

· 综 述 ·

国内外医疗风险和投诉原因分析

季 昶, 曹根宝 综述, 张国强 审校

〔摘要〕 本文从风险管理概念与环节入手, 分析国内外医疗风险和投诉原因, 从预防、处理、解决三个阶段针对性提出减少风险投诉的意见建议。

〔关键词〕 医疗风险; 投诉原因; 医疗纠纷; 医患关系

〔中图分类号〕 R197 〔文献标志码〕 A 〔文章编号〕 1672-271X(2012)03-0237-05

近年来, 医患关系日渐紧张, 医疗纠纷逐年上升, 医疗事故争议赔偿案件增加, 赔偿金额不断攀升, 国内外医疗风险现状令人堪忧。本文通过对近几年有关研究文献的复习, 就此做一回顾性分析。

1 基本概念

1.1 医疗风险 是指在医疗过程中不确定性有害因素直接或间接导致患者死亡或伤残后果的可能性。包括医疗事故、医疗差错、医疗意外及并发症、医疗纠纷等^[1]。美国杜克大学更将其定义引申为: “遭受损失的可能性”^[2]。医疗风险包括两个因素: 一个是它的发生概率, 这因人而异, 即可能性; 另一个是实际损害的程度, 即对个体的严重性。医疗风险具有风险水平高、风险不确定、风险复杂、存在于医疗活动各个环节中、风险后果严重等特点。医疗风险主要包括: 手术失误、感染传播、药物出错、盗窃及罪行、约束、跌倒、暴力、自杀、资料外泄、诊断及治疗延误、错误工伤、输血、血液产品等。一旦患险, 其后果一般有人身损失、身体受伤、员工士气降低, 财产、专业诚信、医院形象等受到损失。

1.2 医疗纠纷 医疗纠纷特指患方在医院就诊过程中对医疗机构为患者实施的医疗诊疗行为持有异议而引发的纠纷。从这个概念中可以看出, 如果患者或家属认为医疗机构中的医务人员在为患者进行疾病的诊疗过程中, 实施了错误的诊断、治疗、操作等医疗行为, 并且该错误的医疗行为直接导致患者出现了不良后果, 由此产生的纠纷就是医疗纠纷。它是专指因具体的医疗诊疗行为所引发的争议^[3]。一起严重的医疗纠纷事件, 轻者可以造成医院较大

的经济损失, 医院秩序混乱, 人员在心理安全上受到影响和威胁, 严重者可以使一所二级医院整体陷入停业瘫痪状态, 整个医院空无一人, 这就叫做由医疗纠纷引发的系统风险, 它可以使一个医院瞬时垮掉, 大厦顷刻坍塌^[4]。

1.3 医患纠纷 专指发生在患者与医疗机构之间的, 包括医疗纠纷在内的所有民事权益的争议。也就是说, 患者在医院就诊过程中不仅存在医疗行为引发的纠纷, 还有可能发生医疗诊疗行为以外的其他民事权益争议, 如有关名誉权、隐私权、肖像权、处分权、知情同意权的争议, 就诊者在医院地上摔倒受伤、财物被盗等情况。这些纠纷不是因对医疗诊疗行为有异议所引发的, 不属于医疗纠纷, 不受《医疗事故处理条例》的调整, 属于《中华人民共和国民事诉讼法》(以下简称《民法通则》) 调整的范畴。因此, 医患纠纷是一个大的概念, 外延广泛, 是专指发生在特殊主体之间, 即医方和患方之间的所有民事权益争议; 而医疗纠纷是特指医疗诊疗行为的概念^[3]。

1.4 医疗事故 是“医疗机构及其医务人员在医疗活动中, 违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规, 过失造成患者人身损害的事故”^[5]。根据该定义可以看出, 判断诊疗行为是否构成医疗事故的几个必备要件为: ①主体: 医疗机构及在医疗机构中从事诊疗护理工作的医务人员。②客体: 医务人员对患者实施具体的医疗诊疗操作。③客观方面: 医务人员在履行职务过程中, 存在过错, 违反有关法律、法规和医学常规。④后果: 患者因错误的诊疗行为出现了人身损害的不良后果(医疗事故 1~4 级)。⑤因果关系: 患者出现的不良后果是医务人员实施的医疗行为造成的, 两者之间存在直接的因果关系^[3]。

