

■ 探讨思考

医院的双重职责

健康管理和疾病管理

□ 周生来



资料图片

据统计,我国共有各种慢性非传染性疾病(简称慢性病)患者约数亿人,2005年我国人均国内生产总值是1600美元,增加1亿健康的人,每年就能够创造1600亿美元的产值。因此,从某种意义上来说,健康就是生产力,健康是一个国家持续发展的动力,健康管理和疾病管理与国家的富强密切相关。医院承担居民健康管理的职责,有利于中国医院各级管理者及从业人员解放思想、更新观念,进行医疗健康服务模式创新,完善中国医院的服务体系,实现院前、院中、院后一体化及持续的医疗健康呵护服务,加快中国医院的现代化建设与发展,满足中国社会与民众的新需要。

实施健康管理和疾病管理的社会发展价值

健康管理及其意义:健康管理最早源于20世纪60年代的美国保险业,现已成为西方国家医疗服务体系中不可缺少的一部分。健康管理是对个体及群体的健康危险因素进行全面管理的过程,即对健康危险因素“检查监测”(发现健康问题)到“评价”(认识健康问题),再到“干预”(解决健康问题)循环的不断运行。其中“干预”是核心。它帮助、指导人们成功地把握与维护自身的健康。

美国从上世纪60年代开始进行健康管理的系统实践,1972年以后的20年间,生活方式疾病发病率已大幅度下降;心血管疾病发病率下降了55%,卒中发病率下降了75%,糖尿病发病率下降了50%,肿瘤发病率下降了33%。近年来由于控制了生活方式疾病的发病率,美国的医疗费用增长率下降到5%左右,基本实现了与GDP(国内生产总值)的同步发展。而在我国,1994年至2000年,医疗费用年平均

增长率为24%;2000年至2010年,这一数字也始终高于GDP的增长速度。

我国专家利用近5年时间,对上万名患者进行了健康管理临床对照比较研究。其结果是,管理组高血压患者每人每月医疗费用下降28.9元,糖尿病患者每人每月医疗费下降59.9元。高血压患者的病情控制率比对照组提高35.6%,糖尿病患者病情控制率比对照组提高27.6%。在健康管理方面投入1元资金,在

减少医疗费用和获得劳动生产率提高的回报上,实际效益可达到投入的8倍。

疾病管理及其意义:疾病管理是健康管理的一个主要策略,是针对患有特定健康问题的人群,通过干预来管理他们的医疗保健服务。疾病管理的主要目的是通过对疾病的不同阶段采取不同的措施,提供不同的服务,即通常意义上的“全程管理”。国外一项研究表明,大约7000名参加糖尿病疾病管理项目的患者的卫

生保健服务应用量和财政支出在1年后都有所降低。尽管参加项目的患者可能会接受更多的血糖、脚和眼检查以及胆固醇检查,但是相对于他们没有参加项目,住院次数和住院天数均降低了约20%,结果是参加项目的患者每月的成本减少44美元。

可见,在目前卫生保健资源有限的情况下,健康管理和疾病管理可以起到促进全民健康、减少卫生保健资源利用量、降低慢性病医疗成本的作用。

医院应承担健康管理和疾病管理的职责

医院长期以来一直定位于以单纯的疾病治疗为主,预防保健、健康教育、疾病管理等功能严重弱化。随着社会的发展进步和医药卫生体制改革(简称医改)的深化,医院功能已经不是传统意义上的院内诊断治疗疾病,还应覆盖院前和院后,即患者入院前预防保健和出院后病情干预,医院应主动承担起健康管理和疾病管理的职责。

医院承担健康管理和疾病管理的职责是适应医改政策的正确选择。国务院公布的《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009~2011年)》明确提出,从2009年开始,逐步在全国统一建立居民健康档案并实施规范管理,为高血压病、糖尿病、结核病等患者提供防治指导服务。在这样的大环境和改革

