

基于资源配置现状的重庆市分级诊疗实施策略分析*

宋景麟¹, 陈虹², 张邦辉^{3△}

(1. 第三军医大学大坪医院野战外科研究所院务部, 重庆 400042; 2. 第三军医大学西南医院院办, 重庆 400038; 3. 重庆大学公共管理学院 400044)

[中图分类号] R197.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2017)14-2002-04

2015 年 9 月, 国务院办公厅发布《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》, 首次对分级诊疗进行详细规划并明确到 2017 年逐步建成完善的分级诊疗体系, 基本建立符合国情的“基层首诊, 双向转诊, 急慢分治, 上下联动”的分级诊疗制度^[1]。习近平主席近日在全国卫生健康大会上首次将“分级诊疗”定位为 5 项基本医疗卫生制度之首。同期发布《关于推进分级诊疗试点工作的通知》, 规划重庆在内的 270 个城市开展分级诊疗试点工作, 进一步推进“健康中国”战略^[2]。分级诊疗工作已经成为国家医疗改革的重要举措, 也成为当前各级政府重点推进医疗改革的核心举措。

1 重庆市分级诊疗政策实施的基本情况及其主要特点

不同地区都应当实行适用于本地实际情况的分级诊疗模式^[3]。重庆市作为西部地区惟一的直辖市和国家中心城市, 近年来已经将分级诊疗建设工作正式推上深化医药体制改革进程, 在市医疗卫生服务体系“十三五”规划中, 首批选择 50 个病种在基层医疗机构试行首诊, 指出到 2017 年完成试点区域内就诊率达到 90% 以上, 二、三级医疗机构向基层医疗机构转诊人次达到其住院人次 10% 以上等目标, 至 2020 年, 分级诊疗服务能力全面提升, 布局合理均衡的分级诊疗模式逐步形成, 建立符合重庆市情的分级诊疗格局, 切实促进基本医疗卫生服务的公平可及^[4]。重庆市分级诊疗政策主要有以下几个特点。

1.1 以常见病、多发病、慢性病为主要突破 筛选急性肠炎等 50 种试点病种在基层医疗机构实行首诊制度, 制订下发高血压与糖尿病分级诊疗、技术方案和脊髓损伤等 16 个单病种在二、三级医疗机构的转诊指征等特色政策, 明确基层首诊、双向转诊的标准、规范, 建立双向转诊通道流程。

1.2 组建医疗联合体, 发挥纵向协作、分级协同效益 鼓励试点区域医疗机构和上级医院通过一体化、托管、帮扶帮带等形式, 全面布局互通共享、畅通高效的双向转诊协作机制。目前重庆医科大学附属第一医院“1+3+6”、重庆医科大学附属第二医院“1+4”等跨区域托管型医联体及永川区等 23 个区县医联体模式全面提升了服务基层的医疗卫生能力。

1.3 发挥医保杠杆撬动作用, 培育基层首诊习惯 充分发挥医保的调控作用, 大力实施看病报账“一卡通”政策, 推动执行医保市内异地结算, 将支付途径便利与跨级诊疗效率结合, 为分级诊疗精准落地铺平了道路。

1.4 力推家庭医生签约服务, 拓展保障覆盖区域 以基本公

共卫生和健康管理服务为牵引, 以全科医生、乡村医生为主轴核心, 开展家庭医生签约服务。2016 年全市 1 013 个镇街, 9 204 个村社共实现签约 362 万户和 1 285 万人, 签约覆盖率为 42.96%, 提前实现了国家 2017 年全科医生签约服务率达 30.00% 的战略目标, 政策布局实现了精准落地。

1.5 统筹医疗大数据应用, 打造“互联网+健康医疗”服务工程 发布《重庆市健康医疗大数据应用发展行动方案》, 整合预约挂号、诊疗服务、健康档案查阅、电子病历报告共享等服务功能, 促进跨地域、跨机构就诊信息共享, 畅通分级诊疗健康医疗服务体系流程, 促进医疗资源纵向流动, 提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率。

