

● 调查报告 ●

引用:岳铭坤,周良荣. 分级诊疗背景下湖南省居民基层首诊意愿影响因素研究[J]. 湖南中医杂志, 2023, 39(7): 118-121.

分级诊疗背景下 湖南省居民基层首诊意愿影响因素研究

岳铭坤,周良荣

(湖南中医药大学人文与管理学院,湖南 长沙,410208)

[摘要] 目的:了解湖南省县级居民现阶段分级诊疗意愿,分析其影响因素,为促进分级诊疗制度的运行提供有力支撑。方法:基于安德森卫生服务利用行为模型,采用问卷调查的方式,运用 χ^2 检验分析以及 Logistic 回归分析,分析当前影响县级居民分级诊疗的影响因素。结果:共发放问卷 2700 份,回收有效问卷 2609 份,有效回收率为 96.6%;共有调查对象 2609 人,其中男性 1332 人,女性 1277 人。调查对象中,2102 人(80.6%)选择愿意在基层医疗机构进行首诊。性别、年龄、文化程度、月收入 and 了解分级诊疗程度是居民选择就医机构的影响因素($P<0.05$)。结论:提升基层诊疗的知晓率、加大对基层医疗卫生机构的投入、提升基层中医药服务有利于合理配置社会医疗资源,将分级诊疗制度落到实处。

[关键词] 分级诊疗;湖南省居民;基层首诊意愿;影响因素

[中图分类号] R197.1 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.07.032

2015 年国务院办公厅印发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发[2015]70 号),强调到 2020 年要逐步形成基层首诊模式,要求各级医疗机构分工协作,承担不同等级的疾病诊疗,逐步形成合理、有序的就医秩序,实现促进优质卫生资源下沉的政策目标^[1]。为了深入贯彻落实国务院决策部署,2016 年湖南省政府结合本省经济社会和医药卫生事业发展实际,下发了本省的纲领性文件《关于推进分级诊疗制度建设的实施意见》(湘政办发[2016]46 号)^[2],明确了分级诊疗制度建设的总体要求和“完善分级诊疗服务体系”“构建分级诊疗模式”“建立健全分级诊疗保障机制”三大主要任务,以及分级诊疗试点工作考核评价标准和制订分级诊疗配套文件任务分工以及进度安排表。本文旨在通过对湖南省推进基层医疗卫生机构分级诊疗制度建设的实地调研,探讨针对基层公立医院分级诊疗机构推进分级诊疗体系存在的突出问题及

其应对措施。

本研究基于安德森卫生服务利用行为模型(Andersen behavior model of health service utilization)进行,该模型能够全面分析卫生服务利用行为,是分析个体服务利用与选择的权威模型,广泛应用于医疗卫生体系评价和国家卫生服务调查问卷设计^[3]。

1 研究方法

1.1 问卷内容 根据研究目的自制调查问卷,具体内容包括:居民基本情况(包括性别、年龄、文化程度、月均收入等)、居民对分级诊疗制度及其模式的知晓和认知情况。

1.2 调查方法 根据湖南省的区域划分,为更好地代表湖南省基层医疗机构状况,采用分层随机抽样的方法,于 2022 年 3 月至 2023 年 3 月抽取湖南省长沙、株洲、邵阳、永州、益阳、湘潭、衡阳、张家界、常德、怀化、郴州、娄底、岳阳 13 个市的居民进

基金项目:湖南省卫生健康委员会委托课题(2021Y01);湖南省卫生经济与信息学会课题(2022B10)

第一作者:岳铭坤,女,2021 级博士研究生,研究方向:中医管理学

通信作者:周良荣,男,教授,博士研究生导师,研究方向:中医管理学,E-mail:zlr966@163.com

行基层医疗机构居民就诊意愿调查。

1.3 统计学方法 根据安德森卫生服务利用行为模型将 CFPS2018 数据中可能影响居民分级诊疗意愿的影响因素进行划分,倾向特征包括性别、年龄、文化程度、月收入、了解分级诊疗程度,各变量赋值描述见表 1。采用 Excel 录入数据,双人检验数据一致性。应用 SPSS 26.0 统计软件进行统计分析,对调查对象的基本特征和分级诊疗意愿进行 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。差异有统计学意义的变量进一步采用多因素 Logistic 回归分析(OR,95% CI)。

表 1 各变量赋值描述

变量	赋值情况
性别	男性=0,女性=1。
年龄	<20 岁=1,20~39 岁=2,40~59 岁=3,60~79 岁=4,≥80 岁=5。
婚姻状况	有配偶=0,无配偶=1。
月收入	<2000 元=1,2000~3999 元=2,4000~5999 元=3,6000~7999 元=4,≥8000 元=5。
文化程度	初中及以下学历=1,中专、高中=2,大专=3,本科=4,硕士及以上=5。
有无慢性病	有=1,无=2。
基层就诊经历	有=1,无=2。
医疗保险类型	城镇居民医疗保险=1,城镇职工医疗保险=2,新型农村合作医疗保险=3,补充商业保险=4,自付=5。
了解分级诊疗程度	完全不了解=1,不了解=2,一般了解=3,非常了解=4,完全了解=5。

