

我国部分地区妇幼健康分级服务政策实践分析

赵君* 丁雪 陈永超 王芳

中国医学科学院医学信息研究所 北京 100020

【摘要】目的:了解我国部分地区妇幼健康分级服务政策的实践进展与存在问题。方法:采用主题框架法,从领导治理、服务提供、筹资支付、人力资源、药品供应、信息共享六个方面梳理分析江苏省常州市、上海市、四川省成都市、河北省石家庄市的妇幼健康分级服务政策和改革措施。结果:调研地区选择不同的妇幼健康服务内容开展分级服务,以行政规制的方式明确了各级各类妇幼健康服务机构的职责分工,建立多种形式的协作关系促进机构间上下联动,调整筹资与医保支付方式引导群众就医,重视提升基层服务能力和区域妇幼健康信息共享。结论:各地应因地制宜理顺医疗机构服务内容和职责分工,多措并举提升基层医疗卫生机构服务能力,完善医疗机构分工协作的长效机制,统筹规划建立互联互通的妇幼卫生信息共享平台。

【关键词】妇幼健康服务; 分级诊疗; 政策分析

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.02.011

Analysis on policy practices of hierarchical maternal and child health system in some areas of China

ZHAO Jun, DING Xue, CHEN Yong-chao, WANG Fang

Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】 Objective: To understand the progress and existing problems in practices of hierarchical Maternal and Child Health System (MCH System) in some areas of China. Methods: Thematic framework method was used to analyze the policy practices from six aspects of leadership and governance, service provision, financing and payment, human resources in healthcare, medical products supply, and information sharing related to the hierarchical MCH System in Changzhou of Jiangsu, Shanghai, Chengdu Sichuan, Shijiazhuang of Hebei. Results: Different MCH services were selected to implement hierarchical services in the survey areas. The functions and division of MCH service institutions at all level was clarified through administrative regulations. Multiple forms of collaboration relationship were established to enhance coordination among institutions. The mechanisms of financing and medical insurance payment was modified to influence patients' health seeking behavior. Promotion of grass-roots health service provision capability and regional health information sharing was also emphasized as an important measure of the policy practices. Conclusions: The responsibilities of MCH service institutions should be further clarified according to local conditions. Comprehensive measures should be taken to promote the capability service among primary healthcare institutions. Long-term mechanism of collaboration among institutions should be improved. An interconnected MCH information sharing platform should be established through an overall planning that has to be made.

【Key words】 Maternal and child health service; Hierarchical health care system; Policy analysis

分级诊疗制度作为“健康中国”战略的核心制度、中国特色基本医疗卫生制度之一,是我国深化医

改实践中重塑医疗服务体系和模式的重要内容,是改善医疗资源配置与使用效率的关键。与其他国家

* 基金项目:中国医学科学院医学与健康科技创新工程经费资助项目(2016-I2M-3-018)

作者简介:赵君,女(1990年—),助理研究员,主要研究方向为公共卫生政策、妇幼健康政策。E-mail:zhao.jun@imicams.ac.cn

通讯作者:王芳。E-mail:wang.fang@imicams.ac.cn

相比,我国妇幼健康服务体系相对独立,形成了层级较为分明的省、市、县三级妇幼保健专业机构网络^[1],但也同样面临服务供需不平衡、资源短缺与浪费并存、无序就诊情况严重等问题。尤其是“全面两孩”政策实施以来,累积生育需求集中释放,高龄高危孕产妇比例增高,对妇幼健康服务质量与效率提出更高要求。^[2]与一般疾病诊疗不同,妇幼健康服务中有很大大一部分是保健服务,妇幼健康服务机构以孕产保健、儿童保健、妇女保健和计划生育技术服务为中心,以必要的临床诊疗技术为支撑提供妇幼健康服务。^[3]因此,需要在分级诊疗制度的框架下探索妇幼健康分级服务模式,促进妇幼健康服务体系高效运行,满足日益增长的妇幼健康服务需求。目前,我国多个省市已不同程度探索建立妇幼健康分级服务模式,取得阶段性成效,但仍普遍存在基层医疗卫生机构服务能力不足、缺乏激励约束机制等问题。本研究系统梳理了江苏省常州市、上海市、四川省成都市、河北省石家庄市四个省市的妇幼健康分级服务政策措施,比较分析不同地区的改革做法与存在问题,为进一步推进妇幼健康分级服务提供政策建议。

