CGP Chinese General Practice
December 2017, Vol, 20 No.34

· 中国全科医疗/社区卫生服务工作研究 ·

基于医院协同医疗系统的双向转诊现状及对策研究

凡 萌[1*]，周国鹏[2]，段英伟[1]

【摘要】 分级诊疗是深化我国医药卫生体制改革的重点任务之一，有利于缓解当前的“看病难、看病贵”问题。为推进分级诊疗建设、促进双向转诊工作开展，北京大学第一医院于2013年4月与联通公司合作开通医院协同医疗转诊预约系统（医院协同医疗系统）。本文介绍了基于医院协同医疗系统的双向转诊工作开展现状，认为其在开展过程中仍存在患者向下转诊困难、转诊标准不明确、医务人员之间缺乏沟通等问题。建议从建立评价反馈机制、开发匹配管理系统等方面进一步完善医院协同医疗系统，同时落实财政与政策保障、加强社区卫生服务机构的全科人才培养、严格执行转诊流程和制度，以破解双向转诊工作落实困难的难题。

【关键词】 社区卫生服务；双向转诊；医院协同医疗系统

【中图分类号】R 197 【文献标识码】A DOI：10. 3969/j. issn. 1007 - 9572. 2017. 34. 004

凡萌，周国鹏，段英伟. 基于医院协同医疗系统的双向转诊现状及对策研究［J］. 中国全科医学，2017，20（34）：4232 - 4236. ［www. chinagp. net］

FAN M，ZHOU G P，DUAN Y W. Present situation and countermeasures of two - way referral based on the cooperative medical system ［J］. Chinese General Practice，2017，20（34）：4232 - 4236.

Present Situation and Countermeasures of Two - way Referral Based on the Cooperative Medical System

FAN Meng[1*]，*ZHOU Guo - peng*[2]，*DUAN Ying - wei*[1]

1. *Shichahai Community Health Service Center*，*Beijing* 100035，*China*

2. *Health Management Center*，*Peking University First Hospital*，*Beijing* 100034，*China*

[*] *Corresponding author*：*FAN Meng*，*Attending physician*；*E - mail*：*fanmeng30@ sina. com*

【Abstract】 Hierarchical diagnosis and treatment is one of the key tasks in deepening the reform of medical and health system in China，which can help alleviate current problems of great medical expenses and difficult access to quality medical services. In order to promote the establishment of hierarchical medical system and facilitate the development of two - way referral，Peking University First Hospital cooperated with China Unicom to launch a joint medical referral reservation system（cooperative medical system）in April of 2013. As regards the current situation of two - way referral based on cooperative medical system，this paper analyses many problems in its implementation，such as difficulties in transferring patients from higher level hospitals to community hospitals，ambiguous referral standards，and lack of communication among medical staff. In order to resolve the difficulties in implementing the two - way referral，this paper suggests to further improve the cooperative medical system from the aspects of establishing an evaluation and feedback mechanism and developing a matching management system and at the same time the finance and policy support should be put into practice to strengthen the education of general practitioners in community health service institutions and to implement strictly the referral process.

【Key words】 Community health services；Two - way referral；Cooperative medical system

协同医疗是指在众多供应商和医疗环境之间安全且高效地共享医疗信息，通过在区域内建立协同医疗系统可以整合大型综合医院、专科医院、社区卫生服务机构的卫生资源，使医疗交流更加便捷。双向转诊是指社区卫生服务机构由于受设备、技术等方面资源的限制，需要将一些无法确诊的患者转入上一级医疗机构进行诊断、治疗；而上级医疗机构将病情进入恢复期的患者转入社区卫生服务机构进行康复治疗[1]。双向转诊有效缓解了我国目前医疗卫生资源分配不均衡等社会民生问题[2-3]。为促进双向转诊工作的开展、合理利用卫生资源、构建城市社区医疗卫生服务体系，北京大学第一医院于2013年4月与联通公司合作为社区开通了医院协同医疗转诊预约系统（医院协同医疗系统）。社区与医院通过网上转诊系统开展医疗转诊预约，北京大学第一

1. 100035 北京市西城区什刹海社区卫生服务中心

2. 100034 北京市，北京大学第一医院健康管理中心

[*] 通信作者：凡萌，主治医师；E - mail：fanmeng30@ sina. com

www.chinagp.net C.G.P.

