

海口地区康复门诊患者分级诊疗现状初步调查及向下转诊影响因素分析

林夏妃¹, 潘晶晶¹, 吴海霞¹, 随燕芳¹, 黄英媛¹, 曾 骥¹, 宋振华¹, 王玉龙^{2*}

1 中南大学湘雅医学院附属海口医院(海口市人民医院), 海南 海口 570208;

2 深圳市第二人民医院(深圳大学第一附属医院), 广东 深圳 518000

* 通信作者: 王玉龙, E-mail: ylwang668@163.com

收稿日期: 2024-02-04; 接受日期: 2024-06-30

基金项目: 卫生发展专项资金-海南省省级重点临床专科建设项目(0202067)

DOI: 10.3724/SP.J.1329.2025.01011

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



摘要 **目的** 调查了解海口市居民对分级诊疗模式的认知情况, 并分析向下转诊的影响因素。**方法** 使用便利抽样的方法, 选取 2023 年 10—12 月在中南大学湘雅医学院附属海口医院(海口市人民医院)康复科门诊就诊的 311 例患者作为研究对象, 采用自设问卷进行调查, 收集患者的一般资料, 了解其对分级诊疗制度的认知情况及就医选择、向下转诊经历等。**结果** 311 例患者中, 分级诊疗知晓率仅为 31.83%。急诊就医的机构选择中, 82.32% 的患者选择综合医院, 2.89% 选择专科医院, 7.40% 选择中医院, 5.14% 选择卫生服务站, 7.40% 选择基层医疗机构; 日常就医的机构选择中, 81.67% 的患者选择综合医院, 2.89% 选择专科医院, 9.00% 选择中医院, 6.43% 选择基层医疗机构。311 例患者中, 仅有 67 例患者有过向下转诊的经历, 为 21.54%。单因素分析结果显示学历、医保类型、家庭年收入、所在居住地、最近基层机构距离是患者向下转诊的相关影响因素($P < 0.05$)。多因素 Logistic 回归分析结果显示, 影响居民向下转诊经历的因素主要有学历和所在居住地。小学文化水平的居民向下转诊经历最多, 是没有接受过文化教育居民的 1.598 倍($OR = 1.598, P = 0.037$)。所在居住地位于城乡结合区($OR = 0.155, P = 0.005$)、镇乡结合区($OR = 0.125, P = 0.004$)、乡镇中心($OR = 0.090, P < 0.001$)的居民向下转诊经历依次降低。**结论** 海口地区患者对分级诊疗整体认知度偏低, 基层机构就诊率低, 应加强分级诊疗政策宣教, 提高患者对分级诊疗制度信息知晓率, 引导合理就医行为, 完善分级诊疗制度相应的推行措施, 促进分级诊疗制度落实。

关键词 康复门诊; 分级诊疗; 基层首诊; 问卷调查; 海口地区

分级诊疗是指按照疾病的轻重缓急及治疗的难易程度进行分级, 不同层级的医疗机构承担不同疾病的治疗, 通过多种方式实现医疗服务的一种分工合作的状态^[1]。建立分级诊疗制度, 是合理配置医疗资源, 促进基本医疗卫生服务均等化的重要举措, 是深化医药卫生体制改革, 建立中国特色基本医疗卫生制度的重要内容^[2]。政府大力倡导实施社区医院首诊, 积极推行分级诊疗制度, 以达到减少患者就医环节, 降低其就诊费用, 缓解大医院人满为患的状况^[3]。门诊患者是分级诊疗的服务客体,

其对分级诊疗的认知情况直接影响就医意愿的选择^[4]。本研究针对中南大学湘雅医学院附属海口医院的康复门诊患者进行问卷调查, 了解康复门诊患者对分级诊疗的认知情况以及对就医机构的选择行为, 并对患者向下转诊经历的影响因素进行分析, 为进一步落实分级诊疗制度和合理配置医疗资源提供研究参考。

1 资料与方法

1.1 调查工具

本次调查问卷根据研究目的设计, 并在查阅及

引用格式: 林夏妃, 潘晶晶, 吴海霞, 等. 海口地区康复门诊患者分级诊疗现状初步调查及向下转诊影响因素分析[J]. 康复学报, 2025, 35(1): 83-90.

LIN X F, PAN J J, WU H X, et al. Preliminary survey of graded diagnosis and treatment of rehabilitation outpatients and influencing factors for downward referral in Haikou area [J]. Rehabil Med, 2025, 35(1): 83-90.

