

# 我国医疗责任保险法律制度构建的问题与方案

董文勇

(中国社会科学院法学研究所, 北京 100720)

**摘要:** 我国医疗责任保险存在强制性不足、保险服务不完善、相关法律条件不完备等问题, 导致医疗责任保险制度推行困难。构建符合实践需要的医疗责任保险制度, 需要遵循法治原则、公益性原则和强制保险原则。根据这些原则, 可以通过专门立法构建在国家扶助下的、以公益性互助型保险为基础、以商业性保险为补充、多层次的法定保险制度, 同时也需要完善相关立法。

**关键词:** 医疗责任保险; 制度构建; 原则; 方案; 医疗纠纷人民调解制度

中图分类号: DF36

文献标识码: A

文章编号: 1002-3933(2014)06-0142-07

## On Establishing China's Medical Malpractice Insurance System: Problems and Solutions

DONG Wen-yong

(Institute of Law, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100720 China)

**Abstract:** China's Medical Malpractice Insurance system is confronted with some difficulties of enforcement, which attribute to its lack of compulsoriness, the faulty insurance services and the imperfect legal system related. The establishment of the system should abide by principles of the rule of law, public benefit, and compulsoriness. The ideal plan could be nonprofit mutual insurance which is supported by the State and supplemented by commercial insurance, and the legislation related should be enhanced.

**Key words:** medical malpractice insurance; system building; principles; schemes; people's mediation system of medical disputes

### 一、医疗责任保险事业发展问题解析

医疗责任保险是以医疗机构或医务人员为被保险人, 以被保险人因在执业过程中由于过错致患者人身损害、死亡或财产损失时依照法律的规定和保险合同的约定对患者承担的赔偿责任为保险标

收稿日期 2014-03-13 该文已由“中国知网”(www.cnki.net)2014年4月 日数字出版, 全球发行

基金项目: 国家社会科学基金一般项目《我国医药卫生体制改革法律问题研究》(10BFX078); 中国社会科学院法学研究所创新工程项目的阶段性研究成果之一

作者简介: 董文勇(1976-), 男, 天津静海人, 中国社会科学院法学研究所副研究员, 硕士生导师, 法学博士, 研究方向: 卫生基本法、卫生福利法、社会法。

的的保险项目。医疗责任保险在上世纪50—60年代风行于欧美发达国家,目前世界上许多国家和地区都建立了此项制度。在一些国家和地区,投保医疗责任保险被视为一种社会责任,甚至作为强制保险项目而成为医院或医师执业的必要条件<sup>①</sup>。

我国从1989年开始出现医疗责任保险业务,一些省市于90年代中后期相继正式建立了医疗责任保险制度。目前全国各地医疗责任保险事业总体上呈上升趋势,但是医疗责任保险制度的推行仍存在较大困难。个别地方的医疗责任保险运行不稳定甚至有失败的可能,各地均存在应投保而不投保、投保后又退保的现象。造成医疗责任保险制度推行困难的原因主要有以下几个方面<sup>②</sup>:

第一,强制性不足,难以避免投保和承保的随意性。尽管地方政府有意通过政府文件强制推行医疗责任保险,但是因缺乏法律依据而不能名正言顺地进行<sup>③</sup>,这种保险也不是法律意义上的强制保险,医疗机构实际上仍可以选择不投保,医疗责任保险事业的稳定发展得不到有效保障。由于强制性不足,还有可能形成“逆向选择”的局面:一是投保人多为执业风险较高的医疗机构,这不仅使得保险目的可能落空,而且因此而产生的高经营风险会迫使保险人退出该业务领域;二是保险机构专保执业风险低的大型、高等级医疗机构,拒保执业风险相对较高的小型、基层医疗机构。总之,在缺乏强制性的情况下,医、保双方的逆向选择行为最终会侵蚀医疗责任保险的基础。

