

论医疗责任保险立法制度的构建

邓莹¹

(北京航空航天大学 法学院, 北京 100191)

【摘要】: 行政主导模式的医疗责任保险在我国运行实践中各种问题不断凸现, 医疗责任保险立法滞后是最为重要的原因。医疗责任保险的健康发展亟需医疗责任保险立法。医疗责任保险立法的构建应该遵循法定原则、公益性原则和强制保险原则。在这三个立法原则的指导下, 还应该关注两个关键问题: 一是第三人直接请求权的确立; 二是医疗责任保险应该包括医疗机构责任保险和医师责任保险。

【关键词】: 医疗损害 医疗责任保险 立法主导模式

【中图分类号】: D922.284 **【文献标识码】:** A **【文章编号】:** 1003-7217(2021)03-0155-06

为了解决医疗行为不确定性带来的诸多风险, 多数发达国家建立了医疗责任保险立法制度, 较完善的立法制度为医疗责任保险的健康发展保驾护航。我国的医患纠纷从 20 世纪 80 年代开始骤增, 医患关系趋于紧张, 伤医事件频频发生。为了缓解医患矛盾, 我国从 1989 年开始在一些地方试行医疗责任保险制度并在全中国推广, 行政主导模式的医疗责任保险经过三十余年的实践和探索, 取得了一些成绩, 一定程度上缓解了医患矛盾。随着医疗责任保险的深入发展, 阻碍和制约其发展的的问题不断凸显, 行政主导模式解决这些问题的效果却不断衰减。急需医疗责任保险立法来保障和促进我国医疗责任保险发展, 实现医患和谐。

一、我国医疗责任保险存在的主要问题及原因

(一) 我国医疗责任保险发展中存在的主要问题

1. 投保人积极性不高, 投保数量相当低。

我国各地医疗责任保险在运行初期采用的是自愿投保, 投保人是否投保完全取决于其意愿。在这种投保方式下, 投保人积极性普遍不高, 投保数量很低, 效果甚微。为了增加投保数量, 各地先后将二级以上公立医疗机构的医疗责任保险由自愿投保改为强制投保。即便实施医疗责任强制保险, 医疗机构参保意愿仍不强烈, 参保率处于较低水平, 如湖北省 2015 年参保的二级及以上公立医疗机构有 253 家, 占 64.38%; 2014 年海南省各类医疗机构的参保率为 33%。医疗机构投保医疗责任保险最主要的目的是分散风险, 较高的保费和较低的赔付率使投保机构认为投保还不如自己赔付, 因此医疗机构投保的积极性不高, 投保率一直较低^[1]。

2. 保险公司盈利难, 分散风险困难。

保险公司在医疗责任保险的实际运行中很难盈利, 甚至亏损经营。以南京市为例, “从赔付率数据看, 南京市 2008-2010

¹**作者简介:** 邓莹(1978-), 女, 河南南阳人, 北京航空航天大学法学院博士研究生, 首都医科大学医学人文学院主管技师, 研究方向: 民商法学, 保险法学。

基金项目: 北京社会科学基金研究基地重点项目(17JDFXA008)

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%”^[2],导致连续亏损经营,如果再加上保险公司的综合运营成本,情况会更加糟糕。保险公司承保的规模越大,能够通过再保险分散风险的可能性就越大。而我国医疗责任保险的运行模式是省内各个地市的集中投保,承保的规模较小,保险公司很难通过再保险公司的再保险支持来分散风险。保险公司盈利难、分散风险困难导致一些保险公司退出医疗责任保险市场;没有退出市场的保险公司也只能通过抬高保险费用来维持经营。

