

山东省基层卫生技术人员的行政负担及其对职业倦怠的作用机制:基于探索性时序设计的混合方法

赵世超^{1*} 辛明泽¹ 唐子茜¹ 董雅芳¹ 李禾熙¹ 马慧芬² 王 涛³

1. 山东师范大学公共管理学院 山东济南 250014

2. 山东第一医科大学医药管理学院 山东泰安 271016

3. 济南市中心医院 山东济南 250013

【摘要】目的:分析基层卫生技术人员行政负担的表现与成因,探究其对职业倦怠的作用机制。方法:采用探索性时序设计,对山东省基层卫生技术人员开展两阶段研究,第一阶段访谈175人,第二阶段问卷调查1 096人并访谈107人。结果:认为迎检、文件、报表和会议四类行政负担“非常重”或“比较重”的人员比例分别为62.7%、54.8%、51.8%和24.4%。结构方程模型显示,行政负担对职业倦怠的直接效应为0.150,通过角色冲突的间接效应为0.093。定性分析发现,行政负担主要源于公共卫生服务的痕迹管理与医保政策规定,并通过精力冲突和价值冲突两条路径作用于职业倦怠。结论:基层卫生技术人员面临较重的行政负担,易通过角色冲突提升职业倦怠风险。应通过优化考核检查、精简数据填报、完善痕迹管理、推动协同治理来实现系统性减负。

【关键词】行政负担;职业倦怠;角色冲突;基层卫生技术人员;混合研究方法

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.09.005

Administrative burden among primary healthcare professionals and its impact mechanism on job burnout: An exploratory sequential mixed-methods study

ZHAO Shi-chao¹, XIN Ming-ze¹, TANG Zi-qian¹, DONG Ya-fang¹, LI He-xi¹, MA Hui-fen², WANG Tao³

1. School of Public Administration, Shandong Normal University, Jinan Shandong 250014, China

2. School of Medical Management, Shandong First Medical University, Tai'an Shandong 271016, China

3. Jinan Central Hospital, Jinan Shandong 250013, China

【Abstract】 Objective: To examine the manifestations and causes of administrative burden among primary healthcare professionals, and to explore its impact on job burnout through the mediating role of role conflict, providing theoretical and empirical support for governance-level burden-reduction strategies. Methods: An exploratory sequential mixed-methods design was employed, focusing on primary healthcare professionals in Shandong Province. In the first phase, in-depth interviews were conducted with 175 participants; in the second phase, a questionnaire survey of 1,096 participants and follow-up interviews with 107 participants were carried out. Results: The proportions of respondents who reported “heavy” or “very heavy” burdens were 62.7% for inspection, 54.8% for documentation, 51.8% for reporting, and 24.4% for meetings. Structural equation modeling showed that administrative burden had a direct effect on job burnout (0.150) and an indirect effect through role conflict (0.093). Qualitative findings further indicated that administrative burden largely stemmed from public health traceability requirements and medical insurance policies, and operated through both resource-based and value-based conflicts. Conclusions: Primary healthcare professionals face considerable administrative burdens, which may heighten job burnout through role conflict. Governance reforms should optimize inspection and assessment,

* 基金项目:国家自然科学基金青年项目(72204150)

作者简介:赵世超(1988年—),男,博士,讲师,主要研究方向为基层卫生政策与人力资源。E-mail:zhaoshao1988320@163.com

通讯作者:王涛。E-mail:zyyywangtao@163.com

streamline data reporting, refine record-keeping, and promote collaborative governance to break the chain of institutional pressure leading to burnout.

【Key words】 Administrative burden; Job burnout; Role conflict; Primary healthcare professionals; Mixed-methods research

随着我国居民医疗卫生服务需求的不断增长和分级诊疗建设的持续推进,基层卫生技术人员的工作量逐渐增加。^[1]除日常的医疗与公共卫生服务,他们还需承担由政策执行与制度安排衍生的行政事务,如数据填报、台账管理与迎评迎检等。^[2]这些事务本是职责范围内的常规内容,但在实际运行中日益繁复冗余,逐渐异化为一种行政负担。^[3]行政负担是指由行政程序和规则而导致的各类成本,其承担者不仅包括与公共部门打交道的公民和企业,还包括公共部门内部的工作人员。^[4-5]事实上,基层的行政负担已引起政策层面的关注,国家卫健委于2019年印发了《卫生健康系统解决形式主义突出问题为基层减负的措施》,提出应进行制度优化与流程整合,为基层“减负松绑”。^[6]然而,有研究表明,基层减负成效有限,甚至在督导督查、表格填写、信息录入等方面的行政负担不减反增。^[2]这说明基层卫生技术人员面临的行政负担具有一定的持续性与结构性,亟需对其表现、成因与影响进行系统性分析。