第二,医疗责任保险服务尚不完善。首先,医疗责任险适用范围狭窄,多数地方仅在城市、在大型医疗机构推广;多承保案发概率较小的医疗事故,很少承保高发的“医疗差错”<sup>④</sup>。其次,保险费率与医疗机构的实际风险情况不相称,保险费可能会高于医疗机构应赔付额。再次,保险期限过短,不能充分满足医疗机构转移赔偿责任的需要。最后,一般仅负责理赔而不负责风险预防,因而保险服务吸引力不够。

第三,投保和承保的法律条件不完善。我国医疗服务立法尚不完善,因之常难以对医方责任之有无及大小进行法律评价<sup>⑤</sup>;医疗损害赔偿案件处理实行“双轨制”<sup>⑥</sup>,从而降低了法律责任的可预见性;医疗责任保险立法缺位,相关行政命令和政府文件的规范性和稳定性不足。基于不甚理想的法律条件,保险企业对涉足医疗责任保险业务缺乏信心。

第四,一些医疗机构不愿投保。为规避因医疗损害而产生的行政责任、声誉损失和其他不利影响,多数医疗机构倾向于私下赔偿,而保险企业不认可私下赔偿行为,因此医疗机构宁愿不投保。一些医疗机构对医疗责任保险的重要性缺乏认识,也有一些大型医疗机构有较强的经济能力自行赔偿,多认为没有必要买保险。还有一些医疗机构对医疗责任保险服务的要求过高,认为医疗责任保险服务应包括医疗纠纷的处理,而医疗责任保险制度本身不具有纠纷调处内容。

① 从2010年1月起,医疗责任保险在土耳其成为法定强制保险。See Çağlar Avcı, “New law makes medical malpractice insurance mandatory”, Today’s Zaman, April 19, 2010. 在美国九个建立了医疗责任保险制度的州中,堪萨斯、威斯康辛、宾夕法尼亚三个州实行强制医疗责任保险制度。See Sloan FA, Mathews CA, Conover CJ, and Sage WM., “Public medical malpractice insurance: an analysis of state-operated patient compensation funds”, DePaul Law Review 2005, 54(2): 247—276. 在英国,虽无强制性法律规定,但是医学委员会和牙医委员会在其执业守则中明确规定,医生必须参加医疗责任保险或购买商业性的责任保险。See Roy N. Palmer and Naomi Selvadurai, “The UK Medical Protection and Defense Organizations”, in Michael Powers, Nigel Harris (eds.), Clinical Negligence (3rd edition), UK: LexisNexis Butterworths, 1999. pp. 145—172.

② 此处结论及后文调查数据均系笔者在长春、重庆、昆明、青岛等实地调研后总结得出。

③ 据笔者调查,医疗事故与医疗差错发生的频次比约为1:11,医疗事故案件约占各类医疗损害案件的1/18。

④ 例如,2007年李丽云家属诉北京朝阳医院一案即暴露出医疗知情同意立法的不足,有关知情同意权的范围及适用情形、权利放弃或限制的条件、权利空白之填补、医方告知责任豁免事由等,均需立法加以明确。

⑤ 医疗损害处理“双轨制”表现为两个方面:一是依照《民法通则》及相关司法解释、《侵权责任法》与依照《医疗事故处理条例》两套法律文本处理医疗损害赔偿案件;二是医疗事故损害的鉴定也有医学会鉴定和司法鉴定两种。

## 二、进一步建立完善医疗责任保险制度的必要性

医疗责任保险制度对医疗卫生事业具有重大的意义。医疗责任保险从功能上有助于降低医疗机构的运营成本,减少医疗机构的运营风险。医疗责任保险介入医疗损害赔偿,并通过保险机制促进保险企业与医疗机构的保险在管理方面的沟通和合作,有利于规范和引导医疗机构及其医务人员的服务行为。建立医疗责任保险制度,有助于改善医患关系结构,维护医疗秩序和医疗执业环境。通过医疗责任保险可以顺利补偿患者因遭受医疗损害而产生的损失,有效减少因医疗机构赔偿不能或不及时给患者造成的二次伤害,从而保护患者的合法权益。通过医疗责任保险能够转嫁医疗机构运营的经济风险,有助于降低医疗机构及其医务人员的经济负担,减缓医疗纠纷强度升级,从而保护医疗机构及其医务人员的合法权益,促进医疗服务水平改善和医学进步。此外,医疗责任保险制度的建立还有助于产生新的社会管理和治理机制,形成由社会参与医疗卫生事业管理的新局面,进而促进政府职能转变。总之,医疗责任保险制度能够产生综合社会效益,符合国家对保险业的“参与社会管理”、“化解社会矛盾和纠纷”、“完善社会化经济补偿机制”等调控方向<sup>[2]</sup>。

