

全国医学信息新进展学术交流会

论文汇编



中华医学会

2005年5月于厦门

全国医学信息新进展学术交流会

论文汇编

中华医学会继续教育部

E-mail:cbcmc@public3.bta.net.cn

2005年5月于厦门

目 录

建立医疗纠纷仲裁机制的探讨	陈立红 (1)
建设数字化医院的必由之路——医院信息化持续发展	李小华等 (12)
医院图书馆数字化信息服务与知识管理	孙艳敏 (14)
提高图书馆员素质 适应临床医学图书馆员服务模式	冉 萍等 (15)
图书馆外文文献开发工作现状与对策	倪世秋 (17)
21980 例出院病人疾病构成顺位分析	吴 臻 (19)
临床实验室信息化建设探讨	韩 蔚 (20)
利用虚拟网整合武钢总医院网络系统	王 玲 (22)
如何做好计算机网络下的医院统计信息工作	陈腊运 (24)
医院信息科学管理模式探讨	丁彩侠 (25)
医院图书馆现代化管理刍议	刘铭莎 (26)
医院门诊业务流程的流量变化分析	黄 彪等 (28)
医院信息系统安全探讨	何玉臣 (29)
实行医疗成本核算 适应医院体制改革	刘向红等 (30)
论市场经济条件下统计信息的重要作用	孙晓颖等 (32)
心脏外科工作再谈	景庆玲 (33)
浅议病人医疗费用增长问题及对策	孔令怡 (34)
浅谈电子阅览室信息服务模式	康芳琴等 (35)
医院图书馆信息资源建设	魏 林 (36)
浅谈电子阅览室信息服务	张春艳 (38)
我院四年来死亡病人死因统计分析	黄 媛 (39)
浅谈我院岗位质量成本效益工资分配的管理模式	齐爱云 (40)
新形势下医院统计的生存和发展	曾庆会 (41)
关于医院处方回收情况的分析	黄 敏等 (42)
漫议我院电子阅览室建设	李 梅 (44)
医院网络存储系统应用的几点思考	卢 宁 (45)
医院医疗数据质量现状和影响因素分析	彭传薇等 (47)
病案质量控制重心应放在病案形成中	胡爱华 (49)
开展馆员继续教育的体会	柳玉香等 (50)
做好护理工作提高护理质量	冯 怡 (51)
电子病案在现代病案管理中的现状	王相文等 (51)
电子病案的实施难点及对策研究	李 彤等 (53)
精神病院信息系统	张新凯 (54)
信息化教育与多媒体应用	闫贵恩 (56)
利用金盘系统制作中文医学现刊工作目录	汪春彦 (57)

医院信息管理系统综述·····	朱 蓓等 (58)
从价值链视角构建医院信息系统的财务业务流程一体化·····	郭晓旻 (60)
试论办公自动化是维护医院秩序的关键·····	陈明田 (61)
图书馆阅览室的综合管理·····	杨振媛等 (62)
住院费用的现状分析与思考·····	曹慕慧 (64)
病案首页身份证号管理之我见·····	张静洁等 (64)
充分发挥病案信息在医院管理中的作用·····	李长虹等 (66)
论现代图书管理与服务方式的创新·····	王子明等 (67)
医院信息系统软件设计应注意的几个问题·····	张汉雄 (69)
我院 2004 年业务收入增长原因因素分析·····	吴 茜 (70)
统计数据质量与病案质量管理·····	王美娥 (71)
浅谈医院会计电算化存在的问题及解决方法·····	刘向红等 (72)
医院住院病人疾病构成分析·····	杨 静 (73)
结构式电子病历的临床应用·····	肖 真等 (74)
HIS 系统的安全管理及策略·····	姜陆海 (75)
应用微机对青霉素皮试作辅助判断的体会·····	房梅玉等 (76)
刍议 21 世纪医院信息管理模式·····	黄再寿 (78)
试论医院机关人员素质·····	黄再寿 (79)
我院“军字一号”工程建设的做法与体会·····	黄再寿 (80)
新形势下医院图书馆的信息管理与服务创新·····	张 戈等 (82)
计算机在医学超声成像中的应用·····	李义兵等 (83)
某医院 1982~2004 年平均住院日对治愈率影响分析·····	黄体明 (84)
HIS 系统中 ORACLE 参数和应用的调整·····	方 宁 (85)
21 世纪迎接电子病案的到来·····	田少青等 (87)
护理人员参与院信息管理的重要性·····	夏广敏 (88)
医院评审与病案质量管理的改进·····	孙 静 (89)
医院 PACS 系统建设·····	陈俊阳 (90)
口腔门诊电子病历的设计与应用·····	梅玉文 (92)
做好统计分析为医院管理服务·····	郭清如 (93)
图书馆员在新时期的角色转换·····	曹 岩 (94)
用 RSR 法对医院进行综合效益评价·····	梁池莲 (95)
基于 WWW 的劳资人事管理系统在办公中应用·····	程 强 (95)
如何更好地使用 ICD-10 进行病案现代化管理·····	裴东明 (97)
如何做好当前医院门诊管理工作·····	牛恒明 (98)
医院电算化会计档案的保管与维护·····	杨 晶 (99)
电子病案是病案管理发展的必然趋势·····	符庆丹 (99)
HIS 系统在护理管理实际应用中的经验与心得·····	朱 蓓等 (101)
百分率和百分点在医院管理中的应用·····	孙晓颖等 (101)

