

gk25104

1996年, 第17卷, 第1—4期

世 界
卫 生
论 坛

国际卫生发展杂志

世界卫生组织 编
吴大受 王汝宽 鲁朋 译



A0287305

人 民 卫 生 出 版 社

©世界卫生组织 1996

根据《世界版权公约》第二条规定,世界卫生组织出版物享有版权保护。

本书采用的名称和陈述材料,并不代表世界卫生组织秘书处关于任何国家、领土、城市或地区或它的权限的合法地位、或关于边界或分界线的划定的任何意见。

凡署名文章的观点均由作者本人负责,经作者同意方可作文字上的修改。

本书提及某些专业公司或某些制造商号的产品,并不意味着它们与其他未提及的类似公司或产品相比较,已为世界卫生组织所认可或推荐。为避免差讹和遗漏,专利产品第一个字母均用大写字母,以示区别。

责任编辑 樊京娜

世界卫生论坛

1996年,第17卷,第1—4期

世界卫生组织 编

人民卫生出版社出版发行
(100050北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店经销

787×1092 16开本 6印张 147千字
1997年5月第1版 1997年5月第1版第1次印刷
印数:00 001—8 00

ISBN 7-117-02675-8/R·2676 定价:7.50元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

世界卫生组织论坛

1996年, 第17卷, 第1—4期

圆桌会议

- 人们从医生那里希望得到些什么? 1
Michael Boland
讨论:
Kyoko Imamura; Lowell S. Levin; A. Geldenhuys; Jemal Abdulkadir; D. J. Weatherall;
Y. H. Thong; Marie Sabara; Wesley Fabb; Peter Pritchard; J.-J. Guilbert

放射医学—世纪

- 诊断影像学一百年 23
Maurice Tubiana
一个阴暗的星期日——放射性发现百年纪念 25
Alain Laugier
用于诊断和治疗的核医学 27
Yasuhito Sasaki & Kiyoko Kusakabe

营养

- 什么食物有益于心脏? 29
José A. Gutiérrez Fuentes

失明的预防

- 预测白内障失明和计划抗盲工作 35
H. Limburg, Raj Kumar, & D. Bachani
保护眼睛: 初级卫生保健的任务 39
Ahmed Al Tuwaijri
喀麦隆以 Ivermectin 为基础的盘尾丝虫病控制 43
Pierre Ngoumou, René Owona Essomba, & Christine Godin

初级卫生保健

请利用卫生保健服务——越来越多地	46
R. K. Srivastava & R. K. Bansal	
一个儿科日间病人治疗部：以较低的费用获得较好的医护	49
R. Kumar Pejaver, H. Shawosh, I. Al Hifzi, & A. Jelly	
读者论坛	51

Simon Chapman; John Fraser; Akin Osibogun; Oscar Valtuena Borque; Y. Motarjemi & F. K. Kaferstein; J. A. K. Lauwo, P. P. Rai, & L. Hill; Vidua Patil, Mrudula Solanki, Shobha S. Kowli, Vijaya A. Naik, Vijaya R. Bhalerao, & Parimala Subramanian; Kwasi Amfo

观点

21 世纪需要什么样的全科医生?	57
Janice K. Fisher	

健康促进

剧院：促进健康的有效工具	60
Angèle Séguin & Clémence Rancourt	
社区级艾滋病预防的多部门战略	64
David B. Elkins, Thicumporn Kuyyakanond, Eleanor Maticka-Tyndale, Darunee Rujkorakarn, & Melissa Haswell-Elkins	

母乳喂养

成功母乳喂养的早期强化	68
Lennart Righard	

支持服务

更好地协调实验室服务	72
M. M. El-Nageh	

书刊	75
----	----

世界卫生组织评论与消息	81
-------------	----

第 48 届世界卫生大会；社会发展；1995 年世界卫生报告；向消灭脊髓灰质炎迈进；烟草的经济学；讲授医学伦理学；性别与热带病；1996 年年度奖；人人享有职业保健宣言；一项对食品安全群体的挑战；医学院校最新资料

圆桌会议

人们从医生那里希望得到些什么？

Michael Boland

令人吃惊的是，几乎没有什么人担心医生的技术能力。他们担心的是，医生们能否把患者当成一个人来看待并是否具备向他们提出正确指导的能力。财务、立法或管理能力都无法确保这方面要求能得到满足。解决问题的方案，还应从医务界中去寻找。

据说，当人们向 Reith 勋爵问起，英国广播公司能否针对人民需求而提供服务时，他的回答是，“是的，但是如果我们知道他们需要的话，我们也会千方百计地根据他们的需要而提出我们的要求”。这段话，突出说明了人们口头提出的要求和他们的实际要求，即为客观所决定的要求二者之间的冲突。人们口头提出的要求是什么？这真的就是他们的实际要求了吗？怎样去判断这些是不是实际的要求？他们怎样才能确信他们的要求正在予以满足。

英国诗人 W. H. Auden 是这样描述他心目中的医生形象的：

“给我一个有如鹌鹑一般丰满的医生，
有着一双短腿和肥大的尾部。
它有一双温柔的手，
从不会提出过分的要求
要我戒除所有的恶习
又不要在困难时拉长了脸，
但他只需稍一眨眼，
我便能知道我已是死期将至了。”

显然，患者对医学的要求，决不仅仅是把医学科学运用于人体之上。

人们的要求是什么

想了解人们的要求可能是什么，他们有所指望于医生的又是什么，最简单的办法莫过于

Boland 博士是爱尔兰国家医学继续教育主任，其地址是：Skibbereen Co. Cork, Ireland.

