

学校编码: 10384

分类号 \_\_\_\_\_ 密级 \_\_\_\_\_

学号: 32720131150544

UDC \_\_\_\_\_

厦 门 大 学

硕 士 学 位 论 文

糖尿病“三师共管”模式干预效果  
及其社会生态学模型研究

Study on Effect of Diabetes Three-manager Mode and  
Social Ecological Model of Diabetes management

刘 玲 玲

指导教师姓名: 杨叔禹教授、方亚教授

专 业 名 称: 流行病学与卫生统计学

论文提交日期: 2016 年 月

论文答辩日期: 2016 年 月

学位授予日期: 2016 年 月

答辩委员会主席: 姚冠华

评 阅 人: \_\_\_\_\_

2016 年 7 月

## 厦门大学学位论文原创性声明

本人呈交的学位论文是本人在导师指导下,独立完成的研究成果。本人在论文写作中参考其他个人或集体已经发表的研究成果,均在文中以适当方式明确标明,并符合法律规范和《厦门大学研究生学术活动规范(试行)》。

另外,该学位论文为(卫生经济与政策研究中心)课题(组)的研究成果,获得(厦门市糖尿病研究所)课题(组)经费或实验室的资助,在( )实验室完成。(请在以上括号内填写课题或课题组负责人或实验室名称,未有此项声明内容的,可以不作特别声明。)

声明人(签名):



年 月 日

## 厦门大学学位论文著作权使用声明


本人同意厦门大学根据《中华人民共和国学位条例暂行实施办法》等规定保留和使用此学位论文，并向主管部门或其指定机构送交学位论文（包括纸质版和电子版），允许学位论文进入厦门大学图书馆及其数据库被查阅、借阅。本人同意厦门大学将学位论文加入全国博士、硕士学位论文共建单位数据库进行检索，将学位论文的标题和摘要汇编出版，采用影印、缩印或者其它方式合理复制学位论文。

本学位论文属于：

1. 经厦门大学保密委员会审查核定的保密学位论文，  
于 年 月 日解密，解密后适用上述授权。

2. 不保密，适用上述授权。

（请在以上相应括号内打“√”或填上相应内容。保密学位论文应是已经厦门大学保密委员会审定过的学位论文，未经厦门大学保密委员会审定的学位论文均为公开学位论文。此声明栏不填写的，默认为公开学位论文，均适用上述授权。）

声明人（签名）：

年 月 日

## 中文摘要

**目的** 初步评价糖尿病“三师共管”模式干预效果，并验证社会生态学模型理论在糖尿病管理研究中的作用，为完善糖尿病“三师共管”模式干预方案提供循证依据和政策建议。

### 方法

用定量、定性相结合的方法综合评价干预效果，并以社会生态学模型为理论基础，应用结构方程模型分析社会生态学模型理论在糖尿病管理中的作用。

(1) 定量调查：以厦门市某社区卫生服务中心 2014 年 8 月 1 日~2015 年 3 月 1 日加入“三师共管”模式干预的 2 型糖尿病患者为对象，由全科医师、健康管理师和专科医师提供健康评估、定期一对一健康教育等全程精细化管理。通过实验室检查和面对面问卷调查方法收集干预前、干预 6 和 12 月后患者的代谢指标、自我管理能力和综合资料，其中 HbA1c 每隔 3 月测量 1 次；并对干预 6 月后的患者进行满意度调查。将自我管理能力总分换算成百分制后，分别以  $<60$ 、 $60\sim$ 、 $\geq 80$  分为标准，将自我管理能力划分为低、中、高水平 3 个等级；用配对  $t$  检验和重复测量资料方差分析比较代谢指标、自我管理能力变化；达标率变化采用配对四格表资料  $\chi^2$  检验比较。

(2) 定性调查：选取患者、健康管理师、全科医师和专科医师进行面对面个人访谈，从模式的影响及对模式的建议两方面了解各方对“三师共管”模式的评价。采用主题框架法整理和分析访谈资料，首先确定分析主题；其次进行资料标记、归类与总结；最后进行描述性分析。

(3) 以接受“三师共管”模式干预满 6 月的 2 型糖尿病患者为研究对象，通过实验室检查和面对面问卷调查收集患者的 HbA1c 值、慢性病资源利用和自我管理能力等数据。慢性病资源量表各维度平均分总分 5 分，以  $\geq 3$  分为资源利用较好，否则为资源利用较差；用结构方程模型探讨慢性病资源利用对自我管理能力和 HbA1c 的影响，用温忠麟中介效应检验方法分析自我管理能力的中介效应，进而综合论证社会生态学模型理论在 2 型糖尿病管理研究中的作用。

