

◁探索与研究▷

利益相关者视角下分级诊疗制度的分析*

陈镜如, 吴丽娟

(成都中医药大学, 成都市 610000)

【摘要】 从利益相关者视角分析分级诊疗制度的实施现状和问题, 涉及政府、医疗机构、医生、患者等。政府层面存在政策引导不明确、财政投入不足和监管不到位等问题; 医疗机构层面存在基层医疗机构能力不足、上级医院负担过重和双向转诊机制不畅等问题; 医生层面存在技术水平参差不齐和职业发展受限等问题。为解决这些问题, 需要从政府、医疗机构和医生等多个层面进行改进和完善, 包括加大财政投入、制定明确的政策细则、加强基层医疗能力建设、完善双向转诊机制和提高医生技术水平等。分级诊疗制度的实现需要各方共同努力, 包括政府、医疗机构、医生、患者等。

【关键词】 分级诊疗; 利益相关者; 医疗服务

【中图分类号】 R197 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1672-4232(2025)04-0004-04

【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2025.04.002

Analysis on the Hierarchical Diagnosis and Treatment System from the Perspective of Stakeholders/CHEN Jing-ru, WU Li-juan(Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu 610000, China)

【Abstract】 The current implementation status and problems of the hierarchical medical treatment system are analyzed from the perspective of stakeholders, involving the government, medical institutions, doctors, patients, etc. At the government level, there exist problems such as unclear policy guidance, insufficient financial input and inadequate supervision. At the medical institution level, there exist problems such as insufficient capacity of grassroots medical institutions, excessive burden on higher-level hospitals, and an unsmooth two-way referral mechanism. There are problems such as uneven technical proficiency and restricted career development among doctors. To address these issues, improvements and enhancements need to be made at multiple levels, including the government, medical institutions and doctors, such as increasing financial input, formulating clear policy details, strengthening the capacity building of grassroots medical care, improving the two-way referral mechanism and enhancing the technical proficiency of doctors. The realization of the hierarchical medical treatment system requires the joint efforts of all parties, including the government, medical institutions, doctors, patients, etc.

【Key words】 hierarchical medical treatment; stakeholder; medical service

为推进“健康中国2030”目标, 提供更好的医疗服务保障, 国务院办公厅在2015年下发了《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》^[1], 标志着国家层面对基层医疗建设和分级诊疗制度的重视。分级诊疗起源于20世纪80年代的欧洲, 依托三级医疗体系——社区诊所、地区医院、专科医院, 旨在优化资源分配和患者流动管理^[2]。尽管分级诊疗制度在中国发展迅速, 已成为我国卫生制度的重要组成部分, 但基层医疗机构的诊疗人次增长未达预期, 二、三级医院的就诊压力依然较大, 未能实现基层医院解决大多数患者需求的目标^[3]。分级诊疗的实施在“基层首诊、双向转诊”等方面仍存在不足。本研究基于“利益相关者理论”分析各方需求, 并提出改善分级诊疗体系内各主体协同合作的建议, 以推动其有效实施并解决制度实施中的难点。

1 利益相关者理论

利益相关者理论的起源可追溯至20世纪60年代, 最早由斯坦福研究所在1963年提出。随后, 1984年美

国管理学家弗里曼(Edward Freeman)进一步扩展并发展了这一理论, 提出了广义的利益相关者概念。弗里曼从企业目标及其影响的角度出发, 定义利益相关者为“任何能够影响组织目标实现或受到该实现影响的群体或个人”^[4]。作为管理理论的一种, 利益相关者理论强调在组织或企业管理中, 必须平衡并统筹各方利益的需求。通过全面分析不同利益相关者的诉求, 可以实现整体性、协调性的管理效果。这一理论的核心思想在于平衡性、兼顾性与整体性^[5]。20世纪90年代之后, 在我国被广泛应用于卫生政策分析以及各种类型的卫生机构的管理^[6]。

