

北京市医药分开综合改革后慢性病人群治疗费用的机构流向分析

——基于“SHA2011”

刘黎明* 程薇 蒋艳 赵丽颖 徐阅 娄翠迪 马琳 徐训航 安婷钊 满晓玮
北京中医药大学 北京 100029

【摘要】目的:慢性病在中国已成为影响人民健康水平的重大疾病。2017 年 4 月 8 日,北京市全面实施医药分开综合改革,全面取消了药品加成。本文通过对北京市医药分开综合改革后慢性病不同受益人群治疗费用的机构流向的分析,为慢性病及分级诊疗相关政策的制定提供参考。方法:采用多阶段分层整群抽样调查的方法,以北京市 24 家医院、57 家社区卫生服务中心为研究对象,利用卫生费用核算体系(SHA2011)核算 2016—2017 年北京市医院和社区中心慢性病患者治疗费用总量和受益人群的机构流向。结果:2017 年,慢性病门诊费用由三级医院流向社区中心和二级医院,三级医院住院费用比重增加。男性和女性患者的机构流向与整体情况一致。15~59 岁和 60 岁以上慢性病人群的门诊费用流向基层的比例升高。多数疾病别慢性病治疗费用流向三级医院的比例下降。结论:医药分开综合改革实施后,社区中心承担了更多的慢性病门诊服务,分级诊疗在一定程度上得到促进。

【关键词】医药分开综合改革;慢性病;治疗费用;SHA2011;机构流向
中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.04.002

Analysis of institutional distribution of treatment costs for patients with chronic disease after the comprehensive reform of medical-pharmaceutical separation in Beijing: Based on “SHA2011”

LIU Li-ming, CHENG Wei, JIANG Yan, ZHAO Li-ying, XU Yue, LOU Cui-di, MA Lin, XU Xun-hang, AN Xu-zhao, MAN Xiao-wei

Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

【Abstract】 Objective: Chronic diseases have become a major disease affecting people’s health in China. On April 8, 2017, Beijing comprehensively implemented the comprehensive reform of medical-pharmaceutical separation, and completely cancelled the drug markup. This article analyzes the institutional distribution of treatment costs for different beneficiaries with chronic diseases after the comprehensive reform of Beijing’s medicines separation, and provides a better data reference for the formulation of chronic diseases and hierarchical medical policies. Methods: A multi-stage stratified cluster sampling survey method was used, taking 24 hospitals and 57 community healthcare service centers in Beijing as the research objects, and employing the health expenditure accounting system (SHA2011) to account for chronic diseases in hospitals and communities in Beijing during the period from 2016 to 2017, and to compute total amount of chronic disease treatment costs and establish the distribution of healthcare institutions for beneficiaries. Results: In 2017, outpatient expenses for chronic diseases transferred from tertiary hospitals to communities and secondary hospitals, and the proportion of hospitalization expenses in tertiary hospitals significantly increased. The institutional distribution for male and female patients is consistent with the overall situation. The proportion of outpatient expenses for people aged 15~59 and over 60 with chronic diseases going to the primary healthcare

* 基金项目:北京市卫生健康委员会资助项目“2019 年基于 SHA2011 的北京市经常性卫生费用核算”
作者简介:刘黎明(1995 年—),女,博士研究生,主要研究方向为卫生经济。E-mail: 2893468828@qq.com
通讯作者:满晓玮。E-mail: manxw@126.com

institutions showed an increasing trend. The proportion of chronic disease treatment costs accounting to tertiary hospitals for most diseases had declined. Conclusions: After the implementation of the comprehensive reform of medical-pharmaceutical separation in Beijing, communities have increased their need to seek for chronic disease outpatient services, and the hierarchical medical system has been promoted to a certain extent.

