

# 第一章

## 城乡医疗双向转诊的战略意义

2009 年我国新医改明确提出要整合城乡医疗资源,建立各级医院的分工协调机制,采取各种措施逐步实现分级医疗和双向转诊。本章回顾了我国医疗服务体系的建设,分析了我国医疗服务体系面临的主要问题和新医改实施后的成效,提出了加快推进双向转诊对实现分级诊疗、控制医疗费用增长、解决“看病难、看病贵”等问题具有重要的战略意义。

### 1.1 我国医疗服务体系的建设

在人类历史进程中的相当长时期内,由于缺乏医药技术和卫生条件,常见的感冒、咳嗽、闹肚子等症状也会致人死亡。在战争与灾荒时期,往往会有大量人口死于流行性疾病。20 世纪初期,呼吸道与肠道系统的疾病曾经是我国人口死亡的首要原因。这些疾病的产生,主要是因为缺乏公共卫生医疗体系和日常生活中糟糕的卫生状况所致。因此,建立现代医疗和公共卫生系统是降低人口死亡率的关键措施。

#### 1.1.1 中国近代医疗服务体系的建设回顾

1928 年 10 月,中华民国国民政府卫生署于南京成立。卫生署成立后在国际联盟卫生组织的指导下开始在全国各地组建卫生事务所。1931 年,公共卫生

学家、卫生署保健司司长金宝善(后任中华医学会会长)赴欧洲考察,比较各国卫生制度后,结合我国的实际,决定参照南斯拉夫模式在我国建立一个全国统一的多级公共卫生体系,包括一些研究和教育机构,并开始在全国推广县级卫生服务试点。在卫生署指导下,我国公共卫生进步明显。当时的法律规定地方税收的5%必须用于卫生建设。截止到1936年,我国有18个省建立省级卫生中心,三个准省级卫生中心,181个县级卫生院,86个区卫生分院和96个乡镇卫生所。到1937年,每个县级卫生院配备有全职的卫生官员、多名公共卫生护士和助产士,负责中心的门诊、住院设施、诊断实验室、药品和消毒、卫生教育和管理等工作;每个区级卫生所配备一个卫生官员和护士,负责日常门诊、接种疫苗、儿童和学校的卫生和改善当地的卫生条件;乡级卫生所有一个经过助产士和公共卫生培训的护士,负责日常门诊、接生、胎儿和新生儿的照顾、当地学校的卫生、接种天花疫苗和卫生教育;在最基层,由当地经过培训的卫生工作者报告出生、死亡、接种天花疫苗、提供日常的灭菌和卫生工作。<sup>①</sup> 1937年,在日内瓦举行的国联远东政府间乡村卫生会议上,中国实行的将县、区、乡联系在一起的卫生制度获得好评。

二次大战时期,日本入侵给中国近代的医疗卫生建设带来了巨大的破坏,建设全国县级卫生体系的计划被迫搁浅。1949年新中国成立后,持续多年的战争终于结束,国家进入和平稳定时期。新中国采取国家医疗政策,30年代推行的大众公共卫生运动的特征被保持下来。1951年秋,新中国开始恢复和重建县级卫生服务体系。到1958年,我国终于实现了每个县都有一所医院的计划。在防疫方面,截至1961年,霍乱、鼠疫、天花三大传染病被消灭。传染病大规模流行在我国终于成为历史。

1958年,随着农村人民公社的建立,原有的农村联合诊所、保健站和个体医务人员全部并入公社,国家举办的区卫生所也多数下放到公社管理。公社卫生院是属于防治结合、中西医结合、医药结合性质的综合性医疗卫生机构,相当于

---

<sup>①</sup> 侯阳方.国家医疗政策的变迁与反思[J].21世纪经济报道,2007,(9):1-4。

现在的乡镇卫生院。1960年2月2日,中共中央转发了卫生部《关于农村卫生工作几个问题的意见》,对农村乡镇卫生院组建提出了统一要求,要求各地在公社设卫生院。在偏远的山区、老区和少数民族地区则由国家开办卫生院。到1960年底,全国已有乡镇卫生院24849所,随后数量稳步增长,到1965年达到36965所。“文化大革命”期间,乡镇卫生院的规章制度被破坏,但并未影响卫生院的机构和人员数量,1975年乡镇卫生院有54026所。1978年,国家开始进行改革开放,由城市下放的医务人员相继离开农村回城,但这对农村卫生院的发展影响并不大,主要原因是1978年10月,卫生部、财政部等五部委发布了《全国农村人民公社卫生院暂行条例》,对国家开办的卫生院在财务上实行全额管理、定向补助、节余留用制度,集体办的卫生院国家给予一定程度的经济补助。该条例促进了乡镇卫生院的发展。至1980年,全国乡镇卫生院有55413所。<sup>②</sup>

