

影响我国分级诊疗制度推进的关键问题研究

李文敏^{1*} 李文志¹ 曾祥英²

1. 湖北大学政法与公共管理学院 湖北武汉 430062

2. 湖北大学校医院 湖北武汉 430062

【摘要】目的:从问题的重要性与可解决程度两个维度,评价影响我国分级诊疗制度推进的关键问题,为下一步的政策制定提供决策参考。方法:通过文献回顾,系统性收集和筛选了77篇相关文献,在此基础上归纳出影响我国分级诊疗制度推进的20个问题;同时运用德尔菲法和层次分析法,构建相应的评价指标体系;对这20个问题的重要性与可解决性进行评价,最后运用变异系数法确定影响我国分级诊疗制度推进的关键问题。结果:将全科医生急缺且服务能力不足、医师多点执业制度的不完善阻碍医生自由流动以及现行财政投入机制不利于分级诊疗的推行这三个问题列为关键问题。结论:建议通过改革全科医学教育,解除医师自由执业的政策束缚,大力支持基层民营医疗机构的发展,构建基层医疗机构与上级医院之间的协作制约关系等政策来解决当前分级诊疗制度所面临的关键问题。

【关键词】分级诊疗制度;重要性;可解决性;关键问题

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.10.002

Research on the key issues affecting the promotion of hierarchical medical system in China

LI Wen-min¹, LI Wen-zhi¹, ZENG Xiang-ying²

1. School of Politics&Law and Public Administration, Hubei University, Wuhan Hubei 430062, China

2. School hospital of Hubei University, Wuhan Hubei 430062, China

【Abstract】Objective: To conduct a two-dimensional analysis on the key issues that affect the promotion of hierarchical medical system in China, whereby the two dimensions being taken into consideration are the imminence and solvability of the issue, so as to provide reference for the future decision-making on the policy formulation. Methods: 77 papers were systematically collected and 20 issues that may be hindering the hierarchical medical system in China were summarized through the literature review. The imminence and solvability of each issue under cause were evaluated through Delphi method and analytic hierarchy process (AHP). Finally, the key issues hobbling hierarchical medical system were listed by using the variation coefficient method. Results: Research results confirmed that the three issues found to be the key issues include the acute shortage and insufficient service capacity of general practitioners, imperfect physician multi-point practice system which hinders the free flow of doctors, and the current financial input mechanism which is not conducive to the implementation of graded diagnosis and treatment in China. Conclusion: In order to promote hierarchical medical system, suggested are the general practice education reform, stopping the policy restrictions to the doctors' free flow, strongly advocating for the development of primary private healthcare institutions, and constructing the cooperative and restrictive relationship between primary healthcare institutions and higher level hospitals.

【Key words】 Hierarchical medical system; Significance; Solvability; Key issues

分级诊疗制度是我国医疗卫生体制改革的重要举措之一。但是,迄今为止,分级诊疗制度的推行仍然面临各个方面各个层次的问题。分级诊疗系统是一个多因素交互影响的系统,关于影响我国分级诊

* 基金项目:国家自然科学基金(71203058)

作者简介:李文敏,女(1975年—),博士,教授,主要研究方向为卫生政策与医院管理。E-mail: wenminli@hubu.edu.cn

通讯作者:曾祥英。E-mail:1501457745@qq.com

疗制度推进问题现有研究较为庞杂,包括全科医生建设不足、医生多点执业受阻、财政供给机制等涉及到医疗卫生系统的体制障碍、机制障碍、资源不足等多个层面的问题^[1-3],鉴于资源和时间的有限性,我国现阶段出台的政策难以同时解决所有存在的问题,这就需要在构建政策问题时凝练出主要问题和次要问题,以促进分级诊疗制度在我国的进一步推进。

本文系统回顾了近 5 年来关于我国分级诊疗制度实施方面的 77 篇研究成果,归纳总结出影响分级诊疗制度推进的 6 个方面 20 个问题,通过层次分析法对这些问题进行重要性和可解决程度的综合评价,最终将综合指数最高的三个问题确定为影响分级诊疗制度推进的关键问题。

