

社会治理

# 医疗领域的暴力维权及其治理

## ——基于2002~2015年媒体报道的内容分析

姚泽麟 赵皓玥 卢思佳

**摘要:**“医闹”已经成为我国医疗领域的毒瘤。由于数据难以取得,我们对医闹的了解仅限于零星数据或个案分析。为此,本文通过百度新闻搜索,共搜集到2002~2015年各类医闹事件329起,并建立了包含16个变量的数据库。通过对这些数据的分析发现,医疗暴力事件呈现不断上升趋势,三甲医院和急诊科被曝光的医闹事件最多。我们将医闹分为三类:扰乱秩序型、伤害型和杀害型。患者死亡往往伴随而来的是扰乱秩序型暴力的情况出现,医闹实施者甚至会“借尸抗争”。扰乱秩序型事件通常经过事先的策划、筹备、动员,由群体实施。相比之下,伤害型和杀害型事件则多是由于患者个体在情绪激动和愤怒的情况下冲动造成的。此外,有四成多的医闹实施者曾求助于处置医疗纠纷的正式制度,然而各种原因最终还是导致他们走向了暴力维权的道路。由此,本文提出了改变医生的激励机制以重建医患信任、落实分级诊疗以实现病人合理就诊、改善应对医疗纠纷的正式制度等政策建议。

**关键词:** 医患关系; 医疗纠纷; 医闹; 暴力维权; 治理

### 一、引言

近20年来,我国的医患关系不断恶化,医疗纠纷、医疗诉讼与医疗暴力事件都呈现出不断上升的趋势。<sup>①</sup>卫生部的统计数据显示,全国由于医患纠纷引发的冲击医院等恶性事件,2002年有5000多起,2004年上升到8000多起,2006年则将近10000起。2008年,在一个关于医疗纠纷全国性的内部会议披露,全国每年发生医疗纠纷达百万起,并以100%的速度增长。<sup>②</sup>同一年,一项在10省60家医院的调查显示,超过

---

基金项目:本文系国家社科后期资助项目(15FSH007)、教育部人文社会科学研究基金项目(14YJC840040)和上海市哲学社会科学规划课题(2014ESH001)的阶段性成果。

作者简介:姚泽麟,华东师范大学社会发展学院讲师,主要研究方向为医学社会学与职业社会学;赵皓玥,华东师范大学社会发展学院本科生,主要研究方向为医学社会学;卢思佳,伦敦政治经济学院社会学系硕士研究生,主要研究方向为民俗学。(上海,200062)

<sup>①</sup>柴会群:《医疗事故处理条例 当休矣》,南方周末网, <http://www.infzm.com/content/49104>, 2010-08-19;刘俊、刘悠翔:《中国医疗暴力史》,南方周末网, <http://www.infzm.com/content/95720>, 2013-11-07;朱力、袁迎春:《现阶段我国医患矛盾的类型、特征与对策》,《社会科学研究》,2014(6); Yu, Pan et al. "To be or not to be a Doctor, that is the Question: A Review of Serious Incidents of Violence against Doctors in China from 2003-2013". Journal of Public Health. 2015(23): 111-116;涂炯:《医闹的道义和权力“游戏”》,《甘肃行政学院学报》,2016(1)。

<sup>②</sup>柴会群:《医疗事故处理条例 当休矣》,南方周末网, <http://www.infzm.com/content/49104>, 2010-08-19。

半数的医护人员被辱骂过，近30%的医护人员被威胁过，还有3.9%的医护人员被患者或家属殴打过。<sup>①</sup>由医生行业协会组织的多项调查数据表明，“医闹”在中国医疗领域中已经变得常态化。“2014年调研结果显示，59.79%的医务人员受到过语言暴力，13.07%的医务人员受到过身体上的伤害，仅有27.14%的医务人员未遭遇过暴力事件。有73.33%的医生要求在《执业医师法》修改时加强对医师的权益保护。”<sup>②</sup>

所谓的“医闹”实际上包含两种含义<sup>③</sup>：一种是患者、家属和其他相关人员利用医疗事故或对医疗服务的不满，以暴力或暴力威胁的手段寻求赔偿的行为（本文亦称为“医疗暴力事件”）；但另一种含义则是指一种人或者一种职业，是一群人以“医闹”为业或为生的人（本文称之为“职业医闹”）。作为医疗暴力事件含义的“医闹”可粗略分为两类形式：一种是针对医院的“闹”，比如在医院拉开横幅、摆设灵堂、打砸财物、设置障碍阻挡患者就医，另一种是跟随、纠缠、殴打、伤害医务人员，或在诊室、病房、医师或领导办公室内滞留等。医闹的患者、家属与相关人员企图通过妨碍医疗秩序、扩大事态、给医院造成负面影响的方式，达到迫使医院和医生赔偿的目的。

“医闹”一词最早大约出现在2006年，原卫生部发言人毛群安在记者会中使用该词实际上有了为该词“正名”的效果。至此之后，“医闹”便在医疗卫生体系中“如影随形”。不过，作为一种现实存在，“医闹”实际上早在20世纪80年代便已出现。<sup>④</sup>1986年10月30日，由卫生部与公安部联合发布的《关于维护医院秩序的联合通告》规定，“禁止任何人利用任何手段扰乱医院的医疗秩序，侵犯医务人员的人身安全，损坏国家财产”、“患者要严格按照医嘱进行检查、治疗，不得在自己的要求未满足时寻衅滋事”。这一通告折射出当时发生在医疗场所的暴力事件已非罕见，今天我们所见到的各种医闹形式，包括拖欠费用、占用病床（“床铺”）、违规停尸、院内祭奠、打砸医院、强拉横幅、殴打医护等，在30年前的通告中都能得到直接反映。其后，根据我们的梳理，2001年、2012年、2013年、2014年、2015年和2016年，卫生部联合其他部委都曾下发专项文件，要求维持医疗服务场所的秩序，严禁患者、家属及其他人员无理取闹、侮辱、殴打、杀害医护人员（详情见表1）。有关部门发文频率的增加，加上媒体的曝光，事实上都反映出即使在新医改之后，医闹事件还在呈现出不断上升的态势。

表1 政府部门关于维护医疗机构秩序的专项文件（1986~2016年）

发布时间	专项文件名	发布单位
1986年10月30日	《关于维护医院秩序的联合通告》	卫生部、公安部
2001年8月3日	《关于加强医疗机构治安管理维护正常诊疗秩序的通知》	卫生部、公安部
2012年5月1日	《关于维护医疗机构秩序的通告》	卫生部、公安部
2013年12月20日	《关于维护医疗秩序打击涉医违法犯罪专项行动方案》	国家卫生计生委、中央综治办、中宣部、最高人民法院、最高人民检察院、公安部、民政部、司法部、工商总局、中国保监会、国家中医药局

① 李豊懿、王志杰、张新庆、刘雪莹：《暴力侵犯医生权利现状的原因分析》，《中国医学伦理学》，2009（4）。

② 中国医师协会：《中国医师执业状况白皮书》，《中国医师协会》，<http://www.cmda.net/xiehuixiangmu/falvshiwubu/tongzhigonggao/2015-05-28/14587.html>，2015-05-28。