新中国成立后,某些农村出现了由群众自发集资创办的具有公益性质的保健站和医疗站。例如1955年初,山西省高平市米山乡最早实行“医社结合”,采取社员群众出“保健费”和生产合作社公益金补助相结合的办法,建起了合作医疗制度。1958年实现“人民公社化”后,合作医疗发展较快。1960年全国约有40%的农业生产大队举办了合作医疗制度。1966年后,农村合作医疗的覆盖面迅速扩大。到1980年,全国农村约有90%的行政村(生产大队)实行了合作医疗。农村合作医疗建立于集体经济基础之上,农民基本上不出资或只缴纳小额费用。农村合作医疗为广大农民提供了基本的医疗保障服务,极大地促进了我国农村健康状况的改善,曾被世界卫生组织(WHO)誉为发展中国家的典范<sup>③</sup>。

新中国成立初期,国有企业选址相对偏僻,企业职工人数众多,面临就医就学困难。在计划经济和供给制背景下,国有企业学习苏联企业办福利模式建设企业附属医院和学校。改革开放前国家实行劳保医疗和公费医疗制度,使得企

---

<sup>②</sup> 唐莉,安彦彦.建国后我国农村合作医疗公共政策取向分析[J].南方农村,2005,(5):8—11。

<sup>③</sup> 胡宏伟.中国农村合作医疗政策取向的历史回顾与评析[J].广西经济管理干部学院学报,2006,(18):50—54。

业医院得到了一定的发展。据不完全统计,我国有企业医院 7000 余家,企业医疗机构数约占全国医疗机构数的 1/3。部分企业医院规模比较大,硬件条件甚至达到三甲水平。企业医院成为我国卫生资源的重要组成部分,为稳定职工队伍和振兴地方经济发挥了重要作用。

20 世纪 80 年代初,我国开始改革开放。政府在医疗卫生领域实施市场化改革,强调自主经营、自负盈亏、提高效益。由于政府投入大幅度削减,使得医疗卫生的公益性日渐淡化,民众医疗负担不断加重。国家意识到政府介入医疗卫生领域的必要性和重要性。2009 年提出“新医改”,重新强化政府的责任和义务,开始涵盖从基本医疗保障制度、基本药物制度、基层医疗卫生服务体系到基本公共卫生服务的全方位改革。

随着我国经济的快速发展,我国卫生资源持续增长。到 2012 年末,全国医疗卫生机构总数达 950297 个,其中医院 23170 个,基层医疗卫生机构 912620 个,专业公共卫生机构 12083 个。基层医疗卫生机构中社区卫生服务中心(站)33562 个,乡镇卫生院 37097 个,诊所和医务室 177798 个,村卫生室 653419 个。卫生机构床位总数从新中国成立初期的 8.46 万张增长到 2012 年的 572.5 万张。我国医疗卫生服务网络已经基本形成,软硬件设施不断完善,能够为国民提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务,将为国民经济和社会发展提供重要的保障。

### 1.1.2 我国现行医疗服务体系结构分析

我国现行城乡医疗服务体系包括政府、医疗保障机构、医疗产品供应商、各类医院等多个参与主体。其中政府主要负责医疗服务政策的制定、医疗服务资金的提供和医疗服务市场的监管。目前我国基本医疗服务费用由政府、社会和个人三方分担。政府承担着对医院的资金投入职能,也承担对医院的等级评定和对医生的职称评定职能,并对医院工作进行指导。政府对医药行业承担监管职能,主要是对药品供应商和医疗器械商产品和服务价格、药品质量和安全性进行监管,对新药进行审批等。

医疗保障机构负责城镇职工、居民医疗保险和新型农村合作医疗保险,承担

着医疗服务资金的管理、分配、拨付、报销和监管等职能。

医疗产品供应商包括药品、医疗器械与设备的制造商和经销商。它们是医疗辅助产品的供应源,是医疗机构生产服务的必要条件,也是医疗机构将服务转化成服务产品的重要载体。主要功能包括研究和生产医疗机构所需要的药品、医疗设备,并提供相应的物流、运输、库存管理和信息管理服务。

