

医生人数无法跟上医疗需求 提高效率减轻负担迫在眉睫

全球闹“医生荒” 各国齐找“替身”

文 / 沈敏

各国都闹医生荒

在英国,每1万名病患配有27.4名医生;在印度,一万人中仅有7名医生。医生如此紧缺,印度不得不千方百计提高他们的工作效率。

在班加罗尔,纳拉亚纳·赫鲁达亚拉亚医院执行总监谢蒂管理医院的宗旨是:在质量不打折的前提下,让医生尽可能多完成手术。为达到这一目标,谢蒂让外科医生只参与手术中最复杂的程序,而让其他人员包揽剩余工作,结果是:不少手术成本降低到不足2000美元,相当于美国同类手术的十五分之一。

“生命源泉”连锁医院雇用更多助产士代替产科医生,从而大大降低接生费用,其成本仅相当于私立诊所的六分之一。

阿拉温德眼科护理医院每年要给大约35万名病患做手术,手术室内至少设有两张手术台,这样可以方便医生根据需要穿梭于两台手术之间。最重要的是,每个手术医生都配有6名年轻女性“眼科护理技师”,她们受雇于医院并接受培训,承担手术中种种无需外科医生技能就能完成的琐碎工作。

技术也可以在一定程度弥补人力资源的差距。在比尔和梅琳达·盖茨基金会的赞助下,加纳孕妇可以用手机接收孕产指导,而不必频频造访本就稀缺的产科医生。

去年12月,盖茨基金会和非营利组织“加拿大伟大挑战”联合宣布一项3200万美元的计划,为基础保健工作人员配备便携式诊断设备。

在墨西哥的“医疗之家热线”,病患可以打电话咨询病症及诊治方法。如有需要,“医疗之家热线”也可以帮病人预约医生见面,但三分之二的病例通过电话诊断即可解决问题。

这些有效的方法正被推广到其他同样饱受医疗资源紧张之苦的国家和地区。“医疗之家热线”已在哥伦比亚铺开,今年年底前将在秘鲁开始运作;“阿拉温德眼科护理医院”也将其培训模式推广到大约30个发展中国家。德维·谢蒂在印度已开了14家大大小小的医院,他的计划是未来7年内增加3万张病床,并在开曼群岛新建一所医院。

技术弥补人力空缺

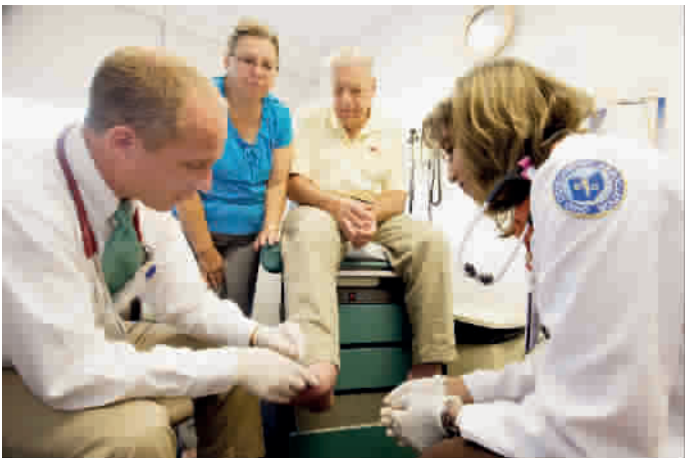
技术不仅使“隔空诊断”成为可能,甚至能实现“隔空手术”。2001年,纽约医生就通过遥控智能仪器,为躺在法国手术台上的女病患做胆囊摘除手术。机器人的运用,提高了医生手术时的操作精确度。

当前,智能机器只是辅助手段,但未来也许能完全替代人手。正如军事上的无人驾驶机一开始由经历过飞行学校艰苦训练的军官来操控,如今没有经过那么多专业训练

全球社会呈老龄化趋势,令医疗保健需求日渐增长。在这一背景下,医生供不应求的问题愈发突出。成为一名合格医生要好几年,医生人数永远跟不上医疗需求。一些国家另辟蹊径:培养更多能替代医生职责的人才,或开发医疗技术设备,分担医生的工作或者提高他们的工作效率。



过度疲劳已经成为许多医生的职业病



美国在培养助理医师方面居世界领先地位

的低级别军官也获准操控无人机。

不那么高端的技术,主要用于疾病预防,可以减少医生出诊需求。佩蒂特是一名“保健协调员”,服务于纽约蒙蒂菲奥里医疗中心的一个慢性病防治项目。她和同事们的任务是检查从病患家中联网的医疗监测仪器和过往病历中收集来的信息。

德国博世公司制造的“健康伴侣”就是这种仪器:它会询问和记录病患每天的状况,一旦发现危险异状,“保健协调员”就会介入。比如,当一个糖尿病人的血糖突然升高,或有心肌梗塞病史的患者体重突然增加,佩蒂特就会打电话给患者询问具体情况。如有需要,她会报告自己的上级——一名护士。

“保健协调员”也提供其他帮助。佩蒂特发现一名老妇人不再定期访问家庭医生,因为她每次看医生时必须穿过一条车流密集的马路。于是佩蒂特帮她另外联系了一名与她住在马路同一边的医生。