2 基于资源配置分级诊疗的重庆市现状分析

从全国分级诊疗实施情况及部分试点区域案例来看, 重庆市在分级诊疗模式推广与应用上宏观设计、创新实践, 协同联动效益正开始逐步显现。然而进一步分析探究资源配置核心数据背后发现, 重庆市主要分级诊疗服务资源配置现状并不乐观^[5], 离要实现真正的分级诊疗目标还有很大差距。

2.1 重庆市医疗卫生机构配置情况 2011—2015 年重庆市医疗卫生机构数从 1.766 0 万个增长到 1.980 7 万个, 增长率为 12.16%; 基层医疗卫生机构数从 1.704 7 万个增加到 1.898 6 万个, 增长率为 11.37%; 推动分级诊疗服务覆盖面进一步扩大升级。但 2015 年重庆市基层医疗卫生机构总诊疗人次 791 9.95 万人次, 占重庆市总诊疗量的 54.47% (表 1、图 1), 距离《重庆市政府办公厅关于推进分级诊疗制度建设的实施意见》战略目标大于或等于 65.00% 还有较大差距。因此占医疗卫生机构数 95.86% 的基层医疗卫生机构和占医疗卫生机构数 4.14% 的上级医院数需加速提升分级诊疗服务协同能力。

表 1 2011—2015 年重庆市医疗卫生机构分布情况 (n)

机构类型	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
医疗卫生机构	17 660	17 961	18 926	18 766	19 807
医院	433	463	531	565	631
基层医疗卫生机构	17 047	17 310	18 025	17 885	18 986
专业公共卫生机构	160	167	350	298	160
其他机构	20	21	20	18	30

* 基金项目: 重庆市决策咨询与管理创新专项项目 (stc2016jccx BX0043)。 作者简介: 宋景麟 (1991—), 硕士, 主要从事公共管理学方面研究。 △ 通信作者, E-mail: zbhmx@cqu.edu.cn。

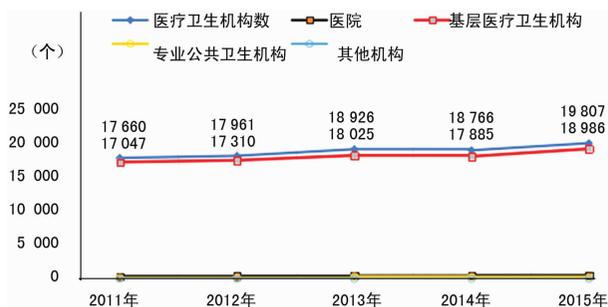


图 1 2011—2015 年重庆市医疗卫生机构分布

2.2 重庆市医疗卫生机构人力资源配置情况 2011—2015 年重庆市医疗卫生机构人员数从 17.106 0 万人次增长到 22.695 6 万人次, 实现增长率 32.68%, 其中上级医院人员数从 8.348 0 万人次增长至 13.020 5 万人次, 增长率为 55.97%; 基层医疗卫生机构人员数从 7.802 1 万人次增长至 8.395 3 万人次, 增长率为 7.6%。上级医院卫生人力资源的增长速度远远高于基层医疗卫生机构卫生人员数增长率。因此如何引导部分卫生人力资源下沉基层、实现基层首诊、联动分治效益急需突破, 见表 2、图 2。

表 2 2011—2015 年重庆市各医疗卫生机构人员数量 (n)

机构类型	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
医疗卫生机构	171 060	184 055	197 679	210 262	226 956
医院	83 480	95 087	105 393	117 227	130 205
基层医疗卫生机构	78 021	78 560	80 499	81 396	83 953
专业公共卫生机构	8 866	9 708	11 217	11 071	11 459
其他机构	693	700	570	568	1 339

