

■ 本期关注

# 基层医疗机构高质量发展探析

□胡亚东

## 核心提示

基层医疗机构是连接群众与医疗卫生服务的“最后一公里”，在常见病多发病诊疗、慢性病管理、预防保健、康复护理等领域发挥着不可替代的作用。近年来，国家持续加大对基层医疗卫生事业的投入，推动基层医疗机构基础设施逐步改善、服务覆盖面不断扩大，但与群众日益增长的多元化健康需求相比，基层医疗机构仍存在诸多发展短板。

### 主要问题

#### 发展方向需要明确

当前，一些基层医疗机构缺乏明确的中长期发展规划，与系统化战略布局，往往局限于“被动提供基本医疗服务”的传统定位，缺乏对自身发展优势、市场需求、区域医疗资源配置的精准研判。一些基层医疗机构盲目跟风开展业务，忽视了与上级医院的差异化发展，导致服务同质化竞争严重；仅关注短期经济效益，对学科建设、人才培养、服务质量提升等长远发展要素投入不足。由于缺乏系统化发展战略的引领，基层医疗机构发展方向模糊，资源配置分散，难以形成可持续的发展动力，在医疗市场竞争中处于被动地位。

#### 文化建设需要加强

不少基层医疗机构存在文化理念陈旧的问题，仍秉持“重医疗、轻服务”“重治疗、轻预防”的传统观念，忽视了“以患者为中心”的服务理念与健康管理的核心职责。文化建设流于形式，缺乏对职业精神、服务宗旨、价值追求的深度塑造，医务人员服务意识淡薄，主动服务、人文关怀不足，难以满足群众对高质量医疗服务的需求。同时，陈旧的文化理念导致一些基层医疗机构缺乏创新活力，对新的医疗技术、服务模式、管理方法接受度低，制约了服务内涵的拓展与服务质量的提升。

#### 团队建设存在短板

一些基层医疗机构团队建设存在短板，一方面，由于职业发展空间有限、工作环境相对艰苦、薪酬待遇等因素，难以吸引和留住优秀医疗人才，现有人员队伍结构不合理，技术人员梯队断层，年轻人才流失严重；另一方面，缺乏有效的团队建设机制，部门之间协作不畅，医务人员缺乏共同的价值追求与职业归属感，团队凝聚力薄弱。此外，部分医务人员职业素养与专业能力不足，工作积极性不高，加之缺乏科学的激励与约束机制，导致团队执行力差，医疗服务效率低下，服务质量难以保障。

#### 管理模式需要创新

一些基层医疗机构管理者由临床医务人员转型而来，缺乏系统的管理知识与专业的管理技能，管理模式仍停留在

“经验型管理”层面。一些管理者缺乏战略思维，统筹规划能力与市场意识，难以制订科学的发展规划与资源配置方案；在团队管理、人才培养、绩效考核、成本控制等核心管理环节，缺乏有效的管理方法与工具，导致管理效率低下、内部运行不畅。同时，一些管理者对政策导向、行业发展趋势的把握不足，难以结合实际推动改革创新，制约了基层医疗机构的规范化、科学化发展。

#### 缺乏核心技术支撑

学科建设是基层医疗机构发展的核心支撑，而学科带头人则是引领学科发展的关键。当前，一些基层医疗机构缺乏有影响力的学科带头人，现有技术骨干存在专业能力有限、科研意识薄弱、创新能力不足等问题，难以带动学科形成特色与优势。同时，一些基层医疗机构在核心技术培育上投入不足，缺乏与自身功能定位相匹配的特色技术与优势专科，多数业务仍集中在基础诊疗领域，技术水平相对落后，难以满足群众对优质医疗服务的需求，导致患者外流现象严重，基层医疗机构的影响力与竞争力不足。

#### 绩效考核体系存在不足

绩效考核是激发基层医疗机构活力、提升服务质量的重要手段。但是，一些基层医疗机构的绩效考核体系存在设计不合理、考核指标单一、激励导向偏差等问题。一些基层医疗机构绩效考核仍以业务收入、诊疗人次等量化指标为主，忽视了服务质量、医疗安全、公共卫生服务、患者满意度、团队协作等关键要素；考核标准缺乏科学性、针对性，未能结合不同岗位的工作特点与职责进行差异化设计；激励机制与绩效考核结果脱节，一方面薪酬分配中平均主义问题严重，难以有效调动医务人员的工作积极性和主动性，另一方面存在以业务收入论英雄突出问题，难以兼顾基层医疗机构的公益性。这种不符合现代医院运营规律的绩效考核体系，不仅无法发挥激励约束作用，反而可能导致医务人员重数量、轻质量，重医疗、轻服务，制约基层医疗机构的可持续发展。

