

· 卫生管理 ·

广州市分级诊疗制度实施效果评价及对策*

钱丽娟¹, 方熙茹^{1△}, 肖 瑶², 罗桢妮²

(1. 广州中医药大学第一临床医学院, 广东 广州 510405; 2. 广州医科大学卫生管理学院, 广东 广州 511436)

[摘要] 目的 分析广州市分级诊疗实施效果并提出对策, 为进一步完善分级诊疗制度提供借鉴。方法 根据 2016—2022 年广州市统计年鉴的数据, 选取基层医疗卫生机构数、床位数、诊疗人次和入院人数等指标, 使用年均增长率和占比分析医院和基层医疗卫生机构医疗资源配置情况和医疗服务情况。结果 2015—2021 年广州市医院和基层医疗卫生机构数量年均增长率分别为 4.07% 和 8.77%, 床位数量年均增长率分别为 4.80% 和 1.08%。2020、2021 年受新型冠状病毒感染疫情防控措施的影响, 医院和基层医疗卫生机构的诊疗人次和入院人数较 2019 年均有较大幅度地下降。2015—2021 年医院诊疗人次占广州市总诊疗人次的比例稳居 60% 以上, 而基层医疗卫生机构诊疗人次占比从 2015 年的 20.73% 上升至 2018 年的 33.48% 后呈平稳趋势, 保持在 31%~33% 之间。结论 广州市实施分级诊疗以来基层医疗卫生服务能力不断提升, 但与医院相比还存在较大差距。需多措并举克服现存的问题, 探索一条符合广州市市情的分级诊疗之路。

[关键词] 分级诊疗; 实施效果评价; 基层医疗卫生机构; 广东

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2024.04.034

文章编号: 1009-5519(2024)04-0704-04

中图法分类号: R197.1

文献标识码: C

新医疗体制改革自 2009 年以来走过了 14 个年头, 分级诊疗的意义在于通过整合医疗卫生资源, 打通上、下转诊通道, 建立有序的就医格局, 使各级医疗卫生机构各司其职, 更好地解决基层群众“看病贵、看病难”的问题^[1]。2015 年国务院办公厅发布的《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发〔2015〕70 号) 提出, 以“强基层”为重点完善分级诊疗服务体系, 制定了分级诊疗工作保障机制和 10 条考核评价标准, 提出至 2020 年基本建立符合我国国情的分级诊疗制度。此后相关部门相继出台有关政策, 为各省市分级诊疗政策的执行提供了路径和方法^[2]。广州市作为广东省的“排头兵”, 在积极推进分级诊疗制度的过程中进行了一系列的探索, 在取得积极成效的同时还存在诸多要突破的重点、难点, 分级诊疗制度落地任重道远。本研究分析了广州市分级诊疗实施效果并提出了对策, 旨在为进一步完善分级诊疗制度提供借鉴。

1 资料与方法

1.1 资料来源 广州市医院和基层医疗卫生机构的机构数、床位数、诊疗人次、入院人数均来源于广州市统计局公布的 2016—2022 年《广州市统计年鉴》。

1.2 方法 回顾有关政策文件及查阅文献, 分析广州市分级诊疗制度建设进展及存在的问题, 提出可行性建议。

年均增长率 = $(\sqrt[6]{\frac{2021 \text{ 年数据}}{2015 \text{ 年数据}}} - 1) \times 100\%$ 。诊疗人次百分率 = $\frac{\text{该年该结构诊疗人次}}{\text{该年广州市总诊疗人次}} \times 100\%$ 。

1.3 数据处理 计数资料以率或构成比表示, 采用描述性统计分析。

2 结果

2.1 医疗资源配置情况 2015—2021 年广州市医院和基层医疗卫生机构数量均逐年上涨, 年均增长率分别为 4.07% 和 8.77%。医院床位数量从 2015 年的 73 313 张增加至 2021 年的 97 117 张, 年均增长率为 4.80%, 而基层医疗卫生机构床位数量整体趋势为先上升后下降再小幅上升, 年均增长率为 1.08%, 主要表现为 2018 年达到最高值后连续 2 年下降至 2020 年的最低值 (4 378 张), 2021 年小幅上升至 4 978 张, 可能与新型冠状病毒感染疫情暴发的影响有关。2015—2021 年广州市医院和基层医疗卫生机构总量均在增加, 医疗卫生资源得到优化。广州市基层医疗卫生机构数量的年均增长率是医院的 2.15 倍, 增幅较大, 但床位数量增长趋势缓慢, 年均增长率仅为 1.08%。见表 1。

