

各地中医药

我国大陆和台湾地区中医医院设置标准的比较

包文虎 刘晓明 任硕兰 李琳

(北京中医药大学,北京市朝阳区北三环东路11号,100029)

关键词 中医医院设置标准

设置标准是医疗机构的基本标准,是设立医疗机构的基本要求和管理的依据,也是机构自身建设的指南。近年来,随着中医文化在世界各地广泛传播,中医医疗机构在世界各地发展迅速,各国(地区)卫生行政部门和行业协会日益重视对其进行规范和管理,同时由于各国(地区)社会、经济、文化、政治等方面的差异,各种现行的中医医疗机构设置标准既有相通的内容,又各有特色。中医医院作为中医医疗机构的重要组成部分,在中医医疗、科研、教学等活动中发挥着不可替代的重要作用,其设置标准也是中医医疗机构中相对严格和全面的。我国大陆和台湾地区作为中医医院的重要分布区域,其发展既一脉相承,又由于地理上的天然隔离、日本殖民和两岸的分离,而存在着各自的特殊性。本文将结合两岸中医医院发展的实际情况对中医医院设置标准进行深入比较,分析两者的异同点和各自的优缺点,为中医医院乃至其他类型中医医疗机构设置标准的完善提供借鉴和参考。

1 标准简介

我国卫生部和台湾“行政院卫生署”分别于1994年和1998年颁布了《医疗机构基本标准》(以下简称卫生部标准)和《医疗机构设置标准》(以下简称台湾标准)。台湾《医疗法》规定:“医疗机构设有病房收治患者者为医院,仅应门诊者为诊所;非以直接诊治患者为目的而办理医疗业务之机构为其他医疗机构”,所以台湾标准中将医疗机构分为医院、诊所和其他(包括捐血机构、病理机构等)三大类型。大陆地区还没有出台基本医疗法,卫生部标准亦未对医疗机构给出明确定义和分类。卫生部标准的10个部分包括医院、妇幼保健院,乡镇卫生院,门诊部,诊所(包括卫生室、医务室、卫生站等),村卫生室(所),专科疾病防治院、所、站,急救中心、站,临床检验中心,护理院、站。两个标准的医院部分都包括了中医医院,同时分别将其划分成不同的级别和类型,卫生部标准将中医医院分为

三级、二级、一级共3个级别,台湾标准则划分为中医综合医院和中医医院2种类型。

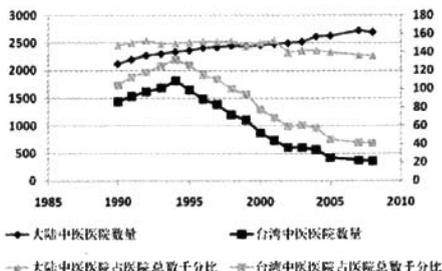
2 标准背景的比较

近十几年来,两岸中医医院经历了不同的变化过程。

从数量上看,大陆地区中医医院数量一直呈稳步增长态势,从1990年的2080家稳步发展到2009年的2728家^[1];台湾地区中医医院数量从1990到1994年经历了短暂的上升,从86增加到109家,随后呈现出逐年减少的趋势,到2008年减少至21家^[2]。台湾中医医院数量在1994年以后逐年减少,主要是因为台湾1995年3月实施全民健康保险后,医院朝着大型化方向发展,中小型医院数量逐年减少,医院总体数量逐年减少^[3]。

从两岸中医医院占医院总数的比值的变化的变化上看,自1994年以来两岸皆呈降低趋势,其中大陆降低趋势相对较缓慢。1990年到2008年,台湾中医医院占医院总数的比值在13%~4%的范围内,大陆在15.3%~13.4%的范围内,自1994年以后,由于台湾该比值下降较快,二者差距逐年增大,到2008年二者差距已达到9.6%左右。从以上比较可以得出两岸中医医院发展变化的情况:大陆中医医院数量逐年增加而台湾逐年减少;大陆和台湾中医医院占医院总数的比值都在下降,而台湾下降速度更快。见图1。

