

总报告：

## 迈向和谐的医患关系

邱泽奇 徐 玲 饶克勤

### 一、问题的提出

医患关系是中国政府社会政策关注的重点之一。胡锦涛同志在党的十七大报告中，把“病有所医”作为加快推进以改善民生为重点的社会建设的重要内容。从2005年国务院发展研究中心评价前一阶段的医改“基本上是不成功的”到2009年新医改方案的出台（《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》2009年4月7日），都说明了中国政府对关系到国计民生的医药卫生问题的重视与关注。观察医药卫生体制改革效果的一个重要指标，就是医患关系的状态！

医患关系也是近些年中国社会关注的热点，从天价医药费的曝光乃至全国大讨论到“医闹”流行语的出现，再到媒体不断炒作的各种医患之间的故事与事件，直至新医改方案出台以后社会各界的广泛回应，都说明医患关系引起了社会的广泛兴趣和关注。

中国学术界也一直将医患关系作为重要的社会议题之一在进行探讨。运用中国期刊全文数据库（CNKI）的期刊、学位论文、会议论文联合检索，截止到2009年10月的数据中，以“医患”为关键词检索得到的反馈是12195篇文献，其中，学位论文92篇。由此可见医患关系之受到学术界关注的程度。

尽管如此，时至今日，医患关系却不是一个在概念、理论、实践、政策层面获得了共识的议题。如医患关系中的“医”到底指什么？“患”又指什么？医患到底应该有怎样的关系？理想的医患关系在医患双方有共识吗？如果有，人们共识的是怎样一种关系？涉及医患关系的因素到底有哪些？中国医患关系的现状是什么？对现状的感受在社会、政府、医、患之间有共识吗？如果有，又是怎样的共识？对建设和谐的医患关系，社会、政府、医、患又都有怎样的期待？所有这些都是医患关系探讨需要回答的问题。

建设和谐医患关系是第四次国家卫生服务调查的重要组成部分。尽管第四次国家卫生服务调查包括了针对医务人员和居民的问卷调查和医患关系专题研究两部分内容，但却不能回答上面提到的所有问题。本报告试图回答的问题是：在什么环境下，处于什么状态的医务人员与什么类型的患者/方建构了怎样的医患关系？

### 二、方法与资料

第四次国家卫生服务调查涉及医患关系的调查包括了问卷调查、专题调查、文献调查

三部分。问卷调查的目的在于从总体层次了解医患关系中医方的现状和患方的反应；专题调查的目的在于从医患关系建构环节上探讨医患关系的关联因素和医患关系的理论；文献调查的目的在于了解世界范围内医患关系研究的主要理论范式、实践模式，以及政策导向。

问卷调查中的家庭健康询问调查包括国家样本 [每个样本村（居委会）抽取 60 户] 和西部扩大调查样本 [每个样本村（居委会）抽取 33 户]；针对这两部分样本，询问两周就诊和一年内住院的相关问题，共获得 22910 份有效问卷，其中门诊就诊者 13076 名占 57.1%，住院患者 9834 名占 42.9%；在样本中，城市居民 5695 人（24.9%），农村居民 17215 人（75.1%）；男性 44.4%，女性 55.6%。

家庭健康询问调查的主要内容为居民医疗服务的满意度。通过询问患者对医方的满意度，得到受访者对于医院的技术水平、设备条件、药品种类、服务态度、服务内容（包括药品和检查）、医疗收费、看病手续、等候时间等方面的满意度评价；通过调查门诊服务的可及性、患者对诊治医生的信任程度、医护人员与患者交流沟通的情况、医生向患者征求治疗方案意见的情况、医院相关设施与环境的情况、查询账单与医疗服务投诉的方便程度以及出院患者在住院期间向医护人员送钱物情况七项指标，测量卫生系统反应性水平的总体情况。

问卷调查中的医务人员调查包括家庭健康询问调查样本县（市、区）中的所有三级综合医院、部分二级综合医院及样本乡镇及街道中的所有社区卫生服务中心和乡镇卫生院，每所三级、二级医院选取临床医务人员 30 名，其中医生 20 名，护理人员 10 名；每所社区卫生服务中心和乡镇卫生院选取临床医务人员 10 名，其中医生 7 名，护理人员 3 名；如机构内人员数量不满足样本需求时，按实际人数进行调查；共获得了 8304 名医务人员的有效样本，其中城市 3335 人，农村 4969 人；医院（城市三级医院、城市二级医院、县医院）医务人员 4061 人，基层医疗机构（城市社区中心、乡镇卫生院）医务人员 4243 人。

医务人员调查的主要内容为医务人员的工作状态。通过调查医务人员的基本情况，身心健康状况（包括抑郁倾向、健康相关行为），工作状况（包括工作自我认知、工作情绪、工作与家庭的关系、医疗相关热点问题调查）以及工作态度（包括工作满意度、工作投入、工作倦怠和离职倾向），判断医务人员在医患关系框架中的工作状态。

专题调查采用方便抽样方法选取了 3 个省的 4 个县/区，在每个城区抽取 1 家三级医院和 1 家社区卫生服务中心，在每个县域抽取 1 家县医院和 1 家乡镇卫生院，进行问卷、访谈、文献、观察调查；获得 1494 份患者问卷；644 份医务人员问卷；完成 68 位患者访谈，44 位医护人员访谈，14 位医院管理者访谈。

专题调查的内容为医患关系的理论建构和现状判断。通过对文献的研究建立符合中国国情的、理解中国社会医患关系的理论框架；通过对方便样本的问卷、访谈、文献调查，探索性地检验理论框架的解释能力和判断能力，为进一步的实证研究提供基础。

文献研究采用文献法，通过检索 Pubmed（1988 - 2008）、Blackwell（1988 - 2008）、

ScienceDirect (1998 - 2008)、Medline (1988 - 2008)、Jstor (1988 - 2008)，最终建立 End-Note 数据库。

