



医疗损害鉴定路径选择：“双轨制”抑或“一元化”

张士成¹, 季宝轶², 朱之光³, 江 涛^{2,3}

1. 南京医学会学术会务部/继续医学教育部, 2. 医疗事故技术鉴定工作办公室,
3. 办公室, 江苏 南京 210003

摘要: 医疗损害鉴定作为医疗损害责任纠纷治理体系的关键组成部分,其制度建设对医疗领域高效治理具有深远影响。文章基于制度变迁理论的视角,系统性地考察了21世纪以来医疗损害鉴定所经历的双轨制运行和双轨一体化两个发展阶段,并深入剖析了阶段性制度范式下地方治理的样态及实践困境,对制度变迁展开理论阐释与变革管理分析,以期理解医疗损害鉴定的制度发生学提供解释,进而为领域后续制度变革与创新提供历史镜鉴。

关键词: 医疗损害鉴定;制度变迁;双轨制运行;双轨一体化;现实观照

中图分类号: D922.16

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2026)03-288-007

doi: 10.7655/NYDXBSS250487

21世纪之初,国内医疗损害责任纠纷的治理一度呈现出“治乱”局面^[1-2]。中国人民大学杨立新教授曾用“三个双轨制”^[3]表述来概括这一乱象:①案由双轨制,“医疗事故责任”和“医疗过错责任”的双重案由;②赔偿双轨制,“人身损害赔偿”和《医疗事故处理条例》规定赔偿两种类型;③鉴定双轨制,医学会系统的“医疗事故技术鉴定”和司法鉴定机构的“医疗过错司法鉴定”并存。除此以外,还存在救济途径的“二元化”^[4],即行政途径和司法途径等。上述种种因素共同构成了医疗损害责任纠纷治理体系中的多重二元结构,致使领域治理逐渐呈现出“司法一卫生”的双重属性。而与此相对的医疗损害鉴定制度建设也呈现出多元化与碎片化趋势,缺乏对现实治理的整体性回应与时空塑造力,大有掉入“制度陷阱”的趋势。为此,司法部门在后续改革中也试图弥合这种多维度的二元分裂,其中《最高人民法院关于印发修改后的〈民事案件案由规定〉的通知》(法〔2011〕42号)将两类案由统一为“医疗损害责任纠纷”,《中华人民共和国侵权责任法》(该法于2010年7月1日起施行,现已失效,其相关内容已被《中华人民共和国民法典》的侵权责任编所取代)明确了医疗损害责任适用统一的侵权赔偿标

准,在法律层面上消除了“案由双轨制”和“赔偿双轨制”等二元问题,形成了同一法律事实。而在医疗损害鉴定的双轨制模式上,“司法一卫生”领域莫衷一是、各执一词,也一直“纠缠”于医疗损害责任纠纷治理的进程之中^[5],至今仍无定论。因此,如何全面准确认识这一问题,并能更好地推进医疗损害鉴定制度的统一性建设,成为领域重中之重的核心议题。故而,本文以制度建设为主线为研究切入点,回溯21世纪以来医疗损害鉴定制度建设及其演进变化,以期为领域后续的制度变革和顶层设计提供有益思考。

一、医疗损害鉴定的双重性:双轨制运行

在社会治理体系中,“条条管辖”“条块管辖”等问题一直是领域关注的重点和难点,如何在多元共治的框架中处理好“条条关系”与“条块关系”,是关乎治理成效的关键所在。而在医疗损害鉴定领域,国家司法机关与卫生健康行政部门同样存在着“条条管辖”“多重治理”的现象。2002年《医疗事故处理条例》(国务院令第351号)的出台,确立了以医学会为主导的“医疗事故技术鉴定”。随后,最高人民法院《关于参照〈医疗事故处理条例〉审理医疗纠纷

基金项目:南京市卫生科技发展专项资金“南京市医疗纠纷处理和防范体系完善研究”(GAX23301)

收稿日期:2025-11-27

作者简介:张士成(1987—),男,江苏射阳人,硕士,副研究员,研究方向为继续医学教育/卫生事业管理,通信作者, zhang.shi.cheng@163.com。

