

建设。结合学校自身教学资源特色,具体分析不同学科的问题所在,培养教师能够将信息技术与学科课程整合的能力。(3)需要分级分类进行。信息化教学能力的培训不能搞一刀切,需要对不同水平与层次的教师分批、分班开展不同内容与级别的培训,有针对性地提高。(4)要鼓励优秀的信息化教学成果。要在全校范围内遴选优秀的教师和教育技术成果参加各级各类评比活动,并将奖励和教师切身利益挂钩,激励全校教师加强信息化教学的学习和应用。

4 结 论

信息化、网络化、数字化是当今时代发展的趋势,医学教育信息化是现代医学教育的必然要求。作者深刻认识到只有把握教育理念发展和教育技术更新的最前沿方向,综合考量和发挥集中培训模式、自主探索模式、以赛促教模式等各种发展教师信息化教学能力模式的优点,做到有组织性、有阶段性、有针对性地发展和提高教师信息化教学能力,才能切实提高医学院校教学训练的信息化水平,提高人才培养质量。处在信息时代,墨守成规、故步自封是注定要被淘汰的,医学院校的广大教

• 卫生管理 •

师必须认真思索如何提高信息化教学手段,加强对学生医疗信息技术知识的传授,为未来医学信息化的高速发展、为培养高质量医务工作者不断努力。

参考文献:

- [1] 祝智庭. 现代教育技术——走向信息化教育[M]. 北京: 高等教育出版社, 2001.
- [2] 叶晓龙, 董明强. 构建军医大学信息化教学模式, 培养高素质创新型医学人才[J]. 医学信息学, 2010, 23(2): 329-330.
- [3] 李天龙. 大学青年教师信息化教学能力发展途径探析[J]. 教师教育研究, 2011, 12(2): 87-88.
- [4] 王卫军. 教师信息化教学能力发展研究[D]. 兰州: 西北师范大学, 2009.

(收稿日期: 2013-04-10 修回日期: 2013-05-22)

城乡统筹网络医院建设模式在医疗资源整合中的实践研究

王 容

(重庆市涪陵中心医院对外医疗办 408000)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2013. 27. 046

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2013)27-3317-03

随着医药卫生体制改革的不断推进, 人民群众看病难、看病贵问题得到了一定改善, 但农村和城市社区医疗服务水平和能力仍处于低水平, 人才短缺、技术水平低下格局从根本上没有得到改善, 农村医疗资源匮乏、城市医疗资源过剩依然十分显著^[1]。为进一步推进城乡医疗服务均等化格局形成, 整合优势医疗资源, 本院从 2009 年探索城乡医疗统筹发展机制建设, 在借鉴国内外“城乡一体化”、“医院集团化”、“对口支援”等形式基础上, 提出了以“城乡统筹网络医院”建设模式帮带基层医疗服务水平提高的方法, 现将实践应用总结分析如下。

1 构建城乡统筹网络医院的方式及意义

城乡统筹网络医院是利用高端医疗资源, 按照互动合作的联合体形式, 建立以 3 级医院为龙头, 组合其他城乡医院为会员单位的联合体组团。在不改变医院间原有人员组织关系、产权关系、经济和人事关系的前提下, 在人才、技术、管理等方面形成联动合力及资源共享, 相互形成长期稳定的具有内在利益纽带的分工协作机制, 有效提高医疗资源使用效率, 发挥品牌和规模效应, 促进共同发展; 通过建立双向转诊协作, 促进“小病在社区, 大病进医院, 康复回社区”分级医疗秩序形成; 通过“走下去、请进来”技术支持和人才培养, 促进基层医疗机构提高技术水平和服务能力; 通过远程医疗合作, 促进资源共享, 减少医疗费用, 方便患者就近就医。

2 城乡统筹网络医院建设模式设计

2.1 了解基层医疗机构现状和需求 通过电话、实地调查, 并参考相关部门统计数据, 对区域内和毗邻区县医院和乡镇医院以及对口支援医院进行调查, 了解其人才队伍、设施设备、技术水平、服务能力、管理水平、业务发展需求。经调查, 基层医疗

机构普遍存在几个问题: (1) 高职称、高学历技术人才严重不足, 辖区内社区及乡镇医院医护人员 30% 无执业资格; (2) 设备闲置或配置不合理, 造成医疗资源极度浪费; (3) 技术水平和服务能力低下, 常见病、慢性病诊治还依托 3 级医院; (4) 管理水平低下, 质量安全存在极大隐患; (5) 对口支援流于形式, 医院和医护人员缺乏积极性; (6) 大医院人满为患, 基层医疗机构门庭冷落, 大医院门诊就医排长队, 住院床位使用率在 100% 以上, 社区及乡镇医院不足 60%; (7) 普遍认为农村缺乏技术和人才占 66%; (8) 对构建网络医院支持度 96%。调查发现, 解决基层医疗机构最根本的问题是要解决人才短缺和技术落后局面。

