

2.2.3 动态评估 突发公共卫生事件具有复杂性和易变性,不同类型的突发公共卫生事件特点不同,而且随着事件的发展,不同阶段对医疗救援的需求也不尽相同^[7]。没有一个具体的流程或者预案能够满足这种动态变化的需求。原先准备的应急流程或措施可能随时根据评估结果进行针对性调整,即灾害救援管理中的动态调整原则^[8]。因此,医疗机构必须随着救援的深入,动态评估,不断地针对不同阶段的实际情况,对具体医疗救援流程进行优化。只有满足不同阶段实际需要的具体流程才是有效的流程。

2.2.4 “双轨制”确保日常急诊运行是衡量应急处理方略好坏的重要标准 突发公共卫生事件紧急医疗救援既是要保证受其直接影响的人员的健康和安全得到医疗保障,也是要避免紧急救援对日常医疗秩序造成干扰,影响其他群体的健康权利,同时也避免衍生出其他的社会问题。所以,保持“双轨制”医疗活动运作本身就是突发公共卫生事件紧急应对的内容之一。可以看出本院急诊科在多次重大突发公共卫生事件的应对中成绩出色,得到社会各界的好评,确保了各个群体的健康权益得到保护。

综上所述,传统单一类型式预案应急处理方案因为不利于实施而存在弊端。通过改进理念,运用创新的统一式应急处理方略,只要明确核心环节,日常训练得力,根据突发公共卫生事件情况制订具体灵活的流程,能够避免传统方案的弊端,短时间建立起有效的应对体系应对各种类型的突发公共卫生事件。实际上国内也有类似的思考,赵孝英和李静^[10]在地震灾区开展批量伤员护理应急方案主要是对分工进行明确计划,从中也

• 卫生管理 •

能看出相近似的思路。

参考文献:

[1] 成翼娟,李继平,宋锦平.汶川地震医疗救援中华西医院护理工作的组织管理[J].中国循证医学杂志,2008,8(6):386-388.

[2] 魏承毓.人类近百年重大灾难事件的回顾与反思[J].疾病控制杂志,2001,5(4):289-293.

[3] 蔡映杰,谢佩玲,管癸芬.群体创伤患者规范化处理及护理[J].中国实用医药,2010,5(2):189.

[4] 李璐.重庆市突发公共卫生事件应急体系研究[J].重庆医学,2007,36(18):1904.

[5] 郝淑华.应对突发公共卫生事件中护理部组织管理体会[J].当代护士:学术版,2009,12:105-106.

[6] 陈竺.温故而知新——汶川地震医疗救援的教训与思考[J].中国循证医学杂志,2009,9(11):1142

[7] 田丽华,孙文利,杜秉利,等.基层医院突发事件成批伤员医疗救治程序的构建[J].护理研究,2009,23(2C):537-538.

[8] 王庞德.突发公共卫生事件应急管理——理论与实践[M].北京:人民卫生出版社,2008:15-17.

[9] 赵孝英,李静.灾害救援现场批量伤员护理应急方案的应用[J].重庆医学,2009,37(9):1130.

(收稿日期:2010-08-14 修回日期:2010-12-22)

新形势下完善住院医师规范化培训制度的研究

邓 娅,邓世雄

(重庆医科大学管理学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.13.041 文献标识码:B 文章编号:1671-8348(2011)13-1337-03

目前,美国、英国、澳大利亚等发达国家及中国香港、台湾地区均已建立了政府主导的、较为成熟的住院医师规范化培养制度,有效地保证了临床医师的医疗服务质量^[1]。中国内地目前无规范化住院医师培训制度,学生从医学院校毕业后,未经住院医师规范化培训,就直接到医院从事临床工作,以后的能力和水平很大程度上取决于所在医院的条件,严重影响了医疗队伍整体素质的提高。

