

制度缺陷,比如无法根除委托-代理问题、依赖于社会力量举办公共卫生服务机构的积极参与、依赖于服务对象的积极参与、依赖于政府管理部门的较高管理水平等,所以政府购买基本公共卫生服务的制度需要不断完善。

参考文献:

- [1] 樊继达. 统筹城乡发展中的基本公共服务均等化[M]. 北京:中国财政经济出版社,2008:61.
- [2] 王伟,任苒. 基本公共卫生服务均等化的内涵与实施策略[J]. 医学与哲学,2010,31(6):58-59.
- [3] 陈丽. 落实基本公共卫生服务均等化策略研究[D]. 武汉:华中科技大学,2012.
- [4] 惠宇,陈效云,董立文. 建立医院绩效评价系统的理论与实践[J]. 中华医院管理杂志,2003,19(6):331-333.

- [5] 程勇. 社区卫生服务中心公共卫生服务绩效评价研究[D]. 武汉:华中科技大学,2008.
- [6] 毛蕾,王海萍. 德国的横向财政转移支付及对我国的启示[J]. 科技和产业,2006,6(9):59.
- [7] 王芳,刘晓曦,邱五七,等. 加拿大与澳大利亚公共卫生服务均等化经验与启示[J]. 中国卫生政策研究,2010,(5) 57-59.
- [8] 刘军民. 关于政府购买卫生服务改革的评析[J]. 华中师范大学学报:人文社会科学版,2008,47(1):35-42.
- [9] 张萌,王家耀,吴建,等. 我国政府购买公共卫生服务的实践和特点[J]. 中国社会医学杂志,2012,30(3):11-13.

(收稿日期:2014-03-15 修回日期:2014-07-26)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.36.044

我国医疗支援县级医院的机制及策略研究*

肖政^{1,2},汪成琼^{1,2},廖蓉蓉^{1,2},王飞¹,徐冬冬²,赵静²,苟强²,余昌胤^{1,2},舒涛²,毕路佳²

(1. 遵义医学院循证医学中心/循证医学教育部网上合作研究中心遵义医学院分中心,贵州遵义 563003;
2. 遵义医学院附属医院医务处,贵州遵义 563003)

中图分类号:R19;R95

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)36-4974-04

医疗支援为医疗卫生改革重要项目,西部县级医院硬件及软件配置薄弱,难以满足县域群众医疗保障需求,如何提高其服务能力成为当前重要课题。本研究系统评价医疗支援县级医院相关文献,深入分析医疗支援措施、内容及效果评价等,为构建科学医疗支援运行机制及政策提供证据。

1 研究方法

1.1 检索策略 由两名检索员独立采用“医疗、医院、对口支援、对口帮扶及对口扶持”等检索词,构建检索式:(1)医疗 or 医院;(2)对口支援 or 对口帮扶 or 对口扶持;(3)1# and 3#。检索万方、维普、CNKI 数据库(建库到 2010 年 10 月)及国家卫生部官方网站(<http://www.moh.gov.cn>)等。

1.2 纳入及排除标准 纳入医疗对口支援县级医院相关研究的文献,排除无详细内容的新闻、会议摘要及无关文献。

1.3 质量评价标准 此类研究无统一质量评价标准,本研究参考李幼平等^[1-2]关于政策研究文献的质量分级方法,结合纳入文献特征,将其质量分为 6 级。A:系统评价、Meta 分析卫生技术评估;B:政策文件、政府及相关工作报告;C:有确切研究方法的文献;D:政策实践及经验总结文献;E:综述及理论研究文献;F:专家意见。

1.4 筛选及质量评价 由两名评价员根据纳入、排除及质量评价标准,独立筛选及评价文献,筛选与评价分歧通过与第三方讨论解决。

1.5 数据提取及整合 参照 PICO 原则提取资料(P:研究对象;I:干预措施;C:研究对照;O:研究结果)。针对支援研究基本特征、支援措施及内容、支援效果评价、支援人才培养及支援建议与体会等设计资料提取表格,提取资料并进行描述性分析

