

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

2020 年第 2 期

(总第 574 期)

卷首语 本期回顾了基层医疗体系的发展历史，剖析了近年来基层医疗在服务内容、目标人群、支付方式等方面发生的变迁；以复旦大学附属中山医院为例，分析该院控制药占比的主要做法和取得的成效；以复旦大学附属眼耳鼻喉科医院为例，探讨了“互联网+医疗”背景下的医院门诊管理智慧化建设；讨论了在医联体背景下北京市C区社区医务人员所掌握的精神卫生知识，了解培训需求，为进一步提高社区医务人员精神卫生服务能力提供决策参考。



上海市卫生健康发展研究中心
上海市医学科学技术情报研究所

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

1976 年创刊

2020 年第 2 期 (总第 574 期)

2020 年 4 月 28 日

主 管

上海市卫生健康委员会

主 办

上海市卫生和健康发展
研究中心 (上海市医学
科学技术情报研究所)

编辑出版

《医学信息》编辑部

上海市建国西路 602 号

邮编 : 200031

电话 : 021-33262063

021-33262061

传真 : 021-33262049

E-mail:

medinfo@shdrc.org

网 址 :

www.shdrc.org

刊 名 题 字 : 王道民

主 编 : 邬惊雷

衣承东

常务副主编 : 张 勘

副 主 编 : 王剑萍

黄玉捷

编辑部主任 : 信虹云

编 辑 : 王 莹

校 对 : 王 瑾

目 次

研究进展

我国基层医疗体系的发展与展望

..... 赵茜 陈华东 伍佳, 等 (1)

上海公立医院控制药占比的实践与思考

..... 支闻沁 孙湛 曹蕾, 等 (9)

基于“互联网+医疗”的医院门诊管理智慧化建设研究

..... 王晨颖 谢诗蓉 王金花, 等 (15)

医联体背景下北京市 C 区社区医务人员精神卫生知识与培训需求调查

..... 徐会利 周雅婷 邓明, 等 (22)

我国基层医疗体系的发展与展望

赵茜¹ 陈华东² 伍佳¹ 廖晓阳¹

1. 四川大学华西医院全科医学科, 610041

2. 成都高新合作社区卫生服务中心, 611731

【摘要】 基层医疗作为整个医疗体系的基础, 在医疗卫生服务体系的改革转型中经历了一系列变迁。在当前医疗改革深入推进的历史趋势下, 基层医疗体系的构建和发展更是决定未来整个医疗体系服务效能的基石。以农村乡镇卫生院和城镇社区卫生服务中心为核心的我国基层医疗卫生体系建设成为我国新医改关注的重点, 也是实现“健康中国”的重要阵地。本文通过回顾基层医疗体系的发展历史, 剖析近年来基层医疗在服务内容、目标人群、支付方式等方面随着社会经济发展而发生的变迁。梳理了我国基层医疗由农村起步, 重心逐渐向城市转移, 新医改后经历了整体重构而实现一体化协调发展的历程。通过对医联体的建设和发展的回顾, 指出在当前“健康中国”战略指引下, 我国基层医疗体系所承担的任务正由疾病诊疗向健康维护拓展; 以“医联体”为主的整合医疗, 即将逐渐转型升级为以健康为目标的“健联体”。本文从目标和任务的转变、服务内容的拓展、加强服务能力建设、技术革新改善医疗服务供给这 4 个方面分析了当前我国基层医疗体系发展的新动向, 从而为我国基层医疗体系未来的发展趋势做出展望。本文认为未来分级诊疗下的整合医疗是大势所趋, 需要多方共同努力, 从供给结构、人才培养、绩效激励、政策保障、技术支撑等多方面进行提升和改善, 以期真正实现“健康中国”。

【关键词】 基层医疗; 医疗体系; 整合医疗

自新中国成立以来, 我国的医疗服务体系随着经济的发展和人民群众需求的提升而不断演进。基层医疗作为整个医疗体系的基础经历了一系列变迁。在当前医疗改革深入推进的趋势下, 基层医疗体系更是决定未来整个医疗体系服务效能的基石。2008 年发布的《关于深化医药卫生体制改革的意见(征求意见稿)》明确提出, 我国将健全基层医疗卫生服务体系。2017 年习近平同志在十九大报告中再次强调, 要加强基层医疗卫生服务体系建设。“健康中国 2030”规划纲要中提出的六项战略方针将“以基层为重点”列为首位。可见, 以农村基层和城镇社区医疗机构为核心的我国基层医疗卫生体系建设成为我国新医改关注的重点。

基金项目: 四川省科技计划项目(2019JDR0277); 成都市科技项目(2019-RK00-00221-ZF); 成都市医学科研课题(2019004)

通信作者: 廖晓阳, E-mail: 625880796@qq.com

本文出自《中华全科医学》2020年3月第18卷第3期

1 我国基层医疗体系的演进

1.1 基层医疗体系的历史沿革

1949 年新中国成立伊始,我国医疗卫生服务供给尚处于较低水平。由于当时农村人口比重占绝对优势且卫生条件较差,农村作为建设医疗保障体系的重心,逐渐形成了以农村医疗卫生体系为主体的医疗保障体系。到 1979 年底,农村合作医疗的覆盖率已经达到了 90% 以上,此时的村医、卫生室(保健站)、卫生院作为基层医疗的主体,形成了覆盖县、公社和生产大队的农村合作医疗三级保障网,初现了三级医疗服务体系的雏形。这个时期基层医疗的主要任务是为城乡居民解决困扰生产和生活的“病痛”和处理常见的健康问题(如妇女生产、避孕等)。在这个时期,尚没有慢病管理的概念。

随着我国的现代化进程,社会经济工作的重点向工业转移。1951 年,中央人民政府出台的《中华人民共和国劳动保险条例》标志着医疗卫生重点逐渐转向城市和工矿。此后,城市企业职工劳动保险医疗制度基本形成,城市医疗卫生制度初具雏形。大部分厂矿单位先后设立了卫生所/卫生室,作为其职工医疗问题的首诊机构,承担着大量的初诊、初治、转诊任务,同时也兼有优生优育、劳动保障、健康教育的功能,形成了覆盖大部分城市人群的基层医疗体系。为了解决这部分卫生服务的支付问题,1952 年原卫生部颁布了《国家工作人员公费医疗预防实施办法》;又于 1978 年发布《财政部、卫生部关于整顿和加强公费医疗管理工作的通知》。上述文件中规定城镇居民和职工首先在所属医疗机构就诊,医师根据病情开出转诊单,将患者转到相对应的高一级医疗机构治疗。这种计划经济时代的“规定就诊模式”浮现了分级诊疗的雏形。

自 1979 年改革开放以来,以家庭承包责任制和统分结合的经营体制改革促使集体经济瓦解,动摇了城市医疗卫生制度的经济基础;同时,随着农村劳动力输出,农村合作医疗也逐渐削弱。随着集体经济的瓦解,政府对医疗卫生事业投入不足、结构不合理,将医疗机构推向了市场。1984 年,原卫生部对医疗卫生系统进行改革,提出医疗卫生机构开拓资金来源,从此我国的医疗行业进入市场化阶段。“市场化”的医疗卫生体制迅速改善了我国医疗卫生供给不足的状况,也提高了卫生事业效率;但日益“商品化”的医疗卫生服务,使医疗的公益性和公平性逐渐受到人民的质疑。部分城市基层医疗机构取消、改制为私有或私营,或转型为相对独立的医院而剥离了原有的保健功能;农村的卫生室、卫生院虽在建制上仍保留,但由于社会保险支付比例较低,居民自主选择医疗机构的自由度增高,城乡基层医疗体系逐渐解离。

2003 年以来,农村合作医疗改革再次登上历史舞台。为了保障农民的健康,缩小城乡医疗卫生差距,政府构建了新型农村合作医疗制度(简称“新农合”)。新农合以政府财政拨款为主,辅以农民自缴款,形成了全民医保覆盖的模式,使城乡居民基本医疗卫生服务趋于均等化。相对应的,城市医疗卫生市场化导致的社会矛盾,促使“新医改”方案的推出。2009 年国务院出台的《关于深化医药卫生体制改革的意见》,明确了新医改目标:“到 2020 年,覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度基本建立。人人享有基本医疗卫生服务,基本适应人民群众多层次的医疗卫生需求,人民群众健康水平进一步提高”。经过十余年的摸索和建设,我国基本医疗保险

制度已初步建立并全面覆盖城镇职工和城乡居民,覆盖率达到 98% 以上;通过开展门诊特殊疾病报销促进慢病规范管理,积极推进大病保险、长期护理保险等试点,并探索多种形式的补充保险、商业医疗保险、医疗救助等,形成多元化、广覆盖、多层次的医疗保障制度。在全国各城市建设了统一标识、统一建制、统一服务内容的社区卫生服务中心;相应地,在农村地区也根据行政区划设置了统一标准的乡镇卫生院。在这一时期,以城市社区卫生服务中心和农村乡镇卫生院为主体的基层医疗体系作为医改的重点内容之一,取得了突飞猛进的发展。遍布全国的城乡基层医疗机构分布合理,建制完整,为实现分级诊疗打下了组织结构基础。随着 2019 年统一全国基本药物目录,为分级诊疗的推行、延伸处方的实施做好了支撑。

总的说来,近年从中央到地方都相当重视基层卫生服务体系建设。无论是在基础设施建设、医疗设备配备方面,还是在人才队伍建设方面,都取得了可喜的成效。公共卫生服务体系不断加强、医疗服务体系逐步完善、医疗保障水平有较大提升、基本药物制度实施范围逐步扩大,群众切身感受到了深化医改带来的好处。然而,当前的基层医疗体系还面临着诸多问题:基层医疗机构从科室设置、硬件配置、人员结构、绩效考核等层面仍以疾病为中心,与人民日益增长的以健康维护为目标的需求不相符合;新医改前期为基层医疗机构设计的统一标准,已不能适应各社区、各乡镇的个性化需求;部分基层医疗机构业务萎缩;人力资源缺乏,部分现有从业人员的职业素养、执业理念尚不能适应新时代基层医疗体系的转型;部分基层医疗机构收入不高,医务人员工作积极性受挫,期待更加有力的国家政策和各地的体系化改革方案推动基层医疗体系的协调升级转型。

1.2 医联体向健联体转型

基层医疗服务的主要任务是当好社区居民的健康守门人,完成居民从出生到死亡全生命周期的医疗照护。虽然基层医疗体系可以承载 80% 以上的就医需求,但由于疾病的病程阶段和严重程度不同,诊疗过程中仍不时需要上级医院技术力量的介入,比如需要专科的介入或者向上级医院转诊。这就需要基层医疗体系实现与上级医院之间,全科与专科之间形成紧密的合作关系,而“医联体”正成为实现这种联动的重要组织保障。2013 年,原卫生部部长陈竺在接受采访时表示医疗改革下一步最重要的是让基层医院真正强起来,和大医院上下联动、沟通、最好是一体化的构架,就是“医联体”。2015 年 9 月,国务院办公厅下发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》其中提到“探索建立包括医疗联合体在内的多种分工协作模式”。2017 年,国务院正式出台《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》,要求所有二级公立医院和政府办基层医疗卫生机构全部参与医联体。大力推动形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式。经过 5 年的摸索和尝试,目前我国已经形成了城市医疗集团、县域医共体、跨区域专科联盟、远程医疗协作网 4 种医联体模式。

