

珠海地区非高血压、糖尿病的慢性病患者 基层首诊意愿及影响因素分析

叶仲书¹, 梅文华², 郭文燕¹, 郭伟文¹, 陈美婷¹

1. 暨南大学医学院流行病与卫生统计学教研室, 广东 广州 510632; 2. 珠海市公立医院管理中心

摘要: **目的** 了解珠海市非糖尿病、高血压的慢性病患者的基层首诊意愿,并探讨其影响因素。**方法** 采用多阶段分层抽样的方法,在珠海三个行政区共抽取 3 212 例居民,采用自行设计的结构式问卷,通过入户调查的方式对纳入的居民进行面对面调查。调查内容包括:(1)居民的基本情况,比如性别、年龄、文化程度、就业状况、家庭人均年收入、医保类型、慢性病情况等。(2)居民首诊意愿,不接受首诊的原因;对其中非高血压、糖尿病的慢性病患者 314 名进行统计分析,分析非糖尿病、高血压慢性病患者基层首诊意愿率和基层首诊意愿的影响因素。**结果** 珠海市非高血压、糖尿病的慢性病患者基层首诊意愿达 76.43%;慢性病病种顺序前五名主要是骨质增生、慢性消化道疾病、痛风病、高血脂及鼻炎;愿意进行基层首诊的患者共 240 人,愿意基层首诊的原因主要有:医疗机构就近及方便、价格不贵、病情轻、医保报销比例较大,人较少。而不愿到基层首诊患者的原因有医疗条件差、诊疗水平低、没有所需要的药物、习惯到大医院就诊等;单因素分析显示,不同地区、年龄、文化程度,以及基层医疗机构是否为离家最近医疗机构、是否知晓家附近基层医疗机构、基层医疗机构是否满足患者基层诊疗需求、对整体服务水平是否满意、诊疗费用与上级医院差别的群体之间的基层首诊意愿差异有统计学意义($P<0.05$);根据 Logistic 回归分析模型得出,是否知晓家附近有基层卫生服务机构、基层卫生服务机构能否满足基本诊疗需求、基层卫生服务机构与上级医院诊疗费用差别是影响非高血压、糖尿病的慢性病患者基层首诊意愿的主要因素。其中,不知道家附近有基层卫生机构($OR=0.043, 95\%CI:0.008\sim0.220, P=0.000$)、基层卫生机构不能满足基本诊疗需求($OR=0.157, 95\%CI:0.086\sim0.286, P=0.006$)、基层卫生机构费用与上级医院无差别($OR=0.418, 95\%CI:0.225\sim0.774, P=0.000$)导致患者基层首诊意愿下降。**结论** 珠海市非高血压、糖尿病的慢性病患者首诊意愿较高。是否知晓家附近有基层卫生服务机构、基层卫生服务机构能否满足基本诊疗需求、基层卫生服务机构与上级医院诊疗费用差别是其主要的影响因素;针对该地区存在的问题,应多管齐下,从政府、医保、基层机构三方面出发,通过合理政策的引导,推进基层首诊的顺利实施。

关键词: 慢性病;基层首诊;影响因素;卫生服务

中图分类号: R195.4 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2017)07-0889-03 **DOI:** 10.3969/j.issn.1006-3110.2017.07.037

构建一个合理的分级诊疗、基层首诊体系,有利于我国卫生资源的合理配置,缓解居民看病难、看病贵的问题,遏制医疗费用的过速增长^[1],形成良好的就医格局。珠海市在 2016 年率先开展高血压、糖尿病(以下简称“两病”)分级诊疗工作。而随着经济的发展,人民的卫生需求日益提高,仅仅只有两病的分级诊疗工作显然是不够的。本研究旨在探讨卫生服务的需方,即珠海市城乡居民,尤其是非糖尿病、高血压的慢性病患者基层首诊意愿的主要影响因素,为进一步推进珠海市分级诊疗工作提出政策建议。

1 对象与方法

1.1 研究对象 以多阶段分层抽样的方法,在珠海市香洲区、金湾区、斗门区共抽取居民 3 212 例。具体方法为:根据人口比例,在珠海市的香洲、金湾、斗门区各

抽取 583 户、87 户、858 户。再按分层抽样的方法,香洲区抽取 18 个街道办,金湾区抽取 3 个街道办,而斗门区抽取 4 个村/街道办。最后从抽中的居委会/村委中,共抽取 1 528 户口,合计 3 212 例居民。继而从 3 212 例居民中通过问卷调查的形式选择自述患有非糖尿病、高血压的其他慢性病的患者共 314 人作为研究对象。

