

patient-centered clinical method a model for the Doctor-Patient interaction in family medicine[J]. Family Practice, 1986, 3(1): 24-30.

- [5] Thomas SS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the Doctor-Patient relationship[J]. AMA Arch Intern Med, 1956, 97(5): 585-592.
- [6] Shattell M. Nurse-Patient interaction; a review of the literature[J]. Journal of Clinic Nursing, 2004, 13: 714-722.
- [7] 刘琳. 网络环境下医患沟通模式研究[D]. 吉林大学,

2008.

- [8] 张翔. 医疗服务过程中医患非对称信息及互动模式研究[D]. 华中科技大学, 2007.
- [9] 卢纹岱. SPSS for Windows 统计分析[M]. 北京: 电子工业出版社, 2002: 20-22.
- [10] 钱辉, 李国博, 张大亮, 等. 影响新老患者就医感知价值因素的实证研究——以台州医院为例[J]. 中国农村卫生事业管理, 2010, 30(10): 819-821.

(收稿日期: 2013-01-08 修回日期: 2013-03-21)

• 卫生管理 •

论医生保护制度建立的重要性及相关建议

刘 静, 万立华[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院/重庆市医学与社会发展研究中心 400016)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2013. 19. 047

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2013)19-2296-03

据不完全统计, 各地公开报道的恶性暴力袭医事件数量近十年来年均增长近 30%, 《中国青年报》曾报道的北京某医院医生接受问卷调查的结果显示, 70% 的医生曾受到患者或患者家属的谩骂、人身攻击等。新的医患关系背景下, 医生不再仅是患者健康的保护神, 医生自身也急需得到制度的保护。

1 中国医生保护制度的历史和现状

自古以来, 医的定位就是医乃仁爱之术, 施德于人; 医乃技艺之术, 施救于人。《文正公愿为良医》中更有“不为良相, 当为良医”一说, 可见当时社会对医生的尊重与崇敬^[1]。20 世纪 80 年代之前, 医生的社会地位普遍较高, 医患关系也纯朴简单, 医生成为人们脱离病痛折磨的健康卫士, 社会对医生多怀有尊崇与感激之情, 所以缺少医生也需要保护的这种意识和认知。

随着社会的发展和经济的增长, 人们的认识能力、道德观念、价值追求等都已发生了深刻的变化, 社会对医生的尊敬态度也随之改变。据中华医院管理学会统计, 自 2002 年 9 月 1 日《医疗事故处理条例》实施以来, 中国医疗纠纷的发生率平均每年上升了 22.9%, 70% 的医院发生过患者殴打、威胁、辱骂医务人员事件^[2]。

愈演愈烈的袭医事件表明, 在社会经济、结构模式和个人观念都已发生巨大变化的背景下, 原有的调整医患关系的基础已无法解决现在新出现的一些问题, 相比国外医生的高社会地位与高福利, 中国对医生的保护已经严重地滞后于形势的发展, 迫切地需要建立对医生的保护制度。

2 中国医生保护制度发展滞后的原因

中国医生保护制度发展的滞后, 远不能适应当前形势下医生作为普通公民所应享有的基本人身安全保障, 更不必说医生作为一种职业所应具备的执业环境。导致这种滞后的原因是复杂的, 既有政策法律制度的缺失, 也有长期以来立法机关和社会大众对医生保护制度意识的淡薄等。

2.1 医患纠纷法律适用的缺失 直到 2010 年 7 月 1 日《中华人民共和国侵权责任法》正式实施, 中国才有了首部对“医疗损害责任”设立专章进行规范的法律, 这是中国医疗民事立法上

