

● 专家视点

医防分离分置不利于医防结合

▲中国医学科学院北京协和医学院院校长 王辰 中国医学科学院北京协和医学院党委书记、副院长 姚建红
中国医学科学院北京协和医学院群医学及公共卫生学院执行院长 杨维中

“医防结合”是我国在公共卫生体系建设中长期未能解决的问题。之所以难以解决，关键在于我们把“医”和“防”视作独立、并行的概念、内涵和体系，因此难以真正地结合和融合。

“医”“防”本属同范畴

许多人误以为，“医防结合”中的“医”，指的是诊断和治疗，属于狭义的“医”；“医防结合”中的“防”，是独立于“医”之外的孤立的“防”。实际上，这里的“医”和“防”都应属于临床医学范畴，是医务人员和医疗机构都必然要履行的职能。临床医学以照护人类健康为目标宗旨，其方式包括预防、诊断、控制、治疗、康复。

临床医学和预防医学不是并列、并行的两个体系，“医”中包括“防”，“防”是“医”的一部分。

5月7日，市民在沈阳市大东区新冠疫苗接种方舱一楼接种区接种疫苗。
来源/新华网

打个比方，“医”是楼，“防”就是楼道，我们不能说“楼和楼道结合”，因为楼道是楼的组成部分。“医防结合”的真正含义，应是“防治结合”，可被类比为“楼梯和楼道结合”。

在医学教育层面，我国于本科阶段即将“临床医学”和“预防医学”分为两个并行、独立的专业，培养出两支专业队伍。这种将“医”和“防”在学术、学理、人才上分开的做法，是造成我国“医”“防”

分置分离的一个根本原因。

在医务人员职业职能与队伍建设、卫生机构设置与管理方面，将“医”与“防”分而设之，是造成我国“医”“防”分离的一个直接原因。这样的结果，使医院只作为“医”的主体而未赋责预防，疾控系统作为“防”的主体被隔离于“医”之外。如此，“医”和“防”渐行渐远，难以结合。每逢大疫，这一问题立即凸显。大疫之后的反思，要以系统思想指导顶层设计，避

免“医”“防”之间扩大和产生新的裂痕，以致更加难以协同，影响卫生防疫工作。

医疗机构要做疾病防控的“骨骼肌肉”

解决这一严重问题的根本之道，是彻底改变过去狭义的“医”和孤立的“防”的概念与观念，在教育与医疗卫生工作中体现临床医学“防、诊、控、治、康”五位一体的思想。

在医学教育方面，我国应改变目前医学院在本科阶段即将临床医学专业和预防医学专业分设的状况，本科阶段只设临床医学专业，使医学生在本科阶段能够接受完整的临床医学通识教育，将预防医学的理念和内容包含于临床医学专业教学中。研究生教育，应在“防、诊、控、治、康”方面有所侧重；毕业后医学教育，应强化预防、控制、康复等

内容；住院医师规范化培训中，应专设预防医学专业医师门类，培养以预防为主要工作内容的高素质医学人才，更好地适应我国“大卫生、大健康”的发展需求。

在医疗机构的功能定位上，必须包括“防、诊、控、治、康”五大方面，不能将医疗机构职能局限于诊断、治疗、康复，而应强化其疾病预防和控制作用，将防控明确作为医疗机构的重要职能。医疗机构的工作重点，应是针对个体的疾病防控，并作为疾病防控的“前哨站”和执行平台，是疾病防控的“神经末梢”和“骨骼肌肉”。疾控机构应主要履行疾病信息采集、分析、预警及决策建议等职能，是疾病防控的“神经系统”，着重于群体和社会的疾病防控问题。

（本文节选自《旗帜》）

● 大医论道

优秀医生要坚守“三个不变”

▲心血管病专家 胡大一

医生这个职业不管在任何时代，不管技术如何进步，都要坚守三个“不变”：一是公众健康，患者利益至上的价值观；二是预防为主，上医治未病的方针；三是健康公平可及的社会责任。