DOI: 10.3724/SP.J.1329.2025.01011

©《康复学报》编辑部, 开放获取 CC BY-NC-ND 4.0 协议

© Rehabilitation Medicine, OA under the CC BY-NC-ND 4.0

比较相关文献后,遵循调查问卷设计的原则,对问卷进行适当的修改得到最终问卷^[5-6]。对问卷进行信度分析,采用Cronbach's α 系数进行衡量,该系数值为0.749,信度水平尚可;对问卷进行效度分析,凯撒-米尔-奥尔金检验(Kaiser-Meyer-Olkin,KMO)指标值为0.831,Barrlett球形度检验卡方值为100.969, $P<0.001$,效度水平较高。问卷的信度和效度均通过检验,适合问卷分析。

调查内容主要包括:① 康复门诊患者的一般资料,即性别、年龄、文化程度、职业、医保类型、家庭年收入等;② 对分级诊疗政策的认知情况及实际遵守情况,即患者对分级诊疗制度的了解程度及遵循意愿、家庭医生服务签约情况;③ 对就诊医疗机构的选择意向及其影响因素,选择医疗机构时考虑的相关因素等。

1.2 病例选择标准

1.2.1 纳入标准 ① 具有康复服务需求的门诊患者;② 可配合完成评估者;③ 知情同意,并自愿签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 ① 无康复服务需求,仅在门诊开药的患者;② 无法在研究期间内完成全部评定内容者。

1.3 一般资料

采用便利抽样法,选择2023年10—12月在中南大学湘雅医学院附属海口医院康复科就诊的323例门诊患者为研究对象,开展问卷调查。经过统计核算后,有效问卷311份,问卷有效率为96.28%。311例康复门诊患者中60岁以上的老年人居多;学历主要集中在小学毕业与本科毕业之间;就业情况方面,在职占53.70%,无业占29.26%。见表1。本研究已通过中南大学湘雅医学院附属海口医院伦理委员会审批(审批号:SC20240457)。

1.4 调查过程与质量控制

将自行设计的结构式问卷生成二维码,符合纳入标准的患者扫描“患者问卷入口”二维码,输入患者个人信息后进行面对面问卷调查。开展调查问卷前,对调查人员就调查目的、问卷内容、沟通和解释用语、问卷填写具体要求及注意事项进行统一培训。正式调查开始时,调查人员首先向调查对象说明调查的目的、主要内容,充分取得其信任和支持。若调查对象在问卷填写过程中提出疑问,调查人员使用统一的指导语对其进行指导,但不做任何诱导

性解释,以确保调查对象在充分理解问卷内容的前提下作答。调查问卷中的所有项目均为必填项,若有漏填项(除一般资料项目外),则将该问卷视为无效问卷,并予以剔除。调查数据由复查人员及时对其进行审核、抽查,经审核确认无误后,采用双人平行录入的方式录入数据,并且使用EpiData.1软件对录入数据进行一致性检验,以确保调查数据的质量。

表1 研究对象一般资料($n=311$)
Table 1 General information of research object ($n=311$)

基本变量		例数	占比/%
性别	男	208	66.88
	女	103	33.12
年龄/岁	<30	14	4.50
	30~40	22	7.07
	41~50	30	9.65
	51~60	89	28.62
	>60	156	50.16
文化程度	从未受过教育	8	2.57
	小学	45	14.47
	初中	53	17.04
	高中及中专	118	37.94
	大专、本科及以上	87	27.97
职业	无业	91	29.26
	在职	167	53.70
	学生	5	1.61
	离/退休	48	15.43
医保类型	城镇职工医疗保险	143	45.98
	城乡/城镇居民医疗保险	163	52.41
	公费医疗	4	1.29
	其他	1	0.32
家庭年收入/万元	<1	122	39.23
	1~2	70	22.51
	2~3	23	7.39
	3~4	71	22.83
	4~5	25	8.04

1.5 统计学方法

采用SPSS 26.0统计软件对数据进行分析。计数资料以($n, \%$)表示,组间比较采用 χ^2 检验。对康复门诊患者向下转诊经历的影响因素进行单因素Logistic回归分析,对差异有统计学意义的影响因素进行多因素Logistic回归分析。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 患者对分级诊疗制度的认知情况

受调查的311例患者中,99例知晓分级诊疗制度,分级诊疗知晓率仅为31.83%。在知晓分级诊疗制度的人群中,67例(21.54%)是通过社区宣传的方式,23例(7.40%)是通过医院宣传的方式,4例(1.29%)是通过报纸杂志阅读的方式,30例(9.65%)是通过互联网信息传播的方式。58例对分级诊疗有一些了解,2例对分级诊疗比较了解。118例完全没有听说过家庭医生,193例有听说过家庭医生,仅有42例与家庭医生签约。263例对于双向转诊的实施持中立态度,16例比较赞成实施双向转诊,仅有6例非常赞成。215例患者认为转诊最终决定权在于医患共同决定,65例患者认为应当由医生决定。