1 资料与方法

1.1 资料来源

选择妇幼健康分级服务开展较早的江苏省常州市、上海市、四川省成都市、河北省石家庄市作为研究对象。通过检索 CNKI、维普、万方等文献数据库及各地区相关政府网站,收集 2015 年以来研究地区妇幼健康分级服务相关政策文件和资料。开展实地调研,对研究地区采用个人深入访谈和焦点组访谈相结合的方式收集定性资料,在 4 个研究地区各选择一个区(县),对省、市、区(县)各级卫生行政部门妇幼健康工作负责人进行个人深入访谈,了解政策出台背景、执行情况、保障措施、配套政策以及政策执行中的特色做法和存在问题;选择一组省、市、区县级提供妇幼健康服务的医疗卫生机构以及基层医疗卫生机构,每个机构选择 1 名机构负责人进行个人深入访谈,2~3 名提供妇幼健康服务的医务人员进行焦点组访谈,了解政策实施后本机构妇幼健康服务提供情况,包括服务内容、服务提供方式、双向转诊情况以及与上下级医疗机构间的协作联动情况等。

1.2 资料分析方法

参考 WHO“卫生系统模块 (building blocks) 框

架”理论^[4]以及既往学者利用该理论开展的分级诊疗制度研究,结合妇幼健康服务特点,从领导治理、服务提供、筹资支付、人力资源、药品供应、信息共享六个方面分析各地区妇幼健康分级服务政策和改革措施。其中,领导治理主要包括关于妇幼健康分级服务的行政规制和激励约束机制;服务提供主要包括实行分级服务的服务内容和服务提供方;筹资支付主要指基本公共卫生服务经费拨付方式和医保支付方式;人力资源、药品供应、信息共享是保障服务有效开展、分级诊疗体系得以构建和持续运行的支撑要素。

2 结果

2.1 领导治理

四个地区均采用行政规制的方式,选取不同的妇幼健康服务内容作为切入点开展分级服务。江苏省《关于实行妇幼健康项目分级服务的通知》和四川省《四川省产科分级诊疗指南(2016 年版)》、《四川省儿科分级诊疗指南(2016 年版)》明确了分级服务项目清单、各级各类医疗卫生机构职责任务以及转诊标准。上海市《关于进一步规范和加强母婴保健服务的指导意见》要求按照“区域划分、梯度服务、有序转诊”提供产科和新生儿医疗保健服务。河北省《关于进一步优化孕产妇健康服务管理的通知》调整了孕产期保健服务提供机构和经费支付方式。此外,四个地区均建立了孕产妇分级分类管理及危重孕产妇和新生儿转、会诊制度,江苏对体弱儿也实行分级分类管理和转、会诊制度。

在激励约束机制方面,江苏常州、河北建立了妇幼健康分级服务考核评价制度。江苏常州选择基层服务量占比、高危孕产妇、高危新生儿和体弱儿专案管理率以及各级各类医疗机构双向转诊率、群众满意度等指标,建立妇幼健康分级服务考核评价指标体系和考核评估制度,并将考评结果运用于各相关医疗机构绩效评价、深化医改各辖市区卫生计生综合目标管理的督导考核以及妇幼健康服务优质示范工程创建评估体系。河北按照“费随事走、以事定费、考核定费”的原则,规范孕产妇健康服务经费绩效考核。

2.2 服务提供

四个地区主要针对孕产期保健服务和产科医疗服务开展分级服务,其中江苏选取的妇幼健康服务较为全面,包括群众需求较大、技术要求明确、便于操作和管理的 5 类妇幼健康服务项目,上海、四川还

分别探索了新生儿科、儿科分级诊疗服务。以孕产期保健服务为例,江苏、上海、四川要求孕产妇在基层医疗卫生机构首诊,免费接受国家基本公共卫生服务项目中的孕早期保健服务,包括建立母子健康手册(建卡)、筛查高危因素等,并根据高危因素筛查结果将孕产妇转诊至相应级别医疗机构进行分级管理,孕中后期转诊至有助产资质的医疗机构接受后续保健服务及助产服务,产后访视则由基层医疗卫生机构提供。与其他三省不同,为提升孕早期保健服务质量,河北将首诊建卡机构调整为区县级妇幼保健机构,将孕产妇健康管理服务机构由基层医疗卫生机构调整为辖区内具有助产资质的医疗保健机构。然而,四个地区的分级服务制度均以群众自愿为原则,部分孕产妇在其他医疗机构自费接受孕产期健康服务后再到规定建卡机构补建卡的现象仍然存在。

