



紧密型城市医联体模式下基层首诊意愿及影响因素

丁 硕¹, 刘国庆¹, 徐付琴¹, 纪 凯¹, 陈 任^{1,2}

1. 安徽医科大学卫生管理学院, 安徽 合肥 230032; 2. 安徽医科大学附属宿州医院科教科, 安徽 宿州 234000

摘要:为了解安徽省紧密型城市医联体内居民就医首诊意愿及其影响因素,对安徽省皖北、皖中、皖南三个地区的紧密型城市医联体就诊居民进行调查。在纳入分析的513名调查对象中,16.8%的居民听说过双向转诊;78.4%的居民首诊选择基层医疗机构;82.8%的居民选择该医院的原因是离家或单位近。进一步分析发现,文化程度、年龄、月收入、健康状况、对基层医疗机构信任水平、认为双向转诊是否有必要是影响居民就医行为的重要因素。需要优化转诊程序,引导居民有序就医;加强对基层医疗机构的政策倾斜,提高基层医务人员福利待遇,通过人才引进、继续教育等方式提高基层医疗机构的服务水平;加快推进城市医联体建设,合理引导优质医疗资源有序下沉,优化医疗资源配置布局。

关键词:基层首诊;分级诊疗;双向转诊;紧密型城市医联体

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2023)04-372-006

doi:10.7655/NYDXBSS20230411

现阶段我国医疗卫生服务体系存在着区域医疗供给与医疗需求不匹配的矛盾,即医疗供给的正三角分布与医疗需求的倒三角分布不对等问题突出。2015年9月,国务院办公厅《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》提出,建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗模式。基层首诊作为分级诊疗的前提和基础^[1],目的是发挥基层医疗卫生机构看病方便、收费低的优势,并缓解大医院医疗资源短缺的现状。同时借助双向转诊制度构建大型医院与基层医疗机构合作的桥梁,其中双向转诊是以患者的实际病情为基础而实行的综合医院与社区医疗卫生机构,或综合医院与各专科医院之间的转院诊治过程^[2]。2023年2月国家卫健委《紧密型城市医疗集团建设试点工作方案》^[3]提出,紧密型城市医联体是巩固分级诊疗制度建设成效,加快完善分级诊疗体系,推进网格化布局建设紧密型城市医疗集团,不断满足人民群众全生命周期卫生健康服务需要的

重要措施,因此本研究通过对安徽省紧密型城市医联体辖区内居民双向转诊的认知调查,探究影响居民基层首诊就医行为的因素,为进一步推动完善城市分级诊疗制度以及促进紧密型城市医联体建设提供思路和依据。

一、资料和方法

(一)数据来源

本研究采用多阶段分层随机抽样,首先对安徽省16个地级市进行分层,按照安徽省的地理位置,将全省分为皖北、皖中、皖南三个区域。在每区域中通过随机抽样的方法抽选出一个地级市。分别为C市、H市、S市。随后,在所抽取的三个地级市分别随机抽取一个紧密型城市医疗联合体,C市选取C市人民医院,包含其医联体内的3家基层医疗机构;H市选取H市第二人民医院医联体集团,包含其医联体内的4家基层医疗机构;S市选取S市市立医院医联体集团,包含其医联体内的5家基层医疗机

基金项目:国家自然科学基金“社会组织参与公共卫生应急的策略研究——基于社会资本和CGRs理论”(72174001);国家自然科学基金“社会资本视角下公民社会组织参与健康老龄化策略研究”(71874002);宿州市科技计划项目(SZSKJJZC028)

收稿日期:2023-05-22

作者简介:丁硕(2000—),男,安徽蒙城人,硕士研究生在读,研究方向为卫生政策研究;陈任(1980—),男,安徽颍上人,博士,教授,研究方向为卫生政策研究,通信作者,chenren2006@hotmail.com。

构。共3家三级甲等医院及其医联体内的12家医疗机构。最后采用方便抽样对所选医院医联体辖区网格内的社区居民进行问卷调查。纳入标准:年龄18周岁及以上,在当地居住半年以上且具有正常的认知水平和交流能力。最终收集有效问卷513份。

(二)统计分析方法

使用EpiData3.1建立数据库并进行数据录入,使用SPSS26.0统计软件进行统计分析。计数资料以相对数表示,分类资料以百分比表示。对居民的社会人口学信息、双向转诊的认知情况以及首诊选择和原因等主要变量进行描述性分析。单因素分析采用卡方检验用于分析主要变量与居民就医行为的相关性。将卡方检验显著的变量纳入二元Logistic回归模型探究居民基层首诊的影响因素。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一)研究对象基本情况