1.5 医疗投诉^[6] 是指患者或者家属在接受医疗服务时的不满意感受所导致的行为, 这种行为不仅

作者简介: 季 昶 (1976-), 男, 安徽芜湖人, 本科, 主治医师, 从事医院管理工作

作者单位: 243100 安徽当涂, 解放军 81 医院 86 临床部

通讯作者: 曹根宝, E-mail: jichang525@163.com

仅是向有关部门进行投诉,选择离开、拒绝后续服务、向周围人诉说不满意感受等,也是这种行为的表现。患者投诉通常可分为隐性投诉和显性投诉。隐性投诉是指患者或家属在接受医疗服务时有不满意感受,但由于种种原因,选择了离开或沉默,没有主动通过某种方式进行投诉,这类投诉不涉及赔偿。显性投诉是指患者及家属在接受医疗服务后,将不满意的感受主动通过各种途径进行反应,它又可根据其投诉目的分为宣泄性投诉、赔偿性投诉和恶意投诉。

2 国内外医疗风险现状

在我国,据中华医学会对全国 326 家医院进行的调查结果,发生医疗纠纷的医院高达 98%^[7]。自 2000 年以来,全国范围内的医疗纠纷,每年平均增幅 34%,涉及司法诉讼的医疗纠纷每年以 21% 的速度增长,先后有 1982 家医疗机构因此停业,最长的停业 2 年零 3 天,有 52 家医疗机构彻底关门,有 1872 名医务人员不堪“纠缠”,身心疲惫要求辞职,有 338 名医务人员出现精神症状,有 3 名医生自杀^[4]。北京市医学会在《医疗事故处理条例》实施后的前 3 年,每年组织医疗事故技术鉴定 100 例;而在 2006 年,组织鉴定案例达 150 余例;2007 年上半年,组织鉴定 80 余例。自《医疗事故处理条例》实施以来,经北京医学会鉴定认定为医疗事故的案例达被鉴定案例的 40.2%^[8]。医学的现代化使社会对医学的期望值普遍增高,而风险事件的增多又使人们的失望增加,加上经济利益的驱使、法律知识的普及,使患者维权意识增强,从而导致依法维权和非法维权事件频发。2006 年全国被打伤的医务人员有 5500 人,2007 年达 8600 人,全国有记录的死亡医务人员 10 名,并且多是高级职称人员。因此,医务人员如果不能主动积极地预防风险,必然会面临各种各样的风险,包括精神和躯体的伤害,以及经济的损失。

美国哈佛大学于 1991 年在纽约州进行的一项医疗风险研究报告中表明,有差不多 4% 的患者在住院期间受到伤害,从而导致患者延长住院时间或伤残,在这些受伤害的患者中,有 14% 因此而死亡;澳大利亚在 1995 年的一份“澳洲医疗研究的素质”文献中显示,澳大利亚 28 家医院的住院患者,有 16.6% 的患者遭受严重医疗事故,这些事故的 51% 均是可以避免的。WHO 报告加拿大、新西兰和英国等国家有 10% 的患者每年要遭受一次医疗不良事件,美国每年有 9.8 万名患者因医疗过失死在医院,

美、英两国为此每年分别要付出 290 亿、60 亿美元的代价^[1]。国外医务人员承担的风险也十分常见,澳大利亚公立和私立医院的医务人员受患者殴打攻击的占 5%,64% 的护士在 4 周内经历过激烈的冲突事件,3/4 的护士在过去一年中受过激烈的冲突^[9]。

3 医疗风险原因分析

据有关资料统计,我国所有医疗风险事件中,技术失误者占 35%,忽略相关信息者占 16%,不小心者占 11%,没有严格规则者占 9%,缺乏知识者占 1%^[10]。天津市某三甲医院 2002 年 - 2006 年医疗投诉情况分析:医疗质量 37.6%,服务态度 17.5%,交流不畅 14.1%,医护责任心 9.4%,患方原因 5.1%,其他 16.2%^[11]。

美国 QuIC (The Quality Interagency Coordination Task Force) 将医疗差错定义为“对预期目标执行计划的失败或对既定目标使用了错误的方法”^[12],并提出医疗差错是医疗风险的主要内容之一,它的发生与很多因素有关,包括医疗和药物差错、医患双方缺乏有效沟通、患者安全意识不强等。医疗差错常分为:①治疗过程中发生的医疗差错 (treatment process error);②给药差错 (administration error);③病史询问差错 (investigation process error);④不良医患沟通差错 (communication error);⑤误诊 (diagnosis error) 等,可发生在诊断、治疗等医疗行为的各个环节^[13]。

