

西安市双向转诊制度的实施现状与对策分析

卫维¹, 李亚军¹, 刘顺智², 严琴琴³, 周连锁³, 王小平⁴, 张蓓¹

1. 西安医学院第一附属医院神经内科, 陕西 西安 710077; 2. 西安市卫生局, 陕西 西安 710000;
3. 西安医学院全科医学院, 陕西 西安 710021; 4. 西安市东关南街社区卫生服务中心, 陕西 西安 710048

摘要:目的 通过对西安市5家社区卫生服务中心及与之建立双向转诊关系的5家综合医院进行问卷调查, 了解西安市双向转诊制度的实施现状, 为进一步优化该制度的设计与运行提供政策建议。方法 于2015年8—11月对西安市5家社区卫生服务中心和与之建立双向转诊关系的5家综合医院的医生、患者进行现场调查(自填式问卷法)。问卷共发放1 000份, 回收有效问卷951份。结果 不同文化程度、职业、收入情况的患者转诊经历有差异。患者不愿上转的原因主要为:“转诊程序繁琐”“认为病情不严重, 不需要转诊”“家庭经济困难”“无医疗保险”“交通不便”等; 不愿下转的原因主要为:“转诊程序繁琐”“不信任社区医疗水平”“医疗保险报销比例差距小”“家庭经济困难”“自认为病情不重, 不愿意再继续治疗”“社区未开展家庭病床、康复医疗”等。医务工作者认为双向转诊运行不畅的原因主要有:“没有明确的转诊标准、转诊监管机构及机制”“缺乏基本医疗保险支持”“医疗机构间的利益冲突”“双向转诊的信息平台不完善”“患者不信任社区医疗水平”“患者不了解双向转诊制度”等。结论 西安市目前双向转诊开展较少, 且主要为社区医院向综合医院转诊。应从建立并完善双向转诊系统、增加医疗保险的经济杠杆作用等方面改进。

关键词:双向转诊; 全科医学; 社区卫生服务中心; 综合医院

中图分类号: R197 R197.61 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-4152(2018)05-0805-04

DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.000220

Analysis of present implementation situation and countermeasures of the two-way referral in Xi'an

WEI Wei, LI Ya-jun, LIU Shun-zhi, et al

Department of Neurosurgery, the First Affiliated Hospital of Xi'an Medical University, Xi'an, Shaanxi 710077, China

Abstract: Objective In order to put forward some suggestion to solve the existing problems, five community health service centers and five general corresponding hospitals were selected to understand the status of two-way referral by questionnaire survey, thus to optimize the design and implementation of the system. **Methods** A randomized cluster sampling was taken in each institution in Xi'an during August, 2015 to November, 2015. We collected 951 valid ones from 1 000 questionnaires for doctors, patients and administrators in each community hospital and the general hospital. **Results** Different educational backgrounds, professions and income levels had significant differences. The main reasons why patients didn't want to transfer to the general hospitals WERE cumbersome referral procedures, lack of recognition of the seriousness about their diseases, economic difficulties, no medical insurance, traffic inconvenience, etc; on the other hand, the main reasons why patients didn't want to go to the communities were cumbersome referral procedures, distrust in the doctors and medicine in communities, the small gap between Medicare reimbursement proportion, economic difficulties, lack of recognition of the necessity of continuing treatment, the lack of family beds and rehabilitation, etc. Medical workers believed that the main reasons why the two-way referral operation impeded were as follows, unclear referral criteria, unclear referral regulatory institutions and mechanisms, lack of basic medical insurance support, interest conflicts between medical institutions, incomplete information platform of two-way referral, and lack of recognition of two-way referral etc. **Conclusion** The present situation of the two-way referral is not ideal in Xi'an, and most of the referrals are from communities to the general hospitals. We should establish and improve two-way referral system, strengthen the leverage of medical insurance on two-way referral, and then we will have a better situation.

