

间断均衡理论视阈下的医疗暴力治理政策变迁审视

张锐* 冯磊

重庆医科大学公共卫生与管理学院 医学与社会发展研究中心 健康领域社会风险预测治理协同创新中心
重庆 400016

【摘要】在医疗卫生体制改革的影响和焦点事件的触发下,中国医疗暴力的治理政策变迁呈现出间断均衡演进的特征,并逐渐从决策者主导型间断到参与式间断,从单一决策场域到协同决策场域,从过度保护单方利益到以维护公共利益为核心。未来,欲实现公共政策对医疗暴力的有效治理,应在政策决策中加强各方参与,客观冷静地分析作为政策问题的焦点事件,以细致清晰的政策表达克服旧有政策惯性的不良影响。

【关键词】医疗暴力;政策变迁;间断均衡理论

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2017.01.003

A review of medical violence management policy change based on the perspective of punctuated equilibrium theory

ZHANG Rui, FENG Lei

School of Pubic Health and Management, Chongqing Medical University, Research Center for Medicine and Social Development, Innovation Governance in Health, Chongqing 400016, China

【Abstract】 Under the impact of medical and health system reform and focal events in China, the medical violence policy change is characterized by “partial discontinuous equilibrium”. It gradually evolves from policymaker-based discontinuity to participatory one, from single decision-making field to the collaborative one, and from the excessive protection of unilateral interest to the maintenance of public interest as a core. In the future, if we want to realize the effective minimization of medical violence by public policy, the participation of all parties in the policy decision should be strengthened, the focal events should be analyzed as policy issues, and the policy should be clear in order to overcome the negative influence of the inactivity of old policies.

【Key words】 Medical violence; Policy change; Punctuated equilibrium theory

1 问题的提出

医疗暴力又称医院工作场所暴力,世界卫生组织将之定义为“卫生从业人员在其工作场所受到辱骂、威胁或袭击,从而对其安全、幸福和健康造成的明确或含蓄的挑战”。^[1]中国医师协会2014年调查结果显示,59.8%的医务人员受到过语言暴力,13.1%的医务人员受到过身体上的伤害,仅有27.1%的医务人员未遭遇过暴力事件。近几年更是暴力伤医事件频发,在全国引起舆论广泛关注和社

会巨大反响的焦点事件屡见不鲜,如2012年3月23日发生的“哈医大一院血案”^[2]、2013年10月25日发生的“温岭杀医案”^[3]、2016年5月5日发生的“广东省人民医院口腔科陈仲伟主任被砍事件”^[4]、2016年10月3日山东莱芜儿科医生李宝华被患儿家属砍成重伤,后经抢救无效死亡^[5]。以上四例影响较大的暴力伤医事件,其共同点是蓄意谋划、主观意愿恶劣,均造成医务人员死亡。而医院及医务人员对于这类行凶者往往毫无防备,因此破坏力巨大,影响恶劣,成为严重的社会问题。

* 基金项目:2015年度重庆市社会科学规划基金青年项目(2015QNGL38)

作者简介:张锐,男(1981年—),硕士研究生,主要研究方向社会医学与卫生事业管理。E-mail:250905994@qq.com
通讯作者:冯磊。E-mail:cqjiuqiu0714@sina.com

现有关于医疗暴力的研究更多集中于即时的应对策略,具体措施包括:加强医务人员培训、强化安保力量、建立警医联动机制、多部门联合打击专项行动等;而从公共政策变迁的宏观视角,考察医疗暴力治理政策的议题形成、议程设置、政策导向的演进规律方面的研究并不多见,而这对于理解和分析公共政策的科学性和实效性尤为重要。因此,本文拟用政策学中的间断均衡理论探讨医疗暴力治理政策的演进规律,分析医疗暴力治理政策变迁对保障医疗秩序和社会和谐发展产生的政策影响,并对医疗暴力治理政策的完善进行总结和预判。

2 间断均衡理论

“政策变迁”是指对现行政策所从事的变革活动。^[6]西方学界关于政策变迁的研究大致经历了两个时期,以逻辑经验主义为方法论基础的渐进主义研究时期和以范式为方法论基础的非渐进研究时期;前者只强调政策的渐进性变迁而忽略政策的间断性变迁,后者则同时解释政策的渐进性变迁和发生的急剧重大变迁。^[7]

