

106 例医疗损害鉴定回顾性分析

史昕懿, 万立华[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016)

中图分类号: R197.1

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)31-4255-03

自 2010 年《侵权责任法》实施以来, 重庆市各司法鉴定所受理了大量的医疗损害委托鉴定, 这对规范医疗行为、调整医患关系、维护医患双方合法权益、促进医疗事业健康发展起着重要的作用^[1-2]。本文主要对 2011~2012 年重庆市法庭科学司法鉴定所受理并明确鉴定结论的 106 例医疗损害案件进行回顾性分析, 了解医疗损害鉴定的基本情况并探讨其发生特点, 为医疗机构预防和减少医疗损害事件的发生提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集重庆市法庭科学司法鉴定所 2011~2012 年受理并出具明确鉴定结论的医疗损害鉴定案例共计 106 件, 每 1 份案例均有完整的病历资料, 医患双方的陈述意见及专家讨论意见, 按统一格式逐一登记。

1.2 医疗过错行为表现形式分类 结合《侵权责任法》中有关医疗损害责任的条款以及国外有关医疗过错行为的分类, 建立临床诊疗过程中有关医疗过错行为的评价指标体系: 即在诊断、抢救、治疗、护理及管理 5 个方面中选取以下指标作为医疗过错行为的表现形式: (1) 主要诊断错误; (2) 其他次要诊断不全面; (3) 手术指征不明确; (4) 术前准备不充分; (5) 手术操作

不规范; (6) 用药不合理; (7) 延误治疗; (8) 病情监测不系统; (9) 医患沟通不到位; (10) 管理体系不完善。

1.3 医疗行为过错参与度分类 根据重庆市司法局颁布的《医疗过错司法鉴定规则》(试行) 中关于医疗行为是否存在过错以及医疗过错与损害结果的关系和程度, 将医疗行为过错参与度划分为两大类, 即医疗行为无过错与医疗行为有过错, 有过错的医疗行为对应损害因果可再细分为: (1) 直接因素; (2) 主要因素; (3) 共同因素; (4) 次要因素; (5) 间接或诱发因素; (6) 无因果关系^[3]。

1.4 数据分析 将上述所有案例按照医疗过错行为表现形式以及医疗行为过错参与度分类整理, 然后进行描述性分析。本文数据采用百分比(%)表示。

2 结果

2.1 医疗行为过错参与度分布情况 在 72 例存在过错的案件中, 有 30 例发生在三级甲等医院, 有 32 例发生在三级甲等以下医院(包括社区医院及诊所), 有 10 例发生在民营医院; 在 29 例无过错的案件中, 三级甲等医院有 20 例, 三级甲等以下医院有 9 例; 在无法判定过错参与度的案件中, 三级甲等医院有 2 例, 三级甲等以下医院有 3 例, 见表 1。

表 1 医疗行为过错参与度分布情况[n=106, n(%)]

医疗行为过错参与度	三级甲等医院	三级甲等以下医院	民营医院	合计
有过错、直接因素	0(0.00)	5(4.72)	2(1.89)	7(6.60)
有过错、主要因素	2(1.89)	6(5.66)	1(0.94)	9(8.49)
有过错、共同因素	3(2.83)	7(6.60)	3(2.83)	13(12.26)
有过错、次要因素	6(5.66)	3(2.83)	2(1.89)	11(10.38)
有过错、间接或诱发因素	10(9.43)	9(8.49)	2(1.89)	21(19.81)
有过错、无因果关系	9(8.49)	2(1.89)	0(0.00)	11(10.38)
无过错	20(18.89)	9(8.49)	0(0.00)	29(27.36)
尚难判定	2(1.89)	3(2.83)	0(0.00)	5(4.72)

表 2 医疗过错行为的表现形式分布情况[n=171, n(%)]

医疗过错行为主要表现形式	三级甲等医院	三级甲等以下医院	民营医院	合计
主要诊断错误	0(0.00)	5(2.92)	0(0.00)	5(2.92)
其他次要诊断不全面	4(2.34)	7(4.09)	2(1.17)	13(7.60)
手术指征不明确	5(2.92)	7(4.09)	1(0.58)	13(7.60)
术前准备不充分	5(2.92)	3(1.75)	3(1.75)	11(6.43)
手术操作不规范	1(0.58)	3(1.75)	3(1.75)	7(4.10)
用药不合理	5(2.92)	8(4.68)	1(0.58)	14(8.19)
延误治疗	15(8.77)	9(5.26)	2(1.17)	26(15.20)
病情监测不系统	8(4.68)	3(1.75)	2(1.17)	13(7.60)
医患沟通不到位	15(8.77)	10(5.85)	1(0.58)	26(15.20)
管理体系不完善	14(8.19)	21(12.28)	8(4.68)	43(25.15)

