

创新体制机制 重塑功能定位

——湖北当阳、谷城分级诊疗改革调研报告

余晓燕

(华中农业大学社会学系,湖北武汉 430070)

摘要: 分级诊疗改革是 2016 年深化医改的重点工作。该文基于湖北省内当阳、谷城地区分级诊疗改革的实地调查,分析总结了两县改革模式的基本内涵、创新实效及不足之处。两县直面本地医疗需求转型,立足既有医疗资源条件,通过创新医疗体制之运作机制,探索出了切合自身实际的、各具特色的改革路径及模式,可为湖北省其他农村地区分级诊疗改革的参考、借鉴。

关键词: 分级诊疗改革;医疗需求转型;机制创新

中图分类号: R197.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1671-2404(2017)79-0076-05

1 当阳、谷城分级诊疗改革现状

分级诊疗改革是 2016 年深化医改的重点工作,其要旨在于通过“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的体制机制创新,破解当前医疗资源配置与居民医疗需求之间的紧张关系,建立科学合理的就医新秩序。围绕此项议题,笔者于 2016 年 8 月了实地走访、调研了宜昌当阳市、襄阳谷城县的医疗卫生系统。两地均于 2014 年正式启动分级诊疗改革,经过两年多的探索实践,目前已初步形成各具特色的改革路径与模式,可为省内农村地区分级诊疗改革工作的经验参照。

1.1 当阳分级诊疗改革概况

当阳地处鄂中江汉平原向鄂西山地的过渡地带,境内地貌形态多样,医疗资源分布相对均衡。截至 2015 年底,全市共有户籍人口 49.5 万,其中 60 岁及以上人口 10.2 万,占总人口数的 20.6%(显著高于 17.8%的全省平均水平),已步入中度老龄化阶段。辖区内工业基础良好,综合经济实力在全省县域经济体中排名前列,居民收入稳步增长。2014 年,全市城镇、农村居民的可支配收入分别达到 2.28 万元和 1.33 万元。从医疗需求的角度看,在人口老龄化和居民收入增长的双重推力之下,本地医疗需求已出现规模膨胀、结构调整的转型趋势,高质量的医疗服务、慢病护理服务成为此轮需求转型的核心

内容。为应对此需求转型,当阳市于 2014 年正式启动了覆盖全境的分级诊疗改革。此次改革的具体内容和主要特点如下。

1.1.1 以公立医疗体系为主体,多元医疗体系并行发展

当阳市于 2012 年步入分级诊疗改革探索时期,至 2014 年 10 月入选为全省分级诊疗改革试点县,正式启动覆盖全境的改革进程。改革伊始,当阳卫计局立足于县乡两级公立医疗机构的实际服务能力,制定出常见疾病的分级转诊目录,从而明确了县-乡两级医疗体系之间的责任划分与衔接关系。2015 年底以来,当阳卫计局又将相继落户县城的两家民营医院纳入全市分级诊疗体系的框架内,使其享受与同级公立医疗机构同等的医保支付待遇。此举在壮大整体医疗实力的同时,也为诊疗体系内部带来了差异化的竞争激励。至此,当阳市以公立医疗机构为主体、民营医疗机构并行发展的多元诊疗格局初步形成。

1.1.2 引入第三方主体,搭建信息化的转诊协作平台

2015 年 5 月,当阳医疗卫生系统与健康之路公司(全称为“健康之路(中国)信息技术有限公司”)合作搭建的转诊协作信息平台正式投入运行。平台以直接连通患者、医院与医保管理部门的线上转诊服务取代了原有复杂的转诊行政流程,并由健康之路公司指派落地服务团队进驻当阳市人民医院提供前台多针服务,开创了“三点一线”式转诊协作服务机制。当阳市此举通过引入市场化的第三方主体,搭

收稿日期:2017-03-01

作者简介:余晓燕,讲师,博士,主要从事医学、社会学、人类学领域等方面的研究。

建“互联网+分级诊疗”平台,不仅提升了本地转诊协作服务的效率,同时也增强了体制运行的透明度。

1.1.3 改革支付方式,综合运用支付杠杆

医疗支付方式的改革在当阳起步较早。为实现医保和新农合基金的合理使用,当阳市自2005年开始实施总额预付费、按床位付费、单病种定额付费等支付改革举措。分级诊疗改革以来,当阳又先后出台了两项支付新政——住院补偿政策与门诊统筹后付制。住院补偿政策适度拉开了不同级别医疗机构的住院补偿比例,门诊统筹后付制则强化了对门诊支付的有效监管。截至目前,当阳市已经形成了相对完善的医疗基金支付规则体系,多种支付杠杆的灵活运用对于引导患者分流、提升基金使用效率显示出了积极作用。