#### 基础设施建设需要完善

基层医疗机构的空间布

局与功能分区直接影响医疗服务效率与患者就医体验。当前，一些基层医疗机构由于建设年代久远或规划设计不合理，存在功能分区混乱、流程设计不科学等问题。例如，诊疗区与生活区、清洁区与污染区划分不明确，易引发交叉感染风险；门诊、急诊、检验、药房等科室布局分散，患者就医动线过长，往返奔波频繁；候诊区空间狭小、设施简陋，缺乏人性化服务设施；医疗废物处理区、后勤保障区布局不合理，基层医疗机构整体运行效率。这些问题不仅降低了医疗服务的便捷性与舒适性，也制约了基层医疗机构服务能力的充分发挥。

### 破解之策

#### 明确发展定位

基层医疗机构应立足区域医疗资源配置与群众健康需求，制定科学的中长期发展战略。首先，开展全面的市场调研与自我评估，明确自身发展优势与短板，结合分级诊疗政策要求，确定“差异化、特色化”的发展定位，重点培育与上级医院互补的特色专科与服务项目。其次，将战略目标分解为学科建设、人才培养、服务质量提升、管理优化等具体任务，制定明确的实施计划与阶段性目标，确保战略落地。最后，建立战略动态调整机制，根据政策变化、市场需求与机构发展实际，及时优化调整发展战略，确保基层医疗机构始终保持正确的发展方向。

#### 强化内涵建设

基层医疗机构应树立“以患者为中心、以健康为导向”的现代医疗服务理念，推动文化理念转型升级。一方面，加强职业精神培育，通过开展医德医风教育、先进典型宣传等活动，强化医务人员的责任意识、服务意识与人文关怀意识；另一方面，将文化建设融入日常运营管理，完善服务流程，优化服务细节，推行预约诊疗、无假日门诊、延伸护理等便捷服务，提升患者就医体验。同时，鼓励创新文化，营造开放包容、乐于探索的工作氛围，推动医务人员积极接纳新的医疗技术与服务模式，不断拓展服务内涵。

#### 提升团队凝聚力与执行力

基层医疗机构要优化人才激励机制，提高薪酬待遇，

完善职业发展通道，通过引进与培养相结合的方式，打造结构合理、素质过硬的人才队伍；加强团队协作训练，建立跨部门沟通协调机制，明确各岗位职责与协作流程，提升团队整体作战能力；开展常态化培训，既要加强专业技能培训，提升医务人员的诊疗水平，也要加强职业素养与沟通能力的培训，增强团队的凝聚力与向心力；建立科学的问责机制，明确工作标准与考核要求，对执行力差、工作不力的人员进行问责，确保各项工作落到实处。

#### 强化管理效能

针对一些基层医疗机构管理者管理能力不足的问题，应加强管理人才队伍建设。相关部门要开展系统化培训，组织管理者学习现代医院管理知识、战略规划、绩效考核、成本控制等专业内容，提升其专业管理能力；建立管理者考核评价机制，将管理成效与薪酬待遇、职业发展挂钩，激励管理者主动提升管理能力；鼓励管理者借鉴先进医疗机构的管理经验，结合自身实际创新管理模式，推行精细化管理，优化内部运行流程，提升管理效能；引入外部专业管理咨询机构，为基层医疗机构发展提供专业指导，助力管理水平提升。

#### 培育学科带头人

学科建设的关键在于人才，基层医疗机构应将学科带头人培育与核心技术研发作为重点工作。一方面，基层医疗机构要制定学科带头人培养计划，选拔业务能力强、科研意识浓、具有领导潜力的骨干医务人员，通过外派进修、学术交流、导师带教等方式，提升其专业水平与学科引领能力；同时，加大人才引进力度，通过优惠政策吸引上级医院退休专家、优秀中青年业务骨干等担任学科带头人。另一方面，聚焦区域常见病、多发病及群众迫切需求的医疗服务领域，集中资源培育特色专科与核心技术，加强与上级医院的技术合作与转诊协作，借助上级医院的技术支持提升自身技术水平，形成“人无我有、人有我优”的学科优势，增强基层医疗机构的影响力。

