

资源再平衡 诊治城市病①

找回被“戒备”伤了的“和谐医患”

委员建议重建分级诊疗制度,让医疗进入有序轨道

人们怀念那个医患互信的年代:医院的墙壁是冰冷的白色,也没有空调,可医院里面却有着温暖的人与情。

过去的一年,中国医患关系跌到谷底,对医生护士的人身伤害事件频频出现;今年,刚入3月,齐齐哈尔、南京、杭州、上海都已经发生过较有影响的“伤医、伤护事件”——在人满为患、超负荷运转的大医院里,医生与患者之间,彼此陌生、互相戒备。

在京参会的全国政协委员们提出了诸多建议,他们希望重建分级诊疗制度,合理配置医疗资源,从源头着手重建和谐的医患关系,让医疗重回有序轨道。

“很不希望按响应急按钮”

医生坦言忙碌里无奈加进了“自我保护”

记者调查

进入医院工作16年,仁济医院急诊科的周山(化名)觉得最亏欠自己9岁的孩子——从来没有带他出去好好玩过一次。

周山最忙时一天接待病人不下七八十号。这几年,他的忙碌增加了很多内容——比如自我保护。他的急诊桌紧挨着的墙上,增设了一个红色的应急按钮,按钮离地约1米,以便让他坐着问诊时随时能按。

周山觉得,让医患沟通更周全,彼此之间有信任,一定要实行分级诊疗。“大家都知道三甲医院医疗资源好,但好的资源更应该用在重病大病上,而不是为了一些头疼脑热的小病来消耗。”

周山说,大家觉得很委屈,但面对救死扶伤的职责任,没人能后退。“昆明‘3·01’事件之后,医生的朋友圈里都在传,‘如果有需要,我们就去救人’。”本报特派记者 何易

检查;对医生而言,很多检查都是为了给自己“留证据”。

“看病其实最好不要到陌生的城市,找陌生的医生看,尤其是常见病、多发病。”周山觉得,熟悉的社区医生或者家庭医生能让患者看病更安心。面对熟悉的医生,患者容易付出信任,医生的服务也会更“家常”;而在大城市的大医院里,人满为患、超负荷工作的现状让医生、护士很难提高服务质量,医护人员的疲劳、冷漠则会加剧病人和家属的焦虑和恐慌,产生怀疑。

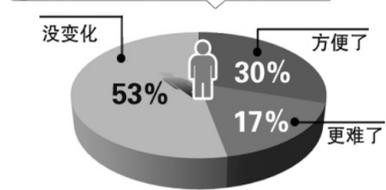
周山觉得,让医患沟通更周全,彼此之间有信任,一定要实行分级诊疗。“大家都知道三甲医院医疗资源好,但好的资源更应该用在重病大病上,而不是为了一些头疼脑热的小病来消耗。”

周山说,大家觉得很委屈,但面对救死扶伤的职责任,没人能后退。“昆明‘3·01’事件之后,医生的朋友圈里都在传,‘如果有需要,我们就去救人’。”本报特派记者 何易

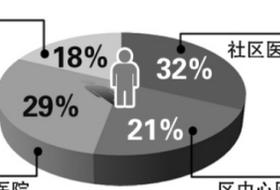
甲方:全国政协委员、中国工程院院士、上海瑞金医院上海血液学研究所所长陈赛娟

乙方:全国政协委员、农工党宁夏回族自治区主委、宁夏医科大学副校长戴秀英

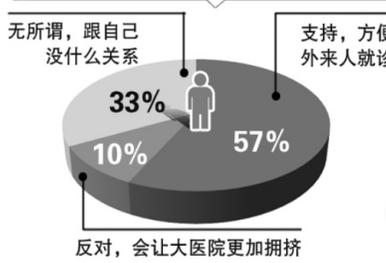
医改之后,觉得看病方便了吗?



生病之后,首选哪类医院?



