

学校代码： 10246  
学号： 13210170136

# 復旦大學

## 硕士学位论文 (专业学位)

### 上海三甲医院医患冲突影响因素研究 —以上海 C 医院为例

Study of the effect fraction about the the doctor-patient conflict in  
the third-level grade-A hospital of Shanghai  
—a case study of the C hospital in Shanghai

院 系： 国际关系与公共事务学院  
专业学位类别(领域)： 公共管理  
姓 名： 刘 宇  
指 导 教 师： 顾丽梅 教授  
完 成 日 期： 2015 年 10 月 30 日

## 论文指导小组成员名单

顾丽梅 教授

竺乾威 教授

顾东辉 教授

李春成 教授

黄 钟 高级政工师

文选才 博士

# 目录

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 摘要 .....                  | 1  |
| ABSTRACT.....             | 3  |
| 第一章 绪论 .....              | 5  |
| 第一节、选题的由来与研究意义.....       | 5  |
| 第二节、研究的核心概念.....          | 5  |
| 一、医患关系 .....              | 6  |
| 二、医患冲突 .....              | 6  |
| 第三节、国内外研究现状.....          | 7  |
| 一、国外相关研究现状 .....          | 7  |
| 二、国内相关研究现状 .....          | 8  |
| 第四节、研究方法.....             | 11 |
| 一、文献研究法 .....             | 11 |
| 二、回溯研究法 .....             | 11 |
| 三、数据统计分析方法 .....          | 12 |
| 第五节、本文研究的重点、创新与不足.....    | 12 |
| 第六节、研究的理论基础——博弈论 .....    | 12 |
| 第二章 上海医患关系的现状及发展 .....    | 14 |
| 第一节、我国医患关系的变迁.....        | 14 |
| 一、古代医患关系的萌芽阶段 .....       | 14 |
| 二、近代医患关系的过渡阶段 .....       | 14 |
| 三、现代医患关系的变革阶段 .....       | 15 |
| 第二节、上海医患关系的现状.....        | 15 |
| 一、暴力伤医事件越来越频繁 .....       | 15 |
| 二、医患双方信任度下降 .....         | 16 |
| 三、医学防御与医学职业倦怠 .....       | 16 |
| 第三节、上海医患冲突成因及危害.....      | 17 |
| 一、医患冲突的成因 .....           | 17 |
| 二、医患冲突的危害 .....           | 19 |
| 第三章 上海某三甲医院医患冲突分析 .....   | 21 |
| 第一节、上海三甲医院医患冲突的共性与差异..... | 21 |
| 一、上海三甲医院医患冲突的共性 .....     | 21 |

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 二、上海三甲医院医患冲突的差异 .....         | 21 |
| 第二节、上海某三甲医院医患冲突现状及成因.....     | 22 |
| 一、年度分布 .....                  | 22 |
| 二、学科分布 .....                  | 23 |
| 三、患者的相关情况分布 .....             | 26 |
| 四、医方的相关情况分布 .....             | 29 |
| 五、医患冲突的成因 .....               | 30 |
| 六、发生冲突后的解决方式情况 .....          | 31 |
| 七、医患冲突的级别 .....               | 32 |
| 八、医患冲突处理的时间 .....             | 33 |
| 九、医患冲突帕累托图分析 .....            | 33 |
| 第三节、上海某三甲医院医患冲突等级影响因素分析.....  | 34 |
| 一、人口统计学指标单因素分析 .....          | 34 |
| 二、疾病因素分析指标单因素分析 .....         | 35 |
| 三、医患冲突医方因素单因素分析 .....         | 36 |
| 四、医患冲突患方因素单因素分析 .....         | 38 |
| 五、医患冲突等级的 Logistic 回归分析 ..... | 40 |
| 第四节、上海某三甲医院典型案例及成因分析 .....    | 41 |
| 第四章 国内外化解医患冲突的经验与启示 .....     | 45 |
| 第一节、国内化解医患冲突的经验.....          | 45 |
| 一、加强医患沟通 .....                | 45 |
| 二、提高医疗服务质量 .....              | 45 |
| 三、加强医德教育和服务文化建设 .....         | 45 |
| 四、发挥媒体的正面宣传作用 .....           | 45 |
| 第二节、国外化解医患冲突的经验.....          | 46 |
| 一、美国化解医患冲突的经验 .....           | 46 |
| 二、日本化解医患冲突的经验 .....           | 46 |
| 三、英国化解医患冲突的经验 .....           | 47 |
| 四、德国化解医患冲突的经验 .....           | 47 |
| 第三节、国内外化解医患冲突的启示.....         | 48 |
| 一、微观层面得到的启示 .....             | 48 |
| 二、宏观层面得到的启示 .....             | 48 |
| 第五章 化解上海三甲医院的医患冲突的对策 .....    | 50 |

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 第一节、化解医患冲突的医方因素.....            | 50 |
| 一、加快医生多点执业的建设，提高医务人员的临床技能 ..... | 50 |
| 二、加强医务人员沟通能力 .....              | 50 |
| 三、建立有效的医疗质量控制措施 .....           | 50 |
| 四、健全医患冲突的应急预案机制 .....           | 51 |
| 五、转变教育理念，实现医务人员的精英化培养 .....     | 51 |
| 第二节、化解医患冲突的社会因素.....            | 52 |
| 一、促使医院公益性的回归 .....              | 52 |
| 二、完善医疗卫生法律，发挥第三方调解作用 .....      | 52 |
| 三、加强舆论的正面宣传与引导 .....            | 52 |
| 四、建立医患冲突第三方咨询机构 .....           | 52 |
| 五、健全我国的医疗保险体制 .....             | 53 |
| 结论与展望 .....                     | 54 |
| 参考文献 .....                      | 55 |
| 附表 .....                        | 57 |
| 致谢 .....                        | 61 |

## 图表目录

|      |                                       |    |
|------|---------------------------------------|----|
| 图 1  | 2012-2014 年医患冲突数量年度分布.....            | 22 |
| 图 2  | 2012-2014 年医患冲突患者籍贯构成.....            | 26 |
| 图 3  | 2012-2014 年医患冲突患者性别构成.....            | 26 |
| 图 4  | 2012-2014 年医患冲突级别构成.....              | 32 |
| 图 5  | 2012-2014 年医患冲突原因帕累托图分析.....          | 34 |
|      |                                       |    |
| 表 1  | 2012-2014 年各学科医患冲突数量分布.....           | 23 |
| 表 2  | 2012-2014 年外科医患冲突数量分布.....            | 23 |
| 表 3  | 2012-2014 年内科医患冲突数量分布.....            | 24 |
| 表 4  | 2012-2014 年专科医患冲突数量分布.....            | 25 |
| 表 5  | 2012-2014 年辅诊科室医患冲突数量分布.....          | 25 |
| 表 6  | 2012-2014 年医患冲突患者年龄分布.....            | 27 |
| 表 7  | 2012-2014 年医患冲突患者的文化程度分布.....         | 27 |
| 表 8  | 2012-2014 年医患冲突患者医保类型.....            | 28 |
| 表 9  | 2012-2014 年医患冲突患者疾病类型分布.....          | 28 |
| 表 10 | 2012-2014 年医患冲突疾病治疗效果分布.....          | 29 |
| 表 11 | 2012-2014 年医患冲突主诊医生职称情况分布.....        | 29 |
| 表 12 | 2012-2014 年医患冲突主诊医生工作年限分布.....        | 30 |
| 表 13 | 2012-2014 年医患冲突发生的医方原因.....           | 30 |
| 表 14 | 2012-2014 年医患冲突患方原因分布.....            | 31 |
| 表 15 | 2012-2014 年医患冲突解决方式分布.....            | 32 |
| 表 16 | 2012-2014 年医患冲突事件处理时间分布.....          | 33 |
| 表 17 | 2012-2014 年医患冲突患者性别单因素分析.....         | 35 |
| 表 18 | 2012-2014 年医患冲突患者籍贯单因素分析.....         | 35 |
| 表 19 | 2012-2014 年医患冲突患者疾病分类单因素分析.....       | 35 |
| 表 20 | 2012-2014 年医患冲突患者治疗效果单因素分析.....       | 36 |
| 表 21 | 2012-2014 年医患冲突医生违反诊疗常规单因素分析.....     | 36 |
| 表 22 | 2012-2014 年医患冲突医生诊治不及时单因素分析.....      | 37 |
| 表 23 | 2012-2014 年医患冲突医生对病情评估不足单因素分析.....    | 37 |
| 表 24 | 2012-2014 年医患冲突医生经验不足单因素分析.....       | 37 |
| 表 25 | 2012-2014 年医患冲突医生技术不足单因素分析.....       | 38 |
| 表 26 | 2012-2014 年医患冲突患者住院时间单因素分析.....       | 38 |
| 表 27 | 2012-2014 年医患冲突患者对医疗行为存在误解的单因素分析..... | 39 |

|      |   |    |
|------|---|----|
| 表 28 | 2012-2014 年医患冲突患者言语威胁医生单因素分析.....         | 39 |
| 表 29 | 2012-2014 年医患冲突等级影响因素的 LOGISTIC 回归分析..... | 40 |

---

## 摘要

近年来,我国医患冲突频繁发生,伤医、杀医等恶性事件时有发生。缓解医患矛盾,构建和谐医患关系是我国卫生部门急需解决的问题。本研究通过对上海某三甲医院 2012-2014 年发生的医患冲突案例中的医患双方的有关情况进行分析,找出该院发生医患冲突的成因,结合国内外医患冲突的化解经验,探索出上海三甲医院医患冲突的化解对策。

本文通过 CNKI、维普等中外文数据库进行文献检索,同时整群抽取医院 2012-2014 年所有发生医疗纠纷的案例,按照设计好的调查表逐个分析案例。采用的方法:(1)采用描述性统计方法对医患冲突发生的年度分布、科室分布以及医患双方的分布等进行分析。(2)采用帕累托图分析法对该院发生医患冲突的原因进行分析。(3)运用 SPASS 软件,采用单因素分析以及 Logistic 回归分析,得出该院医生需要重点关注的引起医患冲突的因素。

我们得出的结果如下:(1)该院医患冲突发生率呈每年下降的趋势,男性患者发生医患冲突的比例与女性患者相当,中老年患者医患冲突的发生率大于青壮年医患冲突的发生率,医患冲突主要发生在外科科室占 62.7%,其中骨科发生医患冲突的比例最高,占 44.57%。该院解决医患冲突的主要方式是协商解决。外地患者发生医患冲突的比例高于本地患者发生医患冲突的比例。发生医患冲突的医方原因占比最高的是告知不足、其次是病历书写缺陷,患方原因占比最高的是患者及家属对医疗行为存在误解。经 Logisitic 回归分析,医生对突发事件的处置经验不足、医生违反诊疗常规、疾病的治疗效果有统计学意义。针对发现的问题提出相应的对策。

由此得出以下结论该院近三年医患冲突的数量逐年下降。说明医院的医患冲突防范工作有了进展,但每年医患冲突发生的案例居高不下,还需要进一步讨论深层次的原因。外科是发生医患冲突最多的科室,其中以骨科发生比例最高。医患冲突发生的原因是多种多样的,本研究中,医患冲突高发的医方原因是:告知不足、突发事件处置经验不足、技术水平不足、病情评估不足、病历书写缺陷;患方因素包括患者对医疗行为存在误解、患者对疾病的预期高。其中突发事件处置经验不足、医生违反诊疗常规、疾病的治疗效果是日常工作过程中要重点关注的三个因素。上海三甲医院化解医患冲突的对策是加快医生多点执业的建设,提高医务人员临床技能,加强医务人员沟通能力,建立积极有效的医疗质量控制机制,健全医患冲突的应急预案,转变理念实现医务人员精英化培养;社会方应该作为的努力是促进医院公益性的回归,健全我国医疗保障体制,完善医疗卫生法律法规,发挥第三方调解作用,加强舆论的正确宣传与引导。

**关键词:** 医患冲突 影响因素 经验与启示 化解对策

---

中文图书分类号 R19

---

## Abstract

**Objective :** In recent years, conflicts between doctors and patients have occurred frequently, injuring and killing doctors and other serious incidents have occurred sometimes. To ease the doctor-patient conflicts, build a harmonious doctor-patient relationship is of urgent problems in the health sector. This study analyzed the doctor-patient conflict cases, that occurred in some hospital of Shanghai from 2012 to 2014, it was to investigate the hospital nearly three doctor-patient relationship may exist factors, high factor analysis, propose appropriate countermeasures to prevent medical disputes.

**Methods:** Literature search by CNKI, VIP and other foreign language database, while cluster sampling all medical malpractice cases from 2012 to 2014, study cases one by one according to the designed questionnaire. **Methods:** (1) Use descriptive statistics for the annual distribution of doctor-patient conflict, department distribution and the distribution of both doctors and patients to analyze. (2) Use Pareto Diagram Analysis to analyze the causes of conflict between doctor and patient. (3) Use SPASS software, univariate analysis and Logistic regression analysis to confirm factors of hospital doctors need to focus on.

**Results:** (1) The incidence of doctor-patient conflict showed a downward trend, the number of medical disputes about male patients is greater than the number of medical disputes about female patients, the incidence of medical disputes about elderly patients more than young adults. The incidence of doctor-patient conflict occurs mainly in surgical departments accounted for 62.7%, the highest proportion among orthopedic, accounting for 44.57%. My main hospital to resolve the conflict between doctors and patients is a negotiated settlement. Accounting for foreign patients is higher than local patients. The medical reasons accounted for the highest occurrence of conflicts between doctors and patients is the lack of informed, followed by defective medical records, patient side reasons for the highest proportion of patients and their families is a misunderstanding of the medical act. Lack of experience, the doctor violate conventional treatment, treatment of the disease is statistically significant. Propose appropriate countermeasures for the problems identified.

---

### **Conclusion:**

1. Studies show that the number of conflict between doctors and patients nearly three years is declining in this hospital. It describes that prevention work of physician-patient conflict in hospital has been progress, but the doctor-patient cases per year has high incidence, the further discussion of the deep-seated reasons is need.

2. Surgery is the departments that the doctor-patient conflicts occur most, including the orthopedic has the most incidence.

3. The reasons cause doctor-patient conflicts are varied, In this study, the medical side of the reasons is the high incidence of medical disputes: Insufficient inform, lack of experience, lack of skills, lack of condition assessment, medical writing defects; the side of patient factors including the patient misunderstanding of medical practices, patients with diseases of high expectations.

4. The doctors lack of experience, the doctor violate conventional treatment, treatment of the disease are the three factors that daily work process should focus on.

5. The method resolve the conflict between doctors and patients is to increase the preparation strategies , improve clinical skills of medical personnel, strengthen communication skills of medical persone, establish positive and effective medical quality control mechanism, improve the doctor-patient conflict contingency plans; social aspects should serve as the efforts to promote return nonprofit hospitals, improve our health care system, improve the health care laws and regulations, strengthen third-party mediation to play a role in strengthening the correct guidance of public opinion and propaganda.

**Key words :** Doctor-patient conflict    Influence factor    Experience and enlightenment    Eliminate countermeasure

**CLC: R19**

---

# 第一章 绪论

## 第一节、选题的由来与研究意义

医患关系是医疗人际关系中最重要最具特点的关系,和谐医患关系是一切医疗活动的基础,也是建构和谐社会的基本条件<sup>1</sup>。李克强总理在《不断深化医改,推动建立符合国情惠及全民的医药卫生体制》一文中提到:医改和卫生事业的发展离不开社会的理解与支持,要充分发挥广大人民群众在医改和卫生事业发展中的能动作用,鼓励社会资源投入医改和卫生事业发展,引导社会舆论宣传医改和卫生事业发展,营造尊重医学、尊重医务人员的社会氛围,构建和谐医患关系,形成社会各界关心支持医改和卫生事业发展的良好局面<sup>2</sup>。我国历经了30年的改革之路的同时社会也在发展,医疗卫生事业取得了较大的进步,但人们的价值观念、法律意识也发生了深刻的变化,民众对医务工作者的期望值越来越高,但对其容忍度却越来越低,医患之间的信任度下降,医患冲突时有发生,医患关系紧张成为一个全行业性的问题<sup>3</sup>。

研究意义:为上海某医院防范医疗纠纷提供依据,为进一步建立医疗纠纷提前干预指标奠定基础。研究医患冲突的影响因素,预防和控制医患冲突的发生,有助于维持医院经营稳定,减少因医疗纠纷所致的费用开支,提高工作效率和经济效益,同时也有助于减少医务人员对医疗纠纷的恐惧与忧虑,调动医务人员的积极性与创造性。因此,我们必须深入加强对医疗纠纷的研究,以便及时发现医疗服务中潜在或已有的风险,为医疗风险的预控提供依据,保证医院的正常运行。以达到维护医患双方的共同利益,提高医疗服务质量的目的<sup>4</sup>。短期可预防冲突的发生,降低可能引发的消极后果,长期可强化人文素养,营造和谐环境。

## 第二节、研究的核心概念

医史家西格里斯特曾说过“...每一种医学行为始终涉及两类当事人:医生和病人或者更广泛的说医学团体和社会,医学无非是这两群人之间多方面的关系。”研究医患冲突首先要明确什么是医患关系,医患关系的特点是什么<sup>5</sup>。随着社会整体科技的进步,创新药物的发明,新的诊疗技术的出现,先进的医学检测仪器的制造,医学科技的发展也在突飞猛进,但是医学的核心还是医患两个群体之间的关系。

---

<sup>1</sup>尚俊芳,杨慧,王洪奇. 医患沟通模式的比较研究[J]. 医学与哲学:临床决策论坛版, 2012, 33(9): 71-73.

<sup>2</sup>吕润华. 新医改背景下医生权益保护问题探究[D]. 山东: 山东大学, 2012:

<sup>3</sup>袁占国. 改进医患关系的若干思考[J]. 中国卫生资源, 2006, 9(5): 200-201.

<sup>4</sup>孙楠. 医疗纠纷影响因素分析与干预研究[D].上海: 第二军医大学, 2009:

<sup>5</sup>胡如新. 和谐医患关系视角下医院文化建设研究[D]. 上海: 上海交通大学, 2009:

---

## 一、医患关系

医患关系是指医疗活动中医生与患者之间的关系，是各种医疗人际关系中，最基本最活跃的关系。目前医患关系有狭义和广义的两种定义，所谓狭义的医患关系是特指医生与患者之间相互关系。广义的医患关系是指在治疗或缓解患者疾病过程中，以医生为主的群体与以患者为中心的群体所建立的相互关系。本文对医患冲突的研究就是建立在广义的医患关系的基础上，“医”是指医生、管理、护理、医技等各类医务人员，“患”是指与“医”相对应的医疗服务接受者，包括患者及其家属。医方只有全面认识患方，同时患者也要真正的理解医方，良好的医患关系才能被构建。从内容上说医患关系包括技术方面和非技术方面的内容，技术方面指诊疗措施的决定和执行中的这种关系，与医疗手段有关<sup>6</sup>。非技术方面是关于医患交往中的社会、伦理、心理方面，通常所说的服务态度、医疗作用等等<sup>7</sup>。

## 二、医患冲突

医患冲突是医患关系负面发展的产物，医患冲突一般指在诊疗活动过程中病患的生命健康权受到侵害，医方与患方之间在目标、观念、利益或行为期望等方面存在分歧与矛盾，它是医患关系失调或紧张的表现<sup>8</sup>。

根据冲突发生的原因，医患冲突可以分为医源性冲突和非医源性冲突。医源性纠纷是指由于医疗服务提供者方面的原因导致的医疗纠纷，主要包括：一是医疗过失纠纷，包括医疗事故纠纷和非事故医疗过失纠纷；二是医疗故意纠纷，所谓医疗故意，患者方造成损害后果是由于医疗方故意违反其义务造成的。医疗故意，一是指医疗法人故意，如医院私自生产未经药监部门批准、过期的或者国家禁止使用的的药物，造成患者药源性损害；制定违反医德、法律的规章制度，造成急症患者死亡、残疾后果。二是指医务人员故意，如医生故意出具虚假医学证明某人患有某种疾病以或者相关补助或者未经患者同意实施某项新的技术造成患者的身心受损等。三是其它医源性纠纷，这些医疗纠纷主要是由于医务人员的服务态度和语言不当等引发的。非医源性纠纷是指由于患者缺乏医学常识，对医疗意外、医疗并发症、疾病自然转归等情况无法接受而引发的纠纷，因此，医疗纠纷的发生并不以医方存在过错为前提条件<sup>9</sup>。

根据医疗冲突发生的激烈程度，可以将其分为突发型与和缓型两种。突发性医患冲突主要发生在家庭成员极其关注的患者身上，如婴儿、产妇出现突发性、

---

<sup>6</sup>孙金菊. 乡村回族妇女疾病与健康的人类学研究[D]. 兰州: 兰州大学, 2011:

<sup>7</sup>胡如新. 和谐医患关系视角下医院文化建设[D]. 上海: 上海交通大学, 2009:

<sup>8</sup>尚鹤睿, 黄桂佑. 医患冲突的心理成因与调试研究[J]. 医学与社会, 2008, 21(2): 44-44.

