

● 热点观察

从医患矛盾到院医矛盾

★ 6月24日下午，重庆医科大学附属儿童医院值班医生因患儿不符合住院指征，未收其住院，遭到患儿家长暴打，办公室也被砸。6月25日中午，该院医生自行发起抗击暴力袭医抗议活动。

★ 6月27日，上海瑞金医院一名妇产科女医生在查房时因拒绝患者违规延长病假要求，遭到对方掌掴。同日，上海儿童医学中心医院也发生一起医患矛盾，外科医生钟医生在吃完午饭返回门诊时，遭到患者家属推打。

★ 6月28日凌晨3时，北京协和医院外科急诊流水大夫在高强度熬夜工作7小时后，被一高大强壮饮酒后的青年恶意寻衅，遭到辱骂和暴力伤害。

★ 6月28日13:40，首都医科大学附属北京朝阳医院皮肤科田医生（女）被打。肇事者于13时20分来皮肤科，要求加号，但因经过上午半天看诊，到当时田医生尚有很多挂号患者未看，不能再加号。该男子得知不能加号，恼羞成怒，踹了田医生几脚后于13时35分逃跑，现已被行政拘留。

医患矛盾终于过渡到院医矛盾。落后的医院管理机制和方法在伤医事件面前，被扒得精光。医院管理者十分享受行政管理的滋味，但是缺乏与医生命运共同体的自觉。

医院管理者不做疏导、不加安抚，对上一味逢迎，对下武断压制，罔顾一线医务人员情感，粗暴发布官样命令，给这个本来算不上很严重的医患冲突推波助澜、火上浇油。

——郝金刚 医师

这几天朋友圈转两件事：朝阳医院门诊医生被打，协和急诊医生被打！在这里说一句：医疗秩序的维护不光要靠临床一线工作人员，更希望医院管理者能改良流程，制定政策法规的部门切实做到推动自由执业、有法必依执法必严，同时第三方鉴定机构也要改变官办形象，让患者信服。总之，医疗去行政化迫在眉睫！

——微博大V 于莺

● 有话要说

“医闹入刑” 适逢其时

▲ 解放军 181 医院 罗志华

新闻背景：全国人大常委会6月24日再次审议刑法修正案（九）草案。草案明确：聚众扰乱社会秩序，情节严重，致使工作、生产、营业和教学、科研、医疗无法进行，造成严重损失的，对首要分子和其他积极参加的，追究刑事责任。

法治社会，任何纠纷的处理，都讲究秩序，都需要遵守一定的规则。具体到医患纠纷上，有了矛盾和冲突不可怕，只要依法按章处理，再棘手的事，都能找到最佳的处理办法，都能通过一个合理的“出口”，寻找到各方都能接受的结果，医患双方的正当诉求，都有表达的地方，都能依法得到保障。

怕只怕没有规矩，或

失之规范，双方都由着性子办事。“医闹”便是如此，从性质上讲，“医闹”是假借冲突之名，以不正当甚至违法的手段，来争取利益最大化，对医疗秩序构成极大的破坏，与法治格格不入，此种行为，应坚决制止。

然而，“医闹”行为如何处理，缺乏具体规则，当“医闹”没有构成具体的伤害时，处理更是缺乏

依据，特别是一些软性“医闹”，只“闹心”不“闹事”，纵使医生不堪其扰，可能也拿这些人没办法。

法治社会，不应允许存在这类空白。此次修法，明确故意扰乱医疗单位秩序，严重侵害医护人员身心健康的行为，就是犯罪，应追究刑责。如此一来，包括软性“医闹”在内的所有“医闹”，都被纳入打击范围，这一改变，彰



重庆医科大学附属儿童医院医生抗议活动现场

与其他伤医事件不同，医患矛盾只是重庆这次事件表面的导火索，反映出来的却是内中更为尖锐的“院医矛盾”，医院管理者和员工之间的冲突被公开化、台面化。

患者的病情是否需要住院，这是医学指征，本来就应由所负责诊治的医务人员去把握、判断，不劳他人置喙。无论曾有过怎样的积怨，总要给予就诊者基本的医学支持，更何况实施暴力者是患者家长，患儿本身何其无辜。

