

远程医疗实践中医疗资源下沉难点分析

王月娟 杨丽娜 吕晓娟 陆明

(火箭军特色医学中心 北京 100088)

[摘要] 在分析我国医疗资源分布情况及远程医疗对医疗资源下沉重要意义的基础上,结合火箭军特色医学中心实践情况分析远程医疗发展困境,包括参与积极性不高、平台标准化程度不高、定价机制及法律建设不完善等方面,最后提出相应对策建议。

[关键词] 医疗资源;难点分析;远程医疗

[中图分类号] R-056 **[文献标识码]** A **[DOI]** 10.3969/j.issn.1673-6036.2019.11.012

Analysis of Difficulty for the Subsidence of Medical Resources in Telemedicine Practice WANG Yuejuan, YANG Lina, LV Xiaojuan, LU Ming, PLA Rocket Force Characteristic Medical Center, Beijing 100088, China

[Abstract] Based on the analysis of the situation of medical resources distribution and the significance of telemedicine for the subsidence of medical resources in China, the paper analyzes the dilemma of telemedicine development combing with the practice situation of PLA Rocket Force Characteristic Medical Center, including the not high participation activeness, not high platform standardization, un-sound pricing system, incomplete legal building, etc., and finally proposes corresponding countermeasures and suggestions.

[Keywords] medical resource; difficulty analysis; telemedicine

1 引言

我国的大型医院集中在发达城市,水平较高的医生多汇聚在设施完善的大型医院,越是发达城市的大型医院医疗服务质量越高,也就越能吸引患者。这种虹吸现象显然与监管层倡导的医疗资源下沉愿景与目标背道而驰^[1-3]。下基层义诊一直是解决基层医疗资源不足的主要方式之一,然而其只能一时解决极少数人的问题,筛查到一小部分患者的情况,难以满足基层群众日益增长的医疗需求^[4-7]。

从长远发展看,远程医疗是推进医疗资源下沉不可或缺的方法与手段^[8-11],同时也是国家卫健委积极引导和支持的医疗发展模式。

2 我国医疗资源分布

2.1 概述

医疗资源包括医疗卫生机构和执业医师、注册护士等资源。三甲医院是我国医疗体系中等级较高的医院,代表国内顶尖的医疗水平和服务,汇聚大量优质资源,如高水平的医生、先进的设备、优质的合作平台等,因此吸引大量患者前来就医。

2.2 大型医院分布

国家卫健委发布的《2018中国卫生健康统计年

[收稿日期] 2019-05-07

[作者简介] 王月娟,助理工程师,发表论文8篇;通讯作者:陆明。

鉴》数据显示三级医院多集中分布在经济、人口、文化等较发达的直辖市、省会城市等东部沿海较发达城市,中西部医疗机构资源相对不足。

2.3 执业医师分布

2017年部分省市城乡每千人职业医师数,见图1。执业医师和注册护士作为医疗服务的核心供给力量,存在地域失衡状态。其中以每千人口执业医师数为例,城乡差距尤为明显。以上分析表明我国医疗资源地域分布非常不均衡,大型医院及核心卫生人才资源在发达城市聚集,且城乡医疗资源差距明显,基层医疗机构医疗服务能力较差。相较于传统医疗手段,远程医疗打破地区限制,提高偏远地区医疗可及性,降低患者就诊直接和间接成本,是破解当前困局的关键。

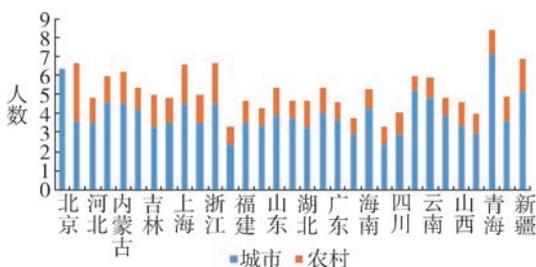


图1 2017年部分省市城乡每千人执业医师数

3 远程医疗对医疗资源下沉的重要意义

3.1 加快政策落地

看病难、看病贵是政府一直面临并亟待解决的基本民生问题。要从根本上解决这一问题,需要有效盘活现有基层医疗资源并合理利用三级医院优质诊疗资源,因此党的十八大提出合理配置医疗资源,构建分级诊疗服务体系的要求。由大型三甲医院面向基层和边远地区提供远程医疗、教学等服务,利用信息化手段促进资源纵向流动,提高医疗服务整体效率和基层群众优质医疗资源可及性^[12-13]。远程医疗的应用能够更好地推动分级诊疗政策落地。

3.2 加强医院间合作

远程医疗打破地区限制,扩大各级医院的辐射

范围,推动医院之间的交流与合作,促进医院管理和学科建设^[14]。为各级医院提供高效积极的交流平台,不仅可以实现医院人才、信息、技术的交流和共享,还可以加快推进医疗人才队伍建设、提升医院科研和医疗水平。各级医院同心合力提高医疗服务能力,造福广大患者。