民事案件的通知》(法发(2003)20号)以司法解释的形式明确了司法鉴定机构的“医疗过错司法鉴定”。自此,“司法—卫生”部门均自上而下地建立了相互独立的医疗损害鉴定制度体系,这也是双轨制模式确立的法理依据。直观来看,业界对于不同鉴定模式所持观点,实则体现了医疗纠纷治理所内含的“医学—法学”双重属性以及由此衍生的不同法理倾向。质言之,司法治理与行业治理均是医疗损害鉴定制度建设过程中需要考量的关键维度。然而,政策自上而下的双重顶层设计所形塑的两套主导逻辑体系:一套是以临床医学“同行评价”为核心的鉴定模式,另一套则是以法医学理念所构造的鉴定形式,两者在具体鉴定程序及机制上存在较大的结构性差异。由此,“条条管辖”下的两套鉴定逻辑赋予了地方治理更多的选择,形成了诸如北京市一元化司法鉴定模式^[6]、上海市一元化医学会鉴定模式^[7]、浙江省“双轨制鉴定模式”^[8]等为代表的三种地方治理样态。与此同时,双轨制模式确立的初期,领域争论的核心焦点是“谁更具备医疗损害鉴定主体的合理性”^[9-10]。

随着制度实践的循序渐进,当医疗损害鉴定程序被锚定为医疗损害责任纠纷妥善处置的一种决定性路径依赖时,双轨制模式的争论已不再囿于业界龃龉,而是广泛延伸至实践中的医疗纠纷源头以及相关治理主体。具体来说,从地方渐进累积的实践经验表明,在推行双轨制鉴定模式的省份,同一医疗损害责任纠纷案件在“司法—卫生”两种鉴定模式下,其鉴定意见往往呈现出一定的差异,甚至截然相反的现象;而在实行一元化鉴定模式的省份,同一医疗损害责任纠纷案件在同一鉴定机构下,不同鉴定专家组或同一鉴定专家组在不同鉴定阶段的鉴定意见也会出现一定差别^[11],且这一现象也涵盖在双轨制鉴定模式之中。这种鉴定意见的不一致现象,不仅给医疗纠纷的妥善治理带来了巨大挑战,更为医疗鉴定主体或模式之争埋下了不可调和的隐患。因此,针对这一差异现象展开循因析理发现,前者更易归咎于双轨制鉴定模式的体制问题,尤其是两套医疗损害鉴定逻辑机制的不统一显得格外突出;而后者则与鉴定专家成员构成、认知经验、逻辑推理、再理解等因素呈正关联性,当然这也需要后续在“鉴定专家组”的人员设置、议事程序、内容机制等方面的进一步统一与规范。而随着实践的深入,在医疗损害责任纠纷的治理中,案件的再次鉴定、重新鉴定现象持续增多且日益普遍^[12],导致双轨制鉴定模式下同一案件的医疗损害鉴定意见不一致状况日趋严峻。这让原本就难以调和的医患纠纷双方更加对立,乃至出现纠纷扩大、纠纷转嫁的局面——将医患间的医疗矛盾转嫁到医疗损害鉴

定程序上等,自然也造成了参与其中的法院、仲裁机构、调解组织等相关治理方处于“茫然失措”的境地。医疗损害责任纠纷的矛盾进一步延伸至医疗损害鉴定本身,演化为实践中“谁的鉴定更具‘专业性’和/或‘公正性’”^[13]。

