

分报告三:

## 医患关系现状的社会学研究

邱泽奇 徐 玲 张拓红 谢 铮 饶克勤

### 第一部分 研究背景

人类出现之后,世界上就有了疾病,也随之产生了医生这一身份和职业,医患关系是人类最基本的人际关系。狭义的医患关系特指医生与患者关系,广义的医患关系中“医”不仅仅指医生,还包括护士、医技人员以及管理人员。“患”不仅仅是患者,还包括与患者有关联的亲属、监护人、单位组织等群体<sup>1</sup>。在本研究中,将医患关系界定为:患者及其家属在就医过程中与医疗机构和医护人员之间发生的特定关系。

和谐的医患关系有助于社会稳定和发展。同时,医患关系是卫生服务利用程度及诊疗效果的关键因素,它是医生收集患者信息、诊断和决策,患者寻求帮助、依从和康复的介质<sup>2</sup>,对健康行为和人群健康状况也具有重要意义<sup>3</sup>。

当前,医患关系问题的提出也是基于我国的政治、社会和经济格局的特殊背景。在经历了30年的高速增长之后,提高生活质量变成了我国社会的普遍需求,中央政府在继续关注经济发展的同时,首次把政策关注点投向了民生。胡锦涛同志在党的十七大报告中明确提出:“加快推进以改善民生为重点的社会建设,扩大公共服务,完善社会管理,促进社会公平正义,努力使全体人民学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居,推进构建和谐社会。”<sup>4</sup> 建设和谐社会的重要内容之一就是通过促进医疗卫生体制改革的不断深化,在农村普遍实现新型农村合作医疗制度和城市普遍推广社区卫生服务制度,进而实现对城乡居民的基本医疗保障,实现“病有所医”。

要通过“病有所医”来改善民生,提高社会成员的生活质量,就必须正视和解决目前医疗领域存在的看病难、看病贵和医疗投诉增长的现实问题,以及社会舆论所普遍指向的问题背后的趋于紧张的医患关系。

本研究的基本目的在于正确认识我国当前医患关系总体形势,客观呈现医患关系的现状,了解医患之间关系的性质与医患双方的期待,探讨医患关系紧张的来源和影响因素,这对深化医疗卫生体制改革,实现对城乡居民的基本医疗保障具有特别重要的理论意义、现实意义和政策意义。

## 第二部分 国内外医患关系研究综述

医患关系是卫生服务研究和医学社会学关注的重要问题。卫生服务研究与社会学本质上都是采用实证主义的方法论和调查方法的进行规范系统研究的学科。<sup>5</sup> 卫生服务研究关注医疗保健的社会经济方面影响，社会学侧重社会的系统研究。在医患关系研究上，卫生服务研究主要关注医患关系的某方面具体问题及其对个体和群体健康的影响，关注医生、患者、医疗团体或政府单个行动方的角色和行动策略，通过干预评估效果、寻找处理问题的“金标准”。社会学家从学科传统出发，偏好理论和方法的探讨，对政策影响分析和理论的实际应用关注不足，但对问题的分析优势在于：描述和解释医疗卫生体系所经历的宏观社会和结构的变迁，关注医患关系的本质属性及其对医疗行为的影响，考虑到组织与制度、人际和环境等更广阔的视野。基于这样一个综合视角，我们对国内外已有研究进行归纳，建立一个系统论的医患关系分析框架。

### 一、西方医患关系研究

#### （一）医患关系的社会学视角

对医患关系的系统研究普遍公认始自功能学派代表人物 Parsons<sup>6</sup>，提出医疗制度作为社会系统的规范机制，帮助患者重新获得正常功能。医生按照标准技术治疗患者（普遍主义），而不是根据患者社会特征做出变化（特殊主义）；提供的是医术（专门化），而不是通用的泛泛说教（一般化）；对患者没有情感投入（价值中立），而不是相反（共情）；关注患者幸福而不是个人意愿（集体主义而非个人主义导向）。而患者对于治疗疾病没有责任，但是也要努力康复，摆脱疾病困扰，因此需要寻求医生帮助，听从医嘱。这种全景式描述非常泛化，没有针对特定的疾病。

Szasz 和 Hollender 通过对手术和慢性病的患者的观察发现，患者对于专家意见的遵从程度和权威会因为不同疾病特征和严重程度而改变，前者倾向于更遵从医生，后者则患者的主动性更强。因此他们根据症状的严重程度，将医患角色关系分为三种可能的模式，即主动-被动模式、指导-合作模式和互动模式。<sup>7</sup>

另一些观点反对 Parsons 的医学制度模式的显功能、医患之间互补关系，以及对医疗权威的无条件认可。有学者认为，1945 年至 1965 年是美国医学专业的空前绝后的发展最佳时期，而 Parsons 的医患角色理论正是出现在“医生的黄金年代”背景下<sup>8</sup>，医学权威处于顶峰时期，医生具有绝对权威。随着美国医疗保险和医疗补助制度、第三方支付、盈利性医疗机构、医疗成本上升和医疗消费主义的发展，不仅使得医学专业的政治和经济影响力大

打折扣，也制约了医学的文化权威和技术自主性发挥。尽管医疗实践从未脱离经济激励机制的影响而发展，但在此环境下，医疗管理组织发展出鼓励医疗服务最小化的激励结构，并且设计出一套管制临床诊断实践的回顾机制，直接影响到医学权威地位。Reeder<sup>9</sup>总结了现代医学的三大转变趋势，由对急性病的治疗转变为预防性的医疗服务；社会大众对现代科层制（包括医疗机构）的熟知；消费主义文化的发展。这些趋势促使医疗活动由“卖方市场”变为“买方市场”，改变了传统理论强调病患对医生的依从，促使医患间转向更平等的互动关系，更类似“供应商-消费者”的模式医生对患者的专业权威地位转变为双方势力均等。

典型的医患关系开始于医患对话，因此很多研究关注医患沟通，提出医患之间的解释模式、商议模式<sup>10</sup>等。学术界普遍认为医患之间在沟通上存在许多误解和障碍。有研究者通过实地调查总结了医患间的沟通障碍，包括医生打断患者问话、转移话题、回避问题、使用行话等，这些障碍的出现频次与患者的满意度和依从行为成反比。<sup>11</sup>不同患者由于种族、年龄、性别、职业、收入、受教育程度等社会因素的差异，<sup>12</sup>对信息的理解认知往往存在差异，在医患沟通过程中，常常会出现医患双方对信息理解不一致的现象，导致信息理解的偏差或误解。

虽然近数十年来医学变化显著，但社会学领域对于医患互动的细节性描述及理论尚不足。医患关系的理论过于概化，不关心具体的互动和“鲜活的生活体验”，缺少对于话语和行为的特殊元素的关注。而缺少对于医患之间互动的范围和程度的记录和说明这样的基线调查数据，研究者就不能评估关系现状、界定关系的历史性改变，也不能判断因素的影响。

## （二）医患关系的医学视角

医学对于医患关系的治疗效果的认识可以追溯至希波克拉底，他观察到“一些患者虽然患病严重，但是单凭对于医生的信任而得到康复”。近代研究始于“以患者为中心的医疗模式”转变运动。作为对于传统生物医学模式的批判，Engel提出了生物-心理-社会医学模式，倡导社会因素、人际因素与生物因素共同对健康产生重要影响。以患者为中心的研究伴随医学模式的转变而兴起，彻底改变了Parsons时代的医患之间的不对称关系，成为当今诊疗实践的主导模式。以患者为中心被界定为：“医生进入患者的世界，从患者角度看待疾病”<sup>13</sup>。Mead把“以患者为中心”操作化为五个维度：综合生物社会心理因素进行诊疗、患者人格化、医患责权共享、结成医患治疗联盟以及医生人格化<sup>14</sup>。一些定性和定量研究表明，这种医疗方式会提高患者对身心疾病治疗的依从性。医生注意倾听、关注、参与，患者的心理状况、生理指征和功能结果都会改善。也有研究表明，医患双方大部分都倾向于医患平等关系，但不是所有人都希望增加患者自主权，在对结核病常规诊疗调查中仅20%是以患者为中心的模式，66%倾向于医生主导的。

近年来有大量研究采用随机控制试验（RCTs）、控制临床试验（CCTs）、控制的前后

测设计 (CBAs) 等, 研究对医护人员和患者进行“以患者为中心”的干预措施, 包括: 对医生和/或护士进行沟通技巧培训、提供临床路径供医护人员自检等; 对患者采用录像、书面指导、面授等多种形式, 培训患者获取信息、表达个人意愿、与医生协商治疗手段、参与决策等能力; 并测量这些干预在诊疗过程、患者满意度、卫生服务行为、人群健康状况方面的产出。<sup>15</sup>

Cohen - Cole 还提出研究者、医生和学生根据“以患者为中心”的标准如何判断诊疗过程是否成功: ①患者的社会心理状况, 如何患病、疾病对他意味着什么、他作为患者角色如何行事; ②建立起医生与患者共同合作关系; ③教育患者, 不仅是推荐、商讨治疗疾病的方法, 同时处理疾病带来的社会和心理后果, 强调沟通技巧和移情作用, 医生在医患互动中更多参与、更少专断独裁。<sup>16</sup>

## 二、我国医患关系研究

国内的研究则主要集中在抽象的医患关系层面, 是一个多学科的领域: 医学伦理学关注医患伦理关系, 探讨如何提高医生的职业修养、改善医患沟通、重塑医患关系<sup>17,18</sup>; 医学心理学关注医患沟通模式<sup>19</sup>; 卫生法学关注医疗机构、医生和患者的权利与义务, 研究医患关系的法律性质和处理医疗纠纷的法律法规问题<sup>20,21</sup>。也有人探究过医患关系的经济本质和法律性质, 争论医患关系是一种消费关系还是“委托-代理”关系, 是适用于民法、行政法还是消费者权益保护法。公共卫生领域侧重于从卫生经济、医疗体制和医院管理方面说明其对医患关系的影响<sup>22,23</sup>。其中, 医患关系的社会学研究欠缺, 在中国期刊网数据库、维普科技期刊和人大复印资料数据库中仅检索出3篇以“医患关系”、“社会学”为题目或关键词的文献, 但其中2篇是讨论医患的伦理学角色<sup>24,25</sup>, 另1篇是对和谐医患关系的宏观政策建构的讨论<sup>26</sup>。这些实际上都不属于社会学研究。

在涉及医患关系的实证研究中, 研究者主要来自医学领域。他们通过案例讨论医患关系模式、医患关系现状、医患关系紧张的成因、缓解医患关系紧张的途径等, 获得的结论没有超出上述国外研究的范围。一些关于医患关系的小规模调查累积了数据, 如2001年南京医科大学“医患关系暨医德现状调研”<sup>27</sup>、2004年中国医师协会“医患关系调研”等等<sup>28,29,30</sup>, 采用描述性统计方法, 提供了医生或者患者人群的对医患关系满意度、态度的现状的局部数据。在这些结论中, 医患关系紧张已经成为理论界和社会各界的共识, 但这种关系的紧张程度仍是模糊的。

研究者对医患关系紧张的原因提出不同解释, 其中邱仁宗提出“烂苹果和烂筐”理论<sup>31</sup>比较有代表性, “烂苹果”是指由于医生个人行为层面原因引起的医患关系恶化, “烂筐”是则是指政府试图退出卫生保健、采取的将医方收入与患者交费直接挂钩等错误政策。他认为缓和医患关系必须对从制度入手进行调整。其他学者也对我国医患关系紧张的现状进行了解释分析和对策研究, 研究结果包括: ①从医生角度讲, 信息不对称, 医生拥有患

者无法企及的专业知识；目标冲突，医生既是要以患者利益为出发寻求最佳治疗方案的医疗服务人员，也作为医疗服务提供方期望从中获得经济利益，容易出现供者引导需求的问题；医患沟通不良，医生缺乏与患者的平等有效沟通，医患对医学认知存在显著差异；②从医院管理角度讲，医院管理水平也是影响医患关系的重要因素，目前医患关系文献对医院管理研究比较集中的是就医流程优化的问题。不少调查显示候诊时间过长是引致患者不满的首要原因，所以优化就诊流程、缩短候诊时间就成为研究者关心的主要议题。很多研究者提出了关于这一问题的解决对策，包括完善实名制预约、挂号制度，采取分时段挂号，分楼层统一收费、采用预交金结算办法<sup>32</sup>，加快医院信息化建设、实现各部门各科室的信息共享<sup>33</sup>等；③从技术角度讲，医疗技术发展不完善，医院硬件设施设备不齐全，患者对医院期望值过高，认为到医院就能治好病，很容易出现医疗纠纷；④从医患沟通角度来讲，患者可能扮演医疗自助者、求助合作者、拒助者、失助者、反助者<sup>34</sup>等不同角色，而医生的角色则是从生物医学模式下的专家角色向生物心理社会医学模式下的伙伴角色过渡，并最终转向服务者角色，这样才能实现与患者地位的平等。医患沟通障碍是医患关系紧张的重要成因已成为众多研究者的基本共识，解决途径重点在于医患之间以一种互相尊重的态度积极沟通，作为医生要强化自己的道德伦理修养，作为患者也要尊重医生的劳动和付出，并对医院和医生的服务有一个合理的期待。有的研究者提出了医患沟通中对患者的告知是非常重要的部分，其中主要是对病情和医疗费用的告知，并由护士、医生、主治医师等分别负责形成不同级别的告知体系<sup>35</sup>；⑤从政策体制角度讲，医疗卫生资源分配不合理，医院分级制度和人们的惯有观念，大医院医疗资源集中，中小医院医疗技术条件较差，人们倾向于向大医院集中，造成大医院资源紧张，医生压力大负荷重，医患关系紧张。另外，国家对医院支持和补助少，医院在自负盈亏的压力下追逐利益；医疗相关法律法规不健全，出现纠纷之后，缺乏足够的规范公平的依据和裁决机构。

### 三、整合的医患关系分析框架

国内外关于医患关系的丰富文献为进一步的研究提供了基础，但一些关键问题没有得到回答。例如，人们普遍认为医患关系紧张，但是紧张到什么程度？如何测量医患关系？如果既有研究提到的因素造成了医患关系的紧张，那么不同的因素在什么样的条件下对什么样的医患关系的紧张具有多大的影响？在这些因素当中，哪些是关键性的，而且可以通过良好的卫生系统制度设计干预解决的？特别是基于中国当前制度背景下，对这些问题的解答提出新的挑战。本研究将主要回答这些问题，讨论：①我国医患关系的现状；②影响医患关系的因素；③探讨构建和谐医患关系的制度条件和社会经济条件。

社会学和医学对于解答上述问题提供了不同的学科视角。社会学从医患双方行动者出发，关注行动者的互动、结构、制度环境之间的关系，是一种系统的理论分析模式；医学

视角主要描述医患关系的现状，分析某方面具体问题，更强调产出操作化的结论。前者可以为我们提供很好的问题分析框架，而后者明确了问题的领域。本研究试图将两种取向整合起来，建立社会学视角的医患关系问题分析框架（图3-1）。

医患关系被视为在特定的制度框架和行为模式下，在一定诊疗情境中产生的互动关系，需要在一个关系的结构和过程共同组成的系统中研究医患关系的现状及影响因素。在结构层面，医患双方行为都受到背后的制度因素影响，特别是医学职业对于医生具有重要影响，医方、患方和医学职业作为系统的组成成分（component），共同受到宏观社会制度环境的影响。此外，还必须考虑到在过程层面，特定的诊疗机构情境对于医患关系可能产生的影响。通过后面对具体调查结果的分析，我们将把这个框架进一步具体化。在这样一个系统分析的框架下，目前我国医患关系领域的一些受到关注的问题，如医患权利、过度医疗、防御性医疗行为、医患沟通、医疗市场化等<sup>36</sup>，都可以得到适当解答。

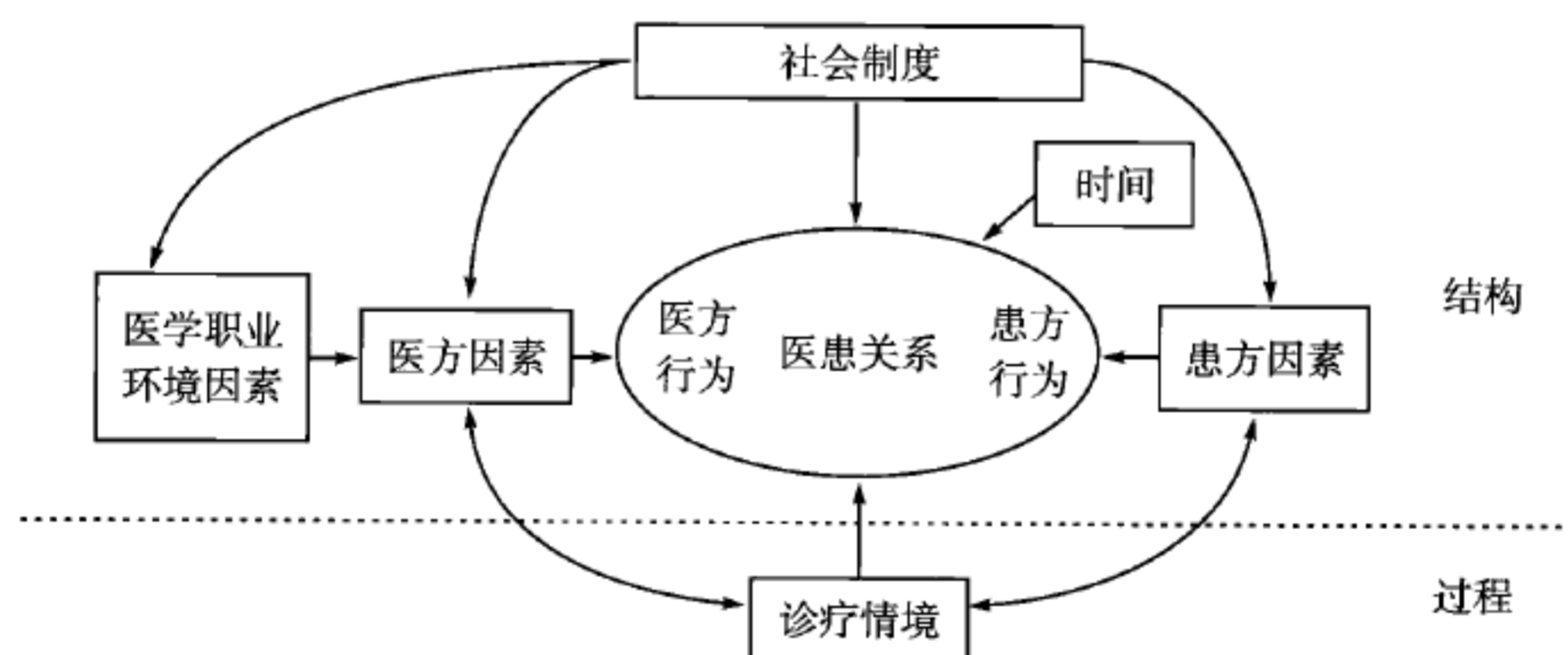


图3-1 医患关系的社会学分析框架

循此框架，我们制定调查策略：研究在医疗机构就医阶段，患方和医方的行为特征，以此探寻行为背后的制度缺陷。根据文献回顾，我们设定从四个维度测量患方行为：可及性、沟通程度、信任程度、满意程度。包括患者对医生的沟通程度、信任程度和满意程度评价；患者对医院的医疗服务可及性、信任程度和满意程度的评价（图3-2）。此外，患者自身社会人口和经济特征也是影响患者行为的可能变量。

