

放军医院管理, 2002, 2(3): 227-228.

- [4] 中华人民共和国财政部, 中华人民共和国卫生部. 医院财务制度基层医疗卫生机构财务制度[M]. 北京: 中国财政经济出版社, 1998.
- [5] 孙玉安, 高倩, 韩冈钦, 等. 持续质量改进用于医疗质量管理的研究[J]. 中华医院管理杂志, 2001, 17(11): 678-680.
- [6] 杨向明, 伊方红, 陈常娟. 医院科室分类综合目标管理 • 卫生管理 •

[J]. 中外健康文摘: 新医学学刊, 2007, 2(10): 33-35.

- [7] 杨文士. 管理学原理[M]. 2 版. 北京: 中国人民大学出版社, 2003.
- [8] 盛旺生. 广州某三级甲等医院医务人员薪酬制度改革意向调查研究[D]. 广州: 中山大学, 2007.

(收稿日期: 2012-08-23 修回日期: 2012-09-12)

重庆市建立替代性纠纷解决方式的分析与研究

李 科¹, 吴小翎²

(1. 重庆医科大学公共卫生与管理学院, 重庆 400016; 2. 重庆医科大学, 重庆 400016)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.01.036

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2013)01-0096-03

重庆市作为长江上游的医学中心, 拥有较为丰富的医疗卫生服务资源, 有 2 所医科大学、19 家三级医院, 其中, 西南医院、新桥医院及重庆医科大学附属第一医院每年门诊量都超过百万人次, 手术台数均超过 2 万台。在向社会提供庞大医疗服务的同时, 重庆市医疗机构的纠纷处理能力却十分脆弱。根据重庆市卫生局统计资料显示: 2008 年至今发生了 6 000 多例医疗纠纷, 其中, 司法解决 550 例, 医疗鉴定 378 例, 协商解决 4 278 例, 未解决 300 例, 仍在处理中 1 080 例, 大型纠纷占 21.93%, 近 3 年的医疗赔付共计 1.35 亿。20 世纪 90 年代初, 国家陆续出台了《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理办法》等法律、法规。但医疗机构在处理医疗纠纷时仍力不从心, 面对恶性医疗纠纷, 特别是“医闹”时更是束手无策。为此, 重庆市借鉴国内其他地方成熟的做法, 出台了《重庆市建立医疗纠纷第三方调解机制》、《重庆市医疗纠纷处置办法》等文件, 在全市范围内建立第三方调解机制来解决这一难题。

1 替代性纠纷解决方式 (alternative dispute resolution, ADR) 的定义^[1]

ADR 是指在发生医疗纠纷时, 第三方依据纠纷事实和社会规范(风俗、惯例、道德、法律、规范等), 在纠纷主体之间沟通信息, 摆事实、明道理, 促成纠纷主体的相互谅解与妥协以达到解决纠纷目的的一种方法。这个调解由专业组织来完成, 这个组织拥有医学、法律、心理学、管理学等方面的专业人才, 不依附于任何涉及利益关系的机构, 负责解决医患双方的矛盾。如果纠纷双方对调解结果不满意, 仍可选择传统的自行协商、医疗事故鉴定、民事诉讼等方法进行解决。ADR 兼顾了公平、高效、经济、简易原则, 在很大程度上保护了医方和患方的利益。

2 重庆市 ADR 的运行模式

重庆市 ADR 的运行模式为成立医疗纠纷第三方调解委员会及医疗机构购买医疗责任保险。

2.1 成立医疗纠纷第三方调解委员会

2.1.1 调解网络的建立

由重庆市司法局牵头, 成立重庆市

医疗纠纷第三方调解委员会, 并在 40 个区、县成立分中心, 建立覆盖全市的调解网络, 快速、有效地服务于人民群众, 协调重庆市的医疗纠纷调解工作。

2.1.2 调解经费和人员编制的落实 医疗纠纷调解委员会作为一个独立的第三方机构, 其工作经费全部由市、区(县)财政承担, 如渝中区、开县、万盛、荣昌等地已经成立医患纠纷调解中心, 属当地司法局管理, 并且核定人员编制, 这些措施保证了工作的顺利开展。

2.1.3 独立的第三方身份 重庆市医疗纠纷调解委员会隶属于司法系统, 既不属于卫生系统, 也不属于保险机构, 与医患双方没有利益关系, 具有独立的第三方身份, 能够较为公正地开展医疗纠纷调解工作。

