

系统中逐步引入内部市场,增加激励机制,以降低医疗服务供方道德风险发生的概率^[8],从而实现控制肺癌病人的住院费用的目标。(4)要逐步实现“大病不出县、康复在社区”的目标,实现中小医院对大医院患者的分流^[9],以缓解大医院病患多的压力,同时也可降低农村和城市低收入家庭的治疗费用,减轻他们的疾病经济负担。(5)城市的大医院要增强对中小医院的技术带动作用,增强患者对中小医院的认同感,中小医院病人数量的增多,也是降低医疗费用的有效途径之一。

参考文献

- [1] 全国肿瘤登记中心. 2013 中国肿瘤登记年报[EB/OL]. (2014-04-28)[2015-08-05]. http://wenku.baidu.com/link?url=Bc74ryhekijHKV4F72C_nZLYGIswNt2gw398ePT22gn1eZIrzgm-gq3Q46sfe51RXFkghFXtqXTydLkc58Pfa5FOTuyExw6DZ_yg50a85L3.
- [2] 国家卫生和计划生育委员会. 卫生统计年鉴[EB/OL]. (2014-04-26)[2015-08-05]. <http://www.nhfp.gov.cn/zwgkzt/tjnj/list.shtml>.

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.28.040

- [3] 马斌荣. SPSS(PASW)17.0 在医学统计中的应用[M]. 4 版. 北京:科学出版社,2010:244-253.
- [4] 陆舜. 非小细胞肺癌综合治疗新进展[J]. 中国肺癌杂志, 2005,8(1):74-76.
- [5] 梁旭. 我国药品流通秩序问题探讨[J]. 中国卫生经济, 2015,34(3):33-35.
- [6] 刘芳露,范云洁,薛婷婷,等. 健康体检中正电子发射计算机断层显像/计算机断层显像检查的应用与探讨[J]. 华西医学,2015,30(1):74-76.
- [7] 李占则. 医德教育国际比较与经验启示[J]. 人民论坛, 2015(2):245-247.
- [8] 孙翠勇,张瑞芹,雒保军. 新医改背景下的医疗保险道德风险规避研究[J]. 中国卫生事业管理,2013,30(9):665-667.
- [9] 侯占伟,孙翠勇. 合理配置卫生资源可加速医改步伐[J]. 中国卫生经济,2009,28(3):22-23.

(收稿日期:2015-04-29 修回日期:2015-07-12)

六西格玛管理在优化患者入院服务流程中的应用

曹红军,林龙英,易正金,李璐宏

(攀钢集团总医院护理部,四川攀枝花 617023)

[中图分类号] R197.3

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)28-4007-03

随着医疗市场竞争的日益激烈,医院要持续发展,追求卓越,必须重视管理的规范化,科学化。本院在理顺医疗行为的前提下,逐渐走向服务流程的优化。六西格玛管理法是一项基于统计学的质量标准管理技术,源于制造业,目的是系统地改善和控制生产或服务流程中的质量缺陷,主要采用定义、测量、分析、改进、控制模式进行管理^[1],近年已逐步引进到卫生保健领域^[2],并在急诊住院患者管理、入院流程管理、护理管理等医院管理中得到广泛的应用^[3-12]。本院将六西格玛管理法引入医疗服务流程管理中,通过 5 个步骤,采用量化的方法分析流程中影响质量的因素,应用数据对问题做出正确的统计推断,用数据帮助准确地找出最关键的因素加以改进,制订质量改进方案,采取必要的措施,将改进措施形成常规工作制度并进行控制。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 11 月门诊入院患者前 180 例为对照组,2014 年 1 月实施流程优化后的平诊入院患者前 180 例为研究组,对照组年龄 15~86 岁,平均年龄(47.19±12.28)岁,男 98 例,女 82 例。研究组年龄 10~83 岁,平均年龄(46.29±13.47)岁,男 105 例,女 75 例。两组患者在年龄、性别、病种等方面的差异无统计学意义($P>0.05$)。同时调查医生、护士和患者满意度。

1.2 方法 采用六西格玛管理方法,成立了由院长任项目负责人,运营部、医务部、护理部及临床护士长组成的项目小组。

1.2.1 定义阶段 入院服务流程定义为缩短患者等待治疗时

间(患者进入病区到医生护士对患者进行处置结束),增强医护之间的协作,提高医护之间满意度及患者满意度。

1.2.2 测量阶段 通过 1 个月时间对现有流程进行测量,依靠强有力的项目组成员,分散到各科室收集资料,测量出影响患者得到治疗的时间因素包括:办公护士安排床位时间,责任护士准备病历资料时间,医生诊治时间,护士处理医嘱时间,药房取药时间,护士配药治疗时间。测量新入院患者从进入病区到输上液体平均时间,设计相关满意度调查表,测量医护之间及患者满意度。影响医护间协作及满意度的因素包括:护士未及时通知医生收治新患者,医生等待护士生命体征检测后才处理患者,医生下医嘱后未及时通知护士。影响患者满意度的因素包括:护士接待不热情,解释不耐心,态度冷漠,医生护士处理患者不及时,患者不能得到及时治疗等。

