

· 论著 ·

全科团队长岗位胜任力评价指标体系的构建及应用研究



扫描二维码
查看原文

杨森^{1,2}, 傅智丽³, 潘颖⁴, 赵华新⁵, 金花^{1,2}, 石建伟⁶, 陈晨⁷, 于德华^{1,2*}

【摘要】 背景 全科团队长不仅是社区卫生服务的践行者,还是全科团队的管理者、指挥者和协调者。采用合理、有效的机制选拔能够胜任全科团队长岗位的全科医生,是全科管理工作的重中之重。目的 构建并验证全科团队长岗位胜任力评价指标体系,旨在为全科团队长岗位胜任力的评价提供科学依据,为基层全科团队人才选拔提供参考与标准。方法 通过文献分析、半结构化访谈等研究方法收集全科团队长岗位胜任力要素,初步构建全科团队长岗位胜任力评价指标体系。采用目的抽样法,分层抽取上海市熟悉岗位胜任力和全科团队长岗位特征的专家(来自全科医学、医学教育、公共卫生管理、行政管理领域)20例作为咨询对象,于2020年7—10月运用专家函询法对其进行3轮咨询,并采用层次分析法评价各级指标权重、检验各级指标逻辑一致性,最终确立全科团队长岗位胜任力评价指标体系。接着,采用分层随机抽样法,抽取上海市8个中心城区的16例社区卫生服务中心主任和16例全科团队长,采用自设问卷对其进行匿名调查,邀请其对指标体系中三级指标的重要程度进行评分。问卷通过“问卷星”网站发布,研究者通过微信向调查对象推送问卷。调查对象于2020年11月1—30日采用手机/电脑“问卷星”在线填写的方法完成调研。调研数据收集完成后,建立数据库,了解社区卫生服务中心主任和全科团队长对重要性排名前15位的三级指标的重视程度差异。结果 3轮专家咨询问卷的有效回收率分别为90.0%、95.0%和100.0%;专家权威系数分别为0.912、0.933和0.940;Kendall's W系数分别为0.183($\chi^2=42.516, P<0.001$)、0.359($\chi^2=68.937, P<0.001$)、0.516($\chi^2=87.329, P<0.001$)。构建的全科团队长岗位胜任力评价指标体系由5个一级指标、17个二级指标及43个三级指标构成。5个一级指标的权重分别为0.344、0.222、0.192、0.137和0.105。各层级指标的一致性比率均 <0.100 。对于指标体系中重要性排名前15位的三级指标,除“提供转诊服务的能力”“具备协助处置和管理公共卫生事件的能力”外,社区卫生服务中心主任与全科团队长针对指标重要程度所给出的评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 初步构建的全科团队长岗位胜任力评价指标体系,指标针对性强、结构合理,具有较强的科学性和实用性,可以为基层医疗卫生机构选拔和培养全科团队长提供理论参考。

【关键词】 全科团队长; 岗位胜任力; 评价; 指标体系; 构建与应用

【中图分类号】 R 192 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.305

杨森,傅智丽,潘颖,等.全科团队长岗位胜任力评价指标体系的构建及应用研究[J].中国全科医学,2022,25(7):874-881,887. [www.chinagp.net]

YANG S, FU Z L, PAN Y, et al. Development and applicability verification of a competency evaluation index system for general practice team leaders [J]. Chinese General Practice, 2022, 25 (7) : 874-881, 887.

Development and Applicability Verification of a Competency Evaluation Index System for General Practice Team Leaders

YANG Sen^{1,2}, FU Zhili³, PAN Ying⁴, ZHAO Huaxin⁵, JIN Hua^{1,2}, SHI Jianwei⁶, CHEN Chen⁷, YU Dehua^{1,2*}

1.Department of General Practice, Yangpu Hospital, Tongji University School of Medicine, Shanghai 200090, China

2.Shanghai General Practice and Community Health Development Research Center, Shanghai 200090, China

3.Department of Traditional Chinese Medicine, Changhai Community Health Service Center, Yangpu District, Shanghai 200082, China

4.Preventive & Healthcare Department, Yanji Subdistrict Community Health Center, Yangpu District, Shanghai 200093, China

5.Tongji University School of Medicine, Shanghai 200092, China

6.School of Public Health, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200025, China

基金项目: 2020年上海市扬帆计划(20YF1444900);上海市医院协会医院管理研究基金2020年青年课题(Q2020049);2019上海市医药卫生发展基金会项目——新医疗形势下上海市全科机构管理者的领导力评价及提升路径研究

1.200090上海市,同济大学附属杨浦医院全科医学科 2.200090上海市全科医学与社区卫生发展研究中心 3.200082上海市杨浦区长海社区卫生服务中心中医科 4.200093上海市杨浦区延吉街道社区卫生服务中心预防保健科 5.200092上海市,同济大学医学院 6.200025上海市,上海交通大学公共卫生学院 7.200041上海市静安区江宁路街道社区卫生服务中心

*通信作者: 于德华,教授,主任医师,博士生导师; E-mail: ydh1404@sina.com

本文数字出版日期: 2021-09-23

7.Jiangning Subdistrict Community Health Center, Jing'an District, Shanghai 200041, China

*Corresponding author: YU Dehua, Professor, Chief physician, Doctoral supervisor; E-mail: ydh1404@sina.com

【Abstract】 Background The general practice team leader is not only a community health practitioner, but also a manager, commander and coordinator of a general practice team. So choosing an eligible person for the post of general practice team leader is of primary importance. **Objective** To develop and verify a competency evaluation system for general practice team leaders, providing a reference for scientifically assessing the competencies of a general practice team leader, and for selecting an eligible person as a general practice team leader. **Methods** By use of literature review and semi-structured reviews, we collected data regarding competencies for an eligible general practice team leader, and used them to initially develop a competency evaluation system for general practice team leaders. Then from July to October 2020, we conducted a three-round Delphi survey with a purposive sample of 20 experts (in the field of general medicine, medical education, public health management, or administrative management) to improve the system, and assess the indicators of the system using the analytic hierarchy process, and test the logic consistency among indicators, then the final system was formed. To assess values of the three-level indicators in the system, from November 1 to 30, 2020, we carried out a survey on wx.cn (an online questionnaire survey platform) using a self-administered questionnaire developed by us, and selected a stratified random sample of 32 cases (16 directors of community health centers, and 16 general practice team leaders from 8 central urban districts of Shanghai) to anonymously complete the survey via scanning the WeChat RQ code using a mobile phone or computer. The survey data were collected to input into a database, and analyzed for understanding the inter-rater differences in the importance of the top 15 indicators. **Results** The response rate, authority coefficient, and Kendall's W were 90.0%, 0.912, and 0.183 ($\chi^2=42.516, P<0.001$) respectively, for the first round of survey, 95.0%, 0.933, and 0.359 ($\chi^2=68.937, P<0.001$) respectively, for the second round of survey, and 100.0%, 0.940, and 0.516 ($\chi^2=87.329, P<0.001$), respectively, for the third round of survey. The final system is composed of 5 first-level indicators, 17 second-level indicators and 43 third-level indicators. The weights for the 5 first-level indicators were 0.344, 0.222, 0.192, 0.137 and 0.105, respectively. The consistency ratios for hierarchical arrangement of indicators were all <0.1. Among the top 15 third-level indicators in terms of importance, except for the importance of "the ability to provide referral services", and "the ability to assist in the handling and management of public health events", the importance of other 13 indicators rated by directors of community health centers and general practice team leaders showed no significant differences ($P>0.05$). **Conclusion** The system developed by us has high scientificity and practicability with a rational structure and well-targeted indicators, which may be used as a tool for the selection and training of general practice team leader.