在城市,各类医院是指由省市中心医院、区医院、街道医院和工矿企事业单位医院组成的医疗服务体系。在农村,各类医院是指以县级医院为龙头,乡镇卫生院为骨干,村卫生室为基础的三级医疗卫生服务网络。它们是农村医疗服务的核心。医院从医疗产品供应商和药品供应商中购买产品,利用这些产品和自己的专业技能为患者提供服务,并决定患者的医疗费用。一方面它们的需求决定了供应商产品的市场销售。另一方面它们开出的药品和服务又直接影响到保险机构的支付。在城乡医疗服务市场上,医院是医疗服务的提供者,患者进行何种治疗或者服用何种药物都是由医生主导。因此,医院不可避免地成为医疗服务市场的支配主体,最终决定了医药产品的销售情况和患者的治疗情况。

我国城乡医疗服务体系涉及多个参与方,是一个复杂的系统,可以分为医疗需求、医疗供给、医疗药品与器具等产品供应和医疗政策与资金保障四大子系统,结构表示如图 1-1 所示。

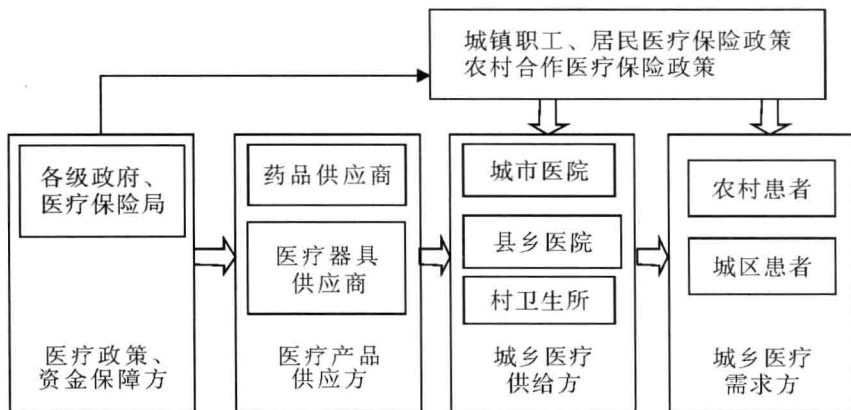


图 1-1 我国城乡医疗服务体系结构

## 1.2 我国医疗服务的主要问题

新中国成立后,我国医疗卫生服务发生了翻天覆地的变化,不仅建立了比较健全的城乡医疗服务网络,医疗技术也不断提高,为人民提供了较好的医疗保健服务。国际上衡量一个国家和地区的国民是否健康,一般是用三个指标:一是期望寿命,实际上也从另一方面反映了死亡率,死亡率如果比较高,期望寿命就会相应较低。二是婴儿死亡率,它是衡量新生儿和五岁以下儿童保健水平的重要指标。三是孕产妇死亡率。新中国成立前我国的期望寿命大约是 35 岁,这个数字存在一定的争议。1981 年全国期望寿命是 67.9 岁。从 20 世纪五十年代到八十年代初期,人们期望寿命的改善状况是非常显著的。短短 30 多年的时间里增长了近一倍。这在国际上也是少有的。因此,我国的卫生事业在二十世纪八十年代初被世界卫生组织推荐为发展中国家的典范。新中国成立前婴儿死亡率大约是千分之二百。这是相当高的比例。2000 年婴儿死亡率为 28.4/1000。从五十年代到八十年代,我国的婴儿死亡率一直呈大幅度下降趋势。1990 年孕产妇死亡率是十万分之八十九,2000 年下降到十万分之五十三。<sup>④</sup> 我国国民的健康水平总体上达到发展中国家的较高水平。这主要得益于环境卫生的改善、营养增强和重视疾病预防工作以及适宜卫生技术的采用。

20 世纪八十年代我国开始改革开放,政府在医疗卫生领域实施有限干预和市场化改革,随着医药分家、医疗机构分级管理、医院产权制度改革、医疗服务业开放、中外合资合作医疗机构管理暂行办法等措施的出台,营利性医院的涌现和企业化运作使得民众医疗负担不断加重。“看病难、看病贵”问题日益严峻。改革开放以后,我国经济持续快速增长,医疗卫生支出持续大幅度增加,但是人民的健康水平并没有得到显著改善。近十年来健康改善速度有所下降。国务院发展研究中心发布了《中国发展评论》,有一个专刊讨论对中国医疗改革 20 多年的回顾,结论是我国医疗改革基本是不成功的。医疗卫生服务存在的问题,既有管

