

医疗卫生信息简讯

HEALTH CARE NEWSLETTER

2011 年 4 月第 2 期 (总第 58 期)

复旦大学医院管理处主办



[本期目录] (注: 按住 ctrl 键并单击鼠标可以跟踪标题链接)

张茅: 深化医改更需要职业精神引领	1
卫生部要求 9 药企停用胶囊药 检验合格方可使用	2
优质护理服务将向门急诊延伸	3
长征医院“门诊样板模式”将在上海各大医院推广	3
长海医院开设 24 小时挂号窗口 解决患者就诊难	5
医学生实习中的诊疗行为不是非法行医	6
管理探索: 关注华西医院 222 个“品管圈”	8
循证医学时代 尴尬与对策	11
重新理解医药分开: 专业分开+机构分开+利益分开	13

张茅: 深化医改更需要职业精神引领

4 月 25 日, 医疗卫生职业精神座谈会在京举行。卫生部党组书记、副部长张茅在会上表示, 当前医改进入攻坚阶段, 尤其需要构建、培育和弘扬充分体现社会主义核心价值观的医疗卫生职业精神, 使广大医疗卫生工作者激发社会责任感, 更加主动地参与改革、投身改革、推动改革, 更好地服务人民群众健康。

张茅指出, 深化医改既需要物质条件的改善和体制机制的创新, 更需要精神引领、价值支撑和道德坚守。总结凝练医疗卫生职业精神要把握好 3 个核心要素: 一是中国传统医学“大医精诚”文化和道德内涵; 二是西方医学尊重生命的人文

思想和道德理念；三是伴随我国解放事业和社会主义建设时期发展形成的救死扶伤的革命人道主义精神。同时，要结合全国创先争优先进基层党组织、优秀共产党员推荐评选工作和“我最喜爱的健康卫士”宣传活动，大力挖掘发现典型，总结提炼他们的感人事迹和高尚品德，升华成为医疗卫生职业精神的表述。

张茅强调，组织开展医疗卫生职业精神大讨论，一方面要鼓励广大医疗卫生工作者主动参与，引导大家共同思考医疗卫生工作者的价值追求，弘扬职业精神，提高道德修养、技术水平和沟通能力，争取患者的理解、配合和支持；另一方面，要让广大人民群众和新闻媒体参与到活动中来，从而使公众更好地了解现代医学技术的特点、规律和局限性，理解医疗卫生工作者救治病患所付出的艰辛和努力，合理引导群众预期和理性就医，增进医患相互理解，防止极端事件发生。(来源：健康报 2012-4-26)

卫生部要求 9 药企停用胶囊药 检验合格方可使用

据卫生部网站消息，铬超标药用胶囊近日常媒体曝光后，引发社会广泛关注。昨日，卫生部发布公告，要求各级各类医疗机构要积极配合药监部门，召回铬超标药用胶囊事件相关药品生产企业生产的检验不合格批次药品，立即暂停购入和使用相关企业生产的所有胶囊剂药品。

卫生部 21 日发出《关于配合召回和暂停使用部分药品生产企业胶囊剂药品的通知》，要求各级各类医疗机构要积极配合药监部门召回铬超标药用胶囊事件相关药品生产企业生产的检验不合格批次药品；各级各类医疗机构立即暂停购入和使用铬超标药用胶囊事件相关药品生产企业生产的所有胶囊剂药品，待检验合格后方可购入和使用。

卫生部在通知附件中列出了不合格产品及生产企业名单，涉及的企业包括长春海外制药集团有限公司、吉林省辉南天宇药业股份有限公司、丹东市通远药业有限公司、青海省格拉丹东药业有限公司、四川蜀中制药有限公司、通化金马药业集团股份有限公司、通化盛和药业股份有限公司、通化颐生药业股份有限公司、修正药业集团股份有限公司。

此前，19 日发出的《卫生部办公厅关于立即暂停使用媒体曝光的 13 个铬超标产品的通知》，要求各级卫生行政部门通知本辖区内医疗机构，针对国家食品药

品监督管理局 15 日《关于暂停销售使用媒体曝光的 13 个铬超标产品的通知》中公布的 9 家药品生产企业生产的 13 批次药品名单, 立即对库存和使用的药品进行清点检查, 停止购入和使用; 已经购入的要立即封存, 待食品药品监管部门监督检查和产品检验结果明确后依法进行处理。(来源: 新京报 时间: 2012-4-23)

