

第三届中美医师职业精神研讨会暨北京大学医学部

中美医师职业精神研究中心成立仪式

第三届中美医师职业精神研讨会暨北京大学医学部中美医师职业精神研究中心成立仪式于 2008 年 10 月 20—21 日在北京大学医学部召开。



方伟岗副主任和 David Rothman 教授为研究中心揭牌

北京大学医学部中美医师职业精神研究中心揭牌仪式于 2008 年 10 月 20 日上午在北大医学部医学图书馆会议室举行。北京大学医学部副主任方伟岗教授、中国医师协会副会长兼秘书长杨镜、哥伦比亚大学医学职业研究中心 (IMAP) David Rothman 教授, 及卫生部医政司代表参加了揭牌仪式并致辞。

2008 年 10 月 20-21 日, 第三届中美医师职业精神研讨会在北京大学医学部召开, 同时也举行了中美医师职业精神研究中心成立的揭牌仪式。此中心是面向全国的研究机构。

2005 年秋, 哥伦比亚大学医学职业研究中心 (IMAP) 的 David Rothman 夫妇和哈佛大学卫生政策研究专家 David Blumenthal 等一行来我校与李本富教授领导的工作团队 (期间离不开彭瑞骢老师、王德炳老师等的大力支持) 商讨职业精神工作。通过上海医学伦理学会、山东大学医学院和西安交通大学医学院三家单位的鼎力协助, 分别对我国几个重要城市的医师执业状况、医学伦理和卫生管理等问题进行了深入研讨。基于此, 拉开了这三届系列研讨会的序幕。

2006 年 11 月初, 第一届中美医师职业精神研讨会在上海浦东举行; 2007 年和 2008 年 10 月均在北京召开了第二、三届研讨会。国内二十余位知名教授和临床医师, 如杜治政、许志伟、张金钟、李义庭、孙福川、樊民胜、王玉琦、王香平等教授都投入了大量精力准备发言资料、进行调研等, 使得研讨会在学术上取得了越来越大的进展。但是, 在对职业精神概念的解读和翻译 (medical professionalism) 等方面仍然存在疑义, 对如何促进这个工作, 临床医师和人文学者因立足点的不同而仍然存在不一致的看法。这个单词, 无论是翻译成医师职业精神, 还是医学专业精神, 都不能足以把它内在的含义都囊括其中, 即置患者



利益于首位、医师行业的自律、个人技术的胜任和医师群体对社会的承诺。尤其是在我国，传统上本来就缺少行业整体的规范，医师更侧重的是个人的修养，而非集体的行业建设。这是我们医师群体在日前的卫生体制改革方案的参与和讨论中缺乏应有的责任和热情的根本原因。在我国医患关系不乐观的今天，虽然医患个人层面的不信任存在，但这种现象不只存在于这个行业中，更重要的是，医患关系在患者、社会群体层面对医疗整个行业方面缺乏集体信任的基础和保证。中国医师协会 2002 年才成立，各方面的工作也才开始。可见，在我国，医疗这个行业还比较缺乏以医师整体的名义向社会承诺应有的责任。**Medical Professionalism** 这个英文单词更侧重于行业对社会的承诺，新千年医师宣言中也非常强调医学这个行业要在促进卫生体制改革方面发挥作用。“医学专业精神”更贴近英文单词本身，是从这个行业角度看问题；“医师职业精神”更侧重于个体行为角度，利于中国医师在概念上接受它、践行它和工作的推广。

经 2008 年 6 月 30 日北京大学医学部第 20 次部务办公会研究决定，正式批准成立北京大学医学部中美医师职业精神研究中心（虚体）。柯杨教授任中心主任，丛亚丽教授、段丽萍教授任副主任。

中心成立后将开展的工作之一，是进行一系列的研究。目前的研究项目资金由 IMAP 负责筹集，大概每年资助 6-10 个左右的研究项目。总之，中美医师职业精神研究中心的工作就是促进职业精神的形成和发扬。这是正道。

北京大学医学部中美医师职业精神研究中心网址：<http://medprof.bjmu.edu.cn/>

联系人：尹小雁 张海洪

电子邮件：china_usmedprof@yahoo.com

办公地点：北京大学医学部逸夫教学楼 601 室

通讯地址：北京市海淀区学院路 38 号北京大学医学部中美医师职业精神研究中心

邮编：100191

电话/传真：86-10-82805543

第三届中美医师职业精神研讨会主题介绍

第三届中美医师职业精神研讨会由北京大学医学部中美医师职业精神研究中心主办，中国医师协会道德建设委员会协办。来自哥伦比亚大学医学职业研究所、哈佛大学、ABIM、Kaiser Permanente, Open Society Institute、蓝十字与蓝盾协会和联合国教科文组织等九位国外专家，国内近二十省市、自治区的医院管理者、临床医师和医学伦理学专家等近 70 人参加了会议。会议就医患关系、医师角色、医疗差错、医师薪酬和公共政策五个专题进行了研讨。