利用 Epidata3.1 进行双人双录入，统计分析在 SPSS13.0 和 Amos17.0 软件中完成，检验水准  $\alpha=0.05$ 。

## 结果

### (1) 干预效果评价

截至2015年12月31日，共323人完成6月干预，135人完成12月干预。**干预6个月后效果(N=323)**：①自我管理能力总分提高8.95分( $P<0.001$ )。其中高低血糖处理、足部护理、血糖监测、规律锻炼、饮食控制各提高14.92、12.27、11.3、6.28、6.21和1.29分，差异均有统计学意义( $P<0.001$ )；自我管理能力低水平患者由102人(31.6%)下降至50人(15.5%)，高水平患者由49人(15.2%)上升至126人(39.0%)，差异有统计学意义( $P<0.001$ )。②HbA1c降低0.34%( $P<0.05$ )，FPG降低0.45mmol/L( $P<0.05$ )，TC、TG和HDL-C等指标变化无统计学意义( $P>0.05$ )；HbA1c达标率提高( $P<0.001$ )。**干预12个月后效果(N=135)**：①自我管理能力总分和各维度得分均有提高，前6个月提升幅度大于后6个月。②HbA1c呈改善后反弹趋势( $P<0.05$ )。

**满意度调查**共获取有效问卷345份，模式总体满意度为97.1%。健康管理师服务态度、指导内容和形式满意度分别为97.9%和97.7%；全科医师服务态度、医术水平满意度分别为97.1%和96.8%；58.8%(203/345)曾受专科医师诊治，满意率为98.6%。

共对20名患者、5名健康管理师、3名全科医师和2名专科医师进行**个人访谈**。①65.0%(13/20)患者认为“三师共管”后看病方便，25.0%(5/20)反映费用降低，90.0%(18/20)从中获得精神支持，访谈中反复提及“便宜”、“方便”、“感谢”。②2名健康管理师认为工作受患者认可、有成就感，3名认为工作有实际意义，但都反映随病人增多，工作面临任务繁重、后期患者依从性低等困难。③所有全科医师反映看病效率提高、患者的知识行为改善。④2名专科医师都认为“三师共管”模式让大医院回归学术和诊治疑难杂症定位。

### (2) 糖尿病管理的社会生态学研究

共调查341名患者的自我管理能力和慢性病资源利用情况，①患者对医护人员、自我调节、邻里关系和媒体政策等资源利用较好(均分 $\geq 3$ 分)，对亲人朋友和社会团体支持等利用较差(均分 $< 3$ 分)。②结构方程模型结果显示，慢性病资源通过作用于自我管理能力和慢性病患者资源来促进血糖控制，且模型拟合效果较好( $\chi^2/df$

$<3$ ,  $RMSEA < 0.05$ ,  $CFI > 0.9$ )。③自我管理能力和多重资源支持对糖化血红蛋白影响的完全中介效应。

## 结论与建议

糖尿病“三师共管”模式不仅干预效果良好，患者自我管理能力和代谢指标改善，而且还受到患者、健康管理师、全科医师和专科医师的认可；社会生态学模型具有糖尿病管理的理论指导价值。建议从以下 3 个方面完善“三师共管”模式“（1）创新教育方式，分阶段采取不同干预方式和内容，防止干预“疲劳”；（2）开发对依从性低患者的干预模式；（3）基于“三师共管”，在健康教育中教授患者利用亲友、社区、工作环境、社会团体等资源。

**关键词：**糖尿病 管理模式 三师共管 社会生态学模型

## 英文摘要

**Objective** To evaluate the effect of 'three-manager mode' and probe whether social ecology model can guide diabetes management, in order to provide evidence-based suggestion and decision-making on refining "three-manager mode" diabetes intervention plan.

