

服务工作的意见(征求意见稿)[Z]. 2009-08-04.

- [2] 陈瑞瑞, 阎正民, 刘姿. 预约挂号系统卫生经济学评价思路[J]. 现代预防医学, 2011, 38(7): 1273-1276.
- [3] 刘姿, 张秀兰, 唐泽华, 等. 预约挂号爽约病人情况调查与对策探讨[J]. 中国医院管理, 2010, 30(6): 25-26.
- [4] 姚峥, 费晓璐, 刘德海, 等. 北京市某综合医院开展预约挂号服务实践的探讨[J]. 医学与社会, 2012, 25(2): 63-65.
- [5] 段桂敏, 余伟萍, 刘姿. 大型医院患者预约挂号行为研究[J]. 重庆医学, 2013, 42(13): 1545-1547.
- [6] 王梅. 2012 年前 9 月乌鲁木齐市居民网购花费平均增 9 成[EB/OL]. (2012-10-22) [http://www.xinjiangnet.com.cn/top/manage/201210/t20121022\\_2880840.shtml](http://www.xinjiangnet.com.cn/top/manage/201210/t20121022_2880840.shtml).

com.cn/top/manage/201210/t20121022\_2880840.shtml.

- [7] 王飞, 李刚荣, 汪鹏, 等. 预约挂号系统的业务应用[J]. 重庆医学, 2011, 40(35): 3561-3562.
- [8] 陈慧容, 关月娥. 预约挂号失约的控制[J]. 中国卫生统计, 2007, 24(1): 102-103.
- [9] 王晨琛, 王一铮, 赵磊, 等. 北京地区医院门诊流程及预约现状研究[J]. 中华医院管理杂志, 2010, 26(2): 96-98.
- [10] 张翠. 分时段就诊: 缓解病人拥堵的良策[J]. 当代医学, 2006, 21(9): 52-53.

(收稿日期: 2014-01-17 修回日期: 2014-05-25)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.22.048

## 大型综合医院持续改进门诊管理的措施及效果分析

邱 铭, 沈世琴<sup>△</sup>, 李 霞, 向 勤, 刘朝辉, 邹 媛  
(第三军医大学第三附属医院门诊部, 重庆 400042)

中图分类号: R197.32

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)22-2956-03

第三军医大学第三附属医院是西南地区的一所集医疗、科研、教学为一体的大型综合性医院。经过近 15 年的飞速发展, 门诊容量由日 2 000 人左右增加到 7 000 人以上。持续增长的门诊量与狭小空间之间的矛盾(表 1), 使本院门诊“三长一短”现象日益凸显, 患者满意度呈下降的趋势。本着“以人为本, 以患者为中心”的理念, 在确保患者安全的基础上, 为进一步提升服务品质, 本院自 2011 年 6 月起对门诊管理进行了持续改进, 并对改进前、后的就诊等候时间和综合满意度进行了对比分析, 现报道如下。

表 1 门诊管理改进前、后门诊工作量比较

时间	日均门诊量 (人)	门诊面积 (m <sup>2</sup> )	临床科室 (个)	日均出诊医师 (人)
1998 年 6 月	2 000	13 000	19	39
2013 年 3 月	7 000	13 000	34	102

### 1 资料与方法

#### 1.1 门诊管理存在的问题

**1.1.1 “三长一短”现象凸显** “三长一短”的看病现象, 是各大医院门诊普遍存在的问题<sup>[1-2]</sup>。本院因门诊容量小, 门诊量快速增长, “三长一短”现象尤为突出。患者在门诊经过挂号、候诊、诊疗、缴费、检验、取药等过程, 一般需 3 次以上的排队才能完成就诊程序。虽根据门诊量的不断增长, 挂号、收费窗口在逐渐增加, 但仍会出现排长队的现象, 使患者非诊疗活动等候时间较长。

**1.1.2 门诊患者满意度不够高** 随着法律法规的健全和完善, 患者的自我保护意识进一步增强, 使患者由原来的被动接受服务变为主动要求服务<sup>[3-5]</sup>。随着求医心理的变化, 患者对医院医疗、护理服务提出了更高的要求, 传统的服务已不能满足患者的需求, 导致患者满意度不够高, 投诉渐渐增多。

