

我省分级诊疗制度推行工作的调研报告

范其鹏¹, 李浩铭², 郝璐颐²

¹山东省医疗保险基金稽核中心 山东济南

²中国人民财产保险股份有限公司山东省分公司 山东济南

【摘要】 分级诊疗制度是深化医改的一项重点工作, 本文基于山东省内不同区域的 4 个县(市)分级诊疗改革的实地调查, 听取医保、卫健、医院和患者多方意见, 分析总结了在推行分级诊疗过程中面临的突出问题, 结合我省医改实际提出了合理化建议, 可为我省扎实有效系统性推进分级诊疗改革提供参考、借鉴。

【关键词】 分级诊疗改革; 医保基金; 医共体; 医保支付方式

Investigation report on the implementation of graded diagnosis and treatment system in our province

Qipeng Fan¹ Haoming Li² Luyi Hao²

¹Shandong Medical Insurance Fund Audit Center, Jinan

²The People's Insurance Company of China, Shandong Branch, Jinan

【Abstract】 The hierarchical diagnosis and treatment system is a key task in deepening the medical reform. Based on the field investigation of the hierarchical diagnosis and treatment reform in 4 counties (cities) in different regions of Shandong Province, this paper analyzes and summarizes the opinions of medical insurance, health care, hospitals and patients. The prominent problems faced in the process of implementing hierarchical diagnosis and treatment, combined with the actual medical reform in our province, put forward reasonable suggestions, which can provide reference and reference for the province to steadily and effectively promote the reform of hierarchical diagnosis and treatment.

【Keywords】 Hierarchical diagnosis and treatment reform; Medical insurance fund; Medical community; Medical insurance payment method

分级诊疗是五项基本卫生制度的首要任务, 是构建医疗卫生服务体系、合理配置医疗资源、促进基本卫生服务均等化的重要措施, 也是深化医改的重要内容。本着“以人为本、群众自愿、统筹城乡、创新机制”的原则, 实现“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的内涵。《国务院办公厅关于印发深化医保卫生体制改革 2021 年重点工作任务的通知》再次重申了“加快推进分级诊疗体系建设”的工作要求。本文选取了鲁中部、北部、南部的 Z 市、S 市、J 县和 F 县四个县(市), 深入 4 所乡镇卫生院进行实地查看, 召开 4 场座谈会, 当面听取医保、卫健部门和 8 家县级医疗机构、14 个乡镇卫生院负责同志和 4 名村医对分级诊疗工作的意见建议, 收集县级医院、乡镇卫生院基本情况、近年业务开展和医保支付情况进

行了数据分析。同时为听取基层群众的意见, 在 4 县(市)随机选取 5 个村的 145 名居民开展了就医意愿的问卷调查。

1 分级诊疗工作开展中遇到的突出问题

分级诊疗核心就是要解决大医院舍得转、基层医院接得住、老百姓愿意去的问题。就调查反映的情况看, 这三个方面问题尚未得到根本解决, 而且随着医改工作的深入, 分级诊疗还面临着许多新问题。

1.1 大医院不愿意转

(1) 公立医院财政投入不足导致逐利性。近年来医改主要集中在公立医院的改革上, 推行过程中, 很多措施并没有触碰到核心-医院的创收机制。Z 市人民医院反映, 取消药品加成后, 财政补贴差距较大, 医院只能靠赢利予以解决。从财政管理体制上看, 县

级以上公立医院大都属于财政差额拨款单位, 乡镇卫生院属于公益一类单位, 但每年财政拨款连在职工工资都不能全额保障, 更不用说聘用人员、退休人员的工资补助, 医院、乡镇卫生院都只能靠创收来维持运营, 多收一个病人就意味着多一份效益, 下放一个病人就等于失去一份收益。在目前仅仅是松散关系的医联体内, 没有实现人、财、物、利益统一, 上级医院不可能把病人下放。

