

[10] 全国人民代表大会常务委员会. 中华人民共和国侵权责任法[Z]. 2009-12-26.  
 [11] 最高人民法院. 最高人民法院关于民事诉讼证据的若干规定[Z]. 2001-12-21.  
 [12] 邱先辉. 从医疗纠纷谈病案书写质量管理[J]. 中医药管理杂志, 2012, 20(12): 1229-1231.  
 [13] 张庆磊. 对 284 例医疗纠纷事件的原因分析[J]. 贵阳中  
 • 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.31.049

医学院学报, 2013, 35(4): 315-317.  
 [14] 钟璐璐, 蒋圆圆. 现行医疗体制改革背景下医疗纠纷问题研究[J]. 金田, 2012(11): 274-275.  
 [15] 重庆市人民政府. 重庆市医疗纠纷处置办法[Z]. 2011-4-8.

(收稿日期: 2014-01-08 修回日期: 2014-03-22)

## PDCA 循环在医院 OA 系统建设中的应用

颜明金, 曾 燕<sup>△</sup>

(重庆医科大学附属第二医院院长办公室 400010)

中图分类号: C931.9

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)31-4257-03

随着医疗卫生体制改革的不断深入, 医疗市场竞争日趋激烈, 加快信息化建设进程, 应用现代信息技术提高科学管理水平和工作效率, 成为推进医院发展、提高竞争力的必然选择。作为信息化建设的重要组成部分, 办公自动化系统 (office automation, OA) 在加快信息流通, 增强协作以及提高效率、降低成本等方面的作用受到越来越多的关注和重视。近年来, 为了使系统更好地适应医院办公的特殊需求, 最大程度的发挥其功能性作用, 众多医院在系统规划设计、建设实施、维护管理等具体工作上不断地进行着探索。本文将结合本院 OA 系统建设的实践, 对 PDCA 循环在系统建设中的具体应用进行分析研究, 供探讨和参考。

### 1 PDCA 循环简述

PDCA 循环, 也称之为戴明循环, 是美国质量管理专家戴明于 1954 年根据信息反馈原理提出, 并广泛应用于质量管理标准化、科学化循环体系<sup>[1]</sup>。PDCA 取自英语单词 Plan(计划)、Do(执行)、Check(检查)和 Act(处理)的第一个字母, 代表了质量管理所应遵循的 4 个阶段。这 4 个阶段包含了 8 个基本步骤, PDCA 循环就是按照这样的顺序进行质量管理, 并循环下去的科学程序 (图 1)。近年来, PDCA 循环在医院管理工作中得到日益广泛而深入的应用, 例如在临床路径管理、抗菌药物合理使用、医护质量管理、绩效考核体系构建等方面发挥了重要作用。

### 2 OA 系统建设与 PDCA 循环的相关性

#### 2.1 PDCA 循环的实施步骤符合 OA 系统建设的内在要求

OA 系统的建设和管理是一项持续性的系统工程, 需要整体规划, 分步实施<sup>[2]</sup>。系统中任何一项功能的设置, 其本质都是某种管理思想与工作方式的结合和再创造, 在此过程中难免会出现问题和缺陷, 而随着工作内容、方式的变化, 新需求也会源源不断地提出, 这就要求系统建设者不仅能勇于正视缺陷、否定以前的劳动成果, 更要积极主动地搜集意见, 结合最新信息技术, 设计开发新的功能。因此, 从 OA 系统持续性建设的内在要求来看, 与 PDCA 循环的基本步骤十分吻合, 将 PDCA 循环应用于 OA 系统的建设有了理论上的契合基础。

#### 2.2 应用 PDCA 循环有助于减少 OA 系统建设的阻力

OA 系统建设的终极目标是创造全新的办公模式, 在提高效率的基础上, 增强协同办公能力, 辅助决策。全新的办公模式必然意味着组织行为的突破和转变。另外, 目前大部分医院行政办公

管理仍然处于“人治”阶段, 随意性较强, 这与 OA 系统带来的流程控制及信息传递网络化理念产生了冲突, 使系统的推广应用受到阻碍<sup>[3]</sup>。将 PDCA 循环应用于指导 OA 系统建设, 从现状分析, 提出问题, 拟定计划, 执行实施, 到检查总结, 每个步骤都需要使用者的主动参与和积极配合。随着参与广度和深度的提高, 有助于获取他们的支持, 减少系统建设的阻力。

