

医务人员视角下县乡村医务人员整合协作现状

——以江苏省三县为例

殷璇* 石金陵 钱东福 谷小丽 王 烨 曹江翎

南京医科大学医政学院 江苏南京 211166

【摘要】目的:以江苏开展慢性病综合防控示范区建设的县城为例,借鉴 DMIC 整合医疗服务发展模型的 9 大维度对县、乡、村医务人员慢性病整合服务协作的工作现状进行分析,以期为医务人员跨机构慢性病协作提供改善方向。方法:采用典型抽样和多阶段随机抽样相结合,对 278 名医务人员进行问卷调查,并对结果进行统计学分析。结果:村医在整合协作工作中参与度最强,但人力年龄结构老化、文化程度低;县、乡、村医务人员均对开展跨机构协作工作表示高度认可,但实际协作水平低;县、乡、村连通的卫生信息平台尚未建立。

【关键词】服务整合;农村;整合医疗服务发展模型

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.03.008

Collaboration among health workers in multi-level health institutions from the perspective of health workers: A case study of three counties in Jiangsu province

YIN Xuan, SHI Jin-lou, QIAN Dong-fu, GU Xiao-li, WANG Ye, CAO Jiang-ling

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

【Abstract】 Objectives: This study aims to analyze the current status of the collaboration of medical staff among county, township, and village with comprehensive prevention and control of chronic diseases based on nine dimensions of DMIC integrated medical service development model, with a view to providing medical services collaboration on chronic diseases across the organization to provide direction for improvement. Methods: 278 health workers sampled by the combination of typical sampling and multi-stage random sampling method received a questionnaire and the results were analyzed statistically. Results: According to the findings of this study, village doctors show higher participation in chronic care collaboration, but they are faced with the aging population and most of them are poorly educated; the multi-institutional collaboration is of low efficiency in practice although it is well accepted by all health workers; there is no existing shared health information system among county, township and village. Conclusion: These results suggest that the government should strengthen its leadership and promote primary health care management through medical staff collaboration; initiatives of health workers should be stimulated to promote the continuity of medical services; the shared health information system should be set up to facilitate the health workers' collaboration.

【Key words】 Integration of health care services; Rural areas; DMIC model

2015 年 6 月,国家卫生计生委发布的《中国居民营养与慢性病状况报告(2015)》显示,中国慢性病患病率呈上升趋势,慢性病所导致的死亡占总死亡的 86.6% (约 731 万),成为中国居民的主要死亡原因。^[1]为遏制慢性病高发态势,WHO 呼吁,应尽快建立以政府主导的纵向整合型慢性病服务,具体指通

过协调各级各类医疗机构为慢性病患者提供满足其健康需要的连贯型服务。^[2]为保证慢性病得到有效控制,国家卫计委积极响应 WHO 号召,于 2010 年启动了慢性病综合防控示范区工作,旨在建设政府主导、多部门合作、全社会参与的疾控—医院—基层医疗卫生机构三位一体纵向整合型慢性病服务体系。

* 基金项目:国家自然科学基金项目(71473130)

作者简介:殷璇,女(1993 年—),硕士研究生,主要研究方向为卫生管理与政策。E-mail: yinxuan@njmu.edu.cn

通讯作者:钱东福。E-mail: dongfu016@126.com

在这一服务体系中,县、乡、村医务人员的整合协作是为患者提供纵向整合型慢性病服务的基础,通过县、乡、村医务人员的整合协作,可以为慢性病患者提供随访、体检、健康教育、诊疗、转诊、回访、特需关怀等连续全面的跨机构医疗服务。在现有研究中,尚未有研究从纵向整合服务角度全面评价医务人员间的整合协作实际工作现状,也未有研究从如何改善县、乡、村医务人员整合协作工作更好的满足整合型慢性病服务要求角度进行分析。

