

## · 综 述 ·

## 我国分级诊疗理论架构、实现路径及评价体系\*

陈柯羽<sup>1</sup>, 韩优莉<sup>1</sup>, 王亚东<sup>1</sup>, 孟群<sup>1,2</sup>

**【摘要】**为构建我国分级诊疗理论框架、归纳其实现路径并总结其评价体系,本研究借助WHO卫生系统六模块等理论,结合实际对其进行总结梳理。研究发现,虽然各地各地区分级诊疗推进模式不尽相同,但实现路径殊途同归,都是在结构和过程中通过利益相关者的博弈更有效地配置医疗资源,最终实现首诊制的、整合性的、连续性的、减轻医疗负担的和让群众满意的诊疗服务。建议各地、各地区在综合评估卫生发展状况基础上有计划有步骤地推进分级诊疗,同时以史为鉴、参照国际经验,以弥补自身经验不足。

**【关键词】** 分级诊疗;理论;路径;评价

中图分类号:R 122 文献标志码:A 文章编号:1001-0580(2019)04-0497-07 DOI:10.11847/zgggws1121947

## Theoretical framework, implementation path and evaluation system of the Tiered Diagnosis and Medical Treatment in China: a literature analysis

CHEN Ke-yu\*, HAN You-li, WANG Ya-dong, et al (\*School of Health Management and Education, Capital Medical University, Beijing 100069, China)

**【Abstract】** The aim of the study is to discuss the construction of the theoretical framework of the Tiered Diagnosis and Medical Treatment (TDMT) and to summarize the implementation path and evaluation system of TDMT in China. Relevant theories on TDMT such as six modules for health system recommend by World Health Organization (WHO) were used for references in the study. We found that although the promotion modes of the TDMT vary from place to place, the way to achieve the same goal is to allocate medical resources more effectively through stakeholder games in the structure and process of the TDMT, and ultimately achieve the first-visit, integrated, continual, less burden and more satisfactory health system. It is suggested that all regions should systematically promote the TDMT on the basis of comprehensive assessment of health development, draw lessons from history and refer to international experience so as to make up for the lack of experience.

**【Key words】** the Tiered Diagnosis and Medical Treatment; theory; path; evaluation

分级诊疗是近年我国医疗卫生领域推行的一项重要政策。2009年“新医改”后,国家层面对构建分级诊疗体系的重视程度逐步提高。2015年,国务院办公厅下发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》<sup>[1]</sup>,明确提出以强基层为重点完善分级诊疗服务体系,并提出考核标准。2016年习近平总书记在“努力在分级诊疗、现代医院管理、全民医保、药品供应保障、综合监管5项基本医疗卫生制度建设上取得突破”要求<sup>[2]</sup>。2017年,国务院发布《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》<sup>[3]</sup>,以分级诊疗为主要内容的基本医疗卫生制度建设被置于“十三五”规划的首要位置。中央层面密集出台的分级诊疗政策影响下,截至2018年5月,全国31个省、自治区、直辖市(除港、澳、台地区)及新疆生产建设兵团均已印发了推进分级诊疗相关文件(根据各省卫健委官网信息显示)。相比较分级诊疗政策及相关措施如火如荼的推进现状,针对分级诊疗政策系统性全面性的理论研究相对匮乏,实现路径莫衷一是,导致评价标准也发言盈庭。

### 1 分级诊疗评价研究

1.1 国际层级医疗评价 国际上并无与分级诊疗完全吻合的概念,参考卫生系统评价方面,应用较广的有世界卫生组织(World Health Organization, WHO)卫生系统绩效评估框架、经济合作与发展组织(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)国家评估框架、欧盟卫生系统绩效评价指标体系和英国卫生系统绩效评估框架等。上述卫生评价体系都与我国国情有一定差距,不可照搬照用。国际机构与中国医改合作方面,2009年卫生部邀请WHO为中国设计了“全球视角下中国医药卫生体制改革监测与评价综合框架”,包括具有渐进效果的四阶段:投入与过程-产出-结果-影响,改革评价的中短期目标是以期了解卫生投入增长情况,长期目标对于卫生服务的可及性、安全性、患者满意度等进行监测。WHO还为中国医改重点工作设计了122个评价指标,对分级诊疗评价指标的确定具有借鉴意义<sup>[4]</sup>。

\* 基金项目:国家卫生健康委员会体制改革司委托课题 世行贷款中国医疗卫生改革促进项目

作者单位:1.首都医科大学卫生管理与教育学院,北京 100069;2.国家卫生健康委员会

作者简介:陈柯羽(1988-),女,北京市人,博士在读,研究方向:卫生政策研究。

通信作者:孟群, E-mail: mengqun@nhfpc.gov.cn

数字出版日期:2019-02-11 10:38

数字出版地址: <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1234.R.20190211.1038.002.html>

1.2 国内分级诊疗评价研究 2015年始,我国分级诊疗政策在全国范围内推行力度逐步加大,各省市施行进度、方式和标准不统一,政策涉及面广,评价难度大。如上文述,国务院办公厅于2015年提出了分级诊疗试点工作的考核评价标准。王清波<sup>[5]</sup>指出分级诊疗的效果评价可以从基层首诊、双向转诊、费用、服务的质与量和患者体验等方面进行。郭伟<sup>[6]</sup>运用数据包络分析方法(data envelopment analysis, DEA)检验我国分级诊疗制度的有效性,用聚类分析法筛选出1个投入指标(床位数)和2个产出指标(门急诊人次、出院人次)。

