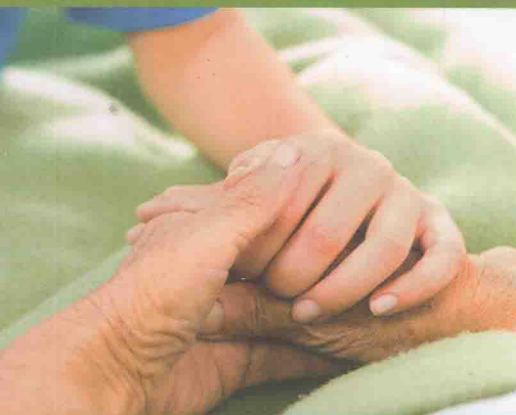




医患关系现状与发展研究： 基于信任及相关政策的思考

鲍勇 主编



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

医患关系现状与发展研究： 基于信任及相关政策的思考

鲍勇 主编



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

内容提要

本书结合作者多年来的研究实践,从循证国内外的医患关系现状与发展策略入手,重点介绍了评价医患关系的信任度问题,并且对信任度指标进行了构建。本书还对解决医患关系的方法从医改角度和操作层面进行了研究。在医改层面,介绍了构建医改的新模式解决医患关系的设想,同时对家庭医生制度构建、社区健康管理模式构建和全科医学人才培养制度构建在解决医患矛盾等方面进行了探讨。在操作层面介绍了改善医患关系的运作技巧,特别是本书的案例分析很有新意。本书特色突出,理论有新意,可操作性强,实用价值大,是一本不可多得的医患关系专著,本书的出版将对我国医患关系研究开展和发展起到重要的指导作用。

本书可以作为医学院医学生教材,也可以作为教师参考用书,同时也是适合卫生管理人员的选修材料。

图书在版编目(CIP)数据

医患关系现状与发展研究:基于信任及相关政策的思考 / 鲍勇主编. — 上海:上海交通大学出版社,2014

ISBN 978-7-313-10901-1

I. 医... II. 鲍... III. 医院—人际关系—研究—中国 IV. R197.322

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 180 号

医患关系现状与发展研究 基于信任及相关政策的思考

主 编:鲍 勇

出版发行:上海交通大学出版社

邮政编码:200030

出 版 人:韩建民

印 制:常熟市文化印刷有限公司

开 本:787mm×960mm 1/16

字 数:182千字

版 次:2014年5月第1版

书 号:ISBN 978-7-313-10901-1/R

定 价:28.00元

地 址:上海市番禺路951号

电 话:021-64071208

经 销:全国新华书店

印 张:9.5

印 次:2014年5月第1次印刷

版权所有 侵权必究

告读者:如发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系

联系电话:0512-52219025

前 言

从 2010 年我和我的团队申请到国家自然科学基金《基于患者信任的医疗服务质量改进研究》项目后,就一直在思考医患关系问题。特别是 2013 年教育部创新项目《基于医疗质量改进的患者信任度评价指标体系构建以及实证研究》的立项,更使我对医患关系有了深层次的认识。

医患关系是指“医”与“患”之间的关系。“医”包括医疗机构、医务人员;“患”包括病人、病人的家属以及除家属以外的病人的监护人(有时称作“患者方面”)。

此处所称的“医”主要是指医疗单位及其医务工作者。不仅包括各级各类医院、乡镇卫生院、疗养院和门诊部,还包括各种诊所、卫生所、医务所等。医务工作者也是一个广义的概念。其中主要是指各级各科医生,由于医生的服务态度、医术水平、负责精神等方面因素引起的医疗纠纷最为常见。其次常涉及医疗纠纷的是护士,她们负责治疗的具体操作和护理工作,如果粗心大意、操作失误、擅离职守也易导致医疗纠纷。此外,医疗单位的管理人员有时也会成为医疗纠纷的“肇事者”,常见的有管理工作未尽尽职尽责,使医疗环节脱档而给病人造成损害;或者医疗单位的领导瞎指挥,硬性要求主治医生使用或不使用某种药物及诊疗措施,导致不应有的危害后果。

此处所称的“患”是指接受诊疗的病人。如果诊疗及护理过程没有导致病人死亡,就必须由病人本人提请医疗纠纷的处理。当然,按照法律的规定,病人可以委托家人、亲友、律师等人充当代理人,以病人的名义,具体实施解决医疗纠纷的工作。如果在诊疗护理过程中病人死亡,那么他的利害关系人就可以取代患者而成为医疗纠纷的主体。死者的配偶、子女、父母等都可以成为利害关系人。

