

供方视角下慢性病分级诊疗与双向转诊障碍研究*

敖艺洲^①, 程 瑜^②, Karina Kielmann^{③④}, 邹冠炀^①

摘要 目的:分析广东省部分地区慢性病分级诊疗与双向转诊存在的问题及其成因。方法:基于宏观、中观和微观3个层面,对广州市、清远市的基层卫生机构的41名医护人员就分级诊疗与双向转诊的实施情况开展深入访谈。结果:基层卫生机构存在转诊缺乏标准流程、病人下转较少、基层病人失访等问题。宏观层面的问题包括转诊体系缺乏规范等;中观层面包括医疗机构间的利益冲突等;微观层面包括医护个人态度对双向转诊的影响。结论:慢性病的长期管理对医疗体系协作有着较高要求,目前转诊体系和具体实施层面存在的问题影响了慢性病管理的连续性。应通过加强对双向转诊的监管、完善医保规则等措施优化慢性病分级诊疗与双向转诊的运行机制,增强慢性病管理的连续性,更好地满足基层群众的慢性病诊疗和管理需求。

关键词 慢性非传染性疾病管理;分级诊疗;双向转诊;医保;供方

中图分类号 R1-9;R197.1 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)07-0044-04

Qualitative Study on the Barriers of Hierarchical Diagnosis and Dual Referral in Chronic Disease Based on a Supply-Side Perspective/Ao Yizhou, Cheng Yu, Karina Kielmann, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(7):44-47

Abstract Objective: To analyze the current problems and causes of the hierarchical diagnosis and dual referral of chronic diseases in selected regions of Guangdong Province. **Methods:** Based on macro, meso and micro perspectives, 41 primary healthcare staff in Guangzhou and Qingyuan were interviewed on the implementation of medical workers in hierarchical diagnosis and dual referral. **Results:** The primary health care institutions surveyed had problems in lacking regular referral process, low downward transfer of patients, and missed visits from primary care patients. Macro included the lack of regulation of the system, Meso included the issue of interests between healthcare institutions, and Micro included the influence of medical workers' attitudes. **Conclusion:** The long-term management of chronic diseases requires a high level of collaboration in the healthcare system, and the current barriers at the system and implementation levels affect the continuity of chronic disease management. The operational mechanism of hierarchical diagnosis and dual referral of chronic diseases should be optimized by strengthening the regulation of dual referral and improving the rules of medical insurance, so as to enhance the continuity of chronic disease management and better meet the needs of the grassroots for chronic disease treatment and management.

Keywords chronic noncommunicable disease management; hierarchical diagnosis; dual referral; medical insurance; supply-side

First-author's address School of Public Health and Management, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou, 510006, China

Corresponding author Zou Guan-yang, E-mail: gzou@gzucm.edu.cn

随着中国人口老龄化程度的加深,慢性非传染性疾病(以下简称慢性病)已成为我国的主要公共卫生问题之一^[1]。慢性病管理是长期、连续的过程^[2],日常管理主要由基层医疗卫生机构承担,慢性病急性发作期和其他急症由上级医疗机构诊治,对医疗协作体系有着较高要求^[3]。自1997年国务院颁布《关于卫生改革与发展的决定》首次提出建立双向转诊制度以来,政府持续积极推进慢性性病分级诊疗、双向转诊的建设,但效果始终难达预期^[4]。本研究以基层医疗卫生机

构的医务人员为访谈对象,旨在深入探讨基层医疗卫生机构在分级诊疗与双向转诊过程中存在的问题,为构建完整连续的慢性病管理过程,提升慢性病管理的成效提供借鉴。

1 资料与方法

1.1 研究对象

本次调查采用定性研究的方法,通过目的性抽样法,选取广东省广州市、清远市的社区卫生服务中心、村卫生室等基层卫生服务机构的医务人员进行深入访谈。在广州市、清远市选取经济发达和欠发达县区各1个,最终共纳入16个基层卫生服务机构的41名医护工作者开展深入访谈。访谈对象的纳入标准包括:(1)具有两年以上的基层慢性病相关工作经验;(2)具有参与患者转诊的相关经历;(3)自愿参加本次研究。

