

中国医学人文评论

CHINESE

MEDICAL

HUMANITIES

REVIEW

2014

名誉主编 韩启德

主 编 张大庆

执行主编 丛亚丽

David J. Rothman



北京大学医学出版

中国医学人文评论

2014

名誉主编	韩启德	
主 编	张大庆	
执行主编	丛亚丽	David J. Rothman
副 主 编	胡林英	

北京大学医学出版社

ZHONGGUO YIXUE RENWEN PINGLUN 2014

图书在版编目 (CIP) 数据

中国医学人文评论. 2014/张大庆主编. —北京:
北京大学医学出版社, 2014. 10

ISBN 978-7-5659-0963-4

I. ①中… II. ①张… III. ①医学-人文科学-文集
IV. ①R-05

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 234029 号

中国医学人文评论 2014

主 编: 张大庆

出版发行: 北京大学医学出版社

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

电 话: 发行部 010-82802230; 图书邮购 010-82802495

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 中煤涿州制图印刷厂北京分厂

经 销: 新华书店

责任编辑: 刘 燕 责任校对: 金彤文 责任印制: 李 啸

开 本: 889mm×1194mm 1/16 印张: 9 字数: 236 千字

版 次: 2014 年 10 月第 1 版 2014 年 10 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0963-4

定 价: 19.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

本书由北京大学医学科学出版基金资助出版

主编絮语

一次去美国开会时我被海关问来美国干啥。我回答说来参加医学伦理学会议。她问我医学伦理学是干啥的。我说是关于医患关系、医患和谐……她诧异不解地问我：医生和患者本来就是这样啊，难道医生和患者还会打起来不成？

在第八届中美医师职业精神研讨会上，中方学者问 D. J. Rothman，美国医生最担心什么？当时正值医患暴力事件接踵而来。他回答说：中国 and 美国的医生的幸福和梦想是一样的，但噩梦各有不同：中国医生担心被打，美国医生担心被起诉。他为自己精彩的回答兴奋不已。我也很夸张地和他握手庆祝。

本辑收录了历届参加中美医师职业精神研讨会的专家们对一些问题的调研、探讨和思考方面的文章，其中也有基于对发言的整理而形成的文章。本辑中所说的医师职业精神、医学职业精神、医学专业精神，都是指英文单词“medical professionalism”，翻译方式不同而已，但其含义都是一致的。本辑的主题是中美对此概念的理解、中美对于医师职业精神的调研、医师职业精神与医患关系、利益冲突和患者安全的关系，以及迎接挑战、采取行动。第一部分的文章都是针对概念的解读。在学理上，杜治政教授提出的“医学专业精神”更加符合英文的本意。美国和中国的全性的关于医师职业精神的调查，也包括从患者视角的调查，能提供给我们读者很多层面的信息，帮助我们对现状予以了解。利益冲突是一个非常重要的领域，也是未来研究的一个走向。它是医疗行业向社会展示其在处理与医药公司等关系问题上自身的态度和做法，主动去公开透明，以赢得社会的信任。患者安全问题、医疗差错问题在目前的中国还是比较敏感的。医务人员和医院出于种种原因，还不能很好地处理这些问题，但它们是影响医患信任很关键的问题。美方的一些做法值得我们借鉴，国内的一些基本尝试也取得了一些效果，还需要更多的医院和医生对此问题进行关注。正如 D. J. Rothman 曾经在“美国卫生保健服务面临职业精神的各种挑战”发言中回顾了职业精神的概念，批评了对这一概念怀旧化理解所引发的误导。他强调我们必须共同面对新时代的巨变，参与并见证卫生保健的剧烈变革。他剖析了为什么美国的个体独立行医者会不断消失的原因，指出当今医师已然变成了患者病床边的“陌生人”与“会计师”，因此，践行职业精神的重点必须从对个体医师身上转变到医疗机构上来。展望未来，他提出了“对患者福利的承诺和对社会财政福利的承诺是否并如何和谐共存”的问题。

目前很多医生都纠结于医患暴力事件，也很担心执业安全，但同时他们不能忘记自己个人和医学行业的职责。1892年3月26日的美国医学会杂志（*Journal of the American Medical Association*, JAMA）杂志就开始讨论此问题，并报道了两起患者殴打医生案例。JAMA 社论指出，“现在医学界对于疯狂的个人或患者袭击医生已经见怪不怪，但幸运的是，来自正常人的袭击非常罕见”，并指出，“医疗经验教会了我们尊严、沉默和忍耐。”在目前很多机制体制尚不完善的今天，医生如何保持坚忍和维护医疗行业的圣洁与高贵，是我们每个医生的职责。中国有个说法：德不近佛者不可以为医，才不近仙者不可以为医。它清晰地表达了对医生技艺和品德的要求。但医师职业精神不只是在个人层面，更多的是在群体层面、行业准入层面、行业自律自治层面，以及如何参与卫生政策改革，实现社会公平。可能这个说法不很恰当，但能说明一些其中的关系。我们的医疗行业就像一个池塘，医院就像池塘里的船，医生就像池塘中的鱼。我们的鱼

