

# 岳阳市二院1个月内发生4起伤医事件 岳阳立案调查“医闹”事件

8月20日,湖南省岳阳市第二人民医院发生一起患者家属冲击医院和医务人员事件,被殴打主治医生住院治疗。

8月21日,岳阳市多家医院的约200名医务人员到岳阳市政府要求确保医院正常医疗秩序和医务人员人身安全。当地公安局局长对媒体表示,该事件确属“医闹”,已立案调查,但还没有拘留相关人员。

岳阳市卫生局也将组织8名专家启动医疗事故调查。岳阳市卫生局局长黄军建对媒体表示,已确认该事件属于“医闹”。

**患者家属打伤医生打砸办公室**

8月21日下午,岳阳市第二人民医院急诊科一名医务人员回忆,20日11时前后,一名被捅伤的伤者送来抢救,当时已经测不到血压。12时左右,患者情况稍微稳定

一些,被送往重症监护室抢救,期间,患者的父亲说:“如果救活了,我给你们医护人员下跪,如果救不活,你们所有医护都不用活。”

14时30分左右,患者因抢救无效被宣布死亡,现场几十名家属找到当时的主治医生,要将其拉到太平间去给尸体下跪,在去太平间的途中,医院的工作人员将家属拦了下来。随后,患者家属打伤了医生,并在急诊科办公室打砸,医务科也被砸了,上述工作人员说,家属方面来了很多人,堵了医院的大门。到了晚上,患者家属仍然在医院闹事,一度引来当地特警。

**医生被扭送太平间途中被解救**

据岳阳市警方介绍,经初步调查,8月20日16时15分左右,部分死者家属来到急诊科诊室,试图将一名接诊医生扭送至太平间死

者遗体面前,中途被医院职工解救。随后,这批家属将急诊科大门、门诊按大门、住院大楼大门封堵住或锁住,并打砸了医院部分办公设施。

岳阳市第二人民医院有关负责人介绍,20日事发后,医院立即报警。岳阳市公安局八里门派出所和白石岭分局民警先后赶到现场。17时许,岳阳市公安机关调集公安人员赶到医院维持秩序,制止了违法行为,打开了医院门锁,疏通了医疗通道,恢复了正常医疗秩序,并先后两次组织医患双方进行协商。

**约200医务人员集体诉求**

据上述医务人员称,这已经是该院近一个月来发生的第四次伤医事件。

8月21日上午10时左右,岳阳市各大医院的医务人员约200人前往市政府讨说法。

现场图片显示,一些医务人员身着白大褂,手举“尊重医生、尊重生命、严惩打医凶手”的横幅,一名参加该活动的医务人员说:“大家是希望领导有个交代,保障我们的人身安全,我们现在上班提心吊胆,没有一点儿安全感。”

(据《新京报》)

岳阳市多家医院的约200名医务人员,到岳阳市政府要求确保医院正常医疗秩序和医务人员人身安全,如图①②。



## 信任缺失 医患矛盾难解

傅蔚冈

如何看待现代社会中愈来愈多的医患冲突,尤其是那些暴力事件?从目前公众的反应来看,虽有小部分人怀疑医师的技能,但是绝大多数人还是将矛头指向患者的冲动,认为患者的冲动是构成此类医疗事故的最主要原因。譬如日前的同仁医院大夫被砍血案,行凶者王宝治就被诸多媒体指责不应该有此冲动之举。

王宝治因为救治迟滞而产生火索而已,而最根本的原因则是社会信任的缺乏——在这一前提下,原本很正常的医疗纠纷会演变成一场患者向医生索命的血案。

与下馆子吃饭一样,求医看病也是一项服务——或者说“生意”,只不过这种“生意”稍微特殊:医生通过自己的医术获得服务的报酬,而患者则是以自己的身体为这种“生意”的载体。在这场以健康和生命为标的“生意”中,

医生和患者的信任就格外重要;从患者向医生求诊之时起,他就把自己的健康和生命都交付给医生,医生依靠其专业判断在这场“生意”中具有完全的处置权。

更为重要的是,在这场“生意”中具有最终决定力的医生并不具有完全的能力确保必定治疗好患者,使其完全恢复健康。一是因为技术能力的限制,并不是所有的疾病都能够获得有效治疗——至少从现在来看,世界上还存在着许多不能治愈的疑难杂症;二是因为概率的原因,主治医生也会因为各种因素而做出误判,使得一场本来可以治愈的疾病也由于主治者的原因失败——这就是法律中所认定的医疗事故。

不过在患者看来,既然他已经向医院交付了相关费用,他就有向医院要求治愈其疾病的要求——尽管在很多医疗手术中医院会要求患者签署手术风险告知书,但是在患

者看来,这只是医院逃避其责任的借口。如果手术治疗顺利,患者和医院之间自然相安无事,但是一旦治疗失败,那么患者和医院之间的矛盾就会爆发——患者往往会通过卫生行政部门和司法途径向医院和医生讨要说法。