由此可见,“司法—卫生”两系统在未能充分平衡系统间自洽关系以及程序统一性的背景下,双重自上而下地对医疗鉴定制度体系进行设立与塑造,并在实践中形成了两种不相统属、不相统一的医疗损害鉴定双轨并行模式。在这一框架下,地方政府不论是选择双轨制鉴定模式,还是一元化鉴定路径,两者均呈现出“制度非均衡”(institutional disequilibrium)的状态。首先,在实行双轨制鉴定模式的地方治理中,主要表现为“制度竞争”(institutional competition)的格局,较多的是“司法—卫生”两系统间不同规则体系之间的博弈过程,其竞争博弈也是多方面、多形态的,包括医疗鉴定的机构之争、机制之争、规则之争和标准之争等诸多内容。从理论上来看,制度竞争的实质内涵并不是消极的,在拥有共同治理基础与目标的前提下,多个制度供给主体通过阶段性的治理成效来检验多套制度体系间的差异化优势,或是借助制度竞争展开领域治理的制度探索或创新等,进而能够在累积经验上形成推动领域有效治理的制度优势,甚至达到理想上均衡性竞争的“帕累托最优”状态,整体上是一种积极的、良性的竞争关系。但在医疗损害鉴定领域,其双轨制鉴定模式在地方的多年治理实践中,并未形成有效的良性竞争或制度间良性互动的局面,反而呈现出趋于相互抵触、消解的“竞争失灵”“竞争失效”的境况。其次,在推行一元化鉴定路径的地方治理中,主要表现出“制度垄断竞争”(monopolistic competition)的现象。地方政府在制度供给上只赋予某单一医疗损害鉴定路径的“合法性”——属于“倡导性”规定、而非“强行法”,导向性限制其他治理路径的制度表达。美国学者蒂伯特的“用脚投票”模型表明,当纠纷双方或其中一方对某种医疗损害鉴定救济制度心存顾忌与偏见,或该医疗损害鉴定路径不能为其带来——相较其他救济路径——更多的“利己”正义时,自然状态下的当事人则会选择放弃该制度。这种制度的“供给约束”和“刚性需求”之间存在明显不对等、不匹配的关系,其显然也与医疗纠纷妥善处理的核心要义相悖^[14]。与此同时,在一元化鉴定模式中,往往还可出现超越地方性规制的程序安排。比如,江苏的一元化医学会鉴定模式,当医患双方协商一致时亦可委托司法鉴定机构开展相关医疗损害鉴定,即存在地方规制以外的“隐性制度安排”^[15],表现为受地方制度供给约束的司法鉴定制度或启用异地鉴定等。这种

隐性的制度安排为领域后续的制度变迁提供了重要改革方向。综上分析,地方政府不论采取双轨制鉴定模式,还是一元化鉴定路径,其制度建设在应然与实然状态下均处于非均衡状态。而造成这一现象的核心原因在于,在双轨制确立过程中并未就医疗损害鉴定本身的制度耦合和统一性作过多考量,更多的是自上需要(医疗纠纷治理的属性需要)和自下需求(纠纷双方处置的内在需求)两个核心维度相互推动所形成的独立体系,忽视了制度在双轨之间的统一性,这也是双轨制运行存在制度性内耗和实践性矛盾的根本原因。

二、医疗损害鉴定的统一性:双轨一体化

自双轨制模式运行以来,面对“司法—卫生”双轨的制度安排所呈现出的种种矛盾困境,领域如何借助双轨制运行的规律经验走向均衡统一成为制度变革的重要课题。在部门方面,自2010年7月《中华人民共和国侵权责任法》正式实施生效的同时,《最高人民法院关于适用〈中华人民共和国侵权责任法〉若干问题的通知》(法发〔2010〕23号)和《卫生部关于做好〈侵权责任法〉贯彻实施工作的通知》(卫医管发〔2010〕61号),分别将原来司法鉴定机构的“医疗过错司法鉴定”和医学会的“医疗事故技术鉴定”的名称,从名义上统一为“医疗损害鉴定”,并都要求围绕医疗纠纷的专业性问题展开科学、公正的鉴定工作。此后,国家卫生健康委与司法部于2018年10月进一步联合发布了《医疗损害鉴定管理办法(征求意见稿)》(国卫办医函〔2018〕619号),这是以“医疗损害鉴定”为中心进行统一性制度改革的重要指导性文件。该办法明确赋予了医学会和具有相关资质的司法鉴定机构同等的鉴定主体地位,同时在医疗损害鉴定的具体程序机制中作了统一规范性同构的要求,如对参与鉴定的机构和人员资格条件、同一鉴定专家库、鉴定程序等诸多方面作出合一规定,破除原先“司法—卫生”相互割裂的鉴定逻辑体系,并使之在医疗损害鉴定的组织结构和流程倾向上保持整体性统一。至此,领域在“摸着石头过河”和顶层设计相结合的原则下,形成了“司法—卫生”从个性到共性的医疗损害鉴定双轨一体化模式框架。该模式并非传统意义上的并轨统一变革,而是在原来双轨制运行基础上保留“司法—卫生”双轨主体,并通过统一医疗损害鉴定程序逐步凝结成一个动态平衡与功能耦合的有机整体,从而为领域后续统一性变革奠定基础。

