

- [5] 文信,冯先琼,郑娥.中文版护理信息系统使用行为量表的信效度检验[J].护理研究,2017,31(7):810-812.
- [6] 郑娥,杨梅,冯先琼.三甲甲等综合医院护士对护理信息系统使用行为现状及启示[J].护理研究,2018,32(6):961-965.
- [7] LIN I C, LIN C, HSU C L, et al. The usage behavior and intention stability of nurses: an empirical study of a nursing information system[J]. J Nurs Res, 2016, 24(1): 48-57.
- [8] 饶利红,安辉.思维导图在新护士护理信息系统教学中的应用[J].中国乡村医药,2017,24(15):68-69.
- [9] BRAVETTI C, COCCHIERI A, D'AGOSTINO F, et al. The assessment of the complexity of care through the clinical nursing information system in clinical practice: a study protocol[J]. Ann Ig, 2017, 29(4): 273.
- [10] CHU C H, KUO M C, WENG S H, et al. An efficient user interface design for nursing information system based on integrated patient order information[J]. Stud Health Technol Inform, 2015(225): 911-912.
- [11] LU S C, CHENG Y C, CHAN P T. Using ADDIE model to develop a nursing information system training program for new graduate nurse[J]. Stud Health Technol Inform, 2015(225): 969-970.
- [12] CHOI J, LAPP C, HAGLE M E. Developing a Web-Based nursing practice and research information management system a pilot study[J]. Cin Comp Inform Nurs, 2015, 33(9): 410-416.
- [13] 沈婷欣,陈雷.临床护理人员对护理信息的认知及应用现状[J].卫生管理, doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.11.048
- 网络首发 <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.r.20190423.1553.029.html>(2019-04-24)
- [14] LIN T C. Mobile nursing information system utilization: the task-technology fit perspective[J]. Comput Inform Nurs, 2014, 32(3): 129-137.
- [15] 刘霖,陶红,COENEN A,等.从美国医疗卫生信息和管理系统协会的调查结果分析当前信息护士的发展状况[J].中华医学图书情报杂志,2015,24(4):9-14.
- [16] HSIEH P J, LAI H M, MA C C, et al. An extended Expectation-Confirmation model for Mobile nursing information system continuance[J]. Res Theory Nurs Pract, 2016, 30(4): 282-301.
- [17] 李森,王冷,贾晓君,等.不同时期临床护士使用移动护理信息系统满意度的比较分析[J].中国护理管理,2014,14(2):150-153.
- [18] 吴玲,戴俊,池璐璐.移动护理信息系统临床护理应用的满意度及影响因素[J].护理实践与研究,2014,11(10):78-80.
- [19] 李琳,白剑英.信息能力培训助力医院护理信息化建设的实践[J].临床监护,2017,17(3):228-229.
- [20] 崔瑾,郑显兰,宋红,等.护理人员分层培训信息系统的建立与应用[J].中华护理杂志,2016,51(1):66-69.
- [21] 黄晨,潘红英.信息护士岗位的设立及实践[J].中华护理杂志,2017,52(5):546-548.
- [22] KHAJOUEI R, ABBASI R. Evaluating nurses' satisfaction with two nursing information systems[J]. Cin Comp Inform Nurs, 2017, 35(6): 307-314.

(收稿日期:2018-11-10 修回日期:2019-02-15)

中国分级诊疗实施现状研究

许雪冉^{1,2}, 孙强^{1,2△}

(1. 山东大学医药卫生管理学院, 济南 250012; 2. 国家卫生健康委员会卫生经济与政策研究重点实验室, 济南 250012)

[中图法分类号] R197

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2019)11-1977-04

分级诊疗简言之是指“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗模式,做到“小病在基层、大病到医院、康复回基层”,以实现合理的就医格局^[1]。目前中国的医疗改革正稳步推进,在国家“十三五”医改规划中,分级诊疗是今后一段时间内医改工作的重中之重^[2]。随着分级诊疗制度的全面推行,目前我国所有省(区、市)已经出台了相关方案并进行试点,虽然取得了一些成果,但是我国的分级诊疗制度仍存在问题,需进一步完善。从研究角度,急需研究和分析我国内地分级诊疗模式实施的现状和