**Methods** Combing quantitative and qualitative methods, this research evaluated the effect of 'three-manager mode'. Based on social ecology model theory, we probed that how social ecology model guide diabetes management did by structural equation model (SEM). Diabetes patients who participated in 'three-manager mode' from August 2014 to March 2015 were included. They were provided services, like health assessment, 'one-by-one diabetes education', by general practitioners, health managers and diabetes specialists. Data on metabolic index, self-management skills and quality of life was collected at three times, which were the time before, 6 and 12 months after they participated in "three-manager mode". But HbA1c was measured every 3 months. Satisfaction survey was carried at 6 months after the participant entered into 'three-manager mode'. Information on self-management skills and chronic resource utilization were collected by face-to-face questionnaire survey. HbA1c was measured through laboratory examination. Differences of metabolic index, self-management skills and quality of life between baseline and post-intervention were identified by paired t-test and ANOVA for repeated measurement. The control rates were examined using paired *chi*-square test. Patients, health managers, general practitioners and specialists were interviewed by unstructural questionnair. Data collected by the unstructural questionnair was sorted and analyzed using main-frame method.

SEM was used to probe that how resource utilization affect self-management skills and HbA1c. Wen Zhongning mesomeric effect test was used to examined whether self-management skills was a mediating effect between chronic resources and HbA1c. Epidata3.1 software was used to log data. The data analysis was generated using SPSS 13.0 and Amos 17.0 software.  $\alpha=0.05$ .

**Results** (1)*Effect evaluation* Until December 31<sup>st</sup> 2015, a total of 343 patients were intervened for 6 months and 135 patients for 12 months. *Intervention effect after 6 months (N=323)*: ①Participant significantly improved their self management by an average score of 8.95 points ( $P < 0.001$ ). The score at different divisions of hyperglycemia and hypoglycemia dealing, foot care, blood sugar monitoring, exercise regularly and diet controlling were significantly increased 14.92, 12.27, 11.3, 6.28, 6.21 and 1.29 points ( $P < 0.001$ ). Patients at low self-management level were from 102(31.6%) to 50 (15.5%), On the other hand, patients at high self-management level had a improvement from 49 (15.2%) to 126 (39.0%), differences were statistically significant( $P < 0.001$ ). ② The total score for Quality of life was improved( $P < 0.05$ ), mainly at mentality dimension ( $P < 0.001$ ). ③HbA1c had a 0.34% reduction ( $P < 0.05$ ), FPG decreased 0.45mmol/L ( $P < 0.05$ ), TC, TG and HDL-C were stable ( $P > 0.05$ ); HbA1c control rate was significantly improved ( $P < 0.001$ ). *Intervention effect after 12 months (N=135)*: ①Self management score increased more quickly at early 6 months than latter 6 months. ②Quality of life was not significant changed ( $P > 0.05$ ). ③Over 12 months, HbA1c was decreased at early 6 months, but rebounded at latter 6 months ( $P > 0.05$ ). The satisfaction study consisted of 345 questionnaires, total satisfaction was 97.1%. 97.68% patients were satisfied with health managers' attitude, 97.97% with health managers' education, 97.10% with general practitioners' attitude, and 96.81% with general practitioners' medical skills. 58.8% (203/345) patients received treatment by diabetes specialists and 98.6% of them were satisfied with the specialists. 20 patients, 5 health manager, 3 general practitioner and 2 diabetes specialists were interviewed by the unstructural questionnair. ① 65.0%(13/20) patients felt more conveniently, 25.0%(5/20) patients said they cost much less after intervention, 90.0%(18/20) patients gained mental support from intervention. The words including “cheap”, “convenient” and “thanks” were used frequently in the interview. ②All general practitioners said they worked more efficiently, patients' knowledge and behavior were improved. ③2(40.0%) health managers said they were more acceptable by patients, 3(60.0%) thought their job was meaningful. But all



managers said they worked with challenges as patients increased quickly, and they had poor compliance. ④ 2 diabetes specialists said 'three-manager mode' was beneficial to tertiary hospitals, because it led a lot diabetes patients with mild clinical symptoms to community, left specialists more chance to conquer incurable diseases.

(2) *Diabetes management research based on social ecology* We collected 345 participants' data on self-management and chronic resource. ①The mean score of utilization at medical relationships, self management, neighborhood relationships, policy and media were above 3 points, and other dimension mean score were below 3 points.②The result of the SEM indicated that chronic resources promoted blood sugar control through self management. The model imitation has a good result ( $\chi^2/df < 3$ ,  $RMSEA < 0.05$ ,  $CFI > 0.9$ ).③ Self management was a full mediation between chronic resource and HbA1c.

**Conclusions** The intervention of 'three-manager mode' was effective. It promoted the patients to improve their self-management skills, metabolic index and quality of life. The mode was also approved by patients, health managers, general practitioners and specialists. Social ecology model can guide diabetes management. There were some suggestions for improving mode: (1)More innovative education methods are need to be created, different interventions should be taken at different phase in order to prevent patients fatigued; (2) New intervention mode which was focus on poor compliance should be explored; (3) Diabetes management should combine various resources such as friends and relatives, community, social environment, social organization.