说，社会都污染了，池塘都污染了，老指责我们鱼干什么？医师职业精神的探讨，更主要的是在于对池塘的清理和治理，才能使鱼更自由纯洁地行医，帮助落水者上岸。

中国目前正处于转型时期，很多价值理念也在调整。具体来说，行医究竟是单纯养家糊口的工作还是一种使命？又如，对于卫生政策改革，医务人员是应该引领还是被动跟随，甚至“担心改革医生群体”？这些都说明医生有时会在自己和自己圈子的利益与社会利益之间游移。医生的劳动价值没有得到应有的体现，是目前影响职业精神的一个问题。《孟子》开篇《孟子见梁惠王》就是一篇关于义与利的辩证关系的文章。王曰：“叟，不远千里而来，亦将有以利吾国乎？”孟子对曰：“王！何必曰利？亦有仁义而已矣”。孟子所说的也适用于医疗领域。不是说卫生领域不言利，而是说医生的行为不是为了利，因为利自然会在义之后到来。但如果一个社会的医生没有或不能完成医生的职能，不能置患者的利益于自己的利益之上，那么他也难以得到社会的回报；但如果一个社会的医生达到了其应该达到的水平，而社会并没有提供其应得的回报，那么说明这个社会的相关方面需要调整了。

丛亚丽 David J. Rothman

2014 年 7 月

目次

医学作为职业：在中国和美国背景下

医师职业精神：聚焦真正的问题 / David J. Rothman	1
关于医学专业精神的几个问题 / 杜治政	6
从传统医德到现代医师职业精神，我们还有多远？ / 丛亚丽 李红文 张云飞	14
美国医师如何看待医师职业精神：几项全国性调查的综述 / 胡林英	21

医患关系：医师职业精神的诠释

医患关系的本质：医学的专业视角及其伦理意蕴 / 许志伟	26
医师职业精神和医患关系 / Wendy Levinson	32
医师职业精神与弱势患者 / David Blumenthal	35
不同地区、不同人群患者视角医师职业精神的社会学研究 ——全国 10 城市 4000 名住院患者问卷调查研究报告之四 / 赵明杰 杜治政 孔祥金 杨 阳 秦 怡	41

利益冲突

HPV 疫苗的营销：对青少年健康和医学职业精神的启示 / Sheila M. Rothman, David J. Rothman	53
临床医疗中利益冲突的管理：一项美国医学院校中相关政策的全国性调查 / Susan Chimonas, Lisa Patterson, Victoria H. Raveis 和 David J. Rothman	61
健康管理组织与制药产业：一项关于信息披露的分析 / Sheila M. Rothman, Victoria H. Raveis, Anne Friedman 和 David J. Rothman	71
大学附属医院与利益冲突 / David J. Rothman	82
关于医学职业潜规则的系统调查研究 / 孙福川 尹 梅 王莉媛 任守双 方 毅 洪 明 高 汉 陈 力	86
医药企业与医师关系的法律规制 / 刘 鑫	94

医师职业精神与患者安全

患者视角：医师应该告知医疗差错吗？ ——全国 10 城市 4000 名住院患者问卷调查研究报告之三 / 杨 阳 杜治政 赵明杰 孔祥金 秦 怡	102
医疗不良事件报告系统功能实现的影响因素分析 / 柯晓华 陶红兵	112

迎接挑战，采取行动

浅谈我国现行医疗体制与医师职业精神的培养和提升 / 何权瀛 117

淡定：医师应具备的一种品德

——在北京大学医学部 2013 年度毕业典礼上的发言 / 张大庆 123

书评

“深水区”中的搏击

——评美国哥伦比亚大学医学职业研究所之利益冲突研究 / 唐 健 125

征稿启事

医师职业精神：聚焦真正的问题

David J. Rothman

重铸医师职业精神的话题正引发广泛的关注^[1-6]。这种关注折射出一种情绪，就是对在影响美国当前医疗实践的各种力量中，经济因素似乎正占据着首位这一现实的深切忧虑。我们的普遍共识是，患者的利益必须优先于医师个人的经济利益，并且职业精神也要承诺服务于弱势群体和公民参与（civic engagement）。但是，由于评论家们把视线只集中在管理式医疗（managed care）和其他一些相关问题上，很多真知灼见被完全忽视，从而消解了许多推动当代医学职业精神的努力。

我们把注意力几乎都放在了管理式医疗所带来的危险上，但出现了另一个棘手的问题，即当今的职业精神是否比在按量计酬（fee-for-service）模式下更有效、更具活力？评论家们并不在意重塑职业精神的问题。为什么我们对过去向来视而不见呢？原因可能在于，对过去历史的分析可能会使现在的进程复杂化，迫使对管理式医疗的关注转向美国医学职业精神最根本的问题。