医患关系的实质是“利益共同体”。因为“医”和“患”不仅有着“战胜病魔、早日康复”的共同目标,而且战胜病魔既要靠医生精湛的医术,又要靠患者战胜疾病的信心和积极配合。对抗疾病是医患双方的共同责任,只有医患双方共同配合,积极治疗,才能求得比较好的治疗效果。医患双方在抵御和治疗疾病的过程中都处于关键位置,患者康复的愿望要通过医方去实现,医方也在诊疗疾病的过程中加深对医学科学的理解和认识,提升诊疗技能。在疾病面前,医患双方是同盟军和统一战线,医患双方要相互鼓励,共同战胜疾病。

维护医患这对利益共同体的良好关系,需要医患双方的共同努力。一则有趣的民间传说可作为注脚。唐朝药王孙思邈外出采药,遇一只母虎张口拦路,随从以为虎欲噬人而逃,孙思邈却看出虎有难言之疾。原来这母虎被一长骨卡住了喉咙,

是来拦路求医。孙思邈为其将异物取出,虎欣然离去。数日后,孙思邈在返程中途经此地,那虎偕虎崽恭候路旁向他致意。这个故事起码说明了两个道理:第一,即使是吃人的猛虎患病,医生也应本着仁义之心为它治疗,何况是生了病的人呢;第二,即使是吃人的猛虎对于为它解除病痛的医生也怀有感恩之心,有礼貌地回应。从某种意义上说,相互尊重、相互配合、相互依存正是医患关系的最基本特点。

最近国内的医患关系出现了极不和谐的局面,医患之间缺乏信任和理解,医患矛盾日趋激化。说到“看病难、看病贵”,每个患者都有许多话要说,“回扣”、“红包”等不正之风也在群众中造成了相当恶劣的影响。另一方面,据中国医师协会《医患关系调研报告》显示:将近 3/4 的医师认为自己的合法权益不能得到保护,认为当前医师执业环境“较差”和“极为恶劣”的达 60% 之多。每家医院平均每年发生医疗纠纷 66 起,发生患者打砸医院事件 5 起以上,打伤医师 5 人;北京医师协会对北京市 71 家二级以上医院的统计表明:近 3 年共发生殴打医务人员事件 502 起,致伤、致残 90 人。日趋紧张的医患关系严重冲击着医疗服务市场,医护人员流失现象越来越严重,转行的逐年增多。调查显示,一半以上的医务人员不愿让自己的子女报考医学院校。

探讨其医患关系恶劣的重要原因,很多人无非是在指责医院重程序服务轻人文关怀,少数医务人员职业道德水平低下,服务不到位。但是笔者更认为要从医改的角度考虑,即考虑目前卫生改革的模式、路径、内容和评价指标体系,从而在医患关系方面有更深的认识和解决方法。

因此,本书从国内外的医患关系循证入手,首先介绍了评价医患关系的指标不是满意度,而是信任度,并且对信任度指标进行了构建。在这个基础上,又对解决医患关系的方法从医改角度和操作层面进行了分析。在医改层面,介绍了中国医患关系解决的途径之一:医改的模式构建和实施;中国医患关系解决的途径之二:家庭医生制度的构建和实施;中国医患关系解决的途径之三:社区健康管理模式的构建和实施;医患关系解决途径之四:全科医学人才培养制度建立和实施;在操作层面介绍了改善医患关系的运作技巧。

