

医患安全现状与面临的挑战及对策

宁夏医科大学总医院 王振海

一、医患纠纷的现状与原因分析

1、纠纷现状：

近年来，医患关系日趋紧张，医患矛盾日趋激化。依据中国《医患关系调研报告》显示：将近 3/4 的医师认为自己的合法权益不能得到保护，认为当前医师执业环境“较差”和“极为恶劣”的达 60%之多。每家医院平均每年发生医疗纠纷 66 起，发生患者打砸医院事件 5 起以上。

据中华医院管理学会调查统计，2006 年全国医疗纠纷共 10248 件，2009 年 16448 件，2010 年 17243 件，2013 年上升到 70000 件。

医疗纠纷的发生率平均每年上升了 22.9%，2013 年增长了 47.5%。2013 年全国医疗诉讼 7 万件，每年医疗差错致死估算>100 万人，96%的医院的医务人员遭到过谩骂、威胁（平均次数从 20.6 次上升到 27.3 次），发生暴力伤医的医院比例增加 16%（47.7%升至 63.7%），年发生 6 次以上暴力伤医的医院比例翻了近 1 倍（4.5%升至 8.3%）。

日趋紧张的医患关系严重冲击着医疗服务市场，医护人员流失现象越来越严重，转行的逐年增多。中国医师协会第四次医师执业状况调研报告显示，医师不希望子女学医的比例不断上升：2002 年为 53.96%，2009 年为 62.49%，2011 年为 78.01%。

2、原因分析

（1）外在因素：

随着社会发展，城乡居民医疗服务和健康需求呈现多层次、多元化特点，加剧了医疗卫生资源的供给和需求之间的矛盾。据卫生部最新数据显示，中国人口数量占世界 22%，而医疗卫生资源仅占世界的 2%。另外，医疗资源配置不合理，80%的医疗资源集中在大城市，其中 30%又集中在大医院。在地区之间、城乡之间有着很大的差距，医疗资源配置东部高于西部，城市优于农村。

医疗服务能力、水平和质量在地区间、城乡间和机构间差异很大，城市基层和农村医疗服务能力弱，难以解决群众看病就医问题，是群众反映

“看病难”和“看病贵”的主要原因。

“看病难”原因：我区的医疗资源城乡分布不平衡，有些疾病在基层不能解决；疾病的诊疗能力在地区间、城乡间和机构间存在差异；群众的看病要求不断提高，在没有实现分级医疗格局的情况下，大量病人进入大医院，导致了“看病难”的问题。

“看病贵”原因：主要问题在于个人支付比例比较高；诊疗技术发展迅速，在医疗保障事业相对滞后的情况下，享受现代医学的成果是昂贵的；不合理和不规范的诊疗和用药现象依然存在。

（2）内在因素：

1) 自我保护意识与过度医疗。

在诊疗过程中，大部门医生都存在自我保护意识。医生为了将医疗风险降低最低，会出现一些过度检查和过度医疗行为，导致患者经济负担加重，医患关系恶化。

2) 医患沟通欠缺与超负荷劳动。

传统的医学教育只注重医学技能的教育而忽视了人文教育。导致一些医务人员人文修养欠缺，对患者缺乏耐心和同情心，责任心不强，服务态度不好。相关调查结果显示，患者认为影响医院服务质量的所有因素中，医务人员医疗水平不高仅占 29.96%，而责任心不强占 45.97%，服务态度占 16.47%。

3) 技术水平有限与医学教育。

一些医务人员技术水平不高，缺乏临床经验，出现漏诊、误诊，对一些药物的应用指征、方法、禁忌症及配伍禁忌等不熟悉，引起医疗纠纷。

（3）患方因素：

1)、医患沟通缺乏。医患之间缺乏直接的沟通。

一方面：愿望相同，交流障碍；另一方面：美好愿望，残酷现实。

2)、制度保障不力。主要为政府投入不足和医疗保障制度不健全、医院的管理和服务水平不高以及患者维权意识增强并对医学的期望值过高。

- 3)、医疗体制问题。患者的权益和医方的利益。
- 4)、医疗职业的风险性。医护人员自觉沟通情况较差、工作压力较大和职业风险较大等因素。
- 5)、媒体的推波助澜。重点是失实的媒体炒作也是医患纠纷迅速增加的一个原因。

