



临床适宜技术三级推广网

—— 从三甲到社区 ——

主编◎葛建一



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE



临床适宜技术推广网

—— 从三甲到社区 ——

—— 中国 ——

www.clinicalchina.com

临床适宜技术三级推广网

——从三甲到社区

主 编 葛建一

副主编 张月林 侯建全

编 者 (按姓氏笔画排列)

张月林 (苏州市卫生局)

林妍妍 (苏州大学附属儿童医院)

金 艳 (苏州大学附属第一医院)

侯建全 (苏州大学附属第一医院)

葛国曙 (苏州大学附属第一医院)

葛建一 (苏州大学附属第一医院)

熊 威 (苏州大学附属第一医院)

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床适宜技术三级推广网/葛建一主编. —北京:
人民卫生出版社, 2012. 5

ISBN 978 - 7 - 117 - 15765 - 0

I. ①临… II. ①葛… III. ①临床医学 - 技术推广
IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 065902 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

临床适宜技术三级推广网

主 编: 葛建一

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010 - 59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010 - 67605754 010 - 65264830

010 - 59787586 010 - 59787592

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 10

字 数: 240 千字

版 次: 2012 年 5 月第 1 版 2012 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978 - 7 - 117 - 15765 - 0/R · 15766

定 价: 24.00 元

打击盗版举报电话: 010 - 59787491 E-mail: WQ@pmph.com

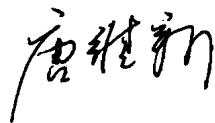
(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

序

葛建一院长将书稿送给我,希望为之作序,我惊讶地发现内容是临床适宜技术从三甲向社区的推广。当下大医院都在集中精力提高自身解决疑难疾病的能力,一个城市大医院的院长能在这样的背景下如此关注、研究和推动一个事关全局的问题,实属难能可贵。

科学配置资源是医改的重要任务之一。现在城市大医院人满为患,优质医疗资源被不合理使用,小医院门庭冷落,资源被闲置。如何解决这个问题呢?中央医改文件明确提出要建立“社区首诊、分级医疗、双向转诊”的服务体系,要求大医院不仅要按照分级医疗的要求把握自身技术定位,而且还要主动关心和支持社区的技术建设,把大医院熟练的但更适宜在社区使用的技术向社区推广,这不仅需要方法,更需要勇气和境界。

《临床适宜技术三级推广网——从三甲到社区》的出版,是医改的新探索和新成果,为城市大医院的改革和履行社会责任提供了方向、方法和途径。全书结构清晰、逻辑严谨、文笔流畅,是一本可供医院管理者、社区和基层卫生工作者、卫生管理研究者学习、借鉴和实践的参考书。



2012年3月

前 言

随着新一轮医药卫生体制改革的推进,医疗卫生事业的公益性得到进一步确立,基本公共卫生服务均等化逐步实现、基本医疗保障政策得到落实、基本药物制度不断健全、基层医疗服务体系逐年完善、公立医院改革按期展开,这些都是医改给医疗卫生事业带来的深刻变化。然而,面对改革的风云际会,面对群众需求的日趋提高,面对政府要求的精益求精,作为医院管理者必须要主动积极地适应和把握宏观政策调整带来的机遇与调整,受困于传统的被动式服务模式必将被竞争淘汰、被群众遗忘,只有主动求变,向管理要效益、向技术要效益才能为群众提供更加人性化、个性化的服务,才能保持公益性不变色,才能赢得社会认可。应对这些变化和要求,需要抓住问题的主要矛盾,也就是坚持以病人为中心,立足公益性,提高优质医疗服务,保证医疗质量,发展医疗技术。所以我们认为医疗技术的发展是医疗机构保持旺盛生命力的不竭动力,而临床适宜技术三级推广更是促进医院之间横向和纵向的交流,为缓解“看病难、看病贵”问题寻求了一条技术出路,深受群众欢迎,取得了良好的社会反响。

作为一部理论和实践结合较为紧密的学术专著,作者综合运用了医院管理学、卫生管理学、社会保障学、政治学等学科的知识,分析临床适宜技术三级推广中的相关问题。同时,近年来苏州大学附属第一医院在转化型医学的研究和发展中,积累了丰富的经验,为本书的撰写提供了大量宝贵的临床数据,为临床适宜技术三级推广进行了开拓性的尝试。本书较好地结合了国内外相关领域研究的最新进展和成功,密切联系我国医药卫生体制改革的实际,反映了苏州乃至苏南地区经济社会的卫生适应性,内容上力求深入浅出,理论论述和实例说明相穿插。

