[9] 吴爱京,李璐,杨守卫. 做好医院科级全成本核算需要把握的几个问题[J]. 武警医学, 2012, 23(8): 721-722.

[10] 杨轶君,冯泽永. 医院的人力资源成本控制[J]. 重庆医学, 2011, 40(13): 1341-1342.

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.19.041

[11] 骆晓,张建余,金焱. 医院全成本核算目前存在的主要矛盾[J]. 重庆医学, 2009, 38(1): 4-5.

(收稿日期:2014-11-18 修回日期:2015-02-16)

新医改下重庆市实施医疗责任保险研究*

卢宇,邓世雄[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院/医学与社会发展研究中心/健康领域社会
风险预测治理协同创新中心 400016)

[中图分类号] R197.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)19-2698-02

欧美发达国家在 20 世纪 70 年代就已初步形成比较健全的医疗责任保险市场,目前该险种已发展成为职业责任保险中最主要的险种。且国际上大多数国家实行的医疗责任保险都具有强制性^[1],尽管其具体的保险模式可能不同,但都证明了医疗责任保险是最有效的医疗风险转移制度。我国的医疗责任保险并没有进行过国家层面上的试点,各地的试行均属于个体探索。部分省市如云南、深圳、北京、上海等地较早出台了关于建立医疗责任保险制度的规范性文件^[2],探索在取得部分成效的同时也显露出进展慢、覆盖率低等问题。2014 年 7 月 9 日,国家多部门联合印发了《关于加强医疗责任保险工作的意见》,提出到 2015 年底前,全国三级公立医院参保率应当达到 100%;二级公立医院参保率应达到 90% 以上。

1 材料与方 法

1.1 材料 收集重庆市医疗责任保险相关政策文件与总结报告,了解重庆市医疗责任保险投保情况,医疗纠纷发生概况以及医疗纠纷人民调解委员会落实情况。

1.2 方法 查阅重庆市卫生行政部门 2012~2013 年医疗纠纷和医疗责任保险参保统计资料。通过与访谈对象的深入交流,了解重庆市卫生行政部门和保险监督部门相关直接负责人对医疗责任保险实施过程中的想法、问题及建议。

2 结 果

2.1 医疗责任保险政策情况 从 2010 年起,重庆市政府先后出台《关于印发大力发展责任保险实施意见的通知》和《重庆市医疗纠纷处置办法》,明确将医疗责任保险纳入医疗纠纷人民调解机制。2011 年,重庆市卫生行政主管部门和重庆保监会联合下发了《关于在全市二级以上公立医疗机构统一推行医疗责任保险的通知》,决定在全市公立医疗机构统一推行医疗责任保险。

2.2 重庆市医疗纠纷现状 重庆市拥有丰富的医疗卫生资源,全市共有医疗卫生机构 18 923 家,有公立医院 281 所,民营医院 250 家,2013 年该市总诊疗人次为 13 860 万人^[3]。在拥有如此丰富的医疗资源的情况下,重庆市各医疗机构所面临的医患纠纷数量也同样巨大^[4]。重庆市卫生行政部门统计资料显示,全市 2012~2013 年医疗纠纷发生起数为 5 540 起,赔偿额度高达 2 217.69 万元,2013 年比 2012 年医疗纠纷发生起数增加 48 起,赔偿额度降低了 12.2%。

2.3 重庆市医疗责任保险现状 重庆市于 2003 年开展推广农村医疗责任保险,2011 年成立了重庆市医疗责任保险领导

小组,并建立了重庆市医疗机构责任保险工作联席会议制度,由辖区内二级及以上医疗机构推选代表单位共同组成联席会议成员共 28 家医疗机构组成^[5]。同时,引入了某保险公司成为全市医疗责任保险工作的保险经纪人,免费为各医疗单位服务,具体负责保险合同的拟定、保险理赔等工作等。截至 2013 年底,全市有 13 家产险公司开展医疗责任保险业务,包括人保财险、天安保险、中华联合财险、阳光财险等。业务范围覆盖全市 28 个区县,3 188 个医疗机构参加了医疗责任保险,风险保障金额达 2.5 亿元^[6]。医疗责任保险在化解医患纠纷、维护医疗机构正常工作秩序方面,发挥了积极的作用。