---

<sup>④</sup> 侯阳方.国家医疗政策的变迁与反思[J].21 世纪经济报道,2007,(9):1-4。

理体制上和所有制结构上的问题,也有资源配置机制和机构运行效率的问题。主要表现为以下几方面。

### 1.2.1 缺乏统一规范的行业监管体制

我国医疗卫生机构目前基本上是按照政府行政区划来设置的。我国在行政管理上划分为五级政府,即中央、省、地市、县区、乡镇(街道),每级政府都设有卫生机构。在同一个区域内,除了各级卫生部门所属的医疗机构之外,还有企业及其他部门所属的医疗机构,还有私立医疗机构、中外合资合作医院以及军队医院。我国医疗管理体制延续计划经济时期的部门所有、分类管理模式,表现为分级、分类、多部门交叉管理和条块分割,使得不同层级、不同类别、不同环节的服务由诸多行政管理部门分别管理。政出多门,效率低下,过度干预和监管不够并存。客观上来看,我国并没有健全系统全面的医疗行业法规体系和医疗服务监管体系。药品生产流通与价格制度亟待完善,药价时显虚高,药费增长过快。各种非法行医和侵害患者合法权益的行为时有发生。

### 1.2.2 没有形成规范有序的市场秩序

在医疗卫生服务领域引入市场竞争机制后,原有的规范有序的就医秩序被破坏。部门保护和行政保护加剧了卫生资源配置的不合理和不公平竞争。包括乡镇医院、社区医院在内的基层医疗机构长期缺乏资金投入,设备落后,工作条件和环境得不到改善,人员流失严重。2008年国家第四次卫生调查结果显示,乡镇卫生院专业技术人员中,中专及以下和没有学历的人员比例达到63%,村级卫生组织中这一比例高达90%。并且目前还没有真正建立起基层卫生专业技术人员培养培训的有效模式。基层医疗服务机构的能力不足,不能承担起初级卫生服务的功能,使得大多数病人无序流向城市大医院。城市大医院承担了大量常见病、多发病的诊疗任务,使得医疗卫生资源利用严重失衡。而各级医院片面追求经济效益,形成了各自独立、相互竞争的局面,损害了医疗服务体系运行的整体效率。

### 1.2.3 医疗服务系统整体效率不高

目前我国医疗服务体系整体效率并不高。虽然大医院人满为患,但是二级医院以下,市级医院包括乡镇医院大量的资源在浪费,病床使用率不到 50%,总量高达八九十万张的病床没有使用。从 20 世纪 90 年代开始到 2000 年,全国医疗机构诊疗人次和住院病人数都在下降,但是居民的次均就诊费用和次均住院费用却在逐年增加。1998 年次均就诊费用和次均住院费用分别为 65 元和 2515 元,2003 年分别为 122 元和 4203 元,2008 年分别为 151 元和 4531 元。2012 年分别达到 192.5 元和 6980.4 元。按可比价格计算,1993 年到 2003 年次均就诊费用和次均住院费用平均年增长率分别为 12.9% 和 10.8%。2003 年以后医疗费用过快增长趋势得到控制,但次均就诊费用和次均住院费用平均年增长率仍然分别达到 4.9% 和 1.5%;其中县及县级以上综合医院年均增长率分别达到 3.9% 和 3.6%。在医疗费用增长、医院业务收入增长和医院设备水平提高的同时,每个医生负担的工作量却在下降。20 世纪 90 年代初期医生人均每日诊疗人次达到 5.2 人次,2000 年以后下降到 4.7 人次左右。<sup>⑤</sup> 实施新农合后有所上升,但是仍然没有超出 20 世纪 90 年代水平。

### 1.2.4 没有形成合理有效的费用分担机制

我国自 1993 年以来,每五年做一次全国卫生服务总调查。用所得数据做时间序列分析可以发现,无论是城市还是农村,到 2007 年,患病以后未就诊的比例一直都是上升的。一国卫生总费用可以分为三个部分,包括个人现金支出、社会卫生支出和政府预算卫生支出。2001 年我国卫生总费用中居民个人卫生支出占比高达 60%,2002 年达到 57.7%,到 2007 年是 56%。2009 年新医改以前政府预算卫生支出一直没有达到 20%。不仅低于发达国家水平,也低于大多数发展中国家。可以看出我国卫生筹资结构并不合理,居民负担相对较重。随着医

---

<sup>⑤</sup> 以上数据均来自历年我国卫生和计划生育事业发展统计公报。



学的发展和进步,新技术、新设备和新药品的不断出现,医药费用增长很快。1990年,居民次均就诊费用只有10.9元,到2004年增长到108.2元,2012年近200元。医药费用增幅远远高于居民人均收入增长幅度。由于居民个人负担比例过高,医疗卫生支出成为城乡居民较为沉重的经济负担。政府卫生投入严重不足,医疗机构公益性淡化,片面追求经济利益。这是人们对医改反映强烈的原因之一。2009年新医改后政府预算卫生支出开始增加,2011年政府预算和社会卫生支出的比重分别提高到30.4%和34.7%,个人卫生支出的比重下降到34.9%。<sup>⑥</sup>但是需要关注的是,一方面我国仍然没有建立稳定的医疗保障体制和合理的公立医院补偿机制;另一方面我国近几年人均医疗卫生费用仍呈上升势头,城乡居民仍然面临重病大病无钱治疗的风险。短期来看行政措施效果明显,但是只有健全制度、完善机制才能持续长远的从根本上解决人们的看病就医问题。

