

· 卫生管理 ·

# 新医改背景下医德医风建设现状及对策

路鱼涓<sup>1</sup>, 唐林龙<sup>2</sup>, 徐中明<sup>2</sup>, 王晓蓉<sup>2</sup>, 常刚<sup>1</sup>, 刘志远<sup>3△</sup>

(1. 重庆医科大学管理学院 400016; 2. 重庆市涪陵区卫生局 408000;

3. 重庆医科大学医学与社会发展研究中心 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.16.036

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2012)16-1657-03

古有“医乃仁术”之说,作为医务人员必须具有高超的技术和高尚的医德。所谓医德,是指医务人员应有的职业道德和应具备的思想品质,它是调整医务人员和患者、医务人员之间、医务人员和社会之间关系的行为准则和规范的总和。所谓医风,是医务人员应有的行业风气和风尚,它是医务人员的医德在工作中的具体表现。医德医风建设,隶属思想道德建设和职业道德建设,是社会主义精神文明建设的重要内容,也是卫生系统行风建设的灵魂。新一轮医疗体制改革的逐步推进,全国卫生系统“三好一满意”活动的开展,都对医德医风建设提出了更高的要求。

## 1 资料与方法

采取座谈、问卷及访谈形式。由卫生局召集辖区内大型医院、乡镇卫生院和社区卫生服务中心等医疗单位分管医德医风建设的领导座谈,就医德医风存在的问题和建议进行逐一访谈。

问卷调查表主要根据《医务人员医德规范及实施办法》中医德医风规范的 7 项基本内容进行归类,分项列出当前医德医风建设可能存在的问题;调查对象来自全区 4 所大中型医院、3 所乡镇卫生院和 3 所社区卫生服务中心,主要针对门诊和住院患者开展调查。本次调查是一种回顾性的调查,调查结果反映医德医风问题发生的趋势。

## 2 结果与分析

本次共发放问卷调查表 1 000 份,回收 971 份,回收率为 97.1%。调查情况见表 1。

表 1 医德医风问卷调查结果

序号	调查内容	反映有该问题问卷份数	百分比
1	服务态度生、冷。	139	14.3
2	与患者的交流和沟通不到位。	128	13.2
3	过度检查、不合理用药。	97	10.0
4	不合理收取费用。	94	9.7
5	关心、体贴患者不足。	88	9.1
6	服务用语不规范。	84	8.7
7	宗旨意识和服务意识淡薄。	81	8.3
8	不尊重患者的知情权、选择权和隐私权。	76	7.8
9	收受药品等经营企业的回扣。	73	7.5
10	不钻研业务技术,技术水平低。	52	5.4
11	事业心、责任感不强,不爱岗敬业。	46	4.7
12	对不同身份患者有不同态度,不一视同仁。	39	4.0
13	对医院综合评价不满意。	36	3.8
14	收受患者及其亲友的财物。	31	3.1
15	诋毁、贬低同行、同事。	24	2.5

### 2.1 根据本次调查,可以看出群众反映较多的医德医风问题

是关于服务态度和沟通方面的,而参考以往调查,过去排在首位的过度检查、不合理用药及不合理收费,现已位于第 3 位和第 4 位,说明医德医风建设有了新的改观,同时也面临全新的形势。

2.2 根据本次调查,从侧面可以反映出,从患方看,可能存在期望值较高的现象;从医方看,医德医风教育开展不足,激励机制不完善,监督机制不健全。

2.3 过度检查、不合理用药及不合理收取费用等问题位于第 3、4 位,一方面说明新医改实施基本药物制度以来,药品费用有一定程度的降低;但另一方面说明基本药物制度执行力度仍不够大,监管不足。

