

浅析新医改对构建和谐医患关系的影响

丁树芹¹, 雷寒^{1△}, 徐静村², 徐洁²

(1. 重庆医科大学 400016; 2. 西南政法大学, 重庆 400031)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.35.044

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2011)35-3632-03

十七大提出要建立和谐社会,而和谐的医患关系是和谐社会中的一部分,因此建立和谐的医患关系也是迫在眉睫需要完成的任务。医患关系的和谐不仅仅是医生与患者之间所能建立的,也是需要整个社会的参与和支持。中国的医疗卫生事业发展取得了巨大成就,城乡居民的医疗卫生环境和条件有了明显改善。但是,由于中国人口众多,城乡、区域发展不平衡,医疗卫生事业发展滞后的情况还没有根本改变,部分群众看病就医还存在一定困难。因此构建和谐医患关系对促进和谐社会建设及深入实践科学发展观有着很重要的意义。

1 医患关系的现状

医患关系是指以群体(医方)和群体(患方)之间,基于医方为患者提供疾病诊疗服务而形成的法律关系^[1]。和谐的医患关系,就是指医院与患者及其家属各尽其能、各得其所,以相互关爱、服务社会为主题,注重人与人的心理和谐,加强人文关怀和心理疏导,和谐相处的一种法律关系。中国的医患关系从总体上来看是和谐的,但是在和谐的大局之下也存在着不和谐。影响医患关系不和谐的因素是多方面的,如医疗卫生资源不足,患者“看病难、看病贵”,医疗服务态度不好,患者知情同意权未得到充分的实现,医闹现象的存在等。

2 医患关系不和谐产生的原因

2.1 “看病难、看病贵”仍然是医患关系紧张的主要原因之一

“看病难、看病贵”不仅是一个热门的民生问题,也仍然是医患关系紧张的主要原因之一。“看病难、看病贵”不是字面意义上所表达的患者生病就医难、看病贵,而是生病到大医院就医难、看病贵。造成这种局面,主要有 3 个因素:(1)政府投入不足、公立医院市场化;(2)医疗资源分布不均、患者对中小医疗机构不信任;(3)形成以药养医局面,导致公立医院失去了公益性质。根据卫生部第 4 次国家卫生服务调查(以下简称为调查),在乡镇卫生院卫生技术人员中,中专及以下和没有学历的人员比例达到 63%,村级卫生组织中这一比例高达 90%,其中 1/3 村医没有学历;人才下不去,也留不住,没有真正形成农村基层培养适宜人才的有效途径。

因此在这三方面原因中,医疗资源分布不均,患者对中、小医疗机构不信任又是重中之重。由于医疗资源相对不平衡,一、二级医院的软硬件较三级医院及专科医院相对匮乏,一旦患疑难杂症或重病,都想到三级医院及专科医院诊疗,而三级医院及专科医院不但要接收本市城保及自费患者的诊疗,还要接收全国各地慕名而来的患者诊疗需求,往往挂专家门诊一号难求,住院床位排长队、找后门的现象非常普遍,造成看病难^[2]。

2.2 医患沟通不足,对医患关系的和谐起到反作用 近年来随着人们对生命健康权重视程度和维权意识的提高,医患之间的纠纷数量呈现逐年增长的趋势。根据重庆市某三甲医院的

总结报告,医患之间的纠纷引起的原因有医患沟通不足、医务人员的技术不到位、患者无理取闹、医疗质量问题、后勤管理问题、医疗工作者责任心问题等方面。2007~2009 年该医院的行政部门接待了有效投诉共 88 例,其中因为医患沟通不足引起的有效投诉占了 30 例,约占总例数的 34%,位于第 1 位。在处理这些投诉的时候,绝大多数投诉经行政部门工作人员与患者及家属交流、解释、充分沟通达成一致,圆满解决,少数的投诉转化为纠纷,因各种原因申请了医疗事故技术鉴定。

医患之间产生矛盾,原因有 3 个方面:(1)患者不能适应环境、体制的改变,对现在的科学技术所处的状态还不太完全了解,在治疗过程中,认为所有的疾病,只要到了医院就都可以顺利治疗,期望值过高;(2)医院的服务态度与服务过程存在问题,繁琐的手续容易让患者产生不满情绪;(3)对医疗水平的认识有差距,医护人员在医学上能接受患者所患疾病出现的各种并发症,而患者及家属则难以接受。作者认为,医患沟通不足也和目前的基本国情是相关的,中国现阶段根本矛盾就是生产力和生产关系的矛盾,即不断增长的物质需求和落后的生产力之间的矛盾。现阶段,中国的医疗卫生资源的缺乏及分布不均,卫生资源配置不合理,全国 80% 的医疗资源集中在大城市,其中 30% 又集中在大医院^[3]。城镇医院的门诊量远远低于该城市三甲医院的门诊量。随着门诊人数的不断增加,大医院的医务人员的工作量非常大,特别是门诊医生,一个门诊医生每天要为几十个患者诊断,并且医患之间信息的不对称,这就很难要求医生达到一对一的服务,有足够的时间让患者充分的了解自己的病情、治疗方案等。

