

也谈湘雅的发展

读“赵明致信中南大学及湘雅医学院”后的感想

周星光

耶鲁大学医学院麻醉系副教授
耶鲁纽黑文医院门诊医学中心医务主任，麻醉科主任

如何振兴湘雅是近年来校友中的热门话题。许多校友都为湘雅的现状担忧，很想出力但又无从下手。赵明医生的建议代表了广大海外校友的心声。他的见解深刻而精辟，他的直言和勇气值得敬佩。同为海外校友，相似的经历，对赵医生的建议自然就有共鸣和回响。像其他许多海外校友一样，本人多年来也一直为母校做些事情，也从多次非系统性地提出过建议。受赵明和其他一些校友的鼓舞，今将一些想法、意见整理出来作为交流。文中提到的一些事件和实例，还望不要对号入座，目的是想针对一些现象进行分析，说明一些观点，请理解见谅。同时，由于时差地异，对中国国内一些现象的认识与实际情况可能有出入，因此全文只能提供参考。

为什么落后？— 思过

我基本上完全同意赵明医生的见解和建议，唯有关于湘雅落后的原因，我的看法略有有些不同。赵明医生认为，湘雅落后的原因是基层人员安于现状，自我感觉良好，因此缺乏改革和创新意识。我觉得，湘雅改革成效低于国内同行造成了相对落后，其主要原因有三个方面。第一，缺乏创新意识，不敢承担领先改革的责任和风险，普遍存在着一种“等待”的思想。等什么？等上面的政策、指示，等北京或上海先行，不敢越雷池半步。这种态度和思想，我们都亲身感受和看到过无数次。比如，十余年以前在我接受住院医师培训不久，因为深感大洋两岸的差别，我就提议过改进中国/湘雅的住院医师培训制度。在几年之内曾提及过数次。每次都受到赞同，但丝毫没有行动。结果华西医学院带了头。于是乎近二年有了行动，通过雅礼协会（Yale-China Association）牵线，与 Yale 医学院进行了一定的交流和合作。医学模拟教学是另一个例子。在海外校友章利铭的倡议下，数年前设备就到了湘雅，与美国著名的 UPMC 模拟教学中心还有合约。但这些设备几乎睡在湘雅，只是偶尔被医学生吵醒。结果华西和上海在龟兔赛跑中领先了。心血管疾病的诊治也可以拿来作例子，细节不讲了，结果可想而知。

第二，安于现状的心态绝不限于基层人员，而是普遍存在。其实，基层人员自我感觉良好并不是主要因素。之所以安于现状，主要是因为上述第一个因素，经意或不经意地找自我满足的理由，久而久之便成为“井底之蛙”；引起安于现状的另一个原因可能是目标不清楚，不知道究竟要做什么，怎么做。由此而引出第三个因素。

第三，内部缺乏团结和协调。由于安于现状，又都想在湖南称雄（经常听到这样的言论），于是不是朝上看，向外学，而是朝下看，向内踩。大至三个医院之间，医院与医学院之间，小至科室之间，同事之间，都是各自为战，相互不协作。最糟糕的莫过于一些主任担心下级医生超过他们，不允许下级医生有任何创新。

登山再起？— 机遇

如今湘雅和湘雅人好像都意识到问题的严重性，在思变。张校长已提出“苦干十年，力进前三”的目标。有了指示，医院的院长们也动了起来。这是好的想法（尽管本人不赞成这种只按指示办事态度和心理），但还得看具体行动。赶超前三是否可行，校长和院长他们都做了一些传统型的分析，海外校友会近日得到许可，已经在网站上转载。我倒是想从不同的角度来谈谈个人的意见。

改革开放已三十年有余，医疗改革也是十来年。医改是否有效，国人和湘雅人都应该清楚。赵明医生也将此事的一些细节说得淋漓尽致，各位海外校友多少有同感或者类似的经历。从大的角度上看，医院的高楼大厦新建重建，耗资巨大，其财大气粗之势惊倒海外一片；无数新技术和新设备也被随之引进。为什么？是需要，但也是跟时尚，听指示，攀比排场，树碑立牌，甚至有人借此谋利。在美国，除了德州的新医院有此汽派以外，哪一个名牌医院不是因地制宜，围绕和利用原有设施作改建扩建？后者既保留历史，又整体归化，使医院结构人性化。再看看湘雅，三十年来病床数翻了约4倍，建筑面积增加更大，但是一些基本设施和服务却毫无改进，医院更挤更噪更压抑，进去就影响情绪，广大平民百姓就医更难，医患关系差到史无前例。扩张以满足需要是好事，但从整体上必须做到合理、人性并具有远见。当然湘雅并不是偶然，全国各地都差不多。许多大医院建得像商场，甚至像城镇，真是病不能平静，死不得安宁。依我之见，中国的医改现在是误入歧途，有混乱之势。

然而，医疗改革，与国际接轨是时代的要求，是整个改革开放的一个重要部分。为什么医改比其他改革晚这么多，因为医疗事业太复杂，没有现成的系统可以照搬到中国，把握不好就误入歧途。我认为，正是这种医疗改革的歧途和混乱而给每个医院和医学院带来很多的机会和空间。关键在于湘雅要能意识到这一**机遇**，如果能迅速采取正确的方式与国际接轨，那么赶超前三，跻身世界行列都是可能的。