怎样看待医保异地结算?



阻碍去社区(一级)医院分级就诊的原因?



会场声音

“毫无疑问”、“应该马上执行”……全国政协委员、上海瑞金医院上海血液学研究所所长陈赛娟用一连串急切的词句,表达她对建立完善的分级诊疗制度的支持和期待。

她说:“分级诊疗,病人就医的满意率会有所提高。”

在她看来,要从制度上完善患者在社区医院的首诊流程,由接诊医生根据病人实际情况向上一级医院转诊,“一些常见病给熟悉的社区医生打个电话就可以解决,不需要什么病都往所谓的好医院挤,有限的医疗资源应该合理分配和利用。”

当社区医院挡住常见病之时,三级医院才能专注于疑难杂症的诊治和科研攻关。“我有一次和同行开会,他的嗓子都哑了。”陈赛娟说之后才知道,因为白天的门诊量太大,这位同行一直接诊到晚上11点多,“医生超负荷工作,不但患者难以得到充裕的就诊时间,还可能提高出现诊疗瑕疵的几率,引发矛盾。”

陈赛娟介绍,有的国家规定,专科医生每诊断一个病人的时间不少于半个小时,“一上午最多看4名-6名病人,看多了医保是不能给报销的”;但在上海,大医院的医生半天就要看几十号病人。

事实上,我国在分级转诊制度上曾有较好的经验。“在上个世纪80年代之前,居民看病就是分级诊疗的,没有经过一级医院转诊的病人,大医院是不接收的。”陈赛娟说,“那时的医疗秩序明显比现在好。”

但重建分级诊疗制度面临着诸多困难。陈赛娟直言:“全科医生的培养、社区能否留住人才、患者就医习惯的改变等一系列难题都亟待解决。但无论如何,建立分级诊疗制度已刻不容缓,否则医患双方都不会满意。”

周山说,大家觉得很委屈,但面对救死扶伤的职责任,没人能后退。“昆明‘3·01’事件之后,医生的朋友圈里都在传,‘如果有需要,我们就去救人’。”本报特派记者 何易

周山说,大家觉得很委屈,但面对救死扶伤的职责任,没人能后退。“昆明‘3·01’事件之后,医生的朋友圈里都在传,‘如果有需要,我们就去救人’。”本报特派记者 何易

周山说,大家觉得很委屈,但面对救死扶伤的职责任,没人能后退。“昆明‘3·01’事件之后,医生的朋友圈里都在传,‘如果有需要,我们就去救人’。”本报特派记者 何易

“基层医疗机构服务能力薄弱的严峻现实与推广分级诊疗之间存在矛盾。”全国政协委员、宁夏医科大学副校长戴秀英直言,国家医改政策在地方落实不到位、基层医疗设备陈旧、专业技术人才匮乏等现实问题,使“小病不出乡、大病不出县”的设想面临困境。

“很多乡镇卫生院至今没有配备适应医疗需求的设备,还有些设备十分陈旧,贫困地区这类现象更为严重。”戴秀英亲赴宁夏西吉县调研发现,当地医务人员靠生炉子取暖,一个乡镇卫生院平均要生三五个火炉,“院长多了一个职责——防止一氧化碳中毒”。

戴秀英告诉记者,县里的医务人员和病人共同使用院外的旱厕,卫生条件不堪入目。此外,大多数卫生院都仅拥有开展常规检验的仪器,缺乏急救和手术必备的医疗设备,“这样的医疗服务能力,有条件的百姓谁

不愿去更高一级的医院?”据她统计,西吉县的乡镇医院平均日门诊量20人次,有2/3的床位闲置,手术室更是长期空闲。

“基层卫技人才严重匮乏,业务水平低,业务大幅萎缩;而工资待遇低、晋升难、工作环境差,又令医生不愿意下基层医院,恶性循环由此产生。”戴秀英直言,人才培养一批考走一批,“业务骨干和患者都流向大医院”。