医联体的组织模式优化医疗资源、打通就诊流程,实现上-下联动、全-专结合。首先,居民就医流程更加顺畅和连续,增加就诊安全感和对基层医疗机构的信任感,提升居民选择基层首诊的主观意愿。其次,利用上级医院专家资源,强化基层医疗机构自身人才建设。通过双向转诊、专家社区延伸门诊等方式,既可以促进优质资源下沉,又可以提高社区医生的业务能力,

还能够促进特色学科的建设。第三,通过这种“上-下联动”和“全-专结合”的方式实现精准上转和及时下转,可以节约医疗费用、避免因盲目就医和延迟出院而造成的医疗资源浪费。

现有的医联体多为各级医疗机构间的联动,然而对于基层医疗体系的多元化目标责任,仅纳入“医疗机构”的“医联体”对于基层医疗机构的支撑还尚显不足,对于健康中国目标的实现也远远不够。而以基层卫生服务为重点的整合型卫生服务,已得到国际共识,也是我国健康中国战略行动要点之一。整合型卫生服务需要个人层面、机构层面、体系层面、纵向整合 4 个维度考虑。即医疗卫生服务医务人员需整合预防和治疗的服务;机构提供团队内、团队之间、不同部门之间的服务;不同区域的医疗卫生服务机构开展横向配合协作;不同级别或性质的医疗卫生机构实施转诊和合作衔接(分级诊疗)。以老年人群为例,可以以社区为中心,通过整合民政(老龄委)、卫生、财政、人社局等部门社区优质资源,提供医养康护服务一体化的养老服务。面向高龄老人、长期患病、慢性病调理、术后康复、失能或失智等老年群体,基层医疗卫生机构是重要组成部分,服务也可探索向居家延伸,根据患病程度及康复情况提供不同的医养服务内容,实现医养全流程照护。总的说来,未来我国整合医疗的发展方向应不仅限于医疗机构间的“医联体”,而应加强政府、社会组织、市场的医疗卫生资源相互合作、发挥各自优势、升级为以健康为目标的“健联体”。

2 我国基层医疗体系发展的新动向

2.1 目标和任务的转变

基层医疗的服务对象由关注疾病转向关注人,服务目标由预防和治疗疾病转变为全面满足人们对健康维护的需求。“健康中国 2030”规划纲要中明确提出要坚持正确的卫生与健康工作方针,坚持健康优先。2016 年习近平主席在全国卫生与健康大会上讲话指出“加快推进健康中国建设,要高度重视打基础、强基层工作”。

为了适应多层次的医疗卫生目标,基层医疗机构逐渐由“被动诊治服务”转变为“主动健康管理”,实现以“人”为中心的照护。中共中央《关于深化医药卫生体制改革的意见》中明确提出:“转变社区卫生服务模式,坚持主动服务、上门服务,逐步承担起居民健康‘守门人’”的职责。

为了实现全民享有健康的目标,基层医疗服务模式逐渐由“划片分治”演进为“以人为本的整合医疗服务”这一种新的医疗服务模式。整合医疗服务,即由相互联系的各层级供方组成的为居民健康负责的医疗服务网络;是将包括健康促进、疾病预防、治疗和临终关怀等在内的各种医疗服务进行整合,根据健康需求协调各医疗服务机构,为患者提供全生命周期的连续性服务。2016 年 7 月,世界银行、世界卫生组织和中国财政部、原国家卫生和计划生育委员会、人力资源和社会保障部联合发布《建议中国改革其卫生服务模式》的研究报告。其建议采用“以人为本的整合医疗服务”(people-centered integrated care, PCIC)模式。这一新模式的基础是加强基层卫生体系,为居民提供预防、诊疗、康复一体化的服务。这也是在当今人口老龄化、慢

病流行的背景下, 各国所共同倡导、努力实践的模式。

2.2 基层医疗服务内容的拓展和深入

2.2.1 公共卫生服务投入逐年增加, 内容不断拓展

新医改以后, 政府对公共卫生的重视和财政投入逐年增加。

基本公共卫生服务经费补助, 由 2009 年的 15 元/人, 历经 2011 年 25 元/人、2014 年 35 元/人、2016 年 45 元/人, 到 2018 年已翻了三番, 达到 55 元/人。2019 年 9 月国家卫生健康委员会发布的《关于做好 2019 年基本公共卫生服务项目工作的通知》中将补助标准增至 69 元, 且明确要求新增费用中 5 元经费全部用于村和社区, 务必让基层群众受益。

作为公共卫生工作的主要承担者, 基层医疗机构的服务内容也在不断拓展。2009 年新医改伊始, 卫生部发布了《国家基本公共卫生服务规范 (2009 年版)》, 其中包含预防接种、传染病报告、重点人群健康管理、重点慢病管理等十个项目。2011 年新版本将预防接种人群做了拓展, 将儿童健康管理服务由 3 岁延长至 6 岁, 此外还新增了突发公共卫生事件管理和卫生监督协管服务两个新项目。2017 年政府又公布了《国家基本公共卫生服务规范 (第三版)》。第三版《规范》纳入了健康教育项目, 还新增了肺结核管理、中医药健康管理 2 个新项目。2019 年 9 月国家卫生健康委发布的《关于做好 2019 年基本公共卫生服务项目工作的通知》中又有 19 项工作被新划入基本公共卫生服务项目。

2.2.2 四大慢性病防治, 重在基层

心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病是当前威胁人类健康的最主要疾病。这四类慢病在我国总死亡人数中占比高达 88%, 其导致的疾病负担占 70% 以上。联合国发布的“2030 年可持续发展议程”将降低这四类重大慢病所致的过早死亡作为重要目标, 我国也将其纳入“健康中国”建设的主要指标。2019 年 7 月, 健康中国行动推进委员会在新闻发布会上提出: “慢性病的筛查和管理主要依靠基层, 基层能力是慢性病管理的基本保障。”重大疾病防控对加强基层慢病防治服务能力提出了非常具体的要求, 各个专业学术组织也专门面向基层医疗机构发布了针对心血管疾病、呼吸系统疾病和糖尿病的一系列疾病防控指南, 旨在规范基层对常见慢性非传染性疾病的管理。

2.2.3 鼓励专科特色, 发展亚专长

基层医疗服务的主要内容是为所辖居民提供常见病的日常诊疗、慢性病持续管理、健康管理与促进、公共卫生等服务。然而, 保证基本医疗服务的均等化并不等同于所有基层医疗机构的科室设置、服务内容全部整齐划一。因为, 基层医疗从根本上来说是植根于社区居民的具体需求的; 居民的需求不同, 基层医疗机构提供的服务也应该在保证基本的同时体现相应的特色, 以更好地满足需要, 真正做到“便民、灵活”。应在保证基本功能的前提下, 鼓励基层医疗机构在全科的基础上发展专科特色, 鼓励全科医生发展亚专长。

从医疗机构自身发展的角度来说, 只有形成特色, 才能体现医疗机构服务能力的差别, 促进医疗机构自身能力建设, 提高基层医疗机构对居民的吸引力。据国家卫生健康委公布的数据, 我国基层医疗机构病床使用率远远低于医院 [(51.5~61.1) % vs. 81.4%]。这折射出基层医疗机

构对居民吸引力不足的问题。从历史上看,我国医疗卫生资源配置不均衡情况长期存在,供给侧呈“倒三角”形分布,医疗技术、设备物资及人力配置均集中于大型三级医院;基层医疗机构供给能力不足的同时,还存在待遇低、发展前景差、人才缺口大的问题。在此现状下,提供全科诊疗服务的同时拥有几个特色鲜明的专科学科,或将成为更多的社区医疗机构的服务模式。

基层医疗机构特色专科的选定,应该从所在社区具体实际出发,着眼未来发展趋势,尝试边缘学科和交叉学科突围。随着中国老龄化社会的加速到来,使得一些交叉学科逐渐成为发展热点,比如疼痛管理门诊、临终关怀(安宁疗护)、创面治疗、老年心理干预等。部分基层医疗机构融合全科医学与特色专病的探索实践已经取得了可喜的成果。归根结底,医疗服务的价值最终会通过市场规律来体现,居民会用双脚去投票,只有挖掘居民需求、吸引住居民,才能有效提高家庭医生签约率,提高门诊就诊率,提高慢病管理达标率,最终提高人群的整体健康水平。

2.3 加强基层医疗服务能力建设

根据《中国卫生统计年鉴》公布的数据,基层医疗机构诊疗人次占比从2009年的61.9%下降到2017年的54.2%。医疗服务能力弱化是造成以上现象的主要根源。2015年,国务院《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》提出推进分级诊疗制度要以提高基层医疗服务能力为重点。

2.3.1 规范全科医生培养

全科医生是经过范围宽广的医学专业教育训练的医学人才,是基层医疗卫生机构核心服务的直接提供者,是居民健康的“守门人”。全科医生短缺在基层医疗卫生机构比较严重,很大程度上影响了分级诊疗制度的推行。从全科医生的数量上看,截至2016年底全国仅有20.9万全科医生,平均每万人口仅1.51名全科医生;从质量上看,在当前从事基层全科工作的临床医生中,有本科及以上学历的还不到40%,农村基层临床医生平均学历水平更低,且这些在岗的全科医生中,多数没有接受过严格、规范的住院医师培训。全科医生现状无论从数量上还是质量上看,与居民健康需求相比仍有较大差距。2018年国务院办公厅印发的《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》中明确提出培养全科医师队伍的具体目标:“到2030年,全科医生达到70万人,城乡每万居民拥有5名合格全科医生”。面对全科医生数量的巨大缺口,多管齐下保质保量补充全科医生资源是当务之急。提高基层医疗卫生机构的人力配置,可有效满足居民的医疗服务需求,强化基层医疗卫生服务体系的功能定位。

我国全科医生培养起步较晚但发展迅速。继2011年国务院印发《关于建立全科医生制度的指导意见》正式启动全科医生制度建设以来,由院校教育、毕业后教育、继续教育3个阶段相互衔接的全科医师培养体系逐步形成。目前我国的全科医生培养以“5+3”模式为主、“3+2”模式为补充;此外,还通过推行全科医生转岗培训、农村订单定向医学生免费培养、全科医生特岗计划等多种渠道扩大全科医生队伍。即便如此,面对巨大的人才缺口,我们仍需要多方拓展和规范全科人才的培养。

