当医疗纠纷遇上人民调解

中青报·中青网见习记者 黄晓颖
记者 裴思童

“只是个小手术，人怎么没下手术台？”“来医院的时候好好的，人怎么就不行了？”

18年来，在山西省医疗纠纷人民调解委员会（以下简称“山西省医调委”）工作的调解员牛星丽常遇到这些问题。

2006年，山西省成立全国首家省级医疗纠纷人民调解委员会，医疗纠纷发生后，人们来这儿调解。不久，浙江宁波、云南楚雄等地也成立了医调委。

在调解室里，牛星丽听过痛苦的哭闹，也见过后悔的眼泪。但她能做的，就是尽可能还原出纠纷的真相，重建双方的信任。

2018年，医调委调解被作为和医患双方协商、行政调解、法院诉讼并列的方式，写入医疗纠纷预防和处理条例。司法部公布的数据显示，截至2018年年末，全国已建立医疗纠纷调解委员会3511个，每年超过60%的医疗纠纷采用人民调解方式，调解成功率在85%以上。

山西省医疗纠纷人民调解委员会召开医患纠纷案例分析研讨会。

调解员正在进行调解。

调解员到医院了解案情。

调解员到医院了解案情。

本文图片均由受访者提供

第三方调解

2007年，山西省医调委副主任牛星丽28岁，刚到医调委工作，她学法律出身，对怎么调解医疗纠纷，并不熟悉。总共五六个调解员，大部分来自医疗行业，几乎都是兼职，都想为解决医患纠纷找个新途径，但“不知道调解能走多远”。

那时牛星丽很少能在办公室办公。她常遇到的情况是，家属在医院拉条幅，她必须去现场劝说。医调委成立了，不仅患者不知道，“医院都不了解”。

医调委成立前，大多数纠纷都是医患双方自行协商解决，复杂一点的案件，医院会要求走诉讼。但一些患方考虑到时间、精力，倾向于闹事以获得更多赔偿，事情越闹越大，医院也会选择妥协，“（赔偿）金额也没有标准”。她一年接200起左右案件，都是双方实在协商不了，需要中间人介入。

如何说服患方来医调委成了她的首要工作。她硬着头皮去现场，先跟医生了解情况，然后再试着问家属，是否愿意调解。

大部分都不愿意。“那时说话也比较直白，会说你这个行为是不合法的”，牛星丽记得，一个患者怀了双胞胎，其中一个死亡，家属情绪特别激动，希望拿到死亡赔偿金。牛星丽跟他解释，主张死亡赔偿金必须胎儿已经出生，是自然人。她不小心脱口而出，“这个胎儿不是人”，一个暖瓶就扔了过来。

时间久了，她才知道，家属也很无助，本来就憋了一肚子气，在这种情况下，要是一上来就进入程序，很难配合，“在那一刻整个就爆发了”。牛星丽见过不少医院的护理站，被砸得乱七八糟。

她只好连着两三天都去和家属聊，取得信任后，再慢慢弄清他们的诉求，最后去和医院反馈，“一点点推进，希望双方能坐下来协调”。

刁婷婷来山西省医调委工作10多年，她学临床医学出身，刚来医调委时她认为，“家属就是要钱”。她曾遇到一位产妇，在生产中去世，留下了两个孩子。当她面对产妇的父母和丈夫，她意识到，自己不能“一开口就谈钱”，要给予这家人关怀。

牛星丽也认为，很多家属首先需要的，其实是关怀和陪伴。

她曾处理过一起纠纷，一位女士的爱人50多岁，突发脑出血去世，她觉得医院耽误了治疗。找双方了解清楚后，牛星丽才知道，医院的责任并不大，家属也知道病情的凶险。

牛星丽常陪她去医院投诉室，听多了才发现，她在银行工作，收入稳定，真正的诉求也并不是赔偿。她的丈夫几乎承包了所有家务，是她的生活、精神支柱，“她一下子不知道怎么生活了”。直到三四个月后，她情绪上能够接受，事情才得以解决。

刁婷婷觉得，体现专业性也是获得患方信任的关键。遇上来咨询的家属，她会帮助他们分析病历，着重问常出现争议的环节，有的地方，恰好也是家属的疑惑，“他能感觉到你很专业”。