文献研究的内容为用医方行为 - 患方行为 - 社会制度三角关系，以及医疗服务安全性和质量、医患有效沟通、处理医疗事故机制有效性与医患关系两个分析框架进行归纳。

### 三、医患关系的现状

#### (一) 医患关系的制度基础

在人类的互动生活中，任何关系都是规则约束下的社会建构，医患关系也不例外。针对中国现有的法律法规进行整理和分析得到的初步结果发现，现在仍然在生效的涉及医患关系的法律、法规、规则、规范有近 150 种，涉及医疗活动环节的举证责任、知情同意、隐私保护、病历管理、尸体检验、医疗机构义务、应急处理 7 个方面，尤其是《中华人民共和国执业医师法》和《医疗事故处理条例》。

其中，直接涉及医疗提供机构和医务人员医疗行为的有：

##### 1. 《最高人民法院关于民事诉讼证据的若干规定》中对医疗行为举证的特殊规定

在一般民事诉讼中，采取“谁主张，谁举证”的证据制度；在医疗行为相关的诉讼中，考虑到医疗过程的高度技术性和信息的不公开性，则规定因医疗行为引起的侵权诉讼，由医疗机构就医疗行为与损害结果之间不存在因果关系及不存在医疗过错承担举证责任。

##### 2. 涉及患者知情同意权的规定有 9 种

主要内容包括：

(1) 医师应当如实向患者或者其家属介绍病情，但应注意避免对患者产生不利后果；医师进行实验性临床医疗，应当经医院批准并征得患者本人或者其家属同意。（《中华人民共和国执业医师法》）

(2) 医疗机构施行手术、特殊检查或者特殊治疗时，必须征得患者同意，并应当取得其家属或者关系人同意并签字；无法取得患者意见时，应当取得家属或者关系人同意并签字。（《医疗机构管理条例》）

(3) 执业医师对就医者实施治疗前，必须向就医者本人或亲属书面告知治疗的适应证、禁忌证、医疗风险和注意事项等，并取得就医者本人或监护人的签字同意。未经监护人同意，不得为无行为能力或者限制行为能力人实施医疗美容项目。（《美容医疗美容管理办法》）

(4) 从事人体器官移植的医疗机构及其医务人员摘取活体器官前，应当向活体器官捐献人说明器官摘取手术的风险、术后注意事项、可能发生的并发症及其预防措施等，并与活体器官捐献人签署知情同意书；查验活体器官捐献人同意捐献其器官的书面意愿、活体器官捐献人与接受人存在规定关系的证明材料。（《人体器官移植条例》）

(5) 实施人类辅助生殖技术应当遵循知情同意原则，并签署知情同意书。涉及伦理问

题的，应当提交医学伦理委员会讨论。（《人类辅助生殖技术管理办法》）

### 3. 涉及医疗机构和医务人员义务的规定

如：（1）医师在执业活动中应遵守法律、法规，遵守技术规范；树立敬业精神，遵守职业道德，履行医师职责，尽职尽责为患者服务；努力钻研业务，更新知识，提高专业技术水平；宣传卫生保健知识，对患者进行健康教育。（《中华人民共和国执业医师法》）

（2）医疗机构发现传染病时，应当根据病情对患者、病原携带者、疑似患者采取必要的治疗和控制传播措施。（《中华人民共和国传染病防治法》）

（3）医疗机构应当对传染病患者或者疑似传染病患者提供医疗救护、现场救援和接诊治疗，书写病历记录以及其他有关资料，并妥善保管。（《中华人民共和国传染病防治法》）

（4）医疗机构应当实行传染病预检、分诊制度。（《中华人民共和国传染病防治法》）

（5）医疗机构不具备相应救治能力的，应当将患者及其病历记录复印件一并转至具备相应救治能力的医疗机构。（《中华人民共和国传染病防治法》）

（6）护士发现医嘱违反法律、法规、规章或者诊疗技术规范规定的，应当及时向开具医嘱的医师提出，必要时，应当向该医师所在科室的负责人或者医疗卫生机构负责医疗服务管理的人员报告。（《中华人民共和国护士管理办法》）

上述的简要举例，意在说明，在医患关系中，除“救死扶伤”的道德义务以外，医方承担着一系列与患方关系紧密的责任，如：

- 对患者进行健康教育；
- 诊疗知情同意；
- 医疗风险告知；
- 医疗冲突条件下的责任举证。

## （二）医患关系中的医务人员

在医患关系的实践中，“医”不仅包括医生，也包括与医生的执业活动关系紧密的护理、药技、管理人员。为简洁起见，本报告简称为“医方”，包括提供医疗卫生服务的机构及机构所辖的人员。在第四次国家卫生服务调查中，涉及医患关系中医方的，主要是“医务人员”调查。医患关系专题调查则涉及了与医务人员密切相关的管理人员访谈。

针对医务人员的调查指标涉及了受访对象的年龄、性别、受教育程度、身心健康状况、工作状况以及工作态度。基本假设是：机构对工作的要求和制度约束、可利用的资源，以及所处的社会环境直接影响医务人员的心理健康和工作态度；进而影响医务人员面对患方时的工作状态；并进一步影响医方的医疗行为，由此构成对医患关系的直接影响。

简言之，这一节要回答的问题是，具有什么社会特征和身心健康状态的医务人员，掌握了怎样的执业能力，在什么工作环境中，伴随何种工作情绪和态度，在多大的工作强度下，参与医患关系的建构？

