

间、手术室清扫时间、冰冻病理送检时间等系列指标,对设计开台的各环节时间节点进一步细化、量化,并与科室绩效管理考核紧密挂钩,督促手术三方各尽其责,在手术室运转高效中实现个人效益、医院效益协调同步。

3.3 合理的绩效考核方案是推动手术效率提升的外在动力 绩效与开台时间管理脱钩,弱化绩效管理在该领域的调节、激励和督促效能,必然导致开台时间节点管理的失效。奖惩不到位是开台时间延误的内在原因之一。开台时间准时到位意味着手术室运作管理效率提升,个人的收益增长与科室效率的提升。若奖惩机制和精细化管理未形成,效率的内动力就难以体现。华西医院、长海医院等大型三甲医院利用六西格玛管理研究方法,对包括患者入室等待、护士术前准备、麻醉准备、医师准备等多个环节展开详细调查,通过相应的制度和流程改造加大奖惩力度,以此提高开台效率,压缩了接台时间,有效降低了运行成本,提高了工作人员的积极性。

3.4 数字化信息化管理是拓展手术效率的有效工具 通过完善手术数字信息管理,优化手术室三方手术信息获取终端,便于医生适时、便捷地获取大量的患者和手术信息,对于实施更精准的手术开台时间,实现手术室多方互动协调,确保手术开台时间执行,破解准时开始障碍有重要的保障作用^[9],为持续改进手术流程,提升手术室运转效率,管理量化、措施创新、流程优化等多方面提供有力的支撑。充分利用手术预约申请系统编制手术计划,积极改造手术预约申请排班流程。实现病区医生手术预约申请,手术室护士长进行手术批量排班,手术室信息系统及时反馈的良性互动,医生在病区即可通过电子病历系统的手术预约查询了解相应的手术时间^[10]。发挥信息公示作用,可以明确奖惩管理提升手术效率。对前一天择期手术最早和最晚开台时间、主刀医生、麻醉方式及术种、当天开台时间统计对比后及时公示发布。将统计信息作为手术效率高低的指标纳入手术科室考核体系,在手术开台时间节点执行中引入科室间的评估和竞争机制,采取末尾淘汰加重处罚力度的做法,有助于增强医护人员对手术开台的重视和准时手术开台主动性。

3.5 手术开台改善建议 高效率的手术室工作与医院对手术
• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.18.048

室的持续投入和不断优化管理流程息息相关。其中,已设立的麻醉恢复室对提高效率有很大帮助。针对当前普遍存在的手术开台延迟问题,任有较大的改进空间。通过头脑风暴法,确定了三个关键因素的改进策略,具体如下:(1)在医院层面建章立制,明确手术开台时间(医院规定为9:30),加强质控监管;(2)协调手术科室调整手术日的晨间业务活动,优先安排手术医生查房,或提前安排助手进入手术室。(3)细化规范流程中主要环节的时间点。8:15 手术护士建立静脉通道,8:30 麻醉操作,9:00 手术医生到达手术室做准备,9:30 主刀医生开始手术(以切皮为主)。

参考文献

- [1] 山慈明. 法国医院手术室提高使用效率的方法[J]. 中华护理杂志, 2006, 12(41): 1146-1148.
- [2] 王亮, 苗艳. 运用时间管理提高手术室的工作效率[J]. 中国社区医师, 2007, 3(9): 94.
- [3] 梁宁, 马利, 胡俊, 等. 麻醉科工作流程优化管理在快通道手术中的作用研究[J]. 山东医药, 2012, 52(4): 64-66.
- [4] 吴英锋, 王欣, 张红宇, 等. 某院手术开台时间的调查与分析[J]. 中国病案, 2011, 12(9): 42-44.
- [5] 曾赛男, 周建大. 综合医院手术管理委员会运行的体会[J]. 当代护士(下旬刊), 2013, 11(8): 104-105.
- [6] 赵亮, 金昌晓, 张丽萍, 等. 手术室利用效率和效益最大化的管理办法[J]. 中国医院管理, 2008, 28(10): 43-45.
- [7] 李洲, 王捷, 张金利, 等. 提高手术室使用效率的思考[J]. 中国城乡企业卫生, 2010, 4(2): 10-11.
- [8] 郭延平, 杨贤云, 华靖. 指纹打卡考勤管理对第一台手术准时实施的作用[J]. 护理学杂志, 2012, 27(18): 27-28.
- [9] 王忠庆, 邵尉, 杨伟锋, 等. 数字化医院手术麻醉信息系统设计与应用[J]. 中国数字医学, 2014, 9(2): 46-48.
- [10] 杨红玲, 师恩洲. 手术预约申请排班流程优化改造对医院的影响[J]. 医学信息, 2011, 29(1): 519-520.

