

● 社论

基层有了“大医生” 医改才算成功

▲ 本报评论员 张雨

上周末，第十届全国皮肤科医师年会在京召开。在此过程中，来自基层的医师给记者留下了深刻印象。

不少参会基层医师从未来过大城市，他们对于来京参会更像是一种“朝圣”。一位在基层工作了30多年的医生坦言：“能来一次北京，这辈子也没有什么遗憾了。”但记者从他们身上感受更多的是“求知若渴”的眼神。广东阳江的一位基层医师告诉记者，来京参加两三天的年会，甚至可以提升科室在全院的地位，“真想把所有课程都听完。”

基层与大城市之间的

医疗差距众所周知，但这道“鸿沟”到底有多宽、多深，似乎很难进行量化，多数人也很难有切身体会。当记者看到他们并不算正式的衣着以及带有皴红的脸庞，内心中没有一丝优越感。

基层医疗薄弱，患者不信任，进而集体涌向大医院；大医院人满为患，政府增加投入，扩大规模，进而继续吸引着周边的基层患者。这便是我国总体的医疗现状，伴随着这种恶性循环，大医院更加强大，而基层却几乎被掏空了。

多年来，医改一直在

强调“保基本、强基层、建机制”，那么基层怎样才算强大？如今不少基层医院在政府的支持下建起了大楼，甚至配备了不少相对高端的设备，但却很少有人会操作，设备也便被束之高阁，甚至锈迹斑斑。

之所以如此，是因为在基层没有高版本的“软件”去驾驭这些“硬件”。当前，医生不愿在基层工作，平台小是一方面，更重要的是待遇得不到应有的体现。以教育为例，在国外很多地方，大城市老师与小镇教书匠的待遇是相同的，国外越是在大城



市的社区医师，其工资越高。他们不会因为生计问题而涌向大城市。而在我国，同为事业单位的医疗机构，大城市医生一个月的收入甚至可以抵基层医师一年的收入。可以说当前基层的现状完全是由于

不合理的机制造成的。

倘若像国外教育系统那样，给予等同的待遇，作为医者没有理由再在摩肩接踵的大医院中栖身，在广阔的基层反而可以放开手脚做一番事业。

如今，医疗卫生领域

的城乡差异问题可以说已经到了非常时期，又因其与国民生命健康息息相关，故此其特殊性非任何行业可以相比。只有当基层有了大医生，患者愿意留在基层，此时的医方可说见到了成功的曙光。

● 图说天下



分娩阵痛体验与医院社会责任

▲ 四川 梅松政

日前，山东济南一家医院举行“感恩母爱——分娩阵痛体验”活动。在医护人员的指导下，志愿者们进行“分娩阵痛”极

限体验。

不得不说这是个两全其美的好办法，既让大家立即体验了女性的“分娩阵痛”，又体现了医院的社会责任感。

● 微话题

面对医生接二连三的倒下

@ 何钻玉：最近连续几名医生倒下，而且年龄都不大。负责大众健康的人群其实过着最不健康的生活，这本身就是极大的讽刺。医生太少、患者太多都是原因，归根结底还是医生太少。

@ 飞刀唐：超长的工作时间、超高的工作强度、无休止的加班、始终短缺的休息和睡眠，形同虚设的劳动法、紧张的医患关系、科研以及晋升的压力……敢问健康路在何方？

@ 贝尔钻：曾经那些天生就被赋予信任的角色，医生或者警察，不知道从什么时候开始，一个接一个的倒下。他们的离去，不是单一个体的悲剧，而是整个社会的危机。

@ 大个西红柿：诚然我国拥有着世界最多的患者群体，但我国的医患数量比却和欧美等国家无法比拟。我们一直在宣传用世界最少的医疗卫生投入维护着最大的人群生命健康，但医生的健康又由谁来维护呢？

● 热点观察

新闻背景：日前，河南省五部门联合制定了《河南省疾病应急救助制度实施办法》，规定在全省行政区域内发生急危重伤病、需要急救但身份不明确或无力支付相应费用的患者，可享受应急救助基金的救助。

“医疗应急费政府兜底”是义务而非责任

▲ 广东 吴帅

此前，政府职能部门也专门出台过禁止见死不救的法规，要求给予特殊情况开辟绿色通道。但始终没有回答一个根本性的问题——钱从哪里来？该问题不解决，在医院还不是慈善机构的前提下，要求与现实间存在的差距，只能使其看上去很美。

事实上，在市场进入不到的地方，政府就

应该主动站出来，承担起这种责任。尤其在挽救公民性命这种社会事务上，政府更应该冲在最前面。成立专门的“应急救助基金”，政府为之兜底买单，这更应该是一种义务而非责任。

义务与责任不同。如果仅将此类救助视为医疗机构的“责任”，那么按照道德水平的高低，“不找麻烦”便会

成为常态思想。而实际上，以往我们在看到有医院对无主患者不予救治时，总是抨击医院的道德问题，却忽略了政府在此类事件中的义务。后者才是根本问题所在。

政府不是一个生产财富的机构，而是一个资源的管理者及分配者，按照利于社会公共利益最大化的诉求，履行社会管理的职能。从这个

角度而言，“医疗应急费政府兜底”是自救而非他救，是纳税人用自己的钱救自己的命，而不应该将其解读为第三方慈善心萌发的善举，否则将有违事实本身，不利于更多地方政府去履行好自己的这种义务。

希望“医疗应急费政府兜底”从河南开始，在更多地方生根开花结果，成为一种社会的基本制度。

应急救助“入口”宜宽“出口”宜严

▲ 广西 官学明

对身份不明或无负担能力的患者实施紧急救助，不管对患者还是对医院，都是好事。情况紧急的患者可以不用再等钱治病，医院则免去了既治病又赔钱的担忧，不用再承担道义上的压力。

想要让这一好政策能够顺利实施，收到最好的效果，有关部门还要注意把握“入口”宜宽、“出口”宜严这一基本原则才行。

“入口”宜宽，即

对于病情紧急却又情况不明的患者，在一时不能判断是否符合救助条件的情况下，应该率先予以救助。一切以患者的病情为第一标准，这也是国家出台紧急救助制度的本意。

“出口”宜严，即在目前国力有限的条件下，地方财政不可能有太多的资金用于紧急救助。而现实中，我们不排除有人会故意隐瞒身

份或收入状况沾政府的便宜。因此，在救助之后对患者资格的审查一定要严格，不能让疾病应急救助的资金成为谁都想吃的“唐僧肉”。

要做到以上两点，关键是要由卫计委、财政、民政等部门成立专门的机构，对患者的情况进行审核，并进行公示，接受社会监督。一定不能再把困难留给医院，让医院左右为难，

牵扯不必要的精力。简而言之，对于需要救助的紧急患者，医院只管治，剩下的事情交给相关的政府部门处理。

只有这样，才能让每一位情况紧急的患者都得到及时的救助，让每一位家庭贫困的患者都不会因为没钱而看不起病，让每一分应急救助资金都花到真正需要救助的人身上，让疾病应急救助制度落到实处。