

国内外促进分级诊疗的实践经验及启示

巫 蓉¹,朱 亚¹,屠小明²,周韶谷³,陈家应⁴

1.南京医科大学健康江苏建设与发展研究院,2.生物医学工程与信息学院,江苏 南京 211166;
3.南京市浦口区中心医院院长办公室,江苏 南京 211803; 4南京医科大学医政学院,江苏 南京 211166

摘要:目的:了解国际上分级诊疗的实践经验,为我国各地的分级诊疗制度建设提供借鉴。
方法:通过文献研究,梳理国内外为实现分级诊疗所采取的政策、措施。**结果:**国内为实现分级诊疗所采取的措施主要有以慢性病或部分病种作为突破口,构建医联体促进优质医疗资源下沉,建立家庭医生健康守门人制度;国内推进分级诊疗存在基层医疗服务能力和意愿薄弱、居民社区首诊的依从性差、大医院缺乏转诊动力的阻力等问题;国外分级诊疗的经验主要有合理的区域卫生规划、对医患双方转诊行为的强制性约束、强大的基层卫生服务能力、全科医师掌握医保资金和专科资源、门诊和住院“双轨制”。**结论:**结合国内实施现状和国外的实施经验,我国实现分级诊疗可以采取建立有效的全科医师培养制度、增强医保的杠杆作用、合理控制大医院的诊疗量和住院床日数等措施。

关键词:分级诊疗;医联体;家庭医生;全科医师培养制度

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2018)03-172-004

doi:10.7655/NYDXBSS20180302

目前国际上对分级诊疗并没有统一的定义,我国学者提出分级诊疗是指按照疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度进行分级,不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗,实现基层首诊和双向转诊^[1]。2015年国务院发布的《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》提出,到2020年基本建立符合国情的分级诊疗制度。2016年8月,全国卫生与健康大会确立了五项基本医疗卫生制度,分级诊疗位列首位^[2]。如何实现分级诊疗是当下医改政策制定的重要落脚点,本研究通过大量文献研究,梳理国内外为实现分级诊疗所采取的政策、措施,以期为我国各地的分级诊疗制度建设提供借鉴。

一、国内分级诊疗的推进现状

(一)实现分级诊疗采取的措施

虽然我国在新医改之初就把分级诊疗制度作为实现资源合理配置、促进基本医疗卫生服务均等化的重要制度建设,但是除了北京、上海等地起步

较早外,其他地区都是在近几年才开始实践。结合各地的政策文件和相关研究报告,本研究将我国分级诊疗制度实现的主要突破口归纳为以下三点。

1. 以慢性病或部分病种作为突破口

2012年,厦门市从糖尿病、高血压入手,开展了“慢病先行、三师(专科医师、全科医师、健康管理师)共管”的慢病分级诊疗制度改革。其中,专科医师提供治疗方案,全科医师监督患者执行诊疗方案,健康管理师协助“两师”联系患者^[3-4]。2017年一项研究表明,加入“三师共管”的居民选择社区医院首诊者占74.4%,而未加入“三师共管”的居民占47.4%^[5]。除了厦门市,2014江西省、2016年海南省均出台文件,以慢性病为突破口推进分级诊疗。

2. 构建医联体促进优质医疗资源下沉

医联体有利于推动双向转诊,实现优质医疗资源的纵向整合^[6]。到2014年底,北京共组建了29个医联体;2016年广东省建立了华南地区的首家医疗联盟;浙江省为推进城市优质资源下沉,全省47家县级医院与城市医院形成紧密型合作办医关系,并

基金项目:健康江苏建设与发展研究院政策研究项目“家庭医生签约服务追踪评价与对策研究”(2017JKJS007Y);南京市哲学社会科学规划项目“南京市浦口区家庭医生签约和分级诊疗体系构建策略研究”(17C06);江苏省哲学社会科学优秀创新团队

收稿日期:2018-05-29

作者简介:巫蓉(1992—),女,江苏镇江人,硕士研究生在谈,研究方向为卫生政策研究;朱亚(1978—),女,江苏镇江人,博士,副教授,研究方向为卫生事业管理,健康传播与管理,通信作者。

出台专门考核办法。除此以外,安徽省结合各地医联体经验、创新实施以县域为单位的医共体。

3. 建立家庭医生健康守门人制度

上海市在2006年开始试点家庭医生签约制度,2015年下半年试点开展“1+1+1”签约(1位家庭医生、1家区级医疗机构、1家市级医疗机构),上级医院优先向家庭医生与签约居民开放号源,在一次配药量、配药种类上签约居民也可享有更便捷的服务^[7]。青岛市引进社会力量提供社区医疗服务,到2016年共500多家社区医疗机构由社会力量举办,通过充分竞争吸引更多的人签约社区家庭医生^[8]。此外,其他地区,如滨州市、成都市青羊区也于2005年和2007年开展了家庭医生的实践^[9-10]。

