

基于此重新将接药流程和发药流程设计出来。

**3.4 推行过程中的注意点** 在推行过程中组织必须精心,推进必须谨慎,禁止一呼而上,做到由点到面。一方面应该具有坚定的态度,对阻力进行有效克服;另一方面还应该积极宣传,达成共识,在和相关部门员工沟通时保持积极主动的态度<sup>[6]</sup>。此外,还应该做好各项应急预案等工作,使医院全面流程管理顺利进行的目標得到实现,最终使护理服务始终保持可持续发展的态势。

**3.5 推行后的效果** 推行零缺陷流程性病房管理后,2010~2013 年本院的护理不良事件发生起数呈现逐年下降趋势,2010 年护理不良事件 51 起,2011 年 45 起,2012 年 36 起,2013 年 26 起,由此说明零缺陷流程性病房管理能够促进护理不良事件减少,有效保证患者生命安全,从而减轻患者病痛,推动医院整体效益不断提升。

**4 推行零缺陷流程性病房管理的益处**

**4.1 确保护理安全** 由于人是护理工作的对象,因此患者成为任何不规范护理行为的受害者。在对护理流程控制实施之前,由于各班具有笼统的职责,操作程序也没有系统,因此工作中出现各种遗漏是在所难免的。在流程控制中,由于护理人员的职责范围明确,随意性得到了有效克服,责任心也得到了有效强化,因此对发生各种不规范行为的情况进行了有效预防和避免,使护理安全得到了切实的保证,也在极大程度上减少了护理缺陷。

**4.2 为创建零缺陷流程型护理工作模式夯实基础** 科学管理的导向是流程、流程控制的导向是活动,是护理工作流程控制的核心,这样能够有机融合科室全面质量管理和业务流程重组,使质量控制和业务流程重组达到内在统一。各项护理工作具有逻辑性、可分解性的流程作用下得到更为紧密衔接,突出了重点,从而为零缺陷护理工作模式的创建提供了良好的前提条件<sup>[7]</sup>。

**4.3 有效提升患者满意度** 护理流程变更的顺利完成和无缝隙管理的有效实施使护理工作流程得到了有效优化,从而使护理人员及时有效、高效快捷地将护理服务提供给患者,最终在极大程度上有效提升患者满意度。陈亚文等医学学者对推行零缺陷流程性病房管理对接诊时间、第一响应时间等的影响进行了报道,发现和常规流程组相比,零缺陷流程组患者具有显著较短的接诊时间,充分说明了零缺陷流程性病房管理对缩短患者接诊时间、提升患者满意度有积极意义。

**4.4 有助于护理工作的规范性和标准化** 护理是一项极为繁

杂和琐碎的工作,具有较多的头绪和较广的涉及面,而护理人员具有各自不同的业务素质和工作能力。流程化管理将多层面、范围广的工作流程提供给了护理工作,如日常护理工作流程、护理意外事件处理流程、常见危重症急救护理流程、常用仪器操作规程等,护理工作的方方面面均有涉及<sup>[8]</sup>。护理人员在查阅的过程中高效快捷,从而实现了强有力的指导、警示临床工作的目的,最终更有效地规范了护理工作,将有效的支持平台提供给了护理质量的有效提升。

流程管理的基础是科学管理,指导原则为临床护理实践。护理安全管理的各个方面均贯穿着科学管理的护理工作流程。在临床实践中,患者治疗效果及满意度受到护理工作流程的直接影响。为了促进护理安全管理的有效加强和无缝隙管理有效实施,在护理工作中应该对流程进行不断修订和完善,从而更进一步规范护理安全管理。护理不良事件的发生率在流程管理的实施中显著降低,患者满意度也在流程管理的实施中得到显著提升,最终使整体护理质量得到了切实的保证。

**参考文献**

[1] 李明子. 现代管理的新理念[J]. 中华护理杂志, 2010, 40 (12): 956-958.

[2] 李美燕, 季建华, 高勇. 全面流程管理——一种超越 TQM 和 BPR 的管理方法[J]. 经济管理杂志, 2008, 30(18): 33.

[3] 王仁红, 陈家应, 唐立健. 流程管理在医院护理管理中的应用现状与展望[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(12): 1139-1141.

[4] 张广清. 流程再造在护理管理中的应用[J]. 现代临床护理, 2012, 1(3): 37.