与国际接轨？— 途经

那么，与国际接轨究竟是什么？我以为，*医疗与国际接轨*就是按照国际公认的标准开展医疗工作，用国际公认的标准来衡量和检查医疗的质量和价值（in line with international standards of medical practice）。*医疗价值*是一个全新的理念，读者如果不熟悉的话，可以暂时将它理解为质量与价格的比值，在后面将作进一步解释。与国际接轨有几层意义：1，运用经过验证行之有效的国际标准，少走弯路，迅速有效地提高中国医疗卫生工作水平；2，如同体育竞技比赛，应用相同的标准才能进行比较和国际交流，否则没有共同语言；3，只有充分了解国际现有成就和动态才能创新，否则是盲目从事。纵观国内医疗之现状，细看我们所见所闻，不难看出，大多数人的理解是狭义的。从这个意义上讲，目前中国可能还没有哪一家医院真正地与国际接轨。这就是时期和机会！

看准了时期，认清了方向（朝上看，向外学），现在要考虑具体方案，如何与国际接轨。因为赵明医生已经讲了很多，我的意见中有一些可能会与赵明的意见形成呼应，尽量不去重复。

1. 医学教育之一 —— 学制

湘雅计划将医学教育全部改成八年制。多数八年制学生必须在国外学习二年，其中绝大多数时间在实验室，大约二个月时间在临床作观摩 (Clinical observation as visitors)。毕业后授予医学博士学位 (MD)，并成为临床医生科学家 (Physician Scientist)。这种做法是从清华开始的，其最大的缺点是目标不明确，过分强调实验室工作而忽略了基础教育和学习能力的培养，即本科教育。五年制高等教育培育医生从整体上来讲是不够的，这应该是我们这批海外校友都感受到的差距。这种差距不在于医学教育本身 (因此美国允许我们参加资格证书考试，USMLE)，而是在基础科学，人文学，学习能力和思维方式，这些本科教育的内容影响医生的“后劲”。我们这批人是靠到美国后做住院医师之前的学习和经历来弥补早先的不足。如果承认五年不够，则应该增加基础教育的时间，七年或者八年就比较合适，实习在毕业后进行，五年就只能培养医助。当然，我们可以继续五年制的欧洲模式，而八年制毕业后可以进入医生科学家途径。

其次，医学教育的形式和内容。由于缺乏基础教育，医学教育中灌输式有余，启发式不足，大课频繁，小组讨论稀少，不注重培养学生的探索能力和批判性思维。与三十年以前相比这方面已有很多探讨和改进，同时也有很多国外的经验直接可取。

建议一 (七年制): 入学按统考成绩分二个途径，医助班和医师班。前三年都学普通、公共基础 (一些明知无用的说教式课程应该删除或改为选修)，着重培养能力，包括探索，思维，阅读，辩论等。三年后考试：医助班中的优秀者可转进医师班，医师班中不合格的被淘汰或转入医助班。医助班继续学习二年的医学，毕业后获得硕士学位 (MS)，实习后成为医助 (physician assistant, PA)。毕业生可再读 PhD，成为科学家，但不是医生科学家，不能像医师一样做临床 (能否当医生不在于有多长时间的教育，而在于是否受过正规系统的医学教育)；医师班继续二年基础医学，二年临床医学，尽量采取欧美教学方式，多自学，多讨论，多启发，并给有志向的提供基础、转化或临床研究的机会，毕业后成为医师 (MD)。少数有志者可再花一、二年时间，在指导下完成一些课题，进入医生科学家途径。

建议二 (八年制): 上述医师班在完成第七年的临床学习后，再用一年时间经二条途径进行初步定向培训。定向之一，学术型：在基础，转化或临床导师指导下完成一个小型课题和论文，以培训科研思维能力和基本技术为中心，可以在院内、院外或国外 (海外校友可提供帮助) 进行。课题的方向和内容在前面四年的医学专业学习期间逐步摸索和确定。这条途径与 Yale 医学院的模式类似，用八年时间兼顾了基本学习能力 (本科) 和科研基础能力的训练。

定向之二，临床型：采取考试选拔，自选和指定相结合，在本院、基地医院、国内其他医院或国外医院作见习。同样，海外校友可提供帮助。所有学生都必须完成第八年后回校授予医学博士学位 (MD)。

这个 (3+4+1) 的模式有很多潜在的优点。首先，它保持了普遍采用的四年制医学专业学习；其次，它注重本科教育以培养学生的能力，用三年时间应该是足够的，因为美国的四年本科大学的学习通常较为轻松，很多人可以在三年内完成；另外，用最后一年时间帮助医学生选择今后的发

展方向，其科研基础的训练应该比 Yale 医学生通过业余时间进行的训练要好。而临床途径则能给医学生提供丰富多彩的机会去体验和比较不同的医疗实践，有利于医学生开阔眼界，丰富见识，活跃思想；最后，培养经费比现在试行的八年制要少。

