

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.16.033

新医改以来我国分级医疗体系发展现状及成效分析*

李丽清^{1,2}, 王超², 黄肖依³, 卢祖洵^{2△}

(1. 江西科技师范大学经济管理学院, 南昌 330031; 2. 华中科技大学同济医学院公共卫生学院, 武汉 430030; 3. 江西旅游商贸职业学院, 南昌 330031)

[摘要] 我国分级医疗制度探索较早, 研究内容丰富, 但发展过程曲折, 且存在较多亟待解决的问题。本文系统梳理我国分级医疗体系的发展历程, 分析新医改以来我国分级医疗体系的建设现状及成效, 明确存在的问题, 提出完善我国分级诊疗体系的合理化建议。

[关键词] 新医改; 分级医疗; 现状; 效果评价

[中图分类号] R19-0 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2021)16-2854-03

Analysis on status quo and effects of hierarchical healthcare system in our country since new medical reform*

LI Liqing^{1,2}, WANG Chao², HUANG Xiaoyi³, LU Zuxun^{2△}

(1. School of Economics and Management, Jiangxi Science and Technology Normal University, Nanchang, Jiangxi 330031, China; 2. School of Public Health, Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, Hubei 430030, China; 3. Jiangxi Tourism and Commerce Vocation College, Nanchang, Jiangxi 330031, China)

[Abstract] The hierarchical medical system in our country has been explored early, and the research contents are abundant. However, the development process is tortuous, and there are many problems that need to be solved urgently. This paper systematically arranged the development process of hierarchical medical system in our country, analyzed the current status and effects of hierarchical medical system construction since the new medical reform, explicated the existing problems, and put forward reasonable suggestions for improving the hierarchical medical system in our country.

[Key words] new medical reform; hierarchical medical system; current situation; evaluation of effectiveness

建立合理的分级医疗体系是缓解“看病难、看病贵”的关键, 其目标在于实现医疗资源的合理配置, 构建一个具备连续性及协同性的医疗卫生服务体系, 在医疗保障机制的分级引导下, 通过社区首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动、防治结合等制度, 做到合理分流患者^[1]。新医改 10 年来, 无论是在政策层面还是实践层面, 分级医疗在卫生领域中的地位越来越突出。我国先后出台多项规章制度和政策措施, 总结并推广分级医疗制度建设的成功经验, 明确我国分级医疗体系建设的方向, 但总体效果并不理想。本文将采用文献研究法、比较分析法、政策分析法, 系统回顾我国分级诊疗体系建设的发展历程, 从宏观层面分析新医改以来我国分级医疗体系的发展现状及取得的成效, 并运用定量的数据资料(资料来源于 2011—2019 年《中国卫生统计年鉴》和国家卫健委统计信息中心)从卫生费用、资源配置、疾病负担、诊疗服务等方面揭示我国分级医疗体系建设存在的问题, 并提出相应的

政策建议。

1 我国分级医疗的发展历程与现状

分级医疗在西方发达国家发展较为成熟, 被民众广泛接受。与之相比, 虽然我国分级医疗理念在医疗卫生实践中早已有涉及, 但发展历程曲折, 共经历了分级医疗雏形的形成阶段(1949—1979 年: 定点医院, 逐级转诊)、分级医疗格局的瓦解阶段(1979—1997 年: 越级诊疗, “倒三角”形成)、分级诊疗思路的重构阶段(1998—2008: 问题倒逼, 改革启动)、分级诊疗模式的推广阶段(2009 至今: 政策与实践并进)共 4 个阶段。新医改 10 年来, 我国相继出台了多项指导分级医疗体系建设的政策文件。在政策引导下, 各地结合自身发展情况, 积极探索分级医疗实践模式。在推进社区首诊、双向转诊、医联体、医共体、家庭医生签约及医生多点执业等工作中, 形成了上海的“1+1+1”家庭医生签约、厦门的“三师共管”、三明的“三医联动”、深圳罗湖的“三个共同体”及“山西县域医联体”

