

分级诊疗制度变迁回溯及“十四五”期间的关键政策建议

苗豫东^{1*} 吴建² 牛亚冬³ 张亮³

1. 郑州大学卫生发展研究中心 河南郑州 450001

2. 郑州大学公共卫生学院 河南郑州 450001

3. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

【摘要】建立分级诊疗制度,是提升国家卫生健康治理能力的重要内容,对促进医疗资源合理配置、基本医疗健康服务均等化和有序就医意义重大。“十三五”期间,分级诊疗制度建设整体上撬动了卫生健康组织整合、医保支付模式优化、医防融合、家庭医生签约等诸体系的布局优化,成效显著。然而在推进分级诊疗制度建设进程中,各方对分级诊疗制度的政策信心、建设思路以及操作方法,尚存优化空间。因此,应进一步梳理分级诊疗制度变迁过程,对分级诊疗制度最主要的政策术语释义辨析,并在“十四五”期间,以医疗服务分级制度和连续性制度为核心制度,以医保制度、信息制度、监管制度、患者培育制度为保障制度,渐进调整形成分级诊疗格局。

【关键词】分级诊疗; 制度建设; 关键政策; “十四五”

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.03.001

Retrospection of hierarchical medical system and key policy recommendations during the 14th Five-year Plan period

MIAO Yu-dong¹, WU Jian², NIU Ya-dong³, ZHANG Liang³

1. Health Development Research Center, Zhengzhou University, Zhengzhou Henan 450001, China

2. School of Public Health, Zhengzhou University, Zhengzhou Henan 450001, China

3. School of Medicine and Health Management, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China

【Abstract】The establishment of tiered healthcare system is an important part of improving health management capacity, and is of great significance to promoting the rational healthcare resources allocation, equal access to basic medical and healthcare services and orderly medical treatment. During the 13th Five-year Plan period, the construction of hierarchical medical system as a whole leveraged the layout optimization of many systems, such as the integration of healthcare institutions, the optimization of medical insurance payment modes, the integration of medical care and prevention, and the integration of family doctors contracting services, with remarkable results. However, in the process of promoting the establishment of hierarchical medical system, there is still room for enhanced improvement of the policy confidence, ideas on its establishment and operation methods. Therefore, the process of hierarchical medical system reform should be reorganized and the main policy term definitions should be redefined and differentiated accordingly. Based on the findings of this retrospective study, during the 14th Five-year Plan period, policymakers should take medical service classification system and continuity system as the core systems, and social health insurance system, information system, supervision system, and patient cultivation system as security systems, so as to gradually adjust and form an impeccable tiered healthcare system.

【Key words】Hierarchical medical system; System construction; Key policy; The 14th Five-Year Plan

* 基金项目:国家自然科学基金(71603132, 71673099);郑州大学前沿交叉专项(XKZDQY202007)

作者简介:苗豫东(1989年—),男,博士,教授,主要研究方向为卫生政策,医院管理。E-mail:jiangpanzhuyi@126.com

通讯作者:吴建。E-mail:wujian@zhu.edu.cn

通过合理布局诊疗体系,提高医疗服务连续性、改善医疗系统整体功效,已是大部分国家卫生改革的共识性思路。^[1]党的十八届三中全会提出建立分级诊疗体系的总体要求,旨在通过基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动等一系列制度变革,促进各级医疗机构有序、协同地提供连续、综合的医疗服务,构建分级诊疗总体医疗格局。建立分级诊疗制度,是合理配置医疗资源、促进基本医疗卫生服务均等化的制度变迁过程,对建立中国特色基本医疗卫生制度,促进医药卫生事业长远健康发展,提高人民健康水平具有重要意义。“十三五”期间,分级诊疗作为深化医药卫生体制改革的抓手,整体上撬动了卫生健康组织整合、医保支付方式优化、医防融合、家庭医生签约等诸多体系的布局优化,成效显著。^[2]然而,在推进分级诊疗制度建设进程中,各方对分级诊疗制度的政策信心、建设思路以及操作方法,尚存优化空间。本文在回顾我国分级诊疗制度沿革的基础上,对分级诊疗制度最主要的政策术语加以释义辨析,进而提出十四五期间加强分级诊疗制度建设的政策建议,以期完善分级诊疗制度的顶层设计提供思路借鉴。

1 分级诊疗制度变迁

1.1 计划经济时期(1949—1978年)

