

基于医生视角的四川省基层医疗服务能力现状及影响因素分析

路冰清^{1*} 曾文麒² 陶文娟² 罗义威² 文 进²

1. 四川大学华西医院中国循证医学中心 四川成都 610041

2. 四川大学华西医院医院管理研究所 四川成都 610041

【摘要】本研究基于欧洲基层卫生质量和成本中心(Quality and Costs of Primary Care in Europe, QUALICOPC)基层医疗调查问卷(医生问卷),采用多阶段抽样方法在四川省基层医疗机构开展实证研究。研究发现,四川省基层医疗机构在“可及性”、“连贯性”、“协调性”、“综合性”、“质量”、“效率”和“公平性”7个维度中,能力得分最高的为“公平性”,最低的为“协调性”。不同地区之间的“可及性”和“效率”有统计学差异。医生性别、医疗机构的地理位置及当地经济是基层医疗机构服务能力的影响因素。因此,四川省需要进一步加大对基层医疗机构的支持力度,促进上下级医疗机构的联动。

【关键词】基层医疗; QUALICOPC; 医疗服务; 服务能力; 医生视角

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.08.005

Analysis of the current status of primary medical service capacity and its influencing factors in Sichuan province based on doctors' perspective

LU Bing-qing¹, ZENG Wen-qi², TAO Wen-juan², LUO Yi-wei², WEN Jin²

1. Chinese Evidence-based Medicine Center, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu Sichuan 610041, China

2. Institute of Hospital Management, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu Sichuan 610041, China

【Abstract】 This study was conducted based on the primary health care questionnaire, with doctors as subjects, developed by the European center for Quality and Cost of Primary health Care (QUALICOPC), which uses a multi-stage sampling method to carry out empirical research in primary/grassroots healthcare institutions in Sichuan province. The study found that Sichuan province's primary healthcare institutions have the highest ability scores in the seven dimensions of “accessibility”, “coherence”, “coordination”, “comprehensiveness”, “quality”, “efficiency”, and “equity”. It was found that the institutions performed best in terms of “equity” than in “coordination”, i. e. 0.63 ($SD=0.20$) against 0.01 ($SD=0.14$), respectively. There were statistical differences in “accessibility” and “efficiency” between different regions. The gender of doctors, the geographical location of medical institutions and the local economy were the influencing factors of the primary health care serviceability. Therefore, it is suggested that Sichuan Province should further increase the support of lower-level primary healthcare institutions and put much attention to poverty-stricken areas while improving the correlation coefficient in medical serviceability between urban and rural areas as well as between regions with different economic situations.

【Key words】 Primary healthcare; QUALICOPC; Medical services; Service capability; Doctors' perspective

在我国,基层医疗机构占我国医疗机构总数的93%以上,其在改善患者就医流向、降低卫生支出以及提高卫生体系服务效率方面发挥着重要作用。^[1,2]基层医疗卫生服务能力不足会导致三级医院负担过

重,同时基层医疗资源被浪费。^[3,4]近年来,国家和地方政府相继出台一系列支持基层卫生事业发展的政策措施和加强基层卫生服务能力建设的措施和办法,包括推广适宜技术、推进双向转诊、鼓励多点执

* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(71874115);四川省科技厅项目(2018KZ0046)

作者简介:路冰清,女(1992年—),硕士研究生,主要研究方向为循证决策与管理。E-mail: lubingqing2018@163.com

通讯作者:文进。E-mail: huaxiwenjin@163.com

业、推进医联体建设等。^[4]这些政策的出台,为基层卫生事业的发展提供了强大的思想基础和政治保证。但目前对中国基层医疗机构服务能力的现状尚缺乏清晰全面的认识。国内以往关于基层医疗机构服务能力现况的研究主要以县或市的基层医疗机构为研究对象^[5-9],且大多从患者角度出发^[10-14],缺乏基于医师视角的基层医疗机构服务能力评价研究。医生作为医疗服务的提供者和医疗行业的直接观察者,其对医疗机构服务能力的评价具有重要意义。

