

以分级诊疗为主要抓手， 破解赣州市小病去大医院的难题

黄小琼，郑长英

摘要:目前，赣州市二、三级医院占据大部分医疗资源与市场份额，形成县、市医院强，乡、村、社区基层弱的现状，患者无序就医，小病去大医院，造成医院看病难的问题。本研究通过以分级诊疗为主要抓手，致力于构建区域一体化的医疗信息共享平台，构建常见病、慢性病分级诊疗服务模式；夯实基层医疗队伍，提升基层医生诊治能力；推行医疗、养老一体化全科医生或家庭医生签约服务；搭建医疗联合体帮扶机制；实施差异化医保结算政策和转变群众就医观念等多渠道、多策略，使居民常见病、慢性病的预防、治疗和康复在基层得到解决，确保有效破解小病去大医院的难题。

关键词:分级诊疗；基层医疗服务；医药卫生健康事业改革



如何破解“小病去大医院，造成看病难”的问题，国内学者从不同的角度给出了建议，学者冷明祥等^[1]提出政府社会职能的强化是解决看病难的有效途径；学者范超^[2]认为政府应合理配置卫生资源，完善医疗服务体系，提高基层医疗机构的服务能力，在公立医院与基层医疗机构之间建立分工协作机制，实行分级就医管理，合理分流患者。国外解决看病难的做法有一定的参考价值，例如，英国 NHS 系统和澳大利亚的医疗保健制度严格执行社区首诊制，不同级别医疗机构之间实行分级医疗政策，明确各级医疗机构功能，尤其是社区卫生服务机构的基础性作用；美国医疗服务体系强化全科医生“守门人”的角色；德国医疗服务体系严格实行医药分开、逐级转诊制度^[3-5]。

一、赣州市的医疗现状

通过线上发放问卷和实地走访调研，收集整理资料并统计显示，赣州市的医药卫生健康事业改革正逐步推进，并取得了一定的成效，但城乡之间医疗卫生服务能力还不平衡，城市大医院聚集了优质医疗资源，包括高端医疗设备、新技术、优秀医疗人才，而一线基层医疗机构如乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心发展速度仍然比较缓慢，存在医疗资源短缺、医疗人才不足、医疗技术水平不高、服务能力不强等问题。随着人们幸福指数的不断提升、健康意识的不断增强，不管是小病大病，为了得到更好的诊治，人们纷纷涌向大医院，增加了患者就医难度和经济负担，



也使医护人员工作压力增加，超负荷运作，身心疲惫。大医院有限的医疗资源被小病、常见病、慢性病不合理占用，导致一些疑难杂症和急、危、重症患者难以得到合理的救治。反观一些基层医院和社区卫生中心，部分医疗资源被闲置，利用率较低，造成浪费。这与赣州市医疗资源配置的合理性等问题有直接关系，患者无序就医，缺乏分级诊疗引导是造成问题的关键原因。

二、构建分级诊疗制度的必要性

实施分级诊疗，破解“小病去大医院，造成看病难”的难题，可有效缓解二、三级医院的就诊压力，推进大医院从注重扩张规模向提升质量效率的转变。政府应加大政策的引导力度，合理配置医疗资源，从而构建“小病在基层，大病去大医院，康复回基层”的诊疗模式。分级诊疗制度的实施，为化解医疗资源配置的结构性矛盾提出了解决方案，为推动医疗卫生事业的改革指明了方向。

三、构建分级诊疗制度面临的困难

- (1) 基层医疗人才缺乏，服务能力不足。
- (2) 医疗优质资源分布不平衡，优质资源主要集中在大医院。
- (3) 分级诊疗体制机制尚未建立，需要各级政府、

主管部门群策群力和专家学者的积极参与。

(4) 尚未构建区域一体化的医疗信息共享平台，距离实现患者的健康档案和病历在区域内互联互通，方便患者医治和有序转诊还有很大差距。

四、分级诊疗制度的实施策略

(一) 转变群众就医观念

政府应多渠道宣传，形成政策舆论导向，出台各种优惠套餐，引导老百姓自觉就近到基层医院就医，同时加大对基层医疗的扶持力度，提升基层医院的诊治和服务能力，增加老百姓对基层医疗机构的信任度，提升体验感和获得感，形成口碑效应，扭转“小毛病”挤大医院的风气。

(二) 构建区域一体化的医疗信息共享平台

建立区域内公民健康医疗的信息化共享系统，实现市、县（区）、乡镇、村医所（社区）四级医疗健康信息的互联互通、数据共享，给老百姓带来就诊和转诊的便利，同时能为医疗资源共享、技术培训与支持、远程会诊、病案研讨等多方面带来便利。

