

我国城市医院改革的探讨

INQUIRY INTO REFORMATION OF CIVIC HOSPITAL SYSTEM

钱肃凡

城市中许多大医院兼有医疗、教学、科研多方面的任务。城市医院的改革比工厂和其他服务行业还要复杂。现就我所见到的美国一些医院的做法,结合我国具体情况,对城市医院改革提出一些建议。

(一)下放人事权,调动基层积极性。

多年来,城市医院实行“大锅饭”制,医院内部工作人员有严重忙闲不均现象。

多数美国的医院病床不多(少于500张,极少超过1000张的),工作人员都是“一个萝卜一个坑”,效率很高,闲散人员极少。主要原因是基层(科、室)有人事权。科主任根据工作量决定需要什么样的人,需要多少人。所要招收的人均经科主任、科内主要业务骨干以及相关科室负责人面谈后决定取舍。要辞退什么人也由这些人共同决定。主任以下有独立工作能力、单独负责某项工作的业务骨干也有权决定取舍自己的助手。医院一级除审定医院一级人员的增减外,对科室人员的流动,虽有最后批准权,但只备案,不能直接干涉。

把人事权下放到基层的优点:(1)基层单位最了解本单位的工作需要和每个人的能力,及时取舍,可以最大限度地发挥每个人的作用。(2)避免了医院人事权集中在人事科,有时人员调动不符合工作需要,和“走后门”现象。(3)在知识分子集中的基层,可放手发挥他们的专长和作用。

在下放人事权的同时,也应把财权下放到基层。科室、研究室主任负责与该科室、研究室有关经费的分配与使用。医院一级可以采取适当措

施来平衡和调节。这样可以消灭公文旅行,瞎指挥和盲目浪费现象。

(二)改革工资制度,实行多花多得。

美国医院的工资制度,有的是完全根据工作量浮动,有的则相对固定。看来后者的弊病较多。有些技术员看老板在则十分卖力,老板一走就坐下来吹牛。但两种工资制都绝不是按年资排工资等级,而是根据各人的工作能力、工作性质(技术高低)、工作量和成绩决定的。相同年资的人工资可以相差几倍,不同单位工资也不一样。这样有利于个人和单位之间的竞争。

我国过去也曾试过打破平均主义,进行过工资改革,但是仍没有真正做到按劳分配,多劳多得,而是工资的高低取决于行政职务。结果使有些人看风使舵,拼命按行政级往上爬;一些具有医技人员和行政人员双重身份的,哪边有利往哪一边靠,而真正在医疗第一线辛勤工作的就望尘莫及了。这使脱产的人愈来愈多。事实上,医院一级的管理、财务、修理、供应等工作需要专人去做,但这些人员都需经过专门训练。医院的党、团、工会等组织的工作人员应不脱离医疗工作。

另外,还有一种倾向,一些年资高、有名气的医生,经常被请去会诊、讲课、示范,而大量医疗工作压在一些中年医师身上。他们经济不宽裕,家庭和业务负担重,健康状况不佳。他们的医疗和科研水平难以提高。等到老一代有经验的专家辞世后,我国将没有相当数量的高质量新生力量接班。所以对目前在第一线担负重大责任的中年骨干们,应创造条件提高他们的业务水平,

还应视工作量和工作难度的不同,适当地提高他们的工资,改善他们的生活条件。

要搞好城市医院改革,就要下放人事权和财权,打破工资上的平均主义,才能有一个突破性的进展。

(三) 实行计划诊治。

目前我国城市医院一个突出问题是看病等候时间长,住院等候时间可长达几年。这种情况固然和我国医务人员不足有关,但也和管理方法密切相关。

在美国,有的医院完全采用门诊预约制。病人事先打电话、写信或亲自去预约处,说明要看什么科,甚至可以要求安排在什么时间。医院根据医生每天门诊情况予以安排,在某一天,某一时间,由某医师诊治。这样病人按时来,稍候即可看病。门诊医生因为有了病人“定额”而缓解了忙闲不均现象,而且还可对一些疑难病例作好事先准备,不用临时冥思苦索,从而节约了看病时间。在我国城市大医院不少病人是经过各级医院诊治过的,早已有初步诊断,要做到计划门诊并不困难,至少可以部分做到,再逐步扩大。