从现实情况来看,多数医疗机构、特别是基层医疗机构确实存在对医疗责任保险的需求,而且医疗责任保险制度也发挥出了一定的作用。我国存在进一步建立健全医疗责任保险制度的必要。据笔者调查了解,我国近70%的受调查医疗机构在近四年内曾发生过医疗纠纷,正面临着沉重的医疗损害赔偿压力。在医疗损害赔偿案件中,有79.2%的医疗机构曾通过医疗责任保险进行过赔付,这表明医疗责任保险制度在实践中发挥出分散赔偿风险的作用。从主观上看,有74%的医疗机构认为医疗责任保险对于医院运营“有较大帮助”和“有一定帮助”,认为“帮助有限”的医疗机构仅占15%,认为“基本没有帮助”的医疗机构占11%,这表明,绝大多数医疗机构认可医疗责任保险确实能够发挥出作用。尽管医疗机构存在购买医疗责任保险的需求,但是受调查医疗机构中投保的仅占77%,没有投保的占23%,而没有投保的医疗机构当中有一半的医疗机构曾经投保但后来退出。调查还发现,23%的未投保率并不能从根本上否定医疗责任保险的价值。前文述及,影响医疗机构购买医疗责任保险的原因较多,其中很多因素是容易改进的,如保险费偏高的问题。在最大限度去除影响因素的条件下,医疗责任保险的投保率应该会有所上升。

## 三、医疗责任保险制度构建的原则

医疗卫生事业发展中存在的问题与其背后的制度紧密相关。目前我国还没有在全国范围内建立统一的医疗责任保险制度,而若要使制度有效,最首要且重要的是明确制度构建的基本方向和原则。鉴于我国医疗责任保险事业发展中存在的种种问题,制度之构建宜遵循以下原则:

第一,法治原则。制度之建立既可以通过政策也可以依靠法律,我国是社会主义法治国家,建立和推进医疗责任保险制度必然实行法治。以往医疗责任保险制度的建立和实施总体上主要依靠政策,制度推广效果多取决于政府及领导的意志,因之存在诸多不确定性甚或合法性问题,例如,地方政府有意强制推行医疗责任保险但又缺乏法律依据,尽管政府三令五申,但是许多地方的制度实施效果收效甚微。这些情况表明,我国医疗责任保险事业建设的法治化水平有待提高。此外,医疗责任保险制度的有效运行离不开相关卫生法律制度的支撑,仅以基本卫生立法为例,由于卫生基本法长期缺位,医疗服务关系的性质、医务人员的法律地位、国家与医疗机构之间的法律关系等对医疗机构运营方式、公益性水平具有根本性影响的问题晦暗不清,这为医患纠纷留下了隐患、为医疗机构运营风险埋下了伏笔。总之,无论是从医疗责任保险制度本身还是从相关外部环境角度讲,为使我国医疗责任保险制度保持正当性、稳定性、权威性和可执行性,医疗责任保险制度的构建只能依靠法治。

