



医师报

2020年12月3日

责任编辑:尹晗
美编:蔡云龙
电话:010-58302828-6620
E-mail:ysbyinhan@163.com

MEDICAL LAW

医事法律

A13

● 律师看法

被误解的知情同意书

▲ 北京市华卫律师事务所 赵波



案例回放

某61岁男性患者,主因“腹部疼痛伴发热6小时”急诊收入甲医院,经全面检查诊断为“消化道穿孔(原因待查),急性腹膜炎”,拟行手术治疗,但因患者有心脏病史和心衰表现,甲医院给予保守治疗。

6日后,患者因病情加重转至乙医院,外科拟急诊手术,但经过全面检查并会诊后,医生认为患者已呈感染性休克状态,手术风险极高,遂转至ICU积极抗感染、抗休克及支持治疗,待病情稳定后再考虑手术治疗。其后,患者病情持续恶化,7日后抢救无效死亡。

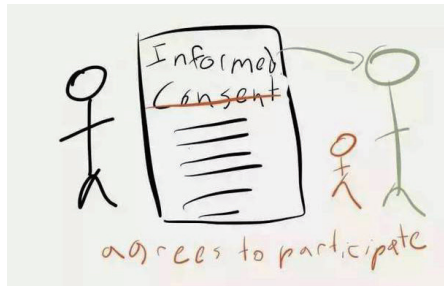
家属以甲医院延误治疗为由将其诉之法院,后追加乙医院为共同被告。要求二被告共同赔偿死亡赔偿金、精神损害抚慰金等各项损失合计112万余元。

经法院委托,某司法鉴定机构出具鉴定报告认为:甲医院延误手术,承担次要责任;乙医院就是否手术问题对原告告知不充分,承担轻微责任。结合鉴定意见,法院作出一审判决:判定甲医院承担40%责任,乙医院承担10%责任。



案例分析

在医生帮助患者行使知情同意权时,需要遵循两个基本原则,首先是“两害相权取其轻”。本案中,患者在发病早期虽面临较大的手术风险,但如不手术,其腹膜炎必然发展至感染中毒性休克并危及生命,而手术并不必然导致心梗、心衰,故而此时手术利



图片来源/患者安全



本案启示

很多患者都会误将知情同意书当作“霸王条款”,但知情同意书并非医院单方面制定的,而是客观医学经验的总结,医生不能随意增减、更改;其次,签署知情同意书不带有任何免责含义,如果医院存在诊疗过失导致患者人身损害,即便签了知情同意书,医院也要承担责任。

从法律上讲,知情同意书保护的是患者的知情权和同意权,医院相对应的就是告知义务和获得授权为患者实施手术、特

大于弊;而转至乙医院后,患者已出现休克表现,生命体征极不稳定,此时手术风险极大,保守治疗反而能延长患者生命甚至为患者争取到手术机会,故此时手术弊大于利。医生在履行告知义务时,应权衡利弊,既要考虑每种选择的损害后果的严重程度,又要根据病情变化随时调整方案。

其次,是否手术,决定权在患方。医生只有通过履行告知义务,帮助患者权衡利弊,最终由患者行使选择权。本例中,甲医院的过失在于高估了手术的风险,且没有尊重患者的知情同意权,从而错失手术时机。而乙医院虽曾就手术时机问题多次与患者沟通,并得到了患者的理解,但没有取得患方的书面确认,稍显不足。

殊检查、特殊治疗。

至于容易引发争议的“告知充分与否”问题,虽然法律没有明确规定何为“告知不充分”,但笔者认为,医方的告知应是一种相对简单的提示,即针对患方不知道或易忽视的医疗风险、费用等进行浅显易懂的说明。正如“股市有风险,入市须谨慎”等告知一样,是一种普通人都能理解的提示,至于股市如何运转、何为“套牢”“割肉”则不是常规告知或必须告知的事项。

● 新闻速递

违规开具“红处方” 医生一审获刑7年

医师报讯(融媒体记者 尹晗)

9月23日,河南省台前县人民法院宣判了一起贩卖毒品案:两名毒贩利用癌症晚期患者,在10个月内以镇痛为由从904医院常州院区套购管制麻醉药品盐酸二氢埃托啡舌下片超过4581片,并贩卖获利。涉案的大部分药品是经该院普外科医生林某开具“红处方”后流出的。

法院认为,林某在不具备开“红处方”资格的情况下多次违规开药,且开出的剂量超出规定的最大限度。一审判决林某犯贩卖毒品罪,判处有期徒刑七年。

据医院处方笺显示,从2018年4月患者住院后的约6个月内,林某共为其开具了盐酸二氢埃托啡舌下片2521片,平均每天约14片。林某表示,患者入院后一直喊痛,初期的治疗方案中的确给他使用了超大剂量,也考虑过降低剂量,但患者不接受。考虑到患者已经是癌症晚期,出于“临终关怀”的目的,权衡之下,只得开具出这一系列超大剂量的红处方,并持续了两三个月。