本书主要分为七章内容。第一章主要介绍并研究了临床适宜技术的相关理论,临床适宜技术的特点、内涵和分类,以及临床适宜技术推广的可行性和必要性。第二章主要研究了临床适宜技术的推广要素,包含人员、经费、组织、协调机制、技术规范、制度保障等,还包括临床适宜技术推广中的利益机制研究。第三章主要确定临床适宜技术推广评价体系。涉及效果评价指标建立,病人综合满意度对比分析,信息反馈等内容。第四章主要阐述临床适宜技术三级推广网的构建。介绍了临床适宜技术三级推广网的合作模式。第五章研究临床适宜技术三级推广网与环境因素的作用机制。从 PEST 分析模式出发研究政策、经济、社会和技术层面对影响临床适宜技术的环境因素作探讨。第六章主要介绍临床适宜技术推广的研究方法,包括文献回顾法、抽样调查和访谈、病例对照研究、技术推广的参与性评估等方法。第七章介绍临床适宜技术推广的前景。包括网络平台的拓展能力研究、临床适宜技术推广的长效机制研究、临床适宜技术推广的前景展望。

临床适宜技术三级推广网构建研究,涉及的领域众多、知识广泛,需要反映医改政策的大方针,无论是实践还是理论,待进一步深入研究的内容还有很多。由于作者理论水平和实践经验有限,书中难免会有不当或错误之处,诚恳希望国内外读者、学者和广大卫生界的同志们批评指正,以便再版时作更加细致地修改和补充。本书撰写过程中得到了苏州市科技局、苏州市卫生局、苏州大学附属第一医院、苏州市吴中区人民医院、苏州市木渎人民医院、苏州市长桥人民医院、苏州市双塔社区卫生服务中心的大力支持。同时,对本书的校对和中英文对照编写上做了大量工作的研究生,一并深表感谢。

葛建一

2012年3月

第三节 临床适宜技术推广的管理制度建立	32
一、分析论证制度	32
二、推广制度建立	33
三、解释说明制度	33
四、患方的合作和配合	34
五、临床适宜技术相关的医疗保险制度	34
第四节 临床适宜技术推广的人才机制研究	35
一、临床适宜技术推广所需的人才平台	35
二、临床适宜技术人才机制建设探索	36
第五节 临床适宜技术推广的平台构建和组织构成	37
一、适宜技术推广平台构建	37
二、适宜技术推广的组织构成	39
三、临床适宜技术推广的组织保障	39
第六节 临床适宜技术推广的利益机制研究	40
一、利益机制	40
二、临床适宜技术推广中的利益主体分析	40
三、利益机制规范下利益主体的行为要求	42
 第三章 临床适宜技术推广评价体系的确立	45
第一节 临床适宜技术推广效果评价指标	45
一、效果评价	45
二、效果评价指标	45
三、临床适宜技术效果评价指标确定的原则	47
四、临床适宜技术效果评价指标确定的方法	47
五、临床适宜技术效果评价指标的确定	49
第二节 病人综合满意度对比分析	50
一、病人满意度内涵与外延界定	51
二、临床适宜技术三级推广中病人满意度的影响因素	51
三、临床适宜技术三级推广中病人满意度的调查	52
第三节 临床适宜技术推广中的信息反馈	53
一、信息反馈	53
二、临床适宜技术推广中的信息反馈途径	54
三、临床适宜技术推广信息反馈的应用	55
四、重视信息反馈的意义	56

下篇 实 践 篇

第四章 临床适宜技术三级推广网的构建	61
第一节 临床适宜技术三级推广网的合作模式	61

一、总体规划:政府牵头,医院承担,群众参与	61
二、社会公益型	61
三、技术服务型	62
四、科技实体型	63
五、纯市场型	64
六、两种基本模式	64
七、实施机制	65
第二节 临床适宜技术三级推广网的组织协调	66
一、各级医院合作方式	66
二、各级医院网点之间的关系	66
三、政府担当重要角色	67
四、组织协调	68
第三节 案例:“苏州市临床适宜技术三级推广网示范工程”介绍	70
一、苏州市临床适宜技术三级推广的工作基础和条件	70
二、苏州市临床适宜技术三级推广的研究内容	71
三、苏州市临床适宜技术三级推广的技术路线	73
四、苏州市临床适宜技术三级推广工程运行成效	75
第五章 临床适宜技术三级推广网与环境因素的作用机制	78
第一节 公共政策支持	78
一、公共政策内涵与特征	78
二、临床适宜技术推广的政策支持	79
三、临床适宜技术推广“苏州模式”的政策环境	80
第二节 高校的知识和技术依托	81
一、高校在临床适宜技术推广中的作用分析	82
二、苏州高校对临床适宜技术推广的区位优势	83
第三节 社会参与度	85
一、临床适宜技术三级推广社会参与的条件因素	86
二、临床适宜技术三级推广社会参与的形式	87
第四节 媒体舆论的导向作用	88
一、舆论的内涵界定	89
二、媒体的种类	91
三、临床适宜技术三级推广中正确发挥舆论导向作用	93
第六章 临床适宜技术推广的研究方法	95
第一节 文献回顾	95
一、相关概念和内涵	95
二、文献回顾的目标和类型	96
三、如何查找文献	97