【Key words】 General practice team leader; Job competence; Evaluation; Index system; Construction and application

“胜任力”这一概念最早由哈佛大学教授戴维·麦克利兰于1973年正式提出,是指在特定工作岗位和组织环境中能显著区分卓越成就者与普通者的个人的深层次特征^[1]。只有具备与组织战略目标和岗位要求相匹配的胜任力特征,才能高效地发挥经营管理才能,实现组织的长远目标。全科团队是社区卫生的服务单元。全科团队长是整个全科团队的核心与骨干,在维护社区居民健康、提高全科团队的服务质量和运行效率中起着至关重要的作用^[2]。作为全科团队长不仅要牢固掌握专业知识、拥有精湛的医疗技术,更需要具备包括领导力、综合管理能力、人文能力和创新突破能力等在内的综合素质能力。但目前,对于全科团队长岗位胜任力标准,多仅有原则性规定,缺乏细化指标。此外,由于不同的全科医生在年龄、学历、职称、专业背景、擅长领域和专业技能水平等方面存在差异,且在不同的核心能力上也各有高低,具备哪些关键能力、素质或特质(征)对于胜任全科团队长工作更为重要仍存在争议。总体而

本文要点及研究意义:

基层医疗卫生机构全科团队长的选拔和培养是一个难题。目前,对于全科团队长岗位胜任力标准,多仅有原则性规定,缺乏细化指标。而我国全科团队长的选拔又主要以年资和职称为依据,“论资排辈”一定程度上会导致团队活力、工作效率低下。本研究通过文献分析、半结构化访谈、专家函询、层次分析等方法,构建了由5个一级指标、17个二级指标及43个三级指标构成的全科团队长岗位胜任力评价指标体系,并采用问卷调查法对其适用性进行了初步验证。构建的全科团队长岗位胜任力评价指标体系主题明确、内容丰富、层次清晰,具有新颖性、科学性和实用性。该体系不仅有助于推进全科团队长选拔/聘用制度的建立和完善,还可以助力人才培养与评价工作。同时,全科团队长也可以利用该指标体系及时发现和解决自身存在的问题,不断完善自我。

言,基层医疗卫生机构全科团队长的选拔和培养是一个难题,但较少有研究者针对此进行探讨。鉴于此,本研究拟构建并初步验证全科团队长岗位胜任力评价指标体系,旨在为基层选拔、培养和评价全科团队长提供理论参考。

1 对象与方法

1.1 形成全科团队长岗位胜任力评价指标体系初稿

于2020年5—6月系统检索2011—2020年发表于PubMed、Web of Science、中国知网、维普中文科技期刊全文数据库、万方数据知识服务平台等数据库及Google Scholar、百度学术等学术搜索引擎的关于全科团队长及其胜任能力的研究。中文检索词包括:全科团队长/全科医生(师)团队管理者/全科医生(师)/社区卫生服务中心/管理者,岗位胜任力,评价等。英文检索词包括:general practitioner team leader/general practitioner team manager/general practitioner/community health service center/manager, position competency, evaluation等。同时,访问上海市主要社区卫生服务中心网站了解全科团队长的岗位职责,并对社区卫生服务中心主任、全科团队长、骨干全科医生进行半结构化访谈。访谈样本量以受访者资料重复出现、资料分析不再出现新主题为原则,最终纳入4例社区卫生服务中心主任、4例全科团队长、6例骨干全科医生。访谈提纲如下:

“您所在单位是如何对全科团队长进行选拔的?”“从您的角度出发,您认为全科团队长需要具备哪些能力?”“您认为当前的全科团队长在个人能力及选拔机制方面还存在哪些不足?”。访谈结束后24 h内对访谈结果进行提炼、归纳与总结。研究者依据文献分析与半结构化访谈结果建立评价指标体系条目池。评价指标体系条目池经全科医学专家小组讨论、审查后,由研究者对其中的条目进行适当修改和删减,以初步构建全科团队长岗位胜任力评价指标体系。初步构建的评价指标体系由5个一级指标、22个二级指标及51个三级指标构成。其中一级指标“医疗服务能力”下,包括6个二级指标、14个三级指标;一级指标“公共卫生服务能力”下,包括5个二级指标、12个三级指标;一级指标“综合管理能力”下,包括5个二级指标、11个三级指标;一级指标“教育学习能力”下,包括3个二级指标、8个三级指标;一级指标“人格及职业素养”下,包括3个二级指标、6个三级指标。

1.2 基于专家咨询法确定全科团队长岗位胜任力评价指标体系

1.2.1 拟定专家咨询问卷 专家咨询问卷内容如下。

(1)卷首语:向专家介绍研究的背景、目的、意义和问卷的填写方法。(2)专家基本信息调查表:调查内容包括性别、年龄、专业技术职称级别、工作机构、专

业领域、最高学历、专业工作年限等。(3)全科团队长岗位胜任力评价指标咨询表:各级指标的重要性采用Likert 5级评分法(1分代表很不重要,2分代表不重要,3分代表一般重要,4分代表比较重要,5分代表非常重要),并设置开放式修改意见栏,请专家在“专家意见”中阐述其对评价指标的不同看法和修改意见^[3]。

