

医患风险的行为经济学解读及对策

孙江洁¹,张利萍¹,喻远兵²,马南振³,何成森¹

(1. 安徽医科大学临床医学院,安徽 合肥 230032;2. 安徽省人才服务中心,安徽 合肥 230000;3. 安徽医科大学附属医院,安徽 合肥 230032)

摘要:在医患关系迫切需要破冰的形势下,结合专家访谈、文献研究了解医患风险导致的经济损失现状,立足行为经济学视角,分析得出形成医患风险的五大诱因因为认知不协调-C-D gap、身份-社会地位、人格-情绪定势、个性-偏好演化、情境理性与局部知识,进而提出行为经济学视角下医患风险管控的三点对策。

关键词:医患关系;行为经济学;医患风险

中图分类号: R197

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2016)02-141-005

doi: 10.7655/NYDXBSS20160213

医患关系是医疗践行的核心因素,当前医患之间的信任危机逐步凸显。医患纠纷频发乃至伤医命案的发生^[1],原本“健康所系、性命相托”的互信、和谐医患关系悄然改变,医疗卫生事业被世界公认为是一个高风险的特殊行业,强化医患风险的管控已经成为医疗卫生事业管理者当前迫切需要解决的头等大事。本文从行为经济学视角分析医患风险现状、研究医疗过程中的问题及诱因,以寻求医患风险管控的对策。

一、当前医患风险现状

医患风险普遍存在,世界各国均不能幸免。文献研究显示西方发达国家平均有10%的患者会遭受医疗事故的影响^[2]。发展中国家至少有50%的医疗器械不安全,伪劣药品高达77%的案例。作为世界人口大国的中国,由于医患风险所引发的医患纠纷近年来骤然增长,对医疗机构的声誉造成了极大的不良影响,甚至危及到医疗机构的生存。

中国社会科学院研究生院及社会科学文献出版社共同发布《医改蓝皮书:中国医药卫生体制改革报

告(2014—2015)》^[3]指出,当前我国医疗纠纷呈快速增长趋势,在医疗纠纷案件中,患方索赔金额与获赔概率均较高,患者经司法途径获得赔偿的比率高于经人民调解途径获得赔偿的比率,患方暴力索赔现象有所增加,对此处理不当易引发群体性事件;因医疗纠纷处理不善引发的患者暴力伤医甚至杀医事件偶有发生。医患纠纷的处理体现出高度的专业性与复杂性^[4]。根据相关文献^[5-9]整理数据得出表1和表2,可以看出医院赔偿金额有递增趋势,阻碍了医院健康发展,有待进一步管控。

二、医疗过程中的问题及行为经济学诱因分析

“成本与收益”分析是经济学与经济管理中最为根本的手段。行为经济学是经济学的一个分支,经过三十多年的发展,行为经济学已经发展成为经济学研究领域的前沿,主要关注经验研究所发现的人类心理与行为特征对其经济决策的系统性影响和监管运用规则来影响主体的行为^[10-11]。狭义上讲,行为经济学是心理学与经济分析相结合的产物。广义而言,行

基金项目:国家社会科学基金项目“公立医院医患关系预警机制及危机应对体系研究”(14BGL141);安徽省教育厅自然科学研究项目(KJ2016A369、KJ2016A368、KJ2016A372、KJ2016SD30);校科研基金项目(2015xkj013);校质量工程项目(2015jyxm088、2015jyxm090)

收稿日期: 2015-10-12

作者简介:孙江洁(1983-),男,安徽宿松人,讲师,研究方向为应用统计与风险管理;何成森(1962-),男,安徽怀宁人,教授,研究方向为心理学与卫生管理学,通信作者。

表1 医患纠纷数据^[5-8]

年份	被调研医院数 (个)	医患纠纷数 (件)	医院损失金额 (万元)
1991	100	232	
1998	100	1 400	
2005	326	10 000	6 000
2010	326	17 000	20 000
2013	326	70 000	

数据来源于问卷调查和文献资料整理。

表2 2007—2013年度东莞市13家公立医院医患纠纷数据^[8-9]

年份	医患纠纷数 (件)	医闹发生数 (件)	医院赔偿金额 (万元)
2007	87	9	106.14
2008	109	14	194.76
2009	147	29	322.32
2010	154	25	318.63
2011	133	22	222.17
2012	161	27	375.31
2013	183	29	446.25

