

法的适用率,提高刑罚威慑力。

### 3.3 住院患者生活性废弃物法治化管理的机制创新

#### 3.3.1 住院患者生活性废弃物管理的主体责任机制

权责不清是影响住院患者生活性废弃物管理工作成效最主要因素。责任具有主体性的特征,法律责任是指“因损害法律上义务关系所产生的对于相关主体所应当承担的法定强制的不利不后果”,如果责任承担无法落实到具体的对应人,那么任何管理都不可避免的陷入混乱状态<sup>[9]</sup>。因此,住院患者生活性废弃物法治化管理,必须建立健全主体责任机制。一方面,确立直属领导负责制。住院患者生活性废弃物处置成效在一定程度上取决于领导重视不重视。建立直接领导负责制,将责任直接落实到直属领导上,可以化解集体责任制下的“有权无责”情况,从而促使医院领导及相关部门的工作人员认真履行法律规定,加强对住院患者生活性废弃物的合理、合法管理。另一方面明晰和落实主体责任。加强对制定住院患者生活性废弃物处置的规章制度、院内操作规范、工作流程,明确各管理部门职责,将住院患者生活性废弃物的环节管理与责任管理具体落实到科、到人,并计入各科室年终考核,与奖惩挂钩。

#### 3.3.2 住院患者生活性废弃物处置的跟踪机制

加强对住院患者生活性废弃物处置工作的监督,必须建立全方位的跟踪机制,对住院患者生活性废弃物处置工作进行全程监控。通过跟踪机制,可以实现对住院患者生活性废弃物动态的实时管理,不仅可以监测整个住院患者生活性废弃物的流程,还可以防止整袋垃圾的丢失。建立健全住院患者生活性废弃物处置的跟踪机制应该:(1)严格执行分类标志制度,对住院患者生活性废弃物进行分类收集和包装,要求用统一的隔离包装、条形码标签、分类标志确保住院患者生活性废弃物可追踪;(2)在废弃物清运器械上装置即时追踪系统并维持正常运作;(3)建立和完善住院患者生活性废弃物运输单制度和贮存管理制度,对于废弃物的处置及时做好记录并保存,以备主管机关检查。

#### 3.3.3 住院患者生活性废弃物的数字化处理机制

目前,我国医疗废物集中处置中心已由北京、上海、广州等中心城市向中型城市扩展。但总体而言,医疗废物集中处置设施仍然不能满足现实需求。小城市和广大农村地区的医疗废物处置设施和场所仍较为缺乏。由于建设医疗废物集中处置中心的投入较大,医疗废物处置设施和中心在短期内的不可能覆盖至广大的农村地区。因此,应“强化政府责任,加快区城市医疗废物集

中处置工程建设”<sup>[10]</sup>。当前,有必要建数字化处理以整合社会资源,从而确保住院患者生活性废弃物得到快速、有效、合法地处置。住院患者生活性废弃物的数字化处理包括 3 个方面的内容:(1)综合医院内部数字化处理,通过内部网络建设,增进医院各部门之间的信息沟通和协作,加强对住院患者生活性废弃物的源头控制,减少废物产生量,提高住院患者生活性废弃物分类、收集、运输等工作的效率;(2)医院之间的数字化处理,加强各医疗机构之间的信息互享和资源共用,提高住院患者生活性废弃物处置的片区效率。(3)医院与医疗废物处置机构之间的数字化处理。通过云计算技术,实现住院患者生活性废弃物在医疗废物处置机构的合理分配,缓解医疗机构住院患者生活性废弃物处理需要与医疗废物处置中心废弃物处置能力之间的矛盾。

#### 参考文献:

- [1] 中华人民共和国卫生部. 2012 年中国卫生统计年鉴[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2012:89,94.
- [2] 阮李全,王宏. 论医疗废物管理的法律规制[J]. 中华医院管理杂志,2009,25(2):73-76.
- [3] 李惠. 一起将医疗废物混入生活垃圾违法案例分析[J]. 江苏预防医学,2010,21(4):63-65.
- [4] 贾丰实. 基层医疗机构医疗废物管理若干问题探析[J]. 中国卫生法制,2008(6):25-26.
- [5] 翁岳生. 行政法[M]. 北京:中国法制出版社,2002:225.
- [6] 李慧琴. 医疗废物管理中存在的问题及改进措施[J]. 大家健康,2013,7(1):152-153.
- [7] 董正爱,陈德敏,王璐璐. 论医院污水的法治化管理[J]. 中华医院管理杂志,2010(8):634-636.
- [8] 叶慰. 对违法行为的分类治理研究—对提高违法成本角度分析[J]. 行政法学研究,2013(1):105.
- [9] 张文显. 法理学[M]. 北京:法律出版社,1997:143.
- [10] 王强,吴少林,张彦芳,等. 关于完善我国医疗废物无害化处置和管理的政策思考[J]. 中国环境管理,2013,5(2):49-52.