第二,公益性原则。从理论上讲,一方面,医疗卫生事业是公益性事业,而医疗责任保险具有化解

医疗机构运营风险的功能,是医疗卫生事业内在的“稳定器”,前者的性质决定后者的性质。另一方面,如果把医疗责任保险制度置于稳定和改善医患关系、促进医疗卫生事业发展的背景下加以考察,其对患者的保护功能便凸现出来——医疗责任保险的首要目标是弥补受害患者损失、保护受害患者权益,其次才是分散被保险人的赔偿责任风险——从这个角度出发,医疗责任保险的本质是一种损害填补和风险分散机制,兼具经济功能和社会价值,因而,医疗机构投保与否已经不再仅仅是一种随意的商业行为和医疗机构自身的问题,而具有浓厚的社会政策色彩,或者说“此时医疗责任保险制度兼具公法救济和私法救济功能”<sup>[3]</sup>。从实践上看,我国各地建立的医疗责任保险制度均实行保本微利原则,虽然具有准公益性,但是保险企业仍需要以此获利,一旦存在监管疏漏,保本微利原则就会难以实现。同时,保险企业相对于医患双方有着独立的利益,据笔者实地调研了解,一些地方的医疗纠纷调解机构的经费来源于保险企业,因而营利动机难免会影响赔偿责任厘定和赔付的公正性。在国外,美国商业化的医疗责任保险制度却已经历了三次危机<sup>①</sup>,危及到了整个社会的医疗利益;澳大利亚也正在面临类似的问题<sup>[4]</sup>。英国的经验则表明,实行商业性医疗责任保险无助于实现预防纠纷、减少事故等有益社会的目标<sup>[5]</sup>。总之,医疗卫生行业与生命健康、劳动力资源保护、社会稳定发展等问题紧密相关,只要生命和健康不能商品化,那么医疗责任保险也就不能实行彻底的市场化,我国的医疗卫生的公益性质和医疗责任保险制度的特殊性功能决定了,制度构建应保证其具有公益性。

第三,强制保险原则。笔者在调查中了解到,医疗机构风险意识不强、投保积极性不高、逆向选择严重等问题,一直是阻碍医疗责任保险制度推行的重要因素。尽管如此,政府工作抓得紧则参保率较高,反之则难以为继。国内外经验表明,强制保险是推行医疗责任保险的可行路径<sup>[1]</sup>。强制纳保则能够克服医疗机构个体利益、局部利益、眼前利益与医疗卫生事业整体利益和长远利益的对立,也能够提高制度构建效率、降低相关交易成本,杜绝逆向选择性保险,并使“大数法则”机理充分发挥作用,从而真正增进医患双方的利益<sup>②</sup>。

#### 四、医疗责任保险制度构建的一种方案

以往我国各地建立了多种医疗责任保险制度,各地医疗责任保险制度一般都规定将医疗机构作为投保人和被保险人,有的地区规定医务人员负有共同缴费义务,保险费由医疗机构统一缴纳,并由其与保险人订立医疗责任保险合同。保险经营实行保本微利原则,由两家保险企业各自承保该类业务。承保险种范围主要为医疗事故责任保险,有的地区包括“医疗差错”险、“医疗意外”险。目前各地制度各不相同,也远未完善。未来如何构建统一的医疗责任保险制度,存在着多种可能方案。基于前文的论评分析,我国可以建立一种在国家扶助下的、以公益性互助型保险为基础、以商业性保险为补充、多层次的法定保险制度模式。

##### (一)基本制度架构

互助型保险制度合被保险人与保险人为一体,其优势明显:首先,克服医、保双方信息不对称性,实现准确评估执业风险和科学厘定保费。其次,有利于构建执业风险预防体系,充分发挥保险机构的风险教育管理专长。再次,降低保险人与被保险人之间的交易成本,提高保险服务的针对性、有效性

① 上世纪70年代中期、80年代初和2005年至今,先后三次因医疗事故责任保险费率飙升而造成高风险医疗服务项目提供不足,以及保险企业撤销医疗责任保险业务。See Buddy Steves, Archer McWhorter Jr., and Lee Fisher: “An Empirical Analysis of the Capacity Crisis in Medical Malpractice Insurance”, The Journal of Risk and Insurance, 1979 Mar; 46(1): 139-46. Also see Scott E. Harrington, Patricia M. Danzona and Andrew J. Epsteinb, “Crises’ in medical malpractice insurance: Evidence of excessive price-cutting in the preceding soft market”, Journal of Banking & Finance, September 2007.

