doi:10.3969/j.issn.1005-3697.2020.03.047

❖基层卫生研究❖

基层医务人员视角的紧密型医联体建设效果评价与分析

魏毅[1],马莉[1],刘佳[2],曾一琼[2],刘延一[2]
(1.四川大学华西医院,四川 成都 610041;2.成都市龙泉驿区第一人民医院,四川 成都 610000)

【摘要】**目的**:分析基层医务人员对医联体建设方式的意见及对医联体运行效果的评价,探讨促进医联体建设的对策。**方法**:以四川省某大型三甲医院的5个紧密医联体单位在岗职工为调查对象进行问卷调查,采用描述性统计方法、卡方检验和秩和检验进行统计分析。**结果**:选择管理团队组合方式以"医疗+护理+运管"为宜的占比(79.6%)最高;选择学科主任与专科联盟相结合模式医联体的占比(75.9%)最高;医联体建设效果利大于弊,不同地区、不同人群对医联体建设效果的评价分布差异有统计学意义。**结论**:"医疗+护理+运管"的派驻方式得到普遍认可,派驻前应进行针对性培训;学科主任和专科联盟各有利弊,两种方式有机结合最好,应逐步建立健全相关的管理机制;医联体建设已初显成效,医联体运行效果获得医务人员认同,但具体方式应因地制宜,对效果的客观评价还需进一步研究。

【关键词】医改;紧密型医联体;效果评价
【中图分类号】R197 【文献标志码】A

Evaluation and Analysis of the Effect of Tight Medical Alliance Construction from the Perspective of Medical Staff in Primary Hospitals

WEI Yi, MA Li, LIU JIA, Zing Yi qiong, LiuYanyi
(*West China Hospital of Sichuan University, Chengdu* 610041, *Sichuan, China*)

【**Abstract**】**Objective**: To analyze the opinions of medical staff in primary hospitals on the construction mode and evaluate the operational effects of medical alliance, explore the strategies to promote the construction of medical alliance. **Methods**: A questionnaire survey was conducted among the employees from five tight medical alliance institutions of a large-scale level three hospital in Sichuan Province. The descriptive statistical method, chi-square test and rank sum test were used for statistical analysis. **Results**: 79.6% of medical staff believed that the management team composed by "doctor + nurse + operation manager" was most appropriate. 75.9% medical staff believed that the combined teamconsisted of department directors and specialist leagues was appropriate. The advantages of the construction of medical alliance outweigh the disadvantages. There are statistically significant differences in the distribution difference of effect evaluation of medical association construction in different regions and different populations. **Conclusion**: The "doctor + nurse + operationmanager" modeis generally recognized, targeted training should be carried out before accreditation. The department-director mode and the specialist-league mode have their own advantages and disadvantages. The combination of these two modes is the best way to implement medical alliance. Relevant management mechanisms should be gradually established and improved. The construction of medical alliance has achieved initial success whichhas been recognized by medical personnel, but the specific methods should be adapted to local hospitals and the evaluation of the effects needs further research.

【**Key words**】medical and health Reform; tight medicalalliance; effectevaluation

《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》于2017年下发,该文件的发布表明,在深化医改的关键时期,医疗联合体(医联体)将在落实分级诊疗、提升医疗服务的整体效能方面发挥极其重要的作用。"各地要根据本地区分级诊疗制度建设实际情况,探索分区域、分层次组建多种形式的医联体"。医联体建设是促进医疗卫生工作重心下移和优质资源下沉,提升基层服务能力,更好实施分级诊疗,让百姓更便捷享受到优质的医疗服务[1-4]。医联体是以1所三级医院为牵头单位,联合若干城市的二级医院、康复医院、护理院以及社服中心,构建"1+X"医联体,纵向整合医疗资源,形成

基金项目:成都市科技局技术创新研发项目(2020-YF05-00031-SN)
作者简介:魏毅(1966-),女,主管护师。E-mail:1206560053@qq.com
通讯作者:马莉。E-mail:1004500237@qq.com

资源共享、分工协作的管理模式[5-6]。四川省某大型三甲医院自2002年开始探索区域协同诊疗的医联体模式,目前已具有一定规模[7]。在国家大力提倡和推进分级诊疗模式的背景下[8],该院自2015年开始建立以政府支持、以“在位+在线”为主要方式的紧密型医联体建设模式[9],目前已经有5家。

