

医疗纠纷与法律处理

孔志学 主编



科学出版社

www.sciencep.com

医疗纠纷与法律处理

主 编 孔志学
副主编 刘 鑫 郑平安 肖 鹏
主 审 刘俊荣
编 者 (以姓氏笔画为序)
孔志学 刘 鑫 刘俊荣
肖 鹏 汪锦宏 单玉涛
郑平安 葛林虎 曾益康
谭晓莉

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书的编写目的是以一种简明易懂的方式,为广大医学生提供有关医疗纠纷与法律处理的主要法律知识,使医学生能通过学习有关处理医疗纠纷的基本法学理论和主要规定,分析、评价在医疗实践中发生的典型医疗纠纷案件,了解我国医疗纠纷涉及的法律的主要内容,并掌握在医疗实践中处理类似医疗纠纷案件的处理程序和应急方法,以培养医学生依法行医,并维护医患双方合法权益的意识和观念。

本书适合医学院校学生及各大医院医疗工作者使用。

图书在版编目(CIP)数据

医疗纠纷与法律处理/孔志学主编. —北京:科学出版社,2007

ISBN 978-7-03-018510-5

I. 医… II. 孔… III. 医疗事故—民事纠纷—研究—中国
IV. D922.164

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第014389号

责任编辑:胡治国 李国红 / 责任校对:邹慧卿

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

双青印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2007年2月第一版 开本:787×1092 1/16

2007年2月第一次印刷 印张:9

印数:1—4 000 字数:205 000

定价:19.80元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

前 言

医疗纠纷案越来越多的社会现实促使我们不断地对此进行思考和追问:医患关系到底怎么了?在医患冲突面前,究竟该怎么去解决医疗纠纷?我国目前有哪些法律能够对医疗纠纷的解决有所帮助?

医患冲突作为一种引人关注的社会现象的出现,其背后必然涉及医患双方的利益、医疗资源的分配以及深层次的医疗体制等深层次的理论问题和实践问题。但是,作为一本供医学院校的医学生使用的教材,我们只是以简明的表达方式,帮助广大医学生了解以下内容:医疗纠纷的概况、医患双方的权利和义务、医疗纠纷如何认定、医疗纠纷如何调查取证和鉴定、医疗纠纷涉及的主要法律法规、医疗纠纷解决的途径、医疗纠纷的防范和对策、医疗纠纷发生后的应急处理以及分析评价典型的医疗纠纷案例。

全书内容的构思、大纲设计及编写等由主编孔志学负责完成,刘鑫、郑平安、肖鹏为副主编。其中第一章由郑平安编写,第二章由刘俊荣编写,第三章由单玉涛、汪锦宏编写,第四章由肖鹏编写,第五章由谭晓莉编写,第六章由刘鑫编写,第七章由曾益康编写,第八章由葛林虎(第一至第三节)、刘鑫(第四节)编写,第九章和附录部分由孔志学编写。刘俊荣主审了全书。

本书除了有简明易懂的特点外,理论联系实践是另一个显著的特点。全书以医疗纠纷涉及的主要法律法规为主线,结合医疗纠纷典型案例进行分析为辅助,形成了理论联系实践的特点。

本书的编写出版得到了广州医学院各级领导的关心,也得到了科学出版社的支持,本书还参考引用了国内许多同行的最新研究成果。在此,表示诚挚的谢意。

本书作为教材,体系还不够规范,内容还不够丰富,其中有些问题尚待进一步探讨。虽然编者已经认识到存在的问题,但是水平及能力有限,恐难避免,唯有不断努力,日后使之完善。

编者

2007年1月

目 录

第一章 医疗纠纷概述	(1)
第一节 医疗纠纷的概念和特点	(1)
第二节 医疗纠纷处理模式的历史演变	(6)
第二章 医患双方的权利与义务	(9)
第一节 医患双方的权利	(9)
第二节 医患双方的义务	(16)
第三章 医疗纠纷的认定和分类	(20)
第一节 医疗过失纠纷与医疗无过失纠纷	(21)
第二节 医疗纠纷的其他分类	(23)
第四章 医疗纠纷诉讼的举证规则与医疗纠纷鉴定	(25)
第一节 医疗纠纷诉讼的举证规则	(25)
第二节 医疗纠纷的鉴定	(29)
第五章 医疗纠纷处理涉及的主要法律及其存在问题探讨	(34)
第一节 医疗纠纷处理涉及的民事法律	(34)
第二节 医疗纠纷处理中涉及的行政法律法规	(38)
第三节 医疗纠纷处理涉及的法律法规在适用时存在的冲突问题	(41)
第六章 医疗纠纷的解决途径与赔偿	(44)
第一节 非诉讼解决机制概述	(44)
第二节 医疗纠纷和解	(45)
第三节 医疗纠纷调解	(48)
第四节 医疗纠纷的诉讼解决	(51)
第五节 医疗纠纷的赔偿	(54)
第七章 医疗纠纷的法律责任	(60)
第一节 概述	(60)
第二节 医方的法律责任	(62)
第三节 患方的法律责任	(70)
第八章 医疗纠纷的防范和处理	(72)
第一节 医疗纠纷的危害及其影响	(72)
第二节 加强医院管理,防范医疗纠纷	(73)
第三节 临床工作中防范医疗纠纷的措施和对策	(79)
第四节 医疗纠纷发生后的应急处理及预案	(83)
第九章 医疗纠纷典型案例法律适用分析	(87)
第一节 医疗事故纠纷典型案例及其简析	(87)