2. 医学教育之二 —— 住院医培训制

但是医学教育并不终止于医学生阶段。在当今，医学院毕业只获得一个资格，要真正成为一名合格和称职的医生，必须经过住院医培训 (Residency)。如果说中美医学院教学有差距，住院医的培训则有天涯之别。虽然在学习美国，但目前国内好像只有华西做了一些工作，其他仍多流于形式，没有实质内容的改变，也缺乏医院大环境的配合。个人认为可以从如下几个方面考虑：

来源：所有住院医师必须是上述医师班毕业，或者国内其他一流医学院同等水平和学制（经考核论证）毕业，并通过考试（笔试和面试）后才能进入住院医培训班。所有非同等的临床医学专业的毕业生，无论来自哪个医学院，必须先进入上述医师班补修一至二年的基础和临床课程后，才能进入住院医培训班。所有非医疗专业的学生一律不允许进入住院医培训班，只能报考硕士或博士，毕业后由基础医学院/研究生院发证书 (MS, PhD)，从事实验室工作，不能在湘雅当医生。（考虑到一些事务性工作的人力资源紧张，可以启用医助班毕业生）

内容：对住院医师培训必须有统一的、明确具体的要求。美国现行的住院医师培训制度已有三十余年历史，项目大纲要求 (Program Requirements) 由评审检查机构 ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) 制定并定期修改，考核机构 ABMS (American Board of Medical Specialties) 协助参与。各个医院基地和具体专业项目 (Program) 根据大纲要求，结合医院临床工作和资源的实际情况，制定讲课和临床轮转实习的具体课程或核心课程 (Core Curricula)。在此值得指出的是，医学 (博士) 教育和住院医师 (博士后) 教育在美国是没有统一教材的，通常各个培训项目会给学生介绍一些参考资料和书籍，让他们自行选择和学习。ACGME 对培训项目进行定期检查，而 ABMS 则对住院医师进行定期考核，追踪进展，共同保证培训质量。达不到标准的住院医师培训基地会被警告甚至淘汰的。对于个人来说，没有满足要求的必须延长时间，直至达标后才能获得医院或者医学院的证书而毕业。湘雅已从耶鲁大学搬过去一些大纲，结合中国的实际，应该能成为国内的榜样。

美国这个现行制度的特点是强调：完整体制、正规教学、教学与服务平衡、双向评估和经济资助；要求培训项目从六个方面（病人处理，医学知识，根据医疗体系而进行执医，以实践为基础的学习和提高，职业品质，以及交际和交流技巧）去培养医生的能力 (Competency)。这个系统不仅从整体上提高了住院医师的素质（即知识和能力）水平，同时也间接地推动了临床医学的进展。这是社会所公认的。然而医学界认为现行医学生教育和住院医培训都已经落后于医疗体制的要求，同时也认为（现行住院医培训制度）过多的强调体制建设 (Structure) 和培训过程 (Process) 有碍于创新。因此近期来已经出现了医学生和住院医师教育的革新。从今年开始，部分培训项目将试行一个新的系统 (NAS)，强调培训的结果 (Outcome)，要求每个项目制定具体指标来观察和衡量住院医师在各个培训阶段的知识、能力、技术和态度等素质特征 (Attributes) 以确保培训效果。同时也注重培训的环境，而将放松对具体培训过程 (Process) 的要求。这个理念与循证医学的理念是一致的。

因此，培养医生的能力绝不只限于知识和技能方面。职业道德和技巧，团队精神，交流能力都在此列，也是培训难处。遗憾的是这些都是湘雅现在的不足之处。现在国内和湘雅也提到这些，但往往流于形式，没有实质，主要是没有形成一个环境和文化。这种环境和文化对提高医疗价

值和病人的安全性具有不可估量的作用。为什么很多湘雅医生不善于在外交流？为什么中国的外科医生能指使麻醉医师在病人全麻后移动麻醉机而导致麻醉事故？如果外科，麻醉和护理三方能在平等的基础上协商，这种事会发生吗？记得我的导师们曾多次告诉，如果见到什么事可能影响到病人的安全或者医疗责任，“stand on your feet, speak out!”。十几年来我都经常会这样做，虽然第一次时有点紧张。现在还要鼓励下级医生和其他人员共同维护科室和医院的这种环境。当然，解决这种有关病人安全性的问题除了职业技巧，团队精神和交流能力还涉及到理念，体制和管理。这也就是美国培训制度所强调的能力培养和学习环境。

形式：教学的方式不只限于听课。在美国，系统讲课是根据培训的年资进行的，从基础到专科，循序渐进；此外，每周各个科室或系内还有其他各种活动，例如：M&M, journal club, grand round, guest speaker, seminar 以及模拟教学 (simulation) 等。更重要的是，负责带教的上级医师，从高年级的住院医到各级主治医师，每天都必须花一定的时间给跟班的住院医进行讨论和指导，决不能只拿他们当廉价劳动力使用。同时，教员们也意识到培训年轻医生是他们职责的一部分。所有这些教学活动都是双向评估的，优秀教师就是这样评选的。由系主任掌握的那一部分工资也就是通过这些评估来决定的。湘雅和国内的情况如何？

