

# 急诊、误诊与“被精神病”的性质及法律责任比较

## ——基于我国《精神卫生法》的分析

万传华

(广东工程职业技术学院 马克思主义学院, 广东 广州 510520)

**[摘要]** 精神障碍急诊、误诊不能构成或转化为“被精神病”现象,因为它们属于不同类的概念。从性质上看,急诊是患者病情紧急情形下的医疗急救,属于合法行为;误诊是不可避免的客观现象,属于过失行为;“被精神病”是可以避免的人为现象,属于故意违法行为。从发生概率上看,急诊、误诊都是临床工作中普遍存在的客观现象,而“被精神病”是人为的小概率事件。从法律责任上看,急诊一般不负法律责任,误诊只有符合法定情形才承担法律责任,“被精神病”不论何种情形都需负法律责任。从立法态度上看,急诊是必须的,误诊是包容的,而“被精神病”是禁止的。

**[关键词]** 精神障碍;急诊;误诊;“被精神病”;法律性质;法律责任

**[中图分类号]** D922.1

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 1671-6973(2017)05-0076-09

我国《精神卫生法》实施后,为了谨防“被精神病”事件的发生,一些医疗机构出现了禁止医生或者120出诊、接诊精神障碍患者等紧急救治现象,有的甚至担心误诊引起“被精神病”而采取少医为安的思想,以致影响了精神障碍患者权益的保护。而相关医疗机构把这种“被动救治”现象解读为新法的禁止:有的认为《精神卫生法》规定“医疗机构不能出诊接诊”;<sup>[1]</sup>有的认为医生不能上门接诊是因为《精神卫生法》规定“精神障碍患者可以拒绝做精神障碍的鉴定检查,可以拒绝住院,入院的可随时要求出院”。<sup>[2]</sup>早在2007年《北京市精神卫生条例》实行后,北京一些精神病医院对其制度做了相应修改,其中医护人员外出接诊患者的服务已明确停止。<sup>[3]</sup>事实上,不论是《北京市精神卫生条例》还是《精神卫生法》,都没有医疗机构及其医务人员不能上门出诊或接诊精神障碍患者的规定。这种现象缘于医疗机构及其人员对“被精神病”现象的过度恐惧和对新法的曲解而导致精神卫生服务的畸形。与身体疾病一样,人的精神疾病既需要人性化的急诊服务,也需要医疗机构及其人员敢于担当、严谨、科学的对待误诊的职业态度。恐惧急诊、误诊一不小心会演变为“被精神病”的心理是对它们

性质的混淆和法律责任的误解。因此,比较精神障碍急诊、误诊与“被精神病”的性质及法律责任,消除医师们的恐惧心理,树立正确的职业观,对精神障碍权益的保护将具有重要的意义。

### 一、精神障碍急诊、误诊与“被精神病”的内涵

#### (一)精神障碍急诊的内涵

精神障碍急诊与身体疾病急诊的含义是一样的,都是指医疗机构及其医务人员为患者提供的紧急情况下的抢救与救治,英文称为“Emergency treatment”。<sup>[4]</sup>急诊服务的存在保证了人们在突发疾病时能在最佳抢救时间内获得专业、科学的救治。一般地,医疗机构应设置急诊科(室),配置相应的软硬件设施,开展专业、科学的急诊服务。120急救服务是医疗机构开展急诊服务的延伸,以最大限度挽救危重病人的生命与健康。但是,精神障碍急诊服务不论在理论上还是实践上常常被人们忽视。根据《医疗机构管理条例》第35条规定,医疗机构对精神病等特殊诊治和处理,应当按照国家有关法律、法规的规定办理。由于我国精神卫生法规制定较晚,精神障碍的急诊服务既没有制度

**[收稿日期]** 2017-04-15

**[作者简介]** 万传华(1971—),男,河南信阳人,副教授,法学硕士,研究方向:精神卫生法、行政法、法律教育。

的支撑,又排除在人们急救服务的观念之外。当前我国医疗机构急诊服务的对象主要是指患有身体疾病的人们,相关制度散见于一些法律法规中。《侵权责任法》赋予了医疗机构抢救生命垂危的患者的紧急救治权(第56条和第60条)。《护士条例》要求护士在紧急情况下抢救垂危患者生命应先行实施必要的紧急救护义务(第1条和第17条)。《医疗事故处理条例》把医疗事故限定于过失造成患者的人身损害,排出了紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医疗措施造成不良侵害(第2条和第33条)。地方性法规方面,2011年实施的《广州市社会急救医疗管理条例》为实现“保障公民的身体健康和生命安全”和“及时、有效地抢救急、危、重伤病员”的立法目的而采取的社会医疗救助(第1条)。实质上,这些分散的法律法规主要是针对医疗机构开展身体疾病急诊服务的相关规定,仍没有形成系统的规定。值得强调的是,2014年实施的《院前医疗急救管理办法》是系统规范从事院前医疗急救工作的医疗机构及其人员的开展急救服务的规定。但其是一个较低层次的规章,与《医疗机构管理条例》中要求医疗机构对精神病等特殊诊治和处理应按照国家有关法律、法规办理相冲突,也与《精神卫生法》确立的禁止违背本人意志进行确定其是否患有精神障碍的医学检查和以个人自愿诊断为原则、以个别送诊为例外的原则不相协调(第27条和第28条),因而该办法很难适用于精神障碍患者的急诊服务。由于制度的错位、精神障碍患者诊治服务风险高和利润低、以及预防“被精神病”的需要,很多医疗机构对把“精神障碍患者的出诊、接诊降为零,消除了医护人员为接病人‘担惊受怕’的风险”。<sup>[5]</sup>