背景下,医院开展健康管理和疾病管理,对健康或亚健康人群的健康与疾病风险因素进行全过程监测、预防和干预,有利于拓宽医院的服务领域,充分利用闲置资源,增加服务量,提高效益;有利于开发医疗服务市场的潜在需求,培养医院的忠实客户,实

现品牌营销等。因此,医院应承担健康管理和疾病管理的职责,是医院为适应医改的正确选择。

医院承担健康管理和疾病管理的职责是医院公益性体现的体现。《公立医院改革试点指导意见》明确提出,要以公益性为核心,从9个方面切实缓解群众看病贵、看病难问题。医院开展健康管理

和疾病管理,预防和控制疾病风险因素,以预防保健知识和技术服务于更多健康或亚健康人群,不仅可以增加人民群众对医院的理解,缓解医患矛盾,提高医院的社会影响力,更有利于维护和改善人民群众健康,减少卫生资源浪费,这恰恰是公立医院社会公益性职责的体现。

医院开展健康管理和疾病管理的路径选择

健康体检中心功能的延伸:目前我国仅有少数专业的健康管理机构,虽然很多医院已经建立了健康管理中心,但大多没有做到真正意义上的健康管理,仅提供健康管理的某个环节,多数还停留在传统的体检层面。公立医院要实现体检中心功能的延伸,将体检中心真正转型为健康管理中心,在体检的基础之上,为受检者提供个性化的治疗方案和随访计划,并对筛查出来的各种慢性病的高危人群进行重点跟踪管理,完成预防及阻止生活方式疾病发生发展的历史新使命。

健康管理及疾病管理专业人才的培养:一方面,健康管理和疾病管理是一门科学的系统工程,涉及预防医学、临床医学、社会科学等方面的知识;另一方面,健康管理和疾病管理的前景可观,但国内管理体系不健全,从业人员素质参差不齐,缺乏有效行业标准。医院可以依托品牌优势、学科优势和人才优势,建立健康管理和疾病管理人才库,培养相关的健康及疾病管理专业人才。

实现医院与社区的联动:目前,部分社区卫生服务中心虽然与医院建立了双向转诊合作关系,但实际运作中,往往是以上转为主,下转的患者较少,同时由社区卫生服务中心转出的患者也很少再回到社区,双向转诊制度实际上并未得到真正意义上的执行,不利于形成“小病在社区、大病进医院,康复回社区”的医疗格局。因此,要真正实现医院与社区的联动,医院充分指导所辖社区卫生服务中心(站),

用双向转诊的方式对居民进行无缝化诊疗和健康/疾病管理服务。

建立完善的个人信息系统:2009年4月公布的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》明确提出了医疗信息化的改革方向。当前我国卫生系统卫生信息化建设存在着系统分割、相互独立、业务流程不统一、信息标准研究起步晚等诸多问题。个人信息系统的建立是一项复杂的工程,需要医院等多个医疗机

构的合作。个人信息系统应包括个人的一般情况,性别、年龄、个人病史、家族病史、有关健康的行为等;个人就医情况,如各项临床检查指标、并发病、存活与否、生活质量、转诊情况等。所有个人资料以计算机输入,应能跨越不同的医疗机构而被共享,从而应用于持续的健康管理和疾病管理。

(作者为首都医科大学附属北京安贞医院副院长、清华大学经济管理学院医疗健康管理研究中心特聘主任)

■ 管理大家谈

大医院病床不宜超过3000张

□ 王明晓

从几年前排名第一的四川某医科大学附属医院4000余张病床的规模,到近年来不断有医院病床规模超过5000张,甚至还有医院要建成7000张~9000张病床的规模,我国三级综合医院规模无限扩张的态势,越来越引起相关人士的担心。

