

厦门市社区居民对分级诊疗的满意度及其影响分析

张兴祥 王佩如

(厦门大学 经济学院, 福建 厦门 361005)

摘要: 本文利用问卷调查数据,运用主成分分析法和Logit回归方法,分析居民选择社区医院诊疗的影响因素,实证结果发现:社区医院医生专业水平、设备先进度及药品储备的回归系数为2.3734,在1%的显著性水平下显著;居民对分级诊疗政策实施的满意度回归系数为1.5078,在10%的显著性水平下显著。研究结果表明,社区医院的专业水平、设备先进度及药品储备依然是居民是否选择去社区医院就医的关键影响因素,分级诊疗政策的实施对居民选择社区医院有显著的正向影响,但影响弱于社区医院的专业水平、设备先进度及药物储备等因素的作用。

关键词: 厦门;分级诊疗;居民满意度;医疗服务体系

中图分类号:R197

文献标志码:A

文章编号:1673-5684(2018)04-0040-06

改革开放以来,中国经济发展取得举世瞩目的成就,医疗卫生事业飞速发展,国家财政医疗卫生支出的绝对量和相对量都在稳步增长。统计数据显示,2007年全国财政医疗卫生支出为1989.96亿元,占国家财政总支出的4%;2016年全国财政医疗卫生支出为13158.77亿元,占比增至7%。然而,居民基本健康需求的日益增长以及人口老龄化的进程依旧给我国基本医疗服务体系的建立和完善带来了挑战。目前,我国医疗卫生服务

需求集中在基层,而大部分优质医疗资源却集中在大医院,需求与资源的结构错配,导致“看病难,看病贵,看病远”等民生问题一直悬而未决。如何协调医疗资源的分配是我国医疗卫生事业建设中不容回避的现实问题。

2009年,国务院常务会议通过《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《2009—2011年深化医药卫生体制改革实施方案》,首次提出“引导一般诊疗下沉到基层,逐步实现社区首诊、分级治疗和

收稿日期:2018-05-15

基金项目:福建省教育厅中青年教师教育科研项目“厦门市分级诊疗制度变迁与地方政府制度创新研究”(JAS170005);厦门市社科重点项目“厦门市分级诊疗实施现状及模式特色的调查与研究”(2016B09号)。

作者简介:张兴祥(1969),男,福建泉州人,厦门大学经济学院副教授,博士,研究方向:教育和健康人力资本投资、公共政策量化评估、管理经济学;

王佩如(1994),女,安徽宣城人,厦门大学经济学院硕士研究生,研究方向:管理经济学。

双向转诊”。这标志着新一轮医改的启动。随着新一轮医改的启动,分级诊疗被置于重中之重的位置。2010年,国家卫生部正式发布《关于公立医院改革试点的指导意见》,遴选16个城市作为首批公立医院改革试点城市,厦门市是其中之一。近几年来,厦门市医疗改革探索走在了全国的前列,“厦门市分级诊疗改革”曾获得第八届“中国地方政府创新奖”,是该届唯一获此殊荣的医改项目。2015年,《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》将构建“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗模式作为2020年的目标任务,厦门市医疗改革模式得以在全国范围内推广。

一、厦门市医改历程与文献回顾

(一)厦门市分级诊疗改革回顾

厦门市医改从开始到形成“三师共管”特色的分级诊疗制度,共经历三个阶段。

第一阶段,从2008年至2011年,厦门市医改以“医疗集团化”为核心,由资源、技术、管理等方面占有优势的三级医院对辖区内的二级医院和基层医疗卫生机构进行人、财、物和信息方面的统筹管理。

第二阶段,从2012年至2015年,在厦门市卫生系统公立医院改革推进会上,确定以慢性病治疗为切入点,推进慢性病防治医院—社区—一体化管理的构想。2013年,大医院与基层全科医生开始结对子,形成“一带一”的帮扶模式,并增加辅助类人员作为两者的纽带,如公共卫生医生、营养师、药师等。这种“1+1+X”的管理模式是厦门市“三师共管”的雏形。从2014年开始,“1+1+X”中的“X”被确定为健康管理师,厦门市卫计委以患病率较高的糖尿病、高血压等慢性病作为切入点推进医改工作,专科医生制定诊疗方案,全科医生则根据诊疗方案控制患者病情并及时反馈,需要时申请转诊,健康管理师作为医患纽带,负责患者日常随访和健康教育,“三师共管”模式正式形成。

