

病人选择医生的理性思考 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/483/2021_2022__E7_97_85_E4_BA_BA_E9_80_89_E6_c122_483255.htm

一、目前我国病人选择医生的模式 目前，我国一些省份的医院已经开始试行病人选医生，例如，江苏、浙江、四川、内蒙古等地的一些三甲医院开展了这项工作，并且逐步向全国范围内呈现蔓延的态势。所谓的病人选医生，根据各地医院的实践，基本上都是将原有的科室进行优化组合，将科室内医务人员分成若干医疗小组，供病人进行选择。因为医疗服务是一个需要多人相互协作、相互配合的工作，病人不可能选择单个的医生为其提供治疗，而只能选择一个医疗小组为其服务。例如在这方面比较规范的浙江省人民医院，就是将所有科室分成了47个医疗小组，组长(三级医生)由具有副高以上职称医生通过自荐、科室推荐、医院评议程序向全院招聘。医疗小组以医疗组长也就是三级医生全面负责，二级医生和一级医生为组员，小组以整体形象向社会亮相，供病人选择。门诊病房一条龙，小组以责任制方式为病人服务，医疗组内，三、二、一级医生自由组合。医疗小组是一个利益共同体和风险责任的共同体，小组中三级医生全面管理医疗组的工作，视诊、查房、检查下级医生的病历；二级医生负责管理组内病人，每日查房；一级医生具体管理病人，随诊新病人，随时查房。小组有医疗支配权，收入支配权。医疗小组将医疗组内人员组成的姓名、职称、专业、特色在门诊和病房的显要位置向公众公布；供病人求医时选择。

二、病人在法律上有无选择医生的权利 从医患关系的法律属性上分析，医患关系是建立

在平等主体之间的一种民事法律关系，双方的法律地位是平等的。病人在其中处于消费者的地位，主要义务是支付医疗费用，医院则是医疗服务的提供者，主要义务是为病人提供全面、合理、谨慎的医疗服务，双方是一种典型的服务合同关系。虽然在多数情况下双方并未订立书面合同，但这并不影响其合同性质。虽然仍有少数学者坚持认为医患关系是一种行政关系，但因为医患双方法律地位现实中的平等性，完全与行政关系当中行政人和行政相对人的隶属性也就是法律地位上的不平等性相悖，因而没有为法学界所接受，医患关系属于民事合同关系在我国正逐步成为通说。在美国，病人作为消费者早已成为现实，1962年美国国会通过了消费者权益法案，明确认可病人的消费者地位，病人作为消费者的研究也日益增多，国内少数省市(例如浙江省)也明确规定医患关系可适用《消费者权益保护法》。既然医患关系属于合同关系，作为消费者一方的病人，完全可以和作为提供医疗服务的医院约定履行义务的方式，具体体现在病人可以根据自己的意愿自由地选择具体为其提供医疗服务的医生。因此，基于医患关系法律上的合同性质，患者是有权选择医生的。当然，这种权利日前还只是一种约定的权利，并没有上升为法定的权利，也就是说，只有在实行了病人选医生制度的医院，患者才可以行使这项权利，在没有实行此项制度的医院，患者不能行使此项权利。

三、现实当中存在的问题

病人选医生制度意欲达到的目的无非就是调动医生的能动性并增进病人选择的自由。但是，任何一项制度的实施，都应该考虑到能否增进社会生活中的自由、正义、效率和秩序等基本价值，这也是法律的目的价值所在，是判断一项制度好坏的基

本标准，病人选医生制度由于现实当中存在的困难，最终很难实现其目的。

1、实践中的人为因素，导致收入的巨大差距，对部分医务人员的积极性产生消极影响 例如江苏某三甲医院眼科共有医生9人，原来平均每月医生奖金为800元，实施病人选医生后，该科将医生分成三个医疗小组，分别为白内障组、玻切组和混合组，其中白内障组(科主任任组长)因为要给病人换人工晶体，病人数目也比较多，所以该组收入明显提高。玻切组收费虽然也比较高，但是病人比较少(玻切并非该院眼科专长，病人大多流往其他医院)，混合组病人虽然比较多，但主要是从事一些门诊小手术，收费低廉，所以这两个组医生收入比原来减少，大多数人每月仅有300400元，少的人仅有每月200元，而白内障组的三级医生可以每月得6000元，二级医生可得3000元。用该科大多数医生的话来说：干的还是原来那些活，但收入却比原来大幅度减少。这极大地挫伤了这些医生的工作积极性。此外，同一组内，因医疗小组有收入支配权，很难避免小组中的三级医生制定对其有利的分配制度。这种收入上的巨大反差很大程度上并非建立在个人能力和个人劳动付出的巨大差别上，而是由于分组中的人为因素所造成，很多科主任往往占据收费高、病人多的小组。分组中的无规则和不公平直接造成了分配上的不公平，最终并没有增进社会现实生活中的公平。此外，分组必然会造成同一科室内的条块分割，各医疗小组各自为政，减少了医生相互之间的协作性。