欧洲基层医疗质量和成本中心(Quality and Costs of Primary Care in Europe, QUALICOPC)基于“结构—过程—结果”理论构建了欧洲基层医疗质量和成本中心(QUALICOPC)基层医疗现状调查问卷,包括医生问卷、患者问卷和调查机构问卷三部分,旨在从质量、公平性和成本来评估欧洲初级保健系统服务能力。2010—2013年QUALICOPC使用此问卷在34个国家开展了初级保健系统能力研究,其中包括27个欧盟国家、冰岛、挪威、瑞士、土耳其、澳大利亚、以色列和新西兰。^[15]

本研究使用QUALICOPC基层医疗现状调查(医生问卷)对四川省基层医疗机构医生进行问卷调查,从医生角度评估四川省基层医疗服务能力,并按不同经济发展地区分类进行比较、分析。以了解基于医生视角的四川省基层医疗服务能力现状及影响因素,发现基层医疗发展短板及着力点,为分级诊疗制度的顺利推进和促进基层卫生事业的发展提供科学依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本研究采用多阶段抽样法,对四川省基层医疗机构医生进行横断面调查。第一阶段,按照地区生产总值(GRP)将四川省下属18个地级市和3个自治州分为三个经济等级,从每个经济等级中随机抽取2个市(州),即高GRP地区的成都市、德阳市,中等GRP地区的内江市、遂宁市,低GRP地区的广元市、阿坝藏族自治州。第二阶段,从每个市(州)随机抽取2个区(县)。第三阶段,从每个区县随机抽取两个社区卫生服务中心及两个乡镇(街道)卫生院(成都市武侯区无乡镇(街道)卫生院,因此抽取了四个社区卫生服务中心;阿坝州黑水县无社区卫生服务中心,因此抽取了四个乡镇(街道)卫生院),共抽取48家基层医疗机构。第四阶段,从每个机构中选取不少于6名执业医师进行调查(机构内执业医师不足6人时,全部纳入研究)。2017年11月—2018年2月采用问卷调查法共调查319名基层医生。

1.2 调查工具

使用欧洲基层医疗质量和成本中心(QUALICOPC)开发的基层医疗现状调查(医生问卷),通过讨论和专家咨询将其翻译并对部分条目进行调整,使其更适用于中国。该问卷从“结构”、“过程”和“结果”3个层面评价基层卫生服务能力,包括54个条目对应9个核心维度。其中“结构”层面包括“基层医疗的经济状况”和“基层医疗的人力发展情况”两个维度,各对应3个条目。“过程”层面包括“基层医疗的可及性”(简称“可及性”)、“基层医疗的连贯性”(简称“连贯性”)、“基层医疗的协调性”(简称“协调性”)和“基层医疗服务的综合性”(简称“综合性”),其中“可及性”是指患者获取医疗服务时在时间、距离、经济方面的便捷程度,对应6个条目;“连贯性”是指医患相互信任合作关系的稳定程度,对应8个条目;“协调性”是指针对每一病人个体需求而进行的协作、整合医疗卫生服务的能力,对应10个条目;“综合性”是指医疗机构为患者提供融医疗、预防、康复和健康促进于一体的综合性服务的能力,对应11个条目。“结果”层面包括“基层医疗质量”(简称“质量”)、“基层医疗效率”(简称“效率”)和“医疗卫生公平性”(简称“公平性”),其中“质量”是指医疗预防机构的工作质量,对应3个条目;“效率”是指医疗预防机构的工作效率,对应6个条目;“公平性”是指医院及医生对患者一视同仁的程度,对应4个条目。依据欧洲基层卫生质量和成本(QUALICOPC)的理论基础及西方学者的实证研究基础^[16-19],本研究主要从“可及性”、“连贯性”、“协调性”、“综合性”、“质量”、“效率”和“公平性”七个维度来描述医生对基层卫生服务能力指数(Capacity index, CI)的评价。能力指数(CI)的计算方法为:根据QUALICOPC的国际研究标准,将所有变量赋值为-1(差)到+1(优)的统一比例,将好的评价赋以正值,将不好的评价赋以负值。对于二分类变量(如“是/否”等),分别指定值(+1)或(-1)。对于按序次标度测量的变量,即具有两个以上答案的问题,给出了从(-1)(差)到(+1)(优)的值,另给出了中间值(-0.5),(0),(+0.5)。然后将同一维度的各个条目得分求得算数平均数,即为该维度的能力指数(CI)得分。