各地妇幼健康服务的提供方主要为各级各类妇幼健康服务机构及其组建的不同组织形式,包括妇幼健康联合体、家庭医生团队等,如常州以市、县妇幼保健院为龙头建立的妇幼健康服务联合体、“2+3”家庭医生团队;上海的“复旦大学妇产科医疗联合体”、“上海市儿童医院儿科医疗联合体”、“1+1+1”家庭医生团队;成都的省妇幼保健院医联体,由华西妇产儿童医院、省妇幼保健院、成都市妇女儿童中心医院牵头与基层妇幼保健机构建立的医联体,全市5个区域的妇幼健康区域指导中心;石家庄的市妇幼保健院与所辖23个区县的妇幼健康联合体。此外,四个地区均建立起了危重孕产妇和新生儿救治网络,在省、市、县三级分别设立了危急重症救治中心,并建立了救治网络工作机制。

2.3 筹资支付

妇幼健康服务中,基本公共卫生服务和妇幼重大公共卫生服务项目经费一般由财政拨款给基层医疗卫生机构。河北则调整了经费拨付方式和对象,以政府购买服务的方式,将经费拨付给辖区内提供相应服务的机构。对于其他妇幼保健服务和一般诊疗服务,各地均采取了不同级别医疗机构医保差异化支付方式,拉开各级医疗机构间的起付线和支付比例差距,引导参保人员到基层就诊。此外,江苏常州和河北还制定了鼓励双向转诊的医保支付政策,常州鼓励医院对基层医疗机构首诊患者向医联体内上级医院转诊的免收挂号费,住院起付标准也不同程度的降低;河北对向上转诊的患者实行累计起付线

政策,向下转诊的住院患者不再另设基层住院起付线,并探索推进对未经转诊到二级以上医疗机构就诊的非急危重症患者下调相应医保报销比例等措施。^[5]

2.4 人力资源

各地均依托不同形式的医联体或对口支援,通过培训、进修、带教等方式,加强上级医疗机构对基层医疗卫生机构妇幼卫生工作人员的业务培训和技术指导,提高基层医务人员的技术水平和业务能力。常州还依托中国社区健康联盟和上海交通大学为基层医疗卫生机构培养健康管理师、公共营养师和心理咨询师,作为“2+3”家庭医生团队的重要组成力量。针对助产士、产科医生的紧缺和能力不足,上海在上海健康医学院内开设助产士专业,实施助产士转岗培训和骨干产科医师培训项目;石家庄开展了危重孕产妇和新生儿救治专项培训。此外,为了吸引和留住人才,常州市为基层医疗卫生机构争取正式编制,实施绩效工资制度和特岗补助制度,改变考核方式,将考核内容侧重于基层医疗卫生机构的公益性,目前“常州市基层的人员能力在提升,新进的人员全是本科以上学历”。

2.5 药品供应

基层医疗卫生机构妇科、儿科用药问题仍是短板,儿科用药种类和剂型短缺问题尤为严重,“导致原有儿科医疗功能弱化,事实上儿童常见病、多发病是可以在社区就诊的”。针对基层医疗卫生机构药品种类不全问题,上海市长宁区基层医疗卫生机构与区域内二、三级医院药房合作,以零差价向基层医疗卫生机构患者提供非基药,未设立药房的社区卫生服务站则与周边药店合作,患者可凭社区卫生服务站开具的处方从药店以零差价购药;常州通过医联体内调拨药物,解决基层医疗卫生机构药品短缺问题。四川省非政府办基层医疗卫生机构采取政府购买服务的方式将其纳入基本药物制度实施范围,加强群众用药的供应保障。

2.6 信息共享

得益于我国妇幼卫生信息系统的完善,全国性的妇幼卫生年报信息系统、妇幼卫生监测信息系统、妇幼保健机构监测信息系统、妇幼重大公共卫生服务项目信息系统等为妇幼健康服务的信息共享提供了支撑。对于双向转诊患者的信息共享,各地主要通过纸质双向转诊单或电话、微信、QQ群等方式进行信息转介与反馈,另外各地还建立了区域妇幼健

