

CHINESE HEALTH POLICY

中华人民共和国卫生部主管
中华医院管理学会主办

中国卫生政策



ISSN 1003-8272
9 771003 827000

新闻 ★ 理论 ★ 综合



国际标准刊号: ISSN1003-8272 • 国内统一刊号: CN11-4503/D • 邮发代号: 2-639 • 定价: 6.00 元 • 京工广字第0053号



以实实在在的 新成果向 党的十六大献礼

本刊讯（本刊特约记者韩全意）日前，本刊主编、中华医院管理学会会长、卫生部原副部长曹荣桂在辽宁省调研医院工作时强调，各级医院要认真学习领会江总书记“5.31”重要讲话精神，努力实践“三个代表”重要思想，按照卫生部的工作要求，做好医疗质量服务工作，在总结好上半年工作的基础上，抓住当前的大好形势，与时俱进，巩固创建百姓放心医院活动的成果，周密部署，严格督查，进一步强化质量和环节管理，为广大人民群众看好病、服好务，以实实在在的新成果向党的十六大献礼。

连日来，曹荣桂在中华医院管理学会、辽宁省卫生厅、朝阳市政府等有关领导的陪同下，深入锦州市中心医院、朝阳市二院、何氏眼科集团、沈阳医学院调查研究。

曹荣桂在调研中指出：做为一名中共党员应牢记党的宗旨，为人民谋利益，在工作中确实起到共产党员的先锋模范带头作用。我们各级医院领导同志，要带头学习好江总书记“5.31”重要讲话精神，把思想和行动统一到讲话精神上来，以“三个代表”重要思想统领我们的各项工作。

曹荣桂说：江总书记“5.31”重要讲话，站在全局和战略的高度，科学分析了当前我们面临的新形势、新任务和新挑战，深刻回答了在全面建设小康社会、加快推进社会主义现代化的新阶段我们党执政兴国的一系列重大问题，创造性地提出了许多新思想、新观点、新论断。这篇在重要时刻发表的十分重要的讲话，高屋建瓴，内涵丰富，思想深刻，论述精辟，是对“三个代表”重要思想的进一步丰富和深化，是对建设有中国特色社会主义伟大事业发展规律新的认识和总结，为党的十六大召开奠定了重要的政治、思想和理论基础，对于更好地团结和动员全党为实现历史和时代赋予我们党的庄严使命

而奋斗，具有十分重要的指导意义。

曹荣桂在谈到民营医院发展时说，江总书记在“5.31”讲话中提出公有制为主体，多种所有制共同发展。随着入世，医疗市场的格局也在发生变化，多种形式的资金进入医疗机构，满足了人民群众不同层次、不同人群的服务需求。各级卫生行政主管部门应当积极扶持、鼓励、帮助民营医院发展，在准入上严格把关，在管理上按制度办事，引导民营医院向健康、有序方向迈进。

曹荣桂在与锦州市中心医院、朝阳二院领导座谈时说，两所医院在医院管理和创建百姓放心医院活动中，各具特色，措施到位，如锦州中心医院功能科为病人做检查时用帷幕隔开，保护病人的隐私。事情虽小，却体现了以病人为中心的服务理念，真正替患者着想。朝阳二院开展新项目，运用先进诊治技术为患者服务，始终把医疗质量作为医院管理的重要环节来抓，医疗质量和服务质量有明显提高，患者反应良好。我们广大医务工作者通过辛勤劳动，让社会认可，让百姓放心，是讲大局、讲团结、讲稳定的具体行动。

曹荣桂指出：上半年医院工作和创建百姓放心医院活动虽然取得了明显成绩，但下半年任务，特别是人事分配制度改革工作仍然艰巨。人事分配制度的改革是深化卫生体制改革的关键，政策性强，涉及面广，关系到每位职工的切身利益，必须把思想工作做到位，使职工从思想上认识到人事分配制度改革的重要性、紧迫感。他要求各级医院要巩固和发展当前的大好形势，决不能满足于已取得的成绩。要坚持高标准、严要求，瞄准全国先进找差距，定措施，鼓干劲，争上游，充分调动各方面的积极性，加大工作力度，创造性地开展工作，在已取得明显阶段性成果的基础上，保质保量地完成今年任务，以医疗优质高效为人民群众服务，为社会主义经济建设服务，以实际行动迎接党的十六大召开！

2002年第8期
总第149期(月刊)



录

M U L U



编委会主任 张文康
编委会副主任 潘贵玉
顾问 蔡仁华 马成义 许占山
张青林 魏忠义 李仁
王春林 卢希谦
编委(以姓氏笔划为序)

主 登 马玉章
马晓伟 王天瑞 王陇德
王宗贤 王荣慈 王蔚文
刘全喜 刘志远 刘洪祺
刘俊 刘爱华 刘爱梅
毛磊 亚森·吐尔逊
朱玉珍 朱庆生 朱宗涵
孙承贷 孙隆春 宋兆琴
李兰娟 李祥龙 李鸿光
李嘉璇 肖庆伦 何一天
何明 迟达明 张愈
陈洁 陈野 郑筱萸
卓凯星 周珉 周标
周俊安 赵震寰 胡景然
胡德伟 哈斯巴根
殷大奎 顾杏元 梁浩材
梁世章 黄庆道 曹荣桂
曾繁友 彭瑞穗 简梁盛
臧爱民 戴光强

主 编 曹荣桂
副 主 编 陈野
编辑部主任 黄贤华
编 辑 高淑红
美编部主任 宋名道
通联部主任 毛建平

CHINESE

卷首

以实实在在的新成果向党的十六大献礼

韩全意/1

特稿

以优良的党风、政风带动和促进卫生行风建设

卫生部纪检组组长 张凤楼/4

厅局长论坛

加大投入 促进农村卫生事业全面发展

广西壮族自治区卫生厅厅长 王玉梅/6

推进卫生监督体制改革 迎接入世

上海市卫生局局长 刘俊/9

地方领导谈卫生

落实农村初保 狠抓基础建设 强化枢纽功能 开展卫生支农

河北省唐山市人民政府 王玉梅/11

专家论坛

临床路径:医院的生存与发展策略

吴袁剑云 李庆功/13

改革前沿

集约化发展基层卫生事业

——山东省宁阳县医疗集团组建及运作情况介绍

山东宁阳县卫生局/18

卫生纵横

我国卫生人事工作改革综述

张新建/21

正确认识和对待“举证责任倒置”

兰迎春等/24

中国医药产业面临的挑战与出路

刘小勤 申吉泓/27

关于建立农村社区卫生服务体系的思考

田贞训/30

政策法规台

社会医疗保险立法初探

王锐/32

略谈病案管理中的法律问题

黄静兰/34

论医疗纠纷处理相关法律制度建设

高泽银/36

城镇医药卫生体制改革政策问答100题(连载)

卫生部新闻办等/39



Health Policy

农村卫生专栏

转变模式 拓宽领域 积极发展农村社区卫生

浙江省绍兴市人民政府 / 41

乡镇卫生院改制后的运行情况及对策
为农民健康树起屏障

徐壮飞 / 44

——河北省迁安市乡村一体化办医纪实

刘中非 李学辉 / 47

医院后勤管理

如何转变医院后勤管理模式

张建新等 / 48

西部卫生

民族地区农村卫生可持续发展的思考

金礼智 / 50

调查与研究

民族贫困地区医疗欠费的成因及对策

莫丽萍 / 53

百家论坛

浅谈医院如何做好卫生资源合理配置

胡连添 / 56

加强疾控中心形象建设之我见

徐显华 / 57

新时期医院思想政治工作策略初探

吕福云 / 59

浅谈人事制度改革中的选贤任能

徐菊秋 陈鸣 / 61

论点摘编

规范科研经费政策保证科研事业发展

周惠萍 / 55

切实做好医疗卫生单位的经济责任审计

郝修平 李淑萍 / 58

八面来风

山东日照东港区卫生监督执法实行“片警”制

/ 63

河北馆陶县出台农村卫生改革四项措施

/ 63

锦州市公开招聘医院院长

/ 64

湖北制定医疗机构行为规范

/ 64

内蒙古兴安盟确定“十五”在职人员培训计划

/ 64

信息

卫生部干部培训中心、中国政法大学卫生法律研究生课程招生

/ 62

CHINESE HEALTH POLICY 中国卫生政策



封面说明

卫生部副部长王陇德
(前)步入全国卫生厅局办
公室工作暨卫生新闻宣传
工作会议会场
卫生部新闻办供稿

中华人民共和国卫生部主管
中华医院管理学会主办
国际标准刊号: ISSN 1003-8272
国内统一刊号: CN 11-4503/D
广告经营许可证: 京宣工商广字
第0059号