间断均衡理论是以范式为方法论基础的非渐进政策变迁研究方法,主要是指政策在长期的稳定之后会有一个急剧的改变,然后又是一个长期的稳定。^[8]其源于生物进化的“间断均衡说”^[9],是由鲍姆加特纳(Baumgartner)和琼斯(Jones)借用来描述美国在一种稳定和渐进的总体趋势中偶尔会出现重大变迁的政策过程。^[10]间断均衡模型理论是用政策图景和政策场域的变化、政策垄断(崩溃)和焦点事件的发生等一系列核心要素相互作用的方式来理解政策平衡和间断变迁的过程。其中,平衡是指政策只进行调试性的渐进式修正,间断则是指现有难题不能用原有的政策系统解决,于是发生根本的差异性变革。

在具体的公共政策变迁过程中,政策制定之初由于政策场域即社会中有权力决定某一问题的机构和团体组成垄断或开放的子系统政治^[11],如国家相关政府部门所组成的集中、封闭的体系倾向于将其他参与者排斥在外,使政策变迁处于缓慢或停滞状态^[12],同时政策在公众和媒体中以正面的理解和讨论为主(正面政策图景),此时有助于政策垄断。随着政策的实施,当政策不能适应社会大环境的变化,逐渐失去民众的支持和当局者的肯定,政策在公众和媒体中逐渐演变成负面的理解和讨论(负面政策

图景),同时一系列能够迅速聚集公众注意力的焦点事件的发生更可能引发政策变迁。政策处于垄断地位时,政策制定者如果能在原有政策系统内解决出现的新问题,政策就会显现出渐进式变迁;但是随着问题的逐渐增多,政策制定者无法在既有的政策系统下有效解决出现的诸多新问题,政策的均衡可能被焦点事件、突发问题、社会急剧变迁打断,甚至趋于崩溃,此时新的解决途径被一些政策制定者发掘,使原有政策系统受到冲击,就会出现垄断政策的崩溃。垄断政策崩溃后,决策者将对旧有政策的问题进行评判,在议题设置、决策过程中加大参与,吸取并考虑导致政策崩溃的经验;然而,垄断政策的惯性会对新政策予以抵抗,直至新政策图景证实其有效性,才逐渐趋于均衡。

间断均衡理论强调政策图景和政策场域对政策变迁的作用及作用的具体过程,但是也不乏对政策实施的理论与现实之间张力的洞察,如何解决政策与实际情况的差异等,如采用间断均衡理论探索艾滋病政策变革的条件及被及时纳入政府政策的关键机制^[13],利用间断均衡模型对中央“一号文件”农业政策变迁的研究^[14]等。国内现有的实证研究已经开始逐步把间断—均衡理论与我国的实际情境相结合,但还需对该模型进行本土化发展。

3 医疗暴力治理政策变迁的间断—均衡过程

3.1 医疗市场化,医疗暴力初步显现,不被关注的政策垄断期(2002 年以前)

上世纪 80 年代,为了解决公立医院管理体制僵化、药品缺乏、技术设备落后等问题,原卫生部提出“放宽政策,简政放权,多方集资,开阔发展卫生事业的路子,把卫生工作搞活”^[15],医疗行业跟随时代的节奏由计划经济模式进入市场经济模式,医疗纠纷显著增加。调查显示,1991 年全国百家大医院共发生医患纠纷 232 件,1998 年上升至 1 400 件,而 2003 年仅北京就有 5 000 件^[16];医疗暴力等违法现象初步显现,2003 年已有文献报道。被调查的 326 所医院中遭遇病人扰乱诊疗秩序的有 73.5%,发生打砸事件有 43.86%,对医院设施直接造成破坏的有 35.58%,打伤医务人员的有 34.66%。^[17]随着 1992 年 9 月原卫生部颁发《关于深化卫生改革的几点意见》以来,中央决策层关注点由计划经济时代“看病难、住院难、手术难”的医疗资源短缺问题,转向与市场经济体制改革相匹配的医疗市场化,政策场域中