在地方治理上,以江苏为代表的医疗损害鉴定统一性改革早于国家层面的政策推进,成为地方先行先试的示范引领者。2017年10月,江苏省高级人民法院、原江苏省卫生和计划生育委员会和江苏省

司法厅三部门共同颁布了《江苏省医疗损害鉴定管理办法》(苏卫规〔医政〕〔2017〕1号),该办法在具体革新内容上也是采用制度同构的方式来形塑“司法—卫生”双主体参与下医疗损害鉴定的实践统一性,确立双轨一体格局。从整体来看,国家层面的制度改革与江苏试点内容是一致的,也契合政府层面“由点及面、点面结合”的改革试点复制推广机制^[16]。因此,医疗损害鉴定双轨一体化模式可以通过透视江苏改革的具体做法与实践成效来分析其制度绩效。在江苏的既有经验中,其核心是将“鉴定一体化”作为改革推进重心,主要侧重解决两个方面问题:其一,如何实现“司法—卫生”两系统对同一医疗损害鉴定制度的有效衔接和执行统一;其二,如何确保医疗损害鉴定“同行评价”的一致性。前者需在厘清“谁委托、谁鉴定、谁评判”等关键要素的基础上,借助强制性制度规范来统一医疗损害鉴定的程序机制。如制度性规定统一的鉴定听证会“六步法”程序、鉴定专家专业构成及其人选方式、规范鉴定意见书“六大要素”等内容操作规程,基本实现了“司法—卫生”在医疗损害鉴定中程序性统一。而后者,江苏省卫生行政部门会同江苏省司法行政部门联合组建了涵盖临床医学、法医学、管理学等专业学科的“江苏省医疗损害鉴定专家库”,并设立了相应的管理办公室。该办公室承担着对入库专家进行动态管理、开展定期培训等工作职能,其目的在于最大限度提升入库专家的鉴定素养。特别是致力于形成具有医疗损害鉴定普遍基础的价值认知,进而提高同行评议下鉴定意见的一致性,或是将其控制在“合理差异”范围之内。这里的“合理差异”应源于案件中对医疗专业性问题的理解不同,而非制度悬殊或其他外在因素。当前,江苏医疗损害鉴定双轨一体化改革基本上实现了实践性统一,但并没有达到完全的同一性,其在具体鉴定环节上还存在着些许差异。例如,在鉴定意见的形成上,医学会系统以鉴定专家合议制确定,而司法鉴定机构则是临床医学专家出具咨询意见后,再由法医学专家^[17]进行综合判定,保留了系统间的“权利话语”(power discourse)。江苏省内的司法鉴定机构与医学会两鉴定系统在围绕医疗专业性问题所展开的专家论证中,整体上已经呈现出趋同演化的面貌^[18],改变了原先司法鉴定系统医疗损害鉴定的医方过错率、过错等级明显高于医学会系统的差异局面^[19],极大缩小或消弭了体系间的医疗损害鉴定意见的结构性差异。总体来说,双轨一体化模式在江苏施行后,其制度化实践实现了制度变迁的设计初衷,展现了超越双轨制运行的制度优势与治理效能,在一定程度上产生了双轨共融的正向效应。

