

· 调查报告 ·

某综合医院医疗纠纷之实证研究*

罗秀¹, 王轶^{2△}

(1. 川北医学院预防医学系, 四川南充 637000; 2. 川北医学院附属医院耳鼻喉科, 四川南充 637000)

摘要:目的 明确医疗纠纷发生特点和规律, 为医疗纠纷防范提供依据。方法 选取四川省某三级甲等医院 2005~2011 年的医疗纠纷数据, 进行文献研究和描述性分析。结果 该院近 5 年医疗纠纷总体数量较前明显增加; 外科纠纷发生率最高, 其次是儿科、妇产科; 医疗纠纷的发生原因, 主要包括诊断、治疗、手术和告知义务的履行; 自行协商是医疗纠纷的最主要解决方式。结论 建立健全医疗风险管理体系, 强化质量管理, 重视业务培训, 坚持医德医风建设, 尊重患者权利, 规范和完善医疗纠纷的解决方式, 以预防医疗纠纷, 促进医院健康发展。

关键词: 医疗纠纷; 案例分析; 对策

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.16.019

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2013)16-1846-03

The study of medical disputes in a hospital*

Luo Xiu¹, Wang Yi^{2△}

(1. Department of Preventive Medicine, North Sichuan Medical College, Nanchong, Sichuan 637000, China;

2. Department of Otorhinaryngology, the Affiliated of Hospital of North

Sichuan Medical College, Nanchong, Sichuan 637000, China)

Abstract: Objective To analyze the medical disputes characteristics and laws to provide basis for prevention of medical disputes. Methods We selected medical dispute data of a three level of first-class hospital in sichuan province 2005-2011 years, used the literature research and descriptive analysis. Results Medical disputes of nearly five years was significantly increased; Surgical dispute resulted in the highest, followed by the department of pediatrics, gynecology and obstetrics, The cause of medical disputes, including the diagnosis, treatment, operation and the performance of the inform obligation, negotiation was the most important medical dispute solution. Conclusion Establish and perfect the medical risk management system, strengthening the quality management, pay attention to professional training, adhere to the construction of medical ethics, respect patients rights; Regulate and perfect the medical dispute solution, in order to promote the healthy development of the hospital, to prevent medical disputes

Key words: medical disputes; cases analysis; countermeasure

对医疗纠纷和医疗事故的定义, 不同学者有不同认识。广义的医疗纠纷泛指患者及其亲属在就诊过程中与医疗机构及其工作人员因矛盾而产生的所有分歧与争议, 既包括对诊疗护理过程中产生的后果认识不一致而发生的纠纷, 也包括非诊疗护理行为而引起的纠纷^[1]。狭义的医疗纠纷指医疗事故争议, 仅指由医疗事故引起的双方的分歧与矛盾^[2]。按照《医疗事故处理条例》的规定, 过失、人身损害后果和因果关系是医疗事故的构成要件。患者在医疗过程中出现不良后果, 除医务人员过失引起, 还可能是疾病的自然转归、并发症等所致, 后者并不属于医疗事故的范畴。因此, 广义的医疗纠纷包括医疗事故和非医疗事故争议, 本研究所指的医疗纠纷为广义的医疗纠纷。研究以四川某中等城市三级甲等医院为例, 对本院近年发生的医疗纠纷进行回顾性分析, 以期找出其发生规律和特点, 为有效防范医疗纠纷提供参考。

1 资料与方法

研究对象位于四川省某中等城市, 为三级甲等综合医院, 开放床位 1 500 张。资料来源于该院医务科记录的 2005~2011 年的医疗纠纷数据。采用文献研究和描述性分析对本院医疗纠纷发生情况进行研究, 用相对数对发生时间、原因、科室分布等进行分析。

2 结果

该院 2005~2011 年共发生医疗纠纷 196 起, 其中 2005~

2007 年 7 起, 部分信息记载不全; 2008~2011 年 189 起, 信息记载详细完整。

2.1 医疗纠纷发生时间分布 该院 2005~2011 年共发生医疗纠纷 196 起, 分布情况见表 1, 其中, 2008 年以前医疗纠纷的数量较少(2~3 起/年); 2008 年医疗纠纷数量明显增加到 50 起/年, 以后每年医疗纠纷数量基本稳定。

表 1 不同年度医疗纠纷分布情况[n(%)]

时间	医疗纠纷	时间	医疗纠纷
2005 年	2(1.02)	2009 年	53(27.04)
2006 年	2(1.02)	2010 年	48(24.49)
2007 年	3(1.53)	2011 年	38(19.39)