2.2 构建基础保证 针对前期调研, 把建设模块定位于五大点: (1) 联合体框架建设, 以区内外 2 级以下基层医疗机构、政府指令性对口支援单位作为联合体建设遴选对象, 形成以三级医院为中心站, 1、2 级和社区及乡镇医院为会员单位的联合体医疗协作网(见图 1); (2) 双方在自愿协商的基础上达成共识, 明确双方责任和义务, 签订合作协议, 根据需要统一悬挂“城乡统筹网络(指导)医院”牌匾。(3) 联合体内不改变医院间原有人员组织关系、产权关系、经济和人事关系, 达成具有内在利益纽带的分工协作机制。(4) 联合体内以驻点服务、专家客座、人才培养、技术支持、学科帮扶、科研协作、学术交流、疑难会诊、双向转诊、远程医疗、资源共享等方面联动协作, 实现优势医疗资源共享。(5) 对联体内定期联席和总结评估, 分析运行效果和不足, 持续改进, 推动该模式不断建设和规范运行。

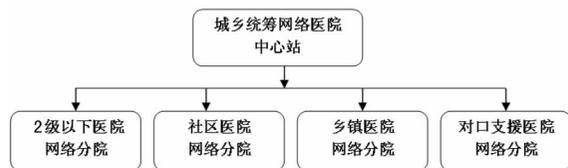


图 1 城乡统筹网络医院架构图设计

3 建设内容和方法

3.1 硬件建设 中心站每年预算安排城乡统筹网络医院建设经费,根据会员医院需求给予资金和设施设备支持;同时投入人才培养、远程医疗、专家驻点服务、技术指导、讲学、会诊转诊、联席会议、学术活动等经费支持保障。目前,联合体内已发展 27 个会员单位(4 个 2 级医院、23 个 1 级和社区及乡镇医院),投入设施设备、远程医疗、专家补助、活动经费等 300 余万元,保证了网络医院的运行。

3.2 制度保障 出台项目实施方案,成立院长负责制领导小组,负责项目的组织带领、协调实施和研究;成立项目办公室,负责项目的具体实施和日常事务。并将会员医院进行责任划分,由各学科分片包干,形成责任制;同时,建立专家定期到会员医院服务的强制性制度和考评激励机制,服务期间严格按照《派驻人员考核评价标准》进行考核,服务期满考核合格的作为职称评聘优先条件和支农时间;技术人员派驻期间的工资、福利待遇不变,并给予教学补助和交通费用补助,激励技术人员赴会员医院开展服务和技术指导。

3.3 驻点服务机制建设 将项目与对口支援结合起来,发展对口支援医院成为网络医院组团成员,根据签订协议,中心每年派出业务技术骨干赴会员医院驻点服务 1 年,每年轮换,驻点人员服务期间接受会员医院管理。并向派驻人员下达诊疗服务、手术、查房、讲学、新技术、新项目、科研等任务计划。2009 年至今派出 88 名技术人员开展驻点服务,推动了人才流动和多点执业,有效整合了优势医疗资源。

3.4 专家客座服务机制建设 根据会员医院需求,中心定期或不定期派出专家客座查房、讲学、会诊、开展新技术新项目,帮助学科建设。2009 年至今派出专家 200 余人次,10 名专家正式被会员医院聘请为客座教授,弥补了人才短缺局面。成功帮扶 2 所 2 级医院升级达标为 3 级医院,1 所 1 级医院升级为 2 甲医院。

3.5 人才培养机制建设 中心把会员单位医务人员的培训纳入中心整体培训计划,免费接收会员医院管理人员和技术人员进行短期或长期进修学习,中心举办各种学术活动通知会员医院参加,依托网络医院建设,为会员医院培养了一批适用型技术人才。免费接收会员医院技术人员来院进修学习 220 人次,参加学术交流 3 000 余人次,进行规范化培训 100 余人次,管理人员来院短期学习 200 人次,参加中心全员优质服务培训 20 余人。

3.6 科研协作机制建设 派出和指定具有科研实践经验和实力的技术人才,开展对会员医院的科研帮带,举办临床科研专题培训,指导和联合申报科研课题。经过帮带协作,帮助会员医院成功申报市级科研项目 6 项。会员医院市级科研实现零突破,中心通过项目平台加强了对临床科研的研究和成果的推广应用。

3.7 学科联合机制建设 建立了激励机制,加强组团内学科之间的交流与合作,以“走下去”、“请进来”互动方式,加强学科建设、人才培养、质量安全控制、新技术新项目开展等互动,随