首先让我们回顾一下，在1910—1980年这段历史时期内，医师的行为是否符合职业精神的要求。他们是否将患者的利益放在首位呢？有些医师肯定会这样做，然而，也有许多证据表明，那时有的医生对患者进行过度治疗，将他们转到自己的关系诊所，并从中分成。可见，很难说在实行管理式医疗前，整个医疗行业都能把患者的利益放在首位^[7]。但我们至少可以说，自从实行联邦医疗保险制度（medicare）以来，医师的收入得到了大大的提高，一些（或许很多）医师确实把提高收入当作执业活动的标准。

在某种程度上可以说，管理式医疗并不是威胁患者利益优先原则的最初或唯一原因，那么我们就有必要去检讨一下削弱职业精神的内部因素，而并不能仅仅局限在外部。我们要更关注那些医疗规范与实践行为，而不仅仅是管理式医疗制度中的报销方式。现在最迫切的问题不是如何重新调整医师与健康维护组织（Health Maintenance Organization, HMO）之间的利益关系，而是如何降低医师的经济利益，并监控他们的行为。职业精神的理念恰好契合了这一任务，即面对患者的利益时，医师应将他们的经济利益放在第二位。事实上，职业精神往往意味着牺牲一定的经济利益。

在引入管理式医疗之前，有关职业精神的讨论往往涉及诸如专业胜任能力和行业自治等话题。这种观点，经由T. Parsons在20世纪二三十年代的系统阐释，一般被视为职业精神的基础。其实，保持医师专业胜任能力的目标已经很好地实现了。执业证书制度已被证明非常有效，因此，关于医师专业胜任能力的问题几乎已经淡出了职业精神的讨论。

然而，关于行业自治的讨论，特别是涉及如何处理医师不胜任和不称职的问题时，却裹足不前^[8]。除了一些少数例外，各类专科学会还都不能有效地规束他们的会员。虽然学会章程有针对性对失职医师的通报、察看、停职、开除等各种规定，但是，大多数组织又都不会公开他们的监察行

动。基于这些原因,对会员们的投诉的作用变得微乎其微,即便存在也很少能转化为实际的监督行动。这种行业自治的缺陷清楚地表明,关于职业精神的讨论必须要超越金钱和管理式医疗的问题。只要将行业自治作为核心问题,那么,今天的职业精神就必须被推倒重来,而不是重塑了。

在医师职业精神中,公民与社会责任问题占有非常重要的位置。20世纪的医师一直非常不愿介入到公共领域中。除了一些例外,大多数医师从不参与国家政治生活(甚至是关于医疗改革的辩论),而只是介入州内或当地的政治生活(例如,关于为学校提供服务的问题)。那么,面对如此薄弱的公民参与记录,又如何寻求突破呢?既然医师们过去很少介入公共事务,那又为什么要期望他们现在做出改变呢?

近来的一些职业精神研究文献不但轻视历史,而且除了探讨管理式医疗外,往往忽略了对实现医师职业精神原则的结构障碍的分析。举个例子,大多数作者既不太关心医药公司与医师的互动关系,也不关注这些公司对医学本科教育以及住院医师培训的影响。尽管有证据表明这种影响是深远的,但是,即便那些关注这个问题的少数思想家也没能澄清其重要意义。例如,E. D. Pellegrino 和 A. S. Relman 坚持认为^[1],医学专业学会的预算不能全部来自医药公司。但是,他们既没有引用数据论证这种医药公司资助的普遍性,也没有去探讨如果专业学会失去这些资助该如何运作。

在专业组织的预算中,医药公司的资助到底占了多少?这里举个例子,美国家庭医师学会(American Academy of Family Physicians)1995年所有的资助来自于21个药物公司^[9]。如果更多的专业协会能披露其预算状况,这样的例子会不胜枚举。有可靠的证据表明,医药公司的礼品(诸如会议与旅行津贴)会影响到医师开具处方与药物选择^[10]。以往对职业精神所受威胁的讨论都忽视了一个重要问题,就是关于医药公司的影响。与管理式医疗不同,这个问题很大程度上取决于对医师的管理。

或许,近来关于职业精神的讨论中被忽视的最重要的问题,就是如何去落实与强化专业标准。目前存在两种呼声,一是要在医学院和住院医师培训中拓展职业精神教育,二是要求专业协会提出更加明确的规范。K. M. Ludmerer 观察到临床前课程体系中系统教学的影响远远比不上临床实践中零碎的经验教训^[3]。面对疲惫的住院医师教给医学生如何避免“挨揍”的现实,那些尊重患者的辞藻也就显得苍白无力了。但是 K. M. Ludmerer 并没有指出如何去做出改变。他迫切地想要“降低医学研究中心内部文化的商业味道,强调服务导向性”,然而他还只是停留在呼吁医学界领袖要拿出“勇气”上,而给不出更具体的策略去实现这个目标。

