

北京市医联体内医务人员参与医联体工作现状及效果评价研究

左旭^{1*} 甄诚¹ 叶小琴¹ 宋海燕¹ 王同国² 管仲军¹ 孟开¹

1. 首都医科大学卫生管理与教育学院 北京 100069

2. 北京市卫生和计划生育委员会 北京 100053

【摘要】目的:分析医务人员对医联体政策的认知、参与医联体工作的现状及其对医联体运行效果评价,探讨促进医联体发展的政策建议。方法:以北京市 18 个医联体的 556 名医务人员为研究对象开展问卷调查,描述医务人员对医联体政策的认知及参与情况,比较核心医院和合作医院医务人员对医联体运行效果的评价。结果:只有 5.40% 的医务人员对医联体政策完全不了解,38.73% 的医生没有开展过双向转诊;核心医院中超过一半被调查的医务人员没有到合作医院出过诊,71.40% 的医务人员认为医联体运行效果好,且核心医院与合作医院医务人员评价的差异具有统计学意义。结论:医务人员对医联体政策了解程度以及对运行效果评价较好,但是双向转诊效果不明显,医联体内医务人员参与医联体工作并不理想。

【关键词】医联体;医务人员;效果评价

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.02.006

The current situation and effectiveness evaluation of medical staff's participation in medical alliances in Beijing

ZUO Xu¹, ZHEN Cheng¹, YE Xiao-qin¹, SONG Hai-yan¹, WANG Tong-guo², GUAN Zhong-jun¹, MENG Kai¹

1. School of Health Management and Education, Capital Medical University, Beijing 100069, China

2. Beijing Municipal Commission of Health and Family Planning, Beijing 100053, China

【Abstract】 Objective: In this study, through the description of understanding, behavior, evaluation about medical alliances, we explore the problems and made recommendations to medical alliances. Methods: A questionnaire survey was conducted on 556 medical staff in 18 medical alliances in Beijing. We used descriptive statistical methods to analyze the situation of cognition and so on. And we compared medical staff evaluation of medical alliances between core hospital and cooperative hospital. Results: Only 5.40% of medical staff are totally unaware of the medical alliances policy. 38.73% of the doctors don't conduct two-way referral. 55.69% of the doctors in the core hospital don't come to the cooperative hospital. 71.40% of the medical staff think that the operation of the medical alliances is good. There are big differences in the distribution of overall evaluation between core hospital medical staff and cooperative hospital medical staff by rank sum test. Conclusion: The understanding of medical alliances and the evaluation of activities are better. However, the two-way referral effect is not obvious and some specific activities are not ideal.

【Key words】 Medical alliance; Medical Staff; Effectiveness evaluation

* 基金项目:北京市社会科学基金重点项目(14JGA021);北京市社会科学基金一般项目(17SRB005)

作者简介:左旭,女(1992 年—),硕士研究生,主要研究方向为医院管理、卫生经济。E-mail:zuoxulyxx@163.com

通讯作者:孟开。E-mail:mengkai@ccmu.edu.cn

分级诊疗制度是我国“十三五”深化医改的基础性制度,而医联体是目前实现分级诊疗的一种较为有效的途径,是建立一种新型国家医疗卫生服务体系的前瞻性探索^[1],通过医联体引导患者形成“小病到社区、大病去医院、康复回社区”的意识,实现“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”,最终促进医疗资源的优化配置。2017年初,国家卫生计生委出台《关于开展医疗联合体建设试点工作的指导意见》,对于医联体的建设提出目标和科学的医联体组织模式。^[2]2017年政府工作报告提出全面启动多种形式的医疗联合体建设试点,三级公立医院要全部参与并发挥引领作用^[3],《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》对医联体建设形式提出要求。

北京市从2013年出台《北京市区域医疗联合体建设指导意见》开始,各区县积极推进医联体的建设。截至2016年9月底,各区县建立了53个医联体,其中包括50家核心医院,558家合作医疗机构,医联体服务辖区居民全覆盖的目标基本实现。医务人员作为医联体中至关重要的利益相关者,对评价医联体建设效果有一定参考意义,本研究对北京市各区县医联体内的医务人员开展问卷调查,分析医务人员对医联体的认知、参与情况以及评价,从医务人员的角度反映医联体建设现状,为医联体的建设和发展提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

在某区抽取1个医联体开展预调查,从北京市其他15个区县采取方便抽样的方法每个区至少抽取1个医联体,共抽取18个医联体,每个区至少抽取1个医联体,从医联体中核心医院和合作医院分别抽取至少10名和5名医务人员为研究对象,共涉及18

