

# 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

程继侠<sup>1,4</sup>, 王西利<sup>2</sup>, 吕云侠<sup>3</sup>, 张媛<sup>4</sup>, 鱼敏<sup>5</sup>

1. 第四军医大学预防医学系, 陕西 西安 710032; 2. 西安交通大学第一附属医院;

3. 铜川市人民医院; 4. 铜川职业技术学院医学系; 5. 军事医学科学院卫生勤务与医学情报研究所

**摘要:** **目的** 了解铜川市就诊患者对双向转诊的认知及满意度现状,为建立合理的双向转诊制度、促进双向转诊的顺利开展提供参考。**方法** 选择 2015 年 2 月-2016 年 10 月铜川市人民医院收治的 1 300 例患者为研究对象,采用自制的调查表收集患者的基本资料、对双向转诊的认知情况、是否接受过双向转诊以及接受过双向转诊患者对双向转诊服务的满意度情况。**结果** 1 300 例就诊患者就诊时首选社区进行治疗的患者为 155 人,仅占 11.92%。曾经接受过双向转诊服务的患者为 150 例,占 11.54%。1 300 例就诊患者中,有 560 人知晓双向转诊服务,知晓率为 43.08%,主要知晓途径是医院(19.08%)、其次是社区卫生服务中心(14.23%);患者中愿意接受上转的为 1 253 人,占 96.38%,患者愿意接受上转主要原因是上级医疗技术更好(96.38%)、上级医院药品齐全(84.92%)、上级医药辅助检查设备更齐全(88.62%)、通过转诊可预约专家(32.92%);愿意在病情稳定后下转回社区进行康复治疗的患者共 918 人,占 70.62%。患者愿意接受下转的原因主要是距离近(70.62%)、医保报销比例更高(70.62%)、价格便宜(64.31%)、下转后上级医师仍可指导(61.15%)、有家庭医生(57.69%);不愿意接受下转的原因主要是不信任社区医疗水平(29.38%)、转诊程序复杂(27.23%)、医保报销差距不大(25.31%)、社区无家庭病床服务(23.54%)等;150 例曾经接受过双向转诊服务的患者对双向转诊的接诊及时性调查中,满意者占 73.33%,一般者占 22.67%,不满意者占 4.00%;对双向转诊的治疗效果的评价中,满意、一般及不满意者分别占 66.00%、26.00%和 8.00%。**结论** 铜川市居民首诊去社区的比例较低,医院和社区是城市居民获得双向转诊认知的主要渠道,接受过双向转诊患者双向转诊的及时性及治疗效果满意度较高。建议相关部门加大双向转诊实施力度、建立健全双向转诊标准与规范、提高社区卫生服务水平。

**关键词:** 双向转诊; 社区卫生服务; 认知; 满意度

**中图分类号:** R195 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2017)09-1072-04 **DOI:** 10.3969/j.issn.1006-3110.2017.09.013

双向转诊是指医疗机构根据患者的病情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,包括纵向转诊和横向转诊两种形式,城市双向转诊主要指大中型医院与社区卫生服务机构间的医疗合作关系。这一制度的实施旨在使我国居民的就医模式向“小病到社区、大病到医院、康复回社区”的医疗模式转换,对于提高卫生资源的有效利用率,保障我国医疗卫生事业的健康持续发展具有重要意义<sup>[1]</sup>。目前很多地方不断开展双向转诊的积极实践,虽然一些中大型医院与社区医疗服务机构建立了友好协作的上下级医疗合作关系,但受我国双向转诊制度及体制不完善、卫生资源配置不合理等因素的制约,其实际运行效果并不十分理想<sup>[2]</sup>。铜川市作为启动城市双向转诊制度的城市之一,其城市双向转