无论是选择新的誓言,还是组织一年级医学生举办白大衣仪式,这些公开宣言活动很难获得令人满意的效果。举例来说,专业团体一般都会支持一些向弱势群体提供医疗保健的社会活动,或进行更大的公民参与性活动。这些活动会对个人行为产生一些促进作用,但很难说会在整体上产生实质性的影响。崇高的口号一般无法改变那些习惯性的处事方式。换言之,压力往往会落在那些想靠这种策略证实成功的人身上。

推进并落实职业精神还有什么其他途径呢?其实,存在一系列合理的策略,这些策略很多都与当前的方式有着根本性的差异。

第一,专业协会与执业认证机构需要对行为与服务标准进行强制性的要求,而不仅是建议。我们可以想象,这样一来,诸如医学继续教育,向弱势群体提供服务等内容就会成为继续执业的必要条件。大量的社区团体已经设法促使医师向未投保的患者提供免费医疗服务,这种做法或多或少都取得了一些成功。提供免费医疗至少改善了贫困患者的健康状况,同时也推动了医师职业精神的具体落实。但是,医师是由于被施压才去这么做的,因此,这种方式的有效性也存在一

定争议。这种争议也反映出认真对待职业精神所必然付出的代价。

第二，专业协会可以与患者团体展开合作，以共同实现某些他们单独无法达到的目标^[11]。W. M. Sullivan 建议医学应该“走向公众”，并“在其他领域和社会利益方面进行更深入的合作”^[4]。这种想法在“医学专业精神”（“medicine as a profession”，笔者担任其咨询委员会主席一职）这个项目中得到了体现。这一项目隶属于开放社会研究院（Open Society Institute），它致力于资助患者团体和医学专业组织开展合作，例如改善医疗品质，落实行业规范以及向弱势群体提供医疗服务等。尽管长期以来医师并不积极地与消费者团体进行合作，但是这种合作的现实需求或许可以打破这种传统。

第三，应对医学院和住院医师培训的课程体系进行改革，不仅要包括职业精神的课堂讲授，还要教授能落实职业精神的必备技能。医疗行业已经承诺要拓展社会参与，因此，在课程体系中，在传授诊断技能的同时也应该传授倡导相关政策的技能（advocacy skills）。我再一次强调，这将颠覆现行的模式。具有政策促进和社区组织背景的人员将参与到医学院的教学中来。可以肯定的是，两种文化之间会产生冲突，但双方都将彼此受益。

第四，医学必须在其组织体系中鼓励与保护检举行为，这样，医疗行业就不再只依赖外部力量去发现和公开问题。无论问题是某种利益冲突还是管理式医疗的滥用，新闻记者与政府官员都已经发挥着揭露内幕和施以补救的作用。所以，当有些年轻母亲或妇女接受了乳房切除手术以后，在恢复期住院期间遭到健康管理组织的诸多限制时，是媒体，而不是妇科或肿瘤科医师的专业组织，首先带头起来抗议，呼吁公正的立法^[12]。新闻记者一向善于捕捉利益冲突的话题。我们需要肯定的是，很多医学期刊也已经开始报道此类问题，并且大学与医学院也开始建立有效的监督机制。但是，媒体仍将继续关注现行体制无法有效管理的医师行为。《纽约时报》（New York Times）近期刊登了一篇关于新型心脏设备发展与检测的报道，就是一个生动的例证^[13]。

第五，必须说服专业组织积极参加政治游说和推动立法的工作。几乎所有的专业组织都已经参与到广泛的游说活动中，很多组织每年在这方面的支出要超过 50 万美元^[14]。通过游说厂商或其成员，专业组织试图影响立法，例如健康保险、药物立法、管理式医疗、反垄断规定以及诉讼改革等。但有一点，大多数这些活动的目的，都是为了实现组织成员的特定利益。例如，美国皮肤病学会（American Academy of Dermatology）一直致力于推动专科医师直接收治患者的方式，因为这是“高品质的皮肤病诊疗服务最有效率并且最经济的提供途径”^[15]。出于同样的原因，美国眼科学会（American Academy of Ophthalmology）强烈反对创建“白内障手术服务基地”，以及“手术费单一支付制度”^[16]，原因在于这些举措显然都会降低眼科医师的收入。此外，当国会正在就联邦医疗保险的收益进行辩论时，美国胃肠病学会（American College of Gastroenterology）进行游说，旨在将结、直肠癌检测纳入到收益的范围内^[17]。

我们可以想象一下，如果这些专业协会都来倡导患者的福利，而不考虑他们自身的特定利益，会发生什么情况。在是否将结、直肠癌检测纳入联邦保险受益的辩论中，消化科医师和皮肤科医师的支持非常重要。然而，这种情况发生的可能性并不高。因为，专科协会的会员们并不想将他们所缴纳的会员费花在其他专科事务上，并且他们相信只有某一专科医师才能对患者的具体需求进行判断。但是，让我们想一想，如果这种立法倡议不是出于狭隘的自我利益，而是出于一个更广泛的患者利益的专业立场，公众会有何反应。