(收稿日期:2015-01-12 修回日期:2015-03-26)

不同协作模式下高血压患者门诊就医与协作服务评价研究*

徐 静, 葛运运, 钱东福[△]

(南京医科大学医政学院, 南京 210029)

[中图分类号] R197

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)18-2577-04

21 世纪以来,以高血压为代表的慢性非传染性疾病已成为危害百姓健康的主要公共卫生问题,它们具有病程长,难治愈等特点,给家庭和社会都带来了沉重的经济负担^[1]。而融预防、医疗、保健、健康教育等为一体的社区防治被证明是慢性病

干预的重要策略^[2],引导慢性病患者到社区卫生服务机构就诊,加强社区卫生服务机构对慢性患者病情的掌握,是目前慢性病管理的重要手段。但是,由于设备条件有限、人员素质不高因素限制,社区卫生服务机构能够提供的服务质量并不

高。在这样的现实情况下,建立大医院与社区卫生服务机构之间的合作和协调机制,提高社区机构医疗服务的质量,成为了我国医改的一个重要方面。近年来,各地政府因地制宜,纷纷出台相关政策鼓励大医院与社区之间协作模式的建立。其中,较为突出的模式有大医院直管社区模式、医疗集团模式、松散协作模式等。

本研究选取了在武汉直管模式和镇江医疗集团模式下社区卫生服务中心就诊的高血压患者为调查对象,从门诊就医行为角度分析不同模式下高血压患者就医行为特征及其对获得医疗服务的感知情况,以了解不同协作模式提供卫生服务的现状及其对高血压患者就医行为的影响,为协作模式下改进高血压患者医疗服务提供理论支持和政策建议。

1 资料与方法

1.1 一般资料 考虑到所选地区的人口水平、经济发达程度应当区别不大,根据典型抽样,本研究选取了来自以“医疗集团”为特点的镇江某协作模式下的 3 所社区医疗机构和以“直管模式”为特点的武汉某协作模式下的 3 所社区卫生服务中心的门诊患者作为研究对象。选择的样本是患有高血压的当地居民,筛选标准:(1)调查前一年内,不仅接受过大医院的医疗服务也接受过社区医生的服务;(2)年龄 18~80 岁;(3)调查样本社区的长期居民;(4)愿意参与这项研究。排除标准:(1)有严重的高血压并发症;(2)患有癌症、艾滋病等。

1.2 方法 采用分层随机抽样的方法,利用已设计完成的问卷,对每一个协作模式的核心医院及与其协作的社区卫生服务中心进行调查,了解社区卫生服务中心门诊患者对所处协作模式的认知评价。根据知情同意原则,共计发放社区门诊患者问卷 668 份,回收 652 份,有效问卷回收率 97.6%。

1.3 统计学处理 采用 Epidata3.0 进行数据录入,采用 SPSS 16.0 统计软件进行统计学分析。计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的一般情况 在本次调查的 625 例高血压患者中,男 271 例(43.4%),女 381 例(58.44%);年龄 60 岁以下的有 140 例(22.4%),60~70 岁 258 例(41.3%),70~80 岁的 254 例(38.96%);已婚的有 560 例(89.6%),未婚或离异、丧偶的有 92 例(14.11%);教育程度为小学及以下的有 252 例(40.3%),中学的有 292 例(46.7%),专科及以上的有 108 例(16.56%)。

