



三级医院医康融合不同管理模式 对临床康复开展影响研究*

——丁余武¹ 连斌² 吴绪波³ 刘甜甜¹ 徐雪平¹ 杨坤¹ 王川¹ 王杰宁¹

【摘要】 目的 研究不同管理模式对临床康复开展情况的影响。方法 随机选取69所中国康复医学会医康融合工作委员会会员单位作为研究对象。根据医康融合模式的不同,将研究对象分为3组,其中A组(医院层面主管)22所、B组(康复医学科主管)27所、C组(临床科室主管)20所。采用艾力彼与上海市第七人民医院共同编制的“医康融合量化评价指标体系调查表”作为研究数据采集工具,现场收集各医院相关数据,并选取临床早期康复开展率、非康复医学科开展康复治疗的数量占比、临床康复专科相关技术开展数量作为观察指标。结果 临床早期康复开展率差异有统计学意义($P < 0.001$),两两比较结果显示,A组显著大于B组和C组,而B组和C组之间差异无统计学意义;非康复医学科开展康复治疗的数量占比差异有统计学意义($P < 0.001$),多重均数比较结果显示,A组显著大于B组和C组,而B组和C组之间差异无统计学意义;临床康复专科相关技术开展数量比较差异有统计学意义($P < 0.001$),多重均数比较结果显示,A组大于B组和C组,而B组和C组之间差异无统计学意义。结论 由医院层面主管的模式更利于临床康复的开展,更利于向全院导入医康融合理念、培养专科康复人才以及协调康复与各临床学科之间的协作。

【关键词】 医康融合;管理模式;早期康复;医疗质量

中图分类号:R197.3;R197.5

文献标识码:A

Study on the Influence of Different Management Modes of Medical—Rehabilitation Integration in Tertiary Hospitals on the Development of Clinical Rehabilitation/DING Yuwu, LIAN Bin, WU Xubo, et al. // Chinese Health Quality Management, 2025, 32(1): 18—21, 26

Abstract **Objective** To study the influence of different management modes on the development of clinical rehabilitation. **Methods** 69 members of the medical—rehabilitation integration work committee of China Rehabilitation Medical Association were randomly selected as the research objects. According to the different modes of medical—rehabilitation integration, the subjects were divided into three groups, including 22 in group A (hospital—level executive leadership group), 27 in group B (rehabilitation medicine department executive leadership group), and 20 in group C (clinical department executive leadership group). "A questionnaire on the quantitative evaluation index system of medical—rehabilitation integration" jointly compiled by Ailibi and Shanghai Seventh People's Hospital was used as a research data collection tool to collect relevant data of each hospital on the spot. The development rate of early rehabilitation, the proportion of rehabilitation treatment carried out by non—rehabilitation medicine department, and the number of related technologies carried out by clinical rehabilitation specialties were selected as the observation indicators of this study. **Results** There was a significant difference in the rate of early clinical rehabilitation among the three groups ($P < 0.001$). The results of pairwise comparison showed that group A was significantly higher than group B and group C, while there was no significant difference between group B and group C. There was a significant difference in the proportion of rehabilitation treatment in non—rehabilitation medicine department among the three groups ($P < 0.001$). The results of multiple mean comparison showed that group A was significantly larger than group B and group C, while there was no

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2025.32.1.05

* 基金项目:上海市浦东新区“国家中医药发展综合改革试验区”建设—李佃贵国医大师工作室建设(编号:PDZY—2023—0701);上海市浦东新区卫生系统优秀青年医学人才培养计划(编号:PWRq2024—36)

1 上海中医药大学附属第七人民医院 上海 200137 2 海军军医大学附属东方肝胆外科医院 上海 200438

3 上海市浦东新区人民医院 上海 201299

significant difference between group B and group C. There was a significant difference in the number of clinical rehabilitation related technologies among the three groups ($P < 0.001$). The results of multiple mean comparison showed that group A was greater than group B and group C, while there was no significant difference between group B and group C.

Conclusion The hospital—level executive leadership mode is more conducive to the development of clinical rehabilitation, more conducive to the introduction of the concept of medical—rehabilitation integration into the whole hospital, the cultivation of specialist rehabilitation talents, and the coordination of rehabilitation and clinical disciplines.