#### 1.2 改进措施

**1.2.1 调整布局** 门诊合理布局与设置对方便患者、提高工作效率十分重要<sup>[6-8]</sup>。自 2011 年 6 月以来, 本院对布局进行了以下调整: (1) 将门诊管理部门的办公用房搬迁出门诊楼, 增设

诊室; (2) 将门诊影像检查、检验、抽血等辅诊科室集中在门诊楼, 以减少患者来回奔波时间; 同时增加检验科窗口、影像检查室, 缩短患者等候时间; (3) 将特色专科门诊的普通门诊、教授门诊和专家门诊放在一起, 方便患者选择不同等级医生就诊, 也有利于上级医生对青年医生的指导; (4) 将同一系统疾病相关科室如心血管内科、心血管外科整合在同一诊区, 便于疑难病症的会诊, 让患者得到及时有效的医治。

#### 1.2.2 加大信息化建设力度、持续改进就诊流程

**1.2.2.1 电子排队叫号** 为进一步规范就诊秩序, 在就诊的各环节均安装电子排队叫号系统, 患者挂号后直接到相应诊区安静就座, 等待电子呼叫系统呼叫自己的序号和姓名即可。等候区电视屏幕会显示当前就诊信息, 让患者了解自己在诊区大概等候的患者数、应诊的大约时间, 不但保证了“一医一患”, 还杜绝了患者在诊室插队、拥挤等现象。同时, 取药、检验、抽血、B 超、心电图检查等部门也安装电子排队系统, 提示患者自动排队检查、取药, 使得各个环节的运行更加流畅。

**1.2.2.2 全面推广“一卡通”** 为进一步优化就诊流程, 缩短非诊疗等候时间, 本院精心筹划“一卡通”工作的开展。具体实施包括以下几个阶段: 第一阶段: 广泛深入调研, 做好充分准备。自 2011 年 4 月以来, 本院先后对国内、军内多家三级甲等医院“一卡通”的使用情况进行了广泛深入的调研, 对调研结果进行了深入分析, 精心设计适合本院的就医流程。第二阶段: 反复论证, 确定流程及实施方案。基于考察情况的分析, 结合本院特点多次对各环节的优缺点进行分析与讨论, 对拟定的程序进行持续改进, 确定了“一卡通”的就医流程及实施计划。第三阶段: 克服信息技术难关, 全方位开发功能。在软件系统开发过程中, 项目组人员反复协商, 不断测试, 克服了一个个技术难题, 最终实现了就诊卡的多个功能。第四阶段: 全面推进“一卡通”的使用。2012 年 2 月, 门诊部采用大型展板、海报、彩页等多种方式积极宣传推广“一卡通”使用。实现了医生工作站一站式刷卡付费以及自助挂号、缴费、自助打印发票等各环节的全面自助服务。为避免现金充值的繁琐与不安全性, 今年 6 月又与工商银行合作实现了“银医一卡通”, 患者可将银行卡上的资金存到就诊卡, 也可在银行各网点及 ATM 机上完成远程

挂号。在就诊空间不变,门诊量大幅度增加的情况下,本院不但确保了就诊秩序井然,还缩短了患者的等候时间。

**1.2.2.3 建立快速分流机制** 为提高患者通过率,建立系列快速分流措施,在门诊各楼层增设挂号缴费窗口,窗口数量由 12 个增加至 29 个,取药窗口从 6 个增加至 10 个;同时,对挂号、收费窗口的功能也通过 LED 显示屏适时调整,早上 7:00 门诊大厅和各诊区的挂号收费窗口以挂号为主,只留 2 个窗口收费;从 8:30 开始,逐步增加收费窗口,至 10:30 患者挂号峰值逐步下降,各窗口以收费功能为主,根据需要保留少部分窗口挂号,以缩短患者挂号、缴费等候时间。此外,在门诊大厅增设流动导医,维持大厅秩序,根据各楼层窗口流量及时分流患者到相应诊区及窗口,以缓解大厅压力,确保资源合理利用,人员快速分流。