计划经济时期,各级、各类医疗机构的服务目标定位明确,即努力提高公众健康水平,不以营利为目的。在层次布局上强调基层医疗服务机构和农村医疗服务体系的建设。城市地区形成了市、区两级医院和街道卫生院组成的三级医疗服务及卫生防疫体系;农村地区形成了以县医院为龙头、以乡(镇)卫生院为枢纽、以村卫生室为基础的三级医疗预防保健网络。总体来看,计划经济时期的医疗服务体系主要根据分级医疗的概念布局,各级机构功能定位十分明确。城镇劳保医疗和公费医疗实行“分级就医转诊制度”,基层医疗机构“守门人”职责得以有效发挥;农村赤脚医生作为“守门人”,提供方便、价廉的初级医疗服务。特定时期的分级诊疗格局初步建立,它的明显效果即是中国医疗系统以较少的资源消耗取得了较优的健康产出,受到世界卫生组织的赞誉。

1.2 改革开放以后的初步探索阶段(1979—1997年)

改革开放后,市场经济思维和机制延伸至卫生领域,政府对医疗系统的作用力度显著下降。二级及以上公立医院不断扩张规模,诊疗范围由专科疾

病、疑难杂症拓宽至常见病、多发病,服务分级和机构定位模糊,初步建立的分级诊疗格局被打破,人民群众原有的首诊—转诊就医观念开始变得混乱。在随后的30年中,大医院“全能化”问题日益突出,三级医院对基层医疗机构产生很强的服务挤出效应,大量患者集中在大医院需求诊疗服务,但事实上,三级医疗机构提供的服务中,约60%~80%可由基层医疗机构完成,造成医疗资源的巨大浪费,“看病贵、看病难”现象成为社会舆论的焦点话题。

1.3 1998年新的医疗保障制度建立至新一轮医改(1998—2008年)

这一时期,中国政府逐步建立起覆盖全民的社会基本医疗保险体系,这被认为是中国医改最显著性的成就。然而,社会基本医疗保险制度设计显然忽视了医疗保险对医疗系统的引导作用,相应的强制性基层“守门人”政策未能配套。综观世界各主要国家的卫生改革,医疗保险均对医疗服务有序提供与利用进行了明确的规制,医疗机构明确服务范围和患者合理转诊是最基本的要求。这一时期,医疗保险刺激医疗需求伴随着患者无序流动,使分级诊疗格局彻底打破,医疗资源配置及利用“倒金字塔”问题空前严峻。

1.4 2009年新一轮医改启动以来(2009年至今)

2009年之后,中央和地方卫生政策制定者均认识到,依靠不断增加政府财政投入并不能使中国医改取得预期目标,其主要原因在于医疗服务缺乏明确的分级以及患者无序流动将造成越来越大的浪费。因此,一些省市结合公立医院改革进行分级诊疗的尝试,分级诊疗逐渐作为医改中的一项重要内容并开始试点推动。经由多年探索,截至2016年,国务院办公厅《关于印发深化医药卫生体制改革2016年重点工作任务的通知》(国办发〔2016〕26号)指出,构建分级诊疗体系应从四个方面着手:加快开展分级诊疗试点,扩大家庭医生签约服务,提升基层服务能力,完善配套政策。这一阶段,中央政府层面推进分级诊疗政策力度强劲,表现出极大的政治决心,加强基层医疗服务,多措施协同推进,成为改革的主要思路。

1.5 分级诊疗制度沿革的启示

纵观分级诊疗制度的沿革,一些基本的规律归纳如下:(1)医疗制度变迁深刻影响着医疗服务的提供与利用,有怎样的医疗制度,就会有相应的医疗服务提供与利用模式;(2)市场机制利好二级以上医疗

机构获得越来越多的资源,但难以胜任医疗体系整体优化的使命,中国分级诊疗沿革的历史启示政策制定者,政府对医疗体系作用强度较大的时期,往往是医疗体系整体布局较为合理的时期;(3)医疗机构功能定位明确与患者合理流动,是世界各主要国家卫生(医疗保险)改革的最基本要求,中国分级诊疗制度的建立也应以上述 2 个被证明有效的改革经验作为推进分级诊疗的基本思路;(4)分级诊疗制度是医疗、医保、医药系统一系列制度共同作用的结果,因此建立分级诊疗制度有赖于医疗、医保、医药协同改革;(5)基层医疗服务是分级诊疗的基石,它既是常见病、多发病的主体治疗机构,也是医疗体系作用

