

郑希望¹, 牛敏¹, 薛绪亭¹, 赵宇卿¹, 张春明^{1,2}
(山西医科大学第一医院耳鼻咽喉头颈肿瘤山西省重点实验室¹,
耳鼻咽喉-头颈外科², 山西太原 030001)

摘要:双向转诊制度在我国探索已有几十年,近年来基于区域医联体的双向转诊制度成为国家性的推广政策。尽管双向转诊制度在提高医疗资源利用率、基层医疗机构诊疗人数,缩短患者住院时间,改善医疗服务取得了明显的效果。但在实践摸索中,双向转诊制度依然面临着不少的困难与挑战,例如患者上下转诊不均衡、诊疗信息沟通不顺畅和基层医疗卫生机构能力不足等问题。本文基于公开文献,梳理分析医联体制度建设过程中双向转诊实施的现状,旨在为完善基于医联体高效进行分级诊疗提供参考。

关键词:区域医联体;双向转诊;医疗改革;社区卫生;基层医疗

中图分类号:R197.1

文献标识码:B

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2025.08.008

文章编号:1006-1959(2025)08-0042-04

Research on the Barriers and Coping Strategies for Implementing Two-Way Referral in Regional Medical Alliance

ZHENG Xiwang¹, NIU Min¹, XUE Xuting¹, ZHAO Yuqing¹, ZHANG Chunming^{1,2}

(Shanxi Key Laboratory of Otorhinolaryngology Head and Neck Cancer¹, Department of Otolaryngology Head
and Neck Surgery², First Hospital of Shanxi Medical University, Taiyuan 030001, Shanxi, China)

Abstract: The two-way referral system has been explored in China for decades. In recent years, the two-way referral system based on regional medical alliance has become a national promotion policy. Although the two-way referral system has achieved remarkable results in improving the utilization of medical resources, the number of patients in primary medical institutions, shortening the hospitalization time of patients, and improving medical services. However, in practice, the two-way referral system still faces many difficulties and challenges, such as uneven referral of patients, poor communication of diagnosis and treatment information, and insufficient capacity of primary medical and health institutions. Based on the public literature, this paper combs and analyzes the current situation of the implementation of two-way referral in the process of the construction of the medical alliance system, aiming to provide reference for improving the efficient hierarchical diagnosis and treatment based on the medical alliance.

Key words: Regional regional medical alliance; Two-way referral; Healthcare reform; Community health; Primary care

1997年,国家在《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》的文件中就提出“要把社区医疗服务纳入职工医疗保险,建立双向转诊制度”^[1]。2017年,国务院办公厅印发的《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》中指出通过建立医疗联合体(医联体)使“区域内医疗资源有效共享,基层服务能力进一步提升,有力推动形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式”。自此,多种形式的医疗联合体在全国范围内开启了试点建设,医联体逐渐成为我国实施分级诊疗制度的重要承载形式。因此,医联体的高效、顺畅运行对提高基层防病、治病和健康管理能力,完善分级医疗、双向转诊和急

慢分治具有重大意义^[2]。医联体的建立在推动完善分级诊疗制度、提高基层医疗机构诊疗和管理能力、缓解卫生资源区域发展不均衡发挥了重要作用^[3]。作为医联体模式的重要内涵之一,双向转诊制度开始逐步建立起来。但是,受到医疗资源不均衡和各级医疗机构定位与职能、医师技能与职业素养、医疗保险付费方式和患者就医购药习惯等差异的影响,医联体模式在实施的过程中也存在诸多需要逐步克服的问题和障碍^[4]。双向转诊作为上、下级机构医疗协作的重要方式,其高效运转是医联体发挥有效功能的控制节点。本文对医联体制度建设过程中双向转诊实施的现状进行分析,旨在为完善基于医联体高效进行分级诊疗提供参考。

1 双向转诊中存在的问题

1.1 基层医疗资源分布不均衡 医疗资源的空间分布通常与区域人口聚集和经济发展高度相关,医疗

基金项目:山西省基础研究计划自由探索类青年科学研究项目(编号:20210302124088、202203021212034)