**1.2.3 成立客服中心,提供人性化服务** 为进一步拓展服务范围,提高服务品质,2013 年初本院成立了客服中心,隶属门诊部。客服中心提供以下服务:(1)为进一步改善预约服务,在客服中心下设预约组。预约组负责现场预约、网上预约及院内、114 电话预约的推广及管理;(2)掌握本着“以人为本”的思想,为进一步提升医院服务品质,在客服中心成立了随访组。主要针对患者现病史进行了解及健康宣教,征求患者的意见和建议,持续改进,以提高患者满意度;(3)为给患者提供方便、快捷的服务,在门诊大厅建立了现场服务组。现场服务组的服务内容有:提供分诊、引导服务;为患者及家属联络住宿及出租车;为患者提供轮椅、推车及雨伞租借服务;为患者提供复印、传真、各类检查、检验结果代取、代寄服务;提供饮用水及水杯、针线、老花眼镜、纸笔、找零以及失物招领服务;为行动不便的患者代挂号,义务接送危重及需要帮助的患者;提供医疗保险咨询及审核;病假条及病情诊断证明书审核及盖章;“一卡通”人工办理等。通过以上各种细节服务,让患者感受到医院的细心和关心。

**1.2.4 改进管理模式,加大环境管理力度** 为进一步加大管理力度,2013 年 1 月门诊部针对就诊环境和就诊秩序的管理设置了现场管理组,实现主任、护士长-组长-诊区护士三级管理模式。现场管理组长的工作职责包括:(1)负责每日及时、准确地掌握当日门诊量、门诊医生和护士在位及工作情况;(2)掌握各区域环境卫生、候诊人数及秩序等动态信息;(3)对患者流量高峰的时间段进行高峰管理,采取高峰应急预案;(4)根据门诊部实际情况制作护士工作量化考评表。每周互查,将检查结果和存在问题及时反馈给护士长,针对各自存在的问题提出整改措施,逐个落实执行。各诊区护士在为患者提供咨询、健康指导的同时负责各诊室的就诊秩序,要求“一诊一患”,并具体负责诊区环境卫生的监督与管理。

在具体管理方面:(1)通过楼层索引、灯箱提示、地标指示等手段,为患者提供准确的就医地点;(2)在醒目位置,张贴各种流程和温馨提示,并利用 LED 显示屏和电视滚动播出各类流程,并在门诊病历和宣传手册上,印制各种流程、来院交通路线图和楼层分布图等,让患者在进医院的第一时间掌握基本的就医信息,免走弯路;(3)为确保就医环境整洁,对门诊卫生管理实行量化考评管理,对公共区域、诊区、诊室以及卫生间等制定了详细的考评细则和评分标准,由现场管理组人员坚持每日巡查,每日考评,发现问题及时通知保洁人员清理,并定期召开与清洁公司管理层的碰头会,通报近期情况,进行相应的奖励与惩罚,做到实时对保洁公司工作进行监督和考评。

**1.2.5 加大人员培训力度,建立一体化和分层次培训相结合的制度** 首先,为了进一步深化“以人为本”的服务理念,门诊部对门诊医师、护士、导医、挂号员、收费员、护工、清洁工、保安

人员在内的所有人员实行“一体化”培训。培训方式主要采用理论讲座、案例分析和经验分享的形式进行,培训内容围绕“以人为本”的思想内涵,针对职业形象、微笑服务、文明用语等实际工作中的具体应用进行。要求人人在工作中“坚持以患者为中心”做到“主动询问、主动服务”。

此外,对不同岗位的门诊工作人员进行分层次培训。针对护士、导医每周召开科务会并定期开展业务学习,通过轮流邀请临床科室医生授课的方式提高护士、导医对门诊常见疾病的分诊能力;针对保卫人员学习停水、停电、火灾、患者意外事故等紧急情况的处理预案和操作流程,督促大家在工作过程中加强巡察,及时发现异常情况,及时处理;针对保洁人员,为提高保洁质量,避免院内感染,则通过授课及现场演练的方式对其进行手卫生、职业暴露预防以及物品分类、消毒方法进行培训。