诊制度的实施情况也受到政府部门的广泛关注。本研究通过调查铜川市城市就诊患者对双向转诊的认知及满意度,旨在了解双向转诊的实施情况及存在的问题,为建立合理的双向转诊制度、促进双向转诊的顺利开展提供参考。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 选择 2015 年 2 月-2016 年 10 月于铜川市人民医院就诊的患者为研究对象。纳入标准:所有患者均为铜川市城市居民,且年龄为 18 周岁以上;排除标准:脑昏迷、智力低下及精神疾病患者以及不愿意配合调查的患者等。

**1.2 研究方法** 参照相关文献<sup>[3]</sup>及国内双向转诊的经验,筛选相关评价指标,自行设计调查问卷,内容主要涉及:患者的年龄、性别、文化程度、月收入、医疗费用支付方式、就诊首选医疗机构、对双向转诊的知晓情况及途径、愿意接受上转和下转的原因、不愿意接受下转的原因、接受过组患者对双向转诊的满意度(包括

**基金项目:** 国家自然科学基金项目(70873131)

**作者简介:** 程继侠(1979-),女,陕西渭南人,本科学历,讲师,主管护师,研究方向:卫生事业管理。

**通信作者:** 鱼敏, E-mail: yumin\_1963@medicinepap.cn。

对接诊的及时性 & 接诊部门的治疗效果两方面)等情况。调查人员均经过统一培训,采用面对面询问的方式收集相关资料。现场共发放调查问卷 1 320 份,收回 1 300 份,回收率为 98.5%。1 300 例就诊患者中,男性患者为 613 人,女性为 687 人;年龄居于 23~71 岁之间,平均年龄为 (41.5±14.2) 岁;文化程度分布中,小学以下学历者为 201 人,高中及大专学历者为 911 人,本科以上学历者为 188 人;月收入低于 2 000 元者为 761 人,2 000 元以上的为 539 人;医疗付费方式中,具有城镇及居民医保的患者为 920 人,自费的患者为 380 人。

1.3 统计学方法 采用 SPSS14.0 软件对调查表数据进行录入、整理与分析,定性资料以率(%)表示,采用卡方检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者就诊首选医疗机构情况 1 300 例患者中就诊时首选社区进行治疗的患者为 155 人,仅占 11.92%。曾经接受过双向转诊服务的患者 150 例,占 11.54%,其中接受过双向转诊服务的患者中首选社区的比例为 22.67%(34 例),首选医院比例占 77.33%(116 例),而从未接受过双向转诊服务的患者中首选社区的比例仅为 10.52%(121 例),首选医院比例占 89.48%(1 029 例)。两组患者就诊首选医疗机构的情况比较,差异有统计学意义( $\chi^2=18.637, P<0.05$ )。

2.2 患者对双向转诊的知晓率及知晓途径比较 1 300 例就诊患者对双向转诊服务的知晓率为 43.08%(560/1 300),其中接受过双向转诊患者对双向转诊服务较清晰,知晓率为 100%(150/150),而未接受过双向转诊患者对双向转诊服务的知晓人数为 410 人,知晓率仅为 35.7%。知晓途径主要是医院、社区卫生服务中心。见表 1。

表 1 患者对双向转诊的知晓途径 (n=1 300)

知晓途径	人次 ( % )
医院	248 ( 19.08 )
社区卫生服务中心	185 ( 14.23 )
报刊杂志	30 ( 2.31 )
电视	43 ( 2.87 )
家人、朋友	83 ( 6.38 )
其他	54 ( 4.15 )

注:患者知晓途径有多种形式。

2.3 患者对上转的认知情况 1 300 例就诊患者中,愿意接受上转的为 1 253 人,占 96.38%。在其愿意接受上转的原因中,认为上级医疗技术更好的占

96.38%(1 253 例),认为上级医院药品齐全的占 84.92%(1 104 例),认为上级医院辅助检查设备更齐全的占 88.62%(1 152 例),认为通过转诊可预约专家的占 32.92%(428 例)。见表 2。

表 2 两组患者愿意接受上转的原因 (n=1 300)

