



# 公立与民营医院构建医联体内医务人员对双向转诊认知情况的调查与分析

高玉娇, 林振平

南京医科大学医政学院, 江苏 南京 211166

**摘要:**以宿迁市第一人民医院医联体为例,通过问卷调查,分析公立医院与民营医院构建的医联体内双向转诊运行情况和医师对双向转诊的认知情况,并对医联体内管理人员进行访谈。结果发现,公立医院和民营医院组建的医联体内存在双向转诊宣传力度较小、医疗机构对双向转诊认识有偏颇、双向转诊执行力度有限、医联体运行机制不够健全等问题。建议加大双向转诊宣传力度、明确双向转诊标准、完善医联体运行机制和推进医联体深入发展。

**关键词:**医联体;公立医院;民营医院;双向转诊;认知调查

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2020)04-355-005

doi:10.7655/NYDXBSS20200412

医联体建设对于构建分级医疗、急慢分治、双向转诊的诊疗模式,加强各级医疗机构之间的分工协作,优化卫生资源配置,方便居民就诊具有重要意义<sup>[1]</sup>,可以有效缓解大医院“人满为患”、小医院“门可罗雀”的问题<sup>[2]</sup>。虽然国家出台了一系列政策文件支持社会办医向集团化、高水平、规模化发展,但目前医联体的建设基本都以公立医院为主<sup>[3]</sup>。对医联体的研究也多是对公立医院组成的医联体的研究,甚至有学者将医联体定义为“一定区域内不同类型、不同层级的公立医院的联合体”,对民营医院参与组建的医联体研究较少。宿迁市第一人民医院医联体是以公立三级医院为牵头医院,一、二级民营医院参与的医联体,核心公立医院以自身人才、设备、平台等优势资源为抓手,在共建科室、义诊坐诊、资源共享、人才培养等方面对口帮扶民营医疗机构,优化资源配置,提高卫生资源利用效率,加强分工协作,充分发挥各级医疗机构的作用和潜力。医联体内双向转诊的有效运行关系到医疗资源的优化配置。本研究通过对该医联体内双向转诊的运行现状、各级医疗机构医务人员和管理人员对双向转诊的认知情况进行调查,分析目前双向转诊实现过程中存在的问

题,并提出针对性建议,为推进双向转诊和医联体建设提供相关借鉴依据。

## 一、对象和方法

笔者通过查阅相关文献资料,并结合专家修改意见,自制“医务人员双向转诊问卷调查表”。宿迁市第一人民医院医联体涉及两县五区(沭阳县、泗阳县、宿城区、宿豫区、湖滨新区、经开区、洋河新区),采用分层随机抽样的方式,选取综合性较强、较有代表性的11家医院(三级医院1家,二级医院2家,一级及以下医院8家)。笔者2019年7—8月至各被调查医疗机构,对当日在院随机遇到的所有医务人员进行问卷调查。共发放问卷250份,回收有效问卷232份,有效回收率92.5%。被调查人员中三级医院医师106名,二级医院医师35名,一级及以下医院医师91名,涵盖了不同区域不同层次医疗机构人员。同时对核心公立医院和基层民营医疗机构管理人员进行深度访谈,汇总访谈内容。

运用 Excel 对收集到的问卷进行数据整理、录入、汇总,采用 SPSS22.0 软件对数据进行统计学分析和卡方检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