(收稿日期:2014-06-08 修回日期:2014-09-22)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.32.044

## 从满意度调查看县级公立医院改革现状——以重庆市某区为例

李 铭<sup>1</sup>,翁淳光<sup>2△</sup>

(重庆医科大学:1. 医学信息管理系;2. 图书馆 400016)

中图分类号:R195.1

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)32-4390-03

国务院《关于县级公立医院综合改革试点意见》中提出:要建立以公益性质和运行效率为核心的公立医院绩效考核体系,把社会满意度等作为主要量化考核指标,考核结果与院长任免、奖惩等挂钩。重庆市 2012 年出台的《关于重庆市区县公立医院综合改革试点的实施意见》中提出:要使群众对医疗卫生服务满意度达到 85% 以上。为此,作为重庆市首批县级公

立医院试点单位之一的重庆市某区,相继制定了一系列相关政策:成立医管中心,代表政府出资人;成立理事会,建立法人治理结构;完善补偿机制,探索医药分开;实行药品零差率,打破以药养医;建立院长绩效考核制度等。在一系列医改政策执行后,群众对医院的满意度是否能达到预期效果,本研究将通过多项调查指标进行研究与分析,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 调查对象为两类人群,一类为患者、附近居民、区人大与政协代表(以下简称“患者及其他人群”),另一类为院内职工。发放调查问卷 350 份,回收有效问卷 342 份,有效回收率为 97.71%。其中患者及其他人群发放 286 份,回收 278 份(患者 111 份、街道居民代表 109 份、区人大委员和政协代表 58 份)、院内职工发放 64 份,全部回收。

#### 1.2 方法

**1.2.1 调查内容** 患者及其他人群调查内容包括医院的医疗水平(3 项)、服务及环境(2 项)、便利程度(4 项)、医疗安全(3 项)、医德医风(2 项)、医疗费用(3 项)6 个维度,17 项指标。院内职工主要调查内容分为德(3 项)、能(4 项)、勤(2 项)、绩(3 项)、廉(2 项)5 个维度,14 项指标。

**1.2.2 调查方法** 采取问卷调查法和访谈法。使用该区医院管理中心制定的满意度调查表,通过问卷调查、座谈会、电话调查的形式开展。每项指标采用 5 点标度法,受访者在不满意、不了解、基本满意、满意、非常满意 5 个项目中进行单项选择。问卷收集后,将“非常满意”“满意”“基本满意”综合为“满意”,各单项指标满意度为各单项指标选择非常满意、满意、基本满意的人数之和与全部调查人数的比值,不了解度、不满意度为各自选择不了解、不满意的人数之和与全部调查人群的比值<sup>[1]</sup>。然后将患者及其他人群的 6 个维度内各项指标数据合并,得到“医疗水平”834 份、“服务及环境”556 份、“便利程度”1112 份、“医疗安全”834 份、“医德医风”556 份、“医疗费用”834 份。将院内职工的五个维度内各项指标数据合并,得到“德”192 份、“能”256 份、“勤”128 份、“绩”192 份、“廉”128 份。

**1.3 统计学处理** 通过 Excel 对数据进行描述性统计,采用 SPSS17.0 统计软件进行分析,由于本研究所得资料为等级资料,故采用多组等级资料的 Kruskal-Wallis 法和两两比较的秩和检验法,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 患者及其他人群满意度** 将 17 项指标综合到 6 个维度之中,采用秩和检验进行比较,见表 1。结果显示,6 个维度间差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。经秩和检验的两两比较发现,服务及环境、医疗水平、医德医风与其他维度差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),医德医风的满意度最高,服务及环境满意度最低,其次是医疗水平。在上述分析基础上,又分别对 6 个维度内部指标进行比较,发现医疗水平、医疗安全、医德医风、医疗费用的指标间差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),而服务及环境、便利程度两个维度的指标间差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。服务及环境:包括“后勤保障及膳食服务”与“环境卫生”2 个指标,其中有超过 10%的患者及其他人群对环境卫生不满意,明显高于对“后勤保障及膳食服务”的不满。便利程度:包括“就诊等候时间”、“医疗服务流程”、“就诊流程便捷、节假日/急诊就诊便利”、“危急重症救治”4 项指标,其不满意主要集中在“就诊等候时间”,这也是老百姓看病难的突出表现之一。

表 1 院外人群总满意度[n(%)]

维度	满意	不了解	不满意	Z	P
医疗水平	746(89.45)	59(7.07)	29(3.48)	70.949	0.000
服务及环境	433(77.87)	83(14.93)	40(7.19)		
便利程度	930(83.63)	155(13.94)	27(2.43)		
医疗安全	711(85.25)	113(13.55)	10(1.20)		
医德医风	520(93.53)	32(5.76)	4(0.72)		
医疗费用	711(85.25)	96(11.51)	27(2.43)		