2007—2013年东莞13家公立医院在医疗纠纷中平均每年支付给患者283.5万元赔偿金。

为经济学把心理学五大要素引入经济分析框架^[12]。

对于医患风险管控而言,识别和分析医疗过程中存在的行为经济学影响因素是医患风险管控的首要也是重要的一步。

(一) 认知不协调-C-D gap

医患双方对疾病的认知不协调。患者求医,认为医护就是生命的救世主,包治百病,治疗效果稍不如意,即怀疑医生是否尽心尽力,怀疑医生是否存在过错,更有甚者,滋生医疗纠纷,引发医患风险的产生。医护救治,一般情况下,伦理救治,尽心尽力,重在过程。特别情况下,为了追求医学科学的进步,大胆尝试新技术、新器械、新药品,但凡新的产品都会存在新的风险,这在某些情况下,也会引发患者及家属的不理解。如某医院手术(成功)后24小时呼吸机突然停止工作导致的病患死亡,患者家属在接到手术成功喜讯之后,再次接到死亡通知这一特例所引起的医患风险等等。对疾病的认知方面,医患认知是不协调的。

(二) 身份-社会地位

20世纪80年代初,城乡医患间基本是熟悉的社会关系,因此相应的医患关系相对良好。80年代中后期,随着医疗卫生机构市场化发展,医护追求经济利益与患者追求医药低消费的矛盾加剧,再加之医护角色的定位——营利性角色,导致了患者对医生的不信任感。

当前的医护工作者在医患关系中存在双重身份,一方面作为患者健康利益代理人,为患者推荐疾病诊疗方案;另一方面以医疗服务提供方从患者身上赢得相应的经济利益。随着患者及患者家属的身份、社会地位不同,所能提供的消费能力也随之不同,因而医患经济利益导向使得医患风险始终存在。

(三) 人格-情绪定势

医护人员从事医疗卫生工作的环境、工作任务和工作要求决定他们在付出体力和医疗技术的同时,付出思想感情、背负医疗责任和承担医患风险,经常处于高度的精神紧张状态。有研究表明,因为医院管理不够完善、媒体不够负责所导致医护人员身心疲惫率高达90%^[4],说明医护人员易发生负性情绪。

随着患者病情的发展,患者及家属伴随心理变化。患者就诊过程中,患者及家属承受与普通人不同程度的心理压力。在陌生的医院接受陌生的医护人员护理、治疗,情感是脆弱的,面对各种检查与治疗,内心兼具担忧和恐慌,极易产生焦虑和抑郁情绪。

医护人员的职业懈怠和情感受挫,患者身心皆损、焦虑与抑郁,医患双方的情感差异和矛盾,在特殊人格(多疑人格等)催生作用下,面对经济成本的高输出(或过度输出)与健康收益的低回报(或零回报)反差易引发医患风险的产生。

适当处理好移情与共情对形成良好的医患关系具有促进作用。Eisenberg和Strayer认为共情源于他人情感状态的理解,是认知能力和情感能力的结合体^[13-14]。医护人员共情良好表现容易被患者接纳和尊重,有助于建立良好的医患关系,有助于了解病情进展和诊疗活动的有效进行。同时患方的共情有利于理解医护人员工作的艰辛与不易,故而形成医患关系的良性循环。

(四) 个性-偏好演化

在社会中,每个人都有自己的个性,医护人员如此,患者及患者家属亦如此。在疾病诊疗过程中,医护人员把发挥自己个性形成的诊疗方案推荐给患者及家属选择,而患者及家属结合自己的个性确定患者的诊疗方案,在这种供给与需求关系中,存在一系列的博弈。有医护人员、患者及家属的风险分摊、患方的经济输出与医方利益输入、患者的治疗痛苦与健康收益等等,均根据患者及家属的偏好和医护人员的道德推荐所形成系列博弈模型。有博弈就有成败的结果,有结果就要患者或是患者家属去面对,去面对就会有风险产生的可能。

(五) 情境理性与局部知识

在诊疗过程中,医护人员以科学的态度,对患

者疾病做出全面的诠释并给出与医学伦理学相符的诊疗建议。同时对每一个诊疗环节都应融入到疾病的整体方案中,使得整个诊疗过程产生的健康收益最大化。

患者及家属,面对医护人员所提供的诊疗建议,做出理性的选择和尽可能配合治疗的精神支持和理解。积极配合每一次治疗,理解局部与整体的统一哲学观,以积极的心理面对疾病,以乐观的心态迎接身心健康的到来。

