

情况更为严重,这又增加了室外空气质量对教室内空气质量的影响,加之教室是学生活动频繁的地方,学生的走动、翻书、粉笔的使用等因素造成了教室内空气中颗粒物的浓度超标。

调查结果显示,CO₂浓度的不合格率高达35%,提示教室空气CO₂污染现状不容忽视,应提倡教室在使用过程中加强机械通风或自然通风,特别是在冬春季节更应该大力提倡,以降低由于人的新陈代谢而产生的CO₂,从而保护学生身体健康,提高学习效率。

针对兰州市高校教室环境存在的若干卫生问题,应采取有效防控措施,改善教室环境卫生,保护学生健康。为此,提出以下建议,供有关部门参考:(1)有条件的学校可以在教室安装空气质量监测装置,使教室卫生质量处于监控之下;(2)在沙尘天气频发的冬春季节,可采用空气调节装置降低室外污染物进入教室的数量,在夏秋季节,尽量通风;(3)针对西北地区气候干

旱、空气干燥这一特点,在教室安装湿度调节装置;(4)控制教室的装修程度,对装修材料的选择要严格把关,装修后的教室不得立即投入使用,一定要经过一段污染消除期;(5)在教室内放置盆栽花卉,如吊兰、橡皮树等等,一方面可以调解教室内的微小气候,另一方面可以吸附颗粒物、有害气体等。

4 参考文献

- [1] 姚志麒. 环境卫生学. 北京:人民卫生出版社, 1994. 303-305.
- [2] 黄玉霞, 王宝鉴. 兰州市呼吸道疾病与沙尘天气关系的分析. 甘肃气象, 2001, 19(3): 41-43.
- [3] 王式功, 杨民, 祁斌, 等. 甘肃河西沙尘暴对兰州市空气污染的影响. 中国沙漠, 1999, 19(4): 354-358.

(收稿日期: 2007-11-06; 修回日期: 2008-01-09)

【高校保健】

高校医院改革与发展的多样性

杲强

【文献标识码】 B

【中图分类号】 R 197.3

【文章编号】 1000-9817(2008)07-0669-02

【关键词】 卫生保健改革; 组织和管理; 院校

随着高校招生规模不断扩大、部分高校合并重组以及高校新校区的建立,许多部属院校校医院的规模和人员数量在近年来都呈现较快的增长。2001年以后,许多省属高校相继参加所在地区的城镇职工基本医疗保险,彻底摆脱了曾长期困扰高校医院的公费医疗管理问题,也确实方便了学校教职员工的门诊和住院医疗。然而,医疗改革也使学校师生员工多年养成的就医习惯悄然发生改变,使学校师生员工对校医院的依赖程度逐年降低,进而造成许多高校医院门诊病人的大量流失,加上近年来许多省属高校医院工作人员的自然减员,这些省属高校医院的规模和业务都呈现逐年萎缩的趋势。还有许多高校医院由于所在高校实施后勤社会化改革,使这些高校医院已从学校的附属单位变成了高校大后勤的一部分,从而使高校医院的改革与发展越来越呈现多样性的特点。

1 高校医院改革与发展的多样性及主要表现

1.1 高校医院基本情况不同 目前,绝大多数高校医院属于学校的附属单位或直属单位,另有部分高校医院隶属于学校的卫生处、后勤管理处、国有资产与后勤管理处、后勤集团、后勤服务中心。机构名称有医院、校区医院、医疗保健中心、社区卫生服务中心等等。校医院的行政级别有科级、副处级、正处级及无级别管理。工资与校内津贴的发放情况是:绝大多数高校医院员工的工资与校内津贴均由所在高校全额发放,另有部分高校医院员工的工资由所在高校全额发放,而校内津贴则由校医院通过创收自筹;部分高校对校医院承担的预防保健工作、食品卫生监督、公费医疗管理、计划生育、大学生健康教育等项

工作,通过实行定岗、定编、定任务、定补贴的做法,由学校全额发放;对校医院承担的医疗工作则实行企业化管理,社会化运作,自收自支,自负盈亏,由校医院自行承担工资、校内津贴、福利费、水电费及医疗成本等各项费用,在取得学校补贴费的同时,年终需要将学校发放给校医院全体工作人员的工资总额全额返还^[1]。

