



背景略述

县级医院的地位

40 年前,中国大部分农村和乡镇地区处于“赤脚医疗时代”,赤脚医生的推行不仅仅让医疗服务普及化,也让卫生知识普及化,但医生水平不高,缺乏对疑难重症病例的诊疗能力,而且大部分医疗资源集中在城市,农村和乡镇百姓如果有大病,在经济条件允许下,也只能去大城市。1992 年,国务院下发《关于深化卫生改革的几点意见》,医院要在“以工助医”、“以副补主”等方面取得新成绩,医疗服务进入市场化阶段,导致的后果之一是医疗资源日益从农村转向城市,百姓不仅不得不进城看病,而且变得越来越难。

随着农村人口大量迁移,城市流动人口增多,基层医疗卫生机构薄弱成为百姓看病难、看病贵的一个重要原因,2016 年调整的卫生工作方针中将“以农村为重点”调整为“以基层为重点”,契合了城镇化建设大局和统筹城乡发展趋势。

有专家分析:从医疗网络构成看,县级医院对市、省、国家是龙尾,对乡、村是龙头,处于承上启下的关键环节;从县级医院建设情况看,经过建国以来的发展,县级医院房舍、人才、设备、技术等方面都具有较好的基础,扶持一下完全能够达到县级医院在分级诊疗中预想的目标;从群众就医期望值上看,对于普通农村患者来说,能够到县级医院诊治,从心理预期上、经济承受能力上,都是相对认可的。

因此,提升县级医院诊疗能力建设十分关键,从各方面看都是切实可行的,并将起到投入少、见效快的明显成效。

相关链接

上世纪80年代,长春曾有医联体



据《吉林卫生志(1893 年—1986 年)》记载——

1983 年,长春等地开始建立以大医院为核心的医疗技术联合体,长春市立医院为主,分别与宋家、杨家、群英、新春等 4 个卫生院和长春市第一机床厂职工医院进行了技术联合。白求恩医科大学第一、第二、第三临床学院、吉林省人民医院、长春中医学院附属医院分别与长春市重庆、白菊、曙光、绿园等 4 个卫生院建立了联合体。联合协作大体有 3 种形式:一方提供床位,另一方提供技术;二是技术顾问型,受协助医院聘请协助医院的专家出诊;三是混合型,即一、二类做法的结合。

1985 年底统计,仅长春市建立不同层次的医疗联合体 18 个,纳入协作的医院 58 个,开放协作病床 854 张,诊治病人 40 余万人次。

“我是 3 月 3 日由吉大一院的教授来做的手术,在这里住院,费用报销比例比去长春高,总费用大概在 1.4 万元左右报销后我自己只需花四千多,而且不用来回折腾,省得家人陪护的麻烦。”2018 年 3 月,在东丰县医院泌尿外科的住院部,肾囊肿患者高玉梅这样告诉记者。

东丰县人民医院是吉大一院医联体成员单位。高玉梅的主治医生唐云辉表示,患者家中经济条件一般,如果去长春做手术报销后也要花费至少 2 万元,再者去长春还不一定是专家教授亲自手术,现在医院与吉大一院结成医联体,从技术上、设备上都跟吉大一院基本靠拢,在三甲医院享受到的医疗条件在这里也可以享受到。

这一切,都得益于吉林省 2016 年起出台《关于推进分级诊疗制度建设实施方案》、《关于推进多层次医疗联合体建设实施方案》等相关政策文件后建立起的,以医联体建设为依托,以开展家庭医生签约服务和远程医疗会诊为手段,以加强慢病管理为突破口,创新建立分级诊疗基本路径的分级诊疗体系,全面推行“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗制度。

大病不出县 从前“不可能”,现在“我愿意”

医联体
促进优质资源向基层流动
关键词:省级 市级 多层次

吉林省充分发挥中省直医疗机构的资源优势,由政府主导组建分区域、分层次、多种形式的医联体,重点推进省级五大医联体,即吉林大学第一医院、第二医院、中日联谊医院和吉林省人民医院、延边大学附属医院等5家省内实力最强的综合医院与9个市(州)、43个县(市、区)医院之间建立医疗联合体,全面推动优质资源向基层和边远地区流动。

在落实省级五大医联体的基础上,同步推进市级医联体、县级医共体、专科联盟、远程医疗协作网,鼓励社会办医疗机构根据意愿参与医联体建设。在城市,医联体内以人才共享、技术支持、检查互认、服务衔接等纽带进行合作;在县级,努力构建县、乡、村三级联动的县域一体化医疗服务体系;以专科协作为纽带重点提升重大专科疾病的预防和救治能力;利用信息化手段促进资源纵向流动。

仅2018年,省级5大医联体牵头医院向下级医院派驻医疗队2119次,派驻医院管理人员295人次,派驻医生3011人次,接收下级医院进修人员354人,诊疗患者69693人次。持续开展万名医师巡回医疗,诊疗患者75.98万人次,一次性治愈患者7.06万人。