医院共有内、外、妇、儿、五官科等37个专科在医院协同医疗系统中开通了转诊通道，社区卫生服务机构可以随时在平台上为有需要的患者提供转诊服务。初步建立了通畅、有序、便利的双向转诊通道，以信息技术为切入点初步解决了双向转诊落实困难[4]、转诊信息化建设滞后[5]的问题。本文分析了医院协同医疗系统的运行现状和尚存问题，分析其原因并提出相应政策建议，以期为逐步完善双向转诊、促进分级诊疗提供参考。

1 医院协同医疗系统介绍

1.1 预约转诊流程 为使社区能够更充分地利用三级医院医疗资源，2013年4月北京大学第一医院与联通公司、辖区内多家社区卫生服务机构三方合作开通了医院协同医疗系统。任何一家开通系统的社区卫生服务机构均可以在预约平台上为前来就诊的居民提供转诊服务。该系统分为信息通知、预约须知、预约、转诊详情等9个操作模块，社区医生可登录系统为患者进行实名注册，根据患者病情选择预约科室和医生。预约时由社区医生填写患者资料，患者携带预约凭证（短信识别码和身份证）在预约当日挂号处确认取号并就诊。医院挂号条和门诊医生工作站的工作界面均对社区预约患者有特殊标记，提醒医生接诊前查看转诊需求，以便回复双向沟通。社区医生可以通过系统查看转诊患者在北京大学第一医院的就诊情况，包括就诊后1周内实验室检查信息，以实现双向互动。转诊预约挂号时间实行24 h预约制和实名制，可预约1周内号源也可以提前1天取消预约。每位患者每次只能预约同一专科的1名医生号源，如遇特殊情况不能准时取号可提前1天联系挂号室取消或延长取号时间（见图1）。

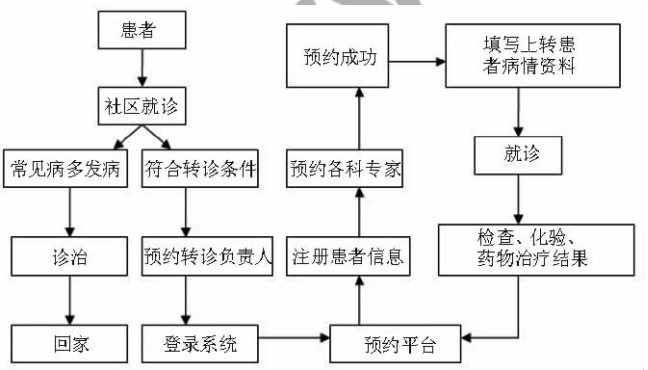

图1 医院协同医疗转诊预约系统预约流程图

Figure 1 The flow chart of reservation in the medical referral reservation system

1.2 系统管理 北京大学第一医院与社区卫生服务机构共同签署双向转诊协议书，并制定双向转诊制度、转诊流程。北京大学第一医院的挂号室、门诊办公室、计算机网络技术中心及社区卫生服务机构、联通公司网络技术研发部建立了联络网，并有专人负责。同时，根据社区卫生服务机构的需求，北京大学第一医院的科室设置扩大了转诊科室范围，如增加生殖与遗传、临床营养科、心理门诊等科室，以满足转诊需求。

