

● 热点观察

# 钟南山签约的示范效应

▲ 广东省卫生计生委巡视员 廖新波



因为钟南山院士终于“走出体制外”，签约为浙江大学国际医院特聘专家，有关“医师多点执业”的话题又热闹了起来。

院士“出走”与否，完全是个人意愿，本无需过度解读。院士“出走”也并非始于钟南山院士。虽然钟院士否认自己是多点执业，也许是他的价值取向不同。其实不同形式的“走出去”是政府希望的，我也真切地希望院士们能够引领这一步，希望其名人效应可以让更多的医师走出去，为更多人服务。

如果把多点执业仅仅当作是“创收”，未免眼光短浅了一些，

没有把多点执业看作是医生成为社会人战略的一步，最终是医生价值的体现和回归。

越来越多的医生“出走”会促使医生价值提升，使医生的劳动价值回归正道。医师多点执业之下，不管是公立医疗机构还是民营医疗机构，都会思考怎样去吸引并留住优秀的医生，从而倒逼提升医生的劳动价值。

当医院提升了医生的待遇之后，不愿意走出去的医生自然会留下来。值得注意的是，不要认为走出去的才是优秀医生。究竟走还是不走，取决于医生自己的选择，与优秀与否

没有直接的联系。

医师多点执业其实是让有需要的人能够找到名家，是最公平的一种服务模式。而在诊疗服务更加符合市场规律的情况下，患者才得以分流，医生的价值才得以体现，不会通过过度医疗去额外创收，获取所谓的奖金，从而缓解看病难、看病贵的问题。

医师多点执业远非“多点”和“创收”这么简单，任重道远，它将撬动人事（编制和职称）制度、支付制度、监管机制、医保体制的改革，是落实“政府引导、市场推动”最有活力的杠杆。

● 专家视点

# 怎样的医生才是“中国好医生”？

▲ 北京大学首钢医院院长 顾晋

火爆银屏的《中国好声音》如今已经是第四季了，由此不由得想到，如果有一个针对医生的评判，在《中国好声音》中，怎样的标准才能让评委转身

呢？谁来当评委呢？

好声音学员，每个人都有一个共同的特点，那就是对音乐的热爱。在我看来，作为医生最重要的事，就是热爱医生这个职业。

有的同事说，“我当医生是为了养家糊口。”我不喜欢，也很难理解。我喜欢医生这个职业，我享受这个职业带给我的快乐。很难想象，如果从事一个你根本不喜欢的职业，怎么可能将工作做好？

当然，这个世界上不是每个人都在从事自己喜欢的工作。比如唱歌，喜欢的人很多，但是真的以这个兴趣爱好去养家糊口，当成自己挣钱的工具就有难度了。毕竟，成功的歌

手是少数。多少歌手苦苦付出，最终也没能赢得导师的转身；更多学员付出了很多，却连上台的机会都没有。这就是现实。

做医生也是一样，真正的大医生，每个人都有自己的奋斗史。机遇、条件，许多因素决定了一名医生的成就。在基层，许许多多兢兢业业勤勤恳恳无私奉献的好医生，他们没有大名气，但却在守护着一方人民的健康，这就是大医生。

● 海外视点

# 高龄医生行医是否安全？

据美国加州圣地亚哥公共电视台报道，在圣地亚哥县，20.2%的注册医师（1282名）超过60岁，其中423人超过70岁，66人超过80岁。而全美现有四分之一的医师已至少年满65岁，四倍于1970年代该年龄段的医师。

今年6月，美国医学会在一份长达21页的报告中提倡发展一套筛选和评估方法，以确保高龄医生仍然能够为患者提供安全有效的治疗。报告指出，随着年龄的增长，心理效率下降，从而可能导致诊断错误，失去照顾更复杂患者的能力。

美国医学会正酝酿针对老年医生行医资格制定新规定。这一想法去年遭到强烈反对，但今年支持的呼声大大增加。

关于老年医生是否可以继续行医一直以来存在

争议。

自1989年以来一直为麻醉医疗集团有限公司工作的皮埃医生去年满70岁后不得不辞职。该公司雇用了240名麻醉师，为圣地亚哥县的11家医院和8个门诊手术中心提供服务。公司规定，是凡年满70岁的医生都必须离开。皮埃完全理解这样的政策，“都是为了保证医疗质量。”

但斯坦福肿瘤学家弗兰克博士认为，“实际上，如果我们看一下数据会发现，医生最大的危害来自于职业生涯中期，而非职业生涯晚期。”

退休的圣地亚哥70岁外科医生莱文说，地毯式地筛查老医生并不是一种正确的方式。他认为，“需要停业的仅仅是少数几个人，然而为了淘汰这几个人却让人人肩负重担。”

（来源：医学信使微信）



● 回音壁

# 医生“加号”应规范但不必取消

▲ 山东 何勇海

挂号实名制和预约挂号制度全面实施后，有效遏制了号贩子的行为，然而他们却转而将“黑手”伸向了“医生说了算”的“加号”领域，通过装可怜等手段博取医生的同情，获得“加号”后加价转售牟利。

不久前，北京朝阳医院一名皮肤科医生因拒绝现场“加号”被患者打伤，一些医生因此在网上呼吁取消现场“加号”，不少网友也因“加号”被号贩子利用而支持取消“加号”。那么，医生到底该不该“加号”？

在优质医疗资源过于集中的当下，医生现场“加号”可以解决一些患者急需就诊、却苦于挂不上号的燃眉之急，特别是一些急危重症患者和来自外地

的患者，或者一些复诊的老患者。对这些患者，完全拒绝“加号”是不人性的。医生现场“加号”应该规范，但不必取消。

如何规范管理医生现场“加号”，才是医院应该认真考虑的。医院可以出台制度，明确厘清什么情况下医生可以“加号”，什么情况下不能“加号”。比如急危重症患者、复诊患者可“加号”，外地患者凭一两日内的车票可“加号”。明确禁止领导安排、关系单位、亲朋好友的人情“加号”，禁止因“加号”缩短诊治时间。

至于号贩子可能钻现场“加号”的空子，医生“阅”患者无数，应该能够分辨一二的，一次两次能蒙混过关，但终难长久。

## 时评版稿约

《医师报》时评版欢迎广大读者针对医疗行业时弊、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