网络管理重于网络建设·····	邹福荣等 (103)
建设医院信息系统(HIS) 增强医疗服务竞争力·····	潘其明 (104)
医院信息系统数据安全及备份策略·····	陈俊阳 (105)
医院网络病毒防范规划方案·····	谭伟锋 (106)
加强病案质量监控 提高病案书写质量·····	陈晓红 (107)
门诊病人就诊新动态及需求的分析·····	赵向东等 (108)
浅谈我院信息化建设·····	杨红玲 (109)
我院信息化的现状与进展·····	周蓉 (111)
医院信息化过程问题浅析·····	王献中 (112)
浅谈医院信息网络环境下统计工作的开展·····	邵芝群 (113)
网管员在医院信息化建设中的三维角色·····	陈祖明 (114)
医院信息系统(HIS)在财务管理中的应用·····	陈兰 (115)
建立有效科技保障体系 积极推进医院现代化建设·····	黄彪等 (116)
加强病案管理 切实提高病案质量·····	陈小红等 (117)
新时期医院信息管理工作如何更好地发挥其管理职能·····	林成光等 (118)
增强法律意识 重视病案管理·····	麦芬兰等 (119)
对现代医院病案管理的探讨·····	李菲洪 (120)
医院信息化网络建设投资效益分析·····	揭加强等 (121)
搞好医院图书馆的情报服务·····	双玲玲 (122)
信息管理系统在我院成功实施的体会·····	张文娟 (123)
病案首页填写与输机存在的问题与对策·····	乔卫星等 (124)
边远民族地区医院信息化建设现状与对策·····	谭善梅 (125)
基层医院信息统计存在的弊端及网络建设浅见·····	熊刚 (126)
谈谈如何做好医院统计工作·····	祝凤艳 (126)
如何运用综合指数对医疗统计指标进行正确评价·····	徐淑敏 (127)
信息科在医院信息化建设中的地位和作用·····	蔺玉兰 (128)
病案管理现代化进程中的实践与思考·····	李飞 (129)
HIS 的分析与研究·····	宋健 (130)
病案首页填写与统计数据相关问题的分析·····	刘晓雅 (131)
加强医院文献检索工作的建设·····	杨召辉等 (131)
有关病案借阅工作的几点体会·····	赵永红 (132)
大中型医院网络安全解决方案·····	查正清 (133)
医院网络环境下的统计工作展望·····	芦小娟等 (134)
病案书写中应该注意的一些问题·····	杜杰 (136)
信息时代病案管理的新理念——全方位信息服务·····	雷继红等 (137)
信息科应推进医院的改革和发展·····	袁英等 (138)
试论医院信息管理系统的的核心安全与数据备份·····	陈伯勋等 (138)
2004 年某院恶性肿瘤住院病人情况分析·····	陈倩等 (140)

如何加强病案信息管理.....	张宪伟 (140)
加强病案质量意识, 提高病案质量管理——谈民营医院病案管理.....	黄培琴等 (142)
医院信息管理系统中的网络结构及应用.....	韩双林等 (143)
医院信息化建设需要解决的问题.....	丁宇 (144)
县级医院信息系统的现状.....	周小军 (145)
HIS 在二级专科医院信息化建设中的应用.....	徐斌等 (146)
综合评价医疗工作 提高医疗管理水平.....	胡炯等 (147)
医院门诊流程管理中的几点建议.....	查正清 (148)
五种先天性畸形病的国际疾病分类、统计、分析的研究.....	李少英等 (149)
医院门诊信息系统的两个技术问题探讨.....	朱利利 (150)

建立医疗纠纷仲裁 机制的探讨

福建省医科大学附属二院信息科

陈立红 362000

前言

近年来,随着患者权利意识的不断增强,以及患者对医疗服务质量要求的不断提高,过去的医院即是权威的观念受到极大冲击,随之而来的便是医疗纠纷的逐年增多。据中华医院管理学会 2000 年,对全国 326 所医院进行的多项选择式的问卷调查,医疗纠纷发生率高达 98.4%,在“医院内部因素”选项中,选择“由于医务人员服务态度不好,引发纠纷”有 49.5%,“因服务质量和技术水平存在问题,引发纠纷”的有 29.6%;“因医院管理的不是,引发纠纷”的有 31.1%。长期以来,我国解决医疗纠纷的主要方法:一是医疗纠纷双方通过协商自行解决;二是双方在律师、医政部门等第三方人士的主持下解决;三是通过诉讼程序解决。我国医疗保健体制的改革,对解决医疗纠纷提出了新的要求,所以必须建立医疗纠纷仲裁制度,开辟新的解决医疗纠纷的途径。

第一章 医疗纠纷

医疗纠纷概念的辨析

“纠纷”一词在辞海中的释义是“纷扰,指争执”。“医疗纠纷”一词尚未有明确的法律定义。

有的学者认为,医疗纠纷是指患者及其家属与医疗单位双方对诊疗护理过程中发生的不良后果及其产生的原因,认识不一致而向司法机关或卫生行政部门提出控告而引起的纠纷。实际上,医疗纠纷的存在并不以向司法机关或卫生行政部门控告为条件,而且是因履行医疗合同过程中所发生的纠纷。其中常见的是医院的治疗未

能达到通常情况下所应达到的治疗效果而引起的纠纷。因此,我认为:所谓医疗纠纷,应当指医患双方之间基于医疗关系所发生的一切争执,包括医患之间因医疗费用问题产生的争执、医疗态度的争执和医疗质量的争执等。

引起医患双方争执的医疗纠纷的原因主要是医疗事故,医疗过失和非医源性纠纷。所谓 医疗过失:主要指违反了医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规。如:对危重病人推诿拒治以致造成不良后果,则应依据《中华人民共和国执业医师法》第 24 条:“对急危患者,医师应当采取紧急措施进行诊治;不得拒绝急救处置”。之规定,认定医疗机构及其医务人员存在过失。又如,未经病人同意擅自使用自制的内固定器材给病人进行骨折内固定并出现不良后果的,就依据《中华人民共和国执业医师法》第 25 条:“医师应当使国家有关部门使用的药品,消毒剂和医疗器械”认定医疗机构或医务人员存在过失。医疗事故,是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。所谓非医源性纠纷就是由于患者对病情客观规律缺乏充分认识,对医疗效果存在过高期望,面对低于期望值的医疗效果产生怀疑,而引起纠纷。

