

基于单病种付费的分级诊疗实施效果及影响因素研究

胡晓梅^{1,2*} 陈迎春^{1,2} 周福祥³ 高红霞^{1,2} 李浩淼^{1,2} 苏岱^{1,2} 常静舂^{1,2} 雷诗寒^{1,2} 姜迪^{1,2}

1. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

2. 湖北省人文社科重点研究基地—农村健康服务研究中心 湖北武汉 430030

3. 甘肃省定西市渭源县卫生和计划生育局 甘肃定西 748200

【摘要】目的:探索基于单病种付费的分级诊疗对于引导住院患者合理流动的政策实施效果,分析政策范围内住院患者机构选择的主要影响因素。方法:本研究以甘肃省渭源县新农合住院患者为研究对象,对比政策前后住院患者就医流向变化情况,并采用 logistic 回归分析乡级分级诊疗病种范围内住院患者就诊流向的影响因素。结果:病种分级诊疗实施后,住院患者选择乡级医疗机构的比例呈上升趋势,选择县级医疗机构的患者比例呈逐步下降趋势,住院患者县域内就诊率 2016 年达 89.69%;分级诊疗住院病种范围内住院患者就医流向趋于合理。年龄、疾病种类、距县医院车程、患者居住地所在乡镇卫生院服务能力均为影响乡级病种范围住院患者就诊流向的重要因素。结论:基于单病种付费的分级诊疗其对政策范围内住院患者的流向起到了积极的引导作用,制定合理分级诊疗病种,提升基层医疗机构能力是保障政策发挥积极作用的关键。

【关键词】单病种付费;分级诊疗;住院患者;就诊流向

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.10.008

Study on the effect and determinants of hierarchical medical system implementation on single disease payment

HU Xiao-mei^{1,2}, CHEN Ying-chun^{1,2}, ZHOU Fu-xiang³, GAO Hong-xia^{1,2}, LI Hao-miao^{1,2}, SU Dai^{1,2}, CHANG Jing-jing^{1,2}, LEI Shi-han^{1,2}, JIANG Di^{1,2}

1. School of Medicine and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China

2. Research Centre for Rural Health Service, Key Research Institute of Humanities & Social Sciences of Hubei Provincial Department of Education, Wuhan Hubei 430030, China

3. Health Bureau of Weiyuan County, Dingxi Gansu 748200, China

【Abstract】Objective: To explore the effect of the hierarchical medical system implementation which is based on single disease payment on guiding the rational flow of inpatients, and to analyze the main factors influencing the selection of medical institutions by inpatients within the range of the policy. Methods: The New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS) hospitalized patients in Weiyuan, Gansu Province, were selected as research subjects. The changes in the choice of medical institutions for inpatients before and after the policy were compared, and the logistic regression was used to analyze factors influencing the hospitalized patients' selection behavior within township-level graded medical diagnosis and treatment. Results: After the implementation of disease-based hierarchical medical system, the proportion of inpatients choosing township-level medical institutions underwent an upward trend, and the proportion of patients who selected county-level medical institutions gradually declined. The rate of inpatients in the county reached 89.69% in 2016 and their flow within graded medical diagnosis tends to be rational. The age, disease type, location, and health service capacity were all found to be the key factors affecting the flow of inpatients in the township-level hospitals. Conclusions: The hierarchical medical system which is based on single disease payment

* 基金项目:国家自然科学基金项目(71473096)

作者简介:胡晓梅,女(1995年—),硕士研究生,主要研究方向为卫生经济政策与医疗保障。E-mail:huxiaomei@hust.edu.cn

通讯作者:陈迎春。E-mail:chenyingchun@hust.edu.cn

has played a positive role in guiding the flow of inpatients within the range of the policy. Formulating a reasonable graded medical diagnosis and treatment of diseases and improving the capacity of primary medical institutions is the key to ensuring the positive role of policies.