<sup>9</sup>王爱青. 基于危机管理的医疗纠纷预警指标体系研究[D]. 北京: 北京工业大学, 2010:

不可逆性的后果后，家属通常表现为围攻医院、殴打医务人员、医院陈尸等。医患人员的医疗技术水平低下以及患者对医疗知识认识的缺陷和法律意识的低下是造成这种医患冲突的主要原因。在患者出现无法救治的情况，而医生也尽全力抢救时，家属情绪没有得到安抚非常激动，而医生觉得自己已经尽力了，所以很容易发生医患冲突。有的医疗纠纷表现形式则比较和缓，如因为医务人员的服务态度、收费、医疗文书、医务人员违反医德规则、患者的无理取闹引起的纠纷<sup>10</sup>。无论是突发型还是和缓型医疗纠纷，虽然在处理措施上会有所不同，但都应该强调纠纷解决的及时性。

### 第三节、国内外研究现状

医患冲突的成因主要体现为“医方、患方和社会”三个方面，**医方因素包括：**医院过度强化经济目标导致的检查和乱收费等不良行为<sup>11</sup>；医院执行制度不严<sup>12</sup>；医护人员技术操作不够熟练；对患者没有足够的理解、态度冷漠；用语不当，缺乏沟通技巧<sup>13</sup>等。这是医务工作者人文教育退步，不能真正适应新医学模式以及社会不良风气在医疗行业的集中体现。**患方因素包括：**很多患者及其家属对诊疗工作和医学知识不甚了解，对医疗技术存在过高的期望<sup>14、15</sup>；部分患者及其家属对医患关系的认知存在错构，认为医患关系发展趋势是简单的“供需买卖消费关系”<sup>16</sup>；**社会因素包括：**相关制度改革及法律法规的滞后；医疗卫生事业公益性削弱；医疗资源分配不均导致的看病难、看病贵；舆论的误导以及媒体过度炒作造成患者对医院和医疗存在偏见<sup>11</sup>等。**建议性对策包括：**相关法律法规的健全、社会基本医疗保障体系的健全、实行切实有效的医改新政、提高医务人员专业技能和人文素养、加强医患沟通等<sup>9、17</sup>。

#### 一、国外相关研究现状

2005年美国密歇根医科大学的一项关于急诊科医生工作场所暴力的调查显示：74.9%的医生一年内至少一次遭受言语威胁，28.1%的医生一年内会遭受身体暴力。英国政府统计数据显示：在2000年遭受过患者及其家属攻击的医护人员达

---

<sup>10</sup>Beckma I H. B. et al. The Doctor-Patient Relationship and Malpractice—Lessons from Plaintiff Deposition[J]. Archives of Internet Medicine, 1994, 154(13): 65-70.

<sup>11</sup>马爱荣. 和谐社会医患关系分析及对策[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11: 3652-3653.

<sup>12</sup>高强. 医疗纠纷处于上升趋势[N]. 健康报, 2008, 1(3): 5.

<sup>13</sup>杜发丽. 护患冲突的原因及构建和谐护患关系的对策[J]. 当代护士, 2008, 10: 31-32.

<sup>14</sup>游睿芳, 廖丹琼, 朱水华. 医院医患关系的现状分析与思考[J]. 继续医学教育, 2010, 2: 15-17.

<sup>15</sup>雷畅, 张思远. 医患冲突中患方责任的认知差异性调查分析[J]. 医学与哲学, 2009, 5: 39-41.

<sup>16</sup>齐璐璐. 人文视野下医患关系的错构及其现实根源探究[J]. 中国卫生资源, 2010, 5: 217-219.

<sup>17</sup>马爱荣. 和谐社会医患关系分析及对策[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11: 3652-3653.

---

6.5万人，而每3名护士中就有1人遭到过患者或家属的辱骂<sup>18</sup>。在发展中国家及处于社会转型时期的国家当中，对卫生部门工作人员的调查结果显示：有超过一半的医务人员经历过至少一件身体或心理暴力事件<sup>19</sup>。国外很早就对医疗纠纷给予了关注和研究，随着医疗纠纷案件不断增长，西方学者对医疗纠纷从不同角度进行了深入的研究。

前期的学者注重的是医疗纠纷成因的研究。其中比较有代表性的包括：美国著名社会学家帕森斯提出的医患角色理论，来解释医疗纠纷与冲突的形成；戴维·海斯和鲍蒂斯塔研究了医患交流与沟通对于医疗纠纷的影响，指出医疗纠纷往往是由于医患之间没有进行充分沟通的结果；卡斯尔（Eric·Cassell）和罗宾逊教授（G·Robinson，2002）则指出医疗体系中信息不平衡性以及文化知识背景上的差异是医疗纠纷产生的重要原因<sup>20</sup>。

而后期的学者和实务界则更加关注医疗纠纷的解决机制方面的研究<sup>21</sup>。其中最具代表性的就是美国和日本的医疗纠纷解决方式。美国建立医疗风险机构和ADR机制。美国医疗机构内部设有伦理委员会，由医学权威专家组成。其专门负责调查医疗失误。伦理委员会从专业技术的角度，调查医疗争议纠纷，以判断是否是主管医生过失，如果是医生过失，则追究其行政责任，且向司法部门报告。美国人处理医疗纠纷的系统比较完备，患者解决纠纷的第一选择往往是聘请律师进行诉讼。为了保护医患双方权益，建立非诉讼纠纷解决机制（ADR）模式。其包括调解、仲裁、谈判以及其他一些形式。ADR模式快捷高效解决医疗纠纷，目前已在全美范围普遍建立并为其他许多国家效仿。日本侧重加强医患沟通，医疗纠纷的发生率很低，平均每名医生每年的医疗纠纷0.4件，而且患者家属对待医疗纠纷态度都比较温和。建立医疗评估组织，监督医院向患者提供优质服务，患者及家属可以根据评估结果选择优质医疗机构；建立医疗事故研究机构。医院内部全面建立安全管理委员会，搜集和分析重大医疗事故信息，并进行研究，有效地应用于医疗事故预防<sup>22</sup>。

## 二、国内相关研究现状

我国由于宏观社会环境、法律法规、医疗水平、民众理念的相对滞后，医患冲突事件，尤其是恶性暴力冲突近10年来呈井喷式爆发。卫生部相关统计显示：全国因医患冲突引发的冲击医院等恶性事件，2002年为5000多起，2004年上升为

---

<sup>18</sup>尹秀云. 伦理学视野中的医患关系问题[J]. 中国医学人文评论, 2012, 00: 13-17.

<sup>19</sup>孙璐露. 基于博弈理论的医院工作场所暴力防范研究[D]. 吉林: 吉林大学, 2014:

<sup>20</sup>曹其杰. 医疗纠纷第三方调节机制研究[D]. 重庆: 西南政法大学, 2013:

<sup>21</sup>曹其杰. 医疗纠纷第三方调节机制研究[D]. 重庆: 西南政法大学, 2013:

<sup>22</sup>李海军, 王番宁. 国外医疗机构医疗纠纷防范与解决机制对我国的启示[J]. 经管研究, 2012, (3): 118-119.

---

8000多起，2006已经近10000起<sup>23</sup>，此后亦无减少趋势，2010年数据已高达17243起。胡鹏飞等<sup>24</sup>调查的229所公立医院2003年发生因诉及医疗过失所引发的医患冲突1102起，2004年1370起，2005年1709起，年均增长率高达24.5%，2013年，2014年甚至连续出现了多起恶性杀医事件。上海市卫生局近年的一项调查亦显示医患纠纷以11%的速度递增<sup>25</sup>。近几年来，不仅因医疗过失所引发的医患冲突在逐年攀升，更令人瞩目的是，其成因也由医疗过失为主转变为非医疗过失为主，预判和处理难度越来越大，赔偿额度越来越高，并已导致医患之间普遍的信任危机<sup>26</sup>。这些医患冲突事件的发生使得医护执业环境进一步恶化<sup>27</sup>，既不利于救死扶伤，维护患者生命和健康，更成为建设和谐社会的不协调之音，必须引起高度重视。我国学者从上世纪90年代中后期才开始对医疗纠纷有较深入的研究<sup>28</sup>，研究内容大致可以分以下六个方面：

一是从医学角度的研究。这方面的研究多数是根据某特定临床科室的医学特点，分析造成该科室医疗纠纷的具体原因，提出针对性的对策。例如，医院急诊科是易产生医疗纠纷的重要临床科室之一，因为急诊患者病情复杂，诊治难度较高。改善急诊医患关系的主要对策是有效提高诊治水平，因人而异采取最合适的沟通交流方式<sup>29</sup>。儿科是医疗行业中的“第三世界”，由于患儿病情变化快，抵抗力差，又无法自主表述病情，对于诊治的要求很高，同时家属对患儿的病情关注密切，医疗纠纷发生概率非常高<sup>30</sup>。由于各科室的医学特点不同，这一类的研究虽然切入角度小，研究范围具体，可操作性较强，但是，大多措施不能简单推及。

二是从医院管理角度的研究。这类研究主要是从医院管理的角度出发，制定医院纠纷风险及防范对策。例如，李彩华<sup>31</sup>等认为从实习阶段加强医务人员职业道德和执业规范教育，加强医技人员专业技术培训和考核，规范医疗行为，加强医院内涵建设，健全奖惩制度和监督约束机制，对严重违反规章制度、乱开药、开大检查大处方的，取消处方权，加强与社会媒体的良好沟通，发挥媒体的正能

---

<sup>23</sup>高强. 医疗纠纷处于上升趋势[N]. 健康报, 2008, 1(3): 5.

<sup>24</sup>胡鹏飞, 陈少贤, 彭晓明, 翟祖唐, 吴少林, 孙炳刚. 广东省公立医院医疗纠纷变化趋势与解决途径分析[J]. 中国医院管理, 2008, 2: 13-15.

<sup>25</sup>钟伟. 长沙市A医院医患纠纷危机管理研究[D]. 湖南: 中南大学, 2006:

<sup>26</sup>马爱荣. 和谐社会医患关系分析及对策[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11: 3652-3653.

<sup>27</sup>The Lancet. Chinese doctors are under threat[J]. Lancet, 2010: 376-657.

<sup>28</sup>曹其杰. 医疗纠纷第三方调节机制研究[D]. 重庆: 西南政法大学, 2013:

<sup>29</sup>周华. 急诊科医疗纠纷的防范措施分析[J]. 临床合理用药杂志, 2014, 7(3): 194-195.

<sup>30</sup>曹其杰. 医疗纠纷第三方调节机制研究[D]. 重庆: 西南政法大学, 2013:

<sup>31</sup>李彩华, 陈孔棉. 从医院管理角度, 谈医患风险的防范对策[J]. 中国医药指南, 2014, 12(16): 397-398.

---

量作用，第三方调解介入和聘请律师顾问等医院管理不仅仅只是从医、教、研去考虑，提高医疗质量，改善服务质量，重视医患沟通，强化服务安全和依法行医，是医院管理的重中之重，也是防范医疗风险的根本措施。张彦青<sup>32</sup>等也认为加强医院管理，建立完善的医疗质量监控体系、加强医疗质量教育培训、强化医疗质量各环节的质量控制、建立科学的医务人员评价机制等，可以有效预防医疗纠纷的发生。这一角度医患关系的研究都是从医院管理者的出发点从框架结构上宽泛的去谈如何处理好医患关系，如何防范医患纠纷，没有提出具体的针对性的解决措施。

三是从医疗伦理角度的研究。这类研究主要是从构建和谐医患关系，特别是加强医德建设为切入点。于蓝<sup>33</sup>认为，医务人员的态度生硬、不负责任、缺乏耐心等医德医风问题与医疗纠纷的发生有明显的因果关系，医疗机构应该重视医德医风的建设。谈建明<sup>34</sup>则认为医德问题根本上还是医疗服务质量的问题。医疗机构在加强医德医风建设同时，还应加强医疗业务方面的培训，这样才能从根本上解决因医德缺失而引起的医疗纠纷问题。

四是公共关系的角度研究。从这一角度进行研究的作者认为医患关系紧张主要是医务人员公共关系理念的薄弱造成的，医疗机构应该加强公共关系理念的建设，强调全员公关的重要性。例如，兰迎春等<sup>35</sup>认为，医疗机构面临着各种错综复杂的社会关系，医患双方是利益相关体，误解、矛盾甚至冲突也在所难免。公共关系危机事件的发生，不仅影响正常的医疗秩序，甚至可能危及医院的生存和发展。所以，医院要通过公共关系活动的开展，化解患者对医院的怨气，妥善解决出现的各种医患危机事件。李晓英等<sup>36</sup>认为围绕医院的环境很严峻，医院由患者选择的时代正在到来，应该将医患之间的危机公关提到医院日常管理中，充分注意到医患关系的不平等性、医疗行业高科技、高风险的双重性、医疗后果的不可测性和医学科学进展的局限性及公众和传媒对医学知识理解的片面性。这一角度的医患关系的研究多是从公共关系的角度去研究医患关系，而且医患关系只是这类研究中的一小部分，针对按照公共关系的原则处理医患关系的具体措施没有提出，没有具体的针对性。

五是从法律完善角度的研究。这方面的研究认为医患冲突频发，根本原因在于我国的医疗纠纷法律法规还不够完善。李卓凝<sup>37</sup>认为，当前医疗纠纷较难处理

---

<sup>32</sup>张彦青. 加强医院管理对预防医疗纠纷的作用浅析[J]. 中国卫生产业, 2012, 9(29): 161-161.

<sup>33</sup>曹其杰. 医疗纠纷第三方调节机制研究[N]. 重庆: 西南政法大学, 2013: 1-61.

<sup>34</sup>谈建明. 剖析医疗纠纷中的医德问题[J]. 中国医院. 2006, 10(10): 77-78.

<sup>35</sup>兰迎春, 王敏, 谢新清. 公共关系: 现代医院管理的新领域[J]. 卫生经济研究, 2004, 10: 7-8.

<sup>36</sup>李晓英. 医院危机公共关系初探[J]. 解放军医院管理杂志, 2001, 10(10): 77-78.

<sup>37</sup>李卓凝, 张转利. 医法结合是医疗纠纷鉴定的必然趋势[J]. 中国司法鉴定, 2009(6): 74-76.

---

的原因是法律法规的不完善,根据相关的法律法规妥善解决医疗纠纷将是未来解决医疗纠纷的必然趋势。曹文群<sup>38</sup>认为,《侵权责任法》对于解决医疗纠纷争端有着进步意义,但是也存在未对医疗损害鉴定作出相应的规定以及对医疗侵权标准模糊不清等方面的不足。刘亮<sup>39</sup>则认为,目前关于医疗纠纷的法律法规内容存在不一致,自相矛盾的现象,有待进一步完善。

六是从解决机制角度的研究。此类研究主要集中在两个方面:一是从宏观上构建医疗卫生制度来有效的处理好医患关系。比较有代表性的包括史金兰<sup>40</sup>的“管办分离”制度改革和顾兆龙<sup>41</sup>的医药分离制度。前者是要求卫生行政部门加强对医疗机构的管理,减少对医疗机构的日常诊疗活动的介入,给医疗机构充分的自主经营权,提升医疗服务水平;后者是指切断医药之间的利益链,降低患者的医疗费用,提升医疗服务水平。二是关于纠纷发生后的解决制度。最具有代表性的就是第三方调解制度。例如牟道媛教授<sup>42</sup>和张杰<sup>43</sup>认为,美国的非诉讼第三方调解方式非常值得借鉴,虽然从之前实践的做法来看存在着一些较大的问题,但是第三方调解适合我国的国情,有着巨大的潜力。张泽洪<sup>44</sup>则比较了目前我国医疗纠纷第三方试点做法与欧美国家之间的差异,认为我们可以借鉴欧美国家的成熟做法来完善我国的第三方调解制度。

## 第四节、研究方法

### 一、文献研究法

目前对于医院管理方面、医患关系方面的研究已经分别形成了一定的研究成果。通过阅读中外文数据库相关资料,以期能够全面掌握本课题研究的基础,为进一步研究做好准备。

### 二、回溯研究法

以医疗活动为主线,医护人员和患者及其亲属为研究对象,整群抽取该院过去3年发生的医患冲突案例158例,应用描述性统计学方法和帕累托图分析法分析出医患冲突的影响因素。

---

<sup>38</sup>曹文群.《侵权责任法》对医疗纠纷处理的影响[J].医院管理论坛,2012(3):18-20.

<sup>39</sup>刘亮,李恒.论《侵权责任法》与《医疗事故处理条例》的关系[J].医学与社会,2012,24(8):70-73.

<sup>40</sup>史金兰.管办分离:医疗卫生事业发展的新途径[J].中国医改,2007,(10):78-79.

<sup>41</sup>顾兆龙.医药分离创出三赢[N].人民日报.2006,1(11):1-2.

<sup>42</sup>牟道媛,刘江.两种诉讼观下虚伪自认的效力[J].法学,2007,(4):130-133.

<sup>43</sup>张杰,任光莹,苏爱萍,齐丽丽.医患关系现状的原因分析及对策[J].社会医志,2007,5(5):60-61.

<sup>44</sup>张泽洪,徐伟民.宁波市医疗纠纷第三方调解机制[J].中国医院管理杂志,2009,(10):687-690.

