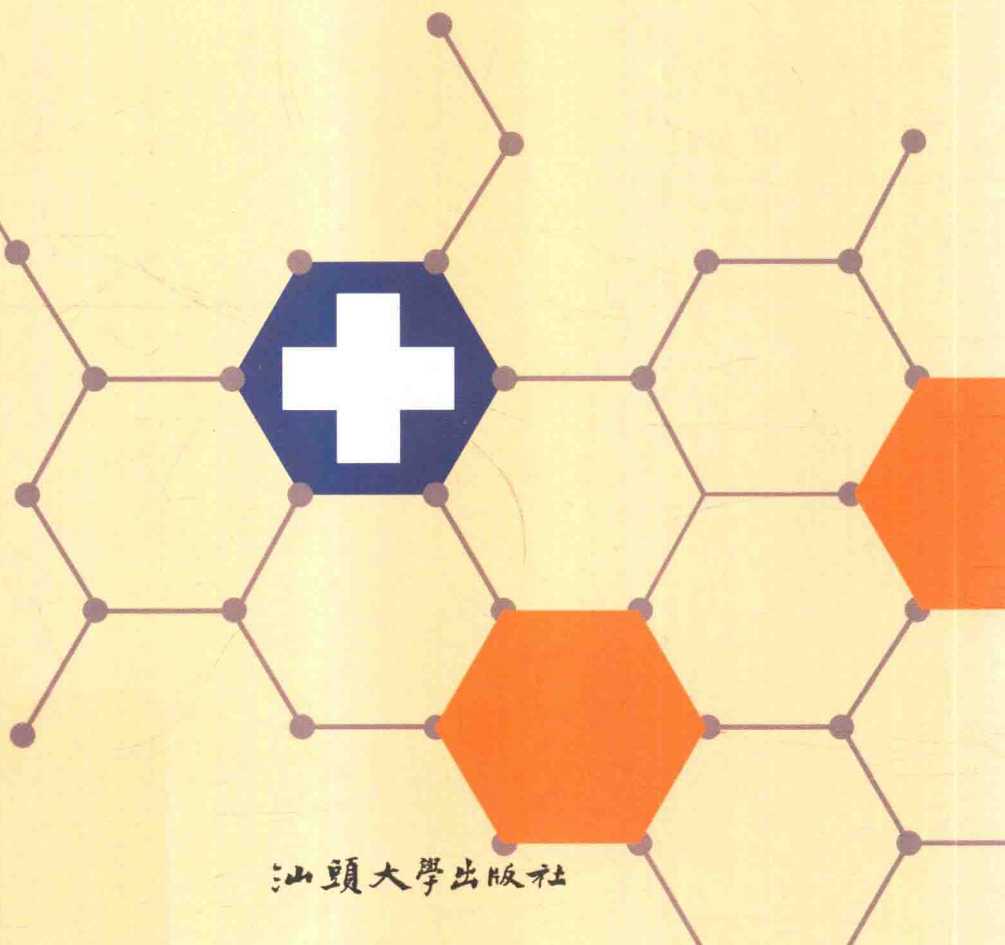


我国分级诊疗试点 政策效果评估研究

——以三个试点地区为例

廖晓诚 著

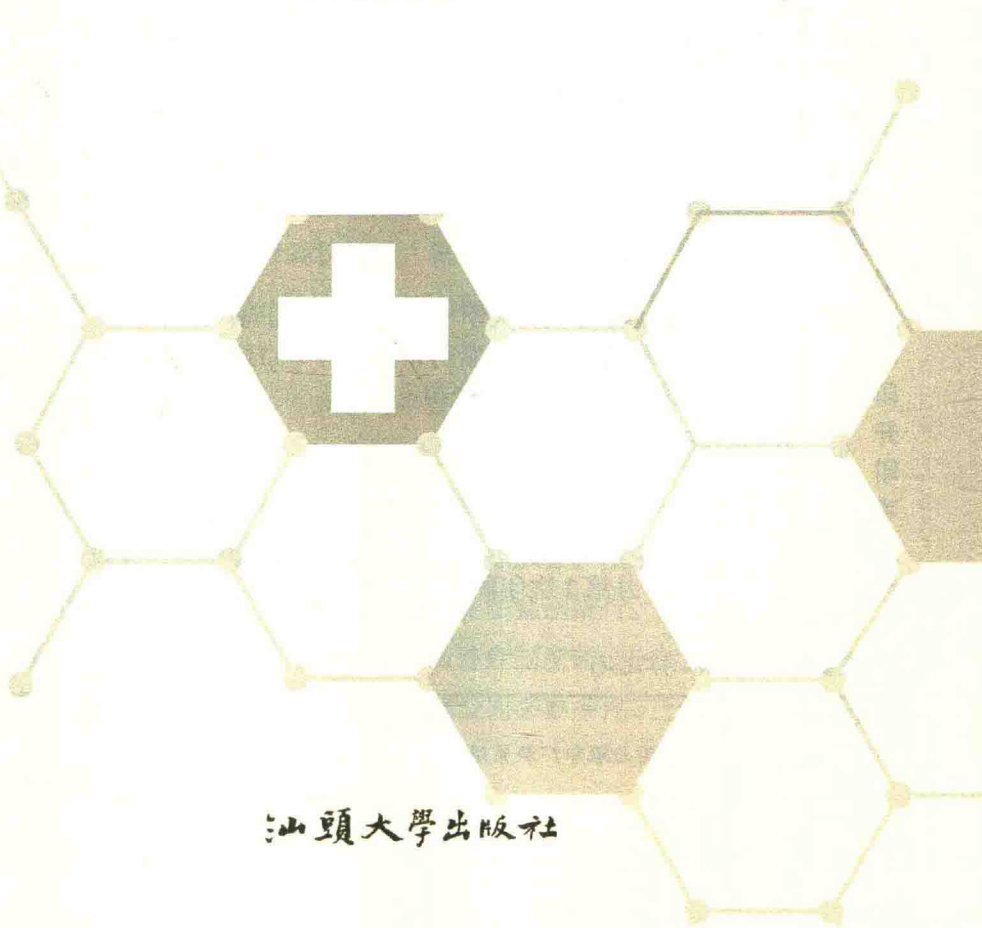


汕头大学出版社

我国分级诊疗试点 政策效果评估研究

——以三个试点地区为例

廖晓诚 著



汕头大学出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

我国分级诊疗试点政策效果评估研究:以三个试点地区为例 / 廖晓诚著. — 汕头: 汕头大学出版社, 2019.2

ISBN 978-7-5658-3776-0

I . ①我… II . ①廖… III . ①医疗卫生服务—方针政策—研究—中国 IV . ① R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2019) 第 029214 号

我国分级诊疗试点政策效果评估研究——以三个试点地区为例
WOGUO FENJI ZHENLIAO SHIDIAN ZHENGCE XIAOGUO PINGGU YANJIU
——YI SANGE SHIDIAN DIQU WEILI