于患者的第一接触点,可显著影响到患者就诊流向,能保障医疗体系以较少的资源消耗产生较优的人群健康产出。

2 分级诊疗制度关键政策术语释义辨析

中央政府政策文件并未对分级诊疗制度进行明确的定义,而以“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的 16 字方针,对分级诊疗体系的主要特征进行了阐述,明确了分级诊疗制度的政策框架和“理想的医疗体系”的基本格局。各地在改革实践中,以上述基本方针为出发点,做法迥异。因此有必要对关键政策术语做以释义辨析(表 1)。

表 1 分级诊疗关键政策术语释义^[3-5]

政策术语	基本含义	政策制定需把握的要点
分级	在尊重各级医疗机构现有服务能力的前提下,将同层级各机构均能开展的服务作为本级机构服务核心范围	动态调整:确保基层医疗机构和县级医院核心服务范围逐年扩大 医保配套:通过医保支付方式改革,确保各机构提供而不推诿核心诊疗范围内服务,确保各机构合理提供而不盲目接收非核心服务范围内的患者
连续性	患者在疾病诊疗过程中各环节服务有序衔接,包括单一机构就诊患者机构内诊疗服务连续性和跨机构就诊患者机构间服务连续性	跨机构就诊患者机构间服务连续性,包括医疗技术性服务连续性(用药、检查、服务项目等)和非医疗技术性服务连续性(管理、接待、随访等)
基层	一个相对概念:县域各级医疗机构相对于省市级医院为基层;乡村相对于县级医院为基层	医保政策应区分患者的就诊是否何为合理的基层就诊,给予相应的报销政策
首诊	绝大部分患者仅在单一机构可完成疾病诊疗,仅小部分患者需经多机构间转诊完成疾病诊疗	强调首诊,并不意味着患者一定要转诊,即转诊率并非越高越好
双向转诊	在不同层级医疗机构间、综合与专科医疗机构间发生的转诊	客观需要转诊的患者比例不高;上转并非逐级转诊;下转并不适用于所有病种,需要通过评估疾病诊疗一费用一患者特征确定;双向转诊的重要目的之一在于建立适宜的就诊路径,核心价值在于降低疾病周期的费用,而非控制医疗机构的次/例均费用
急慢	急性病、慢性病、慢性病急性期	慢病适于建立分级诊疗制度;要尽量避免慢病医疗需求转为急病医疗需求
分治	分别治疗与治理	急慢病诊疗路径应有所区分:急性病以尽快治疗为主;慢性病以加强治理为主
上下	上级医疗机构、下级医疗机构	机构间上下关系指服务流程而非隶属关系;是技术与能力的水平有上下而非技术与能力的规模有大小
联动	医疗服务提供建立互动联系	联动强调服务连续而非形式整合;避免基层医疗机构“越帮越弱”的结局

通过对关键术语的释义辨析,分级诊疗制度政策要点归纳如下:(1)分级诊疗制度属于医疗服务供方制度,即制度建设的政策受体是各级医疗机构而非患者,换言之,患者不应该因分级诊疗制度的建立,而在就诊便利性、经济负担、服务质量、就医体验等方面蒙受权益损失;(2)分级诊疗制度本质上是医疗服务分级制度与医疗服务连续性制度有机融合的医疗供方制度。分级诊疗制度属医疗服务供给侧改革的范畴,目标是优化医疗资源配置,提高医疗体系

整体效率和居民健康水平;制度核心在于医疗服务分级与连续性;主导者是政府;基本策略是医疗、医保、医药协同改革,联动推进。

3 “十四五”期间完善分级诊疗制度的关键政策建议

“十四五”期间,分级诊疗制度建设应按照“2 + 4”的总体制度框架加以推进建设,即 2 项核心制度(分级制度和连续性制度),4 项保障制度(医保制

度、信息制度、监管制度、患者培育制度)。在此总体制度框架下,为推动各地分级诊疗政策调整优化,提出以下政策建议:

3.1 加强医疗服务分级制度建设

从当前各层级医疗机构服务能力与规模来看,高一层级医疗机构疾病诊疗范围远大于低一层级医疗机构,前者对后者形成明显的“挤出效应”,分级诊疗难以真正实现。因此,应在充分尊重各层级医疗机构现有疾病诊疗范围的前提下,明确各级医疗机构疾病诊疗核心范围(疾病及疾病诊断),这是建立分级诊疗制度的首要任务。