图1 大陆与台湾地区中医医院数量及占医院总数比例



注:台湾地区2006年数据缺失,故大陆地区亦未统计在内。

表1 卫生部标准和台湾标准框架和简要内容对比

标准项目	卫生部标准			台湾标准	
	一级	二级	三级	综合中医医院	中医医院
床位	20~79	80~299	300	40	10
科室 中医科室	3	5	12	4	1
医技科室	3	3	7	无	无
人员 卫生技术人员(每床)	0.7	0.88	1	无	无
中医药人员占医药人员比例	60%	60%	60%	无	无
中医师	3名中医师;1名主治医师	4名主治医师以上;各科1名中医师	临床科室主任副主任以上;	4名中医师;每床0.1名;临床科室有2年以上经验中医师1名;	2名中医师;每床0.1名;临床科室有2年以上经验中医师1名;
中药人员	1名中药士	1名药师	1名副主任药师	占中医师人数1/2以上;半数应为中医师或修习中药课程达适当标准之药师	
护理人员	4名	每床0.3名	每床0.3名	每床0.2名;门诊各科1名以上	
医技人员	检验、放射	药剂、检验、放射	检验、放射	无	无
其他	无	无	工程技术人员;临床营养师;	无	无
建筑设计和非医疗设施	每床建筑面积	45m ²	35m ²	30m ²	20m ²
设计和非医疗设施		无		一般设施;消防设备;安全设备;紧急供电设备	
医疗设备设施	基本设备	10种	33种	45种	无
	其中:中医特色设备	2种	2种	3种	
病床设备设施	病房每床单元设备(以床上用品为主)下限			病房相关设施包括呼叫器、床之间的屏障物、卫浴设备、储藏柜,污物处理和空调设备	
其他设备	有与所开展诊疗科目相应的其他设备			中药房设备(中药库设备、中药调剂设备);应有专人管理病历;应有供应室、治疗室;设太平间者,应具有尸体冷藏设备	

在中医医院服务项目上,我国大陆地区中医医院以提供中医门诊、住院服务为主,也可在一定范围内提供西医诊疗服务,而台湾中医医院只能提供中医的门诊和住院服务。在医疗保险上,大陆地区大部分公立中医医院的医疗服务项目纳入了医疗保险,而台湾地区全民健康保险在2000年才开始对中医门诊服务实施总额支付制度,而中医住院服务至今还未纳入其中^[4]。由于上述两方面的原因,台湾中医医院主要提供中医门诊服务。

3 标准内容的比较

3.1 标准总体框架比较 表1详细比较了两个标准的总体框架和简要内容。从总体框架上来看,卫生部标准分为七大项,包括了床位、科室设置、人员、房屋、设备、制度和注册资金;台湾标准分为六大项,包括名称、诊疗科别、人员、医疗服务设施、建筑物之设计、构造与设备和环境卫生及废弃物处理。通过比较,二者有下列5个方面的共有内容:床位、科室设置、人员、房屋建筑和非医疗设施、医疗设备设施,各有2项特有

内容;卫生部标准特有“制度”和“注册资金”,台湾标准特有“名称”和“环境卫生及废弃物处理”。2个标准结构在项目名称和分类上虽有些不一致,但都以人力资源、建筑设备设施和组织机构三者为主体内容。卫生部标准“制度”一项可视为对建立资源组织利用规范的要求,“注册资金”一项亦可视为对财力资源的强调。台湾标准“环境卫生及废弃物处理”一项是属于医院感染控制的内容。通过比较发现,卫生部标准总体框架上以“资源”为中心展开,台湾标准以“资源”为主体的同时增加了医院感染控制等要求。

3.2 标准各项内容比较 表1已将两标准主要项目的关键指标对应列出,下面就结合两岸中医医院的现实情况对2个标准的各项具体内容一一进行比较。

3.2.1 床位 相比之下,台湾标准对床位的要求与卫生部标准差距较大,这是由中医住院服务在其中医疗服务中的地位决定的。在早期的台湾中医不主张住院治疗,绝大多数是门诊治疗,直到1998年长庚大学中医院才开始收治住院患者^[5]。目前台湾的医疗法限制

了中医使用西医,故独立的中医医院由于缺乏西医在住院患者急救等方面的协助,又由于健康保险未将中医院纳入支付范围,所以目前台湾中医医院提供住院服务的仍然不多,故而床位设置较少。大陆中医医院住院服务是很重要的一部分,住院收入平均占总收入的一半以上,据统计,2009年全国中医医院平均实有床位数141张左右,全国政府办中医医院的住院收入占总收入的54.96%^[6]。

3.2.2 科室设置 通过比较可以看出,在临床科室数量要求上,台湾标准相对较少,例如:台湾标准“中医医院”设置“一科或数科”即可,而卫生部标准一级中医医院至少要设置3个;在临床科室的类别上,卫生部标准中二级中医医院和台湾标准中医医院所列最全,分别为12个和8个,二者共有的有8个:内科、外科、妇科、儿科、针灸科、骨伤科(伤科)、肛肠科(痔科)、眼科,这些科室是基本的中医特色科室,开设这些科室是保证中医医院提供中医特色服务的基本条件。在医技科室上,卫生部标准对各级中医医院分别提出了要求,而由于中医医院使用中医现代化医疗设备受限,故台湾标准未提及医技科室。

