

两种协作模式“下转”服务实施效果评价*

徐静¹, 苗豫东², 钱东福^{2△}, 张丹², 李亚运²

(1. 江苏省淮安市第二人民医院医务处 223001; 2. 南京医科大学医政学院 210000)

[中图分类号] R197.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2017)03-0406-03

建立大医院与社区卫生服务机构之间的合作和协调机制, 提高医疗服务的质量, 帮助人们更好、更方便的就医, 已成为了中国医改的一个重要方面。近年来, 各地政府因地制宜, 纷纷出台相关政策鼓励大医院与社区之间协作模式的建立。其中, 协作较为紧密的模式有大医院直管社区模式、医疗集团模式等。根据患者病情和人群健康的需要而进行上下级医院之间的转院治疗过程即是双向转诊^[1-2], 这是目前不同等级医疗机构间进行协作的主要途径之一, 被认为是实现“小病在社区, 大病到医院, 康复回社区”医疗服务格局, 解决“看病贵、看病难”的有效方法之一^[3]。双向转诊的实施情况作为反映不同医疗机构间协作模式开展效果的主要评价指标, 在国内许多城市的医疗机构间进行了广泛的应用。但是由于基层医院设备差、医院人员配备不足, 以及双向转诊指标不明确、患者追求名院名医不愿下转等原因^[4], 目前双向转诊在实施过程中存在的主要问题便是“上转容易、下转难”。

本研究选取了在武汉直管模式和镇江医疗集团模式大医院住院后下转到社区卫生服务机构住院的患者和在大医院未转诊的住院患者为调查对象, 从患者的基本信息、住院时间、住院费用及主要构成(包括住院总费用、药品费用、检查费用等), 了解两个协作模式下, 下转对住院患者住院时间及费用的影响情况, 比较不同协作模式转诊服务开展的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究通过对武汉直管模式和镇江医疗集团模式下, 在大医院住院后进行下转的脑血管疾病患者与大医院住院未转诊脑血管疾病患者的住院费用进行比较, 了解下转服务对居民经济负担的影响。在两个模式下大医院电子信息系统中, 对“神经内科”的脑血管疾病患者, 根据入院诊断, 从患者数较高的“脑卒中”“脑梗”患者中进行选择。在武汉直管模式

下, 共抽取患者 120 例, 其中转诊组和对照组患者各 60 例; 在医疗集团模式下, 共抽取患者 80 例, 其中转诊组和对照组患者各 40 例。

1.2 方法 根据专家意见和科室医生的建议, 研究调取了病情相似的在大医院住院后进行下转的患者与大医院住院未转诊的住院患者住院费用信息进行研究(根据主管医生建议排除病情严重、治疗转归情况为“死亡”结果的患者)。转诊组和对照组全部患者的疾病转归进行统计。

1.3 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件进行统计学分析。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料用率表示, 组间采用 χ^2 检验, 检验水准 $\alpha=0.05$, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者一般情况 武汉直管模式下 120 例患者的平均年龄为 67.66 岁; 镇江医疗集团模式下 80 例患者的平均年龄为 68.89 岁, 两者间差异无统计学意义($t=-0.81, P>0.05$)。武汉直管模式下, 转诊组患者的平均年龄为 63.27 岁, 对照组的平均年龄为 71.97 岁; 镇江医疗集团模式下, 转诊组患者的平均年龄为 67.03 岁, 对照组的平均年龄为 70.75 岁, 两个模式下对照组年龄均高于转诊组。两个模式下, 总体样本患者在年龄上差异无统计学意义($t=1.31, P>0.05$), 见表 1。

2.2 转诊组与对照组的转归情况比较 直管模式下, 转诊组“治愈”与“好转”的例数分别为 2 与 58 例, 占总数的 3.3% 和 96.7%; 对照组“治愈”与“好转”的例数分别为 5 与 55 例, 占总数的 8.3% 和 91.7%。医疗集团模式下, 转诊组“治愈”与“好转”的例数分别为 2 与 38 例, 占总数的 5% 和 95%; 对照组“治愈”与“好转”的例数分别为 3 与 37 例, 占总数的 7.5% 和 92.5%。