2.3 “医闹”加剧了医患关系的不和谐 “医闹”是指受雇于医疗纠纷的患者方,与患者家属一起,采取在医院设灵堂、打砸财物、设置障碍、阻挡患者就医,或者殴打、跟随医务人员,或者在诊室、办公室滞留等等,通过严重妨碍医疗秩序、扩大事态,给医院造成严重负面影响的形式给医院施加压力,从中牟利,并以此作为谋生手段的人^[4]。由于患者对医学科学发展水平的期望值过高,认为没有医生看不了的病,一旦达不到患者或其家属预期的医疗效果,他们就会把怨气转移到医务人员身上。根据调查发现,26% 的医务人员曾经遭受过患者的语言侮辱或躯体暴力;88% 的医务人员认为工作中有必要防范患者对医疗行为提出质疑和追究。同时山东社科院省情综合研究中心、山东大明经济发展研究中心在对山东省医务人员精神调查中也发现医务人员对自身从事的职业普遍评价不高,高达 78.39% 的医务人员认为医患关系紧张,甚至威胁人身安全。目前关于医患纠纷的处理除了医院的行政部门,还有司法机构,但是对于这些处理平台和处理机构,有些患者或家属认为这些不可信或认为持续的时间太长。一般医患双方出现矛盾之后,患者认

为,他们处于弱势境地:(1)信息的不对称,患者虽感觉治疗有问题,但很难掌握证据,医院永远处于主动;(2)患者面对的常常不是一个医生或一个科室,而是一家财大气粗的医院,难以进行平等的对话;(3)虽然有看似中立的医疗仲裁委员会、事故鉴定委员会、医学会等,可由于利益关系,这些部门与医院走得非常近,很难作出公正的裁决。而且即使作出赔偿的决定,往往数额也非常之少^[5]。患者认为在正当制度中寻求不到公正的救济途径时,就会想到非制度化的“讨说法”途径。因此,帮患者讨说法的“医闹”职业也在这个背景下应运而生。但是从根本上找原因,“医闹”的产生还是和中国现阶段的医疗体制是息息相关的。“医闹”的产生已经严重扰乱了医疗执业环境,干扰了正常的医疗程序,也同时加剧了医患之间关系的不和谐。

3 新医改为和谐医患关系提供了重构的机遇

3.1 加强基层医疗卫生服务体系建设,以增加大医院大城市医患之间的沟通力度 山东社科院省情综合研究中心、山东大明经济发展研究中心在对山东省医务人员精神调查中发现,69.07%的医务人员认为,应加强基层医疗机构建设,充分利用各种医疗资源,引导患者合理分流。《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(以下简称意见)指出:加强基层医疗卫生机构建设,完善农村三级医疗卫生服务网络,发挥县级医院的龙头作用,3年内中央重点支持2000所左右县级医院(含中医院)建设,使每个县至少有1所县级医院基本达到标准化水平。完善乡镇卫生院、社区卫生服务中心建设标准。2009年,全面完成中央规划支持的2.9万所乡镇卫生院建设任务,再支持改扩建5000所中心乡镇卫生院,每个县1~3所。支持边远地区村卫生室建设,3年内实现全国每个行政村都有卫生室。3年内新建、改造3700所城市社区卫生服务中心和1.1万个社区卫生服务站。中央支持困难地区2400所城市社区卫生服务中心建设。这项政策的制定加快了基层医院的发展,加强对基层医院医务工作者的培训,使中国医疗卫生资源分布趋向平衡,全面提高技术水平,缩小城乡卫生的差距,进而也缓解了大医院医生工作的压力,使医患之间有了比以前充裕的时间进行沟通,缓解了紧张的医患关系。

同时《意见》还指出加强医药卫生人才队伍建设,调整高等医学教育结构和规模。加大医学教育投入,大力发展面向农村、社区的高等医学本专科教育。这些政策的实施对构建社区卫生服务、城市医疗卫生网络、合理分级就诊、引导有序就医、利用全科医学服务理念,为促进医学人性化服务特点,促进医患关系起到了很大的作用。

