

中国式

从卫生经济学的角度看，医患关系是“经济人”。过去，我们忽视了经济的一面。医患之间，和师两利。医患问题，也是制度问题。在一个人社会，制度要靠制度约束，道德要靠制度构建。如果说教师是人类灵魂的

既是“道德人”，也是经济人。我们强调道德的一面，而忽视了经济的一面。医患冲突，就是道德约束会可以靠道德约束，医生是经济人，制度可以短期有效。教师，医生就是人类生命的

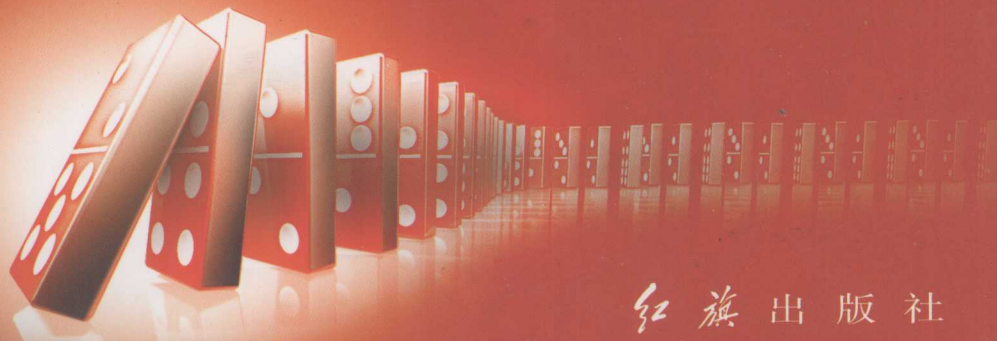
犀利笔锋直切医患问题要害 真诚思考体察医学人性温度

师。首先，优秀的医生是医生的标志。如果一流人才去做医生，那比最优秀的医生。如果医生敢把生命托付给医生，那医生的“幸福指数”是医生的幸福指数。医生的幸福指数是医生的幸福指数。

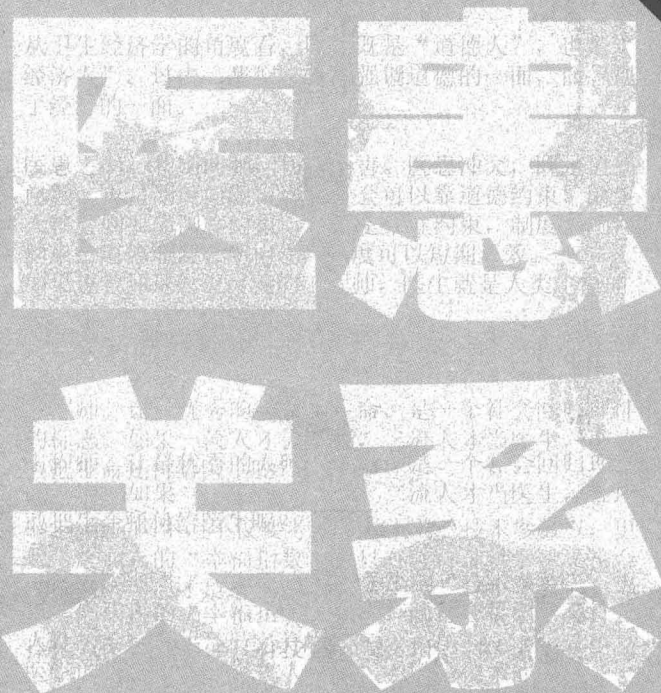
命，是一个社会回归到社会。一流人才当医生，那医生的幸福指数是医生的幸福指数。医生的幸福指数是医生的幸福指数。

ZHONGGUOSHI YIHUAN GUANXI

白剑峰 著



中国式



“医患关系是人世间最亲密的关系之一”

