

我国建立分级诊疗体系的 SWOT 分析*

孙卓林,李娜玲[△]

(南方医科大学卫生管理学院,广州 510515)

[中图分类号] R197.32

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2018)03-0416-02

建立分级诊疗体系是解决“看病难、看病烦”问题的重要途径。《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)》(国办发[2015]14号)提出,建立并完善分级诊疗模式,逐步实现基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治^[1]。本研究运用管理学中的 SWOT 理论对我国建立分级诊疗体系进行系统分析,旨在为加快建立和完善分级诊疗体系提供参考意见,从而推进我国医疗体制改革顺利进行。

1 我国建立分级诊疗体系的 SWOT 分析

在卫生领域内,SWOT 方法主要通过通过对卫生事业自身的优势(strengths)和劣势(weaknesses)以及外部环境中的机会(opportunities)和威胁(threats)进行分析,从而为未来的卫生规划及改革提供一定的基础^[2]。运用 SWOT 理论对我国建立分级诊疗体系的内部条件和外部环境进行系统分析,对我国建立与完善分级诊疗体系具有指导意义。

1.1 优势分析

1.1.1 有利于三级医院专注急危重症和疑难疾病诊治,回归临床科学研究 《医院分级管理办法(暂行)》把三级医院定义为“是向几个地区提供高水平专科性医疗卫生服务和执行高等教学、科研任务的区域性以上的医院”;《三级综合医院评审实施细则》(2011年版)指出三级综合医院主要承担急危重症和疑难疾病的诊疗^[3]。但是,目前由于患者无论疾病大小、轻重缓急都到三级医院就诊,使三级医院承担着基层医院大部分的诊疗工作,把大量的时间和精力花费在治疗一般疾病上,无法专注于急危重症和疑难杂症的诊治及临床科学研究。统计显示,截至 2014 年,占全国医疗机构总数仅 0.1% 的三级医院承担了 18.3% 的门诊工作,并且以 12.9% 的增长幅度超过二级医院 5.0% 和基层医院 2.0% 的增长幅度^[4]。建立与完善分级诊疗体系,让首诊在基层,康复回社区,有利于三级医院从一般门诊与常见病、多发病诊治中抽离出来,集中精力研究急危重症与疑难杂病的治疗方案,以及临床基础研究。

1.1.2 有利于提高医疗服务可及性,解决“看病难、看病烦”问题 三级医院“看病难、看病烦”主要体现在三方面:第一,人多,预约等候时间长;第二,距离居民区远,就医不方便;第三,就医流程复杂。建立分级诊疗体系,要求社区卫生服务站服务人口宜为 0.1 万人,避免了因就医人数多所导致的预约等候时间长;要求就医地点距离居民区不能超过 15 min 的步行路程,让居民在自家门口就能看医生,就医非常方便。而且,建立分级诊疗体系后,全科医生会对患者进行动态观察,给患者安排转诊,并协助专科医生给患者治疗,简化了就医流程,提高了医

疗效率。因此,建立和完善分级诊疗体系,有利于提高医疗服务可及性,解决“看病难、看病烦”问题。

1.1.3 有利于卫生资源下沉到基层 建立分级诊疗体系,有利于实现远程医疗、健康档案、电子病历等信息资源共享,促进基层医疗机构信息化建设;三级医院专家定期到基层医院坐诊,基层医院医务人员免费到三级医院进修学习,有利于提高基层医疗机构技术水平。医生可以多点执业则有利于引导医疗技术人才到基层医院工作。而且,目前很多地区探索通过医疗联合体的方式推广分级诊疗体系,将有利于把三级医院先进的医疗技术与管理方法引进到基层医院。所以,建立和完善分级诊疗体系,有利于信息、技术、人才、管理等卫生资源下沉到基层,使卫生资源配置更趋合理化。

1.2 劣势分析

1.2.1 患者就医自由受到限制 分级诊疗制度要求患者首诊必须是在定点的基层医疗机构,如果需要接受专业化的治疗必须经过全科医生转诊预约。虽然患者可以和全科医生商量预约医生,但与分级诊疗体系建立前“患者可以任意选择去哪个城市的哪家医院找哪位专家看病”相比,其就医自由受到了较大限制,在一定程度上损害了患者的就诊选择权。

1.2.2 可能引发转诊纠纷“潮” 目前,我国转诊相关的法律法规主要是《医疗机构管理条例》第 31 条规定:对限于设备或技术条件不能诊治的患者,应当及时转诊。该规定主要是约束基层医院上转患者,并未对上级医院下转患者做出要求,而且未对转诊标准做明确界定,导致患者转诊主要依靠医生的临床经验。医生的技术水平参差不齐,加上疾病具有很大的不确定性、患者间也有个体差异,患者转诊主要依靠医生的临床经验,很容易因转诊不当或转诊不及时发生纠纷。另一方面,目前转诊的启动有两种方式:一是由医疗机构提出,二是由患者提出,转诊标准不明确,医患双方转诊意见不一致时也容易发生纠纷。