3. 对受害患者保护的覆盖面较小,患者权利保障受限。

作为一个人口大国,我国的三级、二级医院数量相对有限,至 2020 年,全国共有三级医院 2548 家,二级医院 9017 家。因为经济、地域、时间等方面的原因,不少患者会选择公立基层医疗机构或者非公立医疗机构就诊。2018 年我国各类医院诊疗人次数为 35.77 亿,民营医院为 5.26 亿人次(14.71%);基层医疗机构诊疗人次为 44.06 亿人次,社区卫生服务中心诊疗人次为 7.99 亿人次(18.13%),村卫生室诊疗人次为 16.72 亿人次(37.95%)^[3]。由于我国行政干预下的医疗责任保险针对的主体主要是二级以上公立医疗机构,公立基层医疗机构和非公立医疗机构投保医疗责任保险的比例整体低下,在这些医疗机构就诊的患者权利能否实现只能依靠医疗机构自身的财力。而这些医疗机构特别是乡镇卫生院、村卫生室的自身财力十分薄弱,在这些医疗机构就诊的患者权利保障受限。

(二) 原因分析

我国医疗责任保险存在上述问题有多方面的原因,其中认知缺失、立法滞后和医疗责任保险费率大数据缺乏是三个重要的原因。

1. 投保人和患者对医疗责任保险认知缺失。

我国民众保险方面的文化先天缺失。由于我国古代重农抑商,导致当时的商品经济极不发达,虽然出现了一些带有保险性质的组织,但这和西方现代意义上的保险有本质不同。现代意义的保险在 19 世纪初传入我国,当时英国商人为了防范战争、海盗等风险,在广州成立了谏当保安行。从 19 世纪开始,保险业在我国逐渐得到了发展,但我国民众有关保险方面的文化仍十分缺失^[4]。相较一般的财产保险和人身保险,民众对医疗责任保险更为陌生。

医疗机构和医务人员作为医疗责任保险的投保人,对医疗责任保险文化的认知直接决定着我国医疗责任保险的投保率。我国医疗责任保险没有统一的立法,医务人员获取医疗责任保险相关信息的主要途径是医疗机构下发的文件和保险公司的宣传,获取途径十分有限。医务人员对医疗责任保险的认知主要取决于其工作的科室、工龄等,不同科室、不同工龄的医务人员对医疗责任保险的认知差异较大。儿科、妇产科的医疗事故多于内科、外科,儿科、妇产科的医务人员对医疗责任保险的认知更深刻,需求也更高;工龄较长的医务人员由于在工作中经历的突发情况较多,对医疗责任保险的认可度也更高。但总体而言,医务人员对医疗责任保险的认知程度不高。作为投保人的医疗机构和医务人员对医疗责任保险的认知有限,再加上自古以来风险自担的文化传统是他们不愿意投保的主观原因。

患者对于医疗责任保险的认知缺失。只有很少一部分患者对医疗责任保险有较为清楚的认识;有些患者知道医疗责任保险,但认为医疗责任保险是医疗机构和保险公司的事情,和自己没有太大关系;更有些患者甚至没有听说过医疗责任保险,也不知道医疗责任保险有什么作用。由于对医疗责任保险的认知缺失导致发生医疗纠纷时,患者习惯于直接找医疗机构,甚至通过医闹等极端方式解决医疗损害,只有极少数患者会通过医疗责任保险来解决。

2. 医疗责任保险的立法相对滞后。

虽然医疗责任保险在我国已经实施了三十余年，但至今没有关于医疗责任保险的法律或行政法规，医疗责任保险的实施只能依据通知、指导意见或者部门规章、地方法规等。由于依据的法律文件效力层级较低，投保人投保只能靠行政强制，参保数量和各地行政强制的力度直接相关，行政强制力度较大时，参保数量上升，行政强制稍有不足，参保数量就下降；由于地方性法规只能规范本地区的医疗责任保险，保险人经营医疗责任保险的运行模式是在一定区域内投保，保险人承保规模过小，不能充分发挥大数法则的作用，导致保险人经营困难。医疗责任保险立法的滞后已经严重影响了我国医疗责任保险的健康发展。