[5] 余艳. 护理管理中的流程再造[J]. 解放军护理杂志, 2008, 25(1): 57-59.

[6] 刘芳, 张欣红, 李峥. 制定工作流程图提高护理服务质量[J]. 护理管理杂志, 2009, 4(3): 20-21.

[7] 贡凌浩, 庄利梅, 莫顺仙. 构建护理质量全程监控体系的探索[J]. 护理研究, 2009, 20(11): 2895-2896.

[8] Kaplan RS, Norton DP. The balanced scorecard——measures that drive performance[J]. Harv Bus Rev, 2012, 70 (1): 71-79.

(收稿日期: 2014-01-15 修回日期: 2014-04-10)

**绑定社康政策下社区双向转诊的作用**

张奕标, 何丽丽, 单 蕾, 张向葵, 罗南玲, 许沛鑫, 范 鸿 (广东医学院附属南山医院社康部, 广东深圳 518052)

**【关键词】** 医院; 社区健康中心; 双向转诊; 绑定  
**DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 14. 069 文献标志码: C 文章编号: 1672-9455(2014)14-2035-02**

社区双向转诊是根据病情和人群健康的需要而进行的上、下级医疗机构间、专科医院间或综合医院与专科医院间的转院诊治过程<sup>[1]</sup>。完善的双向转诊制度是发展社区卫生服务的必要条件, 作为缓解“看病难、看病贵”的一项重要举措, 小病先在社区医院诊断, 大病由社区医院转向大医院, 在大医院接受治疗后转回社区医院进行康复治疗。这一制度在许多地方的实际操作中却不尽如人意, 社区卫生服务机构没有发挥出应

有的作用<sup>[2]</sup>。深圳市自 2006 年以来, 先后规定劳务工医保、住院医保、少儿医保参保人员必须选择一家定点社区卫生服务机构作为其就医点, 称为“绑定社康中心”, 即此三类参保人应在其绑定社康中心就医, 到结算医院本部及结算医院外就医的应办理转诊手续(急诊抢救除外)。本文综合调查分析深圳市实施“绑定社康”政策后社区双向转诊制度的实施现状, 为双向转诊制度的实施提供一定的参考依据。

一壁厚,搏动明显的体循环动脉自胸降主动脉分出后,进入右下肺内,见图2,术中诊断为肺隔离症。右下肺完整切除后,病理检查证实为右下肺肉芽肿伴脓肿形成。

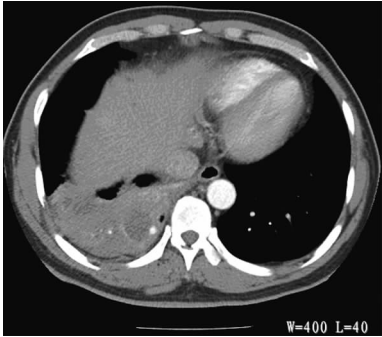


图1 右下肺感染性包块



图2 主动脉分出的体循环动脉进入右下肺包块内

2 讨论

隔离肺是一种少见的先天性肺发育畸形,在先天性肺畸形中占0.15%~6.40%<sup>[1]</sup>。其特点是一部分胚胎肺组织与正常肺组织隔离开来,形成囊性肿块,由体循环供血。病因尚无定论,多支持 Pryce 血管牵拉学说<sup>[2]</sup>。隔离肺好发于下叶后基底段,左下叶最常见,分为叶内型和叶外型,叶外型与支气管不相通,故临床症状较少。叶内型部分可与支气管相通,从而导致隔离肺反复感染,临床上常表现为发热、咳嗽、胸痛、咳脓痰甚至脓血痰及反复肺炎发作等。其诊断方法主要为 X 线平片、CT 及 CT 增强血管造影(CTA)。术前误诊率高,有学者在回顾分析中报道,近半数病

例术前误诊,均在术中探查发现异常起源血管时才确诊肺隔离症<sup>[3]</sup>。目前认为 CTA 可显示异常供血动脉,是诊断肺隔离症的首选检查方法<sup>[4]</sup>,甚至可以替代术前的血管造影。而彩色多普勒超声检查对肺隔离症有一定的意义,尤其对于胎儿,彩色多普勒对诊断 PS 有重要的价值,可同时动态显示异常的动、静脉,常表现为胸主动脉或腹主动脉发出异常分支伸入肺组织内。但有报道显示,产前超声筛查肺隔离,部分或完全消退者占50%~70%<sup>[5-6]</sup>。