向他们提问。令人吃惊的是，在不列颠进行的调查表明，他们看重的不是和我们原先设想的那样是技术能力。看来，他们认为所有的正规医师都是称职的。也许他们认为，业务监督人员能确保技术水平得到维持。但不管出自什么原因，多数人要求的是：

- 一能聆听诉说的医生；
- 一能理出问题头绪的医生；
- 一有机会每次都看同一个医生⁽¹⁾。

这似乎说明，人们要求的是对他们十分了解、能解决他们具体问题的医生，针对他们个人所需提供医疗保健。由此而进一步可看出，他们需要的不是哪一种严格按医学程序的医疗保健，或由一个冷冰冰而不具人情味的医疗小组提供的医疗保健。

人们往往指责医生有家长制的作风。他们说，“医生们精通一切”。但确也有那么一些医生，他们采取一种漫不经心的态度，要么是开一些“能治百病的药丸”，要么便是转诊至专科医生那里，再不然便是根据对方要求开患病证明书。负责的医生们是在这样一种系统中行医，在这种制度中，患者可自由地在有竞争能力的医学同道们中进行选择，他们知道收取的费用，也了解所谓有名气的不一定便是优质的服务。最理想的情况是，患者根据他们的医生提供的全面信息和建议去自行作出医疗保健的决定。这才是医生“咨询”的确切含意。这就是说，寻求某种建议，但又不受建议的约束，也不因之

而意味着相互推卸责任。

若干年前, James Spence 爵士曾对医学的中心任务作出如下精辟的叙述:

医生们的真正的活动,不是在保健中心、公立诊所、手术室、实验室或医院病床边的活动。这些活动当然在医学领域中占有一席之地。医学活动的核心部分,是在如下一种状态下的活动,即在诊室或病房中,在融洽的气氛下,某个患病的人或自以为是患病的人,向他所信赖的医生征求建议。这才是咨询,以及由此而产生的所有其他的医疗活动⁽²⁾。

正是这种患者的自主与专业知识的合理应用二者之间的微妙均衡,构成我们与患者之间关系中的核心。

初级全科医师的前景

作为一名全科医师,我的看法是,初级全科医师的含义是指一批经过特殊培训的医师,有能力在第一接触点上就向他或她提出的任何问题作出初步决定,并能向患者及其家属提供持续的、全面而相互合谐的保健⁽³⁾。在我所供职的那个医疗保健体系中,全科医师对二级和三级保健说来,起到一个“看门人”的作用。在爱尔兰和联合王国中,多数的专科医生诊治的是那些由某全科医生转诊来的患者。



据世界银行估计,1990年爱尔兰的人均卫生保健开支为876美元——与美国的人均开支的2763美元比起来自然有些微不足道,但和非洲南撒哈拉地区的人均10美元比起来,又是高居其上的。资源方面的显著差异,使得全面概述人民的要求和期望显得有些不现实。即使是在开支较高的社会中,卫生保健的公平享有和质量也得不到保证。美国人口中有相当一部分不享有保险,而那些支付得起医疗保健费用的人,又成了过度的检查和治疗的牺牲品⁽⁴⁾。

就全球范围内说来,对卫生保健的要求也是多样的。作为其一端的便是要求普遍的行动以避免人类的死亡,作为另一端的便是个人要求得到帮助以改善其健康状况。前者是公共卫

生方面的问题,而后者则是全科医生的任务。二者均不可缺——即便是世界最不发达地区也是一样。

在卫生保健中全科医生的主要作用,只是到了近期才重新为人所意识到。第二次世界大战以来,医学学科专业化的趋势发展迅猛,从而全科医生的地位相应下降。许多国家中已基本没有了初级全科医生。时至今日,卫生保健费用的螺旋形上升,以及对高科技的医疗无助于人们真实需求的预测,都迫使人们对之作出更新的评定。全球范围内有着越来越多的人要求得到的是个人的医疗保健,但其水平几乎没有几个国家能支付得起。在这种情况下,各地的政府部门意识到了初级全科医生在满足和缓解人们需求中的枢纽作用。

这不应与日益突出强调的初级卫生保健相互混淆。初级卫生保健乃是有关人人享有卫生保健的阿拉木图宣言中共同总结得出的产物。发达国家及发展中国家在可供用于卫生保健方面的巨大悬殊,在全球范围上说来,只有以人民群众为基础的大众卫生医学才是相宜的。千百万人民群众有着共同的问题和卫生保健需求,这只能用群众性行动的方式予以解决。这方面已取得了为人称道的成绩,但它不能取代人们一直要求并想往的个人医疗保健。

医疗保健的质量

可以这么认为,患者有权提出要求和期盼的是优质的专业服务。质量,可被视作是“与目的相适应”。但,医疗保健服务的目的是什么呢?世界卫生组织提出如下四个方面:

- 实现均等;
- 降低中岁夭折的可能性;
- 降低致病和致残的可能性;
- 鼓励自我完善化⁽⁵⁾。

均等指的是根据需求而使服务得以公正的分布。卫生保健往往是供不应求的。作为其后果的便是排队等待,在孰先孰后的标准问题上争执不休,以及利用金钱权势在排队队列中取得优先。为确保均等,医生本人应能自由地安

排其工作，并以轻重缓急的方式合理支配其时间。但这些判断应公开进行，以便评定其合理性。

就医生方面说来，他们也有责任开诚布公地与患者就有关医疗手段介入的必要性问题进行探讨。表面上接受患者要求给予服务的申请，但实际上又让他或她长期等候，实际上是拒绝了这项要求的作法，乃是不可取而又是虚情假意的。这不过是一种避免尴尬地当面拒绝的另一种方式而已。

判断患者提出医疗的内容和迫切性如何，乃是全科医生的首要工作。它所依据的不仅只是患者的病情，还有对患者本人及其家属、工作及社区环境的了解。人们有权要求其作为个人而得到治疗，并有权选择符合他们需要的治疗手段。他们还有权知道，一旦他们的问题无法得到有效的解决时，他们如何能够得到帮助来面对或接受这种现实。



一旦作出采取医疗手段的决定，一名好的全科医生应能就现有的可供选择的方案提出独立的建议。当这种建议涉及的是转诊至其他的卫生保健部门时，那么，作为“卫生保健掮客”的这名全科医生应能就这部门的质量和可及性问题提供全面的信息。现有的卫生保健部门机构繁杂，因而，对医患双方说来，重要的问题在于避免不适当地过度使用这些部门提供的服务。一旦作出转诊决定时，医生应列出所要求给予的服务，这也包括各项有关信息的扼要叙述。有时，还应说明是否需要给予紧急的或特殊的治疗。患者需有一份这样的“倡议书”，以便帮助他们在当今大多数卫生保健部门中得到相应的治疗。



