

医闹行为的归因模型构建及干预路径选择

——基于扎根理论的多案例研究

王英伟*

【摘要】医闹事件在全国范围内频发，成为构建和谐医疗秩序的重要制约因素，受到学术界的广泛关注。当前关于医闹行为的诱致性因素仍缺乏系统性的整合研究。论文以 G 省 2013—2017 年影响较大的医闹事件为研究对象，运用扎根理论及多案例研究方法，对医闹行为的归因模型进行构建。研究发现：（1）医患双方及政府医疗纠纷处理机构的偏好是诱致医闹行为的内在驱动力。（2）制度性障碍尚未破除是诱发医闹问题的外在推力。正式纠纷解决制度运转不良以及当前医疗供给侧行政型市场化所引致的供方激励扭曲，加剧了医方行为的失当、患方过激维权手段的应用和政府纠纷处理机构非制度化处理方式的普遍化。（3）医患双方资源拥有类型及数量的多寡决定了其在医闹事件中的工具选择。患方既有源于自身的势能资源，也有来自亲缘、媒体等辅助资源，在对抗手段的选择上有较大空间，而医方受自身条件限制，在应对医闹事件的工具选择上较为狭窄和被动。（4）医院领导人的领导风格在医疗纠纷处理中扮演着重要角色，刚性领导风格更易于诱发患方的强力反弹，而柔性风格的领导者在弱化矛盾、舒缓危机中更具优势。最后，论文从构建“医－患－政”三方互信机制、革除制度梗阻、强化辅助型政策工具运用层面提出治理策略。

【关键词】医闹行为 归因模型 扎根理论 政策工具

【中图分类号】D63

【文献标识码】A

【文章编号】1674-2486(2018)06-0068-19

一、引言与文献概述

近年来，医患矛盾纠纷较为频繁，且有进一步增加的趋势，特别是患者或患者家属对医生进行语言、肢体威胁或暴力冲击的医闹事件愈演愈烈。随着患

* 王英伟，复旦大学国际关系与公共事务学院，博士研究生。感谢匿名评审人的意见。

方以外参与医闹的“职业医闹”群体的进入，医闹问题更加扩大化，对医师人生安全、医院正常诊疗秩序，以及医疗卫生事业的健康发展构成了严重威胁。针对医生的辱骂、威胁、人身伤害的集体暴力行为也以较快速度增长。大多数医务人员曾遭受过辱骂与恫吓。尽管近年来，医闹入刑等有关规范法律法规相继出台，对“法外私了”的医闹行为形成了较为有力的制约，但法律规制仍属治标之策，尚难根除医疗暴力顽疾。在当前我国医疗卫生事业改革进入新阶段的背景下，深入探讨医闹行为的生成机理、从根源探索有效的干预路径，对建设和谐医患关系，促进中国医疗卫生事业健康发展具有重要意义。

医闹是医疗纠纷的极端表现，是患者或患者家属对医院或医生的诊疗行为、诊疗效果不满，为获取赔偿、发泄情绪、平衡心理，而采取暴力手段威胁医疗人员安全、扰乱医疗卫生秩序的民间非正当维权行为。法律制度范式将医闹行为归因于行为主体法律意识缺失、精准性的法律规范及纠纷解决保障机制缺位。王志鑫（2017）认为医疗法律缺失、医患双方法律知识和理性意识失衡、制度化的医疗纠纷解决机制失灵等问题的凸显，为替代性的非制度化维权手段应用创造了条件。在患方博弈筹码的反复权衡和医方压力型体制约束下，公正性平衡准则的缺失，致使医患双方预期难以契合，制度对患方利益诉求保障性削弱，非正当维权途径的引力随之得到强化（吴新叶、袁铭健，2017）。另一方面，我国医疗行业已转向市场化运作轨道，医疗筹资模式的市场化与医疗事业管理的计划性相互冲突，矛盾性的制度安排对扭曲医疗行为、恶化医患关系起到了推波助澜的作用（Yao，2012）。

情感心理范式认为，社会心理安全感趋弱，投射到个体层面，产生的信任危机弱化了行为主体间的精神纽带，使患方对制度优待、对医方道德的期许较高与现实满意程度较低之间存在明显的落差。徐喆玥和谢莹（2016）采用维克森林医师信任量表及调查问卷的方法对来自安徽、海南、四川三所医院的272名患者进行了调查，研究发现：患者的职业与对医方的信任程度存在差异，医闹行为与医患信任程度存在显著的相关性，特别是医方在患方认知盲区行为的公开性和透明度直接关系到患方对医方的信任水平。徐昕和卢荣荣（2008）引入安东尼·吉登斯（Anthony Giddens）的结构二重性理论来论证医疗暴力与信任之间的逻辑关联，认为诱发医疗暴力的因素中既有制度设计、制度安排以及医疗过程中的潜规则等结构性要素，同时也有医患双方能动性选择的非结构性要素，反映了行为主体与客观结构的二重化过程，二者之间的相互作用共同引致“不信任—暴力—不信任—暴力”的恶性循环。此外，郇建立（2009）意识到情感在医疗领域所具有的特殊意义：由于医疗事故对患方及其家属的身心损害，相比于其他利益性的损害产生的不良影响更大，因此情感要素在驱使非理

性行为中扮演着更为重要的角色。

社会治理范式将医闹问题置于社会视野下，作为社会治理问题进行分析。盛娅农（2017）指出医闹行为本身所具有的人身侵害性、高度风险性和试探性等特点，决定了医闹不仅是一个法律现实问题，更是一个社会治理问题。他将医闹置于社会治理创新这一宏观背景下，审视该问题在处理过程中所面临的问题及干预困境。由于信访、卫生行政部门等机构回应效率低、治理柔性缺乏，忽视民众合理的利益诉求，长期以来在民众心中形成了诉求挫败感和不信任感，而这一心理阴影在很大程度上进一步削弱了民众与治理机构间沟通的有效性，从而使得通过暴力手段解决问题的可能性大为增加。此外，张晶（2017）则引入抗争研究范式，从情感、牟利激励、正式纠纷解决制度失效的综合性视角探讨了医闹参与者的行为逻辑，同时对医闹事件中患方的维权型动机和牟利型动机做了细致的讨论。

