

### 3 讨 论

通过深度访谈与现场调查,分析重庆市基本公共卫生服务项目实施现状,得出结论:健康档案信息系统功能严重滞后于当前的需求<sup>[1]</sup>。重庆市健康教育整体水平有待提高,地区差距大<sup>[2]</sup>。各项反映预防接种服务和传染病防治工作实施效果的指标均显示,重庆市的预防接种服务实施效果逐步提高<sup>[3-4]</sup>。公共财政对基层卫生和公共卫生投入偏低,重医疗轻预防现象普遍;基层卫生服务网络不健全,专业公共卫生机构的人口分布和地区分布的公平性较差,人员配置数量及结构不合理,专业公共卫生人才严重缺乏;老年人健康管理项目<sup>[6]</sup>、慢性病管理项目、重性精神病患者管理项目等发展不平衡<sup>[7]</sup>,服务质量有待提高。

**3.1 加强基本公共卫生服务体系建设** 完善以社区卫生服务网络、乡镇卫生院、村卫生室等基层医疗卫生服务网络为基础的基本公共卫生医疗服务体系。整合资源,设立农村社区卫生服务机构,以便更好地开展农村基本医疗、疾病预防控制、健康教育等基本公共卫生服务工作,避免资源重复配置与浪费,实行基本医疗与公共卫生服务一体化管理,提高服务效率与质量<sup>[8]</sup>。建立健全疾病预防控制、健康教育、妇幼保健、精神卫生、卫生监督等专业公共卫生服务网络,明确各机构的职能定位和分工,促进公共卫生服务功能完善,提高服务效率;建立健全基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构和其他医疗机构公共卫生服务工作责任制度、信息共享制度、技术支持与协作制度,建立权责明确、信息互通、功能互补、资源共享的工作机制,实现防治结合。

**3.2 加强基本公共卫生服务人力资源建设,提高人员素质**  
(1)改变培养模式,搞活用人机制,从源头上充实基层医疗卫生人才。(2)建立吸引、留住人才的长效机制。(3)注重专业公共卫生人才,通过多途径、多形式培养多层次人才培养。各医学高校改革医学教育专业设置,更加注重专业公共卫生人才培养尤其是精神卫生人才等极度缺乏类的人才培养。(4)以针对性、适用性为原则,创新培训方式,提高培训针对性,注重培训实效,加强公共卫生人员岗位培训,培养高素质公共卫生人才。

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.02.043

**3.3 完善各地区基本公共卫生服务项目的薄弱项目,缩小地区差异** 首先,提高经费标准,调整优化服务项目,按照“倾斜基层、优化结构、突出重点、提高质量”的原则,巩固已有服务项目,适当增加服务项目和管理人数。(1)保证高血压、糖尿病、重度精神障碍患者登记的及时性、全面性、准确性,提高随访频率、补助水平,同时适当增加规范管理目标人数。(2)将村卫生室承担高血压等慢性病患者、重度精神障碍患者、老年人健康管理任务的比重提高到合理范围内。其次,加强项目管理。(1)加强项目宣传和培训;(2)完善服务模式和项目管理方式。各地要以全科医生制度的建设为先行条件,推广以全科医生为核心的签约服务、团队服务<sup>[9]</sup>。

### 参考文献

- [1] 张宝同.我国农村健康教育供给及其机制研究[D].济南:山东大学,2010.
- [2] 于玺文.黑龙江省基本公共卫生服务均等化现状分析[J].中国公共卫生,2012,28(3):384-385.
- [3] 关旭静.四川省基本公共卫生服务项目中预防接种服务实施效果分析[J].职业卫生与病伤,2014,29(1):29-31.
- [4] 张学太,何涛,朱玉英.白银市预防接种服务现状调查与分析[J].卫生职业教育,2013,31(24):130-132.
- [5] 王俐虹,肖成汉.我国慢性病管理存在的问题及对策[J].中国药物经济学,2014(7):369-370.
- [6] 王晨力.城市社区老年人健康管理服务的利用情况与影响因素调查[J].社区医学,2011,9(11):52-53.
- [7] 黄文飞,胡兴涛.重性精神病的管理现状及相关因素分析[J].中国民康医学,2013,25(19):94-96.
- [8] 金勇,袁红梅.马鞍山市新增市级基本公共卫生服务项目实施效果评价[J].卫生经济研究,2013,30(8):34-36.
- [9] 周爱庆,李志勇.盐城市盐都区基本公共卫生服务项目实施效果分析[J].中国校医,2012,26(12):911-912.