2 研究结果

2.1 调查对象基本情况及居民分级诊疗意愿影响因素的单因素分析结果 共发放问卷 2700 份,回收有效问卷 2609 份,有效回收率为 96.6%。共有调查对象 2609 人,其中男性 1332 人(51.1%),女性 1277 人(48.9%);<20 岁 124 人(4.8%),20~39 岁 968 人(37.1%),40~59 岁 846 人(32.4%),60~79 岁 562 人(21.5%),≥80 岁 109 人(4.2%);城镇居民对基层首诊的认知情况:完全不了解 359 人(13.8%),不了解 668 人(25.6%),一般了解 766 人(29.4%),非常了解 583 人(22.3%),完全了解 233 人(8.9%);调查对象中 2102 例(80.6%)选择愿意在基层医疗机构进行首诊,507 例(19.4%)不愿意在基层医疗机构进行首诊;比较不同性别、年龄、文化程度、月收入 and 是否有基层就诊经历显示差异均具有统计学意义($P<0.01$),具体见表 2。

表 2 居民分级诊疗意愿影响因素的单因素分析[例(%)]

因素	愿意	不愿意	χ^2 值	P 值
性别			1.219	<0.001
男	1062(50.5)	270(53.3)		
女	1040(49.5)	237(46.7)		
年龄(岁)			21.579	<0.001
<20 岁	80(3.8)	44(8.7)		
20~39	789(37.5)	179(35.3)		
40~59	686(32.6)	160(31.6)		
60~79	457(21.7)	105(20.7)		
≥80 岁	90(4.3)	19(3.7)		
婚姻状况			6.648	<0.001
有配偶	1654(78.7)	372(73.4)		
无配偶	448(21.3)	135(26.6)		
月收入(元)			23.139	<0.001
<2000	100(4.8)	51(10.1)		
2000~3999	892(42.4)	201(39.6)		
4000~5999	727(34.6)	172(33.9)		
6000~7999	282(13.4)	67(13.2)		
≥8000 元	101(4.8)	16(3.2)		
文化程度			6.149	P=0.188
初中及以下学历	702(33.4)	160(31.6)		
中专、高中	703(33.4)	165(32.5)		
大专	522(24.8)	145(28.6)		
本科	81(3.9)	23(4.5)		
硕士及以上	94(4.5)	14(2.8)		
是否有慢性病			2.191	P=0.139
有	1264(60.1)	838(39.9)		
无	323(63.7)	184(36.3)		
是否有基层就诊经历			8.268	P=0.004
有	1777(84.5)	325(15.5)		
无	454(89.5)	53(10.5)		
医保类型			1.363	P=0.851
城镇居民医疗保险	803(38.2)	200(39.4)		
城镇职工医疗保险	295(14.0)	70(13.8)		
新型农村合作医疗保险	659(31.4)	164(32.3)		
补充商业保险	200(9.5)	43(8.5)		
自付	145(6.9)	30(5.9)		
了解分级诊疗程度			7.581	P=0.108
完全不了解	281(13.4)	78(15.4)		
不了解	545(25.9)	123(24.2)		
一般了解	619(29.4)	147(29.0)		
非常了解	457(21.8)	126(24.9)		
完全了解	200(9.5)	33(6.5)		

2.2 居民在基层首诊意愿的影响因素分析 以居民基层首诊意愿为因变量,选择性别、年龄、婚姻状况、家庭月收入、文化程度、是否有基层就诊

经历为自变量,使用二分类 Logistic 回归模型对湖南省居民基层就诊影响因素进行研究。具体情况见表 3。

表 3 居民分级诊疗意愿影响因素的多分类

Logistic 回归参数分析结果(OR,95% CI)

因素	B	Sx	P 值	OR(95%CI)
性别(以男性为对照)				
女性	0.111	0.101	0.273	1.117(0.917~1.361)
年龄(以<20 岁为对照)				
20~39 岁	0.638	0.399	0.110	1.892(0.865~4.138)
40~59 岁	0.032	0.269	0.906	1.032(0.609~1.751)
60~79 岁	0.047	0.271	0.862	1.048(0.616~1.784)
≥80 岁	0.021	0.279	0.939	1.021(0.592~1.763)
婚姻状况(以有配偶为对照)				
无配偶	-0.063	0.129	0.625	0.939(0.730~1.209)
月收入(以<2000 元为对照)				
2000~3999 元	0.816	0.387	0.035	2.261(1.059~4.830)
4000~5999 元	0.323	0.283	0.253	1.382(0.794~2.404)
6000~7999 元	0.360	0.284	0.206	1.433(0.821~2.503)
≥8000 元	0.335	0.304	0.271	1.398(0.770~2.539)
是否有基层就诊经历(以无基层就诊经历为对照)				
有	0.422	0.160	0.008	1.525(1.114~2.088)

