

区域口腔预防专业联合体绩效管理研究

许卫星¹, 张子南²(1. 上海市黄浦区卢湾牙病防治所, 上海 200020; 2. 华东师范大学, 上海 200062)

区域口腔预防专业联合体是指在一定区域范围内, 异质化口腔卫生服务医疗机构间的合作或联盟。它可以实现对传统松散型分布的口腔人力资源的有效运用和有机组合, 最大程度地实现节约交易费用, 发挥规模效益, 提升口腔预防保健质量水平和服务满意度。建立一套系统全面, 可操作性强的以公益性为核心的区域口腔预防绩效管理体系, 对于落实和推进专业联合体建设具有十分重要的现实意义。

1 医院绩效管理的回顾与思考

2010年卫生部等五部委联合发布的《关于公立医院改革试点的指导意见》指出, 建立和完善以公益性为核心的公立医院绩效管理的制度, 加强医疗安全质量和经济运行监管已成为公立医院改革需要解决的重要任务。建立公益性为核心的公立医院绩效管理体系的意义在于: ① 为政府监管提供决策支持。② 为政府补偿提供依据。③ 引导公益性回归, 提高运营管理绩效。

1989年, 卫生部颁发《关于实施医院分级管理办法》《综合医院分级管理办法》试行草案, 标志着我国正式启动医院绩效评价工作。1994年, 国务院颁发了《医疗机构管理办法》, 卫生部发布了《医疗机构基本标准(试行)》, 分别对医院评审作出了法规性规定和最低标准要求。1995年, 卫生部颁发《医疗机构评审办法》, 对综合医院的绩效管理确立了一级指标6个, 二级指标34个, 三级指标193个, 内容涉及到医院的功能与任务、科室设置、人员配置、医院管理、医疗管理与技术水平、教学与科研管理水平、思想政治工作与医德医风建设、业务统计指标等。2005年, 卫生部以“医院管理年”活动为主线, 颁布了《医院管理评审指南(试行)》, 标准体系包括医院管理、医疗质量管理与持续改进、医疗安全、医院服务、医院绩效、部分统计指标、三级综合医院指标参考值等7部分,

2008年对其再次修订。2011年, 卫生部出台《三级综合医院评审标准》, 在此标准中修正了规模扩张的趋势, 新设了社会评价, 强调了基础质量, 增加了日常评价比重, 充分体现公益性。

我国医疗绩效管理在确立公益性为核心后, 一直处在不断探索和完善过程中, 不少专家学者在医疗绩效方面进行了较为系统的研究和实践, 结合文献检索结果看, 此类研究尚未形成完整统一的指标体系和评估办法。各医疗机构结合自身实际在绩效管理方面的探索取得了长足的进步, 但依然缺少系统性理论和完善指标体系的支撑, 表现出较大的差异性、普及推广性不强的特点。区域口腔预防专业联合体建设过程中十分关键的一环就是绩效管理系统, 绩效系统的建设既是专业服务实现的有力推手, 同时也是进一步整合资源形成合力的抓手。

2 口腔预防绩效管理的框架与指标

口腔预防保健是公益性服务, 其本质是为民众提供安全、有效、便捷、价廉的口腔基本预防保健服务。现阶段, 我国90%以上的医院已建立医院信息系统(hospital information system, HIS), 但HIS只注重医院诊疗业务的运营支撑, 在运营管理尤其是绩效、成本方面存在较大空白, 无法提供科学规范的绩效管理^[1-2]。绩效管理早期主要应用于企业或公共部门的管理领域, 现已比较广泛地运用在医疗机构管理运营实践中, 公立医疗机构的经营具有明显的地域性特征和功能性划分, 医疗联合体的建设进一步强化了行政和市场手段对医疗资源的优化配置。

口腔预防专业联合体的建设是来自区域口腔预防实践总结, 以及对医疗联合体建设理念和模式的延展。其发起和运营不具有行政强制性, 更多地体现出基于口腔健康整体服务系统的规划, 核心是体现公益性。口腔预防专业联合体绩效管理系统主要包括: 社会责任、专业服务、质量体系、客户管理、管理规划等五个维度。在绩效管理五维框架之下, 是对绩效考核指标的进一步细化、量化、优化和动态化。