我国《精神卫生法》没有关于精神障碍急诊服务的原则规定。在严防“被精神病”的立法思想下,确立了禁止违背个人意见进行精神障碍的医学检查和患者个人自愿诊治的基本原则。具体地说,其规定了精神障碍患者有四类诊治方式:①自愿性诊治,即患者在具有行为能力时自主决定的就诊和治疗,包括自愿门诊治疗和自愿住院治疗;②救护性诊治,即由近亲属将疑似精神障碍患者的帮助送诊使其及时获得治疗;③保安性诊治,即由近亲属、所在单位、当地公安机关紧急情况下送诊具有伤害自身、危害他人安全的行为或者危险的精神障碍患者治疗;④救济性诊治,即由民政部门、公安机关收容流浪街头、无家可归、查找不到近亲属的流浪乞讨疑似精神障碍患者的送诊治疗。<sup>[6]</sup>从医疗机构收治

患者的方式上看,上述四类精神障碍患者的救治的具有患者“坐等上门”的同特征是,排出了其之外的紧急救治情形。其中保安性诊治就是人们常说的非自愿住院治疗制度。对于有伤害自身、危害他人安全的行为或危险的疑似精神障碍患者,其近亲属、所在单位、当地公安机关必须采取送诊措施,医疗机构必须接诊,应当将其留院,通过一段时间的紧急住院观察后,及时出具诊断结论。这是该法设置的紧急留院观察诊断制度,应属精神障碍急诊服务的范畴。遗憾地是,这项制度是和非自愿住院治疗制度捆绑在一起,采取“无害亦无非自愿”的原则,仅限范围很小的特定对象。这也是一些医疗机构及其医务人员曲解为《精神卫生法》“禁止医疗机构出诊、接诊服务”的理由之一。实质上,这种以医院大门划定紧急救治服务对象的主要原因是基于精神障碍患者急诊服务的风险大而经济效益低的考量,不仅仅是为了防止“被精神病”的发生。该法确定的精神卫生服务在“送”、“诊”、“治”、“出”四环节应遵循自愿原则,<sup>[7]</sup>其并不能颠覆医务人员在病人紧急情况下治病救人的伦理基础。对于无知情同意能力的精神障碍患者,需要紧急情况的医疗救治,当家属不能或来不及送诊且又不符合当地民政、公安机关的救济性入院时,医疗机构不开启出诊、接诊等紧急救治服务有悖于医疗行业“救死扶伤”伦理价值。

## (二)精神障碍误诊的内涵

一般地,医学上的误诊是指错误的诊断。由于错误的诊断缺乏严格的分类,根据现行临床上的常用分类将误诊分为诊断错误、延误诊断、漏误诊断、病因判断错误、疾病性质判断错误五类。诊断错误包括完全漏诊和完全误诊,把有病诊断为无病称为完全漏诊,把无病诊断为有病称为完全误诊,把甲病诊断为乙病就甲病来说属于完全漏诊,对乙病来说属于完全误诊;延误诊断是指诊断时间过长而延误确诊;漏误诊断是指诊断不完全;病因判断错误是指对疾病的名称和病变部位及性质判断正确而对疾病原因判断错误;疾病性质判断错误是指对疾病的部位和病因判断正确但对病理变化判断错误。<sup>[8]</sup>有的专家认为误诊只包括错误诊断和延误诊断,分为广义和狭义两种,凡是主客观原因导致疾病诊断错误或延误确诊的为广义的误诊,凡是因主观原因导致疾病诊断错误或延误确诊的为狭义的误诊。<sup>[9]</sup>尽管目前医学上对误诊的认识存在分歧,但临床实践在不断地深化并逐渐接受狭义误诊的共识。一般地,法律上的误诊概念是指医疗机构及

其医务人员在诊疗活动中因过失给患者的人身、财产等民事权益造成损害而承担损害赔偿的情形。其概念采取的是狭义误诊说,不仅没有临床上的误诊内涵宽泛,而且主要针对人们的身体疾病。我国一般民事权益受到侵害常采取过错责任的归责原则,构成要件包括“行为违法性、损害事实存在、违法行为与损害事实之间的因果关系、行为人主观上有过错”四个条件。<sup>[10]</sup>《侵权责任法》对医疗损害赔偿采取了过错责任为原则、过错推定为例外的归责原则。这里过错包括故意和过失。但是,由于医务人员承担的抢救人类生命的神圣性和特殊性,人们只能接受合理的医疗技术过失和医疗伦理过失的误诊。从内涵上讲,误诊概念排除了诊疗活动中的故意侵权的严重医疗损害。因此,法律上误诊的构成要件包括:行为违法性、行为人主观上有过失、损害事实存在、违法行为与损害事实有因果关系。

同样,精神障碍误诊是指医疗机构及其医务人员在精神障碍诊疗活动中的过失诊断行为。根据《医疗机构管理条例实施细则》规定,诊疗活动包括诊断、治疗、护理等环节的检查、治疗、康复等活动(第88条)。由于《侵权责任法》是保护民事主体合法民事权益的基本法律,作为弱势群体的精神障碍患者合法民事权益应受其保护。精神障碍误诊的内涵、归责原则、构成要件应按照《侵权责任法》关于过错责任原则和过失认定标准的规定。当然,《侵权责任法》第22条规定了其他法律对侵权责任另有特别规定的,依照其规定。我国《精神卫生法》中没有对医疗机构及其医务人员精神障碍误诊的侵权民事责任作特别的规定,但对误诊治疗过程中导致精神障碍患者合法权益损害的情形作出了特别于《侵权责任法》明确列举规定,即歧视、侮辱、虐待精神障碍患者,侵害患者的人格尊严、人身安全的,或者非法限制精神障碍患者人身自由的,或者其他侵害精神障碍患者合法权益的,以及其它造成精神障碍患者人身、财产的,依法承担赔偿责任(第78条)。