各政策制定机构关注点也开始发生变化,由计划经济体制下医疗资源的分配问题转向加强市场化的医疗体制改革,与中央决策层的宏观价值倾向高度一致。但是这个时期医疗卫生体系原来的制度缺位、医疗保障覆盖面狭小、“看病难、住院难、手术难”的医疗资源短缺问题继续存在,而以市场化为准则^[18],医院做大做强的同时却伴随医疗费用的不断攀升,其中增长最快的为药费、检查费和治疗费,1997年分别是1992年的5.01倍、4.11倍和3.34倍^[19],导致患者不堪重负,医疗行业的“公益性”逐步丧失。公众和媒体认为,医生和医院首先考虑的是经济效益,其次才是患者的生命健康,患者到医院看病就医感觉就是在进行普通消费,且满意度不佳,患者由此产生对立情绪。如新华网报道,90年代医疗系统开始流传的点名手术、特殊病房等在民众中引起了广泛讨论,形成了“医院是不是掉在钱眼里”的负面政策图景。^[20]

这期间,为了解决患者在就医过程中可能发生的医疗事故,维护医患双方的合法权益,国务院于1987年颁布了《医疗事故处理办法》,对医疗行业规范制度等方面进行了一系列改革。同年全国人民代表大会常务委员会颁布了《治安管理处罚条例》,提及扰乱医疗秩序,导致正常医疗工作不能进行,尚未造成严重损失不够刑事处罚的:处十五日以下拘留、二百元以下罚款或者警告。虽然此期间颁布了上述“办法”和“条例”,但医疗暴力治理政策基本处于空白阶段,医疗暴力相关问题没有被中央决策层所关注,但已经形成新的医疗暴力治理政策产生的基础条件,一旦发生影响巨大的触发事件,新的公共政策将呼之欲出。

3.2 医疗暴力事件激增后的第一次间断(2002年)

二十一世纪初,随着经济的发展和“看病难、看病贵”等问题日益凸显,医疗暴力事件发生频率激增,其中影响较大的有:2001年4月28日,北京安贞医院医生被毒打,并被逼向死者遗体下跪;2001年重庆市第三人民医院眼科患者不满治疗效果,制造爆炸事件,造成5死35伤;2002年4月17日,四川省华西医科大学附属一院,患者追砍医生致左眼可能失明、双手将残;2002年10月3日,贵州省贵阳市某医院,患者不满治疗效果用猎刀砍死医生等。^[21]

上述一系列的医疗暴力事件迅速让医疗纠纷成为了社会的热点,医患矛盾被媒体炒作、放大。为了

缓和高度紧张的医患关系,新的决策情景就此出现:2002年国务院颁布并实施了《医疗事故处理条例》,针对医疗纠纷中引发的医疗暴力行为给予严厉处罚:“以医疗事故为由,寻衅滋事、抢夺病历资料,扰乱医疗机构正常医疗秩序和医疗事故技术鉴定工作,依照刑法关于扰乱社会秩序罪的规定,依法追究刑事责任;尚不够刑事处罚的,依法给予治安管理处罚。”^[22]

此条例虽然带有强烈的应急色彩,是中央决策层主动采取的措施,但是它标志着医疗纠纷开始被中央决策层所关注,为了解决医疗纠纷所带来的一系列问题,完全更新了原有的处理方式和力度,实现了第一次间断。但其政策留白也较为明显,如决策者对医疗暴力可能造成的危害认识仍不够清晰,未认识到职业医闹在纠纷和暴力中的消极作用等,卫生行政部门单方重视,但部门协同不足,尤其是未与执法、司法部门形成一致认识,最典型例子如最高人民法院与此同时颁布的《关于民事诉讼证据的若干规定》的举证责任倒置规定,对医疗纠纷的妥善处置造成了困扰。因此,该时期的政策留下了均衡变化的空间,也产生了造成负面图景的可能。

3.3 医疗暴力事件继续大量涌现,渐进式均衡期(2003—2012年)

