

学党史 办实事·蹲点日记

□本报记者 崔芳 特约记者 陈明雁 实习记者 吴倩 通讯员 王敬霞

“寻常”之处的协和印象

一边是中国传统建筑风格的院落,碧瓦灰墙,雕梁画栋;一边是国际范儿的高耸楼宇,时尚大气,宽敞明亮。在北京市的东单路口北,坐落着跨越百年、融古典与现代魅力于一体的北京协和医院。

国家卫生健康委党组开展党史学习教育,围绕卫生健康领域群众“急难愁盼”重点问题,列出“我为群众办实事”清单。对于长年稳居中国医院排行榜和百姓口碑榜首的北京协和医院来说,所遇到的群众“急难愁盼”是什么问题?如何回应群众需求办实事?本报记者蹲点多处看似寻常的诊疗场所,感受北京协和医院的医者仁心。



北京协和医院急诊科抢救室焕然一新。 孙良摄

输液治疗的患者,及时分流至下级医联体医院,既让患者有较好的住院体验,同时减轻急诊留观的压力。据了解,北京协和医院在急诊危重患者比例明显增长的情况下,抢救室滞留情况仍得到明显改善。抢救室患者平均滞留中位时间从2019年的81.8小时缩短到现在的68.4小时,抢救成功率也明显提高,达到91%以上。

治堵

北京协和医院是昼夜灯火通明的。如果非要从中午找出一天的开始,急诊或许是个去处。这里的一天,从进入零时起就总是紧张而利落的。

凌晨,赵女士走进急诊科,接受预检分诊,“地方没变,装修没变,但感觉环境变好了”。赵女士是这里的老病号,前几年,她曾因半夜突然心律失常在此就诊,小外孙也因高热、肺炎在此输液几天。当时就诊患者太多,床位严重不足,他们不得不从家里带来纸箱、褥子,铺在地上充当病床。

“我们对急诊的拥挤进行了强力疏解。”北京协和医院急诊科副主任刘继海表示,“患者有需求,我们必须想办法解困。”为疏解急诊拥堵,确保有序救治,该院多管齐下提高急诊救治效率,加快床位周转。

首先,针对急诊外科患者多,病情重、多科交叉归属难、易发医疗隐患等问题,院领导带领医务处、外科学系、基本外科、急诊科等多个科室负责人反复调研,创新性地提出设立外科急诊手术团队,专职负责急诊外科相关工作。经过多方筹备,去年8月,北京协和医院首个以基本外科为主的外科急诊手术团队正式进驻急诊,为有手术指征的患者及时安排手术,避免患者在留观区域长时间滞留或在急诊门诊之间来回奔波。

为不误晚危急诊患者抢救,确保急救床位,该院医务处指派专员,每天和急诊科医生一起梳理该科滞留患者情况。对于一些病情稳定仅需长期

救急

一辆救护车呼啸而来,一位急性心梗患者被担架抬着,很快进入抢救室。“我们的快速通道是看不见的,是刻在流程里,融在管理中,而且超越了急诊科概念,全院动员、高效协同。”刘继海表示。针对急性心梗和急性脑卒中患者,急诊科不断优化急诊流程,绿色通道诊疗时间明显缩短。急性心梗患者从进入急诊大门到介入治疗,时间中位数从159分钟缩短到83分钟。急性卒中患者从进入急诊大门到开始溶栓治疗,时间中位数从60分钟缩短到37分钟。这样的改变,患者是很难发现的,但由此获救的生命却实实在在地增加了。

“要把最紧缺的床位和急救资源,留给最紧急的患者。”在急诊科抢救室,医生徐胜勇表示,虽然这意味着工作节奏更快了,压力更大了,“但救治的患者多了,这是我们最愿意看到的”。

在新冠肺炎疫情防控背景下,医院的“快”“急”,意味着患者等候时间的缩短,交叉感染风险的降低。

“疫情以来,我们的各种检查、检验出结果越来越快。”北京协和医院门

诊部主任康红介绍。同时,该院门诊实现了检查集中预约,争取把患者的多项检查安排在同一天,尽最大可能让患者少跑腿。对于外地患者比例极高的北京协和医院来说,这种“向内施压”不但带给患者更多安全、便利,还在就医相关的往返交通、食宿花费方面为患者及家庭减压。

克难

超高的信赖和期待背后,是超大的压力和难度。而协和人追求的正是以攻坚克难。

周四临近中午12时,北京协和医院门诊楼四层,一群“白大褂”快步走入一个大会议室。很快,屋里40多张椅子座无虚席。没“抢”到座位的,有的从隔壁房间搬来椅子,有的干脆站着。一场27个科室处室以及团队现场参与、9家医院线上参与的罕见病多学科会诊(MDT)开始了。