至于随后两个目的——降低中岁夭折的可能性和致病、致残的可能性——，乃是不言而喻的。人们明显地希望活得更长、更好。每当问起是希望活得更长，还是更好时，往往是十分难于回答的。然而，现代的医学治疗手段却往往需从中作出抉择。这不能单独出自临床方面的考虑，更多地还应考虑到患者本人的个性、信念以及家庭及社会环境。一名好的初级全科医生应能帮助患者对他所需考虑的问题一一予以澄清，并结合本人情况予以对待。在这个过程中，由治疗方案、一致性的结论以及临床指导原则中泛泛归纳出来的东西，相对说来是没有多大意义的。患者所需的，是一名他或她所信得过的医生，这名医生有能力帮助患者就有关生活问题作出战略性决定。这包括如下一些方面的内容，如维持或切断与某人的亲密关系，筹组一个家庭，选择一种职业，决定是否退休，适应某种慢性病，丧失亲人或本人临近死亡等。

患者本人也有必要与一名医生建立长期的个人往来关系。目前日益流行的看法是由一个工作小组来提供初级卫生保健，但患者本人要求的却是由一名专业人员全面承担起责任来，并由其他有专业特长的人配合。人们有权期盼通过单一的联系渠道获得一贯而又是可靠的建议(如果将各种可能的组合关系均考虑进去时，那么通过一个由6名专业人员组成的小组获得保健服务就需要有21条个人与个人的联系渠道)。没有一个人会愿意由一个委员会向他提供保健。核心小组人数要少，但需有一名经医学正规培训的初级全科医生参加。

第4个目的是鼓励“自我完善化”。这指的是帮助患者充分发掘其潜在力量——去最富有生气地生活。初看上去，这似乎过于野心勃勃，而且有些不现实。但多数的临床工作者会承认，仅只向患者提供他们所需求和期盼的东西，会使他们单纯倚赖医生，从而只扮演着一个生活中的弱者的角色。初级全科医生处在第一接触点上，在与患者洽谈时，他们在明确健康与疾病的界限方面，是有着强大的影响的。

他们还能明确是否有必要采取医疗手段。

许多常见的症状，如抑郁、消化不良、关节炎等，通常以所谓的“疾病的冰山”而存在着。但只有一小部分患者去医生处求医，其他人则对这些症状强忍着，或在家中自我治疗。至于这部分人到底有多少，则取决于当时当地对医疗的需求和期盼程度。如果期盼不殷切，那么许多原本打算求医的也会打消这念头；反之，则对治疗的要求又会超越当地卫生部门资源所及的范围。

这便是这些“冰山”的体积和数目。卫生服务的量及其费用的潜在的上升数量是没有止境的。除非医患双方都将患者的独立和自主看作是卫生保健的根本目标，否则，这种上升的势头永不会止歇。

人们争论说，“卫生保健”服务的真正核心应是健康而不是疾病。增进健康、预防疾病和早期发现病例的主张，成功地推动了这种面向全民的作法。这种作法，把每一个人都视为患者、贫穷、营养不良、社会地位脆弱，都是死亡和发病的主要决定因素，这是不容置疑的。但还没有更多的迹象表明，健康意识的普遍提高是令人欣慰的或有经济效益的。

不论这些信息的有效性究竟怎样，群众对此是深信不疑的。从而使过度的、有时是危险的体育锻炼，对体重稍有增加而呈现的莫大关切，极度地调节膳食，强制性的检查和某些测试便广泛蔓延开来。可悲的是，许多人深信这些手段是有益的。他们希望医生们在这场日益加剧的健康狂热中与之相配合。此外，这些主张往往将健康与生活方式相互联系起来，从而，一种新的道德观出现了。随之而来的便是对一些危险因素产生的新的恐惧和对自我放任产生的新的罪恶感。无庸讳言的是，这与患者的自主和独立、与健康真实特征没有什么联系，而这些，似乎从未想到过。

确保提供的是优质的保健服务

如果说，服务质量可以提供上文谈到的四项基本目标的能力来测定，而这些目标又正是人们所需求和期盼的，那么，怎样才能保证人

们可以得到这种服务呢？

质量保证最好还是留待专业界自行处理，条件是公众对有效的自我调节的实施情况、对专业界对之恪守的情况感到满意。

人们曾一度因医生们的头衔和地位而信赖并尊重他们。某名医生一经注册登记并发给营业执照，人们便不仅将之视作有能力，而且具有某种行医的秉性。作为对这种信任回报的便是医生们在社区内和教士及贵族一样享有某些特权。希波克拉底誓言的出现，又强化了人们如下一种印象，即，为能挤身于医务界，人们不仅应具资历，而且应为“命中注定”才行。自然，民主势头的风起云涌和对极权主义的一致排斥，使这种状态有所破坏。

某些医生的行为表现，也加剧了地位下降的势头。他们积累个人财富，回避他们认为是平淡乏味或是危险的工作，一味追求生物技术的进展而不顾及人力财力的代价，无一不对医学界的声誉有所影响。对一个独立的专业说来，自我管束一直是一个品质优劣的证明。然而，管理部门看来是无力于或是无意于约束那些行为不端的医生。因而，公众对他们的信任动摇了。人们，或更精确地说来是政治家们及其代理人，正在寻求某种其他的途径来对医生进行约束。

途径之一便是在卫生行业内开辟内部市场机制，卫生保健人员间相互开展竞争，以便取得消费者的合同。在这种自然选择的进程中，只有那些以优惠价提供优质服务的才可望取得竞争的胜利。作为消费者一方的患者，有着行使选择的权力。但在某些国家中，第二级别上的保健服务只有通过转诊才能享有。在这情况下，全科医生代表患者行使着选择的权力。由于患者作为消费者一方的地位有所削弱，从而使约束专业人员的这种内部市场机制严重受到损害。患者往往感到，在使用免费向他们提供的服务时，他们不能有所置疑。而在他们买了公方或私方的保险，从而预付了费用时，他们又受制于那种经济学家曾称之为“道德风险”的状态下（译注：保险业用语，指的是因投保人

的信用、诚实等问题引起的道德风险),在这种状态下,卫生保健服务不被看作是某种可以购买的商品,而被看作是某种可以回收的权益。作为其后果的至少也是对费用丝毫也不予以考虑。

此外,在多数国家中,患者对现有的可供选择的卫生保健服务种类了解不多。令人吃惊的是,即便在文化层次较高的人群中,对基本医学科学知识了解极其贫乏乃是司空见惯的现象。最后,患者作为消费者说来,是有着固有的弱项的。他们或是病情严重,或是对作出复杂的卫生保健决定望而生畏。