### 1.3 方法

**1.3.1 窗口等候时间监测与分析方法** 为及时了解门诊各环节平均等候时间,医院对挂号、缴费、取药等各窗口的等候时间实施监控,周一至周五每天上午取 8:00、9:00、10:00、11:00 共 4 个时间点监测各窗口的平均等候时间,根据队尾排到窗口的时间计算每个窗口的平均等候时间。数据分析均值比较采用  $t$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**1.3.2 满意度调查与分析方法** 满意度的调查由门诊护士到取药候诊区发放,每周发放 100 份,调查表包括门诊医师、护士、辅助科室医技人员、挂号收费人员服务质量及门诊流程、环境布局等内容,每月底由门诊办公室进行汇总分析。数据分析率的比较采用  $\chi^2$  检验,均值比较采用  $t$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 窗口等候时间** 通过对门诊布局进行合理化调整、加强信息化建设,实现流程的改进,改进管理和培训模式等策略,在门诊量持续大幅度增长下,本院门诊就诊各环节平均等候时间显著缩短(表 2)。

表 2 门诊管理措施改进前、后各环节平均等候时间比较(min)

时间	挂号	缴费	取药	候诊时间
2011 年 6 月	30.2	28.3	19.7	25.5
2013 年 3 月	18.5*	19.5*	10.5*	18.7*

\*:  $P < 0.05$ , 与 2011 年 6 月比较。

**2.2 患者满意度** 随着就诊通过率增加,服务质量的提高,患者对服务的综合满意度也有较大幅度提高(表 3)。

表 3 门诊管理措施改进前、后医疗服务满意度调查

时间	满意率(%)	日均门诊量( $n$ )
2011 年 6 月	85.52	4 500
2013 年 3 月	96.14*	7 000*

\*:  $P < 0.05$ , 与 2011 年 6 月比较。

## 3 讨论

门诊是医院面向社会的第一窗口,是医院联系社会的桥梁<sup>[9]</sup>。针对门诊存在的“三长一短”、满意度不够高的现状,本院对门诊管理进行了持续改进,获得了以下体会:首先,通过对门诊部现有的资源进行合理布局,使有限的医疗资源得到充分利用的同时减少患者在各项服务之间来回奔波的时间;其次,通过“一卡通”、电子排队叫号系统等信息工作的建设,为优化管理流程提供了支持;在信息化建设的基础上,改进了流程,提高了通过率,缩短了候诊时间;第三,成立客服中心,提供了全

方位的人性化服务,使本院服务品质进一步提升;第四,改进管理模式,使各项规章制度得到了进一步落实、就诊各环节得以连接,保证门诊各流程顺利运行;第五,人员素质是持续改进的根本保障,加大人员培训,针对服务意识、服务理念的一体化培训和各岗位职责的分层次培训是提升服务品质的前提。

随着人类社会的不断改进,人们对医疗服务的需求日渐增高,门诊管理工作面临持续的挑战。在未来的工作中,医院应着重在了解患者当前和未来需求的基础上,坚持不懈地改进门诊的管理和服务,不但满足患者的需求,还应超越患者的期望。

#### 参考文献:

- [1] 李平,欧文斌,叶苓,等.加强门诊管理 提高工作效率[J].中国医院管理,2012,32(2):33-34.
- [2] 宋建萍.新形势下医院门诊护理管理模式探讨[J].甘肃中医,2001,8(2):27-48.
- [3] 任晓波,许兴丽,袁慧云,等.“管理年”医院门诊护理管理

- 模式探讨[J].国际护理学杂志,2006,5(5):335-336.
- [4] 范晓强.三级医院的门诊管理与服务探讨[J].求医问药:下半月刊,2012,10(4):182.
- [5] 王兴菊.综合医院门诊管理工作改进与创新途径探析[J].中国误诊学杂志,2010,10(33):8186-8187.
- [6] 张丹.浅谈门诊管理模式[J].中华临床医学杂志,2008,9(9):92-93.
- [7] 樊晓鸣,张红卫.门诊管理流程再造与优化回顾[J].解放军医院管理杂志,2008,15(1):78-79.
- [8] 陈莉.加强门诊管理的几点体会[J].中国医学创新,2012,9(9):145-146.
- [9] 邢秀媛,吕冬梅,吴建华.综合医院门诊护理管理存在的问题及对策探讨[J].临床肺科杂志,2009,14(3):420-421.