2 医院协同医疗系统的实施效果

什刹海社区卫生服务中心是北京市医保定点机构，于2013年4月开始参与医院协同医疗系统工作，至2015年底共转诊患者3 520人次。2015年，什刹海社区卫生服务中心的门诊量为252 645人次，上转患者1 175人次，上转率为0.47%；上转后通过系统转回61人次（指系统中有治疗回复的患者数），仅占上转患者的5.2%。通过系统转回的患者中，44.26%的患者在专科检查后有明确诊断，应用专科药物治疗；27.87%的患者无明确诊断，需要在专科医院接受进一步检查；11.47%的患者处置用药为社区现有或类似药物，可以在社区完成；9.84%的患者无回复，可能转诊至专科后无法处理，或专科医生未记录、患者未按时就诊；6.56%的患者接受社区没有的专科药物治疗，且需回到北京大学第一医院复诊。可见，上转至北京大学第一医院的患者中，78.69%达到了转诊目的，解决了患者的进一步诊疗需求（见表1）。

表1 转回患者在北京大学第一医院接受的医疗服务情况（$n=61$）

Table 1 The medical services for patients transferred to Peking University First Hospital

服务项目	患者数(人次)	构成比(%)
专科用药(社区无)	4	6.56
未予检查、治疗	6	9.84
给予社区现有药物或类似药物	7	11.47
进一步专科检查	17	27.87
专科检查后药物治疗	27	44.26

在上转患者中，转诊至内科、妇科、皮肤科、外科、眼科、耳鼻喉科、骨科、儿科的比例较高，内科疾病中内分泌科、心内科、消化内科、呼吸内科、神经内科的比例较高（见表2）。可见，社区卫生服务机构尚不能承担应重点管理常见病、多发病这一基本功能，社区医生的全科医疗处理能力尚不全面，妇科、儿科、皮肤科等常见病的诊治能力有待提高。另外，北京大学第一医院接诊上转患者的医务人员中，副高级及以上职称者占93.71%（见表3）。可见，医院协同医疗系统中提供了强大的医学专家资源平台，中级及以下专科医生的数量较少。

3 医院协同医疗系统在应用中存在的问题

3.1 “上转容易、下转难” 应用系统进行双向转诊，

CGP Chinese General Practice
December 2017, Vol. 20 No.34

表 2 上转患者在北京大学第一医院的就诊科室情况（n = 1 175）

Table 2 The number of patients transferred to each department of peking University First Hsopital

科室	患者数(人次)	构成比(%)
内分泌科	153	13.02
妇科	127	10.81
心内科	94	8.00
消化内科	93	7.92
呼吸内科	78	6.64
神经内科	77	6.55
皮肤科	89	7.57
泌尿外科	73	6.21
普外科	61	5.19
眼科	46	3.92
肾内科	44	3.75
耳鼻喉科	43	3.66
骨科	41	3.49
小儿眼科	36	3.06
儿科	22	1.87
风湿免疫科	20	1.70
介入血管外科	17	1.45
肿瘤外科	16	1.36
产科	14	1.19
其他	31	2.64

表 3 北京大学第一医院接诊上转患者的医务人员情况（n = 1 175）

Table 3 The medical workers who treat patients transferred from the community health service center in Peking University First Hospital

职称	专家数(人次)	构成比(%)
主任医师	588	50.04
副主任医师	391	33.28
教授	88	7.49
副教授	16	1.36
研究员	4	0.34
副研究员	11	0.94
主任技师	3	0.26
助理研究员	1	0.08
主治医师	44	3.74
住院医师	29	2.47

