

# 辽河油田实施医院社区一体化管理的实践与思考

于少俊<sup>1</sup>, 张艳萍<sup>1</sup>, 邢伟<sup>1</sup>, 王莉<sup>1</sup>, 马文元<sup>2</sup>

1. 辽河油田总医院, 辽宁 盘锦 124010; 2. 大连医科大学公共卫生学院, 辽宁 大连 116023

**关键词:** 企业医院; 社区; 一体化; 改革

**中图分类号:** R 197.3 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)03-0406-04

2013 年全国医疗管理工作会议提出, 公立医院改革要实现“四个结合”, 大医院要与基层医疗卫生机构协作联动。2013 年 1 月, 辽宁省卫生厅提出了城市医改要加快推进医院社区一体化管理的要求。辽河油田卫生系统自 2011 年 5 月开始整合内部医疗资源, 实施医院社区一体化管理。2013 年年初开始会同大连医科大学公共卫生学院, 在辽河油田公司科技基金支持下, 对辽河油田一体化管理的实践进行调研, 采用课题组自行设计的调查表、调查问卷, 并利用医疗卫生机构报表, 分析辽河油田一体化改革的特征和效果。

## 1 辽河油田社区卫生服务现状

**1.1 全系统卫生机构现状** (1) 辽河油田系统内现有三甲总医院 1 家, 下属 11 家医院、9 家社区卫生服务中心、19 所社区卫生服务站, 及 1 所预防疾病控制机构、妇幼保健机构 1 所。(2) 床位总数: 总院 700 张, 下属分院 11 家, 共 648 张床, 社区共 9 家, 共有床位 390 张。(3) 系统内总员工数 2064 人, 管理干部 142 人, 医生 768 人, 护士 696 人, 临床辅助科室人员 172 人, 其他后勤工作人员 428 人。其中副高职以上医务人员 154 人, 占医务人员总数的 16.4%。(4) 设备情况: 50 万元以上医疗设备有 1.5T 核磁共振、螺旋 CT(64 层、16 层)、DSA 数字血管造影机、DR、数字胃肠机、腹腔镜、体外循环机、碎石机、血透机、高压氧舱、全自动生化分析仪、彩色多普勒超声诊断仪、三维彩超等。社区机构仅有全自动生化分析仪、彩色多普勒超声诊断仪等少数大型医疗设备。服务系统内职工 10 万, 家属 22 万人, 并辐射全市 140 万人口。系统内基本实现了不超过 10 min 的服务半径, 符合国家对基层卫生服务需求的基本要求。

**1.2 社区基层管理人员现状** 全系统内社区卫生服

务中心、站共有管理人员 33 人, 年龄在 36~56 岁, 40 岁以上占 87.9%。高级职称占 36.4%, 中级职称占 60.6%。硕士学历者占 9.1%, 本科学历者占 66.7%。其中 87.9% 具有 4 年以上管理经验, 69.7% 具有在二级以上医院工作的经历。

**1.3 社区卫生机构医务人员现状及需求** (1) 全系统内社区卫生服务中心、站共有员工 550 人, 其中医生 198 人, 护士 185 人, 辅助技术(心电、B 超、X 线) 人员 33 人, 中医药人员 20 人, 西药剂人员 35 人, 预防卫生人员 11 人, 计划生育人员 11 人, 计算机管理人员 9 人, 管理人员 32 人, 工勤人员 49 人。日均门诊量 736 人次。(2) 在职医务人员中无正高级职称, 副高级职称占 1.4%, 中级职称占 35.6%, 初级职称占 20%, 无职称占 10%。硕士学历占 0.5%, 本科学历占 42.5%, 42% 的人没有获得学位。(3) 人员配置情况: 内科 26.5%, 外科 3.8%, 妇产科 2.3%, 儿科 0.9%, 口腔科 1.6%, 五官科 0.2%, 中医科 1.3%, 预防人员 2%, 计划生育专干 2%, 护士 33.6%, 放射线科 2.7%, 心电图 1.3%, 超声 2%, 检验科 2.7%, 药剂科 7%, 其他科室共 80 人。社区服务人员中高级职称医务人员缺乏, 医护比不合理, 预防保健人员过少, 没有专职健康教育人员。管理人员中年龄结构偏大, 且多来自临床专业, 大多没有经过系统的管理培训。91.7% 的人表示有一定的心理压力, 大多认为自己的知识结构难以满足工作需要、医疗服务职业风险较高, 96.6% 的人希望能够进行继续教育和进修学习。57.3% 的人认为应该珍惜目前工作, 7.3% 的医疗服务人员处于高疲劳工作状态。经过对全科医生的业务理论知识进行了考核, 发现全科医生对业务知识了解情况不好, 应多加强培训及培训的监管力度。