一项综述研究发现,基层卫生技术人员的行政负担以合规成本为主(如数据录入、病历维护、信息管理等文书事务),同时还涉及学习成本与心理成本;其主要来源包括卫生系统的制度性要求、技术工具与工作流程的不匹配以及患者构成的复杂性。^[7]行政负担不仅挤占医患直接接触的时间,还常需卫生人员加班完成任务,对个体的身心健康、职业幸福感都会造成负面影响。^[8]国内有研究从非工作范围负担与考核机制切入,指出基层存在指标繁多、考核密集、数据报送重复等问题^[2,9];还有研究指出行政主导的卫生治理模式会加重基层负担、提高职业倦怠风险^[10]。总体来看,国内相关文献大都是在政策层面倡导为基层减负,鲜有关于基层卫生技术人员行政负担的表现、成因与影响的实证分析,国外虽有证据表明行政负担与职业倦怠水平有关^[8,11],但少有对其作用机制的探讨与检验,且多采用单一方法,缺乏混合方法的三角互证。本研究基于两阶段的探索性时序设计,旨在分析山东省基层卫生技术人员行政负担的表现与生成根源,提出并验证“行政负担→角

色冲突→职业倦怠”的中介机制模型,从而为基层卫生的减负干预提供理论与实证支持。

1 资料与方法

1.1 研究设计

采用混合研究方法,即在同一研究中综合运用定量与定性方法进行数据的收集与分析,以获得对研究问题更全面而深入的理解。^[12]具体而言,本研究采用的是探索性时序设计,即先通过定性方法来提炼核心变量、探索潜在机制,继而运用定量方法进行理论验证与结论推广。^[13]本研究共分为两个阶段:第一阶段为探索性研究,通过访谈了解研究对象的工作内容与感受,提炼核心变量,并结合既有文献与理论提出研究假设。第二阶段为验证性研究,通过问卷调查定量分析核心变量,并运用结构方程模型对研究假设进行验证。此外,本阶段嵌入了定性访谈作为补充,一方面用于进一步阐释量化结果、对比第一阶段的发现,增强证据间的互补性;另一方面剖析行政负担的生成机制,拓展对其制度性根源的理解。

基于第一阶段的访谈编码,借鉴工作要求—资源(JD-R)模型和角色理论,对行政负担、角色冲突与职业倦怠的关系进行分析,据此提出第二阶段的理论框架(图1)。具体而言,行政负担因其重复性高、价值感低、耗时耗力等特征,可视为一种“阻碍性工作要求”^[14],触发JD-R模型中的“资源损耗路径”:工作要求持续增加,而可支配资源不断减少,迫使个体投入更多努力以维持工作表现^[15]。这种长期高要求与低资源补偿的不平衡状态,会持续消耗心理能量,增加职业倦怠的风险。^[16]角色冲突是这一机制中的关键中介变量,它是指当个体同时面临多个来源或类型的角色期望且存在矛盾时,引发的认知困扰、情绪压力或行为障碍等现象。^[17]对基层卫生技术人员而言,行政负担与专业技术工作在时间和精力分配上形成竞争,有时难以兼顾;另一方面,它可能会被视为不得不完成的任务,偏离个体对职业价值的期望。这种双重冲突不仅占用个体资源,还会降低职业认同与内在动机,导致心理能量加速流失。^[18-19]综

上所述,本研究提出如下假设:

H1:基层卫生技术人员的行政负担与职业倦怠正相关。

H2:角色冲突在行政负担和职业倦怠之间起中介作用。

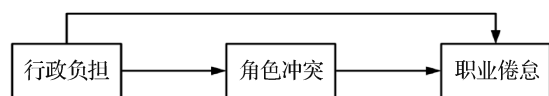


图1 本研究的理论框架

1.2 抽样与研究过程

1.2.1 第一阶段

2021年3月,采用多阶段分层抽样,按照地理位置和经济发展水平,选择山东省的青岛、东营和枣庄三个地级市,在每个地级市选择4个区(县),在每个区(县)选择3~4家社区卫生服务中心和乡镇卫生院,共计选择38家基层医疗卫生机构。采用方便抽样,在每家机构选取3~4名卫生技术人员(包括医生、护士和公共卫生人员),进行半结构化个人深入访谈,最终访谈175人。

