本期关注

医共体建设是新时代医药卫生体制改革的具体化。自2020年6月以来,孟津区吃透精神,用活政策,积极探索建设符合实际的县、乡、村一体化医疗管理模式。今年,按照行政、人员、业务、药械、财务、绩效、信息“七统一”标准投入实质化运营,半年来,医共体内各成员单位的医疗服务水平得到了有效提升,医共体运行和管理取得了阶段性成效。

吃透精神 用活政策 全力建好民生工程

——洛阳市孟津区医共体建设的探索与思考

洛阳市孟津区卫生健康委党组书记 韩新望

吃透精神 明晰路径

洛阳市孟津区委、区政府高度重视医共体建设工作,多次组织召开医共体建设会议,进行探讨和学习。剖析改革的必然性,大家一致认为,长期以来,由于顶层设计不足,统筹不够,过度强调医疗机构的“市场”属性,致使各医疗机构各自为政、内耗性竞争、重复投资,造成医疗资源严重浪费问题。同时,又把医疗机构定位为自收自支事业单位,强调“计划”属性,在人事、编制、薪酬等领域进行行政管理和约束,导致活力不足。领悟医共体建设精神实质,大家一致认为:医共体改革就是通过采取系列“收”“放”措施,遏制内耗,寻找最大“公约数”。放,就是激活医疗机构活力,建设医疗领域利益共同体。收,就要破除“丛林法则”,通过“计划”的调节手段,加强顶层设计,实现错位、融合发展,县、镇、村三级一体化发展;放,就要在现有编制、人员、医保政策等方面进行松绑、激活,落实医共体在人员招聘、岗位设置、干部聘任、内部绩效考核、收入分配、职称聘任等方面的自主权和支配权,发挥“市场”的调节作用。

部门支撑 松绑激活

建立人事编制统筹管理机制。孟津区组织、编办、人社等部门,围绕医共体建设中的人事、编制等约束瓶颈,出台了《孟

津区紧密型医共体编制、人事、薪酬管理办法》,明确医共体内各医疗机构编制统筹使用,赋予人员招聘自主权。

改革医保支付方式。医保部门按照“总额预算打包拨付”的方式,将医保基金的二次分配权下放给医共体,建立“结余留用、合理超支分担”的激励约束机制,破解医疗机构内医保基金使用效能不足的问题。

“家长”卸任移交。坚持刀刃向内,孟津区卫生健康委将乡镇卫生院院长任免权、项目审批权、人员调配权、绩效考核、医疗机构校验等管理权限分批移交医共体总医院,增加总医院对各医疗机构的领导管理权,实现管理集团化。在2022年度医疗机构执业许可证集中校验工作中,共成立16个医疗机构校验专家组,抽调85名专家,对全区287家医疗机构进行集中校验,合格282家(存在问题限期整改到位38家),暂缓校验5家,医疗机构校验合格率达到98.26%。

一体设计 拆墙融合

2022年2月,整合区、镇(办事处)两级医疗资源,成立了以区人民医院为医共体总医院,搭建起以吉利人民医院、区中医院、区第二人民医院、区妇幼保健院及12个乡镇卫生院、2个社区卫生服务中心为分院,涵盖272个村卫生室的紧密型医共体。设立总医院一办六部,统筹医共体运营管理,成立医共体总医院党委,实行党委领导下的院

长负责制,构建横到边到边到底的一体化构架。

制度先行 促进统一

发挥考核的指挥棒效应。医管委办公室出台了医共体绩效考核方案,对区、镇、村三级医疗机构进行一体化考核,每半年考核一次,强化结果应用,促进业务融合。

制定《医共体财务管理制度》,明确下一管一级,乡财县管,促使财务统一。

出台《医保日常监管及病历稽核工作方案》《医保考核实施方案》,建立“结余留用、合理超支分担”激励约束机制,完善转诊流程,畅通双向转诊绿色通道,加快形成分级诊疗就医新格局。2021年,全区县医院向省市级医院转诊230人次,乡镇卫生院向总医院转诊480人次,总医院向成员单位转诊260人次。