但是要判断何种意义上的手术失败是不是医疗事故是一项专业活儿,其构成人员往往是来自各大医疗机构和相关科研机构中的专家,而这个成员往往会被患者视为是“官官相护”,既希望由专业人士来对医疗问题作出专业判断,但是又不信任这个行业的人员能够作出独立的判断。这是患者或家属面对医疗专业鉴定人员的尴尬。

事实上,在医疗事故的判定过程中,最为重要的就是信任。患者对医院和医生的信任,患者对医疗事故鉴定委员会成员的信任,患者对法院的信任,如果在任何一个环节中出现信任的缺乏,都会让患者对结果导致不满,从而产生过激行为。但是很不幸,社会所发生的一切都不能让一个外行对医生和医院产生充分的信任——媒体上不时充斥着有关医生收受红包和医疗事故报道,尽管这可能是小概率事件,但是对于患者而言,他是宁可相信有、不可信其无。对于一个对自己不利的治疗结果和鉴定结果,患者是持本能的反对和抵触,在某些极端的情况下,就会产生王宝治砍伤主治医生这样的事。

从这个角度来看,医患关系紧张是现代社会中信任缺乏的必然结果。医患纠纷之所以被公众关注,只不过是其表现形式格外特殊而已;其他行业也会因为不信任而导致种种恶果,但充其量只会造成金钱上的损失;但在医疗行业则是以患者的健康或者生命表现出来。在整个社会的信任程度未得以根本改进的前提下,期望医患纠纷能够减少,这多少是种奢望。

(据财新网)

在从外延式扩张转变为内涵式建设的道路上,大医院应该“大”在哪里?好医院又该“好”在哪里?在业内,越来越多的人认为,不应该再以规模论英雄,而要把学科建设、临床技术和科研水平当作硬指标。

### 引导医院不以规模论英雄

由于政府投入缺位,医院为了生存,难免会有逐利倾向。一家大型医院的院长说,院长们见面总是热衷谈论:“你们医院去年收入多少?”要改变这种状况,政府必须给公立医院营造一个更关注医疗质量的外部环境。

上海市卫生发展研究中心常务副主任金春林认为,目前,评价医院和院长,对现有资源利用效率等内涵性指标的关注还不够,对医疗机构的激励机制必须转变,政策指挥棒应鼓励医院遵照规划、回归公益性。

一位医改专家对记者说,要控制公立医院规模,政府一要管住“名”,二要管住“利”。

对于公立医院来说,最重要的“名”就是医院等级评审。这位专家认为,要引导医院注重内涵建设,医院等级评审就不能光看门诊量、住院量多少,而要看开展的手术技术含量、对基层人才培养的支持力度有多大。相应级别的医院,复杂手术比例必须达标,如果简单手术做得越多,评级越低,医院还会热衷扩床吗?

据记者了解,目前,我国一些三级甲等医院虽然拥有几千张床位,却连一个国家重点专科都没有,在床位大量增加的同时,医务人员尤其是护士人数并没有相应增加。

沈阳军区总医院院长孟威宏认为,医院等级评审应更加强调重点学科建设、手术质量、感染率控制等指标,把院长的兴奋点引导到对医疗质量的追求上。

在医保基金日益成为公立医院主要收入的情况下,上述医改专家认为,医保制度作为最有“利”的经济手段,应该在提高基金的使用效率上有所作为。当前,医保制度的关注点不是精细化管理,而是如何筹措资金,确保基金安全,这就使得按病种付费的地区,医院必须“走量”,尽量多收轻症患者,按项目收费的地方,医院则难免会开大处方、滥检查、多住院。

“医疗质量指标应该尽快纳入医保赔付标准。”孟威宏建议,医保制度应鼓励大医院看别的医院看不了的病,如果医院感染率上升、住院时间延长、并发症增多,医保应该少付甚至拒付。

在“中国最佳医院综合排行榜”上,连续多年名列榜首的北京协和医院,即便在2012年新大楼建成后,床位数也仅为2200张。该院一位医生告诉记者,协和医院内部也有争论,有人担心,如果规模不够大,在竞争中会处于不利位置。但医院还是顶住了压力,因为在“协和人”看来,评价一家医院的好坏,拼的不是床位,而是能不能引领学科发展。

作为北京协和医院传统的优势学科,风湿免疫科仅有68张病床。据记者了解,在该科门诊量达1万人次、住院患者已经排到3个月之后的情况下,搬到新大楼后,风湿免疫科仍然一张床

也不会增加。

“床位的增加不代表水平的提高。”北京协和医院风湿免疫科主任张春春告诉记者,如果把北京协和医院现有床位再扩大一倍,也能住得满,但不同层次的医院分工不同,对于北京协和医院这样级别的医院,应该做的是别人做不了的事情,这里的医生也不应该只是忙忙碌碌给患者看病,而是要拿出一段时间去思考、总结、研究,不断创造新的治疗方法,引领医学的发展。“否则扩得再大,又能看多少患者?”

