

# 基于模糊综合评价的R市D区分级诊疗机制研究

许译文

上海工程技术大学管理学院, 上海

收稿日期: 2022年9月19日; 录用日期: 2022年10月11日; 发布日期: 2022年10月21日

## 摘要

随着近年来越来越突出的“看病难、看病贵”和“大医院人满为患、小医院门可罗雀”的问题,为实现医疗机构之间运转效率的提升,各个城市都开展了不同形式的分级诊疗服务探索,为广大人民群众提供高效、优质、便捷的医疗服务。以此为背景,选取R市D区的医共体改革作为典型案例,通过实地走访调研等,对于医共体分级诊疗模式的现状、成效、经验及问题进行全面的分析,提出进一步发展完善的相关对策,为医共体高质量发展提供参考。

## 关键词

分级诊疗, 医共体, 模糊综合评价

# Research on the Hierarchical Diagnosis and Treatment Mechanism of D Area of R City Based on Fuzzy Comprehensive Evaluation

Yiwen Xu

College of Management, Shanghai University of Engineering Science, Shanghai

Received: Sep. 19<sup>th</sup>, 2022; accepted: Oct. 11<sup>th</sup>, 2022; published: Oct. 21<sup>st</sup>, 2022

## Abstract

With the increasingly prominent problems of “difficult to see a doctor, expensive to see a doctor” and “overcrowded in large hospitals and small hospitals in recent years”, in order to improve the operation efficiency between medical institutions, various cities have carried out different forms of hierarchical diagnosis and treatment services to explore, providing efficient, high-quality and convenient medical services for the broad masses of the people. With this as the background, the reform of the medical community in District D of R City is selected as a typical case, and through

field visits and research, a comprehensive analysis of the status, effectiveness, experience and problems of the graded diagnosis and treatment mode of the medical community is conducted, and the relevant countermeasures for further development and improvement are proposed, so as to provide a reference for the high-quality development of the medical community.

## Keywords

Graded Diagnosis and Treatment, Medical Community, Fuzzy Comprehensive Evaluation

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

为持续探索医药卫生体制改革,按照国家出台的《关于深化医药卫生体制改革的意见》,全国范围内开展了卫生与健康改革,构建分级诊疗的医疗体系。目前国内主要有五种分级诊疗体系,分别是福建厦门的慢性病诊疗模式、青海的四项转诊模式、北京的医联体模式、安徽的县域医共体模式、上海的家庭医生模式[1]。其中 R 市从 2015 年开展的医疗机构改革类似于安徽的县域医共体模式,在区政府规划下,将乡镇卫生院、社区服务中心结合,形成“1+X”医共体模式,以医共体模式带动全区的基层医疗机构,建立紧密度医共体模式,实施病区化运作、大科制管理、高水平服务。

## 2. R 市 X 区分级诊疗医共体模式实施效果指标体系的建立

### 2.1. 指标选取原则

为保证所筛选指标能够完整准确地反映医疗机构的分级诊疗机制在居民就医和医疗机构运行方面发挥的优劣程度,促进居民就医满意度的提升和医疗机构运行效率的提升,促进医疗机构制度运转精细化,因此对于指标筛选必须遵循以下基本原则:

#### 1) 系统性原则

医共体的分级诊疗模式是一个大系统,其中包括多个子系统,每个系统是由一组指标构成,指标之间既相互独立又相互影响,在动态平衡中构成一个有机共同体。选取的指标应该对医共体模式在实施过程中受到的各方面因素进行评价,能够全面反映医共体模式实施过程中的优劣[2]。

#### 2) 代表性原则

所选取的评价指标需要包含较广泛的信息,能够在一定程度上反映该因素的整体性质。评价指标体系的设置和所赋予的权重需要与实际情况相适宜,选取能够代表该医共体实际情况的特征性指标。

#### 3) 可操作性原则

体系指标的评定或测量方法需要具有常规性,评价资料的获取需要简便,获取的各项指标应该简单明了,微观代表性强,在处理过程中应该有很强的和操作性和可比较性,方便最后结论的得出。

在学术界中普遍认为:政策的完善程度在医疗机构的运行过程中具有载体的作用,主要体现在监管政策、财政政策、医疗保险政策等方面的因素;医共体分级诊疗人才队伍运用专业水平在医疗机构运行过程中将诊疗的效率提高,因此在评价体系的建立中,选择优秀医疗人才在基层医疗机构所占比例、优秀医疗人才比重、优秀医疗人才引进和培养政策作为一级指标;医共体配套医疗设备的完善程度在医疗

