

● 热点观察

不能一棒子打死大医院门诊

▲ 深圳 林培鑫

大医院去门诊化，源于门诊统筹的压力。新医改以来，全国一年新增门诊1亿多人次，新增住院1000万人次，2010年，全国就诊人次达58亿。

如此庞大的门诊流量给医疗费用的结算、医疗保险管理服务等工作都增加了不少压力。

同时，由于大医院门诊的服务类目多，范围广，公共卫生服务、预防保健、健康体检等没有清晰的界限。这些因素对门诊的医保统筹基金造成了不少压力。

现有的医保制度以“保基本”为主，保大病的重大疾病还没有真正推广。因此目前大医院的门诊，社保定点无限制，医保的受益面全面开放式地扩大，搞成了人人有份的泛福利化制度。

尤其是新农合，参保人员不管是否有病，大病还是小病，不少人想办法在每年年底将其参保后享有的额度全部兑现。

这些做法都导致了医疗资源的浪费。对于真正需要医保基金的患者来说，反而因为报销额度的削减，而受到了冲击和伤害。

正因如此，大医院门诊的医疗保障制度正越来越深地 and 医疗福利制度捆绑在一起，分流乏力，只能靠拒收一些医保患者来释放压力。

同时由于医保基金有限，为保障医保制度的稳定和持续发展，大医院的门诊只能先被喊停。



展，大医院的门诊只能先被喊停。

要提高基层医疗机构的门诊流量，而不是直接倒逼大医院关闭门诊，倒逼患者到基层就医。

在基层医院的卫生队伍中，存在一个相当严重的问题——人才匮乏。

导致基层机构人才匮乏因素有很多，这些因素也是现如今我国基层医疗机构所迫切需要解决的问题。

盲目地一棒子打击三甲医院的门诊，倒逼首诊在基层，这中间如果没有一段合理的引流过渡，很容易使三甲医院由于急诊、住院患者的暴增，陷入只能不停地扩张的恶性循环中。

要想改善三甲医院门诊的就医体验，必须要深入了解问题的根源——基层机构为什么吸引不来病患的问题？

改善三甲医院门诊的就医体验，合理释放门诊统筹的压力才是王道。

适当将大医院门诊的一些适用于基层医院的功能如输液、慢病康复等转移到基层，而对于一些只能上级医院参与的门诊、手术等留在原来的医院。

同时为了响应国家多点执业的政策，可以安排骨干医生下基层，参与一些慢病的会诊、手术支持等工作，这才是将分级诊疗体系逐步落到实处的举措。

● 第三只眼

医疗资源浪费催生看病难

▲ 医学博士 野夫

患者多只是看病难的表象。医疗行业是一个特殊的服务性行业，一旦出现服务脱节的问题，则说明服务的提供方出现了供不应求的问题。

医院病床有限，医生数量有限，医疗投入有限，都会使患者人数相对过多导致看病难度增加。这很容易当作看病难的原因，但这只是表面现象，并不是根本原因。

如今大医院人满为患，大医院数量毕竟有限，在无限的看病民众面前，看病的难度指数必然增加。大医院之外的其他医疗场所，则会看到完全相反的景象，他们会为没有人看病而苦不堪言。

医疗机构存在的意义在于看病，任何机构的存在都意味着要占用一定的社会资源，而社会分配这些资源却出现了严重的偏差。大医院人山人海，小医院门庭罗雀。这不仅造成了看病难的现实，更造成了医疗资源的极大浪费，最终加重看病的难度。

国内有很多医学院校，除了正规的医学院校外，很多非正规的机构甚至一些民间的力量都在培养医学生。学生学医，将来都应当医生才是。但现实并没有让太多的学生走进医院，他们中的很多人一毕业就走进了其他行业。看病难的一个重要

原因是医生不足，而如今大批的医学生却连当医生的机会都没有，这显然是一个巨大的人才浪费。

然而，即便是当了医生那些人，也不是所有人都会有机会给患者提供医疗服务。

如上所述，只有大医院的医生才有机会让自己“累死”，而更多医院的医生却会因为看不到太多患者而眼睁睁被“闲死”。这部分医生不是不会看病，而是没有患者可看，他们的能力完全被荒废了。

医院有公立与私立之分，但都应有公益属性。当对医疗行业进行投入的时候，两种属性的医院本该一视同仁，而现实中大型公立医院却几乎垄断了所有的投入。

此外连医保等政策也对公立医院极度倾斜，这不但造成了医疗机构发展的不均衡，而且造成了投入的巨大浪费，最终使看病难的问题越来越严重。

如今医疗市场最大的问题是资源浪费的问题。医改的目的本来是为了均衡资源减少浪费，但由于最终会影响到太多深层的利益关系，结果使这种现状不得不维持下去。只要游戏规则不变，医疗资源的浪费就不可能被消除，看病难的问题也就必然会持续下去。

● 声音

医学院校不应降分录取

▲ 广东省卫生和计划生育委员会巡视员 廖新波

广州医科大学今年情况不算差，第一批本科在广东省实际录取1543人，其中理科1356人，出档线527分，最高分605分；文科187人，出档线514分，最高分557分，理科出档线超出一本19分。

今年为了考生利益的最大化，减少退档名额，理科增加了8个录取计划，文科增加了

1个录取计划。

医学本科招生降分录取可取否？任何国家医学教育都是精英教育，招生规模也实行总体控制，按需求订单培养。英国一般医学院校每年招生100人左右。在英国申请医学院对高中阶段成绩要求较高，还要面试。智商高、情商低，在英国也很难当医生。英国读医要

5年，比其他专业多2年，这也是医生含金量高的原因之一。

如果想通过读书脱贫，支撑一个大家庭，那么还是选其它专业更适合。

毕竟没有一个成功者一开始就希望通过读医、行医发家致富的。小康、小资还是可以，还是一句话：读或不读，必须是兴趣与理想的统一。

● 微信留言

言为心声，每一篇稿件的反馈，都代表着一名医生的所感所思所想。向观点致敬！我们将每周选取医师报微信公众号（DAYI2006）精彩留言与您分享。

治病钱在医院被偷，老人三天后病逝

@ 自由翱翔：医院内的行窃问题提醒院方应该加强管理。在医院里偷取别人的救命钱，行窃者的道德和良知都应该受到谴责，要给予严厉打击。我身边有人到医院被不法分子用冥币调换真币，这种行为太可恶了，监管部门要采取严厉措施制止、惩处这些不法分子。

@ 拔茅山人：医院管理属社会管理，不应该将此问题的全部责任都推给医院。

医院里那些奇葩规定都是为了保护你

@ 欠钱不还：《红楼梦》里贾宝玉病了，贾母威胁太医，看不好就拆了太医院。可见古代医患关系也不像有的人想的那么和谐。有大夫给看病，有钱能看得起病，对很多人来说还是奢望。

@ 周令治理：社会的良性运转最终还是要靠道德来维持。医患关系绝对不可能是单方面的问题，封建社会，医患关系有这么紧张吗？