纵观国内、国际,未有针对我国分级诊疗政策实施效果的全面系统评价体系,故欲从理论层面,寻求与我国分级诊疗推进过程相契合的理论支撑,结合实际梳理出分级诊疗的实现路径并进一步提炼分级诊疗评价体系。

## 2 分级诊疗相关理论概述

2.1 理论总纲 本研究总理论分析框架选用结构-过程-结果(structure-process-outcome)3维质量评价模式。该理论是美国学者 Donabedian<sup>[7]</sup>提出的从结构、过程和结果3方面评价医疗卫生服务质量,每一步的优化对下一步起到正向作用。近年来该理论被广泛运用于卫生政策领域——将卫生服务看成是一个由结构、过程和结果构成的体系。王清波<sup>[5]</sup>、王欣等<sup>[8]</sup>曾运用其评价分级诊疗及卫生整合实施效果。

2.2 结构部分理论 分级诊疗体制建设之初的顶层结构设计离不开对利益相关方面诉求的分析、资源的重组甚至权益的重构。这些利益具体构成了体制机制的施力点和着力点。而各利益相关方面彼此间动态的关联、形成的网络完成了分级诊疗由点到面的结构表达。

2.2.1 利益相关者理论 利益相关者理论(stakeholder theory)是由斯坦福研究所(Stanford Research Institute, SRI)提出的<sup>[9]</sup>,该理论究源头是探索管理层是该向股东负责还是需兼顾所有相关者的利益,历经数年发展逐渐应用于公共政策领域<sup>[10]</sup>。Sirgy<sup>[11]</sup>根据利益具体的远近程度提出将利益相关者细分为内部、外部和远端利益相关者3类。

2.2.2 社会网络理论 社会网络分析(social network analysis, SNA)理论是20世纪70年代后社会学、心理学、数学等学科协同发展形成的分支,用于研究不同社会单元构成的关系结构和属性<sup>[12-13]</sup>。该理论一改既往单个的、切割的个体或者组织研究方法,着眼于个体或组织间关系的探讨,故而更适合探究医疗服务体系间的关系、整合的结构及其影响的评价。马霞<sup>[14]</sup>、王欣<sup>[15]</sup>曾运用其分析卫生政策和

卫生服务体系的整合效果。

2.2.3 委托-代理理论 委托-代理理论(principal-agent Theory)在信息经济学中指的是代理人或代理机构受雇于1个或多个委托人,根据合同开展工作,达成委托人所预期的结果,并由委托人支付报酬<sup>[16]</sup>。委托代理关系发生在涉及授权的各种情况和背景下。刘盾<sup>[17]</sup>认为美国医疗保障体系充分体现了第3方代理机制。

2.3 过程部分理论 对分级诊疗的开展过程进行全方位评价,须借助宏观发展框架体系。2006年WHO提出的“系统模块(building blocks)框架”即通过加强卫生系统改善人群健康结果。该系统六模块包括提供服务模式、领导和治理、筹资、医疗产品、卫生人力、卫生信息、疫苗和技术,通过实现包括可及性、安全性和覆盖率在内的中间指标,达到包括健康状况改善、反应性提高和控费在内的总体改革目标<sup>[18]</sup>,结合国内分级诊疗实施情况、既往学者研究<sup>[19]</sup>和上述国办提出的10条考核标准进行本土化表述,表达为诊疗模式、人力资源、信息技术、医术、医保医药医疗器械和治理机制六大模块。在过程部分,依托该模块分步运用以下理论进行分析归纳。

2.3.1 不完全契约及参照点契约理论 不完全契约理论(incomplete contracting theory)是由Hart<sup>[20-21]</sup>和其学术合作者在前诺贝尔奖得主Coase所创立的交易费用理论基础上的研究成果,后延伸出重要的学术论点如剩余控制权、参照点契约理论模型等。其和传统的完全契约根本区别在于:主张过程中用再谈判来解决最初不能确定的权责<sup>[22]</sup>。该理论的内容和特质适用于分析分级诊疗的推进模式。

2.3.2 控制理论 Wiener1948年的论著《控制论——或关于在动物和机器中控制和通讯的科学》标志着控制论的诞生<sup>[23]</sup>。控制从过程来看一般可分为前馈控制、过程控制和反馈控制<sup>[24]</sup>。前馈控制是以全方位科学预测为前提而实施的;过程控制意指管理者在工作中按照管理制度所实施的控制;反馈控制,是指工作结束后,通过对过程的回顾、总结、分析与评价,发现工作中出现的偏差,找寻症结之所在并总结得失,提出应对的防范措施。

2.3.3 博弈论 “博弈”(game)是一种策略互动。在该研究领域诞生了数位诺贝尔奖获得者。陈建先<sup>[25]</sup>认为博弈论的基本思想是立足最坏的情况、争取最好的结果。在分级诊疗施行过程中,由于涉及医疗关系的重组,所以离不开博弈的理论指导。

