

新医改形势下东莞市社区居民双向转诊现状及其影响因素研究

李小伟¹, 黄艳玲², 侯怀泽², 杨文忠¹, 吴集龙¹, 练婷玉³, 张展威³, 杨铁卫¹

1. 东莞市樟木头医院, 广东 东莞 523633; 2. 东莞市樟木头镇卫生监督所;
3. 东莞市樟木头镇社区卫生服务中心

摘要: **目的** 调查新医改形势下东莞市社区居民对双向转诊的认知、意愿及态度现状, 以及影响双向转诊顺利实施的因素, 为提高双向转诊率, 合理充分利用医疗资源提供参考。 **方法** 2016 年 11 月-2017 年 1 月选择东莞市樟木头医院、石新医院、社区卫生服务中心小区服务机构的 100 名医生和 200 名就诊居民为调查对象, 采用自制《医务人员双向转诊认知、意愿、态度调查问卷》对上述人员一般资料、认知水平、对转诊态度、意见及建议进行调查, 了解其对双向转诊相关制度、内容的认知情况, 分析影响医生和居民对转诊认知水平的因素。 **结果** 医生对双向转诊相关知识的认知平均得分(4.29±0.57)分, 对双向转诊相关知识认知合格者 58 人, 不合格者 42 人。不同年龄、职称、教育程度、月收入、所在科室不同的医务人员对双向转诊相关知识认知差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$), 而不同性别医务人员对双向转诊相关知识认知情况差异无统计学意义($P > 0.05$); 居民对双向转诊的认知平均得分(0.58±0.18)分, 合格者仅 48 人, 不合格者为 152 人。年龄、教育程度、月收入的居民对双向转诊相关知识认知情况差异有统计学意义(均 $P < 0.05$), 其中居民月收入在 3 001~5 000 元之间双向转诊认知合格率最高, 而不同性别医务人员对双向转诊相关知识认知情况差异无统计学意义($P > 0.05$)。 **结论** 东莞市社区医生和居民对双向转诊相关制度及内容的认知水平还有较大的提升空间, 医务管理者应根据医生和居民的特点制定有效宣教措施, 提升医生和居民对双向转诊的认知水平, 充分合理利用医疗资源, 使有限的医疗资源合理服务居民, 取得社会效益、经济效益的最大化。

关键词: 双向转诊; 医生; 居民; 认知水平; 态度; 影响因素; 医疗资源利用

中图分类号: R195 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2018)10-1227-03 **DOI:** 10.3969/j.issn.1006-3110.2018.10.021

我国经济发展的不平衡导致高水平医疗资源集中在发达地区、人口集中地区、地理位置优越地区^[1]。使得很多本可在社区得到有效治疗的患者, 争相到大医院、高水平医院就医, 占用了真正需要到高水平医院就诊的疑难杂症、危重症患者的医疗资源^[2-3]。加剧了就医难、看病难、看病贵的医疗怪象^[4-5]。针对此, 我国调整了医疗卫生的管理目标, 开始大力发展城市社区卫生服务, 以“小病进社区、大病进医院、康复回社区”为医疗改革的目标。但双向转诊制度实施这么多年, 存在的问题不少。本文调查了东莞市社区医务人员、居民对双向转诊的认知、意愿及态度现状, 以及影响双向转诊顺利实施的因素, 对东莞市解决“看病难、看病贵”难题, 实现对病人的合理分流有重要的意义, 现将结果报告如下。

1 对象与方法

基金项目: 东莞市科技计划医疗卫生类科研一般项目(编号: 201510515000734)

作者简介: 李小伟(1967-), 男, 广东博罗人, 本科学历, 主管医师, 研究方向: 医院管理。

1.1 调查对象 随机选取 2016 年 11 月-2017 年 1 月东莞市樟木头医院、石新医院、社区卫生服务中心小区服务机构工作的 100 名医生和 3 所医院就诊的 200 位居民作为调查对象, 医生的纳入标准: (1) 医院或社区卫生服务中心正式职工; (2) 年龄 18~60 岁; (3) 了解参加此次调查研究的内容, 愿意配合此次调查工作。排除标准: (1) 实习医生或进修医生; (2) 不愿意配合此次调查工作者。居民纳入标准: (1) 年龄 18~60 岁; (2) 已在东莞市樟木头镇参加社保保险的户籍人口和非户籍人口(居住在樟木头镇一年以上); (3) 无精神病史, 能正确表达, 理解调查人员关于调查内容的讲解, 并能配合完成调查工作。排除标准: 不符合上述纳入条件者。

1.2 调查内容与方法 根据国家对双向转诊相关制度的内容自制《医务人员双向转诊认知、意愿、态度调查问卷(医生卷)》对纳入调查的医生的一般资料(性别、年龄、职称、教育程度、月收入、所在科室)、认知水平(是否知道双向转诊、所在医院科室是否有“转诊流程”、双向转诊是否必要、双向转诊方式、医院向社区卫生服务机构转诊的指征、社区服务机构向医院转