1 资料来源

1.1 文献资料概况

1.1.1 文献纳入和排除标准

纳入标准:①文献包含分级诊疗制度的研究;②研究对象为中国。排除标准:①研究类型为非现况研究;②重复发表的文献,包括中文文献翻译后的英文文献。

1.1.2 文献筛选和数据提取

本文在维普信息资源系统、万方数据库、人大复印资料中以“分级诊疗+困境”、“分级诊疗+问题”、“分级诊疗+影响因素”、“分级诊疗+难点”等关键词检索近五年的相关文献。根据纳入条件对检索数据库获得的文献进行初筛,包括阅读文题、摘要、关键词。然后,对初筛后的文献进行全文阅读,根据排除标准进行二次筛选。全程由两名研究人员分别独立进行,存在争议时征求第三名研究人员意见,最后达成一致。筛选后得到文献 77 篇,其中研究方法以定性研究为主,共有 52 篇(67.5%);定性为主,引用少量数据展开论述的有 15 篇(19.5%);定性定量相结合且有统计处理的 10 篇(13%)。数据提取过程由两名研究人员独立进行,从最终纳入的文献中摘录第一作者、存在的主要问题等研究结果。

1.2 文献质量评价

对纳入的横断面研究采用美国卫生保健质量与研究机构(Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)推荐的横断面研究质量评价标准^[4]进行评估。由于分级诊疗制度的研究方法较为零散,纳

入的 77 篇文献平均质量得分为 8.5 分,基本满足本文研究的需求。

1.3 文献全面性的评价

通过精读 77 篇文献,找出阅读文献数量与问题累计数量之间的关系,得出问题的饱和曲线图(图 1),可以看出刚开始评阅时,问题数量增加较快,当评阅到 19 篇文献时问题数量增加到 16 个,随着评阅文献数量的增加问题增加的速度相对减缓,当评阅至 50 篇文献时问题增至 20 个达到最高点。可见,影响分级诊疗制度推进的问题已经达到饱和状态,问题的收集基本趋于全面。

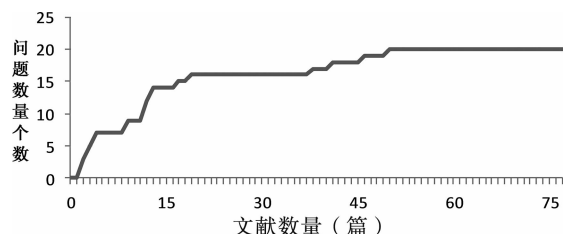


图 1 影响我国分级诊疗制度推进问题的评阅饱和曲线

2 研究步骤与方法

2.1 构建评价体系

精读上述 77 篇文献,全面收集和记录影响分级诊疗制度推进的问题表述,在此基础上进行总结归纳,发现影响我国分级诊疗制度推进的 46 个问题。按照“卫生系统宏观模型”提供的“子模—概念—指标”维度,将 46 个问题进一步归纳和凝练,最终得出影响我国分级诊疗制度推进的 20 个主要问题,并对这 20 个主要问题进一步进行内涵界定与论证。对于影响分级诊疗制度推进的问题系统,根据不同层次和方面进行进一步归纳总结,形成一个由 6 个一级问题和 20 个二级问题构成的评价体系(图 2)。

2.2 构建判断矩阵

社会问题的优先顺序取决于问题的“重要性”、“严重性”、“可解决性”三个指标。“重要性”指标是明确问题的主次关系。“严重性”指标表明某个社会问题对社会造成的危害程度。“可解决性”是一个“全或无”的决定性指标,若问题在现有环境没有条件解决,则该问题很少能够进入决策议程。本文运用层次分析法,对影响我国分级诊疗制度推进的 6 个一级问题和 20 个二级问题构造的“重要性”和“可解决程度”进行两两比较,一共得到建立 12 个判断矩阵,以此作为下一步进行专家咨询的基础(图 2)。