**Key words:** Diabetes; Management Mode; 'Three-manager mode'; Social Ecology Model

# 目 录

中文摘要 .....	I
英文摘要 .....	IV
第一章 前 言 .....	1
1.1 研究背景 .....	1
1.1.1 糖尿病流行情况.....	1
1.1.2 糖尿病管理模式现状.....	1
1.1.3 厦门市分级诊疗及糖尿病管理背景.....	3
1.1.4 糖尿病管理模式评价方法.....	5
1.1.5 自我管理行为影响因素研究现状.....	6
1.2 研究目的和意义 .....	6
1.3 研究内容 .....	6
1.4 技术路线图 .....	7
第二章 “三师共管” 模式干预效果评价.....	8
2.1 资料来源与方法 .....	8
2.1.1 定量研究.....	8
2.1.2 定性研究.....	10
2.2 结 果 .....	11
2.2.1 定量调查结果.....	11
一、干预 6 月后效果.....	11
二、干预 12 月效果.....	14
三、满意度调查.....	18
2.2.2 定性调查结果.....	20
一、患者的评价.....	20
二、全科医师的评价.....	20
三、健康管理师的评价.....	21
四、专科医师的评价.....	22

2.3 讨 论 .....	22
2.3.1 “三师共管”模式运行初显成效.....	23
2.3.2 “三师共管”模式实施所遇困难.....	25
2.3.1 “三师共管”模式推广建议.....	25
<b>第三章 糖尿病管理的社会生态学模型研究 .....</b>	<b>28</b>
3.1 资料来源及方法 .....	28
3.1.1 研究对象.....	28
3.1.2 观察变量.....	28
3.1.3 资料收集方法 .....	28
3.1.4 质量控制.....	28
3.1.5 统计分析.....	29
3.2 结 果 .....	30
3.2.1 基本情况.....	30
3.2.2 患者慢性病资源利用情况.....	31
3.2.3 慢性病资源、自我管理能力和血糖控制的结构方程模型.....	32
3.2.4 自我管理行为的中介效应.....	32
3.3 讨 论 .....	33
<b>第四章 结论与建议.....</b>	<b>36</b>
<b>附 录 .....</b>	<b>38</b>
<b>参考文献 .....</b>	<b>44</b>
<b>综 述 .....</b>	<b>50</b>
<b>致 谢 .....</b>	<b>63</b>

# Table of Contents

<b>Abstract in Chinese</b> .....	I
<b>Abstract in English</b> .....	IV
<b>Chapter 1 Introduction</b> .....	1
<b>1.1 Background</b> .....	1
1.1.1 The epidemiology of diabetes .....	1
1.1.2 Diabetes management situation .....	1
1.1.3 Health policy in Xiamen .....	3
1.1.4 The evaluation methods of diabetes management .....	5
1.1.5 The situation of influencing factors of self-management .....	6
<b>1.2 Objective and significance of research</b> .....	6
<b>1.3 Content of research</b> .....	7
<b>1.4 Technology roadmap</b> .....	8
<b>Chapter 2 Effect evaluation of three-manager mode</b> .....	8
<b>2.1 Source and methods</b> .....	8
2.1.1 Quantative research.....	8
2.1.2 Qualitative research .....	10
<b>2.2 Results</b> .....	11
2.2.1 Results of quantative research .....	11
1.Effect of 6 months' intervention.....	11
2.Effect of 12 months' intervention.....	16
3.Satisfaction research .....	21
2.2.2 Results of qualitative research .....	22
1.Evaluation from diabetes patients .....	22
2.Evaluation from general practitioners.....	23
3.Evaluation from health managers .....	24

4.Evaluation from specialists .....	24
<b>2.3 Discussion</b> .....	25
2.3.1 Three-manager mode had an good effect.....	26
2.3.2 Some problems in intervention .....	27
2.3.3 Some suggestions for generalizing mode .....	28
<b>Chapter 3 Diabetes management based on social ecology model</b> .....	28
<b>3.1 Source and methods</b> .....	30
3.1.1 Research objects.....	30
3.1.2 Observable variables .....	30
3.1.3 Data collection methods.....	30
3.1.4 Quality control .....	30
3.1.5 Statistic method.....	31
<b>3.2 Results</b> .....	32
3.2.1 Basic information.....	32
3.2.2 The utilization of chronic resources.....	33
3.2.3 SEM of chronic resources,self-management and HbA1c .....	34
3.2.4 Mediating effect of self-management .....	35
<b>3.3 Discussion</b> .....	35
<b>Chapter 4 Conclusion and suggestion</b> .....	37
<b>Appendix</b> .....	44
<b>Reference</b> .....	48
<b>Review</b> .....	50
<b>Thanks</b> .....	63