本书特色突出,可操作性强,实用价值大。本书的出版将对我国医患关系研究开展和发展起到一定的指导作用。

本书在编写过程中,得到很多研究生、博士生(刘威、杜学礼、董恩红、徐婷、张安)查阅的资料帮助,在医患关系案例分析中得到陈伟华医生的支持,一并感谢。

医患关系研究是在新医改形势下重要内容,在很多方面要进行探索、研究和发

鲍 勇

2014 年 4 月

目 录

第一章 国际医患关系现状与发展.....	(1)
第一节 国外医患关系现状.....	(1)
第二节 国外医患关系现状成因.....	(2)
第三节 国外医患关系的问题与发展.....	(9)
第二章 中国医患关系现状与发展	(11)
第一节 国内医院医患关系的现状	(11)
第二节 国内医院医患关系的问题	(14)
第三节 国内医院医患关系改善的发展建议	(17)
第三章 中国医患关系创新评价体系:信任指标体系构建和应用.....	(23)
第一节 患者信任概论	(23)
第二节 患者信任以及相关问题之间的关系	(27)
第三节 患者信任指标体系构建	(30)
第四章 中国医患关系解决的途径之一:医改的模式构建和实施.....	(40)
第五章 中国医患关系解决的途径之二:家庭医生制度构建和实施.....	(51)
第一节 国外实施家庭医生制度的历史沿革	(51)
第二节 国内家庭医生制度实施的历史沿革	(60)
第三节 上海市家庭医生制度的构建	(64)
第六章 中国医患关系解决的途径之三:社区健康管理模式构建和实施.....	(75)
第一节 概论	(75)
第二节 社区健康管理研究内容	(79)
第三节 社区健康管理实施	(90)
第七章 医患关系解决途径之四:全科医学人才培养制度建立和实施.....	(98)
第一节 国外全科医生培养情况	(98)
第二节 我国全科医生培养情况.....	(102)

第三节	上海全科医生培养情况·····	(103)
第四节	目前全科医生培养的问题·····	(107)
第五节	全科医学人才培养的政策建议·····	(109)
第八章	医患关系及运作技巧·····	(111)
第一节	人际沟通概述·····	(111)
第二节	人际交往的语言行为·····	(112)
第三节	人际交往的非语言形式·····	(116)
第四节	非语言沟通的禁忌·····	(125)
第五节	特殊医患关系及处理·····	(126)
第九章	医患关系的实证研究——案例与分析·····	(130)
第一节	内科主要医患问题与对策·····	(130)
第二节	外科主要医患问题与对策·····	(134)
第三节	妇产科主要医患问题与对策·····	(136)
第四节	儿科主要医患问题与对策·····	(140)
参考文献	·····	(143)

第一章 国际医患关系现状与发展

医患关系是指医务人员与患者在医疗实践过程中产生的特定关系,它有狭义和广义之分。狭义的医患关系特指医务人员与患者之间的关系,它强调的是医务人员和患者之间在医疗卫生活动中所形成的直接的特定的服务与被服务的卫生服务关系;广义的医患关系泛指医务人员和患者间的关系,其中“医”的范围涵盖医师、护士、医技人员以及医务管理人员;“患”也不仅仅单指患者,还包括与患者有关联的亲属、朋友、单位等群体,即广义的医患关系是指以医师为主体的人群与以患者为中心的人群之间所建立的相互关系。

第一节 国外医患关系现状

尽管医患关系是一个世界性问题,但由于影响医患关系因素众多,包括政治体制、经济状况、社会文化、民族民俗特点和医疗模式等,造成了医患关系存在国别间的差异。纵观西方发达国家的医患关系,不难发现如美国、英国、德国、法国等的医患关系有一定的共同点:虽然医疗纠纷频发、医疗伤害无法避免、医疗诉讼问题时时有发生,但是医患关系普遍较为和谐,发展情况也较为平稳,基本上在理性和法律的框架内。

一、国外医患关系发展趋势

(一) 医疗伤害无法避免

哈佛大学(Harvard University)医疗事故调查组 1986 年接受纽约州政府委托,对全纽约州 51 家医疗机构 1984 年当年的病历(神经科病历除外)随机抽取 31429 份进行逐份调查。结果显示,仅有 27.6% 的医疗伤害是由医疗过失引起的,即医务人员的过失责任所占比例不足三成,而另外 72% 的医疗伤害是由医疗服务的不确定性和高风险性引起的。根据美国科学研究院医药研究所发表的报告统计,每年美国由于医疗事故死亡的病人达到 4.14 万~9.18 万人。日本厚生省的一项调查显示,在全国 82 所大型医院里,近两年来共发生医疗事故 15000 多件。德国作为一个医疗技术比较发达的国家,其医疗水平也享有盛名。但根据德国卫生部门公布资料统计,每年德国的医疗事故总数高达 10 万起,其中有 2.5 万起医疗事故甚至可导致病人的死亡。可见医疗伤害问题在世界各地都无法避免。