第二节 非医疗事故纠纷典型案例及其简析	(92)
附录:医疗纠纷法律处理涉及的主要法律法规	(96)
一、医疗事故处理条例	(96)
二、医疗机构病历管理规定	(104)
三、最高人民法院关于参照《医疗事故处理条例》审理医疗纠纷民事案件的通知法 [2003]20号	(106)
四、最高人民法院关于审理人身损害赔偿案件适用法律若干问题的解释(法释 [2003]20号)	(106)
五、最高人民法院关于确定民事侵权精神损害赔偿若干问题的解释(法释 [2001]7号)	(111)
六、重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定	(113)
七、医疗事故分级标准(试行)	(115)
八、病历书写基本规范(试行)	(122)
九、医疗机构管理条例实施细则	(128)

第一章 医疗纠纷概述

“每一次医学行动始终涉及两类当事人：医师和病员，或者更广泛地说，医学团体和社会，医学无非是这两群人之间多方面的关系。”

——西格里斯（著名医学史家）

自 20 世纪 90 年代以来，医疗纠纷在我国一直是持续热门又无比沉重的话题，它对医患双方都是一场噩梦。在这场噩梦里，医患双方的眼泪与鲜血在流淌、财产与生命遭损害、微笑与关爱被遗忘；患者的痛苦与呼号、医生的叹息与无奈，权利与义务、情感与理智、正义与邪恶、良知与私欲、科学与愚昧、理解与误会以及医学的崇高与人性的迷失等等都交织其间，化解不开。我们需要冷静清醒地认识医疗纠纷，我们更需要积极稳妥地探寻解决医疗纠纷的各种途径。

第一节 医疗纠纷的概念和特点

一、医疗纠纷的概念

对于什么是医疗纠纷，一直存在不同的理解，至今众说纷纭，没有形成统一的概念，这里列举几种具有代表性的观点：

其一认为，医疗纠纷是指医患双方对诊疗护理过程中发生的不良后果及其产生的原因认识不一致而向卫生行政部门或司法机关提出控告所引起的纠纷。持这种观点的多为医疗卫生行政部门，这也是最传统的观点之一。

其二认为，医疗纠纷是指医患双方对医疗后果及其原因在认识上产生分歧，当事人要求追究责任或赔偿损失，须经过行政的或法律的裁决方能解决的医患纠葛。这种观点在很多医院管理学教科书中都可以看到。

其三认为，医疗纠纷是指病人或家属对诊疗工作不满，认为病人出现伤残或死亡是由医务人员诊疗失误所引起，要求追究责任与赔偿而向司法机关提出控告的案件。这种观点来自大众话语，其中势力最强、影响力最大的是报刊杂志、广播电视等传媒的新闻舆论，其要害在于把医疗纠纷在认识上理解为患方是受害者，医方是责任者，须追究医方各类责任与赔偿经济损失的纠纷。

这些关于医疗纠纷的概念都有合理的成分，但都不够准确和全面，有些观点甚至是错

误的,比如在认识上仅仅将患者理解为受害者的观点。

我们认为:医疗纠纷(medical dispute)是指因求医者对医疗服务提供者的医疗服务不满意,与医疗服务提供者之间发生的争执。其中求医者主要指患者及其家属,医疗服务提供者主要指医务人员和医疗机构。

我们对医疗纠纷做出这样的定义主要基于下述几点理由:

第一,医疗纠纷产生的原因并不仅是医患双方对医疗后果及其原因在认识上发生分歧这么单一,而是背景更复杂、因素更众多。比如医生的医疗处置本身,或者是医生实施医疗处置的方式让患者不满意,有时这种处置可能并没有产生不良后果,甚至尚未产生任何后果,只是患者认为这种处置无法接受,或是认为实施这种处置未能预先征求自己的意见,也就是说医生未履行告知义务就有可能引发医疗纠纷。

第二,医疗纠纷产生的时间贯穿在整个医疗服务过程中乃至医疗服务结束之后,而并不是仅仅局限在诊疗护理过程中。

第三,医疗纠纷争执的目的比较复杂,有时争执的目的是获得更多的经济赔偿;有时争执的目的是“责任”本身,即当事人的根本诉求只是确定责任,而不是追究责任。例如,有些医院发生医疗事故后,希望与患方和解,不惜代价“私了”,争取不定为医疗事故,以免对医院声誉造成不良影响。而医疗事故的受害者却并不领情,坚持要求明确医疗事故鉴定结果,以“定为医疗事故”为目的,而并不在乎是否能得到更多赔偿。因此,说医疗纠纷仅仅是“当事人要求追究责任或赔偿损失”也是不全面确切的。

