

2015-2016

中国医患关系 蓝皮书

北京大学医学人文研究院 中国医师协会◎编 著
王 岳 丛亚丽◎主 编

2015-2016
CHINESE
PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP
BLUE BOOK



北京大学医学出版社

2015—2016 中国医患关系蓝皮书

2015—2016 CHINESE PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP BLUE BOOK

北京大学医学人文研究院 中国医师协会 编著

王 岳 丛亚丽 主编

北京大学医学出版社

2015—2016 ZHONGGUO YIHUAN GUANXI LANPISHU

图书在版编目 (CIP) 数据

2015-2016中国医患关系蓝皮书/王岳,丛亚丽主编;
北京大学医学人文研究院,中国医师协会编著. —北京:
北京大学医学出版社,2017.6
ISBN 978-7-5659-1622-9

I. ① 2… II. ① 王… ② 丛… ③ 北… ④ 中…
III. ① 医院—人间关系—研究报告—中国—2015-2016 IV.
① R197.322

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 121415 号

2015—2016 中国医患关系蓝皮书

编 著:北京大学医学人文研究院 中国医师协会

主 编:王 岳 丛亚丽

出版发行:北京大学医学出版社

地 址:(100191)北京市海淀区学院路38号 北京大学医学部院内

电 话:发行部 010-82802230;图书邮购 010-82802495

网 址:<http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷:中煤(北京)印务有限公司

经 销:新华书店

责任编辑:刘 燕 责任校对:金彤文 责任印制:李 啸

开 本:710 mm × 1000 mm 1/16 印张:18.75 字数:297千字

版 次:2017年6月第1版 2017年6月第1次印刷

书 号:ISBN 978-7-5659-1622-9

定 价:66.00元

版权所有,违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

编者名单

(以姓氏汉语拼音排序)

- | | |
|-----|--------------|
| 陈 伟 | 北京市积水潭医院 |
| 陈志华 | 北京陈志华律师事务所 |
| 丛亚丽 | 北京大学医学人文研究院 |
| 邓 勇 | 北京中医药大学 |
| 杜佳聪 | 北京大学医学人文研究院 |
| 樊 荣 | 清华大学长庚医院 |
| 冯 磊 | 重庆医科大学 |
| 高 峰 | 解放军 305 医院 |
| 黄媛媛 | 北京大学医学人文研究院 |
| 赖立里 | 北京大学医学人文研究院 |
| 李 殊 | 北京中医药大学 |
| 廖美霞 | 北京大学医学人文研究院 |
| 刘 淙 | 北京大学医学人文研究院 |
| 刘兰秋 | 首都医科大学 |
| 刘香君 | 北京大学医学人文研究院 |
| 刘炫麟 | 首都医科大学 |
| 龙靖森 | 北京大学医学人文研究院 |
| 卢思佳 | 华东师范大学社会发展学院 |
| 全 芳 | 北京大学医学人文研究院 |
| 沈威宇 | 北京大学医学人文研究院 |
| 王 岳 | 北京大学医学人文研究院 |
| 魏智民 | 解放军 305 医院 |
| 吴天昊 | 北京大学医学人文研究院 |
| 夏 芸 | 东南大学 |

肖明朝	重庆医科大学
薛天娇	北京大学医学人文研究院
杨 健	北京大学公共卫生学院
杨鸿滔	北京大学医学人文研究院
姚泽麟	华东师范大学社会发展学院
岳远雷	湖北中医药大学人文学院
翟宏丽	中国政法大学
曾炳麟	首都医科大学
张 晨	北京大学医学人文研究院
张 弛	北京大学医学人文研究院
张森冰	北京大学医学人文研究院
赵皓玥	华东师范大学社会发展学院
赵金山	北京大学医学人文研究院
赵西巨	山东中医药大学
邹旭光	北京大学医学人文研究院

卷首语

当健康成为人们所关心的民生大事时，自然地，医患关系也是社会关注的重要议题。要想对医患关系有更透彻的理解，采取多学科视角是必不可少的。《2015—2016 中国医患关系蓝皮书》主要侧重于从法律的角度对医患关系进行研究，其中既有国内外不同国家的医患关系发展历史，也有某个法律制度出台的背景分析。另外，也有学者从人类学的视角解读医患关系，也有学者从医院文化建设的角度探索医患关系建设。同时，本书也提供了对医患关系大事记的历史梳理。本书的作者既有知名专家，也有高校的本科生和研究生。本书的每一个议题都非常有价值。

