

对重庆市医疗分工协作机制的调研分析——以渝中区为例*

张佳伟¹, 代安琼^{1△}, 杨竹², 刘晓枫², 李佳蔓²

(重庆医科大学:1. 思想政治教育学院;2. 公共卫生与管理学院 400016)

[中图分类号] R197.32

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)12-1714-03

我国医疗机构按照其规模、水平等划分为不同的等级,但是医疗机构等级的划分并没有促使医疗行为进行等级划分。目前大医院诊疗的疾病 70%~80% 都是常见病和多发病,甚至是为诊断明确的慢性病配药,而基层医疗机构未能体现其以维护社区居民健康为中心,提供疾病预防控制等公共卫生服务、一般常见病及多发病的初级诊疗服务、慢性病管理和康复服务的基本职能,从而造成了大医院“门庭若市、一号难求”,基层医院“门可罗雀”的局面,这些大医院把大量的精力花在常见的小病中,无力去钻研疑难杂症的诊疗和学术方面的研究,造成了医疗资源的严重浪费和效率的低下。所以建立公立医院与城乡基层医疗卫生机构分工协作机制,是我国医药卫生体制改革,构建基本医疗卫生体制的重要内容之一。

1 重庆市渝中区医疗分工协作机制的现状

国务院于 2009 年 3 月 17 日正式颁布的《关于深化医药卫生体制改革的意见》指出,今后要“健全各类医院的功能和职责。有条件的大医院按照区域卫生规划要求,可以通过托管、重组等方式促进医疗资源合理流动,建立城市医院与社区卫生服务机构的分工协作机制。同时,采取增强服务能力、降低收费标准、提高报销比例等综合措施,引导一般诊疗下沉到基层,逐步实现社区首诊、分级医疗和双向转诊”^[1]。

重庆市渝中区拥有国内领先的医疗技术和相对丰富的医疗资源,但医疗资源主要集中在三级医院,而社区卫生服务中心的医疗资源则相对缺乏,医疗资源配置的不合理和利用的低效率直接损害了医疗的公平性。重庆市卫生和计划生育委员会确定的公立医院改革依托重庆医科大学附属第二医院,从 2007 年就开始开展“探索建立于社区卫生机构的技术指导和分工协作机制”的试点。医院已与周边 5 家社区卫生服务中心进行了分工合作:与七星岗社区服务中心以康复科为载点形成分工协作;南纪门和解放碑 2 家社区卫生服务中心是重庆医科大学附属第二医院签订双向转诊的定点单位;望龙门和大溪沟 2 家社区卫生服务中心与重庆医科大学附属第二医院也进行了转诊合作。

作者分别对重庆市渝中区卫生和计划生育委员会主任、重庆医科大学附属第二医院分管院长、5 个社区卫生服务中心的主任进行访谈,访谈内容包括分工协作的相关政策、运行情况、存在的问题和改进方面等;并通过简单随机抽样的方法对 5 个社区卫生服务中心和重庆医科大学附属第二医院康复科 200 名患者和 67 名医务人员开展问卷调查,患者的调查内容包括患者的基本信息、对分工协作的认知等,医务人员的调查内容包括医务人员的基本信息、对分工协作的认知等。进一步对收集到的数据和资料进行研究分析,发现该协作机制存在的问题

并提出一些相应的对策建议。

2 重庆市渝中区医疗分工协作机制中存在的问题

2.1 缺乏有力的人力保障机制支撑

2.1.1 社区卫生服务中心医务人员的技术能力有限 社区卫生服务的发展,首先需要的是高素质的医疗队伍。作者对 5 家社区卫生服务中心的 48 名医务人员基本情况进行调查,得知社区卫生服务中心医务人员职称和学历相对较低,其中初级职称及无职称占 72.9%,高级职称仅占 6.3%,专科学历占 58.3%,硕士及以上仅占 2.1%,在人才引进上更是困难重重,整体医疗技术水平难以提高。