1.2 研究方法

1.2.1 访谈数据收集。研究人员基于前期文献综述以及试点调查结果,围绕影响慢性病分级诊疗与双向转诊实施的宏观、中观和微观层面的问题设计了半结构

* 基金项目:英国卫生系统联合基金资助(Grant MR/P005195/1);国家社科基金重大项目(20&ZD122)。

① 广州中医药大学公共卫生与管理学院 广州 510006

② 中山大学社会学与人类学院 广州 510275

③ 比利时安特卫普热带医学院

比利时安特卫普 Antwerp 2000

④ 爱丁堡玛格丽特女王大学全球健康与发展研究中心

英国爱丁堡 Edinburgh EH21 6UU

作者简介:敖艺洲(2001—),男,大学学历;研究方向:基层卫生政策;E-mail: yizhouao@163.com。

通信作者:邹冠炀, E-mail: gzou@gzucm.edu.cn。

式访谈提纲，并根据不同的访谈对象对提纲进行调整。在访谈过程中，根据访谈提纲的指引与受访者回答情况，对提问的内容与方式灵活调整，对有价值的问题进行追问。为确保访谈的质量和数据的客观性，在访谈过程中，访谈人员确保使用“开放性”问题，尽量避免“诱导性”问题，并对受访者的语言、观点予以充分尊重、不加批判。同时，承诺保护受访者的姓名、身份信息隐私，并在征得受访者同意后进行录音并做好详细记录。本研究通过了英国爱丁堡玛格丽特女王大学和中山大学社会学与人类学院科研伦理委员会的审查。

1.2.2 资料整理与分析。采用主题框架法对经转录后的访谈资料进行分析，采用 Nvivo 11 软件对访谈资料进行编码分析。研究人员反复阅读了访谈提纲和访谈资料，从访谈资料中提取与慢性病分级诊疗与双向转诊相关的问题信息，包括宏观、中观和微观3个层面，进而整理出7个主题。宏观层面包括转诊体系、医保制度等相关问题；中观层面包括医疗机构间的相关问题等；微观层面包括医生或患者的态度等。

2 结果

研究发现，两地基层医疗卫生机构均存在着慢性病转诊缺乏固定流程、病人下转较少、基层病人失访等问题。下面将基于宏观、中观、微观3个层面，围绕7个主题探讨慢性病分级诊疗与双向转诊所面临的主要问题及产生原因。

2.1 宏观层面

本研究中宏观层面的问题主要指慢性病分级诊疗、双向转诊等相关指导性政策执行的偏差，以及与此流程相关的医保、社会环境等因素。我国就分级诊疗、双向转诊建立了较为完善的政策，《关于进一步做好分级诊疗制度建设有关重点工作的通知》等文件均对慢性病的分级诊疗、不同层级医疗机构的职责范围等内容做出了明确规定，访谈中发现的主要问题包括：

2.1.1 分级诊疗、双向转诊体系缺乏规范。我们在清远市基层医疗卫生机构的调查发现，部分社区的双向转诊实质上并没有根据“转诊”相关政策所规定的流程进行，慢性病患者需要转诊至上级医院治疗时，基层并没有开具转诊单，仅以口头或其他途径通知患者自行前往上级医院就诊。某社区医院医生说：“我们除了住院，其他的都没有所谓的转诊。说叫你看，但是没有开转诊单这些东西，这不叫转诊”。由于上下级医疗机构间联系松散，上级医院医生难于了解患者在基层慢性病管理的具体情况，需要由基层医生电话告知或是由患者自述。同时，我们在广州的调查发现，相较慢性病转诊，精神病、梅毒患者的双向转诊流程符合政策预期。某基层医生说：“现在精神病和梅毒都是辖区管理多。我们发现精神病之后转过去，他