Key words: Two-way referral; General practice; Community health service centers; General hospitals

双向转诊是分级诊疗的重要环节^[1], 也是提高全科医疗服务质量的重要措施, 是基层医院或专科医院与综合医院之间根据患者病情和健康的需要互相转诊治理的过程。即基层医院/专科医院对于超出本院诊治范围的患者或在本院确诊、治疗有困难的患者转至上级医院就医, 反之, 如患者在综合医院确诊并达到疾病的稳定阶段、需要长期慢性护理的老年病、各种疾病

的康复阶段等转回指定的社区卫生服务中心进行进一步治疗或巩固等^[2]。虽已在我国实施多年, 但效果不佳^[3]。本文对西安市5大社区卫生服务中心及相对应的5家综合医院的医生、患者进行自填式问卷调查, 了解西安市双向转诊的实施现状, 并提出针对性的建议供进一步讨论、研究。

1 对象与方法

1.1 调查对象 西安市5家社区卫生服务中心及与之建立双向转诊关系的5家综合医院的医生、患者。5家社区卫生服务中心为: 东关南街社区卫生服务中心、

基金项目: 陕西高等教育教学改革研究项目(13BY83); 陕西省教育厅科研基金资助项目(2010JKS11, 14JK1629)

通信作者: 张蓓, E-mail: bud8092doc@163.com

桃园路社区卫生服务中心、胡家庙社区卫生服务中心、青年路社区卫生服务中心、柏树林社区卫生服务中心。对应的5家综合医院依次为:西安市第四医院(三甲)、西电集团医院(三乙)、电力医院(二甲)、西安市市中心医院(三甲)、西安市第一医院(三甲)。

1.2 研究方法 于2015年8—11月对上述调查对象中的医生与患者进行现场调查(自填式问卷)。

1.3 质量控制方法 ①设计具有逻辑性、严谨性的问卷。问卷初步形成后在每个社区卫生服务中心和综合医院对患者和医生进行5份预调查,共100份预调查问卷。对问卷的可理解性和适用性评价,进一步修订完善,并进行信度检验,经检验总量表的Cronbach's α 系数为0.875,各分量表的Cronbach's α 系数为0.738~0.890,即患者、医生问卷可靠。在预调查过程中发现患者在社区卫生服务中心就诊和在综合医院就诊对自身身体状况的感觉有差异,为减少偏倚,在问卷开始前请患者选择自己是在社区就诊或是在综合医院就诊。②培训调查员,统一调查口径,避免调查时间在每周的同一时间,应遵循随机性原则。③对被调查者,采用分层抽样与随机抽样结合的方法。④对回收的问卷进行完整性与逻辑性核查。剔除前后大面积相同选项的问卷,前后逻辑明显矛盾的、空缺率高的问卷,大面积雷同的几份问卷等。对所有题目的选项进行编码,所有现场调查的数据均使用Excel 2003建立数据库,采用双人重复录入的方法,并进行2个数据库的比对核查。

1.4 统计学方法 采用文献统计法、调查法和数据统计法进行研究。数据统计法采用EXCEL 2003录入数据,录入前对所有题目的选项进行编码,采用双人重复录入的方法,并进行2个数据库的比对核查。采用SPSS 18.0统计学软件进行数据处理,并进行统计学分析,计量资料采用 t 检验,计数资料间采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的一般情况 本调查选取了西安市5家社区服务中心及与之建立双向转诊关系的5家综合医院的患者各50名(共500份问卷,回收有效问卷482份)。其中社区的男性为123名,约占总数的50.8%,女性为119名,约占总数的49.2%;平均年龄(45.83 ± 15.62)岁,40~45岁最多,占37.2%,其次是55岁以上者,占30.6%;文化程度以初中及以下居多,占55.8%;职业以离退休人员居多,占22.7%,从经济情况看,就诊者的平均月收入在500~1800元居多,占57.6%;就诊者的平均医疗费以500元以下居多,约占53.8%。综合医院的男性为78名,约占总数的32.5%,女性为162名,约占总数的67.5%;平均年龄

(45.81 ± 15.48)岁,40~45岁最多,占38.3%,其次是55岁以上者,占35.4%;文化程度以初中及以下居多,占36.8%。职业以企事业单位人员居多,占20.8%。从经济情况来看,就诊者的平均月收入在1800元以上的占73.8%,以1800~3000元最多,约占42.7%;就诊者的平均年医疗费以500元以下居多,约占47.9%,500~1000元的患者约占27.0%。