【Key words】 Single disease payment; Hierarchical medical system; Inpatients; Patient flow

近年来,我国普遍存在基层卫生服务能力不足等问题,导致患者对基层医疗机构卫生服务利用不足,趋高就医现象明显。为了使各级医疗机构回归本位,发挥医保基金在引导患者合理就医中的杠杆作用,强化分级诊疗政策在深化医药卫生体制改革中的必要性与重要性,2015年9月《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》明确指出要推进医保支付制度改革,建立以按病种付费为主,按人头付费、按服务单元付费等复合型付费方式,以发挥医疗保险对医疗服务供需双方的引导作用,促进患者合理有序流动。本研究以甘肃省渭源县为例,探索基于单病种付费的分级诊疗对于引导住院患者合理流动的政策实施效果,并分析影响政策范围内住院患者机构选择的主要因素,以期对相关政策的制定和实施提供合理建议。

1 资料与方法

1.1 资料来源

以甘肃省渭源县新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)参合住院患者为研究对象,资料主要来源于该县新农合管理办公室2013—2016年住院患者医保结算补偿数据库。渭源县于2015年初试行新农合部分住院病种分级诊疗政策,因此以2013—2014年数据代表分级诊疗实施前,以2015—2016年数据代表分级诊疗实施后。该县乡镇到县医院距离以及乡镇卫生院服务能力等数据均来源于现场调研。

1.2 研究方法

本研究定性描述基于单病种付费的分级诊疗实施情况以及乡镇卫生院卫生服务体系建设情况。对渭源县实施分级诊疗政策前后4年的相关数据进行梳理,通过描述性统计分析对比政策前后住院患者不同级别医疗机构流向变化以及县乡两级分级诊疗病种范围内住院患者就医流向变化情况。

为寻找影响政策实施效果的相关因素,本研究着重分析政策规定应在乡级医疗机构就诊的住院患者就诊流向的影响因素,采用二分类logistics回归模

型,因变量选取住院患者所在医疗机构,自变量纳入患者性别、年龄、疾病种类、距县医院车程、患者居住地所在乡镇卫生院卫生服务能力指标:实际开放床位数,医生数包括执业(助理)医师和见习医师,万元以上设备台件数,涉及变量均为等级与分类变量。

表1 变量赋值和描述

变量	赋值
性别	男=0;女=1
年龄	0~5岁=0;6~15岁=1;16~25岁=2;26~35岁=3;36~45岁=4;46~55岁=5;56~65岁=6;66岁及以上=7
病种分类	循环系统=0;呼吸系统=1;消化系统=2;泌尿生殖系统=3;骨骼肌肉系统=4;其他=5
距县医院车程	0~30分钟=0;31~60分钟=1;61~90分钟=2;91分钟及以上=3
实际开放床位数(不包括观察床位数)	0~15张=0;16~30张=1;31张及以上=2
医生数	0~5人=0;6~10人=1;11人及以上=2
万元以上设备台件数	0~5台/件=0;6~10台/件=1;11台/件及以上=2
患者流向	县级医疗机构=0;乡镇卫生院=1

2 研究结果

2.1 样本县卫生服务体系基本情况

2.1.1 分级诊疗政策实施情况

为充分发挥新农合补偿政策的监督和指导作用,严格控制越级诊疗,根据甘肃省卫生计生委2014年发布《甘肃省新农合部分住院病种分级诊疗工作指导意见》,渭源县自2015年初试行了新农合部分住院病种分级诊疗政策,根据各定点医疗机构自评、县卫生局组织审定后,严格规定了县乡两级定点医疗机构诊治的具体病种诊断名称及其收费标准。其中,县级定点医疗机构分级诊疗病种170种,乡级分级诊疗病种根据乡级服务能力对中心卫生院和一般卫生院进行区分,确定中心卫生院60种,一般卫生院50种。新农合基金补偿方面,对医疗机构收治本级分级诊疗病种范围内的住院患者产生的费用实施单病种定额付费,超支部分由医疗机构自付,结余归

于医疗机构;医疗机构将服务范围内病种随意向外转诊的,县合管办对县级定点医疗机构每外转一例扣减 1 000 元,乡镇卫生院每例扣减 300 元(属于新农合重大疾病范围的病种除外)。严格转诊制度,对符合分级诊疗病种诊断的医保患者,个人执意越级转诊的,经同意后转诊降低补偿比例。新农合基金分别按照县、乡两级分级诊疗确定该病种定额标准的 50% (2015 年)、20% (2016 年)比例报销,2017 年及以后新农合不予报销。对于私自转诊新农合基金不予报销。