**2.2 院内职工满意度** 将 14 项指标综合到 5 个维度之中,经秩和检验及其两两比较发现,职工对院长“德”、“能”、“勤”、“廉”满意度较高,彼此间差异不显著,而“绩”的满意度最低,对 5 个维度内部指标进行两两比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 2。

表 2 职工综合满意度[n(%)]

维度	满意	不了解	不满意	Z	P
德	182(94.79)	5(2.60)	5(2.60)	35.450	0.000
能	224(87.5)	22(8.59)	10(3.91)		
勤	117(91.41)	7(5.47)	4(3.13)		
绩	147(76.56)	13(6.77)	32(16.67)		
廉	115(89.84)	8(6.25)	5(2.60)		

### 3 讨论

群众满意度是衡量医疗服务质量的重要指标,能较为客观的反映该地区医疗改革成功与否<sup>[2]</sup>。从调查情况来看,患者及院外人群综合满意度为 86.14%,刚达到重庆市政府的要求。说明该区县级医院通过医改服务质量较好,但仍存在一些问题需继续改善。经调查分析,影响患者及其他人群满意度的主要因素是服务及环境、医德医风和医疗水平,而院内职工则更关注医院院长的政绩。

服务及环境这项指标在患者及院外人群调查中满意度最低,访谈中患者反映医院旧大楼环境卫生较差且狭窄拥挤。依据现代医疗理论,精神心理状态良好对于患者在接受治疗和康复的过程中具有重要作用,患者在医院中能感受到的直接而重要的影响因素便是就医环境。重视患者的心理状态和精神状态,使患者在就医过程中保持平和温馨的心境,有利于患者积极配合医生,提高治疗效果<sup>[3]</sup>。美国进行的一项关于环境对患者影响的长达 10 年的研究表明,如果患者有窗户可以看到室外的绿色植物比直接看到砖墙要减少 30%的药品用量,而康复速度可提高 30%<sup>[4]</sup>。在新医改背景下重庆市该区加大了对公立医院的投入,对医院新大楼建设予以全额投入,在这种情况下院方应及时把握机会,紧紧定位于以患者为中心进行医院建设,要努力建成卫生环境好、基础设施完善、家属陪护方便的新大楼,但同时亦应进行医疗服务流程优化设计和信息化系统的系统升级和设备更新,从基础设施建设方面解决环境卫生差、等待时间长的问题。

治疗过程的本质是医患互动的过程,医务人员的服务态度是患者感知服务质量的直接来源,患者满意度与医务人员的友好、关心具有强正相关<sup>[5-6]</sup>。在就诊过程中患者被尊重与否对患者满意度有重大影响,关注患者生理情感是促进患者满意的重要途径<sup>[7]</sup>。本次调查显示,对医德医风的满意度最高,据访谈资料可得,接受访谈的大部分群众均认为启动医改后医务人员对待患者态度方面有重大改进,医生不再只是对着电脑开化验单,基本能对待患者细心耐心、热情周到,对医生的访谈也得到了佐证,大部分医生在访谈中谈到实行院长聘任制和任期制后,院方加强了医院公益性建设,重视群众监督,且在制度上加以保障。

医务人员的医疗水平是影响门诊患者满意度的最重要因素<sup>[8]</sup>,也是住院患者保持医院忠诚度的首要因素<sup>[9]</sup>。治疗效果是患者关注的首要目标,因此医疗水平对于医院来说非常重要。虽然本次调查对医疗水平的满意度不低,但访谈中相当数量的患者提出二甲医院技术水平比不上三甲医院,不会再次就

诊,这就为二甲医院的生存造成了巨大的危机。人才是医院医疗水平得以提高的核心因素。据该区某二甲医院 2012 年数据,医院初级职称职工高达 80.08%,而副高以上职称仅 10.69%,说明该医院作为二甲医院严重缺乏学科带头人及技术骨干,这是医院面临的要害问题。

本调查显示,“绩”是职工评价院长的首要影响因素。威海市的调查指出:福利待遇不够和对个人发展空间不满是专业人才离职的两大原因,这在职工评价院长、职工收入和人才培养指标的满意度上可得到佐证:有 23.44%的职工对“职工收入”不满,15.63%的职工对本医院“人才培养规划”不满,且有 12.5%的职工表示不了解医院的人才培养计划<sup>[10]</sup>。因此,有必要从以下 3 个方面缓解人才缺乏的问题:(1)尽快制定体现医务人员劳动价值的诊疗费和手术费用标准,超出原有标准部分可由医保和政府按比例承担;(2)加强学科建设和人才培养规划的力度,鼓励员工自我进修,将学科带头人与非编制的初级人才都纳入培训规划之中;(3)将公立医院人才引进规划纳入政府工作计划之中,为高技术人才制定优惠的引进政策,重视实用性人才。

