

· 卫生管理 ·

重庆市基层医疗机构绩效评价的难点与对策分析*

颜 星, 杨 玲, 林 幻, 邓梦露, 胡新业, 蒲 川[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.07.045

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)07-0883-03

随着医疗卫生体制改革的深入,我国各省市已相继开展了许多关于绩效评价的研究,客观上促进了绩效评价的进程,但与发达国家或地区相比较,我们还存在较大差距^[1]。尤其是我国基层医疗机构绩效评价的发展进程,各地方法和标准不一,缺乏充分的理论和实践基础,易受到经济、卫生和人群结构等因素的影响,导致操作性和有效性不高^[2]。本文主要通过重庆市卫生行政部门分管基层卫生工作的主要领导、处室负责人和基层医疗机构主要领导进行深度访谈,并结合重庆市基层医疗机构的问卷调查,分析重庆市基层医疗机构实行绩效评价的难点并提出相应的对策措施,从而促进重庆市甚至全国基层医疗机构的健康发展。

1 重庆市基层医疗机构绩效评价难点

通过对深度访谈法和问卷调查法收集的资料进行分析,结果显示,目前重庆市大部分基层医疗机构都已开始探索实施绩效评价管理,有些区县取得了一定的成效,如九龙坡区,但总的来说,基层医疗机构在实行绩效评价时还存在很多问题,进展缓慢,本文主要从机构的外部环境和内部因素两个方面对其存在的问题进行分析。

1.1 机构外部环境

1.1.1 信息化水平低 重庆市在 2002 年成立了卫生信息中心,在规划和推进医疗信息化建设方面取得了一定的成效,但信息化建设多集中于综合医院和大型专科医院,基层医疗机构的信息化建设起步较晚、水平低。由于投入有限,信息化专门人才缺乏,各区县信息化水平参差不齐,方向不明确,导致基层医疗机构信息化建设进展缓慢,基本公共卫生服务的信息化停留在电子档案建设上,2012 年底,规范化电子健康档案建档率仅为 63.85%,且没有及时更新,多被沦为“死档案”,而基本医疗服务和综合管理还依旧处于传统模式在运行。医疗机构提供的医疗卫生服务大多繁琐而复杂,不论是数量还是质量,其可考核的量化程度都较低,缺乏信息化支撑,对服务提供情况的评价困难重重,也不利于区域卫生信息共享,导致居民看病就医烦琐,严重阻碍了机构的可持续发展^[3]。

1.1.2 绩效工资总额不足 重庆市基层医疗机构从 2010 年开始实行绩效工资制度,绩效工资总量由相当于单位工作人员上年度 12 月份基本工资的额度和规范后的津贴补贴构成。现行的绩效工资总额较低,其中的奖励性绩效工资已不足以激发医务人员的工作积极性。据调查,2012 年底,82.35%的医务人员认为工资较实行绩效前低,89.43%的医务人员对当前绩效工资的满意度不高。与县级以上医疗机构相比,基层医疗机构医务人员的工资偏低,而工作量却在增加,医师每日担负诊

疗人次和住院人次分别为 6.59 和 2.20,接近于综合医院的 6.93 和 2.82,基层医务人员付出的劳动与所获得的报酬不平衡,导致积极性不高。

1.1.3 社会支持度不高 基层医疗机构的主要功能是向居民提供基本医疗服务和基本公共卫生服务,作为专业性服务机构,其存在的基础是居民和社会的支持。由于长期以来设备简陋和技术水平不高以及提供的是简单的基本医疗卫生服务,导致基层医疗机构的社会支持度不高。2012 年底,重庆市基层医疗机构的病床使用率为 69.74%,与医疗机构病床使用率的平均值 91.22%相差甚远。首先是居民认可度低。相较综合医院,基层医疗机构技术水平不高,居民宁愿在综合医院排队挂号也不去基层机构就诊;相较民营医院和诊所,基层医疗机构设备、设施较差,使得基层机构服务数量少^[4]。其次是社会舆论的影响。新闻舆论能引导居民的社会行为,正确的新闻舆论导向是促进社会和谐发展的前提。在卫生方面,新闻媒体多报导医疗负面事件,宣传大型综合医院、专家教授等,极少有媒体宣传基层医疗机构,或者向公众说明基层医疗机构与综合医院的职责功能,以及哪些疾病去基层医疗机构治疗、咨询更便捷,这也导致了居民对基层机构的认可度低。