2005年5月,湖北省东湖人民医院医闹二百余人打砸医院、殴伤院长;2006年11月10日,因一名幼童误服农药中毒在四川广安第二人民医院抢救无效死亡,数千名群众围攻火烧医院;2012年3月,哈尔滨医科大学附属第一医院恶性伤医事件造成医务人员一死三伤等医疗暴力事件频繁发生。2002年《医疗事故处理条例》实施后,患者的医疗费用没有下降而是继续上升,医疗纠纷的数量没有减少而是逐年攀升,医患关系不但没有得到缓和,反而有愈演愈烈之势,打、砸、抢、杀等医疗暴力事件仍大量涌现^[23],没有达到政策制定者的预期目标。

新闻媒体对医疗纠纷和医疗暴力的报道加剧了医患矛盾,占据主流舆论的仍然是“医院追求利润最大化、服务意识欠缺、对患者缺乏以人为本的关怀;而普通患者对于高额医疗费用苦不堪言、部分患者对医生失去了最基本的信任^[24]”的负面政策图景。基于现实需求,本着调整政策间断过程中造成负面政策图景的部分决策因素的目的,全国人大2010年颁布并实施了《侵权责任法》,修正了举证责任倒置,

2010 年司法部、原卫生部、保监会联合发布《关于加强医疗纠纷人民调解工作的意见》,2012 年原卫生部和公安部联合发布了《关于维护医疗机构秩序的通知》,执法机关以更深入的姿态介入医疗纠纷的处理,决策层方面开始由“医疗市场化”逐渐向“加强医疗卫生事业公益性的改革”方向转变,价值导向逐渐由“以药养医”回归“医疗公益性”。这个时期医疗暴力治理政策在原有基础上不断进行调整,力图妥善解决医疗纠纷,控制医疗暴力的上升趋势,属于渐进的均衡期,并取得了一定成效。但是,现实的激烈变化挑战了政策的缓慢均衡变迁,特别是 2012 年 3 月哈尔滨医科大学附属第一医院恶性伤医事件又一次考验了决策层,引发了对原有医疗暴力治理政策的考量,这时原有公共政策已不适应,新的政策图景已清晰出现。

3.4 对医疗暴力打击力度剧增,第二次间断(2013 年)

随着医疗暴力事件的大量出现,医疗行业成为了全社会关注的焦点,暴力事件既造成了个体或机构伤害,也打击了整个医疗行业的执业信心,对医疗秩序、就医环境、医疗服务质量产生了极其恶劣的影响。而此时发生的重大暴力事件加强了各方对政策负面图景的认识,2013 年 10 月,温岭市第一人民医院恶性伤医事件造成医务人员一死二伤,李克强总理对此事件十分关注,并作出重要批示,要求有关部门高度重视因医患矛盾引发的暴力事件,采取切实有效措施维护医疗秩序。决策层对原有公共政策打击暴力不力的各因素予以重新审视,以骤然加强严厉打击暴力为政策目标的新政策陆续出台。2013 年 11 月,国家卫生计生委、公安部、中央综治办等 11 部委联合发布了《关于印发维护医疗秩序打击涉医违法犯罪专项行动方案的通知》,体现了中央决策层对于医疗暴力等违法行为给社会带来不稳定影响的高度重视和严厉打击,拉开了对医疗暴力高压打击的序幕。

3.5 对医疗暴力打击力度持续增强,社会舆论转向,不断调整的均衡期(2014 年至今)

2014 年至今,引起决策者、公众、媒体关注的医疗暴力事件依然层出不穷:2014 年 2 月“齐齐哈尔北钢医院一耳鼻喉医生遇害身亡”事件^[25];2014 年 3 月 5 日“广东潮州病死者家属纠集上百人押医生游行”事件^[26];2016 年 5 月“广东省人民医院口腔科被砍伤医生不治身亡”事件^[4]。这些不断发生的焦点