## 第一章 前言

### 1.1 研究背景

#### 1.1.1 糖尿病流行情况

糖尿病是一种由遗传、环境和行为因素共同作用引起，合并多器官系统并发症，具有高患病率、高致残率和高病死率的慢性终生性疾病。随着社会老龄化程度加剧、人们饮食和生活方式改变，糖尿病的患病率不断升高<sup>[1]</sup>。至 2011 年，全球约有 3.66 亿名糖尿病患者，患病率达 5%，预计到 2030 年，糖尿病患者人数将增至 5.52 亿<sup>[2]</sup>，患病率将达 9.9%。我国自改革开放以来，随着经济快速发展，糖尿病患病率也迅猛增高，20 世纪 80 年代仅为 0.67%，至 2000 年，就增长到 6.87%<sup>[3]</sup>。数据表明，我国 2010 年糖尿病患病率已达 11.6%<sup>[4]</sup>，已经成为世界上糖尿病人数最多的国家。在所有糖尿病患病人群中，2 型糖尿病占 90% 以上<sup>[5]</sup>，其中 72% 的患者伴发心脑血管病变、肾功能衰竭、失明、截肢等不良并发症<sup>[6]</sup>，给个人和家庭带来了沉重的经济负担和精神压力，严重影响了生活质量。同时，糖尿病还给社会造成了沉重的疾病负担。据国际糖尿病联盟（IDF）统计，2011 年全球有 460 万患者死于糖尿病及其并发症，还产生了 4650 亿美元的疾病花费<sup>[2]</sup>。同时，2 型糖尿病不可治愈，目前治疗的重点在于控制血糖<sup>[7]</sup>。

#### 1.1.2 糖尿病管理模式现状

据资料显示，除药物治疗外，危险因素控制和行为干预也能有效降低 2 型糖尿病患者血糖<sup>[8]</sup>，而且集预防、医疗、保健、康复、健康教育为一体的社区管理被证明是其干预的重要策略<sup>[9]</sup>。西方发达国家非常重视在社区中开展糖尿病管理项目，现行针对社区糖尿病患者的管理有多种模式，主要有病人自我管理模式和个案全程管理模式。自我管理模式的实质是指病人教育项目<sup>[10]</sup>，其目的在于发挥患者最大的自我管理潜能，使患者由被动治疗转为主动管理，增加保健意识，提高自控能力，调整生活方式，最终控制病情，提高生活质量。美国斯坦福大学首次将自我管理方法应用于社区糖尿病管理，随后英国启动了“有经验病人计划”

和“糖尿病同伴顾问培训计划”<sup>[11]</sup>，德国推广了“糖尿病患者俱乐部”模式。经过经验总结，自我管理已经形成了受国际认可的教育标准，如美国糖尿病协会（ADA）制定的《美国糖尿病自我管理教育标准》（2007版）<sup>[12]</sup>和国际糖尿病联合会（IDF）颁布的《国际糖尿病教育标准》（2009版）。多项研究表明糖尿病自我管理已取得良好成效，*Lorig* 等人<sup>[13]</sup>研究发现患者经过自我管理后健康状况、卫生服务利用、自我效能和自我管理行为都取得明显成效；*Steinsbekk A*<sup>[14]</sup>的 Meta 分析表明实施自我管理能显著改善生活方式、临床指标和心理状况。另一种管理模式是个案全程服务模式，始于 20 世纪 80 年代的美国，医院护士作为管理负责人，在病人住院期间负责教育患者自我管理，并协调医院和社区的资源，为患者出院后的长期管理做好沟通工作<sup>[15]</sup>，其目的是有计划地为患者提供终身帮助<sup>[16]</sup>。*Brown*<sup>[17]</sup>等研究表明，个案全程管理模式能降低患者的空腹血糖，并提高患者的知识知晓率和自我管理能力。而且数据表明，该模式干预 2 年后降低了患者 0.89% 的糖化血红蛋白<sup>[18]</sup>。