康信息平台以及用户端的一卡通来实现区域内不同医疗机构间的患者信息共享,如常州的区域妇幼保健信息系统和妇幼保健信息卡;上海的妇幼健康信

息平台和孕产妇一卡通;成都的健康四川医疗健康服务云平台“妇幼专区”、母子健康手册 APP 和孕产妇一卡通。各地妇幼健康分级服务政策详见表 1。

表 1 调研地区妇幼健康分级服务政策实践比较

模块	江苏省常州市	上海市	四川省成都市	河北省石家庄市	
领导治理	行政规制	制定印发妇幼健康分级服务相关政策文件 孕产妇、新生儿和体弱儿分级分类管理制度与转、会诊制度	孕产妇分级分类管理制度,危重孕产妇和新生儿转、会诊制度		
	激励约束机制	考核评价与结果运用机制	—	绩效考核机制	
服务提供	分级服务内容	孕产期保健服务 0~6岁儿童保健、计划生育技术、助产技术和产前诊断/产前筛查技术服务	产科和新生儿医疗保健服务	产科、儿科诊疗服务 —	
	首诊机构	自愿基层首诊	孕产期保健服务在区县级妇幼保健机构首诊建卡		
	服务组织	各级各类妇幼健康服务机构			
		区域妇幼健康联合体,“2+3”家庭医生团队	妇产科医联体、儿科医联体,“1+1+1”家庭医生团队	省妇幼保健院医联体、基层妇幼保健机构医联体、妇幼健康区域指导中心	区域妇幼健康联合体
筹资支付	财政经费	基本公共卫生服务、妇幼重大公共卫生服务经费拨付给基层医疗卫生机构		政府购买基本公共卫生服务	
	医保支付方式	医联体内基层首诊患者上转免收挂号费,降低住院起付标准	差异化医保报销政策,拉大不同级别医疗机构起付线与报销比例差距	差异化医保报销政策;向上转诊患者累计起付线,向下转诊的住院患者不再另设住院起付线	
人力资源	依托医联体、对口支援等开展技术指导和业务培训				
	培养健康管理师、公共营养师、心理咨询师	上海健康医学院开设助产士专业,助产士转岗培训和骨干产科医师培训项目	—	危重孕产妇和新生儿救治专项培训	
药品供应	医联体内调拨药物	基层医疗机构与二、三级医疗机构药房或周边药店合作	政府购买服务将非政府办基层医疗卫生机构纳入基本药物制度实施范围	—	
信息共享	全国性的妇幼卫生信息系统;双向转诊单、电话或微信、QQ群等				
	区域妇幼保健信息系统,妇幼保健信息卡	妇幼健康信息平台,孕产妇一卡通	健康四川医疗健康服务云平台“妇幼专区”,母子健康手册 APP,孕产妇一卡通	—	

3 讨论

3.1 明确机构功能定位是分级服务的必要前提

构建有效的分级服务体系需要从合理定位和分工出发,即根据各类医疗机构的规模、服务能力和外

部环境等进行合理分工和布局。^[6-7]四个地区以行政规制的方式明确了各级各类妇幼健康服务机构的功能定位和职责分工。然而,由于妇幼健康服务内容繁多且不断丰富,以及患者个体差异性、病情变化的复杂性和诊疗方案的个性化,卫生行政部门规制的

机构职责分工不可能包括所有的妇幼健康服务内容,应在分级服务制度完善过程中逐步增加和细化服务内容及分工。此外,由于部分基层医疗机构提供服务的数量和质量不能满足群众需求,大量妇女儿童选择其他医疗机构接受基本公共卫生服务,造成项目经费拨付的错位、浪费和使用效率低下。因此,服务提供机构及经费拨付方式应根据当地医疗机构服务能力和群众需求予以调整。

3.2 提升基层服务能力是推进基层首诊的关键

基层医疗卫生机构发展不平衡、总体服务能力较低等问题是制约我国分级诊疗制度建设的重要因素,通过政策引导无法改变患者对基层医疗卫生机构的固有看法和就医选择。^[8]四个地区均重视提升基层服务能力,主要通过医疗机构间在人才、药品方面的纵向协作和创新家庭医生签约服务模式来提高基层医务人员的技术水平和业务能力,解决药品不全问题,增加基层医疗服务资源利用度和群众的认同感。但是,依靠上级医疗机构对人才、药品的支持并不能完全解决问题,在利益共享机制未能充分建立的情况下缺乏内在动力,不具有可持续性,基层医疗机构的长期发展还需要建立吸引人才、留住人才的机制和完善基本药物制度,以制度规范推进基层医疗机构强化能力建设。