2.1.2 上级医疗机构派出专家的稳定性差 重庆医科大学附属第二医院定期派专家到社区卫生服务中心进行坐诊服务,这是医疗分工协作的一项内容。但医院的专家有限,他们需要在完成本院的工作基础上,抽出部分时间和人力进行坐诊,因此,派出专家的稳定性较差,不容易与社区患者建立长期稳定的关系。

2.2 分工协作机制衔接不畅

2.2.1 没有明确的利益分配机制 由于重庆医科大学附属第二医院是渝中区的试点医院,卫生行政部门也尚未出台与分工协作机制相配套的利益分配机制,在推进重庆医科大学附属第二医院与社区卫生服务中心进行医疗分工协作时,双方可能为了各自的不明确利益而对分工协作产生消极影响。

2.2.2 缺乏统一明确的分工机制 在重庆医科大学附属第二医院与社区卫生服务中心分工协作中,没有明确各自医院的职责和服务内容,缺乏统一明确的分工机制。双向转诊是分工协作的重要内容,转诊过程中缺乏统一的标准和程序,出现了“上转容易,下转难”的现象,导致双向转诊不畅通。

2.2.3 缺乏有效的监督机制 重庆医科大学附属第二医院与社区卫生服务中心的分工协作是一种契约式的关系,这是一种很不稳定的关系,其分工协作机制的监督工作主要依靠卫生行政部门和各级医院的自律来完成,缺乏有效的监督机制。

2.3 患者和医务工作者对医疗分工协作缺乏认知 对医疗分工协作的认知是分工协作能够顺利运行的前提。作者对 5 家社区卫生服务中心和重庆医科大学附属第二医院的 200 名患者和 67 名医务人员进行问卷调查,患者中仅有 34 人完全知晓分工协作,占 17.0%,而作为主要患者群的 30 岁以上患者对分工协作完全不知晓占到了 72.5%。作为医疗服务的提供者,在调查的 67 名医务人员中有 40 人对分工协作完全知晓,仅占 59.7%。

2.4 缺乏相应的政策保障

2.4.1 国家药品政策的衔接存在问题 由于社区卫生服务中

* 基金项目:重庆市科委决策咨询与管理创新计划项目(sctc20bjccxA00057);重庆市卫生局医学科面上项目(2013-12-149);重庆市社会科学规划一般项目(2011YBSH040)。 作者简介:张佳伟(1989-),在读硕士,主要从事社会医学与卫生事业管理研究。 △ 通讯作者,E-mail:502705559@qq.com。

心所使用的药品必须是基本药物,虽然现在基本药物逐步增加,但仍然不能满足患者的需求。在分工协作中,重庆医科大学附属第二医院下转的患者所需的药物社区卫生服务中心很多都不能提供,患者只能再次转回去进行继续治疗。

2.4.2 医保政策的相互衔接存在问题 医保对“分级诊疗”没有起到政策保障作用。一是政策导向不理想,有些疾病在各级医院的医保报销比例相差不到 10%,费用没有明显差距,起不到让患者分级诊疗的目的;二是医保政策不完善,重庆市的医保政策要求只有住院才可以报账,门诊无法报账,无形中增加了患者选择大医院的概率。

2.5 缺乏共享的医疗信息网络平台 大医院与社区卫生服务中心要进行医疗分工协作必须有信息网络的支撑,只有建立以电子档案与电子病历为基础的区域卫生信息平台,实现内部信息的实时采集和资源共享,才能将不同层级的医疗机构及其服务过程整合起来。目前,重庆市医疗服务系统在网络信息平台方面还不完善,所以很难进行资源共享,这也严重阻碍了分工协作机制的运行。

3 对完善重庆市渝中区医疗分工协作机制的对策及建议

3.1 构建有力的人力保障机制

3.1.1 提高社区卫生服务中心医务人员的业务能力 一方面,政府应该对社区卫生服务中心提供更多更好的政策,如提高社区医务人员的工作待遇和条件,有助于人才的引入和保留;另一方面,要加强上级医院对社区卫生服务中心的人力资源培训,提升社区卫生人才的业务水平。同时,提供更多机会到上级医院进行实习,这样既可以接触到更多的病例,扩大视野,也可以更快地提高他们的业务能力^[2-3]。