总医院本部是省级全科医师培训基地, 为提高对全科医学和社区卫生服务的认识, 做好今后全科医生培训基地建设, 本研究对总医院副主任医师以上级别医生, 进行了是否愿意参加者全科医生培训, 取得全科医生证书的调查。结果显示 97% 表示愿意参加全

科医生培训,一致表示愿意学习一些全科医学和社区卫生服务知识。97% 被调查者表示愿意到全科医学科服务,87% 表示退休后愿意到社区服务。

## 2 保证一体化管理目标实施的对策

总院领办社区实施医院社区一体化管理后,在总医院设立社区卫生管理科和全科医疗科,形成了总院各科室垂直管理各中心,社区卫生服务中心领带社区卫生服务站的管理模式。根据国家发展社区卫生服务政策文件要求,不断强化社区机构基础建设工作,进一步加强社区卫生服务的标准化、规范化、科学化管理。通过制度建设,使油田卫生管理体系不断协调、完善与发展,系统卫生服务与管理水平整体提升。

**2.1 完善管理机制** 总院各科室将上级部门的文件精神及工作要求直接转发并部署到各中心;各中心的主要领导参加总院的月调度会、经营分析会等;由总院的各业务科室制定考核标准,对各中心执行半年、全年绩效考核;建立健全社区卫生服务机构的基本标准、服务规范和管理办法,完善各种规章制度;利用油田内部网为总医院和社区机构提供信息互动平台。

**2.2 建立专家支援社区工作制度** 通过制度确保总医院高级专家下基层和社区医务人员到总院的双向人员流动机制;总医院医务部、社区卫生管理科和全科医学科等,会同相关部门共同做好专家下基层和支援社区工作,建立健全工作制度,完善协调工作机制,社区卫生管理科负责专家评估考核。(1)满足基层业务提高的需要。各社区卫生服务中心(站)根据所在辖区居民罹患疾病谱的特点、本单位实际医疗需求,向总医院提出具体需要学习提高的内容、数量、时间等,由总医院医务部及社区卫生管理科按基层实际需求,制定计划、选派专家、统筹安排,下发通知到基层社区。(2)总院组织专家团队根据需要定期到社区卫生服务机构,参与门诊医疗、会诊及家庭病床管理等基层服务指导服务;社区卫生服务中心(站)与当地街道、驻矿单位密切沟通,将来本社区专家出诊时间、学术专长等信息,通过闭路电视或其他形式广为宣传,让社区居民知晓,减少患者就诊的盲目性。(3)做好一级预防,重视疾病管理。总医院体检中心,对基层体检结果进行汇总,根据汇总结果,发现高危人群、患病人群、健康人群,同时通过内部网络信息平台 and 工会、安全科通知等方式告知职工。配合相应的健康教育活动,提高员工和居民自我健康管理能力,以加强一、二级管理水平和效率。同时将筛选出的新发高血压、糖尿病等慢性病人,纳入社区卫生服务机构规范管理系统。(4)坚持健康教育管

理,提高群众健康意识和水平。可根据基层单位和全科医生的需要,向总院提出健康教育内容、讲座的时间、地点,总院社区宣教科统一安排。同时总医院还承担培养健康教育讲师的任务,为系统内开展更深入的健康教育提供人才支撑。(5)总医院针对各社区中心(站)全科医生的实际需要和水平,考虑所在地区员工和居民健康疾病变化情况,承担基层业务骨干人员到本部进修、培训工作。(6)基社区卫生服务中心、站的管理者可以根据工作需要,申请到总院各职能部门学习进修业务知识和管理技能。同时总医院各科室开放科主任查房日,基层各单位可根据实际需要,随时到总院各临床科室、职能科室学习、咨询。(7)对总医院本部安排到社区基层服务的专家,应给予一定的津贴补偿,对工作成绩突出者,总医院在年度评选优先考虑。总院各级医生下社区同晋级挂钩。