及文献计量分析。

2 结果

2.1 文献检索及质量评价 共检索到文献 397 篇。阅读题目、摘要及全文后,依次排除重复、信息不全、会议摘要、报刊文章及不符合纳入标准的文献,最终纳入文献 25 篇。

2.2 纳入文献基本特征 1994 年首次报道医疗支援县级医院以来,共纳入 25 篇(表 1)支援实践及经验的文献报道,2000 年以后文献 23 篇(92%),质量均为 D 级,文献质量欠佳。支援单位包括高校单位(包含军事院校)支援(24%),军队单位(80%);主要为 3 种支援形式,包括跨省区,体现为东部地区支援新疆、贵州、西藏、内蒙古、广西、四川等西部省份医院(80%),区域内支援包括新疆、甘肃、西藏、辽宁、江苏及江西等省份(20%);军地支援(84%);双方签订支援协议(92%)。研究表明近 10 余年来以军队医院为主体机构对医疗支援研究重视增加,主要为跨省区和军地支援西部地区县级医疗机构,而区域内及高校单位支援报道较少,纳入研究质量低,其结论可靠性相对低。

2.3 支援措施及内容 纳入文献 25 篇(图 1),依据文献数量对报道支援措施及内容进行计量分析,研究表明目前主要为 10 大类支援措施及内容。(1)派驻医疗组(100%);依据受援医院弱势选择专业技术骨干(职称包含主任、副主任医师及高年资主治医师;学历包含博士与硕士)定期与不定期进驻受援医院,面对面业务指导,开展技术培训班、教学查房、示范手术、各科手术带教、临床讲座、疑难病例讨论、术前讨论、急危重患者救治,临床讲课;(2)人才培养(100%);主要内容见图 2;(3)技术帮带(100%);体现为医疗工作组骨干与受援单位医生结

* 基金项目:贵州省哲学社会科学规划基金(GZYB58);遵义医学院博士启动基金(F-617)。 作者简介:肖政(1974—),博士,讲师,主要从事循证应用与研究,医院管理与决策。

成对子,形成“1+1”对子,开展医疗技术、教学及科研帮带,培养受援医院骨干;(4)专科医疗(80%);依据受援地区疾病谱及医院弱势科室而建设特色专科(神经内科、内分泌科、骨科、普通外科、五官、口腔、血液透析、放射介入等),推动医疗新项目及新技术进入受援医院;(5)硬件(76%);硬件援助为传统援助,支援医院提供资金及设备援助,改善受援医院硬件设备,弥补资金短缺;(6)管理(48%);帮助制订医疗管理制度(科主任查房制度、三级查房制度、病区管理制度等)及培养管理人才等;(7)护理(24%);帮助建立护理体系、完善护理管理制度,开展护理业务讲座、护理示范、护理教学查房及整体化模式病房;(8)信息(24%);开设远程会诊及建设医院局域网等;(9)科研(12%);联合申报科研课题,培养科研人员等;(10)区域医疗体系(8%);专家医疗队组织义诊、定期巡诊、医疗咨询、科普讲座、提供医学科普材料等形式,培养受援县以下基层医院医疗人才,以县级医院为中心,帮助医疗辐射于本地区。结果表明:近 10 余年来,医疗支援形式多样,内容丰富,重要支援措施为派驻医疗组,技术帮带,人才培养,建设医院特色专科及给予资金及设备援助等,相对管理、护理、信息、科研及受支援单位所在地区医疗体系建设等方面报道较少。