对医务界进行约束的另一种新的途径是采用服务合同制。用简单的话来说,即政府或保险公司作为群众一方的代表,使用正式雇佣合同的方式,明确表明他们所需要并期盼得到的服务标准。符合这标准的医生便可得到财务方面奖励,或对其活动增加投资。反之,便予以罚款,或给予纪律处分。但不幸的是,这种管制措施的结果却是适得其反。合同中所列出的临床服务标准,往往依据的是当时流行的某些作法,再不然便是屈从于某个有权势的政治集团。科学的依据被忽视了。对目标的追求,往往在原地而告终。只有在不可能制定明确的标准的前提下,这种作法才行得通。医生们最终便会采取这样一种态度,反正合同中没有列进去,他们便也乐得不干。个人的责任感化为乌有,职业的道德也丧失殆尽。

诉讼在世界许多地区中也已成了一种日趋普遍的现象。在一段时期内,因治疗不当引起

的诉讼,已在美国用来作为一种控制医学界的一种手段。但作为一种确保质量的手段说来,它却未见成效。“辩护医学”涉及大量不必要的调查,从而是费用极其昂贵。另一种解决方法在于成立一个庞大的外部审议机构,专门审查有关治疗活动的记录和统计数字。这种方法着重的是项目检查清单和可测定的数量方面。但治疗的主观方面及质量方面的情况——这正是患者高度重视的方面,却是这种方法所难以测定的。

我建议,质量保证问题最好还是留待专业界自行处理,条件是公众对有效的自我调节的实施情况、对专业界对之恪守的情况感到满意。专业活动需予详细的检查,但这最好由其他医生来进行。保健工作的质量也需以审议,但不应是零敲碎打式的审议。它应予以全面地观察,观察总的患者管理情况,以及管理工作所依据的价值观和工作态度。

这种形式的类比审议,应成为专业任务的一个组成部分,并给予充足的工作时间。它所要求的技能,应成为医生培训教育的一项中心内容。

参考文献

1. **Cartwright A, Anderson R.** *General practice revisited.* London, Tavistock Publications, 1981.
2. **Spence J.** The need for understanding the individual as part of the training and function of doctors and nurses. In: *The purpose and practice of medicine.* London, Oxford University Press, 1960. 271-280.
3. **World Organization of Family Doctors.** *The role of the general practitioner/family physician in health care systems.* Victoria, WONCA Publications, 1991.
4. **The World Bank.** *World development report 1993. Investing in health.* New York, Oxford University Press, 1993. Executive Summary.
5. **Irish Department of Health.** *Health: the wider dimensions (A consultative statement on health policy).* Dublin, Government Publications, 1987: 4

[鲁朋 译]

市场最知情

Kyoko Imamura

和其他地方的人际关系一样，日本的医患关系也受到日本文化习俗的影响。国际间对日本的医疗体系知道得很少，这部分是由于日本和其他研究人员之间的语言障碍，部分是由于观察日本文化习俗背景时所涉及的诸多困难所致。这种相互交流的稀少，会浪费掉许多宝贵的精力，而这些精力原可用于避免重犯过去曾犯过的错误的。

近期欧洲重组其公共卫生服务的努力，便是这种重蹈过去覆辙的例子。欧洲的这种被认作是创新的实践，实际上乃是半个世纪以来日本的某种模式。世界上的一些卫生统计数据表明，与其他国家相比较，日本能以更低廉的代价取得更良好的成果。这是不是因为日本的医患关系极其良好而又相互有利。情况可能是这样，但也并非完全是这样。

受市场驱动的卫生保健

日本的卫生保健服务是私营的，但公方提供一些资助。医生们个个是企业家，急于销售。资本主义的首要原则，在卫生保健领域中也和其他领域一样起作用，即便是在经济衰退时期也未见有所削弱。在费用和所提供的基础相互竞争，被视为是顺理成章的事。和其他的企业家一样，医生们也要把他们的费用尽可能降低（因为由保险中支付的费用是固定的，而由批发商处按折扣价购进才是提取边际利润的方式）。他们还应尽可能多地诊治病人；一个典

型的诊所应是只有一名医生，少数几个工作人员，不设床位，但每天应诊治数百名病人。当然，许多人无需由医生亲自诊治，他们来诊所取处方，接受理疗，或在自动分析设备处进行常规的检查。



只要费用和提供服务的压力还能对医生们起到约束的作用，他们便能去除国营保健部门所不可避免的那种官僚主义。“人人享有卫生保健”，像超级市场的任何商品一样，是可以通过销售战略而予以促销的。这种作法，有可能冒着冲垮国家卫生保健体系的风险。

大约有30%的医师经营着自己的诊所。有时，有些合同以外的工作，只要能增添他们的专业知名度和可信任度时，他们也会乐于承担起来。这样，他们便会有着更多的顾客。在这方面，他们也和其他的企业家一样，纷纷以取得市场中的较大一块份额为目的。对医院雇用的医生说来，他们通常不会有一份合同去明确他们应提供的服务数量，如每年需动若干个手术，等等。但他们却需作为一名成员而充分参与机构的活动。一旦他们能获得一笔足够数量的银行贷款时，他们便会辞去医院的工作而开办起自己的诊所。日本的医生们自然会意识到，卫生保健也是一椿买卖。为能从中获胜，他们便去探索顾客的需求是什么，并尽可能地予以满足。

质量控制

如果没有严格的质量控制使其服务维持在一个较高的学术水平上，那么，在这场以人类生命为交易的活动中，这种卫生保健服务注定是会失败的。但我们怎样才能判断这种水平的

Imamura 医师刚刚获取她在伦敦公共卫生和热带医学学校卫生服务这第三个博士学位。她的通讯处为 4-3-10-102 Kamiyoga, Setagaya-ku, Tokyo, Japan 158.