表 1 广州市医院、基层医疗卫生机构数量和床位数量配置情况

年份	机构数(个)		床位数(张)	
	医院	基层医疗卫生机构	医院	基层医疗卫生机构
2015	229	3 219	73 313	4 666
2016	243	3 309	79 037	4 720
2017	243	3 602	81 747	4 825
2018	255	4 162	86 011	5 341

* 基金项目: 国家自然科学基金青年基金项目(71503057); 广东省医学科学技术研究基金项目(B2021096)。

△ 通信作者, E-mail: 535197518@qq.com。

续表 1 广州市医院、基层医疗卫生机构数量和床位数量配置情况

年份	机构数(个)		床位数(张)	
	医院	基层医疗卫生机构	医院	基层医疗卫生机构
2019	269	4 651	90 940	5 116
2020	289	5 070	93 067	4 378
2021	291	5 332	97 117	4 978
年均增长率(%)	4.07	8.77	4.80	1.08

2.2 医疗服务情况 2015—2019 年广州市医院和基层医疗卫生机构诊疗人次及入院人数均呈正增长趋

表 2 广州市医院、基层医疗卫生机构诊疗服务量情况

年份	诊疗人次				入院人数(万人次)		
	广州市 (万人次)	医院 (万人次)	百分率 (%)	基层医疗卫生 机构(万人次)	百分率(%)	医院	基层医疗卫生机构
2015	14 113.16	9 293.46	65.85	2 926.34	20.73	229.42	11.84
2016	14 757.94	9 485.82	64.28	3 047.71	20.65	245.35	11.59
2017	15 256.25	9 454.66	61.97	3 297.89	21.62	269.01	12.29
2018	15 248.99	9 225.36	60.50	5 105.22	33.48	286.85	14.05
2019	16 333.50	9 962.40	60.99	5 378.06	32.93	311.92	12.52
2020	12 596.08	7 932.69	62.98	3 914.18	31.07	254.45	7.82
2021	14 425.11	9 066.58	62.85	4 484.83	31.09	303.69	7.56
年均增长率(%)	0.37	-0.41	—	7.38	—	4.79	-7.20

注:—表示无此项。

3 讨 论

3.1 推进分级诊疗制度存在的问题 自国办发〔2015〕70 号文件发布以来,广州市在“强基层”推进分级诊疗方面进行了有益的探索,使部分医疗卫生资源得以下沉,但基层医疗卫生机构的诊疗量与医院相比还有较大差距。结合相关实证研究文献,广州市在推进分级诊疗过程中至少存在以下 4 个问题。

3.1.1 居民基层首诊的意愿普遍不强 本研究结果显示,2015—2021 年广州市基层医疗卫生机构数量得到大幅提升,诊疗人次却远低于医院,最高的占比仅为 33.48%。从卫生经济学的视角来看,医疗服务是一种特殊的商品,疾病的发生和疗效均具有不确定性,这两方面的不确定性导致一系列医疗服务市场的特殊性^[3]。居民就医目的是让疾病治愈或保持健康的状态,面对诸多不确定性,医疗资源丰富的大医院就成为居民的首选。广州市基层首诊制度推行和全国大部分地市相似,主要通过医保杠杆作用引导居民基层首诊,从而促进分级诊疗,但收效甚微,究其原因:基层“接不住”,同时,大医院的“虹吸效应”对基层医疗卫生机构的“挤出效应”愈来愈明显^[4]。多项不同年度针对广州市居民开展的调查表明,广州市居民基层首诊意愿普遍偏低,“趋高就诊”现象突出^[4-6]。