上转原因	人次 ( % )
上级医疗技术更好	1 253 ( 96.38 )
上级医院药品齐全	1 104 ( 84.92 )
上级医院辅助检查设备更齐全	1 152 ( 88.62 )
通过转诊可预约专家	428 ( 32.92 )
其他	19 ( 1.46 )

注:患者愿意接受上转的原因有多种。

2.4 患者对下转的认知情况 1 300 例就诊患者中,愿意在病情稳定后下转回社区进行康复治疗的患者为 918 人,占 70.62%,不愿意下转的为 382 人,占 29.38%。在愿意接受下转的原因中,认为医保报销比例更高者占 70.62%(918 例),认为有家庭医生者占 57.69%(750 例),认为下转后上级医师仍可指导者占 61.15%(795 例),认为价格便宜者占 64.31%(836 例),认为距离近者占 70.62%(918 例)。而在不愿意接受下转的原因分布中,不信任社区医疗水平的占 29.38%(382 例),转诊程序复杂的占 27.23%(354 例),医保报销差距不大的占 25.31%(329 例),社区无家庭病床服务的占 23.54%(306 例),其他的占 25.69%(334 例)。见表 3、表 4。

表 3 两组患者愿意接受下转的原因 (n=1 300)

下转原因	人次 ( % )
医保报销比例更高	918 ( 70.62 )
有家庭医生	750 ( 57.69 )
下转后上级医师仍可指导	795 ( 61.15 )
价格便宜	836 ( 64.31 )
距离近	918 ( 70.62 )

注:患者愿意接受下转的原因有多种。

表 4 两组患者不愿意接受下转的原因 (n=1 300)

不愿下转原因	人次 ( % )
不信任社区医疗水平	382 ( 29.38 )
转诊程序复杂	354 ( 27.23 )
医保报销差距不大	329 ( 25.31 )
社区无家庭病床服务	306 ( 23.54 )
其他	334 ( 25.69 )

注:患者不愿意接受下转的原因有多种。

2.5 患者对双向转诊的满意度情况 150 例接受过组患者对双向转诊的接诊及时性调查中,满意者占 73.33%(110 例),一般者占 22.67%(34 例),不满意者占 4.00%(6 例),其对双向转诊的治疗效果的评价

中,满意、一般及不满意者分别占 66.00% (99 例)、26.00% (39 例) 和 8.00% (12 例)。

### 3 讨论

长久以来,由于受计划经济的影响,我国的卫生资源在配置上存在诸多不合理现象,医疗资源更多向城市大医院流入<sup>[4]</sup>。而随着居民收入水平的提高及健康意识的增强,人们对医疗服务的质量提出了更高的要求。无论大病小情,居民在医疗机构的选择上更倾向于大医院,往往出现大医院人满为患的状况,而基层医疗服务机构的诊疗量却不足医院的 50%<sup>[5]</sup>,其“守门人”作用未得到充分发挥,造成卫生资源的极大浪费及“看病难、看病贵”问题的凸显<sup>[6]</sup>。为解决这一难题,我国在医疗改革中开始推行“双向转诊”制度,这一制度的建立对于优化卫生资源配置、降低医疗费用、适应我国人口老龄化及疾病谱的变化具有重要现实意义,同时也将是我国卫生事业未来改革和发展的方向<sup>[7]</sup>。尽管这一制度在我国大部分地区已实施多年,但受多种因素的影响,双向转诊渠道运行不畅通仍是目前普遍存在的问题,严重阻碍社区卫生服务机构的发展<sup>[8]</sup>。为了解双向转诊制度的实施情况及存在的问题,本研究开展了对铜川市城市居民在双向转诊认知及满意度方面的调查,期望为建立合理的双向转诊制度、促进双向转诊的顺利开展提供理论依据。