39岁的患者丁先生从14岁起就每天拉黄色稀糊便。常年拉稀,使丁先生身体瘦弱、体力不常。20多年来,病情不断反复,近年来更加恶化,却始终找不到病因。直到去年来到北京协和和医院消化内科就诊后,丁先生终于知道,自己患的是一种几年前刚刚确认的罕见病——CTLA-4单倍体剂量不足。

对于这种罕见的自身免疫性疾病,全球报道的治疗案例极少。前人经验不足,治疗方案该如何确定?已知特效药国内虽已获准上市,但获准适应症不包括该病,且获批剂型与此前病例不符。超范围用药、剂型问题

如何解决?患者家庭经济不宽裕,不能长期使用特效药,有哪些更便宜的治疗手段或药物可以替代?既往治疗经验要求严格控制饮食,长期坚持难度太大,如何能让患者不那么痛苦地坚持,同时保证营养到?丁先生正在上小学的孩子也被发现携带相关致病基因,该如何防治?……会诊一开始,丁先生的主治医生郑威扬先介绍了患者的就诊情况,说明发起会诊的原因和需求。

随后,会诊专家邀请丁先生进入会议室,进行了详细问诊。接着,放射科、超声医学科、核医学科、病理科等专家依次上台,结合患者相关检查报告,讲解临床上如何辨别该疾病。基因检测专家结合基因检测结果,分析了该病的确诊过程,提示其遗传学特征,为患者及孩子的预后提供科学依据。风湿免疫科专家从免疫学角度解释致病机制、相关药物的作用机制。既有患者的治疗经验,并从患者经济承受能力考虑提供其他的治疗方案。儿科专家就患者孩子的随访及监测提出建议,药剂科专家及法务人员介绍相关特效药的扩大适应症试验进展,超适应症用药的风险管理,临床营养科为患者能吃得更有质量给出细化方案……

“真的没想到,这么多专家聚在一起给我看病。”丁先生感慨,从到协和看第一次门诊开始,他的病就由郑威扬接手。“约接下来的门诊,发起专家会诊,安排好今后的治疗”,整个过程,郑威扬都悉心、耐心,让丁先生分外安心。

“像这样规格的MDT不是个例。”北京协和医院消化内科副主任、主任医师李景南教授告诉记者,在该院,每周四都有这样的罕见病MDT。除了罕见病,针对其他多种疑

难重症,该院还有近30个MDT团队,开展常态化会诊。

“我们的复诊患者,大多数需要辗转多学科诊治。对于这类复杂疑难患者,连续诊疗非常重要。为此,我们还开设了相关专科的联合门诊、诊疗系统开通了医生发起的院内转诊功能,省去了患者反复挂不同号的麻烦,主动帮患者实现连续就诊。针对涉及多专科的复杂慢病,我们还设置了全科门诊……”一条条、一项项,康红如数家珍。患者只是来到看似寻常的一个个诊室,在一位位医生处就诊,背后却是协和不惜付出数倍管理精力造就的大联合、大协作、大攻关、大提质、大增效。

据悉,今年3月,北京协和医院成立了党史学习教育领导小组。该小组分设综合协调组、实践调研组、专题培训组、宣讲宣传组、巡回指导组。其中,实践调研组具体负责“我为群众办实事”实践活动协调推进、情况汇总、成效跟踪等工作。

“活动要求体现‘实’和‘新’,要化于日常。”实践调研组、院办公室主任袁海鸿介绍,院级“我为群众办实事”工作清单共有25项,每一项均明确工作内容、牵头部门、协同部门、牵头人、执行人及完成时间,完成时间精确到月份。医院每两周举行一次党建工作会议,通报办实事进度,对工作清单进行销项督办。患者的“急难愁盼”问题就在一个个销项中得以解决。

探路

百年积淀传承,北京协和医院打

造的标签不仅仅是医界精英群,更是医学开路者。面向新百年,协和为祖国医学事业、卫生健康行业、群众健康福祉探路不止。

这脚步,已踏到了“云端”。周四下午,临床营养科医生康军仁在自己的诊室坐定,轻车熟路地操作着面前的电脑,通过互联网医院为需要PICC导管维护的患者开药。他接通患者视频,边问诊边开处方,一分钟左右就服务一名患者。“如果是以前,患者需要先挂号,再来医院,在我这里看门诊、开药,再拿药,然后再约定时间去做导管维护。”康军仁说,这些患者大多是肿瘤术后患者,身体虚弱,协和的“云诊疗”,能让他们和家人轻松一些。