由此可见,医疗损害鉴定的双轨制运行模式并非不可调和,通过把握医疗损害鉴定的双重性及其本源的统一性,并以此展开双轨一体化的均衡制度建设,能够实现制度化实践趋同的治理成效。这里的双轨一体化模式,是在双轨制运行和实践智慧基础上的系统整合与协同增效,侧重强调“双轨”主体多样性与医疗损害鉴定“一体化”的有机结合。具体来说,首先,双轨并非简单并列,应是包含医疗损害鉴定本源中涉及的“司法—卫生”两个不同属性以及相应的治理主体单元,它们在具体鉴定过程中的逻辑、理念、机制等方面存在多样性和差异性,但二者不可偏废,需要共存同向赋能。“双轨共存”的另一个重要因素是制度建构过程中需要充分考虑实践过程中制度建设的“需求—供给”关系,制度供求关系的相互作用也是制度系统趋向均衡状态的重要保障。实践经验表明,医患纠纷双方基于不同立场、视角、维度以及权衡利弊因素等有着多样性的鉴定选择需求,强制性一元化鉴定模式压制着纠纷双方的“自我决定”,使其只能被动配合,制度供求的不匹配在很大程度上也制约着纠纷的妥善处置。因此,在制度建设的均衡性维度,应实现自上而下的制度供给和自下而上的制度需求的紧密耦合。其次,医疗损害鉴定的一体化“共融”是统一的关键,围绕并洞察医疗损害鉴定的本质,将两套鉴定逻辑通过强制性制度同构的方式相互关联、相互作用。尤其是医学专家与法医学专家在鉴定程序中的相互嵌入,并通过两者在实践案例中的反复“共事”互动来消融彼此间逻辑理念的偏见或分歧,期冀能够形成一致的鉴定逻辑及其价值认同,从而实现双向嵌入的协同治理效果。更为重要的是,这套“双轨一体化”模式改革的核心价值在于其承认医疗损害鉴定的双重性与复杂性,不能单纯依赖某一属性或治理单元,而是应追求整体性“共融共通”的制度变迁方案。因此双轨一体化模式在一定程度上贴合了制度均衡建设的“双适态”^[20]:其一是“司法—卫生”在统一的医疗损害鉴定体系上处于相互适调态,其二是满足了相关利益群体意愿的适意态,从而形成了制度建设中应然价值要求与实然经验秩序的统一。

三、双轨制转向:理论阐释与变革管理

21世纪以来,国内医疗损害鉴定的制度建设主要历经了双轨制运行和双轨一体化两个发展阶段。这一制度变迁是在国家“司法—卫生”两部门主导下,通过从“制度割裂”到“制度融合”的政策导向推动形成的。而两阶段的区别在于“司法—卫生”两套鉴定制度体系是否融合统一。更为关键的是,双轨一体化模式在地方阶段性的实践进程中,

已彰显出“多元”“统一”鉴定体系的制度优势及其治理效能,超越了既往的双轨制运行模式。

(一)理论阐释

医疗损害鉴定制度变迁的原因是复杂而又多向度的。但从制度建设角度,其制度秩序是从非均衡到再均衡的过程,且相关主体对“双轨制运行”制度安排和制度结构存在一种不满意而意欲改变的状态。从理论上来看,双轨制运行到双轨一体化这个制度建构转向,更契合詹姆斯·马洪尼和凯琴琳·西伦渐进性制度变迁理论(institution change theory)中的层叠(layering)变迁模式^[21],即新制度并不完全取代旧制度,而是对其进行补充和修正。具言之,改革在原先双轨制运行基础上通过整合“司法—卫生”在医疗损害鉴定领域的政策要素,重塑并统一了制度场域内的鉴定格局,使双轨一体化。这种层叠制度变迁的核心是制度演进,而非完全意义上的制度变革。它最大优势在于稳健性,即在保持“司法—卫生”医疗损害鉴定组织、结构及其框架稳定的前提下,可以通过局部试验、边际调整、新旧制度平稳衔接的小步伐调整方式来逐步推进制度的统一演化。这在一定程度上能够有效凝聚变迁共识和降低改革阻力,从而相对柔性地实现制度优化或转型。并且,渐进性制度变迁尤其适用于那些多元化、不确定、高复杂的社会治理领域的系统变革,其往往也被视为制度变迁成功演化或转型的可行性策略,故而这也是医疗损害鉴定领域采用渐进式累积改革的重要因素。

与此同时,双轨制运行作为具有中国特色的治理模式^[22],通过透视其在中国式改革历程中的理论与经验,将有助于业界深刻理解双轨一体化的制度变迁内涵。纵观国内双轨制改革,普遍采取的思路是并轨统一或向同质的一元结构转换,且在社会治理现代化的过程中还不乏向共治理念升级,如多元一体、三轨治理等^[23-24]。而医疗损害鉴定制度变迁显然更偏向同质的一元结构转换,这一过程更贴合国内渐进式“增量改革”理论^[25],即改革在保留原有制度框架、组织结构及其实施机制的基础上展开的“边际调整”。具体而言,在实务中,除医患之间的私权自治外,医疗损害责任纠纷进入公权治理领域后,其处置实质必然是围绕医疗专业性问题所展开,可见医疗损害鉴定程序是领域治理自然而然的基石。在应然状态下,程序的产生与存在实则无关乎司法鉴定途径、医学会鉴定路径或其他方式等具体的制度安排,这里更凸显的是程序的重要性与必要性。在实然状态下,一次鉴定——可以是司法鉴定、也可以是医学会鉴定等——对于化解“绝大部分”的医疗损害责任纠纷案件基本是够用的^[26-27],这也是为什么部分地方治理仅采取一元化鉴定模式