第四,医疗纠纷的解决渠道是多样化的,可以由行政机关调处,也可以由司法部门裁决,更鼓励医患双方协商解决或者由第三方调解解决,法律法规并没有规定医疗纠纷一定要经过行政的或法律的裁决。因此,说医疗纠纷“须经过行政的或法律的裁决方能解决”是没有法律依据的。

二、医源性纠纷和非医源性纠纷

根据医疗纠纷的概念,大致可以将医疗纠纷分为医源性纠纷和非医源性纠纷两种。

医源性医疗纠纷是指由于医疗服务提供者方面的原因导致的医疗纠纷。它又包括两类:一是医疗过失纠纷,即由医疗事故或医疗差错引起的医疗纠纷;二是其他医源性纠纷,主要是医务人员的服务态度和语言不当等引发的医疗纠纷。

非医源性纠纷是指由于求医者方面的原因导致的医疗纠纷,通常由于求医者缺乏医学常识,对医疗意外、医疗并发症、疾病自然转归等情况无法接受引发纠纷。

为了更好地理解什么是医疗纠纷,有必要对几个与医疗纠纷相关的用语做简要说明。

(1) 医疗过失行为:指医疗服务提供者因管理缺陷、技术失误、失职行为等因素造成患者不同程度的机体损伤的行为。

(2) 医疗事故:指医疗机构及其医务人员在医疗活动中,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,过失造成患者人身损害的事故。

(3) 医疗差错行为:指医务人员虽有诊疗护理错误,但未造成患者人身损害,不构成医疗事故的行为。

(4) 医疗意外:指在诊疗护理过程中,由于无法抗拒的原因,导致病员出现难以预料和防范的不良后果的情况。

(5) 并发症:指在诊疗护理过程中,病员发生了现代医学科学技术能够预见却难以避免和防范的不良后果。

(6) 疾病的自然转归:指疾病过程的最后阶段,包括痊愈、不完全恢复健康和死亡三种结果。与医疗纠纷相关的疾病自然转归指病员虽有死亡、残疾、功能障碍等后果,但导致此种后果的原因不是医务人员的过失,而是病员疾病发展引起的必然结果。明确疾病自然转归的意义在于可借此判断诊疗护理行为有无过失和导致非正常损害,为医疗纠纷的处理提供依据。

三、当前医疗纠纷的特点

当前的医疗纠纷已经演化成了一个极其复杂的社会问题,是一个亟待解决却又难以解决的社会顽症,其主要特点如下:

(一) 医疗纠纷数量急剧增长

医疗纠纷数量的急剧增长我们可以从几个不同的角度来考察。

从总体上看:中华医院管理学会 2002 年、2003 年在全国 326 所各级各类医院中,对医疗纠纷问题进行了一次较为全面的调查。从多项选择问卷调查的结果看,绝大多数医院都为医疗纠纷所困扰,医院越大,收治的疑难重症病人越多,产生的纠纷也越多。326 所医院中,一年内有 98.47% 的医院发生过医疗纠纷,医疗纠纷发生得较多的科室依次是:外科、产科、骨科、妇科、儿科。也就是说,几乎没有医疗机构未发生过医疗纠纷。而且医疗纠纷在近年呈快速递增之势,全国平均增长率是 22.9% (卫生部:《第三次国家卫生服务调查主要结果》)。另据中国医师协会对 114 家医院的调查显示,近年来医疗纠纷的发生显著增加,从 2000~2003 年平均每家医院发生医疗纠纷 66 起,发生打砸医院事件 6 起,打伤医师 5 人。

从各地的情况看:北京市卫生局在《北京青年报》上透露,群众提出市级医疗事故技术鉴定的案例数量 1997 年为 27 例,1998 年上升至 71 例,1999 年比 1998 年增长 100%。2000 年、2001 年继续以较大的幅度增加。医疗纠纷发生在各级各类医院、各个专科,涉及各种诊疗护理业务,部队、地方、综合、专科医院均不能幸免。近几年,人民法院审理的医疗纠纷案件也逐年上升,特别是最高人民法院《关于民事诉讼证据的若干规定》颁布后,这一趋势更为明显。以北京市第二中级人民法院为例,2000 年至 2002 年,该院共审结二审医疗纠纷案件 149 件,其中 2000 年度 20 件,2001 年度 51 件,2002 年度 78 件。人民法院报报道,从 2002 年 4 月 1 日起,人民法院审理医患纠纷案件实行举证责任倒置后,医患纠纷案件数量猛增。据江苏省卫生厅披露的数字,从 2002 年 9 月至 2003 年 12 月,江苏省提请省、市两级医学会进行医疗事故技术鉴定的争议事件达到 1300 起,同比上升了 60%。各级法院受理的医疗事故纠纷案 700 多起,是往年同期的 10 多倍。在武汉市医疗纠纷发生率逐年上升的趋势大致可从医疗纠纷引起的上访、诉讼、鉴定等方面体现出来。据不完全统计,1998 年以