表 1 纳入文献基本特征

作者	时间	是否 高校	作者 地区	帮扶 地区	军地 帮扶	协议 签订	质量
郑燕娜等 ^[3]	1994	—	新疆	新疆	—	√	D
刘东明等 ^[4]	1999	√	上海	西藏	—	√	D
刘好源等 ^[5]	2002	—	福建	贵州	√	√	D
刘建军等 ^[6]	2003	—	天津	内蒙古	√	√	D
王波等 ^[7]	2003	—	甘肃	甘肃	√	√	D
阳林俊等 ^[8]	2003	—	湖南	广西	√	√	D
李素芝等 ^[9]	2004	—	西藏	西藏	√	√	D
刘福祥等 ^[10]	2004	—	北京	甘肃	√	√	D
季之欣等 ^[11]	2004	—	北京	四川	√	√	D
陈兴华等 ^[12]	2004	—	辽宁	青海省	√	√	D
吕占秀等 ^[13]	2004	—	北京	宁夏	√	√	D
张静波 ^[14]	2002	√	北京	内蒙古	√	√	D
宁资社等 ^[15]	2004	—	湖南	广西	√	√	D
王宏等 ^[16]	2004	—	北京	云南	√	√	D
吴复元等 ^[17]	2004	—	山东	新疆	√	√	D
吴汉森等 ^[18]	2004	√	广东	云南	√	√	D
张卫兵等 ^[19]	2004	—	江苏	新疆	√	√	D
周国和等 ^[20]	2004	—	湖南	广西	√	√	D
张雁灵等 ^[21]	2006	√	上海	宁夏	√	√	D
王芳等 ^[22]	2007	—	江苏	贵州、西藏	√	√	D
王立安等 ^[23]	2007	—	甘肃	甘肃	√	√	D
崔宝善 ^[24]	2007	—	江苏	贵州、西藏	√	—	D
赵建中等 ^[25]	2007	√	江苏	江苏	—	—	D
徐克等 ^[26]	2009	√	辽宁	辽宁	—	√	D
雷良华等 ^[27]	2010	—	江西	江西	—	√	D

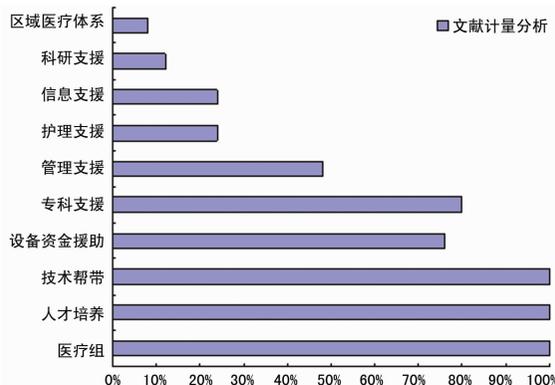


图 1 医疗支援措施及内容特征 (1994~2010 年)

2.4 医疗支援效果评价 纳入文献 25 篇(图 3),依据文献数量对报道支援效果评价指标进行计量分析。研究表明目前主要为 10 大类支援效果评价指标,包括专科医疗水平(80%),医疗质量(72%);门诊患者量、出院数量及医疗管理(均为 48%);业务收入(60%);群众满意度(52%);护理质量(24%);科研能力(12%)及区域医疗体系建设(8%),各项支援措施均能表现出不同程度的效果。主要以专科医疗水平、医疗质量、业务收入及群众满意度等指标评价支援效果,门诊患者量、出院数量、医疗管理、护理质量、科研能力及局域医疗体系再造及完善等指标报道相对较少。

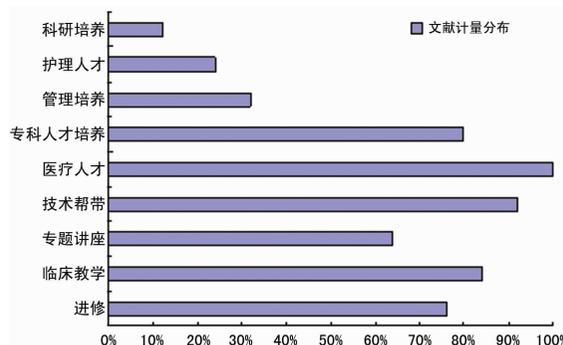


图 2 人才培养帮扶 (1994~2010 年)