事件和负面政策图景触动了中央决策层对医患关系的思考和医疗暴力相关法律政策的考量。国家层面新的法律法规和政策不断颁布:2014 年最高人民法院等 5 部委联合发布了《关于依法惩处涉医违法犯罪维护正常医疗秩序的意见》;2014 年国家卫生计生委办公厅发布了《公安机关维护医疗机构治安秩序六条措施》;2014 年国家卫生计生委、中央综治办、公安部提出《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》;2015 年全国人民代表大会常务委员会公布《中华人民共和国刑法修正案(九)》,明确了医闹首要分子处以 3~7 年有期徒刑,其他积极参加者处三年以下有期徒刑、拘役、管制或者剥夺政治权利;2015 年国务院草拟《医疗纠纷预防与处理条例(送审稿)》中明确了公安机关扰乱医疗机构正常秩序的行为应当及时采取的三项措施,包括迅速制止过激行为,开展教育疏导,控制现场秩序;及时依法处置现场发生的违法犯罪行为;对于不听劝阻的,应当依法采取强制措施并将涉嫌违法犯罪的人员带离现场调查;2016 年国家卫生计生委等 4 部委发布了《关于进一步做好维护医疗秩序工作的通知》,明确规定了滋事扰序人员违法行为未得到制止之前,公安机关不得进行案件调解;2016 年 7 月国家卫生计生委等 8 部委发布了《关于印发严厉打击涉医违法犯罪专项行动方案的通知》,展开了为期一年的严厉打击。2014—2016 年,中央各部委共发布了 5 个打击涉医违法犯罪,保障正常医疗秩序的意见、通知和措施;立法机构及时公布了《刑法修正案(九)》,标志着医疗暴力行为正式纳入刑法处罚范围,并且有明确的刑期。

上述不断出台的法律法规和政策标志着我国医疗暴力治理政策在《医疗事故处理条例》、《侵权责任法》、《治安管理处罚法》的基础上不断进行调整和更新,尤其是《中华人民共和国刑法修正案(九)》的实施,对于打击医闹等医疗暴力违法行为由一般治安处罚可上升至刑期明确的刑事处罚阶段,体现了中央决策层对于打击医闹等违法行为、维护社会稳定的态度更加坚决、果断。习近平总书记在 2014 年 3 月参加贵州代表团审议表示:“医闹”以及任何伤害医护人员的违法行为都要依法严肃处理;2015 年,“温岭杀医案”凶手被执行死刑;2016 年 8 月,在政治局常委出席的全国卫生与健康大会上强调:要严厉依法打击涉医违法犯罪行为,特别是伤害医务人员的暴力犯罪行为,保护医务人员的安全。此时,

中央决策层不断表态, 社会主流舆论、新闻媒体已由原来以抱怨、斥责医务人员的偏向性报道转变为能较为客观地分析、看待医疗纠纷的处理以及在医疗卫生体制改革中存在的一些问题, 并积极响应严厉打击暴力的政策主张。

4 医疗暴力治理政策变迁的间断均衡特征

4.1 从决策者主导型间断到参与式间断

我国特有的自上而下的层级性及推进一响应的行政生态体系, 决定了在治理医疗暴力的公共政策决策中, 中央决策层的宏观价值倾向扮演了重要角色。第一次医疗暴力治理政策间断是决策者主导的政策间断, 主要是为了妥善解决医疗纠纷, 遏制当时医疗纠纷迅猛的上升势头, 政策出台前没有广泛面向社会征求意见, 医务人员诉求也无从表达, 这有别于西方参与等方式的议程设置(如反对者进入议程、政策企业家游说等)。因此, 中央决策层的宏观价值取向在我国医疗暴力治理政策变迁第一次间断过程中是更为主要的影响因素。第二次医疗暴力治理政策的间断主要是因为医疗暴力事件的大量出现, 医疗行业成为了全社会关注的焦点, 医务人员白衣天使的形象岌岌可危, 社会道德和法律的底线一次次受到暴力的冲击, 社会舆论反响强烈, 要求改变政策现状的呼声日益高涨, 终于促使中央决策层对原有公共政策的审视, 对医疗暴力治理政策作出了重大改变。在第二次间断形成的过程中, 随着互联网、新媒体等信息传播方法的更新和变化, 支持、推动了媒体关注和全民参与式讨论的发展, 相关利益方除了在各级人民代表大会和政协会议上提交提案、以行业年会等正式的方式提出自己的诉求和看法外, 更增加了互联网、新媒体等表达和传播诉求的非正式方式, 成为了我国医疗暴力治理政策变迁的中央宏观价值层面之外的又一关键驱动性因素。特别是自2013年以来, 各种新政策的出台无一不伴随着社会重大事件的发生, 焦点事件的发生能够迅速聚集公众的注意力, 引起社交网络、主流媒体、政治精英和医疗行业等相关利益方意愿表达, 医务人员也可以通过政治会议正式表达, 通过集会、新媒体信息的迅速传播等方式进行非正式表达。至此, 我国公共政策变迁间断方式开始从决策者主导型逐渐向参与式转型。