除此之外,该县还探索建立起固定有序的医师多点执业新机制,以促进县级医疗机构专科建设,提升基层医疗机构服务能力,促进患者合理流动。

2.1.2 乡镇卫生院卫生服务体系建设情况

渭源县 16 个乡镇距县医院车程平均为 1 小时,最远可达 2 小时,最近仅需 20 分钟。16 个乡镇卫生院平均拥有医生 11 人,实际开放床位数 26 张,万元以上设备 7 台,乡镇卫生院 6 拥有医生最多,乡镇卫生院 3 拥有实际床位数达 71 张,远高于其它卫生院,乡镇卫生院 4 拥有 15 台万元以上设备(表 2)。

表 2 乡镇卫生院卫生服务体系基本情况

乡镇卫生院	距县医院车程/分钟	医生数/人	实际开放床位数(不包括观察床)/张	万元以上设备台数/台
乡镇卫生院 1	60	10	30	5
乡镇卫生院 2	90	9	12	5
乡镇卫生院 3	50	13	71	6
乡镇卫生院 4	40	22	36	15
乡镇卫生院 5	30	12	20	4
乡镇卫生院 6	120	19	20	4
乡镇卫生院 7	30	4	3	0
乡镇卫生院 8	35	10	15	6
乡镇卫生院 9	20	10	16	6
乡镇卫生院 10	120	4	8	10
乡镇卫生院 11	40	8	30	6
乡镇卫生院 12	100	12	25	8
乡镇卫生院 13	50	7	15	5
乡镇卫生院 14	20	14	64	15
乡镇卫生院 15	120	14	24	9
乡镇卫生院 16	50	4	30	8

表 4 乡级分级诊疗病种范围内住院患者不同级别医疗机构就诊情况

机构级别	2013 年			2014 年			2015 年			2016 年		
	住院患者数/人	R ₁ /%	R ₂ /%	住院患者数/人	R ₁ /%	R ₂ /%	住院患者数/人	R ₁ /%	R ₂ /%	住院患者数/人	R ₁ /%	R ₂ /%
乡级	3 958	28.52	45.68	5 615	34.37	56.86	6 842	47.97	58.25	9 372	55.27	56.88
县级	9 921	71.48	39.87	10 724	65.63	36.83	7 421	52.03	25.83	7 584	44.73	23.85

注:R₁ 为乡级分级诊疗病种住院患者选择不同级别医疗机构的比例;R₂ 为该级别医疗机构住院患者中乡级分级诊疗病种住院患者占比。

2.2 住院患者不同级别医疗机构就诊分布情况

病种分级诊疗实施后,渭源县乡镇卫生院住院患者占比上升,县级医疗机构住院患者占比下降,住院患者县外就诊率略有降低。2016 年,渭源县乡级医疗机构住院患者占比较 2014 年增加 4.27 个百分点,县级医疗机构住院患者占比较 2014 年下降 1.99 个百分点,2016 年渭源县县域内就诊率达 89.69%,较 2014 年增加 2.28 个百分点。改革前后住院患者不同级别医疗机构就诊流向变化的差异具有显著性($\chi^2 = 400.31, P < 0.001$)(表 3)。

表 3 住院患者不同级别医疗机构就诊分布情况/n,%

年份	乡镇卫生院	县级医疗机构	县外医疗机构
政策前			
2013 年	7 288(20.39)	24 354(68.15)	4 096(11.46)
2014 年	8 073(19.90)	27 389(67.51)	5 106(12.59)
政策后			
2015 年	8 488(20.65)	27 395(66.63)	5 230(12.72)
2016 年	11 073(24.17)	30 016(65.52)	4 721(10.31)

注: $\chi^2 = 400.31, P < 0.001$

2.3 分级诊疗范围内病种住院患者不同级别医疗机构就诊情况

2.3.1 乡级分级诊疗病种范围内住院患者县乡两级医疗机构就诊情况

2013—2016 年,渭源县所确定的乡级分级诊疗病种范围内住院患者在全部乡级医疗机构住院患者中占比呈上升趋势,由 2013 年的 45.68% 上升至 2016 年的 56.88%;分级诊疗实施前后,乡级疾病范围内住院患者选择乡级机构的比例呈上升趋势,选择县级医疗机构的比例呈下降趋势,前者由 2013 年的 28.52% 上升至 2016 年的 55.27%,后者由 2013 年的 71.49% 下降至 2016 年的 44.73%。改革前后乡级分级诊疗病种范围内住院患者选择县乡两级医疗机构的变化有显著性差异($\chi^2 = 2 861.89, P < 0.001$)(表 4)。

