

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

2021 年第 1 期

(总第 579 期)

卷首语 本期关注儿科临床学科建设与儿童卫生服务的优化发展。介绍复旦大学附属儿科医院获批国家儿童医学中心3年以来的创新实践和发展成效，为我国正在深入推进的国家医学中心及区域医疗中心建设提供参考；探索基于集束化管理理论优化平均住院日管理，减轻患儿“看病难、看病贵”的问题；讨论运用精益管理模式改进与优化儿童医院门诊服务流程，提高门诊管理效率及患儿就诊体验；了解伦理审查在儿童性发育异常诊疗管理模式中的作用，推动儿童性发育异常多学科诊疗管理模式的构建；对儿童舒缓治疗的实施、发展现状等进行综述，为国内开展儿童舒缓治疗相关工作及研究提供参考。



上海市卫生健康发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

1976 年创刊

2021 年第 1 期 (总第 579 期)

2021 年 2 月 28 日

主 管

上海市卫生健康委员会

主 办

上海市卫生和健康发展
研究中心 (上海市医学
科学技术情报研究所)

编辑出版

《医学信息》编辑部

上海市建国西路 602 号

邮编 : 200031

电话 : 021-33262063

021-33262061

传真 : 021-33262049

E-mail:

medinfo@shdrc.org

网 址 :

www.shdrc.org

刊 名 题 字 : 王道民

主 编 : 邬惊雷

衣承东

常务副主编 : 张 勘

副 主 编 : 王剑萍

黄玉捷

编辑部主任 : 信虹云

编 辑 : 王 瑾

廖 丹

严 靖

目 次

新年寄语 (1)

专题研究

国家儿童医学中心建设的实践探索及思考

..... 杨杪 袁琳 黄国英 (2)

基于集束化管理理论优化平均住院日管理探索经验

..... 刘昊 徐家骅 张海莹, 等 (8)

基于精益管理优化儿童专科医院智慧门诊服务的实践探索

..... 黄欣茹 李伟华 徐桂灵, 等 (12)

研究进展

儿童性发育异常诊疗服务的伦理审查探索实践

..... 杨红荣 奚益群 吕逸清, 等 (18)

儿童舒缓治疗的意义和发展现状

..... 向仕婷 林国嫵 李逊, 等 (24)

专家观点

多管齐下改善儿科医师紧缺状况

..... 李一陵 (29)

科教动态

提升区域儿科能级, 助力长三角一体化发展示范区建设

..... (31)

新年寄语

日月开新元,天地又一春。值此辞旧迎新之际,我谨代表上海市卫生健康委员会(以下简称“市卫健委”)科技教育处(以下简称“科教处”)向为医学科技教育发展不断做出贡献的全体同仁,致以最诚挚的节日问候和新年祝愿!

刚刚过去的 2020 年,是极不平凡的一年。全面小康决胜战、疫情防控阻击战、“十三五”收官战,“三大硬战”给我们带来前所未有的重大考验。面对困难和挑战,市卫健委科教处在市卫健委党政领导的指导下,在全行业科教管理同仁的支持和配合下,全力以赴,做好新冠肺炎疫情科技攻关工作。针对临床救治和防控急需,发布《关于强化科技应急响应机制 实现科技支撑疫情防控的通知》(沪科〔2020〕39 号),研究形成新冠肺炎救治的“上海方案”,制定《关于加强公共卫生应急管理科技攻关体系与能力建设的实施意见》(沪科规〔2020〕3 号)。依托上海市在公共卫生领域的投入,建设上海市传染病与生物安全应急响应重点实验室,并加强管理,做好新冠肺炎疫情实验室生物安全保障工作。启动了新一轮医学学科建设、人才项目和科研项目:组织开展 2020 年协同创新集群申报遴选工作,方向立项为“基于生命早期千天计划的发育源性疾病的病因与防治研究”和“免疫联合治疗在恶性实体瘤中的一体化研究”;共有 558 项课题列入上海市卫生健康委员会卫生行业临床研究专项,62 个项目列入老龄化和妇儿健康研究专项;第五轮公共卫生学科人才建设项目重点资助 10 个学科领域的重点学科建设、学科带头人和优秀青年人才培养,打造高水平的公共卫生学科人才队伍,提升核心竞争力;经卫生平台遴选推荐,有 24 位医学人才入选 2020 年上海领军人才计划,有 15 位青年人才入选 2020 年上海市青年拔尖人才开发计划;顺利完成正在建设的 2018 年人才项目中期评估,完成重要薄弱学科、重中之重临床医学中心和重点学科、2017 年新百人、新优青人才项目的验收评估工作。同时加强重点实验室和研究基地管理建设,推进干细胞临床研究管理。进一步加强科研伦理和诚信管理工作,开展伦理督导,并探索开展长三角伦理审查规范标准的建立,促进伦理审查标准的一致性。组织开展 2020 年度上海市卫生健康系统知识产权宣传活动周和上海卫生科技活动周,促进科技创新和科学普及协调发展。继续加强对口支援代培工作,接收来自西藏、云南、海南、遵义、福建等地对口支援代培学员共计 169 人。继续做好住院医师和专科医师规范化培训工作,以及专业基地遴选评审工作,首批 30 名公卫医师已开始临床实践基地的培训轮转。

2021 年,是建党 100 周年,是我国现代化建设进程中具有特殊重要性的一年,也是“十四五”开局之年。新的一年,我们将继续奋斗,勇往直前,创造更加灿烂的辉煌。衷心祝愿大家在新的一年里身体健康,工作顺利,阖家幸福,万事如意!



上海市卫生健康委员会科技教育处处长

二零二一年一月

◀专题研究▶

国家儿童医学中心建设的实践探索及思考

杨杪 袁琳 黄国英

复旦大学附属儿科医院, 201102

2016 年, 为进一步完善我国儿童医疗卫生服务体系建设, 提高儿科医疗服务能力, 促进医疗资源合理分布和均衡发展, 原国家卫生和计划生育委员会印发《国家儿童医学中心及国家儿童区域医疗中心设置规划》(国卫办医发〔2016〕31 号), 明确提出设置国家儿童医学中心, 以引领全国儿科医学技术发展, 带动提升我国儿童医疗及预防保健服务水平。2017 年 1 月, 复旦大学附属儿科医院凭借雄厚的综合实力和多方面的突出表现, 正式获批成为国家儿童医学中心。

3 年来, 复旦大学附属儿科医院抓住前所未有的发展机遇, 秉承“一切为了孩子”的宗旨, 主动服务国家区域医疗中心建设、长三角区域一体化发展等国家战略, 明确新时期发展定位, 积极完善管理架构, 推进实施“1461”和“四化”建设方案, 持续夯实管理内涵, 强化“儿科联盟、医联体、协作网”能级, 充分发挥国家儿童医学中心的创新示范和辐射引领作用, 有效带动和促进了我国儿科医学发展和儿童医疗保健服务水平提升。本文主要介绍复旦大学附属儿科医院获批国家儿童医学中心以来的创新实践和发展成效, 为我国正在深入推进的国家医学中心及区域医疗中心建设提供借鉴。

1 国家儿童医学中心的探索与实践

1.1 明确新时期发展定位, 建设集医、教、研、防、管“五位一体”的国家儿童医学中心

《国家儿童医学中心及国家儿童区域医疗中心设置规划》中明确指出, 国家儿童医学中心的功能定位是我国儿科疑难危重症的诊断与治疗中心、高层次医学人才培养中心, 具有儿科临床研究转化职能, 承担全国儿童主要疾病登记、流行病学和公共卫生信息监测工作, 引领全国儿科医学技术发展, 并会同国家儿童区域医疗中心带动提升我国儿童医疗及预防保健服务水平。根据国家顶层设计及发展战略要求, 复旦大学附属儿科医院积极对接国家儿童医学中心职能, 结合医院实际, 明确提出了新时期的发展定位, 即: 以主动服务国家发展战略、服务社会需求为支点, 着力打造核心竞争力, 不断提升学科水平, 发挥品牌效应, 建设集医疗、科研、教学、预防和管理“五位一体”的儿童重大疾病防治和儿童健康管理的国家级医学中心, 继续领航我国儿童专科医院和儿科医学发展, 成为亚洲一流儿童医学中心。

1.2 积极完善管理架构, 建立国家儿童医学中心主任联席会议工作机制

根据《国家卫生计生委关于设置国家儿童医学中心的函》(国卫医函〔2017〕25号), 复旦大学附属儿科医院与北京儿童医院、上海儿童医学中心 3 家医院同时获批国家儿童医学中心。为加强统筹协调, 形成合力, 在复旦大学附属儿科医院的积极推动下, 国家儿童医学中心采用共同主任制度, 3 家主体单位的院长均为国家儿童医学中心主任; 建立主任联席会议工作机制, 成立联合办公室, 定期召开由 3 家主体单位的院长和相关职能部门负责人参加的主任联席工作会议, 共同商讨和促进国家儿童医学中心发展。2017 年以来, 3 家主体单位已先后召开 7 次国家儿童医学中心主任联席工作会议, 在成立专家委员会、建立亚专科联盟、开展中国儿童健康扶贫计划、设置儿科医学系列奖项、筹备召开“中国儿科大会”等多个方面达成共识、统筹推进并取得显著进展。

1.3 推进“1461 方案”和“四化”建设, 夯实国家儿童医学中心发展内涵

以新时期发展方略为指引, 2017 年起, 复旦大学附属儿科医院启动国家儿童医学中心建设“1461 方案”, 即着力于建设“一个扩建工程”(住院综合楼和教学综合楼)、夯实“四大支撑平台”(远程医学部、儿科医学研究院、儿科学院、国际交流与协作部)、建设“六大临床中心”(疑难危重症临床中心、新生儿临床中心、出生缺陷临床中心、传染感染与免疫临床中心、血液肿瘤临床中心、儿童保健与康复临床中心)、聚焦“十项重点工作”(分别是: 儿科疑难危重症的诊断、治疗与示范引领; 儿科临床技术骨干和学科带头人培养; 全国多中心、大样本临床研究; 适宜有效的高水平诊疗技术示范、推广; 儿科疾病防治指南、技术规范和标准编制; 儿科疾病防治网络构建; 全国儿科疾病防治规划制定; 儿童主要疾病登记、流行病学和公共卫生信息监测; 国际交流与合作; 国家儿童区域医疗中心协调和统筹)。通过“1461”建设方案的推进实施, 全面细化和落实各项发展任务, 夯实国家儿童医学中心发展内涵。

