

论我国医疗责任保险制度的构建

郭超群

(中南大学法学院, 湖南长沙, 410083)

摘要: 国内外实践证明医疗责任保险是转移医疗行业风险、应对医疗纠纷的有效制度。当前我国的医疗责任保险制度尚未完全统一构建起来, 各地的试点运行又存在不容忽视的缺陷与弊端, 因此迫切需要构建统一的医疗责任保险制度。为促使该项制度在运行过程中发挥最大效用和价值, 有必要以其存在的问题为研究起点, 结合我国医疗责任保险的发展现状, 借鉴国外先进经验, 以推行强制性的医疗责任保险为主线, 在立法完善、制度保障、人才储备及经验积累等诸多层面予以构建。

关键词: 医疗责任保险; 强制保险; 医疗损害; 医疗纠纷; 制度构建

中图分类号: D922.16

文献标识码: A

文章编号: 1672-3104(2015)03-0065-07

医疗责任保险是转移医疗行业风险、平衡医患利益、缓和医患矛盾、保障医疗事业健康发展的重要途径^[1], 这已经被美国^[2]、日本^[3]等发达国家的经验所证明。对医疗机构与医务人员而言, 医疗责任保险的及时介入与赔偿, 可以分散医疗损害的赔偿风险, 避免医务人员为规避风险进行防御性诊疗, 防范“道德风险”^[4]; 对于保险公司而言, 医疗责任保险作为政府主导下的社会公益保险, 保险公司的参与有利于其在同行业竞争中赢取市场份额; 对于患者及其家属而言, 保险公司理赔程序的及时介入能将患者已经发生和应该得到赔付的损失及时落实到位, 从而缓和甚至化解医患纠纷、避免当事人过激行为, 最终有利于社会的和谐稳定。面对我国目前的医疗责任保险制度发展面临的多重困境, 本文旨在揭示问题, 探究成因, 并从社会系统整体的视角探索突破困境的途径。

一、困局: 当前我国医疗责任保险的现状

(一) 我国医疗责任保险的尝试性举措

1. 国家层面的推进

随着医疗纠纷的不断增多, 国家层面的医疗责任保险制度构建也在不断推进。首个全国性的医疗责任

保险产品是 2000 年初中国人民保险公司在全国范围内推出的《医疗责任保险条款》。2002 年《医疗事故处理条例》颁布后, 医疗责任保险也有了一定的发展。2007 年, 卫生部、中医药管理局和保监会联合发布《关于推动医疗责任保险有关问题的通知》, 进一步推进了医疗责任保险的发展。2010 年施行的《侵权责任法》将医疗纠纷案件的案由定位为“医疗损害责任赔偿纠纷”, 以过错责任原则为主, 以过错推定原则为补充, 不再区分医疗事故与构成轻微损害的“医疗差错”, 医疗机构只要因过错给患者造成医疗损害, 除法定情形外均应承担医疗损害赔偿责任。^①随之而来的是医疗机构所承担的医疗损害责任进一步加大, 这种现实变革迫切需要对我国的医疗责任保险制度加以统一构建。2014 年全国保险监管工作会议上提出, “今年保监会要健全医疗责任保险各项制度, 推动保险业参与医疗纠纷调解机制建设, 提升保险服务能力。医院应与保险公司共同设计针对性较强、保障金额较充足的保险产品。”^[5]2014 年 7 月 9 日, 司法部等六部委联合发文, 明确提出要健全医疗责任保险制度, 提高参保率和服务水平, 在化解医疗纠纷、管理医疗风险等方面要充分发挥医疗责任保险的重要作用。^②

2. 地方层面的探索

上世纪 80 年代末就已经有一些地区进行区域性

收稿日期: 2014-09-15; 修回日期: 2015-01-19

基金项目: 国家社科基金重点项目“卫生法修改若干重大理论和实践问题研究”(12AZD123); 教育部哲学社会科学研究重大攻关项目“基本医疗服务保障法制化研究”(14JZD025)

作者简介: 郭超群(1972-), 男, 湖南双峰人, 中南大学法学院博士研究生、法律硕士兼职导师, 湖南省娄底市中级人民法院审判委员会委员、民事审判第一庭庭长, 湖南农业大学公共管理与法学学院副院长、兼职教授、硕士生导师(国家“双千计划”), 湖南人文科技学院专业建设指导委员会委员、兼职教授, 主要研究方向: 宪法与行政法, 民商法, 民事诉讼法

