

文章编号: 2095-2163(2020)04-0190-04

中图分类号: C913.7

文献标志码: A

上海分级诊疗背景下医联体信息网建设研究

王翱航, 王勇超, 李晶

(上海工程技术大学 管理学院, 上海 201620)

摘要: 利用CFPS2016数据,分析了上海市社区首诊的影响因素,提出了利用互联网等技术在社区医院和大型医院之间构建完善医联体信息网,提高社区医院医疗水平等建议。

关键词: 医联体; 分级诊疗; 社区首诊

Research on the construction of medical association information network in Shanghai classification and treatmentsystemt

WANG Aohang, WANG Yongchao, LI Jing

(School of management, Shanghai University of Engineering Science, Shanghai 201620, China)

[Abstract] This paper uses the CFPS2016 data to analyze the influencing factors of the first clinic in Shanghai. This paper proposes the use of technologies such as the Internet to build a comprehensive medical information network between community hospitals and large hospitals, and to improve the medical level of community hospitals.

[Key words] medical union; grading diagnosis and treatment; community first diagnosis

0 引言

医联体作为实现分级诊疗的重要形式和手段,其重要意义已经达成了广泛共识。在协同共赢的医疗生态圈中,医联体以制度为支撑,以平台为保障,上下贯通医疗资源,有效加强基础保障能力,引导患者有序就医。

2015年国务院出台了《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》,实施分级诊疗制度,使医疗卫生服务体系层次变的更加清晰。分级诊疗制度的内涵为基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动;若社区医院不能治疗或者治疗效果不佳,患者将被转移到大型医院进行治疗;大型医院治疗取得一定的疗效后,患者可向下转移至低等级医院完成后续康复治疗。不同病情的病人可以在不同的医院进行治疗,使整个医疗体系之间建立起分工协作制度,促进医疗资源的流动和充分利用。本文利用现有相关文献数据和访谈资料,基于上海市推行分级诊疗制度时医联体的建设现状,探讨了加强医联体内部分工协作的具体路径,并为下一步配套政策提供参考。

1 上海医联体网络建设现状

医疗联合体(以下简称“医联体”)是我国医疗资源整合的一种方式。2016年国家卫计委出台《关

于开展医疗联合体建设试点工作的指导意见》,从中央层面为全面推进医联体建设和分级诊疗制度建设,提供政策框架和机制保障。《意见》中将医联体分为医疗联合体(医联体)、医疗共同体(医共体)、专科联盟、远程医疗协作网4种组织模式。上海市作为“区域医疗联合体”这一概念的首创之地,在上海市政府牵线、瑞金医院牵头下,组建了第一个市级医联体试点——瑞金-卢湾医联体。但由于对医联体的管理制度、运行机制、主导力量以及发展趋势等问题尚未理清,导致医联体呈现出一种“联而不合”的状态,不仅影响医联体诸多功能的充分发挥,也影响到我国分级诊疗体系格局的形成。

2 分级诊疗首诊选择的影响因素

影响首诊选择的主要因素大致体现在以下方面:

(1)医疗水平。社区医院是否能够承担首诊责任是居民最为关注的问题。当居民对社区医院的医疗水平信任时,会选择社区医院为首诊机构。一些社区医院的全科医生治疗经验丰富,针对一些疾病有独特的治疗方法,治愈率甚至超过大型医院。由此,随着居民对社区医院的信任度的提升,社区首诊率就会提高。反之,居民会对社区医院产生信任危机,首诊选择大型医院的几率将会增加。在欧美国

基金项目: 2018年度上海工程技术大学研究生科研创新项目(E3-0903-18-01083)。

作者简介: 王翱航(1992-),男,硕士研究生,主要研究方向:社会保障;王勇超(1995-),男,硕士研究生,主要研究方向:社会保障;李晶(1993-),女,硕士研究生,主要研究方向:社会保障。

收稿日期: 2019-10-22

家,居民对社区医生的信任度高,甚至一些全科医生的学历水平和医疗水平与专科医生的医疗水平相当,是社区首诊的重要原因之一。

(2)居民健康状况。居民健康状况是居民首诊选择的重要因素之一。当居民的健康状况较好时,居民选择社区医院的几率增加,健康状况差时选择大型医院的几率增加。主要原因在于居民认为自己身体状况较差时,将会全方位的考虑自己的身体状况,甚至认为只有大型医院才能综合分析病情。

根据研究回顾和首诊选择影响因素探讨,本文假定:

H1 为社区医院的医疗水平对居民的首诊选择有影响。

H2 为居民个人的健康状况及首诊对居民的首诊选择有影响。

3 上海市分级诊疗影响因素实证分析

3.1 数据来源

本文实证部分采用数据源于北京大学 CFPS2016

数据库,以户籍地为上海市的人群为研究对象,并根据需要对数据进行筛选,共选出有用数据 499 个。

在数据中,以个人参加的医疗保险类型为划分标准进行区分,数据库中上海市的个体样本参加医疗保险的类型分别为公费医疗、城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险、补充医疗保险、新型农村合作医疗五种保险类型。因为参加补充医疗保险的个体极少,所以删除这部分数据;而公费医疗的人数相比于其他 3 项较少而合并到城镇职工医疗保险之中生成职工医疗保险;考虑到上海市城乡一体化水平较高,所以城镇居民医疗保险和新农合合并为居民医疗保险。

3.2 变量选择

为了使实证分析的结果更具说服力,本文在变量选取上与假设部分相照应,同时参考了以往研究成果。在以往学者们研究中发现,分级医疗的影响因素主要为医疗点水平、居民健康状况、家庭与医疗点的距离、家庭收入等,本文根据需求和数据库中的信息确定了本文变量,如表 1 所示。

表 1 描述性统计

Tab. 1 Descriptive statistics

变量名	样本数	均值	标准差	最小值	最大值
是否在大型医院接受治疗	499	0.57	0.57	0.00	1.00
收入对数	499	10.22	0.58	8.88	13.04
医疗支出对数	499	8.02	1.45	4.61	13.14
教育水平	499	7.04	6.39	1.00	16.00
对医疗点的满意度	499	5.15	2.45	0.00	10.00
健康自评	499	5.85	1.15	1.00	7.00
社区基础设施状况	499	2.56	0.85	1.00	5.00
医疗点水平	499	2.49	0.76	1.00	5.00
家庭人口	499	3.19	1.52	1.00	10.00
中国医疗问题严重程度	499	5.15	2.45	0.00	10.00

3.3 模型设定

本文问题是上海市社区首诊阻碍研究,实证分析部分以“生病是否在大型医院就诊”为被解释变量,取值为 0,1。采用 logit 模型来检验上海市居民分级诊疗的影响因素。

假定上海市居民分级诊疗服从 logit 分布,将影响因素分为上述 9 种,构建 logit 模型如下:

$$\text{logit}(P) = \ln \frac{P_i}{1 - P_i} = \beta_0 + \sum_{i=1}^9 \beta_i X_i + \varepsilon.$$

其中: P_i 代表生病去综合医院就诊的概率, $1 -$

P_i 代表生病不去综合医院就诊的概率, $\frac{P_i}{1 - P_i}$ 代表居民就医行为的发生比。 β_0 为常数项, β_i 表示 9 个变量的系数, β_i 表示解释变量。

3.4 实证结果分析

由表 2 可以看出,医疗点的水平对选择是否去

大医院就诊具有显著性影响,因医疗点水平的评价数值越高表示水平越低。所以,在 3 个模型中都呈现出负的影响。通过分析结果可以看出,有职工医疗保险的居民对医疗点水平的影响系数为 -0.996,而居民医疗保险的影响系数为 -0.665。这说明有职工医疗保险的居民更加关注医疗点的水平,而居民去大医院的原因是大医院医疗水平好,这说明了相对于大医院居民对社区医院的医疗水平不信任,这与假设中的 H1 相吻合。同时可以看出对医疗点的满意度和社区基础设施状况并未呈现出显著性。

在个人健康部分:健康自评和年医疗费用对拥有职工医疗保险的居民并不显著,而对拥有居民医疗保险的居民较为显著。主要原因在于,居民医疗保险的报销比例低于职工医疗保险的比例。拥有居民医疗保险的居民去大医院看病不仅要考虑医疗点水平还要考虑自身的健康状况,这与假设 H2 相符合。