机构运行过程中具有平台的作用，主要体现在医疗器械的使用效率、手术室使用效率、病房床位使用效率等因素上；医共体患者满意度在医疗机构的运行过程中具有引导的作用，从以下几个因素对医疗机构运行进行引导：就医时长满意度、就医费用满意度、就医效果满意度等。

## 2.2. 评价指标体系

根据本文调研的各项数据，同时遵循上文提出的指标构建系统性、代表性和可操作性原则，构建了 R 市 D 区医共体分级诊疗模式的实施评价效果指标体系。该指标评价体系包括四个一级指标，根据医疗共同体分级诊疗影响因素内容的交叉，选取 12 个二级指标。具体指标体系见表 1。

**Table 1.** Evaluation index system for the implementation of graded diagnosis and treatment in the medical community

**表 1.** 医共体分级诊疗实施效果评价指标体系

一级指标	二级指标	指标观测量
政策完善程度	医共体实施过程中的监管政策	政府监管政策的数量、补充说明
	政府关于医疗的财政政策	财政政策的数量、类别、补充说明
	医疗保险政策	医疗保险政策的覆盖面积
医共体分级诊疗人才队伍的水平	优秀医疗人才在基层医疗机构所占比例	优秀医疗人才量、基层医疗机构数量
	优秀医疗人才比重	优秀医疗人才量、全区医务人员总量
	优秀医疗人才引进和培养政策	医疗人才的引进政策、委外培训、进修等
医共体配套医疗设备的完善程度	医疗器械的使用效率	不同医疗器械年均使用效率
	手术室使用效率	基层手术室在诊疗过程中的使用效率体现了基层医疗机构的诊疗能力
	病房床位使用效率	基层病床位使用效率和综合医院并床位使用效率
医共体患者满意度	就医时长满意度	就医等候时长、就医时长、转诊时长
	就医费用满意度	医疗保险报销比例
	就医效果满意度	基层卫生中心和综合医院的就医效果体验

为了提高指标的可观性，根据不同指标的特征，将二级指标再细化为观测性指标，如政策完善程度将从政府的监管政策、政府在分级诊疗方面的财政政策和医疗保险政策三个观测指标来进行具体表现。在具体指标构建中，政策的完善程度是决定医疗机构分级诊疗能否得到有效实施的关键；医共体分级诊疗人才队伍的水平在实行基层首诊、双向转诊的过程中起到重要作用，表现为优秀医疗人才的比重和对人才的引进培养政策等；医共体配套医疗设备的完善程度是指医共体模式的分级诊疗在实施过程中，不同层级的医疗机构所配备的设备是否能够满足使用需求和实际的使用情况，资源是否得到了合理和充分的运用。医共体患者满意度是患者在就医过程中对医疗机构和医务人员满意度的评价，主要以旧衣市场、就医费用和就医效果三个指标来作为衡量的二级指标。

## 3. R 市 D 区社区现状

### 3.1. R 市 D 区社区现状

R 市 D 区路域面积 907 平方公里，辖 5 个街道，7 个镇，户籍人口 89 万人，含两家三级甲等医院。就医无序、基层医疗服务能力低、医疗资源配置不平衡的问题十分突出，针对此，R 市 D 区在 2015 年成

立了 R 市中心医院共同体。医共体的成员单位有 10 家，以 R 市中心医院为牵头单位，包括 3 家社区卫生服务中心和 7 家乡镇卫生院，通过签订支援帮扶的协议建立起 R 市中心医院共同体。在建设过程中形成了“三级联动”的责任体系，形成区、镇、村三级联动。经过六年多的探索，在实现“大病不出现、小病不出乡”的目标中做了重要贡献。医共体模式在 R 市 D 区医疗体系的发展中起到了重要作用，因此选择 R 市 D 区作为本论文的研究对象。

### 3.2. 样本选取

此次调查主要采取专家调查法和统计调查法的方式，调查目的是为了了解医疗共同体这一分级诊疗模式的实施效果，选择 D 区内 2 家三级医院和 10 家基层医疗机构内作为研究对象。在数据选择上，选取门诊和急诊的人次数、出院和转诊的人次数、住院手术次数等数据作为评价指标。