## 1.3 新医改的提出与实施

### 1.3.1 新医改的提出与目标

由于政府卫生投入不足,医药费用上涨过快,“看病难、看病贵”问题日益严峻,群众反映强烈。突出矛盾是医药卫生事业发展水平与经济社会协调发展要求和人民群众的健康需求不相适应,表现在城乡和区域医疗卫生事业发展不平衡,资源配置不合理,公共卫生和农村、社区医疗卫生工作比较薄弱,医疗保障制度不健全,药品生产流通秩序不规范,医院管理体制和运行机制不完善。为了满足人民群众日益增长的医药卫生需求,实现人民共享改革发展的成果,促进经济和社会全面协调可持续发展,维护社会的公平和正义,党在十七大报告中明确提出了要强化政府责任和投入,建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系,为群众提供安全、有效、方便、价廉

---

<sup>⑥</sup> 我国卫生筹资结构趋向合理 居民负担相对减轻[EB/OL]. [http://www.ce.cn/xwzx/gnsz/gdxw/201209/17/t20120917\\_23687870.shtml](http://www.ce.cn/xwzx/gnsz/gdxw/201209/17/t20120917_23687870.shtml).

的医疗卫生服务。<sup>⑦</sup>

按照党的十七大精神,为提高全民健康水平,逐步实现人人享有基本医疗卫生服务的目标,中共中央国务院制定并通过了《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《2009—2011年深化医药卫生体制改革实施方案》。《意见》提出了“有效减轻居民就医费用负担,切实缓解看病难、看病贵”的近期目标,以及“建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务”的长远目标。

方案明确了从2009年到2011年,各级政府预计投入8500亿元,重点抓好五项改革:一是加快推进基本医疗保障制度建设;二是初步建立国家基本药物制度;三是健全基层医疗卫生服务体系;四是促进基本公共卫生服务逐步均等化;五是推进公立医院改革试点。推进基本医疗保障制度建设,将全体城乡居民纳入基本医疗保障制度,切实减轻群众个人支付的医药费用负担。建立国家基本药物制度,完善基层医疗卫生服务体系,方便群众就医,充分发挥中医药作用,降低医疗服务和药品价格。促进基本公共卫生服务逐步均等化,使全体城乡居民都能享受基本公共卫生服务,最大限度地预防疾病。推进公立医院改革试点,提高公立医疗机构服务水平,努力解决群众“看好病”问题。

五项重点改革涉及医疗保障制度建设、药品供应保障、医药价格形成机制、基层医疗卫生机构建设、公立医疗机构改革、医疗卫生投入机制、医务人员队伍建设、医药卫生管理体制等关键环节和重要领域。推进五项重点改革,目的是从根本上改变部分城乡居民没有医疗保障和公共医疗卫生服务长期薄弱的状况,扭转公立医疗机构趋利行为,使其真正回归公益性,把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供,实现人人享有基本医疗卫生服务。这是我国医疗卫生事业发展从理念到体制的重大变革,也是构建和谐社会,贯彻落实科学发展观的本质要求。

---

<sup>⑦</sup> 2009年新医改方案全文[EB/OL]. <http://www.huanqiu.com/zhuantu/china/xinyigai/>.

### 1.3.2 新医改的实施与成效

2009 年到 2011 年,围绕医改出台的医药行业政策可谓是历年来最密集的,给医药及相关行业带来了深刻变革,促进了医药行业加速迈向健康可持续发展轨迹。2012 年,根据国务院医改办公室起草的《深化医药卫生体制改革三年总结报告》,新医改五项重点改革任务全面完成。

《报告》指出,经过三年改革,以职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗为主体,城乡医疗救助制度为兜底,商业健康保险及其他多种形式医疗保险为补充的中国特色医保制度体系初步形成,为城乡居民“病有所医”提供了制度保障。截至 2011 年底,城乡居民参加三项基本医保人数超过 13 亿,覆盖率达到 95% 以上。<sup>⑧</sup>

基层医疗卫生服务体系是群众看病就医的重要平台。三年来,中央投资 630 多亿元,支持了 3.3 万所县级医院和城乡基层医疗卫生机构建设,各级政府也进一步加大了资金投入。这是新中国成立以来基层医疗卫生服务体系投入最多、建设规模最大、条件改善最明显的时期。经过三年建设,覆盖城乡的基层医疗卫生服务网络更加健全,功能更加完善,面貌焕然一新。