综上所述，现有研究从理论层面对诱发医闹行为的因素进行了较为全面的研究，取得了丰硕的成果，但仍存在诸多缺陷：在研究内容上，已有研究未建立在对医闹事件内部差异性仔细剖析的基础上，多是从宏观上笼统地探讨医闹现象的生成原因；在研究方法上，尚未有运用扎根理论对医闹行为的归因模型进行构建和系统性的诱导因素分析，同时，基于个案进行的研究较多，缺乏对多案例的信息挖掘与整合，因此对实践指导意义尚显不足；另一方面，以往研究所选案例多取材于已经人为加工后的二手资料，材料与现实的契合性如何，未行考证，研究基础存在明显短板，由此形成的推论亦存在较大误差；在研究者所立足的角色上，先前研究大多站在第三方角度进行分析，失于对涉事主体的多维度关照，缺乏对医闹事件生态的全面把握。本研究以 G 省 2013—2017 年的典型医闹案例为数据源，采用扎根理论和多案例研究的方法，对案例中不同涉事主体的话语及行为进行分析、归类，建构医闹行为的归因模型，从而明确：医闹事件的触发机制是什么？演化的诱因为何？并尝试建构一个系统的理论框架对引致医闹问题的因素进行整合分析。

二、研究方法与模型构建

（一）研究方法及数据来源

1. 扎根理论与多案例研究

20 世纪 60 年代中期，社会学家巴尼·格拉泽（Barney Glaser）和安塞尔

姆·斯特劳斯 (Anselm Strauss) 以早期质性研究者的分析程序和研究策略为基础,糅合了哥伦比亚大学的实证主义和芝加哥学派的实用主义、田野研究的思想精髓,创造性地提出了以质性数据收集、分析为基础,提取概念并建构理论的扎根理论研究方法 (Glaser & Strauss, 1967)。1965 年格拉泽、斯特劳斯研究团队对数十家医院里即将走向生命尽头的多位病人进行了长期的观察,详细记录并分析了不同病人对自身死亡的感知和行为表现 (Strauss & Glaser, 1965)。在此基础上,建构了关于死亡过程的分析模型,形成了系统的方法论策略。该分析框架的意义不仅局限于关于死亡过程的研究,同时对诸多其他问题的研究也产生了较大的理论价值。随后,格拉泽和斯特劳斯于 1967 年发表《扎根理论的发现》,首次对扎根理论的研究方法进行了系统性阐述,倡导在基于数据的研究中发现理论的方法要优于从已有的理论出发演绎可验证性的假设 (Glaser & Strauss, 1967)。1978 年格拉泽在其著作《理论敏感性》中将扎根理论置于冷静的经验主义、严格的编码方法之中,强调生成的发现,以及模仿量化方法有些模糊的专业化语言 (Glaser, 1978),使其精确性和适用性得到进一步的强化与拓展。

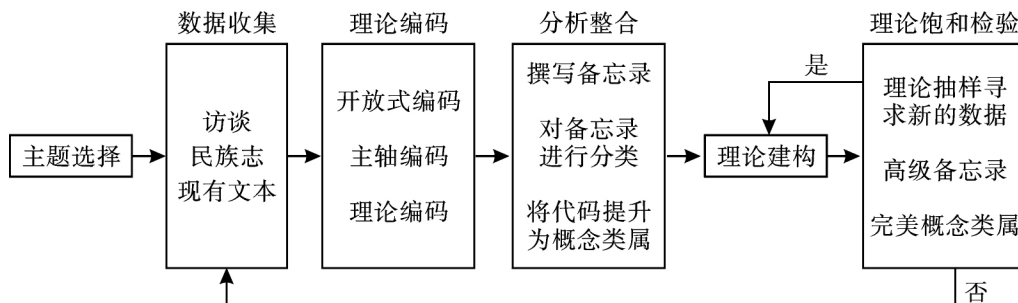


图1 扎根理论的基本操作流程

资料来源：作者自制。

随着扎根理论不断完善和发展,扎根理论受到了学术界的广泛推崇。诸多国外学者参与到该理论的研究中,将其用于教育教学 (Smith et al., 2018)、能源开发 (Hernández, 2016)、企业管理 (Xu et al., 2017)、心理学研究 (Walker et al., 2015) 等诸多领域,成为经典的探索性研究方法之一。目前我国在扎根理论的引荐与应用上也呈现明显的上升趋势。在理论评述层面,现有研究主要分布于扎根理论的核心要素 (景怀斌, 2017)、评判标准 (费小冬, 2008)、操作思路 (丁鹏飞等, 2012) 等不同侧面; 在实践应用层面,扎根理论被用于公共服务外包管理 (贾旭东, 2011)、债务风险识别 (高华、王晓洁,

2017)、突发事件治理(李理,2018)、共享经济行为诱因(常亮,2017)、网约车服务质量(任其亮、赵子玉,2018)、医疗卫生(汪波、段琪,2014;张鑫、王丹,2018)、精准扶贫(袁树卓等,2018)、城市转型(郭鹏飞、周英男,2018)等多个领域,显示出其强大的理论张力和探索性的理论推演能力。

具有典型性和多样性的案例是扎根理论研究的重要数据源和概念提取对象,是其归纳性逻辑思维展开的前提和基础(Mom et al., 2009)。由于多案例虽是案例数量的增加,但并非“量的简单重复”,其类似“重复性实验”,在以理论建构为目标的研究中,通过重复性检验,能够使解释对象得到多次修正和完善,使建构的理论更趋准确(黄振辉,2010)。而基于单案例进行研究固然有利于对涉事主体行为进行更为深入的解读,并有助于对问题本身进行嵌入式分析,但案例研究并非真正意义上的“实验研究”,其中隐含大量的非可控因素,特别是针对多因多果问题的研究,单案例解释力的局限即显露出来。因此,通过多案例研究更有助于发现案例细节,并挖掘类属中的差异,进而在增进对经验世界认知的同时,建构更具解释力的理论模型。我国的医患冲突数量始终居高不下,医闹事件亦不鲜见,长期以来积累了大量的医闹案例。本文在案例选取中遵循以下原则(满足其中之一或多个):(1)对医院或医生造成较为严重的威胁或损伤;(2)受到媒体关注,引发舆论探讨;(3)“职业医闹”群体进入,实现“法外私了”。本文选取了9个典型案例,以其中6个案例为数据源,进行概念提取和模型构建,以另3个对理论饱和度和模型的合理性进行检验。

2. 数据来源

为保障案例的典型性和可靠性,本文通过实地调研、资料考察、深度访谈的办法进行数据收集。其中研究的资料来源于G省“医调委”的备案资料,“医调委”内部资料对多起医疗纠纷事件进行了记录。考虑到医疗纠纷事件发生时间越久,事件追溯难度越大的现实问题。我们遵从已设定的案例选择原则,在G省2013—2017年记录在案的医疗纠纷案例中,筛选其中13例危害性较大、影响较广、记录较为详细的医疗暴力案例。对案例中涉及医患双方的基本信息、患者及其家属的相关背景资料、医院、政府医疗纠纷调解机构或法院提出的纠纷处理过程记录中的已公开信息,进行进一步的整理,并尝试与案例中的涉事主体包括医务人员、患者或其家属、相关“医调委”成员及其他知情人士等进行访问,以对案例的演化过程进行深描,还原更多的案例细节。剔除其中4起当事人追溯困难或访谈质量较差的案例,对剩余的9起医闹事件进行数据统计。研究者于2018年3月至6月间累计有效访问38人,每例访谈完成后,结合现场