3 讨 论

3.1 县级居民对分级诊疗了解程度较高 本研究发现有 80.6%的调查对象选择愿意在基层医疗机构进行首诊,根据调查显示有接近 80.0%的居民接受过基层卫生服务,低于上海市的 87.8%^[4],但高于山东省的 64.8%^[5]、江西省的 62.01%^[6]以及天津市的 59.2%^[7],这与 2020 年度湖南省县域住院就诊率达 80.69%的数据相吻合,说明我省基层卫生服务利用率较高,实施基层首诊已具备了一定的服务条件和群众基础。在基层卫生服务可及性方面,湖南省全省启动了县域三级医院创建,全面放开县级医院二、三类医疗技术临床应用,着力打造一批达到或超过推荐标准的县级综合医院,县域居民对基层卫生服务认可度逐步提升,但仍需引导居民提高基层就诊医院,夯实分级诊疗体系。

3.2 不同“性别”“年龄”“婚姻状况”的居民基层就诊意愿存在差异 根据安德森模型理论,二元 logistic 回归模型分析显示,在“性别”方面,女性较男性更倾向于分级诊疗,这种差异可能由于女性生理构造、社会生产活动以及心理学意义上的性

别差异造成的^[8]。“年龄”方面,20~39 岁基层首诊意愿最高,是<20 岁居民基层首诊意愿的 1.892 倍(OR=1.892),20~39 岁群体在社会中处于文化层次较高的水平,对疾病预防和健康管理有一定的认知,同时可以通过各种渠道了解医联体政策和转诊程序,随着基层服务能力的提升,对医联体内部转诊和基层医疗卫生机构的接受度和认可度更高,回到基层就诊的潜在可能性增强,这与学者陈玉香的研究结果一致^[9]。其次是 60~79 岁(OR=1.048)的居民倾向于选择基层医疗机构,60 岁以上居民自身抵抗力下降,且基础疾病多,是目前基层医疗就诊的主要群体,医疗服务项目以慢性病治病和康复保健为主,年龄越大,行动越不方便,更愿意就近选择基层医疗场所^[10]。“婚姻状况”方面,湖南未婚居民的基层首诊意愿高于已婚居民,其可能原因为有过婚姻经历的居民在就诊时将更多社会心理因素纳入考虑范围,但目前大部分基层医疗机构对患者的心理健康需求关注较少,这一结果与宋全康的研究结果一致^[11]。

3.3 “月收入”“基层就诊经历”因素对县级居民分级诊疗意愿有显著影响 “月收入”方面,月收入在 2000~3999 元之间的居民选择基层首诊的人数较多(OR=2.261),表明是否愿意选择基层与其经济水平存在显著的相关性。相对于低收入居民,高收入居民对医疗卫生服务支出相对不敏感,医保的差异化报销政策对高收入群体吸引力不大,因此更可能选择综合性大型医院就诊,这与学者王越的研究结论一致^[12]。“是否有基层就诊经历”方面,有过基层就诊经历的居民基层就诊意愿更强烈(OR=1.525),与理性行为理论一致,大部分有基层就诊经历的居民切身感受到了基层就诊带来的便利和实惠,对基层医疗机构及卫生人员较为信任和满意,从而基层首诊意愿更强。

4 建 议

4.1 提升基层诊疗的知晓率 根据调查,仍有 1027 人(39.0%)居民“完全不了解”和“不了解”分级诊疗,分级诊疗知晓率和普及率有待提高。建议加大基层宣传力度,针对不同人群,采取线上和线下、传统媒体和新媒体等手段进行差异性宣讲。如针对老年人,乡镇基层社区、居民村委会等可组织各级医疗卫生机构行政宣传专员,面对面

地向老年人对分级诊疗进行宣讲;组织宣传人员制作分级诊疗短视屏,并发布在微信公众号、微博、抖音等网络媒体,提升分级诊疗的知晓率。

4.2 加大对基层医疗卫生机构的投入 本调查发现,仍有 19.4% 的调查对象不愿意选择分级诊疗。基层医疗卫生机构条件设施简陋和医疗技术落后是居民不愿进行分级诊疗的主要原因。因此,要加大对基层医疗卫生机构的投入。第一,加大对基层医疗卫生机构的资金投入,提升基层医疗卫生机构基础设施,引进先进医疗设备,更新升级日常诊疗设备,以改善机构就诊环境;第二,提高基层医务人员整体水平和能力,积极为基层医务人员提供去省市三甲医院进修及培训的机会,同时鼓励省市三甲医院医师参加基层服务团队;第三,提高基层医务人员的待遇,提高基层医务人员的积极性,促进基本医疗服务功能的全面开展,以提高患者基层就诊满意度;第四,加强以全科医生为重点的基层卫生人才队伍建设,提高基层医疗服务水平。