### 1. 医务人员的基本特征

这里，我们首先需要了解的是：处于医患关系中的医方具有怎样的社会特征和技术特征。8304 位医务人员的数据显示的医务人员的主要社会特征和技术特征为：

医务人员的绝大多数为 44 岁或以下的、已婚的、接受过大专或以上专业教育的、具有初级或以上技术职称的中青年。

对年龄、婚姻状态、受教育程度以及职称的观察可以发现，四者之间具有高度的一致性，并可集中由职称变量归纳，即具有中级或以上职称的人群，其年龄一般处于中年、已婚，受教育程度至少在大专以上。

为简洁起见，后面的讨论将仅区分医护和职称，而不再讨论年龄、婚姻状态、受教育程度等区分。有兴趣的读者可参见详细的专题分析报告。

此外，针对医务人员调查数据的专题分析报告还显示，在医务人员中，63% 的拥有社会养老保险，77% 的拥有社会医疗保险。

## 2. 医务人员身心健康状态

运用医务人员调查数据对医务人员身心健康状况的分析，包括了区分年龄组、受教育程度、医护、职称、工作环境的自报健康和抑郁评价。

自报健康的指标包括行动、自我照顾、日常活动、疼痛/不适、焦虑/沮丧 5 项，采用 0~100 分评分法。抑郁评价采用贝克抑郁简表，共 13 个项目，采用 4 分法，通过 13 项分值加总，获得抑郁状态得分，小于 17 分为无抑郁或极轻微的抑郁；18~20 分为轻度抑郁；21~28 分为中度抑郁；29 分及以上为重度抑郁。

数据表明，无论医护，也无论职称高低，具有中度或以上自报健康问题的，主要不在行动能力方面，而表现在不适和焦虑方面；对自报健康的专门分析表明，行动能力方面的状态与 20~60 岁居民的状态非常接近，但不适和焦虑方面的状况远比 20~60 岁居民的状况糟糕；在 20~60 岁居民中，这两个指标的比例分别是 6.5% 和 5.0%。

此外，不适和焦虑问题比例最高的人群集中在具有中级职称的医护人群，其次是具有高级职称的医护人群。对抑郁的评估进一步支持了自报健康的分析结果。

还有，医护之间在中度或以上的抑郁水平相差不大，但职称之间差异明显，拥有中级职称的医护人群、抑郁水平在中级或以上的比例最高，其次是拥有副高职称的医护人群。

医护人员的自报健康状况与专题调查中获得的观察之间吻合。专题调查表明，在医护人员普遍认为工作压力大的前提下，80% 以上的人认为考核压力大；70% 以上的人认为晋升压力大，且医院的级别越高，医护人员感受工作压力和晋升压力大的比例越高。

## 3. 医务人员的工作能力

医务人员调查中，涉及工作能力的测量包含在工作特征测量中，包括了技能多样性、工作意义、工作自主性、工作反馈、工作负荷、工作对个体控制以及情绪表达的要求等方面。

测量数据说明，无论是医生还是护士，其技能多样性与职称之间明显相关，职称越高，

技能多样性越高；对工作意义的认知、工作自主性以及工作负荷也显示出同样的趋势；值得关注的是，工作反馈、工作对个人的控制、情绪表达要求与职称之间没有关系。换句话说，在技术性指标维度，能力与职称之间是吻合的，但与人格特征并不吻合；技术职称越高的人虽然具有更好的技术能力，工作负荷也越重，但却不一定具有更强的组织观念，也不一定能更好地管理自己的情绪。

#### 4. 医务人员的工作感受

工作环境在医务人员调查中被转换为医务人员对工作的感受。在社会环境的意义上，工作环境好坏，总是通过身在其中的工作感受而展现的。对医务人员工作感受的测量，包括了人际关系、控制感、工作对个体能力的提升，以及感受到的工作压力。

数据显示，尽管医护之间对人际关系的“好”评价有10个百分点的差异，但职称之间对“好”评价并无明显差异，对人际关系的评价普遍偏向积极方向；而在工作控制感和工作对个体能力的提升方面，医护和职称之间都没有特别的差异，1/3左右的人认为“高”，2/3左右的认为“一般”。

需要特别说明的是，尽管对工作压力采用3级测量的结果与专题调查采用5级测量的结果之间有所不同，如果结合身心健康测量的结果，有理由认为5级测量的结果与身心测量的结果之间具有更好的互证性；即使如此，也有1/3的人认为工作压力“大”。

#### 5. 医务人员的工作情绪和态度

工作态度直接影响工作的表现。医务人员调查中，对工作情绪有正向和负向两个方向的测量，用7级测量法，用满意、兴奋、精力充沛、放松、舒适、高兴六个维度来分析医务人员的积极情绪；用无聊、担忧、疲倦、沮丧、焦虑、紧张六个维度来分析医务人员的消极情绪；由此也可反应医务人员的工作态度。

数据说明，无论医护，也无论职称，积极情绪的分布并无显著的差别，2/3的医务人员的积极情绪状态都处在中间水平；对工作投入差异和对职业倦怠差异的比较，两者之间可以互证，如1/2左右的受访者消极情绪表现为轻度；综合两类数据，似可认为，医务人员的工作情绪处于中庸状态，对工作既没有很高的热情，也不是完全的消极对待。

在如此情绪下，医务人员又表现了怎样的工作态度呢？对工作投入、职业倦怠和离职意向的测量显示，医生比护士更加投入，高级职称的比中级及以下职称的更加投入；与积极投入相对，职业倦怠的分布与投入的分布之间，具有有效的互证性，即医生比护士职业倦怠的比例低，职称越高，职业倦怠的比例越低，个人成就感的比例也越高。

作为工作投入和职业倦怠两个指标的检验指标，对离职意向的专门分析表明医生比护士具有更高的离职意向，在有职称的人中，职称的层级越低，离职意向越高，但最高的比例也只有14.6%。