2.2 就诊医院选择的分析

调查结果显示,若身体出现不适需要急诊就诊时,选择去综合医院就诊的患者为256例,占比82.32%;选择去专科医院就诊的患者为9例,占比2.89%;选择去中医院就诊的患者为23例,占比7.40%;选择去基层医疗机构(社康中心/社区卫生服务中心、乡镇卫生院和卫生服务站)就诊的患者为23例,占比为7.40%。在日常就医中,选择去综合医院就诊的患者为254例,占比81.67%;选择去专科医院就诊的患者为9例,占比2.89%;选择去中医院就诊的患者为28例,占比9.00%;选择去基层医疗机构(社康中心/社区卫生服务中心、乡镇卫生院和卫生服务站)就诊的患者为20例,占比6.43%。见表3。

表2 患者对分级诊疗的认知情况(n=311)

Table 2 Patients' cognition of graded diagnosis and treatment (n=311)

提问内容	类别	人数	占比/%
是否听过分级诊疗制度	没有	212	68.17
	听说过	99	31.83
	从未接受过/看过宣传	186	59.81
您接受过/看过关于分级诊疗的宣传吗	社区宣传	67	21.54
	医院宣传	23	7.40
	报纸杂志阅读	4	1.29
	互联网信息传播	30	9.65
	亲友/街坊邻里面对面聊天	0	0.00
	其他	1	0.31
您对分级诊疗的了解程度如何	基本不了解	218	70.10
	比较不了解	33	10.61
	有一些了解	58	18.65
	比较了解	2	0.64
	完全了解	0	0
您听说过家庭医生吗	完全没听说过	118	37.94
	听说过,但没有签约	151	48.55
	听说过,已经签约	42	13.51
您是否赞成实施双向转诊	非常赞成	6	1.93
	比较赞成	16	5.14
	一般	263	84.57
	不太赞成	26	8.36
	不赞成	0	0.00
您觉得转诊的最终决定权是谁	医生	65	20.90
	患者	12	3.86
	医保机构	19	6.11
	医患共同决定	215	69.13
	其他	0	0.00

表3 患者就诊医院选择统计结果(n=311)

Table 3 Statistical results of hospital selection for patients (n=311)

提问内容	类别	人数	构成比/%
若身体出现不适,您会首先选择去什么级别的医疗机构	综合医院(即全科医院,不包括中医院)	256	82.32
	专科医院(不包括中医院)	9	2.89
	中医院	23	7.40
	社康中心/社区卫生服务中心	6	1.93
	乡镇卫生院	1	0.32
	卫生服务站	16	5.14
	综合医院(即全科医院,不包括中医院)	254	81.67
您日常最常去哪个级别的医疗卫生机构	专科医院(不包括中医院)	9	2.89
	中医院	28	9.00
	社康中心/社区卫生服务中心	5	1.61
	乡镇卫生院	15	4.82
	卫生服务站	0	0
	综合医院(即全科医院,不包括中医院)	254	81.67

2.3 对海口地区康复门诊患者向下转诊经历的相关因素进行单因素分析

受调查的 311 例患者中,仅有 67 例患者有过向

下转诊的经历,为 21.54%。学历、医保类型、家庭年收入、所在居住地、最近基层机构距离是患者向下转诊的相关影响因素($P<0.05$)。见表 4。

表 4 患者向下转诊经历影响因素的单因素分析($n, \%$)

Table 4 Univariate analysis of influencing factors of patients' downward referral experience ($n, \%$)