#### 激发基层医疗机构活力

基层医疗机构应参照现代医院运营规律，重构绩效考核体系。基层医疗机构要优化考核指标设计，构建涵盖医疗服务质量、医疗安全、公共卫生服务、患者满意度、团队协作、科研教学等多维度的考核指标体系，突出公益性与服务性导向；实行差异化考核，根据临床、护理、医技、行政后勤等不同岗位的工作特点，制定个性化的考核标准与权重；强化绩效考核结果的应用，将考核结果与薪酬分配、评优评先、职业晋升直接挂钩，打破平均主义，建立“多劳多得、优绩优酬”的激励机制；建立绩效考核动态调整机制，根据基层医疗机构发展战略与工作重点的变化，及时优化考核指标与标准，确保绩效考核的科学性与针对性。

#### 优化整体布局

针对空间布局不合理的问题，基层医疗机构应结合实际进行改造升级。基层医疗机构要按照“功能分区明确、流线设计科学、就医便捷高效”的原则，重新规划布局，明确诊疗区、生活区、清洁区、污染区的划分，设置清晰的导视系统，缩短患者就医动线；优化科室布局，将门诊、急诊、检验、药房等高频使用科室集中设置，减少患者往返次数；完善人性化设施，扩大候诊区空间，增设休息座椅、饮水设备、充电设施等，提升患者就医舒适度；规范医疗废物处理区与后勤保障区布局，优化物流通道，提高基层医疗机构整体运行效率，降低交叉感染风险。

#### 科学防控：为患者健康保驾护航

基层医疗机构的健康发展是筑牢医疗卫生服务体系“网底”的关键，当前面临的系统化发展战略缺失、文化理念陈旧、团队建设滞后、管理能力不足、学科人才匮乏、绩效考核不合理、空间布局不科学等问题，是多重因素共同作用的结果。破解这些问题，需要基层医疗机构立足自身实际，从战略规划、文化建设、团队管理、人才培养、学科建设、绩效考核、空间布局等多个维度协同发力，同时需要政府部门、上级医院等多方力量的支持与配合。通过一系列针对性措施的实施，基层医疗机构的服务能力、管理水平与核心竞争力将得到显著提升，从而更好地承担起分级诊疗“守门人”的职责，为全民健康提供坚实保障。

(作者供职于永城市人民医院)

周口市中医院日间手术室锚定“高效、安全、舒适”服务靶心，在院领导及管理部的带领下，认真落实《全面提升医疗质量行动计划(2023-2025年)》等政策，构建“研学指南-落地执行-检查复盘-优化提升”闭环管理体系，深耕“一科一品”建设路径，在手术全流程关键节点精准破题，以专业厚度夯实质量根基，以服务温度传递人文关怀，为日间手术患者筑起健康屏障。

### 恒温管理：让手术全程浸润暖意

针对患者围术期低体温这一临床共性难题，科室创新打造“全流程恒温管理”服务模式，将温暖关怀融入每一个细节。每台手术前30分钟启动恒温水暖毯预热程序，精准调控至38摄氏度(适配人体舒适温度)；同步配置恒温液体箱、术中加温毯，并启用独立风暖系统，将手术间环境温度稳定维持在24摄氏度~26摄氏度的黄金区间。医护人员将主动保温纳入全麻护理核心规范，术前通过多维度评估锁定患者基础体温基线，术中每30分钟动态监测核心体温并实时微调保温方案，术后采用加厚保温毯对患者四肢进行细致包裹，形成“术前-术中-术后”无缝衔接的恒温保护链。针对护士在体温临界值干预不及时问题，开展专项培训并明确“体温<36.5摄氏度时上调水暖毯1摄氏度~2摄氏度”的标准化流程，最终实现术中主动保温率100%，手术麻醉期间低体温发生率大幅下降。

### 精准用药：为手术安全筑牢防线

围绕“1类切口抗菌药物规范使用”这一核心目标，科室构建全流程管控机制，以精细化管理严守用药安全底线。在跨科室协作环节，与病区护士建立“切皮前30分钟用药”的交接标准，依托扫码核对技术，实现药物信息、用药时机的双重精准核验，强化与手术医生的协同沟通，严格遵循抗菌药物使用指征，仅对符合预防用药适应证的患者实施干预；组织护理团队参与药学部专项培训，系统学习抗菌药物的作用机制、使用禁忌及剂量规范，并将用药时机准确性、指征判断合理性纳入科室绩效考核体系，以制度约束倒逼规范执行。