第三阶段,从2016年至今。这一阶段的改革重点是推动分级诊疗普及化。厦门市依托慢病(主要是高血压、高血糖)为切入,引导、吸收其他慢性

病患者以及健康人群加入到“三师共管”体系中,利用历史数据、家族病史等,结合大数据技术,对某类疾病的高危人群进行提示、教育,采取防范措施,有利于对慢病进行健康教育,早预防、早治疗,逐步形成以“三师共管”为依托的家庭医生签约服务,为患者和健康人群提供全过程、连续性的家庭医生服务。

另外,厦门市卫计委根据新形势和新目标,对“三师共管”进行升级,提出“1+1+N”模式。该模式的医疗管理团队由1名全科医生、1名健康管理师和N名不同学科的专科医生组成。“1+1+N”不同于“三师共管”之处在于将1名专科医生替代为N名或者N类不同学科的医生。这种安排是基于在健康人群的管理中,无法提前确定专科医生,因此虚设一个位置,直到在健康人群中发现患病风险或者患病情况,再决定由该病的专科医生进行跟进负责。日常针对性诊疗和照护由全科医生和健康管理师负责,免去了小病、常见病、慢性病往大医院诊治的过程,同时在出现急危重症时,全科医生能够更高效地对接转诊到相应的专科医生进行诊治。随着改革的进一步推进,还将结合“互联网+”的思维,使得“N”的内涵更加丰富,水平更加专业,并且可以跳出厦门,接入到全国各地的专家团队,为患者提供更为准确更为及时的治疗。这种“1+1+N”新模式的推行,将既有医疗资源存量重新整合,一举多得,市民的健康能够得到实质性的管理,基层医疗服务机构的作用得到了充分发挥,大医院能够实现向精细化、专业化转型,更好地建立各级医疗机构职级适配、职价相当的分级诊疗体系。

(二)文献回顾

构建分级诊疗模式的两个重点是基层签约服务制度和医疗卫生机构分工协作机制。首先,基层签约服务制度着力于将疾病为中心的医患关系转化为长期责任关系,西方发达国家通行的做法是由家庭医生充当健康“守门人”(gatekeeper)的角色。Herbert^[1]通过分析北美的定期健康检查数据,发现制定分类策略分流病人对促使病人改变有良性影响。Eijk^[2]发现荷兰全科医生将治疗重点侧重

于慢性疾病,在治疗中会有很大的促进作用。由于过去很长时期内我国未真正实施分级诊疗制度,因而国内这方面的研究才刚刚起步。张向东等^[3]研究北京市正在实施的家庭医生式服务模式与激励机制,分析模式实施面临的困难并提出对策。鲁於和吴忠^[4]基于上海市8区21街道的实地调研,从服务供给和服务感知两个维度对家庭医生制度的实施效应进行综合评估。梁欢澜等^[5]以佛山市2型糖尿病患者为研究对象,探讨引入家庭医生式服务在社区开展2型糖尿病管理的效果。

其次,分工协作机制着重于分级诊疗医联体的发展,有助于医疗资源的合理配置。Goldfield等^[6]对美国的初级诊疗展开临床分析和财务分析两方面的绩效评估,证实初级诊疗无论是从经济上还是从生理健康上对于国家和居民均有益处。Merchant^[7]研究加拿大英属哥伦比亚省的转诊模式,发现对于原发性腹膜后肉瘤(PRS),术前转诊与完全切除率高相关。Cox等^[8]利用时间序列数据,运用线性回归的方法预测转诊管理的引入与门诊出勤率的变化成正相关关系。目前,国内这方面的研究多侧重于分级诊疗的模式类型^[9]及策略路径选择^[10]等问题,缺乏实证文献。