因素		没有向下转诊经历 例数	有向下转诊经历 例数	χ^2 值	P 值
性别	女	80(77.67)	23(22.30)	0.56	0.812
	男	164(78.85)	44(21.15)		
年龄/岁	≤ 30	12(85.71)	2(14.29)	0.775	0.437
	$>30\sim 40$	20(90.91)	2(9.09)		
	$>40\sim 50$	21(70.00)	9(30.00)		
	$>50\sim 60$	69(77.53)	20(22.47)		
	>60	122(78.21)	34(21.79)		
学历	从未受过教育	1(12.50)	7(87.50)	0.488	<0.001
	小学	28(62.22)	17(37.78)		
	初中	43(81.13)	10(18.87)		
	高中及中专	102(86.44)	16(13.56)		
	大专、本科及以上	70(80.46)	17(19.54)		
职业	无业	71(78.02)	20(21.98)	0.276	0.965
	在职	130(77.84)	37(22.16)		
	学生	4(80.00)	1(20.00)		
	离/退休	39(81.25)	9(18.75)		
医保类型	城镇职工医保	120(89.92)	23(16.08)	5.250	0.072
	城乡/城镇居民医保	121(74.23)	42(25.77)		
	商业医疗保险	0	0		
	其他:公费医疗/自费/医疗救助等	3(60.00)	2(40.00)		
家庭年收入/万元	<1	101(82.79)	21(17.21)	1.826	0.008
	$>1\sim 2$	61(87.14)	9(12.86)		
	$>2\sim 3$	13(56.52)	10(43.48)		
	$>3\sim 4$	50(71.43)	21(29.58)		
	$>4\sim 5$	19(76.00)	6(24.00)		
所在居住地	城市中心	166(84.69)	30(15.31)	45.926	<0.001
	乡镇中心	31(77.50)	9(22.50)		
	城乡结合区	34(82.93)	7(17.07)		
	镇乡结合区	6(75.00)	2(25.00)		
	农村地区	7(26.92)	19(73.08)		
最近基层机构距离/km	<5	183(78.54)	50(21.46)	11.062	0.026
	$5\sim 10$	38(84.44)	7(15.56)		
	$11\sim 15$	15(88.24)	2(11.76)		
	$16\sim 20$	3(37.50)	5(62.50)		
	>20	5(62.50)	3(37.50)		

2.4 对海口地区康复门诊患者向下转诊经历的相关因素进行Logistics回归分析

以是否向下转诊为因变量(赋值:没有向下转诊经历=0,有向下转诊经历=1),以单因素分析中

差异有统计学意义的指标(学历、家庭年收入、所在居住地和最近基层距离)为自变量进行多因素 Logistic 回归分析,其中学历以从未受过教育为参照组,赋值为 0,其余为 1;家庭年收入以 <1 为参照组,

赋值为0,其余为1;所在居住地以城市中心为参照组,赋值为0,其余为1;最近基层机构距离以<5公里为参照粗,赋值为0,其余为1。影响居民向下转诊经历的因素主要有学历和所在居住地。小学文化水平的居民向下转诊经历最多,是没有接受过文

化教育居民的1.598倍($OR=1.598,P=0.037$)。所在居住地位于城乡结合区($OR=0.155,P=0.005$)、镇乡结合区($OR=0.125,P=0.004$)、乡镇中心($OR=0.090,P<0.001$)的居民向下转诊经历依次降低。见表5。

表5 患者向下转诊经历影响因素的Logistic回归分析($n=311$)
Table 5 Logistic analysis of influencing factors of patients' downward referral experience ($n=311$)

变量	回归系数	标准化回归系数	Wald χ^2	P值	OR值	95%CI	
学历	从未受过教育(参照)		1.493	0.014			
	小学	0.534	1.215	4.347	0.037	1.598	1.164~136.351
	初中	0.423	0.496	0.728	0.394	1.527	0.577~4.038
	高中及中专	-0.481	0.508	0.894	0.344	0.618	0.228~1.675
	大专、本科及以上	-0.739	0.439	0.833	0.092	0.478	0.202~1.129
家庭年收入/万	<1(参照)		4.532	0.339			
	>1~2	-0.780	0.590	1.749	0.186	0.458	0.144~1.456
	>2~3	-1.058	0.649	0.657	0.103	0.347	0.097~1.239
	>3~4	-0.501	0.804	0.388	0.533	0.606	0.125~0.928
	>4~5	-0.151	0.599	0.063	0.802	0.860	0.266~2783
所在居住地	城市中心(参照)		17.412	0.002			
	乡镇中心	-0.412	0.583	17.091	<0.001	0.090	0.029~0.281
	城乡结合区	-1.866	0.670	7.756	0.005	0.155	0.042~0.575
	镇乡结合区	-0.081	0.715	8.483	0.004	0.125	0.031~0.506
	农村地区	-1.626	0.998	0.655	0.103	0.197	0.028~1.391
最近基层 机构距离/km	<5(参照)		7.031	0.134			
	5~10	-0.381	0.926	0.169	0.681	0.683	0.111~4.198
	11~15	-1.323	1.037	1.627	0.202	0.266	0.035~0.033
	16~20	-0.567	1.214	0.218	0.640	0.567	0.052~6.124
	>20	1.133	1.240	0.836	0.360	0.106	0.274~35.266

3 讨 论

近年来,为了减轻慢性病对患者、家庭和医疗系统造成的负担,进一步解决“看病难、看病贵”的问题,我国将推进分级诊疗制度建设作为深化医药卫生体制改革的重点。据2022年我国卫生健康事业发展统计公报资料显示,占医疗卫生机构总数94.85%的基础医疗机构,其诊疗人次仅占总诊疗人次的50.71%,住院人数仅占总住院人数的14.66%,而占医疗卫生机构总数11.4%的公立医院的诊疗人次和住院人数却分别达到了37.89%和66.05%^[7]。由此显示大医院“人满为患”,基层医院“门可罗雀”的不良现象依然存在,分级诊疗制度的落实仍在进行中。本研究对海口地区康复门诊患者分级诊疗进行初步调查,并对向下转诊的影响因素进行分析,得出以下5个结论。