录音进行文字转录工作，最大限度地保证话语的原始性，并回忆和描述被访者当时的肢体动作及情绪变化等非语言活动。经被访者确认无误后进行文本录入和保存。本研究中的所有访谈持续时间在 20 – 30 分钟之间，剔除掉与主题明显不相关的信息，共形成了 38 份访谈文本，构成本文编码的主要对象。

(二) 数据编码及模型构建

1. 开放式编码

开放式编码是围绕已获取资料展开的第一阶段的编码，通过对已有资料中的字、词、句所反映出来的时间、地点、人物、行为、态度、立场，进行分析、检验、比较、概念化和范畴化的过程（卡拉威利格，2013）。我们在开放式编码中尽可能地使用原生代码，即直接采用在与研究对象对话中出现的关键性语言 and 原表述词汇，以保证这些具有潜在解释力的语句能够与研究对象的处事经验形成紧密的关联，从而建立更为直接的从“田野”到“理论”的解释桥梁，规避因过多语言转换导致的解释断桥风险（郑庆杰，2015）。本文首先以其中 6 个案例访谈转换文本为基本数据源，将收集到的文本资料录入到 Nvivo10.0 中，以该软件为辅助，对文本资料中的词句及观点进行仔细整理，同时剔除无效、相关性较低及重复的信息，共抽象出 55 个概念；最后，对初始概念进行聚类分析和范畴化，形成了 12 个范畴。受制于篇幅，选取每个概念中的一个有效语句解释初始概念的提取依据。

表 1 开放式编码及范畴化

范畴	原始资料（初始概念）
情绪触发	花了家里攒了许多年的血汗钱，人要是没有事我们就什么也不说了，可钱也花了又出了这么大的事（被剥夺感）
	进去的时候人还好好的，出现这样的结果（医疗事故）让我们怎么能接受得了！（精神刺激）
	患者家属的意见得不到回应，以前一直压抑着，事故发生后愤怒情绪更强烈了，说什么也听不进去（愤怒积蓄）
	他们（医院）说得轻巧，对我们（患者家属）来说这是天大的事！一点赔偿款就想把我们打发了（不公平感）
	现在我们（患者）可不是上帝，医生才是！我们得看人家医生脸色，生怕人家给你搞点小动作（低满意程度）

◆学习贯彻党的十九大精神系列：健康中国与健康治理

(续上表)

范畴	原始资料 (初始概念)
心理预期	<p>我们大老远跑到这医院来看病,希望能赶紧治好,结果出了这样的事,让我们非常失望(患方高心理预期)</p> <p>治疗这种病症本身就有风险,许多结果怎么样我们也说不好,只是每个病例风险大小不一样而已,不可能完全避免得了。我们之前就和患者家属说了,但真出事后,患者家属仍然不依不饶,根本不考虑这些(医院避险能力弱)</p> <p>我们知道这家医院名声大才过来的,没想到遇到这么不负责任的医生(对医院信任、对医生不满)</p> <p>和人家(医疗纠纷处理机构)非亲非故、没关系、没门路,哪能解决得了(对医疗纠纷处理机构不信任)</p>
行为动机	<p>腿脚现在挪起来更不方便,一遇到下雨天又疼得厉害,工作也找不着,无论怎么样,都要讨回个公道(患方维权)</p> <p>出了这样的事故,按规定走赔偿流程,但患者家属胃口太大,根本就是在讹人(借机牟利)</p> <p>这件事要是不私了,事情越闹越大,反而更加麻烦,还不如就忍忍,赔钱算了(息事宁人、维护声誉)</p>
对抗手段	<p>那天上午就有家属拿着棍棒聚集在医院门口,有的冲进去砸坏了我们的柜台和窗口。XX医生被患者家属殴打得多处软组织挫伤(暴力冲突)</p> <p>我们亲戚们商量不闹不行,把亲戚家年轻的和老人集合起来,找到医院去,不然这事拖到什么时候(关系网络)</p> <p>请人家专门做这些的人(职业医闹)能办事,让我们几个去,身体又不行,闹又闹不动(职业医闹)</p> <p>听说XX通过大闹才把事情解决了,所以这也是没办法的办法(经验借鉴)</p> <p>患者家属纠集了一帮人在微信、QQ、微博这些媒体上发牢骚、对医院和医生进行谩骂和诋毁(言语攻击)</p> <p>过去好一段时间,一些患者家属在医院门前拉横幅,烧、撒纸钱,并向来往行人哭诉(门前抗议)</p>
诉求表达渠道	<p>我们找过医院的领导,但一直拖着不解决,我们家几口人生活都是问题!(反应机制)</p> <p>政府机构觉得这种小事都跑来告状,置之不理,只是登记一下,就不再问,而且也根本不想管(政府部门不作为)</p> <p>能想到的调解地方都去了,这些人要么相互推责任,要么就是处理了,结果也让人不满意(调解机构作用不彰)</p> <p>出事了,你去告法院?法院动不动拖好几个月,我们哪能耽误得起(司法处置途径不畅)</p> <p>这种事情我们确实不好管,你管得多了,把你也牵扯进来了,搞得自己也别想安生(处理机构避险)</p>

(续上表)

