

医患和谐的关键

张文刚

摘要: 实现医患和谐的关键是保证医疗安全, 减少和防止医疗事故发生. 其他, 如训练医务人员正确处理医患关系, 改进服务态度, 加强医患沟通, 合理收费, 纠正医疗腐败, 乃至规范医疗事故诉讼及赔偿等, 都应落实到促进医疗安全.

关键词: 医患和谐, 医疗安全,

*** *** ***

实现医患和谐的关键是什么? 笔者认为, 是改进医疗安全, 减少和防止医疗事故及事故苗头的发生. 其他, 如训练医务人员正确处理医患关系, 改进服务态度, 加强医患沟通, 合理收费, 纠正医疗腐败, 乃至规范医疗事故诉讼及赔偿, 以培养医患和谐的社会环境等等, 当然也很重要, 但着眼点应是重视病人就医安全, 防止医疗事故发生.

一, 保障医疗安全是医患和谐的关键.

最近一篇关于大庆油田总医院集团的报道指出"确保医疗安全是构建医患和谐的重中之重"⁽¹⁾, 笔者非常同意这个观点. 医疗事故少了, 自然会增强病人对医院, 对医生的信任和就医的安全感, 医患关系会容易相处得多. 那么如何才能保证医疗安全呢?

1, 医疗安全有赖于高素质医生及医疗队伍.

高素质医生及医疗队伍来自严格规范的训练和管理. 这里所指的训练, 是从医学生到完成住院医师培训. 要造就大批合格医师, 这个过程是起码的, 必不可少的. 因为种种原因, 这个培训被腰斩了, 也可以说中国还从来没有普遍建立过规范的临床医师培训体系. 医学院毕业后的医师培训至今仍由各医院各行其是, 没有统一的训练大纲和要求, 难怪各级医院医师水平参差不齐. 目前医疗改革的一个当务之急应该是普及规范的住院医师培训, 让医学院毕业生和规范住院医师培训位置的比例接近一比一, 从源头上下功夫, 根除医学院毕业就行医看病的弊端.

由于目前的执业医师大都没有经过规范住院医师培训, 医学科学发展又是日新月异, 强调继续医学教育非常必要.

医师队伍的管理也是维持的提高医师水平的重要手段. 其中较重要的是严格执行行医执照制度, 包括定期换发和更新行医执照和医师资格证书.

笔者这方面的建议请见参考文献(2-7). 不在此重复.

2, 医疗安全的体制保障.

据美国国会的一项研究报告指出, 医疗事故的发生 90%是因为系统性错误, 真正属于医务人员忽玩职守是少数(8-9). 我没有查到国内类似的研究报告. 改进医疗安全主要精力应该放在从体制上保障医疗安全.

这种体制保障可以从两个层次上探讨, 即防止系统性和偶发性事故.

为防止系统性医疗事故, 首先是医疗服务提供机构场所, 如医院, 诊所, 药房等在安全方面的可信度. 一个病人看到医院, 诊所的招牌, 应该相信进得门去能够看到具有真资格的医生, 进到药房, 能够买到所需要的药品, 而遇上庸医, 买错药的机率应该很低, 至于买到假药的机率应该几乎为零. 这样的公信力对于建立和谐社会是起码要求.

谁来保障这种公信力呢? 是有关行会的监督稽查, 但更重要的是政府监管. 在美国, 有一个非盈利组织叫 JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 医疗机构资格联合审查委员会), 每年通过派遣视

察人员定期或不定期对全美国大大小小医疗机构的设施,领导,管理,运作,员工素质等方面面进行评价,其评分公告天下. 通不过 JCAHO 稽查,限期整改仍不能达标的医院,也很难拿到有关营业执照,只好关门. 中国最好有这样一个以维护医疗安全,提高医疗质量为宗旨的组织,而这个组织最好不是政府机构,与免官僚化. 如果国情不同,文化背景差异等让其不可行,政府在对医院诊所进行监督,检查和发放医院诊所营业执照时,也不妨参考 JCAHO 的作法,以全面提升各级医院的管理运作和医疗安全水平.JCAHO 的详情上网(www.jointcommission.org)很容易查到.