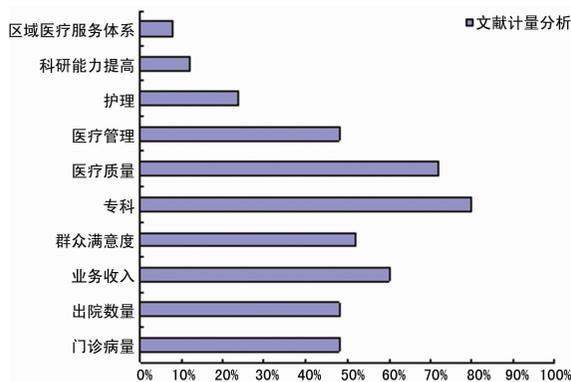


图 3 医疗支援效果评价 (1994~2010 年)

2.5 人才培养 纳入文献 25 篇(图 3),为提高受援医院医疗技术水平,根据“输血胜于造血”的原则,采用如下培养方式包括免费进修、专科进修或专项技术学习,开办培训班(76%);临床教学(84%);包括教学查房、手术示范、手术带教及疑难病例讨论等;专题讲座(64%);即“一对一”帮带式培养(92%)。人才类型包括医疗技术人员(100%)、专科医生(80%)、管理人才(32%)、护理人才(24%)及科研人才(12%)。研究表明人员进

修、技术帮带、临床教学及开设讲座等为主要培养方式;医疗技术人员及专科医生为主要培养对象,对管理、护理及科研类人才培养甚少。

2.6 建议与体会 纳入提供建议与体会的文献 17 篇,本研究将各种建议与体会归纳如下,(1)支援组织:充分认识支援重要性、领导重视、科学策划、科学组织及合理安排;(2)支援重点:依据疾病谱与疾病负担,重点支援薄弱专科及人才问题;(3)支援内容:硬件、医疗技术、人才培养、医疗管理、支援医院区域技术协作体系、信息及科研等,注重骨干培养,促进学科建设;(4)支援路径:派遣医疗队及远程会诊、推动医院协作;(5)支援效应、共赢效应为主,支援医院获得锻炼队伍,加强医院文化建设,同时受支援医院医疗、预防和保健全面成长;(6)支援机制:建立协作、长效及双向互动机制,提升受援医院自身“造血”功能,增强受援医院自我发展机制。

3 讨论

医疗支援为政策性及公益性行为,不同级别医院形成对子,提高下级医院服务能力。目前医疗支援关注两大类问题,即支援医院院内服务能力和对外服务能力(辐射能力)。1992 年首次医疗支援研究报道^[28-29]以来,相关文献逐年递增,表明国家及大型医院对医疗支援重视程度增加。主要报道跨地区支援(东部支援西部)及军地支援(军队医院支援地方医院),高校医疗机构支援少,本区域内支援少。然而跨地区支援实施难度系数大,支援效果相对低,因此难以实现支援双方医院的协作发展。高校医疗机构掌握一流医疗资源,但相关对口支援研究少,这是一个不合理的现象,其资源科学合理流向将成为关注点。本研究纳入文献均为 D 级文献,质量较低,因此加强此类研究设计,提高证据质量,为相关政策制订提供高质量证据成为未来关注点。