“在位”方式包括派驻医疗专家、护理专家、运营专家各1人作为管理团队成员,为优质资源下沉的专职人员,分别担任院长、副院长或院长助理,进入医院的核心决策层;派驻学科主任作为兼职人员,每月保证下沉到基层医院工作2天;除此之外,还包括逐步构建专科联盟的形式。“在线”的方式包括远程教学、远程会诊、电脑桌面联合查房等方式。本研究在2018年4月对5家紧密医联体基层单位的在岗职工开展横断面调查,分析员工对医联体建设方式的意见及对医联体运行效果的评价,探讨促进医联体改革与建设的对策。

1　对象与方法

1.1　研究对象

四川省某大型三甲医院开展紧密型医联体建设的5家区县级公立医院,以其在岗职工作为调研对象,共收回问卷1 694份。

1.2　研究方法

使用德尔菲专家咨询法设计调查问卷,问卷分为被调查者基本情况、效果评价和意见建议3个部分。对符合条件的人群,运用普查法发放问卷,根据自愿的原则填写并回收问卷。

1.3　统计学分析

使用SPSS 20.0进行数据录入和统计学分析,用描述性统计方法、卡方检验和秩和检验进行分析,以$P<0.05$为差异具有统计学意义。

2　结果

2.1　调查对象基本情况

被调查的1 694名在岗职工中,专业技术人员1 541人(占比91.0%),非专业技术人员153人(占比9.0%);普通员工1 410人(占比83.2%),领导干部284人(占比16.8%);高级职称219人(占比12.9%),中级职称380人(占比22.4%),初级职称964人(占比56.9%)。

2.2　对医联体建设形式的评价

2.2.1　管理团队组合方式　被调查的1 694名在岗人员中,有1 348名(79.6%)人员认为管理团队的组合方式以“医疗+护理+运管”为宜,且不同医院、职务和岗位人员均以选择该种组合方式为宜的占比最多,均在70%以上。从医院上看,不同医院人员在对管理团队组合方式的选择上存在差异($\chi^2=33.780$,$P<0.001$),虽然占比最大的均为“医疗+护理+运管”方式,但甲、丙、戊医院的第二位选择为“医疗+护理”,而乙、丁医院的第二选择为“医疗+运管”。从职务上看,普通员工和领导干部在对管理团队组合方式的选择上存在差异($\chi^2=22.811$,$P<0.001$),主要表现在第二位上,普通员工的第二位选择方式为“医疗+护理”,领导干部的第二位选择方式为”医疗+运管”。从岗位上看,专业技术人员和非专业技术人员的选择分布上无统计学差异($\chi^2=5.857$,$P=0.111$)。见表1。

表1　管理团队组合方式的选择情况[n(%)]

分类项目	管理团队组合方式				χ^2值	P值
	医疗+护理+运管	医疗+护理	医疗+运管	其他		
医院					33.780*	<0.001
甲	214(76.70)	32(11.47)	28(10.04)	5(1.79)		
乙	140(80.00)	14(8.00)	15(8.57)	6(3.43)		
丙	222(74.25)	36(12.04)	33(11.04)	8(2.68)		
丁	390(83.51)	20(4.28)	49(10.49)	8(1.71)		
戊	382(80.59)	53(11.18)	35(7.38)	4(0.84)		
职务					22.811	<0.001
普通员工	1120(79.43)	144(10.21)	127(9.01)	19(1.35)		
领导干部	228(80.28)	11(3.87)	33(11.62)	12(4.23)		
岗位					5.857*	0.111
专业技术人员	1234(80.08)	142(9.21)	137(8.89)	28(1.82)		
非专业技术人员	114(74.51)	13(8.50)	23(15.03)	3(1.96)		

*示Fisher's确切概率法。

2.2.2 医联体建设两种具体实践方式的选择情况

1 694 名被调查人员中,选择学科主任与专科联盟相结合的最多,为 1 258(75.9%)名,且不同医院、职务和岗位的人员均以选择学科主任与专科联盟相结合方式的居多。从医院看,不同医院在医联体建设方式的选择分布上有差异(χ^2 = 31.873, P = 0.001);从职务上看,普通员工和领导干部在对医联体建设方式的选择分布上有差异(χ^2 = 23.254, P < 0.001),除学科主任与专科联盟相结合方式外,领导干部选择"学科主任"的居多,而普通员工选择"专科联盟"的居多;从岗位上看,专业技术人员和非专业技术人员在对医联体建设方式的选择分布上亦存在差异(χ^2 = 10.612, P = 0.012),除学科主任与专科联盟相结合方式外,专业技术人员选择"专科联盟"居多,而非专业技术人员选择"学科主任"的居多。见表 2。