2.2 各科室不同年份医疗纠纷分布情况 对信息完整、2008~2011 年发生的 189 起案例按照科室分布进行统计, 结果见表 2。

2.3 医疗纠纷的发生原因 分析记录完整的 189 起医疗纠纷, 得到引起医疗纠纷发生的具体原因共 82 条, 参照医疗纠纷案件的一般分类^[3]归纳为 8 类, (1) 治疗: 包括治疗不及时、疗效差、致死、致残等; (2) 手术: 包括手术操作不当, 术后(中)并发症、预后不良、死亡等; (3) 检查: 包括各种门诊、住院辅助检查及穿刺操作; (4) 诊断: 包括漏诊、误诊; (5) 麻醉: 手术中的麻醉操作所致患者死亡、残疾等; (6) 护理: 包括操作错误、对患者

表 2 不同年度各科室医疗纠纷分布情况(n)

科室	2008	2009	2010	2011	合计	百分比(%)	科室	2008	2009	2010	2011	合计	百分比(%)
急诊科	0	2	1	2	5	2.65	ICU	0	0	1	0	1	0.53
放射科	2	1	0	2	5	2.65	耳鼻喉科	0	0	3	1	4	2.12
药房	1	2	0	1	4	2.12	妇产科	5	4	4	4	17	8.99
皮肤科	1	0	1	0	2	1.06	肛肠科	0	1	1	1	3	1.59
口腔科	0	0	2	0	2	1.06	骨科	5	7	0	5	17	8.99
儿科	6	5	9	2	22	11.64	颌面外科	1	1	0	0	2	1.06
呼吸科	0	1	1	0	2	1.06	泌尿外科	5	3	1	1	10	5.29
风湿科	0	2	1	0	3	1.59	神经外科	2	1	2	0	5	2.65
神内科	0	2	0	0	2	1.06	普外科	11	11	8	8	38	20.11
肾内科	1	0	0	1	2	1.06	烧伤科	0	1	0	1	2	1.06
消化内	1	1	1	0	3	1.59	胸外科	4	3	6	7	20	10.58
心内科	0	2	4	1	7	3.70	眼科	4	0	2	0	6	3.17
感染科	1	1	0	0	2	1.06	痔瘘科	0	1	0	0	1	0.53
麻醉科	0	1	0	1	2	1.06							

监护管理不当造成不良后果;(7)告知:包括医患沟通不畅、理解偏差等;(8)药品:发放和使用问题。对每起医疗纠纷只提取一条主要原因进行分析,结果见表 3。

表 3 医疗纠纷原因分析[n(%)]

原因	医疗纠纷	原因	医疗纠纷
治疗	72(38.10)	诊断	18(9.52)
手术	53(28.04)	麻醉	2(1.06)
检查	10(5.29)	护理	12(6.35)
告知	18(9.52)	药品	4(2.12)

2.4 医疗纠纷的解决方式 医疗纠纷的解决方式包括卫生行政部门调解、司法途径、医患沟通与医患协商。在调查的 196 起中,其比例分别为:8.67%、17.35%、33.16%、40.82%。

3 讨 论

3.1 医疗纠纷的时间分布 调查结果显示,该院 2008 年以前医疗纠纷数量较少,每年仅 2~3 起;2008 年纠纷数量急剧上升至 50 起/年,以后几年间数量基本稳定。分析其原因:(1)与医院业务量的变化相关。该院 2007~2011 年的门诊和住院人次逐渐上升,总业务量分别为:841 625、999 413、1 139 566、1 147 571、164 571 人次/年。2008 年业务量较 2007 年增加明显,与纠纷数量增加的趋势基本吻合。(2)患者维权意识增强。随着社会的发展,人民文化水平不断提高,法律意识也逐渐增强,导致医疗纠纷数量增加。其他因素则包括社会舆论的引导、价值观的扭曲等。(3)2009~2011 年,医疗纠纷的数量基本稳定。2009 年卫生部在全国开展了“以患者为中心,以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动,医院以此为契机,加强质量管理,取得了一定成效。

3.2 医疗纠纷的科室分布情况分析 调查显示,医疗纠纷发生数量居前 3 位的科室分别是普外科、儿科和胸外科。其次,泌尿外科、心内科、眼科都是医疗纠纷发生率比较高的科室。与国内其他调查基本吻合^[4-5]。进一步按照学科分类,纠纷发生数量居前 3 的分别是外科、儿科和内科。医疗纠纷发生风险较高的科室主要集中在外科、儿科、妇产科;在外科中,又以普外、胸外和骨科为多。究其原因,与外科诊疗范围大、病种多、患者病情复杂等因素相关;治疗效果较直观、患者易评价(如伤