2.2 就医情况 结果显示,医疗集团模式和直管模式下,患者对所患高血压通常就诊机构为社区卫生服务中心的比例分别为 91.1% 和 53.4% ($\chi^2 = 108.679, P < 0.05$)。直管模式下,37.5% 的患者对于所患慢性病常去就诊机构为县级以上大医院,9.0% 为私人诊所及其他;而医疗集团模式下,比例分别为 5.9% 和 3.0%。总体来说,32.0% 的患者表示每次就诊会选择同一个医生。两个模式下患者对是否找同一个医生的选择差异无统计学意义($P > 0.05$)。所有受访患者中 77.9% 的表示对高血压有固定的治疗方案,22.1% 的表示无固定治疗方案。在表示有固定治疗方案的患者中,63.11% 表示其治疗方案由社区医生制订,34.84% 表示方案由大医院医生制订,2.05% 表示其目前治疗方案由社区医生与大医院医生沟通后

制订。见表 1。

表 1 高血压患者门诊就医情况[n(%)]

项目	直管模式	医疗集团模式	χ^2	P
所患慢性病就诊常去机构为社区卫生服务机构				
是	172(53.4)	275(91.1)	108.679	0.000
否	150(46.6)	27(8.9)		
每次就诊都找同一个医生				
是	113(35.0)	87(28.8)	2.736	0.098
否	210(65.0)	215(71.2)		
有固定治疗方案				
是	232(73.0)	251(83.1)	9.282	0.002
否	86(27.0)	51(16.9)		

2.3 患者对协作服务情况的认知评价 总体上,患者认为在社区可以得到大医院医生诊疗服务的比例较少,仅为 27.2%。对于在社区是否能够买到大医院医生开的药,总体上 32.6% 表示可以获得。直管模式下认为能够获得大医院所开药品的比例较少,两个模式间差异有统计学意义($\chi^2 = 47.628, P < 0.05$)。

表 2 患者对协作服务情况的认知评价[n(%)]

项目	直管模式	医疗集团模式	χ^2	P
社区得到大医院服务				
是	67(20.7)	103(34.1)	14.074	0.000
否	256(79.3)	199(65.9)		
社区可以开到大医院开的药品				
是	65(20.1)	139(46.0)	47.628	0.000
否	258(79.9)	163(54.0)		

在医疗集团模式和直管模式下,认为社区医生了解其慢性病历史的患者比例分别为 69.9% 和 48.0% ($\chi^2 = 30.789, P < 0.05$)。相较而言,居民认为大医院医生了解自己慢性病病史的比例普遍较低,约为 25.8%。直管模式下,29.7% 的患者认为大医院医生了解自身病史,比例高于医疗集团模式。见表 3。

表 3 高血压患者认为医生是否了解自己慢性病病史情况[n(%)]

项目	直管模式	医疗集团模式	χ^2	P
社区医生是否了解慢性病病史				
是	155(48.0)	211(69.9)	30.789	0.000
否	168(52.0)	91(30.1)		
大医院医生是否了解慢性病病史				
是	96(29.7)	65(21.5)	5.485	0.019
否	227(70.3)	237(78.5)		

2.4 高血压患者对协作服务的满意度分析 总体来看,患者普遍认为大医院医生和社区医生之间关于患者的信息交流情况较少。直管模式和医疗集团模式下,患者认为大医院医生和

社区医生之间关于患者的信息交流情况较少的比例分别为 83.6% 和 67.2%; 医疗集团模式下认为医生间信息交流情况较多/一般的比例高于直管模式。调查对象对医院和社区协作的满意度情况很低, 直管模式和医疗集团模式下仅有 8.0% 和 7.9% 的患者对机构间的协作服务满意, 两个模式下患者满意度评价无统计学差异 ($P > 0.05$)。