个核心医院和71个合作医院(社区卫生服务中心或乡镇卫生院等),问卷分为核心医院和合作医院2类,共发放561份,回收有效问卷556份,有效回收率99.11%。其中核心医院医务人员问卷182份,合作医院医务人员问卷374份。

1.2 研究方法

在预调查基础上调整并确定调查问卷,问卷分为四部分:被调查者基本情况、对医联体的认知情况、参与医联体活动情况、对医联体的评价。2016年10—12月发放并回收正式调查问卷。

1.3 统计学方法

用Epidata3.1进行数据录入,为控制质量采取双录入。运用SPSS20.0进行统计学分析,用描述性统计方法对问卷指标进行描述,采取秩和检验鉴别核心医院和合作医院在医联体效果评价以及各项活动开展效果评价分布的差别,用 χ^2 检验分析影响医联体评价的因素,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 医务人员基本情况

在被调查的556名医务人员中,女性371人(占66.73%);平均年龄为39.04岁,在31~40岁区间人数最多(238人,占42.81%);被调查医务人员本科学历最多(351人,占63.13%);职称方面中级职称最多(249人,44.78%);医务人员总体平均工作年限为15.15年,其中,核心医院医务人员平均年龄高于总体平均值,为15.69年,合作医院医务人员平均年龄低于总体平均值,为14.89年,总体来看,工作年限在1~10年的人最多217人(39.03%);仅有1.98%为返聘人员(表1)。

表1 医务人员基本情况

项目	核心医院		合作医院		合计	
	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)
性别						
男	66	36.26	119	31.82	185	33.27
女	116	63.74	255	68.18	371	66.73
年龄						
11~	2	1.10	2	0.53	4	0.72
21~	23	12.64	74	19.79	97	17.45
31~	78	42.86	160	42.78	238	42.81
41~	60	32.96	108	28.88	168	30.22

(续)

项目	核心医院		合作医院		合计	
	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)
51 ~	16	8.79	25	6.68	41	7.37
61 ~	2	1.10	4	1.07	6	1.08
71 ~	1	0.55	1	0.27	2	0.36
文化程度						
博士研究生	11	6.05	1	0.27	12	2.16
硕士研究生	56	30.77	42	11.23	98	17.63
本科	104	57.14	247	66.04	351	63.13
大专及以下	11	6.04	84	22.46	95	17.09
职称						
正高	19	10.44	6	1.60	25	4.50
副高	49	26.92	62	16.58	111	19.96
中级	75	41.21	174	46.52	249	44.78
初级	39	21.43	132	35.29	171	30.76
工作年限分布						
1 ~	61	33.51	156	41.71	217	39.03
11 ~	70	38.46	115	30.74	185	33.27
21 ~	42	23.08	85	22.73	127	22.84
31 ~	6	3.30	13	3.48	19	3.42
41 ~	3	1.65	3	0.80	6	1.08
51 ~	0	0.00	2	0.54	2	0.36
是否返聘人员						
是	3	1.65	8	2.14	11	1.98
否	179	98.35	366	97.86	545	98.02

2.2 医务人员对医联体政策认知情况

被调查医务人员对医联体政策“不太了解”的人数最多(33.63%),其次是“比较了解”(27.88%)和

“一般了解”的(25.54%)。关于医联体政策了解途径,医院宣传占比最大(67.30%),其次是媒体报道(14.83%)和社区宣传(10.46%)(表2)。

表2 医务人员对医联体认知情况

项目	核心医院		合作医院		合计	
	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)
对医联体政策的了解程度						
非常了解	11	6.04	31	8.29	42	7.55
比较了解	46	25.27	109	29.14	155	27.88
一般了解	48	26.37	94	25.13	142	25.54
不太了解	63	34.62	124	33.16	187	33.63
完全不了解	14	7.69	16	4.28	30	5.40
合计	182	100.00	374	100.00	556	100.00
医联体政策了解途径						
媒体报道	30	17.86	48	13.41	78	14.83
社区宣传	9	5.36	46	12.85	55	10.46
医院宣传	118	70.24	236	65.92	354	67.30
亲友宣传	1	0.60	7	1.96	8	1.52
其他	10	5.95	21	5.87	31	5.89
合计	168	100.00	358	100.00	526	100.00

2.3 医务人员参与医联体工作情况

2.3.1 近一年双向转诊情况

近一年没有转诊过病人的医生占 38.73%, 转诊过 1~4 人的医生占 22.13%。在转诊过程中认为转诊不太顺畅的占比达 49.16%, 认为转诊比较顺畅的占 27.09% (表 3)。

