

# 2011—2013年某省医患纠纷状况分析及对策研究

杨莉, 顾加栋, 姜柏生

(南京医科大学医政学院, 江苏 南京 210029)

**摘要:**目的:了解医患纠纷基本情况,分析其成因与影响,探讨化解医患纠纷的对策,为构建和谐医患关系提供决策参考。方法:收集2011—2013年某省三级医院及部分县级综合医院医患纠纷相关信息并统计分析。结果:医患纠纷数量与赔偿金额逐年攀升,纠纷发生率逐年下降;政府卫生投入不足,资源配置不合理;非医疗技术过失成为医患纠纷的主要原因;医闹频发,伤医、伤财情况不容小觑;以医患双方协商处理为主,外界干扰因素加大公正处理的难度。结论:加快探索分级医疗体系;坚持患者需求至上;实施医疗责任保险制度;出台专业法规防范恶性医闹事件。

**关键词:**医患纠纷;医闹;医疗责任保险

中图分类号: R197.323.4

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2015)05-344-005

doi: 10.7655/NYDXBSS20150503

为了解某省医患关系的总体形势,深入探析医患纠纷的实况,积极维护医患双方的合法权益,有效防范、化解医患纠纷,某省医院协会对全省三级医院及部分县级综合医院开展了医患纠纷现状专题调研,对2011—2013年间医患纠纷进行回顾性调查,并进行深层次的分析与研究。

## 一、资料与方法

### (一)调查对象

本次调查共涉及97家医院,三级甲等医院50家(占比51.5%),三级乙等(含三级未定等)医院37家(占比38.2%),二级(甲等)医院10家(占比10.3%);其中综合性医院66家(占比68%),专科医院31家(占比32%),覆盖了全省13个省辖市。

### (二)调查内容及方法

本次调研课题组设计制作《某省三级医院医患纠纷状况调研》量表,问卷内容包括医院概况、纠纷数量、纠纷类型、发生原因与处理方式等五大部分。问卷通过某省医院协会这一平台,在各调查医院设专项调研员,统一收集某省发生的医患纠纷事件的特点、原因等信息,进行简要的统计分析。

### (三)统计学方法

采用单因素方差分析、非参数检验和卡方检验等方法,运用EpiData3.1录入数据,SPSS20.0统计软件进行统计描述与分析推断。 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 二、调查结果与分析

### (一)某省医患纠纷事件的现状

#### 1. 医患纠纷数量攀升,纠纷发生率逐年下降

调查显示,2011—2013年医患纠纷总例数、门急诊纠纷人次、住院纠纷人次均逐年稳步上升,平均每家医疗机构每年发生55.62例医患纠纷,其中住院患者的纠纷数量(37.64例)均高于门急诊患者的纠纷数量(17.32例)。但由于就诊人次增幅超过医患纠纷增幅,致使医患纠纷发生率逐年下降,由2011年的0.09‰下降到2013年的0.07‰。门急诊每千人医患纠纷发生率呈下降趋势,从2011年每千人0.025例下降至2013年每千人0.021例,下降16.27%;住院每千人医患纠纷发生率也呈下降趋势,从2011年每千人1.477例下降至2013年每千人1.267例,下降14.22%。住院患者医患纠纷发生率远高于门急诊患者纠纷发生率。

按医院评审等级分成三组,方差齐性检验均显

基金项目:江苏省社会科学基金项目“医院人文建设与公立医院改革发展研究”(13GLB010)

收稿日期:2015-04-14

作者简介:杨莉(1990-),女,江苏盐城人,硕士研究生在读;姜柏生(1963-),男,江苏丹阳人,教授,博士生导师,通信作者。

示方差不齐,故采用非参数检验。结果显示:不同等级医疗机构总医患纠纷具有明显的统计学差异( $\chi^2=13.152, P=0.001$ ), 三级甲等医院纠纷例数最多, 每年每院平均发生医患纠纷 73.31 例, 以住院患者纠纷为主, 高达 50.06 例; 三级乙等医院次之, 每院平均发生纠纷 42.84 例; 二级医院最少, 每院平均发生医患纠纷 33.08 例。不同级别医院门急诊医患纠纷例数也存在着统计学差异 ( $\chi^2=13.593, P=0.001$ ), 每年每院门急诊纠纷按数量大小排序依次是三级甲等 22.14 例、三级乙等 14.38 例、二级医院 7.17 例。不同级别医院住院医患纠纷例数之间无统计学差异 ( $\chi^2=5.237, P=0.073$ )。

