

·分级诊疗专题·

# 陕西省分级诊疗制度实施效果评价

张真妮<sup>1</sup>, 李 浩<sup>2</sup>

(1.陕西省人民医院纪检监察处,陕西 西安 710068;

2.陕西中医药大学第二临床医学院,陕西 西安 712046)

**摘要:**目的 本研究通过对陕西省分级诊疗实践现状的分析,总结陕西省分级诊疗改革存在的问题,针对问题提出改进陕西省分级诊疗模式的措施,为陕西省分级诊疗的进一步完善提供理论依据,为国家政策的制定提供决策参考。方法 采用自行设计调查问卷的方式,从分级诊疗制度的基本运行情况、疾病分组情况、医保补偿情况等多个方面对陕西省分级诊疗制度的实施状况进行分析。结果 样本人群中不同年龄组患者的性别分布有明显的差异,其中患者人数最多的 3 个年龄组是:60~69 岁年龄组 656 人(18.63%)、0~9 岁年龄组 602 人(17.10%)和 50~59 岁年龄组 593 人(16.85%)。女性高于男性,提示陕西省女性患者对于分级诊疗制度的依从性高于男性( $P<0.05$ );陕西省分级诊疗制度覆盖了 ICD-10 的 16 类疾病,患者人数排在前 3 位的疾病是:循环系统疾病 1016 人(28.86%)、呼吸系统疾病 725 人(20.60%)和消化系统疾病 643 人(18.27%);分级诊疗制度和其他惠民政策的覆盖频数的差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 惠民政策在影响老百姓就医过程中是否发生自费行为的作用有限;年龄因素可能是影响分级诊疗制度实际报销比例的因素之一;疾病的分类可能是影响分级诊疗制度实际报销比的因素之一。陕西省分级诊疗制度取得一定的成就,但是与其他政策的联动作用没有体现出来,医保政策在保障分级诊疗制度的落地起到了十分关键的作用,同时在减轻群众的就医负担上起到了不可替代的作用。

**关键词:**分级诊疗;医疗改革;诊疗模式;医保补偿

中图分类号:R197.1

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2019.06.001

文章编号:1006-1959(2019)06-0001-04

## Evaluation on the Implementation Effect of Grading Diagnosis and Treatment System in Shaanxi Province

ZHANG Zhen-ni<sup>1</sup>, LI Hao<sup>2</sup>

(1.Department of Discipline Inspection and Supervision, Shaanxi Provincial People's Hospital, Xi'an 710068, Shaanxi, China;

2.The Second Clinical Medical College, Shaanxi University of Traditional Chinese Medicine, Xi'an 712046, Shaanxi, China)

**Abstract:** Objective This study summarizes the problems existing in the grading diagnosis and treatment reform in Shaanxi Province through the analysis of the status quo of the grading diagnosis and treatment practice in Shaanxi Province, and proposes measures to improve the grading diagnosis and treatment model in Shaanxi Province, and provides a theoretical basis for the further improvement of grading diagnosis and treatment in Shaanxi Province. Policy development provides a reference for decision making. Methods The self-designed questionnaire was used to analyze the implementation status of the graded diagnosis and treatment system in Shaanxi Province from the basic operation of the graded diagnosis and treatment system, the disease grouping and the medical insurance compensation. Results There were significant differences in gender distribution among the different age groups in the sample population. The three age groups with the highest number of patients were: 656 people (18.63%) in the 60-69 age group and 602 people in the 0-9 age group (17.10%) and 593 people (16.85%) in the 50-59 age group. Women were higher than males, suggesting that female patients in Shaanxi Province were more compliant with men than the males ( $P<0.05$ ). The grading diagnosis and treatment system of Shaanxi Province covers 16 types of diseases of ICD-10. The top 3 diseases are: 1016 (28.86%) circulatory diseases, there were 725 respiratory diseases (20.60%) and 643 digestive diseases (18.27%). There was no significant difference in the coverage frequency between the graded diagnosis and treatment system and other benefits policy ( $P>0.05$ ). Conclusion The policy of benefiting people has a limited effect on whether self-expense behavior occurs in the process of seeking medical treatment, and age may be one of the factors that affect the actual reimbursement ratio of grading diagnosis and treatment system. The classification of diseases may be one of the factors that affect the actual reimbursement ratio of grading diagnosis and treatment system. Shaanxi's hierarchical diagnosis and treatment system has made certain achievements, but the linkage with other policies has not been reflected, and the medical insurance policy has played a very key role in ensuring the landing of the hierarchical diagnosis and treatment system. At the same time, it plays an irreplaceable role in lightening the burden of medical treatment of the masses.