(收稿日期:2015-08-18 修回日期:2015-09-22)

## 医务人员在整合医疗中的作用方式及因素分析\*

刘丹<sup>1△</sup>,黄毅<sup>2</sup>

(1.重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016;2.重庆医科大学附属大学城医院后勤保障科 401331)

[中图分类号] R197.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)02-0267-02

综合以往不同研究者关于“整合医疗”的研究概念<sup>[1-6]</sup>,本研究提出的“整合医疗”:是通过不同层级的医疗机构之间的技术、功能和服务等各种形式的有效联结,使得各级医疗机构相互之间建立起连接、联合和合作的关系。通过双向转诊制度的有效建立,实现不同级别医疗机构之间的病源合理、有序的运动,以达到不同级别的医疗机构相互协作,实现卫生服务体系资源整合及协调发展,能够向居民提连续性、整合性的卫生保健服务,使其达到最佳的健康状态。

现代医疗服务体系的发展对双向转诊、资源合理流动、信息共享、医疗设备检查结果互认等做出了新的诠释,使得整合医疗成为一种趋势<sup>[7-10]</sup>。医务人员是医改政策的直接承担者,是整合医疗实施措施的直接践行者,因而,他们的认识、行动及效果可以直接影响到我国整合医疗措施的实施,从而影响现代医疗服务体系的建立。而目前,仍然普遍存在着医务人员对整合医疗的认知度不高;康复期患者下转概率较低等问题,严重阻碍了整合医疗的顺利实现<sup>[11-13]</sup>。因此,探讨医务人员在整

\* 基金项目:重庆市教委高校人文社科研究项目(15SKG026)。  
△ 通讯作者,E-mail:370562051@qq.com。

作者简介:刘丹(1981—),讲师,博士,主要从事医院管理与卫生政策方面的研究。

合医疗中的作用方式,并分析影响医务人员认知、行动和效果的因素,针对医务人员提供策略建议对促进整合医疗有重要的意义。鉴于上级医疗机构在整合医疗服务体系中居于主导地位,对整合医疗的实现起到决定作用,本文主要以上级医疗机构为例进行分析。这里所指的上级医疗机构一般为有能力对基层医疗机构进行帮助和指导的医疗机构(在城市一般为三级医院,在区县一般为二级医院)。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究采用抽样调查与典型调查相结合的方法。以各地区整合医疗开展的实际情况作为选择调研地点的主要依据,选取湖北、广西作为调查地区,选择武汉市、襄阳市、宜城市、南宁市作为样本地区,调查了 11 家上级医疗机构共计 477 名医务人员,回收问卷 477 份,问卷回收率为 100%。

**1.2 方法** 本研究采用问卷调查的方法,包含医院资源整合与服务体系协同评价的内容共计 20 个条目。采用学术界普遍使用的内部一致性指数对问卷的信度进行检验,得到的克朗巴赫  $\alpha=0.802$ ,超出了 0.70 的临界值,说明该问卷具有较高的内在信度,该调查表中的测量题项都是根据以往的相关文献及调查研究整理出来的,因此在内容效度上也是有保证的。