居民获取专家号更加方便、快捷，省去了既往通过转诊单或传真费时、费力、复杂的转诊模式。但是转回患者数量与上转数量仍差距较大，2015 年上转患者数是下转患者数的 19 倍。导致发生“下转难”的原因包括：（1）医疗服务体系建设不健全。目前我国的分级诊疗和双向转诊制度缺乏更加实用、完善、健全的配套政策，分级诊疗仍限于政策指导，未制定相关法律规定，各级医疗机构功能界定不清晰，缺乏统一的区域规划和规范的转诊模式，医保政策和支付方式未能发挥经济杠杆的引导作用，人事制度和薪酬制度也在一定程度上影响了分级诊疗制度的推进[6]。医疗服务体系建设是一项涉及不同利益主体较量和不同层级资源整合的系统工程，在这个过程中必须目标模式清晰，形成与医疗服务需求相匹配的总体设计，通过建立激励约束机制和适宜的保障措施切实提高整个医疗服务体系的效能。（2）患者的就诊选择。患者的就诊选择与信任需求相关，信任需求分为 4 个层次，即医术和疗效、收费和开销、人文和情感、流程和体验[7]。既往研究结果也显示，超过 80.0% 的患者在病情稳定后不愿意转回社区卫生服务机构继续治疗，主要原因为不信任社区卫生服务机构的技术[8]。因此在未对双向转诊进行强制要求的情况下，患者更愿意选择技术水平较高的大医院就诊，进而造成“下转难”的现象。（3）各方利益博弈。合作成本与合作收益是决定双向转诊成功与否的关键，降低医院双向转诊的合作成本，提高其合作收益，方能有效推进双向转诊制度的建立[9]。但目前的双向转诊主要依靠行政命令推进，政府补偿与激励机制不足，各方合作收益不高，导致双向转诊的积极性不高。另外，政府对卫生事业的投入不足，医疗机构和医务人员收入与业务量相关，下转患者会在一定程度上影响医疗机构和医务人员的收入，导致“下转难”发生。（4）转诊系统使用不当。系统设置要求转诊后必须填写患者资料，才会有下转回复，社区卫生服务机构不重视上转患者的病历资料填写，导致自动回复较少。（5）社区卫生服务机构的转诊入口少。每个社区仅有 1 ~ 2 名负责人能够凭借动态密码登录系统，由于权限设置，患者上转不是由经治医生进行，可能会导致病程填写欠准确，经治医师无法及时查看患者转回情况。（6）转诊系统流程缺陷。目前的转诊流程为先转诊，成功后再填写患者病历，是否填写患者信息与转诊成功与否无关，转诊流程设计不合理，导致忘填、漏填、不填情况发生较多，影响了下转信息的输出。（7）转诊系统不健全。转诊系统只对首次上转情况进行反馈，后续检查和治疗情况在系统中不能持续追踪，造成下转资料不完整。（8）药品种类不健全。社区卫生服务机构的药品和检查不能满足患者需求，导致患者无法转回社区治疗。

3.2 转诊无“门槛” 从系统设置上来看，转诊无任何条件限制，只需操作即可。从社区卫生服务机构角度而言，有双向转诊标准作为衡量转诊的条件，但缺乏政府制定的具体细化的双向转诊制度作为保证，系统本身也并未设置转诊条件[10]。如患者要求社区医生直接进行上转，社区医生无法干预和拒绝，可能会导致医院协同医疗系统仅成为三级医院延伸到社区的挂号窗口。缺乏明确的转诊标准，双向转诊很难真正实现，医疗资源

www.chinagp.net

也不能得到很好的利用，因此政策上和医院协同医疗系统上均应建立明确且有效的转诊“门槛”。

3.3 医务人员沟通平台尚未搭建 医院协同医疗系统建立了患者的转诊通道，但这只是完成了双向转诊工作的第一步。双向转诊的目的是上、下级医疗机构通过合作将社区卫生服务机构可以处理的患者留在社区卫生服务机构，将需要专科诊治的患者转到上级医院相应科室，符合转回条件的患者由上级医院再转回社区卫生服务机构。这个过程要求各级医疗机构的医生间具有密切联系。因此双向转诊并不仅是患者在不同等级医疗机构之间的流动，更是上、下级医院之间疾病诊治技术、医生信息、医疗资源的流动与沟通。但当前的医院协同医疗系统中，专科与社区医生无法直接沟通，关于上、下级医疗机构医务人员沟通交流的模块开发较少。