出版: 中国卫生政策杂志社
编辑: 《中国卫生政策》编辑部
地址: 北京市宣武区南线阁10号
基业大厦8层

电话: (010) 63203759

邮编: 100053

发行范围: 国内外公开发行

订阅: 全国各地邮局(所)

邮发代号: 2-639

邮购: 本刊发行部

定价: 6.00元

出版日期: 2002年8月5日

印刷: 水利电力出版社印刷厂



以优良的党风、政风带动和 促进卫生行风建设

卫生部纪检组组长 张凤楼



HANGFENGJIANSHI

纠正医药购销中不正之风是当前全国纠风专项治理的重点,各级卫生行政部门和医疗机构结合推进城镇医药卫生体制改革,坚持标本兼治、综合治理的方针,狠抓工作落实,取得了比较明显的成效。一是积极推动药品集中招标采购工作。据统计,目前31个省(自治区、直辖市)都不同程度开展了药品集中招标采购。2001年全国卫生部门组织开展的城市医院药品集中招标采购总金额约为160亿元,中标药品价格平均降低约20%,向患者让利20亿元左右。二是全国县以上医院普遍推行“病人选择医生制度”,促进医德医风和医疗服务质量的提高。三是进一步完善并推广了医院药品收支两条线管理制度、“住院费用清单制度”、服务收费和药品价格公示制度、门诊及住院费用查询制度。尊重病人的知情权和选择权,接受社会

监督。四是在严肃查处违法违纪案件的同时,加强了正面宣传教育。总结推广广东省中医院、鸡西矿务局总医院重视抓医德医风和医疗质量管理的典型经验,以此带动全系统的行业作风和精神文明建设。经过有关部门的共同努力,现在社会医药费用不合理增长的势头得到有效遏制。据统计,1990—2001年,我国卫生部门县及县以上综合性医院,每个门诊人次和每个出院者住院医疗费用年平均增长率分别为21.6%和19.1%,而2001年分别下降为9.1%和5.2%。其中,1990—2001年,每门诊药费和每出院者住院药费年平均增长率分别为19.8%和17.1%,而2001年仅为7.4%和3.8%。

2002年,我们要以江泽民总书记“三个代表”重要思想为指导,按照国务院和中纪委的统一部署,继续推进城镇医药卫生体制改革,把

纠正医药购销中的不正之风作为贯彻党的十五届六中全会决定,加强和改进卫生部门作风建设的重要举措,不断推进体制、机制、制度创新,以优良的党风、政风带动和促进卫生行风建设。

继续扩大和规范药品集中招标采购工作

继续扩大参加集中招标采购的医疗机构的数量、采购药品品种和金额。到2002年底,要有70%的县级以上公立(政府、国有企业)医疗机构参加药品集中招标采购;实行集中招标采购的药品,在扣除医疗机构应得的药品差价收入后,要有不低于60%的比例让利于患者;纳入城镇职工基本医疗保险药品目录、临床应用普遍、采购量比较大的药品中有50%的金额实行集中招标和



集中议价采购。按照“统一、规范、简化、高效”的原则,结合各地实际情况,进行药品招标采购活动。认真落实《医疗机构药品集中招标采购工作规范(试行)》和《医疗机构药品集中招标采购监督管理暂行办法》,加强监督检查,对规避招标、违规操作、向投标企业乱收费、不按规定向患者让利的行为,要坚决予以纠正,严肃查处有关责任人,切实扭转“不使用招标药”、“一招就死”的现象,使广大患者从药品招标中真正得到实惠。纠正一些卫生行政部门越俎代庖,代替招标主体做具体招标工作的行为,确保药品招标采购公开、公正、公平地推行,切实把这件利国利民的事情办好。积极探索开展一次性医用材料、器械的集中招标采购工作。

二

进一步完善医疗补偿机制

继续坚持和完善医院药品“收支两条线”管理办法,按照“总量控制、结构调整”的原则,逐步降低医院药品收入占业务收入的比重,积极协调有关部门落实财政补助政策,调整医疗服务价格,弱化药品收益对医院的补偿作用。积极推进医院门诊药房改为药品零售药店的试点工作。逐步扭转医疗机构“以药补医”的运行机制。认真执行《全国医疗服务收费项目规范》,各级医疗机构要进一步对医疗服务项目和药品价格进行公示,进一步健全完善住院费用清单制、门诊和住院费用查询制度,保证因病施治、合理用药,合理检查,合理收费。

三

转变职能,加强医疗服务质量监管

各级卫生行政部门要从观念和职能上实现由“办医院”到“管医院”的转变,把加强对医疗机构和医疗服务质量的监管,落实“以病人为中心”作为转变作风的切入点。在

医疗服务过程中,要树立“以人为本”的思想,尊重患者、关爱患者、方便患者、服务患者。依法行政、严把医疗机构、医护人员、临床药师和临床新技术的准入关。加强调查研究,修订完善各种诊疗技术规范 and 用药规范,并确保严格执行。加强经常性的医疗质量稽查,建立医疗机构信息定期发布和公示制度,接受社会监督,引导患者选择就医。强化医院院长的责任,院长要一手抓业务管理,一手抓医德医风建设。要继续推行并不断完善病人选医院、选医生、选药房(药店)制度,切实保障病人的选择权,促进定点医疗机构之间、医生之间、医院门诊药房和社会定点药店之间公平有序地竞争。大力推进医疗机构人事分配制度改革,推广聘任制,提高骨干医护人员的待遇,把医护人员的聘任和收入与技术水平、医德医风、劳动贡献挂钩,建立科学的业绩评估和奖励制度,实行多劳多得、优劳优酬,充分调动广大医护人员的积极性,改善服务态度,提高服务质量和效率。

四

加强法制教育,创建文明行业

认真执行《执业医师法》、《药品管理法》等法律法规,增强遵纪守法观念。把贯彻落实《公民道德建设实施纲要》和加强对医护人员的职业道德、职业纪律、职业责任教育结合起来,培养救死扶伤、敬业奉献的职业责任感和荣誉感。抓反面典型警示教育,严厉查处开单提成、拿回扣、收红包、滥检查、开大处方等违规违纪行为,对典型案例要通报曝光。继续坚持正面宣传教育为主,大力宣传在卫生改革和行风建设中涌现出的先进单位、先进人物,表彰他们的事迹,推广他们的经验。总结各地开展行风评议的经验,逐步形成一套符合卫生行业实际、社会广泛参与、科学公正、操作性强的行风评议规范标准,以评促建,创建文

明行业。

为完成上述工作任务,要按照“谁主管、谁负责”和“管行业必须管行风”的原则,各级卫生行政部门和医疗机构的领导要把纠正医药购销中的不正之风工作提到重要议事日程,加强领导,精心组织。实行业务责任制,要把业务管理工作与纠风工作紧密结合起来,结合城镇医药卫生体制改革,把纠风工作的要求贯穿到各项管理制度和规范中,做到纠风工作与业务工作一起研究部署、一起督促检查、一起考核落实;各级卫生行政部门要进一步转变观念、转变职能,切实加强对医疗机构的监管,加强对医疗服务质量、医德医风经常性监督检查,并将有关情况通报、公示;纠风部门要加强与业务部门的联系和配合,深入进行调查研究,主动提出意见和建议,积极探索治本改革措施,对不正之风严重、群众反映强烈的单位和部门,要认真调查,严格执法执纪,并按照党风廉政建设责任制的有关规定实行责任追究。

让我们统一思想、坚定信心、转变作风、奋发有为,以我们的工作成绩取信于民,迎接党的十六大的胜利召开。

(编后:本文为卫生部纪检组组长张凤楼同志在全国纠风工作会议上的讲话,标题为编者所加。)

责任编辑 陈野

迁址声明

自2002年8月1日起中华医院管理学会迁址办公。新址如下:北京市朝阳区和平街和平西苑20号楼A101。

邮编:100013

电话:010-84279266

010-84279267

010-84279277

传真:010-84271474

特此公告

中华医院管理学会 2002.7.10



加大投入 促进农村卫生事业全面发展

广西壮族自治区卫生厅厅长 高枫

广西壮族自治区地处祖国南疆, 全区土地面积23.67万平方公里, 其中山地、丘陵面积占68.4%。有海岸线1595公里, 边境线1200多公里, 是中国唯一沿海、沿边、沿江的少数民族省区; 人口4744万, 其中少数民族人口1721.1万人, 占广西人口的38.34%, 全区81个市(县)中有国定、区定贫困县49个。广西民族团结, 资源丰富, 但经济相对落后, 是一个后发展的地区。