基层医院由于受诸多因素的影响,医院文化建设相对滞后,致使医院内部管理涣散,职工缺乏正确的价值观,缺乏提高医疗质量及管理水平的原动力^[6]。根据调查显示,10%患者认为医疗条件和就医环境差。因此加强基层医院的文化建设,提升医疗质量和管理的水平,用医院的文化治疗疾病、促进健康、促进医患和谐发展。新医改实施之后,打造以责任感为核心的医院文化建设是医院的当务之急。使命是组织存在深层的根本原因,良好的使命应该用来长年指导和激励组织^[7]。通过构建医院文化体系和培育每个医院各自的特色文化内涵,激发职工的责任感,全面提升医院的核心竞争力,从而促进医院可持续发展。在当今医患双方信息不对称的前提下,只有加强以责任感为核心的医院文化建设,才能提升医院的核心竞争力,为构建和谐医患关系做好铺垫。在激烈的市场竞争中,现代医学模式给医院带来的既是机遇也是挑战,无论是对医院的管理还

是如何处理医患关系,都必须始终贯彻“以患者为中心”的宗旨,实行人性化服务,让单纯的医学技术能与心理健康和人文关怀相结合,从而建立起一种全方位的治疗体系,使医院在整个社会发展过程中能持续保持着旺盛的生命力^[8]。因此,在构建医院文化体系的同时,还要将医院的管理与现在的医学模式相结合,不断地改善并且提高医疗的服务质量,与时俱进,与社会发展同步。

3.2 拓宽医疗保障覆盖面,为解决“看病贵”的问题做好铺垫

《意见》指出:3年内城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗参保(合)率均达到90%以上;城乡医疗救助制度覆盖到全国所有困难家庭。2010年各级财政对城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的补助标准提高到每人每年120元。做好医疗保险关系转移接续和异地就医结算服务。完善医疗保障管理体制机制,有效减轻城乡居民个人医药费用负担。现行医保政策的制定有效减轻居民就医费用负担,关系到广大人民群众的身体健康和切身利益,解决了“看病贵”的问题。

未来的医疗关系将发展为医疗机构、医保机构、患者之间的三角关系。患者参加医保,医疗机构给患者看病所需要的部分费用将由医保机构承担。并且医保机构参与到医疗之中也加强了对医院的监督作用。医保经办机构将各医院的门诊均次费用、住院均次费用、平均住院床日费、单病种控制平均费用等定期向社会公布,引导参保职工择优治疗,促进各医疗机构公开、公平竞争,不断提高服务质量和水平,有效抑制医疗费用不合理增长^[2]。关于目前医疗行业确实存在的问题,作者认为可以通过医改、保障制度,并且不断的健全完善各种法律制度,如建立第三方调解机制,形成以社会保险为主、商业保险为辅、医疗救助兜底的医保体系,建立很好的赔付系统和医疗安全系统,培养技术更扎实、责任心更强的医务人员,同时积极发挥社会文化的作用,将社会文化与医院文化紧密地结合起来,促进更加和谐的医患关系。

3.3 增强相关法律制度的完善,保障医生与患者各自的权利

《意见》提出了建立健全医药卫生法律制度。随着医院和患者之间关系在形势和内容的变化以及中国法律的日臻完善,医事法律关系制度也需要在内涵和外延上进一步的完善。特别是目前“医闹”职业的存在,更是加剧了医患关系之间的恶化。而中国目前关于医疗责任侵权方面的法律还不是很完善,在中国现行的医疗立法之中,《医疗事故处理条例》规定了医院应当如实向患者或其家属告知病情、医疗风险等信息,中国的《执业医师法》、《医疗机构管理条例》规定了医生要向患者或其家属说明并取得同意,而根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定,在无法取得患者意见,又无家属或关系人在场,或者遇到其他特殊情况时,主任医师在取得医疗机构负责人或者被授权负责人员的批准后实施。这几个法律法规的冲突无论是对患者还是对医院都是不能很好地保护各自的权益。因此作者认为,随着患者维权意识的增强,政府要尽快在原来医疗法律的基础上,依照实践处理医疗纠纷过程所遇到的问题,总结经验,出台一些能够完善现行法律法规的制度,实现真正意义上的有法可依;并且建立一个比较有公信力的,双方都能够接受的机构或部门,对医疗纠纷采取公平、公正的态度解决。正确的引导患者及家属走正规途径维护自己的合法权益,严厉打击“医闹”,对目无法纪的闹事分子,依法处理,以儆效尤,给患者一个安静的就医场所,也同时给医院一个安全的工作环境。

综上所述,目前医患之间纠纷发生的主要原因有医患之间

沟通不足、相互不信任、医务人员的技术不到位、患者无理取闹、医疗质量问题、相关法律制度不完善等方面,而新医改方案的制订则主要是围绕解决患者“看病难、看病贵”,医疗资源分布不均,以药养医等问题进行了政策上的调整和制度上的改革。因此新医改政策的落实到位可以从根本上为构建和谐医患关系提供坚实的保障。

参考文献:

- [1] 王大壮,田侃.我国医患关系现状刍议[J].卫生软科学,2009,23(5):571-573.
- [2] 沈凤萍.“看病难、看病贵”的原因分析及其对策[J].中华现代医院管理杂志,2010,8(1):44-45.
- [3] 卢仲毅.加强医患沟通 构建和谐医患关系[J].重庆医学,2006,35(2):103-105.