作者简介:郑希望(1991.1-),男,山东潍坊人,硕士,实验师,主要从事肿瘤分子机制与公共卫生管理研究

水平由硬件设施和医师技术水平所决定。医联体中基层医疗机构能够承接社区一般诊疗需求和上级医疗机构下转患者是实现高效医联体运行的不可或缺条件。但社区卫生机构综合诊疗能力薄弱是一个普遍存在的问题。一项全国性的调查研究显示^[5],普通城市相对于较高等级城市而言,由于基层医疗机构能力不足等原因,其患者下转情况较差。东部经济发达地区内部基层医疗机构承接能力亦需要提高,以南京江宁区为例,全区社区卫技人员研究生比例不足 1.00%,高级职称不足 10.00%^[4]。深圳市域内位置偏僻的行政区相对于经济中心区域存在硬件、人才和基础设施不足等问题^[9]。在经济欠发达地区社区卫生建设落后情况更为突出,在一项甘肃省部分乡村分级诊疗服务现状调查显示^[6],被调查的乡村医生中学历为高中及中专占据了 79.40%。此外,一项山西省社区卫生资源集聚度分析显示^[7],医师数量、床位数和卫生总费用持续不足且短缺情况仍在加剧。

1.2 上、下转诊不均衡 在目前双向转诊过程中,患者出现急、危、重症和疑难杂症时,向上级医疗机构转诊十分顺畅,但患有轻慢性疾病、处于康复期或无需在上级机构持续诊疗的患者向下级医疗机构转诊时往往会发生“阻塞”。这种“上易下难”的局面使得双向转诊变成了“单向”流动。以东部经济发达的南京地区为例,其全市三甲医院向下医疗机构转诊率约为 2.20%,而社区医院向上级医疗机构转诊率约为 7.30%,双向转诊双方具有明显的差异^[4]。这种“上易下难”的问题在各地医联体实践中属常见问题^[8-10]。相较于城市居民,农村居民可能对村、镇卫生机构表现出更为不认可的情况^[11]。因而,在农村地区尤其是经济欠发达地区实施双向转诊“向下”转诊可能会更加困难。

1.3 上、下转诊缺乏协调机制 在全国性政策的激励下,各地因地制宜探索出了多种形态的医联体模式。不同模式下,各级医疗机构之间的协作和紧密程度表现出明显的差异^[12]。患者在转诊时也是各医疗机构经济利益再分配的过程。医联体如果缺乏内在利益分配和协调机制,在自身业务和发展需求的驱动下,会导致双向转诊过程中强势的上级医疗机构向下转诊的意愿不足。以云南省云县为例,通过整合各方利益取向、统一协调机制,构建起紧密的乡村医

疗卫生服务一体化医联体。实施两年后,云县人民医院门诊人数两年连续增幅分别为-16.34%和-3.00%,乡镇卫生院增幅分别为 10.65%和 15.94%^[13],这显示在政策和经济利益的双效驱动下,上下级医疗机构出现了协同发展的趋势。

1.4 患者对基层医疗机构信心不足 相对于区域中医疗资源集中的“大型”医院,基层医疗机构自身硬件设施和人才储备具有明显的劣势,这亦是医联体中向下转诊境况不佳的重要原因之一。此外,尽管在一些经济发达地区基层医疗机构已经完全具备承接向下转诊的能力,但是患者对通常对“大医院”表现出主观信任,基层医疗机构的诊疗潜力仍然没有完全发挥出来。医院的规模对患者的选择具有显著的正向影响^[14]。一项对上海杨浦区中医医联体双向转诊情况的研究表明^[10],80.77%和 61.54%的患者分别认为医疗技术水平和基础设施是影响转诊的重要因素。

1.5 诊疗信息双向传递不畅 在上转患者数量远大于下转数量的普遍情况下,双向转诊的诊疗信息流动亦存在不顺畅的问题。医联体中各医疗机构往往具有各自独立的信息管理系统,相互之间不能互通有无,转诊流程复杂。信息共享平台的滞后已经成为双向转诊顺畅实施的重要阻碍因素之一^[3]。即使在实现信息共享的医联体中,向上级医疗机构转诊的患者往往会有诊疗记录,但下转患者则缺乏诊疗信息化记录^[2]。一项基于文献计量学的研究显示^[15],在 232 篇对我国双向转诊现状评价的公开文献中,68 篇中强调了信息平台滞后对双向转诊实施的阻碍作用。此外,社区医生和上级患者的专科医生之间也缺乏畅通的沟通渠道^[6]。一项上海市的调查显示^[10],在医师下转过程中遇到的问题统计中,不了解下级单位及科室情况占 58.82%,转诊流程复杂占 52.94%。