2.4 初步建立起调赔结合的医疗纠纷处理机制 目前全市 38 个区县均成立了医疗纠纷人民调解委员会,使医疗纠纷第三方调解和第三方赔付互相补充,初步建立起第三方调解和第三方赔付相结合的医疗纠纷处理机制。以江津区为例,其与某保险机构探索性地创建了以农村医疗责任保险为重点的医疗责任保险,其特点为低保额、低保费和协商处理医疗纠纷^[7]。该区医疗纠纷人民调解委员会有专用的接待场所和专职的调解员。经过 10 年的探索,江津区农村医疗责任保险已实现了所有镇街卫生院的全覆盖,通过第三方调解和医疗责任保险共同化解医疗纠纷,实现了患者、医疗机构、政府“三满意”。

3 讨 论

3.1 整体投保数量低,保险政策不全面 在重庆市统一推行医疗责任保险以来,参保医疗责任保险的医疗机构逐年增加,赔偿的金额也有所降低,但是全市投保医疗责任险的医疗机构仍是少数。2013 年投保医疗责任保险的医疗机构仅占全市医疗卫生机构的 16.85%。主要原因在于重庆市推行的仍是以自愿为基础的医疗责任保险,部分医疗机构都处于观望的状态。并且是在二级以上公立医疗机构推行医疗责任保险,对于基层医疗机构和民营医疗机构并没有积极的政策导向。基层医疗机构的医疗资源远不及二、三级医院,虽其负责提供的是常见病、多发病的诊治,然而医疗纠纷的发生率并不低。另一方面,重庆市民营医疗机构数量逐渐增加但质量良莠不齐,以致医患双方产生纠纷的概率相比其他医疗机构较高。

3.2 市各级各类医疗机构投保情况不平衡 重庆市目前共有二级医院 115 家,三级医院 22 家^[3]。据重庆市卫生行政部门的统计,2013 年各保险公司共承包 77 家医院医疗责任保险,占全市该级医疗机构数量的 56.20%。但这 77 家医疗机构主要为二级医院,三级医院较少。三级医院是集医疗、教学、科研

能力的综合型医院,医疗质量和医疗安全控制得好,与二级医院相比三级医院有较强的抵抗医疗风险的能力。但由于风险仍集中于单位本身,不能够通过再保险等方式得到进一步分散,其承担的医疗责任风险也相对较大。大医院不愿投保的主要原因在于大医院的意识问题,对执业风险存在客观性评估不足。部分认为若把保费用于“私了”,一般还有剩余;部分则认为其医疗纠纷发生率低,只需加强规范管理即可。其次投保费用高,参保实效甚微等也是其不愿投保的原因之一。

3.3 保险产品不完善,服务不到位 保费和理赔是一个保险产品最为重要的两个方面,也是医疗机构投保时最关心的两个方面。一旦这两方面没有取得医疗机构的信任,势必会导致医疗责任保险在医疗机构失去生存和发展的可持续性^[8]。由于医疗行业的专业性和特殊性,保险机构费率的测算缺乏基础数据,在科学厘定、有效测算不足的情况下,因考虑到自身利益通常会制订较高费率。要求医疗机构投保费用额度较高,导致部分医疗机构购买医疗保险的费用远远高于医疗机构医疗纠纷和医疗事故实际赔付金额,形成了“花大价钱买不到小平安”的局面。理赔过程中,医疗机构常遭遇“投保容易、赔付难、赔付少、程序复杂”的情形,且保险机构不能有效地将医疗纠纷和医疗争议事件转移到医疗机构之外的场所进行处置,在维护正常医疗秩序方面收效甚微,影响了部分医疗机构的投保积极性。再加之保险机构内部缺乏通晓医学、法学、保险学的复合型人才,在接手处理医疗责任保险的处理过程中,理赔效率得不到提升。

4 建 议

4.1 建立强制责任保险制度 可以借鉴国外或其他省市的医疗责任保险经验,探索建立全市强制医疗责任保险。如北京市于 2004 年规定全市公立医院必须按要求参加医疗责任保险,正是因为这一举措,北京市公立医院投保率有明显增加^[9]。通过强制提高投保人数和扩大参保范围,并进一步细化医疗责任保险的实现形式和工作流程等。从自愿投保到实施强制给予充足的过渡期,过渡期中,可以考虑完善考核机制,将医疗机构参加医疗责任保险纳入医疗机构质量安全等相关考核中,从而提高医疗机构投保的积极性。

4.2 政府提供政策扶持和财政补贴 医疗责任保险不同于一般的商业保险,是带有公益性的险种,政府应给予政策扶持。政府也应在推进医疗责任保险的基础上对承保该险种的保险机构提供一定的政策优惠,如给予税收优惠或财政专项补偿等措施,确保保险机构在此险种的非营利性^[10]。对医疗机构投保医疗责任保险予以保费补贴,提高医疗机构投保积极性,保障医务人员合法权益。降低保险公司经营成本,同时减轻医疗机构保费负担。