3.1 按风险发生类型分类^[14] 由技术风险度和社会风险度构成。

3.1.1 技术风险度的主要影响因素有 ①医院整体医疗技术体系结构与技术水平:院学科结构越合理,技术水平越高,发生医疗技术风险的概率越低。②医院具体学科的医疗技术水平:技术力量强大的科室发生风险的概率要比技术力量薄弱的科室低。③具体诊疗技术的效能:疗效越好的诊疗技术风险越低,疗效越差的则风险越高。④具体个人运用诊疗技术的成熟度:医务人员对运用的诊疗技术掌握越好,风险越低;反之,掌握越差,风险越高。⑤具体疾病的预后特点:在当前医学状态下,有些疾病在目前条件下无法治愈,有些疾病极易并发其他症状。不同的疾病预后对于技术风险的影响不同,预后越好,风险越低;预后越差,风险越高。

3.1.2 社会风险度的主要影响因素有 ①医生技术影响力:学术威望越高、影响力越强的医生,越容易获得患方的认同,发生医疗纠纷的可能性越低。②患者及家属对疾病治疗结果的期望与疾病预后的

差异:猝死、急性病发作患者形成医疗纠纷的比例远大于久治不愈死亡、慢性病的患者。因此,患方对疾病风险认识越充分,对疾病治疗结果的期望值和疾病实际预后越吻合,发生医疗纠纷的概率越低。③患者与新闻媒体的不实误导。④医患沟通问题:良好的医患关系有助于医务人员赢得患者的尊重和信任,有助于争取患者的配合,以提高临床疗效;良好的医患关系还有助于防止医疗纠纷的发生。处理好医患沟通问题是减少医疗纠纷十分重要的环节。⑤医疗法规的影响:随着 2002 年《医疗事故处理条例》的颁布以及法律规定医患举证倒置的出台,全国许多医院医疗纠纷明显上升。再加上近年来各地纷纷改变了患者医疗费用报销模式,增加了患者的自付比例,此举更是激化了本来就不平静的医患关系,加剧了医疗纠纷的发生。

3.2 按风险发生原因的主体分 一般说来,医疗纠纷的发生主要有医疗机构、患者和社会三方面的原因。

3.2.1 医疗机构(主要是医院)方面的因素主要有^[15] ①医护人员服务态度问题。②医疗技术问题。③医院管理问题。④医务人员的道德品质、责任心和服务态度问题等。

3.2.2 患者方面的因素主要有^[16] ①患者及其家属缺乏医学知识和常识。②患者不配合诊疗。③患者不遵守医院的规章制度。④患者内心的不平衡。⑤少数患者家属借口医疗责任趁机敲诈院方。⑥个别患者家属固执偏激。

3.2.3 社会方面的因素主要有^[16] ①公众法律意识、健康意识和生命价值意识的提高。②医疗服务的高风险性、群众对医学的认识不足和某些新闻媒体的不当炒作。尽管医学技术发展日新月异,但随着医学模式与疾病谱的改变,医学上仍然面临的众多的疑难杂证,未知领域还很多,医学发展的局限性和个体疾病的复杂性,造成了医疗服务中许多不可预见的医疗风险。如医疗意外、过敏反应、药品毒副作用等都可能引起医疗纠纷。而近年来,新闻媒体加大了关注医疗纠纷的力度,其中有一些媒体的不当操作,使个别心存不轨的患方以“曝光”威胁医院,对医疗纠纷起到了推波助澜的作用。

3.3 按风险发生常见原因分^[17]

3.3.1 责任心不强 ①医务人员对危重急救患者救治不积极,推诿扯皮,或因为离岗、脱岗、漏岗等原因贻误救治时机。②各种规章制度落实不到位,存在有薄弱环节。③服务措施不到位,如对患者及家属寻求帮助未及时解决或反应。④工作毛糙、马虎