## 4. 医共体分级诊疗实施效果水平测算

在进行方法评估前需要确定指标体系中各项具体指标在体系中所占的比重，考虑到层次分析法的定性和定量结合的优势，采用 AHP 层次分析法来权重赋值。

### 4.1. 构建递阶层次结构

针对医共体分级诊疗实施效果的评估，在构建递进层次结构时将医共体分级诊疗的实施效果作为目标层 A，其中准则层分为两层 B，C，分别是以政府的政策完善程度、医疗人才队伍的水平、医疗设备的完善程度、居民就医的满意度为内容的 B、C 层。递阶层次结构的构建是基于医共体实施效果的指标体系而构建，将一级指标设为准则层，二级和三级指标为别为准则层 B，C，由于在实际运用过程中并不需要措施层的存在，因此在递阶层次结构中没有设置措施层[3]。

### 4.2. 构建判断矩阵

为了使打分的结果能尽可能贴近医共体分级诊疗体系中各因素之间的实际重要性，在这里采用专家打分的方式来进行具体打分。通过医疗服务体系相关的 4 位专家来进行具体打分，同时结合专家在实践过程中的经验，该四名专家中包括医学研究专家 1 名，医院主管人员 2 名，高校分级诊疗研究教授 1 名。专家在对医共体实施效果进行打分时采取两两比较的方式进行，其中打分的准则根据 Saaty 所提出的数字 1-9 作为标度，其中数值越大表示重要性越高。构面目标层和准则层判断矩阵，其中，目标层判断矩阵见表 2，政府政策的完善程度指标判断矩阵见表 3，医疗人才队伍的稳定性指标判断矩阵见表 4，医疗设备的完善程度指标判断矩阵见表 5，居民对分级诊疗的满意指标判断矩阵见表 6。

Table 2. Target layer judgment matrix

表 2. 目标层判断矩阵

	政策完善程度 B1	医共体分级诊疗人才 队伍的水平 B2	医共体配套医疗设备的 完善程度 B3	医共体患者 满意度 B4
政策完善程度 B1	1	4	3	2
医共体分级诊疗人才队伍 的水平 B2	1/5	1	2	1/3
医共体配套医疗设备的 完善程度 B3	1/4	1/3	1	1/3
医共体患者满意度 B4	1/3	4	3	1

**Table 3.** Matrix of indicators of policy perfection**表 3.** 政策完善程度指标判断矩阵

	医共体实施过程中的监管政策 C1	政府关于医疗的财政政策 C2	医疗保险政策 C3
医共体实施过程中的监管政策 C1	1	1/3	1/5
政府关于医疗的财政政策 C2	4	1	1/3
医疗保险政策 C3	3	2	1

**Table 4.** Matrix of the level index of the medical community graded diagnosis and treatment talent team**表 4.** 医共体分级诊疗人才队伍的水平指标判断矩阵

	优秀医疗人才在基层医疗机构所占比例 C4	优秀医疗人才比重 C5	优秀医疗人才引进和培养政策 C6
优秀医疗人才在基层医疗机构所占比例 C4	1	1/3	1/3
优秀医疗人才比重 C5	2	1	2
优秀医疗人才引进和培养政策 C6	2	4	1

**Table 5.** Matrix of indicators for the perfection of supporting medical equipment in the medical community**表 5.** 医共体配套医疗设备的完善程度指标判断矩阵

	就医时长满意度 C7	就医费用满意度 C8	就医效果满意度 C9
就医时长满意度 C7	1	1/2	1/4
就医费用满意度 C8	2	1	1/4
就医效果满意度 C9	4	3	1

**Table 6.** Judgment matrix of patient satisfaction indicators in the medical community**表 6.** 医共体患者满意度指标判断矩阵

	就医时长满意度 C10	就医费用满意度 C11	就医效果满意度 C12
就医时长满意度 C10	1	2	3
就医费用满意度 C11	1/2	1	2
就医效果满意度 C12	1/3	1/2	1