【Key words】 Comprehensive reform of medical-pharmaceutical separation; Chronic diseases; Treatment cost; Health Expenditure accounting 2011; Institutional distribution

近年来,随着人口学和疾病模式的转变,我国居民年龄构成及疾病谱发生了变化,慢性非传染性疾病(以下简称“慢性病”)逐渐成为影响中国居民健康的重要疾病^[1],慢性病管理也成为目前卫生管理领域的一项挑战^[2]。

十九大报告指出实施健康中国的战略部署,我们需要积极建立起“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”新型分级诊疗模式。^[3]慢性病是分级诊疗政策中的重要鼓励对象,而研究显示北京地区慢性病患者倾向于去三级医院就医(43%)。^[4]

2017年4月8日,北京市3600多家医疗机构同时启动医药分开综合改革^[5],改革的主要内容是取消了药品加成,实施有升有降的调整策略和差异性的医保报销政策,合理引导患者的就医选择和就医流向^[6],缓解看病难、看病贵问题^[7]。

对此,本文旨在研究北京市医药分开综合改革实施后慢性病不同人群治疗费用的机构流向,分析改革后慢性病受益人群费用流向的变化情况,为慢性病及分级诊疗相关政策的研究提供数据参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究基础数据来源于北京市卫生总费用核算基础数据库。卫生总费用核算也称国民卫生账户(National Health Accounting System),核算结果可以宏观评价卫生事业的发展^[8]。其他数据来源于2017和2018年《北京市卫生统计年鉴》、2017和2018年《北京市卫生财务统计年报》、2017和2018年《北京市卫生费用核算报告》等。

1.2 研究样本

样本机构包括市属医院、区属医院和社区卫生服务中心(下文简称“社区中心”)。市属医院特色差异较大,全部纳入研究。区属医院和社区中心采用多阶段分层整群抽样调查。第一阶段是根据北京市政府部门的发展规划要求分成4个区,使用主成分

分析方法对北京市16个区县进行聚类,取4个聚类的结果,然后每个聚类选择1~2个区,最终抽样选择东城区、丰台区、昌平区、平谷区为样本区。第二阶段,在样本区中,每个区随机选择一家医院、5~8家社区中心(含非独立站)纳入样本,社区中心以信息系统完善度作为首要抽选标准。第三阶段是根据卫生机构类型和行政级别确定随机样本。

另外,考虑到北京市在2017年4月之前已有部分机构进行了医药分开政策试点^[9],因此排除了样本机构中的4家试点机构。最后,从样本中选取14家北京市医疗机构、16家东城区医疗机构、8家丰台区医疗机构、13家昌平区医疗机构和30家平谷区医疗机构。整合机构两年中全部的患者就诊费用相关数据,形成北京市卫生总费用核算基础数据库。

1.3 慢性病的界定

从目前对于疾病分类的研究来看,国际疾病分类法(ICD-10)是一个基本的常用分类标准。按照ICD的分类,疾病被分为传染病和寄生虫病、肿瘤、血液及造血器官疾病和涉及免疫机制的某些疾患等21个疾病组。此外还有全球疾病负担(GBD)的分类,按照GBD的分类,疾病分为传染病、孕产妇、围产期及营养疾病、慢性非传染性疾病、伤害和其他症状或疾病这四类。GBD与ICD之间存在对应关系^[10],本研究采用SHA2011核算方法中GBD与ICD的对应关系进行划分,慢性非传染性疾病(“慢性病”)的范围即GBD的第二大类。

慢性病患者的费用包括治疗费、药品费和耗材费,治疗费为所有医疗服务项目费用,药品费为所有药品费用,耗材费为所有耗材费用,三者之和为慢性病患者全部的费用,即总费用。

1.4 研究方法

卫生费用核算体系是根据国民经济核算原则和体系而建立的卫生费用核算国际分类和统计报告制度,利用该体系可以进行国家或地区的卫生总费用核算以及卫生次账户核算,为政策制定提供

依据。^[11]

“卫生费用核算体系 2011”(简称“SHA2011”)是目前国际上公认的卫生总费用核算方法,由世界卫生组织制定。该方法加强了两种甚至多种维度之间的交叉分析。^[12]该方法核算的是经常性卫生费用,首先由样本机构的数据得出宏观核算的参数,再利用卫生统计和卫生财务年报的地区总量数据,采用自上而下的方法,使用样本机构的参数,对整体地区的卫生费用从来源、机构、功能角度进行宏观核算。