③ 聂洪辉：《“医闹”事件中“弱者的武器”与“问题化”策略》，《河南社会科学》，2010（5）。

④ 杨震：《独家解读：九部门联合发文——“保护医院”三十年历史》，《医史鉴微》公众号，[http://mp.weixin.qq.com/s?\\_\\_biz=MjM5ODI4Mjc5OA==&mid=2651982971&idx=1&sn=26a164a21369c5f576e9cbc13fc7ec38&scene=1&srcid=0802gixVgpCYSZZKINKLU2oh#wechat\\_redirect](http://mp.weixin.qq.com/s?__biz=MjM5ODI4Mjc5OA==&mid=2651982971&idx=1&sn=26a164a21369c5f576e9cbc13fc7ec38&scene=1&srcid=0802gixVgpCYSZZKINKLU2oh#wechat_redirect)，2016-07-10。

续表

发布时间	专项文件名	发布单位
2014年4月28日	《关于依法惩处涉医违法犯罪维护正常医疗秩序的意见》	最高人民法院、最高人民检察院、公安部、司法部、国家卫生计生委
2015年10月9日	《关于深入开展创建“平安医院”活动依法维护医疗秩序的意见》	国家卫生计生委、中央综治办、中宣部、最高人民法院、最高人民检察院、公安部、民政部、司法部、工商总局、中国保监会、国家中医药管理局
2016年3月30日	《关于进一步做好维护医疗秩序工作的通知》	国家卫生计生委、中央综治办、公安部、司法部
2016年7月8日	《关于严厉打击涉医违法犯罪专项行动方案》	国家卫生计生委、中央综治办、中宣部、中央网信办、最高人民法院、最高人民检察院、公安部、司法部、中国保监会

需要指出的是，医患关系的恶化与医疗纠纷的上升并非中国独有的情况。譬如，自20世纪60年代开始，因不当治疗而导致的医疗纠纷与诉讼的案例在北美不断增加，由此导致的赔偿数目飞速上升。<sup>①</sup>中国的医疗诉讼并不发达<sup>②</sup>，存在“医闹”这么一个较为独特的应对医疗纠纷的方式。虽然在医疗机构中的暴力行为是全球景观<sup>③</sup>，但以此种方式来试图解决医疗纠纷是极富中国特色的。

不过，由于“医闹”事件在一定程度上的敏感性<sup>④</sup>，有关“医闹”的数据并不容易获得。我们只能在媒体报道中了解有关医疗暴力事件的残缺数据与断续趋向，抑或只对个别医疗机构的医疗纠纷与暴力事件的研究，这都导致我们难以认识医闹事件的整体情况与大致趋势。可以说，这一直是既有研究的一个遗憾。因此，本文试图通过最大程度地搜集媒体上有关“医闹”的报道，来回应以下问题：新世纪以来，我国医闹事件呈现出怎样的分布特征与发展趋势？其受害者与实施者分别有着怎样的特点？此外，医闹有哪些不同的暴力形式，由此表现出怎样的内部异质性？在认识与理解这些问题的基础上，我们如何调整政策以治理“医闹”？

## 二、文献综述

目前，对医闹的研究主要集中在医疗卫生领域，这些研究者主要来自卫生事业管理<sup>⑤</sup>、医学伦理<sup>⑥</sup>、卫生法学<sup>⑦</sup>等学科，亦有来自社会科学领域。<sup>⑧</sup>根据研究方法与数据来源，我们将既有的相关研究分为以下五个类别：第一类研究采用问卷方法，通过向医患双方发放问卷收集关于医疗服务、医患关系、医疗暴力等方

① Edward. Shorter, *Doctors and Their Patients: A Social History*. New Brunswick and London: Transaction Publishers. 1993.

② He, Alex Jingwei. "The Doctore-patient Relationship, Defensive Medicine and Overprescription in Chinese Public Hospitals: Evidence from a Cross-sectional Survey in Shenzhen City". *Social Science and Medicine*, 2014(123): 64-71.

③ Cai, Weisheng, Wei Wang, Chunping Wang, Jun Liu, Hongjing Wang, Shuhua Wang. "Analysis of Compensation for 233 Medical Disputes". *China Health Law*, 2008(16): 38-41; 冯磊、侯珊芳：《医疗暴力防控的国际经验及其借鉴》，《医学与哲学》，2015（7A）

④ 这种敏感性可从两个方面来理解。其一是对医疗机构与医护当事人的敏感性，他们不愿意该类事件曝光，因该类事件对他们而言并不光彩，且背后往往牵涉医疗纠纷甚或医疗事故，会直接牵涉他们的利益。其二是对政府的敏感性，因这类事件亦可被视为维权事件，尤其是涉及到多人参与时，便成为群体性事件，其性质更加敏感。

⑤ 张跃铭：《医疗纠纷调查与预防解决机制的完善——以东莞市13家公立医院为例》，《中国卫生事业管理》，2014（10）。

⑥ 李璽懿、王志杰、张新庆、刘雪莹：《暴力侵犯医生权利现状的原因分析》，《中国医学伦理学》，2009（4）。

⑦ 徐昕、卢荣荣：《暴力与不信任——转型中国的医疗暴力研究：2000-2006》，《法制与社会发展》，2008（1）。

⑧ 聂洪辉：《“医闹”事件中“弱者的武器”与“问题化”策略》，《河南社会科学》，2010（5）；涂炯：《医闹的道义和权力“游戏”》，《甘肃行政学院学报》，2016（1）。

面的经历与态度,进而对数据进行整理分析与描述,以呈现出医疗暴力发生的基本特征,并尽力挖掘、归纳各方面原因。<sup>①</sup>第二类则用思辨的方法、或引用一些官方数据、零星的媒体报道或暴力事件个案,来推导医闹发生的特征、趋势与根由。<sup>②</sup>第三类研究则以某个医院的医疗纠纷与医疗暴力数据为基础,分析医疗暴力事件发生的特点与前因后果。<sup>③</sup>第四类是研究者从社会问题的角度对医患矛盾、医疗纠纷与医疗暴力事件做总体上的梳理,归纳特征与趋势,剖析原因并提出对策建议。<sup>④</sup>第五类是研究者从其自身学科的问题意识出发,依托田野调查资料,对医闹事件进行描述与分析,探究背后的原因、制度根源。他们都将医闹视为患者在面对医患信息与权力不对等、为追求自身权益时而诉诸的一种较为有效的策略,而且即使试图通过法律途径解决问题的患方都可能应用这一策略(详情见表2)。<sup>⑤</sup>

无论上述哪一类研究,他们均认为医疗暴力事件在近近年来已成为遍及全国的现象,而且呈现不断上升与恶化的趋势。上述研究亦概括了一些特征:比如,在各类医务人员中,医生所受到的威胁、侮辱、责骂、殴打和伤害最为严重,不过这些研究对此特征背后的原因并未做出解释,似乎研究者将医生受到暴力威胁最为严重这一事实视为理所当然。<sup>⑥</sup>又如,在各层级医疗机构中,发生医闹最多的是三级医院,然而研究者同样未对原因做出详细解释。<sup>⑦</sup>