“优质的综合医院越来越注重多学科合作。”张春春说,当遇到多系统损伤

# 医院发展不止扩张一条路

### 好医院应引领学科发展

等危重患者时,需要的是多学科的支持和合作,这样的实力仅靠单纯增加床位是不能拥有的。

位列榜单第二位的华西医院,在2007年增至4000多张床位后,基本停下了扩张的脚步。一位华西医院医生告诉记者,等医院新院区建成后,医院本部不仅不会扩床,反而会适当缩减。

据记者了解,目前,华西医院等待住院的入院证有8000多张,床位仍是供不应求。但华西医院前院长石应康告诉记者,早在2010年,华西医院就提出口号:不做人人喊打的“大象”。在达到一定规模后,作为疑难危重症治疗中心,华西医

院要专注于学科建设、多学科协作、疑难复杂病症治疗以及精细化管理。“我们有了金钢钻,要揽的是瓷器活儿,而不再做简单的陶器了。”

石应康说,病床多了,成本也随之提高了,必须通过管理实现资源的充分利用,降低成本。在美国,60%的非急诊手术、选择性手术都是在日间完成的,这一数字在丹麦更是达到89%,也就是说大部分手术患者24小时就可以出院,不用住院治疗。近年来,华西医院充分发展日间手术,仅有30张病床的日间手术中心,一年能完成1万多台手术。

辽宁省卫生计生委主任王大南表示,暂停公立医院过快扩张只是第一步,引导优质资源下沉才是关键。下一步,辽宁省将探索建立紧密型医联体,分析外转患者结构,提高基层医院外转患者较多的科室的诊疗水平;改革职称晋升办法,落实城市大医院医务人员晋升高级职称前到基层服务半年的政策,促进高层次人才培养和卫生人力资源向基层合理流动,充分发挥大医院的管理、技术、人才优势,加强上下联动,最大限度地提高帮扶效能。

(据《健康报》)

资源释放出来,医改政策才会鼓励公立医院和社会资本合作,支持大医院在郊区和资源缺乏的地方建新院、分院,或是联合基层组建医联体,实际上是给优质医疗资源释放开了一个口子。

浙江省卫生计生委副主任马伟航认为,大医院的“大”应该体现在带动基层、辐射基层上。对于强调公益性的大型公立医院来讲,应该更多承担社会责任,不是把基层医院的患者抢走,而是要带动基层,把所在地区的医疗力量带动起来,实现共同发展。

### 靠带动基层释放优质资源

随着医改的深入,我国优质医疗资源依然匮乏的问题日益突出,国家卫生计生委所属卫生发展研究中心医院改革与管理研究室副主任黄二丹说,正是为了将高密度优质的医疗

# 推进基本医疗卫生服务均等化

就流动人口卫生计生服务访国家卫计委有关负责人

随着户籍改革制度的推进,城乡居民的健康需求如何满足?日前,国家卫生计生委流动人口计划生育服务管理司有关负责人指出,下一步将根据辖区内实际人口,合理规划并不断调整社区卫生服务机构布局,将农业转移人口及其他常住人口纳入社区卫生计生服务体系,提供基本医疗卫生服务。

这位负责人指出,社区卫生计生服务机构是城市卫生计生服务体系的基础,是公益性质的机构,其职责就是为辖区内居民提供基本医疗服务和基本公共卫生服务。在大中型城市,政府原则上按照3万-10万居民或按照街道办事处所辖范围规划建设1所社区卫生服务中心,根据需要可设置若干社区卫生服务站。

截至2013年底,全国共有社区卫生服务中心8488个,社区卫生服务站2.55万个,社区卫生服务人员47.6万人。社区卫生服务体系已初步建立,包括农业转移人口及其他常住人口在内的辖区内常住人口都是社区卫生服务对象。

**城乡居民免费享受11类公共卫生服务**

自2009年起,我国大力推行基本公共卫生服务项目,向城乡居民免费提供居民健康档案、健康教育、预防接种、传染病防治、儿童保健、孕产妇保健等11类服务项目,将农业转移人口及其他常住人口纳入服务范围。根据《扩大国家免疫规划实施方案》,所有达到应种月(年)龄的适龄儿童,均为接种对象,可免费接种国家免疫规划确定的疫苗。在计生服务方面,依据《计划生育技术服务管理条例》,包括流动人口在内的已婚育龄人群均可免费获得计划生育基本技术服务,主要内容包括计划生育技术指导、咨询以及与计划生育有关的临床医疗服务。此外,流动人口可就近免费领取中央财政专项经费保障的避孕药具。