综合医疗责任保险、单位性医疗责任保险以及单项医疗事故或医疗意外保险的试点与探索。1989年中国人民保险公司广西邕宁县支公司最早推行地区性的医疗责任保险,拉开了医疗责任保险在中国推行的序幕。之后,有关医疗责任保险的地方法规相继出台^⑤,不同地方模式的探索也相继展开^⑥,形成了云南(1999年)、上海(2002年)、深圳(2003年)、北京(2004年)、江苏(2007年)等医疗责任保险模式。截至2013年,我国有6000余个二级以上医疗机构参加了医疗责任保险,占二级以上医疗机构总数的60%。^[7]

(二) 我国医疗责任保险制度的发展困境

上述医疗责任保险制度的探索在转移医疗机构的风险、缓解医患纠纷上起到了一定的积极作用,但是医疗机构及保险公司在发展医疗责任保险上均持谨慎观望态度,积极性不高,参保率低,导致我国的医疗责任保险制度发展速度缓慢,陷入“供需双冷”的困局。

1. 医疗机构的观望

保险作为一项金融产品,购买者首先考虑的问题肯定是该产品能给自身带来的收益与付出的成本之比例。医疗责任保险产品本身无法实现购买者的需求,则必然致使购买者有所犹疑。医疗机构如选择购买该产品后需要支付高额的费用但无法很好地解决现存的问题,其投保的积极性必然很低。在我国目前的保险市场中,医疗责任保险产品的种类少、保险理赔金额低、覆盖面狭窄,但是其保险费的缴纳金额却不低。同时患者及其家属容易将医疗机构购买医疗责任保险误解为医疗机构推诿责任,因此其赔偿要求更加强烈,进而导致保费不断上涨。有的医院甚至对患者“保密”,“现在,有的医院都不敢让患者知道参加了这种保险,不然赔得越多,第二年交的保险费就越多。”^[8]面对缴纳高额的保险费用却不能实现风险分散目的的医疗责任保险,医疗机构在权衡之后会选择虽然操作不规范但成本较低的“私了”、调解等纠纷解决途径,导致医疗责任保险制度难以真正推广。

2. 保险公司的谨慎

在现代市场经济条件下,保险公司作为市场主体,维持生存并保障利润是其主要行为指向。但是,目前医疗责任保险的经营情况不容乐观。例如,上海市从2002年开始由卫生局组织的医疗责任保险,保险公司就很难维持经营,“2002年至2009年累计收入保费约2.2亿元,赔付率70%左右”^[9];而南京市的医疗责任保险已经处于亏损经营状态,“从赔付率数据看,南京市2008年至2010年保单年度的已决赔付率均在100%左右,精算赔付率则更高。共保体每年实际赔付率均

超过100%”^[10],加上保险公司为执行相关保险项目进行的事故调查、理赔等工作投入的人力物力,产生的平均综合成本高于收取的保费。保险公司赔钱给政府做事,这已经导致了其承保积极性降低,更为严重的是保险公司不得不提高保费,又导致前述的医疗机构投保积极性降低。

3. 患者的误解

医疗责任保险作为一个新兴险种,患者在思想观念上对其认识十分有限。一方面,医疗机构主动购买医疗责任保险,会让患者产生误解,认为医院投保是对自身医疗水平的不自信和对医疗责任的逃避,而医疗机构推诿责任的印象又让患者对医疗机构信任度降低,从而对医疗机构医生的医术水平产生质疑。同时,在纠纷调解处理过程中,保险公司表现出明显的趋利性,在政府的行政推动下完成“指标、任务”,仅把医疗纠纷处理工作看作是理赔流程中的一个程序,并没有扮演好医疗纠纷解决中立第三方的角色,得不到患方的认可。另一方面,医疗责任保险缺乏国家法律支持,也没有统一的国家标准,导致了患者对其不信任、不关注。“医院投保了医疗责任保险后,大部分患者仍然认为医院是医疗损害的责任人,还是要到医院来讨说法,医院仍然无法摆脱面对患者质疑的局面,没有真正从医疗纠纷中解脱出来。”^[11]