**2.3 建立系统内检验、辅助检查结果互认制度** 由于整合前系统内没有实现设备标准化建设及统一的质量控制,造成系统内社区卫生服务中心、站与总医院检验、辅助检查结果的差异,难以实现系统内检验结果共享互认。一体化管理后,由总医院检验科负责全系统检验体系的监督管理。(1)定期检查基层检验仪器设备及校正判定标准,完善质量控制标准,统一质控,保证检验结果的准确性。(2)患者在社区卫生服务中心/站进行的辅助检查,如常规检验、心电图等辅助检查结果,总院可作为诊断的参考依据,无需重复检查。(3)城区内的社区卫生服务机构不能做的检验项目,可在社区机构内采样,总医院检验科取样车每日到社区卫生服务机构收取标本,由总医院检验科化验,第二天取样时发送报告单。如有需要,患者可持社区医生开具的检验、检查单,直接到总院进行检验、检查(免挂号和诊查费)。(4)对一些需要解释和说明的检查或辅助检查结果,总医院要提出完整的检查报告,传送到基层供基层医生判断使用,必要时可通过信息系统与开单医生沟通。(5)独立矿区的社区卫生服务机构,直接在基层社区卫生机构可开检验申请单、放射科室的化验单,在社区机构完成收费,直接到总医院的检验、放射科室做相关检查。(6)对设备和质控完善的个别社区机构经总院专家委员会评审后可做到检验检查结果系统内共认。

**2.4 完善双向转诊制度** 一体化管理消除了双向转诊最大的瓶颈<sup>[1]</sup>。总医院成立了全科医疗科作为双向转诊服务上转平台,建立全科医学病房,上转的患者可通过总医院设置的绿色通道优先就诊、检查、取药,优先安排住院,社区全科医生与二、三级医院专科医生定期对病情进行沟通。对在总医院就诊后的康

复期病例、诊断明确且病情稳定的慢性非传染性疾病病例、一般常见病及多发病病例,通过总医院住院处出院信息平台,按居住地址对患者进行分类,并与各中心信息共享。社区卫生服务中心、站接到总院出院信息后,由社区卫生服务中心、站的全科医生团队在 3 个工作日内进行出院后随访,完善医疗、康复指导,并完整记录健康档案,提供连续性的健康管理。通过医院与社区机构的分工协作,形成了协调通畅的双向转诊机制,合理有效分流患者,提高卫生资源的利用率。

**2.5 建立和完善创新人才培养机制** 全科医生培训分为临床执业医师加全科医生培训和高级专家全科医生培训,使参加培训的医生无法在技术上还是在医学人文素养上都有一个很大的提升。全科医生培训的实行对建立“稳得住、素质高、下得去、干得好”的油田系统医疗卫生队伍具有重要意义。

全科医生是基层卫生服务队伍的核心力量<sup>[2]</sup>,考虑油田系统长期发展的需要,在省全科医学培训中心的支持和指导下,采取两种途径,加强对全科医学与社区医疗服务人才的培养。一是对新招聘的医学院校毕业生,通过住院医师规范化培训和全科医生培训,取得临床医师和全科医师双重执业资格证书,可在总院也可到基层社区,为今后系统内人员交流奠定基础。二是对专家进行全科医生转岗培训。对在三甲医院工作的副主任医师以上的业务骨干,本着自愿的原则,进行全科医生转岗培训。对高级专家的全科医生培训,除一般理论和技能培训外,突出全科医学与社区医学理论、家庭治疗、人文关怀、心理治疗等医学人文素养和职业精神的培养,以及健康教育技巧、授课方式的培训<sup>[3]</sup>。通过全科医生转岗培训考核取得全科医生证书,为开辟医生多点执业、系统内人员上下交流、专家退休后到社区服务等创造必要的条件<sup>[4-5]</sup>。

**2.6 发展特色专科,满足群众医疗保健需求** 考虑系统内一些社区卫生服务中心的现有条件和服务能力,通过调研组建需求度较高的服务单位,以发挥最大服务效率。如伴随老龄化慢性疾病逐渐增多、脑血管疾病后遗症恢复期长、残疾人康复、以及临终服务等需要,已将一所城区社区中心改建为总医院康复治疗中心,拟改建的特色中心还有体检服务中心、中医特色服务中心、口腔专科中心、老年病诊疗服务中心、产后康复服务中心等。