前,武汉市每年上访人数仅几十人次,而近两年平均每年近千人次;1998年以前,医疗纠纷案每年最多不过60余起,而近两年平均每年为百余起。1998年以前,每年鉴定的不过几起,而近两年鉴定的约百余起。近年来,全国各省会城市医疗纠纷发生率大同小异,不一一列举了。

从专家学者的个人感受看:著名卫生法专家张赞宁教授在北京、上海、天津等全国50多个城市讲学时,向前来听课的300余所医院院长作过一项调查,结果发现在这300余所医院里,竟然没有一个老年医师愿意自己的子女报考医学院校!这在任何一个国家都是不可思议的事情。为什么会这样呢?因为防不胜防的医疗纠纷! (《医事法学研究及典型案例评析》,张赞宁编著,东南大学出版社2003年版)医疗纠纷的普遍由此也可见一斑。

从各类传媒的报道看:现在医疗纠纷已成为当今各类媒体关注的热点,用百度或google搜索一下“医疗纠纷”,都会涌现巨量的信息。报刊杂志、广播电视的相关新闻和专栏专题报道更是五花八门,层出不穷。

(二) 舆论导向上的片面化

近十余年来,从普通民众到政府官员,从新闻传媒到消费者权益保护组织,从学术界到司法界关注和谈论的焦点都少不了医疗纠纷,且逐渐形成了主观武断、歪曲片面的舆论导向,集中表现在两个方面:

一是认为医德医风普遍沦丧,医院和医务人员眼中只有利益没有患者,不负责任、草菅人命不是个别现象,而是普遍问题。医护人员在一夜之间变成了“白衣恶魔”,全社会都在批评、指责甚至谩骂医疗机构和医护人员,医疗机构和医护人员几乎为医疗纠纷背负了整个恶名。其实将医疗纠纷的主要责任归过于医疗机构和医护人员是不公平的,对此我们略作分析就可明白。第一,据前述中华医院管理学会维权部的医疗纠纷调查结果,全国年门诊量近20亿人次,发生投诉率仅为1/万;另据有关统计资料,三甲医院年投诉率仅占门诊人次数的0.2/万,医疗事故率则在1/百万以下。因此不能抹杀医务人员的辛勤劳动及对社会大众健康的贡献,更没有理由将医疗纠纷的责任武断地归于医疗机构和医务人员。第二,目前公众对医疗服务表示强烈不满的方面,都与医疗卫生事业改革的利益失衡和错误导向有关。2005年6月,国务院发展研究中心公布了一份题为《中国医疗卫生体制改革》的调查报告,提出了我国医疗卫生事业改革失败的结论。认为医疗服务公平性差、卫生投入效率低、医院商业化市场化行为错误。从中我们不难看出,看病难与医疗卫生资源配置失衡有关;费用高与医疗卫生产业化后果有关;服务劣与市场逐利取代人文关怀有关;疗效差则是看病难、费用高、服务劣的铺垫和片面过分失实宣传医疗机构和医护人员的每一点过错而造成极大误解的产物。在计划经济时代,国人的基本医疗保障问题解决得较好,就连最缺少社会保障的农民,都有受到国际社会普遍肯定的农村合作医疗制度的保护。医疗卫生资源在城乡之间的配置也有较大的均衡性。但在市场化过程中,原有的城镇、农村医疗保障体系已经坍塌,新的保障体系尚待建立,到2004年底参加城镇医疗保险的人数只有1亿多人,不足城镇人口的四分之一,绝大多数的人看病都必须自费解决,加上医药

费用逐年大幅度增长,这对患者来说无异雪上加霜,看病难、费用高的问题自然迅速凸现。2005年卫生部公布的第三次国家卫生服务调查显示,全国有48.9%的人有病不就诊,有29.6%的人应住院而不住院,其中因为经济因素导致的,前者占38.2%,后者占70%。“看病难”使得患者郁积不满情绪;“费用高”使得患者经济和身心都难以承受;“服务劣”使得患者忍气吞声但忍无可忍;“疗效差”使得患者找到了宣泄与爆发理由与出口。至此医疗纠纷不爆发已无可能。产生医疗纠纷的原因当然还有很多,患者(公民)对生命健康的重视、法律意识的提高;没有宣泄出口的社会其他矛盾向医疗的转移;信息传播的公开、广泛和快捷等等都是不能忽视的,但医疗卫生服务已不能满足人们日益增长的需要,这无疑是最主要的原因,国家(政府)应当检讨,并承担起责任。