#### 6. 医务人员的工作状态

对工作状态的测量可以有多种方法，其中，工作时长是一个重要指标，反映了工作的

强度。对医务人员工作时长的调查结果如表 2-48。周 40 小时工作制作法定工作时长，符合这个时长的，比例最高的占 1/3，大多数只有 1/4。周工作总时长与连续工作时长之间呈现明显的关联性，即上周连续工作 8 小时以上的比例最低也在 2/3。

综上所述，可以这样简要地回答本节提出的主要问题，即医务人员参与医患关系建构的主流状态是：

- 年龄在 44 岁或以下、接受过大专或以上专业教育、具有中级或以上职称；
- 具有相应的技术能力；
- 对工作环境感受一般；
- 工作情绪中庸，技术能力越得到认可、工作越投入；
- 行动能力与居民相若但不适和焦虑状态较一般居民要严重得多；
- 1/4 左右的具有中度或以上抑郁；
- 至少有 2/3 以上的每周工作时间长于 40 小时，且自感工作压力巨大。

### （三）医患关系中的患者

在医患关系的实践中，“患”不仅包括患者，也包括与患者就诊就医密切关联的家属、亲属，甚至包括与患者利益相连的社会大众；理论上说，每个社会个体，都是潜在的患者。为简洁起见，本报告简称为“患方”，包括与患者关联的所有利益相关者。在第四次国家卫生服务调查中，家庭健康询问调查和专题调查都涉及了患者对医方的满意度和与医方的沟通/对医方的信任、医疗可及性等重要维度。

家庭健康询问调查虽然是描述性调查，但也考虑到了对患方尤其是患者的社会经济地位以及与医疗活动相关环节的关注，也有比较清晰的假设，即：不同的患方群体，在不同的疾病状态下，对医方有不同的期待，符合患方期待的程度，直接影响患方的行为即患方参与医患关系建构的行为，进而直接影响患方对医方的满意与信任和医患关系。

简言之，这一节要回答的问题是，具有什么社会特征的患者，在什么情境下，需要怎样的医疗服务，怎样参与了医疗活动，进而参与了医患关系的建构？

#### 1. 患者的基本特征

家庭健康询问调查获得有效问卷 22910 份，其中门诊 13076 份，占 57%；住院 9834 份，占 43%。男性 44%，女性 56%；婚姻状况以已婚为主；文化程度初中以下的（包括文盲）72%，高中、中专 10%。职业类型中，农民比重最高（41.9%），其次为无业（16.1%）与离退休人员（14.2%）。年龄组中，34 岁及以上的占了 70% 以上。受访者参保类型以“新农合”占 71%，“城镇职工医疗保险”占 14.6%，无社保人群占 9.1%，城镇居民医疗保险占 2.7%。

对比专题调查的样本结构，门诊与住院比例、性别比例、婚姻状态比例、文化程度结构与家庭健康询问调查相似；但职业类型结构、年龄组结构与家庭健康询问调查有差异，专题调查的样本结构更加符合全人口的总体分布。

从家庭健康询问调查的数据，可以这样归纳，参与医患关系建构的患者主要是：

- 年龄在 35 岁或以上的；
- 文化程度在初中以下的；
- 农民以及无业和退休的；
- 参与了“新农合”或有医疗“保险”的人群。

## 2. 患者的就诊时间

患方与医方之间建构医患关系的初始关系就是医疗可及性。可及性的测量，对公共卫生政策而言，就诊时间是一个重要指标。

数据显示，患者门诊就诊花费的总时长，绝大多数在 1 个小时以内，尽管农村患者花费 1 个小时以内的比例比城市患者的比例要小一些；其中，患者对路途时间和候诊等候时间的总体感受基本一致，即 1/3 以内的患者认为“一般”，一半以上的患者认为“较短”、“很短”；路途时间，城乡之间没有差异；候诊等候时间，城乡之间差异明显，城市患者认为等候“很长”，“较长”的比例是农村患者的近 3 倍。

针对家庭健康询问调查数据进行的分类分析表明，患者候诊花费的时间在不同类型和级别的医疗机构之间呈现显著差异，其中，卫生室最短，省级医院最长；医院级别越高，花费的时间越长。

专题调查对就诊时间花费的总趋势与家庭健康询问调查一致。对患者的深度访谈进一步显示，除了在三级医院候诊所要经过的程序远远多于卫生室以外，在整个候诊中，患者认为，做各种检查是最耗时的环节，也是患者感受较差的环节。有患者认为，由于医保制度规定医保患者一天只能进行一项检查，如果要做多项检查，就需要往医院跑多趟，由此所产生的时间耗费、精力损失和情绪问题，极易在医患之间产生纠纷。

## 3. 患者对就医环境的感受

正如第三部分将要讨论的，患者对就医环境的感受与患者的社会经济特征密切相关，理论上说，感受与期望之间呈现负相关关系，即期望越高，感受就会越差；而期望又与患者的社会经济特征相关联，但不一定是正相关。

数据说明，在区分城乡的条件下，很难看出患者对医疗服务环境和设施反应性的差异，绝大多数的患者，无论城乡，90% 以上对门诊和住院环境的评价在“一般”以上，一半以上评价为“好”和“很好”。

专题调查中，患者对医院的设施和环境、医疗质量、服务态度的评价中，获得了与家庭健康询问调查一致的趋势。

进一步的分析需要区分患者的文化程度或职业特征。

## 4. 患者对就医活动的感受

接受诊疗是患者参与医患关系建构最重要的环节。在诊疗环节中，医方询问病史和不适，患者陈述病情，通过交流让医患双方获得对病情和治疗的共识。



家庭健康询问调查的数据显示，80%以上的患者反映，在就医活动中，医方告知了其保健知识；95%以上认为医生解释病情工作做得一般或以上，其中门诊患者至少一半以上认为医生做得好或很好，住院患者70%或以上认为医生做得好或很好；同样的趋势还出现在患者对医生向患者征求治疗意见的评价上。