---

### 三、数据统计分析方法

以描述性统计学和帕累托图分析法分析出的医患冲突影响因素为基础,再运用 SPASS 软件进行单因素分析和 Logistic 回归分析,分析出该院需要重点监测的医患冲突高危因素指标。

#### 第五节、本文研究的重点、创新与不足

一是找出该医院医患冲突影响因素以及需要重点关注的影响因素,告诫医生在日常的诊疗活动过程中需要注意哪些因素,哪些因素有可能使医患冲突升级,同时为医院医疗工作的管理提供一些借鉴性的意见。

二是通过分析该院医患冲突案例中出现的问題,提出上海某三甲院应该如何预防医患冲突,并对化解医患冲突提出指导性的建议与看法。

国内外学者已经从许多不同的角度对医疗纠纷的性质、成因、预防等进行探讨,对其影响因素也做了众多的研究,主要分两类:一类是工作总结,对实际工作情况进行定性的分析、分类,总结出几种类别;另一类是对实际资料进行初步的统计处理(频数、百分比)<sup>45</sup>。本文的创新点在于对引起医患冲突进一步升级的影响因素进行相关性检验。当前的研究从大型综合性医院的角度,对医患冲突高危因素解析、判别及预警研究较为匮乏。微观的实证研究和实践应对很少,以医院管理为切入点的研究更少,所以,我们立足医方的主动作为,以患方为核心关注点,通过医患冲突高危因素解析、判别及预警研究,以便于更好的制订出一套操作性强、系统规范、易于推广的管理应对方案。

由于本人水平有限,加上时间限制,本文的分析研究还很粗浅,只局限于上海一家三甲医院,没有对上海市各区具有典型意义的医院采用分层抽样的方法抽取样本进行分析,对指标的细化还不够,下一步我将会围绕这问题进行深入研究,以期建立一套操作性强、系统规范、易于推广的管理应对方案。

#### 第六节、研究的理论基础——博弈论

博弈即面对特定的环境,在特定的规则下,一些组织或个人对其他组织或其他个人,同时或先后,一次或多次,从各自允许选择的行为或策略中进行选择并加以实施,各自取得相应结果的过程<sup>46</sup>。在各种因素的制约和影响下,组织或者个人可以按照自己的方式去自主选择,他们综合考虑各方因素,然后根据自己的目的和利益,作出符合自己目的和利益的行为,这样反复的对抗与决策,就产生了不断博弈的过程,博弈分正和博弈和负和博弈。从博弈的主体来看,在现实生

---

<sup>45</sup> 孙楠. 医疗纠纷影响因素分析与干预研究[D]. 上海: 第二军医大学, 2009:

<sup>46</sup> 孙璐璐. 基于博弈理论的医院工作场所暴力防范研究—医方、患方、媒体博弈角色分析[D]. 吉林: 吉林大学, 2014:

---

活中医患关系是医生、患者及其家属、医院甚至还包括法院、新闻媒体等多个主体博弈的过程。当患者就医，医患关系形成，如果医方力量强大，医方在博弈中是胜者；而如果患方力量强大，那么患方在博弈中是胜者。从博弈双方的信息角度来看，由于医学的专业性很强，医患双方存在着高度的信息不对称。患者来就医时，患者向医生咨询自身的病情，但是现在的医生由于过分追求门诊量，过分的追求经济效益，很多时候没有耐心仔细的向患者做好病情解释，患者对自己的病情还是一头雾水，因为排队时间胜过向医生咨询的时间，所以患者对医生的解释很不满，双方很容易产生误会，从而两者之间产生了信息上的博弈。从博弈的规则来讲，患者因为生病了所以来看医生这是再正常不过的事情了，然而现实生活中会有一些潜规则，比如托关系看病、给医生送红包等。而这些潜规则都造成了患者就医需要花费更多的费用。从博弈结果来看，当前医患关系已经从原来的正和博弈发展成为现在的负和博弈，正和博弈表明医患之间是一种正常的关系，而负和博弈表明医患之间的关系已经发展成医患困境<sup>47</sup>。一旦医患困境转变成医患冲突，作为患方，因为受到了患方受到了精神或者肉体上的伤害，所以情绪非常激动，而现在的医生由于受到社会相关医患冲突报道的影响，一般采用冷处理的办法。如果医方表现的十分配合，可能会让患方误认为医方存在过错，对后续的谈判造成不利影响；在信息不对称的情况下，患方只能根据损伤性结果来猜测医方是否有错，当患方认为医方存在责任的信念不坚定时，甚至可能妥协主动放弃寻求赔偿的行动，医患纠纷就此结束。以上的分析也表明在医患冲突中患方的行动主导整个纠纷博弈的走向<sup>48</sup>。医患之间的利益本身是一致的，都是为了消除疾病属于合作博弈的范畴，但是当前医患之间矛盾加剧，医患之间的博弈变成了零和博弈。而医患之间矛盾加剧的原因真是我们需要研究的。

---

<sup>47</sup>张学武，张力娜. 从博弈论视角看医患关系[J]. 卫生软科学, 2014, 28(4): 227-228.

<sup>48</sup>孙杨. 医患纠纷处理模式博弈研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2008:

---

## 第二章 上海医患关系的现状及发展

### 第一节、我国医患关系的变迁

医患关系是人类文化中一个特有的组成部分,从古至今我国医患关系的表现形式多种多样,每种医患关系模式都具有时代性<sup>49</sup>。我们按中国历史时期顺序对我国的医患关系进行讨论。

#### 一、古代医患关系的萌芽阶段

官医享受政府俸禄,医生为患者服务,受患者的统治,医患之间的关系是主仆关系,医生对患者的绝对忠诚,治疗效果要完全符合患者的期望,一旦误诊、漏诊很有可能危及生命;另一类人群是民医,民医来自于流落民间的官医,他们服务对象大多局限于熟人圈子,在熟人圈子中医生和患者之间属于直接或者间接的亲友、邻里关系,比较容易建立起信任关系。古代医患关系主要有以下特点:①直接性。我国古代医生通过望、闻、问、切来给病人诊治,患者与医生之间是直接接触的,双方直接交往。②全面性。我国古代医生讲究对病人的整体把握,医生必须全面了解患者的情况,把握病变发展规律,进而进行诊治。③主动性。患者主动配合医生的治疗,双方的目标是一致的就是消除疾病对患者造成的痛苦,因此在古时候虽然也有医患冲突,但医患关系总体来说还是比较密切的<sup>50</sup>。

#### 二、近代医患关系的过渡阶段

近代医学以生物学为基础,从细胞生物学的角度去看待问题,诊治疾病。16世纪之后西医进入中国,“西医成为中医强劲的竞争对手”,西医的理论思想使我国的医患关系发生了重大的变化。西医凭其现代技术在中国逐步建立起其文化权威,患者就医场所由家庭变为医院,病人及其家属与医生之间的权利发生了转变<sup>51</sup>。此阶段我国医患关系正处于传统医患关系与现代医患关系的过渡阶段<sup>52</sup>。近代医患关系主要特点如下:①间接性。由于近代医学采用先进的诊疗设备对患者进行诊治,医生与患者的交流少,诊疗设备成为医患交往的重要载体。医患关系变成人与物之间的关系。②多面性。学科的日益专业化造成医生对只对某一专科负责,许多患者的健康需要多个医务人员共同承担的,出现了一个患者要面对很多医生或者一个医生要同时面对多个患者的现象,医患双方的直接联系进一步减少,医患之间的感情更加淡薄。③技术化倾向。近代医学把病因从患者身上分离

---

<sup>49</sup>王佳. 中国医患危机管理体系构建研究[D]. 吉林: 吉林大学, 2013:

<sup>50</sup>张卫霞. 论中古时期的医患关系[D]. 陕西: 陕西师范大学, 2012:

<sup>51</sup>何成森. 医患关系的演变对当今医疗卫生事业改革发展的启示[J]. 江淮论坛, 2015, 2: 117-121.

<sup>52</sup>王佳, 王伟, 程实. 我国医患关系管理的历史进程与未来展望[J]. 医学与社会, 2013, 26(2).

---

出来孤立地研究，而病患的整体因素被忽略了。医学变成了技术的集合体，忽视对人的生命的敬畏、尊重和理解，医患关系严重物化<sup>53</sup>。

### 三、现代医患关系的变革阶段

从全国解放到20世纪80年代初期，国家的核心卫生政策方针是以人人享有卫生保健，虽然医疗服务水平普遍较低，但人人平等进入公费医疗体系，人民群众的满意度较高。此阶段由于公平的医疗卫生服务体系，“赤脚医生”大量存在，医生薪酬有国家统一拨款，再加上国家强大的政治教育，我国的医患关系处于相对和谐的状态。80年代中期以后，我国的市场经济体制改革也促使了医院公益性本质的改变，医院实际上已经不再为绝大多数群众免费提供基本医疗保障服务了。随着卫生资源分配的日益不公，医疗机构公益性的进一步的缺失，网络媒体的日益发达，医患矛盾不断激化，冲突时有发生。进入21世纪，随着医院信息化的建设，新的医疗法律法规的出台，我国的卫生事业有了长足的进步，但医患矛盾却显得愈加突出<sup>54</sup>。此时的医患关系表现出以下几个特征：①复杂化。随着中西文化的进一步融合，人口综合素质的提高，人们对医疗知识有了更深的理解，对生存质量的要求越来越高，医患关系变得更为复杂。②不信任程度加深。由于医院的公益性缺失，医院自负盈亏，医生为了达到医院制定的指标，难免会开大处方，多做检查，不断追究自身的经济利益，再加上新闻媒体对医患恶性事件的不断报道，更加深了患者对医生的不信任，同时近些年来由于医闹现象，医生对患者就医也充满了戒备，医生对患者也产生了不信任。③冲突发生频率高。由于医患之间的不信任，医生在给患者治疗时，肯定是采用更有利于保护自己的治疗方案，一旦疾病没有得到有效的诊治，患者的预期又高，那患者长期积累怨气就会表达出来了，医患冲突就很容易发生。

## 第二节、上海医患关系的现状

### 一、暴力伤医事件越来越频繁

我国由于宏观社会环境、法律法规、医疗水平、民众理念的相对滞后，医患冲突事件，尤其是恶性暴力冲突近10年来呈井喷式爆发。卫生部相关统计显示：全国因医患冲突引发的冲击医院等恶性事件，2002年为5000多起，2004年上升为8000多起，2006已经近10000起<sup>55</sup>，此后亦无减少趋势，2010年数据已高达

---

<sup>53</sup>彭红，李永国．中国医患关系的历史嬗变与伦理思考[J]．中州学刊，2007，6：131-135．

<sup>54</sup>杜艾桦．和谐医患关系多维分析[J]．医学与社会，2011，24（12）：65-66．

<sup>55</sup>高强．医疗纠纷处于上升趋势[N]．健康报，2008，1（3）：5．

---

17243起。胡鹏飞等<sup>56</sup>调查的229所公立医院2003年发生因诉及医疗过失所引发的医患冲突1102起,2004年1370起,2005年1709起,年均增长率高达24.5%,2013年,2014年,2015年甚至连续出现了多起恶性杀医事件。上海每年有医患矛盾6000-7000起,上海市卫生局近年的一项调查亦显示医患冲突以11%的速度递增<sup>57</sup>。

## 二、医患双方信任度下降

据39健康网“中国医患关系调查白皮书”<sup>58</sup>调查结果显示,80%的人不完全信任医生,53.83%的人是“基本信任,但有点怀疑态度”;有26.75%的人是“半信半疑”;仅有8.85%的人持“完全信任”的态度。这种不信任不仅仅是病人对医生的不信任,也包括医生对病人的不信任,由于担心产生医患冲突,医生会猜测如果自己不给病人检查,病人会怎样。这样会给人们一种错觉,现在的医生医德医风差,开刀都要收红包,不收红包不给开刀。甚至出现了医生不收红包就转院的现象。医患之间缺乏理解,不能换位思考。部分医生对患者当前的困难缺乏必要的体谅,不能设身处地替病人着想,而是较多地考虑自身的利益。而患者对医生的辛苦、医疗行业的复杂性、风险性缺乏认识,尤其是在花费了高昂的医疗费用之后,而疾病问题没有彻底解决,易把所有问题都归结于医生的道德败坏,责任心缺失,而没有认识到医学的局限性,进而形成了医患双方互不信任的局面。

## 三、医学防御与医学职业倦怠

医学防御又称自卫医学行为,是指医务人员为降低医疗纠纷风险,而进行的检查、诊断、治疗、规避高危患者或高危诊疗程序的行为<sup>59</sup>。一些医生为了规避责任,对于一些复杂疑难手术,不做任何主观性的引导,让病人自行选择。还有的医生采用高新设备就对患者进行拉网式检查,完全不以病情为依据,这就是所谓的医学防御。在当前这么恶劣的行医环境下,医生为了规避责任,在很多情况下,都要把能做的检查都做一遍。

医学职业倦怠是Christina Maslach和Herbert J. Freudenber共同提出来的,他们认为<sup>60</sup>职业倦怠有三个显著特点:一是情感耗竭,工作时处于极度疲劳状态,完全没有热情;二是去人性化,向对待机器一样麻木的对待患者;三是个人成就感下降,认为自己的工作没有任何意义。现代医院专业化分工明确,部分医

---

<sup>56</sup>胡鹏飞,陈少贤,彭晓明,翟祖唐,吴少林,孙炳刚.广东省公立医院医疗纠纷变化趋势与解决途径分析[J].中国医院管理,2008,2:13-15.

<sup>57</sup>钟伟.长沙市A医院医患纠纷危机管理研究[D].湖南:中南大学,2006:

<sup>58</sup>39健康网.中国医患关系调查白皮书[DB/OL].<http://cj.39.net/hyzt/086/25/529995.html>.

<sup>59</sup>徐萍,王云岭,曹永福.中国当代医患关系研究[M].山东:山东大学出版社.2006,149.

<sup>60</sup>ERIC.S.WILL IAMS,欧睿杰.一种新的环形医患关系模型[J].当代医学,2006,6:70-73.

---

生觉得每天只是在重复同样的劳动，由此产生职业倦怠。美国的一项研究显示，医生群体中，职业倦怠的发生率为 37% ~47%，年轻医生较老年医生的发生率高 2 倍<sup>61</sup>。在医疗行业中一是因为医生的职业倦怠，本身医生就有一定的倦怠情况再加上医患双方的不信任，医生执业环境的恶化，医患关系肯定是朝着不健康的方向发展。

### 第三节、上海医患冲突成因及危害

#### 一、医患冲突的成因

##### 1、社会方面的原因

一是政府投入不足。上海是市场经济体制改革的排头兵，不可避免的也将医院推向了市场，在这个市场中医院自负盈亏，为了盈利维持自己的运营，医院必然会进行成本核算，进行绩效考核，而医生的服务病人数量、用药量、检查费用也是绩效考核的内容，医生绩效考核的优劣决定着医生奖金的多少，医生为了获取更多的奖金就会不可避免的给患者多做检查，多开药，从而引起患者的不满。

二是医疗资源分配不均匀。上海卫计委通过建立三级医疗服务体系，引导小病患者到基层医院就诊来平衡医疗资源，试图通过住院医师规范化培训向基层医院输送高层次的医学人才，但是仅仅经过三年的规范化培训是无法换得患者对基层医疗机构的信任。同时由于基层医疗机构硬件设施条件不足，医师专业水准欠缺，而上海著名的三甲医院较多，无论大病小病都去大医院就医，导致大医院人满为患，而社区医院门口罗雀，大医院医护长期超负荷工作，医患之间缺乏沟通与理解，这也造成了医患关系的恶化<sup>62</sup>。

三是医疗保险体制不健全。虽然上海有着发达的商业医疗保险，但针对绝大多数的老百姓而言，他们没有办理商业保险的能力，患者在患重病就医的时候自己需要花费很大部分医疗费用，但是由于医学的局限性很多重大疑难杂症是无法救治的，只能暂时缓解患者的症状，患者最终的转归还是死亡，因为花费了巨额的医疗费用，而患者却没有得到救治，这是家属无法承受的，家属就讲所有的怨气发泄在医生身上，医患冲突由此发生。

四是法律制度不完善。我国的法律在处理医患冲突方面将患者定位为弱势群体，受到同情甚至纵容。虽然很多医疗过失通过医学鉴定下来并没有造成医疗事故，并不按照医疗事故去裁决，但是医院从人道主义出发通常给予患者一定的补偿，这也造成了患者“小闹小赚，大闹大赚，不闹不赚”错误观点，造成了医患矛盾的进一步激化。

---

<sup>61</sup>曲莉，徐灿．确立正确医疗价值观重构和谐医患关系[J]．现代医院，2008，8(1)：99-100．

<sup>62</sup>许海峰．医患纠纷的成因与应对策略研究[D]．苏州：苏州大学，2014：

---

五是媒体的负面炒作。上海新闻媒体高度发达，在医疗差错事故高额赔偿的案例处理过程中，媒体为了吸引眼球和轰动效应，抓住矛盾，不良炒作，不顾社会影响，将负面无限放大，对医患关系紧张起到了推波助澜的作用。

## 2、医方层面的原因

一是，医院管理存在薄弱环节。当在市场经济体制的影响下，医院被推向了市场，自负盈亏更多的追求经济利益，而忽略了医院治病救人的本质。上海医院行政管理部门由于受经济利益的驱使，制定更多的是关于如何提高门诊量，住院量的的规章制度，而忽视了诊疗制度的完善，内部管理不规范，对医生的日常诊疗活动监管力度不强，年轻医生的培训不足，致使违反临床诊疗常规的现象时有发生。

二是，医务人员技术水平不足。解决患者的疾病痛苦是医生的根本作用。医务人员医疗技术水平的高低，是影响医患关系的重要因素。就整体医疗水平而言，上海医务工作者的医疗技术水平处于行业的上游，但是也不可避免的有些年轻医生技术水平不足、经验不足，而造成医患冲突的发生。在上海有些年轻医务人员盲目追求高学位，追求高、精、尖技术，忽视“三基”培训，基本功不扎实，诊疗技术水平不高，造成漏诊、误诊。患者看病难，看病贵，但是病却没有被治疗好，给患者造成身心损失，甚至会出现诊疗错误的现象，患者肯定会心中充满怨气，由此引发医患冲突的发生。

三是，医患沟通存在缺陷。良好的沟通是构建和谐医患关系的基础。现在的年轻医生，很注重学历教育而忽视了医患沟通技巧的学习，再加上在上海的医生工作压力很大，在给病人诊治的过程中，只是注重的疾病情况的分析，而忽略了与病人的沟通或者患者沟通时态度生硬，缺乏沟通技巧，对患者的疑问回答没有耐心，再加上现在看病难的现象，患者看病要排很长时间的队伍，但是在医生诊疗室看病却只花费了几分钟，医生与患者缺乏沟通，由于医学信息的严重不对等，患者对自己的病情没有很有的掌握，而医生却认为很简单的病情，没有做过多的解释，患者的期望与现实形成了很大的落差，患者的不满情绪很快就会表达出来，一旦达不到患者的预期就容易发生医患冲突。

四是，医德医风建设水平低，责任心不强。因为国家经济体制的改革，医院被强行推向了市场，为了生存，医院是以盈利为根本目的，更多的考虑的是如何对医生进行绩效考核，如何将自己的经济利益最大化，而在上海这样一个国际化的大都市，更强调对医生的绩效考核，医院追求经济利益的程度更大。医院在过多追求经济利益的同时而忽略了医生道德水平的建设，医生一味的追求经济利益也忽略了自身的医德，责任心有了不同程度的缺失。患者对医生这种不负责任的行为感到不满，医患冲突很容易发生。

---

### 3、患者层面的原因

一是医疗成本高居不下，患者不堪重负。由于国家医疗卫生体制的改革相对落后，医疗费用就像一座大山一样压在患者的肩上，尤其是在上海这样一个高消费的城市。在市场经济体制的影响下，**医院虽然是公益性性质的，但是医院仍然是自负盈亏，国家财政不给予补贴。在这种情况下患者对医院追究利润心怀怨恨，因病致贫的现象时有发生，医患之间很容易发生医患冲突。**

二是患者对医疗技术的认识不足。现代医学虽然有了很大的发展，技术更新速度很快，但是他本身存在固有的局限性，即使在上海这样一个医疗水平发达的地区，很多医学难题没有攻克，医生也不可能包治百病。患者虽然具备一定的医学常识，但是患者将医患关系看成简单的买卖关系，认为到医院看病，花了钱医生一定要治好，但事实上很多重大疾病疑难杂症医生是无法治愈的，只能改善症状，延缓患者的死亡，但是患者确认为自己花了这么多钱就应该得到妥善的治疗，疾病必须要被治好，否则就是医生的问题。这样一旦患者的疾病治疗没有达到预期效果，医患冲突就容易爆发了。

三是患者的维权意识增强。在上海民众的法律意识很强，同时由于上海信息网络的高度发达，患者也掌握了一定的医学常识，医生说病人听的时代逐渐成为过去，患者对医生的治疗会提出质疑，而医生对患者的质疑解释不够耐心，医患之间发生矛盾也在所难免了。

## 二、医患冲突的危害

过度市场化的医疗市场，造成了医疗公益性和社会价值观的扭曲，医患之间不信任，医患之间的关系不断恶化，医患冲突案件数量不断上升。随着经济生活水平提高，民众越来越关注自身的健康，医患之间的关系就越受人们的关注，医患之间的这种矛盾显得日益突出。

对患方造成的危害：①影响患者的疾病康复。医患矛盾的不断激化，使得医生在给患者诊治的过程中尤其注重医疗文书的填写、患者的签字等法律法规程序，对诊治疾病本身存在顾忌。而对于患者来说，因为对医生不信任，在治疗的过程中很有可能不会完全配合医生，对医疗方案充满质疑。这些因素都不利于患者疾病的转归。②给患者造成严重的经济负担。由于医患之间的不信任，患者到医院治疗动手术普遍有给医生送红包，甚至出现了给的红包的钱竟然高于手术本身的花费，因病致贫的现象比比皆是。③加重患者的心理负担。由于患者对医生的不信任，只要生病到医院看病，总是担心医生开大处方、开大检查，在这种不信任情况的引导下，患者总会将该做的检查，改开的处方误认为是误导消费。这致使有些患者不敢看病或者一生病就害怕，延误了疾病的诊治。从根本上来说，