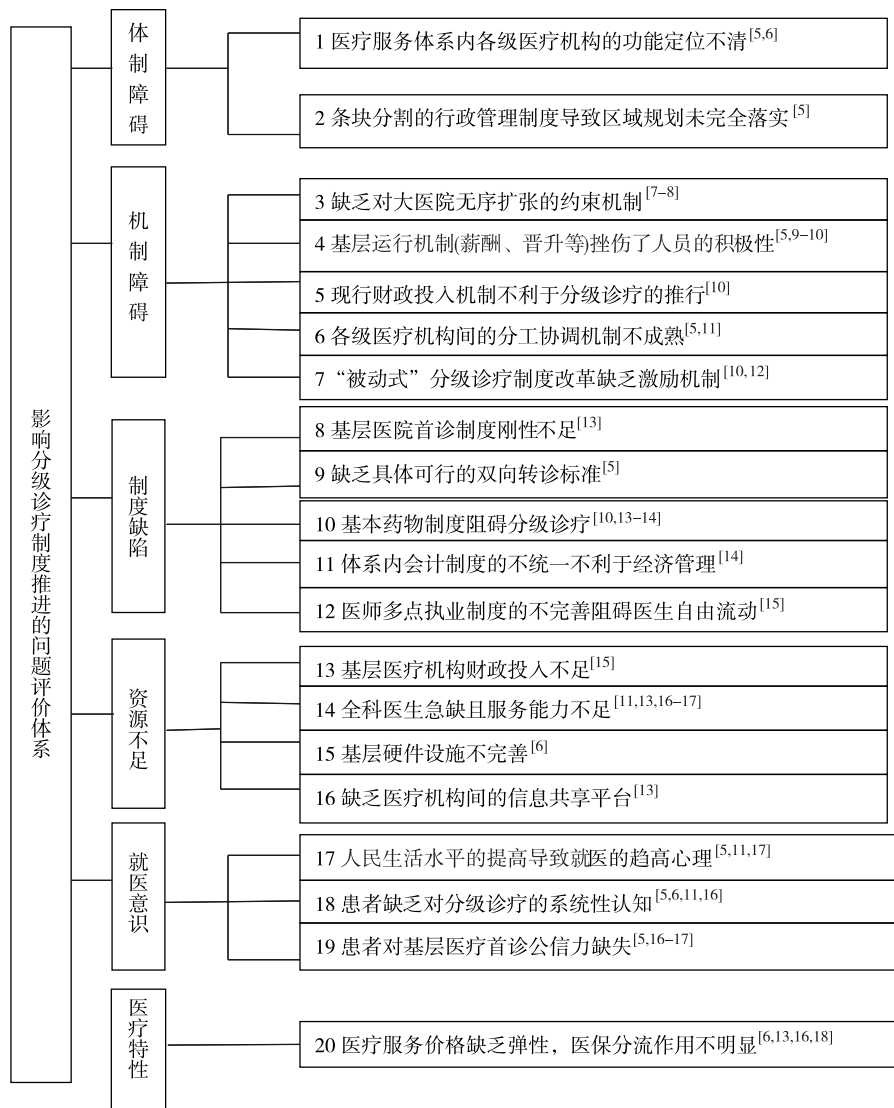


图2 影响分级诊疗制度推进问题的评价体系

2.3 遴选专家

本研究遴选了我国从事卫生管理理论和实际工作的专家 21 人,其包括医院相关卫生管理人员、主任医师及高等院校卫生服务研究人员,平均从事相关工作超过 10 年,对于分级诊疗现状的熟悉程度很高,并对本研究感兴趣,愿意配合专家咨询(表 1)。

表 1 专家的基本情况

基本情况	选项	人数(个)	比例(%)
年龄(岁)	30 ~	3	14
	40 ~	14	67
	50 ~	4	19
专业	公共卫生	4	19
	卫生管理	8	38
	临床医学	7	33
	其他	2	10
学历	本科	8	38
	硕士	10	48

(续)

基本情况	选项	人数(个)	比例(%)
职称	博士	3	14
	教授	1	5
	副教授	3	14
	主任医师	3	14
	副主任医师	14	67
目前从事的工作	教学科研	4	19
	卫生服务及管理	17	81
对分级诊疗的熟悉程度	很熟悉	2	10
	熟悉	7	33
	较熟悉	12	57
从事相关工作的年限(年)	5 ~	1	5
	10 ~	6	29
	15 ~	14	66