近几年来, 自治区党委和政府对农村卫生事业的发展给予高度的重视和支持, 在自治区财政十分困难的情况下, 逐年加大对农村卫生的投入, 加强乡、村两级卫生机构建设, 建立健全农村三级卫生服务网络, 巩固发展初级卫生保健成果, 使农村急慢性传染病得到控制, 孕产妇、婴幼儿死亡率大幅度下降, 促进农村卫生事业的发展, 使农民获得基本医疗服务。

一、做法与措施

(一) 从制定政策入手, 为农村卫生事业发展提供保障。

近几年来, 自治区党委和政府对卫生工作高度重视, 下发了《广西关于加快我区卫生改革与发展的决定》、《关于加强初级卫生保健工作通知》等文件, 出台了一系列农村卫生政策。如自治区财政每年拨出2000万元用于乡镇卫生院危房抢修, 乡镇卫生院预防保健人员经费和业务经费由财政预算安排, 县、乡两级政府每年拨出一定经费补助乡村医生报酬, 使其收入不低于当地村干部水平, 促进了农村卫生事业

的发展。

国办批转的《关于农村卫生改革与发展的指导意见》下发后, 自治区人民政府积极组织力量, 制订农村卫生改革与发展的配套文件。当前已完成了《广西壮族自治区2001-2010年初级卫生保健规划(征求意见稿)》、《广西乡镇卫生院管理办法(修订稿)》、《广西农村初级卫生保健工作条例(征求意见稿)》和《广西农村卫生改革与发展实施办法(征求意见稿)》等八个文件。这些文件的出台, 必将进一步推进我区农村卫生事业的发展。

(二) 从调查研究来看, 为全面贯彻《决定》和《指导意见》提供可靠数据。

为摸清我区乡、村两级卫生机构的基本情况, 为自治区党委、政府的决策当好参谋, 每年我厅都要组织人员到农村开展基层卫生情况调查研究。1997年和2001年, 我厅分别组织较庞大的调研队伍对全区1328个乡镇卫生院和13949个村卫生所的基础设施建设、基本设备配置、卫生服务情况、卫技人员构成情况和经费来源及收支现状等进行了全面调查和分析。通过这两次调查, 收集各种原始报表1万多份, 并对每个卫生院拍摄了录像和照片。在此基础上, 对原始数据进行了统计分析, 建立了乡、村两级卫生机构的基本情况数据库。使全区乡镇卫生院基础设施建设和主要设备配置情况有统计资料, 有图表、有录像、有图片, 为自治区党委、政府制定《关于加快卫生改革与发展的决定》、《关于农村卫生改革与发展实施办法》

提供了有力可靠的数据和科学依据。

(三) 以乡镇卫生院建设为重点, 加大投入, 促进农村卫生各项工作的落实。

近年来, 我们将乡镇卫生院建设列为农村卫生工作重点, 具体抓了四个方面工作。

1、加大政府对乡镇卫生院建设的投入。根据乡村两级卫生机构情况调查, 自治区和各级政府充分发挥主渠道作用。1991年启动“农村卫生三项建设”, 投入3亿多元, 扩建乡镇卫生院883个, 改造危房面积达39.28万平方米。从1997年开始, 自治区政府每年都拿出专项资金用于乡村两级卫生机构建设, 如1997、1998年拿出1000万元用于乡镇卫生院建设, 1999年自治区人民政府为民办实事项目投入2000万元, 建设26个乡镇卫生院、24个县卫生防疫站、24个县妇幼保健站和1000个村卫生所。2000年自治区党委、自治区人民政府根据边境地区经济落后实际情况, 决定开展“边境建设大会战”, 将边境乡镇卫生院和村卫生室建设列入“边境大会战”的24件为民办实事之一, 投入2014万元建设71个乡镇卫生院和874个村卫生室, 面积达4.45万平方米, 经过一年的建设, 不仅改善了边境地区的卫生基础设施条件, 基本满足边境地区少数民族医疗卫生服务需求, 而且惠及邻国, 树立了国门形象, 达到促进民族团结, 兴边富民的目的。

2001年5月25日, 自治区党委、自治区人民政府下发《关于加强基层公共基础设施建设的决定》, 再次将乡、村两级卫生组织建设作为农



村基础设施建设的重点内容,计划用两年时间,投资1.3个亿建设乡镇卫生院367个,购置主要设备558件(台),同时结合村委办公用房建设配套建设一间卫生所用房,缓解群众看病难,就医难的问题。通过这个项目的实施,全区将基本实现中心卫生院有1000平方米、普通卫生院有500平方米的业务用房、大多数乡镇卫生院配备X光机、B超、生化分析仪、心电图机、洗胃机、胎心监护仪等基本医疗检查设备。

2、调整乡镇卫生院整体功能,发挥了乡镇卫生院枢纽作用。一是对服务功能低下、服务半径小、不适应需求的中心卫生院降格为普通卫生院,全区中心卫生院由原来的190多个减到174个,提高了区域内医疗预防保健的综合服务能力;二是逐步理顺乡镇卫生院的管理体制。我厅根据《自治区党委、自治区人民政府关于加快卫生改革与发展决定》精神,积极与市(地)、县政府协调,使全区约70%乡镇卫生院人员、业务、经费收归县(市)卫生行政部门管理;三是对乡镇卫生院院长的岗位进行了调整充实,把一批思想作风正派、具有较强组织协调能力和开拓精神的年轻人推到院长的岗位,促进乡镇卫生院业务收入和管理水平有了较大的提高。

3、全面开展乡村卫生服务管理“一体化”工作。《指导意见》下发后,我厅根据乡镇卫生院工作量不足,服务项目少,效益低下,负债经营等具体情况,制定下发了《广西壮族自治区乡村卫生服务规范管理实施方案》,《方案》将更新观念,转变服务模式,开拓农村医疗卫生服务市场,作为促进乡镇卫生院自我发展的指导思想,开展卫生管理体制和人事分配制度改革,规范乡村医生和乡村卫生机构准入制度、统一药品购销和规范用药、农村卫生防病有偿服务、母婴保健保偿制、乡村医生例会制度、促进母亲安全活动开展等工作。要求乡、村两级卫生人员深入

农户开展农村社区卫生服务,建立农民健康档案,及时掌握当地妇女病、育龄妇女、儿童保健,老年病、地方病、寄生虫病、传染病等情况,主动寻找卫生服务对象,开拓农村医疗卫生服务市场,促进乡镇卫生院自我发展。

4、以帮扶乡镇卫生院为主,开展了农村卫生对口支援工作。我区在各地、市、县医疗卫生机构取得对乡镇卫生院“对口支援”经验的基础上,2001年7月,厅党组组织了自治区和14个地、市的46家三级医疗卫生单位,对边境8个市、县,71个乡镇卫生院开展对口支援工作,在一年内帮助边境地区乡镇卫生院基本实现“一无三配套”目标,在技术装备,人员素质和管理水平上都有不断的提高。据目前不完全统计,支援单位已派出395人次到受援单位进行调研和开展有关工作,赠送医疗器械、设备、药品等价值58.49万元;培训卫生院医务人员299人次,安排进修68人;专家坐诊371人次,诊治病人2075人次,专家带查81次,开展手术23例,开展新适宜技术16项;投入环境美化25.36万元;投入业务用房维修13.4万多元。“对口支援”工作已初显成效。进一步改善了边境地区卫生院的工作和生活条件,提高了卫生服务能力和质量。

(四)结合国际合作项目,继续推进农村初保。

我区在第一阶段初保工作基本达标后,不是等待观望,而是以积极的态度开展新阶段初保工作。去年卫生部基妇司和联合国儿基会把我区列为全国农村初级卫生保健项目省(区)之一,有6个县(市)成为初保项目县,率先开展第二阶段农村初级卫生保健项目试点工作。半年多来,六个项目县已实施合理用药,统一基本用药目录、处方和药品管理,实行乡村卫生服务管理“一体化”,规范乡、村卫生服务人员行为;积极开展母亲安全工程,加强产科建设,提高住院分娩率,开展了大

病统筹、预付型、合作式等不同形式的农民健康保障等工作;除完成这些项目规定的目标任务外,对全面推进我区初级卫生保健工作抓“四个”落实,一是初保组织管理落实,自治区和项目地区重新调整初级卫生保健委员会领导机构和农村初级卫生保健技术监督机构,确保初保组织领导和技术指导;二是目标任务落实,自治区人民政府与项目县政府、县卫生行政部门与乡卫生院签订项目目标责任书,层层分解,明确目标任务,责任到人,促进项目工作顺利完成;三是培训工作落实。自治区举办项目培训工作166人次,各项目培训乡村人员1275人次,乡以会代训培训村级人员7362人,提高乡村两级卫生人员业务素质;四是配套经费落实,自治区和项目县都落实了初保项目配套经费,自治区配套初保经费80万元,项目县配套80万元,为全面开展初保工作提供保障。