同时, 复旦大学附属儿科医院继续深化“十二五”以来一直坚持的“四化建设”——标准化、专科化、信息化、国际化的发展策略和路径, 建立“质量改进与病人安全管理委员会”, 下设医疗质量管理、门急诊管理、临床护理、临床药学等 12 个分委会, 以《三级儿童医院评审标准》及实施细则和国际联合认证委员会 (Joint Commission International, JCI) 制定的《JCI 国际认证标准》等作为标准化建设抓手, 不断完善医院安全质量管理体系; 凸显国家儿童医学中心作为儿科疑难危重症诊断和治疗中心的发展定位, 建立专科专病诊疗服务模式, 深入开展专科化建设; 构建医疗管理信息化安全共享体系, 推进以电子病历为核心的信息化医疗重点项目, 建设信息综合利用和信息服务基础平台; 与国际著名儿童医学中心建立密切协作关系并开展联合培训项目, 将国际先进理念和经验融入医院, 使医院发展始终瞄准国际前沿。

1.4 构建“儿科联盟、医联体、协作网”儿科发展协作体系, 加强创新示范和辐射引领

复旦大学附属儿科医院从“儿科联盟、医联体、协作网”多个维度, 积极构建辐射全国、各有侧重、有机联动的儿科发展协作体系: 一是坚持高端引领, 积极发挥以

12 所大学附属医院为主体的“全国儿科发展联盟”的学科引领与指导作用,通过“儿科发展联盟管理论坛”“中美儿科高峰论坛”等一系列品牌项目带动我国儿科医学整体发展;二是落实分级诊疗,深入推进复旦儿科医联体建设,通过“三个平移”(管理平移、技术平移、品牌平移)和“四个统一”(统一医疗安全和质量要求、统一医疗服务模式、统一学科发展规划、统一信息化共享系统),带动区域儿科协同发展;三是加强优质辐射,充分发挥“复旦儿科协作网”作用,每年接收 500~600 名全国进修生,举办 60~65 期国家级继续教育培训班,促进全国儿科诊疗水平提升。

同时,注重对标国际一流水平,加强创新示范和辐射引领。建立我国规模最大的儿科临床研究及转化基地“国家儿童医学中心临床研究中心”,聚焦儿科疾病发生发展机制和诊治技术、儿童健康管理关键技术研发和推广应用;成立“儿科临床指南制作与评价中心”,推动中国儿科临床指南制定工作规范化、高质量发展;在全国推广脉搏血氧饱和度监测联合心脏杂音听诊(双指标法),用于早期发现新生儿先天性心脏病,促进临床研究成果的政策转化,力求惠及全国儿童。

2 国家儿童医学中心的发展成效

2.1 儿科综合实力持续领先全国,形成具有国际竞争力的医疗、科研、教学、预防和管理高地

获批国家儿童医学中心为复旦大学附属儿科医院的持续发展注入了强劲动力。2019 年,复旦大学附属儿科医院连续荣膺《中国医院排行榜》儿童医院前列,连续 10 年蝉联《中国医院专科声誉排行榜》儿内科第一,儿外科第二;在北京大学“中国最佳临床学科排行榜”、中国医学科学院“中国医院科技影响力排行榜”、英国“Nature Index 中国医院排行榜”等排行榜中也始终位居前列;黄国英院长荣获“上海市政府质量市长奖”和“最具领导力中国医院领导者卓越贡献奖”。2019 年医院发表 SCI 论文近 300 篇,与 2017 年(152 篇)相比增长近一倍;其中影响因子(Impact Factor, IF)≥5 分的论文 70 篇(2017 年 21 篇),总计影响因子 1350 分,创历史新高;发表杂志包括国际顶尖一流期刊 *Nature*、*The New England Journal of Medicine* 和世界儿科权威杂志 *Pediatrics* 等。复旦大学附属儿科医院有效保持和巩固了自身在我国儿童专科医院和儿科医学发展领域的领航优势,形成具有国际竞争力的医疗、科研、教学、预防和管理高地,获得国家、社会和同行一致赞誉。

2.2 充分发挥国家儿童医学中心主任联席会议机制优势,统筹谋划引领全国儿科发展

践行“以病人为中心,抓好质量与安全”的核心价值观,牵头组建国家儿童医学中心质量控制专家委员会,编写儿童专科医院质量管理示范案例专著,引领和推进我国儿童医院标准化和规范化建设。第一批(12 个)国家儿童医学中心亚专科联盟由 3

家主体单位分别牵头组建。2019 年复旦大学附属儿科医院率先完成新生儿、肾脏、临床遗传、消化 4 个亚专科联盟的组建工作,充分发挥优势学科在医疗服务中的引领作用,积极搭建覆盖全国的专科疾病诊疗、学术交流、人员培训和成果转化平台,深入开展前瞻性多中心临床研究,推广诊治成熟适宜技术和新技术;已建立“中国极早产儿/极低出生体重儿队列”和“中国儿童遗传性肾脏病数据库”,形成儿童遗传病基因检测、胃镜适应证等多个专病诊治临床共识;成功举办“上海国际新生儿医学论坛”“2019 年临床遗传学高峰论坛”等高水平学术会议,培训全国学员 4000 余人次,成员单位在国内外知名杂志发表论文数十篇。同时积极携手北京儿童医院和上海儿童医学中心,共同完成呼吸、血液肿瘤等 8 个亚专科联盟的组建任务,以专科协作为纽带,形成补位发展模式,有效促进我国儿科重大疾病救治能力提升。

2.3 “1461”方案和“四化建设”深入推进,成为国家儿童医学中心高质量内涵发展的双引擎

扩建工程按进度顺利推进,已列入国家卫生健康委员会和上海市“委市共建”项目,主要用于建设新生儿临床中心、出生缺陷临床中心和儿科学院。2018 年建立全国首家“国家远程医疗与互联网医学中心儿科协同中心”,覆盖 31 省市 4400 余家医院,实现远程会诊、手术直播、查房、教学、科研等多维度工作模式;2019 年远程会诊 376 次,疑难危重罕见病例占比超过 80%。临床研究中心已建成“出生缺陷防治重点实验室”等 3 大核心基地、“分子医学中心”等 6 大实验平台、“临床流行病学研究室”等 5 大支撑平台和《中国循证儿科杂志》等 3 大学术平台,成为学科发展的强大推力;2019 年科研基金中标 66 项,科研经费 2441 万元;儿科临床指南制作与评价中心已产出多部高质量临床指南。聚焦临床和相关领域技术骨干和学科带头人培养,实施两轮“1125”人才计划,多名专家入选国家及上海市领军人才和优秀学科带头人,桂永浩等十余名专家先后荣获“国之名医”称号。与国际 25 家著名儿童医学中心保持深度交流协作,已形成 12 个高水平中外联合培训项目,国际地位、影响力和竞争力持续提升。

医院搭建完备、高效的质量改进与安全管理体系,2017 年高分通过 JCI 国际认证复评审,成为亚洲第一个复评审通过第六版新标准的学术型儿童医学中心。2017 年成立国内首个儿童疑难罕见病门诊,2019 年开设专病门诊 170 个,疑难病患者占比超过 70%,三四级手术超过 60%,成为我国诊断儿童疑难危重疾病、解决治疗难点和痛点问题的核心高地。顺利通过国家卫生健康委员会信息化互联互通标准化成熟度四级甲等认证和美国医疗信息与管理信息系统学会(Healthcare Information and Management Systems Society, HIMSS)电子病历应用模型(Electronic Medical Record Adoption Model, EMRAM)7 级评审,由数字化医院迈向智慧医院。3 年来成功主办“上海国际新生儿医学论坛”“中国国际儿童重症医学研讨会”等 26 次大型国际会议,充分展示了国家儿童医学中心的气场和风采。

2.4 创新优质辐射和共建共享模式,有效带动全国儿科服务体系完善和质量提升

积极对接国家区域医疗中心建设和长三角一体化发展国家战略,构建“一体两翼四中心”发展新布局。新虹桥分院预计 2020 年年底投入使用,奉贤院区已初步确定规划设计方案。积极推进 4 个分院建设:厦门分院(厦门市儿童医院)开业 5 年来发展迅速,已开放编制床位 500 张,设立 41 个临床医技科室;海南分院(海南省儿童医院)2018 年 8 月全面启动运营,开放床位 411 张,是海南省唯一专科设置齐全的儿童专科医院;昆山分院(江苏省昆山市妇幼保健院)2019 年 6 月正式挂牌,按照三级妇幼保健院标准建设,规划床位 600 张;安徽分院(复旦大学附属儿科医院安徽医院)以建设国家儿童区域医疗中心为目标,已制定试点建设方案。

创新构建复旦儿科医联体,打造共建共享、分级诊疗的儿科服务新模式。在前期积极探索的基础上,2016 年复旦儿科医联体已覆盖上海市徐汇、闵行、金山、松江、青浦 5 个区,服务人群超过 800 万人;以实施儿童疾病分级诊疗项目为抓手,有效促进优质儿科医疗资源和儿科就诊双下沉,其实施成效在十九大前夕获得新华社点名表扬,并获“上海医改十大创新举措”称号。2016 年成立厦漳泉(厦门、漳州、泉州)儿科医联体,辐射闽西南地区 700 万人;2018 年牵头成立海南省妇幼健康联合体,带动海南乃至华南沿海儿科整体医疗水平提升。

加强儿科协作网络建设,带动我国儿科基层医疗水平和高层次管理能力双提升。“全国儿科协作网”已覆盖 32 个省级行政区、78 家省级协作医院、1400 余家地市级协作医院,累计培训 8000 余名医护人员。2019 年启动“国家基层儿科医护人员培训项目”,预计未来 5 年完成约 2 万名基层儿科医护人员的培训和技术认证;同时牵头打造“中国儿科领导力提升计划”,培养具有国际视野的高层次儿科领导人才,为中国儿科医疗健康事业发展蓄能。

2.5 积极推动儿科临床研究成果成功转化国家公共卫生政策,引领儿童重大疾病防治策略国际前沿

先天性心脏病是目前我国位居首位的高发生率和高死亡率的出生缺陷疾病,已成为影响儿童健康和出生人口素质的重大公共卫生问题。2011 年起,黄国英教授课题组联合全国 11 个省市 20 家医院开展了全球最大样本量($n=122738$)的多中心研究,创新提出采用“心脏听诊+经皮脉搏血氧饱和度测量”双指标法,对出生 6 至 72 小时的新生儿进行先天性心脏病筛查,并在上海 15 家医院进行了大样本验证性研究,研究成果先后在国际顶级医学刊物 *The Lancet* (2014 年, IF45.217) 和 *Pediatrics* (2017 年, IF5.73) 等权威学术刊物发表,得到国内外同行高度认可。

双指标法为早期发现在新生儿期和婴儿期危及生命的先天性心脏病提供了准确、无创、简便、经济的科学方法。经数轮专家论证,2016 年上海市将新生儿先天性心脏病筛查纳入全市常规新生儿筛查项目,构建全覆盖“筛查-诊断-评估”体系;2017 年共筛查新生儿 19.74 万名,筛查率 99.16%,确诊患儿 691 名,通过“绿色通道”及