诊的指征,每项 1 分,总分 6 分, ≥ 4 分为合格),对转诊态度(是否支持转诊)、意见及建议进行调查,了解其对双向转诊相关制度、内容的认知情况。采用自制《医务人员双向转诊认知、意愿、态度调查问卷(居民卷)》对纳入调查居民的一般资料(性别、年龄、教育程度、月均收入)、认知水平(是否听说过双向转诊、双向转诊方式、双向转诊是否必要,每项 1 分,总分 3 分, ≥ 2 分为合格),对转诊态度(是否支持转诊)、意见及建议进行调查,分析影响医生和居民对转诊认知水平的因素。同时收集整理医生或居民对双向转诊的意见和建议。

1.3 统计学分析 采用 Epi Data 3.0 对原始数据进行双录入,使用 SPSS 16.0 统计软件进行统计分析,计数资料采用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 医生对双向转诊的认知水平调查 医生对转诊相关知识的认知得分均分为(4.29±0.57)分,对转诊相关知识认知合格者 58 人,不合格者 42 人。调查项目情况见表 1。

表 1 医生对双向转诊的认知水平调查结果($n=100$)

调查内容	知晓	知晓率(%)
是否知道双向转诊	89	89.00
本院是否有“转诊流程”	83	83.00
双向转诊的必要性	69	69.00
双向转诊方式	76	76.00
医院向社区卫生服务机构转诊的指征	55	55.00
社区服务机构向医院转诊的指征	57	57.00

2.2 影响医生对双向转诊认知水平的单因素分析 年龄小于 40 岁、职称高、受教育程度高、月均收入高、急诊科、妇产科及儿科医生对双向转诊认知合格率明显高于年龄超过 40 岁、职称低、受教育程度低、内科及月均收入低的医生,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$),而不同性别医务人员对双向转诊相关知识认知情况差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 影响医生对双向转诊认知水平的因素分析(%)

调查因素	调查例数	合格例数	合格率(%)	χ^2 值	P 值	
性别	男	62	35	56.45	0.161	0.689
	女	38	23	60.53		
年龄(岁)	18~	55	42	76.36	16.919	0.000
	40~60	45	16	35.56		
职称	助理医师/护士	31	9	29.03	20.506	0.000
	医师/护师	23	12	52.17		
	主治医师/主管护师	26	21	80.77		

续表 2

调查因素	调查例数	合格例数	合格率(%)	χ^2 值	P 值	
	(副)主任医师/(副)主任护师	20	16	80.00		
教育程度	初中及以下	24	3	12.50	35.491	0.000
	中专/高中	29	15	86.21		
	大专	26	21	80.77		
	大学本科及以上	21	19	90.48		
所在科室	内科	28	10	35.71	11.954	0.018
	外科	20	13	65.00		
	妇产科、儿科	24	17	70.83		
	急诊科	18	14	77.78		
	其他	10	4	57.14		
月收入(元)	3 000 及以下	30	8	26.67	36.310	0.000
	3 001~5 000	27	10	37.04		
	5 001~8 000	19	16	84.21		
	8 001~	20	20	100.00		

2.3 居民对双向转诊的认知水平调查 居民对双向转诊的认识合格者仅 48 人,不合格者为 152 人,对双向转诊的认知得分平均分为(0.58±0.18)分,见表 3。

表 3 居民对双向转诊的认知水平调查($n=200$)

调查内容	知晓	知晓率(%)
是否听说过双向转诊	62	31.00
双向转诊方式	32	16.00
双向转诊是否必要	21	10.50

2.4 影响居民对双向转诊认知水平的因素分析 40 岁以下、教育程度高、月收入高者对双向转诊认知合格率明显高于 40 岁以上、受教育程度低及月收入低者,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$),其中居民月收入在 3 001~5 000 元之间双向转诊认知合格率最高,而不同性别居民对双向转诊相关知识认知情况差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 4。

表 4 影响居民对双向转诊认知水平的因素分析

调查因素	调查例数	合格例数	合格率(%)	χ^2 值	P 值	
性别	男	110	29	26.36	0.749	0.387
	女	90	19	21.11		
年龄(岁)	18~	109	33	30.28	5.172	0.023
	40~60	91	15	16.48		
教育程度	初中及以下	93	6	6.45	38.162	0.000
	中专/高中	28	7	25.00		
	大专	43	15	34.88		
	大学本科及以上	36	20	55.56		
月收入(元)	3 000 及以下	113	6	5.31	65.949	0.000
	3 001~5 000	35	24	68.57		
	5 001~8 000	27	12	44.44		
	8 001~	25	6	24.00		

2.5 医生和居民对双向转诊的建议 医生对双向转诊提出了较多的建议,其中 52 位医生认为应合理调整医疗机构间经济利益,40 位医生提出应加强信息及强化合作关系,38 位医生认为应提升社区卫生服务中心的服务能力,24 位医生建议建立双向转诊信息网络交换平台,实现健康档案及检验检查等数据的共享使用。164 例居民提出应对双向转诊的医保报销制度进行适当调整,给予双向转诊更多的报销比例。

