

# 医疗联合体模式下实施分级诊疗的现状调查及其对医院管理的价值分析\*

夏宁川, 王体春, 陈 坤

(重庆医科大学附属第一医院 400016)

[中图分类号] R19

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2019)02-0349-03

2017 年我国印发《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》(以下简称《意见》)<sup>[1]</sup>,《意见》要求 2017 年全面启动多种形式的医疗联合体建设点,三级医院在其中积极参与并发挥重要的引领作用,综合医院改革试点省份的每个城市和分级诊疗的试点城市建议至少成立一个有明显成效的医疗联合体。分级诊疗是指按照就诊者不同病情和治疗难易进行分级,医院的级别不同,承担就诊者的诊疗不同,各医院分工合作,取长补短,实现专业化的诊疗过程,形成“急慢分治、社区首诊、双向转诊”的就诊方略<sup>[2]</sup>。分级诊疗制度的推行,应深化机制改革,不断提高基层医院的技术水平、提高就诊者对下级医院的信任度<sup>[3]</sup>。本院积极响应《国家医药卫生体制纲要(2015—2020)》和《意见》的通知,以医学建设项目的智慧为根基,建立医疗联合体模式<sup>[4]</sup>。本研究调研本院医疗联合体背景下分级诊疗的开展现状,分析分级诊疗对医院管理的价值和意义,并为分级诊疗体系的广泛发展提供相关政策性指导意见,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采取方便抽样的方法:(1)2016 年 1 月至 2017 年 5 月对本院 1 500 例医务工作者基本资料调查;(2)医院管理系统调取 2016—2017 年医院患者就诊资料。纳入标准:医疗联合体模式下的医务工作者;排除标准:实习生、进修生或未取得执业资格者。

**1.2 方法** 自行设计分级诊疗现状调查问卷,包括:(1)医务工作者基本信息;(2)实施分级诊疗的模式后医务工作者对分级诊疗的知晓率和支持率;(3)建立双向转诊制度的满意程度等;(4)医务工作者对分级诊疗相关知识的学习途径;(5)目标医院实施分级诊疗后各项指标的完成情况(门诊患者数量、疑难重症病例比例、患者满意度、三级外科手术量、住院患者医疗纠纷发生率、平均住院日)。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS22.0 软件进行数据分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,比较采用  $t$  检验;计数资料以频数或百分率表示,比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 调查对象一般资料** 调查对象的年龄、性别、职称等一般资料统计结果,见表 1。

表 1 调查对象基本情况

项目	n	%	项目	n	%
年龄(岁)			文化程度		
≤25	174	11.6	大专及以下	146	9.7
>25~30	225	15.0	本科及以上	1 354	90.3
>30~45	567	37.8	工龄(年)		
>45	534	35.6	≤2	170	11.3
性别			>2~<5	230	15.3
男	468	31.2	5~<10	337	22.5
女	1 032	68.8	≥10	763	50.9
职称					
初级	904	60.3			
中级	479	31.9			
高级	117	7.8			

## 2.2 分级诊疗的推行现状

**2.2.1 医务工作者对分级诊疗制度的认知分析** 本院医务工作者对分级诊疗的认可和支撑情况,认可率为 89.0%(1 335/1 500),支持率为 87.2%(1 308/1 500)。

**2.2.2 医务工作者对分级诊疗相关知识的学习途径** 本院医务工作者对分级诊疗政策的知晓途径,医院组织培训为 69.1%(1 036/1 500),资料宣传为 20.3%(304/1 500),新闻为 3.9%(59/1 500),网络为 4.7%(71/1 500)。

**2.2.3 目标医院实施分级诊疗后各项指标的完成情况** 实施分级诊疗前后门诊患者人数、疑难重症病例比例、三级外科手术量、患者的满意度比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),住院患者医疗纠纷发生率和患者平均住院日无明显变化,见表 2。

表 2 本院 2016—2017 年各项指标完成情况

项目	2016	2017	$t/\chi^2$	P
门诊患者数量(n)	925 385	355 814	22.456	0.001
疑难重症型病例比例(%)	37.35	43.27	9.379	0.047

\* 基金项目:重庆市研究生教育教学改革项目一般项目(yjg183052)。 作者简介:夏宁川(1984—),研究员,硕士,主要从事医院管理研究。

续表 2 本院 2016—2017 年各项指标完成情况

项目	2016	2017	$t/\chi^2$	$P$
三级外科手术数量( $n$ )	22 756	15 200	12.489	0.027
患者满意度(%)	97.65	99.12	16.401	0.001
住院患者医疗纠纷发生率(‰)	0.24	0.20	1.458	1.023
平均住院日(d)	7.01	7.07	0.746	0.461

