

确保消毒效果。推广使用性能先进的洗碗消毒一体机,保证消毒效果。消毒完毕的餐具、茶具立即放入清洁的橱、柜内保洁,防止二次污染。

**3.5 餐饮从业人员管理** 饮食卫生安全重点在人,由于后勤保障的社会化,大部分从业者均系地方人员,员工的流动性很大,服务人员文化普遍比较低,素质不高。为此,我们首先加强对法定代表人的培训,服务员先体检后上岗,卫生知识培训每年不少于 20 小时,取得健康体检和卫生知识培训合格证后方可上岗。平时要求员工勤洗澡、勤理发、勤剪指甲、勤换洗工作衣、帽,不随地吐痰,不乱丢废弃物。工作时员工要求穿戴工作衣帽,头发不露于帽外,配餐时戴口罩,不穿工作服进厕所;不吸烟,不涂指甲油,不戴戒指,不用手挖鼻孔,不对着食品咳嗽、打喷嚏。利用医院的得天独厚条件,主动邀请有关专家教授定期举办卫生知识讲座,增强员工卫生意识,提高自觉讲究卫生的良好习惯。

**3.6 就餐环境** 加强完善食堂基础设施,按照军队食堂卫生管理规范(GJB1001-91)规定:就餐者平均每人占有食堂面积≥2.2 m<sup>2</sup>。就餐大厅宽敞明亮,配备紫外线消毒设备,定期消毒,本院人员与来院人员分区就餐,专人管理,窗口分开,高职人员设置专门就餐环境,就餐完毕餐具及时收走,餐桌及时擦拭、清洁、消毒,就餐者始终都有干净的餐桌就坐,并提供餐巾纸、牙签等人性化物品,在保证饭菜质量的同时,又提供了温馨而舒适的就餐环境。

#### 4 几点体会

“硬件”是基础。严格按照军队食堂卫生管理

规范(GJB1001-91)的要求完善各项硬件设施,保证炊管人员展的开,用的好。“制度”很重要。落实各项规章制度是保障食品安全的重要工作,炊管人员要根据自己工作环节的关键控制点落实制度,控制和消除危害因素,确保食品卫生安全。“网络”是保证。根据综合性医院饮食保障特点,建立以保健室医生(专职卫生监督员)、各饮食单位负责人、采购员、厨师长、厨师为网络的监督管理队伍,针对各环节的关键控制点,人人参与,相互衔接,不留死角。“评比”促提高。不定期的检查评比能激发大家的荣誉感,形成争比、学、赶、帮、超的良好氛围。

#### 【参考文献】

- [1] 黄自发,卢建华.北京奥运会期间食品卫生保障问题探析[J].中国消毒学杂志,2008,25(4):446-448.
- [2] 贾珉.日本食品卫生监督管理现状[J].首都公共卫生,2008,2(2):95-96.
- [3] 樊永祥,朱丽华,王君,等.改革开放30年来食品卫生标准工作进展[J].中国食品卫生杂志,2009,21(4):312-315.
- [4] 邢长江,王洪飞,彭介年,等.院校食品卫生安全情况分析[J].中国公共卫生管理,2008,24(3):311-312.
- [5] 阮明捷,巴蕾,单志兰,等.对北京市餐饮业食源性致病菌的调查研究[J].中国预防医学杂志,2008,9(5):390-392.
- [6] 戴建华,乔昕,袁宝君,等.江苏省2001-2005年食源性致病菌监测分析[J].江苏预防医学,2006,17(3):50-52.
- [7] 顾仲朝,陈晓燕,陈忠伟,等.熟食加工卫生学影响因素相关性分析[J].中国公共卫生,2009,25(6):760-761.
- [8] 郭丽霞.食品索证—保证餐饮食品卫生的重要举措[J].中国卫生监督杂志,2008,15(1):29-30.

(收稿日期:2010-05-17)

(本文编辑:孙军红)

## 某部卫勤力量“集中训管”的做法

江洪,罗新辉

**【摘要】** 从2009年起,某部结合单位实际在全防区范围内推开卫勤力量“统筹建设、集中训管、伴随保障”改革,使卫生资源得到整合,人才队伍得到强化,训练质量得到提升。本文主要介绍了某部在卫勤保障改革中探索出的一些做法及经验。

**【关键词】** “集中训管”改革;卫勤力量;统筹保障

中图分类号: R821.1 文献标志码: A 文章编号: 1672-271X(2010)04-0378-03

为扎实推进部队卫生机构能力建设,全面提升

遂行多样化军事任务保障水平,南京军区从2009起在全区范围推开卫勤力量“统筹建设、集中训管、伴随保障”改革<sup>[1]</sup>,我部认真落实军区要求,结合单位实际,探索保障模式,取得了一定成效。

