

## 中心活动

### 中心召开 2013 年度招标课题第一轮评审会

2013 年 1 月 26 日，中美医师职业精神研究中心 2013 年度招标课题第一轮评审会在北京大学医学部召开。中心学术委员会王德炳、李本富、张大庆、樊民胜、石丽英和丛亚丽等专家参加了现场评审。杜治政教授因故未能出席，书面提交了评审意见。



截止至 2013 年 1 月 20 日，中心共收到 28 项课题申请。课题评审由中美双方学术委员会共同完成。中方学术委员会经过第一轮评审，投票筛选出 13 项课题进入第二轮评审，由美方学术委员会确定最终资助项目。第一轮评审中，学术委员会根据中心发布的“我国医患关系/医患信任的研究，包括但不限于历史研究”、“过度医疗的表现形式及其与医师职业精神的关系”、“医院绩效评估体系及其评价指标/医院对医生的评价导向对医师职业精神的影响”、“医患纠纷的应对与处理对医师职业精神的影响”、“医师职业精神在校教育与继续教育的机制及培养模式研究”、“现有医疗体制下医院内薪酬分配模式与医师职业精神关系研究”、“卫生体制改革与医师职业精神”、“医学生的医师职业精神行动支持项目”等八个方向展开评审。其中，教育方向研究评出 3 项课题，医患关系方向评出 2 项，医患纠纷应对与处理方向评出 3 项，医院评价方向评出 2 项，医疗改革方向评出 1 项，薪酬方向评出 1 项，医学生方向 1 项，过度医疗方向空缺。

学术委员会认为此次课题申报从选题和论证上都有很大提高。本次申请的课题多集中在医患纠纷的应对与医师职业精神教育两个方向，反映出申请者对我国医患纠纷的现状具有较为强烈的关注，医患关系的紧张与缺乏信任成为阻碍医师职业精神有效实践的主要因素，申请者普遍认为要对医患纠纷的应对方式进行探索、改革和创新，以避免医患纠纷的激化和负面影响。另外，许多申请者都表达了从教育入手来切实推进我国的医师职业精神建设的想法，普遍认为医师职业精神教育要强调在校教育与继续教育的有机整合，强调医师职业精神的知行合一，关注医学院校自身的文化资源，要注重系统的教育评价方法等。

同时，学术委员会也认为课题申请质量还存在很大的上升空间。在此次申请中，卫生体制改革、医院绩效评估和薪酬支付、过度医疗等方向申请者较少，反映出这些研究方向存在较大难度，需要今后的申请者加强关注和深入思考，进而提出新的研究思路和实践策略，回



应这些我国医师职业精神建设中现实而重要的议题。在论证上，专家建议要做好前期的文献梳理工作，要对国内外同类研究有全面的搜集与整理，要突出前期工作与课题申请的相关性，在研究团队组成上要符合课题的性质要求，鼓励跨学科团队，注重理论研究者与实践工作者的结合，要进一步加强论证的合理性、逻辑性与完整性。

学术委员会感谢所有申请者的积极参与，希望大家关注本中心相关信息的发布，提出反馈意见。  
(唐健)

## 中华医学会 2013 年学术年会职业精神专场在京召开

### ——丛亚丽代表研究中心发言

2013 年 1 月 27 日，中华医学会 2013 年学术年会职业精神专场在北京召开。与会专家从各自的角度出发，对现阶段如何构建现代医学职业精神畅所欲言。中华医学会医学伦理学分会主任委员李义庭教授针对医疗卫生职业精神进行了深度剖析，他指出医疗卫生职业精神具有职业特殊性、历史继承性、鲜明时代性、国际开放性、社会普遍性和医学规律性六大特征。其核心要素是尊重生命、救死扶伤、厚德精术、崇尚医德、促进健康。首都医科大学党委副书记刘芳教授认为和谐医患关系的建立应根植于厚重的文化底蕴。首先必须扎实推进社会主义文化强国建设，其次是大力提倡医学核心价值观，提升医生的人文素养，再次要加强患者的科学精神和科学素养教育。北京协和医科大学出版社袁钟社长更对医者，提出了如何重塑医师职业精神的几点要求。他指出，医生应以“仁爱”立医，以“己所不欲勿施于人”对人，以“业精”立道，以“如履薄冰”诊治，以“端庄有礼”待人，以“虚心求教、尊重同行”立业。北京青年报记者郭小景以《急诊室的故事》为例，阐述了叙事医学在重建和谐医患关系中的重要作用。丛亚丽教授代表中美医师职业精神研究中心做了发言。丛亚丽指出，职业精神的理想状态包括三项基本原则和十条责任。三项基本原则为患者利益至上，尊重患者自主性和维护社会公正。十条责任包括专业上胜任，对患者诚实，为患者保密，与患者保持适当的关系，提高医疗质量，促进享有医疗，对有限资源进行公平分配，对科学知识负有责任，通过解决利益冲突而维护信任，对职责负有责任。西方的医师职业精神注重利他主义，把患者利益放在首位，坚持终身学习，对自己和同事的医疗行为负责，在卫生政策中承担责任，坚持同事之间相互监督以及对医疗机构的监督，全民广泛参与并监督。在我国，传统上强调医生个人的修养而忽略了医生群体/行业的自律，缺乏全民参与的精神。我们需要积极参与到促进公平的卫生保健制度的建设中，应借鉴西方的成功经验，重塑中国的医师职业精神。

## 文献译介

**编者按：**2012 年 ABIM 基金会医学职业精神论文奖颁发给以下三篇论文：(1) The Role of Physicians in Controlling Medical Care Costs and Reducing Waste” by Robert H. Brook, MD, ScD, published in JAMA; (2) Professionalism, the Invisible Hand, and a Necessary Reconfiguration of Medical Education, by Frederic W. Hafferty, PhD, Michael Brennan, MD, and Wojciech Pawlina, MD, published in Academic Medicine; (3) Bending the Cost Curve in Cancer Care, by Thomas J. Smith, MD and Bruce E. Hillner, MD, published in the New England Journal of Medicine.