### (三)“被精神病”的内涵

我国《精神卫生法》既没有出现“被精神病”的概念,也没有对其作出明确的定义。有趣地是,規制“被精神病”成为整个社会对这部法律关注的焦点。在百度网页搜索中(截至2017/5/12作者发稿时),以“终结被精神病”与“精神卫生法”作搜索词语,检索的相关结果分别约是4080000个和1580000个。《精神卫生法》的意义似乎被其内容之一的“终结被精神病”的影响淹没了。在整个社会

的呼唤下,《精神卫生法》成了解决现实焦点问题的产物,并为防止“被精神病”的发生设计了一套精密的装置。首先在精神障碍的“送”、“诊”、“治”、“出”四个环节全面确立自愿原则。第二,严格限定了非自愿住院治疗的条件和程序,明确是否患有精神障碍以及是否达到需要住院治疗的程度,是一个医学的专业判断,应当由精神科执业医师以就诊者的精神状况为依据,严格按照精神障碍诊断标准和治疗规范出具诊断结论。<sup>[11]</sup>第三,设置了“被精神病”的纠错机制和救济措施,如再次诊断和鉴定制度及其诉讼救济措施。实质上,该精神卫生法的意义不止于终结“被精神病”,而是对精神障碍患者普遍权益的保护。

“被精神病”概念源于带有讽刺意味的网络流行语,是指利害关系人或有关部门或医疗机构及其医务人员故意将没有患精神病的人、或无需住院治疗的轻微精神病人强行送入精神病院接受治疗以达到合谋者不正当目的的违法行为。“被精神病”概念涉三类要素:一是违法主体,包括送诊主体和诊断主体,送诊主体通常包括近亲属、单位或当地政府,诊断主体是指医疗机构及其医务人员;二是受害主体,即“被精神病”的人,实际是指正常的人或者不需要住院治疗的轻微精神障碍患者;三是共同或者单独故意。送诊主体和诊断主体的共同或者单独故意是确定“被精神病”违法行为主体的关键因素。这种“共同或者单独”故意有三种情形。一是送诊主体和诊断主体共同故意制造“被精神病”事件,这是最常见的一种“被精神病”现象,主要表现为因不满意单位管理或拆迁上访的人员被其单位或地方政府强行送诊,医疗机构由于受单位或地方政府的压力或者利益获取,二者通过共同故意完成“被精神病”过程,如湖北武钢徐武案、十堰竹溪县郭元荣案。<sup>[12]</sup>二是送诊主体故意而诊断主体过失导致的“被精神病”现象。这时只有送诊主体构成“被精神病”的违法主体,而诊断主体不是“被精神病”的违法主体,可能承担因诊疗失误的民事责任。广州富豪“被精神病案”是这种典型案例,法院判处广州脑科医院向患者赔偿精神损害抚慰金3万元。<sup>[13]</sup>此案不难看出,不仅媒体把这种因误诊而承担民事责任的医疗机构称为“被精神病”违法主体,且当事人放弃故意致使自己“被精神病”的妻子。三是送诊主体过失而诊断主体故意导致的“被精神病”现象,这时只有诊断主体是“被精神病”的违法主体。但这种违反医疗伦理的现象非常少见,只有医生和患者之间存在利害关系时才有可能。理论上,医务人员面

对众多对不确定的患者,偶尔遇见一个和自己有利害关系的患者而对其采取故意陷害致其“被精神病”,很有可能。但是要证明医务人员因利害关系对患者故意采取“被精神病”手段陷害是非常困难的,因为即便二者之间存在利害关系也有可能排除故意陷害而存在过失误诊的情形。

总之,精神障碍急诊、误诊与“被精神病”属于不同范畴的三个概念。精神障碍急诊是患者病情紧急情况下的医疗行为,是一个医疗急救概念,是医疗救死扶伤伦理价值的体现。精神障碍误诊是医疗临床中普遍存在的客观现象,是一种医疗过失行为,属于医疗诊断概念。“被精神病”是具有讽刺意味的媒体概念,属于故意违法行为,是人为的小概率事件。

## 二、精神障碍急诊、误诊与“被精神病”的性质

### (一)精神障碍急诊的性质

精神障碍急诊服务是患者病情紧急下的诊疗行为,既应包括医院急诊科(室)的服务,也应包括医院范围外的出诊、接诊服务。医疗机构及其人员为患者提供的紧急情况下的救治与抢救既是其职责,又是客观现实的需求。但是,为了防止“被精神病”现象的发生,一些医疗机构禁止其医务人员出诊、接诊服务,只能坐在医院里提供等待诊疗服务。实质上,医疗机构开展医院范围外的急诊服务不违反《精神卫生法》的自愿原则,也不构成或转化为“被精神病”。因为急诊与“被精神病”不仅性质不同,而且发生在不同的阶段。急诊服务是一种合法行为,属于诊疗行为的前置性阶段,其既不能构成也不能转化为属于违法行为的、确诊性的“被精神病”诊断。另一方面,患者入院方式与“被精神病”没有必然的联系,不是“坐等上门”的精神障碍患者不会产生“被精神病”,也不是“非坐等上门”的患者更易产生“被精神病”,因为“被精神病”的产生主要取决于诊断主体和送诊主体的共同或单独故意。