**基金项目:**江苏省卫生和计划生育委员会综合医改招标评估课题“卫生人才队伍建设研究”

**收稿日期:**2019-12-06

**作者简介:**高玉娇(1990—),女,江苏宿迁人,硕士研究生在读,研究方向为医院管理;林振平(1975—),男,安徽临泉人,博士,研究方向为卫生经济与医保政策,通信作者, Linzhp213@163.com。

## 二、结果

### (一)医联体基本情况和双向转诊情况

宿迁市第一人民医院作为宿迁地区唯一大型综合性公立医院,于2016年7月正式运营,建院之初就严格按照国家新一轮医改的要求,制定并完善相关制度规范和医疗流程,严格落实构建医联体的相关要求。医院于2017年3月开始先后与12个乡镇医院签订对口帮扶和双向转诊协议,于2017年6月与17家县级及乡镇医院签署医联体协议,正式成立宿迁市第一人民医院医联体,其中三级医院1家,二级医院7家,一级医院10家。与其他由公立医院组建的医联体不同,该医联体由公立医院与民营医院联合组成,其核心医院为公立非盈利性医院,其他医院均为民营非盈利性医疗机构。研究发现,该医联体主要是出于医疗行业公益性的需求<sup>[4]</sup>,以技术帮扶为主要内容与基层医院展开合作,合作体系较为松散。虽然2020年3月医院与宿迁市宿城区政府签约,共同打造宿城区首个公立区域医疗卫生中心(龙河中心卫生院),并选派管理团队进驻该院,在医院管理、远程医疗等方面提供服务和支撑,但是因该医联体中各成员单位仍保持独立法人,且经济核算、人员调配等彼此独立,故此医联体仍属于以协议为纽带的松散型组织<sup>[5]</sup>。该医联体在资源共享、科室共建、人才培养、转诊绿色通道以及沟通平台建设等方面进行了初步探索。目前该医联体主要以胸痛中心为抓手,建立双向转诊流程。医联体内胸痛患者,由社区医院开具转诊卡,通过绿色通道前往上级医院就诊。从转诊记录看,截至2019年9月共完成双向转诊1 445人次,其中上转1 129人次,下转316人次。

### (二)双向转诊知晓度及影响因素

调查表明,232名医务人员中,有220名医务人员知晓双向转诊,占比94.8%。经卡方检验,不同医院性质、医院等级、性别、学历的医务人员对双向转诊知晓度无显著差异( $P>0.05$ )。不同年龄( $\chi^2=17.058, P<0.05$ )、职称( $\chi^2=12.654, P<0.05$ )和工作年限( $\chi^2=16.683, P<0.05$ )的医务人员对双向转诊制度的了解度有显著性差异,30~<40岁、中级职称、工作年限较长的医师对双向转诊了解度更大,可能与工作经验及对医疗体系的了解程度有关(表1)。

### (三)对双向转诊的认知和宣传力度

调查发现,14.1%的医务人员认为双向转诊减少了所在医疗机构的收入,公立医院和民营医院的医务人员该观点无显著性差异( $\chi^2=3.041, P>0.05$ );38.6%的医师经常向患者宣传该制度,公立医院和民营医院的医务人员对双向转诊的宣传有显著性差异( $\chi^2=6.026, P<0.05$ ),民营医院医务人员经常宣传的比

表1 双向转诊知晓度影响因素 [n(%)]

影响因素	了解度		$\chi^2$ 值	P值
	了解	不了解		
医院性质			2.305	0.129
公立医院	103(97.2)	3(2.8)		
民营医院	117(92.9)	9(7.1)		
医院等级			2.460	0.292
三级医院	103(97.2)	3(2.8)		
二级医院	33(94.3)	2(5.7)		
一级及以下医院	84(92.3)	7(7.7)		
性别			0.853	0.356
男	117(53.2)	8(66.7)		
女	103(46.8)	4(33.3)		
年龄			17.058	0.002
30岁以下	40(18.2)	8(66.7)		
30~<40岁	103(46.8)	4(33.3)		
40~<50岁	59(26.8)	0(0)		
50~<60岁	12(5.5)	0(0)		
≥60岁	6(2.7)	0(0)		
学历			6.151	0.188
中专	28(12.7)	2(16.7)		
大专	34(15.4)	3(25.0)		
本科	69(31.4)	6(50.0)		
硕士	88(40.0)	1(8.3)		
博士	1(0.5)	0(0)		
职称			12.654	0.013
未定级	24(10.9)	6(50.0)		
初级	52(23.7)	3(25.0)		
中级	96(43.6)	2(16.7)		
副高	32(14.5)	1(8.3)		
正高	16(7.3)	0(0)		
工作年限			16.683	0.002
5年及以下	51(23.2)	9(75.0)		
6~10年	73(33.2)	1(8.3)		
11~15年	23(10.5)	1(8.3)		
16~20年	21(9.5)	1(8.4)		
>20年	52(23.6)	0(0)		

例较大;56.0%的医务人员认为其所在医疗机构对双向转诊的宣传力度一般或较小,公立医院和民营医院的宣传力度无显著性差异( $\chi^2=1.790, P>0.05$ ,表2)。

表2 公立医院和民营医院医务人员对双向转诊认知和宣传力度 [n(%)]

认知和宣传情况	医院性质		$\chi^2$ 值	P值
	公立医院	民营医院		
对医疗机构收入影响			3.041	0.219
增加了收入	35(34.0)	28(23.9)		
减少了收入	12(11.6)	19(16.3)		
没有影响	56(54.4)	70(59.8)		
是否向患者宣传该制度			6.026	0.049
经常宣传	31(30.1)	54(46.2)		
偶尔宣传	60(58.3)	52(44.4)		
从不宣传	12(11.6)	11(9.4)		
医疗机构宣传力度			1.790	0.409
大	47(45.6)	43(36.8)		
一般	49(47.6)	65(55.6)		
小	7(6.8)	9(7.6)		