病床规模无限扩张隐患多

庞大的医院规模,脆弱的保健系统,拥挤的交通空间,混乱的医疗秩序,不仅进一步加剧了看病难,还将带来许多隐患。一是后勤保障困难。巨大的就诊人数,每日必将消耗大量资源,给后勤的物质供应、交通管理、维修保养等带来严重困难。二是公共卫生隐患。现代传染病有接触性和非接触性,尤其是非接触性传染病,在人员密集、群体抵抗力低下的狭小空间里,很快会在巨量的就医人群中传播开来,而一般举措难以防范和控制。三是一旦发生火灾、地震等自然灾害或爆炸、投毒等意外事件,能否及时有效疏散将成为问题。四是医院周边交通拥堵,车辆停放困难等给城市管理带来干扰。

我们应当参考国际医院管理成功的经验,结合我国三级综合医院的实际,对我国三级综合医院的适宜规模进行科学探索。一所医院因地理位置、医疗半径、承担的任务等不同而规模会有差异,因此在公立三级综合医院最小的适宜规模和最大的适宜规模这个区间进行科学计算。

800张~3000张病床是适宜规模

根据原卫生部(现已整合为国家卫生和计划生育委员会)的标准要求,一所三级综合医院一般要设立内科系统、外科系统等必备的30个科室,除了皮肤科、眼科、重症医学科、新生儿科、康复医学科等可根据实际编制床位略少一些外,一般必备科室根据实际不应少

于每科30张病床,否则会造成人力资源浪费。因此,一所三级综合医院的适宜规模一般不应少于800张病床。由于一些国家级医院、军队医院和医科大学附属医院、省部级医院,要承担国家和省部级的临床教学、科学研究以及服务辐射半径较大等原因,相应科室的规模应予以适当扩大,还要成立一些II级、III级分科,相应科室规模应扩大2倍即每科60张病床以上;如确立为国家或省部级重点学科的,还可能达到每科100张病床以上。把上述因素考虑进去,一所三级综合医院的上限适应规模应在3000张病床以内。

统计表明,北京三级综合医院的规模基本在上述测算范围内,北京协和医院的病床是2200张;中国人民解放军总医院病床虽然已达4400张(但它是由301、304、309等3所医院合并而成,本部病床也不超过2000余张)。再看国外,美国霍普金斯医院病床1059张,麻省总医院病床907张,耶鲁纽黑文卫生系统2130张,美国得克萨斯医学中心虽然号称7000张病床(但它也是由多所医院合并而成,每所医院单独计算也多在3000张以内),日本东京大学医院1210张,日本大阪市立综合医疗中心1063张,英国剑桥大学医院1000张,牛津大学附属医院1500张。我国香港地区尤德夫人那打素医院1576张,台湾地区荣民总医院2991张。

综上所述,我国三级综合医院的适宜规模应在800张~3000张病床这个范围,下限以下,必备的科室设置就不完整;上限以上,将会产生后勤保障、公共卫生等诸多问题。当然,按照管理例外原则,个别承担特殊任务的医院则可例外,但多数三级综合医院应服从适宜规模的原则,使医疗资源遵循区域卫生规划进行合理配置。

(作者为煤炭总医院院长)

“管理论坛”约稿

寻找成功之源 共赴成功之路

本版定位为医疗卫生政策、管理综合类版面,以各级卫生部门、医疗单位及相关行业的管理者为读者对象,旨在解读卫生政策、阐述最新管理理念,介绍现代化医院管理经验,总结医院管理与实践进程,倾听并反映各方对医院管理的意见。

版面主要栏目有本期关注、管理实践、政策解读、管理建言、经验探索、管理大家谈等,内容涵盖业务、行政、后勤、经营、医疗安全、医院文化、人事制度、医患关系等医院管理的方方面面。

热忱欢迎不吝赐稿!