### 无缝衔接：让转运交接全程安心

聚焦术前风险评估与术后转运交接两大关键环节，科室以结构化管理构建全周期安全保障。术前1日，责任护士采用标准化评估表开展深度访视，全面核查患者的一般情况、重要脏器功能及抗凝药物使用史，重点关注糖尿病、高血压病等基础病患者的风险隐患，以及婴幼儿外周静脉血管准备情况，将评估结果系统整理为《术前访视单》，并在次日晨交班时进行重点通报，同步与手术医生、麻醉医生沟通术中监测重点，实现诊疗信息的精准传递。在术后转运环节，当台巡回护士全程护送患者，按照《术后转运交接清单》与病区护士逐项核对患者生命体征、术中情况等关键信息，同时详细告知术中体位、手术时长及VTE(静脉血栓栓塞症)风险预警，确保信息交接无遗漏。针对评估单漏填、填写不及时问题，通过流程优化与专项考核强化责任落实，术后转运信息交接完整率达100%。

### 智慧追溯：以数字赋能管理提质

依托信息化技术推进无菌物品闭环管理，科室启动《无菌物品追溯管理专案整改》，供应室将每一件无菌物品赋予唯一追溯码，日间手术室接收时通过扫码同步记录灭菌日期、有效期及包内物品种类等关键信息，并实时上传至无菌物品追溯系统，实现从灭菌到使用的全生命周期可查、可溯、可控。同时，依托手术麻醉系统搭建手术全流程信息化管理平台，在患者家属等候区添置大屏幕，实时展示手术进程节点，让患者家属直观掌握手术动态；每月通过系统提取“多次手术查询、手术明细查询、每日台手术查询、取消手术查询”等数据，为流程优化提供数据支撑。

### 科学防控：为患者健康保驾护航

针对住院手术患者VTE防控需求，科室与病区构建“术前评估-术中干预-术后衔接”的全周期管理体系。术前病区采用Caprini风险评估模型(Caprini Risk Assessment Model, Caprini RAM)，精准判定患者血栓风险等级，详细记录抗凝药使用频次及末次用药时间，为个性化的防控方案制订提供依据；术中根据手术体位与时长实施针对性干预，对截石位手术患者每30分钟协助开展踝泵运动，促进下肢血液循环，手术时长超过1.5小时，则遵医嘱调节输液速度，避免血容量骤增或骤减引发风险；术后转运时，第一时间向病区护士交接患者术中VTE风险情况，复苏期由巡回护士为患者进行下肢被动按摩，并通过标准化培训明确按摩力度、频次标准，在护理记录单新增“按摩肢体”，确保干预效果可追溯。

### 分级施策：让手术配合更精准

严格落实手术分级管理机制要求，结合《医疗机构手术分级管理办法》优化资源配置，打造专业化手术配合团队。按无菌级别对手术间环境进行精准划分；万级手术间专注开展经皮冠状动脉介入手术，实现术种与环境的精准适配。

护士按层级进行岗位分工。N3级~N4级高年资护士负责万级手术间，承担手术配合、应急处理等核心任务；N1级~N2级护士在十级手术间开展工作，并由高年资护士实施“一对一”带教。针对N2级护士特殊器械使用不熟练的问题，开展“术种-器械”专项培训，通过理论授课、模拟操作、实战考核等多维度提升技能，最终实现每台手术准备时间缩短15分钟，手术器械传递差错率显著下降，医生满意度达到98%，护理专科质量评分大幅提升，实现医疗服务质量与效率的双重突破。

(作者供职于周口市中医院)

# 闭环管理驱动服务质量全面提升

□张红梅 王婷婷

# OBE理念下《诊断学基础》实训评价体系的构建路径

□关徐涛 孟鹏飞 党辉 孙士玲 李桓 刘岷

本文聚焦于教育工作者较为关切的实操层面：如何一步步将成果导向教育(Outcome-Based Education, OBE)理念落地，构建有效的《诊断学基础》实训评价体系。本文将“构建路径”为线索，拆解关键步骤、工具方法与常见挑战，并结合河南中医药大学实践说明。

**起点：学习成果的精细化描述**

构建评价体系的的第一步是明确目标：我们希望学生在这门课结束后，能“带走”什么？这个“终点”必须是具体化、可观察、可测量的，而非模糊的“掌握诊断学基础”。

方法：采用“反向设计”原则。一是对标专业培养方案和执业医师资格考试大纲明确总体能力。二是将课程任务分解为可独立完成的具体目标(如“对主诉‘上腹痛’的模拟病人完成问诊、查体及鉴别诊断”)。三是成果细

化，将上述任务进一步细化为知识(K)、技能(S)、素养(A)3个维度的具体学习成果。例如，K：能阐述常见症状的病因与发生机制。S：能规范演示视、触、叩、听等基本体格检查手法。A：在问诊和查体过程中，能体现对“患者”的尊重与共情(如自我介绍、保护隐私、耐心倾听)。