在美国,病人住院手术完全是根据计划的。医生认为病人需要手术,就安排在他自己的手术计划表上,当场可以告诉病人手术时间。病人手术前1~2日入院,简单准备之后就可手术。其优点:1.病人手术有期,可以早做准备,既不会虽经登记,但真正手术却渺茫无期,也不会面对突然来的住院通知手足无措。2.门诊一手术一贯制,避免了门诊收病人而住院医生却认为不需手术,使病人入院后就出院的“空住院”现象。3.病人手术前住院时间短,既避免了床位的浪费,也大大减少了在医院染上抗药性细菌而使术后感染率增加和难于处理的可能性。

在我国要做到计划住院,还需要完善医疗保健制度,辅之以各级医疗单位密切合作。病人出院后应有专门随访,一旦有问题能得到及时处理;由大医院回外地的病人,要携带详细病历,使病人出院后有安全感,乐于缩短住院时间,以缓解病床爆满之患。

医疗卫生常识的普及,有助于病人对自己病情的了解和采取相应的措施,一旦有什么情况也不会大惊小怪,也避免了病人大量不必要的旅行。在美国几乎所有医院都有各种小册子,以不同疾病或手术为题,通俗而详细地介绍疾病的原因、症状、并发症、注意事项等。

(四) 充分发挥高级医师的技术专长

除了我国医务人员所占人口比率低以外,病人住院难、手术难的主要原因是没有充分发挥各

级医师,特别是有经验的高级医师的技术特长。例如,国内某大城市的一个大医院,心脏外科主治医师6人,每天只能开1~2台体外循环手术。除手术设备,手术室工作人员及病房护理人员的数量和质量,有关科室人员和设备的配合能力等因素外,充分发挥各级医师的作用是一个重要问题。

美国中部某大医院,主治医师也是6人,但每天能进行体外循环手术8~12台。而且他们是分两批隔天轮流手术,每人每天能参加4~6台体外循环手术。他们采取的措施是,每台手术均由住院医师及进修医师上台先做,到了最关键时刻,主治医师再上台,做完该部分后,余下的仍由原来一批人继续完成。这样他在每一台手术上的时间只有1~2小时,用于完成该手术最困难、最关键的步骤。住院医师也因此得到锻炼和提高,逐步达到胜任复杂手术的水平。这种作法绝不是对病人不负责任。相反,打破了不分技术高低,统一从头做到尾的平均主义,体现了“各尽所能”的精神,让高级医师充分发挥其作用,正是负责的表现。如果让他们一个人从头做到尾,到真正关键时刻体力不支,脾气也急,感到力不从心,反而降低了他们的手术水平。年轻医师本来能做得更好的操作,也得不到锻炼。

在美国,还有专门的“外科助理”,由相当于护士级的学校培训。他们在手术室里的职责是专门协助手术的进行,除了不能主刀以外,从手术插管、做切口、取静脉、术中助手到关闭切口样样精通。由于他们的工作,大大减轻了外科医生的负担,使他们能完成更多的工作。此外,在不少大医院中手术室均配备有一批专门的记录员和打字员。主刀医师下手术台后,记录员根据主刀医师的口述,记录后交付打印,第二天早上由主刀医师审阅、修改、签名。术后大量的工作由监护室人员处理,主治医师只在关键问题上做些调整。每个主治医师均有各自的成文的“处理规则”,对术前术后的处理都有详细而明确的规定,下级医师或助理就根据“规则”来处理病人,发生差错,责任明确。这样做,也可以促使主治医师们不断从理论上提高,在实践中丰富自己的经验,使自己逐渐变得高明起来。为了使有经验的医师能“连续作战”,还配合一些必要的福利条件,保证他们“既忙,又不累”,做到无后顾之忧。

以上措施,好象和我国具体情况相距甚远,细想起来,也不尽然,因为它们符合经济规律的。例如外科助理、记录员、打字员的培训时间并不长,不少地方是由老年护士来担任。其结果是减轻高级医师的负担,使他们能有更多的精力

和时间为解决疑难问题,从而大大提高医疗质量。试想如果我们的六位心脏外科主治医师每天也能开8~12台体外循环手术的话,效率将提高多少倍。

在我国,有经验的高级医师数量并不多,他们是国家的宝贵财富,如果提倡有特长的医务人员兼职,可同时为几个单位解决疑难问题,有利于充分发挥他们的技术专长,这不仅是当务之急,也是长久之计。