2.4 德尔菲法进行专家咨询

本研究采用函询的方式进行专家咨询,函询时向专家提供咨询问题一览表、说明信以及相关背景

资料,一览表指标分重要性和可解决性,指标的重要性是指问题对实现分级诊疗基本目标的影响程度。影响越大的问题,相对越重要。指标的可解决程度是指现有环境和条件下解决问题的可能性。

请专家对于每个矩阵表相关问题的重要性和可解决程度按九级标度法打分,为保证数据的真实可靠,录入数据时每一轮咨询均剔除掉无效咨询表。

三轮咨询均发放咨询表 21 份,有效回收率分别为 90%、96% 和 85%。同时本研究在专家咨询中有的矩阵表没有通过检验的情况下,根据专家意见进一步完善咨询表的相关表述后进行了三轮专家咨询,直至矩阵表通过一致性检验。根据咨询表用层次分析法计算出问题重要性和可解决程度的一级指权重、二级指标权重、综合指标权重等分别如表 2、表 3 所示。

表 2 影响我国分级诊疗制度推进问题“重要性”指标的权重

一级指标	权重	二级指标	权重	综合权重
体制障碍	0.2298	医疗服务体系内各级医疗机构的功能定位不清	0.7500	0.0574
		条块分割的行政管理制度导致区域规划未完全落实	0.2500	0.0209
机制障碍	0.2113	缺乏对大医院无序扩张的约束机制	0.0910	0.0192
		基层运行机制(薪酬、晋升等)挫伤了人员的积极性	0.1146	0.0242
		现行财政投入机制不利于分级诊疗的推行	0.5023	0.1061
		各级医疗机构间的分工协调机制不成熟	0.0910	0.0192
		“被动式”分级诊疗制度改革缺乏激励机制	0.2011	0.0425
制度缺陷	0.1711	基层医院首诊制度刚性不足	0.0565	0.0097
		缺乏具体可行的双向转诊标准	0.1360	0.0233
		基本药物制度阻碍分级诊疗	0.3362	0.0575
		体系内会计制度的不统一不利于经济管理	0.0551	0.0094
		医师多点执业制度的不完善阻碍医生自由流动	0.4162	0.0712
资源不足	0.2630	基层医疗机构财政投入不足	0.1106	0.0291
		全科医生急缺且服务能力不足	0.5757	0.1514
		基层硬件设施不完善	0.1333	0.0351
		缺乏医疗机构间的信息共享平台	0.1803	0.0474
就医意识	0.0768	人民生活水平的提高导致就医的趋高心理	0.2000	0.0154
		患者缺乏对分级诊疗的系统性认知	0.2000	0.0154
		患者对基层医疗首诊公信力缺失	0.6000	0.0461
医疗特性	0.0480	医疗服务价格缺乏弹性,医保分流作用不明显	1.0000	0.0480

表 3 影响我国分级诊疗制度推进问题“可解决性”指标的权重

一级指标	权重	二级指标	权重	综合权重
体制障碍	0.0542	医疗服务体系内各级医疗机构的功能定位不清	0.7500	0.0406
		条块分割的行政管理制度导致区域规划未完全落实	0.2500	0.0135
机制障碍	0.1510	缺乏对大医院无序扩张的约束机制	0.1421	0.0215
		基层运行机制(薪酬、晋升等)挫伤了人员的积极性	0.2709	0.0409
		现行财政投入机制不利于分级诊疗的推行	0.0743	0.0112
		各级医疗机构间的分工协调机制不成熟	0.1785	0.0270
		“被动式”分级诊疗制度改革缺乏激励机制	0.3341	0.0505
制度缺陷	0.1034	基层医院首诊制度刚性不足	0.0659	0.0068
		缺乏具体可行的双向转诊标准	0.0659	0.0068
		基本药物制度阻碍分级诊疗	0.1669	0.0173
		体系内会计制度的不统一不利于经济管理	0.0641	0.0066
		医师多点执业制度的不完善阻碍医生自由流动	0.6371	0.0659

(续)