口愈合、疼痛缓解等)也是外科医疗纠纷数量高的原因,与其他国家情况类似(日本、美国、德国数据)^[6]。儿科则与患者的特殊性(儿童对病情的表述、病情变化快)相关。而妇产科,尤其是产科,面对产妇、胎儿、家属等多个对象,患者期望值较高,但因为妊娠的特殊性和复杂性以及现代医学的局限,也容易导致医疗纠纷发生。调查还发现,通常认为风险较高的神经外科医疗纠纷的数量远远低于其他外科,和内科相近,其原因与患者对疾病的认识和期望相关:一般认为,脑部手术复杂、风险大,因此,对手术疗效的期望值不高(和其他外科恰恰相反),降低了纠纷的发生率。这也从另一侧面证实了医疗纠纷的发生与人群对医学的认识密切相关。

3.3 发生原因分析 引起医疗纠纷的原因,以诊断、治疗、手术、告知为主。(1)诊断。主要包括漏诊、误诊、诊断不及时等原因。常见的影响因素包括病史采集、体格检查、辅助检查结果,以及来自医务人员经验和判断。(2)治疗。调查涉及与治疗相关的纠纷包括患者对治疗效果不满、治疗中(后)出现死亡、病情加重、并发症(不包括手术)等。原因部分与医疗操作、治疗方案有关,更多的则与患者对医疗行为的认识偏差相关。(3)手术。包括因手术所导致患者人身伤害、并发症以及对疗效的争议。(4)告知,即“知情同意”。近年来,与“知情同意”原则相关的医疗纠纷明显增加,以 2007 年“丈夫拒绝签字手术,孕妇和腹中胎儿死亡”为典型。其原因,有医务人员对该原则的理解和执行问题,也有患者的配合问题。

3.4 医疗纠纷的解决方式分析 调查 196 起医疗纠纷,解决途径以医患沟通和医患协商为主,司法途径仅 34 起。沟通和协商均可以视为“自行协商”解决,是医患双方出于自身的主观考虑(医院基于维护自身形象和医院效益的考虑;患者基于经济因素与医学专业知识等方面原因,往往怵于持久的法律诉讼)^[7]首选的解决方式,但却给医院带来大量繁琐的事务工作,并诱导了患者对医院不正当的“经济诉求”,间接诱发医疗纠纷发生。诉讼方式,则由于手续繁琐、周期长、费用高等原因,往往是医患双方在自行协商甚至行政调解不果的情况下的最终选择。

3.5 建议 (1)建立健全医疗风险管理体系,实施风险分级管理制度。风险管理体系是指为了实现风险管理目标,利用自身所拥有的资源设计的一系列权责划分和操作流程^[8]。为了应对日趋严重的医疗纠纷,有必要根据其特点、诱发因素,建立

相应的风险识别、评估、应对和控制体系;借助先进的信息技术,建立信息数据库,采集医院风险信息,进行风险等级分级,针对医疗纠纷的易发科室、易发环节、易发因素、易发群体等进行重点监测和管理,及时发现和解决隐患。(2)强化质量管理,重视业务培训。医疗质量和医疗安全是医院管理的重要内容,良好的质量管理体系是医院安全的基础,也是降低医疗纠纷的重要保障。持续质量改进、ISO9000 质量认证体系、循证医学应用、临床路径管理、医疗质量实时控制、质量保证体系、人本管理等管理模式的引入和应用,对医疗质量管理的创新有极大的推动作用^[9]。要从医院体制建设入手,建立完善的质量管理体系,积极推进临床路径建设,实施医院质量管理体系认证,有效降低医疗纠纷的发生率。加强医务人员的技能培训也是提高质量的关键。医疗技术的高低是医院水平的象征,医院必须把对医务人员的业务培训作为坚持不懈的工作,建立相应的考核管理制度,构建“学习型医院”,从根本上提高医疗质量,降低医疗纠纷。(3)坚持医德医风建设,尊重患者“知情权”。总结医疗纠纷的发生原因,除技术因素外,医患沟通和服务态度是另一重要原因。调查显示,有近 10% 的医疗纠纷与沟通有关,而全国 326 所医院问卷调查也表明,由于医务人员态度不好引发纠纷的占 49.5%^[10]。因此,医院应树立“以患者为中心”的服务理念,加强人员的医德医风教育,提高医疗服务质量。医务人员要正确认识和理解“知情同意”原则,加强与患者的沟通,规范沟通行为、用语和过程,切实保障患者的“知情权”,把知情作为医疗行为的基础,有效降低医疗纠纷。(4)规范和改善医疗纠纷的解决方式。自行协商是医疗纠纷的主要处理方式。由于缺乏统一的标准,通过协商解决医疗纠纷会导致最终责任不明确、赔偿标准不统一、周期不确定等,并在客观上给医院带来大量的非医疗性事务工作^[11]。通过诉讼解决,则由于医疗案件的特殊性,涉及取证、鉴定、举证、质证等诸多环节,耗时长,花费大,诉讼效率低下^[12]。因此,寻求合理有效的解决途径,有利于医疗机构迅速医疗纠纷。