著 者: 廖晓诚

责任编辑: 汪小珍

责任技编: 黄东生

封面设计: 汤 丽

出版发行: 汕头大学出版社

广东省汕头市大学路 243 号汕头大学校园内 邮政编码: 515063

电 话: 0754-82904613

印 刷: 北京虎彩文化传播有限公司

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

印 张: 13.75

字 数: 194 千字

版 次: 2019 年 2 月第 1 版

印 次: 2019 年 3 月第 1 次印刷

定 价: 54.00 元

ISBN 978-7-5658-3776-0

版权所有, 翻版必究

如发现印装质量问题, 请与承印厂联系退换

前 言

分级诊疗制度建设是当前我国医药卫生体制改革的重点工作，有必要对各地分级诊疗试点政策进行评估，为国家下一步出台分级诊疗制度建设具体实施意见提供理论依据，同时也为科学立法、构建服务型政府进行探索。分级诊疗不仅和疾病有关，还和制度安排、就医管理有关，分级诊疗与整合医疗、连续性医疗有区别。在我国卫生政策评估研究中，还鲜有关于分级诊疗试点政策的评估。本书在概括全国分级诊疗试点建设模式的基础上，选取了具有深厚改革背景的镇江市、创新探索按病种建立分级诊疗制度的厦门市和进行了分级诊疗试点政策效果准实验设计的北京市平谷区作为评估地区。在分级诊疗理论基础、框架要素的基础上，在分级诊疗制度体系的基础上，构建了分级诊疗试点政策评估框架，从回应性、有效性、政策过程三个维度，在镇江市、厦门市构建了六项具体评估指标或内容，并构建了相应的二级指标。在北京市平谷区构建了七项评估指标。从 2011 年 1 月到 2015 年 9 月，对三个试点地区分级诊疗试点政策进行评估，最后得出结论认为我国分级诊疗制度建设应优先选择按病种、有激励、精细化分级诊疗模式；应不断深化细化、增加医疗服务，使患者满意支持；应以自愿原则按病种推行，成熟一个病种就立法强制推行。最后提出建议，分级诊疗是我国医改重要抓手；我国分级诊疗制度建设应走先自愿再逐步立法强制之路；强基层是分级诊疗制度建设的必要条件；上下联动才能保

证分级诊疗制度较好的效果；宜以高血压、糖尿病等慢性病为突破口；未来分级诊疗制度建设需要建立配套绩效考核体系、建立配套财政政策、医保政策。本研究创新之处包括：在研究内容上尝试创新；尝试构建了分级诊疗试点政策评估的框架及其指标；对我国三个分级诊疗试点地区进行了评估和比较。本研究不足之处包括：缺乏分级诊疗制度运行相关数据对分级诊疗试点政策评估提供支撑；试点地区试点时间较短，政策效果未完全显现。

本书共分三大部分八个章节，第一部分为分级诊疗试点政策评估框架构建部分，包括第1章、第2章、第3章、第4章。第1章为绪论部分，介绍了本书的研究背景和意义，对分级诊疗的概念进行了界定和辨析，对国内外分级诊疗研究情况、卫生政策评估研究情况进行综述，提出本书的研究思路、技术路线和研究方法，介绍了本书的主要内容，创新和不足。第2章分析了我国分级诊疗制度的理论基础和体系框架要素，理论基础包括公共管理利益相关者理论、社会治理相关理论、卫生经济学效率理论、疾病转化转归理论以及系统理论医学模式；框架要素包括各级医疗机构、医疗保险机构、监督管理机构、分级诊疗信息系统及患者。最后说明了我国分级诊疗转诊流程。第3章提出并分析了我国分级诊疗制度体系，以“基层接得住，医院舍得放，患者愿意去”为框架构建了我国分级诊疗制度体系，通过区域卫生规划、培养全科医生、医师多点执业、对口支援让基层接得住；通过医疗资源配置、公立医院管理体制改革、医疗服务价格调整、公立医院绩效管理、医保支付方式改革、建立转诊机制让医院舍得放；通过完善社会保险制度、不同级别医院有序衔接、针对居民慢性病需求让患者愿意去。我国分级诊疗制度体系构建面临医疗卫生资源规划配置问题，全科医生培养、激励、服务内容问题以及多点执业问题、对口支援问题。第4章构建了我国分级诊疗试点政策评估框架，本研究评估时间为2011年1月至2015年9月，评估内容为政策执行评估和政策效果评估，评估维度选择为回应性、有效性、执行过程。镇江市、厦门市评估具体指标或内容为试点路径、提升基层医疗服务能力、政策配套措施、管理精细程度、社