专题调查中，也就医患之间在诊疗活动中的互动进行了专门探讨，向患者询问了“询问病情”、“倾听倾诉病情”、“解释病情”，以及“征求对治疗方案的意见”等指标，获得结果在趋势上与表15和表16的趋势完全一致。

综上所述，可以这样简要地回答本节提出的主要问题，即参与医患关系建构的患者主流群体的状态是：

- 年龄在35岁或以上，文化程度在初中或以下，具有“保险”的农民或退休人员；
- 在1个小时之内可以获得诊疗；
- 对医疗服务环境和设施感受正面；
- 对门诊和住院活动也感受正面。

#### （四）医患双方对彼此间关系的评价

俗语“医者父母心”虽是对医生角色的期待，实际也界定了医患之间的基本关系，即医者以父母之爱对患者，医患之间在行医和就医关系上，形如父母与子女之间。这其实已经涉及医患关系最根本的理论问题了。关于医患关系的理论问题，将留待下节讨论，这里引用这句俗语的目的仅仅是希望提醒，在中国社会，医患关系历史悠远，在社会和人们的日常生活中早有认知定势，与中国社会和文化传统的关系深厚。如果要理解今天的医患关系，考虑这样的社会和文化背景是非常重要的。

那么，在一个医疗机构层级差异明显、医者和患者类群相对集中的条件下，医患双方对既存的医患关系，到底有着怎样的感受和评价呢？

##### 1. 患者对医患关系的评价

对医患关系的评价虽然不等同于对医方提供的医疗活动的满意度，但满意度是评价医患关系的基础，也是必要条件。在家庭健康询问调查和专题调查中，都涉及了患者的满意度调查；尽管两者之间询问的内容存在差别，但都涉及对医疗服务的总体满意度。

家庭健康询问调查表明，患者对医疗服务综合起来表示满意的，门诊为58.8%，住院为55.8%；对医疗服务不满意的，门诊为41.2%，住院为44.2%；其中不满意的比例较之2003年第三次国家卫生服务调查有下降。

在专题调查中，患者对医生表示满意的比例高达95%，对医生的满意度平均分为85分，对护士满意的比例高达94%，对护士的满意度平均分为84分。

针对家庭健康询问调查数据对满意和不满意的人群及其相关因素的细分表明，门诊满意度的高低与患者的花费、疾病严重程度、就诊医院的层级之间都具有统计学相关性；花费越多的越不满意，疾病越严重的越不满意，医院层级越高的越不满意。住院满意度则与

患方的收入水平、参保类型之间具有统计学相关性；但更加重要的是患者对医生的信任，对医生越信任的，满意度越高。

针对家庭健康询问数据，对患者不满意内容的进一步分析显示，门诊患者不满意的前三项依次为：设备环境差、医疗费用高、药品种类少。城乡比较，城市高于农村。

专题调查的分析却表明，患者对医院不满意的前三项依次为：排队等候时间过长、环境差、服务态度差；对医生不满意的前三项依次为：服务态度不好、诊疗时间过短、不必要的检查和大处方；对护士不满意的前三项依次为：服务态度不好、护理技术差、不敬业。

专题调查的进一步分析除在医院层级、支付方式方面支持了家庭健康询问调查的分析结果以外，还发现患者不同年龄段对医生的评价差异具有统计学意义，年龄在20~35岁的年轻人的满意程度最低，65岁以上老人的满意度最高；不同文化程度的患者对医生的评价差异之间也具有统计学意义，文化程度越高，满意度越低。

## 2. 患者对医方的期待

专题调查专门询问了患者对医方的期待，即作为医院，如何才能使患者满意？作为医生，怎样才算是一个好医生？对医院，患者期待的前三项依次为：服务态度好、技术水平高、看病方便；对医生，患者期待的前三项依次为：医德好和态度端正、医术好、注意沟通。

对深度访谈资料的进一步分析发现，患者对医院的期待主要是制度性和管理性的，即对医院的期待是医院可以通过制度建设和管理改善来实现的，如服务态度是医院管理环节的问题；技术水平是医院对人力资源和设备的组织问题；看病方便更是管理中的流程管理问题。但对医生的期待，则更多地偏向了人格和能力，明确反映了中国社会传统对医患关系的认知与规定，即医德比医术更重要，这可以从家庭健康询问调查和专题调查涉及医患信任的调查结果得到佐证，结果都显示，80%以上的患者或患方对医生表示了信任或很信任，越是来自农村的患者对医生信任比例越高；医院层级越高，受到信任的程度越高；专题调查对信任方向的细分进一步显示，来自农村患者对医生的信任是对医生人格的信任；高层级医院受到的信任主要是对医生医术的信任，与此同时，在中国社会的思维逻辑中，技术能力与道德修养之间是正相关的，有德行是有才能的基础，有才能便一定有德行。

## 3. 医方对医患关系的评价

患者只是医患关系的一方，医方尤其是医务人员对医患关系的评价同样重要。

专题调查专门请医护人员对医患关系进行了评价，对一般意义上的医患关系的评价为60分；不同层级医院对一般意义上的医患关系以及本院医患关系进行了评价。

结果显示，不管哪个层级的医护人员，对医患关系的评分都不高，医院层级越高，对一般意义上的医患关系和谐程度的评价越低，对本院医患关系和谐程度的评价虽然没有如此明显的趋势，但方向是一致的。

如此的评价，到底是在什么样的基础上做出的呢？即医务人员如何定位医患关系呢？

医务人员的评价说明，医护之间在每个类型的关系认知上都有差异，但职称之间的差异更加突出，越是高级职称的医务人员越倾向于将医患界定为委托代理关系。不过主流的认知已经说明，中国社会传统对医患关系的认知在医务人员中基本消失，一半左右的医务人员倾向于将医患界定为朋友。其实，“朋友”在中国社会传统和中文语境下的含义非常值得琢磨，它可以是庇护关系，也可以是互助关系。庇护关系正是传统的“医者父母心”的本质之一，互助关系则是现代长幼关系的新内涵。

