

广西壮族自治区各级医院肿瘤科设置情况调查报告

Investigation Report of Oncology Departments in Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region

LIAO Xiao-li, LIANG Yuan, HU Xiao-hua, et al.

廖小莉¹, 梁远², 胡晓桦¹, 李永强¹, 刘志辉¹, 冯国生¹, 谢伟敏¹, 林燕¹

(1. 广西医科大学附属肿瘤医院, 广西壮族自治区卫生厅肿瘤化疗质量控制中心, 广西南宁 530021; 2. 广西壮族自治区卫生厅, 广西南宁 530021)

摘要: [目的] 调查广西壮族自治区二级甲等以上医院肿瘤科学科设置的现状, 分析目前肿瘤学科设置存在的问题, 为符合临床肿瘤学发展规律的肿瘤学科建设提供依据和建议。[方法] 针对肿瘤科开放床位数、医护人员配置及业务开展情况等设计调查表, 实地向医院相关负责人发放调查表, 调查区内二甲以上公立医院上述内容。[结果] 共调查了区内 47 家二甲以上公立医院。26 家医院 (55.3%) 在 2000 年后成立肿瘤科, 特别是二甲医院, 比例高达 84.2%。2010 年平均床位使用率均超过 100%。二甲、三乙、三甲医院肿瘤科医护比分别为 1:2、1:1.7、1:1.7, 床护比分别为 1:0.3、1:0.2、1:0.3。二甲、三乙医院肿瘤科医护人员学历较低, 以初、中级职称为主。开展化疗、放疗及介入治疗的肿瘤科占 38.4%, 包括化疗及介入治疗的占 31.9%, 仅开展化疗的占 12.7%。[结论] 广西壮族自治区内各级医院肿瘤科建设起步晚, 但发展迅速; 医护人员不足、人才梯度欠合理, 难以与业务设置范围相匹配, 需尽快完善以满足人民日益增长的健康需求。

关键词: 广西; 医院; 肿瘤科; 学科设置

中图分类号: R197 **文献标识码:** A **文章编号:** 1004-0242(2013)02-0102-04

为了解广西壮族自治区(以下称为区内)各级医院肿瘤科学科设置的现状, 分析其存在的问题与不足, 对今后区内肿瘤学科建设提供合理的依据和建议, 促进肿瘤学科的良好发展, 我们在广西壮族自治区卫生厅肿瘤化疗质量控制中心(以下简称质控中心, 挂靠于广西医科大学附属肿瘤医院化疗一科)的指导下于 2011 年 6 月 1 日至 10 月 15 日对区内各级医院肿瘤科成立时间、医护人员、病床及业务开展情况等进行了全面调查。

1 材料与方法

1.1 调查对象

根据广西壮族自治区卫生厅肿瘤化疗质量控制中心提供的资料, 选择开设有肿瘤科的二级甲等以

上的医院, 包括西医综合医院、中医院及肿瘤专科医院, 不包括私立医院。

1.2 调查方法与内容

对包括肿瘤科成立时间、开放床位数、医护人员配置、开展的业务范围等主要内容进行实地调查。先由广西壮族自治区卫生厅发文到各地医院, 广西壮族自治区卫生厅肿瘤化疗质量控制中心抽派专家组成调查组, 到各地医院进行实地调查。调查组分几个小组, 分别查证各医院办公室、医务科、肿瘤科等部门的相关资料, 对各负责人发放调查表。经调查人员确认调查表填写完整后现场收回, 由质控中心统一保管。

自 2011 年 6 月 1 日至 10 月 15 日, 质控中心共派出 40 批次专家调查组, 实地调查区内 47 家医院, 占广西所有二甲以上医院的 59.57%。其中二甲医院 19 家, 三乙医院 7 家, 三甲医院 21 家。地域分布涵盖广西的城市, 包括南宁市、桂林市、柳州市、北海市、防城港市、钦州市、玉林市、贵港市、河池市及部分

作者均为广西壮族自治区肿瘤化疗质量控制中心专家组成员

收稿日期: 2012-09-14; 修回日期: 2012-11-07

通讯作者: 胡晓桦, E-mail: hxhyh@yahoo.com.cn

县级医院。其中西医综合医院 36 家,中医医院 9 家,肿瘤专科医院 2 家。发放 47 份调查表,收回 47 份调查表,所有调查表均填写完整,并有填表人签名。

2 结 果

2.1 肿瘤科成立时间

被调查的 47 家医院中,2000 年前成立肿瘤科的有 21 家,占 44.7%;在 2000~2010 年成立的 23 家,占 48.9%;2010 年以后成立肿瘤科的医院只有 3 家。84.2%(16/19)二甲医院在 2000 年后才成立肿瘤科,而 71.4%(5/14)三乙以上医院在 2000 年前就已经成立肿瘤科(Table 1)。