2 应对策略和建议

2.1 提高基层社区医疗机构的诊疗水平 大型医院对高学历、高技术人才具有明显的虹吸效应,并且拥有区域内最好的基础设施和硬件条件。经济发达地区医疗水平明显高于欠发达地区。在不同经济发展地区之间加强高水平医疗机构对落后地区的帮扶,加强诊疗技术、远程会诊和高水平人才的交流,提高落后地区的医疗水平。加大基层医疗机构,尤其是乡村卫生服务机构的投入;通过政策和经济激励,吸引

高水平人才到基层服务。实践证明紧密型医联体,相对于松散型具有更好的社会效益。在紧密的医疗体内通过建立统一的协调机构、均衡利益、优势互补、资源共享,形成规模效应可以提高整体运行效率^[15]。在医联体内,可以通过高等级医疗机构向下级医疗机构派出管理和技术团队,针对性地提高基层机构的诊疗能力。

2.2 建立统一信息平台 在医联体内以居民电子健康档案和电子病历为基础,建立统一的综合信息管理系统,首诊信息、转诊预约、影像诊断、检验信息等诊疗要素应做到在医联体内部随患者的流动而流动。简化转诊流程,尤其是下转流程。同时,建立医联体远程医疗系统,通过统一的信息平台,实现远程预约、会诊、诊断、监护、追踪和教育等远程诊疗全过程。盐城第三人民医院与乡镇医院通过实现 HIS 系统的对接,实现了诊治信息的双向调阅,提高患者双向转诊的效率、缩短患者住院时间、减轻了患者经济负担^[17]。

2.3 建立经济激励机制 在医联体运行的过程中要充分重视不同医疗实体之间合理的利益分配对双向转诊顺畅实施的重要推动作用,要充分考虑各级医疗机构利益差异化的需求^[12]。基于紧密的医联体建立完善的转诊监督和考核体系,详细规定转诊的条件,转诊的情形、强调基于整个医疗周期的过程性考核,将基层首诊数量、门诊数量、下转数量、患者满意度作为医管部门对医联体上级医疗机构的考核内容。此外,应当建立约束和激励机制,在考核和绩效方面制定有利于下转的个人考核体系。

2.4 加强宣传和引导 尽管双向转诊制度已经实施多年,但是许多居民仍然不清楚这项医疗制度。一项针对安徽省 16 地市进行的调查显示^[18],83.20%的调查对象没有听说过双向转诊。因此,应该在社区中通过网络、报纸、讲座、宣传栏和活动中大力宣传双向转诊制度。尤其是,在广大的乡镇地区,通过多种形式的宣传提高农村居民对双向转诊的认知。此外,有研究显示医生的建议对患者的转诊具有很大的影响力^[9]。因此,应当鼓励医生加大对转诊政策的宣传,基于患者的情况,制定患者切实可行的转诊方案。

2.5 提高社区家庭医生签约覆盖率 家庭医生对实施社区首诊、疾病预防、居民健康管理、缓解医疗资

源紧张和应对公共卫生事件具有重要的意义^[19]。目前家庭医生制度仍然处在推广阶段,社区居民的签约率更不容乐观。政府应当在薪酬补贴,职业培训、人才引进、医保资金支持和硬件建设方面加大对社区家庭医生的支持力度,尤其是社区全科医生的培养和引进^[20,21]。在医联体中,应当使社区医疗机构家庭医生成为患者的首诊医生,并且基于家庭医生的建议使患者做出合理的转诊决定。在下转过程中,使家庭医生成为患者恢复和健康管理责任医生。