**作者简介:** 江洪(1964-),男,江西万年人,本科,主治医师,从事卫生勤务工作

**作者单位:** 350500 福建连江,解放军73331部队卫生队

## 1 “集中训管”改革情况

针对我海防部队驻地高度分散,基层官兵发病率高,医疗保障任务重,伤病员后送困难的实际,建立三个中心卫生所对卫勤人员实施“集中训管”,实行区域保障。

### 1.1 集中有限资源,优化保障结构

1.1.1 硬件方面 改建装修了营房,设置了门诊诊断室、治疗室、药房、检验室、X线室、B超心电图室、理疗室和病房等;购置了全新的营产营具和伤病员生活器具,为病房安装了空调机和液晶电视机;为中心卫生所添置了全自动生化检验仪、血球计数仪、尿液分析仪和超短波治疗仪等卫生装备;其中一个中心卫生所还配备了一台救护车。立足硬件设施,为提供优质服务创造较好的条件。

1.1.2 人员编配方面 将区域内的军医和部分卫生员集中到中心卫生所工作,还从卫生队调配了检验技师和放射人员,使中心卫生所人员结构为所长兼医师 1 人、医师 2~3 人、卫生员 3~4 人。三个中心卫生所基本具备了内科、外科、X线拍片、心电图、常规检验、理疗推拿、住院治疗等检查诊疗功能。

1.1.3 保障任务方面 扩大了中心卫生所的收治范围。规定其保障对象为区域内所有官兵,明确伤病员就诊由连卫生员到中心卫生所到旅卫生队的诊治流程。要求中心卫生所每周对各营连巡诊不少于 1 次,指导各连开展好健康教育和卫生防疫工作,落实每季度对炊管人员体检 1 次,每年对军官体检 1 次,每两年对士兵体检 1 次的制度。

1.1.4 管理保障方面 将中心卫生所纳入营部管理,受营首长领导和旅卫生队的指导。卫生所工作人员及伤病员的生活保障由营部负责。

1.2 小专业集中训,打牢专业基础 营连卫生专业人员少,保障任务重,专业训练往往难于落实。中心卫生所由于卫生人员和装备相对集中,卫勤训练开展比较全面,避免了偏训漏训现象,卫生人员的专业素质得到了明显提升。特别是营救护所演练课目,落实比较好。

1.3 机动伴随保障,提高保障效益<sup>[2]</sup> 近年来,部队野外驻训、演练次数增多,时间明显增长。中心卫生所根据各营连外出驻训、执行任务的性质、人数和地域,科学安排卫勤人员实施机动伴随保障。一是组织卫生人员按方案归建伴随保障;二是选派军医、卫生员携带卫生装备和药材遂行保障<sup>[3]</sup>;三是派出救护车机动支援保障,提高了保障效能。

## 2 “集中训管”模式的优缺点

2.1 优点 一是有利于卫生资源效能充分发挥。通过集中训管,整合了有限的卫生资源,减少了卫生人员、设备和技术的重复设置。增强了中心卫生所的救治能力,形成了规模化保障格局,扩大了救治范围,提高区域保障能力。缩短了官兵会诊路程,减少了会诊人数,节约了差旅费。二是有利于卫勤训练的开展。把分散的卫勤人员集中起来,实施模块化编组施训,实现了卫生资源统一筹建,使用,教育,训练,保障,管理,落实了全员实训,有利于提高训练质量<sup>[4]</sup>,解决了组训能力弱、人员不足、器材缺乏、偏训漏训等问题。三是有利于统筹保障任务,发挥综合保障效能。由于中心卫生所人员专业结构合理,兼具一专多能能力,在日常医疗、卫生防病、心理卫生等工作中作用发挥突出,为兵服务质量明显提高。在野外驻训或部队战备演练任务时,卫勤保障措施灵活多样。根据营分别集中驻训的特点,每营配备 1 名军医和 3 名卫生员伴随保障;炮兵营实施实弹射击时,派出救护车机动保障。集中训管后,中心卫生所成立了由 1 名军医和 2 名卫生员组成的应急机动救护组,执行全时紧急出动处置突发情况任务。中心卫生所至各连大部分在半小时车程内,离最远的海防连队也只有 1 小时车程,保障时效明显提高。

2.2 不足 一是编制与岗位不一致问题。由于中心卫生所人员编制大都在原单位,人员调整时按编制配备到各营连,中心卫生所人员配备制度缺乏常态化,卫生人员调整后,常出现空岗现象。另外,个人进步与岗位有脱节现象<sup>[5]</sup>,导致工作热情不够高,影响了综合保障能力。二是管理与任务不一致问题。中心卫生所纳入营部管理,受该营首长领导,在派人派车外出巡诊或执行保障任务时必须得到营首长批准。因此,以本营为中心的意识较浓,常出现偏重本营现象,弱化了对其他分队的保障,导致保障重点出现偏差,保障质量不够稳定。三是营房不足或一房多用问题。由于营房不足,中心卫生所医疗用房常有被挪作其他用途。卫生装备频繁搬动,展开不经常,制约了集中训管效能的发挥。

## 3 有关建议

一是打破按编制用人的格局,形成按岗位需要用户的常态化制度,确保中心卫生所人员结构相对稳定。二是加大中心卫生所的自主权,便于合理使用卫勤力量。三是建立依托视频会议网络建立会诊系统,切实提高为官兵服务时效,进一步控制官兵后