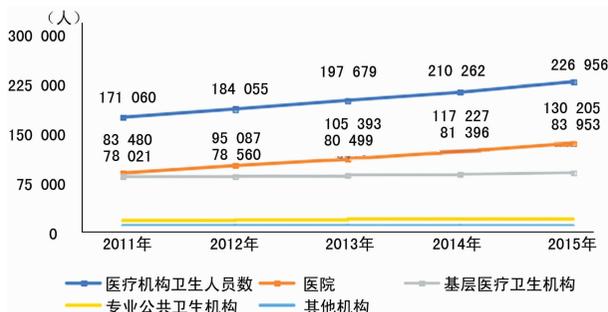


图 2 2011—2015 年重庆市各医疗卫生机构人员数量

2.3 重庆市实际床位数分级配置情况 2011—2015 年, 重庆市实际床位数由 11.562 7 万张增长到 17.672 7 万张, 增长率为 52.84%, 其中医院实际床位数由 7.482 7 万张增加到 12.398 0 万张, 增长率为 65.69%; 基层医疗卫生机构实际床位数由 3.719 6 万张增加到 4.878 0 万张, 增长率为 31.14%, 见表 3、图 3。医院和基层医疗卫生机构的分级诊疗扩容能力逐渐提升, 卫生服务能力优势持续显现, 但上级医院的救治承载量是基层卫生机构的 2.5 倍, 打破了目前双向转诊、上下联动的战略平衡。因此急需调整并充分发挥上级医院的精益救治效能与基层卫生机构的规模承载服务作用。

表 3 重庆市各医疗卫生机构床位数 (n)

机构类型	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
医疗卫生机构	115 627	130 813	148 894	160 446	176 727
医院	74 827	86 140	100 514	109 299	123 980
基层医疗卫生机构	37 196	41 107	44 661	47 274	48 780
专业公共卫生机构	2 684	2 701	2 904	3 058	3 242
其他机构	920	865	815	815	725



图 3 重庆市实际床位数分级配置情况

2.4 重庆市医疗服务利用情况 2011—2015 年, 重庆市医疗卫生机构总诊疗人次从 12 528.37 万人次增长到 14 539.63 万人次, 增长率为 16.05%, 其中医院诊疗人次从 3 877.72 万人次增长到 6 025.75 万人次, 增长率为 55.39%; 基层医疗卫生机构诊疗人次从 8 265.63 万人次, 减少到 7 919.95 万人次, 增长率为 -4.18%, 见表 4、图 4。目前重庆市卫生服务需求仍在向上级医院倾斜靠拢, 基层医疗卫生机构服务需求逐渐收缩, 目前这种现状长期发展下去将可能与分级诊疗政策核心宗旨背道而驰。

表 4 重庆市医疗卫生机构诊疗人数 (万人)

机构类型	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
医院	3 877.72	4 509.74	4 932.72	5 512.36	6 025.75
基层医疗卫生机构	8 265.63	8 352.02	8 496.70	7 738.75	7 919.95
公共卫生机构	383.59	441.24	470.57	528.7	590.83
其他医疗机构	1.43	1.98	2.49	3.23	3.10
总计	12 528.37	13 304.98	13 902.48	13 783.04	14 539.63

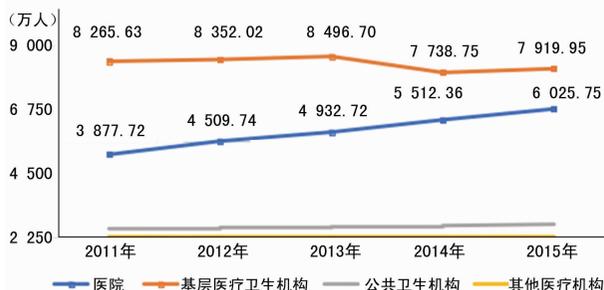


图 4 重庆市医疗卫生机构诊疗人次

3 加强分级诊疗实施的策略思考

3.1 以健康重庆为目标, 加快推进分级诊疗 习近平总书记深刻指出, 没有全民健康, 就没有全面小康。日前国务院发布的“十三五”深化医药卫生体制改革规划, 将“健康中国”上升为重要的国家战略, 其中以分级诊疗为主要内容的基本医疗卫