3.1 海口地区患者对分级诊疗认识程度不足

调查结果显示,海口地区患者对分级诊疗知晓

率整体偏低,仅为31.83%,了解的渠道主要为互联网信息宣传、社区宣传和医院宣传等。然而,即便听说过分级诊疗制度,调查人群对分级诊疗制度的具体措施和内容并不了解,仅有2例患者对分级诊疗制度达到比较了解的程度,提示海口市区患者对分级诊疗的认知度处于偏低水平。公众对分级诊疗政策认知不足以及认可程度不高,是公立医疗机构中推行分级诊疗制度的一大障碍^[8],分级诊疗工作是一项复杂而长期的任务,群众对其了解并改变就医行为需要经历认知、信念态度、行动等过程,在这过程中,需要采取积极措施,提高分级诊疗制度宣传力度。

3.2 海口地区家庭签约服务制度落实不足

家庭医生签约服务模式是由卫生服务机构的医生、护士、公共卫生人员、临床药师等技术人员组成的专业服务团队通过与社区家庭签订合同来维护家庭成员身体健康、促进医疗卫生资源向基层倾斜的一项重要分级诊疗公共政策^[7],家庭医生政策

对我国推进分级诊疗制度、建立合理就医秩序具有重要意义,是我国医改的必然趋势^[8]。调查人群中,37.94%的患者完全没听说过家庭医生,在听说过家庭医生的人群中仅有13.51%已经签约,远远低于国内其他城市的家庭医生签约率^[9-13]。推进家庭医生签约服务,是为了更好地保障和维护群众健康,也是为了方便群众看病就医。这种长期签约式服务,有利于转变医疗卫生服务模式,改善就医环境,均衡医疗资源,合理控制医疗费用。国家卫生健康委员会等6部门联合发布的《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》(国卫基层发〔2022〕10号)中提出,从2022年开始,各地在现有服务水平基础上,全部人群和重点人群签约服务覆盖率每年提升1%~3%,到2035年,签约服务覆盖率达到75%以上,基本实现家庭全覆盖,重点人群签约服务覆盖率达到85%以上,满意度达到85%左右^[14]。因此,海口地区应采取多重措施,提高家庭医生签约率,进一步落实家庭医生服务制度。

3.3 海口地区患者对双向转诊制度持谨慎态度

本次调查揭示了海口地区康复门诊患者在双向转诊意愿上的谨慎态度。调查人群中,绝大多数患者(84.57%)在是否赞成实施双向转诊这个问题中选择了“一般”这个选项,也就是既不赞成,也不反对,持中立观望的态度。仅有少数患者持非常赞成的态度。对我国基层医院双向转诊的实施现状的研究表明,社会公众缺乏强烈的健康观念,对于双向转诊方面的认识程度不够高,不了解双向转诊活动的具体内涵和实施流程,在治疗信息和医疗政策方面认知水平较低^[15]。本文中,从对门诊患者关于转诊最终决定权的调查分析结果来看,69.13%的人认为应由医患共同决定,20.90%的人认为应当由医生决定,由此可见,医生的建议对于患者在双向转诊的决策有重要影响,这和已有研究的结果也基本一致。医生是双向转诊的重要参与者和决策者,但是在双向转诊实施过程中,从转诊标准和转诊路径而言,我国社区卫生服务中心和医院之间的患者双向转诊路径并不十分明确,患者在何种情况下应该转诊,由谁来决定患者是否应该转诊,缺乏统一的转诊标准和规范的操作流程^[16]。

3.4 居民就医习惯影响就诊医疗机构的选择

分级诊疗的首要目标是基层首诊,基层首诊也是分级诊疗成败的基础和关键。调查结果显示,海口地区患者基层首诊率偏低。就医过程中,不管是日常诊疗中最常去的医疗机构,还是当出现身体不适症状时的首诊医院,患者都倾向于选择综合医院。受传统观念的影响,患者在首诊的选择行为