3.3 综合有效的激励约束机制是分工协作的内在动力

分工的产生必然导致协作的出现,协作能够创造出比个体生产更高的生产效率。^[9]在妇幼健康服务合理分工的基础上,各级各类医疗机构开展纵向协作对推进分级服务制度建设、提升医疗资源利用效率、提高基层服务能力等方面具有重要意义。^[10-11]调研地区大部分对口支援或医联体是以松散型的技术帮扶、项目合作为主,未能形成资源、人员和信息共享的利益共同体。常州选择针对性的指标建立了妇幼健康分级服务考核评估体系,有助于督促医疗卫生机构规范开展妇幼健康分级服务,但是缺乏财政补偿、医保支付、薪酬分配等体制机制联动改革,医疗机构逐利机制未能完全破除,医疗机构开展分级服务和协作的规范性、持续性和效果将受到影响。^[12-13]调研的三级医疗机构普遍表示“三级医院也需要保证门诊量、分娩量,考核机制导致其需要创收,影响分级诊疗的开展,应该要从政策上改变对医院的考核”。

3.4 健全的信息化系统是分级服务有序开展的保障

分级服务的开展需要医疗机构之间共享包括病历和个人健康档案在内的健康信息,以保障转诊及治疗的顺畅有序。^[14-15]通过区域性的医疗卫生信息系统,实现医疗机构间转诊需求、患者健康状况和治疗情况等信息共享,有助于接诊医疗机构及时做好接诊准备和处置方案,在危重孕产妇、新生儿等紧急患者的转诊救治中尤其重要。调研地区基本上建立起了区域妇幼健康信息平台,实现了妇幼人群部分健康档案的共享,但多利用微信、QQ群等方式,共享信息的规范性欠佳,也存在信息不全面等问题。另外,目前医院信息化系统缺乏统一的建设标准和规范,各级各类医疗机构之间兼容性差,加上医疗机构共享意识不足,电子病历等信息共享难度仍然较大。

4 建议

4.1 因地制宜,理顺医疗机构服务内容和职责分工

国家和省级层面应将不同类别妇幼健康服务分级,制定各级各类医疗机构服务项目清单,地方层面需根据当地卫生发展现状,以保障妇女儿童生命安全为前提,将服务项目清单进行调整、细化和延伸,制定开展分级服务的实施细则。根据基层医疗卫生机构服务能力,可适当允许基层医疗卫生机构开展部分服务以扶持其发展,或将其能力以外的服务内容调整至其他医疗机构。完善基本公共卫生服务项目、妇幼重大公共卫生项目的经费拨付方式,补偿对象从机构调整为任务,合理测算各项服务成本及支付标准,采用政府购买服务方式将经费拨付给实际提供服务的机构。^[16]

4.2 多措并举,提升基层医疗卫生机构服务能力

基层卫生服务能力的提升是分级服务政策能否落实到位的基础^[17],应重点补足六模块中人力资源与药品供应的短板。一是加强基层妇幼卫生人才队伍建设。充分利用农村订单定向医学生培养、住院医师规范化培训、医疗机构纵向性协作等措施,加强基层人才培养;改革基层医疗机构人事制度,实行“定编定岗不定人”,在规定条件的约束下给予基层医疗卫生机构负责人自主聘人权力。二是完善收入分配和绩效激励机制,落实“两个允许”,收入分配重点向妇幼卫生人员倾斜。三是完善基本药物制度。适当扩充妇女儿童常用药品种类和剂型,允许基层

医疗卫生机构配备一定比例的新药和特色专科用药,满足部分向基层转诊妇女儿童的康复治疗用药。

4.3 完善机制,促进医疗机构分工协作长效化

综合改革财政补偿、医保支付、薪酬分配及绩效考核机制,建立与分级服务目标一致、医疗机构间利益相容的激励约束机制,促进分级服务目标的实现。^[18-19]一是落实政府投入责任。加强对基层医疗卫生机构软硬件投入的同时,对公立医院因分级服务政策带来的亏损进行补偿。二是创新医保支付方式。探索总额预付基础上实行多元支付方式,对不同级别医疗机构采用针对性的支付方式。探索医联体内医保打包支付方式,促使其利益协同、合理分工。^[20]三是改革薪酬分配制度。根据不同机构的功能定位和职责分工,建立相应的薪酬分配方案,将薪酬分配与分级服务目标的完成挂钩。^[21]四是建立科学合理的绩效考核机制。选择有针对性、可操作的关键指标建立绩效评估体系开展分级服务效果评价,并制定有效的结果运用机制对医疗机构进行激励约束。