(2) 大医院的无序扩张造成的“虹吸现象”。近年来, 国家、省加强了县级公立医院的建设, 各级政府加大了投入。尽管国家出台了严格控制公立医院

床位增强的相关规定, 但二、三级医院扩张的步伐并没有被阻止。我省从 2010 年~2018 年, 全省基层医疗卫生机构的床位数和入院人数基本持平, 而二、三级医院的床位数和入院人数都有较大幅度增加(详见表 1)。二、三级医院对基层机构的病人、医生和医保经费均产生了巨大的虹吸作用。中国人民大学仇雨临教授利用回归因素分析得出结论: 人均医疗机构床位数是影响医保住院率最主要因素; 每千人均医疗机构床位数每增加 1 个, 职工医保住院率与居民医保住院率分别增长 11.6%和 5.67%。

表 1 全省医疗卫生机构床位数及入院人数

医院等级	床位数(张)			入院人数(万人)				
	2018 年	2017 年	2016 年	2010 年	2018 年	2017 年	2016 年	2010 年
三级医院	194208	178985	159526	71405	734.73	669.74	581.08	217.03
二级医院	171005	171410	163986	133012	547.09	576.80	576.12	456.29
基层医疗卫生机构	119373	116679	115894	107329	306.97	314.66	301.52	290.5

注: 表格数据来自《2018 年山东省卫生健康事业发展统计公报》

在实地调研 4 个县(市)的人民医院、中医院近几年都建设了新楼或新院区, Z 市人民医院 2016 年新建病房楼, 编制床位由 460 张增加到 760 张, S 市人民医院 2017 年新建东城院区, 编制床位数由 1000 张增加到 1600 张, 市中医院 2018 年新建病房楼投入使用, 编制床位由 450 增加到 1000 张。J 县和 F 县人民医院建设新院区后, J 县编制床位分别由 1280 张增加 2780 张, F 县由 900 张增加到 1500 张。目前各县级医院的床位利用率大都在 80%~90%, 调研的 4 县(市)基层医疗机构均反映, 现在主要为向上转诊病人, 下转病人很少, 双向转诊成了单向转诊。

(3) 医共体建设尚未形成合力。调查的 4 个县(市)医疗机构的医共体均为松散型的(F 虽开展了医共体试点, 但也并未实现人、财、物、管理、绩效的统一, 医保预算、结算也是按各自计算管理的), 主要是上级医院派医生到下级医院进行技术帮扶, 还没有真正实现利益分配的统一。

(4) 医院分级诊疗目录不明确。调研的 4 县(市)医疗机构反映, 医院等级分成一、二、三级, 但却没有明确规定一、二、三级医院收治病种的入院、出院、上转、下转标准, 造成上级医院大小通吃, 收治了本应在下级医院治疗的疾病, 既浪费了医保资金, 又增

加了群众的负担。

1.2 基层接不住

医疗服务能力整体不强, 是目前基层医疗机构面临的突出问题。

(1) 人才缺乏。造成基层人才紧缺的因素很多, 经调查, 主要有四种原因: 一是引不进来。基层工作环境艰苦、待遇低, 成长空间有限, 多数医学院校毕业生不愿到基层工作。二是留不下来。医务人员培养周期较长, 一般需要 8-10 年才能成为业务骨干, 一旦能够“独立顶班”, 部分人员就会选择辞职“跳槽”。此外, 规培制度进一步加剧了人才流失速度, 基层招聘的本科生要到三级以上医院进行三年的住院医师规范化培养, 基层支付三年工资费用, 很多临床医师规培结束后直接就被二、三级医院招走, 基层“只知其人、不见其人”。三是公卫转岗。公共卫生服务和家庭医生签约投入大、任务重、考核严, 人力投入基本占到基层全体职工的 1/2, 很多乡镇卫生院(社区卫生服务中心)不得不忍痛割爱, 将有限的临床医师转岗到公卫岗位, 导致学科建设更加“捉襟见肘”。四是上级借调。基层条件艰苦、交通不便、技术上升空间有限, 很多医务人员托关系、找门路, 以各种形式“借调”到县级医院、卫健主管部门帮助工作, 形成在