表2 五类有关医疗暴力事件的文献概括

类别	研究方法数据来源	主要发现与结论
第一类	医患双方的问卷调查,一般为数百人的样本	医闹多发生在医生身上、三甲医院;成因包括医疗资源分配不公、媒体报道失实、职业人文精神缺失、救济制度不完善、患方期望过高、医疗纠纷解决渠道不畅
第二类	思辨,兼用零星的官方数据、媒体报道	成因包括医疗资源分配不公、媒体报道失实、职业伦理丧失、患方期望过高、医疗纠纷解决渠道不畅
第三类	单个医院的数据	医闹是患者维权的一种策略;关键原因是患者对现有医疗纠纷解决机制不信任
第四类	理论框架构建	医患矛盾包括医疗结果、医疗技术、服务态度、医疗费用、医疗时间和医疗贿赂等六个方面;增速快、烈度强、多分布于三甲医院

① 李豊懿、王志杰、张新庆、刘雪莹:《暴力侵犯医生权利现状的原因分析》,《中国医学伦理学》,2009(4);李大平:《基层医疗机构医疗纠纷现状实证研究——对东莞市4家基层医院的调查》,《证据科学》,2013(2);张跃铭:《医疗纠纷调查与预防解决机制的完善——以东莞市13家公立医院为例》,《中国卫生事业管理》,2014(10)。

② 王璠、杨小明、江启成:《医疗暴力的危害、原因及对策》,《医学与哲学》,2005(11);马亚楠、何钦成:《“医闹”产生的原因及防范对策》,《医学与哲学》,2007(3);田丰:《医疗暴力:原因及应对》,《医学与哲学》,2014(8);刘振华:《“医闹”事件的反思与防控机制重构》,《广西社会科学》,2015(6);肖柳珍:《域外视野:中国医闹之医疗纠纷解决机制探讨——兼与哥伦比亚大学李本教授商榷》,《证据科学》,2016(3)。

③ 徐昕、卢荣荣:《暴力与不信任——转型中国的医疗暴力研究:2000-2006》,《法制与社会发展》,2008(1);聂洪辉:《“医闹”事件中“弱者的武器”与“问题化”策略》,《河南社会科学》,2010(5)。

④ 朱力、袁迎春:《现阶段我国医患矛盾的类型、特征与对策》,《社会科学研究》,2014(6);袁迎春:《医患冲突:目标、手段与类型》,《社会科学战线》,2016(3)。

⑤ Liebman, Benjamin L. “Malpractice Mobs: Medical Dispute Resolution in China”. Columbia Law Review. 2013(113): 181-264;涂炯:《医闹的道义和权力“游戏”》,《甘肃行政学院学报》,2016(1)。

⑥ 李豊懿、王志杰、张新庆、刘雪莹:《暴力侵犯医生权利现状的原因分析》,《中国医学伦理学》,2009(4)。

⑦ 李豊懿、王志杰、张新庆、刘雪莹:《暴力侵犯医生权利现状的原因分析》,《中国医学伦理学》,2009(4);Yu, Pan et al. “To be or not to be a Doctor, that is the Question: A Review of Serious Incidents of Violence against Doctors in China from 2003-2013”. Journal of Public Health. 2015(23): 111-116.

续表

类别	研究方法与数据来源	主要发现与结论
第五类	田野调查	医闹是患者维权的一种策略；医患冲突愈演愈烈是政府不作为的结果

对“医闹”的研究，核心在于剖析该种事件的成因，并且提出相关对策。但在对成因的剖析方面，多数既有的文献追求面面俱到，却也导致因果推断较为笼统。综合来看，他们将致使“医闹”发生的原因归纳为体制因素（相应的法律制度不健全，用以应对医疗纠纷的正式制度存在诸多不足；医疗体制不健全；维稳体制下政府与公安机关的缺位等）、社会因素（社会信任缺失；职业医闹的介入；媒体的催化作用等）、医方因素（医院自负盈亏、以营利为目的；医患沟通不足等）、患方因素（患者的不信任；患者对医疗服务效果的期望过高）等等。研究者继而提出相应的、较为泛化的对策建议。这些研究实际上较为全面地罗列了“医闹”发生的一些必要条件，为本文进一步讨论奠定了基础，并留下了推进的空间。

这些必要条件只是为医疗暴力事件的发生提供了一些可能性，有这些条件，暴力事件可能发生，但并不一定发生。那么，在这些类似必要的条件下，为何有的省份医闹事件曝光频繁，有的省份却保持零的记录？为何有的机构和部门就容易发生医闹，而有的则很少发生？为何有的患者和家属最后采取暴力行动而大部分患者却没有？因此，我们同样应该去探究的是，处于相同的结构性因素与条件下，什么地区、什么样的机构、什么样的医生、什么样的患者容易遭遇医疗暴力事件。因而，本文在既有研究成果的基础之上，尝试通过对329篇医疗暴力事件新闻的内容分析，概括出21世纪以来我国“医闹”发生的主要特征，并尝试剖析这些被曝光的医疗暴力事件内部的异质性。

### 三、研究方法

本文采用内容分析方法，对搜索到的有关医疗暴力事件的新闻报道进行编码与分析。

#### （一）样本界定及数据收集

我们以百度的新闻搜索系统检索有关医疗暴力事件的报道，事件跨度为2002年1月至2015年3月。百度新闻所收录的新闻来源较为广泛，包括报纸、杂志，也包括电视台、网络，且其搜索系统较好地满足了本文研究内容的时间跨度，因而检索较好操作、数据可得性强。我们并不简单地以“医闹”为关键词进行检索，因为这样会漏掉许多报道中没有使用“医闹”一词而事实上确是医疗暴力事件的报道。因此，取而代之，我们在百度新闻的“高级搜索”中，在“包含以下全部的关键词”一栏中输入“医院”或者“医生”，而在“包含以下任意一个关键词”一栏中，则根据《关于维护医疗机构秩序的通告》的分类<sup>①</sup>，分别键入“威胁”、“辱骂”、“殴打”、“伤害”、“灵堂”、“纸钱”、“花圈”等。在时间设定上，为避免混乱，我们都是按年搜索，比如2014年的新闻报道检索就设定为“20140101-20141231”。在勾选限定关键词位于“在新闻全文中”，并默认百度新闻的全部新闻源作为我们的搜索源，最后点击搜索。

搜索结果显示后，我们默认“按焦点排序”，然后对报道逐条查看。我们尽量选取对事件的各个要素描

<sup>①</sup> 卫生部和公安部于2012年5月1日联合发布《关于维护医疗机构秩序的通告》，其中第七条规定：“有下列违反治安管理行为之一的，由公安机关依据《中华人民共和国治安管理处罚法》予以处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任”。其中的第四点明确规定其中一类人员是“侮辱、威胁、恐吓、故意伤害医务人员或者非法限制医务人员人身自由的”。