国家基本药物制度初步建立。2011 年 7 月底基本药物零差率销售在政府办的基层医疗卫生机构全面实施。以基本药物制度撬动基层医疗卫生机构综合改革,2011 年底基本完成改革任务,建立起了公益性的管理体制、竞争性的用人机制、激励性的分配机制、规范性的药品采购机制、长效性的补偿机制等五大运行新机制,基层医疗卫生机构结束了几十年“以药补医”的历史。公立医院改革试点有序推进,便民惠民措施全面推行,多元办医格局加快推进。全国城乡普遍实施 10 类基本公共卫生服务和 7 大类重大公共卫生服务项目。

2009 年至 2011 年全国财政医疗卫生累计支出 15166 亿元,与 2008 年同口

---

<sup>⑧</sup> 深化医药卫生体制改革三年总结报告[EB/OL].[http://news.163.com/12/0625/19/84SBLPPD00014JB5\\_all.html](http://news.163.com/12/0625/19/84SBLPPD00014JB5_all.html).

径支出基数相比,三年新增投入 12409 亿元,比既定的 8500 亿元增加了 3909 亿元。统计数据表明,我国个人卫生支出占卫生总费用的比重连续下降,2008 为 40.4%,2009 年为 37.4%,2010 年为 35.3%,2011 年为 34.8%,2012 年为 33.4%。病人个人负担逐年减轻。

新医改后,随着医保政策的完善,我国卫生服务需求持续增加,全国卫生总费用持续增长。2012 年全国卫生总费用比上年增长 4568.5 亿元,增长 18.8%。医院门诊量增速高于基层医疗卫生机构。2012 年全国门诊总量增长 9.9%,而基层医疗卫生机构占门诊总量的比重下降 1.1%。<sup>⑨</sup> 国家卫生计生委统计信息中心主任孟群认为,物价上涨、新的医疗技术普及使用、医保报销范围及比例的扩大等因素都对病人费用增长产生一定影响。而病人偏好到综合医院就诊也是一个重要因素。各地应进一步完善医保支付方式改革,探索实施以基层首诊、双向转诊为核心的分级诊疗体系,优化卫生资源配置,控制医疗费用增长,进一步缓解“看病贵”问题。

## 1.4 加快推进双向转诊的战略意义

城乡医疗机构间的双向转诊是根据病情和人群健康的需要而进行的上下级医院间、专科医院间或综合医院间的转院诊治过程,包括纵向转诊和横向转诊两种形式。国外经验表明,合理的分级医疗体系及顺畅的双向转诊制度是优化卫生资源配置与利用的关键。

### 1.4.1 当前推动双向转诊有效实施的必要性

随着我国经济的快速发展,我国的医疗卫生事业取得了长足进步。我国卫生资源总量持续增长,基本医疗卫生服务公平性、可及性显著提高。据卫生部统计,2011 年底,全国医疗卫生机构达到 95.4 万个,其中医院 2.2 万个,基层医疗

---

<sup>⑨</sup> 2012 年我国卫生和计划生育事业发展统计公报[EB/OL].<http://politics.people.com.cn/n/2013/0619/c1001-21887208.html>。

卫生机构 91.8 万个。2011 年,全国卫生总费用达 24269 亿元,卫生总费用占 GDP 比重达 5.1%左右。但是与此同时,我国卫生资源的分布非常不均衡,包括地区之间不均衡、城乡之间不均衡。北京、上海等地云集了一大批全国著名大型医院,例如北京市拥有三级医院 50 所,而人口是其两倍的重庆只有 15 所,宁夏只有 4 所;同时,北京市每万人拥有位数为 51 张,上海市为 52 张,而全国平均水平只有 34 张。与卫生资源分布不均衡相对应的是,我国医疗机构间的分工协作体系尚未形成,综合医院在人员、设备等方面具有极大的优势。在拥有万元以上设备总价值方面,综合医院和专业医院合计占全部医疗机构万元以上设备总值的 80%以上。结果是大医院“人满为患”,小医院“门可罗雀”。因为大型医院挂号难的问题甚至产生了“号贩子”这一职业,从某种程度上加深了“看病难、看病贵”问题。