第六，各个专科学会、医学院以及教学医院应该采取一定措施，将医药公司及其医药代表的影响降至最低。如果专科学会提高他们的会员年费以及会议注册费，他们就会降低对药物公司赞助与广告费的依赖。至少，这些学会应该摒弃按照药物公司资助会议的额度来排定座次（铂级、

金级、银级等)的做法,因为这种唯利是图的做法背离了职业精神的宗旨^[18]。专科学会并不希望在年会上禁止药物公司的展台,因为这将阻碍新信息的流通,但是,允许这些展台去分发诸如笔、记事本、公文包、手电筒以及高尔夫球等“品牌提示物”则没有任何教育目的。

同样,医学院也应该制定正式规范去禁止所有药物公司送给学生礼品,无论是书籍、听诊器还是食物。住院医师培训也不应该接受那些药物公司慷慨提供的津贴。并且,教学医院应该施行同样的限制性政策,禁止药物公司向医院员工赞助午餐、会议以及差旅费,并且也要明确规定,接受药物公司代表提供的生日礼物、圣诞节礼物或者宴请都将视为违背职业伦理规范^[19]。

这些建议看上去似乎是异想天开、不切实际,却清楚地表明,医师们回避了一个显而易见的严肃问题,即职业精神应该占据他们思考与行为的中心位置。当下对道德的呼唤可能令人心潮澎湃,也可能会在一个长远的时间段内发挥某些影响,但无法推动下一步实质性的变革。针对这些难题,职业精神彰显出了独一无二的重要地位。通过慢慢注入活力,逐渐渗透的方式应该是必不可少的。无论通过何种方式,职业精神也必将成为当今美国医学一个至关重要的组成部分。

参考文献

- [1] Pellegrino ED, Relman AS. Professional medical associations: ethical and practical guidelines. JAMA, 1999, 282: 984-986.
- [2] Swick HM, Szenas P, Danoff D, et al. Teaching professionalism in undergraduate medical education. JAMA, 1999, 282: 830-832.
- [3] Ludmerer KM. Instilling professionalism in medical education. JAMA, 1999, 282: 881-882.
- [4] Sullivan WM. What is left of professionalism after managed care? Hastings Cent Rep, 1999, 29 (2): 7-23.
- [5] Wynia MK, Latham SR, Kao AC, et al. Medical professionalism in society. N Engl J Med, 1998, 341: 1612-1616.
- [6] Casalino LP. The unintended consequences of measuring quality on the quality of medical care. N Engl J Med, 1999, 341: 1147-1150.
- [7] Rodwin MA. Medicine, money, and morals: physicians' conflicts of interest. New York: Oxford University Press, 1993.
- [8] Derbyshire RC. How effective is medical self-regulation? Law Hum Behav, 1983, 7: 193-202.
- [9] AAFP Foundation corporate members. Bull Am Acad Fam Physicians, 1995, 10: 4.
- [10] Chren MM, Landefeld CS. Physicians' behavior and their interactions with drug companies: a controlled study of physicians who requested additions to a hospital drug formulary. JAMA, 1994, 271: 684-689.
- [11] Cleary PD, Edgman-Levitan S. Health care quality: incorporating consumer perspectives. JAMA, 1997, 278: 1608-1612.
- [12] Kassirer JP. Our endangered integrity—it can only get worse. N Engl J Med, 1997, 336: 1666-1667.
- [13] Eichenwald K, Kolata G. Hidden interests—a special report: when physicians double as entrepreneurs. New York Times, 1999, 30 (11): A1.
- [14] Washington Representatives (a directory of lobbyists and organizations) 1996, pursuant to 1995 Lobbying Disclosure Act (Public Law 104-65). The Center for Responsive Politics maintains a file on each organization. (Or see: <http://opensecrets.org/lobbyists/98lookup.htm>.)
- [15] American Academy of Dermatology Web site. [1999-8-20] <http://www.aad.org>.
- [16] American Academy of Ophthalmology Web site. [1999-8-20] <http://www.eyenet.org>.
- [17] American Academy of Gastroenterology Web site. [1999-8-20] <http://www.acg.gi.org>.
- [18] Program and abstracts of the 32nd Annual Meeting of the American Society of Nephrology. Washington,

D. C. ; American Society of Nephrology, 1999.

- [19] Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? JAMA, 2000, 283: 373-380.

本文原文《Medical professionalism—focusing on the real issues》发表于 N Engl J Med, 2000, 27: 342 (17): 1284-1286.

