

# 淮安市医疗机构实施分级诊疗的现状研究

王菁<sup>1</sup>,冷明祥<sup>2</sup>,沈 旻<sup>1</sup>,宋 静<sup>1</sup>

(1.南京医科大学附属淮安第一医院,江苏 淮安 223300;2.南京医科大学公共卫生学院,江苏 南京 211166)

**摘要:**目的:了解淮安市不同级别医疗机构分级诊疗的实施情况,探寻合理实施分级诊疗的运行机制。方法:收集2013—2015年淮安市一院、洪泽县人民医院、朱坝镇人民医院医保费用、双向转诊情况及淮安市患者就诊分布、医务人员知信行等相关数据,进行分析和研究。结果:2013—2015年淮安市各级医疗机构中医保费用差异有统计学意义,人员就诊流向与双向转诊人数无明显变化,分级诊疗知晓度、满意度、执行程度在不同等级医院间存在统计学差异。结论:在新医改政策正确导向下,加强医保控费、有序实行分级诊疗与双向转诊、分配实施兼顾各方利益是不同级别医疗机构分级诊疗得以有效推进的保证。

**关键词:**分级诊疗;医保费用;双向转诊;淮安市

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2016)06-435-003

doi:10.7655/NYDXBSS20160604

随着医改进入“深水区”,破解医药、医疗体制改革的顽疾已经成为当务之急。国务院颁布了《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发[2015]70号)对当前合理配置医疗资源、提升基层医疗卫生服务能力提出了明确要求。江苏省也相继颁布《关于推进分级诊疗制度建设的实施意见》,对进一步推进分级诊疗提出时间表。提升基层医疗卫生机构服务能力对方便人民群众看病,提高卫生资源利用效率,解决“看病难”“看病贵”问题具有根本性促进作用<sup>[1]</sup>。2012年10月淮安市开始实行分级诊疗制度,到目前已经运行4年。本研究通过对淮安市不同级别医疗机构进行调研,分析实施分级诊疗的难点,探寻合理实施分级诊疗的运行机制。

## 一、资料与方法

### (一)资料与方法

选取淮安市一院(三级医院)、洪泽县人民医院(二级医院)、朱坝镇人民医院(一级医院)2013—2015年医院相关统计报表及淮安市卫生统计报表,对医保费用、双向转诊人数与就诊流向等指标进行分析;同时设计调查表,对3家医院的160名医务人

员进行知信行问卷调查,其中淮安市一院随机抽取60人,洪泽县人民医院随机抽取60人,朱坝镇人民医院所有医务人员40人参与调查,了解不同级别医疗机构医务人员对分级诊疗的知晓情况、执行意愿与实际执行情况。本次调查共发放问卷160份,回收有效问卷150份,问卷有效率94%。

### (二)数据处理与分析

调查表采用EpiData3.0软件录入,数据运用SPSS20.0软件进行一般描述性分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,多组间比较采用方差分析;计数资料以百分数描述,组间比较采用卡方检验, $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 二、结果

(一)不同级别医疗机构次均补偿费用、次均补偿比和次均目录外费用比较

2013—2015年,不同级别医疗机构次均补偿费用、次均补偿比、次均目录外费用均有统计学差异。三级医疗机构次均补偿费用明显高于二级医院,二级医院次均补偿费用高于一级医院。由于医保报销比实施倾斜,引导患者在基层就诊,故次均补偿比呈现相反趋势(表1)。

收稿日期:2016-10-20

作者简介:王菁(1975-),女,江苏淮安人,助理研究员,研究方向为卫生事业管理。

(二)淮安市居民就诊流向

据统计,2013年淮安市居民在一级、二级、三级医疗机构就诊人次占总就诊人次的比例分别为5.0%、47.5%、47.5%;2014年这一比例分别为5.1%、47.7%、47.2%;2015年为5.1%、47.3%、47.6%。从上述3年的就诊人次分布来看,该市居民的就诊流向没有明显变化,在一级医疗机构就诊人次所占比例低,在二、三级医疗机构就诊人次相当。

(三)淮安市一院接受转诊与下转人数

淮安市一院与8家社区医院签订双向转诊协议,接受8家医院上转患者,同时,将康复期患者下转至该8家社区医院。表2显示,2013—2015年,淮安市一院接受8家社区医院上转与向其下转人数逐年增加,但下转人数所占比例偏低,按照分级诊疗的要求,转诊中应有序加强下转。