### (四)双向转诊执行情况

调查发现,232名医务人员中有181名曾遇到转诊患者,占比78.0%;其中有上转经历者占比55.2%,

有下转经历者占比2.2%,两者都有占比42.5%,下转患者明显少于上转患者。公立医院和民营医院转诊情况有显著性差异( $\chi^2=20.412, P<0.05$ ),公立医院下转患者占比略高于民营医院。对于上转到其他医疗机构的患者,接受调查的医务人员中经常主动跟踪了解患者病情的占比51.4%,偶尔主动跟踪了解患者病情的占比42.0%,从未主动跟踪了解患者病情的占比6.6%,公立医院和民营医院对上转患者跟踪情况有显著性差异( $\chi^2=10.096, P<0.05$ ),民营医院对上转患者关注度低于公立医院。上转患者后,有51名医务人员遇到上级医院不愿下转的情况,占比28.2%;有52名未遇到,占比28.7%;有78名表示不清楚,占比43.1%,公立医院和民营医院遇到不愿下转情况无显著性差异( $\chi^2=0.541, P>0.05$ ,表3)。

表3 公立医院和民营医院医务人员双向转诊执行情况 [n(%)]

执行情况	医院性质		$\chi^2$ 值	P值
	公立医院	民营医院		
转诊情况			20.412	<0.001
上转患者	31(37.3)	69(70.4)		
下转患者	3(3.6)	1(1.0)		
两者都有	49(59.1)	28(28.6)		
对上转患者跟踪了解情况			10.096	0.006
经常	49(59.0)	44(44.9)		
偶尔	33(39.8)	43(43.9)		
从未	1(1.2)	11(11.2)		
是否遇到医院不愿下转情况			0.541	0.763
是	22(26.5)	29(29.6)		
否	26(31.3)	26(26.5)		
不清楚	35(42.2)	43(43.9)		

(五)双向转诊顺畅度的满意度及影响因素

调查发现,有48.6%的医师对目前双向转诊顺畅度不太满意,公立医院和民营医疗机构间满意度有显著性差异( $\chi^2=16.101, P<0.05$ ),民营医院满意度较低(表4)。缺乏监督考核机制(70.7%)、医保未发挥作用(68.1%)以及医院为了各自利益不愿转诊(66.4%)是影响满意度的主要因素(表5)。

表4 双向转诊满意度 [n(%)]

满意度	公立医院	民营医院
非常满意	4(4.8)	13(13.3)
较满意	47(56.6)	28(28.6)
不太满意	30(36.2)	55(56.1)
非常不满意	2(2.4)	2(2.0)

$\chi^2=16.101, P=0.001$ 。

表5 双向转诊满意度影响因素

影响因素	人数	占比(%)	排序
缺乏监督考核机制	82	70.7	1
医保未发挥作用	79	68.1	2
医院为了各自利益不愿转诊	77	66.4	3
缺乏明确的双向转诊制度和标准	76	65.5	4
患者不信任基层医疗机构	68	58.6	5
患者不了解双向转诊制度	49	42.2	6
基层服务能力弱	47	40.5	7
转诊手续繁琐	44	37.9	8

(六)医联体内管理人员访谈情况

公立核心医院管理人员认为,目前该医联体有制度但不具体,有流程但无标准。医联体内各医疗机构意识淡薄,医联体缺乏相关优惠政策,吸引力较差。政府缺乏明确制度规范,未能自上而下推行。医联体内也无明确责任部门,没有作为考核项目,也未对医疗机构和医生进行考核。目前公立医院自己仍处于发展期,医疗承受能力仍未饱和,也不利于下转的推行。

民营基层医院管理人员认为,目前上转相比于下转实施更顺畅。上级医院出于医院利益或者基层医院医疗水平的考虑,下转患者较少。虽然已签署医联体协议或者双向转诊协议,但无转诊标准,流程也有待完善,没有独立负责的部门。因为宿迁地区医疗的特殊性,一家基层医院可以和多家核心医院签署医联体和双向转诊的协议,但多是流于形式,实际联系较少。目前核心医院号源、床位等并不紧张,且上转或下转没有优惠政策,对老百姓吸引力不大,基层医院医生更倾向于直接指引有需要的患者自行去大医院就诊而非转诊途径。