1.2.2 第二阶段

2023年7月,采用多阶段分层抽样,按照地理位置和经济发展水平,选择山东省的聊城、淄博、烟台三个地级市,在每个地级市选择3个区(县),在每个区(县)选择4个社区卫生服务中心和乡镇卫生院,共计36家基层医疗卫生机构。采用整群抽样,对当日在岗的所有卫生技术人员进行问卷调查。由调查员说明调查目的和填写要求,获得知情同意后,由调查对象自填问卷,完成后由调查员当场检查并回收。共计发放问卷1271份,回收有效问卷1096份,问卷有效率为86.2%。同时,采用方便抽样方法,在每家机构访谈3名卫生技术人员,最终访谈107人。

1.3 调查工具

1.3.1 第一阶段

半结构化个人深入访谈。根据研究目的制定访谈提纲,围绕基层卫生技术人员的工作内容、工作量和感受等主题进行提问。访谈在相对独立的空间进行,事先均获得受访者的知情同意,访谈时长约为30~60分钟。

1.3.2 第二阶段

本阶段包括问卷调查和访谈。问卷内容主要为:(1)行政负担。根据第一阶段研究结果和既有文献,课题组自编4个题项测量行政负担,分别对应迎

检负担、报表负担、文件负担和会议负担。选项均为五分类(从“非常少”到“非常多”),赋值1~5分,得分越高代表感知的行政负担越重。后续分析中,将这4个题项作为行政负担的反映性指标,纳入结构方程模型进行验证。(2)角色冲突。采用李超平编制的角色压力量表中的角色冲突维度。^[20]共包含3个题项,采用李克特5点计分法,得分越高代表角色冲突的感知越强。该量表的Cronbach's α 系数为0.822。(3)职业倦怠。采用MBI-HSS中文版^[21],包括情感耗竭(9题项)、去人性化(5题项)和低成就感(8题项)三个维度。采用李克特7点计分法,得分越高代表倦怠水平越高。三个维度的Cronbach's α 系数分别为0.883、0.838和0.835。

访谈依然采用半结构化个人深入访谈。结合第一阶段的发现和本阶段研究目的制定访谈提纲,围绕基层卫生技术人员日常工作中的开会、填表、处理文件、迎评迎检等行政负担展开,询问行政负担的程度以及个人的主观认知,同时询问被访者当前的工作态度与整体感受。访谈的操作方式与流程同第一阶段。

1.4 分析方法

第一阶段,对访谈资料采用主题分析法进行开放式编码,归纳出具有概念意义的主题并初步分析其潜在关系。第二阶段,对问卷数据采用描述统计、相关分析和结构方程模型进行分析。同时,采用主题框架法分析访谈资料。两个阶段的全部访谈资料均逐字转录,并借助MAXQDA 2020进行编码与整理;定量数据分析借助SPSS 22.0和AMOS 22.0软件完成。

2 结果

2.1 第一阶段

访谈分析的主要结果如表1所示,从中提炼出3个核心主题:行政负担、角色冲突和职业倦怠。其中,行政负担又可分为迎检负担、报表负担、文件负担、会议负担4个高频子主题。迎检负担源自不同上级部门对基层的督导、检查和评估,为此基层需进行资料整理、场所布置或模拟演练等准备工作;报表负担指的是在工作中需大量填报数据和撰写文字材料,内容繁琐且常需重复填报;文件负担表现为各类行政文件的频繁下发,内容涉及政策传达、任务分配与指标设定,有时会伴有要求紧迫、任务叠加、超出

基层承载能力等现象;会议负担体现为频繁召开工作布置会、培训会等各类会议,部分会议缺乏专业性或实际指导意义,或是存在时间安排不合理等问题。行政负担影响了基层卫生的工作状态,表现为角色冲突和职业倦怠。角色冲突包括两类:一是精力冲突,即行政事务与专业技术工作在时间与任

务安排上相互挤压,难以协调工作重心与精力投入;二是价值冲突,即认为行政事务偏离甚至阻碍了本职工作。职业倦怠主要体现为身心俱疲和低成就感:前者指高负荷工作下产生的持续性生理与心理疲惫,后者指难以从工作中获得内在的满足与意义感。

