

• 调查报告 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.26.027

东莞市某镇双向转诊制度运行情况调查研究*

雷光和,包志成,刘钰曦,黄宇

(广东医科大学人文与管理学院,广东东莞 523808)

[摘要] 目的 研究东莞市某镇双向转诊的运行状况。方法 选取东莞市 C 镇医院及社区卫生服务中心为调研地点,以问卷方式调查患者和医务人员对本地区双向转诊制度实施情况。结果 44.4% 的患者了解本地区双向转诊制度,但 82.1% 患者没有接受过双向转诊的经历。多数医生有过上转或下转患者的经历,但是上转或者下转患者人数均仅占其本人诊疗人数的 10.0% 以下。在社区报销比例提升 20.0% 的情况下,对于是否愿意首先到社区就医的问题,有 57.6% 的患者表示愿意,有 32.7% 的患者表示不愿意,9.7% 的患者表示对自己的意愿没有影响。结论 东莞市 C 镇目前患者对双向转诊了解程度偏低,双向转诊的上转及下转环节均不够顺畅。

[关键词] 双向转诊;医院;社区;卫生服务;运行情况

[中图分类号] R197

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-8348(2017)26-3677-03

Investigation on running situation of dual-referral system in a township of Dongguan city*

Lei Guanghe, Bao Zhicheng, Liu Yuxi, Huang Yu

(School of Humanities and Management, Guangdong Medical University, Dongguan, Guangdong 523808, China)

[Abstract] **Objective** To research the running status of dual-referral in a township of Dongguan city. **Methods** Hospitals and community health service centers in C town were selected as the research sites. The dual-referral system implementation situation in local area was understood by the questionnaire survey on the patients and medical personnel. **Results** About 44.4% of patients understood the dual-referral system in local region. However, 82.1% of patients had no the dual-referral experience. The majority of doctors had the experience of upward referral patients and downward referral patients, but their number only accounted for below 10.0% of diagnosis and treatment patients. When the proportion of community reimbursement increased by 20.0%, for the question of whether or not to go to the community first, 57.6% of patients expressed willingness, 32.7% of patients expressed unwillingness, and 9.7% of patients expressed no influence on own willingness. **Conclusion** The understand degree of the patients in C township on dual-referral is in the low side. The links of upward transfer and downward transfer of dual referral are insufficient smooth.

[Key words] dual-referral; hospital; community; health care; running status

我国的双向转诊是指不同层级的医疗机构签订转诊协议,根据患者病情和人群健康的需要而进行的上下级医院间、专科医院间或者综合医院与专科医院间的转院诊治过程。双向转诊体现了“小病进社区、大病进医院、康复回社区”的新型医疗秩序,包括纵向转诊和横向转诊两个方面^[1]。实行双向转诊,建立分级诊疗是我国医药卫生体制改革的重要内容之一,目前仍处于探索和发展阶段,尚未建立起完善的体制^[2]。东莞自 2008 年开始在全市范围内逐步推广双向转诊制度,本研究以东莞市经济发达镇区的 C 镇综合性 2 级甲等医院为研究对象,以双向转诊的纵向转诊为研究切入点,通过调查 C 镇医院及 C 镇社区卫生服务机构医务人员和患者,了解本地区双向转诊制度运行情况,分析 C 镇双向转诊制度存在的问题,为本地区更好地开展双向转诊提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以东莞市 C 镇医院和 C 镇社区卫生服务机构接受服务的患者及两个机构的医务人员为研究对象。于 2015 年 5 月 12—15 日,共发放调查问卷 254 份,回收有效问卷

241 份,有效问卷回收率 94.9%。其中,患者 196 名,医务人员 45 名。受试者均知情同意,自愿参加。

1.2 方法 采用自行设计的调查问卷,由经培训合格的医学生进行现场不记名问卷调查。调查内容包括被调查者基本信息,被调查者对双向转诊了解情况等。

1.3 统计学处理 采用 Epidata3.1 软件建立数据库并对数据进行双份录入,以确保数据的质量;采用 SPSS17.0 软件进行数据的统计分析,其中计数资料用率表示,组间差异比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者调查结果

