

□首席记者 姚常房

重症救治：县域寻路与成长

近日，国家卫生健康委等8部门联合印发的《关于加强重症医学医疗服务能力建设的意见》明确提出，重点补齐西部地区和县域重症医学医疗资源短板，实现区域重症医学医疗资源均衡发展。这一最新文件为县域重症救治能力进一步发展提供更多政策支撑，诸多量化要求指明了县域重症救治能力迈向高质量发展的具体路径，也给了各方继续前行的信心和动力。

在我国，县域是一个地理空间概念，也是一个经济社会概念。如果说县有“千面”，县域重症救治能力建设之路就有千条。尽管各县家底不同，但在补齐急危重症救治短板的道路上，无一不是竭尽所能、奋力向前。

其中，县级医院是县域重症救治能力发展的主要力量。从它们身上，可以看到重症医疗服务在县域寻求突破的成长轨迹和现实苦恼。

三种模样

“这么重的病，县人民医院行不行啊？”在浙江省丽水市青田县，一半以上的县域户籍人口为华侨。很多急危重症患者被送到青田县人民医院后，首先想到的是给国外的子女打电话，有的甚至不顾“转院路上风险大”的提醒，坚决要求转诊。

该院党委书记吴吕伟一次次问自己、问科主任、问医生：为何家属执意转诊？问题到底出在哪里？

翻出多年前的一个死亡病例，吴吕伟陷入沉思。患者从高处坠落，伤及全身，救护车将其送到医院时，CT检查显示：脾破裂、腹腔积血、骨盆骨折、右侧肋骨髌间粉碎性骨折、右侧桡骨远端骨折，情况危急。术后转至重症监护室后，没过多久便被宣布死亡。“仅腹部手术止血，没有相应设备介入止血，导致后腹膜巨大血肿，发生失血性休克。”在主治医生看来，严重的骨盆骨折、腹盆腔内大出血是患者失血性休克、最终死亡的直接原因，而一个关键环节是缺数字减影血管造影（DSA）。

事后，医生跑去找吴吕伟抱怨：各科室都认为一定要买DSA，而且论证了好多次，但是由于经费紧张，医院迟迟下不了添置的决心。

2019年初，一场针对急诊重症“难发力”的调研在该院进行：不仅DSA，床边超声机、转运呼吸机等急需的急救监护设备也缺；急诊队伍不稳定，特别是固定的急诊医护人员严重不足，更别说专攻急诊重症的医护人员；院前“120”管理不规范，没有固定的院前急救医生、护士及担架员，出车响应超过5分钟……

随后，基础项目建设和硬件设施配备成为青田县人民医院提升急危重症救治能力的关键性工作。吴吕伟与其他院领导达成了共识：哪怕砸锅卖铁或贷款也要买DSA。

“当时，医院已有两名医生掌握了PCI技术（即经皮冠状动脉介入术），还需要设备的支持。”吴吕伟说，自己为此还专门去跟县长汇报了医院添置DSA设备事项。2021年1月，医院添置的DSA正式投入使用，由此带来的改变是，“连续3年来，医院介入治疗和检查数量在丽水市县级医院一直名列前茅”。

让吴吕伟高兴的还有，最近几年，该院按照“适度超前、合理配置”原则，加大资金投入，新增ICU床位25张，全面引进3.0T磁共振等大型医疗设备，配齐重症救治设备使用所需的供氧和供电设施，以及呼吸支持、抢救和监护等设备。

在山东省五莲县人民医院，赵龙书的“重症道路”是励志的。2019年，原本是该院外科医生的他走出“舒适区”，组建独立于综合ICU之外的急诊重症监护室（EICU）。两者分工明确：EICU主要负责经由急诊的重症患者，ICU主要负责各科病房的重症患者。

五莲县，隶属于山东省日照市，位于山东半岛西南部，2022年常住人口为40多万人，城镇化率不足50%。这

意味着，有相当一部分人生活在农村，急危重症抢救压力大。

EICU与急诊在同一个平台，从急诊转到EICU只需2~3分钟。以前，急诊重症患者到ICU至少要5分钟。“不要小看这缩短的两三分钟，往往就决定了生与死。”赵龙书说。

最初的“创业团队”只有3个人，除了赵龙书，另外两名是年轻的急诊科医生。在“重症道路”上，赵龙书和团队一开始走得并不容易，一切需要从零开始，赵龙书想尽一切办法谋求发展。没有人，现有人员就连轴转；没有设备，就去别的科室借来救急。