本研究中治疗费用总量数据基于样本机构基础数据库、利用 SHA2011 核算得出,仅核算治疗服务维度,不涉及预防维度。治疗费用包括治疗收费收入和财政基本支出补助收入。SHA2011 核算分析时主要涉及机构级别和受益人群维度的交叉,受益人群包括性别、年龄别和疾病别三种类别。

1.5 数据处理

在卫生费用核算基础数据库中提取医院和社区中心两年内收集的所有门诊和住院患者的基本资料,包括年龄、性别、疾病主诊断、机构级别、总费用等。其中社区中心仅将门诊服务纳入核算,未涉及住院服务。剔除无效或错误信息。疾病的诊断按国际疾病分类法(ICD-10)进行编码。确定 ICD-10 编码之后,根据 ICD 和 GBD 的对应关系,继而分别确定疾病组和全球疾病负担的分类编码,然后在 GBD 的四大类疾病中,提取第二大类——慢性非传染性疾病的全部门诊和住院病例信息。按照 SHA2011 的框架核算 2016—2017 年北京市医院和社区中心慢性病患者治疗费用受益人群的机构流向。

2 结果

2.1 治疗费用机构流向结果

2.1.1 总体

2016—2017 年,慢性病治疗费用均主要流向三级医院,其次流向社区中心和二级医院。2017 年,社区中心治疗费用占比上升了 1.30%,而二、三级医院占比分别下降了 0.06% 和 1.24%(表 1)。

表 1 2016—2017 年社区中心和医院慢性病治疗费用机构流向占比

机构	2016	2017	变化量(%)
社区中心	12.74	14.05	1.30
二级医院	12.43	12.37	-0.06
三级医院	74.83	73.59	-1.24
合计	100.00	100.00	—

2.1.2 门诊

2016—2017 年,慢性病门诊治疗费用与整体情况一致,均主要流向三级医院,其次流向社区中心和二级医院。2017 年,社区中心和二级医院门诊治疗费用占比分别提高了 2.39% 和 0.77%,而三级医院占比减少了 3.16%(表 2)。

表 2 2016—2017 年社区中心和医院慢性病门诊治疗费用机构流向占比

机构	2016	2017	变化量(%)
社区中心	21.28	23.67	2.39
二级医院	12.83	13.60	0.77
三级医院	65.89	62.73	-3.16
合计	100.00	100.00	—

2.1.3 住院

2016—2017 年,慢性病住院治疗费用大部分均流向三级医院。2017 年,二级医院住院治疗费用占比减少了 1.26%(表 3)。

表 3 2016—2017 年医院慢性病住院治疗费用机构流向

机构	2016	2017	变化量(%)
二级医院	11.82	10.56	-1.26
三级医院	88.18	89.44	1.26
合计	100.00	100.00	—

2.1.4 门诊和住院

2016—2017 年,二、三级医院慢性病治疗费用均以门诊费用为主,其中三级医院门诊和住院费用占比较为接近。2017 年,二级医院门诊治疗费用占比提高了 3.43%,而三级医院门诊治疗费用占比减少了 2.16%(表 4)。

表 4 2016—2017 年社区中心和医院慢性病治疗费用门诊和住院流向

机构	2016		2017		变化量	
	门诊(%)	住院(%)	门诊(%)	住院(%)	门诊(%)	住院(%)
社区中心	100.00	—	100.00	—	—	—
二级医院	61.84	38.16	65.27	34.73	3.43	-3.43
三级医院	52.73	47.27	50.58	49.42	-2.16	2.16
合计	59.89	40.11	59.34	40.66	-0.55	0.55