2.1.1 患者基本情况 受访者中 51.2% 为男性,48.8% 为女性。59.2% 的患者为自费医疗,社会医疗保险和商业医疗保险分别为 37.7% 和 3.1%;患者以小于或等于 30 岁(59.7%)为主,>30~40 岁占 28.5%、>40~50 岁占 8.2%、>50~<60 岁占 3.1%,60 岁及以上患者仅为 0.5%。患者学历以初、高中为主(66.4%),其次为大专以上(23.4%)和初中以下(10.2%)。

* 基金项目:广东省哲学社会科学“十二五”规划 2015 年度学科共建项目(GD15XGL29)。 作者简介:雷光和(1965—),教授,博士,主要从事卫生政策方面研究。

表 1 各因素下患者对于下转的意愿程度[n(%)]

项目	非常愿意	愿意	不愿意	非常不愿意	无所谓
医生建议下转情况下患者的态度	8(4.1)	67(34.2)	80(40.8)	11(5.6)	30(15.3)
服务质量不会降低情况下患者的态度	11(5.6)	105(53.6)	60(30.6)	7(3.6)	13(6.6)
医疗手续简单情况下患者的态度	11(5.6)	110(56.1)	53(27.0)	7(3.6)	15(7.7)
等候时间短情况下的患者态度	12(6.1)	119(60.7)	43(21.9)	6(3.1)	16(8.2)
自行决定转诊情况下患者的态度	39(19.9)	115(58.7)	24(12.2)	3(1.5)	15(7.7)
降低医疗费用情况下患者的态度	27(13.8)	120(61.2)	28(14.3)	21(10.7)	0(0)

表 2 医务人员推进双向转诊意愿的影响因素[n(%),n=45]

项目	非常愿意	愿意	不愿意	非常不愿意	无所谓
如果双向转诊能增加医院收入,您推进双向转诊的意愿程度	9(20.0)	14(31.1)	1(2.2)	3(6.7)	18(40.0)
如果双向转诊的手续简单、方便管理,您推进双向转诊的意愿程度	17(37.8)	16(35.6)	2(4.4)	2(4.4)	8(17.8)
如果双向转诊对于个人考核和晋升有帮助,您推进双向转诊的意愿程度	15(33.3)	13(28.9)	3(6.7)	3(6.7)	11(24.4)
双向转诊投入成本低,对于您推进双向转诊的意愿程度	12(26.7)	17(37.8)	2(4.4)	3(6.7)	11(24.4)
双向转诊中的法律责任划分明确,您推进双向转诊的意愿程度	12(26.7)	17(37.8)	4(8.9)	3(6.7)	9(20.0)
如果下转不会使医生的收入下降,您推进双向转诊的意愿程度	13(28.9)	17(37.8)	4(8.9)	3(6.7)	8(17.8)
如果双向转诊利于减少常见病、小病的诊疗工作量,您推进双向转诊的意愿程度	19(42.2)	16(35.6)	4(8.9)	2(4.4)	4(8.9)

职业以民营企业普通员工(54.6%)为主。

2.1.2 患者双向转诊的经历 有 161 名(82.1%)患者没有接受过双向转诊的经历,26 名(13.3%)患者仅有 1 次经历,9 名(4.6%)患者有 2 次及以上双向转诊经历。

2.1.3 患者对本地区双向转诊运行情况评价和态度情况 44.4%的患者了解双向转诊运行情况,55.6%患者虽然不了解双向转诊的运行情况;57.1%的患者对双向转诊制度持赞成态度。

2.1.4 各因素下患者对于下转的意愿程度 在各个方面当中都有超过半数(除医生建议以外)的患者愿意下转;特别是在降低医疗费用的情况下,有 75.0%的患者愿意下转。各因素下患者对于下转的意愿程度之间比较差异有统计学意义($\chi^2=212.128, P<0.01$),见表 1。

2.1.5 影响双向转诊制度发展的因素 患者认为双向转诊制度发展的影响因素主要是“社区卫生服务机构医疗水平差”,占 36.5%;“社区卫生服务机构药的品种少”,占 19.5%;“重新检查,浪费钱和时间”,占 17.6%;“手续复杂”,占 13.3%;“没有降低医疗费用”,占 6.8%。