二是医疗纠纷的卫生行政调解被批评为“老子调处儿子”而遭唾弃,医疗事故鉴定因所谓医医相护“既当运动员又当裁判员”而备受质疑,其结果是便捷高效的卫生行政调处受冷落,一起纠纷多处鉴定或根本不相信鉴定结论,使得问题越拖越复杂,医患矛盾越来越恶化,纠纷解决越来越困难。

(三) 医患冲突激烈化

近年来,医疗纠纷成为社会矛盾最为突出的热点之一,在不少地方医患冲突已经激烈化。调查显示,医疗纠纷发生后通过法律途径解决的是少数,大多数病人和家属采取了较为过激的方式。据中华医院管理学会维权部的调查分析,在医疗纠纷的处理中,病人和家属到医院打闹、扰乱医院工作秩序的占73.5%,诉诸法律解决的仅为10.8%,还有一部分通过协商“私了”。被调查的医疗机构中,有43.86%的医院被患者家属打砸,对医院设施直接造成破坏的有35.58%,医务人员受伤的为34.46%。患者死亡后停尸在医院大厅、病房的约占10%左右,围攻院领导的有18.21%,攻击威胁医务人员的有37.2%,几十人冲击医院的有12.3%,黑社会介入的有40.6%。其中东北和中南地区尤为严重。另据有关部门统计,最近三年,北京仅71家大中型医院就发生医护人员被殴事件502起,致伤残90人;1991年1月至2001年7月,湖北省发生围攻医院、殴打医护人员事件568起,398名医务人员被打,致残32人。有些地方甚至因矛盾激化导致杀人和爆炸等恶性事件。如2001年,四川省邻水县农民包某因对治疗效果不满意,在其就诊的重庆市第三人民医院制造爆炸案,造成5人死亡,35人受伤。此外,暨南大学医学院伤害与预防控制中心2003年对广州市10所医院4062名工作人员的调查结果表明,一年内有2619名医院工作人员遭受过不同程度的暴力侵犯,医护人员的暴力遭受率高达64.5%。其中一年遭受一次暴力威胁的占14.3%,一年受到两次以上暴力威胁的占50.2%。有86%~96%的医院均出现患者因医疗纠纷而埋怨医院、不出院、不交纳医疗费用的情况。(《谁来保障医务人员的权益》,中华医院管理学会维权部、《中国卫生》2005年第3期,第30-34页)目前没有在医院、医生与患者及家属间设立纠纷隔离带,使得医院、医生直接面对纠纷的对方,一方面牵扯医院、医生大量精力,造成宝贵医疗资源的浪费;另一方面,纠纷双方直接面对,矛盾容易激化,纠纷解决没有公平、合理的基础,医院最终只得屈服于正常医疗秩序受到严重干扰的压力,出钱了事,造成恶性循环。这样最终受害的将是患者。

(四) 患方诉求上的功利化

当前几乎所有的医疗纠纷都伴随着经济赔偿。有研究显示,92.1%的纠纷牵涉到赔偿问题(袁吕平.上海4所综合医院152例医疗纠纷剖析.解放军医院管理杂志,1999,(2):144)而且索赔普遍,数额巨大,动辄数十万甚至上百万。赔偿的范围一般包括医疗费、误工费、营养费、交通费、陪护费、抚养费、残疾生活补助、精神损失赔偿等。在患者方看来,开高价可以获得更多的补偿,同时给院方施加更多压力好讨价还价。如湖北省某医院的一起医疗纠纷,患者家属索赔额高达667万元,法院判决医院赔偿290余万元,就是这方面的典型例证。前述中华医院管理学会维权部对全国326所各级各类医院的调查显示,326所医院病人索赔金额总计约6000多万元,平均每所医院21万元,其中三级医院病人索赔10万元以上的占60%,越大医院,被索赔金额越高。现在在医疗机构里经常活动着一群人,他们就是所谓的职业“医闹”,他们专找一些发生医疗纠纷和可能发生医疗事故的人,借这个名义通过闹事获得经济好处。通常的做法是在医院门前聚众静坐,或是在医院拉起横幅,要求医院赔偿。有的还将死者或伤者抬到医院门诊大厅,在医疗纠纷当事人获得了医院的赔偿后,他们与其分红,“医闹”的收费标准是根据患者向医院索赔的额度按比例收取,一般来说至少是索赔金额的30%。“医闹”的出现使得医疗纠纷更趋复杂化。

第二节 医疗纠纷处理模式的历史演变

这里所称的我国医疗纠纷处理的历史仅限于新中国成立以后的医疗纠纷处理状况。我国对医疗纠纷的处理是与对医疗事故的预防与处理同步发展的,按照各个历史时期的不同特点大致可分为以下几个阶段:

(一) 第一阶段(1950年至1959年)