2.2 治疗费用受益人群机构流向结果

2.2.1 不同性别慢性病患者治疗费用流向

(1) 门诊

男性和女性慢性病患者门诊治疗费用均主要流向三级医院,占比达 60% 以上。2017 年,男性和女性患者费用流向社区中心和二级医院的比重均升高(表 5)。

(2) 住院

男性和女性慢性病患者住院治疗费用均主要流向三级医院,占比达85%以上,流向二级医院的比例仅占10%左右。2017年,男性和女性患者费用流向二级医院的比例均下降(表5)。

2.2.2 不同年龄别慢性病患者治疗费用流向

(1) 门诊

各年龄别慢性病门诊治疗费用均主要流向三级医院。2017年各年龄组门诊费用流向三级医院的比重均下降(表6)。

(2) 住院

各年龄别慢性病住院治疗费用均主要流向三级医院,14岁以下患者费用流向三级医院的比重最高。2017年各年龄组住院费用均更多流向三级医院(表6)。

2.2.3 不同疾病别慢性病患者治疗费用流向

(1) 门诊

各个疾病别慢性病门诊治疗费用均主要流向三级医院。2017年大部分疾病组费用流向社区中心和二级医院的比例增加,流向三级医院的比重下降,如神经系统疾病、呼吸系统疾病、皮肤和皮下组织疾病、肿瘤的门诊费用明显由三级医院流向社区中心和二级医院(表7)。

(2) 住院

各个疾病组住院治疗费用均主要流向三级医院。2017年,多数类别慢性病住院费用更多流向三级医院,神经系统疾病、血液及造血器官疾病和其他某些涉及免疫系统的疾患、皮肤和皮下组织疾病以及先天畸形,变形和染色体异常流向二级医院的费用比例增加(表7)。

表5 2016—2017年社区中心和医院不同性别慢性病门诊和住院患者治疗费用级别分布(%)

性别	门诊						住院			
	2016			2017			2016		2017	
	社区中心	二级医院	三级医院	社区中心	二级医院	三级医院	二级医院	三级医院	二级医院	三级医院
男	20.72	13.36	65.91	23.35	13.75	62.90	10.93	89.07	9.65	90.35
女	21.74	12.40	65.87	23.94	13.48	62.58	12.92	87.08	11.79	88.21
合计	21.28	12.83	65.89	23.67	13.60	62.73	11.82	88.18	10.56	89.44

表6 2016—2017年社区中心和医院不同年龄别慢性病患者门诊和住院治疗费用级别分布(%)

年龄别	门诊						住院			
	2016			2017			2016		2017	
	社区中心	二级医院	三级医院	社区中心	二级医院	三级医院	二级医院	三级医院	二级医院	三级医院
14岁以下	3.03	4.01	92.96	1.75	8.25	90.01	1.28	98.72	0.81	99.19
15~59岁	17.01	12.31	70.67	17.36	13.22	69.42	9.07	90.93	8.61	91.39
60岁以上	27.79	14.37	57.84	31.37	14.36	54.27	14.67	85.33	12.92	87.08
合计	21.28	12.83	65.89	23.67	13.60	62.73	11.82	88.18	10.56	89.44

表7 2016—2017年社区中心和医院不同疾病别慢性病患者门诊和住院治疗费用级别分布(%)

疾病别	门诊						住院			
	2016			2017			2016		2017	
	社区中心	二级医院	三级医院	社区中心	二级医院	三级医院	二级医院	三级医院	二级医院	三级医院
肿瘤	0.19	3.07	96.74	1.10	3.65	95.25	6.73	93.27	5.35	94.65
血液及造血器官疾病和其他某些涉及免疫系统的疾患	34.96	2.60	62.44	22.84	6.69	70.47	6.26	93.74	7.81	92.19
内分泌,营养和代谢疾病	31.48	16.63	51.89	38.16	13.9	47.93	30.97	69.03	24.19	75.81
精神和行为疾患	3.20	6.52	90.29	2.88	8.18	88.94	3.84	96.16	0.76	99.24

(续)