表 4 高血压患者对协作服务的满意度分析 [$n(\%)$]

项目	直管模式	医疗集团模式	χ^2	P
大医院医生和社区医生之间关于患者的信息交流情况如何				
交流较多	14(4.3)	21(7.0)	23.211	0.000
一般	39(12.1)	78(25.8)		
交流较少	270(83.6)	203(67.2)		
医院和社区协作服务满意度				
满意	26(8.0)	24(7.9)	3.158	0.206
一般	33(10.2)	45(14.9)		
不满意	264(81.7)	233(77.2)		

3 讨论

3.1 基本情况 医院直管社区卫生机构模式和医疗集团模式, 是目前较常见的协作紧密的医院和社区协作模式。李红丽等^[3]对直管模式开展的具体服务进行研究, 认为直管模式可以提升社区卫生机构服务能力; 杨诗汝等^[4]通过对转诊患者的治疗效果及费用方面的评价, 认为“直管”模式对患者转诊情况有所促进。曾耀莹^[5]和王晓波^[6]认为, 镇江的医疗集团模式的本质是一个纵向到底的医疗联合体, 集团优势有效地整合了卫生资源, 提升了社区的医疗水平, 也使患者满意度大幅提升。不同的协作模式在一定程度上搭建了机构间联系的平台, 为向患者提供更加优良的服务创造了部分有利的条件和基础。然而, 由于机构的联系紧密程度、利益协调过程及机构间合作关系有所区别, 不同协作模式提供服务的特点不同, 患者对所获得服务的感知也不同。

本研究表明, 医疗集团模式和直管模式下, 高血压患者在选择通常门诊就诊机构时差异明显。医疗集团模式下患者对于所患慢性病更愿意到社区卫生服务机构进行就诊, 没有固定治疗方案或者自己决定治疗方案的患者比例低于直管模式。这可能与当地居民长期形成的健康意识有关。实行一定的健康教育管理, 可以帮助控制社区慢性病患者病情^[7]。然而尽管在直管模式下, 医院和社区有着较为紧密的协作关系, 但研究反映其当地居民自我医疗的比例较高, 可能与当地经济水平有关。直管模式医院和社区的覆盖范围为武汉市经济稍弱地区, 因此患者水平较低可能也成为影响其就医选择的因素之一。钱东福等^[8]指出城市低收入患者更可能选择自我医疗。从对接受到协作服务的评价来看, 医疗集团模式下患者认为社区可以得到大医院服务和认为社区可以开到大医院开的药的比例高于直管模式。这提示, 两个模式相比, 医疗集团模式下患者对开展的协作服务感知更高。

能否在社区买到大医院开的药是目前社区就诊高血压患者反映的主要问题, 一方面与现行的基本药物政策、医院医生的用药习惯有关, 也与机构间协作交流有关。由于慢性病的治

疗强调连续性, 常去大医院就诊的患者若在社区无法得到所需药品, 将阻碍其到社区就诊积极性。直管模式下, 只有 48.0% 的患者认为社区医生了解其慢性病史, 认为大医院医生了解其病史的患者比例略高于医疗集团模式, 这提示在直管模式下, 高血压患者更倾向于到大医院就医。一方面, 这与当地居民长期的就医习惯有关, 另一方面, 可能与直管模式宣传不到位, 居民对社区卫生服务机构的认可度不高有关。两个模式下, 患者对于协作服务的满意度评价均不高, 医疗集团模式下患者对医生之间信息交流评价和对协作服务的不满意比例低于直管模式。固然不同医院和社区的协作模式有不同的服务提供特点和优势, 但作为服务感受的利益相关者, 患者的评价与满意度更应是模式进行改进的方向标, 可参考患者的主观体作为医疗服务的评价标准。

