

## 中心活动

## 医师职业精神建设的历史作用研究北京专家座谈会圆满召开



2011年4月19日上午，“中华医学会促进医师职业精神建设的历史作用研究”北京专家座谈会在北京大学医学人文研究院举行。座谈会由北京大学医学史学研究中心甄橙教授主持。中华医学会吴明江副会长、中国社会科学院生命伦理学邱仁宗教授、中华医学会医学伦理学分会主任委员李义庭教授、中华医学会办公室主任王永明研究员、原中华医学会办公室主任张圣芬研究员、《中国卫生法制》主编王北京教授、北京大学人民医院原呼吸内科主任何权瀛教授、北京大学第三医院整形外科主任李东教授、

北京市肢体残疾矫治中心秦泗河教授等校外专家，以及北京大学医学人文研究院院长张大庆教授、医学伦理学从亚丽教授、尹秀云副教授、医学美学韩英红副教授、北京大学医学部公共卫生学院刘继同副教授等校内专家进行了热烈讨论。

张大庆院长对各位专家的到来表示热烈欢迎，并从医学人文精神的历史，分析了医师职业所面临的问题。吴明江副会长首先发言，他对该课题给予了高度的评价，认为设立该项课题具有重要的历史和现实意义。医师职业对医生提出了较高要求，医生要有正确的价值取向，如果医生的价值取向发生偏移，就会出现医患矛盾等一系列问题。例如干细胞移植、辅助生殖技术等临床治疗的新技术问题，都与该课题所探讨的医师职业精神息息相关。

北京大学公共卫生学院刘继同副教授指出社会越发展，历史研究就越显得重要。医学作为医学社会服务专业之一，承担着很大的社会责任，医生需要秉承正确的价值观，否则，医学就失去了“灵魂”。中国社会科学院邱仁宗教授介绍了医学专业精神和生命伦理学内涵和外延的重合及相异之处。中华医学会医学伦理学分会主任委员李义庭教授从学会的角度提出，医学伦理学分会不应该是中华医学会83个专科分会之一，而应该与其他82个专科分会都保持密切的联系，联合其他专科分会共同促进医师的职业精神建设。他指出该课题具有重大的现实意义，由于经济利益的驱动，职业精神的建设在现实层面可能会遇到很多困难。伦理问题不仅包括思想观念层面，还包括实践层面，更应该从现实的行动中概括出医生的职业精神。卫生法学专家、《中国卫生法制》杂志社主编王北京教授从法律角度谈了他对职业精神和法律的相互关系的理解，并从法律的历史演进中指出中国医师职业精神建设在法律方面存在的问题。北京市肢体残疾矫治中心主任秦泗河教授，与到会嘉宾分享了管庄医院创建和谐医患关系的经验，并从自己的生长经历和生长环境，提出了对医师职业精神的理解。他在发言中指出目前我国多数医学学术期刊没有设立医学人文栏目，这是中国医师职业精神建设的一大缺憾。北京大学人民医院何权瀛教授从内科医师的角度，分析了公立医院创收机制、医患关系紧张、药品回扣等在医师职业精神培养过程中的利益冲突问题，强烈呼吁加强中国医师职业精神建设十分重要和必要。北京大学第三医院整形外科李东教授，从整形美容外科工作的特殊性，指出公立医院整形美容外科医师更需要培养高度的行业自律意识，以此减少医疗美容行业的不良事件的发生。中华医学会原办公室主任张圣芬研究员提出由于历史原因，中华医学会将主要职责放在了学术发展和交流上，对医师职业精神建设应该重新重视起来。其他与会专家也分别发表了自己对中国医师职业精神建设的看法。

此次“中华医学会促进医师职业精神建设的历史作用研究”北京专家座谈会，利用北京大学医学部中美医师职业精神研究中心的平台，结合与会专家各自的学术领域，为中国医师职业精神建设的研究注入了充实内容，大家一致认为中国医师职业精神建设是一项有待于研究和加强的工作，更希望中华医学会作为一个拥有近百年历史的医学组织，能够为中国医师职业精神建设提供宝贵的历史经验。（张骞）

**编者按：**此次座谈会系中心系列小型研讨会的首场。今后我们还会以多种方式举办此类活动。您对此有何建议？欢迎您积极建言献策，用您的智慧点亮我们前行之路。



## 文献译介

# 医学职业精神再思考：信息技术的角色与实践

David Mechanic

在现代的医疗实践语境中要完全地实现职业精神的标准是非常困难的。因此它需要新的改变和适应。在考察了医学职业精神的要素及其在医学实践中所面临的挑战之后，我将考察信息技术、慢性疾病管理模式的改进、责任分享、薪酬支付模式改进等措施对这些挑战的回应。