3. 医疗责任保险费率的大数据缺乏。

医疗责任保险费率直接决定投保人缴纳的保险费用。我国的医疗责任保险缺乏保险费率的大数据，保险公司主要依据医疗机构的医务人员数量、注册床位数、门诊和住院人数来确定保险费率，这种确定保险费率的方法不能准确地反映医疗行为的风险。以湖北省中山医院为例，其在 2013 年缴纳的保险费用是保险公司依据医院等级、病床数和利用率、门诊和住院人数以及医务人员数量等确定保险费率后核算出来的。实践证明湖北省中山医院的保险费用过高，其中一个重要原因是对于医护人员进行计算时，没有依据医疗行为的风险性进行区分，看似保障了全部医务人员，实质上掩盖了医疗行为的真实风险系数。因为科室不同，医疗风险、发生医疗损害的概率和赔偿的金额也不相同。湖北省中山医院的情况是我国医疗责任保险费率的一个缩影。由于缺乏保险费率的大数据导致保险费过高，扼杀了投保人的积极性，致使投保率较低。

二、医疗责任保险立法的必要性

(一) 建立健全责任保险法律的客观要求

建立健全责任保险法律制度是完善我国保险法的重要任务。医疗责任保险立法是填补责任保险法律空白的重要举措，也是强化责任保险法律保障受害患者权益的关键措施。

1. 完善责任保险立法。

良好的经济发展水平是责任保险存在和发展的前提，责任保险是我国的经济社会发展到一定水平的产物^[5]。20 世纪末我国责任保险市场得到了快速的发展，与责任保险的快速发展不相适应的是，配套的责任保险法律很不完善。现行的责任保险法律立法层次较低，以规范法或管理法居多，远远不能满足责任保险健康发展的需要。我国保险实践中的强制责任保险有外部性十分明显的职业责任保险、产品责任险、公众责任保险等多种险，在我国通常采取一般立法和特别立法配合模式规定强制责任保险。《保险法》第 65 条规定了责任保险的一般情况，《道路交通安全法》《民用航空法》《海事诉讼特别程序法》等分别对各自领域中的责任保险作了专门规定^[6]。医疗责任保险作为职业责任保险的重要组成部分，因医疗行为产生的风险负外部性突出，需要立法强制实施。医疗责任保险立法作为责任保险立法的重要组成部分能够完善责任保险立法，为医疗责任保险的健康发展保驾护航。

2. 强化医疗责任保险受害患者的权益保障。

医生在早期的医患关系模式中处于绝对的主导地位，患者处在被动地位，几乎没有任何权利，19 世纪以前的法国社会一直存在“法律不入医界”的理念。这种医患关系模式在二战后随着对患者权利保护意识的增强发生了改变，法律开始渗透到医疗界，医疗过失、医疗损害赔偿与医疗责任保险出现在越来越多的国家法律中。而我国现行的医疗责任保险规范文件、规章侧重于对医疗机构的规范和管理，保障受害患者合法权益的规定寥寥无几，对受害患者的权益保护只能依据保险法的相关规定。我国早期的保险法中没有关于受害人直接请求权的规定，2009 年保险法修订时对受害人直接请求权进行了明文规定，2015 年保险法修订时保留了此条。按照此条的规定，医疗责任保险的受害人只能在医疗机构或医务人员“怠于请求”的情况下才能行使直接请求权。但法律对“怠于请求”的规定过于模糊，没有列出具体包括哪些情形，不利于司法实务的操作。另外此条没有区分

任意责任保险和强制责任保险，不利于医疗责任保险第三人直接请求权的实施。由于任意责任保险和强制责任保险的立法目的和宗旨各有侧重，任意责任保险更倾向于保护被保险人，受害人是否享有直接请求权需要基于法律的规定或合同的特别约定。强制责任保险由于社会公益性和对受害人的强制保护，应该赋予受害人直接请求权^[7]。医疗活动的潜在受害人是社会大多数人，具有社会公益性，医疗责任保险立法应该赋予受害人直接请求权，即受害人具有向保险人请求给付保险赔偿金的权利，从而能够强化医疗责任保险受害患者的权益保障。