白剑峰

ZHONGGUOSHI  
YIHUAN  
GUANXI

红旗出版社

**图书在版编目 (CIP) 数据**

中国式医患关系 / 白剑峰著.  
—北京: 红旗出版社, 2011. 8

ISBN 978-7-5051-2007-5

I. ①中… II. ①白… III. ①医院—人间关系—研究—中国  
IV. ①R197.322

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 146177 号

**书 名:** 中国式医患关系

**著 者:** 白剑峰

**出 品 人:** 高海浩

**责任校对:** 曹福双

**总 监 制:** 徐永新

**封面设计:** 尚意装帧

**责任编辑:** 解卫东 韩志利

**版式设计:** 李艳光

**特约编辑:** 李姗姗

**出版发行:** 红旗出版社

**地 址:** 北京市沙滩北街2号

**邮 编:** 100727

**编 辑 部:** 010-64033175

**E-mail:** hongqi1608@126.com

**发 行 部:** 010-84043175

**欢迎品牌图书项目合作**

**项 目 部:** 010-84026619

**印 刷:** 北京振兴源印务有限公司

**开 本:** 720毫米×1000毫米

1/16

**字 数:** 230千字

**印 张:** 20.5

**版 次:** 2011年12月北京第1版

2011年12月北京第1次印刷

ISBN 978-7-5051-2007-5

**定 价:** 39.00元

版权所有 翻印必究 印装有误 负责调换



# 医患是利益共同体

医患关系是一个永恒的话题，也是社会复杂矛盾的“寒暑表”。

医患关系的实质是利益共同体。因为“医”和“患”有着战胜病魔、早日康复的共同目标，而战胜病魔既要靠医生精湛的医术，又要靠患者战胜疾病的信心和积极配合。对抗疾病是医患双方的共同责任，只有医患双方共同配合，积极治疗，才能求得比较好的治疗效果。医患双方在抵御和治疗疾病的过程中都处于关键位置，患者康复的愿望要通过医方去实现，医方也在诊疗疾病的过程中加深对医学科学的理解和认识，提升诊疗技能。在疾病面前，医患双方是同盟军和统一战线，医患双方要相互鼓励，共同战胜疾病。

唐朝药王孙思邈外出采药，遇一只母虎张口拦路，随从以为虎欲噬人而逃，孙思邈却看出虎有难言之疾。原来这母虎被一长骨卡住了喉咙，是来拦路求医。孙思邈为其将异物取出，虎欣然离去。数日后孙思邈在返程中途经此地，那虎偕虎崽恭候路旁向他致意。这个故事起码说明了两个道理：第一，即使是吃人的猛虎患病，医生也应本着仁义之心为它治疗，何况生了病的人；第二，即使是吃人的猛虎对于为它解除病痛的医生也怀有感恩之心，有礼貌地回应。从某种意义上说，相互尊重、相互配合、相互依存正是医患关系的最基本特点。

目前，我国的医患关系总体上是和谐的，这是我国医患关系的主流。但是，我们也要清醒地看到，在和谐的主流中也存在着局部的不和谐现象。

医患关系如同其他社会人际关系一样，存在一定的不协调是正常的，

但在一些地方出现严重的医患关系紧张，甚至发生医患冲突，则有着复杂的经济和社会根源。

一是医疗服务提供能力与人民群众日益增长的健康需要之间存在矛盾。长期以来，我国医疗卫生资源配置不合理，基层医疗卫生机构的服务质量和医疗条件不能满足群众的基本就医需要，造成了群众看病纷纷涌向城市大医院。患者的无序流动造成城市大医院超负荷运转，普遍存在着“挂号、交费和检查排长队，看病只要五分钟”的现象，在大城市的大医院更是如此，看病的不方便引发多数患者的不满和抱怨；同时，医生在一天内要看几十个病人，必须尽快做出检查、诊断和治疗，他们忙得甚至连上厕所的时间都没有，更没有时间向病人作耐心的解释。医生在任务重、压力大的情况下，容易发生对患者的沟通解释工作做不到位的问题，导致医患之间的误解和矛盾，这常常是影响医患关系最直接的“导火索”。

二是医疗机构的公益性要求与管理体制和运行机制之间存在矛盾。现代医学是集科学、工程技术、人文关怀于一体的复合学科。其复杂性决定了医患信息不对称的必然性，这种情况在其他诸多行业亦存在。新中国成立初期，在医疗事业作为纯粹公益性事业的背景下，医生的工资待遇等得到了有效的保障，能够全身心投入到救治患者的工作中，因此受到患者的普遍尊重。而近些年来，由于政府投入严重不足，加之医疗服务价格偏低，医院的发展建设和运行费用主要靠医疗服务创收来解决，使医院逐步背离了公益性目标，出现逐利倾向，医疗服务逐渐被赋予消费和市场色彩，其结果是加重了患者的直接经济负担，导致患者对医生和医院产生了不信任。可见，体制机制的不合理，造成了医疗机构公益性淡化和医患双方在经济利益上的对立，成为影响医患关系的根本原因。