1.2.3 分析阶段 通过现状调查分析,利用头脑风暴的分析方法梳理缺陷发生原因:办公班护士接待患者不热情、不及时,态度生硬,不及时通知医生及责任护士,以各种理由怠慢患者。护士人手少,病房常规治疗多,责任护士忙于处理其他患者,未及时为患者准备好备用床、监测患者生命体征。主管医生与护士、护士与护士之间的工作脱节,各个环节衔接不紧,加之处理医嘱干扰因素多,导致医生医嘱时间晚。药房不能将新入院患者药送到病房,需要护士到药房取药。新入院医嘱与每日常规医嘱同时处理,所有医嘱处理执行完毕后才取药,导致患者治疗时间推迟。

1.2.4 改进阶段 寻找优化流程的方案,消除影响流程实施

的因素,确认核心流程,进行科学设计,抓住流程的关键点,丰富入院流程内涵,采取以下措施:改变服务观念,树立以患者为中心的理念,重视服务细节(如送上一杯温开水、热情周到的服务等),融入“体语”表达(包括搀扶行走不便的患者、与患者近距离平等的交流等),营造医护人员与患者零距离服务的软环境。举办医院礼仪培训,建立医院服务文化氛围。消除工作中不必要的环节,尽可能合并同类的医疗活动,对医务人员各时间接点的切入进行了严格的要求,增加了关键路径中的关键点,使医疗活动中各环节达到无缝连接。增加护士人力资源,实行弹性排班,护士错时上班,增加高峰期人员数量及辅助班。新入院患者医嘱优先处理,加强医院信息化建设,新入院患者及时提示医生,护士电脑系统提示护士及时执行医嘱。增加支持保障系统,送药到病房,备一定基数量的常用药,保证临床用药的及时性。

1.2.5 控制阶段 在实施优化流程基础上,制订控制措施。局部试点,在科室管理者认识到位,医务人员顺应性好、相对较忙的科室进行试点,收集资料、对流程的科学性、可行性和有效性进行验证^[2],通过试点,取得比较完整、可信度高的原始验证数据和相关资料。严格检查与考核,确保流程实施的严肃性。制订了服务流程检查、考核方案,在项目经理统一指挥下,项目小组成员全程、连续、不间断地督查,使优化后流程的执行形成常态,医务人员的行为有依据可行,变被动为主动,保障了流程执行的畅通。对优化流程后研究组进行满意度测评,进行改进前后对比分析。在执行中及时与临床沟通,达成共识,使各科主任、医生、护士长、护士从根本上接受支持改进流程。同时对不合理的地方予以改进,对成功的地方进行推广,在对措施和关键要素进行不断调整的基础上,逐步巩固和不断提升,以达到持续改进的目的。

1.3 评价指标 以患者等待治疗时间、患者满意度、医生对护士的满意度和护士对医生的满意度为评价指标,实施前后进行满意度调查。满意度的调查采用自行设计的“满意度调查问卷”,问卷内容包括患者入院时护士的“态度”、“对入院有关事项的介绍”、“床位的安排”、“病情的询问”、对医生的“态度”和“检诊过程”、主任及护士长对“新入院患者的探望”、责任护士的“治疗护理”和患者对入院“总的满意度”等 10 个问题,评价结果分“很满意、满意、一般、不满意和很不满意”5 个选项,回答“很满意和满意”者视为“满意”。

1.4 数据收集 项目组专人负责记录患者入院等待治疗时间,调查患者、医生和护士满意度。

1.5 统计学处理 使用 SPSS13.0 软件对数据进行统计学分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验分析优化前后差异,计数资料采用率表示,比较用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 满意度调查 对照组、研究组各发放满意度调查问卷 180 份,对照组回收 175 份,其中满意 163 例,研究组回收 178 份,其中满意 174 例;医生、护士满意度调查问卷全部回收,对照组医生、护士满意的分别为 165 例和 163 例,研究组医生、护士满意的分别为 175 例和 174 例。研究组和对照组在患者、医生和护士的满意度比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 等待治疗时间比较 从表 1 可见,研究组和对照组患者

等待治疗时间分别为(71.87 ± 8.23)min 和(134.93 ± 9.89)min,两者差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 流程优化前后患者等待治疗时间及相关满意度比较