**1.3 统计学处理** 本研究运用 SPSS19.0 软件包进行数据整理和统计处理。采用聚类方法中的组间连接和平方 Euclidean 距离对调查问卷中的 12 个变量进行聚类分析,并采用非参数的 Spearman 相关系数对认知、行动和效果 3 个维度进行相关性检验,最后利用 Mann-Whitney U 检验或 Kruskal-Wallis 检验对医务人员的性别、年龄、职称、文化程度等影响因素进行探讨,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 被调查医务人员的总体情况** 在 477 名被调查医务人员中,男性占 40.9%,女性占 58.9%。其中,18~25 岁者占 11.3%,26~40 岁者占 68.3%,41~60 岁者占 18.7%;36.9% 是初级职称,37.5% 是中级职称,16.1% 是副高及以上;工作 10 年以下者占 56.2%,10~20 年者占 25.4%,20~30 年者占 13.6%;医务人员中以执业(助理)医师为主,占 69.6%,注册护士占 30.0%。

**2.2 医务人员在整合医疗中的作用维度划分** 本研究从认知、行动、效果 3 个维度进行考虑,从调查表中选出 12 个与此相关的问题进行变量聚类,结果分为 3 类:第 1 类:  $v_4$ 、 $v_8$ 、 $v_{10}$ 、 $v_{11}$ 、 $v_{16}$ 、 $v_{17}$ (指向了效果);第 2 类:  $v_7$ 、 $v_{13}$ 、 $v_{14}$ 、 $v_{15}$ (指向了行动);第 3 类:  $v_1$ 、 $v_2$ (指向了认知)。对 3 个维度进行相关性分析,认知与行动、效果呈正相关( $r=0.199$ 、 $0.467$ ,  $P<0.01$ ),效果与行动呈正相关( $r=0.147$ ,  $P<0.01$ )。

### 2.3 各作用维度的影响因素分析

**2.3.1 认知的影响因素分析** 不同性别的医务人员对医疗服务体系的资源整合的认知差异有统计学意义( $P=0.002$ )。男 4.36 分,女 3.97 分。不同年龄组的医务人员对整合医疗的认知程度存在差异,差异有统计学意义( $P=0.003$ )。18~25 岁 3.69 分、26~40 岁 4.24 分、41~60 岁 3.93 分。不同职业的医务人员对整合医疗的认知差异有统计学意义( $P=0.003$ )。执业(助理)医师 4.25 分、注册护士 3.84 分。

**2.3.2 行动的影响因素分析** 不同性别的医务人员,在对医疗服务体系的资源整合的执行情况上差异有统计学意义( $P=0.019$ )。男 6.62 分,女 6.90 分。不同工作年限的医务人员之间对医疗服务体系的资源整合的执行情况上差异有统计学意义( $P=0.033$ )。10 年以下 6.90 分、10~20 年 6.64 分、20~30 年 6.57 分、30 年以上 7.27 分。

**2.3.3 效果的影响因素分析** 不同年龄组的医务人员对整合医疗的认知程度存在差异,差异有统计学意义( $P=0.039$ )。18~25 岁 14.15 分、26~40 岁 13.93 分、41~60 岁 13.30 分。

**2.4 医务人员作用发挥机制模型** 本研究在相关性分析结果的基础上,构建医务人员作用发挥机制模型,见图 1。

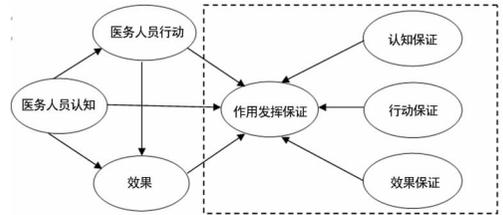


图 1 医务人员作用发挥机制模型

## 3 讨论

**3.1 医务人员在整合医疗中的作用机制** 基于以上聚类分析的结果来看,利用“认知—行动—效果”三维模式开展本研究,具备可操作性。

**3.2 影响医务人员作用发挥的因素** 首先在认知上表现为医务人员对整合医疗的认知度不高。通过分析发现:不同年龄段对医务人员的认知程度有影响,26~40 岁的医务人员对整合医疗认知程度比其他年龄组的高,这可能与 26~40 岁的医务人员资历水平较高,相对于其他年龄组的医务人员有更多的机会接触到整合医疗的工作内容有关;不同性别对医务人员的认知程度有影响,男性医务人员对医疗服务体系的资源整合的认知程度比女性高,这可能是因为男性通常较女性涉猎的知识面更广,更容易接受新鲜事物有关;不同职业对医务人员的认知程度有影响,医生对整合医疗的了解程度相对比护士要高,这可能与其职业内容更易直接接触到整合医疗的工作内容有关。