一、医患关系与职业精神

职业精神（professionalism）与职业活动紧密联系，具有鲜明的职业特征。医师职业精神在医师这一特定职业的实践基础上形成并着重反映着这一职业的特殊利益和要求。当前中国医患关系最明显的问题在于医患双方缺乏应有的信任，根本原因在于患者对医师的整体职业形象没有一个较为正面的评价。医师职业精神正是旨在改善并重塑医师良好的职业形象，通过在医师群体内部推动职业精神建设的方式，发展德才兼备的医师群体；通过实现对患者利益的切实关注，逐步转变患者对医师这一职业的整体认知和评价，为构建医患双方的信任合作关系打下良好基础。

本次会议的第一专题便是围绕医患关系和医师职业精神展开研讨。医学与哲学杂志副主编赵明杰在报告中介绍了患者视角的职业精神全国阶段性调查，此调研问卷设计全面，相信会在调查结束后为职业精神的进一步推动起到重要作用。北京大学人民医院的张斯琴教授则从部分医务人员对职业精神相关主题的看法和态度方面进行职业精神的阐释。来自基层医院的战胜军院长从全新的视角展示其在当地的一些促进职

业精神的做法,和取得的良好效果。Holly Humphrey 教授在《医患关系与医师职业精神》的报告中介绍了芝加哥大学的 FACE Card 项目。她指出,大学的临床教学医院接收的病人往往接受一小组医师的治疗,这些小组成员在训练水平上的差异将有可能导致混乱的危险。Face Card 项目便是旨在帮助病人鉴别和评价其住院医师,并收集病人对医师职业行为的相关评价。每个住院医师都配备 Face Card,在查房期间,病人将对该医师在交往过程中的沟通程度、热心度、责任心等关键问题进行 0—100 的评分。评分结束后,将有专人对医师的 Card 报告进行评价,评价结果将归入卷宗备查以作为培训机构的季度性反馈材料。该项目让病人参与到对医师的评价体系中,不仅仅对医师形成一种职业性约束,更通过透明的、标准的程序保证了医患沟通,推动了医患关系的和谐发展。

二、中美医师在改善医疗卫生服务方面所发挥的作用

目前,医疗卫生服务的改善已经由医疗技术的改进扩展到对病人权利、利益的更加人性化的关注等方面。医师是医疗卫生服务最直接的提供者和实现者,医师职业精神正是旨在通过加强医师对自身职业的同感和责任心,实现其自我约束以改善医疗卫生服务的质量。

本次会议的第二专题中,北京大学人民医院的何权瀛教授从对哮喘病管理的角度说明医务人员对医疗体制改革的真正参与。张大庆教授做了名为《中国传统医学职业精神的诠释》的报告,从中国传统层面对医师职业精神进行了理论诠释。他指出,儒家的“爱人”原则、道教的行善教义、佛教的行善伦理等均是医疗行善的中国传统思想渊源。他进一步强调,在医疗行善的问题上,中西医疗实践中存在很大差异。肿瘤医院李明医师则坦诚平实地交流了医师的社会责任和社会对医师应有的关怀。医学部医管处英立平处长也在另一节中提出对医务人员的关怀是个需要引起重视的话题。David Blumenthal 教授分享了他关于美国医师的公共角色和作用的调研结果。他指出,大部分的美国医师认为参与公共角色是重要的,医师对于公共角色的参与性问题不但会受到个人因素(年龄、种族)、职业因素(专家、教师)和实践因素(实践背景)的影响,还可能会受到更多社会因素的影响,比如政治稳定、经济压力和社会的不平等程度等。日常实践中对病人所遭遇痛苦的感知也将鼓励医师更多地参与公共角色。David Rothman 教授在名为《医师职业精神和医师:议程设置》的报告中强调,职业精神的要义在于利他主义和对病人利益的承诺,医师不但要保持技术上的卓越,还要加强自我约束,积极投身于关注病人和社会利益的公民事业之中。

三、如何减少医疗差错

医疗差错是指医疗过程中出现的违背预期目标或/和医学规范的行为,在医疗过程中的任何一个环节和医院的不同场所都可能发生。就中国现状而言,医疗差错相关的理论研究还存在相当多的空白,像导致医疗差错的各种因素及其作用机制问题,基于诱因研究的医疗差错预防和控制问题等。医疗差错的广泛存在严重侵害了患者利益,更在客观上加剧了医患关系的恶化,同时也对医院管理提出严峻挑战。因此,尽管医疗差错无法避免,但是,仍然有必要将医疗差错减少到最低。在医疗差错的预防问题上,要求医师实现严格的自律。我们期望通过职业精神的相关建构,在医师方面形成观念上的自觉自律,尽管这是一个漫长而艰辛的过程。

