医学与人文

编者按：4月9~12日，“医师报春雨医生医学人文论坛”首次落户第17届中国南方国际心血管病学术会议（南方会）。论坛上，广东省卫生计生委巡视员廖新波、广东省人民医院谢永标针对时下热点医师多点执业、医患沟通经验等问题进行了精彩分享。

放开医师多点执业不会“乱”

▲广东省卫生计生委巡视员 廖新波

廖新波 教授

医师多点执业不仅是医师执业模式的改变，其实施还需要包括人事制度、支付制度、监管体制、医保体制等全方位的综合改革。从这个意义上讲，多点执业将带来医疗体制的革命性转变。

多点执业的核心是医师从“单位人”变为“社会人”，医院对医师的管理要从身份管理逐渐走向岗位管理，但是这些都要受到政策因素、组织因素和人员因素的影响。由于目前制度和体制等原因，中国医师多点执业仍有很长的路要走。

查阅世界各地对医师多点执业的相关规定，即使是在以公立医疗服务体系为主体的英国，也对医师每周在公立医院的工作时间提出明确要求，规定为4天。在美国，截至2012年底，美国共有23万名自由执业医师，其中52.8%为独立行医。完善的法律、丰厚的收入，使得美国自由执业的医师更加珍惜自己的声誉，也有动力不断提升自身的诊疗水平，促进了医疗资源分配和医师价值的良性循环。总有人担心放开医师多点执业就会乱。从美国的经验看，这种担心是多余的。

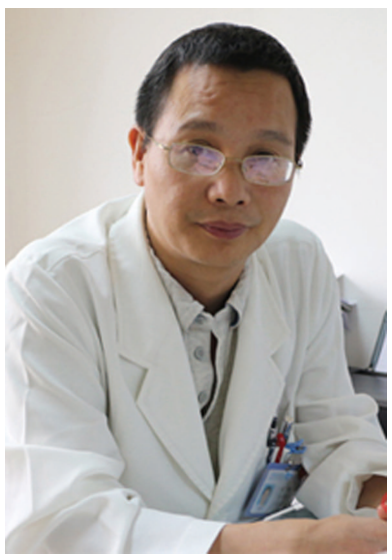
只要有医师资格，理论上，无需登记就可执业。医师可以与公立医院签订服务合同，也可以自己开办医院。通过市场，推动、引导医疗资源得到合理配置，使大多数医师希望的个人价值得到实现，医师的潜力、影响力得以发挥，让更多的医师真正愿意下到基层服务。

这种以市场为导向的医师多点执业会倒逼中国的政策和社会对医师价值的尊重。只要医师流动起来，医师的市场价值就会自然而然形成。这也是对现在医疗系统中的论文制度、职称制度的冲击。因为在多点执业的环境下，如果要评最好医师，最受群众欢迎的医师，一定需要医生流动起来。

不过，无论是否选择多点执业，医师必须有自己明确的价值定位，是做临床型的，还是做研究型。如果是做研究型的，最好还是在一个具备这样条件的机构工作，这个机构不一定是公立医院；如果要走技术型的，就在社会上寻求价值体现，如自由执业的先行者张强医师等，就是体现自己的价值。

与患者沟通 多采用“苏格拉底式提问”

▲广东省精神卫生中心 谢永标



谢永标 教授

一名中年男性以反复发作性心慌、心悸、呼吸困难主诉到医院就诊。经心电图、平板运动试验、心脏B超检查，没有病变依据，也缺乏心脏疾病的其他依据。于是，医患之间有了这样一段对话：

医生：“你没有问题。”

患者：“我心脏不舒服，肯定有问题。”

医生：“你心脏没有问题，你要看精神科。”

患者：“我是心脏不舒服，我不是神经病。”

最后，两者发生了语言冲突。

在以上这个案例中，到底是谁错了呢？实际上，谁都没有错。因为，医生表达的是心脏结构没有问题、判断心脏神经功能异常，而患者表达的是心脏部位不舒服，一定是心脏出了问题。问题的焦点在于，两人对“问题/疾病”的理解不同，但又彼此都认为自己所表达、理解的与对方的理解是一样的。由于缺乏换位思考和澄清，误解由此产生，为冲突埋下了伏笔。

实际上，在多数医患冲突中，只有核心一小部分来自真正的矛盾，外面包裹着的是各种各样的误解。

除了医患间误解、患者在就医中面临到的不公正感、社会困境、患者的个体和家庭困境等都是医患冲突的因素。

从社会心理学的角度，医患关系的困顿已经超出了医患之间，它是一种社会人际关系，涉及健康、生命，涉及情感、信念等精神层面。

目前，医院生存发展与过度医疗之间的对立、公立医院公益性与医院自负盈亏的对立是医患关系面临的体制困境；医疗费用与医疗风险、医疗收益的不对称，患者对手术、导管、支架等治疗措施的分歧是医患关系面临的个体和家庭困境；公费医疗、医疗保险、新农合，不同的医疗参与方式，也容易让一些患者觉得其他患者被优待，自己受到冷落、忽视，并且越是认为自己有价值、受教育程度高的患者越容易感觉不公平。

在这样的背景下，患方乃至社会容易对医生、医院持负面看法和态度。

那么，如何才能减少或消除偏见呢？

社会心理学的研究发现，偏见减少接触，但接触也减少偏见。此外，接触时如果感觉到的印象与偏见一致，消极情绪会更加强烈。由此，如果医生带着负性的情绪与患者接触，结果会更容易察觉消极情绪，令情况更加糟糕。所以，接触时调整好心态再去沟通十分重要。沟通时，要坚持患者利益至上，多运用“苏格拉底式提问”，不把结论直接抛给对方，而是在提问中引导患者得出结论，用行为让患者感受到平等。但在合适的时机，也要袒露医生的困境。

总之，坦诚的接触、合适的沟通技能、换位思考是医患关系在医生层面和解的三大策略。