生制度建设被置于“十三五”规划的首要地位。建立分级诊疗制度,是深化医药卫生体制改革、建立中国特色基本医疗卫生制度的重要内容,对于促进医药卫生事业长远健康发展,提高人民健康水平,保障和改善民生具有重要意义^[6]。重庆市是国家中心城市、中西部地区惟一的直辖市,在发展和改革大局中具有重要战略地位,但与此同时,重庆市整体上仍然是集大城市、大农村、大库区、大山区和民族地区于一体的“城乡结合部”,人民健康水平普遍不高,卫生人力资源短缺,每千人床位数、医师数、护士数均低于全国平均水平,医疗机构整体服务能力较弱。因此,要在西部地区率先实现全面建设小康社会的目标,重庆市必须持续将“城乡统筹”和“健康重庆”作为核心战略目标,加快推进和落实分级诊疗政策与举措,充分对接国家精准扶贫战略布局,将分级诊疗作为重要突破口,促进基本公共卫生服务均等化,从而保障城乡居民获得最基本、最有效的基本公共卫生服务^[7]。建议进一步加大政府管控力度,将分级诊疗实施和落实情况作为政府工程和考核指标来落实。

3.2 以固强基层为重点,全面提升分级诊疗信任度 目前,重庆市每千农业人口基层医疗卫生人员数比例为 1.273,低于国家 1.43 的平均标准。而基层医疗机构的人才队伍是基层医疗机构提高服务能力的核心,是基层首诊制度能否贯彻落实的关键,也是深刻影响分级诊疗运行效果的重要影响因素^[8-9]。有调查报告表明:67.8%的基层群众表示看病时最在意“医生水平高”^[10],患者不信任基层医疗单位,主要在于对基层医生技术水平没有信心。因此,增强基层卫生技术人员数量与质量与全面提升百姓对基层医疗的信任度是落实分级诊疗的关键。

(1)提高基层卫生人员的政策扶持,建立激励与约束机制,通过系统捆绑优惠政策吸引并增加基层卫生人力资源。(2)加强基层与上级医院卫生人才的常态化流动。可考虑将基层医疗卫生机构技术骨干派驻上级医院进行职业化培养,或通过实施精准帮扶政策,要求上级医疗机构人才向下巡诊、带教^[11],实现从输血变造血,助力提升基层医疗卫生机构服务水平。(3)在区域医联体内实施人才改革新机制。可探索“集中管理、派驻保障”模式,将部分基层医疗卫生人才编制放在上级医院,从根本上解决基层卫生人才不足和水平不够的问题。

3.3 以转变医保职能为杠杆,着力撬动分级诊疗服务链 落实分级诊疗制度,首先需使基层首诊制度落地,实现患者的合理分流。医保基金是市民看病的主要保障,要落实分级诊疗,就必须牢牢抓住医保这一杠杆,充分发挥其调控和牵引作用。

(1)进一步加强医保政策的宣传引导,增强医保政策在就医过程中的调控作用。根据数据报告显示,在基层医疗卫生机构就医的人群多为低收入人群(贫困地区农村居民、城市低收入居民)及老年人群体(65 岁以上),特别是当前重庆市老龄人口占到整体户籍人口的 18.61%,因此更要在保障利益上做好长期宣传引导。(2)建立更加明显差异化的医保支付机制,提高医保政策对基层就医的支持度。进一步完善多病种、不同级别医疗机构的医保差异化收费和医保报销政策,将现在 50 个病种的分级诊疗真正落地;科学设计累计起付线政策、下转患者不设起付线,不按转诊规定就诊的下降报销比例或者不予报销等,形成金字塔型的就诊机制和报销机制,医保支付政策进一步向基层倾斜,引导群众小病到基层医院就诊,引导群众“小病

进基层,大病进医院”的合理分级救治^[12]; (3)将健康管理纳入医保,转变群众健康观念,重视疾病预防。在健康管理上的投入,无论是供方、需方还是医保方,都是多赢的。因此建议将群众健康管理纳入医保,并且将一些基本项目放在基层,包括常规体检、传染病预防、慢病预防和健康管理、癌症筛查等,转变群众“患小病不治,严重时大医院就诊”等不良就医认知,促进分级诊疗。