2.3.2 县级分级诊疗病种范围内住院患者县域内外医疗机构就诊情况

病种分级诊疗实施后,该县所确定的 170 种县级分级诊疗病种范围内住院患者在县域内医疗机构住院患者中占比明显上升,由 2013 年 62.16% 上升至 2016 年 76.23%;政策实施前后,县级分级诊疗病

种范围内住院患者选择县域内医疗机构的比例从 2013 年 92.84% 上升至 2016 年 95.77%,总体呈上升趋势。分级诊疗政策前后县级分级诊疗病种范围内住院患者选择县域内外医疗机构的变化有显著性差异($\chi^2 = 530.91, P < 0.001$) (表 5)。

表 5 县级分级诊疗病种范围内住院患者县域内外医疗机构就诊情况

机构级别	2013 年			2014 年			2015 年			2016 年		
	住院患者数/人	R ₁ /%	R ₂ /%	住院患者数/人	R ₁ /%	R ₂ /%	住院患者数/人	R ₁ /%	R ₂ /%	住院患者数/人	R ₁ /%	R ₂ /%
县域内	19 668	92.84	62.16	22 650	91.14	63.87	26 215	93.81	73.06	31 324	95.77	76.23
县域外	1 517	7.16	37.04	2 201	8.86	43.11	1 730	6.19	33.08	1 382	4.23	29.27

注:R₁ 为县级分级诊疗病种住院患者选择县域内外医疗机构的比例;R₂ 为该类医疗机构住院患者中县级分级诊疗病种住院患者占比。

2.4 住院患者县乡两级机构流向影响因素分析

2.4.1 乡级分级诊疗病种住院患者机构流向分布

2016 年不同特征乡级分级诊疗病种住院患者机构流向分布如表 6 所示,男性患者选择乡镇卫生院就诊相对较多;从不同年龄段患者机构流向来看,整体趋势为年龄越大乡镇卫生院就诊患者越多;病种分布上,呼吸系统选择乡镇卫生院就诊相对最多,达 80.53%,泌尿生殖系统患者选择乡镇卫生院就诊相对最少,仅为 36.78%;从距县城车程来看,距县城 61~90 公里的患者选择乡镇卫生院相对最多;从患者居住地所在乡镇卫生院服务能力来看,其实际开放床位数为 16~30 张时患者更多选择乡镇卫生院,医生数为 6~10 人时患者更多选择乡镇卫生院,设备万元以上设备台件数越多,选择乡镇卫生院的患者越多。不同特征下的乡级分级诊疗病种住院患者县乡两级医疗机构流向差异均具有显著性。

表 6 不同特征乡级分级诊疗病种住院患者机构流向分布

变量	县级医疗机构/n,%	乡镇卫生院/n,%	X ²	P 值
性别				
男	2 770(42.14)	3 804(57.86)	29.175	<0.01
女	4 814(46.37)	5 568(53.63)		
年龄				
0~5 岁	800(65.57)	420(34.43)	848.114	<0.01
6~15 岁	460(51.45)	434(48.55)		
16~25 岁	575(63.26)	334(36.74)		
26~35 岁	840(57.93)	610(42.07)		
36~45 岁	1 369(48.12)	1 476(51.88)		
46~55 岁	1 775(42.51)	2 400(57.49)		
56~65 岁	951(35.87)	1 700(64.13)		
66 岁及以上	814(28.95)	1 998(71.05)		

(续)