(二)推进分级诊疗存在的困难

实践中,各地虽出台了相关实施细则或指导意见,但改革收效甚微。例如北京市在以医联体推进分级诊疗的过程中,2012—2014年的基层诊疗人次占比没有提升,始终在21%上下浮动^[11]。结合国内相关研究,分析其原因如下。

1. 基层医疗服务能力和意愿薄弱

基层医疗卫生机构无论是设备还是药品种类都十分欠缺,而且现有的基层医疗卫生服务机构的工作人员大部分来自以前中专学校的毕业生和乡镇医务室的个体医务工作者,而这部分人群在接受基础教育、技能培训方面存在一定程度的不足,从而导致基层医疗卫生服务的医疗质量不高^[12-13]。此外,由于政府补偿机制不完善,缺乏完善的绩效考核和薪酬机制,基层医务人员的服务积极性也不高^[14]。

2. 居民社区首诊的依从性差

我国居民基层首诊的意愿薄弱,有调查显示受传统就医习惯的影响,61.2%的患者不会选择在基层就医^[15]。居民不愿意选择基层首诊的原因主要是不相信基层医疗卫生机构的服务能力,特别是基层医务人员的服务能力。

3. 大医院缺乏转诊动力

二、三级医院与基层医疗机构存在服务的重叠,实际上两者之间存在利益冲突。其次目前医疗服务价格机制不健全、医疗技术服务项目价格水平低,大医院出于经济利益考虑,不愿意将医疗风险低的康复患者下转到基层,其在双向转诊工作中缺乏积极性、主动性,导致分级诊疗过程“上转容易,下转难”^[16]。

二、国外实施分级诊疗的经验

(一)合理的区域卫生规划

德国政府通过医疗区域划分,在全国数百个“区域性医院服务体系”内,按标准设置了四级医疗

机构,提供不同层次的医疗服务,转诊需从低级医疗机构往高级医疗机构转。1948年日本颁布了第一部医疗法,根据人口、地理、交通等各种因素,设定了三次医疗圈,从一次到三次分别提供便捷的门诊服务、住院服务、高精尖的住院服务。

(二)对医患双方转诊行为的强制性约束

英国1946年颁布《国家卫生服务法》,明确规定一般情况下患者需通过全科医生才能到二级医疗机构就诊^[17]。德国的《健康保险法》也明确规定实行家庭医生首诊制^[18]。美国是典型的市场化国家,医疗保险主要由私人医疗保险机构提供,私人医疗保险中的卫生维护组织(health maintenance organizations, HMO)明确规定,居民必须指定一名家庭医生,并且必须由家庭医生转诊才能去专科医师处就诊^[19]。除了对患方的转诊行为进行强制性的约束,很多国家对医疗服务供方的转诊行为也采取了调控措施,比如德国疾病基金会采取预算封顶制,在患者病情稳定后,医院会及时把患者下转进行治疗与康复^[20]。

(三)强大的基层卫生服务能力

除了法律、医保政策等的强制性作用外,国外的基层医疗服务质量也是患者愿意选择基层首诊的主要原因,其优质的服务主要体现在全科医师的资质上。像英国、美国、德国、澳大利亚等国家的全科医生培养周期都接近10年,并且在取得了资质之后还需完成继续教育^[21-23]。在经济并不发达的“医疗强国”古巴,早在1983年就专门制定了全科医生的教学大纲,凡是医科大学的毕业生都需进行为期2年的家庭医生业务训练,完成训练后通过考试方能成为家庭医生,成为家庭医生后每周需有半天时间集中学习或培训^[24]。此外,一些国家的基层卫生机构的硬件设施也十分先进,如在美国近4%的联合诊所拥有核磁共振成像设备(MRI),30%以上的诊所拥有临床实验室和放射科。

(四)全科医师掌握医保资金和专科资源

在英国,只要是年满16岁的公民和持6个月以上签证的外国人就必须在“全科医生”(GP)处注册。英国的全科医师上转率仅为5%,如果上转的患者需要手术,医院需要征得全科医生同意,否则手术及治疗费用不能报销^[25]。美国的保险机构按照家庭医生的签约人数将保险费用提前拨到家庭医生的账户上,如有结余,保险公司会从中拿出一定比例作为对家庭医生的奖励^[26]。

(五)门诊和住院“双轨制”