本研究将采用问卷调查获得的相关数据,考察社区居民对厦门市“三师共管”分级诊疗实施的满意度,运用主成分分析法和Logistic回归方法,评估社区居民对厦门市分级诊疗政策实施的满意度以及其对于居民是否选择社区医院就医的影响。

二、研究方法与步骤

(一)抽样调查

数据来源于课题自行设计的问卷调查,主要以患有慢性病(包括高血压、高血糖、高血脂等)的中老年人(年龄多分布在55至85岁之间)为调查对象,通过对鼓浪屿、鹭江道和莲前社区的调查和访谈,获取原始数据。以上三个社区是厦门岛内率先进行分级诊疗的试点社区,故具有代表性。

(二)问卷内容

问卷主要内容分为居民一般情况调查和分级诊疗实施满意度调查两个部分。居民一般情况调查包括受访者的性别、年龄、学历、工作单位、政治

面貌、家庭人口规模、所参加的保险类型等。分级诊疗满意度调查,包括不同层级医院的医生专业水平、设备先进度、药品储备、医护人员态度、排队时间、医疗费用、灰色收入等。

(三)数据处理

数据录入之前,我们对所有的二分位变量均采用1和0的定量数据进行编码;对定类数据,我们按照问卷选项顺序,采用由1到高的整数进行编号;对满意度以及认同程度等定距数据,按评价程度从低到高赋予不同的分数,分数越高代表越正面的评价。数据采用stata13软件处理。

(四)数据描述

样本设计总量为300份,总回收问卷273份,有效问卷258份,问卷有效回收率为94.51%。258名居民中男性83人(占32.2%)、女性175人(占67.8%),平均年龄63.95,平均年收入43362元。详见表1。

表1 居民基本情况

	例数	构成比(%)		例数	构成比(%)
性别			学历		
男	83	32.2	小学及以下	66	25.6
女	175	67.8	初中	77	29.8
单位类型			高中	69	26.7
党政机关	4	1.6	大专	21	8.1
企业	19	7.4	本科	25	9.7
事业单位	4	1.6	参保情况		
社会团体	2	0.8	商业保险	12	4.9
自雇企业	8	3.1	城镇居民医疗保险	68	27.6
无单位	39	15.1	职工医疗险	151	61.4
退休	172	66.7	新型农村合作医疗和补充医保	4	1.6
其他	10	3.7	未参加	11	4.5
	均值	标准偏差		均值	标准偏差
年龄	63.95	15.76	年收入(元)	43362	25906

注:“参保情况”项目中有一小部分问卷数据缺失

三、满意度评价

(一)对大医院和社区医院的满意度评价

考察受访者对大医院和社区医院的评价,主要通过医生专业水平、设备先进度、药品储备、医护人员态度、排除时间、医疗费用、灰色收入7个指标进行比较。满意度评价按“非常不满意”“不满意”“一般”“满意”“非常满意”5个等级进行。因数据为成对观察数据,我们采用Wilcoxon秩和检验方法,检验结果表明,在5%的显著性水平下,“灰

色收入”“医护人员态度”对大医院和社区医院的评价是无差异的,见表2。

表2 大医院与社区医院医疗水平的秩和检验

	Z	渐近显著性(双尾)
医生专业水平	5.5690	.0000
设备先进度	6.6080	.0000
药品储备	6.4970	.0000
医护人员态度	-1.3650	.1722
排队时间	-10.3280	.0000
医疗费用	-5.4490	.0000
灰色收入	-0.0310	.9754

我们选取其余5个指标进行分析,见表3。

表3 对大医院与社区医院5项指标的评价

单位:%

对比项目	医院类别	非常不满意	比较不满意	一般	比较满意	非常满意
医生专业水平	大医院	0	2.5	18.6	64.4	14.4
	社区医院	2.4	10.9	36.3	44	6.5
设备先进程度	大医院	0	1.7	17	64.3	17
	社区医院	3.3	14.4	39.1	35.8	7.4
医院药品储备	大医院	0	5.6	14.7	63.6	16
	社区医院	2.9	17.1	38.8	33.5	7.8
排队时间	大医院	17.9	28.9	34.9	17.9	0.4
	社区医院	1.6	3.6	25.1	55.1	14.6
医疗费用	大医院	4.8	18.9	39.2	33	4
	社区医院	0.8	2.5	36.6	48.7	11.3