们建档、开药后又转回给我们。有些患者确实需要家庭、社区的康复，但好像转出去没有转回来的”。

2.1.2 医保报销影响向下转诊工作。当前，医保费用的报销和结算问题也给慢性病的双向转诊带来一定的障碍。在两地的调查中均发现，慢性病患者在大医院和基层医疗机构开药的报销比例接近，自费部分相差不大。某社区卫生服务中心主任说：“慢性病患者一个月要吃五百块钱的药，在大医院可以报销三百块钱，自己要出两百。在社区医院也是两百，一样的道理。”此外，慢性病病程长且迁延不愈，需要长期治疗，而医保需多次计算起付标准，从上级医院转回基层的患者仍需要重新办理就诊住院并再次计算起付标准。某基层全科医生说到：“每个人都知道有起付标准的，患者转下来以后要重新办住院，又得付起付标准了。”这些问题降低了慢性病患者返回基层就医的意愿，影响了慢性病管理的连续性。

2.2 中观层面

受医院收益、医疗机构间联系等因素的影响，慢性病患者在因慢性病急性发作或其他疾病转入上级医院诊疗后，下转回到基层医疗卫生机构康复的比例非常少，导致双向转诊呈现“单向”状态，具体体现在如下方面：

2.2.1 医疗机构间的利益存在冲突。基层医疗卫生机构和大型医院独立核算与运行，两者之间不可避免地存在着利益冲突。调查中，部分受访者认为大型医院因运营成本高，结合收入、绩效等原因，下转动力不足。此外，部分受访者提出医疗机构间的职能分配不明确，在上级医疗机构诊疗后的患者可以转入康复科而非转回基层医疗机构。某基层医生说：“转诊的话，只有转上去没有转下来。大医院不愿意转走病人，因为涉及到收入。政策上也没有说达到什么指征必须要转下来。”这些原因导致慢性病转诊“只转上不转下”的情况出现，而慢性病患者“单向转诊”的现状导致基层病源流失，增加了基层医疗卫生机构的病源和经济压力，不利于其良性运行。某社区办主任说：“病人的流失对我们的冲击挺大。只能再去发现新的病人，再持续对他开展慢性病管理，把病人留下来”。

2.2.2 基层卫生机构服务能力不足。在参与访谈的所有基层医疗卫生机构的工作人员中，高学历、高级职称的人员占比较少，基层人员与上级医院医生缺少联系。这种情况在经济欠发达地区的基层医疗卫生机构更为明显，其软、硬件服务能力有待提升。调查发现，清远市部分卫生室的检验、检查设施，治疗设以及电脑等设备仍较为落后。

2.2.3 信息沟通不畅。慢性病管理是长期、连续的过程，对患者病情及相关生活习惯等情况的持续记录与追踪十分重要。其中，电子病历是记录相关信息的

重要载体,但我国的慢性病管理网络尚未健全,慢性病报告尚没有完善的流程化管理渠道与平台。调查发现,各基层医疗机构均已建立诊疗信息系统,但与上级医疗机构的信息系统不能实现信息共享。某社区全科医生说:“没有可共享信息的系统,数据也都没法一起看。”上级医院不能通过信息系统直接调阅患者在基层机构的慢性病诊疗管理情况,基层机构更无法了解患者在大型医院的诊疗过程,因此容易产生慢性病患者病史不清晰、重复检查、随访困难等问题。同时,部分受访者表示信息沟通机制的不畅影响了慢性病管理的连续性,导致慢性病患者失访、管理中断等问题,从而导致基层病人的流失,也不利于基层机构的良性运转。

2.3 微观层面

在分析政策和机构层面因素影响的基础上,探讨医护人员对相关政策及其执行的认知、态度和行为对分级诊疗与双向转诊的影响。

2.3.1 医护人员对双向转诊的认知态度。总体而言,受访的医护人员对转诊制度和体系的了解不够深入。清远地区的部分医护人员表示对转诊制度缺乏了解,对转诊的运行缺乏信心。某受访者表示,因缺乏对转诊政策的了解,在患者需要上转时不知所措,只是让患者自行前往上级医院就诊。在患者下转方面,我们发现广州市的执行情况较清远市更好,受访者认为这与广州市经济水平较高,转诊推行较清远市更早有关。