（二）医疗责任保险依法行政的客观要求

我国没有统一的医疗责任保险立法，医疗责任保险是由各地分别制定文件指导实施的。大部分省市为了改善医疗责任保险投保率低的状态，先后出台了相关条例强制公立医疗机构投保，由于各地关于医疗责任保险需要强制的表述不统一，造成的结果就是各级政府强制实施医疗责任保险的行为法律依据不足，且行政强制的程度也不相同。依法行政的基础是有法可依，只有制定医疗责任保险立法才能从根本上解决上述问题。我国医疗责任保险应当借鉴机动车责任强制保险的立法经验，立法明文规定所有医务人员和医疗机构购买医疗责任保险，具体规定医疗责任保险的立法原则，投保人、被保险人和保险人的权利和义务，医疗责任的范围等内容。只有制定医疗责任保险立法，各级政府才能依据立法制定行政法规强制所有医务人员和医疗机构购买医疗责任保险，从而让各级政府在对医疗责任保险的监管中有法可依，并且强制程度和强制效果一致。

（三）医疗责任保险健康运行的客观要求

我国的医疗责任保险发展经历了两个阶段。第一个阶段是医疗责任保险在我国的萌芽阶段，时间从 1989 年到 2002 年。这一时期北京、上海、深圳等一些地方开始尝试实施任意性医疗责任保险。医疗责任保险的特点是医疗事故较少，无论投保还是赔付数量、金额都很少。第二阶段是医疗责任保险在我国的初步发展阶段，时间从 2002 年至今。这个阶段的特点是随着医疗诊疗量的大幅增长，医疗损害纠纷量也在增加，如我国各级法院受理的医疗损害案件 2014 年为 19944 件，2016 年为 21480 件^[8]，各地开始对二级以上的公立医疗机构实施强制责任保险，医疗责任保险在行政强制下的投保数量有所增加，赔付数量和金额也大幅增加，但由于行政强制的不稳定性，投保率仍不稳定。医疗责任保险发展过程中存在诸多问题最主要的原因是规范我国医疗责任保险的法律主要是国务院的政策性文件、部委规章以及地方性法规、政策等，法律效力层级较低，导致法律调节与市场调节不协调、法律环境与医疗责任保险发展的要求不符。医疗责任保险健康运行迫切需要医疗责任保险立法。国际上通行的做法也是在健全的法治下让医疗责任保险走市场化的道路。把适合我国医疗责任保险发展的模式和具体内容通过立法方式固定下来，才能更稳定、更长久地为医疗责任保险的健康运行发挥作用。

三、医疗责任保险立法的可行性

（一）医疗责任保险的实践与立法探索取得诸多成绩

2007 年卫生、保险主管部门和国家中医药管理局联合发布了《关于推动医疗责任保险有关问题的通知》，这一通知是指导我国实施医疗责任保险的重要文件。2014 年国家卫生、财政等五个主管部门联合发布了《关于加强医疗责任保险工作的意见》。而我国地方医疗责任保险的实践与立法一直在不断探索和改进中，2013 年广东、2014 年天津、2014 年江西等省份出台的《医疗纠纷预防与处理条例》中对医疗责任保险作出了原则性规定，各省的规定虽然不尽相同，但都规定了医疗机构的投保义务和保险人的理赔义务。这些具体条款为我国的医疗责任保险立法提供了可以借鉴的经验。江苏省 2017 年通过的《江苏省医疗纠纷预防与处理条例》第四章专章规定了医疗风险分担，其中第 49 条规定了医疗责任保险制度或风险互助金制度。这一条在审议时争议较大，有的委员建议规定医疗责任强制保险，有的委员建议删除风险互助金制度，最后条例仍规定了这两个制度，最主要的原因是因为依据保险法的规定，强制保险不能由地方性法规来规定。地方医疗责任保险的实践与立法探索中的有益经验都可以为我国医疗责任保险立法所用。

