

上接三版

看病救人,让医生回归临床



让医生心无旁骛地治病救人

“医生可以比喻为一个品字形结构，上面一个‘口’是临床，下面两个‘口’是论文和奖项。一个医生的论文再多，如果不会给病人看病，那称不上是一名好医生。”张伯礼院士说。

多位医生都表达了类似观点，避免一刀切，反对“论文”至上，改革要对医生进行分类，大体分为临床医生、科研医生。对于教学医院，要强调以研促医，通过临床和转化研究来提高临床水平，攻克临床难题；而对于非教学医院，如二级三级医院，评价体系应强调临床技能和医疗服务。

北京大学第一医院原副院长丁洁建议，科研和临床两条腿走路，不一定所有的医生都要兼顾临床和学术。我们需要做懂临床的科研型人才；也需要专注于临床的人，这部分人可以走住院医师、主治医师、副主任医师、主任医师的路径，评判的指标是出了多少门诊、处理了多少病人、能不能治得了疑难重症、探索了哪些新的治疗方法，哪怕没有教授职称，一样可以做“临床专家”。

北京大学人民医院原院长王杉表示，对于以医疗为主的医院的大多数医生，以及大学附属医院/教学医院中少部分立志于临床实践系列发展的医生，应用医生的临床技能、患者疾病诊断治疗难度、治疗效果以及患者满意度等系列标准评估评价，用于职称晋升、评奖、评优等；而在论文、基金等方面就可以适当降低或取消相应要求，适当要求参加学术活动，特别是临床疑难急重症的讨论，发表临床观察分析、个案报道等，让临床医生心无旁骛地做临床，专心治病救人。

据了解，即使是世界上一些著名的研究型医院也有医生只做医疗和教学，不要求做基础科研。

王杉表示，“如果一个好的人才培养路径给到医生，让医生根据实际选择，就一定会有一部分人踏踏实实地做好临床。”

对于部分地区探索的新政策，医生们期待政策能够真正落地。首都医科大学宣武医院神经外科首席专家凌锋介绍，实际执行中，科研的评价更易量化和比较，发表SCI情况如何、是否有国家自然科学基金的项目等。而临床是个软实力，评价则面临较多主观的因素，很难用统一的标准来界定。

“手术是不是只要做得多，得分就会高？阑尾炎手术和导管消融术的计分是一样的吗？这些都还没有很明确的标准。”一位北京地区的年轻医师表达了困惑。

何文建议，首先应坚持分类分层管理的原则，在此基础上采用“积分制”进行综合评价；为了让改革达到预期目标，未来还应进一步细化考评的细则标准，如对于医学技术人才，其业绩能力除了包含门诊量，还应该纳入诊断的准确性、治疗的有效性以及患者满意度评价等，明确每一个部分的分值和权重等。

本版图片由张文艺摄

论文从“必选”转变为成果“多选”

针对医疗领域人才职称制度的变革，已在部分地区率先展开。以中山大学肿瘤防治中心为例，马骏介绍，早在5年前，中心就已开始探索更为公平科学的人才评价方案，从“四唯”转向“多维度评价”，除了科研成果，考核指标还包涵代表性的成果、医疗工作的能力、医疗实践中的医疗创新、医学教学的贡献以及科研成果的创新转化等五项。

2022年5月1日，“多维度评价”改革开始在广东全省范围内开展。《广东省卫生健康专业技术人员职称评价改革实施方案》中，明确提出了“干什么、评什么”，实施各有侧重的人才分类评价，不再把论文、课题等作为申报的必要条件，不将人才荣誉性称号与职称评审直接挂钩。

目前广东的这一改革已初见成效。据广东省卫健委相关部门提供的数据显示，2022评审年度，除自主评审单位和地区外，广东省申报卫生健康专业技术

人才职称评审、认定共17448人，经审核受理15292人，相比改革前年均申报人数增长近90%，创下了历史新高。

2023年3月，《北京市深化卫生专业技术人员职称制度改革实施办法》将临床工作质量作为重要评价指标，明确提出职称评审将论文“必选”转变为成果“多选”。多位北京地区的年轻医师表示，所在的医院已启动了新一轮的职称申报，手术量是一个重要的考核指标。

北京市卫健委相关负责人说，在开展职称分类评价时，将对高级职称实行分层管理、分类评价，重点评价业务工作的数量与质量，将门诊工作时间、现场工作时间、收治病人数量、手术数量、检查报告数量、药品调配和处方审核数量等作为申报条件。未来要强化对三级医疗卫生机构人员论文质量及数量要求；适当降低对二级医疗卫生机构人员论文质量及数量要求；对基层医疗卫生机构人员不做论文硬性要求，作为加分项。