第二节 医疗纠纷的特征

一、造成明显人身损害的医疗过失行为引起的纠纷

《医疗事故处理条例》第四条规定“根据对患者人身造成的损害程度,医疗事故分为四级:一级医疗事故:造成患者死亡,重度残疾的;二级医疗事故:造成患者中度残疾,器官组织残疾;三级医疗事故:器官组织损伤导致一级功能障碍的;四级

医疗事故，造成患者明显人身损害的其损害的其他后果的。卫生部在《医疗事故分级标准（试行）》中还对造成患者明显人身损害情况进行了列举。

但是，“明显”一词是个相对的概念，在实践中人们可以有不同的理解和认识，因而非常容易造成概念的混淆并导致当事人争议。

同时，相对于明显人身损害，还存在着一般性的非明显的人身损害，这类损害也会引起医疗纠纷。

二、未造成人身损害，但造成精神损害的医疗行为引起医疗纠纷

1、现代临床医学的缺陷是发生医疗纠纷的主要原因之一。

现代临床医学是以疾病为研究对象，依据现代高科技手段探索疾病的发生、发展，转归规律并寻求合适的方法进行预防和治疗。医生根据患者的生化、病理、影像学检查指标诊断患者机体生理结构和功能的异常改变，为患者选择医生认为最佳的治疗方案，而基本没有或很少与患者沟通，未尽到告知义务，造成患者对自己病情不了解，对医疗结果期望值过高，对治疗效果不知情，对费用过高无法接受，产生了纠纷。

我国的卫生法律对医疗机医务人员诊疗护理过程中应履行对病人的告知义务都有明确的规定，例如《医疗事故处理条例》第11条明确规定：“在医疗活动中，医疗机构及医务人员应当将病人的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知病人，及时解答其咨询，但是应当避免对患者产生不利后果”。《中华人民共和国执业医师法》第26条明确规定：“医师应当如实向患者或其家属介绍病情，但应注意避免对患者产生不利后果，医师进行实验性临床治疗，应当经医院批准并征得患者本人或者其家

属同意”。在美国，告知义务是医务人员必须告诉病人他所采取的医疗处置措施潜在的好处、风险，可选择的手术种类，医疗方法或者其他处置措施，并且要预先获病人的书面同意。在日本，告知义务有（1）为得到病人有效同意的说明义务；（2）为回避不良结果的说明义务；（3）作为转医（即转院）指导的说明义务。

我国学者认为，根据我国目前临床医学实践，下列诊疗活动应该充分告知，征得病人家属的同意：（1）构成肉体侵袭性伤害的治疗方法与手段；（2）需要病人承担痛苦的检查项目；（3）使用药物的毒副作用和个体素质反应差异性；（4）需要病人暴露隐私部位；（5）从事医学科研和教学活动的；（6）需要对病人实施行为限制的。对医生而言，在为病人服务中应该履行告知义务的有：（1）告诉病人关于其疾病的诊断，包括医生所知道的和应当知道的。（2）所建议使用的处置措施的目的和方法；（3）采取所建议的处置措施的好处和风险；（4）除了所建议使用的处置措施外，可以选择的其他处置方法；（5）可能发生的医疗费用，以及是否属医疗保险范围等；（6）措施接受建议的处置措施所存在的好处和风险；（7）不属于自己专门领域内或虽属于自己专门领域内但医院或本人无条件为病人提供适当的治疗时应及时建议病人转诊或转院治疗，在我国司法实践中，医疗机构如果因未尽到告知义务，而给患者造成损害的，也要承担过错赔偿责任。如“某病人因患痔疮在某卫生所就诊，医生为其注射了“痔全息”针剂。几天后病人出现肛门大出血，引起失血性休克，起诉卫生所。法医认为“痔全息”注射液治疗内痔后可能会引起出血，而医生又没有告知义务，使得在治疗过程中并发症发生时转院治疗，从而加大病人的经济

损失，最后法庭判决卫生所承担病人相应的经济损失。

2、医务工作存在缺陷引起纠纷：

(1) 医护人员不认真执行规章制度，缺乏责任心，造成不良的医疗后果，甚至差错事故，酿成医疗纠纷。(2) 医护人员缺乏服务意识，服务态度及语言生、冷、硬，酿成医疗纠纷。(3) 医护人员缺乏医疗保护意识，在病人面前议论其他医生或护士的诊疗护理技术水平不足，诱发医疗纠纷。(4) 医护人员对病人缺乏耐心解释，病人不了解医疗过程，发生误解酿成纠纷。

(5) 医德医风不正，引起医疗纠纷。

3、病案质量管理上的缺陷引起纠纷：

病案不仅是医务人员业务思维、行为选择的依据和基础，也是医疗事故或医疗纠纷论定是非、明确责任医疗事故鉴定或司法鉴定的依据。病案是医疗纠纷举证责任例责中最普遍、最完整、最科学的举证的证据。国务院发布的《医疗事故处理条例》对病案质量提出更高的要求，而随着人们法律意识的增强，医疗纠纷也不可避免的增多，现阶段主要存在的病案质量问题有以下几点：

(1) 记录不及时：在卫生部《病案书写规范》中对医疗文件的书写有明确的时间规定，病案资料必须及时完成，紧急抢救也应在抢救后 6 小时内补记病历，病程记录应保持时间的连续性。例如：“住院病历”要求在病人入院 24 小时内完成，手术记录和术后记录必须在 24 小时内完成，危重病人的抢救记录和家属谈话要记录，但在实际工作中，有时因其他原因不能按时记录的情况十分常见。如：有一位急性脑出血患者，女，71 岁、伴糖尿病，由于老年患者血管脆性大，经多次输液血管保护不佳，在一次使用甘露醇降颅内血压时，局部渗出，因患者家属热敷致使烫伤起水

泡。用硫酸镁湿敷等对症治疗，但医师、护理在病案上无记录，后来发生患者局部皮肤坏死，要求医院赔偿，引起纠纷。另一患者，女，25 岁，左侧输卵管妊娠破裂，在急诊手术中发现卵巢囊肿，医师口头告知病情，患者家属表示理解，遂将右侧卵巢切除，一年过后患者家属以女方不会生育的理由提出离婚，女方因说不知道自己的右侧卵巢被切除，要求医院赔偿，在法庭取证时，医院因病案上没有手术谈话记录而引起纠纷。