首先,在本科教育阶段提倡尽早接触全科医学理念,鼓励医学生参加全科医学教育和全科

临床见习及实习,鼓励成立全科医学教研室、全科医学系或全科医学学院。其次,在住院医师规范化培训阶段,建立统一规范的全科医生培养制度。以初级预防保健、医疗与预防并重的思维为重心,开展多形式、多模式、多实践的培养课程,掌握生理—心理—社会现代医学模式,促进全人群、全生命周期的健康改善。第三,加强在岗在位培训,提高基层医疗卫生机构医务人员的专业能力。提倡上级医院专家下沉基层,鼓励优秀医疗人才走进基层,提升基层服务能力;加快信息化建设和信息共享,提高资源利用效率。

2.3.2 构建家庭医生团队

基层医疗服务的提供者不仅限于全科医生,而应是以全科医生为中心、以居民需求为导向形成的一个“功能单元”,即“家庭医生团队”。在欧美发达国家,社区护士早已成为慢病管理中不可缺少的一部分。

2018 年国家卫生健康委发布的《关于规范家庭医生签约服务管理的指导意见》明确提出了“家庭医生团队”的配置要求:其中包括家庭医生、护理人员,还可选配公卫医师、专科医师、药师、健康管理师、中医保健调理师、心理治疗/咨询师、康复治疗师、团队助理、计生专干、社工、义工等。每个岗位都应该设置明确的岗位职责,工作流程,绩效考核指标。这就要求医学教育体系面向基层需求,为基层培养和输送更多元化的专业人才。此外仅有团队成员还不够,有效的组织运行机制是达成目标的重要保障。其中的团队管理者作为核心人物,应具备综合性的知识、高尚的人品、丰富的生活经验、卓越的管理才能和执着的科学精神。其在整个团队中担当领军的角色,同时也作为监督者确保工作方向正确。团队中的协调者负责统筹整个团队的日常事务,是整个团队的中间纽带,工作的有序、高效、团队成员的默契配合都需要通过及时充分的协调来实现。团队中的执行者是团队工作的具体实施者,是团队目标实现的源动力,每个执行者都践行服务规范、执行者之间紧密合作、积极为团队献言献策才能保证团队的正常运行和持续发展。

2.4 信息技术的革新改善医疗服务供给

“强基层”一直是新医改推进和分级诊疗制度建设重点。但是,全国共有基层医疗卫生机构 94.5 万个,其中不乏山区、偏远、欠发达地区;部分基层医疗机构因条件所限无法与上级医疗机构及时沟通,既不利于医疗服务的实施,也不利于自身能力的提升。利用“互联网+”技术可以缩小医疗机构之间的物理距离,提高医疗资源有效配置,改善基层医疗服务资源供给,促进基层医疗体系的均等化。

腾讯公司马化腾在 2018 年两会期间建议在基层医疗机构可以率先推广人工智能辅诊等技术。搜狗公司王小川也建议应用数字技术将医疗资源便捷地贯通至患者端,打通医疗惠民的“最后一公里”,提升医疗资源配给效率和诊治准确率,促进医疗全民普惠。从两位科技领军人物的提案来看,无论是“互联网+医疗”还是“人工智能+医疗”,当下信息技术革新推动的医疗信息化革命最亟须的应用场景就是在基层。

其实,技术革新的意义还远不止于此。大数据和区块链技术可推动实现基层医疗卫生机构与二三级医院患者健康档案和电子病历的安全互通,为转诊建立高效的信息通路。AR、VR

和 5G 技术可有效开展远程医疗服务,并远程对下级医院进行指导、培训等。探索可穿戴设备、移动设备提供实时的健康监测和慢病管理服务,以扩大服务人群、促进提供更具连续性的服务。充分发挥“互联网+医疗”的优势,利用云计算、物联网、移动互联网、大数据等信息化技术,开展电子健康档案查询、医疗信息查询、疾病风险评估、健康教育、在线咨询、慢病康复、电子处方、远程会诊及远程治疗等多种形式的健康医疗服务,促进居民健康需求与服务供给之间精准对接。基层医疗服务体系建设的方方面面都需要信息技术支撑和推进,合理地应用新技术能更有效率地实现医疗服务供给。

3 结语

建国 70 年来,我国的基层医疗体系得到持续发展;尤其是新医改以来,基层医疗作为新医改的重点受到政府的高度重视,一系列政策的出台推动了基层医疗体系的功能拓展和能力强化。基层医疗的服务对象由关注疾病转向关注人;服务目标由预防和治疗疾病转变为全面满足人们对健康维护的需求;服务方式由“被动诊治服务”转变为“主动健康管理”;服务模式由“划片分治”演进为“以人为本的整合医疗服务”;基层医疗服务体系的内容得到了拓展和延伸。在基层医疗体系发展的过程中,加强基层医疗服务能力建设是基石,而全科医生培养的规范化以及家庭医生团队的有效构建和高效运行是能力建设的两个重要抓手。以“互联网+”技术为代表的信息技术革新,为赋能基层带来新的契机,新技术的应用也必将为实现健康中国的目标提供助力。

放眼未来我国的医疗卫生体系,实现分级诊疗下的整合医疗是大势所趋,身处这个不断更迭和变革的历史时期,对从业者和机构来说既是机遇,也是挑战。目前,我国基层医疗体系尚存在很多问题,需要全科医生、全科研究者、全科教育者、卫生政策制定者、健康产业管理者、社会工作者、信息新技术专家等人的共同努力,从供给结构、人才培养、绩效激励、政策保障、技术支撑等多方面进行提升和改善,以期真正实现“健康中国”。

上海公立医院控制药占比的实践与思考

——以中山医院为例

支闻沁 孙湛 曹蕾 袁俊 刘盛东

复旦大学附属中山医院, 200032

【摘要】目的：探讨上海公立医院通过合理控制药占比缓解群众“看病贵”的问题，并提高医院社会形象。**方法：**本文以上海复旦大学附属中山医院为例，通过 2017 年上半年干预前和 2018 年上半年干预后数据进行对比，分析该院控制药占比的主要做法和取得成效。**结论和讨论：**中山医院经过干预后，药占比有了明显的下降，控制药占比对缓解群众“看病贵”，提高临床用药水平和提高医院社会形象等方面都有积极的意义。但在控制药占比的实践过程中也遇到一些问题，本文从中山医院的经验做法得出上海公立医院控制药占比的普适建议。

【关键词】 公立医院；药占比；合理用药

1 前言

“药占比”是指药品收入占医院总收入的比例，计算方法为：药品收入占业务收入的比例 $= [\text{药品收入} / (\text{药品收入} + \text{其他业务收入})]$ ，是体现医院综合管理能力的重要指标。控制药占比是加强医院医德医风和行风建设，体现医院社会效益的重要措施。党的十八大以来，根据一系列政策制度要求，公立医院率先响应国家号召，通过合理控制药占比来缓解群众“看病贵”的问题，树立医院良好形象，保证医院健康发展。本文以上海复旦大学附属中山医院（以下简称“中山医院”）为例，通过分析该院为达到市公立医院药占比总体降到 30% 左右的要求实施的主要做法和取得成效，探讨公立医院合理控制药占比的做法，并从中山医院的经验做法得出上海公立医院控制药占比的普适建议。

2 当前上海公立医院药占比控制中的现实问题与推进意义

药占比是关系到患者医药负担的一个重要指标。控制药占比的初衷是为了“打破以药养医”的僵局，降低药品费用，为患者解决“看病难、看病贵”的难题，也是促进合理用药，提高医疗质量的重要手段。国家卫生健康委员会多次发文要求建立合理用药机制，围绕医疗控费这一主题，想方设法挤出医疗费用中的不合理成分，药品领域是国家医疗控费的“第一刀”。药品领域现阶段存在的一些现实问题，例如不合理用药、抗癌药物价格虚高、辅助用药、抗生素等药物滥用导致医疗费用增长过快、患者由于医疗知识不足习惯用贵药、进口药、静脉输液等情

况导致“看病贵”的问题得不到改善,而且医院药品加成情况严重,药品生产、流通、采购等环节存在商业贿赂等不良现象,不仅增加了患者的负担,损害了患者的健康权益,也不利于医务人员自身形象和公立医院自身发展,加剧医患矛盾。

公立医院积极推进药占比控制的积极意义有以下几点:①缓解医患矛盾。通过控制药占比,为患者带来更具有临床疗效和价格低廉的药物,有效缓解群众“看病贵”的问题。②改善不合理用药情况。通过将药占比控制在合理范围来规范全院医师用药行为,有效抑制过度用药和不合理用药情况。③打造风清气正的医院形象。控制药占比是反医药商业贿赂、树立医院形象的有效措施。④推动医院健康有序发展。公立医院应该坚持把社会效益放在第一位,在控制药占比的同时,通过不断提高医疗技术和服务水平,促进医院持续、健康、快速发展。

3 公立医院控制药占比的中山医院经验

3.1 主要做法

本文数据来自于申康 2017 年 1~6 月和 2018 年 1~6 月市级医院绩效简报。近年来,血栓、肿瘤等疾病的发病率逐渐上升,人均医疗费用也在不断提高,“看病贵、看病难”成为社会较为突出问题。2015 年《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》中指出,力争到 2017 年试点城市公立医院药占比(不含中药饮片)总体降到 30% 左右。药占比控制的加强对公立医院的医疗行为和医疗质量产生巨大的影响,医院控制药占比的落脚点应该通过多种管理措施规范医务人员的医疗行为,切实提高医院的医疗质量。

从申康 2017 年 1~6 月市级医院绩效简报中的数据得出,2017 年上半年市级医院药占比为 36.24%,去除中草药、肿瘤化疗药和肿瘤分子靶向药后的药占比为 32%。中山医院药占比为 34.27%,去除中草药、肿瘤化疗药和肿瘤分子靶向药后的药占比为 30.03%。从数据中显示中山医院药占比控制还有待进一步加强(表 1)。

表1 2017年上半年市级医院和中山医院医疗费用情况对比

院名称	时间	门急诊医疗费用		住院医疗费用	
		金额(万元)	同比	金额(万元)	同比
市医院合计	2017 年 1~6 月	1400620.07	8.04%	2008308.94	13.83%
中山医院	2017 年 1~6 月	90757.65	16.06%	197434.65	18.53%

院名称	时间	医疗总费用		药占比		药占比(不含中草药、化疗药、靶向药)
		金额(万元)	同比	比例	同比	
市医院合计	2017 年 1~6 月	3569142.58	11.52%	36.24%	-3.03%	32.00%
中山医院	2017 年 1~6 月	321003.11	28.59%	34.27%	-2.53%	30.03%

2017 年下半年,中山医院按照国家及市卫生行政部门的相关要求,结合医院自身特色,制定一系列措施加强医疗卫生行风建设,合理控制药品费用,有效降低药占比,降低患者医疗