范畴	原始资料 (初始概念)
价值取向	<p>我们医院也不愿意把这事闹大,事情既然已经发生了,能和解就和解,不然到时候谁都好不了(维护声誉)</p> <p>对我们(医生)的考核不仅看你有多少功,还要看你的过(评价体系)</p> <p>发生这种事情,患者家属情绪激动我们也能够理解,毕竟你看那情况也真挺不容易的(共情心理)</p> <p>承诺我们希望很大、会治好的,我们这才敢把人送到这里来(组织承诺)</p> <p>(某医院领导)不排除有些医生的确责任心不强、服务难以让患者和家属满意的状况的确存在(医德医风)</p>
法制规范	<p>有些患者家属素质低,不懂相关规定也不知道走正常程序,有问题不来找我们(调解机构),我们很难发现问题及时干预(法制意识)</p> <p>我们国家现在对这种专门恶意闹事行为打击力度还是不够,让这些投机牟利的人闹闹就能得逞(制度规范)</p> <p>现在政策规定的赔偿标准根本满足不了患者家属的要求。只有把事情闹大,才能获得他想要的补偿款。患者家属不相信这个。你和他说其他的根本听不进(制度规定不被患方认同)</p> <p>闹事的患者家属大多没受过良好的教育、素质比较低、收入不稳定,自律意识很差(法制教育)</p>
医院资源及能力	<p>由于经费限制,我们(医院)的一些设备安全保障措施的确存在漏洞(基础设施)</p> <p>最近几年,我们(医院)已经花大力气引进专业技术强、责任性高的医生了(人才队伍)</p> <p>每天接待许多病人,排队的非常多,我们医院的人手也很紧张(任务繁重)</p> <p>(某医生)既要搞科研,又要搞临床诊疗,还要带研究生(工作强度大)</p> <p>现在许多疑难杂症的关键药物很紧缺,有的还要加价进口(资源紧张)</p> <p>我们用道德激励医生,可现在医生各种生活压力也挺大(医生经济压力)</p> <p>有些疾病很少见,也很难控制,这目前在哪个医院都是这样,何止我们这一家(诊疗水平)</p>
道德质疑	<p>这些人(医生)只认钱不认人,钱供应不上就敷衍你(对医生道德质疑)</p> <p>有些患者主观认为我们调解部门办不了事,觉得只有通过把事情闹大才能解决问题(负面社会背景)</p> <p>医院有人能在上面能说上话,咱还打官司?!打也肯定打不赢。再说拿啥请律师呀(对机关人员廉洁性的质疑)</p> <p>鉴定机构的人都是他们医院的,肯定向着医院,那结果怎么能信(对鉴定人员道德质疑)</p>

◆学习贯彻党的十九大精神系列：健康中国与健康治理

(续上表)

范畴	原始资料 (初始概念)
媒体介入 / 网民解读	<p>我们通过那些同情我们的媒体，把这事曝出去，让大家知道这家医院的真实情况（媒体扩散）</p> <p>我认为有必要为本来就处于弱势地位的患者家属在社会上进行呼吁（主动介入）</p> <p>媒体加入的确给我们带来很大的压力，公众往往不知道真实情况，容易被煽动，给医院造成很大的负面影响（舆论施压）</p> <p>（某法院人士）媒体往往先于我们判决出来就传播出去了，结果把医生妖魔化了或把事实都扭曲了，给当事人带来很大压力（媒体的扭曲或放大效应）</p> <p>（调解机构）网民们结合他们之前的不良就医体验，借这个机会发泄心中的不满（危害渲染）</p>
政策背景	<p>人家国外医生靠技术谋生，我们国内是靠卖药、做检查赚钱（制度诱导）</p> <p>（医院领导）患者家属闹事不仅就事故闹事，事实上也是患者们对我们现在的医疗政策不满（质疑医疗政策）</p> <p>开药费用太贵、自费比例又太高，钱花了不少，病又恶化了，不该赔了？（政策不满）</p>
冲突处置机制	<p>医生和患者在治疗过程中，不及时、有效的沟通，医院也没有充分照顾到患者家属的情绪，出了事故后又推卸责任（沟通不畅）</p> <p>事故发生得太突然了，我们的干预要遵守一定的程序，不可能为某一件事破例（程序限制）</p> <p>现在许多规定都模糊不清，也没有一套清晰的赔偿标准，只能看情况想办法（预案不健全）</p>

资料来源：作者自制。

2. 主轴编码

主轴编码（关联式编码）是针对在开放式编码中代码与代码之间的类属或主题进一步凝聚、聚焦、精炼和区分的过程，同时在这一过程中，依据资料中呈现的各种关系，如时间、结构、功能、因果等，陈述副范畴与现象间关系的本质，构想副范畴与主范畴间的假设性关系，并通过实际资料来研判是否支持这种假设性的关系。主轴编码属于从经验描述到概念分析的过渡阶段，是把数据再次恢复为连贯整体的策略（Corbin & Strauss, 2015）。在主轴编码的过程中同样应保持开放性，可增加新的分析维度和范畴，并非完全受制于第一层面的开放式编码中形成的概念。本文的主轴编码是在第一阶段开放式编码所提取出概念的基础上，根据不同范畴所呈现的相关性，探索其之间的联系，进行重新组合与概念的再次抽象，共形成心理－偏好、制度－选择、资源－工具3个主

范畴，12 个副范畴。

表 2 主轴编码形成的主范畴和副范畴

主范畴	副范畴	关系的内涵
心理 — 偏好	情绪触发	被剥夺感、精神刺激、愤怒积蓄、不公平感、低满意程度
	心理预期	患方高心理预期、医院避险能力弱、对医院信任、对医生不满、对纠纷处理机构不信任
	道德质疑	对医生道德质疑、负面社会背景、对机关人员廉洁性的质疑、对鉴定人员道德质疑
	价值取向	维护声誉、评价体系、共情心理、组织承诺、医德医风
	行为动机	患方维权、借机牟利、息事宁人、维护声誉
制度 — 选择	法制规范	法制意识、制度规范、制度规定不被患方认同、法制教育
	政策背景	制度诱导、质疑医疗政策、政策不满
	冲突处置机制	沟通不畅、程序限制、预案不健全
	诉求表达渠道	反应机制、政府部门不作为、调解机构作用不彰、司法处置途径不畅、处理机构避险
资源 — 工具	对抗手段	暴力冲突、关系网络、职业医闹、经验借鉴、言语攻击、门前抗议
	媒体介入/ 网民解读	媒体扩散、主动介入、舆论施压、扭曲效应、放大效应、危害渲染
	医院资源及能力	基础设施、人才队伍、任务繁重、工作强度大、资源紧张、医生经济压力、诊疗水平

资料来源：作者自制。

3. 理论编码与模型构建

理论编码是在前两个阶段编码的基础上，以理论建构为目的，对概念、类属进行整合的过程。格拉泽认为，理论编码是在前两阶段中所形成类属之间关系的具体化，同时进一步把支离破碎的概念重新聚拢在一起（Glaser, 1978）。因此，理论编码是反映研究问题的核心架构并使其理论化的重要步骤。本文确定的核心范畴是医闹行为的诱导因素和演化机理。根据故事线将 12 个副范畴组合后，发掘出 3 种匹配机制，其中医患双方及政府医疗纠纷调解机构的偏好是医闹问题演化的内驱动力；正式纠纷解决制度的异化、医疗卫生改革过程中形成的制度积弊，是加剧医闹问题的外在推力；此外，医患双方资源拥有类型亦对医闹行为产生重要影响。本文将该理论称之为医闹行为的三位归因模型。