这一阶段的特点是医疗纠纷侧重于司法裁决。医疗事故与纠纷多直接由司法部门处理,经法律裁决。尽管在此期间卫生行政部门制定了一些条例、规定,有些医院也建立了医疗事故鉴定委员会,但这些多形同虚设,不少医疗事故还是直接由法院处理,尤其是责任事故,不经医学技术鉴定,法院就可以传讯医务人员,按当时的刑事法律类推给予处罚。由于司法人员不熟悉医疗领域,忽视了医疗工作的特殊性,将医疗纠纷等同于一般纠纷来对待,又不经医学技术鉴定,而且当时法制极不健全,判案缺少法律依据,往往定性不准,处理过重。尤其带上强烈的阶级斗争的色彩后,诸如因家庭出身、历史问题而定为阶段报复,则处理更重,甚至有冤错案,使医务人员产生恐惧心理。这一阶段的医疗纠纷不多,处理的主要是医疗事故。

(二) 第二阶段(1960年至1977年)

这一阶段的特点是医疗纠纷主要由卫生行政部门定性处理,对医疗事故与纠纷,医院或家属向法院起诉一般也不受理。这种单纯由卫生行政处理的方法缺乏权威性,医患双方

的权益往往都不能得到保护。基于当时卫生部门和医疗机构的关系,处理医疗纠纷时,难免把医院和病人放在不对等的地位上,对于严重的医疗事故,卫生行政部门如果简单、草率处理,则受害方投诉无门,因而不利于保护患方权益。由于没有法院的介入,致使病员或家属认为处理不公时采取过激行为,打骂医务人员的事时有发生,甚至长期占用病房,使医院的正常医疗活动受到干扰。对于无理纠缠,打砸医院、扰乱医疗秩序等治安案件,司法部门也不愿介入、制止,因而不利于保护医方利益。事实证明:由卫生行政部门一家单独处理医疗纠纷也存在很多不足。这一阶段,由于法制受到践踏,尤其是十年动乱期间,社会秩序混乱,医疗纠纷和医疗事故较第一阶段为多。

(三) 第三阶段(1978 年至 1992 年)

这一阶段的特点是医疗纠纷开始进行医法结合处理。此阶段各省、市、自治区先后制定了地方性的关于医疗事故与纠纷处理的一些规定、条例,此后《刑法》、《民法通则》等法律文件相继颁布实施。1987 年 6 月 29 日国务院颁布了《医疗事故处理办法》,这一单行法规是全国统一的法规,是医疗纠纷和医疗事故卫生行政处理和法律制裁的依据,对司法部门和医疗单位都具有约束力。《办法》规定:发生医疗纠纷由卫生行政部门处理,也可以直接向当地人民法院起诉。由此开始尝试由卫生行政部门为主,法院也介入处理医疗纠纷的模式。《办法》为医疗纠纷行政处理与医疗纠纷司法处理结合处理医疗纠纷和医疗事故首次提供了统一的依据,在一定程度上保障了医患双方的合法权益。这一阶段医患关系逐渐紧张,但尚未恶化。医疗事故和医疗纠纷逐渐增多,但尚未演化成严重社会问题。

(四) 第四阶段(1993 年至 2002 年)

这一阶段的特点是参照适用五个司法解释,五个司法解释成为人民法院处理医疗纠纷的首选法律依据。《医疗事故处理办法》的权威遭到严重挑战。最高人民法院关于审理医疗纠纷案件的 5 个司法解释为:

1. 《关于对医疗事故争议案件人民法院应否受理的复函》,1989 年 10 月 10 日,法(行)函[1989]第 63 号;
2. 《关于中国人民解放军和武警部队向地方开放医疗单位发生的医疗赔偿纠纷由有管辖权的人民法院受理的复函》,1990 年 6 月 4 日民他字[1990]第 15 号;
3. 《关于当事人对医疗事故鉴定结论有异议又不申请重新鉴定而以要求医疗单位赔偿经济损失为由向人民法院起诉的案件应否受理的复函》,1990 年 11 月 7 日,民他字[1990]第 44 号;
4. 《关于李新荣诉天津市第二医学院附属医院医疗事故赔偿一案如何适用法律问题的复函》,1992 年 3 月 24 日,(92)民他字第 13 号;
5. 《关于对当事人以卫生行政部门不履行法定职责提起行政诉讼人民法院应否受理的答复》,1995 年 6 月 14 日,(1995)行他字第 6 号。

这一阶段医疗纠纷与医疗事故案件处理时法律适用混乱,个案之间赔偿金额差距大,一些相同性质的案件在不同的法院适出现了不同的判决结果。医患关系恶化、冲突激烈,

医疗纠纷演化为严重的社会问题。

(五) 第五阶段(2002 年以后)

这一阶段新法颁布,医疗纠纷与医疗事故处理逐渐走上正轨。2002 年 4 月 4 日国务院《医疗事故处理条例》正式颁布,该条例于 2002 年 9 月 1 日起施行,适用了 16 年的《医疗事故处理办法》同时被废止。2003 年 1 月 6 日最高人民法院颁布《关于参照〈医疗事故处理条例〉审理医疗纠纷民事案件的通知》,明确此后的医疗事故处理按照《条例》规定进行。我们深信,随着法制的不断健全,医学科技的不断发展,各项社会保障制度日渐完善,这一阶段的医疗纠纷和医疗事故将日益减少,医患关系将出现和谐的新局面。