编不在岗的技术人员。调研 J 县 D 卫生院中了解, 28 名中级职称技术人员被上级医疗机构借调 8 人, 4 名高级职称技术人员被借调 2 人。目前, 很多乡镇卫生院(社区卫生服务中心)对于招聘专业技术人才持“纠结”心态。

(2) 基本药物制度和医疗服务价格政策知晓率不高。据乡镇卫生院反映, 基本药物制度要求基本药物的采购量不能低于 70%, 限制了基层自主用药选择权, 制约了基层群众用药公平可及。部分地区基层医疗机构的医疗服务项目价格多年来一直未作调整, 医疗服务项目价格偏低。

这主要反映出基层对现有政策了解不全面的问题。2017 年, 我省卫计委、人社厅共同印发了《关于调整完善基层医疗卫生机构药品配备使用政策的通知》, 将医疗保险目录范围内药品全部下沉基层, 由基层机构自主遴选采购, 取消了基本药物基层采购比例限制。我省医疗服务项目价格实行分级管理, 省级医保部门制定驻省(部)属公立医疗机构的基本医疗服务价格, 市属及辖区内省(部)属、县属公立医疗机构服务价格授权各市人民政府定价。

(3) 基层医疗机构信息化落后。现在乡镇卫生院的信息管理系统大都是卫生院为院内临床工作购买的医院管理系统, 没有分级诊疗、家庭医生签约等上下级医院之间的管理功能, 而开发新模块、增加数据接口模块又需要与不同厂家进行洽谈, 需要花费不小的费用。信息化工作急待市、县级层面进行统一。

1.3 群众不愿意去

多年来, 群众就高不就低的就医习惯难以改变。随着收入增加, 群众对健康的需求提升了, 因此对不同等级医院之间医保报销的差距并不敏感, 加之随着交通的发达和家庭购车的增多, 出行更便捷, 生病后群众更多地会选择去上级医院就诊。

本次调研, 组织了 145 名群众进行了问卷调查, 汇总数据显示, 如果发生住院就诊的群众, 选择县级医院就诊的比例为 73.1%, 选择市级及以上就诊的比例占 20.7%, 选择到乡级卫生院就诊的比例仅为 6.2%。89.7%的群众不愿意到乡镇卫生院就诊的原因是乡镇卫生院医疗技术水平差。对于病情稳定是否愿意回基层康复的问题, 55.17%的群众回答是不愿意。

1.4 拉大不同级别医院之间医保报销比例对吸引群众到基层就医的作用有限

基层群众问卷调查汇总数据显示: 涉及影响群众就诊因素问题, 医疗技术占 53.1%, 医院名气占 19.3%, 就诊方便占 19.3%, 一、二、三级医院报销比例差距因素仅占 8.3%。

Z 市(县)所在地区, 自 2015 年开始居民医保政策进一步拉大了县乡两级医院医保的报销比例, 群众在乡镇卫生院住院, 实行 200 元起付线以上 100% 全报销(2021 年调整为 90%); 在二级医院住院, 起付线 500 元, 纳入统筹的医疗费用报销比例 75% (二级中医院 80%); 三级医院起付线 1000 元, 报销比例 50%。一、二、三级医院之间的报销比例分别相差 25 个百分点, 报销比例差距在全省是最高的。2021 年度的数据显示, 乡镇卫生院就诊人次仅占全部住院人次的 19.68%。

据调研了解, S 市、J 县、F 的一、二、三级医院报销比例分别为 85%、70%和 55%, 差距在 15%, 乡镇卫生院住院人数占居民住院比例分别为 21.9%、22.5%和 28.6%。