其次在行动上表现为医务人员对整合医疗的执行力不够。通过分析发现:不同性别对医务人员的行动力有影响,女性医务人员对整合医疗的配合度较高,这可能与女性相对比男性更加细心和耐心,遵从度较高有关;不同工作年限对医务人员的行动力有影响,30 年以上的医务人员对医疗服务体系的资源整合的行动力最好,这可能与该工作年限段的医务人员一般都达到高级职称了,是医院的业务骨干和专家成员,被下派到下级医疗机构进行坐诊或培训指导的机会相对较多有关。

最后通过调查也发现一些影响效果发挥的地方急需改进。通过分析得出:医务人员的认知正确与否直接会影响到他对整合医疗效果或价值的判断,应使用现代医疗发展教育手段培训医务人员使用互联互通网络信息系统,教育医务人员提高对“医疗机构间的医疗设备检查结果互认加强”的重要性的认识。

### 3.3 提高医务人员作用发挥的建议

**3.3.1 对医务人员的认知进行正确引导** 建议医院管理层结合本机构开展工作的实际情况定期对医务人员进行整合医疗等相关内容的知识讲座,或者聘请高校/研究机构的从事该领域研究的人员、卫生行政部门的管理人员定期到医疗机构进行相关内容的培训、宣讲,丰富医务人员的认识。

应重点针对 18~25 岁的医务人员进行认知干预,该年龄组资质相对较低,很容易建立起对整合医疗的认知,可通过培训较高资质的医务人员然后通过其带教较低资质医务人员的方式,实现整合医疗知识的传递,效果会较好。

**3.3.2 正性激励医务人员,使其行动不断加强** 适当增加到下级医疗机构开展培训、进行专题知识讲座、开展坐诊和开展专项手术的次数和频率,建议可对下转患者表(下转第 283 页)

个不同的区县,相互之间可以交流各自医院的情况,借鉴其他医院做得好的地方。学员聚在一起学习,类似于读书时代的班级,整个团队学习氛围浓厚,大家你追我赶,在学习之余还可以交流学习心得,分享学习成果。学员集中在一起学习,可以抛开工作、家庭中的琐事,心无杂念地学习。

**3.4 教学单位与基层单位结合的优越性** 本调查中,采用教学单位与基层单位相结合的方式教学。在基层医院举办,同时邀请教学单位专家指导授课。学员普遍反映,专家授课重难点突出,对必须掌握的知识点解析透彻、通俗易懂。在讲解知识点的同时,还穿插自己见过的经典病例,讲授自己的处理经验,让学员印象深刻。在授课完成后,还可以就自己不懂的地方进行咨询。学员在学习后受益匪浅,对学科的前沿信息有所了解。

助产士培训在基层医院举办,基层医院管理模式、现有设备条件、开展业务项目等与学员所在单位有相似之处,学员学习到这些经验后可以直接应用到工作中。学员动手机会多,能更快、更熟练地掌握基本技能。

在重庆地区,基层助产士紧缺,专业性不强,急需培训。对基层助产士进行岗位能力培训,建立市卫计委督导、教学医院指导、基层单位举办,教学医院专家和基层医院师资相结合、理论与临床实践相结合的集中培训模式,培训内容和培训方式适宜基层,满足基层助产士对培训的需求,为基层输送大量助产人才,提高基层产科质量,保障基层孕产妇需求。

#### 参考文献

[1] 张海英. 助产士临床带教的研究进展[J]. 中华现代护理

(上接第 268 页)

现较好的医务人员根据其需要进行正性激励,科室通过二次分配的方式考核医生量化的指标来分配收入。

医疗服务体系的资源整合工作经验较丰富的专家应通过自己的亲身经历教育自己带教的低职称的医务人员,进行临床学习的同时普及医疗服务体系资源整合的理念,并可以通过带徒弟去下级医疗机构工作的方式强化其感受。