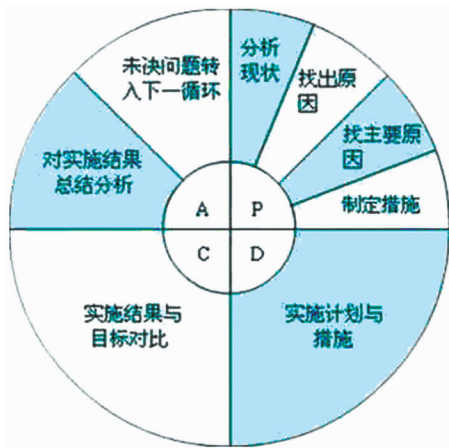


图 1 PDCA 循环图

### 3 PDCA 循环在本院 OA 建设和管理中的具体应用

如果把 OA 系统建设看作是一个大的 PDCA 循环, 那么各项功能模块的开发、应用、管理就成为一个小的 PDCA 循环, 大循环套小循环, 环环相扣, 不断推动 OA 系统建设向前发展。

#### 3.1 计划阶段 (P)

##### 3.1.1 分析医院传统办公模式的主要问题

随着医院规模的扩大, 职能分工更加精细, 传统办公模式已经难以满足现代医院对科学化、规范化管理的目标追求, 在诸多环节上出现了不合理、不协调、不畅通的问题。如: 医院内部沟通障碍、信息反馈滞后、资料收集整理困难; 工作流程容易混乱、工作协同度差; 多点办公、异地办公管理不便, 通讯费、纸张办公用品浪费严重; 办事层次多、工作效率低、制度执行和监督检查难等等。

##### 3.1.2 明确解决问题的关键

通过对所存问题进行分析发现, 除固有的体制机制因素外, 缺乏现代管理工具和信息技术的应用也是重要原因之一。因此, 充分利用网络信息技术, 改进传统的管理方式, 理顺内外工作程序, 提高办公质量和效率,

成为突破管理困境的关键<sup>[4]</sup>。随着近年来 OA 系统在企业、机关事业单位广泛深入的应用,为我们解决问题提供了明确的方向。

**3.1.3 制订 OA 系统建设的总体目标和实施方案** 2008 年 5 月,本院制订了 OA 系统建设的总体目标和《OA 系统建设 5 年规划及实施方案》。将 OA 系统的总体建设目标确定为:以先进、可靠、实用、安全、可扩展为指导,将 OA 打造成为集信息发布、事务处理、数据管理、决策支持一体化的协同办公平台,实现信息流、资金流、物流等数据资源的整合和增值利用。而在《5 年规划及实施方案》中,进一步明确了阶段性任务,即在第一个建设周期内(2008~2013 年),完成内部即时通讯系统、信息发布平台、流程处理平台以及档案管理,为开展与业务系统的集成、数据的挖掘和辅助决策奠定技术基础。

### 3.2 实施阶段(D)

**3.2.1 开展需求分析,形成基本模块架构** 需求分析是保证 OA 系统可行性和适用性的关键所在,需求分析不充分将可能导致项目反复修改、调整,使建设周期延长,甚至最终引向失败<sup>[5]</sup>。为搞好需求分析,与各部门负责人以及部分职工进行深入交流,在系统界面设计、OA 栏目整体架构、功能模块设置、处科室版块管理、系统维护和安全等方面广泛征求意见,通过需求强度、可行性等多方面的综合权衡和筛选后,形成基本的模块架构。

**3.2.2 分清轻重缓急,从易到难分步实施** 组织行为是无法穷举的,即使满足了所提的全部需求,仍然还有很多事情无法在 OA 系统中处理。所以,对 OA 系统模块的优化选择显得尤为重要。在系统建设过程中,本院优先选择最为亟需、设计简单、容易推广的模块,如电子邮件、文件管理、通知公告、新闻动态等,先开发先应用,积累一些经验,再把功能较复杂需要多个部分协同处理的模块投入运行,循序渐进,使职工对 OA 系统有一个逐渐适应的过程,减少对原办公模式的依赖和对系统的抵触。

