



● 社论

值班医生强制休息不能打折扣

▲ 本报记者 张雨

很多职业都需要值班，但似乎没有哪个职业是像医生这样值班的，连续工作20甚至30小时的状况比比皆是。他们的辛苦仿佛只有圈内人明了，而在排着长龙等待看病的患者看来，医院24小时工作是天经地义的事。

的确，任何时间医院都不能没有医生值守，这是使命使然，因为这些白衣天使们拥有比常人更强大的能力，因此他们也需要为大家、为全社会付出更多，因为能力越大，责任越大。值班虽然辛苦，但在《医师报》发起的“今

天你值班了吗”的调查中，不少医生还能理性看待，认为当前的值班体系还算相对合理。因为医生职业的特殊性，值班是必然的，辛苦也是必然的，作为医生仅仅是需要得到社会的理解而已。

另一方面，任何付出

都不是无条件的。医生在经过长时间颠倒黑白的值班后，休息是必需的，但这一要求并不能得到很好的落实。日本数据显示，超三成日本医生曾因睡眠不足导致过度疲劳，进而出现工作失误，可见充足的休

息是为了更好地工作。

对此有医生建议，应该有值班后强制要求休息的规定。只有更好地保证医务人员的休息，才能更好地保护患者的权益，过度榨取医生血汗无异于杀鸡取卵。

医疗质量永远是医疗

工作的核心，强制休息规定的提出，归根结底是对医疗质量的保证，是医患双方利益的保障。国家有关部门应重视并尽快拿出切实可行的监督方案，医疗机构应拿出切实可行的值班医生强制休息不能打折扣。

（相关报道详见第3版）

● 热点观察

区别对待“死亡率”指标

死亡率仅仅是“事后指标”

▲ 阜外心血管病医院 杨进刚

国家把降低住院死亡率作为衡量医院服务能力的重要指标，这是一个进步。提升医疗服务能力，降低死亡率、手术并发症和医院感染率等指标，是真正的受惠于民的方向，也是应对医患纠纷的重要举措。

不可否认，中国不同级别的医院死亡率不同，甚至同一级别的医院医疗水平也是千差万别。我国不同医院以及各地区间冠状动脉搭桥手术存在明显差距：死亡率最低的医院仅0.7%，而某些医院接受搭桥手术的患者死亡率高达5.8%，相差达到8倍。

对于死亡率高的医院，指责和批评没有意义，强制性要求提高也不现实，甚至有可能导致人满为患的大医院拒收危重患者。

我们首先需要了解的问题是，什么病死亡率高？对于某些医院某疾病死亡率怎样降低死亡率？

首先要指出的是，必须要单病种管理，复杂的多器官疾病或诊断不清楚的疑难病例不适合考核，这样才有可比性，找到全国不同医院的平均水平。

其次，比较不同医院某一疾病的死亡率必须根据疾病的基线进行校正，否则就会有医院称自己收治的患者死亡率高是因为病情重。

第三，不但需要关注死亡率，更需要重视过程质量管理。死亡率属于事后管理，没有亡羊补牢的机会。而过程管理上，类似于生产车间的流水线，每个环节都没有关键质量指标，不能等到出厂时再发现生产出的是次品。通过比较过程质量指标并加以改进，真正从防患于未然的角度降低死亡率。

很多疾病，比如急性心肌梗死，是可以作为全国统一的单病种，特点是急重危、可救治，就有一些可以量化过程指标，比如再灌注治疗的时间、应用有循证医学证据的药物。

第四，对于医疗质量较差的某些医院，要有切实可行的提升医疗质量的行动。比如通过向公众报告该医院的各项指标，督促医院进行改进。

总之，国家卫生计生委的这项规定延续了我国以往的各项政策的一贯风格，没有切实可行的措施，不细致，虽然思路是对的。

编者按：近来，无论业内业外，都在关注国家卫计委下发的关于医院死亡率标准的规定：三级医院住院患者死亡率≤0.8%，住院手术死亡率≤1.4‰；二级医院住院患者死亡率≤4.0‰；住院手术死亡率≤0.28‰。

该规定在遭到几乎全社会广泛质疑的同时，也存在些许的力挺之声。



图片/新华网

严控死亡率与临终护理相悖

▲ 河南 王琦

患者的死亡率貌似可以直接表现医院的水平，但水平高的医院往往会接收更多病情危重的疑难患者，水平高的医生也要直面更复杂患者及手术，这就直接导致患者死亡的可能性增加。用死亡率来体现医院及医生的水平毫无意义。

数字化社会下，将一个现象量化为数字，并随时监测，成为很多事情的管理办法，但是不是一切数字都具有现实意义。制定死亡率的意义仅体现在量化医院的死亡人数上，从提高医院水平，减少医疗事故来说，不如制定监测“医疗事故发生率”、“患者满意率”、“治愈率”等来得更为直观。

事实上，医院已有死亡报表统计，直接上交疾控部门，它的意义在于疾控监测各类疾病的发生率和死亡率，有利

于研究地区、习惯、药物等对当地居民的影响，有利于监控和治疗疾病，但是现在很多医院对疾病统计并不重视，比如对是否吸烟等生活习惯的统计。

如今，医院已经成为很多人的人生“最后一站”，毕竟医院有完善的护理措施，专业的陪护人员，医院是治病救人的地方，也应该成为温馨的站点。笔者曾是一名肿瘤医生，在经济条件允许的情况下，一些患者会选择在医院结束自己的生命，患者减少了痛苦，家属也减轻了负担。但一旦死亡率成为标准，那么很难说驱赶患者的现象不出现，为何不能给临终患者留下一片净土呢？从社会发展角度来说，医院的临终护理必将成为发展趋势，严控死亡率显然与医院临终护理的发展相悖。

“死亡率”何以成为公共事件？

▲ 广东 吴帅

公众对控制医院手术死亡率这种管理事务或许不感冒，但却格外担心医院趋利避害的态度和行为，这种导向的确有可能制造一种不安的氛围。人们本能地希望医院竭尽所能抢救患者，任何一种对这种理念和态度的人为干扰，释放的都是消极信号，被视作为公害。

实际上，规定并没有奖惩的配套执行政策，也就是说这只是参考意义的数字。但医院表现出来的过激反应，说明普遍对这个陌生而敏感的话题很不适应。在医疗界，关于手术死亡率及手术差错的禁区，公众根本没有得到这种敏感且重要的数字的机会。而这种信息恰恰是指导人们就医的重要信息。

关注医院“死亡率”是为了想方设法降低死亡

率，不是某家医院自己闷头单枪匹马的降，而是相互分享成功和失败的管理经验，在一个可靠数据的指导下，少走弯路和错路。每降低一个数字的死亡率，对应的就是一条条生命得到了拯救。从这个角度而言，管理者开始带头关注“医院死亡率”或许并不是坏事。但因为从未接触过这么“猛”的话题，所以表现出一系列的集体不适应。

在国际医学界，通常会某些重大疾病、手术规定一个平均水平的死亡标准，供行业参考。现在的问题不是我们该不该有这个标准，而是如何进行“参考”。做没有错，但怎么做？的确还是一个问题。毕竟，如果只是停留在为数字而数字的层面，而不是发挥积极的现实意义，恐怕作用不大。