时诊治,切实保障了患儿的健康权益。2018 年 7 月,国家卫生健康委员会在全国 24 省(区、市)启动实施新生儿先天性心脏病筛查项目,并将国家级项目管理办公室设在复旦大学附属儿科医院。到 2019 年底,全国已有 28 个省(区、市)加入新生儿先天性心脏病筛查项目,超过 200 万新生儿接受筛查,筛查率达 80% 以上;对确诊的 9000 余名先天性心脏病患儿及时进行早期干预,其中数百名危重和严重先天性心脏病患儿已接受手术治疗,挽救了幼小的生命。

新生儿先天性心脏病筛查已成为我国新生儿疾病筛查三大板块之一,成为临床研究成果转化为国家公共卫生政策的典范,也为世界各国进一步完善儿童先天性心脏病早期防治策略提供了循证依据和有效借鉴。

3 讨论和展望

原国家卫生和计划生育委员会自 2017 年起启动实施“十三五”国家医学中心和国家区域医疗中心规划设置工作,3 年来已先后出台儿科、神经、呼吸、创伤、口腔、精神、肿瘤、心血管等专业类别的国家医学中心及国家区域医疗中心设置标准和实施方案等,旨在强化我国医疗服务体系顶层设计,构建以国家医学中心为引领、国家区域医疗中心为骨干的国家、省、市、县四级医疗卫生服务体系。到 2019 年底,已设立国家儿童医学中心、癌症中心、心血管病中心、老年医学中心、创伤医学中心 5 个国家医学中心,同时深入推进多个专业类别的国家区域医疗中心建设。作为首批设立的国家医学中心,复旦大学附属儿科医院充分发挥国家儿童医学中心在临床研究、人才培养、学科辐射、技术转化和管理示范等方面的引领作用,其创新实践和发展成效将为我国正在深入推进的国家医学中心及区域医疗中心建设提供有益借鉴。

大道至简,实干为要。站在新的历史起点,复旦大学附属儿科医院将继续秉持“一切为了孩子”的宗旨,牢牢抓住国家儿童医学中心服务国家发展战略的定位,坚持面向儿童健康重大需求和国际医学前沿,进一步打造核心优势,着力于解决儿童疑难重症诊治、儿科高级人才培养、临床研究成果转化等关键问题,创新引领,共建共享,努力构建“儿科命运共同体”,为保障和促进儿童健康、实现健康中国梦不懈努力。

基于集束化管理理论优化平均住院日管理探索经验

——以复旦大学附属儿科医院为例

刘昊 徐家骅 张海莹 王密诗 黄国英

复旦大学附属儿科医院, 201102

1 研究背景

平均住院日是全面反映医院工作效率和医院管理水平、评估医疗卫生资源利用率的重要指标, 平均住院日的长短反映医院的医疗工作效率及医院综合管理水平。本文以目标为导向, 运用科学的管理工具, 通过实施集束化管理, 使用一系列的改进方法缩短平均住院日, 充分利用有限的医疗卫生资源, 提高医院整体运行效率与效益, 以达到缩短平均住院日、缓解患者“看病难、看病贵”问题的目的。

集束化管理理论最初起源于临床一线管理, 是指将一系列等级较高、被广泛使用的临床证据进行有机地科学结合, 使其组合效果大于其单一效果。目前少有研究将该理论应用于其他领域之中, 本文尝试将该理论方法应用于医院管理领域, 将其定义为: 使用一系列科学、有效的管理工具与方法使其组合效果大于单一效果, 以达到管理的目标。本文旨在拓宽医院管理者的思路, 并为相关研究提供借鉴。

2 对象与方法

2.1 研究对象

选取复旦大学附属儿科医院 (以下简称“儿科医院”) 2017 年住院患者与 2019 年住院患者作为研究对象。2018 年年初, 儿科医院开展以集束化管理理论为基础的多种改进措施相结合的方法进行干预, 遂以 2017 年住院患者作为对照组, 以 2019 年住院患者作为实验组, 对比平均住院日。

2.2 研究方法

对儿科医院 2017 年至 2019 年的住院患者平均住院日进行纵向比较, 对比在施行集束化管理前后儿科医院平均住院日差异, 可见逐年有明显下降 (表 1)。

表 1 2017—2019年儿科医院患者平均住院天数比较

分类	2017 年	2018 年	2019 年
平均住院日 (天)	6.65 (±1.97)	6.63 (±1.86)	6.47 (±1.89)

对儿科医院 2017 年与 2019 年不同月份平均住院天数进行对比, 可见 2019 年平均住院日整体情况低于 2017 年 (图 1)。

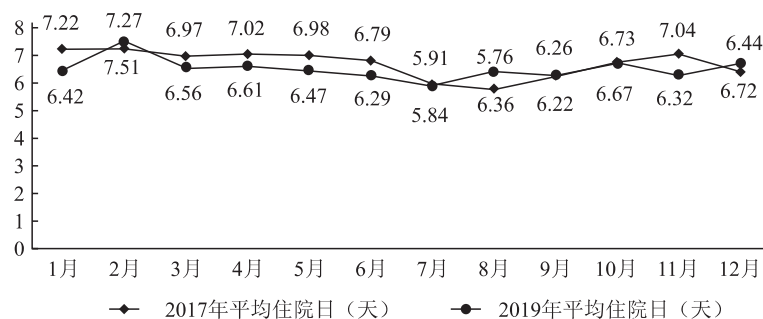


图 1 2017—2019年各月份儿科医院患者平均住院天数比较

2.3 统计学处理

将数据输入 IBM SPSS Statistics 23 统计软件, 对数据资料进行描述性统计, 检验方差齐性后做独立样本 t 检验, 若方差齐, $P < 0.05$ 则为具有显著统计学意义。

3 结果

将实验组与对照组数据进行统计学检验, 经检验得方差齐, 且 t 检验结果 $P=0.018 < 0.05$, 平均住院日降低有显著统计学意义 (表 2), 可见通过实施集束化管理有效降低了平均住院日, 该方法是管理者实施质量改进的有力手段。

2017—2019年儿科医院患者平均住院天数独立样本 t 检验结果

分类	平均住院日 (天)	t 值	P 值
2017 年	6.65	2.563	0.018
2019 年	6.47	—	—

4 讨论

研究结果显示实施集束化管理能够有效降低儿科医院平均住院日, 但具体实施过程是本方法的重中之重。本章将阐述集束化管理的实施内容及效果。

4.1 政策导向: 资源投入、院级指标、考核系统、奖惩机制

国家政策导向一直在指导公立医院降低平均住院日, 儿科医院一直以来积极响应国家号召, 自 2019 年发布《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》

(国办发〔2019〕4号)后,平均住院日更成为关注的焦点。儿科医院自2018年年初起,便将平均住院日设立为院级监测指标进行每月监测,并在每季一度的质量改进与病人安全管理委员会例会上进行讨论。同时,建立相应考核机制,与部门绩效直接关联,将该指标分解至科室,院内针对不同部门设立个性化目标值,根据各部门每月的指标情况实施奖惩。

4.2 具体做法:数据监测与商业智能技术分析相结合

儿科医院统计与数据管理中心对平均住院日持续收集,由质量控制办公室定期对平均住院日进行检测、分析,在出现异常值时及时分析原因、改进并反馈。2018年,儿科医院在接受医疗信息与管理信息系统学会(Healthcare Information and Management Systems Society, HIMSS)7级评审时要求临床与商业智能(Business Intelligence, BI)技术有机结合,即获取和使用相关的数据和信息支持其日常工作中数据驱动的循证决策,BI技术关注了日间诊疗与平均住院日的关系,自医院鼓励开展日间诊疗服务以来,日间诊疗服务总量和占比逐年提升,平均住院日逐年下降,提高了床位周转的效率,为更多的有需要的患者提供了服务。

4.3 规范诊疗模式:制度、院、科级诊疗常规,实施临床路径管理

儿科医院实施院、科两级制度、诊疗常规管理,通过制度对住院时间进行规范化管理,如《单病种管理制度》《临床路径管理制度》《日间手术管理制度》及《日间病房管理制度》等。各临床专科主任和学科带头人负责组织选择、编写、修改本专业的诊疗常规与临床路径,规范诊疗流程,对降低平均住院日起到积极作用。临床路径作为一种新的管理模式在提高诊疗效果和服务质量的前提下,通过工作效率的提高,带动工作量的增加,从而带来医院经济收入的增长。儿科医院自大力推进临床路径以来,至2020年第三季度已达到总体入组率97.35%、完成率97.10%、覆盖率44.24%,达到国内同类医院中顶尖水平。

4.4 大力推广日间手术内外科实践

有研究表明,推广日间诊疗是降低平均住院日的有效措施。儿科医院积极响应国家号召,内外科均大力推广日间诊疗,并独立开设了日间病房。自2018年启动至今,通过逐渐优化流程、扩充覆盖病种,儿科医院覆盖病种与工作量正逐年稳步攀升,在国内同类医院中处于领先水平。儿科医院目前共有7个科室开展日间手术,分别为骨科、泌尿外科、普外科、消化科、心外科、眼科、肿瘤科;2个医技部门开展日间诊疗,执行操作为日间化疗和日间脑电图。通过大力推广日间诊疗,儿科医院为各类患者尤其是外地就医的患者,有效缩短住院时间,降低就医费用。

4.5 质量改进项目的辅导和改进

儿科医院自2015年开始推广院、科两级质量改进项目,至今已开展300余项,各部门在年初提交立项书,制定计划并实施改进,在年末进行总结答辩分析成果。其中很多临床部门曾推出非常优秀的案例,成果显著。例如,儿科医院心内科2017—2019

年完成了质量改进项目“降低心导管介入术后并发症发生率”，经过三年系统的 PDCA 循环质量改进，将导管手术并发症发生率由 5.90% 降低至 2.48%，达到国内先进水平，有效降低了科室的平均住院日、术前住院天数与人均住院费用，改善疾病指标的同时更是造福了患者。

5 结论

集束化管理可有效将很多优秀的质量改进措施进行有机结合，形成一系列连续的管理措施，从而提高工作效率，在相同工作时间内提升工作量，便可带来医院经济收入的增长。集束化管理的优势在于其不是一成不变的，而是根据具体情况可动态调整的，需要医院的很多部门参与协同改进，根据医院具体情况在实施过程中不断优化。实施集束化管理有效降低了平均住院日，在缓解患者“看病难、看病贵”的问题中起到了非常重要的作用，值得医院管理者借鉴与参考。