4 应用医院协同医疗系统开展双向转诊的对策建议

4.1 完善医院协同医疗系统 医院协同医疗系统的开发使用，在网络平台上实现了社区与三级医院转诊的成功对接，推进了双向转诊工作的开展。但电子转诊建设不是一劳永逸的工程，需持续维护和升级优化。

4.1.1 建立评价反馈机制，进一步完备系统功能 英国的转诊系统会通过升级流程机制和评价请求机制提升系统使用效果。患者在使用过程中遇到任何问题均可以联系当地系统服务台进行解决，除此以外，还有一些医生团体会定期向系统的设计指导组提出改善需求[5]。因此系统应设置评价反馈功能，或建立由使用系统的医生组成的评价小组定期提出使用建议，以便快速发现并解决转诊系统的尚存问题。

4.1.2 开发其他管理系统 在系统原有功能基础上开发与之匹配的其他管理系统，调整系统转诊流程使其更符合实际操作需求，如转诊质量控制模块、转诊医生沟通模块、上转患者信息追踪模块、上转患者评估模块。使各级医疗机构的医生间可以沟通转诊患者的病情、提出治疗康复意见，从而便于转回后患者在社区的治疗；同时，使社区医生掌握患者治疗情况和病情进展，对其反思初诊时的诊疗思维和处置方法、提升临床医疗水平有一定帮助；另外，对社区医生的转诊合理性进行评估，可以真正达到合理分流患者、避免医疗资源浪费的目的。因此从技术上对系统的升级优化是双向转诊工作开展的关键手段。

4.2 财政与政策保障 医院协同医疗系统是联结各级医疗机构实现医疗资源共享的医疗平台，其建立提升了全地区的医疗卫生信息系统建设水平，因此作为重要民生需求，应引起政府的重视与大力扶持，这也是双向转诊开展成功的重要保证。

4.2.1 财政扶持 目前系统是三级医院自主开发，资源有限，因此上转挂号功能完善，而下转资源共享功能不足，存在研发应用的局限性，医疗服务效果不均衡。从政府层面给予资金扶持，在区域医疗的宏观角度进行研发、功能扩展，使之适合多级医疗机构共同使用，从而完成整合医疗资源、加强医疗合作、便于数据集成管理和集成应用、健康档案信息共享、跨机构协作监管等电子信息系统的完善。

4.2.2 政策扶持 政策不仅是社会的整合机制，也是一种行为引导机制，双向转诊的发展需要适当的卫生政策做保障[11]。在电子转诊方面，英美国家政府均建立了完善的转诊配套机制，建立了强制转诊制度，通过法律手段保证转诊的有效落实。另外，也应建立明确的转诊指征和标准，制定分疾病的转诊路径，为临床医生、管理者提供转诊依据[12]。医院患者的数量与工作人员经济收入相关，转出患者、强化基层会对二、三级医院的业务量造成影响，这就需要政府层面的宏观调控，以缓解医疗机构面临的经济压力。因此信息化建设不能解决全部问题，需要建立完善的配套政策，并引导居民逐步进入双向转诊的良性运行轨道。