1.2 实行的医疗保障制度不同、关注的问题不同 目前,绝大多数部属、委属院校和部分省属院校仍在实行公费医疗制度,这些高校的校医院关注的问题依然是如何解决公费医疗经费严重超支的问题^[2-3]。而校医院的重要任务之一,依然是定期解决学校师生员工转外就医后的医疗费报销问题。尽管,在现行的公费医疗制度下,学校师生员工患病后个人承担的医疗费用比例较低,但由于实行公费医疗制度,学校师生员工就医时必须首选校医院,而校医院的规模普遍较小,24 h 应诊能力普遍较差,凡遇特殊检查、疑难危重病的诊治仍需及时转外就医^[4],于是就存在师生员工转外就医后需要回校报销公费医疗的问题。

与之相比,许多省属高校在参加城镇职工基本医疗保险之后,教职员工可以在省社保中心确定的所有定点医疗机构就医,可以在省社保中心确定的所有定点零售药店购药,此项改革不仅充分满足了患者就医时的灵活偏好,也方便了学校教职员工的门诊和住院医疗,解决了困扰这些省属高校医院的公费医疗管理问题。与此同时,由于许多省属高校大学生的公费医疗已经取消,大学生住院主要依靠自愿购买的学生平安保险附加住院医疗保险,门诊则靠学生自己在药店购药,致使医疗改革之后学校师生员工原有的就医习惯正在悄然发生改变。学校师生员工对校医院的依赖程度正在逐年降低,许多省属高校医院原有的门诊病人已大量流失,这些省属高校医院关注的问题已转为如何解决由于医改而引发的有效需求不足和高校医院的业务逐渐萎缩的问题。

1.3 参与社区卫生服务工作的情况不同 尽管许多高校医院的管理者都认为,开展社区卫生服务应成为国家医疗保障制度改革与高校后勤社会化改革之后,高校医院的工作定位与改革

【作者简介】 杲强(1958—),男,陕西西安人,大学本科,主任医师,主要研究方向为学校卫生与学校医院管理。

【作者单位】 西北师范大学医院,甘肃兰州, 730070

发展思路^[5-9],但不久前中国高等教育学会保健医学分会所做的一项调查表明:目前只有北京、山西、江苏、内蒙古、湖北、广东、陕西、山东等8个省市已将本省市的一部分高校医疗机构纳入社区卫生服务体系管理,而上海、天津、浙江、安徽、江西、辽宁、黑龙江、吉林、河北、四川、重庆等11个省市尚未将高校医疗机构纳入社区卫生服务管理范围^[10]。这表明在开展高校社区卫生服务工作方面,客观上存在着相关政策不配套,各地区医疗卫生体制改革进度不一的问题;主观上存在着各地高校领导和高校医院对开展社区卫生服务工作重要性与紧迫性认识上的不统一,所在高校和高校医院的校情和院情的千差万别,学校相关政策又不配套的问题,致使这项工作至今在许多高校医院都尚未开展。

1.4 医院编制规模和拥有的仪器设备差别较大 一些部属高校医院的编制床位数已达到或超过100张,医院的科室设置已接近或达到二级乙等综合医院的基本标准,工作人员的总数已接近或超过百人,拥有仪器设备的总价值已达到几百万元;还有部分合并重组的高校(如吉林大学、浙江大学、西南大学等),校医院的职工总数都超过了200人。而许多省属高校医院只拥有一级医院所要求的最低编制床位数(20张),但实际上不设病床,或开设的床位数只勉强达到20余张,且主要是用做门诊输液病人的观察床,而不是用于收治住院病人;门诊不分科,或只有为数有限的科室;医院实有工作人员少则十余人,多则数十人不等;拥有诊疗仪器设备的总价值只有几十万元到近百万元不等。

2 高校医院改革与发展的多样性所引发的思考

20世纪50年代建立起来的公费医疗,在筹资、管理和费用支付各个环节都存在着诸多深层次的矛盾,越来越难以适应社会主义市场经济体制下发展的需要,公费医疗被城镇职工基本医疗保险所取代势在必行^[11]。随着公费医疗被取消,高校医院的工作职能、工作定位与改革发展思路也必然要随之发生改变,这同样是势在必行。需要引起注意的是,高校医院改革与发展过程中所呈现的多样性表明,高校医院的改革与发展过程中既没有一条一成不变的发展思路,也不可能只有一种固定的发展模式。只要国家医疗保障制度改革与高校后勤社会化改革还在继续,高校医院改革与发展过程中所呈现出的多样性就将长期存在。但可以肯定的是,无论国家医疗保障制度怎样改革,都不可能出现高校医院将逐渐被撤销的情况,同样也不可能出现按照高校师生员工总数简单化地确定高校医院的编制规模进而使高校医院获得较大发展的情况。还可以肯定的是,即使全国高校都参加了城镇职工基本医疗保险,各地高校医院的改革与发展状况、所在高校对校医院的重视程度、期望水平,学校师生员工对校医院的关注和依赖程度仍然会有很大的不同。