(唐 健 译)

关于医学专业精神的几个问题

杜治政

2006年11月,哥伦比亚大学医学职业研究所和中华医学会医学伦理学分会在上海联合召开医学职业精神的研讨会,引起了我国医学界对医学职业精神的关注。值此我国深化保健服务改革、恢复和重建医患诚信关系之时,关注医学职业精神这一问题的意义是不言而喻的。

一、职业、专业与专业精神

从概念涉及的内容方面看,职业与专业是一致的,在很大层面上它们是相同的。专业也是一种职业,但两者仍有着某些不同,职业不一定都能称之为专业,但所有的专业当然是一种职业。职业比专业的范围似乎更为广泛,专业是职业的进一步发展与提升。职业在其服务于社会中,为了更好地发挥该职业的作用,逐渐分离一部分掌握该职业技能和知识的人,以引领该职业的发展和解决服务中的种种难题。可以认为,专业是职业特征的结晶和升华。《桃花源记》中的“晋太元中,武陵人捕鱼为业”,这里讲的“为业”,可能是指职业,但这个武陵人肯定不是从事渔业的专业人员,因为作为从事渔业的专业人员需要具备一定的条件,即对渔业、水产业专门知识的了解。以捕鱼为生,和以从事水产研究与开发为目标的专业人员,其区别是不说自明的。人为了生存,都有一定的职业。工、农、商、学、兵,这是几个大的职业,但不是所有的工、农、商、学、兵从业人员都是专业人员。职业可以较为容易地变更,今天做工,明天可以经商,而专业则较为稳定得多。职业大多与生计相关,而专业绝不止于谋生,更重要的还肩负着该专业的历史使命。人们不能随便地、轻易地从一个专业转变为另一专业,因此,我以为使用“医学专业精神”比使用“医学职业精神”更准确一些。其实,无论从中文的“职业”与“专业”或从英文的“occupation”与“profession”来看,两者都是有区别的。

有的学者认为:“职业是作为人们常规的谋生手段的一项活动,也可称为行业。而专业是要求专门学习和严格训练的”,因而,“医学是一门专业(profession),不是或不仅是一种职业(occupation)”^[1]“两个基本的特点在解释职业特征方面是有其社会学相关性的:长时间的专业化和抽象化知识体系的培训,及其提供的服务取向。”^[2]“两个核心的职业特征——服务取向和专业化的知识体系。”^[2]这是说,专业的形成有两个基本条件:一是专门的、稳定的服务取向和服务领域,即专门从事某种固定的服务,有明确的特征而与另一种服务不同;二是系统化的知识体系。比如,采矿是一种职业,但为了查清矿源、确定矿藏性质、评估产量,需要有一部分人研究和掌握地质结构和地质形成的理论,这样在采矿的劳动大军中,就形成了地质工程师这样一支队伍,因而也相应地形成了地质专业。保健服务也是如此。因而可以认为:专业是从某一行业的一般劳动中分离出来的,以专门知识为载体的并由掌握这一专门知识的知识分子承担的社会分工。

美国医学社会学家 F. D. Wolinsky 在《健康社会学》(Sociology of Health)一书中谈及

“什么是专业”的问题时说：专业“是与别的行业不同的行业”。他还引证 Carr - Saunders 和 F. D. Wilson 的话：“专业有两个主要特点，一是此行业的人组织起来成立协会，二是政府对此的干预。”^[3] F. D. Wolinsky 认为，行业向职业的转化经过了五个阶段：使行业成为非业余性的；使此行业的人员进入专门训练机构；建立如 Carr - Saunders 和 F. D. Wilson 所说的协会；垄断此行业；建立约束行业行为的伦理标准^[3]。在这里，译者将该书中的“occupation”译为“行业”，而将“profession”译为“职业”。从中文习惯和作者的原意来看，似应将“occupation”译为“职业”，将“profession”译为“专业”更妥。经查核《健康社会学》一书的英文文本，原作者对 profession 与 occupation 进行了如下解释：The definition of profession: What is exactly a profession? It is an occupation that is set apart from other occupation. How is that occupation set apart from other occupation? Society conceives of that occupation as being different than the other occupation. What make society consider this occupation as being different? A variety of things, depending on the particular society or scientist trying to define a “profession”。（关于专业的定义：什么是专业的准确描述？它是指一个职业区分于其他职业。一个职业如何能和其他职业区分出来？是社会认为的一个职业不同于另外一个职业。那什么又是一个社会所认为的一个职业拥有的不同特点？这个因素很多，决定于一个特殊的社会或社会学者如何界定“专业”。）作者在使用“professions”时，列举了医师、牙科医师、注册护士、药剂师、兽医等，而使用“occupations”时，列举了营养师、医学记录管理者、理疗师、牙科助理等^[4]。从作者的行文中可以看出，由“occupation”到“profession”的转变，其重要的区别在于知识要求程度的高低。而根据《辞海》和《现代汉语词典》等权威工具书，“职业”与“行业”视为同义语。显然，在这里，行业就是指职业。