4.3 加强社区卫生服务机构的全科人才培养 针对上海市某地区居民的调查结果显示，社区居民的社区卫生服务中心首诊意愿率仅为40.4%，居民对社区卫生服务机构的技术水平不信任[13]，患者信任度低是当前社区卫生服务机构面临的主要问题，也是导致向下转诊不顺畅的主要原因。上文结果显示，11.47%的患者转诊后的用药情况与社区相同，说明社区医生对部分常见病的诊断和处置方法还未完全掌握。社区医生应该充分利用系统的反馈功能对这一类患者的病情进行分析，针对自己处理的不足开展自学、积累经验。上转患者的就诊科室除内分泌科、心内科、神经内科外，妇科、消化内科、呼吸内科、泌尿外科、普外科、皮肤科、眼科也是排在前10位的科室。说明全科医生不光要掌握四种慢性病的管理技术，也要掌握妇科、外科、皮肤科、呼吸内科、消化内科等其他学科常见病的诊疗技术，才能真正做好社区医疗工作，满足居民的就诊需求。医疗行政部门的培训学习内容应注重对社区医生日常工作的针对性和实用性，并且提供可以参考的诊断流程和治疗规范；同时注重理论与实践相结合，为全科医生提供更多的实践机会。上文数据表示，通过转诊系统上转患者的接诊专家职称以副高级及以上为主，初、中级职称医生在系统中未发挥更大作用。因此各级医院间通过医院协同医疗系统应该纳入一部分初、中级职称的专科医生，与全科医生建立初级医生联络网，沟通全科与专科业务，使每一个家庭医生团队均能有一位或多位专科医生做专科顾问，带动全科服务团队的整体技术提高，使上

www.chinagp.net

下转诊的衔接更紧密，全科与专科医生各司其职，推动双向转诊的进一步落实。

4.4 严格执行转诊制度 各级医疗机构均应建立符合政策要求的医院协同医疗系统转诊流程和制度，并组织相关人员进行学习，要求其明确转诊标准、规范书写转诊文件、确保转诊患者的信息真实和诊疗过程清楚。同时社区医生应积极对上转患者进行追访，并开展可及的后续治疗。

医院协同医疗系统使用 3 年以来，初步建立了上、下级医疗机构的转诊网络平台，改变了传统双向转诊方式落后、效率低、手续繁琐等问题。应用互联网开展双向转诊是落实双向转诊政策的最优路径，但由于医改的艰巨性和复杂性，目前的系统还远不能满足双向转诊工作的实际需求，因此在系统升级、政策保障、内涵建设等诸多方面还需要调整和改进，才能实现社会效益与经济效益的双丰收。

作者贡献：凡萌负责文章的构思与设计、资料的收集与整理、论文的撰写和修订，参与论文的英文修订、质量控制和审校，对文章整体负责，监督管理；周国鹏参与论文的英文修订；段英伟参与文章的质量控制和审校。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 陆媛，范会芹，王朝昕，等．我国双向转诊的突破口剖析［J］．中国全科医学，2017，20（10）：1168 - 1172. DOI：10. 3969/j. issn. 1007 - 9572. 2017. 10. 005.
LU Y，FANG H Q，WANG C X，et al. Breakthrough of the two - way referral in China［J］. Chinese General Practice，2017，20（10）：1168 - 1172. DOI：10. 3969/j. issn. 1007 - 9572. 2017. 10. 005.

[2] 高翔，张新宇，李硕，等．社区居民双向转诊的下转意愿及其影响因素研究［J］．中国全科医学，2017，20（10）：1177 - 1180. DOI：10. 3969/j. issn. 1007 - 9572. 2017. 10. 007.
GAO X，ZHANG X Y，LI S，et al. Willingness of down - referral of community residents and its influencing factors［J］. Chinese General Practice，2017，20（10）：1177 - 1180. DOI：10. 3969/j. issn. 1007 - 9572. 2017. 10. 007.

[3] 陈佳，黄淇敏，崔勇，等．大医院开展双向转诊的研究［J］．中国医院，2008，12（6）：16 - 20. DOI：10. 3969/j. issn. 1671 - 0592. 2008. 06. 008.
CHEN J，HUANG Q M，CUI Y，et al. Research on two - way referral system in tertiary hospitals［J］. Chinese Hospitals，2008，12（6）：16 - 20. DOI：10. 3969/j. issn. 1671 - 0592. 2008. 06. 008.

[4] 王凌峰，李兆友．基于冰山角分析法的城市社区卫生服务双向转诊问题分析［J］．中国全科医学，2013，16（1）：14 - 17. DOI：10. 3969/j. issn. 1007 - 9572. 2013. 01. 005.
WANG L F，LI Z Y. A tip angle analysis of two - way referral in urban community health service［J］. Chinese General Practice，2013，16（1）：14 - 17. DOI：10. 3969/j. issn. 1007 - 9572. 2013. 01. 005.