---

医患关系的紧张对患者是不利的，患者的病情会被延误的同时，身心和经济都会受到很大的影响。

对医方造成的危害：①对于医生来说，由于医患关系紧张，医患双方的不信任，医方在诊治疑难杂症时会有所顾忌，一旦遇到风险第一时间想到的是医疗文书的书写签字等工作，延误患者病情的诊治，同时在一定程度上也阻碍了医疗技术的发展。②对于医院来说，医院每年在医疗纠纷上的花费都在上百万元，一件医疗纠纷会牵扯到多个部门，花费很多人力物力，在加重医院的经济负担，也破坏了患者的就医环境，尤其是职业医闹的出现更是给正常的医疗环境造成破坏。

对社会造成的危害：国家统计局第七次全国群众安全感抽样调查结果显示，在民众最关注的社会问题选项中，选择“医疗问题”的 15.3%，医疗问题已经是重要的民生问题<sup>63</sup>。随着经济生活水平的提高，民众对健康的需求更为迫切。医患关系是反应医患两个群体之间的关系，没有医患关系的和谐，人民的健康需求是得不到满足的，构建和谐医患关系的才能使人民的健康需求得到满足。医疗纠纷数量不断上升，医患矛盾不断激化，如果这种紧张的医患关系处理不好，就会影响社会和谐与稳定。

---

<sup>63</sup>吴博. 某综合医院医患关系现状调查及对策研究[D]. 西安: 第四军医大学, 2009:

---

## 第三章 上海某三甲医院医患冲突分析

### 第一节、上海三甲医院医患冲突的共性与差异

上海云集了众多的全国顶尖的三甲医院，全国各地的疑难杂症患者都来上海三甲医院诊治疾病，由于病患多，疾病复杂，手术风险，医患冲突发生的概率自然就高了。上海三甲医院的医患冲突有着它们共同的特点：

#### 一、上海三甲医院医患冲突的共性

1、发生频繁，赔偿额度大。上海每年有医患矛盾 6000-7000 起，曾出现 21 天发生 7 起医患冲突。上海是全国最大的城市之一，汇集了众多的医疗专家，全国各地的患者蜂拥而至。患者的量多，新技术的开展也多，而新技术的开展风险大，同时由于上海的高房价、高物价以及医生工作的相对低廉，医生的压力很大，工作很辛苦，处于超负荷状态，发生医患冲突的概率大，纠纷量多。2014 年上海医调委纠纷调解总量继续保持增长态势，全市医调委全年共计办理医患纠纷 3720 件，涉及协议金额 1.6 亿元。与前一年相比，市医调办共受理医患纠纷案件增加了近两成<sup>64</sup>。

2、烈度强，处理棘手。伴随着全国医患冲突强度提高，从对医务人员不满到谩骂医生到伤医再到打砸医院，上海医患冲突的烈度也日益增强。因此医院必须从医疗活动的各个环节进行防控，这在一定程度上增加医院的工作量和工作难度。由于医患冲突的处理会牵扯到很多部门，处理难度越来越大。

3、社会舆论影响大。在上海这个国际化的大都市，社交媒体高度发达。一旦发生较为恶性的医患冲突，全国乃至世界人民都卷入这场舆论中，呈现出来的愤慨、不信任等负面情绪，真相往往被淹没，医务工作者、医院、政府部门承受巨大的舆论压力，医生甚至被妖魔化、污名化。

#### 二、上海三甲医院医患冲突的差异

上海三甲医院按照单位性质可以分为地方医院和部队医院。部队医院发生的医患冲突和地方医院发生的医患冲突又存在着差异：

1、处理更复杂。部队医院是国家医疗资源的重要组成部分，要服务于民众，为民众的健康做保障。部队医院的发生医患冲突不仅是医生和患者之间的冲突，也是军民之间的冲突，发生在部队医院的医患冲突，处理好不仅仅要考虑医患之

---

<sup>64</sup>帆船. 被称为天使为何频频挨打[DB/OL]. <http://news.dahe.cn/2015/06-30/105188834.html>, 2015-6-13.

间的关系，还要考虑军民之间的关系。如果处理不好，不仅损害医院自身的形象，更对军队的整体社会形象产生负面的影响<sup>65</sup>。

2、危害更严重。医患冲突不仅干扰医院正常工作秩序，还影响社会稳定和谐，阻碍整体医疗水平的发展。对军队医院来说，除了完成日常的诊疗工作，还要经常参加部队的实战演习。医患冲突不仅影响了医院的日常诊疗活动，更为严重的是削弱医院适应战场，特别是执行保障战时或者非战争军事行动等特殊任务时的能力。

## 第二节、上海某三甲医院医患冲突现状及成因

通过阅读文献制定出医患冲突案例调查表，利用回溯研究方法分析该院2012-2014三年来发生的158例医疗纠纷。将调查表中收集到的数据录入Excel，采用SPSS 18.0进行数据处理得出当前该医院的医患冲突现状。

### 一、年度分布

2012年发生的医疗纠纷案例最多为72例，所占比例36.18%，2013年发生的案例68例，所占比例为34.17%，纠纷数量同比下降5.88%，2014年发生的案例59例，所占比例为29.65%，纠纷数量同比下降（见图1）。其中可行有效分析的案例共158例。

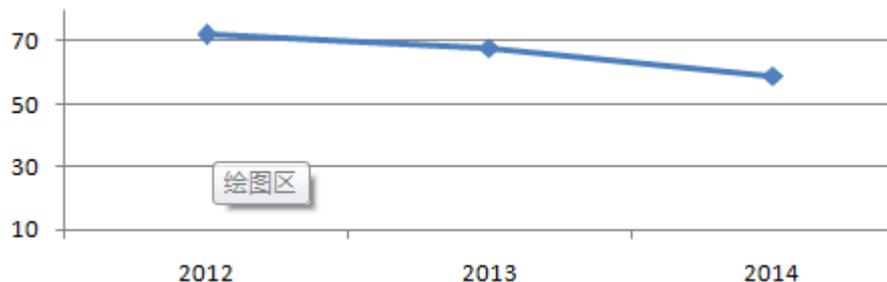


图 1 2012-2014 年医患冲突数量年度分布<sup>66</sup>

总体来看进三年医疗纠纷发生率呈现下降趋势，这可能与该院建立医疗纠纷预警干预体系，提升医疗服务质量，确保患者生命安全有关，但是医疗纠纷案例发生数量高居不下其中深层次的原因还有待剖析。

<sup>65</sup>苏永林，闫兴辉，杨洋，陈凯峰. 军队医院处理群体性医患纠纷的思考[J]. 解放军医院管理杂志，2013，20(11): 1067-1068.

<sup>66</sup>资料来源：上海某三甲医院医疗纠纷办公室

## 二、学科分布

本研究涉及该三甲医院共 49 个临床及医技科室。按照业务范围大致可以分为内科、外科、妇产科、儿科、急诊科、医技辅诊科室六大学科。将各学科的医疗纠纷例数进行统计。

在所有的医疗纠纷案件中，外科医疗纠纷例数最多共 99 例，占 62.66%；内科医疗纠纷 19 例，占 12.03%；专科医疗纠纷 17 例，占 15.20%；急诊医疗纠纷 10 例，占 6.33%；辅诊医疗纠纷 6 例，占 3.80%（见表 1）。

表 1 2012-2014 年各学科医患冲突数量分布<sup>67</sup>

| 学科  | 医患冲突例数 | 百分比 (%) |
|-----|--------|---------|
| 外科  | 99     | 62.66   |
| 内科  | 19     | 12.03   |
| 专科  | 24     | 15.20   |
| 急诊科 | 10     | 6.33    |
| 辅诊  | 6      | 3.80    |

各学科发生医疗纠纷数量的由高到低排序依次是外科、内科、专科、急诊、辅诊。通过临床实践及文献阅读可知，外科手术较多，风险较大，并发症多，患者对手术的预期高，这与外科手术事实形成了比较大的反差，比较容易发生不同程度的医疗纠纷，所以外科医疗纠纷的发生率最高。

### 医疗纠纷发生在外科的二级学科分布

外科发生医疗纠纷 103 例，其中脑外科 18 例，占 19.57%；胸外科 10 例，占 10.87%；普外科 17 例，占 18.48%；骨科 41 例，占 44.57%；泌尿外科 4 例，占 4.35%；血管外科 2 例，占 2.17%；移植科 6 例，占 6.52%；整形科 5 例，占 5.43%（见表 2）。

表 2 2012-2014 年外科医患冲突数量分布<sup>68</sup>

| 科室  | 医患冲突例数 | 所占比 (%) |
|-----|--------|---------|
| 骨科  | 41     | 44.57   |
| 脑外科 | 18     | 19.57   |
| 普外科 | 17     | 18.48   |
| 胸外科 | 10     | 10.87   |
| 移植科 | 6      | 6.52    |

<sup>67</sup>资料来源：上海某三甲医院医疗纠纷办公室

<sup>68</sup>资料来源：上海某三甲医院医疗纠纷办公室

|      |   |      |
|------|---|------|
| 整形科  | 5 | 5.43 |
| 泌尿外科 | 4 | 4.35 |
| 血管外科 | 2 | 2.17 |

由上表可知，外科发生医疗纠纷中，骨科发生的医疗纠纷数量最多，占外科发生医疗纠纷总量的44.57%，其次由高到低分别是脑外、普外、胸外科，其余外科科室发生的医疗纠纷较少。骨科发生医疗纠纷数量最多，主要是因为该院骨科开展的手术多为三级以上高难度手术，手术的风险比较大，手术难度高，并发症多。同时，骨科疾病的检查结果多为影像学资料，相对于其他检查手段更加直观，如X线片、CT片等，而且患者一般都掌握上述材料，对诸如骨折是否愈合、内固定器的安装情况等比较直观，因此医疗信息相对其他专业疾病而言更为透明<sup>69</sup>。也有些纠纷是由于医务人员粗心大意，没有向患者交待清楚术后的相关注意事项，未能正确科学地指导患者术后的功能锻炼，患者活动过早，体内置入物因过早过度负重而断裂<sup>70</sup>。

#### 医疗纠纷发生在内科的二级学科分布

内科发生医疗纠纷 19 例，其中内分泌科发生 4 例，占 21.05%；肾内科发生 3 例，占 15.79%；神经内科发生 1 例，占 5.26%；肿瘤科发生 1 例，占 5.26%；消化内科发生 5 例，占 26.32%；风湿免疫科发生 1 例，占 5.26%；心内科发生 4 例，占 21.05%（见表 3）。

表 3 2012-2014 年内科医患冲突数量分布<sup>71</sup>

| 科室    | 医患冲突例数 | 所占比 (%) |
|-------|--------|---------|
| 消化内科  | 5      | 26.32   |
| 内分泌科  | 4      | 21.05   |
| 心内科   | 4      | 21.05   |
| 肾内科   | 3      | 15.79   |
| 神经内科  | 1      | 5.26    |
| 肿瘤内科  | 1      | 5.26    |
| 风湿免疫科 | 1      | 5.26    |

<sup>69</sup>郑力, 金可, 颜雪琴, 陈艳, 董琳, 金恒光, 唐疾飞. 111 例医疗纠纷的调查分析[J]. 中华医院管理志, 2006, 22(4): 250-252.

<sup>70</sup>栾布先. 医疗纠纷的相关因素分析[D]. 大连: 大连医科大学, 2012:

<sup>71</sup>资料来源: 上海某三甲医院医疗纠纷办公室

由上表可知，内科科室中发生医疗纠纷最多的科室是消化内科，占内科医疗纠纷总数的 26.32%，其次从高到低依次为内分泌科、心内科、肾内科。其余内科科室发生纠纷例数均为 1 例。消化内科、心内科、肾内科医疗纠纷发生率较高可能与在临床诊治中，这些科室都有较有难度的有创操作有关。

医疗纠纷发生在专科的二级学科分布

专科发生医疗纠纷共 23 例，其中耳鼻喉科 3 例，占 13.04%；口腔科 3 例，占 13.04%；麻醉科 1 例，占 4.35%；眼科 6 例，占 26.09%；皮肤科 4 例，占 17.39%；妇产科 6 例，占 26.09%（见表 4）。

表 4 2012-2014 年专科医患冲突数量分布<sup>72</sup>

| 科室   | 医患冲突例数 | 所占比 (%) |
|------|--------|---------|
| 眼科   | 6      | 26.09   |
| 妇产科  | 6      | 26.09   |
| 皮肤科  | 4      | 17.39   |
| 耳鼻喉科 | 3      | 13.04   |
| 口腔科  | 3      | 13.04   |
| 麻醉科  | 1      | 4.35    |

由上表可知，在专科中，眼科和妇科发生医疗纠纷总数最高，这可能由于这两个科室的相关手术难度较大，风险较高有关。

医疗纠纷发生在辅诊的二级学科分布

辅诊科室发生医疗纠纷共 10 例，其中病理科 2 例，占 20%；影像科 6 例，占 60%；输血科 1 例，占 10%；超声科 1 例，占 10%（表 5）。

表 5 2012-2014 年辅诊科室医患冲突数量分布<sup>73</sup>

| 科室  | 发生医疗纠纷总数 | 所占比 (%) |
|-----|----------|---------|
| 影像科 | 6        | 60      |
| 病理科 | 2        | 20      |
| 输血科 | 1        | 10      |
| 超声科 | 1        | 10      |

<sup>72</sup>资料来源：上海某三甲医院医疗纠纷办公室

<sup>73</sup>资料来源：上海某三甲医院医疗纠纷办公室

由上表可知，在所有的辅诊科室中，影像科发生的医疗纠纷占 60%，主要原因是影像科的结果报告结果更直观，患者将我院的片子带至别院解读，通过外院医生的读片比较容易发现其中的问题。

### 三、患者的相关情况分布

1、患者的籍贯构成。在发生的 158 例医疗纠纷的患者中，有 74 例是上海本地患者，占医疗纠纷总数的 46.8%，84 例是外地患者占医疗纠纷总数的 53.2%（见

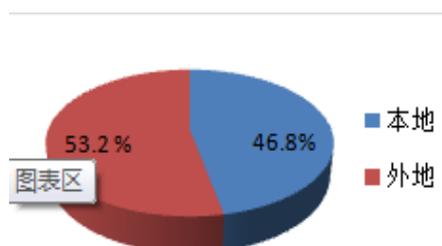


图 2)。

图 2 2012-2014 年医患冲突患者籍贯构成<sup>74</sup>

由上图可知，2012-2014年发生医疗纠纷的患者中外地的患者占比大于上海本地患者，这可能是与外地患者长途跋涉到上海来看病，从疾病本身来考虑可能是外地看不好的疾病，是属于疑难杂症，风险大，并发症多。从患者的心理方面来考虑可能是因为患者不远千里来上海看病，治愈的期望值比较高，发生医疗纠纷的概率就比较大。

2、患者的性别构成。发生医疗纠纷的患者中，男性患者 81 例，占 51.3%，女性患者 77 例，占 48.7%，男性患者发生医疗纠纷的例数与女性患者发生医疗纠纷的例数相当（见图 3）。

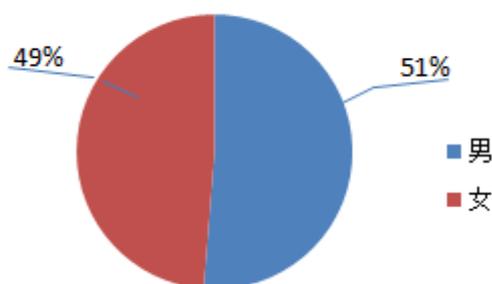


图 3 2012-2014 年医患冲突患者性别构成<sup>75</sup>

<sup>74</sup>资料来源：上海某三甲医院医疗纠纷办公室

<sup>75</sup>资料来源：上海某三甲医院医疗纠纷办公室

### 3、患者的年龄分布

本研究将发生医疗纠纷的患者的年龄分为 0-20 岁, 20-40 岁, 40-60 岁和 60 岁以上四个年龄段。医疗纠纷患者的年龄分布情况分析如下: 0-20 岁的患者仅 1 例, 占 0.6%; 20-40 岁的患者 29 例, 18.4%; 40-60 岁患者 70 例, 占 44.3%; 60 岁以上患者 58 例, 占 36.7%。可见中老年患者发生医疗纠纷的数量高于青壮年患者发生医疗纠纷的数量(见表 6)。

表 6 2012-2014 年医患冲突患者年龄分布<sup>76</sup>

| 年龄    | 冲突发生例数 | 占比 (%) |
|-------|--------|--------|
| <20   | 1      | 0.6    |
| 20-40 | 29     | 18.4   |
| 40-60 | 70     | 44.3   |
| >60   | 58     | 36.7   |

中老年患者医疗纠纷发生概率大于青壮年主要是因为中老年患者由于机体功能下降, 自身基础疾病多, 手术风险较青壮年大, 并发症多, 发生医疗纠纷的概率也高。

### 4、患者的文化程度分布

发生的 158 例医疗纠纷中, 大学及以上文化 30 例, 占 18.99%, 大中专文化 37 例, 占 23.42%, 中学文化 52 例, 占 32.91%, 小学文化 59 例, 占 37.34% (见表 7)。

表 7 2012-2014 年医患冲突患者的文化程度分布<sup>77</sup>

| 文化程度  | 冲突发生例数 | 占比     |
|-------|--------|--------|
| 小学    | 59     | 37.34% |
| 中学    | 52     | 32.91% |
| 专科    | 37     | 23.42% |
| 大学及以上 | 30     | 18.99% |

由上表可知, 随着患者文化层次水平的提高, 医疗纠纷发生的概率逐渐降低。其中小学文化的患者发生医疗纠纷的例数最多。这可能与患者文化层次较低, 医学知识匮乏, 患者认为到了综合性的大医院一定能够治好疾病, 治愈的期望值比较高, 而一旦患者没有被治愈, 理想与现实有很大的差距时, 极易发生医疗纠纷。

<sup>76</sup>资料来源: 上海某三甲医院医疗纠纷办公室

<sup>77</sup>资料来源: 上海某三甲医院医疗纠纷办公室

## 5、患者的医保情况分布

在158例医疗纠纷案件中，患者医保为城镇医保的共111例，占医疗纠纷总数的70.3%；患者医保是农村合作医疗保险的共44例，占医疗纠纷总数的27.8%；患者医保是商业保险的共2例，占医疗纠纷总数的1.3%；无医疗保险的患者发生医纠纷案件为1例，占比为0.6%（见表8）。

表 8 2012-2014 年医患冲突患者医保类型<sup>78</sup>

| 医保类别  | 冲突发生例数 | 占比 (%) |
|-------|--------|--------|
| 城镇医保  | 111    | 70.3   |
| 农村医保  | 44     | 27.8   |
| 商业保险  | 2      | 1.3    |
| 无医疗保险 | 1      | 0.6    |

由上表可知患者医保为城镇医保发生医患冲突的占大部分，这可能与城镇医保患者的维权意识较农村医保患者的维权意识强有关。

## 6、患者的疾病类型分布

在本次研究中，患者疾病因素主要包括包括疾病的分类、治疗效果的分类。

我们根据病例分型的原理<sup>79</sup>将疾病分为四类，即单纯普通病例、单纯急诊病例、复杂疑难病例、复杂危重病例。从疾病分类来说，发生的158例医疗纠纷中，单纯普通病例发生共41例，占25.95%，单纯急诊病例发生医疗纠纷共32例，占20.25%，复杂疑难病例发生医疗纠纷共57例，占36.08%，复杂危重病例发生医疗纠纷共28例，占17.72%（见表9）。

表 9 2012-2014 年医患冲突患者疾病类型分布<sup>80</sup>

| 疾病分型 | 冲突发生例数 | 占比 (%) |
|------|--------|--------|
| 单纯普通 | 41     | 25.95  |
| 单纯急诊 | 32     | 20.25  |
| 复杂疑难 | 57     | 36.08  |
| 复杂危重 | 28     | 17.72  |

2012-2014年发生的医疗纠纷中，复杂疑难病例发生医疗纠纷的比例最高，占36.8%。这可能是因为我院接诊的复杂疑难的病例较多，同时复杂疑难病例治

<sup>78</sup>资料来源：上海某三甲医院医疗纠纷办公室

<sup>79</sup>朱有为，柏涌海，陆莉，刘宇，陈羽中，蔡剑飞. 应用病例分型原理构建双向转诊指标框架体系的探讨[J]. 中国卫生资源, 2013, 16 (4) : 258-259.