### 4.3. 层次排序及一致性检验

将上述目标层、准则层指标矩阵数值分别运算，准则层指标矩阵数值分别运算，结果具体如下：  
目标层为：

$$\lambda_{\max} = 3.09$$

$$W = \{wb1, wb2, wb3, wb4\} = \{0.36, 0.2, 0.29, 0.15\}$$

$$CR = \frac{CI}{RI} = \frac{0.061}{0.09} = 0.068 < 0.1, \text{ 一致性检验通过。}$$

准则层为：

政策完善程度：

$$\lambda_{\max} = 3.039$$

$$W1 = \{wc1, wc2, wc3\} = \{0.2, 0.1, 0.35\}$$

$$CR = \frac{CI}{RI} = \frac{0.019}{0.58} = 0.033 < 0.1, \text{ 一致性检验通过。}$$

医共体分级诊疗人才队伍:

$$\lambda_{\max} = 3.054$$

$$W2 = \{wc4, wc5, wc6\} = \{0.35, 0.33, 0.67\}$$

$$CR = \frac{CI}{RI} = \frac{0.005}{0.580} = 0.009 < 0.1, \text{ 一致性检验通过。}$$

医共体配套医疗设备:

$$\lambda_{\max} = 3.004$$

$$W3 = \{wc7, wc8, wc9\} = \{0.54, 0.17, 0.29\}$$

$$CR = \frac{CI}{RI} = \frac{0.002}{0.58} = 0.003 < 0.1, \text{ 一致性检验通过。}$$

医共体患者满意度:

$$\lambda_{\max} = 3.009$$

$$W4 = \{wc10, wc11, wc12\} = \{0.3, 0.29, 0.28\}$$

$$CR = \frac{CI}{RI} = \frac{0.005}{0.58} = 0.009 < 0.1, \text{ 一致性检验通过。}$$

#### 4.4. 层次总排序及一致性检验

将层次单排序结果进行归一化处理得出层次总排序结果为

$$W = \{0.36, 0.2, 0.29, 0.15, 0.2, 0.1, 0.35, 0.35, 0.33, 0.67, 0.54, 0.17, 0.29, 0.3, 0.29, 0.28\}$$

$$CR = \frac{CI}{RI} = \frac{0.011}{0.58} = 0.019 < 0.1, \text{ 一致性检验通过。}$$

通过计算得出医共体分级诊疗实施效果影响指标的权重指标值, 见表 7。

**Table 7.** Weight index values that affect the graded diagnosis and treatment effect index of the medical community  
**表 7.** 影响医共体分级诊疗效果指标的权重指标值

一级指标	权重指标值	二级指标	权重指标值
政策完善程度	0.27	医共体实施过程中的监管政策	0.17
		政府关于医疗的财政政策	0.18
		医疗保险政策	0.27
医共体分级诊疗人才队伍的水平	0.25	优秀医疗人才在基层医疗机构所占比例	0.31
		优秀医疗人才比重	0.32
		优秀医疗人才引进和培养政策	0.35
医共体配套医疗设备的完善程度	0.26	医疗器械的使用效率	0.33
		手术室使用效率	0.26
		病房床位使用效率	0.28
医共体患者满意度	0.22	就医时长满意度	0.28
		就医费用满意度	0.24
		就医效果满意度	0.22

## 5. 模糊综合评价

### 5.1. 确定评价对象的因素集

R 市 D 区医共体分级诊疗实施效果先需要确定评价对象所在因素集, 设  $U$  为因素集, 则  $U = \{u_1, u_2, u_3, u_4\}$ , 其中  $\{u_1, u_2, u_3, u_4\}$  是指参与医共体实施效果模糊综合评价的 4 个因素, 分别为政策完善程度、医共体分级诊疗人才队伍的水平、医共体配套医疗设备的完善程度、医共体患者满意度。其中  $u_1 = \{u_{11}, u_{12}, u_{13}, u_{14}\}$ ,  $u_2 = \{u_{21}, u_{22}, u_{23}\}$ ,  $u_3 = \{u_{31}, u_{32}, u_{33}\}$ ,  $u_4 = \{u_{41}, u_{42}, u_{43}\}$ 。

### 5.2. 确定评价对象评价集

评价等级可以定义为对因素集的等级定性评价词汇, 设评价集为  $V$ , 则  $V = \{v_1, v_2, v_3, v_4, v_5\} = \{\text{非常好, 很好, 好, 一般, 差}\}$ , 将评价级划分为 5 个等级。