[5] 张忻怡，刘宝．美英电子转诊对我国转诊信息化的启示［J］．中国卫生资源，2016，19（3）：257 - 260. DOI：10. 13688/j. cnki. chr. 2016. 16050.
ZHANG X Y，LIU B. Implications of e - referral in the United States and the United Kingdom for referral informatization in China［J］. Chinese Health Resources，2016，19（3）：257 - 260. DOI：10. 13688/j. cnki. chr. 2016. 16050.

[6] 焦玲艳，郑雪倩．通过立法推进分级诊疗［J］．中国医院，2017，21（10）：56 - 59.
JIAO L Y，ZHENG X Q. Discussion on promoting hierarchical medical system by legislation［J］. Chinese Hospitals，2017，21（10）：56 - 59.

[7] 郭小聪，杨颂德．患者在双向转诊政策运行中的就医选择［J］．广西民族大学学报（哲学社会科学版），2017，39（1）：32 - 35.
GUO X C，YANG S D. Influences of the target group's trust on the implementation of public policies［J］. Journal of Guangxi University for Nationalities（Philosophy and Social Science Edition），2017，39（1）：32 - 35.

[8] 黄琦程，陆方，陈雯，等．医院患者对分级诊疗的认知调查及意愿分析［J］．中国初级卫生保健，2016，30（7）：1 - 3. DOI：10. 3969/j. issn. 1001 - 568X. 2016. 07. 0001.
HUANG Q C，LU F，CHEN W，et al. Analysis on cognition and willingness of hierarchical medical system among hospital patients［J］. Chinese Primary Health Care，2016，30（7）：1 - 3. DOI：10. 3969/j. issn. 1001 - 568X. 2016. 07. 0001.

[9] 吴文强，冯杰．社区医院与大中型医院双向转诊的演化博弈分析［J］．中国卫生事业管理，2015，32（12）：893 - 895.
WU W Q，FENG J. An evolutionary game analysis of two - way referral between community hospitals and large - or medium - sized hospitals［J］. Chinese Health Service Management，2015，32（12）：893 - 895.

[10] 赵光斌，杜光会，林敏．制约双向转诊制度实施因素研究［J］．中国全科医学，2013，16（9）：2930 - 2932. DOI：10. 3969/j. issn. 1007 - 9572. 2013. 09. 006.
ZHAO G B，DU G H，LIN M. Impacting factors to implementation of the two - way referral system［J］. Chinese General Practice，2013，16（9）：2930 - 2932. DOI：10. 3969/j. issn. 1007 - 9572. 2013. 09. 006.

[11] RILEY W. Process engineering for primary care：quality improvement and population health［J］. Fam Med Community Health，2016，4（2）：29 - 35. DOI：10. 15212/FMCHH2015. 0151.

[12] 李诗杨，贺加，李颖，等．双向转诊中政府部门职能探讨［J］．医学与哲学，2009，30（4）：59 - 60.
LI S Y，HE J，LI Y，et al. Discussion on the functions of government departments in dual referral［J］. Medicine & Philosophy，2009，30（4）：59 - 60.

[13] 计光跃，胡立安，史明秀，等．上海市某区分级诊疗制度实施现状分析［J］．中国卫生资源，2016，19（4）：315 - 317. DOI：10. 13688/j. cnki. chr. 2016. 16145.
JI G Y，HU L A，SHI M X，et al. Analysis of current status of implementing a tertiary referral medical care system in a district of Shanghai［J］. Chinese Health Resources，2016，19（4）：315 - 317. DOI：10. 13688/j. cnki. chr. 2016. 16145.

（收稿日期：2017 - 05 - 12；修回日期：2017 - 10 - 30）
（本文编辑：王凤微）

www.chinagp.net C.G.P.