会反响 / 满意度；北京市平谷区评估具体指标包括患者满意度、信任度，控制医疗费用，医务人员工作压力、收入、工作满意度、对分级诊疗试点政策了解程度。

本书第二部分为试点地区政策评估部分，包括第 5 章、第 6 章、第 7 章。第 5 章通过案例分析对镇江市分级诊疗试点政策进行评估，镇江市推进分级诊疗试点分为两个阶段：2011 年全面铺开阶段和 2012 年至 2015 年 9 月调整完善深化阶段。通过对镇江市分级诊疗政策体系的分析，镇江市在上级医疗机构方面，依托医疗集团，布局医疗机构，整合医疗集团内部资源。在基层医疗机构方面，对基层医疗卫生机构进行标准化建设，通过建立康复联合病房，“三位一体”慢性病综合防控新体系，“3+X”家庭健康服务团队创新基层服务方式，专家基层坐诊制度，创新乡村医生管理办法，社区首席健康顾问制度等方式促进医院人才下沉基层医疗机构。在医疗保险方面，优先定点社区卫生服务机构，选定下转特定病种纳入年度医疗保险考核，与分级诊疗制度相适应的医保支付方式改革，医保向定点社区卫生服务机构倾斜。在转诊机制方面，镇江市制定了转诊标准、转诊步骤，建立了转诊机制，将分级诊疗工作纳入信息化平台。镇江市分级诊疗试点的过程中，以健康产出最大化作为改革理念；以自愿原则全面铺开深化推进试点；通过标准化建设、创新人才下沉机制提升基层实力，依托医疗集团、建立康复联合病房等方式促进双向转诊，医保基层单独核算、人事基层增编吸引人才促进分级诊疗，“3+X”家庭健康服务团队网格化签约精细化服务，基层社区门诊就诊率明显提升。需要进一步解决的问题包括：不同类型医疗集团建立分级诊疗制度问题，加强全科医生培训，建立与之适应的基层医务人员绩效管理制度。

第 6 章运用跟踪调查法对厦门市分级诊疗试点政策进行评估。厦门市推进分级诊疗试点分为三个阶段：2012 年组建医院—社区一体化阶段；2013 年专科医生与全科医生协作“结对子，组建 1+1+X”阶段；2014 年至 2015 年 9 月，三师共管，逐步推广，建立“糖友网”“高友网”，形成“三师两网”服务构架。通过对厦门市分级诊疗政策的分析，选择慢性病作为

厦门市分级诊疗制度建设的突破口。在上级医疗机构方面,通过提升大医院技术水平,控制床位数,调整医疗服务价格使大医院转型升级,功能回归。在基层医疗机构方面,通过促进优质医疗资源下沉,完善基层医疗服务网络,改革薪酬制度,建立绩效体系来打造医疗服务平台,提升基层服务能力。在医保方面,通过医保等政策配套,促进分级诊疗;在转诊机制方面,以“三师两网”为核心,创建“三师共管”分级诊疗模式。厦门市在分级诊疗试点中,以慢性病控制作为改革理念,以自愿原则逐步深化推进试点,慢性病专家下基层提升基层医疗机构服务能力,以“三师两网”为核心促进双向转诊,基层慢性病绩效考核促进双向转诊,健康管理师提供精细化服务,患者形成互助习惯。厦门市分级诊疗试点效果良好,患者认可并希望扩大病种。还需要解决的问题包括:建立长效机制缓解大医院收入压力;扩大纳入分级诊疗的慢性病病种问题;医保政策的跟进和付费制度的创新问题;分级诊疗格局下,公立医院与民营医院的协作竞争问题。