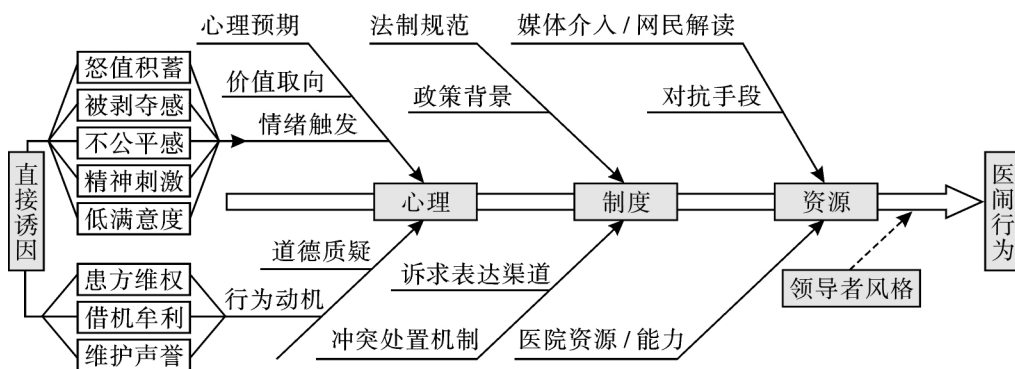


图2 医闹行为归因模型鱼骨图

资料来源：作者自制。

4. 理论饱和度检验

“饱和”不是一而再地看到同一模式，而是对研究对象进行对照之后的概念化，由此产生模式的不同属性，且在这一模式中再没有新的属性出现，即“概念密度”已经达到饱和（Glaser，2001）。即使不断地增加新的数据，也并不能形成新的类属使已经形成的概念密度得到增加，即被视为理论饱和。本文对剩余的其他3个案例文本资料进行标记、编码和概念化，并未发现更新的概念出现，已有的范畴之间也并未出现新的关联。这表明依据文本数据建构的医闹行为归因模型具有良好的理论饱和度。但在我们对医院领导者的访谈和观察中，发现不同领导者的领导风格与医闹行为具有某种相关性，如具备刚性领导风格的领导者相比具备柔性风格的领导者可能更容易诱发患者及其家属的对抗情绪，柔性风格的领导者则在舒缓危机方面更具优势。因此本文在图2的医闹行为归因模型中增加了“领导者风格”这一范畴，以进一步提升理论饱和度。

三、医闹行为的归因模型及模型诠释

通过理论编码和归因模型构建，从整体层面形成了一个完整的理论框架，但对其中诱致医闹行为的逻辑脉络尚不明确，因此，在该部分我们将研究重点转向要素串联和医闹行为诱导逻辑中来，进一步讨论医闹行为演进过程中心理、制度和资源对医闹行为主体的影响及作用机理。

（一）心理－偏好：内在驱动机制

每一种心理偏好模式均有与之相适应的共享社会价值观和价值信念，即价

值偏好，而这些偏好不可能随意变动、组合，它们往往是外生的，总与特定的社会关系紧密相连，即使是内在对事物价值的判断也往往出于外部因素长期作用的结果。因此，可以说价值偏好指导人们的喜恶、冷静与冲动等心理活动与行为选择，由其塑造而成的心理偏好亦是如此（杨绘荣，2013）。在医疗事故这一现实问题中，持有不同心理偏好的主体，对医疗风险的感知、心理预期、选择信任或怀疑以及应对态度也不尽相同，因而反映在具体行动上，必然表现出各自独特的行为模式。因此，可以认为心理偏好是医闹行为的内在驱动力。

医闹中的行为主体心理偏好主要表现在信任关系和心理动机两个层面。从信任层面看，医闹行为中的信任关系主要表现为患方对医院、医生以及正规维权渠道的信任关系。患者选择就诊医院往往是基于前期对医院整体实力的认可，也即患方对医院形成某种信任关系。在事故发生后，患方面向直接对象医生进行追责，患方对医生的职业道德、诊疗行为产生怀疑和不满，同时由于医疗事故鉴定机构又为医疗机构本身，患者及其家属对鉴定结果的公正性产生质疑。对正式矛盾解决渠道能否及时、有效解决问题的低可信度，加剧了患者心理的不公平感和被剥夺感。吉登斯认为，人的生活需要一定的安全感和信任感，当信任不再，其所引发的焦虑和愤怒会促使人们诉诸暴力（吉登斯，1998）。从行为动机的角度看，主要表现在患方、医方、纠纷处理方动机三个层面。其中，患方的动机较为复杂，往往具有维权和牟利的混合型特征，单一的某种动机均无法对医闹行为作出恰切的解释。无论个人参与或是纠集群体参与医闹都指向具体的权利和实际利益。伴随着纠纷长时间的持续发酵，医方的声誉逐渐削弱。医方出于声誉考量，往往选择赔款来息事宁人。于纠纷处理机构而言，为防止“引火上身”往往也倾向于采用“购买稳定”的方式来处理矛盾冲突。因此，患方的不信任感、混合型动机及医方、纠纷处理机构维稳型动机共同构成医闹行为心理层面的导火索。

（二）制度—选择：外在推动机制

制度是组织在一定理念指导下形成的若干运行规则，或用以规范人们互动行为的约束条件（North，1990）。正常情况下，对个体而言，个体行为选择都是在由制度构成的情境下进行的。制度能够决定个体行为选择的范围和边界（田国强、陈旭东，2018）。在高维权成本环境下，患方对制度复杂性的排斥和对制度有效性的疑虑增强。稳健维权手段带来的收益较小，而过激的抗争行为则能够引起政府及媒体的介入和干预，获得更高的成功率和回报率，从而形成了突破制度边界的非制度行为选择倾向、为患方的暴力手段应用提供了外部

动力。

对医方而言，当前我国公立医院改革进程缓慢，诸多公立医院在行政关系上仍然隶属于政府部门，其内部架构、运作模式和激励机制均停留在计划经济时代，仍据医疗资源的垄断地位（郭科、顾昕，2017）。而在公立医院处于“寡头”地位或不完全竞争的医疗服务市场情境下，政府为抑制因医方谋利行为诱发的医药产品价格过快上涨，推行的价格管制等控费办法，并不能对医方的牟利行为起到有效的规制作用（朱恒鹏等，2014）。就政府行政性控费的实践状况来看，医院和医生为规避价格管制下的租值消散，必然会寻求其他途径来弥补利益损失。如收取医药生产厂商回扣、过度医疗、变相抬高医药费用等，进一步加剧了供方激励扭曲，而这正是引致医患冲突的重要制度诱因。因此，在医疗行业运作体系依然呈现高度行政化格局下，医方凭借其卖方垄断地位从患者处索取利益的行为并不能从根本上得到改善（顾昕，2018）。而在社会救助、医疗保险等配套机制尚不完备的情况下，患者的利益更加难以得到保障。