第二章 医患双方的权利与义务

第一节 医患双方的权利

一、患方的权利

患方权利的享有不仅是对患方权利的尊重,也有利于充分发挥患方的监督作用,使医方更好地履行自己的义务。

目前,我国尚无专门的病人权利法。根据现行的《中华人民共和国民法通则》、《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国消费者权益保护法》、《医疗事故处理条例》及国际组织章程的规定等,病人的法律权利主要有:

(一) 基本医疗权

世界卫生组织(WHO)明确提出:“健康是人的基本权利”,任何人都享有必要的、合理的、最基本的诊治护理,以保障自身健康。基本医疗权主要包括就医权、获得诊断权、获得治疗权。

1. 就医权 就医权直接源于生命健康权,生命健康权是人的基本权利之一。1948年联合国通过的《世界人权宣言》中宣称:“每个人有权使生活达到一定的水准,保证他自己及其家庭的健康和幸福,包括食物、衣着、住所、医疗和必要的社会服务”。我国《宪法》第21条规定:“国家发展医疗卫生事业,……保护人民健康”,保护人民健康的最根本途径就是确保公众患病时的就医权,维护患者得到诊治的权利。这些规定都是公民享有就医权利的法律明证。即使对刑事犯罪分子,也不能剥夺其患病就医的权利。我国《刑事诉讼法》第157条例规定:对于判无期徒刑、有期徒刑和拘役的罪犯,如果有严重疾病需要保外就医的,可以暂予监外执行。这充分体现了我国法律对公民就医权的尊重和保护。

2. 获得诊断权 在临床上,诊断是治疗的前提,没有详实的、科学的诊断,治疗只能是盲目的治疗,它不仅会影响患者生命与健康,而且还会给患者造成不应有的经济损失及精神负担。每一个患者都有权要求医务人员对自己的疾病进行详细、及时、客观的检查和诊断,以获得正确的治疗。每一个医务人员都无权拿患者的生命和健康作儿戏,要尊重患者的诊断权,为患者提供尽可能详细、及时、正确的检查和诊断结果,一切敷衍了事、草率应付、无故拖延的检查和诊断行为都是对患者诊断权的践踏和侵犯。《北京日报》2002年4月26日曾报道了一位姓杨的老太太,在哈尔滨市某家医院就医的经历。杨老太太因肾病住进了该家医院,在两周后进行“肾功能”和“尿常规”检查时,本来1个小时就可以出来的“肾功

能”检查结果,却等了8个小时。当患者拿着“尿常规”检查结果让一位正在出“特诊”的肾脏专家看时,又因无“特诊”挂号而被拒绝。事后,经其他专家诊断杨老太太的病情已发展到了慢性功能衰竭晚期(尿毒症阶段)。专家指出,“杨大娘的病情发展到如此地步,与医务人员有很大关系,如果住院检查不是走过场,医生及时对症下药;如果医生都以救死扶伤为己任,尽量不让患者的医检化验单成为废纸……”。所有这些都是对杨老太太获得疾病诊断权的侵犯。

如果说不讲效率,敷衍了事,是对患者获得诊断权的侵犯,那么故意错诊、蓄意找病的诊治行为是更为严重侵犯患者的获得诊断权。2002年4月19日《南方都市报》披露了深圳市南山区某生育服务中心,为了牟取暴利将前往调查的记者,以及其他就医者无病诊为性病,致使某些就医者夫妻反目、痛不欲生的事例。该事例是对就医者获得疾病诊断权的严重侵犯,它不仅剥夺了就医者获得正确诊断的权利,而且对就医者的名誉和身心健康造成了严重的负面影响,需要引起全社会的警惕和关注。

3. 获得治疗权 治疗是减轻病痛,消除疾病的关键,如果没有治疗,再好的诊断也是徒劳。要确保患者的就医权,就必须维护患者获得治疗的权利,任何医院、任何医生都不应影响患者这一权利的实现。但是,在医疗实践中,侵犯患者获得疾病治疗权的现象却时有发生。1998年5月3日,浙江某县23岁的女青年叶某因车祸身负重伤,被送到某县中医院抢救,中医院对叶进行了初步处理,又将叶送到某医学院附属医院。附属医院认为叶伤势过重,抢救成功的可能性很小,于是叶又被送回了中医院,这次中医院没有让叶进急诊室,而是直接把她送进了太平间,叶的呼吸心跳一直没有停止,次日上午,当叶在太平间里躺了8个多小时后,家人将其转送到解放军某医院抢救,经六昼夜抢救无效死亡。^① 本例中,叶某的伤势尽管很重,但她毕竟还没有死亡,而该县中医院却硬是把她送进了太平间,这就明显地剥夺了患者获得治疗的权利。