作者简介: 史昕懿(1988—), 在读硕士, 主要从事行政管理(医事法学)研究。 △ 通讯作者, Tel: 15320559794; E-mail: forensicwanlihua@163.com。

2.2 医疗过错行为的表现形式分布情况 在 171 个过错行为中,涉及业务技术 102 个,医患沟通 26 个,管理体系 43 个;其中三级甲等医院 72 个,三级甲等以下医院 76 个,民营医院 23 个,见表 2。

2.3 管理体系不足的表现形式分布情况 在 43 个管理缺陷中,病历书写或保管不当 28 个,诊疗流程混乱 8 个,医疗设备陈旧或不齐全 4 个,过度医疗、安保义务履行不达标以及医疗器械质量缺陷各 1 个。

3 讨 论

3.1 原因分析

3.1.1 医疗资源分布不均^[4] 如表 1 和表 2 所述,总体上三级甲等医院发生过错次数较三级甲等以下医院少,而且,三级甲等医院过错行为量也较三级甲等以下医院少。究其原因,主要与资源分布不均有关。重庆市三级甲等以下医院大多分布在主城周边各区县,无论是医疗技术与设施水平,医疗人员综合素质还是医疗信息资源,其相对于主城三级甲等医院而言存在明显差异,在面对相对复杂的医疗诊疗过程时更易出错。三级甲等医院、三级甲等以下医院医疗损害案件不能排除与鉴定构案件来源有关。

3.1.2 医院在业务技术、管理以及医患沟通方面存在缺陷 如表 2 所述,业务技术方面包括主要诊断错误、其他次要诊断不全面、手术指正不明确、术前准备不充分、手术操作不规范、用药不合理、治疗延误、病情监测不系统,合计占医疗过错表现形式的 59.65%,这是医方可以避免或减少的硬伤。分析原因,与医疗人员责任心不强,业务技术不精,违反规章制度和技术操作常规等因素相关^[5-6]。

医院管理体系不完善占医疗过错表现形式的 25.15%。这与医疗单位的核心制度落实不到位(如病历的书写与保管不当,占管理体系缺陷的 65.11%),三级质量管理监管力度不够,医务人员质量意识薄弱,风险意识不强,法律意识淡薄有关^[7]。如表 2 所述,医患沟通低效甚至无效占医疗过错行为表现形式的 15.20%。由于医学专业的特殊性,医患双方之间存在着高度的信息不对称,医务人员在诊疗过程中,如若对预期结果、潜在的风险和合理的替代治疗等事项没有向患者尽到明确、合理的告知义务,则会使患者对诊疗过程或诊疗结果产生误解,引发纠纷^[8]。

3.1.3 患方对相关法律条款理解不全面 如表 1 所述,明确判定医方无过错的有 29 例,超过 2011~2012 年总医疗损害案件的 1/4。通过查阅患方陈述意见,发现这些案件的存在主要因为:患方对法律相关条款理解不全面,对疾病的诊断与治疗期望过高,对医疗损害的赔偿数额要求过高^[9]。如根据《侵权责任法》第 58 条以及《关于民事诉讼证据的若干规定》第 4 条的规定,在医方存在伪造、篡改或销毁以及隐匿或拒绝提供与纠纷有关的病历资料时,举证责任倒置,即由医方证明自己不存在过错以及行为与结果之间不存在因果关系^[10-11]。但患方却将“与纠纷有关的病历资料”做了不同的解释,即患者在医疗机构治疗期间的全部病历资料都应视为与纠纷有关,缺失其中某一项就应推定为医疗机构存在过错,这是不合理的。

3.2 应对建议

3.2.1 调整区域医疗资源分布不合理的问题 落实“知识一帮一计划”,即保证三甲医院中技术过硬的骨干人员定期轮流到三甲以下医院对其医务人员进行知识教学及技术培训,切实引入先进、可靠并可以实际开展的业务技术,同时将此作为三甲医院医务人员职称晋升评定的一项硬性指标。另一方面,为三甲以下医院医务人员知识进修提供便利,简化程序,降低成本,必要时可减免部分培训费用。通过上述方法,在医疗技术