四、阅读文献要注意的几个问题	99
五、文献回顾的作用	99
第二节 临床适宜技术需求与供给情况的抽样调查	100
一、需求与供给	100
二、临床适宜技术供给与需求状况调查分析	101
第三节 病例对照研究	102
一、实例:吸烟与肺癌的关系	102
二、基本原理	102
三、特点	102
四、形式	103
五、实验组和对照组	103
六、病例对照研究的实施	103
七、病例对照研究中的主要偏倚及控制方法	105
八、病例对照研究的优缺点	105
第四节 临床适宜技术推广的参与性评估	106
一、参与性评估	106
二、参与性评估与传统方法的区别	106
三、参与性评估的几项原则	106
四、参与性评估工具	107
五、参与性评估的优点和局限性	108
六、参与性评估在临床适宜技术推广中的应用	109
第五节 统计分析	110
一、统计分析	110
二、统计分析方法	110
三、统计分析在临床适宜技术推广中的应用	111
第六节 案例:苏州市吴中区临床适宜技术需求、供给情况问卷调查实例	112
一、资料与方法	112
二、结果	112
三、讨论	113
第七章 临床适宜技术推广的前景	119
第一节 网络平台的拓展能力研究	119
一、背景介绍	119
二、临床适宜技术推广网络平台构建载体研究	121
三、构建临床适宜技术推广网络平台的具体要求	123
四、构建临床适宜技术网络平台的难点分析	124
五、构建临床适宜技术推广网络平台的服务方式	126
六、临床适宜技术推广信息平台构建和数字化推广前景	126
第二节 临床适宜技术推广的长效机制研究	127

一、我国临床适宜技术推广工作回顾	127
二、临床适宜技术推广长效机制建立的思路	128
三、临床适宜技术推广长效机制的模式	128
四、临床适宜技术推广长效机制的内容	130
五、临床适宜技术长效推广与区域医疗卫生整体发展关系	132
六、临床适宜技术长效推广中存在的问题	133
七、临床适宜技术推广长效机制建立的对策分析	137
第三节 临床适宜技术推广的前景展望	139
一、发展思路与目标	139
二、临床适宜技术推广产业化前景广阔	140
三、临床适宜技术持续推广的依赖因素	140
四、临床适宜技术推广难点	141
五、临床适宜技术推广优势	143
六、临床适宜技术推广前景	144

上篇 理论篇

第一节 临床适宜技术的理论渊源

临床适宜技术的推广与国家的经济增长水平、人均卫生费用、技术适宜性等息息相关。在临床上应用适宜的技术有益于提高医疗质量,缓解病人“看病难、看病贵”,改善病人健康,提高病人体验,深刻地体现了医学“守住健康,防治疾病,提高生存质量,延长寿命”的宗旨。

任何一种思想、一种理念、一个术语甚至是一种技术的诞生,都不会是无源之水、无本之木,除了时代背景、现实需要等以外,都有着深厚的理论渊源。理论渊源原来是应用于法学领域,即指特定法律规范(包括法律原则)的理论源泉。这些理论提出并论证了某种社会行为或法律原则的合理性,并得到掌握政权阶级的普遍认同,成为特定法律规范(包括法律原则)的理论基础。这里所谓的理论渊源,是指某种理论产生的历史脉络,理论思想的继承和发展。临床适宜技术的提出是有一定理论基础的。临床适宜技术的思想是在卫生事业不断发展的进程中,在审视中国国情的基础上,继承前人关于适宜技术思想的基础上形成和丰富的,根植于经济学家们关于适宜技术的重要阐述,是对适宜技术思想的重要扩充和发展。

