

# Analysis of the Current Status and Influencing Factors of Infectious Disease Reporting Quality in Primary Medical Institutions

Xiangping Li

Teng County Maternal and Child Health Hospital, Wuzhou, Guangxi, 543300, China

## Abstract

Primary healthcare institutions serve as the cornerstone of infectious disease surveillance networks, with their reporting quality directly determining the timeliness and effectiveness of public health responses. This paper systematically reviews the current state of infectious disease reporting at the primary level, identifying persistent common shortcomings in policy implementation, information flow, personnel capabilities, and system utilization. Reporting quality is influenced by multifaceted factors, encompassing core mechanisms such as the integrity of management systems, the precision of training and capacity building, the integration of information technology, and the formation of closed-loop supervision and feedback. Improving reporting quality requires moving beyond mere technical enhancements to adopt a systemic strategy that integrates incentive-based management, targeted training, intelligent systems, and supportive supervision, thereby driving a profound transformation from passive data reporting to proactive intelligence warning in primary-level infectious disease surveillance.

## Keywords

Primary healthcare institutions; Infectious disease reporting; Quality; Influencing factors; Public health surveillance

## 基层医疗机构传染病报告质量现状及影响因素分析

李湘萍

藤县妇幼保健院, 中国·广西梧州 543300

## 摘要

基层医疗机构是传染病监测网络的基石,其报告质量直接决定公共卫生响应的及时性与有效性。本文系统梳理了当前基层传染病报告工作的现状,指出在制度落实、信息流转、人员能力及系统应用等方面仍存在诸多共性短板。报告质量受多层次因素综合影响,涵盖管理体系是否健全、培训赋能是否精准、信息技术是否融合以及监督反馈是否形成闭环等核心机制。提升报告质量需超越单纯技术改进,转向构建融激励性管理、精准化培训、智能化系统与支持性督导于一体的系统性策略,从而推动基层传染病监测从被动数据上报向主动情报预警的深刻转变。

## 关键词

基层医疗机构; 传染病报告; 质量; 影响因素; 公共卫生监测

## 1 引言

传染病监测的敏感性和准确性取决于病例发现和报告的灵敏度,而基层医疗机构是病例发现和报告的第一关口。我国已建立了全国范围内网络直报系统,报告可获得性大大提高,但报告可及性在基层仍是制约整个传染病监测灵敏度和准确性的瓶颈。当前,在高报告率的背后,仍然存在重形式轻内容的现象,信息不畅、质量不高问题时有发生,直接导致预警发现晚、决策依据错。因此,系统分析基层传染病报告现状及影响因素,对于提高监测策略的有效性、筑牢我国公共卫生屏障具有重要的现实意义<sup>[1]</sup>。

## 2 基层医疗机构传染病报告质量现状

### 2.1 报告流程与管理制度的“形式化”

部分基层机构虽然制定了传染病报告管理制度,但多流于形式,未能真正嵌入诊疗流程。现场调查发现,疫情管理部门工作情况不规范,自查工作掌握不全面,没有形成一套相对完整、可操作性强的管理流程。制度落实仅停留在形式上,造成报告责任不明,流程流于形式。其深层次原因是管理部门把报告工作看成一项必须完成的“形式工作”,而不是主动做好的一项“质量管理活动”,没有针对制度设计不科学和制度执行不力问题进行有效的设计和闭环管理,导致制度难以真正落地<sup>[2]</sup>。

### 2.2 病例登记与信息溯源环节薄弱

门诊日志、住院登记、化验室异常结果登记等原始记录是传染病病例发现的来源。这些来源中存在的现实问题

【作者简介】李湘萍(1976-),女,中国广西藤县人,主治医师,从事(防保科)卫生管理研究。

是：部分项目不写或写得不会、漏登、字迹潦草。特别是辅助检查（如乙肝表面抗原阳性、梅毒初筛阳性）异常结果的反馈率极低，检验科登记结果后，临床医生很少从检验科得到检查结果，或临床医生得到检查结果后，无追踪记录，致使很多传染病人不能及时发现。信息传递上存在的问题，是造成漏报的重要技术性原因。

## 2.3 信息化建设与应用水平参差不齐

信息化对报告有正面促进作用，但基层情况复杂，除县级医院普遍采用电子病历系统外，多数乡镇卫生院、社区卫生服务中心未使用规范电子病历，或使用的电子病历不全，无传染病统计查询功能；即使普遍安装了国家下发的“传染病智能监测预警前置软件”，其弊端也逐渐显现出来：一方面软件确实方便报告、增加医生报病积极性；另一方面临床医生对软件不熟悉，病例排除时理由填写随意，反映出对报告标准把握不准。更深层次原因是：运用技术工具如果不能伴随业务流程再造和人员能力提升，从操作不熟练、多道工序就可能犯新错误、阻力大，技术工具的赋能作用没有发挥完全<sup>[9]</sup>。

