

• 卫生管理 •

重庆市区县中医医院科研伦理现状调查研究*

魏 知, 黄 彦[△], 刘 琴
(重庆市中医院科技外事处, 重庆 400021)

[摘要] 目的 通过调研重庆市区县二、三级中医医院伦理委员会的运行现状及科研人员的科研伦理认知,旨在针对加强区县中医医院伦理委员会建设、提升科研人员的医学伦理素养提出可行性建议。方法 采用问卷星调查和访谈的方式调查 47 家区县医院的基本设置,科研承担情况,研究者资历、伦理审查认知及申请伦理审查等情况,通过 SPSS27.0 软件进行统计分析。结果 40 家医院成立了伦理委员会,二、三级医院在伦理委员会基本设置方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$);在科研承担总量、研究人员部分资质、部分伦理认知和伦理审查申请方面比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 建议通过医联体机制,加强区县中医医院伦理委员会基础建设和内涵建设,加强卫生主管部门监管、设立准入制度,完善伦理培训制度,加强伦理信息化管理初级建设,引导有伦理审查基础的医院申请世界中医药学会联合会研究伦理审查体系认证,对于伦理委员会建设严重欠缺的区县机构,考虑完善伦理审查委托机制。

[关键词] 二级中医医院; 三级中医医院; 伦理委员会; 科研伦理

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2024.13.036

文章编号:1009-5519(2024)13-2326-06

中图法分类号:R-052;R197.4

文献标识码:C

重庆主城各大三级甲等医院的伦理委员会经过近 20 年的发展,逐步完善了涉及人的医学研究项目伦理审查平台,形成了较为健全的受试者保护体系。相对于西医医院医学伦理建设的迅猛发展,中医医院的伦理委员会建设相对滞后。根据本院驻区县各中医医院医师反馈,部分区县中医医院的科研伦理工作缺乏规范性,个别中医医院甚至没有独立的伦理委员会。本研究通过调研区县 47 家二、三级中医医院伦理委员会的运行现状及科研人员的科研伦理认知,进而分别对重庆市二、三级中医医院伦理委员会运行情况及科研人员伦理认知反映出的主要问题进行分析,并通过讨论提出可行的建议。

1 对象与方法

1.1 对象 2021 年 11 月至 2022 年 1 月依托重庆市中医药行业协会,向全市 47 家区县中医医院发放电子问卷,基于问卷调查结果,电话访谈相关负责人,了解造成差异化背后的原因。有效完成问卷的机构为 40 家,其中三级中医医院 13 家,二级中医医院 27 家。有效受访人数 428 人,其中三级医院 75 人,二级医院 353 人。对以上二、三级医院伦理委员会在人员组织建设、外部监管等方面,以及对医院研究者的伦理认知、培训及伦理审查态度及进一步申请世界中医药学会联合会研究伦理审查体系认证(以下简称 CAP 认证)的意愿等方面进行问卷调查。

1.2 方法

1.2.1 问卷调查法 通过问卷星设计调查问卷,对

各区县的二、三级中医医院进行问卷调查(每家医院 1 份问卷,由科研主管部门人员填写),对各医院的伦理委员会运行情况进行摸底,了解全市中医体系伦理委员会运行和管理现状。另外,要求各个医院有参与科研项目的人员,扫码填写研究者电子调查问卷 5~10 份,对其伦理审查的认知进行调查。

1.2.2 访谈法 依托行业协会平台,对各个医院主管伦理工作的负责人或伦理秘书 17 人进行电话访谈。

1.2.3 数据管理 应用问卷星导出 Excel2010 原始数据,并对原始数据进行审核和筛选,剔除无效问卷(前后逻辑不通),通过电话访谈补充缺失数据。

1.3 统计学处理 使用 SPSS27.0 软件进行统计分析,计数资料采用频数(n)、百分比(%)表示,组间差异性比较采用 χ^2 检验、Fisher 确切概率法、Kruskal-Wallis 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 伦理委员会基本设置 47 家受访医院中 40 家成立了伦理委员会,其中 27 家二级中医医院,13 家三级中医医院。受访的二、三级中医医院各有 21 家(77.78%)和 9 家(69.23%)实行任期制。24 家(88.89%)二级医院和 9 家(69.23%)三级医院设立了伦理委员会办公室。12 家(44.44%)二级医院和 8 家(61.54%)三级医院配备了专职秘书。区县三级中医医院没有设立伦理委员会网页,二级医院仅 4 家(14.81%)设立,信息化程度低。18 家(66.67%)二级

* 基金项目:重庆市科研机构绩效激励引导专项项目(jxyn2019-2-3)。

[△] 通信作者, E-mail:huangyan1011@163.com。

医院和 11 家(84.62%)三级医院接受过伦理审查质量
监察(或督查)。大多数二、三级机构都具有申请 CAP

认证的意愿。二、三级中医医院在伦理委员会基本设置
方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 重庆市区县不同等级中医医院伦理委员会基本设置情况比较[n(%)]

调查内容	医院等级		χ^2 /Fisher	P
	二级(n=27)	三级(n=13)		
行政隶属部门			1.613	0.446
科研部门	12(44.44)	6(46.15)		
独立设置	12(44.44)	7(53.85)		
其他	3(11.11)	0		
实行任期制			0.342	0.559
是	21(77.78)	9(69.23)		
否	6(22.22)	4(30.77)		
设立伦理委员会办公室				0.187 ^a
是	24(88.89)	9(69.23)		
否	3(11.11)	4(30.77)		
拥有独立档案室			2.393	0.122
是	6(22.22)	6(46.15)		
否	21(77.78)	7(53.85)		
配备专职伦理秘书			1.026	0.311
是	12(44.44)	8(61.54)		
否	15(55.56)	5(38.46)		
设立伦理委员会办公室主任			0.311	0.577
是	12(44.44)	7(53.85)		
否	15(55.56)	6(46.15)		
设立伦理委员会网页				0.284 ^a
是	4(14.81)	0		
否	23(85.19)	13(100.00)		
接受过伦理审查质量监察(或督查)			1.418	0.234
是	18(66.67)	11(84.62)		
否	9(33.33)	2(15.38)		
愿意申请 CAP 认证			1.959	0.162
是	17(62.96)	11(84.62)		
否	10(37.04)	2(15.38)		

注:^a表示采用 Fisher 确切概率法。

2.2 区县中医医院科研承担情况 二级中医医院科研
项目承担量每年在 10 项以上的仅 3 家(11.11%),
占比低于三级中医医院[6 家(46.15%)],差异有统计
学意义($P=0.049$)。二级医院的科研年承担量大多
集中在个位数,其中 1~5 项的有 21 家(77.78%),
6~10 项的有 3 家(11.11%),10 项以上的有 3 家
(11.11%)。而三级医院每年的科研承担量相对较
多,其中 1~5 项的有 6 家(46.15%),6~10 项的有
1 家(7.70%),10 项以上有 6 家(46.15%)。在承担
的中医药课题中,二、三级中医医院的干预性研究和
观察性研究较回顾性研究多,多数集中在 1~5 项,需

要伦理审查介入的空间较大。见表 2。

表 2 重庆市区县不同等级中医医院科研承担
情况比较[n(%)]

研究类型	医院等级		P
	二级(n=27)	三级(n=13)	
总数量			
0 项	0	0	0.049 ^a
1~5 项	21(77.78)	6(46.15)	
6~10 项	3(11.11)	1(7.70)	
10 项以上	3(11.11)	6(46.15)	

续表 2 重庆市区县不同等级中医医院科研承担情况比较[n(%)]

研究类型	医院等级		P
	二级(n=27)	三级(n=13)	
干预性研究数量			
0 项	3(11.11)	2(15.38)	0.499 ^a
1~5 项	20(71.88)	7(53.85)	
6~10 项	3(11.11)	2(15.38)	
10 项以上	1(3.70)	2(15.38)	
观察性研究数量			
0 项	11(37.04)	0	0.001 ^a
1~5 项	15(55.55)	10(76.92)	
6~10 项	2(7.41)	0	
10 项以上	0	3(23.07)	
回顾性研究数量			
0 项	11(40.74)	3(23.07)	0.261 ^a
1~5 项	16(59.26)	9(69.23)	
6~10 项	0	0	
10 项以上	0	1(7.70)	

注：^a表示采用 Fisher 确切概率法。

2.3 受访者资历 接受问卷调查的研究者中,二级医院受访人数共 347 人,其中本科 239 人(68.88%),硕士研究生 55 人(15.85%),博士研究生 5 人(1.44%)。三级医院受访人数共 81 人,其中本科 47 人(58.02%),硕士研究生 30 人(37.04%),博士研究生 1 人(1.23%)。三级医院研究者的学历层次高于二级医院,差异有统计学意义($P < 0.001$)。参与研究数量在 1 项的二级医院受访研究者达 189 人(54.47%),三级医院 31 人(38.27%),总体来看,三级医院受访研究者参与研究的数量整体多于二级医院,这与三级医院的科研课题量相对较多相符合。三级医院研究者参与过 4 项及以上研究的占比[25.93%(21/81)]多于二级医院的 16.43%(57/347),差异有统计学意义($P < 0.001$)。二、三级中医医院研究者参加过伦理培训的人数分别为 266 人(76.66%)和 68 人(83.95%),二者比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

2.4 研究者提交审查情况 对承担科研项目、临床试验或新技术项目的研究者是否及时提交伦理审查的情况进行了调查。在接受过伦理培训的研究者中,二级中医医院有 212 名(79.70%)研究者提交过伦理审查材料,三级中医医院有 63 名(92.65%)研究者提交过材料,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。对于未提交伦理申请的研究者,通过主管部门电话访谈了解,有一部分研究者因为单位伦理制度不健全,伦理意识薄弱,即使参加过伦理相关培训,也未提交伦理审查材料;另一部分研究者对伦理审查不够重

视,或因为个人进修或外出培训,错过了医院组织的集中伦理审查会议。

2.5 研究者伦理审查认知 对申请过伦理审查的 275 名研究者展开进一步的认知调查,绝大多数的研究者对所在机构的伦理流程和申请材料持肯定态度。二级中医医院有 203 名(95.75%)研究者认为伦理审查意见对研究起到帮助作用,三级中医医院有 61 名(96.83%)研究者持肯定意见,有个别研究者对伦理审查工作不满,认为干扰研究工作。在对受试者保护方面,二、三级医院分别有 180 名(84.90%)和 48 名(76.19%)研究者认为所在机构做得不错,29 名(13.68%)和 12 名(19.05%)研究者认为一般,还有提升空间,3 名(1.42%)和 3 名(4.76%)研究者对所在机构不满,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

表 3 重庆市区县不同等级中医医院研究者一般情况比较[n(%)]

项目	医院等级		χ^2	P
	二级(n=347)	三级(n=81)		
学历				
专科	48(13.82)	3(3.70)	21.675	<0.001
本科	239(68.88)	47(58.02)		
硕士研究生	55(15.85)	30(37.04)		
博士研究生	5(1.44)	1(1.23)		
职称				
初级	98(28.24)	16(19.75)	4.716	0.194
中级	132(38.04)	31(38.27)		
副高	94(27.09)	24(29.63)		
正高	23(6.63)	10(12.35)		
参加研究数量				
1 项	189(54.47)	31(38.27)	21.453	<0.001
2 项	68(19.60)	9(11.11)		
3 项	33(9.51)	20(24.69)		
4 项及以上	57(16.43)	21(25.93)		
接受过伦理培训				
是	266(76.66)	68(83.95)	2.038	0.153
否	81(23.34)	13(16.05)		

表 4 重庆市区县不同等级中医医院研究者申请伦理审查情况比较[n(%)]

医院等级	提交伦理申请	
	是	否
二级	212(79.70)	54(20.30)
三级	63(92.65) ^a	5(7.35)
合计	275(82.34)	59(17.66)

注:与二级医院比较, $\chi^2 = 6.242, ^a P = 0.013$ 。

表 5 重庆市区县不同等级中医医院研究者对伦理审查的认知情况比较[n(%)]

项目	医院等级		χ^2 /Fisher	P
	二级	三级		
审查流程是否清晰(公开透明)				1.000 ^a
是	209(98.58)	62(98.41)		
否	3(1.42)	1(1.59)		
相关表格设计是否合理				0.662 ^a
是	207(97.64)	61(96.83)		
否	5(2.36)	2(3.17)		
审查意见和结果反馈是否及时				0.623 ^a
是	208(98.11)	61(96.83)		
否	4(1.89)	2(3.17)		
审查意见对研究项目起到了何种作用			4.145	0.042 ^b
较大帮助	134(63.20)	30(47.62)		
有所帮助	69(32.55)	31(49.21)		
不好说	9(4.25)	2(3.17)		
有些干扰	0	0		
严重干扰	0	0		
伦理培训是否充分			6.732	0.010 ^b
非常充分	90(42.45)	16(25.40)		
比较充分	90(42.45)	32(50.79)		
一般	29(13.68)	12(19.05)		
不太充分	3(1.42)	3(4.76)		
很不充分	0	0		

注：^a表示采用 Fisher 确切概率法；^b表示采用 Kruskal-Wallis 检验。

3 讨论与建议

3.1 加强区县中医医院伦理委员会基础建设和内涵建设 本调查结果显示,在成立了伦理委员会的机构中,15家(55.56%)二级医院和5家(38.46%)三级医院伦理委员会办公室没有专职秘书,21家(77.78%)二级医院和7家(53.85%)三级医院伦理委员会无专用档案室。这一方面与医院本身科研承担量较少和医院伦理委员会管理欠缺有关;另一方面也反映出伦理委员会还没有得到医疗机构足够的重视^[1]。卫生主管部门可以依托医联体机制,增加伦理委员会建设方面的帮扶协议内容,组织中医医院的伦理审查专家及专职秘书进驻对口帮扶的区县中医医院,对伦理委员会的硬件、人员配备及构建给予指导。建立一支高水平的伦理审查队伍,对促进科研的科学性和伦理性尤为重要。区县中医医院要特别加强伦理委员的培养和培训,除提升其专业水平外,还应定期外派参加伦理学术交流,搭建科学化的风险评估体系,及时预判和防范研究对象的潜在风险。除此之外,还应加强对伦理委员会职能重要性的认识,加大伦理委员会硬件投入,不定期派遣本院伦理相关负责人或伦理委员到经过认证的三级中医医院伦理部门进行短期学习交流,将更先进的伦理委员会运行模式带回原单位。

3.2 加强区县卫生主管部门监管,设立伦理准入尺度 本调查结果显示,有9家(33.33%)二级中医医院和2家(15.38%)三级中医医院未接受过伦理审

查质量监察(或督查),这说明了区县卫生主管部门在监管上还存在疏漏,覆盖面不全,未形成伦理审查工作的常态化监督机制^[2]。卫生主管部门必须确保对所辖区域中医医院的伦理监管及时到位,设立伦理检查台账,对各单位的伦理委员会运行情况有大致了解。在制定科研管理制度时应加大伦理考量,在医院评级方面增加伦理考核分数,细化伦理考核指标,自上而下促进区县医院的科研伦理委员会建设。另外,卫生主管部门在审批二、三级医院的科研项目时需要综合考虑当地医疗机构伦理委员会的建设情况,将伦理建设进展纳入审批考量。对于伦理审查缺失、管理混乱的中医医院实行一票否决,不允许在伦理审查体制不健全的中医医院开展风险较高的探索性试验。对尚在伦理制度完善期的中医医院,卫生主管部门可以适当加大观察性及回顾性研究课题的审批。这类课题大多为真实世界研究和病历资料回顾,患者面临的风险小,也能积累区县人员的科研经验,为下一步临床科研打下基础。对于伦理委员会设置较规范,SOP较完善的二、三级中医医院,上级部门可适当放松限制,鼓励其开展风险较高的临床探索性试验。

3.3 完善伦理培训制度 由于我国伦理教育的长期缺失、伦理监管立法的相对滞后,目前在医学研究实践中,仍存在因研究者伦理知识缺乏、伦理意识淡漠等因素^[3],再加上现代医学教育过分强调专业知识与技能,而忽视了医学人文素质的培养^[4]。根据调查,区县科研人员的学历大多为本科,硕士、博士研究生

少。研究者以初中级职称为主,大多只参加过一项临床试验。本科生在校接触的临床试验并不多,客观导致其临床经验不足,试验规范性考虑欠缺,对患者的保护不周全。在伦理审查认知方面,仍然有个别研究者对伦理审查持消极态度,认为伦理审查意见对研究形成干扰,部分研究未经伦理审查批准就擅自开展^[5],究其根源是研究者科研伦理意识淡薄,对伦理审查产生抵触情绪导致^[6],这说明区县科研人员伦理认知培训亟须加强。本调查结果显示,二、三级中医医院分别有 266 名(76.66%)和 68 名(83.95%)研究者进行过伦理培训,二级医院的覆盖率还有待加强。在接受过伦理培训的研究者中,二、三级医院分别有 212 人(79.70%)和 63 人(92.65%)提交过伦理审查材料。据了解,多数区县医院并未将伦理培训列为科研人员开展临床试验的准入要求。卫生主管部门应出台强制性规定,主要研究人员必须通过伦理培训才具有申请课题的资格,在网上信息申报栏上增加伦理培训的必填内容。区县中医医院应把伦理培训制度纳入医院管理章程,伦理培训的完成与否直接与科研准入挂钩。区县中医医院应完善培训制度,定期组织开展伦理学知识测评,并纳入医生绩效考核中,挖掘多元化培训方式,开展院外合作与交流^[7],掌握最新的伦理政策动态,不断提升科研人员伦理素养。

3.4 加强伦理信息化管理初级建设 仅 4 家(14.81%)二级中医医院设置了伦理委员会网页,信息化程度低,伦理委员会的组成、章程、制度等信息不够透明,这也给当地卫生部门监管带来麻烦。区县中医医院应加快推进伦理信息化建设,至少设立伦理委员会网页,具备基础功能,可以公示本机构伦理委员会的组成、SOP,可以查询伦理审查结果及国家或省部级卫生健康委员会下达的伦理法规和文件。有条件的医院可增加“培训考核”模块,通过定期考核使研究者和审查委员有效掌握药物临床试验管理规范及伦理相关知识^[8]。

3.5 引导有伦理审查基础的医院参与伦理认证 大多数区县中医医院有参与伦理 CAP 认证的意愿,侧面反映出医院管理层对提升科研伦理规范的良好愿望。鼓励三级中医医院及有条件的二级中医医院参与 CAP 认证对构建区县伦理审查体系、完善伦理委员会运作、实现科研平台管理升级等具有积极作用。认证应由卫生主管部门引导推进,遴选出区域内有伦理建设基础的单位,联系通过认证的三级中医医院,派遣伦理专家和内审员下沉区县医院进行指导,逐步完善制度文审和场地硬件等准备工作。

3.6 完善伦理审查委托机制 鉴于某些区县医疗机构规模小、科研少、伦理委员会设置欠缺的问题,国家卫生健康委员会、科技部、教育部及中医药管理局最新颁布的文件《关于印发涉及人的生命科学和医学研究伦理审查办法的通知》^[9](以下简称《办法》)中第 1

次明确提出,未设立伦理审查委员会的机构可以书面委托区域伦理审查委员会或有能力的机构伦理审查委员会开展伦理审查。这对某些伦理委员会缺失的基层医院具有重要的现实意义,可以促使基层科研人员向区域内三级中医医院或具有完善的伦理委员会的中医医院提出伦理审查申请。申请者可以到线下提交材料,参加审查会,也可以采取远程模式,提前向伦理秘书提交电子材料,使用线上会议软件完成远程汇报、答疑等环节,委员们讨论投票后,最后由秘书向申请者通报审查结果和修改意见。伦理审查委托机制能解决初始审查问题,但由于第三方的伦理委员会不熟悉委托方的研究设施和条件,距离和时间、人力成本导致查阅医疗记录和伦理资料的难度增加和效率降低,不利于有效保护受试者,给监管带来障碍^[10],需要进一步探索有效可行的跟踪审查模式。

4 小 结

2022 年初,中共中央办公厅、国务院办公厅印发了《关于加强科技伦理治理的意见》,从国家层面赋予医学科技伦理治理工作更加丰富的内涵,对医院的伦理治理工作提出了更高的要求^[11]。2023 年初,新《办法》的出台扩大了伦理审查的范围,拓展了伦理委员会设置的适用机构,加强了对特殊人群的保护。随着伦理审查在科研审批、科研启动、科研结题中地位的提升,重庆市二、三级中医医院的伦理委员会建设也经历了从无到有,迅速发展过程。区县中医医院在伦理委员会的组织建设、制度建设上仍存在不足,根据《办法》的要求还存在一定程度的差距,区县科研人员的伦理认知亟须提高。需加大帮扶力度,切实推进伦理委员会基础建设和内涵建设,加强卫生主管部门监管,设立伦理准入门槛,完善伦理培训的制度建设,推进区县中医医院伦理信息化建设。另一方面,增加伦理审查渠道,完善委托伦理审查机制,按照“人民至上,生命至上”的原则,切实规范医学研究,保护受试者的权益^[12]。

参考文献

- [1] 许卫卫,吉萍,谢杨晓虹,等. 深圳市医疗机构人体研究伦理管理现状调查[J]. 医学与哲学, 2019,40(13):37-40.
- [2] 王翠,杨媛媛,张轩,等. 山西省地市级医院伦理委员会建设实证研究[J]. 中国医学伦理学, 2022,35(2):190-194.
- [3] 谢小萍,李卫,何晓波. 从临床研究者视角谈医学伦理培训[J]. 中国医学伦理学, 2018,31(9):1202-1204.
- [4] 陈旻,叶丽频. 加强医学伦理再教育以促进医师职业精神提升[J]. 中国医学伦理学, 2019,32(1):107-110.
- [5] 祝丹娜,吉萍,许卫卫,等. 临床科研项目伦理审

查的挑战与对策:以深圳市各医疗机构伦理委员会为例[J]. 中国医学伦理学, 2020, 33(1): 52-55.

[6] 郭芙蓉, 吴源泉, 吴建华. 基层医院伦理建设及医务人员伦理认知现状分析[J]. 中国卫生标准管理, 2023, 14(17): 58-64.

[7] 马雯娜, 陈丹, 杨丽, 等. 浙江省三级医院医务人员科研设计伦理知识的调查情况分析[J]. 中国医学伦理学, 2021, 34(9): 1146-1151.

[8] 丛翠翠, 王方, 母双, 等. 临床试验信息化管理系统在伦理委员会管理中的作用[J]. 中国医学伦理学, 2020, 33(1): 49-51.

[9] 国家卫生健康委员会, 中华人民共和国科技部, 中华人民共和国教育部, 中医药管理局. 关于印

• 卫生管理 •

发涉及人的生命科学和医学研究伦理审查办法的通知[EB/OL]. (2023-02-27)[2023-04-22]. <http://www.nhc.gov.cn/qjjys/s7946/202302/c3374c180dc5489d85f95df5b46afaf5.shtml>.

[10] 周银吉, 刘丹. 委托伦理审查的过去, 现在和未来[J]. 中国医学伦理学, 2022, 35(8): 856-860.

[11] 吴梦强. 医学科技伦理治理面临的挑战与对策探讨[J]. 中国医疗管理科学, 2023, 13(3): 12-17.

[12] 张增瑞, 刘小燕, 陈刘流, 等. 受试者保护体系构建的困境及思考[J]. 中国医学伦理学, 2022, 35(11): 1209-1213.

(收稿日期: 2023-11-07 修回日期: 2024-03-17)

分级诊疗背景下某儿童专科医院专病门诊实践*

袁理¹, 邱春兰¹, 胡兰², 杨健黎¹, 刘丽英¹, 李映良^{3△}

(1. 重庆医科大学附属儿童医院门诊部; 2. 重庆医科大学附属儿童医院医务处;

3. 重庆医科大学附属儿童医院/国家儿童健康与疾病临床医学研究中心/儿童发育疾病研究教育部重点实验室, 重庆 400000)

[摘要] 总结儿童专科医院专病门诊实践方法, 探讨分级诊疗政策背景下, 儿童专科医院高质量发展契机。从病种内涵、服务内涵、管理内涵三大方面总结某儿童专科医院专病门诊建设实践经验、存在的问题及成效。该院通过专病门诊建设推动诊疗模式和临床应用创新。专病门诊对提升医疗技术水平及医院影响力均具有促进作用, 应与多学科联合门诊、互联网医院等工作协同开展, 共同推进医院高质量发展。

[关键词] 分级诊疗; 专病门诊; 互联网医院

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2024.13.037

文章编号: 1009-5519(2024)13-2331-03

中图法分类号: R197.5

文献标识码: C

2015年国务院发布《关于积极推进“互联网+”行动的指导意见》和《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》以来, 我国各省市不断推进互联网医疗建设, 优化医疗资源分配^[1]。在分级诊疗政策推动下, 专病门诊建设是未来三级医院创新门诊诊疗模式的有效方法, 能最大化地挖掘发展潜力、优化资源配置、提高核心竞争力^[2]。2021年6月, 国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》^[3], 从6个方面部署了推动公立医院高质量发展的重点任务, 其中要求加强临床专科建设, 推进医学技术创新, 推进医疗服务模式创新。

1 建设基础

本院作为国家儿童区域医疗中心, 定位直接导向专科专病化发展为方向, 从2014年开始开设专病门诊, 截至2023年12月已建成62个专病门诊, 遍及全院25个科室。初步形成了专病化诊疗的规模效应,

但前期专病门诊缺乏完善管理体系, 诊疗流程不够顺畅, 突出表现在专病初筛精准度不够, 各科专病患者院内转诊无团队管理, 初诊到复诊患者缺乏追踪, 造成流失。同时, 专病门诊电子病例未实现结构化电子病历, 健康教育相对薄弱。近2年本院在现有专病门诊建设基础上, 多举措并行, 提升专病门诊内涵, 创新门诊诊疗模式。通过专病门诊建设形成规范的诊疗路径, 改善患者就医体验, 实现医师分层次培养, 促进医疗资源效用最大限度发挥。

2 病种内涵建设

2.1 新增专病病种 合理的绩效激励机制是应对分级诊疗挑战的重点工作^[4]。鼓励专病门诊开设, 采取将专病门诊纳入科室绩效考核指标、季度指标分层考核、门诊系列科室与其他科室分层考核、规范专病命名、优化申请流程、多维度宣传、阶段性数据分析、定期走访科室等措施。专病门诊开设数量逐年增加,

* 基金项目: 重庆医科大学附属儿童医院管理创新重点项目(2022-3)。

△ 通信作者, E-mail: 1978605122@qq.com。