诊疗过程由多次治疗统一起来,每一次治疗的选择都暗含社会心理学、消费者行为学。医护人员谙熟患者及家属的认知和选择特征,不排除某些医务工作者构建其营销策略,利用患者非理性选择实现其经济利益最大化。

随着患者及家属维权意识的增强,面对诊疗的各个环节,对于不满意的诊疗结果,不排除患者及家属会进行消费维权,形成医患纠纷,这整个过程都暗含医患风险。

综上五点,可以看出,行为经济学为医患风险管控提出了必要性证据。

三、行为经济学视角下医患风险管控的对策

行为经济学视角下医患风险管控指以行为经济学理论为工具,探究人类心理与行为特征对疾病诊疗过程中经济决策的系统性影响,分析患者及家属在医疗过程中存在的行为经济学影响因素而形成的医患风险管控对策。

(一)培训常态化

首先,建议开设职业精神培训,提升医护人员职业素养和奉献精神。培训内容涵盖群体对疾病的认知差异分析、心理学相关知识、职业精神素材、工作奉献案例等等。目标为提升医护人员内在道德修养和外在修为。内在修养包括行为准则和价值取向;外在修为包括正确的行为举动。

其次,建议开设医护人员心理健康培训,关注医护人员身心健康。通过培训活动,放松医护人员紧张情绪,这样一方面可以规避因过度工作导致医疗事故,另一方面为工作持续高效性提供保障。这也有借用“他山之石”的良好寓意,如外企流行的员工帮助计划、情绪假等。

最后,建议开辟医患沟通培训,关注医患关系进展。有学者在2013年的调查显示,认为医患矛盾是“医患沟通不到位”的占75.2%,具体表现为医患双方不能准确、有效地交流传递诊疗信息。显然医护人员共情的好表现容易被患者接纳和尊重,患方

的共情有利于理解医护人员工作的艰辛与不易。这样有助于建立良好的医患关系,进而形成医患关系发展的良性循环。在西方,为了规范知情同意权,采用法律的形式明确医患双方的全责义务等问题,如美国就已明确立法。

(二)运作规范化

首先,建议成立心理诊疗室。心理诊疗室的成立一方面健全了医院的科室建设,另一方面为治疗心理疾病患者提供了专业化的诊疗场所。随着医疗技术的发展和社会的进步,工作压力的进一步提升,心理诊疗技术的需求逐渐趋于普遍,在门诊过程中,通过心理测量甄别出来的患者,在治疗过程中,应重点看护与全程管理,这样在一定程度上也可以规避医患风险。

其次,成立医患关系科。自2009年卫生部发布《医院投诉管理办法(征求意见稿)》^[15],提出“医院应设立医患关系办公室或指定部门统一承担医院投诉管理工作”的规定以来,许多医院均建立了医患关系管理的相关部门。如安徽医科大学第一附属医院的医患关系科。这样,医院就医患纠纷事件呈现积极面对的态度和形象,这一做法不仅是尊重患者的体现,而且也及时、有效、规范地处理医患矛盾提供条件,对安抚患者及家属负性情绪起到积极效应。

最后,建议成立医疗保险精算科。组织1~2名统计学的专业人员,成立医疗保险精算科。针对医院近5年来的医患纠纷赔偿科室、赔偿金额、相关责任人、原因、医疗责任险赔偿方案、赔偿情况等信息进行研究,探索医患医疗事故经济损失最小化的责任险种组合购买办法,主观上减少医院的经济损失,客观上推动医疗责任险的发展与完善。为医护人员合理转移医疗事故所带来的医患风险,避免医护人员因为自己的心理紧张而采取的防御性治疗行为,提升医护人员诊疗质量,改善医患关系。