专业精神是专业在形成和发展过程中逐渐积累的一种对专业社会责任和专业人员的行为规范的总认识，是以专业为基础而形成的一种适应专业行为需要的一种意识、价值理念和行为规范，是专业存在和发展的本质特征，是维护专业的神圣性与崇高性的重要保障。其内容包括专业的社会责任、价值目标、行为规范和科学作风四个方面。专业精神对专业的意义和重要性在于：促进专业的稳定和发展；维护专业的纯洁性和崇高性；在专业目标和专业限度内调控专业的社会作用；监控背离专业目标和专业宗旨行为的发生。一个失去专业精神的专业，是很难被社会接受和认可的。比如，法律，从古至今可以认定为一种专业，而“公正”则是法律专业精神最集中的体现。如果法律失去了“公正”的专业精神，那么法律专业也就不存在了，也就没有人相信法律了。专业犹如大海中的一条航船，而专业精神则犹如航船上的罗盘和舵。当前，医学专业精神面临严重的挑战，并且威胁和影响医疗专业的社会存在及其作用的发挥。医疗专业因专业精神面临的危机而处于有迷失方向的可能。探讨医学专业精神面临的诸多矛盾，协调和解决其中的种种问题，是理顺当前保健服务面临的许多社会问题的当务之急。

二、什么是医学专业精神？

关于医学专业精神是什么的问题，古今中外的医家看法基本是一致的。希波克拉底说：“无论至如何处，遇男遇女，贵人及奴婢，我之唯一目的，为病家谋幸福”；孙思邈说：“凡大医治病，必当安神定志，无欲无求，先发大慈恻隐之心，誓愿救含灵之苦”；世界医学学会通过的《日内瓦宣言》，几次修改都将“我庄严地宣誓，把我的一切献给为人道主义服务”“我首先考虑的是患者的利益”作为医学的宗旨；2002 年，由美国内科医学理事会基金会（American Board of In-

ternal Medicine Foundation)、美国内科学会和美国内科医师学会 (American College of Physicians, and American Society of Internal Medicine, ACP-ASIM)、欧洲内科联合会 (European Federation of Internal Medicine) 等共同发起和倡议的《新千年的医师职业精神——医师宣言》, 首先仍强调“将患者的利益放在首位”是医学的根本宗旨。对于医学专业的基本精神和宗旨, 著名医史学家 A. Castiglioni 就有过非常精彩的说明: “医学是随着人类的痛苦的最初表达和减轻这种痛苦的最初愿望而诞生的。医学由于最初需要解释人体发生的各种现象和以人类心灵为主题进行最初的辛勤探索而成为科学。它的最高目标是解除人类痛苦, 促进个人体质及种族改良。这是从古至今由医生的信心和热忱以及勤劳不息的努力所得出的真理。”^[5] 他还说: “宗教迷信、封建教条、仇恨和专断有时掩盖了它的进展, 但是, 从遥远的过去一直到我们现在, 医学思想, 这个人类治病救人理想的最高尚的表现, 始终保持着明显的历史的统一。”^[5] 这就是说, 为患者谋最大的利益, 把患者的利益放在首位, 是医学专业精神的核心, 是医学专业思想本质最集中的表现。这种专业精神是人类共同的、普遍适用的, 没有东西方和民族之区分, 也没有古代与现代之差异, 因而是恒定的、不变的。任何时候, 只要医学背离了这一点, 医学就失去了存在的理由, 医学也就不成为医学了。

“视患者的利益高于一切”并非一句空话, 它包含着丰富的内容, 同时必然演绎出一系列的逻辑结论: 当患者的利益与医生的个人利益发生冲突时, 医生应将个人利益让位于患者的利益, 自觉服从患者的利益; 当遇到某些干扰、引诱医生离开患者利益时 (包括国家的某些医疗政策), 医生应当抵制和排除这种干扰和引诱; 以发展医学科学的名义否认患者利益第一是不能接受的; 以社会、集体的名义牺牲患者的利益, 一般情况下是不能允许的; 将医疗服务视为商品出售和医学的本性是不相容的。当前, 在医疗实践中, 医学专业精神遇到的最大的困难, 在于抽象地、一般地承认患者的利益第一的原则, 而在许多具体的、特殊的情况下用一些所谓的“理由”或根本不成为“理由”的“理由”否认患者的利益第一的专业精神。比如, 医生的待遇低、医院的经营困难、发展医学科学的需要、市场环境条件的迫使或诱惑等, 都在有形或无形地驱使医学背离医学专业精神。

医学专业精神是由医学专业的自身特点所决定的, 有其客观的社会和历史的基础:

其一, 在医学专业领域内, 医生的服务对象——患者对医生是绝对信任的, 他把自己的健康托付给医生和医院。医生和医院是作为患者健康的受托人而出现的。医生、医院与患者的这种信托关系决定了医生与医院必须将患者的利益作为最高准则。

其二, 医学发展成为一种专业, 意味着社会、国家授予医学和医生某种特权。所有被国家和社会认定的医生和医院有对患者诊治的权利; 有获得患者个人的各种信息甚至个人隐私的权利; 有了解患者的家庭、经济、婚姻、经历的权利; 有对患者宣布中止工作、免除个人对国家和社会应尽的职责、禁止与社会的接触和与人们交往的权利; 有宣布生命终止的权利。“医务人员被授权为社会成员提供医疗服务”“其他声称自己具有同等的治疗技术的任何个人或群体, 都不被允许为该社会的成员提供健康护理”^[6]。在医生具有如此广泛而坚实权利的情况下, 如果医学不奉行患者的利益至上的原则, 医学会滑到什么地步?