1.2 机构内部因素

1.2.1 机构人员对绩效观念的不理解 首先是管理人员绩效观念落后。由于传统管理观念的影响和绩效评价在基层机构的不熟练运行,有些管理者绩效理念还很淡薄,多数情况下是为考核而考核,只是针对工作人员个人进行绩效管理,将绩效管理简单地认为是工资、奖金的分配方案,没有从机构绩效的改进和长远发展角度考虑绩效管理的问题^[5]。其次是医务人员整体素质偏低。如基层医疗机构医务人员学历水平不高,技术职称偏低,年龄结构不平衡等。2012 年底,抽样调查重庆市基层医疗机构医务人员中大专及以上学历者占 91.38%,39 岁以下医务人员占 75.86%,平均医护比例为 1.00:0.30。据访谈了解,由于缺乏培训、指导,以及安于现状的心态,医务人员对绩效评价思想的理解、接受速度都比较慢。

1.2.2 岗位职责不规范 一方面,由于缺乏具体、可操作性的政策指导,目前重庆市大部分基层医疗机构的岗位职责规范是由机构自行制定的,而且多数是“由人定岗”而不是“以岗定人”。另一方面,基层医疗机构由于人员不足,岗位设置不清晰,一人多岗和混岗的现象较普遍^[6],很多医务人员的工作内容除了基本医疗和基本公共卫生服务等专业性工作外,还包括许多非专业性工作,如收费、资料整理、资料录入等,这些工作内容繁杂、涵盖面广,占用了医务人员大量的时间和精力^[7],严

* 基金项目:重庆市利用世行贷款统筹城乡发展与改革项目(CHSR2)。 作者简介:颜星(1988—),在读硕士,从事卫生事业管理研究。

△ 通讯作者, Tel:13320336327; E-mail:puchuan68@sina.com。

重影响了绩效考核的执行。

1.2.3 缺乏适宜的绩效评价指标体系 基层医疗机构的绩效评价指标体系一般来源于两个方面,第一类是相关学者学术的研究,这一类型的研究指标体系足够细化、量化,但是没有深入结合基层医疗机构的功能职责和发展需求及一些具体实际情况来制定指标,有些指标设置不够科学,过于理想化,如将定性指标强行量化、数据难以获取等,真正实施时会浪费大量人力、物力和时间。第二类是相关行政部门或基层医疗机构自行设计的指标体系,这一类型的研究考虑到了机构的发展现状和政府卫生政策的发展方向,但是指标选取较简单,不够量化,偏重于经济效益,忽视机构的社会效益,而且这类指标大多只与医务人员年终绩效考核挂钩,没有充分考虑到机构和医务人员的发展前景。目前基层医疗机构实施的绩效评价方案多以经济利益为中心,重视基本医疗服务的供给而忽视基本公共卫生服务的提供^[8]。

2 对策分析

2.1 加大基层医疗机构人员的引入和激励机制,调动其积极性 由于工作环境、个人发展前景和工作报酬等因素的影响,基层医疗机构留不住年轻、高职称或高学历的医务人员^[9]。因此,基层医疗机构要充分利用政府在政策和资金方面资助的优势,改善执业环境,加大对职工的培训力度,提高职工的素质和技术水平,竞争上岗,可以借鉴公务员的工资标准,但同时要体现医疗行业的高风险性和医疗工作的特殊性,适当高于公务员的绩效工资,同行业间差距不宜过大。从精神和物质等多方面完善医务人员的激励机制,调动其积极性,提高基层医疗机构的运行效率。

在人才引进方面,可以借鉴选调生的政策,大批大学生因为选调生政策都愿意去基层,卫生部门可以借鉴此政策,设置具体的程序和目标,公平、公正,鼓励本科及其以上学历的医学生积极主动去基层磨练。同时也可以返聘退休的老医师、老专家对基层医疗机构医务人员进行技术指导,既提高基层机构的技术水平,也解决刚退休医师的心理不适问题。

2.2 以提供基本公共卫生服务的方式来提高居民对机构的认可度 由于机构外部和内部因素的影响,居民因主观上的不信任而不愿去基层机构就诊,从而导致基层机构健康“守门人”的功能失效,为解决这一问题,基层机构在改善自身硬件不足的同时,应充分发挥自身的优势,改善形象。为居民提供免费的基本公共卫生服务是政府补助和鼓励开展的必要活动,基层医疗机构应充分利用为全民提供基本公共卫生服务这一措施,提高自身在居民心目中的认可度,通过晕轮效应和传播学理论,逐步树立其在当地居民中的知名度和信用度。