引导、鼓励采用非诉讼机制解决医疗纠纷,是一条快速、有效解决医疗纠纷的途径^[13-14]。通过立法,完善医疗协商制度,在遵循民事法律基本原则前提下,创造宽松的法律环境来促进医疗纠纷的协商解决,并在立法上对协商的条件、内容、协议书的效力加以规范和约束^[15]。诉讼和非诉讼方式并用,借鉴国外经验,建立仲裁机制,完善现有的医疗纠纷解决机制,从制度

上规范医疗纠纷的解决,降低医疗纠纷。

参考文献:

- [1] 林文学. 医疗纠纷解决机制研究[M]. 北京:法律出版社, 2008:6-13.
 - [2] 王才亮. 如何应对医疗事故争议[M]. 北京:中信出版社, 2004:23-29.
 - [3] 植牧哲,冷罗生,陶芸. 医疗法律学[M]. 北京:法律出版社, 2006:38-40.
 - [4] 郝浩,孙纽云,石玉柱,等. 2009 年上海市某区医疗纠纷案例分布情况调查与分析[J]. 中国医院, 2011,15(5):3.
 - [5] 李恒,张良,高蕾,等. 哈尔滨市某医院 312 例医疗纠纷分析及防范对策[J]. 中国医院管理, 2011,31(1):32-24.
 - [6] 植牧哲,冷罗生,陶芸. 医疗法律学[M]. 北京:法律出版社, 2006:45-65.
 - [7] 夏莽,侯胜田. 对不同类型医疗纠纷处理机制的探讨——基于全国卫生系统信访数据的分析[J]. 中国医院管理, 2012,32(1):51-53.
 - [8] 樊震林,杨兴辰,吴宏,等. 医疗风险调查结果的分组分析[J]. 中国卫生质量管理, 2009,16(1):11-13.
 - [9] 杨国斌,易学明,干振华. 论现代医疗服务质量管理的创新思维[J]. 中国医院管理, 2009,29(1):2-4.
 - [10] 赵茜,赵亮. 医患沟通行为及其规范化管理探讨[J]. 中国医学伦理学, 2009,22(2):127-129.
 - [11] 陈美雅. 医疗纠纷诉讼外解决机制比较研究[J]. 法律与医学杂志, 2006,13(3):181-190.
 - [12] 李冀宁,覃红. 医疗纠纷非诉讼解决机制与和谐医患关系[J]. 医学与哲学, 2007,28(1):33-36.
 - [13] 蒲川,峻怡. 医疗纠纷非诉讼解决方式:美国的经验及其启示[J]. 重庆医学, 2010,39(15):2074-2075.
 - [14] 刘小宁. 论我国医疗纠纷处理的非诉讼机制及其完善[J]. 中国卫生事业管理, 2007,11(3):351-353.
 - [15] 王安富,高其明,史蕾. ADR 机制在解决医疗纠纷中的应用与完善[J]. 中国卫生事业管理, 2009,4(2):256-258.
- (收稿日期:2012-12-08 修回日期:2013-01-12)
-
- (上接第 1845 页)
- Pooled analysis of randomized studies[J]. J Antimicrobial Chemother, 2005, 56(5):923-929.
- [8] Voyieh JM, Bmughton KR, Sturdevant DE, et al. Insights into mechanisms used by Staphylococcus aureus to avoid destruction by human neutrophils[J]. J Immunol, 2005, 175(6):3907-3919.
 - [9] 王德成,王星,周文江,等. 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌小鼠菌血症感染模型的建立与评估[J]. 中华微生物和免疫学杂志, 2010,30(7):603-606.
 - [10] Faria NA, Oliveim D, Westh H, et al. Epidemiology of emerging methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in Denmark; a nationwide study in a country with low prevalence of MRSA infection[J]. J Clin Microbiol, 2005, 43(14):1836-1842.
 - [11] Haddadin AS, Fappiano SA, Lipsett PA. Methicillin resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in the intensive care unit[J]. Postgrad Med J, 2002, 78(3):385-392.
 - [12] 王进,肖永红. 2006~2007 年 Mohnarin 血流感染病原菌构成及耐药性[J]. 中华医院感染学杂志, 2008, 18(11):1238-1242.
 - [13] 朱德妹,张雯元,周乐,等. 利奈唑胺的体外抗菌作用研究[J]. 中国感染与化疗杂志, 2008, 8(2):81-88.
 - [14] Falagas ME, Siempos II, Vardakas KZ. Linezolid versus glycopeptides or (beta)-lactam for treatment of Gram-positive bacterial infections; meta-analysis of randomised controlled trials[J]. Lancet Infect Dis, 2008, 8(1):53-66.
- (收稿日期:2012-12-01 修回日期:2013-01-29)