2.1.6 报销比例对患者就医意愿的影响 在社区报销比例提升 20.0%的情况下,对于是否愿意首先到社区就医的问题,有 57.6%的患者表示愿意,32.7%的患者表示不愿意,9.7%的患者表示对自己的意愿没有影响。

2.2 医务人员调查结果

2.2.1 医务人员的基本情况 93.3%为医生,医院正职的管理人员占 4.4%,副职占 2.2%。医务人员学历以本科(57.8%)为主,其次为大专(28.9%),硕士(11.1%)和博士(2.2%);医务人员中工龄在 20 年及以上者占 33.3%, $\geq 10\sim 20$ 年工龄者占 28.9%,10 年工龄以下工龄者占 37.8%。此外,88.9%医生有过上转患者的经历,但是上转患者人数仅占其本人诊疗人数的

10.0%以下;91.2%的医生有过下转患者的经历,但是下转患者人数仅占其本人诊疗人数的 10.0%以下。

2.2.2 医务人员推进双向转诊意愿影响因素 各影响因素下均有半数以上的医务人员表示愿意推进双向转诊;但是在这项上,有高达 40%的医务人员表示“增加医院收入”对其推进双向转诊的意愿没有影响,17.8%的医务人员表示“如果下转不会使医生的收入下降”对其推进双向转诊的意愿没有影响。医务人员推进双向转诊意愿的各项影响因素之间的差异无统计学意义($\chi^2=20.824, P=0.649$),见表 2。

3 讨论

本研究结果显示,东莞市 C 镇患者对本地区双向转诊制度的运行情况了解程度不高,仍有 82.1%的患者没有双向转诊的经历,这可能与目前该镇对双向转诊制度的宣传不到位有关^[3-4]。

本研究结果显示有 75.0%的患者表明在降低医疗费用的情况下愿意接受下转服务,且分别有 17.6%和 6.8%的患者认为“重新检查,浪费钱和时间”和“没有降低医疗费用”是影响双向转诊制度发展的重要因素;有 57.6%的患者表示在社区报销比例提升 20%情况下愿意接受双向转诊,仅 32.7%的患者对此持否定态度。该结果表明医疗费用,尤其是医疗保险成为患者是否愿意接受双向转诊中下转服务的重要因素^[5-6]。国内有研究结果显示,当前我国在实施双向转诊过程中仍然存在认可度低,不同医疗单位之间存在经济壁垒、社区首诊和双向转诊机制不完善等诸多问题,一定程度上阻碍了我国双向转诊的发展^[7-8]。这也是目前我国各地区社区卫生服务发展所面临的共性问题^[9]。本研究结果显示,分别有高达 88.9%和 91.2%的医生表示其上转患者和下转患者占其接诊患者总数的 10%以下,表明目前东莞市 C 镇的双向转诊运行效果不理想,同时呈现出“上转难,下转也难”的现象。国内赵阳等^[10]的研

究认为,从一定意义上讲,实施双向转诊制度是转诊机构经济利益的分配活动,所以无论是大医院还是社区卫生服务机构都很难避免经济利益的驱动,从而存在利益冲突^[11-12],并导致“上转容易下转难”。同时,研究结果表明:在双向转诊制度的内涵建设还有待进一步加强,需要政府层面做出更协调的配套建设,以适应复杂多变的医疗卫生环境^[13]。

出于自身经济利益的驱动,医院凭借比社区更好的诊疗技术和更优秀的人才资源,往往不愿意将病情稳定的患者下转到社区卫生服务中心进行康复,这也是造成当今医院跟社区卫生服务中心不能很好协调的原因之一^[11]。由此看来,医生关注自己的收入是否受到双向转诊制度影响是有根据的。

在双向转诊制度的实施过程中,其主体不仅涉及有关的上下级医疗机构、社会保障机构等,更涉及包括医务人员、患者等在内的服务提供者和利用者^[11,14-16]。实施双向转诊制度本质上是转诊机构经济利益的分配活动^[10],各利益主体对双向转诊的利益诉求不同,从而导致其对于双向转诊的关注点也产生了明显的差异:作为政府部门来讲,“小病在社区、大病到医院、康复回社区”是其实施双向转诊制度的主要诉求和目标;对于医疗机构和医务人员而言,明确的转诊指正,合理、简化的转诊流程和手续,合理的工作负担及稳定的收入等是其主要的工作要求和利益诉求;对患者而言,通过双向转诊使其健康问题得到及时、快速、有效的解决,同时降低其医疗负担是其主要的利益诉求。