存在的问题。

1 研究方法

本文使用中文数据库中国知网和万方数据知识服务平台,以“分级诊疗”和“实施现状”为关键词进行文献检索;使用英文数据库 PubMed 以“hierarchical diagnosis and treatment”、“hierarchical medical system”为关键词进行检索。搜集并筛选 2009—2018 年相关研究文献资料,并在相关政府网站搜索国家及各地颁布的有关推进分级诊疗的政策文件。通过文献和政策分析,研究我国在新一轮医改启动以来分级诊

疗的实施现状及存在问题,并提出进一步推进分级诊疗的建议。

2 结 果

2.1 分级诊疗实施现状

2.1.1 概况 2009 年我国启动了新一轮医改,在当年国务院出台的《关于深化医药卫生体制改革的意见》中就提出要逐渐实施分级诊疗^[3]。青海、江苏、浙江、北京、上海等省市相继开始了分级诊疗试点工作^[4]。青海省于 2013 年 10 月 1 日在全省全面实行分级诊疗,是国内率先在所有医疗机构全面实施分级诊疗制度的省份,而且分级诊疗文件出台也最早^[5],严格规定所有参保患者必须按照分级诊疗的程序就诊,若不通过逐级转诊则不能报销医疗费用。青海省在分级诊疗实施的第二年,三级医院的住院人次和医保基金支出比例较实施前分别下降 3.5% 和 2.4%,基层医疗机构分别上升了 10.0% 和 6.5%^[6]。上海市自开展全科医师规范化培训以来,效果较好,已提前实现了国家 2020 年规划目标,截至 2014 年,全市注册全科医师达到每万常住人口 2.36 名^[7]。但由于上述试点范围较小,影响不大,看病难、看病贵的问题仍未解决。目前医改进入了深水区,为了加快我国分级诊疗工作的实施,在国家“十三五”医改规划中,将分级诊疗作为医改工作的重中之重,国务院办公厅于 2015 年 9 月出台了《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》,意见提出我国到 2017 年分级诊疗政策体系要逐步完善,到 2020 年基本建立符合国情的分级诊疗制度。根据国家卫生健康委员会有关数据显示,截至 2017 年底,全国分级诊疗试点城市已达到 321 个,占地市级城市总数的 94.7%。

2.1.2 模式 总结我国内地各省市分级诊疗的经验,实施方法和侧重点虽各有不同,效果也存在差异,各种模式也在不断发展完善,但综合看来,目前我国分级诊疗可以概括为两种模式。

第一种是医疗联合体(简称医联体)模式,即由一家三级医院联合若干二级医院和基层卫生机构组成,医联体内可以共享公共资源,互认检查项目,派专家指导等^[8]。根据医联体内的合作方式的松散及紧密程度,又可细分为医院托管、医疗协作、医疗集团等三种形式^[9]。医院托管模式主要指由大型医疗机构对中小医疗机构进行直接的全面管理,但各医疗机构产权关系、职责等没有变化,以湖北省武汉市为代表^[10]。医疗协作模式指医联体内各医疗机构组成理事会统一管理,有些医联体内可以建立统一的检验、检查中心,基层卫生机构无需配备一些大型设备,检验、检查结果可以通过网络传递到各医疗机构,以上海市、福建省厦门市为代表^[11]。医疗集团模式指以一家大型医院为核心,以资金和技术为纽带对区域内的医疗机

构开展协作整合,形成医疗集团,实现医疗资源的一体化管理,以江苏省镇江市为代表^[12]。

第二种是医保主导型模式,以当地常见病为切入点,注重发挥基本医疗保险的引导和制约作用,对供方采取单病种定额付费和总额预付相结合的支付方式,对需方则规定纳入分级诊疗试点病种管理的患者报销比例高于普通疾病,不按规定转诊者降低支付比例,以甘肃省平凉市、宁夏回族自治区盐池县为代表^[13]。

第三种是网络型模式,该模式主要以老年人、慢性病患者为重点,以全科医生为基础建立综合的三级医疗网络,服务内容不仅包括传统的医疗服务,而且也重视向预防保健、康复护理等领域延伸。主要包括家庭医生签约和慢性病管理两种形式。家庭医生签约式服务是通过全科医生与服务家庭签订协议并为居民提供方便、高效的基本医疗服务,以上海市、浙江省杭州市为代表^[14]。慢性病管理式服务是以大医院专科医师、基层全科医师和健康管理者共同组成的“三师共管”以管理患者的创新机制,以福建省厦门市为代表^[15]。