已有研究和社会舆论导向偏于患方视角，强调患者满意度和对医患关系的期待，实际上医方行为对医患关系的影响同样重要。医生的医疗行为受到来自于制度和患者两方面的约束。制度方面包括医疗责任事故、以门诊量为代表的业绩考核、技术职称晋升等；来自患者的影响包括由患者的个体特质（如受教育程度、性别、年龄等）差异带来的可沟通性，患者对疾病治愈的期待等。医院感受的制度约束如市场经济条件下对于效率的追求和竞争压力，国家宏观政策和制度（如医疗保障制度、卫生法）的影响。这些因素包括：工作流程上所反映的对效率的追求；工作制度安排，包括对医生的管理、对医院部门的管理、

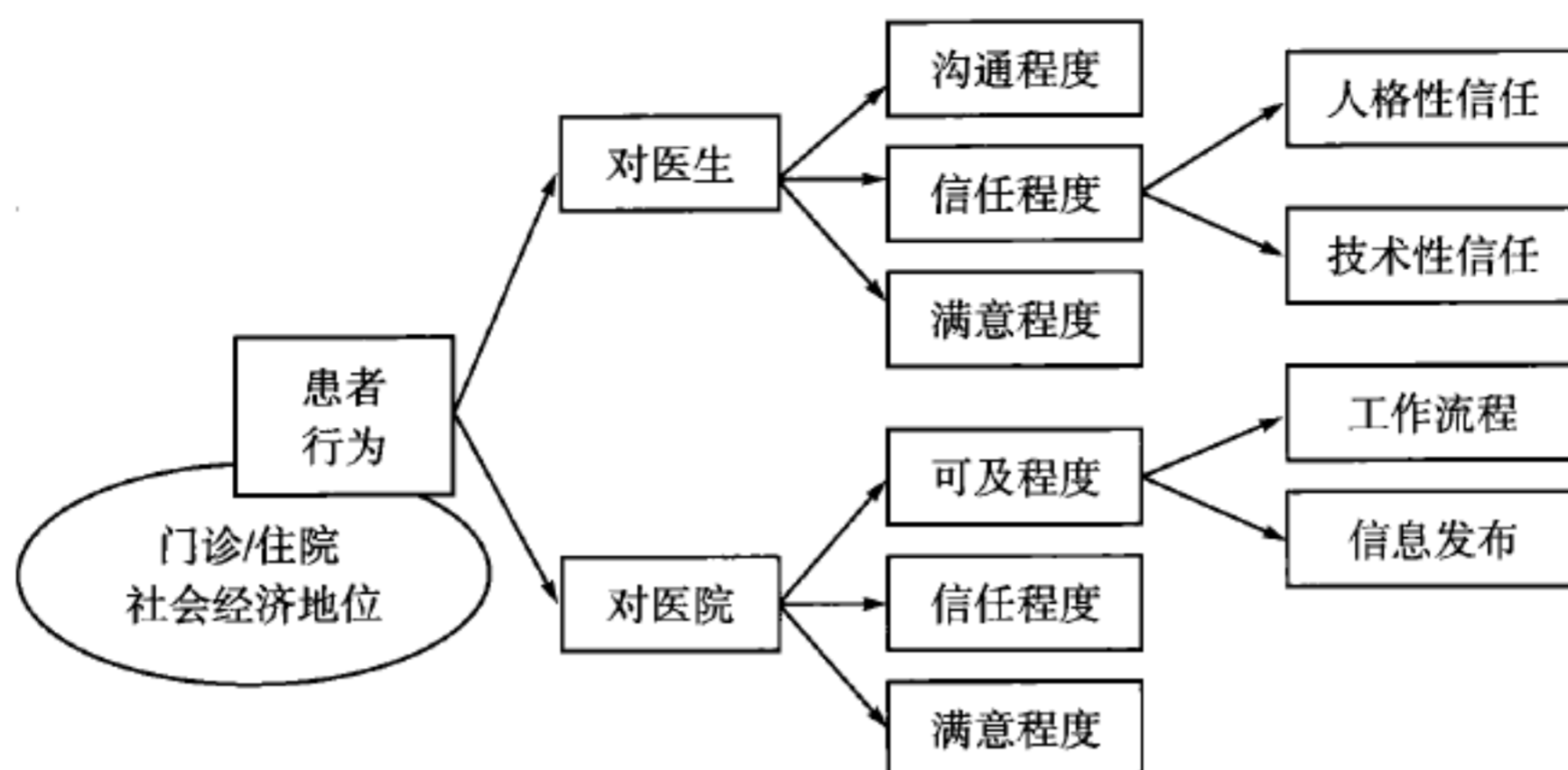


图 3-2 患方行为的研究内容

对患者管理的制度。医疗纠纷和投诉案例对医方行为也可能产生影响，也是研究所关注的因素（图 3-3）。

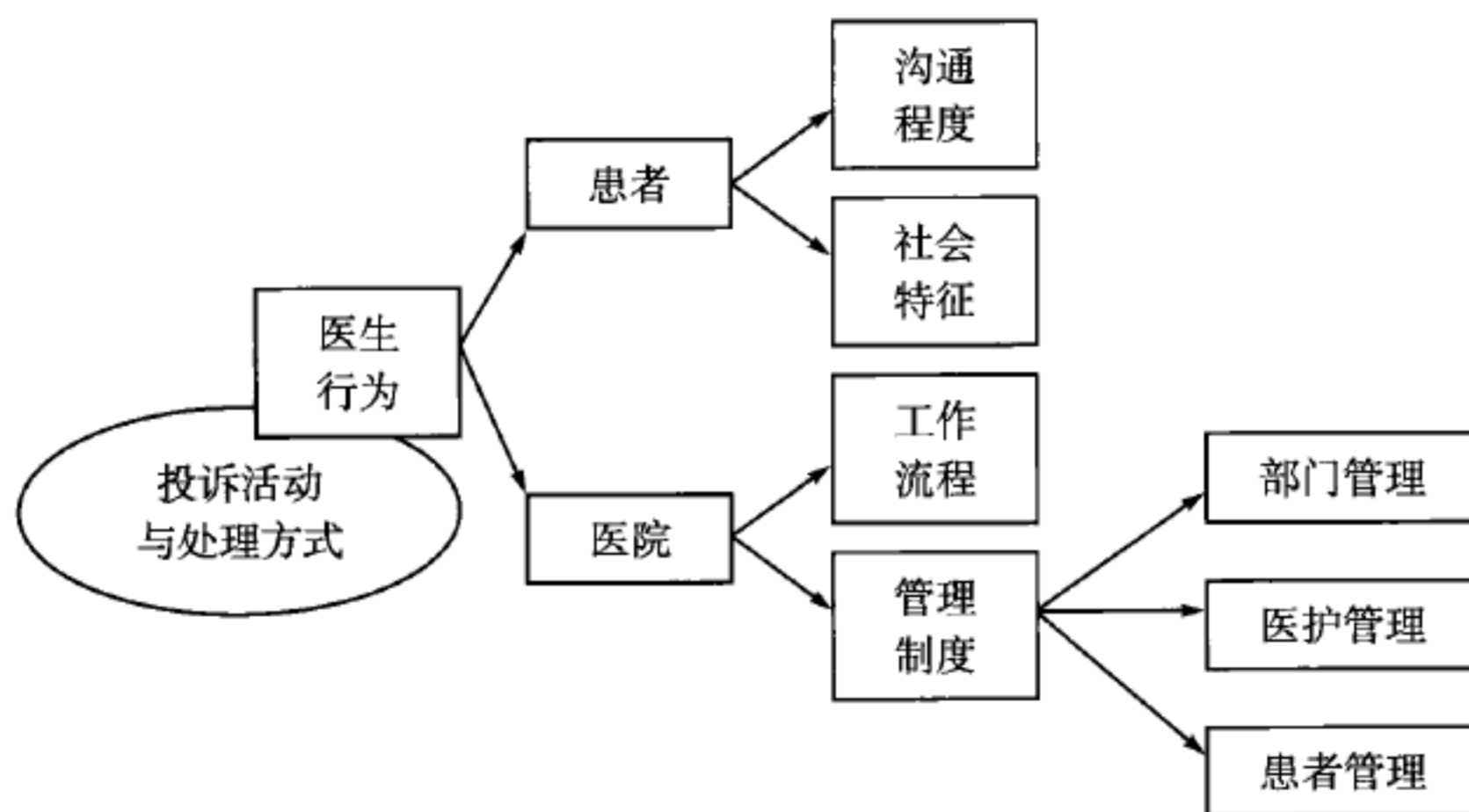


图 3-3 医方行为的研究内容

## 第三部分 研究对象与调查方法

### 一、调查现场的选择

本研究采用横截面调查，以地区、城乡和医院等级三个变量为选择标准，随机选取了北京和山东为东部地区代表，重庆为中西部地区代表；以北京市和重庆市为城市代表，以重庆荣昌县和山东省梁山县为农村代表。

根据研究设计，采用方便抽样的方法在每个城市抽取1家三级医院和1家社区卫生服务中心；在每个县城内抽取1家县医院和1家乡镇卫生院。共调查10家医院，其中三级医院3家，二级医院3家，一级医院4家。三个调查地区及10家调查医院的具体情况见附录。

### 二、调查对象

调查对象包括：患者及其家属，不同年资的医护人员，各医院主管医务的院长/副院长、医务处或医政处的关键知情人。

### 三、资料来源与收集方法

本次调查主要采用了问卷法、访谈法、文献法和观察法（问卷和访谈提纲参见附录）。

问卷法：设计了医护人员问卷和患者问卷。患者问卷在医院内完成，分别在门诊和病房随机选取不同科室、年龄、性别的调查对象。为尽量避免院内调查使患者回答产生“礼貌的偏倚”，采取下列措施：①由学生担任调查员访问患者，并说明仅是学术研究，与本医院和医生无关；②要求调查过程回避医护人员；③在结果分析中与第四次国家卫生服务调查的家庭调查表结果相比对。

医护人员问卷是自填式问卷，由护士长发给医护人员填答，要求医生和护士回答数量各半，第二天调查员去各科室督导一次，在第二天下午或第三天回收。

访谈法：按照事先设计的访谈提纲，由熟练调查员对医护人员、患者及医院管理者进行访谈。患者访谈一般是调查员在做问卷访问中寻找到的特殊个案或表达能力较强、愿意配合的患者。医护人员访谈主要由医院管理人员推荐，选取主任医师、主治医师、住院医和护士等不同级别的访谈对象。管理者访谈基本上是选取院长、医务处长、党院办主任、门诊部主任作为访谈对象。

文献法：调查员按照事先列好的清单搜集了如下资料：医院基本情况（人员、设备、



财政补助、盈亏、专科特色、门诊量、服务定位), 医院部门设置和组织结构, 患者就医流程; 医院过去一年医疗纠纷基本情况和医疗投诉记录; 当地和医院对于处理医患关系、医疗纠纷、患者和医生权利与义务的相关规章制度等。

观察法: 对于每家医院的就医过程中的医患互动进行了参与观察, 并做了观察笔记。

现场调查基本按照研究计划进行, 共回收患者问卷 1494 份, 医护人员问卷 644 份, 完成患者访谈 68 个, 医护人员访谈 44 个, 管理者访谈 14 个, 根据访谈录音整理文字资料 875 516 字 (表 3-1 和附录)。

表 3-1 问卷及访谈样本量

类别	选点医院	问卷样本量	访谈样本量	
城市	三级医院 (3) 北京市 (2)、重庆市 (1)	患者: 616 (门诊 314, 住院 302) 医护人员: 293	患者: 28 医护人员: 16 管理者: 5	
	社区卫生服务中心 (2) 北京市 (1)、重庆市 (1)	患者: 203 (门诊 200, 住院 3) 医护人员: 96	患者: 7 医护人员: 7 管理者: 2	
	农村	县医院 (2): 重庆荣昌县 (1) 山东梁山县 (1)	患者: 402 (门诊 203, 住院 199) 医护人员: 194	患者: 24 医护人员: 11 管理者: 3
		乡镇卫生院 (3) 重庆荣昌县 (1) 山东梁山县 (2)	患者: 273 (门诊 252, 住院 21) 医护人员: 61	患者: 9 医护人员: 10 管理者: 4
总计		10 家	患者: 1496 医护人员: 644	患者: 68 医护人员: 44 管理者: 14

对原调查方案的修改主要有: ①重庆市原定调查一家三级医院和一家社区卫生服务中心, 但由于当地社区卫生服务中心的主要功能主要集中在防保方面, 儿科患者占绝大多数, 其他科室日均门诊量较低, 因此调整为一家与社区卫生服务中心功能接近的二级医院; ②由于乡镇卫生院的门诊量和医护人员人数较少, 在山东梁山增加了 1 个乡镇卫生院。尽管如此, 有的乡镇卫生院医护人员全部医护人员不足原定的 50 人, 按实际人数填答问卷; ③经专家组讨论认为北医三院作为普遍公认的全国最好的三甲医院, 其医院性质和文化具备特殊性, 对原三级医院样本进行扩充, 新增一家三级医院——北京世纪坛医院; ④原则上

社区卫生服务中心和乡镇卫生院不设病床，因此研究设计这类医疗机构只调查门诊患者，但在现场几家医院中有的也设有病房，有 23 例住院患者进入调查。

#### **四、关于定量调查抽样代表性的说明**

本研究的定量部分数据分为两部分采集，一部分由国家第四次卫生服务调查的面上调查提供，该部分是大样本随机抽样，因此具有代表性和统计推论意义。另一部分内容是由课题组自己设计和发放问卷，这是一个小范围的调查，样本量较小。按照研究设计，研究意图在于界定问题是什么，归纳问题现状，强调个案效果，因此调查结论不适宜进行推论，只说明我们调查部分的对象特征。本报告将有针对性地对比专题调查和面上调查的结果，如有较大出入将寻找两方面结果产生差异的原因。

## 第四部分 调查结果

### 一、医患关系的患方视角

#### (一) 调查患者基本情况

患者问卷调查共回收问卷 1494 份，其中 64.2% 为门诊患者，35.0% 为住院患者；患者性别比例平衡，男性占 41.9%，女性占 56.6%；各年龄段分配较平均；婚姻状况以已婚为主（84.5%）；文化程度以初中最多（32.2%），初中及以上文化程度者占了 74.2%（见表 3-2）。

表 3-2 问卷调查患者社会人口学特征（1494）

项目	人数	构成 (%)	项目	人数	构成 (%)		
性别	男	626	41.9	婚姻状况	未婚	154	10.3
	女	846	56.6		已婚	1263	84.5
患者类型	门诊	959	64.2		离婚	14	0.9
	住院	523	35.0		丧偶	44	2.9
年龄 (岁)	0~14	9	0.6		其他	3	0.2
	15~24	145	9.7	文化程度	文盲/半文盲	131	8.8
	25~34	287	19.2		小学	241	16.1
	35~44	327	21.9		初中	481	32.2
	45~54	237	15.9		高中技校	201	13.5
	55~64	216	14.5		中专	92	6.2
	65~74	181	12.1		大专	145	9.7
	75及以上	82	5.5		大学及以上	190	12.7

在调查患者的职业分布中，以农业劳动者最多（26.8%），其次为离退休（21.4%），第三为无业或失业（12.7%），其他职业分配较平均（表 3-3）。家庭居住地在农村的占 45.1%，在大城市的占 37.2%，在中/小城市的占 17.7%。与此相对应的，患者的就医支付方式中新型农村合作医疗所占比例最高，达 30.3%，自费比例也很高，达 29.7%，再其次为城镇职工基本医疗保险，占 19.2%，其他保障类型较少。

调查中 40.7% 的患者偶尔来该医院就诊，31.3% 表示经常来该医院，另有 26.8% 的患

者表示第一次来就诊，对医院的了解程度不高。调查中患者最常去的医疗机构依次是：县/市/区级医院、乡镇街道卫生院/社区卫生服务中心、市地级医院、省级医院、卫生室/社区卫生服务中心、私人诊所。城市与农村居民在医疗机构选择上有差异，城市居民经常选择县/市/区及以上的高等级的医疗机构，农村居民仍最经常去县/市/区及以下医疗机构（表3-4）。说明我国城乡居民的就诊单位选择差异仍然非常大。患者选择医疗机构的原因选择最多的前三位依次是：距离近（53.1%），技术水平高（31.0%），定点单位（16.9%，表3-5）。

表3-3 问卷调查患者职业分布（1494）

职业类型	人数	构成（%）	职业类型	人数	构成（%）
机关、企事业单位管理者	67	4.5	从事非农劳动的农民	85	5.7
专业技术人员	96	6.4	农业劳动者	400	26.8
一般办事人员	89	6.0	离退休	320	21.4
商业/服务业员工	83	5.6	在校学生	56	3.7
个体工商户	67	4.5	无业或失业	190	12.7
非农户产业工人	24	1.6			

表3-4 患者常去医疗机构类型（1494）

医疗机构类型	总人口		大城市人口		农村人口	
	人数	构成（%）	人数	构成（%）	人数	构成（%）
私人诊所	155	10.4	48	6.2	107	16.1
卫生室/社区卫生服务站	205	13.7	44	5.7	160	24.1
乡镇街道卫生院/社区卫生服务中心	306	20.5	84	10.8	219	33.0
县/市/区医院	317	21.2	183	23.6	134	20.2
市/地医院	231	15.5	216	27.8	15	2.3
省级医院	207	13.9	188	24.2	18	2.7
其他	25	1.7	14	1.8	11	1.7

表 3-5 患者选择上述医疗机构的原因 (1494)

位次	原因	人数	构成 (%)
1	距离近	786	53.1
2	技术水平高	459	31.0
3	定点单位	250	16.9
4	设备条件好	193	13.0
5	服务态度好	153	10.2
6	收费合理	147	9.9
7	有信赖医生	88	5.9
8	手续简单	70	4.7
9	有熟人	63	4.3
10	其他	55	3.7
11	有名气	47	3.2
12	药品丰富	27	1.8

本次调查共完成患者访谈 68 份。其中门诊患者访谈占 54.4%，住院患者访谈占 45.6%；男性患者占 46.6%，女性患者占 53.4%；各年龄段分配很平均；患者学历分布，中小学及以下学历占 25.0%，初中学历占 25.0%，高中/中专学历占 22.5%，大学及以上学历占 27.5%；职业分布，中专业技术人员占 6.7%，一般办事人员占 13.3%，商业/服务业人员占 10.0%，农业劳动者占 21.7%，离退休占 31.7%，无业占 6.7%，学生占 10.0%；就医支付方式中，城镇职工基本医疗保险占 28.1%，公费医疗占 15.8%，新型农村合作医疗占 19.3%，自费占 35.1%，其他医疗保险占 1.8%；选择本地就医占 75.4%，外地就医占 24.6%；家庭居住地，在大城市的占 40.0%，中小城市占 31.7%，农村占 28.3%；就诊科室分布内科占 54.7%，外科占 40.6%，妇科占 1.6%，其他科室占 3.1%；疾病构成以常见病多发病为主。