做好这三点，一定是高效低成本的医疗服务体系，低成本不是不增加投入，而是如何用好投入，比如不能都用在病后、复发或病的终末期。更值得忧虑的是由于医保付费机制不合理，被过度医疗套走，被无效医疗套走，投入越多，浪费越大。话语权掌控在一个个越分越细的专注技术的医学精英团队手中，一方面有意无意夸大自己手中的技术，手里握锤子的人看见什么都像钉子，一锤子砸下去还冒出一堆金子，挥舞锤子的积极性更加高涨，同时又把

东南大学附属中大医院脊柱外科中心张绍东副主任医师在手术台上意外发现患者手心藏了两句话
来源/江苏广电总台

一些不必与之敌而要帮助指导患者与之相伴的慢病描述得十分可怕。例如早搏、无症状的夜间长间歇和许多老年人的心房颤动、稳定的冠心病、CT筛查出的临界病变等，好像“不射频频”“不起搏”“不支架”，随时都有死亡或猝死风险，诱导公众患者接受许多高成本、不必要、非但无益反而可能有害的治疗。

我一直质疑慢性完全闭塞病变真需要下这

么大气力去开通吗？没能开通，射频失败，术后复发患者的那种无望、无奈、无路的低落心情，是很多术者没有真正体会到。在疾病面前，人性的任何一面都会得到放大，无论是坚强还是脆弱。医生与医生之间，跨学科的专家聚集在一起，药物、运动、营养、心理、戒烟五大领域的全方位服务，关注患者疾病的同时更关注患者心理，是成为一名优秀医生的必经之路。



老游杂谈④

医疗体系应关注医疗行为有效性

▲中华医学会杂志社原社长兼总编辑 游苏宁

经济学研究表明，有钱能使鬼推磨，医疗行业也概莫能外。医疗技术日趋先进，但同时也更加昂贵。1950年，美国的医疗花费仅占GDP的4%，而今天已高达GDP的15%，人均医疗花费是当年的10倍。尽管研究表明在医学进步上的花费物有所值，但并不意味着一味依赖医学进步是最优之选。

我们知道，处方药的开发需要花费大量的金钱，但在药物上市之后，生产更多药粒就非常便宜。以百忧解在美国的研发和市场推广为例，就可以很好地诠释医疗过程中金钱激励的力量。当有了治疗抑郁症的药物之后，制药行业斥资数百万美元去推动人们因抑郁前去就诊，鼓励医生正确诊断出抑郁症并给予治疗。制药企业还会花费更多的钱去“悉心告知”医生，通报最新的医学进展，并说服他们使用自己的药来治疗患者。这一做法尽管被人诟病，但其优点是通过制

药企业的努力，使得更多的抑郁症患者前去就诊并获得治疗。

如今对医疗服务提供者的酬劳是基于其付出，当他们提供精细服务时，报酬就会提高；反之报酬就低。其结果使专业人员会倾向于提供过多的精细手术，而不屑于去做常规的检查 and 随访。对复杂精密的手术给予不错的补偿是重要的，但是对它的支付并不是获得更良好健康的保证。要使整个体系以健康为焦点，就要使支付像取决于数量和复杂程度一样，同样取决于服务的有效性。目前的医疗体系从来没有在任何相当程度上关注过医疗服务的有效性，朝着鼓励这种想法的体系前进，可以引导医学来确保人们的健康，而不仅仅给我们“治病”。

扫一扫
关联阅读全文

回音壁

《独家 | 探访吴孟超院士生命的最后时刻和两年退休生活》

@爱无止境 披肝沥胆，仁心仁术。培桃李，开拓先驱。术刀济世，大爱无疆。伟大医师，恩泽四海。时代楷模，精神灯塔！光照征程，吾辈自强！

《医生中的害群之马，两年后可再次注册当医生？医生终生禁业制度需完善》

@上善若水 道德有用的话就没有战争了，这种容易出问题的地方必须将滋生的土壤剔除干净。



《医师报》时评版欢迎广大读者

赐稿。欢迎大家对医药卫生体制改革、医师执业环境、医患关系、医师职业道德建设等行业热点问题展开评论。投稿邮箱：ysbjngbing@163.com。