述完整的报道，而排除缺少对事件大致过程的完整描述的报道以及重复出现的新闻报道。面对海量的搜索结果，我们采取了如下方法进行筛选：通常我们浏览数十页网页之后，内容相关性就会越来越弱，且重复报道增多，如果连续数页没有一条新闻入选，我们就放弃该年的新闻筛检工作。经过这样的筛选之后，我们得到2002年1月至2015年3月符合本研究需要的新闻报道共329篇，作为本研究的样本。

### (二) 样本编码

根据研究目标，笔者共设立了16个内容分析的变量，包括年份、省份、医院级别、暴力形式等。作者三人都参与编码，为保证编码的准确性进行了两次校验。编码的基本情况如表3所示：

表3 医疗暴力事件编码表

序号	变量	赋值
1	年份	直接数字赋值，如2015、2014等
2	省份	直接文字赋值，如浙、豫、京等
3	医院级别	1=三甲医院、2=三级其他、3=二甲医院、4=二级其他、5=一级或社区医院、6=其他
4	临床部门	1=普通门诊、2=急诊、3=住院、4=其他
5	暴力形式	1=伤害、2=扰乱秩序、3=杀害、4=其他 <sup>1</sup>
6	受害者是否为医生	1=是、2=不是、3=不全是
7	受害医生是否与患者有关	1=有关、2=无关
8	实施者是否为个人	1=是、2=不是
9	实施者性别	1=男、2=女、3=有男有女
10	实施者是否外地	1=是、2=不是
11	患者是否手术	1=涉及手术 <sup>2</sup> 、2=没有手术
12	实施者是否被判定有精神疾病	1=是、2=不是
13	实施者是否预谋	1=激情作案、2=预谋作案 <sup>3</sup>
14	实施时是否有职业医闹参与	1=是、2=不是
15	患者是否死亡	1=死亡、2=未死亡
16	有无诉诸正式途径解决纠纷	1=有、2=没有

注：(1)“伤害”是指患方对医方采取暴力行动，比如殴打医生，但并未造成人员死亡的情况；“扰乱秩序”指患方做出一些干扰正常医疗秩序的行为，如在医院拉横幅、停尸等；“杀害”是指患方造成医务人员死亡的情况；“其他”是指除上述情况之外的其他医疗暴力行为。

(2)“涉及手术”即患者在该医疗机构的就医过程中是否进行过手术。

(3)“激情作案”即是否是情绪激动情况下的冲动行为，“预谋作案”即暴力事件的发生是否是蓄意为之。

### (三) 数据偏误的纠正策略

用媒体关于医患冲突与“医闹”的新闻报道作为分析的数据难以避免会受到媒体的报道偏误的影响。这是由于新闻媒介为了吸引读者势必会选取情节最为吸引的细节加以报道以增加点击量、阅读量、发行量，而在报道中也不可避免地会出现与事实不相符的情况。但与此同时，新闻报道也是受众了解和感知医患关系现状的最直接、最有效的途径，也是我们目前可得有关“医闹”的最为便捷的数据源。这种媒体报道的偏差可以通过增加案例数量和拉长案例的时间跨度来缩小与缓解<sup>①</sup>，我们在搜集样本的过程中就使用了这种策略。

①公婷、吴木奎：《我国2000-2009年腐败案例研究报告——基于2800余个报道案例的分析》，《社会学研究》，2012（4）。

(四) 分析方法

在对收集到的样本数据进行编码处理后，我们建立了一个“医闹”事件的数据库。利用统计软件SPSS21.0，我们对样本进行了描述统计、交叉分析和相关检验等操作，以系统地分析被曝光的医闹事件的时空分布、受害者特征、实施者特征、暴力形式及其解决途径等。

## 四、研究发现

(一) “医闹”事件的时间分布

既有文献的研究结果和我们的直观感受一致，我们的研究显示2002~2014年<sup>①</sup>，我国各类医疗暴力事件呈明显上升的趋势。从2002年媒体上只有一起有关医疗暴力事件的报道，到2006年报道30起，形成一个小高峰，其后又呈现平稳趋势。而自2012年开始，“医闹”事件的报道出现了火速上升的趋势，从而在图1中呈现出一条极为陡峭的直线。2006年报道较多，这可能与2005年政府宣布旧的医改失败、新一轮医改开始方案征集有关。这亦可能与医患关系和医闹事件本身的发展规律相关。这些年来，“医闹”事件从无到有，医患矛盾不断积累，相应的，媒体报道也会增加。讽刺的是，2009年新医改开始后，“医闹”事件并未减少。尽管2010年与2011年，“医闹”报道维持在低位，但自2012年开始，“医闹”报道有增无减。同样的趋势亦出现在杀害医生事件的报道趋势上。新医改之前，杀害医生事件的报道只有三起，分别发生在2003年、2004年和2008年；而新医改开始后，杀医事件的曝光却反而增加，2009年1起、2010年2起、2012年5起、2013年4起和2014年3起。这实际上折射出新医改存在问题，因为医患关系的好坏是反映医药卫生体制改革成效的重要指标。

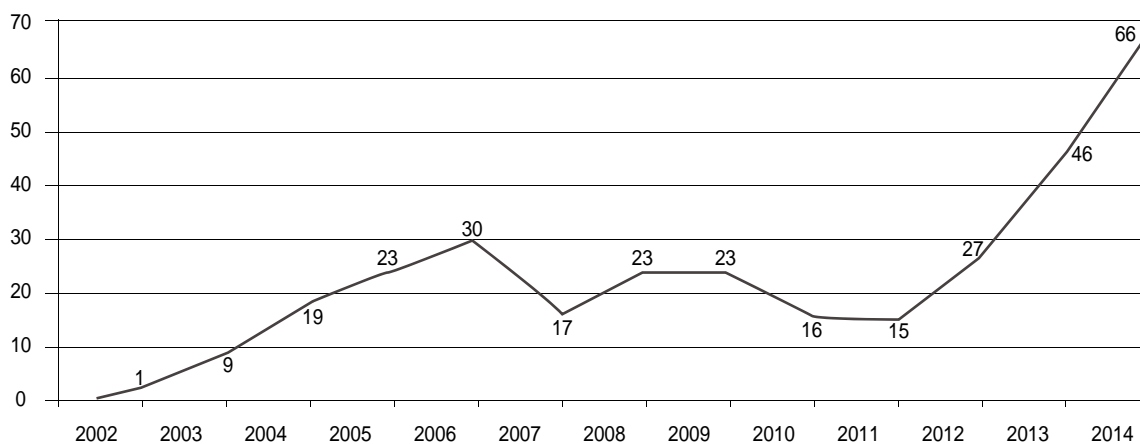


图1 2002~2014年我国医闹事件的发生趋势

(二) 医闹事件的空间分布

从地区分布上来说，21世纪以来，“医闹”被曝光最多的是广东省，共46起，其次分别是四川、浙江、江苏与北京；而曝光最少的则是天津、青海、新疆、吉林（图2）。“医闹”曝光较多的省市通常都是优质医