牛星丽坦言，刚开始时，他们心里也没底，调解完了，“谁来出钱，出多少钱？”后来，他们想到了保险，通过调解加保险的模式，“将纠纷转移到第三方来解决”。

“就像是车险”，牛星丽解释，医院在经医调委给出责任认定后可由保险公司付款。牛星丽说，目前山西80%以上的医院都上了医疗责任保险，近90%的案件都经由医调委化解。山西省政府规定，赔偿金额2万元以上的纠纷案，必须通过医调委解决。

在纠纷现场，牛星丽也会告诉患方，“如果想要得到合理的赔偿，跟着我去处理，滞留医院很难达成诉求”。

去年，一位家属对诊疗过程存在异议，找到了医调委。她了解后发现，走官司“耗费精力”，医调委处理起来“很快”。

牛星丽介绍，山西省医调委经手的案件，“平均40个工作日结案”。现在他们有近30位调解员，要么学医，要么学法，为医调委提供咨询的专家，有超过400位医生，至少是三甲医院的副主任医师。

这位家属的父亲在住院期间死亡，经专家评定，认为医院存在轻微责任。她记得，当时她对结果不满意，牛星丽给她做思想工作，人已经没有了，打官司还要一两年，一直耗费心神，“实际上得不偿失”。后来，双方进行了二次责任认定，最终达成一致。她觉得，医调委“起码是站在公心的位置”。

牛星丽解释，山西省医调委作为由司法行政部门主管的第三方机构，能够为医患双方提供“中立的沟通渠道”。

调解的一般程序是，医患双方填写申请，陈述纠纷事实并提供证据，再由医调委进行调查，案件复杂的话，会由医调委的医学、法学等专家帮助进行责任认定、计算赔偿等。若双方同意赔偿认定结果，则签订调解协议书，再共同到人民法院进行司法确认，若不同意，医调委会告知双方法律诉讼的相关程序。

“医调委不是最后一道防线”，牛星丽补充，如果有一方对调解的结果有异议，就无法签署协议，医调委要求自愿、平等、合法，“首先是自愿”，“如果有一方感受到不公正，可以随时终止”，牛星丽说。

遇上纠纷，医患双方都很挣扎

刚开始处理医疗纠纷时，听完患者讲述，牛星丽也觉得医院、医生“特别差劲”，直到后来，她对医患关系有了更深的理解。

牛星丽观察到，发生医疗纠纷后，医患双方都很挣扎。她认识一位医生，在麻醉室里，因孩子哭闹不止，直接打了麻醉，而未按规定进行术前输液，最终导致孩子痉挛，抢救无效死亡。这位医生非常自责，无法走出阴影，再难踏入手术室。

上海市第六人民医院骨科医生欧阳元明从业30年，经历过近10起医疗纠纷案，几乎每个月都会有患者找上科室，“大多是对治疗结果不满意”。

“如果有病人没抢救过来，其实医生是最心痛、最难受的”，欧阳元明对中青报·中青网记者提到，自己曾遇到一起纠纷，患者在正常手术后10多天，临近出院，突发急性肺栓塞，抢救无效死亡。

中国医师协会2018年发布的《中国医师执业状况白皮书》显示，有66%的医师曾亲身经历过医患冲突事件。

牛星丽经手的纠纷案，多数来自外科，“因为手术复杂性高、术后变化多，一旦没有达到理想效果，大部分患者都会怀疑是否是诊疗出了问题”。

欧阳元明至今记得，2008年，他晚上值急诊班时，遇到一位出车祸的患者，送来时已没了呼吸心跳，抢救一小时仍无力回天。半夜两点，几十个人带着长刀闯进医院，认为医院抢救不得力，将院长办公室砸了粉碎。最终医院为了维稳，赔钱了事。

牛星丽认为，造成医疗纠纷的原因很多，其中一个重要原因是医患双方的信息不对称。她遇到过一些家属，本身是医生，但由于跨了科室，“也会有信息差”。

一位在医调委做专家咨询、从业30多年的医生告诉中青报·中青网记者，在鉴定中，她常碰到的情况就是，医生沟通不到位，“很多家属会说我什么都不懂，只是让我签字（就签了）”。每次参与完这样的案件，她都会去跟科室里的医生分享。

另一边，“很少有医生主动觉得自己的诊疗过程有问题”，牛星丽说，面对纠纷，很多医生“都特别崩溃”，觉得自己已经做得很好。

南开大学社会学系讲师张龙曾在某三甲综合医院进行田野调查，他发现，医院在处理纠纷时，被投诉的科室在书面回复中，通常会拒绝承认过错。有时是确实认为自己没有错误，“有时则是对过错的有意掩盖”。