基于精益管理优化儿童专科医院智慧门诊服务的实践探索

黄欣茹¹ 李伟华¹ 徐桂灵¹ 王爱丽¹ 赵列宾¹ 陈英耀² 田丹¹

1. 上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心, 200127

2. 复旦大学公共卫生学院, 200032

近年来, 互联网信息化产业迅速发展, 网络和移动技术在医疗领域应用日益广泛, “互联网+医疗”为改善医疗服务的质量和效率提供了新的途径。越来越多的医院依托微信服务平台开展移动信息服务, 为患者提供一系列智能化门诊就医服务, 但之后发现, 公众的使用率不高, 没有完全达到大幅度节约患者就医时间的预期效果。因此, 每家医院均需要充分掌握用户需求, 改进服务内容、服务方式、服务效果, 提高智能化门诊服务平台的使用率。研究发现, 借鉴工业生产界精益管理的思维, 能够创新门诊流程管理模式。所谓精益管理思维是投入最少的资源, 包括资金、人力、材料、设备、时间和空间, 创造最多的价值, 为客户提供最好的产品和最及时的服务。门诊流程管理正是借鉴了这种思想, 致力于大幅度提升医院门诊的工作效率和医疗质量。应用精益管理, 通过提高质量来降低患者的无效等候时间, 提高就诊效率, 最大程度为患者提供安全、优质、高效、舒适的门诊医疗服务, 这在一些大医院的应用中取得了良好的社会效益。某三级甲等儿童专科医院日均门诊量近 6000 人次, 为方便患者就医, 医院自 2018 年起建立微信服务平台, 逐步开通线上预约挂号、当天挂号、自助缴费服务功能, 但是在应用过程中也发现, 并不是所有患者都会选择使用微信服务平台, 其单一的服务功能无法完全满足患者便捷就医的需要。2019 年起, 医院结合新门诊楼建设, 融入“智慧就医”理念, 对门诊服务流程进行了全方位的改造, 并且引入了精益管理理念, 使用精益管理工具, 优化门诊服务流程, 缩短了患者的候诊时间, 较好地改善了门诊患者的就医体验。

1 精益管理的实施过程

1.1 组建团队

智慧门诊服务流程涉及的部门较多, 按照精益管理的原则, 医院授权门急诊办公室领导牵头, 联合信息科、门诊护理组、后勤部门, 成立跨学科跨部门的智慧门诊服务精益管理领导小组, 梳理智慧门诊服务需要改进的内容, 同时成立由部门领导担任

基金项目: 上海申康医院发展中心临床管理优化项目 (SHDC12017620)

通信作者: 田丹, E-mail: tiandan@scmc.com.cn

本文转载自《中国卫生资源》2020年11月第23卷第6期

组长、相应部门成员参加的专项组,按照服务流程精益改善的总体规划与实施计划,保证及时有效地进行智慧门诊服务改进。

1.2 项目工具

门诊精益管理项目组采用精益管理中的客户之声、访谈调研、头脑风暴、价值流程图等工具与方法,有计划地进行精益改进,消除就医过程中无意义或无价值的流程,提高效率。

1.2.1 收集客户之声的工具

设计制订“门诊患者就医体验调查表”,包括环境设施、标志指引、服务感受、等候时间 4 大维度共 10 项指标,采用微信扫码“问卷星”的形式,对 1 周内完成取药后的患者家属进行问卷调查。

1.2.2 医院信息系统数据

从医院信息系统中调取 2018 年 1 月—2019 年 12 月门诊就诊人次数据和各环节就诊时间节点的数据。

1.2.3 头脑风暴

项目团队全体成员召开“头脑风暴”会议,针对改进重点展开原因分析。

1.2.4 价值流程图

绘制门诊患者就诊流程图,并标记时间轴,计算患者就诊总耗时,即从患者预检、挂号、门诊开单、付费、检验检查、复诊到取药的总耗时以及患者就诊一次性成功率,统计没有必要的折返。

1.3 项目评估

实施精益管理过程中,通过专家咨询进行问题梳理并制订“门诊患者就医体验调查表”,采用微信扫码“问卷星”的形式,对 1 周内完成取药后的患者家属进行问卷调查,实际收到问卷 512 份,其中有效问卷 480 份,有效回收率 93.75%。同时结合门诊患者数据和门诊各服务单元项目主管“头脑风暴”,对门诊服务流程进行梳理,对流程中存在的问题进行分析。

1.3.1 门诊就诊服务效率有待提升

一般门诊就诊流程为“多站式”,患者等待的时间远比医师为其诊治的时间长,很容易引起患者的不满。根据问卷调查和医院信息系统数据统计,整个门诊就诊流程共 8 个步骤,排队次数 7 次以上,耗费患者时间总计 276.9 min,其中工作时间为 28.9 min,总等候时间为 248.0 min,患者有效就诊时间仅占门诊就诊时间比例约 10.4%,也就是说门诊就诊患者 89.6% 的时间都耗费在等候过程中,就诊效率较低(图 1)。另外,41.4% 的患者对门诊就诊过程中等待时间长不满意,其中以开取检验单候诊时间长居多,占 82.1%,可见患者等候问诊开单时间需要改善。另外,当患者出现某一症状需要就诊时,经常会困惑于该挂哪个科的号,如果随意预约挂号或者现场咨询后再挂号,可能会导致挂错号或者延误挂号时机,均会导致不同程度的医疗资源与就诊时间的浪费。

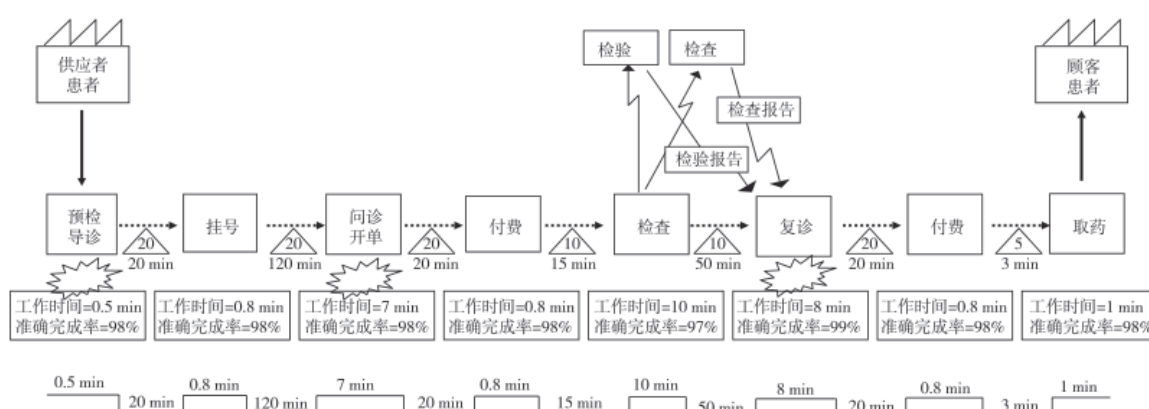


图1 儿童专科医院实施精益管理前门诊就诊价值流程

1.3.2 就诊秩序有待优化

医院的叫号系统虽有明确的挂号、过号、回单等先签到再候诊的规则,但患者不能实时了解排队情况和等候时间,导致就诊体验较差。另外,患者在候诊过程中,由于担心过号只能一直待在拥挤的候诊区,一边安抚患儿,一边盯住叫号显示屏,或者不停地询问诊区辅助人员叫号信息,增加工作人员及患儿家属负担。

1.3.3 服务指引有待明确

因医院规模大,门诊区域功能科室较多,就诊流程复杂,初次来门诊就诊的患者很难准确找到目的地,很多时候还需跨楼检查就诊,即使门诊区域内有很多指示标志,绝大多数患儿家属还是会选择人工咨询,一般较难在很短的时间内找到想要前往的位置;繁琐的门诊就诊流程也给到院就诊的患者带来很多疑问,很多时候患者不明确接下来该做什么项目,各种检查检验项目均给患者造成不同程度的困扰。

1.4 实施改进

流程优化或流程再造有利于提高就诊效率,增加患者满意度。医院以患者需求为着力点,制定一系列就诊流程优化举措。借助微信平台,构建儿童专科医院智慧门诊服务平台。利用互联网技术,将挂号、候诊、诊前检验、缴费、取报告等对接临床工作,有效提升患者就医体验,降低医师工作负荷,提升诊疗精准度。

1.4.1 智能导诊系统精准推荐科室,减少医患错配

医院线上服务平台利用人工智能技术,深入结合医院预检分诊场景,当患儿出现某一症状需要就诊时,系统根据家属输入的患儿症状,精准识别患者就医意图,自动精准匹配出最适合的科室及专家,同时智能导入预约挂号系统供家长选择,患儿家属居家便可完成科学分诊,准确及时选择就医行为,提升医疗体系运行效率。截至2019年12月,累计有19万人次使用了该服务。

1.4.2 智能诊前检验,实现一次候诊模式

医院由传统就诊流程中多次候诊模式改为一次候诊诊疗模式。研发利用诊前检验智能化程序,以问答形式模拟医师问诊,了解患儿病症后,自动推荐必要的基础检验

检查项目, 患者筛选其中项目并提交申请, 由专业医师在后台对其进行审核, 并进行自动开单, 使患者在与医师面诊之前即可完成部分必要检查及检验项目, 拿着报告单就诊, 从而减少排队次数及候诊时间, 实现就诊效率的大幅提升。截至 2019 年 12 月, 累计有 3 万人次使用了该服务。

1.4.3 智能候诊系统, 合理安排就诊

为了让患者候诊时能够知晓即时叫号情况, 医院在启用全新门诊叫号系统后, 将排队查询系统嵌入到医院微信服务平台上, 与医院叫号系统对接。当患者完成挂号后, 即可在手机上实时查看挂号科室的即时就诊和候诊人数, 合理安排候诊时间, 避免长时间在诊区等候。同时也改善了医院的环境, 提高了患者满意度。截至 2019 年 12 月, 累计有 18 万人次使用了该服务。

1.4.4 嵌入式门诊区定位系统, 实现院内精准导航

实施院内门诊区域定位系统全覆盖, 在医院微信服务平台嵌入院内导航地图, 从患者踏入门诊区域开始, 即可开启定位功能, 实时明确自身所在位置, 完成每一就诊步骤后皆可准确提供下一步需前往的位置, 根据患者需要自动规划最佳路线, 同时配备语音搜索与导航提示功能, 避免患者因寻找科室耗费过多的时间, 减少患者的无效走动, 减轻导诊人员的工作负担。截至 2019 年 12 月, 累计有 12 万人次使用了该服务。

1.4.5 线上线下相结合, 打造全方位推广模式

由门诊办公室工作人员通过微信服务平台定期推送宣传文章和使用攻略, 进行线上推广; 通过对患者服务中心、诊区服务人员进行智慧门诊服务的全面培训, 使每个人都成为推广员, 建立有效的线下推广模式。

2 效果评价

2.1 微信服务平台使用率大幅度提高

实施智慧门诊服务以来, 微信服务平台新增关注数由原来的 8040 人次/月上升至 20374 人次/月, 新增绑卡数由原来的 4817 人次/月上升至 10878 人次/月, 截至 2019 年 12 月, 微信服务平台累计关注人数达 296255 人次。微信服务平台使用数占门诊总就诊人次由原来的 6.4% 上升至 15.2%, 较智慧门诊服务使用前明显增长。