3.4 以多维制度为保障,主导调控分级诊疗 医疗卫生资源的配置主要由医疗服务市场力量所主导^[13],卫生资源配置对医疗服务体系的形成和医疗提供具有牵引作用。要科学引导分级诊疗,必须强化政府部门职能,优化卫生资源配置,在医疗卫生服务的规划、筹资、提供、监管和运营方面发挥政府主导作用^[14]。(1)加大政府对基层卫生的投入支持,增“财力”。通过严控大医院规模,加大基层医院政府补贴等多种形式,促进基层医院的良性发展。(2)加强在政策引导中的职能协同作用,强“合力”。政府有关部门相互协作、集智攻关,聚焦基层卫生的提升,坚决履行资源投入、制度框架搭建、保障制度执行等职能优势,通过行政管理、财政投入、绩效考核、医保支付、服务价格调整等措施,引导各级各类医疗机构落实功能定位^[2,6],促进“健康进家庭、小病在基层、大病到医院、康复回基层”的分级诊疗格局形成。(3)加强在政策落实中的指导与督导,严“执行力”。政府应将分级诊疗实施和落实情况作为各级政府部门和医疗机构的考核指标,通过设立责任清单、实施按期督导、加强学习交流、严格责任追究等,确保分级诊疗的按期实施,实现“十三五”规划目标的落实。

3.5 以智慧医疗为牵引,创新支撑分级诊疗实施 随着信息化的迅猛发展,智慧医疗已成为医疗卫生信息化的发展趋势^[15],让就医更加方便、就医模式更加创新。在分级诊疗中,要发挥信息化的助力作用,创新实施智慧医疗举措。(1)推广应用区域性医疗卫生信息平台,按照“统一平台、统一标准、互联互通、资源共享”的原则^[16],实现电子健康档案和电子病历的连续记录,以及不同级别、不同类别医疗机构之间的信息共享,提高分级诊疗的延续性、完整性。重庆市西南医院牵头承担的重庆市集成示范计划项目“区域医疗信息化综合管理服务平台集成示范应用”,目前已初步建成区域医疗信息化综合管理服务平台,完成便民医疗服务 300 余万人次;(2)创新实施远程就医新模式,实施远程会诊、远程病理诊断、远程影像诊断、远程培训等服务,鼓励探索“基层检查、上级诊断”的有效模式;(3)探索实施智能化的卫生政策引导与管理。可以利用大数据等信息技术手段,加强人群就医的大数据分析,为管理部门更好的决策提供数据支持。2017 年春节过后第一周,全重庆市迎来就诊高峰,全市各大医院就医人数爆棚。如果能够借助区域性医疗卫生信息平台,各级医疗机构可以根据平台信息合理地筛选患者,实现患者的“分流”诊疗^[17],科学引导患者分级就诊,相信一定大有裨益。

参考文献

- [1] 梁万年. 卫生事业管理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003:23-60.
- [2] 赵云. 我国分级医疗体系构建路径比较[J]. 中国卫生事

- 业管理,2013,30(4):244-246.
- [3] 构建分级诊疗体系需多方联动[J]. 中国护理管理,2015,15(8):953-953.
- [4] 重庆市人民政府办公厅. 重庆市医疗卫生服务体系规划 2015—2020 年[EB/OL]. (2016-03-29)[2017-02-14]. <http://www.cqshic.com/html/1/zcfg/2016-03-29/2509.html>.
- [5] 重庆市卫计委. 重庆市卫生统计年鉴 2011—2015 年[EB/OL]. (2015-05-16)[2017-02-14]. <http://www.cqtj.gov.cn/tjnj/2015/indexch.htm>.
- [6] 姚泽麟. 政府职能与分级诊疗“制度嵌入性”视角的历史总结[J]. 公共管理学报,2016(3):61-70.
- [7] 吴海峰,何坪,罗艳秋,等. 对重庆市基本公共卫生服务体系建设的思考[J]. 中国卫生事业管理,2013,30(10):760-762.
- [8] 吴三兵,胡焱,辛昌茂,等. 分级诊疗制度的实质与我国分级诊疗制度建设的出路[J]. 中华医院管理杂志,2016,32(7):485-487.
- [9] 孟德昕,张淑娥. 分级诊疗体系运行影响因素的解释结构模型构建[J]. 中华医院管理杂志,2016,32(7):481-484.
- [10] 孙士东. 浅析目前分级诊疗体系的现状[J]. 中国保健营
- 养旬刊,2014(5):2750-2751.
- [11] 何思长,赵大仁,张瑞华,等. 我国分级诊疗的实施现状与思考[J]. 现代医院管理,2015,13(2):20-22.
- [12] 张健. 以区域卫生信息化建设提升为民服务能力[J]. 中国数字医学,2009,4(3):5-7.
- [13] 顾昕. 医疗卫生资源的合理配置:矫正政府与市场失灵[J]. 国家行政学院院报,2006(3):39-43.
- [14] 国家卫生计生委医政医管局. 国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见[EB/OL]. (2015-09-14)[2017-02-14]. <http://www.moh.gov.cn/zyygj/s3593g/201509/c30041e1016a427f947774c9e864eb4.shtml>.
- [15] 吕键. 论深化医改进程中分级诊疗体系的完善[J]. 中国医院管理,2014,34(6):1-3.
- [16] 刘兴方,韩学杰,信富荣. 中医药在医保医疗服务管理中存在的问题与对策[J]. 中国卫生经济,2012,31(8):36-38.
- [17] 刘春富. 区域医疗信息共享与分级诊疗结合模式研究[J]. 观察与思考,2012(8):76-77.