* 基金项目: 国家哲学社会科学基金重大项目(18ZDA085); 国家自然科学基金项目(71964015); 江西省高校人文社科项目(GL20107)。

作者简介: 李丽清(1977—), 教授, 博士, 主要从事卫生政策与管理研究。△ 通信作者, E-mail: luac6@163.com。

等多个典型模式,为推进我国分级医疗体系建设提供了丰富的实践经验。

2 新医改以来我国分级医疗体系建设效果评价

新医改以来我国对分级医疗体系建设的重视程度高、相关研究多、改革探索广、推进力度大。尽管已初步具备了分级诊疗体系建设的现实基础,但实践效果并不理想。

2.1 “大医院人满为患,基层医疗机构门可罗雀”的现象普遍存在

构建分级医疗体系旨在理顺大医院与基层医疗机构之间的关系,引导居民合理就医。然而,新医改 10 年来,我国分级医疗体系尚未有效建立,“大医院人满为患,基层医疗机构门可罗雀”的现象仍普遍存在。2010—2018 年,我国医院就诊人次数和住院人次数年均增长率为 7.31% 和 9.80%,而基层医疗机构仅为 2.57% 和 1.44%,基层医疗机构的就诊和入院人次数分别在总的就诊和总的入院人次数中占比不仅没有增加,反而平均每年以大于 1% 的速度下降,见表 1。

表 1 2010—2018 年不同医疗机构诊疗人次数和入院人次数的分布情况

年份 (年)	诊疗人次数						入院人次数					
	总计(万)	医院(万)	环比增长 (%)	基层医疗 机构	环比增长 (%)	基层占比 (%)	总计(万)	医院(万)	环比增长 (%)	基层医疗 机构	环比增长 (%)	基层占比 (%)
2010	583 800	204 000	—	361 000	—	61.87	14 174	9 524	—	3 950	—	27.87
2011	627 100	226 000	10.78	381 000	5.54	60.76	15 298	10 755	12.93	3 775	-4.44	24.67
2012	688 800	254 000	12.39	411 000	7.87	59.67	17 857	12 727	18.34	4 254	12.70	23.82
2013	731 400	274 000	7.87	432 000	5.11	59.06	19 215	14 007	10.06	4 300	1.10	22.38
2014	760 200	297 000	8.39	436 000	0.93	57.35	20 441	15 375	9.76	4 094	-4.80	20.03
2015	769 900	308 000	3.70	434 000	-0.46	56.37	21 054	16 087	4.63	4 037	-1.41	19.17
2016	793 200	327 000	6.17	437 000	0.69	55.09	22 728	17 528	8.96	4 165	3.18	18.32
2017	818 000	344 000	5.20	443 000	1.37	54.16	24 436	18 915	7.92	4 450	6.85	18.21
2018	830 802	357 738	3.99	440 632	-0.53	53.04	25 453	20 017	5.83	4 376	-1.66	17.19

数据来源:国家卫生健康委员会统计信息中心;—:无数据。

2.2 “医疗资源配置不均衡”的问题依然突出

医疗资源配置不均衡、结构不合理是我国新医改面临的主要问题。目前,我国传统的以医院为中心的卫生资源配置模式尚未改变。数据显示,在卫生事业费用拨款中,我国城市一、二、三级医院的拨款比例相差甚远^[2]。另外,不仅医疗机构间的医疗资源配置不合理,城乡间同样也存在医疗资源分配不均衡的问题。受城乡二元结构的影响,我国城乡医疗资源配置

严重失衡,其比例高达 8 : 2。大医院在医疗服务体系中居于主导地位,对卫生费用、医务人员、诊疗设备和患者等资源的“虹吸效应”明显,进一步加剧了不同级别医疗机构间卫生资源在配置结构上的不合理。尽管医院和基层医疗机构的总资产、万元以上设备、执业医师、注册护士、床位等数量均呈增长趋势(表 2),但基层医疗机构拥有的医疗资源总数远少于医院,其增长速度亦显著慢于医院。