以上 3 种模式细节虽有不同,但互相融合,且分级诊疗的内涵是一样的。纵观全国分级诊疗政策的运转情况,各大省分正积极探索各有特色的医疗联合体模式。总体而言,我国经过初步实行分级诊疗,取得了很多可喜的成果,比如,基层卫生机构就诊住院人数较前上升,双向转诊人次逐渐提高,三级医院住院人次有些减少^[8],患者就诊的等候时间缩短,药品等支出费用降低等等^[16]。

2.2 问题分析 分级诊疗制度自逐渐推广以来,虽然取得了一些成果,但距离分级诊疗的目标还有很大差距^[17]。有调查显示,中国医院数量平均每年增加 716 个,基层医疗机构平均每年增加 66 785 个。相比之下,而医院和基层医疗机构门诊患者的平均年增长率分别为 143% 和 6.82%^[18]。此外,在国务院办公厅出台《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》的当年,基层医疗卫生机构数量(920 770 家)占全部医疗卫生机构(983 528 家)的 93.62%,而基层医疗卫生机构诊疗人次数(434 193 万)只占全部诊疗人次数(769 925 万)的 56.39%。仅占 6.38% 的二级三级医疗机构却承担了约半数的诊疗人次,这说明我国分级诊疗实施以来,基层医疗机构建设布局已初步完成,但患者的传统就医习惯仍根深蒂固很难改变,因此分级诊疗制度仍需持续推进。以下从四个方面对我国分级诊疗的问题进行分析。

2.2.1 基层医疗机构首诊率低 分级诊疗真正要解决的问题是患者“看病难,看病贵”的问题,而在解决此问题的过程中,基层医疗机构的作用日益凸显。目

前各省市积极推进分级诊疗,鼓励患者首诊选择基层医疗机构而非全部涌向大型医院,但实施后的基层医疗机构首诊情况并不乐观,根据调查结果显示,北京市实行分级诊疗政策后,愿意到基层卫生机构进行首诊的患者占 72.32%^[19],而在上海患者基层首诊率仅为 40.4%^[20],南京市的患者社区首诊率为 82.4%^[21]。根据世界卫生组织所建议的基层医疗机构首诊率应在所有类型的机构中占到 80%^[22],可以看出南京市推行分级诊疗初见成效,患者的基层首诊率较高,在这其中,患者选择社区的主要原因分别是距离较近(57.3%)、病情较轻(45.0%)及收费较低(31.3%)。而其他省市,虽较以前已有提升,但距离分级诊疗试点工作考核评价标准尚有较大差距,主要原因是大多数患者对基层水平并不信任以及目前缺乏强制性的基层首诊制,因此基层医疗机构建设和各项制度仍需持续完善。

2.2.2 转诊不畅 分级诊疗在各地推行以来,基层首诊率虽较以前提高,然而“上转容易下转难”的问题日益显现,双向转诊和上下联动的落实成为了新的难点。根据北京市的调查结果显示,94.4%的居民没有转诊经历^[23]。上海市绝大多数患者表示愿意接受由社区转向上级医院(64.9%),而不愿意“上转下”的患者居多(53.3%)^[20]。类似的情况在南京更为明显,87%的患者不愿意转回社区继续治疗。问及原因,排在第一位的均是不相信社区的医疗技术和硬件设备,其他的原因包括费用需重新缴纳,手续繁琐等等^[21]。说明患者对基层医疗的水平了解甚少,另外转诊制度的不完善和程序的复杂也影响了患者的选择。

2.2.3 患者知晓率较低 影响分级诊疗实施的重要因素是患者传统的“有病就去大医院”的观念很难改变,另外在各地的调查中可以看出患者对分级诊疗的知晓度普遍较低,对各项制度和流程熟悉的更是少数,这直接影响了分级诊疗的进一步推进。北京市某医联体的居民中,不了解分级诊疗制度者占 54.48%^[24],江西省四家三级医院有近半数(48.14%)的患者对分级诊疗缺乏了解^[25],南京和上海这种实施分级诊疗较早的城市,分级诊疗知晓度也仅为 26.7%和 41.87%^[26],且居民了解分级诊疗的途径也相对局限,超过半数的居民仅通过社区宣传熟悉理解相关政策。这样的现状并不乐观,如何尽快让居民熟悉并认可分级诊疗制度,并转变对基层医疗机构的态度是未来工作的重点。

2.2.4 医生知晓率和转诊意识尚不足 在分级诊疗的实施过程中,医生作为主要实践者,始终起到引导和宣传的重要作用,因此,医生对于分级诊疗制度的理解及其工作行为对于分级诊疗的实施至关重要。调查发现,北京市某医联体的医生知道并且清楚分级

