

· 卫生管理 ·

实行床边结账的实践与体会*

李乐波¹, 林凌², 朱晖¹

(浙江省绍兴市人民医院:1. 财务处;2. 肝胆外科 312000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.16.046

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2013)16-1907-02

《中华人民共和国国民经济和社会发展第十二个五年规划纲要》明确指出:“应以患者为中心大力改进公立医院内部管理,优化服务流程,方便群众就医。”围绕这一重大课题的研究,结合医院实际,本院适时推出出院患者床边结账服务,即将现行的出院窗口结账手续服务“前移”到患者床边,旨在方便患者及其家属、减少排队等候时间^[1]。试行 1 年来,积累了一定的管理经验,在此探讨分析如下。

1 具体做法

1.1 实践步骤 开展床边结账实践分为 5 个步骤。(1)打桩奠基,建立架构。医院领导高度重视流程改革,成立专项领导小组,负责出院流程改造的决策、实施、检查与总结的全过程。(2)借鉴先进,确定方案。学习其他行业先进的管理理念,尤其是餐饮行业“桌边结账”的丰富经验,结合医院实际,确定初步方案。(3)积极发动,厉兵秣马。对相关工作人员进行改革意义的培训教育,充分挖掘工作热情,做好新措施实施前的各项准备工作。(4)重建模式,安排流程。调整收费结算中心的立场定位,明确相关工作人员的最新职责,合理安排操作流程。(5)由点到面,总结提高。试行“点”→“片”→“面”的试点推广模式,即先在个别病区试点,试行后总结提高;再在部分病区试点,试行后再总结提高;最后,在全院范围内全面铺开。目前,本院正处于全面铺开阶段。

1.2 实行流程 实行床边结账的流程:办理今日出院(明日出院)的,病区护士于当天 12:00(17:00)前,将出院患者名单报收费结算中心;收费结算中心及时审核费用;于 16:00(次日 8:00)左右电话通知患者或其家属,准备好预交款收据和补缴钱款;16:30(次日 8:30)左右收费员随带正式发票、费用清单、保险箱、验钞机、刷卡机等必要工具,在巡回保安的陪同下到床边办理出院手续。具体操作流程见图 1。

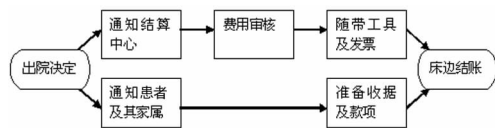


图 1 床边结账流程图

2 实行效果

实行床边结账打破传统出院结算模式,实现出院流程改革创新,以医务人员的“小麻烦”换来患者及其家属的“大方便”^[2],将窗口服务“前移”,大大改变了窗口服务形象,符合当前流程改革的潮流与方向。试行一段时间来,取得了良好的成效。

2.1 患者满意度大幅度提高^[3] 实行床边结账真正体现了以患者为立足点的换位思考,以方便患者及其家属为出发点,重塑出院流程,将原本由患者及其家属承担的繁杂手续改由医院

内部各个层面消化,大大简化出院流程,切实缓解“看病难”问题,患者及其家属等候状态也由原来的“焦灼状态”改善为现在的“悠闲状态”,满意度大幅提高。以试点科室肝胆外科为例,根据本院现有满意度调查表统计,2011 年 12 月至 2012 年 5 月,实行床边结账的出院患者满意度为 72.15%,比传统结账患者增长 10.98 个百分点,增幅非常明显。

2.2 患者等候时间相对缩短 收费结算中心在前 1 d 傍晚收到出院通知时,就可以有充分的时间提前进行费用审核、清单打印、零钞准备等工作,患者及其家属大量的等候时间可压缩到前 1 d 晚上提前消化。虽然收费人员上门时间有所耗费,但总体上患者等候时间还是缩短了。对肝胆外科 2011 年 12 月至 2012 年 5 月出院患者办理手续的时间进行对比统计,接受床边结账服务的患者平均等候时间比传统方式缩短了 39%。