通过调查研究获得有效样本513例,其中男性190人(37.0%),女性323人(63.0%);年龄为51~60岁的最多,有112人(21.8%);无职业的人最多,有142人(27.7%);婚姻状况为已婚/同居的人最多,有447人(87.1%);文化程度为小学及以下的最多,有166人(32.4%);月收入为2 001~5 000元的最多,有210人(40.9%);身体状况为好的最多,有330人(64.3%);居住情况以多人居住为主,473人(92.2%)与配偶、子女、父母、朋友等居住在一起,仅有40人(7.8%)独居。417人(81.3%)居住地距离最近医疗机构的步行时间小于30分钟;294人(57.3%)认为社区服务中心与大医院的双向转诊有必要;275人(53.6%)支持自由转诊形式;357人(69.6%)具有城乡居民基本医疗保险;367人(71.5%)没有签约家庭医生。

(二)双向转诊认知情况

该地区居民对双向转诊的认知程度整体处于较低水平,调查对象中427人(83.2%)没有听说过双向转诊,仅有86人(16.8%)听说过双向转诊。在了解双向转诊的居民中,通过社区卫生服务中心或医院医务人员介绍以及家人和朋友介绍这两个途径了解的人数最多,分别为46人(54.1%)和44人(51.8%);大多数居民了解双向转诊的具体流程,分别为9人(10.5%)非常了解,26人(30.2%)比较了解,19人(22.1%)一般了解(表1)。

(三)居民首诊选择及原因

当患小病或者常见病时,居民首选区级医院、社区卫生服务中心、药店等基层医疗机构,总计402人(78.4%),选择非基层医疗机构(省、市级医疗机构)就诊的居民有111人(21.6%),见表2。居民选择基层医疗机构首先考虑的因素是距离因素(离家或单

表1 居民双向转诊认知基本情况

项目	人数	占比(%)
是否听说过双向转诊($n=513$)		
是	86	16.8
否	427	83.2
听说途径($n=86$)		
社区卫生服务中心或医院医务人员介绍	46	54.1
家人和朋友介绍	44	51.8
报纸、电视、手机、网络等媒体宣传	16	18.8
参加医疗卫生宣传活动	13	15.3
其他	5	5.9
是否了解双向转诊的具体流程($n=86$)		
非常不了解	7	8.1
不太了解	25	29.1
一般	19	22.1
比较了解	26	30.2
非常了解	9	10.5
自己或家人近三年是否有转诊经历($n=513$)		
否	465	90.6
是	48	9.4

位近94.3%),这反映出医疗资源地理位置的分布对患者就医的影响是十分显著的。在选择非基层医疗机构就医的居民中,他们最关注的是医疗机构所提供的服务质量(医疗技术可靠73.9%)。值得注意的是,转诊方便这一因素对居民选择医疗机构的影响非常小,这可能与现阶段转诊服务渠道不够畅通有关。

(四)居民基层首诊就医行为的影响因素分析

单因素分析结果显示,不同年龄、职业、文化程度、月收入、支持的转诊形式、身体状况,以及是否信任基层医疗机构服务水平、是否认为双向转诊有必要的居民在选择基层首诊的就医行为上差异有统计学意义($P < 0.05$,表3)。

为了进一步分析居民就医行为选择的影响因素,将上述单因素分析具有统计学意义的变量(年龄、职业、文化程度、是否信任基层医疗机构、月收入、支持的转诊形式、身体状况、是否认为双向转诊有必要)作为自变量,居民就医首选机构作为因变量进行二元Logistic回归分析,对各变量进行赋值,筛选影响因素。结果显示,文化程度、年龄、身体状况、是否信任基层医疗机构服务水平、是否认为转诊必要和月收入是影响居民就医行为的主要因素。年龄越大、健康状态较好、对基层医疗机构服务水平越信任、认为双向转诊有必要的居民,越偏向于选择基层医疗机构首诊,高学历和高收入人群更偏向于非基层医疗机构首诊(表4)。