三、讨论

该公立医院和民营医院构建的医联体内双向转诊实施虽然取得部分进展,建立起双向转诊流程,完成双向转诊1445人次,但与通过建设医联体以提高卫生资源利用效率、加强分工协作、充分发挥各级医疗机构作用和潜力的目标仍有较大差距,主要表现如下。

(一)双向转诊宣传力度较小

调查发现,虽然医联体内医务人员对双向转诊知晓率高于90%,但是经常向患者宣传该制度的医务人员仅为38.6%,有56.0%的医务人员认为其所在医疗机构对双向转诊的宣传力度一般或较小。

(二)对双向转诊认识有偏颇

执行双向转诊制度与否的根本原因在于对其利益的影响程度大小<sup>[6]</sup>。由于宿迁医疗市场的特殊性,部分医疗机构不愿主动将符合转诊条件的患者转诊,认为转诊会减少医院收入。调查发现,有14.1%的医务人员认为双向转诊减少了医院收入,有28.2%



的医务人员遇到上级医院不愿下转患者的情况。同时,对双向转诊顺畅度不满意的医师中,有66.4%的医务人员认为医院为了各自利益不愿转诊。

### (三)双向转诊执行力度有限

调查发现,该医联体内下转患者仅占21.9%,远低于上转患者。仅有51.4%的医务人员经常主动跟踪了解上转患者的病情,民营医院对上转患者关注度低于公立医院。对于下转患者,基层医疗机构缺乏上级医院医生的技术指导与后续跟进<sup>[7]</sup>,不利于双向转诊的开展。

### (四)医联体运行机制不够健全

宿迁民营医院发展模式已较为成熟,拥有独立的运营体系和管理机制。宿迁市第一人民医院作为新建三级公立医院,组建医联体主要目的是履行公立医院的职责。但是囿于宿迁医疗市场的特殊性,与民营医院合作的深度和广度不足。调查发现,该松散型医联体主要以技术帮扶为主,对双向转诊的实施缺乏监督考核(70.7%)和明确的制度标准(65.5%)。签署的医联体协议,主要对双向转诊、技术帮扶、医师定期坐诊、信息资源共享等内容进行了约定,但是在职权划分、人事任免、利益分配、重大事项决策机构等方面并未作出规定,没有形成有效的权力制衡机制,理事会难以发挥应有的职能,导致医联体运行效果并不理想,没有发挥“1+1>2”的预期目标<sup>[8]</sup>。同时该医联体还未成立独立的管理部门,双向转诊在实施过程中经常出现“断链”现象,影响整个转诊程序的通畅完成。

## 四、对策与建议

### (一)加大双向转诊宣传力度,提高患者知晓度

首先,扩大医疗机构双向转诊宣传范围和宣传形式,特别是民营医院的宣传力度,由院内宣传走向院外宣传,积极利用多种媒体手段,将其作为对患者健康教育的重要内容。其次,将其纳入对医师执行双向转诊的考核指标,要求医师务必对患者宣传双向转诊,提高就诊患者对双向转诊制度和流程的知晓度,使得患者了解双向转诊的优点,提高患者对基层医疗机构的信任,积极引导患者转变就医观念。

### (二)明确双向转诊标准,健全监督考核激励机制

第一,医疗保险管理部门、卫生和健康委员会以及相关医学(协)会明确双向转诊病种及临床路径,制定出能够实际操作的双向转诊标准<sup>[9]</sup>。医联体根据自身情况明确病种目录,以诊断结论为依据进行双向转诊。第二,成立双向转诊督查部门以监督双向转诊实施过程。将双向转诊纳入考核指标,将医务人员双向转诊执行情况与绩效挂钩。转诊时需提供患者诊疗记录、病历资料以及转诊医生

的姓名和联系方式,还要监督转诊后医务人员和医疗机构是否对患者进行跟踪随访,确保转诊全过程通畅。

### (三)完善医联体运行机制,形成有效权力制衡

虽然公立医院和民营医院两者之间相应的考核体系因为偏向不同而设置不同<sup>[10]</sup>,但医疗机构的行业性质决定了其公益性的属性,不能以产权性质对公益性进行划分<sup>[11]</sup>,不同产权性质的医疗机构均需要承担相应的社会责任。政府在公私合作组建医联体中要发挥至关重要的导向和推动作用<sup>[12]</sup>。卫生主管部门作为医疗机构的管理者,应协同各方利益,对不同产权性质医疗机构组建的医联体内各成员功能定位给出指导性政策,对医联体内医疗机构给予政策倾斜以激励更多医疗机构的加入,同时还要充分发挥监督考核作用。医联体要因地制宜制定出符合实际情况的运行机制和利益分配方案,明确公立医院与民营医疗机构在医联体中的职权划分,形成有效的权力制衡机制,充分发挥医联体最高决策机构理事会的职能,平衡内部利益分配,实现利益共存,使得核心医院真正行使行政主导权,基层医疗卫生机构真正接受核心医院的行政管理<sup>[13]</sup>。