(二) 医疗纠纷日渐增加

美国医疗学会的调查报告结果显示,1980 年对 100 名医生的诉讼案件数为 3.2 件,1985 年已增加到了 10.1 件。根据海因里希法则,即对严重的医疗纠纷而言,通过非诉讼方式解决的案件数量是已经通过诉讼方式解决的案件数量的 30 倍,而对一般医疗纠纷而言,通过非诉讼方式解决的案件数量是已经通过诉讼方式解决案件数量的 300 倍。早在 20 世纪 60 年代末期,日本的医疗纠纷频频发生,至 70 年代末期,医疗纠纷数量甚至成倍增长,一度成为日本政府的焦点问题。据统计,日本第一审法院每年受理和医疗过失相关的案件约 300 件左右。同样,按海因里希法则计算,日本每年发生医疗纠纷案件约为 10 万件,以 20 万位医生来分配,平均每位医生每年发生 0.5 件医疗纠纷。又据统计,德国 1997 年发生医疗纠纷 8884 件,2001 年发生医疗纠纷 17039 件,2003 年发生医疗纠纷 11053 件。将德国人口以 8300 万计算,1997 年平均每百万居民医疗纠纷投诉量为 107 件,2001 年为 129 件,2003 年为 133 件。

(三) 医患关系整体和谐

尽管医疗纠纷、医疗伤害和(或)医疗诉讼的案件数量是衡量医患关系好坏的指标之一,但并非唯一的指标,也不是一个重要的指标。医疗纠纷和(或)医疗诉讼发生数量的增多,一定程度上反映了社会和法制文明的进步;而医疗伤害的发生与人类自身的局限性、医学的发展水平等因素有关联,具有一定的必然性。有矛盾并不意味着必然不和谐,一个没有矛盾冲突的社会就如同一个没有摩擦力的力学世界一样,是不存在于现实世界中的。因此,衡量医患关系是否和谐,需要一个综合的、多层次的评价体系,不但要考虑医疗纠纷发生的数量,还要考虑纠纷或冲突的表现形式,进而对医患关系的公正性、秩序性、法治性、权威性 etc 全方位进行研究和考察。以法国为例,医患间互相尊重,每次见面都会互相问候,双方的沟通交流也较为流畅。甚至在住院期间,患者与医生成为好友,出院后经常一起出去度假,邀请参加对方婚礼等。

第二节 国外医患关系现状成因

上一节论述了国际上医患关系总体上是和谐的,本节从理论和实践方面进行和谐成因的阐述。

一、理论研究方面

20 世纪 90 年代前,国外学术界对于医患关系的研究主要集中在如何提升医

患之间的亲密度,进而利用优秀的医学知识,提升人民群众的健康水平。而90年代以后,医患矛盾呈现萌芽,医患关系日趋紧张,因此,学术界更多地关注如何通过改革和完善医疗费用的保障制度和支付手段来优化医患关系。

纵观国外医患关系的理论研究,最著名的是 Talcott Parsons(1951)的医患社会角色理论,Thomas Szasz 和 Marc Hollender(1956)提出的三种医患关系模式, Hayes-Bautista 和 David E. (1976)以及 Cassell(1985)的医患交流与沟通理论, Sherman Folland(1993)的基于信息不对称研究等。

(一) 医患社会角色理论

Parsons(1951)认为医患关系的前提是医生为患者处理健康问题提供有效的帮助,患者通力配合医生,而医生则尽可能使得患者恢复到正常的健康和功能水平。在此过程中,由于医患双方的角色差异带来了认知的冲突,因而影响到医患关系。Thomas Szasz 和 Marc Hollender(1956)指出医患关系的重要决定因素是患者症状的严重程度。基于此,Szasz 和 Hollender 提出了萨斯-荷伦德模式,即根据患者症状的严重程度,将医患关系模式分为主动-被动模式(Active-Passive Mode)、指导-合作模式(Guidance-Cooperation Mode)和共同参与模式(Mutual Participation Mode)。目前后一种模式被广泛应用,为医生的诊疗行为和临床决策提供理论上的指导,有利于缓解医患关系。而 Robert Veatch 根据在医患关系中医生所扮演的不同角色,将医患关系模式分为工程模式、教士模式和契约模式,而其中在契约模式中医患双方分享道德权利和责任,较为令人满意。Braunstein 提出将医患关系分为传统模式和人道模式两种。各种医患关系模式的提出都有其客观的社会、经济、科技等背景,不应当存在明确的分界线。