刁婷婷在调解时，也会遇到“比较沉默的医方”。医生拒绝沟通、不敢多说，甚至会有所隐瞒，“可能比较担心职业声誉和追责的压力”。

牛星丽说，也有的患者投诉“只是凭感觉”，譬如单纯从查房次数多少来判定医生好坏。但她说，她经手的案件，仅有5%医生完全无责，多数情况医生都存在“责任事故”，即存有医疗文书不规范、术前告知不清楚等规范性问题。

据2024年全国医疗损害责任纠纷案件大数据报告，医患法律纠纷案件中，2024年医方因未尽注意义务而败诉的案件占比30.42%，位居第一位，而尽到注意义务的一个重要方面，就是要遵守法律、行政法规、规章以及诊疗规范的有关要求。

欧阳元明也曾遇到类似纠纷。在他看来，实际情况中，医生工作繁忙，难以面面俱到。譬如，按国家规定，一级护理的病人需每小时查看一次并记录在案，“但我们晚上就一个护士值班，得看47个病人”。

过去一年，欧阳元明作为三甲医院的主任医生，做了近2000台手术。除此之外，他还需做科研和带学生。欧阳元明更担忧的是，医患矛盾加深，医生会逐渐倾向于承接风险较小的手术。

在某县级医院做院长的张丽，已经感知到这种趋向。她曾经的一位同事，原本是医院的骨科带头人，在经历患者严重医闹后，不再做手术。如今她所在的县级医院，一些重症患者，会被夜班值班大夫“转走”，“害怕担风险”。

“医学是有限的”

处理医疗纠纷多年后，牛星丽在不了解事情全貌之前，很少下判断。她发现，医患双方都倾向于站在自己的立场看问题。

中国人民大学硕士生梅求军曾进入北京市一家医院的医患部进行田野调查，他发现，医疗服务被推向市场后，有人将其等同于其他商品与服务：医患关系转化成了服务的提供与消费关系。

梅求军指出，“医疗过程有很大的不确定性”，很多患者及其家属“花钱就要得到满意的结果”的逻辑忽视了不确定性，一旦发生事故，就认为医生医术不好或道德有亏。

牛星丽则认为，医生正是清楚地知道这种局限性，才觉得很多问题并非自己造成。但她也指出，纠纷发生时，医生即使技术上没有问题，可能在“沟通方面也不太通畅”。

京师律师事务所律师张党伟曾代理过上百件医疗纠纷案。他曾碰上一个案子，医生在手术时发现患者的乳腺结节是恶性肿瘤，直接将乳房切除。医生认为，患者签了知情同意书，已经提到这种情况，要是不切，可能会有扩散的风险，自己并未做错。

“但从患者的角度，虽然已经告知，但并没有让自己做决定”，张党伟强调，医生不仅需要在术前向患者说明病情和即将采取的医疗措施，还要说明医疗风险以及替代方案，并且取得患者的书面明确同意，保障患者的知情权。

张党伟还发现，一些医院将知情同意书写得非常广泛，“一个小手术都说甚至可能危害生命”。他解释，这种告知书过分排除了医院的责任，加重了患方的义务，也可能存在法律效力问题。

还有一次，一名患者发生交通事故看急诊，医生发现胸腔出血，转到胸科，下了两次会诊单，大夫都不在，最后才发现大夫去参加饭局，“两个小时都没人来”，最后患者死亡。他还遇到过一家医院，给新生儿做心脏彩超时漏诊了两个腔室，没发现先天性心脏病，让小孩回家，孩子最终去世。张党伟觉得，一些医院确实要改进。

“医生要做到没有投诉特别难”，牛星丽说，“医生不仅面对病，也是面对人”，但她也强调，严格遵守诊疗规范有其必要性，“每一项规则都是血淋淋的教训总结出来的”。

在调解纠纷时，和医患双方的沟通重点也存在区别。牛星丽介绍，接手案件后，他们会用大量时间了解案情，“双方的焦点是什么、患者的损害后果是什么，国家相关赔偿支持哪些部分”。