2.2 开放床位数及其使用率

平均编制床位数及平均实际床位数均随医院等级升高而增加,且平均实际床位数远高于平均编制床位数。2010 年,所有被调查医院的床位平均使用率均超过 100%,三甲医院更为明显(Table 2)。

2.3 医护整体人力资源配置

调查结果显示,二甲、三乙、三甲医院肿瘤科的平均病床与病房护理人员之比(床护比)分别为 1:0.3、1:0.2、1:0.3,医护比分别为 1:2、1:1.7、1:1.7(Table 3)。

2.4 医护人员学历、职称分布及构成

85.7%的二甲医院肿瘤科医生为本科学历,初、

中级职称占 80.4%,硕士或高级职称(副高+正高级职称)仅占 11.6%。三乙医院肿瘤科医生以硕士、本科学历及初、中级职称为主,14.3%具有高级职称。三甲医院共 209 名肿瘤科医生中,44.9%具有硕士以上学历,高级职称比例达 29.2%(Table 4)。

二甲医院肿瘤科的 221 名护士以大专、中专学历占绝大多数(91.4%),且大部分(80.5%)为初级职称,三乙医院相应比例为 86%和 74.4%。三甲医院肿瘤科护士具有本科学历者占 25.4%,中级职称占 15.9%,初级职称仍占大部分(81.0%)。

2.5 业务开展情况

二甲医院肿瘤科中有 3 家(15.8%)行单纯化疗,可行化、放疗的医院有 9 家(47.4%),同时开展化疗及介入治疗的有 13 家(52.6%),有 3 家(15.8%)同时开展手术治疗。三乙、三甲医院肿瘤科开展业务均以化疗+放疗或化疗+放疗+介入治疗为主,三个级别医院的肿瘤科中少有联合中医治疗者(Table 5)。

3 讨 论

3.1 广西壮族自治区肿瘤学科设置现况分析

3.1.1 我区各级肿瘤科起步晚,但规模发展较快

广西壮族自治区内的大部分医院都是在 2000 年后才成立肿瘤科的,特别是二级甲等医院,比例高达 84.2%,且有少部分医院是在 2010 年之后才成立的。大部分医院的实际床位数都超过了编制床位数,床位实际使用率亦超过 100%,说明各级医院肿瘤科是适应社会医疗服务,主动扩大规模并得以迅速发展。

Table 1 The establish time of oncology departments in hospital of all levels

Grade of hospital	Before 2000	2000~2010	After 2010	Total
Secondary A	3(15.8%)	13(68.4%)	3(15.8%)	19
Tertiary B	5(71.4%)	2(28.6%)	0	7
Tertiary A	13(61.9%)	8(38.1%)	0	21
Total	21(44.7%)	23(48.9%)	3(6.4%)	47

Table 2 Beds and its actual use of oncology department in hospital of all levels in 2010

Grade of hospital	Number	Average bed in budget	Actual average bed	Utilization rate of average number of bed (%)
Secondary A	19	26.3	43.3	101.2
Tertiary B	7	48.8	52.8	109.4
Tertiary A	21	50.5	63.3	113.8

Table 3 General human resources setting of oncology department in hospital of all levels

Grade of hospital	Number	Actual average usage of bed	Average number of doctor	Average number of nurse	The ratio of doctor and nurse	The ratio of bed and nurse	Shortage of doctor(%)	Shortage of nurse (%)
Secondary A	19	43.3	6	12	1:2	1:0.3	6(31.6%)	12(63.2%)
Tertiary B	7	52.8	7	12	1:1.7	1:0.2	1(14.3%)	4(71.4%)
Tertiary A	21	63.3	10	17	1:1.7	1:0.3	7(33.3%)	11(52.4%)

Table 4 The composition of educational background and professional title of medical staff of oncology department in hospital of all levels

Educational background and professional title	Secondary A		Tertiary B		Tertiary A	
	Doctor	Nurse	Doctor	Nurse	Doctor	Nurse
Educational background						
Doctor	0	0	0	0	8(3.8%)	0
Master	7(6.2%)	0	13(26.5%)	0	86(41.1%)	1(0.3%)
Undergraduate	96(85.7%)	19(8.6%)	36(73.5%)	12(14.0%)	113(54.1%)	91(25.4%)
Junior college	9(8.1%)	131(59.3%)	0	53(61.6%)	2(1.0%)	235(65.6%)
Technical school	0	71(32.1%)	0	21(24.4%)	0	31(8.7%)
Total	112	221	49	86	209	358
Professional title						
Professor	1(0.9%)	0	2(4.0%)	0	16(7.7%)	2(0.6%)
Associate Professor	12(10.7%)	2(0.9%)	7(14.3%)	3(3.5%)	45(21.5%)	9(2.5%)
Intermediate	48(42.8%)	41(18.6%)	24(49.0%)	19(22.1%)	81(38.8%)	57(15.9%)
Primary	42(37.6%)	178(80.5%)	15(30.7%)	64(74.4%)	57(27.2%)	290(81.0%)
No title	9(8.0%)	0	1(2.0%)	0	10(4.8%)	0
Total	112	221	49	86	209	358