1.1.4 调整医疗服务内容,重塑医疗机构功能定位

为应对本地医疗需求的转型,当阳医疗系统以强化医疗服务能力为宗旨,重新界定了县-乡两级医疗机构的角色功能。具体包括:一方面,以常见疾病的分级转诊目录为基本依据,理顺不同层级医疗机构之间的业务分工与衔接,实行双向转诊制度;另一方面,创新基层医疗机构(尤其是乡镇一级)的服务内容,积极稳妥地推进针对慢性病人、老年人群的治疗与康复服务、“医养融合”等项目,强化基层医疗机构的康复、护理服务能力。

1.2 谷城分级诊疗改革概况

谷城地处鄂西北秦巴山脉东缘,境内山地、丘陵面积占比达90%,医疗卫生资源呈现不均衡分布。截至2014年底,全县共有户籍人口59.7万人,城乡居民可支配收入分别达到2.25万元和1.16万元。同为省内工业强县,谷城近年来也遭受到人口老龄化与居民收入增长所带来的医疗需求挑战。2014年,谷城县根据湖北省统一部署并结合自身实际,正式启动了分级诊疗改革进程。此次改革的具体内容和主要特点如下。

1.2.1 以公立医疗体系为依托,组建多种形式的医疗联合体

谷城县当前的医疗资源布局具有两大基本特征:公立医疗机构占据绝对优势;县级医院独大,乡镇医疗机构实力较弱且参差不齐。基于此种现实,为顺利推进分级诊疗改革,谷城县将组建医疗联合体确定为改革的总体思路。2014年初,谷城县在综合考虑机构实力、管理历史、地域条件等因素的基础

上,组建了由县人民医院、县中医院、县妇幼保健院和县第二人民医院牵头,各乡镇/社区医疗机构参与的四大医疗联合体。而在联合体的内部,则通过双向转诊、多点执业、人才培养、检验结果互认等多项制度创新,强化了上下级医疗机构之间、同级医疗机构之间的分工协作纽带。截至目前,谷城已初步形成了以四大医联体集团为基本单位的县域分级诊疗格局。

1.2.2 改革支付方式,保障基金运行效率与安全

为优化医疗支付方式,谷城医疗系统多措并举,从供需两端入手实施激励与控制。就需求端而言,谷城医疗系统积极调整住院统筹金起付标准和支付比例,拉大不同层级医疗机构之间的赔付落差,充分发挥医保和新农合基金对患者就医选择的杠杆作用,提高基金使用效率。就供给端而言,谷城医疗系统采取总额预付手段对医疗机构和医联体的基金使用规模实施封顶控制,对于超出或不足封顶部分,均由医联体内部自行分配与调剂,此举不仅一定程度上平衡了谷城医疗机构之间的利益竞争关系,同时也提升了基金运行的可持续性,保证了基金安全。

1.2.3 中西医并举,探索医疗服务新内容、新形式

迫于本地医疗需求转型的压力,谷城县在立足自身资源优势,制定常见疾病转诊目录,明确县乡两级医疗机构的职能分工的同时,也在县乡两个层面有针对性地开展服务内容与服务形式的探索和创新。在县级层面,依托县人民医院、县中医院的医疗实力,实施中西医并举、差异化发展的全局策略,尤其是在县中医院中积极开展针对当前各类慢病患者的康复、理疗、矫治等中医服务。在乡镇/社区层面,将慢性疾病的治疗和护理、重症患者的康复服务、医养融合等服务作为下阶段社区医疗服务的重点内容,积极调整社区医疗机构的功能定位及其与上级医疗机构之间的业务衔接关系。

2 成功经验:创新体制机制,重塑功能定位

当阳、谷城两地的分级诊疗改革虽启动不久,但两地的改革举措立足实际、因地制宜,已经取得了初步成效。根据两县/市医疗部门所提供数据,2014-2015年两地的县域就诊率均控制在90%以上,并保持着温和的上升趋势,就医秩序整体上正朝着“小病在社区、大病进医院”的方向发展。而两地所以能在短时间内取得上述成绩,根源均在于在重塑县