近 20 年来工作实践表明医疗支援逐渐从硬件支持演变为软件支持。早期主要是给予资金支持,帮助受援医院完善基础设施及设备配套等,改善落后地区医疗基础硬件配置。随社会经济持续发展,各地医院硬件配置得到较好加强,医疗技术成为支援主题,体现为派驻医疗组、技术帮带、人才培养及建设特色专科等提高受援医院医疗技术服务能力,但对管理、护理、信息及科研相关报道少。管理、信息及科研等为受援医院弱势,管理能力低下,成为制约医院发展的核心因素^[30-32]。因此更应加强对受援医院管理能力支援,促进医院综合服务能力发展。欠发达地区护理人员分布相对少,护理体系不完善,也成为影响医疗服务能力发展的重要因素^[33]。因此,支援过程中,应加强受援医院护理能力。受援医院为所在地区主要医疗力量,局域医疗体系中的主力军,其辐射能力的强弱,直接影响区域内社区、乡镇卫生院发展,局域医疗体系完善及整体医疗服务水平的提高。但相关支援报道少,因此,在支援工作中,也应重视其辐射能力建设,重视局域医疗体系重塑及完善。综上所述,医疗支援从硬件支援演变为软件支援,医疗技术为支援重点,而医院管理及护理等领域支援甚少,这将成为未来支援关注点。

人才是医院发展核心,人才培养是支援工作重点。研究表明人才培养类型主要为医疗技术人才,对管理、护理及科研类人才培养甚少。然而管理、护理及科研人才往往制约当地医院发展,尤其是管理人才,将对医院发展发挥决定作用,良好的管理引领受援医院,乃至整个区域医疗卫生良性发展。因此如何培养受援医院管理人才,提高管理能力,则应成为未来支援工作的重点。人才培养方式主要为人员进修、技术帮带、临床教学及开设讲座等临时性和短效性“零星培养”。大型医院,

尤其高校附属医院拥有优质、完备的教学资源及服务体系,医院持续发展,需要持续人力资源支撑。那么如何在大型医院教学平台基础上,构建跨区域人才培养体系及区域内人才培养体系,以确保受援医院长效人才建设机制,持续推动落后地区医院发展,成为新课题。

在医疗资源总量不足的大背景下,医疗支援工作在全国范围内广泛开展,如何利用有限资源,提高支援工作效率成为焦点。本研究结果表明医疗支援能在一定程度上提高医疗服务能力,但其评价指标粗糙,主要以专科医疗水平、医疗质量、业务收入及群众满意度等指标评价工作效果,然而门诊患者量、出院数量、医疗管理、护理质量、科研能力及局域医疗体系再造及完善等指标报道相对少。本研究提示目前尚未形成科学合理的支援工作考核指标体系,医院服务能力考核由系列指标综合组成,体现整体医疗服务水平,目前可参考标准为二级综合医院评审标准。因此如何借鉴该评审标准,综合制订科学合理的支援工作考核指标体系成为新课题。

研究表明目前医疗支援具有短效性,甚至流于形式,不利于有限资源的合理利用,因此必须转换思路,以支援为载体,按照等级医疗原则,形成合作伙伴,分工协作,更加有利于互惠互利。徐克^[26]提出区域“协作医院”模式,建立以高校为基地的人才培养模式,加强区域医疗人才培养,提高县级医院服务能力,大部分疾病实现就地诊断治疗,实现双向转诊,大病进入大型医院医疗市场,协作发展,提高区域整体医疗服务能力,具有极强的借鉴价值。综上所述,医疗支援县级医院主要为跨地区和军地支援,经历从硬件到软件支援的过程,以医疗支援为主,对提高县级医疗机构服务能力具有重要作用。但对科研、管理及信息等支援力度不足,常为短效,缺乏长效、科学运行、监督及绩效考核机制。结合现在卫生与计划生育委员会鼓励大型医院组建医疗联合体政策,在支援策略制订过程中,大型公立医院必须转换战略思维,主动延伸医院功能,积极与县级医疗机构建立分工协作模式,充分利用医疗联合体运作与实施,把握关键问题,如医疗、管理、信息、科研及护理能力等综合资源,构建科学帮扶运行、监督及绩效考核机制,对提高县级医院及区域医疗服务能力,缓解当前医疗压力具有重要意义,值得进一步探讨。

