

## 专家视点

## 健康传播亦是转化医学

▲阜外心血管病医院 杨进刚

有人说，大数据时代是一个智慧时代，但在社交媒体趋之若鹜，正确信息资源非常匮乏时，不正确的信息反而会得到猖獗转载。

这样就造成了网上的留言不断，比如：心脏支架手术在国外七八十年代就淘汰了；跑步比久坐死亡率还高；蛋黄该吃就吃等等，诸如此类，不一而足。这些留言在微信上转载量巨大，造成的危害不可估量。

这与李一、张悟本、王林这类骗子大师当年的热捧如出一辙。一方面，记者有追寻“人咬狗”新闻的强烈愿望；另一方面，中国的民众缺乏相关的知识和判断力，中国产生骗子大师和信众的土壤仍然存在。

如果把老百姓容易上虚假广告广告当归结为我国居民健康素养低，那就是推脱责任。我们对科学的健康信息的供给方面，做的远远不够，致使科学信息缺位，也是虚假信息流传的一个不可忽视的原因。

医院中的医生掌握着疾病的防治知识，但问题是医生普遍的沟通技能欠佳，即使在日常工作中，当着患者的面，也不一定清晰的传递关键信息，更何况写成老百姓愿意阅读的科普知识？

中国文化在信息交流时教师和学生的主体不一样，西方文化中，学生没有听懂，是老师没有教好；而中国传统文化是含蓄的，是靠人领悟的：学生学习



不好，是学生能力差。在临床上，很少有医生认为，把患者或家属没能理解的治疗情况，归结于自己没有说清楚。

医生由于日常阅读有关疾病规范诊疗材料、书写病历、写科研论文，但这些材料的本质是科学信息的传播，这种传播的特点要求信息完整，传播时不能有歧义，含有大量的专业术语。

比如一则网上的笑话，一实习生病程中描述：患者稍显苍老的头上缀着点银丝，这种说法就会被视为异类，放到医生的语境中就会格格不入。而科研论文的标题更可能是这样：溶栓及经皮冠脉腔内成形术治疗ST段抬高急性心肌梗死的疗效及费用效果分析。

实际上，医院中医生经常使用的传播理念与大众传播是两个不同的极端。向公众传播更需要诙谐幽

默，结合时事，深入浅出，让人能够体验阅读的快乐，而不是术语连篇，没有一点人情味。

我们经常强调医学人文，我个人认为，最大的医学人文就是医生讲话时，患者能懂，愿意听他说话。我也曾接触过一些医生，当他与患者谈完后，患者或家属非常愤怒，竟然要追着满屋要打医生。

很多医生在本专业内研究的很深，但是，一个专家在某一方面过于深入的话，必定在广度的认识上有所局限。我国的医生在培养方面，缺少艺术、文学、音乐、历史等人文学科的浸润。人的修为不应仅局限于专业成就，也应包括人格、人性及人的情感方面。

维特根斯坦说：“语言的边界就是思想的边界。”一个医生能不能与患者和家属进行良好的沟通，通过写作与公众沟通，把专

业内深邃的知识，通过浅显有趣的语言向公众传递，就成为了判断其思想边界的一个标准。从这点看，这也是判断其是否能够成为大专家的一个理由。

科学只是认识世界的一个维度。我国著名心血管病专家洪绍光教授曾说过，“健康是智慧，不是技巧”。并说，智慧很少，知识很多，以哲学认识世界，以科学观察社会，以医学珍爱生命，以禅学净化心灵。

医生从事的是与健康有关的工作，这个群体无论是在医改，还是在向公众传递正确的疾病保健信息，从总体上看是缺位的。

通俗易懂的传播健康进展，把社会需要重视的疾病发展趋势，告诉媒体，告诉老百姓，也让官员知晓，从各个层面，尤其是转化成政策，多维度进行疾病的预防和控制，是更加重要的转化医学。

## 热点观察

取消以药补医  
需制度设计而非游击战

▲广东省卫生计生委巡视员 廖新波

编者按：5月17日，国务院下发《关于城市公立医院改革的指导意见》（以下简称《意见》）。《意见》提出，到2017年，城市公立医院综合改革试点全面推开。“以药补医”的补偿机制有望成为历史，“试点城市公立医院药占比（不含中药饮片）总体降到30%左右；百元医疗收入（不含药品收入）中消耗的卫生材料降到20元以下”。明确的数字、量化的目标，希望能带来掷地有声的结果。

取消以药补医，关键在于制度。如果制度的制定能够贯彻尊重生命与医生劳动价值的理念，这才是真正意义上的医药分离，也是医药利益分离的核心所在！

日本在二战之后也曾实行“以药补医”，但在过去几十年里，日本持续大幅提高医生诊金，使医生的主要收入来源从药品销售变成了医术体现。不过，日本将99%的人口纳入国民健康保险，他们也号称保险覆盖率世界第一。个人只需承担30%的费用，诊疗费相当便宜，药费更是便宜很多，因此，关键还是在医疗保障。

对比之下，中国试图破除以药补医却不是在整个制度的有效安排下进行，而是游击战、堡垒战。单单药品的管理就五花八门，药房托管、药占比、二次议价等等，其思维基础一直都是“以药补医”。

要彻底使医疗费用明显下降，只有一个办

法，那就是按照医改新方案提出的，政府负责公立医院的基本建设和大型设备购置，以及科研经费、退休人员的费用等。没有了15%的药品加成，政府补偿若跟不上，医院也只能各显神通。因此，如果政府投入能够切实落实到位，那么患者支付的费用便可相应减少。

政府每年在医保上也投入了大量资金，但由于制度设计的问题，存在一定程度的浪费。如一些疾病在门诊不能报销，只有住院才能报销。所以无论患者还是医生，有时都会选择住院，从而加大医保费用的支出，造成浪费。这是我们不容忽视的问题。

取消以药补医，需要各项改革同时进行，如支付制度、薪酬制度、补偿机制等，否则取消以药补医只能是一句空话。取消以药补医的协同推进不仅需要落实到各级政府，更需落实到人。

## 有话要说

## 多点执业 护士可先行探路

▲桂林市雁山区人民医院 唐传艳

医生和护士多点执业，有不少相同之处。从好处看，都能盘活医疗人力资源，促使大医院过于集中的技术资源向基层流动，缓解基层医院和民营医院的人才荒。从困难看，两者都面临编制和体制的掣肘。例如，在几家医院执业，保险、工资如何给付、绩效考核如何评估等，很容易扯皮。这些细节还没

成型，存在管理上的难点和制度上的盲区，容易遭到所在医院或明或暗的抵制与反对。

两者也存在许多不同点。在技术层面，医生的技术含量要高于护士，也许所在医院不愿意放手医生，却相对愿意放手护士。从精力上看，医生比护士更忙，独挡一面的医生，即使有心多点执业，精力

上怕也顾不上。从需求上看，基层需要医生，同样需要护士，在不少领域，护士短缺比医生更严重，如养老院、社区、家庭，都存在巨大的护理需求。从执业心理看，离开体制，医生的职业前景影响会更大，护士则不然，走出体制，护士的顾虑会少。

通过比较，可以看出，护士多点执业更容易被各

方接受，也更容易成功。当前，为推行医生多点执业，多地采取了不少鼓励措施，然而真正大胆走出体制外的医生少之又少。

推行医生多点执业，不妨让护士先行。护士们走通了这条路，就会挣脱体制的束缚，打破编制的制约，并倒逼各种制度进一步完善，最终为医生多点执业积累经验。