表 1 样本患者基本情况

项目	直管模式		χ^2	P	医疗集团模式		χ^2	P
	转诊组	对照组			转诊组	对照组		
性别[n(%)]			0.13	>0.05			2.74	>0.05
男	31(51.7)	33(55.0)			23(57.5)	30(75.0)		
女	29(48.3)	27(45.0)			17(42.5)	10(25.0)		
年龄[n(%)]			3.75	>0.05			0.24	>0.05
≤65	30(50.8)	20(33.3)			13(32.5)	11(27.5)		
>65	29(49.2)	40(66.7)			27(67.5)	29(72.5)		
缺失(n)	1	0			0	0		

2.3 转诊组与对照组治疗费用及构成比较 武汉直管模式和镇江医疗集团模式下,样本患者的平均住院时间分别为 10.7 d 和 15.2 d,两组间差异有统计学意义($t = -3.48, P < 0.05$)。直管模式下,转诊组和对照组的平均住院天数分别为 8.0 d 和 12.3 d,经检验两组之间的平均住院时间差异有统计学意义($t = -2.21, P < 0.05$)。医疗集团模式下,转诊组和对照组的平均住院时间分别为 17.1 d 和 13.4 d,两组之间的平均住院时间差异有统计学意义($t = 2.24, P < 0.05$),见表 2。

2.4 转诊组与对照组费用及构成比较 在住院总费用上,武汉直管模式与镇江医疗集团模式下,样本患者的平均住院总费用分别为 6 742.9 元和 18 198.9 元,差异有统计学意义($t = -5.59, P < 0.05$)。武汉直管模式下,转诊组患者和对照组患者的总住院费用分别为 6 166.2 元和 7 319.5 元($t = 1.11, P > 0.05$);镇江医疗集团模式下,转诊组和对照组的总住院费用分别为 24 014.1 元和 12 383.7 元($t = -2.54, P < 0.05$)。在直管模式下,转诊组和对照组的药品费用占总住院费用的比例分别为 38.7% 和 47.1%,对照组患者的药品费用占总医药费用的比例明显较高,见表 3。

从日均住院总费用来看,武汉直管模式下,转诊组的日均总住院费用为 767.6 元,比对照组高出约 11.1%;镇江医疗集

团模式下,转诊组的日均总住院费用为 1 210.5 元,比对照组高出约 31.6%。总体来看,武汉直管模式下,下转组与对照组患者在大医院住院时的日均检查费用分别为 90.2 元和 54.0 元,两者之间差异有统计学意义($t = -2.919, P < 0.05$)。镇江医疗集团模式下,总体上转诊组患者和对照组的在大医院住院的日均住院费用、日均检查费用、日均药品费用差异不大。武汉直管模式下,患者住院药品费用中中药费用比例高于镇江医疗集团模式,见表 4、5。

表 2 两个模式下患者住院时间(d)

组别	n	平均住院时间 ($\bar{x} \pm s, d$)	范围	t	P
直管模式				-2.21	<0.05
转诊组	60	8.0 ± 4.1	3~31		
对照组	60	12.3 ± 14.4	5~114		
医疗集团模式				2.22	<0.05
转诊组	40	17.1 ± 9.1	3~34		
对照组	40	13.4 ± 4.9	2~25		

表 3 转诊组与对照组住院费用构成比较

组别	总检查费用($\bar{x} \pm s, \text{元}$)	t	P	总药品费($\bar{x} \pm s, \text{元}$)	t	P
直管模式		-0.59	>0.05		-2.30	<0.05
转诊组	640.6 ± 535.9			2 388.1 ± 1 865.9		
对照组	572.3 ± 712.4			3 445.7 ± 3 014.5		
医疗集团模式		-1.25	>0.05		1.15	>0.05
转诊组	1 286.9 ± 996.9			9 601.6 ± 11 629.4		
对照组	1 016.5 ± 664.4			6 139.1 ± 4 912.4		

表 4 转诊组与对照组日均住院费用及构成比较

组别	日均住院总费用 ($\bar{x} \pm s, \text{元}$)	t		日均检查费 ($\bar{x} \pm s, \text{元}$)	t		日均住院药品费用 ($\bar{x} \pm s, \text{元}$)	t	
		t	P		t	P		t	P
直管模式		-1.46	>0.05		-2.92	<0.05		-0.01	>0.05
转诊组	767.6 ± 337.7			90.3 ± 83.8			303.4 ± 146.2		
对照组	690.4 ± 280.0			54.0 ± 47.1			303.1 ± 135.5		
医疗集团模式		-1.50	>0.05		-0.29	>0.05		0.30	>0.05
转诊组	1 210.5 ± 1 142.7			85.3 ± 95.4			400.2 ± 389.0		
对照组	920.0 ± 376.0			79.7 ± 49.0			425.1 ± 247.9		