的重要原因所在。

在整体鉴定数据中,除了“绝大部分”医疗损害责任纠纷案件的处置涵摄于不超过“一次鉴定”程序效能范围外,还有“少量”疑难繁复的案件存在。此类“少量”的医疗损害责任纠纷案件具有多次鉴定且鉴定意见相异的典型特征,故而也是集中造成“司法一卫生”双轨制鉴定模式引申大量“对立”“拆台”等不统一现象的主要根源。更为重要的是,在处理此类纠纷案件时,会进一步衍生出鉴定张力的问题,且需要相关治理主体及时介入并作出回应,从而增加了治理成本。这类“少量”纠纷案件也会产生负面累积效应,甚至会对“绝大部分”纠纷案件中的一部分妥善处置造成影响,进而能影响全局治理的质量与效率。因此,领域“增量改革”中的“边际调整”,实则为针对此类“少量”医疗损害责任纠纷的治理变革。该制度变革是以核心问题为导向,其思路为在不影响整体“绝大部分”纠纷案件化解的前提下,针对双轨制运行中此类“少量”纠纷事件所呈现的实践矛盾等,通过“统一鉴定”的方式予以变革调整,进而形成以改革关键变量撬动整体的治理增量。

综上分析,无论是国外的层叠变迁理论还是国内的增量改革理论,均能很好地阐释现阶段医疗损害鉴定“双轨一体化”模式转向的道义所在。当然,也不止于阐释,更在于丰富理解,同时亦可见“双轨一体化”的制度演进有着广泛的理论深刻性和全面的融通性。

(二) 变革管理

揆诸现实,研究采用两分法将医疗损害鉴定“双轨一体化”模式的制度演进简化为“顶层设计—实践探索”两个半程步骤进行审视,可见其“前半程”的顶层设计的“司法一卫生”两部门于2018年联合颁布的《医疗损害鉴定管理办法(征求意见稿)》出台后,预示着自上而下的制度设计基本完成。但这并不意味着改革的完全推进,或更需要自下而上的地方政府结合区域情境落实“后半程”的实践探索,尤其是需要地方政府在遵循“鉴定统一性”的原则下建立符合地方治理特色的具体制度安排。正如江苏模式保留系统间的“权力话语”等,从而为领域路径选择或创新提供更多的地方经验模式。

纵观全国,现阶段“双轨一体化”改革正处于一个新旧制度衔接的过渡时期,诸如北京、上海、广东、河南等地已陆续跟进变革,同时也存在尚未启动的地区,总体呈现“冷热不均”的现象。较为直观的是,“司法一卫生”基于各自系统或学科的“知行观”所形塑的两套医疗损害鉴定逻辑体系并不具备从理念到实践的“共融”条件基础。即便是现阶段由双轨制运行到双轨一体化的变革转向,其也仅仅

是通过制度同构的方式进行强制性“行合一”——即接近统一鉴定程序机制,而“司法一卫生”系统的鉴定理念仍存续着体系差异——即存在“知不同”,整体改革呈现出“行先知后”“知轻行重”的知行关系。这是“双轨一体化”模式在地方治理改革推进中步履维艰的一个重要原因。

此外,从改革动力学视角,现阶段能够参与医疗损害鉴定统一性改革的省市,除具备主动适应的内在动力外,通常还面临着较大的外在规模鉴定压力——包含鉴定数量与鉴定质量两个层级。特别是双轨制运行阶段所产生的负积累效应,使得地方治理中积聚了诸多超出“一次鉴定”程序效能范畴的“鉴定增量”。这种“鉴定增量”所带来的延伸治理负荷,不仅加重了地方妥善治理的负担,还为领域治理带来了诸多的不确定性和潜在风险性,已成为严重制约医疗损害责任纠纷治理效能的关键因素。在此,如旧鉴定秩序稳定的前提下,地方规模鉴定数量压力完全可以通过调配或增加资源配置的方式予以化解,但规模鉴定质量压力显然与“鉴定增量”呈正相关性。然而,随着“鉴定增量”的持续堆叠,其亦会对既有鉴定秩序构成挑战,进而成为推动地方变革重要的外部动力条件。