(4)专家对指标的熟悉程度与判断依据评分:专家的熟悉程度分为很熟悉、熟悉、较熟悉、一般、较不熟悉、很不熟悉6个等级,分别计1.0、0.8、0.6、0.4、0.2、0;专家的判断依据包括4个方面,判断依据对其的影响程度分为大、中、小3个等级,分别赋予不同的量化值,即理论分析(赋值0.1、0.2、0.3)、工作经验(赋值0.5、0.4、0.3)、国内外相关文献(赋值0.1、0.1、0.1)和直观感觉(赋值0.1、0.1、0.1)^[4]。本咨询问卷的Cronbachs' α 系数为0.892。

1.2.2 遴选咨询专家 采用目的抽样法,选取上海市熟悉岗位胜任力和全科团队长岗位特征的专家作为咨询专家。结合上海市的地域分布特征和专家分布特征(中心城区专家更集中、经验更丰富),以3:2为抽样比例对来自上海市8个中心城区和8个非中心城区的专家进行分层抽样^[5]。为了保证咨询专家专长领域具有全面性,咨询专家不仅包括全科医学专家,还包括从事全科医学教育工作的医学教育专家、公共卫生管理专家和负责全科医学相关领域工作的行政管理专家。遴选标准:

- (1)从事相关领域工作>10年,且目前在全科医学领域担任重要职务或在相关领域获得市级及以上荣誉;
- (2)具有本科及以上学历,副高级及以上专业技术职称;
- (3)自愿参与本研究,并能积极配合完成多轮专家咨询;
- (4)对所咨询的问题具有全面的认识和理解。最终遴选咨询专家20例。

1.2.3 实施专家咨询 2020年7—10月采用改进的专家咨询法进行3轮专家咨询。3轮专家咨询既缩短了咨询周期,又避免了专家咨询结果真实性差这一情况的发生^[6]。通过微信、电子邮件、现场发放等方式发放调查问卷。参与咨询的专家之间互相不见面,互不了解其他专家的回复情况。于2020年7月发放第1轮问卷。问卷收回后,根据专家的意见,计算各项指标的重要性赋值均数、变异系数(CV)和满分比。采用界值法筛选指标,以重要性赋值均数 ≥ 3.50 分、满分比 $\geq 20\%$ 、 $CV \leq 0.250$ 作为界值^[7]。对于不符合标准的指标,根据专家意见对其进行修改或删除;对于符合标准的指标,针对专家提出的修改建议,经课题组集体讨论后,决定是否需要进行修改。在进行第2、3轮咨询时,将上一轮的咨询结果及指标修改意见反馈给专家,同时邀请专家对修改后的指标体系进行重新评分。以所有指标的重要性赋值均数、满分比、CV均符合界值且专家意见趋于统一,

作为指标筛选完成的判断依据。3轮问卷均于1个月内完成发放和回收,相邻2轮问卷发放的时间间隔为1个月。

1.3 岗位胜任力评价指标体系实证性研究 采用分层随机抽样法,从上海市8个中心城区抽取16例社区卫生服务中心主任和16例全科团队队长开展调查(每个中心城区随机抽取2例社区卫生服务中心主任、2例全科团队队长),并请社区卫生服务中心主任和全科团队队长对三级指标的重要程度进行评分。社区卫生服务中心主任遴选标准:(1)从事全科医疗工作 ≥ 5 年;(2)具有本科及以上学历,副高级及以上专业技术职称;(3)自愿参与本研究。全科团队队长遴选标准:(1)从事全科医疗工作 ≥ 3 年;(2)具有本科及以上学历,中级及以上专业技术职称;(3)自愿参与本研究。采用自设问卷对社区卫生服务中心主任和全科团队队长进行匿名调查。问卷第1部分为知情同意书;第2部分为调查对象基本情况,调查内容包括性别、年龄、专业技术职称级别、最高学历和专业工作年限等;第3部分为最终确立的岗位胜任力评价指标体系中的三级指标,每个指标的重要性采用Likert 5级评分法(1分代表很不重要,2分代表不重要,3分代表一般重要,4分代表比较重要,5分代表非常重要)。将调适好的最终问卷通过“问卷星”网站发布,并形成问卷二维码。通过微信向参与调查的社区卫生服务中心主任和全科团队队长推送问卷。调研时间为2020年11月1—30日。社区卫生服务中心主任和全科团队队长采用手机/电脑“问卷星”在线填写的方法完成调研。完成调研数据收集后,建立数据库,了解社区卫生服务中心主任和全科团队队长对重要性排名前15位的三级指标的重视程度差异。

1.4 统计学方法 采用Excel 2010和SPSS 20.0软件进行数据录入和统计学分析,正态分布的计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较若方差齐采用两独立样本 t 检验,若方差不齐采用 t' 检验;计数资料采用相对数表示。专家的积极系数通过有效问卷回收率来反映,有效问卷回收率=收回有效咨询表份数/发出咨询表份数 $\times 100\%$ 。判断依据由判断系数表示,各判断依据(理论分析、工作经验、国内外相关文献和直观感觉)影响程度赋分相加即为该名专家的判断系数。熟悉程度由熟悉系数表示,用以衡量专家对所调查问题的熟悉程度。专家的权威程度由权威系数来表示,权威系数=(熟悉系数+判断系数)/2。一致性检验通过计算重要性赋值均数、标准差、 CV 来反映专家意见的集中程度。用Kendall's W 系数及 χ^2 检验判断专家意见的协调程度。协调系数值越接近1表示专家对指标认同的一致程度越高;当Kendall's W 系数 >0.5 、 $P<0.05$ 时,可认为专家意见趋于一致。采用层次分析法确定各级指标权重、检验各级指标逻辑一致性,各层级指标的一致性比率(CR) <0.1 时,说明

判断矩阵的一致性可以接受。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 专家咨询结果

2.1.1 专家基本情况 20例专家中,男9例,女11例;35~39岁者5例,40~49岁者9例, ≥ 50 岁者6例;正高级职称者15例,副高级职称者5例;工作机构为行政管理机构者4例,医疗卫生机构者10例,教学科研机构者6例;全科医学专家9例、医学教育专家3例、行政管理专家4例、公共卫生管理专家4例;最高学历为本科者4例,硕士研究生者10例,博士研究生者6例;专业工作年限为10~19年者5例,20~29年者11例, ≥ 30 年者4例;中心城区专家12例(杨浦区3例、黄浦区3例,徐汇区3例,静安区2例,普陀区1例),非中心城区专家8例(宝山区2例,嘉定区1例,闵行区1例,浦东新区2例,松江区1例,奉贤区1例)。

2.1.2 专家积极性 第1轮专家咨询(2020年7—8月)发放问卷20份,回收有效问卷18份,有效问卷回收率为90.0%;第2轮专家咨询(2020年8—9月)发放问卷20份,回收有效问卷19份,有效问卷回收率为95.0%;第3轮专家咨询(2020年9—10月)发放问卷20份,回收有效问卷20份,有效问卷回收率为100%。以上结果说明专家积极性高,对该研究较为重视。3轮专家咨询的专家基本情况见表1。