其三, 医学是一门特殊的专业, 从事这一专业的医生都要经过严格的学习和训练, 特别是当代的医学, 无论从科学或者技术的意义上讲, 都已处于科技的高峰。由此形成了医生与其服务对象在知识信息上绝对不对等的情况。患者虽有知情同意权, 但他基本上还是要听从医生指导的。医生处于主导地位。如果医生背离了患者的利益第一的原则, 患者就可能被利用和操纵, 其后果是很难设想的。

其四,在医患双方之间,患者是绝对的弱势群体。特别是某些特殊患者,如婴幼儿、精神疾病患者或其他特殊患者,他们对医生有更大的依赖性 or 依从性。尽管患者家属在各方面支持患者,但仍然改变不了“医强病弱”的现状。在这种情况下,如果“患者的利益第一”的原则得不到遵循,那么种种伤害患者、侵害患者利益的事情就会发生。

由此可见,患者的利益第一的医学专业精神是由医学这一专业自身决定的,是医学专业的内在要求。当前,我国保健服务中出现许多不正常的情况,如医生和医院的信任度下降、医患关系的紧张,正是医学背离了患者的利益第一这一基本精神的结果。

当然,医学专业的专业精神还有其他方面的重要内容。比如,如何对待医学科学,如何对待同行,如何进行医学研究,如何处理与社会及企业的关系,如何对待医疗差错,在公共卫生服务中如何实现医学专业精神,如何对待弱势群体的患者,这些都是专业精神需要考虑的问题。历代中外医学家和医学组织都对此做过许多研究,发表过许多守则、宣言、规范。这些由相关专业组织发布的守则、宣言和规范既对医学专业的基本精神提出了明确的要求,同时,对医学专业其他方面的操守做出了规定。如中国明代医家陈实功的“医家五戒十要”就是医学专业精神的完整规范;再如经过多次修改的《美国医学会医德原则》(*American Medical Association Code of Medical Ethics*)共有十条,除第一条明确阐明了医学的宗旨亦即医学专业的基本精神外,同时还提出了“医生必须努力提高医学知识和技能”“医生必须把治病方法建立在科学的基础上”“医生在行医时,应该限制真正由他提供服务的职业收入来源,或者在他的监督下限制对患者的收费”等九条^[7]。1933年公布的《南京市医师公会信条》就有4项20条之多^[8]。本文前面提到的由美国内科医学基金会、美国内科学会、美国内科医师学会和欧洲内科联合会等共同发起和倡议的医师宪章,就是将医学专业精神区分为基本原则和十条专业责任。这个医师宪章将“将患者的利益放在首位”、患者自主、社会公正并列为医学专业的三项原则,同时也提出了提高业务能力、对患者忠诚、为患者保守秘密、提高医疗质量、公正分配医疗资源、维护信任等十项要求。由此可见,医学专业精神,首先是医学的基本宗旨和它的基本价值指向,同时也包括在其基本宗旨指导下对该专业一些重要方面的专业操守。医学专业精神应当是一个完整的体系,由两部分组成:一是医学专业精神的核心思想或中心价值取向;二是以核心思想为指导的涉及医学专业基本方面的行为规范,如对待同行、对待医学研究、对待社会等。

当前,学者们对医学专业精神有不同的表述:“医学的专业精神是医生在职业活动中应具有医学科学精神与人文精神的统一”^[9]“医务人员的专业精神中最重要的以及必须遵守的一项,就是为患者谋最大利益”^[6]“医学专业最重要的道德标准是忠于患者的利益”^[10]“医学专业精神是指从医者表现在医学行为中的精彩的主观思想及全社会、全人类所肯定和倡导的基本从业理念、价值取向、职业人格及职业准则、职业风尚的总和”^[11]。所有这些对医学专业精神的定义,都从各个不同角度对医学专业精神做了界定和解读,有助于我们对医学专业精神的理解。但我以为对医学专业精神的界定,首先应当反映医学专业的历史使命及其社会责任,明确处理各种利益关系的基本原则,同时反映医学专业与一般职业的不同。从这一角度看,“我首先考虑的是患者的健康”“将患者的利益放在首要位置”这一表述最为适当。因为它十分明确地表达了医学专业的宗旨和使命,清楚地表明了处理各种利益关系的基本原则,同时,这一界定也对定义与定义的解读做了区分,并且具有极强的操作性。是否将患者的健康利益放在首位是非常容易识别的,因而可视为检验有无医学专业精神的试金石。

医学专业精神与医学伦理的基本原则是相同或相通的。医学专业的基本精神同时也是医学伦理学的基本原则。但两者似又不能等同,并非所有的医学专业精神都是伦理的,例如,医学专业