在德国,门诊与住院服务实行严格的“双轨制”,其医师协会负责组织和各地门诊医疗服务,独立开业的医生与当地医疗保险签约医师协会

签订合同,负责提供门诊服务,而医院仅提供住院治疗,一般不开展门诊服务^[27]。此外,像日本的第三级医疗圈除转诊外基本没有门诊服务^[28]。

(六)以“按疾病诊断分组”(diagnosis related groups, DRGs)助力分级诊疗制度的完善

美国是率先实行DRGs的国家,同一诊断组中的每个患者均按固定的偿付额支付给医院,而不再按实际医疗费用来支付,以定额预付方式代替按服务项目的事后补偿,为各种健康保健制度中的转诊划出了操作性较强的具体界线^[29]。英、法、德、日、澳等国家也均已实行DRGs^[30]。

三、启 示

国外的分级诊疗制度设计起步较早,体系较为完善,法律和保险机制对医患双方约束性强,基层医疗卫生服务能力足以承担大部分医疗服务。我国为实现分级诊疗进行了很多积极的探索,有借鉴国外经验而推行的家庭医生签约制度,有结合我国国情的医联体建设。但是相比于国际上分级诊疗实现较好的国家,我国在推进分级诊疗的过程中有以下问题亟待解决。

(一)提升基层医疗卫生服务能力

有效提升基层医疗卫生服务能力的关键是提升基层医务人员的医疗服务能力。全科医师是基层医疗卫生服务的主力军,目前我国的全科医师培训主要是转岗培训和规范化培训,这可以暂时解决人才匮乏的问题,但是从长远来看,应尽快建立学历教育、规范化教育与继续教育相结合的全科医生培养制度,同时应完善全科医师的从业激励机制,为基层医疗卫生服务建设一支稳定的高素质队伍。此外,加强基层医疗机构的配套设施、增加药物数量和种类、以信息化建设促进优质医疗资源的纵向流动都是提升基层医疗卫生服务能力的有效措施。

(二)调整医保补偿政策,增强杠杆作用

调整医保的补偿政策,增强医保杠杆作用,可有效约束患者就医行为。我国目前主要通过提高患者在基层医疗机构报销的比例来引导患者向基层流动,但是这样的差距并不足以改变患者的就医行为。在医保补偿制度设计时,可以与家庭医生制度有效结合,赋予家庭医生更多的资金权限和专科资源,进一步拉大不同等级医疗机构之间的报销差异,在可能的情况下以法律的形式进行强制性的转诊规定。目前国内很多地区的医保已经开始试点DRGs付费制度,在有效的信息化基础上推行DRGs从而为大型医院主动转诊、规范转诊流程提供契机。

(三)合理控制大医院的诊疗量和住院床日数

取消三级医院普通门诊将有助于医疗资源的

合理配置,一方面缓解了大医院医生工作负荷量过重的情况,保证了患者的就诊时间和质量;另一方面不会对患者反复检查造成资源浪费,同时可以倒逼分级诊疗的实现。但在我国由于公立医院运行机制的问题,短时间内不可能实现门诊和住院的完全分离,可以采取逐步减少大医院门诊普通号的方式。此外,通过控制住院床日数,可以鼓励大医院将康复期的患者转到基层医院。

参考文献

- [1] 崔华欠,方国瑜,杨阳,等.广州市社区居民对分级诊疗模式的知晓和认知情况调查[J].中国全科医学,2014(34):4123-4126
- [2] 刘文生,王贺胜.深化医改要抓好五项制度建设[J].中国医院院长,2017(2):93
- [3] 王虎峰.医改专家对厦门市分级诊疗现况调研与评价:用分级诊疗统筹医改 实现强基层 促健康 可持续——厦门市分级诊疗跟踪调研报告(节选)[J].现代医院管理,2016(4):13-14
- [4] 唐国宝,林民强,李卫华.分级诊疗“厦门模式”的探索与评价[J].中国全科医学,2016,19(22):2624-2627
- [5] 曾雁冰,吴杰龙,陈帆,等.厦门市“三师共管”模式对居民社区首诊行为的影响研究[J].中国卫生事业管理,2017,34(8):566-569
- [6] 李丽勤,李进,林军.分级诊疗背景下发挥医院区域功能的思考[J].中国医院管理,2016,36(1):8-9
- [7] 徐书贤.家庭医生签约制之“上海模式”[J].中国医院院长,2017(14):49-52
- [8] 邹萃.青岛:门诊统筹,迈出守门人的第一步[J].中国社会保障,2016(8):68-70
- [9] 张友洲,刘静,罗卫华.滨州市家庭医生式保健服务的研究与探讨[J].中国初级卫生保健,2010,24(8):4-5
- [10] 罗红艳,陈硕,王伟,等.青羊区家庭医生服务效果的探索与实践[J].中国卫生事业管理,2011,28(9):653-654
- [11] 姜洁,李幼平.我国分级诊疗模式的演进及改革路径探讨[J].四川大学学报(哲学社会科学版),2017(4):29-35
- [12] 邱拥军.基层医疗卫生服务机构的发展现状及问题解决方案[J].求医问药(学术版),2012,10(5):216
- [13] 范素芳,于永娟.加快推进分级诊疗制度建设的对策研究[J].中国农村卫生事业管理,2015,35(4):412-414
- [14] 庞连智,王光荣,宗文红,等.对社区卫生服务收支两条线管理模式的思考[J].中国全科医学,2008,11(13):1208-1210
- [15] 王亚莉.百姓对分级诊疗体系认知现状调查[J].中国卫生事业管理,2015,32(6):423-425