国办批转的《指导意见》下发后,我们认识到,国家明确将初级卫生保健工作作为农村卫生工作的基本任务,提出全面落实初级卫生保健工作,并随着农村经济发展逐步提高初级卫生保健水平。这不仅是农民健康保障的需要,更重要的是保护农村劳动力,促进农村经济发展的重要保证。我们一方面制定《广西2001—2010年农村初级卫生保健规划》,一方面积极开展初级卫生保健试点工作,并重点在开展乡村卫生服务管理一体化,完善农村卫生服务三级网络,积极探索多种形式的适应我区农村农民健康保障制度,认真落实初保项目的工作,走适合我区初保发展的路子,保持农村初保工作连续、稳定、长期开展下去,不断提高农民初级卫生保健水平。

二、进展与成效

(一)县、乡、村三级卫生服务网络进一步加强和完善。



健全的农村卫生服务网络是农村卫生事业发展的重要基础。近几年来,在自治区和各级党委和政府的重视和支持下,重点加强,乡村两级卫生机构建设。已完成980个乡镇卫生院,3500多个甲级村卫生所的基础设施建设。今年将对367个乡镇卫生院开展基础设施建设,对全区1328个乡镇卫生院购置5583件主要诊疗设备(X光机、B超、自动分析仪、心电图机、洗胃机),乡村两级卫生机构基础设施的改善,使我区以县级医疗卫生机构为技术指导中心、以乡镇卫生院为枢纽、以村卫生室为网底的农村三级卫生服务网络进一步得到加强和完善。

(二)农村急性慢性传染病、地方病得到有效控制,妇幼卫生保健得到较大发展。

随着农村基层卫生机构条件的好转和改善,2000年底全区急性传染病发病率降到231.17/10万,严重危害人民健康的一、二号病得到有效控制,反映我区妇女儿童生命指标的孕产妇死亡率已下降到60.33/10万,5岁以下儿童死亡率已下降到32.15%,婴儿死亡率下降到27.34%,新生儿死亡率下降到了13.75%,基本实现了《两纲》目标,有效地保护了妇女儿童的身体健

(三)农村环境卫生得到较大的改善。

近年来,各级政府致力于农村环境卫生基础设施的改造,结合扶贫、农业、环保、爱卫等工作开展农村改水、改厕工作。特别是1997年以来,自治区人民政府每年投入1000多万元进行农村改水改厕。据统计,到2000年底止,全区累计改厕348.75万户,占农村农户总数的41.44%,农村改水受益人口达3500万人,占全区农村总人口的89.69%。

三、体会与打算

(一)党委政府高度重视,始终把农村卫生工作放在重要位置,发挥政府在农村卫生工作中的统

管作用。

广西是一个农业大省,农村卫生工作关系到广大农民群众的生老病死,关系到农村经济发展和社会稳定。自治区党委和政府始终坚持把农村卫生工作放在重要位置来抓。一是将农村卫生工作列入党委和政府的重要议事日程,围绕农村卫生工作目标,采取一系列措施,发挥政府领导统管农村卫生作用。按重点、分步骤重点解决农村卫生工作问题。如1997年自治区召开合作医疗工作暨现场经验交流会,促进合作医疗全面发展;1998年召开全区乡镇卫生院建设现场经验交流会议,重点推进全区乡镇卫生院建设工作的自我发展;1999年自治区人民政府召开农村改水改厕会议,推动农村改水改厕工作进程;2000年、2001年政府作出决定,投入1.5亿元加强边境县和全区乡镇卫生院基础设施建设;二是将农村卫生纳入政府经济发展规划,加大对农村卫生工作的投入,1997年以来,自治区财政拨出农村专项经费2.5亿元,有力地推进农村卫生事业的顺利发展;三是以初保为龙头,实施政府统管农村卫生工作。自治区人民政府在1997年下发了《关于加强农村初级卫生保健的通知》,明确提出了加快初保工作进程的基本思路、奋斗目标和任务,使我区在1999年提前一年达到初级卫生保健标准。国办《指导意见》下发后,自治区人民政府组织制定《广西壮族自治区初级卫生保健工作条例》、《广西2001-2010年农村初级卫生保健规划》,认真全面开展了初保试点工作,为新阶段初保达标开好局,为农村卫生事业发展打下基础。

(二)以“大卫生”观来抓农村卫生工作

农村卫生是一项社会系统工程。近几年,结合我区实际,我们将农村卫生放到农村社会经济发展中来考虑,具体做到“四结合”:一是与社会经济发展紧密结合,实现农村卫

生与经济、社会的协调发展;二是与扶贫攻坚相结合,把解决贫困地区群众缺医少药和因病致贫、因病返贫的问题,将治病与治穷、治愚同步,改善贫困地区基础卫生设施;三是与基层组织建设相结合,整顿村级卫生组织,提高基层卫生组织的能力;四是与创文明村镇、生态农业相结合,抓好农村的改水改厕,降低肠道传染病和寄生虫病的发病率。

(三)坚持结合实际,找准突破口

广西农村卫生事业发展的任务十分繁重,要办的事情很多。这几年,我们坚持从区情出发,实事求是、因地制宜制定农村卫生发展战略,确定了“抓住重点、突破难点、全面推进”的战略思想,围绕农村卫生发展的总体目标,根据不同地区的差异,进行分类指导,使工作取得成效。乡镇卫生院在农村卫生发展的总体格局中发挥着重要的作用。我们始终将乡镇卫生院作为农村卫生的中心环节和重点来抓,采取了一系列举措,促进乡镇卫生院的发展。并且通过乡镇卫生院的发展提高,带动了农村卫生工作总体水平的不断提高。通过这几年探索,我们体会到,乡镇卫生院建设十分重要,这项工作抓好了,农村卫生工作就能基本得到落实。

自治区卫生厅将学习借鉴兄弟省市的经验,将贯彻实施《指导意见》作为当前及今后一个时期全区卫生工作的重点,认真抓落实。我们将协调有关部门制定好配套文件,力争出台一批有利于农村卫生事业发展的政策措施,尽快组织实施,建立健全适应社会主义市场经济体制要求和农民卫生保健需求的农村卫生服务体系,努力探索多种形式的农民健康保障办法,促进农村卫生事业的发展。

责任编辑 陈野



推进卫生监督体制改革

上海市卫生局局长 刘俊

迎接入世

为适应我国社会主义法制建设的要求,实现卫生行政部门由“办卫生”到“管卫生”的转变,上海市按照政事分离、综合管理的原则,对卫生监督体制进行了改革,逐步建立并完善了卫生综合监督执法体系。

在我国加入世界贸易组织(WTO)的新形势下,如何加强卫生监督执法工作成为一项重要的课题。上海市积极研究入世对卫生监督执法的影响,坚持卫生监督体制改革,进一步完善了卫生综合监督职能。

一、大力推进卫生监督体制改革

(一) 先建后畅,逐步完善卫生综合监督执法体系。

上海市卫生局从1996年起着手改革卫生监督体制,经过几年的努力,初步实现了从以卫生防疫站为执法主体的公共卫生监督体系向以卫生行政部门为执法主体,卫生监督所为执行机构,疾病预防控制和卫生检验为技术支撑的公共卫生执法体系的转变。在改革的实践中,逐步地加以完善和磨合。我们较好地界定了卫生监督机构和疾病预防控制机构的职责、功能,促进了卫生监督工作与疾病预防控制工作共同发展,为推进卫生监督体制改革创造了条件。

去年年初,进一步将医疗执业监督职能并入市卫生局卫生监督所,各区县也基本完成医政执法职能的归并,部分区县成立了若干卫生监督分所,全市基本建立起覆盖市、区(县)和街道(乡镇),承担公共卫生和医疗执业监督职能的卫生综合监督执法体系。

(二) 适应社会主义法制要求,建立卫生监督运行机制

为适应依法行政的要求,体现行政执法的公平、公正、公开,进一

步完善了卫生监督执法的运行机制。

1、建立卫生行政许可程序。根据上海市卫生局颁发《上海市卫生行政许可程序》的要求,进一步完善“登记、管理、审核、审批”的卫生许可工作程序;设立统一对外接待窗口办理许可登记;试行现场审核、资料复核和审批相分离;建立重大和疑难许可集体讨论决定的制约机制。