根据 WHO 研究,约占 70%~80%的疾病不需要大医院的处方和大型诊疗设备诊治,不需要长期住院治疗,完全可以通过社区卫生服务中心进行康复治疗。我国每百门急诊中的住院人次为 4.5,也就是 95%以上的门急诊是不需要入院治疗的;而综合医院的门急诊占其总诊疗人次的近 98%,即很多无需进入综合医院就诊的病例进入了综合医院,造成了医疗资源的使用不合理。而且越是级别高的医院,其诊疗负担越重,诊疗费用也更贵。以 2009 年为例,部(管)属医院的医生日均担负诊疗人次为 9.1,病床使用率为 104.0%;医师人均年业务收入为 187.3 万元。而县属医院日均担负诊疗人次只有 5.6,病床使用率为 86.7%,医师人均年业务收入为 47.1 万元,乡镇卫生院的病床使用率更是只有 42.9%。<sup>⑩</sup> 因此,为了更好地解决“看病难、看病贵”问题,必须实现医疗需求的合理引导与分配、医疗资源的优化配置与利用。在建设完善医疗卫生服务体系过程中,解决大医院卫生资源的紧缺和基层医疗机构卫生资源的闲置是一个核心问题。高效的医疗服务系统是建立在基层卫生服务机构与大中型医院双向转诊制度的基础之上。基层卫生医疗机构用较少的资源解决大多数患者的健康问题,

---

<sup>⑩</sup> 以上数据均来自历年我国卫生和计划生育事业发展统计公报。

大中型医院利用其高、精、尖优势治疗由基层医院转诊来的少数疑难重症患者。通过有效实施基层医院的“首诊制”和“双向转诊”制度,对于充分提高卫生资源的有效利用率,促进各级各类卫生机构的合理定位和分工协作是十分必要的。

### 1.4.2 推动双向转诊有效实施的战略意义

1993年世界医学教育高峰会议提出,高效的医疗服务系统是建立在社区一级或二级医院与三级医院双向转诊制度的基础之上的。当前在我国切实有效推进双向转诊具有重要意义。

#### 1.推进分级诊疗体系的形成

2009年3月出台的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中明确提出:“建立城市医院与社区卫生服务机构的分工协作机制。城市医院通过技术支持、人员培训等方式,带动社区卫生服务持续发展。同时,采取增强服务能力、降低收费标准、提高报销比例等综合措施,引导一般诊疗下沉到基层,逐步实现社区首诊、分级医疗和双向转诊。”原则上任何一所医疗机构都会缺少某种职能,不可能单靠本身来满足居民全部的卫生需求。因此,客观上医院之间必须通过转诊来进行医疗合作。医院之间开展双向转诊合作,有利于各级医院分工明确,合理定位。基层卫生服务机构主要负责社区常见病、多发病的治疗,慢性病的康复治疗,及时有效地为社区居民提供服务,并引导病人有序就诊,把综合性高等级医院从日常门诊中“解放”出来,促使高等级综合医院回归其应有的“高技术服务”,集中精力做好急危重症和疑难杂症的诊疗工作,结合临床做好教学和科研工作。因此,当前推进双向转诊的有效实施,能够促进形成分工明确的分级医疗服务体系,有效提高卫生资源的利用效率,实现“小病在社区,大病进医院”,解决好“看病难”的问题。

#### 2.促进基层医疗机构的发展

由于片面强调病人的“自由选择权”,医保病人可以自由地选择医院和医生就医,造成了病人的盲目就医。大量的常见病、多发病涌向三级医疗机构,高级

综合医院大小病“通吃”，不仅浪费了宝贵的医疗资源，也导致各级医院盲目扩张和无序竞争，更是挤占了基层医疗服务机构的生存和发展空间。推动双向转诊，必然要求切实实现基层医疗机构的“首诊制”。基层医疗机构服务群体基本稳定，“首诊制”的有效实施必然要求基层医疗机构充当居民健康的“看门人”角色。这将截留大部分患者在基层医疗服务机构，如果加上综合医院诊断明确或经治疗病情稳定的患者“下转”返回社区继续治疗和康复，这将促使基层卫生医疗机构业务需求量的持续上升，就能够吸引更多的医疗人才，从而进一步提升基层医疗机构的服务能力。这将进一步引导并稳定更多的社区居民就近就医，形成良性循环。因此，双向转诊能够有效地促进基层医疗服务网络的发展和完善。