2.1.4 专业的调解队伍 医疗纠纷调解委员会聘请一定数量的医学、药学、法律等方面的专家组成调解委员, 建立一支专业的专家调解队伍, 为医疗纠纷的调解工作提供技术咨询和调解处理服务。

2.1.5 规范的调解程序^[2] 各级医疗纠纷第三方调解委员会严格按照纠纷受理、调查取证、过失认定、定损计赔、合议程序、沟通劝导、调解协议、回访督办、结案归档和统计分析的程序处理医疗纠纷, 确保医疗纠纷处置的依法、公正、公平、及时和便民。

医疗纠纷发生后, 索赔金额低于 1 万元的, 医患双方可以自行协商解决; 索赔金额超过 1 万元的, 由医患双方当事人向医疗机构所在区、县(自治县)的医疗纠纷第三方调解委员会申请调解。当事人提出医疗纠纷调解申请, 符合受理条件的, 医疗纠纷第三方调解委员会应在 3 个工作日内予以受理, 并及时了解和核实事件经过, 原则上应在受理后 30 个工作日内进行调解。

2.2 医疗机构购买医疗责任保险 江毅^[3]引入台湾地区关于医师责任保险的定义, 认为医疗责任保险即医师责任保险, 属于职业责任保险范畴。医疗机构及其医务人员因其医疗过错或法律规定而对就医者的损害承担赔偿责任, 以该赔偿责任为保险标的的责任保险即为医师责任保险。

2.2.1 医疗责任保险联席会议制度的建立 重庆市建立了医疗责任保险联席会议制度,由辖区内二级及以上医疗机构推选代表单位共同组成联席会议成员,任何保险事宜均由全体医疗机构或联席会议成员单位共同决定,卫生行政管理部门不干预其中任何事务,从而保证了重庆市医疗责任保险的自主、公正、公平。该制度在全国范围内具有创新性。

2.2.2 共保机制的实施 市医疗责任保险联席会议成员单位遴选出具有资质的大型保险公司,由各医疗机构自行投保。购买金额、保费、赔偿机制等根据各单位具体情况而定,这在最大程度上保证了医疗单位的利益。

2.2.3 保险经纪公司的引入^[4] 为加强医疗责任保险工作的管理,提高保险工作的效率,降低医疗单位购买保险的风险,重庆市引入了保险经纪公司。保险经纪公司为各医疗单位服务,具体负责保险合同的拟定、保险理赔工作、保险理赔费用的追讨等,不收取任何费用,其工作开支由每年保费的比例提成获得,从而为医疗卫生单位节省大量财力、物力。

3 建立 ADR 机制的意义

3.1 医疗纠纷第三方调解委员会的合法性 以重庆市人民政府颁发的文件为基础,重庆市医疗纠纷第三方调解委员会设置了规范的调解程序,使其更为简单、方便、灵活。医疗纠纷第三方调解委员会隶属于司法局,与医患双方均没有利害关系,也不与卫生、保险等部门产生联系,“第三方”因其独立的身份决定了它比卫生行政部门的调解更具中立性。医疗纠纷中,医患双方若直接对话,由于情绪激动,容易引发冲突,而第三方调解委员会可以在接到申报后,立即参与医疗纠纷全过程。调解完成后达成的调解协议书是具有法律约束力的民事合同,调解结果具有法律效力。

3.2 医疗纠纷第三方调解委员会的中立性和公平性^[5] 设立医疗纠纷第三方调解委员会避免了以前由卫生行政部门出面调解时,既当“裁判员”、又当“运动员”的局面,而且第三方调解委员会能够获得患方和医方的信任,提高了医患双方的接受程度,为医患双方建立起一个“缓冲带”,把“院内纠纷”引向“院外调解”。

3.3 赔付的合理性^[6] 第三方调解委员会经过调解确定的赔偿金额,由医疗机构所购买的医疗责任保险赔付,由保险公司与患者结算,从而保证赔偿金快速、准确地到达患者手中,提高了理赔效率,减少了不必要的麻烦。

3.4 患者的维权渠道的拓宽 2002 年颁布的《医疗事故处理条例》中规定医疗事故处理主要有 3 条途径:(1)医患双方协商解决;(2)医疗事故鉴定;(3)人民法院诉讼解决。但在实际操作中却遇到种种困难,医患双方由于缺乏信任,赔偿金额的协商不一致,使协商解决的成功率较低;另外,多数患者不愿意进行医疗事故鉴定和法院诉讼,从而造成恶性医疗纠纷等情况的发生。医疗纠纷第三方调解机制是在以前解决纠纷途径的基础上,开辟的一条全新的患者维权渠道。