另外,在媒体多元化的今天,应充分发挥主流媒体的平衡器功能,增加对基层医疗机构就诊优势的报道,普及医学常识,合理控制居民的医学期望值,提高基层医疗机构的知名度和可信度,为居民提供初步的导诊参考。

2.3 完善绩效评价体系 首先,要加强培训与沟通。将绩效管理引入基层医疗机构是一个崭新的理念,需要通过培训宣传等方式让基层机构人员认识理解其管理理论、方法、目的和意义等,只有在了解整个管理方法的基础上,才能从主观上接受新事物的引入^[10]。另外在管理过程中,考核者与被考核者要加强沟通^[11],有效的沟通不仅能使管理人员切实掌握实现机构目标的进展情况,更能通过沟通探讨绩效管理中存在的问

题,也可以使医务人员主动地把自己的工作目标与机构的总目标相结合,从而有针对性地制定绩效改进计划,促进个人和机构共同发展。

其次,要加强评价结果的运用。绩效管理中,评价只是手段,通过评价来改善并提高机构的服务效率和服务质量才是目的,所以既要考核结果与医务人员的工资分配和机构财政补助相挂钩,也要将其与医务人员和机构的长远发展相结合,并且将结果向公众公开,通过考核结果来改善机构在发展中存在的问题和指标体系自身的不足,使整个系统都处于动态不断上升的趋势^[12]。

再次,是建立一套适宜的绩效评价指标体系。基层医疗机构的健康发展关系到广大居民的基本健康保障问题,在评价其绩效时,要以基层医疗机构的岗位职责和社会功能为中心,同时注重社会影响和经济效益^[13],在运用利益相关者分析理论的基础上结合关键绩效指标方法来筛选评价指标,指标体系至少包括基本医疗服务、基本公共卫生服务、综合管理和满意度4个维度。这样既能体现基层机构的职责功能,又能指导机构的健康可持续发展。

2.4 加快信息化建设 信息化是未来大大提高医疗机构运行效率的发展模式,是一个庞杂而又精确的有机系统,不仅需要电子设备、互联网和特定系统的支持,还需要有专业的技术人员。重庆市在进行信息化建设时应注意从以下几个方面入手:(1)统一领导,统一规范,统一标准^[14];(2)通过电子健康档案的建设来加强其他公共卫生服务的信息化;(3)重视基本医疗与综合管理信息化建设和公共卫生服务信息化建设同时发展,实现机构内部与其他机构之间的信息共享,达到区域卫生信息共享的目标^[15]。通过对基层医疗机构信息化的覆盖,机构的医疗卫生行为都被记录下来,卫生行政部门可以此为监管平台,实时监控与评价各类医疗行为的安全性和合理性,减少机构绩效评价的难度;同时对医疗保险一体化、基本药物制度、远程医疗、异地就医等相关卫生政策的进一步发展有较大的推动作用。

3 小 结

在卫生领域,绩效评价的目的是为政府和居民提供合适的卫生系统运行状况的信息,以达到系统中各利益相关者(居民、提供者、管理者、专家、政府)的满意度^[16],目前重庆市基层医疗机构在实施绩效评价时无论是内部因素还是外部环境都存在很多的问题,距实现这一绩效目的还有较大的差距。本文主要从医务人员的引进、激励以及整体素质的提高,居民对机构的认可度,评价体系的制定与完善以及基层医疗机构的信息化建设等方面提出措施来改善基层医疗机构绩效评价的不足,以满足居民的健康需求和促进社会进步。

参考文献:

- [1] 母玉清,蒲川.我国医疗机构绩效管理历程的文献研究[J].重庆医学,2013,42(4):472-473,475.
- [2] 赵苗苗,吴群红,滕百军,等.国外医院绩效评价的比较分析与对我国的启示[J].中国卫生经济,2011,30(8):70-72.
- [3] 潘传德.现代医院医疗绩效评价应注意的几个问题[J].中华医院管理杂志,2013,29(2):124-126.
- [4] 熊巨洋,张亮,陈迎春,等.乡镇卫生院绩效评价指标体系

的研究[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(5): 71-73.

[5] 袁蓓蓓, 孟庆跃, 孙晓杰, 等. 乡镇卫生院员工激励因素现状分析[J]. 中国卫生事业管理, 2010, 27(9): 607-609.

[6] 彭迎春, 苏宁, 何永洁, 等. 社区卫生服务机构岗位绩效考核指标体系的制定[J]. 中国全科医学, 2011, 14(19): 2127-2135.