三是医疗保障制度的发展与人民群众的经济承受力之间存在矛盾。随着医学的发展，其挽救生命的能力显著提高，同时，治疗疾病的成本也快速攀升，疾病造成的经济风险是绝大多数社会成员无法单独承担的，因而就有了社会保障制度的诞生，其形式可不同，补需方或补供方或兼补，但

宗旨一致，都是保证群众看得起病、付得起费。目前，我国基本医疗保障体系尚不健全，保障水平还不高，不能满足人民群众看病就医的需要。医疗保障制度不完善时，医务人员和医院必须直接面对病人对高额医疗费用的质疑，成为医疗保障制度不完善的“替罪羊”。

四是医学技术发展的有限性与患者期望值的无限性之间存在矛盾。虽然现代医学发展突飞猛进，但未攻克的难题仍然很多，技术上的局限加上患者的个体差异，很多疾病的疗效难以预测。但患者对医疗服务仍然缺乏风险意识，对治疗效果期望过高，认为只要进了医院就一定能治好病，只要花了钱就应该治好病，若达不到期望效果，就归咎于医院和医务人员。医患之间对于直接结果认知的差异，特别是患者及其家属对于治疗结果的过高期待，成为影响医患关系的“助燃剂”。

五是医疗行业的高风险性与缺乏有效的医疗风险分担机制之间存在矛盾。疾病的复杂性、不可预见性以及医学科学的局限性决定了医疗行业是高风险行业，在实践活动中存在意外和一定概率的错误率甚至事故率。此种风险也是医务界必须承担的，惟此才能挽救生命，非此医药科技无以进步。但风险也是医务界无法承担的。目前，通过医疗责任保险等有效方式分担和化解医疗风险的机制尚未形成，一旦出现医疗纠纷，患者的矛头就会直接指向医院和医务人员，甚至导致医患之间的直接冲突，这是影响医患关系良性发展的重要原因之一。

六是医疗纠纷处理机制的不完善与人民群众的诉求需求之间存在矛盾。由于目前诉诸法律解决医疗纠纷成本过高、程序较复杂，加之我国相关法律法规的模糊和缺位，近年来通过法律渠道解决的医疗纠纷呈下降趋势，取而代之的是“闹”的方式，甚至靠暴力解决医疗纠纷，陷入“不闹不赔、越闹越赔、越赔越闹”的怪圈，波及全国的“医闹”就是在这种背景下产生的。这种现象如果得不到及时有力的制止，往往导致医疗纠纷升级，最终酿成群体事件。

还要指出的是，确有少数医院在病人安全和医疗质量管理方面存在缺

陷，个别医务人员工作粗枝大叶、责任心差导致了医疗差错和事故的发生，损害了患者的健康乃至生命，这是社会不能容忍的。

深化医药卫生体制改革，目的是建立中国特色的基本医疗卫生制度，保证城乡居民公平享有安全、有效、方便、价廉的基本医疗卫生服务，这是解决当前医患矛盾的治本之策、久安之道。由于医疗服务信息的不对称，在化解不和谐因素上，医疗机构和医务人员是主导方面。卫生部门作为医疗卫生的主管部门，要以深化医药卫生体制改革为契机，大力加强行业作风建设，切实改善医疗服务，积极会同各有关部门，共同推进健康和谐医患关系的建设。

发挥政府主导作用，完善医药卫生体制机制。一是加强政府的公共服务和社会管理职能。这对于消除医患之间信息不对称的负面影响起关键作用。防止医患之间信息不对称演变为对患者的“不公平”，必须依靠政府监管、医保制约与行业自律。二是加大政府投入，转换运行机制，强化公立医院的公共服务职能，维护医院的公益性质，从体制机制上逐步消除医患之间在经济利益上的对立和冲突。三是推进医疗卫生事业科学发展，调整医疗资源，优化服务结构，大力发展农村和城市社区卫生，扩大医疗服务有效供给，缓解医患双方的供需矛盾。四是完善医保制度，建立需方供方“双保险”。调整医疗损害赔偿标准，改变赔偿支付方式，由医院赔偿转变为保险公司理赔，构建医院安静、和谐的诊疗环境。五是适当提高医务人员，特别是基层医务人员的待遇。

加强医德医风建设，强化医疗服务管理。一是要加强医学人文教育，从源头上引导和培养医务人员符合现代医学要求的思想观念和价值取向。二是认真落实医德考评制度，研究体现患方意见和评价的考评办法，建立对医务人员有效的激励和约束机制，严肃查处严重损害群众利益的不正之风。三是要严格医疗服务监管。对疏于管理、医疗事故频发的医疗机构，要暂停执业活动甚至吊销执业许可证。建立医疗质量、安全管理的长效机制，改善服务质量，促进医疗安全，杜绝医疗差错，从技术上减少医疗纠