3.1.1 医疗机构服务分级制度

对于基层医疗机构(主要指卫生院、社区卫生服务中心),以各机构过去一年实际诊疗的疾病病种,作为各机构能力评估的基本参考,进而确定各机构均能诊疗(即能力最弱的机构也能诊疗的)的病种,建立基层医疗机构核心诊疗 A 目录,作为基层医疗机构诊疗服务核心范围;以各机构所服务区域居民过去一年的实际患病及就医流向情况,将患病率高,基层就诊率低的疾病作为基层医疗机构服务能力提升的病种,建立基层医疗机构能力提升 B 目录;其他病种作为基层医疗机构非核心诊疗服务。

对于县级(二级)医院,开展疾病诊疗能力评估,以各医院过去一年实际诊疗的疾病病种,作为各医院能力评估的基本参考,进而确定各医院均能诊疗(即能力最弱的医院也能诊疗的)的病种,剔除基层医疗机构(乡镇卫生院和社区卫生服中心)诊疗服务核心范围内的病种,建立县级(二级)医院核心诊疗 A 目录,作为县级(二级)医院诊疗服务核心范围;以区域居民过去一年的实际患病及就医流向情况,将患病率高,外转率高的疾病作为县级(二级)医院服务能力提升的病种,建立县级(二级)医院能力提升 B 目录;其他病种,作为县级(二级)医院非核心诊疗服务。

基层医疗机构与县级(二级)医院诊疗服务核心范围以外的病种,原则上均可纳入三级医院诊疗服务核心范围,即为三级医院核心诊疗 A 目录;三级医院接收的 A 目录以外的病种,均为本级机构非核心诊疗服务。

A 目录的建立可以明确各医疗机构的分工,B 目录的建立则可以优化医疗机构的工作重心,将县级(二级)医院“向下竞争”的注意力转移到“向上竞

争”中来。此外,应通过定期核查和患者反馈等方式对各医疗机构的服务能力进行客观评价,依据机构服务能力和人群疾病结构的变化,对各层级医疗机构的诊疗服务目录进行动态调整,剔除不适合本目录的疾病,添补适合本目录的疾病,与之相关的其他配套制度也应动态调整。

3.1.2 相关配套制度

(1) 医保制度

总体来看,分级诊疗中医保资金下沉是作为分级诊疗优化医疗体系资源配置的核心目标。^[6]在推进分级诊疗制度建设中,应确保基层医疗机构医保资金总体占比逐年提高。

纳入基层医疗机构 A 目录的病种,患者在基层医疗机构就诊,可在原有医保报销比例基础上,进一步提高报销比例。患者直接选择在二、三级医院就诊的,医疗机构应耐心宣教,协助患者联系合适的转诊机构,告知患者不同层级医疗机构针对该疾病在服务能力和医保补偿政策上的差异,引导患者下转;若因联系不到合适转诊机构导致患者不能下转,医保部门可不改变患者报销比例和对医疗机构的支付比例;若可下转但患者强烈要求在本机构就诊的,医保部门在原有医保报销比例基础上,逐年降低此类患者在二、三级医院的报销比例直至完全自费;首诊机构和被联系的机构应分别将各类转诊情况记录在转诊文书上,其中首诊机构的转诊文书上应有患者或其亲属签字,医保部门通过转诊文书抽检比对和相应患者的回访对医疗机构的宣教质量进行评价,对于宣教质量差的疾病,医保在不改变报销比例的情况下,逐年降低对该医疗机构关于此类疾病的支付比例,由此给患者带来的费用负担,由接诊的医疗机构自行承担。

纳入县级(二级)医院 A 目录的病种,患者选择直接在三级医院就诊的,转诊过程和医保制度与上述保持一致;患者在县级(二级)医院就诊,可在原有医保报销比例基础上,进一步提高报销比例。患者选择直接在有能力提供该病种诊疗服务的基层医疗机构就诊,可在原有医保报销比例基础上,进一步提高报销比例。纳入三级医院 A 目录的病种,患者选择在有能力提供该病种诊疗服务的县级(二级)医院就诊,可在原有医保报销比例基础上,进一步提高报销比例。在确保服务质量的前提下,医保部门可适当提高各层级医疗机构 B 目录病种的支付标准和结余留用权,使能力提升所带来的经济效益显著高于

常规业务的经济效益,激励医疗机构以提高服务质量和服务能力为发展目标。

(2) 信息制度

强化分级诊疗信息服务平台诊疗费用管理功能。患者通过口令账号登录信息平台,可查询基层与县级(二级)、三级医院诊疗服务核心范围,及其相应的医保报销政策;同时,可根据自身主要疾病诊断,检索全市该病种就诊的平均费用,以及在不同层级医疗机构就诊的平均费用,使患者就诊前对基层医疗机构与县级(二级)、三级医院就诊费用的平均差距有所了解,为吸引患者基层首诊。