2.4 根据访谈情况看,大、中型医院与乡镇卫生院、社区卫生服务中心等基层医疗单位之间有差别:在大医院,患者反映的主要是部分年轻医生态度较差,这部分医生占医务人员的极少数。其原因,一方面是近年来卫生部门大力加强护理队伍的建设,开展优质护理服务、优质服务窗口等活动,护理队伍及行政后勤人员的整体素质得到极大的改善和提高;另一方面是年轻医生受年龄、阅历等影响,比较浮躁。而在基层乡镇卫生院及社区卫生服务中心,主要是护理及行政后勤人员态度欠妥。在基层医疗单位,患者是出于对医生的信任才去就医,二者之间关系较密切,而护理及行政后勤人员由于年龄老化,自身教育程度较低,法制观念不强,服务意识淡薄。

## 3 原因分析

3.1 执行医德医风规范的原动力不足 一是医务人员思想素质不够高。有的医务人员“救死扶伤、全心全意为人民服务”的核心医德价值观弱化,“以患者为中心”的服务理念淡薄。有的医务人员受医药体制产业化和市场化的影响,受拜金主义、享乐主义的侵蚀,认识产生了偏差,思想发生了动摇。这是医务人员不严格约束自己行为、不严格执行医德医风规范的内在原因。二是医务人员配置不足。医师配置不达标,护士严重不足。调查地区医师、注册护士占卫生技术人员比例分别为 46.88% 和 32.79%,医护比例倒置。医务人员超负荷、超强度劳动,任务繁重,责任重大,精神高度紧张,缺乏足够休息,对患者既缺乏足够沟通时间,也缺乏足够耐心。三是劳动报酬分配不尽合理<sup>[1]</sup>。从事医疗行业相对于其他行业来说是高风险职业,医务人员承担的责任、义务和风险与他们的收入比例偏差较大,其实际收入远远小于实际付出。在这种心态下,部分医务人员就会通过其他渠道来增加自己的收入,就易受物质利益的诱惑,做出有损于医德医风的不良举动。四是道德回报机制不对等。传统观念认为,道德是只讲义务而不讲利益,只讲付出不讲回报。一谈到道德回报就会反射性地联想到“施恩图报非君子”,就是“动机不纯”,尤其是涉及到医务工作者的时候,

△ 通讯作者, Tel:13330226560; E-mail: liuzhiyuan700200@163.com。

医务人员形象更应是高大、完美的。然而广大医务人员对国家、对人民是功不可没的,他们中的绝大多数,都以仁术济人、救死扶伤、以患者为中心,默默无闻工作。在经历了改革开放后,他们要求体现自我价值,追求合理待遇,是对过去忽视这方面价值的必要匡正。但是,现阶段这种匡正的力度和共识程度还远远不够<sup>[2]</sup>。

**3.2 医德医风建设的助推力不强** 医德医风建设既需要内在的规范和约束,也需要外在的评价和监督。医院是医务人员从学校踏入社会的第二课堂,是其转变成真正治病救人、承担建设卫生事业重任的白衣天使的成长之地。现阶段,由于医院体制未能从根本上进行改革,政府对医院的财政补贴也存在不足,医院的人员工资和发展经费主要还是来自医院自己进行创收,医院经营的利益目标和以患者为中心的医疗服务就存在着矛盾。有的医院重视经济发展,忽略了以医德医风为内涵的医院文化建设;有的医院重视经济指标考核,把主要精力用于抓经济效益,弱化了社会效益;有的医院对医德医风建设重视不足,力量不强,频度不够,忽视了医德医风的教育、监督、考评、考核,奖惩制度不够完善,缺少有效的方法规程。

**3.3 医德医风建设的外部影响** 医学院校是培养白衣天使的“摇篮”,要抓好医务人员的医德医风建设必须先从培养这支队伍的源头抓起。医学院校现阶段的课程设置大部分是关于基础和临床医学知识的教学,临床类学生的人文教育非常欠缺,开设的《医学伦理学》、《医学导论》、《医学史》等人文社科类课程也为选修课,为考查类科目,导致学生不重视,课程设置也变得意义不大。