1.2 研究方法 调查由珠海市慢性病防治中心开展的珠海市社区诊断工作负责承载,设有专门的调查员,并对其进行培训,负责抽样、现场调查阶段的质量控制。在调查结束后再选取 10% 的样本量进行复查。问卷采用自行设计的结构式问卷,通过入户调查的方式对纳入的居民进行面对面调查,问卷具体内容包括:(1)居民的基本情况,比如性别、年龄、文化程度、就业状况、家庭人均年收入、医保类型、慢性病情况等。(2)居民首诊意愿,不接受首诊的原因。

1.3 统计学方法 采用 Epi Data 3.1 软件建立数据

作者简介: 叶仲书(1991-),男,广东惠州人,在读硕士,研究方向:流行病与卫生统计学、卫生事业管理。

库,进行数据双录入保证质量。采用 SPSS18.0 统计软件进行分析。单因素分析采用卡方检验,多因素分析采用二分类的 logistic 回归分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 非“两病”慢性病患者病种构成 314 名非“两病”慢性病患者中,骨质增生患者共 48 例(15.3%),慢性消化道疾病 44 例(14.0%),痛风病 35 例(11.1%),高血脂 34 例(10.8%),鼻炎 34 例(10.8%),冠心病 32 例(10.2%),慢性呼吸系统疾病 17 例(5.4%),中风 15 例(4.8%),风湿 11 例(3.5%),慢性生殖系统疾病 7 例(2.2%),肿瘤 5 例(1.6%),其他 32 例(10.2%)。

2.2 基本情况及首诊意愿单因素分析 在调查的 314 名非两病的慢性病患者中,240 人表示愿意接受基层首诊,接受基层首诊率达 76.43%。愿意到基层首诊的原因前四位是:就近、方便(72.3%),价格不贵(49.7%),病情轻(16.2%),医保报销比例较大、人少、等候时间短(10.8%)。对其余 74 名患者的调查发现,选择不愿接受基层首诊的原因前四位主要是医疗设备条件差(40.54%)、诊疗水平低(33.78%)、没有所需要的药物(33.78%)、习惯去医院(二、三级医疗机构)就诊(28.38%)。非“两病”的慢性病患者的基本情况及其基层首诊意愿的单因素分析见表 1。根据单因素分析得知,不同地区、年龄、文化程度,以及基层医疗机构是否为离家最近医疗机构、是否知晓家附近基层医疗机构、基层医疗机构是否满足患者基层诊疗需求、对整体服务水平是否满意、诊疗费用与上级医院差别的群体之间的基层首诊意愿差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 非“两病”患者基层首诊意愿的单因素分析

相关因素	接受基层首诊		不接受基层首诊		χ^2 值	P 值
	例数	百分比(%)	例数	百分比(%)		
地区					13.960	0.001
香洲	113	75.8	36	24.2		
斗门	107	83.6	21	16.4		
金湾	20	54.1	17	45.9		
性别					2.802	0.094
男	116	72.5	44	27.5		
女	124	80.5	30	19.5		
年龄(岁)					4.778	0.029
<30	7	77.8	2	22.2		
30~44	21	65.6	11	34.4		
>44~59	67	69.8	29	30.2		
>59~	145	81.9	32	18.1		
婚姻状况					3.384	0.336
未婚	10	76.9	3	23.1		
再婚	195	75.3	64	24.7		
离婚	4	66.7	2	33.3		
丧偶	31	88.6	4	11.4		
去年家庭人均年收入(元)					1.223	0.269
<20000	108	76.1	34	23.9		

续表 1

相关因素	接受基层首诊		不接受基层首诊		χ^2 值	P 值
	例数	百分比(%)	例数	百分比(%)		
20000~40000	99	80.5	24	19.5		
>40000~60000	16	72.7	6	27.3		
>60000	17	63.0	10	37.0		
就业情况					2.479	0.289
在业	122	75.8	39	24.2		
未就业	31	68.9	14	31.1		
离退休	87	80.6	21	19.4		
文化程度					4.543	0.033
大专及以上	18	62.1	11	37.9		
中学及技校	98	74.8	33	25.2		
小学及以下	124	80.5	30	19.5		
有无医保					0.362	0.547
无	10	66.7	5	33.3		
有	230	76.9	69	23.1		
基层医疗机构是否为离家最近					11.165	0.001
医疗机构						
是	159	82.8	33	17.2		
不是	81	66.4	41	33.6		
是否知晓家附近基层医疗机构					18.253	0.000
知道	238	78.5	65	21.5		
不知道	2	18.2	9	81.8		
对整体服务水平是否满意					19.308	0.000
满意	152	83.1	31	16.9		
一般	83	70.9	34	29.1		
不满意	5	35.7	9	64.3		
是否能满足基本诊疗需求					34.582	0.000
能	187	85.8	31	14.2		
不能	53	55.2	43	44.8		
诊疗效果是否有差别					0.125	0.940
基本差不多	151	76.3	47	23.7		
上级医院效果好	84	77.1	25	22.9		
社区服务中心效果好	5	71.4	2	28.6		
诊疗费用差别					9.918	0.002
差别不大	61	64.9	33	35.1		
差别较大	179	81.4	41	18.6		