正式纠纷解决制度的失效是导致医患冲突不断升级的另一重要制度诱因。负责处理医患纠纷的政府机构，具有多层级性和多纵向性，包括上级行政主管部门、基层各医患纠纷处置机构，以及政府部门单设的纠纷处置部门等，而当前各行为主体间职责和功能的界定模糊，是引发医疗纠纷解决机制效用低下的关键原因。如公立医院与卫生行政部门管办不分，导致后者既是前者的上级又是医患纠纷的裁决者之一。卫生行政部门作为医院的上级行政主管部门，事实上难以客观、中立地行使对医院的监督职能，在发生医患冲突之后，倾向于对院方进行庇护。而作为判定医疗事故责任的民间、行政、司法鉴定机构功能在医患纠纷发生后其作用也未能得到有效发挥。其中，行政鉴定机构易被同行相护等因素干扰，而存在结果公正性的隐忧。民间和司法鉴定机构虽具备中立优势，但民间鉴定机构在我国的发育并不完善、可信度低，司法鉴定又具有时效性差且费用高等缺陷。因此，医患纠纷处理机构功能模糊和医疗事故鉴定机构运转不良，共同引致正式纠纷解决制度的失效。

（三）资源－工具：对抗反应机制

资源构成了解决问题的基础，一定程度上决定着行为主体能否达成目的、以及在医疗事故发生后所能够运用的对抗工具选择。法兰克福学派的批判理论中一个重要的概念即“工具理性”（陈振明，1996）。工具理性认为，行动者总是较为理性地利用现有的资源或条件选择适合的策略。外在的法律、法规、法理，自身的关系或社交网络、弱者的符号和身份、身体，都构成了行动者可以

借用的资源或条件，从而显著地影响了行动者的行动策略。这些突破程序边界的暴力应用不过是个体的理性计算后作出的选择。詹姆斯·斯科特（James C. Scott）对东南亚底层抗争行为的研究发现，抗争者往往采用嘲笑、讽刺、不服从等行为，不相信精英说教，用坚定强韧的努力和冲动亢奋的情绪对抗无法抗拒的不平等。“生存伦理”“弱者武器”以及“隐藏文本”成为底层抗争的主要工具（斯科特，2007）。医疗事故发生后，患方对抗工具的选择与斯科特所研究的此类底层抗争行为具有一定的相似性。正式纠纷解决制度的失效，对患方在其他资源的利用和抗争工具的选择上形成了诱导。在医闹行为中，患方往往基于“生存伦理”动用“弱者武器”即弱势身体条件或社会网络关系，通过磨、缠、闹等进行一系列表演性抗争行为来对医方施加压力（黄振辉，2011）。

患方的势能主要来自以下几个层面：其一，患方的弱势身体条件和悲情状态。患方运用自身的弱势条件进行的表演性抗争行为成为在与医院对抗中最为直接的武器。其二，群体性的集合势能。研究过程中发现，医闹事件中以扩大的联合家庭成员行动为主的事件较为常见，而仅以核心家庭成员进行抗争的则较少。在家族集合力量依然较为单薄的情况下，雇佣“职业医闹”参与闹事成为一个主要选择，以此来增加与院方博弈的筹码。其三，借力扩散形成的势能。在当前自媒体迅速发展的情况下，院方对舆情关注的迫切程度甚至超出对事故后果的关心。医疗事故的曝光极有可能为医院的声誉带来重大冲击。而媒体传播能够作为患方抗争的有效工具，就在于医闹行为往往能够达到媒介化效果。医闹行为往往由于其能抓住普通老百姓的共情心理，而具有相当报道价值。因此，具有表演性的抗争行为往往能够达到医闹者期望的效果。这也使得事件传播的媒介化成为医闹往往能够成功的关键因素之一。

值得注意的是，医方所拥有资源的多寡，在一定程度上决定了医方的诊疗能力和在医闹事件中的应对能力。医方受制于医疗队伍素质及诊疗设备等限制性因素，决定了其诊疗能力具有有限性和风险性，临床上也无绝对安全的药物和诊疗办法，使医疗事故并不能从根本上得以规避，由此为医闹行为埋下了隐患，同时使其在医闹事件发生后，在对抗工具的选择上处于不利地位。

四、结论及对干预路径的启示

通过开放式编码、主轴编码和理论编码，对医闹案例中医闹行为的多维诱导因素进行了研究，同时对医闹行为的归因模型进行构建。研究表明，诱发医闹行为的因素主要归结为：心理－偏好、制度－选择、资源－工具这三个主范

畴。主要结论如下：（1）患方、医方以及政府医疗纠纷处理机构的偏好是医闹行为的内在驱动力。心理偏好要素不仅局限于患方混合性的维权及牟利心理，同时包含医方及政府纠纷处理机构的避险及维稳心理；而被剥夺感、不公平感和心理刺激、低满意度等因素成为触发患方医闹最为直接的心理因素；维持医院声誉与政府形象，是医方与政府医疗纠纷处理机构倾向于在医闹行为发生后“购买稳定”的主要心理动因。（2）正式纠纷解决制度失效、当前医疗供给侧行政型市场化所引致的供方激励扭曲，构成了医闹问题恶化的制度诱因。（3）患方及医方资源拥有类型及拥有量的多寡决定了其在医疗纠纷中的工具选择。患方既有源于自身的势能资源，也有来自亲缘、媒体等资源，在对抗手段选择上空间较大，而医方受自身条件限制，在医闹问题应对工具选择上较为狭窄和被动。（4）医院领导者的领导风格在医疗纠纷处理中扮演着重要角色：刚硬的领导风格更易于导致患方的强力反弹，激化医患双方的矛盾冲突；柔性领导风格的领导者在弱化危机、舒缓矛盾中的优势更为明显。

基于上述结论，医闹问题的治理需从心理、制度和资源三个层面出发，寻求软化医闹危机、甚至消弭的根本性出路。

（一）构建“医－患－政”三方良性对话机制，重建互信关系

长期以来，医患之间的信任关系逐渐减弱，特别是在医疗事故发生后，医患双方的利益立场不同，使原本弱化的信任关系变得更加脆弱，且由于患方对正式纠纷解决渠道的不信任，也使医闹在心理层面的诱因变得更加复杂化。因此，消解诱致医闹行为因素，必然要从强化医方、患方以及政府纠纷处理机构三者间的互信关系着手：医闹行为中，患方情绪的激发和心理不平衡感的强化，很大程度上与院方刻意回避，医患之间未进行充分、有效的沟通有关。因此通过医患之间长效对话机制的构建，提高院方在事故发生后的主动性和患方意见的回应性，及时缓和患方情绪，防止矛盾激化和冲突扩散。另一方面，患方与纠纷调解机构之间的不信任关系是长期以来民众与政府机构互动过程中形成的固有印象，是政府机构公信力不足的直观反映。因此，患方与纠纷调解机构之间信任关系的改进，有赖于纠纷调解机构自身的能力建设和对规则的严格遵从。纠纷处理机构应以从根源上化解矛盾为出发点，转变畏惧引火上身、求稳妥的思维观念，积极介入并对医闹行为进行干预，助力医患双方找到化解矛盾的可行方案，提升公信力，以树立廉洁、公正的形象。