与此同时,反观尚未启动制度变革的地区,这些省域内的医疗损害责任纠纷案件基本上可由旧鉴定秩序有效处理,呈现出旧制度暂且够用的状况,且区域内的“鉴定增量”治理负担亦处于其可控范围内。这也进一步强化了地方治理中惯性发展的路径依赖效应,导致地方变革缺乏明显的驱动力。面对这一局面,国内外针对制度变革中“路径依赖”问题的经验性解决策略,更多地强调从治理主体的内部因素入手,其核心在于激发地方政府开展主动“适应性治理”(adaptive governance)的主观能动性^[28]。这不仅要求地方政府高度重视对既有“制度—实践”问题的回应,更侧重对该领域未来治理进行前瞻性规划,并借助制度学习、政策扩散以及反馈修正等机制,实现因地制宜的治理变革,进而提高地方政府应对复杂治理问题的及时性与响应能力。

四、结 语

任何改革并非追求最终态,而是通过不断调适的过程形成最适态。因此,医疗损害鉴定从双轨制运行到双轨一体化模式的转变是领域制度建设主线中与时代治理情境相契合的一种适稳态形式。显然,后者比前者制度模式更具有统一的治理基础,但未必是最优解。单从国内双轨制改革所采用的“并轨统一”或“同质化的一元结构”思路来看,医疗损害鉴定的一元化模式存在多种形态。如实践

中的一元化司法鉴定模式或一元化医学会模式,自然也包括一元鉴定结构的双轨一体化模式,以及部分学者呼吁成立单独的医疗损害鉴定中心抑或其他统一鉴定的形式^[29]等。在这些一元化的鉴定范式中,其实质都离不开“医学—法学”双重属性及其“司法—卫生”双系统的治理参与,这也是路径演进或创新的必然因素与制度基础。而现阶段的双轨一体化范式,其也是试图通过制度同构的方式形成“行先知后”的统一科学实践观,强调以实践践行深化融合认识,从而消弭“司法—卫生”在医疗损害鉴定体系中过分关注各自系统的“知识—话语权力”倾向,以谋求达到系统间“理念—实践”的知行合一。故而,领域需要在双轨一体化模式中强化“司法—卫生”鉴定的共同性与协调性,通过在具体鉴定活动中双向互动形成对鉴定制度及其实践问题、规则 and 价值观的共同认知,既包含认知层面的趋同性,同时也应涵盖行动层面的协作性,并由此在统一的鉴定结构中找到各自契合的身份与位置,促进“司法—卫生”相融一体的医疗损害鉴定共同体的形成。唯有如此,领域治理与制度变革方能产生事半功倍的协同效应,进而构建起具有内在“多元一体”特征的真正统一的医疗损害鉴定模式。