**3.2.3 加强沟通和培训,从上到下推广使用** 只有大多数人都使用 OA 系统,才能真正达到建设的目的<sup>[6]</sup>。本院的具体做法是:将 OA 系统建设纳入院长直接负责的一把手工程,将常用的审批流程放置在 OA 系统上,促进领导带头使用;加强与对部门负责人的沟通,让他们充分了解 OA 系统的功能和建设意义,并在系统中建立由其直接管理的版块,给予充分的自主开发权利,激发了他们的积极性。同时,强化职工培训,将使用手册挂在 OA 上供全院人员学习,再辅以个别人员、个别问题的单个培训,使全院人员都能熟练掌握系统的基本操作。

**3.2.4 明晰各层级职责,规范权限管理** 为加强管理,我院建立了 OA 系统的管理架构,明确了各层级的职责:院领导负责拟定系统建设的目标和方向,院办负责系统的整体维护和管理,信息中心负责技术支持,各处室版块则由处长直接负责,在每个部门设 1~2 名信息员,主要负责本部门相关信息的发布。信息员相对固定,如人事变动或其他原因需要调整的,部门必须提出申请经院办备案后,才能赋予新信息员的管理权限。

**3.3 检查阶段(C)** 对 OA 系统模块运行情况的追踪检查,主要通过两个渠道,一是“职工向信息员反映问题——提交部门负责人、填写意见反馈单——院办论证、执行——效果反馈”的模式,二是通过开展问卷调查、召开信息员例会等方式,直接搜集意见。5 年以来,通过上述渠道收集的意见建议,涉及到功能设置、应用、管理等多个方面,无疑为系统的改进指明了方向。

### 3.4 处理阶段(A)

**3.4.1 对存在的问题进行处理** 对于提出的问题,首先尝试解决,如因技术或其他特殊因素暂不能处理者,一方面做好解释工作,另一方面寻找替代途径。例如:为解决因院领导出差,影响公文流转和事务审批这一问题,本院开发了移动 OA,通过手机上网登录,处理待办任务和签阅文件等不再受地域限制;针对 OA 搜索资料困难的问题,建立“综合查询”模块,只要输入关键字即可寻找到目标材料。为突出显示最新消息,在每一条新信息的标题后自动呈现“new”的提示;针对部分干部没有及时登录 OA 系统阅读重要文件的问题,将短信平台嵌入了 OA 系统,当需要传阅的文件发布时,即可以短信的方式提示阅读。另外,根据部门所需,增加和调整了部分模块。增加了医用耗材物资申请流程、可疑医疗器械不良事件报告流程,全院经济合同管理模块及运行流程等 20 余个流程;增加了医疗质量考核通报、药品收入超标通报、抗菌药物临床应用检查通报、临床用血通报、药学信息通报、住院病历检查质控通报、医疗器械不良事件通报、门诊处方检查、停改诊情况通报等版块,每月定期发布考核情况,推动了政策性文件的贯彻实施,促进了内部管理的公开透明。

**3.4.2 巩固成效,建立长效机制** OA 系统建设是一个长期性工程,需要组织行为的固化、加深<sup>[7]</sup>。为巩固现有成效,我院做了很多努力,如:制定并严格执行信息录入、修改、存档等操作标准,不符合要求者不予审核发布;严格遵照收发文处理、请示报告提交、出国(出差)审批、会议请假、物资耗材申购、医疗器械不良事件汇报等工作流程,不能通过其他途径处理。定期召开信息员交流会议,工作情况纳入绩效考核,形成“信息员带动全院职工使用 OA,信息员带动技术人员改进 OA”的长效机制。

**3.4.3 进入下一阶段循环** 下一阶段 OA 系统建设的主要任务是开展与医院科研管理系统、医院继续教育管理系统、医德医风管理系统、教学管理系统、人力资源管理系统等业务系统的整合,而在本阶段尚未完成的流程和功能模块以及存在的其他问题,同时纳入下一循环。本院通过为期 5 年的 OA 系统建设,贯通了内部管理经脉、规范了办公流程,提高了效率,降低了成本,促进了办公理念和行为方式的转变,从整体上提高了信息可控性以及行为执行力,管理向科学化、规范化迈进。OA 系统的建设是不断循环的过程,没有终点,只有依靠科学的管理方法,才能达到持续改进的目标<sup>[8]</sup>。PDCA 循环是发现问题、解决问题进而推动工作顺利进行的科学管理方法,将 PDCA 循环与 OA 系统建设实践有机结合,对于促进系统建设、巩固成效、提高可持续性具有十分重要的意义。

