

江苏省淮安市医疗机构老年患者分级诊疗研究

朱家斌^{1,2},高 健²,李玉峰²,冷明祥¹

(1 南京医科大学公共卫生学院,江苏 南京 211166;2 南京医科大学附属淮安一院,江苏 淮安 223300)

摘要:目的:了解江苏省淮安市医疗机构老年患者分级诊疗的现状并探索如何科学地落实分级诊疗。方法:抽样调查2014年和2015年江苏省淮安市某三甲医院及基层医疗机构65岁以上老年患者的就诊资料,分析并比较其前二十种疾病主要诊断及费用等情况。结果:三甲医院收治的老年患者病种主要集中在肿瘤(含放化疗)及心脑血管两大类疾病上,基层医疗机构则以心脑血管疾病为主;三甲医院收治的老年患者的主要病种及住院费用较为稳定,基层医疗机构的平均住院费用约为三甲医院的三分之一,且不同病种间平均住院费用变化不大。结论:三级医院收治的主要病种构成及其费用变化不大,应提高疑难危重病例收治比例;基层医疗机构收治老年慢性病患者比例明显有所提高,还需进一步加强基层首诊制的落实;增强对老年患者的宣教,灌输分级诊疗的就医理念,引导患者有序就医。

关键词:分级诊疗;老年患者;淮安市

中图分类号:R195.4

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2016)05-355-005

doi:10.7655/NYDXBSS20160504

分级诊疗是指按照疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度进行分级,不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗,各有所长,逐步实现从全科到专业化的医疗过程^[1]。分级诊疗作为医疗体系发展的基础、改革的重点^[2],国家卫生计生委下发的《2015年卫生计生工作要点的通知》,明确要求大力推进分级诊疗^[3],通过加强区域医疗中心与社区卫生服务间的有序衔接,建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的理想就医模式^[4]。目前多数三甲医院仍然是人满为患、一床难求,而与此形成鲜明对比的是基层医院、社区卫生服务中心门可罗雀。因此建立并完善分级诊疗模式,实现不同级别医院间的诊治分工、协作机制势在必行。

老年人群是医疗卫生资源消费的主体。据统计,65岁以上老人余寿中约有2/3时间为带病期,且多为慢性病。按照国际标准,我国已处于老龄化社会,并进入快速发展时期。国内有关学者预测,2020年我国老年人口将达到2.48亿,约占总人口的17.2%^[5]。

我国人口老龄化的特点是基数大、速度快、底子薄、负担重,是“未富先老”,应对人口老龄化的经济实力比较薄弱。随着人口老龄化的加速,社会养老保障承受的负担日益加重^[6]。因此,如何落实老年患者的就医保障是实现分级诊疗的重要组成部分,本文以江苏省淮安市某基层医院和某三甲综合性医院的65岁以上老年患者的就诊资料为基础,分析其疾病构成特点,以便更好地落实分级诊疗,让老年人能就近诊疗,减轻疾病经济负担,为卫生政策决策提供依据,为现有医保等制度的完善提供借鉴。

一、资料与方法

(一)资料来源

以江苏省淮安市第一人民医院为三级甲等综合性医院代表,以淮安市经济开发区徐杨乡卫生院为基层医疗机构代表,选取两家医院2014年和2015年65岁以上老年住院患者的病例资料为研究对象,从病案及医院信息系统(HIS)数据库中调取其所

基金项目:江苏省哲学社会科学基金项目“福利多元视角下的社会服务支持体系研究”(14JSHB001)

收稿日期:2016-05-31

作者简介:朱家斌(1972-),男,江苏淮安人,主任医师,南京医科大学公共卫生学院 MPH 学员,研究方向为公共卫生事业管理;冷明祥(1955-),男,江苏镇江人,教授,研究方向为社会医疗保障制度,通信作者。

患疾病及费用情况,病种以出院病案主要诊断的国际疾病分类编码第10次修订本(international classification of diseases, ICD10)为统计口径。

(二)研究方法

首先对两家医院2014年和2015年的病例资料进行整理、汇总,剔除当天出院以及住院费用为零等无效病例,采用EXCEL及SPSS14.0统计软件分析前20种疾病的主要诊断及费用等。

二、结果

(一)老年患者在三甲综合性医院就诊的主要病种及费用分析

对淮安市某三级甲等综合性医院2014年及2015年65岁以上住院患者的主要诊断进行描述性

统计,并分别按不同病种的出院人数予以排序,结果如表1所示。可以看出,2014年及2015年前20位病种主要集中在肿瘤及心脑血管两大类疾病上,其中又以冠心病、脑梗死及肿瘤等常见的老年慢性病患者为主,其往往十分常见且难以痊愈,需要长期、规范性的治疗,在大医院进行诊治不仅浪费有限的医疗资源而且也加重了患者的经济负担,因此为保障老年患者的生存质量及健康水平,建立科学、规范的分级诊疗不啻为一种理想的解决方案。此外还发现,2015年与2014年的主要病种除排序稍有变化外,其余均变化不大,病种分布及所占比例较为稳定,且平均住院费用整体上波动也较小,基本维持在16 000元左右,然而不同病种间的平均住院费用差异较大。