一般地,精神障碍患者的自知力包括三种情况:自愿、不自愿(不同意或者自知力减损)、既不是自愿也不是不自愿(自知力缺乏)。这种既不满足自愿入院条件也不符合不自愿入院标准的精神障碍患者属于“不主张权利的患者”,<sup>[14]</sup>对其提供必要的紧急救治服务应属于医疗机构的职责。如果以进入医疗机构的范围内才对这种不知情同意能力的患者提供紧急服务有悖医疗行为的伦理基础。即使属于自愿、不自愿的情形,如果病情紧急不能

自行就诊或没有人送诊或来不及送诊,医疗机构采取“坐等上门”就医态度也同样不能为社会所接受。试想一个具有自知力的精神障碍患者在深夜病情发作时自己或知情人拨打医疗机构电话或者120急救,而其以害怕“被精神病”拒绝接诊并要求自行就诊时显得十分荒谬。因此,急诊服务是医疗机构存在的一个道德根基,具有先天合法性和责任豁免性。

### (二)精神障碍误诊的性质

精神障碍误诊不仅是临床工作中普遍存在的客观现象,而且误诊率很高。有精神科医师曾断言:“一流精神科医师初诊误诊率约在20%,三流医师约在40%,因此与其他疾病相比精神病的误诊率是最高的”。<sup>[15]</sup>网络上流传“你能证明自己没有精神病吗?”的热帖,讲述了一位记者在采访成功“逃出”精神病院后的感慨:在一个不正常的环境中一个正常人想证明自己的正常是非常困难的。<sup>[16]</sup>这种现象缘于精神障碍的诊断不能和其他躯体疾病的诊断一样倚重影像学 and 实验室检验的客观数据,而是依靠医师的对病人的观察和谈话等外部信息来诊断,甚至有人给出“谁都可能被精神病”的预言。<sup>[17]</sup>但是,精神障碍误诊不构成或转化为“被精神病”,因为误诊是不可避免的客观现象,属于临床医学的固有缺陷,是一种过失行为,因其造成损害的应依照《侵权责任法》承担医疗过失责任,不属于精神卫生法的范畴。<sup>[18]</sup>而“被精神病”是一种故意违法行为,是一个纯粹的法律问题,因此其应当与精神病学临床实践中“误诊”严格区分开来,以免正常的精神卫生服务受到不应有的冲击”。<sup>[19]</sup>总之,精神障碍误诊与“被精神病”有以下几点区别。首先,精神障碍误诊属于一个医学问题,而“被精神病”是一个纯粹法律问题。其次,精神障碍误诊是一种过失行为,“被精神病”是一种故意违法行为。再次,精神障碍误诊符合法定情形才承担法律责任,“被精神病”不论何种情形下都需要负法律责任。最后,精神障碍误诊是临床工作中的普遍现象,立法上是包容的;“被精神病”是人为的小概率事件,立法上是禁止的。值得强调的是,误诊与不可抗力 and 意外事件不同,因为不可抗力和意外事件是指诊疗活动虽然在客观上造成了损害结果,但不是出于故意或过失,而是由于不能抗拒或者不能预见的原因引起的,因而不需要承担法律责任。

### (三)“被精神病”的性质

“被精神病”是一种非法剥夺人身自由,是出于非医学目的故意的将精神障碍患者贴上“精神病”

标签并强制其住院并接受治疗。《精神卫生法》立法宗旨不是规制“被精神病”，而是保障精神障碍患者的合法权益。“被精神病”现象是一个法律问题，也不止是《精神卫生法》关注的对象。人们期待《精神卫生法》终结“被精神病”，希望这部法律能让正常人免于遭受“被精神病”的恐惧。正如有学者所称，围绕“被精神病”现象进行规制，使得《精神卫生法》演变为保护正常人的法律，而非其所宣称的“维护精神障碍患者的合法权益”的宗旨。<sup>[20]</sup>实质上，作为违法行为的“被精神病”事件与入院方式没有必然的联系，从理论上讲，即使是自愿就诊也可能产生“被精神病”现象，例如精神科医师因与患者之间存在利害关系采取“被精神病”方式报复患者的情形。最常见的“被精神病”类型是送诊主体和诊断主体的共同故意行为，通常表现为送诊主体如患者的近亲属或单位或地方政府向医疗机构及其精神科医师利益输送或施加压力而形成的共同故意行为。<sup>[21]</sup>送诊主体故意与诊断主体过失、送诊主体过失与诊断主体故意而导致的“被精神病”事件几乎是一种偶然的巧合，实践中很少发生。近年来，新闻媒体对“被精神病”事件报道虽然客观、理性、公正，但是正常人如何规避“被精神病”主导了公众和媒体，缺乏心理卫生知识的宣传和普及，扭曲了新闻媒体的社会功能，引起了公众的恐慌。<sup>[22]</sup>例如，我国首部《精神病收治制度法律分析报告》指出，我国现行的精神病收治制度十分混乱，这不仅威胁到社会公共安全，也使得每一个人都面临被收治的风险<sup>[23]</sup>；《精神卫生法》媒体培训座谈会（2013）的与会专家认为，社会上所谓的“被精神病”包括两种：一种是正常人被误诊为精神病；另一种是患者的确是精神病，但不应被强制进入精神病院进行治疗<sup>[24]</sup>。不难看出，精神障碍误诊被很多媒体纳入“被精神病”概念，一些专家认为所谓的“被精神病”包括正常人被误诊为精神病。因此，最早参与《精神卫生法》立法的专家刘协和认为，“‘被精神病’是极小概率的事件，我这么多年都没有碰到过，如果真的发生了，那就是迫害了，那些是需要《刑法》《宪法》去保障的，《精神卫生法》的重点应该是维护精神病患者的合法权益。”<sup>[25]</sup>