尽管东莞市自 2008 年即已开始实施双向转诊制度,但在运行中仍然有许多问题。因此,在实施双向转诊过程中,科学平衡和把握各利益相关主体的责任与义务、诉求和关注点也许是双向转诊制度能否科学落实的关键所在。

参考文献

[1] 陈靖. 加快双向转诊进程的几点思考[J]. 中国民康医学, 2008, 20(14): 1675.
 [2] 王辉, 季和平, 孙滨. 北京市社区双向转诊现状及患者需求分析[J]. 中国全科医学, 2011, 14(28): 3195-3197.
 [3] 余健新. 广州市双向转诊制度的实施现状及其改进研究[D]. 兰州: 兰州大学, 2013.

[4] 庄岩. 门诊患者对双向转诊知晓率及意愿影响因素分析[D]. 昆明: 昆明医科大学, 2013.
 [5] 雷光和. 以基本医疗保险为视角的双向转诊激励与约束机制构建研究[J]. 中国全科医学, 2013, 16(6A): 1829-1832.
 [6] 王子伟. 基本医疗保险制度下双向转诊的研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2010.
 [7] 贾翠娜. 双向转诊存在的问题及应对方案[J]. 中国卫生产业, 2016(10): 181-183.
 [8] 甘筱青, 高阔. 关于医疗卫生体系中转诊研究的文献综述[J]. 中国卫生事业管理, 2011(3): 193-196.
 [9] 周巍. 基层卫生人才队伍的现状、问题与建议[J]. 中国全科医学, 2010, 13(3A): 685-688.
 [10] 赵阳, 李潇. 我国双向转诊运行现状与效果的系统综述[J]. 中国全科医学, 2010, 13(11): 3500-3503.
 [11] 雷光和陈, 陈小嫦, 董加伟, 等. 双向转诊利益相关者利益诉求实现方式的实证研究[J]. 西安电子科技大学学报(社会科学版), 2016, 26(1): 1-12.
 [12] 周少维, 余雪强, 等. 中山市三乡镇社区患者双向转诊服务影响因素分析[J]. 中国医学创新, 2014, 11(9): 106-108.
 [13] 王海燕. 实施双向转诊过程中的政府责任探析[D]. 长春: 吉林大学, 2011.
 [14] 雷光和陈, 陈小嫦, 杨光宝, 等. 双向转诊中利益相关者的利益诉求实证研究: 以东莞市为例[J]. 中国卫生事业管理, 2015, 32(10): 737-742.
 [15] 雷光和陈, 董加伟. 基于系统动力学的双向转诊利益相关者关系结构研究[J]. 中国全科医学, 2015, 18(29): 3544-3547.
 [16] 马伟, 薛青云, 许学国. 各利益相关者在医院与社区双向转诊合作中的责任与机制[J]. 中国卫生法制, 2014, 22(1): 62-64.

(收稿日期: 2017-02-20 修回日期: 2017-06-08)

统计资料类型

统计资料共有 3 种类型: 计量资料、计数资料和等级资料。按变量值性质可将统计资料分为定量资料和定性资料。

定量资料又称计量资料, 指通过度量衡的方法, 测量每一个观察单位的某项研究指标的量的大小, 得到的一系列数据资料, 其特点为具有度量衡单位、多为连续性资料、可通过测量得到, 如身高、红细胞计数、某一物质在人体内的浓度等有一定单位的资料。

定性资料分为计数资料和等级资料。计数资料为将全体观测单位(受试对象)按某种性质或特征分组, 然后分别清点各组观察单位(受试对象)的个数, 其特点是没有度量衡单位, 多为间断性资料, 如某研究根据患者性别将受试对象分为男性组和女性组, 男性组有 72 例, 女性组有 70 例, 即为计数资料。等级资料是介于计量资料和计数资料之间的一种资料, 可通过半定量的方法测量, 其特点是每一个观察单位(受试对象)没有确切值, 各组之间仅有性质上的差别或程度上的不同, 如根据某种药物的治疗效果, 将患者分为治愈、好转、无效或死亡。