**2.7 完善基层社区机构绩效考评机制** 进一步完善评价考核制度,制定了辽河油田总医院社区卫生服务机构千分制考核标准,包括医疗、护理、院内感染、药

事、公共卫生六部分,按照排名实行绩效考核。

### 3 医院社区一体化管理成果评价

医院社区一体化管理与联盟、合作医院(集团)不同,是真正意义上的集人员、资金、设备、技术、后勤服务、品牌、市场等共享为一身的资源整合<sup>[6-8]</sup>。通过医院社区一体化管理的实施,整个油田卫生系统服务水平整体提升,人员素质有一定的提升,群众满意度也有明显提高,经济、社会效益同步增长。

**3.1 医疗卫生资源合理统筹配置,医疗服务效率不断提高** 总医院领办社区一体化管理,建立有效的分工协作关系,实现分层医疗,促进区域内各级医疗机构协调发展<sup>[9]</sup>。建立检验检测、影像、心电、病理诊断、消毒、供应配送中心及药品卫材统一采购、配送等,加快形成优质资源集约管理、高效利用机制,遏制重复建设、重复检查,提升服务质量和管理水平。总院双向转诊平台与制度的建立,检验结果公认等,使基层卫生服务机构在管理、技术、服务上都融入大医院的管理优势中。一体化管理使医务人员资源共享,是现阶段快速提升社区服务水平的有效途径<sup>[10]</sup>。人事组织部门行使人事管理、调动、任免等职能,总医院和社区机构人员在总院的协调下上下流动。物资及消耗物品均由总医院的供应站统一采购和发放。资金管理上,由社区机构报计划,总院计划、财务部门统筹安排,合理使用。总医院的物业管理为社区机构提供及时、便利的维护保障服务。总医院的安全部门对总医院及社区机构的安全管理执行严格排查和整改督导,确保工作环境、人员的安全。

**3.2 推行服务改革,惠及群众,社区卫生服务机构有较大发展** 对油田系统内下属社区卫生服务中心、站进行了标准化建设,达标率 100%。为社区机构建立了信息系统,配备了 200 余台电脑,实行了收款、诊疗信息化管理。制定社区业务技术操作规范,制定各项工作的考核标准和规范,并给予统一解读和培训,实现社区机构管理工作模式一致,工作步伐一致,基本技术操作规范的目标。社区机构的主要领导、业务领导管理理念有了提升,管理思路进一步清晰。个别工作稍滞后的单位,职能部门给予一对一的指导。半年、全年考核的工作分析、社区工作经验交流会,为社区机构找到工作不足,进一步强化和提高业务管理能力,使社区卫生机构工作有效、有质量的落实。

经过全科医学转岗培训并取得资质的总医院副主任医师以上人员已达 50 人,高级全科医生已经在指导社区医疗康复、慢病管理、社区宣教、社区疑难病人专家会诊、担任全科医学讲师等方面发挥出越来越

重要的作用。医务人员双向交流制度,保障专家下基层服务经常化、规范化。通过总院全科医学科、出院信息服务平台,满足患者上转达及下转回社区康复流程,通过下转后三日内社区全科医生访视规定,一个完善的双向转诊体系基本建成,基本解决系统内职工和家属“看大病难、看专家难”问题。

在社区卫生“六位一体”服务及公共卫生服务项目上,基本完成规范服务内容。在中心内,儿童保健服务与计划免疫服务捆绑,社区中心与专科医院的信息共享,由总院将新生儿出生情况反馈到各中心,社区中心内建立妇、儿保健、免疫接种的信息沟通平台。在门诊、体检、建档过程中筛查慢性病患者,通过片医执行31日随访,提高高血压和糖尿病的管理质量。通过企业退休办、工会、街道联合开展老年人管理工作,目前已完成全油区60岁以上老年人体检工作。开展了行动不便的老年人管理,免费的上门服务,受到广泛好评。3家社区机构成为省级示范社区中心,其余社区卫生服务机构内涵建设均达到700分以上。

#### 4 目前尚需研究解决的主要问题和建议

4.1 信息化管理滞后,阻碍了一体化管理的效益发挥 目前油田卫生系统没有建成区域网络平台,基层单位与总医院的医疗、体检、健康档案信息无法共享,无法进行内部远程会诊,甚至各社区中心与站内部都不能信息联网,形成了“信息孤岛”<sup>[11]</sup>。目前辽宁省以及中国石油集团公司都在积极开展基层医疗机构信息化建设工作,有望近期得到实质性改进。