2.1.3 专家权威程度及协调程度 第1轮专家咨询结果显示,专家的判断依据、熟悉程度、权威系数分别为0.94、0.92、0.93。第2轮专家咨询结果显示,专家的判断依据、熟悉程度、权威系数分别为0.91、0.89、0.90。第3轮专家咨询结果显示,专家的判断依据、熟悉程度和权威系数分别为0.97、0.91、0.94。第1、2、3轮专家咨询的Kendall's W 系数分别为0.183($\chi^2=42.516$, $P<0.001$)、0.359($\chi^2=68.937$, $P<0.001$)、0.516($\chi^2=87.329$, $P<0.001$)。

2.1.4 指标筛选过程

2.1.4.1 第1轮专家咨询结果 一级指标的重要性赋值均数为4.21~4.82分, CV 为0.085~0.124;二级指标的重要性赋值均数为4.05~4.78分, CV 为0.083~0.128;三级指标的重要性赋值均数为4.02~4.79分, CV 为0.084~0.136。根据指标筛选标准、专家咨询及研究小组讨论结果,对指标进行删减和修改。(1)删除二级指标3个:“医学健康科普”“团队凝聚能力”和“转诊服务能力”。(2)删除三级指标9个:“基本临床医学理论知识”“全科医学基本理论知识”“常见实验室检查的判断与解读”“基于循证医学的疾病处理”“医学心理学服务”“对就诊患者进行疗效跟踪随访”“信息获取、追踪和掌握新技术”“医学法学能力”和“热

表 1 3 轮专家咨询的专家基本情况 (例)

Table 1 Basic information of experts attending a three-round Delphi survey

项目	第 1 轮 (n=18)	第 2 轮 (n=19)	第 3 轮 (n=20)
性别			
男	8	9	9
女	10	10	11
年龄 (岁)			
35~39	5	5	5
40~49	8	9	9
≥ 50	5	5	6
专业技术职称级别			
正高级	14	14	15
副高级	4	5	5
工作机构			
行政管理机构	4	4	4
医疗卫生机构	9	9	10
教学科研机构	5	6	6
专业领域			
全科医学	8	9	9
医学教育	3	3	3
行政管理	3	3	4
公共卫生管理	4	4	4
最高学历			
本科	4	4	4
硕士研究生	9	9	10
博士研究生	5	6	6
专业工作年限 (年)			
10~19	5	5	5
20~29	9	10	11
≥ 30	4	4	4

爱自己的职业”。(3)修改三级指标 2 个:将“首诊与转诊服务能力”修改为“提供转诊服务的能力”,将“管辖区域内慢性病患者比例”修改为“管理辖区的居民慢性病控制达标率”。

2.1.4.2 第 2 轮专家咨询结果 一级指标的重要性赋值均数为 4.12~4.89 分, CV 为 0.068~0.146; 二级指标的重要性赋值均数为 4.18~4.72 分, CV 为 0.072~0.145; 三级指标的重要性赋值均数为 4.08~4.85 分, CV 为 0.079~0.167。根据指标筛选标准、专家咨询及研究小组讨论结果,对指标进行补充、删减和修改。(1)一级指标数量保持不变,将原一级指标“人格及职业素养”修改为“人文执业能力”。(2)删除 2 个二级指标:“信息应用能力”“卫生服务质量监督能力”。(3)修改 2 个二级指标:将“社区疾病的诊治”修改为“社区常见病和多发病的诊治能力”,将“突发公共卫生事件处理能力”修改为“传染病及突发公共卫生事件报告处置的能力”。(4)删除 6 个三级指标:“社区专业知识”“中医基础知识”“病史采集技巧”“SOAP 病

史书写”“康复医疗服务”“社区健康的领导能力”。

(5)新增 3 个三级指标:“收集全科相关信息与政策和传达的能力”“团队内部有奖惩的具体方案”和“不断提高实践创新和模式转变”。

2.1.4.3 第 3 轮专家咨询结果 一级指标的重要性赋值均数为 4.56~4.92 分, CV 为 0.075~0.124; 二级指标的重要性赋值均数为 4.42~4.83 分, CV 为 0.074~0.124; 三级指标的重要性赋值均数为 4.35~4.89 分, CV 为 0.050~0.130。一、二级指标不做调整,仅添加了 4 个三级指标,即“对自己工作中的行为进行反思的能力”“避免过度医疗给患者造成的伤害”“尊重患者的隐私、保守患者的秘密”“开展医疗或者相关研究时征求参与患者的同意”。

2.2 全科团队长岗位胜任力评价指标体系确立 本研究经过 3 轮专家咨询最终确立了全科团队长岗位胜任力评价指标体系。该评价指标体系由 5 个一级指标、17 个二级指标及 43 个三级指标构成。5 个一级指标分别为“医疗服务能力”“公共卫生服务能力”“综合管理能力”“教育学习能力”及“人文执业能力”。通过层次分析法计算各层级指标权重及组合权重,其中各层级指标的 CR 均 < 0.100,说明指标权重设置合理,见表 2。

2.3 全科团队长岗位胜任力评价指标体系应用研究 共发放问卷 32 份(社区卫生服务中心主任 16 份、全科团队长 16 份),回收有效问卷 32 份,有效问卷回收率为 100.0%。16 例社区卫生服务中心主任中,男 10 例(62.5%),女 6 例(37.5%);平均年龄(51.8 ± 6.2)岁;正高级职称者 14 例(87.5%),副高级职称者 2 例(12.5%);硕士研究生及以上学历者 13 例(81.3%),本科学历者 3 例(18.7%);从事全科医疗工作 ≥ 10 年者 14 例(87.5%),5~10 年者 2 例(12.5%)。16 例全科团队长中,男 7 例(43.8%),女 9 例(56.2%);平均年龄(36.2 ± 5.3)岁;副高级职称者 4 例(25.0%),中级职称者 12 例(75.0%);硕士研究生及以上学历者 14 例(87.5%),本科学历者 2 例(12.5%);从事全科医疗工作 > 5 年者 12 例(75.0%),3~5 年者 4 例(25.0%)。对于指标体系中重要性排名前 15 位的三级指标,除“提供转诊服务的能力”“具备协助处置和管理公共卫生事件的能力”外,社区卫生服务中心主任与全科团队长针对指标重要程度所给出的评分比较,差异无统计学意义(P > 0.05),见表 3。

