

3 管理制度的细化是加强更名期刊管理的基础

杂志更名给图书馆的期刊管理带来诸多不便,图书馆应采取相应措施来解决这些问题。杂志更名是政治、经济、社会与文化在发展过程中难以避免的现象,图书馆应针对更名期刊的实际情况,细化管理工作制度,并加强期刊管理员责任心,要特别注意更名期刊的信息来源。中文杂志更名信息的发布形式多种多样,图书馆可以通过以下途径获得。

3.1 从邮发报刊征订目录中获取 由于邮发期刊在刊名变更时,邮发代号一般不会改变,可以利用上、下两年度的目录表,以邮发代号绝对匹配的形式,逐一校对并单独列出更名期刊的清单。

3.2 从更名期刊获取 大多数杂志特别是非邮发期刊的更名,一般都会在刊物中注明,或在杂志的封面、版权页或封底等处反映出来。这需要图书馆管理员细心留意,及时发现,同时,也要求采购员注意了解和掌握各种刊物的动态,注意收集各种期刊的更名通知,到采购时不能仅凭订单上的刊名来定取舍,还应参照国际标准连续出版物号(international standard serial number,ISSN)和国内统一连续出版物号(china standard serial numbering,CN),对照上一年的订购登记或记录,严格按照程序核实。采购员还应当将每次订购中所统计的更名期刊情况移交给期刊验收员;要求验收员按每年的采购单,将邮发或非邮发的杂志统一进行编号立卡,并记录该刊的 ISSN 号和 CN 号,以便在验收过程中随时掌握杂志的更名动态。

随着时代的变迁和科学技术的进步,期刊更名在所难免,变化会越来越多,给期刊管理工作带来一定的困难。较可行的办法就是:确立文档,按一个刊名一条记录的原则,在采购、登到、装订各文档记录中增设刊名变更信息,使编目记录与采购、登到、装订等各文档记录具有相互对应关系。在杂志的自动化管理过程中,如果在期刊登到时发现某杂志更名,及时进行相

• 卫生管理 •

关信息的修改与补充,使期刊更名后的数据及时、准确地得到处理,避免管理工作中差错的发生。

总之,图书馆对期刊更名后的管理是一种非常细致而琐碎的工作,不易引起人们的重视。但它又是每一个图书管理员都可能面临的工作。只有让图书馆的期刊管理员对刊名变更有较系统的认识,才能真正理顺馆藏,理顺目录,才能全面准确地展示馆藏资源,有效地提高期刊的利用率,做好期刊的管理工作,更好地服务于读者^[6-8]。

参考文献:

- [1] 辜明铭. 医学图书馆管理探讨[J]. 临床和实验医学杂志, 2009,8(10):146-147.
- [2] 辜明铭. 基层单位医学图书馆期刊管理[J]. 现代临床医学, 2010,36(3):231-232.
- [3] 黄华. 对中文期刊更名现象的分析及管理[J]. 内蒙古图书馆工作, 2004,29(4):69-70.
- [4] 赵文华. 中文期刊更名的分析及其处理对策[J]. 高校图书馆工作, 2005,25(4):80-81.
- [5] 任加强. 谈期刊的更名与图书馆的管理问题[J]. 理论观察, 2000,5(4):110-111.
- [6] 王琨. 浅谈图书管理工作的创新[J]. 黑龙江科技信息, 2008,11(11):106-107.
- [7] 王海,刘双红. 浅谈现代医院图书馆管理[J]. 医学情报工作, 2002,23(1):33-34.
- [8] 余菊芳. 提升医学期刊管理促进医院科研建设[J]. 现代医院, 2006,6(3):120-121.

(收稿日期:2011-02-20 修回日期:2011-03-01)

浅谈新医改和城乡统筹背景下推广农村卫生适宜技术的一点思考 ——基于适宜技术理论视角分析*

程凤敏,杨竹[△],吴小翎
(重庆医科大学管理学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.16.039

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2011)16-1649-03

适宜技术最早由诺贝尔经济学奖获得者 Atkinson 和 Stiglitz 于 1969 年首次提出,其原意是“Localized learning by doing”^[1]。而本文采用的是林毅夫(2005)的解释:“本地的在实践中积累知识”,即厂商在“实践中积累知识”要受到当地特定投入要素组合的制约。对投入要素差别的阐释则是 Caselli 和 Coleman^[2]的解释显得比较合理,他们曾提出“各个国家之间的要素禀赋结构(资本、高技能劳动力及低技能劳动力)的差异是造成不同国家采取了不同的技术结构的主要原因”。同样 Basu 和 Weil(1998)的“适宜技术理论”也提及到了一定的技术结构必须和一定的要素投入结构相匹配^[3]。从卫生适宜技术的推广角度来讲,在中国农村地区推广卫生适宜技术必须要与