<sup>①</sup> 由于2015年只有三个月的数据，因此我们在趋势描述中未列入2015年数据。

疗资源较为集中的地区，这可能导致大量本地与非本地病人到这些地方就医，从而增加了医患矛盾、医疗纠纷和医疗暴力事件发生的风险。之所以如此推测，是因为我们发现，医疗暴力事件被曝光的数量与该省三甲医院的拥有量存在一定的关系。“医闹”报道最多的广东、四川、浙江、江苏与北京分别拥有91家、62家、62家、61家三甲医院，而报道最少的西藏、宁夏、天津、青海、新疆和吉林分别只拥有2家、3家、29家、10家、16家、27家三甲医院。<sup>①</sup>我们将31个省、市、自治区的医闹报道位次与所拥有的三甲医院位次做了一个比较，结果发现二者的名次较为吻合（表4）。

表4 医闹事件的报道数量与优质医疗资源拥有量的分省分布

省份	粤	川	浙	苏	京	吉	新	青	津	宁	藏
医闹报道数	46	32	25	24	22	2	2	2	1	0	0
医闹报道数全国位次	1	2	3	4	5	26	26	26	29	30	30
三甲医院数	91	62	62	61	45	27	16	10	29	3	2
三甲医院全国位次	1	3	3	7	10	22	27	28	20	30	31

资料来源于国家卫生和计划生育委员会，2015:14。

### （三）“医闹”受害者的特征

我们对“医闹”报道的分省分布原因的推测主要来源于这些报道在医院层级上的分布。我们所搜集到的“医闹”事件显示，有56.66%的“医闹”事件发生在三级医院，共149起，其中发生在三甲医院的有127起，占总数的48.29%（表5）。

表5 “医闹”受害者的特征

项目		频次	百分比（%）
医疗机构层级	三甲医院	127	48.29
	三级其他	22	8.37
	二甲医院	65	24.71
	二级其他	12	4.56
	一级与社区医院	37	14.07
合计（缺失值=66）		263	100
临床部门	普通门诊	80	26.32
	急诊	143	47.04
	住院	81	26.64
合计（缺失值=25）		304	100
受害者是否为医生	是	202	62.15
	不是	13	4.00
	不全是	110	33.85
合计（缺失值=4）		325	100
受害者是否与患者有关	有关	284	88.75
	无关	36	11.25
合计（缺失值=9）		320	100

①国家卫生和计划生育委员会，《2015中国卫生和计划生育统计年鉴》，北京：协和医科大学出版社，2015。



受害人与患者有关的医疗暴力事件共284起，无关的有36起，仍有11.25%的医务人员受害者与患者无直接关系（见表5）。此类事件中最知名的恐怕就是2012年哈尔滨医科大学附属第一医院的悲剧事件，受害者王浩虽是风湿科实习医生，但与患者并无任何交集，却不幸死于患者李梦南刀下。此种事件中，医务人员成为患者纯粹泄愤的对象。

（四）“医闹”实施者的特征

在很多人的印象中，医疗暴力事件的实施者常常品性糟糕、甚至有精神病症状；这些事件经常有职业医闹的介入与参与，非本地居民可能成为医疗暴力事件的主要实施者；医疗暴力事件的起因往往是因为涉及手术、患者死亡。但统计发现并不如是。在329篇媒体报道中所呈现出来的实施者，男性占61.41%，共191起事件；女性为实施者的事件共22起，占7.07%；有男有女的共98起，占31.51%。实施者中为本地居民的共247起事件，占90.81%；由非本地居民实施“医闹”的事件较少，共25起，只占9.19%（见表6）。

表6 “医闹”实施者的特征

项目		频次	百分比(%)
性别	男	191	61.41
	女	22	7.07
	有男有女	98	31.51
合计(缺失值=18)		311	100
是否外地人	是	25	9.19
	不是	247	90.81
合计(缺失值=57)		272	100
是否涉及手术	涉及手术	50	16.67
	没有手术	250	83.33
合计(缺失值=29)		300	100
患者是否死亡	死亡	113	34.56
	未死亡	214	65.44
合计(缺失值=2)		327	100
是否预谋	激情作案	214	65.05
	预谋作案	115	34.95
合计(缺失值=0)		329	100
是否有职业医闹介入	是	17	5.50
	不是	292	94.50
合计(缺失值=20)		309	100
实施者是否被判定为精神病	是	12	3.80
	不是	304	96.20
合计(缺失值=13)		316	100

大部分被报道的“医闹”事件并未涉及手术。涉及手术的暴力事件只有50起，占16.67%。但患者死亡的事件是113起，占34.56%（见表6）。

实施者是患者或家属个人的事件比例是43.77%，共144件；实施者不是个人的比例更高，达56.23%，共185件。所有事件中，一时冲动、激情作案的有214起，占比高达65.05%；而经过策划、准备乃至求助于他人的预谋作案共115起，占34.95%。这亦与是否有职业医闹介入的数据相呼应。有职业医闹介入的只有

17起,占比5.50%,并不如我们印象中那么高。此外,实施者中最后被判定患有精神病的有12起,占3.80%,均出现在伤害型与杀害型的医疗暴力事件中(见表6)。

(五)“医闹”的暴力形式及其发生特征

为了更详细地区分医疗暴力事件,参考徐昕与卢荣荣<sup>①</sup>关于医疗暴力事件的“情感宣泄型”与“暴力索赔型”的分类,我们将“医闹”细分为三种暴力形式。第一类是扰乱秩序型,包括摆设灵堂、焚烧纸钱、停放尸体、围堵医院等,这是针对医疗服务机构的违法行为,通常表现为多人参与的“群体性事件”,以威胁机构、获得赔偿为目的。此类事件中,扰乱秩序只是他们的手段而非目的。第二类与第三类分别为伤害型和杀害型事件。这两类亦可视为一类,都是针对医务人员个体的行为,但存在参与人数、暴力后果等差别。与扰乱秩序型事件不同,通常伤害类事件中的暴力行为本身就是目的,是患者或家属为了泄愤、报复、出气等做出的举动。在我们的统计中,扰乱秩序型事件共81起,占24.62%,伤害型则达229件,数量最多,占69.60%,包括恐吓、辱骂、殴打、逼迫下跪等。第三类则是杀害医务人员的恶性事件,共19起,占总数的5.78%(见表7)。

表7 医闹的暴力形式分类与比例

暴力形式	频次	百分比(%)
扰乱秩序型	81	24.62
伤害型	229	69.60
杀害型	19	5.78
合计	329	100

患者的死亡是医疗纠纷与医疗暴力事件发生极为重要的诱因。患者家属常常以患者死亡为理由,向医疗机构和责任医生提出索赔,或以暴力形式维权。数据显示,患者是否死亡与家属采取何种暴力形式存在明显的相关关系。扰乱秩序型的医闹事件多发生于病人死亡的情形,其比例高达97.50%。在80个扰乱医疗场所秩序的暴力事件中,只有2起是在患者未死亡的情况下发生的。而伤害型或杀害型的暴力事件,则与患者死亡牵涉不强,其比例分别只有14.91%和5.26%(见表8)。