上,因为对自身情况的不了解,加上对病情的担忧,较多人选择直接到大型三级综合医院首诊,认为大医院拥有的先进医疗设备、诊疗水平能为其提供高质量的诊疗服务,规避不必要的风险,而基层医疗机构基础设施落后、医生水平有限、药品配备不齐全、科室设置不完备,时常难以满足患者的就医需求^[17-19]。因此,居民更偏向于直接选择大医院就诊,以提高自身就医效率,保证诊疗效果。有研究显示,患者对医疗服务质量的敏感度、就医惯性大于对医疗价格的敏感度,时间成本、距离成本在交通畅通的今天也不再对就医选择产生大的影响^[20-21]。居民的就医习惯具有一定稳定性,一旦形成,不易改变。基层医疗机构由于常年处于医疗领域发展的底端,自身能力难以提升,发展陷入困境,导致居民对基层医院存在偏见,难以短时间改观,就医习惯短期内难以改变,在患者层面调动其积极性,推进基层首诊存在较大难度^[22]。

3.5 文化程度和城乡区域差异性影响海口地区患者向下转诊

调查结果显示,受调查的311例患者中,有过向下转诊经历的患者仅有67例,为21.54%。对海口地区患者向下转诊影响因素的研究结果提示存在个体异质性与区域差异性。在文化程度上,学历越高的居民对向下转诊的接受程度远远低于小学文化水平居民的接受程度。个人所接受的知识教育越多,越容易认为基层医疗机构技术水平不高和疾病治疗效果不佳的现状仍未改变,反映的是居民对基层或社区医疗机构的医疗水平的不信任。

所在居住地位于城乡结合区、镇乡结合区、乡镇中心的居民向下转诊经历较多,表明向下转诊的工作在海口地区城镇和乡镇相对容易推进,可能与目前的差异性医保报销政策有关,城镇居民医保在基层医院或者二级医院报销比例更高。分级诊疗制度的实施为基层医疗机构带来了发展机遇,也对基层医疗卫生机构服务水平提出了更高要求。基层医疗机构的服务水平对分级诊疗制度能否有效实施起着关键作用。提升基层机构服务水平,留住家门口的患者,真正担负起居民健康“守门人”的角色,是摆在基层医疗机构面前的重要难题。

综上所述,本研究对海口地区康复门诊患者分级诊疗现状调查及向下转诊影响因素进行了初步分析,提示居民对分级诊疗制度的了解情况一般,向下转诊意愿偏低。加强基层医疗服务能力及社区首诊、双向转诊政策的多维度、多渠道宣传,逐步提高居民认知度,从而纠正群众保守的就医观念和对基层医院的偏见;采取多种渠道拓宽家庭医生团

队来源,建立签约服务激励约束机制,增加家庭医生职业认同感、职业吸引力,提高家庭医生签约率;发挥差异性报销政策对就医行为的引导,发挥医保经济的杠杆调节作用来实现患者的分流,促进分级诊疗;加强支撑配套措施,全面提升基层医疗机构服务能力,提高基层医疗机构卫生服务质量等,这些措施是促进分级诊疗和双向转诊制度顺利推进的关键所在。

本研究存在一定的局限和不足。第一,研究方法中对数据的采集方法方式不多,比较单一,使得整个研究的数据收集、统计、分析、验证等一系列处理归纳后,导致研究结果的准确性可能有所欠缺;同时,存在调查方法单一及所固有的缺陷,可能会使调查的结果存在不能完全地反映客观情况,在以后调查研究过程中,应尝试采用多种方法相结合的方式。第二,本次研究的调查对象是海口市人民医院康复科门诊患者,其研究结果的参考价值有一定的局限性,后续研究需扩大研究对象的不同医疗机构选择范围及其科学的抽样比例。