解放军总医院第七医学中心肿瘤内科主任刘端祺教授表示,患者大闹不应是医生屈从或轻信的理由。正确的剂量使用方式应该是世界卫生组织倡导的癌痛三阶梯止痛法——对患者的疼痛进行评估,确定疼痛量级,使用药品时从小剂量开始,逐次提升剂量,以确定患者适宜使用的剂量。

被告辩护律师、上海市海上律师事务所律师及合伙人刘晔认为,本案中,林某违规开具“红处方”的行为严重违反了医疗行业对于管控药品的相关规章制度,理应被吊销执业证书。但目前检方掌握的证据并不能得出当事医生林某存在主观上“明知”套购后用于贩卖的结论,因而不能构成贩卖毒品罪。

目前,林某已提起上诉。《医师报》也将对本案进行持续关注,您有什么样的见解、建议和看法,欢迎在医师报官方微信平台给我们留言互动。

● 医患办建议

医院诊疗科目
医生执业规范

执业管理困惑3解

▲ 清华大学附属北京清华长庚医院 樊荣

9月8日,《医疗机构依法执业自查管理办法》正式印发。其第十二条对医疗机构依法执业自查的内容进行了明确。但目前,医疗机构诊疗科目与医师执业范围的划分标准以及二者之间的匹配仍然存在持续的困惑,为依法执业管理实践带来了困难。笔者针对问题及原因,提出以下政策建议:

以医师执业范围分类划定一级诊疗科目

医务人员是医疗服务的执行者,医师的执业范围决定了医疗机构能够提供医疗服务的范围。因此,笔者认为,一级诊疗科目的设置“宜粗不宜细”。这样便能够实现机构诊疗科目与医师执业范围的相互匹配。

将二级诊疗科目准入制改为备案制

因医师执业范围与一级诊疗科目相对应,故原则上执业范围应包含其所属的二级诊疗科目,不需进行独立准入,实施备案管理。二级诊疗科目仅用于明确一级诊疗科目下医疗服务范围。

卫生行政部门执行一级诊疗科目评审准入并登记。二级诊疗科目的设置由

医疗机构自行管理。医疗机构拟开展二级诊疗科目医疗服务的,应根据医疗机构基本标准、相关管理规范以及业务开展需要,结合自身空间、人员、设施设备等条件进行自我评估,符合条件的可以增设该二级诊疗科目,并于开展首例医疗服务之日起15个工作日内,向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。专科医院原则上只能核准与其所属专业相关的诊疗科目,明确至二级诊疗科目并应进行评审准入。

当二级诊疗科目的主要专业技术人员或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化,不能满足诊疗科目基本标准或相关管理规范要求,医疗机构应当立即将有关情况向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门报告。

医疗机构实际设置的临床专业科室名称不受诊疗科目限制,可使用习惯名称和跨学科科室名称,但其实际提供医疗服务范围必须符合诊疗科目范围。

调整个别诊疗科目与执业范围

(1) 整体参照医师执业范围来设置一级诊疗科目名录;

(2) 执业范围中麻醉专业应从外科专业中独立,相应的一级诊疗科目麻醉科保留;

(3) 小儿外科专业属于外科执业范围,应合并入外科成为二级诊疗科目;

(4) 医学影像和放射治疗专业应独立为四个专业范围,医学影像专业(含X线、CT、MRI、核医学等)、超声专业、电生理专业(含心电图、脑电、肌电等)和放射治疗专业,相应一级诊疗科目为医学影像科、超声科、电生理科、放射治疗科。原介入放射学专业不应独立作为二级诊疗科目,应取消;

(5) 将口腔类别改为临床类别的口腔科专业执业范围,并作为一级诊疗科目管理;

(6) 原中医科诊疗科目下的二级诊疗科目,如中医内科、中医外科、中医妇产科等,应提升为一级诊疗科目;

(7) 取消肿瘤科、疼痛科、临终关怀科等无法与执业范围相匹配的一级诊疗科目准入,但医疗机构可以在相应诊疗科目医疗服务范围内设置该专业科室。

专栏编委会

主 编:邓利强

副 主 编:刘 凯

编委(按姓氏拼音排序):

柏燕军 陈 伟 陈志华 樊 荣
何颂跃 侯小兵 胡晓翔 江 涛
李惠娟 刘 鑫 刘 宇 聂 学
仇永贵 宋晓佩 施祖东 童云洪
唐泽光 王爱民 王良钢 魏亮瑜
王 岳 徐立伟 许学敏 徐智慧
余怀生 杨学友 周德海 郑雪倩
张 铮