3.3 促进人才培养

远程医疗为各级医院医生搭建问诊、诊疗共享平台,可以将专家高水平诊疗技术有效辐射到基层医疗单位,也可以完善基层医生的教育体系^[15]。有效解决基层医疗机构卫生人才缺乏、卫生服务能力较差等问题,使基层卫生院具备留住患者的能力。提升基层医院对患者病情诊断合格率与对症治疗率,降低上级医院门诊对常见病、多发病提供诊疗服务的频次,减轻上级医院门诊压力的同时节约优质医疗资源。

3.4 实现方便就医

远程医疗系统创建专业、便捷的问诊渠道,大大降低患者的直接和间接医疗费用,在当地通过远程医疗平台就能享受大医院专家的远程诊断。基本实现小病不出村,常见病不出乡,大病不出县,康复在基层的就医格局。

4 远程医疗业务实践

火箭军特色医学中心是国内较早开展远程医疗的医院之一,截止到目前开展的业务包括远程影像阅片、会诊、医学教育、在线咨询等。远程医疗业务的开展为广大患者及合作的基层医院提供便捷的医疗服务,收到良好效果。远程影像系统以医学应急救援为契机,2009年建成并投入使用,累计提供远程影像会诊数万例。由于单位性质、地理位置及帮带政策等原因,合作单位主要来自于边远体系部队、北京周边县市及新疆、西藏等医疗较不发达地区。2017-2018年远程影像会诊业务情况,见表1。可以看出除边远体系部队远程影像会诊申请外,提出会诊需求最频繁的单位主要来自河北、新疆、青

海、西藏等地区基层医院,中东部基层医院对远程影像系统需求程度远低于西部基层医院。此外,已签约但近两年未产生有效会诊或会诊例数在10例以下的7家医院中有5家位于四川省及河北省等医疗资源较丰富省市。

表1 火箭军特色医学中心近两年远程影像会诊量

会诊来源	该地区合作 单位数量(个)	会诊数量 (例)	百分比 (%)
体系部队	13	1 255	34.9
新疆基层医院	6	812	22.6
河北基层医院	40	792	22.0
青海基层医院	4	311	8.7
西藏基层医院	3	6	0.2
内蒙古基层医院	3	127	3.5
甘肃基层医院	2	44	1.2
其他	21	248	6.9
合计	92	3 595	100

5 远程医疗发展困境

5.1 概述

目前远程医疗在政策引导和各级医疗机构积极参与下覆盖范围持续扩大,对促进我国优质医疗资源下沉,提高基层医疗卫生机构卫生服务水平,提升群众优质医疗服务可及性起到了一定作用,但距离解决医疗资源不平衡问题仍有一定差距。下面以火箭军特色医学中心为例,简要分析远程医疗在实施中面临的困难。

5.2 参与积极性不高,资源下沉力度不足

患者到医院就诊,医院为患者提供实体服务,这种面对面的医疗服务模式根深蒂固,很多医院难以突破传统认知积极主动拓展业务、提供远程医疗服务,存在参与积极性不高或参与质量不高的现象。具体表现为:缺乏专门的远程医疗服务部门,远程医疗管理者多为信息技术人员或医技科室人员,资源协调能力不强,会诊效率与服务质量待提升空间巨大,优质医疗资源下沉力度明显不足。

5.3 平台标准化程度不高,信息共享困难

中心现有不同时期、不同政策目的下安装的远程医疗系统4套,功能多有重合。但由于各系统源于不同开发商,开发标准不统一,难以实现数据共享、高效统计分析和为临床科研服务等。近年来远程医疗行业进入快速发展期,各种远程医疗应用系统应运而生,但我国卫生信息行业出台的相关技术标准、运营规范等较少,各实体医疗机构间交流不充分、分开招标等原因导致各厂家开发的远程医疗信息系统可遵循的标准较少,存在软硬件不兼容、电子病历记录标准不统一的问题,造成卫生信息共享困难的情况。

5.4 定价机制不完善,收费标准不统一

目前中心的远程医疗服务并非收费项目,远程医疗过程中产生的费用由中心承担。对医院来说,扩大远程医疗的覆盖范围相当于增加自身的工作及经济压力,因此对基层医院扩张较慢;对受邀专家来说,专家得到劳动报酬极为有限,劳动价值不能准确体现,容易打击其参与远程医疗的积极性;对第3方运营商来说,前期投入高后期营收不足,运营困难,缺乏后续技术支持、升级动力等;对基层医院与患者方暂无负面影响。相较于传统医疗中各级医院透明的医事服务、检查、用药等费用标准,在远程医疗过程中涉及的受邀方医院、邀请方医院以及第3方运营商之间无明确的利益分配依据,尚未形成行业性定价标准。不明朗的价格机制制约远程医疗可持续发展,合理收费标准的出台是关键。