4.3 明确政策导向,健全配套政策

4.3.1 扩大投保范围,探索建立医疗纠纷风险基金 对于基层医疗机构和民营医疗机构,其抵抗医疗风险的能力都较弱,都有投保医疗责任保险的必要性,需要投保医疗责任保险来转移和分担医疗风险。因此,卫生行政主管部门应将基层医疗机构和民营医院明确到投保医疗责任保险的范围中,并将江津区农村医疗责任保险模式推广到其他区县。医疗行业的高风险性应该由全社会共同承担,探索建立全市医疗;医疗纠纷风险基金主要用于购买医疗责任保险,由政府、医院和医务人员共同承担,打消医院和医务人员对保费的顾虑。

4.3.2 完善第三方调解机制,促进有效衔接 以人民调解为主体的“三调解一保险”制度体系并没有完整建立,少数区县仍未落实调解场所和专职调解人员。需建立一支专业化的调解队伍明确调解程序,保障医疗纠纷人民调解组织的工作场所、

工作经费和人员经费,增强调解机构的独立性、公正性、权威性。确定调解委员会和保险机构的角色分工,推动医疗纠纷人民调解和医疗责任保险有效衔接。

4.4 保险公司完善其产品及服务

4.4.1 建立浮动保险费率机制 建议根据医疗机构风险状况建立保费浮动的费率机制。卫生行政主管部门提供保费测算的基础数据,保险机构需将医疗机构类别、级别、科室、业务量等加以考虑^[11],依据医疗机构发生医疗纠纷数量和赔付率确定下年度的保费额度。充分发挥医疗责任保险的积极作用,又兼顾保险机构保本微利的目标。

4.4.2 提高理赔效率,丰富产品种类 培养和引进专业性人才,调解时保险公司应全程参与到调解过程中,根据调解协议进行理赔,提高医疗纠纷的解决效率。保险机构需增加与医疗行业相关的保险产品供给,例如意外伤害保险、患者就医责任险等;并开发综合类保险产品^[12],针对如医疗机构场所、医护人员人身伤害的保险产品,以及医护人员感染埃博拉病毒、SARS、AIDS、甲型 H1N1 流感等保险产品,用以改善目前医疗责任保险产品单一而无法满足市场需要的现状。

4.5 医疗机构加强风险意识 鉴于医疗卫生行业的高技术、高风险性和未知领域多等特点,医疗风险是客观存在的,虽然难以避免,但却可以分担。医疗机构应正视医疗风险的客观性,提高医疗风险防范意识,积极投保医疗责任保险。其次,医疗机构应规范医务人员的工作规范,增进与患者的沟通,把患者的利益放在第一位,提升服务质量,从根本上预防和降低医疗纠纷的发生。

参考文献

- [1] 翟宏丽. 域外医疗责任强制保险的经验与我国的策略[J]. 法制与经济, 2011(9): 222, 224.
- [2] 杨颢, 黎佳平, 肖娟. 浅析我国医疗责任保险之困境[J]. 现代医院管理, 2013, 11(1): 41-45.
- [3] 重庆市卫生与计划生育委员会. 2013 年重庆市卫生统计年鉴[M]. 重庆: 重庆市卫生和计划生育委员会, 2013: 68-70.
- [4] 谭亭. 重庆市实施强制医疗责任保险的立法可行性研究[D]. 重庆: 重庆医科大学, 2009.
- [5] 李科, 吴小翎. 重庆市建立替代性纠纷解决方式的分析与研究[J]. 重庆医学, 2013, 42(1): 96-97.
- [6] 关于执业医师法等“一法四规”落实情况监督检查工作总结的报告[R]. 重庆市卫生和计划生育委员会, 2014.
- [7] 刁孝堂, 白波. 以农村医疗责任保险推进基层卫生事业发展——重庆市江津区创新镇村医疗机构责任保险的调查[J]. 红旗文稿, 2007(10): 28-29.
- [8] 张泽洪. 新医疗责任保险的公信力分析[J]. 中国卫生经济, 2013, 32(8): 42-44.
- [9] 杜海艳. 北京市医疗责任保险发展研究[D]. 北京: 首都经济贸易大学, 2008.
- [10] 吴海波. 构建政策性医疗责任保险的可行性研究[J]. 南京中医药大学学报, 2012, 13(2): 101-102.
- [11] 廖晨歌. 论我国强制医疗责任保险立法的必要性[J]. 中国卫生事业管理, 2011, 28(10): 771-772.
- [12] 魏芳梅. 我国医疗责任保险的激励机制设计与分析[J]. 卫生经济研究, 2010(8): 28-29.