



大家看法

同行评议应“只求是非 不计利害”

▲ 中国工程院资深院士 秦伯益

新闻背景：日前，第二军医大学孙学军在其博客上发文表示，如今许多专家不愿意承担学术论文评阅的工作，因为这种工作很难有明确的回报。一方面因为学术发表历史形成导致的现状，另一方面因为缺乏较为理想的展示渠道。

我国目前的同行评议，尤其是针对研究、论文的学术评议意见是不公开的，仅作为内部存档参阅；评议时会有少许回报，但并不多，一般是谁主持评议就由谁支付。

针对研究、论文等的学术评议是带有权威性的，学术评估最好由学术共同体来负责，因为隔行如隔山，只有同一个专业的专家才能够对该专业领域进行评议，

了解尖端研究的人更是稀少，这与电影百花奖的评选不同，学术评议不能靠大众普选。

但在我国，学术同行评议还存在这样一种现象。科技工作是尖端、深奥的，一个领域内的专家人数十分有限。免不了会出现“这次我评你，下次你评我”的情况，评来评去就慢慢变成了人情关系，也就减弱了同行

评议的意义。

从学术角度来说，评议应该由同行来评，但同行中会有“冤家”，也会有“亲家”，评议的结论有时并不客观；有时评议者与被评议者并非“冤家”或“亲家”，但鉴于中国人特有的复杂关系网，评议就变成了“打哈哈、走过场”。

科学评审，应该只求是非，不计利害。



图片 / 新浪网

热点观察

规范养生节目 医生大有用武之地

▲ 本报记者 张雨

国家新闻出版广电总局近期严格规范、整顿电视养生类节目的制作和播出，现已有“健康365”、“杏林好养生”两档节目被停播。面对当前电视养生类节目播出不规范、各路所谓的“专家”鱼龙混杂的现状，确实到了应该好好整顿一下的时候了。

关注养生类电视节目的收视群体，虽然有着

不同的文化程度和教育背景，但可以肯定的是，文化程度并不高的中老年人占据了其中的很大比例。不规范的养生类节目对于鉴别事实能力有限的收视群体而言，危害是致命的。因为他们会对本就别有用心的所谓“专家”的蛊惑性言辞断章取义、深信不疑，进而可能给自己的身体造成损害，更延误了疾病的治疗。

从医疗界角度而言，不规范的养生类节目更为致命的是，一旦观众因为按照节目指示“养生”对自己的健康造成负面影响时，绝大多数收视者不会去责备电视台以及电视节目，而是会说：“都怪这个专家，胡说八道！现在的大夫怎么都这样啊？就知道赚钱！”

原本兢兢业业、勤勤恳恳，为患者忙得晕头转

向的医师群体就这样与伪专家归为一类，因为后者的唯利是图，承受着整个社会莫名的谴责。

既然国家发文规范电视养生类节目，笔者建议有担当的高年资医师肩负起科普宣传的责任，让整个社会了解医学、了解医生，并以此为契机，将那些别有用心、打着专家旗号、为伪专家打落神坛，为医师群体正名。

有话要说

三甲医院设全科可实现合理转诊

▲ 北京方庄社区卫生服务中心主任 李志新

全国人大常委会副委员长、中华医学会会长陈竺在中国全科医学大会暨中华医学会全科医学分会第十二次学术年会上建议，“以后大医院的评价不再以门诊数量为指标。将来大医院如果没有全科医学科，就甭想评三甲。”

陈竺副委员长的建议包含了以下几层意思。第一，三甲医院和全科医生的工作分工要明确。三甲医院应该具有对基层患者的分诊能力，患者

到三甲医院还没有看到专科医生之前，应该有一个分诊或减诊的机构，这个任务便需要全科医生来完成；第二，三甲医院有义务对全科医师进行相应的技术支持和培训；第三，“建议”对全科医师的能力建设提出了要求；第四，阐明了医生整体的工作理念问题，全科医师与专科医师之间应该是一种有序的转诊关系；第五，凸显了全科医学在整个医学领域

重要的位置，应该打破社会甚至有些部门对于全科医师、全科医学固有的概念。全科医师绝不是“能力差”的代名词，全科对于医学的发展以及保证正常的就诊秩序，具有独特的地位。

有人担心三甲医院必须要有全科医学科，更会将基层的患者吸引至大医院，加剧基层无患者的窘境。对此笔者不敢苟同。目前，全国二线城市以上的基层医疗机构的门诊量

并不算低，患者大多为一些慢病、常见病、多发病的患者，人群和疾病种类相对比较固定，仅仅是初次诊断在社区的患者比较少。患者选择三甲医院就诊时，如果该医院设立了全科医学科，那么将会对患者形成一定的过滤作用，一些常见病、多发病及慢病的后续治疗也能够下转到基层，无形中形成了一种相对合理的转诊，而非看过专科医生后，才将其转回基层。

走基层

基层能力决定分级诊疗成败

▲ 河南省原阳县师寨镇卫生院院长 师慧元

实行分级诊疗不失为目前我国缓解“看病难看病贵”的好办法，因其能倒逼推进解决目前基层医疗结构、资源配置、管理机制体制存在的许多问题、困境与弊端。但分级诊疗仅是医改“深水区”采取的一个技术手段，是阶段性的措施，单靠它并不能从根本上解决“看病难看病贵”问题。

事实上，目前医疗管理体制机制存在明显弊端，基层县乡医疗能力远不能适应和满足基层群众的需要。为此多方也在想方设法将患者留在基层，集中体现在通过拉大农保报销比例来截留农村患者；采取对口帮扶手段，让上层医院下派人员到基层截留患者；尝试建立远程医疗，通过网络服务让基层普通患者不出县享受省市医疗专家的“空中”服务。

但从长远来看，医改希望通过提高基层的医疗服务能力来解决基层的“看病难看病贵”问题，但以上方法皆为非持续性的“输血”做法，并没有从根本上解决基层自身“造

血难”的困境。事实上，只要能够真正提高基层的医疗服务能力，就能够实现基层患者“不截自留”，同时也能给上级医院科研创造条件。反之，如果基层医疗能力达不到基层百姓的需要和意愿，分级诊疗也只能是一时宣传的噱头，不太容易实现常态化，医改的目的也难以实现。

因此，要想使分级诊疗有序运行并达到目的，就必须打破医疗管理体制的弊端，将提高基层医疗能力放在重要位置。如对基层医院的编制、人员经费、基础设施建设和医疗设备购置、人员培训、技术引进开展等均需给予明确表态和大力支持，最好以行政手段在短时间内下沉优质医疗资源，加强基层医疗机构的整体综合技术水平，提高基层医疗服务能力，让基层医疗机构有实力发挥首诊作用。只有这样，才能让群众主动到基层首诊，即便上转，患者也会在病情稳定后听从医嘱下转，真正使分级诊疗成为可能。

时
评
版
稿
约

《医师报》时评版欢迎广大读者针砭医疗行业时弊、赐稿。希望大家对医药卫生体制改革、医师执业环境、医患关系、医师职业道德建设、当前行业热点问题等展开评论。稿件请注明新闻来源，并附作者真实姓名、单位、地址、邮编、电话。投稿邮箱：149442284@QQ.com