2、完善行政处罚程序。根据《行政处罚法》及《上海市卫生行政处罚程序》的要求,完善“立案、调查取证、合议、审查案件、批准决定”的行政处罚程序。试行调查取证与处罚决定相分离、统一合议制度;建立重大和疑难案件集体讨论制度,防止随意性;对执法文书进行规范化管理,提高执法质量。

3、加强卫生执法行为的监督。开展执法责任制试点,推行考核评议制度和错案追究制。提高执法透明度,公开行政许可的条件、程序、时限、收费标准;公开行政执法的采样依据、数量、检验结果、执法人员工作纪律、被执行对象的诉权等,接受相对人监督。

(三) 认真贯彻整顿和规范市场经济秩序的决定,加大卫生综合监督执法力度。

根据国务院召开的全国打假联合行动第二次电视电话会议精神和《国务院关于整顿和规范市场经济秩序的决定》以及卫生部等八部委《关于深入开展食品打假专项斗争联合行动的通知》,全力以赴开展了整顿和规范市场经济秩序的各类专项执法行动。

1、狠抓食品卫生监督

去年5月至10月,全市共出动卫生监督人员43474人次,取缔无证食品加工窝点751个,无证经营单位2079户,查获假冒伪劣产品

2492种次、262117公斤,对违法单位依法立案2893件,依法作出行政处罚1993件,查处了酱泰调味品有限公司生产销售假冒酿造酱油案等一批食品生产大案、要案。在2001年APEC会议期间,对会议的25个重要场馆、19次重大宴会和50余次各经济体领导人宴请实施了全方位、全过程的食品卫生监督指导,完成食品卫生监测2万余件次,保障了APEC会议的食品安全。

组织对保健食品广告的执法检查。共检查保健食品7739件次、广告61则,查处涉及保健食品未经批准或夸大功能宣传案件121件次。

2、加强公共卫生综合监督执法
截至2001年第三季度,全市共组织对学校卫生、职业卫生、放射卫生等各类管理对象的监督检查652625户次,同比上升5.52%;监测样品643251件,合格率94.97%,与上年基本持平。市卫生局卫生监督所去年立案查处案件243件,同比增加88.5%;没收违法所得358442元,罚款计993405元,同比增加163%。对本市38家化妆品批发单位和美发美容院经营的600余种化妆品的专项检查,查获33种次进口化妆品和16种国产特殊用途化妆品未标卫生部特殊用途化妆品批号。组织了全市无证、假冒健康相关产品销毁大会,取得了较好的社会影响。

3、开展医疗市场专项整治

2001年,市卫生局卫生监督所组织开展两次对全市医疗卫生单位一次性医疗用品使用后消毒、毁形、统一处理情况的执法检查,对19家医疗机构依法进行了处罚;开展三次集中打击无证行医活动,取缔非法医疗点396处、无证行医310人次,没收医疗器械910件,没收药品442箱;组织各区县现场执法检查



367次,取缔无证行医点606处,立案35家,罚款183500元。针对医疗美容不规范的情况开展了专项检查,取缔擅自从事医疗美容行为的美容场所14家。对医疗广告进行监测,查处违规医疗广告713条,立案查处9家,移送市工商行政管理局392条。

二、加入WTO后对卫生监督执法的主要影响

(一) 卫生监督管理理念和模式面临挑战。

加入WTO后,随着健康相关产品市场扩大开放,医疗市场多元办医的医疗服务体系形成和多种经营方式的并存,卫生行政部门的管理方式必须由“行政控制型管理”向“法规服务型管理”转变。卫生监督部门必须实行更加公开透明的,体现公平性和公正性的监督管理。但是,从目前的实际情况看,卫生行政部门尚未完全实现“政事分离”,政府职能尚未完全理清,中介机构、行业协会的功能仍不健全,医疗卫生单位的自觉守法意识还很淡薄,“政府监管、行业管理、单位自律”的医疗卫生市场监管格局尚未形成。

(二) 卫生监督执法的手段和方式需要转变。

公共卫生监督方面,我国的生产过程管理模式未与国际接轨。现行“许可加抽检”的管理模式注重最终产品的检验,每年抽检大量产品,监管费用高、周期长,覆盖率低,还存在抽样的误判风险。国际市场上,由进口国对出口国生产企业的生产过程管理模式提出具体要求,已成为一些国家使用的贸易技术壁垒手段。美国等发达国家已要求出口方必须实施国际通用的危害分析与关键点控制(HACCP)管理模式。加入WTO后,如不尽快与国际公认的监督管理模式接轨,将对我国的食物等健康相关产品出口产生直接影响。

医政执法方面,医疗机构的多元化、经营的多样化使医疗市场监管难度加大。市场准入上既要严格

把握各种医疗服务要素的准入标准,又要全面引入竞争机制,鼓励多元化发展。市场监管上如何推动政府职能转变,实行有效的全行业管理,如何加强卫生监督体系的建设,提高执法的公正性和执法水平,这些都是亟待解决的重要问题。

(三) 卫生法规标准需要进一步完善。

卫生法规和标准是各国为保护本国消费者身体健康和提高本国产品卫生质量,增强企业国际贸易竞争力的重要手段。目前,我国的公共卫生法规和标准尚不健全,存在着诸多空白点,在很多方面还不符合国际惯例;卫生标准方面,国家标准只有40%左右等同或等效地采用了国际标准,许多标准低于国际或发达国家水平,覆盖面、科学性、规范化、透明度等方面都与WTO的规则不相适应。法规标准的不完善既给监督执法带来困难,又对健康相关产品贸易带来不利影响。

三、积极探索卫生监督执法工作,应对入世的策略和措施

入世首先是“政府入世”。卫生行政部门必须转变职能,综合运用法律、经济、行政等手段实行有效的全行业管理。卫生监督执法部门必须进一步完善法规标准、加强依法行政、监督管理的职能,更好地为社会提供规范的、符合WTO规则和国际惯例的公共卫生服务,不断加强自身建设,提高监督执法质量。

(一) 完善卫生综合监督执法体系

继续推进卫生监督体制改革。进一步完善市卫生局卫生监督所的职能,加强区(县)卫生监督所建设,落实区(县)卫生执法人员的编制和执法经费,健全市、区(县)两级卫生执法机构,形成全市统一的综合监督执法体系。

提高卫生监督执法质量。引进先进的检测技术和设备,开展与国际标准相应的检测项目,按国际通行准则建立认可实验室,提高检测

和评价能力。提高卫生监督人员的业务技术水平,加强对卫生监督执法人员关于世贸组织有关协议、国际通用法典、标准和检验方法的培训,造就一支能应对WTO的高素质的卫生监督执法队伍。

(二) 加快法规清理和地方性法规标准体系建设

按照WTO的规则和国际惯例,结合本市情况,加快清理现有的法规和标准,保护我市人民群众健康,提高上海在国际贸易中的竞争力。

收集、整理国际上发达国家公共卫生相关标准,建立公共卫生标准信息库。加快建立同国际接轨的卫生监督管理法规体系,建立相应的标准体系。推进企业标准化建设。

(三) 探索建立新型卫生监督管理模式

以卫生安全性评价为切入口,在政府、行业、企业三个层面上建立“目标管理、法规标准、监管实施、评估认证、信息、应急防范”七大体系,构筑公共卫生安全管理框架。研究建立监管、评估、认证、信息发布(预警)、应急处置相结合的公共卫生安全管理模式。积极推行包括HACCP和GMP在内的国际通行的生产企业管理模式。实施“公共营养策略”和“职业卫生安全管理体系”,提升企业管理和产品质量水平。

加快实现从“身份管理”向“行为管理”的转变,加强医疗市场监管。完善竞争法则,发挥中介机构、行业协会的作用,加强全行业管理。依托区域卫生规划,把握好医疗服务要素的准入关。

上海的卫生监督工作在卫生部 and 上海市委、市府的领导下,取得了一些初步的成绩,为应对入世做了一些基础性的工作。但是我们也应看到,加入WTO对卫生监督执法工作的挑战是严峻和广泛的。我们将不断探索,积极实践,为建立适应社会主义市场经济、符合卫生行业特点的卫生监督体系而努力奋斗。

责任编辑 陈野



落实农村初保 狠抓基础设施建设 强化枢纽功能 开展卫生支农

唐山市人民政府副市长 王玉梅

唐山市现辖3市7县5区两个国营农场,总人口704万。其中农业人口509万,占总人口的72.3%。2001年全市GDP总值1006亿元,全部财政收入55.4亿元,农民人均纯收入3513元。