2013年,40个城市启动流动人口卫生计生基本公共服务均等化试点。8个城市开展流动人口社会融合试点,从经济立足、社会接纳、身份认同、文化交融等方面积极探索各种便民惠民措施,促进流动人口等方面融入城市发展大局。

下一步,国家卫生计生委等部门将出台《关于在推进户籍制度改革中做好流动人口基本公共卫生和计生服务均等化工作的指导意见》,在流动人口中优先落实儿童预防接种、传染病防控、孕产妇和儿童保健、健康档案、计划生育、健康教育6类基本公共服务,力争到2020年基本建立起“政策统筹、保障有力、信息共享、科学评估”的流动人口基本公共卫生和计生服务均等化运行机制,完善覆盖流动人口、方便可及的卫生计生服务网络体系。

**农民工可按统筹地区政策自愿选择参保**

为了维护以农民工为重点的流动人口医疗保障权益,解决流动人口就业人员医保关系转移接续问题,有关政策明确规定:签订劳动合同并与企业建立稳定劳动关系的农民工,要按照国家规定明确用人单位缴费责任,将其纳入城镇职工基本医疗保险制度,并由用人单位按照有关规定办理登记手续;其他农民工根据实际情况,可自愿选择参加户籍所在地新农合或就业所在地城镇职工基本医疗保险,并按照规定到户籍所在地新农合经办机构或就业地社会(医疗)保险经办机构办理登记手续。上述政策保证了农民工可按统筹地区政策自愿选择参保,并在当地享受医保待遇。

2013年,全国新农合参合人口8.02亿人,参合率达到99%。人均筹资水平提高到每人每年340元,其中各级财政补助标准提高到280元。门诊统筹普遍开展,政策范围内住院费用报销比例提高到75%左右,最高支付限额提高到不低于8万元。

依托逐步完善的新农合信息系统,定点医疗机构即时结报工作和新农合“一卡

通”等试点工作快速推进,极大地方便了流动务工农民省内异地就医和即时结算医疗费用。根据全国医改工作进展监测数据显示,2013年,已有90%的统筹地区实现了新农合经办机构与省内异地医疗机构即时结报,61%的统筹地区实现了新农合省内异地就医“一卡通”。

国家新农合信息平台已与9个省和部分大型医疗机构试点联通,为农民工等流动人口跨省就医费用核查和结算奠定了基础。在此基础上,各地积极探索农民工跨省就医即时结报,淮海经济区以江苏省徐州市为医疗服务中心,由徐州市12家市级医疗机构与周边江苏、山东、河南、安徽的8市58个县的新农合经办机构签订服务协议,实现了计算机联网管理和现场刷卡结报,覆盖5000多万参合农民。

下一步,政府将积极引导外出务工农民自愿参加原籍新农合制度。加快国家新农合信息平台建设,推动50%以上的省份实现与国家新农合信息平台的试点联通,开展参合农民跨省异地就医费用核查和结报试点,方便农民工异地就医及结算报销。推进新农合支付方式改革,规范医疗机构服务行为,控制医疗费用不合理增长,确保参合农民获得质优价廉的医疗卫生服务。

**建立人口信息共建共享机制**

为了顺应户籍制度改革的需要,我国将逐步建立与统一城乡户口登记制度相适应的卫生计生及人口统计制度。积极推动建立人口信息共建共享机制。加强卫生计生与统计、公安等部门信息数据共享,推进出生人口监测预警,为制定和贯彻实施卫生计生政策提供基础依据。

实施国家电子政务工程“全员人口统筹管理信息系统(全人工程)”项目建设,“十三五”期间将建立全国统一的动态、共享、全口径人口数据信息库,推进全员人口信息库与国家人口基础信息库的对接,支持人口公共服务和决策,集合全员人口个案信息能够更有效支持流动人口信息服务。

将居民死亡医学信息报告卡和出生医学信息报告卡纳入《国家卫生和计划生育统计调查制度》,由医疗卫生机构及时收集并报告相关信息。从2014年起建立覆盖全人群的国家人口死亡信息库,推进国家人口出生信息库建设。

建立健全流动人口统计监测制度。2010年,我国全面启动流动人口动态监测工作。经过5年探索,基本建立了人员培训、现场调查、质量督导、数据处理、综合开发的工作机制。2013年,监测项目又增加了流动人口健康状况及医疗卫生服务内容。今后,我国将根据卫生计生服务管理重点内容,完善流动人口动态监测指标体系。

(据《人民日报》)

本版图片均为资料图片