2.3.2 患者态度。大多数受访医护人员表示曾遇到过患者对基层检查结果、慢性病管理能力不信任的情况,患者的态度影响了其选择在基层接受慢性病管理的意愿。与此同时,受访的医护人员表示近年来相关情况有所好转,在基层接受慢性病管理的患者有所增加,这可能与相关政策更加重视基层卫生机构的建设、民众健康教育更为普及有关。

3 讨论

中国慢性病管理的主体是基层医疗卫生机构,慢性病需要长期的干预与管理,应加强基层医疗卫生机构与上级医疗机构的协作,通过有效转诊、分级诊疗为慢性病患者构建更加完善的诊疗流程。但我们的调查发现,基层慢性病的分级诊疗、双向转诊仍存在着诸多问题,影响了慢性病管理的整体性和连续性。

3.1 转诊缺乏规范标准,需加强转诊政策监管和体系建设

为优化诊疗流程、完善治疗—康复—长期护理服务链,《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》等文件相继出台,对慢性病高度关注并强调基础性诊疗下沉至基层。其中着重提出“要完善双向转诊制度,重点畅通向下转诊通道,明确转诊标准和转诊流程”。我们的研究发现,目前高血压、糖尿病等

常见慢性病仍缺乏明确的转诊标准和转诊流程,这与其他研究发现的一致^[4]。主要表现为慢性病患者上转指征的不明确,即在出现什么症状或是达到什么标准时需要上转;下转标准的缺失,即康复至什么程度时需转回基层医疗卫生机构。

为加强分级诊疗与双向转诊政策的落实,首先,卫生健康行政部门应建构并完善相关监管体系,加强对双向转诊的指导、监督和管理,将转诊运行情况作为医疗机构的考核指标。其次,学习借鉴精神病、梅毒患者的转诊规范和落实情况,规范慢性病转诊流程并促成良好的合作氛围,使基层医疗卫生机构成为负责筛查、建档、随访等工作的主体,上级医院负责治疗慢性病并发症及危急重症以及调整优化慢性病管理方案。再次,构建起基于全生命周期理念,以长期管理为目标,基层医疗卫生机构为枢纽,上级医院为支撑的覆盖全人群的慢性病监测、预防和干预的慢性病管理体系。

3.2 医保缺乏引导作用,需优化报销流程

《广东省紧密型县域医疗卫生共同体慢性病管理中心运行指南(试行)》强调:“应深化医保支付方式改革,促进县域医疗卫生共同体建设。”研究发现,当前医保未能发挥其对慢性病分级诊疗和双向转诊的引导作用,影响了慢性病转诊的开展。且在基层和大型医院自付费用相近的情况下,患者选择在基层开展慢性病管理的意愿较弱。因此,在医保报销比例和金额层次无明显差异时,患者常倾向于选择到上级医疗机构接受慢性病的诊疗。

为此,应通过加大阶梯式自付比例、提高对基层医疗机构支出的补偿比例、提升基层慢性病特殊门诊的执行力度和报销额度等措施,充分发挥医保制度对慢性病患者就诊转诊的调节与引导作用,促进民众在基层接受慢性病管理的总支出降低,引导居民首选在基层开展慢性病管理。

3.3 医疗机构间利益和职能分配不明确,需理顺转诊机构间的职能定位

2015年,《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》提出:“应制定不同级别、不同类别医疗机构服务能力标准。”而我们的研究发现,在慢性病管理过程中,医疗机构间的职能分配不明确,且由于医疗机构间的难以协调的利益问题^[5],导致慢性病转诊“只转上不转下”的问题出现。

为此,卫生健康行政部门应促进上下级医疗机构签订转诊协议,并协调双方利益,规范转诊流程且对其形成一定约束。与此同时,应增加政府对医疗机构特别是上级医疗机构的财政投入,减少医疗机构的经济压力,协调上下级医疗机构间的利益问题。其次,可大力推进医联体、医共体的建设并促成医联体内形