二、反思:我国医疗责任保险制度陷入困境的原因

(一) 思想认识滞后

目前,我国医疗责任保险制度往往被定位为在经济上为医疗机构减轻负担、“转移麻烦”的手段,而没有从社会整体系统的角度和从转移医疗机构风险、缓解医患矛盾的高度来对其进行设计。在目前的实践中,医疗纠纷发生后,作为赔偿义务人的保险公司,一般不会提前介入纠纷的调解与处理,不参与整个纠纷解决的过程,而只是在调解机构的调解结果或者法院的判决结果出来后,根据应该承担的责任份额向患者家属支付相应的赔偿款。例如宁波市以人民调解与医疗责任保险相配合、由第三方介入纠纷处理的“宁波解法”^[12],虽然取得了一定的成效,但也仍然只是一种事后救济,只能在缓和当事人情绪以及医疗纠纷发生之后的解决上起到有限的作用,对医疗机构经济上的医疗损害赔偿责任分担比例有限,对医疗纠纷潜在的风险转移能力有限。据了解,医疗责任保险在某些县城医院也已经有所推广,但是保险产品单一,管理也相当粗放。凡是医疗机构因医疗纠纷而产生的赔偿费

用，保险公司就予以代为支付，既不会根据不同的科室、不同风险的病例厘定保险费用的缴纳，也不会根据纠纷产生的原因、医疗机构的过错程度确定理赔的数额，统一按照保险合同约定的赔偿比例进行赔付，这些都是思想认识滞后于现实需求的表现。

（二）规则体系混乱

首先，我国医疗责任保险没有统一的施行标准可供适用。虽然在推行医疗责任保险制度的过程中，大部分省市都表现出了较大的热情，但是由于没有全国统一的适用标准，导致各个地方的医疗责任保险条款不一。这不仅不利于统一适用与推广，也不利于保监会等机构对新兴保险产品的监督与管理，容易引发市场混乱。

其次，相关概念不明确。在承保范围上，对医疗事故、医疗意外、医疗过错等相关概念没有进行明确区分，且没有针对《侵权责任法》等新法进行相应更新，同时医疗责任保险承保具体项目的规定亦各不相同。在被保险人概念的界定上，也并未具体明确，被保险人是医疗机构抑或符合条件的医务人员？还是二者均可以投保？不同的地方规定并不一致。如黑龙江的医疗责任保险统保条款中，将被保险人界定为“依法设立的医疗机构及其经国家有关部门认可的合格的医务人员”，深圳则界定为“国有非盈利性医疗机构及其取得相应资格的各级各类医务人员”，二者的被保险人范围都包含医疗机构和医务人员。而在湖南等地区投保人只限定于“依法设立各类医疗机构”，上海的规定则是“公立医疗机构和城镇职工基本医疗保险定点医院”，被保险人范围仅限定为医疗机构，且对医疗机构还进行了更进一步的限制。^④

（三）强制效力缺乏

全国各地推行的责任保险在推行方式上存在着较大的差异，有自愿购买型、强制购买型、自愿与强制相结合型。如深圳市《医疗执业风险管理办法》规定，国有非营利性医疗机构及其取得相应资格的各级各类医务人员，应当依照本办法参加医疗执业风险保险，在深圳市注册执业的其他各级、各类和各种性质的医疗机构及其医务人员可以参照本办法参加医疗执业风险保险，即采取强制性与自愿性相结合的方式参保。上海市实行的是统保型，北京市和天津市实行的则是公立医院强制保险型。欠缺强制力的自愿型投保方式，在被保险人有顾虑而保险人对产品的发展前景又持观望状态的环境中，导致医疗责任保险难以取得实质性成效。

（四）操作过程僵化

2007年卫生部、中医药管理局和保监会联合发布

的《关于推动医疗责任保险有关问题的通知》中以较大篇幅来强调医疗责任保险的重要性，要求各个部门从观念上重视医疗强制责任保险并加强医疗责任保险的宣传。但对于应该如何具体保障医疗责任保险的落实，该规定仍不明确，仅提出一个“积极探索、稳步推进”的原则，要求各地以先行试点再逐步推广的形式发展医疗责任保险。

行政推动模式能够发挥行政机关的组织和动员能力，利用行业主管部门的权威推动医疗责任保险的发展。公立医院作为医疗机构主力，其属性仍然是政府所属事业单位，因此，目前医疗责任保险探索主要以行政强制的手段来落实相关的政策与制度有其合理性。在医疗责任保险制度初兴之时，部分省市便是以行政手段来推动医疗保险制度在当地的发展。但是，以行政管理方式进行的医疗保险，其具体的细则容易受到政府干预，以“指标”“任务”为主心，不能反映出实际的需要，导致患者对医疗责任保险不信任、不关注，医疗责任保险制度不能充分发挥作用；同时，行政推动还往往取决于政府对医疗责任保险的重视程度，当重视度降低则可能导致市场的萎缩甚至退出。