表1 2013—2015年不同级别医疗机构参数比较

类别	次均补偿费用(元)	次均补偿比(%)	次均目录外费用(元)
2013年			
一级医院	2 002.1 ± 58.2	74.6 ± 9.8	189.5 ± 22.7
二级医院	2 453.7 ± 60.5	48.8 ± 6.4	818.7 ± 23.7
三级医院	4 182.2 ± 122.9	35.0 ± 10.7	1 733.0 ± 109.5
F值	797.01	10 615.14	379.19
P值	<0.01	<0.01	<0.01
2014年			
一级医院	1 748.3 ± 175.0	82.2 ± 7.3	59.5 ± 19.7
二级医院	4 016.9 ± 237.6	62.2 ± 6.1	717.3 ± 27.5
三级医院	7 431.7 ± 120.4	48.3 ± 13.4	1 815.5 ± 111.7
F值	759.2	6 433.43	394.97
P值	<0.01	<0.01	<0.01
2015年			
一级医院	1 905.5 ± 63.7	76.9 ± 7.9	58.0 ± 12.5
二级医院	3 924.7 ± 163.1	58.0 ± 11.3	860.5 ± 67.1
三级医院	8 229.1 ± 324.4	47.0 ± 8.9	2 367.1 ± 217.2
F值	763.42	4 187.19	368.67
P值	<0.01	<0.01	<0.01

表2 淮安市一院2013—2015年接受转诊与下转人次情况(人次)

年份	社区医院上转	淮安市一院下转
2013年	245	209
2014年	288	226
2015年	305	233

(四)知信行调查

150名医务人员中,来自三级医院占30%,二级医院占40%,一级医院占30%。调查结果显示,三级医院、二级医院、一级医院医护人员对分级诊疗模式的知晓率分别为55.2%、96.4%和90.0%,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ,表3),二级医院医务人员对分级诊疗的知晓率高于三级与一级医院。医务人员对分级诊疗模式的赞同率,差异也具有统计学意义( $P < 0.05$ ,表3),一级医院医务人员对分级诊疗的赞同率高于二级、三级医疗机构。33.3%的三级医院医务人员、60.0%的二级医院医务人员和55.6%的一级医院医务人员认为分级诊疗模式在我国现有情况下可行,差异也具有统计学意义( $P < 0.05$ ,表3)。

在意见征集中,各级医院的医务人员关注分级诊疗实施角度各有不同:三级医院医务人员对于分级诊疗的实际操作程序、病种与转诊条件以及利益分配有诸多关注,医院管理部门对转诊患者的利益分配和输送尤为关切;二级医院医务人员由于诊疗技术、能力、医疗纠纷等因素的考虑,对于分级诊疗的实施,倾向于关注康复科建设与收费、上级医院转诊要求和后续技术指导方面;而一级医院医务人员更关注相关人才短缺、上级医院技术支持和检验、检查设备滞后、激励机制等方面<sup>[2]</sup>。

三、讨论

(一)加强医保制度与分级诊疗的衔接与联动,合理结算患者在不同级别医院的就诊费用

本次调查中,2013—2015年各级医疗机构次均补偿费用、次均补偿比均有较大差异,各项指标差距凸显了医保制度配合分级诊疗引导患者合理就诊的初衷,对将患者分流到基层医疗机构就诊起到积极作用。目前,从决策层面推进分级诊疗力度加大,然而医改是系统工程,在执行层面由于基层医疗服务能力偏弱、转诊标准尚未建立等诸多因素的制约,分级诊疗推进难以达到预期目标<sup>[3]</sup>。

医保与医改联动,是推进分级诊疗的重要抓手。政府应统筹医保、物价和医疗管理,适当拉大三级医院和乡镇医院间医疗服务价格及患者费用自付比例的差距,引导参保人员在乡镇医院诊治一般常见病、

表3 不同级别医疗机构医务人员对分级诊疗的知信行调查

项目	三级医院(n=45)	二级医院(n=60)	一级医院(n=45)	$\chi^2$ 值	P值
知晓分级诊疗模式	32(55.2)	54(96.4)	40(90.0)	9.074	0.011
赞同分级诊疗模式	29(64.4)	43(71.7)	41(91.1)	9.334	0.009
认为现行分级诊疗模式可行	15(33.3)	36(60.0)	25(55.6)	14.988	0.005