- [4] 叶丰艳.对“医闹”现象的反思[J].中外健康文摘,2008(2):137.
- [5] 高璟恒,张蝶翌.针对我国现阶段“医闹”现象的思考[J].工会博览·理论研究,2009(10):61.
- [6] 肖杰.抓住重点推进基层医院文化建设[J].基层医学论坛,2010,14(9):10001,251.
- [7] J·杜拉斯,J·波拉斯.基业长青[M].真如,译.北京:中信出版社,2006.
- [8] 俞岚,李经辉.现代医学模式下的医患关系和医院管理[J].重庆医学,2007,36(1):43-44.

(收稿日期:2011-03-11 修回日期:2011-07-25)

分级过程管理策略对于防范医疗纠纷的作用

杨中良,王乃玲,董鹤萍,周怡,李剑,刘卫东[△]

(上海市浦东新区浦南医院 200125)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.35.045

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2011)35-3634-02

近年来,各级医院的医疗安全状况一直不容乐观,医疗纠纷日趋增多,医院补偿额越来越大^[1]。因此探索有效的防范对策以减少医疗纠纷的发生,显得非常必要。本研究结合国内外先进经验^[2-6],建立分级过程管理策略(graded process management protocol, GPMP),用于医院医疗安全的管理,研究 GPMP 对医院医疗安全系数(medical safety coefficient, MSC)、医疗纠纷发生率、有害纠纷^[3]和危机事件发生率的影响,并与传统管理方法比较,探索 GPMP 在减少医疗纠纷、促进医疗安全建设方面的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为 2008 年 1 月至 2009 年 12 月本院开设病房的 23 个临床科室。以 2008 年 1~12 月 23 个临床科室及医院住院患者医疗安全状况为对照组,2009 年 1~12 月实施 GPMP 后各临床科室及医院住院患者医疗安全状况为干预组。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用医疗缺陷管理与医疗纠纷处理相结合的管理策略,以医疗缺陷管理和医疗质量管理为重点。严格执行交接班、值班、首诊负责制、三级查房、危重疑难死亡病例讨论、病历书写、知情告知、手术审批、术前讨论等核心医疗制度。

1.2.2 干预组 在对照组处理的基础上,对临床科室实施 GPMP。每季度对 23 个临床科室评估 MSC,并以《预警信息图》^[3]形式在院内网上公示,并实行分级管理(表 1)。具体防范干预措施如下:(1)医务科“包保”制度:是指定医务科每人“包保”3~5 个临床科室,定期与相关科室沟通,督促各项防范措施的落实。(2)“危险源”^[3]监测,是指定期对各临床科室测评“危险源”,由科室自评和医务管理部门相结合,及时发现缺陷,并加以纠正。“危险源”包括脱岗/惰岗、操作规范不明确、组织混乱/不严密/缺逐级管理、医疗核心制度执行力低下、滥用药物隐患、无菌操作/消毒隐患、医护不协调、沟通失误等 23 项。每项按存在与否及严重程度进行评分,相加后取平均值即为危险源评分,范围为 0.1~1.0 分,评分越高,危险度越低。(3)医疗安全讨论会,是指医务科督促并参加临床科室定期举行医疗安全专题讨论会,总结经验教训,督促制定具体的整改措施,注重落实。(4)“五个重点”监测,是指对医疗纠纷易发的重点岗位、重点医生、重点时段、重点患者和重点病种的监测,加强重点医生的重点教育和外出培训,加强责任意识和风险意识。(5)严格奖惩机制,发生医疗纠纷的当事人应承担相应的责任,对于能及时处理高风险重点患者且避免医疗纠纷者,给予一定的表扬和奖励,并与年终考核、晋升、晋级密切挂钩。

表 1 GPMP 的具体管理措施

防范级别	MSC	警告类别	医务科“包保”沟通	“危险源”测评	医疗安全讨论会	“五个重点”监测
I 级	<0.3	“红色”,医疗安全状况恶化,安全风险极大,事件频发	1 周 1 次	2 周 1 次	2 周 1 次	1 周 1 次
II 级	<0.6	“橙色”,医疗安全状况不佳,医疗风险较大,事件较多	2 周 1 次	4 周 1 次	4 周 1 次	2 周 1 次
III 级	<0.9	“黄色”,医疗安全状况临界线,存在医疗安全隐患	4 周 1 次	6 周 1 次	6 周 1 次	4 周 1 次
IV 级	≥0.9	“绿色”,医疗安全状况良好	8 周 1 次	12 周 1 次	12 周 1 次	12 周 1 次

[△] 通讯作者, Tel:18930502999; E-mail:liuwdpn@tom.com。