总之，精神障碍急诊、误诊与“被精神病”是性质不同的三个概念。精神障碍急诊属于合法的诊疗行为，是临床工作的一部分，处于整个医疗过程的前置性阶段。精神障碍误诊是一个医学问题，是医疗行为的固有缺陷，是临床工作中不可避免的客观现象。“被精神病”是一个纯粹的法律问题，是一种人为的违

法行为，是在理论上可以避免的小概率事件。

### 三、精神障碍急诊、误诊与 “被精神病”的法律责任

#### （一）精神障碍急诊的法律责任

我国没有紧急医疗救护法，相关急诊急救的制度散见于各种医疗卫生法律中。《侵权责任法》规定了医疗机构及其医务人员的紧急救治权，明确了因抢救生命垂危的患者等紧急情况下诊疗活动尽到合理诊疗义务的不承担损害赔偿责任（第56条、第60条）。正如法谚所云：紧急情况没有法，即在紧急状态下可以实施在通常情况下法律所禁止的某种行为，以避免紧急状态带来的危险。更为重要的是，《侵权责任法》对这种“合理诊疗义务”从医疗技术和伦理两方面设置了“合理专家标准”和“医疗伦理标准”，只有违反这两个标准的情况下才承担法律责任。也即是说，医疗机构及其医务人员的精神障碍急诊服务只要尽到现有医疗水平下的合理诊疗义务，即使造成损害，也不需要承担法律责任，因为其是一种合法行为。

我国《精神卫生法》对精神障碍患者设置了一些在医疗机构内针对特定对象的紧急救治制度。一是紧急留院观察诊断制度。该制度是非自愿住院治疗制度的前置性制度，对象是具有伤害自身或他人的行为或者危险的疑似精神障碍患者，也就是符合法定送诊的人员，医疗机构及其义务人员必须留院观察诊断（第29条），否则将承担责令改正、警告、降低岗位等级、撤职、开除、暂停执业活动等行政责任（第74条）。二是及时检查评估制度。其对象也是符合非自愿住院治疗的患者，医疗机构应当根据精神障碍患者的病情，及时组织精神科执业医师对其进行检查评估，并根据评估结果作出处理（第44条），否则将面临警告、降级、撤职、开除等严厉的行政处分（第74条）。三是紧急情况下精神障碍患者特殊治疗的限制制度。实施导致人体器官丧失功能的外科手术，因情况紧急查找不到监护人的，应当取得本医疗机构负责人和伦理委员会批准（第43条），否则对违反本法规定实施的将承担撤职、暂停执业、开除、吊销执业证等严格的行政责任（第75条）。除此之外，该法没有对精神障碍患者急诊服务的其他规定。具体地说，前两项制度不仅限于医疗机构院内开展的急诊服务，而且限于“有害”的特定对象即具有伤害自身或他人的行为或者危险的疑似精神障碍患者；第三项制度属于紧急救治服务的限制性规定，仅限于需要实施导致人

体器官伤失功能的外科手术患者。

## （二）精神障碍误诊的法律责任

精神障碍误诊的民事法律责任适用《侵权责任法》和其它法律对侵权责任另有的特别规定。最初,医疗损害赔偿案件适用《民法通则》过错侵权责任的规定。在《医疗事故处理条例》生效之后,人民法院审理医疗损害赔偿案件优先适用该法规定,不构成医疗事故责任的才按照《民法通则》处理。由于经鉴定构成医疗事故的按照《医疗事故处理条例》赔偿金明显低于按照《民法通则》及《人身损害赔偿解释》计算的赔偿金,产生了明显的不公平现象。《侵权责任法》实施后,采取统一的“医疗损害责任”概念解决了司法实践中医疗事故责任和医疗过错责任双轨制的现实问题。<sup>[26]</sup>其具体表现为:①把过错原则确立为医疗损害责任的基本归责原则;②确立了医疗损害责任的基本类型;③科学地确立了医疗过失的认定标准;④规定了医疗损害责任适用统一的人身损害赔偿标准。<sup>[27]</sup>同时,《侵权责任法》对医疗过失误诊的法律责任限定在一个相对客观的范围内:医疗技术过失采取“合理专家标准”,明确规定为“当时的医疗水平”而不是“医学水平”的诊疗义务;医疗伦理过失的标准是按照医疗良知和职业伦理确定的医疗机构及医务人员的诊疗义务。另一方面,《侵权责任法》规定了医疗机构存在医疗过失也不承担赔偿责任的情形:①患者或其近亲属不配合诊疗的行为;②在抢救生命垂危的患者等紧急情况下已经尽到合理诊疗义务;③限于当时的医疗水平难以诊疗(第60条)。

同时,我国《精神卫生法》还规定了精神障碍误诊的行政法律责任和刑事法律责任。根据该法第75条第5项规定,医疗机构及其工作人员违反精神障碍诊断标准将非精神障碍患者诊断为精神障碍患者的依据其严重程度将承担责令改正、撤职、暂停执业、开除等严厉的行政责任。该是本法对精神障碍误诊应承担行政责任的特别规定。不过这种严厉的行政责任构成要件十分苛刻,只有违反精神障碍诊断标准这个必备条件,且同时符合把非精神障碍患者诊断为精神障碍患者的唯一类型。相比较侵权民事责任而言,精神障碍误诊的行政责任采取唯一情形的严格责任不仅缘于精神障碍误诊率高,而且是由于我国精神卫生事业发展的滞后,立法既划出禁区,又科学地对待误诊,防止因噎废食。<sup>[28]</sup>同时,根据《精神卫生法》第81条规定,违反本法规定,构成犯罪的,依法追究刑事责任。对于精神障碍误诊的患者,如果医务人员由于严重不负