4.3 推进双向转诊落地 建立基层首诊、双向转诊制度是缓解居民看病难、看病贵的治本之策。目前双向转诊几乎变成单向转诊,“上转容易下转难”现象尤为突出^[13]。综合性医院人满为患,基层医疗机构“无人问津”,要想提升基层医院首诊率,基层医院须绑定上级医院并实现信息共享,建立高效快捷的双向转诊机制。以桃江县为例,乡镇卫生院与二、三级医院建立稳定的信息共享、技术帮扶和分工协作关系,桃江县县级医院定期邀请省内著名专家及学科团队开展医疗巡诊、学术讲座、手术示范等交流,建立了绿色通畅的转诊通道,有效提高了县域优质医疗卫生资源,提升基层医疗机构诊疗水平,确保患者在整个就医过程中诊疗服务流程连贯、清晰,吸引了附近居民就近诊疗。

4.4 重视中老年人中医医疗服务 随着我国老龄化速度的加快,老年群体的增加,中老年慢性病患病率持续上升,因此基层医疗机构卫生服务功能定位应与中老年居民卫生服务需求相符合。中医药治疗中老年慢性病是最有效、简便的医疗手段之一。调查显示,基层医疗卫生机构多为西医医疗服务项目,中医服务项目较少,专业中医师也

较少。因此,必须提升基层中医药服务。第一,政府和基层医疗机构必须重视中医药服务,加大对基层中医药的宣传和投入力度,定期邀请知名中医到当地坐诊;第二,重视当地中医药人才培养,鼓励基层中医药人才去省级、市级中医医院跟诊,提升自己的诊疗技术;第三,推动中医医养、康养等养老服务,充分发挥中医药在基层老龄群体中慢性病治疗、康复、保健等服务中的重要作用。

参考文献

- [1] 国务院办公厅. 关于推进分级诊疗制度建设的指导意见[DB]. (2015-09-11) [2021-11-2]. http://www.gov.cn/xinwen/2015-09/11/content_2929789.htm.
- [2] 湖南省人民政府办公厅. 关于推进分级诊疗制度建设的实施意见[EB/OL]. (2016-07-19) [2021-11-2]. http://www.hunan.gov.cn/szf/hnzb/2016/2016nd13q/szfbgtwj_98864/201607/t20160719_4701810.html.
- [3] 李月娥,卢珊. 医疗卫生领域安德森模型的发展、应用及启示[J]. 中国卫生政策研究,2017,10(11):77-82.
- [4] 张静雅,万和平,何碧玉,等. 上海市社区居民家庭医生签约服务的认知及影响因素研究[J]. 中国初级卫生保健,2021,35(3):18-21.
- [5] 王颖,牟墨涵,赵世超,等. 分级诊疗背景下山东省居民基层首诊意愿影响因素研究[J]. 医学与社会,2021,34(2):77-81.
- [6] 王军永,吴剑,于金瑞,等. 江西省居民常见病的首诊意向机构及其影响因素分析[J]. 医学与社会,2021,34(4):6-10,31.
- [7] 李腾,马蔚姝. 天津市居民基层首诊制利用与认知情况的调查[J]. 中国医疗管理科学,2018,8(1):67-70.
- [8] 刘登来. 永新县农村居民卫生服务需求和利用现状及对策[D]. 南昌:南昌大学,2018.
- [9] 陈玉香,蒋鹏,刘顺,等. 医联体内患者基层首诊意愿及其影响因素研究[J]. 卫生经济研究,2021,38(9):13-17.
- [10] 张开翼,褚越亚,石鹏. 基于多分类 logistic 模型的我国城乡居民选择医疗服务机构的影响因素研究[J]. 中国卫生统计,2021,38(3):405-408.
- [11] 宋全成,尹康. 中国老年流动人口初诊就医行为选择及影响因素研究[J]. 东岳论丛,2021,42(1):136-147,192.
- [12] 王越. 分级诊疗视角下山西省某县农村居民就医行为及影响因素研究[D]. 太原:山西医科大学,2018.
- [13] 张霄艳,陈欣,孙枫华. 分级诊疗背景下武汉市居民基层首诊意愿及感知服务质量分析[J]. 赤峰学院学报:自然科学版,2022,38(2):56-60.

(收稿日期:2023-04-04)

[编辑:徐琦]