基金项目: 上海市卢湾区医疗卫生科研基金项目(LWK-1128);
上海市卫生局课题[沪卫科教(2011)038号]。

作者简介: 许卫星(1971—), 女, 副主任医师, 学士。

区域口腔预防专业联合体绩效指标的设计上遵循以下原则:公益性、系统性、敏感性、操作性、普遍性和动态性。绩效考核指标分为三级,主要内容见表 1。

表 1 区域口腔预防专业联合体绩效考核指标

一级指标	二级指标	三级指标(简要)
社会责任	服务项目	宣传培训、咨询检查、诊疗转诊、统计回访等
	培训指导	教学授课、讲座示教、带教指导、咨询答疑等
专业服务	计划完成率	基层普查、健康教育、计划实施、区域服务等
	保健宣传	计划制定、内容组织、组织推进、宣传效果等
	预防咨询	预防计划、组织实施、知识普及、咨询指导等
质量体系	普查诊疗	普查方案、实施推进、区域覆盖、普查成效等
	检查转诊	检查治疗、口腔初诊、治疗建议、转诊指导等
	组织保障	制度建设、人员配置、器材准备、时间统筹等
客户管理	服务流程	宣传动员、计划组织、检查治疗、信息档案等
	服务差错率	封闭率、召回率、漏检率、预约率、成本率等
管理规划	信息采集	口径统一、格式规范、输入正确、便捷高效等
	安全隐私	隐私保护、权利确认、治疗安全、用药安全等
	档案建设	归档范畴、建档流程、检索查循、统计汇总等
	客户满意度	能力建设、职业形象、作业规范、服务意识等
团队合作	团队合作	职责确定、实践流程、团队协作、内部满意度
	继续教育	学科建设、自主研修、学分学时、业务技能等
	医德医风	职业道德、廉洁自律、责任意识、敬业精神等
	服务覆盖率	区域服务连续性、服务可及性、服务知晓性等

区域口腔预防专业联合体是不同法人机构间的合作,其核心架构是区域口腔预防专业机构和各级医疗机构内设口腔科室,核心人员为区域内口腔防治人力资源。区域口腔预防专业联合体成员间无明确的行政管辖和隶属关系,是基于区域口腔预防共同目标下的专业资源的融合与合作。

在绩效管理的具体实践中,首先要求对现行政府补偿机制作出适当的调整,其次是通过实施对专业联合体成员(法人)和专业人员(自然人)的同步考核来落实区域口腔预防建设和管理目标。

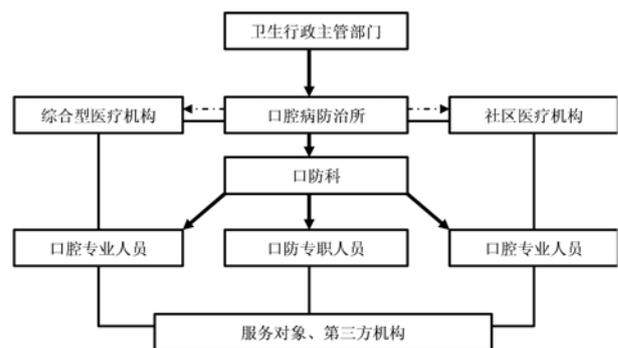
3 口腔预防绩效管理的实践与运用

“政府主管、专业医疗机构指导、社区卫生服务中心为执行主体”是上海口腔预防实践的指导思想。在此模式下,区域口腔预防绩效管理主要是通过相关医疗机构考核的利益杠杆予以实现。政府的宏观管理职能、专业机构的指导缺少对具体从事一线口腔预防实践的专业人员直接的责任传导和利益协调手段。区域口腔防治人力资源数量、质量和结构差异的同步存在,使得口腔预防保健工作的战略性、前瞻性和重要意义与现实口腔健康需求相对脱节,口腔预防工作重心无法有效实现进一步的下沉和前移,预防保健为主要的整体口腔健康管理缺少必要的利益平衡。

区域口腔预防专业联合体建设的研究,无论从主

观还是客观视角看,并不谋求对现有治理结构和组织架构重组,而是探索以口腔预防保健服务的垂直化来更好实现政策目标。绩效管理体系再造、考核指标规范对于口腔预防垂直化服务是十分关键和必要的选择。

口腔预防专业联合体绩效管理流程如下:① 卫生行政主管部门(卫生局)下达年度口腔预防工作目标。② 口腔病防治专业机构实施对总目标的分解和细化。③ 成员单位确认指标,下达至本单位口腔专业(机构)人员。④ 口腔预防专职和口腔专业人员联合开展属地化口腔预防工作。⑤ 口腔病防治专业机构开展对专业人员的绩效考核(月评、季考)。⑥ 每月评估结果反馈成员单位和个人,每季考核结果与个人收益挂钩。⑦ 个人绩效、单位绩效按 8:2 权重形成单位口腔预防绩效考核分值,并与单位年度经营管理绩效关联(图 1)。