## （二）患者的故事

Z 先生，55 岁，部队专业干部，已退休，家中经济条件一般。曾确诊患有高血压和胃窦炎，因呼吸困难到某三甲医院门诊检查，在做完几百元的自费检查后仍未确诊，被要求住院检查。在住院 20 余天时间内，做了若干次 B 超、血常规检查，同时服药、输液，费用上万，却仍未确诊。只得到医生在其病历上的如下记载：“阵发式的胸部颈部不舒适，呼吸困难二年，加重病情是有二个月，伴有出汗，步入病房时神志清醒，血压 130/90mmHg”。但 Z 除了对费用问题有所微词外，没有任何抱怨，他认为医生最大职责是查清病因、治好疾病，患者进了医院之后就应当把一切选择权交给医生。他还认为，“医生和患者永远不会发生冲突，来看病就是求着医生的”。

C先生, 36岁, 务工人员, 妻子因阑尾炎手术到某三甲医院住院。妻子曾住院4天未确诊, 他到住院部要求出院, 并到医院办公室找领导反映, 当天下午医院派来一名主任医师给他妻子确诊并做了手术。在住院期间他曾多次对医生、护士、陪床医生的治疗提出疑问和抗议, 认为医生把患者当成试验品。他认为现今医患之间就是纯粹的商品买卖关系, 反对一入院就全靠医生说了算的医患关系状态, 患者也要有自主权, “至少我要知道用的什么药, 大概什么价位, (医生) 要问我能不能承受”。对医生的最基本要求是技术好。

H女士, 52岁, 患糖尿病十多年。常年在一家距离自己家骑车15分钟路程的社区卫生服务中心看病。她对自己的疾病情况、就诊机构和就诊流程非常熟悉, 开药只挂普通号, 基本上不挂专家号。几位看糖尿病的大夫都认识她, 每次见面先量血压, 如果血压高了会跟她讨论原因, 除讨论疾病之外还会涉及一些个人和家庭的事情, 像朋友一样寒暄、聊天。医生开什么药、做什么样的诊断治疗会与她商量。H女士对给她看病的几位医生非常信任。

以上三位患者都是我们在调查中所接触到的案例。从他们身上, 我们可以看到研究者所提出的多种不同发展时期的医患关系模式特征, Z先生、C先生和H女士的行为分别体现出主动-被动型、消费主义和参与式的医患关系模式。在这三种模式下, 医患之间的权力格局是不同的, 第一种患者几乎完全让渡个体在诊疗中的权利, 处于对医生的从属地位; 第二种患者显得非常强势, 在诊疗情境中往往出现医生放弃主张、作出退让的结果; 第三种是一种相对均衡的格局, 医患互相协商, 互相重塑行为。这三种模式是基于现实生活中人们行为方式的判断, 不仅仅是西方医患角色理论所建构的理想型, 因此具有现实意义。

患者差异化的个人特征和就诊经历决定了他们对待医生、医学的不同态度和行为, 进而引起他们对医生的信任程度、与医生的沟通程度、对医患关系的期望的不同, 判断他们所遇到的医患关系。要对我国医患关系的现状作出一个总体判断就必须首先看到差异性。我们的研究策略是通过统计数字给出一个大致的总体趋势的判断, 再通过患者行动背后的故事分析患者行动的逻辑。

### (三) 患者对医护人员的满意程度

绝大多数患者对医生(94.6%)和护士(93.5%)表示满意。在患者对医护人员的总体满意程度评分中, 患者对医生的满意度平均分为84.52, 明显高于60分。护士满意度平均分为82.15, 同样明显高于60分。

患者对医生满意的主要原因依次为: 态度好(66.6%), 技术水平高(44.5%), 认真检查、仔细倾听(37.0%), 仔细讲解病情(26.1%), 对病史熟悉(7.1%), 医生是名医(6.4%), 尊重患者隐私(3.2%)。

患者对医生不满意的原因依次为: 服务态度不好(51.4%), 不认真、诊疗时间短(43.2%), 开大处方、不必要的检查(23.0%), 医术不高、诊疗结果不好(13.5%), 病历书写潦草(2.7%), 不尊重患者隐私(2.7%), 仅有1名被调查者选择“有索取红包等行为”(1.4%)。

患者对护士满意的主要原因依次为：服务态度好（75.5%），护理技术好（31.9%）、敬业（26.9%）、专业知识解答全面（6.8%）、其他（4.5%）、尊重患者隐私（3.6%）。

患者对护士不满意的原因是：服务态度不好（78.1%），护理技术差（24.7），不敬业（23.3%）、其他（15.1%）和不尊重患者隐私（1.4%）。

### 1. 患者为什么对医护人员不满意

问卷调查结果给我们一个初步的印象：患者对医护人员的评价指标首先是服务态度，其次才是技术水平，医生在为患者看病时候表现出来的细心程度也很重要。对医生不满意的患者中，诊疗时间短以及服务态度不好是首要影响因素，费用、疗效是重要影响因素，还有一些人是因为对服务细节不满。同样，决定患者对护士满意与否的最主要因素是服务态度，其次为护理技术以及敬业程度。

对医院的投诉记录的内容分析补充了我们对这一问题的认识。以某三甲医院2007年门诊患者投诉为例，全年94例投诉中，与医护人员直接有关的投诉有76例，另有16例是对医院的投诉。在76例对医护人员的投诉中态度问题占到35.5%，技术问题位列第二，占到27.6%。有意思的现象是，在全部27例患者对医护人员态度的投诉中，超过半数是对具有高级职称的专家的态度方面的投诉。我们对此提出的解释是，在医疗机构进行的单次诊疗过程中，虽然医生有声望、职称等评价体系，但是诊疗效果不是即时体现的，因此评价医生好坏、是否满意主要取决于医生在诊疗过程中对待患者的态度，包括言语、肢体和非肢体语言、耐心程度等。与态度相关的因素，如诊疗认真程度、诊疗时间等，也被认为是评价医护人员的重要标准。

患者希望接触到的医护人员态度亲切，“对我们患者来说，就感觉心里面舒坦得多。实际上对我们患者来说，就是一种精神的支持”。但是，一些医护人员没有注意到这一点，致使患者产生医生、护士“脸难看”、“口难开”的印象，受到患者的抱怨。在访谈中有患者这样说：“医生本来的工作就应该平易近人，但是他们很多人都做不到，但他们会分人，比如说你是当官的，或是当官的家属我就对你特别好”。

技术和医疗质量也是患者对医护人员作出评价的重要依据。由于医学具有专业性，患者对医护人员提出的技术上的批评大部分属于“外行评价”，以患者主观体验为标准，确切说只是一种技术疑问。例如，某患者在甲医院做B超检查，不理解医生的检查意见中“未满意触及”的意思，认为这是医生诊断不准确。患者在两家医院做检查，发现结果不一致，也提出对医生治疗质疑。在这种情况下，如果医护人员未能及时作出合理解释，患者的疑问就会加深，进而发展为对医生和医院的不信任。

此外，问卷调查结果显示，患者对医生的评分要高于对护士的评分，患者对医生评分的均数为84.2分，患者对护士评分的均数为81.9分，经检验，两者差别具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。这说明患者对医生的满意程度要高于对护士的满意程度。在现场调查中我们也发现，患者对于医生、医院的不满有相当一部分不是在诊疗过程中直接与医生发生冲突，

而是与护士、医技人员、医辅人员等医院内其他人员而产生医患矛盾。最常见的是划价、收费、检查等窗口部门的医护人员因态度问题与患者发生纠纷。

## 2. 哪类患者最容易不满意

对门诊患者和住院患者进行比较发现，门诊患者对医生评分均数为 82.69，住院患者对医生评分均数为 86.70，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。门诊患者对护士评分均数为 79.59，住院患者对护士评分均数为 85.42，差异亦具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。总体来说，住院患者对医护人员的满意度高于门诊患者。这一发现验证了我们的理论假设：门诊患者与医护人员之间往往是单次关系，具有偶发性、不确定性和非人格化的特点；而住院患者与医护人员之间建立的是长期关系，患者对于医护人员比较了解和信任，避免了一些人际交往和沟通层面的冲突。当然，还有一种可能是结果偏倚，即使我们向被调查者说明保密原则，患者及其家属仍然对调查有顾虑，患者在住院过程中不可避免地会对管床医护人员形成依附关系，他们不愿评分过低。

对不同级别医院进行比较发现，城市三级医院、社区卫生服务中心、农村二级医院、乡镇卫生院的就诊患者对医生评分分别为：84.41、82.89、82.49 和 86.48。经检验，乡镇卫生院与农村二级医院的患者对医生满意度评分的差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。在乡镇卫生院就诊患者的满意度显著高于其他就诊单位患者。我们通过现场观察也有相同感受：乡镇卫生院是最和谐的医疗单位。其原因可能是：在乡镇卫生院，患者基本无需等候，机构设置也较为简单，无论是门诊还是住院都没有繁琐的手续。大部分乡镇卫生院不需要挂号费，患者直接到诊室看医生，医生也愿意作出诊断，如果医生认为问题不严重、不需要开药或进行其他治疗，患者也不需要补交挂号费，只有在需要进行进一步治疗的时候患者才会付费。此外，医生与患者基本上都是生活在一个社区内的乡邻，属于一个熟人社会。患者对于医生的技术水平的主观期望也较低。因此，在访谈中我们发现大多数患者对于乡镇卫生院的医生都表示满意。

不同年龄段患者对医生评分的差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。其中，年轻人和中年人 (20~35 岁) 的满意程度较低 (平均分为 80 分)，65 岁以上的老年人满意程度最高 (平均分为 88 分)。不同文化程度患者对医生评分的差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。文化程度最低的“文盲”满意度最高，文化程度最高的“大学及以上患者”满意度最低。经统计学检验，患者年龄和文化程度具有相关性。因此，对医护人员最不满意的人群集中在高学历的中青年人，老年人、低学历人群的满意程度比较高。在访谈调查中，我们发现，学历高、见识广的中青年人普遍对于医生的期待和主观要求高，当现实与期望产生落差时，这部分人更容易不满意。例如，我们在农村地区医院调查时发现，一些医疗投诉和医疗纠纷的当事人往往是外出打工返乡的年轻人，他们会对比大城市的医院和医生，由此产生对于当地医院和医护人员的技术和态度的质疑。从年龄层面差异来看，整个社会的商品经济化对于中青年人影响更大，他们更容易接受消费主义的医患关系，对于医护人员的评判标



准是多元化而且趋于严格的。而老年人还是沿袭传统的医患关系模式，他们往往只需要医生看好病或者态度亲切，两者居其一即可。

不同就医支付方式的患者对医生评分的差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。商业保险患者和自费患者的满意程度最低，城镇居民医疗保险和新农合患者的满意程度相对比较高。医生表示，需要“自己花钱的患者”的要求更多，也特别不容易满意。

**医生：**尤其是自费的一些患者，他掏的钱多，他的期望就高，他想“我花这么多钱，你们还让我等着，这么不方便或者怎么样，效果也没那么理想”，这也有一定的作用。

**问：**那您说自费或者说不是自费差别明显吗？

**医生：**明显，我觉得。

**问：**明显就是自费较真的多？

**医生：**反正自费他肯定是要要求高。他要是不花钱，可能就是态度上要求高一些，花了钱他总体要求就会高，尤其是治疗效果这方面。(访谈 DY001)

表 3-6 不同年龄、文化程度和就医支付方式居民对医生的满意度评分

年龄段 (岁)	满意度	文化程度	满意度	就医方式	满意度
0~14	83.33	文盲/半文盲	88.71	城镇职工基本医疗保险	85.06
15~24	81.77	小学	85.37	公费医疗	83.8
25~34	80.21	初中	83.9	城镇居民医疗保险	85.59
35~44	84.44	高中技校	82.31	新型农村合作医疗	85.42
45~54	84.02	中专	85.1	其他社会医疗保险	83
55~64	85.45	大专	83.54	商业医疗保险	81.68
65~74	88.19	大学及以上	81.24	自费	82.01
75及以上	88.3				

此外，疾病性质和严重程度的差异也会导致患者满意程度的差异。医生反映，急诊室常常是医患冲突高发的场所，一些急症和外伤患者及其家属更容易情绪激动，与医务人员发生口角，甚至有些患者及家属对医生采取暴力行为。此外，国外文献所报告的精神疾病患者的院外管理给医患互动带来的负面影响在我国医院中也时有发生，一些有精神方面隐患的患者更容易对医院和医务人员不满，或者受到外界刺激而作出过激行为。例如我们在三家医院过去一年的投诉记录中都发现了本身患有精神疾病的患者到医院就诊，因为医院

环境刺激发病而引发医患纠纷的案例。

#### （四）患者与医护人员的沟通程度

在问卷调查中，患者对于医患沟通的总体评价较好。调查中超过一半患者认为医护人员询问病情比较仔细，更多患者认为医护人员倾听患者叙述病情比较耐心，大多数患者表示医护人员会告知患者疾病相关的预防保健知识（占63%）；有一半患者认为医护人员解释病情比较清晰，接近一半的患者认为征求治疗方案的意见方面也比较充分，对医护人员的沟通情况总体比较满意（表3-7）。

表3-7 患者对医患沟通状况的感知（%）（1494）

医护人员的沟通	很好	比较好	一般	比较不好	很不好
询问病情	25.1	53.1	17.3	3.1	1.4
倾听诉述病情	25.8	55.3	15.2	2.5	1.3
解释病情	21.6	50.7	17.7	7.2	2.8
征求治疗方案的意见	12.6	47.4	18.5	13.7	7.8

第四次国家卫生服务总调查（面上调查）的结果与本专题调查的结果基本符合（表3-8）。

表3-8 门诊和住院患者对医护人员解释病情和征求意见情况的评价（%）

	很差	差	一般	好	很好	说不好
门诊 (12795)						
解释病情	1.93	1.64	36.70	48.25	9.76	1.72
征求意见	2.26	2.45	38.39	47.56	6.37	2.98
住院 (9673)						
解释病情	0.84	0.97	26.89	58.87	11.56	0.87
征求意见	1.14	1.56	29.72	56.43	10.02	1.13

然而，在患者对医患沟通状况作出较为积极评价的同时，不能忽视客观存在的医护人员在诊疗过程中存在的与患者沟通不足的问题。通过我们对某三甲医院门诊上午10点至11点普内科诊疗情况的观察发现，医生平均一次诊疗过程不足3分钟。医生与患者沟通普遍不充分，而且级别越高的医院情况越严重，已是不争的事实。从问卷调查结果可以看出来，虽然大部分患者对医患沟通状况感知是“很好”或“比较好”，但考虑到调查中可能存在的“礼貌的偏倚”问题，分析患者在“很好”和“比较好”之间态度的差异的意义更重要。可以看出，目前医生在与患者沟通方面做的还是有所欠缺，特别是解释病情不足，不

重视与患者沟通协商治疗方案。

经统计学检验，患者对医患沟通程度的感知与患者满意程度密切相关。国内外大量文献也表明，医患沟通符合以患者为中心的现代医疗服务理念要求，有助于提高患者满意度，减少医患纠纷，促进患者对医嘱的服从和卫生服务利用行为，影响患者的健康状况<sup>37,38</sup>。因此，必须重视加强医患沟通，特别是提高医患之间沟通的质量。正如美国塔夫特大学医学院在新医师誓言中指出：“我将牢记医学与科学均包括技艺：对患者的热情、同情及理解有时比外科及内科药的作用更大”。

沟通是一门艺术，它既要求医生用心对待患者，也要求注意技巧。不同类型的患者对医患沟通程度的感知和要求不同，大致可以分为三种类型。一部分“遵医型”患者，对医生埋头写病历、言语交谈较少、避免情感交流的诊疗模式习以为常，他们对医生疏于沟通的原因和压力表示理解。这类患者对医生信任程度最高，他们的自主性相对比较差，更服从医生的意见。他们往往对于医生的技术要求更高，希望通过让渡个人对诊疗控制的权利而获得医生全面的照顾，因此医疗效果成为影响他们满意度的重要指标。

问：大夫有给您讲您这个病的状况，你身体的情况吗？

患者：没有，大夫哪有空还给你讲这玩意儿。讲得少，大夫比较忙。

问：也没有给您讲病相关的保健知识吗？

患者：没有，该怎么看怎么看，该怎么开药怎么开药。

问：您觉得这是因为大夫数量太少呢？还是耐心不够呢？

患者：大夫太忙，哪有功夫跟你说这个，来的人多，你也得理解人家。看病就是看病，现在年轻大夫还想呢，现在平常的一些（知识）一般人都知道，你讲还有些爱听的有些不爱听的呢，看病走了还听你叨叨说这个。（访谈 P0103）

我觉得也很正常，像如果是恢复期的（住院）患者，就问的少点，如果是才来的、病情重的，医生就会多问点。医生对病情的轻重缓急还是做了区分的，这个也正常，我们可以理解。像刚进来的患者，不是他诊治的，医生需要看病历、了解病情，多问一点，时间花的多一点这是很正常的。（访谈 P0308）

技术好的医生肯定也是名声在外，他肯定是对手术或者是干什么都是负责任的，表现出来的那种冷漠的感觉，其实他既然是技术高，肯定是名声在外了，我相信太忙了，可能有这个因素引起来的。对医生的要求也不能太高，医生每天有接触很多的患者，不能光说我们要求医生怎么怎么样的。（访谈 P0707）

相比较而言，另一类“参与型”患者，对于与医生的沟通程度的要求更高。这部分患者的自主性很强，他们需要对就诊的技术细节和过程有所了解，要求医生作出必要的解释、了解患者病痛、对患者的病情作出负责任的解释、与患者商量决定治疗方式。如果在就医过程中医护人员围绕技术问题与他们做了良好沟通，充分征求他们的意见，一些关于医疗质量的投诉和纠纷可以避免。

我们来（住院）报到的时候，他们就要抽血，让我签个什么字，我就问他我为啥子要签这个字呢，他就说反正这是你要签的，这个签字啥子意思呢，就是给你介绍你的主治医生是哪个，陪床医生是哪个，护士长是哪个，但当时他并没有跟我说，他就喊我你把这个签了，他根本没有跟我讲这个是干什么的，我就说我不签，我就真的没签，跑到这坐起，隔了一二十分钟，来了个医生，没有自我介绍，来了看下病就走了，后来还是签了。我还是觉得态度不负责任。我的话就是这里患者就是被试验的。（访谈 P0306）

第三类是“消费主义型”患者，他们对于医患沟通程度的要求也很高。他们认为诊疗也是一种消费行为，医生作为服务提供者，有义务向患者提供充分信息，解答患者疑问，澄清患者认识。这类患者与前面两类患者相比，对于沟通的要求更全面，他们不仅需要医生解释技术细节，还关注消费过程的一些关键问题，如费用和就医体验等，希望医生能够在沟通过程中细致耐心、态度好。

像昨天我进来，因为我当时人很清醒，只是感觉人有点乏力，想躺在床上，进来他（医生）就想让我用氧气，而且也不告诉我们氧气的资费是怎么样的，都没有说，拿进来就给我用，用起来之后，用了几个小时以后，我当时就感觉很奇怪，因为我不是头部有问题干吗给我用氧呢。当时我就跟护士说我不输了，不用氧气了，结果她就说这个不行，得问医生。结果我老公就找医生，跟医生说，医生说不行，氧气必须用。他也不跟我们解释，也不知道为什么啊。你说叫我们患者心里怎么想啊？（访谈 P0507）