医院按性质分为综合性医院与专科医院(如妇幼、口腔、肿瘤等), 非参数检验可知: 不同性质医院在医患纠纷总数、门急诊医患纠纷、住院医患纠纷之间均具有统计学差异(总纠纷:  $Z=-8.216, P < 0.001$ ; 门急诊纠纷:  $Z=-4.300, P < 0.001$ ; 住院纠纷:  $Z=-9.365, P < 0.001$ )。综合性医院平均每院发生医患纠纷 69.48 例, 而专科医院平均每院发生医患纠纷 26.09 例, 可见综合性医院医患纠纷数量明显高于专科医院。从构成上看, 综合性医院发生门急诊医患纠纷 21.39 例, 住院医患纠纷 47.86 例; 专科性

医院发生门急诊医患纠纷 8.78 例, 住院医患纠纷 15.83 例。

## 2. 赔偿金额越来越高, 医保支付能力有待提升

2011—2013 年 97 家医疗机构纠纷赔偿总额随着医患纠纷数量的增长, 呈逐年攀升趋势, 2013 年比 2011 年增加 2 259.39 万元, 增长 22.89%, 但增幅下降。经单因素方差分析, 不同年份 97 家医疗机构年度总赔偿额之间无统计学差异 ( $F=0.917, P=0.401$ )。三年次均医疗纠纷赔偿费用呈倒“V”型增长, 2012 年较 2011 年有大幅增长, 增长率为 21.75%, 2013 年较 2012 年略有减低, 降低 13.78%。从表 1 数据可以看出 2011—2013 年赔偿数额越来越大, 每年都在刷新次均高额赔偿记录, 从 2011 年的 63.80 万元飙升至 2013 年的 388.85 万元。医疗责任保险金额也呈现倒“V”型增长, 2012 年较 2011 年医疗责任保险支付能力在增长, 其占赔偿总金额的比例在增大, 可见医疗责任保险制度正在逐步发挥缓解纠纷赔偿的作用。然而在 2013 年赔偿金额不断增大的情况下, 医保支付能力明显降低, 其在赔偿总金额的比例也在缩小, 医疗责任保险尚未完善, 并未将医院从医患纠纷高额赔偿的沉重枷锁中解脱出来。

表 1 医患纠纷赔偿情况 (元)

年份	总赔偿均值	赔偿总额之和	增速环比(%)	医保支付总和	单次最低赔偿	单次最高赔偿	次均赔偿均值
2011 年	983 217	95 372 080	-	46 013 480	60	638 000	35 760.2
2012 年	1 166 161	113 117 580	18.6	55 029 596	30	2 480 000	43 536.5
2013 年	1 216 140	117 965 584	4.3	46 095 173	40	3 888 505	37 536.6

## (二) 医患纠纷原因分析

### 1. 医院运营收入增长, 政府对医疗卫生投入不足, 资源配置不合理

从医院运营情况上看, 2011—2013 年医院业务收入、政府财政补助金额呈现逐年增加的趋势, 且三级医院高于二级医院, 平均每家医院年收入分别为 41 275.19 万元、50 532.41 万元、57 448.87 万元, 2012 年比 2011 年增长 22.43%, 2013 年比 2012 年增长 13.69%。统计分析得知, 不同年份之间某省 97 家医院年收入有统计学差异 ( $\chi^2=6.275, P=0.043$ )。运用公式“政府支持力度=政府财政补助/医院运营收入”了解政府投入在医院运营中的比重, 政府支持力度平均每年仅占 5% 左右, 且呈现逐年降低的趋势。可见在市场竞争机制作用下, 政府财政投入不足, 医院自主创收、自负盈亏, 且医疗资源分布不均衡, 相对集中在三级医院, 这造成了我国公立医院公益性淡化, 医患双方在经济利益上的直接博弈甚至对立, 成为导致医患矛盾日益加剧的根本原因<sup>[1]</sup>。