边干边教、边干边学，设备一边添、一边借，就这样，EICU慢慢发展起来了：从最初的3个人、1台呼吸机，到如今的10张病床、8台呼吸机、4名医生和近20名护士，月平均接诊重症患者30多名。科室的组建，意味着县人民医院补上了急诊重症监护室的空白，也将急危重症的救治水平提到了新高度。

在城市，医院多、救治条件好。但是在县域、在乡村，选择少，可替代性方案少。有些地方，“县医院是一棵独苗”，医疗资源稀缺。尽管城镇化进程在加速，但是留守在农村的“一老一小”多，他们的健康更脆弱。

“独苗”这个词，用来形容青海省玉树藏族自治州杂多县人民医院最合适不过。

杂多是离青海省城最远的一个县，县城距玉树州府驻地207公里，距省会西宁1080公里。杂多县人民医院目前还没有重症医学科，遇到急诊大手术需要转院，开车三四个小时才能到玉树州府驻地，转到西宁需要13个小时。因为没有储备血液的条件，遇到急诊大出血患者，基本毫无办法。公立医院高质量发展必须有的支撑性科室——重症医学科，这里仍在努力建设中。

2022年7月，青海省人民医院医生田青山经青海省人民医院选派、中组部审核后，来到杂多县人民医院担任院长，任期两年。“第一眼看到杂多县人民医院的时候，这里完全是一所中心卫生院的水平，没有县医院的样子。”肝胆外科专家出身的田青山说，自己最担心的就是重症救治，因为医院“距离玉树、西宁那么远，全靠转诊肯定不行”。

当下正是“虫草季”，该院临时聘用人员都放假挖虫草了，院里只有80多名医生，田青山已经连续值班3个月了。好在此前该院已培训12名重症医学及急救专科医护人员。“虽然都是短期培训3个月左右，但是已经很好了，关键时刻能顶上。”田青山说。

放眼全国，县域内的急危重症能力有着看得见的提升。国家卫生健康委组织开展的2021—2022年度县医院医疗服务能力第三方评估显示，参评的2116家县医院，2022年度重症医学科平均设置率提高到80%以上；超过97.49%的医院能够实施心脏骤停、心源性休克、急性心功能不全、高血压危象等急危重症的急诊规范处置。



重症医疗服务在县域的定位是什么？大家的共识是：危重患者救治平台，医疗机构各个专科发展高难度诊疗技术的底气，处于急诊急救的核心位置。其发展依赖于各类要素在县域内的充分流动、顺畅对接和高效利用。按照这一基准，可以发现当前我国大多数县域特别是中西部县域重症医疗服务要素组合面临着较多制约因素。

其中，人是最大的制约因素。

赵龙书今年51岁，科室里数他年龄最大。但他仍然坚持每3天上一个夜班。“再过几年，肯定上不了那么多夜班。科室里最小的人员也已经35岁了，连轴转持续时间久了，总不是办法。”赵龙书说。

EICU成立5年多来，叫苦连天的人有，想办法离开的人也有。现在最缺的是有预见性的医生。在赵龙书看来，能不能早点发现患者病情的变化，提前干预，做好抢先治疗，这是关键。为提升能力，赵龙书想尽了办法，不仅自己学，还争取让科室所有人都出去学习。采访完的第二天，赵龙书要去外地学习疼痛管理。

赵龙书最自豪的是，现在科室形成了浓厚的学术竞争氛围。“医生们一起讨论病例、查房，有时候争论得很厉害。”在他看来，有争论就会有提升。医生们复盘手头病历时，还会及时查找该专业领域的国内外最新进展。

未来会怎么样，赵龙书也不好说，他看到的现实就是“很多人真的是凭情怀在坚持”。“在我们这个小县城，想招到好医生很难。如果待遇不到位、

县域“负重症前行”，既是压力，也是责任在肩。在新征程上，县域发展不断显露出其重要性、必要性和紧迫性。与城市相比，现阶段我国县域重症医疗服务的不平衡不充分特征仍然比较突出，某些县域在提供重症医疗服务过程中，无力感还将持续存在。推动重症医疗服务在县域更加公平可及，仍任重道远。

如何调和旧矛盾？怎么解决新问题？在黄二丹看来，《关于加强重症医学医疗服务能力建设的意见》给出的整体思路是：建体系。

在整个县域构建重症医学网络，是紧迫的任务。国家卫生健康委印发的《“千县工程”县医院综合能力提升工作方案（2021—2025年）》的要求是，依托重症监护中心，提高重症救治水平，提升重大疾病诊疗能力。

