



张澍 委员



杨民 常务副会长兼秘书长



齐学进 副会长



张艳萍 常务副社长



科普：让专业人做专业事

▲本报记者 张璐 袁佳 董杰

小苏打饿死癌细胞、泳池消毒剂至膀胱癌、Wifi 辐射损害健康……

曾几何时，我们被各种来自网络或大家口耳相传的“健康信息”所绑架。尤其是近年来随着微信的普及，中老年人的朋友圈被各种各样的“养生健康”信息所轰炸。

朋友圈看多了，突然间发现什么都不能吃了，因为全是致癌的；运动也不敢做了，因为会损伤骨骼和肌肉……但是这些都是真的吗？

如今，科普已经成为横亘在大家面前一个不得不去面对的问题，因为它已经不仅仅是为了增长人们的知识，更重要的是辟谣，与那些伪科普作斗争。

通过科普实现疾病预防

“不要等生了病再去医治，我们应该去预防它。”全国政协委员、中国医学科学院阜外医院张澍教授谈到，大家都知道好的生活方式可以使人健康，但如何做才是正确的呢？这就需要通过科普宣传的方式使人们掌握健康的饮食起居习惯，了解对于一些常

见、多发、慢性病的预防方法，如此才能让疾病晚发生甚至不发生，或发生早期及时治疗。

全国政协委员、中国工程院李兰娟院士同样认为，医生在日常工作中本身就肩负着科普宣传的责任，在门诊除了要给患者看病开药以外，医嘱中还会告知患者如何锻炼、如何饮食，其实也是在做科普宣传。

科普需专业队伍

同样是科普，有些人讲容易被接受，有些人将却总是听不懂；同样是科普，有些真的是为了科学的普及，有些或许另有目的……

面对形形色色的科普者，张澍认为，科普一定要有专家队伍，要讲老百姓愿意听、听得懂的话。最关键的是本身一定是科学的。所以必须要有一批专家队伍来做科普。

而全国政协委员、中国医学科学院皮肤病研究所孙建方教授则认为，普通医师能够做到事情，其实并非专家出面才能做，在特定的场合需要专家给予支持，但大量的、具体的事务性的工作还是需要普通医生来做。毕竟专家还是少数，力量有限，

在确保科普内容科学的前提下，普通医生也可以完成。

科普要有门槛和规范

面对微信上那些耸人听闻的“健康科普”信息，有时不仅会误导公众，甚至还有可能造成公众事件。日本福岛核泄漏所引发的中国食盐大抢购就是一个典型的例子。

对此，张澍指出，科普应该有一定的门槛，要有相关的要求或规章制度，哪些内容不能随便讲、哪些不能过分商业化，都需要明确。

孙建方也谈到，我们有不少不良的医疗机构，在网络、媒体上做了很多虚假宣传。这些虚假宣传给患者带来了错误的信息，而这种错误的信息很容易引发医患矛盾。

李兰娟同样表示，科普宣传首先要保证科学，过度、虚假或错误的宣传是绝对不允许的。新闻媒体承载着正确科普的责任与任务，要做正确地宣传。有关执法部门，对于错误、虚假的宣传要加大监督执法的力度，决不允许错误的、虚假的信息危害人民。

全国政协委员 温建民 增设“扰乱医疗秩序罪”

近年来，涉医违法犯罪行为在我国持续高发，侵害医护人员权益、扰乱医疗秩序的涉医犯罪侵害的法益具有直接的公共性；医卫行业又具有特殊的重要性，而且，面对有暴力倾向的病患时强制性的“风险暴露”等，也需要对这一特殊群体进行法律补偿。顺应我国刑事立法的功能转型与立法走向，加之其他法律手段处理此类行为的疲软，应考虑增设专门的涉医犯罪类型、调整现有的入罪标准，以树立行动指南、培育国民的规

范意识，收到缓解高发的涉医违法犯罪之实效。

2015年《刑法修正案（九）》中，明确增加了聚众扰乱社会秩序，情节严重，致使医疗无法进行的，将受到刑法处罚（即医闹入刑）。但只是明确了医疗秩序是社会秩序的一部分，并未专门针对涉医犯罪进行立法调整。为使“医闹入刑”更好实施。特建议：