资源下沉 上下联动

实现区、镇、村三级一体化运营,优质医疗资源下沉是具体体现,同时也实现了让基层群众在家门口看病有“医”靠。一是严格落实专职副院长派驻制度。医共体总医院选派12名专职副院长,派驻至成员单位,负责组织医、技、护等业务骨干到乡镇卫生院开展带教、查房、坐诊等业务帮扶,严格落实《医师晋升职称与基层医疗机构帮扶支援制度》。2021年,共帮扶乡镇卫生院开展冠心病规范诊

疗600例,糖尿病规范诊疗300例,卒中规范诊疗780例,卒中静脉溶栓20例,心肌梗死规范转诊60例,甲状腺手术30例,乳腺切除术36例,疝修补术19例,大隐静脉剥脱术54例,全身麻醉16例。二是实施二级医院对口支援乡镇卫生院。总医院遴选专家定期到基层成员单位开展坐诊、查房带教、病例讨论、新技术培训、特色专科建设

等对口支援工作,逐步提高乡镇卫生院对基层常见病、多发病的诊疗技术,同时在医疗、管理、人才、设备等方面对乡镇卫生院、村卫生室进行帮扶,加速医共体内医疗资源融合。自2021年以来,总医院共派出44名医师开展对口支援工作,服务门诊21630人次,服务住院2521人次,开展手术281人次,开展新技术28项,开展新项目5项,开展新项目64个,疑难病例讨论505次,真正打通了基层群众医疗卫生服务的“最后一公里”。三是组建三级家庭医生签约服务团队。推进从“以治病为中心”向“以健康为中心”转变,健康巡讲、健康科普宣传、实用工具发放、家庭医生白人培养、医疗业务帮扶等,深受群众欢迎。四是上下联动,补齐中医短板。遴选名中医下沉基层,定期到成员单位进行对口支援。中医院区中医护理人员定期下沉成员单位,实地指导中医药适宜技术的开展,成员单位派驻人员到中医院区学习适宜技术,通过下沉和上派,上下联动,规范化推广中医药适宜技术在基

层落地生根。截至目前,已有50余名技术人员通过在中医院区学习,掌握了相应适宜技术,另有98名“西学中”学员正在进行为期一年的中医药知识培训。同时,挖掘民间老中医15名,正在办理“中医医术确有专长”资格证书。

技术支撑 构筑载体

医共体实体化实质化运营,必须靠医共体信息化来支撑。没有信息化的医共体,多是“案几”上的医共体。医共体信息化,为医共体科学运营提供决策依据;居民健康电子档案,为患者提供更系统更全面的诊疗服务;家庭医生签约系统,通过痕迹管理,督促乡村医生真正上门服务;远程诊疗系统,拉近乡村医生与专家的距离,使病人享受上级医院服务;心电、影像、检验等五大共享中心建设,结果互认,将极大降低诊疗开支。为此,孟津区人民政府投资3000余万元,建设孟津区医共体信息化服务平台,预计年底投入使用,将使医共体插上腾飞的翅膀。

下一步,孟津区将紧紧围绕实施方案和责任清单,在补短板、强弱项、固优势上狠下功夫,统筹推进医疗、医保、医药“三位一体”改革,推动基层医疗服务实现新突破;进一步加强组织协调,凝聚工作合力,以密切的协作推进医共体建设,努力推动孟津医疗卫生健康事业发展再上新台阶。

结核病防治重点知识十二问之十

肺结核疫情报告应注意哪些问题

河南省疾病预防控制中心 王侃

结核病是由结核分枝杆菌感染人体后引起的慢性传染病,潜伏期为4周~8周。结核分枝杆菌可以侵犯人体任何部位,人体除头发和指甲外,都可发生结核病。结核分枝杆菌如侵犯肺脏,就叫肺结核,侵犯骨骼,就叫骨结核等。肺脏是最常被侵犯的器官,肺结核占各种类型结核病的80%以上,是迄今为止除新冠肺炎外导致死亡人数较多的传染病。我国把结核病俗称为“痨病”,肺结核为“肺癆”。