表1 2014年与2015年淮安市某三甲医院65岁以上的住院患者主要病种及费用统计

病种名称	2014年				2015年			
	人数	构成比(%)	排序	平均住院费用(元)	人数	构成比(%)	排序	平均住院费用(元)
冠心病	1 850	24.92	1	13 981.74	2 072	24.80	1	15 350.32
脑梗死	717	9.66	2	14 569.64	729	8.73	2	16 200.04
肿瘤化疗	554	7.46	3	14 424.39	546	6.54	3	12 356.69
慢阻肺伴急性加重	418	5.63	4	14 375.99	471	5.64	6	13 975.10
食管恶性肿瘤	390	5.25	5	29 104.22	388	4.64	9	31 315.93
肺恶性肿瘤	372	5.01	6	18 962.92	432	5.17	8	20 895.46
肺癌化疗	369	4.97	7	11 396.92	460	5.51	7	12 039.98
后循环缺血	322	4.34	8	8 579.65	473	5.66	5	10 283.77
肺部感染	298	4.01	9	17 330.05	474	5.67	4	19 041.60
肿瘤化疗后随诊检查	283	3.81	10	8 534.99	201	2.41	15	08 527.90
老年性白内障	267	3.60	11	5 274.48	279	3.34	10	05 666.86
贲门恶性肿瘤	221	2.98	12	35 757.50	212	2.54	13	36 460.86
不稳定性心绞痛	221	2.98	13	20 559.53				
急性心肌梗死	185	2.49	14	27 579.77	270	3.23	11	27 646.86
脑出血	174	2.34	15	21 161.63	207	2.48	14	22 796.79
食道癌放疗	172	2.32	16	19 636.26				
慢性肾衰竭	162	2.18	17	13 493.74	186	2.23	18	13 739.39
食管中段恶性肿瘤	151	2.03	18	42 634.27				
前列腺增生	149	2.01	19	11 265.44	177	2.12	19	12 494.26
食道癌化疗	149	2.01	20	11 651.02	190	2.27	17	11 410.70
消化道出血					220	2.63	12	13 065.66
呼吸衰竭					196	2.35	16	22 227.37
胃癌化疗					172	2.06	20	09 919.76
合计	7 424	100.00		16 341.61	8 355	100.00		16 353.22

(二)老年患者在基层医疗机构就诊的主要病种及费用分析

对淮安市某基层医疗机构2014年及2015年65岁以上的住院患者主要诊断进行描述性统计,并分别按不同病种的出院人数予以排序,结果如表2所示。可以看出,2014年及2015年前20位病种同样以脑梗死、冠心病等心脑血管类疾病为主,而与三

甲医院收治病种的不同之处在于较少收治肿瘤类患者,尤其是肿瘤后放化疗等需后续康复治疗的患者。此外,2015年与2014年收治的主要病种较三甲医院而言变化稍大,冠心病等老年慢性病收治例数明显提升,与此同时平均住院费用整体上同样比较稳定,约为三甲医院的三分之一,且收治的不同病种间平均住院费用波动较小。

表2 2014年和2015年淮安市某基层医疗机构65岁以上的住院患者主要病种及费用统计

病种名称	2014年				2015年			
	人数	构成比(%)	排序	平均住院费用(元)	人数	构成比(%)	排序	平均住院费用(元)
脑梗死	175	29.31	1	4 782.74	260	31.55	1	5 163.43
慢性阻塞性肺气肿	112	18.69	2	6 461.64	167	20.32	2	5 746.81
冠心病	77	12.90	3	5 081.46	89	10.85	4	5 213.44
高血压Ⅲ	63	10.52	4	4 581.91	94	11.43	3	4 697.34
肺部感染	27	4.56	5	4 660.50	41	4.95	5	4 326.91
上呼吸道感染	17	2.85	6	5 192.35				
头晕	16	2.68	7	4 072.80	13	1.53	13	3 416.24
慢性支气管炎	13	2.21	8	5 358.91	20	2.40	7	5 617.28
食管癌术后	13	2.21	9	4 420.64	20	2.40	8	4 513.44
股骨粗隆间骨折	13	2.18	10	4 989.49	6	0.73	15	5 527.90
股骨颈骨折	11	1.88	11	5 274.48	17	2.04	10	5 666.86
肺炎	11	1.84	12	3 757.50	4	0.44	20	3 810.37
糖尿病	9	1.47	13	4 607.60	13	1.60	11	4 317.84
肺癌术后	9	1.47	14	4 521.48	13	1.60	12	4 612.34
腹股沟疝	7	1.17	15	4 275.84	21	2.55	6	4 137.55
脊椎病	7	1.17	16	6 138.91	6	0.73	16	5 430.49
体表肿块	6	1.01	17	3 705.73	17	2.11	9	3 849.16
胆囊结石	6	0.94	18	6 475.65	8	1.02	14	5 670.16
大隐静脉曲张	3	0.54	19	3 953.26	5	0.58	18	4 031.26
胆囊炎	3	0.47	20	4 683.57				
腰椎压缩性骨折					5	0.66	17	6 791.79
肠梗阻					4	0.51	19	4 261.37
合计	597	100.00		5 107.50	824	100.00		5 098.56