表2 实证结果
Tab. 2 Empirical results

变量	需要看病时是否去大医院		
	职工医疗保险	居民医疗保险	总体
收入对数	0.739 (1.36)	0.299 (1.22)	0.380* (1.98)
医疗支出对数	0.114 (0.92)	0.186* (2.11)	0.178** (2.59)
教育水平	-0.033 (-1.06)	0.0448* (1.97)	0.007 (0.42)
对医疗点的满意度	-0.002 (-0.01)	0.384 (1.77)	0.224 (1.42)
健康自评	-0.059 5 (-0.41)	-0.331** (-2.81)	-0.173* (-1.99)
社区基础设施状况	0.114 (0.53)	-0.067 7 (-0.47)	0.008 (0.07)
医疗点水平	-0.996*** (-3.55)	-0.665*** (-3.67)	-0.740*** (-5.00)
家庭人口	0.072 7 (0.52)	0.113 (1.52)	0.118 (1.87)
中国医疗问题严重程度	0.162* (2.23)	0.0226 (0.45)	0.0650 (1.61)
常数项	-6.713 (-1.13)	-2.092 (-0.75)	-3.540 (-1.61)
N	164	335	499
R ²	0.11	0.09	0.07

注: * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

个人及家庭基本情况部分:拥有城镇职工医疗保险的居民未受到个人及家庭的基本情况影响,而拥有居民医疗保险的居民只受到其中教育程度的影响。这说明学历对首诊选择也有影响,而家庭人口数和个人年收入影响不显著。

总的来看上海市居民首诊选择受医疗点水平、健康状况、教育和医疗费用的影响较显著,而这些因素同样是上海市分级诊疗施行过程中的影响因素。

4 上海医联体信息网建设策略

通过实证分析可知医疗点水平是影响居民首诊选择最重要因素,而建立完善的医联体信息网是提高社区医院医疗水平的重要途径。因此,本文针对构建医联体信息网的对策提出以下建议:

(1)改善社区医院硬件环境。社区医院历来被认为设备差、医疗水平有限,这也是居民对社区医院不信任以及社区医院不能承担首诊职责的主要原因。为了使分级诊疗目标真正实现,上海市应该加大对社区医院的设备投入,夯实社区医院的硬件基础,使各级医疗机构都能加入医联体网络,成为相互联系的网络节点。从而加强各级医疗机构联系,提高社区医院医疗水平,提高居民对社区医院的认可度。设备的投入可以提高社区医院针对小病和慢性

病的治疗能力,不仅可以提高居民对社区医院的信任度同时还可以在后期的双向转诊中增强患者转诊回社区医院进行康复治疗的意愿。

(2)完善医联体制度。社区医院医疗水平与大医院相比相差甚远,通过医联体可以使社区医院与大医院互联互通,提高社区医院的医疗水平,增加居民对社区医院的信任度。在医务人员轮岗、电子病历、药物共享等方面可以让社区医院与附近的大医院相配合。通过连接社区医院医务系统和指定大医院医务系统,使患者信息在社区医院和大医院共享。同时,对于一些慢性病药物,大医院应和社区医院共享,使社区医院可以为患者开具大医院药物,患者只需到大医院取药即可。

(3)加强医联体内部人力资源互联互通。社区医院高水平医务人员的稀缺也是居民对社区医院存在信任危机的原因之一。在美国和德国,社区医院和私人诊所医生大部分与大型医院医生有相同的执业水平。之所以能够吸引高水平医务人员在社区从业的原因是其待遇水平有保障。上海市社区医院医生水平与中西部地区相比有很大的优势,但是与大型医院相比水平有一定的差距。可以探索一种新的人才交流方式,在不改变编制的情况下,将大医院的医生安排到社区医院轮岗,在治疗的同时对社区医院医生进行传帮带,同时也可以让社区医院医生带薪到大医院进行培训,来提高社区医院医生的业务能力和收入水平,以便他们更好的在社区医院发挥作用。同时给社区医院医生更多的晋升高级别职称的机会,有助于吸引高水平医务人员入驻社区工作并保持其长久性。

(4)优化医联体内部诊疗流程。打造社区基层医疗机构首诊制度、分级诊疗制度的新局面,以“社区、二级医疗机构担负常见病、多发病,三级医疗机构担负危重疑难病症”的原则,重构患者就医流向,以健康为中心提供系统服务。针对内部运作加强约束,以理事会作为医联体最高议事机构,内设办公室和管理小组,以组织章程作为医联体内部共同遵守的行为规范。同时制定明确的患者各项转诊标准和统一的医学检查质量标准,加强内部全面质量管理。

(5)鼓励民营机构参与医联体组建。目前医联体主体基本都是公立属性,主要以行政干预的方式组建,加之体制机制和管理方式等缺陷,其运行效果不尽人意。因此,建议在部分民营资本发达的地区开展试点,引入民营或由民营控股的非公医疗机构

(下转第198页)