高低?自然,通过阅读杂志并参加会议的方式,医生们是能得到最新的信息的。但是,他们是否能经常获得可靠的信息、是否能一贯地提供优质的服务,却是没有方法去证实的。成立一个外部的管理机构费用昂贵,且未见得是有效的。在这部门缺乏强行维持高标准所需的权威时,情况尤为突出。死亡率和再次入院率通常被视作是衡量质量高低的粗略的标准。但在日本却行不通。这是因为病人自由地由这所医院迁至另一所医院,而接纳入院又没有严格的标准。

在质量方面,保险公司也没有什么发言权。它们以标准价格偿付收购的服务,而不去顾及这种服务的质量如何。对最新的技术,它们支付多数的费用;但对老的技术说来,它们只支付超支的那一部分,这样,可以少支付一些。这便会形成如下一种反常的现象,即,一名年轻的外科医生一天连续作几个涉及个人隐私的手术收取的费用,要比一组高年资深的外科医生在医院中连续几小时为一名老年患者治疗其复杂性骨折要高。价格不因学术或质量的考虑而确定其高低贵贱。

质量难于评估,但数量却是人所共见的。对数量的限制,例如让人们排队等候,在日本会被视作是不光彩的事。对保险所订的价目予以人为的控制而没有形成怨声载道的现象,这可能是由于患者或卫生保健的消费者通常不了解这些服务究竟值价多少。此外,由于医生及病人之间在医学知识掌握程度方面的巨大差异,病人们也无法去判断他们所得到的服务是否适宜。

日本取得成功的秘密是什么?

那么,为什么日本人在相对较低廉的费用基础上变得如此健康?原因可能是多方面的,但我认为,这是由于病人能对他们所获取的服务和他们去探望的医生能以自行掌握。早些时候,当西医尚未引进,而草药对一些急性的疾病又无能为力时,人们别无选择,只有依赖医生。有了健康保险,人们有能力支付一些可供

选择的服务;而有了卫生宣教活动,人们也获得了一些有关卫生的信息。如果某病人感到这名医生不称职,他或她可另找他人,或自行处理无需求助他人。

自我保健不是什么新玩艺。孔夫子的传统教义便是身体发肤,受之父母,不敢毁伤。不论是居家或是在工作场所,总是教育并鼓励人们自己照顾自己。此外,病假便意味着劳动生产力的丧失。因而,日本的企业总是希望他们的雇员们身体健康。雇员们每天清晨进行身体锻炼,此外,企业对在诊所进行的雇员们的集体体检给予一定的补贴。雇主们推进了增进健康的活动,对雇员的家庭也带来了好处。

除了这些增进健康的活动外,个人还有权至专科医生处求治。在日本,医生们并不分成全科医生及专科医生两类。每名医生对某一项专业有着为期数年的培训和实际经验。对他们之间如何相互转诊,也没有限制。病人们自行决定先去看哪一个医生,随后,或是由医生转诊或是自己决定换另一名医生。全国性的医疗保险制度,使他们可以在不必担心费用支出的情况下自由选择。日本人总是希望在工作中体验生活的意义与乐趣。为能做到这一点,他们认真地对待保持身体健康问题。他们也愿意了解有关他们的健康情况,必要时,也愿支付费用。这意味着他们是有心计的顾客,而不能满足他们要求的医生,肯定会失业。



总而言之,日本情况不同之点在于,这里的病人自己掌握自己的健康情况。尽管他们在医学方面了解得并非尽善尽美,但他们通常可以查找,从而足以使他们选择他们本人认为是最佳的方案。作为一名成功的私营企业家,医生们热衷于与顾客建立良好的关系,并争取新的经营活动。至于由谁来控制服务质量问题,则至今尚未找到答案。因而,目前暂由病人自己来控制。总之,有心计的终极用户对任何企业都是有益的,因为他们总是在不断地探索金钱

花费的最大价值收益。

不带神秘色彩的医学

Lowell S. Levin

工业化国家曾对社会上由专业人员统治医学、由医生统治社会结构中的医疗保健现象进行了研究⁽¹⁾，在一些发展中国家的文献中可能也可查阅到类似的研究。因而，尽管 Boland 博士评论中的某些细节不一定在所有情况下都适用，但他着重的某些论断，却是带普遍性的。

患者要的不是家长制的作风

Boland 博士指出，“医疗活动的中心环节出现在如下一种情况，即……某个人向他所相信的医生寻求忠告”。这里，起作用的是“相信”这一词。相信一词，就其定义说来，与“信仰”一词颇为接近。由其定义出发，它要求病人摒弃怀疑、质询和批判，转而接受，对高一级权威的顺从、赞同。而另一方面，如果“相信”是某位有知识又熟悉情况的病人思考后的产物，那么，我们可以预期这乃是一种成年人之间的相互关系，既没有所谓的家长制作风及其所带来的“对医生们无可奈何的依赖”。在医生与病人之间在权力方面的更大平衡，能有助于抑制因对医疗服务提出过高要求所产生的费用问题。Boland 博士准确地注意到要求过多的服务与上升费用的压力，“除非医生和病人意识到患者的独立和自主是卫生保健的基本目的，否则，是得不到抑制的”。

但除了费用之外还有更为要害的东西。在将病人视作是保健工作中主动的合作共事者，而不单纯是消极被动的接受者的前提下，医疗保健的质量才能得到改善。对那些抱怨医学失去了神秘的色彩而沦为某种治疗的手段的医生们说来，这可能意味着是烦恼事。但是，却也

有其他类型的医生，他们可以证实了解情况而又主动参与配合的病人确有其有利的一面。在治疗中，维护病人的自信乃是不可缺少的环节。医生诊断治疗，如果有人痊愈的话，那便是病人的一方。没有病人的充分参与，那么，一些身心方面的医源性并发症便会乘虚而入。

Boland 博士断言，人们要求从医生那里得到的“不仅只是将医学科学运用于人体”。是的，人们确实指望得到有人情味的文明治疗。但我们同样也看到了日益增长的迹象，要求医生们在他们受培训所得能力以外的作用日益淡漠。我很怀疑多数的医生是否受过培训能得以帮助信任他的病人作出“生活中的战略抉择……（包括）维持或中断某种亲密的关系、筹组家庭、就业及选择退休的时间……”，这些正是 Boland 博士提出的一名全科医生所应起的部分作用。医生们的这些社会性的作用，只能使医务界中的家长制作风长时间地存在下去，而当今世上人们对之已不怎么愿意接受。

14 年前当发表了 Boland 博士所引用的 Cartwright 和 Anderson 的调查报告以来，已发生了许多变化。病人固然仍然要求医生们要聆听他们的诉说，要求医生们能解决他们的问题，一名“亲切的”医生应能提供前后贯通一致的卫生保健服务。但我们不再应设想（也许永不应设想）病人对医生的能力和卫生保健总的质量不去关心。人们越来越多地意识到，所有的医疗保健在质量上不可能是完全一样的。判断失误和可能出现的渎职行为乃是一种客观存在，而质量控制完全由医务界自行掌握，这显然是不够的。人们已越来越强烈地要求参与到质量控制活动中来。他们还要求在全面评估其治疗记录的基础上，去对他们的情况及治疗过程作出知情判断。许多政府现已确认了这种权利。这方面，尽管在某些情况下病人能更自由地接触到他们的病例，但也有许多例外的情况。例如，医生们便认为病人看到他们的病例报告，只能对他们有害。就长期效果方面说来，不论是出自什么考虑而向病人隐瞒不说真话，都决非是一种“人情化”的行动，这将

作者是耶鲁大学公共卫生学教授，其通讯处为：60 College St., New Haven, CT 06520-8034, USA.