3.2 建议

3.2.1 提高协作模式的宣传 调查反映, 样本患者对医院或社区的协作模式内涵、开展服务情况的感知较弱, 如两个协作模式已开展大医院医生到社区坐诊服务, 但受访患者对此项服务的知晓度并不高。考虑到大部分患者年纪较大, 对于信息的接收渠道主要包括电视、广播、报纸等, 建议多通过此类媒体进行宣传^[9]。由于大部分慢性病患者的主要活动范围在社区, 建议借助街道或社区居委会的板报、日常宣传栏等宣传。且应加强社区医生对患者的沟通和讲解, 告知患者相应大医院医生的坐诊信息。

3.2.2 通过双向转诊规范慢性病患者就医行为 慢性病的治疗具有特殊性, 盲目在大医院治疗不仅浪费卫生资源, 也给患者带来较大经济负担^[10]。对于一般疾病, 应引导患者到社区首诊; 对于慢性病患者, 除了加强公共卫生与健康知识宣传外, 应鼓励患者定期到社区进行身体检查, 与社区医生进行沟通; 对于病情较重的患者, 在本单位参与协作模式的支持下, 社区医生应帮助及时转诊到相应定点大医院就诊或住院。

3.2.3 增进医生与患者之间的沟通 由于医生与患者之间沟通较少, 部分患者认为社区医生不了解其慢性病史, 这不仅造成患者对医生的不信任, 也会阻碍患者进一步到社区就诊。由于社区卫生服务机构医生承担着“守门人”的职责, 且长期与社区慢性病患者进行直接接触, 这要求他们必须掌握本机构管理的患者的病史和病情。社区医生应提高与患者的沟通技巧, 熟悉管理患者的病史、用药史, 提高居民对社区卫生服务机构的信任, 使社区的慢性病患者愿意主动地到社区就诊。

参考文献

- [1] 陶利平, 谢莉, 刘晓平, 等. 社区慢性病管理实践的文献综述[J]. 中国卫生事业管理, 2006, 22(7): 427-429.
- [2] 杨金侠, 江洁. 从防控主体出发的社区慢性病防控策略探讨[J]. 中国卫生事业管理, 2011, 28(10): 729-731.
- [3] 李红丽, 汪旭东, 肖远莉. 探索公立医院直管改革提升社区卫生服务能力[J]. 社区医学杂志, 2013, 11(17): 22-24.
- [4] 杨诗汝, 王世宏, 向小曦, 等. 大医院“直管”社区卫生机构转诊模式实施效果评价[J]. 中国医院管理, 2013, 33(11): 8-10.
- [5] 曾耀莹. 镇江医疗集团的破与立[J]. 中国医院院长, 2013

(8):50-51.

- [6] 王晓波. 江苏省镇江市康复医疗集团改革研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2012.
- [7] 林斌, 冯红静, 厉旭光. 高血压的社区健康教育管理[J]. 中医药管理杂志, 2011, 19(5): 473-474.
- [8] 钱东福, 王长青, 徐玲, 等. 我国城市居民自我医疗利用的影响因素研究[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(7): 51-55.

- [9] 张露, 杨仁勇, 钱东福. 社区卫生服务中心患者对医院与社区协作服务的认知评价研究[J]. 中国全科医学, 2013, 16(28): 3298-3300, 3311.
- [10] 井珊珊, 尹爱田, 孟庆跃, 等. 农村居民慢性病患者的就医选择行为研究[J]. 中国卫生经济, 2010, 29(2): 32-34.

(收稿日期: 2014-12-18 修回日期: 2015-03-15)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.18.049

医学院校以卫生管理为特色的 MPA 培养模式的探索*

林 幻, 高 雪, 卢 燕, 邱景富, 蒲 川[△](重庆医科大学公共卫生与管理学院/医学与社会发展研究中心/
健康领域社会风险预测治理协同创新中心 400016)