在“医生专业水平”“设备先进程度”和“医院药品储备”3个指标上,受访者对大医院的满意度明显要高于社区医院,其中在“非常满意”等级,前者比后者分别高出7.9、9.6和8.2个百分点;在“排队时间”和“医疗费用”两个指标上,受访者对社区医院满意度较高,其中在“非常满意”等级,社区医院比大医院分别高出14.2和7.3个百分点。在“排队时间”和“医疗费用”两个指标上,受访者对大医院的负面评价比较突出,尤其是“排队时间”指标上,受访者表示“非常不满意”占17.9%，“不满意”占28.9%，累计占46.8%。

(二)对分级诊疗相关政策的满意度评价

受访者对分级诊疗的相关政策,基本上无负面评价,其中超过六成的受访者对“加强医疗保险,对社区慢性病防治的支持、大医院专科医生进社区”表示“满意”或“非常满意”。对其他政策表示“满意”或“非常满意”的也基本超过半数。不

过,也有10%~20%的受访者对分级诊疗的相关政策并不了解,见表4。

表4 对分级诊疗相关政策的评价 单位:%

相关政策	非常不满意	比较不满意	一般	比较满意	非常满意	不知道
与家庭医生签约	2.6	7.8	27.0	33.9	19.1	9.6
专科医生进社区	1.7	7.8	19.1	46.1	14.8	10.4
大医院与社区医院医药实行差别化	1.7	6.1	33.0	30.4	9.6	19.1
加强三师队伍建设	3.5	4.3	27.8	41.7	9.6	13.0
一个专科医生、一个全科医生、多个健康管理师组合	2.6	3.5	36.5	31.3	10.4	15.7
加强社区健康教育	1.7	3.5	29.6	34.8	15.7	14.8
增加社区卫生服务机构的投入	1.7	3.5	24.3	39.1	15.7	15.7
加强医疗保险,对社区慢性病防治的支持	1.7	3.5	17.4	44.3	18.3	14.8

四、分级诊疗影响因素分析

(一)指标质量控制

对表3中大医院和社区医院5项指标及表4分级诊疗相关政策评价的8项指标分别采用Cronbach's alpha和KMO进行信度检验。大医院医疗水平、社区医院医疗水平和分级诊疗整体满意度的Cronbach统计量分别为0.4646<0.7,0.7210>0.7,0.8894>0.7。大医院医生专业水平,设备先进度和药物储备的Cronbach统计量为0.8576>0.7。大医院医生专业水平、设备先进度、药物储备,社区医院医疗水平和分级诊疗整体满意度的KMO为0.7837>0.7。三项检验结果表明社区医院医疗水平(医生专业水平、设备先进度、药物储备、排队时间、医疗费用)、大医院医疗水平(医生专业水平、设备先进度、药物储备)与分级诊疗整体满意度指标有较高的可信度。

(二)主成分分析法降维

采用主成分分析法,旋转方法采用方差最大化原则,提取5个因子,其累计贡献率为76.7%,将其分别记为T1、T2、T3、T4、T5。见表5、表6。提取的5个因子解释如下,T1代表居民对分级诊疗政策的认知情况(满意度评价);T2代表大医院的医生专业水平、设备先进度和药物储备,也是大医院优势所在;T3代表社区医院的医生专业水平、设备先进度和药物储备;T4代表社区医院的患者体