有些第一次来的患者，并不会说出自己真正的需求，有些患者心里有委屈，说完后，“一部分（纠纷）就已经化解”。还有的患者需要反复引导，“你希望我们帮你什么，是造成损害需要赔偿，还是觉得医院需要配合你积极治疗？”

“大部分患者不能接受医院无责或者轻微责任”，牛星丽提到，她经手过不少产科纠纷，“大家都觉得生孩子是喜事，如果新生儿不在了，大家很难接受”。她需要花更多时间给患者解释，希望他们理解，这个结局谁也不希望看到，“医学是有限的”。

“其实就是不断加深他们对对方的情绪、想法的感受，让他们愿意承担自己的那一部分，甚至适当地做出一些让步。”牛星丽说。

她也注意到，近年来，暴力医闹大幅减少，但逐渐演化为“软暴力”，不再采取过激行为或肢体冲突，但可能会不断地哭闹纠缠，或是在网络上发帖。

山西省某三甲医院医患部的工作人员也感受到了这种变化，他告诉中青报·中青网记者，面对医闹，有时医院“也很被动”。他曾遇到有患者于病房死亡，家属不移尸，他报警处理，结果警方也不敢乱动，一怕激化矛盾，二怕被人拍视频发到网上，引发舆情。

牛星丽面临这类情况，她只能尽量做工作，“告诉他你不要去发，因为我在积极给你调，如果你用这种方式，给医方压力，就破坏了我们和谈的局面”。有的患者听进去了，不再继续发，还有的不愿意，“可能调解就终止了”。

张党伟也遇到过一些患方，称自己想去网上曝光。他会提醒他们，不能虚构事实，也不能造谣抹黑，如果进行侮辱谩骂，“其实已经涉及寻衅滋事罪”。就算如此，他也感到无奈，“对方非要做，自己也拦不住”。

畅通维权渠道

张党伟认为，现有的纠纷解决渠道仍有改进空间。我们需要更多宣传，不然很多患者还停留于旧有概念，“以为只有把事情闹大才有赔偿”。

他也提到，以法律诉讼为例，医疗纠纷案件的审理周期更加漫长，因为医疗鉴定需要时间。有时，这个时间还会因鉴定机构中途退回而被延长。而专业审理医疗纠纷的法官数量较少，“人少案多”。

他认为，医疗纠纷涉及公众切身利益，或许可像金融法庭或知识产权法庭一样，设置专门的医疗纠纷法庭。

山西君瀚律师事务所律师李俊平专注医事法律领域，她曾通过诉讼途径解决网暴问题。此前，医院和患者交涉多次无果，李俊平收集证据后向法院提起诉讼，一位患者主动删帖，一位患者应下了诉讼，最终被认定侵权，要求其在省级报纸向医生道歉，另赔偿精神损害抚慰金。

牛星丽觉得，很多人对医调委了解不多，与全国范围内，医调委发挥的调解作用有限相关。她常去各地医调委做交流，发现不少地方的医调委，“只是挂了牌子，但并没有开展工作”。

她还提到，能够促进纠纷转移的医疗责任险，同样存在局限性。《我国医疗责任险的完善路径研究》一文提到，目前我国医疗责任险市场上可能存在两极分化：高风险医疗机构遭遇保险获取困境，而低风险机构却对投保持谨慎态度。

“保险的投保费用没有提升，但赔付费用已经越来越高”，牛星丽提到，近20年间，山西省的死亡赔偿金从30万元左右增长至100万元。这导致面对医疗责任险，保险公司并不积极。

事实上，在日本的医疗纠纷处理中，医疗责任保险也发挥了不可替代的作用。医生大多是地方医学会成员，医生向医学会交钱，医学会与保险公司签订保险合同，将医师纳入同一风险池，避免了因地区、专业差异导致的保费分化，确保市场稳定。此外，高风险科室的医生还可购买补充医疗责任保险，以覆盖前述保险未包含的特殊风险。

与此同时，日本对患者在医院的行为也作出了明确规定。例如患者不可以随意在医院酗酒、吸烟，扰乱医院正常的诊疗秩序，否则可能会承担一定的刑事责任，甚至医疗机构有权将医闹者加入黑名单，对其限制医治。

山西省某三甲医院医患部的工作人员提到，院方也在努力从源头减少纠纷。他介绍，遇上难度大、风险高的手术，医院会请医调委的工作人员，在患者在场的情况下进行术前三方见证，既要录音，也要做笔录。一旦发生纠纷，避免双方扯皮，知道“大夫到底说没说”。