疾病别	门诊						住院			
	2016			2017			2016		2017	
	社区	二级医院	三级医院	社区	二级医院	三级医院	二级医院	三级医院	二级医院	三级医院
神经系统疾病	25.54	8.74	65.73	36.15	10.80	53.05	8.49	91.51	13.17	86.83
眼和附器疾病	6.04	10.32	83.64	7.67	8.45	83.88	6.59	93.41	5.48	94.52
耳和乳突疾病	4.56	15.37	80.07	4.74	16.19	79.07	13.53	86.47	10.01	89.99
循环系统疾病	35.47	13.86	50.68	36.74	14.63	48.63	10.65	89.35	9.74	90.26
呼吸系统疾病	7.77	16.57	75.66	13.91	18.24	67.84	16.88	83.12	14.89	85.11
消化系统疾病	12.83	12.28	74.89	12.95	13.49	73.56	12.92	87.08	10.76	89.24
皮肤和皮下组织疾病	5.66	12.10	82.24	16.30	13.03	70.67	15.29	84.71	16.77	83.23
肌肉骨骼肌和结缔组织疾病	27.74	14.65	57.61	26.36	17.21	56.43	14.88	85.12	12.42	87.58
泌尿生殖系统疾病	7.69	11.55	80.76	6.57	12.72	80.71	26.34	73.66	23.40	76.60
先天畸形,变形和染色体异常	0.39	1.34	98.27	0.27	2.45	97.27	0.44	99.56	0.52	99.48
合计	21.28	12.83	65.89	23.77	13.55	62.67	11.82	88.18	10.52	89.48

3 讨论与建议

3.1 费用流向总体优化,门诊和住院变化存在差异

整体来看,和上年相比,2017 年社区中心慢性病费用占比提升,二、三级医院费用占比均下降,说明慢性病费用由医院流向社区中心,费用流向整体上得到优化,利于分级诊疗的推进。这与北京实施医药分开综合改革后的总体变化一致。^[13]

慢性病的门诊和住院费用的流向变化则略有不同,主要体现在二、三级医院上。慢性病门诊费用由三级医院流向二级医院,门诊费用呈分级诊疗的利好变化,而住院费用由二级医院流向三级医院,但从慢性病费用的门诊和住院流向来看,二级医院治疗费用由住院流向门诊,三级医院治疗费用由门诊流向住院,呈利好变化。这在一定程度上说明二级医院更多承担了慢性病患者的门诊服务,而三级医院则更多承担了慢性病住院的任务。

出现该变化的原因一方面与改革促使慢性病患者下沉至基层的政策导向有关,另一方面考虑到二级医院的诊疗能力和医疗技术仍处于较低水平^[14],与三级医院相比还有不小的差距,而医药分开改革后,三级医院可以依靠医事服务费的增加等措施来应对药品加成取消带来的资金缺口,但二级医院在这方面优势不明显^[15]。因此,本文从政策角度建议完善财政补偿机制,而从医院自身管理角度,建议二

级医院根据本院实际情况,在改革实践中不断明确自身功能定位,完善内部运行管理,承担起常见病、慢性病患者门诊就诊的压力,从长远来看,提升医疗服务质量和患者满意度,此外根据医院自身发展规划,可以适时提高医院核心竞争力和发展能力,开展疑难杂症的诊治和适宜技术的应用,在顺应时代发展与改革变化的过程中明晰自身定位。

从卫生经济学的角度来看,价格会影响患者的需求,从而直接影响其就医选择。^[16]2017 年 4 月,北京市全面实施的医药分开综合改革中,出台了一系列有利于分级诊疗的政策,如社区中心可开具转诊证明到医联体的上级医院就诊,患者就医更加方便;医保报销采取差异性政策,不同级别医疗机构的报销比例不同,三级医院报销比例低于社区中心的报销比例^[17];不同级别医疗机构的医事服务费不同,三级医院为 50~100 元,二级医院为 30~90 元,一级及以下医疗机构为 20~80 元,社区中心的医事服务费明显低于三级医院。以上政策与价格紧密相关,都在合理引导患者从大医院去往基层医疗机构就医,本研究的结果与政策导向一致,说明此次改革在分级诊疗方面收效显著。