在 2002 年一些医学领导者们起草了一份医师职业精神宪章，构造了几个基本原则、职业责任和伦理优先性。这一努力是为了回应医学中信任的逐渐丧失。但是，对医学职业精神的描述也是各种各样的，并且同时受到了利他和利己目的的驱动。不过关于医生行为的一些核心的职业标准和伦理期待取得了广泛的共识。这些期待包括：保持职业胜任、尊重病人、维护病人利益、避免利益冲突等。这些原则尽管在抽象意义上难以反驳，但在实践中却很难实施。这些原则确实构成了医学职业精神的基础，但是他们必须在医学组织和医学实践的最新变化中得以应用和扩展。医学知识和技术、医疗组织、医疗筹资、公司利益等各个方面的变化是它不得不面对的新的现实。

### 对职业精神的挑战

对职业精神的挑战首先来自保持职业胜任这一方面。保持职业胜任意味着医生要在医学知识和技术快速变化的时代进行持续的学习。然而，医学研究、替代技术和替代性治疗的巨大变化不仅要求医生保持十分宽广的学习范围，而且还要有很好的判断能力和怀疑精神。1975 年关于随机临床试验的论文只有 200 篇，而到 2005 年就有 3 万篇之多。除了这种信息的增长之外，还有很多公司设计一些相关的研究来扩大自身的利益，他们对信息的控制造成了知识上的偏见。例如，有一项研究对 12 家抗抑郁病研究机构所发表的论文和它们向 FDA 报告的数据进行了对比，结果发现向 FDA 注册的各种研究中有将近三分之一的研究没有公开发表研究成果。在已公开发表的研究中，尽管有 94% 的临床试验是成功的，但是向 FDA 存档的试验中只有 51% 是正面的。

尊重病人的职业要求也面临着困境。传统上，医学职业盛行的是家长主义模式，在这种模式下医生是有权威的专家，对病人进行诊断和治疗。病人的角色就是配合医生的治疗，以及遵守医嘱。文化的变迁、治疗的多方选择、患者的教育水平提高、医学信息的普及等方面的变化对医生有了新的职业期待和要求。医生的权威与合法性不断受到挑战。病人自主、知情同意、病人的偏好选择、决策自主等塑造了新的医患关系模式，病人不再是消极地等待医生的诊断、治疗和决策。在这种情况下，尊重病人要求医生对病人个体的个体性进行评估，了解他们的背景、期待、偏好、性别、年龄等各方面的差异。有些病人坚持自己做主的权利，而有些病人却希望医生来为自己做选择。这些无疑都加大了医生的工作难度。

第三个方面的挑战针对病人利益优先这一道德原则。这要求医生始终把病人的需要放在首位，维护他们的最大利益，同时不让自己的个人利益和个人判断影响病人的利益。医师宪章还要求医生坚持公平分配有限的医疗资源这一公正原则。考虑到医生和病人的互动关系，这一点是很难做到的。一份全国性的调查发现，如果病人坚持要做 MRI，36% 的医生都会给病人做他并不需要的 MRI，这一数据低于医生实际所做的。按照正义原则，提供不必要的昂贵服务，是违反职业责任的，并且是对其他需要该资源的病人的不尊重。这样的决策对医生来说是很困难的，病人可能质疑医生是否真正地把他们的利益放在心中。

第四个方面的挑战来自利益冲突。赢利性医疗企业的快速增长和大公司的赞助对医生形成了巨大的影响，也为医生创造了很多去医药企业工作的机会。医学科学家和医生同医药公司的关系越来越紧密，这使得人们开始关注商业利益在什么程度上损害了医学科学和医学教育的客观性，在什么程度上歪曲了医学决策。因为这些公司与很多的医生存在经济关系，而 FDA 和医学期刊很难找到不存在明显利益冲

突的专家作为评审人。这些经济上的利益包括：咨询费、讲课费、差旅费等等。《新英格兰医学杂志》的前编辑 Arnold Relman 将职业精神丧失的主要原因归结于市场经济。1980 年的 Bayh-Dole 法案使得医学的商业性环境日益加强。这一法案鼓励大学与其他非赢利性组织和商业组织进行合作，从而加快了科研成果的商业化进程，并将其合法化。