3.1.2 家庭医生队伍建设力度不足 我国全科医学正处于快速发展阶段,符合我国国情的家庭医生政策

制度、培养体系、培养模式也逐步建立,但还存在家庭医生总体数量不足、整体水平不高、分布不均衡、诊疗范围不清、岗位吸引力不强等问题^[7],制约着分级诊疗制度的推进。人才是第一资源,基层医疗卫生机构服务能力提升关键在家庭医生。截至 2021 年底广州市共有卫生技术人员 187 703 人,其中家庭医生仅有 4 785 人,同年城镇人口达 8 174 391 人,即 2021 年广州市每万名城市居民仅拥有 0.17 名家庭医生^[8],距离每万名城市居民拥有 2 名以上家庭医生的目标还有很大差距。一项基于广州市流动人口监测数据的实证分析发现,广州市流动人口家庭医生政策可及性远低于太原市、重庆市等中西部城市,家庭医生政策的覆盖面尚有待于扩大^[9]。同时,广州市家庭医生的工作满意度较低,工作量和薪酬水平等是影响家庭医生工作满意度的重要因素^[10]。

3.1.3 相关利益主体的利益难以协调 美国学者杰弗里·S·哈里森等^[11]所著的《医疗机构的战略管理》一书提到,利益相关者是指为帮助组织创造价值、从组织获取价值或二者兼而有之的任何团体或个人。分级诊疗涉及的相关利益主体主要有居民、全科医生、基层医疗卫生服务机构、专科医生和医院、医疗保险机构及卫生行政部门等。由于各利益主体的利益契合点不同,所以,对推进分级诊疗的态度也不一样,有的利益主体甚至成为推进分级诊疗落地的障碍。

居民的利益诉求是以较低的成本(时间成本和金钱成本)获得较高质量的医疗服务;全科医生及基层医疗卫生服务机构则希望通过提升医疗服务能力留住患者;专科医生和医院则希望不断提高诊疗量促进医院创收及提高医务人员绩效待遇;医疗保险机构则希望在购买更多医疗服务的同时,控制医疗费用以有更多的资金结余;卫生行政部门最大的利益诉求是让有限的医疗资源得到合理利用^[12]。供方之间、供需方之间形成双赢的合作关系是找到利益契合点的关键。本研究结果显示,2015—2021 年医院诊疗人次占广州市总诊疗人次的比例稳居 60%以上,而基层医疗卫生机构诊疗人次占比从 2015 年的 20.73%上升至 2018 年的 33.48%后呈平稳趋势,保持在 31%~33%之间,与国务院办公厅《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发〔2015〕70 号)中分级诊疗试点工作考核评价标准“基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量比例≥65%”的要求还有较大差距。由此可见,医院的医疗服务能力明显强于基层医疗卫生机构的客观现状并没有改变。

3.1.4 医疗卫生资源横纵发展不平衡 广州市医疗卫生资源主要存在医疗机构数量不足、空间分布不均、可及性和公平性尚有待提高等问题^[13]。也有研究表明,广州市卫生资源公平性低于省内同级的深圳市^[14]。按广州市最新划定的 3 个管理圈层,大体分为中心城区、近郊区和远郊区。最新的广州统计年鉴公布的数据显示,广州市医疗卫生机构数、床位数、卫生技术人员数等卫生资源指标主要聚集在越秀、海珠、天河等中心城区,表现出强烈的空间集聚特征,南沙、从化、增城等远郊区优质医疗资源则十分缺乏,与相关研究结果一致^[13]。远郊区居民舍近求远“趋高就诊”进一步加剧“看病贵、看病难”的问题。纵向来看,优质医疗资源集中的中心城区同时拥有足量的大医院和基层医疗卫生机构,导致服务面积重复覆盖,而远郊区医疗服务点短缺,所以,广州市存在医疗资源浪费和医疗资源短缺并存的现象,不利于分级诊疗的实施^[13]。

3.2 完善分级诊疗制度的对策

3.2.1 “多管齐下”提高居民基层首诊意愿 发挥医保杠杆的调节作用,重点提高基层首诊的报销比例,建立健全基层医疗卫生机构职工医保门诊共济保障机制。结合人口老龄化、疾病谱的变化,精简医保药品采购流程,降低医药成本,减少居民医疗费用。打通医院-基层医疗卫生机构药品统一供应链,保障居民用药的稳定性和安全性。设立家庭医生专项培养计划,通过医学院校培养新生力量和鼓励符合条件的医生转岗,促使家庭医生队伍提质提量。积极推进医养结合模式,提升基层老龄人口服务水平。党建引领打造交流平台,开展“医院专科医生+社区家庭医生”结对共建活动,积极发挥高年资医生、护士“传帮带”作