(二) 知情同意权

1. 知情同意的内涵 知情同意,是指在临床过程中,医务人员为病人做出诊断和治疗方案后,应当向病人提供包括诊断结论、治疗决策、病情预后以及诊治费用等方面的真实、充分的信息,尤其是诊疗方案的性质、作用、依据、损伤、风险以及不可预测的意外等情况,使病人或其家属经过深思熟虑自主地做出选择,并以相应的方式表达其接受或者拒绝此种诊疗方案的意愿和承诺。在得到患方明确承诺后,才可最终确定和实施拟定的诊治方案。

知情同意权包括知情权和同意权两个方面,单纯的知情或单纯的同意都不能称之为知情同意。知情权是指患者有权了解和认识自己所患疾病,包括检查、诊断、治疗、处理及预后等方面的情况,并有权要求医生做出通俗易懂的解释;有权知道所有为其提供医疗服务的医务人员的身份、专业特长、医疗水平等;有权检查医疗费用,并有权要求医方逐项做出详细的解释;有权查阅医疗记录,知悉病历中的信息,并有权复印病历等。同意权是指患者及其家属有权接受或拒绝某项治疗方案及措施。

2. 有关法律条款 我国《执业医师法》第二十六条规定:“医师进行实验性临床医疗,应

^① 佟丽华,温小洁编著. 医疗事故与纠纷. 北京:兵器工业出版社,1999,93~94

当经医院批准并征得患者本人或者其家属同意。”《医疗机构管理条例》第三十三条规定：“医疗机构施行手术、特殊检查或者特殊治疗时，必须征得患者同意，并应当取得其家属或者关系人同意并签字。”2002年4月4日国务院颁布的《医疗事故处理条例》第十条第一款明确规定：“患者有权复印或者复制其门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录以及国务院卫生行政部门规定的其他病历资料。”同时，为了保证资料的客观性，第二款还规定：“患者依照前款规定要求复印或者复制病历资料的，医疗机构应当提供复印或者复制服务并在复印或者复制的病历资料上加盖证明印记。复印或者复制病历资料时，应当有患者在场。”在我国《消费者权益保护法》第八条中，也有类似的规定：“消费者享有知悉其购买、使用的商品或者接受的服务的真实情况的权利。消费者有权根据商品或服务的具体情况，要求经营者提供商品的价格、产地、生产者、用途、性能、规格、……有关情况。”为了确保患者这一权利的实现，避免部分医疗单位为了不让患者了解治疗过程的有关真相，推卸自己的责任，阻挠患者获取病情资料等现象的发生，《医疗事故处理条例》第五十六条第（二）项规定：“没有正当理由，拒绝为患者提供复印或者复制病历资料服务的”，“由卫生行政部门责令改正；情节严重的，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分或者纪律处分”。

1972年，美国医院协会制定的《病人权利法》第四条规定：“病人有权在法律的限度内拒绝治疗，并拥有被告知他的拒绝行为对他健康后果的权利”；第九条规定：“病人有权拒绝参与影响他医疗护理的人体实验研究计划”。在安纳斯提出的病人权利法案的第十二、十三条规定：“病人有法律权利拒绝为了教学，而不是为了他的直接利益在他身上作的检查或处理”，“病人有法律权利拒绝任何特定的药物、检查、处理或治疗”。^①2000年10月修改通过的《世界医学会赫尔辛基宣言》规定：“在关于人的任何研究中，……受试者应被告知有权不参加研究或在任何时候撤销同意，而不会有报复”。这一系列的文件和法规，表明了国际社会对患者拒绝权利的认同和肯定。在我国有关的法律文件中，也充分体现了这一精神。《中华人民共和国消费者权益保护法》第十条规定：“消费者在购买商品或者接受服务时，有权拒绝经营者的强制交易行为”；《执业医师法》第三十七条第（八）项规定：“未经患者或者其家属同意，对患者进行实验性临床医疗的”要承担法律责任。这些法律规定，都直接或间接地强调了患者的知情同意权。

3. 拒绝治疗权 拒绝治疗权是患者同意权的重要内容之一，但是患者的拒绝治疗权是有限的，而不是绝对的。一般说来，患者拒绝治疗权利的履行主要适用于以下几种情况：其一，对自身无益的治疗、治疗性实验或实验性治疗。在医疗实践中，由于疾病的复杂性、医务人员知识水平的局限性及患者个体素质的差异等因素的影响，难免会出现误诊、误治的情况。因此，在一定时期的治疗之后，如果患者感到治疗效果不佳或根本没有效果时，就可以拒绝治疗，向医务人员提出自己的建议，要求修改治疗方案或更换医务人员。而对于治疗性实验或实验性治疗，患者一开始就有知情和拒绝治疗的权利。其二，涉及个人隐私的治疗。如果一项治疗方案，在实施的过程中，可能会影响到患者个人的隐私，如某些性病、

① 引自孙慕义等编著：《医学大法学》，成都：西南交通大学出版社，2000，42～43