4 ADR 机制的完善^[7]

4.1 加强新闻媒体的宣传 司法、卫生、新闻媒体等部门应加强第三方调解机制的法律、法规知识宣传,向群众普及这种医疗纠纷的解决方式。引导群众理性对待可能发生的医疗风险和医疗纠纷,使医疗纠纷的处置最终纳入规范化、法治化轨道。

同时,医疗机构应加强医务工作人员的知识培训、法制教育,提高医务人员的质量和安全意识,从而有效预防和减少医疗纠纷。

4.2 加强组织队伍的建设^[8] 各区、县(自治县)司法部门协调卫生、公安、保监、财政及民政等相关部门,共同建立医疗纠纷第三方调解委员会。把热爱调解工作、具有奉献精神、较强专业知识和调解技能的离、退休的医生、法官、检察官、警官,律师、公证员、法律服务工作者及保险工作者等吸收到医疗纠纷第三方调解队伍中,逐步形成一支既懂医疗,又懂法律的专职、兼职相结合的医疗纠纷第三方调解员队伍。

4.3 探索法院诉前调解及诉讼调解的对接机制 卫生行政部门主持的调解以及医疗纠纷调解委员会的调解均面临调解书的效力问题。建议在调解效力方面参考韩国的做法。韩国采用诉讼之外调解优先的纠纷解决制度,2001 年韩国大法院提出“调解优先原则”,使医疗纠纷的调解制度在实践中发挥作用。诉前调解机制及诉讼调解对接工作机制的优势在于:(1)调解时,法院的介入易于查清事实真相,分清责任大小,最大限度地保护医患双方的合法权益;(2)使调解更规范、公平、合法,提高调解成功率;(3)以法院名义制作的调解协议具有更强的法律效力和执行力^[9]。

4.4 建立监督机制 政府应对医疗纠纷第三方调解委员会建立监督机制,保证调解工作的顺利进行,以发挥第三方机构的积极作用,保证其公正性、公平性和合法性。

4.5 进一步完善医疗纠纷调解工作的相关措施 司法、卫生等部门深入开展调查研究工作,不断完善第三方调解机制,不断深化医疗卫生体制改革,借鉴其他地方的先进经验,逐步建立和完善第三方调解机制^[10]。

4.6 探索多元调解,建立长效机制 公安、司法、卫生部门要通力合作,建立快速反应的长效机制,对出现的恶性医疗纠纷和“医闹”行为要及时制止,并将其引入合法渠道进行处理,加强宣传教育,建立行政调解、第三方调解等相结合的多元调解制度,使之成为解决医疗纠纷的一种长效机制。

参考文献:

- [1] 黎晶,陈景. 医疗纠纷第三方调解机制[J]. 现代医药卫生,2010,26(21):3339-3340.
- [2] 滕灵方,林婷,柯兵波,等. 医疗纠纷第三方调解机制的探讨[J]. 中医药管理杂志,2010,18(11):971-973.
- [3] 江毅. 医疗责任保险的历史、现状及未来[J]. 中国保险管理干部学院学报,2004(5):48-50.
- [4] 沃中东. 设立中立第三方调解医疗纠纷探讨[J]. 中国卫生事业管理,2009(1):26-27.
- [5] 姜贤飞,余淳,朱方,等. 医疗纠纷人民调解委员会定位的尴尬与思考[J]. 现代预防医学,2011,38(8):1459-1460.
- [6] 刘志勤. 医疗纠纷第三方调解的法律渊源[J]. 医院院长论坛,2011(3):46-49.
- [7] 种衍军,朱玉久. 第三方调解解决医患纠纷的实践与思考[J]. 中国卫生质量管理,2009,16(4):65-68.
- [8] 黄利鸣,王建强. 第三方调解机制在处理医疗纠纷中的运用[J]. 中国医院,2010(5):40-42.

[9] 先德强,刘博.对完善我国医疗纠纷调解制度的思考[J].中国误诊学杂志,2008,8(7):1513-1514.

[J].管理观察,2011(7):172-173.