在国内外医疗卫生界越来越提倡“以患者为中心”的诊疗模式的今天，从医护人员角度出发，改善医患沟通状况是一种趋势。而要做好医患沟通，医生要充分认识到患者的差异性，不能只看疾病不看人，而是将患者当作一个整体的“人”，分析不同类型患者的行为特点和诉求，调整沟通策略，实现医患良性互动。

### （五）患者对医护人员的信任程度

有 85.7% 的接受问卷调查的患者表示信任医生，其中 31.2% 患者表示“很信任”，54.5% 患者表示“比较信任”，只有 2.5% 的患者表示不信任医生。面上调查结果显示，8.5% 的患者对医生表示“很信任”，72.0% 的患者对医生“信任”。在访谈中大部分患者也表示对于医护人员是比较信任的，按照他们的话来说就是“我不信任他干吗还来找他看病”。总体而言，患者对医生的信任程度是比较高的。

问卷中将对医生的总体信任又区分为对医生人格的信任和医生技术的信任，86.2% 的患者认为医生看病态度认真，反映的是患者对医生人格的信任；而 86.6% 患者认为医生的诊断正确，80.5% 表示对医生开药有信心，反映的是患者对医生技术的信任。用问卷中患者对医生的总体信任度分别同患者对医生的人格信任和技术信任做线性回归发现，患者对医生的总体信任度与患者对医生的人格信任和技术信任有统计学意义的相关性（具体数据可见附件的问卷数据分析报告）。这表明医生的技术和态度都是关系到患者对医生的总体信任的重要因素。此外，患者对医生的人格信任与技术信任也具有相关性。这说明对于患者而言，在判断该医生是否为一合格的医者的时候，严谨求实的态度和高超的医术是密不可分的。

将患者对医生信任程度与医患沟通程度和满意程度做统计分析发现，信任程度与沟通程度、满意程度都具有统计学意义的相关性（ $P < 0.05$ ）。对医生越信任的患者对医生也越满意，评分也越高，对沟通越满意的患者对医生的信任程度也越强。所以说，沟通、信任和满意这三者之间具有相辅相成的关系。在访谈中我们也发现很多患者对这三个概念区分并不十分清晰，信任和可沟通性密切相关，影响患者对于医生的总体评价。

患者对于医生的不信任很大程度上不是针对医生个体，而是由于制度问题。一方面，由于社会的医疗体制问题而产生的对医生的总体不信任感。下面这段对话发生在住院患者访谈过程中，可见由于信息不对称，患者对于药品、收费等问题已经产生了对医生的不信任感。要消除患者的不信任，除了医护人员做好医患沟通工作之外，更重要的是解决医疗卫生体制中让患者产生不信任的问题，例如，大处方、过度医疗、滥收费、虚假药品广告等，此外，这还依赖于在全社会倡导和谐互信的社会风气。

**患者 A:** 我跟你讲患者对医生开药的情况都是不了解的，都有点怀疑，但没办法。有些西药听都没听说过的。比如先锋霉素，他开 20 瓶，你只用 15 瓶……

**患者 B:** 像还有一种情况我觉得即使患者账面上没有钱了，还是应该继续抢救，不应该一没钱了，就把所有检查治疗都给停了。

**患者 A:** 这是所有医院的通病，都是这样。没钱就给你断药。现在这个社会就是这样的。（访谈 P0308）

另一方面，由于医院内部制度问题引起的对医生的不信任。下面就是一个由于医院管理制度不完善引起的医患信任危机问题的案例。由于医院管理流程的问题，患者在医院中重复检查而不能确诊，最终导致了患者对于该医院医生的技术水平的整体不信任。在医院中，医护人员是以整体形象出现，医生之间和医护之间的不一致经常让患者无所适从，也产生了该医院医护人员不专业的印象，从而大大影响了他们对于医护人员的信任，也会影响到诊疗效果和遵医行为。

**患者：**他不能确诊啊。他前面说保守治疗，能不开刀就不开刀，当时情况不好就马上开刀，但这期间，我问了不下五遍，能不能确诊是阑尾炎，他说不能百分之百确诊是阑尾炎，但是是阑尾炎的可能是很大的，但他也怕是胰腺炎或尿结石什么的。这么大的医院，阑尾炎手术好小啊，他还不能确诊，如果说是用手摸不能确诊我还能理解，可是我们照片，全部照完了，到照了二道还是三道，结果还是不能确诊。我想既然你不能给我确诊，为什么还要给我照二三道呢。

**问：**您觉得他的检查是重复的吗？

**患者：**对头。

**问：**中间隔了多长时间？

**患者：**针对这个问题，我问了管床医生，你为什么给我检查几次呢，你知道他怎么回答呢，他说这是以前的管床医生（做的事），我是现在才接这个班，我争取不犯重复的错误。

**问：**什么叫重复的错误？

**患者：**就是重复检查。所以我说这里简直把患者当试验品。（访谈 P0306）

#### （六）患者对医生的期待

什么样的医生是好医生？总结患者在访谈中回答“你觉得什么样的医生是好医生”的答案，可以归纳为三方面：①要有医德，态度端正。医生“应该能够很细致、很细心地问、仔细听，这个是很主要的，他第一步就是病情必须掌握得好，这个信息是最重要的。医生能够在事前问清楚、分析清楚，这个是非常重要非常重要的”；②医术好，“医生要能很准确的判断出病因”；“给予准确而有效的治疗”；③注意沟通，对患者有同理心。医生“首先应该从心理上注意患者的心态，听他们诉说。大夫也不一定要是心理专家，但每个医生都应该懂点心理方面的知识，倾听患者的倾诉，这本身对治疗也有好处”，患者特别反感医生见患者的时候“一来了还没等坐下呢，没等开药就喊‘下一个’”。（访谈 P0205）

问卷在问及患者对医生沟通方式的期待时，患者首先“希望医生给予充分说明”，在此基础上，53.2%的患者表示“与自己一起商议采取怎样的措施”，37.6%的患者表示

“告知患者怎样做才好”，另有 5.8% 的患者“采取怎样的措施由尽可能由自己决定”，很少患者（3.4%）表示“不需要医生给予充分说明，听从医生的指示就好”。这一结果与大量患者要求医生更充分的言语说明和参与是一致的。

访谈中患者也表示治疗方案的关键步骤应该由医生而不是由患者决定，“应该讨论，不过手术方案的话，还是应该有医生来决定”，“我要是知道怎么治我自己就是大夫了”。有些患者认为现在有的医生就把几种方案摆在患者面前，“问我我想怎么办，我哪知道该怎么办啊”，“现在实际上医院把这个责任全都给患者了”。这说明患者对于医学的权威性和医生的专业技术水平总体上还是信服的。

尽管技术与态度都是患者评判医生的重要因素，但在问卷中还是设置了不穷尽二项选择题，调查患者更看重哪一项。结果显示，总体上患者对医生的医术（治疗效果）方面的期待最大：75.3% 的患者更偏好“医术高明、治疗效果好的医生”，另外 24.7% 的患者选择“医术一般，但态度认真、讲解详细的医生”（具体数据详见附件）。在访谈中患者也表示，“医生当然还是看好病更重要”，“态度再好看不好病也没用”，“我上医院是来看病的”。

**医生：**对，他对你不满意，对问题不了解，可能就出现一些冲突，但没有上升到（医患纠纷）那种程度，后来大家说通以后就没事了，这是误解。

**问：**您是说跟他多说几句他就明白了是吧？

**医生：**一般都能做到，除非，你要说因为手术做坏了，那你说什么也没有多大用了。

**问：**那就是事故的问题了。

**医生：**对，那种就是事故了，所以你医术要过关，这是第一个，技术要过关，患者对你的理解来源于对你技术的认可，这是最基本的，作为临床大夫不能说技术不过关。首先，技术要好，然后，再一个是你沟通的技巧。（访谈 D1001）。

结合我们在访谈调查中的一些结论，对不同特征的患者的期待进行进一步统计检验，发现：①在不同类型医院就诊的患者的期待有差异，在社区医院就诊的患者对于技术和态度的偏好接近相等，而到三级医院、县级医院和乡镇卫生院就诊患者对技术的偏好更强；其中到乡镇卫生院就诊的患者超过 80% 更偏向于医生技术；②城乡患者对医生的期待的差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），居住在农村居民对技术的偏好最强，其次是中、小城市，再次是大城市；③不同就诊支付方式的患者对医生的期待的差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），参加新型农村合作医疗的患者更趋向于技术偏好（与患者城乡分布相关），而公费

医疗患者对于技术的偏向性最弱；④不同文化程度和年龄的患者的偏好差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

可见，患者对医生的期待存在城乡差异：在患者总体上都对医术的期待最大的前提下，农村居民普遍更重视医术。这提示我们，农村地区的卫生服务量和质量都相对城市地区不足。农村地区卫生服务需要未得到满足的情况仍然严重，根据第三次国家卫生服务调查的数据，2003年我国农村居民两周患病未治疗比例有14.4%，在经济最贫困的第四类农村达到18.9%，<sup>39</sup>因此病有所医是农村居民迫切需要，他们到医院看医生最希望的是能把病看好。

而公费医疗患者相对于其他支付方式患者而言，对于医生态度的要求更高一些。公费医疗患者社会地位相对较高，所享受的医疗技术已经不再是问题，因此对态度的要求相对突出。

此外，在城市社区卫生服务中心就诊的患者相比其他类型患者，对医生的期待最为特殊，58.6%的患者选择医术，41.4%的患者选择态度。这可能是由于目前社区医疗机构大多数是治疗慢性病、常见病或提供预防保健服务，患者对于医疗技术的要求不如对三级医院那样高，相反患者对与全科医生建立良好互动关系更具期待。例如，我们对北京市某社区医院调查发现，该医院的医患关系良好，患者对医院和医护人员的满意程度很高，患者的评价甚至高于相邻的几家北京市著名三甲医院。我们曾见到一名护士进入输液室，在开氧气瓶之前，向室内患者打招呼说“不好意思，我要打开这个氧气瓶，可能会吵到大家一下”，只是一个细节，却让患者很感动，“进来（医院）后就跟到自己家了一样，就像跟自己家人说话一样”。患者这样评价说：“我就觉得这里服务特别好。……不仅是态度，从哪方面它都很严格，很规范，它就是临床少，技术水平可能比不上X医院（某著名三甲医院）临床多，技术水平高，但是我相信它们将来会高于X医院的。有些患者病不是很重，不是非到大医院去不可。”（访谈 P0101）

### （七）患者对医院的满意程度

总体而言，患者对于医院的满意程度较高：79.8%的患者表示对本次就诊满意，其中14.7%的患者表示很满意，65.1%的患者比较满意，仅有3.0%的患者表示对本次就诊总体感觉不满意。患者对于设施和环境、医疗质量、服务态度的满意程度有所不同（表3-9）。

表3-9 患者对本次就诊医院的满意程度（%）

项目	很满意	满意	一般	不满意	很不满意
对设施和环境	14.6	55.2	21.6	6.8	1.8
对医疗质量	12.6	63.0	21.5	2.5	0.3
对服务态度	17.7	59.6	19.3	2.2	1.0
总体满意程度	14.7	65.1	17.3	2.4	0.6



患者对于医院不满意的原因主要依次是：排队等候时间过长（19.7%）、环境不好（8.2%）和服务态度差（7.2%）。其中，在医院内的等候是最容易引起患者不满意的因素，门诊量越大的医院，排队等候现象越严重。这说明医疗服务可及性对患者满意度影响非常大。在一些医院每天上午门诊部都是人满为患，等候让患者感觉非常不方便。再加之一些医院的环境比较简陋，医护人员态度生硬，使得患者的就诊体验非常差。

面上调查结果显示，被调查的12795名患者中，59.4%的患者对医疗机构表示没有不满意，其他表示不满意的患者中，不满意的原因依次是：设备环境差（16.3%），医疗费用高（11.8%），药品种类少（7.7%），水平低（5.3%），手续繁琐（4.1%），等候时间长（3.6%），收费不合理（3.1%），态度差（2.3%），提供不必要服务（1.4%）。

患者对医院最满意因素排名前4位的依次是服务态度好（45.4%）、技术水平高（39.9%）、看病方便（17.7%）及对医院/医护人员信任（17.6%）。可见，人与制度是医院让患者满意的两个重要方面，医院一方面需要维持住一批态度、技术和医德医风良好的人才队伍，另一方面从改革和完善管理规章制度，优化就诊流程入手，提高患者对医院的满意度。

经检验，门诊患者与住院患者对医院的总体满意程度的差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），门诊患者更容易不满意。来自不同地区患者的满意程度也有差异，统计结果显示，来自农村患者的总体满意程度最高，中小城市患者的总体满意程度最低，大城市患者的总体满意程度居中。在不同类型医疗机构就诊的患者的满意程度的差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），在乡镇卫生院就诊的患者评价最满意和比较满意的比列最高。

我们认为，上述差异主要是由不同就诊单位和不同地区的患者的医疗服务可及性差异所带来的，满意程度与医疗服务可及性密切相关。下面我们将分析患者医疗服务可及性的差异。

#### （八）医疗服务可及性

医疗服务可及性主要测量的是患者在医院就诊过程中对于医疗服务的可获得程度和获得方便程度。问卷调查结果显示，尽管只有30.0%的患者认为候诊时间长，46.2%的患者认为候诊时间短；患者从到达医院（包括挂号时间）至看上医生总共花费在1小时以内的占62.4%，但是仍有32.3%的患者需要1~5小时，甚至4.8%的患者需要5小时以上才可以见到医生。面上调查结果显示，83.4%的患者从到达医院到看上医生时间在一个小时以内；8.2%认为候诊时间很长或比较长，31.8%认为一般。分析这种差异，我们认为，面上调查是入户调查，而专题调查是在医院中对于患者的调查，可能人群对等待时间的感知会有差异。

类似访谈PY02这位患者提到的早晨6点开始排队挂号的情况，在很多大医院屡见不鲜。在网络上一篇有关挂号的故事的文章中，作者记叙了连续三次凌晨零点去口腔医院门口挂第二天上午的专家号，都因为人多号少和专家出诊信息变更而没有挂上的过程。作者

的弟弟去儿童医院给孩子挂号，头天晚饭后排队，也只挂到7块钱的号，而100块钱的专家号。“是连边儿也没摸着”。相应的，对于住院患者而言，等床环节是他们认为最不方便和耗时的环节。

这医院吧，你早上起来6点钟就得开始拿号，8点才开始排队挂号，9点才来大夫来看病。你就得排队一直得等着，早上来了6点你得等到8点排队，叫号，这个特别耽误时间。时间太长了。（访谈 PY02）

除了挂号，检查是门诊患者认为最不方便和最耗时的环节。有患者认为“检查更容易有纠纷，医保患者一天只能开一项检查，如果一次要做很多项检查就很麻烦了。如果你让患者每天去检查中心折腾一趟，肯定特别容易出纠纷。这不是很合理。”（访谈 P1003）在很多医院，患者做检查需要在医院不同部门、不同楼层往返多次，重复排队。

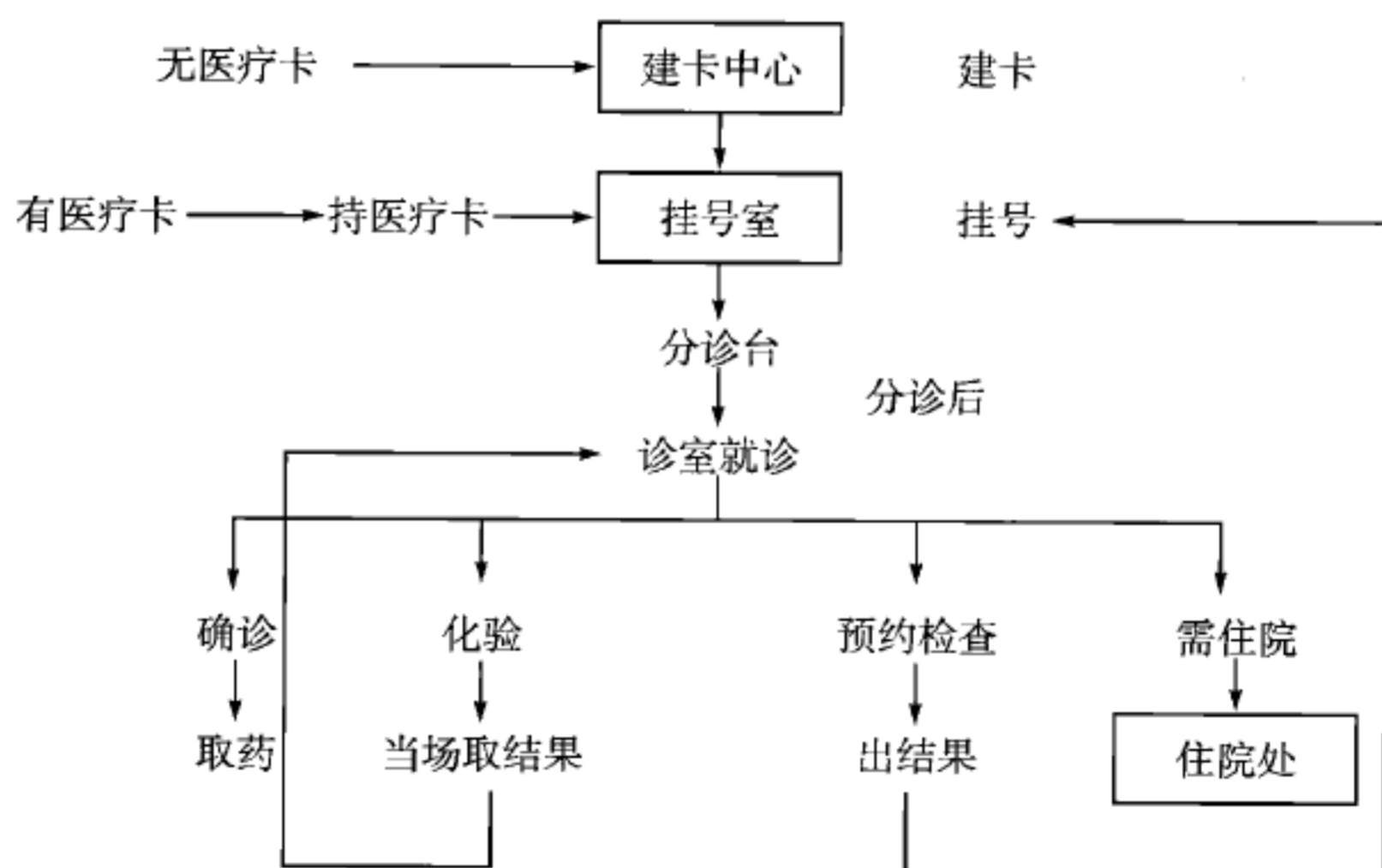


图 3-4 某三甲医院门诊就诊流程图

图 3-4 是某三甲医院的就诊流程图。虽然现在在很多家医院都在门诊醒目位置挂有这样的图示，并且设有导医台、指示标记和信息屏等，76.5% 的被访患者认为在医院内能够方便的获得就诊信息，但是对于第一次到医院的患者来说，搞清楚就诊流程和各组织部门的位置仍是一件困难的事情。患者在建卡、挂号、诊室就诊、化验、治疗、交费、取药等每个环节都要花上少则十来分钟，多至几个小时的等待时间。