1.3 统计分析方法

本文对医生人口学特征和各维度能力指数进行统计描述,对于连续性变量采用平均值和标准差,对于分类变量采用频数和百分比。对不同地区的各个维度能力得分进行对比,若数据满足正态性和方差

齐性,则采用方差分析法;若数据不满足正态性或方差齐性,则采用 Kruskal-Wallis 秩和检验。采用多重线性回归探索医生的相关变量对基层医疗机构服务能力的影响。均采用双侧检验,以 $\alpha = 0.05$ 作为检验水准。所有统计分析均使用 SPSS23.0 统计软件。

2 结果

2.1 调查医师人口学特征

本研究共调查了 319 名基层医师。其中,女性医师的比例 50.2%;医师的平均年龄为 39.40 岁($SD = 12.09$);平均工作年限达 17.21 年($SD = 12.26$);医师专科类型主要为全科医师(49.2%)和中医医师(35.1%);本科及以上学历的医师占 41.1%;50.2%

表 1 调查医师人口学特征/n,%

项目	合计	经济发达地区	经济中等地区	经济欠发达地区
合计	319 (100)	107 (33.5)	115 (36.1)	97 (30.4)
性别				
男	159 (49.8)	49 (45.8)	57 (49.6)	53 (54.6)
女	160 (50.2)	58 (54.2)	58 (50.4)	44 (45.4)
年龄(岁)				
0~	75 (23.5)	26 (24.3)	32 (27.8)	17 (17.5)
30~	96 (30.1)	36 (33.6)	32 (27.8)	28 (28.9)
40~	89 (27.9)	27 (25.2)	34 (29.6)	28 (28.9)
50~	59 (18.5)	18 (16.8)	17 (14.8)	24 (24.7)
工作年限(年)				
0~	157 (49.2)	54 (50.5)	61 (53.0)	42 (43.3)
15~	162 (50.8)	53 (49.5)	54 (47.0)	55 (56.7)
医师专科类型				
全科医师	157 (49.2)	55 (51.4)	52 (45.2)	50 (51.5)
中医医师	112 (35.1)	35 (32.7)	46 (40.0)	31 (32.0)
专科医师	50 (15.7)	17 (15.9)	17 (14.8)	16 (16.5)
教育程度				
本科以下	188(58.9)	56(52.3)	75(65.2)	57(58.8)
本科及以上	131(41.1)	51(47.7)	40(34.8)	40(41.2)
职称				
初级职称	160(50.2)	51(47.7)	67(58.3)	42(43.3)
中级职称	115(36.1)	46(43.0)	33(28.7)	36(37.1)
高级职称	44(13.8)	10(9.4)	15(13.0)	19(19.6)
是否出生在本地范围内				
是	240(75.2)	67(62.6)	96(83.5)	77(79.4)
否	79(24.8)	40(37.4)	19(16.5)	20(20.6)
就业医疗机构所在位置				
城市	136 (42.6)	51 (47.7)	51 (44.3)	34 (35.1)
农村	183 (57.4)	56 (52.3)	64 (55.7)	63 (64.9)

的医师职称为初级;在就职机构所在的辖区内出生的医师占 75.2%,主要分布在经济发达地区(成都市、德阳市)。(表 1)

2.2 各维度分析

在调查的 48 家基层医疗机构中,能力指数的平均值分别为:“可及性”0.55 ($SD = 0.20$),“连贯性”0.40 ($SD = 0.16$),“协调性”0.01 ($SD = 0.14$),“综合性”0.34 ($SD = 0.09$),“质量”0.47 ($SD = 0.37$),“效率”0.38 ($SD = 0.13$),“公平性”0.63 ($SD = 0.20$)。

对不同经济发展地区各个维度的能力指数进行统计描述和差异性检验,结果见表 2。不同经济发展地区中“可及性”和“效率”有统计学差异($P < 0.05$)。

表 2 不同经济发展地区各个维度比较

项目	经济发达地区	经济中等地区	经济欠发达地区	统计量	P
可及性	0.60 ± 0.18	0.56 ± 0.18	0.49 ± 0.22	11.86	0.003
连贯性	0.41 ± 0.18	0.42 ± 0.16	0.38 ± 0.16	2.07	0.128
协调性	0.00 ± 0.14	0.02 ± 0.14	0.00 ± 0.14	2.31	0.315
综合性	0.33 ± 0.09	0.34 ± 0.09	0.34 ± 0.09	2.70	0.260
质量	0.47 ± 0.44	0.49 ± 0.33	0.44 ± 0.34	1.66	0.436
效率	0.34 ± 0.14	0.37 ± 0.11	0.42 ± 0.12	22.43	<0.001
公平性	0.60 ± 0.21	0.65 ± 0.19	0.66 ± 0.20	5.50	0.064