2.3 对医联体建设效果的评价

1 694 名被调查的在岗人员中,有 1 383(81.6%)名认为"学科主任"对医联体建设的效果是利大于弊,不同单位、不同职称、不同职务人员之间的评价分布有差异,差异具有统计学意义(P < 0.05)。在对专科联盟效果的评价中,有 1 419(83.3%)名认为专科联盟对医联体建设的效果是利大于弊,不同职称、不同职务人员之间的评价分布差异具有统计学意义(P < 0.05)。在医联体建设对个人效果的评价中,有 1 376(81.2%)名认为医联体建设给个人带来了好处,且不同单位、不同职务人员在评价分布上的差异具有统计学意义(P < 0.05)。在医联体建设对区域医疗发展中的效果评价中,有 1552(91.6%)名认为医联体建设对区域医疗发展有效果,在不同单位和不同人群中的分布差异无统计学意义(P > 0.05)。见表 3 和表 4。

表 2 对医联体建设方式的选择情况[n(%)]

分类项目	医联体建设方式				χ^2 值	P 值
	学科主任	专科联盟	二者结合	都一般		
医院					31.873 *	0.001
甲	10(3.72)	41(15.24)	215(79.93)	13(4.83)		
乙	19(10.86)	20(11.43)	132(75.43)	4(2.29)		
丙	20(6.69)	41(13.71)	231(77.26)	7(2.34)		
丁	40(8.57)	85(18.20)	325(69.59)	17(3.64)		
戊	34(7.17)	51(10.76)	382(80.59)	7(1.48)		
职务					23.254	0.001
普通员工	84(5.96)	206(14.61)	1 077(76.38)	43(3.05)		
领导干部	39(13.73)	32(11.27)	208(73.24)	5(1.76)		
岗位					10.612 *	0.012
专业技术人员	104(6.75)	225(14.60)	1 166(75.67)	46(2.99)		
非专业技术人员	19(12.42)	13(8.50)	119(77.78)	2(1.31)		

* 示 Fisher's 确切概率法。

表 3 对医联体建设效果评价的构成情况(一)[n(%)]

分类项目	学科主任效果					专科联盟效果				
	利大于弊	利弊均衡	弊大于利	χ^2 值	P 值	利大于弊	利弊均衡	弊大于利	χ^2 值	P 值
医院				16.042 *	0.031				6.771 *	0.550
甲	213(76.34)	61(21.86)	5(1.79)				229(82.08)	46(16.49)	4(1.43)	
乙	146(83.43)	27(15.43)	2(1.14)			151(86.29)	21(12.00)	3(1.71)		
丙	237(79.26)	56(18.73)	6(2.01)			242(80.94)	50(16.72)	7(2.34)		
丁	377(80.73)	84(17.99)	6(1.28)			393(84.15)	70(14.99)	4(0.86)		
戊	410(86.50)	61(12.87)	3(0.63)			404(85.23)	65(13.71)	5(1.05)		
岗位				2.618 *	0.253				4.222 *	0.106
非专业技术人员	132(86.27)	19(12.42)	2(1.31)			127(83.01)	21(13.73)	5(3.27)		
专业技术人员	1251(81.18)	270(17.52)	20(1.30)			1292(83.84)	231(14.99)	18(1.17)		
职称				19.247 *	0.003				15.097 *	0.017
初级	769(79.77)	184(19.09)	11(1.14)			800(82.99)	154(15.98)	10(1.04)		
中级	322(84.74)	51(13.42)	7(1.84)			326(85.79)	47(12.37)	7(1.84)		
高级	194(88.58)	24(10.96)	1(0.46)			194(88.58)	23(10.50)	2(0.91)		
其他	98(74.81)	30(22.90)	3(2.29)			99(75.57)	28(21.37)	4(3.05)		
职务				18.539 *	0.001				7.342 *	0.023
普通员工	1127(79.93)	264(18.72)	19(1.35)			1166(82.70)	224(15.89)	20(1.42)		
领导干部	256(90.14)	25(8.80)	3(1.06)			253(89.08)	28(9.86)	3(1.06)		