2.3.4 计划行为理论 Ajzen<sup>[26]</sup>在1985年提出计划行为理论(theory of planned behavior),该理论体系包含行为态度、认知行为控制、主观规范、行为意向和实际行为五大要素。这5要素中,主观规范、行

为态度和认知行为控制是决定行为意向的3个主要变量,态度越积极、在特定行为中来自他人或团体的支持力度越大、知觉行为控制越强,行为意向就越大。另外,实际行为由行为意向决定,行为意向受行为态度、主观规范和认知行为控制3者决定,认知行为控制也可直接作用于行为。

**2.3.5 自我决定理论** 动机的自我决定理论(self-determination theory)由美国心理学家Decie<sup>[27]</sup>提出的旨在探讨人类自身如何通过动机过程决定行为的理论。该理论的假设前提是人是有机整体,与生俱来具备自主成长和发展动力。其把动机看作一个连续体,完全没有动机和内部动机分居于该连续体两端,从连续体的一端到另一端体是由控制动机到自主动机的逐渐变化过程。该理论还认为动机的内化能否顺利完成,取决于胜任、自主和关系3个基本心理需要是否满足<sup>[28]</sup>。根据该理论的内含,领导能通过满足员工上述3类心理需求促进外部动机的内化来增强员工内部动机。

**2.4 结果** 分级诊疗的结果,就是实现患者的有序分流,层级转诊;医疗机构各有分工,配合默契。相比较分级诊疗施行的结构和过程更多的是一种最终状态的呈现,而非借助理论构建的方式。将在下文着重阐述。

### 3 分级诊疗的实现路径分析

**3.1 结构部分路径(图1)** 分级诊疗之所以从推行到试点到全方位推开展展缓慢,因其触动多方利益,而其利益相关方需从供、需、管和筹资方不同角度进行分析。上文提及,Sirgy<sup>[11]</sup>提出了3类利益相关者,本研究借助其理论梳理分级诊疗利益相关方面如下:内部利益相关者包括卫生行政部门、公立医疗机构及其员工和患者;外部的利益相关者有医保行政部门、发改财税行政部门、人社行政部门、审计行政部门、编办、市场监管行政部门、医药器械设备商和卫生信息平台建设机构;远端的利益相关者包括卫生科研院所、盈利性医疗机构、商业保险公司、社会媒体和公安民政部门,我国分级诊疗正是由上述利益相关者的互动来实现的。

社会网络理论认为“社会网络是由多个社会行动者及它们间的关系组成的集合”<sup>[29]</sup>。将社会网络理论和利益相关者理论相结合分析分级诊疗运行的结构,上述内部、外部和远端利益相关者同处于一个医疗网状结构中,彼此间有不同性质的关联,最核心是外部和远端利益相关者通过发挥对内部利益相关者的影响来完成分级诊疗的过程。

分级诊疗的利益相关者之间可以有多种关系,如:监督关系、人才培养和输送关系、竞争关系,甚至既监督又合作的关系,有一种关系在分级诊疗结

构构建时较普遍,即委托-代理关系。不仅我国,世界范围内,由于医学的专业性,医、患、管之间都存在信息不对称问题,基于此,患者委托医生管理和保障自己的健康;由于我国卫生事业的公益性,卫生行政管理部门委托医院为患者提供健康服务的关系。在委托-代理关系中,双方的委托代理目标可因委托人与代理人的效用函数不一致而存在差异,并造成代理目标的与代理初衷的差异,所以为了预防和惩治目标差异行为、提高委托效率,委托人有必要采取激励和监督相配合的手段使得代理人与委托人的目标尽可能趋同,达到帕累托最优。在分级诊疗推进过程中,为确保体制机制构建的合理性和所求效率最优,基于委托-代理理论既需借助医保杠杆调节作用又要兼顾契约的硬性规定作用<sup>[30]</sup>。同时,监督约束力不仅仅针对医疗安全,还需针对分级诊疗实施的规范和效果:政府自制评价标准之余也可委托第三方机构进行评估分级诊疗实施的效果。关于我国医保的代理行为,我国险种主要分为2种:公益性的福利性的社会医疗保险和盈利性的自愿参保的商业医疗保险。相比较商业医疗保险,我国社会医疗保险因其自身还存在强制性,所以对分级诊疗推进的助益更大。冯娟<sup>[31]</sup>研究发现相比较医保后付制的滞后性,预付制能对医疗机构节约资源进行经济激励。在分级诊疗过程中,医保的杠杆作用还体现在实行差额报销以变相引导就医流向,降低其对于大医院的盲目追求,该过程也可视为政府委托医保部门助力分级诊疗的实现。

综上所述,分级诊疗的治理机制和实现路径,在结构部分是通过卫生行政部门委托医疗机构和医保发行政部门等内部、外部利益相关者,运用契约手段和(或)经济杠杆调节,引导患者有序就医。同时也离不开卫生信息平台建设机构、卫生科研院所等远端利益相关者的配合。