纷的发生。四是提高医疗服务信息透明度。医务人员应主动了解患者的需求，掌握患者对医疗服务的期望和疑虑，提高与患者沟通的意识和技巧，努力减少医患双方由于信息严重不对称造成的不信任。

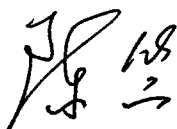
完善医患纠纷处理机制，创造良好的执业环境和就医环境。一是医患双方自行协商解决。协商解决具有低成本、效率高等优点。通过协商解决达成的协议往往更具有持久性，更容易得到当事人的自愿履行。二是引入第三方调解机制，将医患纠纷纳入规范化解决渠道，使医疗机构从繁重的医患纠纷处置中解脱出来。三是通过法律途径解决纠纷，这是所有医疗纠纷的最终解决方式，对于不想通过调解解决或者对调解解决结果不满意的医疗纠纷，都可以通过医疗诉讼的方式解决。四是开辟医患纠纷处理的“绿色通道”，简化程序，提高效率。如探索建立医疗事故异地鉴定仲裁制度，对医疗事故争议较大的案例，建立异地鉴定制度，确保技术鉴定的科学公正性。

加强大众教育，努力营造良好的舆论氛围。构建和谐医患关系，说到底是为了维护医患双方的利益。新闻媒体应从维护稳定、促进和谐的高度，坚持正面引导，弘扬主旋律，坚持新闻报道的全面、客观、公正、科学原则，营造全社会尊重科学、尊重生命、尊重医患双方合法权益的良好舆论氛围，促进医患间的相互理解。

白剑峰是一位具有高度社会责任感的记者，也是一位富有人文情怀的学者。他长期关注中国的医改和医患关系，能够站在全局观察和思考问题。他的医学评论，既冷静客观，又充满激情；既藏有锋芒，又留有余地；既维护医者的尊严，又维护患者的权益。字里行间，体现了一位党报记者的智慧、胆识和良知。

愿《中国式医患关系》成为沟通医患的桥和船！

卫生部  
部长  
2011年12月5日





## 自序

# 用新思维解决医患冲突

人的一生，从摇篮到坟墓，谁也离不开医生。人出生时，见到的第一个人是医生；人临终前，见到的最后一个人也是医生。从理论上说，医患关系是人世间最亲密的关系之一。医生和患者，唇齿相依，难舍难分，堪称生死之交、患难之交。

然而，在转型期的中国，医患关系失去了往日的纯净与温情，变得日益紧张和冷漠。虽然全球都在变暖，但医患关系却处于“冰期”。一堵信任危机的“高墙”，正横亘在医患之间。患者对医生爱恨交加，医生对患者充满戒备。医患冲突不断升级，血溅白衣事件屡屡发生，中国医生的生存环境日渐恶化。过去，医生常用“如临深渊，如履薄冰”来形容对病情的谨慎，而今却变成了对自身安全的担忧。如果用两个词语描述当前的医患心态，一个是“忐忑”，一个是“纠结”。医患冲突，成为一场两败俱伤的对抗，一场没有赢家的战争。

有一个现象似乎无法解释：在抗震救灾等国家危难时刻，医生这个群体不畏艰险，救死扶伤，无愧于“白衣天使”的称号。然而，一旦回到正常时期，很多医生又变成了“白衣商人”。其实，这正是人的复杂性和多面性。一般来说，越是严酷的环境，人性的光芒越容易显露；越是温和的环境，人性的丑陋越容易滋长。例如，很多人可以抵御战争时期的枪林弹雨，却无法抵御和平时期的糖衣炮弹。同理，在市场经济的大环境中，医生和普通人一样，都面临着高物价、高房价、高学费的生活压力，因此，很多人在现实和理想的十字路口徘徊挣扎，最终为了家庭生计而背弃职业操守。

那么，医患冲突的根源究竟在哪里？我们固然可以归于信仰危机和道德滑坡，但这是社会普遍现象，并非仅存于医患之间。除了道德因素，似乎还有更深层的经济和社会因素。

马克思说：“人们为之奋斗的一切，都同他们的利益有关。”西方经济学之父亚当·斯密也曾指出：“我们能够获得晚餐，并不是因为屠宰商、酿酒师和面包师的仁慈，而是来自他们对自身利益的关切。”可见，利益关系是社会关系中最本质的关系，所有社会矛盾和社会冲突的根源均存在于人们的利益关系之中。