体系/环境：培训住院医生是教学医院的使命之一，每个人都有责任为他们的学习创造条件，提供方便。美国的每一个基地都有一个培训项目主管（主任），通常是受系主任的领导，对每个住院医生的情况可以说是了如指掌。每个医院都有一个培训办公室和主管付院长。除非在一部分私立医院，一般来说病人是不能完全拒绝住院医生的服务和工作，这是住院医生的权益，受医院和法律保证。如果住院医生感觉科室或医院不提供合适的条件和环境，他们可以上告，医院就会被调查。

学习/培训环境除了体制、资源、行政措施和经济资助等形象因素外，还包括理念和文化环境等抽象因素。上面提到的病人安全文化 (Culture of Patient Safety) 就是一个很好的例子，在本文后面的医院管理和医患关系章节中还要提到。各个医院都建设一种文化环境以确保病人安全，在病人安全问题上，各级医务人员都有义务和责任，但更重要的是绝对人人平等，对事不对人。住院医生不仅是在这种环境中生活，更重要的是积极参与而成为其中的一部分。在湘雅或者中国其他医院有这种安全文化吗？

考核：在美国，进入培训前通常有一个摸底考试，以便根据个人情况制定计划，追踪进展。除了科室培训项目的每月测试以外，每年都有一次全国统一考试。如果想成为认证医师，毕业时必须通过全国统一笔试，获得资格；工作一定时间后如果通过一些考核，在规定的期限内再参加和通过全国性的口试，才能拿到证书。这就是所谓的专科医师认证考试和证书 (Board Certificate)。以后每七到十年还得继续通过考试才能保持证书。所有这些考核机制不是做给外界看的，也不是用来忽优上级机构的。湘雅的附属医院应该联合，先可以形成自己的一套考核系统，成功后推广到联盟医院，再到全国。在得到国内承认的那一天，湘雅住院医的毕业证就值钱了，住院医找工作就不难了。有此胆量和雄心吗？

目标：毕业后能独立行医 (independent practice of medicine)，既能独当一面、又能适应医疗体制及其变迁 (System based practice)，并且逐步成为本专业的顾问 (consultant)。在这里，顾问这个词的概义是：既能做，更能说服和辨解的专家。值得注意的是，顾问并不等于、更不限于医生科学家。大多数人也不会认为不做研究的医生不是一流医生。这种医学教育和医生培训体制保证

了全美医生的整体素质和专业水平，以及终生继续学习和应变的能力，结合后面将要谈到的统一临床标准和行医规范，就形成了绝大多数病人可以就近求医的医疗卫生体系，只有少数疑难病例才需要集中到大的医学中心。

亚专科医生培训：在美国，医学院毕业后要申请行医执照，都必须经过正规认可的住院医师培训。有一些专科还必须经过亚专科的培训 (Subspecialty Fellowship)。亚专科培训为1至4年不等，取决于专业技术和毕业后医生本人的发展的方向。通常如果毕业后想在大的医学中心兼做临床和学术，培训时间就会长一些，培训期还要完成一定的科研课题。一些常见的亚专科培训项目包括：内科系统的心脏病学，内分泌学，血液病和肿瘤学，胃肠病学等；外科系统的胸心外科，血管外科，创伤外科，肿瘤外科，内分泌外科；骨科系统的手外科，脊柱外科；妇产科系统的新生儿及围产医学，生殖学；麻醉学中的心脏麻醉学，小儿麻醉学；边缘医学中的疼痛医学，危重医学，睡眠医学等等。正规的亚专科培训项目都必须经过 ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) 的认证批准，毕业后经过 ABMS (American Board of Medical Specialties) 的考试和考核才能获得证书。尽管经过十三年以上的高等教育和培训，亚专科毕业后的学术职称也是从副教授 (Assistant Professor) 开始。学术职称与临床职称是二回事，即使是副教授也可能是杰出的临床医生。国内常混淆，认为教授才是最好的医生。再看湘雅，七年制毕业后读三年的博士学位，不经过正规住院医师培训，在专科病房做二年，没有系统培训，然后用一年时间赶实验或科研成果，毕业后 (十年的高等教育和培训) 便很快地晋升付高职称。

医生科学家途径：在美国，很多 MD 是在住院医期间参与科研，住院医培训完成后再做一、二年科研，然后在指导下正式进入医生科学家途径 (Physician scientist track)。杰出海外校友**刘振启**，**夏锦如**，**廖仲星**等都是典型的医生科学家。最近两年，有一些美国医学院毕业生在进住院医训练之前就先学习一、二年的科研或管理等。也可以花四年左右的时间再读一个 PhD (MD, PhD)。因此，湘雅想通过现在试行的八年制医学教育来培养医生科学家是否缺乏力度？

3. 医学研究

湘雅现在很重视科研，这原本是件好事。但临床医生被逼得人人都做科研，这种做法既过头，又不实际。即使在科研条件最好的美国，系统性参与科研的临床医生也不过是10%左右。从整体上讲，临床医生的主要职责应该是医疗，针对病人，如果不切实际地追求论文，只会导致恰得其反的二个后果：其一，应付临床工作，不以病人为主；其二，应付晋升，忽优社会，制造垃圾。现在晋升是难了，但评审标准不严格不合理，结果大家都能想办法达标，教授的比例很高（正付教授约占50%）。且不问其实际水平，这种形式的队伍结构合理吗？能推动发展吗？