3.1.2 固定科室、固定专家对社区卫生服务中心进行指导 盲目地分工协作并不会带来益处,反而造成了资源的浪费。社区卫生服务中心希望上级医院可以按照自己的需求派固定科室、固定专家进行指导,但是上级医院患者较多,人力资源有限,很难满足这种需求。由于医务人员晋升职称需要到乡镇进行一段时间的支医,社区卫生服务中心希望这种支医的工作扩展到社区,这样就可以相对固定医生,取得居民的信任,使社区卫生服务中心真正得到帮助。

3.2 确保分工协作机制的衔接畅通

3.2.1 建立确定的利益分配机制 各级医院为了自身的生存和发展,都希望自己的利益最大化,所以合理的利益分配是分工协作顺利进行的保障。在分工协作中,上级医院需要对社区卫生服务中心提供人力、物力的帮助,并且将康复期的患者转至社区卫生服务中心,这样可以估算出给社区卫生服务中心能带来多少经济利益,然后根据上级医院的投入按双方满意的一定比例进行利益分配^[4-5]。

3.2.2 建立明确统一的分工机制 要使医疗分工协作机制衔接畅通,必须明确各自医院的职责和服务内容,建立统一明确的分工机制,解决“上转容易,下转难”的问题。转诊过程中要确立统一的标准和程序,即社区卫生服务中心要有统一的“上转”医疗标准,而在上级医院检查诊断治疗后,也要制订一个“下转”的医疗标准,转回社区卫生服务中心接受康复或者治疗^[6]。

3.2.3 制订有效的监督机制 有效的监督机制是医疗分工协作机制运行的重要保证。首先,卫生行政部门和医保部门应通过定期检查和考核来进行监督;其次,借鉴国外经验,成立专门负责医疗分工协作监管的第三方管理机构,该机构按照科学的管理体系对医疗分工协作情况进行评估,并定期将评估结果反馈给社会与政府,起到有效的监督作用^[7]。

3.3 增强患者和医务人员对分工协作的认知 患者和医务人员对分工协作相应知识的认知是分工协作得以有效运行的前提。第一,可以在居委会的配合下在社区进行宣传,或者通过电视、网络、报纸等媒体进行宣传;第二,对各级医院的医务人员既要通过讲座学习的方式进行宣传,使其对分工协作有清晰深入了解,还要制订相应的制度,保证医务人员进行诊疗时按照分工协作机制进行运作^[8]。

3.4 建立相应的政策保障

3.4.1 明确各级医院的用药,确保药物的衔接 药物的衔接是分工协作顺利进行的保障。增加社区医疗中心基本药物的种类是必要的,这样既可以保证下转的患者按照既定的治疗方案进行进一步的治疗,也可以使更多的人首选社区卫生服务中心接受治疗。此外,应该对上级医院的药物使用进行限制,要求其尽可能选择基本药物,并在制订计划的后续治疗中使用基本药物,以便在转诊中做好药物的衔接。

3.4.2 加大医保对医疗分工协作的政策支持 推进重庆医科大学附属第二医院与社区卫生服务中心分工协作,离不开医疗保障政策的介入和实施。同样的疾病,如果在社区卫生服务中心不能报销或者报销的比例体现不出优势,社区居民就更愿到大医院就医,这在某种程度上影响了社区居民的就医观念和习惯。因此,医保政策应进一步向社区医疗中心倾斜,适当拉大不同级别医院的收费差距和参保人在不同级别医院就医的报销比例^[9]。另外要进一步完善医保政策,把居民的门诊费用的报销也纳入医保政策并把报销比例拉开差距,这样既可以提高社区卫生服务中心的门诊量,也可以减少住院患者的人数。此外,要加强医保在分工协作过程中的政策优惠^[10]。