4.2 从单一决策场域到协同决策场域

医疗暴力发生的原因是复杂多样的, 医疗暴力

的解决也需要国家权力机构的配合保障实施。在一次间断前后, 医疗暴力治理政策几乎全部由单一的决策场域, 如国务院、全国人大常委会等颁布, 虽然其行政级别很高, 但是主体单一。2010年出现由司法部、卫生部、保监会3部委联合发文, 2012年公安部、卫生部联合发布《关于维护医疗机构秩序的通告》。从第二次间断开始, 大量出现多部委联合发文的情况, 其中由国家卫生计生委、公安部、中央综治办等11部委联合发布的《关于印发维护医疗秩序打击涉医违法犯罪专项行动方案的通知》更是创下了联合发文部委数量的记录。与中央各部委联合发文相呼应的是, 地方各级政府也相应出台了地方配套文件, 并责成相关政府部门联合执行、落实中央颁布的医疗暴力治理政策。从医疗暴力治理政策变迁历程中可以看出, 决策者主导型导致管理部门协同能力较强, 政策场域中国家相关政府部门常常多部门联合发文, 这是中国特色的重要优势, 决策场域从只有国务院、全国人民代表大会发布法律条文到司法部、国家卫生计生委、保监会、公安部等多个达11部门的联合发文, 政府相关部门的联合参与在医疗暴力治理政策的变迁中也发挥着至关重要的作用。至此, 医疗暴力治理政策的变迁在决策场域中呈现由单一部门到多部门联合, 中央、地方协同制定、实施为一体的政策体系。

4.3 从过度保护单方利益到以维护公共利益为核心

从改革开放到2002年以前, 医疗纠纷的数量随着经济社会的发展呈现出迅速增长的趋势, 一系列的医疗暴力事件迅速让医疗纠纷成为了社会的热点, 医患矛盾被媒体炒作、放大。为解决医患之间高度紧张的关系, 由国务院颁布并于2002年4月施行了《医疗事故处理条例》, 同期最高人民法院发布《最高人民法院关于民事诉讼证据的若干规定》, 其中因医疗行为引起的侵权诉讼, 由医疗机构就医疗行为与损害结果之间不存在因果关系及不存在医疗过错承担举证责任, 即通常所说的举证责任倒置。明确了医疗机构举证的义务, 增加了举证的难度, 为患者降低了诉讼成本, 具有明显的保护单方利益倾向。自《医疗事故处理条例》和《最高人民法院关于民事诉讼证据的若干规定》实施以来, 医疗纠纷的数量并没有如决策层所预期的有所下降, 医疗暴力事件反而愈演愈烈。在政策的间断均衡变迁中, 中央决策层在综合考虑后, 由多部委联合发文加大了对医疗

暴力的打击处罚力度,修正了举证责任倒置的举证规则,更好的维护了法律的公平正义。直至今日,这种高压态势仍然在持续,体现了中央决策层对于医疗暴力治理政策倾向的变化,由保护单方面利益上升到依法严厉打击医疗暴力,维护社会公平正义的阶段。至此,医疗暴力治理政策通过两次间断,其价值倾向由保护单方面利益上升至维护正常医疗秩序,维护社会公平正义。

5 讨论与建议

我国医疗暴力的产生既包括体制、机制方面的原因,也包括法律法规的缺失、媒体对医疗行业的不客观报道等社会环境的影响。^[27]在改革开放和市场经济不断发展的过程中,国家对医疗暴力治理政策不断进行了调整和改进,经历了激烈的间断和渐进式的均衡,其中立法支持保护医务人员、维护正常医疗秩序的经验值得借鉴,总体上体现出了公共政策的有效性和科学性。但实质性的体制变革才是解决医疗暴力最根本的方略。^[28]通过对具体的政策图景和政策场域、焦点事件等政策过程因素的分析,本文认为,要做出科学有效的医疗暴力治理政策决策,可以在以下几个方面进一步予以完善和加强:

5.1 继续增强政策制定、实施全过程的民众参与,避免形成封闭的政策场域体系

我国医疗暴力治理政策的参与式转型对形成科学决策大有裨益:加强民众参与能够避免产生封闭政策场域,加大信息公开力度可以解释政策间断的原因,减少误解,增加可接受度。未来应进一步加强医疗暴力治理决策参与机制的完善,既要拓宽参与渠道,也要提高参与的有序性、代表性、均衡性和全程性,既要避免某方强势利益表达,也要关注制定、实施、修正等政策全过程的参与效果。在决策中,应适当加强民众参与,继续加大信息公开力度,拓宽和规范民众参与途径,汇集各方信息和建议,对决策者意志主导的模式进行协调,共同推进政策的科学化和民主化。^[29]在政策实施中,为提高政策效能,一方面,应充分对新医疗暴力治理政策予以宣传,如对于新发生医疗暴力事件的后续处理进行充分报道,包括刑事处罚和经济赔偿,在广大民众中形成较高的知晓度;另一方面,在逐步对医疗贿赂、过度医疗等医疗行业弊病予以革除的基础上,对医疗行业的特殊性和现代医学发展的局限性予以科学普及。最

终,为有效参与决策以及政策后果的参与式理性反馈奠定认识基础。

5.2 全面分析焦点事件在公共政策间断式变迁中触发作用的影响

从焦点事件的社会影响力以及与治理政策出台的时间紧密性,可以看出焦点事件在医疗暴力政策变迁的过程具有重要影响力。全面分析焦点事件可以有效探寻其发生的体制、机制、客观环境等方面的深层次原因,做到客观、理性的看待和及时、有效处理焦点事件,避免出现只关注焦点事件中弱势方的利益,而忽略了整个社会的公共利益,如曾经有关举证责任倒置的规定,忽略了医方利益,没有得到及时的调整和纠正。在焦点事件发生后,决策层的治理政策均能及时出台,但往往侧重于严惩,并由此延伸出台严打专项行动,带有比较明显的应急色彩。然而,严打政策虽然有助于维护公共秩序和公共场所的安全,却缺乏对妥善解决医患矛盾的具体关注,也未从根本上实现对医务人员个体安全的真正保障,现实中,已经出现了医务人员在医疗机构外遭遇暴力,或者被严厉处罚后的患方愤而采取更激烈举动的实例。因此,在严厉打击医疗暴力的同时应更加重视医患矛盾的化解,做到严厉打击和矛盾化解齐头并进,不能重打击而轻化解,强调治理政策及时性和有效性的同时注意长效机制的建立,只有这样才能达到严打的目的,又能逐步缓解医患矛盾,有效化解医疗纠纷。

5.3 清晰而细致的政策表达,不留旧政策的惯性空间,使新政策发挥出缓解矛盾的作用

在医疗暴力治理政策变迁过程中,由倾向保护单方面利益转向维护整个社会的公共利益,可能在一定时期内受到旧政策惯性的影响,如公安、司法部门“和稀泥”,患者及家属无法适应新政策,转而采取其他伤害医务人员的方式,如院外对医务人员进行人身攻击或骚扰等。因此,新政策的发布和实施过程中,应注意以下两个方面的问题,一方面是加强舆论宣传,提高广大民众的参与意识,强调新政策与旧政策的区别,克服惯性思维,正确引导民众对新政策的认识;另一方面应避免“换汤不换药”没有实质变化的政策出台,同时消除旧政策的惯性空间和对新政策的不良影响。这就要求新的政策有更明确和更具体的规定,如国家将对职业医闹采取更明确的认定和打击,对医疗机构防暴措施实施不当的责任人、

对执法不力的执法机构采取问责制度,严厉打击与调和化解的具体标准和措施以及两者的结合方式等,只有这样新政策才能不留旧政策的惯性空间,起到惩治暴力、化解纠纷、缓和矛盾的作用。

参 考 文 献

[1] 贾晓莉,周洪柱,赵越,等. 2003年-2012年全国医院场所暴力伤医情况调查研究[J]. 中国医院, 2014, 18(3): 1-3.

