

## “健康这十年”·医改专刊

分级诊疗,就是按照疾病的轻、重、缓、急,以及治疗的难易程度进行分级,不同级别医疗机构承担不同疾病的治疗,其内涵主要包括十六个字:基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动。

将患者留在基层,就近就医是分级诊疗的核心,但关键在于当地医院的水平能否满足患者的就诊需求。中国科学院院士、中国科学技术大学附属第一医院院长葛均波接受《生命时报》记者采访时表示,为强化基层医疗卫生机构的居民健康“守门人”能力,国家已做出很多工作。

硬件改善方面,2018年中央财政累计下达23.281亿元,用于支持24个省832个

## 基层首诊是核心

国家级贫困县县级公立医院和基层医疗卫生机构的临床服务能力建设,同时把医疗设备配置纳入重点。

软件提升方面,葛均波说,基层医生的最主要工作之一是识别疾病,确定哪些患者能留在基层治疗,哪些需转到上级医院。各省市都针对性推出了“首诊疾病种类目录”,以病种为抓手,指导当地基层医院诊病,比如2019年印发的《广东省分级诊疗常见病种目录相关标准(试行)》中,就包括1型糖尿病、单纯2型糖尿病、

高血压、冠心病等多个常见病、慢性病的分级诊疗标准。国家卫健委也先后发布有关冠状动脉粥样硬化性心脏病和脑血管疾病、慢阻肺、乳腺癌、甲状腺癌、糖尿病视网膜膜病变的分级诊疗技术服务方案,有助基层医生诊断疾病。

近十年,基层首诊有效推进。国家卫健委数据显示,2021年底,全国建有各类基层医疗卫生机构近98万个,卫生人员超过440万人,实现街道、社区、乡镇、村屯全覆盖。全国达到服务能力标准的基层医疗卫生机构占比达53%,全国累计建成社区医院2600余家,县域内常见病多发病就诊率已超过90%。▲

急病、重病、疑难杂症的诊治,通常远超基层医院的水平,此时需保证转诊“绿色通道”的畅通。“双向转诊”的实行,初衷便是减少患者多院奔波的辛苦,只要一次办理,即可获得恰当的诊疗服务。这离不开医联体的发展。

急危重症  
向上转

医联体是将同一个区域内的医疗资源整合在一起,通常由本区域内的三级医院、二级医院、社区医院等组成,共同形成一个医疗联合体。

如果医联体中的基层医疗机构遇到急危重症患者,可通过其内部的“绿色通道”向上级医院转诊。对于符合医联体上转标准的患者,基层医疗机构在征得患者或家属同意后,填写“上转单”报至双向转诊专职机构审核;待双向转诊专职机构与上级医院联系后,患者持“上转单”及就诊资料前往就诊,可优先获得治疗(见“上转流程”示意图)。这种上下联动的医疗机制,确保了急重症患者在最短时间内得到有效救治。

据国家卫健委统计,2018年,全国医疗机构双向转诊患者达1938万例次。其中,下转患者比上年同期增加83%;75%的医疗机构实现医联体内检查检验结果互认。为进一步推进医联体建设,2020年,国家卫健委与国家中医药管理局联合发布《医疗联合体管理办法(试行)》,对各级医院的医联体建设提出明确方向和要求。

葛均波坦言,双向转诊方面,尽管医改已取得一些成果,仍有很大的进步空间,比如,“四个分开(区域分开、城乡分开、上下分开、急慢分开)”难以落实、检查结果难以互认、信息数据难以共享等,都有待进一步解决。▲

## 分级诊疗提升基层实力

编者的话:党的十八大提出,要进一步合理配置医疗资源,构建分级诊疗服务体系,这是新时期深化医改的一项重要内容。2017年,习近平总书记在全国卫生与健康大会上再次明确指出,分级诊疗制度是五项基本医疗卫生制度之首,要大力推进。近十年来,分级诊疗制度稳扎稳打,已取得多方面进展。