再看湘雅的研究生，三年时间内主要呆在实验室，不经过正常的（且不说正规的）住院医师培训，也不问其专业学习背景。尤其不可理解的是，博士和硕士所学的课程竟然类似。毕业后很快成为主治医师或付教授，这是对病人、对医生本人负责吗？将临床医生、医生科学家、基础医学科学家三者的培训混淆不清或者混杂一团，短短的三年内如何去同时掌握临床和科研的知识和技能？

因此，湘雅应该考虑：

首先，通过招聘和培养，用少数有志的临床医生科学家做领军人，带动临床科室的研究工作。但大多数医生应该以临床工作本身为重点。医院和科室都要制定大体统一的条例，协调安排临床工作，合理分配临床收入，调动每个人的积极性。这也是一个管理（和目标）的问题。

队伍建设：单靠研究生支撑实验室是不行的，应该雇佣技术人员，招聘专门做实验室工作的 PhD 以加强专职研究队伍的力量，同时也有利于培养研究生。通过与基础医学科室和研究所合作，联合 PhD 和医生科学家，进行基础，转化和临床医学的研究。同时还必须合理调整队伍的结构，尤其是教授的比例。

加强临床研究：中国的临床研究是薄弱点，这实际上是一个很好的机会。尽管病人多，但由于诊断治疗标准不统一，临床研究难开展，即使能够积累大量的数据，标准不一也是白搭。因此我不敢肯定中国现在是否完全具备积累医学大数据的条件，其问题不在于能否，而在于如何去收集和整理。以美国为首的先进国家在积累大数据，有统一的标准为基础，也有法律作保障。当然积累大数据只是临床研究的方式之一。

4. 临床医学

医学与其他自然科学不同，除了其学科本身的复杂性以外，它还涉及到社会关系和伦理，经济基础，保险，法律和体制。同时，由于工作的对象是病人，其工作的效果（产品质量）就不容易掌控。因此，与大多数人的想法不一样，引进一个新技术，新药物或者学会一个新手术并不完全代表达到国际先进水平，关键在于应用和推广这些新技术以提高全民医疗卫生的水平，满足社会的要求；进行国际交流只是相互学习的途径和方式，并不等于与国际接轨，关键在于如何采纳当今国际标准和理念并应用于中国的医学实践，以提高其临床医学质量和价值，同时积累具有可比性的资料，总结出知识而向国际介绍和推广。改革开放三十余年，中国经济腾飞，不少自然科学的学科和/或学校也随之发展而进入国际领先行列。尽管各大医院和医学院都引进了国际上所有的先进技术和设备，然而没有一所医院或医学院可以与世界一流水平相提并论。除了人们常言的软件与硬件不匹配外，其实还有其他的问题。比如说，许多来美国参观和观摩的医生和学者会感叹：你们（美国）有的我们都有，你们没有的我们也有；你们做的我们都能做；你们(美国)只是医院环境好，病人少，员工多，等等。殊不知，这些都只是表面现象。只有极个别谦虚又细心观察的人才真正看到其内在的差别。

那么，这些差别在哪里？

标准：美国制定了现代医学的绝大多数标准，这些标准通常都被世界认可并遵循，这是临床医学的基本保证。各级医生都参照标准行医，住院医师按照标准培训，因此各级医院，无论大小城乡，代代相传，又随时或定期改进，这样就形成了医疗文化和传统的一部分。这种医疗文化和传统保证了医疗的整体水平和科学性，也就是在美国不少医学专科的知名专家和领头人是来自中小型社区医院的私立执业医生的重要原因。

医学标准有不同的等级。最严格的叫准则 (standards)，是医疗工作的基本核心和必须照做的。其次叫指南 (guidelines)，一般来说这些条例是经过验证的，或者是多数人公认的，但临床医生可根据具体情况而决定。第三级标准叫参考 (advisory)，是一些专家的意见，但缺乏可靠的证据。

中国的现状如何？是按准则和指南执业，还是盲目地指挥或服从某一个人的意见？更有甚者：省城某医院，某主任医师还在用八十年代初期所学的知识治疗脑血管意外，令麻醉医师都吃惊。湘雅能改变现状吗？

理念：理念是知识到理论，认知到意识的合称，是文化的一部分。文化则是人类工作和思想结晶/成果的总和。医疗理念贯穿于医院工作的每一个部份，融会于医务人员的日常事务。由于含义太广又有点抽象，只能举例说明。手术病人是否要住院，住多长时间？这是一个随时间迁移、技术改变而变化更新的理念，从历史的角度来看，它也是医疗文化的一部分。中美医生关于手术病人住院的理念相隔太平洋。即使是守旧也不能如此盲目。有了新技术，还得运用新理念，结合中国实际情况，才能真正解善中国所面临的问题，比如：住院难，等床位，加床位，医院拥挤。再看用药：多用药，用贵药，用（葡萄糖生理盐水 + 维生素 + 抗生素）来作为治疗的101（基础），这是哪个国家，哪个年代的理念？麻醉中：泛用新药，大剂量用药，既不考虑人种差异，又不监测麻醉深度，只要多得回扣和奖金，这又是哪里理念？一个病人三个家属，从急诊到门诊再到病房，到处又吵又乱。难道只有商业的热闹才能代表医疗质量和价值吗？这种陈旧的理念为什么不能改变？