在我国现行的医疗体制下，医患是一对矛盾体，双方既有治愈疾病、恢复健康、挽回生命的共同目的，又有经济利益上的对立。在保证诊疗效果的前提下，患者希望最大限度地节约费用，而医生则希望最大限度地增加经济收益。

如果时光倒流 30 年，医生还是“太阳底下最光辉的职业”之一。那时，患者对医生虔诚之至，滴水之恩，涌泉相报，医患纠纷鲜有发生。然而，随着公立医院被推向市场，医患之间的浓情日渐稀释。政府在投入不足的情况下，鼓励医院靠自我创收维持生存发展。自此，公立医院的列车悄然驶离了公益轨道，医生由“圣人”变为“商人”，大处方、滥检查等现象随之泛滥，医患互信的桥梁开始断裂解体。

医疗消费不同于其他消费，患者属于被动消费。例如在餐馆，消费者可以根据自己的经济条件点菜，没钱的点面条，有钱的点鱼翅，丰俭由人。但是在医院，患者不可能讨价还价，医生让花多少钱，患者就得花多少钱。结果，很多患者本想点一碗经济实惠的牛肉面，医生却非要推荐价格昂贵的鱼翅饭。患者心不悦而强忍，气不顺而强咽。因此，一旦发生医疗纠纷，很容易引爆心底宿怨和社会矛盾，甚至酿成群体性事件。

可见，医患信任解体，根源在于畸形的医疗体制。在西方发达国家，医生主要靠技术吃饭，因此都能遵循“合理诊断、合理治疗”的原则。然而，我国医生的劳动价值被严重低估，开处方和做手术本身不赚钱，只有

多卖药、多检查、多消耗，才能多收益。由于居民看病自费水平较高，医生过度治疗，相当于直接剥夺了患者的财富，从而导致医患之间出现严重的经济对立，这是造成医患冲突的根本原因。

从卫生经济学的角度看，医生既是“道德人”，也是“经济人”。过去，我们常常只强调道德的一面，而忽视了经济的一面。事实上，任何一个群体的构成都呈“橄榄型”。医生也不例外，道德水平极高和极低的都是少数，大部分人处于中间水平。我们既不必称其为“天使”，也不必称其为“魔鬼”。问题的关键在于，如果有一个鼓励向善的制度，大多数人就会倾向于向善，反之亦然。

一般而言，社会上有四类人：第一类是利人利己的君子；第二类是损人利己的小人；第三类是舍己利人的圣人；第四类是损人不利己的傻子。前两类是大多数，后两类是极少数。一个社会可以提倡圣人精神，但不能把希望寄托在圣人身上，因为圣人毕竟凤毛麟角。最好的办法是用制度奖励君子、惩治小人，从而让更多的小人变成君子。

其实，任何一种制度，归根到底都是收入分配制度。也就是说，社会成员以什么样的方式获得收入和财富。因为收入和财富总是人们追求的目标，所以收入分配制度实质上也是激励制度。

经济学家喜欢用输赢论英雄。其实，医患之间也是一种博弈关系。大凡博弈，必有几种形态：一是你输我赢的“零和博弈”，二是双输的“负和博弈”，三是双赢的“正和博弈”。目前，我国的医患关系基本呈对立状态，属于“零和博弈”或者“负和博弈”。

在一个不合理的医疗制度中，医生靠增加患者的医药费用支出获得更大收益，这就是“零和博弈”或者“负和博弈”，而在一个合理的医疗制度中，医患的利益是一致的，患者治病的成本越低，社会的医疗支出越少，医生得到的奖励越多，这就是“正和博弈”。

可见，要想从根源上消除医患信任危机，必须改革以药养医、以械养医的医疗制度，让医生靠技术吃饭，而非靠卖药吃饭。同时，建立一种激

励相容的制度，即医生在追求个人利益最大化的同时，恰好也能实现社会价值的最大化，使医患双方成为利益共同体。

当然，医生既有“经济人”的一面，也有“社会人”的一面。一个医生在温饱之余，还要追求自我价值的实现，他们渴望拥有尊严感和成就感，获得社会的积极评价。因此，创造良好的执业环境，也是鼓励医生向善的重要因素。