参考文献

- [1] 邢春利,彭明强.我国实施分级诊疗制度的现状及其思考[J].中国医疗管理科学,2015,5(2):9-13.
XING C L, PENG M Q. Current situation of and rethinking on the implementation of graded medical treatment system in China [J]. Chin J Med Manag Sci, 2015, 5(2): 9-13.
- [2] 黄琦程,陆方,陈雯,等.医院患者对分级诊疗的认知调查及意愿分析[J].中国初级卫生保健,2016,30(7):1-3,34.
HUANG Q C, LU F, CHEN W, et al. Analysis on cognition and willingness of hierarchical medical system among hospital patients [J]. Chin Prim Health Care, 2016, 30(7): 1-3, 34.
- [3] 杨阳,方国瑜,崔华欠,等.广州市医护人员分级诊疗模式认知及其影响因素分析[J].中国卫生事业管理,2015,32(1):22-26.
YANG Y, FANG G Y, CUI H Q, et al. Analyzing the medical professionals' cognition of hierarchical diagnosis mode in Guangzhou and its influencing factors [J]. Chin Health Serv Manag, 2015, 32(1): 22-26.
- [4] 朱小凤,李道丕,刘中华,等.分级诊疗制度下患者就医意向的影响因素研究[J].中国医院,2017,21(1):34-37.
ZHU X F, LI D P, LIU Z H, et al. Analysis on factors affecting the patients' medical intention under hierarchical diagnosis system [J]. Chin Hosp, 2017, 21(1): 34-37.
- [5] 朱玉琴,金花,于德华.分级诊疗背景下多病共存患者就医机构选择行为及其影响因素研究[J].中国全科医学,2023,26(13):1598-1604.
ZHU Y Q, JIN H, YU D H. Choice of a healthcare institution and associated factors in patients with multimorbidity during the implementation of hierarchical medical system [J]. Chin Gen Pract, 2023, 26(13): 1598-1604.
- [6] 陈阳,王晓雯,孔祥金,等.三级医院康复期住院患者向下转诊意愿及影响因素分析[J].现代医院管理,2020,18(6):5-8.
CHEN Y, WANG X W, KONG X J, et al. Analysis on the intention and the influencing factors of downward referral of inpatients during rehabilitation period in hospitals of grade three [J]. Mod Hosp Manag, 2020, 18(6): 5-8.
- [7] 方碧陶.《2022年我国卫生健康事业发展统计公报》发布[J].中医药管理杂志,2023,31(19):116.
FANG B T. The statistical bulletin on the development of health care in China in 2022 was released [J]. J Tradit Chin Med Manag, 2023, 31(19): 116.
- [8] 孙彩霞,刘庭芳,蒋锋,等.我国家庭医生相关政策发展历程与推行研究[J].中国全科医学,2021,24(7):765-774.
SUN C X, LIU T F, JIANG F, et al. The development process and implementation of policies related to family doctor in China [J]. Chin Gen Pract, 2021, 24(7): 765-774.
- [9] 井慧森,时公玲,苏文文,等.泰安市家庭医生签约服务现状及影响因素分析[J].社区医学杂志,2024,22(7):217-222.
JING H M, SHI G L, SU W W, et al. Status quo and influencing factors of family doctor contract service in Taian city [J]. J Community Med, 2024, 22(7): 217-222.
- [10] 李凤红,钟杰,郑先平.我国中部地区流动人口家庭医生签约现状及影响因素分析[J].中国农村卫生事业管理,2024,44(12):845-853.
LI F H, ZHONG J, ZHENG X P. Status quo and influencing factors of family doctor contracting for migrants in the central region of China [J]. Chin Rural Health Serv Adm, 2024, 44(12): 845-853.
- [11] 白兰,孙红,肖雨龙.南京市家庭医生签约服务现状及问题研究[J].卫生经济研究,2024,41(3):32-35.
BAI L, SUN H, XIAO Y L. Study on the current status and problems of family doctor contracted services in Nanjing City [J]. Health Econ Res, 2024, 41(3): 32-35.
- [12] 刘莉.长沙县家庭医生签约服务现状与对策研究[D].长沙:中南大学,2022:14.
LIU L. Study on the current situation and countermeasures of family doctors' contract service in Changsha County [D]. Changsha: Central South University, 2022: 14.
- [13] 孙莉莉.连云港市2017-2022年重点人群家庭医生签约率分析[J].中国乡村医药,2024,31(12):76-78.
SUN L L. Analysis on the signing rate of family doctors among key population in Lianyungang City from 2017 to 2022 [J]. Chin J Rural Med Pharm, 2024, 31(12): 76-78.
- [14] 潘多拉.“全过程保障”推进家庭医生人才队伍高质量发展[J].中国卫生人才,2022(5):8-9.
PAN D L. "Whole process guarantee" to promote the high-quality development of family doctor talent team [J]. China Health Talents, 2022(5): 8-9.
- [15] 杨丛维,陈江莉.基层医院分级诊疗和双向转诊的实施现状与对策[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(55):213.
YANG C W, CHEN J L. Implementation of hierarchical diagnosis and dual referral system in primary hospitals: status quo and countermeasures [J]. World Latest Med Inf, 2019, 19(55): 213.
- [16] 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.
MA X L, YANG Y B, XIAO J H, et al. Discussion on dilemma and countermeasure of mutual-action between community medical institutions and hospitals in China [J]. Soft Sci Health, 2017, 31(1): 7-10.

