

• 调查报告 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2018.07.024

从患者角度探索制约双向转诊的影响因素*

王鑫鑫, 颜星#, 魏响林, 范小雨, 刘倩倩, 郭玉琴, 苏比努尔

(长沙医学院公共卫生学院, 长沙 410200)

[摘要] **目的** 从患者的角度探讨制约双向转诊实施的因素, 促进长沙市分级诊疗体系的形成。**方法** 通过分层随机抽样的方法, 根据长沙市各个区域的经济情况将其分为高、中、低 3 等, 每等级 2 个区, 共 6 个区, 再按照其经济情况划分为高、中、低 3 等, 分别选取 2 个基层医疗机构, 随机抽取 361 例患者进行问卷调查。对特殊参与双向转诊的患者、医生进行深度访谈。**结果** 患者到基层医院首诊为 60.9%, 对双向转诊的知晓度为 21.1%, 经历过双向转诊并且对双向转诊服务满意的为 85.7%, 在病情需要的情况下愿意经过基层医疗机构转诊到上级医院为 82.9%, 在病情需要的情况下愿意经过上级医院转诊到基层医疗机构进行康复治疗为 77.6%。**结论** 患者选择基层医疗机构首诊较少, 家庭契约式服务签约率较低, 双向转诊知晓度不高。

[关键词] 转诊和会诊; 双向转诊; 患者; 制约因素

[中图分类号] R197.6

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-8348(2018)07-0947-03

Exploration on impacting factors for restricting two-way referral system from patient's perspective*

WANG Xinxin, YAN Xing, WEI Xianglin, FAN Xiaoyu, LIU Qianqian, GUO Yuqin, SUBINUER

(College of Public Health, Changsha Medical College, Changsha, Hunan 410200, China)

[Abstract] **Objective** To explore and discuss the factors for restricting the two-way referral system from the patient's perspective in order to promote the formation of hierarchical medical system in Changsha City. **Methods** The stratified random sampling method was adopted to divide the Chansha City into the 3 grades of high, middle and low according to the regional economical development situation, 2 districts in one grade, including 6 districts. Then each district was redivided into high, middle and low grades according to the economic situation, 2 basic medical institutions were selected from each grade. A total of 360 patients were randomly sampled for conducting the questionnaire investigation. The patients and doctors specially participating in the two-way referral conducted the deep interview. **Results** The patients choosing to primary hospital for first visit accounted for 60.9%. The awareness degree of patients to two-way referral system was 21.1%, and the two-way referral service satisfaction in the patients with two-way referral was 85.7%. The patients' will of transfer treatment from primary hospital to superior hospital in case of disease condition need was 82.9%. The patients' will for conducting rehabilitation treatment from superior hospital to primary hospital was 77.6%. **Conclusion** Few patients choose primary hospital for first visit. The signing rate of family contract services is low and awareness degree of two-way referral system is not high.

[Key words] referral and consultation; two-way referral system; patient; restraining factors

自国务院《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》中提出建立双向转诊的分级诊疗模式后, 湖南省人民政府印发了《关于推进分级诊疗制度建设的实施意见》, 指出分级诊疗是依据疾病轻重缓急及治疗难易程度, 由不同级别和服务能力的医疗机构按疾病种类及病情变化情况进行诊疗和转诊。2016 年颁布的“健康中国 2030 规划”又强调了保基本、强基层, 优化健康服务体系的目标, 为加快推进湖南省分级诊疗制度建设, 合理配置医疗资源, 促进基本医疗卫生服务均等化, 长沙、株洲等地 2017 年全面开展分级诊疗试点^[1]。本文通过分层随机抽样对长沙市 6 个区的 361 例患者进行问卷调查, 从患者的角度探讨制约双向转诊实施的因素, 促进长沙市分级诊疗体系的形成。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用分层随机抽样的方法对长沙市的各区按经济状况高、中、低 3 类进行分类各选 2 个区, 再对选取的每个

区按经济状况高、中、低 3 类进行分类各选 2 个基层医疗机构, 共选取 369 例患者作为调查对象。

1.2 研究方法 借鉴天津医科大学李娜^[2]的《双向转诊社区居民调查问卷》于 2016 年 10 月至 2017 年 2 月进行问卷调查, 共发放问卷 369 份, 回收问卷 369 份, 有效问卷 361 份, 回收率 100%, 问卷有效率 97.8%。同时, 对特殊有转诊经验的患者进行深度访谈。