表1 第一阶段的访谈分析结果

主题	子主题(编码数)	访谈举例
行政负担	迎检负担(20)	“各个上级部门的要求不一样,虽然单看某一个部门可能要求不多,但是加起来对我们来说工作量就很多了,每个部门都各检查各的。”
	报表负担(17)	“我们公卫系统和家医系统说是要实现融合,但实际上不是一个软件,我们需要分别录入信息,一个老人我同时做了随访和家医履约,我需要两个软件重复录入。”
	文件负担(10)	“压力来源于上级给我们派的任务,我们总是接到一些文件,因为所有的活都压到基层了,工作量太大了。”
角色冲突	会议负担(8)	“我们的各种会也是为了应付上级要求,大会、小会、党员会、中层会、院感会、培训会、学习会,铺天盖地的会。”
	精力冲突(8)	“太多行政事务,很多时间就是在忙一些报表、感受、体会、工作总结,感觉到自己在专业上的精力不太够,没有能够钻下去那种感觉。”
	价值冲突(4)	“我是搞技术的,你让我把所有的时间用在搞技术上,我热爱这项工作也愿意干,但是每天开会检查学习笔记,我每天都在忙但不知道在忙什么。”
职业倦怠	身心俱疲(6)	“有时回家之后还要工作,一些报表他们随时找到你。回家之后放下包就打开电脑报表,有时周末也有报表,休息的时候脑袋也不放松。”
	低成就感(4)	“上级给我们派活都要立马去干,比如之前让我们一些专业技术人员出去创城,就和坐办公室的干一样的活,那有啥意义?”

2.2 第二阶段

2.2.1 定量分析

如表2所示,行政负担的4项指标中,感知为“比较重”或“非常重”的人员数量和比例从高到低依次为:迎检负担687人(62.7%)、文件负担601人(54.8%)、报表负担567人(51.8%)和会议负担268人(24.4%)。

相关分析结果如表3所示,角色冲突得分为8.72±2.901,职业倦怠的三个维度得分为:情感耗竭19.28±11.479,去人性化4.70±5.792,低成就感14.68±9.991。行政负担4项指标之间均显著正相关,且它们均与角色冲突和情感耗竭显著正相关,但与低成就感的相关系数均不显著。

表2 行政负担四项指标的频数与占比(n,%)

	非常轻	比较轻	一般	比较重	非常重	合计
迎检负担	4(0.4)	9(0.8)	396(36.1)	555(50.6)	132(12.1)	1 096(100.0)
报表负担	10(0.9)	52(4.7)	467(42.6)	447(40.8)	120(11.0)	1 096(100.0)
文件负担	5(0.4)	17(1.6)	473(43.2)	490(44.7)	111(10.1)	1 096(100.0)
会议负担	44(4.0)	153(14.0)	631(57.6)	235(21.4)	33(3.0)	1 096(100.0)

表3 核心变量得分与皮尔逊相关系数

	得分	迎检负担	报表负担	文件负担	会议负担	角色冲突	情感耗竭	去人性化	低成就感
迎检负担	3.73±0.690	1							
报表负担	3.56±0.784	0.525**	1						
文件负担	3.63±0.704	0.654**	0.585**	1					
会议负担	3.05±0.795	0.217**	0.292**	0.226**	1				
角色冲突	8.72±2.901	0.141**	0.184**	0.174**	0.097**	1			
情感耗竭	19.28±11.479	0.207**	0.182**	0.180**	0.077*	0.449**	1		
去人性化	4.70±5.792	0.083**	0.049	0.065*	0.037	0.310**	0.625**	1	
低成就感	14.68±9.991	-0.036	-0.028	0.000	-0.058	0.056	0.069*	0.133**	1

注: *P<0.05, **P<0.01。

结构方程模型拟合结果如图 2 所示,行政负担对职业倦怠的标准化路径系数为 0.15 ($P<0.01$),行政负担对角色冲突的标准化路径系数为 0.21 ($P<0.01$),角色冲突对职业倦怠的标准化路径系数为 0.43 ($P<0.01$)。进一步分析可知,行政负担对职业倦怠的标准化直接效应为 0.150,通过角色冲突的标准化间接效应为 0.093,间接效应占总效应的