**Key words:** Graded diagnosis and treatment; Medical reform; Diagnosis and treatment mode; Medical insurance compensation

分级诊疗(graded diagnosis and treatment)理念最早出自于 1920 年<sup>[1]</sup>,“三级医疗服务模式”<sup>[2]</sup>和“守门人制度”<sup>[3]</sup>是其具体发展和体现形式。2015 年 7 月陕西省开始全面实施分级诊疗,省卫健委切实从制度上下功夫、从保障上入手,推动优质资源下沉,加强基层的服务和建设能力。随着经济的不断发展,我国政府也在不断尝试进行医疗卫生改革,构建新型医疗卫生服务体系,以缓解人们日益增长的对优

作者简介:张真妮(1968.3-),女,陕西西安人,本科,经济师,副处长,主要从事医院行政管理,医院经济管理等方面的研究

质医疗服务的需求与现实中优质医疗资源不足之间的矛盾。分级诊疗在这样的背景下应运而生,分级诊疗实施的目的是为了改“看病贵”“看病难”问题<sup>[4]</sup>。陕西省卫健委积极贯彻落实相关政策,在城市,按照“三级医院+社区卫生服务中心”模式建立医联体,组建全科医生团队到社区坐诊;在市县,三级医院联合县级医院组成医疗集团,提升县域服务能力;在乡村,实现县镇村医疗卫生服务一体化<sup>[2]</sup>。陕西省的分级诊疗制度取得了明显的成效,“小病在基层,大病进医院、康复在社区”的就医新格局初步形成。笔者

以前期分级诊疗患者满意度的研究为基础,进一步扩大研究范围和研究人群,筛选合理的评价指标,试图科学全面的展示陕西省分级诊疗制度的实施现状,总结制度改革存在的不足和缺陷,提出改进陕西省分级诊疗模式的具体措施。

## 1 资料与方法

**1.1 资料来源** 调查的时间为 2017 年 7 月 1 日~12 月 31 日。调查对象为陕西省医疗机构中的住院患者;覆盖了三级医院、市级医疗机构、县级医疗机构、乡镇卫生院以及社区卫生服务中心和部分民营医疗机构。

**1.2 纳入与排除标准** 纳入标准:①严格参照满意度调查的患者入选标准;②调查对象有较好的配合度,自愿参加本调查,并同意调查员查阅相关的住院记录和结算凭证;③对于 18 岁以下的患者由其监护人完成调查;各医疗机构的医务人员也有较高的配合度,对本次研究进行积极宣传。排除标准:①出院结算时未按照分级诊疗制度办理结算的患者;②调查对象明确表明不参加本次调查。

**1.3 调查方法** 本研究采用自行设计调查问卷,通过现场调查获得相关资料。本次研究共计发放调查问卷 3000 份,收回问卷 3000 份,对问卷缺失信息进行回补,对问卷的准确性进行核实,最终获得有效问卷 2897 份,问卷有效率 96.56%。综合 2017 年上半年的研究数据获得有效问卷 623 份,合计 3520 份有效问卷。本研究采取了政策分析、文献研究、比较研究、专家咨询、数理统计等多种研究方法,定性分析与定量分析相结合。

**1.4 统计学方法** 本文采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据分析,计数资料采用  $\chi^2$  检验,使用(%)表示, $P<0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 不同年龄组的性别分布情况** 本次纳入的研究对象共 3520 例,其中男性 1432 例,女性 2088 例。年龄 0~112 岁,平均年龄( $44.55\pm 24.93$ )岁;住院总费用为 1041.19 万元,其中单个样本住院费用为 2570~15570 元,平均住院费用为( $2957.92\pm 1711.87$ )元;可补助医药费用为 2400~15487 元,平均可补助医药费用为( $2888.12\pm 1676.38$ )元;住院期间合计产生医药费用 375.96 万元。样本人群中不同年龄组患者的性别分布有明显的差异,其中患者人数最多的 3 个年龄组是:60~69 岁年龄组 656 例(18.63%)、0~9 岁年龄组 602 例(17.10%)和 50~59 岁年龄组 593 例(16.85%)。女性高于男性,提示陕西省女性患者对于分级诊疗制度的依从性高于男性( $P<0.05$ ),见表 1。