（二）破除引致医闹问题的制度性障碍，消解制度积弊

医疗供给侧行政型市场化所引致的供方激励扭曲，所诱发的医疗行为失当，

是医患冲突从医方来看的重要制度诱因。矫正该制度性障碍的关键在于打破对供方扭曲的激励机制，重构更为有效的激励模式。而以公共契约为基础的医保付费改革为重构供方激励机制提供了较好的思路。在覆盖全民的医保制度建立后，“医方－患方”之间的单向委托代理关系，可转换为“医方－医保付费机构”与“医保付费机构－患方”双重委托代理关系（杜创，2017）。一方面，患方向医保付费机构缴纳医疗费用，医保付费机构作为更为专业的“被委托人”向患方提供更优的医院选择、付费等服务；另一方面，拥有较高专业医学知识水平的医保付费机构作为医药产品和服务费用支付方，具备监督医院和医生是否具有不当医疗行为的能力和动力，有助于控制医药价格过快上涨。因此，建立并完善“医方－医保付费机构－患方”三者之间的良性互动关系模式，对重构更为有效的供方激励机制具有重要意义。

在医疗纠纷处理机制方面，厘清各医疗纠纷处理机构的责任归属和功能定位，同时提升医疗事故鉴定机构的信度和效度，是实现正式医疗纠纷处理机制良性运转的关键。医疗行政主管单位是院方行为的监督和管理者，同时又是医疗纠纷的裁决者。在医疗纠纷监管体系中，有必要坚持“管办分离”的原则，医疗行政主管单位扮演好监管和管理者角色，促使院方真正成为履责的行为主体。同时，不断探索针对基层纠纷处理机构的考核和问责机制，并将其纳入到基层纠纷处理机构的行为监管中，以规避因基层医疗纠纷处理机构将正式制度空置及消极避责行为，进而提升基层医疗纠纷处理机构的办事效率。另一方面，应强化医疗事故责任鉴定机构的中立者角色。通过建立和完善独立于卫生行政部门及其他行政机关的第三方鉴定机构，来对医疗事故损害进行统一鉴定。以强化对医疗事故鉴定过程的监督和责任追究制度建设，来对鉴定单位形成强有力的约束，保证鉴定结果的中立性，从而为明晰医患双方责任归属及此后的维权活动提供客观的责任判别依据。

（三）强化辅助型政策工具运用、增进社区及第三方社会组织作用

对患方而言，“闹”不是目的本身，而是表达或实现其利益的方式，医闹仅仅是利益表达的硬性“外壳”。以直接而刚性的手段，强力压制矛盾，并非软化医闹“外壳”的有效手段，也并不能从根本上化解冲突。因此，在强力打击和法规规制等医闹行为的刚性解决手段之外，强化辅助型政策工具的应用具有必要性。医闹事件中，院方和医疗纠纷处理机构承担着主要的调解工作，而社区及第三方社会组织作为辅助性政策工具的作用遭到忽视。事实上，社区和第三方社会组织作为与患方、院方以及政府机构均无直接利益牵涉的组织，具备保

持中立的现实性基础，在调解矛盾中更有利于获得各方信任，是对医闹问题进行弹性治理的重要方式。对社区而言，其在情绪安抚，深入了解患方除利益诉求外的情感诉求方面更具优势；相比社区，第三方社会组织往往拥有更为专业化的咨询和服务团队，不仅有利于对患方压抑的情绪进行合理的疏导，而且能够发挥其专业优势，为患方提供切实可行的维权路径参考，并商讨可能的解决办法；同时社区和第三方社会组织相比政府医疗纠纷处理机构，处理效率更高，成本更低，对增进医闹问题解决的及时性和可操作性具有积极意义。

本文试图对医闹行为的诱致因素进行剖析，并将其纳入到一个整体性的研究框架中，虽然对医闹行为的干预路径选择提供了一些启发性观点，但仍存在一些不足之处：由于研究主题的复杂性、敏感性以及具体资料的约束，只能进行概要性的分析研究；就扎根理论研究方法本身的缺陷而言，其对文本数据的处理和分析并非完全意义上的量化研究，因而缺乏必要的精度和准确性。未来，该研究主题中关于医闹行为制度性诱因的规避，特别是对医方及政府医疗纠纷处理机构的激励机制创新方面的研究尚需强化；医闹行为的心理诱因也亟需从心理学、行为学等多学科角度进行解析和干预；就研究方法而言，通过对医闹事件的跟踪观测，获取及时的数据信息并进行详细记录分析对更为准确的论证研究具有相当的价值。概言之，医闹问题的规避并不能一蹴而就，仍需要从动态的视角进行系统化、具体化的研究。

参考文献

- 安东尼·吉登斯(1998). 社会的构成：结构化理论大纲. 李康、李猛译. 北京：生活·读书·新知三联书店.
- 常亮(2017). 消费者参与共享经济的行为归因和干预路径——基于扎根理论的分析框架. 贵州社会科学, 8: 89-95.
- 陈振明(1996). 工具理性批判——从韦伯、卢卡奇到法兰克福学派. 求是学刊, 4: 4-9.
- 丁鹏飞、迟考勋、孙大超(2012). 管理创新研究中经典探索性研究方法的操作思路：案例研究与扎根理论研究. 科技管理研究, 17: 229-232.
- 杜创(2017). 动态激励与最优医保支付方式. 经济研究, 52(11): 88-103.
- 费小冬(2008). 扎根理论研究方法论：要素、研究程序和评判标准. 公共行政评论, 3: 23-43.
- 高华、王晓洁(2017). 基于扎根理论的BT债务风险因素识别研究. 财会通讯, 17: 96-99.
- 顾昕(2018). 新时代新医改公共治理的范式转型——从政府与市场的二元对立到政府-市场-社会的互动协同. 武汉科技大学学报(社会科学版), 6: 589-600.
- 郭鹏飞、周英男(2018). 基于扎根理论的中国城市绿色转型政策评价指标提取及建构研究.