### 2. 非医疗技术过失成为医患纠纷主要原因

从医方角度看, 医疗机构纠纷类型分为两大类, 即医疗技术过失和非医疗技术过失。2011—2013 年医院发生医患纠纷以非医疗技术过失为主, 所占的比例分别为 79.2%、80.6%、79.8%。非医疗技术过失包括管理不善、无差错的不良后果、医方其他原因三种, 其中无差错的不良后果占主要成分, 呈现先升后降趋势; 医方其他原因所占的比例次之, 呈逐年下降的趋势; 管理不善因素最少, 呈先升后降趋势。这一结果反映出当前患者对医疗服务的诉求不仅是治病救人, 更加关注就医感受与服务态度等人文因素。

### 3. 医疗保障体系不完善, 医疗费用的因素易诱发医患纠纷

结合当前形势, 将患者付费方式分为四种: 医保(职工医保、居民医保、新农合)、自费、公费医疗、其他(如交通肇事者付费等)。2011—2013 年医患纠纷涉及患者中, 医保付费患者是主要纠纷群体, 分别占 63.3%、65.7%、65.2%, 其在医患纠纷中的比例逐年

上升。平均每年每家医疗机构发生的医患纠纷涉及25名医保患者。在我国,医疗保险已经实现广覆盖,但仍然是低水平的,有不少必要的诊疗项目和药品的报销比例偏低或未被纳入医保报销范围,因此医保患者作为当前就医群体的主力军,看病贵依旧是激发人们不满的焦点问题。自费患者所占的比例次之,且呈现逐年降低的趋势,从2011年的28.5%降低到2013年的26.8%,平均每年每家医疗机构发生的医患纠纷中涉及10名自费患者。自费患者经济负担较重,付不起费用或是费用过高,对医疗服务质量的期望过高,更易诱发医患纠纷。

### (三) 医患纠纷对医院的影响

#### 1. 医闹频发严重干扰医疗机构正常诊疗秩序

2014年4月22日最高人民法院、最高人民检察院、公安部、司法部和国家卫计委印发《关于依法惩处涉医违法犯罪维护正常医疗秩序的意见》,明确定义六种医闹行为,并依法严格惩处。结合现状将六种医闹行为归为四类,分别是:聚众闹事、辱骂医务人员、伤害医务人员与损伤财物。2011—2013年某省97家医疗机构发生医闹总例数呈逐年上升趋势。从构成上看,辱骂医务人员占主要成分,总体数量上呈逐年上升的趋势,然而其构成比先升后降;聚众闹事次之,包括停尸、拉横幅、长时间占据医疗办公场所等多种行为,数量上呈逐年上升趋势;再次是损伤财物,数量上虽逐年上升,但其构成上略有下降;伤害医务人员的构成比最小。Pearson卡方检验结果得知,不同年份不同类型医闹之间构成比无统计学差异( $\chi^2=3.915, P=0.688$ ),但四种类型医闹情况数量上均有所增长,干扰正常的医疗秩序,平均每家医院每年发生聚众闹事5例,辱骂医务人员11例,伤害医务人员2例以及损伤财务事件2例,详见表2。

表2 医闹事件基本情况 [例(%)]

医闹行为	2011年	2012年	2013年
聚众闹事	392(24.5)	446(24.6)	456(25.1)
辱骂医务人员	863(53.9)	912(54.7)	1013(54.1)
伤害医务人员	169(10.6)	161(10.7)	198(10.2)
损伤财物	177(11.1)	184(10.0)	186(10.6)