时接收会员医院来院观摩和跟师学习,或派出业务骨干现场指导,指导帮扶 2 所 2 级医院成功申报市级重点学科和特色专科 4 个。

3.8 双向转诊机制建设 成立双向转诊管理领导小组,各学科设置兼职“双向转诊管理员”,负责转诊工作的具体实施;制定双向转诊管理办法和转诊流程,建立快速“转诊绿色通道”;双方签订双向转诊合作协议,明晰转诊内容、转诊原则和上下转诊范围;中心设置专门部门,负责转诊协调联系和电话预约,对转入病人优先就诊和安排床位;建立下转激励机制,将病情好转、诊断明确、恢复期患者立即转回会员医院,使双向转诊工作形成长期稳定和便捷畅通的常态化运行机制。自项目启动,中心接收疑难危重转入患者 2 000 余人次,下转恢复期患者 300 余人。

3.9 远程医疗服务机制建设 远程医疗作为一种新的医学服务模式,使医学技术不再受时空地域限制,改善了医院之间、地区之间的医疗技术水平的不均衡状况^[2];针对联网组团内医院人才和技术薄弱环节,本院从 2011 年 4 月开展了“远程移动动态心电图检查与监护系统”应用合作,操作系统全部由中心赠送和安装,会员单位只负责操作和上传数据,中心负责诊断和出具报告,费用由会员单位收取后,按协议分成划拨到中心;该项目纳入卫生主管部门年度目标考核。中心为确保项目的推广应用,成立专门领导小组,出台《远程移动动态心电图检查及监护系统推广应用管理办法》。目前与会员医院合作建立了 23 个端点,方便了当地老百姓就近就医,减低了医疗成本和医疗费用,提升了当地医院诊断水平,双方都取得了经济效益和社会效益双丰收。

3.10 设备共享机制建设 会员医院无法检查项目,由其采集检测标本,直接送中心检查出具报告,或直接将病人转入中心检查诊断后回院继续治疗和报销,提高资源利用效率,减轻病人经济负担。

3.11 运行机制建设 联合体内医院间原有人员组织关系、产权关系、经济和人事关系不变,形成“联合体组团式”利益纽带协作关系共同体,实现优势医疗资源互补;联合体内以中心站为主体,输出人才、技术、设施设备、信息等优势资源,帮带会员医院发展;联合体内自愿签订合作协议,明确责任和权利,形成利益共同体;联合体内中心站给予项目经费投入,建立总结评估、考核激励、淘汰机制,不断推动项目建设。

4 主要成效

城乡统筹网络医院联动协作模式,使“人才优势、技术优势、服务优势、管理优势、制度优势、资源优势”日益凸显。

4.1 提高了优势医疗资源利用效率 通过网络医院建设,享有的人才、技术、管理和设备优势资源的大医院,带动了基层医院发展和建设,解决了基层薄弱环节,使优势医疗资源得到整合,专家技术得到发挥,先进设备得到利用,科研成果得到推广,区域影响力得到提升,高品质服务贴近基层,高端带动基本格局显现,促进了大医院向高端化发展,基层保基础的良好局面。

4.2 方便了老百姓就近就医 网络医院建设,使城市医生到基层服务的愿望实现。自项目启动,通过派出专家驻点服务接诊患者 30 000 余人次,让当地老百姓就近享受优质医疗服务。会员单位门诊患者平均增长 15% 以上,住院患者增长 17% 以上,医疗业务收入增长 8% 以上。同时通过“远程移动动态心电图检查及监护系统”的联网应用合作,开展远程诊断检查 3 000 余人次,项目收入 50 余万元(中心 40%、会员单位 60%),既提

高了疾病诊疗质量和经济效益,又减轻了患者经济负担。

4.3 提升了基层医疗机构服务水平 只有基层专业技术人员素质提高了,业务能力增强了,基层医疗卫生机构的服务能力才能提高,国内卫生事业发展“城市强、农村弱,大型医疗机构强、基层医疗机构弱”的问题才会逐步得到解决^[3]。2009 年至今,派出专家开展查房 15 000 余人次,讲学 1 500 余次,手术示范 3 000 余台次,疑难病例讨论 1 000 余人次,会诊 500 余人次,培养技术人才 300 余人次,开展适宜新技术新项目 50 余项;通过派出技术人员“传、帮、带”,在短期内缓解了基层人才短缺问题,带动了技术人员快速成长,推进了二级医院向高端化发展,强化了社区和乡镇医院门诊、妇产科、内科、普外科等服务能力建设,与 2009 年相比,会员医院出院者平均住院日从 15 d 降至 11.5 d。