诊疗意义者占 78.8%,四川省某市了解分级诊疗制度的医生占 86.9%。问及实施情况,四川省市级医院有 87.57%的医生表示接受过上转的患者,其中 87.16%的医生表示所接受患者的转入形式为“自行前往我院就诊”;61.26%的医生表示不会使用下级医疗机构的检查结果;而有关下转的情况,有 25.44%的医生并没有建议符合下转情况的患者回基层治疗^[27]。重庆市各医疗机构医务人员虽知晓率较高,但仅有 74.7%的医务人员会主动向患者介绍分级诊疗^[28]。从以上情况可以看出,医生对于分级诊疗的认知程度较高,但仍缺乏积极实践的动力。从其自身行为来看,市级医院医生下转意愿较低,且对于下级医院的检查结果不信任,这和转诊程序不规范以及绩效考核方式有关,另外,分级诊疗的标准和程序不完善,医生转诊无据可依,容易导致医疗行为的不规范。

3 结论及建议

综上所述,目前中国内地各省市都在积极推进分级诊疗,基层医疗机构使用率明显提高,部分实施较好的城市已出台了详细的文件来规范分级诊疗流程。分级诊疗的主要目的是为了解决“看病难、看病贵”的问题,所以如何把大多数集中到大医院的患者分流到基层医疗机构是首先要解决的问题,但目前由于基层人才匮乏、药品供应不足、基层首诊制约性不强、三级医院难以下转以及患者对基层的不信任和传统就医习惯的影响,该问题的落实仍困难重重,且各地区实施程度差异较大,要实现在全国范围内建立起完善的分级诊疗制度的目标,难度不小。由此,提出以下建议。

3.1 健全基层首诊制,提高基层医疗水平 基层医疗水平的高低是决定分级诊疗成败的关键,而患者对基层的不信任也主要来源于基层医疗技术力量不足以及医疗资源匮乏,因此要为基层医疗机构配备与其功能定位相适应的检验检查设备,满足基层医疗机构有效诊断并为患者提供优质服务的需求。同时,人才也是基层提高服务能力的核心和关键,因此要着重加强基层医疗机构的人才队伍建设,制定政策并采取相应的激励措施引进优秀人才。尤其要注重对全科医生的培养,充分发挥全科医生在基层的作用。只有尽力使基层和大医院的医疗卫生资源平衡,才能逐步让患者正确认识和对待基层医疗,真正实现基层首诊制,缓解“看病难”的现状。

3.2 明确各级医疗机构的功能定位,规范转诊流程 各级各类医疗机构在日常工作中应形成分工合理、各司其职的局面,因此要明确各自的功能定位并完成规定范围内的任务。此外,由于没有明确的双向转诊标准和制度,导致分级诊疗在实施过程中阻碍重重。“向下转诊”既是提高医疗卫生系统效率的有效

途径,也是分级诊疗想要实现的目标之一。各级医疗机构可以建立基于病种的转诊制度,根据各级医疗机构的服务能力,综合多因素确定相应级别的诊疗病种范围,通过调整支付方式和补偿政策,引导患者到相应机构就诊。有了明确的转诊制度,医生在转诊时就有了依据,从而约束医疗机构的双向转诊,规范医生的转诊行为,提高患者对转诊的满意度。

3.3 转变患者传统观念,加强对分级诊疗制度的宣传 患者自我就诊意识过强和对分级诊疗知之甚少是阻碍分级诊疗顺利实施的主要因素,为提升分级诊疗的知晓率和基层医疗机构的利用率,可从以下两个方面入手:第一,各级卫生机构应加大宣传力度,让人人知晓分级诊疗的优越性和合理性。第二,可通过开展知识讲座、发放传单、医护人员告知等多种方式来了解患者就医意向并帮助其理解分级诊疗的流程,另外医生应提供有效建议,引导居民养成小病去基层,大病才去大医院的就医模式。只有居民正确认识分级诊疗制度才能更好地将其发展落实,宣传是发展分级诊疗制度过程中必不可少的一部分。

参考文献

[1] 郭燕红. 推进分级诊疗,构建连续健康服务[J]. 中国全科医学,2017,20(1):1-5.

[2] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见[J]. 中国乡村医药,2015(20):86-88.