另一个层次的保障应该是细致到每一个病案的医疗事故防范机制,以防止发生偶发性事故. 尽管医院的组织,管理,设施,医务人员资格,药品质量等都合格,医疗事故仍有可能发生. 一个病案,从病人开始看医生,医生诊病,定下治疗方案,开出处方,取药发药,护士执行医嘱,到观察治疗反应,等,每一环节都可能出差错. 因此,必须有层层设防的机制. 其中有两个环节对防止偶发医疗事故特别重要,一是药房药师,一是护士. 现在医药分开是热门话题. 笔者认为,这方面的改革不单是药品降价的问题. 药房应该由受过良好训练的药师主导经营. 药师的任务不单是准确无误地照处方发药,还应该为医生处方把关. 比如,医生不慎为有青霉素过敏史患者开出青霉素类药物,或没有根据病人肾功调整剂量时,药师都应该与医生联系更改处方. 护士是医嘱的执行人. 对住院病人,护士接触病人的时间比医生多,在观察病情变化方面起著不可替代的作用,有时还协调病人及家属和医生之间的关系,及传递信息. 在一定条件下,应该赋予护士拒不执行不合理医嘱的权力.

与之相关的是需要有一个大家认可的标准诊断和治疗方案,与减少疾病诊疗的随意性,也便于多层次监督检查,减少出差错的机会. 制定国家标准有助于改进医疗保健的质量,是今后的发展趋势(10). 所幸我国已经在着手这方面的工作(11).

这样的体制对药师和护士有更高的要求. 今后的药师和护士培养有必要考虑到这一点. 医疗改革要成功,医疗安全要改进,关键是人才,是医师及各级医疗队伍的文化素质. 十年树木,百年树人,凡涉及人才,涉及文化的事,不可一蹴而就,因而需要尽早规划.

二, 医患和谐中医生的角色.

医患和谐是社会和谐的重要部分. 一般舆论,甚至有关高层领导都认为,"解决医患矛盾关键在医方"(12), "医患关系主要问题在医生"(13). 笔者认为,缓和医患矛盾的关键是政府要为医疗公平,包括医疗费用支出承担足够责任,而医患关系的主要问题在于医生和病人之间的关系太不单纯. 但是,因为医生的职责所在,医疗工作人命关天的本质,决定了医生在医患和谐中担负重大和不可替代的责任.

那么医生怎么才能担当好这付重担呢? 事情的关键还是上面提到的医生素质,还是这个体制能培养出什么样的医务人员.

不妨将医生的知识结构分为两大部分,暂且称之为硬的和软的医学知识. 硬的医学知识包括医学院常规要修的解剖,生理,生化,病理的基础科学,直到内,外,妇,儿,精神病学,预防医学等临床学科. 没有这些知识的武装就不能成其为医生,根本就不能看病;软的知识则包涵广泛,包括医学伦理道德法律,语言艺术,沟通技巧,乃至个人的社会生活背景知识,等等. 软科学中,最重要的,应该排在首位的是医德培养,同样应该成为培训中心的,是医患之间的沟通技巧. 一个医生软知识如有较大缺陷,其硬知识很难发挥到极至,他也许能看病,但医不好人. 笔者曾根据自己的亲身体会指出,中美临床医师培养在硬知识方面差别不大,但在软科学方面则比较落伍,若不改进,恐怕很难适应今后的发展.

软科学方面的培训,一是要细致具体实用,一是要有创新,与时俱进. 下面试各举一例说明.

美国的临床培训往往会非常具体的教导医生如何处理一些特定情况. 当医生有点年岁都会碰到病人情绪失控,比如,当病人在诊室嚎啕大哭,医生应当如何应对. 正确答案是:默默无言,递上拭泪纸巾. 笔者在后来工作中照此行事,屡试不爽. 最近,与几位同事和病人家属开会,当说到患者多器官衰竭,预后差,医师回天乏术时,病人的女儿情绪失控,大哭起来. 笔者刚准备为其递上纸巾,但念头一转,想看看我的同事们如何反应. 一,两分钟时间里,没有一个医务人员讲话,但开始把眼睛转向纸巾盒. 后来,离得最近的医院社工(护士改行)拿起纸巾盒递给病人的女儿. 看得出大家都是从一种模式培训出来的.

回想我自己在国内经历的医学教育,不是没有医德,医学伦理培训等软医学科学教育,而是培训相当空洞,大话多,不具体,不实用,不象美国这样细致到教你在特定情况下,能说什么,做什么,不能说什么,做什么.为了医患和谐,有必要改革这方面的医学教育,使之落到实处.