—乡两级医疗机构之功能定位的基础上,调整、创新了分级诊疗体制之运作机制。具体而言,两地的体制机制创新举措主要体现在三个方面。

2.1 上下联动,理顺机构关系,提升运作效率

医疗机构之间的利益冲突与沟通障碍,是分级诊疗改革面临的首要体制顽疾。为了平衡机构间的利益关系,抑制不当竞争,从整体上提升县乡两级医疗机构的服务质量与效率,两地因地制宜,采取了各具特色的改革措施。当阳通过引入市场化的第三方主体,开创“互联网+”的转诊协作平台,以信息手段打通体制沟通壁垒。谷城则考虑到当地县乡医疗实力差距较大,尤其是少数偏僻乡镇医疗实力极为薄弱的现实,采取了组建医联体的方式,通过内部沟通、取长补短实现了全县分级诊疗的一体化格局。

2.2 经济刺激,灵活支付手段,引导就医行为

新农合基金是当前在农村地区引导患者就医行为的直接手段和重要工具,为实现对患者的合理、有效分流,同时保障基金的使用效率与安全,两地都在第一时间推行了灵活、多样的支付方式改革。当阳支付方式改革的切入点是疾病与患者,即直接针对不同病种和择医行为设计相应的支付标准。谷城支付方式改革的切入点是患者与医疗机构,即分别对二者设置相应的基金支付激励机制。

2.3 需求导向,调整服务内容,强化服务能力

医疗机构的服务能力激活整套分级诊疗体制的根本和基石。面对县乡两级医疗服务能力的脱节,尤其是乡镇/社区医疗服务能力薄弱的现状,两地当前的分级诊疗改革不仅重新设定了县乡两级医疗机构之间的分工协作职能,更重要的是,以本地实际的医疗需求为导向,重新调整各级医疗医疗机构的服务内容,尤其是明确了乡镇/社区医疗医疗机构以慢性病治疗与护理、重症康复护理、老年人看护等项目为主体的服务格局,切实贯彻了“保基本、强基层”的分级诊疗改革原则。

3 不足与困境

当阳、谷城两地的分级诊疗改革虽然取得了宝贵成绩,但仍存在很大不足,就医秩序并未从根本上得到改观。从统计数据来看,两地当前“双向转诊”目标的落实呈现显著偏差,当前就医秩序仍集中表现为“上转容易、下转难”,即患者群体普遍“上转”至更高层级的医疗机构,下转至乡镇/社区医疗机构

的患者数量则十分有限。而纵观两县实际,就医秩序优化的现实阻力主要来自下列四个方面。

3.1 就医观念错位

长期以来,在中国分级诊疗体制的内部,城乡之间、层级之间的医疗资源分布高度失衡,这直接导致了城乡居民对于农村地区和基层的医疗机构的服务能力缺乏信心,与此同时,随着近年来城乡居民收入水平的提高和健康意识的增强,推崇“大医院”、“大检查”、“大处方”的就医观念逐渐根植人心。当阳、谷城两地的居民概莫能外,分级诊疗改革施行以来,上述就医观念的存在在很大程度上抵消了依赖经济手段刺激患者分流的改革效力。

3.2 医患关系紧张

本世纪以来,随着医疗市场化改革的深入,正如全国其他地区,当阳、谷城两地的医患关系也日趋紧张,医患矛盾愈演愈烈。医患之间的信任缺失,直接导致了医生群体普遍将“过度诊疗”和“向上转诊”作为规避医疗风险的重要策略,从而在很大程度上也阻碍了“双向转诊”秩序的真正落实。

3.3 医疗风险管理不善

市场化以来的分级诊疗体制内部,各级医疗机构之间具有两重关系:其一,经济利益上的竞争关系;其二,业务技术上的指导关系。与此同时,由于各级医疗机构之间缺乏对于医疗风险权责的明确划分,业务技术上的指导关系又体现为“上转”疑难重症患者的风险转移关系。当阳、谷城两地自推行分级诊疗改革以来,对于各级医疗机构之间的竞争关系虽有所抑制,但风险管理权责并未厘清,“向上转移”的风险管理机制未能破除。因此,无论是从经济利益的角度,还是医疗风险管理的角度,合理“下转”、分流患者的体制机制尚未理顺。