#### 2. 伤医事件严重威胁医务人员的生命安全

医即医务人员,包括医护人员、医疗管理人员、保安及医疗相关的其他工作人员。2011—2013年某省97家医疗机构伤医事件总量呈逐年上升趋势,2012—2013年比2011—2012年的增幅大。经单因素方差分析得知,不同年份之间伤医事件无统计学差异( $F=0.291, P=0.748$ ),可见其增长幅度较为平稳,平均每家医院每年约发生4例伤医事件。

对医务人员的伤害从其伤害程度上可分为三类:死亡、伤残与一般伤害。2011—2013年并未出现医患纠纷致使医务人员死亡事件,伤残事件总数分别是2例、1例、6例,主要针对与患者直接接触的医护人员和保安,保安伤残比例高于医护人员,2013年6例伤残事件中有5例涉及到保安。一般伤害事件是伤医事件的主要组成部分,伤害对象首当其冲的是医护人员,他们与患者接触时间长,对医护人员的伤害数量增加且其构成比也在增长,到2013年接近40%,平均每家医疗机构每年发生1.52例医护人员一般伤害事件;其次是保安,他们不仅维持着正常的医疗秩序,尤其在医患关系白热化时保卫医院与医务工作者安全,保安一般伤害的数量逐年递增,但其构成比呈先升后降的趋势;对医疗机构管理人员的伤害较少,但数量均有所增加;对其他与医疗工作相关人员伤害最少,仅占4%。Pearson卡方检验结果得知,不同年份对医务人员一般伤害的构成比差异无统计学意义( $\chi^2=4.579, P=0.599$ )。

#### 3. 医患纠纷给医疗机构造成较大经济损失

医患纠纷中患方冲砸办公用品、家具及设施,打砸医疗设备,围困医院等不仅严重干扰医院的正常运营,同时对医疗机构带来一定的财务损失,尤其是打砸大型医疗设备。2011—2013年冲砸办公用品、家具及设施总例数分别为163例、177例、170例,打砸医疗设备分别有52例、60例、57例,可见其变化趋势均是倒“V”型。2011—2013年破坏医疗或办公设备、设施、家具所造成的财务损失呈逐年上升的趋势,从2011年的71.44万元上升至2013年的76.68万元。平均每年每家医疗机构会发生1.85例办公用品家具冲砸事件、0.61例打砸医疗设备事件,导致每年每家平均损失8145元。

围困医院虽然没有直接损失财物,但致使医院短暂停业或是部分医疗科室停止办公,严重干扰医疗机构的正常运营,影响医院收入。2011—2013年围困医院总例数分别是49例、49例、46例,所造成的财产损失分别是64.70万元、96.25万元、74.80万元,变化趋势呈倒“V”型增长。平均每年每家医疗机构发生0.52例围困医院事件,平均损失8830元。由此可见,患者的医闹行为仍保持一定的理性范围内,虽偶有恶性事件发生,但均控制在“小打小闹”的范围之内。为了维护医学尊严,对于这种行为不应该忽视,公安行政部门应该予以严厉制止,施以经济或行政惩罚。