一级指标	权重	二级指标	权重	综合权重
资源不足	0.2731	基层医疗机构财政投入不足	0.1149	0.0240
		全科医生急缺且服务能力不足	0.6745	0.1411
		基层硬件设施不完善	0.1053	0.0220
		缺乏医疗机构间的信息共享平台	0.1053	0.0220
就医意识	0.2092	人民生活水平的提高导致就医的趋高心理	0.2000	0.0418
		患者缺乏对分级诊疗的系统性认知	0.4000	0.0837
		患者对基层医疗首诊公信力缺失	0.4000	0.0837
医疗特性	0.2092	医疗服务价格缺乏弹性,医保分流作用不明显	1.0000	0.2092

2.5 统计分析

函询结果用 Excel 软件录入,运用和积法计算各个矩阵的特征向量以及最大特征根。根据各阶 RI

的值验证判断矩阵的一致性,最终发现 12 个矩阵表的 CR 的值均小于 0.1,都通过一致性检验,具体结果如表 4 所示。

表 4 一致性检验结果

矩阵值	重要性											
	矩阵 1	矩阵 2	矩阵 3	矩阵 4	矩阵 5	矩阵 6	矩阵 7	矩阵 8	矩阵 9	矩阵 10	矩阵 11	矩阵 12
最大特征根	6.384	2.000	5.138	5.063	4.049	3.000	6.239	2.000	5.245	5.108	4.014	3.000
CI 值	0.076	0.000	0.034	0.063	0.016	0.000	0.047	0.000	0.061	0.108	0.004	0.000
RI 值	1.24	0	1.12	1.12	0.90	0.58	1.24	0	1.12	1.12	0.90	0.58
CR 值	0.062	0.000	0.030	0.057	0.018	0.000	0.038	0.000	0.054	0.096	0.005	0.000

3 结果

根据专家咨询的结果,运用 SPSS 软件,通过一级问题和二级问题在各自层次中所占的归一化比重分别确定 20 个问题重要性和可解决性的排序。最后运用变异系数法确定问题重要性和可解决程度各自的权重,综合排序得出各个问题的优先顺序。

3.1 “重要性”排序

在影响分级诊疗制度推进的各个问题重要性排序中,问题 14 全科医生急缺且服务能力不足、问题 5 现行财政投入机制不利于分级诊疗的推行以及问题 12 医师多点执业制度的不完善阻碍医生自由流动,这三个问题分别处于重要性排序的前三位(表 5)。

表 5 影响分级诊疗制度推进的 20 个问题重要性排序

编号	问题阐述	特征向量	权向量	排序
1	医疗服务体系内各级医疗机构的功能定位不清	2.2690	0.0939	4
2	条块分割的行政管理制度导致区域规划未完全落实	0.7563	0.0313	12
3	缺乏对大医院无序扩张的约束机制	0.6246	0.0259	14
4	基层运行机制(薪酬、晋升等)挫伤了人员的积极性	0.8050	0.0333	10
5	现行财政投入机制不利于分级诊疗的推行	3.4838	0.1442	2
6	各级医疗机构间的分工协调机制不成熟	0.6246	0.0259	14
7	“被动式”分级诊疗制度改革缺乏激励机制	1.3852	0.0573	6
8	基层医院首诊制度刚性不足	0.3048	0.0126	16
9	缺乏具体可行的双向转诊标准	0.7382	0.0306	13
10	基本药物制度阻碍分级诊疗	1.8465	0.0764	5
11	体系内会计制度的不统一不利于经济管理	0.2968	0.0123	18
12	医师多点执业制度的不完善阻碍医生自由流动	2.2917	0.0949	3
13	基层医疗机构财政投入不足	0.7757	0.0321	11

(续)

编号	问题阐述	特征向量	权向量	排序
14	全科医生急缺且服务能力不足	4.0343	0.1670	1
15	基层硬件设施不完善	0.9314	0.0386	8
16	缺乏医疗机构间的信息共享平台	1.2550	0.0519	7
17	人民生活水平的提高导致就医的趋高心理	0.2865	0.0119	19
18	患者缺乏对分级诊疗的系统性认知	0.2865	0.0119	19
19	患者对基层医疗首诊公信力缺失	0.8596	0.0356	9
20	医疗服务价格缺乏弹性,医保分流作用不明显	0.3021	0.0125	17