“去年新冠肺炎疫情下,我们推出了互联网发热咨询、专科咨询、互联网诊疗。今年3月,我们的互联网医院通过北京市卫生健康委审核,成为北京市首家获批的互联网医院。”康军仁说,目前,协和互联网医院已上线38个科室,1219位医生开通权限。1/3的诊室已配置线上诊疗设备,平均每天线上诊疗患者400余人次,部分科室通过互联网接诊的外地患者占比达六成。线上诊疗对患者是新鲜事物,有时操作不熟练,有时网络连接有问题,医生等患者是常事。网上出诊的医事服务费对高级职称医师来说是价格倒挂,医院为线上诊疗专门成立客服部门也是不小的投入……但这些付出,能让全国各地患者免去舟车劳顿和出行花费。从“奔协和”转变为“问协和”,协和人愿意为之不断探索,开拓成熟模式。

也因此,协和的5G远程诊疗稳步推进。在协和教学楼三层的远程医疗中心,眼科专家在尝试着为东北的患者做激光治疗,超声专家指导西北农村的医技人员做“5G+A1”的颈动脉超声实时筛查……“希望这种方式能够延伸到其他领域,从而有效推进全国各地诊疗技术的提升。”北京协和医院远程医疗中心主任秦明伟表示。

当工作日结束,医院门诊大多进入休息时间,而协和人却冒出新的想法:能不能让患者就诊不耽误上班?为此,自今年5月第二周起,该院周末门诊悄然扩容。32个科室出诊单元均超往年同期水平,普通门诊是2019年同期的139%。其中,内科学系所有科室均安排医师出诊,周末出诊医师人数达到平常出诊的35%左右;外科学系科主任、专家带头上阵增加周末号源,周末出诊医师人数达到平常出诊医师的24%左右,特需门诊周末门诊量是2019年同期的434%。协和人交付自己的周末休闲时间,换取了患者的就医便利。

“下一步,我们依然会本着‘以患者为中心’的原则持续改进,把医疗资源向患者最需要的地方倾斜、集中,尽最大努力治好每一位患者。”袁海鸿说,通过学党史办实事系列活动,协和的年轻一代在一线的临床服务、公益活动中深切感受信仰的力量,并将这份力量内化于心,让协和和精神历久弥新。“百年协和,一切为民。面向新百年,我们有信心、有能力做得更好”。

(上接第1版)

梁万年说:“很多年来,个人感觉这两方面一直很重要,却很弱。原因主要有两个:一是认识问题,二是儿童医疗救治和防治系统、妇幼预防保健和治疗系统的定位不清晰。”他表示,这次《方案》里对儿童体系建设有了明确的思路,确定了其发展和改革理念、功能定位,并据此投入,进而强化体系建设。

“对公共卫生体系也加大了投入。”梁万年说,《方案》提出的四大工程中,公共卫生防控救治能力提升工程排在第一位。在资金投入上,一点都不含糊。比如,明确中央预算内投资重点支持疾病预防控制中心、国家重大传染病防治基地和国家紧急医学救援基地建设。

王秀峰也表示,《方案》聚焦新冠肺炎疫情防控中暴露的短板和弱项,加大了对国家区域公共卫生中心、传染病防治基地、紧急医学救援基地等应对突发公共卫生事件重要载体平台的倾斜支持力度。

浙江省卫生健康委主任张平认为,实施公共卫生防控救治能力提升工程,是有效应对复杂严峻的公共卫生安全形势、提升重大传染病救治能力的现实需要,是完善疾病预防控制体制机制、健全公共卫生应急管理体系的重要抓手。“十四五”时期,浙江省要把疾控体系现代化、重大传染病防

治基地、市县传染病救治定点医院和后备医院、紧急医学救援基地等建设作为公共卫生防控救治能力提升工程的重点内容,按照推进一批在建项目、实施一批新开工项目、储备一批前期项目的滚动建设思路,着力打造公共卫生最安全的省份之一。比如,在建设现代化疾病预防控制体系上,将依托省疾病预防控制中心,提升常见多发传染病病原体、健康危害因素“一锤定音”检测能力和应急处置能力,争创国家区域公共卫生中心。

梁万年补充道,公立医院在重大疫情、公共卫生方面,很少有专项规划支持。这次在临床救治、公共卫生体系、人才队伍建设等方面都做了一些规划,真正践行了预防为主、防治结合、医防融合的理念,将更好地发挥医疗机构的公共卫生职能和作用。

有一项工程“非常值得称赞”