注:箭头符号为绩效考核关系标志,直线符号为专业联合体关系标志

图 1 区域口腔预防专业联合体绩效管理关系

区域口腔预防专业联合体绩效管理体系是在现有考核基础之上,对口腔预防保健工作进一步体系化和规范化。通过对口腔预防保健共同行动方利益机制的设计,实现对区域口腔预防专业联合体内成员(法人、自然人)口腔预防工作全过程的评估与考核。

在全面建设以预防为主的新型医疗体系的战略背景下,随着民众口腔预防保健意识的进一步提升,对以管理实践创新全面提升口腔预防保健的质量水平提出了新的要求。笔者认为,在除去口腔预防专职人员人工成本、口腔预防专业器材设备、药品等正常开支外,应当充分考量到专业联合体内部其他非专职口腔预防工作的口腔专业人员在脱离口腔临床专业,参与到区域口腔预防工作的机会成本,以此测算,形成与区域口腔预防任务目标相匹配,与口腔临床收益相对称的区域口腔预防专项资金,用于区域口腔预防专业联合体建设和有序运作,调动和发挥区域口腔预防专业联合体全体成员的主观能动性,形成合力,全

面推进区域口腔预防保健工作开展。

4 参考文献

[1] 宋玉秀, 丁旭辉, 龚舒琴. 利用信息化平台加强医院绩效管

理[J]. 中华医院管理杂志, 2011, 27(1): 41-43.

[2] 付冰. 医院绩效评价考核体系的探讨与实施[J]. 中国医院管理, 2009, 29(1): 59-60.

(收稿日期: 2013-06-04)

文章编号: 1004-9231(2013)11-0640-03

· 卫生管理 ·

上海市普陀区 2012 年学校卫生保健人员配置情况调查

海英¹, 张敏捷¹, 贝品联², 郭燕²

(1. 上海市普陀区卫生局卫生监督所, 上海 200333; 2. 上海市普陀区疾病预防控制中心, 上海 200333)

为了解上海市普陀区各类学校中卫生保健教师或卫生室医务人员(以下简称“卫生保健人员”)的实际情况,建设和稳固卫生保健人员队伍,充分发挥其在学校卫生保健工作中的主导作用,积极做好学校的各项卫生工作,并为教育部门更好地使用和管理现有工作人员提供参考意见,我们对本区各类学校 2012 学年卫生保健人员的配备和基本情况进行了专项调查,现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

采取整体监督调查,以 2012 学年(2012 年 9 月—2013 年 8 月)辖区内 85 所学校的卫生保健人员为调查对象,一个地址的被调查单位视作为 1 家场所单位,共 93 家场所单位。对每家场所单位发放自制调查表,调查表的回收率为 100%。

1.2 方法

描述各类学校卫生保健人员的配备和基本情况、专业分类、专兼职以及任职年限等情况。本文仅对普教系统(除去职校和特殊学校及大中专院校、中职技校)的 80 家场所单位的情况进行分析。

2 结果

2.1 卫生保健人员配备情况

本区的中小学校中都配备了卫生保健人员,除 1 家场所单位(某小学分部)未配置卫生保健人员外,68 家场所单位配备了 1 名卫生保健人员,占

85.00%, 11 家场所单位配备了 2 名或以上的卫生保健人员,占 13.75%。依据《学校卫生工作条例》,按卫生保健人员/学生应 $\geq 1/600$ 配备卫生保健人员的共有 36 家场所单位,占 45.00%(表 1)。

表 1 卫生保健人员配备情况

学校类别	场所数	卫生保健人员数			配置比例	
		0	1	≥ 2	$\geq 1/600$	$< 1/600$
小学						
公办	27	1	24	2	12	15
民办	1	0	1	0	0	1
初中						
公办	13	0	12	1	8	5
民办	2	0	2	0	0	2
9 年制						
公办	22	0	17	5	13	9
民办	1	0	1	0	0	1
12 年制民办完全中学	1	0	0	1	0	1
公办	7	0	7	0	1	6
民办	1	0	1	0	0	1
高中						
公办	4	0	2	2	1	3
民办	1	0	1	0	1	0
合计	80	1	68	11	36	44

2.2 卫生保健人员职称和任职年限情况

中小学校的 91 名卫生保健人员中,教师系列(含职员)共 62 人,占 68.13%;任职年限在 10 年以上的 54 人,占 59.34%(表 2)。

2.3 卫生保健人员专兼职情况

各类学校中的卫生保健人员以兼职的为主,共 59 人,占 64.84%;专职的占 35.16%,其中公办学校为 33.73%,民办学校为 50.00%,公办小学仅为 3.57%;公办高中以专职为主,占 83.33%(表 3)。

作者简介:海英(1961—),女,回族,主管医师,学士。

通信作者:贝品联,主任医师。Email:beipinlian@aliyun.com。