(二) 医患交流和沟通理论

Hayes-Bautista 和 David E. (1976)将医患双方的互动看作是一个两方协商的过程,而不仅仅只是医生简单地下命令,并让患者机械听从医生命令的过程。Cassell(1985)指出在医疗过程中,当信息满足以下三方面时,就能成为重要的治疗工具:①提供行动的基础;②减少不确定性;③加强医患关系。William Madsen (1973)提出文化因素对医患交流存在一定的影响,主要体现在现代医学实践强调科学、复杂技术的应用以及与医生合作的规范和价值观,对文化特征不同的患者而言,与医生之间的互动存在一些困难,可能引起双方的误解,并形成医患之间的矛盾。Coe(1970)等在研究中进一步指出医患沟通交流的重要性,认为医生与患者之间在社会地位、教育水平、职业教育和权威性方面存在差异,容易导致沟通的障碍,进而引起医患冲突。

(三) 基于信息不对称的研究

Sherman Follan(1993)提出医生间收费的差别明显大于更具竞争性的市场同类收费的差别。而价格离散数据显示,在某些程度上医生和患者双方都存在信息不灵的情况,相较之下,患者更处于劣势地位。Stephen Shmaske(1996)指出根据主流健康保健经济学理论,医疗服务有着信息不对称、道德风险、伦理关系、垄断竞争、逆反选择等形式,使得医疗服务不同于其他物品。Akira Kurimoto(2004)提出:由于患者缺乏选择的机会和信息通路,因此他们会处于不利地位。而传统上医生的决定被视作是最后且绝对的。又由于患者缺乏关于疾病的知识,他们的少量信息就会来自于医疗广告和竞争者。一旦就医以后,患者便不能再次选择,导致他们不得不在医疗保险之外额外支付费用。

二、实践研究

(一) 较为完善的医疗保障制度

目前绝大多数国家都已经根据自身国情建立和采用了相对较为完善的医疗保障制度。从而促进了医患关系的和谐。

1. 国家卫生服务保障制度

早在 20 世纪下半叶,英国首先宣布所有医疗费用由政府承担,为所有居民提供免费的综合卫生服务,即“从摇篮到坟墓”均有化保障的福利性国家。日本也建立起了“全民皆保险”的医疗保障制度,即所有的日本国民都是医疗保险的被保险者。加拿大于 1984 年出台了《卫生保健法案》,提出医疗保险的五项基本原则:统一性,即所有的省和地区都必须建立医疗保险制度,其中包括所有必需的医疗服务;可及性,即无论在公立医院还是私人诊所,所有国民都能享有同等的服务项目和条件,不论财富和健康状况,人人平等;广泛性,即医疗保险覆盖全体国民;方便性,即在全国任何地区看病,国民都同样被接纳,且不用支付费用;公共管理,即由政府利用税收统一管理和支付医疗机构相关费用。

2. 社会医疗保险型制度

德国作为世界上最早建立社会保障制度的国家,推行强制性的,以社会健康保险为主、商业保险为辅的健康保险模式。目前约有 7050 万公民参加了国家法定的社会保险,覆盖了德国 91%的人口,另外有 840 万公民参加了私人的商业保险,两者相加,整个社会健康保险制度为德国 99.8%的人口提供了相应的医疗保障。

3. 商业保险型主导制度

美国作为该制度的代表国家,其医疗保障体系由三大子体系构成,分别为政府承办的社会医疗保障体系,包括医疗照顾制度、医疗救助制度、工伤补偿保险、军人

医疗计划和少数民族免费医疗,个人投保的商业医疗保险体系和雇主型医疗保险体系。值得注意的是,以上医疗保障内容中,除医疗照顾是由联邦政府主持的,其余均为个人自愿的商业保险。

4. 储蓄保障型制度

新加坡全社会的医疗保障包括医疗储蓄保险计划、穷人医疗救济计划和大病保险计划三大组成部分,其中以医疗储蓄计划为主导,以穷人医疗救济计划和大病保险计划为辅助。自20世纪80年代初,新加坡就开始全面实行医疗储蓄保险计划。该计划具有全民强制性,即强制将全民个人消费的一部分以公积金的方式进行储蓄,转化为个人医疗账户。

医疗保障制度的完善,不仅使得绝大多数人都能看得起病,也为医疗机构解除了后顾之忧,在接收病人以后一切以诊治为先,避免了不必要的医患纠纷或冲突。

(二) 规范医患双方权利和义务

1. 医生的权利和义务

由于医疗服务中医患双方信息的不对称,拥有专业知识的医生在医患关系中往往处于优势地位。因而,在对医生权利和义务的规定中,常常会联系到医生的专业责任、职业道德等方面的内容,并且会以行业规范的形式来进行约定和约束。