2.2 患者在院时间明显缩短

将智慧医疗融入医院门诊就诊流程中以来, 医院的服务受到广大患者的普遍认可, 医院信息系统中门诊患者诊疗数据显示, 改善后门诊就诊流程可减少患者二次排队, 患者平均等候时间由原来的 248.0 min 减少至 158.0 min, 平均减少患者等候时间约 90.0 min, 提高了门诊的整体运作效率 (图 2)。

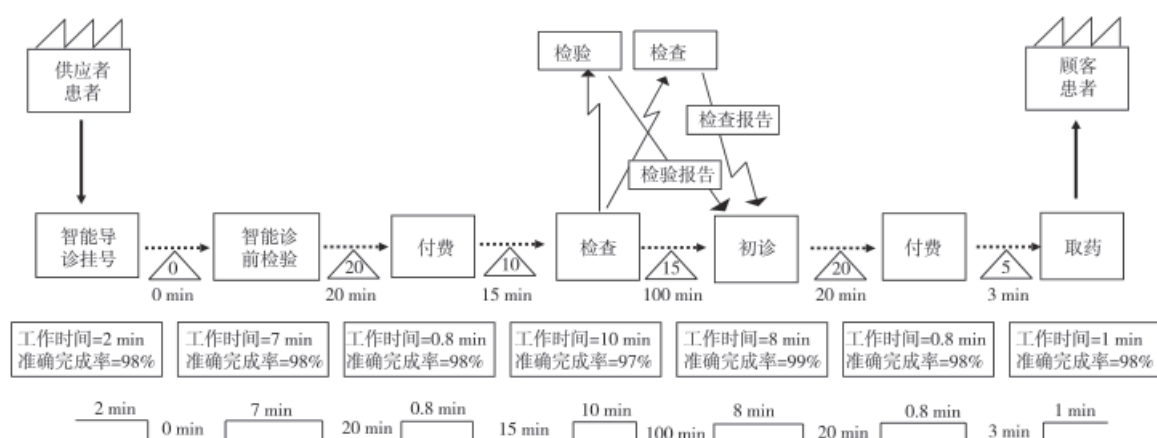


图2 儿童专科医院实施精益管理后门诊就诊价值流程

2.3 诊疗区域候诊秩序更为有序

实施智慧门诊服务以来,智能诊前检验减少了患者二次候诊,患者能拿着检验检查报告就诊,结合实时排队信息查询,使患者能有效利用候诊时间,就诊流程更加紧凑,避免了同一时段的人流高峰,缓解了门诊诊疗区域的人员拥挤程度,优化了就诊环境。院内导航的有效导引,显著提高了患者的就医体验,减轻了窗口服务人员的压力,使门诊流程更加有序。

3 讨论

优化医院门诊流程的目的是提高服务效率,改善患者就医体验,随着移动互联网和物联网技术的发展,智慧门诊的建设正是改善患者就医体验、提高效率、保证质量的必然之选。医院要以患者需求为中心,结合自身诊疗流程,将其充分推广使用,以达到更好地服务患者的目的。

3.1 领导重视和各部门紧密配合是前提

院领导对精益化管理的高度重视,可以增强医院的凝聚力、创新管理思维,是流程高效运转的保证。自医院开展智慧门诊服务精益管理以来,院领导以改善患者就诊体验为目标,牵头医疗和信息部门通力合作,借助精益管理工具,促使医院不断完善智慧门诊多样化服务模式,同时深化门诊服务质量,使患者感受高质量、人性化的诊疗服务,从而提高患者的满意度。

3.2 了解患者的需求是关键

门诊管理不只是做好运行管理,还应该结合医院定位和特点思考创新门诊医疗服务模式,形成医院诊疗特色并更好地精准服务于各类患者。医院门诊流程改进的根本目的是为患者提供最便捷、最准确的医疗服务,“一切以病人为中心”的现代医院管理理念是医院实施精益管理的关键。精益改善后的流程围绕患者运行,并且根据患者的

需求逐步完善服务措施和内容,不断优化使用流程是提高智慧门诊服务的根本。

3.3 开展精益管理要做到及时追踪反馈

要长期、持续、有序地推行智慧门诊精益管理,保证其取得预期成果。医院在进行智慧门诊精益管理过程中,通过建立一线负责人员、信息技术工程师、各部门负责人微信群组,定期开展沟通会议,及时有效地反馈临床应用中遇到的问题,信息技术人员能第一时间响应反馈的问题,由部门负责人定期追踪,以便问题能得到妥善解决,为智慧门诊的高质量服务奠定基础。

4 结语

精益管理可以优化门诊服务,提高门诊医疗资源利用效率,提升医疗服务质量。但是在门诊服务的精益管理过程中,需要更加注重人的作用,无论是患者需求与体验,还是精益管理团队的沟通协作,都可以使门诊服务体现出更大的柔性,同时也会呈现出一定的不确定性。另外,精益管理不是一项短期的管理手段,而是需要人员对工作流进行动态调整、持续改进。因此,建立精益管理常态长效机制并不断完善,才是实现精益管理的真谛。

◀研究进展▶

儿童性发育异常诊疗服务的伦理审查探索实践

杨红荣^{1,2} 奚益群¹ 吕逸清¹ 何蕾¹

1. 上海市儿童医院 / 上海交通大学附属儿童医院, 200062

2. 上海交通大学医学院, 200025

2005 年芝加哥共识提出了性别发育异常 (Disorders of Sex Development, DSD) 的概念, 指由于染色体、性腺或性别解剖结构异常发育而出现的一种先天性状态, 是疾病谱广泛、有不同病理生理改变且临床表现各异的一类疾病, 最常见于新生儿或青少年。新生儿常表现为生殖器异常, 而青少年则表现为青春发育期异常的性发育。DSD 患儿临床表现多样, 诊断及鉴别诊断较繁杂, 临床需根据疾病病因、外生殖器发育情况、染色体与性腺、社会性别、患者心理和个人 / 家长意愿等制定相应的个体化治疗方案。但是, 目前对于儿童性发育异常的研究多偏重于生理方面的治疗等, 容易忽视治疗中可能面临的伦理问题及由此引发的一系列心理及社会问题。

上海市儿童医院伦理委员会自建设之初, 一直关注儿童性发育异常诊疗中可能存在的伦理问题, 并在伦理审查的推动下, 支持建立了多学科合作诊疗流程, 在性发育异常伦理管控和多学科诊疗模式方面积累了较丰富的实践经验。本文通过对上海市儿童医院伦理委员会儿童性发育异常伦理审查回顾性研究, 分析伦理审查过程, 访谈相关医学专家和伦理专家, 进一步探讨了伦理审查在儿童性发育异常诊疗管理模式中的重要作用。

1 资料来源与方法

1.1 研究对象和方法

上海市儿童医院在伦理审查的推动下, 多学科联动开展 DSD 诊疗, 建立了 DSD 诊疗管理路径。就诊阶段: 接诊 DSD 患儿, 泌尿外科、内分泌科、影像科等相关科室完善必要检查项目; 心理科介入, 根据患儿情况提供心理咨询, 判断患儿性别倾向; 主诊医生与家长做好沟通, 了解 DSD 患儿的社会性别、家庭情况、社会背景以及家长意见等情况。综合考虑生理、心理、社会等多方面因素, 出具初步治疗方案报伦理审查。伦理审查阶段: 伦理审查对 DSD 患儿的生理、心理、社会情况进行充分了解和讨论, 权衡 DSD 患儿性别选择的风险受益, 以患儿利益最大化为原则, 做出审查决定和建议。

基金项目: 2017年上海市医院协会医院管理研究基金“涉及儿童的生物医学研究知情同意体系的构建”(201702023)

通信作者: 吕逸清, E-mail: doctorlvyq@126.com

本文转载自《中国医学伦理学》2021年2月第34卷第2期

手术执行及后续治疗阶段：在 DSD 手术之前，邀请专业律师见证，与家长、患儿（有必要时）确认性别选择，做好术前告知。最后，主诊医生结合临床实际和前期伦理审查建议给予 DSD 患儿及家庭更多心理建设和社会支持的建议，使 DSD 患儿及家庭更好地适应社会生活。上海市儿童医院的 DSD 诊疗管理模式从 DSD 患儿利益最大化出发，以伦理审查为纽带，为患儿从生理、心理、社会多层面提供诊疗，使其更好适应社会。

本文回顾性调查 2016 年 1 月到 2018 年 12 月期间，上海市儿童医院性发育异常伦理审查情况，纳入的病例共计 51 例，年龄从 10 个月到 16 岁。整理分析相应的 19 份 DSD 伦理审查会议记录和相关伦理审查过程，访谈相关医疗专家和伦理专家，分析研究 DSD 伦理审查的关注点，进一步探讨伦理审查在儿童性发育异常诊疗管理模式中的作用。

1.2 统计学处理

应用 IBM SPSS Statistics 19.0 统计软件进行数据分析，计数资料以数值和百分比表示，组间百分率的比较采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 上海市儿童医院性发育异常伦理审查情况

本文回顾性调查 2016 年 1 月—2018 年 12 月上海市儿童医院性发育异常伦理审查情况，发现三年共受理性发育异常伦理审查病例 51 例，病例数呈现逐年递增。递交伦理审查的病例年龄分散在 10 个月~16 岁，其中 2~4 岁病例较多。为方便性发育异常患儿伦理审查，审查会议从之前的集中专项审查调整到作为常规审查项目，审查结果中共有 4 项提出意见，其中 2 项提出补充完善内分泌诊疗结果，1 项要求对大年龄儿童做心理评估，1 项暂缓手术治疗，观察患儿生理、心理发展变化倾向，作出有利于患者的决定（表 1）。

表 1 2016—2018 年上海市儿童医院儿童性发育异常伦理审查情况

类别	2016 年	2017 年	2018 年	合计
年龄（中位数 <Q25~Q75>）	3（1.84~6.5）	2.42（1.58~4）	3（1.5~9）	3（1.58~6）
审查会议次数	5	3	10	19
审查例数	13	17	21	51
提出处理意见的个数	1	0	3	4

2.2 儿童性发育异常性别认定情况

染色体性别、性腺性别或表型性别发育异常者统称为性发育异常，并按照染色体核型大致分为性染色体 DSD、46, XYDSD 和 46, XXDSD 三大类。性别认定在 DSD 诊疗中极为复杂并且具有挑战性，其诊断及认定的结果将决定治疗时的性别选择，其

结果对患者本人及其家庭都有十分重大的影响。如何确保基于当前医疗技术条件下和社会环境下做出最有利于 DSD 患儿的性别认定也是伦理所关注的。

三年间该伦理委员会对 10 例 46, XXDSD、22 例 46, XYDSD 以及 19 例性染色体 DSD 患儿进行了伦理审查并最终同意手术开展。14 例 DSD 患儿手术选择和染色体一致的性别, 分别为 1 例 46, XXDSD 患儿和 13 例 46, XYDSD 患儿; 18 名 DSD 患儿手术选择和染色体不一致的性别, 分别为 9 例 46, XXDSD 患儿和 9 例 46, XYDSD 患儿; 19 名性染色体 DSD 患儿中, 14 名患儿手术选择为男性, 5 名手术选择为女性 (表 2)。染色体类型在性别选择中并未起到决定性作用。