黄二丹解释说，建设县域重症监护中心的目的是在整个县域布局重症医学网络，通过中心对其他县域医疗机构的重症医疗服务进行质量管理，并通过远程方式统筹起来。无论是县、人民医院，还是中医院、妇幼保健院等都要有重症医疗服务能力。同时，中心乡镇卫生院因地制宜正在推进的县域医疗卫生次中心也要强化重症医疗服务能力，如建设重症救治单元，增加整个县域重症医疗资源的供给。

不少县医院正在向内探索。记者采访时发现，有的地方将ICU分成两类：一类叫重症一科，进行平台化管理；另一类叫重症二科，分散在各个科室，独立核算，但是其质量安全和关键重症技术等需要接受重症一科的总体管理。

在黄二丹看来，这是一种比较高效、创新的组织模式，可以解决重症救治到底该集中还是该分散的问题。这不仅能够实现总体床位快速增加，也能提升基础设施、能力技术总体水平，还能保证质量安全和经济运行的可持续性。同时，“一分为二”可以将压力分

保障不到位，像急诊重症监护室里这种又苦又累的岗位，没有人愿意来。”赵龙书说。

田青山最担心的也是人才问题。“去哪里找学科带头人呀！ICU基本设备、用品解决起来相对容易，最难的是没有学术带头人。”田青山无奈地说，全院只有21人有执业医师资格证，太少了，能承担重症救治工作的就更少了。

在某种意义上，干重症是“吃青春饭”的。工作压力大，到了一定年纪后，想值班都困难。尤其是在规模较小的县医院，基本上轮班的只有三四名医生。赵龙书团队的4个人都是每3天值一次夜班。不上夜班的时候，大家必须24小时开着手机，每天晚上10:30以后才能回家。如此工作强度，没有足够的人员轮班，很难持续下去。

在县域，提升重症医疗服务能力，不少现实矛盾摆在眼前。

矛盾之一，综合重症与专科重症如何取舍，重症救治到底该集中还是该分散。我国县级医院经过多年发展，规模、硬件等已经达到了不少地市级医院的水平。在这种情况下，国家卫生健康委卫生发展研究中心研究员、健康战略与服务体系研究部主任黄

二丹对县医院继续走地市级甚至省级医院的道路——细分专科充满担心。

“如果县医院只有一个综合ICU，那么各个专科的重症医疗服务能力发展速度会比较慢；如果完全分散在各个专科，县医院又没有太多资源。”黄二丹说。

现实中，“两条腿”走路的医院越来越多。尤其是最近几年，不少医院陆续成立新生儿重症、呼吸重症、神经内科重症、心血管重症等专科，一般规模都不大，但基本被寄予了提升专科能力的厚望。不论是发展综合ICU还是发展专科ICU，都代表医院重症救治能力在提升，三、四级手术占比数据更漂亮，增加了让重症患者留在县医院的底气。在不少管理者看来，综合ICU的人力投入等运营成本比较高，细分之后，成本相对摊薄了。

综合重症与专科重症同步发力最直接的效果是，能在一定程度上解决床位数有效扩增的问题。《关于加强重症医学医疗服务能力建设的意见》明确：到2025年末，三级综合医院、中医医院、传染病和儿童专科医院综合ICU床位占比、专科ICU床位占比和可转换ICU床位占比分别不低于2%、2.5%、4.5%。到2027年末，上述指标分别不低于4.5%、2.5%、4.5%。到

2025年末，二级综合医院、传染病和儿童专科医院综合ICU床位占比、专科ICU床位占比和可转换ICU床位占比分别不低于2%、1%、2%；到2027年末，上述指标分别不低于2.4%、1.2%、2.4%。

据此，二、三级综合医院重症床位数的目标也有了：到2025年末，包括可转换ICU床位在内，二级综合医院ICU床位占比不低于5%，三级综合医院ICU床位占比不低于10%；到2027年末，二级综合医院ICU床位占比不低于6%，三级综合医院ICU床位占比不低于11.5%。

“目前，公立医院ICU床位占比在2%~3%，与目标有差距。”黄二丹表示，自己不太担心重症床位能不能快速补齐的问题，最担心的是人才缺口怎么补，“重症床位的实际拥有数与目标之间有差距，单纯补齐床位不难，但与之相匹配的医务人员怎么办？如果按照现在的目标值，人员有很大缺口”。

黄二丹认为，缺人是个伪问题，缺的是有吸引力的岗位。细究起来，医生不安心、队伍不稳定，主要与重症监护室工作强度大、绩效硬性指标，如将履行情况纳入绩效考核、与升职晋升挂钩等。另外，医院在招聘时可以标明招收“重症”方向，并规定服务年限，“让新来的人有个心理准备”。