美国的医疗诉讼花费过大是医疗费用居高不下下的主要原因之一.这方面的研究非常活跃.最近有研究表明,医疗事故发生后,如实及时向病人及家属通报情况,表示同情与道歉,不但不增加,反而减少医疗诉讼及赔偿费用(14-15).有学者(16)专门研究医疗纠纷中医生怎么道歉,分析什么因素是道歉的障碍,为什么有的道歉愈合伤痛,有的反而坏事,道歉过程及几个阶段,道歉的语言艺术等等,令人大开眼界.但中国有自己的国情,文化风俗,民众平均受教育程度不一样,照搬美国的一套肯定有问题.但会有什么问题,怎么做才适合国情,值得研究.国内的医学院校与其花大把银子跟在发达国家后面,搞些狗尾续貂式科研,还不如在这种软科学方面花点力气,作出些有中国特色的工作.比如,是否应该下功夫研究现在医患之间沟通到底是些什么问题,是看病时间不够,还是医生的培训(硬知识或软知识)不够.我估计时间不够在繁忙的大医院是问题,但在基层诊所则不应该是问题,硬知识培训不够的问题在大医院少些,基层多些,而软知识的培训恐怕上上下下都有问题.有了问题如何去解决,这样多干点实事,医患和谐才有希望.

总之,医患和谐有赖于医疗安全.医疗安全又取决于医生和医疗队伍素质,以及相关的医疗事故预防机制.但这还不是问题的全部.

三, 医患和谐的社会环境因素

医生和其他社会成员一样,首先是有社会属性的人.医生当然应当遵循医道,恪守医德.应该有较高的道德标准,但道高一尺,魔高一丈,医生不可能不受社会环境影响.可以设想,如果社会贪腐之风得不到遏制,医疗腐败不可能根除.医生能在医患和谐中起多大作用与有关社会环境因素密切相关.

1, 急诊室的有医无类告示

救死扶伤是医生的天职.医生应该做到有医无类,只管救人,而不论病人经济状况.医方精心施治,病方配合治疗,医患关系就应该如此单纯.但是,"无意作村醉,酒旆苦相招",现况远非如此.据说国内有些医院为了减少欠费,规定主管医师或科室为病人欠费负责.更普遍的是将医生护士及科室收入与开出的处方大小,检查多少相关联.这种将医生与医疗单位的经济利益密切挂钩的作法弊病丛生,甚至闹出人命.民众对此是深恶痛绝,即使有关的谣言也会引发社会动乱.2006年底四川广安县发生的骚乱就是最近的例子(中新网200611月12日消息).为杜绝类似事件重演,有必要作出制度上的安排,让医院急诊室敢于以有医无类告示病人.

我第一次看到所谓有医无类告示,是1989年初在加州大学旧金山分校附属医院的急诊室.那时,笔者的思想刚刚从文革那套医疗体制转出来,开始接受国家不能把医疗保健全包下来,个人要为自己健康负责的观点,尽量去"理解"医院和医生向病人催收费用的正面意义.当在最"资本主义"的美国,看到家家医院急诊室都有病人须知,开宗明义第一条即保证不会因为年龄,性别,种族,经济状况,职务,社会地位等等任何原因,拒绝提供符合标准的医疗照顾.当时所感受到的那种困惑和震撼,至今记忆犹新.后来才逐渐明白,美国也是一步步走过来的,能够出这种安民告示,背后有很多制度安排.

美国医院可以不设急诊室.但只要打出急诊室招牌,就不能以任何借口拒绝确有急诊的病人.急诊服务是要付费的,而且非常贵.包括在公立县,市医院看病住院也是如此.美国医院敢于以有医无类照告民众,一是因为医德所在,有关法规苛严,一旦犯规,不要再想吃这碗饭;二是经济方面的后顾之忧比较少.法律规定一定规模的雇主必须为雇员购买医疗保险,否则违法.因此大多数人有工作就有保险,而且保险大多覆盖全家;六十五岁以上老年人和残障人士大多享受政府的Medicare和Medical.慈善捐款,包括教会办医院也起一定作用;即使如此,仍然有14-20%的美国人没有任何保险,还有相当一部分只享受部分保险,不足以应付疾病带来的经济负担,付不起医药费.对于这部分人,医院仍然必须恪守有医无类原则.在加利福尼亚,州的法律比联邦法更严,医院是不可以在抢救病人之前,查询病人的保险付费信息的,只能先治病救人,再说钱(17).对有一定经济能力者,医院一般和病人签订一纸协议,逐步归还.这样做有一个先决条件,就是社会的信用体系比较完善,医院不过于担心病人出院就泥牛入海无消息.对真正赤贫者,这笔费用一般就不了了之.一方面,医院自己消化:毕竟大多数病人有保险,医院可以从中间赚足够的钱生存下来.另一方面,地方政府有一定机制为医院做靠山.比如,一旦病情稳定,这种病人就会赶紧转给由政府出资开办的公立县,市医院.私立医院损失不大.