第7章运用准实验方法对北京市平谷区分级诊疗试点政策进行评估。北京市平谷区推进分级诊疗试点分为两个阶段:2011年到2014年先期探索阶段;2014年至2015年9月重新探索阶段。通过对北京市平谷区分级诊疗试点政策体系的分析,北京市平谷区建立区域统一学科联合体;提升基层医疗机构服务能力;新农合政策调整,综合支付方式改革;制定分级诊疗转诊流程。本研究选择四家社区卫生服务中心,通过准实验设计,对比试点社区卫生服务中心试点前后机构运行指标的变化,并进行双重差分分析评估,评估结果发现试点社区卫生服务中心门急诊总人次呈下降趋势;上转病人总人次呈下降趋势;慢性病管理总体呈现上升趋势;中心收入、医务人员薪酬呈上升趋势;患者满意度下降;患者信任度下降;医疗费用控制效果不显著;医务人员工作压力变化不显著;医务人员收入变化不显著;医务人员工作满意度变化不显著;医务人员对分级诊疗了解程度变化不显著。北京市平谷区分级诊疗试点政策效果并不理想,原因可能在于分级诊疗政策不配套;区领导对分级诊疗态度谨慎;患者对分级诊疗存在疑虑;北京市平谷区实施分级诊疗时间较短。此外,在准实验实施过程其他

没有观察到的因素对结果产生影响。最后对三个试点地区分级诊疗试点评估进行了总结和对比。

本书第三部分为结论部分，为本书的第 8 章。通过对三个试点地区的评估，得出结论，我国分级诊疗制度建设应优先选择按病种、有激励、精细化分级诊疗模式；应不断深化细化、增加医疗服务，使患者满意支持；应以自愿原则按病种推行，成熟一个病种就立法强制推行。最后提出建议，分级诊疗是我国医改的重要抓手；我国分级诊疗制度建设应走先自愿再逐步立法强制之路；分级诊疗制度建设的必要条件是强基层；要保证分级诊疗制度较好的效果，需要上级医院、基层医疗机构上下联动；宜以高血压、糖尿病等慢性病为突破口建设分级诊疗制度；要建立顺畅运行的分级诊疗制度，未来需要建立与分级诊疗相配套的绩效考核体系，建立配套财政政策和医保政策。

目 录

第 1 章 绪 论	1
1.1 研究背景和意义	1
1.2 文献综述	3
1.3 研究思路、技术路线与研究方法	16
1.4 研究的主要内容、创新和不足	19
第 2 章 我国分级诊疗制度理论基础及体系框架要素	22
2.1 我国分级诊疗制度理论基础	22
2.2 我国分级诊疗体系框架组成要素	28
2.3 我国分级诊疗制度转诊流程	31
2.4 本章小结	31
第 3 章 我国分级诊疗制度体系构建及分析	32
3.1 我国分级诊疗制度历史沿革	32
3.2 我国分级诊疗制度体系框架	33
3.3 我国分级诊疗制度体系构建	34
3.4 我国分级诊疗制度体系构建需要解决的问题	44

3.5 本章小结	49
第4章 我国分级诊疗试点政策评估框架构建	51
4.1 评估对象及其评估方法的选择	51
4.2 分级诊疗试点政策评估时期的界定	55
4.3 分级诊疗试点政策评估内容的选择	57
4.4 分级诊疗试点政策评估标准的选择	59
4.5 分级诊疗试点政策评估框架构建	63
4.6 本章小结	64
第5章 镇江市分级诊疗试点政策评估	66
5.1 分级诊疗试点阶段	66
5.2 镇江市分级诊疗试点政策体系分析	67
5.3 镇江市分级诊疗试点政策评估	81
5.4 本章小结	87
第6章 厦门市分级诊疗试点政策评估	88
6.1 分级诊疗试点阶段及突破口选择	88
6.2 厦门市分级诊疗试点政策体系分析	92
6.3 厦门市分级诊疗试点政策评估	105
6.4 本章小结	114
第7章 北京市平谷区分级诊疗试点政策准实验评估	115
7.1 北京市平谷区分级诊疗制度建设试点改革实施阶段	115
7.2 北京市平谷区分级诊疗试点政策体系分析	116
7.3 北京市平谷区分级诊疗试点政策准实验评估	121