“要使乡镇卫生院真正成为百姓就医的首选,首先应确保到2015年基层医疗卫生机构达标率达到95%以上的目标。”戴秀英在今年两会的大会发言中向卫计委建议,尽快明确乡镇卫生院基本诊疗范围,鼓励有条件的基层医院为农民全面提供与其定位相适应的基本医疗卫生服务,逐步建立乡镇基层首诊制,切实承担起农村常见病、多发病的门诊诊和住院服务,进而分担大医院的就诊压力。 本报特派记者 李上涛

“基层医疗机构服务能力薄弱的严峻现实与推广分级诊疗之间存在矛盾。”全国政协委员、宁夏医科大学副校长戴秀英直言,国家医改政策在地方落实不到位、基层医疗设备陈旧、专业技术人才匮乏等现实问题,使“小病不出乡、大病不出县”的设想面临困境。

“很多乡镇卫生院至今没有配备适应医疗需求的设备,还有些设备十分陈旧,贫困地区这类现象更为严重。”戴秀英亲赴宁夏西吉县调研发现,当地医务人员靠生炉子取暖,一个乡镇卫生院平均要生三五个火炉,“院长多了一个职责——防止一氧化碳中毒”。

戴秀英告诉记者,县里的医务人员和病人共同使用院外的旱厕,卫生条件不堪入目。此外,大多数卫生院都仅拥有开展常规检验的仪器,缺乏急救和手术必备的医疗设备,“这样的医疗服务能力,有条件的百姓谁

不愿去更高一级的医院?”据她统计,西吉县的乡镇医院平均日门诊量20人次,有2/3的床位闲置,手术室更是长期空闲。

“基层卫技人才严重匮乏,业务水平低,业务大幅萎缩;而工资待遇低、晋升难、工作环境差,又令医生不愿意下基层医院,恶性循环由此产生。”戴秀英直言,人才培养一批考走一批,“业务骨干和患者都流向大医院”。

“要使乡镇卫生院真正成为百姓就医的首选,首先应确保到2015年基层医疗卫生机构达标率达到95%以上的目标。”戴秀英在今年两会的大会发言中向卫计委建议,尽快明确乡镇卫生院基本诊疗范围,鼓励有条件的基层医院为农民全面提供与其定位相适应的基本医疗卫生服务,逐步建立乡镇基层首诊制,切实承担起农村常见病、多发病的门诊诊和住院服务,进而分担大医院的就诊压力。 本报特派记者 李上涛

两会经济观察

让「隐性债务」成为「阳光债务」

“目前,我国政府地方债已占GDP的26.7%,债务率为130%。国家审计署对部分地方政府债务变化抽查发现,地方政府债务增长率仍以两位数攀升。然而地方政府并非合格的市场主体,以政府信用作隐形担保非常危险,再加上地方政府债务对土地出让收入的依赖程度较高。负债结构不尽合理,再加上还债期限逼近、经济增长放缓、财政增收乏力等因素,地方政府债务出现系统性风险的可能将会累积放大。”

今年全国两会,全国政协委员、台盟福建省副主委骆沙鸣建议,要搭建好地方政府债务融资的预算监管使用和规范化地方债务融资平台,建立健全各级政府债务预算管理机制、风险预警机制与债务化解机制,使各级政府债务风险总体可控。

2013年底,国家审计署发布的全国政府性债务审计结果显示,全国各级政府负债约20万亿元。“这一数字在风险总体可控区间,适度举债对于国民经济发展所起作用是积极的,但不应成为习惯性动作和经济运行中的魔棒。”骆沙鸣认为,目前地方政府性债务已陆续进入还贷高峰期,但国家对土地管理政策趋紧,土地出让收入增幅下降,用土地作为债务担保将难以为继。