随着经济的不断发展,信息化建设的加快,媒体的价值导向影响越来越广泛。而部分媒体,由于受利益驱动,未充分考虑或有意利用不利的舆论导向,引起噱头,打造声势,致使医院社会信任度每况愈下。

## 4 对策建议

**4.1 健全学习教育机制** 一是抓好学校教育。医学院校要将医德医风建设相关的人文类课程设置为必修课,强化学习,严格考核;要加强社会主义核心价值观的学习和教育,学习医德规范,提高学生思想素质。二是加强单位学习。医院要突出社会主义医德基本原则的教育,加强医学人文培训。对新参加工作的医务人员进行系统的岗前教育,使他们在上岗前了解、掌握医德规范及医院的各项规章制度和要求,树立起全心全意为人民服务的思想。把“救死扶伤、忠于职守、爱岗敬业、满腔热忱、开拓进取、精益求精、乐于奉献、文明行医”作为广大医务人员思想素质的基本要求,加强职业道德教育,引导干部职工树立崇高的职业理想,养成良好的职业作风,掌握精湛的职业技能,遵守严格的职业纪律,增强工作的责任心。组织学习《执业医师法》等法律法规,增强法制观念,使广大医务人员对法律规定入心入脑,明确是非界限及罪与非罪的界限,切实增强廉洁从业的自觉性。坚持以正面教育为主,弘扬医务人员在平凡岗位和应对各种突发事件及自然灾害中体现出来的高尚品德和优良作风,加大对医德高尚、医术精湛、敬业奉献先进典型的宣传表彰力度,充分发挥榜样的激励和示范作用。三是扩大社会教育。采取不同形式和方法,向普通群众广泛宣传医学基础知识,进行全民的医学科普知识学习,改变医患角色不对等的现状。成立医疗咨询自愿者组织,让老百姓了解病情相关知识,理解医务人员所承担的责任和风险,做到互相理解,努力构建和谐医患关系。

**4.2 健全文化建设机制** 将医德医风融入医院文化建设,从

文化的层面抓源治本,切实纠正医疗服务行业不正之风,推进医德医风建设向深层次发展。与创建“优质服务窗口”活动、“创先争优活动”、“三好一满意”活动紧密结合,大力倡导“救死扶伤、服务社会”的医院价值观,“生命卫士”的医院形象,“团结、求实、创新、奉献”的医院精神,“患者至上,诚信优质”的医院服务理念,以及“精益求精,永无止境”、“质量就是生命”的质量意识,管理无缝隙,操作严、精、细,品质零缺陷的质量行为,“患者满意”的质量标准,发挥文化潜移默化的教育功能,塑造一批爱岗敬业的医院员工,促进医院健康、协调发展。

加强社会主义核心价值观体系的宣传、建设。用多种教育方式,大造声势,广泛发动群众开展对马克思主义、中国特色社会主义共同理想、以爱国主义为核心的民族精神和以改革创新为核心的时代精神及社会主义荣辱观的学习,让全社会的目光投注到文明大国的建设上。扎实开展“优质护理服务示范工程活动”和“评先进”、“选标兵”活动。激发医务人员的工作积极性和能动性,在医院营造良好的医德医风氛围。加强医院文化建设,倡导医学人文精神,尊重人、爱护人,人人享有生命权、健康权。

**4.3 健全监督考核机制** 将医德医风建设纳入医院发展规划,树立“持久战”思想<sup>[3]</sup>,做到同布置、同落实、同检查、同考核,常抓不懈。

一是完善院内外医德医风组织监督制度,接受群众监督。要深入调查研究,选聘院内、院外监督员,采取走出去、请进来的方式,听取意见;设立举报箱、举报电话,建立接待日制度,把群众的意见集中进行梳理,针对存在的问题,制定相应的措施,做到定时间、定人员落实整改措施,对违纪的人和事,按规定及时作出处理<sup>[4]</sup>。二是建立自查自纠制度,及时改进工作。医院要有明确的自查自纠规定,做到值班查、院领导查、科主任和护士长结合科室部门的情况查、医务人员结合自己的岗位查,重点查服务态度、医疗质量、医患沟通、收费标准、投诉信件。通过“四查五重点”活动,及时了解医德医风的现状,做到边查边改,立说立行。