医患之间，和则两利，伤则两害。医患冲突，既是道德问题，也是制度问题。熟人社会可以靠道德约束，陌生人社会则要靠制度约束。道德是柔性约束，制度是刚性约束；道德需要长期构建，制度可以短期见效。因此，解决医患冲突，根本出路在于铲除医疗体制的弊端，用“改制”撬动“改心”。

作者

2011年11月

# 目 录

---

## 第一章 医者的尊严

医生子女为何不学医·····	(2)
医生越干越心寒·····	(5)
医生的血不能白流·····	(8)
“血溅白衣”为哪般·····	(11)
医生被刺的反思·····	(15)
警惕另一种医闹·····	(17)
让医院从纠纷中解脱出来·····	(19)
有感医生“红黑榜”·····	(21)
好医生为啥这么缺·····	(24)
医生最看重什么·····	(26)
教授之死折射媒体浮躁·····	(28)
被误读的医学·····	(32)
“高兴死了”医院赔·····	(34)



人病逝，谁之过·····	(37)
“一针见血”的负效应·····	(40)
医生劳动太廉价·····	(42)
有感医生卖奶粉·····	(45)
高薪能否养廉医·····	(47)
如何让医生受鼓舞·····	(49)
不负责任的“误诊率”·····	(52)
分清误诊的性质·····	(55)
让医生摆脱论文枷锁·····	(58)
愿无假日门诊成惯例·····	(61)
医生公信力何以滑坡·····	(64)
把病人背过河·····	(67)
欲治看病难，先治“看病乱”·····	(69)
学学“猴子的经济学”·····	(72)
医生尊严何处来·····	(75)
让医疗制度不再“冷血”·····	(78)
医生为何总被质疑·····	(81)
“医生防暴”与“患者录音”·····	(84)
<b>第二章 患者的权利</b>	
关注病人的“幸福指数”·····	(88)

医生，请学会说话·····	(91)
一块纱布与九台手术·····	(94)
医生下的不是棋，是冷漠·····	(97)
医生的血不能冷·····	(100)
患者是消费者吗·····	(103)
医患能否角色互换·····	(106)
愿捐款治病的新闻越来越少·····	(109)
扑朔迷离的“缝肛门”·····	(111)
医疗维权为何暴力化·····	(114)
把护士还给病人·····	(116)
生命尊严高于一切·····	(118)
假如再有一次孕妇事件·····	(120)
为贫困病人留一扇门·····	(123)
孕妇之死根源何在·····	(125)
莫忘少数人的冷暖·····	(127)
令人心酸的“山寨呼吸机”·····	(130)
勿忘世上苦人多·····	(132)

### 第三章 医改的博弈

医患何以“两头害怕”·····	(136)
消除医患“经济对立”·····	(138)

“小处方”只是个传说吗 .....	(141)
谁来褒奖“一毛钱处方” .....	(144)
县医院，想说爱你不容易 .....	(147)
大医院为何盲目扩张 .....	(150)
公立医院为何亏损 .....	(153)
警惕“公共品的悲哀” .....	(156)
豪华病房该不该开 .....	(159)
亮了风景苦了村医 .....	(162)
“问题氧”暴露了什么 .....	(164)
迈向病有所医新时代 .....	(166)
医改不是“速效针” .....	(168)
妙手回春不如防患未然 .....	(171)
农民看病的变迁 .....	(173)
驳“看病不难也不贵” .....	(176)
咬定公益不放松 .....	(180)
秘密越多并非越安全 .....	(185)
摘掉医院的“官帽” .....	(188)
住宾馆不如住医院 .....	(191)
民营医院迷上“卖拐术” .....	(193)
终结“浪费型医疗” .....	(196)
过度医疗猛于虎 .....	(199)

扭曲机制催生过度医疗····· (205)

用制度管住医生的手····· (211)

## 第四章 医学的温度

从画布上消失的医生····· (220)

医学越来越昂贵····· (223)

谁制造了“感冒经济”····· (226)

当打针成为往事····· (229)

别了，丝虫病····· (232)

同病为何不同命····· (234)

那些风雪中的婴儿····· (236)

特殊的医学考试····· (238)

那一束绽放的蝴蝶兰····· (241)

灾难锤炼医学精神····· (243)

心理危机干预不能缺席····· (245)

“怪病”只是冰山一角····· (247)

“开胸验肺”暴露了什么····· (250)

人没了，发展还有什么意义····· (253)

把歧视的“病毒”彻底删除····· (255)

临终关怀体现生命尊严····· (258)

从养儿防老到国家养老····· (261)