3 讨论

3.1 评价指标体系的重要性的实用性 建设具有卓越服务能力的全科团队,是社区卫生服务改革工作的重要内容。全科团队长在全科团队中居于核心地位,其能力与素质对团队凝聚力、团队绩效和团队服务成效有着至关重要的影响^[8]。本研究构建的全科团队长岗位胜任

表2 全科团队长岗位胜任力评价指标体系及权重结果

Table 2 The competency evaluation system for general practice team leaders and weights assigned to its indicators

指标	重要性赋值 ($\bar{x} \pm s$, 分)	变异系数	权重	组合权重
医疗服务能力	4.88 ± 0.47	0.100	0.344	-
社区常见病和多发病的诊治能力	4.92 ± 0.47	0.123	0.389	0.134
基本病种诊治能力	4.82 ± 0.38	0.080	0.424	0.057
基本医疗服务的提供能力	4.94 ± 0.24	0.050	0.434	0.058
掌握常用诊疗操作技术(如心肺复苏、导尿等)的能力	4.76 ± 0.42	0.090	0.142	0.019
危急重症应急处置	4.88 ± 0.60	0.131	0.156	0.054
心脑血管意外等疾病的初步诊断和处理	4.94 ± 0.24	0.050	0.532	0.029
心肺复苏、包扎止血、骨折固定等急诊急救能力	4.53 ± 0.50	0.110	0.468	0.025
医疗文书书写能力	4.75 ± 0.37	0.097	0.092	0.032
医疗处方书写能力	4.59 ± 0.59	0.110	0.517	0.016
门诊和住院病历书写能力	4.82 ± 0.38	0.080	0.483	0.015
医疗服务协同能力	4.69 ± 0.68	0.086	0.134	0.046
提供转诊服务的能力	4.59 ± 0.60	0.130	0.347	0.016
接受转诊患者的能力	4.82 ± 0.38	0.080	0.332	0.015
获取远程医疗服务资源并应用的能力	4.88 ± 0.32	0.070	0.321	0.015
合理用药、用械	4.82 ± 0.42	0.124	0.114	0.039
常见药物和急救药物规范使用的能力	4.47 ± 0.50	0.110	0.549	0.022
简易医疗器械的规范使用能力	4.53 ± 0.50	0.110	0.451	0.018
家庭医生服务管理能力	4.84 ± 0.37	0.113	0.115	0.040
家庭医生的有效签约率	4.76 ± 0.42	0.090	0.341	0.013
管理辖区的居民慢性病控制达标率	4.76 ± 0.42	0.090	0.331	0.013
管理辖区的家庭病床服务能力	4.71 ± 0.46	0.100	0.328	0.013
公共卫生服务能力	4.90 ± 0.58	0.124	0.222	-
传染病及突发公共卫生事件报告和处置的能力	4.81 ± 0.42	0.117	0.411	0.091
带领团队开展传染病风险排查、收集和提供风险信息的能力	4.65 ± 0.48	0.100	0.557	0.051
具备突发公共卫生事件,以及传染病发现、登记及报告的能力	4.82 ± 0.38	0.080	0.226	0.021
具备协助处置和管理公共卫生事件的能力	4.88 ± 0.32	0.070	0.217	0.020
健康促进	4.73 ± 0.38	0.135	0.275	0.061
健康知识传播	4.82 ± 0.38	0.080	0.486	0.030
健康生活方式指导	4.82 ± 0.38	0.080	0.320	0.020
家庭健康状况诊断	4.88 ± 0.32	0.070	0.194	0.012
健康管理	4.69 ± 0.31	0.089	0.314	0.070
有效协调团队成员进行健康档案管理和利用的能力	4.82 ± 0.38	0.080	0.339	0.024
带领团队成员开展慢性病患者健康管理的能力	4.88 ± 0.32	0.070	0.661	0.046
综合管理能力	4.72 ± 0.56	0.118	0.192	-
沟通协调能力	4.86 ± 0.37	0.074	0.324	0.072
与上级部门和领导的沟通能力	4.65 ± 0.48	0.100	0.346	0.022
与同事和团队成员的沟通协调能力	4.71 ± 0.46	0.100	0.319	0.020
与其他医疗机构同行的沟通协调能力	4.71 ± 0.46	0.100	0.335	0.021
资源利用能力	4.73 ± 0.50	0.095	0.226	0.043
收集全科相关信息与政策和传达的能力	4.71 ± 0.46	0.100	0.519	0.023

(续表2)

指标	重要性赋值 ($\bar{x} \pm s$, 分)	变异系数	权重	组合权重
合理利用社区医疗资源	4.41 ± 0.49	0.110	0.481	0.021
团队工作绩效管理	4.69 ± 0.36	0.102	0.234	0.045
提升团队工作绩效的能力	4.88 ± 0.32	0.070	0.414	0.019
公平公正分配的能力	4.82 ± 0.38	0.080	0.348	0.016
团队内部有奖惩的具体方案	4.59 ± 0.49	0.110	0.238	0.011
团队合作的能力	4.73 ± 0.37	0.092	0.216	0.041
明确团队分工和协作模式	4.82 ± 0.38	0.080	0.518	0.021
提高团队服务能力和效率	4.53 ± 0.61	0.130	0.482	0.020
教育学习能力	4.83 ± 0.37	0.075	0.137	-
自我认知能力	4.84 ± 0.38	0.121	0.502	0.069
客观评价自身的工作能力和优缺点等能力	4.76 ± 0.55	0.110	0.386	0.027
对自己工作中的行为进行反思的能力	4.82 ± 0.38	0.080	0.614	0.042
自主学习能力	4.59 ± 0.58	0.087	0.498	0.068
主动学习意识	4.94 ± 0.24	0.050	0.594	0.041
不断提高实践创新、模式转变等	4.76 ± 0.55	0.110	0.406	0.028
人文执业能力	4.67 ± 0.49	0.106	0.105	-
具备医学人文关怀的素养	4.67 ± 0.62	0.145	0.512	0.054
开展以患者为中心的诊疗	4.71 ± 0.46	0.100	0.508	0.027
避免过度医疗给患者造成的伤害	4.65 ± 0.48	0.100	0.342	0.018
照顾患者的身心健康	4.82 ± 0.38	0.080	0.15	0.008
掌握医学伦理规范技术	4.60 ± 0.63	0.083	0.488	0.051
尊重患者的隐私,保守患者的秘密	4.53 ± 0.61	0.130	0.435	0.022
在法律允许情况下,尊重患者的选择	4.65 ± 0.48	0.100	0.327	0.017
开展医疗或者相关研究时征求参与患者的同意	4.53 ± 0.50	0.110	0.238	0.012