Table 5 The service setting of oncology department in hospital of all levels

Grade of hospital	Number of Hospitals	Chemotherapy	Chemotherapy + radiotherapy	Chemotherapy + radiotherapy + interventional therapy	Chemotherapy + interventional therapy	Surgery	Chinese medicine combined
Secondary A	19	3(15.8%)	3(15.8%)	6(31.6%)	7(36.8%)	3(15.8%)	3(15.8%)
Tertiary B	7	1(14.2%)	0	3(42.9%)	3(42.9%)	0	1(14.2%)
Tertiary A	21	2(9.6%)	5(28.3%)	9(42.8%)	5(28.3%)	0	4(19.0%)
Total	47	6(12.7%)	8(17.0%)	18(38.4%)	15(31.9%)	3(6.3%)	8(17.0%)

3.1.2 医护人员不足现象明显

根据 1978 年卫生部颁布的《综合医院组织编制原则试行草案》,要求医护人员比例为 1:2,床护比为 1:0.4^[1]。而区内除了二甲医院肿瘤科平均医护比为 1:2 外,三乙、三甲医院肿瘤科平均医护比及床护比均未达到上述标准。相当多的肿瘤科负责人感觉医护人员不足,劳动量超负荷,尤其是护理人员不足。

3.1.3 医护人员学历和职称有待提高,结构分布欠合理

根据卫生部《中国 2001-2015 年卫生人力发展纲要》^[2],到 2015 年,医师要全部达到大专以上学历,虽然现在区内医师学历已提前达到卫生部要求,但作为肿瘤科医师,仅仅具有大专或本科学历是远远不够的。而在职称分布方面,以中级和初级为主,总体结构和人才梯度欠合理,部分肿瘤科缺乏合格的学科带头人。

根据《中国护理事业发展规划纲要(2005-2010 年)》相关规定^[3],到 2010 年,二级医院、三级医院工作的护士具有大专及以上学历者应分别不低于 30%、50%。虽然区内各级医院肿瘤科护理人员学历

已达到上述标准,但同样存在缺乏高层次人才的问题。虽然护师及以上职称人员占护理人员总数均>20%,达到了 1990 年卫生部颁布的《护理管理标准及评审办法(试行)》^[4]的要求,但与 2007 年叶文琴在全国护理管理暨经验交流会提出护理人员配置情况^[5]相比差距仍较大。

3.1.4 各级医院肿瘤科业务开展情况分析

从调查结果看,区内各级医院肿瘤科业务设置较合理,符合广西壮族自治区的医疗体制整体发展情况,特别是二甲医院,因其规模相对较小,放疗、化疗及介入治疗不管是从医疗技术水平、医疗设备等方面来看,与成为一个独立的专科尚有一定距离,多学科综合在一起治疗肿瘤具有一定的优势。多学科综合治疗是目前恶性肿瘤的治疗理念,已得到国内广大临床肿瘤学工作者的认同^[6]。但这种治疗模式在临床工作中执行起来尚有一定的难度,特别是区内二甲医院的肿瘤科。区内二甲医院肿瘤科乃至三级综合性医院的肿瘤科医师部分是从其他科室转行而来,尤以病理、中医、儿科、呼吸、消化等专业为多;

而放疗科医师或物理师多是放射科医师转行而来,其肿瘤专业知识有一定局限性^[7]。因而目前区内恶性肿瘤综合治疗的规范化尚存在不足,主要表现为:①绝大部分医院未设置肿瘤外科。手术分散在各个相关外科进行,术后才转到肿瘤(内)科行放化疗,甚至外科医师也在进行化疗。术前评估及术后随访、康复治疗均欠规范。②部分未设置放疗科的医院,患者只能转到其他医院进行放疗,可能导致部分病人放弃治疗。③部分医院虽然设置了肿瘤(内)科,但存在其他内科也收治肿瘤患者,导致肿瘤治疗相对混乱的局面。