(二) 国外医疗责任保险立法可资借鉴

大多数发达国家为了解决医疗行为带来的风险都通过立法方式规定了医疗责任保险。这些国家的医疗责任保险立法有许多方面,尤其是组织模式和实施模式值得我们学习和借鉴。医疗责任保险的组织模式主要有商业保险模式、互助保险模式和社会保险模式三种,这三种组织模式各有利弊。美国在医疗责任保险发展早期主要采用商业保险模式,商业保险人顺应市场需求,提供了几十种多样化的保险产品。在美国医疗责任保险的发展、危机和完善过程中,互助保险模式开始出现并不断壮大。英国医疗责任保险主要以医生维权联合会、医生保护协会和医疗诉讼委员会提供的互助责任保险为主,商业责任保险为补充。澳大利亚与英国的组织模式相似,主要以医疗辩护组织(MDOs)提供互助保险为主,以商业保险为补充。大陆法系的德国主要采用商业保险模式。日本以互助保险模式为主,以商业保险为辅。在日本提供互助保险业务的是非商业化的日本医师会,保险费来自会员的会费。由此可见,两大法系代表性国家医疗责任保险组织模式总的趋势是以一种保险模式为主,另一种保险模式为辅。考虑到我国在实践中一直是商业保险模式,在立法中应该加入互助保险模式,从而实现商业保险模式和互助保险模式相结合。而医疗责任保险的实施模式主要有自愿保险模式和强制保险模式。美国大部分州的医疗责任保险都被赋予了强制保险的性质。英国最初采用的是自愿保险模式,后来医学委员会和牙医委员会在执业守则里对投保作出了强制保险的规定。德国法律规定在德国执业的医师必须参与医疗事故保险和医师责任保险^[9]。日本法律虽然没有规定医师必须参加医疗责任保险,但实际上大多数医生都参加了日本医师协会的医疗责任保险,其他医生也购买了商业医疗责任保险。由此可见,两大法系的代表性国家大都通过立法或者行业协会的方式规定了强制保险。我国医疗责任保险立法应该基于医疗责任保险需要强制的特性,顺应国际立法趋势,采取强制保险模式。

四、医疗责任保险立法构建的几个关键问题

(一) 立法原则

立法原则是医疗责任保险立法的关键和核心,直接决定医疗责任保险立法的导向。我国医疗责任保险立法的原则应该包括法定原则、公益性原则和强制保险原则。

1. 法定原则。

医疗责任保险作为一项制度可以通过法律规定,也可以通过政策建立。作为法治国家,我国应该通过法律或者行政法规对医疗责任保险进行规定。法定原则指医疗责任保险的主要内容以法律或行政法规方式规定。按照我国保险法的相关规定,只有法律和行政法规才能规定强制保险,否则就是对有关主体权利的限制。我国现行医疗责任保险的推行依据多为通知、指导意见、部门规章等效力层级较低的规范性文件,地方政府在医疗机构投保率不足的情况下采取强制方式投保存在法律依据不足的问题。在缺乏立法明确规定的情况下,行政性推广措施由于不具有法律规定的强制性,实施效果较差。尤其是对非公立医疗机构和基层医疗机构,行政方式下的鼓励投保模式收效甚微。立法先行是域外发达国家发展医疗责任保险的主流做法。我国也应当以立法方式确立医疗责任保险,行政法规的名称可以称为《医疗责任保险条例》,主要包括总则、投保和承保、保险赔偿、保险监管和法律责任等。

2. 公益性原则。

由于医疗机构和医务人员工作对象特殊,医疗行为的目的是确保和促进人们的生命健康,救死扶伤。医疗行为相比其他的民事法律行为,具有较强的公益性^[10]。医疗责任保险的性质是由医疗卫生事业的性质所决定的,医疗卫生事业在我国是公益性事业,医疗责任保险也因此具有公益性。因此,我国医疗责任保险立法应当坚持公益性原则。医疗责任保险的公益性体现在这一保险能够保障受害患者赔偿金的来源,维护受害患者的合法权益,从而达到维护社会稳定的作用。公益性原则决定医疗责任保险的经营原则应该是保本微利。