如果某个社会在一段时期出现医患纠纷的高发，则必有其历史和制度上的原因，需要对历史和相关政策变化及社会经济变迁等因素进行研究和梳理，从而有助于我们理解问题的本质。对社会改革起直接促进作用的往往就是某个具体的案例，例如，我国于 2003 年 8 月 1 日废止了《城市流浪乞讨人员收容遣送办法》，并颁布了《城市生活无着的流浪乞讨人员救助管理办法》。这种收容遣送制度的终结便得益于“孙志刚案例”。从历史的角度看，发生医患法律纠纷并不是坏事，它可以帮助我们反思问题，并完善相应的立法与制度，或起草缺失的立法与制度。例如，新西兰的健康事务专员制度便起因于从 1987 年 6 月披露的医患纠纷事件，是关于新西兰国家妇女医院在未经患者知情同意的情况下，对子宫颈癌症前期异常的患者进行了研究试验。对此案例的调查直接导致了新西兰《健康及残障事务专员法》的出台。在“美国医患关系的历史回顾”一文中提到了职业的市场化和令人眼花缭乱的广告等因素。该文所讨论的议题对我国医患关系的现状和问题同样也有影射作用和警示意义。

我国第一本医学伦理学专著《医业伦理学》的作者——民国医师宋国宾于 1934 年在第 115 期的《医药评论》上发表了一篇题为“医师与律师”的评论。他写道：“医师者所以保障人命也，律师者所以保障人权也……

虽然，病情千变万化者也，医师之治病也，有可治有不可治焉。病人之不幸而归于死亡者，有死于医，有死于病焉……抑又闻之，事实可是非，而法律可左右，律师之驭法也，固当一出于大公无我之心……但一二不肖之徒往往舞而弄之。一有所舞弄，则事生矣！而是非颠倒矣，以保障人权之先锋，而为破坏人权之工具，岂法律之尊严固如是耶？孟子曰：‘矢人惟恐不伤人，函人惟恐伤人’”此番话对当今的我国也同样有极为深刻的借鉴意义。医师、患者、律师和法官均需要做负责任的公民，共同维护医患关系的和谐，保障医患双方的权益。

这些年来，随着对医患关系问题的关注，“医学”与“人文”越来越多地被关联在一起，这也是历史与社会发展的必然。今天，我们往往在学科分类中将法律、经济和管理都归为社会科学的范畴（而非传统人文学科范畴），这就使我们更多地关注了其“实用性”和“工具性”，而忽略了其必然包涵的“人”的背景要素和“善”的终极目标。所以，如果法律实践与法学研究脱离了人文精神与人文价值追求，则其必然无法发挥应有的作用，甚至可能出现我们都不希望看到的“异化”现象。

1892年，《美国医学会杂志》(*Journal of the American Medical Association, JAMA*)发表了一篇针对患者对医师的暴力袭击的佚名文章《袭医》(*Assaults upon Medical Men*)。此文提出：尊严、冷静与克制是我们医疗行业需要秉承的品质。这一点对今天的我们亦有震撼的力量。

在理解了医患关系问题背后的制度、法律、行业和公民素养等因素之后，让我们继续前行。

王 岳 丛亚丽

2017年5月1日

目 录

第一部分 立法谏言

我国亟待通过立法推动医学模式转型

- 国务院《医疗纠纷预防与处理条例（送审稿）》若干关键问题的
思考与建议.....王 岳 1

第二部分 他山之石

美国医患关系的历史回顾.....杨 健 20

医患之间：经由法律的规制

- 来自域外的启示.....刘兰秋 26

第三部分 医患关系与知情同意

判例研究：替代医疗方案的说明义务

- 以 2000 年后的日本最高裁相关判决为对象.....夏 芸 40

《中华人民共和国侵权责任法》医疗知情同意规则研究.....岳远雷 67

“共同决策”模式初探

- 以恶性肿瘤治疗为例.....高 峰 黄媛媛 魏智民 丛亚丽 85

第四部分 医患关系与医疗过错

英国侵权法视野下中国医疗过失的流变与展望.....王 岳 94

中美药物临床试验中受试者损害补偿制度比较及

- 启示.....刘炫麟 曾炳麟 105

第五部分 医患关系与医院管理

患者安全在中国.....郑双江 姚海燕 肖 玲 肖明朝 124

医生，你不该说的 10 句话.....王 岳 153

第六部分 医患关系与社会学

医患关系链社会文化与知识权力.....	赖立里	161
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	170
关系空间理论视野下的医患关系生产及其启示.....	冯 磊	192