一段时期,在提倡行政领导年轻化的同时,也有过份强调业务人员年轻化而不注重知识化、专业化的倾向。例如大力宣传某外国计算机研究单位人员平均年龄二十几岁。计算机是新兴学科,年轻人起主导作用是正常的。医学则不一样,工作时间长,无疑地具有较多的经验,如果忽视了这一点,一味强调医学上也由年轻人主导,而把有经验的老医师搁在一边,将会给医学事业带来巨大损失。

(五) 提倡人才流动

我国一向采取统配人员的方法,接收单位无权选择分配来的人员,医务人员自己也很少有选择工作单位的余地,造成了一些单位人才积压,而另一些单位又人才缺乏的现象。常常有这种例子:一位医师在一个医院内多年,工作并不出色,也不为别人所重视;一旦到了另一个单位,很快做出了成绩,成为该单位的主力。如能借鉴美国的经验,可能有助于改善这种情况。

在美国,各医院均有权招聘和辞退人员,每个人也都有选择和辞去工作的自由。在一个医院不能发挥其才能的人才,尽可以找到能充分发挥其才能的岗位,贡献其力量。这样人员的配备会更加合理。

(六) 破除好高骛远作风,踏踏实实地搞好科研。

解放以后,我国医学科研工作在一些方面有所突破,有的在世界上居领先地位,但在好多方面,在世界性会议上,我们很少有发言权。

先进的科研不在于大轰大嗡,主要在于根据医学发展的需要,细心调查前人已经做过的工作,找出目前尚未解决的难题,在一个个小领域内进行突破就是先进所在。许多小领域加起来才有可能在大领域内突破。看不起小题目,只是梦想某一天创造“奇迹”,就很难搞出先进的东西。所以在审批科研基金时,要防止科研基金大笔大笔地落入光有大题目而无实现可能的无底洞中。坚决反对只凭主观愿望,海阔天空地选题。

在科研管理上,不妨看一下美国的情况。美国的科研范围极广,题目繁多,经费开支十分庞

大。全国性的机构,各州、各大学及研究机构、工业公司均可以审批和发给科研经费。他们的审查都十分仔细,每个课题均需由主持者写出详细报告,包括这个课题的历史、现状、远期目标、近期目标、具体措施(包括实验室、仪器设备、人员分工)、时间安排、目前已取得的初步结果等等,短则几页几十页,长则几十页甚至上百页。各级均有专门的审批委员会,收到申请后,请若干位在这方面有经验的专家审批。只有题目先进、措施可行、有前途的题目才能获得批准。发给经费后,每年均由申请单位写出当年工作小结,报告进展情况(如解决了什么问题,发表了多少论文等)。有时还派专人实地检查,确有进展的,才能获得下一年度经费,否则课题将被取消。对一些题目很大,一时不能确定取舍的,先给与短期试探性研究,哪里有进展,以后的经费就发给那里。

充分发挥知识分子的作用,并不在于都让他们去担任行政领导,也不是每个有业务专长的人都能担任行政领导。更重要的是让千千万万有研究能力的知识分子在他们的工作范围内有实权。实行科研合同制后,课题包干,按成绩发经费,课题负责人有充分的权力使用经费和人员。科研人员放开手脚,科学研究才会遍地开花。几年来一些在国内看来并不出色的人,到国外后能作出优异成绩,这说明只要摆脱各种束缚,提供适当条件,我国的医学科学研究是可以赶上世界先进水平的。

(七) 改善卫生系统管理制度。

实行医院改革,还应和改善卫生系统管理制度同步进行。不打破束缚医院手脚的制度和措施,医院一级所能给予基层的“自由”也是十分有限的。例如,某大城市,病人用血由各医院自己解决,有自己的输血队伍。后来,输血队被取消了,代之以全市统一的“中心血站”,负责全市供血工作。不仅平空多了一个单位,而且医院用血要经过更多的周转和运输,各医院的供血量反而减少,许多手术因血源不足而被削减或停顿。在美国,有各种大小不同的托拉斯。他们也有输血研究所和血液中心,但从未听说有“输血托拉斯”。他们用血量很大,但都由各单位自行解决血源问题。