组别	n	等待治疗时间 ($\bar{x} \pm s$, min)	患者满意度 (%)	医生满意度 (%)	护士满意度 (%)
研究组	178	71.87 ± 8.23	97.75	97.22	96.67
对照组	175	134.93 ± 9.89	93.14	91.67	90.56
χ^2/t		65.054	4.334	5.294	5.620
P		0.000	0.037	0.021	0.018

3 讨 论

本调查表明,通过对入院流程的优化,利用流程间排列、嵌套或重叠,流程间的契合更为紧密,流程间的助推力挤掉医务人员随意性,减少了时间的浪费和患者无效等待时间,达到有效的空间、时间管理及对团队有效训练,建立完整、合理流程管理,大幅度减少了患者入院治疗等待时间,提高医院管理流程运行效率^[4]。

调查还表明,通过对入院流程的优化,提高了医护人员的工作效率,医护人员按流程工作,分工明确,责任到人,各环节之间无缝衔接,减少了出错的概率,也减少了医护人员间过去因合作不畅所造成的误会和矛盾,提高了医护人员间的合作满意度,保证了医疗活动的有效性、实用性、连续性。通过优化流程,增强了医护、医患、护护之间的协作,理清了工作思路,让患者得到快速、便捷的服务,依从性得到提高,医护之间满意度提高,体现入院流程优化的重要性和必要性。

通过优化流程,利用信息化手段,医务人员从入院时间到处理医嘱时间差异,采集流程数据,作为评价医务人员绩效的有效依据^[5-7]。完成对职工素养及能力的评价,达到对医院有效的管理。

注重细节服务,流程中融入“体语”表达,与患者近距离的交流,缩短了医生、护士与患者的心理距离,做到医患零距离,对患者的人文关怀落到了实处,增强了医务人员主动服务意识,提高了患者的满意度^[8-9]。

六西格玛管理优化流程可以提高临床质量,保证患者安全,实现利益方(医生、护士、患者)的共同满意^[10-12]。通过入院服务流程优化缩短了患者等待治疗的时间,提高了患者满意度,医护间协作性增强,医护间满意度提高。六西格玛管理优化入院服务流程的成功实施依赖于院领导支持与推动、项目小组强有力的执行力及严格的检查考核,实现了医院、员工、患者“三赢”,推进了本院优质护理服务的实施,提高了医院核心竞争力。

参考文献

- [1] Cima RR, Brown MJ, Hebl JR, et al. Use of lean and six sigma methodology to improve operating room efficiency in a high-volume tertiary-care academic medical center [J]. J Am Coll Surg, 2011, 213(1): 83-92.
- [2] Nicolay CR, Purkayastha S, Greenhalgh A, et al. Systematic review of the application of quality improvement methodologies from the manufacturing industry to surgi-

cal healthcare[J]. Br J Surg, 2012, 99(3): 324-335.

- [3] 甘美连, 黄云辉, 许士海. ISO9001 基础上引入六西格玛管理法对优化急诊住院患者交接流程效果评价[J]. 中国医药导报, 2011, 8(17): 151-152, 155.
- [4] 孔抗美, 杨伟, 郑爱英, 等. 基于 ISO9004 医院管理流程优化应用的初步探讨[J]. 中国医院, 2011, 15(7): 44-46.
- [5] 梁娜, 李景波, 吴昊, 等. 综合型医院流程管理的应用探讨[J]. 中国医院管理, 2009, 29(11): 45-46.
- [6] 刘永琴, 燕美琴. 六西格玛管理方法在优化入院流程中的应用[J]. 护理研究, 2012, 26(5): 463-464.
- [7] 李思睿, 李静, 项耀钧. 运用六西格玛方法改进医院流程管理[J]. 实用医药杂志, 2013, 30(2): 190-191.

- [8] 李文静, 张宁, 陈艳萍, 等. DMAIC 模式在新护士管理培训中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2013, 19(8): 114-115.
- [9] 王卫珍, 周丽春, 金丽萍, 等. 应用六西格玛管理缩短出院病人结算时间[J]. 医院管理论坛, 2011, 28(10): 17-18.
- [10] 肖智文. 六西格玛管理法在医院管理中的应用分析[J]. 中医药管理杂志, 2011, 19(5): 482-483.
- [11] 车颖, 胡晋平. 六西格玛管理法在我国护理管理中的应用现状[J]. 中华现代护理杂志, 2009, 15(29): 3079-3081.
- [12] 顾茵. 六西格玛方法在儿科护士静脉输液中的应用[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(4): 114-115.