1.3 研究内容 调查内容包括患者情况、既往患病情况、家庭契约式服务签约情况、卫生服务需求、双向转诊了解情况及意愿等。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行数据录入、处理, 采用描述性分析计算各指标的百分率。

2 结果

2.1 一般情况 在本次调查的社区患者中, 男 136 例 (37.7%), 女 225 例 (62.3%); 已婚 310 例 (85.9%), 未婚 37

* 基金项目: 2016 年国家级大学生创新创业训练计划项目 (201610823009); 2016 年湖南省教育厅科学研究项目 (16C0194); 长沙医学院 2017 年大学生研究性学习和创新性实验计划项目 (长医教[2017]18 号)。 作者简介: 王鑫鑫 (1995—), 在读本科, 主要从事预防医学专业的研究。 # 共同第一作者: 颜星 (1988—), 讲师, 硕士, 主要从事卫生政策研究。

例(10.2%),离异 3 例(0.8%),丧偶 11 例(3.0%);年龄 20~29 岁 100 例(27.7%),30~39 岁 128 例(35.5%),40~49 岁 45 例(12.5%),50 岁及以上 88 例(24.4%);文化程度硕士及以上 13 例(3.6%),本科 45 例(12.5%),大专 59 例(16.3%),中专 45 例(12.5%),高中 71 例(19.7%),初中及以下 128 例(35.5%);职业中服务行业 46 例(12.7%),公务员 13 例(3.6%),农民 39 例(10.8%),私营业主 92 例(25.5%),职工或工例 64 例(17.7%),学生 4 例(1.1%),其他 103 例(28.5%);收入在 1 000 元以下 69 例(19.1%),1 000~2 999 元 101 例(28.0%),3 000~4 999 元 111 例(30.7%),≥5 000 元 80 例(22.2%)。具体情况见表 1。

表 1 调查居民的一般情况(n=361)

项目	基本特征	n	构成比(%)
性别	男	136	37.7
	女	225	62.3
年龄	20~29 岁	100	27.7
	30~39 岁	128	35.5
	40~49 岁	45	12.5
	50 岁及以上	88	24.4
婚姻状况	已婚	310	85.9
	未婚	37	10.2
	离异	3	0.8
	丧偶	11	3.0
学历	硕士及以上	13	3.6
	本科	45	12.5
	大、中专	104	28.8
	高中及以下	199	55.1
收入	<1 000 元	69	19.1
	1 000~2 999 元	101	28.0
	3 000~4 999 元	111	30.7
	≥5 000 元	80	22.2

2.2 医疗保险情况 在本次调查的社区患者中,有城镇居民医疗保险 77 例(21.3%),城镇职工基本医疗保险 68 例(18.8%),商业医疗保险 22 例(6.1%),农村新型合作医疗保险 194 例(53.7%),大学生医疗保险 1 例(0.3%),外来务工人员保险 4 例(1.1%),其他医疗保险 10 例(2.8%),其中有两个及以上医疗保险 22 例(6.1%),无任何医疗保险 12 例(3.3%),见表 2。

表 2 调查居民医疗保险参与情况(n=361)

医保类型	n	构成比(%)
城镇居民医疗保险	77	21.3
城镇职工基本医疗保险	68	18.8
商业医疗保险	22	6.1
农村新型合作医疗保险	194	53.7
其他医疗保险	15	4.2
无医疗保险	12	3.3

2.3 患者对医疗机构选择情况

2.3.1 患者对基层医疗机构的就诊情况 患者患病后首先选择到基层医疗机构就诊 220 例(60.9%),患病后不会首先到基层医疗机构就诊 141 例(39.1%);患者一年到基层医疗机构就诊 0 次有 211 例(58.4%),1~2 次有 115 例(31.9%),3~4 次有 22 例(6.1%),5 次以上有 13 例(3.6%)。

2.3.2 家庭契约式服务签约情况 患者签约家庭契约式服务 9 例(2.5%),没有签约家庭契约式服务 352 例(97.5%)。

2.3.3 医疗保险报销比例对患者选择诊疗机构的影响 在医疗费用保险报销的调查中,基层医疗机构费用报销比例比综合医院至少高 40% 以上时,有 27.4% 患者(99 例)会在常见病的诊治时选择基层医疗机构。