**3.2 过程部分路径** 分级诊疗推行的过程实则是所涉利益相关者之间博弈的过程。服务诊疗模式是分级诊疗外化形式,暗含“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的方式。

根据不完全契约及参照点契约理论来分析分级诊疗推进模式。首先关于政府在分级诊疗推行过程中的角色定位问题,聂辉华<sup>[32]</sup>认为最优的改革实施战略应该是:若协调优势更为重要,应将改革试验的剩余控制权赋予中央政府;若信息优势更为重要,应将改革试验剩余控制权赋予地方政府。对于分级诊疗而言,因为涉及利益相关方面较多,显然协调优势更明显,所以应该由中央政府为主导。其次分析是关于政府和分级诊疗所涉及医疗机构的关系实则是一个委托人和多个代理人的关系问题。

由于分级诊疗涉及医疗机构既有层级之差,又有种类之别,每次诊疗过程都是由多家医疗机构协作完成的。所以,就是所谓的团队生产问题—代理人集体生产,无法区分每个人的劳动。如何避免其中有医疗机构懈怠? Alchian 和 Demsetz<sup>[33]</sup>提出的解决方法是,让其中一个代理人变成委托人,获得团队生产的剩余索取权,这样他就有动力监督所有代理人的行动,从而实现团队总产出最大化。这就是分级诊疗过程中医联体建成后,在某些医联体中会出现一个主导的公立医院,该医院也会对剩余索取权有更多获得机会,可参照安徽天长2家医共体中的牵头公立医院的地位和作用<sup>[34]</sup>。其3是分析分级诊疗推进的模式,要实现分级诊疗则必须将不同层级的医疗机构以更效率的更密切的形式联系起来协同完成诊疗过程,不可避免地要进行医疗机构之间的整合。在全世界范围内,整合型医疗服务体系都是大趋势,该模式也被 WHO 和世界银行所推崇<sup>[35-36]</sup>。而提到整合,必然涉及利益重组,不完全契约理论认为企业是由它所拥有或控制的资产构成,一体化即为资产控制权联结的过程,资产控制权的程度决定了一体化的程度。格鲁斯曼(Grossman-Hart-Moore, GHM)模型即为一体化运用的正式模型。而后续的参照点契约理论则为契约双方的合同关系提供了参考点。韩优莉等<sup>[37]</sup>认为经典的 GHM 模型适合于解释纵向整合问题,参照点契约理论适合于讨论整合体内部的契约关系。分级诊疗提供的是医疗服务,基于医疗服务的不确定性,在不完全契约框架下分析医疗服务体系整合效应问题是较为适合的。目前,我国医疗服务体系纵向整合以公立医疗机构为主,其所有权归公众或政府,整合的过程不表现为所有权的变化,而仅为对资产控制权的配置。据资产控制权整合的程度可以将现有的分级诊疗的模式大致可分为3类:以技术、管理和信息为纽带的整合(形成医联体建立稳定的技术合作和转诊关系)、以控制权为纽带的整合(托管或建立分院)和以产权为纽带的整合(人、财、物统一调配)。以上3种情况均存在不同程度的“资产控制权”的整合,整合紧密度、一体化程度及对产权的攫取度均由弱到强,适用于不同情况下分级诊疗的实施,也是国内推行分级诊疗的普遍模式。

运用控制理论分析分级诊疗信息化建设,《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》<sup>[3]</sup>中提出:“利用信息化手段促进医疗资源纵向流动,提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率。”“互联网+健康医疗”服务模式推动了电子健康档案、电子病历的建设与应用,实现了患者网上预约就诊、随时查阅健康信息,也推动了远程医疗,提高了基层患

者对于优质医疗卫生资源获得的可及性和在基层就诊的意愿<sup>[38]</sup>。孟群认为在具体操作时应首先建立分级诊疗信息平台,整合原有医疗行业信息化建设的成果,实现各级医疗机构和区域内医疗信息的互联互通和共享<sup>[39]</sup>。同时,运用互联网技术将分级诊疗服务和养老服务有机融合,能助推健康中国战略的实施<sup>[40]</sup>。分级诊疗信息技术应用主要涉及居民健康档案系统、全科医生管理系统、双向转诊系统、区域医疗协作系统、远程医疗系统、电子病历(住院+门诊)系统、检验检查共享系统、管理系统等8大系统<sup>[41]</sup>,其中大部分信息系统在家庭医生、基层医疗机构和医院之间可做成共建共享、互联互通的模式,节约资源的同时能节省时间。在上述信息系统规划和建设之前都应进行前馈控制,事后更应开展反馈控制,及时对分级诊疗信息系统进行检测和调控,以保证信息安全和使用便利,形成的逻辑框图如图1示。