3.5 建立健全信息网络平台,实现信息资源的共享 上级医院与社区卫生服务中心实现医疗分工协作,必须建立健全的网络技术支持的社区健康档案信息网络平台。建立健全居民社区健康档案信息网络平台,实现健康信息和数据的网络资源共享,将社区接诊患者有关健康数据和病史等健康信息资料通过网络信息平台传输给上级医院的专家,根据病情需要实现上、下级医疗机构间的转诊。这个信息服务平台的建立对建立慢性病全程管理模式也是十分必要的^[11]。

参考文献

- [1] 中共中央国务院. 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[J]. 中国劳动保障, 2009, 25(5): 48-52.
- [2] 王孝琦, 何中臣, 唐贵忠. 新医改下社区卫生服务发展契机及发展路径思考[J]. 重庆医学, 2010, 39(12): 1617.
- [3] 周青梅. 医联体的探索浅析现代医院[J]. 现代医院, 2013, 13(9): 95-96.
- [4] 钱东福. 医疗服务纵向整合的利益相关者分析[J]. 中国卫生事业管理, 2014, 31(4): 251-253.
- [5] 余红星, 姚岚, 李莹, 等. 基于分级诊疗的医疗机构分工协作机制探究[J]. 中国医院管理, 2014, 34(7): 1-3.
- [6] 谢祖理, 夏自蓉, 陈小军, 等. 医院间双向转诊的情况调查. [J]. 现代预防医学, 2007, 34(16): 3034-3035.
- [7] 张焰, 彭丹心, 曾亚辉. 大型综合医院参与社区卫生服务的对策初探[J]. 中国初级卫生保健, 2001, 5(15): 14.
- [8] 王仁元, 高巍, 俞曹平, 等. 新医改背景下城市医院与基层医疗机构分工协作机制探讨[J]. 中国农村卫生事业管理, 2014, 34(11): 1323-1325.
- [9] 周凌志. 我国城市社区首诊和双向转诊试点经验及相关启示[J]. 重庆医学, 2010, 39(2): 250-251.

[10] 李跃平. 我国当前社会医疗保障制度存在的问题及对策[J]. 中国全科医学, 2007, 10(5): 35-37.

及建议[J]. 中国卫生事业管理, 2009, 26(4): 249-250.

[11] 侯占伟, 吴焕. 浅析我国医疗资源纵向整合中存在的问题

(收稿日期: 2015-12-08 修回日期: 2016-01-12)

• 卫生管理 • doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2016.12.045

医院医疗设备采购的规范化流程管理的探索*

邢昊昱

(浙江省杭州市第七人民医院设备科 310013)

[中图分类号] R197.3

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)12-1716-02

近年来,我国医疗技术出现高速发展和更新的趋势,而在疾病的临床诊疗过程中,医疗设备体现出其越来越重要的地位和价值。随着医院规模的不断扩大,医疗设备的采购行为也逐渐成为医疗机构的主要经济行为,其采购数量和金额也有逐渐上涨的趋势^[1-2]。如果医疗设备的采购不能得到有效的管理,那么会降低医疗设备的使用率,可能会造成医疗资源的闲置或紧缺,影响医院的临床治疗效果和经济效益,降低医院在群众中的信誉,也可能会滋生腐败行为^[3]。因此,对医院医疗设备采购行为的规范化管理显得尤为重要。为了寻找一种医院医疗设备采购的规范化流程管理模式,提高医疗设备的使用率,本研究自 2013 年 8 月起探索和实施了一系列有关医疗设备采购管理的规范化措施,取得较满意的管理效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择某医院 2012 年大型医疗设备 315 台, 2014 年 341 台作为调查对象,医疗设备价值均大于 50 万元。2013 年 6 月调查临床科室医务人员 45 人,男 13 人,女 32 人; 2014 年 11 月调查临床科室医务人员 53 人,男 18 人,女 35 人; 所有受调查医务人员均来自 11 个临床科室,包括呼吸内科、消化内科、血液内科、普通外科、骨科、心胸外科、妇产科、儿内科、皮肤科、五官科、中医科。