2.3 多因素分析 将上述单因素分析中存在统计学意义的变量作为自变量,以基层首诊意愿作为应变量,构筑二分类 logistic 回归方程。采用似然比前进法筛选变量,引入变量的检验水准为 $\alpha=0.05$,剔除标准为 $\alpha=0.10$ 。各变量赋值情况见表 2。

表 2 非“两病”患者基层首诊可能的影响因素及赋值

因素	变量	赋值说明
基层首诊意愿	Y	1=接受,2=不接受
地区	X1	1=香洲区,2=斗门区,3=金湾区
年龄	X2	1=小于 30 岁,2=30~44 岁,3=45~59 岁,4=60 岁以上
文化程度	X3	1=大专及以上,2=中学及技校,3=小学及以下
基层医疗机构是否为离家最近医疗机构	X4	1=是,2=不是
是否知晓家附近基层医疗机构	X5	1=知道,2=不知道
对整体服务水平是否满意	X6	1=满意,2=一般,3=不满意
是否能满足基本诊疗需求	X7	1=能,2=不能
与上级医院诊疗费用差别	X8	1=差别较大,2=差别不大

最终纳入方程的变量为地区、年龄、文化程度、基层医疗机构是否为离家最近医疗机构、是否知晓家附近基层医疗机构、对整体服务水平是否满意、是否能满足基本诊疗需求、诊疗费用差别 8 个变量,结果见表 3。可以看出,logistic 回归方程最终筛选出 3 个独立因

素,分别是否知晓家附近有基层卫生服务机构、基层卫生服务机构能否满足基本诊疗需求、基层卫生服务机构与上级医院诊疗费用差别($P<0.01$)。三个独立因素的 OR 值均小于 1,按流行病学关于 OR 值的解释,不知道家附近有基层卫生机构、基层卫生机构不满足基本诊疗需求、基层卫生机构费用与上级医院无差别是患者基层首诊意愿的“保护因素”,在本文环境下代表这三个因素降低了患者基层首诊的意愿。

表 3 非“两病”患者基层首诊意愿的多因素分析

相关因素	β	SE	χ^2	P 值	$OR(95\%CI)$
是否知晓家附近有社区卫生服务机构	-3.143	0.831	14.288	0.000	0.043(0.008,0.220)
是否能满足基本诊疗需求	-1.852	0.307	36.347	0.006	0.157(0.086,0.286)
与上级医院诊疗费用差别	-0.873	0.315	7.694	0.000	0.418(0.225,0.774)
常量	8.229	1.146	51.581	0.000	

3 讨 论

基层首诊这一概念主要来源于国外的“守门人”制度。科学的基层首诊制度有利于卫生资源在系统内合理分配,使得优质服务资源下沉,分散患者的就医需求,控制医疗费用的不合理上涨。是破除“看病难、看病贵”这一突出问题的关键手段^[2]。本研究调查结果表明珠海地区被调查的 314 名非“两病”的慢性病患者基层首诊意愿达 76.43%,与国内张靓^[3]、石亚丽^[4]等以居民为基础的研究结果基本相近。

在被调查的 314 名患者中,愿意进行基层首诊的患者共 240 人,愿意到基层首诊的原因主要有:医疗机构就近及方便、价格不贵、病情轻、医保报销比例较大,人较少。而对 74 名不愿意进行基层首诊患者的原因进行分析发现,不愿到基层首诊主要原因有医疗条件差、诊疗水平低、没有所需要的药物、习惯到大医院就诊。可以看出,患者不考虑基层就诊主要是因为认为基层卫生服务供给能力不足^[5],而愿意到基层首诊的原因是基层医疗机构的便利性和价格优势,这与基层医疗机构快捷、经济、方便的特点是相符合的^[6];从学历分布来看,随着学历的升高,基层首诊意愿反而下降,首诊意愿以小学及以下学历组的 80.5%为最高。考虑为随着学历的提升,群众更侧重于医疗质量,从而倾向于选择前往大医院就诊;从年龄分布上看,基本呈现出基层首诊意愿随年龄的增长而增长的趋势;地区分布上,金湾区患者的基层首诊意愿(54.1%)明显较其他两个行政区(75.8%、83.6%)低,可能与该区基层医疗卫生服务水平较低有关。