隔离肺手术成功的关键是分离并正确判断隔离肺的异常体循环血供,并妥善处理。此血管多存在纤维化,管壁较薄,一旦损伤可能回缩于纵隔或腹腔,造成难以控制的大出血,因此,这是手术最大的潜在风险。王新桥和刘晓琳<sup>[7]</sup>在隔离肺的外科治疗中曾出现过1例因缺乏警惕而误伤异常动脉造成意外大出血,后经紧急处理未造成严重后果。本病例也是术中分离粘连带时,扣及其内有动脉搏动时确诊的。因此在行下叶切除时均要仔细检查,在解剖下肺韧带及膈肌胸膜粘连带时警惕异常动脉,从而尽可能规避手术风险。

参考文献

[1] 顾恺时. 顾恺时胸心外科手术学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2003:772-774.  
[2] 黄孝迈. 现代胸外科学[M]. 北京:人民军医出版社,1991:80.  
[3] 陈圣杰,廖斌,易善永,等. 肺隔离症 24 例报告[J]. 江苏大学学报:医学版,2005,15(6):518-519.  
[4] 张清峰,杨海泉,寇瑛,等. 肺隔离症的临床诊断与治疗[J]. 华西医学,2010,25(9):1622-1624.  
[5] Felker RE, Tonkin IL. Imaging of pulmonary sequestration[J]. AJR, 2010, 154(2):241-249.  
[6] Siegel MJ. Multiplanar and three-dimensional multi-detector row CT of thoracic vessels and airways in the pediatric population[J]. Radiology, 2009, 229(3):641-650.  
[7] 王新桥,刘晓琳. 肺隔离症 9 例的外科治疗并文献复习[J]. 中国社区医师:医学专业,2011,13(36):99-100.

(收稿日期:2014-03-26 修回日期:2014-04-26)

(上接第 2036 页)

卫生服务机构和大医院就诊时可实行不同的自费比例,引导参保人员在社区卫生服务机构诊治一般常见病、多发病和慢性病。医保部门可在保险协议上作出相应规定,只有在社区医院无法诊治的疾病才能转往上级医院,如英国实施的全科医生首诊制度,只有经过全科医生转诊才能进入医院接受治疗,享受免费医疗服务。深圳市医保政策对综合医保参保者没有限制,自费患者就有更大的选择权,所以此两类患者转诊率只有1.0%和0.4%。如果有政府政策给以规定,转诊率也会与需要绑定社康的参保者一致。

参考文献

[1] 刘梅,陈金华,彭晓明. 社区卫生服务机构与医院实施双向转诊的意义及建议[J]. 中国全科医学,2004,7(1):38-39.  
[2] 陈倩. “双向转诊零病例”的原因分析及对策[J]. 中国全科医学,2008,11(19):1734-1735.  
[3] 陈惠萍,王松梅. 完善社区卫生服务双向转诊方式的探讨[J]. 中国卫生经济,2010,29(8):43-44.

[4] 郑大喜. 新医改背景下构建公立医院与基层医疗机构分工协作机制探讨[J]. 医学与社会,2011,24(8):42-45.  
[5] 吴启斌,郭伟. 实施双向转诊制度中的问题与对策[J]. 中国农村卫生事业管理,2011,31(8):785-786.  
[6] 刘晓溪,陈玉文,毕开顺. 借鉴英国医疗服务体系破解我国实施双向转诊制度难题[J]. 中国全科医学,2013,16(25):2926-2929.  
[7] 张静,董芬,王德扬. 社区卫生服务中心与综合性医院开展双向转诊的 SWOT 分析和策略[J]. 中国农村卫生事业管理,2010,30(1):28-30.  
[8] 胡卫中,韩瑾,朱芳. 社区医生信任度影响因素分析[J]. 中华医院管理杂志,2011,27(3):198-200.  
[9] 孙振亚,黄志平,张豪,等. 患者对双向转诊的认知与满意度分析[J]. 中国农村卫生事业管理,2009,29(2):128-131.  
[10] 雷光和. 以基本医疗保险为视角的双向转诊激励与约束机制构建研究[J]. 中国全科医学,2013,16(16):1829-1832.