3. 强制保险原则。

无论国外医疗责任保险的立法经验，还是我国医疗责任保险发展的实践，均表明我国医疗责任保险立法有必要采取强制保险模式。关于强制的范围，有观点认为资金实力和抗风险能力强的公立医疗机构不需要强制投保；资金实力和抗风险能力相对弱的乡村医疗、个体诊所等规模小的机构应是强制保险的重点对象。也有学者认为应该对特殊的病种和特殊的病人设立强制责任保险^[11]，但如何确定特殊的病种和特殊的病人是个难题。笔者认为我国的强制保险应该是全部强制而非部分强制，即无论是资金雄厚的大医疗机构还是民营医疗机构、基层医疗机构都应该强制投保。强制保险的主要内容包括强制投保、强制承保和保险费率范围法定。

(二) 第三人直接请求权的立法建议

医疗责任保险应该采用强制保险模式，强制保险区别于任意保险的一个重要立法目标是保护第三人的权益。《德国保险合同法》第 115 条明确规定在强制责任保险中第三人具有直接请求权^[12]。我国医疗责任保险第三人直接请求权有两种实现方式：第一种方式是对 2015 年保险法第 65 条进行修改，对于任意性责任保险，细化“怠于请求”的具体情况；对于强制责任保险，建议规定受害人直接享有请求权。第二种方式是在医疗责任保险立法中规定第三人直接请求权，笔者更倾向于第二种方式。首先，明确规定第三人的概念及范围。医疗责任保险的第三人是指遭受被保险人的医疗损害、依法享有保险金支付请求权的合同当事人之外的人。依据我国《侵权责任法》的规定，医疗责任保险第三人的范围包括三类，即直接受害人、直接受害人死亡后的继承人和间接受害人。作为第三人的专属权利，受害患者的其他债权人不属于直接请求人的范畴^[13]。其次在保险人、被保险人权利义务中规定保险人、被保险人的协助义务，同时对保险人抗辩权进行适当限制。最后，设立第三人保险金赔偿优先权，全方位保障直接请求权实现。为了防止被保险人无力偿债或者破产时，其他债权人都请求实现债权，第三人请求权无法实现的问题，大多数国家通过立法确立了第三人对保险金赔偿的优先权，《意大利民法典》《日本保险法》《法国民法典》等都对第三人保险金赔偿优先权进行了明确规定。基层医疗机构可能出现无力偿债的情况；私立医疗机构存在无力偿债或者破产的可能性，我国医疗责任保险有必要设置保险金赔偿优先权^[14]。

(三) 医疗责任保险包括医疗机构责任保险和医师责任保险

对于医疗责任保险包括医疗机构责任保险，无论在理论界还是实务界都没有争议；但对于医疗责任保险是否包括医师责任保险一直都有较大的争议。笔者认为医疗责任保险应该包括医师责任保险；不独立承担赔偿责任的医师自愿购买医师责任保险，多点执业、个人诊所等独立承担赔偿责任的医师强制购买医师责任保险。

1. 不独立承担赔偿责任的医师自愿购买医师责任保险。

我国的医师以是否需要独立承担赔偿责任为标准分为不独立承担赔偿责任的医师和独立承担赔偿责任的医师。依据我国侵权责任法的规定，在医疗机构工作的医师造成医疗损害的，由医疗机构承担赔偿责任。我国医疗损害责任是替代责任，医疗机构承担损害赔偿责任后，有权向有过错的医师进行追偿^[15]。不独立承担赔偿责任的医师可以通过自愿购买医师责任保险来解决追偿造成的经济损失。

2. 独立承担赔偿责任的医师强制购买医师责任保险。

医师责任保险相比医疗机构责任保险最大的优势在于无论医师外地执业还是工作变动，医师责任保险都依然有效，有利于医疗人才流动和实现医疗资源再分配。中国医师协会会长张雁灵指出医师多点执业的全面推进以及鼓励社会资源办医都需要配套相应的医师风险保障措施。在个体诊所及多点执业等情况下，独立承担赔偿责任的医师需要强制购买医师责任保险。