农村卫生工作是建设社会主义新农村的重要内容,与广大群众的切身利益息息相关。做好农村卫生工作,对于保障广大农民健康,保护农业生产能力,维护社会稳定具有重大意义。没有占人口绝大多数的农民健康水平的提高,就谈不上全民素质的提高,没有农村卫生事业的发展,就谈不上整个卫生事业的发展。发展农村卫生事业,提高农民生活质量,是各级政府的重要责任,也是实践“三个代表”的具体体现和客观要求。

基于上述认识,近年来我们把“落实农村初保,狠抓基础设施建设,强化枢纽功能,开展卫生支农”作为农村卫生工作的基本思路,经过多年的努力,使农村卫生事业得到了巩固和发展。

在实施农村初级卫生保健工作中,各级政府都将其纳入当地经济与社会发展规划,市、县、乡层层签定责任状,同时将13项指标分解到政府有关部门,实行分级分类多种形式的目标责任制,并把完成情况列入各级干部业绩考核的内容,由于政府领导到位、部门协调到位,使我市分别提前两年和四年完成了省和国家规划目标。

在农村卫生基础设施基础上,采取以政府投入为先导,多方筹措资金的方法,“八五”以来的十年间,全市共改扩建农村卫生机构367个,其中防保机构30个,中心卫生院75个,乡镇卫生院262个。总投资2.1亿元,完成建筑面积32万平方米。到2000年底,全市防保机构、乡镇卫生院已经实现了“一无三配套”的要求。

在农村三级卫生网建设中,乡镇卫生院是各项基层卫生工作的载体,处在枢纽地位。它既担负医疗服

务任务,还承担着预防保健和公共卫生任务,强化卫生院的整体功能,对于做好农村基层卫生工作意义重大。在这方面,我市重点抓了两个方面的工作。一是实行乡村一体化管理,由乡镇卫生院按照区域规划,对辖区内村卫生室和乡医实行行政、人员、业务、财务和药品的统一管理。一体化管理率达到98%。乡村一体化管理,加强了乡镇卫生院的管理职能,使村级卫生组织设置更加合理,乡医管理趋向规范,卫生院的两个效益也有所提高。村卫生室是三级网的网底,担负着经常性的医疗预防任务。我们从当地实际出发,在保证每个行政村都有卫生室的前提下,采取了多种举办形式。其中村集体办3026个,占47.75%;村医联办666个,占10.51%;村医个体办2644个,占41.72%。迁安市、丰润县按照农村初保的要求,对村卫生室的设置进行了规划,对那些重复设置、布点不合理的卫生室进行了调整。二是落实乡镇卫生院防保任



务。从90年代初期开始,我市在农村开展了以乡卫生院为中心的农村计划免疫门诊试点,由乡村医生负责提供新生儿资料,发放接种通知单,乡卫生院负责预防接种和卡证管理,1998年在全市普及。同时每个卫生院配备2-3名防保人员。近些年,各县(市)政府对乡镇卫生院的补助发生了一些变化,但对防保人员的定额补助政策始终未变。多数为全额补助,最少的也达到了工资总额的70%。乡镇卫生院防保人员和补助政策的到位,保证了农村基层防保任务的落实。以县、乡为单位儿童计划免疫接种率稳定在95%以上,78所中心卫生院中有76所达到爱婴医院标准,农村孕产妇系统管理率提高到85%。

在卫生支农方面,我市从1997年开始实施城市医院对口支援农村活动,二级以上医院都要和2-3所乡镇卫生院结对子,按照缺什么补什么的原则,重点落实“五个一”即帮助对口支援单位完善一套技术规范和管理制度,开展一项适宜的新技术,培养一个开展新技术的班子,免费接收一名卫生技术人员进修,开展一次巡回医疗。同时还采取定期派专家指导组到受援单位查房、会诊、手术、办班等办法进行传、帮、带,帮助基层解决实际问题。近几年来,全市共建立对口支援单位160个,派出对口支援卫技人员3000余人次,帮助对口支援单位开展新技术480项,免费接收卫生技术人员进修200余人。目前,这项制度已形成惯性运转。

几年来,在农村经济体制转型,农村基层卫生组织经营出现困难的条件下,唐山的农村卫生工作没有出现大的滑坡,这主要得益于三点,即:一靠政策支持,二靠管理到位,三靠改革创新。

所谓政策支持,就是各级政府把农村卫生工作作为推动农村经济和社会发展的一件大事,把提高农民健康水平作为政府的重要职责。

1997年,中共中央、国务院做出了《关于卫生改革与发展的决定》,对农村卫生工作提出了政策指导意见,当年,唐山市委、市政府就提出了具体实施意见,对农村卫生投入、卫生专项基金的建立、乡统筹款用于卫生事业的比例都做出了明确规定。从执行情况看,多数县(市)政府在财政状况并不宽裕的情况下,并没有压缩对农村卫生事业的投入。县级防保机构、防保人员得到全额补助,离退休人员工资纳入社会统筹。乡镇卫生院的定额补助政策基本得到落实。2000年,县级政府对卫生院的经费投入达到1600多万元。这些政策,为农村卫生事业的发展,稳定基层卫生队伍起到了很好的作用。

所谓管理到位,主要得益于乡村一体化管理。1997年,市委、市政府明确提出大力推行乡村卫生组织一体化管理,要求在三年内达到95%,推动了这项工作的开展。现在看,这种管理方式,有利于确立乡镇卫生院管理职能,有利于当地卫生资源的配置和利用,有利于公共卫生任务的在基层的落实,有利于加强对村级卫生机构执业行为的监督。在实施一体化管理的过程中,有的县还探索了一些不同的管理模式,如丰润县采取了院办院管模式。由乡卫生院向村派卫生人员,建立卫生室,实行24小时值班制,加强了村卫生室建设,提高了服务质量,也为乡卫生院分流富余人员探索了路子。从整体上看,一体化管理,提高了乡村两级卫生组织综合服务能力,为乡镇卫生院的发展注入了活力。

所谓改革创新,主要对原有经营方式进行改革。如丰南市对24所乡镇卫生院进行了承租经营,将经营权下放承租者,也可以公开招聘人员,但坚持三个不变,即所有制不变,在编人员关系不变,卫生院功能定位不变。既使管理者有了自主经营权,又保证了乡级卫生组织的原有功能。多数县(市)在卫生院的经营机制上,普遍实行了院长聘用制、

目标管理责任制和竞争上岗、绩效工资等制度,加强了内部管理,保证了卫生院的正常运转。

唐山的农村卫生事业虽然有了一些发展,但由于历史的原因和社会经济大环境的影响,财政投入不足、基层卫生队伍素质不高,农民健康保障水平较低的状况仍很突出。

在发展农村卫生事业中,我认为应该注意把握以下五点:

第一,各级政府要加大对农村卫生事业的政策支持。如加大对农村卫生的投入,特别是要重点保证农村防保人员的人头费支出,同时对医疗服务的补偿机制也应尽快完善。农村卫生机构离退休人员工资应全额纳入当地财政支出。

第二,必须保证农村三级卫生网的健全。特别是对乡镇卫生院,在经营机制上可以改变,也可以采取多种经营方式,但其功能不能变,体制也不能变,对整体拍卖卫生院的做法应予明令禁止。同时,为适应农村医疗市场的变化,应强化乡镇卫生院的公共卫生管理职能。

第三,要对农村卫生资源进行整合。要在功能定位的前提下,对那些重复设置、经营困难、利用率差、服务任务明显不足的农村医疗机构进行布局调整和功能调整。该撤销的撤销,该合并的合并,该迁移的迁移。

第四,要加强农村基层队伍建设。目前,乡以下卫生机构中无学历人员占相当大的比例,要实现《指导意见》中提出的乡镇医生向执业助理医师的转化,必须创造条件,开辟培训渠道,如组织与之相适应的自学考试,既解决转型问题,又能提高现有人员的学历。

第五,完善卫生法规。目前对乡村医生的管理仍处在行政管理阶段,应尽快出台“乡村医生管理办法”,使乡医管理步入法制化和规范化的轨道。

责任编辑 高淑红

临床路径： 医院的生存与 发展策略

吴袁剑云 李庆功

Clinical Pathways: A Strategy for Hospital Viability



吴袁剑云博士在中国讲学

编者按 本文系美国弗吉尼亚州乔治梅森大学护理与健康科学学院教授、前世界卫生组织护理顾问吴袁剑云博士为本刊撰写的专稿。本刊予以全文发表，希望对我国的医院改革与发展有一定的借鉴和推动作用。