验水平，是社区医院的优势所在，T5 代表大医院与社区医院医保医疗医药差别化的相关政策。

表 5 载荷矩阵

	1	2	3	4	5
医生专业水平_社区医院	0.2002	-0.1908	0.4607	0.0573	0.0418
设备先进度_社区医院	0.1782	-0.1922	0.5355	-0.0720	0.0800
药品储备_社区医院	0.2177	-0.1080	0.4783	0.1645	0.1602
排队时间_社区医院	0.1867	0.1416	-0.1714	0.6355	0.1272
医疗费用_社区医院	0.2568	0.0904	-0.1065	0.5584	0.0567
医生专业水平_大医院	0.0428	0.5322	0.1417	-0.1312	-0.0768
设备先进度_大医院	0.0824	0.5325	0.2204	-0.0572	-0.0252
药品储备_大医院	0.0325	0.5433	0.1286	-0.0113	-0.0536
大医院专科医生进社区与家庭医生签约	0.2843	-0.0215	-0.2481	-0.2026	0.2806
大医院与社区医院医保医疗医药差别化 大医院专科医生进社区	0.3225	-0.0019	-0.1545	-0.1993	0.3170
加强三师队伍建设 大医院与社区医院医保医疗医药差别化	0.2896	0.0861	-0.0633	-0.0946	0.4740
一个专科医生、一个全科医生、多个健康管理师组合 加强三师队伍建设	0.3218	-0.0556	-0.1521	-0.0919	0.0428
加强社区健康教育 一个专科医生、一个全科医生、多个健康管理师组合	0.2935	0.0347	-0.1536	-0.3111	-0.1086
加强医疗保险，对社区慢性病防治的支持，加强社区健康教育	0.3280	0.0040	0.0311	-0.1405	-0.2906
增加对社区卫生服务机构的投入，加强医疗保险，对社区慢性病防治的支持	0.3060	-0.0908	-0.0907	0.1148	-0.5168
增加对社区卫生服务机构的投入	0.3327	-0.0661	-0.0317	-0.0143	-0.4102

表 6 相关系数矩阵的特征值及贡献率

主成分	主成分代表因素	特征根	累积贡献率
T1	“三师共管”分级诊疗政策	5.4961	0.3435
T2	医生专业水平_大医院、设备先进度_大医院 药品储备_大医院	2.4510	0.4967
T3	医生专业水平_社区医院、设备先进度_社区医院、 药品储备_社区医院	1.9634	0.6194
T4	排队时间_社区医院、医疗费用_社区医院	1.3583	0.7043
T5	医保医疗医药差别化	0.9969	0.7666

(三)Logit 回归结果分析

本文采用 Logit 方法评估影响居民选择去社区医院就医的主要因素。因变量衡量居民是否选择去社区医院就医，是逻辑变量(即 0-1 变量)，可采用 Logit 方法。自变量系数衡量自变量的变化对因变量变化的可能性影响，本文主要衡量降维后的 5 个因子变化对于居民就医选择可能性的影响。回归方程如下：

$$Y_i = \alpha + \beta_i T_i + \gamma Z_i + \varepsilon_i \quad (1)$$

(1)式中， Y_i 衡量第 i 名居民是否选择去社区医院就医，1 表示愿意选择社区医院就医，0 表示

更愿意选择大医院就医。 T_i 为($T_{1i}, T_{2i}, T_{3i}, T_{4i}, T_{5i}$)衡量降维后的 5 个因子， β_i 为 5 个因子的回归系数， Z_i 为性别、年龄、年收入等控制变量， ε_i 为误差项。

表 7 对选择社区医院的多元线性回归分析

	RATIO	S.E.	z	P> z
T1	1.5078	0.3548	1.74	0.0810
T2	1.1780	0.2760	0.70	0.4840
T3	2.3734	0.7589	2.70	0.0070
T4	1.1283	0.4174	0.33	0.7440
T5	1.5352	0.6218	1.06	0.2900
性别	0.2872	0.2309	-1.55	0.1210
年龄	1.0248	0.0244	1.03	0.3040
年收入	1.0000	0.0000	0.90	0.3660
常数项	0.3695	0.6653	-0.55	0.5800

如表 7 的回归结果显示，居民对“三师共管”分级诊疗政策的满意度(T1)，社区医院医生专业水平、设备先进度、药品储备(T3)两个解释变量指标分别在 10%和 1%的显著性水平下通过统计检验，表明这些因素对分级诊疗实施后居民是否选择去社区医院就医产生显著影响。另外，T1 的系数为 1.5078，T3 的系数为 2.3734，表明社区医院医生的专业水平、设备先进度、药品储备对选择社区医院就医的边际影响高于居民对分级诊疗政策满意度评价的影响。