3.2 结论与建议

3.2.1 改善肿瘤专科的结构配置

近年来,肿瘤患者住院人数呈逐年增加的趋势,针对目前这种医疗卫生服务资源的“供”远远满足不了人民群众看病就医的“求”的情况^[8],区内各级医院必须进行改革。首先,区内卫生行政部门应建立合理分配资源的体制及机制,根据区内、院内相关制度规定鼓励扶持更多有条件的医院,尤其是基层医院成立肿瘤专科,尽量满足当地百姓的基本医疗需求,避免患者过度向优势资源集中现象。其次,肿瘤诊疗机构不仅要市场的角度去建设和管理,还要顺应人类疾病谱的变化,加强对肿瘤科的建设,提高肿瘤专业学科水平,从单纯的扩大规模开展向内涵建设转变,才能在改革的浪潮中站稳脚跟^[9]。

3.2.2 加强人才培养、引进

针对医护人员不足及人才分布结构不均衡情况,区内肿瘤科除了需要多引进高层次、高学历的人才和学科带头人外,还应鼓励现有的医护人员,尤其是年轻的医护骨干要积极参加专业培训,通过在职研究生等方式接受继续教育,提高专业水平、扩充专业知识、积累临床经验。通过优化人员结构组成,促进科室医疗队伍的整体发展和医疗质量的提高。

3.2.3 强化各个质量控制中心的指导监督作用,保障规范化诊疗

强化各个肿瘤诊治质量控制中心在肿瘤规范化诊疗方面的桥梁、示范及监督作用,促进临床实践指南“本土化”。首先,质控中心专家组成员及其挂靠单位能够凭借设备、人才优势充分学习、消化吸收最新诊疗技术,并积累经验。然后,质控中心通过举办研讨会、沙龙等形式及时将新技术、新经验传递到各地

市县级单位,同时进行不定期的巡视督导,不断提高、更新各地肿瘤的诊疗水平。最后,质控中心可以动员全区肿瘤科技人员的力量,开展符合我区具体情况的研究,产生新的、高水平的、适合实际情况的循证医学证据,将我区的防癌抗癌研究应用水平不断推向新高度。

(志谢:感谢为本调查提供资料和帮助的各肿瘤科同仁!)

参考文献:

- [1] Ministry of health. Health medical (78) No. 1689 general hospital organization establishment principles for trial implementation draft [S]. 1978.[卫生部. 卫医(78)1689号综合医院组织编制原则试行草案[S].1978.]
- [2] Ministry of health. Health service outline [2002] No. 35 2001-2015 health human resource development outline. 2002.[卫生部.卫人发[2002]第35号 2001-2015年卫生人力发展纲要.2002.]
- [3] Ministry of health. Chinese nursing career development plan outline [Z] (2005-2010). [2005.07]. [卫生部. 中国护理事业发展规划纲要[Z] (2005-2010).[2005.07].]
- [4] Ministry of health. China nursing management standards and evaluation measures (trial) [J]. Chinese Journal of Nursing, 1990, 25(9):433-439.[卫生部.我国护理管理标准及评审办法(试行)[J].中华护理杂志, 1990, 25(9):433-439.]
- [5] Ye WQ. Nursing human resource supply and demand management issues and countermeasures[C]. //2007 meeting proceedings of national nursing management and experience communication. 2007.[叶文琴. 护理人力资源供需管理中的问题与对策[C].//2007 全国护理管理暨经验交流会议论文集.2007.]
- [6] Zhang YX, Qiang FL, Shen K, et al. Suggestion and survey on setting clinical departments in tumor hospitals of China [J]. China Cancer, 2011, 20(2):128-131.[张一心, 强福林, 沈康等.我国肿瘤专科医院临床科室设置情况调查与建议[J].中国肿瘤, 2011, 20(2):128-131.]
- [7] Zhang BC, Zhao Y, Wang J, et al. Exploring establishment of cancer center in large general hospitals [J]. Military Medical Journal of South China, 2007, 21(3):51-54.[章必成, 赵勇, 王俊等.大型综合性医院肿瘤中心建设的探讨[J].华南国防医学杂志, 2007, 21(3):51-54.]
- [8] Guo ZY, Shi WX. The study on equity of configuration of medical resource in Guangxi [J]. Medicine & Philosophy, 2012, 33(3):49-51.[郭振友, 石武祥.广西医疗卫生资源配置的公平性研究[J].医学与哲学, 2012, 33(3):49-51.]
- [9] Li JL. Malignant tumor composition analysis and the value in hospital management [J]. Chinese Journal of Hospital Statistics, 2005, 12(1):7-9.[李金玲.恶性肿瘤构成分析在医院管理中运用的价值[J].中国医院统计, 2005, 12(1):7-9.]