3.2 男性和女性患者的费用流向均得到优化

男性和女性患者门诊费用均由三级医院流向社区中心和二级医院,住院费用由二级医院流向三级医院。可以看出,男性和女性患者的机构流向与整

体情况一致,有利于分级诊疗的推进。研究显示居民对分级诊疗的认知和意愿受到个人特征属性的影响^[18],也有研究证明性别在分级诊疗意愿行为、首诊就医选择方面没有统计学差异^[19-20],而本研究中男性和女性慢性病治疗费用的机构流向略有差异但方向一致,性别方面影响较弱。有研究显示男性和女性在医疗决策中存在一定差异,女性对价格更加敏感^[21],而本研究也显示男性和女性慢性病治疗费用的机构流向略有差异,可能与不同性别对价格的敏感程度不同有关,但其机构流向总体方向一致,从全局来看,慢性病患者中,男性和女性的费用流向都得到了优化。

3.3 15岁以上人群门诊费用流向呈利好变化

2017年,15~59岁和60岁以上人群的门诊费用由三级医院流向社区中心和二级医院,有利于分级诊疗的推进,但流向三级医院的费用比例仍为最高,约占50%~70%。另外,各年龄组住院费用都更多流向了三级医院。说明政策实施后15~59岁和60岁以上慢性病门诊患者的分级诊疗状况得到优化,慢性病门诊费用更多流向了基层。有研究显示年龄是分级诊疗意愿的影响因素之一^[22],而本研究显示不同年龄慢性病门诊费用的流向差别较大,住院费用流向差异不大。考虑不同年龄患者的医保类型、对医疗卫生政策的认知度、对慢性病的认知情况^[23]、患病风险^[24]等方面可能都存在着差异,因此本文建议在之后的研究中,深入研究各个年龄层人群的特征,加强对年龄别治疗费用的相关研究。

3.4 多数疾病别慢性病门诊费用流向得到优化

多数类别慢性病门诊费用由三级医院流向基层,如神经系统疾病的门诊费用流向三级医院的比重下降,有利于分级诊疗的推进,而住院费用大多由二级医院流向三级医院,与整体情况一致。有研究证实,即使是慢性病,很多患者也会选择忽略一级医疗机构,直接去往三级医院就诊,医保政策性杠杆对于已在三级医院确诊的慢性病患者的调节作用较低^[25],本研究结果显示不同疾病别费用的机构流向存在差异,但方向大体一致。因此本文建议针对不同的慢性病开展二级医院服务能力提升相关行动;根据不同疾病别和疾病严重程度,准确界定向上级

医院转诊的情况,施行精细化的分级诊疗^[26],提升基层医疗机构诊疗能力的同时也要注意慢病防控和健康管理的有效结合,降低慢病管理团队中二级和三级医院对患者的吸引力^[27]。

4 结论

总体来看,医药分开综合改革实施后,慢性病患者流向社区中心、二级医院和三级医院的诊疗费用得到了优化。而不同人群慢性病费用的机构流向发生了不同的变化,性别方面,男性和女性患者的机构流向与整体情况一致,有利于分级诊疗的发展;年龄别方面,15~59岁和60岁以上慢性病人群的门诊费用流向基层的比例升高,费用流向得到优化;疾病别方面,部分疾病别慢性病费用显示出改革的利好变化,如肿瘤门诊费用流向三级医院的比例下降。本文建议持续提升基层医疗机构慢性病诊疗能力和技术水平,同时密切关注各类慢性病患者的费用流向,进行有针对性的深入研究,为不同类别的慢性病提供差异化的政策建议。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2011 [R]. Geneva: WHO, 2010.
- [2] 蔡细旋,王建榜,吴江,等. 我国全科医疗持续发展的挑战:社区多重慢性病的管理策略[J]. 中国全科医学, 2020, 23(34):4279-4284, 4290.
- [3] 孙悦. 分级诊疗背景下我国社区医疗卫生服务问题研究[J]. 劳动保障世界, 2020(15): 32.
- [4] 李梦龙,杨佳. 推进分级诊疗制度背景下北京市不同级别医院患者就医选择行为研究[J]. 中国医院, 2018, 22(3): 1-4.
- [5] 北京市医药分开综合改革全面启动[J]. 领导决策信息, 2017(13): 12-13.
- [6] 北京综合医改实现“五升五降”[J]. 中国社区医师, 2017, 33(19): 153.
- [7] 赵绪帅,王海燕. 公立医院医药分开改革的经济分析[J]. 中国公共卫生管理, 2018, 34(2): 189-191.
- [8] 翟铁民,张毓辉,万泉,等. 基于“卫生费用核算体系2011”的中国卫生费用核算方法学研究[J]. 中国卫生经济, 2015, 34(3): 9-11.
- [9] 金仲夏. 北京医药分开的前世今生[J]. 中国卫生, 2018