的一大进步。但《侵权责任法》关于“医疗损害责任”的规定不可能完全解决所有关于医疗损害责任的问题, 尤其是在其范围、标准、过错鉴定等方面, 还有待进一步明确^[3]。中国立法上的这种现状不仅影响对医患关系现状的正确分析, 而且影响到处理这方面纠纷的法律适用, 还影响到对医患双方合法权益的依法维护, 甚至影响到了医学科学技术的长远发展^[4]。另一方面, 受传统观念的束缚, 由于在司法实践中未能真正平等地对待医患双方, 法院往往倾向认为患方是弱者, 出于同情弱者的心理, 无论过错与否, 大都采取侵权行为模式对医疗诉讼进行审判, 从而将责任归于医方^[4]。

2.2 政府对医院财政投入不足 第 3 次全国卫生服务调查结果显示, 2007 年全国卫生总费用占 GDP 比重为 4.81%, 明显低于很多发达国家水平和发展中国家的水平^[5]。政府对医院财政投入的不足, 严重影响了医生保护制度的发展: (1) 医院要维持正常运作, 政府财政投入不足, 所有的资金漏洞必须从患者医疗费中提取, 于是自然而然地形成了以药养医等弊病, 这样造成的后果是患者承受高昂的医疗费用、医生超负荷工作, 以及医患双方缺乏时间和精力来充分沟通, 进而导致患者对医生的不信任, 影响医患关系非理性地对抗发展, 最终可能造成医患暴力冲突等恶性伤人事件。据丁香园网站问卷调查统计数据显示, 有 78% 的医生将紧张的医患关系原因归咎于政府对医院投入资金的不足。(2) 政府对医院财政投入的不足, 使得大多数医院为了节约成本, 在一些保护医生安全的硬件和软件设施上的投入严重不足。当发生恶性纠纷事件时, 不能对局势进行有效地控制, 对医生的人身安全进行必要的保护和防范。结果, 当医患纠纷发生时, 医生首当其冲, 往往成为被攻击的对象, 不仅受到人格侮辱等尊严伤害, 甚至可能危及生命安全。

2.3 社会对医生的保护意识淡薄 医生被称为白衣天使, 悬壶济世, 其奉献精神早已深深地刻在人们的心中, 无论是 2003 年的“非典”还是近年来的数次大地震, 医生都是战斗在最危险的第一线。社会普遍认为医生救死扶伤是分内之事, 几乎听

不到医生也需要保护的呼声,发生医患暴力冲突后,才由两部委发表文件呼吁对医生进行保护,例如规定医院要设立警务室等举措,而这些举措只是在形式上起到以暴制暴的威慑作用,却更糟糕地将医生推到了患者的对立面。国内某主流网站报道了“哈医大 3.23”事件后短短数小时,4 000 多个浏览者选择了“高兴”这个标签来表达自己看过这条新闻后的感觉,占参与调查人数的 80%,这一残酷而又真实的数据反映出当前社会对医生保护的集体无意识。

综上所述,可以看出导致中国医生保护制度发展滞后的主要原因是社会大众(包括普通群众和立法者)长期以来接受的宣传教育中过多地强调医生的付出和奉献形象,集体地对同样为普通公民的医生需要保护的意识淡薄,从而导致医患冲突的不断升级。为了避免悲剧的再次发生,中国建立医生保护制度的重要性和紧迫性不言而喻。

3 中国建立医生保护制度的重要性

3.1 是构建和谐医患关系的基础 十七大提出要建立和谐社会,而和谐的医患关系是和谐社会的重要组成部分,因此建立和谐的医患关系也是迫在眉睫的任务。只有正确认识医患关系,在保障患者合法权益的同时,切实保护医生的人格尊严和合法权益,医疗机构和医务人员才能摆正自己的位置,规范医疗服务行为,为患者保驾护航^[6];只有建立医生保护制度,患者及其家属才会充分尊重医疗机构和医务人员,依法进行维权,从而避免医闹等现象的发生。因此,医生保护制度的建立无可争议地成为医生依法行医、患者依法维权,构建和谐医患关系的基础。

