解决“战时状态”：分级诊疗是关键

▲本报记者 杨萍 张雨

“看病难”一直是我国群众反映最为强烈的难点和热点问题，而实际上，“看病难”集中体现在大医院，就像习近平总书记所形容的那样，大医院似乎时刻处于“战时状态”，而基层医疗机构却是门可罗雀。

大医院到底为何会出现“战时状态”问题？大医院的“战时状态”问题如何才能更好地解决？

到大医院看病为何这么难？

一直以来，我国政府都鼓励“基层或社区医疗机构解决常见病、多发病，大医院解决疑难杂症和危重症疾病”，“但相当一部分患者仍选择到大医院就诊，不少只是进行健康咨询、查体、寻医问药。其实，这部分患者并不需要到大医院就诊，非疑难重症，社区医院就能解决。看病乱，是我国长期存在的医疗体制弊端。”全国政协委员、解放军总医院副院长范利无奈地表示。

分级诊疗是必须推进的改革之一

专家分析，大医院的“战时状态”，归根结底在于我国医疗卫生资源分布失衡，医疗卫生资源的倒三角式分布，必然会导致患者也呈倒三角式追随。因此，要想解决大医院的“战时状态”，分级诊疗是必须要推进的改革之一，它不仅有利于合理分配医疗卫生资源，更有利于引导患者理性就医。

所谓分级诊疗，是指按照疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度进行分级，不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗，逐步实现专业化。将大中型医院承担的一般门诊、康复和护理等分流到基层医疗机构。

在2014年全国两会上，国务院总理李克强在政府工作报告中强调，要“健全分级诊疗体系”，可见其在决策者心中的重要性。国家卫生计生委主任李斌在多个场合不止一次地指出，“建立分级诊疗机制是解决‘看病难’最重要的措施。”

2014年5月，国务院办公厅印发的《深化医药卫生体制改革2014年重点工作任务》（下称《任务》）规定，2014年年底前国家要制定完成分级诊疗办法，运用医疗、医保、价格等手段引导患者在基层就医。

“逐利行为”制约分级诊疗推进

但在实践中，各种手段似乎并没有达到预想的效果。

分级诊疗之所以发展有限，有专家认为很大程度上由于医院的逐利行为所致，尤其是大医院。公立医院虽挂着“公立”的牌子，但实际上已经是市场化运作，政府对于医院的投入极其有限，医院逐利也是为了生存的不得已而为之。有专家甚至表示，只要医院还在为了生计而奔波，一切外围的改革举措都不会有太明显的效果。

除此之外，分级诊疗很重要的一方面是，基层医疗机构必须能够承担常见病、多发病的诊治，做好“守门人”和“导医”的角色，将疑难杂症、危重症分流到大医院。但在全国政协委员、天津市第一中心医院副院长孙丰源看来，目前基层医院做到这一点还很难。原因是基层管理不到位、服务不到位、缺少优秀的基层医师，难以吸引患者。“不可否认，优秀人才普遍在大医院，基层很难吸引人才。事实上，人才在基层也少有锻炼和参加继续教育的机会。”全国政协委员、天津市第一中心医院副院长孙丰源说。

分级诊疗政策如何落实？

如何建立真正有效的分级医疗模式，如何强化区域卫生规划，如何建立公立医院与基层医疗卫生机构的分工协作机制，如何构建基层首诊、分级诊疗、双向转诊等就医秩序等，是摆在众人面前的难题。

国外首诊经验值得借鉴

北京医师协会副会长颜晓文向记者介绍到，在很多采用分级诊疗模式的国家，如英、美等国，综合医院基本都不接待普通病、常见病的门诊患者。美国全科医生甚至有权代替患者选择需要进一步治疗的专科医院。对国内现状而言，首诊的基层医疗机构与综合医院之间，只有有了这样明确的分工，甚至掌握相应的权力，患者才会“不得不”选择在基层首诊。而综合医院没有了相应的门诊服务，多出来的医疗技术人员也会自觉地向基层分流，从而形成良性循环，实现做实做强基层的目标就有了真正的人力资源基础，分级诊疗对解决“看病贵”、“看病难”的作用才能得以发挥。

利用医保杠杆制约医院、引导患者

国务院办公厅在2014年5月印发《深化医药卫生体制改革2014年重点工作任务》后，全国各省市开始针对分级诊疗进行探索。

孙丰源在2014年两会期间建议，可从医保政策上着手，探索医疗保险付费方式的综合改革，以市场方式调整和优化患者的就医流向。“强制或鼓励患者首诊到基层医院，不能仅仅喊口号，要从报销比例等方面，让患者真正看到优惠。”

以甘肃省为例，2014年11月28日，甘肃省卫生计生委印发《甘肃省分级诊疗工作实施方案》，2015年起施行。甘肃为为县级医疗机构确定了100个分级诊疗病种，为乡镇卫生院（社区卫生服务中心）确定了50个分级诊疗病种。如相关医疗机构将签约服务范围内的分级诊疗病种患者向外转诊，新农合管理机构将按一定额度扣减新农合补偿资金，并处罚违规医疗机构。2015年新农合资金按照该病种在转出医疗机构定额标准的50%报销，2016年按照20%的比例报销，2017年不予报销。未按规定办理转诊手续，擅自外出就诊患者，新农合资金不予报销。

不仅甘肃一省，湖北、四川、黑龙江等多省份均制定了各自的“分级诊疗方案”，内容也基本集中在确定分级诊疗病种和利用医保报销杠杆两方面。

远程医疗任重道远

范利认为，我国还应该加速推进远程医疗服务，使患者能在家门口的医院就医。范利说，通过实施远程医疗，能让老百姓在基层得到大医院高水平医生的及时的诊疗服务，能促进先进医学技术由优势高端快速向低端推广，缓解我国医疗资源分布不均的现状。

国家卫生计生委主任李斌曾提到，山西省吕梁山区是全国贫困地区，这里的某县医院可以通过他们的远程医疗系统，与北京的医生共同讨论病例；中日医院与海拉尔医院之间通过3D视频传递手术过程，视野清晰，如临现场……可以说远程医疗对于分级诊疗具有重要的推动作用。

我国新疆地区地广人稀，新疆医科大学第一附属医院的远程医学中心平均每天的远程会诊达到60例，总会诊量近4万例，直接为群众节省费用3亿多元。如果远程医疗系统全面建立起来，我们有理由相信“看病难”问题会得到明显缓解，大家也没必要再赶赴大医院了。

基层人才困境亟待改善

分级诊疗要靠基层医疗卫生机构满足老百姓的大部分医疗需求。老百姓之所以会涌向大医院，原因在于基层缺少让人信任的医生。然而医学生鲜有愿意到基层服务者，基层有水平的人也多在伺机“人往高处走”，对口支援难以一劳永逸地解决基层人才荒。

因此，在全国人大代表、哈尔滨市第四医院老年病科主任高广生看来，提高基层诊疗水平除了增加先进设备外，最关键的还是吸引人才、留住人才。高广生建议，国家除应制定优惠政策加大对农村基层医务人员定向培养力度外，还可通过刚性制度建设推动城市优质医疗人力资源向农村流动，

一位专家告诉记者，如果不能通过机制体制的改革使基层富有吸引力，如果不能使医生在基层能够有尊严地工作、生活，如果没有合格的医生在基层富有创造力地开展工作，分级诊疗的建立恐怕仍会是镜花水月。