- [17] 孟庆跃. 医疗服务需求管理是解决“看病难、看病贵”的关键路径[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(6): 5-8.
MENG Q Y. Health demand management: a key strategy for improving access to health care [J]. Chin J Health Policy, 2011, 4(6): 5-8.
- [18] 贺安琦, 喻妍, 郑思, 等. 基于分层模型流动人口慢性病患者就医行为影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2022, 38(1): 75-79.
HE A Q, YU Y, ZHENG S, et al. Influencing factors of medication seeking behaviors among adult migrant population with chronic diseases: a hierarchical model-based analysis [J]. Chin J Public Health, 2022, 38(1): 75-79.
- [19] 林建鹏, 吕汶鑫, 祝子翀, 等. 基于居民感知视角的双向转诊制度实施中的下转状况分析[J]. 医学与社会, 2023, 36(4): 1-7.
LIN J P, LYU W X, ZHU Z C, et al. Analysis of downward referral status in the implementation of two-way referral system based on residents' perception perspective [J]. Med Soc, 2023, 36(4): 1-7.
- [20] 田怀谷, 刘晓彩, 汪文新, 等. 差异化医保报销政策对患者就医行为引导作用研究[J]. 中国医院, 2022, 26(6): 10-12.
TIAN H G, LIU X C, WANG W X, et al. Research on the guiding effect of differentiated reimbursement policy on patients' medical behavior [J]. Chin Hosp, 2022, 26(6): 10-12.
- [21] 马琦, 徐婕, 史雨, 等. 医联体背景下分级诊疗的难点与对策[J]. 医学与哲学, 2024, 45(12): 22-24.
MA Q, XU J, SHI Y, et al. Difficulties and strategies for hierarchical diagnosis and treatment under the medical alliance background [J]. Med Philos, 2024, 45(12): 22-24.
- [22] 王沁. 成都市推动分级诊疗制度实施问题及对策研究[D]. 成都: 电子科技大学, 2022: 37.
WANG Q. Study on the problems and countermeasures of promoting the implementation of graded diagnosis and treatment system in Chengdu [D]. Chengdu: University of Electronic Science and Technology of China, 2022: 37.

Preliminary Survey of Graded Diagnosis and Treatment of Rehabilitation Outpatients and Influencing Factors for Downward Referral in Haikou Area

LIN Xiafei¹, PAN Jingjing¹, WU Haixia¹, SUI Yanfang¹, HUANG Yingyuan¹, ZENG Ji¹, SONG Zhenhua¹, WANG Yulong^{2*}

¹ Haikou Affiliated Hospital of Central South University Xiangya School of Medicine (Haikou People's Hospital), Haikou, Hainan 570208, China;

² Shenzhen Second People's Hospital (First Affiliated Hospital of Shenzhen University), Shenzhen, Guangdong 518000, China

*Correspondence: WANG Yulong, E-mail: ylwang668@163.com

ABSTRACT Objective To investigate the awareness of graded diagnosis and treatment model among residents in Haikou City, and analyze the influencing factors of downward referral. **Methods** A total of 311 patients treated in the rehabilitation clinic of Haikou Affiliated Hospital of Central South University Xiangya School of Medicine (Haikou People's Hospital) from October to December 2023 were selected as the research subjects by convenience sampling method. A self-designed questionnaire was used to collect the general information of the patients, understand their awareness of the graded diagnosis and treatment system, their choice of medical treatment, and their experience of downward referral. **Results** Among the 311 patients, the awareness rate of graded diagnosis and treatment was only 31.83%. In the choice of institutions for emergency medical treatment, 82.32% of patients chose general hospitals, 2.89% chose specialized hospitals, 7.40% chose traditional Chinese medicine hospitals, 5.14% chose health service stations and 7.40% chose primary medical institutions. In the choice of institutions for routine medical treatment, 81.67% of patients chose general hospitals, 2.89% chose specialized hospitals, 9.00% chose traditional Chinese medicine hospitals and 6.43% chose primary medical institutions. Of the 311 patients, only 67 (21.54%) had experiences of downward referral. Univariate analysis showed that educational background, type of medical insurance, annual family income, place of residence and distance to the nearest primary medical institution were the related factors for downward referral of patients ($P < 0.05$). The results of multivariate Logistic regression analysis showed that the main factors affecting the downward referral experience of residents were education background and place of residence. Residents with primary school education had the most downward referral experience, 1.598 times that of those without education ($OR = 1.598, P = 0.037$). The downward referral experience of residents who lived in urban rural fringe areas ($OR = 0.155, P = 0.005$), town rural fringe areas ($OR = 0.125, P = 0.004$), and township centers ($OR = 0.090, P < 0.001$) decreased in turn. **Conclusion** In Haikou area, the overall awareness of graded diagnosis and treatment among patients is low, and the consultation rate to primary medical institutions is low. It is necessary to strengthen the publicity and education of graded diagnosis and treatment policy, improve patients' awareness of graded diagnosis and treatment system information, guide reasonable medical seeking behavior, and improve the corresponding implementation measures of the graded diagnosis and treatment system to promote its implementation.

KEY WORDS rehabilitation clinic; graded diagnosis and treatment; initial consultation at primary medical institutions; questionnaire survey; Haikou area

DOI:10.3724/SP.J.1329.2025.01011