五、结论

(一)对分级诊疗政策实施的满意度分析

从 2012 年开始，厦门市以差异化的财政、医保、价格、医药等综合政策为引导，以创设“三师共管”模式为工作载体，探索形成了以“分级诊疗，慢病先行，上下联动，三师共管”为主要特征的“厦门模式”。研究结果发现：1.在医生专业水平、设备先进度和药品储备三项指标上，受访者对大医院的满意度明显要高于社区医院，资源一定程度上在大医院集中。2.在排队时间和医疗费用这两项指标上，受访者对社区医院更为满意。厦门市诊疗补助的政策对于引导患者到基层就医初具成效，自 2015 年，厦门市调整医保的报销比例，实行社区医院与大医院的差别化报销，三级医院门诊就诊个人自付比例为 30%，到基层就诊只需自付

7%。居民对大医院排队问题满意度较低依然反映出大医院的“虹吸效应”并没有完全解决。3. 受访者对分级诊疗的相关政策,基本无负面评价,其中超过六成的受访者对“加强医疗保险,对社区慢性病防治的支持,大医院专科医生进社区”表示“满意”或“非常满意”。

(二)居民是否选择社区医院就医的影响因素分析

Logit 回归分析显示,影响居民选择社区医院就医还是大医院就医的主要因素按照影响程度大小依次为:社区医院的医生专业水平、设备先进程度、药品储备,以及“三师共管”分级诊疗政策的推进情况。目前,医生专业水平和设备先进程度、药物储备依然是居民选择就医的首要考虑因素,对于就医选择一定程度上存在“路径依赖”。

厦门市实施“三师共管”分级诊疗政策以来,先后出台了一系列有利于分级诊疗模式推广的政策,如与家庭签约,推进大医院专科医生进社区等。但想要深化医疗改革,解决医疗资源分配不均问题,政府卫生管理部门必须紧紧抓住最能影响社区居民选择基层医疗卫生机构就医的关键点,即给社区居民以信心和保障,确保“三师共管”分级诊疗体系不仅能减少居民排队时间,降低医疗费用,更能提供与大医院同等水平的医疗服务,这样才能更好地促进分级诊疗模式的推广与实施。

参考文献:

- [1] Herbert C. Clinical health promotion and family physicians: a canadian perspectives[J].Patient Education and Counseling ,1995 ,25(3):277-282.
- [2] Jacques Th. M. van Eijk. The role of dutch general practitioners in clinical health promotion[J]. Patient Education and Counseling ,1995 ,25 (3): 269-276.
- [3] 张向东,赵京,兰丽娜,等. 北京市社区卫生家庭医生式服务模式及激励机制探讨[J].中国全科医学 ,2014 ,17 (7) : 766-769.

- [4] 鲁於,吴忠. 家庭医生制度实施效应评估:基于上海市8区21街道的实地调研[J].科学决策 ,2015(11):17-34.
- [5] 梁欢澜,王运林,罗卓章,等.引入家庭医生式服务开展2型糖尿病管理效果初探[J].华中科技大学学报(医学版) ,2014(4):471-475.
- [6] Goldfield O , Gnani S , Majeed A. Primary care in the United States: profiling performance in primary care in the United States [J].British Medical Journal ,2003 ,326(7392):744-747.
- [7] Merchant S , Cheifetz R , Knowling M , et al. Practice referral patterns and outcomes in patients with primary retroperitoneal sarcoma in British Columbia[J]. The American Journal of Surgery , 2012 , 203(5): 632-638.
- [8] Cox JM , Steel N , Clark AB , et al. Do reerralf-management Schemes reduce hospital Outpatient attendances? time-series evaluation of primary care referral management[J].British Journal of General Practice ,2013 ,63(611):386-392.
- [9] 李显文. 对我国分级诊疗模式相关问题的思考 [J].中国卫生经济 ,2015(3):18-20.
- [10] 付强.促进分级诊疗模式建立的策略选择[J].中国卫生经济 ,2015(2):28-31.

(责任编辑:王华)