与此同时，朋友关系更本质的含义是平等，即彼此之间的开放、坦诚、信任。正是在这个意义上，医患之间获得了共识。对患者的分析显示，患者最介意的是医务人员的态度、医院的服务态度；对医务人员调查数据分析的结果则显示医务人员原本就把患者当做朋友呢。问题是，患者怎么就提出了“态度”问题呢？

#### 4. 医护人员对患者的期待

可是，在同样的情境下，患者对医患关系的评价要远远高于医务人员，如此反差，到底说明了什么？是患者没有把医务人员当朋友？没有给医务人员足够的尊重？

医务人员调查询问了医务人员感受到的患者的尊敬、满意和信任，63%的医务人员表示患者尊重自己。

数据进一步显示，90%以上的医务人员认为患者对自己的工作是满意的，这与患者的评价是一致的；医务人员对患者信任自己的估计也与患者调查的结果相吻合，尽管对信任关系变化的估计在医护之间、职称之间有差异。

由此看来，问题出在“尊重”上。对医护人员专题调查的结果显示，医护人员最反感的患者行为依次为：不尊重医护人员、态度粗鲁、固执和难以沟通、不遵守医院规章制度和秩序，以及提出非医疗要求；与此同时，超过80%的医护人员对患者的不尊重行为表示不满。在尊重的基础上，医护人员对患者最突出的期待是“信任”。“如果患者对我充分信任，那我更要加倍努力，他对我那么信任，我不能辜负患者”。

综上所述，我们观察到医患之间对彼此的关系有如下评价和期待：

- 家庭健康询问调查和医患关系专题调查获得患者对医方不同的满意度，前者获得的满意度在55%左右，后者获得的满意度为95%以上，如此的差别涉及选择性偏差问题；
- 专题调查揭示患者最在意的是医护人员的态度，其次才是技术水平；
- 患方对医方的评价为84分左右；
- 医护人员认为医患之间主要是朋友关系；
- 医护人员对医患关系和谐程度的评价为60分左右；
- 医护人员对患者的期待首先是来自患者的尊重；
- 在尊重基础上，医护人员最突出的期待是来自患者的信任。

#### （五）对医患关系的基本判断

上述对医患关系建构的制度背景、医方特征、患方特征，以及医患之间对彼此关系的

评价的探讨，已经呈现了当前医患关系的基本图景：

- 现有制度对医患关系的规范偏于笼统，在医患之间发生冲突的条件下，责任归咎偏向医方；
- 参与医患关系建构的医方自身的身心健康状况并不好于一般居民的平均水平，至少焦虑和抑郁状态的程度要远远高于一般居民的平均水平；
- 参与医患关系建构的医方在平均工作时长高于劳动法规定的时长的状态下，工作情绪非常中庸；
- 参与医患关系建构的患方多为成年人，受教育程度不高；
- 参与医患关系建构的患方大多数在1个小时内能够获得诊疗；
- 医患之间虽然仍然受到“医者父母心”传统关系界定的影响，但医患双方对彼此间关系的界定都在向更加平等的方向发展，双方对对方“态度”或“尊重”的期待就是明证；
- 如果不考虑对患方调查样本的选择性偏差，医患双方对彼此间关系现状的认知比较接近，即至少55%以上的患者对医方表示满意；医护人员对医患之间关系的和谐程度至少给出了57分；
- 与此同时，医患之间对彼此关系的界定也有共识，患方希望得到医方好的态度；医方希望得到患方的尊重。

鉴于上述基本图景，对医患关系的判断似可表述为：医患关系总体是好的；局部的冲突来自于差异性的具体矛盾；具有共性的影响因素来自于双方对费用和服务预期的差异，医院的层级越高，差异越突出。

## 四、构建和谐的医患关系

### （一）如何看待医患关系？

对医患关系的既有研究有三个基本的视角：

#### 1. 社会学的视角

将医患之间建构的关系作为一般社会关系的一种，认为尽管医生和患者因疾病这一特殊问题而缔结了关系，但却没有脱离社会关系的基本属性，即医生和患者之间都带着各自的社会属性进入关系建构之中，医生和患者是都是众多社会角色的一种。当然，持社会学视角的研究并没有就医患之间的关系获得完全一致的认识。

#### 2. 医学视角

将医患关系聚焦在“治疗效果”上，从改善治疗效果的目标出发，探讨医生/医方与患者之间的互动模式，尤其是医生的角色定义和角色扮演，例如“以患者为中心的医疗模式”，让“医生进入患者的世界，从患者的角度看待疾病”等。同样，在医学视角内，对医患关系也没有完全一致的共识。

### 3. 管理学视角

将医患之间的冲突作为管理问题是医患关系探讨的重要趋势。发达国家对医患关系的讨论大多集中于此，即探讨通过改善服务模式、支付方式、提高服务质量来预防医患纠纷和冲突；通过改善冲突的处理机制来防止冲突的扩大和升级。

关于上述三个视角的文献综述，可以参见专题研究部分和文献综述部分的内容。这里对三种视角进行简述，意在说明对医患关系的探讨离不开理论框架的约束。

尽管三种视角对理解今天中国的医患关系具有重要意义，但它并不能直接运用于中国的实际，这是因为三种理论视角都有其特定的历史和社会背景，且与中国今天的社会现实差别较大。这里仅举两个例子：如医生角色的社会含义，在西方社会，今天的医生主要来自于宗教角色的转化和职业化。而在中国，今天的医生主要来自于传统社会医生的职业化；再如医院的社会含义，在西方社会，今天的医院主要来自于宗教机构的转型，与医生一样，带有强烈的神授特征；而在中国，今天的医院主要是现代社会的舶来品，与中国传统的医疗机构之间没有直接联系。简言之，中国的医疗体系借用了西方社会沿自其宗教价值体系的组织模式，但却没有借用其任何宗教内涵，也没有有效注入中国社会传统中的医学精神。