3 讨论

双向转诊是指通过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、专科医院间或综合医院与专科医院间的转院诊治过程^[6-7]。双向转诊制度的目的在于协调各级医疗机构的资源合理利用,为不同级别的医院匹配不同类型的患者,达到充分利用现有资源,又不耽误患者治疗的目的^[8-9]。我国卫生部于 2006 年 6 月开始建立初步的双向转诊制度,规定了社区卫生服务机构与上级医院定点分工协作关系,同时建立有效的双向转诊信息沟通管道的规定^[10-11]。虽然双向转诊实施了近十年,但过程中存在的问题较多,在社区医院的执行并不如人意。看病难、看病贵多年来仍然为民众所诟病。双向转诊制度的实施最主要受制于社区居民和医生的认知水平和执行力度^[12-13]。

本文对东莞樟木头镇的二所医院和卫生服务机构的医生和就诊居民进行了调查。结果显示,医生对转诊相关知识的认知合格率明显高于居民,影响医生对双向转诊认知水平的因素有年龄、职称、教育程度、月均收入、所在科室分布。影响居民对双向转诊的认识合格的因素以年龄、教育程度、月均收入。医生对双向转诊提出了较多的建议,主要以:合理调整医疗机构间经济利益、加强信息及强化合作关系、提升社区卫生服务中心的服务能力、建立双向转诊信息网络交换平台,实现健康档案及检验检查等数据的共享使用、居民对双向转诊提出了医保制度给予双向转诊更多的报销比例为主。结合国外实施双向转诊的经验,因此应制定针对性的对基层医生和居民进行双向转诊相关制度、内容、国家未来规划、政策动向方面的宣教计划^[14],确保医生能正确认知双向转诊的指征,并在临床实际过程中熟练运用,居民能理性看待自身疾病所需的医疗服务层次^[15],服从社区医疗服务机构、医院对转诊的合理安排,信任医生做出的转诊决定,其目的是大家都能得到匹配的医疗服务,从而推动整个社会

医疗服务的均衡发展^[16],同时提高基层社区医院报销比例,保障尽可能多人民群众的健康权利。

综上所述,医生和居民对双向转诊相关制度及内容的认知水平还有较大的提升空间,医务管理者应根据医生和居民的特点制定有效宣教措施,提升医生和居民对双向转诊的认知水平,充分合理利用医疗资源,使有限的医疗资源合理服务居民,取得社会效益、经济效益的最大化。

参考文献

- [1] 刘晓玉,邓群钊. 协调医联体内不同等级医院间的双向转诊策略[J]. 工业工程与管理,2016,21(4):137-146.
- [2] 赵光斌,杜光会,林敏,等. 制约双向转诊制度实施因素研究[J]. 中国全科医学,2013,16(25):2930-2932.
- [3] 丁芳,黄俊芳,杨正军,等. 高血压临床路径的建立及其在综合性医院与小区双向转诊中的应用探讨[J]. 中国现代医学杂志,2014,24(10):110-112.
- [4] 程继侠,王西利,吕云侠,等. 铜川市 1 300 例就诊患者对双向转诊认知及满意度的现状调查[J]. 实用预防医学,2017,24(9):1072-1074,1083.
- [5] 刘颖,李国华,郭怀兰,等. 湖北某学院全科医学专业学生公共卫生能力培养的问题及对策[J]. 实用预防医学,2017,24(5):566-569.
- [6] Fyie K, Frank C, Noseworthy T, et al. Evaluating the primary-to-specialist referral system for elective hip and knee arthroplasty[J]. J Eval Clin Pract, 2014,20(1):66-73.
- [7] 苏瑾,杨恽,易春涛,等. 小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.
- [8] Bingham PM, Sukhudyay B, Hakobyan A. Pediatric neurology referrals in Armenia: lessons we can learn[J]. Pediatrics, 2014,134(3):639-641.
- [9] 姚玲玲,程薇,满晓玮,等. 双边匹配理论在双向转诊中的应用研究[J]. 中国全科医学,2016,19(31):3773-3775.
- [10] 臧国尧,方力争,陈丽英,等. 建立以全科医生医疗团队为基础的双向转诊模式[J]. 中国全科医学,2015,18(29):3537-3539.
- [11] Wright E, Hagmayer Y, Grayson I. An evidence-based referral management system; insights from a pilot study[J]. Prim Health Care Res Dev, 2015,16(4):407-414.
- [12] 杨立成,鲍琳辉,田义娟,等. 医联体模式下构建双向转诊机制的探讨[J]. 中国医院,2015,19(1):33-35.
- [13] 李伟明,陶春莲,陈业晔,等. 区域新农合双向转诊利益分配模式的研究[J]. 中国全科医学,2013,16(4):427-430.
- [14] 孔颖文,曹杰,郑艳芳,等. 基于利益相关者理论的双向转诊“下转难”研究[J]. 中国全科医学,2017,20(10):1173-1176.
- [15] 陈吉兵,贾玉秀. 实施双向转诊、推进分级诊疗的分析与思考[J]. 中国社会医学杂志,2017,34(2):111-113.
- [16] 高翔,张新宇,李硕,等. 小区居民双向转诊的下转意愿及其影响因素研究[J]. 中国全科医学,2017,20(10):1177-1180.

收稿日期:2017-10-10