1.1 利益相关者理论在分级诊疗制度中的应用

分级诊疗制度的实施涉及政府、医疗机构、医生、患者等多个利益相关方, 各方在制度完善中发挥不可或缺的作用, 但利益博弈的存在使其效用难以显著发挥。国内基于利益相关者理论的研究已从各级医疗机构和医保部门等角度探讨了分级诊疗制度^[7], 但患者的作用应得到更多关注。分级诊疗的成功实施有赖于各利益相关方的广泛支持与协同合作, 鉴于不同利益相关者在资源持有、政策完善视角、目标设定、实施方式及支持力度方面存在差异, 利益相关者理论在分级诊疗中的应用利于构建一个均衡的参与机制。通过合

*基金项目: 2022年度成都中医药大学教育教学改革项目(2022CXMG03)

理的制度设计,促进各方利益的协调与整合,从而确保个体理性行为能够汇聚成为推动分级诊疗政策集体理性实现的动力。

主要涉及的利益相关方可划分为主要利益相关者、次要利益相关者和外部利益相关者。借鉴前人研究经验和理论基础,深入分析该政策实施过程中的利益相关方,旨在为该政策的可持续发展提供有益参考。

1.2 分级诊疗制度中利益相关者的界定及分类

自20世纪80年代以来,学术界对利益相关者的分类和定义进行了广泛探讨,采用多维标准划分了不同类别的利益相关者,这些类别在组织中具有不同的角色和功能^[8]。在分级诊疗领域,王清波等^[9]将利益相关者划分为需求方、供给方、管理方和筹资方4类;卢慧等^[10]根据“米切尔评分法”将其分为确定、预期和潜在的利益相关者。这些研究为分级诊疗引入利益相关者理论奠定了基础。综合分析弗里曼的定义以及国内学者的分析^[9-11],认为任何影响或受分级诊疗政策影响的个体或群体均可视为利益相关者。根据直接利益关涉程度大小、政策影响力和角色定位,依据利益关涉程度,将分级诊疗利益相关者划分为3个层次:各级医疗机构、患者及其家属有直接且密切的利益联系,为核心利益相关者;各级行政机构、医疗卫生工作者有较为密切的关系,为次核心利益相关者;制药企业、医疗设备制造商、互联网企业等利益关切度、参与度和重要性较低,为边缘利益相关者。

患者作为分级诊疗的核心需求方,是主要受益者,依据病情选择医疗机构,旨在获得适宜服务并降低负担。医疗机构作为直接供给方,是政策的核心环节,各级机构共同提供服务,由筹资方保障资金,并由政府卫生部门监管。基层机构负责基础医疗,二级医院处理复杂病症,三级医院专注高级服务,共同优化资源。全科医生是基层医疗的支柱,提供全面保健服务,专科医生则在更高级医院提供专业治疗。政府卫生部门制定政策并监督实施,保障公平与效率。医疗保险部门通过合理规划支付,激励患者选择基层医疗,控制医疗成本并确保服务质量。

2 基于利益相关者理论的分级诊疗政策实施困境分析

在中国实施分级诊疗制度的过程中,面临了诸多挑战。从利益相关者的视角分析,这些挑战主要体现在以下几个方面。

2.1 核心利益相关者

首先,患者作为分级诊疗的主要需求方,受政策影响较大,其健康需求和就医行为直接影响制度设计与

实施,患者的认知与配合是政策成功的关键。然而,在实践过程中患者主动选择基层医疗和向下转诊的意愿较低,这主要是由于基层医疗机构的受信任度较低。患者在就医选择中更看重便捷、经济和健康,这使得上级医院成为他们的首选。此外,不同患者群体的就医需求存在差异。以湖南省为例,有调查显示,不同区域、年龄和身份的患者在分级就诊意识上存在显著差异,导致部分地区患者分级诊疗实施效果不显著^[12]。患者对自身疾病的重视程度也是影响其就医选择的重要因素。柳州市柳北区的调查表明,在中老年人群中,仅有不到一半的慢性病风险人群了解相关疾病及其风险因素^[13]。缺乏对慢性疾病的早期识别导致患者延误就医,难以选择合适的医疗机构,从而妨碍分级诊疗的实施。