注:7 个维度中仅“连贯性”能力指数满足正态性和方差齐性,故“连贯性”的假设检验采用方差分析法,其余各维度采用 Kruskal-Wallis 秩和检验

2.3 多重线性回归分析

为了进一步探究医生特征对基层医疗机构医疗服务能力的影响,通过进行多重线性回归发现,与女医师相比,男医师的“连贯性”更好($P = 0.039$)。与未在就职机构所在辖区本市内出生的医师相比,出生在本市范围内的医师对就职医疗机构的“可及性”评价更低($P = 0.043$);与农村相比,位于城市的基层医疗机构的“可及性”更好($P < 0.001$);但“综合性”、“效率”和“公平性”更差($P < 0.05$)。与经济欠发达地区相比,经济发达地区和经济中等地区的“效率”更低($P < 0.05$)。变量赋值表和多重线性回归结果见表 3 和表 4。

表3 多重线性回归变量赋值表

影响因素	变量	赋值
性别	X ₁	0 = 女, 1 = 男
年龄	X ₂	0 = 0 ~ , 1 = 30 ~ , 2 = 40 ~ , 3 = 50 ~
工作年限	X ₃	0 = 0 ~ , 1 = 15 ~
医师专科类型	X ₄	0 = 非中医医师, 1 = 中医医师
	X ₅	0 = 非专科医师, 1 = 专科医院
教育程度	X ₆	0 = 本科以下, 1 = 本科及以上
职称	X ₇	0 = 非中级职称, 1 = 中级职称
	X ₈	0 = 非高级职称, 1 = 高级职称
是否出生在本地范围内	X ₉	0 = 否, 1 = 是
医疗机构所在位置	X ₁₀	0 = 农村, 1 = 城市
地区收入水平	X ₁₁	0 = 非经济中等地区, 1 = 经济中等地区
	X ₁₂	0 = 非经济发达地区, 1 = 经济发达地区

表4 医生特征变量与医疗机构服务能力的多重线性回归分析

变量	可及性		连贯性		协调性		综合性		质量		效率		公平性	
	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P
性别(男)			0.116	0.039										
年龄														
工作年限(>15年)														
医师专科类型														
全科医师														
中医医师														
专科医师														
教育程度(本科及以上)														
职称														
初级职称														
中级职称														
高级职称														
是否出生在本地范围内(是)	-0.108	0.043												
医疗机构所在位置(城市)	0.333	<0.001					-0.159	0.005			-0.139	0.012	-0.115	0.042
地区收入水平														
经济欠发达地区														
经济中等地区											-0.174	0.007		
经济发达地区											-0.281	<0.001		

3 讨论与建议

3.1 四川省基层医疗机构“公平性”“可及性”较好

本研究结果显示,四川省基层医疗机构的“公平性”和“可及性”较好。医疗服务公平性是指医院及医生对患者一视同仁的程度。卫生公平性的原则是消除不同经济水平和社会阶级人群之间获得医疗卫生服务的差别,重点是要改善经济上或社会上弱势的人群。^[20]本研究通过医生对不同患者群体(不同经济状况、不同年龄阶段、不同地域、不同保险现状等)的接收、诊疗行为来评价医疗服务公平性(如能

否为不能支付费用的患者提供医疗服务;对于接收新患者是否有限制等)。医疗服务可及性是指患者需求与医疗服务体系满足其需求的能力之间的吻合程度。^[21]本研究从医疗机构密度、医疗机构开放时间以及患者能否支付地起医疗费用三个方面来评价四川省基层医疗机构的距离可及性、时间可及性及经济可及性。

四川省基层医疗机构的“公平性”和“可及性”表现较好的部分原因如下:一是近年来国家和当地政府大力发展基层卫生事业。2006年发布的《农村卫生服务体系建设和发展规划》中提出“以完善农村卫

