. J Foot Ankle Surg, 2015, 54(1): 51-56.
- [21] Sagray BA, Stapleton JJ, Zgonis T. Diabetic calcaneal fractures[J]. Clin Podiatr Med Surg, 2013, 30(1): 111.

(收稿日期: 2016-05-13 修回日期: 2016-08-06)

欢迎投稿

欢迎订阅