负担,提升医疗行业形象。主要思路体现在:全方位强化医生廉洁意识和合理用药意识、根据各科实际情况制定管理制度和考核方案、运用多维管理工具和信息化手段加强管理。

3.1.1 加强宣传教育

全方位强化医生廉洁自律意识和合理用药观念,开展多渠道、广内容、全覆盖的医德医风、行风教育活动。医院通过多种专题渠道,组织全院职工深入学习相关制度和法律法规,提升广大干部职工的法制纪律意识,促进医务人员廉洁行医,规范医务人员医疗行为。医院在全院开展警示教育,组织临床科室开展“回扣”、“红包”等不良现象的自查自纠工作,发现问题严肃查处。同时,通过开展合理用药的宣教工作,督促医师合理用药,发现问题及时反馈。在就诊过程中积极与患者面对面沟通,使患者正确了解疾病与用药知识,提高患者合理用药意识。

3.1.2 调整药品结构

要进一步控制药占比,控制辅助用药首当其冲。中山医院根据药占比数据,结合信息化手段,对各类药品的使用情况进行评价,梳理辅助药和中成药,在开药系统上关停部分自费药,并定期统计每个科室的中成药和辅助药的停用情况。

3.1.3 设定科室药占比控制目标

根据研究资料,各科室的药占比与全院药占比之间无确定关系,各自是相互独立的变量。中山医院要达到总控制目标低于 30%,势必要对每个临床科室制定控制目标。但科室情况千差万别,设定合理的科室药占比控制目标难度较大,中山医院通过对各科室近年的药占比数据进行统计分析,测算出各科比例,以历史数据为依据,参考各临床科室主任的意见,科学合理地设定了科室药占比控制目标。

3.1.4 加强监督管理

为使药占比控制在医院有规可寻,医院形成行政+临床多维管控模式,从数据监测、管理制度、专项考核等方面入手,满足全方位管理需求。中山医院医务处联合网络中心、病案室和药剂科专人负责全院药占比进行统计分析,分析上报申康病种数据,动态监测各病种药占比和耗材占比情况,对临床科室合理用药和合理使用耗材进行管理。对于药品和耗材异常使用情况,联合医务处、药剂科、设备材料科等部门及时开展调查、适时谈话提醒,加强监管和处理。

落实处方点评制度。成立复旦大学附属中山医院医保、卫生联合约谈工作小组,对超品、超量、超适应症、重复用药、违规使用自费药品等进行管理。根据点评结果定期开展数据分析,对可能违反行风建设相关规定的行为,及时向科室反馈整改。中山医院门诊自 2018 年 9 月起试行处方实时审方,不合理处方数明显下降,目前门诊已全面推行。

实行药占比控制半年考核,根据考核结果分析药占比同期与上期的变化,分析增高原因,总结有效经验。药占比超过规定目标的科室,对开具不合理处方的医师及科室负责人进行警示谈话,督促科室及时整改。对于仍有违规行为的医师及科室给予严肃处理,并将处理结果记入医德医风档案,与奖金和职称评定挂钩。

3.1.5 规范医药购销行为

药品购销领域存在的商业贿赂等违法违纪行为严重影响医务人员廉洁行医。在全方位强化医生廉洁意识和合理用药意识的基础上,全面加强对药品购销行为的全程监控,从源头上控制

药占比。中山医院整合药剂科、设备材料科相关规定,制定《复旦大学附属中山医院供应商接待管理规定(试行)》,规定了供应商接待的地点、人员等以及相关规范流程,业务科室内部做好接待登记。行风办拟制《推进合作企业廉洁诚信从业告知书》,确保医院的合作企业及其工作人员知晓医院行风的相关制度。纪委联同药剂科、设备材料科等部门召开供应商大会,通知医院所有供应商经理级别的管理人员参会,并邀请检察院相关领导进行讲座,加强对供应商单位工作人员的管理和宣教。

中山医院行风办联合门诊办公室、医务处、医务二处、保卫处和精神文明办公室,对东、西院区的门诊、急诊、周转病房以及部分病区医疗诊疗场所的行风情况进行全面巡查,重点对供应商隔离机制执行情况进行了现场巡视,禁止医药营销人员在诊疗区推销药品,影响医生工作。若发现医药生产经营企业代理人进入医疗卫生机构重点区域开展推销、统方等违规行为,医院按照相关规定暂停合作企业相关业务活动,并列入医药产品购销领域黑名单处理。通过规范管理,杜绝医药代表进入门诊、病区开展推销、统方的现象。

3.1.6 使用多维管理工具

现阶段因经验用药、习惯用药或药学知识的不足等因素导致的不合理用药现象仍然存在。不仅如此,部分患者由于医疗知识不足,习惯用贵药、进口药、静脉输液,并且要求医生开好药,尽可能多开药,以上现象对合理用药和控制药占比存在不利影响。中山医院运用多种多维管理工具规范诊疗行为,通过开展临床路径保证医疗质量和医疗安全,提高医疗效率,规范临床用药,控制不合理医疗费用。直至 2017 年,中山医院入径病种数已经从 2010 年的 2 个上升至 2017 年的 926 个;平均住院日和住院费用普遍呈下降趋势,平均住院日已从 2013 年的 7.26 天下降至 5.95 天,平均住院费用已从 2013 年的 26644.24 元下降至 2017 年的 23946.12 元。这表明临床路径的实施不仅改善了工作流程,而且更有效地保障了医疗安全,改善了医疗质量,控制了不合理医疗费用。

该结果说明中山医院通过多种干预措施,有效降低药占比,医疗费用结构持续优化。除此之外,中山医院还运用疾病诊断相关分类(DRGs)的管理模式,自主研发基于病种的分析模型。通过门急诊诊疗病历(挂号、处方、收费、检查检验)、住院病历(医嘱、收费、检查检验、出院病案首页、出院小结)、各类明细数据、涉及的各项资金等海量数据资源,将住院病人精确分类和分组,使手术级别更加清晰,能够更全面、有效地控制疾病诊治成本和医疗费用,有利于节约有限的卫生资源,提高医疗质量。

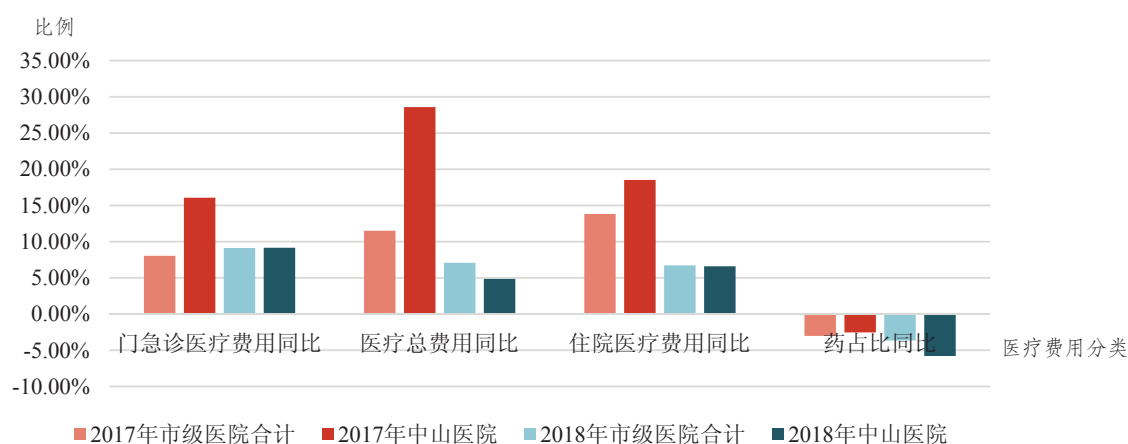
3.2 主要成效

中山医院从 2017 年下半年开始实施干预措施,通过对 2017 年 1~6 月和 2018 年 1~6 月这两个时间段市级医院和中山医院门急诊和住院医疗费用情况进行比较(表 2、图 1),可以发现,与 2017 年上半年相比,2018 年 1~6 月中山医院门急诊医疗费用、住院医疗和医疗总费用继续保持增长,但增长幅度趋缓。2018 年上半年中山医院药占比为 28.48%,同比下降 5.79%,药品费用增幅低于医疗费用增幅,去除中草药、化疗药和靶向药的药占比为 22.83%,两者均保持在 30% 以下。

表2 2017年1~6月和2018年1~6月这两个时间段市级医院和中山医院医疗费用情况对比

院名称	时间	门急诊医疗费用		住院医疗费用	
		金额 (万元)	同比	金额 (万元)	同比
市医院合计	2017 年 1~6 月	1400620.07	8.04%	2008308.94	13.83%
	2018 年 1~6 月	1529263.00	9.11%	2144818.00	6.73%
中山医院	2017 年 1~6 月	90757.65	16.06%	197434.65	18.53%
	2018 年 1~6 月	99061.00	9.15%	210454.00	6.59%

院名称	时间	医疗总费用		药占比		药占比 (不含中草药、化疗药、靶向药)
		金额 (万元)	同比	比例	同比	
市医院合计	2017 年 1~6 月	3569142.58	11.52%	36.24%	-3.03%	32.00%
	2018 年 1~6 月	3821838.00	7.08%	32.45%	-3.65%	25.86%
中山医院	2017 年 1~6 月	321003.11	28.59%	34.27%	-2.53%	30.03%
	2018 年 1~6 月	336590.00	4.86%	28.48%	-5.79%	22.83%

**图1 2017年、2018年市级医院和中山医院医疗费用情况同比比较**

4 中山医院控制药占比经验的上海启示

目前由于医疗服务业的特殊性及我国医药行业的发展现状,控制药占比是一项长期而富有挑战的任务。上海公立医院在控制药占比时应该与行业作风、医院发展和患者利益三个角度紧密结合,将“药占比”牢牢控制在30%左右。

4.1 纠正药品购销之中不正之风

药品购销中的不正之风已成为社会关注热点,多年来国家有关部门一直把纠正药品购销中的不正之风作为纠风专项治理工作的重要内容。公立医院控制药占比可从源头上遏止药品购销中的不正之风和商业贿赂等违法违纪行为。中山医院采取了开展医务人员和医药供应商行业行规、规章制度宣传教育,医院多个部门联合制定相关规定,加强对药品购销行为的全程监控,

严禁医药代表一对一推销或在诊疗区推销药品, 严厉打击药品回扣行为等举措。公立医院要规范医药购销行为, 严把招标采购关, 掌握药品利润空间, 减少购销中间环节, 从源头上控制药占比, 保持医院风清气正的良好形象。

4.2 保证医院持续、健康、快速发展

上海公立医院应该始终把社会效益放在第一位, 在控制药占比的同时不断加强成本管理, 提高医疗技术和服务水平, 扩大服务对象, 进而促进医院持续、健康、快速发展。

中山医院为了有效控制药占比, 对每个临床科室制定控制分目标, 并采用行政+临床多维管控模式, 从数据监测、管理制度、专项考核等方面入手, 满足全方位管理需求。通过运用多种多维管理工具规范诊疗行为, 规范临床用药, 控制不合理医疗费用, 提高医疗质量。