Key words Medical—Rehabilitation Integration; Management Mode; Early Rehabilitation ; Medical Quality

First-author's address Shanghai Seventh People's Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai, 200137, China

近年来,康复医学发展得到党和政府的高度重视,全国各地康复医疗服务水平得到提高,但是仍然面临人民日益增长的健康保障需要与医疗保障体系的不平衡、不充分发展之间的矛盾^[1]。2021年6月,国家八部委联合发布《关于加快推进康复医疗工作发展意见》^[2],强调加强康复医疗能力建设,鼓励康复医疗与其他临床相关学科紧密合作,以患者为中心,强调康复早期介入,将康复贯穿于疾病诊疗全过程。为贯彻落实国家相关政策,中国康复医学会提出医康融合理念,并成立医康融合工作委员会,探索符合国内医疗现状的康复临床实践模式。

医康融合是连接临床医疗与康复医疗的桥梁,如何建立健全医康融合管理模式是各医疗机构需要探索的重要课题。目前,针对医疗机构落实医康融合的管理模式主要包括医院层面主管、康复医学科主管以及各临床科室主管三种。三种医康融合管理模式在实际运行过程中褒贬不一。本文基于不同管理模式对临床科室康复开展情况的比较,为医康融合发展提供参考。

1 研究概况

1.1 研究对象

随机选取2021年7月至2023

年7月注册为中国康复医学会医康融合工作委员会的会员单位,并且符合纳入标准的69所医疗机构作为研究对象。纳入标准:(1)开展医康融合一年以上;(2)医院级别为三级及以上的综合医院、中医医院(含中西医结合医院);(3)医康融合管理模式为医院层面主管、康复医学科主管、各临床科室主管三种中的一种。

1.2 分组

根据医康融合管理模式的不同,将研究对象分为3组,A组(医院层面主管)22所、B组(康复医学科主管)27所、C组(临床科室主管)20所。3组医院级别、类型、床位数、职工数、面积差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 方法

本次研究采用实地调研的形式展开,借助“医康融合量化评价指标体系调查表”现场收集各研究对象的相关数据,并选取临床早期康复开展率、非康复医学科开展康复治疗的数量占比、临床康复专科相关技术开展数量作为观察指标。

1.4 统计分析方法

本研究使用Excel软件对数据进行整理,采用SPSS 25.0软件对数据进行统计分析。计量资料以均数±标准差或中位数(四分位数)描述,计

数资料以频数或百分比描述。对数据进行正态性和方差齐性检验,符合正态分布和方差齐性检验时多组间比较采用单因素方差分析,组间两两比较采用LSD- t 检验。不符合正态分布时多组间比较采用非参数Kruskal—Wallis检验,组间两两比较采用Bonferroni校正。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 研究结果

2.1 三组调研医院基本情况比较

69所医疗机构基本情况见表1。不同分组的医院的床位数、职工数、面积基本情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 临床早期康复开展率比较

A组临床早期康复开展率的中位数(四分位数)为70.00(58.50, 78.50);B组临床早期康复开展率的中位数(四分位数)为49.00(42.00, 58.00);C组临床早期康复开展率的中位数(四分位数)为39.50(29.75, 48.00)。进行非参数Kruskal—Wallis H 检验结果显示,不同分组的医院对各医院临床早期康复开展率有显著的差异, $H = 33.801, P < 0.001$ 。两两比较结果显示,A组显著大于B组和C组,而B组和C组之间无显著性差异,见表2。

2.3 非康复医学科开展康复治疗 的科室数量占比比较

A 组非康复医学科开展康复治疗的数量占比分布在 38%~98% 之间;B 组非康复医学科开展康复治疗的数量占比分布在 35%~88% 之间;C 组非康复医学科开展康复治疗的科室数量占比分布在 24%~70% 之间。方差分析结果显示,不同分组的医院对非康复医学科开展康复治疗的科室数量占比有显著的差异, $F=19.561, P<0.001$ 。多重均数比较结果显示,A 组显著大于 B 组和 C 组,而 B 组和 C 组之间无显著性差异,见表 3。

2.4 临床康复专科相关技术开展 数量比较

A 组临床康复专科相关技术开展数量分布在 60~85 之间;B 组临床康复专科相关技术开展数量分布在 50~72 之间;C 组临床康复专科相关技术开展数量分布在 40~70 之间。方差分析结果显示,不同分组的医院对临床康复专科相关技术开展数量有显著差异, $F=23.566, P<0.001$ 。多重均数比较结果显示,A 组显著大于 B 组和 C 组,而 B 组和 C 组之间无显著性差异,见表 4。

3 研究结果分析

3.1 三组调研医院基本情况分析

本次调研的 69 所医院分布于全国 19 个省市,地域分布覆盖范围相对较广,具有一定的代表性。调研的 69 所医疗机构,国家级医疗中心有 17 所、区域医疗中心有 44 所、县级医院有 18 所,分别代表不同量级医院医康融合发展的水平,具有一定的代表性。调研的 69 所医疗机构,综合性医院有 55 所、康复专