政府对愿意收治穷人的医院也有直接补偿。一般的作法是政府与接受急诊病人的医院签下合同，按合同规定的经过打折的金额计件付费，但受政府预算限制，合同金额有一个封顶，政府支付的费用到“顶”即止，医院不得因此怠慢病人，收不回的欠款只好自行消化，或等到下一个会计年度从政府得到一定补偿。

解决医疗费用公平负担对医患和谐至关重要。生病的人处于弱势地位，需要以适当方式得到社会的关爱照顾，使其精力放在康复上，而不是满世界找钱。医生所能提供的，是病人康复最需要的医术。在现代条件下，大病的医疗费用对任何国家的任何个人都是巨款。即使医生精打细算，也很难从根本上减轻病人的经济负担。医生，医院，乃至整个医疗部门也解决不了这个问题。仅就此说，解决医患矛盾关键不在医方，医患关系主要问题不在医生，这是一个社会问题，一个政治问题，主要责任让医生们担当不公平，硬要牺牲医疗系统的利益，人为压低医疗费用，不利于调动医生工作积极性，不符合卫生经济规律，不利于医疗事业发展，搞不成医患和谐，反过来于国于民不利。中国不要取此下策，而应当想办法建设覆盖全民的医疗保健体系，包括积极发展第三方付费。也应该考虑，无论今后怎么改革，有必要保留一批作为穷人医院的县市医院，让无钱也没有保险的民众仍然有地方看病。

无论如何，医院能出有医无类告示，不是医生和医院独力能当的事，而更多是政府的责任。为实现全民医疗保健筹款是政府不可推卸的责任。政府开支的钱取之于民，理当用之于民。中国现在政府开支缺乏反应民意，受控于民意的机制，因此才有公车公款吃喝花费高于国防，教育，卫生开支总和的怪事(中新网 3 月 17 日转载《学习时报》文章说，公车消费和公款吃喝一年的总数高达 6,000 亿元以上)。这种事情改不了，当然没有钱搞全民医保。

2, 凯撒集团的启示-

美国的凯撒集团(Kaiser permanente)实行管理式医疗，在有效控制医疗花费同时，提供了高效优质的医疗服务，被英国的国立健康服务体系(National Health Service, 简称 NHS,)引为典范(18)。笔者认为，凯撒的医师与保险公司和医院的关系值得一提。

各地区凯撒都由保险公司，医院集团和医师集团组成三位一体的基本架构。凯撒保险公司负责卖保险，筹集经费。与一般的保险公司不同，凯瑟尔拥有自己的医院集团。但医师集团(即 Permanente Medical Group)相对独立，与凯撒定期谈判获得拨款。至于具体运作，如招募多少医师，专科与普通医师维持什么比例由医师集团自己决定，底线就是必须提供不低于公认标准的医疗服务。

值得指出的是凯撒医师集团这种相对独立于保险公司和医院的地位，这样的结构安排很有意思。一方面，保险公司和医院运行越好，盈利越多，医师集团也受益，医师们行事自然要考虑凯撒的整体利益；另一方面，与保险公司和医院之间不即不离，相对独立，显然有利于医师们把病人利益和自己的道德准则放在适当位置，从长远看，这也有利于凯撒发展。联想到国内将医师的收入与医院博利紧紧捆绑在一起，如开大处方，大检查提成，简直就是逼良为娼，生出许多有违医德医道的事，无异于整个医疗行业的自残行为。笔者以为，当务之急，是明令禁止医务人员收入直接与处方药，开检查等直接挂钩。对医生的业绩考核应当转向一定工作量基础上的工作质量，特别是预防工作质量。具体论述请见[\[如何评价医疗改革是否成功\]](#) (19)。