公立医院控制药占比的主要目的是为了缓解群众“看病贵”的问题, 并稳步推进医院健康发展, 提高医院社会形象。公立医院要通过设定科室药占比控制目标, 将药品收入与科室工作分开, 杜绝奖金分配与业务收入挂钩的做法, 防止滥收费, 采取行政干预手段使药占比不断下降, 将医院社会效益放在第一位。与此同时, 新型医疗技术和管理模式是控制药占比的关键。公立医院应积极探索提高医疗技术和服务水平, 并运用多维管理工具, 例如临床路径和疾病诊疗分类等方法协助医院管理。既能达到治疗效果, 又避免了“过度检查”、“过度治疗”的窘境, 减轻患者的负担, 有效缓解群众“看病贵”的问题。

4.3 将患者的利益放在第一位

医院通过多种管理措施规范医务人员的医疗行为来控制药占比, 可以切实提高医院医疗质量, 减轻患者医疗费用, 缓解医保资金负担。控制药占比要以确保患者健康权益为前提, 兼顾合理用药和规范医疗行为, 切不可过度强化药占比, 偏离医疗质量持续改进这一基本原则。

中山医院以“一切以病人为中心”的核心理念, 始终将患者利益放在第一位。通过开展多渠道、广内容、全覆盖的宣传教育活动全方位强化医生廉洁意识和合理用药意识, 提升医院广大干部职工的法制纪律观念, 促进医务人员廉洁行医, 规范医务人员医疗行为。

公立医院在千方百计为患者服务的同时, 应正确处理医院利益、自身利益和患者利益之间的关系, 减轻患者的经济负担。医院要强化对医务人员的医德医风和行风建设教育, 牢固树立合理用药观念, 使医务人员自觉做到合理检查、合理收费、合理用药, 规范诊疗行为。同时通过多种渠道, 提升医院广大干部职工的法制纪律观念。通过科室药占比控制目标、处方点评制度、供应商接待管理规定等规章制度, 监督管理医务人员规范诊疗行为和各类供应商医药购销行为, 将药品收入与科室工作分开, 对违反管理制度的人员采取警示和处罚。坚决杜绝和查处开高价药、开大处方、滥用品等行, 从根本上解决群众“看病难、看病贵”的问题。

◀研究进展▶

基于“互联网+医疗”的医院门诊管理智慧化建设研究

——以复旦大学附属眼耳鼻喉科医院为例

王晨颖¹ 谢诗蓉¹ 王金花² 叶正强¹ 方超¹ 陆文汇¹ 史晓诞¹ 袁佩丽¹ 顾文君²

1. 复旦大学附属眼耳鼻喉科医院, 200060

2. 同济大学附属普陀人民医院(筹), 200060

【摘要】目的：引入“互联网+”理念，优化医院门诊管理模式，缩短门诊全流程就医时间，提升患者满意度。**方法：**运用简单线性回归，预测样本医院未来门诊患者人数；分析2015年至2018年样本医院门诊投诉相关数据，发现门诊就医环节中焦点问题，为优化管理流程提供依据；将互联网技术优势运用于门诊诊疗全流程环节。**结果：**就诊时间冗长是医院门诊亟待解决的重要问题，投诉的焦点集中于就诊期间的窗口服务，于此同时样本医院面临年均就诊患者13248人的不断增长的工作压力，因此样本医院正式启动“智慧化门诊”建设项目。2019年建设至今，9月门诊窗口工作量较同年相比下降了14.11%，窗口投诉人数较2018年同期相比下降15.06%，患者均次就医时间由90分钟缩短至58分钟。**结论：**建立“门诊无人值守”的就医新流程，通过网上就诊数据实时分析，动态调整门诊医务人员初诊人数，能有效减少患者候诊时间；通过医院线下电子设备部署改造，实现线下患者的线上引流，为患者就医提供便利，进一步优化就医流程，提升患者满意度。

【关键词】 互联网+；门诊管理；智慧化建设；医院

1 智慧化建设是现代医院精细化管理的必然趋势

1.1 政策背景

根据《“健康中国2030”规划纲要》和《国务院关于积极推进“互联网+”行动的指导意见》(国发〔2015〕40号)，2018年4月25日，国务院办公厅正式印发《关于促进“互联网+医疗健康”发展意见》，表明了国家推进“互联网+医疗健康”发展的鲜明态度。该意见指出，医疗各部门、各单位应合理运用互联网信息技术，优化医院诊疗流程，改善患者就医体验，推进智慧医院建设；并要求到2020年，二级以上医院普遍提供分时段预约诊疗、智能导医分诊、候诊提醒、检验检查结果查询、诊间结算、移动支付等线上服务。因此医疗机构以信息化及智慧化建设为抓手，改善群众就医环境，已成为医院践行“健康中国2030”规划的重要任务之一。

1.2 门诊精细化管理面临的挑战

根据原国家卫生和计划生育委员会数据库统计,截止至 2017 年 12 月,国内共有 705 家三甲医院。这些医院医疗资源集中、医疗质量优良,是绝大多数群众遇到重大生命健康问题后的主要就医选择,因此就诊时出现挂号时间长、排队时间长、候诊时间长、看病时间短的“三长一短”状况是普遍存在的现象,这为门诊精细化管理带来巨大挑战。多项研究表明,就医效率和环境、候诊时间、门诊收费、分诊和发药等服务窗口是患者满意度较低的重灾区,医院管理部门也对此积极探索解决方案,例如设置门诊患者检查导引卡,加快患者进入下一诊疗环节的时间;加强门诊预约挂号的信息系统建设;引入自主服务平台和移动支付减轻服务窗口压力等。本研究以复旦大学附属眼耳鼻喉科医院为例,在剖析医院现有就诊流程的基础上,结合上述研究经验和医院专科特色,以改善患者就医环境和就诊满意度为目标,通过“互联网+”与传统就医流程的深度融合,实现门诊管理智慧化和精细化。

2 样本医院门诊管理存在的现实问题

2.1 就诊时间冗长是医院门诊亟待解决的重要问题

剖析现有患者就诊流程,患者至医院后先至窗口挂号,就诊后至窗口支付检查费用,经医生处复诊后,再至窗口付费,取药后离院;或直接去窗口付费,取药(图 1);基于上述流程,患者至窗口至少需要 2 次付费,均次挂号和付费时间 30 分钟,均次候诊时间(有预约)为 40 分钟,均次候诊时间(现场挂号)为 90 分钟,均次就诊时间近 3 个小时,就诊时间冗长是患者认为“看病难”的关键原因,也是复旦大学附属眼耳鼻喉科医院门诊亟待解决的管理问题。

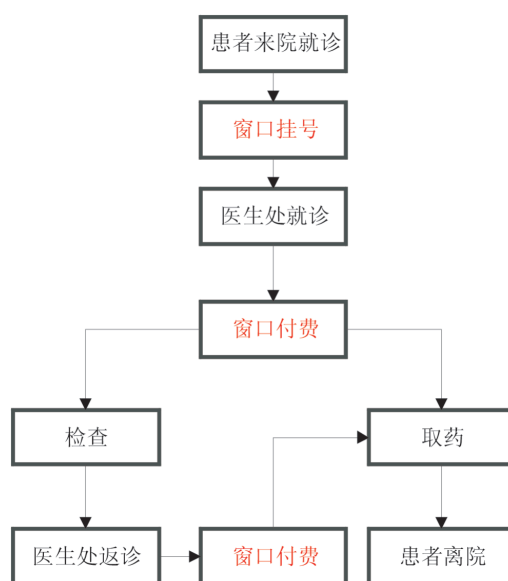


图1 复旦大学附属眼耳鼻喉科医院传统就医流程

2.2 窗口服务是投诉的焦点

提升患者满意度是体现门诊工作质量的重要因素之一,对复旦大学附属眼耳鼻喉科医院

2015 年—2018 年投诉件按部门进行分析,发现门诊窗口服务部门投诉占比高达 62.3%,其中对于改善就诊管理流程的患者建议占比 49.48% (图 2),从投诉内容趋势进行分析,发现随着医院不断加强门诊窗口工作人员的服务意识,对于服务态度的投诉呈现明显的逐年递减趋势,但由于医院自身就诊流程设计存在一定的不合理性,或便捷度较低,患者对于优化就诊管理流程的需求日益提升 (图 3)。

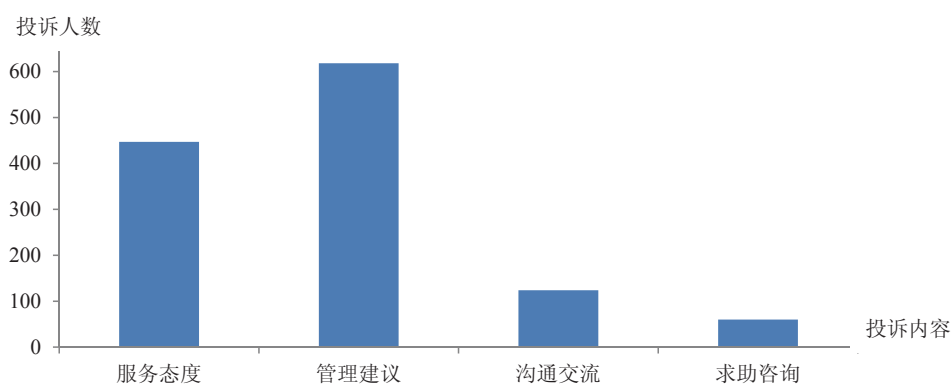


图2 复旦大学附属眼耳鼻喉科医院2015年—2018年窗口投诉内容分析

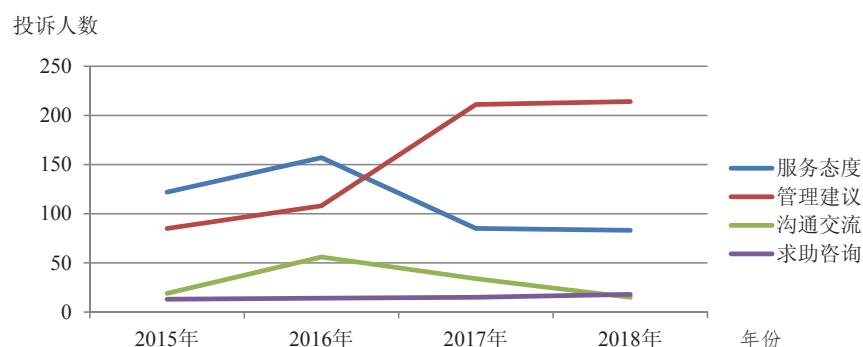


图3 样本医院2015年—2018年窗口投诉内容趋势分析

2.3 医院门诊管理因患者体量与日俱增而面临巨大挑战

简单线性回归是用来预测医院门诊患者的常用方法。基于复旦大学附属眼耳鼻喉科医院2005 年—2018 年各年门诊数量,对医院未来患者体量进行预测,是复旦大学附属眼耳鼻喉科医院门诊管理精细化和科学化的重要体现。本研究中以时间为因变量,门诊患者人数为自变量,运用简单线性回归,通过时间变量来预测 2019 年—2021 年就诊人数。