[中图分类号] R197

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)18-2580-03

随着医药卫生体制改革的深入推进和我国卫生事业的不断发展, 对于卫生管理人员公共管理水平的要求也随之提高, 原卫生部和人事部在《医药卫生中长期人才发展规划(2011~2020年)》中也提出要不断提升卫生管理人员的专业化和职业化水平。重庆市目前约有卫生管理人员 9 573 人, 其中绝大多数卫生管理人员都是临床医学等医学专业出身, 具有卫生管理专业学位的人数较少。而医疗卫生机构的发展需要专业的卫生管理人才, 特别是受过专业公共管理硕士(MPA)教育的人才充实其中。重庆医科大学于 2010 年取得 MPA 授予权, 于 2011 年开始招生全日制 MPA 学生, 2014 年之前是全国仅有的两所招收 MPA 学生的医学院校之一。学校的 MPA 教育定位于培养卫生管理人才, 但运行几年以来, 招生情况并不理想。本文从重庆市卫生管理人员对 MPA 的教育需求出发, 通过教学实践的改革和摸索希望能为其他地区卫生管理类 MPA 培养提供一定借鉴。

1 资料与方法

1.1 一般资料 为了了解重庆市卫生管理从业人员对 MPA 教育的需求状况课题组自行设计了问卷调查表, 主要用于了解重庆市卫生管理人员对 MPA 的认知情况、教育需求、课程设置、培养方式等的期望。本次调查采用分层随机抽样的方式在重庆市五大功能区各自随机抽取了 7 家二级以上医院, 共计 35 家, 在每家医院随机抽取 10 名从事管理相关工作的人员进行了问卷调查。同时对市级卫生行政部门的相关负责人及所抽取的 35 家医院分管人事的院领导进行了深度访谈以收集定性资料。本次调查共计发放调查问卷 350 份, 回收有效问卷 350 份, 回收率达 100%。

1.2 方法 采用 Excel2003 软件对调查问卷进行录入并建立数据库, 主要采用描述性统计分析对问卷进行数据分析, 同时将访谈录音整理为文字材料对访谈内容进行归纳与分析。

2 结 果

2.1 人员基本情况分析 本次调查共抽取 350 名管理岗位工

作人员, 其中女 252 人, 男 98 人。年龄 20~39 岁 270 人(77.14%), 40~59 岁 80 人(22.86%)。接受调查的医院管理岗位工作人员中仅有 15.71% 所学专业是公共管理, 有 74.29% 的人员所学都是临床等医学相关专业, 取得硕士及以上学历的仅有 55 人占总数的 15.71%, 而在公共管理等相关专业获得了硕士及以上学历的仅有 10 人, 仅占调查总人数的 2.86%。

2.2 对 MPA 的认知情况 在接受调查的人员中有 74.29% 的人了解或听说过 MPA, 还有 25.71% 的人从未听说过。其中, 都市功能核心区的卫生管理人员对 MPA 的知晓率达 82.86%(58/70) 高于其余四个功能区 72.14%(202/280)。由于被调查者都是医院在岗工作人员, 修读 MPA 都期望在学习过程中能获得实际效用, 多数被调查者都希望通过 MPA 的学习能在工作能力和专业化水平上得到提高, 其次是应变能力、逻辑思维能力等个人素质的提升, 而学科理论知识的学习相比之下受到的关注较少, 见表 1。

表 1 进行 MPA 学习想达到的目标

项目	n	构成比(%)
工作能力与专业化水平得到提高	295	40.97
逻辑思维能力、应变能力、创新能力等个人素质的提升	265	36.81
学科理论知识的构建与完善	160	22.22

2.3 MPA 教育需求分析 共有 200 名被调查者表示有进行 MPA 深造的意向占调查总人数的 57.14%, 42.86% 的人表示不需要进行公共管理硕士的深造。其中, 都市核心区有 81.43%(57/70) 的人想要进行 MPA 深造, 其余四大功能区有 57.07%(143/280), 都市核心区的教育需求明显高于其余四大功能区。而没有选择继续深造主要有以下几个原因: 目前学历

* 基金项目: 重庆市研究生教育教学改革研究项目(yjgl123084)。

作者简介: 林幻(1990-), 硕士在读, 主要从事卫生政策研究。

[△] 通讯作者, E-mail: puchuan68@sina.com。