(2) 记录不完整：多见于危重病人抢救中漏记。没有具体记录使用什么药及其剂量、液体滴速，只笼统写给予“保氧、扩容、抗感染”等。病情变化时向病人家属告知病情，但已经采取的措施或要采取的治疗措施及预后估计，有记录但没有要求患者签字，还有漏上级医生查房记录等等。

(3) 记录不真实：常见的有既往史、过敏史、出生年月、身份证号乱写，这样不利于为纠纷处理提供依据，给司法、医保工作带来不便。

(4) 记录不规范，缺乏逻辑性：常见的有症状与体征，病程记录前后矛盾，或症状、体征与诊断不符，或有更改医嘱或做有创性检查记录、非规范性的诊断名称等，这都成了医疗纠纷的焦点。

(5) 书写潦草，内容的准确性欠妥，诱发医疗纠纷。

三、“非医源性因素”引起纠纷

虽然患者维护自身权益的意识增强，但对其疾病客观规律的认识仍处于“蒙昧”时期。这种“蒙昧”最突出的表现是对治疗效果的期望值高。由这种原因导致的非医源性医疗纠纷大致有以下几种：

1、患者家庭困难，为了治病，倾其所有，一旦治疗效果不好、患者死亡或残疾，

患方难以接受，便向医方提出经济赔偿，引发纠纷。

2、患者家庭成员失睦，成员间关系紧张，一方生病住院，一方怨声载道，特别是失睦家庭中的孤寡老人或残疾人住院，一旦治疗效果不佳，常常因经济负担过重而引发纠纷，进而把矛头指向医方。

3、意外伤害、车祸、公伤，非法伤害性往往病情严重、复杂，恶化速度快，入院时，医方首先尽力保存生命，但也常常在医疗费用上引起纠纷。

4、社会闲杂挑拨鼓励，散布“要想富，告大夫”，扩大医疗争议，引发纠纷。

5、某律师揽讼、缠讼、滥讼，扩大纠纷。

6、舆论误导，“警惕手术刀为杀人刀”、“医院大量误诊”等耸人听闻的所谓“深层次报道”，扰乱人心。

第二章 现行法律法规调整医疗纠纷存在缺陷

第一节 民法调整医疗纠纷的法律缺陷

我国《民法通则》第2条规定“中华人民共和国民法调整平等主体的公民之间、法人之间、公民和法人之间的财产关系和人身关系。”

医院及其医护人员掌握了专业的医疗知识，而患者对医疗知识往往一无所知，相对来说处于一种弱者的地位。但事实上，在医疗过程中，一方面医院必须向患者提供必要的服务、这是医院的义务，患者则依据医院做出的承诺，得到一定质量的诊疗；另一方面有权要求患者支付费用及提供其他配合医院施治疗活动的必要条件，患者则必须为此支付费用。从这个意义上看，双方的关系则是对等的。

医生在制定和实施医疗方案时，一般情况下有向患者进行告知义务，必须充

分考虑患者的利益；对于手术、特殊检查和特殊治疗等，还需征得患者或家属的签字同意方可实施。在目前医疗体制改革的形势下，很多医院推出了患者选医生的制度，患者在医院、医生和医疗方案选择方面享有越来越多的自主权，由此看出，医院与患者之间的关系是一种非典型的契约关系，这种契约关系是“医院与患者之间就患者疾病进行诊察、护理、治疗等医疗活动形成的意思表示一致的民事法律关系。”医疗纠纷的发生即医患双方在合同实施过程中因医方违约而发生的纠纷，给患者造成损害，有侵权行为责任，医方应承担违约责任。

法理上的请求权竞合说，认为受害者既享有契约上有损害赔偿请求权，又享有侵权法上的损害赔偿请求权，受害者可以选择行使某种请求权。现代民法立法趋势是逐渐强调保护弱者利益。患者作为医患关系中弱者一方，通过自由选择行使向种请求权，可以更好地保护自己的利益。从医疗纠纷的解决方面看，确认医疗纠纷的民事法律关系属性，而不限其责任认定方式，将更有利于医疗纠纷通过多种方式解决。

第三节 现行《医疗事故处理条例》调整医疗纠纷存在的法律缺陷

一、《医疗事故处理条例》（以下简称“新条例”）规定：“本条例所称医疗事故，是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实”。从而在法律上对医疗事故的概念做出了明确定义，与旧条例有明显进步，其中之一就是扩大了医疗过失行为导致人身损害后果的范围。与《民法通则》第106条规定相衔接，但新《条例》在第4条规定留下了“尾巴”，规定了

医疗事故的四个等级，其中最低等级即第四级医疗事故的规定为：造成患者明显人身损害的其他后果的。从法律上讲，这个最低等级标准却和新条例的医疗事故概念定义相矛盾。

二、新《条例》第 49 条规定的不科学

(1) 新《条例》第 49 条最后一款规定“不属于医疗事故的，医疗机构不承担赔偿责任”。这个规定与《民法通则》第 119 条关于人身损害赔偿的规定存在冲突。由于《条例》属于行政法规，在效力层次上低于《民法通则》，因此该条规定与《民法通则》第 106 条和第 119 条的规定相抵触，造成了法律效力的缺失，即当事人可依据《民法通则》的规定，提起民事诉讼来维护自身权利。

(2) 从法律条文上看，有的学者认为可把它与条例的第 33 条结合理解，它的方法本意是第 33 条规定的六种不属于医疗事故的情况将不适用于《条例》确定的赔偿方法和原则。但对于“不属于医疗事故的，医疗机构不承担赔偿责任，这一规定缺乏一定的科学性。这一条款与医疗纠纷举证责任倒置的规定相矛盾。