3.4 医疗实力落差显著

当阳、谷城两地医疗机构之间的实力落差具有两大共性:其一,从历史基础来看,县乡两级医疗机构之间、中心市镇与偏远乡镇之间的医疗实力落差显著;其二,就发展现状而言,基层医疗人才流失严重,优质资源日益向上集中。换言之,无论从历史抑或现实状况来看,在当前的分级诊疗体制内部,医疗机构尤其是不同层级医疗机构之间的实力差距仍在进一步拉大,基层医疗机构将更显弱势。而此种资源分布格局势必强化大医院对于患者资源的虹吸效应,阻碍分级诊疗改革目标的实现。

4 政策建议

总的来说,当阳、谷城两地的分级诊疗改革在积重深远的现实困境中破题,直面需求转型,革新体制机制,其实践效力即就医秩序的优化初露端倪。当然,受制于重重现实困境,两地改革依然任重道远。本文针对两地当前分级诊疗改革的成功与不足之处,拟对策建议如下。

4.1 加强宣传教育,构建医患信任

鉴于当前的就医观念和医患关系状况,围绕分级诊疗改革的宣传教育需要同时从两个方面着手:其一,要在医务工作者内部积极宣讲改革的具体内容和紧迫性,强化职业伦理建设,首先消除医务工作者的顾虑和抵触情绪;其二,要积极引导医务工作者主动走出去,鼓励他们基层社区搞宣讲、做服务,以此来增强医患之间的接触、了解和信任,促进患者积极转变观念、自愿分诊就医。

4.2 调整服务内容,兼顾公益与效率

面对医疗服务需求的现实转型,县-乡两级医疗机构的功能重塑也可从两个方面入手:其一,恪守公立医疗机构的公益性定位,围绕慢性疾病、老年疾病的治疗与康复调整服务内容,为本地居民提供切合需求的基本医疗卫生服务保障;其二,在有条件的地区、机构或业务领域中适度引入市场机制,理顺公私竞争关系,打造多元医疗格局,为本地居民提供多层次、多梯度的医疗服务内容,全面促进医疗服务供给的结构升级与质量提升。

4.3 明确权责划分,管控医疗风险

革新医疗风险管控机制是当前分级诊疗改革的又一要务,具体改革可从如下方面着手:其一,在各级公立医疗机构之间、公立与民营医疗机构之间,明确医疗风险的管控权责,破除当前的医疗风险转移机制,杜绝医疗机构间的风险转移及责任推诿;其二,引入第三方市场主体,搭建信息平台,针对诊断、治疗、转诊等医疗信息过程建立相对独立的运营、监管和评估机制。

4.4 改革人事制度,强化基层实力

“强基层”是分级诊疗改革成败所系之根本所在,针对当前基层医疗机构(尤其是乡镇/社区医院)的人才流失状况以及医疗服务需求的现实转型,可综合使用多种策略革新当前的人事制度。具体可包括:其一,加大人才引进力度,尤其是与慢性

疾病、老年疾病相关的医生和护理人才的引进;其二,加强在岗培训,革新职称评价制度,尤其是拓宽基层医护人才的晋升空间;其二,推动多点执业,激励优秀医护人才下沉到基层医疗机构开展短期执业或流动职业,充实基层服务实力。

参考文献

- [1] 杜创. 平台理论视角下的互联网与“分级诊疗”[J]. 中国卫生政策研究, 2016(1): 59-64.
- [2] 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.
- [3] 李银才. 制度结构视角下的分级诊疗形成机制改革[J]. 现代经济探讨, 2015(7): 53-57.
- [4] 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(6): 1-3.
- [5] 张慧林等. 分级诊疗制度的现状分析及对策思考[J]. 中国医院管理, 2015(11): 8-9.

Mechanism Innovated and Functions Re-positioned: A Survey into Reform Patterns of Health-Care Grading System in two Counties of Hubei Province

YU Xiaoyan

(Department of Sociology of Huazhong Agricultural University, Wuhan Hubei Province 430070, China)

Abstract: This research is based on a survey in two counties of Hubei province, Dangyang and Gucheng. In 2016, in the condition of the transition of the local medical service demands, and in order to improve the graded health-care service in public hospitals and clinics, there was a great medical system reform launched in both counties. Mechanism innovation within medical system is the focus of the reforms, and as a result, these two counties have gotten different reform patterns. In this paper, the researcher presents these two reform patterns separately and indicates the excellence and defects for each.

Key words: reform of health-care grading system; transition of medical service demands; mechanism innovation