生机构功能和提高服务能力为核心,以乡(镇)卫生院建设为重点,健全县、乡、村三级卫生服务网络,从整体上为提高农民的健康水平提供保障条件”的发展目标。^[22]2012年,党的十八大报告中特别强调要以基层为重点,按照“保基本、强基层、建机制”的要求,重点推进医药卫生体制综合改革,健全基层三级医疗卫生服务网络和城市社区卫生服务体系,完善国民健康政策,为群众提供安全有效方便价廉的公共卫生和基本医疗服务。基本医疗卫生制度和基层卫生服务网络建设切实推动了基层卫生事业的发展,促进了基本医疗卫生服务的公平可及。二是新型农村合作医疗政策有效减轻了参合患者的费用负担,改善了低收入人群就医的可及性和公平性。^[23,24]

3.2 进一步推进分级诊疗和双向转诊,改善基层医疗机构“协调性”和“效率”

四川省基层医疗机构的“协调性”表现最差,上下级医疗机构的联动互通欠佳,如仅 57.3% 的基层医生会为所有转诊病人开具附有诊疗信息的转诊单,仅 29.0% 的基层医生在自己的病人转诊到上级医疗机构后被告知该病人后续的诊疗结果。中国医疗服务体系的碎片化是基层医疗机构“协调性”差的重要原因。中国的医院和基层医疗机构独立运作,处于竞争状态,不能为患者提供连续的、整体的健康服务。^[25,26]在此背景下,党的十八大提出合理配置医疗资源,构建分级诊疗服务体系的要求。2014年四川省卫生计生委在《关于建立完善分级诊疗制度的意见》中对双向转诊的制定标准、转诊程序都做了较为详细的规定。^[27]2015年国务院办公厅进一步发布关于推进分级诊疗制度建设的指导意见(国办发[2015]70号)。^[28]但从本研究的结果看政策的实施未达到预期效果;分级诊疗和双向转诊的进一步落地需要加强对基层医疗卫生机构的技术、能力支持,并积极调动上下级医师的主观能动性。

另一方面,研究结果表明四川省医疗机构“效率”一般,且经济更发达的地区低于经济欠发达地区,城市地区低于农村地区。城市尤其是经济发达的城市(如成都市)拥有更多的优质医疗资源,医疗机构密度大,导致这些地区患者更多的就诊于大型医院,而基层医疗机构服务量低。因此进一步落实分级诊疗和双向转诊同样是提升基层医生工作效率的重要途径。

3.3 医疗资源向农村和欠发达地区适当倾斜,改善城乡间、地区间差距

研究结果还表明虽然四川省基层医疗机构“可及性”较好,但城市与农村、经济欠发达地区与经济更发达地区之间存在统计学差异。可能有以下几方面原因:第一,四川省农村地区尤其经济欠发达的农村医疗机构密度低、交通相对不便利;第二,农村地区乡镇卫生院夜间、周末就诊可及性差;第三,农村地区患者经济能力不足。由此可见县、乡、村三级卫生服务网络仍有较大的发展空间。据此提出几点建议:一是增加农村地区医疗机构密度;二是增加农民经济收入;三是医疗资源适当向贫困地区(家庭)倾斜。

综上所述,四川省基层医疗机构在医疗“可及性”、“公平性”方面取得较好表现。但需要进一步加强基层医疗机构的技术和能力支持,提升上下级医师的主观能动性,以促进上下级医疗机构的联动。此外增加对贫困地区的关注,为这些地区健全医疗卫生体系、引入医疗卫生人才、增加农民收入是改善其医疗能力的关键。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 牛亚冬,张研,叶婷,等.我国基层医疗卫生机构医疗服务能力发展与现状[J].中国医院管理,2018,38(6):35-37,41.
- [2] 马爱军,王橙,张蕾,等.成都市基层医疗卫生机构医疗服务能力相关影响因素分析[J].现代预防医学,2018,45(9):1603-1607.
- [3] 郭蓉,张栋.分级诊疗模式下的基层医疗服务改革探究[J].中国医药指南,2016,14(18):295.
- [4] 王喆,王冬梅,华维斯.医改新形势下提升基层医疗服务能力的对策建议[J].中国全科医学,2017,20(S3):270-272.
- [5] 伍佳,雷弋,廖晓阳,等.成都市基层医疗机构医技服务能力现状的调查分析[J].华西医学,2017,32(08):1149-1152.
- [6] 金音子,何莉,岳大海,等.安徽省肥西县基层卫生服务能力提升改革及其成效[J].中国卫生政策研究,2015,8(10):13-18.
- [7] 林淑周.提升基层医疗卫生机构服务能力研究——以福州市为例[J].福建行政学院学报,2017(6):29-38.
- [8] 王橙,张蕾,喻雪双,等.成都市基层医疗卫生机构服