三、讨论与建议

(一)三级医院收治的主要病种构成及费用变化不大,需提高疑难危重病例收治比例

长期以来,三级医院有限的优质医疗资源大量耗费在诊断明确、病情稳定的老年慢性病患者上,致使急危重症和疑难杂症患者难以及时享受到优质医疗资源,同时也造成三级医院过度无序扩张,追逐经济利益,而未能把主要精力集中于诊治疑难危重病例,提高医疗技术水平上。相关调查表明,全国三级甲等医院每天接诊的患者中,近70%可以到社区医院或一二级医院接受治疗^[7]。

本调查中三甲医院收治的老年患者中原发恶性肿瘤、急性心肌梗死等高危患者仅占20%左右,外科收治患者中手术患者约占70%,普遍存在收治肿瘤手术后放化疗患者的现象,阑尾切除等简易手术仍占据一席之地,虽然医院已采取严控平均住院日等管理措施,然而在经济利益等因素的驱使下住院日超30天的老年慢性病患者同样时有出现,与此同时外阜患者的收治比例约为40%。因此,唯有从根本上改变医院以经济利益为中心的传统观念,一方面充分发挥除经济效益外的职称晋升、科研教学等

多种举措来调动医生的工作积极性,另一方面通过荣誉感、社会责任心及团队协作等精神文明的培养达到医院长远、健康发展目的。最终转变为以社会价值的体现为导向,引导公立医院加强其社会公益性,提高疑难危重病例的收治比例,以发挥大型三级公立医院应具备的作用,不断发挥其社会影响力和凝聚力。

(二)基层医疗机构收治老年慢性病比例有所提高,还需进一步加强基层首诊制的落实,完善配套政策

基层医疗机构目前主要以心脑血管类疾病为主,且2015年收治的冠心病等老年慢性病例数明显提升,充分体现出基层医疗机构应具备的基层医疗服务的作用,此外,可以发现收治的各病种间的平均住院费用整体上比较稳定,且收治的不同病种间平均住院费用波动较小。需要指出的是,目前基层医疗机构收治肿瘤后放化疗等需后续康复治疗的患者仍较少,此外,其向上级医院的转诊率仅为10%左右,接收上级医院下转人次占收治患者的比例还不足5%,离基层首诊制的落实仍有较大差距。基层首诊制并非强制性、单一性地固定某一个基层卫生服务中心,也不仅仅是以开转诊单、预约床位的形式,而是要将患者纳入流程中,规划其就医秩序,从而形成

有效“过滤”非疑难重症患者的作用^[8]。

此外,虽然基层医疗机构收治的脑梗死等患者的平均住院费用约为三甲医院的三分之一,然而仍大量存在处于稳定康复期的老年慢性病患者与急危重症和疑难杂症患者拼抢有限医疗资源的情况,其宁愿挤在三级医院病房的走廊上也不愿住在基层医院舒适的病床上。归根结底,这与基层医疗水平较低及人才严重缺失密不可分,为此,一方面应加强社区全科医师的培养及完善人才留用机制,避免人才的流失;另一方面还应对基层医疗机构人才的职业发展予以规划,鼓励其与大型医院的交流、合作,开展人才支援和帮扶工作,唯有此才能在落实好基层首诊制的同时,进一步实现双向转诊,真正地实现互利互惠。

(三)增强对老年患者的宣教,灌输分级诊疗的就医理念,引导患者有序就医

分级诊疗的顺利实施,除需理顺三级医院与基层医疗机构间的分工协作、上下联通,更离不开患者尤其是老年患者的配合。发达国家的经验显示,不管是何种医疗保障制度,只有规范患者的就医秩序与就医流程,使患者合理有序地获取合适的医疗服务,才能提高医疗资源的利用效率,同时提高医疗服务的公平性与可及性^[9]。当前我国居民普遍存在健康知识知晓率低,对疾病规律认知不够,对基层医疗卫生机构服务能力持怀疑态度等现象,随着居民收入水平的提高,对医疗服务质量和生命的期望值不断提高,看病就医趋高、趋大、趋上、趋重,催生“看病难”的同时加重了“看病贵”^[10]。本文调查显示,基层医疗机构收治同类病种的老年患者平均住院费用远远低于三甲医院,此外基层医疗机构还具有就医环境舒适和便利等优势。因此,随着基层首诊制的落实,综合运用各种官方媒体进行宣教,并加强对老年人用药知识的宣教^[11],转变群众传统的就医理念,引导患者自觉下沉就医,最终达到对医疗服务需方分级管理的目的。