责任,造成就诊人死亡或者严重损害就诊人身体健康的,构成《刑法》的医疗事故罪(第335条);如果在精神障碍误诊治疗活动中,医务人员以暴力、威胁或限制人身自由的方法强迫他人劳动的可构成《刑法》的强迫劳动罪(第244条);医务人员侵犯精神障碍患者的通讯、会见权利,情节严重的,可构成《刑法》中的侵犯通信自由罪(第252条)。由于人类对自身奥秘认识局限性以及个体的差异性导致医疗行为的不确定性和风险性,法律对精神障碍误诊的法律责任限定在狭小的范围内:民事损害赔偿限定在当前医疗水平下合理诊疗义务之外;行政法律责任限定在比民事责任范围更小的单一违法情形;刑事法律责任限定在行政责任的严重的情形或者由此延伸的故意犯罪。

## （三）“被精神病”的法律责任

“被精神病”实质上是一种侵害人身自由的故意违法行为,因而在任何情形下都应负法律责任。“被精神病”的违法主体包括送诊主体和诊断主体,送诊主体通常包括近亲属、单位或当地政府,诊断主体是指医疗机构及其医务人员。送诊主体和诊断主体的共同或者单独故意是确定“被精神病”违法行为主体的关键:共同故意共同承担其法律责任,单独故意一方承担其法律责任。根据我国现行法律规定,“被精神病”违法主体不仅应承担损害赔偿的民事责任,还要承担一定的行政责任,构成犯罪的还应承担相应的刑事责任。

我国《精神卫生法》第78条第1款对“被精神病”的送诊主体承担民事赔偿责任作了特别规定,即“将非精神障碍患者故意作为精神障碍患者送入医疗机构治疗的,给精神障碍患者或者其他公民造成人身、财产或者其他损害的,依法承担赔偿责任”。这是《精神卫生法》对送诊主体“被精神病”侵权损害赔偿责任的特别规定。而对医疗机构及精神科医师(若其与患者存在利害关系)有可能实施“被精神病”的情形按照《侵权责任法》的规定承担民事赔偿责任。同时,《精神卫生法》第78条第3、4、5款对医疗机构及其医务人员歧视、侮辱、虐待精神障碍患者,侵害患者人格尊严、人身安全,非法限制患者人身自由的,以及其他侵害精神障碍患者合法权益并造成其损害的情形,作了侵权责任的特别规定。也即是说,医疗机构及其医务人员作为“被精神病”的违法主体,只要其侵害精神障碍患者合法权益并造成损害的都应承担损害赔偿民事责任。关于“被精神病”违法主体的行政责任,应按照《精神卫生法》相关行政责任的规定处罚。根据该法规



定,医疗机构及其医务人员过失诊疗行为导致的精神障碍误诊都要承担责令改正、撤职、暂停执业、开除等严格行政责任,那由于故意违法行为造成的“被精神病”更应该承担此类法律责任。关于“被精神病”违法主体的刑事责任,根据《精神卫生法》第81条规定,“被精神病”违法主体违反本法规定,构成犯罪的,依法追究刑事责任。如果具有扶养义务的送诊主体构成“被精神病”违法主体的,有可能构成遗弃罪;如果医疗机构以暴力、强迫或者限制人身自由的方法强迫患者劳动的,有可能构成强迫劳动罪;如果虐待精神障碍患者情节严重的,可构成虐待被监护、看护人罪;如果违法本法规定,将精神障碍患者的姓名、肖像、地址、病历等个人信息,情节严重的,可构成侵犯公民个人信息罪;如果违法本法规定非法限制精神障碍患者人身自由的,可构成非法拘禁罪;如果以暴力或者其他方法侮辱他人,情节严重的,可构成侮辱罪。值得强调的是,根据《精神卫生法》的规定,精神障碍患者或者其监护人、近亲属认为行政机关、医疗机构或者其他有关单位和个人违反本法规定侵害患者合法权益的,可以依法提起诉讼(第82条)。<sup>[29]</sup>这里受害人因违法主体及侵害的权益不同可以提起不同的诉讼,如果认为行政机关侵犯其合法权益如因不服拆迁强制送诊的可以提起行政诉讼,如果认为医疗机构及其人员侵犯其合法权益的如歧视、侮辱等可以提起民事诉讼,如果患者认为监护人遗弃自己如丈夫拒绝扶养患有精神障碍的妻子有可能提起刑事自诉案件。

总之,由于精神障碍急诊、误诊与“被精神病”的性质不同,承担的法律后果也不同。精神障碍急诊是一种合法行为,不承担法律责任。精神障碍误诊是临床过程中的客观现象,一般不承担法律责任,只有符合法定条件(合理专家标准和医疗伦理过失标准)才承担相应的法律责任。而“被精神病”是一种故意违法行为,是法律禁止的行为,只要发生就应当承担相应的法律责任。

#### 四、总结:建构促进患者获得良好的精神卫生服务的职业理念

伴随着社会的发展和科技的进步,人类在维持身体健康方面已大有收获,但在维持精神健康方面仍面临着巨大的困难。认识自己,把握命运,达到身心两悦的境界仍是人类永恒的追求。《世界卫生组织组织法》(1946)规定,健康是身体、精神与社会的全部的美满状态,不仅是没病或残弱。《世界人权宣言》(1948)规定,人人有权享受为维持他本人