实践：实践在这里是指 daily practice，即在日常工作中具体实际地应用上述理念、标准和方法。为什么讲了标准和理念后还要强调其应用？其实湘雅也好，中国其他大医院也好，由于信息发展，对新理念新标准并不陌生，但就是不会用、不愿用。默守陈规，安于现状。久而久之就不自觉地过多地考虑省心少事、多一事不如少一事（不愿意开展术后镇痛，认为既麻烦、又收不钱），而过多地考虑提高医疗价值和全民医疗健康的水平。同时由于训练的不足（如前所述），很多人不能正确判断新理念的可行性，于是过分担心会出差错（比如：认为无痛性分娩会影响产程、增加难产；迟迟不采用心脏负荷测试 cardiac stress test，认为那会导致死人）。但更重要的是，没有目标和压力!! 在湖南为老大，不怕没钱也不担心没人请走穴。因此，除了通过教育改变思想方式以外，必须配合医疗行政管理，才可能真正临床实践。相反，上述这些因素在美国就很少见，也行不通。由此可知，如何通过改变医疗实践，以提高全民医疗水平，方便人民就医（to improve access to medical care），然后逐渐影响舆论，政策和体制，从而改善医患关系，这就是通过与国际接轨，完善医疗改革的核心。如果湘雅能意识到这点并做出实际贡献，排名本身又算什么？当年颜福庆，汤灰凡所做的贡献不就是有类似的影响吗？如果说湘雅是志存高远，敢为人先，我们还真有此创新精神吗？

督查：对中国的医疗监督检查所知有限，不宜作出评论。在美国医疗监督检查可以从二个层次来分析。首先是医院内部和各个专业科室内，对任何医疗事故差错或意外或未预见的结果，都必须经过同行审查（Peer Review），分析原因，提出可改进方案。如果著有普遍性意义，各相关科室或多个科室联合将会进行病例讨论（Morbidity and Mortality, M&M）或者质量控制讨论（Quality Improvement, QI）。同时，医院还会通过各种途径教育职员，并要求各个科室、团队采取多种措施以形成良好的保障病人安全的文化（Culture of Safety），用这种文化来鼓励和督促职员检查和自我检查任何危及病人安全的过失和差错，对其进行根源性分析（Root cause analysis），商议改进的方法措施，而对被检查者或自我检查者绝对不采取任何惩罚行为，以保证职员主动参与病人安全文化活动，无后顾之忧。

其次，明显的医疗事故必须立刻上报到政府的检查机构，州或者联邦政府检查机构将派送专家组进行调查。如果有必要，还会进行全面检查。所发现的问题将反馈到医院，医院必须组织各相关科室讨论并回答所有检查组提出的问题以及今后解决问题和提高质量的具体措施，形成正式工作条例 (Policy)。如果答复和措施不当，检查组将提议，政府机构可以对医院发出警告，罚款，甚至取消其证书，失去政府的资助项目等。

在美国也有应付检查的时候，主要是有些条例不合理，影响工作程序，而改变这些条例往往很难。但对病人安全性问题从不含糊。行贿是违法的，也是荒唐可笑和不可思议的，因此是不存在的。

总之，湘雅如果能改变部分医疗管理的理念，同时在部分科室运用新理念，采纳新标准，其对中国医疗改革，与国际接轨的贡献和影响将远远超越其新技术和新设备的总和。

5. 医院管理

前面的讨论中很多处都已经提到过管理问题，因为管理既是有针对性，又贯穿整个工作事务之中。加强医院管理的目的是为了提提高医疗质量水平，增加经济效益，提高竞争力和病人满意度。前面已经多次提到医疗质量的管理，在此就不再重复。我只想就涉及到管理的其他一些方面发表一些意见。

病人满意度：满意度是个商业管理的标准，用于医院管理是近期才有的。满意度与质量不是同一个概念。满意度包含质量和服务。如果产品 / 医疗质量好，但服务不周，顾客 / 病人受气，他们是不会满意的。这三个指标的辩证关系显而易见。如果质量好，服务也好，即使费用高，病人仍然会很满意；如果费用又合理，则满意度更高，总体价值也就更高。这也就是医疗价值的来源。医疗质量一是要有统一的高标准，二是要有统计数据。高质量和高满意度组成了服务质量，在控制或降低医疗费用的情况下提高医疗服务质量就是提高医疗价值。

改进服务可以从很多细节入手。所有医务人员都应该设身处地为病人和家属着想，这样才会友善地待人。服务设施也应该多为病人和家属考虑。要学会与病人交流沟通，既要关心其病，更应该体贴其人。这些不仅是医务人员应做的，也是医院应该从环境和程序上考虑并提供方便和条件。

提高病人满意度需要建立一个体系，系统性地收集病人的反馈意见，针对反映大的和或普遍的问题，果断地采取有效措施，坚持不懈地改进。美国有一个很大的机构 (Press Ganey) 就专门从事这种反馈调查，分析结果，为医院改进服务指出方向。