2.2 患者的转诊经历与相关因素分析 调查结果显示,70名患者有转诊经历,占患者总数的14.5%,其中上转者65人,下转者6人,1人为双向转诊,分别占转诊经历的92.9%、8.6%、1.4%。影响转诊经历的客观因素分析见表1。由表1可知:不同性别的患者转诊经历差异无统计学意义,不同年龄、文化程度、职业、平均月收入患者间转诊经历差异均有统计学意义,年龄以>55岁组、文化程度以初中学历组、职业以离退休人员组、月收入以3000~5000元组的转诊经历最多。

表1 不同影响因素与患者转诊经历的关系[例(%)]

项目	类别	转诊经历		χ^2 值	P值
		有	无		
性别	男	23(4.8)	178(36.9)	2.635	0.105
	女	47(9.8)	234(48.5)		
年龄	<25岁	4(0.6)	30(6.2)	23.585	<0.001
	25~40岁	6(1.2)	119(24.7)		
	40~55岁	24(5.0)	155(32.2)		
	>55岁	36(7.5)	108(22.4)		
文化程度	小学及以下	23(4.8)	72(14.9)	20.715	<0.001
	初中	32(6.6)	141(29.3)		
	高中及中专	11(2.3)	110(22.8)		
	大专	4(0.8)	60(12.4)		
	本科及以上	0(0.0)	29(6.0)		
	无业人员	9(1.9)	45(9.3)		
职业	事业单位人员	6(1.2)	88(18.3)	35.205	<0.001
	企业单位人员	7(1.5)	87(18.0)		
	农民	5(1.0)	28(5.8)		
	农民工	4(0.8)	7(1.5)		
	离退休人员	28(5.8)	70(14.5)		
	个体	3(0.6)	58(12.0)		
	其他	8(1.7)	28(5.8)		
平均月收入	500元以下	1(0.2)	17(3.5)	48.880	<0.001
	500~1800元	3(0.6)	105(21.8)		
	1800~3000元	22(4.6)	184(38.2)		
	3000~5000元	40(8.3)	84(17.4)		
	5000~8000元	4(0.8)	15(3.1)		
	8000元以上	0(0.0)	7(1.5)		

2.3 患者不愿上转原因分析 “转诊程序繁琐”占45.6%，“认为病情不严重,不需要转诊”占68.9%，“无医疗保险”占50.6%，“家庭经济困难”占78.4%，“交通不便”占43.2%。

2.4 患者不愿下转原因分析 “转诊程序繁琐”占15.8%，“不信任社区医疗水平”占72.7%，“医疗保险报销比例差距小”占30.9%，“家庭经济困难”占

24.3%，“自认为病情不重、不愿意再继续治疗”占43.4%，“社区未开展家庭病床、康复医疗等”占24.8%。

2.5 医务人员一般情况 对5家综合医院与5家社区卫生服务中心的500名医生进行问卷调查(共调查500份问卷,回收有效问卷469份),其中社区卫生服务中心的男性为100名,占41.7%,女性139名,占40.4%;平均年龄为(34.10±8.47)岁;学历水平以本科最多,约占53.8%,硕士和博士较少(硕士6.3%、博士0.0%)。综合医院的男性为133名,占55.4%,女性97名,占40.4%;平均年龄为(41.10±8.87)岁;学历水平以硕士(34.6%)、博士(22.9%)最多,共约占57.5%,本科占39.6%,中专、大专最少。

2.6 社区卫生服务中心上转患者的现状及原因分析 165名工作者有上转经历,占总人数的70.0%,上转病例数为172例。上转的原因主要为“社区医疗条件受限”占29.1%、“社区缺乏检查设备”占31.7%、“患者主动要求”占15.9%、“担心医疗风险”占13.8%。