三、讨论

(一)居民分级诊疗认知水平较低

本调查结果显示,在513名居民中,16.8%的居

表2 居民首诊选择及原因

项目	人数	百分比(%)
患小病或常见病首选的医疗机构(n=513)		
基层医疗机构(区级医院、社区卫生服务中心、药店等)	402	78.4
非基层医疗机构(省、市级医疗机构)	111	21.6
选择基层医疗机构的原因(n=402)		
离家或单位近	379	94.3
看病手续简单	145	36.1
等候时间短	101	25.1
服务态度好	97	24.1
费用可以接受	71	17.7
就诊环境好	54	13.4
药品质量有保障	37	9.2
医疗技术可靠	35	8.7
药品种类齐全	22	5.5
科室齐全	18	4.5
医保报销比例高	11	2.7
转诊方便	6	1.5
其他	3	0.7
选择非基层医疗机构的原因(n=111)		
医疗技术可靠	82	73.9
离家或单位近	46	41.4
药品质量有保障	27	24.3
药品种类齐全	25	22.5
科室齐全	17	15.3
就诊环境好	15	13.5
看病手续简单	12	10.8
服务态度好	12	10.8
等候时间短	7	6.3
费用可以接受	6	5.4
医保报销比例高	5	4.5
其他	2	1.8
转诊方便	1	0.9

民听说过双向转诊,低于河北省唐山市(37.26%)^[4]和广州市(25.48%)的调查结果^[5]。同时,在了解双向转诊的居民中,只有9名居民(10.5%)对双向转诊的具体流程非常了解,26名居民(30.2%)对双向转诊的流程较为了解。这表明安徽省紧密型城市医联体就诊居民对双向转诊的认知深度与广度仍处于较低水平。对双向转诊认知的缺失,不利于基层首诊制的推广应用,居民盲目选择大医院就诊,可能在就医过程中浪费大量的时间、财力以及精力,导致居民获得较差的就医体验。以往的研究结果显示,政策认知是影响基层首诊意愿的重要因素^[6-8],本研究也显示,了解、认同双向转诊政策的居民在实际就医过程中更倾向于选择基层首诊。只有居民了解分级诊疗的制度优势,当需要看病就医时,才能根据自己的实际需要正确、理性选择医疗机构。

(二)影响居民就医行为的因素复杂

本研究显示,文化程度越高的人越倾向于选择

表3 不同特征居民就医行为的单因素分析

项目	选择的就医机构		χ^2	P值
	非基层	基层		
性别			0.220	0.639
男	39	151		
女	72	251		
年龄			17.365	0.001
35岁及以下	43	91		
36~52岁	32	96		
53~67岁	18	107		
68岁及以上	18	108		
距离最近医疗机构的路程			1.351	0.245
步行30分钟及以下	86	331		
步行大于30分钟	25	71		
文化程度			50.495	<0.001
小学及以下	26	140		
初中	18	134		
高中或中专	18	67		
大专	20	35		
本科及以上学历	29	26		
是否信任基层医疗机构服务水平			22.418	<0.001
是	60	309		
否	51	93		
是否认为双向转诊有必要			6.338	0.012
否或不清楚	59	160		
是	52	242		
是否独居			0.069	0.793
是	103	370		
否	8	32		
支持的转诊形式			5.094	0.024
定点转诊	41	197		
自由转诊	70	205		
职业			11.392	0.044
工人	8	42		
农民	7	54		
个体工商	18	74		
企事业工作人员	19	36		
无职业	30	112		
其他	29	84		
婚姻状况			0.533	0.465
已婚/同居	99	348		
未婚/丧偶	12	54		
月收入			7.107	0.029
2 000元及以下	38	159		
2 001~5 000元	40	170		
5 000元以上	33	73		
身体状况			23.911	<0.001
较差	14	33		
一般	28	108		
较好	31	195		
非常好	38	66		
签约家庭医生			1.765	0.184
是	26	120		
否	85	282		