<sup>80</sup>资料来源：上海某三甲医院医疗纠纷办公室

疗的风险也大，发生医疗纠纷的概率相对就高了。

从治疗的效果来说，发生的158例医疗纠纷中，临床治愈病例发生医疗纠纷共32例，占20.25%，临床缓解病例发生医疗纠纷共34例，占21.52%，病情加重病例发生医疗纠纷共39例，占24.68%，死亡病例发生医疗纠纷共53例，占33.54%（见表10）。

表 10 2012-2014 年医患冲突疾病治疗效果分布<sup>81</sup>

| 治疗效果 | 冲突发生例数 | 占比 (%) |
|------|--------|--------|
| 临床治愈 | 32     | 20.25  |
| 临床缓解 | 34     | 21.52  |
| 病情加重 | 39     | 24.68  |
| 死亡   | 53     | 33.54  |

从上表可知，患者死亡引起医患冲突的比例最高，这主要是因为患者死亡，家属情绪激动，不愿意按照医疗常规解决问题，所以很容易发生医患冲突。

#### 四、医方的相关情况分布

1、医生职称分布。在158例医疗纠纷案件中，主诊医生是高级职称的医生发生医疗纠纷共113例，占71.5%，主诊医生是中级职称医生发生医疗纠纷31例，占19.6%，主诊医生是初级职称医生发生医疗纠纷14例，占8.86%（见表11）。

表 11 2012-2014 年医患冲突主诊医生职称情况分布<sup>82</sup>

| 职称 | 例数 | 所占比 (%) |
|----|----|---------|
| 正高 | 51 | 32.3    |
| 副高 | 62 | 39.2    |
| 中级 | 31 | 19.6    |
| 初级 | 14 | 8.9     |

其中高级职称医生发生医疗纠纷的例数最多，这可能与高级职称医生开展高难度、复杂手术有关。

2、医生工作年限分布。在158例医疗纠纷案件中，有30例是工作年限<10年的主诊医生造成的，占医疗纠纷总数的19%，有27例是工作年限为10-20年的主诊医生造成的，占医疗纠纷总数的17.1%，有71例是工作年限为20-30年的主诊医生

<sup>81</sup>资料来源：上海某三甲医院医疗纠纷办公室

<sup>82</sup>资料来源：上海某三甲医院医疗纠纷办公室

造成的，占医疗纠纷总数的44.9%，有30例是工作年限>30年的主诊医生引起的，占医疗纠纷总数的19.9%。其中工作年限为20-30年的主诊医生发生医疗纠纷案例的例数最多（见表12）。

表 12 2012-2014 年医患冲突主诊医生工作年限分布<sup>83</sup>

| 工作年限(年) | 发生医疗纠纷的例数 | 所占比 (%) |
|---------|-----------|---------|
| <10     | 30        | 19      |
| 10-20   | 27        | 17.1    |
| 20-30   | 71        | 44.9    |
| >30     | 30        | 19.0    |

这主要是因为20-30年的主诊医生，一般是高级职称的医生，开展的手术都是高难度、风险较大的手术，所以发生医疗纠纷的概率更高，而工作年限大于30年的主诊医生发生医患冲突的比例较少可能与其年龄大接诊的病人量减少有关。

## 五、医患冲突的成因

在所发生的158例医疗纠纷中，医疗纠纷投诉问题主要有医方和患方两方面的原因。医方原因主要包括医生对患者告知不足、医生对突发事件的处置经验不足、病历记录有缺陷、医生对病情评估不足、违反诊疗常规、医生技术水平不足、手术不完善、诊治不及时、误诊误治、责任心缺失、医医沟通不足、医院管理流程不完善、医生对患者病情监控不足、漏诊、医疗器械出现问题（见表13）。

表 13 2012-2014 年医患冲突发生的医方原因

| 医方原因       | 冲突发生例数 | 所占比例% |
|------------|--------|-------|
| 医生对患者告知不足  | 55     | 34.8  |
| 突发事件处置经验不足 | 38     | 24.1  |
| 病例记录有缺陷    | 35     | 22.2  |
| 医生对病情评估不足  | 31     | 19.6  |
| 违反诊疗常规     | 21     | 13.3  |
| 技术水平不足     | 19     | 12    |
| 手术不完善      | 18     | 11.4  |
| 诊治不及时      | 13     | 8.2   |
| 误诊误治       | 10     | 6.3   |
| 责任心缺失      | 9      | 5.7   |
| 医医沟通不足     | 3      | 1.9   |

<sup>83</sup>资料来源：上海某三甲医院医疗纠纷办公室

|             |   |     |
|-------------|---|-----|
| 医院管理流程不完善   | 3 | 1.9 |
| 医生对患者病情监控不足 | 2 | 1.3 |
| 漏诊          | 1 | 0.6 |
| 医疗器械出现问题    | 1 | 0.6 |

从上表可知,我院发生医疗纠纷的医方原因从高到低依次是医生对患者告知不足共55例,占案例总数的34.8%,医生经验不足共38例,占24.1%、病例记录有缺陷共35例,占22.2%、医生对病情评估不足共31例,占19.6%、违反诊疗常规共21例,占13.3%、手术不完善共18例,占11.4%,其中医生对患者告知不足、医生对突发事件的处置经验不足、病例记录有缺陷、医生对病情评估不足是我院发生医疗纠纷案例的主要原因。引起该院医患冲突的因素中,告知不足占比最多,是该院在缓解医患矛盾中首要解决的问题。该院有22.2%的医疗纠纷是有病历书写缺陷造成的。不仅仅让患者及其家属付出惨痛的代价,更让医院医生付出沉重的代价。

患方原因主要包括患者对医疗行为存在误解、对疾病预后期望高、信任缺失、患者言语恶劣威胁医生。其中,患者对医疗行为存在误解的共39例,占24.7%;对疾病预后期望高的案例共21例,占13.3%;对医生缺乏信任的案例共1例,占0.6%;医闹共5例,占3.16%;患者言语威胁医生的共6例,占3.8%(见表14)。

表 14 2012-2014 年医患冲突患方原因分布<sup>84</sup>

| 患方原因      | 冲突发生例数 | 占比 (%) |
|-----------|--------|--------|
| 对医疗行为存在误解 | 39     | 24.7   |
| 对疾病预后期望高  | 21     | 13.3   |
| 对医生缺乏信任   | 1      | 0.6    |
| 言语威胁医生    | 5      | 3.16   |
| 医闹        | 6      | 3.8    |

由上表可知,患者对医生误解是发生医疗纠纷的患方因素的主要原因,这主要是因为医患之间信息的不对称和医患之间缺乏信任有关。

## 六、发生冲突后的解决方式情况

在发生医疗纠纷的 158 例医疗纠纷案件中,解决方式主要包括院内协商解决、申请医学会鉴定、人民法院诉讼解决<sup>85</sup>。在本次研究中共发生医患冲突 158

<sup>84</sup>资料来源:上海某三甲医院医疗纠纷办公室

<sup>85</sup>李恒,张良,李恒,张良,高蕾,段孝建,孙涛,樊立华.哈尔滨市某医院 312 例医疗纠纷分析及防范对策[J].中国医院管理,2011,31(7):32-33.

例，我院解决医患冲突的主要方式是协商解决，其中协商解决的案例共有 123 例，申请医学会鉴定的共有 32 例，法院诉讼的 3 例，协商解决占 77.84%（见表 15）。

表 15 2012-2014 年医患冲突解决方式分布<sup>86</sup>

| 冲突解决方式 | 冲突例数 | 占比 (%) |
|--------|------|--------|
| 双方协商   | 123  | 77.85  |
| 医学会鉴定  | 32   | 20.25  |
| 法院诉讼   | 3    | 2.0    |

大部分研究表明医患冲突发生后，更多的是采取院内协商的方法解决，从医院方面来讲医院更想尽早把事情解决好，投入正常的医疗工作中去，如果走医学会鉴定程序不仅影响了医院的声誉，同时也要经历一个很长的繁琐的程序；从病人的角度讲病人尤其是对于有轻微伤的患者也不想把事情闹大，而且院内协商解决也会赔偿一部分费用，能在医院内部协商解决最好。而对于医患双方对医疗纠纷案件的分歧比较大无法通过协商解决的时候，只能通过医学会或者法院诉讼解决，这样可以更公正公平的处理这类医疗纠纷<sup>87</sup>。

## 七、医患冲突的级别

我们将医患冲突的级别分为四级，四级医疗纠纷是赔偿额度在 10 万以下医疗纠纷，三级医疗纠纷是赔偿额度在 10-50 万的医疗纠纷，二级医疗纠纷是赔偿额度在 50-100 万的医疗纠纷，100 万以上的医疗纠纷为一级医疗纠纷。在我院发生的 158 例医疗纠纷中，三级医疗纠纷共 112 例，占 70.9%；四级医疗纠纷共 46 例，占 29.1%；一级和二级医疗纠纷在我院均没有出现（见图 4）。

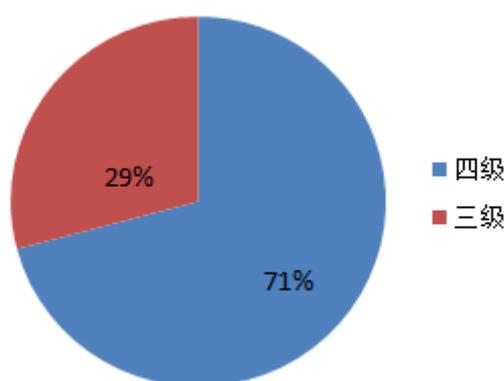


图 4 2012-2014 年医患冲突级别构成<sup>88</sup>

<sup>86</sup>资料来源：上海某三甲医院医疗纠纷办公室

<sup>87</sup>胡鹏飞，陈少贤，彭晓明，翟祖唐，吴少林，孙炳刚. 广东省公立医院医疗纠纷变化趋势与解决途径分析[J]. 中国医院管理, 2008, 2 (2) : 13-15.

<sup>88</sup>资料来源：上海某三甲医院医疗纠纷办公室

由上表可见，我院发生三级医疗纠纷的例数是四级医疗纠纷例数的2倍多，有70%的医疗纠纷是三级医疗纠纷，纠纷大多数处理可控范围之内。

## 八、医患冲突处理的时间

我们将纠纷处理的时间分为四个等级，分别为<7天，7-30天，30-60天，>60天。我院医疗纠纷处理时间的分布（见表16）。

表 16 2012-2014 年医患冲突事件处理时间分布<sup>89</sup>

| 纠纷处理时间 | 发生医疗纠纷的例数 | 所占比 (%) |
|--------|-----------|---------|
| <7     | 15        | 9.5     |
| 7-30   | 45        | 28.5    |
| 30-60  | 24        | 15.2    |
| >60    | 74        | 46.8    |

在发生的158例医疗纠纷中，处理时间小于7天的为15例，占9.5%；处理时间在7-30天的为45例，占28.5%；处理时间在30-60天为24例，占15.2%；处理时间大于60天为74例，占比46.8%。可见我院处理医疗纠纷的时间大于60天的医疗纠纷案件最多。这可能与医患双方对医疗纠纷分歧争议比较大，需要经过多次协调解决。

## 九、医患冲突帕累托图分析

帕累托图分析（Pareto chart）是针对质量管理问题产生的原因，按影响力大小进行排序，而编成的累积频数分布条形图。帮助发现影响质量关键性要素。运用帕累托图对医疗纠纷进行分析可以为临床医生防范医疗纠纷提供依据。

在帕累托图中，主要因素占80%，只要主要因素解决了，那大部分的质量问题就解决了<sup>90</sup>。对于医疗纠纷来说，只要引起医患纠纷的主要因素解决了，那大部分的医疗纠纷问题就解决了。运用帕累托图对医疗纠纷原因进行排序，明确最需要解决的问题（见图5）。

<sup>89</sup>资料来源：上海某三甲医院医疗纠纷办公室

<sup>90</sup>李雅立. 出院患者 22459 例次疾病构成帕累托图分析 [J]. 中国冶金工业医学杂志, 2011, 28 (6): 630-631.

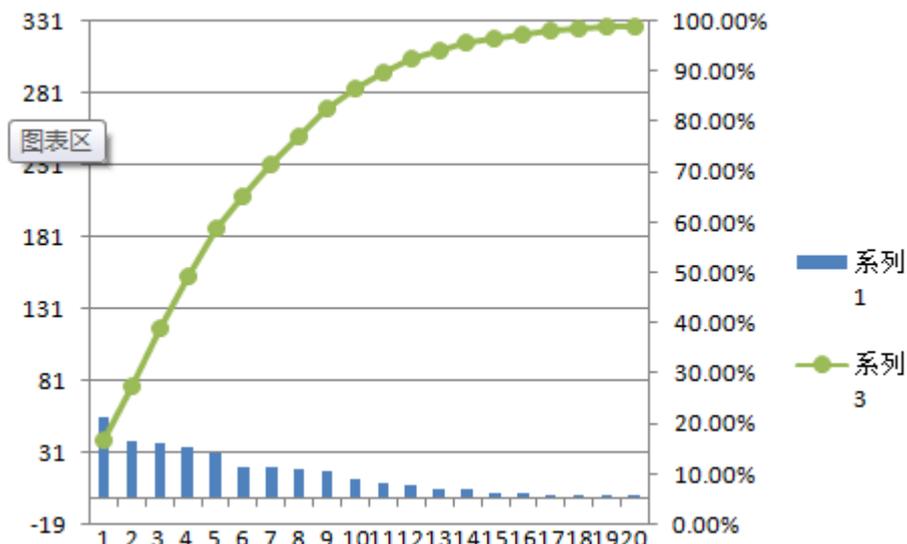


图 5 2012-2014 年医患冲突原因帕累托图分析

1: 医生告知不足; 2: 医疗纠纷行为存在误解; 3: 经验不足; 4: 病情记录不完善; 5: 病情评估不足; 6: 预后期望高; 7: 违反诊疗常规; 8: 技术水平不足; 9: 误诊误治; 10: 诊治不及时; 11: 手术不完善

由帕累托图可知, 引起我院医患冲突的主要因素是医生告知不足、医疗行为存在误解、经验不足、记录缺陷、病情评估不足、预后期望高、违反诊疗常规、技术不足, 累积百分率在27.4%-77.25%之间, 是主要因素; 误诊误治、诊治不及时、手术不完善累积百分比在82.69%-89.64%之间, 是次要因素; 其余因素是一般因素。在我院的纠纷管理过程中首要的是控制主要的医疗纠纷因素, 即医生告知不足、医疗行为存在误解、经验不足、记录缺陷、病情评估不足、预后期望高、违反诊疗常规、技术不足, 这样才能快速有效的降低医疗纠纷的发生率, 创造和谐的医患环境。

### 第三节、上海某三甲医院医患冲突等级影响因素分析

将人口统计学指标、疾病因素指标、医方因素、患方因素、沟通因素作为自变量, 纠纷等级作为应变量, 利用SPASS18.0对医疗纠纷的分级做单因素分析。

#### 一、人口统计学指标单因素分析

人口统计学指标包括: 性别、年龄、籍贯、职业、文化程度、婚姻。对这六个因素进行单因素分析, 其中性别和籍贯有统计学意义, 说明这两个因素与医疗纠纷的程度有关系, 其余的因素无统计学意义, 说明其余因素与医疗纠纷的程度没有关系 (见表 17、18)。

表 17 2012-2014 年医患冲突患者性别单因素分析

|                   | 值                  | df | 渐进 Sig. (双侧) | 精确 Sig. (双侧) | 精确 Sig. (单侧) |
|-------------------|--------------------|----|--------------|--------------|--------------|
| Pearson 卡方        | 8.698 <sup>a</sup> | 1  | .003         |              |              |
| 连续校正 <sup>b</sup> | 7.695              | 1  | .006         |              |              |
| 似然比               | 8.889              | 1  | .003         |              |              |
| Fisher 的精确检验      |                    |    |              | .005         | .003         |
| 线性和线性组合           | 8.643              | 1  | .003         |              |              |
| 有效案例中的 N          | 158                |    |              |              |              |

$X^2=8.69803$ ,  $p=0.003$ 。差别有统计学意义, 说明医疗纠纷患者性别与医疗纠纷等级有关。

表 18 2012-2014 年医患冲突患者籍贯单因素分析

|            | 值                  | df | 渐进 Sig. (双侧) |
|------------|--------------------|----|--------------|
| Pearson 卡方 | 8.889 <sup>a</sup> | 2  | .012         |
| 似然比        | 9.124              | 2  | .010         |
| 线性和线性组合    | 8.597              | 1  | .003         |
| 有效案例中的 N   | 158                |    |              |

$X^2=8.889$ ,  $P=0.012$ 。差别有统计学意义, 说明医疗纠纷患者籍贯与医疗纠纷等级有关。

## 二、疾病因素分析指标单因素分析

疾病因素分析指标包括同种疾病就诊频次、疾病分类、治疗效果。对着三个因素进行单因素分析, 其中疾病分类和治疗效果有统计学意义, 说明疾病分类和治疗效果与医疗纠纷等级有关。同种疾病的就诊频次与纠纷等级没有相关性。疾病因素单因素分析结果如下(见表 19、20)。

表 19 2012-2014 年医患冲突患者疾病分类单因素分析

|            | 值      | df | 渐进 Sig. (双侧) |
|------------|--------|----|--------------|
| Pearson 卡方 | 8.889a | 2  | .012         |
| 似然比        | 9.124  | 2  | .010         |
| 线性和线性组合    | 8.597  | 1  | .003         |
| 有效案例中的 N   | 158    |    |              |

$X^2=8.889$ ,  $P=0.012$ 。差别有统计学意义, 说明医疗纠纷患者疾病分类与医疗纠纷等级有关。

表 20 2012-2014 年医患冲突患者治疗效果单因素分析

|            | 值                   | df | 渐进 Sig. (双侧) |
|------------|---------------------|----|--------------|
| Pearson 卡方 | 34.382 <sup>a</sup> | 3  | .000         |
| 似然比        | 37.688              | 3  | .000         |
| 线性和线性组合    | 32.371              | 1  | .000         |
| 有效案例中的 N   | 158                 |    |              |

$X^2=34.382$ ,  $P=0.000$ 。差别有统计学意义,说明医疗纠纷患者治疗效果与医疗纠纷等级有关。

### 三、医患冲突医方因素单因素分析

发生医疗纠纷医方因素包括主诊医生的职称、工作年限、有无资质、医生违反诊疗常规、误诊误治、诊治不及时、手术不完善、医生对病情评估不足、技术水平不足、经验不足等。其中医疗纠纷中医生违反诊疗常规、诊治不及时、病情评估不足、经验不足、技术水平不足与医疗纠纷发生的程度有关(见表 21、22、23、24、25)。

表 21 2012-2014 年医患冲突医生违反诊疗常规单因素分析

|                   | 值                   | d<br>f | 渐进<br>Sig. (双侧) | 精确<br>Sig. (双侧) | 精确<br>Sig. (单侧) |
|-------------------|---------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Pearson 卡方        | 31.535 <sup>a</sup> | 1      | .000            |                 |                 |
| 连续校正 <sup>b</sup> | 28.705              | 1      | .000            |                 |                 |
| 似然比               | 28.720              | 1      | .000            |                 |                 |
| Fisher 的精确检验      |                     |        |                 | .000            | .000            |
| 线性和线性组合           | 31.336              | 1      | .000            |                 |                 |
| 有效案例中的 N          | 158                 |        |                 |                 |                 |