其中自变量和因变量均为连续变量,运用散点图法,通过对时间换算和人数的对数换算,可以认为门诊就诊人数会随时间的变化而发生改变,有较好的线性关系 (图 4);运用 Durbin-Watson 检验,结果为 1.606 (Tabel 1),一般来说, Durbin-Watson 检验值分布在 0~4 之间,越接近 2,观测值相互独立的可能性越大,即本研究中患者人数和就诊时间具有相互独立性在可接受范围内;等方差齐性是进行简单线性回归的前提之一,通过残差与回归拟合值或标准化残差与标准化预测值之间的散点图进行检验 (图 5),显示标准化残差与标准化预测值散点图中各

点均匀分布,认为该回归符合等方差性的基本假设,满足假设。通过回归标准化残差柱状图(图6)和正态 P-P 图(图7)检验,结果显示回归残差近似正态分布。

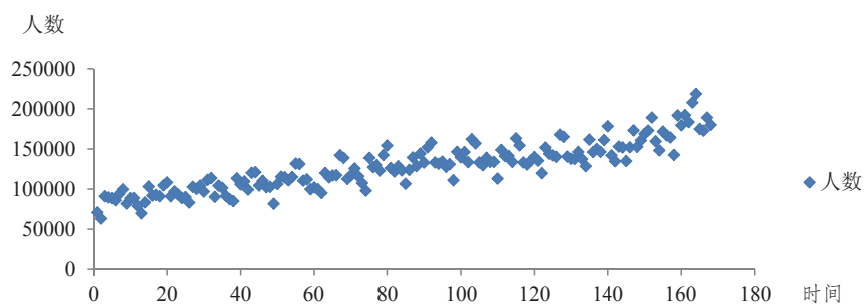


图4 2005年—2018年样本医院门诊人数(每月)

Table 1 Durbin-Watson检验结果

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	0.726 ^a	0.527	0.517	14790.93932	1.606

a. Predictors: (Constant), Time; b. Dependent Variable: Outpatient

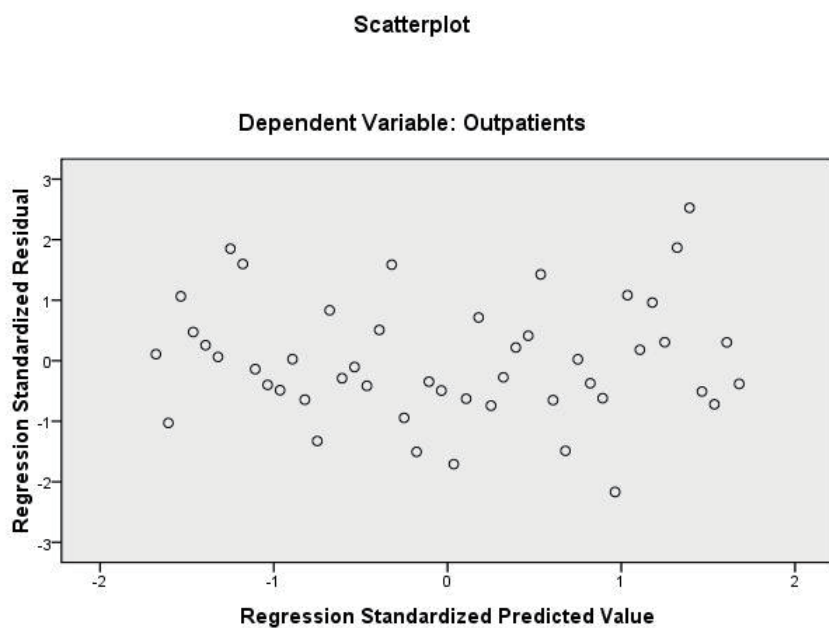


图5 标准化残差与标准化预测值散点图检验

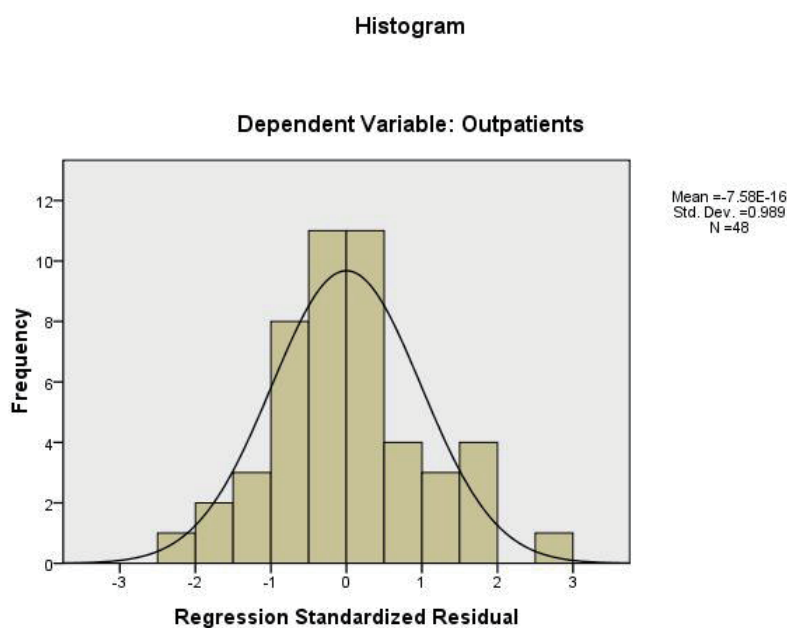


图6 回归标准化残差柱状图

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

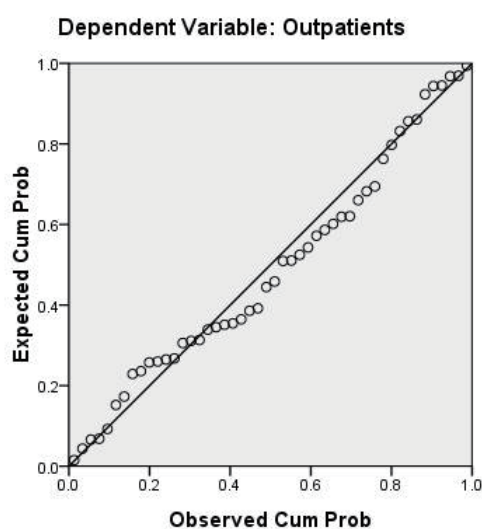


图7 回归标准化残差正态P-P图

基于上述检验结果表明,可以运用简单线性回归,以就诊时间为因变量,对门诊患者人数进行预测分析,结果如下:

2.3.1 就诊时间对患者人数的解释程度 R^2 代表回归模型中就诊时间对患者人数的解释程度,本研究中, $R^2=0.527$ (Table 1),表示自变量(就诊时间)可以解释 52.7% 的因变量(患者人数)变异。

Adjusted R^2 与 R^2 不同的是,它剔除了自变量个数的影响,准确性更好。本研究中, Adjusted $R^2=0.517$,小于 $R^2=0.527$,校正了 R^2 对总体自变量对因变量变异解释程度的夸大作用。

同时, Adjusted R^2 也是影响程度的评价指标。本研究中, Adjusted $R^2=0.517$, 表示有中等影响。

2.3.2 本研究回归模型的统计意义通过 ANOVA 检验, 结果显示本研究回归模型具有统计学意义, 表 2 统计结果显示, $P<0.05$, 则说明该回归有统计学意义, 就诊时间和患者人数之间存在线性相关。

2.3.3 回归系数的解释基于 SPSS 对回归截距和斜率的输出结果, 本研究的回归方程为 Patient=132627.859+(1104.003×Time), 且 $P<0.05$ (表 3), 结果表明斜率具有统计学意义, 可以用就诊时间预测患者人数。基于上述研究结果, 样本医院每个月将增长患者数量近 1104 人, 每年预期患者增长数量为 13248, 该数量已超过现有门诊窗口工作人员负荷, 因此门诊管理信息化改革迫在眉睫。

Table 2 方差分析结果 (ANOVA检验)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1.123E10	1	1.123E10	51.322	0.000a
	Residual	1.006E10	46	2.188E8		
	Total	2.129E10	47			

a. Predictors: (Constant), Time; b. Dependent Variable: Outpatients

Table 3 Coefficientsa

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	<i>t</i>	Sig.	95% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1 (Constant)	132627.859	4337.376		30.578	0	123897.174	141358.544
Time	1104.003	154.106	0.726	7.164	0	793.804	1414.202

a. Dependent Variable: Outpatients

3 医院智慧化门诊项目建设

基于上述分析, 样本医院通过剖析现有全流程就医环节, 结合第三方公司互联网技术优势, 正式启动“智慧化门诊”项目, 引入“互联网+”的理念, 在不提高医院人力成本的前提下, 借助信息化手段, 应对未来门诊患者的增长和优化门诊就医流程, 提升患者就诊满意度, 促进门诊规范化、智慧化管理。

该项目以微信、支付宝小程序为媒介, 通过电子就诊卡、无人值守服务站、刷脸摄像头集成、移动支付等功能拓宽服务方式、优化服务流程、提高服务效率。旨在借助互联网技术为患者提供个性化的就医流程服务, 在为患者提供更快捷便利的就医体验的同时进行患者分流, 为不同年龄段, 不同病症的患者提供更具针对性的服务, 从而实现对全年龄段用户服务水平整体提升。

3.1 建立“门诊无人值守”就医新流程, 为优化就医流程提供科学依据

在此过程中患者可实现: 手机预约—手机挂号缴费—就医通知—排队信息查看—缴费通知—线上缴费—取药及检查地点通知—报告通知—账单查询—病史打印等完整的就医服务流

程。由于电子就诊卡具有依赖于医院的在线互联网服务建设的特性，电子就诊卡在使用过程中也具备用户就医行为埋点及记录功能，当后续电子就诊卡成为用户主要就医方式后，医院智慧化系统可以通过用户在线上所产生的使用情况，快速地分析出医院各个环节的等候时间、用时以及各个环节的人数情况等信息，通过对这些数据的分析为医院进一步优化就诊环境布局及服务规则，以达到最优服务效果。

3.2 实现线下患者的线上引流，大幅度提升患者就医便利性

医院通过线下设备的部署改造，不断提高患者在院内自助办理业务便利性，并通过业务办理的后期效应逐步实现了线下患者往线上的引流。门诊管理部门基于医院就医场景，开发小型自助机设备，实现刷脸发卡、缴费、在线预约挂号、签到和查报告等自助功能。通过线上的微信公众号、支付宝生活号的运营，医院大部分的排队等候环节都已被线上流程所取代。通过院内门诊窗口及自助机上对于第三方支付全面支持，百姓所习惯的移动支付也已经在院内的各个支付环节得到使用。目前，复旦大学附属眼耳鼻喉科医院的电子就诊卡已支持自助机签到、取号、窗口刷卡、诊间诊室用户识别、自助机补缴、领药等多种线下高频就医环节。与时俱进的便民手段大幅度改善、提升了群众就医的体验。