而医疗机构作为主要供给方,其服务质量、设施完备性和人员配备等直接决定了政策实施的可及性和效率。基层医疗机构在服务项目、质量和价格等方面存在不足,尤其是在慢性病药物储备和器械方面,导致患者不得不前往上级医院寻求治疗。以西南欠发达地区为例,有调查表明该地区患者对于基层医院的设备和药品种类的评分较低,是阻碍患者前往基层就诊的最主要因素^[14]。基层医疗资源匮乏也使上级医院承担了众多常见病的诊疗,不能合理规划资源投入,导致三级医院面临病人多、住院时间长、病床周转率低,进而导致医疗负荷大、效率降低,形成恶性循环的问题。

2.2 次核心利益相关者

行政部门是分级诊疗中的主要管理者和筹资方,医保部门通过财政支持和医保报销政策,引导患者合理选择医疗机构,影响医疗机构的服务。但因患者需求的多样化,政策实际效果有限,门诊患者受到报销政策影响较小^[15],重症患者相对于轻症患者更易受政策影响,农村患者因收入较低,对医保政策依赖性强,受到政策变动的较大影响^[16]。

而卫生行政部门负责政策制定、资源规划并对医疗服务质量实施监管。然而,双向转诊机制仍需完善,存在转诊标准不清晰、流程不完善等问题,尤其是在向下转诊时,患者难以被有效引导至适当的医疗机构。尽管政府已出台相关政策,但实施过程中缺乏明确的指导细则,导致基层医疗机构与上级医院之间的协作不够顺畅。此外,制度的监管力度不足,缺乏法律层面强有力的保障^[17]。

医务工作者作为最直接的医疗服务提供者,对患者的诊疗体验和效果有关键影响。分级诊疗制度对医务人员的专业能力提出了更高的要求,尤其是在基层医疗机构中。然而,基层医务人员面对职业发展受限,基层医疗机构的设施有限,人力资源缺乏,职业晋升机

制不完善、专业技能培训不足等问题,导致基层高素质医疗人才短缺。这不仅限制了分级诊疗制度的实施,也进一步加剧了基层医疗机构服务能力不足的问题。

2.3 边缘利益相关者

边缘利益相关者虽然在政策的制定中影响力较低,但也扮演着不可忽视的角色。如医疗器械企业、制药公司以及互联网公司作为技术与设备的供给方,在支持服务质量和安全方面有重要作用。为了打通各级医院上下转诊通路,互联网公司可以在各级医院间建立起网络交流通路。然而,医疗服务的公益性与互联网的趋利性难以平衡^[18],未能实际提高医疗资源的合理分配。

互联网技术的介入甚至在某些情况下加剧了资源分配的不平衡。三级医院可以投入足够资金并且吸引或培养相关人才,互联网转诊得到较好发展,而基层医院的互联网转诊应用相对较弱,主要依赖政策和三级医院的帮扶^[19]。同时,互联网技术的应用也给农村和老年人群带来了不便,这些人群仍然需要社区工作人员等相关工作人员的重点关注。

随着制度完善和医疗卫生机构功能的重新定位,可以预见基层卫生机构对昂贵药品和医疗器械的需求可能会减少,但新的需求也会随之产生。而分级诊疗制度推动康复患者进入基层医疗机构,同时医保政策的调整,可能使商业保险公司存在一定程度的利益受损。这些风险可能导致相关企业对分级诊疗制度持一定的消极态度。

3 讨论与建议

实施分级诊疗制度需整合资源,确保有效运行。利益相关者理论有助于平衡各方需求,通过跨部门合作,扩大资源基础,确保合作的互利性和可持续性。笔者以利益相关者理论为基础,将从患者、医院、人才政策、法律制度、社会力量对分级诊疗的深度发展提出建议。

3.1 加强患者教育宣传,提高患者配合程度

作为分级诊疗中人数最多、主动性影响最大的群体,患者的健康意识、合理就医意识教育至关重要。提高患者对疾病的正确认识,有助于提高其对分级诊疗的认可以及配合度。可以通过建立社区健康讲座、线上健康平台等渠道,增强患者对慢性病、常见病的认知,帮助患者了解不同层级医疗机构的功能和定位,以及自己在其中的角色和责任,有助于增强患者的合作意愿和积极性,合理分流患者。同时,推广家庭医生制度,使患者能够得到更加个性化和针对性的健康指导,提高患者对基层医疗机构的信任感,帮助他们在首诊