变量	县级医疗机构/n,%	乡镇卫生院/n,%	X ²	P 值
病种分类				
循环系统	993(43.14)	1 309(56.86)	2 050.278	<0.01
呼吸系统	916(19.47)	3 789(80.53)		
消化系统	1 453(59.79)	977(40.21)		
泌尿生殖系统	1 406(63.22)	818(36.78)		
骨骼肌肉疾病	2 572(56.58)	1 974(43.42)		
其他	244(32.58)	505(67.42)		
距县医院距离				
0~30 分钟	2 161(44.94)	2 648(55.06)	110.035	<0.01
31~60 分钟	4 113(46.99)	4 640(53.01)		
61~90 分钟	83(22.93)	279(77.07)		
91 分钟及以上	1 227(40.47)	1 805(59.53)		
实际开放床位数(不包括观察床)				
0~15 张	2 080(60.2)	1 375(39.8)	513.085	<0.01
16~30 张	2 850(37.17)	4 817(62.83)		
31 张及以上	2 654(45.49)	3 180(54.51)		
医生数				
0~5 人	1 569(68.4)	725(31.6)	610.117	<0.01
6~10 人	1 891(39.26)	2 925(60.74)		
11 人及以上	4 124(41.89)	5 722(58.11)		
万元以上设备台件数				
0~5 件	2 577(51.16)	2 460(48.84)	132.453	<0.01
6~10 件	3 919(42.9)	5 217(57.1)		
11 件及以上	1 088(39.09)	1 695(60.91)		

2.4.2 乡级分级诊疗病种住院患者机构流向影响因素分析

从二分类 logistic 回归结果来看,住院患者年龄、距县医院车程、居住地所在乡镇卫生院实际开放床

位数、医生数、万元以上设备台件数均为乡级分级诊疗病种范围内住院患者机构流向的关键影响因素(表 7)。患者年龄构成方面,随着年龄增高,住院患者选择乡镇卫生院的可能性更大。相对于循环系统疾病患者,呼吸系统疾病患者更倾向选择乡镇卫生院。距县医院车程方面,相对于 30 分钟内可达到县医院的患者,距县医院车程为 61~90 分钟的患者选择乡镇卫生院的倾向更高。

患者居住地所在乡镇卫生院卫生服务能力方面,相对于实际开放床位数 0~15 张的乡镇卫生院,实际开放床位数为 16~30 张时,患者更倾向于选择乡镇卫生院就诊;相对于乡镇卫生院医生数为 0~5 人,医生数越多,患者越倾向于选择乡镇卫生院就诊;相对于万元以上设备 0~5 件时,乡镇卫生院万元以上设备台件数越多,患者选择乡镇卫生院就诊的可能性越高。

表 7 乡级分级诊疗病种范围内住院患者医疗机构选择的 logistic 回归分析

变量	β	S. E	Wald	P	OR	95% CI	
						下限	上限
性别(对照组:男)	-0.021	0.038	0.295	0.587	0.979	0.908	1.056
年龄(对照组:0~5岁)			1408.748	<0.001			
6~15岁	1.288	0.108	142.667	<0.001	3.626	2.935	4.479
16~25岁	1.868	0.115	263.804	<0.001	6.476	5.169	8.114
26~35岁	2.274	0.105	465.940	<0.001	9.722	7.908	11.952
36~45岁	2.740	0.096	813.823	<0.001	15.480	12.824	18.686
46~55岁	2.902	0.093	973.313	<0.001	18.217	15.181	21.861
56~65岁	3.080	0.097	999.874	<0.001	21.759	17.977	26.336
66岁及以上	3.311	0.098	1146.220	<0.001	27.406	22.626	33.196
病种分类(对照组:循环系统)			1916.571	<0.001			
呼吸系统	2.320	0.076	922.060	<0.001	10.177	8.761	11.821
消化系统	-0.334	0.066	25.604	<0.001	0.716	0.629	0.815
泌尿生殖系统	-0.504	0.071	49.819	<0.001	0.604	0.525	0.695
骨骼肌肉类疾病	-0.511	0.057	81.132	<0.001	0.600	0.537	0.670
其他	0.664	0.098	46.012	<0.001	1.942	1.603	2.353
距县医院车程(对照组:0~30分钟)			134.267	<0.001			
31~60分钟	-0.163	0.052	9.729	0.002	0.850	0.767	0.941
61~90分钟	1.545	0.156	97.796	<0.001	4.690	3.453	6.371
91分钟及以上	-0.257	0.083	9.552	0.002	0.773	0.657	0.910
实际开放床位数(对照组:0~15张)			290.135	<0.001			
16~30张	0.814	0.066	152.420	<0.001	2.258	1.984	2.570
31张及以上	-0.067	0.138	0.237	0.627	0.935	0.714	1.225
医生数(对照组:0~5人)			191.081	<0.001			
6~10人	0.844	0.067	159.762	<0.001	2.326	2.040	2.651
10人以上	0.945	0.096	96.946	<0.001	2.574	2.132	3.107
万元以上设备台件数(对照组:0~5件)			109.126	<0.001			
6~10件	0.489	0.057	74.730	<0.001	1.631	1.460	1.822
11件及以上	0.855	0.084	102.868	<0.001	2.351	1.993	2.774
常量	-4.058	0.120	1136.039	<0.001	0.017		