更有害于病人自己掌握他或她的健康命运。持续不断地对病例报告进行审议，并让病人有机会加注他们个人的意见能有助于病人病例记录的完整性。去除一些神秘化带来的益处，远远超出这样做可能给病人带来的不利（或令人恐惧）的影响。

病人的责任

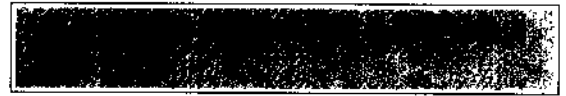
病人的责任是什么？任何一种产品或服务的消费者的责任是什么？其中首要的便是病人应尽可能多地了解什么时候去寻求这方面的建议和服务。作为消费者的病人说来，他还应了解如何审慎地去使用这些资源，它们可能带来的好处和局限。病人应对产品或服务的质量作出公正的判断，并以一种有助于维持服务质量的方式将他们的评价意见转告给提供卫生保健服务的一方。病人被排除在决策之外从而起不到有效的作用，或对他们所收到的卫生保健服务不满意时，是没有任何法律或伦理方面的义务去保持沉默的。所有这些责任，都不排除下述的明确要求，即，病人应充分披露所有与诊断及治疗过程有关的全部信息。



我同意 Boland 博士的看法，即，在一种“理想的情况下”，病人应对作出的有关本人卫生保健的决定，由其本人的“顾问”医生处寻求并使用治疗手段等事承担全部责任。但问题在于，我们怎样才能达到这种理想的情况？我们应怎样做才不会引起争论和对立？对此问题的回答，在很大程度上取决于医生们，他们事实上控制着他们与病人之间的关系，在某些情况下，还是依法控制着这种情况。例如，医生们可能会鼓励病人准备好一份问题和所关心事项的清单，并携带前来进行咨询。在咨询时，还欢迎病人的一名亲属或朋友陪伴前往，从而使一些病人不致于感到紧张。

在某些国家的卫生工作中用户第一主义的

势头在上升，人们对那里对公用事业中最后一个极权主义堡垒的医疗保健工作予以民主化的运动感到震惊。Boland 博士对病人及一般公众在多大程度上应享有独立和控制权问题，看来心情是矛盾的。一方面，他欢呼“病人的独立与自主……是卫生保健的基本目的”。但另一方面，在这种权力涉及到公众参与到质量控制问题上时，他又看到了其局限性，他认为，“最好还是留待医务界自行解决”。然而，Boland 博士还是承认，医学界的自我调节对质量保证是无能为力的，“管理机构看来是无力也无意于去约束……被触怒了了的医生们的。”



病人及一般公众参与质量保证倒底是有利，还是有害？作为科学家说来，我们应支持能对此作出回答的调查研究。为什么不能去评价一下非医务界人士作为医疗审议体系中的一个成员所能起到的潜在的作用？一般的群众只能对医疗保健及其成效的评价带来某些有用的因素。除非我们实验了某种新的病人及医生参与的新战略，否则，我们将无法获悉在医疗保健中消费者更广泛的参与所带来的好处及可能出现的消极作用。

首先，我们应对病人与医生之间的信任问题取得某种认识上的平衡。Boland 博士似乎对病人在有关卫生保健事项上的能力表示怀疑。例如，他们应当知道什么时候去求医问药；他们对治疗不应提出过多要求；他们应更为现实地去看待医疗保健；他们对促进健康活动的成效抱批判的态度去看待；他们对基础医学科学不应一无所知。我不禁产生了这样一种印象，即，Boland 博士的文章实质上是集中在如下一个问题上，即“医生们希望由病人处得到些什么”？

然而，Boland 博士的文章却对一个要害问题的讨论十分有启发。这问题便是当今医疗保健工作所面临着的，我们应当怎样去有效地将病人及医生这一独特的资源结合在一起，以便

实现高质量的且安全而均等的，同时又是经济而实惠的医疗保健这一终极目标。我们不能走回头路，重又走到曾一度流行的极权主义的医患关系模式上去。当前问题在于如何调整整个卫生保健制度的方向，使之更朝向一个群众更深入地参与服务的类型。卫生专业人员应有目的地寻求一般群众及病人的意见和建议，正是他们，才对卫生保健的质量寄予最大的关注。这应是一种在医生、病人及一般群众之间都不会有输家的局面。

1 **Friedson E.** *Professional dominance: the social structure of medical care.* New York: Attenton Press, 1970.

富人希望得到的更多

A. Geldenhuys

南非共和国内有一部分富裕的人民，但更多的是贫困的居民，他们主要居住在农村，那里的医疗保健并不普及。医疗保健费用占国民生产总值的8%，其中，50%用于20%的居民，他们或是自费或是以医疗补贴或保险的形式享有私营的保健服务，其他80%的居民则需由国家负担。

在起草新的国家宪法中目前正辩论的一个问题是，将有权公平地享有卫生保健纳入宪法条款。如何实现这一目标，也是目前辩论的内容。这方面的重点是初级卫生保健，这是与当前的思潮并行不悖的。

Boland 博士指出卫生保健总是供不应求，这是很能说明问题的。目前，排长队等候治疗及入院的现象，对卫生保健起到了支配的作用。公平享有卫生保健是终极目标，但这不应通过降低服务标准和设施来实现。而来自另一极端的歧视，即有钱支付但却得不到治疗的现象，也应避免。

作者是南非国家消费者协会的主席，其通讯处为 26242 Arcadia, Pretoria 0007, South Africa.