3.3 建立线上患者身份认证平台，提高患者实名验证的准确性

以往在医院，患者实名就医的认证往往因部分患者未带身份证、身份信息填写错误、身份识别机发生故障等一系列问题无法实现。复旦大学附属眼耳鼻喉科医院在实施智慧门诊综合改造项目中，在全院范围凡需要进行身份认证的环节，均可通过患者电子就诊卡中二维码进行身份识别。在电子就诊卡的推进过程中，通过线上实名服务的加入补充、以及线下实名的结合，让实名认证服务可以不受限于身份证的物理实体。线上身份认证平台的建立在提高验证准确性的同时，也使得实名认证的服务成本大幅度降低。

4 项目建设成效

项目 2019 年初启动至今，复旦大学附属眼耳鼻喉科医院门诊就医自助化程度显著提升，截止目前，门诊窗口工作量较同年相比下降了 14.11%，窗口投诉人数较 2018 年同期相比下降 15.06%，患者均次就医时间由 90 分钟缩短至 58 分钟。

医联体背景下北京市 C 区社区医务人员精神卫生知识与培训需求调查

徐会利¹ 周雅婷² 邓明² 辛园园² 马良³ 朱庆生³ 徐唯¹ 张旋¹ 张柠²

1. 北京市朝阳区精神疾病预防控制中心, 100101

2. 首都医科大学公共卫生学院, 100069

3. 北京市朝阳区第三医院, 100121

【摘要】目的：了解在 C 区精神卫生医联体建立后，社区医务人员精神卫生知识的掌握程度，分析医务人员的培训需求，为进一步提高社区医务人员精神卫生服务能力提供决策参考。**方法：**对北京市 C 区 37 个社区的 575 位医务人员进行问卷调查，对社区医务人员精神卫生知识掌握程度和培训需求开展描述统计分析，采用方差分析和 χ^2 检验比较分析不同特征人群知识掌握程度等变量差异，采用二项 logistic 回归模型分析社区医务人员对社区提供精神卫生服务认知差异的影响因素。**结果：**社区医务人员精神卫生知识平均知晓率为 87.5%，不同岗位医务人员精神卫生知识得分存在差异，且差异具有统计学意义 ($F=8.220$, $P < 0.001$)，预防保健人员精神卫生知识知晓率最高 (90.1%)，护理人员知晓率最低 (83.2%)；82.8% 的被调查者认为精神卫生知识培训有帮助；社区医务人员对精神卫生知识培训需求有差异 ($\chi^2=185.074$, $P < 0.001$)，被调查者对精神疾病识别和诊断内容的培训需求最高；86.0% 的被调查者认为社区有必要开展精神卫生诊疗服务，工作岗位影响社区医务人员对社区提供精神卫生服务的认知 ($\chi^2=10.416$, $P=0.015$)。**结论：**为进一步发挥社区在精神卫生服务体系建设中的作用，需针对社区不同岗位医务人员设定个性化培养方案，通过培训提高社区不同岗位医务人员提供精神卫生服务的意识和能力。

【关键词】 社区卫生服务中心；医务人员；精神卫生；知晓率；培训需求

随着我国经济高速发展，生活和工作节奏加快，人们工作生活压力逐渐加大，各种心理、精神问题频发。截至 2017 年底，中国各类精神疾病患者人数已超过 1 亿，我国在册严重精神障碍患者人数已达 581 万。我国精神障碍的患病率一直呈现增长趋势，21 世纪以来增长速度较之前更快。截至 2016 年底，北京市社区累计登记在档的 6 种重性精神疾病患者 63206 例，城区病例高于郊区，40~59 岁年龄段所占比例最高。精神疾病的发病十分复杂，且大多伴随躯体症状，普遍存在精神疾患共病和身心共病现象。2003 年世界卫生组织明确指出：改善精神卫生

基金项目：教育部人文社科规划项目 (16YJAZH076)；北京市朝阳区科技计划项目 (CYSF1715)

通信作者：张柠，E-mail: cufestat@163.com

本文出自《中华全科医学》2020年2月第18卷第2期

服务应该由大卫生服务和社区机构来提供。北京市 C 区位于城区, 辖区人口最多且没有三级精神专科医院, 精神专科医师配置水平远低于北京市平均水平。为实现在社区向居民提供方便可及的简易精神科门诊服务的目标, C 区整合市级精神专科、辖区内三级综合医院精神科、区属专科医院资源, 建立精神卫生医疗联合体, 由市、区两级精神专科医师对社区医务人员开展专科知识培训。本研究通过调查, 了解北京市 C 区社区医务人员精神卫生知识的掌握程度和培训需求, 试图为提高社区医务人员精神疾病诊疗服务能力、扩大社区精神卫生服务供给提供决策参考。

1 对象与方法

1.1 调查对象

对 C 区社区医务人员开展问卷调查。依据最小样本量计算公式 $N = Z_{\alpha}^2 P (1 - P) / d^2$, 参照文献报道 $P=0.732$, 本研究可接受的最大容许误差 d 为 0.05, 已知 $Z_{\alpha}=1.96$, 代入计算公式可得最小样本量为 $N=302$ 。本研究在 C 区 37 个社区卫生服务中心采用比例抽样方式抽取调查样本, 每个社区不同岗位医务人员抽取比例为: 临床医疗占 40%, 预防保健人员占 40%, 护理人员占 10%, 其他科室人员占 10%。本次调查共抽取 575 位医务人员, 发出问卷 575 份, 收回有效问卷 557 份, 问卷有效率为 96.87%。

1.2 问卷设计

研究所用问卷包括 3 个部分内容, 第一部分为调查人员的基本情况; 第二部分为精神卫生知识调查, 问题主要来自原卫生部办公厅印发的《精神卫生宣传教育核心信息和知识要点》, 共 20 题, 分为一般知识、精神疾病预防与治疗知识、易感人群知识、精神卫生相关节日知识 4 个维度, 答对一题计 1 分, 4 个维度满分分别为 7 分、4 分、5 分、4 分, 所有题目满分为 20 分; 第三部分为社区医务人员精神卫生工作相关内容, 包括开展精神卫生医疗服务的现状、精神卫生医联体建设状况、精神卫生知识培训需求等。

1.3 统计学方法

问卷录入和整理利用 Epidata3.1 软件完成, 使用 SPSS20.0 统计学软件分析数据。采用描述性统计分析方法描述社区医务人员精神卫生知识掌握程度、服务提供情况和培训需求, 采用方差分析比较不同岗位医务人员知识知晓差异, 采用 χ^2 检验比较不同岗位医务人员培训需求与培训评价差异, 采用二项 logistic 回归模型对社区医务人员精神卫生服务提供认知状况的影响因素进行分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 被调查社区医务人员基本情况

557 位参与调查的社区医务人员中, 男性 114 人 (20.47%), 女性 443 人 (79.53%); 学历

为大学本科 359 人 (64.46%), 大专 141 人 (25.31%), 硕士及以上 40 人 (7.18%), 中专 / 中技 17 人 (3.05%); 岗位类型中临床医疗人员 226 人 (40.58%), 预防保健人员 162 人 (29.08%), 护理人员 107 人 (19.21%), 辅助科室人员 62 人 (11.13%); 平均年龄为 36.38 岁; 平均工作年限为 12.01 年。

2.2 社区医务人员精神卫生知识掌握情况

社区医务人员精神卫生知识平均得分为 17.5 分, 知晓率为 87.5% (9750 人次 / 11140 人次, 注: 9750 是 20 道题目中, 回答对人数乘以题目数, 11140 是 557 人乘以 20 道题目得到的数据; 后面的维度同样计算)。从各维度看, 精神卫生一般知识维度得分为 6.12 分, 知晓率为 87.4% (3407 人次 / 3899 人次); 精神疾病预防与治疗知识维度得分为 3.65 分, 知晓率为 91.3% (2033 人次 / 2228 人次); 易感人群知识维度得分均值为 4.50 分, 知晓率为 90.0% (2507 人次 / 2785 人次); 精神卫生相关节日知识维度得分为 3.24 分, 知晓率为 80.9% (1803 人次 / 2228 人次)。预防保健人员知识知晓率最高 (90.1%, 2919 人次 / 3240 人次), 临床医疗人员次之 (87.9%, 3971 人次 / 4520 人次), 护理人员最低 (83.2%, 1780 人次 / 2140 人次), 不同岗位医务人员精神卫生知识得分差异具有统计学意义, 经方差分析两两比较, 临床医疗和护理岗位 ($P < 0.001$)、预防保健和护理岗位 ($P < 0.001$)、辅助科室和护理岗位 ($P = 0.030$) 医务人员精神卫生知识得分差异具有统计学意义。临床医疗人员对一般知识的知晓率最高, 预防保健人员对精神疾病预防与治疗、易感人群、精神卫生相关节日知识的知晓率最高, 护理人员对 4 个维度的知晓率均较低。经方差分析, 不同岗位人员精神疾病预防与治疗知识 ($F = 2.974$, $P = 0.031$)、精神卫生相关节日知识得分 ($F = 14.826$, $P < 0.001$) 差异具有统计学意义, 进一步两两比较可知, 预防保健和护理人员的精神疾病与预防治疗知识得分差异具有统计学意义 ($P = 0.003$); 临床医疗和辅助科室人员精神卫生相关节日知识得分差异不具有统计学意义, 其他岗位人员的精神卫生相关节日知识得分两两比较差异均具有统计学意义 (表 1)。

2.3 社区医务人员精神 / 卫生知识培训作用评价

医联体成立后, 医联体管理办公室定期组织了针对社区医务人员的系列精神卫生诊疗知识培训。82.76% 的被调查者认为所开展的精神卫生知识培训有帮助, 17.24% 的被调查者认为培训没有帮助。认为精神卫生知识培训没有帮助作用的 96 人中, 临床医疗岗位人员占比最高, 为 20.80%; 预防保健人员占比最低, 为 13.58%。不同岗位医务人员对培训作用评价差异不具有统计学意义 (表 2)。

表1 社区医务人员精神卫生知识掌握情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

岗位	例数	总分	一般知识	精神疾病预防与治疗	易感人群	精神卫生相关节日
临床医疗	226	17.57±2.26	6.19±1.02	3.65±0.66	4.49±0.86	3.25±0.94
护理	107	16.64±2.63	5.90±1.16	3.51±0.63	4.46±0.86	2.77±1.14
预防保健	162	18.02±1.95	6.16±1.08	3.75±0.54	4.57±0.68	3.54±0.76
辅助科室	62	17.42±2.26	6.13±1.09	3.65±0.68	4.45±0.74	3.19±0.99
合计	557	17.50±2.30	6.12±1.07	3.65±0.63	4.50±0.80	3.24±0.97
F 值		8.220	1.892	2.974	0.587	14.826
P 值		< 0.001	0.130	0.031	0.624	< 0.001