科医院 14 所,分别代表不同类型的医院,具有一定的代表性。

3.2 不同管理模式 下医院临床康复 开展情况分析

3.2.1 临床早期康复开展率开展 情况分析

临床早期康复开展率可以在一定程度上反映医疗机构医康融合的总体情况。通过对不同组别医院临床早期康复开展率进行统计分析,医院层面主管的与其他两组存在显著差异。考虑其原因可能在于由医院层面主管可以更好地向全院传导医康融合理念,更好地协调康复与各临床学科之间的协作关系,为医康融合的开展提供机制保障。这一结果与连斌等^[3]的研究是一致的。由康复医学科主管领导推行医康融合,优势在于康复医学科

有成熟的康复技术,可以满足各临床专科的康复需求,但受限于康复医学科医院的影响力,在临床学科缺乏康复理念以及科室协作机制的前提下较难深入。由临床科室主管开展医康融合,这种管理模式的优势在于开展医康融合的临床科室具有较强的康复理念,但各临床科室很难形成合力,在缺乏统一管理的情形下不利于康复学科的整体发展,很难形成规模与影响力。

3.2.2 非康复医学科开展康复治疗 的科室数量占比分析

非康复医学科开展康复治疗的数量占比可以一定程度上反映医疗机构医康融合开展的广度。本次研究结果显示,A 组与其他两组之间存在显著差异,而其他两组之间不存在显著差异。这一结果表明,医院层面主管开展

表 1 69 所医院的床位数、职工数、面积基本情况 $[M(P_{25}, P_{75})]$

分组	床位数/张	职工数/人	面积/万平方米
A 组	1 110.00(740.00, 2 033.00)	1 382.00(1 120.00, 2 491.00)	8.18(2.98, 41.42)
B 组	1 220.00(1 000.00, 3 420.00)	1 769.00(1 300.00, 5 550.00)	12.00(5.65, 35.90)
C 组	900.00(727.00, 1 670.00)	1 000.00(900.00, 1 434.00)	8.00(2.30, 14.17)

注:A 组为医院层面主管,B 组为康复医学科主管,C 组为临床科室主管。

表 2 三组调研医院临床早期康复开展率 $[M(P_{25}, P_{75})]$

分组	临床早期康复开展率/%	成对比较
A 组	70.00(58.50, 78.50)	A 组>B 组
B 组	49.00(42.00, 58.00)	A 组>C 组
C 组	39.50(29.75, 48.00)	
H		33.801
P		<0.001

表 3 三组调研医院非康复医学科开展康复治疗的科室数量占比 $(\bar{x}\pm s)$

分组	非康复医学科开展康复治疗的 科室数量占比/%	F 检验		多重均数比较
		F	P	
A 组	69.77±15.58	19.561	<0.001	A 组>B 组
B 组	51.99±13.20			A 组>C 组
C 组	44.85±11.04			

表 4 三组调研医院临床康复专科相关技术开展数量 $(\bar{x}\pm s)$

分组	临床康复专科相关 技术开展数量/项	F 检验		多重均数比较
		F	P	
A 组	70.73±6.83	23.566	<0.001	A 组>B 组
B 组	60.44±6.06			A 组>C 组
C 组	56.75±8.06			

医康融合的医疗机构有更多的临床科室愿意开展康复治疗。医院层面主管推行医康融合的优势在于其推行医康融合的组织架构是由院领导牵头搭建的,其推广医康融合理念的力度以及协调科室间合作的能力是其他两组所达不到的。

3.2.3 临床康复专科相关技术开展数量分析 临床康复专科相关技术开展数量可以一定程度上反映医疗机构医康融合开展的深度。从本次研究的结果可以看出,A组优于其他两组。由医院层面领导主管医康融合体现了医院对临床康复的重视,可以提高各临床科室的重视程度,更容易整合医院资源,推进康复新技术的开展,临床科室的意愿更强烈。

4 讨论及建议

4.1 明确医康融合的发展规划

随着“健康中国2030”规划纲要^[4]的提出以及国家八部委《关于加快推进康复医疗工作发展意见》^[2]的发布,三级医院如何加强康复医疗能力建设成为一个亟需解决的问题,而医康融合是对上述问题的一种践行。医康融合作为一种临床康复创新服务模式,要在全院各临床科室推广,需要体现其在医院发展中的重要性,将之列入医院年度或近期发展规划,明确其发展目标、基本原则、重点任务和具体措施等。在本次调研过程研究者发现,已有部分医院通过颁布院级文件的形式明确发展医康融合的具体规划,强调其在医院发展中的重要性。如广东省中山大学某附属医院印发《关于医院发展医康一体化的工作实施方案》^[5],明确其医院发展规划中的重要性及具体措施。