刁婷婷至今记得几年前的一起案件，医生手术出现失误，一个小孩死在手术台上，医院责任较大，她调解了很长时间，才让家属接受赔偿。她记得很清楚，结束调解时，小孩妈妈说，“我以后再生孩子看病，都不会去这个医院”。那一刻，她觉得，自己的调解实际上失败了。

“那个医院其实是很好的儿童医院”，刁婷婷感到难过的是，家属并没有通过她的调解，真正接受医学的未知性、谅解医生的无能为力。

牛星丽坦言，调解到最后，“还是希望双方重新建立信任”。

（应受访者要求，张丽为化名）

“母婴室”变“育婴室”，一字之差折射观念之变

□ 任冠青

“一间不只属于她的房间”——近日，有网友发文称，北京朝阳大悦城商场将母婴室更改为育婴室，宝妈和宝爸都能用，该措施引发网友热议。对此，该商场工作人员表示，今年夏天对原有母婴室进行了改造，将其升级为育婴室。育婴室设有自动门和隔帘，将哺乳区与换洗区明确分隔。宝爸可以在换洗台区域为孩子更换尿布，而哺乳区仍为妈妈们保留私密空间。

随后，评论区有网友补充道，上海、深圳等多地也陆续有商场改造母婴室，增设了“超级奶爸区”等父婴室空间。

近年来，母婴室在各大公共场所日渐普及，为孕期、哺乳期妇女及婴幼儿提供了独立、舒适的休憩和哺乳场所。出于保护隐私等考虑，母婴室门口往往设有“男士止步”标识，仅对女性开放。可是，在更多元的带娃场景下，这样的单一区隔设计显得越发“不够用”了。

比如，当男性亲属独立带娃出门时，一旦有更换尿布、喂食清洁等照护需求，就会面临无处可去的尴尬。即便是全家一起出门，“仅限女性”的母婴室空间设计，也容易将照顾护理之责无可推脱地落到妈妈肩上。出现突发情况时，妈妈一人手忙脚乱、爸爸无奈在母婴室外徘徊的情形并不少见。

将“母婴室”更名为“育婴室”，看似是一字之变，实则在用实际举措打破“育儿更多是母亲责任”的固有观念，推动“共同育儿”理念成为社会共识。事实上，就带娃出门而言，除了哺乳、集乳等本身只能由妈妈亲力亲为的少数事项，其他类似冲泡奶粉、辅食喂养、增减衣物、更换尿布等事项，完全可以由爸爸等其他亲属分担。

空间设计本身就是一种无声的语言，能够将抽象的理念转化为可触摸、可感知的日常体验。带娃决不只是妈妈的“专属职责”，在母婴室之外增设父婴室等公共空间的设计改变，既是在回应不同群体带娃的现实需求，体现人性化关怀，也是在通过格局之变，主动传递一种更具平等性、包容性的育儿观念，鼓励男性更多参与育儿过程。当各方参与照护的客观条件被逐渐“拉平”，也有助于职责共担的理念真正落到实处。当然，在此基础上，还要切实保障使用者的便利性和个人隐私，通过设置空间区隔、“一客一落锁”等方式，让人用起来更加舒心、放心。

近年来，在推动育婴室设置更加合理、精细化方面，不少地方都作出了有益探索。例如，深圳是最早在全国将“公共场所母婴室配备率”纳入《深圳市妇女发展规划（2011-2020年）》指标体系的城市，不仅在一些公共场所同时设置母婴室和父婴室，探索在地铁站等空间有限的场所设置移动育婴室，还在设施配备和功能设计上细化服务。有当地市民表示，一些育婴室配备遮光帘、避免婴幼儿直视灯光，给喂养家长提供高度合适的桌椅等暖心细节，就充分考虑到了使用者的现实需求，令人印象深刻。

诚然，推动育婴室空间革新是一项较为复杂、琐碎的工程，要因地制宜，克服不少现有格局的限制，有时看上去也没有那么“紧迫”。但很多时候，文明进步的细节，正在于“看见”那些此前未被充分言说的需求，真正站在育儿者的角度进行思考，以柔软、贴心的方式解决公共问题。这也理应是建设生育友好型社会的题中应有之义。

北京朝阳大悦城商场将母婴室升级为育婴室。
图片来源：经视直播微信公众号