3 讨论

3.1 分级诊疗政策实施后住院患者整体流向改善

渭源县基于单病种付费的分级诊疗政策实施后,虽然住院患者集中流向县级医疗机构,但其整体流向有所改善,选择乡级医疗机构的患者比例呈上

升趋势,选择县级医疗机构的患者比例呈逐步下降趋势,患者县域内就诊率 2016 年达 89.69%,接近县域内就诊率 90% 的政策目标。从政策具体规定的县乡两级分级诊疗病种范围内住院患者来看,乡级分级诊疗住院病种范围内住院患者选择县级医疗机构的比例呈明显下降趋势,基本达到引导该部

分住院患者向基层医疗机构转移的效果;县级分级诊疗病种范围内住院患者选择县域内医疗机构占比呈上升趋势,且在县域内医疗机构所有住院患者中的占比上升趋势明显,住院患者就医流向趋于合理。

县乡两级分级诊疗病种范围内住院患者流向的改善,主要是由两方面原因导致;一方面,对于医疗服务提供方,单病种付费政策所规定的严格的病种收治范围和转诊程序与医生绩效考核直接挂钩,极大制约了医生不合理的病人收治行为,从服务提供方出发限制了患者的越级诊疗和不合理转诊行为;另一方面,对于医疗服务利用方,单病种限额报销、跨级诊疗降低甚至取消医保报销比例,使患者在机构选择时充分考虑由于自身不合理的就诊选择所可能带来的经济损失,从而引导分级诊疗病种范围内患者主动合理就医。综上,基于单病种付费的分级诊疗政策通过同时制约医患双方的行为,对政策范围内住院患者的流向起到了积极的引导作用。

3.2 基于单病种付费的分级诊疗政策实施仍受多因素影响

本研究发现,住院患者年龄、距县医院车程、居住地所在乡镇卫生院实际开放床位数、医生数、万元以上设备台件数均为影响乡级病种范围内住院患者就诊流向的关键因素。从年龄来看,患者年龄越大,越倾向于选择乡级医疗机构。这可能是由于年龄越小的患者,其更倾向于选择较高层级的医疗机构进行首诊以求更放心更周到的服务,特别是对于儿童患者,该表现更为明显^[3],随着年龄增大,老年人受经济条件以及身体条件的双重制约,更倾向于选择乡级医疗机构就诊。

疾病方面,消化、泌尿生殖系统、骨骼肌肉类疾病患者更倾向于流向县级医疗机构,这可能是由于单病种付费存在疾病选择合理性的问题,以上疾病对于乡级医疗机构的医生技术、设备等方面的要求较高,然而现阶段渭源县的乡镇卫生院能力普遍较弱,难以满足该部分疾病治疗的需要,乡级病种的选择是否合理有待进一步考证。

患者居住地所在乡镇卫生院卫生服务能力对其就诊流向的影响体现在,乡镇卫生院实际开放床位数、医生数、万元以上设备台件数越多,乡级分级诊疗病种范围内住院患者选择乡镇卫生院就诊的可能

性均增大。该结果充分说明了,基层卫生服务能力会对分级诊疗政策引导患者就诊的效果产生重要的影响。基层医疗机构服务能力越强,越能满足疾病诊治的需求,政策规定的乡级病种范围内的住院患者越愿意选择在乡镇卫生院就诊。

4 建议

4.1 合理制定分级诊疗病种,通过医保引导患者下沉

基于单病种付费的分级诊疗政策的落实需确定合理的分级诊疗病种,病种的确定要充分考虑疾病本身的特点以及诊断治疗的手段,各级别医疗机构所对应的分级诊疗病种应与本级机构的卫生服务能力相适应,保证患者在基层医疗机构能够获得对于该疾病基本的诊疗服务,控制疾病发展。