表 2 不同染色体类型性发育异常的患儿性别的选择

手术性别选择	染色体类型		
	XX (人)	XY (人)	其他 (人)
男	9	13	14
女	1	9	5

37 名 DSD 患儿手术选择的性别和社会性别一致, 其中男性为 24 人, 女性为 13 人; 仅有 14 人选择和社会性别不一致的性别 (表 3)。提示社会性别虽然在手术性别选择中没有起到决定作用, 但是需要特别关注。

表 3 不同性别性发育异常的患儿手术性别的选择

社会性别	手术性别选择	
	男 (人)	女 (人)
男	24	13
女	1	13

患儿的心理性别在 DSD 性别认定中起到关键作用, 但是由于该伦理委员会审查的 DSD 患儿病例, 多集中在 2~4 岁, 无法准确获得每位患儿的心理性别情况, 无法做 DSD 患儿手术选择性别和心理性别的分析。

2.3 DSD 伦理审查关注点

本文整理分析 2016 年 1 月—2018 年 12 月上海市儿童医院 DSD19 份伦理审查会议记录和相关审查过程材料, 涉及 DSD 病例 51 例, 访谈 DSD 相关医疗专家和伦理专家, 发现在 DSD 伦理审查中主要围绕患儿利益最大化, 涉及患儿的诊断完善、心理特征、手术选择、后续治疗、潜在的声誉能力和性生活能力、家长认知、律师见证以及社会、家庭、文化等多方面事项的讨论和询问。其中, DSD 伦理审查中讨论和询问事项中前三位为性别选择是否符合患儿利益最大化、患儿性别选择的风险受益评估、患儿心理评估情况, 分别在 17 例、15 例、12 例 DSD 病例伦理审查中讨论和询问到相关事项 (表 4)。

表 4 性发育异常伦理审查中讨论和询问的事项

关注程度排序	讨论和询问事项	涉及 DSD 例数
1	性别选择是否符合患儿利益最大化	17
2	患儿性别选择的风险受益评估	15
3	患儿心理评估情况	12
4	患儿家长的意见	10
5	患儿的家庭背景和社会环境	9
6	患儿术后后续治疗情况	9
7	泌尿外科和内分泌等相关检查检验结果	6
8	大年龄患儿对病情的知晓情况	6
9	患儿的年龄	4
10	患儿表现的性别优势	4
11	生育能力和性生活能力	4
12	患儿的社会性别	3
13	术前谈话律师见证	2

3 讨论

3.1 伦理审查保障 DSD 患儿权益最大化

本文发现，儿童 DSD 诊疗行为中，对伦理管控的需求呈现逐年增长的趋势，且逐渐纳入伦理委员会日常临床伦理审查工作中。DSD 的诊疗受到内外生殖器情况、性心理特征、手术选择、终身激素替代治疗、潜在的生育能力、性功能、家长认知以及社会、家庭、文化等多因素影响，如何权衡利弊，选择最有利于患儿的诊疗方案是医生、患儿及其家庭所要面临的难题。伦理委员会从公正、客观、基于伦理原则和规范的立场出发，将 DSD 诊疗行为的伦理审查作为常规的临床伦理管控开展，从而确保临床诊疗，确保患儿利益最大化。

3.2 伦理审查推动 DSD 多学科诊疗流程规范化

上海市儿童医院的伦理审查中，有 2 项 DSD 病例审查结果是要求完善患儿内分泌相关检查后，再递交伦理审查。同时，在伦理审查过程中，“患儿性别选择的风险受益评估”“患儿术后后续治疗情况”“泌尿外科和内分泌等相关检查检验结果”“生育能力和性生活能力”等方面也是伦理的关注点。伦理审查对内分泌诊疗意见及心理支持等方面的要求，推动了 DSD 诊疗团队进一步优化团队结构，完善 DSD 患儿诊疗流程，建立 DSD 多学科诊疗模式。

目前，国内还没有关于 DSD 的多学科诊疗规范，DSD 的主诊科室主要为泌尿外科，内分泌科参与较少，心理评估和支持一般由个别医生建议或患儿家长主动寻求，并未纳入 DSD 诊疗流程中。在该医院伦理委员会的介入下，DSD 诊疗团队逐渐明确开展 DSD 多学科诊疗模式建设的必要性，并结合临床诊疗要求和伦理审查意见，不断优化团队结构，形成泌尿外科、内分泌科、影像科、心理科等多学科联动；搭建科学合理

化 DSD 诊疗流程, 完善必要的检查检验, 尽量明确性别选择的风险受益、后续治疗方案以及是否可以保留生育能力和性生活能力等, 提供当前技术条件下尽可能全面的诊疗证据, 最小化自然风险; 同时, 将患儿和家长的心理疏导纳入 DSD 诊疗的全过程, 关注 DSD 患儿家庭的心理健康。伦理审查工作推动了 DSD 多学科诊疗流程规范化。

3.3 伦理审查关注 DSD 患儿心理建设

DSD 患儿在完成性别选择及之后的治疗中, 一般需要多次手术, 其外生殖器外观和功能常与正常人群有差异, 本人及家庭常表现为严重的焦虑。“患儿是否做过心理评估以及患儿心理评估的性别偏向”被 12 次询问到, “大年龄患儿对病情的知晓情况”“患儿的年龄”“患儿表现的性别优势”等心理状况越来越受到伦理关注。但是由于递交伦理审查的 DSD 患儿多为 2~4 岁, 虽然在一些方面可表现出男女差异, 但是对性别认知还处于不稳定及反复确认阶段, 无法明确预见其成年后的心理性别。有学者认为性别认知需要至青春发育期或以后, 待患儿有完全自我意识时来决定性别归属, 在幼年由医生和家长替他们做的性别分配并不一定能完全符合他们的“大脑性别”。同时, 我国针对 DSD 患儿开展专业心理评估和干预的医疗机构较少, 医疗资源可及性差; 另一方面, 受到中国传统文化影响, 家长与孩子之间对于 DSD 病情往往缺乏有效沟通, DSD 患儿也无法获得及时有效的心理疏导; 再者, 心理评估目前还不是 DSD 诊疗规范要求, 家长或孩子主动寻求心理指导的意愿不强, 这都给 DSD 患儿的诊疗带来了挑战。

针对心理评估开展的困境, 上海市儿童医院邀请心理专家加入 DSD 诊疗团队, 把 DSD 患儿的心理评估和干预纳入 DSD 诊疗管理模式中。因目前没有公认的心理性别形成的年龄分界点, 参考《民法典》, 8 周岁以上的未成年人为限制民事行为能力人, 因此, 应分年龄开展 DSD 心理评估和干预。对于小年龄段患儿, 从伦理方面考虑较多将患儿表现的性别优势作为性别选择参考, 同时建议患儿做长期的心理评估和引导, 帮助患儿更好适应性别角色。但是对于 8 岁以上的患儿, 在递交伦理审查前建议进行心理评估, 为性别选择提供更多证据支持, 并根据患儿年龄结合其认知, 在心理诊疗的支持下, 尊重患儿知晓病情的权利, 做好长期的心理评估和引导。在伦理介入下, DSD 诊疗模式更加关注患儿心理建设和引导, 为 DSD 患儿成长创造良好的心理环境。

3.4 伦理审查提高 DSD 患儿的社会适应性

社会性别主要是指自身所在的生存环境对其性别的认定, 包括家人、朋友、周围人群、社会机构和法律机关的认定等, 是人基本的社会属性之一。在伦理审查中, “患儿家庭意见”“患儿的家庭背景和社会环境”“患儿的社会性别”也得到了较多关注, 72.5% 的 DSD 患儿选择和社会性别一致的性别, 提示社会因素在 DSD 性别选择中需要特别关注。

首先是家长认知, 即家长需要认识到 DSD 患儿无论选择哪种手术性别, 都是两难的选择, 并且多数意味着长期甚至终身治疗。DSD 患儿的性别选择还受到家庭经济状况的影响, 当性别认定与原社会性别不一致, 为了使患儿更好地适应社会环境, 有经

济能力和认知能力的家长,可能会选择改变原来环境,调换居住地、工作、学校等社会环境;但某些家长虽然有认知,却限于经济能力无法调整社会环境,从而被迫选择维持原有社会性别,这种选择并未充分考虑患儿利益最大化,在伦理审查中应严格加以鉴别。社会环境的宽容程度也是 DSD 患儿性别选择的影响因素,有别于某些欧美国家社会体系中给所谓“第三性别”适当的存在条件,我国目前的社会环境还没法做到坦然与平等地对待 DSD 患者。另外有一些患儿正处于性别发展倾向的关键时期(如青春期),也是生理与心理变化最剧烈的时期,按患儿利益最大化原则,伦理委员会建议类似患儿暂不做性别选择与手术治疗,在病情及患儿家庭情况允许的范围内,等待一定的时间再选择对患儿更有利;但也有家长顾虑于患儿成长环境的难题(如择校、体育专长、交友等),强烈要求尽早选择性别及后期治疗,伦理委员会也会根据实际情况予以酌情考虑。

DSD 患儿性别的选择,不仅受到患儿本身生理状况的影响,家长的认知、家庭经济状况、信仰、文化、社会对患儿及家庭的认知等多方面因素均会对其造成深远影响。伦理审查需要充分考量这些因素,在尊重父母的意愿的同时,结合家庭背景和社会环境,提出适当建议使得患儿更好适应社会生活,提高 DSD 患儿的社会适应性。

4 结论

综上所述,伦理审查可以从第三方角度,重点关注儿童性发育异常的自然风险、心理风险、社会适应性、生育能力和性生活能力的保留,尊重父母的意愿和信仰,保障儿童性发育异常诊疗行为的开展。在伦理审查介入下,构建儿童性发育异常多学科诊疗管理模式,将 DSD 的诊疗管理延伸到患儿的生理、心理、社会等各个层面,推动儿童性发育异常技术诊疗流程规范化,促进性发育异常患儿心理建设,为患儿及其家庭提供更为全面的社会支持,保障 DSD 患儿权益。

儿童舒缓治疗的意义和发展现状

向仕婷 林国燕 李逊 卢琪

湖南省儿童医院, 410007

儿童舒缓治疗 (pediatric palliative care) 是对患有危及生命疾病的儿童提供身体、心理和精神等全方面的照顾, 同时对患儿家庭给予支持, 旨在为儿童及其家庭提供最佳的生活质量。虽然近年来全球儿童青少年整体健康水平得到持续改善, 但每年仍有一定数量儿童新确诊患上重病, 这些儿童及其家庭面临精神、身体等多方面的痛苦。我国儿童人口基数庞大, 舒缓治疗服务需求不断增加, 而相关服务资源却发展严重不足。为儿童提供可及的、高质量的舒缓治疗是我国亟待解决的健康问题。本文就儿童舒缓治疗的实施、发展现状等进行了综述, 为国内开展儿童舒缓治疗相关工作及研究提供参考。