## 2.4 报告卡填写的“细节性”缺陷

在网络直报环节，报告卡填写的完整率、准确率虽然普遍较高，但仍然存在信息要素填写不全、把关不严的现象，如患者有效证件号、现住地址（要求到村门牌）、职业、病例分类等流行病学内容的填写错误或缺失。虽然这些问题是少量的，但它严重影响了用于深入流行病学调查、密切接触者追踪和针对性干预的能力。其主要原因在于报告人员不了解每个字段的公共卫生学含义，机械地将各类信息字段看作是“表格项”，而不知道它们是用于刻画病例的时空分布、人群特征的“元素”，也不掌握实时逻辑校验的工具，无法获得错误或不合理的提示，更谈不上拦截。

# 3 影响报告质量的多维度因素分析

## 3.1 管理体系与组织支持因素

### 3.1.1 领导重视与责任机制

医院管理层对传染病报告管理的支持程度是最重要的决定因素。如果医院领导把传染病报告等同于“软任务”、“纠偏”，仅靠口头指示，而不体现在人员配置、经费保障、绩效考核中的重要性上，业务管理肯定不会真正落实，制度措施也就无从落实。其作用机制是，领导的重视程度决定了资源投入的优先序，中层管理者和一线执行者的投入程度取决于领导的支持。责任没有通过详细的岗位说明书和流程节点明确到岗、明确到人，是流程执行不到位的根源。

### 3.1.2 培训体系的有效性

培训是知识转化为行为的桥梁。目前的培训存在多个“不足”，覆盖率不足、内容陈旧、形式单一（多为大型讲座）、缺乏分层分类、训后无效果跟踪与行为跟进。这些都导致培训内容与实践相脱钩，一线医务人员对法定传染病哪些

是乙类、哪些是丙类、哪些是按照乙类管理的甲类等基本知识掌握率低，对新分类的或调整的病种更是雾里看花，其机制是，低效的培训没有将知识转化到医务人员的病例识别能力、填卡技能和报病意识，这是报告卡准确度不高的直接认知原因。

### 3.1.3 内部质控与激励缺失

有效的内部自查和奖惩是持续改善的内因。很多机构没有报告漏报自查的制度（或者没有坚持、正规、有记录），或者自查怕暴露缺点而流于形式。或者没有或者很少有将报告零漏报、规范填写、及时奖励和个人（或科室）评先评优、年终考核、职称评定挂钩的正面激励措施，或者对屡教不改的慢性差错缺乏刚性约束。其机制是，当报告不给予即时的、与个人相关的反馈时，医务人员只有靠自觉和微弱的外部监督来维持积极性，并缺乏质量改善的持久动力。

## 3.2 个体认知与行为因素

### 3.2.1 临床医生的报告意识与责任感

一线医生是病例发现和诊断的第一责任人。部分医生工作压力大，对传染病报告的公共卫生意义认识不足，认为报病是额外的行政负担，存在“重诊治、轻报告”、“报病是防保科的事”等思想。这导致他们对门诊、住院登记等工作马虎大意，对不典型症状病例的警惕性下降，是主观性漏报和延报的主要思想根源。其深层原因是医生角色认知障碍，没有把自己看作整个监测网络的一部分。

### 3.2.2 知识与技能缺口

除了意识之外，医生的知识和技能差距也影响报告质量。对不断修订的传染病诊断标准、报告卡上每一个项目的精确定义（如“现住址”与“户籍地址”的区别）、不同病种的报告时限要求等掌握不准确。检验科、放射科等医技人员不清楚自己是传染病报告链中的“哨兵”，不知哪些异常结果应该及时反馈。知识和技能的差距造成了一些关键信息在传递过程中的被过滤或丢失。

## 3.3 技术工具与工作流程因素

### 3.3.1 信息系统的友好性与整合度

信息系统是报告工作的保障。如果系统复杂度高、难度大、影响登录、与诊疗脱钩（如医生查看诊疗系统和报病系统两个独立的系统，或需跳出诊疗系统单独登录报病系统），需要多记多做，影响工作效率，增加认知和时间成本，增加抵触心理，使用意愿低。前置软件虽然能做到自动抓取、提示，但如果与医院 HIS（医院信息系统）、LIS（实验室信息系统）、PACS（影像系统）没有在业务和数据层面的深度融合与联动，仍然需要医生自己进行核对、确认、补充缺失信息，不能真正实现“无干扰”式上报，则其通过提高效率、减少缺失而发挥作用的的空间受限。

### 3.3.2 院内信息流转机制不畅

从门诊、住院医生排查发现疑似病例并登记，到检验、影像科室产生异常结果，再到防保科审核、订正、网络直报，

是一个多起点、多终点的循环。目前,各点之间都没有标准、高效、可追溯的电子化传递路径,信息传递多依靠纸质登记本传递或电话人工通知,导致信息丢失、延误和失真的概率很高。工作流程的断点和模糊是迟报、漏报的主要机制,是组织内部流程管理不够精细化的结果。