**4.4 健全绩效考核机制** 加大政府投入,完善补偿机制。增加医院建设的投入,减轻其创收的压力。适当提高医务人员待遇,既是对他们付出的回报,也是对他们从事特殊劳动——为人民健康服务的肯定和尊重<sup>[5]</sup>。

核定编制、定岗定责、奖优罚劣。坚持“谁主管、谁负责”和“管行业必须管行风”的原则,建立健全教育、制度、监督并重的纠风工作长效机制。健全医德医风责任机制,全面落实责任制。坚持一把手负总责、分管领导各负其责的领导体制和工作机制,把医德医风建设工作纳入单位重要议事日程和绩效考核,做到把医德医风建设与绩效考核工作同布置、同检查、同考核,确保工作任务落到实处。建立医德医风档案,每年对医务人员进行1~2次的集体综合考评,将考评情况装入档案,把考评结果公平、公开、公正地向群众公布,与职称晋升、调整工资、表彰先进挂钩,做到奖优罚劣,以激励先进教育大家,促使医疗卫生事业健康有序地发展。

**4.5 健全社会舆论机制** 加大正面引导力度,树立正面典型,确立正确的价值导向。通过办板报、宣传栏、报告会、经验交流会等形式加强先进典型的宣传。坚持物质利益原则与奉献精神教育相结合,既要看到物质利益与风险精神各有其不同特点,又要看到两者互相依存,相辅相成。坚持无私奉献的精神教育与解决实际问题相结合,既反对完全脱离物质利益的空谈,又要反对单纯注重物质利益的错误倾向。主动接受人大、

政协及社会各界群众和新闻舆论的监督,坚持领导接待制度,重视医德医风问题投诉,畅通投诉渠道,认真办理患者投诉,大力推广医患纠纷第三方调解机制,及时化解医患矛盾,促进医患关系和谐。

#### 参考文献:

- [1] 黄汉腾. 医德医风建设的问题与对策[J]. 中国医院管理, 1996,16(7):22-24.
- [2] 白宪策. 对医德医风建设中几个问题的思考[J]. 中国医学管理.

院管理,2011,21(11):59.

- [3] 程俊. 医德医风建设现状分析与对策[J]. 中国医学伦理学,2008,21(4):96-97.
- [4] 杨壹,孙建平,杨旭. 现阶段医德建设面临的主要问题及对策[J]. 中华医院管理杂志,2005,21(3):159-160.
- [5] 杜治政. 医患关系面临的课题:利益的冲突[J]. 医学与哲学,2002,23(11):4-12.

(收稿日期:2011-10-09 修回日期:2012-01-06)

## 多点执业对双向转诊制的影响及分析

林小慧,冯泽永<sup>△</sup>

(重庆医科大学管理学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.16.037

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2012)16-1659-03

多点执业的进行为双向转诊制的有利实施提供了可能。开展多点执业对双向转诊部分现状起到一定的缓解作用,缓和了群众基层看病难、看病贵现状。多点执业的推行,究竟如何影响双向转诊制?

### 1 双向转诊制与医师多点执业的概念与意义

**1.1 双向转诊制的概念与意义** 双向转诊制就是根据病情和人群健康的需要而进行的上、下级医疗机构间、专科医院间或综合医院与专科医院间的转院诊治过程。其中,社区卫生机构与医院之间的纵向转诊对分级医疗机构功能的发挥和建立“守门人”制度具有重要意义。据世界各地的调查结果统计,所有患者中,只有 5% 左右的患者需要专科医生诊治,而人群中 90% 以上的健康问题可以通过训练有素的全科医师来解决。社区卫生服务双向转诊制度,有利于充分发挥社区卫生服务机构的功能和作用,为社区居民提供有效、方便、及时的服务;利于适应人类老龄化、疾病谱和病因谱的改变;有利于降低医疗费用,减轻患者负担,对解决人民群众看病难、看病贵的问题具有积极的现实意义。