时选择基层医疗机构。

3.2 推动医联体的建设,加强各级医院联动

城乡医疗布局与服务能力是分级诊疗的基础,医疗机构间的协作与转诊机制确保服务的连续性与效率。医联体可提升基层医疗机构的常见病、多发病处理能力,弥补科室空白与资源不足。而引入互联网技术,可以通过远程会诊和技术支持,利用三级医院的优势资源帮扶基层医疗机构,确保患者的转诊记录、病历等能够及时共享,促进上下转诊。同时,在基层推进家庭医生制度,增强服务可及性,缓解三级医院“虹吸”效应^[20]。而三级医院应集中力量发展专科特色,提升疑难病的诊疗质量。加强医联体建设,通过上下级医院的协作,优化资源配置,提升基层医院服务质量,提高患者的转诊效率与便捷性,提高医疗质量和医院声誉,提高患者的信任度,促使轻症患者下沉^[21],缓解三级医院负荷,推动分级治疗在各层级的顺畅运行。

3.3 激励人才资源下沉,提升基层服务能力

针对基层医疗机构面临的技术人员短缺问题,应优化薪酬激励机制,允许基层医疗机构自主制定绩效工资比例,突出按劳分配和优异绩效优先奖励,加班补助等,促进人力资源的科学流动。乡镇卫生院应为全科医生提供生活补贴,确保其收入不低于县级医院同类医生。对高层次人才实行年薪制、协议工资等灵活薪酬模式。国家卫生健康委已出台政策,明确了基层医务人员的晋升优惠条件,增加中高级岗位比例,创造更多发展机会,缓解基层医务人员职业发展受限的现状。同时,推进基层全科医生的培训和发展,确保他们能够处理常见病和多发病,提升基层医疗机构的服务质量,提升患者就医体验,减少患者盲目上转的需求。

3.4 完善相关政策法律,完善财政支持方案

分级诊疗制度的建立和维护需要强有力的法律保障以及国家层面的财政支持。应通过法律法规明确基层医疗机构硬件、软件以及医务工作人员的标准细则,并且通过财政拨款保障实施,通过监管部门考核监察。通过政策法规制定清晰的双向转诊标准,以及通过补贴报销机制弥补患者和各级医院在转诊过程中的潜在经济损失,并确保各级医疗机构之间的转诊流程顺畅。特别是在向下转诊时,应明确指引患者到适合的基层医疗机构接受后续治疗,促进双向转诊实施。借助医保政策设定差异化报销比例和支付标准,引导医疗机构调整功能定位,帮助患者做出理性就医选择。如针对门诊患者和慢性病患者,进一步提高基层医疗机构的医保报销比例,减少患者的就医成本,引导他们优先选择基层就诊。

3.5 发挥社会各方力量,构建线上信息网络

完善分级诊疗制度需要社会多方力量的支持,尤

其是医药流通企业与互联网技术的参与。医药流通企业强大的仓储配送能力,可以有效调配医疗资源,缓解基层医疗资源不足的问题。互联网技术的融入则可以利用信息技术打通各级医院的医疗信息系统,确保患者的转诊记录、病历等能够及时共享,促进医疗资源的有效分配,提升医疗机构间的沟通效率,促进了上下转诊的顺畅进行。政府牵头,推动基层医疗机构联合信息技术专家开发个性化慢性病风险评估软件,以提升居民健康管理意识,推动慢性病的早期诊断与治疗。远程会诊系统能帮助基层医生获得专家意见,提高了转诊的准确性和效率,减少了地域限制对医疗资源分配的影响。此外,通过在线课程和虚拟模拟的方式,提升医疗人员技能水平,从而提高基层医疗服务的质量,满足患者需求,推动人才下沉。

中国人口众多,面临癌症和慢性病等多种疾病挑战,且老龄化问题严重。然而,医疗资源相对匮乏且分配不均,城乡医疗投入差距明显,成为中国医疗保障的核心矛盾之一。为缓解这一问题,中国需加大医疗卫生投入并深化改革,重点推行分级诊疗制度。该制度通过为不同病情患者提供适宜的医疗服务,优化资源利用,缓解三级医院超负荷运行现象,提高医疗效率和质量。虽然分级诊疗制度在改善医疗服务和保障健康方面发挥了重要作用,但仍有优化空间,需进一步明确各级医疗机构的职责和权限,促进资源的合理分配与机构间的分工合作。