### 3. 有效降低医疗费用

医疗费用的过快增长是政府和社会共同关注的热点问题。随着疾病谱的变化和医学科技的进步，医疗费用的增长已经成为不可避免的全球化趋势。除此之外，还有许多不合理的因素，例如高新技术和新药特药的盲目超前消费，患者盲目选择高等级医院，一味追求高标准医疗水平等。高等级综合性医院不仅拥有大量的高级专业人才，而且拥有许多高科技医疗设备，其运营成本自然较高，病人的医疗费用也相对较高。因此，大部分城镇居民首诊选择大医院，往往导致更高的医疗费用支出。研究不同医疗机构的治疗效果和费用分析结果可以发现，一级、二级和三级医疗机构住院患者在治疗效果无显著性差异的情况下，其平均费用之比约为 1 : 9.7 : 14.1。另外，我国有关研究表明城市大医院的住院病人中有 40% 是慢性病，其中约 70% 不需要到大医院住院治疗。如果能够将这些病人引导到基层医院进行康复治疗，则可以节约 30% 的医疗费用。<sup>①</sup> 因此，激励和引导病人首诊选择基层医疗机构，并形成有效的转诊机制，能够有效地降低医疗费用的支出，逐步解决“看病难、看病贵”问题。

---

<sup>①</sup> 赵建中，薛乐宁，沈茂忠，等. 大型医院与社区卫生服务机构双向转诊制度的建立和实施[J]. 中国初级卫生保健，2012(10):28—30。

## 第二章

### 城乡医疗双向转诊的现状分析

本章对双向转诊的国内外研究文献进行了梳理和总结,选取并分析了不同地区的乡镇新农合、市县级医院、大型国有企业医疗集团、政府主导医疗联合体、军队医院与地方医疗机构的协调等不同模式下双向转诊开展的实际情况。我们发现许多地方双向转诊流于形式,效果并不理想,没有从根本上解决无序就医、“上转容易下转难”等核心问题。因此,如果仅仅在政府主导下形成相关的规定和协议,而协作医院之间不能建立起有效的利益分配和风险控制机制,那么双向转诊难以有效地运行。

#### 2.1 双向转诊的研究文献综述

为了解决“看病难、看病贵”问题,《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》要求采取措施“引导一般诊疗下沉到基层,逐步实现社区首诊、分级医疗和双向转诊”。关于双向转诊,国内外学者陆续开展过相关的研究及实践。

##### 2.1.1 国外相关研究

国外学者在转诊行为方面的研究相对起步早,而且微观行为研究相对较多。主要从以下几个方面进行:

###### 1. 转诊行为研究方法

Stephen M. Shortell and Odin W. Anderson<sup>[1]</sup>提出利用“交换理论”来分析



医生转诊行为。医生转诊行为受到六个方面因素的影响:态度、相互作用、责任、回报、成本、权衡与比较。

### 2. 医疗机构、流程、医疗费用支付体制对转诊的影响分析

转诊与医疗机构的关系的研究:Richard A. Mackey, D.S.W., Harvey A. Taschman, Cecil R. Ryan<sup>[2]</sup>提出发挥社区医疗服务机构的作用,相互协作,提高医疗机构间转诊的治疗效果。具体措施是:第一,提高社区医疗机构之间转诊的效率;第二,有效使用专业设施和服务;第三,评估对专业服务的需求;第四,扩大服务范围,从区、县级扩大到市一级。Ahilya Noone, Michael Goldacre, Aangela Coulter, Valerie Seagroatt<sup>[3]</sup>在病人就医与医疗服务供给对转诊的影响上进行了研究,通过对医疗条件有限和医疗服务增加两个不同时期的转诊行为进行比较,发现增加医疗服务后的转诊率远比想象要低。

医疗流程对转诊的影响:Leslie Salta, M.S.W., William P. Buick, M.P. H., M.S.W., M.A<sup>[4]</sup>就医疗流程的变动对转诊的影响进行了研究。通过比较1981、1984、1988三个年份的四月份在社区精神卫生中心要求初步预约以便做筛查和评估的349名病人所得到的医疗服务,得出医疗流程的合理变动可以减少转诊病人数量。

医疗费用支付体制对转诊的影响:Daniel A. Vardy, Tami Freud, Michael Sherf, Ofer Spilberg, Dan Goldfarb, Aron D. Cohen, Shlomo Mor — Yosef, Pesach Shvartzman<sup>[5]</sup>研究了医疗费用共同支付对病人从初级医疗机构转诊至高级机构的影响,以及如何解决低收入群体对医疗服务利用不足的问题。研究表明,短期医疗费用共同支付对病人转诊行为有一定的影响,转诊人数暂时减少,取决于共同支付的规模以及服务;在长期来看,对病人转诊没有大的影响。

### 3. 转诊与医生、患者的关联性研究

大量的研究集中于医生或者患者的因素对转诊的影响。D. Wilkin, A. G. Smith<sup>[6]</sup>提出转诊率与医生的因素(性别、经验、处方、医疗检查等)以及患者的因素(年龄、性别、社会阶层)没有直接的关系。Jeffery Sobal等<sup>[7]</sup>通过分析不同专科医生(全科医生、内科医生、产科医生、妇科医生)转诊行为的不同,得出医疗专