(收稿日期: 2015-04-03 修回日期: 2015-05-19)

• 卫生管理 • doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2015.28.041

新形势下社会医疗保险和商业健康保险的合作模式探析

侯珊芳¹, 雷寒^{2△}

(1. 重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016; 2. 重庆医科大学 400016)

[中图分类号] R-012

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)28-4009-03

我国医疗保险行业存在两个方面问题, 社会医疗保险具有强制性、低水平等缺陷, 商业医疗保险发展不全面, 难以满足民众日益增长的保险需求; 单一的政府或市场机制都难以解决医疗保障问题, “公私合作”成为新的发展方向, 即在政府主导的基础上引入市场机制。

1 社会医疗保险和商业健康保险合作的必要性

商业健康保险在我国医疗保险事业中占据很小的份额, 到 2012 年, 商业健康险的保费收入为 8 627 607. 13 万元^[1], 与 27 846. 8 亿元的卫生总收费相差甚远。2014 年 8 月 13 日, 《国务院关于加快发展现代保险服务业的若干意见》提出发展多样化健康保险服务, 鼓励保险公司大力开发各类医疗、疾病保险和失能收入损失保险等商业健康保险产品, 并与基本医疗保险相衔接^[2]。商保和社保合作发展有其必要性和必然性。

1.1 促进商业保险公司的发展 随着医改的深入, 商业健康保险在提升医疗保障水平上的作用愈加明显。国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》明确提出: “积极发展商业健康保险。积极提倡以政府购买医疗保障服务的方式, 探索委托具有资质的商业保险机构经办各类医疗保障管理服务”^[3]。商业保险公司具有灵活能动性, 能开发出满足不同人群需求的健康险种; 社保可综合商保在管理制度、理赔审核、保障设计等方面的优势, 鼓励其参与经办多种医疗保险, 从而使医疗保险的业务范围和业务能力得以提升。

1.2 降低经办管理成本 在我国, 人社部主管城镇医保, 新农合则由卫计委负责; 而社保机构对医疗机构实行协议管理, 机构的冗杂造成了管理成本居高不下。而商业保险公司经过多年的发展, 在管理制度、理赔审核、保障设计等方面积累了较为丰富的经验。社会医疗保险通过与商业健康保险合作, 引进其较为先进的管理理念, 提高保险经办业务能力, 利用其广泛的服务网点和高效的管理平台, 高效运作基本医疗保险业务, 减少保险经办人员编制, 从而节省人力、物力资源, 降低经办管理成本。

1.3 提升医疗保障水平 社会医疗保险因其覆盖面广、保费相对低廉、对投保人群不设限制、赔付门槛低等一系列优点, 在广大民众中得到普及。但同时社会医疗保险面临着险种单一、保障水平低等一系列发展障碍。而商业健康保险通过设置不同的费率, 能为投保人提供更多的险种选择。商业健康保险和社会医疗保险合作能够减轻政府在经济管理和政府财政方面的负担, 同时为保险公司在医疗卫生服务市场上营造更为宽松的外部环境, 两者在合作的基础上实现优势互补, 从而极大地丰富了医疗保障体系。

2 社会医疗保险和商业健康保险的合作模式分析

新医改政策实施前后, 我国湛江、新乡、江阴等地区试行社会医疗保险和商业健康保险的合作, 形成了富有借鉴意义的不同模式。这些模式在一定程度上解决了目前社会医疗保险发展的一些障碍, 但也在具体运作方式、各方职责和合作上存在可完善的空间。

2.1 湛江模式 2009 年广东湛江引入人保健康参与社会医疗保险, 具体的合作为: 将原城乡居民基本医疗保险个人缴费部分的 85% 继续用于基本医疗保险支出(由社保部门管理), 提取 15% 购买人保健康的大额补充医疗保险服务^[4]。政府一方面强化公共财政的职责, 湛江对社会基本医疗保障的财政投入从 2006 年的 1.1 亿元上升到 2010 年的 7 亿元^[5]; 另一方面推动基本医疗保障体系的一体化, 在城镇职工医保、新农合、城镇居民医保和城乡医疗救助体系的“3+1 模式”基础上, 将城乡居民基本医疗保险和补充医疗保险统一管理。商业健康保险与社保部门共享数据、合署办公, 管理服务基本医疗保险封顶线之下部分大额医药费用的支付。

“湛江模式”在当地取得了不错的成绩, 但也引发了一些争议。(1)“社会再保险”的争议, 湛江市社保局和人保健康在合作过程中采用“再保险”的模式来运作, 然而人保健康作为一个营利性的公司, 其与湛江市社保局的合作是为了拓宽公司业务, 并不具备“社会再保险”的性质。(2)对保险公司持续性的