骆沙鸣建议,各级政府应按照“负债有度、管债有规、偿债有源、举债有责”的原则,盘清地方政府债务这笔账,将国际金融组织贷款和高校债务等均纳入预算管理的政府性债务,明确每年还债峰值额度;同时,建立可采信的数据库,逐步使各级政府“隐性债务”成为“阳光债务”,实行政府债务集中管理制度,对政府举债资金来源、发债额度等实行备案管理,“比如说,可以从省级和副省级政府试点开展地方政府发债,对债务资金使用进行绩效评价,提高收益利用效率并尝试部分地方政府债为企业债。”骆沙鸣认为,还应完善偿债工作规划、流程和预警机制,逐步将政府性债务纳入全口径预算管理,强化“借、管、用、还”一体运作,确保“借得到、用得好、还得了”。他还建议尝试建立科学决策风险预警机制和资金收益评估机制,其中风险预警指标体系应包括负债率、偿债率和利息支出率、资产负债率等。

骆沙鸣还建议,应在我国平稳较快的经济增长与科学发展中解决历史欠债,化解存量,控制增量,滚动管理,优化债务偿付等级,杜绝转移债务,优化政府债务结构,“避免过多地以土地作为债务担保,各省、市、县政府应有序、科学推进海陆资源的有偿使用,以资源使用收储和使用权招拍挂,以及通过改革创新使公共基础设施证券化,探索盘活政府优质资产的偿债能力等手段来有效提升各级政府偿债能力。政府考核指标体系中应加大新增债务的指标权重,增加债务管理、约束,使其成为地方政府及党政领导干部任期经济责任审计的重要内容。”

本报特派记者 刘栋 实习生 祝越

社区医院挡日常病,三级医院才能专注于疑难杂症 建立分级诊疗制度刻不容缓

“毫无疑问”、“应该马上执行”……全国政协委员、上海瑞金医院上海血液学研究所所长陈赛娟用一连串急切的词句,表达她对建立完善的分级诊疗制度的支持和期待。

她说:“分级诊疗,病人就医的满意率会有所提高。”

在她看来,要从制度上完善患者在社区医院的首诊流程,由接诊医生根据病人实际情况向上一级医院转诊,“一些常见病给熟悉的社区医生打个电话就可以解决,不需要什么病都往所谓的好医院挤,有限的医疗资源应该合理分配和利用。”

当社区医院挡住常见病之时,三级医院才能专注于疑难杂症的诊治和科研攻关。“我有一次和同行开会,他的嗓子都哑了。”陈赛娟说之后才知道,因为白天的门诊量太大,这位同行一直接诊到晚上11点多,“医生超负荷工作,不但患者难以得到充裕的就诊

时间,还可能提高出现诊疗瑕疵的几率,引发矛盾。”

陈赛娟介绍,有的国家规定,专科医生每诊断一个病人的时间不少于半个小时,“一上午最多看4名-6名病人,看多了医保是不能给报销的”;但在上海,大医院的医生半天就要看几十号病人。

事实上,我国在分级转诊制度上曾有较好的经验。“在上个世纪80年代之前,居民看病就是分级诊疗的,没有经过一级医院转诊的病人,大医院是不接收的。”陈赛娟说,“那时的医疗秩序明显比现在好。”

但重建分级诊疗制度面临着诸多困难。陈赛娟直言:“全科医生的培养、社区能否留住人才、患者就医习惯的改变等一系列难题都亟待解决。但无论如何,建立分级诊疗制度已刻不容缓,否则医患双方都不会满意。”