表 2 医院与基层医疗机构资源配置差异

年份 (年)	总资产(万元)		万元以上设备数(万台)		执业医师数(万人)		注册护士数(万人)		床位数(万张)	
	医院	基层医疗 卫生机构	医院	基层医疗 卫生机构	医院	基层医疗 卫生机构	医院	基层医疗 卫生机构	医院	基层医疗 卫生机构
2010	140 544 401	19 940 442	207.70	40.55	343.84	191.39	146.88	46.65	338.74	119.22
2011	166 817 269	22 274 364	236.32	43.55	370.55	196.25	162.78	49.26	370.51	123.37
2012	173 065 676	22 761 188	272.65	43.96	405.76	205.18	183.02	52.82	416.15	132.43
2013	202 041 949	25 422 946	315.62	48.23	442.49	213.76	204.14	57.66	457.86	134.99
2014	235 039 159	28 433 286	372.29	53.26	474.17	217.68	222.23	60.39	496.12	138.12
2015	269 665 515	33 079 266	408.18	57.97	507.12	225.77	240.76	64.66	533.06	141.38
2016	303 620 852	36 586 019	460.14	64.03	541.51	235.44	261.34	69.58	568.89	144.19
2017	344 156 333	52 593 802	510.52	71.95	578.47	250.52	282.24	76.92	612.05	152.85
2018	385 141 711	55 214 801	570.58	79.22	205.35	130.51	302.08	85.24	651.97	158.36

数据来源:中国卫生统计年鉴。

2.3 双向转诊制度不完善,“上转容易、下转难”的格局尚未改变

双向转诊是分级医疗体系的重要配套措施,对于形成合理的就医秩序至关重要。尽管目前我国双向

转诊制度发展势头良好,上转和下转人数均不断增加,但我国尚未实现真正意义上的“双向”转诊,而是呈“上转容易、下转难”的单向转诊态势。下转人次数与上转人次数无论是在绝对数量还是增长率上均存

在较大差距^[3]。张明妍等^[4]对全国 14 个省(市、自治区)的双向转诊情况进行统计分析发现,2014 年我国平均每个社区卫生服务中心向上转诊为 255.0 人次,而接受上级医疗机构下转的患者仅为 49.3 人次,比例约为 5:1。在分级医疗实践模式成效较好的浙江省,2012—2018 年医疗机构上转人次由 12.67 万人次增至 80.73 万人次,下转人次由 3.27 万人次增至 15.42 万人次,上转与下转人次数的比例由 4:1 扩大到 6:1,二者之间的绝对人次差值由 9.4 万增加到 71.88 万(图 1)^[5]。甚至在全国其他部分地区,例如天津市河北区、湖北省十堰市、湖北省武汉市黄陂区、湖南省长沙市、江苏省无锡市、浙江省温州市、广西南宁市,其下转率不足 3%^[4]。