**2.2 样本人群的疾病分布情况** 陕西省分级诊疗制度覆盖了 ICD-10 的 16 类疾病,见表 2。其中患者人数排在前三位的疾病是:循环系统疾病 1016 例

表 1 2017 年陕西省分级诊疗制度住院患者不同年龄组间性别分布情况(n)

年龄(岁)	性别		合计
	男性	女性	
0~9	373	229	602
10~19	93	84	177
20~29	71	174	245
30~39	79	126	205
40~49	153	299	452
50~59	204	389	593
60~69	244	412	656
70~79	170	322	492
80~89	43	52	95
≥90	432	1	3
合计	1432	2088	3520

注: $\chi^2=168.63$ ,  $P=0.000$

(28.86%)、呼吸系统疾病 725 例(20.60%)和消化系统疾病 643 例(18.27%)。在多数疾病分组中男性患者的频数小于女性患者的频数,但是呼吸系统疾病、传染病和寄生虫病是男性患者的频数高于女性。排在前三位的疾病是:颈椎病 519 例(14.74%)、支气管炎 485 例(13.78%)和冠心病 323 例(9.18%)。陕西省分级诊疗患者在 ICD-10 的各疾病分组中频数的分布有明显的差异,而且这种疾病分组频数分布的差异在性别间也表现的比较明显,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

**2.3 分级诊疗与其他惠民政策的联动情况** 根据患者入院时获得的情况,将研究对象分为 4 种类型:低保患者 22 例,贫困患者 17 例,五保患者 21 例,一般患者 3460 例,分级诊疗制度和其他惠民政策的覆盖频数的差异无统计学意义( $P>0.05$ )。通常情况下,考虑到经济因素和惠民政策的联动作用,会对患者的住院自费行为产生一定的影响。本次抽样的结果显示,低保患者、贫困患者、五保户患者均存在自费行为,分级诊疗制度下其他惠民政策引起的样本人群在自费行为上频数的分布差异无统计学意义。提示分级诊疗制度和低保、五保等惠民政策在影响老百姓就医过程中是否发生自费行为的作用有限,需要结合其他影响因素进行全面分析。2017 年陕西省分级诊疗制度与其他惠民政策对患者自费行为的联动情况见表 3。

**2.4 分级诊疗制度下患者的实际补偿情况** 样本人群实际报销比多集中在 70%~90%,其中 70%~80%的患者最多,达 2253 例,占样本总人数的 64.01%;其次是实际报销比,集中在 80%~90%的患者,达 1143 例,占样本人数的 32.47%,实际比在性别间的频数分布差异无统计学意义。同时,样本人群的统计结果显示,实际补偿比在年龄组间的频数分布差异有统计学意义( $\chi^2=2133.411$ ,  $P=0.000$ )。提示年龄因素可能是影响分级诊疗制度实际报销比例的因素之

表 2 2017 年陕西省分级诊疗制度住院患者不同 ICD-10 组间的性别分布情况表 (n)

ICD-10 疾病分组	性别		合计
	男性	女性	
传染病和寄生虫病	71	64	135
耳和乳突疾病	0	2	2
呼吸系统疾病	367	358	725
肌肉骨骼肌和结缔组织疾病	197	429	626
泌尿生殖系统疾病	35	79	114
内分泌,营养和代谢疾病	1	8	9
皮肤和皮下组织疾病	2	2	4
妊娠、分娩和产褥期	0	39	39
神经系统疾病	4	7	11
损伤、中毒和外因某些其他后果	79	81	160
消化系统疾病	284	359	643
血液及造血器官疾病和其他某些涉及免疫系统的疾患	1	1	2
循环系统疾病	379	637	1016
眼和附器疾病	1	2	3
症状、体征和临床与实验室异常所见	11	16	27
肿瘤	0	4	4
合计	1432	2088	3520

注:  $\chi^2=117.268$ ,  $P=0.000$ 

表 3 2017 年陕西省分级诊疗制度与其他惠民政策对患者自费行为的联动情况表 (n)

患者自费行为	个人性质				合计
	低保户	贫困户	五保户	一般农户	
无	0	0	0	4	4
有	22	17	21	3456	3516
合计	22	17	21	3460	3520

