

● 热点观察

是谁“杀死”了医生？

广东陈仲伟医生遇害或将成为中国医疗史上的标志性事件。如今，事情已经过去两周，随着新热点的出现，公众关注的焦点已经转移。

没有反思就没有进步，真正关心此事，能意识到事件严重性的人仍然会继续认真的思索，试图厘清事件起因避免悲剧再次重演。

公立医院“非公”是伤医根源

▲ 中国工程院院士 钟南山

医药卫生体制改革的难点首先在体制管理。当前医改在解决“需方”的基本医疗保险方面的成效显著，但“供方”问题没解决，大城市大医院的公益性没有完全建立，使得我国没有真正意义上的公立医院。

最近广州陈仲伟医生被砍杀、重庆外科主任被砍伤等医疗暴力事件频发，其根本反映了我国医改方向的错误。30年改革开放激活了市场，但放开了市场机制后却没放开定价。医疗

服务价格太低，政府对医院投入低于医院收入10%，医院只能走市场化道路，要求医生通过药品处方增加收入，现在医药分开以后，又通过检查创收。直接结果导致老百姓看病贵，负担大，怨声载道。而医生问诊的时间越来越少，没有沟通，何来理解？何来同情？何来信任？医患怎么合作对抗疾病？

我们说要建立分级诊疗制度，基层医院看常见病多发病，大医院看疑难杂症，在当前体制下，大

医院必定不会乐意，因为大医院做得越好，效益就会越差。患者对医生的态度越来越差，愤怒被激发出来，医生成了发泄口。不能从根本上解决问题，即便给保安配备电棒、辣椒水，又有何用？

为什么会这样？现在很多改革都是下游改革，没有从上游解决问题。中央看法也未能达成一致。有人认为现在医生收入不低，是当地平均工资的三四倍。事实上国际惯例医务人员收入应是其它职业的三到九倍。当前

的要害问题在于，我国医生的所谓“高收入”不少来源于灰色收入。这种收入的构成极不合理。公立医院的医生收入首先应具有合理性，应该来自政府，而不是患者。

因此，医改不仅要考虑需方，还要考虑供方。根据医疗卫生特点，由政府管起医生收入，提高医务人员待遇，才能确保公立医院的“公益性”。

事实上我曾测算过，政府要把医务人员的收入管起来，不超过全年GDP的1%。

不要无休止地
往医生头上加医德

▲ 美国南加州大学医学院 乔人立

感情用事于事无补，保持理智才能触及本质。陈仲伟事件根本算不了一起所谓的“医闹”。

事件中没有任何医疗事故。无论是意外还是疏忽，完全没有，起因是“口腔手术二十多年后变了色的牙”。凶手和陈医生之间不存在医患关系，二十多年之后，即使当时曾经有过的医患关系也早已经完全不复存在。

医生是人，受过比别人更多的教育，并且有能力比别人掌握更多知识。在发达国家中，医生是高收入的职业，更是受人尊重的职业，民众中有着极高的学医热情，医生是名副其实的精英阶层。

即使不得已求其次，医生不要求高人一等，医生的工作价值与生命价值也一点不高于任何人。

不要无休止的往医生头上强加所谓医德，强加常人做不到甚至根本不需要去做的道德规范，仿佛只有做到这一步医生才能让世人认可，才能与人平等。

很显然，如今一提及所谓“医闹”，必然就让人联想到“医患关系”，其中的潜台词无非是患者都有病。于是是非不论，先埋下一个

应该得到同情得到体谅的理由。

重要的媒体都发声了，号召社会尊重医生，耐心地讲解尊重医生就是尊重生命的道理。不少人听了表示挺满意，因为至少这次没有祭出完美无缺的医德标准，让医生先从自己身上找毛病。

地方政府出面，说要保护医卫人员，要建立“医闹倾向人员”名单。可这名单该怎么定？以何为标准？这名单得有多长，需要包括多少人？且不说难贵众，从这个案例中，如果非拉上点关系，只有一颗历经二十几年变了色的牙。

事件本质是社会里一名凶犯对一个无辜平民的攻击，是一个跟“医患”扯不上什么关系的严重社会问题。

建立医闹名单不仅文不对题，而且是在淡化转化民众心里愤怒的宣泄，相当于把医生标示成靶子，让医生先在畸形的医患关系里被牺牲一次，再在无端社会暴力中当二次替罪羊。

陈医生的离去，让人悲痛，更值得深思。深思过后呢？如果没有有效的改变，悲剧还将再上演。

配保安不如配心理咨询师和医务社工

▲ 北京大学医学人文研究院 王岳

如果仅从陈主任遇害事件而言，法律已经无能为力，法律对凶手根本无法惩戒。所以，行凶者的纵身一跳，告诉我们“医闹入刑”这类震慑之法是不可能杜绝所有伤医、杀医悲剧的。

回想温岭杀医血案，中央电视台的董倩在《面对面》节目中专门对行凶者做了一期专访。我至今还记得行凶者连恩青在镜头前“谈笑风生”的表情，他的表情似乎告诉我们，你们拿我有什么办法，我已经连死都不怕了，你们快行刑吧，那对我恰恰是一种解脱……

把犯罪和犯罪者作为整体进行分析综合研究，探索犯罪发生的原因及其规律，称为犯罪原因学，也就是狭义的犯罪学。研

究犯罪原因及其规律，是为了有效地处理和预防犯罪，从而又须寻求相应而有效的犯罪对策，以此为目的进行研究的称为刑事政策学。

我们真的应该透过一起起残忍的伤医、杀医血案，去分析行凶者的动机和原因，这才有可能避免悲剧的重演。但是非常遗憾的是，几乎每起血案的动机都糊里糊涂地不了了之，随着时间的记忆在淡去，我们唯一能够记得的是一场场悲剧的谢幕。

记得西方医学哲人曾将医学的本质概括为“问题”。所谓“问题”就是患者并不一定存在生理、病理的问题，当时他一定是有一个“问题”需要解决。这个“问题”往往不

是药物和手术刀可以解决的，也许是心理方面的“问题”，也许是社会关系方面的“问题”。

医务人员认为患者“没事找事”、“难缠”，是因为我们还在认为我们的工作就是“治病救人”，我们还没有按照全人医学的要求将“帮助患者”作为工作的目标。

我曾经不止一次在文章中表达“20张床配一个临床心理咨询师或医务社工”的观点，但是在一场场悲剧之后，又有多大改变呢？

我们这个社会充斥着急功近利的功利主义思想，医学界也是如此，所以钢盔、安检设施和保安似乎是最立竿见影的，殊不知“问题”不解决，悲剧就

有可能会从医院内转移到医院外……

2016年Phillips在《新英格兰医学杂志》发表的综述《美国暴力伤医的研究及解决方案》中指出，研究发现金属探测器的使用丝毫没有降低急诊的暴力事件发生，而更重要的是在接诊高峰时期医疗机构完善政策制度以提高接诊能力，减少拥挤和等待时间，减少员工换班对减少暴力事件更有意义。

从生物医学模式转变为“生理-心理-社会”的全人医学模式，已经喊了不止20年，但是我们根本就没有向发达国家学习，根本就没有吸取人家缓和医患冲突的经验，反而是拿着西方国家近些年的暴力防范指南在单方面地要加强安保。