(收稿日期:2017-02-14 修回日期:2017-04-02)

(上接第 2001 页)

- [20] Patcas R, Zinelis S, Eliades G, et al. Surface and interfacial analysis of sandblasted and acid-etched enamel for bonding orthodontic adhesives[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2015, 147(4):S64-75.
- [21] Flores T, Mayoral JR, Giner L, et al. Comparison of enamel-bracket bond strength using direct and indirect bonding techniques with a self-etching ion releasing SPRG filler[J]. Dental Mat J, 2015, 34(1):41-47.
- [22] Menini A, Cozzani M, Sfondrini MF, et al. A 15-month evaluation of bond failures of orthodontic brackets bonded with direct versus indirect bonding technique: a clinical trial[J]. Prog Orthod, 2014, 15(1):70.
- [23] 孟晶, 屈志国. 改良式间接粘接技术在 PIM 直丝弓矫治中的应用[J]. 内蒙古医学杂志, 2015, 47(12):1494-1495.
- [24] Dalessandri D, Dalessandri M, Bonetti S, et al. Effectiveness of an indirect bonding technique in reducing plaque accumulation around braces[J]. Angle Orthod, 2012, 82(2):313-318.
- [25] Beyling F, Schweska-Polly R, Wiechmann D. Lingual orthodontics for children and adolescents: improvement of the indirect bonding protocol[J]. Head Face Med, 2013, 9(1):27.
- [26] Öztürk F, Ersöz M, Öztürk SA, et al. Micro-CT evaluation of microleakage under orthodontic ceramic brackets bonded with different bonding techniques and adhesives[J]. Eur J Orthod, 2016, 38(2):163-169.
- [27] Kawaguchi M, Hayakawa S, Kurosawa M, et al. Application of silicon hybrid transfer trays to an indirect bonding system through bracket positions referred by 3D digital software[J]. Orthod Wave, 2011, 70(3):119-122.
- [28] Brown MW, Koroluk L, Ko C, et al. Effectiveness and efficiency of a CAD/CAM orthodontic bracket system[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2015, 148(6):1067-1074.
- [29] El-Timamy AM, El-Sharaby FA, Eid FH, et al. Three-dimensional imaging for indirect-direct bonding[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2016, 149(6):928-931.
- [30] Kwon S, Kim Y, Ahn H, et al. Computer-aided designing and manufacturing of lingual fixed orthodontic appliance using 2D/3D registration software and rapid prototyping[J]. Int J Dent, 2014:164164.

(收稿日期:2017-02-12 修回日期:2017-03-30)

2017 年本刊投稿须知

尊敬的广大读者,本刊一律接受网上投稿,不再接受纸质和电子邮箱投稿!请您直接登陆网站 <http://www.cqyxzz.com> 进行注册投稿以及稿件查询。咨询电话:023-61965157。
来稿须将审稿费 100 元通过邮局或支付宝汇至本刊编辑部,编辑部若未收到审稿费,稿件将不予处理。
感谢您对本刊工作的支持!