高层次医院就诊,即文化程度与选择基层首诊之间呈负相关的关系,这与以往的研究结果^[9-10]相同,这可能是因为文化程度高的人所拥有的社会地位、人

表4 居民基层首诊就医行为选择影响因素的 Logistic 回归分析

影响因素	β	S.E	Wald	P	OR	95%CI	
						下限	上限
文化程度(以小学及以下为参考)							
初中	0.541	0.338	1.942	0.163	1.717	0.803	3.675
高中或中专	-0.544	0.439	1.537	0.215	0.580	0.246	1.372
大专	-1.152	0.490	5.527	0.019	0.316	0.121	0.826
本科及以上	-1.368	0.530	6.660	0.010	0.255	0.090	0.720
年龄(以35岁及以下为参照)							
36~52岁	-0.160	0.347	0.214	0.644	0.852	0.432	1.681
53~67岁	0.871	0.434	4.039	0.044	2.390	1.022	5.591
68岁及以上	1.227	0.516	5.654	0.017	3.409	1.241	9.370
健康状况(以差为参照)							
一般	0.917	0.455	4.064	0.044	2.053	1.026	6.106
较好	1.642	0.472	12.124	<0.001	5.164	2.050	13.012
非常好	0.219	0.488	0.203	0.653	1.245	0.479	3.238
是否信任基层医疗机构服务水平(以否为参照)	0.906	0.317	8.164	0.004	2.473	1.329	4.603
是否认为双向转诊有必要(以否或不清楚为参照)	0.986	0.282	12.202	<0.001	2.679	1.541	4.658
月收入(以2 000元及以下为参照)							
2 001~5 000元	0.016	0.252	0.004	0.951	1.016	0.620	1.664
5 000元以上	-0.637	0.277	5.303	0.021	0.529	0.307	0.909

脉资源、经济财富等社会资本更加充足,因此在选择医院类型的时候,所选择的范围更广、层次更高。同时文化水平不同的群体,所处的地域环境、对医院就诊程序的熟悉程度以及所掌握的卫生知识水平均有差距。另外,低文化群体由于其检索、接受信息的能力不高,对一些大医院就医程序的知晓率不高,更倾向于就近选择熟悉的社区卫生服务中心就医。

年龄越大的居民越偏向于选择社区医疗机构、区级医院等基层医疗机构就诊,这与老年人的精力与身体活动性有关^[10]。另外,这可能与老年人和年轻人社会网络的不同有关。大部分年轻人忙于在外学习和工作,因此所建立的社会网络关系可能并不在本地,对本地的基层医疗机构缺乏了解,而中老年人在本地生活的时间较长,在本地所建立和发展的社会网络更为庞大,与基层医务人员更为熟识,在基层医疗机构就诊可以享受态度更好、便利性更高的服务。

经济水平与选择基层医疗机构呈负相关,相对于基层医疗机构,高收入人群更偏好于选择医疗服务能力更强、药品供应更多、就医环境更好的高层次医院,他们受医疗服务差异化价格的影响更小。同时,收入水平高的人有更多的资源投入到对自身健康的投资,故其因为体检咨询就医的比例也就越高^[11]。

身体状况感知为一般和较好的调查对象更倾向于选择基层医疗机构,这类人群一般不患有疑难杂症和罕见病,对医疗服务的需求较少,更多是因为常见病、多发病等常规疾病而去医院就诊,所以诊疗费用低、距离近的基层医疗机构更符合他们的

需求。

信任在医患关系中扮演重要角色,居民对基层医疗机构的信任程度越高,越倾向于选择基层首诊。以往的研究表明,影响信任水平的主要因素是医疗机构的服务质量^[12]。我们的研究也发现,居民选择非基层医疗机构就医的最主要原因是对大医院医疗水平的信任。出于对风险的规避意识,居民往往对基层医疗机构缺乏信任,因此即使身体出现轻微不适,仍然趋向于选择大医院就诊。

四、建议

(一)提高基层医疗机构服务能力,促进优质医疗资源下沉

居民倾向于选择大医院就医,一方面是由于对自身健康的重视,另一方面也反映出当前阶段基层医疗机构的医疗水平和规模无法完全满足患者就医需求的现实困境。基础差、底子薄、发展滞后是我国基层医疗机构卫生服务体系的普遍特征。2020年我国乡镇卫生院达到35 762家,床位数139万张;同期的公立医院11 870家,数量不及乡镇卫生院的1/3,而床位数却高达509万张。与城市相比,乡镇卫生机构不仅所拥有的医疗资源匮乏,所拥有的卫生技术人员也远远不足。2020年城市每万人拥有卫生技术人员115人、执业(助理)医师43人、注册护士54人,而农村分别比城市少63人、22人、33人。农村医疗卫生服务水平也偏低,2020年,具备本科及以上学历的执业(助理)医师占比仅29.0%,注册护士占比仅17.9%,药师占比仅23.5%,远低于全国平均水平,具备较高医疗素质的从业人员严重匮乏。配置和