1 新形势下实施住院医师规范化培训的重大意义

1.1 为基层输送医学人才,缓解农村看病难 随着医药卫生体制改革的深入,近年来中国基层医疗机构的基础设施、医疗设备等硬件条件得到了显著的改善,但由于基层医疗机构人员待遇较低、工作环境艰苦、业务发展空间小、患者对刚毕业的住院医师缺乏信任等原因,医学毕业生不愿意去基层医院工作,导致中国基层医院人才匮乏。基层医师由于缺少规范化培训,技术水平得不到提高,也难以留住患者,导致患者纷纷涌入大城市大医院,造成看病难、看病贵的现象。经过规范化培训的医师,具备临床诊疗经验和操作技术,到城市社区医院和乡镇医院工作,有助于缓解基层医院人才匮乏和患者看病难、看病贵问题。近几年的实践已经证明,住院医师培训工作的开展,使基层医师的临床思维能力、技能水平有了明显提高。坚持住院医师规范化培训,为基层源源不断培养和输送合格的医学人

才,是政府、医院、医师、患者四方收益的长久之举和利民之策^[2]。

1.2 缩小地区间医疗水平的差距,提高整体医疗水平 目前,中国城市大医院、县医院和城市社区医院的医生之间诊疗水平差距非常大,而且越来越大。其中一个重要的原因就是中国的人员培养方式不合理。医学毕业生一次分配定终身,分到城市大医院就在大医院培训,分到县医院就在县医院培训,导致医师医疗技术水平差距很大。实施住院医师规范化培训,可以提高临床医师的整体技术水平,缩小城乡之间、区域之间的医疗服务水平差距,为患者提供更优质、更均衡的医疗服务,有利于推进卫生事业的可持续发展。

1.3 拓宽医学院校就业渠道,增强医学生就业能力 目前中国大、中城市的医疗卫生行业日趋饱和,医疗体制的改革及国家对医院行政性拨款减少,医院编制每年增幅有限,各级医院的发展重点基本上从扩大规模转变为内涵建设,对医学类毕业生的吸纳能力下降,而扩招后的临床医学毕业生成倍增加^[3];用人单位对人才质量、学历层次要求明显提高,使本科以下甚至本科学历毕业生就业难度加大。实施住院医师规范化培训,医学本科生毕业后首先进入基地接受规范化的住院医师培训,不占用单位计划编制,适当给予岗位津贴,通过人事代理解决档案户口问题,可暂时缓解就业压力。经过规范化培训的医师,

医疗技术水平得到提高,同时取得职业医师资格,提高自身就业能力,为下一步进入其他医疗单位打下基础。

1.4 促进公立医院的发展 长远来看,基地医院将是培训过程中的最大受益者。(1)培训学员是能够创造生产价值的劳动者,他们为基地医院所带来的效益不容忽视;(2)教学相长有益于提高医院整体水平和知名度;(3)如果培训学员是社会人,基地医院可以优先留用优秀学员。从而促使基地医院的持续发展、非基地医院努力向基地医院发展,形成良性发展的态势。

2 现阶段中国住院医师规范化培训存在的问题

2.1 生源得不到保障 由于当前社会对住院医师培训认识不足,导致学员对自己今后的发展缺乏信心;学员参加培训时,受人事管理制度的制约,户口、工龄、各类保险难以落实,经济负担较大,难以安心参加培训;部分学员由于无法承受辛苦的工作、付出与回报不成正比、没有归属感而中途放弃,还有些学员参加培训 1 年即考取研究生导致培训终止。这些都使得住院医师规范化培训工作生源不足,且流失率偏高。

2.2 培训资金短缺,影响培训质量 实践表明,凡住院医师规范化培训效果理想的地方,政府都提供了充足的财政保障,如美国政府对每名住院医师向医院提供的培训经费达到 10~20 万美元,印度也是由政府向公立医院支付住院医师全职训练的报酬^[4]。中国虽然已经把建立住院医师规范化培训制度写进深化医改的文件,但国家财政保障制度并未随之建立。导致大多数医院不能参与到住院医师培训中来,也不能满足每个医学毕业生都接受住院医师培训的要求。政府和本单位对培训基地的投入不足,也影响了培训基地的建设和发展。对带教老师而言,得不到相应的补偿,教师重视程度不够、投入精力不足,将影响培训质量。

