

乡镇卫生院人员医疗和公共卫生双重工作的现状及其对工作满意度的影响

乡镇卫生院在农村基层卫生体系中处于核心位置：它需要向居民提供基本医疗门诊和住院服务、以及承担公共卫生服务提供功能、同时还承担对覆盖区域村卫生室进行指导和监管的职责。2009 年新医改的重要目标之一就是“强基层”，几项重点改革包括：加强基层医疗卫生服务体系的设施和人才队伍建设、提高财政对基层机构的补偿水平；实施基本公共卫生均等化政策、基层机构是基本公共卫生服务包的主要提供者；建立国家基本药物制度、基层机构实施药品零差率。这几项政策的实施对乡镇卫生院的补偿机制和服务提供功能都产生了重大影响，最直接的表现是乡镇卫生院需要承担大量新增的公共卫生服务职能、继续发展基本医疗服务职责、有限的人员不得不同时承担临床和公共卫生两类没有实现有机整合的工作内容。

问题和研究目的

一直以来，乡镇卫生院人员工作满意度低是农村卫生基层卫生体系加强的重要挑战，工作满意度低会导致高离职倾向和低工作绩效。理论上，任何体系层面的改革，都会通过影响卫生服务人员所接受的激励因素（收入、发展空间等）、进而影响他们的工作满意度；已有研究确认了药品零差率、基本公共卫生服务均等政策通过影响乡镇卫生院人员的收入水平和结构、工作量和考核方式进而降低了他们的工作满意度；本研究则试图定量和定性地分析医改环境下割裂地双重工作状态对乡镇卫生院人员工作满意度的影响。

数据来源和研究方法

本研究基于 2018 年对山东省三个县 47 个乡镇卫生院的横断面调查和定性访谈。定量数据为 1143 名乡镇卫生院人员的自填问卷；定性数据为对 199 名乡镇卫生院管理者、医护和公共卫生人员的访谈。用多元 logistic 回归测量双重工作和两类工作比例对工作满意度的影响；用定性主题框架法解释双重工作状态影响工作满意度的机制。

研究发现

1. 大部分医护人员都承担公共卫生工作；承担双重工作的人员更多地为非在编人员、收入更低、工作量更大。

1143 名调查的乡镇卫生院人员中，680 名为全职公共卫生人员，463 名临床医护人员。医护人员中 330 名（71.3%）承担公共卫生相关工作，包括医生中的 62.2% 和几乎所有的护士（87.0%）。在承担双重工作的人员中：医生平均用 17.9% 的时间用于公共卫生工作、护士则平均用了 18.1% 的工作时间。另外，双重工作的人员中，59.2% 的医生和 76.0% 的护士为非在编人员；双重工作人员的平均收入为 3823.07 元/月，低于所有人员平均收入 4033.08 元/月。

将双重工作中公共卫生工作的比例分为五个水平分析发现，公共卫生工作占比在 60%-80% 和 80% 以上的两组人员中，有更高比例人员自报工作时间大于每周 57 小时（18.52%，11.11% vs. 8.71%）；更低比例人员自感有工作自主权（48.27%，22.22% vs. 63.62%）。

2. 公共卫生工作占比越高、工作满意度越低。双重工作降低工作满意度的机制是增加工作量、减少相对收入和降低工作自主权。

表 1 显示多元回归结果：公共卫生工作占比越高的人员越容易对工作不满意；自感低工作自主权、低收入、工作量大也是低工作满意度相关因素。分别对医生和护士进行分析发现，公卫工作量占比对工作满意度的负面影响在医生中比在护士中更明显。

另外，当回归模型中不加入工作量、收入和自感工作自主权这三个因素时，双重工作中公共卫生工作占比在 60-80% 和 80% 及以上的人员其对工作感到满意的概率更低，影响分别为 0.08（95%CI [0.03,0.28]）和 0.03（95%CI [0.01,0.13]）。若加入工作量、收入和自感工作自主权这三个因素（表 1），影响分别变为 0.09（95%CI [0.02,0.31]）和 0.04（95%CI [0.01,0.16]），即负面影响略有降低。这说明增加工作量、减少相对收入和降低工作自主权可以解释一部分双重工作对降低工作满意度的影响。

定性访谈结果进一步确认了双重工作对工作满意度影响的作用机制：

“从 09 年医改开始，我们要花很多时间做基本卫生服务均等化的工作，均等化的考核太频繁

了，有季度考核、半年考核还有年度考核，整天得应对各种考核督导，花了很多时间和精力。”
(A 县乡镇卫生院医生)

“公共卫生工作补助能占到我所有收入的20%，再加上考核扣一些，能拿到的就更少了，但占用很大的精力。” (B 县乡镇卫生院医生)