3.2.3 人员 2个标准都以中医师、中药人员和护理人员三大类型为主,卫生部标准还涉及了医技人员、工程技术人员和临床营养师。大陆中医医院有西医人员的参与,故卫生部标准中还有2个统称的概念,卫生技术人员和医药人员,而台湾中医医院无西医人员,所以只有前述三大类人员。二者主要从数量和资质上对人员提出要求,通过比较我们发现二者存在的一些问题和特点:一是卫生部标准中提到的“中医药人员占医药人员总数的比例不低于60%”(中医药人员包括:中医执业医师、中医执业助理医师、见习中医师、中药师、中药士),此要求旨在保持人员上的中医特色,但其实际执行效果并不理想,据计算,2009年大陆地区中医医院该比值约为50.6%^[6],与60%的标准之间还差9.04%。台湾地区中医医院没有西医人员,故不涉及此。二是卫生部标准对中医师资质要求较高,各级中医医院中医师中都要有主治医师(一般5年临床经验)以上人员,而台湾标准对临床科室至少要配置的一名高年资中医师资历的要求仅为2年临床经验。三是台湾标准要求护理人员“门诊每科应有一人以上”。实际上大陆地区的中医医院门诊科室也配有护理人员,却并未在设置标准中提出要求。台湾标准对门诊护理人员的重视,是门诊科室在台湾中医医院中重要性的体现。四是台湾标准中的中药调剂人员“包括中医师、修习中药课程达适当标准之药师及确具中药基

本知识及鉴别能力人员三类”。大陆地区有执业药师和执业中药师,而台湾地区只有药师没有中药师^[7],所以其中药调剂人员由以上3类人员担任。

3.2.4 建筑设计和非医疗设施(辅助设施) 2个标准都把“每床建筑面积”作为关键建筑面积指标,相比之下台湾标准该指标数值明显较小。台湾中医医院规模相对较小,临床科室和医技科室少,是导致其建筑面积小的主要原因。台湾标准还对建筑设计和非医疗设施(辅助设施)^[8]的配置做出规定。建筑设计包括病房的建筑布局、采光,走道坡道等的无障碍设计等提出要求,体现出科学性和人性化特色。非医疗设施包括了一般设施、消防设备、安全设备和空调设备,对这些非医疗设施的强调体现了对医疗技术服务之外的基本服务能力和质量的重视。

3.2.5 医疗设备设施 卫生部标准所列“基本设备”除针麻仪、电针仪、中药煎药设备3种外,其余皆为开展西医检查治疗必备的设备,中医特色未在此得到充分的体现。由于台湾法律对中医师使用现代化医疗设备的限制,台湾标准没有涉及医疗设备,对此台湾的相关研究^[9]指出,禁止中医使用西医诊察设备限制了中西医的交流和中医的发展,台湾长庚中医院张恒鸿等1996年在台湾中医医院进行的调查研究也建议中医住院应优先将X光机、血、粪、尿常规检查及血生化检查纳入健保支付范围,应允许西医参与协助急救等活动。卫生部标准所列“病房每床单元设备”以床上用品为主,包括了床、被子、病员服等,而台湾标准无此要求,其病房相关设备设施包括呼叫器、床之间的屏障物、卫浴设备、储藏柜,污物处理和空调设备。相比之下,卫生部标准强调满足住院患者基本需要,而台湾标准在此基础上,更重视对患者的隐私保护和提供舒适的服务。台湾标准此部分还包括了中药局的中药调剂作业设备和中药药库作业设备、消防设备、安全设备、紧急供电设备等,其多与保护患者和医疗活动安全相关。通过比较,笔者认为卫生部标准中列出设备目录提高了标准的操作性,目录中包括现代化医疗设备也是必要的,但应增加中医特色设备的比重。另外,在病房设备要求方面应吸收台湾标准的优点,增加保护患者隐私、维护患者安全和提供更舒适的服务相关的设备设施配备要求。

3.3 卫生部标准特有部分 卫生部标准第六部分,要求中医医院“制订各项规章制度、人员岗位责任制,有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程,并成册可用”。完善的规章制度管理体系保证了中医医院与患者相关的所有活动持续、有序地开展,是连续地、稳定

地为患者提供高质量的中医医疗服务的重要条件,所以此部分应在设置标准中进一步明确和细化,提高其操作性。卫生部标准第七部分:“注册资金到位,数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。”台湾标准对注册资金没有提出要求,但是在台湾《医疗法》中第三十二条规定了与此类似的内容:“医疗法人应有足以建成其设立目的所必要之财产。”由于我国大陆地区尚无基本医疗法,所以该项对于所有医疗机构通用的行政管理要求才出现在设置标准中,我国应加快制定系统、全面的基本医疗法,对涉及医疗的各种活动进行统一规范,届时此项要求应从设置标准中移除。