人员的缺乏使基层医疗机构的基础薄弱,发展滞后,无法满足基层居民的就医需求,造成首诊比例低的现状。

作为新一轮医疗卫生体制改革的重要内容,强基层是推动双向转诊制度的重要一环。第一,要重视基层卫生人才的培养,这需要进一步扩大定向医学生的招生培养,通过对乡村医生的职业规培与继续教育,提高基层卫生机构的医疗技术水平,为基层医疗机构提供新鲜的有生力量。同时也要注意提高基层医务人员的福利待遇,政策向基层倾斜,减少基层医疗机构的人员流失,真正解决基层缺医的问题。第二,要补足基层短板,持续推进基层医疗卫生机构标准化建设,优化患者就医条件,为居民提供经济、便捷、连续、安全的医疗服务^[13-14]。第三,要促进优质医疗资源下沉。通过互联网平台开展专家远程会诊、医联体专家社区坐诊、医师多点执业等方式促进优质医疗资源下沉^[15]。优化医疗资源的配置,提高基层医疗机构的就诊率。

(二)加强政策宣传力度,增强居民政策感知

本次调查发现,居民对分级诊疗的整体认知水平不高,无法充分发挥分级诊疗政策的引导作用。因此,需要加强居民就医过程中的政策宣传,增强居民对分级诊疗政策的感知水平。根据本次调查结果,居民了解双向转诊政策占比最高的三种途径分别为通过社区卫生服务中心或医院医务人员介绍,家人和朋友的介绍,以及报纸、电视、手机、网络等媒体宣传。一方面,政府要充分利用自身主导优势和宣发工具,多渠道多层次开展分级诊疗宣传教育,强化群众对分级诊疗实施背景 and 意义的认识与理解。充分凸显分级诊疗政策对居民个人生活质量的保障作用和对个人利益的促进作用。如充分利用医保的杠杆作用,在基层医疗机构医保报销的比例更大、转诊就医更具优势,降低或取消未实行基层首诊的常见病、慢性病患者的医保报销。另一方面,基层医疗机构要在患者就医过程中积极宣传引导,提升患者的分级诊疗意识。通过在医院门诊、走廊等地方放置宣传板,鼓励医务人员对就医患者进行宣讲等途径,提高居民对政策的感知度。同时,充分利用新媒体时效性快和便捷性高的特点^[16],在微信公众号、微博等主流社交媒体对目标人群进行宣教,拓宽居民了解分级诊疗的渠道。

(三)加强紧密型医联体建设,促进区域内医疗资源整合

紧密型城市医联体因其可以在各级医疗机构提供相同服务的特性,对促进基层首诊和双向转诊起到重要作用^[17]。通过在医联体内部建设信息共享网络,将区域内各级医疗机构患者的就医信息进

行整合^[18],实现信息共享,减少患者在转诊过程中的阻碍,保障医疗服务的质量,提高服务的连续性和便捷性。在医联体内通过落实专家下基层、共享先进医疗设备、检查结果互认等措施,突破技术屏障和行政壁垒,实现对医疗资源的有效利用^[19],促进优质医疗资源的整合。社区医疗机构诊治不了的疑难病例,可以通过医联体平台向上转诊,上级医院诊治的患者可以通过医联体信息共享网络转到社区进行康复治疗^[20],真正做到“康复回社区”。通过医联体建设进一步厘清大中型医院与基层医院的功能定位,依托信息网络畅通转诊渠道,合理引导患者的上转与下转,缓解大医院医疗资源的短缺,发挥基层医疗机构就医方便、医疗费用低的优势,减轻居民的就医费用负担,从而提高居民对基层医疗机构的信任程度,达到鼓励居民基层首诊的目的。

分级诊疗制度旨在构建合理有序的就医秩序,缓解居民“看病难”的现实问题。由于个体存在差异性,居民对分级诊疗的认知水平不尽相同,因此,产生的就医行为也会有所不同。为进一步了解居民分级诊疗认知情况及其对就医行为的影响,本研究选取安徽省三个具有代表性的医联体集团社区居民为研究对象,以实证的方式探究居民分级诊疗认知水平现状以及就医行为的影响因素。从个体层面和医疗机构层面提出有针对性的对策建议,为提高居民基层首诊率,落实分级诊疗政策,发挥紧密型城市医联体作用提供有力的实践基础。