7.4 讨论	143
7.5 三个试点地区评估总结	146
7.6 本章小结	148
第 8 章 结 论	149
8.1 研究结论	149
8.2 政策建议	151
8.3 研究不足及未来展望	156
参考文献.....	157
附录一 构建“连续性医疗”制度研究患者调查问卷.....	190
附录二 构建“连续性医疗”制度研究医务人员调查问卷...	194
附录三 构建连续性医疗制度研究社区卫生组织情况	
基线调查表	199
后 记.....	204

第 1 章 绪 论

1.1 研究背景和意义

1.1.1 当前研究分级诊疗制度具有必要性

建立健全分级诊疗制度成为当前我国医改的重点工作，有必要对其进行研究。首先，从大的背景来看，党的十八大以来，我国正处于全面深化改革的新的历史机遇期，在这一时期改革是重点工作任务之一，而医药卫生体制改革是改革领域的重点工作任务之一。党的十八大报告提出全面深化改革的目标，为全面深化改革做出战略部署。党的十八届三中全会审议通过《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》，开始贯彻落实全面深化改革战略部署。2014年12月17日，习近平总书记首次提出“四个全面”治国理政总体框架^①，其中全面深化改革是“四个全面”中的一面。可见我国正处于全面深化改革的新的历史机遇期，这一时期的重点工作任务就是包括医药卫生体制改革在内的各项改革。

其次，建立分级诊疗体系是当前我国医药卫生体制改革的重点工作任务，是全面深化改革的重中之重。2013年，党的十八届三中全会审议通过的《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》中，就深化医疗卫

^① 全面建成小康社会、全面深化改革、全面推进依法治国、全面从严治党。

生体制改革提出“完善合理分级诊疗模式，建立社区医生和居民契约服务关系”。2014年，李克强总理在十三届全国人大二次会议上所作的政府工作报告中，就推动医改向纵深发展提出“健全分级诊疗体系，加强全科医生培养，推进医师多点执业，让群众能够就近享受优质医疗服务”。2014年5月国务院办公厅印发《深化医药卫生体制改革重点工作任务》（国办发〔2014〕24号）文件，其中就包括健全分级诊疗体系。在2015年政府工作报告中提出“深化基层医疗卫生机构综合改革，加强全科医生制度建设，完善分级诊疗体系”。2015年9月国务院办公厅出台《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号），分级诊疗制度建设在全国范围内开始推进。可见，建立健全分级诊疗体系是全面深化改革中的重中之重，并已在全国范围内推广，因此有必要对分级诊疗体系进行研究。

1.1.2 为未来分级诊疗制度的具体实施提供理论依据

分级诊疗试点地区已形成可供参考的模式，有必要进行评估和总结，推广分级诊疗制度建设经验，为未来我国制定分级诊疗制度建设具体实施意见提供理论依据。目前来看，全国大部分地区都在探索适宜本地社会经济发展水平的分级诊疗模式，并形成了不同的可供参考的模式，在我国全面铺开分级诊疗制度建设之际，有必要对之前的分级诊疗制度试点工作进行评估，总结经验，既推广试点地区分级诊疗制度建设中好的经验方法，也为未来我国分级诊疗制度的具体实施提供理论依据。

1.1.3 为科学立法、构建服务型政府进行探索

党的十八届四中全会以全会的形式专题研究部署全面推进依法治国这一基本治国方略，其中提到科学立法，而对分级诊疗制度进行评估，可以为相关法律的制定提供依据，具有指导作用，符合科学立法的理念。此外，通过对分级诊疗制度评估，可以为政策的制定提供建议，并对政策的实施提供监督，体现了政策制定的民主参与，民主监督，是对构建服务型政府

的探索，也为我国的政策科学研究贡献了一份力量。

1.2 文献综述

1.2.1 分级诊疗概念的界定

1.2.1.1 对分级诊疗概念的梳理

分级诊疗的概念具有中国特色，在国外研究中并没有与分级诊疗相符合的概念，在国际上与分级诊疗相近的概念主要是三级卫生医疗服务模式、守门人制度和转诊。三级卫生医疗服务模式由世界卫生组织（WHO）提出^①，根据功能的不同将医疗机构划分成三个级别，其中三级医疗机构提供针对疑难重症的诊疗服务；二级医疗机构提供一般不好治疗的、专科性强的疾病的诊疗服务；基层医疗机构主要提供疾病防控、常见病多发病诊治、康复、护理等医疗服务。