第七部分 医患关系的新挑战

互联网医疗相关概念辨析.....	陈志华	207
“网络医托”侵权救济与多维监管探讨.....	邓 勇 李 殊	217

第八部分 学子园地

刍议美国《医师收入阳光法案》		
.....	全 芳 刘 淙 张 晨 沈威宇 王 岳	232
医患关系“恶性循环”的破解之道：美国《道歉法案》的		
浅析与启示.....	吴天昊 张 驰 邹旭光 王 岳	248
医患保密协议的法律机制及相关问题探讨		
.....	廖美霞 杜佳聪 刘香君 赵金山 龙靖森 王 岳	259
从一本年代久远的书中寻找医学新的视角		
——《医师与患者》读书笔记 ...	杨鸿滔 薛天娇 张森冰 王 岳	273

附 录

2015—2016 年医患关系大事记.....	280
-------------------------	-----

第一部分 立法谏言

我国亟待通过立法推动医学模式转型

——国务院《医疗纠纷预防与处理条例（送审稿）》若干关键问题的思考与建议

王 岳

伴随着《中华人民共和国侵权责任法》的颁布,《医疗事故处理条例》中与《中华人民共和国侵权责任法》内容冲突的部分亟待修订。国务院已经正式启动了《医疗事故处理条例》的修订工作,新法名称暂定为《医疗纠纷预防与处理条例》。从新法名称可见医疗纠纷的预防应当成为立法的重点内容。国务院法制办公室也向全国征求对《医疗纠纷预防与处理条例(送审稿)》的意见。笔者在此谈一谈新法可能涉及的一些关键问题的思考和立法建议。

1 修订《医疗事故处理条例》的必要性

1.1 是《中华人民共和国侵权责任法》实施后的客观需要

《中华人民共和国侵权责任法》于2009年12月26日由全国人大常委会审议通过,并于2010年7月1日施行。其中第七章“医疗损害责任”共有11款条文,全面规定了新的医疗损害责任的救济规则,对由“医疗事故责任”与“医疗过错责任”等三个双轨制构成的二元化的医疗损害救济制度进行了根本性的改革,建立了一元化的医疗损害救济制度^[1],与以往处理医疗纠纷所适用的《医疗事故处理条例》及其配套法规有较大的

王岳,北京大学医学人文研究院院长助理,副教授,法学博士,北京大学法学院硕士生导师。

注:本文的探讨以国务院法制办官方网站发布的《医疗纠纷预防与处理条例(送审稿)》为准,参见中国政府法制信息网(网址:<http://www.chinalaw.gov.cn>)。

不同。《中华人民共和国侵权责任法》实施后,《医疗事故处理条例》不再成为人民法院审理医疗纠纷民事案件的主要依据,而是回归其作为行政法规的主要法律职能,即作为卫生行政主管部门处理医疗事故争议,并追究行政管理相对人(医疗机构和医务人员)行政责任的法律依据。因此,非常有必要对《医疗事故处理条例》进行修订,删除其在民事赔偿部分与《中华人民共和国侵权责任法》相冲突的内容。

1.2 是医疗纠纷案件鉴定双轨制的客观需要

2002年实施的《医疗事故处理条例》设定了由三级医学会主持下的医疗事故技术鉴定制度。但是伴随着2005年《全国人民代表大会常务委员会关于司法鉴定管理问题的决定》的颁布,人民法院在司法实践中开始初步将医疗事故技术鉴定边缘化,而主要依据司法鉴定作为认定事实的依据。特别是在《中华人民共和国侵权责任法》实施后,上述现象日趋明显,而《中华人民共和国侵权责任法》却未提及医疗损害鉴定问题,遂使医疗事故技术鉴定如何定位成为迫切需要解决的问题。学界普遍认为,医疗事故鉴定与医疗司法鉴定均存在不少缺陷,且二元制鉴定体制导致鉴定频繁发生,加重了当事人和法院的负担,降低了诉讼效率,使医疗纠纷不能及时化解。所以,早在《中华人民共和国侵权责任法》出台之前,就有学者剖析了“二元化”鉴定体制的弊端,提出要建立统一的医疗损害鉴定体制^[2]。