参考文献

- [1] 宋咏堂,项红兵,罗五金. 医疗纠纷处理现状及其对策[J]. 中国农村卫生事业管理,2001,21(3):3-5
- [2] 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
- [3] 杨立新. 中国医疗损害责任制度改革[J]. 法学研究,2009,31(4):80-92
- [4] 杨海超,王晨光. 司法在构建和谐医患关系中的作用[J]. 法律适用,2016(1):55-61
- [5] 肖柳珍. 论医疗损害责任制度改革的现状与问题[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2012,12(1):38-41
- [6] 肖柳珍. 医疗损害鉴定研究:江苏模式与北京模式比较——基于《侵权责任法》的视角分析[J]. 证据科学,2011,19(3):290-298
- [7] 陈邦达. 医疗损害鉴定不信任问题研究——以上海市“一元化”模式为例[J]. 交大法学,2019(2):86-104
- [8] 王晓燕. 医疗损害鉴定制度发展观察——以最高院、四地高院的五份通知为对象[J]. 医学与哲学(A),2013,34(2):72-74
- [9] 陈小嫦,李大平. 医疗损害鉴定主体改革刍议[J]. 证据科学,2011,19(3):299-306
- [10] 蒋士浩. 医学会作为医疗损害鉴定主体之探讨[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2013,13(2):127-130
- [11] 宋红章. 对一起先后6次鉴定、5次判决医疗纠纷案例的思考[J]. 中国卫生法制,2023,31(6):113-119
- [12] 周贝贝,顾加栋,巫蓉. 医疗损害责任纠纷案件鉴定问题研究——以2018年江苏省审判数据为依据[J]. 中国卫生法制,2022(1):122-126
- [13] 农会清,钟凯,梁增文. 论我国现行双轨制下医疗鉴定制度的改革[J]. 社会科学家,2013(4):119-123
- [14] 张士成,朱之光,江涛,等. 刍议医疗纠纷“妥善处理”的语义内涵及其实践挑战——基于结构语义学与政策范式视角[J]. 卫生法学,2025,33(2):29-35
- [15] 钱蕾,何艳玲. 从经验惯习到规章制度:组织隐性知识如何显性化?[J]. 中国行政管理,2024,40(5):98-108
- [16] 张克. 新中国70年改革试点复制推广机制:回顾与展望[J]. 南京社会科学,2019(10):11-17
- [17] 杨佳雯,黄惠结,李荣,等. 从人才培养角度论鉴定人助理制度的完善[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2019,19(5):423-428
- [18] 江涛,张士成,郑菁,等. 双重属性视角下江苏医疗损害鉴定新旧两种模式的对比分析及其制度变革再思考[J]. 卫生法学,2024,32(5):114-120,126
- [19] 吴单,顾加栋. 医疗损害鉴定制度优化的实证研究——以2016年N市及H市两级法院审判数据为基础[J]. 中国卫生事业管理,2018,35(2):120-124
- [20] 张旭昆. 论制度的均衡与演化[J]. 经济研究,1993,28(9):65-68
- [21] 詹姆斯·马霍尼,凯瑟林·西伦,郭为桂,等. 渐进式制度变迁理论[J]. 国外理论动态,2017(2):29-42
- [22] 杨宏山. 双轨制政策试验:政策创新的中国经验[J]. 中国行政管理,2013,29(6):12-15,103
- [23] 刘金海,谈晓花. 从“双轨”到“三治”:中国乡村治理的现代之变[J]. 党政研究,2023(3):102-110
- [24] 周洪宇,陈诗. 从双轨到三轨:新时代我国学位制度改革的宏观思考与政策建议[J]. 高校教育管理,2023,17(5):42-53
- [25] 田伟. 双轨制改革的历史回顾及评价[J]. 理论学刊,2009(4):53-56
- [26] 柏巍巍,蒋士浩. 我国医疗损害鉴定模式研究——以江苏医疗损害鉴定模式为例[J]. 中国卫生法制,2023,31(4):109-114
- [27] BRUNNER R. Adaptive governance as a reform strategy[J]. Policy Sci,2010,43(4):301-341
- [28] 容志,谭晓芳. 适应性治理:研究现状与未来展望[J]. 治理研究,2024,40(3):111-126,159
- [29] 顾加栋,姜柏生. 医疗损害鉴定制度重构的若干问题[J]. 中国卫生事业管理,2014,31(10):761-762,770

(本文编辑:姜鑫)

Pathway selection for medical malpractice evaluation: a dual-track operation or a unified model

ZHANG Shicheng¹, JI Baoyi², ZHU Zhiguang³, JIANG Tao^{2,3}

1. Academic Affairs Department/Continuing Medical Education Department, 2. Technical Appraisal Office for Medical Accidents, 3. General Office, Nanjing Medical Association, Nanjing 210003, China

Abstract: As a pivotal component of the governance system for medical damage liability disputes, the institutional construction of medical malpractice evaluation exerts a far-reaching influence on the high-efficiency governance in the medical field. Therefore, this study systematically examines two developmental phases that medical malpractice evaluation has undergone since the 21st century from the perspective of institutional change theory, namely the dual-track operation phase and the dual-track integration phase. It conducts an in-depth analysis of local governance patterns and their practical dilemmas within the context of phased institutional paradigms. This study further offers theoretical interpretations and changes management analysis on this institutional transition. The purpose is to explain the institutional genesis of medical malpractice evaluation, thereby offering historical references for subsequent institutional reforms and innovations in the field.

Key words: medical malpractice evaluation; institutional change; dual-track operation; dual-track integration; practical reflection