当地的要素禀赋结构相匹配。这些要素包括当地社会经济发展水平、可利用的卫生资源、卫生服务人员以及技术结构等要素。

1 推广卫生适宜技术的必要性和紧迫性

2007 年国家科技部在“十五计划”研究基础上,将农村卫生适宜技术推广研究继续滚动列入了国家“十一五”科技支撑计划重大项目,继续加大农村卫生适宜技术和产品的开发、推广与应用。在全国范围包括甘肃、宁夏、四川和重庆在内的 17 个省市(自治区)引进、推广大约 30 项覆盖西医、中医和计划生育领域的适宜技术,其中适合县级机构应用的适宜技术有 20

项,适合乡、村机构应用的适宜技术各 5 项。

1.1 社会发展的现实要求 新世纪以来,随着农村经济迅速发展,广大农民对医疗卫生保健的需求明显提高。然而,由于政府对卫生投入长期不足、农民收入低下、乡村医疗机构设备简陋、人员素质偏低以及药品价格增长过快等原因导致农民“看病难、看病贵”的问题^[4],已经严重影响农民生活水平的提高,阻碍了农村经济的健康发展。因而,在农村地区推广价格低廉、安全、有效的卫生适宜技术不仅有利于发挥县、乡(镇)、村三级医疗预防保健网的功能,而且对于解决农民“看病难、看病贵”的问题以及构建畅通、高效的农村卫生服务体系发挥积极的作用^[5]。

1.2 城乡统筹的发展目标 2009 年国务院出台的《国务院关于推进重庆市统筹城乡改革和发展的若干意见》,对重庆市医疗卫生事业发展提出明确要求:深化医药卫生体制改革,加快建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,在西部地区率先实现人人享有基本医疗卫生服务的目标。“大城市带动大农村”,加强城乡基本公共卫生服务,逐步实现公共卫生服务均等化,这对于典型二元城乡格局的重庆市来讲无疑是一次严峻的挑战。因此,在农村地区推广使用卫生适宜技术成为了城乡统筹发展的必要条件。

1.3 新医改的迫切要求 2009 年国务院下发的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中明确指出“转变基层医疗卫生机构运行机制,在政府设立的城市社区卫生服务中心(站)以及乡镇卫生院等基层医疗卫生机构,要严格界定服务功能,明确规定适宜技术、适宜设备和基本药物的使用,为广大群众提供低成本服务,维护公益性质”。这对于各级卫生适宜技术推广来讲不仅仅是一次良好的契机,也要求他们必须加快推广工作的进程,满足广大基层医疗服务机构新医改的技术需求。

2 农村卫生适宜技术推广“适宜性”的问题分析

虽然在农村地区推广卫生适宜技术是一件利国利民的好事,但是随着推广范围的不断扩大,推广进程的不断深入,卫生适宜技术越来越多的“不适宜性”被暴露出来,主要表现在以下几方面。

2.1 部分适宜技术库中的技术可操作性与实用性差 根据技术结构应该和本国的要素禀赋结构相匹配的理论(2001):一个国家或地区引进适宜技术时必须与当地的要素禀赋结构相匹配^[6]。因此,在引进适宜技术时,必须综合考虑引进技术成本,遵循由本地要素禀赋结构所决定的技术优势发展原则,循序渐进地进行技术变迁,而没有必要引进最先进的技术和产品。卫生适宜技术应定位于“安全、有效、成熟、经济、可接受、方便易行以及可持续应用”的关于预防、诊断、治疗及计划生育方面的技术。但在实际中,一些推荐的技术虽然成熟,但已显陈旧,不适宜多数县、乡开展。在部分推荐技术中还存在如下问题:(1)对设备、条件要求较高;(2)患者接受度较低;(3)所用试剂、药品与器具的购买难度大或价格不菲;(4)其疗效与常规方法比较无优势等^[7]。所推荐的适宜技术在设备和医务人员素质方面较高的要求导致理论与实际产生偏差,技术的实用性不强,在推广层面根本不具有可操作性。

2.2 适宜技术“移植”双方存在目标差异 适宜技术推广的本质就是技术移植,简单地说就是一个地方的“树苗”移植到另一个地方的土壤中。因此,它的成活率受到许多因素的影响,这不仅仅包括接受方的自身因素,而且很大一部分还取决于嫁接方的因素。相对于卫生适宜技术而言,即适宜技术推广效果,不仅取决于被培训方自身的知识结构、临床经验和学习能力等

因素,而且很大程度上还依赖于培训方的意图和培训机制。但实际上,不少项目培训方在实施中都存在走马观花式调研,拍脑袋式决策的现象,不考虑项目示范县的社会、经济情况、卫生资源配置、卫生从业人员素质和年龄结构差异等,而一贯式地采用讲授课程的方法,不管接受者的理解程度和具体掌握情况。