### 5.3. 建立模糊矩阵

在明确  $U$  和  $V$  之后, 根据隶属度函数, 需要对  $U$  上的因素进行评价, 结合隶属函数建立  $U$  和  $V$  之间的映射。通过统计建立模糊举证  $R$ ,  $R_1$  为政策完善程度,  $R_2$  为医共体分级诊疗人才队伍的水平,  $R_3$  为医共体配套医疗设备的完善程度,  $R_4$  为医共体患者满意度。

$$R_1 = \begin{bmatrix} 0.3 & 0.3 & 0.25 & 0.2 & 0.04 \\ 0.07 & 0.2 & 0.14 & 0.2 & 0.05 \\ 0.36 & 0.3 & 0.16 & 0.06 & 0.05 \end{bmatrix}$$

$$R_2 = \begin{bmatrix} 0.36 & 0.3 & 0.25 & 0.1 & 0.06 \\ 0.4 & 0.4 & 0.17 & 0.15 & 0.03 \\ 0.05 & 0.3 & 0.27 & 0.12 & 0.07 \end{bmatrix}$$

$$R_3 = \begin{bmatrix} 0.35 & 0.4 & 0.15 & 0.05 & 0.05 \\ 0.35 & 0.2 & 0.12 & 0.15 & 0.06 \\ 0.2 & 0.23 & 0.26 & 0.21 & 0.2 \end{bmatrix}$$

$$R_4 = \begin{bmatrix} 0.37 & 0.24 & 0.17 & 0.04 & 0.01 \\ 0.3 & 0.12 & 0.3 & 0.48 & 0.03 \\ 0.5 & 0.28 & 0.22 & 0.12 & 0.03 \end{bmatrix}$$

模糊数学综合评价法的关键在于权重的确定和隶属关系的确定, 根据 AHP 方法所得到的权重向量与隶属关系矩阵进行运算运用, 具体公式:  $Y = W \times R$ , 得到综合评价指数  $Y$ 。在复合运算过程中涉及到模糊算子的确定, 依据 R 市 D 区医共体实施效果评价的特征, 采用加权算术平均的方法进行复合运算。

目标层矩阵复合运算:

政策完善程度:  $Y_{b1} = W_1 \times R_1$

$$\begin{aligned} Y_{b1} &= \{0.2, 0.1, 0.35\} \times \begin{bmatrix} 0.3 & 0.3 & 0.25 & 0.2 & 0.04 \\ 0.07 & 0.2 & 0.14 & 0.2 & 0.05 \\ 0.36 & 0.3 & 0.16 & 0.06 & 0.05 \end{bmatrix} \\ &= \{0.345, 0.335, 0.18, 0.1, 0.05\} \end{aligned}$$

医共体分级诊疗人才队伍的水平:  $Y_{b2} = W_2 \times R_2$

$$Y_{b2} = \{0.35, 0.33, 0.67\} \times \begin{bmatrix} 0.36 & 0.3 & 0.25 & 0.1 & 0.06 \\ 0.4 & 0.4 & 0.17 & 0.15 & 0.03 \\ 0.05 & 0.3 & 0.27 & 0.12 & 0.07 \end{bmatrix}$$

$$= \{0.332, 0.3, 0.226, 0.1, 0.04\}$$

医共体配套医疗设备的完善程度:  $Y_{b3} = W_3 \times R_3$

$$Y_{b3} = \{0.54, 0.17, 0.29\} \times \begin{bmatrix} 0.35 & 0.4 & 0.15 & 0.05 & 0.05 \\ 0.35 & 0.2 & 0.12 & 0.15 & 0.06 \\ 0.2 & 0.23 & 0.26 & 0.21 & 0.2 \end{bmatrix}$$

$$= \{0.333, 0.345, 0.17, 0.088, 0.03\}$$

医共体患者满意度:  $Y_{b4} = W_4 \times R_4$

$$Y_{b4} = \{0.3, 0.29, 0.28\} \times \begin{bmatrix} 0.37 & 0.24 & 0.17 & 0.04 & 0.01 \\ 0.3 & 0.12 & 0.3 & 0.48 & 0.03 \\ 0.5 & 0.28 & 0.22 & 0.12 & 0.03 \end{bmatrix}$$

$$= \{0.312, 0.324, 0.186, 0.1, 0.05\}$$

$$E = W \times [Y_{b1}, Y_{b2}, Y_{b3}, Y_{b4}]$$

$$= \{0.36, 0.2, 0.29, 0.15\} \times \begin{bmatrix} 0.345 & 0.335 & 0.18 & 0.1 & 0.05 \\ 0.332 & 0.3 & 0.226 & 0.1 & 0.04 \\ 0.333 & 0.345 & 0.17 & 0.088 & 0.03 \\ 0.312 & 0.324 & 0.186 & 0.1 & 0.05 \end{bmatrix}$$

$$= \{0.3348, 0.3332, 0.1831, 0.0944, 0.0545\}$$

假定评价集  $V$  中各个元素的量化值为  $V_1 = 100, V_2 = 80, V_3 = 60, V_4 = 40, V_5 = 20$ ,  $V$  的数值在 100 到 20 之间,  $V$  的数值越大, 则代表医共体分级诊疗实施的效果越好,  $V$  的数值越小, 相应的表明医共体分级诊疗实施的效果越差。

$$V = E \times V^T = \{0.3348, 0.3332, 0.1831, 0.0944, 0.0545\} \times \{100, 80, 60, 40, 20\}^T = 76.12$$