用,帮助社区医疗补短板、强弱项,日常开展预防、保健、医疗、康复、计划生育、健康教育与健康促进宣传、义诊活动等,提高居民信任感,构建和谐医患关系。推广应用中医药适宜技术,发挥中医药在社区常见病、多发病、慢性病防治等方面的优势,提高中医药服务能力。

3.2.2 “上下联动”优化医疗卫生资源布局 我国卫生事业的性质是政府实行一定福利政策的社会公益事业。要发挥政府主导作用,完善政策执行和监督机制,在区域卫生规划中重点考虑卫生服务的公平、效率和可及性。立足现有卫生资源,对聚集度高、存在医疗资源浪费的区域进行适当调整和限制,加大对缺医区域的生物物资和卫生人力投入^[13]。鼓励和引导优质医疗资源、高等医学院校向远郊区布局,矫正医疗资源聚集区域的大医院供不应求、医疗资源短缺区域的小医院供过于求的畸形发展状态^[15],构建高质量发展的横向医疗资源网络。同时,发挥各地区已有的医疗卫生资源优势,利用“互联网+”医疗、社会办医力量等创新医联体合作模式,重点整合人才、技术、设备、信息等资源,促进优质医疗资源下沉和区域医疗资源共享。明确各级别医疗机构的功能定位,财政投资向基层医疗卫生机构倾斜,上下联动、形成合力,加快基层医疗卫生服务网络构建,为推进分级诊疗奠定坚实的基础。

3.2.3 “取长补短”借鉴国内外先进实践经验 有研究发现,广州市分级诊疗实际推行效果较差,半数以上受访者认为基层医疗卫生机构建设存在基层不强、缺乏规范的转诊制度和标准、政府财政投入不足、医疗设备配备不足、医务人员短缺等问题^[4]。国外分级诊疗体系中英国和美国均已建立了分工明确的三级医疗服务机构,且有严格规范的双向转诊制度予以保障^[16];同时,完善的医学教育体系为高素质家庭医生的供给和基层医疗卫生机构的服务质量提供了保证,促进基层首诊的有效实现^[17]。德国以立法形式强制居民基层首诊,日本则利用价格差异和地域差异规范供需双方的就医行为^[18]。经实践证明,我国多地已探索出推进分级诊疗的典型模式,如上海市“1+1+1”医疗机构组合签约模式^[19]、厦门市全方位的“三师共管”模式^[20]、杭州市“医养护”一体化模式^[21]等。上述国内外的典型实践均可为广州市推进分级诊疗、建立有特色的“广州模式”提供有益借鉴。

参考文献

- [1] 张莉,康林,杨利娟,等. 县级医院实施分级诊疗机制探讨[J]. 中国医院管理,2015,35(5):70-71.
- [2] 李阳,段光锋,田文华,等. 构建分级诊疗体系的政策工具选择:基于省级政府政策文本的量化分析[J]. 中国卫生政策研究,2018,11(1):48-52.
- [3] KENNETH J A. Uncertainty and the welfare e-