表8 暴力形式与病人是否死亡列联表

暴力形式	病人是否死亡		合计
	死亡	未死亡	
扰乱秩序型	78	2	80
伤害型	34	194	228
杀害型	1	18	19
合计	113	214	327

当然,这并不是说患者的死亡一定会导致扰乱秩序类型的“医闹”事件的发生。我们想强调二者并非因果关系。不过我们根据数据的确可以推测,患者的死亡给了患者家属一个契机,为他们的暴力维权提供了更能让人接受的理由,从而更有可能引发扰乱秩序型的医疗暴力事件。

<sup>①</sup>徐昕、卢荣荣:《暴力与不信任——转型中国的医疗暴力研究:2000-2006》,《法制与社会发展》,2008(1)。

表9 暴力形式与实施者是否预谋列联表

暴力形式	是否预谋		合计
	激情作案	预谋作案	
扰乱秩序型	18	63	81
伤害型	180	49	229
杀害型	16	3	19
合计	214	115	329

一般而言，扰乱秩序型的医疗暴力事件需要经过策划、筹备和动员，而伤害型与杀害型暴力事件则多是患者或家属一时冲动、激愤难耐所致。我们的数据支持了这一推断。（见表9），伤害型与杀害型暴力事件都是以实施者激情作案为主，是患者或家属在激愤的情况下做出的“不理智行为”。二者激情作案的比例分别为78.60%和84.21%。而扰乱秩序型的医闹，有77.78%都经过预谋。对两组变量的卡方检验显示，“暴力形式”与“是否预谋”存在显著的相关关系（卡方值86.67， $P < 0.001$ ），Cramer's V系数值为0.514。

这与表中反映的情形相呼应（见表10）。在扰乱秩序型医闹中，有职业医闹参与的比例最高，达到11.43%。“专业人士”的鼓噪和煽动、精心策划和周密安排，成为对医疗机构运营秩序的一大威胁。相比之下，伤害型与杀害型暴力事件有职业医闹介入的比例分别只有4.09%和0%，说明职业医闹参与这两种类型的“医闹”较少。

表10 暴力形式与是否有职业医闹参与列联表

暴力形式	是否有职业医闹参与		合计
	是	不是	
扰乱秩序型	8	62	70
伤害型	9	211	220
杀害型	0	19	19
合计	17	292	309

这一基本特征亦反映在表11中，扰乱秩序型的暴力事件多由两人及以上的实施者群体实施，其比例高达92.59%。伤害型暴力事件由个体和群体实施的比例基本持平。而杀害型暴力事件均由个体实施。相比群体而言，个体更易采取非理性的极端行为泄愤和报复，而且不计任何后果。

表11 暴力形式与实施者是否为个人列联表

暴力形式	实施者是否为个人		合计
	是	不是	
扰乱秩序型	6	75	81
伤害型	119	110	229
杀害型	19	0	19
合计	144	185	329

特别值得一提的是，324起“医闹”事件中，实施者曾经诉诸正式途径以解决医疗纠纷的高达137起，占42.28%（见表12）。总体而言，未诉诸正式途径的居多，这在各种暴力形式中都是如此。不过，在伤害类事件中，有近一半的患者与家属曾经求助于正式制度。我们猜想大约是求助途径的费时费力，导致这些求

助者最后采取了极端行为。尽管合计有四成多的实施者在医闹前曾经求助过有关部门，试图以正式制度解决问题，但是最后无疾而终，抑或如李本<sup>①</sup>所说，可能是在求助正式制度的同时，实施暴力抗争（尤其是扰乱秩序的行为），求得医疗纠纷以自己所希冀的结局解决。

表 12 暴力形式与有否诉诸正式途径列表

暴力形式	有否诉诸正式途径		合计
	有	没有	
扰乱秩序型	29	48	77
伤害型	104	124	228
杀害型	4	15	19
合计	137	187	324

## 五、总结与讨论

### （一）研究结论

通过对这300余个“医闹”案例的分析，我们发现医疗暴力事件还处于不断上升的趋势，即使2009年开始的新医改也未扭转这一趋势。“医闹”曝光较多的省市，可能与该地拥有较多的优质医疗资源有关。当下，病患对优质医疗资源趋之若鹜，从而也导致优质资源集中之地存在更多的医疗风险，这清楚地反映于医闹事件在医疗机构的层级分布。而在具体的临床部门中，急诊发生的医疗暴力事件最多，意味着急诊的医务人员面临着更多的医疗纠纷与医疗暴力的风险。而个体受害者多是为患者提供过诊疗服务的大夫，但也有与患者无任何瓜葛的无辜医生。

被曝光的“医闹”事件多为本地居民所为。虽大部分未涉及手术，但有三成却与患者死亡相联系。由个体与群体发起的医疗暴力事件基本持平。超过六成的事件是实施者一时冲动、激情作案。有职业医闹介入的事件、以及实施者最后被判定为精神病的事件均为极少数。

我们将具体的暴力形式分为扰乱秩序型、伤害型与杀害型三类，前一类以医闹为手段，而以获得赔偿为目的，后两类则以医闹为目的，实施暴力就是为了泄愤，但存在参与人数、暴力后果等差别。我们发现，被曝光的伤害类事件最多，占了近七成的比例。患者是否死亡与暴力形式有着明显的关联，患者死亡的情况下，发生扰乱秩序型事件最多，而伤害型与杀害型事件则较少。“医闹”实施者甚至会“借尸抗争”，以博取同情与合理性。扰乱秩序型事件多经过实施者事先的策划、筹备与动员，因为该类事件多为群体行为，而伤害型与杀害型事件则多为实施者激愤、冲动所致。有趣的是，实施暴力事件的患者与家属并非一意孤行。我们发现，他们中有四成多曾诉诸处置医疗纠纷的正式制度安排，然而大概由于正式制度费时费力且无法有效回应，他们最终才走向了暴力维权的道路。因此，暴力也许是医患双方权力不对等的条件下，作为“弱者”的患方所能采取的维权策略。

<sup>①</sup> Benjamin L. Liebman, “Malpractice Mobs: Medical Dispute Resolution in China”. Columbia Law Review. 2013(113): 181-264.