### 参考文献:

- [1] 王素娟,张海莹,黄国英. PDCA 循环在我院管理体系建立和实践中的应用[J]. 中华医院管理杂志, 2013, 29(2): 156-158.
- [2] 程顺达,高海燕. 医院办公自动化系统的研究与讨论[J]. 中国医院管理, 2010, 30(3): 71-72.
- [3] 龚震晖,薛彦斌,朱立峰. 基于协同办公的医院办公自动化系统模式的研究[J]. 中国数字医学, 2010, 8: 92-93.
- [4] 朱迎阳,李莉,徐靖. OA 系统在医院管理中的应用与思考[J]. 医学信息, 2012, 25(6): 47-48.
- [5] 沈林,杜亚平. 医院信息化建设面临的难题与发展对策[J]. 中国卫生事业管理, 2009, 250(4): 239-240.
- [6] 布巍巍,郭晓军,杨莉. 对企业办公自动化常见误区的几点思考[J]. 科技情报开发与经济, 2009, 19(13): 180-181.

[7] 黄丽,王玉珍,闫卫东. 医院办公自动化系统建设中应注意的几个要素[J]. 西北国防医学杂志, 2011, 32(6): 499-500.

息, 2012, 25(2): 6-7.

(收稿日期: 2014-04-10 修回日期: 2014-08-22)

[8] 王步斐. 浅谈办公自动化系统在我院的应用[J]. 医学信  
• 卫生管理 • doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2014. 31. 050

## 从基层医疗卫生服务能力的角度分析重庆市基层医疗机构现状\*

潘 伦<sup>1</sup>, 吴海峰<sup>1</sup>, 何 坪<sup>1△</sup>, 邓 宇<sup>1</sup>, 张维斌<sup>2</sup>, 潘传波<sup>3</sup>

(1. 重庆医药高等专科学校 401331; 2. 重庆市卫生和计划生育委员会 401147;

3. 重庆市渝中区卫生和计划生育委员会 400010)

中图分类号: R197

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)31-4259-03

基本医疗服务指居民生存发展必需的、人人都能得到的、现有政府财力与居民个人收入能支付得起的医疗服务<sup>[1]</sup>。根据国内外经验,基本医疗服务主要依托于基层医疗机构或者初级医疗机构。结合我国实际情况,基本医疗服务体系的主体应是社区卫生服务中心(站)、街道/乡镇卫生院、村卫生室。因此,分析重庆市基层医疗机构的现状和存在的问题,不仅有利于基层医疗机构综合配套改革,也有利于基层医疗服务体系的构建,进一步深化医药体制改革,提高人民健康水平。本文拟通过分析重庆市基层医疗机构现状,分析存在的问题,并在此基础上提出可行性建议。