2.3 硬技术传递速度与软技术发展脱节 技术按性质可分为硬技术和软技术,通常讲引进或推广技术都指的是硬技术^[8]。改革开放以来,中国大部分医疗机构十分注重对先进技术和设备的引进,而对先进的管理科学等软技术的引进则很少见,导致硬技术的传递速度与软技术发展脱节,引进新技术和新设备出现较多的系统故障,人员素质与新技术之间产生落差,直接影响硬技术的效能发挥。实地调研发现,被调查者(546 人)中,硕士及以上学历者仅有 2 人,占总数的 0.4%,本科学历 120 人,占 22.0%,大专学历 246 人,占 45.1%,中专学历 149 人,占 27.3%,初中及以下者 29 人,占 5.3%。学历高低直接反映人们受教育程度以及理论联系实际的水平高低^[9],这导致在推广卫生适宜技术时,多数医务人员课堂上能够听懂或理解,却不能应用到实际医疗工作中。

3 推广农村卫生适宜技术的对策与建议

为了更好地推广农村卫生适宜技术,保证适宜技术的推广达到预期效果,政府和有关部门应采取以下几方面措施。

3.1 建立科学、合理的适宜技术筛选机制 示范县筛选适宜技术时应注意以下几点:(1)对各示范县的要素禀赋结构进行系统全面的分析,包括社会经济发展情况、可利用的卫生资源、卫生技术需求和居民疾病经济负担等因素,尤其是要注重当地卫生队伍的素质评价。然后,从国家技术库中选择与本地要素禀赋结构相匹配的适宜技术清单,权衡利弊,确定具有安全性、有效性、可操作性、可推广性和可持续性的技术项目。(2)在同一个地区内(以县为基本单位)筛选适宜技术时应应对县、乡、村三级医疗卫生服务机构区别对待。有关调查显示县级医院与村卫生室考虑适宜技术的第一要素是疗效好,与经济相比,他们更关注技术本身的安全性及可操作性;而乡镇卫生机构则不同,他们首先考虑适宜技术的经济效益。因此,在选择卫生适宜项目时,对县级医院和村卫生室可推荐治疗效果显著、安全、操作性较高的适宜技术,而在乡镇卫生院一级推广的应是经济效益相对比较好的技术^[8]。(3)国家应及时更新卫生适宜技术库,淘汰过时、操作性不强的技术。政府在推广适宜技术时应注意收集各地的特色卫生技术(如藏医、蒙医等),将其添加到技术库中,还应及时收集各地地上报数据,及时终止不适用且效果不显著的适宜技术。(4)建立有效的反馈机制,形成示范县、推广单位和政府三位一体的反馈制约机制,及时更新消息,收集推广以后的效果,按责任制对推广不力的单位追究责任。

3.2 注重硬技术和软技术的协调发展 随着社会不断进步和农民生活质量的提高,广大农民对医疗卫生保健服务的要求不断提高,他们不但要求卫生从业者具有较强的专业知识,还希望其服务态度、人员的职业素质能进一步提高。古语曰“授人以鱼不如授人以渔”。传授基层医务人员几项简单的适宜技术,只是让他们多学一点医学知识,他们未必能掌握并应用,而如果传授他们学习知识的本领和技巧,培养他们养成良好的学习习惯和医学思维,可使其不拘于学历和知识结构,积极研究与当地疾病谱相适应的卫生适宜技术和预防治疗方案,形成人才培养的良性循环,这样才能从根本上解决基层卫生人员知识结构偏低的问题。

3.3 加大卫生适宜技术的宣传力度 从适宜技术推广工作效果来看,广大基层群众对适宜技术的知晓度并不高,政府应借助新农合和新医改政策的宣传契机,加大卫生适宜技术的宣传力度。充分运用广播、电视、报刊和网络等手段多渠道宣传卫生适宜技术的益处,促使广大群众对安全有效、价格低廉的适宜技术有更高的认知度和依从度,提高适宜技术的使用率,最大限度地发挥适宜技术对居民健康的积极作用。

综上所述,农村卫生适宜技术推广的本质是城市优质医疗卫生资源向农村地区的辐射,是医疗卫生资源的二次配置,卫生适宜技术能在一定程度上缓解当前农村“缺医少药”的状况,对促进城乡卫生事业协调可持续发展具有重要的现实意义,进而为统筹城乡发展和建设“健康重庆”奠定坚实的基础。

参考文献:

- [1] 陈喆琪.人性化的生态建筑设计[J].住宅产业,2009(8):34-36.
[2] Caselli F, Coleman WJ. The world technology frontier[J]. Am Econ Rev, 2006, 96(3): 499-522.