② 强制保险应以社会公益目标为前提,若强制纳保与允许保险机构营利并行,则不仅有夺人钱财之嫌,而且与重点保障受害人的制度价值相左。



和公益性。最后,以其非商业性减少保险人基于逐利动机的短视行为。

在组织制度方面,保险机构可以由国家级或省级医疗机构行业组织来组建、管理和运营,以发挥行业组织在行业自律和行业内部管理等方面的既有优势。也可另行成立非商业化社会团体法人组织,实行单位会员制,会员医疗机构均为参保人。保险机构在法律上具有独立的法人地位,在卫生行政部门和保监部门监管下,实行自我管理、自我服务、独立运营。

在发展互助保险的同时,国家有必要鼓励商业性医疗责任保险的发展,以形成对法定互助保险的补充。

## (二)法定险种

我国以往按照医疗损害形式和程度将医疗损害后果分为医疗事故、医疗差错和医疗意外,以此作为厘定行政责任或追究民事损害责任的基础。实际上,我国民法认定医疗损害责任并不考虑医疗损害的形式,而是将行为人过错状态和损害后果作为衡量损害责任的要件。行为人过错程度及形态不具有作为私法的民法上的意义,因为民事赔偿责任以填补受害人损失为已足;只有在公法上,行为人的过错形态及程度才对责任认定具有意义,因为刑事责任、行政责任的追究意在惩戒和预防恶行之发生。因此,“医疗事故”应只存在于行政法范畴,但是在处理损害赔偿责任的民法范畴内,不存在任何“事故”损害形式。无论是构成严重损害的“医疗事故”还是构成轻微损害的“医疗差错”,医疗机构只要因过错给患者造成医疗损害,除符合法定不承担责任的情形外,均需承担民事赔偿责任。据此,我国医疗责任保险的险种应只有一种,即医疗损害责任保险。

“医疗意外”是《医疗事故处理条例》规定的专有名词,既不属于民法上的概念,也不是个严格的法律概念。法律上称造成损害后果的非主观因素为“不可抗力”,损害之外来原因中只有不可抗力这一项免责事由<sup>①</sup>,因此,所谓“医疗意外”其实就属于不可抗力。“医疗意外”在民法上不具有任何特定意义,故无单独列出的必要。基于过错责任原则,我国《侵权责任法》没有规定医疗机构在因不可抗力而发生医疗损害的情况下仍需承担民事责任。以往一些地方(如吉林省、深圳市)之所以将医疗意外保险作为附加险纳入到医疗责任保险范围,是因为医疗机构在事实上需要对医疗意外损害承担赔偿责任<sup>②</sup>。鉴于“医疗意外”之损害结果与责任无涉,故法国等国家另辟专门制度以解决患者因不可抗力遭受损害后果的补偿问题<sup>③</sup>。综上所述,不宜将“医疗意外保险”规定为医疗责任保险的独立险种或附加险种<sup>④</sup>。

## (三)投保制度

在我国,医疗损害赔偿赔偿责任属于单位责任,我国《侵权责任法》第54条就此作出了明确规定,故医

① 据调研了解,尽管这种赔偿责任没有法律依据,但是医疗机构多迫于某种压力或出于某种考虑而作出了赔偿,或者法院基于“公平责任原则”判其担责。

② 无责赔偿的后果是不确定的,既可能平复医疗纠纷,也可能刺激纠纷升级,因为在非法律条件下,赔偿额度往往取决于医患双方交涉能力和交涉意志的强弱;“公平责任原则”泛滥于司法会导致“无原则”和“弱势群体保护”理念的滥用和误用,可能助长美国式的“吃大户”的不良风气;“无责赔偿”无视医学和医疗服务的特殊性,不仅有损公平正义观念,也会阻碍医学进步。由于法律依据缺乏或不明确,“医疗意外责任”的有无或大小缺乏可预测性,且不公平地加重了医疗机构的责任,从而放大了保险机构的经营风险。