3 总结

尽管双向转诊制度已被探索和推广已有二三十年,但是仍存在不容忽视的问题,例如患者下转不顺畅、诊疗信息共享障碍、患者对社区医疗机构信心不足、上级医疗机构对患者下转意愿不强等。在医疗改革推行的当下,提高双向转诊的效率和完善医联体建设对人民健康全方位、全流程保障,提高医保资金利用率、医疗资源配置具有重要的意义。双向转诊的建设重点应当聚焦在基层医疗机构尤其是乡村卫生服务中心的建设,在基础设施、硬件支持和人才培养方面进行全方位提升。此外,紧密型医联体相对于松散医联具更高的运行效率,更能够避免各个医疗实体之间的利益冲突,使双向转诊更为顺畅。总之,面对双向转诊中的问题,需要政府和各级医疗机构的共同努力,完善医疗评价和激励体系、落实支持政策、建立各级医疗机构职责明确的分工体系、加强各级医疗机构的合作,以推进基于紧密医联体的双向转诊制度的建设。

参考文献:

- [1]钟艳宇,陈娟.我国医联体中双向转诊制度的实施现状及对策[J].中国医药导报,2017,14(16):154-158.
- [2]纪凯.安徽省紧密型城市医联体双向转诊现状及对策研究[D].合肥:安徽医科大学,2023.
- [3]黄小红,胡锦涛,胡崧,等.区域医疗联合体视角下深圳市双向转诊运行现状分析[J].中国医院管理,2022,42(9):43-45.
- [4]张庆红,段玉玉,徐文雅,等.基于分级诊疗实施障碍的优化策略探究[J].中国医疗保险,2020(5):49-51.
- [5]陈小佳.关于我国医联体中双向转诊制度的实施现状分析及对策探讨[J].经济师,2022(2):241-242.
- [6]张兴璐,张浩,何成年,等.甘肃省部分地区乡村分级诊疗服务现状[J].疾病预防控制通报,2018,33(5):10-12,15.
- [7]荣芳,郭建如,王维民.山西省社区卫生服务评价研究[J].医学与社会,2023,36(3):23-29.

(下转第 60 页)

(上接第 44 页)

- [8] 王以坤,李少冬,任泽强,等.分级诊疗制度在紧密型医疗联合体中实施情况分析[J].中国医院管理,2018,38(8):8-10.
- [9] 敖艺洲,程瑜,Kielmann K,等.供方视角下慢性病分级诊疗与双向转诊障碍研究[J].中国卫生经济,2023,42(7):44-47.
- [10] 曾惠,张书富,陈军.区域中医医联体模式下双向转诊的问题分析与建议[J].中医药管理杂志,2023,31(18):225-227.
- [11] 杨茜,邓朝华,刘彦辰,等.农村居民医疗机构选择决策与影响因素探讨[J].中国卫生经济,2019,38(8):72-74.
- [12] 纪凯,唐玲,朱莹,等.基于共生理论的双向转诊发展困境及对策研究[J].医学与社会,2022,35(7):51-55,61.
- [13] 贾昊男,罗开富,王亚蒙,等.利益相关者视角下的紧密型县乡村医疗服务一体化模式——基于云南省临沧市云县经验[J].中国农村卫生事业管理,2019,39(5):309-314.
- [14] Hua L,Dongmei M,Xinyu Y,et al.Research on outpatient capacity planning combining lean thinking and integer linear programming[J].BMC Med Inform Decis Mak,2023,23(1):32.
- [15] 申颖,黄为然,纪舒好,等.1997-2017 年我国双向转诊现状和效果及问题的系统评价[J].中国全科医学,2018,21(29):3604-3610.
- [16] 凡萌,周国鹏,段英伟.基于医院协同医疗系统的双向转诊现状及对策研究[J].中国全科医学,2017,20(34):4232-4236.
- [17] 张长珍,张跃,刘益涛.“移动支付”模式下的双向转诊[J].江苏卫生事业管理,2019,30(3):284-286.
- [18] 丁硕,刘国庆,徐付琴,等.紧密型城市医联体模式下基层首诊意愿及影响因素[J].南京医科大学学报:社会科学版,2023,23(4):372-377.
- [19] 黄夏莹.城市社区家庭医生政策执行研究——以广西 L 社区为例[J].产业与科技论坛,2023,22(17):84-87.
- [20] 王波,岳琳琳,国昭贤.家庭医生签约服务背景下社区居民就医行为影响因素分析[J].卫生经济研究,2023,40(4):52-55.
- [21] 沈玲,刘秀芝,沈爱悦,等.社区老人家庭医生签约服务的效果分析[J].健康教育与健康促进,2023,18(1):25-27,91.

收稿日期:2024-03-15;修回日期:2024-04-07

编辑/肖婷婷