1.2 方法

1.2.1 采购前的措施 (1)规范采购计划:设备科在年初开展医疗设备采购计划的申请工作,由各个科室书面提交采购申请,设备科汇总申请后根据医院财务预算拟定本年度医疗设备采购计划,报院行政会议讨论同意后方可启动采购流程。此外,除了集中组织的年度医疗设备采购计划外,设备科还应根据各个科室的实际需求组织多次零星采购^[4]。(2)完善采购专家库:医院医疗设备管理委员会应有充足的专家库,专家们参与设备采购前的调研论证及设备采购时的审查等工作^[5]。专家库从各个科室的副高以上职称人员评选组成,并有回避制度,参与医疗设备技术参数文件编写的专家不能审查招标文件。(3)充分调研论证:实施规范化采购后,在申请采购立项前必须附有相关的调研论证文件。如:单价超过 5 万元的设备需附可行性分析报告,同时提供至少 2 种类似产品的相关信息;单价超过 20 万元的设备需附成本-效益分析报告,分析拟采购设备的使用需求与经济效益;采购单价超过 50 万元的设备前应举行医疗设备管理委员会相关专家组的调研论证会议,并邀请 3 种不同品牌的厂家介绍产品,专家可根据技术配置,优缺点、价格等方面进行讨论和选择。

点、价格等方面进行讨论和选择。

1.2.2 采购时的措施 大型医疗设备的采购过程必须做到公开透明,严防暗箱操作,公开招标的全过程应在有效的监督下进行。采购过程的主要环节有设置医疗设备参数、编写评分标准、审查招标文件、监督评标过程等^[6]。(1)科学设置技术参数:招标文件中最关键的是各种医疗设备的相关技术参数,这关系到拟购产品的质量要求和价格,同时也可作为投标方的主要参考数据,正确科学合理地设置技术参数在一定程度上决定了招标采购过程的成功与否。在设置医疗设备技术参数时,应充分考虑各科室的实际需求和采购预算的数额,同时还要处理好招标过程的公正性与各科室对医疗设备的偏好。涉及采购的科室应有 3 人以上的科室采购小组对大型医疗设备进行申购,尤其在设置医疗设备参数方面进行科学和民主决策,并签署科室申购医疗设备廉洁保证文件,充分做到设置技术参数的合理性与科学性。(2)充分审查招标文件:招标文件拟定后必须经过严格的审查,参与审查的部门涉及主管科室、财务科、主管院领导等,而审查招标文件乃至招标的全过程都要受到审计科、纪委监察科的监督。审查招标文件时,需要着重审查内容的合法性和合理性。如:招标文件是否符合相关法律、法规与医院规章制度,是否体现公平、公开、公正的基本原则,有无歧视性内容,招标的评分标准的合理性,设备购买后的质保和维修情况等。通过严格的审核,使招标到的设备在购买价格、技术特点、售后服务等方面符合临床要求^[7]。

1.2.3 建立供应商诚信档案 在医疗设备供应商业务进入医院之前,应严格审查其经营资质,同时要求其提供无行贿记录证明文件,充分了解其资质和诚信守法情况后方能购入其提供的医疗设备^[8]。在与供应商合作时,需签订医疗设备供应商诚信承诺书,供应商承诺绝不向医院任何个人和部门提供回扣和红包。在业务往来时,加强对其诚信监控,建立供应商诚信档案,及时了解其廉洁守法的情况,充分保障医院的合法权益。对存在不良记录的企业,一旦发现将立即停止采购,并列入黑名单。

1.2.4 调查方法 采用定额设定法调查医院大型医疗设备的使用率,使用率=设备使用人数或标本数/相对应的定额值,其中定额值的确定应根据医院的实际情况合理设定,包括设备初始购入金额、已使用年限、使用性质、预计使用寿命、患者需求程度、以前的使用频率等因素。通过上式计算出的使用率大于或等于 1 说明使用率达标;使用率为 0~<1 说明使用率欠佳;

* 基金项目:2013 年浙江省卫生厅一般项目(2013KYB218)。 作者简介:邢昊昱(1978—),助理工程师,硕士,主要从事医院管理工作。