落实分级诊疗信息服务平台远程医疗服务功能。依据各层级医疗机构诊疗服务核心范围,明确不同层级核心诊疗服务相应病种远程医疗负责人,使低一级医疗机构通过远程医疗服务获得高一级医疗机构在疾病诊断、治疗及后续随访管理等方面的业务指导,为基层医疗机构及县级(二级)医院开展核心诊疗服务提供充分保障。

(3) 监管制度

“十四五”期间,分级诊疗制度建设中政府监管应不再将各层级医疗机构服务增量作为主要考核指标,转为将各层级医疗机构核心诊疗服务增长量作为主要考核指标,从而督促各机构明确自身功能定位,有序发展。

纳入基层医疗机构诊疗服务核心范围的病种,原则上,除非患者强烈要求,基层医疗机构不得随意上转;对基层医疗机构诊疗服务核心范围内的疾病,在治疗期间如病情转变,已不符合本级服务核心范围,可直接转诊至县级(二级)医院或三级医院;对基层医疗机构诊疗服务核心范围以外的疾病,机构可根据自身能力,给予一定的治疗或直接转诊至县级(二级)医院或三级医院。

纳入县级(二级)医院诊疗服务核心范围的病种,原则上,除非患者强烈要求,不得随意上转;病情缓解可下转至基层医疗机构;限定基层医疗机构核心诊疗服务在县级(二级)医院总服务中的占比,超出占比所产生的医疗费用由医疗机构自担。对县级(二级)医院诊疗服务核心范围内的疾病,在治疗期间如病情转变,已不符合本级服务核心范围,可转诊至基层医疗机构或三级医院;对县级(二级)诊疗服务核心范围以外的疾病,机构可根据自身能力,给予一定的治疗或直接转诊至基层医疗机构或三级医院。

限定基层医疗机构与县级(二级)医院核心诊疗

服务在三级医院总服务中的占比,超出占比而产生的医疗费用由医疗机构自担。对三级医院诊疗服务核心范围内的疾病,在治疗期间如病情转变,已不符合本级服务核心范围,应积极引导患者转诊至基层医疗机构或县级(二级)医院,下转率纳入机构绩效考核。

(4) 患者培育制度

政府宣传引导培育患者良好就医习惯。各相关部门要大力推动公民健康教育,综合运用各种官方媒体进行宣教,转变群众传统的就医理念,强化患者关注各层级医疗机构诊疗服务核心范围的意识,倡导患者“到合适的机构看合适的病”,而非“盲目崇拜”大医院。

医务人员主动宣教改变不良就医观念。各级医疗机构均应针对本机构核心诊疗服务范围,出台分级诊疗患者健康宣教指导手册,敦促接诊的医务人员对符合本机构诊疗服务核心范围的患者,强化其在本机构就诊的宣教;对不符合本机构诊疗服务核心范围的患者,告知其合理的就诊流向及相应的医保报销政策,引导患者合理择医。

医保经办机构宣教培养患者控费意识。医保经办机构通过各种媒体宣传引导医保参保者就医费用的构成、不同层级机构就诊对患者自担费用的影响、合理择医对节约医疗费用的重要性等。特别强调医保参保者权责意识培养,使参保患者明白在享有医保资金使用权益的同时,也应主动承担医保参保者应尽的义务。

3.2 加强医疗服务连续性制度建设

分级诊疗推进中,可以预见转诊患者比重将显著提升,医疗机构间服务连续性将越来越重要。然而以重复检查、用药、过度服务、患者长时间等待等为表征的服务不连续,给患者造成了沉重的经济负担和极差的就医体验,造成各方政策信心不足,加强医疗服务连续性制度建设迫在眉睫。

3.2.1 医疗服务连续性制度

医疗机构层面,医疗服务连续性可分为机构内连续性和机构间连续性,分级诊疗的重点在于解决机构间连续性服务问题。医疗机构间服务连续性又可分为医疗技术性服务连续性和非医疗技术性服务连续性。其中,技术性医疗服务包括检查、诊断、用药等,非医疗技术性服务则指患者转诊、接待等。因此,医疗服务连续性制度的建设与评价应围绕机构间医疗技术性服务连续性制度和非医疗技术性服务