**1.2 医师多点执业的概念与意义** 医师多点执业是指获得执业(助理)医师资格的人员,注册 2 个及以上的执业地点,并在上述执业地点按照所注册的执业类别和执业范围从事执业活动。多点执业不仅有利于医生流动,有利于卫生人力资源的合理配置,有利于医院人事制度改革,而且,对双向转诊制的建立具有十分积极的意义。

### 2 卫生人力资源是制约双向转诊制的主要因素

#### 2.1 基层卫生人力资源质量不高

**2.1.1 基层卫生人力资源质量不高导致患者信任度不够** 社区卫生服务处于起步阶段。目前国内的社区卫生服务机构前身普遍是由原来的街道或乡镇卫生院转型或整合而成,专业技术人员的业务水平参差不齐。很多患者不选择社区卫生医疗机构进行转诊,导致转诊率远远低于理想值(根据 WHO 研究结果,社区卫生服务机构向上级医院上转率应该界定在 20%~30% 之间)。一项针对大庆油田社区卫生服务双向转诊现状的调查显示,如果假设社区配备有优秀医生的话,愿意参与双向转诊的患者比例迅速提升至 65%,而该次调查还显示 67%

的患者认为大庆油田社区卫生服务技术人员学历、职称水平偏低<sup>[1]</sup>。卫生部研究资料表明,在保证医疗质量的前提下,三级医院 65% 的门诊患者和 77% 的住院患者可分流到社区卫生服务机构。中国目前最高的转诊率为 16.03%,最低的转诊率仅为 3.66%,下转率较低,最低为 0.225%<sup>[2]</sup>,而导致这一结果的一大原因就是社区卫生医疗机构服务能力、水平得不到群众的认同。

**2.1.2 基层卫生人力资源质量不高,转诊指标难以把握** 现有基层医疗卫生机构中,医生学历以专科为主,职称以初级为主。其中,乡镇卫生院医生大部分为中专学历,占 54.2%,具有大专以上学历的卫生技术人员只有 32.7%,社区卫生服务机构大专以上学历的医生比例高于中专,分别为中专 31.6%,大专 38.6%,大专以上 21.9%;乡镇卫生院初级职称医生占 77.0%,而社区卫生服务机构医生中级职称比例高于乡镇卫生院,中级职称比例为 34.0%,初级为 56.7%。在基层医疗卫生机构中,护士普遍以中专学历为主,职称也以初级职称居多。乡镇卫生院和社区卫生服务机构中专学历的护士比例分别为 74.4% 和 67.0%,初级职称的比例分别为 84.9% 和 75.7%。国内全科医生相对于国外起步晚,发展慢,多数全科医生是由专科医生转变而来,并非经过专门的全科医生培养,而不是真正意义上的名副其实的全科医生。国外公民健康体系有长足的发展,重要原因在于其有高质量的全科医生。在英国,要成为一位全科医生至少需要 9 年的医学教育、岗位培训。

双向转诊中全科医生必须发挥健康“守门人”的作用,“守门人”的职责之一就是双向转诊的把关。把常见病留在社区,把疑难病转到上级医院。但是,由于目前转诊标准不够明确,具体转出和转入指标、转诊途径、病情随访等细则尚未统一,因此,是否应该转诊主要取决于医生的判断。就算今后转诊标准明确,能否准确把握标准也取决于医生的水平。因此,不解决基层医务人员质量问题,就很难准确把握转诊标准,也很难正确处理转诊问题。

**2.2 基层卫生人力资源数量不足** 基层医疗卫生机构是基本医疗卫生服务和公共卫生的双重承载,向居民提供“六位一体”的综合性、连续性服务,需要以全科医生为核心的全科团队服