据说同仁堂有个经营哲学，叫做以义为上，义利共生。在医疗实践中，当义利不能两全时，医生应该以义为上，也就是首先要服从医德，先把治病救人的事做好，这对医生是起码要求，做不到就别当医生，医生对此应该有足够的思想准备。制度上也应该对此有严格要求，实行“一次否决制”，凡在医院，特别是急诊室，有见死不救行为的，一律吊销执照。但是，以义为上要有一个前提：社会制度应当保证利随义走，让义能生利。如制度的问题让无义者得利，行义者失利，势必打击好人，促长歪风邪气，以义为上不能长久，医患和谐也无从谈起。决策者们在设计下一波医疗改革时，这一点一定要想清楚。

3, 医疗公平.

在红军和抗战时期，共产党及其军队能够在极其困难的情况下凝聚军心民气，生存发展，很重要的一条是讲究同甘共苦。和平时期当然不指望大家长期象清教徒式的过日子，但政府投入的医疗费用使用极端不公平，大部分中国人看不起病，不敢去看病，据说中国的医疗服务公平性在世界 191 个国家和地区中排名倒数第四。这种情况下，医患和谐从何谈起！

要解决这个问题不外乎从加大投入和控制不合理的医疗支出两方面入手,而在公平问题解决之前,不宜盲目加大投入.在改革开放初期,为了破产除终身制,鼓励干部离退休,制定了一系列政策,保证离退休后待遇不变,其中就包括公费医疗待遇不变.还有一个政策就是老干部沿用老办法,新干部用新办法,其用意是最终过渡到大家都用新办法.现在(红军,抗战时期的)老干部所剩无几.问题是能不能守住新人用新办法这个底线.有不少单位一个办公会议,甚至一把手一句话就可以决定现职单位领导享受按规定只有离休高官才能享受的医疗待遇,这无异于监守自盗.为了医患和谐,中央应该担负起责任,重申和理清干部医疗保健政策,煞住干部过度浪费医疗资源和占有过多医疗开支的歪风.其实,这不单是医疗保健待遇的问题,公车泛滥,公款吃喝和出国旅游等屡禁不止,异病同根,都是当权者权力没有制约引起的.最近在人大记者招待会上,总理温家宝谈到解决中国的腐败问题时指出要"从制度入手".根治医疗保健领域的歪风,关键还是要搞权力制约.一地一单位,领导的待遇应该严格遵守有关规定,最好是由人代会或职工代表大会决定决定当权者的待遇,而不能守果园的和吃桃子的是同一个人.这方面制度不健全,很难防止人民公仆变成"公贼".

为制止滥用医疗保险和公费医疗.核心手段是合理自费.合理自费也是世界各国,各保险公司防止滥用医疗资源的主要手段.以美国的 Medicare 为例,病人住院的头 250 美元是自费,以后每住院一天,自付 63 美元(Medicare.gov 网站资料),这与每天住院费起码 2-3 千美元,监护病房动辄上万比当然是小钱.但对每月只能依靠数百美元社会保险金或一两千美元退休金过日子的美国人,就不是小数目了,因此不可能长期在医院小病大养.干部医疗开支过大,特别是少数干部常年累月住院,虽然人数不多,但影响极坏,也折射出医疗资源分配管理的巨大漏洞和不公平.对此,除了讲讲"八荣八耻",也要有制度上的管卡压,包括坚持收取一定的自付费.为了减轻阻力,也可以考虑大型医院附设干部疗养院,把这类以院为家者转出应该急重病人使用的医院,多少可以节省一些医疗开支,让出一些医疗资源.

4, 病人的责任

病人也对创造一个和谐的医疗环境负有责任.从大处讲,民众应当为自己的健康保健争取应得的权益,包括通过工会和职工代表大会向雇主,通过人民代表向人大和政府争取医疗保险,争取安全有序的就医条件,争取医疗体制能够反应大多数人的意愿.各级人大代表,政协委员应该在这方面大有作为.

从小处讲,病人及家属应当善待医生.首先,医生不是天使,绝大多数也成不了白求恩,白大夫只能出在抗战那种特定产生英雄的时代.在平凡世界里,医生做不成天使.而且,盛名之下,其实难付,更不宜在瘟疫流行时把医生捧为白衣天使,升平时期又诬为饿狼.医生只是具有特殊知识技能的劳动者,医患之间还是互相视为站在同一地平线上的普通人,关系好处一些.