连续性制度开展。此外,诊断的准确性决定了分级的合理性以及患者转诊后治疗风险的大小,因而医疗连续性服务制度不仅要关注准确转诊前后的服务连续性问题,也应该关注非准确转诊后,如何早发现并及时二次转诊的问题,厘清转诊的过程和责任,将转诊的风险控制到最低。

3.2.2 相关配套制度

(1) 医保制度

在建立分级诊疗体系中,不同层级医疗机构服务提供联动是医疗服务连续性的重要保障,理想情境下,联动机制一旦建立,跨机构就诊患者的检查、用药、服务项目等关键诊疗信息,将在相应层级医疗机构间共享,接诊医生可依据前次就诊信息做出最有利于患者的诊断。截至目前,基本医疗保险收入占基层医疗机构业务收入的95%以上,占县级以上医院业务收入的约60%,医保基金有能力为不同层级机构医疗服务联动提供外部动力。鉴于较多地区已经广泛建立起紧密型医联体,可开展支付给医联体的“总额预算+单病种”支付方式,激励医联体内部服务提供联动。^[7]具体而言,在具有稳定合作关系的医联体内,可将单病种医保费用总额预算给参与转诊某一级医疗机构,各参与转诊治疗的机构根据该病种的患者在各自机构的实际诊疗情况,自行进行费用的二次谈判分配,“倒逼”医疗机构出于医疗成本的考虑,不再提供不必要的服务,从而实现机构间医疗技术性服务的连续性。^[8]

(2) 信息制度

各地探索分级诊疗的实践经验表明,互联网转诊平台大大节约了患者转诊等待时间,提高了转诊机构间非医疗技术性服务的连续性;同时患者可获取转诊路径的完整信息,打消了转诊的疑虑,为双向转诊制度建立提供了一定基础,有利于提高机构间非医疗技术性服务的连续性。

此外,部分地区(上海、深圳、三明等)积极推进家庭医生信息化平台建设,平台的“处方延伸”功能值得借鉴:即不同层级医生,可通过口令账号登录信息平台,调阅患者在不同机构就诊的处方,为本次诊疗提供一些依据,一定程度上实现了机构间医疗技术性服务的连续性。

(3) 监管制度

加强跨机构医疗质量监管,提高机构间医疗技术性服务的连续性。定期采集各类转诊路径患者的检查、用药、服务项目等关键诊疗信息,开展医疗质

量评估。

优化跨机构医疗相关服务流程,提高机构间非医疗技术性服务的连续性。借助互联网转诊平台,提高各层级医疗机构接待转诊患者的反应性,简化转诊、报销等手续及相关审批环节,监测各类转诊路径患者转诊花费时间及其满意度。

(4) 患者培育制度

组建联合病房,引导患者下转。^[9]依据各机构诊疗服务核心范围,鼓励有条件的基层医疗机构与高层级医院建立联合病房,确定适宜患者下转的病种,通过健康宣教、医保杠杆、减免起付线等途径,引导患者由高一层级医院下转至低一层级医疗机构。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 郁建兴,涂怡欣,吴超.探索整合型医疗卫生服务体系的中国方案——基于安徽、山西与浙江县域医共体的调查[J].治理研究,2020(1):5-15.
- [2] 高传胜,雷针.高质量发展阶段分级诊疗政策的效果与走向[J].中州学刊,2019(11):65-72.
- [3] 李相荣,田进芳,李汶广,等.我国分级诊疗制度实施的关键问题与对策分析[J].中国药物经济学,2019,14(2):14-17.
- [4] 游静.分级诊疗背景下医联体“协同”关键因素探析[J].卫生软科学,2019,33(4):34-39.
- [5] 李文敏,李文志,曾祥英.影响我国分级诊疗制度推进的关键问题研究[J].中国卫生政策研究,2018,11(10):12-19.
- [6] 朱碧帆,李芬,陈多,等.整合医疗卫生服务体系筹资激励机制现状、问题和优化策略[J].中国卫生资源,2019,22(6):410-414.
- [7] 邓明,张柠.美国捆绑式支付方式对完善我国连续性医疗服务体系的启示[J].中国卫生经济,2019,38(2):94-96.
- [8] 尹述颖,陈文,刘稳,等.紧密型医疗联合体运行的关键问题辨析及政策建议[J].中国卫生政策研究,2020,13(1):38-42.
- [9] 杨荣,刘长明,廖晓阳,等.三级综合医院联合社区医院开展心房颤动综合管理协同路径的探索与思考[J].中国全科医学,2021,24(1):36-39.

[收稿日期:2020-12-25 修回日期:2021-02-14]

(编辑 刘博)