贫困者的期望

人民群众的期望，在很大程度上取决于他们对情况了解的多少。农村地区的贫困者接触到的有关卫生保健的信息不多，而其中的多数首先想到的乃是传统行医人。这不仅只是出自愚昧无知，也还有其传统文化的影响。这现象在城市居民中也很普遍。

南非的传统行医人，通常成了初级卫生保健的一个组成部分。一旦传统行医人治疗失败，病人通常只能向现代医生求助。但最初，人们对向传统行医人求助一事是不十分赞同的。但目前，人们对传统行医人的价值，特别是有关习惯及社会方面问题的价值，有了广泛的认识。这方面的困难在于如何探索到与他们合作的途径，教育他们在必要的情况下，将病人转诊至正规医生处。现在，许多雇主已同意他们的员工请病假到传统行医人处求治。

但当这种治疗不奏效而不得不转诊至正规医生处时，病人通常已是病情严重得无力去就其治疗提出要求或进行讨论了。他们要求内科或外科治疗，并希望有人能以他们听得懂的语言向他们解释他们患的是什么病，要进行什么样的治疗。人们总是惊异地发现病人将自己的健康如此信任地托付给医生。许多人一直认为，一名持有执照的医生一定是聪明而又称职的。

富人的期望

富人通常是城市居民，他们的期望迥然不同。报刊杂志及电台电视大量报导了医学方面的信息，多数人对其自身的情况及如何治疗已有了一定程度的了解。这已不再是对医生们的盲目信任了。医生们应去争取方能赢得信任。这方面，医生们是与其他提供服务的行业没有什么两样的。但这不是自由市场。多数国家中，这方面的费用是同行业中共同协议商定的。

尽管不少国家的医务界都制订了许多伦理法典，但人们似乎感到道德标准已日趋下降。值得一提的是，早在1905年时，William Osler爵士便提到了道德风尚已开始下降。情况可能仍

然如此。当然，那些原本便不道德的医生们不在此限。



当病人求治时，已处于一个虚弱的状态。医患的关系是以信任为基础的，这加倍表明了专业人员应是值得信赖的这一点是极其重要的，他们应赢得他们所需的尊敬。病人有权利指望这名医生是受过良好训练的，应成为病人的有价值的的朋友和顾问。因而，单纯学习是不够的，还应接受一下教育，使医生们了解人的心理。人们还合理地要求医生们是诚实、平易近人、为病人保密并有责任心的专业人员。

费用与公正的问题

但不幸的是，目前有关医疗问题的讨论还不得不集中在费用方面。作为一个整体，群众是无力支付治疗费用的，某些人还因支付医疗费用而变得债台高筑。因而，在病人和医生之间对这些问题开展讨论是十分重要的。例如，医生便能帮助病人去选择价钱更为合理的医院和治疗方法，减少不必要的检查。这样做，不会对已接受的治疗有害。

最后，一位不满意的病人要求有一个讲坛去诉说自己的意见。自然，还有法庭，但费用昂贵得使人望而却步。

在医务界珍视自身形象的情况下，它应当，而且在多数情况下也确曾提供了一些渠道供提出申诉。还可通过一些专业团体来提出，这将能产生同行间的压力，以及在必要情况下采取纪律措施。

我们可得出结论认为，病人对医生们提出的要求是十分合理的，在良好的医疗实践氛围内是可以接受的。但悲剧是，没有多少人能享有那怕是一小部分这种理想的境地。

不断上升的要求，残缺不全的供应

Jemal Abdulkadir

患者的文化、信仰、知识水平、态度及个性会有所不同，但他们对医生的要求是一致的：他们寻求的是一个真正能治好他们疾病的人。他们寻求的是这样一个人，他或她不仅在专业知识及技能方面与他人不同，而且在任何有所需求于他的时候，在对人的理解、耐受和听取意见的深度及广度方面都与他人有异。然而，即便是在医患之间的比例较高的发达国家中，这种理想通常也难于实现。

在发展中国家，医生数字严重短缺，这问题显得更为复杂。在这种情况下，患者首要关心的是能见到医生，而医生首要关心的是在助手及技术支持两缺的情况下尽快地结束一天繁忙的工作。

只要这种情况继续存在下去，那么，在供应严重短缺的情况下，所谓保健服务的质量仍然是一个遥远的梦想。就以人口增长这一因素为例，这便不断地抵销着在发展中所作的投入。40年代末期当我还在求学的时候，我们在地理课的讲授中便得知，大不列颠的人口大约是5000万，而埃塞俄比亚大约是1200万。前者的人口数目前仍维持在当时的水平，而埃塞俄比亚目前已达5500万，增长了近500倍。当时，埃塞俄比亚的医生数不到30人，而现在是在2000左右。因而，人们甚至可以说在医生与人口数之间的比例方面有所上升。然而，单纯数学方面的计算可能会是带有欺骗性的。事实是，50年前，当人们患病时，多数人根本没有想到要去找医生求治，他们会去找传统行医人，喝圣水，再不然便是躺在床上听天由命。现在情况不同了。人口中的多数，不管当地有没有医疗保健服务，都希望能往医生处求治，要求检查，给药，而且最好是针剂。在这方面，人们

Abdulkadir 教授是埃塞俄比亚的斯亚贝巴大学医学院内分泌-新陈代谢系主任。

可以认为，供求之间的差距事实上更趋严重。

当我由 McGill 大学取得医学博士学位后，便回到埃塞俄比亚。当时，我希望成为一名全科医生。我投身于临床医学中艺术与科学二者神奇般结合的事业中。我要诊断并治疗多数的疾病，我还要使用专业人员或技术人员作为我的助手。但不久后，我便改变了主意。这有两方面的原因，首先是，在一段相当长的时期内，不会在医院格局以外的其他地方开展业务活动。而在这格局中，我看不出一名全科医生会有什么作为。在我首先供职的医院中，我首先被作为一个劳动力而使用，对所有门诊病人初步分类；再不然，便是作为一名万金油干部，哪里缺乏人手便把我往哪里安排。其次，我还意识到，在缺乏辅助性服务的情况下，开展工作是费力而不讨好的，加之，这种辅助性的服务原也不健全。因而，不久后我便转而从事病理方面的工作，其后又改而专攻内科学（美化了的全科医生专业）。随着时间的推移，我对内分泌，特别是糖尿病有着浓厚的兴趣。