和家属的健康和福利所需的生活水准。《经济、社会和文化权利公约》(1966)指出,人人有权享有达到最高的体质和心理健康标准。根据世界卫生组织(WHO)的调查:世界上约60个国家宪法包括健康权或保健权,约40个国家的宪法包括与健康相关的权利如生育保健权、残疾人获得物质帮助权和健康环境生活的权利,还有许多国家宪法列出与健康有关的国家义务如发展保健服务等,这也可引申出健康权。<sup>[30]</sup>随着健康权的国际、国家的法典化,以及人类健康观念的发展,精神健康权(心理健康权)的保护一方面在各个国家健康权宪法法律条款中展开,另一方面其也正逐渐从健康权的保护中独立出来,并成为现代社会人们的一项不可或缺的、普遍的、独立的基本权利。<sup>[31]</sup>精神健康的法律保护从世界第一部《精神卫生法》1938年在法国问世以来,全世界四分之三的国家为此立法,《精神卫生法》成为衡量一个国家文明程度的重要标志。2012年我国首部《精神卫生法》把维护和增加公民的心理健康、预防和治疗精神障碍、促进精神障碍患者康复,保障精神障碍患者的合法权益作为本法的立法目的和调整范围。由于精神卫生服务受一个国家的资源限制和实现标准的制约,我国精神卫生法规定精神障碍的诊断和治疗要保障患者在现有条件下活动良好的精神卫生服务(第26条)。

对精神障碍患者精神健康的紧急救治是保障患者在现有条件下活动良好的精神卫生服务的题中之意,是我国《精神卫生法》确立的预防为主方针和预防、治疗、康复相结合原则的体现。精神障碍急诊服务是一种合法行为,是医疗救死扶伤理念的体现,具有天然的合理性和责任豁免性(只要尽到合理的诊疗义务)。医疗机构禁止精神科医师在医院外出诊、接诊等是对急诊服务合法性的误解。同样,担心精神障碍急诊服务会构成或者转为为“被精神病”事件是对前置性急诊与确诊性诊断的混淆,因为实践中二者是由不同的诊断主体对不同的诊断情形在不同的诊断阶段作出的不同的诊断行为。因此,像人们的身体疾病急诊服务一样,精神障碍急诊服务应成为医务人员的基本的职业道德和职业标准。同样,严谨、科学、敢于担当地对待精神障碍误诊是医务人员最基本的职业态度。精神障碍误诊是临床中普遍存在的客观现象,而且远高于躯体疾病的误诊率,因而立法上对其采取包容性态度。一般地,误诊是由于医务人员过失造成,不可能故意误诊,因故意误诊是一种故意伤害行为。因此误诊不能和错误等同,那必将束缚医生的手

脚,不利于正常的诊断医疗工作开展。误诊的发生有其客观原因,因而应当正视误诊的存在,承认其客观普遍性,研究其发生的规律,从而减少和避免误诊。特别强调的是,精神障碍的急诊、误诊也不会转化为故意违法行为的“被精神病”,因为它们性质不同的三个概念,不能相互转化。而且,预防“被精神病”不是《精神卫生法》的基本任务,《精神卫生法》的基本任务保护精神障碍患者的合法权益,维护其精神健康。规则“被精神病”现象的发生是保护正常人的法律,需要《精神卫生法》的规定,更需要《宪法》《刑法》《民法》等法律的共同维护。因此,构建医务人员促进患者获得良好的精神卫生服务的职业理念,树立正确的职业观,对精神障碍患者合法权益的维护具有重要的意义。