1.5 公共卫生任务给基层医疗机构造成了压力

调查发现基层医疗机构对老年人等重点人群进行了签约, 但履约情况不能得到落实。原因是经费和人员不足。家庭医生签约费每人 130 元, 各地市规定的经费来源渠道不一, 大都由医保、公卫、财政、个人中的 3-4 个途径来分担, 但公卫和财政是打包付费, 只是在项目中增加了家庭医生签约的项目, 并未实际增加费用。深化医改实施以来, 乡镇卫生院(社区卫生服务中心)承担的公共卫生服务项目日益增多, 但是现有的经费补助标准远远低于刚性支出成本, 根本无法满足项目开展。公共卫生服务经费按照项目投给“需方”, 未包括乡镇卫生院(社区卫生服务中心)人员和经费, 需要依靠医疗收入供养, 加重了基层运行负担。近年来, 机关事业单位工资标准增幅很大, 在财政资金紧张的情况下, 乡镇卫生院普遍反映公共卫生服务和家庭医生签约投入大、任务重、考核严, 给老年人查体、两癌筛查和中小學生查体占据了乡镇卫生院近 10 个月的时间。

1.6 群众对医保政策不了解

在走访群众时发现, 145 个调查对象中有 2 人未参保, 原因是个人缴费太多、身体不会有问题且对医保政策不甚理解。有过半的群众对医保的报销政策并不了解, 有的甚至对县乡报销比例有差距也不知晓。

2 调研中发现的其他问题

2.1 打击欺诈骗保行动以来, 乡镇卫生院住院人数和医保基金支出的住院费用明显减少

据 Z 市统计, 疫情前 2019 年 1-6 月, 15 家镇(街道)卫生院住院 8007 人次, 同比减少 5613 人次, 降幅为 41%; 医保基金支出 1037.68 万元, 同比减少 692.08 万元, 降幅为 40%。同期, S 市 S 街道卫生院住院人数和报销费用同比下降 31.3% 和 40.7%; J 县 D 镇卫生院分别下降 25.8% 和 32.5%; F 县 X 镇卫生院分别下降 28.6% 和 33%。

乡镇卫生院普遍反映近期医保系统开展打击欺诈骗保行动很有必要, 但在乡镇卫生院住院的大都是轻病病人, 多数是离医院 3~5 里的乡里乡亲, 要求 24 小时在院容易造成群众有意见, 建议设立日间病房。

2.2 企业职工医保基金面临穿底的风险

机构改革后, 职工医保的征缴部门和方式发生变化, 基层在征缴中发现目前由医保部门负责征缴, 税务部门负责收钱的模式存在不少问题。一是职工医疗保险与养老保险分离, 失去了促进企业缴纳医保费用的有力抓手。加上目前职工医保缴费数额远高于居民医保缴费数额, 极有可能造成职工改缴居民医保, 造成职工医保的流失。

3 相关建议

3.1 健全完善政府稳定持续投入机制

应建立稳定长效的投入机制, 全面落实政府对县级公立医院符合规划的基本建设及设备购置、重点学科发展、人才培养、符合国家规定的离退休人员费用、政策性亏损补贴等投入, 对公立医院承担的公共卫生任务给予专项补助。将镇(街)卫生院公共卫生服务人员工作经费和人员经费增支额常态化纳入政府财政预算, 对基层医疗卫生机构基本建设和设备购置等发展建设支出, 根据建设规划足额安排; 对基本公共卫生服务经费, 要按照考核结果及时足额拨付; 对基层医疗卫生机构承担的突发公共卫生事件处置任务, 要按照服务成本核定补助, 保证镇街卫生院职工队伍稳定。逐步提高财政补助占医院收入的比例。

3.2 坚决遏制二、三级医院的无序扩张

业务收入仍为医院最主要的收入来源, 而财政补助也主要与医院规模相关联。另外二、三级医院热衷于追求高端技术设备, 开展高新诊疗技术, 通过扩大床位规模、提高服务数量来分摊成本, 扩大规模随之

增加了住院率, 医院与患者为了“共同的利益”, 变小病为“大病”, 变门诊为“住院”。所以要进一步明确公立医院的公益性, 促进公立医院由规模扩张型向提高服务质量型转变, 严格落实医疗机构建设规划。