过去十年来,纵向整合医疗服务作为一个改善医疗服务提供的策略,引起了各国管理者、医疗工作者、政策制定者、学者的关注。纵向整合医疗服务在各个国家以丰富的形式出现,为了开发一个可用于评价各类疾病纵向整合医疗服务的模型,以促进整合医疗服务的实现、改进、创新和可持续,Minkman 等人于 2009 年运用文献回顾研究和三轮德尔菲法创建了整合医疗服务发展模型(Development Model for Integrated Care, DMIC)^[3,4],2013 年通过实证证明该模型可以有效全面评估整合服务发展情况、为进一步发展提供建议^[5]。该模型以整合为焦点,全面概括了整合的 9 大维度,并增加了从有效协作角度评价整合服务质量的权重,为机构开展整合服务自我评价和外部评价提供了基础,为政策制定者引导机构间的整合明确了激励和监测目标。

因此,本研究以江苏开展慢性病综合防控示范区的建设县城为例,借鉴 DMIC 模型的 9 大维度,对在纵向整合型慢性病服务体系指导下的县、乡、村医务人员慢性病整合协作的工作现状进行分析,以期医务人员跨机构慢性病协作提供改善方向。

1 资料与方法

1.1 调查对象

采用典型抽样和多阶段随机抽样相结合的方

法,在江苏省卫计委基层卫生处的指导下,在苏南、苏中、苏北三地各随机选取一个已开展慢性病综合防控示范区建设的县城,分别为淮安淮阴、南京高淳、泰州靖江。在这一服务体系指导下,样本地区县、乡、村医疗机构已开展的整合协作工作有:县级医院为乡、村医疗机构定期提供技术指导和规范化培训、建立对口帮扶指导关系,乡、村医疗机构组成慢性病服务团队负责提供健康教育与促进、慢性病全程管理服务。在三个样本县的县直医院随机调查心内科和内分泌科 5~10 名临床医生。在每个县内,各随机抽取 6~8 个乡镇卫生院。在每个样本乡镇卫生院,各随机调查 6~10 名慢性病管理团队中的医务人员。在每个样本乡镇随机抽取 2~4 个村,并对样本村卫生室的所有村医进行调查。本次调研共发问卷 290 份,回收问卷 278 份,回收率 95.9%,其中县直医院医生 21 份,乡镇卫生院医生 150 份,村医 107 份(表 1)。

表 1 调查医生样本量情况

地区	县直医院	乡镇卫生院	村卫生室	合计
淮安淮阴	6	63	48	117
南京高淳	5	45	32	82
泰州靖江	10	42	27	79
合计	21	150	107	278

1.2 研究方法

为评价三级机构医务人员协作工作的现状,考虑到样本地区的医疗服务体系和整合服务具体做法与 DMIC 模型所测维度并不完全相同,因此本研究仅借鉴 DMIC 整合医疗服务发展模型的部分维度定义,并从医务人员协作视角对 9 大维度进行了重新定义(表 2),自设问卷调查,每维度下各设一题,采用李克特 5 分类量表对选项赋值 1~5 分,得分越高代表协作情况越好。

表 2 慢性病整合服务协作 9 维度

维度	定义
以患者为中心	考察不同级别医疗机构间的医务人员对慢性病患者在不同机构诊疗信息的知晓水平
医疗服务提供连续性	考察不同级别医疗机构间的医务人员为同一患者提供诊疗服务的连续性水平
医疗质量	考察医务人员以跨机构团队模式为患者提供慢性病管理服务的规范化程度
技术考核	考察不同级别医疗机构的医务人员间开展协作对自身诊疗水平提高的有效程度
以结果为导向的培训	考察跨机构开展的培训(进修、专家讲座、病例分析等)对实际工作的帮助程度
跨机构转诊	考察医务人员跨机构转诊患者的次数
角色与任务	考察医务人员在跨机构合作过程中对自身所扮演的角色和所承担的任务的认同水平
个人参与度	考察医务人员参与跨机构业务交流(团队例会、技术咨询与指导等)的程度
信息共享度	考察医务人员使用医疗信息共享平台查看患者医疗信息的程度