优质护理服务将向门急诊延伸

4 月 23 日, 卫生部公布《2012 年推广优质护理服务工作方案》要求, 今年继续在护理工作中“改模式、重临床、建机制”, 推广优质护理服务。三级医院在门(急)诊、手术室等部门开展优质护理服务, 并鼓励各级各类医院对出院患者进行随访。

方案要求, 今年, 全国所有三级医院优质护理覆盖 60% 以上的病房, 并在门(急)诊、手术室等部门开展优质护理服务, 其中三级甲等医院在全院推广; 60% 的地(市)级二级医院和 30% 的县级医院开展优质护理服务; 公立医院改革试点医院要在全院推广优质护理服务。

在临床护理服务内容上, 要求医院继续推行责任制整体护理工作模式, 充分突出专科特色, 不依赖患者家属或家属自聘护工护理患者。在门(急)诊、手术室等部门探索优质护理的实践形式, 优化门(急)诊服务流程, 推行“一站式服务”, 为手术患者提供规范的围手术期护理, 保障患者安全, 体现人文关怀。有条件的医院可以与社区卫生服务机构建立合作关系, 为社区急危重症患者转入医院开辟“绿色通道”, 将康复期住院患者转至社区卫生服务机构, 逐步实现双向转诊。

在护士管理方面, 方案要求医院切实落实护士编制, 合理调整护理人力, 不得随意减少编制内护士职数, 不得随意增加编外聘用合同制护士; 制订护士人力紧急调配预案, 遇有突发事件和特殊情况时, 保证护士的应急调配; 制订并实施护士的在职培训计划; 探索实施岗位管理, 逐步将护士按身份管理转变为按岗位管理。(来源: 健康报 2012-4-24)

长征医院“门诊样板模式”将在上海各大医院推广

“第二军医大学长征医院利用信息化科技手段，在门诊建立起一个集影像监控、声讯互通、数据存储为一体的信息化协调与指挥系统，管理科学、流程优化、就医便捷的样板模式将在上海各大医院借鉴和推广。”市卫生局于 27 日在长征医院召开“改善服务年”活动门诊信息化创新管理与服务现场交流会。

今年是上海卫生系统的“改善服务年”，长征医院作为一所三级综合性大医院，每天的门急诊病人逾万人次，为了改善就医环境、方便患者就医，该院引入军队作战信息指挥操作模式的方法，投入 70 余万，专门在医院门诊建立建筑面积为 90 平方米的“门诊运作协调指挥系统”，彻底打破了原先门诊管理模式，创新门诊管理和服务凸显五大亮点：

——**思路创新，门诊管理实现高度信息化。**据对长征医院现场采访看到，长征医院门诊建立“门诊运作协调指挥信息化平台”后，实现了对门诊管理范围内场所 100%进行 24 小时影像监控，全部质控数据 100%可实时调阅，科室、重要岗位、医护之间三级通讯 100%畅通无误。

——**手段创新，患者就医时间大幅缩短。**据采访获悉，在长征医院新门诊 255 路外接视频监控中，其中有近 50 路是管理人员的“眼睛”。他们可以通过这些“眼睛”，及时掌控整个门诊大楼的运行情况，并采取不同应急预案来指挥各个单元的科学运行。比如，当指挥中心发现挂号或缴费的患者排队较多时，就会协调挂号收费处迅速增添人手。过去，骨科、心内科、肾内科、内分泌科等科室因慕名而来的各地患者集中，病人从挂号到候诊，有时要等三四个小时。现在，一旦发现病人“积压”，门诊可及时通知相关科室增加医生，在短时间内“消化”候诊长队。据测算，即使是最热门的专家门诊，目前病人等候时间基本不超过一小时。