- (5): 59-61.
- [10] 雷党党, 杨华, 井明霞. 基于全球疾病负担视角下慢性非传染性疾病范围界定[J]. 中国卫生经济, 2014, 33(7): 21-23.
- [11] 许建强. 山东省卫生总费用分析与预测研究[D]. 济南: 山东大学, 2016.
- [12] 陶春海, 刘小瑜. 中国卫生总费用核算体系研究[J]. 统计与信息论坛, 2009, 24(1): 17-22.
- [13] 乔琛, 雷海潮. 基于效率与可及性视角的北京市医药分开综合改革效果评价[J]. 解放军医院管理杂志, 2020, 27(6): 559-563.
- [14] 朱敏, 蔡源益, 宋杨, 等. 分级诊疗制度下城市二级区医院服务能力现状调查与分析[J]. 中国医院, 2018, 22(3): 5-7.
- [15] 侯凌燕, 张真. 医药分开, 二级医院如何应对挑战[J]. 中国社会保障, 2017(10): 86-87.
- [16] 鲍婷, 王佑娟, 马原林, 等. 居民就医行为研究进展[J]. 中国社会医学杂志, 2019, 36(2): 135-138.
- [17] 李星蓉, 高广颖, 胡星宇, 等. 医保差异化补偿政策下北京居民就医流向的影响因素研究[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(12): 23-29.
- [18] 高阳. 居民就医机构选择及分级诊疗意愿行为差距影响因素研究[D]. 上海: 华东师范大学, 2020.
- [19] 马郑英. 湘潭多中心慢性阻塞性肺疾病住院患者分布及分级诊疗的现状[D]. 衡阳: 南华大学, 2020.
- [20] 戴云鹤, 王涛, 俞红霞, 等. 北京市医药分开综合改革后社区门诊患者的就医行为及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2019, 22(1): 24-31.
- [21] 刘冬冬, 孙利华. 医疗服务需求函数研究评述[J]. 中国医院管理, 2010, 30(6): 53-55.
- [22] 唐立健, 李欣怡, 包金茹. 分级诊疗制度下居民就诊意向及相关因素分析[J]. 现代医药卫生, 2020, 36(2): 195-197, 202.
- [23] 龚玉洁, 金秋, 汤质如, 等. 基于“SHA 2011”的安徽省慢性非传染性疾病治疗费用分析[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(2): 37-39.
- [24] 李勇, 向国春, 王冬. 基于“SHA 2011”的广东省消化系统治疗费用核算研究[J]. 中国农村卫生事业管理, 2020, 40(12): 869-874.
- [25] 陈广宇. 吉林省某三甲医院五种慢性病患者就医选择情况研究[D]. 吉林: 吉林大学, 2017.
- [26] 胡晓先. 从城乡居民医保住院费用流向看紧密型县域医共体的建设[J]. 中国农村卫生事业管理, 2020, 40(2): 106-108.
- [27] 雷诗寒, 陈迎春, 苏岱, 等. 区域按人头总额预付对安徽省两县常见慢性病住院患者就医流向的影响[J]. 医学与社会, 2020, 33(12): 104-108, 118.

[收稿日期:2021-03-01 修回日期:2021-04-10]

(编辑 刘博)