（五）智力支撑不足

医疗责任保险作为一个专业性极强的新兴险种，对保险从业人员的要求也非常之高。风险与收益的比例、保险费率的制定、费用的缴纳、理赔数据的计算、程序的操作等问题，必须要有兼具医学、法学和保险专业知识的复合型人才给予智力上的支持，而当前保险队伍专业人员的缺乏与从业经验的不足，致使其在发展医疗责任保险产品的道路上难以有创新与突破。保险公司计算投入产出比例及保费额的科学性、可靠性不足，医疗机构投保的积极性也不高，医疗责任保险陷入进退两难的境地，各方既不重视也不扶持，任其自生自灭。

三、借鉴：域外医疗责任保险模式探析

责任保险是市场经济发展的产物，医疗责任保险肇始于19世纪的法国，先后为德国、英国、美国所采纳吸收，但彼时的医疗责任保险还非强制。直至上世纪60年代，科学技术在医疗领域广泛运用，特别是大量医学仪器与临床治疗方法投入使用，人们在感受先进医疗技术缓解并消除病痛的同时，医疗事故也频频发生并使得医疗侵权赔偿案件“井喷”，医患矛盾出现前所未有的对立与僵化，各国先后开始推行医疗责任强制保险制度，并较好地解决了医患之间的矛盾纠纷。

(一) 美国医疗责任强制保险制度

美国是一个市场化程度较高的国家,医疗机构的市场准入度高,以至于政府开办的公立医院仅占美国医院总数的27%,因此,美国的多数医疗服务都是由私立医院与私人医生所提供的。由于医疗提供的私人属性,这些医疗机构及医务人员特别注重医疗责任事故的风险防范,以此来提升他们防御风险的能力。这种对医疗保险的需求,促进了美国强制性医疗责任保险制度的发生与发展。很多州的法律规定,医疗机构、执业医师必须投保医疗责任保险,而且医生须向医疗机构缴纳一定数额的医疗责任保障金,一旦医疗责任事故发生,患者可以从保险公司获得有效的赔偿。美国医疗责任保险实行医疗机构与执业医师责任保险相结合的模式,投保主体广泛,一旦责任事故发生,由医疗评审与监督委员会调解,调解不成可以通过诉讼确定过错与责任,并由保险公司支付赔偿费用,这种模式有效缓解了医患矛盾。

(二) 英国医疗责任强制保险制度

英国是一个高社会保障的国家,该国已构建全民免费医疗保险制度体系(以下简称NHS),并在该体系下建立了医疗责任强制保险模式。NHS由正规医院和社区医疗保障系统组成,皆为非赢利公立医院,医疗的投入和支出主要依靠政府投入。为这些医疗机构提供医疗责任保险的并非商业保险公司,而是由医生维权联合会、医生保护协会与国民医疗服务诉讼委员会组成的互助性责任保险组织模式。由于这种模式不以营利为目的,大大降低了投保费用,这样在保费收取、经营方式及保险理赔方面避免了商业保险利益最大化的弊端。

(三) 德国医疗责任保险制度

在德国,法定的医疗强制责任保险与私人自愿责任保险并存,但以前者为主。这是因为该国既有公立的社会健康保险体系,也有商业健康保险体系。一旦医疗责任保险事故发生,交由独立于医患双方的专门机构仲裁,确定责任后由保险公司赔偿。值得一提的是德国医疗事故调解处的设立及其职能。该机构是一个由各州医生协会单独或几个州医生协会联合设立的独立机构,专门负责医疗责任事故的庭外解决。该机构在接到患者医疗事故的报告后,成立专家小组,小组中有一名医生与涉案医生属同一专科,确保专业鉴定。调解处从民事角度出发,判断医疗责任事故中医生责任的有无、责任大小及赔偿额度,调解不成,患者及家属可以选择继续进行民事甚至是刑事诉讼。

(四) 日本医疗责任保险制度

由于日本医疗服务主要由公立医疗机构、私立医

疗机构以及个人执业医师提供,执业主体的多元化使得日本并未统一实施强制医疗责任保险。但这并不排除医生及医疗机构享有医疗责任保险的保障,因为凡加入医师协会的医生,会费的缴纳意味着购买了医生赔偿责任保险,医师协会会从会费中拿出相当部分会费充当保险费用,并以集团的名义与保险公司签订保险合同。由于医生均需参加到协会之中,日本的医疗责任保险亦有强制性的意味。