——**信息畅通、门诊科学管理水平显著提升。**医院规模越来越大，硬件设施越来越先进，但不少医院的门诊管理手段还停留在上世纪 50 年代，所谓“管理范围靠眼，检查工作靠腿，统计数据靠手”。长征医院建立“门诊运作协调指挥信息化平台”后，通过采用信息化手段大幅提高管理效率。为改变过去各科室各自作战的局面，门诊还可按需调配诊疗力量，最大限度做到资源共享。“一旦需要处置突发或者重大公共卫生事件，医院能协调全院资源，集中优势兵力。”有一次，专家诊室内通道里有个候诊病人因为低血糖晕倒，从监控发现到通知楼层负责人，抽调各科室人员组成急救小分队赶到，前后只花了 3 分钟。

——**突出重点，医疗服务质量达到实时监控。**医疗服务质量是长征医院加强门诊管理特别关注的一个重点。据介绍，长征医院“门诊运作协调指挥信息化平台”系统建立后，与每台工作电脑相连，医生是否具备门诊资质、今天何时到岗、各时段问诊数量，都能随时调阅。据该院门诊部主任柴双介绍，“为了控制大处方和不必要的检查，医院在系统内专门设置了一个标准线，用紫色表示。如果某个医生用药和检查发生的费用超过了这根紫线，系统就会自动预警，提醒医生注意，或者直接通知管理层处置。”

——**服务考评科学，病人满意率上升。**提升服务质量是该院高度重视的一个问题。“门诊运作协调指挥”信息化平台建立后，该院对所有收费、挂号、取药、检验等几十个窗口都设立“即时满意度评价”系统，满意度分为“非常满意、满意、基本满意、不满意”等四档。患者在就医过程中，可选择按钮评选。尤值一提的是，为更好保护患者的权益，该院在每个楼面都安置服务测评器，每个患者在就医后，可使用社保卡、医保卡、医疗卡号进行测评。每个医生、护士的测评结果将纳入绩效考核，与奖惩挂钩。据医院调查反应，这一科学评价系统建立后，各窗口和医务人员的服务态度改善，病人满意度明显提高。（来源：卫生局网站 2012-4-27）

长海医院开设 24 小时挂号窗口 解决患者就诊难

为抵制“黄牛”高价卖号，方便患者预约挂号，第二军医大学附属长海医院今起率先在全市开设 24 小时挂号窗口。新设挂号窗口将与原门诊挂号窗口“无缝对接”：新设窗口 16 时 30 分开始工作至 24 时，患者可在此预约第二天的门诊（包括专家门诊和特需门诊）；零点到早上 7 时，患者可在此窗口直接挂取当天门诊号。

据介绍，自实名制挂号实施以来，各大三甲医院门口的“黄牛”行骗手段不断翻新，有些“黄牛”还在排队顺序上做文章，利用患者求医心切的心理，在队伍里寻找“目标”，患者支付一定报酬后，就可“优先”排到队伍最前面，其他患者如有异议则会招致威胁。为打击“黄牛”，长海医院曾陆续采取多项便民举措，但效果并不理想。去年，长海医院购置了一台“24 小时自助挂号机”放在门诊门口，方便患者夜间挂号。不料，“黄牛”在夜间霸占机器，对挂号患者谎称需要密码，以此收取“服务费”。后来自助挂号系统在夜间常被“黄牛”无故损坏。

此次实行夜间人工挂号后, 电脑系统将安装特殊识别器。窗口上摄像头将拍下挂号人的相貌, 与身份证进行匹配, 反复替不同病人挂号的人员将会自动入库, 医院会把这些人的信息交由警方调查处理, 从源头上杜绝“黄牛”倒卖门诊号现象。(来源: 解放日报 2012-4-23)

医学生实习中的诊疗行为不是非法行医

■案情简介

患者刘某, 女, 19 岁。因发热、腹泻 3 日伴牙龈出血, 右肩、右髌部出血点 1 日至某医院急诊科就诊, 于当日下午 4 时 30 分留观治疗。第三天下午因患者病情迅速恶化转入监护室治疗, 虽经积极抢救, 但终因患者病情危重于第四日凌晨 6 时 40 分死亡。经尸检确认, 患者系因血栓性血小板减少性紫癜引起的心、肺、肾等多器官功能衰竭而死亡。后患者刘某母亲向法院提起诉讼。

患方认为: 医院的诊疗行为存在过错, 给刘某诊疗的医师中有三名是尚未取得医师执业证书的研究生, 因此医院存在非法行医行为, 故不同意进行医疗事故鉴定, 医院对于刘某的死亡应承担全部赔偿责任。

本案患方以医方存在“非法行医”为由不配合进行医疗事故鉴定, 对此一审法院在判决书中这样阐述: “原告认为被告聘用没有执业证书的人员进行行医行为, 属于非法行医。本院认为, ‘非法行医’的‘法’是特指《中华人民共和国执业医师法》, 该法显然属于公法性质, 对于违反该法律, 且造成法定后果的, 由卫生行政部门予以处罚。情节严重, 构成犯罪的, 追究其行为人的刑事责任。根据某区卫生局对原告的信访答复可知, 三名医学生均是在被告医院执业医师的指导下完成临床实习工作。该情形并不属于法律上规定的非法行医的情形, 故原告认为被告存在非法行医的事实缺乏法律依据, 本院不予采信。”

对于原告不配合鉴定的行为, 一审法院在判决书中认为: “因本案考虑到患者尚未步出校门就因病去世, 对于患者死亡及其家人之悲怆, 本院深表同情。基于以上原因, 本院才未以原告拒绝配合鉴定为由驳回其诉讼请求, 而采取向专家咨询之方式完成对该病例的评议, 但此方式并非医疗损害纠纷案件审理之常态。对于原告代理律师在本院多次释明‘非法行医’并非本案审查之事实的前提下, 仍

一再持该观点阻挠司法鉴定程序正常进行, 对此干扰诉讼之行为, 本院予以严厉批评。”

本案一审法院最终采取了向医学专家咨询的方式, 结合相关医学文献以及专家分析意见后认为: 医院误诊误治的过错是导致刘某死亡的主要原因, 一方面表现在因临床经验不足对病情诊断上出现的偏差, 另一方面则属于参与诊疗的医师责任心不强而直接导致本案诉讼的产生。最终法院判决被告按 80% 的责任比例给予赔偿。收到判决后, 患者和医院均向上一级法院提起上诉, 后二审法院作出了驳回上诉, 维持原判的终审判决。

■法理分析

医学生以及医学毕业生的诊疗行为是否构成非法行医: 本案患方向某卫生局提交了反映医院三名医务人员非法行医的《行政处理申请书》, 后卫生局进行了调查并给予如下答复: 该医院系临床教学医院, 且三名医师均为该医院学生。上述三名医学生均是在该医院的执业医师指导下参与了对患者刘某的临床工作……综上所述, 卫生局认为《行政处理申请书》中反映的该医院三名人员对患者刘某的诊治行为, 并无法律法规之依据认定其属于非法行医。

2004 年 6 月 3 日卫生部给上海市卫生局《关于取得医师资格但未经执业注册的人员开展医师执业活动有关问题的批复》以及卫生部 357 号批复第一款均对医学生的诊疗行为进行了相关规定。因此卫生局的上述答复意见合法合理。

本案中涉案医院为临床教学医院, 而三名医师均为医学院校医学生, 因此三名医师在执业医师指导下进行的临床工作不是非法行医。对于该问题在之后 2009 年 1 月 1 日卫生部、教育部制定实行的《医学教育临床实践管理暂行规定》中第十二条、第十三条以及第十七条都有了更为明确的规定, 虽然这些条文制定于本案发生之后, 但从中也可以看出国家对于医学生诊疗行为的总的方针和指导思想。根据《刑法》、《最高院解释》及卫生部 357 号批复第三款可知, 如果实习生自行独立实施医疗行为, 不是医疗机构安排的, 其行为就构成非法行医的主体。所以区分是否构成非法行医, 重要的是依据主体是医学生的个人独立行为还是医学生履行的职务行为。

我国刑法对于非法行医的具体界定, 不包括医学生和试用期医学毕业生从事临床实践活动。据此, 医学生及试用期医学毕业生的临床诊疗行为, 只要是在上

级执业医师的监督和指导下进行的，都是合法有效的，不构成非法行医。

本案中，法院在判决书中提到：“非法行医”的“法”是特指《中华人民共和国执业医师法》，该法显然属于公法性质，对于违反该法律，且造成法定后果的，由卫生行政部门予以处罚。情节严重，构成犯罪的，追究其行为人的刑事责任。根据卫生局对原告的信访答复可知，张某、王某等均为某大学博士生，在被告医院执业医师的指导下完成临床实习工作。该情形不属于法律上规定的非法行医的情形，故原告认为被告存在非法行医的事实缺乏法律依据，该意见本院不予采信。

法院提出非法行医行为，不是其审理民事案件的重点，是符合我国民法理论的。医疗损害纠纷案件是民事侵权纠纷案件，而非法行医行为属于公权力机关处理的范畴。即使当事人提出存在非法行医行为，法院民事也不应进行审理，可以建议当事人向行政部门提出申请。在行政部门作出是否是非非法行医、行政违规结论后，法院可以在委托鉴定时，请鉴定专家结合作出判断，即非法行医或行政违规与患者的损害后果是否存在因果关系。法院再按照民事侵权构成要件分析，医院是否应当承担民事赔偿责任，而不是简单以存在非法行医或行政违规行为就必然承担赔偿责任。（作者单位：中国医师协会 来源：健康报 2012-4-18）

管理探索:关注华西医院 222 个“品管圈”

“品管圈”即人们自发组成数人一组的小团体，集思广益，按照一定的程序来解决工作中的问题。作为一种管理工具，“品管圈”在四川大学华西医院的探索和实践才刚刚开始，而它展示出来的活力已经让我们看到：“品管圈”是能够推进医院精细化管理的有效工具之一。

组织群众、发动员工的好方式

“对于华西医院这样规模医院的管理，单靠传统行政组织架构体系下的命令式的管理是不够的，怎样组织群众、发动员工主动参与到医院科室的管理中来？需要一种有广泛群众性和高度民主性、实践性的新模式。”院长石应康结合医院实际提出了推行“品管圈”，建立双轨管理体制的新模式。半年来，华西医院共成立了 222 个“品管圈”，涉及到医疗质量、病人安全、病人体验、创新服务、护理管理、医护一体化、设备物资的管理、就医环境秩序的改进、病人教育、医患沟通、

文化建设等多个方面,目前有 43 个“品管圈”取得了实质性的成效。

目前,“品管圈”建设已在华西医院全面展开,医院成立了“品管圈办公室”,有了宣传海报,制作了宣传小册,印制各“品管圈”负责人的联系方式,各种“品管圈”已经覆盖了绝大部分科室。员工通过 QQ 群、微博等在线交流方式,实现了“品管圈”之间、跨学科之间更多的交流和合作,在自发管理当中找到了更多经验来推动整个管理水平的提高。

怎样去发动组织“品管圈”

“品管圈”始于问题的被发现。第一步:员工发现了问题,并且觉得这个问题对改进服务和工作质量是有帮助的,那就提出问题。当然也可以是科室的管理小组发现问题,然后提出问题;第二步:科室管理者应委以责任,着手组织“品管圈”,发动和组织有关员工参与到“品管圈”里面来,去进一步调查研究、分析原因,找到解决办法,进行试运行;第三步:如果试运行良好,管理者应该考虑怎样去进一步巩固这个结果,并形成制度。在这个过程中,可以做各种统计和分析,做资料收集和改进工作的前后对比,也可以组织非常好的管理、服务或者是技术改进方面的有价值的文章。“品管圈”组织的组长往往是发现问题的人,提出问题解决的倡议者,他可以自行去组织“品管圈”的成员来参与。

每个品管小组都有一定的生命周期。有的“品管圈”在解决完一个单一的问题并使之形成制度巩固下来后,有可能就解散了。如果有新发现的问题,又会出现新的“品管圈”。另外一种情况,有可能这个“品管圈”进行的工作本身是持续不断的,因此就需要不停地发现问题,解决问题。“品管圈”的活动方式多种多样,时间非常灵活,一般来说都是以解决问题为目的,以结果为导向。大家去调研,集中群众智慧,开一些短评快的小会,利用一些空余的时间来开展工作。

“品管圈”小组的选题内容涵盖学科、职能部门工作的方方面面,包括医疗质量、病人安全、病人体验、创新服务、护理管理、医护一体化、设备物质的管理、IT 信息技术的改进、就医环境秩序的改进、病人教育、医患沟通、流程再造、资源调度、便民服务,文化建设、医护技术攻关、服务拓展、社区服务,甚至包括科室内的活动,还包括各种各样相关团体组织的活动。

普通员工唱主角

“发现问题、解决问题、自我管理、持续改进”是华西医院“品管圈”的主

题。在这一方针指导下, 全院 39 个临床科室、15 个医技科室开始了一种自下而上的创新管理。“品管圈”给全院职工提供了一个展示自己创意和才能的舞台, 也是一条医院培养人才、挖掘人才潜能的途径。在这个舞台上, 职工是医院管理的主角。通过从一线职工在本职工作中寻找问题、发现问题、解决问题而获得自信和成就感。

医院实验医学科与医院信息中心等部门密切合作, 将原来全国通用的 3cm×1cm 偏位条形码格式改进为 2cm×1cm 居中条形码格式。这种位置居中的小条码格式, 对粘贴方向没有正反规定, 经过改进后条码率识别率由 60%提高至 90%以上。再如, 医院里有很多病床被人为损坏, 为此, 康复医学科建立了病床管理维修规范, 设计制作了精美的海报张贴于每张病床的床尾, 实行管床护士负责制, 宣讲、示范、维修、预警处理一条龙服务。通过管理, 其中病床床档损坏率由原来的 18.6%下降为 10%, 避免了病人的安全隐患, 也节约了维修成本。

与医疗质量绑定

“品管圈”是以一线员工为中心, 以解决问题为根本, 以品管小组为载体, 自主管理, 以结果为导向, 使得质量改善真正成为一种文化、一种习惯, 成为一种及时、切实为病人解决疾苦的工作模式。

针对呼吸内科纤支镜检查预约流程长的状况, 呼吸内科自发组成预约流程优化“品管圈”将患者预约检查时间从过去的 1 周缩短为 2~3 个工作日, 完成的纤支镜检查数同比增长了 17.3%, 无一意外发生。

小儿 ICU 的 PICC 小组自成立以来 (2011 年 3 月至 2011 年 12 月) 共为 80 余位婴幼儿成功建立 PICC 通道, 一次性穿刺置管成功率为 90%, 留置时间最短 10 天, 最长 65 天, 平均 37.5 天, 均无明显并发症的发生。较外周留置针, 为每位在小儿 ICU 住院 7 天的患儿静脉穿刺次数平均减少 25 次, 为药物按时使用的时间提高到 99%, 为护理工作人员减少静脉穿刺时间为 45 分钟/天。

“品管圈”代表着医院文化理念

医院的“品管圈”管理模式实际是一种文化理念, 其目标是提升医疗服务质量, 提升病人满意度。院长石应康认为: “品管圈”的意义, 首先是强调自下而上的管理的新模式, 再加上原来传统的从上到下的管理模式, 形成一个有点像 DNA 的双螺旋结构, 使医院管理目标实现无缝衔接。其次, 给基层员工提供了一个展示

聪明才智、发现并解决问题、自主管理的舞台。第三,通过“品管圈”解决了许多服务当中的问题,如医疗沟通的问题,医生怎样感同身受去体验病人的感觉,去改进服务工作,促使他们自己主动发现问题,做到自主管理。

这种管理模式是对传统的自上而下的命令式的管理模式的一种合理补充,使医院充满活力和创造力,能预防大机构通常容易出现的“思想僵化、漠不关心、推脱责任”等“大机构病”。如果与传统的管理模式紧密地相互支持、协调上升,就能使医院既是一个严格规范的组织,同时又是一个自由活跃的以问题为中心的俱乐部。同时,让医务人员在工作中、在解决问题的过程中产生乐趣、实现自我。(来源:健康报 2012-4-16)

编者按:临床医学已进入循证医学时代。在这个时代,指南虽然明确了临床实践中“该不该做”的大问题,却未涵盖“如何做好”的具体实践。加之指南更新快、信息量大,使得医生实践起来有时反而无所适从。如何将循证医学和个体诊疗有机结合,如何培养医术高超的医生,是亟待解决的问题。

循证医学时代 尴尬与对策

临床医学是一门解决临床问题的实践科学,需要理论指导,更依赖临床实践,二者要紧密结合。

理论包括基本理论(如“三基”)和高级理论(如研究进展、共识和指南)。在医学理论的指导下,只有通过反复实践,即理论-实践-再理论-再实践,才能不断提高临床诊断和救治水平及能力,解决不断遇到的纷繁复杂的诊断和救治问题。

医疗模式发展经历 3 个阶段

纵观医疗模式发展,可分为 3 个阶段。

1. 经验诊疗阶段:以病理生理理论为指导,临床实践个体化需要不断积累,经验越丰富医生的权威性越强。这个阶段的不足是,证据弱,科学性和可靠性差,分歧多,甚至带有盲目性。虽然诊治过程正确,但远期疗效好与否缺乏证据支持;缺乏普适性、普及性和共识性。

2. 循证医学阶段:有证据支持,无盲目性,科学可靠。不足是过于原则、宽泛,对具体操作无指导作用,离真实世界中纷繁复杂的个体病例有差距,疗效差

别也不小。

我们目前跨进了循证医学时代, 医疗上所做的一切均需有证据支持, 这是医学上的一大进步。例如, 血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 是降压药, 经国际大规模临床试验证实, 其降低心衰患者死亡率可达到 25%~30%。而对 β 受体阻滞剂的研究使循证医学的贡献发挥到极致。过去根据病理生理和药理机制, 一直认为 β 受体阻滞剂禁用于心衰病人。后经大规模临床试验的循证结果发现, β 受体阻滞剂从小剂量开始逐渐加到合适剂量后, 可在 ACEI 的基础上再降低心衰死亡率 35%, 因此成为治疗心衰的首选药之一。机制是可抗心衰患者的神经内分泌过度激活对心肌的毒性作用。在 ACEI、 β 受体阻滞剂的基础上, 经循证医学 (临床试验) 又发现, 用螺内酯 (传统保钾利尿剂) 能再降低严重患者心衰死亡率 27%。

但是, 随着循证医学的不断发展, 其不足之处也显现出来。第一, 临床试验有入排标准, 不能反映真实世界的复杂临床问题。其次, 基于循证医学研究制定的指南, 只能回答临床中“该不该做”的问题, 不能指导“如何做”、“如何做最好”的问题。第三, 指南太多, 更新太快, 医生对诸多知识“消化不良”, 导致过分依赖指南, 主观能动性受抑, 反而不太会看病了, 甚至会影响疗效和预后。

3. 循证医学与个体化结合: 这是未来的医学模式。目前国际上推崇的临床效果评价研究, 以病例为基础, 综合了循证医学、个体化治疗的病理生理基础, 不仅把重点放在疾病的转归过程, 更重要的是看疗效。

遵从指南临床疗效差别不小

国际临床指南有三类推荐: 一类推荐是患者获益大于受损; 二类分两种, 2A 是获益远远大于受损, 2B 是患者的受损与受益相当; 三类是患者受损大于受益。目前我国指南多参照国际指南而定, 缺少适合中国国情、病情、文化特色的指南。

完全照搬西方指南不行。例如对急性心肌梗死患者的抢救。按欧美指南要求, 发病 1~2 天就要求做支架。但实践经验和教训告诉我们, 有一定比例的重患者不适合这么早做支架。因为患者高危, 介入高风险, 甚至增加病死风险。我们曾接诊一位高危老年患者, 她在第 9 天时出现心脏破裂。试想, 如果早上台介入, 因心脏破裂致死风险更大。积极做介入, 可使急性心肌梗死早期患者获益是公认的, 但在恢复期晚做比早做对患者更安全。这就是指南与实践的冲突。此时, 我们必须以患者风险最低、安全性最高为准则, 抛开指南而遵从个体化实践。

因此, 考虑到欧美指南不适合中国国情、医情和患情, 不能完全照搬。另外, 指南在不同地区、不同医院内执行所产生的疗效也有差别。

实践是检验医学理论唯一标准

不管是循证医学还是经验医学, 临床上都需要治疗效果验证。实践是检验医学理论的唯一标准。指南是最新理论, 也需在临床实践中检验。

目前指南在国际上趋同 (以欧美为主), 实践指南则趋异, 治疗效果在国际上差别还较大。因为, 不同国家、不同宗教信仰、不同地域的临床实践特点不同, 中国也有自己的特点, 甚至中、西、南、北、中都各不相同。遵循指南解决“如何做最佳”还需靠医师的智慧和经验, 需要以评价患者是否获益、获益多少来检验。

提高医生的临床水平, 要以病例为基础, 综合循证医学和个体化医疗的经验 (医师的智慧), 而不能言必循证、动辄路径。对基层医院或低年资医生来说, 强调规范、按路径走是对的, 对全国医师进行规范统一的医疗培训有助于提高整体医疗水平; 但同时必须看到, 对大医院、高年资医生这么要求, 就可能会抑制其主观能动性甚至扼杀其创造性, 不利于临床专家的培养。因此, 就医生的成长规律而言, 培养专家只按“固定知识”灌输式培训和实践远远不够, 在医生成长的不同阶段, 培训标准和要求应不断提高。除遵循指南和规范等大的原则外, 应该积极主动地紧密结合临床实践, 积累个体化解决临床工作中疑难、复杂问题的经验。在反复学习、实践的过程中, 永远要保持传、帮、带的优良传统。

没有好的医术, 医德再好同样不是好医生, 因为不能为患者解决根本问题。医生是医改的主体, 如果医生的技术水平低下, 不能满足患者日益增长的需求, 也会影响医改的成功。(作者: 中国医学科学院阜外心血管病医院副院长 杨跃进 来源 健康报 2012-4-9)

重新理解医药分开: 专业分开+机构分开+利益分开

新医改政策最早见诸于 2007 年的“十七大”工作报告, 从那时起“医药分开”即被视作新医改的关键路径。“医药分开”曾使医药零售业欣喜若狂, 然而如今五年即将过去, 零售业期待的春天不仅没来临, “十二五”期间要推行的“医药分开”好像也不是零售业期待的那样。应如何理解“医药分开”?

实际上, 从上世纪 90 年代起, 不同时期的医药卫生改革都将“医药分开”作为重要内容, 内容和形式却各有不同。

收支分开: 90 年代末的医药分开是将医院“医疗收支和药品收支分开管理, 分别核算”。本质是细分医院的收支结构, 目的是通过“降低药品收入在医院收入中所占的比重(药占比)”, 促进医院提供合理的医疗服务。

与营销分开: 2000 年是“切断医疗机构和药品营销之间的直接经济利益联系”, 目的是“解决当前存在的以药养医问题”, 实现路径是“先对医院的药品收入实行收支两条线管理”, 最终“把医院的门诊药房改为药品零售企业”。

与收入分开: 2009 年后医药分开暗指“切断药品收入与医院的经济联系”, “取消药品加成”、“零差率”、“三渠道变两渠道”等都是这意思。

在 2007 年全国卫生工作会议上, 当时的卫生部领导讲“医药分开实质是改革医院以药补医机制, 逐步取消药品加成政策, 政府财政对医院给予相应经费补贴, 并实行药品收支两条线管理, 切断药品收入与医院的经济联系”。

新医改政策正式确立于 2009 年, 此后政策虽未明确“医药分开”定义, 甚至还多次强调探索多种路径, 但推行政策越来越指向“零差率”。因此我们“分析”和“揣测”认为 2009 年后医药分开“暗指”切断药品收入与医院的经济联系。

我们认为“医药分开”有下列形式:

一个是专业分开: 是将处方权和调配处方权分离, 突出药剂师独立性和参与, 以确保用药的合理性和安全性。具体表现为药剂师有否决医生处方甚至有更改医生处方的权利。不难发现“专业分开”是医药科学高速发展、社会分工越来越精细的结果。

一个是机构分开: 是将医疗服务与药事服务的提供主体分离, 即医院只保留住院药房而将门诊药房剥离。“机构分开”目的有三, 一是打破医院的垄断, 提高竞争降低药价, 二是切断药品营销与医疗机构之间利益联系, 三是促进药事服务专业发展和药品零售行业健康发展。

还有一个是利益分开: 是将药品购销行为与医生处方行为之间的利益关系分开, 即切断过度用药对医生的激励机制。“利益分开”目的是抑制过度用药, 从而抑制医药费用不合理增长。鉴于医生行为受所属机构影响, “利益分开”既要

切断过度用药对医生的激励，也要切断其对医院的激励，核心是切断其对医生的激励。（来源：21 世纪网-《21 世纪经济报道》 时间：2012-4-24）