③ 并非不能设立医疗意外保险制度。医疗意外保险的投保人应为医疗行为的受益人。公益性医疗服务是以全民授权国家、再由国家通过法律委托公立非营利性医疗机构的方式组织提供的一种社会性服务,直接受益者是当事患者,间接受益者是全社会,故应由二者共同承担公益性医疗服务之必要成本和风险,具体体现为由患者个人和代表公共利益的政府共同投保医疗意外险,政府投保的形式可以是委托医疗机构代为投保。对以盈利为目的的营利性医疗机构而言,其通过医疗服务获得了盈利且锻炼了其医务人员,是医疗活动的受益者,应由营利性医疗机构与患者共同购买医疗意外保险。医疗意外本质上近似为一种灾害,与“责任”无涉,因而不属于医疗责任保险制度范畴,医疗意外保险制度可以另行平行设立。

务人员因不是责任主体而不应负有投保义务。

医疗责任保险作为法定保险,各类医疗机构均应当依法参加。公立非营利性医疗机构参保,应当由政府 and 医疗机构共同投保<sup>①</sup>;其他医疗机构参保应自行出资投保。医疗机构另外投保商业性医疗责任保险的,国家可以对营利性医疗机构提供税费减免和对公立非营利性医疗机构提供财政补助,以作为支持。

政府对公立非营利性医疗机构和基层医疗机构负有财政投入责任。鉴于基层医疗机构的经济状况普遍紧张,政府应对其参保给予补助。具体而言,对于公立非营利性医疗机构,属于大型医疗机构的,可以由其大比例出资投保,政府小比例出资;对于基层医疗机构,政府应大比例出资,医疗机构小比例出资。对于中西部地区、贫困地区的基层医疗机构,应在前者比例基础上提高政府投保比例。

#### (四) 医疗责任保险服务及监管制度

医疗责任保险服务须能满足实际需要。目前我国医疗责任保险市场缺乏有效竞争;若实行强制保险制度,保险机构可能会缺乏改进服务的动力。为通过建立竞争机制以改善保险服务,可以在制度设计上实行准入制,凡是符合条件的保险机构,应均可在同一区域、跨区域承保经营医疗责任保险业务。对于补充性商业医疗责任保险业务而言,亦应如此。

在非商业化条件下,保监部门和卫生部门应当强化对于保险机构的监管。在这个方面,有两点值得立法加以注意:一是保证保险费率的厘定合理化。要求保险机构根据医疗机构的管理水平、医务人员专业素质、科室类型等方面的实情评估并细化差别费率。实行保险合同制的,保险合同应当报送监管部门批准。二是规定医疗责任保险经办管理制度,明确其服务范围,例如包括:风险管理、对医务人员提供培训教育服务、对医疗机构提供咨询建议服务等。

#### (五) 制度构建进路及相关立法

根据法治原则和强制性原则,我国医疗责任保险制度的构建须依靠法律。为此,有必要就医疗责任保险进行专门立法。文件形式可以为法律,也可以为行政法规,但不能制定行政规章,这是因为:其一,医疗责任保险涉及对非国有财产的征收,根据《立法法》第8条和第9条,原则上只能制定法律,但是经授权也可以制定条例;其二,而根据《保险法》第11条第2款的规定,保险合同自愿订立,除非法律、行政法规有例外规定。

此外,我国还应进行卫生基本法的立法,以消除基于法律缺位、法律冲突而引发的医疗纠纷,从而降低医疗机构的执业风险。为在立法层面解决基于医事争议处理“双轨制”造成的医疗损害赔偿法律责任不确定的法律风险,根据《宪法》第67条和《立法法》第79条、第87条、第88条,应由全国人大常委会撤销《医疗事故处理条例》中与《民法通则》和《侵权责任法》相抵触的有关赔偿责任、赔偿范围和标准的规定。但是,《民法通则》和《侵权责任法》两部法律均忽视了医疗卫生服务的特殊性、公益性,视之为普通民事法律行为,因而没有做出限制性赔偿规定,这不仅对公立非营利性医疗机构不公平,而且会危及医疗责任保险事业的发展<sup>②</sup>,故应通过法律修订加以改进。

据笔者调查,医疗机构参加医疗责任保险的动机有二:主要动机是转移纠纷处理,即将医疗纠纷

<sup>①</sup> 目前政府还未普遍承担投保义务,但是已有个别地区如深圳市先行进行了制度试验。参见齐琳,吴园园:《国家版医疗责任保险深圳试点》,载《北京商报》2012年7月19日,第002版。