我国的糖尿病管理模式分为三类。一是以社区为主的管理模式，指的是社区层面对糖尿病患者进行管理。刘春梅<sup>[19]</sup>等研究显示，实施由社区医生、营养师和糖尿病教育者等多学科人员组成的团队式管理能显著地加强居民对糖尿病知识的理解，并改善其不良生活习惯。赵燕萍<sup>[20]</sup>等通过在社区开展糖尿病俱乐部来促使患者自我管理，且研究表明患者经过自我管理后的饮食控制和运动水平都较以往有明显的改善，阮晓楠<sup>[21]</sup>研究也支持这个结论。二是以医院为主的管理模式。由于现阶段患者对糖尿病的认知不足、社区医疗资源薄弱等原因，致使大部分患者发病后选择到医院就诊，因此医院成为了实施糖尿病管理的另一重要场所。杨锡仪<sup>[22]</sup>等人通过对住院患者健康教育、随访指导等干预措施来加强病人的管理，在干预 6 个月后患者的代谢指标得到控制。三是社区——医院一体化管理模式，将医院确诊后、病情稳定的慢性病人引导到基层就诊和日常管理，上海、成都、北京等地均有试点研究，杨玉娇<sup>[23]</sup>、翁根龙<sup>[24]</sup>、唐国宝<sup>[25]</sup>等研究表明被该模式管理后，患者的血糖有所降低。

由于社区的医疗资源有限、技术能力欠缺等局限，病人不愿前往就诊，导致以社区为基础的管理模式无法覆盖庞大的患病人群。以医院为主的模式弊端在于：患者出院后，医院便无法管理。以社区为主的模式问题在于：由于患者并不

信任社区医疗水平，转诊回社区后又返流回大医院，且医院专科医生担心病人流失，也不愿意将病人引导到基层医院机构。

### 1.1.3 厦门市分级诊疗及糖尿病管理背景

“完善合理分级诊疗模式，建立社区医生和居民契约服务关系”是党的十八届三中全会在《关于全面深化改革若干问题的决定》中提出的医改要求。在当下医疗体制中，“分级诊疗”被认为是新医改攻坚阶段的重头戏和有效降低医疗费用、缓解“看病难、看病贵”问题的重要举措，其含义<sup>[26]</sup>是按疾病的轻重缓急和治疗难易程度进行分级，不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗，最终形成“小病在社区，大病进医院，康复回社区”的理想就医格局，包括基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动等改革内容。目前多地都在探索和实践“分级诊疗”，上海市主推家庭医生制度引导患者社区首诊，青海省<sup>[27]</sup>和宁夏自治区<sup>[28]</sup>通过医保杠杆落实分级诊疗。厦门市从2012年开始探索“分级诊疗”制度，经过“医院——社区一体化管理”、慢性病下放社区治疗管理、“三师团队”等探索，最终形成“分级诊疗、慢病先行；上下一体，三师共管”分级诊疗模式，初步达到了“医院舍得放、社区接得住、病人乐意去”的成效。以下是做法及成效。

#### （一）明确医疗机构服务定位，建立错级发展体系

为明确医疗机构服务定位，将医疗机构分为三层级，不同层级的医院实行错级发展：第一层级为基层医疗结构，主要解决患者常见病、多发病；第二层级为三级综合性医院、二级医院和专科医院，提供较为复杂疾病的诊疗，接受一级医院转诊；第三层级为三级甲等医院，主要提供危重急症和疑难病症诊疗服务，承担高级医疗专业人才培养和教学科研任务，接受其他层级医院的转诊，并对其技术指导。

#### （二）利益导向为主，病人分流社区

厦门市通过强化利益导向机制，利用经济、政策手段引导病人主动前往社区就诊。一方面调整收费价格和医保报销比例，患者医院就诊个人需自付30%，而在社区就诊个人仅需自付7%；另一方面制定社区就医的优惠措施，在社区就诊的患者不仅享有“社区转诊，上级医院优先接诊，诊查费优惠”的权利，还能得到医保统筹资金提前给付的500元医疗补助，用于支付基层医疗机构产生的药品、



Degree papers are in the “[Xiamen University Electronic Theses and Dissertations Database](#)”.

Fulltexts are available in the following ways:

1. If your library is a CALIS member libraries, please log on <http://etd.calis.edu.cn/> and submit requests online, or consult the interlibrary loan department in your library.
2. For users of non-CALIS member libraries, please mail to [etd@xmu.edu.cn](mailto:etd@xmu.edu.cn) for delivery details.