通过对上述国家医疗责任强制保险制度的比较分析,我们可以借鉴以下经验:其一,通过高层级的立法和采取非盈利性原则,确保医疗责任强制保险普遍实施,医疗机构及执业医师广泛参与医疗责任保险,满足了保险大数法则的要求,同时也避免逆向选择行为的发生并保障患者的利益。其二,完善的医疗责任强制保险的组织模式。由于历史及社会文化的因素,不同国家医疗责任保险的组织模式各异,但发达国家最终形成了以商业保险模式、相互保险模式及商业联合共保模式,各国在进行保险模式制度设计时,并非追求单一纯正的模式,而是以一种保险模式为基础,以另一种模式为有益补充,便利不同性质主体选择适用。其三,制定系列合理的风险处理解决机制,特别是非诉医疗纠纷解决机制。通过诉讼解决纠纷是法治文明进步的表现。然而,在诉讼解决争议的过程中,也表现出诉讼对抗性过于强烈、激化诉讼主体间的矛盾等诸多不足,人们意识到以非诉的方式解决纠纷也是法治文明的表现。在西方国家,制定了系列风险解决机制,以配合医疗强制责任保险的发展。如美国的医疗评审与监督委员会、德国的医疗事故调解处及其专家小组等,为高效、廉价、公正解决医疗纠纷,缓和医患矛盾并为本国医疗事业发展起到了良好的促进作用。

四、突破:我国医疗责任保险制度的构建

(一) 制度构建的原则

1. 强制性

高风险行业有必要推行强制保险^[13],作为高风险行业保险的医疗责任保险应当采取强制保险的形式^[14]。强制性医疗责任保险的特点在于:通过国家行政强制或者立法的手段建立保险制度,确立医疗机构和医务人员的强制投保义务,以分散医疗损害造成的风险,使受害患者的权利得到及时救济。如美国宾州规定,购买了医疗责任保险的须在60日内提交证明,如不能提交证明的,将面临警告、暂停执业甚至撤销

职业资格等处分。^⑤

其一，从医疗责任保险的性质来看，本身属于不以盈利为目的的政策性保险，若没有强有力的政策支持与保障，保险公司不会有动力和意愿自主推动其发展。由此看来，强制性医疗责任保险是我国的必然选择。其二，从医疗机构的积极性来看，唯有以强制保险的形式推行，同时予以相关政策支持，方能在督促医疗机构及医务人员购买保险的同时激励保险公司开发和完善新产品，从而达到消除医患纠纷的产生根源、解决医疗机构的后顾之忧、保障患者获得及时的赔偿之效果。其三，自愿性参保更容易引起患者对医疗机构逃避责任的误解，强制性的医疗责任保险机制可以避免此类状况的发生。国家强制的特点也能让民众更好地认识到这一保险制度的设计在于保障社会公众和医疗机构的合法权益，从根本上转变其思想观念。其四，我国《保险法》有关保险合同“除法律、行政法规规定必须保险的外”之自愿订立的规定也为强制保险留下了空间。

2. 非盈利性

必须明确医疗责任保险的原则——以“不亏损不盈利”为原则。医疗责任保险只能作为政策性保险产品予以推行并必须坚持非盈利性原则。医疗机构及其医务人员的责任就是治病救人、保障人民的生命健康权，属于社会公共事业的范畴，相应地，医疗行业的高风险也应由全社会来承担。^[15]从降低保险公司的运营成本及提高其工作积极性来说，国家必须给予政策上的支持，例如财政补贴及一定的税收优惠。如美国每年在医疗责任保险中便要花费数百亿美元。^[16]

(二) 制度重构的具体设计

1. 系统构建

要构建我国的医疗责任保险制度，必须改变行政推动的方式，采用立法推动模式，系统全面地对医疗责任保险的投保原则、投保主体、法律责任以及运作方式等问题进行严谨规定并确保实施。

(1) 明确参与主体。

投保主体应该包括医疗机构和医务人员。因为医疗机构的诊疗行为只能通过相关的医务人员作出，将医务人员纳入投保主体，既能缓解医疗机构的保费缴纳压力、提高保障额度，又能提高从业医务人员的行业自律性和责任心。医疗机构和医务人员范围的界定，需根据我国现有的法律法规予以确定。医疗机构必须是依据《医疗机构管理条例》的规定，经登记依法取得《医疗机构执业许可证》的机构，包括综合医院、中心卫生院、乡镇、街道卫生院等诊疗机构。而医务人员则是指经过考核和卫生行政部门批准和承认，取