(3) 最高人民法院《关于民事诉讼证据的若干规定》确定因医疗行为引起的侵权诉讼，实行过错推定和因果关系推定，因而医疗事故鉴定结论属于医疗机构举证倒置范围，不必由受害人举证。但新《条例》没有涉及到这一点，仍按原规定处理，即鉴定不属于医疗事故的不予赔偿，这与上述举证责任倒置规定有矛盾。

三、新《条例》对于病人“知情同意权”保护存在缺陷

1、对知情同意权法保障

新《条例》第 16 条规定的死亡病历讨论记录，上级医师查房记录、会诊意见、

病程记录，是主观资料。第 10 条规定的门诊病历、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。病理资料护理记录等，是客观资料。新的条例把病历资料分为主观资料和客观资料，这样区分的法律意义，在于主观病历资料不能复制、影印，只能在医患双方共同在场的情况下封存并由医院保存，而客观病历则可以复制、影印。

这样规定的观察依据是某些病人及家属在拿到主观病历资料时，以主观病历中不同医师在会诊中的不同意见为理由，认为存在医疗过失，甚至四处散发，以博取社会和媒介的同情，不利维护医疗工作的正常秩序，但实践中许多人提出这样方法不利于保障病人的知情权，现实中已有许多人认为主观病历资料不能复制、影印给病人，只能由医院保存之规定，认为不公正的。还有理论上，病人对涉案病情的专业信息虽可通过引入专家证人解决，但实际上专家证人本身也是医生，在目前的医疗体制下，专家证人究竟有多大可能性愿意公开出面指证同级或上级医院的过错呢，这就有待引入仲裁解决。

2、对知情同意权规定不明确和不详细

在程序上规定不明确和缺失。新《条例》规定：主观性病历资料“应当在医患双方在场情况下封存和启封”，那么封存主观性病历资料是不是医疗机构必须履行的义务；患者或家属对封存病历程序若不配合，如拒绝在场，那么医疗机构内容范围规定不明确或缺失。新《条例》第 11 条明确规定了患者的知情同意权，但这一规定在实践中却遇到许多问题。①该条规定没有明确给出具体的告知内容和范围以及具体的标准，严格执行《执业医师法》《医疗机构管理条例》及其实施细则的规定是

否符合《条例》第 11 条规定的患者的知情同意权? ②该条规定最后一句话“应当避免对患者造成不利后果”,在适用时,争议很大,若在适用“应当避免对患者造成不利后果”的规定与患者知情同意权发生冲突时谁先谁后? ③知情同意权的例外是什么? 实践中许多治疗措施承诺书,由于含有侵害患者身体和生命的负责条款,这种协议是否有效? 以上种种的问题对具体实践操作有重大的影响,但《条例》却并未就此做出详细明确的规定。

四、新《条例》第 50 条关于医疗事故赔偿项目和标准依然存在缺陷

在《国家赔偿法》《消费者权益保护法》《道路交通事故处理办法》等法律法规中,对造成死亡的均有关于单独的关于死亡赔偿金的规定,而《医疗事故处理条例》中的有关规定却没有相关的理论基础。依据法理学,死亡赔偿金主要是建立在关系人扶养丧失说或亲属继承丧失说基础上,但对于一个身患重症的人,有些情况下,他自身已丧失了抚养他人的能力并且由于长期生活困难,也丧失了财富积聚的能力。由此,因医疗事故丧身,而向其家属支付死亡赔偿金也丧失了理论基础。

五、新《条例》第 33 条第四款规定无过错输血造成不良后果的不属于医疗事故也存在着不公平

按现行的规定,医院无权采血,所用血均由血站提供,医院只提供输血服务。如果医院在提供输血过程中没有过错,就不用承担法律责任,那向谁追究责任呢? 向最终责任人供血站追究责任? 答案是否定的。原因是目前的科学检测手段,还无法识别对处于肝炎和艾滋病“窗口期”过程中的供血者。

由于目前我国对血制品是否为一种产品还有疑义,无法适用产品质量侵权中的

无过错责任。还有供血站和医疗机构对造成受血者不良后果不存在过失,也不适用于一般侵权行为的过错责任。即在无过错输血造成患者不良后果的医疗活动中,患者只能自身承担这个不良后果。我认为这太不公平。若出现这种情况,可以参照《民法通则》第 132 条的公平责任原则。

理论上讲公平责任的适用条件有:

(1) 损害发生属于侵权行为法调整的范围 (2) 损害发生必须属于法律没有特别规定适用无过错责任或过错推定责任的情况下。(3) 损害较严重 (4) 对于损害发生当事人双方都没有过错。所以如查出现无过错输血造成患者不良后果的,应适用《民法通则》中关于公平责任的规定由当事人分担受血者的损害。

六、医疗事故鉴定仍有行政色彩

新《条例》第 20 条规定,医疗事故鉴定程序的启动只有两种方法: ①由卫生行政主管部门认为需要鉴定移交医学会进行鉴定。②医患双方协商共同委托,同时根据《条例》第 39 条规定,对医疗事故争议当事人提出的处理请求,卫生行政部门有权进行受理审查,对于不符合《条例》规定的处理申请,有权不予受理。这可看出医疗鉴定原则上禁止单方随意提出医疗事故鉴定申请,医疗纠纷关系的单方主体只能向卫生行政机关提出单方鉴定要求。所以这条规定其实只是对患者单方的鉴定申请做出了行政限制。新《条例》规定: 当事人对初次鉴定不服的,可以申请再次鉴定。新《条例》又规定“再次申请必须向医疗机构所在地的卫生行政主管部门提出。当事人不能通过做出初次鉴定的医学会申请再次鉴定,也不能直接向上级医学会申请再次鉴定。这更反映了医疗鉴定工作仍存在带有较多行政色彩的弊病,所以只有医疗仲裁解决,才有利于解决这个矛