医生面临的第五个方面的压力来自时间。随着医学知识和治疗选择的不断增长，医学活动的边界范围也不断扩大，并且管理的压力和经济的压力也越来越大，这些都使得医生只有很少的时间来做所有这些事情。在最近的几十年里，民众的教育水平不断提高，能够获取和使用医学知识和信息，这使得他们在求医时很积极，有很多的问题要问，从而客观上造成医生和病人沟通上的压力。虽然在过去的几十年里医生花费在病人身上的时间增加了，但是由于医患接触的内容增多了，病人的期望也改变了，医生们觉得病人真正看病的时间反而减少了。时间就是金钱，尤其是当保险公司限制看病的种类，并给医生很少的报酬补偿时。医生在病人身上花的时间越多，他们的效率和收入就会减少。有些病人还要求医生给他们开广告上宣传的药和治疗方法。这无疑也会增加了看病花费的时间。如果医生完全按照药品市场的信息或病人的要求来开处方，这样会增加治疗的风险，从而没有很好承担“守门人”的角色。

### 职业精神再造

职业精神面临的这些挑战并没有很容易的解决办法。一些实践上的创新可能会有利于提升职业精神、医疗服务质量和医生的满意度，也会使得初级保健变得更加可行。这些创新包括：信息技术和电子病历的应用；组织得当的安排来改善与病人的关系；疾病管理计划的实施；将薪酬激励与职业精神、质量目标挂钩。这些创新并非彼此独立的，其中信息技术对于其他措施的成功实施是非常关键的。如果使用得当，这些举措将会增强医生的胜任能力，更加有效地利用时间和团队合作，并帮助医生在一个更加公平的语境中捍卫病人的权利。

信息技术在医疗中的应用包括：电子病历、决策和教育辅助工具、备忘录、邮件、专业网站、在电脑上开处方，等等。这些工具为医生提供了一个非常有价值的平台，可以提高服务质量、满足病人对医生的职业期待。英国、澳大利亚和瑞典已经普遍地采用了电子病历，尤其是在初级保健领域，但在美国电子病历的应用发展缓慢。而一些大的卫生保健项目采用综合信息技术的步伐很快。Kaiser Permanente 医疗公司有九百万员工，投资了数十亿美元来建立电子病历系统。公司的 CEO 说，电脑是医生的直接支持工具，电脑能够给医疗保健带来很多的潜在价值。

信息技术和电子病历的重要性是不言而喻的，它能帮助初级医疗保健得以复兴。初级医疗保健的医生因为报酬很少而十分沮丧，他们也不能为病人提供很好的服务。在美国，很少有人认为他们所得到的综合医疗服务是有效的、可欲的。各个系统之间缺乏协调，这种支离破碎使得医生们非常忙碌和疲惫。而信息技术和电子病历为此提供了机会，它可以构建一个更加全面的、协调的、有效的系统，在这个系统中医生可以更好地进行医患沟通、医学教育和疾病治疗。

提供高质量的医疗保健要求医生广泛利用快速发展的医学知识和信息。信息技术的创新能够使全世界成千上万的医生在一起合作，评估临床试验和其他研究；能够将研究结果整合进临床实践之中，从而造福个体病人；能够使医生随时随地获取相关信息来帮助进行医疗决策，权衡替代性治疗方案的受益和风险；还能够创建团队合作、进行职业之间的沟通与协调、共享病人疾病的重要信息以进行持续治疗。

但信息技术的实施面临着一些障碍。尽管很多医生明白电子病历系统的价值，但美国的医疗保健系统缺乏一个核心的动力来克服实施信息技术的障碍。美国的医疗保健是高度分权的。对一些小的医疗单位来说，创建电子病历系统的费用十分昂贵。随着效率的提高，在这方面的投资会加快，但医生们要克服学习信息技术所带来的经济风险。当引进新的系统时，那些缺乏技术知识的医生会感到不安全，担心管理系统软件的失败。那些小型的付费服务提供者承担着信息技术的成本，却往往发现大部分利益都被保险机构赚走了。这些额外的责任增加了他们的工作负担，让他们付出了更多的金钱成本。美国的医疗照顾和医疗救助服务中心（Centers for Medicare and Medicaid Services）以最低的价格向医生提供了一款名 VistA 软件，尽管软件的配送是免费的，但每个医生的注册费和其他成本（软件升级、安装、客户定



制化、数据服务等)每年至少几千美元。尽管这款软件在电子病历系统应用方面有所突破,但它的广泛应用和实施仍面临很大挑战。值得注意的是,不管信息技术怎么完善,它都不能代替医生的智慧与判断。