多发病和慢性病<sup>[4]</sup>。同时,按照分级诊疗需求调整医保支付方式,逐步实行总额预付下的按病种支付、住院按床日支付、门诊按人头支付。不同支付标准和方式对引导患者合理就诊,防止盲目流向大医院,浪费有限的医疗资源将会起到积极作用<sup>[5]</sup>。

#### (二)重视建立适合分级诊疗的双向转就医新秩序

研究结果显示,在基层医院就诊人数占总就诊人数的比例仍然较低;三级医院接受签订协议的8家社区医院转诊人数与下转人数仅有二三百人。分级诊疗就医新秩序尚未完全建立,与市级医院签订双向转诊协议的基层医疗机构数量有待增加。

分级诊疗与双向转诊制度对各级医疗机构的诊疗范围缺乏明确的划分,同时缺乏各类疾病的临床转诊标准,再加上一些社会、政策、经济因素,使得分级诊疗相关政策的执行难以得到保证,不同医疗机构间的双向转诊难以广泛开展<sup>[6]</sup>。因此,双向转诊必须有卫生行政部门、医疗保险部门及其他相关政府部门的共同参与,并将行政管理与医保待遇结合起来,才能建立高效的分级诊疗新秩序。

#### (三)提升各级医疗机构医务人员对分级诊疗的认可度与执行力

调查显示,不同医疗机构和医务人员对分级诊疗的认知有统计学差异,主要表现在分级诊疗的知晓度、认可度上,三级医院(46.7%)和一级医院(66.7%)医务人员在赞同分级诊疗的认知上差异尤为明显。因此,需要在行政资源整合的同时,充分尊重医务人员的主动性、积极性,才可能取得积极成效。

调查中,医务人员对于双向转诊中违规的惩戒力度较为关切。此外,由于基层医疗机构缺乏上级医院医生的技术指导与后续跟进,激励机制不足等,客观上也阻碍了分级诊疗的有效开展。坚持以患者为中心,注意平衡各级医疗机构间的经济利益,减轻三级医院过高的诊疗压力,对提高二级与一级医疗机构诊疗水平,充分发挥各级医疗机构的卫生资源利用率有着极重要的现实意义<sup>[7]</sup>。

#### (四)搭建适应分级诊疗现实需要的区域医学检验中心与医疗信息化管理平台

2013—2015年,淮安市居民在一级医疗机构就诊人次占淮安市总就诊人次的比例均在5.0%左右。究其原因,基层医疗机构人才短缺、检查检验设备配置不全,影响了“首诊在基层”这一制度的落实。区域性医学检验所的建立,将最大限度缩短基层医疗机构与三级医院的技术差距,从而为基层医疗机构诊疗工作提供保障。同时,在充分考虑病种、病例、病情等相关医疗行为存在共性的基础上,采用“四型三线”,建立病例分型系统<sup>[8]</sup>。通过病例分型系统契合区域医疗信息化系统平台、区域性双向转诊信息化平台,对所属各级医院住院病例进行自动评分和转诊提示,通过对转诊结果进行考核,供各级医疗机构随时查询,有利于提高转诊的规范化、透明度。

#### 参考文献

- [1] 冷明祥. 政府主导: 解决人民群众看病难看病贵的“钥匙”[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2008, 8(4): 287-291
- [2] 潘景业, 徐长恩, 全世超. 双向转诊转下难原因的“冰山角”分析[J]. 中国卫生事业管理, 2009(5): 300-301
- [3] 周瑞敏, 刘姿, 方艳兵. 社区双向转诊的现状与对策[J]. 社区医学杂志, 2005, 3(5): 32-33
- [4] 徐清云, 刘丽萍. 医保患者医疗费用情况及影响因素分析[J]. 中国医院管理, 2009, 29(3): 22
- [5] 胡大洋, 冷明祥, 夏迎秋, 等. 江苏省三种基本医疗保险支付方式改革与探索[J]. 中国医院管理, 2011, 31(2): 48-51
- [6] 雷光和, 陈小嫦. 双向转诊在分级医疗服务体系重构中的作用研究[J]. 中国卫生事业管理, 2012, 29(12): 897-898, 949
- [7] 陈爱如. 城市社区卫生服务发展机制的构建与运行——基于双向转诊制的功能实现[J]. 中国卫生事业管理, 2011, 28(11): 811-813
- [8] 张士珂, 张勘, 许莘, 等. 病例分型在上海市临床医学中心评估指标体系中的应用[J]. 中国卫生事业管理, 2006, 22(5): 264-265