导致错误或使患者失去信任。⑤不尊重患者的人身权利,未及时维护患者的知情权、隐私权。⑥医疗文书管理不严,让患者看到未按严格要求书写的医疗文书。

3.3.2 医务人员专业素质低 ①专业不熟,经验不足而无上级医师指点,或未全面考虑,过分草率导致误诊、漏诊或诊断不及时延误治疗。②过多依赖影像学等其他辅助检查,不进行正常的问病史、查体而导致误诊、漏诊延误治疗。③对某些潜在危险性患者预后估计不足,重视不够导致不良后果。④经验不足,过分检查,特别是有创检查,导致患者不必要经济负担或人身损伤。⑤用药不当导致疾病加重或无缓解,药物反应、药物中毒等。⑥各种诊疗操作如腰穿、腹穿、气管切开等不规范,造成不良后果,或进行不合理、不必要有创诊疗措施。⑦手术操作不熟练、不规范、不合理造成不良后果,如将小儿肾脏当肿瘤切除,关键器官切除过多等。⑧术前、术后处理不当,如术前检查不全面,术前病历讨论不充分,对术中出现的问题准备不足,导致不良后果等。⑨对手术危险性认识不足,估计不全,术前谈话交代不到位。⑩医疗文书书写不全面、不规范、不真实或出现错误,常见的如门诊病历及重要内容漏写,错写导致不良后果。

3.3.3 医务人员医德医风差 ①服务态度不好,接待患者漫不经心,态度冷淡、语言生硬,甚至训斥患者,解释问题不耐心。②费用问题,不合理收费,如多收、乱收、私收等。③收受、索要患者钱物,接受请吃,按红包大小定服务档次等,导致患者心里不平衡。④私接患者,延误诊断和治疗。⑤医务人员技术走穴,导致不良后果。⑥医务人员行业素质差,有意贬低他人或他院的诊疗方案,打击别人,抬高自己,导致误听误信。

4 对 策

如何减少医疗纠纷的发生,最大限度降低医疗风险,给医院管理者带来了新的课题和思索。医院应该通过预防、处理、解决三个阶段的不断努力来防范医疗纠纷和降低医疗风险,促进医院的可持续发展。

4.1 预防阶段 “不治已病治未病”是祖国医学精髓,预防的理念高于治疗。如果把预防的理念用于医疗风险也是最高明的方法,是唯一的捷径,因为无论多么好的处理也莫过于预防^[10]。风险预防阶段包括^[18-19]:

4.1.1 加强质量教育,强化法律意识 ①开展对

全院职工的质量意识教育,使广大职工充分认识到医疗质量直接关系到医院的生存和发展,提高全院职工的医疗质量意识。②医务部定期进行医疗质量情况通报,分析原因,目的是减少缺陷,保证医疗质量。③完善医德医风自我约束机制,强化医务人员语言技巧训练,加强医患沟通,营造融合的、有建设性沟通氛围,帮助患者早日康复。④加强法制观念,学习法律知识和医疗事故处理条例,通过学习医疗纠纷的防范与处理,增强自我保护能力。

4.1.2 落实规章制度,提高业务水平 ①加强医务人员“三基三严”的培训,严格执行各项诊疗技术操作规程,提高医务人员的业务技术水平。②认真落实院科两级会诊制度、三级医师查房工作制度、急危重症、死亡病例、术前病例讨论制度、岗位技能考核制度、查对制度等。③对不执行技术操作规程导致医疗纠纷的医生实行责任追究制度,与晋升职称、评定工资挂钩,严防差错再次发生。④在每次院周会上反复强调医疗安全,对医务人员进行安全意识教育,强化责任心和自我保护意识。⑤实行非惩罚性不良事件报告制度,并组织管理者及专家进行分析和预防。

4.1.3 加强质量监控,规范病历书写 ①建立和完善个人、科室、医院三级医疗质量控制网络,着重抓好环节控制和过程控制。②充分发挥科主任、护士长在质量管理中的重要作用,发生医疗纠纷,当事科室主任、护士长必须积极参与配合上级部门进行调查处理,处理不完,不予解脱。③病历质量是医疗质量和医疗水平的具体体现,也是医院总体水平的一个方面,也是处理医疗纠纷的法律依据。切实改变医务人员重干轻写、笔下草率的不良习惯;对新毕业和新聘用的医师、护士重点进行病历书写规范的培训,并进行严格考核。

4.1.4 严格实施奖惩,加强便民设施 要把医疗质量的优劣,作为评选先进的重要条件。对于医疗质量好的科室和个人在年终给予奖励表彰;对医疗质量不高,纠纷、差错频发的要限期整改;对于连续发生两次以上差错、医疗纠纷者,要加强教育,严肃处理;对发生医疗事故者要严肃追究其责任。为患者提供方便的服务设施,在医院的门诊大厅悬挂“当与患者发生矛盾时,患者永远是对的”、“服务在患者开口之前”等标语,以争取更多患者及家属的理解与支持。