表 5 转诊组与对照组日均药品费用构成比较

组别	日均西药费用 ($\bar{x} \pm s, \text{元}$)	t		日均中药 费用(元)	t	
		t	P		t	P
直管模式		0.09	>0.05		-0.19	>0.05
转诊组	221.8 ± 143.3			81.6		
对照组	224.1 ± 141.8			79.0		
医疗集团模式		0.03	>0.05		1.25	>0.05
转诊组	397.4 ± 388.0			2.8		
对照组	400.1 ± 256.1			25.0		

3 讨 论

医疗集团模式是国内一种较常见的大医院与社区卫生服务机构间建立的协作模式。主要是在医疗集团框架下,成立社区卫生服务管理中心专门负责医院与社区卫生服务中心的协调联系工作,核心医院与社区卫生服务中心的合作不涉及人、财、物的统一管理^[5]。在镇江的医疗集团模式下,协作工作主要包括大医院指导社区卫生服务中心标准化建设、派遣专家到社区坐诊与教学查房、免费接收相应社区医生培训、优化双向转诊制度的实施,对上转患者实行“一免三优先”服务:即免挂号费、优先预约专家门诊、优先安排辅助检查、优先安排住院,对符合下转指征的患者及时下转到社区卫生服务机构,并提供

患者基本信息^[6]。

直管模式在国内并不普遍,只是部分地方采取此类协作模式,它是大医院对社区进行托管的特殊形式。在武汉直管模式下,医院拥有对其协作社区卫生服务中心的财务、资产、干部职工组织人事关系等事物的直接管理权利。核心医院选派具有高级职称的医师组成“专家团”到各“直管”社区卫生服务中心定点定时巡回坐诊、帮扶开展工作。免费接收相应社区医生培训,患者双向转诊更加简便、无任何费用^[6]。

两种模式下,大医院与社区卫生服务中心协作的紧密度均较高,资源整合效果较好,这为促进机构间开展双向转诊做出保障并起到积极的推动作用。

双向转诊制度作为实现深化城市医疗卫生体制改革目标,建立新型医疗服务体系的主要措施之一,是目前评价不同级别医疗机构间协作服务开展情况的主要指标。

开展双向转诊制度的优点已得到广泛认可,但目前存在转诊服务开展的主要挑战即是“下转难”问题。潘景业等^[7]对双向转诊下转难的原因分别进行了“冰山角”分析,陈琴等^[8]对目前双向转诊“下转难”的现象进行了分析并提出了相应建议。对于双向转诊,很多研究给出了描述性分析,但利用实证证据,通过评价转诊效果,尤其是下转服务开展情况来比较不同级别医疗机构间协作模式效果的研究还很少。

本研究显示,不论何种协作模式下,转诊组与对照组患者的住院时间都存在明显差异。武汉直管模式下,转诊组患者的平均住院时间少于对照组;而医疗集团模式下,转诊组患者的平均住院时间多于对照组。在住院费用的比较上,医疗集团模式总体明显高于武汉直管模式。武汉直管模式下,转诊组患者的住院费用少于对照组;医疗集团模式下,转诊组患者的住院费用多于对照组。这可能与“直管”模式积极鼓励患者下转的相关措施有关。为促进患者下转,直管模式下患者可以凭社区医生开具的检查单,直接回大医院进行检查,明确诊断后回社区继续治疗;患者可在医院看病回社区打针;直管模式下,大医院对在社区开放畅通门诊、住院转诊绿色通道,实行“病房到病房”无缝对接,这为大医院积极在患者处于康复期间可将患者顺利下转到社区进行治疗提供保障。