1.3 是深化医药卫生体制改革的重要内容

《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》明确指出:“完善医疗执业保险,开展医务社会工作,完善医疗纠纷处理机制,增进医患沟通。”卫生部、中央机构编制委员会办公室(简称中央编办)、国家发展和改革委员会、财政部、人力资源和社会保障部制定的《关于公立医院改革试点的指导意见》也明确提出:“建立患者投诉管理机制,及时有效处理患者投诉和医疗纠纷,构建和谐医患关系。……建立医患纠纷第三方调解机制,积极发展医疗意外伤害保险和医疗责任保险,完善医疗纠纷调处机制,严厉打击‘医闹’行为。”可见,妥善处理患者投诉和医患

纠纷已经成为医疗卫生体制改革的重要内容之一。

1.4 是转变思维模式与医学模式，探寻预防医疗纠纷新路径的客观需要

实际上，应该引起我们关注的问题还不是医患之间关系的不和谐，而是医患关系的恶化没有因为医疗卫生体制改革的推进而好转，也没有因为政府、医院和医务人员的关注而明显好转。相反，有调查显示，2011—2013 年医患纠纷总例数、门急诊纠纷人次数及住院纠纷人次数均逐年稳步上升，平均每家医疗机构每年发生 55.62 例医患纠纷^[3]，医院场所暴力伤医事件呈现上升趋势^[4]。

这些年，对医患纠纷医院往往只是采取“消极保护”思想，简单地“对症下药”。但是这种“消极保护”思想非但没有缓和医患关系，反而使医患关系日趋紧张，变得对立、疏远甚至冷漠^[5]。

罗宾（W. Robin）曾从教育哲学的角度，认为现代医学教育主要来自两个方面：一是科学决定论，二是人文主义。这一思想要求医学教育不仅要重视医学专业教育，还要重视人文和社会科学教育。随着生物-心理-社会医学模式被逐渐认可，发达国家的医学院日益重视人文和社会科学教育，并使其贯穿于医学教育的全过程。美国在《为 21 世纪培养医生，医生的普通专业教育》报告中指出：缺乏人文和社会科学基础的学生在医学生涯中往往会丧失智力挑战和应答这种挑战的能力^[6]。时至今日，实际上中国的医学教育仍然沿袭着生物医学教育模式，重科学而轻人文。所以，临床医生仍以“治病救人”和“疾病”作为工作的重心，并没有把“帮助患者”作为工作的重心。更为可怕的是，医疗机构规模化发展的经营模式和“以量取胜”的绩效考核模式进一步阻碍了医学模式的转型。所以，医生无论如何早起晚睡，也无法满足权利意识复苏的全新的中国患者的需求，从而使他们备感力不从心。如果不从根本上改变医疗机构的经营模式以及对绩效考核的模式，医学模式实难改变。

1.5 是总结实践经验、提升地方人民调解机制的迫切需要

在我国，自2000年以来针对“诉讼万能主义”的检讨性反思从未间断，并且逐渐深入。纠纷解决机制需要与纠纷类型相适应的观念逐渐深入人心并几乎达成共识。建立健全多元化纠纷解决机制的尝试也如火如荼并日趋理性^[7]。特别是近年来，浙江、天津和上海等地把处理医疗纠纷作为深化医药卫生体制改革和创新社会管理的重要内容来抓，围绕预防、处置和调解三个环节，着力构建了更加科学的预防机制、更加协调的处置机制和更加有效的调解机制，形成了综治牵头、部门联动及专业调解的医疗纠纷预防和处理工作新格局。因此，迫切需要将地方的成功经验和成果通过立法形式巩固和扩大。

2《医疗纠纷预防与处理条例》应坚持的立法原则

2.1 部门协同联动原则

医疗纠纷往往是错综复杂的社会问题的终端体现，因此，绝非仅依靠卫生计生部门就可以解决的。针对医疗机构中容易出现的各类问题，地方政府的各职能部门必须做到各司其职、协同联动，切不可袖手旁观。因此，《医疗纠纷预防与处理条例》坚持协同联动原则，除了卫生计生部门外，民政、司法、公安和保险等政府职能部门也必须在医疗纠纷预防与处理方面有积极作为，共建和谐的医患关系和社会风气。建议《医疗纠纷预防与处理条例》应当至少明确如下部门的职责：国务院卫生计生部门（负责预防医疗纠纷，对医疗事故进行行政认定和行政处罚）、国务院公安部门（负责保障医疗秩序、人民调解秩序）、国务院民政部门（负责承担被遗弃的未成年患者和老年患者以及生活无着落的流浪乞讨人员的医疗费用）、国务院司法部门（负责医疗纠纷人民调解）、国家发展和改革委员会（简称发改委，负责核定医疗责任保险与医疗意外保险的收费标准）以及国务院保险监督管理委员会（负责设立和管理医疗责任保险与医疗意外险）。