得相应资格及执业证书的从事诊疗、护理医疗活动的各级各类卫生技术人员。对于保费的缴纳主体问题，可考虑建立国家、医疗机构、医务人员三方筹资机制。医疗责任保险是一个高风险的险种，保费也必然不菲，由医务人员或者医疗机构承担保险费用会造成巨大的经济负担，这必然导致医疗机构投保积极性低，因此国家应当作为保费的缴纳主体之一，确保制度的良性运作。

(2) 完善理赔程序^[17]。

医疗纠纷发生之后，保险公司在何时、如何介入和转移纠纷以缓解医疗机构可能面对的医闹压力，是首先需要解决的问题。^[18]纠纷进入理赔阶段，保险公司作为医方与受害患者方之外的第三方进行处理，应确保双方尤其是患者方充分参与事故调查、理赔等各个环节，依照程序合理分配责任、处理理赔问题。“一个真正有效的制度应激励潜在的纠纷双方分担合理责任，笼统地采取严格责任规则，即要求某一方承担太高的责任，不是有效的。合理分担责任才是侵权责任法的核心。”^[19]正当程序也是对医疗机构的保护，医疗机构和医务人员作为投保人购买医疗责任保险，所需求的不仅仅是从赔偿数额上缓解经济压力，更重要的是能够减少或者消除医患矛盾，通过程序确定恰当的赔偿，避免“医闹”不休的情况。

(3) 界定理赔范围。

首先，明确权利义务。法律以规定人们的权利与义务作为主要内容。在制定医疗责任保险条例时，也必须明确保险合同双方所享有的权利和所应该履行的义务。例如，保险人有请求投保人按期按约支付保险费用的权利、对于保险条款有释明的义务、保险事故发生后有及时足额支付赔偿金的义务；对于投保人来说，有如实告知自身情况的义务、有请求赔偿的权利等等。对于这方面的内容，应该在保险条例中进行明确规定，保险公司在制定具体的保险条款时应当遵守保险条例中的基本原则。

其次，界定类型。如前所述，《侵权责任法》不再区分医疗事故与构成轻微损害的“医疗差错”，但是在构建医疗损害赔偿体系时，对于不同的医疗责任保险产品，在理赔范围上不能不做相应区分。医疗过失、医疗过错以及医疗意外三种医疗损害行为在主观过错的程度上完全不一样^[20]，因此在具体保险产品的开发上，就应当将其作为确定保险费缴纳金额高低的依据之一。例如，可以分别实行“定额保险”和“损害保险”^[21]，在理赔的金额上也可以有所区分。

第三，明确额度。在赔偿数额的限制问题上，应当明确保险公司承担赔偿责任的限额。责任额度过低

则发挥不了实际的作用,但额度过高会让医疗机构和医务人员失去约束感和责任感,放松注意义务,加剧道德风险,导致疏忽和失误行为的产生,从而引发更多的医疗纠纷。权责统一才能促使医疗机构及医务人员更好地尽到注意义务,更多地承担起对患者的注意义务。

(4) 健全配套机构。

首先,保险公司应该成立专门的医疗责任保险处理机构,以确保处理和解决医疗索赔案件的及时性和科学性。在具体的设置上,从优化资源配置的角度考虑,可以采用保险公司与医学研究机构合作的形式,设立纠纷处理中心,聘请专门的医学、法律专家协调保险公司处理此类案件。

其次,应整合现有医疗鉴定资源,建立更具公信力的医学鉴定机构。^[22]应全面拓宽医疗鉴定专家库的遴选范围,在医疗鉴定组成人员中增加法医专家、法律专家等具有专业知识的人员数量,这样既可保证鉴定机构的中立性,又可以加强鉴定组织的专业性。^[23]同时,还应明确鉴定人员的具体权责,对医疗鉴定专家实行个人负责制,以权责统一来约束鉴定人员的鉴定行为。^⑥

再次,建设医疗纠纷调解队伍。医疗纠纷调解队伍类似于一个行业性的调解组织,这个调解组织对调解人员的专业性要求更高,在医疗纠纷发生之后,要配合保险公司及时介入纠纷的处理,及时与患者及保险公司进行沟通与协商,调解不成再通过法律途径予以解决。日本的医学会的纠纷处理系统和律师团的支援体系都成为了非常有效的诉讼外调解体系,大大减少了医疗责任纠纷。^[24]