- [3] 林毅夫,张鹏飞.适宜技术、技术选择和发展中国的经济增长[J].经济学,2006,5(4):985-1006.
[4] 陆华新,方齐云.我国农村居民“看病难”的现状成因及对策初步探讨[J].湖北预防医学杂志,2004,15(2):7-9.
[5] 梁建新,耿云桂,杨瑞华.浅谈解决农村居民看病难、看病贵的对策[J].中国农村卫生事业管理,2006,26(2):18-19.
[6] Acemoglu D, Zilibotti F. Productivity differences[J]. Q J Econ, 2001, 116(2): 563-606.
[7] 吴跃进,熊墨年,张进,等.当前农村卫生适宜技术推广存在的问题与对策[J].中医药管理杂志,2008,16(3):169-171.
[8] 朱小凤孙荣国.农村卫生适宜技术的筛选[J].现代预防医学,2008,35(10):1854-1855.
[9] 雷鸣,贺加.云南省农村乡镇卫生院人力资源现状调查[J].昆明医学院学报,2008,29(3):47-50.

(收稿日期:2010-12-29 修回日期:2011-04-07)

• 卫生管理 •

医师多点执业政策执行的影响因素

王庆文¹,李和辉²

(1.昆明医学院第一附属医院医务部 650032;2.昆明医学会 650011)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.16.040

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2011)16-1651-02

公共政策是政府管理国家和社会公共事务的主要手段。作为一个动态的行为过程,包括制定、执行与评估等若干方面。执行是指公共政策的执行机关将政策方案付诸实施,实现公共政策目标的过程^[1]。2009年4月中共中央国务院相继颁布了《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》和《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009~2011年)》等文件,备受关注的医改方案最终敲定并进入实施阶段^[2]。作为新医改的配套政策,医师多点执业开始在云南、广东等地试行,允许具有一定职称的执业医师在限定区域范围内的多个执业地点开展执业活动。然而,该政策的执行却受到多种因素的限制,执行异常困难,本文对此进行了研究。

1 政策自身因素

1.1 政策目标模糊 医师多点执业政策旨在带动基层医疗机构(县区级医院、社区卫生服务中心等)服务水平和业务能力;扶持民营医院,建立公立与民营医院的良性竞争机制,缓解群众看病难问题。然而,目前医疗资源丰富的公立大医院里患者过多,医师被束缚于本院的工作中,多点执业难以有效开展,这种供需倒置的原因复杂,远非单一的医师多点执业政策可以解决;其次,该政策在缓解民营医院人才短缺方面的动因被不合理放大,存在目标模糊、过大、过空的弊端。

1.2 政策规划问题 医师多点执业是一项开创性的公共政策,打破了传统的人事制度和管理习惯,其政策规划难度大、要求高。国内的政策规划过程往往受制于主管部门的管理习惯和行政能力,可行性论证因耗时、耗力而难以实现,存在政策风险预计不足、方案设计简单等技术偏差,影响医师多点执业政策的科学性与可行性。

1.3 政策本身局限性 医师多点执业试点一般选择在大城市

进行。这样,只可能对城市医疗资源配置结构进行调整,而不能惠及广大不发达地区。同时,基层医疗机构和民营医院因自身条件的限制,即使专家们多点执业,也并不会对其整体医疗水平起到大幅提升的作用。

2 政策主体因素

2.1 政策制定与执行的脱节 在传统管理体制下,国内公共政策的制定与执行存在严重脱节,政策制定机构与执行机构分别行使政策权与执行权。执行机构是各大医院,而非政策制定的卫生行政主管部门。政策制定机构与执行机构之间是隶属关系,前者居主导地位,后者居从属地位。在这种体制下,政策制定机构只负责制定政策,不管执行,而政策执行机构没有任何反对权和政策制定权,只有执行的义务,影响了政策执行机构的主观能动性。

2.2 政策执行主体的利益取向 公共政策执行主体是指参与公共政策执行的组织与个人,是公共政策的实践者^[3]。医师多点执业政策执行的主体主要是医院的业务管理部门。当政策的执行者又身兼目标群体时,双重角色使其处在整体利益与局部利益的矛盾选择中,对政策的执行产生影响^[4]。政策执行主体有意或无意的失误是导致执行不力的重要原因^[5]。根据“经济人”假设,作为政策执行主体的各大医院在医师多点执业政策的执行过程中必然会考虑该政策对本单位医疗质量、人力资源、医疗市场及管理模式等诸多方面带来的负面影响,采取观望态度以规避风险,维护自身利益。

3 目标群体因素

公共政策执行的目标群体是指受政策作用和影响的对象。目标群体对政策顺从和接受的程度是影响政策能否有效执行的关键性因素之一^[6]。医师多点执业政策执行的目标群体分