国外为提高医疗服务质量，控制医疗成本，从控制患者医疗服务需求的角度出发，以管理需方的理念，建立守门人制度。根据守门人制度，当患者身体不适时，首先必须要在全科医生处接受诊疗，全科医生在诊疗的基础上以患者代理人的身份决定是否需要转诊至专科医生处，并协调相关转诊事宜，在患者转诊之后，全科医生将继续关注患者在专科医生处的诊疗情况，为未来下转回来的后期治疗做准备。在国外的守门人制度中，全科医生负责患者首诊，对患者进行筛选，负责患者的转诊管理和协调，观其本质，守门人制度包含基层首诊、双向转诊的内涵。

此外，世界卫生组织将转诊定义为医生由于缺乏药品、设备、技能而无法诊疗患者时，同级别的或更高级的医疗机构参与或者直接接管患者诊疗，为其提供更好的或者不同的资源的过程。

^① 1957年世界卫生组织在“医疗服务组织专家委员会”首次报告中提出三级卫生医疗服务模式。

在国内，一般认为分级诊疗是根据疾病的严重程度、复杂程度、诊疗的难易程度进行分级，要求基层医疗机构、二级医疗机构、三级医疗机构明确分工，分别承担不同级别疾病的诊治工作，从而达到合理就医的目标（崔华欠等，2014；吕键，2014；谢剑锋，2015）。

台湾学者李龙腾（2014）从医疗服务的角度出发，根据医疗服务的专业程度、使用频率、服务对象的覆盖范围来定义分级诊疗，对于专业程度较强，使用频率较低，服务对象覆盖范围较小的医疗服务，应该集中于医院；而对于专业性程度较弱，使用频率较高，覆盖对象范围较大的医疗服务，应该设置于社区基层医疗机构。

方鹏骞（2014）从医疗卫生服务体系组成要素定位的角度出发，认为在分级诊疗状态下，医疗卫生服务体系组成要素定位合理，形成连续协同的服务体系，在医保政策的配套下，通过基层首诊、双向转诊对患者进行合理的分流，让患者在和自身所患疾病程度相匹配的医疗机构就治疗，从而达到医疗资源成本效益最大化。

王虎峰（2014）从公共管理的角度出发，认为分级诊疗不仅仅是看病问题，还和制度安排、就医管理等问题相关，分级诊疗应将制度、管理等因素加以考虑，通过制度安排、管理安排使各级医疗机构之间形成医疗服务协作关系，实现患者医疗需求逐级筛选，医疗资源配置使用最优，医疗服务精细化管理的本质状态。

1.2.1.2 分级诊疗相近概念辨析

此外，还存在一些和分级诊疗相近、容易混淆的概念，在这里需要对这些概念进行辨析，这些概念包括整合医疗和连续性医疗。

整合医疗提出以患者为中心，不同级别、不同类别的医疗机构、不同专科的医务人员、护理人员协调合作为患者提供整合医疗卫生服务。整合医疗分为横向整合和纵向整合，横向整合为同一级别、不同类别的医疗机构之间的合作；纵向整合是不同级别、相同类别或者不同类别医疗机构之间的合作，其中纵向合作和分级诊疗的概念一致。

连续性医疗是指患者和医疗服务提供方存在长期不间断的联系关系，医疗服务提供方既可以是单个医务人员，也可以是对患者平时健康状况、既往病史、疾病状况有详细数据记录的医疗机构，连续性医疗的目的就是让患者和医疗服务提供方之间建立紧密关系，减少诊疗过程中信息不对称的问题，既包括患者对医疗服务提供方技术水平的信息不对称，也包括医疗服务提供方对患者病情的信息不对称，从而提高医疗服务质量，提高患者满意度。