4.4 推动了分级医疗制度的形成 组团内双向转诊运行,双方明确了各自的职能,形成了优势互补良性联动局面,而不是相互抢夺医疗市场,促进了患者合理分流就医模式新格局形成。自项目启动,中心站门诊患者增长幅度从 2009 年的 13.75% 降到 8.50%;住院患者增长幅度从 2009 年的 17.53% 降低到 12.17%;平均住院日从 2009 年的 11.12 d 降低到 10.48 d,改善了大医院“人满为患”局面。

4.5 技术人员下沉基层得到保障 卫生部《关于城市卫生支援农村卫生工作的意见》,虽然使城市医生到基层服务起到了推动作用,但派出机构和医生对现状都不满意。派出机构认为:医生本身承担了大量临床工作,下乡导致人员紧张,不愿意安排医生下基层服务;同时还要保证其工资福利待遇和额外补贴,医院利益受到损害;另外,医生不愿意下基层,认为基层医疗条件、医疗环境较差,业务得不到深造和发展。通过网络医院建设,让医院和医生变被动为主动,医院以“发展高端化技术”拓展市场,医生以“职业发展”为平台,让医务人员愿意下基层,实现人才资源优化应用。

5 讨论分析与展望

在医药卫生体制改革实践进程中,医疗资源配置失衡依然突出,优势医疗资源相对集中在城市和高精尖技术层面,宏观利用效率不高,这些矛盾说到底还是制度缺陷^[4]。作者通过城乡统筹网络医院建设的实践应用,在参考国内外医疗资源整合

经验基础上认为:要整合医疗资源,推进城乡医疗统筹发展,关键是要结合区域医疗实际,采取多种方式,调动城市大医院积极性和公益性职能,以城乡联动合作为着力点、人才与技术互补流动为纽带、分级医疗为助力、远程医疗服务为依托、信息共享技术为平台、城乡医疗共同发展为目标,加强政策机制、管理机制、用人机制、分配机制等方面顶层设计和监管^[5];基于不改变医院间原有人员组织关系、产权关系、经济和人事关系情况下,达成具有内在利益纽带的联动协作机制,形成互利共赢发展目标;基于促进优势医疗资源流通共享,导入区域龙头医院牵头和基层医院参与的措施和方法,形成不可推卸的社会责任机制和政府职能任务,实现公立医院公益性目标;基于实现对优势医疗资源整合的监管,建立对大型公立医院和技术人员在支援基层医疗机构领域的责任考核评价机制和激励处罚机制,并纳入院长责任目标考核,确保城乡医院协作发展的质量和效率得到保证。只有这样,才能使有限的医疗资源和技术最大可能的为人类健康服务,适应市场经济的经济体制要求和国民日益增长的医疗需求,提高区域内医疗资源使用效率,解决人民群众“看病难、看病贵”矛盾。该项目的探索实践,是调整城乡医疗资源结构和布局的有效方法,是探索适合区域性城乡医疗统筹发展运行机制的参考依据。

参考文献:

- [1] 饶克勤. 我国医药卫生体制改革进展、难点与挑战[J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28(1): 2-4.
- [2] 谭进进. 远程会诊工作的常见问题分析与建议[J]. 使用医学杂志, 2008, 25(2): 244-246.
- [3] 徐秋云. 城市医院对口支援农村医疗卫生机构制度研究[J]. 中国卫生质量管理, 2010, 3(2): 24-26.
- [4] 商思林. 医疗改革乱局与能促型政府[J]. 商务周刊, 2006, 20(1): 38-41.
- [5] 范光荣. 加强公立医院改革完善公立医院体制机制[J]. 中华医院管理杂志, 2009, 25(7): 439-444.

(收稿日期: 2013-03-10 修回日期: 2013-05-22)

· 卫生管理 ·

以信息化促进药房建设与管理

孙宝珍

(青海省人民医院药剂科, 西宁 800018)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.27.047

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2013)27-3319-02

在信息化、高新技术突飞猛进的时代,医院的发展离不开信息化技术的广泛支持。药剂科作为医院重要的一部分,不可避免地受到计算机网络和电子信息化带来的影响。随着医院药学的发展,各类信息的复杂化,传统的技术已经无法适应药剂科的发展需求。如何有效地运用计算机网络和电子信息技术满足医院药学的综合管理(包括门诊药品调剂、住院药房管理、药库管理、药学服务、便民药房以及中药房管理),是医院药学发展的方向。

1 门诊药房信息化、自动化管理

门诊药房是医院直接面对患者的窗口,是其为患者提供优质服务的环节,所以在信息化、自动化的帮助下做好医院药房的管理工作非常重要。

1.1 药品管理自动化 利用自动数药装置进行医院药物的清点,不仅可以提高工作效率,还可以避免不必要的污染,保证药品的安全性;利用自动分药包装机进行药品分拣包装,以及药品的分发等可以将某患者所需的药物准确分发;利用信息化技