$X^2=31.535$ ,  $P=0.000$ 。差别有统计学意义,说明医疗纠纷中医生违反诊疗常规与与医疗纠纷等级有关。

表 22 2012-2014 年医患冲突医生诊治不及时单因素分析

|                   | 值                  | d<br>f | 渐进<br>Sig. (双侧) | 精确<br>Sig. (双侧) | 精确<br>Sig. (单侧) |
|-------------------|--------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Pearson 卡方        | 7.216 <sup>a</sup> | 1      | .007            |                 |                 |
| 连续校正 <sup>b</sup> | 5.606              | 1      | .018            |                 |                 |
| 似然比               | 6.467              | 1      | .011            |                 |                 |
| Fisher 的精确检验      |                    |        |                 | .021            | .012            |
| 线性和线性组合           | 7.171              | 1      | .007            |                 |                 |
| 有效案例中的 N          | 158                |        |                 |                 |                 |

$X^2=7.216$ ,  $P=0.007$ 。差别有统计学意义,说明医疗纠纷中医生诊治不及时与医疗纠纷等级有关。

表 23 2012-2014 年医患冲突医生对病情评估不足单因素分析

|                   | 值                   | df | 渐进<br>Sig. (双侧) | 精确<br>Sig. (双侧) | 精确<br>Sig. (单侧) |
|-------------------|---------------------|----|-----------------|-----------------|-----------------|
| Pearson 卡方        | 12.367 <sup>a</sup> | 1  | .000            |                 |                 |
| 连续校正 <sup>b</sup> | 10.865              | 1  | .001            |                 |                 |
| 似然比               | 11.450              | 1  | .001            |                 |                 |
| Fisher 的精确检验      |                     |    |                 | .001            | .001            |
| 线性和线性组合           | 12.289              | 1  | .000            |                 |                 |
| 有效案例中的 N          | 158                 |    |                 |                 |                 |

$X^2=12.367$ ,  $P=0.000$ 。差别有统计学意义,说明医疗纠纷中医生对患者的病情评估不足与医疗纠纷等级有关。

表 24 2012-2014 年医患冲突医生经验不足单因素分析

|                   | 值                   | df | 渐进<br>Sig. (双侧) | 精确<br>Sig. (双侧) | 精确<br>Sig. (单侧) |
|-------------------|---------------------|----|-----------------|-----------------|-----------------|
| Pearson 卡方        | 12.367 <sup>a</sup> | 1  | .000            |                 |                 |
| 连续校正 <sup>b</sup> | 10.865              | 1  | .001            |                 |                 |
| 似然比               | 11.450              | 1  | .001            |                 |                 |
| Fisher 的精确检验      |                     |    |                 | .001            | .001            |
| 线性和线性组合           | 12.289              | 1  | .000            |                 |                 |
| 有效案例中的 N          | 158                 |    |                 |                 |                 |

$X^2=12.367$ ,  $P=0.000$ 。差别有统计学意义,说明医疗纠纷中医生经验不足与医疗纠纷等级有关。

表 25 2012-2014 年医患冲突医生技术不足单因素分析

|                   | 值                   | 渐进 df (双侧) | Sig. | 精确 Sig. (双侧) | 精确 Sig. (单侧) |
|-------------------|---------------------|------------|------|--------------|--------------|
| Pearson 卡方        | 12.129 <sup>a</sup> | 1          | .000 |              |              |
| 连续校正 <sup>b</sup> | 10.326              | 1          | .001 |              |              |
| 似然比               | 10.934              | 1          | .001 |              |              |
| Fisher 的精确检验      |                     |            |      | .002         | .001         |
| 线性和线性组合           | 12.052              | 1          | .001 |              |              |
| 有效案例中的 N          | 158                 |            |      |              |              |

$X^2=12.129$ ,  $P=0.000$ 。差别有统计学意义,说明医疗纠纷中医生诊治不及时医生技术水平与医疗纠纷等级有关。

#### 四、医患冲突患方因素单因素分析

医疗纠纷的患方因素包括:患者住院时间、患者医保情况、患者依从性低、医学常识缺乏、对医疗行为存在误解、对疾病的预后期望高、患者对医生不信任。其中,患者住院时间、患者对医疗行为存在误解以及患者言语威胁医生有关(见表26、27、28)。

表 26 2012-2014 年医患冲突患者住院时间单因素分析

|            | 值                  | df | 渐进 Sig. (双侧) |
|------------|--------------------|----|--------------|
| Pearson 卡方 | 8.259 <sup>a</sup> | 3  | .041         |
| 似然比        | 7.764              | 3  | .051         |
| 线性和线性组合    | .719               | 1  | .396         |
| 有效案例中的 N   | 158                |    |              |

$X^2=8.259$ ,  $P=0.041$ 。差别有统计学意义,说明医疗纠纷中患者住院时间与医疗纠纷等级有关。

表 27 2012-2014 年医患冲突患者对医疗行为存在误解的单因素分析

|                   | 值                  | d<br>f | 渐进<br>Sig. (双侧) | 精确<br>Sig. (双侧) | 精确<br>Sig. (单侧) |
|-------------------|--------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Pearson 卡方        | 6.661 <sup>a</sup> | 1      | .010            |                 |                 |
| 连续校正 <sup>b</sup> | 5.654              | 1      | .017            |                 |                 |
| 似然比               | 7.458              | 1      | .006            |                 |                 |
| Fisher 的精确检验      |                    |        |                 | .014            | .007            |
| 线性和线性组合           | 6.619              | 1      | .010            |                 |                 |
| 有效案例中的 N          | 158                |        |                 |                 |                 |

$X^2=6.661$ ,  $P=0.010$ 。差别有统计学意义, 说明医疗纠纷中患者对医疗行为存在误解与医疗纠纷等级有关。

表 28 2012-2014 年医患冲突患者言语威胁医生单因素分析

|                   | 值                  | df | 渐进<br>Sig. (双侧) | 精确<br>Sig. (双侧) | 精确<br>Sig. (单侧) |
|-------------------|--------------------|----|-----------------|-----------------|-----------------|
| Pearson 卡方        | 4.932 <sup>a</sup> | 1  | .026            |                 |                 |
| 连续校正 <sup>b</sup> | 2.067              | 1  | .151            |                 |                 |
| 似然比               | 4.999              | 1  | .025            |                 |                 |
| Fisher 的精确检验      |                    |    |                 | .083            | .083            |
| 线性和线性组合           | 4.901              | 1  | .027            |                 |                 |
| 有效案例中的 N          | 158                |    |                 |                 |                 |

$X^2=4.932$ ,  $P=0.026$ 。差别有统计学意义, 说明医疗纠纷中患者言语威胁医生与医疗纠纷等级有关。

单因素分析有12个因素与医疗纠纷等级有关系, 我院发生的医疗纠纷的等级与患方因素, 医方因素、疾病因素都有关系。患方因素包括患者的性别 ( $X^2=8.698$ ,  $P=0.03$ )、籍贯 ( $X^2=8.889$ ,  $P=0.012$ )、患者言语威胁医生 ( $X^2=8.698$ ,  $P=0.03$ )、对医疗行为存在误解 ( $X^2=6.661$ ,  $P=0.010$ )、住院时间 ( $X^2=8.259$ ,  $P=0.041$ )。医方因素包括违反诊疗常规 ( $X^2=31.535$ ,  $P=0.000$ )、诊治不及时 ( $X^2=7.216$ ,  $P=0.07$ )、病情评估不足 ( $X^2=12.367$ ,  $P=0.000$ )、经验不足 ( $X^2=27.745$ ,  $P=0.000$ )、技术水平不足 ( $X^2=12.129$ ,  $P=0.000$ )。疾病因素包括疾病的治疗效果 ( $X^2=34.382$ ,  $P=0.000$ ), 疾病分类 ( $X^2=7.887$ ,  $P=0.48$ )。

## 五、医患冲突等级的 Logistic 回归分析

将以上通过单因素分析与医疗纠纷等级有统计学意义的自变量代入 Logistic 回归方程，显著性水平为 0.05，得出如下结果（见表 29）。

表 29 2012-2014 年医患冲突等级影响因素的 Logistic 回归分析

|            | B      | S.E.      | Wals   | df | Sig. | Exp (B) |
|------------|--------|-----------|--------|----|------|---------|
| 患者言语威胁医生   | 22.103 | 28189.573 | .000   | 1  | .999 | 3.973E9 |
| 对医疗行为存在误解  | .785   | .703      | 1.247  | 1  | .264 | .456    |
| 技术水平不足     | 1.028  | .803      | 1.636  | 1  | .201 | 2.795   |
| 突发事件处置经验不足 | 2.020  | .637      | 10.045 | 1  | .002 | 7.536   |
| 医生对病情评估不足  | .175   | .637      | .075   | 1  | .784 | .840    |
| 诊治不及时延误治疗  | .522   | 1.002     | .272   | 1  | .602 | 1.686   |
| 违反诊疗常规     | 2.122  | .729      | 8.467  | 1  | .004 | 8.345   |
| 住院时间       | .438   | .257      | 2.907  | 1  | .088 | 1.550   |
| 性别         | -.872  | .537      | 2.635  | 1  | .105 | .418    |
| 籍贯         | .547   | .543      | 1.013  | 1  | .314 | 1.728   |
| 疾病分类       | .236   | .299      | .624   | 1  | .430 | 1.266   |
| 治疗效果       | .848   | .313      | 7.363  | 1  | .007 | 2.336   |
| 常量         | -5.516 | 1.688     | 10.686 | 1  | .001 | .004    |

由上表可知医生对突发事件的处置经验不足（ $P=0.002$ ），医生违反诊疗常规（ $P=0.004$ ），疾病的治疗效果（ $P=0.007$ ）是造成医疗纠纷等级差异的原因。

综上，该院应该加强医生如何合理处置医疗突发事件的培训，加强医生如何规范的进行诊疗操作的培训，以此来提高医生临床技术水平和临床工作经验，改善患者治疗效果，减少医患冲突的发生。

---

#### 第四节、上海某三甲医院典型案例及成因分析

##### 【案例 1】

2014 年 6 月 23 日患者 62 岁，柳某心脏装有 3 个支架，因有时头晕，偶发心绞痛症状，医生建议入院复查。中午入院进行造影检查，并又装了 2 个支架。23 日晚一直痛，24 日早 8 时医生查房时，患者仍有胸痛现象。患者病情从 24 日晚 9 点起开始严重，出现呕吐、面色苍白、呼吸急促等不适症状。24 日晚至 25 日早 7 点，患者病情严重恶化。25 日早 8 点患者抢救无效死亡。患方大闹医院，索赔 72 万。

从患方角度来说，随着社会的进步，医学是有了很大的发展，但人类的疾病谱也是不断发展的，患者需要认识到医学的局限性，很多疾病还是无法完全治愈的。柳某的死亡是因为缺血诱发的急性心衰造成的，与本身患有冠心病，多支血管病变和左主干痉挛有关，与放置的支架没有关联。但是患者对放置支架后，疾病治愈的期望过高，患者的死亡更是造成了前后的巨大落差。我们更深一步的分析，患者是 62 岁的老人，早年就患有冠心病、心脏血管狭窄，因为是外地农村病人早年医治疾病已经花去了很大一部分医疗费用，因为我国医疗保障体系够完善，患者的自费比例很高，给心脏装支架对一个农村家庭来说是要自己花费很大一部分治疗费用的，再加上多次来医院就诊看多了医院过分追求经济利益，一直怀恨在心，但因为患者还在院治疗而且效果一直比较好，所以怨气才没有爆发出来，而现在因为患者由于急性心肌缺血死亡，而且还是在院诊疗的过程中死亡的，患者认为这是医院的不作为造成的，既然自己已经花了钱医方就要保证患者的生命，患者的死亡是家属无法接受的，多年的积怨一下子暴发出来，大闹医院索取高额的赔偿。

从医生的角度来讲，患者在医院给心脏放置支架后死亡，医方应该负有主要责任。首先从医生自身来说，医生对患者病情的监测不利是造成本次医疗事故发生的主要原因，患者放置架后胸部一直隐痛，虽然做了各项检查，而且检查的结果是比较好的，但是过分依赖先进的设备而没有考虑患者的主观感受是极其让患者家属失望的。患者持续性的胸痛时但检查结果是好的，这时医生应该对患者高度重视，密切观察患者的病情，预估可能发生的任何疾病的转归，做好及时的抢救工作，但是让我们失望的是医生依据检查结果开了对症治疗的药物，但没有给予患者高度重视，密切随访，甚至出现了晚上值班的医生竟然是本院的没有诊疗资质的研究生，因为技术水平不足，经验的不足，没有对患者做及时的抢救，造成患者因为急性心肌缺血而死亡。这是患者的管床医生对患者的高度不负责任的表现。从医院层面来讲，医院对夜间值班制度的制定不严，监管不力也是造成此次医疗纠纷的重要原因。

---

## 【案例 2】

2014 年 1 月 11 日，患者 16 岁，来我院整形外科做完上颌牵拉手术，12 日下午 3 点，患者心律升高异常，医生给小孩做了吸痰处理，小孩心律恢复正常。几天后患者家长认为小孩病情已经平稳，要求出院。出院后的第二天小孩出现浑身抽搐现象，120 及时送医院抢救。小孩生命是抢救回来了，但是小孩智力受到严重的损害。患方认为是医方的过错，要求医方承担所有的医疗费用。而且患方不同意医学鉴定。多次带数十人在医院静坐，抗议。

从患者的角度来分析，这是一起典型的医闹事件，患者的智力受损，责任方在于患方。医方一再要求患者在院观察，但患方因为对医疗技术的认识不足，对医生的不信任，认为医生让患者留院是为了追求更多的经济利益，自行出院，造成了患者疾病的不可逆转。随着社会法律制度的进步，人们的维权意识不断增强，但是患者通过医闹来维护患者的健康权，是犯了严重的错误的。当前社会促进社会和谐是祖国发展的首要目标，在维护祖国的稳定的大前提下，医院往往采取息事宁人的方式解决医疗纠纷，从而产生的职业医闹现象。由于患者受“大闹大赚，小闹小赚”的观点的影响，即使是责任在于患方，患方还想通过职业医闹来赚取一部分钱财。

从医方的角度来分析，首先是医生一听到医闹心理就产生反感，本来医教研的承重负担已经把医生压的喘不过气来，再加上患者找来职业医闹，医院又要给予医生相应的经济处罚，更是让医生焦头烂额，不知道如何是好，总想着早点把事情解决好投入到日常的诊疗工作中去，所以很多时候愿意花钱来息事宁人，我们看到有些外科医生因为一次医患冲突，一年的工资收入都赔进去了。这在很大程度上造成了患者“大闹大赚，小闹小赚”的错误观点；从医院层面来讲，医院应该建立完善的应急处置预案，重视医闹的预防和化解工作，从健全机制着手，及时发现职业医闹，消除医患冲突的隐患，减少因为医闹发生的大规模的医患冲突。

从法律角度来看医患冲突就是权利之争。在医患关系中，患者是事实上的弱者，应是法律保护的主要对象。但是，现在人们所提及的各种患者权利多数是一种道德行为规范，这种权利属于医学伦理学范畴中的权利，不具有法律效力，部分患者权利内容是分散在其他有关的法律制度条文中或通过规定医方的义务来确认的。总之，我国还没有全面系统确认患者权利保护的法律文件<sup>91</sup>。我们发现职业医闹的出现主要还是因为我国法律法规的不够完善造成的。随着时代的进步，患者维权意识的增强，患者完全可以通过走法律途径，从诉讼程序，公平公正的解决当前的医患冲突，但是由于我国诉讼程序比较复杂，患者的维权成本花

---

<sup>91</sup>王伟杰. 当前我国医患冲突的法律思考[J]. 中国卫生事业管理. 2009, 2: 105-106.

---

费较高,很多患者不愿意从司法程度,希望通过医闹这个捷径来达到自己的目的。

综合以上两个典型的医院冲突案例,我们发现医患之间是利益相关体,医患双方存在着博弈关系,从理论上说这个博弈是个双人博弈,但是实际上医患之间的博弈是多人或者多个组织之间的博弈,包括医生与患者、医生与医生、患者与患者、医生与医院、患者与医院、医院与医院之间的博弈。因为医患有着共同的目标即消灭疾病,医患之间的博弈理想上应该是正和博弈,是不应该产生医患冲突的。但是在现实生活中,例如医生收受红包,患者对医疗行为的误解,此时医患之间力量不对等的,形成了负和博弈,医患冲突就此产生了。上海某三甲医院医患冲突的形成也是因为医患之间的负和博弈造成的。通过上述对该医院医患冲突影响因素的分析以及典型案例分析,我们将其医患冲突的成因归纳以下几个方面。

### 1、医方因素

医方因素包括医疗技术过失和非医疗技术问题两方面。医疗技术过失主要包括:技术水平不足、违反诊疗常规、经验不足、病情评估不足。造成医疗技术过失的主要原因还是医务人员的临床业务水平不足,而造成医疗水平不足原因,一是医院的诊疗规章制度不够完善,内部管理不规范,对医生的技术培训不足,二是由于受部队单位编制的限制,医院大量招聘合同制工作人员参与日常的诊疗工作,人员的素质参差不齐,由于合同制工作人员的工资水平相对较低,临床工作积极性不强,合同制医务人员的流动性较大,医院更多的被当做年轻医生培训单位,年轻医生经验不足,临床业务水平不过关,在给病人诊治的过程中就容易发生违反诊疗常规、病情评估不足等现象,进而引发医患冲突。

非医疗技术问题包括:告知不足、病历记录缺陷。告知不足是由于医患之间的沟通缺乏造成的,该院的临床业务繁重,同时医生还要兼顾教学和科研工作,与病人沟通的时间就少,这是客观原因造成的,但是主观原因还是一些医务人员与患者缺乏沟通技巧,沟通时态度生硬,手术前没有给病人做详细的解释,没有充分考虑到患者的知情同意权,对病人的提高回答过于绝对,造成患者对医生的不足,进而引起医患冲突的发生。病历书写缺陷主要是由于医院相关规章制度的缺乏,对病历书写的监管不严,医生对病历书写的不够重视造成的。

### 2、患方因素

医疗行为存在误解、预后期望高是发生医疗纠纷发生的患方因素。由于医患之间的信息的严重不对称,社会上人与人之间缺乏信任,患者对医生的善意的医疗行为可能会误解为恶意的医疗行为。现代医学虽然有了长足的发展,但是依然存在着局限性,并不是所有的疾病都能治愈,患者对疾病转归应该要有正确的认识,不能对重大疾病的诊治有过高的期望,否则极易引起冲突的发生。在此类博弈中患者处于强势地位,但是两者之间的博弈也是负和博弈,最终伤害的还是患

---

者的利益。随着社会的发展，科学的进步，医疗技术有了突飞猛进的发展，但现代医学也有其局限性，不可能治愈所有的疾病，但是由于患者医学常识的缺乏，认为到医院看病，花了钱医生一定要治好。如果疾病得到了治愈，多数病人也是愿意承担较贵的医疗费用；但是，当病人支付了较多的医疗费用，疾病却没有得到治愈，患者心态不平衡，很容易诱发医患冲突。

### 3、医院的性质因素

一是，该医院是一家在上海处于行业前端的三甲医院，医生不仅仅要给患者进行临床治疗，还要兼顾教学和科研，医生在医教研三者中进行着博弈，长期超负荷工作，医生压力很大，有时会不注意医疗服务态度，临床上有些细节没有注意到，这是在所难免的。二是，该医院病患多，诊治的疾病复杂，新技术开展的也比较多，诊治的风险也比较大，发生医患冲突的概率自然就高。三是，该医院是一家部队医院，外地患者多，患者不远千里从外地赶来，对医院的期望值很高，但当患者诊治疾病时发现医生的技术诊疗水平和服务态度并不是患者所想，患者会很不满，所以医患冲突很容易发生。这些因素都决定了其医患冲突的成因。