在刑法分则第六章“妨害社会管理秩序罪”第五节“危害公共卫生罪”中增设“扰乱医疗秩序罪”。

全国政协委员 孙建方 着力解决分级诊疗推进中的问题

近年来，虽然从中央到地方各级政府都在朝着医疗资源“合理分流”的方向努力，推进医疗机构的分层服务改革，但与“小病在社区，大病进医院，康复回社区”的格局要求依然相距很远。我国在分级诊疗体系建设的整体推进过程中，还面临着许多困难和问题，特别是广大患者“趋高就医”的现象依然突出，以至于出现了暑假期间，大医院门诊量破万已成常态，门诊压力非常大。大医院门诊量的高企，很大一个原因在于对患者的零门槛。

什么患者都收治，使得大医院收治了大量常见病、多发病和慢性病患者。

为彻底改变上述现象，建议：第一，完善体系设计，明确功能定位。第二，要加强能力建设，提高服务水平。这集中表现在加大对基层卫生人才队伍引进培养的扶持；继续大力推进对口协作；积极探索建立医疗纵向联合体等紧密型合作模式。第三，完善相关政策，加强制度引导。第四，加快平台建设，减轻患者负担。第五，加强组织领导，强化宣传培训。

全国政协委员 林绍彬 进一步完善大病医疗救助机制

2016年大病保险实现了全覆盖。但目前大病医疗救助工作还有很多方面做得不足，为更好地推进大病医疗救助工作的开展，特此建议：

提高大病医保赔付比例，提高救助标准。全国应统一标准，将符合大病救助条件的人群应纳尽纳入保障范围。建立临时救助制度，将低保边缘户及因灾难、意外损伤、大病、特殊疾病、罕见病及慢性疾病等原因造成生活困难者纳入临时救助范围，扩大大病救助的病种，并根据社会发展的情况及时更新病种目录。

畅通和优化大病救助基金的申报与实时报销渠道，实现在医保中心可以一站式得到医保和民政部门的医疗救助，简化快捷救助报销程序。要应用大数据技术，促进各类保险信息管理平台互联互通，实现全国大病保险纳入一站式结算平台，方便困难群众的跨地域就医费用结算。

中央和地方财政应设立专项基金，对重特大疾病患者，实行实时精准帮扶。同时充分发挥慈善机构、爱心企业和个人的作用，可推行“捐赠抵税”的优惠政策。

全国政协委员 凌锋 援外医疗队增加民间组织参与

我国向发展中国家派遣医疗队已经有54年的历史，成绩很辉煌但也面临问题和挑战。

某些援外医疗队在受援国的影响力下降。比如在某些国家，医疗队队员分散在受援国医院的各个科室中，水平不突出；有些国家，医疗队工作地点大多在边远地区，对受援国影响有限。

另外，国内医疗队员选派难，医务人员主动参与积极性不够，难以选出优秀医务人员。其次就是服务形式单纯以在医院里临床服务为主，无

法满足受援国多方面需求，没有和我国其他形式的医疗援外形成合力。

因此建议，首先政府要改革目前的医疗队派遣机制，调动各方面的积极性。在目前通过各地卫生计生委组织医疗队的基础上，增加医师协会等民间组织的参与，调动协会中知名专家的积极性，发挥其在专业领域的影响力。

第二，建议根据受援国的实际情况和需求，制定不同的医疗队派遣策略和方式。

第三，建议推广对口医院的合作，采取“组团式”援外，重点援助受援国医学专科，援外医疗队围绕专家组建，配以辅助人员，发挥专家的引领作用。

第四，建议提高援外医疗队队员综合待遇，吸引优秀医务人员参加援外工作。提高国外医疗岗位津贴，增设传染病防控津贴，增设短期赴国外义诊医疗队专家劳务费，改善医疗队队员国外的住宿、用车等条件，完善探亲、随任等后勤配套措施。