肺结核主要通过呼吸道传播,传染源是接触排菌的肺结核患者。除少数发病急促外,临床上多呈慢性过程。常有低热、乏力等全身症状和咳嗽、咯血等呼吸系统表现。人人都可能被感染,是长期严重危害健康的慢性传染病,被我国定为乙类法定报告传染病。

过去人们常说的“十痨九死”,随着近代多种抗结核药物相继问世,结核病的治疗取得突破性进展。对传染病而言,疫苗是最有效最经济实惠的防治模式。就结核病来说,目前可用的结核疫苗是卡介苗,我国新生儿或者出生后1天~7天就会接种一剂卡介苗,因此卡介苗在我国也被俗称“出生第一针”。新生儿接种卡介苗后的保护期是有效的,疫苗诱导的保护效果随着时间的流逝而减弱,经10年~20年后可消失。接种卡介苗对儿童的健康成长很有好处,在预防结核病,特别是可能危及儿童生命的严重类型结核病,如结核性脑膜炎、粟粒性结核病等方面具有相当明显的作用。但卡介苗并不能防止潜伏性结核复燃,而这也是结核分枝杆菌在人群中传播的主要感染源。

特别需要提醒的是,肺结核的疫情报告是防控肺结核的重要环节。为了正确、顺利地完成疫情报告,广大医务人员及患者应注意哪些问题呢?

一是注意疫情报告的责任人和单位。国家要求肺结核疫情报告实行首诊负责制,执行任务的医务人员,包括乡村医生、个体开业医生均为责任报告人。目前肺结核疫情通过传染病网络直报系统进行报告,如果医疗机构或个体诊所不具备网络直报条件,则需要手工填写“传染病报告卡”,并于24小时内寄出或送达当地疾病预防控制中心进行代报。

二是注意掌握正确的报告对象。肺结核的报告对象,包括诊断为肺结核的确诊病例、临床诊断病例,也包括疑似肺结核患者。在日常工作中,往往漏报了疑似肺结核患者。为了尽可能发现传染源,加强对疑似患者的追踪与落实,也要求对疑似肺结核患者进行疫情报告。

三是准确填报疫情卡中的重要信息。“传染病报告卡”中有一些重要信息,需要患者、医生共同认真填报,完成准确的信息采集。比如,“发病日期”是指患者本次出现肺结核典型症状的日期,不是诊断日期;现住地址是指患者发病时的居住地,不是户籍所在地。这些对疾病的统计分析有重要意义。如果是学生、教师患者,一定要提供真实的职业、工作单位信息,有利于及时处置密集场所肺结核疫情;同时医生也应该告诉患者,各级疾病预防控制中心会对个人信息严格保密,不会泄露给个人或机构。

(本文由本报记者杨须整理)

结核病防治论坛

开展“终结结核”行动 共建共享 健康中国

本栏目由河南省疾病预防控制中心主办

征稿

本版主要栏目有《本期关注》《经验探索》《一家之言》《他山之石》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。

稿件要求: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,热忱欢迎您投稿!

联系人:采凤娇
电话:(0371)85967078
投稿邮箱:757206553@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委委员会8楼医药卫生报社总编室

经验探索

三级联动 精准消毒 切断病毒传播途径

焦作市疾病预防控制中心主任 徐书立

核心提示:疫情发生后,高效、精准、快速的消毒工作是阻断疫情进一步传播的有效途径之一。2022年3月,修武县发生新冠肺炎疫情。在省、市、县疾病预防控制中心和修武县多部门通力协作下,疫情防控消毒工作组通过建机制、抓落实,高效推进全县域、全要素疫情防控消毒工作,切断了新冠病毒传播,实现社会面两天清零,社会面、隔离点10天清零,在一个潜伏期内使疫情得到控制。本文重点梳理了焦作市在此次疫情防控过程中消毒工作的实践经验。