总之,分级诊疗是一项长期、复杂的系统工程,需要改变大型三级医院、基层医疗机构及患者三方

的传统观念,同时也需要政府各部门的高度重视,积极参与,统筹协调,正确引导,相信在全社会的齐心协力下,一定能够实现广大居民尤其是老年患者对分级诊疗的期待,打造“健康进家庭、小病在基层、大病到医院、康复回基层”的新格局。此外,由于本文选取的三级医院及基层医院间在收治病种数、患者来源等方面差异较大,难以准确、科学地体现分级诊疗的现状,未来还需从患者就诊的角度出发调查、收集资料作进一步深入研究。

参考文献

- [1] 吕键. 论深化医改进程中分级诊疗体系的完善[J]. 中国医院管理, 2014, 34(6): 1-3
- [2] WHO. Integrated health services: What and why? [EB/OL] [2016-09-22]. http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf
- [3] 国家卫生计生委. 关于印发 2015 年卫生计生工作要点的通知(国卫办发[2015]3 号)[EB/OL]. [2015-01-23]. <http://www.moh.gov.cn/bgt/s7692/201501/e804c7cc6e8d4c5d924f4109acc9b45e.shtml>
- [4] 黄柳. 分级诊疗正当时[J]. 中国医院院长, 2014(20): 46-47
- [5] 曹炳良. 中国人口老龄化发展趋势百年预测研究报告[J]. 中国社会工作, 2009(17): 57-60
- [6] 冷明祥, 赵淮跃, 李歆, 等. 老年患者在基层公平享用基本药物的政策研究[J]. 卫生经济研究, 2016(1): 24-26
- [7] 王克. 分级诊疗, 一个美丽的神话? ——江苏扬州社区医院发展现状调查[J]. 中国经济周刊, 2014(11): 49-51
- [8] 杨敬, 马伟杭, 徐飞鸿, 等. 浙江省分级诊疗现状及问题分析[J]. 中华医院管理杂志, 2015, 31(12): 922-924
- [9] 方少华. 全民医保背景下实现分级诊疗的路径研究[J]. 卫生经济研究, 2014(1): 18-21
- [10] 张慧林, 成昌慧, 马效恩. 分级诊疗制度的现状分析及对策思考[J]. 中国医院管理, 2015, 35(11): 8-9
- [11] 李歆, 赵淮跃, 王玥, 等. 全额保障老年患者在基层公平享有合理使用基本药物政策研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2015, 15(1): 1-5

The status quo of classification of diagnosis and treatment of elderly patients in medical institutions of Huai'an city

Zhu Jiabin^{1,2}, Gao Jian², Li Yufeng², Leng Mingxiang¹

(1. School of Public Health, Nanjing Medical University, Nanjing 211166; 2. Huai'an First People's Hospital Affiliated to Nanjing Medical University, Huai'an 223300, China)

Abstract: Objective: To understand the status quo of the classification of diagnosis and treatment of elderly patients in medical institutions of Huai'an, and explore how to scientifically implement the classification of diagnosis and treatment. **Methods:** We sampling-surveyed medical information of elderly patients (aged over 65 years old) from a tertiary referral center and primary care institutions in Huai'an from 2014 to 2015. The top-20 diseases of main diagnosis and cost were analyzed and compared. **Results:** Disease types of elderly patients in the tertiary referral center were mainly concentrated in the tumor(including chemotherapy) and cardiovascular and cerebrovascular diseases, and those in the primary care institutions were cardiovascular and cerebrovascular diseases. Furthermore, the main diseases and hospitalization expenses of the elderly patients admitted to the tertiary hospitals were relatively stable. The average hospitalization expenses of the primary care institutions were approximately 1/3 of the tertiary referral center, and the average hospitalization expenses among different types of diseases had little change. **Conclusion:** The main types of diseases and their treatment costs in the tertiary hospital were not changed, and the proportion of difficult and critical cases should be improved; The proportion of elderly chronic diseases in primary care institutions was significantly improved, but the implementation of the first diagnosis system need to be further strengthened; The propaganda should be enhanced in elderly patients, and the concept of classification of diagnosis and treatment need to be instilled to guide patients in an orderly manner to seek medical treatment.

Key words: classification of diagnosis and treatment; elderly patients; Huai'an city