(收稿日期:2014-01-24 修回日期:2014-04-01)

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 8~9 月深圳市南山区 3 家社区健康服务中心的所有双向转诊病例,其中转诊至主管医院共 1 693 例(需要绑定社康 1 657 例,未绑定社康 36 例),从主管医院转回社康中心治疗的病例共 229 例。

1.2 研究方法 收集患者转诊数据(电脑转诊资料及手写的转诊单),并进行整理登记:患者的一般情况、转诊的科室、医保的类型(劳务工医保、住院医保、少儿医保患者为需要绑定社康;综合医保、自费患者为不需要绑定社康)。

1.3 统计学方法 利用 SPSS 11.0 软件进行数据管理及分析,各种医保类型的比较采用  $\chi^2$  检验,检验水准  $\alpha=0.05$ 。

2 结果

3 家社区健康服务中心 2012 年 8~9 月转诊到医院的患者有 1 693 例,其中绑定社康的医保患者数 1 657 例,不需要绑定社康者 36 例;需绑定社康转诊患者以 15~35 岁居多,转诊科室以呼吸科(15.1%)、泌尿外科(12.9%)、妇科(11.2%)、皮肤科(10.6%)、心血管内科(10.0%)比例最高;需要绑定社康的医保患者的转诊原因:因病情需要进一步检查、诊断 1 306 例(78.8%),患者或家属要求转诊 156 例(9.4%),因病情危急需转出 44 例(2.7%);需要绑定社康的医保患者由医院转入社康共 229 例,上级医院带药回社康输液、雾化等治疗 156 例(68.1%),诊断明确慢性病患者,按医院医嘱回社康开药 9 例(3.9%),疾病恢复期 43 例(18.8%)。见表 1~3。

表 1 需绑定社康与不需绑定社康转诊病例(n)

| 组别 | 需要绑定社康(n=1 657) |       |       | 不需绑定社康(n=36) |       |
|----|-----------------|-------|-------|--------------|-------|
|    | 劳务工医保           | 住院医保  | 少儿医保  | 综合医保         | 自费    |
| 就诊 | 2 729           | 4 794 | 1 669 | 2 542        | 2 659 |
| 转诊 | 591             | 980   | 86    | 25           | 11    |

转诊人数包括转诊到医院的科室就诊患者及转诊到医院行检验、X 线片、B 超、CT 等检查的患者。

表 2 男、女性转诊患者年龄分布[n(%),n=1 657]

| 性别 | n   | <14 岁   | 14~35 岁   | >35~60 岁  | >60 岁  |
|----|-----|---------|-----------|-----------|--------|
| 女  | 901 | 33(3.7) | 523(58.0) | 342(38.0) | 3(0.3) |
| 男  | 756 | 31(4.1) | 456(60.3) | 267(35.4) | 2(0.2) |

1 657 例需要绑定社康的医保转诊患者的疾病分类情况 妇科 186 例(11.2%),呼吸科 251 例(15.1%),泌尿科 213 例(12.8%),皮肤科 176 例(10.6%),心血管科 165 例(10.0%),五官科 141 例(8.5%),内分泌科 112 例(6.8%),消化科 89 例(5.4%),神经科 79 例(4.8%),普外 76 例(4.6%),外伤及骨科 56 例(3.4%),其他(疼痛、中医、康复、口腔、急诊科等)113 例(6.8%)。医保条例规定,每次只能转诊一个科;需要同时转诊 2 个科室者,要先在一个科室就诊后再回社康中心办多一次转诊手续。

表 3 4 种转出原因各种医保者分布情况[n(%),n=1 657]

| 转出原因    | 劳务工医保<br>(n=591) | 住院医保<br>(n=980) | 少儿医保<br>(n=86) | 合计          |
|---------|------------------|-----------------|----------------|-------------|
| 诊断不明    | 484(81.9)        | 801(81.7)       | 21(24.4)       | 1 306(78.8) |
| 病情急、危、重 | 11(1.9)          | 21(2.2)         | 12(14.0)       | 44(2.7)     |
| 患者或家属要求 | 51(8.6)          | 89(9.1)         | 16(18.6)       | 156(9.4)    |
| 治疗效果不明显 | 45(7.6)          | 69(7.0)         | 37(43.0)       | 151(9.1)    |