2. 规则细化

一是应根据医疗机构的类别、等级,医务人员的人数、职称、岗位、工作年限、职业过失历史记录等做综合而全面的考量,确保保险费和保险费率计算的合理化与医疗职业风险等级的科学划分。同时,保监会要切实承担起监督管理的职责,控制保险费额度,避免出现类似美国医疗危机的现象(保险公司保费急剧上涨,导致医生买不起医疗损害责任险而不得不转业或者暂停执业)。^[25]从实践角度来看,交强险的成功运作为医疗责任保险制度的发展提供了一个可供借鉴和学习的范例。2006年施行的《机动车交通事故责任强制保险条例》对交强险的原则、承保主体、投保主体、承保范围、保险费用的缴纳、保险费率的厘定、赔偿方式、数额及程序的设计都有全面而具体的规定,运行至今取得了良好的社会效果。医疗责任保险制度可在结合我国国情及其专业特殊性的基础之上,参考

交强险条例予以构建。

二是建立医疗风险资料数据库。大数据时代的到来为医疗风险资料数据库的建立提供了可能性。医疗风险资料数据库不仅要对医务人员个人学习、工作经历、工作业绩等资料进行统计,而且还应该对医疗机构的每一个科室、每一种病情的风险系数、历年治愈情况及医疗纠纷发生情况予以统计。这不仅有利于医疗机构本身对医疗风险的预估和掌控,加强对医疗机构及医务人员的管理,提高医疗质量,保障患者安全,而且还能让保险公司在利用这些数据进行医疗责任保险风险评估的同时,加强对医疗机构和医务人员的外部监督。另外,这些统计数据还可以作为保险公司费率厘定机制的一个重要参考依据。当然,对于医疗机构而言,某些数据可能暂时不宜公之于众,那么,可由医疗机构与保险公司签订类似的保密协议,以确保两个机构之间数据的共享。

五、结语

面对日益严峻的医患纠纷形势,在提高医务人员的职业素质和专业能力、完善医生的培养周期和准入制度的同时,医疗责任保险是完善医疗纠纷解决机制的重要一环。当前我国医疗责任保险制度尚未完全统一建立起来,各地试点也还不成熟,诸多层面需要加以完善,应当以推行强制性的医疗责任保险为调整主线,在保险体制、医疗卫生体制、人才培养及经验积累等诸多层面采取切实有效的改革措施,这样才能分散医疗机构的医疗损害责任,更好地应对当前医疗纠纷日益增多的严峻局面。

注释:

- ① 《中华人民共和国侵权责任法》第45条规定:“患者在诊疗活动中受到损害,医疗机构及其医务人员有过错的,由医疗机构承担赔偿责任。”第58条规定:“患者有损害,因下列情形之一的,推定医疗机构有过错:(1)医疗机构因违反法律、行政法规、规章以及其他有关诊疗规范的规定;(2)隐匿或者拒绝提供与纠纷有关的病例资料;(3)伪造、篡改或者销毁病例资料。”
- ② 国家卫生计生委、司法部、财政部、中国保监会、国家中医药管理局:《关于加强医疗责任保险工作的意见》,2014年7月9日。
- ③ 上海市于2002年8月下发《关于本市实施医疗责任保险的意见》与《上海市医疗责任保险实施方案(试行)》;深圳市于2003年11月出台《深圳市医疗执业风险保险管理办法》;北京市卫生局于2004年出台《北京实施医疗责任保险的意见》。
- ④ 保险公司在各地的医疗责任保险条款及政府的相关文件规定。如深圳市卫生局《深圳市医疗执业风险保险管理办法》、中银保险有限公司在湖南地区适用的医疗责任保险条款、《上

海市医疗事故责任保险实施方案(试行)》。

- ⑤ Pennsylvania 186th General Assembly 2001-02 Regular Session Act No.13 House Bill No. 1802.
- ⑥ 娄底市中级人民法院民一庭研究课题:《关于医疗损害赔偿纠纷案件中法律适用及鉴定“二元化”问题的调研报告》。

参考文献:

- [1] 吕群蓉. 我国强制医疗责任保险制度的构建——以无过错补偿责任为分析进路[J]. 法学评论, 2014(4): 112.
- [2] 林暖暖. 美国无过错医疗责任改革: 制度缘起与法理启示[J]. 中国社会科学, 2010(2): 177-184.
- [3] 王柯△, 万立华. 日本医疗纠纷防范处理措施研究[J]. 医学与哲学, 2009(23): 46-48.
- [4] 潘红艳. 被保险人法律地位研究[J]. 当代法学, 2011(1): 95.
- [5] 保监会称将加快推进医疗责任险, [EB/OL]. <http://news.163.com/14/0122/02/9J5LBKMC00014AEE.html>. 2014-01-22, 2014-09-10.
- [6] 张云林, 刘刚, 赵孝源, 等. 我国医疗责任保险发展现状[J]. 中国医院, 2007(9): 2-5.
- [7] 五部门要求加强医疗责任保险: 明年底前三级公立医院参保率应达 100%[EB/OL]. http://news.xinhuanet.com/health/2014-07/12/c_126743173.htm, 2014-07-12.
- [8] 韩飞, 李冲, 谷岳飞, 等. 推广“医强险”, 如何能叫好又叫座? [N]. 扬子晚报, 2014-01-22(A5).
- [9] 顾桂国, 王枫华, 唐敏, 等. 上海市医疗责任保险实施情况分析对策研究[J]. 中华医院管理杂志, 2012(3): 179.
- [10] 姚嘉. 南京市医疗责任保险实证研究[J]. 中华医院管理杂志, 2013(5): 377.
- [11] 陈方, 郑雪倩, 张咸丰, 等. 医疗责任保险在实践中存在的问题[J]. 中国医院, 2007(9): 6.
- [12] 宁波市中级人民法院民一庭课题组. 医疗纠纷的多元化解决机制之建构——从“宁波解法”看第三方介入机制纳入医疗纠纷处理[J]. 民事审判指导与参考, 2013(3): 224-235.
- [13] 韩长印, 郑丹妮. 我国律师责任险的现状与出路[J]. 法学, 2014(12): 147.
- [14] 刘燕. 试论保险法的基本原则[J]. 法学家, 2002(2): 66.
- [15] 何佳馨. 美国医疗保险照顾计划及其对我国的启示[J]. 现代法学, 2011(6): 161-169.
- [16] Matthew M. Rice, MD, JD, FACEP and members of ACEPs Medical Legal Committee. Medical professional liability insurance [J]. American College of Emergency Physicians, 2004(4): 1.
- [17] 邢海宝. 保险委付研究[J]. 法学家, 2000(3): 49-56.
- [18] 周学峰. 侵权诉讼与责任保险的纠结——从两方对抗到三方博弈[J]. 清华法学, 2012(2): 83-101.
- [19] 苏力. 医疗的知情同意与个人自由和责任——从肖志军拒签事件切入[J]. 中国法学, 2008(2): 21.
- [20] 马宁. 保险法因果关系论[J]. 中外法学, 2013(4): 862.
- [21] 岳卫. 日本《保险法》的立法原则及对我国的借鉴意义[J]. 当代法学, 2009(4): 31.
- [22] 肖柳珍. 医疗损害鉴定一元化实证研究[J]. 现代法学, 2014(4): 181-182.
- [23] 郭超群. 医疗损害鉴定制度一元化研究[J]. 内蒙古社会科学(汉文版), 2015(1): 88.
- [24] 鸿上喜芳. 米国の医疗事故賠償責任の状況と保険マーケットの変化[J]. 保険学杂志, 2011(615): 89-108.
- [25] 吕群蓉. 美国医疗责任保险制度困境的破解之道及其启示[J]. 法商研究, 2014(3): 153.

On the construction of medical liability insurance system in China

GUO Chaoqun

(School of Law, Central South University, Changsha 410083, China)

Abstract: The domestic and foreign practice has proved that the medical liability insurance system is the effective measure of transferring medical industry risk and settling medical disputes. But currently, the medical liability insurance system in China has not yet been unified or set up. As a result, lots of disadvantages and defects are revealed by trials and experiments in various places. Therefore, it is urgent to construct an unified medical liability insurance system in China so as to promote the maximum value of the system in the process of operation, starting with extant problems, combining the current situation of medical liability insurance in our country, learning from foreign successful experiences, pursuing the compulsory insurance, perfecting the legislation, accumulating talents and experience, and so on.

Key Words: medical liability insurance; compulsory insurance; medical damage; medical dispute; system construction

[编辑: 苏慧]