2.3 师资队伍匮乏 培训基地带教老师的临床、科研、教学能力和职业道德在一定程度上决定了住院医师的培训质量。三级以上医疗机构不乏医疗技术精湛的医师,但除高校附属医院之外,其他医院教学经验丰富的专家并不多,不利于住院医师规范化培训工作的开展。还可能出现重用、轻带教,把学员当成廉价劳动力的现象,培训流于形式^[5]。

2.4 培训基地标准不统一造成培训质量相差悬殊 中国规定二级甲等以上的医院才有资格成为临床住院医师规范化培训基地。但由于中国医院等级、基地所在地区间的差异,对住院医师规范化培训的整体质量有较大的影响。如三级甲等医院与二级甲等医院之间、综合性医院与专科医院之间的师资力量和教学水平都存在较大差别,导致培训出来的医师在职业素养、临床操作技能、临床思维方法上都存在较大差距。

2.5 单一的培训制度难以应对多种专业、多种类型毕业生的培训 《关于深化医疗卫生体制改革的意见》虽明确提出实施住院医师规范化培训,但相关法律法规并未出台,目前各培训基地仍然依照 1993 年卫生部颁发的《临床住院医师规范化培训大纲》进行培训,而大纲中统一年限、统一标准的培训制度已难以适应目前多种专业、多种类型毕业生的培训要求。大纲规定培训时间为 5 年,培训对象为医学本科毕业的临床住院医师,前 3 年为住院医师培训,后 2 年为专科医师培养。而临床不同专业的发展,对其临床医师培养有不同要求。如骨科与皮肤科医师的培养,在培养年限和具体要求上理应有所区别;在第二阶段的专科医师培训上,口腔科、眼科、中医科等在综合医院中比较小的科目在专业设置上难以实现培训大纲的全面要求;医技科目如病理科、检验科尚未找到合理的培训途径。医学实践性的特点决定了学历不能代替临床实践技能,未参加临床住院医师规范化培训的硕士、博士的实践技术能力与参加培

训的本科生相比有明显的差距。而《临床住院医师规范化培训大纲》显然不适应硕士、博士研究生的培训。

2.6 培训机制方面存在问题

2.6.1 激励机制不健全 住院医师培训应与职称晋升挂钩以激励培训学员及更多临床医师加入到培训队伍中来,但人事部门仍然允许未参加住院医师规范化培训但够年资的住院医师报名参加中级职称考试。一些没有开展住院医师规范化培训的医院,其住院医师不需要参加住院医师培训中较严格的考试、考核,只需通过职称考试就可以晋升。这些都人为地造成住院医师培训与职称晋升之间存在矛盾^[6]。

2.6.2 评估机制不健全 中国尚未建立对培训基地的准入和评估指标,尚未完善对住院医师规范化培训整体质量的评估方法,缺乏对培训学员专业水平和临床能力的评估反馈机制^[7]。

2.6.3 考核机制不健全 临床技能考试受病种、病例条件限制,考核随机性强,淡化了住院医师对规范化培训的意识,“以考代培”的现象突出;现行的职称政策对医师的临床技能和诊疗水平没有量化的考核标准,而对外语、论文等易量化的条件掌握十分严格,这无形中对住院医师起了政策性的误导作用。

2.6.4 监管机制不健全 卫生行政部门没有形成有效的管理制度和监督、制约机制,培训基地之间缺乏有效的竞争机制,难以保证培训效率和培训质量。

3 对策和建议

3.1 加大财政投入 临床医师培养质量关系到中国整体医疗水平,政府应加大财政投入,建立住院医师培训基金,主要用于住院医师培训基地建设以及培训学员的工资及福利补贴等。政府应大力支持经济不发达地区、偏远地区等的住院医师规范化培训工作,保证其培训资金充足。同时妥善制订相关配套政策,在人事、工龄计算、工资待遇、社会保障等方面“打通渠道”^[8]。