以上三篇文章分别从专业观点、医学教育和培训以及医学职业精神的实践等方面，对医学职业精神的主要问题进行了分析。我们将对以上三篇文章进行译介，在简报上逐期发表。

本期简报关注的论题是，医生在控制医疗费用和减少医疗浪费方面能否发挥作用，以及发挥什么样的作用？论文作者 Robert H. Brook 博士指出，美国联邦预算赤字可以通过医生控制医疗费用，减少医疗浪费来得到解决。要控制医疗费用，减少浪费，首先需要有一个医疗浪费的评估工具。本文对这种评估工具进行了论述。

在我国医疗体制改革的进程中，控制医疗费用和减少医疗浪费也应是一个重要议题。虽然大部分的声音仍然集中在要求政府增加对医疗的投入上，但是，世界上许多国家的医疗体制改革的经验和教训都已经证明，让社会公众享有优质的医疗服务和实现医疗公正并不是简单的政府投入就能解决的。他山之石，可以攻玉，希望西方的经验和观点能够启发我国学者和医院管理者对相关问题的思考。

## 医生在控制医保开销和降低浪费中所起的作用

(Robert H. Brook 医学博士)

美国预算危机占据了每日新闻中的显著位置，医疗保健费用的增长速度已经超过国内生产总值 (GDP) 的增幅，同时联邦赤字还在不断攀升。预算专家认为，除非能够控制医疗开支，否则赤字无法削减。医生在控制医保费用中发挥什么作用？他（她）们是否愿意这样做呢？

实际上，医生在控制医保费用中面临三种情况。在第一种情况下，医生什么也不做。医疗成本有增无减，医保花费占 GDP 的比重继续增加。但是，无论是否有医生的帮助，成本危机迟早是要面对的。

第二种情形就是医疗保健（资源）实行配给制。统一配给一定量的设备、药品、手术等产品，它们既带来一定的健康利益，同时也造成了高额的费用，无论实施方式如何，大多数人还是会反对配给制。

在第三个方案中，医生带头鉴别和消除美国医疗保健中的浪费现象。医生可以通过把所



有服务分四种护理类型，以此来界定什么是浪费。这四种类型依次是：不恰当的，可有可无的，恰当的，必要的。对于不恰当的护理来说，手术、设备或药品的使用，给患者带来的潜在的健康利益小于其（对患者）造成的伤害；而在可用可不用的救护中，患者得到的潜在利害大致相等；恰当的救护则是潜在利益超过了潜在伤害；最后，必要的救护是指，这是恰当的唯一可行的选择，并能够（给患者）带来巨大的健康利益。

经济学家对浪费的定义并不相同。浪费在经济学家看来，是指花出去的钱没能制造出等价的价值。许多经济学家认为，如果一个人的生命只有一次，那么她的价值至少是 300 万美元。<sup>1</sup>因此，提供一年高质量的生活，花销却在 5 到 10 万之下，那就不是浪费；<sup>2</sup>但是，如果提供一年高质量生活的开销超过 15 万美元，那就是一种浪费。医生喜欢（关于“浪费”的）医学定义，却不知道系统中究竟有多少医疗花销是在浪费。

要评估一个医院在提供医疗服务过程中存在多少浪费，需要有一个医疗浪费的评估工具。到目前为之，还没有一种能够适用于所有诊疗服务的评估工具，但是针对许多专科医疗的评估浪费的工具已经研发出来了。如果这些工具能够得以进一步完善，那么，基于患者在某一年中医保花销的总额，对患者进行采样，通过审查患者的医疗纪录，运用评估工具，给患者接受的每项服务进行 1 到 4 的评价（即不恰当的，可有可无的，恰当的，必要的）。

搜集合理的样本量，进行医疗纪录的审查和评估，花费巨大。但它的好处是，可以粗略估计出整个系统中存在的浪费——即在不恰当的或者可有可无的医疗服务到底占多大比例，从而了解医保费用中到底有多少是属于浪费的。还可以进一步评估消除这些浪费的服务，对短期成本、长期成本、固定成本、平均成本和边际成本产生什么影响。另外，一方面消除属于浪费的医疗服务，另一方面还要增加之前患者没有得到的必要的服务。（例如，对一个稳定型心绞痛的病人来说，取消血管整形术，同时需要增加其它的必要治疗）。取消浪费医疗服务所节省下来的费用可以支付这些增加的必要的服务。可以预见，医疗浪费的评估不仅可以促进临床服务的改善，而且可以节省大量资金。

医生可以通过减少医疗保障体系中的浪费，来帮助减少国家预算赤字，对这一点不必感到惊讶。如果能确定不同类型的医疗服务占有多大比例就能构成浪费，那么，就可以制订年度消除浪费的战略计划，包括如何教育医生去识别和消除医疗浪费；将医疗浪费的内容加入医师执业资格考试中；将是否有效减少浪费作为对医生和医院的评估标准之一。

预算危机是真正的危机。因此，医生必须对医疗浪费问题做出回应，否则，所谓控制医疗费用的政策都是徒劳。

（The Role of Physicians in Controlling Medical Care Costs and Reducing Waste, published in JAMA, August 10, 2011, 306 (6): 650-651）

（徐汉辉译 胡林英编校）

<sup>1</sup> 卡特勒 DM: 《你的钱或你的生活：美国医疗保健系统的猛药》，纽约：牛津大学出版社，2004 年。

<sup>2</sup> 同上。