4.2 搭建院领导牵头的医康融合组织架构

医康融合强调的是康复与临床科室的紧密协作,涉及到全院各临床科室,构建组织框架是关键。就目前国内现状而言,康复科作为医院的边缘科室很难协调全院各临床科室^[6],实行医院领导责任制,由院领导牵头推动医康融合的整体运行是解决该问题的有效途径。成立由院领导牵头,相关行政部门(医务科、质管办等)、康复科和相关临床科室参加的医康融合工作委员会,同时明确委员会职责和权力以及工作内容,定期开展工作例会,汇报医康融合开展情况。在组织架构中,行政部门要成为政策实施的推动者,康复科要成为理念的传播者、学术的引领者、知识的培训者、技术的提供者、流程的制订者以及质量的控制者。

4.3 构建医康融合运营保障机制

长期以来,康复医学与临床医学是两个互不干涉、各自发展的学科^[7],要想实现康复和临床学科的深度融合,亟需构建康复科与临床科室间协同合作机制,打破科室边界。首先,要搭建医康融合治疗平台,康复治疗师作为医康融合的执行者,负责全院的康复治疗工作,应当集中管理独立成科。由康复治疗师组成的治疗科类似于检验科和影像科,作为一个平台科室向全院提供康复服务,以功能障碍治疗为导向,与临床科室实现对接。其次,是要以临床路径的形式规定康复医生和康复治疗师参与患者的全程管理。通过联合查房(或是以会诊的方式),实现康复的早期介入。第三,成立专门小组,细化工作细则,建立科学的绩效考核标准和质量控制标准,最终实现两者高效率、高质量的深度融合。

4.4 提升医护人员及患者对医康融合理念的认同度

康复医学是现代医学的重要组成部分,但国内一直存在着重临床、轻康复的观念,认知上的差异导致康复医学的发展受限^[8]。有研究^[9]发现,医务人员对ICU早期康复认知和态度处于偏低水平。首先,要提升医护人员对医康融合理念的认同度,要树立其对康复价值的科学认知。其次,患者是医康融合的主要受益者,其对医康融合理念、效用的认同及主动参与程度,是决定医康融合发展的关键。

4.5 加快医康融合亚专科康复人才队伍培养及培训

医康融合是一种交叉协作的工作模式,需要康复治疗师具有相应的临床专科康复治疗能力,同时要求临床医师有一定的康复知识储备^[10]。在康复治疗师培养方面,需要对治疗师进行全面培训,使之具备基础的、共性的岗位能力。同时为了适应不同类型的岗位需求,还应该有更具体的专科分化甚至专项技术,如神经康复治疗师、肌骨康复治疗师、重症康复治疗师、心脏康复治疗师等^[11]。这就要求在全面化培训的基础上进行治疗师专科化培训。在提升临床医师康复医疗能力方面,各省市康复医学会举办的康复相关的岗位培训是临床医师提升康复医疗能力的有效途径,如上海康复医学会举办的“提升康复医疗服务能力建设岗位培训”等。

参考文献

[1] 颜穆丹, 闫润楠, 杨思琪, 等. 英国康复医疗体系及康复支付制度改革的经验与启示[J]. 中国康复医学杂志, 2023, 38(12): 1735-1739.

[2] 国家卫生健康委, 国家发展改革委, 教育部, 等. 关于印发加快推进康复医疗工作发展意见的通知[J]. 中华人民共和国国

(下转第26页)

训,提升全员的康复意识。二是跨学科协作机制不健全。临床科室与康复科室间存在沟通壁垒,信息共享不畅。建立多学科协作团队(MDT),利用信息化手段实现病历资料共享是打破壁垒的关键。三是资源配置不均。康复医疗资源相对匮乏,尤其是在不同级别医疗机构。医院应加大投入,优化资源配置,鼓励康复医疗资源下沉,形成分级诊疗体系。四是专业人才培养与激励机制不足。康复医学人才短缺,且缺乏有效的激励机制。应加强康复医学教育,完善职称评定体系,提高康复医学人员的职业吸引力和社会地位。

未来,在公立医院的建设与发展过程中,必须充分考虑国家政策导向,同时也要注重自身特色。上海市第七人民医院的医康融合模式为推动公立医院高质量发展提供了有价值的探索。

参考文献

[1] 国家卫生健康委员会,国家中医药管理局.关于坚持以人民健康为中心推动

医疗服务高质量发展的意见[J].中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公报,2018(8):35-39.