一。其次,样本人群的统计结果显示,陕西省分级诊疗制度的实际补偿比在不同的 ICD-10 的疾病分类组间有明显的差异( $\chi^2=2586.196$ ,  $P=0.000$ )。这种分级诊疗制度的实际补偿比在不同 ICD-10 的疾病分组的频数分布差异有统计学意义,提示我们疾病的分类可能是影响分级诊疗制度实际报销比的因素之一。2017 年陕西省分级诊疗制度的实际补偿比在不同的 ICD-10 的疾病分组间的分布情况见图 1。

### 3 建议和讨论

#### 3.1 提高男性对分级诊疗制度的依从性 本研究结

果显示陕西省分级诊疗制度的女性依从性是优于男性,这与甘肃省的相关研究一致<sup>[9]</sup>。提示在实施办法和实施方案的制定时需要提高男性对分级诊疗制度的依从性,在相关的疾病病种的调整上给予一定的政策支持,做好长期宣传的准备。提高男性患者对分级诊疗制度的依从性,可以进一步扩大分级诊疗政策的覆盖范围,对于构建合理的就医秩序有重要的作用,同时也可以提高医保资金的利用效率<sup>[9]</sup>。

3.2 科学研判分级诊疗制度的覆盖病种,找准制度落实的切入点 统计结果显示,陕西省分级诊疗患者在 ICD-10 的各疾病分组中频数的分布差异具有统计学意义。提示需要针对陕西省的实际情况,分级诊疗政策的切入点和侧重有所差异。由于不同地区经济和社会状况以及卫生事业的发展水平和各地区居民的主要健康服务的需求不同,应该科学研判陕西省分级诊疗制度覆盖的病种情况,寻找适合陕西省分级诊疗制度的切入点和侧重点。在经济发展

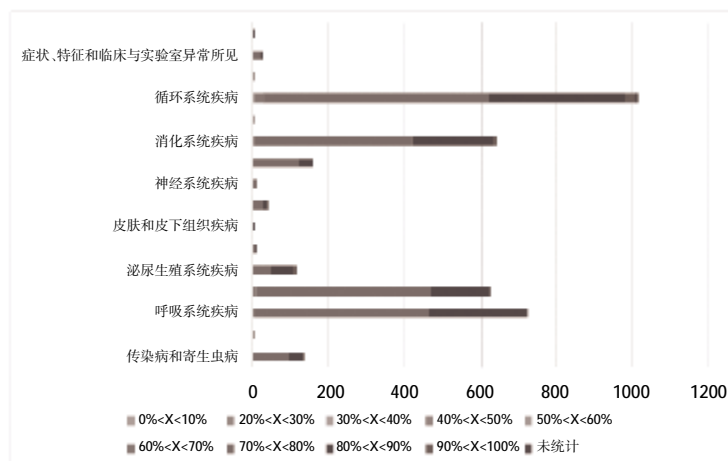


图 1 2017 年陕西省分级诊疗制度的实际补偿比在不同 ICD-10 的疾病分组间的分布情况

水平较好的地区,主要是推进分级诊疗制度的纵深发展;在经济欠发展的地区,主要是优先解决基本医疗卫生服务条件差和基本医疗卫生服务供给不足的问题。以各地区居民的健康需求为导向,科学合理的确定分级诊疗政策的阶段性目标,从而避免“一刀切”的错误<sup>[7]</sup>。针对具体的疾病整合不同级别医疗机构的资源,从服务的技术、流程和结构等多方面入手,提供高效精准的医疗卫生服务<sup>[8]</sup>。

**3.3 从整体的角度入手,加强政策的联动效果** 统计结果显示,陕西省分级诊疗制度和其他惠民政策的覆盖频数有差异,但是这种差异没有统计学意义,提示我们分级诊疗制度与其他相关政策的联动性尚未发挥出来。同时,分级诊疗制度的落地本身就是需要多部门联动才可以实现其目标的长期工作。国内其他省份的实践经验和相关经验也证实,注重政策的联动性,可以有效提高基层医疗卫生服务的质量。甘肃省在分级诊疗制度实施的过程中,注重政策的联动效果,取得了显著的成就,并不是以牺牲服务质量为代价。因此,陕西省应该进一步加强各种政策之间的联动作用,积极推进双向转诊制度实施,建立合理有序的转诊流程,落实双向转诊制度。建立合理有序的转诊制度是促进分级诊疗顺利实施的重要环节<sup>[9]</sup>。地方卫生行政部门应制订出详细的各类转诊的标准、指标及流程,并与社会保障部门一起加强调研,综合运用经济杠杆及行政手段,处理好各方的利益关系,确保双向转诊健康有序运行<sup>[10]</sup>。