医疗价值与经济效益：简单地讲，如果能够提高医疗质量和病人满意度，就应该能提高经济效益。单纯抱怨医疗收费标准和制度而不去创新是消极态度，如何去宣传和解释这件事是关键，不能单从医院的经济效益出发，而应该强调社会效益。让我们以住院为例来阐述这个观点：以每个病人平均住院时间为10天为例，一个病床的年周转次数为35次 (350 天)，一年可以接待35位病

人。如果每天每个病床医疗费用为1000元，一个病人每次住院的费用为10x1000元，而对医院来说，一个病床的年收费是350x1000元，或者35x10x1000元。但社会需求量是2人等一个床位，因此住院困难，只有1/2的人能住院，社会不满，矛盾加剧，服务也欠佳。如果通过统一的新技术、新理念、新标准提高质量和效率，住院时间缩短至5天，但医疗效果是一样甚至更好（比如说医源性交叉感染减少），同时，由于病床周转次数翻倍，一个病床可接待70人，因此所有的病人都可以住院，满足了社会需求。尽管医院的收入仍然是350x1000元，但每位病人的住院费却减少50%，即5x1000元。由此可见提高医疗质量的多重社会效益。由于社会效益显著提高，医院完全可以也应该提高其收费标准以补偿其人力和物力的投资，即使将收费提高一倍，人均住院费用仍然是10x1000元，即(5x2000)元，这还是给社会带来了解决住院困难的直接效益，以及由于质量提高所带来的间接效益。

体制：如何去适应和影响中国大体制不是我能讲的。我相信，能够在其他各方面成功地进行改革的中国也会逐步完善其医疗改革。如上所述，学校和医院既可以、也应该改变的是队伍建设体制，职务和职称晋升体制，医疗质量监测体制。同时，像大多数海外医院一样，也应该考虑利用一些专业医院管理人员，因为医疗和医院管理是二个不同的专业。如果借鉴国外经验，将这些工作做好，推广到其他医院，也就可能为政府进行大体制的医疗改革提供实际经验。

在队伍体制上，湘雅有一尤为突出的问题：高级职称人员太多。也许这是中国文凭和职称泛滥而贬值的缩影。美国的学院和医院内，高级职称的比例是严格控制的，大多数的教员 (Faculty Member) 都在初级和中级职称内。以医学院为例，60-70%的教员是讲师和助教授 (Instructor/Lecturer, Assistant Professor)。在此需要顺便指出：不要将助教授与助教 (Teaching Assistant) 混淆，后者是大学里辅导学生的毕业生 / 研究生，不属于教员队伍 (Faculty)。正教授的名额限制和晋升评审尤其严格，这也是很多人跳出名校以后往往得到晋升的重要原因之一。在医院，通常经过正式的住院医培训毕业后都可以申请医院的行医权 (Privilege) 并成为主治医师。除了边远地区以外，通常都必须获得专科医师认证才能成为正式主治医师。部分私立医院，如 Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Massachusetts General Hospital, 主治医师也有类似于学术职称的级别 (Academic Ranking)。这些业务职称级别的名称不一，但一般分为三级或四级，诸如助，付，正。应该指出的是，行政职务必须综合考虑是行政管理的能力和专业技术的水平。要保证湘雅的名气，就应该控制其职称的比例和质量以做到名符其实，名正言顺。学术职称应该由湘雅医学院的学术委员会评审授予，而医疗专业职称应该由附属医院联合评审后再分别由各医院的医务委员会授予。

医疗专业和职业道德行为的规范和条例应该由全体医生民主制定而成为在医院行医的准则和法律 (Bylaws)，由医务委员会 (Medical Board) 和总领医生 (Chief of Staff) 监督执行并进行仲裁。

医院发展定位：

首先，为什么总是集中，图大？二十年来医院发展的越来越大，但总是满足不了社会要求，反而导致很多毛病。单说一点，如此拥挤和集中，出现医疗灾难是怎么回事？有很多医疗工作是完全没必要到医院总部进行，例如普通门诊，体检和常规检查化验，追踪治疗，风险小的手术和操作等等。将这些不需要住院的常规性工作有策略地转移到总部以外的网络点、卫星医院，采取定点

人员和轮派人员结合，既有利于分散总部的压力从而提高质量和价值，又方便病人就医，也为今后积累大数据打基础，同时也不必将积累的资金浪费于永无止境的在城市中心的征地和重建。关键在于运作中使用统一标准以保证医疗质量，并充分利用媒体向病人和社会作宣传从而获得他们的信任。

其次，主要附属医院应该协调，有策略地发展各自的重点和长处，以免导致内耗。对于最强的领域应该成立专科医院。可以考虑通过地方政府的协助而成立直升机急救队，将各个附属医院及其网络点连成一体，合理利用资源。

最后，联盟扩张。除了扩大复盖面和影响力外，通过联网联盟要改善盟军医院的医疗质量，提高全民健康水平，又有助于缓解就医困难，这样才能扩大影响提高知名度。树大招风是被动意识，大医院虽财大显，但也应该有更强的影响力和抵抗力。