3.2 是促进新医改成功的必然要求 医生是新医改环节中的重要参与者,在医生保护制度缺失的情况下,医生的社会地位与经济地位得不到应有的保障,这种情况下推进的医药卫生体制改革,使医生的服务价值得不到认可,不仅迫使医生不得不在职业道德与收支平衡的问题面前抉择,更无法感受到医生救死扶伤的神圣职业认同感。部分医生职业操守的丧失将引起其他医生的预期和行为的改变,如果不加以保护,可能会导致整个医生行业职业操守的丧失。据丁香园调查显示,67%的医生表示,他们强烈关注中国医改。91%的医生对“如果不改善医生的社会和经济地位,中国的医药卫生体制改革将不会成功”表示强烈赞同。

3.3 是保障中国医药卫生事业健康发展的迫切需要 在诊疗过程中,65%的医生选择了注意医疗安全为首要关心事件。当处于人身安全都可能受到威胁且没有相应保护措施的情况下,大多数医生不得不选择消极的自我保护来规避不必要的风险,或多做检查,或拒收患者等,而这些消极心态必然会阻碍一些医生诊治水平与创新能力的提高。长此以往,不仅患者就医的质量得不到保障,而且势必影响整个医药卫生界人才的积累和提高,从而不利于中国医药卫生事业的健康发展。

4 推动中国医生保护制度建立的相关建议

当前中国正处于医患纠纷高发时期,本研究发现,医患纠纷同样也是困扰东西方发达国家的主要社会问题。对此,美国采取的办法是强化立法制度以加强对医护人员的保护;加拿大则是分流患者,减少医患之间摩擦的可能性;日本用设置患者倾诉室的做法来体现人文关怀^[7]。在充分借鉴国外发达国家人性化的合理做法基础上,结合中国的基本国情与现实情况,本研究建议从以下几个方面来构建中国医生保护制度。

4.1 构建平衡的医患法律关系 法律介入医疗活动的目的是公平地实现医患双方权利与利益的平衡,因此,在法律制度设

计上,既要考虑患者利益的保护,也应兼顾到医学行业本身的特点,如医学科学的局限性、医疗行业的高风险性等,为医生提供必要的保护^[8]。例如美国针对 2004 年的恶性袭医事件,由美国职业安全卫生管理局(OSHA)颁布了第一版《医疗和社会服务工作者防止工作场所暴力指南》,该指南加强了医护人员立法保护的同时也提出了具体的可操作性指导举措^[9]。医务人员的职责是以维护患者的权益为己任,如果法律只是单方面强调患者权益,而要求医疗机构承担无过错责任,且没有对医生权利的保护作出相应的规定,就可能加重医疗机构的负担,使医生在工作中畏首畏尾,束手缚脚,只做有把握的事情,对一些疑难病症望而却步,结果造成了一些本来有抢救可能的患者出现病情加重甚至死亡,最后损害的还是患者的切身利益。从这个意义上讲,构建平衡的医患法律关系其最终目的也是为了保护患者。当然,对于极少数不负责、不称职的医生应当依法严惩,以维护医生队伍的整体素质与形象。

4.2 设置独立的医疗纠纷调解机构 医生应当把主要精力放在治病救人的行为上,而不是像现在这样被迫为了应付日益增多的医疗纠纷而疲于奔命^[10],通过各种法律或非法律的方法来暂缓难题,却一步一步把自己推向了人民的对立面。尤其在中国卫生资源相对紧缺的条件下,医务人员资源供给与卫生需求人口本来就已经比例失调,更应全心全意地以多治病、多救命为职责,服务广大群众,为更多的患者负责。在日本,各医院成立的“患者服务至上委员会”,具体负责的内容就是提供各种生活必需品、指派护工人员、接待投诉、聆听烦恼、收集患者意见等,这些防患于未然的措施增加了对患者及其家属的人文关怀,能及时地疏导不利情绪,取得了较好的成效^[7]。所以,倡导设置专门的医疗纠纷调解机构,不仅仅是引进并培养高素质的医事法律人才,专门处理医疗纠纷,以避免在纠纷发生时医生直接面对患者,而且还是曲突徙薪,从根本上防止一些不必要的医疗纠纷的发生。这不仅是保护医生的人身安全和合法权益,更是为其他患者赢得就诊的时间与机会。