38.3%。采用偏差校正的 bootstrap 方法(5 000 次重复抽样)进行检验,结果显示间接效应的 95% 置信区间为[0.063,0.125],不包含 0,说明间接效应显著。模型主要拟合指标为:CMIN/df=3.591, RMSEA=0.049, GFI=0.985, NFI=0.970, RFI=0.953, IFI=0.978, TLI=0.966, CFI=0.978, 均达到良好拟合的判定标准。因此,研究假设 H1 与 H2 均得到实证支持。

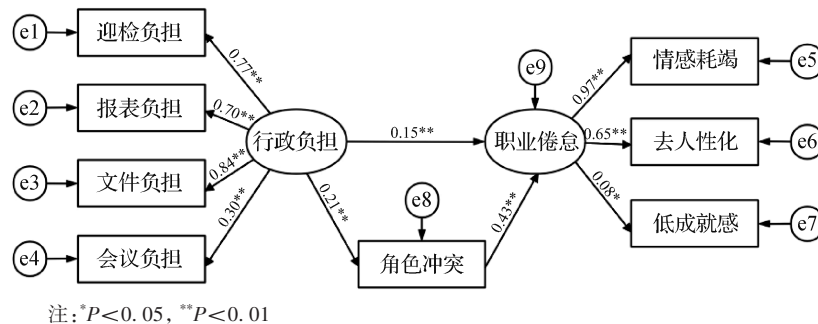


图2 结构方程模型拟合结果

2.2.2 定性分析

(1) 行政负担的表现

访谈中最常提及的行政负担是迎检和报表,且二者常相伴出现。受访者的表述与第一阶段发现高度契合,反映出此类负担在基层卫生工作中的普遍性与持续性。不少受访者表示,来自不同层级的检查多且分散,标准不统一,材料准备工作繁琐。“各种检查太多、不统一,应该整合一下。现在每天一检,每个部门都有一个标准,每次检查都需要准备一套材料。”此外,检查会衍生大量文书工作,尤其体现为数据填报,有受访者表示存在重复填报的情况,如报给不同部门相同数据,或需同时提交电子版与纸质版。另外,有受访者提到填报内容要符合上级要求,为此可能需反复多次修改,进一步加剧工作负担。还有受访者提到上级会通过文件给基层下达工作要求和指标,有些超出基层的实际能力,不得不敷衍执行甚至弄虚作假。此外,不少受访者谈到了对行政负担的变化感知,仅有个别人员表示负担有所减轻,更多人认为负担依然沉重。“我觉得越减越重了,一个月都有好几十份报表,有时候几张表就报了一天,每报一张表都很麻烦。”

(2) 行政负担的来源

分析访谈内容可发现,基层卫生技术人员的行政负担主要源于制度性要求所衍生的事务,这在公共卫生服务和医疗服务中均有典型表现。在公共卫生服务过程中,为检查和考核而进行的痕迹管理是

行政负担的主要来源。受访者普遍提到,家庭医生随访服务、健康教育等活动中,需拍照或收集证明材料,有时甚至为留痕而留痕,偏离了原本的服务目标。“要求一些照片资料作为证明,必须让你干什么都留下照片,没照片就相当于没有实际做。”医疗服务中,受访者普遍反映一些政策规定造成了行政负担。例如一些旨在控费的医保政策可能衍生出额外的工作,有时需因政策限制调整治疗方案并向患者进行解释。再比如,当信息系统筛查出疑似违规的诊疗记录时,即使在医学上合理,也需向上级部门提交材料说明理由、完成举证。

(3) 行政负担的影响

访谈结果进一步印证了行政负担会造成生理和心理层面的双重角色冲突。生理层面为精力冲突,比如在承担诊疗任务的同时,还需处理一些行政事务,有时会出现难以兼顾的状况。“如果是在上午病人比较多时候去弄这些材料的话,就转不过来,这边一堆病人,他们公卫科又要打电话说怎么还不来交。”此外,行政负担还会造成心理层面的价值冲突。一些受访者表示,行政事务比例过高,使其难以专注于核心的诊疗职责,偏离了以病人为中心的服务理念。“我们作为大夫来说,不想每天迎接检查、写什么文件,我就想把注意力放在我的病号上面,给病号看好病就行了,别的事情最好不要做。”当行政负担造成的角色冲突长期得不到缓解时,会形成持续性的工作压力,产生对自身或工作的负面认知与不良情绪,诱发职业倦怠。