2.7 综合医院下转患者的现状及原因分析 仅有5名医生有过下转经历,病例数为7例,下转的理由主要为“急性期病情稳定”“恢复期需康复治疗”“患者主动要求”“需长期治疗的慢性病”“常见病、多发病”。

2.8 医务工作者对双向转诊运行不畅的原因分析 没有明确的转诊标准占82.1%,没有明确的转诊监管机构及机制占61.2%,缺乏基本医疗保险支持占77.6%,医疗机构间的利益冲突占73.1%,双向转诊的信息平台不完善占68.7%,患者不了解双向转诊制度占17.9%,患者不信任社区医疗水平占76.1%,其他占3.0%。

3 讨论

根据本文调查结果,转诊经历与患者的年龄、收入、学历等客观因素有关,但转诊的制度设计为其内因,为促进其顺利运行,可从以下两方面进行优化。

3.1 完善转诊系统,建立医疗联合体^[4] ①强基层,加强社区卫生服务机构的建设。包括全科人才和设备的投入^[5]。提高基层卫生服务能力,使百姓对基层的信任度提高,从而为基层首诊、双向转诊的医疗秩序提供基础保障^[6]。由调查可知,社区卫生服务中心的医生学历水平以本科最多,硕士和博士仅占6.3%,与以博/硕士为主的综合医院差别较大,而患者不愿下转回社区的主要原因也为不信任社区医生的专业水平和社区的检查设备,所以若能将高学历、经过规范化培训的全科医生引入社区,多以进修、年会、帮扶等多种形式、多种平台增加医师间的沟通^[7],同时配备较高级的检查设备,或共享医疗设备,提高资源利用率^[8],患者何

必舍近求远? ②转诊流程应清晰、可行,监管机制应明确、具体、严格。可将双向转诊工作的开展情况纳入到医疗机构年度绩效考核范畴内^[9]。上级医院下转率极低,故应重点加强对综合医院下转的监督。重点考核上级医疗机构患者下转率、平均住院日、次均住院费用、患者满意度、规范化健康档案使用情况^[10]等。调查中发现患者常因转诊程序繁琐,医生往往因转诊标准不明确而放弃转诊,故应规范化转诊的流程,并加大宣传力度,使居民对社区首诊和双向转诊的利好充分认识,引导患者合理下转。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^[11]。解决转诊的交通工具,保证途中的医疗安全,节省转诊时间。加强转诊双方的了解,使患者得到及时、有效、合理的治疗,并在康复期及时下转^[12]。③建立转诊的网络信息系统并进行维护,必须保证网络通畅,清晰、明确、及时的显示社区、综合医院的转诊能力^[13]。调查中医患双方均认为若转诊信息通畅则会大大提高转诊的效率,不致延误病情。

3.2 增强医疗保险对转诊的杠杆作用 ①扩大医疗保险纳入的人群范围、病种范围、药品范围^[14-15],将符合基本医疗保险规定的社区卫生服务项目纳入其中,合理确定社区医疗机构药品品种和数量,完善药品和医疗服务价格^[16]。调查中发现有些个体或无业患者因需支付较高的医疗费用而放弃进一步上转治疗。有患者和医生指出可把“阿托伐他汀”“氯吡格雷”“阿司匹林”“氨氯地平”“曲美布汀”等药物纳入报销范围,而不仅是“二甲双胍”“硝苯地平”。②提高家庭病床、中医保健、特色康复等项目的报销比例^[17]。调查中24.8%的患者所在社区尚未全面开展上述项目,为促进康复期的患者的下转率,社区管理者和政府相关部门应积极开展以上项目并给予较高的报销比例^[18]。③降低从社区卫生服务中心转至综合医院患者的起付线标准。④拉开社区卫生服务中心与综合医院的报销比例差距。⑤对完成上转及下转的患者在原有报销比例基础上再增加额外的报销比例^[19]。⑥将远程医疗纳入医疗保险范围,运用计算机、通信网络、医疗技术与设备,通过对数据、语音、视频和图像等资料进行远距离传送,实现专家与患者、专家与基层医务人员之间“面对面”沟通的新型医疗模式^[14]。⑦将上门医疗服务纳入医保报销范围^[20]。

参考文献

- [1] 朱有为,柏涌海, YUE Zhang, 等. 双向转诊的风险控制研究概述[J]. 中华全科医学, 2014, 12(10): 1631-1633.
- [2] 李海滨,封国生. 某三甲医院医师及患者转诊认知现状研究[J].