不仅如此，中国近60年的社会转型是人类历史上不曾有过的格局，在前30年里中国试图通过国家配置资源的方式建立人人均等的医疗服务体系，并在一定的意义上获得了成功；在后30年里，中国试图加上市场机制，一方面满足人人享有健康机会的公共卫生体系，另一方面又满足社会成员的差异化需求。如此，在讨论医患关系时，如果忽略了如此重大的社会转型，就无法理解医患关系的本质。

为此，医患关系的专题研究建立了一个讨论框架，用以理解社会转型背景下的医患关系。

简单地说，社会制度变迁作为与医患关系相关的最重要的影响因素，一方面在结构上影响了医方的职业环境和社会环境，进而影响了医方进入诊疗情景的状态并与诊疗情景互动，形成与患方发生直接关系的医方行为；与此同时，社会制度的变迁也直接影响患方，如支付结构和可及结构，进入诊疗情景，形成与医方发生直接关系的就医行为；两者在时间因素的作用下形成具体的诊疗情景，并在诊疗情景中形成可观察的医患关系。

实际上，图1就是本报告第三部分的叙述框架，也是一个更加偏向于社会学视角的分析框架，其基本假定是，无论双方持何种价值观进入医患关系的建构，只要两者对对方的期待具有共识，就具备了建立和谐医患关系的基础。

#### （二）迈向和谐医患关系的政策选择

从上述医患关系的分析框架出发，第三部分对中国医患关系现状的判断已经暗含了迈向和谐医患关系的政策指向。

医患双方对彼此间关系的基本肯定奠定了迈向和谐医患关系的社会基础，即无论是医方还是患方，都看到了既存医患关系的制度基础、组织机制、互动模式的积极层面，没有

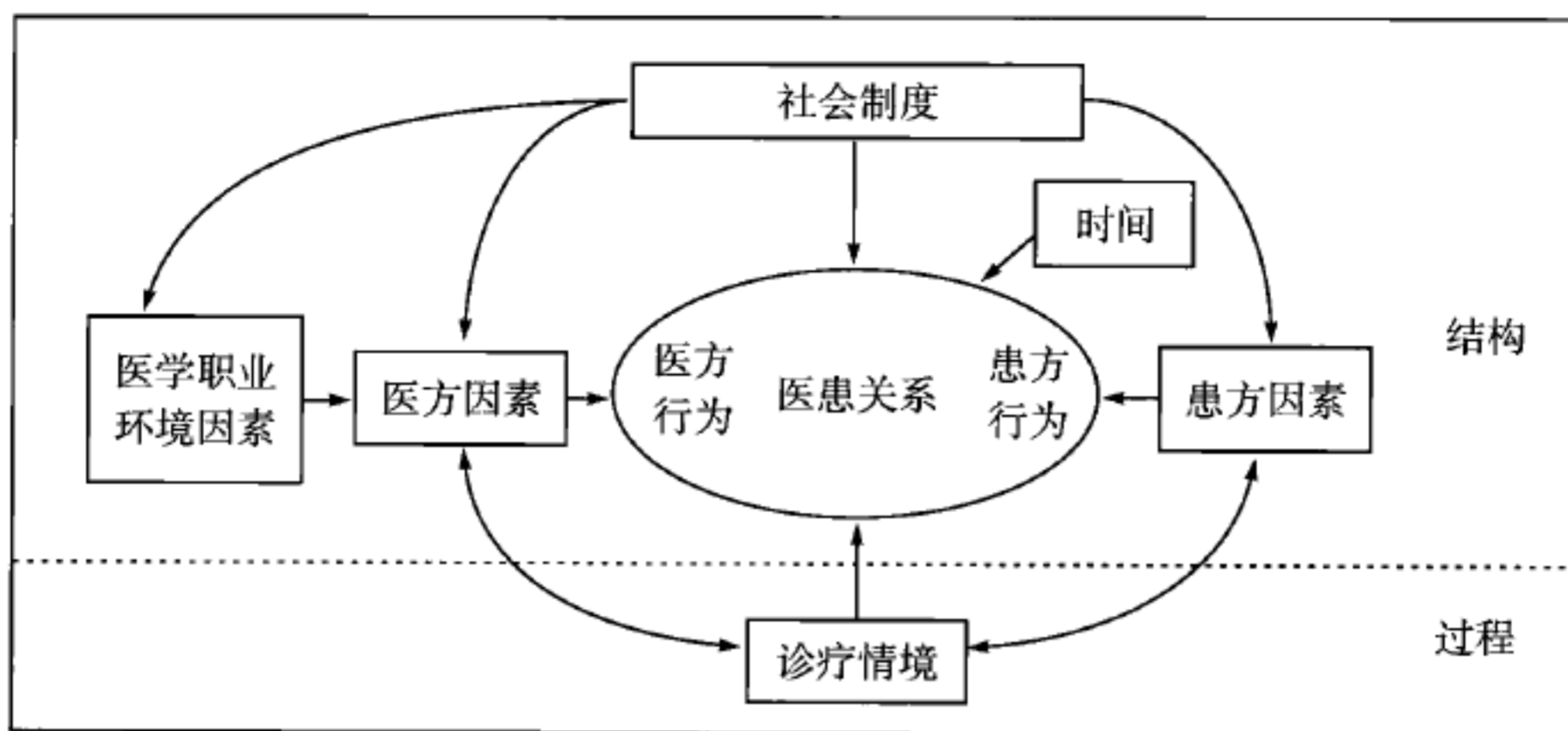


图1 中国医患关系分析框架

从根本上否定既存的医患关系。

在此基础上需要解决的问题有三类，也是三个层次。

第一，在制度层次，促进医患双方之间平等对待，使医患双方彼此“态度好”和相互“尊重”。

在社会互动的本质意义上，“态度好”和“尊重”是同一件事，即平等或尊敬待人，让医患双方在诊疗情景中践行平等对待对方，是促进医患关系进一步和谐的社会基础，也是促进和谐社会建设的重要组成部分。