参加本次会议的中外专家学者则主要从方法论角度就减少医疗差错进行了探讨。张忠鲁和李松林院长分别从不同的实践角度提出了对减少医疗差错的管理设想。他们提出应从三方面着手,首先,持续改进医院的规章制度、建立医院安全文化;其次,优化医疗流程、优化医疗设备配置、提高相关技术;第三,加强医务人员职业培训和职业道德建设。丛亚丽教授联合国内四个城市对医疗差错进行了调查,提出要让医师职业精神在医疗差错方面有所作为,应从改变医疗差错上报这一小环节入手。Sharon Levine 教授也提出进行非惩罚性的环境文化等软环境建设的观点。

四、医师职业精神实践中的障碍因素研究

Sharon Levine 教授关注保险产业对医师职业精神的影响,她强调,任何一个保险方案都必须满足三点



要求：(1) 满足病人需要是首要的道德义务；(2) 医师的义务扩展到波及范围 (risk pool) 内的所有相关人员；(3) 在分配正义框架下的病人支持与资源管理。只要任一上述条件没有得到满足，那个方案都将因面临失去公众信任的危险而宣告失败。

马强教授和胡林英博士一致认为，薪酬是目前中国影响医师职业精神发展的最大障碍性因素。马强教授指出，医师职业精神的内部充实需要有足够的物质保障，其外在形象也需要物质基础予以保证，其表达形式也需要以物化形态施与他人。中国目前医师薪酬过低的现状必然影响医师职业精神建构。解决薪酬问题成为职业精神建设的首要前提。但薪酬提高到一定程度后，并不与提高职业精神呈正关系。胡林英博士在报告中呼吁建立以患者利益为中心的绩效激励机制。她指出，确立绩效激励机制的最终目的在于为患者提供所需的优质医疗服务。可参照医师治疗病人的数量、诊断准确率、治疗成功率、并发症发生率、死亡率等完善绩效激励机制的指标体系，并积极推动公正合理的医疗筹资体制、有效的风险管理体制等制度建设为激励机制提供全面的支持性环境和体制。她强调，这种新的绩效激励机制不但充分考虑患者利益，还为医师薪酬提供了较为客观的分配标准。Allan Korn 从医院层面和政府项目支持的奖励机制方面，展示医师薪酬与患者健康水平之间的正相关，提出和谐社会的蓝景——快乐的医师，健康的病人。

五、医师职业精神与公共卫生报告制度

现代社会的发展使得医师发挥作用的领域逐渐突破了医患双方的局限。在具体实践中，医师所具有的专业知识技能赋予了他们对于公共健康更多更大的责任，尤其是医师对公共卫生政策所产生的影响。医师这一职业正更加紧密地同人们的日常生活安全联系起来。这一现实对医师提出了更为严格的道德要求。医师职业精神的提出则让这一抽象的要求变得较为具体，然而，医师职业精神的建构也同样需要制度的相应支持，公共卫生报告制度的建构正是我们推动医师职业精神发展的初步探索。Tom Kollege 通过对减少损害的解读和案例分析，阐明医师在公共卫生方面的社会责任。Sheila Rothman 教授指出，美国医患关系冲突的核心在于保密性问题，公共卫生报告制度的实行使该问题更加突出。然而，随着公共卫生状况的不断变化发展，尽管分歧依旧存在，但是，一个新的共识——越来越多的医师意识到其所处群体的健康与病人的隐私权相比具有更大的优先性——已经基本达成。

会议闭幕式由丛亚丽教授和 David Rothman 教授共同主持。王德炳教授做了热情洋溢的讲话。本次研讨会提供了一个跨文化、跨背景的讨论平台，既有理论的反思，也有实践经验的介绍，为中外学者和临床医师对于医师职业精神的进一步探索提供了一个更广阔的视野。从医师职业精神的视角出发，深刻剖析中国语境下医患关系现状及其特殊性，分析其历史成因和现实的障碍性因素，明确医师的角色和社会责任，并寻求相应的政策支持，是减少医疗差错，构建和谐医患关系的前提。这一路径不但具有重要的理论研究价值，更具实践的指导意义，但是，涉及的很多问题，像医疗差错问题，公共卫生报告制度问题等都还需要更加深入和详细的探讨与研究。



会议全体工作人员