### 3.4 外部监督与资源环境因素

#### 3.4.1 疾控部门的督导与反馈质量

上级疾控的督导和调查是重要的质量促进手段。然而,督导和反馈的效果取决于其严格程度和方式。若督导和反馈只是看材料、对数据,而不过问流程、系统跟踪和一线人员访谈,或不基于问题找出其根源,那么其发现的瓶颈不真实。有效的督导能够带来具有针对性的、可实施的反馈意见,从而形成“检查-反馈-整改-再检查”的良性循环。如果督导和反馈宽松或以处罚为目的,基层单位可能会采取“应对性”的措施来掩饰问题,掩盖真实问题。

#### 3.4.2 资源配置的刚性约束

缺乏资源是基层医疗卫生机构的共性问题。防保科人员少,且多为兼职,人员专业背景复杂,流动性大;信息化建设和维护需要长期稳定的投入,资源有限时往往成为低优先级内容。在资源紧缺的情况下,传染病报告等不产生经济利益的传染病防控工作,面临内部资源竞争时,往往处于低优先级地位,其质量提升所需的资源(人员培训、系统升级、激励等)得不到保证。

## 4 讨论与改进策略展望

### 4.1 构建“内涵式”质量管理体系

医疗机构应从临床发现、发现登记、登记报告、报告审核等环节建立一系列内部质控节点和电子化可追溯路径。如通过信息系统强制规则,实现检验检查异常结果自动弹出询问临床医生是否采样,医生确认后系统自动完成报告并形成电子签收闭环,技术上杜绝信息“断链”。但更重要的是,必须把报告质量的核心指标(及时率、准确率、完整率)作为科学合理的绩效考核指标,与相关医务人员的绩效薪酬、评先评优、职称晋级适度挂钩,建立明确的正向激励和逆向约束,激发医务人员的内生动力和质量意识。

### 4.2 实施精准化、场景化培训与赋能

培训方式必须从“大水漫灌”转为“精准滴灌”。一是内容上,紧随国家新规范,大量增加基于本地区、本机构漏报、错报真实案例,提高针对性和警示性。二是形式上,抛弃“海捞鱼”式的冗长讲座,采用微课程、工作坊、情景模拟、线上模块等形式,并嵌入相关工作会议或诊疗间隙。三是对象上,开展分层分类培训,满足临床医生之外,必须

针对检验、影像、防保甚至挂号、收费等所有报告链上相关岗位人员,开展基于各自角色的“脚本式”培训,并明确衔接标准。

### 4.3 推动信息化向智能化、协同化演进

信息化建设的下一步是智能化、协同化。一是要大力推动监测预警前置软件与各级各类医疗机构 HIS, LIS, EMR 等业务系统的深度融合、数据共享,实现诊断关键词匹配、检验匹配、用药匹配的疑似病例智能筛查、高光提示和“一键报病”或“智能辅助填卡”,最大限度减少医生手工录入和记忆负担。二是要利用大数据和人工智能技术,在报告端嵌入逻辑校验、冲突提醒和预警规则(如年龄和职业逻辑冲突、同一病例在不同医疗机构重复报告冲突预警等),变事后核查为事中预警,不断提高数据源头质量。在有条件的地区,还要探索基于区域卫生信息平台,实现不同医疗机构同一患者传染病报告的提示和信息互补,避免重复、矛盾。

### 4.4 强化外部监督的指导性与支持性

疾控部门的督导应从“警察”向“教练”转变,不能总是“找问题、扣分数”,而应加强“帮分析、促改进”。督导人员应具备流程诊断和指导能力,帮助基层单位诊断问题的系统性根源,并与基层单位共同制定可落地的整改措施。同时,上级卫生健康行政部门应充分考虑基层的实际困难,在信息化建设补助、人员专项培训经费、骨干人才选拔等方面给予更多倾斜和支持,提供有利于高质量报告的外部政策和环境。

## 5 结语

基层医疗卫生机构报表质量是公共卫生监测的基石。当前,质量提升面临的主要挑战是:流程形式化、信息链断裂与数据粗糙等问题;其根本原因是:管理上缺乏激励、医务人员能力不足、技术和业务脱钩、资源有限等。为提高质量,需要进行系统化重构:建立激励性质控,开展精准培训,发展智能系统,以及建立支持性监督,以促进监测工作从一个被动报数据的过程到主动产生情报的过程转变,夯实监测预警防线。

### 参考文献

- [1] 严旭东,汪学付,鲁和俊.智慧辅助系统在综合型医院传染病报告管理质量提升中的应用[J].安徽冶金科技职业学院学报,2025,35(03):53-56.
- [2] 卢贺成,吴娜,孙永亮,等.基于MATLAB程序的传染病信息报告和管理研究[J].安徽预防医学杂志,2025,31(01):55-57+81.
- [3] 赵玉秋,刘瑞,邓舒,等.我国法定传染病报告率Meta分析[J].安徽预防医学杂志,2024,30(05):351-355+369.