1.2.3 三级医院患者流失,业务量减少,导致医院业务收入下降 虽然我国把三级医院定位为非盈利性医疗机构,但目前医院经费各项构成上,医院从政府得到的投入非常少,主要还是依靠医疗业务的收入^[4]。建立分级诊疗体系,要求首诊在基层,康复回社区,导致三级医院大部分的门诊量和部分业务量都流失到了基层医疗机构,如果没有采取其他的经济补偿措施,将会导致三级医院经济收入减少。而且,患者群体流失,不利于扩大三级医院的社会影响力与社会知名度,这将在一定程度上影响三级医院的进一步发展。如果不采取其他补偿措施

* 基金项目:广东省医学科研基金项目(C2014034)。 作者简介:孙卓林(1991—),在读硕士,主要从事社会医学与卫生事业管理方面的研究。 △ 通信作者,E-mail:linaling2006@126.com。

补偿三级医院在推行分级诊疗制度所带来的利益损失,三级医院可能会成为推行分级诊疗制度的阻力^[5]。

1.3 机会分析

1.3.1 国家政策的大力支持 2014 年,李克强总理在《政府工作报告》中提出,健全分级诊疗体系;《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020 年)》提出,建立并完善分级诊疗模式,逐步实现基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治^[1]。2015 年 9 月,国务院办公厅印发的《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》指出,到 2020 年,分级诊疗服务能力全面提升,基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式逐步形成,基本建立符合我国国情的分级诊疗制度^[6]。这些政策文件为我国建立和完善分级诊疗体系提供了有力的保障以及清晰的方向指引。

1.3.2 医师多点执业政策的逐渐放开 2009 年,国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》提出,研究探索注册医师的多点执业;2010 年发布的《关于公立医院改革试点的指导意见》提到,探索实行并规范注册医师多点执业的方式^[7]。随后,广东、云南、北京等地开展了医师多点执业试点工作。2011 年 7 月,原卫生部发布《关于进一步扩大医师多点执业试点范围的通知》,决定将试点地区扩大至全国所有省份^[8]。医师多点执业政策逐渐放开,允许执业医师在两个及以上的医疗机构从事诊疗工作,有利于促进卫生人力资源合理配置,为分级诊疗体系的建立与完善提供充沛的卫生人力资源。

1.3.3 医联体的快速发展 目前,医疗联合体(简称医联体)被认为是我国实现分级诊疗的重要方式。全国各地在探索建立分级诊疗制度的同时,也掀起了建立医联体的热潮。医联体内各医疗机构间,信息资源共享。三级医院对基层医院提供技术支持,并输出先进的管理理念与方法;而基层医院则把患者转诊到三级医院,提高三级医院的市场竞争力。因此,医联体的快速发展,有利于促进卫生资源的合理配置,实现医联体内部各级医疗机构间的相互转诊,从而促进分级诊疗体系的建立与完善。

1.3.4 医疗信息化建设的日趋成熟 在经济全球化、社会信息化的过程中,我国医疗卫生领域也进入了大数据和信息化时代。电子病历被广泛使用,居民健康档案建档率有很大提高;以互联网为基础的网上预约挂号、转诊申请、远程会诊、远程影像系统、远程病理系统、远程医学教育等远程医疗得到快速发展。医疗信息化建设日趋完善打破了不同类型、不同级别医疗机构间以本单位为中心形成的业务信息壁垒,实现不同医疗机构间信息互通,资源共享,有利推进我国分级诊疗体系的建立和完善。

1.4 威胁分析

1.4.1 利益驱使,三级医院不愿下转患者 虽然三级医院是非营利性机构,但目前,三级医院的生存与发展主要还是依靠自身的业务收入来维持。下转患者,把一般门诊还给基层医院,会让三级医院的门诊量下降,业务量减少,业务收入也会大幅度下降。因此,出于经济利益考虑,三级医院容易越位医疗,并不愿意下转患者。而且,财政是按人头和床位对医院进行补助,容易诱导医院规模扩张,扩增门诊和住院量,也是不利于实施分级诊疗工作^[9]。

1.4.2 基层医院客观上接不住,主观上不愿意接 由于我国

卫生资源呈“倒三角”分布,主要集中在大医院,基层医院卫生资源相对不足;医疗技术落后、缺乏医务人员、医疗设施设备落后且不足、药品不全、医疗环境差等,导致基层医院客观上难以承担起首诊功能,也接不住上级医院下转的患者。而且,首诊在基层,康复回社区,将会大大增加基层医院的工作量,所以如果没有相应配套的激励措施,基层医院主观上是不希望建立分级诊疗体系的。