4 医疗支援策略建议

医疗支援为医疗改革的重要内容,西部省区成为帮扶重点。为构建支援策略,基于本研究成果建议如下:(1)大型公立医院转换战略思维,主动延伸医院功能,积极与县级医疗机构建立科学的分工协作模式,把握关键问题,构建科学帮扶运行、监督及绩效考核机制。(2)注重区域内支援,结合区域内医疗联合体相关政策,以医院技术协作模式为基础,再造或完善区域医疗体系,实现区域医疗资源合理配置,实现区域内医疗机构共赢,共同促进健康事业发展。(3)在政府加大医院硬件投入的背景下,除常规支援外,应注重管理、信息及科研等软能力支援,强化对院级与科级层面管理者进行培训,提高管理水平与能力,促进医院强劲发展。(4)采用二级医院考核指标及辐射能力及支援双赢相关指标,加强绩效考核,加强支援管理。(5)建立长效培养机制,采用区域外及区域内支援,内外结合,建立区域人才培养体系。(6)高校附属医院积极参与医疗对口支援,重点支援区域中心医院,增强其医疗辐射能力,构建梯级医疗协作体系。

参考文献:

[1] 李幼平,陶铁军,孙丁,等.我国专科医师分类研究初探

- [J]. 中国循证医学杂志, 2004, 4(3): 173-180.
- [2] 文进, 谢瑜, 高晓凤, 等. 美国飓风风险管理的循证评价及其对我国医疗风险管理的启示——医疗风险系列研究之三[J]. 中国循证医学杂志, 2006, 6(3): 209-217.
- [3] 郑燕娜. 对口支援哈巴河县的体会和设想[J]. 中国农村卫生事业管理, 1995, 15(2): 45.
- [4] 刘东明. 认真贯彻中央第三次西藏工作座谈会议精神全面落实对口支援西藏卫生事业——记中日医院和上海医大对口支援西藏自治区第二人民医院[J]. 西藏医药杂志, 1999, 20(4): 34-35.
- [5] 刘好源, 于晓莉. 军队医院对口支援西部县医院的做法与体会[J]. 解放军医院管理杂志, 2002, 9(5): 422-423.
- [6] 刘建军. 军队医院对口支援西部医院的实践与体会[J]. 华北国防医药, 2003, 15(3): 182-183.
- [7] 王波, 徐越斌, 宋枫, 等. 我院对口支援地方医院的做法与体会[J]. 中华综合医学杂志, 2003, 5(9): 90-91.
- [8] 阳林俊, 王巍. 做好西部医院对口支援工作的体会[J]. 中国新医药, 2003, 2(12): 112-113.
- [9] 李素芝, 郭灵常, 王英凯, 等. 扎实履行帮带职责 扩大对口支援范围[J]. 解放军医院管理杂志, 2004, 11(5): 411-412.
- [10] 刘福祥. 坚持求真务实提高帮带成效[J]. 解放军医院管理杂志, 2004, 11(5): 414-415.
- [11] 季之欣, 陈晓红. 发挥技术人才优势 确保对口支援工作落到实处[J]. 解放军医院管理杂志, 2004, 11(5): 418-419.
- [12] 陈兴华. 科学组织着眼长远确保对口支援工作高质量[J]. 解放军医院管理杂志, 2004, 11(5): 403-404.
- [13] 吕占秀, 倪衡金, 赵晶明, 等. 强化三个意识 拓展专科医院对口支援功能[J]. 解放军医院管理杂志, 2004, 11(5): 419-420.
- [14] 张静波. 我院对口支援西部医院的经验与体会[J]. 中华医院管理杂志, 2002, 18(11): 694-694.
- [15] 宁资社, 阳林俊, 王巍. 军队医院对口支援西部医院的做法[J]. 中华现代医院管理杂志, 2004, 2(2): 56-57.
- [16] 王宏, 罗军, 李文斌. 技术与管理帮带并重 全面开展对口支援工作[J]. 解放军医院管理杂志, 2004, 11(5): 412-413.
- [17] 吴复元, 时利民. 加大帮带技术含量 积极做好对口支援工作[J]. 解放军医院管理杂志, 2004, 11(5): 407-408.