医生本应该做的，是继续遵循医疗常规，按标准流程处理，该用药用药、该手术手术、不该住院就继续拒绝住院，而不是拒绝所有，哪怕是最基

本的挂号接诊请求。导致这一情况发生，医院管理者的所作所为难辞其咎。

依法惩治医闹，这是目前广大医务人员的普遍诉求。然而，这次事件让大家了解到，对医生工作环境和人身安全造成威胁的，除了医闹，还有不作为的上级领导、以及不健全的医疗体制。

归根结底，医生本身的不自由是“院医矛盾”产生的关键。但凡可以用脚选择执业地点，医生不会甘心忍受这样的屈辱；同样，如果医院并不是医生唯一的执业地点，医院管理者又怎么会唯上不唯下，视医务人员为皂隶，可任意谩骂而驱使之。

——医学科普作者 张征

● 专家视点

有条件的医院应建立MDT团队

▲ 复旦大学附属肿瘤医院副院长 叶定伟

MDT（多学科协作诊治）在国外医院和肿瘤治疗中心已成为治愈和提高患者生存率的重要手段和模式。但在我国一般仅限于一些三甲医院开展，无法满足医患双方对医疗流程和整体疗效的需求，这显然与我国肿瘤发病率快速上升相悖。因此，为了患者的生命和健康，我国有条件的医院均应建立MDT团队和多学科协作诊治制度，共同攻克癌症。

肿瘤是一种复杂疾病，以往都依靠单科治疗，效果往往不佳。如今虽然肿瘤治疗需多学科协作诊治在业内已形成广泛共识，但就全国来说，不少地区泌尿肿瘤的诊治水平发展依然缓慢，其主要原因是缺乏MDT理念，许多外科医生依然认为手术是唯一解决方法。

从经济利益考虑，有些医生将自己已“掌握”的患者不肯轻易“流失”到其他专科，但又由于自己专业水平有限，导致一些肿瘤疑难杂症病例得不到解决。

MDT的开展，需要

大量人力物力支持，因此有些医院管理层缺乏积极性，倘若医院不支持，仅凭自发组建的兴趣小组，MDT无法长久运行下去。

MDT难于开展的另一个原因是，收费相对较低。一次成功的MDT专家讨论一般需涉及外科、放疗、化疗、影像和病理等科室至少7~8名专家参与，但收费仅300~500元不等，其成本远远高于收入。因此，要使MDT能在我国良性运行，国家必须建立相应的合理收费体系。

当前，国家已启动精准医学计划。精准医学系统整合了现代科技手段与传统医学方法，尤其需要以MDT为平台汇集各个领域的专家，包括分子遗传学，生物信息学、统计学等，配合大数据挖掘、基因组测序等技术，将科学研究的成果转化为临床实用的技术。未来MDT的发展方向很可能转变为精准医学MDT模式，这将为我国的医疗方式带来全新变革。

（孙国根整理）



● 第三只眼

不懂人文的医生是“野蛮人”

▲ 湖南 戴先任

一名癌症专家说，自己毕业30年了，从没过医学人文课，可一个医生如果不懂医学人文，就像“披着白大褂的野蛮人”。只有与患者感同身受，医生才会尽最大努力，而不是只为创收，只为逃避责任，进行“防御性医疗”。

世间的一切矛盾冲突与不公平，多因双方地位的不平等。要让医患能共同决策，需要改革现有医疗机制，如改变以药养医机制，让医

院回归患者立场，让医生不再汲汲于利益，也要让医生懂得医学人文，对患者更多一些温情与耐心，多些同理心与同情心，要认识到自己的神圣职责，这需从医学生阶段开始培养。

唯有多措并举，在保障医患双方合法权益的前提下，进行医改，让医疗领域少一些冷冰冰的算计与世俗，多一些竭尽所能的救助，多一些关怀与温情，才能慢慢化解医患矛盾的坚冰。