**3.4 继续发挥医保的杠杆作用,深挖医保的积极作用** 抽样结果显示,陕西省分级诊疗制度实施过程中,对患者的实际补偿力度明显提高,多数患者的实际补偿比均处于较高的水平,有效减轻了居民的就医负担。医保政策的调节作用得到了较好的显现,医保政策对于约束患者就医行为发挥着重要的杠杆作用<sup>[11]</sup>。有效的分级诊疗体系要求实现“小病在社区、大病上医院和康复回社区”,要使患者自愿留在社区看病和接受转诊,必须有完善的医保制度做支撑<sup>[9]</sup>。如进一步拉大各级医疗机构的报销比例,调整居民无序就医的行为;积极进行医保付费机制的改革,探索建立以临床路径为基础的付费方式;推进门诊统筹,为建立守门人制度和分级诊疗体系搭建平台;整合医疗保险管理体制等<sup>[12-14]</sup>。

本研究的特色是规范与实证结合法,理论研究的出发点及落脚点理应是不同区域范围的具体案例,一方面各级医疗机构的实践案例可以检验其理论成果的正确性、可行性以及所存缺陷,另一方面理论成果也可以为各医疗机构提供一些有效的参考建议,进一步指导优化改良实践举措。其次,是比较分

析法,不同区域的政府所面临的情况肯定迥然而异,其分级诊疗制度实施的优缺点亦是必然共存。因此,广泛地搜集不同省份的分级诊疗的典型案例分析,进而持续完善优化陕西省的分级诊疗制度。

本文较为清晰地分析了陕西省分级诊疗制度实施的效果,但是研究存在一定的缺陷,医联体在分级诊疗制度的落地过程中依然起到了不可替代的作用,本研究未涉及医联体的相关内容。目前陕西省所有的三级医院都已组建了各种形式的医联体。只有充分发挥三级公立医院优质资源集中的优势,落实医联体内各级各类医疗机构功能定位和任务分工,实现上下联动、资源下沉,让大医院的龙头充分舞起来,才能让医疗资源“动起来”,从而使整个医联体“活起来”。

综上所述,陕西省各级医疗卫生机构均深刻认识到推进分级诊疗制度建设的重大意义,多途径推进分级诊疗制度的落实,取得了较好的成就。

#### 参考文献:

- [1]Tatara K.Dawson's report;interim report on the future provision on medical and allied services,1920 [J].Iqakushi Kenkyu,1979(52):428-432.
- [2]Linden M,Goethe H,Hormel J.Pathways to care and psychological problems of general practice patients in a "gate keeper"and an"open access" health care system[J].Social psychiatry and psychiatric epidemiology,2003,38(12):690-697.
- [3]王虎峰,元瑾.对建立分级诊疗制度相关问题的探讨[J].中国医疗管理科学,2015,5(1):11-15.
- [4]王禾,杨兴怡.分级诊疗中基层首诊的利益相关者分析[J].中国医院管理,2017,37(8):6-9.
- [5]姚进文,闫宣辰,张亚平等.甘肃省分级诊疗大数据的分析与研究[J].中国卫生信息管理杂志,2017(1):495-505.
- [6]邹晓旭.基于社会分工论的我国分级医疗服务体系构建及其策略研究[D].华中科技大学,2014.
- [7]黄燕.医疗集团化须趋利避害[N].健康报网,2013-4-15.
- [8]陈志仙,高山,陈昭蓉,等.分级诊疗实施效果评价的理论框架[J].卫生经济研究,2017(12):27-29.
- [9]王虎峰,王鸿蕴.关于构建分级诊疗制度相关问题的思考[J].中国医疗管理科学,2014,4(1):28-30.
- [10]分级诊疗制度下“医联体”模式实施效果研究[D].山西医科大学,2017.
- [11]闫宣辰,姚进文,路杰.甘肃省分级诊疗政策的探讨[J].甘肃医药,2017(12):1071-1073.
- [12]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.
- [13]佚名.我国分级诊疗制度实施现状分析[J].医学与社会,2017,30(11):22-25.
- [14]付强.促进分级诊疗模式建立的策略选择[J].中国卫生经济,2015,34(2):28-31.

收稿日期:2019-1-30;修回日期:2019-2-10

编辑/肖婷婷