作为开放系统，任何国家的医院或健康服务机构的内部运作都经受着经济、人口、政治、社会、文化和科技发展等诸多外在环境因素的影响。自70年代起，美国的医疗费用高涨，分析其外部环境因素包括：(1) 按照服务项目收费的医疗体制 (Fee-for-service Medicine)，(2) 政府补偿模式 (Governmental technology)，(3) 快速发展的医疗

技术 (Rapidly developing technology)，(4) 不断增加的罹患慢性病的老龄人口 (Increasing proportions of elderly people who suffer from chronic diseases)，(5) 人们对健康生活与长寿的期望提高 (High expectations for a long and healthy life)。这些因素导致了高费用和健康服务资源不适当或过渡的利用。因此，在80年代美国出现了具有轰动效应的“管理式健康照顾 (Managed health care)”的概念与体系。面对相似的问题，中国近年来也接连颁布了许多与医疗体制改革和结构调整有关的政策性文件，分别指导城镇职工基本医疗保险制

度和城镇医药卫生体制的改革，并明确提出“用比较低廉的费用，提供比较优质的医疗服务。”

乍听起来，“管理式健康照顾”是一个令人费解的“舶来词”，因为我们中国的医院和整个国家的卫生系统都是“有管理”的，有着系统的卫生政策、管理体制和规章制度。为什么要加“管理式的”这个限制词呢？实际上，美国的健康服务也一直是“有管理的”，只是由于极端强调自由市场竞争和选择，而将太多的决策权留给了健康服务的提供者：医疗机构和医生。当美国医疗费用超过其国家总产值 (GNP) 的12%时，联邦政府不得不采取干预措施和立法来限制医疗费用。所以，用“管理”



这个词,首先让民众感觉到政府的一种态度和科学性的策略。

“管理式的健康照顾”,简称“管理式照顾”(Managed Care)是将医疗保险功能、资源和实际医疗服务的提供结合在一起的一种医疗服务体系。它通过初级医疗筛选(Gatekeeping)、个案管理(Case management)和资源利用评价(Resources Utilization Review)等多种方法来控制医疗服务的资源利用和费用。1999年12月20日美国纽约的《华尔街日报》曾撰文“一种意外流行起来的美国出口品:‘管理式的健康照顾’”中有一段话:“还没有等美国把‘管理式的健康照顾’体制发展成熟,其他国家就纷纷热切地向它了——至少,都在渴望它的价格合理的高品质健康服务的承诺。随着美国专家顾问将这一概念介绍给外国政府,‘管理式的健康服务’就好像继快餐、摇滚乐和蓝色牛仔裤之后的另一种国际时髦。”由此,我们不难看出,提供价格合理的高品质健康服务已是国际趋势,它也反映出各国要求降低医疗成本的迫切性。

“临床路径”是美国在临床服务中用来控制医疗费用和保证医疗服务质量的成功手段,并且作为生存和发展的重要策略,被大多数的美国医院所实施。在中国健康服务系统也面临和美国医疗成本过高这一同样问题,并开始为此进行城镇职工医疗保险制度和医药卫生体制改革之际,美国“临床路径”的经验或许值得借鉴。

一、“临床路径”的基本概念

自八十年代开始,美国一些医院研究、发展和运用“临床路径”到今天已经有将近20年的历史。随着医院内部和外部环境的改变,临床路径不仅在定义上发生变化,而且在术语上也有多种叫法。这些名称包括了临床路径(Clinical pathway)、关键路径(Critical

pathway)、实践参数(Practice parameters)、临床协议(Clinical protocols)、临床准则(Clinical guidelines)、照顾导引图(Care map)、整合性照顾(integrated Care)、进展路径(Progress pathway)等。不过,近年来,包括美国在内的许多国家,使用最普遍的是“临床路径”这一名词。

“临床路径”有多种定义,而且略有不同,下面是最常见的四个定义:

定义一:“临床路径”是指病人在相对应的时限安排上,经历一系列关键的医疗护理过程,在诊断关联群(Diagnosis Related Groups)系统规定的住院天数内达到标准的预期结果。

定义二:“临床路径”是基于预期结果,并以病人为中心的个案管理工具,以促进多个专业临床部门或科室之间综合健康服务的协调过程。一个临床路径对一个病人个案有计划地确定医疗服务措施以及预期结果。

定义三:“临床路径”是由医生、护士以及其他专业人员组成多专业小组,对特定疾病诊断或手术,制定的有顺序性和时间性的,最适当的临床服务计划,藉以减少延迟康复和浪费资源,使病人获得最佳服务品质。

定义四:“临床路径”是一种合作研发的假定方案,用来描述健康服务团队(health care team)所一致确认的管理病人的最佳途径。

从以上不同的“临床路径”的定义,可以看出它共有的内涵:它是个包括了“多专业的协调合作”、“预期结果的制定”、“服务的时限”、“服务的连续性”、“持续的服务品质改进”等特殊内涵的,设计精密的临床服务计划。

二、“临床路径”是医院顺应政府支付政策改变的产物

为了降低失控的医疗费用的增

长,美国政府过去十年来成功地实施了多种策略。这些策略各具特色,包括了立法性策略和竞争性策略。首先,采用一系列控制医疗资源适当利用的措施,这些措施的基本原理是:根据疾病严重程度标准和医疗护理强度标准,政府只对医院提供的适当的临床健康服务给予补偿。也就是说,这类限制的基础是医院临床服务项目的适当性。后来,又采用了一系列直接的医院补偿限制措施。美国在这方面的实践和发展证明,通过诸如按病种、按项目、按社区服务的病人数量等各种固定的支付补偿模式,它显著降低了医疗成本。

以美国政府最大的健康服务资助项目Medicare(类似于我国的公费医疗)为例,1983年美国国会颁布了联邦“社会安全法案修正案”,裁定用“预先支付系统(the Prospective Payment System, PPS)”为Medicare受益人补偿医院的医疗费用支出。所有参与Medicare项目的医院都必须采用这PPS系统。PPS的基础是由耶鲁大学研发的495个“诊断关联群(Diagnosis Related Groups, DRGs)”。他们在多因素考量并参数化的基础上,经过一系列计算,得出DRGs中个别疾病诊断的政府支付价格标准。无论病人在医院住多少天和用了多少资源,医院只能收到由这个价格规定的固定钱数。而且,每一个DRGs诊断要求有来自多个不同科室的服务,因此,这个固定价格是针对多科室的“一组医疗服务措施(bundled-services)”制定出一个总价格,而不是每个具体服务项目的价格。因此,这个DRGs诊断的付费必须分摊到这些科室。另外,PPS也根据耶鲁大学的统计研究结果,规定了每个DRG诊断的标准住院天数。

医院作为开放系统,不仅受到外部竞争、资源和政策压力的影响,而且还依赖于这些环境因素。据1994年统计,美国医院的医疗服务



收入资金中59%来自政府的支付,而且,这还不包括医生的收入。所以,联邦政府极大地控制着医院的资金状况和医院的内部运作;为了生存,没有哪个医院能够对Medicare项目及其相关政策置之不理。这也是医院作为一种“资源依赖(Resourcedependence)”组织的例证。外部环境之所以重要,不仅在于改变一个组织的输入与输出,而主要在于改变其内部结构和运作过程。因此,不对上述政策环境做出改变内部结构和运作过程的适应性反应,医院就不容易发展,甚至难以生存。

政府对医院支付政策的改变,导致医院结构方面的改变包括:一方面,美国医院完成了结构精简、重组以及规模压缩;另一方面,多个医院通过纵向联合形成以一个急重症医院(Acute hospital)为核心的多医院组织系统,以职能统一体内的方式提供连续的病人健康服务,包括“急重症前(preacute)”、“急重症(acute)”和“急重症后(post acute)”三个阶段。不同的阶段,意味着不同的提供场所、不等的资源消费以及不同的政府资金来源。医院进行纵向联合的目的是为了增加健康服务的综合性和连续性,同时也是控制病人来源的渠道。医院和其它资源依赖组织一样,寻求控制其外部环境的策略之一,就是和其它组织建立实质联系;这种组织间的实质联系的重要性,在于增加组织的力量,减少不确定性。通过确保关键资源流动增加效益,以及保护组织免遭环境不确定性和资源缺乏的各种不利影响。经过纵向联合的新型医院系统,正是个案管理和临床关键路径的直接应用环境。

政府对医院支付政策的改变,还导致医院内部运作过程方面的改变。成本控制成为医院获得长期生存能力的关键。医院必须为每个DRG设定一个合理的成本,并且为此采取下列基本措施:(1)降低资源消费价格;(2)减少住院天数;(3)减