我国医疗机构按照民事主体的法律性质可以分为法人、个人合伙和个体工商户三种类型。我国广大农村和城镇的医疗机构的性质要比城市复杂得多,符合有关法律法规的医师开办的个体诊所大量存在,这些个体诊所在基层医疗服务中发挥着举足轻重的作用。这些个体诊所不具备法人的条件,按照民事主体法律性质划分只能归为个体工商户或个人合伙。对于个体工商户性质的个体诊所,在诊疗行为中发生了医疗损害,如果是医师个人经营的由医师个人财产承担责任;如果是家庭共同经营的,由家庭财产共同承担责任。对于个人合伙性质的个体诊所,在诊疗行为中发生了医疗损害,由合伙人负无限连带责任。因此,在个体诊所内发生的医疗损害赔偿应该分两种具体情况进行分析,如果个体诊所的执业医师在执业时发生了医疗损害,应该由执业医师承担赔偿责任;如果个体诊所中雇佣医师在执业时发生了医疗损害,参照法人性质的医疗机构,由个人诊所的执业医师来承担赔偿责任。对于个体工商户或者个人合伙性质的医疗机构,执业医师应该购买医师责任保险^[16]。

医师多点执业能够打破我国大城市医疗资源集中、小城镇医疗资源匮乏、医疗资源分布不均衡的现状,解决长久以来存在的看病难问题。2009 年我国开始鼓励医师多点执业,2011 年我国将多点执业的试点地区扩展至全国所有省份,同时将申请资格进一步放宽,由副高级以上放宽为中级以上^[17]。自 2014 年多部委共同下发了有关医师多点执业的意见后,一些省份和地区根据自身的条件和特点出台了相应的政策措施,开始了医师多点执业的大胆尝试。例如深圳市制定了更为宽松的政策,采用全面放开的模式,在医师的级别上取消限制,即使执业助理医师也可以进行多点执业。但从医师多点执业的实践看结果并不理想,其中一个最重要的原因是法律没有明确规定医师异地执业发生医疗损害是由医师自己承担责任还是执业地医疗机构承担责任。医师多点执业需要医师责任保险作为保障措施,只有医师自己购买医疗责任保险,医师多点执业才能真正发挥其应有的作用。

参考文献:

- [1]方亮,张建军,梅虎生,等.对医疗责任保险在我院实践的思考[J].中华医院管理杂志,2014(12):913-915.
- [2]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):376-379.
- [3]国家卫生健康委员会.2019 中国卫生健康统计年鉴[M].北京:中国协和医科大学出版社,2019:117-192.
- [4]罗璨.责任保险扩张的法学分析[D].重庆:西南政法大学民商法学院,2014:50-52.
- [5]完颜瑞云,孙祁祥.医疗责任保险研究评述[J].保险研究,2016(10):109-118.
- [6]李新天,印通.第三者保险金请求权类型化研究——以《保险法》第 65 条为中心[J].保险研究,2014(8):113-119.
- [7]刘渊东.责任保险第三人直接请求权研究[D].长春:吉林大学法学院,2016:24-27.
- [8]郭潇雅.最高法规范医疗损害纠纷[J].中国医院院长,2018(3):24-25.
- [9][德]格哈德·瓦格纳.比较法视野下的侵权法与责任保险[M].魏磊杰,王之洲,朱淼,译.北京:中国法制出版社,2012.
- [10]石悦.医疗侵权法[M].北京:北京师范大学出版社,2011.
- [11]付泉,龚浩,刘斌.我国医疗责任保险推行的社会因素分析[J].金田,2015(12):378.
- [12]孙洪涛.德国保险合同法[M].北京:中国法制出版社,2012.

-
- [13] 艾尔肯. 论医疗责任保险患方第三人的直接请求权[J]. 医学与哲学, 2019(15):67-70.
- [14] 徐喜荣. 论医疗责任保险中第三人直接请求权[J]. 中国卫生法制, 2017(1):1-6.
- [15] 杨立新. 医疗损害责任研究[M]. 北京: 法律出版社 2009.
- [16] 孙书阁, 杨琳. 论中国医疗责任保险的法律类型重构[J]. 经济研究导刊, 2012(17):166-167.
- [17] 王欢. 医师责任保险基本法律问题研究[M]. 武汉: 武汉大学出版社, 2015.