* 示 Fisher's 确切概率法。

表 4 对医联体建设效果评价的构成情况(二)[n(%)]

分类项目	个人效果				区域医疗发展的效果			
	有效	无效	χ^2 值	P 值	有效	无效	χ^2 值	P 值
医院			13.031	0.011			2.720	0.606
甲	226(81.00)	53(19.00)			257(92.11)	22(7.89)		
乙	158(90.29)	17(9.71)			165(94.29)	10(5.71)		
丙	240(80.27)	59(19.73)			273(91.30)	26(8.70)		
丁	364(77.94)	103(22.06)			422(90.36)	45(9.64)		
戊	388(81.86)	86(18.14)			435(91.77)	39(8.23)		
岗位			2.809	0.094			0.064	0.081
非专业技术人员	132(86.27)	21(13.73)			141(92.16)	12(7.84)		
专业技术人员	1 244(80.73)	297(19.27)			1 411(91.56)	130(8.44)		
职称			3.524	0.331			6.380	0.095
初级	770(79.88)	194(20.12)			894(92.74)	70(7.26)		
中级	311(81.84)	69(18.16)			339(89.21)	41(10.79)		
高级	184(84.02)	35(15.98)			203(92.69)	16(7.31)		
其他	111(84.73)	20(15.27)			116(88.55)	15(11.45)		
职务			13.812	0.001			1.857	0.073
普通员工	1 123(79.65)	287(20.35)			1 286(91.21)	124(8.79)		
领导干部	253(89.08)	31(10.92)			266(93.66)	18(6.34)		

3 讨论

研究结果显示,选择管理团队组合方式以“医疗 + 护理 + 运管”为宜的占比(79.6%)最高,这可能与基层医院职工普遍认为这三个层面的专家,基本能够代表了医院管理中存在的主要问题。但是不同医院、不同人群,大家对护理和运管专家的认同度有不一样,且调查中部分职工以开放性问题的形式提出建议,认为管理团队大都是是从临床专家直接到行政决策层,因此派出之前应该做好针对性的培训。

选择学科主任与专科联盟相结合模式医联体的占比(75.9%)最高,且不同单位、不同人群对管理团队组合方式、医联体建设模式的选择分布上的差异有统计学意义。学科主任和专科联盟各有利弊。学科主任指的是由上级的医联体医院遴选副高以上的医生到基层,负责学科建设、教学查房、手术演示、疑难会诊等工作,责权利较为清晰和明确,考核方式也比较容易实施。但因为三甲医院人力资源有限,学科主任只能涵盖少数专科,且各专科只有 1 名,因此有一定的局限性;不仅如此,学科主任大都只有 1 -2 个亚专业方向,而基层医院需要的是各亚专业都比较精通的人才,而专科联盟正好能弥补这一弊端。然而,专科联盟也存在责权利不清晰,派驻质量不能保证、过于松散等问题。因此,本研究的调查结果建议两种方式相结合最好,扬长避短,因地制宜,逐步建立健全相关的管理机制。

本调查结果显示,该大型三甲医院医联体建设工作取得的成效得到了医联体单位的认同,无论是从个人角度还是从区域发展的角度,认为学科主任和专科联盟工作有效的占比均在 80% 以上,大多数人认为医联体建设的利大于弊,而对区域医疗发展的效果主要体现在医联体单位区域医疗中心地位的彰显和区域百姓认同感增强。但具体来看,不同地区、不同人群对医联体建设效果的评价分布有差异,这可能跟派驻人员不同的素质,医联体建设的时间长短有关系,需要我们做更加有针对性的培训。

目前,四川省部分医联体建设已初显成效,医联体运行效果获得医务人员认同,派驻的管理团队、学科主任、专科联盟等形式也得到基层的充分肯定。但具体实施、管理和考核评价方法还应该进一步总结经验,吸取教训;医联体建设是一个循序渐进和多方联动的过程,只有因地制宜,多方协同推进理顺管理和运行机制,才能确保医联体建设取得实效。本研究是基于医联体单位在岗职工的方便抽样调查,对于了解基层需求,调整和改善上级医院及卫生主管部门的决策具有重大的意义。但由于本研究暂时局限于被调查者的各项主观指标和感受,缺乏患者维度和反映医联体建设的客观指标和绩效评价[10],因此需要在以后的研究中进一步完善。

(下转第 546 页)