

■ 本期关注

“互联网+医疗”:怎么“+”是核心

近日,李克强总理在国务院常务会议上明确提出,发展和规范健康医疗大数据应用的措施,通过“互联网+医疗”更好满足群众需求。大家对于“互联网+医疗”当然不陌生,而对隐藏在其背后的诸多信息可能并不十分了解。本期我们邀请相关专家为大家聊聊他们眼中的互联网与医疗。

国家卫生计生委卫生发展研究中心顾雪非:

改变大家讨论很多问题的前提

探索“互联网+医疗”新模式,对改善患者就医体验、提高医疗服务效率和质量、提高资源匮乏地区的服务可及性等方面有重要作用。从长远看,“互联网+医疗”带来的变化有两个。一个变化是传统医患关系的改变,这种变化是从“点”到“线”的变化。由于移动互联网、物联网技术、智能设备的发展,医患双方的关系有可能变得连续化、不间断、智能化,患者在将来会更多地参与到疾病的管理与治疗过程中,不再是简单的被动式参与。另一个变化是大数据对医学的影响。基因科学、数字医学的发展,将会带来更加精准、个性化的医疗服务。这种改变是医学模式的深远变革,会改变我们讨论很多问题的前提。

互联网医疗的发展,需要服务项目逐步标准化、规范化,需要在政策法规方面划定出清晰边界,对个人隐私应有充分保护,还需得到支付方(社会医疗保险、商业健康险、公共财政等)的支持,否则难以健康发展。

温州医科大学杨永梅:



基础投资应由政府主导

健康医疗大数据的发展顺应供给侧改革趋势,有助于促进群众健康需求,降低健康交易成本,推动健康产业发展。健康医疗大数据的发展不仅增强了群众“自主健康”体验,还带动了移动医疗市场的快速增长。但实践证明,民间投资的项目要么需要具有垄断性吸引,要么就是容易收费。2014年我们提出要通过PPP(公私合作模式)投资基础设施,最终落地的项目非常少。医疗健康大数据基础设施投资回报率低,回收周期比较长,而且具有较大的外部性,所以必须依靠政府来主导。根据《健康中国2020战略研究报

告》,相关部门将推出611亿元预算应用于全民电子健康系统工程,这实际上顺应了当前供给侧结构性改革的大趋势。

上海市白玉兰远程医学管理中心戴红:

远程医疗需要“底气足”

截至去年底,上海市卫生系统的对口支援已经在云南、新疆喀什、西藏、四川都江堰、湖北夷陵、重庆万州、青海果洛等7个地区共69家对口支援单位建成了远程医学点,为这些受援单位开展了远程会诊、远程专科诊断、远程病例讨论、远程专题讲座、远程医学教育等多项远程业务。总结近十年的远程医疗工作,发现这

些对口地区存在着以下几个方面的问题。

医学检查手段落后。在会诊过程中,上海专家要求医院给病人做相关检查,很多基层医院缺少检查设备,无法开展一些必要的检查,使诊断缺乏必要的依据,无法达到明确诊断的目的。

药品目录过于陈旧。很多县级医院的药品目录还停留在同类同效药物中比较低端的水平,临床效果比较差,副作用相对较大,病人服用后达不到较好的治疗效果,使上海专家的治疗方案无法实施,会诊效果不佳。

受援单位病源严重缺乏。由于一些县级医院科室设置不全,

医生数量严重不足,导致很多疾病无法在县级医院医治,在岗医生只能开转诊单让病人到上级医院去就诊,病源严重流失,医院没有有价值的病例可以做远程会诊。

受援单位业务水平不高。很多县级医院在建成远程医疗站点后设备一直搁置一旁,闲置不用。县级医院的医生和上海三级医院的医生业务水平差距太大,没有办法和上海专家在业务上进行无障碍交流,导致县级医院的医生缺乏向上海专家提请远程会诊的勇气。

上海东方传媒集团融媒体中心张驰:

善用互联网的知识分享优势

一直以来,互联网所代表的数据发掘与整合的能力,可以极好地弥补我国在医疗服务领域长期累积形成的信息沟壑,进而提升整个医疗产业各环节的工作效率,更好地满足群众需求。事实上,优秀的技术服务商在这方面的探索一直没有停止过。

不过,阻碍医疗服务效率和质量提升的,并不仅仅是数据沟通的短板;我国现阶段普通民众的医疗知识水平偏低,也使得正常的诊疗很容易受到各方面因素的干扰,并最终损害到整个医疗体系的权威和效率。因此,互联网不仅应该从技术层面提升医疗服务效率,改善医疗服务环境,还应该充分发挥其在知识传播方面的特长,通过高质量、接地气的内容产品,尽可能普及医学知识,进而为整个医疗体系的有效运作提供思想认知层面的支持。

(据《健康报》)