注: - 表示无相关数据

力评价指标体系对于全科团队长的培训、评价和选拔具有重要的参考、借鉴作用。既往研究显示,我国全科团队长的选拔主要以年资和职称为依据^[9]。虽然高年资医生所具备的丰富工作经验可推动全科医疗工作的顺利开展,但部分高年资医生在能力、学历及创新思维等方面与“新生力量”相较可能有一定的差距。“论资排辈”一定程度上会导致团队活力、工作效率低下。因此,结合全科团队长的岗位特点,构建全科团队长岗位胜任力模型具有重要性、必要性和现实意义。通过全面描述全科团队长岗位的任职资格、明确全科团队长的胜任特征,全科团队长岗位胜任力模型不仅有助于推进全科团队长选拔/聘用制度的建立和完善,以尽可能确保在公正、公平的机制下选拔优秀人才,从而提高用人的效率,还可以助力人才培养、评价工作。同时,全科团队长也可以利用该指标体系及时发现和解决自身存在的问题,不断完善自我。

3.2 评价指标体系的构建科学性与可靠性 大力发展全科医疗服务是建设健康中国的基本保障;而加快基层医疗卫生机构人才队伍建设、培养和发掘优秀全科医学

表 3 16 例社区卫生服务中心主任和 16 例全科团队队长对全科团队队长岗位胜任力评价指标重要程度的评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

Table 3 Importance of indicators of the competency evaluation system for general practice team leaders rated by 16 directors of community health centers, and 16 general practice team leaders

指标条目	社区卫生 服务中心 主任评分 (n=16)	全科团队 队长评分 (n=16)	t' (t) 值	P 值
医疗服务能力				
基本医疗服务的提供能力	4.85 ± 0.89	4.67 ± 0.66	0.650 ^a	0.324
掌握常用诊疗操作技术的能力	4.54 ± 1.21	4.34 ± 0.46	0.618	0.238
心脑血管意外等疾病的初步诊断和处理	4.75 ± 0.54	4.72 ± 0.26	0.200	0.844
常见药物和急救药物规范使用的能力	4.69 ± 1.01	4.39 ± 0.77	0.945 ^a	0.125
医疗处方书写能力	4.69 ± 0.98	4.39 ± 0.62	1.035 ^a	0.256
门诊和住院病历书写	4.62 ± 0.72	4.37 ± 1.23	0.702	0.182
提供转诊服务的能力	4.69 ± 0.32	4.25 ± 0.63	2.491	0.023
公共卫生服务能力				
带领团队开展传染病风险排查、收集和提供风险信息的能力	4.62 ± 0.33	4.36 ± 1.23	0.817	0.427
具备突发公共卫生事件以及传染病发现、登记及报告的能力	4.62 ± 0.45	4.45 ± 0.56	0.947 ^a	0.341
具备协助处置和管理公共卫生事件的能力	4.76 ± 0.35	4.25 ± 0.52	3.254 ^a	0.003
综合管理能力				
具备明确的团队分工和协作模式	4.71 ± 0.32	4.67 ± 0.41	0.308 ^a	0.758
与上级部门和领导的沟通能力	4.62 ± 1.16	4.47 ± 0.82	0.422 ^a	0.437
公平公正分配的能力	4.77 ± 0.78	4.58 ± 0.38	0.876	0.292
教育学习能力				
客观评价自身的工作能力和优缺点等能力	4.62 ± 0.33	4.53 ± 0.19	0.945	0.568
人文执业能力				
开展以患者为中心的诊疗服务	4.57 ± 0.94	4.37 ± 0.67	0.693 ^a	0.213

注：^a表示 t 值

人才是基层医疗卫生事业发展的基石^[10]。本研究在文献分析、半结构化访谈及专家小组讨论的基础上，初步构建了全科团队队长岗位胜任力评价指标，并根据专业技术职称级别、专业领域、学历、工作岗位、工作年限等特征，确定了咨询专家的准入标准，最终共邀请了 20 例专家参与咨询。20 例咨询专家均具有副高级及以上专业技术职称，80% 拥有研究生学历、75% 从事专业工作 >20 年，具有较高的代表性。3 轮专家咨询的有效问卷回收率分别为 90.0%、95.0% 和 100.0%，且多名专家提出了指标修改意见，表明专家的积极性较高。3 轮咨询的专家权威程度为 0.912、0.933 和 0.940

(均 >0.70)，说明专家的权威性良好，咨询结果可靠且研究结果具有说服力。经过 3 轮专家咨询，专家的 Kendall's W 系数为 0.516 ($\chi^2=87.329, P<0.001$)，表明专家的意见一致性程度较高。但前 2 轮咨询专家的 Kendall's W 系数 (0.183、0.359) 较低可能与以下两方面有关：一是前 2 轮咨询中，咨询专家对全科团队队长概念的理解存在分歧，部分专家认为全科团队队长即全科社区卫生服务中心主任；二是全科团队队长岗位胜任力研究的缺乏，使部分专家在对全科团队队长岗位胜任力指标进行评价时多以全科医生和社区卫生服务中心主任岗位胜任力评价指标体系作为参考依据。研究者向专家详细介绍了全科团队队长的岗位职责后，第 3 轮咨询结果显示，专家意见趋向一致。采用层次分析法计算各层级指标的权重并进行一致性检验，CR 均 <0.100，表明各层级指标明确、清晰，各层级指标无逻辑错误^[11]。

本研究结果显示：一级指标中，权重位居前 3 位的指标分别为医疗服务能力 (0.344)、公共卫生服务能力 (0.222) 和综合管理能力 (0.192)；二级指标中，组合权重位居前 3 位的指标依次为社区常见病和多发病的诊治能力 (0.134)、传染病及突发公共卫生事件报告和处置的能力 (0.091)、健康管理 (0.070)；三级指标中，组合权重位居前 3 位的指标顺次为基本医疗服务的提供能力 (0.058)，基本病种诊治能力 (0.057)，带领团队开展传染病风险排查、收集和提供风险信息的能力 (0.051)。与既往研究结果相似^[12]，具备扎实的临床工作能力和业务水平被认为是成为全科团队队长的重要前提，这可能与全科团队队长的首要岗位职责即是在社区卫生服务中心主任及职能部门指导下，负责领导团队开展责任区的社区卫生工作，为社区居民提供综合性、持续性、可及性的优质卫生服务有关。另外，由于本研究开展于新型冠状病毒肺炎疫情防控期间，基层全科管理者能否处理和应对传染病及突发公共卫生事件，并推进疾病防控关口前移也更加得到了专家的重视。与既往聚焦于全科医生或社区卫生服务中心主任岗位胜任力的研究^[13-14]相比，本研究在探索全科团队队长岗位胜任力评价指标体系时，在体系中增加了“综合管理能力”这一维度。全科团队队长主要负责处理全科团队的各项日常事务 (医疗、预防、保健、康复、健康教育、计划生育指导等)；须能够凝聚团队力量，正确、合理地制定工作计划，完成社区卫生服务中心主任分配的各项工作任务。同时，全科团队队长也是连接社区卫生服务中心领导层与普通全科医生之间的纽带和桥梁，在上传下达过程中起着“二传手”和“缓冲带”的作用，其必须具备除临床能力和公共卫生能力外的综合管理能力。因此，在评价指标体系中增加“综合管理能力”维度，具有合理性和科学性。