盾。

七、举证责任倒置的舍本逐末

患者若选择民事侵权诉讼,必然要付出高昂的诉讼成本,存在着对现有法律资源的浪费。最高人民法院于2001年12月颁布的《关于民事诉讼证据的若干规定》(即33号司法解释)已经开始实施。这一司法解释第一次将医疗侵权案件列入了举证责任倒置范围,支持在医疗纠纷中实行举证倒置的主要理论是“盖然性说”即“……对发生盖然性高的事实,主张该事实发生的人不负举证责任,而相对人就该事实的不发生承担举证责任”。但是由于医疗纠纷的高风险性和高技术性,针对纷繁复杂的病症和生理疾病,这种理论不能适用全部医疗纠纷。因此,医疗纠纷中一律运用举证责任倒置,显然有失偏颇。所以,必须进一步完善医疗纠纷认定过程中的举证责任制:

1、对于依据实践,确实属于盖然性的损害结果,应当适用举证责任倒置原则。

2、借鉴国外经验,规定举证责任倒置实行的前提条件,即责令有妨碍举证行为的当事人(包括医疗机构和患者)承担举证倒置责任。

3、在目前情况下,应当加强患者的证据获取能力。

2002年4月通过《医疗事故处理条例》第46条规定:“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。”但三种解决方法都存在着缺陷,所以需要寻求一种更新的解决方法,即医疗仲裁。

第三章 建立医疗纠纷仲裁机制

第一节 医疗仲裁概念

仲裁,是指纠纷当事人在自愿基础上

达成协议,将纠纷提交非司法机构的第三者,由第三者作出对争议各方均有约束力的裁决的一种解决纠纷的制度和方法。从法理学看,《中华人民共和国仲裁法》第2条规定,平等主体的公民、法人和其他组织之间发生的合同纠纷和其他财产权益纠纷,可以仲裁。医疗纠纷能否仲裁,要看是否符合上述条件,因为医患双方是平等主体,医患双方为达到治愈疾病这一共同目标,在法律上是平等的。对医疗纠纷而言,绝大多数都涉及到与医疗活动有关的财产权益纠纷。特别是医疗纠纷后的补偿问题,更适用《中华人民共和国仲裁法》。

医疗纠纷仲裁,特指医疗纠纷机构对医疗纠纷双方中的任何一方当事人请求解决医疗纠纷依法审理、调解、裁决等居中分断的执法行为。由于除少数重大医疗责任事故外,绝大多数医疗纠纷均为民事纠纷,且纠纷的最终解决也落实到经济补偿上,因此解决此类纠纷宜采用半官方的公断方式。但也由于医疗纠纷仲裁所调整的纠纷涉及纠纷双方的不平等性,使医疗纠纷仲裁不仅具有一种经济合同纠纷仲裁的特征,如:程序简便、灵活、快捷而且还具有裁审不公开、不排斥调解以及仲裁结局具有法律效力等特殊性质。

第二节 医疗纠纷仲裁的特殊性

医疗纠纷仲裁具以下特殊性:

第一,医疗纠纷仲裁可由纠纷双方的任何一方提出申请,无须双方当事人合意。在现实中,医患双方发生纠纷后,医方常常处于被动状态,患者不通过正常渠道解决问题,而采取软磨硬泡“拿死人压活人”,甚至冲击打砸医院等闹事办法达到其索取高额经济补偿的目的,医方则束手无策,其合法权利无法得到保障。因此,纠纷双方不可能协商合意,共同提出仲裁申请,只能是其中一方提出。

第二，医疗纠纷仲裁应作为诉讼程序前的必须程序，仲裁机构对医疗纠纷先行调解，调解不成，做出裁决。其调解和裁决均不具有最终解决纠纷的效力，但生效后具有强制执行的效力。由于医学科学所特有的专业性强、分科细等特点，非专业人员很难介入其中，因此法官在审理医疗纠纷案件时相当困难，法官们普遍希望在法院审理前，有个类似劳动争议仲裁的前置程序，以解决专业技术问题，对于生效的调解和仲裁，法院可以根据当事人的申请强制执行，这样既可减轻法院的负担，同时也给纠纷双方当事人多提供一条解决问题的途径。

第三节 医疗纠纷仲裁的可行性

医疗仲裁具以下可行性：

第一，医患双方是平等主体。医患双方存在着服务与被服务、主动与被动关系。但医患双方为了达到治愈疾病这一共同目标，在法律地位这一实质问题上平等的，医患双方无尊卑之分、贵贱之别，“法律的权利与义务，体现了人们在社会生活中的地位及其相互关系……”。作为法律关系的参加者，患方有获得必要医疗服务的权利，同时也有尊重医务人员医疗处置权和工作，以及遵守医院规定等义务，上述患者所受的管理、约束，实际上是尽其义务的体现。

第二，医疗纠纷不属于“依法应当由行政机关处理的行政争议”。行政争议，指行政机关在行使行政权力的过程中与相对人之间发生的争议。有的解释是：行政争议是同属行政机关及其工作人员，在行使职权的过程中所引起的行政法律关系主体之间的争议。医院是非行政机关，患者是非行政管理相对人，医患之间的医疗纠纷不属行政争议，也就不是“应当”由卫生行政机关处理的争议，在《医疗事故处理

办法》修订稿第十稿第 17 条也规定了对发生医疗事故，既可由卫生行政部门处理，即医疗纠纷仲裁。

第三，医疗纠纷仲裁具有三大优点。

1、专业性：医疗仲裁所针对的是医疗纠纷，由于医疗行为的特点，医疗仲裁不可避免涉及极复杂、极专业的医疗知识及其相关的法律知识，医疗纠纷仲裁机构中具有一部分专业的仲裁员，他们都是医学专家、法学专家、卫生法学专家，由这样一支多元化人才组成的鉴定机构，一定能够保证仲裁的专业性和权威性。

2、保密性：医疗仲裁以不公开审理为原则，仲裁员对当事人仲裁的医疗纠纷有保密义务，有利于维护医患双方的合法权益，缓和社会矛盾，使患者或家属的隐私能够得到有利保护。对医疗单位而言，通过仲裁解决医疗纠纷能使医院名誉得到一定保护。也使医疗纠纷责任人承担较少的外界压力，有利于其以生医疗工作的开展，医患双方通常在一个和谐氛围中平息纷争，化解矛盾，促使争议得到公正，彻底解决。