3.2 加强师资队伍建设 带教老师的教学水平和培训意识对培训质量起着至关重要的作用。要尽快建立教学激励政策,鼓励具有较高医疗水平的医师从事教学工作,真正做到教学相长;同时加强对带教老师的培训,强化其带教意识;实行带教老师准入制,对带教老师的资格和能力进行评价。

3.3 加强培训基地建设 加强培训基地建设是保证住院医师规范化培训质量的关键。政府应在总结以前工作的基础上,制订不同区域住院医师规范化培训基地的准入和评估指标,明确不同层次培训基地的任务和职责。卫生行政部门应全面协调、统筹规划,充分利用三级甲等医院、高等院校附属医院等培训基地的优势,提高住院医师规范化培训的整体水平。

3.4 完善住院医师规范化培训制度 根据各省、市、自治区不同医院的实际情况,制订与《住院医师规范化培训试办法》相适应的配套政策,制订全面、细致、可操作的《临床住院医师规范化培训大纲》,明确不同学制、不同专业毕业生的培训目标、方法、年限、内容及考核办法。使各类医学毕业生进行住院医师规范化培训有章可循、有文可依。另外,中医医师的培训一直是住院医师培训的薄弱环节,根据新医改中大力发展中国中医药卫生事业的精神,应着重制订适合中医医学生的住院医师培训制度。

3.5 创新住院医师规范化培训机制

3.5.1 建立可持续发展的人才保障机制 政府应强制性规定医学毕业生必须参加住院医师规范化培训,并制订优惠政策鼓励公共卫生、农村卫生、城市社区卫生专业技术人员和护理人员参与培训。基地医院还应妥善解决培训对象的人事、执业注册、职称评定、社会保障、学位申请等问题。

3.5.2 建立竞争淘汰机制 将住院考核成绩与职称评定、推荐参加研究生学习、培训津贴发放等挂钩。在培训期间工作认真、成绩优异、为医院作出突出贡献者,医院应给予奖励。年度考核综合考核不合格者或第 1 年执业医师考试未通过者,应终止其培训。

3.5.3 建立现代化的评估机制 在深刻总结以前工作的基础上,制订对培训学员全面综合的评估体系、培训基地的评价指标体系、培训学科评价指标体系和培训评价工作评价指标体系,使住院医师规范化培训工作科学化、制度化、规范化和现代化^[9]。

3.5.4 建立全面系统的考核机制 随着新形势下医疗纠纷逐渐增多,医患关系日趋紧张,不仅要考核住院医师的专业水平和临床思维能力,住院医师的沟通能力也应成为考核的重点。应通过接诊患者、采集病史、书写病历、辅助检查结果判读、病历分析和基本技能操作等多种形式对住院医师进行考核,考核应包括日常考核、轮转出科考核、年度考核和阶段考核等。另外,卫生行政部门还应定期对培训基地、带教师资进行考核评估,确保培训质量。

参考文献:

[1] 武唯,陆平. 争议声中起步,寄希望于未来[N]. 中国劳动·卫生管理·

保障报,2009-12-26(003).

[2] 王蕾. 住院医师规范化培训是人才培养的长远之举[N]. 新闻·行业,2010-02-12(21).

[3] 刘芳,冉素娟. 浅析临床医学学生职业生涯规划教育与就业指导[J]. 重庆医学,2010,39(5):618-620.

[4] 黄萱. 基层医疗机构人才培训期待财政保障[N]. 人民政协报,2010-03-12(E01).

[5] 黄志,杨仕英,陈琼. 加强临床住院医师规范化培训 促进临床专业人才健康成长[J]. 重庆医学,2006,35(1):2-5.

[6] 唐铭燕. 基层医院住院医师规范化培训的现状分析[J]. 中国医药导报,2007,4(105):144.

[7] 黄贞杰. 探讨我国住院医师规范化培训的现状及对策[J]. 医学与哲学,2007,28(5):64-65.

[8] 谭嘉. 配套政策急需跟进[N]. 健康报,2009-12-18(006).