在上述卫生系统6模块里,由于医保、医药和医疗器械设备所涉及的经济和利益最为显见和直接,故本文运用博弈论对其进行理论分析。医保的杠杆在就医流向引导方面具有得天独厚的作用,但是过程中的基金监管和有效使用不容忽视。张平等<sup>[42]</sup>通过研究发现医疗总费用报销模式优于医疗服务量补贴模式,而建立分级医疗机制可以提高基层医疗服务能力,对不同层级医院的医保报销比例进行把关和监督,从而提高医保资金的使用效率,保障人民获益。在医保监管分级诊疗落实方面,周良荣等认为降低监管成本、重视处罚力度及医保带来的社会利益,同时应寻求均衡点以保障患者利益的同时提高监管积极性<sup>[43]</sup>。在采购的双方博弈中,博弈主体为医疗机构和药品、器械、设备等供应商。出于理性经济人利益最大化考虑,医生和供应商容易会结成利益共同体,均选择对自己最有利益的策略,导致药品和医疗器械价格虚高。为了解决这一问题,时卫生部先后推行了药品、医疗器械政府集中采购制度,在集中采购制度下,医疗机构权利受到限制,不能自行决定购买医疗器械,需统一由招标代理机构通过招标采购。但在实施集中采购之后,医疗器械价格存在不降反增的情况,原因是在政府集中采购过程中,不同主体通过不同手段在不同程度上限制竞争,造成采购机制扭曲,与制度设计初衷背离。政府采购寻租问题的原因是:缺乏监督、寻租利益极大、权利集中以及惩罚力度小。因此首先需要在全方位对政府采购进行监督;其次应推动采购电子化因此解决采购寻租问题可以借助技术创新;再次应加大处罚力度,处罚力度和监督力度密不可分<sup>[44]</sup>。

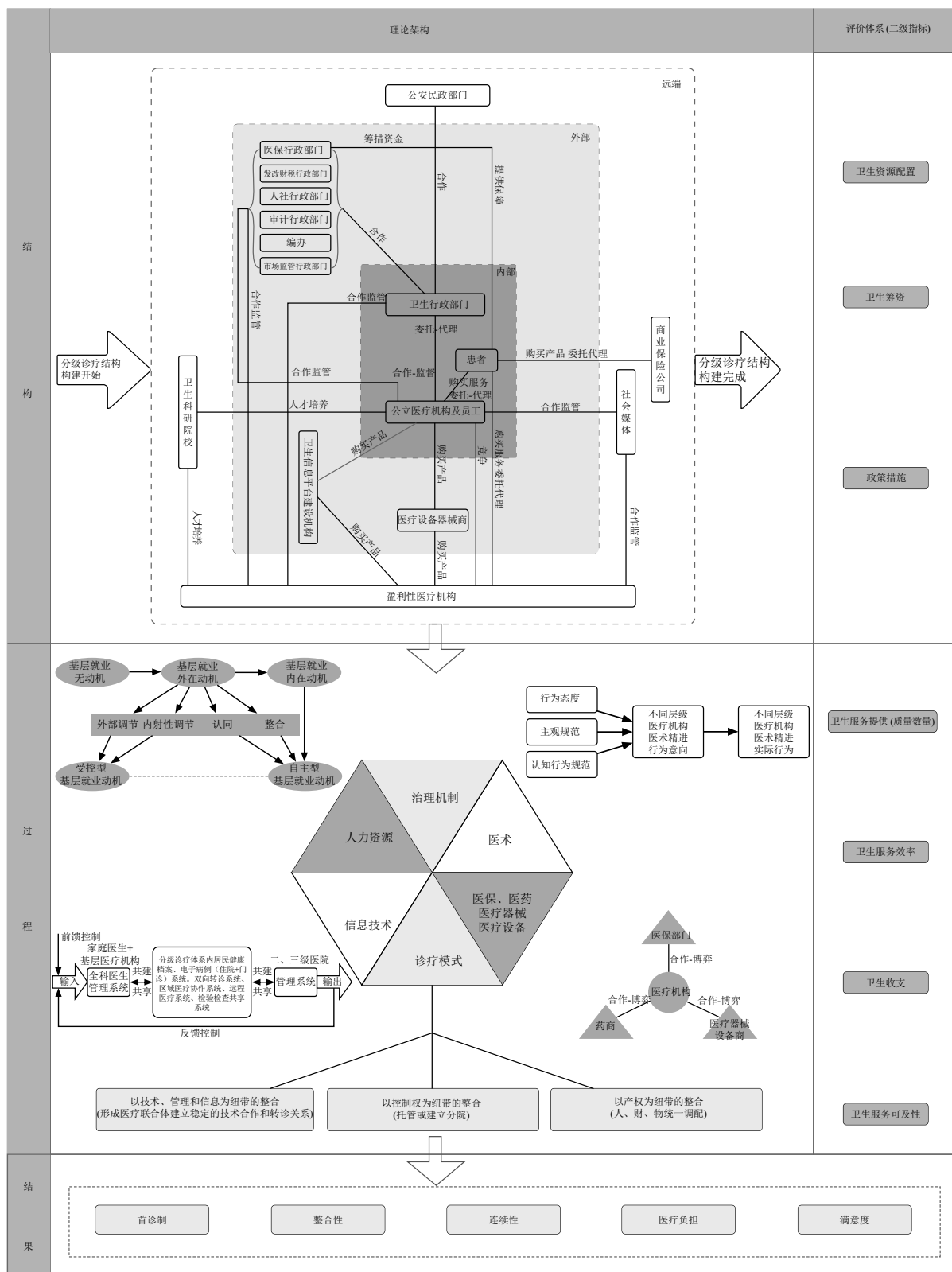


图 1 我国分级诊疗理论架构、实现路径和评价体系

运用计划行为理论分析医疗机构如何提高医疗水平助力分级诊疗。医院作为一个典型的知识和人才双密集型组织，面临着知识管理及信息化管理带来的竞争与挑战。关于预测个体行为的理论，一般而言，行为态度越积极、主观规范和行为控制认知越强，即医生个体的提高医术行为意向越强，个体行为越强。在分级诊疗过程上级医院对下级医