表2 不同岗位医务人员对精神卫生知识培训作用的评价[例 (%)]

岗位	总例数	有帮助	没帮助
临床医疗	226	179 (79.20)	47 (20.80)
护理	107	89 (83.18)	18 (16.82)
预防保健	162	140 (86.42)	22 (13.58)
辅助科室	62	53 (85.48)	9 (14.52)
合计	557	461 (82.76)	96 (17.24)

注: 不同岗位评价情况比较, $\chi^2=3.858$, $P=0.281$ 。

2.4 社区医务人员精神卫生相关知识培训需求

为了满足提供精神卫生诊疗服务需求, 在对培训内容需求的多项选择上, 社区医务人员对精神疾病的识别和诊断培训需求程度最高, 然后依次是身心共病的识别、精神疾病患者社区用药指导、精神疾病的诊疗规范和精神疾病的预防宣传模式、组织形式。被调查者对不同培训内容的需求程度差异具有统计学意义 (表 3)。深入分析不同岗位医务人员对每一项培训内容的需求是否存在差异 (表 4)。经 χ^2 检验, 不同岗位医务人员对身心共病的识别、精神疾病的诊疗规范、精神疾病患者社区用药指导 3 项内容的培训需求有差异, 且差异具有统计学意义 (均显示 $P < 0.05$); 不同岗位医务人员对精神疾病的识别和诊断、精神疾病的预防宣传模式、组织形式 2 项内容的培训需求差异不具有统计学意义。

表3 社区医务人员对精神卫生相关知识培训需求[例 (%)]

培训内容	总例数	需要	不需要
身心共病的识别	557	366 (65.71)	191 (34.29)
精神疾病的识别和诊断	557	405 (72.71)	152 (27.29)
精神疾病的诊疗规范	557	245 (43.99)	312 (56.01)
精神疾病患者社区用药指导	557	287 (51.53)	270 (48.47)
精神疾病的预防宣传模式、组织形式	557	216 (38.78)	341 (61.22)

注: 社区医务人员培训需求比较, $\chi^2=185.074$, $P<0.001$ 。

表4 不同岗位医务人员培训内容需求差异[例(%)]

培训内容		总例数	需要	不需要	χ^2 值	P 值
身心共病的识别	临床医疗	226	163 (72.12)	63 (27.88)	12.204	0.011
	护理	107	58 (54.21)	49 (45.79)		
	预防保健	162	109 (67.28)	53 (32.72)		
	辅助科室	62	36 (58.06)	26 (41.94)		
精神疾病的识别和诊断	临床医疗	226	173 (76.55)	53 (23.45)	3.234	0.362
	护理	107	74 (69.16)	33 (30.84)		
	预防保健	162	116 (71.60)	46 (28.40)		
	辅助科室	62	42 (67.74)	20 (32.26)		
精神疾病的诊疗规范	临床医疗	226	120 (53.10)	106 (46.90)	12.929	0.009
	护理	107	39 (36.45)	68 (63.55)		
	预防保健	162	62 (38.27)	100 (61.73)		
	辅助科室	62	24 (38.71)	38 (61.29)		
精神疾病患者社区用药指导	临床医疗	226	133 (58.85)	93 (41.15)	11.238	0.014
	护理	107	55 (51.40)	52 (48.60)		
	预防保健	162	68 (41.98)	94 (58.02)		
	辅助科室	62	31 (50.00)	31 (50.00)		
精神疾病的预防宣传模式、组织形式	临床医疗	226	75 (33.19)	151 (66.81)	7.097	0.068
	护理	107	46 (42.99)	61 (57.01)		
	预防保健	162	98 (60.49)	64 (39.51)		
	辅助科室	62	31 (50.00)	31 (50.00)		

2.5 对社区提供精神卫生服务认知的分析

对社区是否有必要开展精神卫生诊疗服务的问题,认为有必要开展的有 479 人,占 86.0%,认为没有必要开展的有 78 人,占 14.0% (表 5)。为进一步了解社区医务人员对提供精神卫生诊疗服务认知差异的影响因素,以是否有必要开展精神卫生诊疗服务为因变量 (是=1,否=0),以被调查者社会人口学特征,包括性别 (女=1,男=0)、年龄 (以实际数值赋值)、工龄 (以实际数值赋值)、岗位 (以哑变量纳入模型,辅助科室类别为对照组,取值为 0,其他类别取值为 1)、学历 (以哑变量纳入模型,中专以下类别为对照组,取值为 0,其他类别取值为 1) 等为自变量,建立两分类 logistic 回归模型进行分析,结果显示,在控制其他影响因素的前提下,预防保健岗位对社区提供精神卫生诊疗服务的认同感最高,其次是临床医疗人员,再次是护理人员,辅助科室对社区提供精神卫生服务的认同感最低 (表 6)。

表5 社区医务人员对社区提供精神卫生诊疗服务的认知[例(%)]

岗位	总例数	需要	不需要
临床医疗	226	190 (84.1)	36 (15.9)
护理	107	91 (85.0)	16 (15.0)
预防保健	162	150 (92.6)	12 (7.4)
辅助科室	62	48 (77.4)	14 (22.6)
合计	557	479 (86.0)	78 (14.0)

注:社区医务人员认知情况比较, $\chi^2=10.416$, $P=0.015$ 。

表6 社区提供精神卫生诊疗服务认知影响因素的logistic回归分析结果

变量		B	SE	Wald χ^2	P 值	OR 值	95%CI
性别（以男性为对照）	女	0.173	0.309	0.314	0.576	1.189	0.649 ~ 2.179
	年龄	-0.010	0.027	0.132	0.716	0.990	0.938 ~ 1.045
工作岗位（以辅助科室为对照）	临床	0.430	0.394	1.186	0.276	1.537	0.709 ~ 3.329
	护理	0.412	0.432	0.910	0.340	1.511	0.647 ~ 3.526
	预防保健	1.269	0.443	8.211	0.004	3.556	1.493 ~ 8.469
最高学历（以中专及以下为对照）	硕士及以上	0.486	0.788	0.380	0.538	0.615	0.131 ~ 2.881
	大学本科	0.297	0.612	0.236	0.627	1.346	0.406 ~ 4.465
	大专	0.381	0.537	0.503	0.478	1.463	0.511 ~ 4.189
常数		0.483	1.175	0.169	0.681	1.620	

3 讨论

3.1 C 区社区医务人员精神卫生知识总体掌握程度较高

社区卫生服务中心医务人员整体对精神卫生知识知晓率为 87.5%，预防保健人员知晓率最高，护理人员知晓率最低。社区医务人员整体精神卫生知识知晓率高于广州市 12 家社区卫生服务中心医务人员知晓率（80.0%），防保人员和护理人员知识知晓率也分别高于广州市社区卫生服务中心相应岗位的调查结果（81.8% 和 79.1%）。社区卫生服务中心医务人员整体精神卫生知识知晓率也高于太原市 6 个城区社区卫生服务中心医务人员调查结果（80.4%）。说明 C 区开展的有针对性的精神卫生诊疗知识培训可能发挥了一定的作用。护理、辅助科室医务人员得分低于被调查医务人员的平均水平。不同岗位社区医务人员精神卫生知识掌握程度不同，可能与岗位工作任务有关，预防保健科室承担着精神卫生疾病的宣传与管理任务，日常工作对精神卫生相关知识普及与宣传的需求程度高；有研究表明，社区护理人员从事各种给药、治疗工作所花时间占全部工作时间的 40.10%，而健康宣教工作仅占全部工作时间的 5.70%。工作内容差异可能影响不同岗位医务人员对知识的获取程度。

社区医务人员对精神疾病预防与治疗、易感人群知识的知晓率较高，对精神卫生相关节日知识的知晓率最低，说明医务人员更注重对精神疾病预防、诊断和治疗知识的学习，对精神卫生相关知识的宣传工作还需加强。

3.2 社区医务人员对精神卫生相关疾病识别和诊断知识的培训需求最高

社区医务人员对培训内容需求的差异与知识掌握程度相呼应，尽管被调查者精神疾病相关节日知识知晓率最低，仍有 61.22% 的被调查者认为不需要精神疾病的预防宣传模式、组织形式相关内容培训，这可能与精神疾病的宣传工作尚未得到社区医务人员足够的重视有关，这与 75.6% 的上海社区医护人员表示需要精神卫生的健教知识研究结果不同。一半以上的被调查者认为不需要精神疾病诊疗规范的培训，该调查结果与 72.0% 上海社区医护人员需要心理问题的临床表现知识，62.5% 需要筛查量表运用内容培训结果相一致。对精神疾病识别和诊断的需求高、对身心共病诊断的需求高，但对精神疾病诊疗规范的需求低，可能与 C 区精神卫生医联体建设

中基于社区机构的功能定位有关:社区提供方便可及的简易精神科门诊服务。社区医务人员在目前提供疾病规范化管理、识别转诊、给药服务等基础上,进一步掌握诊疗规范,提供治疗服务。

不同岗位医务人员对培训内容的需求有差异,临床医疗人员对疾病诊断和用药指导培训需求高,预防保健人员对精神疾病宣教知识需求大。因此,在开展培训时,适宜按需设置,因材施教,以满足需求,最大化培训效果。有研究显示,社区医务人员没有足够的时间参加培训,为社区卫生服务中心护理人员提供精神卫生知识培训的机会,强化护理人员提高自身素质的意识,从机构和护理人员双方共同努力,提高护理人员的认知力和行为能力。基于现代医学表现为综合化、整体化为患者诊治的过程,只有医技人员与临床的医务人员相互协作密切配合才能完成各项医疗工作,因此建议定期开展辅助科室与临床科室的精神卫生相关内容的交流活动,以加强精神卫生相关疾病在社区的识别和诊断。

3.3 不同岗位社区医务人员对精神疾病服务提供的认知有差异

精神疾病患者除急性期住院治疗外,多数时间在社区中度过,因此,以社区为基础的精神卫生服务对精神疾病患者尤为重要。但限于社区人力短缺和专业知识不足,社区医务人员普遍对提供精神卫生服务缺乏积极性。本研究中防保人员对提供精神卫生服务的认同度最高,辅助科室人员认同度最低。在分级诊疗大背景下,社区作为基层医疗卫生机构,近年来承担的基本医疗任务逐年增加。按照医疗卫生服务体系建设的导向原则,加强社区卫生服务中心对居家康复患者的服务与管理,今后,一方面,应进一步加强对社区全体医务人员知识的培训,提高社区医务人员精神疾病服务的意识和能力,另一方面,形成稳定的精神卫生专项经费投入,确立明确的考核指标,通过激励约束机制作用的发挥,增大社区提供精神卫生服务提供的广度和深度,高质量地满足社区居民的精神卫生服务需求。

印刷单位：上海市欧阳印刷厂有限公司

印刷数量：1000本

发送对象：市卫生健康委、区卫生健康委、卫生健康委直属单位、医疗机构、高校医学院及相关研究所、相关科研院所、其他相关联系单位