根据 Logistic 回归分析模型拟合,筛选出是否知晓家附近有基层卫生服务机构、基层卫生服务机构能否满足基本诊疗需求、基层卫生服务机构与上级医院诊疗费用差别是影响非“两病”患者基层首诊意愿的独

立因素。其中,不知道家附近有基层卫生机构($OR=0.043,95\%CI:0.008\sim0.220,P=0.000$)、基层卫生机构不满足基本诊疗需求($OR=0.157,95\%CI:0.086\sim0.286,P=0.006$)、基层卫生机构费用与上级医院无差别($OR=0.418,95\%CI:0.225\sim0.774,P=0.000$)导致患者基层首诊意愿的下降。

综上所述,珠海地区非“两病”患者基层首诊意愿的影响因素可以归纳为医疗卫生机构的可及性、服务能力和价格三大方面。与国内部分以居民为基础的研究结果基本相同^[7-8]。所以提升基层卫生医疗机构的服务能力,增强机构的可及性,区分不同层级医疗机构的就诊价格是提升基层首诊意愿的关键所在。然而分级诊疗及基层首诊的推进涉及到众多的利益相关者^[9],单纯只对基层医疗卫生机构进行改革或对居民进行健康教育都是不够的,只有平衡各方利益,多管齐下,才有可能使政策顺利推进。

具体可考虑从以下几点着手。首先应把基层医疗机构能力的提升作为分级诊疗工作推进的重点,政府需加强对基层的投入,给予相应的政策倾斜。从硬件和软件上补全基层医疗机构的软肋,全面加强基层医疗机构的综合实力。并规范区域内大型医疗机构的建设和扩张,合理利用现有的卫生服务资源,按需划分不同层级医院的业务范围及层级,保证基层医疗机构的公平性及可及性^[10];其次,应充分发挥医保的价格杠杆作用^[11]。提升基层诊疗的支付比例、差别化医保报销比例,拉开基层机构与医院的就诊价格差,从而扭转居民的就医习惯,引导民众到基层进行诊疗;最后,加大对于分级诊疗政策和基层医疗机构的宣传力度,创新宣传方式,只有先使居民“知之、信之”,方能达到引导居民“往之”的目的。

参考文献

[1] Delnoij D, Van Merode G, Paulus A. Does general practitioner gate-keeping curb health care expenditure[J]. J Health Serv Res Policy, 2000,5(1):22-26.

[2] 宋平,招琳,向莹君. 关于城市医改几个基本问题的思考和建议[J]. 实用预防医学,2015,22(1):113,127-128.

[3] 张靓,董恒进,邵琳,等. 居民就诊医院与基层医疗服务能力研究——以浙江兰溪为例[J]. 卫生经济研究,2016,8(1):19-22.

[4] 石亚丽,李宁燕,赵建功,等. 北京市西城区居民社区首诊意愿及影响因素分析[J]. 中国全科医学,2016,14(16):1939-1942.

[5] 高启胜. 我国社区首诊制影响因素鱼骨图分析[J]. 中华全科医学,2015,13(3):341-343.

[6] 曾小敏,孙振球,宋艳艳. 长沙市城区居民接受社区卫生服务的医院及其影响因素的调查[J]. 实用预防医学,2001,8(4):250-252.

[7] 谢宇,代涛,宋坤,等. 南京市社区居民社区首诊意愿及影响因素研究[J]. 中国全科医学,2010,13(15):1621-1624.

[8] 李宇飞,王虎峰,李颖,等. 患者视角下北京市某区基层首诊制影响因素质性研究[J]. 中国医院管理,2016,36(1):4-6.

[9] 陈爱云. 社区首诊的利益相关者分析[J]. 医学与社会,2014,27(1):30-33.

[10] 贾月辉,李金梅,李慧,等. 黑龙江省居民卫生服务需要现状分析[J]. 实用预防医学,2014,21(11):1317-1320.

[11] 朱恒鹏,磐馨,李绮晴. 医保如何助力建立分级诊疗体系[J]. 中国医疗保险,2015,6(1):9-11.