我现在的工作单位是一所医学院附属的三级转诊医院和培训中心。我还在 Black Lion 医院工作。由于没有健全的转诊制度，因而，我从事的是初级、中级及三级转诊工作的大杂烩。设施是简陋的，医院的设备条件是微不足道的。即便是最简单的化验也不可靠。在患者与我之间，没有一个中间的级别层次。我的一名年轻的同事和我，在每周一次的转诊随访问所中每天早上要看 45 个病人。最近，我们估算了一下，平均每次看病人的时间仅只是 8 分钟稍多一点。在这情况下，我们只能集中注意于一些主要的方面。每当我们面对着一名病人进行诊治时，我们内心牵挂着的却是外面排长队候诊的人群。有时在病房中，我们也萌起了医患之间心连心、心贴心的念头。但这种机会不多，而且是绝无仅有。

像埃塞俄比亚这样的国家，在一段可预见的时间内能实现的最接近于人性化的医疗保健的作法莫过于组成精心设计的卫生保健小组。小组由一名医生牵头，其他成员们则按自己的能力分别作出诊断和治疗的决定。病人在随后与小组成员接触中，便会感到放心而高兴。他们甚至会珍视这种安排在解决他们的保健问题所提供的方便。与之相对照的便是，在医生极其短缺的情况下，只能选择某一个医生所带来的局限，这会是令人沮丧且会给病人带来因推延而产生的不利后果。

全科医生在埃塞俄比亚卫生保健体制中的地位，迄今仍不明确。几乎没有什么动力去驱使青年将之作为本人的事业。其结果只能是多数人将之视作是一种临时性的职业而混日子。今后一遇专业培训的机会，便立即抓住不放。

在我们这种环境下，实现理想的医患关系的时刻果真能实现吗？是的，也许当有某种责任感驾驭着这个国家的生殖活动，当人口爆炸的势头有所减弱，当人才外流的现象不复存在，当全科医生成为他们所应享有的声誉及待遇的行业并充分得到专科的支持，当个人积极主动而又明智地参与自我保健活动中的时候，这种理想方有可能实现。

对人类的非人性保健？

D. J. Weatherall

几个世纪以来，新闻记者、漫画家、小说家及剧作家都曾严厉抨击过医学界人士的目空一切、不近人情和冷漠无情。尽管医生们把患者作为一个人来治疗的手段极其有限，但无可争议的是，当前医学界的一些情况都突出表明了它的严重缺陷。

Weatherall 博士是牛津大学 John Radcliffe 医院的钦定教授，其通讯处为 Oxford, OX3 9DU, England。本文最初发表在 British Medical Journal, December 1994 (Vol. 309, pp 1671-1672)。经该杂志同意，本期圆桌会议刊登的这篇文章，由该文缩节而成。

治疗与护理?

肿瘤便是一个极好的例子。患者需经大量的化疗,有的患者会被推到死亡的边缘以便消除其肿瘤。现已有100年了,因而,我们得以像回顾放血和拔火罐一样地翻过头来重新回顾这一切。然而,人们当今认为这是处理这种疾病最有效的手段。在所有为现代高科技所形成的作法中,几乎在所有的场合下病人都被推到了耐受的极限,有时根本没有去考虑一下这样做的原因是什么,其中也包括对这种作法对生活质量究竟意味着什么进行评价。

现代的医疗保健制度集中注意的是疾病,而不是对危重病人给予什么样的支持,因而,病人的问题变得更为复杂化了。危重的慢性病患者和临终病人的情况尤为突出。他们需要持续的护理——这就是说,一位他们信任的、可以与之分享希望与恐惧的医生的关怀和友谊。但对他们说来,这种关系几乎是只可望而不可求的。几乎没有几个医生能对少数日增的处于监护期的病人或临终病人给予关怀体贴。

从事住院病人护理的医护人员在不断变换着,这种状况,也延伸到了全科医生的活动中,就连人们经常求诊于他们自己的家庭医生也受到限制。高效率的管理、高速度的病床周转,在统计数字方面给人印象深刻,但却没有反映出医护人员的治疗护理态度的优劣。同时,病人及其家属的要求较之过去要高出许多。他们不无理地要求医生们拨出更多的时间和作出更详尽的解释说明。因而,护理上的缺陷与对治疗上的关切之间的矛盾变得日益尖锐突出,也就不足为奇了。



人们怎样才能更有人情味?

我们的缺点,在多大程度上是当今医学教育模式的反映?对医生们的大量批评,不是针对他们的临床能力,更多的是他们把患者当作

人去对待的基本能力,他们不善交际,不和蔼可亲,不体贴,缺乏社会对医生们处理人际关系的所有优良的品质。那么,这些态度能上课宣讲使人学会吗?如果能使人学会,就我们可供查询的不多的档案中判断,又由谁来进行讲授呢?

对这问题的关注,已使一些国家彻底变革了医学教育。不列颠医学总会建议,应更突出地强调伦理学、交流的技能、社会科学、更早地接触病人及其家属,而不是基本科学知识⁽¹⁾。几乎没有人会赞成花两年的时间去整天地与尸体打交道是学艺入门的最富想象力的方式。更为重要的是,他们有必要培育起与沮丧的入门交谈的技巧。

而另一方面,正如 Downie 和 Charlton⁽²⁾所雄辩地指出的那样,社会科学在帮助懂得将病人当作人来治疗方面,是有其局限性的。对某一特殊方面的过分强调,不论是经济、政治、宗教,或是意识形态,都会使学生们在人类行为方面的看法有所扭曲。社会科学的对象是人群,而不是某一个人。因而,尽管这方面的某些变革可能有助于造就出更多的能体贴人的医生,但在更广泛地推动医疗保健中更带有牧师色彩的作风方面,可能是意义不大的。

在不列颠,人们若想成为医生时,便需在15岁时立下志向。从那时起,他们的专业领域在事实上已变得狭窄起来。他们要在医学院校接受5~6年的强化的、令人目不暇接的培训,然后,要在医院或个体开业中花费更多的时间。其中有许多人出身于富裕家庭,几乎没有人过去曾当过患者,更没有几个人和除了他们亲友外的外部世界接触过。从15岁起,他们真正放松或自我思考的时间受到了严格的局限,他们没有时间去阅读,欣赏文艺,向广泛的生活学习,与广泛的人群交往。他们中的多数,不能适应有着不同经历和情感,对逆境的承受程度又明显差异的病人的日常要求,这原本也是不足为奇的事。

此外,从当今医学工作的压力情况看,他们在今后的事业中,看来也不会有许多时间可