美国内科理事会(American Council of Internal Medicine, ACIM)在1999年,对医生的职业精神内容进行了界定,主要包括严守高尚道德和伦理标准、医生的自我利益实现次于病人的利益实现、为社会需要服务、对自身和同事负责、人文主义关怀和保持行为及决策公正等九项内容。在2002年,欧洲内科医生联盟、美国内科医生学会、美国内科历史会基金会和美国内科学会基金会共同发布《新千年医师职业精神:医师宪章》(*Medical Professionalism in the New Millennium: The Physician Charter*)。该宪章明确了医师职业精神的三项基本原则和相关的专业责任,被视为新时期医师执业精神核心。其中三项原则包括:患者自主性、患者利益优先和社会公正。相关的专业任务包括:努力提高医师自身专业水平、为患者保密、对患者诚实、创新科学知识并保证知识可靠性、对有限资源进行公正合理的分配、通过控制利益冲突维护信用等。

2. 患者的权利和义务

由于患者通常处于医患关系中的弱势地位,因而社会通常应当更多地关注患者的利益。伴随着人权运动的开展,患者权利运动作为重要的组成部分,已具有200多年的历史。

自20世纪60年代以来,美国的患者权利运动十分活跃。1972年,美国波士顿的一家医院颁布了一项叫做“你作为患者的权利”的规章,成为了美国患者权利宣言的雏形。同一年,美国医院协会(American Hospital Association, AHA)发布

了著名的《患者权利宪章》(*The Charter of Patients' Rights*),其中列举了患者的12项权利,其中包括选择医生权、知情同意权、隐私权等。随后,美国各州根据自身情况,设立了自己的“患者权利宪章”。1990年美国通过了“患者自决法案(Patient Self-Determination Act)”,法案中明确了患者拥有自决等自主权利。甚至在1993年,美国将《医疗事故委员会报告书》以通俗易懂的方式写入了“患者权利宪章”,并要求和强调必须发给和告知每位患者。目前,美国已经有16个州通过立法的形式制订和实施了“患者权利宪章”,并以此为延伸,设立了“患者权利保护人”制度。

英国1977年制定的《国民保健服务法》、1985年制定的《医院意见处理法》、1990年制定的《保健记录接触法》中,都涉及患者权利,如同意权、选择权、隐私权等,作出了系列具体规定。1991年,英国政府颁布了最早的“患者宪章(Patient's Charter)”,强调了患者在公共卫生服务中的权利。比如,个人门诊预约权利,即患者不再需要和多个患者在同一时间共同等候医生。在1997年,英国政府对“患者宪章”进行修订和完善,形成了新的患者宪章。

(三) 有效的医疗风险分担机制

医疗行业一直是一个高风险的行业,医疗伤害的发生是必然的,因此,医疗风险分担机制的建立,为医生创造了一个尽可能和谐和宽松的执业环境。通常,医师责任保险是一种较为常用且有效的医疗风险的分担机制。在西方国家,医师责任保险也被称为专家责任保险(Professional Liability Insurance)或医疗过失责任保险(Medical Malpractice Insurance),是指医师(被保险人)在执行医师业务过程中,因错误(Errors)或过失行为(Negligent Acts)或业务错失(Malpractice)或疏漏(Omission)而违反了医师在业务上应尽的责任,直接导致了病人受伤或死亡,依据法律应由医师(被保险人)负担赔偿责任时,只要在保险期内提出赔偿申请时,承保该业务的保险公司对医师(被保险人)担负赔偿的责任。根据德国法律,凡在德国执业的医师都必须参与医疗事故保险和医师责任保险。在美国,医疗责任保险已有上百年的历史。在科罗拉多、佛罗里达等州,医疗责任保险属于法定的强制责任保险。在密苏里、加利福尼亚等州,医疗责任保险是医院取得执照时重要的评价因素。一般情况下,每位医生约用1/3的收入都用于购买医疗责任保险,而一旦有医疗事故或差错出现,赔偿的责任就落在了保险公司身上,全权处理医疗纠纷。如果医师赔付额总是居高不下,要么该保险公司不再承保该医师,要么该医师所缴纳的保费就会随之上涨,一定程度上,这也是对医生医疗质量的督促。