2.4 患者对双向转诊的知晓度、转诊情况及其满意度 本次调查的 361 例患者中,不知道基层医疗机构与综合医院之间双向转诊服务的有 285 例(78.9%);有过转诊经历的有 55 例(72.4%),对双向转诊服务满意的达 85.7%,其中对双向转诊服务非常满意有 0 例(0%),比较满意有 7 例(33.3%),满意有 11 例(52.4%),不满意有 3 例(14.3%),非常不满意有 0 例。

2.5 患者对双向转诊服务的转诊意愿及其影响因素

2.5.1 患者上转意愿及其影响因素 在病情需要的情况下,患者愿意经基层医疗机构安排转诊到综合医院的有 299 例(82.9%),见表 3。其中是因为可享受一定费用减免的有 81 例(27.0%),因为就诊手续方便的有 171 例(57.1%),因为无需做重复检查的有 123 例(41.3%),因为可以通过医疗保险获得一定的费用补偿有 86 例(28.6%),因为其他原因的有 76 例(25.4%);不愿意经基层医疗机构安排上转到综合医院的有 62 例(17.1%),其中因为不能自己选择转诊医院有 24 例(38.5%),转诊手续繁琐有 19 例(30.8%),不清楚转诊流程和标准有 14 例(23.1%),没有享受到费用上的优惠有 14 例(23.1%),综合医院费用较高 29 例(46.2%),见表 4。患者病情需要的情况下,患者经过基层医疗机构安排转诊到综合医院为 82.9%,其中因为转诊手续方便而上转的为 57.1%。

表 3 患者双向转诊意愿情况

类别	意愿	频数	构成比(%)
向上转诊	是	299	82.9
	否	62	17.1
向下转诊	是	280	77.6
	否	81	22.4

2.5.2 患者下转意愿及其影响因素 在病情需要的情况下,患者愿意经综合医院下转到基层医院进行康复治疗的有 280 例(77.6%),见表 3。其中因为患的是感冒等常见病的有 119 例(42.4%),离家近有 204 例(72.9%),费用较低有 114 例(40.7%),医疗康复技术信任度高有 47 例(16.9%),医生服务态度好有 62 例(22.0%),能提供一定的保健咨询有 43 例(15.3%),基层医生对自己的情况熟悉有 52 例(18.6%),是医保定点单位有 64 例(23.7%);不愿意经综合医院下转到基层医院进行康复治疗的有 81 例(22.4%),其中因为对医生的医疗技术水平不信任有 71 例(88.2%),对医院医疗设备不满意有 48 例(58.8%),收费与综合医院差别不大有 14 例(17.6%),医生态度不好有 14 例(17.6%),药品不全有 19 例

(23.5%), 医疗保险报销比例与综合医院相距较小有 6 例(11.8%), 其他原因有 6 例(11.8%), 见表 4。

表 4 患者不愿意双向转诊的原因

转诊选择	主要原因	频数	构成比(%)
不愿意向上转诊	不能自己选择转诊医院	24	38.5
	转诊手续繁琐	19	30.8
	不清楚流程和标准	14	23.1
	没有费用上的优惠	14	23.1
	综合医院费用较高	29	46.2
不愿意向下转诊	对基层医生的不信任	71	88.2
	对基层设备不满意	48	58.8
	收费与综合医院差别不大	14	17.6
	药品不全	19	23.5
	医生态度不好	14	17.6
	保险报销比例与综合医院相距较小	6	11.8
	其他	6	11.8

3 讨 论

调查显示,长沙市居民医疗卫生服务需求高,但双向转诊的开展情况远远达不到居民的医疗卫生服务需求,其实施过程中仍然存在巨大的问题,未来双向转诊的顺利实施仍然是一个巨大的挑战。

3.1 基层医疗卫生机构诊疗水平差 调查中发现,即使在医疗保险报销差距为 40% 时,仍然有人拒绝基层医疗机构首诊,原因是因为基层医疗机构医生技术水平差、医疗设备不齐或质量差^[1,3]。提示,提高基层医疗机构诊疗水平是分级诊疗医疗体系建成的关键点^[4-5]。患者患病后到基层医疗机构进行首诊的倾向高于到综合医院,说明患者对医疗机构的选择上基层医疗机构有优于综合医院的趋势,但造成综合医院“门庭若市”,基层医疗机构“门可罗雀”的原因需要进一步探讨^[6-7]。