- 务能力现状研究——基于基本医疗服务提供视角[J]. 卫生经济研究, 2018(4): 48-51.
- [9] 马爱军, 王橙, 张蕾, 等. 成都市基层医疗卫生机构医疗服务能力相关影响因素分析[J]. 现代预防医学, 2018, 45(9): 1603-1607.
- [10] 陈云杰. 基于患者满意度感知的基层医疗服务质量评价研究[J]. 价值工程, 2013(26): 163-165.
- [11] 张靓, 董恒进, 郜琳, 等. 居民就诊意愿与基层医疗服务能力研究——以浙江兰溪为例[J]. 卫生经济研究, 2016(8): 19-22.
- [12] 徐晓燕, 王万舒, 许慧清, 等. 温州市基层医疗服务机构老龄人口的服务状况调查研究[J]. 数理医药学杂志, 2018, 31(7): 1018-1020.
- [13] 李志建, 马进. 居民对基层医疗服务满意度的实证研究——基于上海市居民问卷调查的数据分析[J]. 调研世界, 2012, (8): 15-19.
- [14] 王海雯, 张金霞, 蔡晓珊, 等. 安徽省农村居民对基层医疗服务信任度及其影响因素调查[J]. 中华全科医学, 2016, 14(10): 1713, 1715-1722.
- [15] Schafer W L, Boerma W G, Kringos D S, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care[J]. BMC family practice, 2011, 12: 115.
- [16] Eide T B, Straand J, Bjorkelund C, et al. Differences in medical services in Nordic general practice; a comparative survey from the QUALICOPC study[J]. Scand J Prim Health Care, 2017, 35(2): 1-10.
- [17] Hoffmann K, Wojczewski S, George A, et al. Stressed and overworked? A cross-sectional study of the working situation of urban and rural general practitioners in Austria in the framework of the QUALICOPC project[J]. Croat Med J, 2015, 56(4): 366-374.
- [18] Oleszczyk M, Krzton-Krolewiecka A, Schafer WLA, et al. Experiences of adult patients using primary care services in Poland - a cross-sectional study in QUALICOPC study framework[J]. BMC Fam Pract, 2017, 18(1): 93.
- [19] Schafer WL, Boerma WG, Kringos DS, et al. Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries[J]. Qual Prim Care, 2013, 21(2): 67-79.
- [20] 何达, 王贤吉, 金春林. 发展社会办医, 促进卫生体系的服务效率与公平性[J]. 中国卫生资源, 2017(2): 88-91.
- [21] Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction[J]. Medical care, 1981, 19(2): 127-140.
- [22] 卫生部, 国家中医药管理局, 国家发展和改革委员会, 财政部. 农村卫生服务体系建设和发展规划[Z]. 2006.
- [23] 段丁强. 社会经济因素相关的农村居民医疗服务利用公平性[J]. 医学与哲学, 2012, 33(3A): 52-54.
- [24] 谢小平, 王从从, 魏强, 等. 基本医疗卫生制度对居民基本医疗服务可及性和利用的影响: 基于甘肃的个案研究[J]. 中国卫生经济, 2010(3): 23-25.
- [25] Yip W, Hsiao W. Harnessing the privatisation of China's fragmented health-care delivery[J]. Lancet, 2014, 384(9945): 805-818.
- [26] Tang W, Wei L, Zhang L. Analysing a Chinese regional integrated healthcare organisation reform failure using a complex adaptive system approach[J]. Int J Integr Care. 2017, 17(2): 3.
- [27] 四川省卫生计生委. 关于建立完善分级诊疗制度的意见[Z]. 2014-08-18.
- [28] 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[Z]. 2015.

[收稿日期:2018-09-08 修回日期:2019-07-19]

(编辑 刘博)