- [16] 张新庆. 分级诊疗 医患各自怎么看?[J]. 中国卫生, 2014(10):38-41
- [17] Wilkin D. Primary care budget holding in the United Kingdom National Health Service: learning from a decade of health service reform [J]. Medical Journal of Australia, 2002, 176(11):539-542
- [18] 孙婷, 石欧敏, 王洪锐, 等. 国外家庭医生服务模式对中国的启示[J]. 黑龙江医学, 2015(7):852-853
- [19] 马红丽. 美国:家庭医生制度满足个性化需求[J]. 中国信息界, 2016(4):46-48
- [20] 易云霓. 德国医疗保险制度的运行机制[J]. 卫生经济研究, 1994(2):43-45
- [21] 郑炳生. 英国的社区卫生服务与全科医生[J]. 浙江中医药大学学报, 2001, 25(2):62-63
- [22] 孟笑梅, 潘新艳, 董琪. 国内外全科医生培养的比较研究[J]. 河北医药, 2013, 35(15):2359-2360
- [23] 戴莎白, 黄晓光. 德国全科医生的教育和就业情况及现存问题[J]. 中国全科医学, 2013, 16(10):3519-3521
- [24] 王承就. 古巴的家庭医生制度及对中国农村医改的启示[J]. 社会科学家, 2008(7):40-42
- [25] Coskeran T, Denman A, Phillips P, et al. A cost-effectiveness analysis of domestic radon remediation in four primary care trusts located in Northamptonshire, UK [J]. Health Policy, 2005, 71(1):43
- [26] 刘海波. 美国:管理型医疗让社区医生甘当“守门人”[J]. 中国社区医师, 2009(20):25
- [27] 魏鹏. 德国分级医疗体系管窥[J]. 中国医疗保险, 2011(9):70
- [28] 顾亚明. 日本分级诊疗制度及其对我国的启示[J]. 卫生经济研究, 2015(3):8-12
- [29] 王凌峰, 李兆友. 基于冰山角分析法的城市社区卫生服务双向转诊问题分析[J]. 中国全科医学, 2013, 16(1A):14-17
- [30] 魏万宏. 国外DRGs付费制度对我国疾病付费模式的启示[J]. 医学与哲学(A), 2012, 33(21):45-47

Practice and revelation of hierarchical diagnosis and treatment at home and abroad

Wu Rong¹, Zhu Ya¹, Tu Xiaoming², Zhou Shaogu³, Chen Jiaying⁴

1. Institute of Health Jiangsu Construction and Development, 2. School of Biomedical Engineering and Information, Nanjing Medical University, Nanjing 211166; 3. President's Office, Nanjing Pukou Central Hospital, Nanjing 211803; 4. School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

Abstract: Objective: To grasp the international practical experience of hierarchical diagnosis and treatment, and provide reference to the development of hierarchical diagnosis and treatment throughout the country. **Methods:** Based on extensive literature research, the policies and measures of the hierarchical diagnosis and treatment in China and abroad were summarized. **Results:** The main measures to implement the hierarchical diagnosis and treatment in China were putting chronic diseases as breakthrough, structuring medical union progressing the sinking of fine medical resources and developing “family doctors as the gatekeepers of health” system. There existed obstacles to promote hierarchical diagnosis and treatment as the weakness in services capacity and willingness of primary-level health, poor compliance of the first contact care at community health service among community residents, and lack of impetus to referral. The experiences of hierarchical diagnosis and treatment at abroad were mainly a sensible regional health planning, the compulsory restraints on doctors-patients referral behavior, great capacity in primary-level health services, general practitioners' grasp of health insurance fund and specialists resources, and “double-track system” associated with outpatient and inpatient service. **Conclusion:** Considering current situation in China and implementation experience at abroad, actions as enhance the ability of primary health care services, adjust medical insurance compensation policy and enhance leverage and patients' hospital bed days in major hospitals can be taken to realize the hierarchical diagnosis and treatment in our country.

Key words: hierarchical diagnosis and treatment; medical union; family doctor; general practitioner training system