楚楚，为细化DRG付费改革提供真实世界数据，推动形成行业共识，争取更多政策倾斜，在平衡政策和实际资源消耗中找到对患者治疗最有利的方案。

针对像杂多一样底子薄的县，新体系里还有格外重要的一环——城市医疗资源。这股力量正在持续倍增、加速下沉。现在经过省医院专家严格培训和带教，杂多县人民医院可以开展一些三、四级手术了，2023年完成手术例数近600例，其中腹腔镜手术200多例。该院还加强了以“组团式”帮扶专家为主的师带徒，以专业授课、定期考核的方式激发医护人员的学习热情。

田青山说，医院水平已经从“一年级”跳到“六年级”。如今，ICU初步建起来，虽然不是很全，但勉强能开展一些紧急手术。最近正值杂多群众挖虫草的时候，外伤的重症患者不少，6月中上旬基本每天要接诊两名以上重症患者。

“下一批医疗队很快要来了，会有一名ICU医生和一名ICU护士。下半年，ICU正式运转应该没啥大问题了。”田青山说，自己计划6月30日回西宁，终于能松口气了。

求解新体系

散在各个科室，激励各科室加强ICU建设，让ICU相对流动起来。“吃青春饭”的问题也可以借此得到一定程度的化解：如有重症一科和重症二科，重症医学科和普通的临床专科之间能够有一定的人员流动性，更多人掌握重症的基本技能，可以互相补台。

青田县人民医院以大急危重症的体系架构来加强急诊与ICU等科室统筹协调管理，一边建立健全院内重症医学专业轮训制度，一边依托5G智慧院前急救系统建设连续性急危重症救治体系，打造“上车即入院”业务模式，前移院内急救功能。吴吕伟介绍，医院胸痛、卒中、创伤等救治中心已经通过国家标准验收，全院构建“999”医疗应急体系、“警医联动”等，全力提高急性心肌梗死、急性脑血管意外、创伤等急危重症的急救效率，朝着区域性急危重症救治中心迈进。

重症医疗服务发展在求解新架构体系的同时，还需要激活体系的动力因素。各方将关注点聚焦在了医保支付方式上。

“目前DRG付费的一些政策规定还需要与时俱进，进一步细化对重症医疗服务的付费方式，找准平衡点。”黄二丹表示，DRG付费改革是指医疗费用结算由按项目付费转变为按病种付费。以往按项目付费时，患者住院期间的诊断、检查、治疗按项收费；而按病种付费，是将一个病种的所有费用打包，不论治疗过程使用了多少药物、耗材，每个病种都有提前设定的付费标准。DRG付费具有合理性，但在执行过程中，应该增加一些个性化考

量。重症医学科之所以特殊，是因为收治的患者病情复杂且复杂，而DRG按单病种付费往往无法与这些患者的情况契合。比如，重症医学科患者的病情及资源消耗极易发生异常情况。同样一个开刀手术，70岁以上老年人和20多岁小伙子对重症资源的消耗是不同的。如果按照DRG支付，那么医院会出现推诿患者的情况。

黄二丹建议参考法国的做法。法国在DRG付费改革过程中，2019年之前，分组中患者严重程度只有1个等级，此后根据患者的治疗方式和严重程度度分为4个等级。

把账算清楚也很关键。除了进一步优化支付政策解决重症患者费用超支的情况，黄二丹呼吁医疗机构以数据为驱动，拿出具体数据，将账算得清清楚楚。

记者手记

浙江省青田县、山东省五莲县和青海省杂多县，重症医疗服务在这3个县的龙头医院呈现出了不同的形态，分别为相对成熟型、初长成型、萌芽型。不过，虽然它们所处阶段有所不同，但其面临的最主要困境基本一致：人才缺乏、激励不足等。

人的问题最为突出。在县域自身能力有限的情况下，单靠一家医疗机构解决人才问题是不现实的。也正因如此，构建县域的急危重症救治网络是国家一直鼓励和推动的。在城镇化

日益加速、老龄化扑面而来的当下，县域急危重症救治能力建设的紧迫性和重要性日益凸显。

期待接下来，城市医疗资源再下沉一些，实实在在地“扶上马送一程”；乡镇卫生院、村卫生室等基层机构再加把劲儿，让重症救治单元既有“面子”又有“里子”；县医院、中医院、妇幼保健院等医疗机构进行重症救治的底气再足一点，让老百姓放心地托付重症患者；院前急救与院内救治还要联系再紧密一点，让生命的接力更快、更有保障……