[7] 郭杏雅, 陈梅兰, 戴立萍, 等. 建立与实施岗位职责的方法和体会[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23(5): 350-352.

[8] 熊巨洋. 农村地区乡镇卫生院绩效评价研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2008.

[9] 华云平, 汪朝霞, 谢德顺. 乡镇卫生院绩效考核实践与探索[J]. 中国卫生经济, 2012, 31(8): 73-74.

[10] 张亮, 王明旭. 管理学基础[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.

[11] 刘毅俊. 武汉市社区公共卫生服务绩效评价研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2008.

[12] 陈振明. 公共管理学[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2005.

[13] 马方, 李君荣. 刍议社区卫生服务“六位一体”功能的重新定义[J]. 中华医院管理杂志, 2013, 29(1): 61-63.

[14] 夏志远. 浦东新区社区卫生服务中心信息化水平综合评价研究[D]. 上海: 复旦大学, 2011.

[15] 李享. 上海市社区卫生服务中心绩效考核指标体系研究[D]. 上海: 复旦大学, 2012.

[16] Eddy DM. Performance measurement problems and solutions[J]. Health Aff(Millwood), 1998, 17(4): 7-25.

(收稿日期: 2013-10-17 修回日期: 2013-12-20)

• 卫生管理 •

脑出血患者临床路径实施效果研究

陈霞¹, 刘沫^{2△}

(1. 辽宁医学院研究生学院, 辽宁锦州 121000; 2. 辽宁医学院附属第一医院神经内科, 辽宁锦州 121000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.07.046

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)07-0885-02

临床路径是针对某一种疾病, 由医院领导、专家、专科医师、护士长等各专业人员, 根据循证医学的原则制定出标准化的工作流程, 通过界定标准住院日数, 避免不必要的检查和治疗项目, 从而降低患者的住院医疗费用^[1-2]。降低患者的住院费用是应用临床路径的预定目标。

1 资料与方法

1.1 一般资料 辽宁医学院附属第一医院神经内科于 2011 年 6 月将临床路径引入, 选取 2011 年 6~10 月在该科接受临床路径诊疗护理的脑出血患者 105 例为临床路径组。选取 2011 年 1~5 月在该院神经内科接受传统诊疗护理的脑出血患者 96 例为非临床路径组。两组患者在年龄、性别、费用支付方式、入院情况、发病部位方面, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。

1.1.1 诊断标准 脑出血诊断标准: 根据《临床诊疗指南—神经病学分册》, (1) 临床表现: 50 岁以上的高血压患者, 急性发病和病情进展迅速, 除伴头痛、意识障碍外, 还有局灶症状和体征者; (2) 头颅 CT 可见出血改变; (3) 没有条件进行 CT 检查时, 可进行腰椎穿刺协助诊断, 脑脊液压力升高, 呈均一血性。

1.1.2 纳入及排除标准 纳入标准: 符合上述诊断标准, 按国际疾病 ICD-10 六位码, 疾病诊断以第一诊断为脑出血 (ICD-10: I61.902) 为主^[3]。当患者同时具有其他疾病, 且在住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时, 可以进入临床路径。排除标准: (1) 合并脑梗死、脑栓塞、脑萎缩; (2) 有严重心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病。病例剔除标准: (1) 在实施临床路径的过程中, 由于某种原因, 患者需要转院或改变治疗方式而不得不中止临床路径诊疗流程者; (2) 中途转科或发生变异退出临床路径者。

表 1 两组患者基本情况比较 ($n/\bar{x} \pm s$)

项目	路径组 ($n=105$)	非路径组 ($n=96$)	t/χ^2	P
性别			0.334	0.573
男	57	56		
女	48	40		
平均年龄	60.12 ± 10.325	61.14 ± 13.345	-0.597	0.551
费用支付方式			1.057	0.351
医保	78	65		
非医保	27	31		
入院情况			3.327	0.189
危	12	20		
急	42	35		
一般	51	41		
发病部位			5.911	0.315
基底节	51	40		
脑叶	17	16		
脑干	15	13		
小脑	9	7		
丘脑	5	14		
脑室	8	6		

1.2 研究方法 采用回顾性调查, 横断面整群选取脑出血非手术患者作为样本。非临床路径组按照传统诊疗护理, 临床路径组按照临床路径流程表单制定的标准诊疗护理。临床路径

作者简介: 陈霞 (1982—), 护师, 硕士, 主要从事临床路径管理研究。

△ 通讯作者, Tel: 13591269566; E-mail: lmxcb566@126.com.