3 讨论

3.1 基层卫生技术人员的行政负担较重,呈现“迎检驱动—文件生成—填报落实”的特征

两个阶段的研究表明,山东省基层卫生技术人员面临着较重的行政负担。第一阶段研究发现,行政负担可归纳为迎检、报表、文件和会议四类。第二阶段的定量结果验证了行政负担的普遍性:认为迎检、文件和报表负担重的人员比例均超过半数,而会议负担相对较轻。原因可能在于,会议负担可通过组织内部优化管理来缓解,而迎检、报表和文件负担则源于治理模式的结构性压力,体现了基层治理的碎片化特征。^[22]相关分析也显示,迎检、报表和文件负担彼此关系紧密,而与会议负担的相关性较低。访谈进一步揭示出三类负担的内在关系:当前对基层的各种检查和考核数量多、频率高,呈现碎片化和临时性特征。文件是考核的主要载体与实施依据,上级部门通过发文下达要求与量化指标。基层需按文件要求准备材料,填报各类统计数据,有时需重复填写、反复修改。由此可见,当前基层的行政负担呈现出“迎检驱动—文件生成—填报落实”的链式特征。尽管近年来政策层面已出台并推进旨在减轻基层负担的改革举措^[6],但本研究发现迎检、报表和文件负担依然沉重且相互交织,访谈中甚至有人表示“越减越负”。因此,亟需从治理层面推动制度性改革,以实现实质性减负。

3.2 公共卫生与医疗服务中的制度性要求是行政负担的主要来源

第二阶段的访谈表明,行政负担主要源于公共卫生和医疗服务过程中的制度性要求。首先,公共卫生服务由政府主导,上级部门需通过指标化管理和制度化考核来确保服务质量^[23],客观上增加了填表报数、迎评迎检等行政负担。同时,公共卫生服务过程中普遍实施痕迹管理,本意是便于监督评估、保障政策落实,但实践中却出现了“内容形式化、形式内容化”的倾向。^[24]比如健康教育、慢病随访中的拍照留痕可能异化为形式主义,使行政工作被个体主观感知为一种负担。其次,医保政策在医疗服务中嵌入了规则约束,增加了合规成本与心理成本。合规成本指的是为遵守规章制度所付出的信息收集、行为调整以及规避惩罚等努力^[4],体现为三个阶段的额外投入:事前在临床决策时,前置考虑医保支付规

则与限额;事中为满足合规与结算校验,增加流程性操作并强化痕迹管理;事后在信息系统筛查出疑似违规时,需准备材料、说明理由并完成举证。心理成本指个体在与制度性要求打交道过程中产生的负面情绪体验与心理压力^[4],主要源于两方面:一是医保的抽查、稽核与问责强化了医生的风险感知,还可能伴随对规则适用合理性的疑虑;二是患者对政策限制的不理解可能转化为对医生的不满,增加了医生的沟通成本与情绪劳动。

3.3 行政负担通过角色冲突的中介作用加剧职业倦怠

本研究构建并验证了“行政负担→角色冲突→职业倦怠”的模型,主要有两方面理论贡献:其一,拓展了职业倦怠影响因素的分析层级。既有研究多从微观个体与中观组织层面解释基层卫生技术人员的职业倦怠^[25-27],相较之下,本研究关注的行政负担则是源于宏观治理模式的压力源。这与童西洋的研究相呼应^[10],其指出行政主导的基层卫生治理模式存在结构性问题,会将压力传导至一线工作者从而增加职业倦怠的风险。相较于组织内部可调节的压力,行政负担具有更强的制度嵌入性,需在治理目标、方式与技术上进行改革,才能切断其向职业倦怠的传导链条。其二,本研究验证了角色冲突的中介作用,并揭示出两种作用机制:一是精力冲突。医疗与行政任务并行时,填表报数、迎评迎检等行政事务大量占用时间,导致个体在精力分配上的冲突。根据JD-R模型,精力冲突意味着工作要求提高、个体资源损耗加剧,引发情感耗竭。^[15]二是价值冲突。行政事务本应服务于“以患者为中心”的目标,但当其累积过重,易导致服务实效让位于表面达标,滋生形式主义。^[28]这与大多数人的职业期望不符,造成意义感下降和犬儒倾向,进而引发去人性化 and 低成就感。^[29]

3.4 研究局限与未来研究建议

本研究主要有以下三点局限:第一,虽然本研究采用了两阶段的混合研究方法,但第二阶段的定量分析仍是基于横截面数据,无法验证因果关系。未来可使用纵向追踪或准实验设计来验证本研究提出的中介模型。第二,本研究两阶段的样本均来自山东省,受地区治理模式、文化特征、信息化程度等影响,结论的外部效度有限。后续可扩大至多省多层级样本,并在城乡与机构类型等维度进行分组比较,以检验结果的情境适用性。第三,测量工具仍有改