3.2 “可解决性”排序

在影响分级诊疗制度推进的各个问题可解决程度排序中,问题 14 全科医生急缺且服务能力不足、问题 12 医师多点执业制度的不完善阻碍医生自由

流动以及问题 7“被动式”分级诊疗制度改革缺乏激励机制,这三个问题分别处于可解决程度的前三位(表 6)。

表 6 影响分级诊疗制度推进的 20 个问题“可解决性”排序

编号	问题阐述	特征向量	权向量	排序
1	医疗服务体系内各级医疗机构的功能定位不清	0.4995	0.0256	15
2	条块分割的行政管理体制导致区域规划未完全落实	0.1665	0.0085	20
3	缺乏对大医院无序扩张的约束机制	0.6903	0.0354	10
4	基层运行机制(薪酬、晋升等)挫伤了人员的积极性	1.3272	0.0680	6
5	现行财政投入机制不利于分级诊疗的推行	0.3546	0.0182	16
6	各级医疗机构间的分工协调机制不成熟	0.8576	0.0439	8
7	“被动式”分级诊疗制度改革缺乏激励机制	1.6579	0.0849	3
8	基层医院首诊制度刚性不足	0.2144	0.0110	17
9	缺乏具体可行的双向转诊标准	0.2144	0.0110	17
10	基本药物制度阻碍分级诊疗	0.5476	0.0281	14
11	体系内会计制度的不统一不利于经济管理	0.2087	0.0107	19
12	医师多点执业制度的不完善阻碍医生自由流动	2.2253	0.1140	2
13	基层医疗机构财政投入不足	0.6055	0.0310	11
14	全科医生急缺且服务能力不足	3.5811	0.1835	1
15	基层硬件设施不完善	0.5548	0.0284	12
16	缺乏医疗机构间的信息共享平台	0.5548	0.0284	12
17	人民生活水平的提高导致就医的趋高心理	0.7891	0.0404	9
18	患者缺乏对分级诊疗的系统性认知	1.5781	0.0808	4
19	患者对基层医疗首诊公信力缺失	1.5781	0.0808	4
20	医疗服务价格缺乏弹性,医保分流作用不明显	1.3151	0.0674	7

3.3 综合排序

在影响分级诊疗制度推进的问题重要性和可解决程度综合排序即需优先解决的顺序中,问题 14 全科医生急缺且服务能力不足、问题 12 医师多点执业制度的不完善阻碍医生自由流动以及问题 5 现行财

政投入机制不利于分级诊疗的推行这三个问题分别居于前三位,以这三个问题作为影响分级诊疗制度的关键问题,具体的各个问题的优先解决顺序如表 7 所示。

表7 影响分级诊疗制度推进的20个问题需优先解决顺序表

编号	问题阐述	重要性		可解决程度		优先解决	
		Ii	排序	Si	排序	Ri	排序
1	医疗服务体系内各级医疗机构的功能定位不清	0.0939	4	0.0256	15	6.0119	5
2	条块分割的行政管理体制导致区域规划未完全落实	0.0313	12	0.0085	20	2.0040	18
3	缺乏对大医院无序扩张的约束机制	0.0259	14	0.0354	10	3.0559	15
4	基层运行机制(薪酬、晋升等)挫伤了人员的积极性	0.0333	10	0.0680	6	5.0474	8
5	现行财政投入机制不利于分级诊疗的推行	0.1442	2	0.0182	16	8.1855	3
6	各级医疗机构间的分工协调机制不成熟	0.0259	14	0.0439	8	3.4799	12
7	“被动式”分级诊疗制度改革缺乏激励机制	0.0573	6	0.0849	3	7.0989	4
8	基层医院首诊制度刚性不足	0.0126	16	0.0110	17	1.1810	19
9	缺乏具体可行的双向转诊标准	0.0306	13	0.0110	17	2.0875	17
10	基本药物制度阻碍分级诊疗	0.0764	5	0.0281	14	5.2497	7
11	体系内会计制度的不统一不利于经济管理	0.0123	18	0.0107	19	1.1497	20
12	医师多点执业制度的不完善阻碍医生自由流动	0.0949	3	0.1140	2	10.432	2
13	基层医疗机构财政投入不足	0.0321	11	0.0310	11	3.1569	14
14	全科医生急缺且服务能力不足	0.1670	1	0.1835	1	17.513	1
15	基层硬件设施不完善	0.0386	8	0.0284	12	3.3541	13
16	缺乏医疗机构间的信息共享平台	0.0519	7	0.0284	12	4.0308	10
17	人民生活水平提高导致就医的趋高心理	0.0119	19	0.0404	9	2.5990	16
18	患者缺乏对分级诊疗的系统性认知	0.0119	19	0.0808	4	4.5988	9
19	患者对基层医疗首诊公信力缺失	0.0356	9	0.0808	4	5.7974	6
20	医疗服务价格缺乏弹性,医保分流作用不明显	0.0125	17	0.0674	7	3.9648	11