229 例需要绑定社康的医保患者由医院转入社康的转诊原因:上级医院带药回社康输液、雾化等治疗 156 例(68.1%),诊断明确慢性病患者按医院医嘱回社康开药 9 例(3.9%),疾病恢复期(如轻型外伤、手术后稳定回社康换药拆线,肺部感染治疗稳定后回社康继续原来治疗)43 例(18.8%),其他(如精神患者随访、结核病按时取药、理疗患者转回社康继续理疗等)21 例(9.2%)。

3 讨论

目前,我国双向转诊工作的突出问题是“转上不转下”,部分社区卫生服务中心与上级医院虽然建立了双向转诊合作关系,但在实际运作过程中,这种合作关系是松散的,往往以上转为主,而下转患者较少<sup>[3-4]</sup>。出现以上问题的原因是多方面的:(1)社区卫生服务机构的医疗水平较低,技术力量较薄弱,人员素质参差不齐,人们对社区医院的信任感低,所以“转上”比例明显增高;(2)在市场经济的前提下,双向转诊使转诊机构之间的利益分配活动,各级医院对患者的争夺战愈演愈烈,利益之争使双向转诊举步维艰;(3)医院的医务人员对社康不信任,以致“转下”比例明显降低。

深圳市从 2006 年开始陆续规定劳务工医保、住院医保、少儿医保参保人员必须绑定社康中心,参保人应在其绑定社康中心就医,到结算医院本部及结算医院外就医的应办理转诊手续(急诊抢救除外),未办理转诊手续自行到医院就诊者按自费处理,每次转诊只能就诊一次(或一个科室)。深圳市的社康中心多数都是院办院管管理模式,所有社康中心都有其主管的上级医院,如绑定南山医院下属社康中心的参保人员,需先在本社康中心就诊,需转诊时,只能由本社康中心转诊至南山医院,病情稳定后只能再转回其绑定的社康中心。因此,需绑定社康中心的劳务工医保、住院医保转诊率高于 20.0%,少儿医保也达 5.2%,下转人数虽明显少于上转,但也有 229 例;社康、医院均属于同一主管医院,不存在竞争问题,不存在因为经济原因强留患者的问题。这样就不会出现医疗机构市场化带来的经济利益矛盾<sup>[5-6]</sup>以及大医院与社区医院之间缺少制约机制<sup>[7]</sup>这一类问题,由于利益方面的一致性,医院内部实行双向转诊管理方便,可行性高,可以引导此三类医保患者有序流动,这是绑定社康医保政策规定下双向转诊的一大亮点。

研究发现,部分患者对社区医院缺乏足够信任等问题<sup>[8]</sup>,社康中心设备较简陋,技术力量相对薄弱,无条件承担专科、重病患者的治疗这是事实,但有部分患者病情并不严重,也要求转诊。深圳市卫生局虽然已对转诊制定了初步方案,但尚未制定一套合理完善的转诊标准和程序,无论是对社区健康卫生服务中心或对医院来说,转诊程序不明确,相应的规章制度也不健全,因而难以规范,这是非常现实且又较难解决的问题。在本次统计中,因不信任主动要求转诊的劳务工医保、住院医保占 9.0%,少儿医保占 18.6%,而多数医生为了避免争执,只要患者要求,立即给予转诊;而医院下转回社康也没有明确的规定。完善的双向转诊流程,将更进一步促进双向转诊工作的可持续性实施,为双向转诊制度的规范操作、渠道建立及模式优化提供参考和借鉴<sup>[9]</sup>。

我国目前针对转诊,专门进行医保政策设计的地方并不多<sup>[10]</sup>,双向转诊没有与医疗保险制度有效对接,也缺乏清晰的双向转诊鼓励和引导政策,存在双向转诊制度与政策的矛盾。深圳市通过制定相关医疗保险政策,使社区卫生服务和双向转诊制度得以有效、持续地开展下去。实现双向转诊健康而通畅的运转,必须要有卫生行政部门与医疗保险部门共同参与,将行政管理与医保待遇结合起来。政府应适当拉大社区医院和三级医院间医疗服务价格的差距,参保人员在社区(下转封 3)