咱这么说吧，（导医台、电子指示牌、信息屏）这些设施都有，可是人为的导医少，人为的服务很少，只是标示出来告诉你怎么走，因为这家医院有时候布局不是很合理，知道吗，我今天上午看一次病，首先挂号就得排队，好不容易挂上号了，到分诊那，又得排队，分诊那排完对又得在科室门口排队，排完队后医生不一次性把你这病说清楚，他就得先让你去检查，说检查你又得交费，这又要排队去，等你把这些单子开完后回来你又得排队。知道吗，只有等医生给别人看完后你才能进去。等他看完后你再进去，他又给你开一单子啦，开一什么单子，开一个B超检查吧，刚才是手检，现在是机器给你检一下，等你检查完交完费回来又得给你开药，开了药你又得去交费。你想还得取药。（访谈 P0202）

访谈中医生也提到了“排队时间长，环境差，一直是患者不满意的地方”，“问这个问题满意度肯定不高”。关于就诊流程的问题，医生提出，“大医院过度集中，在这种满负荷的情况下流程肯定会有问题，比如排队时间长，排队时间长是导致投诉的一个主要问题，患者到这要排队，到那要排队，看个病要花整整一天时间。他挂号要排队，像我们患者晚上12点甚至头一天就来了，他要不来就没号了，票贩子买走了，票贩子我们要打击，打也打不掉。好不容易排了半天队到医生那了，因为患者太多了，他不可能给你太长时间，患者又嫌大夫看的时间短，给开个药，出去又排队，取药之前先交费，交费又排半天队，这流程肯定有问题”（访谈 D0201）。医生认为造成这些问题的根源还是在于大医院的满负荷运转。而造成大医院满负荷运转的更深层原因在于国家的医疗制度。

医院的医疗资源配置影响到患者在医院就诊的医疗服务可及性。例如，在北京的某三甲医院，很多科急诊没有夜班大夫，发生情况需要把大夫从病房甚至家里叫过来，患者要等一段时间。一些社区卫生服务中心也存在这种问题，例如没有分科门诊和夜班，患者经常不能理解医院的这种特殊设置，会产生不满情绪。

就诊流程中的一些环节设置和衔接问题又增加了患者的就诊障碍。例如，医院的CT和B超室往往设在门诊楼，对于一些急诊患者来说检查非常不方便。我们还曾遇到过一家医院的X线检查室设在门诊楼外，患者要找很久才能找到，因此很容易产生不满。还有患者因为不清楚病案在医院内部科室之间的流转过程而抱怨，甚至投诉医生。有患者提出这样的困惑：“这个医院应该是统一的整体，但这里的医生和护士完全是分开的，很多事情我们去找医生，医生说你们应该去找护士，我说为什么要去找护士，他说我们是分开的。医生就是医生，护士就是护士，医生只管开药，护士给你扎针。但我们作为常人，到了医院，应该是一体的啊”（访谈 P0306）。在现代医疗制度下的医院已经是成熟的科层制组织，规则是科层组织管理的一个重要特点，患者进入一家医院就诊实际上是了解一个陌生组织的科层规则的过程。从医院的角度来说，需要患者学习规则，对规则的掌握和熟悉程度直接

影响到就诊过程的顺利程度。但是作为患者个体，对于规则的了解是有差异性的。

在调查中我们发现患者特征对其医疗服务可及性具有影响，实际上即是不同患者对于医院组织的科层规则的掌控程度具有差异性，进而影响到医疗服务可及性：

首先，门诊和住院患者的医疗服务可及性的差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。住院患者经过一段时间的住院治疗，对于医院就诊流程和部门相对比较熟悉。也正因为如此，门诊患者较之住院患者要更倾向于认为候诊时间长。

其次，不同家庭居住地的患者的医疗服务可及性具有差异。访谈中有些患者表示“挺方便的，（手指指示牌）这上面都有”，“（找诊室时）就是看上面的提示，都没问别人”（访谈 P0201）。这些患者往往来自于大城市的，他们更习惯于看指示牌。而农村患者看不懂或者不习惯看指示牌。有意思的是，来自于中小城市的患者认为等候时间最长，大城市患者次之，农村患者再次之。原因可能是来自中小城市的患者在个体就诊体验中已经形成了对医院组织结构和流程的固有认识，当他们来到大医院就诊时会产生不适，对于等候时间的感知更强烈。

再次，患者的社会资本会影响其医疗服务可及性。不同学历和职业的患者在就诊过程中遇到的结构障碍具有差异性。在医院内部的人际关系网络数量和强度也会影响到患者医疗服务可及性，“有熟人就快，没熟人就是一直等着”（访谈 P0711）。

我就是亲身体会到过，我有一个同学在这里面，当时，我门诊来这儿，就在这儿排着，很久很久，当时我身体又觉得很不舒服，没有办法的情况下，我很不好意思地打电话找我那个同学，刚好我同学跟做胃镜的医生比较熟，关系比较好，来了以后马上就给我做了。如果说正常的来说排门诊的队，那不知道排到哪里去了。（访谈 P0711）

患者在医院的非诊疗环节所遭遇的挫折会影响到诊疗过程中，因而产生对于其他医护人员甚至整个医院的不满。例如我们前面所提到的对某三甲医院 2007 年门诊投诉记录分析，患者的投诉有相当大的比例不是对医生诊疗环节提出的，而是集中在医技、收费、化验等环节，对医辅人员的投诉很多。患者 P0102 的经历是一个典型案例，她因为在分诊环节有人插队而产生不满，挂号处的工作人员给了她错误的信息，分诊台的护士态度不耐烦，这些使她在没有见到医生的面之前的就诊体验就非常糟糕，甚至决定不看这个医生了。患者在医院中与非诊疗环节的人员接触最多，因此医患纠纷常常不仅是医生的原因，其他环节的问题也会造成患者的医疗服务可及性差，进而引起患者不满。

有些个医生，只是一部分，可能是每天很机械化地在看这些病，每天都重复他的工作，可能也有一些厌烦的情绪在里面，有时候看着也有一些不耐烦，比如说××医院，因为我去过一次，等了半天，我问她们“什么时候能轮到”，因为比我后去的都看上了，还有一些熟人，让大夫带进去的，然后她说“我给你问问去”，我说“在我后面的都比我先看了”，大夫说“你怎么知道她在你后面？”，我说“我们俩一起挂的号，本身她的号在我很后面很后面”，大夫就说“你在外面等着吧”，态度特别恶劣，后来我说换一个号吧，我又去挂号处换了个其他科室的号。因为我这人特别怕麻烦，我就捡人少的时候去，我去了之后就先问她“哪个号人少”，她告诉我“普通号人少”，然后我就挂了普通号，可是等了1个多小时，将近都11点多了，她告诉我“你还得等”，因为我当时还有事，我说“比我后面的都看了，为什么我还要等啊？”，然后她就不理我，还让我继续在外面等，其他人都已经看完了就我一直在等，我觉得莫名其妙，我就换了个科室，因为那个人态度特别恶劣，“让你等你就等”，当时我也不想跟她争，然后我就换了个专家号，直接就进去了，而且专家科的态度很好，我也不知道（原来那个人）她是个人情绪关系还是什么原因，她的态度特别不好。我觉得她最起码的服务意识没有，她即便是一个大夫，她也算是一个服务工作者。（访谈 P0102）

### （九）患者对医院的信任程度

调查结果显示，现阶段患者对于医院是比较信任的，82.6%的患者对就诊医院表示信任，其中表示很信任的占21.8%，比较信任的占60.8%，另有2.3%的患者表示不信任此家医院。患者认为：“医术、医德不好说，我觉得可能是个别现象，这也很正常，但大部分还是好的。每个医院可能都会有点疏漏，有纠纷发生的可能性，所以也不会特别怀疑医院，大医院还是不错的。（访谈 P0308）”；“感觉在医院里是大药房，比较放心。虽然比外面贵点，还是愿意在医院里拿药。像我哥哥是开卫生室的，但我也还是不在他那儿拿药，都上医院拿。”（访谈 P0711）医院这样正式医疗组织的信誉和社会影响力对其医疗质量有一定保证，因此患者基本上是信赖医院的。

在不同级别医院就诊的患者对医院的信任程度的差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）：在城市三级医院就诊的患者对医院很信任的比例最高；在社区医院就诊的患者对医院的信任程度更趋向于一般，很信任的比例最低（表3-10）。这说明大医院仍然受到患者更多信赖，而患者对社区医院的信任程度有待提高。前面我们也分析到，在社区医院就诊的患者对技术和态度的期待比较平均，而到其他医疗机构就诊的患者更趋于技术偏好。对整体医院技术水平的信任是患者对机构的信任的主要来源。可见社区医院主要因为方便而吸引人，患者的技术期待不高，信任程度也趋于一般。

表 3-10 患者对不同级别医院的信任程度 (%)

项目	很信任	比较信任	一般	不信任	很不信任
城市三级医院	24.2	59.8	14.1	1.3	0.7
城市社区医院	11.3	58.6	26.1	3.4	0.5
县级医院	22.9	62.7	11.9	2.2	0.2
乡镇卫生院	21.8	60.8	15.1	1.9	0.4

来自不同地区的患者对医院的信任程度的差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 更多农村患者表示信任或比较信任医院。住院患者相比门诊患者更倾向于选择信任或比较信任医院。这种差异性显示出与患者满意程度和患者期待一致的趋势, 农村患者和住院患者的满意程度偏好, 主观期待偏低。

患者对医院的信任程度与对医生的信任程度相关, 与对医生治病态度的评价、对医生开的药的信心、对医生诊断正确性的评价也相关; 患者对医院的信任程度与满意程度 (包括总体满意程度、对设施和环境的满意程度、对医疗质量的满意程度、服务态度的满意程度) 相关。

## 二、医患关系的医方视角

### (一) 调查对象基本情况

本次调查共完成医护人员问卷 644 份, 调查对象中男性 176 人, 占 27.3%, 女性 448 人, 占 69.6%; 医生 281 人, 占 43.6%, 护士 339 人, 占 52.6%; 所调查医护人员以 20-39 岁年龄段为主 (占 74.8%)。内科占 25.0%, 外科占 37.9%, 妇科占 9.0%, 儿科占 4.7%, 其他科室占 23.0%。所调查医护人员以工作 20 年以下为主 (77.2%)。本科以上学历占 47.2%。高级职称占 11.6%, 中级占 26.2%, 初级职称占 50.0%, 无职称占 9.6%。科室主任及护士长占 10.4%, 以无职务者占大多数 (68.9%) (表 3-11、表 3-12)。

表 3-11 医护人员基本人口学特征 1 (N=644)

		人数	构成 (%)			人数	构成 (%)
性别	男	176	27.3	年龄	小于 20	3	0.5
	女	448	69.6		20~29	245	38.0
专业类别	临床医生	281	43.6		30~39	237	36.8
		护士	339		52.6	40~49	100
	50~59		22		3.4		
60~	12		1.9				

表 3-12 医护人员基本人口学特征 2 (N=644)

		人数	构成 (%)			人数	构成 (%)
工龄	小于 10	295	45.8	职称	正高	10	1.6
	10 ~ 19	202	31.4		副高	65	10.1
	20 ~ 29	93	14.4		中级	169	26.2
	30 ~ 39	24	3.7		师 (初) 级	225	34.9
	40 ~	6	0.9		士级	97	15.1
学历	博士	33	5.1	无职称	62	9.6	
	硕士	43	6.7	职务	科室主任	30	4.7
	大学本科	228	35.4		主任医师	26	4.0
	大专	239	37.1		主治医师	75	11.6
	中专/中技	78	12.1		护士长	37	5.7
	高中/技工学校	4	0.6		无职务	444	68.9
	初中及以下	2	0.3				

第四次国家卫生服务总调查 (以下简称“面上调查”) 与本项专题调查的调查对象稍具差异: 面上调查的男性比例高 (41.3%); 面上调查的临床医生多于护士; 面上调查的人口年龄分布更平均 (其中 35 岁以下占 41.5%, 35 ~ 45 岁占 35.8%, 45 岁及以上占 22.7%), 专题调查的人口趋于年轻; 相应地, 工作年限、职称和行政职务上, 面上调查的对象也高于专题调查的对象; 但专题调查对象的学历明显高于面上调查, 前者博士和硕士占到 11.8%, 后者仅为 3.1%。可见, 专题调查的医护人员中青年比例比较大。这种差异可能是因为调查方式所造成的, 专题调查采取通过护士站护士长发放、自填式问卷的方式, 年资低的医护人员有更多时间接受调查。

此外, 深入访谈调查共完成医护人员访谈 44 例。在调查对象选择上, 首先尽量做到年龄、工龄、职称、科室的平均分布; 并按照目的抽样原则, 我们尽可能纳入高年资的医生作为访谈对象, 以弥补问卷调查的信息不充分部分; 并在整个医院中有意识地选择处理医患关系较好和较不好的科室及医护人员。在实际访谈的对象中: 医生占 79.5%, 护士占 20.5%; 男性占 50.0%, 女性占 50.0%; 医生职称分布中主任/副主任医师占 42.9%, 主治医师占 22.9%, 住院医师占 22.9%, 无职称占 11.4%; 科室分布中内科占 40.9%, 外科占 22.7%, 妇产科占 9.1%, 儿科占 4.5%, 其他科室占 22.7% (其他科室包括口腔科、中医针灸科、康复科及精神卫生科等)。

## (二) 医患关系的医方视角

问卷调查结果显示, 医护人员对于医患关系现状整体评价偏低。医护人员对整个社会医患关系和谐程度评分的平均分为 59.97 分, 95% 置信区间为 58.42 ~ 61.52 分。医护人员

在接受访谈时谈到当前医患关系评价问题时，也是消极评价居多。医护人员对本院医患关系和谐程度评分的平均分 68.75 分，95% 置信区间为 67.30 ~ 70.19 分，高于对社会医患关系的评分，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

问：您对当前医患关系有没有一个总体的评价？

答：这可不是一两句话能说清楚的。

问：假如用一句话说，和谐还是紧张？

答：还是偏紧张。（访谈 D0202）

从调查结果看来，医护人员对医患关系的评价要低于患者。换言之，医护人员对于医患关系现状不满意！目前大众传媒和社会舆论将关注重点放在患者方面，对医护人员的观点不够重视，媒体甚至在报道各类医患纠纷事件的时候过滤掉医护人员的声音。实际上医患之间不和谐不仅仅给患者带来了诸多不利，同样给医护人员带来了负面影响。医患关系是医护人员与患者的互动关系，矛盾也是在这种关系建立和维持过程中发生的，因此，解决医患关系问题，应该从医患双方各自的期待、沟通方式、行为方式等方面入手，找出双方所存在的差异及个体和制度原因。

在医院中处于一线岗位、承担责任和风险较大的人员对于医患关系的态度趋于保守。这些医护人员的工作压力大，自己遭遇到或接触到医疗纠纷的概率比较大，他们所感知到职业风险也更大，这些都会影响到他们对医患关系的认识。这具体表现在：

第一，医生和护士对于医患关系评分的差异有统计学意义（医生和护士的评分分别是 53.9 和 64.5 分），医生对医患关系的评分更消极。医生相比较护士，需要给出治疗方案，所承担的风险更大。

第二，不同受教育程度的医护人员评分的差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )：博士和硕士的评分最低，大专和中专中技的评分最高（表 3-13），年轻大夫对医患关系的评分更低。如前面定量分析结果，年龄与学历相关，年轻的大夫的学历比较高，而年轻大夫基本上都是在一线岗位上直接与患者接触的，对医患关系的认识受到来自于患者方面的影响比较大，而他们的专业知识、沟通技巧和诊疗经验可能有所欠缺，并且现在的年轻医生往往都是 20 世纪七八十年代出生的独生子女，有时候老大夫旁观都觉得他们“沟通有点问题，说话很冲”。这直接导致他们与患者互动过程中出现问题，从而影响了他们对医患关系和谐程度的判断。



表 3-13 不同受教育程度的医护人员对社会上医患关系的评分

受教育程度	人数	平均分 (分)
博士	32	49.50
硕士	42	47.60
大学本科	225	56.27
大专	232	65.37
中专/中技	77	66.08
高中/技工学校	4	61.25
初中及以下	2	60.00
总计	614	60.04

第三,外科、急诊科室的医护人员对于医患纠纷的评价相比较其他科室要低。这些科室医务人员的工作紧张程度和压力相对更大,患者对医生诊疗结果的要求更直接,也是更容易产生医患纠纷的医院内部门。

第四,等级高的医院的医护人员,特别是城市三级医院的医护人员,对社会医患关系的评价比较低。城市三级医院与县级医院、乡镇卫生院的医护人员对医患关系的评分差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ) (三级医院、县级医院和乡镇卫生院的评分分别是: 57.09、63.44 和 65.57 分); 而城市三级医院与社区医院之间、县医院和乡镇卫生院之间评分差异不具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

医护人员对医患关系评价低主要来自于两个方面的压力: 一方面是患者, 另一方面是工作。首先, 医护人员的态度是患者态度的投射, 他们对医患关系的评价与他们所感受到的患者的尊重程度、满意程度、信任程度的相关性具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。其次, 医护人员的态度亦是外在工作环境的投射, 他们对医患关系的评价与他们所感受到的执业环境状况和职业风险程度的相关性具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

此外, 如前所分析, 医护人员对本院医患关系的评价明显高于对社会上总体医患关系的评价, 并且通过统计分析我们还发现, 医护人员对本院医患关系评价在不同级别的医院间具有显著差异, 城市社区卫生服务中心比三级医院评价高, 乡镇卫生院也要高于县级医院和城市三级医院 (表 3-14)。这说明在对社会的医患关系评价基本偏低的情况下, 乡镇卫生院和社区卫生服务中心的医务人员对于本院的医患关系满意度相对比较高。我们分析认为, 在低层级的医院, 医生所感受到的患者对他们的尊重程度、满意度和信任都比较高; 同时, 在医院小环境下, 不同级别医院的执业环境和职业风险程度也具有明显差异, 总体而言级别低的医院在上述方面关系都比较融洽。这一结果也从侧面反映了低级别医院内部的员工对医院和对同事的认同感比较强, 按照一位医生的话来说就是“自己人不能给自己人拆台”。级别低医院一般规模小, 熟人社会的特点更明显, 医生更倾向于把医院和其他同事当作“自己的”、“自己人”。

表 3-14 医护人员对医患关系和谐程度评分

不同级别医院医护人员	社会总体评价 (分)	本院评价 (分)
城市三级医院	57.09	66.43
城市社区卫生服务中心	58.18	70.14
县级医院	63.44	66.81
乡镇卫生院	65.57	77.43
合计	59.97	68.75

### (三) 医护人员与患者的沟通情况

大多数医护人员认为自己与患者的沟通状况比较好或一般，其中 13.9% 的医护人员认为自己与患者沟通很好，64.1% 的医护人员认为比较好，19.6% 认为一般，只有 2.4% 的医护人员认为与患者沟通差。

绝大部分医护人员自我评价在与患者沟通、解释病情方面做的比较充分：94.3% 的医护人员认为自己会详细倾听患者叙述病情；94.2% 的医护人员认为自己会详细询问患者病情；90.1% 的医护人员认为自己会向患者详细叙述病情、解释病情；80.4% 的医护人员认为如果需要传统查体方法（如：腹部触诊，听心肺，量血压等）进行诊断，自己会经常使用。