1 儿童舒缓治疗的定义

1.1 概念区分

我国习惯将舒缓治疗、姑息护理、临终关怀等统称为安宁疗护, 但这 3 个概念不完全相同。舒缓治疗和姑息护理是英文短语 “palliative care” 的两种表达, 为消除 “姑息护理” 可能引起的误导性联想 (如可能被理解为 “消极治疗” 或 “放弃治疗”), 本文选用 “舒缓治疗” 这个术语。临终关怀 (hospice care) 是舒缓治疗的特殊形式, 目标人群是临终期的患者 (预期生存时间小于 6 个月), 旨在让其舒适、平静且有尊严地走完人生的最后旅程。舒缓治疗起源于临终关怀, 但涉及范围更广。

1.2 世界卫生组织对儿童舒缓治疗的定义

儿童舒缓治疗与成人安宁疗护有着相同的护理理念, 但同时具有自己独特的特色。成人安宁疗护服务以癌症为主, 而儿童舒缓治疗更多的是针对非恶性的限制生命的情况, 具有更广的疾病谱。世界卫生组织对儿童舒缓治疗的定义如下: (1) 儿童舒缓治疗是对儿童身体、心理、社交和精神的积极全面照顾, 也包括对其家庭的支持; (2) 无论儿童是否接受针对疾病的治疗, 舒缓治疗从疾病诊断开始就实施, 并持续于整个病程; (3) 舒缓治疗提供者必须评估并减轻儿童的身心痛苦; (4) 有效的舒缓治疗需要跨学科的合作, 包括家庭和利用现有的社区资源; (5) 可以在医院、社区卫生服务中心甚至患儿的家中提供舒缓治疗服务。

根据世界卫生组织的综合保健模式提出的舒缓治疗的疾病轨迹模型(图1)可以看出,舒缓治疗是以患者和家庭为中心,贯穿患者疾病的整个过程;在患者死亡后,需要继续为家属提供丧亲关怀,临终关怀只是舒缓治疗的一部分。

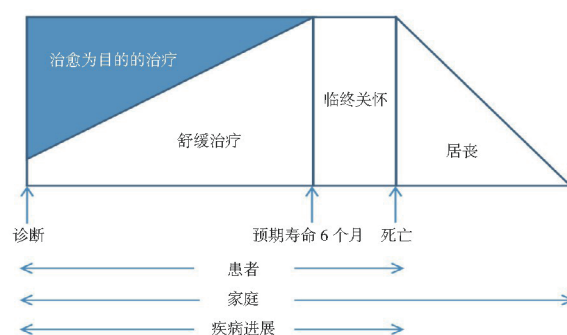


图1 舒缓治疗的疾病轨迹模型

2 儿童舒缓治疗的实施

2.1 舒缓治疗对象

儿童舒缓治疗的服务对象主要有以下四类:第一类,患有危及生命、可以治疗但是可能会失败的疾病,例如癌症及不可逆的心脏、肝脏及肾脏等器官衰竭;第二类,所患疾病需要长期强化治疗以延长生命,允许参加正常儿童活动,但是仍可能发生过早死亡,例如囊性纤维化、肌营养不良;第三类,没有治疗方案可以选择,只能进行舒缓治疗的进展性疾病,通常病程可持续数年,例如粘多糖病;第四类,患有严重神经系统缺陷性疾病,导致机体抵抗力下降,易发生并发症,通常不是进展性疾病,但其病情恶化是不可预料的,例如严重的脑性瘫痪。

2.2 舒缓治疗的内容

儿童舒缓治疗的内容包括疼痛及其他症状控制、舒适照护和对家长的支持等。因为儿童的生理、心理和其对家庭的影响均有别于成人,儿童舒缓治疗的设计与实施需要充分考虑该人群的特点。

2.2.1 疼痛及其他症状控制

疼痛及其他症状控制是指及时对症处理因疾病或治疗引起的不适症状,可以用药物或非药物处理。由于儿童对于疼痛的敏感程度高于成年人且不易识别,对于儿童持续性疼痛的药物治应遵循世界卫生组织推荐的三阶梯止痛法。该方法提出,对于儿童轻微的疼痛,应首选扑热息痛和布洛芬;对于儿童中度、重度的疼痛,应考虑使用强阿片类药物。密切评估患儿症状和治疗效果,并与家长进行有效的沟通。

2.2.2 舒适照护

舒适照护主要是为患儿营造具有舒适安全的客观环境,减少不适的症状,不做不必要的检查和治疗;根据儿童每个阶段的身心发展特点满足其需求,给予儿童学习、游戏与娱乐的机会。舒适照护的目的是提升患儿与家人的生活质量。

2.2.3 对家长的支持

对家长的支持是儿童舒缓治疗有别于成年人舒缓治疗的一个重点。要理解父母面对孩子患重病及可能死亡所出现的心理行为的反应,和整个家庭因此带来的改变和所面对的巨大冲击,这些都与照顾成人患者有很大的区别。另外是儿童患者的年龄差距以致儿童处于不同的心智发展阶段,怎样与儿童有效沟通成为一个重大的挑战。保持与家属有效的沟通,明白每个家庭的不同需求,进行持续的评估,制订针对性的护理方案,给予适当的心理支持和陪伴同行,与家庭建立互信的关系均可减轻家属精神压力。当家庭和患儿能缓和地接受和面对病情恶化和死别,最终孩子能够安详离世,双方的遗憾得以减少,有助减低家属日后出现复杂性哀伤的机会。

2.3 舒缓治疗团队及模式

舒缓治疗在欧洲、美国、加拿大等地开展较早,其模式也相对成熟。舒缓治疗的服务模式是以团队形式来提高患儿及其家属的生存质量。团队一般由多专业、跨学科人员构成,包括医护工作者、家人、朋友、宗教人士、伦理学者、营养师、社会工作者、丧亲辅导员等。除了专业的舒缓治疗团队作为主导,舒缓治疗工作还需要所有的儿科医护人员知晓及参与。

常见服务提供机构主要来自医院和社区。医院的服务会有两种形式,一种是以医院为基础的舒缓治疗小组服务模式,该模式以咨询服务为主。另外一种是在医院内设立安宁疗护病房,照顾临终阶段的病人。社区服务主要由有执照的临终关怀机构提供住院和日间专业服务,内容包括临床症状舒缓治疗、临终护理、心理支持和灵性关怀。住院服务可以让不在家离世的病人在临终阶段得到适当的照顾;而日间照护服务模式则伴有门诊服务,为病人及家人提供全方位的支持。此外,还有与社区卫生服务中心合作的入户家庭照护团队服务模式,为留在家休养的病人及家属提供护理技术和心理上的支持。目前针对儿童的大部分临终关怀机构属于慈善事业投资建设的公益性机构,少量由政府出资建设。

3 儿童舒缓治疗国内外发展现状

西方学者对儿童舒缓治疗提供情况进行了系统综述,结果显示全球 65.6% 的国家没有已知的儿童舒缓治疗服务项目,18.8% 的国家提供了基本的舒缓治疗服务,9.9% 的国家舒缓治疗服务已经普及,只有 5.7% 的国家将舒缓治疗服务纳入了医疗卫生保健系统。在美国,几乎每个城市都会有一家临终关怀医院,该医院会设置针对临终儿童的专门区域,且舒缓治疗服务已经纳入国民医疗保险范围。欧洲大多数国家也有较为完善的儿童舒缓治疗服务体系。

我国成年人安宁疗护的临床实践在不断推进,2019 年第二批国家安宁疗护试点工作正式启动,然而儿童舒缓治疗却发展十分缓慢。我国儿童舒缓治疗零星存在于北京、

郑州、上海、深圳等地, 服务资源匮乏, 治疗模式也相对单一, 主要是由部分儿童医院的血液科或肿瘤科附设的舒缓治疗病床, 如上海儿童医学中心、郑州市第三人民医院等儿童医院已开展儿童舒缓治疗项目, 为患儿提供舒缓治疗服务。位于长沙市第一社会福利院的“蝴蝶之家”是我国首个儿童临终关怀中心, 位于北京松堂医院的“雏菊之家”是国内唯一一个家庭式儿童舒缓治疗中心。我国农村地区的卫生资源不如城市地区, 在规划儿童舒缓治疗实施时, 还应考虑农村和城市地区的文化差异和当地资源的可及性, 包括就医习惯、医疗保险等。

4 儿童舒缓治疗的主要研究议题

越来越多的研究证明舒缓治疗可以改善生存和生活质量, 节省医疗成本。但作为一个较新的领域, 仍有许多理论及实践问题有待进一步研究。有研究根据德尔菲方法确定了目前全球儿童舒缓治疗研究优先事项, 这些事项主要围绕心理问题、疼痛管理、干预和护理模式、教育、政策和制度及伦理 6 个研究层面展开, 具体包括: 儿童对于死亡的理解; 当缺乏吗啡时, 儿童的疼痛管理; 儿童舒缓治疗资金支持和成本; 儿童舒缓治疗培训需求; 世界卫生组织推荐的儿童三阶梯止痛法评估; 患慢性危险生命疾病的儿童(非癌症)的疼痛管理; 儿童舒缓治疗干预和护理模式; 儿童舒缓治疗效果评价; 将儿童舒缓治疗纳入医学院校专业教育体系; 儿童阿片类药物的使用; 全球儿童舒缓治疗需求; 儿童舒缓治疗伦理。

4.1 心理问题

心理问题方面的研究主要集中在儿童对于死亡的理解。有研究认为, 儿童对于死亡的理解不仅受年龄、疾病种类、生病时间、是否经历过死亡教育等多个因素的影响, 还与患儿所处的文化背景有关。

4.2 疼痛管理

儿童疼痛是全球重大公共卫生问题, 儿童舒缓治疗研究优先事项中有 4 个是关于儿童疼痛管理的内容。这方面的研究主要涉及在常规镇痛药物缺乏的时候怎么改善末期儿童的躯体痛苦, 儿童末期呼吸困难和末期疼痛时吗啡的使用等。在过去的 10 年中, 用于治疗儿童疼痛的止痛药有了显著的增加, 然而关于这些药物的有效性和安全性的研究证据还十分有限, 相关方面的研究非常重要。

4.3 干预和护理模式

根据世界卫生组织关于儿童舒缓治疗的定义要求, 对于儿童舒缓治疗干预, 应该从诊断开始, 贯穿整个治疗过程。但是即便在舒缓治疗得到广泛认可的儿科肿瘤领域, 疾病晚期才转诊舒缓治疗的模式持续存在, 如何确定开展儿童舒缓治疗的具体临床实践路径仍是一个挑战。