(三) 构建常见病、慢性病分级诊疗服务模式

第一，将分级诊疗纳入院长年度目标责任制考核，让三级医院回归对疑难重症的诊疗职责，不再追求普通门诊量。第二，借鉴德国分级诊疗的做法，患者就

诊顺序一般为先找社区医生,包括家庭医生、全科医生,如病情需要,由社区医生转诊上级医院和三级医院诊治;常见病、慢性病由基层机构诊治,疑难杂症、危重症由二、三级医院专科诊治。第三,确立医疗机构分级分工制度,确定单病种支付限额,设定三级医院主要收治180+N种大病;二级医院主要收治220+N种常见病、多发病和某些重症患者;乡镇医院收治80+N种基础疾病;社区卫生中心和村医所定位为老百姓健康的“守门人”,重在疾病的科普宣传、慢性病的建档管理和公共卫生防疫。建立“结余归己、超支垫支、转诊扣减”的激励机制,如越级就诊,大幅降低报销比例。

(四) 夯实基层医疗队伍,提升基层医生诊治能力

第一,从二级医疗机构抽调医疗骨干组成指导团队,负责基层医务人员专业培训,包括公共卫生防疫、疾病诊治、地域性特色专科和急救技能培训等,并给予其工作补贴,卫健委将对县级医院下沉工作开展专项督查。第二,加强县市级医院与基层医疗机构的联系,建立“点对点”结对援助,轮流到社区、乡村开展支援工作;建立医务人员晋升职称须到基层乡镇以下医疗机构服务至少两年的制度,使基层医疗卫生机构的服务逐步得到规范,服务水平和质量逐步得到提高。第三,鼓励基层医生接受专业实践进修教育和学历提升教育。第四,财政补助向基层倾斜,加大对基层软、硬件设施设备的投入,提高基层医务人员的薪酬待遇,稳定人才队伍。

(五) 引导人才走向基层,壮大全科医生队伍

第一,加大政策引导力度,制定医学毕业生基层就业改革和奖励举措,切实采取优惠措施。在“进得去,出得来,优惠多”政策的感召下,引导医学院校优秀毕业生走向基层、留在基层,并为他们提供施展才能的平台。第二,医学院校应做好宣传,做好择业观、价值观的引导,制造良好的舆论导向,请基层医疗系统的优秀模范人物来做就业辅导,同时开展医学生到基层工作的社会实践活动,加强医学生到基层就业的艰苦创业教育。第三,医学院校扩大全科医生招生规模,壮大全科医生队伍,大力推行全科医生或家庭医生基层签约服务,签约后可开展健康体检、疾病预防、用药科普、常见病诊治、慢病复诊和双向转诊等综合、个性化的医疗、养老一体化的健康服务。

(六) 搭建医疗联合体帮扶机制

近年来,赣州市已逐步实施并推进医联体建设,一线城市的大型三甲综合医院与赣州市的三级医院对

口帮扶合作,区域内的多家三级医院分别与县级多家医院、县级各医院分别对接多家基层乡镇医院,共同组成医疗联合体,已进行全方位合作与帮扶,已逐步开展和推进各学科的医疗技术帮扶、技能人才的培训、医疗服务平台的共建和共享,进一步深化和加大周边医疗的辐射和带动作用。

(七) 实施差异化医保结算政策

实行分级分类补助办法,财政补助倾向一线基层医疗机构,确保满足基层医疗机构正常运行和发展的需要,施行基层看病的起付线低、收费标准低、报销比例高,越往大医院起付线越高、收费标准越高、报销比例越低的政策,以医保结算报销的差异化政策为导向引导群众就医向居住地所在的基层医疗机构转移,缓解看病难的压力。

逐步推进实施分级诊疗,应加强政府主导和政策宣传,优化基层医疗机构运行与管理,完善配套设施,提升基层医务人员的薪酬待遇,健全人才培养制度,探索适合赣州市发展的基层医疗服务新模式及操作规范,构筑基层服务体系新框架,才能满足人民群众基本的卫生健康服务需求,破解“小病去大医院”的难题。[作者单位系赣南卫生健康职业学院。基金项目:赣州市社会科学界联合会科研基金资助项目“赣州市小病去大医院问题破解机制研究——以分级诊疗为主要抓手”(2022-019-0020)]

参考文献

- [1] 冷明祥,赵俊,唐晓东,等.强化政府社会职能 解决看病难看病贵[J].中国医院管理,2007(8):1-4.
- [2] 范超.谈“看病贵、看病难”的现状和对策[J].中国集体经济,2015(34):153-154.
- [3] REES E L,GAY S P,MCKINLEY R K.The epidemiology of teaching and training general practices in England[J].Educ Prim Care,2016,27(6):462-470.
- [4] GREEN A,ROSS D,MIRZOEVI T.Primary health care and English:the coming of age of Alam Ata[J].Health Policy,2007,80(1):11-31.
- [5] FINK-ANTHE C,凌栋,方红娟.美国及欧洲的医疗卫生服务体系现状分析[J].中华医院管理杂志,2009(9):581-584.