(三)管理制度化

首先,形成医患风险管控体制。俗话说,无规矩不成方圆,只有形成有效、完善的管理体制,才能够保障工作有序、高效的开展。

第一,医患风险管理工作的开展。行为经济学视角下的医患风险管理可以从三个方面着手:技术导向型、财务导向型和人文导向型(图1)。

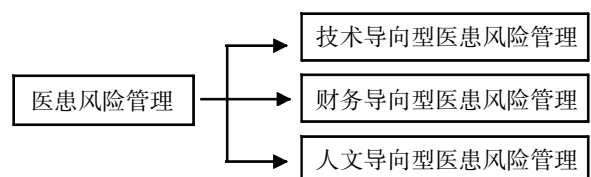


图1 医患风险管理逻辑图

技术导向型医患风险管理侧重于医疗技术性监管,减少诊疗过程中因医疗技术所产生的医患风险。财务导向型医患风险管理侧重于医护人员工资体制改革、医院财务安全管理,如构建科学合理的工资结构体系,规避医护人员经济利益驱动下的过度医疗现象;再如科学购买组合医疗险,在尽可能减少医院财产流失的情况下,转移医患风险。人文导向型医患风险管理侧重于提高医护人员对医患风险的认知、强化医护人员对医患风险的认真态度、规范医护人员诊疗行为,促使医护人员形成良好、有效的医患沟通模式,增强医护人员对患者及家属的共情,实现行之有效的医患关系良性循环。

第二,医患风险管理流程的构建。行为经济学视角下的医患风险管理只有形成行之有效的管理流程,才能够及时、有效地防范和处理医患风险。具体流程见图2。



图2 医患关系管控流程图

在行为经济视角下,医患风险影响因子主要有12个影响因子,具体如下:患者及家属对疾病的认知、医护人员对患者角色的认知、患者及家属的身份与地位、医护人员的身份定位、患者及家属的人格与情绪、医护人员的人格与情绪、患者及家属的移情与共情、医护人员的移情与公情、患者及家属个性与偏好、医护人员的个性与偏好、患者及家属的情境理性与局部知识、医护人员的情境理性与局部知识。

医患风险级别测算应讲究系统性、科学性和可操作性,使得医院相关管理部门面对医患风险时,可以做到及时、有效地干预、防范、处理医患风险,这是一项系统性的工作,项目团队正在攻关,良好结果有望实现。医患风险管控与转移则是在掌握医患风险等级的情况下,考虑医患风险组合管控,多维度同步干预,尽可能使其达到转化风险的目的。医患风险管理效果评价是指在每一次医患风险转化或平息之后,对本次医患风险管控的效果进行综合评价,目的是为完善医患风险管控提供数据和理论支持。

第三,医患风险管理组织的组建。行为经济学视角下的医患风险管理组织的组建是必要的,它为管控医患风险有序、正常进行提供保障。具体组织管理关系见图3。

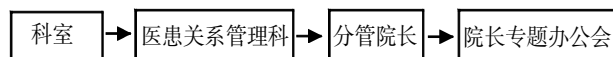


图3 医患关系风险组织关系图

根据科室诊疗实况向医患关系管理科呈交医患风险案例及相关资料,对特殊患者(如心理疾病患者)加强监管。医患关系管理科根据个案资料,对医患风险进行科学定级,形成汇报材料,及时向分管院长汇报,分管院长会同医患关系管理科研究医患风险管控与转换对策,进而组合管控。对无法转换或转移的医患风险,做好相关应急预案。针对突发医疗事故、已经发生的医患纠纷,先启动应急预案,同时提交院长专题办公会讨论,得出解决问题对策。这样,就形成了以院长统筹、医患关系管理科负责落实、科室成员明确职责的整体管理组织形式,可有效管控医患风险。

其次,医疗事故赔偿机制。根据专家访谈、专家论证会、调研和文献研究等形式得到国内医患纠纷索赔金额在逐年增长,仅2010年1年,326家医院赔付金额近2亿元左右,平均每家医院赔付61.3万元,其中近300家医院因医患纠纷而困扰,其发生率高达98.51%。这一系列数据在说明医患关系紧张的同时,我们也通过调研看到诸多患者家属“因为医患索赔而脱贫”,21.65%的医患冲突是“因为专职医闹的介入而持续”,这就明显存在经济利益驱使,最起码不是纯粹地为了解医疗事故真相。基于此我们认为,当前医疗赔偿支付有待完善,如针对医患风险的升级,应该是第三方介入,了解事情真相,针对绝对的非医疗事故,给予坚决拒绝赔偿,甚至可以考虑走司法程序应对;对于真实的医疗事故,国家可以构建医疗事故赔付标准和赔付形式,如国家可以考虑构建家庭医疗专用账户,所有成员的医疗费用均可以通过医疗账户兑现支付,同时,要求该账户只能用作家庭成员医疗所用,不能提现和挪作他用。这样一来,针对已经发生医疗事故所导致的赔偿金,均按照赔偿标准打入该账户。对于疑似医疗事故案例,作为患者及患者家属均会考虑到医患风险升级所导致的经济开支,更会考虑到自己真实需要的结果。对于确实需要了解医疗事实真相的那一批患者及患者家属,相应的医患关系仍有待我们管控和解决,对于受到经济利益驱使的那一批患者及家属将会三思而行。故而我们倡议国家相关部门以家庭为单位“构建家庭医疗专用账户”。这样一来,将可以减少一些伪医疗事故导致的医患风险,同时降低患者因经济利益驱使导致的医患关系恶化。保留下来的医患冲突最大程度上体现了医疗事故的真相追求率。