培养全科医生
成为家庭医生骨干
关键词:签约服务 扩大队伍 提高工资

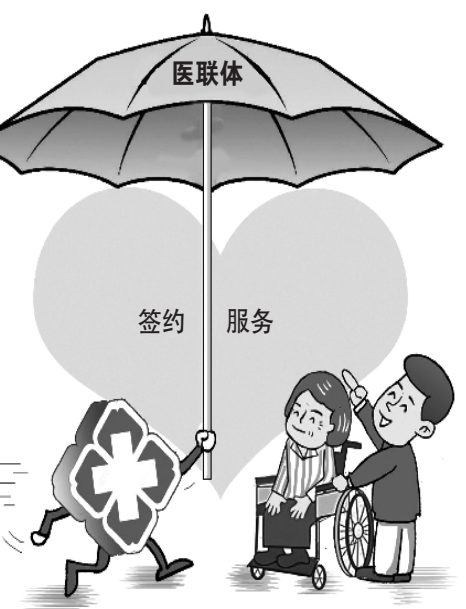
吉林省全面开展家庭医生签约服务,目前已组建6539个家庭医生服务团队,以省级为单位,统一基础性服务包内容,确定个性化服务包类型,明确服务包收费标准和支付政策。常住人口签约率34%,重点人群签约率66.8%,均高于国家要求的标准,农村建档立卡贫困人口和计划生育特殊家庭签约服务实现全覆盖。

为扩大家庭医生队伍,促进基层医疗卫生服务体系建设,2018年8月,吉林省政府办公厅出台《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的实施方案》,明确对全科医生培养与使用的22条政策举措。“22条”强调,要提升全省基层医疗卫生机构全科医生工资水平。对具有全科医生岗位的基层医疗卫生机构在核定绩效工资总量时给予一定倾斜,使全科医生工资水平与当地县区级综合医院同等条件临床医师工资水平相衔接。

引进适宜新技术
确定县域诊疗病种
关键词:辖区内 转诊率

鉴于国家对“小病不出乡,大病不出县”的“小病”、“大病”没有明确界定,基层无从着手的现状,在明确城市三级医院、二级医院和县级医院、基层医疗机构功能定位的基础上,吉林省在全国创新提出县级医院(600种)、乡镇卫生院(43种)、村卫生室(30种)及外请专家在县域内诊疗病种(27种)的诊疗参考目录。各地可根据医疗机构实际能力和前三年发生的诊疗病种情况,在参考目录基础上进行增减,确定辖区内诊疗病种目录,在目录之外的病种应当及时向上级医院转诊,努力让各级医院各展其长,使百姓尽可能在居住地完成诊疗行为,逐步形成“基层接得住、医院舍得放、群众愿意去”的分级诊疗格局,全省已有32个县(市)县域外转诊率控制在10%以内。

健康



中医药发力
满足百姓传统诊疗服务需求
关键词:中医康复 国医大师 中医传承

吉林省坚持中医药特色和优势,形成了医疗、保健、科研、教育、产业、文化全面发展的新格局。全省中医药发展“十三五”规划纳入省政府重点规划。在全国率先实现了县(市、区)中医药管理机构全覆盖。中药资源普查基本实现全覆盖。开展中医药特色老年健康中心、中医药区域健康服务管理指导中心、中医医院康复科等项目建设,中医医疗服务能力明显提升,基层中医药服务环境得到大幅改善。

五年来,全省62%的县(市、区)创建为全国基层中医药工作先进单位,972%的社区卫生服务中心和9374%的乡镇卫生院能够提供中医药服务,基层中医馆建设率达到766%。每万人公立中医医院床位数达到63张。每万人中医执业(助理)医师达到354人。3人获评国医大师,3人获评全国名中医,评选表彰省名中医70名,省基层优秀中医100名。5家中医药单位成功入选国家中医药传承创新工程项目储备库。

慢病管理
合理分配资源
关键词:适用病种 分流患者

吉林省建立的“三级医院诊断、二级医院治疗、一级医院管理”的慢病管理分级诊疗模式被国家视为深化城市区级医院改革的破题之举向全国推广。三级医院逐步转诊高血压、糖尿病、心脑血管疾病、呼吸系统疾病、肿瘤、慢性肾病等诊断明确、病情稳定的慢性病患者,由基层医疗机构实施治疗、康复、护理、复查、随访,缓解三级医院就诊压力。合理确定基层医疗卫生机构配备使用药品数量和种类,加强二级以上医院与基层医疗卫生机构用药目录的衔接,满足患者需求。

启动教育
提升百姓日常健康素养
关键词:健康观 全民健身 健康生活方式

为适应新形势下健康促进工作的实际需要,进一步倡导“将健康融入所有政策”的落实,创造有益于健康的环境,提高居民健康素养水平,为深化医药卫生体制改革打基础,吉林省实施系列健康教育工作。

建立了省级健康教育信息平台 and 微信平台,组织开展《吉林省全民健康生活方式促进计划项目》,通过巡讲、主题学习、公益广告、微电影及杂志等渠道组织开展科普传播工作,推进全省健康教育工作的深入持续开展。

吉林省在全国首先提出“明确功能定位、评估服务能力、确定诊疗病种、医保差别支付”的分级诊疗基本路径,探索组建政府主导的多层次医联体,通过引导和分流普通疾病患者,解决群众扎堆到大医院看病的问题。据统计,截至目前,吉林省9个市(州)、43个县(市、区)已实现了医疗联合体建设全覆盖,五个层级医联体已涵盖全省96.34%医疗机构,45家公立三级医院全部参与医联体建设,建立专科联盟160余家,全省二、三级医院均已建立完善的双向转诊通道,医联体建设有效推动了优质医疗资源和人才的有序下沉,提升了县域医疗服务能力,较好地满足了基层群众的健康需求。

让群众信任基层医疗机构,逐步培养“有病先找家庭医生、首诊愿意在基层”的分级就医习惯,让县级医院成为广大基层群众健康的“守门人”。