4.1.5 研制防范工具,加强风险控制 积极吸取国外先进做法,进一步完善医疗风险管理制度,同时进一步从干涉入手,强调风险的预防和处理,针对风险

高发科室和部门,结合自身实际,努力开发研制切实可行、指导性强的风险防范工具,从实际操作层面将可能出现的医疗风险降低到最低限度。

4.2 处理阶段

4.2.1 处理医疗纠纷的方法 医疗纠纷的处理是一门高难度的艺术。鉴于医疗纠纷调处的复杂性,在医疗纠纷调处过程中讲究方法尤为重要。一般方法应是“认真倾听,勿乱表态,冷热得当,因例调节”。在接待调处过程中应始终保持清醒的头脑,热情接待,认真倾听双方的陈述意见,并作好记录,对其中过激的言行要保持冷静,切忌态度生硬、激动发怒,也不应拖延或应付了事。在未查清楚事实和分析之前,个人不应随意表态、认定是非对错或作出不切实际的调处决定。要在尊重事实和法律面前人人平等的前提下,视不同病例妥善调节^[16]。

4.2.2 处理医疗纠纷的技巧^[20] ①一些纠纷在现场燃起“战火”时,患者或家属往往情绪激动、大吵大闹并在现场引起围观,有时还会引起其他患者的打抱不平。这时首要的任务是想方设法让矛盾双方分开,以维护医疗秩序,保护医护人员安全。可让患者离开现场,或请患者到办公室坐下商谈,耐心倾听患者的投诉,使患者逐渐息怒。②对于患者因医护人员服务不到位、就诊不方便引起的不满,在耐心倾听患者的诉说时,表示理解和赞同,这时患者的愤怒往往有所下降,再由处理人员代表院方向患者表示歉意,尽量满足患者的要求,必要时由当事人当面向患者赔礼道歉。③对于医疗没有过失,只是由于患者缺乏医学常识,对诊疗行为不理解造成的纠纷,耐心向他们讲解有关医学知识、诊疗的风险性、可能出现的副作用及副作用的预防等,得到他们的理解和信任,使矛盾大事化小、小事化了。④有些患者无论你如何解释,非要医院赔钱,否则就会曝光媒体。在医务人员没有过失的情况下,要据理力争,正告患者医院是不怕患者的胡搅蛮缠和媒体曝光的,可告知患者索赔的依据和方法,让患者通过法律等正常途径获得赔偿。⑤对于目无法纪、围攻辱骂、毁坏公物、行凶殴打、无理取闹的少数患者和家属,要有自我保护意识。处理此类纠纷,要协同保卫科、地方公安部门一起处理,对医务人员、财物造成损伤的,坚决要求赔偿道歉。

4.3 解决阶段

4.3.1 一般解决途径^[21] 目前医疗纠纷解决通常有三种途径,分别是医患双方自行协商、卫生行政机关调解和人民法院诉讼,但是这三种途径在实际操作中均遇到种种困难。医患双方协商解决虽然程序

简单方便,但因医院和患者双方缺乏信任,很难形成一致意见,反而容易将矛盾进一步激化;由于人们通常存在卫生行政部门与医院有附属关系的观念,患者也因质疑卫生行政调解的公正性,而不愿去卫生行政机关调解;人民法院诉讼解决医疗纠纷作为最正规的解决方法,但始终存在着诉讼成本高、时间长等缺陷,医疗纠纷的审理时间多以年计算,医疗事故受害者的损失难以得到及时的救济。而患者往往因病致贫,支付不起昂贵的医疗费,在时间上也等不起。这导致许多患者及其家属不愿走司法途径解决医疗纠纷,而选择了医闹等不正常的解决渠道。在此情况下,如果能有一个既懂专业知识又和医疗机构没有多大关系,医患双方都接受的中立调解机构从中调解,显然不仅能让医院避免医闹之苦,也能及时维护患者的利益,是一种双赢的选择。