4.4 教育

教育则包括如何将舒缓治疗相关课程纳入医学生和护理学课程体系中, 如何促成专科体系建立, 加强医学专业人员对舒缓治疗的认知, 估计儿童舒缓治疗培训需求等。国外研究者的研究提示, 针对医务人员, 儿童舒缓治疗培训计划的重点应包括专业技能培训, 发展不同专业学科间的合作关系, 针对儿童舒缓治疗工作中可能遇到的心理问题进行专业辅导, 以及强调以家庭为中心的舒缓护理原则。

5 小结

发展舒缓治疗既是满足群众多样化、多层次的客观健康需求, 也有利于节约医疗支出, 提高医疗资源使用效率。目前我国开展儿童舒缓治疗还存在许多障碍, 如相关概念的混淆 (传统观念认为只有濒临死亡的病人才需要舒缓治疗, 接受舒缓治疗是不合乎道德的行为)、缺乏舒缓治疗专业人员和机构、疼痛治疗的药物不可获及, 以及儿童舒缓治疗服务项目未纳入医疗保险等。虽然儿童舒缓治疗在我国已经开始起步, 但是距离提供大规模高质量的舒缓治疗服务的目标仍然遥远。我国迫切需要推进儿童舒缓治疗, 以支持患有危及生命疾病的儿童及其家庭的生理和心理需求。

◀专家观点▶

多管齐下改善儿科医师紧缺状况

日前,因绩效奖金过低,安徽省一家县医院的多名儿科医护人员联名向院领导提出转岗,引发舆论关注。院方迅速作出反应,积极妥善进行了处理。

院方在对外发布的声明中表示,根据医院绩效考核方案和平时考核结果,儿科医护人员以往实际发放绩效达到了全院临床科室平均水平,但 2020 年 7 月因儿科服务人数下降幅度较大,儿科医护人员绩效奖金与平时相比明显偏低。鉴于疫情影响及儿童疾病发病的季节性因素等实际情况,已调整了相关绩效发放标准,向儿科医护人员“倾斜”,使其达到平均水平。

该事件无疑折射出一些地区儿科医师所面临的执业困境。儿科具有执业环境高风险、高难度,医护人员高投入、低产出和低满意度的特性。“金眼科,银外科,哭哭啼啼小儿科!”医疗圈流传的这句话更是道出了儿科医师的尴尬。由于工作强度大、收入偏低、医疗风险大等原因,儿科医师长期紧缺。2019 年公布的一项调查数据显示,我国每万名儿童只有 4 名儿科医师。随着“二孩时代”全面到来,这一紧缺形势将更为严峻。近年来,儿科医师紧缺,儿科门诊一号难求,尤其是流感季儿科诊室人满为患的问题频繁引发社会关注,成为一个亟待解决的社会问题。

今年,受疫情影响,家长减少了带孩子去医院看病的次数,小病大多选择在家自愈,患者多、医护少的“供需不平衡”问题得到了缓解,但儿科出诊量大幅下降,尤其是对一些民营医院的儿科诊室来说,面临很大的生存压力。据媒体《新京报》报道,2020 年 1 月至 5 月共注销、吊销关键词为“诊所”的相关企业 1356 家,其中儿科、外科、内科门诊量受疫情的影响最大。

不过,总体来说,即便在常态化情况下,儿科医师收入也普遍偏低。据媒体“医学界”发布的《2018 年中国医生薪酬报告》显示,儿科医师的年均收入为 10.21 万元,与急诊科、中医科、内科和全科同为低于收入平均线的科室。这也是制约儿科医师人才供给,影响儿科医师队伍稳定的重要原因。

解决儿科医师“荒”的问题,待遇无疑是重要的抓手。针对儿科医师收入低、人员短缺问题,2016 年,原国家卫生和计划生育委员会联合国家发展改革委员会、教育部、财政部、人力资源社会保障部和国家中医药管理局发布《关于印发加强儿童医疗卫生服务改革与发展意见的通知》(国卫医发〔2016〕21 号),要求大力提升儿科医务人员岗位吸引力,确保儿科医务人员收入不低于本单位同级别医务人员收入的平均水平。同时,提出合理调整儿科医疗服务价格,对于临床诊断中体现儿科医务人员技术劳务特点和价值的医疗服务项目,收费标准要高于成人医疗服务收费标准;统筹使用住院医师规范化培训财政补助资金时,在生活补助等方面适当向儿科倾斜等。比如,深圳

规定儿童医院的补助标准为综合医院的 1.3 倍, 6 岁以下儿童相关医疗服务项目价格上浮 30%。

由于儿童的发育特点导致用药剂量少、辅助检查少, 因此, 提高儿科医师待遇, 除了适当提高收费标准, 还要遵循“以技养医”的逻辑, 用更科学、专业、细化的标准衡量医师的工作量。加快推进公立医院薪酬制度改革, 完善医院内部分配机制。在绩效考核中, 按照绩效与儿科工作岗位、工作量、工作强度、工作责任、工作风险、实际贡献、社会责任等因素相挂钩的原则, 向儿科倾斜, 充分体现儿科医务人员的劳务价值和职业风险, 提高儿科医师的工作积极性。收入之外, 还要在进修深造、职称晋升、奖金分配和科研立项等方面, 对儿科医师进行倾斜。这对于整体提升儿科医师的岗位吸引力具有重要意义。

儿科又称为“哑科”, 儿童不善于表达, 问诊、检查、治疗难度大, 对医护人员技术要求高。同时, 家长的关注度大、期待值高, 也加大了治疗压力和医疗风险, 甚至有些儿科医师经常受到不公正的对待, 这也是一些医师逃离儿科的原因所在。所以, 重点关注儿科复杂的医患关系, 针对儿童及其家属心理特点, 加强医患沟通, 引导居民形成合理的就医预期, 减少医疗纠纷也是改善执业环境的重要内容。畅通医疗纠纷解决通道, 同时严厉打击伤害医务人员、医闹等涉医违法犯罪行为, 解决儿科医师执业“风险高”的问题更是留住儿科医师的必要举措。

另外, 加强儿科医师培养培训, 提升儿科人才队伍建设, 也是破解儿科医师紧缺的重要环节。要完善高校儿科医师培养体系, 扩大儿科专业医师规范化培训规模。还要通过财政等手段吸引更多医学毕业生从事儿科医疗工作。比如天津采取 10 项措施, 在“招得来, 留得住, 提得高”三方面下功夫, 加强儿科人才队伍建设。其中包括在医学院校临床专业本科毕业生毕业前一年, 提前实施儿科医师定向公开选拔; 实施儿科岗位专项补助, 对入职到市和区属二级以上公立医院儿科岗位工作的应届毕业生给予补助, 如博士生可获得为期 5 年、每年 3 万元的补助。

提高儿科医师待遇, 除了适当提高收费标准, 还要遵循“以技养医”的逻辑, 用更科学、专业、细化的标准衡量儿科医师工作量, 在绩效考核中有所倾斜, 充分体现其劳务价值和职业风险, 多措并举提高儿科医师工作积极性。

(转载自《中国卫生人才》2020 年第 11 期, 作者为《中国教育报》评论员李一陵)

《科教动态》

提升区域儿科能级，助力长三角一体化发展示范区建设

——复旦大学附属儿科医院与吴江区第五人民医院推进深化合作

2021 年 1 月 16 日，复旦大学附属儿科医院与苏州市吴江区第五人民医院在吴江区第五人民医院召开深化合作座谈会，并正式签订《长三角一体化发展卫健系统医疗合作先行试点协议》，标志着复旦大学附属儿科医院与苏州市吴江区卫生健康委员会战略合作协议的一项重要项目落地。双方医院将从党建合作、医疗服务、学科建设、人文建设四个方面开展全面合作，提高吴江区儿科建设能级，助力长三角一体化发展示范区建设，做长三角区域一体化探索的先行者。



2020 年 6 月 5 日，得益于复旦大学上海医学院和唐仲英基金会的牵线搭桥，复旦大学附属儿科医院与吴江区卫生健康委员会签署战略合作协议，医院发挥三级甲等综合性儿童专科医院优势，推动吴江区儿童健康事业发展，并与吴江区卫生健康委员会党组、汾湖高新区党工委开展党建共建合作。



经过历时半年的调研磋商, 复旦大学附属儿科医院与吴江区第五人民医院的党建和医疗合作项目正式落地。根据当地儿科需求, 双方首批建立两个儿科工作室——黄瑛教授消化工作室和王立波教授呼吸工作室, 推动儿科适宜技术在吴江区应用。当日, 黄瑛教授和王立波教授带领专家团队在吴江区第五人民医院门诊开展义诊服务, 之后每周都将派遣团队成员至吴江区第五人民医院开展门诊和医疗指导工作。由唐仲英基金会资助的复旦大学附属儿科医院 CTF 儿童恶性肿瘤精准诊疗中心与区域诊治网络体系建设项目吴江区第五人民医院协作点也在签约当日揭牌, 协作点将实现市县级儿童肿瘤多学科规范诊疗。



党建和文化合作是双方合作的重要内容。徐虹书记表示, 双方将以党建合作引领合作的全过程, 希望双方党建合作成为复旦儿科医联体党建联盟的典范。复旦儿科党委党校将向吴江区第五人民医院开放党校培训资源和师资, 双方开展联学联建, 共同提升党建水平, 并发挥复旦儿科人文建设的经验和优势, 帮助吴江区第五人民医院培养一支优秀辅导师资队伍。



复旦大学常务副校长、原上海医学院院长桂永浩教授表示, 期望双方将党建和业务合作落实落细, 切实助力长三角一体化发展示范区建设, 为长三角医疗一体化建设提供有益经验。



当天下午，复旦大学附属儿科医院和上海市学校卫生保健协会联合举办医教结合研讨会，会议由吴江区第五人民医院承办。会议邀请吴江区卫生和教育系统代表参加，并采用云直播方式进行直播。复旦大学附属儿科医院、上海市学校卫生保健协会和吴江区第五人民医院的相关专家进行了交流发言，并对在长三角地区进一步开展医教结合工作进行讨论。会议上，复旦大学附属儿科医院和金宝贝集团签署合作备忘录，探索医院和社会教育机构开展医教结合合作新模式。双方将结合复旦大学附属儿科医院作为国家儿童医学中心的专业优势和金宝贝在科学早教体系和家庭育儿指导方面的经验和能力，提升科学育儿的学术研究发展，促进家庭育儿观念和方法升级，提升学科发展水平，造福社会。



（转载自复旦大学附属儿科医院官网并编改）

印刷单位：上海市欧阳印刷厂有限公司

印刷数量：300本

发送对象：市卫生健康委员会、区卫生健康委员会、卫生健康委员会直属单位、医疗机构、
高校医学院及相关研究机构、其他相关联系单位