参 考 文 献

- [1] 佚名. 国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见[J]. 中国乡村医药, 2015, 22(20): 86-88.
- [2] Azami AS, Bazargani SH, Saadati M, et al. Experts' perspectives on the application of public-private partnership policy in prevention of road traffic injuries[J]. Chin J Traumatol, 2020, 23(3): 152-158.
- [3] 吕果, 冀杨, 袁克虹, 等. 当前分级诊疗的现状、困境及对策分析[J]. 中国医院, 2020, 24(10): 4-7.
- [4] 夏妮妮. 工程项目利益相关者风险管理与评估: 整合视角[D]. 天津: 天津大学, 2018.
- [5] 何涛, 唐健. 从“松散型”到“紧密型”: 利益相关者理论视角下医养联合体协同治理的实现路径[J]. 东岳论丛, 2023, 44(5): 137-147.
- [6] 党秀云, 李霖. 我国分级诊疗的政策叙事、历史呈现与实现路径: 基于历史制度主义的分析[J]. 行政论坛, 2023, 30(1): 108-117.
- [7] 罗钰, 蒋健敏. 利益相关者理论及其分析方法在卫生领域的应用进展[J]. 中国卫生事业管理, 2011, 28(2): 84-85, 88.
- [8] 彭恺, 周均清. 利益相关者理论与历史街区复兴[J]. 城市问题, 2012(11): 66-70.
- [9] 王清波, 胡佳, 代涛. 建立分级诊疗制度的动力与阻力分析: 基于利益相关者理论[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(4): 9-15.
- [10] 卢慧, 魏来, 余昌胤, 等. 分级诊疗相关利益主体的损益分析[J]. 卫生经济研究, 2018(2): 31-35.
- [11] 何光秀, 汤少梁. 分级诊疗背景下县域医疗共同体建设中的利益相关者博弈研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(13): 1611-1614, 1620.
- [12] 王奕婷. 基层首诊影响居民健康的实证检验: 来自湖南居民健康自评数据的证据[J]. 湖南农业大学学报(社会科学版), 2020, 21(4): 69-74.
- [13] 谭丽娟, 卢妍妍, 韦柳春, 等. 柳州市柳北区成年居民基本健康知识知晓率现况调查[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(11): 178-179.
- [14] 张雪, 戴璟, 许楠楠, 等. 西南欠发达地区社区医疗服务建设对慢性病患者就医选择的影响[J]. 中国卫生事业管理, 2024, 41(2): 136-141.
- [15] 党秀云, 李霖. 医保差异化补偿政策能否推动社会就医格局秩序化: 基于中国健康与养老追踪调查(CHARLS)的实证分析[J]. 公共管理与政策评论, 2024, 13(2): 117-130.
- [16] 陈昕欣, 封进. 医保报销待遇与患者异地就医选择: 基于空间距离、医院等级和医保待遇的分析[J]. 数量经济技术经济研究, 2024, 41(4): 131-152.
- [17] 范转转, 姚东明, 牧亮, 等. 我国分级诊疗政策分析: 基于政策工具视角[J]. 卫生经济研究, 2018(9): 32-35.
- [18] 周忠良. “互联网+医疗”的现状、问题与发展路径[J]. 人民论坛, 2021(22): 88-91.
- [19] 武瑞仙, 刘子锋, 郭蕊, 等. 我国二、三级医院信息公开管理现状研究[J]. 中国医院管理, 2023, 43(4): 38-41.
- [20] 张群群. 交易费用、经济组织与治理机制: 诺贝尔经济学奖得主奥利弗·威廉姆森的学术贡献和借鉴意义[J]. 财贸经济, 2010(3): 99-105, 137.
- [21] 封进, 吕思诺, 王贞. 医疗资源共享与患者就医选择: 对我国医疗联合体建设的政策评估[J]. 管理世界, 2022, 38(10): 144-158, 173.

通信作者: 吴丽娟(1982-), 女, 博士研究生, 副教授; 研究方向: 中西医结合。

收稿日期: 2024 - 08 - 04

修回日期: 2024 - 11 - 01

(编辑 曹晓芸)