2.3 出院漏费情况明显减少 传统结账方式下,患者需实时等待费用审核,即收费人员在结算时,需审核费用有无错收、漏收等现象,发现问题即时通知相关部门纠正,由于是即时结算,时间仓促,出现漏收现象的概率相对提高。实行床边结账后,收费结算中心有充裕的时间可以提前进行费用审核,按程序系统梳理出院患者费用情况、发现问题通知相关部门值班人员更正,使漏费率明显降低,减少医院不必要的损失,体现了工作的条理化、系统化与规范化。2011 年 12 月至 2012 年 5 月,肝胆外科床边结账患者中仅出现 1 例漏费,原因也仅在于对新流程的不熟悉。随着熟练度的提高,此类现象会逐渐减少,而传统结账患者中出现了 2 例漏费现象,出现问题的概率明显较高。

2.4 资金安全等级有所提高 不同的结账方式,医院收费结算中心与患者及其家属的资金安全风险不同、事件发生概率也不同。文章结合文献比较、问卷调查等方式,确定了包括保卫成本、安全感、事件发生数等几方面的资金安全评价指标,采用 Delphi 法(德尔菲法)^[4]与层次分析法(AHP 法)^[5]相结合的方法确定指标权重,构建出一个简易的资金安全评价指标体系^[6],对 2 种出院手续办理方式的安全等级进行评价。以试点科室肝胆外科两组患者比较为例,床边结账组为 89 分,传统结账组为 81 分,可见床边结账方式其资金安全等级明显高于传统结账方式。

3 存在不足

床边结账模式是一项新兴事物,尚有许多有待于改善的地方,主要包括:(1)认知度有待于进一步引导。无论是工作人员还是患者及其家属,在改革实行之初,因不习惯现有流程,主观上往往有所排斥。(2)循序渐进的工作有待于进一步推进。流程改革是一个繁杂的过程,很容易出现一蹴而就的浮躁心理,还会出现强迫患者配合的现象。(3)保障工作有待于进一步加

* 基金项目:浙江省康恩贝医院管理软科学基金资助项目(2007AZHA-KEB333);浙江省医药卫生科技计划基金资助项目(2013KYB265)。

作者简介:李乐波(1976~),高级会计师,主要从事卫生经济学研究。

强。医院后台配合工作增加,使人力支持、部门协作等方面容易脱节。

4 体 会

4.1 广为宣传教育 患者及其家属来源于社会,其文化背景、观念层次参差不齐,对医院流程改革的接受程度也不同,其配合程度也存在一定差异,转变服务对象观念曾一度成为推广此项改革的瓶颈。医院尤其应注重宣传,使服务对象及其家属对这一新生事物,实现从初步了解到逐渐接受、到尝试使用、到主动欢迎、到最后基本习惯^[7]的转变过程,推进改革向纵深发展。

4.2 把握推进原则 改革的过程是一个不断探索、发现与改进的过程,不可能一蹴而就。实行者应注重把握循序渐进、由点到面的原则,才能确保改革得以顺利、有效地实施与推广。首先,在内外科各挑选一个科室进行试点,试行后总结提高;其次,再在 10 楼以下病区试行,试行后再总结提高;最后,在全院范围内全面铺开。

4.3 知情同意到位 “知情同意”是患者及其家属的权利,无论是试行还是推广阶段,均应注重医患沟通^[8],充分告知流程改造的目的、意义、程序、结果、优点与不足等。尤其是入院前在《患者入院须知》中明确服务流程与意义,实施时应告知各环节的用途,实施后做好流程释疑工作。同时,充分尊重服务对象及其家属的选择权,赋予自主选择出院方式的权利。对无家属陪同或行动不便的患者则予以重点关注、优先实施。

4.4 合理调配人力 在推广初期,为确保每例患者均能得到及时的结算,短时间内上门结算工作会应接不暇,需适当增配人员,日后通过时间与空间上的调整逐步克服。方法包括:(1)调整收费岗位结构,在结账高峰期即上午 8:00~10:00 期间,所有收费人员集中从事床边结账与窗口结账两种工作;(2)根据患者特殊需要,提供错峰结算服务,缓解高峰期压力;(3)将部分收费人员分流到各个楼层担任楼层秘书,结算工作直接由楼层秘书担任,则更为便捷高效。