### 1 对象与方法

**1.1 对象** 研究对象为重庆市基层医疗机构,包括是社区卫生服务中心(站)、街道/乡镇卫生院、村卫生室。

**1.2 方法** 采取文献查询法和专家咨询法进行分析,定量数据主要来源于 2011、2012 年重庆统计年鉴、2012 年中国统计年鉴,并对研究重庆市基本医疗卫生事业的相关专家进行访谈。

### 2 结 果

**2.1 基本情况** 重庆全市面积 8.24 万平方公里,共辖 19 个区和 19 个县,设置乡镇 823 个、街道办事处 189 个、居委会 2 370 个、村委会 8 575 个。2011 年,总人口 3 329.81 万人,其中农业人口 2 052.17 万人、非农业人口 1 277.64 万人, GDP 10 011.37 亿元,人均 GDP 3 065 元;地方财政收入 2 908.91 亿元,城市居民人均可支配收入 21 955 元,农村居民人均纯收入 6 480 元<sup>[2]</sup>。全市(不含军队系统和村卫生室)共有卫生机构 7 076 个,其中医院 433 个(三级甲等医院 19 所)。床位 115 627 张,平均每千户籍人口病床 3.47 张;卫生技术人员 120 169 人,平均每千户籍人口拥有卫生技术人员 3.61 人、执业(助理)医师 1.49 人、注册护士 1.28 人。除每千农业人口拥有乡镇卫生院病床数超过全国水平,其他主要卫生资源指标均落后于全国平均水平,但居民主要健康指标却高于全国平均水平,处于西南地区前列。2011 年底,全市人均期望寿命达到 76.77 岁,孕产妇死亡率下降为 21.61/10 万,婴儿死亡率下降为 6.44‰,新生儿死亡率下降为 4.07‰<sup>[3]</sup>。

**2.2 农村地区办公机构少、一体化管理比例较低** 全市有社区卫生服务中心 161 个,社区卫生服务站 307 个,乡镇卫生院 966 个,街道卫生院 8 个,村卫生室 10 584 个。截至 2011 年底,全市还有 28 个街道未设置社区卫生服务中心,93.04% 的

村设置了村卫生室,略低于全国 93.40% 的水平。政府办社区卫生服务中心比例达 88.82%,社区卫生服务站达 54.07%,乡镇/街道卫生院达到 100.00%,但村卫生室比例较低,仅 10.70%,略高于全国 8.47% 的平均水平。乡村一体化管理比例较低,仅为 24.40%。

**2.3 无病床的基层医疗机构比例高于全国平均水平** 由于政策导向,社区卫生服务中心的床位数偏少,有 74 个社区卫生服务中心(占 45.96%) 的没有配置床位。本市无病床的社区卫生服务中心和卫生院比例(45.96%、5.75%) 略高于全国平均水平(45.72%、3.94%)。

**2.4 业务用房中仍存在危房、租房的情况** 截止 2011 年,本市基层医疗机构业务用房 319.251 5 万 m<sup>2</sup>,临床科室面积总计 157.758 8 万 m<sup>2</sup>,预防保健和医技科面积偏小,分别为 20.083 2 万 m<sup>2</sup> 和 31.583 3 万 m<sup>2</sup>。业务用房中,危房面积共 96 575 m<sup>2</sup>,占业务用房总面积的 3.03%;租房面积共 80 062 m<sup>2</sup>,占业务用房总面积的 2.51%。基本医疗服务的就医环境尚有待进一步改善。

**2.5 社区卫生服务中心(站)、村卫生室设备配置较差** 截止 2011 年,本市社区卫生服务中心(站)万元以上设备价值 13 812 万元,卫生院万元以上设备价值 74 197 万元,总计 88 009 万元。基层医疗机构万元以上设备绝大多数为 10 万以下的设备,其中社区卫生服务中心达到 85.86%,卫生院达到 86.76% (表 1)。社区卫生服务中心(站)的 100 万元以上设备比例(0.18%) 低于全国水平(0.40%)。村卫生室基本诊疗设备配置不全,除了诊查床和药柜能满足平均每个村卫生室配备一个以外,其他设备都不能满足(表 2)。侧面反映出村卫生室的标准化管理建设情况较差。

**2.6 社区门诊所占比例偏低** 基层医疗机构门诊诊疗人次占总诊疗人次数的 53.74%,入院人数占总入院人数的 39.03% (表 3)。社区卫生服务中心(站)所占比例偏低,门诊诊疗人次仅 4.55%,低于全国 8.72% 的比例,可能是由于政府加大基本公共卫生服务投入与考核力度,导致基本医疗服务日趋萎缩,以城市的社区卫生服务机构最为明显。农村地区基层医疗机构基本医疗做得较好,门诊人次数和住院人次所占比例均高于国家平均水平。

**2.7 卫技人员队伍层次低、结构不合理** 本市基层医疗机构卫生技术人员学历、职称、执业资格情况统计,见表 4。结果显示:(1) 人员的学历、职称结构不尽合理,具有本科学历及以上

\* 基金项目:重庆市卫生局委托项目(2012 年)。 作者简介:潘伦(1981—),讲师,本科,主要从事卫生管理工作。 △ 通讯作者, Tel: 13808341617; E-mail: heping1229@163.com。