最后,形成医疗事故应急预案。应急预案是指医患风险进一步升级,医疗机构的医患关系管理部门无法平息的情况下采取的应急应对措施,如医疗机

构应急事务小组、医疗事故调查小组出面干预,第三方调查,启动司法程序等。目的是为了平息、转化医患矛盾。再如合肥市的第三方调解,2万元以下的,医院内部可自行解决,2万元以上10万元以下的必须经过医调委解决,10万元以上的,必须鉴定事故性质、原因等。

参考文献

- [1] 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
- [2] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. The institute of medicine, to error is human; building a safety health system[M]. Washington: National Academy Press, 1999: 76
- [3] 文学国, 房志武. 医改蓝皮书: 中国医药卫生体制改革报告(2014—2015)[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2015: 65-80
- [4] 方磊, 何成森. 风险管理视角下医患关系之心理因素影响及对策研究[J]. 江淮论坛, 2013(6): 142-145
- [5] 孙江洁. 经济学视角下的医患风险管控模型研究[J]. 安徽广播电视大学学报, 2015, 171(4): 31-35
- [6] 全国 326 所医院调查显示医疗纠纷发生率高达 98%. [EB/OL]. [2015-06-12]. <http://news.sohu.com/94/31/news147933194.shtml>
- [7] 医患纠纷 10 年增长 10 倍 医生平均 2.4 分钟看 1 病人 [EB/OL]. [2015-06-30]. <http://gd.sina.com.cn/news/m/2014-06-30/0726109553.html>
- [8] 东莞 13 家公立医院 7 年医疗纠纷赔偿近 2000 万元 [EB/OL]. [2014-12-18]. <http://www.mdsin.cn/news/show.php? itemid=1316984>
- [9] 张丽萍, 孙江洁, 何成森. 新时代医患风险管控模型研究[J]. 吉林广播电视大学学报, 2015, 161(5): 37-39
- [10] Oliver A. Should behavioural economic policy be anti-regulatory? [J]. Health Econ, 2013, 22(4): 373-375
- [11] Mcauley I. Behavioural economics and public policy: some insights [J]. International Journal of Behavioural Accounting and Finance, 2013, 4 (1): 18-31
- [12] 行为经济学 [EB/OL]. [2016-01-22]. <http://baike.haosou.com/doc/5753071-5965831.html>
- [13] Eisenberg N, Strayer J. Critical issues in the study of empathy [M]//Eisenberg N, Strayer J. Empathy and its development. New York: Cambridge University Press, 1987: 3-13
- [14] Feshback ND. Parental empathy and child adjustment/maladjustment [M]//Eisenberg N, Strayer J. Empathy and its development. New York: Cambridge University Press, 1987: 271-290
- [15] 医院投诉管理办法(征求意见稿)[EB/OL]. [2015-08-13]. <http://www.labsky.com/data/09/08/news/0806143212706.htm>

Interpretation of the behavioral economics and countermeasures of the risk in doctor-patient relationship

Sun Jiangjie¹, Zhang Liping¹, Yu Yuanbin², Ma Nanzhen³, He Chengseng¹

(1. Clinical Medical College, Anhui Medical University, Hefei 230032; 2. Service Center for Human Resources of Anhui Province, Hefei 230000, 3. School Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230032, China)

Abstract: Under the situation of the urgent need to break the ice in the relationship between doctors and patients, we combined expert interviews and literature research to understand the current situation of economic losses caused by the risk in doctor and patient relationship from the perspective of behavioral economics. We concluded five causes, including “cognitive dissonance (C-D) gap”, “identity-social status”, “personality-mood set”, “personality-evolution of preference”, and “situated rationality-local knowledge”. Then, we put forward three advices about the risk of doctor-patient relationship from the perspective of behavioral economics.

Key words: behavioral economics; perspective; risk in doctor-patient relationship