[2] 陈明波,梁沛枫.DRG支付方式改革对公立医院高质量发展的影响及对策分析[J].中国医院,2024,28(1):12-14.

[3] 陈武朝,黄二丹,潘黎,等.公立医院高质量发展背景下多院区同质化面临的问题与实现路径[J].中国医院,2024,28(1):15-18.

[4] 连斌,王杰宁,吴勤峰,等.医康融合:内涵、特征及推动路径[J].中国康复医学杂志,2023,38(4):534-538.

[5] 周谋望.《国家医疗服务与质量安全报告》康复医学专业指标解读[J].康复学报,2022,32(1):1-5.

[6] 张焕金,伍翰笙,刘艳瑰,等.早期康复在手外伤患者诊疗中的卫生经济学分析[J].中国卫生经济,2022,41(5):68-70.

[7] 医康融合理念下多种康复诊疗模式调研分析[C]//2023中国康复医学会综合学术年会暨国际康复医疗产业博览会.北京,2023.

[8] 任玲,何红晨,何成奇.我国康复医师规范化培训现状趋势及展望[J].医学教育研究与实践,2019,27(6):953-956.

[9] 丁余武,杨坤,吴绪波,等.医

康融合背景下康复治疗师的培养模式与体系建设思考[J].中国康复医学杂志,2024,39(4):565-569.

[10] 邢学良,曲阳,辛贵乐,等.以针康法为主的中医整合康复技术对脑卒中偏瘫患者肢体肌力、运动功能的干预效果分析[J].中华中医药学刊,2024(4):69-73.

[11] 唐强,张世强,尹侠,等.针康法治疗中风的康复机制研究进展[J].中国医药导报,2022,19(28):37-40.

[12] 宋振旺,王川,王杰宁.医康融合背景下对医院康复医疗资源配置现状的调研报告[C]//2023中国康复医学会综合学术年会暨国际康复医疗产业博览会.北京,2023.

[13] 董钰源,吴冬梅,刘冰.“健康中国2030”医疗相关指标体系研究[J].中国临床研究,2021,34(5):717-720.

[14] 中国组织工程研究杂志编辑团队.健康中国2030[J].中国组织工程研究,2021,25(30):4922.

通信作者:

王杰宁:上海中医药大学附属第七人民医院健康管理与产业发展研究所所长
E-mail:drwjn0606@sina.com

收稿日期:2024-05-17

修回日期:2024-09-20

责任编辑:刘兰辉

(上接第21页)

家卫生健康委员会公报,2021(6):4-8.

[3] 连斌,王杰宁,吴勤峰,等.医康融合:内涵、特征及推动路径[J].中国康复医学杂志,2023,38(4):534-538.

[4] 吴弦光,陈迪,荀芳,等.发展康复事业促进实现“健康中国2030”目标[J].中国康复理论与实践,2022,28(1):6-14.

[5] 中山大学附属第三医院.中山大学附属第三医院医康一体化工作实施方案[EB/OL].(2021-08-12)[2022-10-18].<https://www.zssy.com.cn/cat/900>.

[6] 李梅,郭媛媛,赵碧仪,等.广州市康复医疗资源与服务开展现状的调查与分

析[J].中国康复医学杂志,2024,39(3):392-398.

[7] 凌慧贤,周海琪,武沙,等.临床医学学生康复医学了解程度调查及分析[J].科教导刊,2023(20):145-148.

[8] 谢羽婕,王剑雄,汪丽,等.康复治疗学专业与临床医学专业本科生专业认同感的对比研究[J].教育教学论坛,2020(18):139-140.

[9] 姚丽,尹瑞元,杨丽平,等.医务人员对ICU早期康复认知、态度及临床实践的现状调查[J].中国护理管理,2020,20(10):1475-1481.

[10] 丁余武,杨坤,吴绪波,等.医康

融合背景下康复治疗师的培养模式与体系建设思考[J].中国康复医学杂志,2024,39(4):565-569.

[11] 陈文华,燕铁斌,范艳萍,等.《中国康复治疗师岗位标准编制指南》专家共识[J].中国康复医学杂志,2022,37(1):10-13.

通信作者:

王杰宁:上海中医药大学附属第七人民医院健康管理与产业发展研究所所长
E-mail:drwjn0606@sina.com

收稿日期:2024-05-17

修回日期:2024-08-20

责任编辑:刘兰辉