3、效益性：亦称经济性，是指用较少的人力、物力和时间获得较大的成果。就是医疗纠纷而言，“较大成果”指公正及时化解医疗纠纷，实际上，相对于诉讼而言，研究仲裁的经济价值目标更为重要，更加迫切。原因主要有二点：

首先仲裁直接用于市场交往行为，以平等主体之间的合同纠纷和其它财产权益纠纷为裁决对象。它的基本价值目标必须与市场经济的要求保持一致。而市场经济运行的基本要求是提高资源优化配置的水平，使有限的资源尽可能地产生最大效益，其次……倘若不将经济性列为仲裁的基本价值目标，不对仲裁的经济性提出有别于诉讼的要求，仲裁必将因其固有的缺陷而

丧失与诉讼并肩存在的基础。

第四节 医疗仲裁制度

一、医疗仲裁机构

医疗纠纷仲裁委员会，应依法由司法行政机关登记管理，独立于卫生行政机关，其组成人员可分别来自司法行政机关、卫生行政机关、民政机关、律师协会、工程师协会、消费者协会等政府职能部门和团体世界各地。随着科学技术的发展，不仅在商品买卖合同中大多订有仲裁条款，而且在经济贸易、技术转让、国际信贷，医疗服务关系中，也设立相应的仲裁组织机构。在丹麦，全国设医学法律委员会，若发生医疗纠纷，由地区卫生部来处理，若解决不了由医学法律委员会处理。在我国，随着医疗卫生事业的发展，医疗活动的进一步深化，医疗纠纷机构的设立日趋成熟。

由于医疗纠纷可发生于各层次的医疗机构，且以基层为多，按照行政区划属地管辖的原则，医疗纠纷仲裁委员会设在县（市、区），在设立上采取的普通性事物和专门性事物，医疗纠纷仲裁委员会不应有级别之分，只能组建一个统一的仲裁委员会，不得按照不同专业设立专业仲裁庭，仲裁机构不是一个组织实体，没有庭长，裁决完案件，仲裁庭就不存在了。当事人对仲裁不服时，直接向人民法院起诉，进入两审诉讼程序。由于医疗行为具有高科技性、高风险性，社会福利性及职务性四大特征，它决定了医疗纠纷具有自身的有规律，所以成立医疗仲裁机构，处理医疗事故这一特殊领域内特殊问题已提上议事日程。鉴于我国卫生行政管理的历史和现状，医疗纠纷仲裁委员会的常设办事处应设在律师协会、医师协会等中立的社会团体为宜。医疗纠纷仲裁委员的职能应包括组织辖区内医疗纠纷案例的仲裁活动，编到辖区医事纠纷仲裁员名册，建立专家库，

对辖区的医疗纠纷仲裁进行考核、注册等管理工作，领导仲裁委员会办事机构和仲裁庭工作，协助政府职能部门研究处理医疗纠纷的理论、政策、法规进行研究，制定完善处理医疗纠纷的有关制度，进行卫生法制宣传和教育。

二、医疗仲裁庭

医疗纠纷仲裁庭的组织形式采用合议制而不采用独任制，由纠纷双方分别人仲裁专家库中抽出对等的 2-6 名，再由已被选任的仲裁员中挑出一名首席仲裁员共同组织仲裁庭，在仲裁委员会的领导下处理医疗纠纷。仲裁庭在审理医疗纠纷案件过程中，有权调阅有关文件档案，询问证人，观场勘案，对涉及某些专门性问题，要委托或聘请专门技术人员进行鉴定。

仲裁庭对重大或疑难案件，可提交仲裁委员会讨论决定。仲裁委员会的决定仲裁庭必须执行。仲裁庭做出的仲裁决定也必须报仲裁委员会主任审批，仲裁委员会主任在认为必要时可提交仲裁委员会讨论决定。仲裁庭制作的调解书或仲裁书，须由仲裁员签名，加盖仲裁委员会的印章，并以仲裁委员会的名义送达纠纷双方当事人，医疗纠纷当事人有充分的时间准备证据，另外一般情况下，人的身体受到急性损害后的基本医疗行为在 6 个月内能够终结。对于涉及须进行尸体检验的案件，应依照其他有关规定，先行尸体检验。

医疗纠纷双方当事人以其他代理人参加仲裁庭审判中，应遵循谁主张谁举证和当庭质证的基本原则，提出证据和质证，但由于医疗纠纷双方在技术上的不对等，且医疗技术资料也保存在医方，因此在举证责任上，也同时选用举证倒置原则，即由医方承担提供证明自己的医疗行为无过错证据的主要举证责任。

由于我国人口众多，地域辽阔，经济

发展不平等，民众的综合素质差别较大，医疗纠纷仲裁之前在纠纷发生地的属地管辖，可能会有非技术性的人为因素干扰仲裁机构工作。当仲裁委员会在确认由人为因素导致调解和裁决无法进行时，应由仲裁委员会主任签署并以仲裁委员会名义出具不予受理仲裁决定书，达双方当事人，纠纷当事人可直接向人民法院起诉。

对于违反仲裁程序，违法仲裁的裁决，纠纷双方的任何一方当事人都有权向人民法院提起诉讼。申请撤销裁决。对已生效的裁决，纠纷一方当事人提出证据证明裁决认定证据不中或适用法律有误，向人民法院申请不予执行时，经人民法院组成的合议庭审查核实，应不以执行。

三、医疗仲裁员

我国目前已存在的国内仲裁机构经济合同仲裁委员会、著作权仲裁委员会，都有其相对独立的仲裁领域。按《仲裁法》规定，一个城市只能设立一个仲裁委员会，该仲裁委员会是综合性的，受理各类财产权益纠纷案件，而医疗纠纷仲裁委员会也以解决经济赔偿医疗纠纷为目的，医疗仲裁员需要具备一定的专业知识以有助于正确认为医疗纠纷的事实，做出公正合理的仲裁，所以仲裁员应从公道正派的人员中聘任，必须是医学方面或法律方面的专家，即必须是从事法律、医学或教学研究工作并具有高级职称的人员。