孕妇抱怨产检折射管理漏洞

□ 艾米

近日,有孕妇在网上抱怨在北京某知名妇产医院产检的辛苦。在该网友发的图片中,医院走廊的座椅上坐满了陪检的男士,而孕妇只好挺着肚子小心翼翼地站在拥挤的人群中。

这种现象并非只出现在北京的这家医院,在很多地方的妇产医院都不同程度地存在。在大医院产检,人多拥挤,排队等候是预料之中的事,但让孕妇在拥挤的环境中、疲惫的穿梭等待中,有个座位坐一坐,尽可能地多休息下,不应成为一件被无视的事情。

孕妇抱怨产检,说明医院的服务还有不少亟待改善的地方。随着全面两孩政策的落地,妇产科将会面临更大的接诊压力,不仅要为孕妇提供医疗护理技术,更要提供人文关怀。医院妇产科应该紧贴孕妇需求,从反应最强烈的就医需求入手,优化细节服务和工作流程。在这方面,不少医院已经有所行动。比如在就诊区域设置孕妇专区;在产科诊室通道口贴有“男士禁入”标识;将靠近诊室的空间划定为孕妇专用候诊区等。还有的医院利用信息化系统,将孕妇产检时间准确到某一时间段,实现错峰就诊,减少孕妇在医院的等候时间。

医疗服务的持续改善,可以让公众对医改有一个最直接的体验。2015年年初,国家卫生计生委启动改善医疗服务行动三年计划,其内容小到“优化诊区设施布局,保持就诊环境整洁,设置醒目引导标识”,大到“规范诊疗行为”“落实患者安全措施”“妥善化解医疗纠纷”“注重医学人文关怀”等。2016年,国家卫生计生委又印发《关于印发进一步改善医疗服务行动计划的通知》,明确要重点做好10项工作,其中就包括预约诊疗、优质护理、人文关怀等。

提升患者就医体验,医院能做什么呢?这需要医院管理者做一个“有心人”,心里想着创新,心里想着患者。如有的医院开展了“随手拍”活动,号召员工把发现的问题拍下来,上传至医院系统,由院领导与职能处室的中层干部提出整改意见及改进措施,再由职能部门负责执行与落实。这项措施取得了不错的效果。可见,重视患者诉求,设身处地为患者考虑,才是让患者满意的诀窍。

孕妇抱怨产检打了谁的耳光?其实并不只是那些抢座位的男士,也让医院管理者脸红,因为这与医院管理水准和理念息息相关,如果管理到位了、细致了,可能就不会出现这样的尴尬。在改善医疗服务行动中,我们期待医院的每一项措施如春风化雨,融入患者看病就医时的每一处细节,让患者切实体会到医院的用心,切实感受到就医环境的改善。

县域医改 要将改革风险分散化

□ 吴志忠

中国历来的古训是“郡县治,天下安”。县域发展是区域发展的一种特定形式,是以县级行政区为主体,以县城为中心、乡(镇)为纽带、农村为腹地的政治、经济、社会、人口、资源、环境等方面的系统发展。县域不仅是国家组成的重要实体,而且是一个发展的能动主体,是国家治理的基础。

随着国家医改策略和措施的推行和实施,顶层设计已基本完成。但是,医改的实际推进却因地方政府动力不足及立法滞后,或进程受阻,或进程趋缓。而“县域医改”可将“国家医改”推进中蕴含的巨大风险分散化,并在县域内进行适度调控和总结改进,形成“再组织”“再创新”,从而加速统筹城乡医疗卫生事业发展,使“保基本、强基层、建机制”的方针落到实处。

需要强调的是,县域医改的主导是政府。县级政府基本上是一个全能政府,具有经济、文化、社会、生态、资源等全面管理权力和职能,尤其在小康社会和健康县城建设中承担着主要责任。同时,县域医改的龙头是县级医疗机构。县级医疗机构在县域内担负着急危重病人医疗、救治等重要职能,还对乡(镇)、村卫生机构发挥指导、带动和辐射的作用。因此,县级医疗机构是统筹城乡卫生发展的纽带。

在进行县域医改时,应注重顶层设计,这既包括国家医改的诸多要求,又要体现县域实际。同时,也要注意整合创新与区域特色相结合,争取县域服务的均等化和同质化,充分发挥县域优势。县域医改关键是网络建设。推动建立县、乡、村医疗卫生服务网络并重视县域卫生人才队伍建设,则是保证网络有效运行的基点。

另外,无论是三级联动,还是区域联动,一切均要以综合协同为目标,体现县域人群接受服务后的感受,从县城环境基础、网络基础、队伍基础、技术基础、服务基础,以及质量与评估、目标与考核基础,来实现区域促进。

(作者为浙江省桐庐县卫生计生局局长)

年年只发文 推不动医责险

□ 章舟

近日,多部委联合召开维护医疗秩序构建和谐医患关系工作推进会,中国保险监督管理委员会相关负责人表示,在会表示,医疗责任险有力地支持了医疗纠纷处理机制建设和医疗卫生事业发展。根据有关部门最新统计,有3万余家医疗机构参加了医疗责任险,而截至2014年年底,我国有医院2.59万家、基层医疗卫生机构91.73万家、专业公共卫生机构3.5万家。因此,从绝对数上看,医疗责任险仍处于叫好不叫座的状态。