4.4 统筹规划,实现妇幼卫生信息共享

统筹规划区域卫生信息化建设,加快推进信息系统整合和数据资源共享,按照统一标准建立区域妇幼卫生信息平台,将现有妇幼保健信息系统向其他医疗机构开放,实时采集、及时共享健康档案、检查结果、医嘱等信息,逐步实现区域内电子病历、门诊和床位信息共享,保证电子健康档案与电子病历的连续记录和共享,促进双向转诊的有序、规范落实。^[22-23]将基本公共卫生服务中的妇幼项目和妇幼重大公共卫生服务项目内容纳入区域妇幼卫生信息平台,实现个案信息录入和转诊管理,提高项目的科学管理水平,为服务对象提供连续、合理的分级诊疗服务。^[24]

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 国家卫生计生委. 国家卫生计生委关于妇幼健康服务机构标准化建设与规范化管理的指导意见[EB/OL]. (2015-12-28) [2020-12-21]. <http://www.nhc.gov.cn/fys/s3581/201512/a0dcaflf20624769a9a3b2dafa0280ab.shtml>
- [2] WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes[R]. Geneva: World Health Organization, 2007.
- [3] 邹晓旭,高昭昇,姚瑶,等. 基于社会分工理论的分级医疗服务体系理论研究[J]. 中国医院管理, 2015, 35(7): 21-23.
- [4] 余红星. 我国医疗机构分工协作动力机制研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2015.
- [5] 李勇,张诗雯,苏杭,等. 我国分级诊疗试点现状及制约因素分析[J]. 中国药物评价, 2019, 36(6): 406-410.
- [6] 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, 34(7): 1-3.
- [7] 许兴龙. 分级诊疗背景下医疗机构分工协作机制及其实现策略研究[D]. 镇江: 江苏大学, 2018.
- [8] 谢坤,陈秀芳,夏蕾. 区域内纵向紧密型医联体实施中的思考与建议[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(64): 233-340.
- [9] 王清波. 分级诊疗制度的运行机制分析[D]. 北京: 北京协和医学院, 2016.
- [10] 吕果,冀杨,袁克虹,等. 当前分级诊疗的现状、困境及对策分析[J]. 中国医院, 2020, 24(10): 4-7.
- [11] 张会平,杨国富,郭宁. 面向分级诊疗的健康信息共享政策研究: 以四川省为例[J]. 数字治理评论, 2018(1): 24-51.
- [12] 李华才. 信息技术助力分级诊疗的思路与方法[J]. 中国数字医学, 2016, 11(10): 1.
- [13] 吴溢帆,王芳,陈永超,等. 采用服务券购买孕产期保健服务的SWOT分析——以张家口市宣化区为例[J]. 中国社会医学杂志, 2018, 35(2): 192-195.
- [14] 申曙光,张勃. 分级诊疗、基层首诊与基层医疗卫生机构建设[J]. 学海, 2016(2): 48-57.
- [15] 姚泽麟. 政府职能与分级诊疗——“制度嵌入性”视角的历史总结[J]. 公共管理学报, 2016, 13(3): 61-70.
- [16] 黄严,张璐莹. 激励相容: 中国“分级诊疗”的实现路径——基于S县医共体改革的个案研究[J]. 中国行政管理, 2019(7): 115-123.
- [17] 黄薇,宋晓丽,胡锦梁,等. 分级诊疗推进中的医保支付制度改革初探[J]. 中国医院管理, 2019, 39(8): 59-61.
- [18] 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.
- [19] 郭银霞,叶映月,陈娟弟,等. 区域信息共享的产前门诊电子档案系统的探索与应用[J]. 中医药管理杂志, 2019, 27(9): 57-59.
- [20] 纪娇,高本林,崔有文,等. 信息化建设助推分级诊疗[J]. 中国卫生质量管理, 2018, 25(3): 112-115.
- [21] 陈其原. 信息化管理在实施基本公共卫生和妇幼卫生服务项目中的应用效果[J]. 智慧健康, 2019, 5(28): 18-19.

[收稿日期:2020-12-21 修回日期:2021-02-10]

(编辑 刘博)