### (四) 医患纠纷现行处理机制

#### 1. 医患纠纷处理趋于公平、高效和快捷,但医

患双方协商仍是主要处理方式

我国处理医患纠纷主要法律依据是《侵权责任法》和《医疗事故处理条例》,解决途径包括医患双方协商、卫生行政部门行政处理、人民调解委员会调解、民事诉讼四种方式。2011—2013年某省97家医疗机构医疗纠纷处理中,医患双方协调居于首位,其构成比呈逐年下降的趋势,从2011年的73.2%下降到2013年的67.4%,平均每家医疗机构每年有29例纠纷通过双方协商解决,结合国内外文献,医患双方协调解决占纠纷的85%左右,成为纠纷处理的主要方式。其次是人民调解机制,数量与构成比上均呈逐年上升的趋势,从2011年的16.9%增长到2013年的20.2%,平均每年每家医疗机构有8例医患纠纷通过人调委解决。作为典型的非诉讼解决方式,某省各市相继成立了当地的人民调解委员会与医患纠纷调解中心,接受信访、接待群众、受理纠纷,获得了政府、医院、患者的一致认可<sup>[2]</sup>。人民法院诉讼方式位居第三,2011—2013年其构成比例分别是7.4%、8.9%、9.3%,呈逐年增长的趋势,其中医院不能认可判决结果的构成比却呈逐年下降趋势,可见诉讼作为化解医患纠纷最权威的方式,通过严格的程序和权威的裁决使医患纠纷得到最有效的解决<sup>[3]</sup>,医院对诉讼结果认可的程度越来越高。卫生行政处理最少,且呈逐年上升的趋势,从2011年的2.5%增加到2013年的3.1%。经统计分析,2011—2013年四种纠纷处理方式的构成上具有明显的统计学差异( $\chi^2=36.136, P < 0.001$ ),利用程度不均衡。

2. 外界因素干扰纠纷正常解决,加大纠纷处理难度

医患纠纷处理过程中,新闻媒体、公安或维稳办等政府部门、患方上访等极端方式对公正解决医患纠纷造成一定的影响。政府部门的介入从2011年478例增加到2013年568例,呈现逐年增长趋势,其中起到积极维护秩序的作用占主要因素,从2011年的85.8%增长到2013年的86.3%;2011—2013年政府消极对待医患纠纷的例数分别为44例、48例、50例,数量上在增加,而政府对医院施压的总例数分别是24例、24例、28例,虽数量较少,但在一定程度上助长了医闹与医患纠纷。患者通过上访等极端行为干扰医患纠纷公正解决的例数分别是38例、35例、53例,呈增长趋势。

新闻媒体报道介入分为真实报道和歪曲报道,2011—2013年新闻媒体介入总例数分别为45例、67例、56例,呈现先升后降的趋势,其中真实报道构成比呈降低趋势,从26.7%降低到17.9%;反而歪曲

报道的构成比却逐年上升,占报道的主体,从73.3%增加到82.1%,可见当今媒体报道一味迎合大众的眼球“借题发挥”,并未考虑到整体的健康医疗环境。由于信息不对称,患者被看成是弱势群体,而医生则被塑造成了强势对象,新闻媒体在缺乏专业医疗知识的指导下,发表了大量片面的不实报道,忽视医学和疾病本身的高度复杂性,也忽视了社会市场机制下现行医疗体制的根源问题<sup>[4]</sup>。新闻媒体过分利用强大的社会舆论,倾向于同情弱者——患者,而将一切责任归咎于医院与医务人员,在一定程度上恶化了医患关系,大大增加了医患纠纷的处理难度。

### 三、妥善化解医患纠纷的建议

(一) 加快探索分级医疗,减轻大中型医院就医压力

医患纠纷数量与诊疗人次呈正比例增长,医院等级越高,医患纠纷发生越频繁,而综合性医院纠纷数量明显高于专科医院,可见医疗资源配置不合理,三级综合性医院医疗设备配备齐全、综合实力较强,患者对医疗服务质量期望较高,大量患者涌向大中型医院,加重了大医院就医难现状。因此,亟需探索建立分级医疗体系,实现医疗卫生人才、技术、设备、信息以及服务对象的合理分流,缓解公共医疗资源稀缺的紧张局面,将患者向基层医疗机构引导,减轻大型综合性医院的就医压力<sup>[5]</sup>。

(二) 坚持患者需求至上,提升医务人员的人文素养

我国公立医院拥有一流的设备、技术和人才,硬实力发展如此迅猛,但缺乏对患者的关爱和对生命的敬畏。调查显示,技术原因引发的医疗纠纷仅占医患纠纷总数的20%,而80%的医患纠纷都是源于医疗服务态度、医德医风、沟通中的语言运用等非医疗技术质量因素<sup>[6]</sup>。因此,医院应不断优化服务流程,提升服务质量,加强医患双方的沟通协作,让患者感受到医院与医务人员对患者的同情与尊重。医生作为生命的工程师,不仅要关注疾病,提升医疗技术水平,更要关爱患者,培养医学人文素养,从而做到“德艺双馨”。