慢性病的管理是一个巨大的挑战,它要求在长时间里提供较好的临床服务。慢性病的恰当管理取决于对病人、即时信息、医疗团队合作与沟通等进行有效的控制。高质量的慢性病治疗服务超越了单个人之间的关系,而依赖于一个系统性的团队合作,以保证必要的控制、随访、持续照顾、教育等。实践上的压力、缺少经济激励,这使得慢性病管理服务困难重重,尤其是对那些小型的医疗单位而言。

有两个替代性的方案可以应对这个挑战。Ed Wagner 和他的同事创建了一个慢性病管理模型,以帮助有兴趣的组织改善医疗服务递送系统和临床信息系统,并且致力于提升病人的自我管理。尽管有很多组织采用了这一模型的某些要素,但很难清楚地知道这一模型的应用范围有多广。另外一个替代性方案是让独立的组织承担一些必要的管理工作,他们通过健康保险计划来管理慢性疾病,而不需要重组医疗机构本身。现在很多疾病管理公司与健康保险公司签约,利用他们的数据来识别那些有严重慢性病的人,以及那些有高风险、高成本特征的病人。他们负责管理病人的健康水平,提供自我照顾方面的帮助和教育,并且当需要医疗干预来避免紧急情况时与病人的医生合作。很多大的公司都有这方面的项目。

医生的薪酬支付并没有一个理想的支付模式。每一种都有利有弊。在美国,医生的薪酬支付方法长久以来一直争议不断,医生们一般强烈支持付费服务模式,这种模式能够激励他们努力工作。然而批评者认为这种模式会导致过度和不必要的治疗。相反,按人头付费的模式有相反的激励效果,它能够限制不必要的服务。有些人认为工资制是一个更加中立的薪酬模式,但是批评者认为它会使医生工作不积极、对病人更少回应。多年以来卫生保健机构一直寻求混合的薪酬模式来克服单一形式的缺陷。

最近几年,绩效工资模式得到了应用,它作为一个工具来提升医疗服务质量。绩效工资模式定义了非常清楚明晰的服务目标,提供经济激励来追求这些目标。这一模式的潜在观念并不新奇,新奇的是它创建了一个全面的计划来追求高质量的医疗。如果这种模式能对医生的良好实践进行回报,那么它就能促进职业精神。如果它鼓励医生提高自己的胜任能力,那么它也能为职业目标做贡献。运用这种方式医生就能将职业精神的规范内化在自己的日常实践之中。在某种意义上,绩效工资所完成的目标与电子病历系统是相类似的。不过,美国大多数的绩效工资项目都是很小的,对大多数医生的收入影响很小。2004年英国国民医疗服务(NHS)创建了一个绩效工资系统,来鼓励医生承担额外的责任。该系统使用了1050分的打分系统,来回报医生在重大医疗改善方面的贡献。至于这种综合性的激励系统是如何影响医生的角色和职业责任的,我们却知之甚少。有的医生甚至质疑绩效工资模式会扭曲医生的判断。

## 总结

在理想的世界中,医生将会提升自己的能力、掌握并持续学习医学知识、避免利益冲突、公正地对待病人。但是在非理想的现实中,医生受到个人、组织安排、资源、管理、经济等方面的限制和压力,从而削弱了他们的职业理想。教育者和医学生们常常陷入这种理想与现实的背离之中,学生们被教育的和在现实中所看到的也存在很多不一致的地方。

时间限制严重地约束了医生的临床实践。很多人认为每个病人看病的时间持续半个小时是有必要的。信息技术能够使得医疗决策变得更加透明,使得医生更有责任感,并帮助管理一些利益冲突。至于是否应该接受医药公司的礼品,医生们持有不同的看法。尽管信息技术是实现职业目标的一个必要条件,但在美国,信息技术在医疗领域的发展还很缓慢。在一个整合的卫生保健系统中,医生们将成为大型组织和地区网络的一部分。它们有能力来投资信息技术,获取技术支持,并能够有效地利用团队合作。

总之,保持职业精神是一项持续的任务,它要求医生适应组织的、技术的、经济的和文化的变迁。医师职业精神面临着多方挑战,信息技术、电子病历系统、慢性病管理、薪酬激励等措施的实施将会有效地促进职业精神的建设。当然,它任重而道远,需要人们的共同努力。(李红文编译)

David Mechanic, Rethinking Medical Professionalism: The Role of Information Technology and Practice, *The Milbank Quarterly*, Vol. 86, No. 2 (Jun., 2008):327-358.