中国医院,2017,21(4):41-43.

[3] 徐静,苗豫东,钱东福,等.两种协作模式“下转”服务实施效果评价[J].重庆医学,2017,46(3):406-408.

[4] 刘顺智.一体化改革改了什么[J].中国卫生,2014,30(9):91-92.

[5] 许志红,张琦,周侃,等.澳大利亚卫生资源区域整合对我国的启示[J].中华全科医学,2013,11(4):631-633.

[6] 甄诚,毛羽.医联体框架下各省市关于强基层举措的现状分析[J].北京医学,2017,39(1):93-96.

[7] 章金娟,马胜林,钱申贤,等.医疗联合体双向转诊的实践探讨[J].医院管理论坛,2017,34(5):10-12,37.

[8] 田果,周典,徐红兵,等.电子转诊现状研究及对策措施[J].安徽医学,2015,36(9):1153-1155.

[9] 芦炜,梁鸿.如何构建医疗联合体:组织模式、利益机制和服务内容[J].中国卫生政策研究,2013,6(12):6-11.

[10] 冯智,宋建华.医院的科学发展需要合理的考核机制——“平均住院日、床位周转数、床位使用率”之见解[J].医学信息,2013,27(24):23-24.

[11] 贺永莲,杨立,田先伶,等.探索双向转诊模式促进“分级诊疗”工作开展[J].中国社区医师,2017,33(2):164-165.

[12] 惠祚哲,鱼敏.双向转诊的现状与存在问题探析[J].中国医药导报,2016,13(31):144-147.

[13] 赵红艳,隋霞,梁铭会,等.关于开展分级诊疗试点工作的实践和探索[J].中国医院,2016,20(1):23-25.

[14] 刘洋,赵忠毅,闻德亮.国外不同医疗保障特征的双向转诊经验分析[J].中国卫生质量管理,2015,22(1):38-40.

[15] 马小磊,杨云滨,肖俊辉,等.我国社区医疗机构与医院互动困境及对策探讨[J].卫生软科学,2017,31(1):7-10.

[16] 钟艳宇,陈娟.我国医联体中双向转诊制度的实施现状及对策[J].中国医药导报,2017,14(16):154-158.

[17] 杨一驰,张雪晖.将远程医疗纳入基本医疗保险的研究[J].中国社会医学杂志,2017,34(1):7-9.

[18] 李丽珊.浅论现行医疗保险制度下推行双向转诊制度的主要问题及对策[J].中国药物与临床,2014,14(9):1297-1299.

[19] 朱恒鹏.付费成功之道在于医疗供给配套-以门诊按人头付费改革为例[J].中国社会保障,2013,20(1):82-83.

[20] 陈琳.北京退休工资5年涨140%上门医疗服务医保报销[J].现代养生,2017,33(12):4.

(本文编辑:代莹莹) 收稿日期:2017-06-20

(上接第753页)

热打击诱导了 P53 转录非依赖介导的线粒体凋亡通路,在这一过程中,P53 mRNA 被认为是感受中暑引起 DNA 损伤后起重要作用的信号分子。迅速表达增高的 P53 mRNA 可以调控某些周期蛋白抑制剂的表达,从而抑制细胞增殖,促进细胞凋亡、坏死^[16-17]。本实验的结果也进一步证实,中暑组大鼠血清 P53 含量高于正常对照组和 ω-3 鱼油脂肪乳注射液治疗组,但是 ω-3 鱼油脂肪乳注射液治疗组在各个时间点较模型组低,本实验这一结果表明,ω-3 鱼油脂肪乳注射液可以抑制 P53 的分泌,提示其可能具有保护中暑大鼠血管内皮细胞的作用。

总之,血管细胞内皮细胞是中暑发生发展过程中重要的靶细胞和效应细胞,而损伤的内皮细胞继释放多种炎性递质进一步放大宿主反应,加重中暑的病情发展。而本实验结果发现 ω-3 鱼油脂肪乳注射液可以通过减轻 P53 蛋白的表达,抑制细菌的 LPS,减少 NF-κB 的释放,表明其可以减轻中暑的病情发展,提示其对血管内皮细胞具有一定的作用。

参考文献

[1] 古正涛,刘志锋,苏磊.血管内皮细胞损伤与中暑发病机制关系的研究进展[J].中华急诊医学杂志,2013,22(7):809-811.