1.3 统计学方法

用 epidata3.1 建库双录入并进行逻辑排错,使用 spss16.0、Excel 进行数据整理、描述性统计分析、单因素方差分析、卡方检验、秩和检验。

2 结果

2.1 基本情况

县、乡、村医务人员从年龄和工作年限来看构成比不同($P < 0.01$),进一步两两比较发现,村与县的年龄构成比以及村与乡的年龄构成比的差异,均有统计学意义(Bonferroni 校正, $P < 0.01$),而县、乡之间年龄构成比差异无统计学意义(Bonferroni 校正,

$P > 0.0167$)。县、乡人力资源结构富有活力,超过 70% 的医务人员都在 40 岁以下,而村卫生室医务人员年龄老化现象严重,平均年龄为 46.74 ± 10.048 ,40 岁及以上人数占 73.8%,退休后返聘的村医(60 岁及以上)占 14.0%,平均工作年限 26.79 ± 9.68 ,20 年以上人数占 68.2%。从文化程度看,经两两比较,县与乡、县与村、村与乡医务人员之间的差异均有统计学意义(Bonferroni 校正, $P < 0.01$),县直医院医务人员学历较高,本科及以上学历占比 95.2%,而乡、村学历程度较低,乡镇卫生院医务人员本科及以上学历占比 45.4%,村卫生室仅为 1.9%(表 3)。

表 3 医务人员基本情况

变量	县		乡		村		χ^2 或 Fisher	P
	人数	构成比(%)	人数	构成比(%)	人数	构成比(%)		
性别								
男	14	66.70	94	62.70	63	58.90	0.634	0.728
女	7	33.30	56	37.30	44	41.10		
年龄								
0~	6	28.60	50	33.33	3	2.80		
30~	12	57.10	59	39.33	25	23.36		
40~	1	4.80	33	22.00	41	38.32	88.821	<0.01
50~	0	0.00	6	4.00	23	21.50		
60~	2	9.50	2	1.33	15	14.02		
工作年限								
0~	12	57.10	76	50.67	3	2.80		
11~	6	28.60	46	30.67	31	28.97		
21~	1	4.80	23	15.33	39	36.45	113.132	<0.01
31~	1	4.80	3	2.00	25	23.36		
41~	1	4.80	2	1.33	9	8.41		
文化程度								
中专及以下	1	4.80	22	14.70	81	75.70		
大专	0	0.00	60	40.00	24	22.40	168.388	<0.01
本科	15	71.40	67	44.70	2	1.90		
硕士及以上	5	23.80	1	0.70	0	0.00		

2.2 医务人员整合协作的得分情况

根据李克特 5 分类量表对选项从弱(非常差)到强(非常好)赋值 1~5 分,采用平均分 \pm 标准差描述

医务人员慢性病整合协作得分情况,9 维度的整合协作工作得分见表 4。

表 4 县乡村三级医务人员整合协作工作得分情况

维度	县	乡	村	F 或 H	P
以患者为中心	2.95 \pm 0.805	3.07 \pm 0.864	3.69 \pm 0.794	19.506	<0.01
医疗服务提供连续性	2.14 \pm 0.910	2.44 \pm 1.084	2.98 \pm 0.931	21.860	<0.01
医疗质量	3.15 \pm 0.898	4.17 \pm 0.854	4.75 \pm 0.720	8.791	<0.01
技术考核	3.76 \pm 0.700	3.95 \pm 0.842	4.11 \pm 0.718	2.393	0.093
以结果为导向的培训	4.29 \pm 0.463	4.20 \pm 0.843	4.25 \pm 0.702	0.019	0.991
跨机构转诊	2.29 \pm 0.845	2.48 \pm 1.091	3.26 \pm 0.839	41.335	<0.01
角色与任务	4.43 \pm 0.598	3.99 \pm 0.973	4.20 \pm 0.946	2.806	0.062
个人参与度	2.24 \pm 0.995	2.88 \pm 0.996	3.24 \pm 0.889	5.558	<0.01
信息共享度	2.86 \pm 0.854	3.07 \pm 1.028	3.76 \pm 0.787	19.999	<0.01