周山说,大家觉得很委屈,但面对救死扶伤的职责任,没人能后退。“昆明‘3·01’事件之后,医生的朋友圈里都在传,‘如果有需要,我们就去救人’。”本报特派记者 何易

周山说,大家觉得很委屈,但面对救死扶伤的职责任,没人能后退。“昆明‘3·01’事件之后,医生的朋友圈里都在传,‘如果有需要,我们就去救人’。”本报特派记者 何易

周山说,大家觉得很委屈,但面对救死扶伤的职责任,没人能后退。“昆明‘3·01’事件之后,医生的朋友圈里都在传,‘如果有需要,我们就去救人’。”本报特派记者 何易

政策落实不到位 设备陈旧 卫生条件差 基层医院留不住病人和医生

“基层医疗机构服务能力薄弱的严峻现实与推广分级诊疗之间存在矛盾。”全国政协委员、宁夏医科大学副校长戴秀英直言,国家医改政策在地方落实不到位、基层医疗设备陈旧、专业技术人才匮乏等现实问题,使“小病不出乡、大病不出县”的设想面临困境。

“很多乡镇卫生院至今没有配备适应医疗需求的设备,还有些设备十分陈旧,贫困地区这类现象更为严重。”戴秀英亲赴宁夏西吉县调研发现,当地医务人员靠生炉子取暖,一个乡镇卫生院平均要生三五个火炉,“院长多了一个职责——防止一氧化碳中毒”。

戴秀英告诉记者,县里的医务人员和病人共同使用院外的旱厕,卫生条件不堪入目。此外,大多数卫生院都仅拥有开展常规检验的仪器,缺乏急救和手术必备的医疗设备,“这样的医疗服务能力,有条件的百姓谁

不愿去更高一级的医院?”据她统计,西吉县的乡镇医院平均日门诊量20人次,有2/3的床位闲置,手术室更是长期空闲。

“基层卫技人才严重匮乏,业务水平低,业务大幅萎缩;而工资待遇低、晋升难、工作环境差,又令医生不愿意下基层医院,恶性循环由此产生。”戴秀英直言,人才培养一批考走一批,“业务骨干和患者都流向大医院”。

“要使乡镇卫生院真正成为百姓就医的首选,首先应确保到2015年基层医疗卫生机构达标率达到95%以上的目标。”戴秀英在今年两会的大会发言中向卫计委建议,尽快明确乡镇卫生院基本诊疗范围,鼓励有条件的基层医院为农民全面提供与其定位相适应的基本医疗卫生服务,逐步建立乡镇基层首诊制,切实承担起农村常见病、多发病的门诊诊和住院服务,进而分担大医院的就诊压力。 本报特派记者 李上涛

“基层卫技人才严重匮乏,业务水平低,业务大幅萎缩;而工资待遇低、晋升难、工作环境差,又令医生不愿意下基层医院,恶性循环由此产生。”戴秀英直言,人才培养一批考走一批,“业务骨干和患者都流向大医院”。

“要使乡镇卫生院真正成为百姓就医的首选,首先应确保到2015年基层医疗卫生机构达标率达到95%以上的目标。”戴秀英在今年两会的大会发言中向卫计委建议,尽快明确乡镇卫生院基本诊疗范围,鼓励有条件的基层医院为农民全面提供与其定位相适应的基本医疗卫生服务,逐步建立乡镇基层首诊制,切实承担起农村常见病、多发病的门诊诊和住院服务,进而分担大医院的就诊压力。 本报特派记者 李上涛

“要使乡镇卫生院真正成为百姓就医的首选,首先应确保到2015年基层医疗卫生机构达标率达到95%以上的目标。”戴秀英在今年两会的大会发言中向卫计委建议,尽快明确乡镇卫生院基本诊疗范围,鼓励有条件的基层医院为农民全面提供与其定位相适应的基本医疗卫生服务,逐步建立乡镇基层首诊制,切实承担起农村常见病、多发病的门诊诊和住院服务,进而分担大医院的就诊压力。 本报特派记者 李上涛

“要使乡镇卫生院真正成为百姓就医的首选,首先应确保到2015年基层医疗卫生机构达标率达到95%以上的目标。”戴秀英在今年两会的大会发言中向卫计委建议,尽快明确乡镇卫生院基本诊疗范围,鼓励有条件的基层医院为农民全面提供与其定位相适应的基本医疗卫生服务,逐步建立乡镇基层首诊制,切实承担起农村常见病、多发病的门诊诊和住院服务,进而分担大医院的就诊压力。 本报特派记者 李上涛