送会诊人数。四是建立卫生队与中心卫生所人员双向代职制度<sup>[6]</sup>,进一步提高卫生人员专业素质。五是以深化集中训管改革为抓手,着力提升基层营连卫生建设水平<sup>[7]</sup>。

#### 【参考文献】

- [1] 曹文献. 创新“统筹建设、集中训管、伴随保障”模式 全面提升旅团一线综合卫勤保障能力[J]. 东南国防医药, 2009, 11(4): I-II.
- [2] 李俊, 陈冰源. 加强部队基层卫生管理的做法[J]. 解放军卫勤杂志, 2009, 11(4): 221-222.
- [3] 张雁灵. 牢记使命 开拓创新 科学发展 为全面开创部队

卫生工作新局面努力奋斗[J]. 解放军卫勤杂志, 2009, 11(3): VII-XI.

- [4] 张宏涛, 陈建武, 许颖军. 我区卫生员集中培训的做法[J]. 解放军卫勤杂志, 2008, 10(5): 319-320.
- [5] 赵川, 刁训启. 基层卫生人才队伍建设存在的主要问题及对策[J]. 解放军卫勤杂志, 2007, 9(6): 343-344.
- [6] 李继元, 张耀冬, 姜海东. 营卫生所建设存在的问题及对策[J]. 解放军卫勤杂志, 2009, 11(4): 220-221.
- [7] 曹文献. 深入学习实践科学发展观 推进军区卫生工作创新发展[J]. 东南国防医药, 2010, 12(1): I-II.

(收稿日期: 2010-05-06)

(本文编辑: 孙军红)

## “两高期”老干部医疗保障对策

陈建忠, 朱秀萍

【摘要】 老干部进入“两高期”后, 患大病、重病、急病日益增多, 医疗保健已成为他们晚年生活的首要需求。我们必须与时俱进, 开拓创新, 扎实工作, 为老干部提供“全维”优质服务, 促进他们健康长寿。

【关键词】 两高期; 医疗保健; 全维服务

中图分类号: R821.168.61 文献标志码: A 文章编号: 1672-271X(2010)04-0380-02

长期以来, 各级党委首长对老干部医疗保健工作十分重视, 在改善老干部医疗保健条件, 增加经费标准、深化管理改革等方面采取了许多重大举措, 为广大老干部安度晚年、健康长寿提供了重要保障条件<sup>[1]</sup>。笔者结合多年来从事保健工作的实践, 针对当前“两高期”老干部医疗保健现状, 谈几点体会。

### 1 当前“两高期”老干部医疗保障矛盾与困难

**1.1 基层医疗保健任务越来越重** 目前, 离休老干部普遍进入“两高期”, 平均年龄达 80 多岁, 大多数存在看不见、听不清、记不牢、坐不住、吃不下、睡不着、走不动等现象, 人均患有 6 种疾病, 主要为恶性肿瘤、糖尿病、脑溢血、肾功能不全等。其中, 长期卧床、行动不便、生活不能自理的在不断增加, 恶性疾病逐年增多, 慢性退行性疾病率明显增高, 住院压床时间拉长和频率增大, “空巢家庭”、“单身家庭”的老干部也明显增多。老干部的医疗需求呈现多元化、精细化、全方位的特点。干休所处在医疗保健工作的“末端”环节, 医护人员不仅要开展正常的诊疗

工作, 还要完成个性化服务、健康宣教、值班、巡诊等任务, 加之人员缺编和外出进修学习等因素, 一线的保障力量难以适应形势与任务的需要。

**1.2 专项经费使用管理效益有待提高** 近年来, 各级重视一线保障条件建设, 坚持规定标准与实际需要相结合, 坚持上级投入与本级自筹相结合, 坚持设施更新与环境整治相结合。军区、省军区, 以及干休所都对一线老干部医疗保障条件不断增加经费投入, 配齐了急救、理疗、急救呼叫系统等设备, 对医疗用房进行了普遍整修翻新, 不断深化“一体化”服务内涵, 把亲情化、个性化、精细化服务落实到医疗保健的每一个环节, 老干部受益率和满意度明显提升。去年, 军委、总部再次提高军队离退休干部医疗经费标准, 增幅为历年之最, 让广大老干部看病更加方便、诊疗更加快捷、用药更加安全有效, 身心健康得到更好的保障。但从目前现状看, 不少干休所对用药分级保障制度落实不够, 仍把医院当成干休所的药房, 医疗标准经费存在节余, 甚至转入单位家底, 特别是住同一城市的干休所过度依赖体系医院保障, 医疗经费保障效益有待进一步提高。

**1.3 边远地区老干部就医保障方式需要拓展** 随着近年来我国经济的快速发展, 医药卫生事业取得了更多令人瞩目的成果, 特别是驻地县级以上的医

作者简介: 陈建忠(1964-), 男, 江苏南通人, 本科, 主治医师, 从事医疗保健工作

作者单位: 210024 江苏南京, 南京军区联勤部第三干休所