适宜技术的思想起源可追溯到公平理论的力量。技术公平带来的问题是成本的平衡,高技术应用带来的高成本,也许是发展中国家无法承受的,因此生产率收敛的讨论,Solow(1956年)首先提出了经济增长收敛的观点,他认为由于资本的边际报酬递减,发展中国家应该比发达国家增长更快,两者的人均收入差距应该逐渐缩小。然而,经验证据表明,虽然美国国内各州之间,以及发达国家之间人均收入水平出现了收敛(Barro 和 Sala-I-Martin, 1992年;Baumo,1986年;Williamson,1995年),但是,绝大多数发展中国家却并没有能够缩小与发达国家的人均收入差距(Romer,1994年;Easterly 和 Levine,2001年)。由此,一些学者提出了“俱乐部收敛”(club convergence)的概念。针对俱乐部收敛这一现象,许多学者对此进行了理论解释与实证检验,比较有代表性的解释主要有以下几种观点:第一,以Lucas(1988年)和Romer(1990年)为代表,他们放松了内生增长理论中的资本边际报酬递减的假设,以初始资本劳动比(capital-labor ration)的差异来解释生产率的差别。第二,以Mankiwetal(1992年)为代表,将人力资本纳入索洛模型对其进行了扩展,这种观点认为不同的人力资本上的投资比例造成了生产率上的不同收敛现象。第三,从技术差距(technology gap)的角度来解释这一现象(Abramowitz,1986年;Verspagen,1991年;Fagerberg,1994年;Barro 和 Sala-I-Martin,1995年),他们认为技术差距才是造成发达国家与发展中国家生产率差异的根本原因,由于后发国家不能够充分地获得发达国家先进生产技术的溢出,由此形成了两者生产率的发散。因此,他们认为后发国家通过增强吸收新知识能力,能够赶上发达国

家的技术水平。而适宜技术理论就是在上面的几种理论的基础上形成的。

Parente 和 Prescott(1994 年)指出不同的国家在技术采用上面临着的不同障碍造成了技术进步上的差异,但他们对障碍的概念过于模糊,也没有说明这些障碍是什么原因形成的。针对上述问题,一些经济学家提出了适宜技术(appropriate technology)的观点,作为对技术溢出的补充,近几年来适宜技术的理论不断被国内外一些著名的学者提及,并形成了一定的理论研究基础。

适宜技术(appropriate technology)最早出现在经济学的研究领域,它被用于解释不同国家之间的实际收入存在巨大差距的原因。许多经济学家认为不同国家之间的技术知识差距是这些国家之间存在巨大人均收入差距的原因(Romer,1993 年;Prescott,1998 年)。就在这个背景下,部分经济学家就运用适宜技术来解释这种国与国之间的经济差距。Atkinson 和 Stiglitz 在 1969 年第一次提出适宜技术,并将其解释为“本地在实践中积累的知识”(localized learning by doing)。他们指出“技术进步只是提高了特定资本、劳动力组合要素的生产率”。Basu 和 Weil(1998 年)提出了一个新的理论框架(简称 BW 模型)来解释技术进步速度的差异。他们认为某一类技术只适用于一定的生产条件,并且用要素投入组合来表示这种技术的专用性。这个观点其实强调了技术使用的条件性,为适宜技术理论的完善提供了基础。Acemoglu 和 Zilibotti(2001 年)发展了适宜技术理论,他们也认为一个国家的技术结构必须与一定的投入要素相匹配,但是他们所指的关键投入要素是熟练劳动力与非熟练劳动力的比例。他们还认为尽管发展中国家可以像发达国家一样同等地获得最新的技术,发展中国家所采用的技术与本国的要素禀赋结构的不匹配还是会造成发展中国家和发达国家之间在全要素生产率和人均产出上存在很大的差距。他们进一步研究认为劳动力之间不是能够完全替代的,这不但考虑了各劳动力的比例,而且强调了各劳动力的单位效率,并用这两者比例(而不是数量比例)来重新界定技术进步,当两者之间比例随着时间的变化保持不变时,技术进步是技能中性(skill neutral)的;当这一比例随着时间的推移增大(减小)时,技术进步向技能熟练性(非熟练性)偏移,这时使用熟练性(非熟练性)的劳动力将会使经济更加有效。同时他们还进一步考虑了这两者的组合(这些组合形成了可能的技术选择集),不同要素禀赋的国家将根据自身的情况选择适宜技术,如果技术选择发生偏移,其生产率将会受到较大的损失。因此,当发展中国家的要素禀赋与发达国家的要素禀赋差异较显著时,发展中国家采用发达国家使用的技术可能不是最优的,发展中国家比较明智的选择是拓展技术选择的空间,而不是被动地“复制”发达国家的生产技术以及流程。