## 参考文献

- [1] 贾荣. 八旬父母盼医生上门解救洁癖女儿有难题——法律规定精神病医院不能出诊接诊[N]. 包头晚报, 2013-12-06(A05).
- [2] 章庆. 医生不上门接诊精神病患者? 法律新规明确患者可拒绝入院[N]. 东方卫报, 2013-10-10(A06).
- [3] 宋合营. 北京医院将不再外出接诊精神病患者[EB/OL]. (2007-03-01)[2015-12-15]. <http://news.sina.com.cn/c/2007-03-01/025711309515s.shtml>.
- [4] 百度百科·急诊[EB/OL]. [2017-6-15]. <http://baike.baidu.com/link?url=xNKJD1SK-S7OswRyR7rtRBifyTEsbpuiUxuM98eNZnGEFKZYWhPtKNCQghoe01CRPTyPiFhWBq3psHHW1gMmmRttebwb7saxmBWhrftyxa>.
- [5] 张丛博, 闫静文. 媒体称精神卫生法实施1年“被精神病”基本终结[EB/OL]. (2014-05-01)[2017-6-15]. <http://news.sina.com.cn/c/2014-05-01/163930046067.shtml>.
- [6] 刘俊荣, 肖玲. 精神障碍患者非自愿住院医疗的伦理审视[J]. 武汉科技大学学报(社会科学版), 2012, 14(6): 608-645.
- [7] 万传华. 论《精神卫生法》的自愿原则[J]. 中国卫生法制, 2013, 21(5): 40-43.
- [8] 陈晓红. 临床误诊的分类分类问题[J]. 河北医学, 2000, 6(7): 670-671.
- [9] 陈宣章. 谈误诊的定义与分类[J]. 医学与哲学, 1984(11): 23-24.
- [10] 杨立新. 医疗损害责任概念研究[J]. 政治与法律, 2009(3): 75-82.
- [11] 信春鹰, 黄薇. 中华人民共和国精神卫生法解读[M]. 北京: 中国法制出版社, 2012: 5-8.
- [12] 黄晨. 近年“被精神病”的八个著名案例[EB/OL]. (2011-06-23)[2017-6-15]. <http://www.caing.com/2011-06-23/100272251.html>.
- [13] 杨辉. 广州富豪“被精神病”[N]. 羊城晚报, 2011-11-19(A3).
- [14] World Health Organization. WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation [M]. Geneva: World Health Organization Press, 2006: 45-46.
- [15] 汪万里. “精神病的误诊率是最高的”[N]. 广州日报, 2012-12-05(A21版).
- [16] 胡明, 张仁望. 你能证明自己没精神病吗? 精神病人的自救与他救[EB/OL]. (2014-12-30)[2017-6-15]. [http://sz.southcn.com/content/2014-12/30/content\\_115293914.htm](http://sz.southcn.com/content/2014-12/30/content_115293914.htm).
- [17] 戴廉, 郑道等. 中国精神病患超1亿 诊断界定不规范致存在误诊[EB/OL]. (2011-07-18)[2017-6-15]. <http://news.sina.com.cn/c/sd/2011-07-18/151422833985.shtml>.
- [18] 胡建辉. 精神卫生法防止豪门上演“被精神病”[EB/OL]. (2013-04-18)[2017-6-15]. [http://www.legaldaily.com.cn/index\\_article/content/2013-04-18/content\\_4380889.htm](http://www.legaldaily.com.cn/index_article/content/2013-04-18/content_4380889.htm).
- [19] 肖水源, 周亮等. 精神卫生立法的公共卫生视角[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(2): 86-88.
- [20] 刘鑫. 精神卫生法的理想与现实[J]. 中国卫生法制, 2013, 21(5): 25-34.
- [21] 黄晨. 近年“被精神病”的八个著名案例[EB/OL]. (2011-06-23)[2015-12-20]. <http://www.caing.com/2011-06-23/100272251.html>.
- [22] 储鹏飞. 我国新闻网站“被精神病”事件报道研究——以人民网、健康报网、法制网、南方网为例(2010年4月1日-2011年8月31日)[D]. 安徽大学, 2013.
- [23] 黄雪涛, 刘潇虎, 刘佳佳. 中国精神病收治制度法律分析报告[R]. 深圳: 精神病与社会观察, 深圳衡平机构, 2010.
- [24] 蒋格伟. “被精神病”事件屡见不鲜 终结之路还有多远? [EB/OL]. (2011-06-22)[2017-6-15]. <http://news.sohu.com/20130506/n374970974.shtml>.
- [25] 刘星, 高四. 《精神卫生法》终结“被精神病”[N]. 中国青年报, 2012年10月29日(07版).
- [26] 杨立新. 医疗损害责任概念研究[J]. 政治与法律, 2009(3): 75-82.
- [27] 杨立新. 《侵权责任法》改革医疗损害责任制度的成功与不足[J]. 中国人民大学学报, 2010(4): 9-16.
- [28] 信春鹰, 黄薇. 中华人民共和国精神卫生法解读[M]. 北京: 中国法制出版社, 2012: 193-196.
- [29] 全国人民代表大会法律委员会关于《中华人民共和国精神卫生法(草案三次审议稿)》修改意见的报告[EB/OL]. (2013-02-25)[2017-6-15]. [http://www.npc.gov.cn/wxzl/gongbao/2013-02/25/content\\_](http://www.npc.gov.cn/wxzl/gongbao/2013-02/25/content_)



## **Comparison of Nature and Legal Responsibility of Emergency Treatment, Misdiagnosis and "Forced Psychiatric Treatment"**

### **—— Based on the Analysis of Mental Health Act of People's Republic of China**

WAN Chuan-hua

(School of Marxism, Gongdong Engineering Polytechnic College, Guangzhou 510520, China)

**Abstract:** Emergency treatment and misdiagnosis of mental disorders can not constitute or be converted to "forced psychiatric treatment", because they belong to different categories of concepts. From the nature, the emergency is the diagnosis and treatment of the patient's urgent condition, which belongs to the legal behavior. Misdiagnosis is an inevitable objective phenomenon, which belongs to negligence. "Forced psychiatric treatment" is a man-made phenomenon that can be avoided and is an intentional offense too. From the occurrence probability, the emergency and misdiagnosis are the objective phenomenon in clinical work, but the "forced psychiatric treatment" is a small probability event. From the legal liability, emergency generally do not bear the legal responsibility, and misdiagnosis entails legal liability only in statutory cases, while "forced psychiatric treatment" are required to bear the legal responsibility whatever the situation is. From the legislative attitude, the emergency is a must, misdiagnosis is inclusive, and "forced psychiatric treatment" is prohibited.

**Key words:** Mental Disorders; Emergency Treatment; Misdiagnosis; "Forced Psychiatric Treatment"; Legal Nature; Legal Liability

---

(上接第 65 页)

## **Interpretation of and Reflect on Studies on Chinese Contemporary Social History**

### **—— Discussion Centered on Two Research Works**

WANG Bing

(College of Economics and Technology, Anhui Agricultural University, Hefei 230013, China)

**Abstract:** Since the reform and opening up, research of Chinese social history revitalized under the background of both the historiography crisis and academic development. Subsequently, as an important part of study of Chinese social history, the study of contemporary Chinese social history has also made positive progress. With the two representative works of contemporary Chinese social history research as the center of the discussion, the thoughts and ideas of contemporary Chinese social history research of party history researchers represented by ZHANG Jing—ru are deeply represented, providing important references for theory and method for deepening the research on history of the Communist Party of China and the People's Republic of China, deeply reflecting the academic value and theoretical significance of contemporary Chinese social history research as well.

**Key words:** History of the Communist Party of China; Chinese Contemporary History; Social History; Research Method; Theoretical Reflection