[10] 王芳,周彩云,裴强.对医疗纠纷第三方调解机制的探索·卫生管理·

(收稿日期:2012-09-06 修回日期:2012-11-02)

重庆市基本公共卫生服务规范的培训现状及对策研究

杨 柳,蒲 川[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院,重庆 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.01.037

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2013)01-0098-02

中国基本公共卫生服务项目主要通过城市社区卫生服务中心(站)、乡镇卫生院、村卫生室等城乡基层医疗卫生机构向全体居民提供。实现基本公共卫生服务均等化的重点应该放在基层卫生服务机构的建设和人员服务能力的建设上。本研究主要对重庆市基本公共卫生服务规范的培训情况进行现场调查,旨在了解重庆市基本公共卫生服务规范的培训现状,并针对存在的问题提出对策建议,有利于提高基层医务人员的服务水平,推动基本公共卫生服务均等化的全面覆盖。

1 资料与方法

1.1 一般资料 资料主要来源于课题组进行的现场调查,按照重庆市“一圈两翼”结构布局,用分层抽样的方式选取重庆市4个区(县),包括都市圈的南岸区、1小时经济圈的南川区、渝东北翼的开县及渝东南翼的武隆县,作为样本区,每个样本区(县)分别抽取2所基层医疗卫生机构,即乡镇卫生院或社区卫生服务中心作为研究对象。

1.2 研究方法 主要采用了文献复习的研究方法,对《国家基本公共卫生服务规范》(简称《规范》)2009年版和2011年版的内容进行比较分析;其次,课题组在现场调查中主要采用深入访谈、问卷调查的方式。

1.3 调查对象及主要内容 调查对象主要包括各个区(县)基层医疗卫生机构的主要负责人($n=8$)以及主要实施基本公共卫生服务规范的卫生人员($n=80$)。调查主要内容包括对基本公共卫生服务规范培训的组织管理、培训过程与数量、医务人员评价以及对规范培训的意见与建议等。

1.4 数据分析 使用 Excel 2003 录入,采用 SPSS17.0 软件进行分析,定性资料采用主体框架法进行分析。

2 结 果

本次共调查8个基层医疗卫生机构,其中社区卫生服务中心4个,乡镇卫生院4个;调查卫生工作人员80人。共发放问卷80份,回收80份,有效回收率为100.0%。

2.1 卫生人员接受基本公共卫生服务规范的培训情况 调查显示,80名被调查者在从事基本公共卫生服务期间,针对2009年版《规范》接受培训的有53人;针对2011年版《规范》新增2项基本公共卫生服务项目培训的有12人,新增项目培训比例为15.0%,见表1。

2.2 卫生人员接受《规范》培训的途径 基层医疗卫生机构卫生人员接受《规范》培训的主要途径有上级医院、医科院校、专业卫

生机构以及本基层医疗卫生机构。调查显示,接受上级医院以及在本基层医疗卫生机构培训的比例较高,见表2。

表 1 卫生人员接受《规范》培训的情况

卫生机构	调查人数 (n)	接受 2009 年 版培训[n(%)]	接受 2011 年版 新增项目培训[n(%)]
社区卫生服务中心	40	30(75)	7(17.5)
乡镇卫生院	40	23(57.5)	5(12.5)
合计	80	53(66.3)	12(15.0)

表 2 卫生人员接受《规范》培训的途径[n(%)]

卫生机构	上级医院	医科院校	专业卫生 机构	基层医疗 卫生机构	其他
社区卫生服务中心	11(27.5)	7(17.5)	9(22.5)	12(30.0)	1(2.5)
乡镇卫生院	13(32.5)	6(15.0)	9(22.5)	11(27.5)	1(2.5)

2.3 卫生人员接受《规范》培训的方式 调查显示,基层医疗卫生机构接受《规范》培训的主要方式有专题讲座、课堂教学、接受远程网络和电视教育教学,其中接受远程网络和电视教育教学的比例较低,见表3。

表 3 卫生人员接受《规范》培训的方式[n(%)]

卫生机构	专题讲座	课堂教学	远程网络和电视教学
社区卫生服务中心	18(45.0)	19(47.5)	3(7.5)
乡镇卫生院	15(37.5)	20(50.0)	5(12.5)

表 4 卫生人员对 2009 年版与 2011 年版《规范》培训效果的比较[n(%)]

培训内容	较好	一般	较差
2009 年版《规范》	27(67.5)	18(45.0)	8(20.0)
2011 年版《规范》新增项目	2(16.7)	6(50.0)	4(33.3)

2.4 接受培训人员的培训效果 在接受《规范》培训的被调查人员中认为2009年版《规范》培训效果较好的为67.5%,较差的为20.0%;认为2011年版《规范》新增项目培训效果较好的