3.3 严格落实各级各类医疗机构功能定位

建立健全以强基层为重点完善分级诊疗服务体系, 建议卫健主管部门科学界定各级医疗卫生机构主要诊疗病种范围, 进一步明晰分级诊疗病种入院、出院标准和转诊原则, 完善双向转诊流程, 实现不同级别医疗机构之间有序转诊。三级医院主要提供急危重症和疑难复杂疾病的诊疗服务; 二级医院主要提供县域内常见病、多发病诊疗, 以及急危重症患者抢救和疑难复杂疾病向上转诊服务; 基层医疗卫生机构和康复医院、护理院等为诊断明确、病情稳定的慢性病患者、康复期患者、老年病患者、晚期肿瘤患者等提供治疗、康复、护理服务。

3.4 抓紧建立责权利统一的医共体

医联体尤其是医共体建设是实现医疗资源下沉, 实现上下贯通, 提升医疗服务体系整体效能, 促进分级诊疗的有效途径。医联体建设难点在于县域医共体建设, 即以县级医院为龙头, 将基层医疗机构的人、财、物划归县级医院统一管理, 实施县乡一体化管理, 医共体内实现“六统一”(统一人事管理、统一财务管理、统一资产管理、统一业务管理、统一药品耗材目录、统一药品耗材企业配送), 在医保支付方式上, 实行按人头总额预付, 交由牵头医院统筹管理, 年底结算, 超支由县级医院承担, 结余由县级医院、镇卫生院、村卫生室按比例进行分配, 倒逼医共体内各医疗机构主动控制不合理医疗费用, 降低外转患者, 尽最大努力减少居民患病。

3.5 切实加强基层医疗卫生服务能力建设

医改的总体要求是“保基本、强基层、建机制”, 只有基层强了, 群众才会相信你、才愿意留在基层看病, 家庭医生签约、分级诊疗等工作才能得到有效落实。由于综合改革配套政策推进相对滞后, 基层卫生机构面临新的发展难题, 陷入“缺医少药”困境, 医疗设施老化, 医疗服务功能逐步弱化, 业务总量逐年萎缩, 有的甚至出现严重的收支失调现象, 无法维持正常运转, 偏离了“强基层”改革轨道。

3.6 进一步深化医保支付方式改革和提高基层医疗服务价格

以 DRGs、DIP 试点为契机, 继续深化以总额控制下的多元医保支付方式改革, 在实行六统一的县域医共体内实行“总额预付, 节余留用, 超支不补”的医保基金管理模式, 提高医保基金保障效能。各市应根据经济发展和工作实际, 提高基层医疗服务项目价格, 提高基层医务人员劳动价值。建立完善药品供应企业“黑名单”制度, 以地市为单位或多地市联合, 建立药品招采联盟, 努力解决基层机构采购药品价格虚高和配送困难的问题。

3.7 加强医保政策宣传工作力度

继续大力宣传打击欺诈骗保工作成果, 形成“不敢骗、不能骗”的强压态势, 加强医保政策宣传, 通过医保政策宣传进社区、进乡村、进学校、进家庭等活动, 利用网站、微信、微博、报纸、电视等多种渠道, 让老百姓了解医保政策, 提升群众获得感。

参考文献

- [1] 国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2021 年重点工作任务的通知[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2021(18):46-49.
- [2] 山东省卫生和计划生育委员会 山东省人力资源和社会保障

保障厅关于调整完善基层医疗卫生机构药品配备使用政策的通知[J]. 山东省人民政府公报, 2017(21):59-60.

- [3] 山东省物价局 山东省卫生厅 山东省财政厅 山东省人力资源和社会保障厅关于制定基层医疗卫生机构一般诊疗费标准的指导意见[J].
- [4] 山东省卫生健康委员会 2018 年山东省卫生健康事业发展统计公报[J].

收稿日期: 2022 年 8 月 5 日

出刊日期: 2022 年 9 月 2 日

引用本文: 范其鹏, 李浩铭, 郝璐颐, 我分级诊疗制度推行工作的调研报告[J]. 国际医学与数据杂志 2022, 6(4): 44-48

DOI: 10.12208/j. ijmd.20220151

检索信息: RCCSE 权威核心学术期刊数据库、中国知网 (CNKI Scholar)、万方数据 (WANFANG DATA)、Google Scholar 等数据库收录期刊

版权声明: ©2022 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS