

浅谈中型综合医院外科重症加强治疗病房的管理

胡新华 葛春林 朱建民

【关键词】 综合医院, 中型; 外科重症加强治疗病房; 管理

近年我国重症加强治疗病房(ICU)发展迅速,而由于不同地区、不同经济发展条件、不同医院的需求及对危重症医学认识的差异,形成了 ICU 建设与管理不同模式。目前,国内外 ICU 管理一般有开放式、半开放式、封闭式三种模式^[1]。因所承担的医疗任务的需要,目前国内三级以上大型医院多已建有外科 ICU(SICU)。

我国社会老龄化等因素增加了老年手术患者的数量,而老年人围手术期并发症发病率和病死率均高于青壮年,因此需要加强 SICU 的建设以利于围手术期监测、治疗工作,保障医疗安全。结合我们的实践,主要探讨中型综合医院 SICU 的管理及发展。

1 基本情况介绍

我院是拥有 517 张床位的二级甲等综合医院,新成立的 SICU 为行政独立建制科室,采用准成本核算及半开放式医疗管理模式,设置床位 6 张,配置必要的监护和治疗设备,收治全院手术科室危重患者。5 名麻醉医生转任 SICU 医疗工作,并有护士 12 名。有完善的 SICU 各项制度,理顺了 SICU 与专科之间的关系,明确医生的职责,患者由 SICU 负责管理,而相关专科情况则请专科医生处理,双方密切配合。

2 具体办法与体会

按照该模式运转 2 年来,取得了良好的效果,SICU 的床位使用率明显增加,而院内感染率下降,术后患者抢救成功率提高,也增加了医院的综合效率。下面就如何保证 SICU 正常运行及进一步提高整体管理水平谈谈我们的体会。

2.1 改革 SICU 经济核算政策及收入分配制度:许多医院 ICU 实行独立经济核算,而各专科因经济利益受损不愿将

危重患者转入 ICU 救治,使得 ICU 的床位使用率一直不高,其收入水平也很低,资源不能很好发挥作用。这一现象在我国较为普遍,即使是技术力量较强的中日友好医院,其 ICU 床位使用率也只有 40%~60%^[2]。某些医院实行双计经济核算政策,ICU 与专科按虚帐计算,按比例提成,这在一定程度上缓解了收入上的矛盾,但高昂的医疗成本使 ICU 的效益仍无改善。亦有医院采用经济补贴政策,但 ICU 医护人员工作积极性又不高,ICU 难以持久高效运转。

我院对新成立的 SICU 不采用传统的成本核算方式,SICU 收入按患者来源归属各专科,并将结果重复记在 SICU 帐上,只作为 SICU 工作考核指标。SICU 各项支出则由各专科按床位比例共同分担;同时在分配制度上予以调整,参照各专科的奖金数额,结合 SICU 各种工作指标的完成情况,原则上 SICU 高于专科平均数的 10%。这样保证了 SICU 工作人员的奖金一直居各专科的中上水平。我院采取的这种政策取得良好效果,SICU 与专科积极性均提高,一方面排除了双方经济纠葛,可集中精力救治患者;另一方面因收入水平双方直接挂钩,因而各专科都积极地将危重患者转入,保障了患者来源,SICU 床位使用率达 70%~85%,与美国医院的 ICU 床位使用率(80%)相近^[3],从而大大提高了监护设备和各种仪器的使用率。

2.2 建立健全完善 SICU 各项制度,改进管理模式,整合医疗资源:对 SICU 医生及专科医生的责任进行了明确分工,实行患者医疗措施以 SICU 医生为主及专科医生共同管理的半开放式模式,既发挥原专科医生的专业优势,又发挥 SICU 医生在危重病监测和治疗方面的专长,并建立相互信任和配合的关系,两者相长,使危重患者获得最佳的医疗服务。建立以医务科牵头的全院大会诊制度和以 SICU 为先的急会诊制度等,迅速而充分发挥医院技术力量的优势,以确保 SICU 危重患者的诊治。参照各种

危重病急性生理学与慢性健康状况评分系统(APACHE)评分及相关标准,严格患者转入指征,畅通转出途径等,该权限由 SICU 医生掌握,保证了其有序运转及床位合理使用。

为了提高 SICU 整体管理水平,我们按照规范化原则建设 ICU^[4]。首先统一思想,医院领导高度重视及大力支持。在创建初期,SICU 在行政管理上直属医院领导,在人力设备等方面都予以政策倾斜,保证了其高效运转。同时采取各种措施,加强人才队伍建设,提高 SICU 的医疗能力。因为我们深知,ICU 患者的病情复杂,麻醉医生应不断消除差异方能胜任 ICU 的工作^[5],并对 ICU 护士进行严格的专业培训,熟练掌握重症护理基本理论和技能,经过专科考核合格后才能独立上岗^[6]。

总之,要建设和发展管理严格、配置合理、运作高效和规范的 ICU 这一目标仍有许多问题值得进一步探讨和实践。

参考文献:

- 1 邱海波,陈德昌,陈俊豪.论危重病医学及其学科建设[J].中华医院管理杂志,2001,17(2):83-85.
- 2 尹培刚,黄勇,吴琨,等.首次全国 ICU 现状调查分析[J].中国危重病急救医学,2002,14(3):166-168.
- 3 Groeger J S, Guntupalli K K, Strosberg M, et al. Descriptive analysis of critical care units in the United States: patient characteristics and intensive care unit utilization[J]. Crit Care Med, 1993, 21(2): 279-291.
- 4 刘大为.重症医学的发展与重症加强治疗病房的规范化[J].中国危重病急救医学,2006,18(7):385-386.
- 5 马传根,李松梅,张振平.我院麻醉医师在 ICU 中发挥的主导作用[J].中华医院管理杂志,1999,15(10):631-632.
- 6 中华医学会重症医学分会.《中国重症加强治疗病房(ICU)建设与管理指南》(2006)[J].中国危重病急救医学,2006,18(7):387-388.

(收稿日期:2007-05-03)

(本文编辑:李银平)

作者单位:200031 上海市徐汇区中心医院

作者简介:胡新华(1974-),男(汉族),湖北省人,主治医师(E-mail:hzhxh66@126.com)。