4 讨论和建议

根据“重要性”和“可解决性”两类指标,将影响我国分级诊疗制度推进的问题分为四类:重要且可解决的问题、重要但难以解决的问题、可解决但普遍认为不够重要的问题和难以解决且普遍认为不够重要的问题。根据以上分析结果,“全科医生急缺且服务能力不足”、“医师多点执业制度的不完善阻碍医生自由流动”、“现行财政投入机制不利于分级诊疗的推行”是众多问题中“重要性”和“可解决性”相对较高的问题。因此,是影响我国分级诊疗制度推进的关键问题,应作为未来几年主要的政策靶点。鉴于此,本文提出以下政策建议:

4.1 加强全科医学教育和对现有全科医生的培训

在当前我国分级诊疗制度推进过程中,遇到的首要问题仍然是人的问题。目前,我国全科医生约17万名,平均0.13名/千人,远远低于其他国家如英国的0.62名/千人,以目前的全科医生的数量与质量,难以完成“健康中国”的战略使命,因此,解决全科医生的数量、能力、积极性问题是决策层需要瞄准的关键政策靶点。

4.1.1 全科医学教育的改革迫在眉睫

全科医生的数量短缺,与全科医学学历教育息

息相关,目前我国设立全科医学教学机构的高等医学院校不多,全科医学在我国高等医学院校中受重视的程度普遍不高,因此,在我国高等医学院校增设全科医学专业,进行相关理论、实践课程学习^[15],未来将在一定程度上解决全科医生数量短缺问题。

4.1.2 加强现有全科医生的培训教育

全科医生的能力不足,与全科医生的规范化培训与继续教育相关。在全科医生培训中应该要有明确的教学目标和规范的教育培训计划,提高全科医生规范化培训程度;加强对在职全科医生技能培训,及时更新他们的知识结构^[15],以此来提高全科医生的能力。

4.2 进一步推进医生自由执业,支持民营医疗机构发展

4.2.1 解除医师自由执业的政策束缚

形成分级诊疗体系的关键是社区有患者信任的好医生,就是要解除对医师自由执业的束缚,推进医生自由执业。目前,我国政府已经为在职医生办医,医生多点行医松绑,然而要进一步推进医生自由执业还需要制定相关配套政策,包括改革基层医疗机构的管理制度以及发挥医保的激励作用。通过改革现有社区医疗机构的人事薪酬制度,废除“收支两条线”制度,赋予其用人、分配和经营自主权使其能够

调动医生的积极性,吸收优秀医生来社区多点执业;通过引入医保签约医师制度,使医生不再依靠公立医院取得医保资格,真正解除公立医院对于医生的束缚。^[19]

4.2.2 大力支持基层民营医疗机构的发展

应支持医生集团、医生联合诊所的发展,鼓励部分医生从事全科医疗活动,在医保定点、土地政策、技术准入、资金贷款、人员培训、职称评定这些政策上真正做到与公立医疗机构平等,合理调整外资进入基层医疗市场的投资金额限制,在税收上给予民营医疗机构优惠,为民营基层医疗机构的办理和发展提供良好的环境;同时政府可以转变政府职能,通过购买服务来提供基层医疗服务,进一步刺激基层民营医疗机构的发展,让民营医疗机构在基层医疗服务体系中充分发挥辅助作用,运用市场的力量来配置基层全科医疗服务的资源,解决全科医生的服务能力和积极性问题。

