

压缩医院床位 患者去哪看病？

▲ 本报记者 张雨 董杰

拆分有必要 切勿“一刀切”

医院过度膨胀 不利综合管理

“大医院不断扩张，对资金、人才、患者都造成虹吸效应，制约了分级诊疗的推进，老百姓‘看病难’问题依然严峻。”中国社会科学院公共政策研究中心主任朱恒鹏开门见山地指出。

北京协和医院心内科副主任严晓伟对“全国人民齐奔协和”深有体会，他认为原因在于医疗资源分布不平衡，越大医疗机构，国家的投入以及研究经费就会多，医生的水平自然更高。患者自然愿意去大医院找好医生。造成的结果就是大医院越来越大，基层医院甚至已经没办法生存。

从医院管理角度而言，北京大学第一医院刘梅林教授谈到，医院过度膨胀不利于综合管理，床位越多管理的难度越大，对患者的细化管理也很难深入下去。“不少医院扩大规模，仅仅是为了追求一些数字指标，这对医院、对患者都不是好事。”

应允许 地区医疗中心存在

是否所有医院都必须压缩至千八百张床位？“我认为医院应该是

多元化的。”第四军医大学陶凌认为，短期来看，大医院拆分是为了使医疗资源不要过于集中，平衡中国不同地区医疗水平的差异，“但一定不是‘一刀切’的模式。”

陶凌向记者举了一个美国梅奥诊所的例子。一座梅奥诊所就相当于一座小城市，在这里工作的员工超过 2.8 万人。在这种医院获得的是世界最尖端的医疗水平的创新和提高。全国的罕见病、危重病都会往这里集中。

“国家应该允许地区医疗中心一类的大医院存在，但应该进行管控。不应该因为人口多，所以医院大；而应该是因为技术高，所以医院大。如果国家允许大城市有非常大的医院，相信其能引领全国的医疗水平。”陶凌谈到。

“除了地区的医疗中心外，其他的地区医院应该控制规模。如果医院定位在地市级医院，床位少一些是应该的。”陶凌指出，如果本身定位就是全国顶尖的创新型、研究型医院，应该是以需求为准则，无需限制在 1500 张。如果每家医院都限制在 1500 张，接待的患者是有限的，医院的创新也会受到限制。

大医院进不去 小医院看不了

理想的蓝图描绘起来的难度一般都会小于实施的难度，大医院压缩规模、缩减床位同样不例外。并且这其中的难度不仅仅涉及到医院本身，更涉及到医生、患者等诸多方面。

从国家层面来看，“向基层推进”的大方向完全正确的。但中国医生整体水平分布不均衡，这成为最凸显的问题。四川大学华西医院陈晓平教授指出，如果在政策推进过程中，盲目地对大医院的规模、床位进行压缩，而基层医院的质量又还未得到很好

咋办？

的提升，对于患者而言是比较尴尬的。大医院进不去，小医院看不了，去哪？

这确实是很多大医院客观存在的要求，要想压缩大医院，首先需要压缩患者，但绝不能拎着脖子将其赶出大医院。患者之所以趋之若鹜般涌向大医院，原因很简单，因为那里有更好的医生。

严晓伟直言，此时最为重要的是基层医院医务人员的医疗水平如何提高。限制大医院扩张一个行政命令就可以，而提高医务人员水平绝非一朝一夕。



医院床位压缩了，患者看病去哪？ 来源 / 新华报业网

在不久前召开的第二届京津冀区域医疗发展学术会议上，国家卫生计生委相关部门负责人表示，“十三五”期间建立科学合理的医疗服务体系规划迫在眉睫，同时要对超出规模标准的公立医院逐步压缩床位，选择部分单体规模过大的公立医院开展拆分试点。

医疗机构床位设置标准

医院级别	适宜	上限
县级医院	500 张	1000 张
地市级医院	800 张	1200 张
省级及以上医院	1000 张	1500 张

（根据国家卫生计生委相关部门负责人讲话整理）

此语一出，让不少航母级大型三甲医院如坐针毡。因为在这些医院中，2000~3000 张床位甚至已经算不上航母级了，4000~5000 张床位的医院比比皆是，甚至有的已经逼近万张床位大关。

倘若真的要压缩大医院床位，绝不是一场小打小闹的改革。面对卫生行业如此大动干戈的改革，医生们怎么看？

一切问题迎“人”而解

归根结底，问题又落在了“人”身上。的确，一切硬件都可以用钱来解决，但唯独“人”的问题，不是钱能够解决的。

我国正在大力推进分级诊疗，该政策甚至已经被写入了政府工作报告。但真若想实现“基层首诊，双向转诊，急慢分治，上下联动”的分级诊疗目标，就必须让老百姓信得过基层医生。如何信得过？能看病，会看病，能看好病。问题的关键就在于，基层少有这样的医生，有这样的医生不愿意去基层，去了基层的医生也不愿留在基层。

须有鼓励留基层政策

严晓伟向记者举了一个美国的例子。在美国读医学院费用很昂贵，一般都需要贷款。而美国的政策规定，如果医生愿意到基层工作，可以减免贷款的额度。与此同时，在基层工作与在大医院工作的待遇无差。

“政策层面必须要使基层的医务人员有所获益。经济无法获益、技术无法获益，为什么还要留在基层？”严晓伟谈到。

保障基层医生继教权利

对于前文中所提到的“技术获益”问题，陶凌亦颇有感触，她表示，如果能够保证分到小医院的医生也能够不断接受继续教育，能够每隔 5 年进入大医院进行一段短时间的学习，相信他们一定能够跟得上。相信如果患者都

能留在基层进行治疗，也能减少国家的医疗投入。

“我国各种各样的学术会议很多，必须保障每一个基层医生都有得到继续教育的机会，消除其被分到小医院而没机会参加继续教育的顾虑。”陶凌说，医生有了一定水准，又能得到不错的继续教育，必定能够得到基层群众的认可。到那时，老百姓也就不会再舍近求远，去“协和”看感冒了。

住培造就同质化医生

“我国人口众多，底子相对较薄，经济发展不均衡。首先在医生层面，就需要用规范化培训来带动专业水平的提高，以缩小城乡差别和不同医院之间的差距。”刘梅林谈到。

我国住院医师规范化培训制度自 2015 年全国全面启动以来，稳步推进。国家卫生计生委李斌主任在多个场合不止一次地指出，住院医师规范化培训是国际公认的培养合格临床医生的必由之路。通过严格规范的培训，促进我国临床医师队伍整体水平的提高和同质，可以为实现分级诊疗提供重要人才保证，有效改变大医院始终处于“战时状态”的情况，是破解“看病难”的治本之策。

国家卫生计生委科教司秦怀金司长曾指出，据测算，到 2030 年，将有 160 多万名医生出自于这种新形式下的住院医师规范化培训。到那时，我国临床医生的水平将有整体上大提升。



记者手记

在不同级别的医院，都有高水平的医生，他们能够接受高水平的继续教育，同时还有优惠政策让他们愿意留在基层。——真到这个时候，不用去刻意压缩床位，大医院的规模自己就会缩减，分级诊疗的模式也将会自动形成。

有人说分级诊疗是一项政策，有人说分级诊疗是一种制度，亦有人说分级诊疗是改革成功后形成的一种状态。无论如何，改革还需循序渐进，切忌急功近利。倘若在下游还未丰盈之时，上游便将大坝筑起，那么结果只能是上涝下旱。

只有当堤坝慢慢筑起，下游兴修水利，使上下游能保持一个丰盈的平衡，堤坝筑成时，才会出现“高峡出平湖，下游鱼米乡”的景致。