3.2 双向转诊知晓度低,满意度不高 在本次调查中,知晓双向转诊的患者仅为 76 例,占 21.1%,而知晓双向转诊的患者中愿意通过转诊到基层医疗机构占 77.6%,愿意通过转诊到综合医院的占 82.9%。这说明在知晓双向转诊的情况下有绝大部分的患者愿意转诊,得到大部分居民的支持,有利于双向转诊的开展实施^[8-10]。双向转诊知晓度低,成为阻碍双向转诊实施过程中的重要因素,这提示,对居民进行双向转诊政策宣传,提高双向转诊的知晓度,加强双向转诊的群众基础^[10-12]。同时,虽然患者对双向转诊服务满意度达 85.7%,但没有患者选择非常满意,并且有 3 例对现有双向转诊服务表示不满意,这表明,目前实施的双向转诊制度不仅知晓率较低,患者满意度也有待提升。

3.3 家庭健康契约式服务签约率低 家庭契约式服务的实行,使卫生资源倾向于基层医疗卫生服务领域,强化基层医疗

卫生机构的服务功能和能力,使其卫生服务网底的作用进一步得到体现,促进分级诊疗体系的形成。2013 年,湖南省长沙、株洲、郴州、怀化、益阳等地陆续开展了家庭契约式服务的一些探索,但在此次调查中,仅有 2.5% 的患者签约了家庭健康契约式服务。如何提高家庭契约式服务的签约率,充分发挥全科医生的基层保健作用,是分级诊疗体系形成的重要突破口^[13-14]。

参考文献

- [1] 杨坚,谢添,金晶,等.我国各省分级诊疗政策分析[J].中国卫生经济,2016,35(1):14-17.
- [2] 李娜.城市医疗服务中双向转诊机制研究[D].天津:天津医科大学,2014.
- [3] 梁万年.全科医学[M].北京:人民军医出版社,2010:3-32.
- [4] 朱美英.实施双向转诊制度的实践与思考[J].上海医药,2014,35(8):15-17.
- [5] 匡莉.基于全科医疗的“社区首诊和双向转诊责任制”政策框架及要素[J].中国卫生政策研究,2015,8(2):19-26.
- [6] 苏瑾,杨辉,易春涛.社区卫生服务中心双向转诊的实践与思考[J].中国医院管理,2016,36(5):74-75.
- [7] 杨立成,李林,鲍琳辉.天津医务人员和患者双向转诊知晓度及意愿性的调查[J].中国医院管理,2015,35(7):75-77.
- [8] 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.
- [9] 郜琳,董恒进,王林浩,等.浙江省卫生人员对分级诊疗和双向转诊的认知调查[J].中华医院管理杂志,2015,31(12):925-928.
- [10] 彭立蓉,姚迎春.大型综合医院与社区卫生服务中心双向转诊运行模式及管理[J].华西医学,2014,29(5):979-981.
- [11] 刑春利.从社区角度分析医联体模式下分级诊疗的实施现状[D].北京:北京中医药大学,2016.
- [12] 张冬莹,郑婵娇,黄翔,等.广东省城乡地区开展家庭医生式服务的 SWOT 分析[J].中华全科医学,2015,13(5):689-691,705.
- [13] 颜星,肖双,苟正先.家庭健康契约式服务的开展现状研究[J].中国全科医学,2016,19(10):1133-1136.
- [14] 王佩,骆达,韩超,等.天津市契约式家庭责任医生制度的实施现状及影响因素研究[J].中国全科医学,2015,18(10):1138-1141.

(收稿日期:2017-08-22 修回日期:2017-10-26)

(上接第 946 页)

老年人护理服务需求及影响因素研究[J].中华护理杂志,2016,51(8):992-997.

- [7] BONGAARTS J. Human population growth and the demographic transition[J]. Philos Trans R Soc B Biol Sci, 2009,364(1532):2985-2990.
- [8] RICHMAN P B, BOBROW B J, CLARK L, et al. Ability

of citizens in a Senior living community to perform life-saving cardiac skills and appropriately utilize AEDs[J]. J Emerg Med,2007,33(4):395-399.

- [9] 鞠庆梅.我国院前急救的发展现状[J].护理研究,2013,27((33):3715-3716.

(收稿日期:2017-08-26 修回日期:2017-11-21)