1.4.3 患者受固有观念影响,不愿意去基层医院 长期以来,基层医院技术水平低的传统观念在患者心中根深蒂固,患者对基层医院缺乏信任感与安全感,导致患者无论疾病轻、重、缓、急,就医都是去大医院找“大医生”“名医”就诊,而不去自家门口的基层医院看病。但实际上许多病并不需要到大医院才能治好,我国每百个门急诊患者中的住院人次约 4.5 人,也就意味着 95% 以上的门急诊患者是不需要进入综合医院治疗的^[10],在基层医院即可满足医疗需求。

1.4.4 医保激励约束不足 医保报销比例虽向基层医疗机构倾斜,但是倾斜力度不足,难以激励患者主动到基层医院就医。以 2016 年上海市城乡居民医保报销比例为例,门急诊报销比例:社区卫生服务中心(或者一级医疗机构),医保支付 70%;二级医疗机构,医保支付 60%;三级医疗机构,医保支付 50%;住院报销比例:社区卫生服务中心(或者一级医疗机构),医保支付 80%;二级医疗机构,医保支付 75%;三级医疗机构,医保支付 60%。另一方面,医保刚性约束也是不足的。英国的分级诊疗制度,限定公民除急诊危重症外,接受上级医疗必须经全科医生转诊,否则医保不予支付^[11],但我国医保并没有相关的约束。

2 建议

2.1 促进优质卫生资源下沉,提高基层医疗服务能力 政府应加大对基层医疗机构的卫生投入,在卫生资源配置上向基层倾斜,加快基层医疗机构软、硬件设施建设。同时,各医院通过探索区域内医联体建设,推进三级医院对基层医疗机构的对口帮扶,把三级医院信息、技术、人才、管理等优质资源下沉到基层,促进卫生资源的合理配置。此外,加快推进医师多点执业政策落地,实施全科医生制度,以激励优质的技术人员到基层工作,提高基层医院医疗技术水平。

2.2 推进财政补助方式改革 目前,财政按人头和床位对三级医院进行补助的方式,容易诱导医院扩大规模,增加床位数,不利于建立和完善分级诊疗制度,应加快推进财政补助方式改革。将按人头和床位进行补助的方式调整为差别化的财政分类补助政策,取消政府对三级医院的门诊补助,仅对急诊与住院进行补助,同时增加分级诊疗专项补助,将下转人次作为财政发放补助的考核指标之一,以提高三级医院推行分级诊疗制度的积极性。

2.3 完善医保激励约束机制 不同医疗卫生机构和不同医疗保险之间起付线和自付比的高低直接影响到参保人员的流动方向,差别化的医保报销政策可以合理地分流患者^[12]。建议医保报销向基层倾斜,适当降低基层医疗机构医保起付线,并提高医保报销比例,形成各级医疗机构间合理的医保报销梯度。同时,应严格限定报销要求:患者(急诊除外)须持有下级医院转诊单方可到上级医院就诊,符合下转标准的患者必须下转,否则不予以医保报销。通过完善医保激励(下转第 422 页)

学效果。

本研究优点:(1)采用随机对照研究,降低了各种混杂偏倚对研究结果的影响。(2)采用了一系列措施尽可能控制混杂因素对研究结果的影响,如学生入科时基线一致、带教教师的临床水平具有可比性、理论知识教学采用各组学生统一授课的方式、采用统一的评分表进行打分评估成绩、成绩评估时均采用“盲评”的方式进行等。本研究不足:(1)随着实习时间和轮转科室的增加,护生的学习状态和知识技能状态都会发生变化,这一因素可能影响研究结果。(2)教学效果评价指标过于单一,忽略了教学主体(教师、学生)的感受,未纳入学生满意度、带教教师满意度等指标。

综上所述,情景缺陷教学法及微格教学法较传统教学法能有效提高临床护生静脉输液能力,二者结合教学效果更好。

参考文献

- [1] 汪红芳,朱玲玲,寿军,等.临床护理中三种静脉给药方式分析[J].护士进修杂志,2010,25(18):1702-1704.
- [2] 朱秋明.护理差错原因剖析与防范对策[J].护士进修杂志,2000,15(2):147-148.
- [3] 李金林,刘静梅,张晓兰.临床路径在临床护理带教中的应用研究[J].护理研究,2008,22(1):83-84.
- [4] 邵春霞.实习护生静脉输液的潜在风险及防范[J].医院管理论坛,2012,29(3):51-52.
- [5] 杨丽,黎静,林颂华,等.有关实习护生静脉输液查对意识的调查研究[J].广州医药,2009,40(3):75-77.
- [6] 王念芬,杨香霞,于子旭.护生查对意识的培养与体会[J].护士进修杂志,2005,20(5):410-411.
- [7] 朱加敏,任爱玲,薛晓英.临床护理带教模式、方法现状与

展望[J].齐鲁护理杂志,2012,18(6):41-43.