院技术支援和培训也是基层医生医术精进的好机会。所以在医疗机构管理者无论是否面对国内分级诊疗大形势，对于本医疗机构从医人员激励都应该从医务人员的行为态度、认知行为规范等角度激励医务人员，促进医务人员钻研专业知识，提高自身医学素养，从个体出发助力分级诊疗。

运用自我决定理论分析推行分级诊疗过程中人

力资源管理行为。是否施行分级诊疗于医生本身治病救人并无明显差别,所以如何巧妙利用自我决定理论,在分级诊疗的管理实践中,提供支持性、非控制性、信息性的工作环境,满足员工3种心理需要,进一步提升员工的内部动机或将外部动机内化到较高水平,从而加大其对分级诊疗的认可度,甚至生成到基层就业的内在动机,是分级诊疗能否落实重要的环节<sup>[45]</sup>。

基于上述理论分析,分级诊疗过程部分的实现路径为:在上述结构治理机制指导下,由中央政府主导,鼓励地方开展分级诊疗试点,待试点成功后将其模式和经验推广铺开至全国;在各地推进模式上,根据地方历史、现实情况进行不同结合程度的医疗整合体(医联体)建设作为分级诊疗推进的过程依托,并推举出牵头医院作为整合体的牵头者和管理者。巧用医保杠杆,尤其推崇总额预付制;注重信息化手段,尤其是信息化覆盖的全面性和安全性;鼓励医疗机构术提高,尤其基层医疗机构的整体技术水平;提升人力资源建设,尤其是整合体内人才有效流动;加大医药医疗设备器械采购的监管,尤其是促进整合体内资源共享互通。综上,方能通过有效配置人、财、物生成分级诊疗实施过程的最佳路径。

#### 4 分级诊疗的结果体现和评价体系

分级诊疗的结果是由相关利益体之间行为博弈产生的结局。美国学者认为强大的初级保健须由四个支柱组成:首诊负责、全流程的连续医疗服务、系统诊疗和卫生系统其它部分医疗服务的协调性<sup>[46]</sup>。在2015年9月,国务院办公厅提出建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的模式。说明我国国家层面对分级诊疗开展效果的预期也是首诊制、连续性和协调性。同时,四支柱中的“系统诊疗”和WHO及世界银行所倡导的整合性医疗服务不谋而和。在推动医疗服务基层化、连续化的同时,降低人民群众医疗负担是分级诊疗最终得以可持续发展的前提。分级诊疗的落脚点在于人民群众的获益和满意。所以,分级诊疗结果部分选择的评价指标是首诊制、整合性、连续性、医疗负担和满意度。

在评价体系中,结构方面的评价指标主要是能体现分级诊疗结构构建及彼此间的互联互通,包括分级诊疗运行过程中的基础医疗资源、卫生资金来源和卫生政策措施等。基于上述理论,全方位梳理利益相关者的内部关系后,选择能体现基础医疗资源的卫生资源配置、能代表卫生资金来源的卫生筹资和能体现外围卫生政策环境的政策措施来作为分级诊疗效果评价结构部分的评价指标。

分级诊疗的开展会导致人、财、物的重新分配。分级诊疗所期达到的效果是更好地满足人民群众的卫生服务需求,而卫生服务量是体现卫生服

务过程效果最直观指标;卫生服务质量是过程环节的根本落脚点;兼顾效率与公平是医疗卫生领域永恒的话题,《指导意见》中曾提及希望“希望到2017年,分级诊疗政策体系逐步完善……医疗资源利用效率和整体效益进一步提高”,可见提高卫生服务效率是分级诊疗推行的一大目标;卫生服务可及性能体现分级诊疗落地的情况,也能说明人民群众最终从分级诊疗中获益<sup>[47]</sup>;卫生政策在推行时无疑会带来医疗机构(医院以及基层医疗机构)收支的变化,医疗机构收支情况能反应其收入结构合理与否、政府财政补偿到位与否、“取消药品加成”政策落实成功与否,也可反映出分级诊疗政策的执行情况<sup>[48]</sup>。所以在过程评价部分选取卫生服务提供(数量和质量)、卫生服务效率、卫生服务可及性和卫生收支作为评价指标。

自此,形成了基于“结构-过程-结果”模型的分级诊疗理论架构、实现路径和评价体系图,见图1。

#### 5 讨论

我国地域辽阔、人口众多、民族繁复,分级诊疗作为近年来从中央到地方都在推行的医疗服务体系,在各地的表现形式和实现路径也不尽相同,比较知名的有深圳罗湖模式、安徽天长模式、福建三明模式、上海长宁模式等,不一而足。在推进做法方面有的注重医共体建设,有的注重三医联动,有的注重家庭医生签约,有的多管齐下,也有的独辟蹊径,反应了不同地域社会经济文化特点和创造力。正因为对于分级诊疗的路径从国家到地方层面都没有统一硬性规定,所以激发了各地区活力,纷纷对其推进模式进行了思考和探索。“长安回望绣成堆”,通过对近几年分级诊疗实现路径的理论研究、案例归纳,发现其路径离不开对于分级诊疗所涉人、财、物等资源的重新配置,以实现“为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务”<sup>[49]</sup>的医改总目标。