这类措施成效显著。从2006年到2010年,美国糖尿病人上医院看病的次数下降了30%,医疗支出也因此减少了12%。去年12月,美国卫生部看中蒙蒂菲奥里医疗中心的成功经验,选择它来实施政府改善

老年人医疗保健服务的实验项目。

相关技术的未来发展空间很大。患者在网上订购监测仪器,坐在家中就能随时跟进自己的健康状况,这比频频上医院方便得多。飞利浦、通用电气等企业也都看好这个市场,加大开发家庭保健设备的力度。

比如,飞利浦正努力把它为老年人设计的紧急事故报警设备推销给日本消费者;通用电气公司设计者则宣称,它即将研发的仪器,能够像温度计测量体温一样,迅速简便地测出患者的整体健康状况。

英国刚刚完成迄今全球最大规模的电子保健技术应用随机测试,考察6000名慢性病患者。根据英国卫生部去年12月公布的初步结果,由于应用了电子保健技术,这些慢性病患者进急诊室的次数减少了20%,死亡率降低了45%。

培养医生“后备队”

很多普通疾病的诊治并不需要靠真正的“医生”完成。事实证明,非医生的医疗工作人员也可以提供高效服务。乔治·华盛顿大学的詹姆斯·考利说,美国的助理医师能够承担一个全科医师85%的工作。

印度一个派遣保健工作人员到

农村服务的实验性项目效果颇佳,他们完全能诊断普通疾病并开出合适药物。印度卫生部希望扩大这类项目,提议设置一类仅需修读三年半的医疗专业学位,学成者有资格在农村地区提供基础保健服务。

《英国医学杂志》发表的一份调查报告指出,对英国、南非、美国、日本、以色列和澳大利亚等6个国家的护士(有行医资格的护士)进行考察后发现,接受护士诊疗的病患比接受医生诊疗的病患满意度更高,健康状况也毫不逊色。

不过,光是扩大医生替代者的供应并不能解决所有问题。

美国在培养护士和助理医师方面居世界领先地位。根据美国劳工统计局的预测,仅需两年相关培训就有从业资格的“医疗诊断性超声波扫描师”人数有望在2010年到2020年间增加44%。然而,医疗界的工作效率不见提高。这可能是因为医疗界的管理机制并未跟上医疗从业队伍扩大的步伐,医生们仍掌控着行业主导权。

医生们并非都是管理天才,但这并不意味着他们愿意放弃原有的权力。代表医生权益的地区组织“亚洲和大洋洲医学协会联合会”就提出,医生和非医生医务人员之间的“任务交接”必须仅限于急诊案例。日本的医疗界游说集团则强烈反对护士行业的存在。在印度,培养农村基础医务队伍的提案遭到该国医疗机构的抵制,设置三年半学制的医疗专业学位提案也没了下文。

2010年,美国医学研究院呼吁让护士在基础保健领域发挥更大作用。美国最大医生组织“美国医学会”在一份声明中表达了保留意见:“护士在医疗保健团队中发挥重要作用,但教育和培训无可替代。”

不过,未来医生日渐稀缺,医疗成本不断上涨,让更多护士和保健工作人员分担医生的工作是大势所趋。医生的权力或许会旁落些许,但病患会是最大的受益者。

相关链接

按照世界卫生组织建议的医护资源分配比例,每千人应配备2.5名医生、护士和助产士。但在发达国家和发展中国家,这一比例相差很大。在美国和英国,每千人配备的医护人员多于12名;在印度,这个数字只有1.6名。

尽管如此,发达国家仍面临医护人员紧缺的危机。在美国,成为一名合格医生至少需要7年,这还不包括大学4年。80%的医学院毕业生离校时身负债务,平均欠债约14.9万美元。因此很多人更愿意从事收入丰厚的专科医师行业,比如皮肤科医生,这导致初级保健医生紧缺。比起专科医生,初级保健医生干活累,却挣得少。

美国医学院校联合会预测,到2020年,将短缺4.5万名初级保健医生。美国已有大约一半成年人患糖尿病或高血压等慢性病,而初级保健医生正是慢性病治疗的主力军。

这可能促使发达国家寻求引进来自发展中国家的医护人员,从而进一步加剧发展中国家医护资源的紧张局面。目前,英国从业的内科医师中,约十分之一来自印度。

为了遏制医护资源向西流的趋势,世卫组织成员在2010年签署一项决议,限制富国从穷国招聘医生。不过,限制劳动力流动并非上策,更有效的方法是扩大培训规模。菲律宾是全球最大的护士出口国,但其本国的人均护士配比还是高于西班牙和德国。

事实上,在发展中国家,更多大学生选择护士为职业是因为有机会移民到发达国家,但其中难免有部分人会留在国内,充实本国医护资源。



西方发达国家掠夺全球优秀医护人员

热点锁定:

欧元集团9日宣布,在西班牙政府提出正式申请后,为西班牙银行业提供不超过1000亿欧元的救助资金。业内人士认为,这是缓解欧债危机的积极举措。

导读

A34

英国“鸟人”能在街头听“鸟语”

A35

奇点大学 硅谷MBA学院

A36

“灰发族” 美国离婚主力军

本刊主编 汪一新 卫蔚

(本刊除“论坛”及本报记者署名文章外,均由新华社供稿)