进空间。行政负担采用基于访谈的自编题项,提升适配性的同时也限制了与其他研究的可比性。角色冲突虽是基于成熟量表,但主要反映精力冲突而未充分覆盖价值冲突。未来可将该群体行政负担的测量指标整合进既有构念维度,以及在角色冲突中纳入价值冲突子量表,系统开展信效度评估与跨人群检验。

4 政策建议

本研究采用探索性时序设计,发现山东省基层卫生技术人员面临较重的行政负担,由此可能造成角色冲突、加剧职业倦怠。为此,提出如下建议:第一,优化检查与考核方式。在减少不必要检查的前提下,推动多部门联合的一站式综合考核,明确年度检查上限与频次,防止层层加码,检查重心由“材料齐备”转向“结果导向+现场验证”,以减少迎检负担。第二,精简数据填报,完善痕迹管理。推动数据报送系统整合,提升信息系统互联互通水平,实现不同部门间数据的共建共享。同时,应明确痕迹管理的边界,界定其适用场景和最低必要标准,防止“为留痕而服务”的形式主义蔓延。第三,推进协同治理机制建设。比如在医保改革中,减少单向行政指令式管理,探索建立由基层医疗机构代表、医保经办机构与社区居民代表组成的医保协商平台,作为常设的规则协商与快速反馈机制,提升基层卫生技术人员在政策制定、规则调整与异常处理中的话语权,以此从治理模式与制度设计源头缓解行政负担。

作者贡献:赵世超负责研究构思与设计、论文初稿撰写;辛明泽、唐子茜、董雅芳、李禾熙负责数据整理与分析;马慧芬负责组织调研与收集数据;王涛负责论文修改。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 薛维娜, 杨星, 伍红艳, 等. 分级诊疗背景下基层卫生人员工作压力与薪酬满意度分析[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(8): 620-625.
- [2] 傅丹敏, 杨金侠, 雷桃, 等. 基层卫生人员非工作范围负担及对策研究[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(12): 72-75.
- [3] MOYNIHAN D, HERD P, HARVEY H. Administrative burden: Learning, psychological, and compliance costs in citizen-state interactions[J]. Journal of Public Administration

- Research and Theory, 2015, 25(1): 43-69.
- [4] 马亮. 如何增强基层减负的获得感[J]. 国家治理, 2021(31): 44-48.
- [5] 马亮. 行政负担: 研究综述与理论展望[J]. 甘肃行政学院学报, 2022(1): 4-14, 124.
- [6] 国家卫生健康委. 国家卫生健康委关于印发卫生健康系统解决形式主义突出问题为基层减负措施的通知[EB/OL]. (2019-06-05) [2025-08-15]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2019-10/08/content_5437033.htm
- [7] STORSETH O, MCNEIL K, GRUDNIEWICZ A, et al. Administrative burden in primary care: Critical review[J]. Canadian Family Physician, 2025, 71(6): 417-423.
- [8] BROWN J B, THORPE C, BAL S, et al. Burden of administrative responsibilities in primary care: Qualitative study[J]. Canadian Family Physician, 2025, 71(6): e148-e153.
- [9] 刘子言, 肖月, 赵琨, 等. 国家基本公共卫生服务项目实施进展与成效[J]. 中国公共卫生, 2019, 35(6): 657-664.
- [10] 童西洋, 王明慧, 张安琪, 等. 多维视角下基层卫生技术人员职业倦怠的形成机制研究: 基于扎根理论[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(6): 59-65.
- [11] BUDD J. Burnout related to electronic health record use in primary care[J]. Journal of Primary Care & Community Health, 2023, 14: 1-7.
- [12] JOHNSON R B, ONWUEGBUZIE A J, TURNER L A. Toward a definition of mixed methods research[J]. Journal of mixed methods research, 2007, 1(2): 112-133.
- [13] 约翰·W·克雷斯维尔. 混合方法研究: 设计与实施[M]. 重庆: 重庆大学出版社, 2017.
- [14] CRAWFORD E R, LEPINE J A, RICH B L. Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: a theoretical extension and meta-analytic test[J]. Journal of applied psychology, 2010, 95(5): 834-848.
- [15] BAKKER A B, DEMEROUTI E. Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward[J]. Journal of occupational health psychology, 2017, 22(3): 273-285.
- [16] DEMEROUTI E, BAKKER A B, NACHREINER F, et al. The job demands-resources model of burnout[J]. Journal of Applied psychology, 2001, 86(3): 499-512.
- [17] RIZZO J R, HOUSE R J, LIRTZMAN S I. Role conflict and ambiguity in complex organizations[J]. Administrative science quarterly, 1970, 15(2): 150-163.
- [18] SINSKY C, COLLIGAN L, LI L, et al. Allocation of physician time in ambulatory practice: a time and motion study in 4 specialties[J]. Annals of internal medicine, 2016, 165(11): 753-760.
- [19] MASLACH C, LEITER M P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for