2.2 预防为主原则

在医患关系中,医方由于具有专业知识,自然具有主导这一关系的主动权。绝大多数医疗纠纷是可以预防的。因此,《医疗纠纷预防与处理条例》坚持以预防为主的原则,力争通过立法让医疗机构和医务人员树立“以患者为中心”的价值观,克服“利己主义”思想的诱惑;力争通过立法使医疗机构和医务人员从生物医学模式转向生物-心理-社会医学模式;力争通过立法使医疗机构和医务人员从“重看病,轻助人”及“重技术、轻服务”的误区中走出来。

2.3 对医疗过错区别对待原则

在医疗纠纷中,确实有一部分纠纷是由技术性过错导致的,也有一部分是由伦理性过错导致的。技术性原因导致的医疗纠纷往往是医务人员在职业生涯中不可避免的,因为医学技术就是在无数个技术性过错中得到发展的。出现技术性错误并不可怕,可怕的是其他同行也在同一个地方出错。因此,应当鼓励从业者通报技术性过失,以便警示同行。对于伦理性过错,应当将其与技术性医疗过错进行严格区分。对于技术性医疗过错,重通报、轻处罚,主动报告者甚至应该豁免其行政责任。但是对于伦理性医疗过错,不仅要处罚,情节严重的,还应该纳入执业医师禁业范围。

2.4 公平与效率兼顾原则

医疗纠纷之所以容易演变为恶性社会事件,主要是由两个特点决定的。首先,医疗纠纷往往涉及医学专业问题的判断和事实认定。由于医师与患者之间存在知识不对称性,因此,无论是由卫生行政部门主持的鉴定,还是由医学会组织的鉴定,始终无法让患者信任其公正性和客观性。其次,医疗纠纷案件往往由于鉴定问题而久拖不决。英国有一句法律谚语:“迟来的正义即非正义”(Justice delayed is justice denied)。这句法谚提醒我们正义的时效问题。迟来的正义没有实际意义。对于渴求正义的人们来说,实际上迟来的正义是不正义的东西。所以,应当通过第

三方人民调解机制和行政调解机制提高处理效率,通过以医学专家为主的咨询专家库提高处理的公平性和客观性。

2.5 医疗风险社会分担原则

由于人类对人体规律的认知存在局限性,导致医疗行为确实是一种具有高度危险的行为。根据风险经济学的原理,避免因医疗行为导致患者人身损害的方法只有两种:“减少行为的数量”或“转移风险”^[8]。医疗机构必须减少不必要的医疗行为的数量,避免过度医疗,但是因为风险而拒绝实施必要的医疗行为显然有悖于患者利益最大化的医学价值取向。因此,转移风险就成为避免因医疗行为而导致人身损害的合理方法^[9]。

3 关键问题一:关于是否保留“医疗事故”这一概念

尽管在《医疗纠纷预防与处理条例(送审稿)》起草过程中,很多卫生行政部门代表建议彻底取消“医疗事故”这个概念,但是笔者赞同《医疗纠纷预防与处理条例(送审稿)》目前继续保留“医疗事故”这一概念的做法。其中主要有两个理由:其一,虽然伴随着《中华人民共和国侵权责任法》的实施,人民法院审理医疗纠纷不再参照《医疗事故处理条例》,不再使用“医疗事故”这一概念,而开始使用“医疗损害赔偿”或“医疗服务合同纠纷”作为案由,但是“医疗事故”这一概念还应该继续存续,并应当回归其原本行政法上的职能。实际上,2002年的《医疗事故处理条例》就是在全国人民代表大会(简称人大)关于医疗纠纷民事赔偿没有颁布特别立法的情况下,由国务院制定并颁布的行政法规,所以其原本职能就应该是调整医疗机构、医务人员与行政主管部门之间的行政法律关系,但是被“无奈”地赋予了调整医疗机构、医务人员与患者之间民事法律关系的职能。作为行政机关对医疗机构和医务人员进行医政管理的重要法律制度,医疗事故处理法律制度必须继续存续,并且伴随着管办分离的改革,这一制度应该在今后发挥更为重要的作用。其二,只有保留“医疗事故”的概念,才能够与《中华人民共和国刑法》第335条“医疗事故罪”进行法条衔接,否则将导致造成患者严重人身损害后