3.3 社区卫生服务中心主任和全科团队长对岗位胜任力指标的重要性评价侧重点不同。全科团队长的选拔和培养是基层医疗卫生机构人才队伍建设的重要内容,但选拔和培养具备何种能力的全科医生使其承担全科团队长工作更符合基层医疗的实际需求,社区卫生服务中心主任和全科团队长给出了不同的建议。在医疗服务能力方面,社区卫生服务中心主任对“转诊服务能力”的重视程度高于全科团队长,这与肖蕾等^[15]的研究结果一致。双向转诊是社区卫生服务的重要内容,全科团队长作为双向转诊的主要“联络员”,其对双向转诊的认知是影响双向转诊运行的重要因素。全科团队长对该指标重视程度偏低的原因,可能与当前转诊流程烦琐、转诊后需对患者进行长期的跟踪随访、缺乏转诊相关的绩效奖励政策等所致的转诊积极性较低有关。建议简化转诊流程,加强综合性医疗机构与基层医疗卫生机构的联动,通过构建绿色通道减少转诊过程中的壁垒。在公共卫生服务能力方面,社区卫生服务中心主任对“协助处置和管理公共卫生事件的能力”这一指标的重视程度高于全科团队长。公共卫生服务是社区卫生服务中心的重要内容。新型冠状病毒肺炎疫情防控背景下,对突发公共卫生事件的处理能力已日益成为检验基层全科管理者能力的“试金石”。但目前,由于基层医疗卫生机构和疾病预防控制中心之间存在着权责边界模糊不清的问题,且多数全科团队长的专业背景为临床/全科医学,其在校学习和规范化培训期间接受的公共卫生相关的理论培训和实践训练较少,导致其对公共卫生管理的重视程度不足^[16]。由于重要性排名前15位的三级指标中,较少涉及“综合管理能力”“教育学习能力”及“人文执业能力”维度下的三级指标。因此,对于“综合管理能力”“教育学习能力”及“人文执业能力”,社区卫生服务中心主任与全科团队长对其的重视程度是否存在差异尚不清楚。未来,仍有必要对此行进一步探讨。

综上,本研究通过3轮专家咨询构建的全科团队长岗位胜任力评价指标体系涵盖临床、公共卫生、综合管理、人文素养等多个方面,可作为社区卫生服务机构选拔和培养全科团队长的重要依据。但本研究也存在不足之处:本研究的咨询专家及调查对象均来自上海地区,研究结论的外推在一定程度上可能受限;实证研究部分仅邀请社区卫生服务中心主任与全科团队长对三级指标的重要程度进行评价,并未应用该指标体系对目标全科团队长的能力进行测量,故仍需开展更多的实证研究对该指标体系加以验证。

志谢:由衷感谢各位参与专家和全科团队长对于本课题调研的支持和配合。

作者贡献:杨森、傅智丽、潘颖、于德华负责文章

的构思与设计;杨森、于德华负责文章的可行性分析;傅智丽、潘颖、赵华新负责文献/资料收集;赵华新、金花、陈晨负责文献/资料整理;杨森负责论文撰写;杨森、石建伟、于德华负责论文的修订;杨森、金花负责英文的修订;于德华负责文章的质量控制及审校,并对文章整体负责,监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] MCCLELLAND D C. Testing for competence rather than for "intelligence" [J]. *Am Psychol*, 1973, 28 (1): 1-14. DOI: 10.1037/h0034092.
- [2] Family Medicine Wonca Europe. The European definition of general practice [EB/OL]. (2002-01-14) [2021-2-15]. <http://www.won-caeurope.org/Publications.htm>. 2002.
- [3] 彭伊婧,周小军,刘忻,等.患者视角下南昌市三级医院门诊服务改善效果评价[J]. *现代医院管理*, 2019, 17 (4): 13-17. DOI: 10.3969/j.issn.1672-4232.2019.04.004.
PENG Y J, ZHOU X J, LIU X, et al. Evaluation of the effect of outpatient service improvement in tertiary hospitals of Nanchang from the perspective of patients [J]. *Modern Hospital Management*, 2019, 17 (4): 13-17. DOI: 10.3969/j.issn.1672-4232.2019.04.004.
- [4] 韩颖,王晶,郑建中,等.全科医生岗位胜任力评价指标体系的实证研究[J]. *中国全科医学*, 2017, 20 (4): 399-405. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.04.005.
HAN Y, WANG J, ZHENG J Z, et al. Empirical research of the evaluation index system of post competence of general practitioners [J]. *Chin Gen Pract*, 2017, 20 (4): 399-405. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.04.005.
- [5] 钟炜菁,王德.上海市中心城区夜间活力的空间特征研究[J]. *城市规划*, 2019, 43 (6): 97-106, 114.
ZHONG W J, WANG D. A study on the spatial characteristics of night vitality in Shanghai's central city [J]. *City Planning Review*, 2019, 43 (6): 97-106, 114.
- [6] 张宇斐,柴建军,胡冰水,等.基于德尔菲法和层次分析法的现代医院门诊医疗质控指标体系构建与应用[J]. *中国医院*, 2021, 25 (3): 36-39. DOI: 10.19660/j.issn.1671-0592.2021.3.11.
ZHANG Y F, CHAI J J, HU B S, et al. Study on the construction and application of evaluation index system of outpatient medical quality control based on Delphi method and AHF [J]. *Chin Hosp*, 2021, 25 (3): 36-39. DOI: 10.19660/j.issn.1671-0592.2021.3.11.
- [7] EGFJORD K F, SUND K J. A modified Delphi method to elicit and compare perceptions of industry trends [J]. *Methods X*, 2020, 7 (9): 101081. DOI: 10.1016/j.mex.2020.101081.
- [8] 魏媛,魏新萍.基于结构方程的全科团队长领导力与团队工作绩效的关系研究[J]. *中国全科医学*, 2019, 22 (s1): 16-20.
WEI Y, WEI X P. Relationship between leadership of general team leaders and work performance: a structural equation model analysis [J]. *Chin Gen Pract*, 2019, 22 (s1): 16-20.