从已有的改革来看,在实行城镇职工基本医疗保险之后,虽然许多高校医院都已成为本校教职员参加医疗保险的定点医院,但这并没有带来之前曾经预期的高校医院将迎来一次难得的发展机遇,并因此而获得较快发展的情况。另有许多高校合并重组后,校医院工作人员的数量好像增加了许多,但由于这些工作人员实际上是分散在几个不同的校区,每一个校区医院实际上都是在各自为政,校区与校区之间既没有人们所期望的资源共享,也没有医疗服务市场规模的明显扩大。其结果是既没有真正带来高校医院自身结构的优化,也没能从根本上改变高校医院事实上还是以预防保健为主的工作性质,以及高校医院的管理和运行模式仍然像一个门诊部而不像一个综合医院。还有一些高校医院最初开设医院分部,学生区门诊室的

初衷只是希望方便病人,并以这些医院分部或门诊室为窗口,为校医院本部吸引和输送更多的病人,但结果却是把较多的病人推到了诊疗仪器设备相对更少的门诊室。不但降低了医疗服务质量,而且分流或截留了本应到校医院本部做进一步检查或治疗的病人,致使前往校医院本部的病人越来越少,诊疗仪器设备的使用率越来越低,校医院的综合效益越来越差。上述改革与实践表明,高校医院改革与发展过程中所呈现出的多样性,是由事物的内在原因与外在原因共同作用的结果。由此而引发的一些变化是不以人们的主观愿望而转移的,一些变化甚至超出了改革之前的预期。正因为如此,在一些高校医院行之有效的成功经验和具体做法,在另外一些高校医院实行起来却并不理想甚至会完全走样。无视高校医院改革与发展中所呈现的多样性特征,照抄照搬、盲目扩张、盲目发展的做法是不可取的。面对高校医院改革与发展中所呈现出的多样性特征,正确的态度和做法应该是既要大胆改革、锐意进取,又要始终遵循因地制宜,鼓励探索,允许多样性,避免和防止“一刀切”的做法。

正视高校医院改革与发展过程中所呈现的多样性,有助于克服长期以来思维上存在的刻板性,增强思维的灵活性与多样性,积极探索解决高校医院问题的新办法和新途径,学会区分增长与发展,努力提高高校医院改革与发展的质量,做到大有大的优势,小有小的特色。同时,在确定高校医院的工作定位与改革发展思路时,既要与国家医疗保障制度改革的总体目标和要求一致,又要与所在高校医院的规模和综合实力相适应,做到适应市场需求而又力所能及。要始终注意从所在地区、所在高校和所在校医院的实际出发,既不能盲目攀比,也不能贪大求全、照抄照搬。还要注意控制高校医院的发展规模,选择和引进适宜技术,克服功利性的发展观与政绩观,始终把既有利于高校医院的生存与发展,又不加重所在高校的办学负担作为做计划和搞改革的出发点与落脚点。这也是高校医院改革与发展的多样性带给我们的重要启示。

3 参考文献

- [1] 李英奇,王小英,陈立峰.高校医院社会化改革的实践与思考.中国学校卫生,2005,26(9):771-772.
- [2] 金科,黄国斌.高校医院降低医疗费开支的措施.中国校医,2004,18(4):373-374.
- [3] 池景泉,刘新霞,梁德英,等.高校公费医疗超支的原因与对策.保健医学研究与实践,2007,4(2):82-84.
- [4] 杲强,马永理.研究市场、找准定位、切实做好高校社区卫生服务工作.甘肃省经济管理干部学院学报,2002,15(4):57-58.
- [5] 杲强.开展高校社区卫生服务的重要意义和形式内容及具体做法.卫生软科学,2003,17(4):14-16.
- [6] 金科.高校医院向社区卫生服务中心转制的探讨.医学与社会,2004,17(5):15-16.
- [7] 丁继侠,程建会.新时期高校医院职能定位的思考.河南工业大学学报:社会科学版,2006,2(3):128-130.
- [8] 李英奇,王小英,王为,等.高校医院功能定位探讨.浙江预防医学,2005,17(6):70-71.
- [9] 贺玲.构建现代高校社区卫生服务中心的几项策略.中国学校卫生,2007,28(3):263.
- [10] 李英奇,王小英,朱梅,等.对高校医疗机构参与社区卫生服务情况的调查分析.中华医院管理杂志,2007,23(1):65-66.
- [11] 仇雨临.公费医疗,该退出历史舞台了.中国医院院长,2007,(20):16.

(收稿日期:2008-02-27)