“要使乡镇卫生院真正成为百姓就医的首选,首先应确保到2015年基层医疗卫生机构达标率达到95%以上的目标。”戴秀英在今年两会的大会发言中向卫计委建议,尽快明确乡镇卫生院基本诊疗范围,鼓励有条件的基层医院为农民全面提供与其定位相适应的基本医疗卫生服务,逐步建立乡镇基层首诊制,切实承担起农村常见病、多发病的门诊诊和住院服务,进而分担大医院的就诊压力。 本报特派记者 李上涛

房价突现“分水岭” 调控不应“重控轻调”

代表委员聚焦楼市四大矛盾

2014年初,一路高歌猛进的全国楼市突然出现“分水岭”,一线房价高烧不退与三四线房价松动分化加剧,房地产市场火爆不减与楼市疲态渐显并存。在楼市信号如此错综复杂的表象中,房价下一步走势如何?调控政策会否区别对待?

一二线热 三四线冷

【数据】岁末年初,江苏、山东、安徽等地多个三四线城市楼市交易疲软,个别地方成交量甚至“腰斩”,但一线城市却“高烧不退”。1月份,北京大望京村的绿地中心项目住宅均价超9万元。

【解析】全国人大代表辜胜阻说,随着城镇化的发展,资源和人口大量由边缘向中心城市集中,需求和购买力也都从三四线向一二线汇集,随着三四线城市建设过程中“摊大饼”的弊端显现,楼市便越来越呈现明显的分化。

【记者点评】针对房价分化,调控政策应当区别对待,而非“一刀切”。

房价冷 地价热

【数据】国家统计局日前公布数据显示,1月份70个大中城市房价增幅收窄,环比上涨的城市减少,下降的城市增加。与之相比,土地市场却一片火热,京沪深穗四城土地成交均价环比涨125%,创历史单月新高。

【解析】国家行政学院决策咨询部研究员王小广认为,土地成本过高直接导致了房价高企,而土地制度改革提出了多年,很难有实质性推进,根本原因在于有难以撼动的阻力。

【记者点评】从“根”上解决土地财政依赖,摒除“借地生财”的理念,是房价合理回归的根本。

银行审慎 房企乐观

【数据】近日,多家银行表示,针对房地产贷款更加审慎,防控风险继续成为监管部门和银行的关注重点。与银行审慎形成鲜明对比的是,绿地、万达等大型房企纷纷上调2014年度销售目标,部分房企甚至上调高达30%。

【解析】全国政协委员、江苏省社科院院长刘志彪认为,当前的楼市泡沫和地方债问题如果处理不好,对银行而言就是“定时炸弹”。银行收紧房贷,既是在进行风险控制,也符合国家政策调节的方向。经济放缓、流动性偏紧、融资成本提升的背景下,房地产投资高速增长恐难以持续。

【记者点评】没有只涨不跌的房价,没有只升不跌的资产。长期高速发展的中国楼市泡沫和风险都在一定程度上有所加剧,需认真加以防范。

市场“焦灼” 政策“淡定”

【数据】二手房交易个税按个人所得的20%征收政策,在许多地方并没有明确实施时间,一直处于“悬空”状态。我国楼市调控走过了10年,但房价却经历了上涨最快的10年。

【解析】“房价靠政策是管不住的,单纯的遏制需求解决不了供需矛盾,有效地增加市场供应才是稳定市场的基本方向。”全国政协委员迟福林说。

【记者点评】长效机制的建立和铺开需要时间,任何调控措施都应当首先保证刚需的建设和需求,调控不应“重控轻调”。

(据新华社北京3月3日电)



“网”动两会①