少所提供服务的强度或密集度;(4)提高服务效率。在“临床路径”中,临床变异的控制功能并非只针对病人的住院天数。它也加入了许多其它变异,如系统变异、服务变异、部门结构变异等等,而这些,最终都可能影响到住院天数。“临床路径”恰恰是医院临床服务系统过程对PPS医疗政策的适应性改变的产物。如预先支付系统(PPS)的医疗政策要求减少住院天数,而“临床路径”则对各病种有标准住院天数的设定和预期结果设定与临床变异分析;PPS要求减少医疗服务的强度和密集度,“临床路径”则有医疗护理措施的标准服务计划,有健康需要和服务项目之间成本的有效性匹配,PPS要求多科室多项服务总价格支付方法,“临床路径”则有多专业小组人员的综合协作和多专业共同制定医疗服务项目;PPS要求提高临床服务效率,“临床路径”则有服务项目时限性和服务标准程序化与不断的结果评量。

因此“临床路径”的特性和PPS医疗政策要求之间是一种对应关系。

三、“临床路径”的演进关系

“临床路径”自从首次被用作个案管理工具至今,它在设计和目的上经历了不少的变化。不过它的演进过程一直贯彻两个最基本价值,那就是降低医疗成本和提高医疗质量。如果说“临床路径”是医院顺应国家PPS政策的产物,那么,“临床路径”在会同个案管理、持续品质改进(Continuous Quality Improvement, CQI),以及临床实践标准(Clinical Practice Standards)的实施与结合过程中,这一政策产物在实践和评价里获得了成长和不断的完善。

1、“临床路径”与个案管理

位于美国波士顿,由多所医疗机构组成的新英格兰医疗中心,最早发表关于医院“管理式照顾”策略组成要素的信息。这一策略的核心就是“临床路径”。“临床路径”被描述为基

于医疗和护理标准的、针对特定病人疾病类型的个案管理工具。包括护理诊断和在DRG规定的住院天数内可以达到的临床预期结果和中期目标,以及达到这些结果与目标的日期,和相对应的医疗护理措施。“临床路径”取代了护理计划,成为多科室专业人员合作的基准和护士交接班报告的焦点。

“临床路径”可用于指导病人的医疗和护理服务。通过应用“临床路径”,病房护士小组长接受训练,执行个案管理者的角色。在病人住院期间,个案管理者监测病人每天的进展,以路径为标准记录临床变异(Clinical variances)及其原因,以便及时矫正。临床变异可以是积极的,也可以是消极的,有的可避免,有的则是不可避免的。积极的变异可能表示一个病人康复得比路径预期的快。消极的变异通常表现为预期结果没有达到或没有按时达到。如果中期目标没有达到,其后果是住院天数延长和医疗成本增加。变异原因的来源可以分为:健康专业人员、病人、家属、医院系统和社区方面造成的变异。“临床路径”可以帮助个案管理者立刻发现变异、及时分析变异原因和解决变异,并尽快回到路径以减少延迟天数。急性病人住院天数超过标准住院天数,资源的过度利用是显而易见的。如果政府或医疗保险公司认为这些延迟天数是可以避免的,那么这些天的住院费有可能被拒绝支付。

作为国家政策,PPS强制医院提供成本有效的医疗护理服务。为此,许多医院实施个案管理,以满足病人的多种需要。个案管理是一个有组织的方案,用来“评估”一个病人的健康服务要求,“确认”满足这些需要的适当的健康措施,“选择”最成本有效的健康服务部门和提供者,“监测”并通过在提供者、病人或费用支付者之间,保持“沟通”和“协调”健康服务的提供过程。而“协调而整合的健康服务能产生成本

有效的和高品质的医疗与护理”的信念就是构成个案管理的基础理念。

随着PPS政策的实施,个案管理策略对医院变得越来越具吸引力的原因是,它能应用“临床路径”作为工具,来缩短病人住院天数和确保更佳服务质量的潜力。但是,个案管理可以用、也可以不用“临床路径”作为工具;二者虽是分开的实体,但是相互关联。因此,中国医院想应用“临床路径”,并非一定要先有个案管理的组织系统不可。不过,要实施“临床路径”必需有个案管理概念做基础。

2、“临床路径”与医疗品质改进

在“临床路径”发展过程中,正值美国企业大力推行企业质量控制(Quality Control)。企业质量控制强调的是通过持续品质改进的过程来提高企业质量。企业质量改进过程是要透过排除造成产品和服务偏离标准要求,来消除不良变异或缺陷。美国的医院很快就认识到,品质改进技术(Quality Improvement Techniques)也可以成功地应用到医院的健康服务上,因而开始在医院提倡这些新的管理概念。于是,健康专业人员开始学习和应用这已被证明为成功的“过程改进技术”(Process Improvement Techniques)。美国医院首先在非临床过程(如病人入院过程)中进行品质改进的管理。当医院领导者开始将品质改进技术推广到临床过程的时候,“临床路径”和持续品质改进之间的内在联系就更显明了。

“临床路径”成为医院描述病人医疗护理服务过程的具体方法,就好比流程图作为工具描述事务处理过程一样。他们发现“临床路径”本身和中国许多管理者已熟知的戴明环(Plan-Do-Check-Act)中的“计划阶段”相对应。“预期结果”与“临床变异分析”和其中的“检查阶段”相对应。由于这种对应关系的存在,在医院采用CQI之后,“临床路径”成

为临床过程改进活动(Clinical Process Improvement Activities)中不可缺少的组成部分,而不仅仅是个案管理的工具。

3、“临床路径”与临床实践标准

过去二十年来,美国医院在努力提高医疗和护理质量方面获得了长足发展。80年代,美国国会成立了健康照顾政策与研究署(Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR),其目的是提高健康服务的品质(Quality)、适当性(Appropriateness)和有效性(Effectiveness)。根据法令,该署负责有系统地研究并制定临床实践标准,协助临床实践者和病人作出和病情适当的医疗和护理决定。在AHCPR之下的“健康服务品质与有效性研讨处(The Office of Forum on Quality and Effectiveness in Health Care of AHCPR)”专门负责临床实验标准的研发和定期更新。这些标准可被医生、护士、社会工作者、教学人员和其它健康专业人员用来确定如何在临床上有效而适当地和经济地预防、诊断、治疗和管理病人。这就为“临床路径”的发展提供了一个有价值的科学基础。AHCPR目前正在完善一种能测量的科学方法,用来将临床实践标准译为医疗检查标准、专业行为衡量标准和健康服务品质标准。在建立临床实践标准方面,已经得到美国政府、医学界、护理界和保险业者的普遍支持。

有效的医疗和护理品质改进和资源利用管理都是相当复杂的活动,需要专家的临床知识对具体病情进行最适当的管理。由于有可靠的科学知识和专家临床判断作基础,临床实践标准已经成为协助工作人员在临床上做决定时最有效的依据。除了能帮助临床决定外,美国医学会还把临床实践标准作为教学和研究的工具。此外,临床实践标准也为医疗品质保证、资源利用回顾、医院

鉴定和其它检查活动提供了一个合理的基准。

“临床路径”成为推广和应用临床实践标准的有效机制。它的设计可以全部或有重点地包含临床实践标准的内容。因此,“临床路径”可以提供病人服务和管理的一般标准,载明具体的诊断和治疗措施,确定这些措施的发生顺序和时间表,还可以指明医生、护士以及其它科室专业人员的角色与责任,同时,还具备传递临床实践标准和文件记录的功能。通过临床实践标准和临床路径的结合,医生和其他医务人员的专业行为表现得以加强,医疗与护理服务品质得以提高。

“临床路径”和临床实践标准的结合,标志着由医生领导的多学科团队所研发的新一代临床路径,正在帮助医院对实践模式进行标准化,并达到可预知的、高质量和成本有效的医疗和护理。

四、“临床路径”与医院的生存和发展策略

从可用来指导医院管理的机构理论(Institutional Theory)的观点来看,医院作为组织是受其外部环境因素严重影响的开放系统。这种组织的结构和过程是社会标准、价值和意识形态的反映。医院内部结构和运作过程遵从这些外部环境因素是医院成功和获得长期生存能力的保证。PPS作为国家政策、CQI作为全美企业管理的革新运动,以及兼备专业标准和国家政策性质的临床实践标准,都构成了美国医院所面临的和必需遵从的,来自外部环境的的社会标准、价值和意识形态。“临床路径”由于同PPS、CQI和临床实践标准的一致性而成为美国医院生存和发展的基本策略。

美国健康服务的市场机制迫使各医院竞相加入“管理式照顾组织”(Managed Care—Organizations, MCO)。MCO对参与的各医院进行成本与质量的双重管理。医院必须通过“健康