医务人员所希望的沟通方式是：医生给予充分说明，并且告知患者应该怎样做（43.9% 选择此项）；或者医生给予充分说明，并与患者协商采取怎样的措施（45.8% 选择此项）。这与患者所希望的沟通方式具有一致性。第四次国家卫生服务调查的面上调查部分也询问了医护人员所希望的确定治疗方案的模式，有 61.9% 的医务人员选择“主要由您（医方）决定，患者可参与意见”一项，选择完全由自己决定和由患者决定的比例都非常低。超过半数的医务人员实际上也是采取由医方决定、患者参与意见的方式决定治疗方式的（专题调查结果：61.0% 的医护人员在实践中采取“主要由自己决定，患者可参与意见”的方式）。可见，在排除时间、工作压力等外在因素的情况下，医务人员是希望与患者进行有效沟通的。同时，面上调查结果显示，护士比医生更希望由协商决定治疗方式（分别有 64.8% 的医生和 55.8% 的护士希望由自己决定治疗方案、患者参与意见；有 23.4% 的医生和 33.8% 的护士希望与患者讨论决定治疗方案），这可能是因为护士的职责的专业性稍弱于医生，可以与患者协商的工作内容范围更大；此外护士相比医生与患者接触时间更长。

由上，可以认为，医护人员主观上具有与患者沟通的愿望和动机，医护人员与患者所希望的沟通方式是一致的。阻碍医患沟通的因素主要是医患双方的认知差异，包括因为双方思想观念、知识结构不一样，医患信息不对称、权利分配差异（现有诊疗关系赋予医生客观决定权要大于患者）等。而在这种认知差异的背后，则是更深层次的社会制度安排问题。在访谈 L0301 中，门诊部主任讲述的医患矛盾的事例表面是由医患双方沟通问题：患者认为挂了专家号，专家应当有水平一眼看出问题所在，排除掉一些可能性，同时给他解

答一些疑问；专家认为没有检查就推断病情是不准确的，因此解释也是没有必要的，在检查之后对患者解释结果会更有针对性，也更严谨。医生让患者产生疑虑的原因，其一是因为医生受过系统的医学教育和诊疗技能训练，有丰富的临床经验，而患者对医疗技术分科专门化特点和医疗技术的不确定性、复杂程度认识不足；其二是医患双方的信息不对称，医生占有医学知识和技术的绝对优势，患者对自身身心状况和身体体验信息的充分了解，双方所拥有的知识对于对方而言都是稀缺的，因此也形成了双方交流的知识壁垒；其三是医疗消费主义的兴起使得患者强化了就医行为的消费特征，医患不信任程度加剧，患者认为医生的行为有过度检查牟取利益的嫌疑。患者的想法在社会上具有一定代表性。要消除医患沟通的障碍，不仅要医患双方进行沟通方式和沟通技巧方面的培训，更要从制度因素入手消除沟通障碍，包括在社会普及医学知识，强化医疗卫生服务的福利性质，促进医患互信等方面采取措施。

门诊管理部主任（以下简称“主任”）：这个态度不好是患者一面之词，我去了解有时候不好了解的。您刚才说这个教授傲慢，我知道这个教授沟通交流上面可能是，那个患者就是“我什么都不管，我就要你这个教授向我当面赔礼道歉，因为我来看病，我就问你要做什么，你就说做完检查再说，我现在给你说不清楚。你就不能给我解释解释？”这个情况就是，我挂了专家号，我有权力知道，几句话你就可以告诉我的，你不愿意告诉我，而这个教授，他是很权威的，他说“你又不理解，回来之后我再给你解释吧。我现在给你讲了，可能就会用很多假设，假设我给你说你又听不懂，我给你说什么嘛！”

问：讲都讲不明白。

主任：“啊，结果拿回来了以后，结果如果是这样我给你讲，情况是这样，这样应该怎么怎么样。”教授他是这种想法，但是他“你现在没做检查我给你讲不清楚！你去做完检查。”患者他说“我就想了解清楚，不然我为什么要去做这个检查？这个检查要上千块钱。”

问：是，这两个，双方就是有这个。

主任：然后患者他来投诉就说，“他的技术我不知道，但是他的态度，必须要当面给我赔礼道歉”。

问：那最后呢？

主任：最后我给他赔礼道歉，我说“我们教授表达的时候可能和你的要求不一样，他不是这样想的，如果你觉得你现在需要，教授可以给你解释，我让他都下个台阶，你觉得？”他说“啊，我不想看了。”我说“你不想看可以，号给你退了。你不愿意找他看也可以。”（访谈 L0301）

#### （四）医生对患者的期待

医生对于不同类型的患者是否有偏好？对于这一问题的问卷调查结果显示，大部分医护人员对于性别没有偏好，有 77.2% 的医护人员认为男性和女性在医患互动中效果都一样。52.0% 的医护人员认为不同年龄的患者交往起来没有差别，但有 22.4% 的医护人员更愿意与年轻人交往。33.7% 的医护人员认为患者的文化程度对于医患关系的建立和维持没有影响，另有 33.8% 的医护人员认为中等文化程度的患者更容易交往，有 24.9% 的医护人员认为文化程度高的患者群体容易交往。51.4% 的医护人员认为对医学知识略微了解的患者容易交往，28.0% 的医护人员认为患者的医学知识对医患关系没影响。52.4% 的医护人员认为就诊类别对于交往没有影响，但也有 39.8% 的医护人员认为住院患者相比门诊患者更容易交往。在付费类型方面，62.3% 的医护人员认为患者的不同支付方式在医患互动方面不存在差异，有 32.6% 的医护人员认为有医保的患者更容易交往，很少医护人员认为自费患者更容易交往（5.1%）。

虽然医生纷纷表示他们不可能“选择”患者，并且职业伦理也要求医生不能因为患者个体差异而区别对待。但是医患关系是基本的人际关系，双方态度行为可以相互影响，医患互动过程中患者所表现出来的行为特征会潜在地影响医生的态度和行为。问卷调查结果显示，医护人员最反感的患者行为依次是不尊重医护人员（81.2%）、态度粗鲁（63.8%）、固执难以沟通（56.5%）、不遵守医院规章制度和秩序（43.9%）和提出非医疗需要的要求（43.4%）等。良好医患关系的建立和维护是医患双方互相尊重的结果，超过 80% 的医护人员对于患者不尊重医生的行为而表示不满。

我们同时在访谈中也发现，患者的个体特征影响医生的方向和程度并不一致。医生本人的诊疗经验会影响他们对于不同类型患者的感受。以患者文化程度为例，医生群体普遍文化程度比较高，一些医生在跟文化程度较低的患者交流时存在障碍，文化程度低的患者可能很难理解医生对于病情和治疗方式的解释，而文化程度高的患者表述和理解能力强，“沟通起来不累”；但是也有医生认为，患者文化程度高，他们可以获得的就医相关信息也丰富，对医生更容易产生质疑，依从性差。例如，有一位急诊科大夫这么说：“现在也不能单纯从读书多少来这么说，……就知识分子也特别难沟通。因为知识分子型的，他自己感觉非常明白，而且他会问你一些问题，有时候你就觉得跟他着急，觉得他来的这种情况我顾不得跟你解释得太多，我需要先把这患者处理了，但他有时候就拉着你问呀，不停地问。”（访谈 D1002）

相应地，医生对患者所具备的医学知识的期待也是如此，医生与完全缺乏医学知识的学生接触很难达到沟通效果；然而很多医生也表示与医学知识丰富的患者互动困难。超过一半的医护人员在问卷调查中选择与医学知识略微了解的患者交流的更好，可能原因在于这类患者对于医学专业知识有适度关注，能够较好遵医嘱，依从性比较好。

总体而言，医护人员对患者行为的期待最突出的方面是能够信任医者。医生对医患关

系的评价与他们所感受到的患者信任程度的相关性具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。如他们所说：“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。”有的医生认为与自己的老病友关系更融洽，有的则认为住院患者比门诊患者更好沟通，其原因都可以归结为这类患者在与医生的多次互动中，建立起对医生的人格信任，患者的信任对于医生是重要的激励因素。例如，有一位运动医学的大夫评价好患者应该“主观要求低，客观要求高”，就像他所接触的运动员群体一样，这类患者的治疗对于医生的技术水平提出很大挑战，但是他们往往不会苛责医生，而是信任主治医师，在此情况下，医生也会尽职尽责去提出治疗方案，与患者及家属共同讨论病情，进行治疗。实际上在双方实现了一种医患信任的互构关系，对于疾病治疗效果具有积极意义。

在调查中我们还发现一个很有意思的现象，如同患者非常重视医生的技术水平一样，医生同样也具有技术偏好。访谈中一些医生表示希望患者能够提出一些技术疑问，激发医护人员进行专业探索，从而产生积极的医患互动。例如，上面那位急诊科大夫其实非常希望患者提出问题：“因为他提的问题有可能是我没有特别深入研究的一些东西，他可能非常不专业地提出一些问题，但我一想，‘是啊，为什么还会这样呢’，可能书本上也没有写，我就会去思考，或者去问主任。”（访谈 D1002）此外，有三甲医院的医生还表示，医生普遍对疑难病症患者格外关注，会投入更多的时间和精力去处理和分析病情。这说明了医患关系相比一般人际关系具有特殊性，医患之间进行的不仅仅是情感和一般信息的交流，还包含专业知识的互构：患者提供给医生疾病相关的身体体验，医生则提供医学知识，而如果双方能够共同实现治愈疾病的目标，则也可以实现医患关系总体和谐。

#### （五）医院管理制度对于医生的压力

医院是医生进行组织化职业活动的场所，医院对医生履行职业管理和行政管理和责任，医生必须遵守医院的各项组织管理规章制度。医院管理制度对于医生的行为具有约束作用。调查的全体医护人员中有 82.4% 的医护人员认为工作压力大，其中 32.9% 的医护人员认为工作压力很大，49.5% 的医护人员认为比较大，仅有 1.2% 的医护人员认为工作压力小。很多医护人员表示现阶段做医生“太不容易了”、“太辛苦”。有的医生甚至表示不愿意让子女跟自己一样辛苦，所以不让他们考医学院校。目前医生所承受的医院管理制度压力主要包括：

第一，工作任务压力。调查的全体医护人员中有 74.4% 的医护人员认为工作任务重，其中 26.9% 的医护人员认为工作任务很重，47.5% 的医护人员认为比较重，仅有 1.3% 的医护人员认为工作任务轻。按照一周的法定工作时间为 40 小时计算，仅有 30.1% 的被调查医护人员工作时间在法定工作时间范围内，46.1% 的医护人员工作时间在 41~56 小时，相当于每周 7 天，每天 8 小时的工作量，更有 18.0% 的医护人员工作时间在 57 小时以上，平均值为 49.6 小时。面上调查结果显示，医护人员平均每周工作时间在 54.3 小时，平均每月在单位值夜班（不包括在家听班）有 7.2 次，在调查时间之前一周最长连续工作时间达

到13.7小时。其中，医生比护士的工作时间更长，三级医院的医护人员平均工作时间最长，低年资的中青年医生的工作任务更重。

医生普遍反映连续工作时间长，工作强度大，给医生及其家庭带来负面影响：“每天真的很累的，像我前天去值急诊，一天也就睡两个多小时，第二天还得连一白班，很痛苦。身体全毁了”（访谈D0203）。本次国家卫生服务调查的医护问卷的综合量表测量结果显示，有79.9%的医务人员处于高工作负荷状态，有49.2%的医务人员的工作对家庭影响大。

第二，工作考核和晋升压力。调查的全体医护人员中有32.9%认为考核压力很大，49.5%认为比较大，仅有1.2%认为考核压力小。接受调查的医护人员中，有27.1%认为晋升压力很大，43.7%认为比较大，仅有3.0%认为考核压力小。在不同级别医院间，随着医院级别的升高，医护人员所感受到的考核压力越大。在二级以上医院，医务人员的晋升往往依照医疗和科研双重评价指标，有的教学医院还要加上教学，对于医生来说承担的压力是非常大的。有医生就很无奈地表示，她最大的理想是做一名医德和医术兼备的医生，“只想好好给患者看病”，但是事实上要做到这一点，她必须先完成大量其他工作，真正接触患者的时间非常有限。

晋升压力很大啊，不光是医疗的问题，首先你医疗不能有投诉，不能有差错，你只要进了监测系统你今年就甭想了，不光是今年甭想了。因为现在我们这儿晋升是有差额的，我们不是说到了年头都能上的，像我们今年报了将近20个，名额只有10几个，有一半的人要下去，这种评职称两次没评上就永远没有机会了，所以就很慎重。而（医生）医疗、教学、科研都需要完成，医疗不能出差错，只要有了投诉，进了监测系统，因为在往下刷人的时候刷谁啊？那就是刷有毛病的，硬件条件都够了，这个人发表文章不够，就先刷下去，然后发表文章，要SCI他没有，刷下去。你要是在医疗上被投诉过，那这个人肯定被大家先盯住了，因为大家都符合条件，年资啊，都符合的，肯定就盯着那有问题的，职称评审委员会不是对所有人都很了解，他们主要是看材料，医疗、教学、科研都有压力。（访谈P0201）

第三，内部管理制度压力。除了很多医院都规定的以门诊量为主要指标对于科室及医护人员进行工作业绩考核之外，医院基本上都制定了其他一些规范医生行为的规章制度。像访谈P0201所说的医院内部对医生医疗投诉处理规定就是一个方面，如果医生违反医院的规章制度，医院可以通过奖金、职称晋升甚至聘任等机制对医生行为进行惩罚。例如某三甲医院在门诊医疗、临床医疗、护理管理、医院感染、医疗保险、预防保健等6个方面制定了224项医院管理制度。科学化、规范化、经常化的管理可以促进医院提高医疗质量，减少医患纠纷，有利于和谐医患关系的建立和维护，但规章制度的执行和维持需要成本，

如果医院将监督成本都落在医护人员身上,不仅会影响制度执行的实际效果,反而会成为医生诊疗过程中的负担,对医患关系带来不利影响。例如有的医院为了监督医生的用药行为、防止大处方现象,在医院内部执行“医药比”的管理制度,即要求医生开药必须与所作出的治疗相结合,不能盲目用药。如此,医生给患者用药之前必须通过相应的检查来证实自己的判断,不能不检查就用药。虽然医院的初衷是好的,但是执行中弊端也暴露,“有些科室没有那么复杂的检查,顶多来个患者做个心电图,查个血常规,你要是要求医药比,我只能说尽量完成,比如患者心脏不好,那我就做个心超吧,要是没有医药比我可能就不做了”(访谈 D1002)虽然像医生说的“做了也没什么坏处,而且现在报销比例也还行”,但是从长远来看是不利于医患关系发展的。

第四,经济压力。调查的全体医护人员中有 77.8% 的医护人员认为生活和工作中经济压力大,其中 37.9% 的医护人员认为经济压力很大,39.9% 的医护人员认为比较大,仅有 1.9% 的医护人员认为经济压力小。医护人员的收入或许绝对值不低,但投入产出严重不合理。按北京市三级甲等医院的标准,门诊普通号 5 元,专家号 14 元。而在乡镇卫生院是先看病再挂号,患者如果不开药、不做治疗,等于医生给患者免费看病。这微薄的诊疗费的背后是医生大量付出,如一位医生所说:“我,硕士,每做一次诊断,要动用了我 8 年的学习投入及 4 年临床投入”。

#### (六) 医疗纠纷对于医生的压力

对于医疗纠纷有广义和狭义两种界定,从广义而言,医疗纠纷是指医患双方在患者就医过程中发生的一切争议<sup>40</sup>;而理论界对医疗纠纷则是一种狭义界定,一般是指医患之间分歧和矛盾发展到一定程度,未能妥善解决,投诉到院外(如媒体、卫生行政部门、法院、医疗事故鉴定机构等),寻求第三方介入解决的极端情况<sup>41</sup>。医院对全年医患纠纷案例数的统计基本上是按照狭义界定,从本次调查的 10 家医院过去一年医疗投诉记录来看,三级医院平均一年发生医疗纠纷 100 来例,县医院不过 20 例左右,乡镇卫生院甚至从建院计算起也不过几例。可以说,按照狭义医疗纠纷的定义,医院每年医疗纠纷发生率并不高。但是在医护人员自填问卷中,有 40.1% 的医护人员回答自己遇到过医疗纠纷或医闹事件。我们认为这是因为医护人员是按照广义医疗纠纷的界定标准来作出回答的。这一数字已经能够充分显示目前阶段医疗纠纷对于医务工作者群体的影响。

医疗纠纷对年资低的医务人员的压力更大。访谈中当问及“什么类型的医生容易发生医疗纠纷”时,医生表示“还是看个人,有的人就容易沟通,有的人就比较各色”,但很多医生都认同年轻医生相比于年资老的医生更容易发生纠纷的观点。主要是因为如下几个原因:第一,沟通技巧欠缺。长期以来医学生培养缺乏人文教育,年轻医生的沟通能力尤其欠缺,老医生经验丰富,知道该如何跟患者沟通;第二,年轻医生医学专业知识还有些薄弱,当患者的问题不能给予有效解决受到质疑时比较“心虚”。“越是他专业知识缺少的时候他越是没法跟患者进行很好的解释,依靠态度来压住别人,有这种倾向。因为像我们

这边的患者问题很多，你要给他说什么，他要问为什么，大夫他觉得转不过来，就拿态度来压他们，“你不懂就不跟你说了”，这样的话就容易导致医疗纠纷。”（访谈 D0201）；第三，工作性质也不一样，年轻医生每天接触不同类型的患者，“一线工作几乎都是年轻医生，高年资医生可能已经变成二线大夫、三线大夫了，他直接接触患者的机会就少了，所以他纠纷也少”；第四，受中国传统文化的影响，患者普遍对老医生更信任，就像有的医生所说“像教授什么的，患者的信任度更高一些，依从性也更高一些”。

医疗纠纷已经成为医护人员在日常工作中面对患者所不得不考虑到的一个因素。74.1% 医护人员承认当前客观存在的医疗纠纷、医患冲突对自己的诊疗行为产生较大影响，只有 8.6% 的医护人员认为这种影响较小。专题调查结果显示，87.4% 的医护人员表示有必要在工作中防范患者对医疗行为提出质疑或者追究，其中有 31.3% 的医护人员认为有“绝对必要”，56.1% 的医护人员认为“有必要”，只有 6.5% 的医护人员认为没有必要进行防范。面上调查结果同样显示，认为“绝对必要”和“有必要”在工作中防范患者的医护人员分别占到 35.1% 和 53.0%。而且，三级医院的医生所感受到的这种防范的重要程度比其他等级医院还要高。

统计分析结果显示，医护人员是否遭遇医患纠纷与医疗纠纷对自身诊疗行为的影响程度、认为对患者进行防范的必要性具有相关性。遭遇过医疗纠纷甚至医闹事件的医护人员对医疗纠纷更为顾虑，更倾向于在诊疗中对患者进行防范。如一位医务处主任所言，“碰到一个医疗纠纷以后，大夫真是没法活了”，从此，“大夫的诊断是谨小慎微”（访谈 L1001）。医疗纠纷一旦发生，医生将面临灾难性后果，一方面是医院方面的行政问责和经济处罚，另一方面还要应对患者及家属的投诉和指责，甚至人身安全都不能得到保障。