- [8] 张玲,张亚斌,石凯,等.中外医学院校人文素质教育的对比研究[J].中国高等医学教育,2011,1(1):3-4,24.
- [9] 周梦雅.临床护理教学模式现状及发展趋势[J].亚太教育,2016(32):248.
- [10] 邸红军,韩慧娟,吴秋霞.情景缺陷教学法在护理操作培训中的应用效果[J].护理管理杂志,2012,12(2):124-125.
- [11] 胡勇花,黄晓华.微格教学法在心肺复苏术教学中的应用效果观察[J].护理学报,2010,17(20):29-30.
- [12] 吴志敏.微格教学-提升师范生教学技能的有效路径[J].长春理工大学学报,2011,6(2):146-152.
- [13] 周丽萍.情景模拟在手术室护生带教中的应用[J].护理研究,2005,19(27):2450-2451.
- [14] 吴秋霞,侯亚红,邸红军,等.情景缺陷教学法在助理护士培训中的应用[J].护理研究,2013,27(11):1042-1043.
- [15] 李莹爽,张振香,梅永霞,等.微格教学法在护理教育中的应用研究进展[J].中华护理教育,2016,13(7):551-553.
- [16] 李文红,黄亚玲,黄珍珍,等.微格教学法在临床护理教师课堂教学技能培训中的应用[J].护理学报,2016,23(12):13-16.
- [17] 任晋宏,侯亚红,韩慧娟.情景缺陷教学法在重症监护室专科技能培训中的应用效果[J].解放军护理杂志,2012,29(2):22-23,42.
- [18] 赵书敏,郭小叶.微格教学在护理本科生临床教师培训中的实践与效果[J].护理管理杂志,2016,16(10):734-736.

(收稿日期:2017-06-28 修回日期:2017-09-11)

(上接第 417 页)

约束机制,引导患者首诊在基层,康复回社区。

3 结 语

建立和完善分级诊疗体系有利于促进卫生资源合理配置、解决“看病难、看病烦”问题,因此,建立分级诊疗体系势在必行。而建立和完善分级诊疗体系的关键在于实现“大医院舍得放、患者愿意去、基层医疗机构愿意接且接得住”,同时充分发挥财政与医保在分级诊疗制度中的激励约束作用。

参考文献

- [1] 杨坚,卢珊,金晶,等.基于系统思想的分级诊疗分析[J].中国医院管理,2016,36(1):1-5.
- [2] 程雨蒙,常刚,刘志远.我国公立医院改革中设立药事服务费的 SWOT 分析[J].中国卫生事业管理,2011,28(12):907-908,959.
- [3] 毛文,王会,王壮志,等.三级医院功能定位研究[J].国外医学·卫生经济分册,2015,32(2):85-87.
- [4] 潘志刚,杨秉辉.浅议实行分级诊疗对三级医院的影响[J].中华全科医师杂志,2016,15(2):91-93.
- [5] 王清波,胡佳,代涛.建立分级诊疗制度的动力与阻力分析-基于利益相关者理论[J].中国卫生政策研究,2016,9

(4):9-15.

- [6] 刘建荣,武晋,秦琴,等.山西省人民医院医疗联合体在分级诊疗中的作用探析[J].中国医疗管理科学,2016,6(5):20-23.
- [7] 胡善联.医师多点执业的政策障碍与可行路径[J].中国卫生政策研究,2014,7(1):5-7.
- [8] 谢宇,杨顺心,陈瑶,等.我国医师多点执业研究综述[J].中国卫生政策研究,2014,7(1):8-13.
- [9] 周瑞,赵琨,齐雪然.我国目前分级诊疗工作中的几个关键环节探讨[J].中国全科医学,2016,19(10):1116-1119.
- [10] 甘筱青,尤铭祥,胡凯.医保报销比例差距、患者行为选择与医疗费用的关系研究——基于三阶段动态博弈模型的分析[J].系统工程理论与实践,2014,34(11):2974-2983.
- [11] 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(13):78-81.
- [12] 李艺钊,吴维民,庞家玲,等.医保基金结余现状分析与医保在分级诊疗中杠杆作用研究[J].中国初级卫生保健,2016,30(6):12-13,16.

(收稿日期:2017-06-22 修回日期:2017-08-29)