(四) 健全的医疗纠纷处理机制

伴随着医疗行为的发生,医疗纠纷是不可避免的。各国根据自身的政治、经

济、文化等因素,建立了相对较为完善的医疗纠纷处理机制。

1. 美国

由于美国对医疗责任保险有明确的规定,因此如果发生了医疗事故,按照规定,病人及其家属不得直接与医生或医院进行交涉,必须到法院对其提出控告。而医生作为被告,并不能直接出庭,而是由他的保险公司出面与控方进行交涉,一旦法庭判决败诉,由保险公司给予控方相应赔偿。2003年,美国众议院通过了一项关于限制医疗过失损害赔偿金的法案,该法案规定,一般医疗过失损害的赔偿金额限度为25万美元以下。

在美国,除了患者及其家属到法庭进行诉讼以外,许多地方还采取庭外仲裁调解的方式解决纠纷。一般由退休的法官和律师组成负责医疗仲裁的委员会,他们会帮助患者、医生和医院寻找解决纠纷的办法。在美国,医疗仲裁的结果具有法律效力,已经成为美国解决医疗过失损害案件的重要解决途径之一。

值得重视的是,美国医学界处理医疗事故的方式一般都是内部处理,并不会张扬。而媒体也不会轻易炒作医疗事故。另外,在美国如果医生因为诊断或技术操作的失误而造成了医疗事故,一般都会记录在医院的黑名单中,会影响医生的终身职业荣誉。

2. 日本

日本政府为构建和谐医患关系,采取了三项主要措施:

(1) 建立医疗评估机构,监督卫生服务质量。医患关系建立的核心是患者对医生的信任,只有患者相信医生,才能在治疗过程中积极配合医生,遵从医嘱;同时,患者的信任也有利于医生对病情的诊断和治疗。故在1995年,由厚生省、日本医院协会、日本医生协会和健康保健联合会共同成立了一个专业的医疗评估机构,对医院的服务质量进行监督管理,保障患者享有优质的卫生服务。

(2) 建立全国医疗事故数据库。医疗事故发生既然是不可避免的,那么为了让人们在失败中吸取教训、总结经验,以减少类似事故的发生,日本厚生省建立了全国医疗事故数据库,并成立由律师、医生、民间组织代表共同组成的医疗事故信息研究会。研究会最终目的是将医疗事故的个案转化为社会财富,通过数据库对全国医疗事故有一个较为准确的把握,查明事故的原因,研究预防事故的措施,提醒医务人员在日常工作中加强责任心,对容易发生事故的环节多加注意,避免类似事故的重复发生。研究会还负责应对重大医疗事故。

(3) 医疗事故处理有章可循。一旦发生医疗事故以后,医院应当向有关部门报告,由有关部门出面向病人及其家属作出解释。鉴定属于院方过失或错误的,医院要及时真诚地道歉,并在经济上予以相应的补偿。如果双方有争议,可以通过向法院提出诉讼方式来处理。严重的医疗事故甚至可以提起刑事诉讼,同时日本厚

生省认证的委员可以对医生进行调查,取消或暂停医生的职业资格。而日本医师协会作为一个行业自治的组织,由47个都道府县医师会和1个全国性的医师会组成。通常医师会都会以团体形式与保险公司签订医疗责任保险合同,对已参保的会员医师负有医疗过失赔偿责任。而47个都道府县医师会一般还会提供一个补充的责任保险。

3. 英国

英国的医疗纠纷处理方式是一种患者三级投诉为主、法院裁决为辅的方式。一级投诉即患者直接向医疗机构投诉,此时医疗机构可以要求责任人给予患者口头答复和解释,或者下令深入调查,或者进行调解等处理方式。如果患者不满意,可以进行二级投诉,即申请对投诉内容进行独立审查。该投诉一般由医疗机构或医疗主管部门牵头,与独立非医学专业人士协商后决定是否需要进性独立审查。如果没有必要,则将该投诉退回原医疗机构,责令其解决。如果有必要,则成立3人小组对投诉进行独立审查。如果患者对投诉处理的结果还不满意,可以进行三级投诉,向医疗巡视官进行投诉。医疗巡视官独立于政府和医疗机构,依法对投诉最后的判决。值得注意的是,三级投诉不涉及医疗事故的赔偿问题。

如果患者想对医疗事故进行经济索赔,只有通过向法院提出诉讼的途径。在患者由于医疗过程中发生人身伤害而提出索赔的要求时,法院不能根据对患者的同情来裁决,必须根据相关法律和有效证据来裁决医生是否有过失行为。按规定,由患方提供举证,医生也可以用证据撤换推定,即已经被证实或可以直接推断出所质控的伤害是由医生过失造成的。