当然,那种在急诊情况下,交足了钱才给抢救治疗的情况无论如何不应该发生.首先要谴责的是不合理的医疗制度.医生个人也必须坚持行医的道德底线,不要笨到拿自己的声誉和职业生涯去为不合理制度背黑锅.

至于医疗事故,当然是越少越好,但人非圣贤,孰能无过?加上现代医学日新月异,非常复杂,出差错的机会随时都有.据报道,全国每年因药物不良反应住院的有 250 万人,引起死亡多达 19 万人(20).就是美国这样高度发达的国家,医疗事故也是主要死亡原因之一,据估计高于因车祸和乳癌死亡者.应该说,医务人员和病人是对疾病做斗争的战友同事,在防止医疗差错方面更是如此.病人和家属看医生时要有所准备,包括准备好要解答的问题.万一真是发生医疗事故,最着急的是医生护士,家属千万不要在这种时候视医生护士如仇寇,把医院当战场,应当冷静和自制,以治病救人为要,尽量把伤害减到最小.然后再按一定程序处理差错事故.

医务人员和病人方面都应当遵从一定的程序来处理医疗纠纷.首先要了解一些常识,比如,并不是所有的医疗差错都能定性为事故.一般而言,医疗过失能否定性为医疗事故应当取决于:

- 1, 被告与病人之间存在明确的医患责任关系;
- 2, 存在疏失或忽玩职守;
- 3, 病人受到伤害;
- 4, 医护或有关人员的忽玩职守是病人受到伤害的直接原因。

这四条中任何一条不满足都不成其为事故.下面容我举例说明:

A 医师是 B 患者的主治医师达五年之久 (因此存在明确的医患关系). 过去 4-5 年, B 经常干咳, 有时也有些痰, 对抗菌素治疗有效, 但不能根除. 两年前 X 光显示肺气肿改变. 后来 B 几次要求重复 X 光检查, 但 A 认为无必要(?疏失). 后来 B 发生背疼, 最终发现为小细胞肺癌转移, 很快死亡(受到伤害). 家属告医师疏失, 求偿两百万. 调解无效上法庭. 结果医师获判胜诉. 因为根据专家意见, 这一类型的肺癌行为最恶, 并无标准早期筛选诊断手段, 早期发现也无有效治疗, 并不能改变最终结果, 就是医师有疏失, 但不是病人死亡的直接原因.

处理医疗纠纷, 医患之间的沟通, 病人及家属的教育很重要. 如果利益攸关各方能有机会充分沟通, 很多诉讼都可以避免. 这也是为什么如实及时向病人及家属通报情况, 表示同情与及时道歉, 不但不增加, 反而能减少医疗诉讼及赔偿的道理(14-15).

在处理医疗事故时, 事故鉴定是一个关键. 虽然提供专家意见的只能是医师, 是某一领域的权威人士, 但一定不能与事件有任何瓜葛. 为了保证公正性, 有时不得不把病历复印后, 隐去病人和医师姓名, 医院名称等等, 寄到外地请专家鉴定. 由管辖医院的上级行政机构进行鉴定是不能令人信服的.

医患双方遵循一定程序解决医疗纠纷必须有两个前提, 一是双方存在起码的相互信任, 其基础就是本文的中心-医疗安全; 一是存在公正的医疗纠纷调解鉴定和司法体系. 如果病人认为现行体制没有说理的地方, 而找"医闹", 或者医生认为司法不公, 甚至人身安全都没有保障, 而放弃自己唯一的谋生手段改行它就, 那才是整个社会的悲哀.

5, 维护和谐的行医秩序还有赖于整个社会的努力。

特别是立法, 司法和公安当局负有不可推卸的责任. 笔者在早先发表的文章中, 多次呼吁尽快为解决医疗纠纷和医疗事故赔偿制定适合中国国情的法律和条例. 司法机构应当对提起诉讼的医疗纠纷按事实秉公执法, 鼓励医院和病 4; 使用法律途径解决问题, 切不可闹得凶则赔. 而对"医闹"这种带有黑社会性质的, 政府应当下决心搞专项打击, 坚决取缔. 赔偿应当有限度, 在大部分医院诊所仍是公益性质的情况下更应如此. 因为过度赔偿, 费用最终是由其他病人和社会负担, 还会鼓励过度兴讼, 导致整个社会对医疗费用不堪负担. 在这一点上, 中国一定要汲取美国的前车之鉴.