- [18] 吴汉森, 谭剑, 朱宏. 着力提高帮带医院自身造血功能——对口支援广南县人民医院帮带经验[J]. 现代医院, 2004, 4(4): 59-61.
- [19] 张卫兵. 突出人才技术帮带全面开展对口支援[J]. 解放军医院管理杂志, 2004, 11(5): 408-409.
- [20] 周国和. 着力解决瓶颈问题开创帮带工作新局面[J]. 解放军医院管理杂志, 2004, 11(5): 410-411.
- [21] 张雁灵. 充分发挥军医大学优势支援西部医疗卫生事业发展[J]. 解放军医院管理杂志, 2006, 13(9): 701-702.
- [22] 王芳, 吕河. 突出帮带重点全面开展对口支援工作[J]. 中医药管理杂志, 2007, 15(6): 411-412.
- [23] 王立安. 发挥军队医院优势支援西部医院发展[J]. 西北国防医学杂志, 2007, 28(4): 318-319.
- [24] 崔宝善. 积极发展军区医院优势 不断提高对口支援工作水平[J]. 东南国防医药, 2007, 9(1): 88-90.
- [25] 赵建中. 浅议“双援”战略在城乡卫生对口支援中的实践与运用[J]. 中国医药导报, 2007, 4(16): 167-168.
- [26] 徐克. 践行大医院社会责任帮扶农村县医院建设[J]. 辽宁经济, 2009, 28(7): 16.
- [27] 雷良华. 与县级医院开展长期技术协作的实践与体会[J]. 中国卫生事业管理, 2010, 27(3): 214-215.
- [28] 李志波, 李丰雨, 李萍. 邯郸市卫生支农的实践与体会[J]. 中国农村卫生事业管理, 1992, 10(12): 17-18.
- [29] 莫益增, 尹口. 城市医院支援农村卫生建设应注意的几个问题[J]. 中国卫生事业管理, 1992, 12(8): 484-485.
- [30] 苏均平, 贺祥, 孙红. 理顺医教研的关系 推动医院建设发展[J]. 解放军医院管理杂志, 2001, 8(1): 31-32.
- [31] 苏琴. 学科建设和科研工作在医院发展中的作用[J]. 现代医药卫生, 2010, 26(22): 3501-3502.
- [32] 王望生, 李小林, 李秋平, 等. 抓好科研管理促进医院发展[J]. 中华医院管理杂志, 1994, 10(2): 119.
- [33] 李春玉. 我国护理人力资源结构演变及现存问题[J]. 护士进修杂志, 2009, 24(1): 18-20.

(收稿日期: 2014-03-08 修回日期: 2014-07-26)

• 卫生管理 • doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2014. 36. 045

分时段办理出院结账手续的成效分析*

李乐波^{1,2}, 张胜利¹, 徐建红¹

(1. 浙江省绍兴市妇幼保健院财务科 312000; 2. 浙江省绍兴市人民医院/浙江大学绍兴医院财务处 312000)

中图分类号: F23

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)36-4977-03

“提高公立医院服务水平”是当前我国公立医院综合改革乃至医药卫生体制改革的目标之一。国务院《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》明确指出:“积极推进公

立医院改革, 开展医院管理服务创新, 优化服务模式和服务流程, 方便群众就医”。为此, 本院适时推出分时段办理出院结账手续服务, 旨在方便患者及其家属、减少排队等候时间^[1]。在

* 基金项目: 浙江省康恩贝医院管理软科学研究项目一类课题(2012ZHA-KEB104); 浙江省医药卫生科技计划项目(2013KYB265); 绍兴市哲学社会科学“十二五”规划 2013 年度重点课题(125316)。 作者简介: 李乐波(1976—), 高级会计师, 主要从事卫生经济学、财会管理研究。