县级公立医院改革应建立以公益性和运行效率为核心的绩效考核体系,将院长作为主要考核对象,将社会满意度作为重要量化考核指标,着眼于考核指标的细节设计。医院是否公益,院长很重要,制度是关键。要加强新医改背景下的公立医院顶层设计,探讨对院长的放权与收权,将院长的职权装进制度的笼子里,促使其回归公益性。医院必须加强以人才、技术、重点专科为核心的能力建设,提高职工满意度,促使各个相关参与方从不同角度对医院管理,实施程度不同的良性控制和正面影响,保持公立医院的可持续发展能力<sup>[11]</sup>。

#### 参考文献:

- [1] 丁彩儿. 影响住院病人满意度调查准确性的相关因素  
• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.32.045

- [J]. 中华护理杂志,2004,39(1):44-45.  
[2] Hudak PL,McKeever P,Wright JG. The metaphor of patients as customers; implications for measuring satisfaction[J]. J Clin Epidemiol,2003,56(2):103-108.  
[3] 陈文贤,张琼,李永莲,等. 以病人为中心的就医环境设计[J]. 中华医院管理杂志,2009,25(3):183-186.  
[4] Pangrazio JR. Room with a view; looking at the future of patient room design[J]. Health Fadal Manage,2003,16(12):30-32.  
[5] Tokunaga J,Imanaka Y,Nobutomo K. Effects of patient demands on satisfaction with Japanese hospital care[J]. Int J Qual Health Care,2000,12(5):395-401.  
[6] 周占伟,梅翠竹,张玉媛,等. 某三级综合医院门诊患者满意度调查研究[J]. 现代预防,2011,38(7):1262-1264.  
[7] 熊莉娟,彭昕. 住院病人对医疗服务忠诚度的调查研究[J]. 护理研究,2009,23(19):1714-1718.  
[8] 蔡小勇,余春华,侯远潮,等. 武汉市国有医院卫技人才流失现状分析及对策[J]. 卫生经济研究,2005(9):28-29.  
[9] 张爱娜. 企业大学生新员工流失问题与对策研究-以威海市大中型企业为例[D]. 山东:山东大学,2008.  
[10] 姜洁,郑尚维,李正赤. 公立医院公益性建设的途径与对策[J]. 中国医院管理,2008,28(9):23-24.  
[11] 宋炜,许莘,张鹭鹭,等. 构建医院文化培育医院核心竞争力[J]. 中华医院管理杂志,2003,19(1):8-9.

(收稿日期:2014-07-08 修回日期:2014-09-13)

## 精神障碍患者康复后权益保护

阚 霞,邓世雄<sup>△</sup>

(重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016)

中图分类号:R19-019

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)32-4392-03

新的《精神卫生法》虽已出台,但精神障碍患者的权益仍未受到切实的保护。据中国网新闻中心 2013 年 7 月 12 日报道,仅在北京海淀区精神卫生防治院 1 家,经评估符合出院标准的患者约 150~160 人,但其中约 80%的人被留在精神病院里,占到全院患者数量约 40%。直接导致近一半的医疗资源被占用,而更需要康复治疗的患者无法入院。《法制晚报》2013 年 9 月 13 日报道,在珠海有 7 名符合出院条件的精神障碍患者被医院留置在东莞一汽车站。院方并未通知患者家属也未通知送患者前来治疗的公安机关,甚至未给患者办理出院手续。浙江老年报 2013 年 9 月 11 日报道,杭州市第七人民医院老年精神科主任医师陈梅芳表示,很多康复的精神障碍患者出院后病情反复的一个重要因素是出院后的精神康复没有做好:患者未

能按时服药,家属朋友对患者的精神支持鼓励不够。

### 1 我国《精神卫生法》实施现状

1.1 我国精神障碍患者现状 《精神卫生法》中对精神障碍中作出了明确的限定:“精神障碍是指由各种原因引起的感知、情感和思维等精神活动的紊乱或者异常,导致患者明显的心理痛苦或者社会适应等功能损害。”这里的精神障碍包括由各种生物、心理或社会因素引起的。目前,社会压力不断增加,具有精神问题的人数也不断增加。据 WHO 统计,全球精神障碍患者人数已达 4.5 亿,其中有 3/4 来自中低收入国家,这些国家用于精神卫生防治的资金占卫生保健资金的比例不足 2%。中国疾病预防控制中心精神卫生中心 2009 年初公布的我国各类精神病患者人数在 1.0 亿人以上<sup>[1]</sup>。我国精神疾病患病率呈