医务人员对公安机关也有很高的期盼. 医院需要安静和谐的环境. 底线就是, 任何人, 在任何情况下都不应在医院闹事, 敢于闹事者应该受到制止和处分. 当医务人员受到人身攻击威胁时, 警方有责任提供保护.

6, 媒体与医患和谐.

媒体对医患和谐至关重要. 应该说, 即要懂新闻报道, 又懂医学不容易. 写得好的, 讲述医学进展, 深入浅出, 让专业人士也受益匪浅, 从来就是打击封建迷信, 普及医学科学的重要阵地; 报道医疗事故, 不但说清怎么回事儿, 也分析为什么如此, 是揭露医疗腐败, 督促政府致力于医疗公平的重要力量. 如同医生要遵守医德, 媒体也有职业道德. 最起码的, 媒体不能见钱眼开, 不能搞有偿医药新闻, 不能为增加销量胡乱炒作医疗纠纷, 不能成为刊登虚假不实医疗广告的"扯谎坝", 更不能搞出用茶水冒充尿液送检误导公众那样的恶作剧(21). 权力越大, 能量越大, 担负的社会责任也越大. 媒体很容易左右人们对医生和医院的情绪. 值此医患关系多事之时, 切盼记者朋友慎用手中的如椽生花笔, 为医患和谐出力.

如今国人翘首盼望的是新医疗改革方案. 笔者认为, 评判新方案能否令人满意要看两点, 一是能否尽快实现全民病有所防, 并最终做到人人病有所医, 一是能否根本上改进国家的医疗安全. 为实现医患和谐, 改进医疗安全是必由之路, 牵涉到医疗队伍建设, 制度更新等许多艰苦细致的工作. 为此, 医生们固然应当仁不让, 也需要政府及全民各尽其责. 希望本文能引起国人对此重视.

参考文献

- 1, 刘湘彬. 以人为本促医患和谐. 大庆油田总医院集团总经理 人民网. 2007年03月01日
- 2, 张文刚. 如何全面提升基层医生水平. 光明观察周刊, 2006-7-19
- 3, 张文刚, 关于内科住院医生培训的几点意见. 医学教育探索, 2004, 3(S): 29-30.

- 4, 张文刚, 借鉴美国经验, 改革临床医学教育, 医学教育, 2005:77
- 5, **好医生是管出来的一线论治医务必从严** 光明观察周刊 2006-8-15
- 6, 张文刚, 为医疗改革建言 光明观察周刊 2005-12-3
- 7, 张文刚 谁来主导医疗改革. 光明观察, 2006-5-23http
- 8, Kohn LT, Corri- gan JM, Donaldson MS, eds. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2001; 49-68.
- 9, Sage, W. M. (2003). Medical Liability And Patient Safety. Health Aff 22: 26-36
- 10, George J. Isham, MD. Toward National Healthcare Performance Standards. Am J Managed Care. 2006;12:309-310.
- 11, 中国将制定国家处方集指导医生合理用药 sina.com.cn 2007 年 03 月 10 日
- 12, 高强: 解决医患矛盾关键在医方 人民网 2005 年 11 月 03 日
- 13, 韩启德. 医患关系主要问题在医生. 人民网 2005 年 05 月 29 日
- 14, Liebman and Hyman. A Mediation Skills Model To Manage Disclosure Of Errors And Adverse Events To Patients Health Aff (Millwood) 2004;23:22-32.
- 15, Thomas, M. V. (2003). Understanding and Responding to Adverse Events. NEJM 348: 2580-2580
- 16, Aaron Lazare, MD. Apology in Medical Practice. An Emerging Clinical Skill. JAMA. 2006;296:1401-1404.
- 17, California Health & Safety Code #1317(d)
- 18, **Donald Light, , Michael Dixon. Making the NHS more like Kaiser Permanente** BMJ 2004;328:763-765
- 19, 张文刚, **如何评价医疗改革是否成功**. 光明观察, 2006-12-25
- 20, 新华社经济信息, 2005 年 1 月 20 日
- 21, 卫生部: 媒体用茶水冒充尿液送检误导公众.sina.com.cn 2007 年 04 月 11 日