4.5 加强环节合作 实行床边结账,不仅是收费结算中心的工作,更需要高层管理者、宣传部门、住院注册处、临床医生、病区护士、信息中心等各环节的默契配合,实现各部门的无缝连接,才能充分保障此项改革发挥成效。尤其在推广初期,工作人员对新流程尚不适应,忙中出错概率会相对较大。因此,本文建议应进一步加强组织功能整合工作^[9],优化管理流程,提高改革效率与效果。

4.6 注重实施细节 “细节决定成败^[10]”,改革的成功关键是

• 卫生管理 •

细节。试行之初,发现配合实行床边结账的患者及其家属并不多,相当部分的原因是担心费用被冒领、个人信息保密度下降、财务工作人员私吞钱财等问题。为此,及时推出了亮证服务、密码设置与监督机制,即在各楼层公示收费人员照片与工号,收费人员在服务过程中亮证上岗、支付过程中凭密码结算、出院发票递交前经护士站签章,使此项服务的信任度逐渐上升,参与试行的患者及其家属也逐渐增多。

参考文献:

- [1] 陈燕凌,穆云庆,陈黎明,等.综合医院形象与患者就医选择的关系及其影响因素的调查研究[J].重庆医学,2012,41(9):923-924.
- [2] 郭航远.围绕公立医院改革推行“3456”管理[J].中国医院,2010,14(1):46-48.
- [3] 林玉筠,冯成梅,杨道凤,等.基层医院开展“优质护理服务示范工程”活动的实践与效果[J].重庆医学,2011,40(24):2481-2482.
- [4] Sinha IP, Smyth RL, Williamson PR. Using the Delphi technique to determine which outcomes to measure in clinical trials: recommendations for the future based on a systematic review of existing studies[J]. PLoS Med, 2011, 8(1):39-43.
- [5] Pecchia L, Bath PA, Pendleton N, et al. Analytic hierarchy process (AHP) for examining healthcare professionals' assessments of risk factors, the relative importance of risk factors for falls in community-dwelling older people[J]. Methods Inf Med, 2011, 50(1):435-444.
- [6] 李乐波,刘翰林,楼欢欣.我国医疗机构信用评价研究[J].中国医院,2006,10(1):42-47.
- [7] 李德华,胡延滨.我院通过整合资源优化预约诊疗的实践[J].中华医院管理杂志,2010,26(9):691-692.
- [8] 丁树芹,雷寒,徐静村,等.浅析新医改对构建和谐医患关系的影响[J].重庆医学,2011,40(35):3632-3634.
- [9] 陈伯梅,阮诗玮,童缓君.厦门市社区医疗重组综合评价研究[J].中国卫生经济,2012,31(1):64-65.
- [10] 汪中求.细节决定成败[M].2版.北京:新华出版社,2004:17-18.

(收稿日期:2012-11-08 修回日期:2013-01-22)

五级医疗质控体系的初步建立与应用体会*

蒲建,刘勇,罗治彬[△]

(重庆市合川区人民医院质控科 401520)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.16.047

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2013)16-1908-03

医疗质量是医院的立足之本,关系到患者的生命和健康,也影响到医院的信誉和综合效益,是医院各项工作效率和综合实力的集中体现,是评价医院整体水平的重要指标^[1]。等级医

院的评审也以判定医院满足质量与管理体制标准的符合程度为重点^[2]。1966年Donabedian首次提出了医疗质量的概念,医疗质量管理模式开始在此基础上快速发展^[3]。

* 基金项目:重庆市卫生局科研课题基金资助项目(20132-2-388)。

作者简介:蒲建(1976~),主管护师,主要从事医疗护理质控工作。

[△] 通讯作者, Tel:13883832777; E-mail:luozhibincq@126.com。