水平、医疗人员综合素质与医疗信息资源等方面调整因资源分布不合理而存在的问题。同时,加强卫生领域的财政投入,保障三甲以下医院医疗设施水平的提高。

3.2.2 努力提高医方自身水平 针对业务技术缺陷,强化“三基三严”的学习与落实,提高医疗质量。如加强业务知识和技能的培训及学习,强化继续教育,掌握新理论、新知识、新技术、新方法,以提高个人医疗技术,并定期对医务人员进行考核;同时,骨干医务人员做好“传帮带”工作,给青年医务人员提供更多实践和提高的机会,重视整体水平的同步提高。针对管理体系缺陷,落实医院核心制度。如病历书写与管理、三级查房、交接班、会诊和重大手术审批等,入院病历 24 h 内完善,病危随时记录,上级查房记录 24 h 内完善等,提高质量与安全意识,使医院的管理规范化、标准化^[12]。同时加强医务人员有关医疗损害责任等相关法律法规的学习,强化法制观念,提高自我保护意识^[13]。针对医患沟通缺陷,认真学习相关法条规定,对告知义务有深刻并全面的认识,及时向患方说明疾病现状、各种诊疗手段及可能发生的风险以及替代性治疗方案等并严格履行签字手续,切实履行告知义务。同时掌握与患方沟通的技巧,改善服务态度,避免出现过于生硬的专业词汇,做到有效告知。

3.2.3 患方对疾病要有科学的认识 医务人员对疾病的认知和医疗技术的运用,在不同的个体身上必然存在或多或少的差异,即使在医学高速发展的今天,国内外一致承认的疾病确诊率仅为 70%,各种急症抢救的成功率也只在 70%~80%^[14]。因此,患方对医学的复杂性和特殊性要有全面的理解,期望值不要过高。

严格按照司法程序解决问题。严格依照重庆市人民政府颁发的《重庆市医疗纠纷处置办法》处理医疗损害^[15],在 1 万元以内可与医院自行沟通协商,如若赔偿金额超过 1 万元,或向医疗纠纷调解委员会提出调解申请,或向人民法院提交诉讼请求。在医疗纠纷调解委员会达成调解协议后,还可以通过司法对接程序,由人民法院调查核实该协议的真实、自愿、合法性,根据该协议制作司法调解书,赋予该协议强制执行力,切实督促医患双方履行义务。

参考文献:

- [1] 方梦晖,杨南芹. 192 例医疗纠纷鉴定调查分析[J]. 中国社会医学杂志,2011,28(3):215-217.
- [2] 项剑,常林,王旭,等. 112 例外科医疗损害鉴定回顾分析[J]. 法医学杂志,2013,29(3):193-195.
- [3] 重庆市司法局. 医疗过错司法鉴定规则(试行)[Z]. 2006-7-14.
- [4] 刘俊宁,褚尤彪,赵太宏,等. 南京市 2012 年医疗投诉原因分析和对策研究[J]. 江苏卫生事业管理,2013,24(3):124-125.
- [5] 刘桂珍,王永伟. 32 起医疗纠纷的原因分析与防范对策[J]. 中国医药指南,2012,10(34):74-76.
- [6] 吴云红,朱亮. 医疗责任保险改革的新思维[J]. 中国医院管理,2008,28(2):7-9.
- [7] 郭贵生. 某县级医院 2008~2012 年度 18 起医疗纠纷情况调查分析与防范对策[J]. 临床合理用药,2013,6(7C):7-8.
- [8] 葛鲁邹,张凤芹,曹晨,等. 医疗纠纷案件常见诉因分析[J]. 法医学杂志,2013,29(3):225-227.
- [9] 周大林,崔兴国. 48 例医疗纠纷司法鉴定分析[J]. 中国司法鉴定,2009(5):69-72.

[10] 全国人民代表大会常务委员会. 中华人民共和国侵权责任法[Z]. 2009-12-26.
 [11] 最高人民法院. 最高人民法院关于民事诉讼证据的若干规定[Z]. 2001-12-21.
 [12] 邱先辉. 从医疗纠纷谈病案书写质量管理[J]. 中医药管理杂志, 2012, 20(12): 1229-1231.
 [13] 张庆磊. 对 284 例医疗纠纷事件的原因分析[J]. 贵阳中
 • 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.31.049

医学院学报, 2013, 35(4): 315-317.
 [14] 钟璐璐, 蒋圆圆. 现行医疗体制改革背景下医疗纠纷问题研究[J]. 金田, 2012(11): 274-275.
 [15] 重庆市人民政府. 重庆市医疗纠纷处置办法[Z]. 2011-4-8.