影响双向转诊的原因方面, 核心医院医生认为

影响下转的主要因素是病人的意愿 (46.15%), 合作医院医生认为导致上转的主要因素是病情复杂、水平有限 (29.29%) 和一些检验检查无法在社区做 (25.57%)。合作医院医生认为导致转诊途径不顺畅的原因为上级医院资源紧张无法安排占比 32.62%, 上下级医院沟通不顺畅占比 24.95%。

表 3 近一年双向转诊情况

项目	核心医院		合作医院		合计	
	下转人数(人)	百分比(%)	上转人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)
转诊数量(人)						
0	87	52.10	102	31.78	189	38.73
1~	39	23.35	69	21.50	108	22.13
5~	17	10.18	58	18.07	75	15.37
10~	13	7.78	26	8.10	39	7.99
15~	3	1.80	21	6.54	24	4.92
20~	8	4.79	45	14.02	53	10.86
合计	167	100.00	321	100.00	488	100.00
转诊通顺度						
顺畅	12	15.00	6	2.74	18	6.02
比较顺畅	41	51.25	40	18.26	81	27.09
不太顺畅	22	27.50	125	57.08	147	49.16
很难	0	0.00	48	21.92	48	16.05
空缺	5	6.25	0	0.00	5	1.67
合计	80	100.00	219	100.00	299	100.00

注: 本表不包括行政科室人员。

2.3.2 近一年出诊查房情况

调查近一年核心医院中出诊查房的必要性, 认为比较有好处的医生最多 (35.93%), 其次是认为一般有好处的 (29.94%)。但从月出诊查房情况来看, 从未出诊过的医生占比最大 (55.69%), 其次是每月出诊 1~3 次的医生 (28.74%)。关于医生出诊或查房原因方面, 选择履行政府工作、医院安排的人最多 (64.86%), 只有 14 人 (18.92%) 是主动申请, 希望自己能力得到提升。从查房效果来看, 分别有 47.30%、43.24% 的医生认为效果一般和效果比较好 (表 4)。

表 4 核心医院医生近一年出诊查房情况

项目	人数(人)	百分比(%)
出诊查房必要性		
非常有必要	30	17.96
比较有必要	60	35.93
一般	50	29.94
比较没有必要	13	7.78
没有必要	14	8.38
合计	167	100.00

(续)

项目	人数(人)	百分比(%)
出诊查房次数		
0	93	55.69
1~3	48	28.74
4~6	13	7.78
7~9	9	5.39
10~	4	2.40
合计	167	100.00
出诊查房原因		
主动申请, 希望自己能力得到提升	14	18.92
履行政府工作、医院安排	48	64.86
跟个人绩效与职称评定挂钩, 不得不去	5	6.76
其他	7	9.46
合计	74	100.00
出诊查房效果		
非常好	5	6.76
比较好	32	43.24
一般	35	47.30
比较差	1	1.35
很差	1	1.35
合计	74	100.00

注: 本表不包括行政科室人员。

2.3.3 医联体内培训进修情况

医联体内医务人员关于技能、知识培训、进修必要性方面,医务人员认为培训比较有必要和非常有必要的比例最高,分别为 46.76% 和 28.96%。从参与情况来看,近一年内合作医院医务人员从未参加

医联体培训或核心医院医务人员从没有为医联体内其他医务人员培训的医务人员最多(253 人,45.50%),有 9 个空缺值。对于培训与进修效果评价,认为培训结果比较好、效果一般的比例较高,分别占 56.80%、33.33%(表 5)。

表 5 医联体内培训进修情况

项目	核心医院		合作医院		合计	
	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)
培训必要性						
非常有必要	33	18.13	128	34.22	161	28.96
比较有必要	87	47.80	173	46.26	260	46.76
一般	41	22.53	60	16.04	101	18.17
比较没有必要	9	4.95	12	3.21	21	3.78
没有必要	5	2.75	1	0.27	6	1.08
空缺	7	3.85	0	0.00	7	1.26
合计	182	100.00	374	100.00	556	100.00
培训效果						
非常好	8	9.09	15	7.28	23	7.82
比较好	47	53.41	120	58.25	167	56.80
一般	32	36.36	66	32.04	98	33.33
比较差	0	0.00	4	1.94	4	1.36
很差	0	0.00	1	0.49	1	0.34
空缺	1	1.14	0	0.00	1	0.34
合计	88	100.00	206	100.00	294	100.00