在今天的中国社会，尽管医患双方的意识中仍然具有“医者父母心”、“医道即天道”的概念，但却失去了践行这些概念的社会基础，传统的熟人社会在诊疗情景中已经不复存在，取而代之的是差异化的诊疗机构和差异化的患者群体，不同的诊疗机构担负着不同的医疗职责，不同的患者群体有着不同的医疗需求。但不管两者之间的层次如何分化，在制度层次倡导甚至强制医患双方尊重对方，是迈向和谐医患关系的基本条件。

为此，可以一方面在规制层规范医患双方在诊疗活动中的基本行为，如明确规定双方在诊疗活动中的职责和义务；另一方面，从倡导良好的社会风气出发，在一般意义上提高社会成员的道德修养，使其在诊疗活动中对对方的尊重成为一种自觉的行为。

需要特别强调的是，在医患双方的互动中，医方所面对的患者差异性要远远大于患方面对的医方差异性，让医方平等对待患者的难度要远远大于让患者尊敬医方。为此，除了在规制层面规范医方的行为以外，解决图1中影响医方行为的负面因素，促进医方特别是医务人员以积极健康的情绪和良好的心理状态面对患者，患方是改善医患关系的另一个重要方面。

这涉及医疗机构管理问题，如薪酬管理、工时管理、晋升管理等具体管理制度，建立公平的、有效的，而不是相互攀比的管理制度体系，既是具体医疗机构面对的议题，更是

国家宏观政策部门面对的议题。事实上，人们很难想象原本就处在抑郁状态的医务人员如何能以友善态度和尊敬他人的状态来面对患者，也很难想象在医疗机构使尽浑身解数却仍然不知所向的患者在有机会面对医务人员时能够有尊敬和合作的态度。

在完善制度的基础上，针对医务人员进行技术性培训，使医务人员立足本职，有能力面对差异化的患者，也是促进医患之间平等对待、甚至通过医方行为示范，影响或改变患者行为的重要方面。与此同时，在全社会范围内，加强现代医学知识普及，让所有患者和潜在患者了解现代诊疗活动面对的优势和风险，促进患者对医方的理解和支持，理解和明白患方的责任和义务，也是促进医患双方彼此平等对待的重要组成部分。

第二，在宏观管理层次，建立医患之间的缓冲机制，减少医患之间的直接冲突。

提高诊疗效果固然是医学发展和医疗活动的重要目标，也是减少医患冲突的重要方面，但抽样调查和专题调查的数据都显示，医患双方对医疗活动存在的风险尽管不一定理解准确和充分，也是有理解的，双方对诊疗活动理解的重要偏差来自于对费用的预期，即患方常说的“看病贵”。

在社会互动的意义上，医患双方在费用的维度处在零和的两极，一方的支付等于另一方的获得，双方都希望减少支出或都希望增加获得，这成为双方关系建构的难题。市场经济通过竞争解决了这个难题，但在诊疗活动中却无法或很难引入竞争机制，人们无法想象一个处在疾病困扰中的患者如何通过询价的方式来获得公平的诊疗价格。

一个有效的方式，就是在让健康的“人”来为患病的人询价，即在医患之间，通过第三方参与的方式，获得对费用公平性的共识。无论是保险竞争方式还是政府监管方式，都是医患之间的一种缓冲机制。尽管世界各国现存的各种缓冲模式都有弊端，都要优于中国现在的让患方和医方直接讨价还价的模式。

中国新医改方案中建立基本药物价格制度是朝这个方向努力的一个重要起点，但还远远不够。理由很简单，一个参与者数量趋向于无穷大的市场，仅凭有限的价格规制，既无法满足差异性患者对多样性诊疗活动的需求，更无法覆盖创新层出不穷的医、技、药、管的诊疗行为。

为此，在加强国家监管的基础上，让社会参与其中，用社会来制衡市场，才是更加有效的补充方式，也是促进医患双方在费用预期维度获得共识的社会基础。换句话说，医患双方在费用预期上的差异既不是纯粹的市场问题，也不是纯粹的规制问题，而是社会内部的制衡机制问题，只有在有能力进行相互约束的双方或多方之间建立共识，才可获得解决，而在双方或多方中，患方是注定的缺席者，因为它没有能力。

第三，在微观管理层次，建立和完善医患冲突处理机制，减少医患之间的个例冲突转变为医患关系事件的机会。

在诊疗需求层次差异化、诊疗活动多样化的现代社会，医患之间出现冲突是可以预期的，即使是在建立了完善的医患冲突缓冲机制的条件下，出现医患冲突也是正常的，没有

冲突倒是非常不正常了。

改善诊疗活动和完善缓冲机制对建构和谐的医患关系固然非常重要，与此同时，建立应对和处理冲突的机制，提高应对和处理冲突的能力，同样非常重要，也已经成为现代社会医患之间不可或缺的关系性环节。从近几十年医患关系的发展来看，寻求有效、便捷的医患冲突处理机制，已经成为现代公共卫生管理的一个重要趋势。

正是在这个意义上，借鉴发达国家成熟经验，并结合中国社会的具体国情进行实践和完善就显得尤为重要。例如英国的三级投诉为主、法院裁决为辅的冲突处理制度，美国由多方参与的医疗事故的认定和处理机制，日本的专业机构监督、国家监管的信誉管理制度和由多方参与的事故处理机制，德国的第三方专业机构调节机制等，都是值得学习和借鉴的机制。