**3.3.3 激发医务人员积极性,提升整合医疗的效果** 医疗机构的管理层面需要重视加强医联体内部的网络信息平台建设,加大投入力度,实现互联互通设备的配备,信息共享,通过出台政策加强医疗机构间的医疗设备检查结果互认,提高设备的利用效率;医务人员要积极开展相关仪器设备的使用学习,通过规范流程及正确操作达到节约资源的目的。

#### 参考文献

[1] Doocey A, Reddy W. Integrated care pathways: the touchstone of an integrated service delivery model for Ireland [J]. *Int J Care Pathw*, 2010, 14(1): 27-29.

[2] Enthoven AC. Integrated systems improve medical care and control costs according to new research at Stanford Business School. Stanford [R]. Stanford, USA: Stanford Graduate School of Business, Stanford University, 2005.

[3] Sehlette S, Lisac M, Blum K. Integrated primary care in Germany: the road ahead [J]. *Int J Integr Care*, 2010, 9: 14-19.

[4] 李玲,徐扬,陈秋霖. 整合医疗: 中国医改的战略选择[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(9): 10-16.

杂志, 2011, 17(6): 735-737.

[2] 李雪萍, 罗建平. 助产专业发展中存在的问题及对策[J]. 卫生职业教育, 2014, 32(3): 8-9.

[3] 陈腊梅. 助产士工作现状分析与对策[J]. 按摩与康复医学, 2012, 3(9): 240.

[4] 朱丽萍. 国内外助产士的培训和管理的[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(11): 1711-1713.

[5] 邹文霞, 潘继红, 胡品佳, 等. 助产士分层培训实践研究[J]. 中国护理管理, 2012, 12(12): 16-18.

[6] 林少娟. 深圳市助产士 5 年规范化培训临床实践的方法和体会[J]. 中国伤残医学, 2014, 22(7): 284-286.

[7] 陈洁芬. 助产士规范化培训的方法和体会[J]. 按摩与康复医学: 下旬刊, 2012, 3(5): 222-223.

[8] 梁丽霞, 黄小慧. 低年资助产士“3+2”核心能力培训职级管理的探讨[J]. 海南医学, 2008, 19(S3): 116, 133.

[9] 厉跃红, 吴娜, 庄薇. 新进助产士规范化培训的效果评价[J]. 上海护理, 2014, 14(6): 20-22.

[10] 梁礼莉, 李洁. 改进产房新助产士的培训方法的实践及效果[J]. 中国当代医药, 2010, 17(6): 153-156.

(收稿日期: 2015-08-08 修回日期: 2015-09-16)

[5] Leatt P. Integrated Service Delivery [R]. Ottawa, Canada: Health Canada, 2002.

[6] 匡莉, 马远珠, 甘远洪. 整合的卫生服务: 来自 WHO 的定义与阐释[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2011, 32(7): 1-3.

[7] Doocey A, Reddy W. Integrated care pathways: the touchstone of an integrated service delivery model for Ireland [J]. *Int J Care Pathw*, 2010, 14(1): 27-29.

[8] Mur-Veeman I, van-Raak A, Paulus A. Comparing integrated care policy in Europe: dose policy matter [J]. *Health Policy*, 2008, 85: 172-183.

[9] Kilbourne AM, Greenwald DE, Hermann RC, et al. Financial incentives and accountability for integrated medical care in department of veterans affairs mental health programs [J]. *Psychi-atric services*, 2010, 61(1): 38-44.

[10] Weil T. Hospital mergers: a panacea [J]. *J Health Serv Res Policy*, 2010, 15(4): 251-253.

[11] 匡莉. 我国医疗服务竞争机制的优化策略-建立纵向整合的医疗服务体系[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(9): 34-39.

[12] 方鹏骞, 刘丹. 浙江省县域医院集团主要形式分析[J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28(7): 487-491.

[13] 许梦博, 任倩倩. 新医改方案的内容解析及其对策思考[J]. 医学与社会, 2010, 23(4): 61-63.

(收稿日期: 2015-08-11 修回日期: 2015-09-30)