2.4 医务人员对医联体评价

有 60.97% 认为医联体总体效果比较好,22.66% 的人认为无变化。从对医联体建设的一些具体措施的评价来看,对于信息化效果、检查结果互认效果、医联体提高社区居民满意度、改变基层首诊双向转诊四个方面,均是认为效果比较好的医务人员比例最高,分别为 39.03%、48.74%、60.79%、58.81%(表 6)。针对合作医院而言,合作医院医务人员在医联体改善基层药品使用的效果评价和改善

基层机构医保报销政策的效果评价方面都认为比较好的人数最多,分别为 202 人(54.01%),195 人(52.14%)。通过秩和检验,核心医院医务人员与合作医院医务人员对医联体总体效果评价方面分布差异具有统计学意义。之后将医务人员按性别、年龄、职称、转诊情况、医联体类型分组,通过卡方检验进行单因素分析,发现只有对医联体政策了解程度不同时,医联体效果总体评价有差异,且具有统计学意义($P < 0.05$)。

表 6 医务人员对医联体实施情况评价

项目	核心医院		合作医院		合计		F 值
	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)	
对医联体总体的效果评价							
非常好	11	6.04	47	12.57	58	10.43	0.047
比较好	113	62.09	226	60.43	339	60.97	
无变化	46	25.27	80	21.39	126	22.66	
较不好	6	3.30	13	3.48	19	3.42	
不好	6	3.30	8	2.14	14	2.52	
信息化效果评价							
非常好	19	10.44	48	12.83	67	12.05	

(续)

项目	核心医院		合作医院		合计		F 值
	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)	
比较好	69	37.91	148	39.57	217	39.03	0.067
无变化	23	12.64	65	17.38	88	15.83	
较不好	7	3.85	23	6.15	30	5.40	
不好	6	3.30	4	1.07	10	1.80	
不了解	58	31.87	86	22.99	144	25.90	
检查结果评价							
非常好	28	15.38	50	13.37	78	14.03	0.097
比较好	88	48.35	183	48.93	271	48.74	
无变化	18	9.89	55	14.71	73	13.13	
较不好	8	4.40	18	4.81	26	4.68	
不好	3	1.65	6	1.60	9	1.62	
不了解	37	20.33	62	16.58	99	17.81	
提高社区满意度的评价							
非常好	10	5.49	38	10.16	48	8.63	0.192
比较好	114	62.64	224	59.89	338	60.79	
无变化	46	25.27	99	26.47	145	26.08	
较不好	7	3.85	11	2.94	18	3.24	
不好	5	2.75	2	0.53	7	1.26	
改善基层、双向转诊的评价							
非常好	17	9.34	46	12.30	63	11.33	0.198
比较好	106	58.24	221	59.09	327	58.81	
无变化	43	23.63	83	22.19	126	22.66	
较不好	9	4.95	16	4.28	25	4.50	
不好	7	3.85	8	2.14	15	2.70	
合计	182	100.00	374	100.00	556	100.00	

3 讨论

3.1 医务人员对医联体政策了解程度及效果评价均较好

问卷调研结果显示,只有 5.40% (30 人) 对医联体政策完全不了解,其他医务人员都对医联体有不同程度了解。对于政策的了解渠道,67.30% (354 人) 的医务人员从医院宣传得知,可见医院对于医联体的宣传力度较大。医务人员对医联体开展的总体评价,以及对开展的各种活动,如信息化建设、检查结果互认、提高社区居民满意度、改善基层首诊双向转诊等方面都是持比较好的评价。另外,医务人员认为医联体的实施对于自身来讲有一定积极的影响,具体来看,有超过半数的合作医院医务人员 (281 人,50.54%) 认为在专业技术方面有所提高或明显提高,这与鲁超^[4]的研究结果一致,即 70.37% 的医务人员认为医联体活动提升了个人的专业技能。

3.2 医联体双向转诊效果不明显

基于医生视角来看,医联体开展双向转诊效果并不理想。在评价转诊途径顺畅度时,合作医院医生认为上转途径不太顺畅的最多,其主要原因为上

级医院资源紧张无法安排。在进行深度访谈之后发现,双向转诊方面还存在很多问题亟待解决,即便专家能够下沉,基层医疗卫生机构设备缺乏、药品数量以及种类规格的不足,都会影响下沉专家作用的发挥。双向转诊中社区承担康复、慢病等职能,由于北京市区内的社区中心现大部分没有病床,病人无法在社区住院长期康复,恐没有能力承担下转的病人。关于上转过程,合作医院医务人员与核心医院建立了绿色通道,转诊途径虽然通了,但是核心医院因为医疗资源比较饱满,是否及时为转诊病人提供医疗服务是问题所在。