### 4、医疗体制因素

一是，在现有的市场经济体制影响下，政府将医院推向了市场，让医院自负盈亏。医院在追求公益性的同时还要为自己谋取经济利益，这本身就是医院公益性和市场经济的博弈，医院为了生存，只能通过鼓励医生开药来赚取利润，维持医院的正常运营。同时该医院还是一家部队医院，需要向部队管理部门上交一定的税费，更加使医院的开支增大。二是，媒体的误导。因为媒体长期对医院进行负面事件的报道，患者对医生的怨气越来越重，医生对患者的警惕程度也越来越高，医患双方极度的不信任。患者来医院就诊就担心医生给自己开大处方，做大检查，对医生的诊断充满质疑，无法积极配合医生对疾病做诊治，一旦疾病没有得到良好的诊治，患者的怨气就完全暴发出来，引起医患冲突的发生。三是，由于我国医疗保险体制的不健全，再加上上海三甲医院的诊治费用较高，患者来上海治疗抱有很大的期望，花了高额的医疗费用，一旦治疗没有达到患者的预期，很容易发生医患冲突。四是，医疗卫生法律制度的不健全。我国的医疗法律法规制度虽然有了很大程度的进步，但是法律法规条文中还存在一些缺陷，甚至出现对同一事件的处罚结果出现不一致的现象，医患冲突得不到妥善的法律解决也是医患冲突频发的主要原因。

---

## 第四章 国内外化解医患冲突的经验与启示

### 第一节、国内化解医患冲突的经验

我国因医患冲突引起的医疗恶性事件日益增多。我国医疗机构是如何防范医疗恶性事件的发生的，通过查阅相关资料，我们发现北京、宁波在防患医患冲突方面做得比较好，我们将其有效防范医患冲突的经验总结如下：

#### 一、加强医患沟通

医患沟通是为了满足患者的健康需求，医生在诊治疾病过程中进行的一种人际交流。病人就诊时，渴望得到医护人员的关爱，对医护人员的一言一行更加敏感。所以，医生在诊治疾病时，要与患者多沟通，拉近医患之间的距离，增加患者对自己的信任。良好的沟通是一切诊疗活动的基础，只有与患者构建良好的沟通关系才能使日常诊疗工作有条不紊的进行。

#### 二、提高医疗服务质量

提高医疗服务质量是减少医患冲突发生的关键。患者来医院就诊的主要目的就是解决病痛，只有将医疗服务质量提高了才能有效的解决患者的痛苦。所以医生在给病人诊治疾病过程中，要对其病情分析要入木三分，不能光凭经验给患者做诊断，诊断的理由要充分，经过仔细的论证后再进行对症治疗。不断提高医疗服务质量是医院生存的保障，是医院的生命线。

#### 三、加强医德教育和服务文化建设

许多医患冲突并不是因为医生的医疗技术不过关造成的，而是由于医生的医德医风的缺失造成的。现代医学教育只注重了培养医生疾病的诊治的能力，而忽视了医学人文职业道德的教育，致使部分医生道德低下，责任心不强，向患者索要红包的现象时有发生。医疗行业是一个公益性的行业，是一个服务型的组织，广大医务工作人员要提高自己的服务意识，想患者所想，多学会换位思考，以病人中心，主动积极的为患者服务。医疗机构应该经常组织医生开展医德医风和服务意识教育，将应医德问题引起的医患冲突作为案例展示给大家，分析其中存在哪些医德问题，教育医生在今后的诊疗活动中要注意这些问题，减少医患冲突的发生，同时将受到患者表扬的医生的事迹展示给大家供学习参考。

#### 四、发挥媒体的正面宣传作用

媒体在引导医患关系走向和谐的过程中起着巨大的作用。因此，医院要多和媒体沟通，向他们展示医生的日常诊疗活动，将医生的日常诊疗活动展示给广大的人民群众，让老百姓知道医生的工作的辛苦，取得老百姓的支持和同情。要公

---

众认识到医学本身具有它的局限性，医生不可能包治百病，疾病的变化是没有预见性的。

当前我国医患冲突日益频发，政府也采取了相对应的干预措施，但是医疗纠纷数量还呈现出逐年增长的趋势，因此有必要借鉴国外发达国家的化解医患冲突的经验，进一步完善我国的医患冲突防范机制。其中在化解医患冲突方面具有代表意义的主要是美国、日本、英国、德国、俄罗斯等。

## 第二节、国外化解医患冲突的经验

### 一、美国化解医患冲突的经验

美国在 70 年代末期医患冲突频发，医患矛盾不断激化，政府采取了一系列的措施，有限的降低了医患冲突发生率，阻止了医患关系的进一步恶化，美国采取的措施总结如下：①用建立全国性的医患冲突报告系统。通过这个系统既可以了解医患冲突真相，又可以评估冲突的责任方。②加大对药品使用的安全管理力度。药品的安全直接关系到患者的生命安全，即使医生的诊断完美，药品的安全得不到保障还是无法避免医患冲突的发生，试想如果是因为药品造成患者疾病得不到诊治，甚至死亡的，那医患冲突的发生是无法避免的。③制定实施安全操作规范。自 2001 年，美国开始施行新的计算机医疗记录，并进行设备更新、维护等<sup>92</sup>，保证在医疗活动中不会因为安全操作问题而造成患者的人身损伤，引起患者的不满，进而发生医患冲突。④严格执行“患者知情认同”制度。严格执行知情同意制度，让患者对自身的病情有全面的了解，以免造成因为患者对自己病情的不了解，造成对医生医疗行为的误解而引起的医患冲突。⑤重视医患沟通。人际沟通技能被美国医学教育资格认证委员会列为住院医师六项必备技能之一。对医师沟通能力的考核是美国执业医师考核中很重要的一部分<sup>93</sup>。

### 二、日本化解医患冲突的经验

日本在防范医患冲突方面一直做得比较好，医患冲突的发生率很低，我们将其防范医患冲突的好的经验总结如下：①完善的医疗保险制度。日本有三种医疗保险制度：组合健康保险、政府掌管的健康保险制度、国民健康保险，三种保险各自互补不足将所有的人群都纳入了医疗保险体系。②充足的医疗机构和医务人员，每 10 万人拥有 206.1 个医生，日本政府为了防止医生的供大于求曾一度缩小医学院的招生人数。③医药分离，日本的医院收费都是全国统一价格，医生开药患者需要到药店去买药，医药之间不存在利益关系。④良好的医疗服务。日本医生充分尊重病人的知情同意权；建立良好的医患关系，日本通过一系列措施，

---

<sup>92</sup>高也陶. 从美国的措施看政府干预医疗差错与纠纷[J]. 中华医院管理杂志, 2002, 8(18): 511-512.

<sup>93</sup>章琪. 我国医患纠纷现状根源与化解对策[D]. 浙江: 宁波大学, 2013:

---

增加患者对医生的信任，有效减少医院冲突的发生。医生真诚热情的对待每个病人向家人一样，像亲友一样与病人沟通，真正做到了以人为本的服务理念<sup>94</sup>。

### 三、英国化解医患冲突的经验

英国是一个医疗保障做得比较完善的发达国家，医患冲突的发生率也较低，因为英国有健全的医疗法律法规制度，所以医患冲突的解决一般是由法院裁决。当患者在医疗行为过程中，生命健康权受到损害时，赔偿的问题是由根据客观事实由法院来裁定的。法院会首先判断医师是否有过错。因为某些患者所谓的医疗过失，尤其是医师在给患者施行某些高风险的治疗中，风险根本是无法规避的，其证据本身往往不足。英国的《民事责任和人身伤害赔偿皇家委员会法案》提示医患双方一定要相互沟通、信任和理解，患者要有充分的知情权，患者要知道任何治疗方案都存在一定的风险，而且这种风险是不可避免的。英国民事诉讼原则是由患者承担举证责任。也就是说，必须有患者指出医生在哪些医疗行为中存在过失，造成了医患冲突的发生<sup>95</sup>。这些举措都在一定程度上规避了医患冲突的发生。

### 四、德国化解医患冲突的经验

德国在化解医患冲突方面的做法也给了我们很好的启示。双方协商处理是德国人解决医患冲突的主要方式。当医患冲突发生后，患方一般会与院方或当事医生直接交流，协商解决，如果协商解决结果双方都不满意，可以到医疗事故调解处寻求解决处理。医调处履行的义务是把医疗事故以调解民事纠纷的形式来处理，同时推断医师有无责任，其责任的大小和经济赔偿数额，是专门负责处理医患冲突法庭外调停的独立机构，在医调处签订的和解协议往往比通过其他方式达成的协议更具有法律性。医调处有以下特点：①医调处的会员有律师和医师组成而且在这些医生中肯定有一位是发生医疗事故所在学科的专业人士。②医调处的处理意见不具有法律效用，如果对医调处的处理意见不满，仍然可以去法院进行诉讼处理。由于在德国的医疗事故中，如果双方对医调处的意见不满，而诉讼到法院的话，法院在调查医患冲突时，是要求患者举证的，来证明医生的行为是否存在过失，而且在德国法院对医生的判决会对医生的终身职业带来巨大的影响，所以德国的医疗纠纷很少诉讼与法庭<sup>96</sup>。

---

<sup>94</sup>王柯么. 中美日三国医疗纠纷防范和处理措施比较研究[D]. 重庆: 重庆医科大学, 2010:

<sup>95</sup>袁兴卫. 玉林市卫生学校附属医院医疗纠纷防范及解决纠纷对策研究[D]. 广西: 广西大学, 2013:

<sup>96</sup>袁兴卫. 玉林市卫生学校附属医院医疗纠纷防范及解决纠纷对策研究[D]. 广西: 广西大学, 2013:

---

### 第三节、国内外化解医患冲突的启示

#### 一、微观层面得到的启示

良好的沟通是化解医患冲突发生的前提。近年来，医患冲突频繁发生，医患关系不断恶化，而造成医患冲突的一个重要原因是医患之间缺乏信任和理解，要建立医患之间的信任和理解，医患良好的沟通是前提。医生在于患者沟通时，要内容要真实、全面、准确的告知患者的病情，沟通时语言要通俗易懂，沟通的时间要及时和有效。医患沟通技能考核是应该作为医师职业考核中的重要部分。

提高病历书写质量是化解医患冲突发生的基础。病历是病人住院疾病诊治过程的全面记录，是医疗行为的唯一载体<sup>97</sup>。病历书写引起冲突的主要原因是：入院病史描述简单、记录和各种检查资料缺项、签名不及时或者漏签、体检记录不确切、医疗制度未落实等。医疗机构应加强病历质控和科室管理，制定严格的书写病历的规范，树立医务人员的关于正确书写病历的法律意识，完善病历质量监控系统，减少因病例书写质量引起的医患冲突。

加强医疗核心制度、专业技能和职业道德培训是化解医患冲突的关键<sup>98</sup>。医生是医疗服务的直接提供者，其医疗技术服务水平直接决定了患者的健康与安全。医疗机构可以通过加强医疗核心制度、专业技能和职业道德培训，强化“三基三严”培训，定期进行医疗质量考核，加大宣传、教育和督导力度，不断提高医务人员的医疗技术水平及职业道德水平，有效化解医患冲突。

构建医患诚信系统是核心。医患有着共同的目标即消灭疾病，两者应该是充分信任的。信任危机是医患冲突并走向暴力的重要原因。医生应该首先应该尊重病人的隐私权和知情同意权，与患者积极沟通，保证医疗服务质量，生命所系，健康所托，只有这样才能赢得患者的信任；患者也应该充分信任医生，绝大部分医生还是有高度的责任心的，既然患者把生命托付给医生，患者就应该充分信任医生，积极配合医生的治疗。

#### 二、宏观层面得到的启示

我国医患冲突的解决模式主要有三个：协商解决、行政调解以及法律诉讼。国外在化解医患冲突方面比较有代表性的国家有美国和日本。美国建立医疗风险管理部门和ADR机制；日本则通过建立专业的医疗事故评估组织和医疗事故研究机构成功的处理好医患关系，有效化解将医患冲突。

美日化解医患冲突的方式给我们的启示：

---

<sup>97</sup>刘晋才. 病历书写与医疗纠纷[A]. 见：中华医院管理学会病案管理专业委员会. 第12届全国病案管理学术会议论文集[C]. 北京：中国医院协会出版社，2003：172-173.

<sup>98</sup>唐建中，姚小康，胡笑甜. 117例医疗纠纷成因的帕累托图分析[J]. 昆明医科大学学报，2015，36(3)：41-44.

---

1、完善医患之间协商解决机制和医疗法律法规建设。协商具有成本低、效率高、相对公平的特点。调查显示，我国 85% 以上的医患冲突是医患双方自行协商解决的<sup>99</sup>。但我国的医患之间的协商机制还不够完善，需要进一步完善。发达国家的医患冲突发生率低，其中一个重要的原因就是他们的医疗法规已经相当完善。虽然我国也设立了医疗法律法规，但是存在不少缺陷，有些法律法规对于同一事件的规定甚至出现了不一致的现象。与发达国家相比，我国的法律建设还处于初步阶段，完善医疗法律法规的建设很有必要。

2、发展民间第三方调解机构。当前我国建立的第三方调解机构都属于政府机构，民间调解机构没有。而患者对政府成立的这种机构存在不信任，认为政府的机构多从医方的角度出发，不关心民众的利益。所以大力发展民间的第三方调解机构，可以有效的安抚患者的不信任情绪，有效化解医患冲突。

3、建立医患冲突研究机构。医疗行业是高风险行业，在高风险行业中发生医患冲突是在所难免的，尤其是在当前医学学科分类越来越细，一个病人的治疗可能需要多学科之间的合作，所以发生医患冲突的概率必然增加。因此，我们应该建立医患冲突研究机构发现医患冲突发生的成因，提出预防策略，尽可能避免类似的医患冲突发生；加大医患冲突防范的宣传力度，提高医务人员的防范意识；建立医患冲突事件数据库，资源共享，提高医院预防医患冲突的能力；定期开展学术研讨会，分享化解冲突的经验；组织医疗事故处理专家帮助医院完善医患冲突应急预案。此外，可以设立“医疗事故咨询机构”，解答患者及其家属的疑问，有效化解医院冲突。

---

<sup>99</sup>李海军，王潘宁．国外医疗机构医疗纠纷防范与解决机制对我国的启示[J]．经管研究，2012，（3）：118-119．

---

## 第五章 化解上海三甲医院的医患冲突的对策

目前,我国医疗卫生体制正处于新旧更迭的过渡阶段,医患冲突频发,医患关系变得更为紧张,而作为全国人口密集度最高的上海,三甲医院需要应对更加复杂的医患冲突,处理起来相当困难。因此,我们要从医方、患方、社会三层面构建上海三甲医院医患冲突的调解模式。

### 第一节、化解医患冲突的医方因素

#### 一、加快医生多点执业的建设,提高医务人员的临床技能

随着疾病谱的变化,上海三甲医院的快速发展,按原有的编制远远不够。上海可以加强医生多点执业的建设,积极推行医生多点执业,缓解由于医院编制问题而造成的人员不足。对参加多点执业的医生要有严格的要求,要有过硬的业务水平。这样在缓解医务人员工作压力的同时,又提高了医务人员的临床诊疗水平,只要能将患者的病情治好了,医患冲突发生的概率是很低的。重视医务人员的业务培训,将专业培训“三基”培训相结合,加大考核和职称评定难度,提高医务人员整体业务水平。充分发挥参与多点执业医生的技术优势,加强对年轻医生的帮带工作。同时教导督促医务人员也要加强医务人员的医德建设,贯彻落实以为病人服务的理念,提高患者的满意度。

#### 二、加强医务人员沟通能力

医务人员要高度重视语言艺术,掌握沟通技巧,增强亲和力和感染力,努力与患者做到有效的沟通。因为医患之间存在着严重的信息不对称,医生的很多临床术语患者是无法理解的,所以医生要根据患者不同的情况,对不同患者采取不同的沟通方式,要通过有效的沟通让患者及其家属对自身的病情有充分的认识,既不对自身的病情过于担忧,又不对自己的病情过于轻视,积极的配合医生做好诊疗工作,增加医患之间的信任,减少医患冲突的发生。广大的临床医务工作者在给病人做临床诊治工作时,一定要做好与患者的沟通交流工作,只有良好的沟通交流,才能从一开始杜绝医患冲突的发生。

#### 三、建立有效的医疗质量控制措施

上海三甲医院的医生大多具有较高的医疗技术水平,很多医患冲突的发生并不是医生的医疗技术水平不过关造成的,而是因为医疗文书的书写等与医疗技术水平关系不密切的细节方面没做好在造成的。针对这些情况,医院管理部门从完善病案书写到消毒隔离等制度的细节着手,加大质量管理控制的力度,减少因为医疗文书书写等细节方面的差错而引起的医患冲突。当前新的医疗法规规定患者

---

有权复印病历的有关内容，这就要求我们医务人员应更加规范的书写病历。医院管理部门在从细节入手的同时，也要对医务人员书写的病历进行三级质量监控，通过对问题病历的改进，不断提高病历质量。加大检查督导力度，要不定期地对医患冲突易发的重点科室的三级查房、疑难病例讨论、危重患者抢救、值班情况等重点环节进行检查，并对科室的实时动态情况给予关注。通过业务学习讨论当前在临床诊疗活动中存在的问题，对已经发生的医患冲突进行统计分析，发现存在的问题、对于发现的问题要科室进行讨论，群策群力想出问题的解决办法，提高医疗质量，通过以上的齐抓共管，真正做到“防患于未然”<sup>100</sup>。

#### 四、健全医患冲突的应急预案机制

上海三甲医院医患冲突发生的数量多。医院应建立医患冲突处置领导小组，明确小组各成员的责任，要实行谁接收，谁负责处理的制度。对于已经接到的医患冲突投诉，领导小组负责人要即时进行调查，理清发生医患冲突的来龙去脉，找出原因，即时给病人进行反馈处理，防止医患冲突的进一步升级。要坚持预防在先的原则，健全医患纠纷预防处置机制，及早发现医患冲突发生的苗头，将医患冲突扼杀在摇篮之中。对已经发生的医患冲突实行分级预警机制，针对医患冲突处于不同时期的情况采取不同的应对措施；建立“临床科室—医疗纠纷管理部门—院领导小组”三级医患冲突隐患排查预警制度，在每日查房交接班的时候，当班的医务人员要将医患冲突可能发生的隐患情况向科领导报告，及时发现医患纠纷苗头，防止医患冲突发生<sup>101</sup>。

#### 五、转变教育理念，实现医务人员的精英化培养

国外医学教育是在学生对了本科之后，然后通过层层选拔才能够进入医学院接受医学教育的，属于社会精英化教育，而在我国医学生是高中生通过高考直接进行本科教育的，医学本科教育水平参差不齐。对于一些国内较好的医学院校当然拥有相对素质较高的生源，但对于一些一般的本科医学院或者专科院校的学生的素质就值得大家揣摩，他们是否真正具备救死扶伤的素质，另一方面，由于我国医学教育重临床技能教育轻医学人文素养的教育使得我国医学生普遍在人文素养方面有所欠缺，特别是医患沟通方面。提高医学生准入制度，加强人文、法律法规教育、转变现有的教学模式和考核方式是化解医患冲突的根本。

---

<sup>100</sup>包春艳. 军队医院医疗纠纷的发生及处置探讨[J]. 医学与哲学, 2012, 33(12): 54-55.