[9] 胡天佐,吴仁友,王雄国. 进一步完善住院医师规范化培训的思考与对策[J]. 继续医学教育,2004,18(4):22-25.

(收稿日期:2010-05-04 修回日期:2010-10-10)

公立医院中层干部考核体系的构建

康厚银

(重庆医科大学附属永川医院党委办公室 402160)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.13.042 文献标识码:B 文章编号:1671-8348(2011)13-1339-03

干部考核具有导向、鞭策和激励作用,是医院工作的“指挥棒”。业务科室中层干部(指临床医技科主任和护士长,以下称中层干部)具有技术专家与管理骨干的双重身份,中层干部是医院工作的中坚力量,高级专业技术骨干是医院工作中最重要的人力资源^[1],他们的执行能力与作用发挥,关系到公益性办院方向,决定着医院的发展力、竞争力与服务能力。为了提高医院的核心竞争力,为人们提供更好的医疗卫生服务,以保障人民健康水平的有效提升^[2]。本院运用关键绩效指标法(Key Performance Indicators,KPI)与 360°考核法这两个现代人事管理技术,探索建立促进科学发展的中层干部量化考核体系。

1 研究背景

以往中国干部考核的内容与标准并不十分明确,对干部的德才素质及主要优缺点给予较为模糊的分析和评价。这种只注意定性不注意定量、看人不看事、看事不重目标管理的考核方法,带有较大的主观性和片面性^[3]。本院的中层干部考核工作也存在因缺少平时环节而导致缺乏双向沟通,有定性无定量而导致考核结果缺乏事实依据和说服力,无目标任务指引而导致考核缺乏导向作用,缺少服务对象评价而导致考核缺乏周延性,考核结果未与奖惩、津贴紧密挂钩而导致缺乏激励作用的问题,制约着医院由市属医院向医科大学附属医院转型发展 5 年规划的实施。为解决中层干部考核中存在的问题,本院试图借鉴国内公立医院现有的中层干部量化考核办法来解决,但是,能检索到的运用现代人事管理技术,建立的既能指引中层干部工作,反映中层干部关键绩效,又能客观全面地考察干部德才素质的量化考核文献资料非常稀缺。表明公立医院在落实党的十七届四中全会做出的建立健全促进科学发展的领导

班子和领导干部考核评价机制的决定,对医改提出的公立医院加强绩效考核、提高工作效率和服务质量,形成有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的机制的要求,建立健全促进科学发展的中层干部考核体系还任重道远。

2 中层干部考核体系构建

2.1 明确构建目的 构建中层干部考核体系的目的,不只是为了对中层干部进行考核,而是要建立起以责任成果为导向,实现目标牵引,传递压力,聚集工作,促进团队建设,推动医院发展战略的执行。

2.2 确立构建原则 构建中层干部考核体系,遵循党管干部、促进科学发展、目标导向、客户导向、绩效导向、客观公正、简便易行等原则。实现干部人事工作的民主化、科学化和法制化。把推动科学发展的成效作为考核的基本依据。把医院发展总目标作为科室发展目标和中层干部考核指标。在医疗质量、品牌、服务、价格等方面迎合顾客需求、满足顾客需求^[4]。客观公正地对中层干部做出恰如其分的评价,才具有说服力和可信度^[5]。采用数字化医院建设成果和职能部门日常考核的业绩数据,降低考核成本,提高考核效率。

2.3 选择关键技术 360°考核法又称“全方位考核法”。该法就是向所有了解被考评者工作的有关人员,例如上级、同事、下级乃至其他部门的工作人员等,征求意见或让他们直接量化打分,然后综合评定被考评者绩效的一种方法^[6]。选择该法,目的是解决过去中层干部考核因缺少部属与患者等服务对象导致考核不周延,考核结果失真的问题。

KPI 是通过组织内部某一流程的输入端、输出端的关键参数进行设置、取样、计算、分析,衡量流程绩效的一种量化管理指标^[7]。选择该法,主要是解决过去中层干部考核因无目标