(八) 扩大学术交流。

在医学科学高度发达,分工十分精细的今天,开展广泛的学术交流是促进学术水平迅速提高的重要途径。在美国,一年中举行多次专业性的全国会议,还经常召开地方性、区域性的会议;各单位也经常邀请专家作短期讲课,有时还重金聘请国外专家传授经验。愈是有名气(下转第31页)

冶金学家，而且在很多科研机构中兼任顾问。这样，教授本人和社会密切联系，也就确保了高等学校科研与生产实践的结合。因此，一个大学能否与生产实践密切结合，是否能培养社会所需的人才，决定了该大学的兴衰。

我们的教育方针明确指出“教育为无产阶级政治服务，教育与生产劳动相结合”，但十年动乱时期，学校只强调结合生产实际，忽视了基础理论，使学校变成了工厂、农场。而近年来，学校又远离社会，学生很少参加劳动，忽视实验，十分缺乏动手能力，这是必须克服的。最近，我们看到有些高等学校重新提出实行与企业、科研单位三结合，这是十分可喜的现象，希望能够推广。

六、高水平的教师队伍和民主的管理体制

高水平的教师队伍是提高教育质量的根本保证。在加拿大，由于教师的社会地位和工资收入都较高，这是确保教师质量的社会保证。一般中小学教师平均收入为每年36000加元，高等学校略高约每年3~7万加元。因此，教师的待遇处于社会中上水平（社会上平均50%的在职人口年收入为25000加元）。这就确保了教师的质量。另一方面，教师职称明确，晋升严格，从具体制度上确保了教师质量。

大学教师的职称分为三级：“助理教授”（Assistant Prof.），副教授（Associate Prof.）和正教授（Full Prof.）。一般在大学得到博士学位后，可被聘为助理教授。经过5~7年的教学和科研，凭学校晋升考核委员会推荐，理事会认可，提升为副教授。那些确有能者，再经5~7年，如确有水平并得到国际上的承认，可获正教授职称。

教师职称的评定，晋升，提薪主要按以下几个条件考虑：一是教学能力，这一条和教师开课的门数和同行、学生的评议有关。二是科研能力，主要取决于发表论文和科研成果的数量和质量，同时也取决于获得科研基金的多寡。在加拿大，高等学校的教授和副教授都必须既搞科研又搞教

学，没有只搞教学不搞科研或只搞科研不搞教学的教授。这就避免了只重科研或单纯教学的倾向。三是行政管理能力，这要考察一个教师在各种委员会中的工作情况，研究经费，人员管理等。加拿大的教授和副教授都参加一定的科学组织，有一定的社会工作。同时系主任，院长等职由教授轮流担任，一般每届三年，最多连任两届。所以，每个教授必须有一定的管理能力才称职。同时，也避免了任行政职务过长而疏于科研的问题。

对教师职称的评定十分民主。一般大一点的系都有三个委员会：由系主任聘请的教授组成的行政委员会；由教师和学生代表组成的课程委员会；一个教职员评定委员会。一个教师的提升首先要由系里推荐，然后院一级审查，通过后推荐到理事会批准。如果教师认为某一环节处理不公平，可以通过各组申诉，如申诉被批驳而教师本人仍然不服，可以去法院申诉。

尽管在领导体制上充分民主，但校、院、系充分贯彻一长负责制。一旦各级委员会授予校长、院长、系主任权力，他就有权负责执行。这样减少了很多繁琐的讨论和研究，因此，从某种意义上讲，这种领导体制体现了民主和集中的统一。

（上接第37页）的单位，请人讲课的机会愈多，学术活动愈活跃，这使一些新技术能迅速得到普及。

为了及时了解世界医学科学成就和动态，我们还应有齐备的国外医学期刊，和先进的文献检索系统。为了更好地与国际上的医学同行交流，应该重视出口文献资料的印制质量。看到在美国一些医学中心，陈放在书架上的精装杂志和胡乱用绳捆着堆放在角落里的《中华医学杂志（外文版）》，不禁使我们感到惭愧。究其原因，恐怕是不重视的结果。

由于城市医院改革涉及面广，各地、各单位情况各异，改革的模式也不可能千篇一律。囿于本人专业和未能对不同医院的管理进行全面了解和调查。这里所提的一些设想，仅是许多可供讨论的部分措施，抛砖引玉而已。