### 3 讨 论

**3.1 医疗联合体模式下实施分级诊疗现状分析** 医院积极响应国家号召实施分级诊疗政策主要对门诊、手术室进行严格管理。严格执行患者准入制度,把握好三级甲等医院主要治疗疑难重症患者的关口。2016—2017 年调查医院门诊患者基本稳定,但疑难重症患者及三、四级手术占比明显提高。另一方面本院医务工作者对分级诊疗的整体认可度好,积极响应国家及政府号召关注分级诊疗的相关知识,但学习途径缺乏一定的创新性。美国莫德尔中心网络(JMCN)平台为医护人员分级诊疗及各级医院医护人员的信息交流提供了有效而便利的途径,值得国内借鉴<sup>[5]</sup>。

**3.2 实施分级诊疗对医院管理的意义和价值评估** 实施分级诊疗政策规范了患者就医行为,促进了医疗资源的优化利用和合理配置。自 2016 年本院在医疗联合体模式下实施分级诊疗模式以来,门诊患者总人数略微下降但基本稳定。王荣英等<sup>[6]</sup>跟踪观察 2 年发现实施分级诊疗可减少门诊患者人数并减轻门诊就诊压力。本研究对实施分级诊疗以来影响较大的手术患者进行调研发现住院患者总人数无明显变化,但危急重症患者手术与病例的占比明显增加。《加拿大高血压循证医学指南》规定了一系列慢病管理的诊治流程,提出医院-社区-家庭及三级-二级-一级-社区的分级诊疗可优化医疗资源,大大促进三级以上医院的管理,发挥其优势<sup>[7]</sup>。

实施分级诊疗方案,可促进医务工作者整体技能的提高。本院各级医师及护理骨干积极响应此号召,明确不同职称及工作人员需就诊的患者及手术级别,这在很大程度上提高了医务工作者的工作效率,同时保障了手术的质量,降低了手术治疗的风险。疑难重症患者的管理及治疗经验交流,促进了低年资医务工作者的学习和进步。陈晓云<sup>[8]</sup>在对提高住院医师规范化培训及能力中同样提出分级诊疗是一个重要的措施,应该积极落实。低年资医务工作者能力的不断提升和发展有利于医院整体综合实力的提高,也可减少医患纠纷,营造良好的医护环境。

在医疗联合体模式下实施分级诊疗制度,门诊医生接收属于该医院救治级别的患者,医院深化手术分级和病例分型质量管理改革。前期由于就诊患者分流到下级医院或社区,会对医院部分科室患者数量有

不同程度的影响,经历一段时间的适应和调整,不但不会影响患者数量,并且随着医疗质量的不断改进和医务工作者整体素质的不断提高,患者人数将不断增加,平均住院日下降,形成良性循环。

促进三级医院管理者对医院实施规范、专业、系统的管理。落实分级诊疗政策是优化医疗资源的重要举措,就诊患者能够根据自己病情选择恰当的就诊区,有利于形成规范的就诊路径。就诊路径的形成是医院规范化管理的重要环节和要素。就诊路径可使诊疗更加标准化,缩短平均住院日,促进患者合理支付医疗费用。医生根据病种设计最佳的医疗和护理方案,根据病情合理安排住院时间,不仅可以规范诊疗过程所应常规进行的诊疗操作,减少一些不必要、不合理的诊疗行为,还可以规范诊疗行为应完成的时间等,增强诊疗活动的计划性。分级诊疗为三级医院提供了多专业协作的工作模式,良好就医环境的形成将大大提高医院管理的管理效率,促进三级医院管理的规范化、制度化、合理化、流程化。

**3.3 医疗联合体模式下实施分级诊疗对策分析** 首先,应以大健康为目标,加快推进分级诊疗工作开展。国务院发布的《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》,将“健康中国”上升为重要的国家战略,其中以分级诊疗为主要内容的基本医疗卫生制度建设被置于“十三五”规划的首要地位。建立分级诊疗制度,是深化医药卫生体制改革、建立中国特色基本医疗卫生制度的重要内容,对于促进医药卫生事业长远健康发展,提高人民健康水平,保障和改善民生具有重要意义<sup>[9]</sup>。

其次,应增加分级诊疗知识的培训和宣传。医务工作者是国家实行医疗体制改革的重要纽带,医务工作者对分级诊疗制度的掌握程度,是自身职业的基本要求<sup>[10]</sup>。可增加分级诊疗相关知识的培训学习,如定期培训,提高医务工作者对分级诊疗模式的认知程度。以多种形式对医疗联合体背景下的分级诊疗建设进行政策方面的宣传,提高医务工作者、患者和家属的认知程度,以此营造分级诊疗的良好运行氛围,促进分级诊疗模式的良性循环。

再次,应加强分级诊疗管理,完善分级诊疗制度。医疗卫生资源的配置对医疗服务体系的发展形成具有重要的牵引作用。科学分级诊疗,首先需要强化医院管理者的管理职能,优化卫生资源配置<sup>[11]</sup>,同时医院管理者可积极鼓励就诊者及家属参与到分级诊疗活动中。医院管理者可根据就诊患者,制订相关就诊分类方法,针对医保报销情况,关注就诊者的转诊过程以考虑实行有区别的报销比例。根据实际就诊情况改变就诊策略,在探索并构建报销模式的过程中,鼓励就诊者及家属的积极参与,切实解决就诊者及照