医疗集团模式下,下转患者在大医院的住院时间和住院费用都显著高于对照组,而患者下转到社区后住院时间较长,可能与大医院进行下转的患者病情较非转诊患者相对严重有关。患者下转到社区后,尽管住院时间多于在大医院住院时间,但住院费用明显减少;将下转患者在大医院住院的费用与在社区住院的费用相加,除以其在大医院和社区住院时间之和,得出转诊组在医疗机构诊疗该疾病的日均费用约为 733.8 元,低于对照组,表明“下转”对减轻患者经济负担有一定作用。

从两组患者的住院药品费用来看,武汉直管模式和医疗集团模式下,转诊组患者住院药品费用占总住院费用比例低于对照组。尽管两个模式下,转诊组患者住院检查费用普遍高于对照组,但是武汉直管模式下转诊组患者住院检查费用占住院总费用比例高于对照组;医疗集团模式下转诊组患者住院检查费用占住院总费用比例低于对照组。这可能与镇江医疗集团模式下转诊组患者住院总费用较高有关。调查显示镇江医疗集团模式下,除药品费和检查费,转诊组患者住院费用构成比例较高的项目包括化验费、监护费、手术费和治疗费。

对两种模式进行比较,直管模式下转诊组患者前期治疗主要在大医院进行,病情稳定后随即转入社区卫生服务机构,这与此模式下医院与社区协作紧密有关,患者通常在社区进行康复。医疗集团模式下,尽管转诊对患者的经济负担有一定减轻,但下转的患者多是病情较重,需长期住院患者。在医疗集团模式下,机构间通过集团的纽带进行协作,但双方相对独立仍存在利益竞争。两种模式的不同协作特点,可能是造成两种模式下转诊患者住院时间差异的主要原因。

本文建议如下:(1)加强协作模式宣传,引导患者合理下转。医院与社区之间建立协作模式,对促进双向转诊开展的作用已被广泛认可。不同模式下单位应加强对本单位协作关系的宣传,尤其是绿色通道等相关优惠转诊政策及相应医保报销政策,帮助患者理解双向转诊的益处,鼓励患者在病情严重时,积极上转到大医院;在疾病康复期时期下转到相关社区就医。(2)明确转诊标准,及时分流患者。调查结果显示两个模式下,均存在部分患者在大医院住院时间过长,住院费用较高的现象。为保证转诊的及时有效开展,医疗机构应明确转诊标准,及时将适宜患者下转到社区卫生服务机构,这在保证治疗水平的前提下不仅可以减轻患者的经济负担,也同时减轻了大医院工作量,缓解医院病床压力。(3)利用模式优势,提高社区卫生服务机构竞争力。社区医疗机构设备及服务能力不高,是影响患者不愿下转的主要原因之一。且由于基本药物限制,患者在社区医疗机构诊疗与大医院用药不可能完全相同。社区医疗机构应在保证治疗水平前提下,利用与大医院协作的优势,积极与大医院合作学习,提高自身诊疗水平;同时开展具有特色的康复诊疗活动,如开展中医推拿、中医保健等,吸引康复期患者愿意积极下转到社区进行康复。(4)建立机构间利益协调机制。机构间存在利益竞争仍是转诊服务开展的主要障碍之一。不同协作模式应根据自身模式特点,协调模式内不同级别机构间利益分配,鼓励大医院下转患者,提高社区卫生服务机构接受转诊的积极性,进一步推进转诊服务的开展。

参考文献

- [1] 刘亚军,冯志兰,李楠,等.北京市社区卫生服务双向转诊现状研究[J].中国全科医学,2009,12(21):2006-2008.
- [2] 杨诗汝.大医院直管社区卫生机构转诊模式实施效果评价[J].中国医院管理,2013,33(11):8-10.
- [3] 周其刚.双向转诊制度与医疗集团模式初探[J].全科医学临床与教育,2008,6(1):44-46.
- [4] 曾耀莹.镇江医疗集团的破与立[J].中国医院院长,2013(8):50-51.
- [5] 王晓波.江苏省镇江市康复医疗集团改革研究[D].南京:南京中医药大学,2012.
- [6] 陈斌.区域医疗协同管理模型研究[D].武汉:华中科技大学,2011.
- [7] 潘景业,徐长恩,全世超.双向转诊下转难原因的“冰山角”分析[J].中国卫生事业管理,2009,26(5):300-301.
- [8] 陈琴,雷光和,肖俊辉,等.双向转诊“下转难”现象的原因及对策分析[J].卫生软科学,2012,26(8):675-677.