其职责是：(1) 充当医患双方的桥梁，平时对群众的来访，给予专业的、不带任何框框的解答，使访问者了解有关医疗的法律问题和有关法律涉及的医学问题。排解群众在这些问题上的疑虑，消除医患双方的误解，促进彼此的问题解决。

(2) 对要求医疗鉴定的公民和法人提供帮助，在医患双方及其他涉及部门中的任何一方提出医疗事故时，在程序上、医

学法律文书上的书写上、医疗事故鉴定涉及的相关部门的联系上为其提供规范的服务，减少不必要的时间浪费、经济损失和体力消耗。

(3) 受有关部门的委托进行医疗事件的调查，为委托着提供真实可靠、有用的第一手材料，避免事实被歪曲。

(4) 受有关公民和法人的委托在医疗事件的处理过程中代为陈述和交涉有关事项。

(5) 受有关部门的委托对医疗事件的处理提出建议方案，以避免单个部门在适用法律、法规、政策时出现的，由于对其他部门工作的不熟悉而引起的偏差。

(6) 向医疗机构、卫生行政部门、法院、保险公司等提出有关医疗法律问题的建议并反馈其他公民和法人的意见和建议，使医疗事件的影响尽量缩小，发生率尽量降低。

我国《仲裁法》第 38 条规定：仲裁员应承担法律责任的行为有两种，即私自会见当事人、代理人或接受当事人、代理人的请客，情节严重的，或在仲裁案件时有索贿受贿，徇私舞弊，枉法裁判的，应依法承担责任，仲裁要求仲裁员必须：(1) 铭记社会责任，修身治性，强化操守建设 (2) 崇尚法律主动披露，恪守回避制度 (3) 低调慎独，完全中立，快捷高效结案 (4) 充分体现意思自治，最佳确定首席仲裁员。

仲裁员按不同专业设置名册，供当事人自愿选择，对解决医疗纠纷而言，仲裁员既要有医学专家（按不同专科），又有法律专家，更需要医法结合的复合型专家，这就不同于法院主要是由懂法的法官裁判的局面。从某种程度讲，裁判的质量和效率得到了保障。《仲裁法》将仲裁员应承担仲裁责任的行为限制在故意，重大的违法

行为之内,考虑了仲裁员承担仲裁责任和豁免责任的适当平衡,既有利于仲裁员消除顾虑接受指定并积极参与仲裁活动,又可以保障仲裁结果的公正。

四、医疗仲裁程序

1、医疗纠纷调解阶段:当医患双方在医院内就医疗纠纷的解决不能协商达成共识,矛盾相对激化时,可由医疗机构或患者及家属,或医疗机构通过卫生行政部门通知医疗仲裁机构到达现场接手处理医疗纠纷。医疗机构就此只作为被调查者参与。这样可以消除患方的不信任,避免在医疗现场出现过激行为,在较短时间内平息影响,恢复医疗秩序。

医疗纠纷仲裁机构接手后可以根据案情需要对现场有关物品和医疗文件进行封存,交医院医务部门保管,视情况可以组织对当事人的医患双方人员进行调查,取证,对诊断不明或者其他疑问情况的,应提出尸检,在征得卫生部门同意后,可按《医疗事故处理办法》及配套文件的要求,通知非当事医疗单位的病理医师及技术人员(情况许可的前提下)及法医进行尸解,并负责尸解报告的送达等工作,此阶段对医患双方分歧不大的纠纷或医疗缺陷明显,医院也能确认的,便可及时解决。另外,对一些边缘性问题可以通过与医患双方的接触和凭借处理的具体实践经验提出建议性解决的方案,使医患双方的纠纷在医疗事件仲裁机构这一中介部门的调停下得以解决,此阶段是最实际、涉及案例最多的阶段。

2、医疗事故鉴定阶段:当医患双方在医疗事件调查基本结束以后,通过调解不能化解双方的矛盾分歧时,医疗纠纷仲裁机构可适时向双方(主要是患方),提出进一步的解决建议,避免无休止的争吵,这就是提请医疗事故鉴定。此阶段的重点是

在第一阶段取得的第一手材料的基础上,并在充分尊重鉴定方的意见的前提下,以事实为依据,代为起草医疗事故鉴定申请书及附带证明材料。在鉴定委员会进行鉴定时,可申请申请方和被告方到场陈述有关鉴定理由及要求。鉴定结论下达后,协助医患双方理解鉴定结果。对卫生行政部门就医疗事故定性后作出的处理意见向医患双方进行传达并办理与之有关的事项,如医院的经济补偿、民政部门和乡镇、村(居),按规定给予政策性补助及患方单位按政策应给予救济,子女和配偶的照顾等等。

3、提起诉讼阶段:当医疗事件被定性为医疗事故后,部分当事者按《刑法》《民法通则》的规定提出诉讼要求时,医疗纠纷仲裁机构可先行给予要求诉讼方以法律咨询,权衡起诉得失、当事方决定起诉时,可代起草法律讼状、法院受理后,可受其委托出庭就医疗法律问题或法律涉及的医疗问题进行陈述,亦可在法庭调查时受委托协助调查。当法院判决后,协助办理判决书所要求办理的事项。如一方不服判决结果时,协助其衡量利弊及适用法律是否得当,对当事方决定上诉的,继续予以协助。

仲裁程序简便、期限短,如仲裁不公开进行,这与诉讼类实行公开审判相比,有利于减少医患双方因医疗纠纷而产生的对外影响,从而保护患方的某些隐私和医方的信誉,而裁仲应当开放进行,当事人协议不开庭的,仲裁庭可以根据仲裁申请书、答辩书以及其他材料作出裁商,这比《民事诉讼法》规定的必须开庭审理才能作出判决更灵活、简便,仲裁委员会自收到当事人仲裁请书之日起5日内确定是否受理,这比《民事诉讼法》规定的人民法院立案时间要短……