河南中医药大学项目团队采用德尔菲法汇集临床与教育专家的意见，提炼出具体可测的学习成果点，为后续教学和评价活动提供了精准的“靶心”。

**核心：设计多元化、连续的评价“工具箱”**

传统的期末考如同一次“解剖”，只能看到静态结果。OBE要求评价像“持续的心电监护”，动态反映学生的成长轨迹。这意味着必须建立一个形成性评价与终结性评价相结合的多元化评价体系。

方法：匹配评价工具与学习成果。针对不同类型的学习成果，选择最直接有效的评价方式，并应用于教学全过程。

一是针对技能与沟通能力(如问诊、查体)，采用Mini-CEX(迷你临床演练评估)和DOPS(操作技能直接观察评估)工具。这类工具通过实时、结构化反馈，由带教老师用5分钟~15分钟观察学生操作，在结构化量表上就“问诊技巧”“人文关怀”等项打分并指导。在实施过程中，将Mini-CEX纳入常规实训，每位学生每学期完成多次评估，由不同教师或标准化病人(SP)执行，确保评价结果的客观性。

二是临床思维与知识整合能力(如病例分析)，采用结构化病例报告和小组讨论，要求学生书面或口头分析病例并阐述诊断思

路、鉴别依据，实施时提供模板引导学生从“患者”主诉入手，逐步分析以培养逻辑性。

三是对于职业素养与学习习惯，采用学习档案和反思日志。学生记录每次实训的收获、困惑与自我评价。在实施过程中，利用线上教学平台建立电子档案，收录学生的作业、考核成绩、反思日志，形成个人“能力成长图谱”。

实施关键：评价的频率和及时性，比一次性评价的精度更重要。多次、低风险的评价能有效降低学生的焦虑，鼓励其大胆尝试并纠正错误中学习。

**难点与突破：实现评价数据的“闭环反馈”**

收集评价数据只是第一步，让数据“说话”，驱动教学改进与学生发展，才是OBE成功的标志。这是实践中的最大难点，即建立“教学-评价-反馈-改进”

的闭环机制。

一是对学生的反馈(促进学习)。挑战是反馈笼统(如“很好”“有待提高”)，缺乏指导性。突破是反馈内容必须具体化、可操作。借助Mini-CEX等结构化工具，教师的反馈应直指指向行为，例如：“你很好地询问了疼痛的性质，但如果能再问一句‘疼痛会不会向其他地方放射’，信息就更完整了。”同时，引导学生查阅电子成长档案，进行自我纵向比较，激发其内在学习动力。

二是对教师的反馈(改进教学)。挑战是教师难以了解整体教学效果薄弱环节。突破在于利用数据分析，当发现多数学生在“心脏杂音听诊”的Mini-CEX评分普遍偏低时，这不再是个别学生的问题，而是课程教学的问题。教学团队应据此集中研讨：是理论讲解不透彻？还是听

诊练习机会不足？进而调整教学计划，如增加心脏模型听诊训练或引入心音模拟软件。

河南中医药大学项目团队依托信息化平台，实现了评价数据的汇总与可视化。教师可以清晰看到班级整体的“能力雷达图”，从而进行“精准教学干预”，实现了从“经验驱动”到“数据驱动”的教学改进。

**保障：重塑师生角色与教学文化**

OBE评价体系的有效运行，最终依赖于师生角色的转变和教学文化的重塑。教师要从“知识的权威”和“分数的评判者”转变为“学习成果的设计师”“能力发展的教练”和“反馈的提供者”。学生要从“被动接受者”转变为“主动的自我管理者”，对自己的学习成长负责。教学文化中需要营造一种安全、支持性的环境，让学生不畏

在教学评价中暴露问题，而是将其视为宝贵的成长机会。

河南中医药大学的省级教改项目“基于OBE理念的《诊断学基础》实训课程教学评价体系的构建研究”研究实践表明，构建基于OBE的实训评价体系，是一项系统工程，它不追求颠覆性的轰动效应，而是致力于进行一场“静悄悄的革命”。它通过精细化目标、多元化评价和闭环式反馈，将教学的关注点从“教师教了什么”彻底转向“学生会了什么、能做什么”。虽然前路充满挑战，但这条道路最终指向的是更高质量医学人才的培养，是让每一位“准医生”在走出校园时都能真正具备守护生命的底气与能力。

(作者供职于河南中医药大学第一临床医学院/中西医结合学院中西医结合诊断学教研室)