投稿要求及注意事项:

论点明确、论据充分、条理清晰、语句通顺。具有一定的科学性和实践指导性。
投稿邮箱:584264820@qq.com
联系电话:(0371)65589221

别让预约挂号加剧看病难

□ 许四虎

作为缓解看病难的一项重要医改举措,预约挂号已推行有几年了,但是实际操作下来,效果并不如预期那么美好。

实际操作不理想

预约挂号看起来是比传统挂号方便了,但各大医院的患者大量增加,反而放大了看病难问题,而小医院则门可罗雀。这种恶性循环导致大医院持续抢占中小医院的发展空间,也进一步导致医疗费用上涨,加剧了看病贵。

有分析表明,到大医院就诊的患者中,60%~80%有条件在下级医院得到治疗。患者通过预约挂号到大医院看病,实际上还是非理性就医。这样导致的结果是小病大治,大专家治小病,扭曲了医疗服务的秩序,违背了医疗服务的规律。这些老问题在现有预约挂号方式下并未缓解,反而加剧。

分级分类制度不可少

从患者方面讲,有的是大病有的

是小病,即我们通常说的A、B、C、D型病例;从医疗机构角度讲,分三级医院、二级医院、社区卫生服务中心等;从医生角度讲,有全科医生、专科医生、亚专科医生等,根据职称也分为初级、中级和高级。对应类型的患者,应该去对应级别的医疗机构找相应的医生就医,或者每一类医生去看相应类别的患者,这才是比较合适比较经济的就医模式。

可是这样的选择如果要患者去完成,就带有很大的盲目性和倾向性,比如选择名医生看病,虽然医疗质量能保证,但也涉嫌过度使用医疗资源。

在分级医疗制度下,社区卫生服务中心设置是全科服务,以治疗一般常见病和多发病为主,一、二级医院临床学科的设置以一、二级专科为主,主要诊治常见病和多发病及一般疑难杂症;三级医院的专科设置要向三、四级亚专科发展,主要处理疑难复杂危重症,

专科门诊要根据诊治疾病的复杂和难易程度分为普通专科、专家专科、疑难病专科门诊等。预约挂号看病的前提是患者的求医需要,而看哪个级别的医生则应由医生和患者共同研究后来确定。

路径管理须跟上

要实现上述目标,一是患者要在一定医疗服务圈内流动,这个服务圈内各个层级的医疗卫生机构都有,能够诊治各种疾病,如果患者到这个服务圈外去看病,就应付更多的费用。二是要建立会诊转诊制度,特别是二级和三级医院,要有一定的会诊转诊制度和程序并严格落实。三是凡符合医院和医生指引的转诊,费用由医保结算,不符合医生指引的转诊,患者应自己承担更多的费用。四是在医生提出诊疗建议之后患者再去预约挂号。实现上述4点,才算得上是理性就医和良性的医疗秩序。

(据《健康报》)

2014年春季 CWMEE 中国中西部医疗器械展览会
参会厂商:1500家 展示产品:16000件 展出面积:23000平方米
第25届中原医疗器械(2014年春季)展览会
2014年3月6~8日 郑州国际会展中心

支持
河南省卫生厅 河南省国资委
天津市医疗器械商会 山东省医疗器械公司
陕西省医疗器械公司 江苏省医疗器械行业协会
河北省医疗器械行业协会 山西省医疗器械行业协会
湖北省医疗器械行业协会 武汉市医疗器械行业协会

主办
河南省医疗器械行业协会
中英合资博塔斯展览公司

承办
郑州博塔斯展览有限公司

公交线路
地铁1号线 西流湖站=会展中心站
26、206路 火车站=郑州国际会展中心
7路 柳林镇=郑州国际会展中心
919快线 西环路=郑州国际会展中心
B16 京广路南环路=郑州国际会展中心
B19 中州大道农业路=郑州国际会展中心

请到 www.zyylz.cn www.cwmee.com 注册登记,我们将会及时与您取得联系!
到达展会现场后,您将通过观众绿色通道直接领取参观证和展会精美礼品一份!
联系电话:(0371)66619408