为应对可能产生的医疗纠纷，医生往往会采取一些自我保护措施。医护人员认为避免医疗风险最主要的手段为多与患者沟通（79.3%）、尽量在各个诊疗环节让患者签知情同意书（74.8%）和购买医疗保险（20.2%）等。但是医护人员也有可能采取一些消极应对措施：有 13.6% 的医护人员选择让患者多做检查，有 18.9% 的医护人员同意在诊疗中放弃一些有效但有风险的新技术。同样，在面上调查问卷询问医护人员对于诊疗中一些有效但有风险的新技术的态度时，有 33.3% 选择采用，15.5% 选择放弃，更多的人（51.2%）处于犹豫状态。像下面 L0202 采取防御性医疗行为的想法在医生诊疗过程中具有一定普遍性，这类防御性医疗行为包括：让患者做各种非必要的化验、检查及治疗手段；回避收治高危患者；回避高危手术及难度较大的特殊处理；带有推脱责任性质的转诊及会诊；隐瞒病情真相或其他相关措施；过度夸大病情及治疗风险等<sup>42</sup>。这种情况对于患者的治疗效果和健康结局、医疗费用降低、医患互信等都会产生消极影响。



现在医患关系这么紧张，医生至少说，如果照以前，我有些不做的检查就不做了，我通过物理诊断，拿听诊器听听，或者说拿手指叩叩，这个讲的望闻叩听嘛，最基本的物理检查，现在可能都不做了。现在年轻大夫基本上都不做了，只有一些老太太、老专家们，可能还偶尔拿听诊器给你听听。其实如果能听出来明确的典型的这种，你就没有必要非得照片子、做核磁、CT去了，但是现在全都给你做，你做，无形中医疗费用就增大了，现在医疗费用一直在涨，可是我不做，如果涉及到以后真的打官司，我举证责任倒置，我没证据证明你没事或者你有事，只能是把我能想到的，能联系到的，怀疑到的全都给你做了。无形中你多花多少钱啊。再者说我医生下诊断，也只有十拿九稳的时候才会说，要不然就说怀疑或者可能，我不会给你说你这就是什么什么。（访谈 L0202）

### （七）医疗职业对于医生的压力

无论是在西方还是我国医学发展史上，医生从古至今一直是受人尊敬的职业。西方医学的起源与发展与宗教密切相关，从古埃及到中世纪欧洲，医术被视为一种神秘力量，医生具有很高的社会地位<sup>43</sup>。之后医学技术的卓越发展更加深了人们对于医学的信仰。“医者父母心”说明了患者对于医者非常信赖。在我国，“不为良相，即为良医”也说明了古代社会对于医生职业的认同。

自20世纪中期，特别是近30年以来，西方医患关系随着社会文化和制度环境变迁、科学技术的发展，出现了医患关系模式的缓慢而显著的变化：由原先的主动-被动模式向参与式、供应-消费式转变，医疗专业世俗化，社会和大众开始对于医学和医生产生质疑。在我国，特别是20世纪80年代医疗卫生体制改革以来，医患关系的和谐状态不断被打破，并且随着市场化进程，医患矛盾加深。具有光环效应的医学地位被打破，医生的职业地位日渐下降，主要体现在：①医生执业环境恶劣；②职业风险加大；③整个社会对于医生的职业评价降低。

#### 1. 执业环境

20.4%的医护人员认为中国医生的执业环境很差，39.9%认为比较差，30.4%认为一般，只有8.6%和0.6%的医护人员认为执业环境比较好和很好。面上调查的结果比专题调查结果稍好，分别有12.9%、23.9%和42.7%认为我国医生的执业环境很差、比较差和一般；其中，医生比护士的评价更低（图3-5）。执业环境是专题调查中医护人员提出最希望得到改善的项目中排序第二的要求，有49.1%的医护人员提出需要改善执业环境秩序。

医护人员的不良遭遇严重影响到他们对于执业环境的评价。有21.6%的医护人员在近一年内曾遭受过语言侮辱，0.9%的医护人员曾遭受躯体暴力，5.6%的医护人员遭受过语

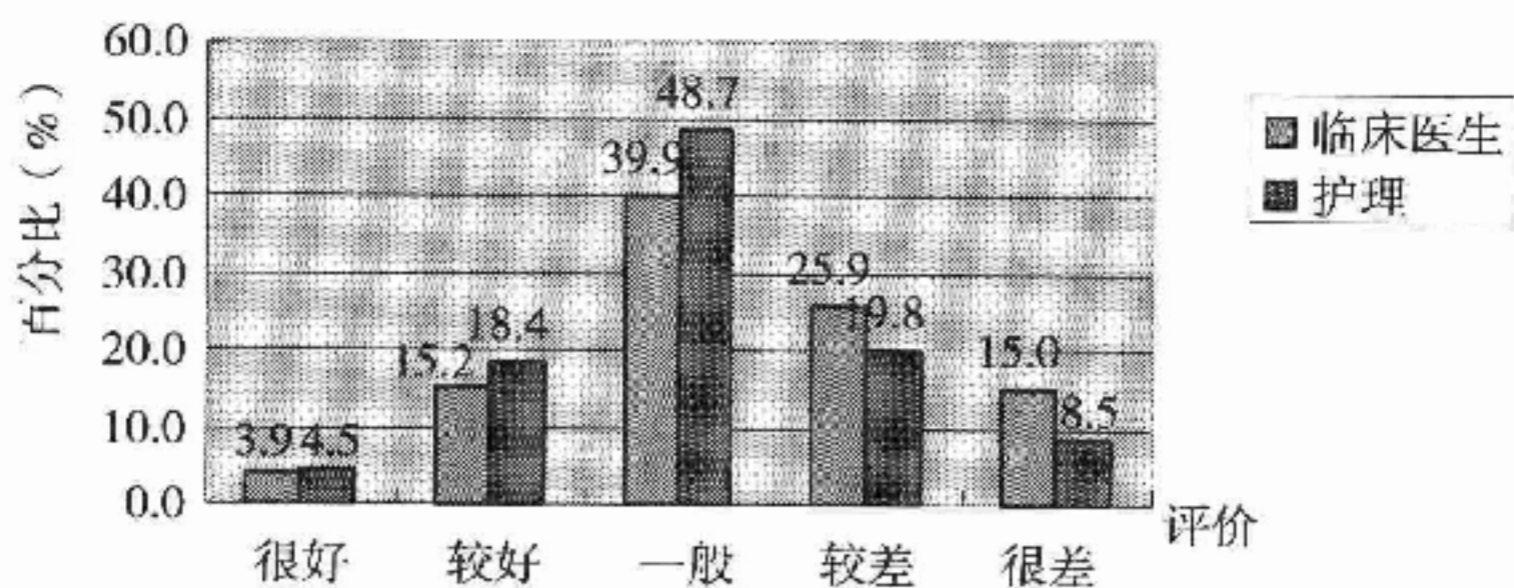


图 3-5 医护人员对执业环境的评价

言、书信等形式的恐吓。面上调查结果显示，在最近6个月，有21.8%的医护人员遭受过患者侮辱性语言，0.4%的医护人员遭受过躯体暴力，还有3.4%同时遭遇过以上两种行为。近年来社会上的医患纠纷恶性事件也是不断发生：北京医师协会的调查结果显示，1998年至2001年北京市共发生殴打医务人员事件502起，影响医院正常诊疗秩序事件1567起；湖南省卫生厅统计，2000年1月至2001年7月，全省发生医疗纠纷1110起，发生围攻医院、殴打医务人员事件568起，有398名医务人员被打伤，32人致残，在医院陈尸事件179起，医务人员受伤132起。这些都说明今天的医生们所工作的环境已经相当恶劣。很多医生表示对此顾虑很大，已经直接影响到医生与患者的互动。

## 2. 职业风险

有96.7%的医护人员认为医护人员所承担的职业风险大，其中66.1%的医护人员认为职业风险非常大，30.6%的医护人员认为职业风险比较大，只有0.6%的医护人员认为职业风险较小。访谈中医护人员基本都提到医疗行业的职业风险的存在，特别是骨科、普外、神经外、麻醉科、急诊科、妇产科、小儿科这类科室风险相对更大。

职业风险的存在以及当前对于医生诊疗行为所带来的可能的压力主要源于两方面原因：

首先，患方及普通群众不能够正确认识医疗行为可能存在的风险性。大众的科普性医学知识欠缺，患者对医学风险缺乏正确理解，对医院和医生有一些不切实际的期望，当医疗结局不理想时患者容易迁怒于医生。

举证倒置这个问题是这样的，在治疗上不会有影响的，可能在有些特殊情况处理的时候，举证倒置上可能对患者不利，既然有需要举证倒置，医生没有必要去冒那种风险，处理患者有时候是需要冒风险的，拎着自己的脑袋在治病，有这种时候的，但如果说（医生）在做这种治疗时候得不到理解，做完以后完全有可能你意愿是好的但是结果不行的，这种时候，举证倒置，追究大夫的问题。实际上可能因为这样，医生就会采取更安全的措施处理这个事，但事实上吃亏的还是你（患者）。

问：很多人都这么说，可做可不做的就不做了。

答：对啊，还不是可做可不做，是你要冒风险去做的事。冒的风险比较大，可能做了之后对自己影响较大的事情，很难的，最后要凭自己良心来了，看你能不能冒这个风险了，很难，真的很难。（访谈 D1001）

其次，没有合理机制来帮助医生解决这种医疗不确定性所带来的客观存在的医疗风险。换言之，医生的权益保障体系不健全。政府和医疗团体等其他行为主体都未承担起相应的责任，实际上把患者与政府的矛盾转嫁到医院身上，没有足够的保护医生的措施，医生基本上是以个体形式承担着非常高的职业风险。

以举证责任倒置为例，该制度的初衷是为保护因为缺乏医学专业知识而在医患关系中处于弱势的患方，然而从规定制定后的效果来看并没有实现预期目标，反而加剧了医患矛盾，如上面医生访谈所提到的，医患之间不信任加剧，可能导致医生被迫采取过度医疗、防御性医疗措施。可以说这种制度只是一种消极防护医疗风险的方式，无益于问题的根本解决。

### 3. 医生职业的社会评价

虽然大多数医护人员承认仍然受到患者的广泛尊重：有72.3%的医护人员认为周围居民对自己很尊重和比较尊重（面上调查结果是67.7%）。与前几年相比，有38.3%的医护人员认为患者对医护人员信任度有所提高，43.8%医护人员认为患者对医务人员信任度有所降低（面上调查结果显示43.4%的医护人员认为患者信任度有所提高，40.9%的医护人员认为患者信任度降低了）。同时，有89.3%的医护人员认为整体医疗技术水平有所提高，其中41.9%的医护人员认为提高幅度很大，48.4%的医护人员认为略有提高。

但是，49.7%的医护人员认为社会地位有所下降，另有27.6%的认为医护人员社会地位没有变化，仅20.7%的医护人员认为医护人员社会地位有所提高（面上调查结果显示，47.9%的医护人员认为社会地位下降，28.0%的认为医护人员社会地位没有变化，24.2%的医护人员认为医护人员社会地位有所提高）。有的医生自嘲，医务工作者已经不是曾经的“白衣天使”，而成为患者和家属眼中的“白眼狼”。医生职业的社会形象与过去出现了背离，在群众心中与商业贿赂、道德败坏联系在一起。必须承认，医生职业地位的下降和职

业形象的受损与一些医院和医生的逐利行为在患者中产生的恶劣影响有直接关系，但是另一方面也有社会媒体推波助澜的责任。如很多医生指出，大多数医生还是以救死扶伤为己任，2003年非典和2008年四川地震两次突发事件中医务人员就充分展示了他们的职业道德和社会责任感，在非典过后医生的职业形象得到前所未有的提升。让医生困惑的是，他们不可能一夜之间从“白衣天使”变成“白眼狼”，也不可能一夜之间又从“白眼狼”变回“白衣天使”。一位医生举例说：“像有个患者感冒，记者就报道说医院让感冒患者做CT啦什么的，其实这根本不是过度检查，记者只是看到了一点，一个老年人的感冒症状背后可能隐藏更多的疾病，比如脑血管病、冠心病等等，不是外人看来的一個感冒这么简单的”（访谈 D0704）。医生这一职业具有很强的专业技术门槛，医疗行为未必能够被业外人士充分理解，所以单纯从患方角度评判医方行为有失公允。而我国目前社会上对医务人员的贬损与媒体宣传有很大关系。事实上，这种对医方的监督和评价机制是缺乏公信力，也不客观的。

## 第五部分 主要发现

### 一、我国医患关系现状的总体判断

医患关系紧张、医疗纠纷增加，是当前医疗服务中的突出问题。很多学者和媒体舆论对我国医患关系的现状形成共识：医患之间矛盾激化，医患关系日趋紧张，解决医患关系问题刻不容缓。总结起来，医患关系的紧张主要表现在：①患者对医院满意度大大降低，医患双方信任度更低。②医疗纠纷迅速增加，医院疲于应付，经济上损失巨大。③在医疗纠纷发生时，患者及家属往往采取极端行为，酿成生命及财产惨剧。

我们认为，目前出现的医患之间矛盾和冲突、医患纠纷甚至“医闹”现象并不能代表我国医患关系的现状。全面客观认识我国目前医患关系现状，是不能简单以“紧张”和“和谐”来判断的。有研究认为我国医患关系紧张，而西方发达国家医患互信和谐，实际上西方国家也经历着医患关系模式的转变：随着整个社会消费主义文化盛行，医疗行业世俗化，医患之间经济因素起关键作用。医患之间信任危机、医生的报酬和权力下降、卫生服务体系效率低下引起患者不满等同样存在。医疗纠纷、医患矛盾冲突作为医疗服务行业的产物，也具有普遍性，西方国家也没有完全解决这些问题。在本次调查中，我们对影响医患关系的不同维度的基本要素作出分析，得到以下基本结论：

1. 患者对于医护人员和医院总体表示满意。医患关系是一种基本的人际关系，患者对医患关系的评价包括以下不同维度：患者对医护人员和医院期待、满意程度、信任程度、沟通程度等。调查结果显示，大部分患者对医护人员的满意程度、信任程度和沟通程度都给予了较高评价（考虑到患者在院内调查可能产生态度偏倚，我们已经在调查过程中进行了采取了一些特殊措施，例如调查员以学生身份进行调查，在诊室外调查，回避医务人员等，这种偏倚的风险在可控制范围内。此外，我们还用国家卫生服务调查的入户调查数据对结果进行了验证）。医患沟通是医患关系的常态，医患矛盾、冲突、纠纷只是医患关系的特殊形态。

2. 患者之所以对医患关系不满，是因为他们对医患关系的期待通过诊疗过程没有实现。技术与服务是患者期待的重要内容。患者对医生和医院最主要期待是解决疾病问题，因此技术是他们最为关注的问题；但是态度是最容易引起患者投诉的问题。不同社会经济地位、不同居住地（城乡）、不同疾病类型的患者所期待的医患关系有差异；患者对不同级别医院及医生的医患关系期待也有差异。

3. 医生与患者之间关系具有不对等性，医生一般具有较高社会经济地位，而患者的社

会经济地位是差异化的；医生具有医疗专业知识，患者则掌握个体疾病的身体体验信息；医生看待疾病都是无差异化的，但一旦患病对于患者而言体验都是独特的；医生以治愈疾病为最终目标，而患者除此之外对身体体验的满意程度还有所要求。良好的医患沟通可以消除双方差异，实现知识互构，从而建立和谐医患关系；如果任意一方或双方产生知识固执，则会产生医患冲突。

4. 医院与患者关系主要受到两方面因素影响：一是医疗服务可及性，因患者的疾病类型和患病程度、城乡差别、社会经济地位不同，其可及性也不同；二是医院管理制度化与患者体验个体化之间的矛盾，患者对医院业务流程的遵从及相关体验会影响患者满意度。

5. 患者对医院和医生的信任程度密切相关，患者可能因为医院的品牌而更加信任其中的医生。患者对医院和医生的信任可以区分为人格信任和技术信任两类，患者更重视技术信任。

6. 客观评价医患关系不仅需要考虑患者的意见，同时也要考虑医方对医患关系的评价。相对于患者的较高满意程度，医护人员对于医患关系存在诸多不满。医护人员的不满主要是由患者和医院两方面压力引起的。

7. 虽然医护人员主观上具有与患者沟通的愿望和动机，但医患双方的认知差异阻碍双方沟通，包括双方思想观念、知识结构、医患信息不对称、权利分配差异等。自己遭遇的医疗纠纷及社会上的医疗纠纷事件影响到很多医生的诊疗行为。

8. 医院与医生之间是组织管理与被管理的关系。医生在医院中具有专家权威，但是同样要服从科层权威的管理。行政管理给医务人员带来工作任务、考核和晋升压力、经济等方面压力。这些压力给医生所带来的紧张，在诊疗过程中可能对医患关系产生不良影响。

9. 医疗职业环境也会通过对于医方行为的影响而对医患关系产生影响。包括医疗职业规范、职业风险和职业社会评价。

## 二、医患关系的影响因素模型

### （一）医患关系的影响因素模型

在前面一部分我们分别从患者视角和医护人员视角分析了影响医患关系的不同维度因素，根据研究结果，我们用调查发现的可能影响因素补充建立起我国医患关系影响因素的分析框架（图3-6）。

我们发现，在医患互动层面，医方和患者的行为对于和谐医患关系的形成具有共同的显著影响。在对于患者因素的分析中，我们发现具有不同个人特征的患者表现出不同的处理和维持医患关系的方式，患者对医护人员和医院的满意程度、信任程度、期待等也有差别。相应的，医护人员也因为个人特征、期待等方面的差异对医患关系产生不同影响，同时医护人员还主要受到医疗职业环境对其行为和风险判断的影响。

通过前面的定性和定量研究，我们已经对分析框架中的医方、患者、医疗职业环境这

三个系统因素做了详细分析，同时对于医疗机构下的诊疗情境可能产生的沟通影响、医疗服务可及性影响、工作任务压力等也做了讨论。而这些因素都是存在于一定的社会政治文化制度之下，社会制度直接影响到医患行为，还可以通过影响患者、医护人员、医疗职业环境，更进一步地影响医患关系的性质和状态。下面我们就将对社会制度因素影响我国医患关系进行分析和探讨。