<sup>②</sup> 在上世纪70年代以前,美国各州将医疗侵权均视为一般侵权行为,毫无限制的医疗损害赔偿使医方不堪重负,医疗责任保险市场随之扩大。但是,医方因此而怀璧其罪,法院知晓医方有足够的经济责任能力,故倾向于判其承担责任,且赔偿标准不断攀升,从而导致医疗责任保险行业爆发生存危机。最终,各州不得不对医疗损害赔偿作出限制性规定。See Scott E. Harrington, Patricia M. Danzona and Andrew J. Epstein, “Crises in medical malpractice insurance: Evidence of excessive price-cutting in the preceding soft market”, Journal of Banking & Finance, September 2007.

处理转移给保险人;次要动机才是转移赔偿风险。后者常常作为前者的手段,甚至纠纷调处制度完善、有效与否直接影响参保率的高低。调查结果显示,占73.1%的医疗机构认为医疗责任保险制度最重要的功能应该是纠纷处理功能,而认为应仅具有损失补偿功能的只占26.9%;就“是否有必要配套设立专业性医疗纠纷调解机构”的调查显示,占90.3%的医疗机构认为很有必要。近年来,与医疗责任保险相契合的医疗纠纷调处制度广受欢迎,实践表明,医疗纠纷调处制度和医疗责任保险制度需要彼此依存、相互促进。2010年司法部、卫生部和保监会共同颁布了《关于加强医疗纠纷人民调解工作的意见》,然而,此文件属于效力低的其他规范性文件,且仅搭建了医疗纠纷人民调解制度的基本框架,具体的制度构建还有待细化。医疗纠纷人民调解制度作为特别人民调解制度,还不能充分获得《人民调解委员会组织条例》的支持<sup>①</sup>。为了巩固和推行被实践证明行之有效的医疗纠纷人民调解制度,国家有必要尽快修订《人民调解委员会组织条例》。此外,国家也有必要在《关于加强医疗纠纷人民调解工作的意见》的基础上制定有关医疗纠纷人民调解的法律或法规,将医疗纠纷人民调解制度作为一项专门的人民调解制度确立下来。

### 参考文献:

- [1] 张洪泽. 论医疗责任保险的强制 [J]. 中国保险, 2010, (10).
- [2] 国务院关于保险业改革发展的若干意见 [R]. 国发 [2006]23号.
- [3] 强美英. 医疗损害赔偿分担机制初探 [J]. 河北法学, 2010, (9).
- [4] Christopher Zinn. “Australian government forced to bail out medical malpractice insurer”, British Medical Journal, April 6, 2002.
- [5] 戴庆康. 英国医生互助性责任保险述评 [J]. 南京医科大学学报, 2003, (1).
- [6] 张新宝. 侵权责任法原理 [M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2005. 132-133.
- [7] 刘兰秋. 域外医疗损害无过失补偿制度研究 [J]. 河北法学, 2012, (8).

(全文共 11,522 字)

---

<sup>①</sup> 根据《人民调解委员会组织条例》，人民调解委员会的定位为“村民委员会和居民委员会下设的调解民间纠纷的群众性组织”，“人民调解委员会委员除由村民委员会成员或者居民委员会成员兼任的以外由群众选举产生”。但是，《关于加强医疗纠纷人民调解工作的意见》规定医疗纠纷人民调解委员会原则上在县（市、区）一级设立，调解员队伍组建实行包括专家在内的专兼职相结合，该规定与前述条例相抵触。虽然《人民调解工作若干规定》规定了可以设立乡级、区域性、行业性的人民调解委员会，且区域性、行业性的人民调解委员会委员可聘任，但由司法部颁布的《人民调解工作若干规定》及《关于加强医疗纠纷人民调解工作的意见》的法律效力均低于国务院制定的《人民调解委员会组织条例》，所规定内容与《人民调解委员会组织条例》所规定的人民调解委员会的性质、地位、职能相抵触。