这表明 R 市 D 区医共体分级诊疗的实施效果得分为 76.12 份, 整体而言分级诊疗的实施效果较好, 实施效果处于中水平。

## 6. 模糊综合评价结果分析

采用 AHP 层次分析法对医联体分级诊疗实施效果的指标体系赋予相应的权重, 其次根据实地调研结果进行模糊数学综合评价分析, 发现整体分级诊疗实施效果较好, 政策完善程度、医共体分级诊疗人才队伍的水平、医共体配套医疗设备的完善程度、医共体患者满意度得分分别为 45.6 分, 52.12 分, 56.54 分, 78.65 分, 说明目前 R 市 D 区医共体实施过程中影响其实施效果的主要因素有政策完善程度、医共体分级诊疗人才队伍的水平、医共体配套医疗设备的完善程度、医共体患者满意度, 其中政策的完善程度和医共体分级诊疗的人才队伍水平对实施效果的影响因素较小。

## 7. 发展的路径完善

### 7.1. 完善医共体内的人事制度

为提升医共体内的医疗人才占比, 顺应薪酬改革的趋势, 首先可以在医共体体系内设立动态的工资



调整机制,对于基层医疗机构的医务人员的薪资待遇进行提高,从而增加对医务人员的吸引力,提高优秀医务人员下沉到基层工作的积极性[3]。其次制定合理的绩效评价指标,对医务人员提供的医疗服务进行绩效评价,避免单纯以工作量作为考核指标,设置工作责任、工作量、工作技术、患者满意度、科研能力等综合指标,对医务人员进行多方面的考核评价,与薪酬挂钩。

## 7.2. 增加财政投入

增加财政投入包括两方面,一方面要增加对公立医院的财政投入,另外一方面要增加对基层医疗卫生机构的财政投入[4]。对公立综合医院的财政投入可以更好地留住人才,保证医生和护士的收入,有利于向下转诊患者的顺利转诊。对基层医疗卫生机构增加财政投入,提升基层医院的大型医疗设备配套程度,建立更加有效的人才吸引机制,增加基层医生的工作成就感和满足感[5]。

## 7.3. 加强医共体的协作

医共体的协作要避免流于形式,必须突破相互之间的壁垒,实现信息渠道和信息内容的互联互通。首先要强化机构之间的信息互通,不同医疗机构之间的病例数据库进行融合,提高转诊效率。其次要加强机构间的技术合作,促进医疗资源的合理分配,有利于专业技术人才的下沉[6]。同时医共体之间不同层级的医疗机构进行优势互补,密切交流,构建良性医疗联合体。

## 参考文献

- [1] 陶士素,王军永. 医联体建设与构建分级诊疗服务体系研究[J]. 中国农村卫生事业管理, 2020, 40(8): 538-542.
- [2] 李华,徐英奇. 分级诊疗对居民健康的影响——以基层首诊为核心的实证检验[J]. 社会科学辑刊, 2020(4): 122-134.
- [3] 韩彬,韩彩欣,赵侠,赵燕. 医联体模式下社区居民对双向转诊的认知及满意度调查[J]. 价值工程, 2020, 39(12): 214-215. <https://doi.org/10.14018/j.cnki.cn13-1085/n.2020.12.091>
- [4] 王炼,滕芸. 双向转诊制度运行现状及对策探讨[J]. 中国农村卫生, 2020, 12(3): 66-67.
- [5] 叶江峰,姜雪,井淇,雷祎. 整合型医疗服务模式的国际比较及其启示[J]. 管理评论, 2019, 31(6): 199-212. <https://doi.org/10.14120/j.cnki.cn11-5057/f.2019.06.006>
- [6] 王林浩. 浙江省分级诊疗问题与对策研究[D]: [硕士学位论文]. 杭州: 浙江大学, 2015.