[3] 余瑞芳,朱晓丽,杨顺心. 分级诊疗下基层医疗卫生机构的发展现状及建议[J]. 中国全科医学,2016,19(28):3413-3416.

[4] 赖文春,符桂林,程亚伟,等. 从卫生经济学视角探讨推行分级诊疗的阻碍与对策[J]. 卫生软科学,2016,30(9):21-23,34.

[5] 杨坚,谢添,金晶,等. 我国各省分级诊疗政策分析[J]. 中国卫生经济,2016,35(1):14-17.

[6] 李森,王蓉,宁超,等. 山西省实施分级诊疗制度的现状及其思考[J]. 中国医疗管理科学,2016,6(1):10-13.

[7] 沈晓初. 上海市构建分级诊疗制度的改革与探索[J]. 中国卫生资源,2016,19(1):1-3.

[8] 杨立成,鲍琳辉,田义娟,等. 医联体模式下构建双向转诊机制的探讨[J]. 中国医院,2015,19(7):33-35.

[9] 李亚娟. 分级诊疗模式国内外研究进展[J]. 心理医生,2017,18(23):9-10.

[10] 徐静,苗豫东,林振平,等. 三种医院和社区协作模式下医务人员认知评价的 Ridit 分析[J]. 中国卫生事业管理,2014,31(7):495-497,541.

[11] 朱嘉龙,胡弘,杜巍巍. 医院托管“汉川模式”的实践与思考[J]. 中华医院管理杂志,2015(4):246-249.

[12] 李亚运,钱东福,苗豫东. 基于因子分析法的城市医疗体系协作评价研究[J]. 中国全科医学,2016,19(19):2241-2245.

[13] 郑英,李力,代涛. 我国部分地区分级诊疗政策实践的比较分析[J]. 中国卫生政策研究,2016,9(4):1-8.

[14] 余莹. 社区卫生服务方式的创新:“家庭医生签约式服务”[J]. 劳动保障世界,2018(26):51.

[15] 杜瑶,贾慧萍,陈在余. 我国分级诊疗制度的现状与对策分析[J]. 中国药物经济学,2018,13(6):22-25.

[16] 谷小丽,殷璇,钱东福. 分级诊疗的国内外经验与实施策略分析[J]. 中国全科医学,2016,19(28):3404-3408.

[17] 郑鸿. 中国分级诊疗制度实施现状及对策建议[J]. 中国卫生产业,2017,14(14):197-198.

[18] WANG Y G, SUN L, HOU J. Hierarchical medical system based on big data and Mobile Internet: a new strategic choice in health care[J]. JMIR Med Inform, 2017, 5(3):e22.

[19] 宋海燕,叶小琴,甄诚,等. 北京市医联体内患者基层首诊意愿及其影响因素研究[J]. 中国卫生政策研究,2018,11(2):30-36.

[20] 计光跃,胡立安,史明秀,等. 上海市某区分级诊疗制度实施现状分析[J]. 中国卫生资源,2016,19(4):315-317,322.

[21] 黄琦程,陆方,陈雯,等. 医院患者对分级诊疗的认知调查及意愿分析[J]. 中国初级卫生保健,2016,30(7):1-3,34.

[22] WU D, LAM T P, LAM K F, et al. Health reforms in China: the public's choices for first-contact care in urban areas[J]. Fam Pract, 2017, 34(2):194-200.

[23] 邢春利,刘兵,贾存波,等. 医联体模式下社区居民就诊意向调查及分析[J]. 中日友好医院学报,2016,30(2):117-118.

[24] 程苏华,杨照,孙玮. 北京某医联体医患双方对分级诊疗模式认知的调查研究[J]. 医院管理论坛,2017,34(3):19-22.

[25] LIU X J, HOU Z X, TOWNE S D, et al. Knowledge, attitudes, and practices related to the establishment of the National Hierarchical Medical System (NHMS) among outpatients in Chinese tertiary hospitals [J]. Medicine (Baltimore), 2018, 97(35):e11836.

[26] 江一峰,段茗玉,周磊,等. 上海市松江区居民对分级诊疗认识状况的调查与分析[J]. 中国卫生质量管理,2016,23(5):102-104.

[27] 张太慧,周晓容,余伟,等. 医生对分级诊疗制度的知行信现状调查[J]. 卫生经济研究,2017(2):22-26.

[28] 杨婧怡,冯跃林. 重庆市医务人员分级诊疗制度认知现状调查[J]. 医学与社会,2018,31(4):4-6.