(收稿日期: 2014-01-08 修回日期: 2014-03-22)

PDCA 循环在医院 OA 系统建设中的应用

颜明金, 曾 燕[△]

(重庆医科大学附属第二医院院长办公室 400010)

中图分类号: C931.9

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)31-4257-03

随着医疗卫生体制改革的不断深入, 医疗市场竞争日趋激烈, 加快信息化建设进程, 应用现代信息技术提高科学管理水平和工作效率, 成为推进医院发展、提高竞争力的必然选择。作为信息化建设的重要组成部分, 办公自动化系统 (office automation, OA) 在加快信息流通, 增强协作以及提高效率、降低成本等方面的作用受到越来越多的关注和重视。近年来, 为了使系统更好地适应医院办公的特殊需求, 最大程度的发挥其功能性作用, 众多医院在系统规划设计、建设实施、维护管理等具体工作上不断地进行着探索。本文将结合本院 OA 系统建设的实践, 对 PDCA 循环在系统建设中的具体应用进行分析研究, 供探讨和参考。

1 PDCA 循环简述

PDCA 循环, 也称之为戴明循环, 是美国质量管理专家戴明于 1954 年根据信息反馈原理提出, 并广泛应用于质量管理标准化、科学化循环体系^[1]。PDCA 取自英语单词 Plan(计划)、Do(执行)、Check(检查)和 Act(处理)的第一个字母, 代表了质量管理所应遵循的 4 个阶段。这 4 个阶段包含了 8 个基本步骤, PDCA 循环就是按照这样的顺序进行质量管理, 并循环下去的科学程序 (图 1)。近年来, PDCA 循环在医院管理工作中得到日益广泛而深入的应用, 例如在临床路径管理、抗菌药物合理使用、医护质量管理、绩效考核体系构建等方面发挥了重要作用。

2 OA 系统建设与 PDCA 循环的相关性

2.1 PDCA 循环的实施步骤符合 OA 系统建设的内在要求

OA 系统的建设和管理是一项持续性的系统工程, 需要整体规划, 分步实施^[2]。系统中任何一项功能的设置, 其本质都是某种管理思想与工作方式的结合和再创造, 在此过程中难免会出现问题和缺陷, 而随着工作内容、方式的变化, 新需求也会源源不断地提出, 这就要求系统建设者不仅能勇于正视缺陷、否定以前的劳动成果, 更要积极主动地搜集意见, 结合最新信息技术, 设计开发新的功能。因此, 从 OA 系统持续性建设的内在要求来看, 与 PDCA 循环的基本步骤十分吻合, 将 PDCA 循环应用于 OA 系统的建设有了理论上的契合基础。

2.2 应用 PDCA 循环有助于减少 OA 系统建设的阻力

OA 系统建设的终极目标是创造全新的办公模式, 在提高效率的基础上, 增强协同办公能力, 辅助决策。全新的办公模式必然意味着组织行为的突破和转变。另外, 目前大部分医院行政办公

管理仍然处于“人治”阶段, 随意性较强, 这与 OA 系统带来的流程控制及信息传递网络化理念产生了冲突, 使系统的推广应用受到阻碍^[3]。将 PDCA 循环应用于指导 OA 系统建设, 从现状分析, 提出问题, 拟定计划, 执行实施, 到检查总结, 每个步骤都需要使用者的主动参与和积极配合。随着参与广度和深度的提高, 有助于获取他们的支持, 减少系统建设的阻力。

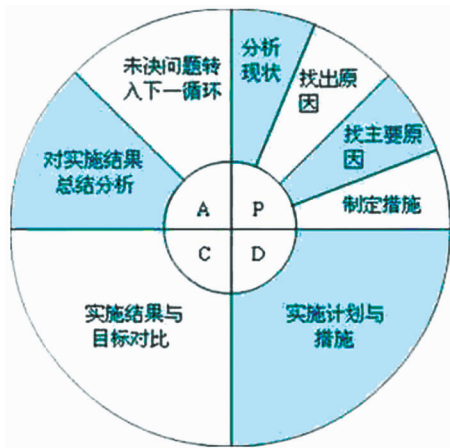


图 1 PDCA 循环图

3 PDCA 循环在本院 OA 建设和管理中的具体应用

如果把 OA 系统建设看作是一个大的 PDCA 循环, 那么各项功能模块的开发、应用、管理就成为一个小的 PDCA 循环, 大循环套小循环, 环环相扣, 不断推动 OA 系统建设向前发展。

3.1 计划阶段 (P)

3.1.1 分析医院传统办公模式的主要问题

随着医院规模的扩大, 职能分工更加精细, 传统办公模式已经难以满足现代医院对科学化、规范化管理的目标追求, 在诸多环节上出现了不合理、不协调、不畅通的问题。如: 医院内部沟通障碍、信息反馈滞后、资料收集整理困难; 工作流程容易混乱、工作协同度差; 多点办公、异地办公管理不便, 通讯费、纸张办公用品浪费严重; 办事层次多、工作效率低、制度执行和监督检查难等等。

3.1.2 明确解决问题的关键

通过对所存问题进行分析发现, 除固有的体制机制因素外, 缺乏现代管理工具和信息技术的应用也是重要原因之一。因此, 充分利用网络信息技术, 改进传统的管理方式, 理顺内外工作程序, 提高办公质量和效率,