英国还有一套为了保护医生权利而实施的方案,即医生享有终止与患者诊疗关系的权利。如果患者对医生诉诸暴力时,医生可以立即终止向该患者提供医疗服务。如果患者仅仅是投诉的话,医生不能终止向患者提供的医疗服务。

(五) 规范医院管理,注重医患沟通交流

对医院进行科学、严格的管理,不仅对确保病人安全、提高医疗服务质量有重要意义,而且对建立和谐的医患关系而言也是不可或缺的。在日本,医院主要分为临床、医技和管理三大部门。精简的内部体制,利于形成“以病人为中心,以病人看病作业为流程主线”的运行机制,不仅效率高,而且方便病人就医。

古代医学之父希波克拉底曾经说过,医生有三样法宝,他们是语言、药物和手术刀。医生的言语就如同他手中的手术刀一样,用得好可以救人,相反也可以伤人。患者因为身患疾病而到医院就诊,心理通常较为脆弱和敏感,由于其缺乏一定的医学知识,因而在面对的具有专业医学知识和丰富诊疗经验的医学专家面前,信息不对称使得患者容易感觉自己处于弱势地位,渴望得到医生的支持和鼓励。

18 世纪,美国就已实施“知情同意”原则,即在医疗过程中,医生需要告诉病人在诊治过程中发现的问题,针对病情选择的相应治疗措施,与此同时向病人介绍病情,提出对于治疗方案的建议与意见,并且确认病人对自身病情真实的了解程度和对实施的医疗方案的认可程度。而在当今的美国,作为医生重要临床技能之一的医患沟通成为了医学生必须学习的课程。除此之外,美国还专门建立了病人交流中心(patient centered communication, PCC),旨在帮助医生为患者提供有针对性的医疗服务。在英国,一般医院都会配备社会工作者(social worker)专门从事医患沟通的工作。他们具有丰富的专业医疗经验和优秀的沟通技巧,他们会跟随上级医生一起查房,当病人对医疗过程不理解或产生疑惑时,社会工作者就会立即和他沟通交流或者通知其相关的亲属进行解释。另外,医学教育制度的精英化和社会较高的法制化程度为医患关系的良性发展提供了一定的保障。

第三节 国外医患关系的问题与发展

纵观国外的医患关系,它与医疗保障制度的关系密不可分。

对国家卫生服务保障制度而言,在该制度下,政府以收税的方式来筹集资金,然后通过政府财政预算拨款以及专项基金的形式,为医疗提供资金,以支持医疗机构为国民提供免费或低收费的卫生保健服务,如疾病诊治、预防保健和护理康复等。由于政府是该制度的直接组织者,因而不存在第三方支付,政府直接作为“保方”在医患关系中过度承担各主体方的责任。而由于该制度的效率较低,其主要医患关系的矛盾主要体现为部分病人长期得不到及时的医疗照顾。因此,在该制度下如何加强医生的医疗费用一事、提高医疗机构的诊疗效率、减少病人在医院的候诊时间成为了主要的问题。

对社会医疗保险型保障制度而言,由于保险方的介入,公民(被保险人)的医疗意识显著提升,容易对医生的技术操作、诊疗行为等方面产生一定的疑虑,加上医生价值取向随市场经济条件而变化,都会加剧医患关系的紧张程度。因此,政府的宏观调控和适当的医患沟通交流是该制度下重要的缓解医患关系的手段。

对于商业保险型保障制度而言,由于医患服务的信息不对称,加上第三方付费的介入,容易造成卫生资源的不合理使用甚至浪费,使得低收入或者无收入者难以享受医疗保障,造成医患关系的不和谐。因而,加以社会保险的辅助,专业机构或组织的监督,对该模式有一定的帮助作用。

对于储蓄保障型制度,虽然被视作世界上最为完善的医疗保障制度之一,由于只有在政府规定的公立医院看病才能享有津贴,因而造成公立医院业务繁忙,整个等候过程从挂号到见到医生,历时可能三四个小时。因此,该制度仍需要改革。

综上所述,影响医患关系的因素众多,除了制定相应的法律、法规来规范医生和医疗机构的诊疗行为、维护患者权益、监督医疗治疗、分担医疗风险、完善医疗保障体制外,仍需要结合国情,量身定制相应的政策措施。