<sup>101</sup>许海峰. 医患纠纷的成因与应对策略[D]. 苏州: 苏州大学, 2014:

---

## 第二节、化解医患冲突的社会因素

### 一、促使医院公益性的回归

医院是具有公益性质的服务部门。在现在的市场经济体制影响下，政府将医院推向了市场，让医院自负盈亏。医院在追求公益性的同时还要为自己谋取经济利益。这本身就给医院的日常诊疗活动造成压力，医生为了完成医院交给的指标，多看病，多开药，医疗服务的质量得不到保证，医患冲突很容易发生。在回归公益性后医院不需要过多的考虑自身的经济利益，才能全身心的投入到日常的诊疗服务中去，这样才能减少医患冲突的发生。

### 二、完善医疗卫生法律，发挥第三方调解作用

当前，我国的医疗卫生法律法规不够完善，医患纠纷频发，政府在完善医疗卫生法律法规的同时，也应该建立第三方医疗纠纷人民调解委员会，这样做可以将医患冲突的调解转移到院外，在减轻医务人员处理医患冲突的压力的同时患者的权益又得到了很好的保障。可见，第三方调解可以较好地维护医患双方的利益，有效化解医患冲突。

### 三、加强舆论的正面宣传与引导

社交媒体舆论在化解医患冲突，构建和谐医患关系中发挥着积极重要的作用。卫生医疗机构、卫生行政主管部门应与媒体建立长期联系，在报道医患纠纷新闻之前，应让其了解事情的真相。媒体在报道医患冲突时，要坚持客观公正的原则，让人们认识到医学的局限性，引导人们多关注高超的医疗水平和高尚的医德医风，不可凭借舆论力量影响司法公正。同时，卫生行政主管部门应建立医患冲突新闻发言制度，凡是遇到影响范围广，影响较为恶劣的医患冲突时，应该及时站出来，向广大群众展示出医患冲突发生的来龙去脉，防止心怀不轨的人员对普通民众的错误引导，进一步恶化医患之间的关系。

### 四、建立医患冲突第三方咨询机构

积极宣传医疗知识，提高全民的医疗素质。一是，帮助患方掌握更多的关于自身疾病的转归、与医生沟通交流的方式，让患者对自身的疾病情况有初步的了解。二是，让患者理解医学的局限性，医生工作的辛苦，让患者更多的理解医生。三是，告诫患方应冷静处理医患冲突。在发生医患纠纷的时候，告诫患方一定要冷静，要与医生多沟通多交流，双方协商解决医患冲突，如果协商无法解决可以通过司法途径解决，切勿冲动做出违法行为，使得自己处于被动的地位。

---

## 五、健全我国的医疗保险体制

随着医疗技术的发展，高端的医疗设备层出不穷，许多曾经的疑难杂症也得到了很好的医治。但是随之而来的是医疗费用的不断攀升，普通民众谈病色变。我国政府虽然建立了城镇职工医疗保险和新型农村合作医疗保险，同时我国的商业医疗保险还不够成熟，购买成本较高，但是对于某些重大疾病来说报销的比例还是相对比较低的，很多老百姓一旦患上这些大病还是会出现因病致贫的现象，而且这些大病的转归效果不理想，所以家属就会把所有的不满发泄到医生身上，如果处置不当，很容易爆发医患冲突。所以建立健全的医疗保障制度可以有效的降低医患冲突的发生。

我们通过以上措施的尝试可以有效的降低医患冲突的发生率，及时发生了也要将应该医患冲突造成的损失降到最低，尽快的让医务工作人员回到日常的诊疗工作中去。

---

## 结论与展望

该院医患冲突发生的科室主要是在外科，外科发生医患冲突的科室主要以骨科、普外科、胸外科为主。发生医患冲突的影响因素主要分两方面，医方因素包括告知不足、突发事件处置经验不足、技术水平不足、病情评估不足、病历书写缺陷，患方因素包括患者对医疗行为存在误解、患者对疾病的预期高。与医患冲突发生等级相关的因素是医生突发事件处置经验不足、医生违反诊疗常规、疾病的治疗效果有关。

医患关系是一个永恒的话题，医患关系的好否直接影响着我国社会的和谐稳定。医患关系的实质是利益共同体，两者有着战胜疾病的共同目标，而战胜疾病并不是医患任何一方能够独立完成的，实现这一目标既需要医生精湛的医技也需要患者的积极配合，医患双方的共同协作才能促进这一目标的实现。医患双方在治疗疾病过程中是相互的，是共同促进的，患者通过积极配合治疗疾病得到了康复，医生在给患者治疗的同时也给自己积累了诊疗经验，提高了临床技能。在疾病面前，医患双方是同盟军，是处在统一战线上战友，医患双方应相互配合，相互鼓励，共同战胜疾病<sup>102</sup>。

冰冻三尺，非一日之寒。我国现代医患矛盾的加深起于医疗体制的市场化，医院为了生存不得以更多的追求经济利益，长期失信于患者。所以要从根本上消除医患之间的对立，让医患恢复以往的信任必须让医院回归公益性真正做到人人享有卫生保健，让当前医患之间的“零和博弈”变成“正和博弈”<sup>103</sup>。构建和谐医患关系根本上还是要医患双方共同努力。如果医患之间都能捧出一颗真诚的心，多一点尊重，再复杂的问题也会变得简单，再坚强的冰霜也会化为春水。

目前我国卫生医疗体制处于改革的攻坚期，卫生医疗机构面临着前所未有的机遇和挑战。和谐医患关系的构建需要医患双方以及社会的共同努力，政府也应加大对医疗行业建设的关注与扶持，提高医务人员的社会地位和经济收入；建立健全的社会保障、医院补偿以及医疗纠纷处理机制，新媒体给予善意的监督。我们有充分的理由相信，通过各方面不懈的努力，医患之间必将迎来相互信任、相互理解、相互包容的新格局。

---

<sup>102</sup>陈竺. 医患双方是利益共同体[N]. 人民日报, 2009, 12(10): 18.

<sup>103</sup>白剑峰. 消除医患“经济对立”[N]. 人民日报, 2011, 2(24): 19.

---

## 参考文献

- [1]尚俊芳, 杨慧, 王洪奇. 医患沟通模式的比较研究[J]. 医学与哲学:临床决策论坛版, 2012, 33(9): 71-73.
- [2]吕润华. 新医改背景下医生权益保护问题探究[D]. 山东: 山东大学, 2012:
- [3]袁占国. 改进医患关系的若干思考[J]. 中国卫生资源, 2006, 9(5): 200-201.
- [4]孙楠. 医疗纠纷影响因素分析与干预研究[D].上海: 第二军医大学, 2009:
- [5]胡如新. 和谐医患关系视角下医院文化建设研究[D]. 上海: 上海交通大学, 2009:
- [6]孙金菊. 乡村回族妇女疾病与健康的人类学研究[D]. 兰州: 兰州大学, 2011:
- [7]尚鹤睿, 黄桂佑. 医患冲突的心理成因与调试研究[J]. 医学与社会, 2008, 21(2): 44-44.
- [8]王爱青. 基于危机管理的医疗纠纷预警指标体系研究[D]. 北京: 北京工业大学, 2010:
- [9]BeckmaIH. B. etal. The Doctor-Patient RelationShip aIld Malpractice—Lessons from Plaintiff Deposition[J]. ArcbiVes of Internet Medidne, 1994, 154(13): 65-70.
- [10]马爱荣. 和谐社会医患关系分析及对策[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11: 3652-3653.
- [11]高强. 医疗纠纷处于上升趋势[N]. 健康报, 2008, 1(3): 5.
- [12]杜发丽. 护患冲突的原因及构建和谐护患关系的对策[J]. 当代护士, 2008, 10: 31-32.
- [13]游睿芳, 廖丹琼, 朱水华. 医院医患关系的现状分析与思考[J]. 继续医学教育, 2010, 2: 15-17.
- [14]雷畅, 张思远. 医患冲突中患方责任的认知差异性调查分析[J]. 医学与哲学, 2009, 5: 39-41.
- [15]齐璐璐. 人文视野下医患关系的错构及其现实根源探究[J]. 中国卫生资源, 2010, 5: 217-219.
- [16]马爱荣. 和谐社会医患关系分析及对策[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11: 3652-3653.
- [17]尹秀云. 伦理学视野中的医患关系问题[J]. 中国医学人文评论, 2012, 00: 13-17.
- [18]孙璐露. 基于博弈理论的医院工作场所暴力防范研究[D]. 吉林: 吉林大学, 2014:
- [19]曹其杰. 医疗纠纷第三方调节机制研究[D]. 重庆: 西南政法大学, 2013:
- [20]李海军, 王番宁. 国外医疗机构医疗纠纷防范与解决机制对我国的启示[J]. 经管研究, 2012, (3): 118-119.
- [21]胡鹏飞, 陈少贤, 彭晓明, 翟祖唐, 吴少林, 孙炳刚. 广东省公立医院医疗纠纷变化趋势与解决途径分析[J]. 中国医院管理, 2008, 2: 13-15.
- [22]钟伟. 长沙市A医院医患纠纷危机管理研究[D]. 湖南: 中南大学, 2006:
- [23]The Lancet. Chinese doctors are under threat[J]. Lancet, 2010: 376-657.
- [24]周华. 急诊科医疗纠纷的防范措施分析[J]. 临床合理用药杂志, 2014, 7(3): 194-195.
- [25]李彩华, 陈孔棉. 从医院管理角度, 谈医患风险的防范对策[J]. 中国医药指南, 2014, 12(16): 397-398.
- [26]张彦青. 加强医院管理对预防医疗纠纷的作用浅析[J]. 中国卫生产业, 2012, 9(29): 161-161.
- [27]谈建明. 剖析医疗纠纷中的医德问题[J]. 中国医院. 2006, 10(10): 77-78.
- [28]兰迎春, 王敏, 谢新清. 公共关系: 现代医院管理的新领域[J]. 卫生经济研究, 2004, 10: 7-8.
- [29]李晓英. 医院危机公共关系初探[J]. 解放军医院管理杂志, 2001, 10(10): 77-78.
- [30]李卓凝, 张转利. 医法结合是医疗纠纷鉴定的必然趋势[J]. 中国司法鉴定, 2009(6): 74-76.
- [31]曹文群. 《侵权责任法》对医疗纠纷处理的影响[J]. 医院管理论坛, 2012(3): 18-20.
- [32]刘亮, 李恒. 论《侵权责任法》与《医疗事故处理条例》的关系[J]. 医学与社会, 2012, 24(8): 70-73.
- [33]史金兰. 管办分离: 医疗卫生事业发展的新途径[J]. 中国医改, 2007, (10): 78-79.
- [34]顾兆龙. 医药分离创出三赢[N]. 人民日报. 2006, 1(11): 1-2.
- [35]牟道媛, 刘江. 两种诉讼观下虚伪自认的效力[J]. 法学, 2007, (4): 130-133.
- [36]张杰, 任广莺, 苏爱萍, 齐丽丽. 医患关系现状的原因分析及对策[J]. 社会医志, 2007, 5(5): 60-61.
- [37]张泽洪, 徐伟民. 宁波市医疗纠纷第三方调解机制[J]. 中国医院管理杂志, 2009, (10): 687-690.
- [38]张学武, 张力娜. 从博弈论视角看医患关系[J]. 卫生软科学, 2014, 28(4): 227-228.

- [39]孙杨. 医患纠纷处理模式博弈研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2008:
- [40]王佳. 中国医患危机管理体系构建研究[D]. 吉林: 吉林大学, 2013:
- [41]张卫霞. 论中古时期的医患关系[D]. 陕西: 陕西师范大学, 2012:
- [42]何成森. 医患关系的演变对当今医疗卫生事业改革发展的启示[J]. 江淮论坛, 2015, 2: 117-121.
- [43]王佳, 王伟, 程实. 我国医患关系管理的历史进程与未来展望[J]. 医学与社会, 2013, 26(2).
- [44]彭红, 李永国. 中国医患关系的历史嬗变与伦理思考[J]. 中州学刊, 2007, 6: 131-135.
- [45]杜艾桦. 和谐医患关系多维分析[J]. 医学与社会, 2011, 24(12): 65-66.
- [46]39 健康网. 中国医患关系调查白皮书[DB/OL]. <http://cj.39.net/hyzt/086/25/529995.html>.
- [47]徐萍, 王云岭, 曹永福. 中国当代医患关系研究[M]. 山东: 山东大学出版社. 2006, 149.
- [48]ERICS.WILL IAMS, 欧睿杰. 一种新的环形医患关系模型[J]. 当代医学, 2006, 6: 70-73.
- [49]曲莉, 徐灿. 确立正确医疗价值观重构和谐医患关系[J]. 现代医院, 2008, 8(1): 99-100.
- [50]许海峰. 医患纠纷的成因与应对策略研究[D]. 苏州: 苏州大学, 2014:
- [51]吴博. 某综合医院医患关系现状调查及对策研究[D]. 西安: 第四军医大学, 2009:
- [52]帆船. 被称为天使为何频频挨打[DB/OL]. <http://news.dahe.cn/2015/06-30/105188834.html>, 2015-6-13.
- [53]苏永林, 闫兴辉, 杨洋, 陈凯峰. 军队医院处理群体性医患纠纷的思考[J]. 解放军医院管理杂志, 2013, 20(11): 1067-1068.
- [54]郑力, 金可, 颜雪琴, 陈艳, 董琳, 金恒光, 唐疾飞. 111 例医疗纠纷的调查分析[J]. 中华医院管理志, 2006, 22(4): 250-252.
- [55]栾布先. 医疗纠纷的相关因素分析[D]. 大连: 大连医科大学, 2012:
- [56]李恒, 张良, 李恒, 张良, 高蕾, 段孝建, 孙涛, 樊立华. 哈尔滨市某医院 312 例医疗纠纷分析及防范对策[J]. 中国医院管理, 2011, 31(7): 32-33.
- [57]李雅立. 出院患者 22459 例次疾病构成帕累托图分析 [J]. 中国冶金工业医学杂志, 2011, 28(6): 630-631.
- [58]王伟杰. 当前我国医患冲突的法律思考[J]. 中国卫生事业管理. 2009, 2: 105-106.
- [59]高也陶. 从美国的措施看政府干预医疗差错与纠纷[J]. 中华医院管理杂志, 2002, 8(18): 511-512.
- [60]章琪. 我国医患纠纷现状根源与化解对策[D]. 浙江: 宁波大学, 2013:
- [61]王柯么. 中美日三国医疗纠纷防范和处理措施比较研究[D]. 重庆: 重庆医科大学, 2010:
- [62]袁兴卫. 玉林市卫生学校附属医院医疗纠纷防范及解决纠纷对策研究[D]. 广西: 广西大学, 2013:
- [63]刘晋才. 病历书写与医疗纠纷[A]. 见: 中华医院管理学会病案管理专业委员会. 第 12 届全国病案管理学术会议论文集[C]. 北京: 中国医院协会出版社, 2003: 172-173.
- [64]唐建中, 姚小康, 胡笑甜. 117 例医疗纠纷成因的帕累托图分析[J]. 昆明医科大学学报, 2015, 36(3): 41-44.
- [65]包春艳. 军队医院医疗纠纷的发生及处置探讨[J]. 医学与哲学, 2012, 33(12): 54-55.
- [66]许海峰. 医患纠纷的成因与应对策略[D]. 苏州: 苏州大学, 2014:
- [67]陈竺. 医患双方是利益共同体[N]. 人民日报, 2009, 12(10): 18.
- [68]白剑峰. 消除医患“经济对立”[N]. 人民日报, 2011, 2(24): 19.
- [69]朱有为, 柏涌海, 陆莉, 刘宇, 陈羽中, 蔡剑飞. 应用病例分型原理构建双向转诊指标框架体系的探讨[J]. 中国卫生资源, 2013, 16(4): 258-259.

# 附表

## 医患冲突案例分析调查表

| 科室         | 患者姓名         | 当事医生姓名 | 患者电话 | 患者地址   | 危险因素 | 是(√) |
|------------|--------------|--------|------|--|------|------|
| 一、 人口统计学指标 |              |        |      |  |      |      |
|            | 性别           |        |      | 男<br>女   |      |      |
|            | 年龄(岁)        |        |      | <20<br>20-40<br>40-60<br>>60                               |      |      |
|            | 籍贯           |        |      |  |      |      |
|            | 职业           |        |      | 教师<br>公司职员<br>工人<br>公务员<br>医务人员<br>农民<br>离退休人员<br>军人<br>其他 |      |      |
|            | 文化程度         |        |      | 大学及以上<br>中专以上<br>中学以上<br>小学及以下                             |      |      |
|            | 婚姻           |        |      | 已<br>否   |      |      |
| 二、 疾病因素    |              |        |      |  |      |      |
|            | 同种疾病<br>就诊频次 |        |      | 1次<br>2次<br>》3次  |      |      |

|         |  |                              |
|---------|--|------------------------------|
| 疾病分类    | 单纯普通病例<br>单纯急诊病例<br>复杂疑难病例<br>复杂危重病例                       |                              |
| 手术分类    | 一级<br>二级<br>三级<br>四级                                       |                              |
| 治疗效果    | 临床治愈<br>临床缓解<br>病情加重<br>死亡                                 |                              |
| 三、 医方因素 |  |                              |
|         | 职称   | 正高<br>副高<br>中级<br>初级         |
| 主诊医生    | 工作年限(年)  | <10<br>10-20<br>20-30<br>>30 |
|         | 有无资质   | 有<br>无                       |
| 医疗质量    | 住院时间(天)  | <10<br>10-20<br>20-30<br>>30 |
|         | 医疗总费用  | —————                        |
| 鉴定意见    | 药占比<br>违反诊疗常规<br>误诊误治<br>诊治不及时延误治疗<br>手术不完善<br>医生对病情评估过于乐观 | —————                        |

|                  |   |
|------------------|---|
|                  | 其他  |
| 非技术原因            | 过度治疗医疗费用不合理<br>病历记录不详细<br>院感把控不严格<br>责任心缺失<br>未重视患者隐私 |
| 四、 患方因素          |   |
| 医保情况             | 城镇医保<br>新型农村合作医疗<br>商业保险<br>无医疗保险                     |
| 非医疗技术过<br>失方面的原因 | 患者依从性低<br>医学常识缺乏<br>对医疗行为存在误解<br>对疾病的预后期望高<br>信任感缺失   |
| 五、 沟通因素          |   |
| 医方因素             | 医生对患者或家属有批评行为<br>告知不足<br>（诊断、治疗方案、预后等）                |
| 患方因素             | 患者态度恶劣<br>患者言语威胁医生                                    |
| 六、 纠纷处理          |   |
| 纠纷分级             | 一级<br>二级<br>三级<br>四级                                  |
| 赔偿额数             | 100 万以上<br>50-100 万<br>10-50 万<br>10 万以下              |
| 处理时间（天）          | <7<br>7-30<br>30-60<br>>60                            |
| 有无暴力冲突           | 有<br>无  |

---

家属参与度

高  
中  
低

---

---

## 致谢

转眼硕士阶段的学业即将告一段落，回首两年半的硕士研究生学习生涯，总觉得时间过得飞快而需要学习的东西太多太多。在这两年半的硕士研究生生涯中，我有过欣喜，有过焦虑，有过疲惫，有过轻松，但更多的是收获的喜悦感、充实感和满足感。

首先感谢我的指导老师顾丽梅教授，本学位论文是在她的亲切关怀和悉心指导下完成的。从论文开题，到初稿完成，再到定稿，顾教授始终都给我认真的指导和不懈的支持，让我看到了一个学者儒雅的气质。在此，谨向顾教授表示我最诚挚的敬意和感谢！

感谢我的科室主任柏涌海教授，他对我读研给予了大力的支持，在我的工作、学习、生活上都给予了莫大的帮助，耐心地指导我如何申请课题，如何撰写论文，始终都给我认真的指导和不懈的支持。在此，谨向柏主任致以最诚挚的敬意和感谢！

感谢我的兄弟姐妹们，不论是在努力学习准备参加全国联考的过程中，还是在研究生的学习过程中，我们都互相激励，互相帮助，那种友善而无私的同学之情，让我非常感动，让我难以忘怀。两年半来，我们共同学习，共同进步，感谢大家给予我的关心和帮助。同窗之谊，我将终生难忘！

感谢复旦大学，给了我一个宽阔的学习平台，让我不断汲取新知识，充实自己，为人生进一步发展奠定了良好的基础。

最后我要感谢我的父母和妻子，你们对我无私的付出和信任是我一生奋斗的动力源泉，感谢你们伴随着我一路前行！

两年半的硕士生活即将过去，回首过去，有太多的事历历在目，记忆犹新。有太多的美好回忆，跃然纸上，挥之不去。有太多的感情无法表达，谨向所有关心、帮助过我的老师、同学、朋友们致以深深的谢意！

---

## 复旦大学 学位论文独创性声明

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是本人在导师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。论文中除特别标注的内容外，不包含任何其他个人或机构已经发表或撰写过的研究成果。对本研究做出重要贡献的个人和集体，均已在论文中作了明确的声明并表示了谢意。本声明的法律结果由本人承担。

作者签名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_

## 复旦大学 学位论文使用授权声明

本人完全了解复旦大学有关收藏和利用博士、硕士学位论文的规定，即：学校有权收藏、使用并向国家有关部门或机构送交论文的印刷本和电子版本；允许论文被查阅和借阅；学校可以公布论文的全部或部分内容，可以采用影印、缩印或其它复制手段保存论文。涉密学位论文在解密后遵守此规定。

作者签名：\_\_\_\_\_ 导师签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_