我国医疗责任保险制度建立于2000年,一开始医疗机构投保热情很高,但后来投保率持续下降,医疗责任险陷入靠一年一个文件来推动的局面。究其根源,在于医疗责任险在实际运行中不免鸡肋之嫌。一些医疗机构的管理者反映,当前各保险公司开发的医疗责任险存在品种单一、缺乏多样化设计、保费收取不合理、赔付过程缓慢等缺陷,而且产品设计保守,有最高限额,并没有将医疗纠纷矛盾转移出医疗机构,在实际运行中没有发挥预期的作用。另一方面,保险行业对推广医疗责任险积极性也不高。医疗责任保险需要精通医疗、保险等领域的专业人员,投入较多的人力、物力、财力;当前国内保险公司缺乏这方面人才及相关数据的积累,面对高度专业化的医疗行业,很难将话讲到对方的心坎上。

但不能否认的是,对医疗机构及医务人员来说,投保医疗责任险可以转嫁执业风险;对保险公司而言,开办医疗责任险有利于拓宽业务,增加经济效益;对社会发展而言,医疗责任险有利缓解社会矛盾。从国内外实践来看,运用保险手段解决医疗责任赔偿问题,建立第三方赔偿的途径和渠道,有利于患方及时得到经济补偿,有利于更好地明确医疗纠纷中医患双方的权利和义务,构建和谐医患关系。因此,近年来也有一些声音要求推动医疗责任险成为强制性险种,让所有的医疗机构必须参保。

防止医疗责任险成为鸡肋,关键还是要完善制度设计,理顺患者、医疗机构、保险公司的权、责、利,让医疗机构觉得物有所值、保险公司不亏、患者心里踏实。实现这些目标,需要脚踏实地促进医疗机构与保险公司的合作,投入更多的人力、物力,开展相关研究。在这些方面,医疗责任险需要补的功课还不少。



资料图片

白天睡眠次数过多可能是病

□ 段敬利

有很多人是在为失眠而困惑,而有一些人却为白天不可抗拒的嗜睡而苦恼,这些人要警惕一种疾病——发作性睡病。

发作性睡病多在儿童或青年期发病,男女发病率相似,多数病始发于10岁以后,主要表现为白天过度嗜睡。这种嗜睡是不可抗拒的,往往是不分场合地倒头就睡,夜间充分的睡眠也不能缓解此症状。有时患者会在

大笑、生气等情绪激动的情况下突然间摔倒,而有的患者会表现为刚刚入睡或醒睡数秒钟到数分钟内肢体不能活动,不能言语,但意识清醒,常有将要死去的感觉。这种不分场合的跌倒和睡觉时的体验往往给患者带来巨大的痛苦,严重时可导致失眠、烦躁、焦虑及抑郁等症。

患者突然间摔倒往往容易被误诊为癫痫发作,常规或长程检

测脑电图有助于排除癫痫发作。

发作性睡病的电生理学基础主要表现为睡眠潜伏期的缩短和病理性快速眼动睡眠的出现。正常人快速眼动睡眠一般在几个睡眠周期以后才出现,即睡眠以后60-90分钟才出现;发作性睡病患者睡眠一开始即进入快速眼动睡眠。临床症状上的突然间摔倒和刚刚入睡或醒睡数秒钟到数分钟内肢体不能活动,

和患者进入快速眼动睡眠肌力消失有一定的关系。

多导睡眠图检查可以清晰地记录患者睡眠时期的脑电波,并对睡眠结构进行分期,特别是可以准确识别快速眼动睡眠。白天,利用多导睡眠图进行多次小睡实验,在发作性睡病的诊断中具有不可替代的作用。该检查主要是在白天进行5次小睡试验,每次试验约30分钟,间隔90分

钟,间隔期间要尽可能活动。切记做检查的前一天晚上要保证充足的睡眠,以免在检查时因睡眠不足导致结果出现误差。

正常人的睡眠潜伏期一般在10分钟以上,如果成年人平均睡眠潜伏期在8分钟以内,儿童平均睡眠潜伏期小于5分钟即被认为是病理性的。如果在5次小睡试验中有3次出现睡眠发作,并且5次试验中平均睡眠潜伏期儿童小于5分钟,成年人小于8分钟,且5次睡眠中出现3次快速眼动睡眠即可诊断为发作性睡病。

发作性睡病患者首先需要保持生活规律,养成良好的睡眠

习惯,避免情绪波动,白天有意安排一定时间的睡眠,以减轻症状;其次,应尽量避免有危险性的体育活动,如登山、游泳等;同时,还要对患者进行心理卫生教育,特别是青少年患者,他们容易有较大的心理压力。药物治疗

方面主要为传统中枢兴奋剂和新型中枢兴奋剂。

专家提醒,患了发作性睡病并不可怕,一定要到正规医院进行诊治。

(作者供职于河南省精神卫生中心)



精神卫生之窗

河南省精神卫生中心(河南省精神病医院) 协办

咨询电话:(0373)3373990 3373992
地址:新乡市建设中路388号