4.3 加大财政支持力度 中国在从计划经济向市场经济过渡的社会转型过程中,政府对医疗卫生行业特别是医疗机构的投入相对不足,使得医疗机构不得不自负盈亏,在市场经济的影响下,追求自身的经济效益,而忽略了医疗机构公益性的本质^[11]。在医疗机构的各类人员工资支出、医疗设备购买、机构建设等大部分费用都必须由自己负担的情况下,医疗机构只能从医疗服务中收取一定的费用来补偿以使整个系统正常运转,而这些费用如果都要通过医生从患者身上获得,必将影响良好医患关系的建立,一旦发生纠纷,医生不可避免会首当其冲地成为众矢之的,最终导致恶性袭医事件的发生。值得借鉴的是,加拿大及大部分发达国家都是实行严格的医药分家,医院及医生本身只有处方权而没有售药权,医院治疗的主要项目均由全民医保支付,医患之间基本不存在金钱往来,这在很大程度上降低了医患纠纷发生的可能^[7]。

4.4 完善医生培养与保障体系 国务院日前发布的建立全科医生制度指导意见中指出,中国将逐步建立统一规范的全科医生培养制度,推行“5+3”模式。重庆已开始相应的推行试点工作,这意味着,以后的医学生需要先接受 5 年的临床医学(含中医学)本科教育,再接受 3 年的全科医生规范化培养^[12]。在过渡期内,3 年的全科医生规范化培养可以实行“毕业后规范化培训”和“临床医学研究生教育”两种方式,这种采取国外成熟经验的做法固然有其可取之处,但是,目前的保障体系并没有像国外那样完善,没有一个统一的、固定的制定规则,这些规培

的医学生在相当长时期内只有基本工资,没有其他奖金与津贴,且前途并不明朗的情况下,很难避免人才的流失,这样势必会影响医生队伍建设的长远发展。

4.5 加强舆论的宣传与引导作用 中国目前媒体舆论的力量达到了前所未有的高度,其对一些社会问题的报道将对公众的认知产生深刻的影响。因此,媒体舆论部门在对涉及到医患关系的事件报道中,必须充分考虑到医疗行业的特殊性、高风险性,站在公正公平的立场,充分考虑医患双方的合法权益,理性成熟地做客观、公正的报道,正确引导社会舆论,唤醒社会大众对医生保护的集体意识,避免恶意的跟随与效仿。

另外,公安机关应秉公执法,在法律框架内解决医疗纠纷,对那些以暴力胁迫、威胁恐吓、伤害医务人员或医疗机构而扰乱正常医疗秩序的行为及时果断地予以依法处理,确保正常的医疗秩序及医务人员的人身安全不受侵害^[13]。一旦医疗纠纷发生过激行为,公安机关要及时出警,按照科学合理的应急处理程序,积极作为,坚决制止医疗纠纷中的过激行为,保护医疗机构和医务人员的合法权益。

作者认为,在当前医患纠纷凸显的背景下,在充分保障患者合法权益的同时,中国加快对医生保护的立法及制度建设显得尤为重要和迫切,它不仅直接关系到医护人员的切身利益,也关系到中国新医改的成果及中国医药卫生事件的长足发展。中国医生保护制度的建立,需要推动相应的医生保护立法建设;政府应当加大财政倾斜力度来支持医疗卫生事业;医院可以成立专门的部门来调解医疗纠纷争议事件及加强对患方的人文关怀;媒体对医疗纠纷的报道需要有专业监督部门的新闻学术把关,以免造成负面影响;构建完善的医生培养和保障体系则是着眼于中国医药卫生事业人才的长远战略计划。

参考文献:

[1] 吴曾. 能改斋漫录[M]. 上海:上海古籍出版社,1979:
• 卫生管理 •

381.