参考文献

- [1] 郑瑞军,陈素凤,乔旭界,等. 我国基层首诊制现状及其效果的系统评价[J]. 卫生软科学,2020,34(4):14-18
- [2] 黄小红,胡锦涛,胡崧,等. 区域医疗联合体视角下深圳市双向转诊运行现状分析[J]. 中国医院管理,2022,42(9):43-45
- [3] 国家卫生健康委. 关于开展紧密型城市医疗集团建设试点工作的通知[EB/OL]. [2023-02-09]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3593g/202302/b22267a189324f8dabfe232438712889.shtml>
- [4] 赵燕,张弘,朱璐华,等. 唐山市就诊患者对向下转诊的意愿及影响因素分析[J]. 管理观察,2017(9):149-151
- [5] 周润明,崔方圆,姚卫光. 广州市慢性病患者双向转诊下转意愿及其影响因素[J]. 医学与社会,2019,32(5):26-30
- [6] 汪曾子,刘娅莉,蒋祎,等. 医疗机构患者政策认知对基层首诊意愿的影响分析[J]. 卫生经济研究,2019,36(6):24-27,31
- [7] 林建鹏,祝子翀. 我国基层医疗服务居民获得感与首诊状况调查[J]. 医学与社会,2022,35(9):10-14,25

- [8] 赵世超,童西洋,张安琪,等. 患者信任模式和水平对基层首诊意愿的影响研究[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(8):16-20
- [9] 赵超. 北京市社区卫生服务中心门诊患者就诊意向影响因素研究[D]. 北京:北京协和医学院, 2014
- [10] 刘珍珍,杜涛,杨嘉领. 基于安德森模型的患者就医机构选择研究[J]. 现代医院, 2021, 21(12):1812-1817
- [11] 谢琪. 某医联体基层医疗机构辖区居民医疗卫生服务意愿调查[D]. 郑州:郑州大学, 2019
- [12] 胡文爽,张柠,封国生. 医联体平台下慢性病患者对社区医疗服务的评价及其对就诊机构选择的影响研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(16):1982-1988
- [13] 徐振宇,张艳梅,王楠. 利用DRGS(诊断相关分组)平台建立双向转诊下转模式探索[J]. 现代预防医学, 2018, 45(10):1793-1795, 1882
- [14] 邓剑,古子文,邓伟中,等. 社区卫生服务中心标准化建设工作及其成效、存在的问题和对策[J]. 中国社会科学杂志, 2018, 35(6):608-611
- [15] 任艳丽,童恩煜,狄春红,等. 基于2018年CHARLS调查数据的中老年群体首诊就医选择及其影响因素[J]. 医学信息, 2022, 35(10):40-43
- [16] 刘晴. 论新媒体主导下的媒介内容传播与建构[J]. 中国广播电视学刊, 2019(1):51-53
- [17] 何水红,汪卓赟,张凤侠,等. 分级诊疗背景下紧密型城市医联体建设的实践探索[J]. 现代医院管理, 2023, 21(1):25-28
- [18] 罗昭昭,刘利. 重庆市某医联体医患双方对双向转诊认知的调查研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(12):1535-1540
- [19] 姜道新,王楠,谢川,等. 基层医院分级诊疗和双向转诊的实施现状与对策[J]. 中国农村卫生事业管理, 2017, 37(9):1034-1037
- [20] 卫维,李亚军,刘顺智,等. 西安市双向转诊制度的实施现状与对策分析[J]. 中华全科医学, 2018, 16(5):805-808

(本文编辑:姜鑫)

Study on influencing factors of primary medical treatment among residents under compact urban medical alliance model

DING Shuo¹, LIU Guoqing¹, XU Fuqin¹, JI Kai¹, CHEN Ren^{1,2}

1. School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032; 2. Science and Education Division, Affiliated Suzhou Hospital of Anhui Medical University, Suzhou 234000, China

Abstract: This study surveyed among residents seeking medical care within the compact urban medical alliance in the North, Central, and South regions of Anhui Province to understand their initial healthcare-seeking intentions and influencing factors. Among the 513 participants in the analysis, 16.8% of the residents were aware of dual referrals. 78.4% of the participant chose primary healthcare institutions for their initial visit, and 82.8% selected the hospital because it was close to their home or workplace. Further analysis revealed that educational level, age, monthly income, trust level in primary healthcare institutions, and perceptions of the necessity of dual referrals significantly influenced residents' healthcare-seeking behavior. It is necessary to optimize the referral process and guide residents to seek healthcare in an orderly manner. Furthermore, it is also essential to strengthen the policy favoring primary healthcare institutions, and improve the welfare of primary healthcare staff. We recommended implementing measures such as talent introduction and continuing education to enhance the service quality of primary healthcare institutions. Accelerating the development of urban healthcare networks and rationalizing the downward distribution of high-quality medical resources will help optimize the configuration of healthcare resources.

Key words: hierarchical diagnosis and treatment; graded diagnosis and treatment; two-way referral; compact urban medical alliance