1.2.1.3 本书认定的分级诊疗概念

本书对分级诊疗概念的界定和王虎峰（2014）的一致，认为分级诊疗从公共管理的角度来看，是通过系列规章制度、人才技术和激励约束机制促进的不同层级、不同类别医疗机构协作的状态，目的就是使医疗资源使用效率最大化、患者服务精细化。

1.2.2 分级诊疗研究文献综述

1.2.2.1 国内文献综述

通过文献梳理，以往的分级诊疗研究主要集中于分级诊疗制度建立的必要性，分级诊疗制度如何构建，分级诊疗制度评估、转诊影响因素，分级诊疗制度建设存在的问题这几个方面。此外，医联体是我国分级诊疗制度建设的重要配套和过渡，因此本书在这里也将我国医联体的研究现状进行了梳理。

（1）建立分级诊疗制度的必要性

通过对相关文献梳理，发现建立分级诊疗制度是解决我国深化医药卫生体制改革中出现的瓶颈问题的路径选择之一，以往的研究发现建立分级诊疗制度有利于城市社区居民的慢性病管理（刘盈等，2013）。从长远来看，建立分级诊疗制度可以提高基层医疗服务机构运营效率（明延飞等，2015）；减轻患者就医负担（罗云梅等，2011）；缓解当前紧张的医患关系（张妮莉、赵静，2014；郑雪倩等，2014；赵小洋等，2014）；建立分级诊疗

制度还能够促进医疗保险制度健康公平性发展(李珍、赵青, 2014);此外,建立分级诊疗制度可以解决部分地区新农合支付方式改革中遇到的瓶颈问题(柴云等, 2013)。

(2) 构建分级诊疗制度

对于如何构建分级诊疗制度,有不少学者在理论层面进行了研究;建立了分级诊疗价格机制理论模型(刘国恩等, 2014);对分级诊疗过程中各方利益主体的意愿和能力进行了分析(杨俊明、郭石林, 2010);建立了城市二、三级医疗机构和社区卫生服务机构之间的关系契约模型(阮陆宁、甘筱青, 2012);构建了连续性医疗服务概念框架(李伯阳等, 2011);通过建立医疗服务需求引力模型为分级诊疗制度建设提供理论依据(张平、甘筱青, 2014);建议政府应该以新公共管理理论推进双向转诊制度的建设(周向红、王仁元, 2008)。

对于如何构建分级诊疗制度,在构建策略上同样有较多学者进行了研究,付强(2015)建议要对分级诊疗进行准确定位,然后建设好相关分级诊疗医疗服务体系,完善好医疗保险政策,完善好医疗管理政策;王虎峰、王鸿蕴(2014)建议要从短期和长期两种情况下选择不同的分级诊疗建设策略。谢春艳等学者(2012)提出要以社区为载体,整合社会资源,从改善医患关系、培育社区社会资本、加快社区建设发展的角度来推进家庭医生制度建设;杜学礼、鲍勇(2010)建议通过健康“守门人”构建双向转诊机制;熊茂友、甘筱青(2012)提出了“112”双向转诊模式;甘筱青、阮陆宁(2012)认为医疗集团符合帕累托改进结果;余红星等学者(2014)认为政府、医疗保险在分级诊疗制度建设方面起到最主要作用;匡莉等学者(2012)提出“纵向整合”的医疗服务体系;胡小璞等学者(2008)提出通过“四一三”医保模式综合改革破解双向转诊中遇到的问题;雷光和(2013)构建了双向转诊最优激励机制;吴静娜等学者(2008)建议建立健康管理中心;李伟明等学者(2013)提出区域新农合双向转诊利益分配模式;张跃红等学者(2009)建议建立区域医疗卫生服务共同体;李月等学者(2010)认为通过医院办社区的方式将有利于分级诊疗的顺利实施;