同时要强化医保激励作用,合理制定分级诊疗病种付费标准,对按规定就诊的住院患者,医保应在现有基础上适当提高报销比例,对于越级诊疗的住院患者,要加大医保对其惩罚力度,对于儿童这一特殊群体,要根据其就医特点,适当提高其在基层医疗机构就医的报销比例^[4],提高儿童患者基层医疗机构就诊比例;对医疗服务提供方,应充分发挥医保的监管作用,除规定医疗机构对分级诊疗病种医疗费用超支自付以外,还需要对医疗机构分解入院、选择患者、推诿患者等不合理收治行为进行惩罚,严格监管,由此实现供需双方的共同约束与规范,促成合理就医格局的形成。

4.2 提高基层医疗机构分级诊疗病种诊治水平

加强基层医疗机构能力建设,提高基层医疗机构分级诊疗病种的诊治水平,是对基于单病种付费的分级诊疗政策顺利实施的首要保障,是形成良好的分级诊疗就医格局的重要基础。第一,应加强基层卫生技术人员的定向培养,利用薪酬激励等政策措施,鼓励医学生到基层就业;建立人才培养平台,与三级医院形成对口帮扶关系,对县医院和乡镇卫生院卫技人员进行培训,提高其服务能力和素质,实现基层卫生技术人员数量和质量的双重保障。第二,基层医疗机构要明确自身功能定位,针对分级诊疗病种,特别是诊治能力薄弱的病种,对医护人员进行针对性培训,引入诊断治疗所必需的基础医疗设备,保障疾病治疗所需的基本药物供应^[5],从而提高疾病的诊疗水平,使其与政策需求相适应,最终留住患者。

4.3 建立县域医联体,提高分级诊疗病种治疗连续性

降低患者县外就诊率,建立卫生服务网络,实现患者就诊合理分流,是实施病种分级诊疗的重要目标。在县域内建立医疗联合体是提高疾病治疗连续性的重要途径。首先,县域医疗联合体要制定完善的转诊机制,通过建立疾病管理计划,促进居民基层首诊,解决县域内只上转无下转的无序转诊问题;鼓励医师多点执业,县级医疗机构专家到乡镇卫生院坐诊,缓解乡镇卫生院卫生技术人员不足,医生素质低的问题,提高乡镇卫生院的诊疗水平;县域医疗联合体还应加强远程医疗,搭建医疗卫生信息平台^[6],与基层医疗机构进行业务合作、技术合作、信息共享,对医疗卫生资源进行有效整合,最终提高医疗联合体内各级别医疗机构的卫生服务能力,实现逐级转诊,提高医联体内疾病治疗的连续性,实现小病常见病在基层,大病不出县的目标。

4.4 转变患者就医观念,提高患者分级诊疗意识

提高患者的政策知晓率,改变患者传统就医观念,引导患者自觉主动按政策就诊,是从根本上形成合理就医格局的关键。现阶段,应充分发挥家庭医生签约服务的作用,普及分级诊疗相关政策,加强对患者的就医指导以及宣传教育,使患者正确认识疾病,改变患者对基层医疗机构的固有偏见,指导患者正确选择医疗机构就诊。除此之外,政府要利用网络、媒体、政策等手段,对居民积极宣传分级诊疗政

策,强调分级诊疗对患者就诊的重要意义,引导患者按政策就医。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 赵慧,王兴玲,韩涛.“分级诊疗,双向转诊”初探[J].健康大视野,2013,21(17):540.
- [2] 余红星,姚岚,李莹,等.基于分级诊疗的医疗机构分工协作机制探究[J].中国医院管理,2014,30(7):1-3.
- [3] 张丽晶,陈迎春,李浩森,等.乡镇卫生院不合理入院决策中供需双方的行为分析[J].中国卫生经济,2016,35(2):59-61.
- [4] 辛艳姣,项莉.农村地区儿童住院服务需求与医疗保障水平分析——以湖北省仙桃市为例[J].中国卫生政策研究,2017,10(2):69-73.
- [5] 那春霞,高广颖,王禄生,等.基于病种的分级诊疗对新型农村合作医疗住院患者流向的影响分析[J].中华医院管理杂志,2017,33(1):7-10.
- [6] 苏岱,陈迎春,李浩森,等.安徽省阜南县医疗服务共同体模式下分级诊疗效果分析[J].中华医院管理杂志,2017,33(7):493-496

[收稿日期:2019-07-04 修回日期:2019-09-20]

(编辑 刘博)