[2] 梁海柱. 令人震惊的哈医大一院血案[J]. 山东卫生, 2012(4): 54-55.

[3] 王宁. 医患冲突无休[J]. 中国医院院长, 2014(1): 48.

[4] 周清泉. 医闹之殇何时休[J]. 检察风云, 2016(13): 74-75.

[5] 山东莱芜一儿科医生被患者家属砍成重伤 不治身亡 [EB/OL]. [2016-11-12]. <http://mt.sohu.com/20161004/n469598451.shtml>

[6] Hogwood B W, Peters B G, Press S M S. Policy dynamics [J]. American Political Science Review, 1983, 78(3): 833.

[7] 杨涛. 政策变迁的间断与平衡——一个模型的介绍与启示[J]. 合肥学院学报: 社会科学版, 2011, 28(3): 93-96.

[8] 程意真. 转型时期政府管理体制改革的新型模型——间断性均衡改革[J]. 甘肃行政学院学报, 2007(1): 10-12.

[9] 吴汝康. 达尔文时代以来生物学界最大的论战——系统渐变论与间断均衡论[J]. 人类学学报, 1988, 7(3): 270-277.

[10] 杨诚虎. 西方公共政策研究新进展[J]. 行政论坛, 2006(5): 94-96.

[11] Jones, Bryan D. Agendas and instability in American politics[M]. The University of Chicago Press, 2009.

[12] 徐媛媛. 政绩困局与政策间断——以新医疗改革方案的出台为议题[J]. 经济体制改革, 2010(2): 141-144.

[13] O'donnell D, Perche D. Resetting the agenda: the makings of? A New Era[J]. Sexual Health, 2016.

[14] 陈伟,高力. 间断——均衡模型:中央“一号文件”农业

政策变迁的一种分析框架[J]. 云南行政学院学报, 2015(2): 104-107.

[15] 关于卫生工作改革若干政策问题的报告[J]. 中国医院管理, 1985(8): 5-7.

[16] 中国医疗暴力史 [EB/OL]. [2016-11-12]. <http://www.infzm.com/content/95720>

[17] 樊静,姜潮. 医疗纠纷的现状及对医院和医务人员的影响[J]. 中国医院管理, 2003, 23(1): 29-31.

[18] 尹明芳,龚舒琴. 当前医院经济工作面临的问题及对策[J]. 中国卫生经济, 2003, 22(11): 47-48.

[19] 周绚. 探讨有效控制医疗费用上涨的可行对策[J]. 中国卫生统计, 1998(5): 32-33.

[20] 公立医院的“特需”病:是不是掉到钱眼里了? [EB/OL]. [2016-11-12]. http://news.xinhuanet.com/politics/2010-02/21/content_13019769_1.htm

[21] 细数中国医生遭遇的惨案 [EB/OL]. http://www.360doc.com/content/12/0328/10/821532_198520099.shtml

[22] 卫生部.《医疗事故处理条例》及配套文件汇编[M]. 中国法制出版社, 2002.

[23] 徐正东. 我国医疗纠纷举证责任分配制度演变及其述评[J]. 四川警察学院学报, 2011, 23(4): 44-48.

[24] 田丰. 医疗暴力:原因及应对[J]. 医学与哲学, 2014, 35(8A): 90-93.

[25] 郑海农. 耳鼻喉科医生为何“被杀”[J]. 健康博览, 2014(5): 20-21.

[26] 龙敏飞. “押医生游行”[J]. 杂文选刊月刊, 2014, 4(下): 58.

[27] 郑金华. 医疗暴力的成因及治理[J]. 产业与科技论坛, 2013, 12(22): 41-42.

[28] 冯磊,侯珊芳. 医疗暴力防控的国际经验及其借鉴[J]. 医学与哲学, 2015, 36(13): 60-62.

[29] 董宜芳. 我国公共议程设定中的民众参与分析[J]. 黑河学刊, 2010(12): 59-60.

[收稿日期:2016-10-31 修回日期:2016-12-16]

(编辑 薛云)