顾者在基层医院中遇到的困惑等。国外利用大数据等信息技术手段,增强患者就医的大数据分析,合理科学地引导就诊者,促使就诊者转诊到的医疗机构和自己实际病情匹配,同时增加患者对分级诊疗的认可度<sup>[12-13]</sup>。

综上所述,本院积极推进医疗联合体建设,从宏观上确立了大型医院的领军作用,建立了优质医疗资源的共享机制。但是分级诊疗制度还有待完善,分级诊疗模式的优势还需进一步发挥,对医务工作者的培训力度还有待提高。可在制度保障的基础上创新医院管理模式,增加就诊者的主动参与度,强化医务工作者的协作互助作用,共同推进分级诊疗模式的发展,发挥分级诊疗对医院管理的价值和意义。

## 参考文献

- [1] 国务院办公厅.《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》[EB/OL]. (2017-04-23) [2018-07-02]. [http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-04/26/content\\_5189071.htm](http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-04/26/content_5189071.htm).
- [2] 陈旻洁,鲍勇.医院社区分级诊疗的医患认知研究:基于上海市家庭医生制度[J].中华全科医学,2015,13(5):153.
- [3] 刘志会,何思长,孙渤星,等.三甲医院医师对双向转诊的认知调查与分析[J].卫生经济研究,2016,33(1):31-34.
- [4] 宋景麟,陈虹,张邦辉.基于资源配置现状的重庆市分级诊疗实施策略分析[J].重庆医学,2017,46(14):2002-2005.
- [5] MODELL V,ORANGE J S,QUINN J, et al. Global report on primary immunodeficiencies: 2018 update from the Jeffrey Modell Centers Network on disease classifica-

tion, regional trends, treatment modalities, and physician reported outcomes[J]. Immunol Res, 2018, 66(3): 367-380.

- [6] 王荣英,李峰,支晓,等.基于门诊就诊疾病谱分析的综合医院全科医疗科在分级诊疗中的定位与发展探讨[J].中国全科医学,2016,19(28):3417-3421.
- [7] LEUNG A A, DASKALOPOULOU S S, DASGUPTA K, et al. Hypertension Canada's 2017 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults[J]. Can J Cardiol, 2017, 33(5): 557-576.
- [8] 陈晓云.广州市全科医生规范化培养现状及对策研究[D].广州:南方医科大学,2016.
- [9] 姚泽麟.政府职能与分级诊疗“制度嵌入性”视角的历史总结[J].公共管理学报,2016,14(3):61-70.
- [10] 孙卓林,李娜玲.我国建立分级诊疗体系的SWOT分析[J].重庆医学,2018,47(3):416-417.
- [11] 国家卫生计生委医政医管局.国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见[EB/OL]. (2015-09-14) [2018-07-18]. <http://www.moh.gov.cn/yzygj/s3593g/201509/c30041e1016a427f947774c9e864eb4.shtml>.
- [12] SCHULZ S, LÓPEZ-GARCÍA P. Big data, medical language and biomedical terminology systems[J]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2015, 58(8): 844-852.
- [13] MEI K Z, PENG J Y, GAO L, et al. Hierarchical classification of large-scale patient records for automatic treatment stratification[J]. IEEE J Biomed Health Inform, 2015, 19(4): 1234-1245.

(收稿日期:2018-09-04 修回日期:2018-10-18)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.02.047

# 基于 HRP 建立医院人力资源管理系统——以河南省肿瘤医院为例

张建功

(河南省肿瘤医院/郑州大学附属肿瘤医院,郑州 450008)

[中图分类号] C931.3 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8348(2019)02-0351-03

医院是知识密集型组织,人力资源是医院的核心资源,本院基于医院资源计划系统平台(hospital resource plan, HRP),构建了人力资源管理系统,积极探索科学、规范、全面、系统的人力资源管理模式<sup>[1]</sup>。

## 1 人力资源管理与 HRP

近年来,随着国家对医院人事制度的改革、医院规模扩大、员工数量不断增加,人力资源管理更加多元化、复杂化。传统的人力资源管理模式已经不能适应现在的需要,过去认为“人力资源管理”即“人事管

理”,只是人事管理部门的事情,在手工环境或单机版人事系统下负责员工的档案管理、考勤、人事调动、工资发放等日常事务。

现代的医院人力资源管理主张将“人力资源”作为一项特殊的“资产”进行管理,在人力资源全生命周期的基础上,实现对每个员工入职、培训、考勤、奖惩、绩效、离职等日常活动进行全方位、全过程管理,最终实现人力资源管理的目标——最大化员工的效能,也就是人尽其才、人事相宜,让每个员工都能在合适的