3.4 台湾标准特有部分 台湾标准第一部分“名称”,要求中医综合医院应命名为“某某中医综合医院”“某某中医医院”,中医医院应命名为“某某中医医院”“某某(科别)科中医医院”。卫生部标准中没有机构命名的要求,但是在卫生部1994年颁布的《医疗机构管理条例实施细则》第四十条对医疗机构的命名提出了比台湾标准还要细致和严格的要求。第四十条规定“医疗机构的名称由识别名称和通用名称依次组成”,该条款要求医疗机构的通用名称为:医院、中心卫生院等,识别名称可以为:地名、单位名称、个人姓名、医学学科名称、医学专业和专科名称、诊疗科目名称和核准机关批准使用的名称。台湾标准第六部分“环境卫生及废弃物处理”中提出了一些在医院感染控制上的具体要求,体现了对患者安全的重视程度,卫生部标准应加以借鉴。

4 总结

从以上各项的比较中可以看出,卫生部《医疗机构基本标准》和台湾《医疗机构设置标准》中的中医医院部分是在不同的中医发展状况下,对中医医院提出的基本要求,其内容涵盖了中医医院作为提供中医医疗服务的医疗机构最重要的一些方面。

两个标准有一些共同的特征:首先,在性质上,都是卫生部门颁布的用于设置审批的基本依据;其次,在总体结构上,都以人员、建筑设施和组织机构为主体结构;第三,在规范方式上,大部分关键指标都运用了给出下限值的要求方式。这些共同点反映了中医医院设

置标准构成的基本要素和基本规律。

同时两个标准也有各自的特点和特色,它们集中体现在西医的参与程度和医院服务理念两点差别上:首先,台湾地区不允许西医参与中医医疗活动,在设置标准中则表现为无医技人员、西医科室和医技科室、现代化医疗设备要求。大陆地区中医医院西医参与程度较高,但为体现中医特色对其采取了限制措施,设置标准中人员的要求(中医药人员占医药人员总数的比例不低于60%)明显地体现出这一点。然而根据前文所述,这种在人员上的限制,实际执行的效果并不显著。其次,在服务理念上,卫生部标准以保证基本中医医疗服务能力为主,在具体内容中强调保证中医医疗活动开展必须的各种基础要素的配置。台湾标准在保证基本医疗服务能力的同时,还在细节上强调患者隐私保护、患者安全和提供更舒适的非医疗技术服务的能力,更全面地体现了以患者为中心的服务理念。

设置标准不仅是基本要求,而且会影响中医医院的发展方向,应该根据实际情况的变化不断发展完善。台湾标准自颁布后经过了多次修改,而卫生部标准自1994年颁布以来尚未修改,部分内容已不适应中医医疗机构的发展和患者需求的变化。卫生部中医医院设置标准应在如何保持中医特色上提出更有力的措施,并且应在保证医疗服务质量的基础上增加促进非医疗技术的服务能力提升方面的要求,提高中医医院整体的服务能力,更好地服务于广大人民群众。

参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 中国卫生年鉴, 2009.
- [2] 台湾行政院卫生署. 公共卫生年报, 2009.
- [3] 游熙明. 中医院所患者自费医疗行为之研究[D]. 国立台湾大学管理学院硕士在职专班会计与管理决策组硕上论文, 2007.
- [4] 赖俊雄. 中医住院支付标准、给付内容及成本效益分析. 中国医药大学, 中医药年报, 2007, 25(3): 265-350.
- [5] 徐慧. 台湾中医药见闻. 中国民族民间医药, 2008, 2: 51-53.
- [6] 2009年全国中医统计摘要.
- [7] 卞鹰, 张谦. 我国台湾地区药学专业人员管理制度分析. 中国医院管理, 2006, 11: 54-56.
- [8] 刘博宇. 重视辅助设备和工程技术人员在现代医院中的作用. 医疗装备, 2001, 14(3): 30-31.
- [9] 苏贵中. 中医医院评鉴制度建立之研究. 中国医药学院医务管理研究所硕士论文, 1998.

(2010-09-21 收稿) ⊙

(上接第431页)

- [2] 方琴. 纳米技术在医药领域中的应用. 贵州医学, 2006, 26(11): 1040.
- [3] 李志猛, 王跃生, 李晓明. 甘草饮片超微粉碎前后甘草酸溶出行为的比较研究. 中国中药杂志, 2003, 28(11): 1030.
- [4] 王爱武. 原生药材超微粉碎对当归散养血安胎作用的影响. 山东中

药大学学报, 2002, 26(6): 456.

- [5] 何煜, 庄香久. 细胞级微粉碎与细胞级微粉中药技术. 中国药学会学术年会, 2001.
- [6] 赵浩如, 杨永刚, 何煜, 等. 肉桂超微微粉的粉体特征及体外透皮作用的研究. 中成药, 2002, 24(9): 653-656.

(2009-06-22 收稿)