快速反应 联防联控 明晰职责

疫情发生后,焦作市迅速成立疫情防控消毒工作组,最早由焦作市人民政府副市长担任消毒组组长,后来由笔者担任消毒组组长,修武县人民政府县长柴荃青担任消毒组副组长,负责统筹、指导消毒工作,提级指挥有利于全市一盘棋,统一调度物资。疫情初期,修武县消毒设备和物资紧缺,焦作市疾病预防控制中心紧急统筹调配全市消毒设备和物资至各乡政府(城镇办)和集中隔离点,全方位快速落实消毒物资。

同时,根据修武县疫情防控形势,省、市、县疾病预防控制中心联合形成专业消毒队伍,形成省、市、县联动工作机制,实现人员、技术、物资的整合互补和迅速调动。消毒组共有疾病预防控制中心专业消毒人员21人,另有第三方消毒服务公司消毒人员12人,城管局环卫所消毒人员10人。

得益于焦作市提前制定消毒预案,充分做好了消毒全流程、全链条和各环节的衔接,日常以练为战,不断精进。接到疫情报告5分钟后,焦作市疾病预防控制中心消毒人员就出发赶赴修武县疫情现场,一个多小时后赶到疫情首发地支援一线抗疫,第一时间组织突击队员进入污染区,对发现的所有阳性患者的居住、工作环境进行了全方位消毒,确保不再出现环境污染。

具体分工为:省疾病预防控制中心负责制定消毒规范和技术指导,县疾病预防控制中心负责具体落实消毒规范,市疾病预防控制中心承担上下参与制定消毒规范,并协助县疾病预防控制中心落实消毒规范;实现人员、技术、物资的整合互补和迅速

全面铺开,全员投身防疫抗疫一线。

明确消毒范围。风险场所包括疫情防控指挥部交办的风险点(病家、病例和无症状感染者活动过的场所);集中隔离医学观察场所。重点场所包括集中办公场所;学校、幼儿园;商场(店)超市;农(集)贸市场;住宿、餐饮服务单位;公共交通工具;村镇(社区、小区)等。此外,及时开展风险场所疫点、疫区终末消毒;加强重点场所公共区域高频接触表面(门把手、电梯按钮等)的清洁消毒;加强垃圾、粪便和污水的收集和无害化处理。

明确职责分工。爱卫办、卫生监督部门负责督促、检查重点区域预防性消毒贯彻落实情况;

机构和第三方消毒服务机构组成的专业消毒队伍,集中组织疫源地终末消毒;对于其他重点场所,强化村镇、社区、单位的主体责任,建立健全日常环境卫生和消毒制度,加强宣传、培训、指导、监督,提高群众的主人翁意识和参与意识,形成广泛动员、全面开展的预防性消毒氛围。

三级联动 三个“三”立体化消毒

建立省、市、县疾病预防控制中心三级联动机制。疫情发生后,省、市、县疾病预防控制中心迅速行动,组建形成联合专业消毒工作网络,实现人员、技术、物资的整合互补和迅速调动。

利用好空、地、水三位一体消毒手段。焦作市配备现代化消毒设施、设备和器械,空中有无人机,地

面有雾炮机、超低容量喷雾器、烟雾机、常量喷雾器,污水中投放消毒剂,实现消毒作业空、地、水三位一体全覆盖,对于难以进入的场所、外环境地面、设施表面、密闭场所空气、生活污水等实现无死角消毒。

围绕重点部位进行三类消毒。三类消毒包括对疫源地进行终末消毒,对超市、学校、村委会、

垃圾投放点和村卡口等区域进行重点消毒,对相关场所进行预防性消毒。

同时,焦作市将专业消毒与群众消毒相结合。建立专业消毒与群众消毒相结合机制。对于病例和无症状感染者居住、活动过的场所,以及集中隔离点感染者居住过的房间,由省、市、县疾病预防控制中心

疾病预防控制中心注意做好消毒评价,强化重点工作督查督办和评价机制;加大指导和监督力度,强化各行各业环境卫生和消毒任务落实;加强消毒质量控制和效果评价,对消毒范围广、持续时间长的预防性消毒和影响大的终末消毒,重点做好消毒效果评价。