研究发现,居民对社区卫生服务机构的认识及信任度缺失,将直接导致社区卫生服务机构利用率偏低,及患者对双向转诊制度的排斥<sup>[9]</sup>。本研究调查结果显示,1 300 例研究对象中仅有 11.92% 的患者首选社区进行治疗,且仅有 11.54% 的患者曾经接受过双向转诊服务。说明铜川市居民对社区卫生服务及双向转诊服务的利用率偏低,这与以往的研究结果<sup>[10]</sup>相符。原因可能与居民对社区卫生服务机构的医疗条件及服务水平的不信任及双向转诊服务的宣传、执行不到位有关。研究还发现,接受过双向转诊服务的患者中首选社区(占 22.67%)。说明双向转诊制度的实施有利于提高患者对社区卫生服务机构的认识,从而提高社区卫生服务的利用率,这与李金亮<sup>[3]</sup>的研究结果一致。提示,政府应加大对双向转诊服务的宣传与执行力度,提高社区服务水平,促进社区卫生服务机构“六位一体”及人群保健功能的推广,从而提高居民对社区卫生服务机构的利用率。

研究进一步对双向转诊的认知情况进行调查,结果发现,所有患者对双向转诊的知晓率为 43.08%,高于闻振宇的研究数据<sup>[11]</sup>,其中,接受过双向转诊患者

对双向转诊服务的知晓率为 100%,而未接受过双向转诊患者对双向转诊服务的知晓率仅为 35.7%。说明患者对双向转诊的知晓率偏低,且接受过双向转诊服务有利于增加患者对双向转诊的认知情况。此外,研究还显示,患者对双向转诊的知晓途径主要是医院和社区卫生服务中心。这与以往的研究结果较一致<sup>[12]</sup>。然而据调查<sup>[13]</sup>,大多数医生对双向转诊的程序及标准不清晰,或迫于单位内考核及激励机制的压力,不愿接受双向转诊,直接导致双向转诊的实施率低,及医疗部门的宣传力度不强。提示,提高医疗部门对双向转诊的认可度及认知度,是提高居民对双向转诊认知度的关键。

研究在对患者在上转、下转方面的认知情况进行调查的结果中发现,患者愿意接受上转的比例为 96.38%,其原因主要有上级医疗技术更好、药品更齐全、辅助检查设备更齐全、通过转诊可预约专家等。而患者愿意在病情稳定后下转回社区进行康复治疗的患者仅占 70.62%,其原因主要有医保报销比例更高、社区有家庭医生、下转后上级医师仍可指导者、距离近等,而不愿意接受下转的原因主要是不信任社区医疗水平、转诊程序复杂、医保报销差距不大、社区无家庭病床服务等。说明患者对上级医院的服务质量及水平更满意,而对社区医疗服务水平信心不足。提示提高社区卫生服务水平、优化双向转诊流程、加大社区医保报销比例等多种措施均有利于提高居民的下转意愿。

调查结果进一步显示,150 例接受过双向转诊的患者对接诊的及时性及治疗效果的满意度较高,分别为 73.33% 及 66.00%,提示进一步扩大双向转诊的实施力度和范围具有一定的可行性。但目前我国的双向转诊制度主要是在各医疗机构在自愿建立的友好协作的基础上进行的,尚缺乏统一规范的转诊标准及管理<sup>[14]</sup>。因此,完善双向转诊相关体制势在必行。

综上所述,双向转诊制度可提高居民对社区卫生服务的认识、提高社区利用率,且居民对其满意度较高,政府相关部门可加大该制度的实施力度。但社区服务水平偏低、各医疗部门对双向转诊的认可度及认知度不高、尚未建立统一规范的双向转诊体制等问题极大地阻碍双向转诊通道的畅通性,特别是居民在下转意愿上具有较高的排斥心理<sup>[15]</sup>。因此,迫切需要政府部门出台相关政策对双向转诊体制进行规范管理和正确引导,并通过采取增加社区经费投入、提高社区卫生服务水平、优化双向转诊流程、加大社区医保报销比例等多种措施,促进双向转诊的顺利开展<sup>[16]</sup>。

参考文献

(转 1083 页)