4.3.2 第三方调解解决途径^[21] 调解是我国法制建设中一项独特的制度,具有第三方主持、调解方中立、案件处理快捷等优势。医疗纠纷是平等民事主体之间发生的一类民事纠纷,属于可以调解的范围。在现有法律制度下,通过由保险公司、公安、司法、医学会等部门联合组成的第三方介入医疗纠纷的处理,无疑是目前非诉讼解决医疗纠纷的最好方式。由于第三方社会地位中立,不在卫生行政部门领导之下,能有效打消患者“这个机构和医院是一伙”的顾虑。同时,在医患之间建立一个缓冲地带,为双方提供一个沟通、协商的平台,为医疗纠纷中的弱方提供证据、法律方面的援助。从实践来看,我国部分地方已采取了这种第三方调解医疗纠纷的模式,取得了良好的效果。

4.3.3 医疗责任保险解决途径^[19] 实施医疗责任保险,可有效地化解医疗风险。具体方法是由医疗机构与医护人员共同上缴保险费,医务人员在诊疗过程中一旦发生医疗纠纷,由保险公司或保险公司委托的医疗纠纷鉴定调节处理机构出面,协商理赔,从而把医务人员从医疗纠纷困扰中解脱出来。

【参考文献】

[1] 张仲明. 加强医疗风险管理 确保医疗质量[J]. 中华医院管理杂志, 1999, 15(9): 569-572.

- [2] 段文利. 医生与医疗风险[N]. 健康报, 2002-06-6(6).
- [3] 郑雪倩, 纪磊. 正确理解医疗事故概念, 妥善解决医疗纠纷[J]. 中华医院管理杂志, 2005, 21(4): 239-241.
- [4] 王亚平. 论医疗纠纷产生的深刻根源和背景[J]. 医院院长论坛, 2009, (1): 37-41.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 医疗事故处理条例[Z]. 2002-04-04.
- [6] 赵跃华, 陈金榜, 高东杰, 等. 患者投诉的分类与管理[J]. 中华医院管理杂志, 2008, 24(12): 833-834.
- [7] 宋华, 宋兰堂, 黄涛, 等. 对医患关系现状的多维思考[J]. 中华医院管理杂志, 2003, 19(9): 517-519.
- [8] 王凯戎. 医疗纠纷处理的新情况和新问题[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23(12): 826-829.
- [9] 刘振华, 程虹, 刘冰. 医疗风险防范要由被动变为主动[J]. 中国卫生质量管理, 2008, 15(6): 56-57.
- [10] 刘振华, 刘子亮. 医疗风险重在预防[J]. 临床误诊误治, 2009, 22(2): 3-5.
- [11] 费金贵, 陈刚, 李长义, 等. 加强医患沟通 化解医患矛盾[J]. 中华医院管理杂志, 2008, 24(10): 681-683.
- [12] The Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC). Doing what counts for patient safety: federal actions to reduce medical errors and their impact (report to the president). February 2000. Available from: URL: <http://www.quic.gov/report/errors6.pdf>.
- [13] Tilyard M, Dovey S, Hall K. Avoiding and fixing medical errors in general practice: prevention strategies reported in the Linnaeus Collaboration's Primary Care International Study of Medical Errors[J]. N Z Med J, 2005, 118(1208): U1264.
- [14] 陈羽中, 饶黎. 对医疗风险度评价的探讨[J]. 中华医院管理杂志, 2006, 22(5): 327-328.
- [15] 龚清海. 45 例医疗纠纷情况的分析与防范对策[J]. 现代医院管理, 2005, 4(10): 45-48.
- [16] 潘海玉. 医疗纠纷的产生原因和对策研究[J]. 海南医学, 2009, 20(1): 111-114.
- [17] 郑春雨, 杨文宇. 医疗投诉原因分析及医务人员管理[J]. 中华医院管理杂志, 2005, 21(6): 416-417.
- [18] 徐敏, 王建辉, 焦健. 当前临床医疗质量管理存在的主要问题及对策[J]. 新疆医学, 2009, 38(2): 124-126.
- [19] 贾荣. 医疗纠纷的成因与解决的对策及建议[J]. 中国民康医学, 2009, 21(4): 4.
- [20] 王素芹. 常见医疗纠纷的防范及处理技巧[J]. 中国预防医学杂志, 2009, 10(3): 168-169.
- [21] 孙瑞灼. “第三方”调解: 解决医患纠纷的双赢选择[N]. 人民公安报, 2009-03-11(8).

(收稿日期: 2012-03-29)

(本文编辑: 孙军红)