(收稿日期:2014-01-13 修回日期:2014-04-19)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.22.049

## 紧密型“医疗联合体”改革模式的 SWOT 分析

王琼<sup>1</sup>,孙雪<sup>1</sup>,黄宵<sup>1</sup>,蒲川<sup>2</sup>

(1. 泸州医学院公共卫生学院社会医学与卫管教研室,四川泸州 646000;

2. 重庆医科大学公共卫生与管理学院,重庆 400016)

中图分类号:R197.1

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)22-2958-03

“医疗联合体”是指不同层级医疗卫生机构通过纵向或者横向的资源整合,所形成的医疗组织。该模式是新医改背景下对公立医院改革的一项探索性举措。组建“医疗联合体”,目的就是让大型公立医院的技术力量带动基层医疗卫生机构能力提升和共同发展,从而达到医疗资源最大化利用和居民就诊的合理分流,推动分级诊疗格局形成,解决“看病难”问题。综观各地医疗联合体的探索,从医疗联合体内医疗机构关系上来看,各种模式和性质的医疗联合体大致可分为“松散型的技术协作联盟”和“紧密型的医疗服务集团”两类:(1)松散型的技术协作联盟模式主要是医疗机构间技术的协作,该模式的主要优点是在协作范围内能实现优质医疗技术的共享,但该模式不一定能实现医疗资源的纵向下沉,提升基层医疗机构技术水平。(2)紧密型的医疗服务集团内所有公立医院的人、财、物统筹管理,在大型公立医院和二级医院、基层社区卫生服务中心之间,形成利益共同体和责任共同体,该模式有利于促使优质医疗资源通过医疗联合体纵向下沉,实现“强基层”,从而达到医疗资源最大化利用和居民就诊的合理分流,实现分级诊疗、双向转诊格局。该模式的主要问题是“医疗联合体内”人事、编制、财政甚至资产方面的平衡与协调问题。紧密型“医疗联合体”改革模式达到了新型医疗卫生体制改革的政策本意,在一定程度上解决“看病难、看病贵”问题,但该模式还处在探索阶段。本文运用 SWOT 分析法对紧密型“医疗联合体”模式具有的优势(strength)和劣势(weakness)、面临的机会(opportunity)与威胁(threat)进行分析,在此基础上提出紧密型“医疗联合体”改革模式可持续发展的应对策略。期望为中国公立医院改革提供一些参考。

### 1 紧密型“医疗联合体”模式的 SWOT 分析

#### 1.1 优势

**1.1.1 优化医疗资源配置,有利于分级诊疗格局形成** 医疗联合体通过资源纵向整合,推动大中型医院对基层医疗机构的技术输出和人才流动,在联合体内部通过上级医院业务骨干的教学查房、业务讲座等提升基层医疗机构的医疗技术水平,实现优质医疗资源的共享。同时通过双向转诊、分级诊疗、急慢分治等带来的制度化便利,合理引导患者就医流向,在一定程度上缓解大医院看病难现象,提高服务效率。

**1.1.2 降低医疗运行成本,提高效率** 医疗联合体内的医疗机构间对一些设备和资源可以共同使用,免去重复的设备购置和技术人员配备,减少不必要的重复建设,节省了开支。另一方面,联合体内的医疗机构采购药品和医用耗材可采用集团化整体采购,降低采购成本。

#### 1.2 劣势

**1.2.1 管理体制的问题** “医疗联合体”由不同层级的医疗机构组成,由于存在医疗水平、人力资源水平、管理水平、服务水平以及经济水平发展不均的问题,不同机构之间的业务整合、信息标准乃至文化理念等方面都存在冲突。这些方面的冲突会影响医疗联合体的管理有序性,很大程度上会影响医疗联合体的运转和作用的发挥。如上海瑞金医院的夏云等通过对瑞金一卢湾医疗联合体的调查发现,正是由于存在医疗水平、患者信任度、利益分配等方面的因素,医疗联合体内部出现了双向转诊通道不畅的问题<sup>[1]</sup>。

**1.2.2 利益的协调和补偿机制的问题** 中国医疗资源结构布局受到行政区划的制约。不仅是人事编制制度,还有分级财政的制度,而医疗联合体覆盖的区域,也会涉及医保统筹层次的问题。“医疗联合体”内形成利益共同体和责任共同体,但是不同层级机构利益诉求是不同的,同时,中国的财政对不同层级医疗机构的补偿也不同:对社区卫生服务中心由政府核算