果的严重医疗损害事件在追究刑事责任时出现法律适用上的混乱和落空。

这里需要注意的是,《医疗纠纷预防与处理条例》所界定的医疗事故与《中华人民共和国侵权责任法》所界定的医疗损害并不相同。后者的内涵和外延更为广泛。如果沿袭医疗事故以往四要件说对应审视医疗事故和医疗损害^[10],两者的区别参见表1。

表1 以四要件说审视医疗事故和医疗损害

要件	医疗事故	医疗损害
违法性要件	违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规	医务人员在诊疗活动中未尽到与当时的医疗水平相应的诊疗义务
过错要件	过失过错	过失或故意过错
结果要件	造成患者人身损害(生命权、健康权和身体权)	造成患者人身或财产损害 [人身权(生命权、健康权、身体权、姓名权、肖像权、名誉权、贞操权及隐私权等)和财产权]
因果关系	绝对因果关系	相当因果关系

由于此次医疗事故回归了其行政法上的职能,因此,其范围应该与民事责任的医疗损害边界是不同的,即构成医疗损害不一定构成医疗事故。而医疗纠纷则是内涵与外延最为广泛的概念。目前描述为:医疗机构及其医务人员与患者之间因医疗和护理等医疗服务行为发生的争议。从图1可以清晰地看出医疗纠纷、医疗损害(民事责任)和医疗事故(行政责任或刑事责任)在逻辑上的关系了。

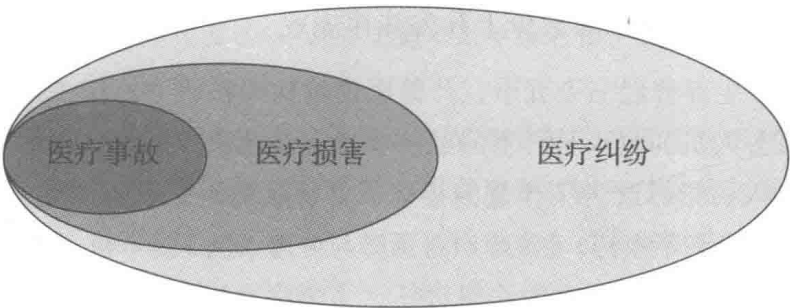


图1 医疗纠纷、医疗损害和医疗事故之间的关系

4 关键问题二：关于医疗纠纷预防的机制创新

《医疗纠纷预防与处理条例（送审稿）》最大的问题是，没有将立法重点放在预防上，而是将很大篇幅放在处理上。而从该法的名称可以看出，应当将预防放在重要的地位上。笔者认为，《医疗纠纷预防与处理条例（送审稿）》应当将下面这些预防医疗纠纷的机制创新内容法律化。

4.1 逐步取消三级医院的门诊，明确限定医务人员的工作强度标准

医疗卫生体制改革的目标之一就是实现分级诊疗，实现将常见病和慢性病患者下沉到基层医疗机构。医务人员的工作质量与医务人员的工作强度有着直接的关系^[1]，如果不能从根本上限制医疗机构的逐利动机，纠正目前医务人员工作强度过大的事实，将很难彻底解决医疗纠纷。

[立法建议]：

“第XX条[分级诊疗制度与医务人员最高工作强度制度]

国务院卫生计生部门应当制定逐步取消三级医疗机构门诊的实施计划，并制定评估各级医疗机构医务人员最高工作强度的具体量化指标，引导患者合理分流，禁止医疗机构出现超负荷或超工作强度的现象。

如医务人员发现医疗机构存在超负荷或超工作强度的现象，有权通过工会、行会或卫生行政部门投诉，并寻求改善。”

4.2 关于创收指标的禁令上升为法律规定

原卫生部曾经三令五申，严禁医疗机构向科室下达经济指标，严禁将医务人员的收入与科室的经济收入直接挂钩。医疗机构却把科室经济收入的指标改为工作量的指标，并将其与医务人员的收入挂钩，实际上是换汤不换药。《医疗纠纷预防与处理条例（送审稿）》作为行政法规，可以明确违法者的法律责任，力争将医院“多劳多得”扭转为“优劳优得”。