- [2] 中国价值网. 中国医生属于高危职业[EB/OL]. <http://focus.chinavalue.net/Finance/2011-12-31/381731.html>, 2011-12-31/2012-5-18
- [3] 王英.《侵权责任法》对我国医疗纠纷重大影响的思考[J]. 法制与社会:旬刊,2010,(18):76-78.
- [4] 宋发彬,姚瑶,方鹏骞. 转型期医患关系中医务人员法律地位研究[J]. 医学与社会,2008,21(4):44-46.
- [5] 卫生部统计信息中心. 2003~2007年中国卫生事业发展统计公报[R]. 北京:中华人民共和国卫生部,2008.
- [6] 陈晓青,伊力野. 医疗纠纷现状及相关法律分析[J]. 医学与社会,2009,22(12):56-57.
- [7] 陶短房. 国外如何避免医患冲突[J]. 党政干部参考,2012,13(5):46-47.
- [8] 冷伶俐. 从医疗事故案件举证倒置看制度设计中的利益权衡[J]. 中国卫生产业,2006,4(10):56-59.
- [9] 罗洪,吴小珊. 美国医院对工作场所暴力的防范[J]. 实用护理杂志,2003,19(12):65-66.
- [10] 宋国鑫,董礼枫,袁芳. 论医患利益冲突[J]. 中国卫生产业,2011,8(8/9):126.
- [11] 刘璟洁. 当代中国医患关系的伦理本质及其调适[D]. 江苏:东南大学,2007.
- [12] 新华网. 温家宝主持国务院常务会议决定建立全科医生制度[EB/OL]. http://news.xinhuanet.com/politics/2011-06/22/c_121571010.htm, 2011-6-22/2012-6-3.
- [13] 郑力,金恒光. 论医疗纠纷协商解决的利弊及完善[J]. 中国医院,2003,7(11):47-49.

(收稿日期:2013-01-08 修回日期:2013-03-21)

医院落实知情同意权的满意度及影响因素研究

黄琼,蒲川[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院医事法学教研室 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.19.048

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2013)19-2298-03

知情同意权是一项由自然人所享有的独立的具体人格权,它是由医患关系所具有的人身属性所决定的,以人的生理活动的安全利益为权利客体,以患者在医方提供医疗信息的基础上做出是否允许医方对患者身体实施医疗行为的决定为权利内容^[1],主要目的在于通过自主决定权这一手段,射向患者福利这一终极目的^[2]。概括起来,只要和患者疾病相关的内容,患者都有知情权,在需要作出决定时,在充分知情的情况下,患者都有自主选择权^[3]。通过此次调查,了解患者对知情同意权的态度及实际享有情况,并提出相关完善对策。

1 对象与方法

1.1 调查对象 以兰州市某三甲医院为样本,在样本医院住院3 d以上,能够理解并能配合独立完成调查问卷的患者。

1.2 调查方法 采用无记名问卷调查,由调查员对调查对象

进行问卷的发放与回收,调查对象根据自身情况当场填写,对疑问之处当面给予解答。本次调查共发放400份问卷,收回374份,回收率为93.5%,其中有效问卷353份,有效应答率为94.4%。

1.3 统计学处理 采用Epidate3.1统计软件录入数据,并应用SPSS17.0统计软件对数据进行分析。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用率表示,组间采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 调查对象基本情况 其中男116人(32.9%);女237人(67.1%)。城市居住人数158人(44.8%);农村居住人数195人(55.2%)。年龄18~60岁,涉及学生、教师、工人等不同领域,学历涉及小学、初中、高中、大专等不同文化程度。