- 管理评论, 8: 257-267.
- 郭科、顾昕(2017). 过度医疗的解决之道: 管制价格、强化竞争还是改革付费?. 广东社会科学, 5: 176-185.
- 黄振辉(2010). 多案例与单案例研究的差异与进路安排——理论探讨与实例分析. 管理案例研究与评论, 2: 183-188.
- 黄振辉(2011). 表演式抗争: 景观、挑战与发生机理——基于珠江三角洲典型案例研究. 开放时代, 2: 71-84.
- 郇建立(2009). 慢性病与人生进程的破坏——评迈克尔·伯里的一个核心概念. 社会学研究, 5: 229-241.
- 景怀斌(2017). 扎根理论编码的“理论鸿沟”及“类故理”跨越. 武汉大学学报(哲学社会科学版), 6: 109-119.
- 贾旭东(2011). 中国城市基层政府公共服务职能的不完全外包及其动因——基于扎根理论的研究发现. 管理学报, 12: 1762-1771.
- 卡拉威利格(2013). 心理学质性研究导论. 郭本禹、王申连、赵玉晶译. 北京: 人民邮电出版社.
- 李理(2018). 基于扎根理论的网络事件信任传递机制研究: 以罗尔事件为例. 全球传媒学刊, 1: 39-52.
- 任其亮、赵子玉(2018). 基于扎根理论的网络约车服务质量影响因素研究. 重庆交通大学学报(自然科学版), 11: 1-8.
- 盛娅农(2017). 社会治理创新视角下我国医疗纠纷处理的问题与对策. 社会科学研究, 6: 68-73.
- 田国强、陈旭东(2018). 制度的本质、变迁与选择——赫维茨制度经济思想诠释及其现实意义. 学术月刊, 50(1): 63-77.
- 汪波、段琪(2014). 基于扎根理论的基层医疗卫生机构补偿机制及要素探析. 大连理工大学学报(社会科学版), 2: 20-26.
- 王志鑫(2017). 我国医患关系紧张的法律成因及其对策. 卫生经济研究, 3: 15-18.
- 吴新叶、袁铭健(2017). 医患冲突治理: 法治的缺席及其矫治——一个基于身份冲突的解释框架. 社会科学, 12: 13-20.
- 徐喆玥、谢莹(2016). 医患信任现状及影响因素分析. 中国卫生质量管理, 2: 49-52.
- 徐昕、卢荣荣(2008). 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, 1: 82-101.
- 袁树卓、殷仲义、高宏伟、刘沐洋(2018). 精准扶贫中贫困的瞄准偏离研究——基于扎根理论的内蒙古Z县建档立卡案例. 公共管理学报, 4: 1-18.
- 杨绘荣(2013). 外生性与预见性: 艾伦·维尔达夫斯基论政治偏好. 理论月刊, 11: 53-57.
- 詹姆斯·斯科特(2007). 弱者的武器. 郑广怀、张敏、何江穗译. 南京: 译林出版社.

◆学习贯彻党的十九大精神系列：健康中国与健康治理

- 张鑫、王丹(2018). 基于扎根理论的个体医疗健康信息源选择行为影响因素研究. 图书情报工作, 14: 5-13.
- 张晶(2017). 正式纠纷解决制度失效、牟利激励与情感触发——多重面相中的“医闹”事件及其治理. 公共管理学报, 1: 61-74.
- 朱恒鹏、咎馨、向辉(2014). 财政补偿体制演变与公立医院去行政化改革. 经济学动态, 12: 61-71.
- 郑庆杰(2015). 解释的断桥：从编码到理论. 社会发展研究, 1: 149-164.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. CA: Sage.
- North, D. C. (1990). *Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical Sensitivity*. Mill Valley. CA: The Sociology Press.
- Glaser, B. (2001). *The Grounded Theory Perspective: Conceptualization Contrasted with Description*. Mill Valley. CA: The Sociology Press.
- Hernández, D. (2016). Understanding “Energy Insecurity” and Why It Matters to Health. *Social Science & Medicine*, 167: 1-10.
- Mom, T. J. M., van den Bosch, F. A. J. & Volberda, H. W. (2009). Understanding Variation in Managers Ambidexterity: Investigating Direct and Interaction Effects of Formal Structural and Personal Coordination Mechanisms. *Organization Science* 20(4): 812-828.
- Strauss, A. & Glaser, B. (1965). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Smith, M. R., Grealish, L. & Henderson, S. (2018). Shaping a Valued Learning Journey: Student Satisfaction with Learning in Undergraduate Nursing Programs, a Grounded Theory Study. *Nurse Education Today*, 64: 175-179.
- Walker, C., Baxter, J. & Ouellette, D. (2015). Adding Insult to Injury: The Development of Psychosocial Stress in Ontario Wind Turbine Communities. *Social Science & Medicine*, 133: 358-365.
- Xu, P., Xu, X. & Su, J. (2017). The Legitimacy Acquisition Mechanism of First-Moving Enterprise under the Background of Industrial Change—A Case Study of State Grid Corporation of China based on Grounded Theory. *Economic Management*, 11: 1-9.
- Yao, Z. (2012). *Practicing Clinical Medicine in a Post-Socialist State: An Empirical Study on Professional Autonomy of Chinese Urban Doctors*. Hong Kong: Hong Kong University Dissertation.

Attribution model construction and intervention path choice of disruptive Incidents in Medical Disputes—Multiple case studies based on the grounded theory

..... YingweiWang

Abstract Medical disputes have occurred frequently across the country, which is a major constraint on the construction of harmonious medical order. At present, there has been no systematic, integrated study of the inductive cause of severe medical disputes. This study took the disruptive incidents in G province involving medical disputes that occurred from 2013 to 2017 as its research objects and constructed an attribution model of the medical disputes through the application of grounded theory and the multiple case study method. The findings are as follows: (1) The psychological preferences of both doctors and patients and the coordinating institutions of government regarding medical disputes were the internal driving force to increase medical disputes; (2) The institutional obstacles, which are the external thrust to induce medical trouble, have not been eliminated. The alienation of the formal dispute resolution system and the distorted incentives of the medical services supplier caused by the current administrative marketization have aggravated the improper behaviors of doctors, the application of the excessive patient's rights safeguards, and the universalization of the non-institutionalized treatment of the government dispute settlement agencies. (3) The types and quality of resources owned by doctors and patients determine their choices of tools in medical incidents. The patients not only their individual potential energy resources, but also those potential energy resources from relatives, geography, media, and others, so they have more choices for confrontation. While being passive, doctors have little choice due to the limitations of their positions compared with patients. (4) The style of hospital leadership plays an important role in the solution of medical disputes. Rigid leadership makes it easier for the patients to respond forcefully, while flexible leadership has more advantages of weakening conflicts and crises. Finally, this paper puts forward solutions, such as building a "doctor - patient - government" tripartite trust mechanism, eliminating institutional obstructions, and strengthening the use of auxiliary policy tools.

Key Words Medical Disputes; Attribution Model; Grounded Theory; Policy Tools.

●ARTICLES

Can Social Insurance Make Us Happier? —As Mediated by Self-identified Stratum and Moderated by Public Service Performance Perception

..... Zhiyang Hou

Abstract In recent years, the "Income - Happiness" puzzle has attracted the research