(下转第887页)

- model [J]. Chinese General Practice, 2020, 23 (3): 348-352. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.515.
- [8] 董吉, 朱豫, 陈晓玲, 等. 柯氏模型对医学生胸腔穿刺术培训效果的评价 [J]. 河南医学高等专科学校学报, 2018, 30 (5): 522-525.
- [9] 赵盼盼, 王屹亭, 林振平, 等. 农村家庭医生签约服务质量评价量表的编制和信效度检验 [J]. 中国全科医学, 2021, 24 (7): 812-817. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.122. ZHAO P P, WANG Y T, LIN Z P, et al. Scale for service quality evaluation of rural family doctors: development, reliability and validity [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (7): 812-817. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.122.
- [10] 黄荷芳, 张彩虹, 方成, 等. 护士工作场所暴力氛围感知评价指标的构建及信效度检验 [J]. 护理研究, 2020, 34 (24): 4331-4337. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.2020.24.004.
- [11] 孙晓军, 周宗奎. 探索性因子分析及其在应用中存在的主要问题 [J]. 心理科学, 2005, 42 (6): 162-164, 170.
- [12] 安胜利, 陈平雁. 量表的信度及其影响因素 [J]. 中国临床心理学杂志, 2001, 9 (4): 315-318. AN S L, CHEN P Y. Measurement scales: reliability and affecting factors [J]. Chinese Journal of Clinical Psychology, 2001, 9 (4): 315-318.
- [13] 匡莉, 李丽娜, 罗卓君, 等. 中文版全科医疗核心特征功能患者体验量表的开发与验证 [J]. 中国全科医学, 2021, 24 (13): 1621-1628, 1643. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.496. KUANG L, LI L N, LUO Z J, et al. Development and validation of the Chinese Version of Assessment Survey of Primary Care [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (13): 1621-1628, 1643. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.496.
- [14] 张正敏, 冯现刚, 梁素娟, 等. 重症监护室护士职业悲伤支持量表的编制及信效度检验 [J]. 解放军护理杂志, 2021, 38 (12): 9-12. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9993.2021.12.003. ZHANG Z M, FENG X G, LIANG S J, et al. Development and reliability and validity test of Professional Grief Support Scale for Intensive Care Unit Nurses [J]. Nursing Journal of Chinese People's Liberation Army, 2021, 38 (12): 9-12. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9993.2021.12.003.
- [15] 蒋小花, 沈卓之, 张楠楠, 等. 问卷的信度和效度分析 [J]. 现代预防医学, 2010, 37 (3): 429-431. JIANG X H, SHEN Z Z, ZHANG N N, et al. Analysis of the reliability and validity of the questionnaire [J]. Modern Preventive Medicine, 2010, 37 (3): 429-431.
- [16] 郭太玮, 朱勤, 施鸿飞. 基于结构方程模型的大学生亚健康量表效度测评 [J]. 中国卫生统计, 2013, 30 (1): 23-26, 30. GUO T W, ZHU Q, SHI H F. Test of the construct validity of Chinese University Students' Sub-health Scale, based on structural equation modeling [J]. Chinese Journal of Health Statistics, 2013, 30 (1): 23-26, 30. (收稿日期: 2021-09-14; 修回日期: 2022-01-01) (本文编辑: 张亚丽)
-
- (上接第 881 页)
- [9] 袁莎莎, 王芳, 李陈晨, 等. 社区卫生服务中心全科团队构成模式分析 [J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7 (12): 37-42. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2014.12.007. YUAN S S, WANG F, LI C C, et al. Analysis on general practice teams in community health service centers [J]. Chinese Journal of Health Policy, 2014, 7 (12): 37-42. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2014.12.007.
- [10] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见 [EB/OL]. (2018-01-14) [2021-01-25]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2018-01/24/content_5260073.htm.
- [11] 笃铭丽, 方芳, 陈兰, 等. 应用层次分析法构建心脏介入专科护士核心能力评价指标体系 [J]. 护理学报, 2018, 25 (3): 16-20. DOI: 10.16460/j.issn1008-9969.2018.03.016. DU M L, FANG F, CHEN L, et al. Development of core competence evaluation index system for nurse specialists in cardiac intervention through analytic hierarchy process [J]. Journal of Nursing, 2018, 25 (3): 16-20. DOI: 10.16460/j.issn1008-9969.2018.03.016.
- [12] 洪紫慧. 社区全科医生团队建设现状与对策研究: 以广州市 X 社区卫生服务中心为例 [D]. 广州: 南方医科大学, 2019.
- [13] 陆萍, 陆志敏, 钱志芳. 基于德尔菲法的家庭医生岗位胜任力指标体系构建研究 [J]. 中国全科医学, 2020, 23 (28): 3553-3560. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.069. LU P, LU Z M, QIAN Z F. Construction of family doctor's competency indicator system based on the Delphi method [J]. Chin Gen Pract, 2020, 23 (28): 3553-3560. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.069.
- [14] 李娇月, 景琳, 陈玉兰, 等. 层次分析法在确定社区卫生服务中心主任胜任力指标体系权重中的应用 [J]. 中国卫生事业管理, 2010, 27 (12): 809-811. DOI: 10.3969/j.issn.1004-4663.2010.12.006.
- [15] 肖蕾, 张太慧, 张雅莉, 等. 分级诊疗视角下家庭医生签约服务“签而不约”的原因及对策研究 [J]. 中国全科医学, 2018, 21 (25): 3063-3068. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.25.007. XIAO L, ZHANG T H, ZHANG Y L, et al. Reasons and countermeasures of residents signing the contract with the family doctor but not making appointments during the implementation of hierarchical medical system [J]. Chin Gen Pract, 2018, 21 (25): 3063-3068. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.25.007.
- [16] 李肖肖, 杜雪平, 边立立. 完善全科医师规范化培训以提升突发公共卫生事件应对能力 [J]. 中华全科医师杂志, 2021, 20 (3): 388-392. DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20200628-00763. LI X X, DU X P, BIAN L L. Enhance the responding ability to public health emergencies by improving the standardized training program for general practitioners [J]. Chin J Gen Pract, 2021, 20 (3): 388-392. DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20200628-00763. (收稿日期: 2021-07-20; 修回日期: 2021-09-15) (本文编辑: 陈俊杉)