“重大疫情来了,需要强大的公共卫生体系,需要强大的救治能力,这更

用建设规划撬动医卫体制变革

凸显了公立医院高质量发展工程的紧迫性和必要性。”梁万年说,公立医院的高质量发展通过规划的手段在体系、理念上都提出了一些具体举措,可以很好地促进其落地,“整个规划的一个显著特点是,不仅仅强调硬件设施建设,更重要的是考虑了一些公立医院,尤其是国家医学中心、区域医疗中心等在运行机制上要有相应的配套”。

针对公立医院高质量发展工程中的国家医学中心等“顶天”项目的建设,梁万年说,分级诊疗制度最大的问题是资源不平衡。疑难病症如何在省内解决?必须从战略上将其能力建设起来。但是,能力建设中的技术、人才、学科谁来?单靠医学院培养肯定解决不了。构建国家医学中心进行人才培养、科学研究等,实际上就是一种孵化器。“如果有若干孵化器源源不断地输送人才、管理、技术,甚至标准规范等,对资源扩容非常重要。”梁万年说。

对优质资源扩容可能存在的“虹吸现象”,梁万年回应,解决一个问题的时候可能会引发新的问题,所有的改革

和发展举措都是如此,但是哪些是主要矛盾或者矛盾的主要方面,必须有清醒认识。现阶段,优质资源短缺是非常重要而突出的矛盾。不排除可能会产生虹吸现象,但是这是管理问题而不是主要矛盾。另外,《方案》中,国家医学中心、国家区域医疗中心和省级区域医疗中心的建设,要特别注重功能定位,而不是盲目的盖房子、买设备、扩空间。

王水平说,江西属于经济欠发达地区,医疗卫生资源与全国相比还有较大的增长空间,尤其是优质医疗资源不足,还不能完全满足人民群众日益增长的卫生健康服务需求。在宏观层面,江西将通过编制“十四五”卫生健康发展规划、医疗卫生服务体系规划,解决如何“用规划引领发展、用规划引导投资”,规划卫生健康事业、健康产业、医学教育、医学科技和卫生健康文化等方面的发展蓝图,明确医疗卫生服务体系构成、功能定位,并从机构、床位、人力、设备、技术、信息6个要素提出卫生资源配置的宏观要求,明确各级政府举办医疗卫生机构“办什么、办在哪、办多少、办多大”等资源配置问题,以

及明确如何引导社会力量在医疗资源相对短缺的专科领域举办非营利性医疗机构。在微观领域,国家区域医疗中心、省级区域医疗中心的建设也是江西省关注的重点之一。

合理划分中央与地方事权

“统筹规划分级负责,合理划分中央和地方事权,中央重点保障公共卫生、全国性跨区域医疗服务能力建设需求。地方统筹加强其他卫生项目建设。”这一条在《方案》中非常显眼。

“这是《方案》坚持的重要原则之一。”王秀峰表示,坚持“统筹规划、分级负责”,合理划分中央与地方事权,在四大工程项目建设中明确了“中央预算内投资重点支持什么”“地方应当重点加强什么”,特别是针对每项工程项目同步提出若干配套措施,进一步压实各地对医疗卫生服务体系尤其是基层的投入保障责任,充分调动地方积极性和主动性。她指出,合理划分中央和地方事权,既是深化“放管服”

改革、提升卫生健康领域治理体系和治理能力现代化水平的必然要求,也是落实《中央预算内投资补助地方医疗卫生领域建设项目管理办法》等要求,进一步发挥中央投资引领带动作用、优化医疗卫生资源配置和区域均衡布局的重要举措。

《方案》中明确的所有工程和项目,均为中央事权或者中央和地方共管事权,这就将中央投资的重点支持方向和任务以方案形式进一步明确下来。对此,王秀峰认为,这有利于强化中央投资的“指挥棒”引领作用,对集中力量解决一批全国性、跨区域的大事、急事和难事,解决群众“急难愁盼”问题具有重要意义。在省级及以下充分调动地方政府特别是省级政府积极性和主动性,中央投资支持解决一批重大项目“后顾之忧”基础上,引导地方政府将更多资源要素和支持政策向服务前哨、向县域基层、向域内突出的短板弱项、向重点人群倾斜支持,可以形成上下联动、协同发力的良好格局。此外,《方案》正确处理了政府和市场关系,基本医疗卫生服务领域突出公平普惠,重点向特殊类型地区、中西部资源薄弱地区等倾斜;在康复医疗等领域,支持社会力量发挥更大作用。

“对《方案》的落地,我特别有信心,因为它比较实,操作性、针对性很强。”梁万年说。