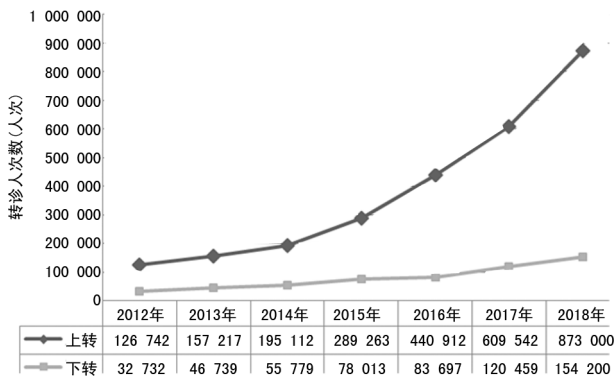


图 1 2012—2018 年浙江省双向转诊人次变化统计图

2.4 慢性病患者增加,疾病负担过重

我国已进入慢性病的高负担期且“拐点”尚未出现,呈现出“患病人数多且呈年轻化、患病时间长、医疗负担重”等特点。据资料显示,目前我国已确诊的慢性病患者高达 3 亿人,约占总人口的 21.5%^[6]。高血压调查数据显示,2012—2015 年,我国 18 岁及以上居民高血压患病率为 23.2%,2017 年上升到 25.2%,患病人数达 2.7 亿^[7]。第 9 版《全球糖尿病概览》表明,我国 20~79 岁居民糖尿病患者人数高达 1.164 亿,居全球第一^[8]。《中国心血管疾病防治现状蓝皮书》数据显示,我国现有心血管病患者人数约 2.9 亿,中国心血管病死亡人数从 1990 年的 250 万余人上升至 2016 年的近 400 万人,粗死亡率从 220.8/10 万人上升到 290.8/10 万人^[9]。慢性病的高发病率和致残致死率也给患者个人、家庭和社会均带来沉重的经济负担。世界卫生组织报告称,我国用于慢性病防治的费用(绝大部分是治疗费用而不是预防费用)占卫生总费用的 80%,远超过传染病和其他伤害的疾病负担^[10]。

3 小 结

与国外较为成熟的分级诊疗模式相比,我国对分级诊疗模式的探索与实践起步较晚。但经过近 20 年的探索与发展,我国在优化医疗资源配置、促进医疗机构协作、规范患者就医秩序等方面取得了一定的效果,但在引导患者基层首诊、促进双向转诊、减轻慢性病患者疾病负担等方面的效果不佳。为进一步完善和发展我国分级医疗体系,本研究认为提高医疗资源

配置效率,加大基层投入力度;建立严格的社区首诊制度,促进分级就医理念的形成;完善双向转诊制度,保障转诊渠道通畅;发挥医保的规制作用,形成规范的就医秩序;强化基层慢性病管理功能,完善重大疾病防控体系等政策与建议是提高分级医疗成效的有效路径。

总之,新医改 10 年来,无论是在政策层面还是实践层面,分级医疗在卫生领域中处于越来越重要的位置。我国先后出台多项规章制度和政策措施,总结和推广分级医疗制度建设的成功经验,为我国分级医疗体系建设提供了发展方向。但在分级医疗的具体实施过程中,仍存在较多问题,实施效果尚不理想。在深化医药卫生体制改革的过程中,分级医疗制度的探索要结合顶层设计,按照“基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治”的要求,统筹协调各部门积极参与,持续加强基层医疗机构服务能力建设。

参考文献

- [1] 李祎,白继庚,程景民,等. 推进分级诊疗有效落实的策略研究[J]. 中国社会医学,2016,33(4): 305-307.
- [2] 罗小芳,许盈盈,张少敏. 基于省会城市的中国医疗资源递减配置及其制度分析[J]. 创新,2011,5(2):33-36,49.
- [3] 申颖,黄为然,纪舒好,等. 1997—2017 年我国双向转诊现状和效果及问题的系统评价[J]. 中国全科医学,2018,21(29):3604-3610.
- [4] 张明妍,丁晓燕,高运生. 我国社区卫生服务机构服务能力现状、问题及对策[J]. 中国卫生事业管理,2016,33(9):654-656,681.
- [5] 周聪. 我国分级医疗制度建设研究[D]. 南京大学,2019.
- [6] 武留信,朱玲,陈志恒,等. 健康管理蓝皮书:中国健康管理与健康产业发展报告(2018)[M]. 北京:社会科学文献出版社,2018.
- [7] 国家卫生计生委疾病预防控制局. 中国居民营养与慢性病状况报告(2015)[M]. 北京:人民卫生出版社,2015.
- [8] International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas:9th edition 2019[EB/OL]. [2021-07-27]. <https://www.diabetesatlas.org/en/sections/demographic-and-geographic-outline.html>
- [9] 国家卫生健康委员会医疗管理服务指导中心. 中国心血管疾病防治现状蓝皮书[M]. 北京:人民卫生出版社,2018.
- [10] 李培林,魏后凯. 中国扶贫开发报告 2016[R]. 北京:社会科学文献出版社,2016.