受访专家:中国科学院院士、中国科学技术大学附属第一医院院长 葛均波  
北大国发院博雅特聘教授、北大全球健康发展研究院院长 刘国恩

本报记者 张芳

## 康复回到家门口

2017年,国务院印发《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》明确提出,要“形成‘小病在基层、大病到医院、康复回基层’的合理就医格局”。分级诊疗中,“急慢分治”的核心之一就是康复回社区,这是“由上至下”的过程。

对于符合下转条件患者,比如常见病、多发病、病情稳定的慢病患者,急性病恢复期、术后恢复期及危重症稳定期患者,上级医院在征得患者或家属同意后,填写“下转单”,并给出具体诊疗、康复建议,由双向转诊专职机构与下级医院联系,安排患者附带诊断证明、检查报告、后续治疗方案等转至下级医院,进行接续性治疗(见“下转流程”示意图)。

2021年,国家发改委、国家卫健委等八部门发布《关于加快推进康复医疗工作发展的意见》(以下简称《意见》)提出,推动医疗资源丰富地区的部分一级、二级医院转型为康复医院。但葛均波认为,“康复进社区”的推行难点在于专业人才储备的不足。据估计,我国有康复需求的潜在人群数量约为1.7亿。但目前,我国康复医师数量仅为每10万人口1.2人,远低于发达国家要求的每10万人口匹配至少30~70名康复医师的要求。

为缓解康复人才不足问

题,教育部在《普通高等学校本科专业目录(2012年)》中开始设置康复治疗学专业,培养专业人才。据统计,2010~2015年,设立该专业的高校由47所增加到128所,年招生人数由1900人增加到7200人。《意见》再次提出,力争2025年实现每10万人口康复医师达到8人、康复治疗师达到12人的目标。

发展社区康复有赖于家庭医生团队的壮大。数据显示,截至2021年底,全国已基本实现所有地市和县(市、区)开展家庭医生签约服务,组建超过42万个家庭医生团队。▲

## 远程医疗扶偏远

远程医疗一体化进一步细化了分级诊疗制度,通过互联网,让患者可在异地接受大医院专家的会诊,为分级诊疗提供了更多可操作性条件。

加快发展“互联网+医疗健康”,2018年就已提上议事日程,推进远程医疗覆盖全国所有医联体和县级医院,推动东部优质医疗资源对接中西部需求。《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》中,同样要求大力推进面向基层、偏远和

上级医院开具“下转单”

双向转诊专职机构审核,与下级医院联系

基层医疗机构责任医生接诊

下转流程↓

根据接诊情况对症治疗

患者持“上转单”到上级医院就诊

双向转诊专职机构审核,与上级医院联系

基层医疗机构责任医生开具“上转单”

↑上转流程

展线上医疗,客观上发展了远程医疗。

以山西省大同市医联体为例,自2016年远程医学中心建立起,当地医生深刻体会到服务效率的提升,从下级医院发出申请,到获得上级医院专家会诊,全程未超24小时,也提升了基层医生的诊治水平。国家卫健委数据显示,截至2020年底,83.42%的三级公立医院建立了远程医疗制度,70.53%的三级公立医院建立了远程医疗中心,81.29%的三级公立医院建立了远程医疗中心,81.29%的三级公立医院建立了远程医疗中心。

刘国恩说,分级诊疗的落实,必须从体制制度上激发医生积极性,这需要给予医疗市场一定的自由度,让医生真正流动起来,下沉基层,在这方面,未来我们还有很长一段路要走。▲



欠发达地区的远程医疗服务体系建设。

比如鼓励二、三级医院向基层医疗机构提供远程服务,大医院与基层医疗机构、全科医生与专科医生资源共享,健全基于互联网、大数据技术的分级诊疗信息系统等。

北大国发院博雅特聘教授、北大全球健康发展研究院院长刘国恩说,远程诊疗对缓解地区间医疗资源的不平衡问题,能起到一定作用,有助提高贫困地区的诊疗水平。特别是疫情期间,各地大力发