(三) 实施医疗责任保险制度,维护医患双方合法权益

医学是一门深奥的学科,其行为具有未知性和不确定性,医疗对象和疾病的差异性大,诊疗过程复杂。调查显示,医疗责任保险金额呈倒“V”型增长,在一定程度上减轻了医疗机构承担医疗赔偿的压力,但面对赔偿金额急剧飙升的现状,其支付能力

明显不足。因此应完善医疗责任保险制度,实现政府、医疗机构、患者和第三方机构共同分担医疗风险,削弱医患双方因为医疗差错或医疗事故等损害性后果而产生的利益冲突,真正将医院和医生脱离出来,让医务人员全身心地投入到“患者需求至上”的服务中去,实现医疗风险社会化分担。

(四)出台法规应对医患纠纷,防范恶性医闹事件

借鉴国外发达国家的成熟经验,规范医患纠纷处理机制,防范医闹、伤医、伤财等恶性行为的发生,降低医患之间个案冲突转变为医患纠纷事件的机会,将医患纠纷逐步引导至法制化、规范化的轨道上解决。对纠纷一方非正常途径的纠缠行为,尤其是医疗机构内发生的打砸、扰乱医院正常诊疗秩序、殴打和非法限制医务人员人身自由的违法犯罪行为,司法机关和公安部门要及时介入,采取必要的强制措施,保护医务人员的人身安全;对纠纷涉及的患者、老人,采取司法强制与医疗救济相结合的方式,既维护社会秩序,体现法制尊严,又兼顾社会公平与

人道主义。

#### 参考文献

- [1] 关琳瑶. 哈医大四所附属医院医患纠纷实证分析[D]. 黑龙江:黑龙江大学,2014
- [2] 李悦晖,姜柏生. 南京市医患纠纷人民调解机制研究[J]. 医学与哲学,2011,32(13):72-74
- [3] 常健,殷向杰. 近十五年来国内医患纠纷及其化解研究[J]. 天津师范大学学报:社会科学版,2014(2):67-71
- [4] 沈晓静,徐培. 医患纠纷报道话语剖析——以扬子晚报网为例[J]. 青年记者,2012(30):32-33
- [5] 梁琳,钱招昕,雷光华,等. 新医改背景下构建三级医院与基层医疗机构分级医疗模式探讨[C] //中南大学医院管理研究所成立大会暨首届医院管理“湘雅论坛”论文集,2012:265-268
- [6] 孙乃强. 政府在行动:医疗纠纷的政府反思[J]. 中国卫生产业,2006(3):32-34

## Analysis about situation of medical disputes in a province from 2011 to 2013 and research on countermeasures

Yang Li, Gu Jiadong, Jiang Baisheng

(School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China)

**Abstract: Objective:** To study basic situation of medical disputes, analyze the causes and influences, explore the countermeasures of defusing medical disputes, and provide decision-making references for the construction of harmonious doctor-patient relationship. **Methods:** Based on the questionnaire survey, we collected information about medical disputes of tertiary hospitals and part of county level comprehensive hospitals in a province from 2011 to 2013 for statistic analysis. **Results:** The number of medical disputes and compensation was increased and incidence of medical was decreased year by year. The government was insufficient on health investment, and the allocation of resources was unreasonable. The non-medical technical fault became the main cause of medical dispute and “medical trouble” was frequent. The situation of doctor harmed and money wasted should not be underestimated. Doctor-patient consultation was still the main treatment way, but interference factors increase the difficulty of the fair treatment. **Conclusion:** Government should accelerate the exploration of classified medical system, insist the supremacy of the needs of patients. Medical liability insurance system must be implemented, and professional regulations ought to be issued to prevent malignant medical trouble events.

**Key words:** medical disputes; medical trouble; medical liability insurance