经过上文的阐述我们不难得出经济学中的适宜技术强调一国在经济发展过程可以引进先进的技术也可以自主研发技术,最关键的问题是在引进和研发技术过程中(特别是引进)要注意自身经济要素禀赋的实际情况,选择最匹配的技术(也可以说是最适合、最适宜的)而不一定是高、精、尖的技术,而应该根据国情,引进或者研发适合本国国情、与国情相适宜的技术,适合的就是最好的、最有效的。在临床适宜技术三级网络构建的实践中,“适宜技术”的这一理论内核(即在技术引进和使用中不能一味追求先进技术,而应注重自身要素禀赋与技术本身的匹配)具有很强指导意义。临床适宜技术的概念在各学者对适宜技术概念界定的基础上,笔者认为临床适宜技术,是指那些经过长时间临床应用被证明安全性高、治疗效果明显而且价格低廉、具有操作方便的特点和易被基层卫生机构和群众接受的技术。

西方学界对医学适宜技术的解释也突出强调“适宜”两字,“无论什么技术只要在经济

上、社会上、政治上都具有可行性,同时又能减轻发展中国家中营养不良的情况就是‘适宜’的,不管其是精密无比抑或是毫无精密可言”。我们从引文中看出医学界对技术的引用和使用同样强调自身各要素和技术本身的匹配而不是单纯突出技术本身的先进性。近两年来临床适宜技术正在悄然兴起,但仅仅局限于部分专业应用技术,尚无充分的理论论据依托。

总之,在当代医药卫生体制改革的大背景下,逐步推广临床适宜技术到基层医疗机构具有重要的意义,而要让医疗机构正确的引进和研发与实际状况相适宜的医疗技术,就必须要了解其理论渊源,抓住其内核。理论界不断完善临床适宜技术的理论体系,这一体系也慢慢地得到了绝大多数学者的认同。我国经济高速发展,人们的生活水平不断提高,解决居民日益增长的健康需要与现在医疗技术不能满足居民健康需要之间的矛盾,也是新一轮医药卫生体制改革的重要议题,关系到我国卫生事业发展的可持续性。

第二节 国内外临床适宜技术的研究现状

前文我们介绍“适宜技术”的研究最早主要集中在经济领域,之后逐步扩展到农学、建筑学、卫生学等多个领域。在卫生领域,国内外学者就“适宜技术”都进行了一定的研究,相对于国外研究偏重于理论的探索,国内的研究更加关注适宜技术的推广,无论从政策保障,还是技术推广中的诸多相关问题都作了有益的研究。

一、国外临床适宜技术的研究现状

适宜技术(appropriate technology)又称“合适技术”,最早出现在经济学研究领域,它被用于解释不同国家之间的实际收入存在巨大差距的原因。Parente 和 Prescott 在 1994 年指出不同国家在技术采用上都面临着不同障碍,这些障碍就造成了他们在技术进步上的差异,但两位学者当时对障碍的概念界定过于模糊,也未说明这些障碍是什么原因形成的。针对这些疑问,一些经济学家提出了适宜技术的观点,作为对技术溢出的补充,近几年来适宜技术的理论不断被国内外一些著名的学者提及,并形成了一定的理论研究基础。

“适宜技术”一词在 20 世纪 70 年代风行一时,适宜技术也成为发展中国家实现工业化所不可或缺的一门技术哲学。1965 年英国经济学家 E. F. 舒马赫博士分析了现代技术的一些特点,例如现代技术效率高、资本集约和技术集约程度高、传统技术效率低、劳动集约程度高等,并提出采用介于传统技术和先进技术之间的中间技术来缩小发展中国家与发达国家之间的技术和经济差距。E. F. 舒马赫博士认为,发展中国家面临着人口众多、文化水平低下、劳动力低廉、资金和资源缺乏等实际情况,他们虽然急需现代科学技术,但是必须从实际出发,从现实来考察问题,这就要把传统技术与现代技术结合起来,形成一种新的中间技术。1969 年诺贝尔经济学奖获得者 Atkinson 和 Stiglitz 首先提出“适宜技术”一词,它被用于解释不同国家之间的实际收入存在巨大差距的原因。20 世纪 80 年代后医学领域才逐步引入适宜技术这一概念。西方医学理论界对适宜技术的研究要早于国内,他们的研究强调“适宜”一词,“无论什么技术只要在经济上、社会上、政治上都具有可行性,同时又能减轻发展中国家中营养不良的情况就是‘适宜’的,不管其是精密无比抑或是毫无精密可言”。我们从引文中看出西方医学界,对医学技术的使用上同样强调自身各要素和技术本身的匹配而不是单纯突出技术本身的先进性。