(二) 讨论

首先,我们的研究发现,医闹事件多集中于三甲医院,这已为诸多文献所证实。比如Yu等人通过谷歌搜索所描述的结果,总共101个医疗暴力事件中,有67个发生在三级医院。<sup>①</sup>我们认为,这是由于我们现行的医疗卫生体制由行政主导来分配医疗资源,从而导致优质医疗资源过度集中在三级尤其是三甲医院。这造就了三甲医院的“虹吸现象”,即三甲医院除了吸纳了大多数先进医疗仪器与设备、高水平的医务人员,还吸引了大量患者前去就医。<sup>②</sup>另一方面,基层医疗机构由于其较差的医疗硬件配置与医务人员配备而无法吸引病患前往就医,甚至基层机构的医生为了规避潜在的医疗风险而主动“拒绝”病人、将其推向高层医疗机构。<sup>③</sup>种种原因都导致三甲医院吸纳了基数庞大的患者以及同样数量庞大的疑难杂症与危重患者,这使得三甲医院的医疗风险上升,其发生医闹事件的概率一般都要高于其他级别的医疗机构。

其次,被曝光的医疗暴力事件中,医生是被袭击最多的目标。这与李豊懿等<sup>④</sup>的研究结果一致。更令人担忧的是,当下部分“医闹”事件的受害对象并不是为实施医闹的患者一方提供诊疗服务的医生或其他医务人员,这意味着所有医务人员都可能由于普遍的医患信任的缺失<sup>⑤</sup>而受到人身威胁(2016年甚至还发生了患者伤害医生子女的案件)。我们认为,作为医疗服务的直接提供者,患者直接接触的也是就医过程中最重要的专业人士就是医生,这就使得在病患心怀不满、胸有愤懑、情绪失控时,医生最有可能成为暴力行为的受害者。

再次,我们发现患者的死亡与扰乱秩序型事件存在较强的相关关系。我们推测,在患者死亡的情况下,家属暴力维权更为“理直气壮”,有些家属甚至以患者尸体抗争,他们将患者尸体停放在医院大厅,甚至摆上香烛拉纤和花圈,将医院转变为了灵堂。“借尸抗争”并非医闹者的新创。在中国的丧葬文化中;“入土为安”才是整个丧礼完成的标志;相反,未顺利完全一系列步骤、最后不能“入土”的尸体就变成一种极为危险的存在,而“任何妨碍这种连续进程的人们,往往就会被视为在不当阻挠尸亲履行将死者入土为安的伦理义务,因此将会受到来自社会的沉重压力。”<sup>⑥</sup>所以,抗争者以尸体抗争,可能博取更多的同情,甚至会影响舆论与司法判决的结果。<sup>⑦</sup>

最后,有相当一部分医疗暴力的实施者并非一开始就诉诸暴力进行维权,而是求助于正式的制度安排;但非常可惜,这部分患者和家属最终还是走向了暴力维权。尤其是在伤害类事件中,有近半数的患者与家属曾经求助于正式制度。因此,总体而言,尽管有四成多的实施者在医闹前曾经求助过有关部门,试图以正式制度解决问题,但是最后无疾而终、抑或如李本<sup>⑧</sup>所说,可能是在求助正式制度的同时,实施暴力抗争

① Yu, Pan et al. "To be or not to be a Doctor, that is the Question: A Review of Serious Incidents of Violence against Doctors in China from 2003-2013". *Journal of Public Health*. 2015(23): 111-116.

② 姚泽麟:《行政、市场与职业:城市分级诊疗的三种治理模式及其实践》,《社会科学》,2016(6)。朱恒鹏、林绮晴:《改革人事薪酬制度,建立有效分级诊疗体系》,《中国财政》,2015(8)。

③ 姚泽麟:《城市医生的防御性医疗实践:以北京为例》,中国社会学年会(武汉),2014。

④ 李豊懿、王志杰、张新庆、刘雪莹:《暴力侵犯医生权利现状的原因分析》,《中国医学伦理学》,2009(4)。

⑤ 徐昕、卢荣荣:《暴力与不信任——转型中国的医疗暴力研究:2000-2006》,《法制与社会发展》,2008(1)。

⑥ 尤陈俊:《尸体危险的法外生成——以当代中国的籍尸抗争事例为中心的分析》,《华东政法大学学报》,2013(1)。

⑦ Benjamin L. Liebman, "Malpractice Mobs: Medical Dispute Resolution in China". *Columbia Law Review*. 2013(113): 181-264.

⑧ Benjamin L. Liebman, "Malpractice Mobs: Medical Dispute Resolution in China". *Columbia Law Review*. 2013(113): 181-264.

(尤其是扰乱秩序的行为),以求得医疗纠纷以自己所希冀的结局解决。

这就不得不让我们深思现有的处置医疗纠纷的正式制度安排。一般来讲,社会当中的纠纷解决有多种多样的方式,比如自助(self-help)、逃避、协商、第三方调解、忍耐以及诉讼。<sup>①</sup>当事人采取何种方式应对纠纷取决于所处社会与事件的具体情况。我们可以将医闹这种暴力维权看作一种“自助”方式。通过暴力的手段,患者及其家属不仅以单方面的攻击行为(unilateral aggression)来表达他们的不满与愤怒<sup>②</sup>,而且在他们意识到其权利被丧失职业道德的医生损害时来保护自身的权利。<sup>③</sup>

我们认为,这种方式的选择与“医闹”实施者对处置医疗纠纷的诸种途径的成本收益的比较有关。当下,我国医疗纠纷的处理主要有三种制度化方式:当事人双方协商、行政调解和司法诉讼。<sup>④</sup>这些制度化的路径在目前医疗纠纷处理的主要法律依据——《医疗事故处理条例》第四十六条中有极为明确的表述:“发生医疗事故的赔偿等民事责任争议,医患双方可以协商解决;不愿意协商或者协商不成的,当事人可以向卫生行政部门提出调解申请,也可以直接向人民法院提起民事诉讼。”然而,这三种方式都不能回避医患之间一个基本的权力格局:“医患双方在医学专业知识的掌握、信息的收集、疾病的认识能力上地位悬殊,患者处于弱势,和解(协商)必然在医疗机构主导下完成,对患者而言难以保证公平。”<sup>⑤</sup>而且,医疗鉴定的公正性问题一直为大家所诟病。<sup>⑥</sup>此外,诉讼方式所需时间往往非常漫长,如中国医院协会医院维权部主任郑雪倩所言:“患者通过法院诉讼,法定时间是6个月,但中间还要除去做鉴定的时间,这样一拖,一般的案件处理下来需要两年时间,最快的是1年多,慢的话有时候3年。”<sup>⑦</sup>因此,许多病患和家属最后不是忍气吞声,就是以暴力的形式、充分利用对自身有利的道义与情感因素,向医疗机构与医生讨要说法、寻求赔偿。这是在正式制度维权无门的情况下,作为“弱者”的患者的“武器”。<sup>⑧</sup>

### (三) 研究贡献与局限

医患关系和谐与否直接反映出新医改的成效,而医疗暴力事件则直接折射了医患关系的质量。然而,由于信息的敏感性,有关医疗暴力事件的信息极为难得。作为替代,本文以大众媒体上的公开报道为信息源,通过百度搜索搜集了2002-2015年共329起医闹事件,制定编码表,形成数据库。以此为基础,我们对这些数据进行了描述统计与交叉表分析,从而为从整体上认识我国医疗暴力事件的分布特征、发展趋势与内部差异提供了参考。

但是,本文从研究方法上来讲,存在三个局限。其一,我们所搜集的样本并不能推论至整体。换句话说,我们并不能依靠本文的数据来准确推论我国“医闹”的整体状况,因为这并不是通过严格抽样而获得的样

① Black, Donald. Sociological Justice. New York and Oxford: Oxford University Press, 1989, p. 267-268.