5.5 法律建设不完善,责任界定不明确

中心远程医疗业务偶有患者投诉,暂时通过专家会诊、评议解决,没有法律法规支持。远程医疗借助网络,由政府、医院、医生、患者、平台第3方等多方参与,但在出现医疗纠纷时邀请方和受邀方责任往往难以明确。2002年原卫生部发布《关于加强远程医疗会诊管理的通知》,指出邀请方与受邀方是医学知识咨询关系,而邀请方与患者则是传统意义上的医患关系;2014年原国家卫计委在《关

于推进医疗机构远程医疗服务的意见》中指出在远程医疗服务过程中发生医疗争议时依法依规处理;2018 年 4 月黑龙江省发布《关于进一步加强远程医疗服务管理工作的通知》,明确邀请方对上传的影像、心电、病理、检验等数据(标本)质量承担责任,受邀方对出具的诊断报告内容承担相应责任。但以上皆不是法律规定,目前需要明确涉及远程医疗的法律规范,清晰界定远程医疗环境下各利益方的法律权责,以推动远程医疗的健康发展。

6 发展对策

我国的远程医疗服务取得了长足的发展与进步,平台建设水平与服务辐射范围都实现大幅提升,然而远程医疗若要在医疗体制改革、临床科研、疑难杂症诊治等方面充分发挥优势、得到深入发展,必须做好顶层设计,提供政策、法律支撑,完善定价机制。在借鉴国外远程医疗发展经验的基础上对我国远程医疗服务发展中存在的问题提出以下对策:第一,开展远程会诊的三级医院建立远程会诊专科科室,研究基层医疗机构与患者真正需求,制定完善的远程优质医疗资源整合与管理机制,从源头破解远程医疗发展困境,为远程医疗的可持续发展奠定基础。第二,远程医疗系统要真正实现大规模应用和共享,必须出台统一的建设标准、流程标准、管理规范、运营规范等,以提高医疗数据传输的兼容性和匹配性,避免形成信息孤岛。第三,综合考量患者负担、会诊专家劳动价值、运营商技术成本等多方因素合理定价,平衡各方利益分配,可考虑将远程医疗服务费用纳入基本医保报销范围,使远程医疗服务项目定价、医保报销、收费标准化等难题得到有效解决。第四,在规范远程医疗服务流程标准的基础上,理清患者、邀请方医疗机构、受邀方医疗机构之间的法律关系,政府出台远程医疗服务专项相关法律或规定,在出现医疗纠纷后可清晰界定各方法律责任。

7 结语

为更好地推动远程医疗建设,优质医疗资源投

入、法律法规建设、制度机制建设等各方面都需要政府和医疗机构的共同努力。可以预期随着各项政策和配套设施的不断规范和完善,远程医疗服务向基层医疗机构的延伸能有效促使优质医疗资源下沉,逐步缓解我国医疗资源分布不平衡问题。

参考文献

- 1 杨林,李思赞.城乡医疗资源非均衡配置的影响因素与改进[J].经济学动态,2016(9):57-68.
- 2 代英姿,王兆刚.中国医疗资源的配置:失衡与调整[J].东北财经大学学报,2014,1(91):47-53.
- 3 王静,孙瑞玲.从供给侧结构性改革视角看三级医院医疗资源下沉[J].中国医院管理,2016,11(36):30-32.
- 4 任洁,张雪莲,滑经纬.北京市教育工会组织医疗专家赴张家口义诊300余个义诊名额不到半小时发完[J].工会博览,2018,8(22):49.
- 5 徐元芳.万医基层巡诊推进健康扶贫[J].当代贵州,2018,5(18):65.
- 6 农工党兴安盟总支部委员会.赴蒙义诊三日行守望相助暖人心[J].前进论坛,2016(3):30-31.
- 7 胡朝通,何元军,梁晓萍.医院义诊活动的认识和实践[J].现代医院管理,2015,6(13):75-76.
- 8 赵永忠.浅析远程医疗在促进西藏地区卫生事业发展中的作用[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(13):195,197.
- 9 徐元芳,岳端.优势资源下沉释放医疗红利——乡镇卫生院远程医疗解决群众看病“难、远、贵”问题[J].当代贵州,2017,6(22):53.
- 10 叶舟,来勇臣,李慧.克拉玛依市远程医疗技术示范与推广[J].中国数字医学,2018,13(8):60-62,65.
- 11 覃英华,郭振友,陈宣朗,等.广西偏远山区患者对远程医疗认知及影响因素研究[J].中国卫生事业管理,2018(8):600-604.
- 12 张南,周岩,唐月红,等.互联网+医联体平台助推分级诊疗思考简[J].中国医院,2018,11(22):42-43.
- 13 李勇,蒋冬梅,袁博,等.远程医疗助力分级诊疗的应用实践[J].中国卫生信息管理,2017,10(14):686-690.
- 14 梁劲松.依托“远程医疗”推动医院对外合作的实践与思考[J].江苏卫生事业管理,2018,9(29):1044-1046.
- 15 徐川川,赵宁宁,马国栋,等.宁夏远程医疗现状及对策研究[J].卫生经济研究,2018,11(379):10-12.