总体上看,以结果为导向的培训、角色与任务、技术考核在县、乡、村中是得分前三位的维度,均在 3.7 分以上。医疗服务提供连续性、个人参与度、跨机构转诊在县、乡、村中是得分较低三个维度,均在 3.3 分以下。

县、乡、村医务人员在 6 个维度(以患者为中心、医疗服务提供连续性、医疗质量、跨机构转诊、个人参与度、信息透明化)上得分的差异有统计学意义($P < 0.01$)。经两两比较,村与县、村与乡的差异均有统计学意义($P < 0.05$),且得分明显高于县、乡,县和乡差异无统计学意义($P > 0.01$)。

3 讨论

3.1 村医整合协作工作参与度最强,但年龄结构老化、文化程度低

在国家基本公共卫生服务规范与项目要求下,村医成为了慢性病筛查和随访工作的主力军,他们需跟踪患者在不同机构的就诊情况,与上级医疗机构医务人员组成慢性病团队,做好患者的随访、转诊工作,并不断更新完善慢病患者规范化管理档案,以便更好的控制慢病患者病情。样本地区调查结果也显示,村医在个人参与度方面的得分明显高于县、乡医务人员($P < 0.01$),体现出了更强的协作行为。在角色与任务维度,村医也对已开展的慢性病纵向整合服务协作中所承担的工作表示高度认同。但是村医的年龄结构老化问题严重,学历程度较低,本科及以上学历仅为 1.9%。且因为基层人力资源缺乏,样本地区 14.0% 的村医是退休后返聘,这进一步加重了基层人员缺乏和年龄老化的恶性循环。

3.2 县、乡、村医务人员均对开展跨机构协作工作表示高度认可,但实际协作水平低

在角色与任务维度上,三级医务人员均认为目前自己在跨机构协作中扮演的角色是必要的,且对已承担的跨机构协作工作表示高度认同。以结果为导向的培训维度上,县、乡、村的医务人员都认为以专家讲座、进修、案例分析会等形式的培训对于跨机构医生间的熟悉、诊疗水平的提升、对病人情况的沟通作用较大。但是,在实际协作行为上,如医疗服务提供连续性、个人参与度、跨机构转诊三个维度上,

县、乡、村得分均低于 3.3 分。县、乡两级医生实际参与协作的积极性在医疗服务提供连续性、个人参与度、跨机构转诊三个维度上,明显比村医更低($P < 0.05$),协作得分低于 2.9 分。访谈了解到其原因可能是协作行为缺乏完善的激励机制,样本地区会对村医的上转行为给予一定的经济奖励,但是设有封顶线,对县、乡医务人员的转诊行为没有经济奖励。

3.3 县、乡、村连通的卫生信息平台尚未建立

在信息共享度方面,村明显高于县、乡两级,原因是村医需经常利用信息平台完善慢病患者健康档案,以完成慢病患者规范化管理,而上级医疗机构医务人员问诊平台未实现与村卫生室电子健康档案和电子病历连续记录的信息共享。各级医疗机构尚未建立统一信息的平台,这导致机构间信息系统层面缺乏实现转诊、患者信息共享等连续性协作的基础,也间接影响了患者连续性医疗服务的获得。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.《中国居民营养与慢性病状况报告(2015)》新闻发布会文字实录[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2015(15): 1-5.
- [2] World Health Organization. 2014 GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases [R]. World Health Organization, 2015.
- [3] Minkman M. Developing integrated care. Towards a development model for integrated care[J]. International Journal of Integrated Care, 2012, 12(8): 302-303.
- [4] Minkman M, Ahaus K, Fabbriotti I, et al. A quality management model for integrated care; results of a Delphi and Concept Mapping study[J]. International Journal for Quality in Health Care, 2009, 21(1): 66.
- [5] Minkman M, Vermeulen R P, Ahaus K T, et al. A survey study to validate a four phases development model for integrated care in the Netherlands[J]. BMC Health Services Research, 2013, 13(1): 1-12.

[收稿日期:2017-06-11 修回日期:2017-10-03]

(编辑 刘博)