② Black, Donald. Sociological Justice. New York and Oxford: Oxford University Press, 1989, p. 267-268.

③ 徐昕、卢荣荣:《暴力与不信任——转型中国的医疗暴力研究:2000-2006》,《法制与社会发展》,2008(1)。

④ 徐昕、卢荣荣:《暴力与不信任——转型中国的医疗暴力研究:2000-2006》,《法制与社会发展》,2008(1);曹实:《浅谈我国医疗纠纷的行政调解制度》,《中国卫生法制》,2010(5)。

⑤ 曹实:《浅谈我国医疗纠纷的行政调解制度》,《中国卫生法制》,2010(5)。

⑥ 王君鳌、刘瑜:《从暴力索赔分析医患矛盾难以缓解的深层次原因》,《医学与社会》,2007(5)。

⑦ 周颖:《医院要用法律途径应对医闹——“直面医患矛盾升级,寻求化解良策”多方对话(之二)》,《中国医院院长》,2007(17)。

⑧ 涂炯:《医闹的道义和权力“游戏”》,《甘肃行政学院学报》,2016(1);聂洪辉:《“医闹”事件中“弱者的武器”与“问题化”策略》,《河南社会科学》,2010(5)。

本,我们也不知道总体为何。其二,由于我们所搜集的数据是新闻报道,因此更确切地说,本文所描述的是大众传媒对医闹事件的呈现而非医闹事件本身。也就是说,这只是一定程度上对医闹事实的反映,但这种反映会受到各种因素尤其是媒体本身的影响。这是因为,各式各样的媒体报道为受众呈现出了“媒介现实”。它以客观现实为反映对象,不管传播者的主观作用如何发挥,其中所包含的“客观”内核总是存在的;但与此同时,媒介提供的现实是一个经过选择、建构的世界。在受众和客观现实之间,其实有一个真实的世界被媒介所包装、润饰和过滤。<sup>①</sup>媒介现实可能会和客观现实之间产生偏差,这是本文作者与读者都需要警醒的。其三,本研究在搜集数据过程中并未进行“三角互证”(triangulation)的检验<sup>②</sup>,而只是由一位作者完成数据的搜集整理工作,这对数据的效度可能会有一定的影响。

#### (四) 政策启示

综上所述,本文的分析结果在一定程度上为正在进行的新医改与对医疗暴力事件的治理至少提供了两点参考:

其一,探索行之有效的分级诊疗。目前行政主导的医疗资源分配体制导致大医院集中了绝大多数医疗资源,而基层机构却门庭冷落。这使得目前的分级诊疗系统形同虚设,亦致使病患无序就医,最终都集中于三甲医院。由此,三甲医院及其医生不堪重负,医患双方都不满意。<sup>③</sup>加之疑难杂症与危重病人聚集,大量的医疗风险也就集中于三甲医院。因此,应当尽快充实基层机构的医疗资源,尤其是医术值得信赖的全科医生,使病患下沉到基层。如此,患者与全科医生建立长期稳定的关系,病患得到合理分流,这将有效减少医患矛盾与医疗纠纷。

其二,建立可靠的处置医疗纠纷的正式制度。我们的数据表明,一部分患者之所以采取暴力形式,很大程度上源于他们求诸正式制度无果。由于医患之间巨大的权力差异,加之医疗事故的鉴定缺乏独立的第三方操作者,以及现有正式途径费时费力费财,应对医疗纠纷的调解、仲裁与诉讼都未能发挥应有的作用。这甚至导致求助过正式制度的病患和家属更加不满、愤怒甚至怨恨,或者干脆以医疗暴力事件为要挟,从而最后激发了此类事件。因而,在法律制度上完善处置医疗事故与医疗纠纷的相关制度安排乃是当务之急。

不过,我们应当看到,当前医疗纠纷与暴力行为的迅速增加和医患关系的恶化,根源在于医患之间信任关系的缺失。这与社会转型密切相关,但亦与现行医疗卫生体制的问题相联系。因此,唯有整体医疗卫生体制改革的不断推进,才能从根本上解决医患信任缺失与医患冲突加剧的难题。

(下转第30页)

<sup>①</sup> 张克旭、臧海群、韩纲、何婕:《从媒介现实到受众现实——从框架理论看电视报道我驻南使馆被炸事件》,《新闻与传播研究》,1999(2)。

<sup>②</sup> Shiyu Wu, Hui Huang, Fei Sun, and Qiuling An. Is social work really being recognized? Problems with social work employment opportunities in Mainland China. *Social Work Education: The International Journal*. 2016, 35(2), 186-203.

<sup>③</sup> 姚泽麟:《行政、市场与职业:城市分级诊疗的三种治理模式及其实践》,《社会科学》,2016(6)。

care as support, institution care as supplement”, which have many contradictions and conflicts with the reality of rural development. In rural areas, home care system, community care system and institution care system are subsystems of the whole service system. However, their target groups, service provider, service content are not clear enough and definite. Based on this analysis, the article will make more explicit the essential intention of elderly care service and combine economic foundation and regional characteristic, finally propose establishing basic framework of focusing on providing elderly care service and nursing care service in rural areas. The whole system includes three subsystems, namely, Welfare model of social elderly care service system targeting the poverty-stricken elders, Universalism model of social elderly care service system targeting the disabled elders, Demand-oriented model of social elderly care service system targeting elders capable of living independently.

Key words: Rural areas; social elderly care service system; elderly care

(责任编辑：焦开山)

---

(上接第63页)

## **Right-protection by Violence in Healthcare Service and Its Governance:Based on Content Analysis of News Reports from 2002 to 2015**

**YaoZe-lin, Zhao Hao-yue, Lu Si-jia**

Abstract : Abstract: “Yinao” (medical violence) has become a serious problem in healthcare sector of China. However, our understanding of yinao is limited because it is difficult to collect relevant data. Relying upon Baidu News Search, this paper collects 329 yinao incident reports in total from 2002 to 2015, and establishes a database containing 16 variables. By analyzing these data, we find that yinao still continues to increase, and happens in tertiary hospitals and emergency most. We divide yinao into three types: disturbance, hurt, and killing. Patients’ death is highly related to the type of disturbance, the family members even contend by patients’ corpses. This type of yinao is usually planned, prepared, and mobilized in advance. In contrast, the other two types of yinao are ordinarily conducted by individuals in angry. In addition, more than 40 percent of yinao operators intended to get help from formal institutional arrangements for dealing with medical disputes but without any results. Eventually, they protect their own rights by violence. Based on these analyses, this paper proposes several suggestions for policy-makers, including changing problematic incentive structure of doctors, realizing tiered medical services, and improving formal institutional arrangements for dealing with medical disputes.

Key words: doctor-patient relationship; medical disputes; yinao; protecting rights through violence; governance.

(责任编辑：吴世友)