### (四)推进医联体深入发展,构建半紧密型或紧密型医联体

紧密型医联体以产权为纽带,是一个高度集中的医疗联合体,通过人才与设备等的深度融合形成利益共同体<sup>[14]</sup>,医院间可互通有无,资源共享,更有利于双向转诊的有效开展。但是由于公私合作组建医联体的特殊性以及宿迁医疗高度市场化的特性,初期想建成完全的紧密型医联体还较为困难。目前宿迁市第一人民医院逐步推进紧密型医联体建设,与宿城区政府合作打造龙河中心卫生院,选派管理团队进驻该院,但也只在管理权方面有所涉及,在人事权、财务支配权等方面未有明确规定。所以,公立和民营医疗机构组建医联体,建议可先推进半紧密型医联体建设,在保持独立法人的前提下,采用医院托管模式对行政管理、医疗业务、科研教学、资源共享、后勤保障等多方面进行托管<sup>[15]</sup>,取得一定基础后再逐步推进紧密型医联体建设。

## 参考文献

- [1] 汤佳,王长青. 医联体工作的PEST-SWOT模型研究分析[J]. 中国卫生质量管理,2016,23(6):77-80
- [2] 张兵,俞海. 医保引导分级诊疗[J]. 中国社会保障,2016(5):72-73
- [3] 江上. 医联体:民营医院发展的相遇[J]. 卫生经济研究,2014(4):10-11
- [4] 王强祥. 医联体模式推行现状及对策研究——以常州市第二人民医院为例[J]. 常州实用医学,2016(6):

- 393-394
- [5] 黄培,易利华. 3种不同类型医联体模式的实践与思考[J]. 中国医院管理,2015,35(2):16-19
- [6] 高鹏,范君晖,逢继新,等. 基于演化博弈模型的医联体双向转诊机制策略[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2018,18(6):421-425
- [7] 王菁,冷明祥,沈旸,等. 淮安市医疗机构实施分级诊疗的现状研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2016,16(6):435-437
- [8] 麻若蒙,方鹏骞. 公私合作组建医疗联合体的探讨[J]. 中国医院管理,2018,38(5):10-12
- [9] 詹利. 对我院开展双向转诊工作的实践和思考[J]. 财经界,2017(26):134
- [10] 子扬. 医联体,民营医院的缺席[J]. 中国卫生人才,2014(1):38-39
- [11] 林婕,张亮. 民营医疗机构在保障医院公益性中的作用研究[J]. 中国卫生经济,2011,30(5):8-10
- [12] 方鹏骞,贾艳婷. 医联体如何实现可持续发展[J]. 中国卫生,2017(11):36-37
- [13] 李小芳,潘云龙,王永祥. 松散型医联体双向转诊的现状思考[J]. 江苏卫生事业管理,2018,29(3):269-271
- [14] 姜立文,宋述铭,郭伟龙. 我国区域纵向医联体模式及发展现状[J]. 医学与社会,2014,27(5):35-38
- [15] 路丽,李章平,江松福,等. 基于模块化托管方式的智慧医联体建设[J]. 中国医院管理,2014,34(11):6-7

## An investigation and analysis on the cognition of two-way referral by physicians from the medical association composed of public and private hospitals

GAO Yujiao, LIN Zhenping

School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

**Abstract:** Taking the medical association of the Suqian First People's Hospital as an example, the paper investigated and analyzed the operation situation of two-way referral and the cognition of medical staff on two-way referral in the medical association constructed by public and private hospitals through a questionnaire survey. Meanwhile, in-depth interviews were conducted within hospital managers. It is found that there are some problems in the medical association established by public hospitals and private hospitals, such as the weak publicity of two-way referral, the biased understanding of two-way referral by medical institutions, the limited implementation of two-way referral, and the imperfect operation mechanism of medical consortium. It is suggested to strengthen the publicity of two-way referrals, clarify the standards of two-way referrals, improve the operation mechanism of medical association, and promote the in-depth development of medical association.

**Key words:** medical association; public hospital; private hospital; two-way referral; cognitive survey