- conomics of medical care [J]. J Health Polit Policy Law, 2001, 26(5): 851-883.
- [4] 申曙光, 张勃. 分级诊疗、基层首诊与基层医疗卫生机构建设[J]. 学海, 2016(2): 48-57.
- [5] 徐碧霞, 林小丹, 姚卫光. 基于安德森模型的儿童基层就医意愿及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(22): 2766-2772.
- [6] 王薇, 李力楨, 任毅. 广州市基层首诊政策执行困境及对策[J]. 现代医院管理, 2018, 16(2): 17-19.
- [7] 武宁, 程明美, 闫丽娜, 等. 中国全科医生培养发展报告(2018)[J]. 中国全科医学, 2018, 21(10): 1135-1142.
- [8] 广州市卫生健康委员会. 2021 年广州市卫生健康统计年鉴[EB/OL]. (2022-12-01)[2023-06-04]. https://wjw.gz.gov.cn/xxgk/sjtj/content/post_9482557.html.
- [9] 梁土坤. 大城市家庭医生政策可及性及其市民化效应研究: 基于 2018 年广州、太原、重庆流动人口监测数据的实证分析[J]. 兰州学刊, 2022(12): 52-67.
- [10] 刘树奎, 张毅. 广州市家庭医生工作满意度调查[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(3): 38-41.
- [11] (美)杰弗里·S·哈里森, (美)史蒂文·M·汤普森. 医疗机构的战略管理[M]. 北京: 机械工业出版社, 2020: 2.
- [12] 陈爱云, 刘俊荣. 社区首诊的利益相关者分析[J]. 医学与社会, 2014, 27(8): 30-33.
- [13] 林丹淳, 刘凯, 谭敏, 等. 广州市医疗机构空间分布特征及服务能力分析[J]. 医学与社会, 2020, 33(2): 1-5.
- [14] 姚克勤, 唐洪磊, 罗永杰, 等. 深圳市与广州市卫生资源配置公平性对比[J]. 现代医院, 2020, 20(9): 1268-1271.
- [15] 冯珊珊, 刘俊荣, 王碧华. 广州市卫生资源配置的现状与评价[J]. 中国初级卫生保健, 2006, 20(12): 12-15.
- [16] 张雪, 杨柠溪. 英美分级诊疗实践及对我国的启示[J]. 医学与哲学, 2015, 36(13): 78-81.
- [17] 黄翔宇, 何克春. 美国经验对我国推行分级诊疗的启示[J]. 卫生经济研究, 2017(11): 22-24.
- [18] 郑芸, 农圣. 部分发达国家分级诊疗设计的政策启示[J]. 卫生经济研究, 2017(12): 27-30.
- [19] 沈晓初. 上海市构建分级诊疗制度的改革与探索[J]. 中国卫生资源, 2016, 19(1): 1-3.
- [20] 唐国宝, 林民强, 李卫华. 分级诊疗“厦门模式”的探索与评价[J]. 中国全科医学, 2016, 19(22): 2624-2627.
- [21] 杭州推行医养护一体化 社区居民有了“家庭医生”[J]. 杭州(周刊), 2015, 388(16): 64-67.

(收稿日期: 2023-07-17 修回日期: 2023-11-16)

• 卫生管理 •

现代信息化管理在静脉用药调配中心建设中的应用

林拯, 陈喆鸣, 陈鲁芳, 林燕芳

(泉州市第一医院药剂科, 福建泉州 362000)

[摘要] 目的 将信息化建设融入静脉用药调配中心工作的各个方面, 提高成品输液质量与输液调配效率, 更好地为临床用药提供保障。方法 该院 2020 年开始筹备建设静脉用药调配中心, 并于 2023 年 2 月 23 日正式运行。统计 2023 年 3—8 月细胞毒性药物与全肠外营养液的配送时间、2021—2023 年洁净区空气平均含菌量等。评价信息化管理在药物集中调配中的应用成效。结果 细胞毒性药物配送时间由 3 月份的每袋 35.06 min 降至 8 月份的每袋 27.11 min, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。全肠外营养液调配的输液量半年内约增长 18.7 倍, 且处方复杂程度大大增加。全肠外营养液配送时间由 3 月份的每袋 45.81 min 降至 8 月份的每袋 41.93 min, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 并明显低于同级医院。洁净区空气平均含菌量大大降低, 基本趋于 0 cfu/cm², 悬浮颗粒数远小于 2021、2022 年。结论 现代信息化管理能真正地应用与监督到静脉用药调配中心实际工作的每一步, 为临床输液质量提供了保障。

[关键词] 静脉用药调配中心; 信息化管理; 细胞毒性药品; 全肠外营养药品

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2024.04.035

中图法分类号: R197.324

文章编号: 1009-5519(2024)04-0707-05

文献标识码: C

静脉用药调配中心(PIVAS)指药学部门根据医生处方或医嘱由药师进行处方审核, 药学专业技术人员

员按无菌操作要求在洁净环境下对静脉用药物进行集中配制, 使其成为可供住院患者直接静脉输注使用