3.3 医联体建设缺乏人才管理和激励机制

医务人员对工作进行自我评价时,对工作总体满意度为一般的最多 (322 人,占 57.91%)。问卷中对于医联体实施对个人的不利影响中,工作量增加是主要构成部分 (195 人次,35.07%),并且已经有 28.78% 的人认为自己工作超负荷。这和刘婷婷^[5]以滕山医联体为研究对象的结果相似,滕山医联体模式运行后工作量增加的人最多 (161 人,占 49.8%)。在访谈中了解到核心医院医生下沉到医院没有很好的管理机制和轮岗机制,很多下沉到社

区进行出诊的医生是继夜班之后连续出诊的,这可能是造成医务人员工作超负荷的原因之一。除此之外,医联体中的人才流动存在着严重的主动性不足和激励机制上的限制。^[6] 调查结果显示,64.86%的核心医院医生出诊查房是因为履行政府工作、医院安排。在激励机制方面,30.22%的人认为医联体建设后收入待遇没有提高甚至减少,对于核心医院下沉的专家,只有合作医院提供基本出诊费,从科室以及医院方面不给予激励。

3.4 基层医疗卫生机构建设与人员培养有待加强

基层医疗卫生机构应该拓宽检查项目的范围和药品种类,作为合作医院能够接得下沉专家,让专家可以在社区开展一些常规检查,降低患者费用,满足患者在基层医疗卫生机构开药的基本需求。在人员培养方面,调查问卷数据显示,从培训需求来看,93.89%的医务人员认为培训是有必要的。但是从培训情况来看,从来没有对医联体内医疗机构培训或从未参加过培训的医务人员人数最多,从访谈中了解到培训项目供需的不对等,以及基层医疗卫生机构人员的稀缺会影响到培训的次数与效果。所以重视基层全科医生的培养,是促进医联体实现优化医疗资源的重要部分,医联体形势下的全科医生培养,可借鉴发达国家培养模式探索符合国情的新模式。^[7]

3.5 医联体信息系统建设尚不完善

有研究认为医联体信息平台是充分发挥区域医疗联合体整体优势,促进区域医疗资源纵向整合的有效支撑。^[8] 建设医联体信息平台是建立和发展医联体的必然选择。问卷调查结果显示,有 25.90%的人对于医院的信息化建设评价不了解,17.81%的人对检查结果互认不了解,认为医院没有建立远程会诊的医务人员最多(161人,28.96%)。可见信息化建设并没有在全市医联体推开实行,信息无法共享造成了医联体双向转诊之间的不方便。如上转过程中无法获得病人的基础资料造成了重复挂号和重复检查问题。下转病人因为信息的不联通性,合作医

院无法监测患者是否来就诊以及病情发展。

3.6 医联体成员单位之间存在利益博弈

医联体的建设给合作医院和核心医院带来了不同程度的影响,合作医院医务人员认为医联体建设带来的最大好处体现在社区就能挂到专家号或让专家看病的便利,以及对合作医院医务人员技术的支持,可以提高社区知名度,增加社区的门诊量。核心医院有 24.73%的医务人员认为纯属帮扶下级医院对于三级医院无好处,认为医联体建设分散了医务人员精力和医疗资源的人最多(90人,占 36.44%)。核心医院与合作医院之间存在利益博弈,为了建立稳定的利益平衡机制和长期有效的激励机制,应该尝试在医联体中充分发挥医保的主导作用。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 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.
- [2] 国家卫生计生委. 国家卫生计生委关于开展医疗联合体建设试点工作的指导意见[Z]. 2016.
- [3] 2017 年政府工作报告[R]. 2017.
- [4] 鲁超,姬芳勤,汪卓赟,等. 安徽省医务人员对医联体建设及认知情况研究[J]. 中国医院管理, 2016, 36(11): 42-45.
- [5] 刘婷婷,夏令国,王道峰,等. 医务人员对医疗联合体认知现状调查——以滕山医联体为例[J]. 中国农村卫生事业管理, 2016, 36(3): 335-337.
- [6] 曹学玲,高金华. 人力资源整合在医联体内的实践与探索[J]. 人力资源管理, 2016(1): 141-142.
- [7] 林杰. 医联体形势下全科医生培养探究[J]. 人力资源管理, 2014(8): 342-343.
- [8] 姚晴虹,赵艳,索仲良,等. 区域医疗联合体信息平台建设方案探讨[J]. 医学信息, 2015(41): 2-3.

[收稿日期:2017-06-08 修回日期:2017-11-26]

(编辑 薛云)