psychiatry[J]. World psychiatry, 2016, 15(2): 103-111.

[20] 李超平, 张翼. 角色压力源对教师生理健康与心理健康的影响[J]. 心理发展与教育, 2009, 25 (1): 114-119.

[21] MASLACH C, JACKSON S E. The measurement of experienced burnout [J]. Journal of organizational behavior, 1981, 2(2): 99-113.

[22] 邓寿群, 王静雅, 刘民. 基层医疗卫生服务体系“碎片化”特征及重构研究[J]. 区域治理, 2021(41): 98-100.

[23] 杜创. 2009年新医改至今中国公共卫生体系建设历程、短板及应对[J]. 人民论坛, 2020(Z1): 78-81.

[24] 陈辉, 陈晓军. 内容形式化与形式内容化: 精准扶贫工作形式主义的生成机制与深层根源[J]. 中国农村观察, 2019(3): 52-63.

[25] 孙晓杰, 邸燕, 孔鹏, 等. 基层和公共卫生人员职业倦怠状况及影响因素分析[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(3): 26-31.

[26] 黄庆华, 李亚美, 周密. 重庆市基层公共卫生人员职业倦怠现状及影响因素分析[J]. 重庆理工大学学报(社会科学), 2020, 34(6): 51-60.

[27] 洪梦园, 杨金侠, 索白莉, 等. 我国基层卫生人员职业倦怠现状及其影响因素[J]. 医学与社会, 2023, 36(5): 97-101.

[28] 李波, 于水. 考核式治理失灵: 基层形式主义的生成逻辑与防治对策研究[J]. 宁夏社会科学, 2022(3): 53-61.

[29] LEITER M P, FRANK E, MATHESON T J. Demands, values, and burnout: relevance for physicians[J]. Canadian Family Physician, 2009, 55(12): 1224-1225.

[收稿日期: 2025-08-17 修回日期: 2025-09-11]
(编辑 赵晓娟)

世卫组织更新基本药物清单, 增添了癌症和糖尿病的重要治疗药物

2025年9月5日, 世界卫生组织(世卫组织)发布了《基本药物标准清单》和《儿童基本药物标准清单》的更新版, 增加了针对多种癌症和糖尿病以及相关合并症(如肥胖症)等疾病的新疗法。还增添了囊性纤维化、牛皮癣、血友病和血液相关疾病的治疗药物。

世卫组织《基本药物标准清单》和《儿童基本药物标准清单》列入了用于满足人群重点医疗需求的药物。150多个国家采用这两份清单, 并根据清单进行公共部门采购、药物供应和开展健康保险和报销计划。修订版构成世卫组织《基本药物标准清单》第24版和《儿童基本药物标准清单》第10版。

负责卫生系统、获取机会和数据事务的世卫组织助理总干事 Yukiko Nakatani 博士指出, “新版基本药物清单标志着朝进一步获得具有临床益处且具有巨大

潜力的全球公共卫生影响的新药迈出了重要一步”。

世卫组织标准清单于1977年启动, 主要用于促进发展中国家妥善获得药物, 现已成为各卫生系统就药物选择和普及药物做出决定的值得信赖的全球政策工具。

世卫组织基本药物的选择和使用专家委员会审查了59项申请, 其中包括关于增加新药或药物类别的31项申请。经审批, 在《基本药物标准清单》中增加了20种新药, 在《儿童基本药物标准清单》中增加了15种新药, 并增加了已被列入清单的7种药物的新使用适应症。经更新的清单反映了最紧迫的公共卫生需求, 现在总共涵盖523种成人基本药物和374种儿童基本药物。

(摘编自: 世界卫生组织网站)