虽然现阶段分级诊疗政策在我国正式推行不久,但层级医疗在国内并非没有先例。我国建国初期,社会经济水平总体落后故以实行计划经济体制,政府对整个经济领域管控严格,医疗服务业也不例外。在城市,形成了由市、区两级医院和街道门诊部(所)组成的三级医疗服务和卫生防疫体系;在农村,形成了由县医院为主体、乡(镇)卫生院为中间力量、村卫生室为基础的三级医疗保健网络。政府规定每位居民必须基层首诊,若病情超出其诊疗能力必须通过办理转诊手续后方能至上级或外地医院转诊。这种严格的管控使得居民都遵从层级医疗制度,真正落实了分级诊疗,如此牢固的正三角卫生服务体系一度获得世界卫生组织的赞誉。同时,计划经济时期的3种医保:公费医疗、劳保医疗和农村合作医疗,使得就医有效分流,特别

是农村合作医疗,虽然保障水平较低,但有效提升了全民健康水平,受世界卫生组织高度认可。此时的“分级就医转诊制度”为维护百姓健康作出了卓越贡献<sup>[50]</sup>。而后的改革开放,逐利思想占据意识形态领域,计划经济时期建立的有序的分级医疗卫生格局才被打破。

放眼国际,无论是英国的全覆盖、免费服务、高效益性的国家卫生服务体系(National Health System, NHS)、德国的法定医疗保险制度(Statutory Health Insurance, SHI)、新加坡的医疗保健制度简称为“3Ms”制度,甚至美国的注重市场效益的健康维护组织(Health Maintenance Organizations, HMOs)、医疗服务整合体系(Integrated Delivery System, IDS)和医疗责任组织(Accountable Care Organization, ACO)等,都非常注重基层首诊的能力和执行力、双向转诊的流畅度和配合度。我国分级诊疗的推行正是在此大环境下推行的功在当代利在日后的医疗服务模式,遥想结果回顾过程,艰难也甘甜。

#### 参考文献

[1] 国务院办公厅.关于推进分级诊疗制度建设的指导意见[EB/OL]. (2015-9-11)[2018-10-30].[http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-09/11/content\\_10158.htm](http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-09/11/content_10158.htm).

[2] 新华社.建设健康中国增进人民福祉——学习贯彻习近平总书记在全国卫生与健康大会重要讲话[EB/OL]. (2016-8-20)[2018-10-30].<http://news.cctv.com/2016/08/20/ARTIK49foKJdWmMrdd42We2M160820.shtml>.

[3] 国务院.“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知[EB/OL]. (2017-1-9)[2018-10-30].[http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-09/11/content\\_10158.htm](http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-09/11/content_10158.htm).

[4] 胡善联.国际组织对我国医药卫生体制改革监测与评价框架的建议[J].*中国卫生政策研究*, 2010, 3(3): 4-6.

[5] 王清波.分级诊疗制度的运行机制分析——基于厦门市的案例研究[D].北京:协和医学院, 2016.

[6] 郭伟.我国医疗服务分级诊疗制度及其有效性研究——以重庆市为例[D].重庆:重庆理工大学, 2017.

[7] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care[J]. *The Milbank Quarterly*, 2010, 83(4): 691-729.

[8] 王欣.我国卫生服务整合的体系背景分析及实施效果评价——基于三省九县(区)实证研究[D].济南:山东大学, 2017.

[9] Duane W. Can stakeholder interests be balanced? Jones Graduate School of Management MS-531, Rice University[EB/OL]. (1999-06)[2018-10-30].<http://www.ruf.rice.edu>.

[10] 李洋,王辉.利益相关者理论的动态发展与启示[J].*现代财经*, 2004, 24(7): 32-35.

[11] Sirgy MJ. Measuring corporate performance by building on the stakeholder model of business ethics[J]. *Journal of Business Ethics*, 2002, 35(3): 401-414.

[12] Baker WE, Faulkner RR. Interorganizational networks[M]. Oxford: Blackwell, 2002: 16-30.

[13] Burt RS. Structural holes: The social structure of competition[M]. Cambridge: Harvard University Press, 1992: 15-19.

[14] 马霞,甄天民,谷景亮,等.社会网络分析方法在国内医药卫生领域的应用及启示[J].*中华医学图书情报杂志*, 2014, 23(10): 18-21.

[15] 王欣,马慧芬,朱炜明.安徽省卫生服务体系整合结构和有效性研究——以马鞍山市、肥西县和肥东县为例[J].*中国卫生政策研究*, 2015, 8(10): 5-12.

[16] Petersen T. The economics of organizations: the principal agent relationship[J]. *Acta Sociologica*, 1993(36): 277-293.

[17] 刘盾,林玳玳,袁伦渠.美国医疗保障体系的第三方代理机制[J].*中国劳动*, 2009(7): 29-31.