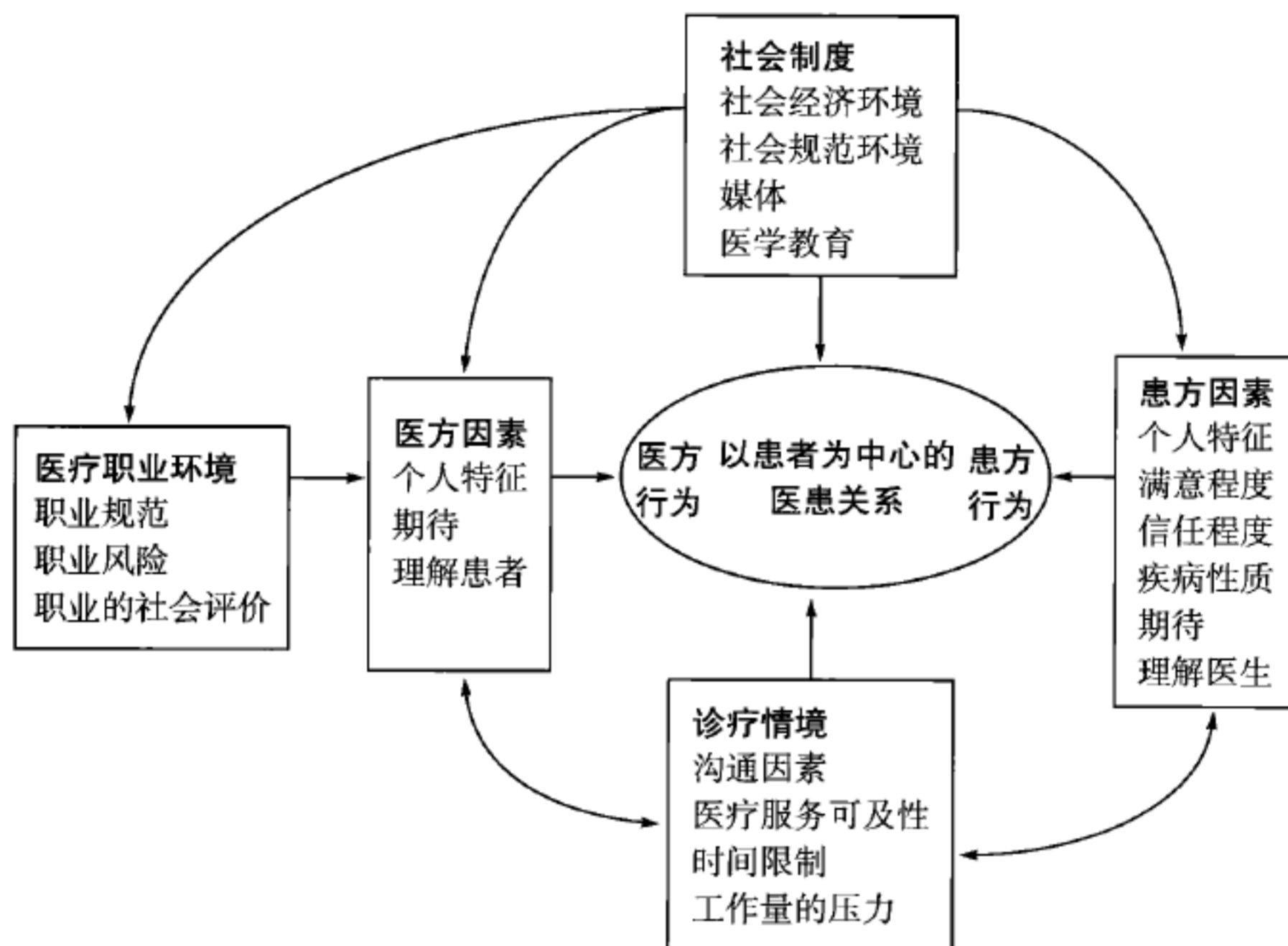


图 3-6 我国医患关系的影响因素框架

## （二）社会制度因素对于医患关系的影响

已有文献曾对西方国家医患关系由亲密到疏理的过程进行解释，一些文献将其中原因归结为医患关系日益非人格化、短期行为、特殊化。我国的医患关系同样也经历了由古代医患协商、医乃仁术的道德繁盛时期，到建国初期的医患相对和谐，到 20 世纪 80 年代医改以来医患冲突凸现，直至今日伴随市场化进程，医患矛盾深化的过程。医疗行业伴随现代化进程也发生着迅速改变，整个社会的变化为医患关系变迁提供了社会制度背景，这种社会性影响趋势主要体现在如下三个方面：

1. 人口流动：城市化加剧了人口流动。美国社会学家齐美尔用“陌生人”关系来描述现代社会中人与人之间的关系。由过去的熟人社会转变到今日的陌生人的世界，一个最大的变化是个体以理性算计替代了情感，每个行动者带着脑袋而不是心灵在行动，人们计算个人得失、实现个人目标，人与人之间建立的是短期关系，包括医患关系更是如此。我国城市和农村社会生活方式的巨大差异便是明证。

2. 职业化：医疗职业的发展区隔了医生和患者，医患关系的个体交往特征弱化。伴随技术理性和专业化程度提高，医生依赖于对疾病的技术治疗，忽视了患者的情感需要和信心建立，也没有注意到维持医患信任关系。患者因为技术门槛，也无法判断医生的诊治是否达到了最初的需要。医疗职业化带来医患之间的去沟通化、治疗非连续性和高诊疗费用后果。

3. 科层化：医生由为社区患者提供长期照料服务转向在大的医疗机构服务，医生对患者的责任分散化，过去由一名大夫能够解决的问题在现代医院中就要转为分科诊断、分项治疗，医院组织内部的沟通协调常常会产生问题，患者不仅要学习适应医院组织化运转的规则，同时要面对在医院中所可能遇到的各种分科沟通协调问题。发生矛盾的几率也随之增多。

医患关系紧张不仅仅是医患在人际互动层面出现了问题，也不仅仅是医疗职业道德缺失的问题。医院、医生和患者是社会体制，医患关系实际上还是一个体制失范的后果。社会制度对医患关系的影响可以归结为四个方面：

1. 社会规范环境：正如很多人在这次调查中所说，医患关系不仅仅是医生和患者之间的问题，而是一个社会问题。医患之间的互不信任实际上反映的是现代社会人际关系紧张，整个社会存在信任危机。民众对医生的不信任与对其他掌握“特殊资源”行业的从业人员（如教师、公务员等）的不信任实际上是共通的。换言之，医患关系问题的存在并不是患者对某家医院、某位医生不信任，而是人际信任的广泛缺失。

医学是实践性、技术性与风险性都很高的科学，不管社会文明发展的程度有多高，要完全消除医患双方在医疗信息上的不对等性是不可能的，目前大多数患者还是把自己的选择权和决定权托付给医生和医院，医生在某种程度上总还是决定着患者的命运、支配着患者的医疗消费。因此，在医患之间构建友好的信任关系是整个社会信任重建的一个方面。

2. 社会经济环境：看病难、看病贵的根本原因是医疗资源的紧张，反映的是国家对于卫生经费投入的不足。第三次国家卫生服务调查结果显示，自1978年以来我国卫生总费用政府、个人和社会负担比例趋势研究发现，我国自改革开放以来政府在卫生总费用中负担比例不断下降，从1982年的39%下降到2004年的17%，而个人负担比重不断上升。最近公布的数据显示，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。医患关系问题的政府责任失效体现在：①国家对医院特别是公立医院投入不足，医院的各项工资支出、医疗设备购买、医院建设等费用都要靠自己的经营收入，导致医院不得不追求经济效益，“以药养医”；②政府医生的劳动价值没有通过正常途径给予承认。医生的职业教育时间长，投入大，工作劳动强度非常大，风险也很高，医生在工作后为了保持知识更新率，必须持续投入大量的时间和经济成本进行继续学习，这跟其他行业有很大不同。医生通过正当途径得不到劳动回报，转而寻求灰色收入，由此产生和助长了医疗行业风气不正，医生收红包、拿药品回扣现象；③医疗保障制度不健全，患者因病致贫的风



险高。这次调查结果显示,不同医保制度的患者对于医患关系的评价有显著差异。“不看病,慢慢穷,看了病,立刻穷”是社会弱势群体,特别是农村地区居民看病难的真实写照。个人支付高昂的医疗费用,没有全面覆盖的医疗保障制度,导致患者对费用不满意,是医患冲突发生的重要原因。

3. 媒体和社会舆论的污名化:一个群体将人性的低劣强加在另一个群体之上并加以维持的动态过程,它是将群体偏向负面的特征刻板印象化,并由此掩盖其他特征,这是社会学家埃利亚斯对于污名化的界定。在我国医患关系发展中,媒体和社会舆论对医方形象宣传所起的这种“污名化”效应不可小视。媒体通过大量对医疗纠纷负性事件的报道给医生贴上了唯利是图、职业道德沦丧的标签,将医患之间的对立冲突夸大成为医患关系的主要面向。这实际上是一种对于医疗职业和医患关系的“污名化”。大多数普通民众并没有医患纠纷的经历,但是由于长期依赖形成的刻板印象,将整个医生群体“妖魔化”。这实际上无益于医患关系的根本解决。

4. 医学教育与医疗实践:我国长期以来医疗教育模式存在缺陷,不利于医学高素质人才培养。在现行机制下,很多医务人员还没有实现医学模式观念的转变,仍以过去的生物医学模式来看待患者。医学教育历来强调核心医学知识的训练,对于人文医学、社会科学和行为科学的知识不够关注,对医生业务素质 and 职业道德素质的培养严重缺乏,导致很多医学生不重视自身人文素质的学习和养成。在走上工作岗位之后,与患者接触只看疾病不看人,不知道如何与患者进行沟通和交流,法律意识淡薄。

### 三、改善医患关系的可能政策选择

在医患关系的行为层面涉及医方、患方和政府三类行动主体。医患关系紧张表面上的反映是医方与患方之间的关系问题,其背后还包括政府和社会制度的更深层次的影响。因此,建立和谐医患关系、改善医患矛盾状态也需要从两条不同路线进行努力,下游路线是消除医患双方在沟通、信任、满意和可及性等方面的直接障碍,上游路线则是从问题的更深层次根源入手,致力于医患不和谐的结构因素解决和制度建设。无论是哪种路线,其目标都是在医患之间构建友好、互信的关系。相比较而言,前者是目前阶段我们通过政府、社会、医院、医生和患者多方力量共同努力能够实现的改善医患关系的切实选择,而后者则是医患关系问题的根本解决之道。

#### (一) 改善医患关系的下游路线

改善医患关系的下游路线主要是从诊疗情境入手,消除导致医患双方互动不和谐的影响因素,例如解决患者与医生的沟通障碍、患者等待时间过长、在院内就诊体验差等问题。

1. 对医生进行“以患者为中心”医疗理念的教育和培训。西方国家在“以患者为中心”的教育方面已经做了比较多的实践,并且有些干预措施已经被证明对提高患者满意度、促进诊疗过程中患者体验的改善具有积极作用,例如,培训患者与医生进行交谈和沟通的技巧;

以录像、课堂讲授、现场培训等手段培训医务工作人员；将患者满意度调查的结果反馈给医生，让医生自我反省自己在诊疗过程中的问题等。我国医院可以尝试实施这些措施，核心目的是让“以患者为中心”成为真正的医生医疗实践的宗旨，创造医患和谐的环境。

2. 改善医院环境，提高患者在医院内就诊体验。改善医院门诊和病房物理环境，加强医院不同科室、各就诊环节之间的衔接，做好病案管理。引入医院管理信息系统，进行流程再造，通过电子挂号系统、就诊信息查询系统等先进的电子信息系统，减少患者在医院内就诊等候时间，使患者能够便捷、高效地查询医生、医院和就诊各方面信息。引入客户关系管理（CRM）和供应链管理（SCM）的理念和工具，进行医患关系管理。加强医院医疗质量管理，降低医疗差错发生率，杜绝医疗事故发生的隐患。

3. 适当减少医务工作者的各种压力，提高医护人员收入和待遇，改革医院内部工作考核和激励方式。建立和完善医疗投诉和医疗纠纷的医院处理流程和相关制度，避免在矛盾和冲突发生时医护人员直接面对患者，保护医护人员的人身安全和合法权益。

4. 在医学教育中加强人文素质教育，真正落实 WHO 所提出的对未来医学人才的“五星级医生”培养要求，以生物医学心理模式进行医学教育模式的变革，在医学院校广泛开设社会学、心理学、教育学、伦理学等课程。

5. 对患者进行教育和培训，使患者明确自身的权利与义务，在与医生沟通过程中掌握方式和方法，充分尊重医生，促进医患关系的良性运转。可以学习西方国家所采取的一些措施，如英、美、澳大利亚等国纷纷都制定了患者宪章；对患者极端不尊医行为（如身体攻击等）采取惩罚措施，英国规定医生有权利终止为这类患者提供服务，澳大利亚也规定了有力的惩罚措施。

6. 以社区为着力点，动员广大公民社会构建和谐医患关系。通过健康教育等形式对大众进行教育和培训，减少由于信息不对称可能引起的医患双方的认知差异，使每个社会成员在进入医疗机构的时候具备成为“合格”患者的素质。政府、医学团体和其他公益组织编纂和发放医学基本知识书籍，提高大众医疗卫生知识。媒体发挥正确的舆论导向，引导民众理解和体会医生，倡导医患互信的和谐医患关系。

## （二）改善医患关系的上游路线

改善医患关系的上游路线相比较下游路线的各种措施实施是一个更为长期的过程，消除医患关系问题的结构性障碍的行动主体主要是政府和社会各部门，在政府行动下通过全社会共同努力，才能彻底解决医患关系问题。

1. 推动在政府和医生、患者之间的第三部门建设。建立和完善医学专业委员会和行业协会，充分发挥它们的作用，使第三部门真正发挥对医院和医生的监督和管理职能，以医学承担行业规范建设、医生权利保护以及医疗纠纷处理等方面的主体作用。同时建立患者自助组织，

2. 政府加大对医疗卫生的投入，在卫生筹资中承担更多责任。在医疗体制改革推行中，以建立全民医疗保障体系，实现城乡医疗保障制度的无缝连接、广泛覆盖，扩大服务

对象所享受的服务内容和报销比例为目标。可以由国家、单位和个人缴纳医疗保险费，建立医疗保险基金。政府加大对公立医院的扶持，突出公立医院的公益性。确保对医务人员的服务的合理回报。

3. 建立完善医疗责任保险制度，可以由国家审定几家保险公司提供服务，医学会组织集体参加保险，共同负责医疗纠纷赔偿，将医院和医生解脱出来。加快医疗立法建设，借鉴国外立法经验，结合我国实情，完善现有的医疗服务规范及医疗事故处理，明确规定医患双方的权利与义务。通过医疗机构和保险公司共同解决医疗纠纷的机制，实现医生职业风险社会化。

4. 转变医院和医生观念，由提供技术转向服务。医生不仅是专家也是服务者，要树立以患者为本的医疗服务理念。医院同样要从患者角度而不是自身管理的角度出发考虑各项流程和制度设计。

5. 应对风险社会中的社会信任危机问题，在整个社会中重建政府信任和人际信任。在各领域加大制度和法律法规建设的力度，加强监督、监管行为和建立维持监督、监管机制，在大众舆论方面，重视对社会信任的宣传和引导。

## 参 考 文 献

1. 管健. 社会学视角下的医患关系. 中华医院管理杂志, 2002, (9).
2. Dorr Goold, S. and M. Lipkin, Jr. The doctor - patient relationship; challenges, opportunities, and strategies. J Gen Intern Med, 1999, 14 (Suppl 1): S26 - 33.
3. Lake, F. R. and G. Ryan. Teaching on the run tips 4: teaching with patients. Medical Journal of Australia, 2004, 181 (3): 158 - 159.
4. 胡锦涛. 高举中国特色社会主义伟大旗帜, 为夺取全面建设小康社会新胜利而奋斗——在中国共产党第十七次全国代表大会上的报告. 2007 - 10 - 15.
5. Rosa Haritos, Thomas R. Konrad. A timely partnership: sociology and health services research, Contemporary Sociology, 1999, 28 (5): 529 - 536.
6. Parsons, Talcott. The social system. Glencoe: The Free Press, 1951.
7. Szasz PS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of the doctor - patient relationship. Arch. Intern. Med, 1956, 97: 585 - 592.
8. McKinlay JB. The end of the golden age of medicine. New England Research Institute Network, 1999, Summer: 1, 3.
9. Reeder, Leo G. The Patient - Client as a Consumer. Some Observations on the Professional Client Relationship. Journal of Health and Social Behavior, 1972, 13: 134.
10. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician - patient relationship. JAMA, 1992, 267: 2221 - 2226.
11. Debra L. Roter, Judith A. Hall. Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visit. Auburn House: London, 1992.
12. Willems, S., S. De Maesschalck, et al. Socio - economic status of the patient and doctor - patient communication: does it make a difference? Patient Educ Couns, 2005, 56 (2): 139 - 146.

13. McWhinney I. The need for a transformed clinical method. In: Stewart M, Roter D, Communicating with medical patients. London: Sage, 1989.
14. Nicola Mead, Peter Bower. Patient – centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 2000, 51 : 1087 – 1110.
15. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, et al. Interventions for providers to promote a patient – centred approach in clinical consultations (Review). *the Cochrane Library* 2007, 2.
16. Cohen – Cole SA, ed. *The Medical Interview: The Three Function Approach*. St. Louis, MO: Mosby Year Book, 1991.
17. 许志伟. 医患关系的本质: 医生的专业视角及其伦理意蕴. *医学与哲学*, 2005, (2).
18. 邱仁宗. 社会转型期医患关系中的问题与伦理对策. *医学与哲学*, 2006, (6).
19. 叶妮. 当代中国医患关系危机的心理动力学解读. *医学与哲学*, 2007, (4).
20. 应海东. 论医患关系的法律规制. *大众科学*, 2007, (18).
21. 欧运祥. 关于医患关系的法律制度思考. *中国医院管理*, 2006, (11).
22. 宋宇瑜, 周全. 医患矛盾的现状调查及寻求医患关系平衡点的探索性研究. *中国卫生事业管理*, 2003, (12).
23. 国锋, 孙林岩. 患者道德风险与医生诱导需求的影响与控制. *中国卫生经济*, 2004, (7).
24. 李丛. 古今医患关系的社会学对比分析. *中国医学伦理学*, 2007, (5).
25. 黄宇, 秦国宾. 变迁与整合: 医患关系的社会学视角分析. *中国医学伦理学*, 2006, (5).
26. 卢建华, 等. 我国现阶段医患关系的社会学研究. *中国医院管理*, 2004, (2).
27. 冷明祥. 市场经济条件下医患关系暨医德现状调查分析. *南京医科大学学报 (社会科学版)*, 2002, (2).
28. 武惠庭. 城市居民视野中的医患关系——500 份问卷的调查与思考. *医学与哲学*, 2006, (9).
29. 宋宇瑜, 周全. 医患矛盾的现状调查及寻求医患关系平衡点的探索性研究. *中国卫生事业管理*, 2003, (2).
30. 潘传德. 不同科室医护人员对医患关系认知状况的调查. *中华医院管理*, 2005, (11).
31. 邱仁宗. 医患关系严重恶化的症结在哪里. *医学与哲学*, 2005, (26).
33. 束军, 等. 门诊就医流程的优化和实践. *中国数字医学*, 2008, (2).
33. 张士诚, 赵水长. 医院信息化建设与管理创新. *中国卫生经济*, 2002, (6).
34. 段志光, 卢祖洵. 病人角色的社会心理学思考. *医学与哲学*, 2004, (9).
35. 邓伟胜. 住院患者的医疗告知. *医院管理论坛*, 2008, (5).
36. 徐萍, 王云岭, 曹永福. *中国当代医患关系研究*. 山东大学出版社, 2006.
37. Pappas, A. Perlman, Complementary and alternative medicine. The importance of doctor – patient communication. *Med Clin North Amm*, 2002, 86 : 1 – 10.
38. A. Bredart, C. Bouleuc, and S. Dolbeault. Doctor – patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol*, 2005, 17 : 351 – 354.
39. 卫生部统计信息中心. *中国卫生服务调查研究: 第三次国家卫生服务调查分析报告*. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2003.
40. 柳经纬, 李茂年. *医患关系法论*. 北京: 中信出版社, 2002.
41. 王锦帆. *医患沟通学*. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
42. 郑兰. 防御性医疗行为的成因与控制. *中华医院管理杂志*, 2006, (10).
43. R. Kaba, P. Sooriakumaran. The evolution of the doctor – patient relationship. *International Journal of Surgery*, 2007, 5 : 57 – 65.