“基本公卫的考核标准太死板了，我们得按照固定的程度做、填各种表格、没有弹性空间、为了完成得一遍遍重复让老百姓配合。” (C 县乡镇卫生院护士)

讨论和建议

1. 绩效考核要求和收入分配应目标统一、引导基层卫生服务人员行为方向的同时提高他们的工作满意度。

基本公共卫生服务均等化政策启动后服务内容持续增加，乡镇卫生院作为服务提供主体和村卫生室的监管指导者、其公共卫生工作任务增加迅速。由于基层人员数量不足、有限人员不得不承担多重工作。虽然公共卫生工作量增加、考核要求严格，但是基层人员却无法从基本公共卫生工作中获得个人收益。其原因包括基本公共卫生服务均等化经费用于人员费用上受较多限制；机构内部考核分配或者沿用基于医疗服务量的传统思路、或者借助财政补偿的落实变为“大锅饭”分配方式，使得乡镇卫生院人员无法从公共卫生工作获得对应补偿。无论对公共卫生还是基本医疗工作，要激励乡镇卫生院人员提高工作绩效，需要适时根据政策目标调整考核指标、并将收入水平与考核结果密切挂钩，让人员从完成绩效目标的同时获得个人收益和满足感、才是持续和有效的激励机制。

2. 基本公共卫生工作的考核应增加健康结果指标的比例、督导考核方式由纠错式向支持式转化。

基本公共卫生服务包有明确的操作规范、考核频率高、考核方式拘泥于对照工作程序和文本工作与规范要求的差距。这使得公共卫生工作的行政任务性较强、缺乏自主性、被动应对的压力大。这种工作性质与临床诊疗工作差别较大，这也是双重工作对降低工作满意度的影响在医生中最显著的原因。建议通过考核指标和方式的改革、赋予基本公共卫生工作更灵活和弹性的工作方式；考核指标中更多加入健康行为改变和健康结果改善、而不是只强调服务过程和记录的合规；同时

在监督考核中更强调技术支持和正向激励、而非纠错和利用惩罚等负向激励方式。

表 1 公共卫生工作占比对工作满意度的影响(OR, 95%CI)

	所有人员	医生	护士
公卫时间占比			
(参照: <20%)			
20-40%	0.74 [0.25, 2.26]	0.25 [0.05, 1.14]	4.22 [0.34, 51.74]
40-60%	0.17 [0.05, 0.52]	0.07 [0.01, 0.41]	0.46 [0.09, 2.39]
60-80%	0.09 [0.02, 0.31]	0.03 [0.00, 0.51]	0.21 [0.04, 1.21]
80-100%	0.04 [0.01, 0.16]	0.02 [0.00, 0.42]	0.03 [0.00, 0.29]
工作自主权			
(参照: 低自主)			
高自主	2.48 [1.55, 3.96]	2.69 [1.67, 4.35]	1.95 [0.51, 7.40]
月收入			
(参照: <3000)			
3000-3999	1.87 [0.95, 3.69]	4.34 [1.55, 12.18]	5.16 [1.44, 18.46]
4000-4999	2.72 [1.34, 5.53]	4.53 [1.37, 14.96]	3.63 [0.99, 13.30]
≥5000	2.77 [1.33, 5.76]	1.88 [0.83, 4.27]	4.11 [1.45, 11.68]
工作时间			
(参照: <40)			
40-56	1.40 [0.41, 4.75]	2.06 [0.19, 22.50]	0.60 [0.02, 21.67]
≥57	1.18 [0.31, 4.53]	1.36 [0.07, 25.96]	0.85 [0.01, 49.76]

3. 协同体系层面的改革、促进基层医防工作更好地整合是长远的改革目标。

公共卫生和基本医疗工作应该是有机结合的基本健康保健服务。由于我国在服务提供机构的设置上医疗服务体系和公共卫生体系一直处在分立状态、筹资来源和监管问责机构也不同。虽然基层卫生服务机构汇集了两类工作，但实际工作中公共卫生和临床科室长期分立并缺乏交流，基本公共卫生工作被临床医护人员认为是额外工作内容、无法将其与基本医疗工作有机结合；公共卫生人员又缺乏临床知识和技能进行两类工作的融合。短期内，利用家庭医生签约制度、两类人员组建紧密的家庭医生团队、通过团队绩效考核和捆绑支付等方式激励家庭医生团队将两类服务进行整合、为居民提供连续型服务。长远改革方向应考虑体系层面服务提供主体和筹资支付机制的协同和整合。

(袁蓓蓓 金音子)

《卫生发展瞭望》是北京大学中国卫生发展研究中心根据研究成果、系统综述、会议讨论、国际交流等获得的信息，每期针对一个卫生发展领域热点问题，发表研究发现、观点和政策讨论。