4.3 构建基层医疗机构与上级医院之间的协作制约关系

研究表明,现行财政“分灶吃饭”的投入机制严重阻碍了我国基层医疗机构与上级医院之间协作制约关系的建立,使分级诊疗制度流于表面,难以真正落实。协作制约关系的背后,实质上还是利益分配的问题。目前,我国基层医疗机构的力量普遍较为薄弱,难以与上级医院进行博弈或相互制约。尽管近年来部分地区进行了医疗联合体等改革尝试,但由于大部分医联体为松散型合作,加上条块分割的行政管理体制和财政供养体制,上级医院和基层医疗机构之间的利益难以彻底整合。建议适当借鉴英国国民保健制度,进行预付制等支付方式的改革,让全科医生真正担当起“守门人”角色,真正承担起转诊上级医院的责任,通过转诊与上级医院建立相互协作和制约的关系;或者进一步推进紧密型医联体的建立,同时构建医联体与医保之间的合作机制,医保倒逼医联体进行控费,从而实现分级诊疗制度在医联体内部的推进。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 梁金刚. 分级诊疗的实行难点与解决之道[J]. 中国社会保障, 2015(11): 82-83.

- [2] 司明舒, 李士雪. 基于文献研究的我国分级诊疗服务模式现状分析[J]. 中国初级卫生保健, 2016, 30(10): 1-4.
- [3] 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]. 中国社会医学杂志, 2016, 33(4): 305-307.
- [4] National Center for Biotechnology Information. Cross-Sectional/Prevalence Study Quality [EB/OL]. (2016-06-27) [2018-04-23]. <http://www.Ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK35156/>
- [5] 分级诊疗的本质、制度性障碍与对策建议[J]. 中国卫生经济, 2016, 35(12): 41-43.
- [6] 张蕾, 张南, 姚华. 我国分级诊疗新进展及瓶颈[J]. 中国医院, 2016, 20(11): 67-68.
- [7] 杨坚, 卢珊, 金晶, 等. 基于系统思想的分级诊疗分析技术[J]. 中国医院管理, 2016, 36(1): 1-5.
- [8] 颜清辉. 以问题为导向推进分级诊疗制度建设[J]. 中国医疗保险, 2015(10): 9-11.
- [9] 王敏, 余郭莉, 黄玉梅, 等. 分级诊疗制度实施障碍及应对策略研究[J]. 卫生经济研究, 2017(4): 16.
- [10] 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): 12-15.
- [11] 王敏, 余郭莉, 黄玉梅, 等. 分级诊疗制度实施障碍及应对策略研究[J]. 卫生经济研究, 2017(4): 16.
- [12] 方鹏骞, 蒋帅, 杨兴怡, 等. 我国分级诊疗制度实施的关键问题与对策探讨[J]. 中国医院管理, 2016, 36(11): 1-3.
- [13] 县域内分级诊疗制度推进效果评价: 基于句容、宣城、九龙坡案例分析[J]. 中国医院, 2017, 21(9): 9-10.
- [14] 蒋欣静, 王高玲. 江苏省医疗服务分级诊疗实践程度分析[J]. 中国卫生质量管理, 2016, 23(3): 112-115.
- [15] 徐静, 周亚夫, 葛运运, 等. 国外全科医学教育和全科医生培训情况分析及其启示[J]. 中国全科医学, 2013, 16(9C): 3155-3158.
- [16] 谢剑峰, 周寿祺, 祝荣华, 等. 实施“契约式”分级诊疗的政策障碍与对策[J]. 中国卫生资源, 2015, 18(5): 323.
- [17] 李新标. 实施分级诊疗制度的难点及对策[J]. 卫生经济研究, 2017(5): 21.
- [18] 谢宇, 于亚敏, 余瑞芳. 我国分级诊疗发展历程及政策演变研究[J]. 中国医院管理, 2017, 37(3): 26.
- [19] 朱恒鹏. 放开医生自由执业是医改成功的关键[J]. 中国医疗保险, 2016(21): 21.

[收稿日期:2017-12-11 修回日期:2018-07-21]

(编辑 薛云)