[18] World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes[R]. Geneva: World Health Organization, 2007.

[19] 郑英,李力,代涛.我国部分地区分级诊疗政策实践的比较分析[J].*中国卫生政策研究*, 2016, 9(4): 1-8.

[20] Grossman SJ, Hart O. The costs and benefits of ownership: a theory of vertical and later a integration[J]. *Journal of Political Economy*, 1986, 94(4): 691-719.

[21] Hart O, Moore J. Contracts as reference points[J]. *Quarterly Journal of Economics*, 2008, 123(1): 1-48.

[22] 倪娟,奥利弗·哈特.对不完全契约理论的贡献——2016年度诺贝尔经济学奖得主学术贡献评介[J].*经济学动态*, 2016(10): 98-107.

[23] Wiener N. Cybernetics or control and communication in the animal and the machine[M]. New York: John Wiley and Sons Inc., 1948.

[24] 谭光明,谢春燕,徐舒曼,等.前馈控制在医疗保健服务质量管理中的作用[J].*现代医院*, 2017, 17(9): 1266-1268.

[25] 陈建先.博弈理论框架:一个理论体系的建构[J].*重庆理工大学学报(社会科学)*, 2018, 32(1): 88-95.

[26] Ajzen I. From intentions to actions: a theory of planned behavior[M]. Berlin: Springer-Verlag, 1985: 11-39.

[27] Decie L, Ryan RM. The 'what' and 'why' of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior[J]. *Psychological Inquiry*, 2000(11): 227-268.

[28] Gagne M, Decie L. Self-determination theory and work motivation[J]. *Journal of Organizational Behavior*, 2005(26): 331-362.

[29] 刘兴智.项目治理社会网络风险分析方法研究[D].济南:山东大学, 2011.

[30] 李勇杰.社会医疗保险制度创新的框架研究——基于委托代理理论视角[J].*广西社会科学*, 2009(4): 48-51.

[31] 冯娟,沈晓,向清.浅析医疗保险三方间的委托代理关系[J].*中国卫生事业管理*, 2009(3): 171-173.

[32] 聂辉华.对中国深层次改革的思考:不完全契约的视角[J].*国际经济评论*, 2011(1): 129-140.

[33] Alchian A, Demsetz H. Production, information costs, and economic organization[J]. *The American Economic Review*, 1972, 62(5): 777-795.

[34] 张杰.全国医改示范的“天长样本”——天长市创立新型医疗模式探究[N].*滁州日报*, 2016-12-27(1).

[35] 李玲,徐扬,陈秋霖.整合医疗:中国医改的战略选择[J].*中国卫生政策研究*, 2012, 5(9): 10-16.

[36] Adam T, De Savigny D, Ebrary I, et al. Systems thinking for health systems strengthening[M]. Geneva: World Health Organization, 2009.

[37] 韩莉莉,常文虎.区域医疗服务体系纵向整合效应研究——不完全契约理论模型及应用[J].*中国行政管理*, 2017(11): 128-134.

[38] 孟群.构建“互联网+健康医疗”服务新模式 打造分级诊疗就医新秩序[J].*中国卫生信息管理杂志*, 2017, 14(2): 101.

[39] 孟群,尹新.互联网+分级诊疗模式的思考[J].*中国卫生信息管理杂志*, 2016, 13(2): 111-127.

[40] 魏东海,曹晓雯,周其如,等.医养护一体化分级诊疗模式的实践与探索——基于医疗网络平台[J].*卫生经济研究*, 2018(3): 51-54.

[41] 常朝娣,陈敏.分级诊疗服务信息技术应用探讨[J].*中国医院管理*, 2018, 38(4): 50-52.

[42] 张平,徐兵,甘筱青.市场结构、医疗保险与医疗费用的关系研究[J].*管理工程学报*, 2018(2): 53-57.

[43] 周良荣,怀银平,喻小倩,等.博弈论视角下的医保定点医疗机构监管分析[J].*中国中医药现代远程教育*, 2016, 14(3): 34-36.

[44] 裴俊巍,曹逸涵,尹西明.博弈论视角下政府采购寻租研究——基于政府采购医疗器械的分析[J].*中国政府采购*, 2015(3): 68-73.

[45] 刘丽虹,李爱梅.动机的自我决定理论及其在管理领域的应用[J].*科技管理研究*, 2010(15): 115-119.

[46] 克里斯托福 M.以价值为导向的医疗服务[M].吴明,译.1版.北京:北京大学医学出版社, 2018: 185-186.

[47] 贺蕾,姚强,蔡敏,等.医药卫生体制改革效果评估框架及指标体系研究[J].*中国卫生信息管理杂志*, 2014, 11(55): 468-473.

[48] 王舒捷.公立医院公益性评价指标体系构建及评价——江苏省级医院为例[D].南京:南京大学, 2016.

[49] 人民网-人民日报.胡锦涛:为群众提供安全有效方便价廉医疗卫生服务[EB/OL]. (2010-5-30)[2018-10-30].<http://cpc.people.com.cn/GB/64093/64094/11730881.html>.

[50] 李仁丰.加快建立新型农村合作医疗[N].*中国劳动保障报*, 2003-02-09(1).