[2] 陈桦,童华生,张兴钦,等.乌司他丁减轻重症中暑大鼠肺的炎症和氧化损伤[J].中华急诊医学杂志,2014,23(8):866-870.

[3] 殷宗宝,向群,计超,等.ω-3 鱼油脂肪乳对慢性阻塞性肺疾病大鼠的干预作用[J].中华临床营养杂志,2014,22(1):49-52.

[4] 缪红军,王丹,葛许华,等.ω-3 多不饱和脂肪酸对脓毒症大鼠淋巴细胞凋亡率的影响[J].中国当代儿科杂志,2017,19(3):355-360.

[5] Zugno AI, Chipindo HL, Volpato AM, et al. Omega-3 prevents behavior response and brain oxidative damage in the ketamine model of schizo-

phrenia[J]. Neuroscience,2014,259(4):223-231.

[6] Novosad SA, Sapiano MR, Grigg C, et al. Vital signs: epidemiology of sepsis: prevalence of health care factors and opportunities for prevention[J]. MMWR Morb Mortal Wkly Rep,2016,65(33):864-869.

[7] Hotchkiss RS, Monneret G, Payen D. Immunosuppression in sepsis: a novel understanding of the disorder and a new therapeutic approach [J]. Lancet Infect Dis,2013,13(3):260-268.

[8] Leon LR, Bouchama A. Heat Stroke [M]//Comprehensive Physiology. John Wiley & Sons, Inc. 2015:1030.

[9] 张微峰,胡容. NF-κB 在炎症相关癌症中的双重作用[J]. 药物生物技术,2015,22(1):74-77.

[10] 黄玉琴,李萌,张晓菁,等. HBO 联合 BMSCs 移植减轻脊髓损伤大鼠炎症反应与 NF-κB 炎症信号通路有关[J]. 中华神经医学杂志,2017,16(8):777-784.

[11] Gonzalo S, Valero MS, Salinas FMD, et al. Roles of Toll-Like Receptor 4, IκB Kinase, and the Proteasome in the Intestinal Alterations Caused by Sepsis[J]. Digestive Diseases & Sciences,2015,60(5):1223-1231.

[12] 谭庆峰,陈振勇. 添加 ω-3 鱼油脂肪乳对腹部手术后肠粘膜通透性的影响[J]. 临床外科杂志,2013,21(6):444-446.

[13] Fontenele M, Lim B, Oliveira D, et al. Calpain A modulates Toll responses by limited Cactus/IκB proteolysis[J]. Mol Biol Cell,2013,24(18):2966-2980.

[14] 唐碧波,胡东辉. ω-3 鱼油脂肪乳注射液治疗重症急性胰腺炎的临床疗效研究[J]. 重庆医学,2013,42(10):1092-1094.

[15] 邓炳取. ω-3 鱼油脂肪乳在重症急性胰腺炎患者中的应用价值分析[J]. 海南医学院学报,2015,21(7):936-938.

[16] 李仲颖,牛朝诗,汪炎,等. 组蛋白去乙酰化酶抑制剂 Apicidin 对胶质瘤细胞的凋亡及 Nanog 和 p53 表达的影响[J]. 中华神经医学杂志,2014,13(3):246-251.

[17] 张彩峰,曹苏,沈施仁. 缺氧-复氧损伤对大鼠心肌微血管内皮细胞 NF-κB、FKN 和 p53 mRNA 表达的影响[J]. 江苏医药,2013,39(6):642-644.

(本文编辑:谢飞凤) 收稿日期:2017-12-13