4.2 部分基层单位功能定位不合理,造成人力资源浪费 目前除一家城中心地区中心外,其他各社区机构都按照一级医院的功能定位开展门诊、住院、急诊、公共卫生等工作,由于油田系统社区多在偏远地区,各小区服务人口较少,医疗工作量不饱和,急诊、夜诊的工作量更少,造成了人力资源的浪费。现已建议主管部门针对不同地区的实际情况进行区别对待,如市区及距其他城区较近的小区可由当地就近医院承担急救任务,取消上述这些单位的夜间值班工作,同时加强独立偏远地区机构的急诊及重患转运能力。

4.3 人员结构不合理,部分岗位人员缺口明显 基层单位人员老龄化十分严重,超声科、放射线科、中医科、五官科、儿科等岗位缺口明显,导致部分单位的这些诊疗项目已无法开展。为了与上级部门要求的功能匹配,部分行政岗位人员也相对紧张。总医院将进行内部转岗培训,力争在尽快解决基层单位医疗、医技岗位人员缺口问题。

4.4 系统内分级诊疗尚未真正实施 总医院本部是三级甲等综合医院,目前床位使用率已达120%以上,而社区机构床位使用率不到50%,有巨大的调整空间,但事实上分级诊疗、合理分流并未达到预期效果,在现阶段这是一个带有普遍性的问题<sup>[12]</sup>。虽然系统内所有医疗机构均已纳入社会保险定点,构造性的分工协作基本形成<sup>[13]</sup>,但社区首诊制度刚性不足<sup>[14]</sup>,患者就医习惯养成需要时间去改变;油田系统医疗保险缴费比例较大、保障水平较高,在三级医院住院治疗自费比例个人完全能够承担;还有更重要的因素,就是社区医务人员的诊治水平与三级医院存在差距,首诊在社区很难让患者放心。改革需要外部力量的冲击,更需要自身制度创新<sup>[15]</sup>,随着国家分级诊疗相关制度的出台,随着医院社区一体化管理的不断深入,我们相信这些难题将会得以解决。

#### 参考文献

- [1] 王凌峰,李兆友. 基于冰山角分析法的城市社区卫生服务双向转诊问题分析[J]. 中国全科医学,2013,16(1A):14-17.
- [2] 任伟,张亮,冯友梅. 加强全科医生队伍建设的思考与建议[J]. 中华医院管理杂志,2012,28(2):101-104.
- [3] 郁爽,刘杰,李文源. “5+3”临床医学人才联合培养模式的构建研究[J]. 中国医院管理,2014,34(11):37-39.
- [4] 孔辉. 我国医师多点执业的现状 & 政策问题确认[J]. 中国医院管理,2011,31(12):1-3.
- [5] 杜广洲. 开展省级专家支援县医院学科建设先锋行动的实践[J]. 中国医院管理,2014,34(11):70-72.
- [6] 方鹏鹏,黄灵肖. 我国医疗机构集团治理模式及关键问题分析[J]. 中华医院管理杂志,2013,29(3):161-164.
- [7] 孟慧. 公立医院集团化演变 从市场博弈到政策整合[J]. 中国卫生人才,2011(6):33-35.
- [8] 陈民. 集团化公立医院内部控制体系的探讨[J]. 会计之友,2011(3上):28-31.
- [9] 许栋,王国斌,张明,等. 公立医院与基层医疗卫生机构分工协作的现状 & 策略[J]. 中国医院管理,2013,33(4):11-13.
- [10] 崔筱燕. 我院与社区卫生服务中心进行人力资源共享的实践[J]. 中华医院管理杂志,2012,28(5):378-379.
- [11] 李凤如,史培娜,刘建. 探索公立医院改革新模式[J]. 医院院长论坛,2012,9(5):31-35.
- [12] 张哲,曹剑涛,俞晔,等. 论以居民健康为中心的医疗卫生服务提供体系建设[J]. 中国医院管理,2014,34(4):1-3.
- [13] 雷光和,陈琴. 公立医院与社区卫生服务机构的分工协作关系研究[J]. 中国全科医学,2013,16(8A):2558-2560.
- [14] 吕健. 论深化医改进程中分级诊疗体系的完善[J]. 中国医院管理,2014,34(6):1-3.
- [15] 方鹏鹏,李璐,李文敏,等. 我国公立医院改革进展、面临的挑战及展望[J]. 中国医院管理,2012,32(1):1-5.