二、医疗工作的特殊性或面临的挑战

- 1)、医学技术的复杂性：医学是一门尚未研究透彻的最复杂的学科, 医生对患者做出的诊断和治疗方案, 只能以“概率”来表达，目前对许多疾病的认识、诊治能力，尚未达到医疗服务的实际需要。
- 2)、医疗过程的高风险性：每种药物都有毒副作用，而且在不同的人身上有完全不同的表现，没有特定规律，难以防范。
- 3)、医疗诊疗效果的不确定性：医学对疾病的认知是一个循序渐进的过程，疗效受专业分工、科技水平及个体差异等条件的限制，因此，医疗是一种专业性极强，有风险的特殊服务，不可能“三包”服务。
- 4)、医疗操作技术的滞后性：医疗操作技术是在临床实践工作中不断修正的，一个创新的诊断或治疗，都要经过一定时间的临床验证后，才能写进常规技术。
- 5)、医疗过程存在着安全隐患：医务人员毕业后教育、培训滞后，在校所学知识与实际工作差距大，整体素质和技术水平有待提高；有些医务人员对患者安全意识和责任心不够强，导致医疗事故或差错时有发生；同时由于近年来的不良商业行为，存在着不合理用药，尤其是滥用药物等安全隐患问题。
- 6)、国家保障机制不健全：国家对走进市场经济的医院没有实施经济补偿的机制，使医院在救死扶伤的同时要设法养活自己。部分不合理的医保政策、“三五病人”救治等费用需要医院买单，无疑使医患矛盾激化。
- 7)、社会新闻报道的误区：新闻媒体对医疗事件的关注和监督，有促进作用，但也不可忽视“卖点”的负面效应，削弱了医疗机构、卫生行政部门在医疗纠纷调解中的权威性，促进了医疗纠纷的激化。新闻媒体的商业化广告多，科普教育少，破坏广大公众正确看待医学和识别信息的能力。

8) 政府或政法系统迫于社会舆论的压力、病人家属无理取闹、甚至以各种手段威胁，要求院方承担巨额赔偿, 这种妥协，破坏了社会公序良好的基本规则。

9) 医学上的四大误会

医学上的第一个误会是：把治疗和治愈联系在一起。其实，有史以来，有文字记载的疾病有几千种（由于疾病谱的变迁，有些疾病现在已没有了），真正有确凿证据治愈的只有 42 种。这让我想起在撒拉纳克湖畔，特鲁多医生墓碑上的名言：“有时是治愈；常常是帮助；总是去安慰”。医学本身在认识和方法上的局限性是一些医生讳疾忌医的。

医学上的第二个误会是：所有的病（甚至症状）都需要治疗。这或许是观念上的问题，或许是医疗市场的需求，总之，医学发展到今天，附带着太多的过度医疗。其实，有些病症没有必要去治疗，也许不治疗就是最好的办法。因为上帝给生物体预备的一些所谓的“症状”是保护性的。

医学上第三个误会是：医学与人文的分离。目前的医学过于依赖和相信技术，“技术至上”导致医患距离的增大。其实，医学从来都没有与文化分开过。宗教、哲学、教育、社会、经济等任何能决定一个人生活态度的东西都会对其个人的疾病倾向发生巨大影响。威廉·奥斯勒说：医学实践的弊端在于历史洞察的贫乏，科学与人文的断裂，技术进步与人道主义的疏离。

医学上第四个误会是：把疾病看成是一个完全有害的生物过程。其实，疾病只不过是生物体对异常刺激作出的异常反应的总和。它是进化适应的一种显现。疾病（至少一些慢性病）对人类的延续或许是有益的。对个体而

言，西格里斯特说的好：疾病不仅仅是一个生物过程，而且还是一段经历，它很可能是一段刻骨铭心的经历，对你的整个一生都有影响。

10) 医学≠科学

医学是什么？目前没人能给出具体的答案。医学充满了科学和哲学，但医学不是单纯的科学，也不是纯粹的科学，还包括社会学、人类学，法学，心理学等等。一切与人类相关的学问都可以纳入医学。医学的发展早于科学，科学是 1500 年前，一部分地球人发明的一个名词叫 Science，以后成为了一种方法学，我们不能用一个方法学来要求所有的方法学，同样不能用科学来要求医学。

医学的积淀和需求催生了科学，科学的研究对象是物，所以要格物致知，医学的研究对象是人，所以要知人。科学研究的目的是寻找普遍性，放之四海皆准，要求 100%和 0%的结果，而医学是 0%-100%之间所有的可能性都有。这就复杂的多了。

医学包含科学，但却有着比科学多得多的东西。例如，希波克拉底曾经说过，医生治疗疾病三大法宝：语言、药品、手术刀。语言是排在第一的。同样是肿瘤，有三种方式表达：1. 你得了癌，要手术 2. 你得了癌，要化疗 3. 你得的是慢性疾病，需要慢慢治疗，姑息治疗。大家觉得哪种更好呢？

三、纠纷典型案例

1、告知义务未履行

患者陈××，男，42 岁，2012 年 12 月 10 日以“剑突下疼痛 20 余天，伴有间断恶心、呕吐，自述快步行走时以上症状加重”就诊门诊消化内科，门诊给予行胃镜检查。检查后出现胸闷、气短、大汗、烦躁等症状，经抢救无效死亡。死亡诊断为“心脏骤停，原因待查”。

诉讼后经鉴定认为：1. 医院在未行鉴别诊断的情况下，给予被鉴定人陈国斌行胃镜检查的医疗行为不符合医疗规范。2. 根据被鉴定人病史及症状，应考虑到心血管方面疾病的可能，首选无创的相关检查进行初步诊断，而不应紧急地行有创的胃镜检查。3. 未签署消化内镜检查知情同意