2、病人在现实生活中并无选择的自由 病人选择医生，对于病人而言是一项选择权，病人可以根据自己的意愿，自由地选择A医生或B医生及其他任何可供选择的医生为其进行治疗，不受约束。从法律角度而

言，病人的这项选择权实际上是一种自由。美国当代社会哲学名著《自由、权利和社会正义》中对于自由作了非常深刻的阐述。按照其中的观点，一个人想要真正达到选择的自由，必须具备两个基本条件：一、主体对所有选项及相关的背景材料有充分了解；二、主体必须具备作选择的能力。在病人的选择医生的自由中，具体体现为病人必须能对所有可供选择的医生有充分的了解，同时具备相应的医学知识。一般情况下，病人对于医生一般并无直接了解，在实施病人选择医生的医院，医院主要通过门诊、病房张贴各医疗小组人员基本情况，让病人对医生增加了解，但大多非常简单。病人选择医生从经济方面考虑，最主要的目的：无非是通过最少的支出获取最好的医疗服务。这其中病人最为关注的方面包括：医生的医疗技术水平、对病人的责任心和医疗费用的高低这么几个基本情况的了解，而按照目前病人选医生运作的基本模式，医院提供给病人的相关资料还非常少，病人要对医生的上述情况做到充分了解，还比较困难。病人要达到选择的自由，除了充分了解所要选择的医生外，病人本身还需要具备选择医生的能力，具体表现为病人需要具备相应的医学知识，病人要对于自己的病情包括治疗上的难度、后遗症和并发症具备必要的知识，根据上述情况作出分析的基础上再进行理性的选择，不同的情况选择不同的医生。但是，现实生活中很多病人不管是什么病，往往喜欢选择职称高、年纪大的医生为其进行治疗，而对于年轻医生则持怀疑态度。例如像脂肪瘤、包茎、麦粒肿这样没有后遗症和并发症的门诊小手术，病人也要选择副主任以上的专家为其进行手术，这完全是因为病人缺乏起码的医学知识所造成。这样做的

结果，一方面增加了病人不必要的支出，因为职称越高的医生医疗费用必然越高，病人所做的选择并没有达到其以最少的支出获得最好的医疗服务的目的。病人所选择的依据是医生的资历，完全不考虑其实际病情，所做的选择从法律角度而言是盲目的，属于无效选择，对病人可能毫无意义。在大部分病人都选择同一位医生看病的情况下，因为医生精力的有限性，医生很难为每一位病人提供及时的医疗服务，可能因为病人选择的盲目性，最终延误了疾病的治疗，增加治疗成本，对病人造成损害。比如病人A患急性阑尾炎到某医院普外科求医，现在有B小组(医生中以高职称和高学历为主)和C小组和D小组(医生中以主治医师和本科学历为主)。B小组在当天有三台手术，无法当天为A进行手术，而C、D小组在当天没有手术，可以立即为其进行治疗。如果病人选择B组为其进行治疗，则必须要等到第二天或更晚的时候才能安排，这样病人极有可能因为不能及时进行手术而会转变成坏疽性阑尾炎，导致全身性败血症，造成严重的后果，增加治疗难度和治疗费用。如果病人具备相应的医学知识，在上述情况下理性的考虑应该是立即在C和D组医生之间进行选择，而对B组不作考虑，因为急性阑尾炎只是一个简单的手术，主治医生完全可以胜任，但如果不及时治疗则可能会导致非常严重的后果，甚至会有生命危险。从另一方面而言，病人上述选择的结果也造成了卫生资源的浪费，制约了年轻医生的发展。本来高级医生可以将更多的精力投入到科研和重大疑难病的治疗中，完全可以将上述病人交由年轻的医生去治疗。现在却因为病人的选择不得不天天忙于一些常见病的治疗，根本没有时间从事科研和重大疑难病症的治疗。而年轻医生

因为很少有病人选择，缺乏基本的医学实践，从长远考虑，必然会对医院的发展和 innovation 造成负面影响。从上述分析可以发现，表面上看似乎病人享有选择的自由，但是因为病人不具备选择的基本条件，实际上所做的选择大多数是盲目的，病人选择医生事实上并没有增进病人选择的自由。综上所述，笔者认为目前我国病人选择医生模式中，存在以下问题：一、加大医生收入上的差距，导致分配中的不公平，制约我国卫生事业的发展；二、病人因其不具备自由选择的前提条件，实际上可能并不能够作出有意义的选择，最终损害其自身的权益。如何避免和解决上述问题，应该是立法者在制定相关法律和政策时应该考虑的问题。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com