6. 医患矛盾

中国现在的医患矛盾之激剧，不但是史无前例，也是世界上绝无仅有的。它不仅上了*时代周刊* (TIME Oct. 11, 2011)，还进了*柳叶刀医学周刊* (The Lancet 376 (9742): 657, August 28, 2010)。由于它与中国医疗改革有着密切关系，也不不得不在此讨论。在去年休斯顿会上，部分校友已经听过我对此问题的一些分析，那次讲话主要是进行交流和比较。虽然我花了一部分时间讲解医疗事故/差错的法律定义和程序，以及减少和缓解矛盾的措施，但当时的着重点不在于帮助解决中国的医患矛盾。

很多人分析过中国医患矛盾的根源，多数带有片面性，以及主观意识和偏见。个人认为：中国医患矛盾激化，主要原因之一是法律定义不明确，程序不健全；之二，社会法律意识不强，复仇心理太重；之三，社会阶层的压力和冲突（比二十年前明显加剧）。

先看原因之一。医疗事故或者差错 (**Medical Malpractice/Negligence**) 与不好的医疗效果 (Adverse Outcomes) 是二个不同的概念。医疗事故或差错可以导致不好的疗效，但并非所有不好的疗效都是事故或差错引起的，也不都是医院或医务人员所能控制的，否则他们都是上帝了。政府、立法机构，舆论团体，医院本身都在利用这个混淆来为自己的目的服务，而没有努力去澄清其关系，也没有考虑去健全处理这类事件的程序和机制。其次，由于社会法律意识不强，不论是非，不考虑用法律途径解决问题，加之根深蒂固的复仇心理仍然普遍，不会论理、理解，导致原始粗暴行为。用暴力对待医疗事故，用报复对待医院和医生是任何文明社会不可能容忍的行为。再者，由于其他社会因素的原因，社会各阶层的差距悬殊，对部分阶层产生很大的负压力，无形中冲突加剧。整个社会不是正确对待和处理这种矛盾和冲突，而是提卸责任，转移矛盾。所谓保护弱势群体实际上是嫁祸于他人，也是纵容违法乱纪。

然而，我们不能否认医院内部的原因。这个因素对在中国医疗纠纷中占多大的影响，中国医疗界应该自己作出分析和判断。从我所见所闻的例子中，可以推测这个因素远也比海外明显，也是有很多可以改进之处。正如前所述，这是一个医院和医生掌握主动的因素，完全可以通过医疗与国际接轨来改善，并由此逐渐影响上述其他几个主要因素。医院本身应该正确对待和处理医疗

事故和差错。对任何事故都必须有记录、评估和审查，分析事故发生原因，才能得到改进。同时必须是针对事件，而不要针对人、找替罪羊。在美国，医疗事故和差错发生后，无论大小，对病人是否造成伤害，一律都要经过正式途径分析。这与国家运输安全委员会（National Transportation Safety Board, NTSB）调查分析飞机失事的方法和程序是基本相同的。通常有三类原因查找，其一，系统因素或差错（Systemic Factor/Error）；其二，人为差错/因素（Human Factor/Error）；其三，疾病本身因素。三个因素是独立的，但通常又是交织在一起。必须注意的是，系统因素的影响最大，最有意义。这也就是现在网络信息中所传说的：当一个护士发错药物时，在中国这个护士会受到严格处分以平息事故，向上、向病人交差，结果并不解决根本问题，事故照样在其他人或其他医院继续发生。而在美国，医院会集体讨论事故的经过，系统地去分析各种系统和人为的因素，诸如护士的工作量和工作环境，医生处方，药物制剂和标签，给药前的复核等，从而找出可能防止类似事故的措施。

之所以讲医患矛盾，是想再次提醒、指出：湘雅有机会从多方面对中国的医疗卫生事业产生正影响，关键在于湘雅人是否敢承担此任。

结论

医疗改革正在推动中国医疗事业的发展。湘雅虽然目前落后了，但仍然有很多机遇和空间，关键在于抓住时机，真正做到与国际接轨，应用国际标准，借鉴成熟经验，结合中国和湘雅实际情况，从教学、科研、临床和管理各方面分别找出突破口，创建能够提高中国医疗质量和病人满意度的医疗体系和医学模式并进而影响和引导整个中国医疗卫生事业及其政策和体制。只有用统一标准和严格体制来培训医学生和住院医师，才能普遍提高医生的专业水平；而只有采用统一的行医标准和服务规范，才能真正提高全民医疗健康水平，解决就医困难、医患冲突等实际问题；与此同时，通过合理的团队建设和专业体制，才能进一步提高医学临床和科研的水平，跻身世界前列。不要单纯过多地抱怨体制对医学和医疗创新的制约，而应该积极主动地探索和创新以影响并逐步达到一个较为完善的体制。这是一件意义深远的大事。湘雅各级员工都应该意识到危机和挑战，但更重要的是专业和管理的领导层应该具有远见、勇于创新，同时应该放下架子或面子、利用海外校友的资源 and 优势，这样才能带领全体湘雅人员迅速而有效地与国际接轨。海外校友真心希望、也充分相信，经过共同努力，苦干十年，百年湘雅将会振兴并再次领先中国医学和医疗事业。