

关心医务人员的身心健康,使他们的工作压力得到释放,才能提供良好的医疗服务。医院应开展多形式的文化娱乐活动,如登山、徒步、户外拓展、郊游、运动会、晚会等,鼓励员工参加进来,根据不同的压力源采取不同的措施,努力创造宽松、和谐的工作环境^[6],减轻工作压力的同时,增加同事间交流与沟通机会。

3.4 建立健全休假制度,合理安排工作、学习、培训时间 在员工开放性意见与建议中,部分工作人员提出了工作、培训、就餐时间冲突,占用休息时间进行相关的培训使员工不能得到充分的休息,休息制度不完善的情况。因此,建议医院建立完善的休假制度,尽量少占用午休时间进行培训,否则,员工既得不到良好的休息,也达不到良好的培训效果;同时,新疆地处中国西部,属偏远地区,工作人员在紧张的工作状态中,希望利用假期时间能够进行旅行来缓解压力,建议医院完善值班制度、加班制度,给予一线员工充足的休假时间。

3.5 开展多种形式培训,鼓励员工继续医学教育 医院的发展不只是完善硬件设施及信息管理系统的建立,更主要的是人才的竞争,加大员工的资本投入,提供多种培训是有必要的^[7]。中国新一轮等级医院评审的应用持续质量改进工具(PDCA 循环)衡量医院所达到的水平,其应用于培训中能得到良好的效果,针对员工对所提供的培训的评价能反映出所提供的培训形式、内容是否达到医院员工满意,员工还可以提出自己想参加的培训,医院按需进行相关培训,能达到良好的培训效果。研究表明,教育程度高的员工,工作满意度相对较高,高学历的员工作为医院发展的骨干力量,在科室或部门的地位比较重要,自我实现的机会比较大^[4]。鼓励员工继续医学教育,如到国内、国外知名的医院进行进修、学术交流、继续深造等,做到与时俱进,不断提高医疗水平。

3.6 加强正面宣传,树立良好的医务人员形象 紧张的医患关系大大制约了医护人员的行为。因此,医院应当与媒体保持友好的关系,其对医疗行业的主观印象及不了解等,会给一定患者造成误解及对医务人员的仇视。医院宣传科及社会媒体应加大正面宣传,创造良好的医患和谐氛围;多组织医疗相关法律法规、医患关系沟通技巧等培训,从根源降低医患纠纷。医院建立三级处理网,即临床科室—纪检办公室—纠纷办,积极处理医患纠纷,维护良好的医疗信誉,树立良好的医务人员形象。

3.7 建立良好的科研奖励政策,鼓励医务人员开展学术交流
• 卫生管理 •

科研水平在一定程度上展示医院的医疗技术水平是否先进,医务人员在进入工作岗位后,从事科研的时间及精力大大减少,科研成果又与晋升挂钩。因此,医院应鼓励员工多搞科研,以大学为依托,提供良好的临床实验条件,相互扶持;建立科研奖励政策,鼓励员工进行课题申报;开展专业学术交流,给员工创造学习平台等。

综上所述,创造良好的医疗环境、提高患者满意度与政府的支持、医护人员的自身因素、医院的文化建设及媒体的宣传是分不开的,医院在“以患者为中心”的现代医疗服务模式中^[8],为了患者的利益的同时,应尽量保护医护人员群体,只有患者与医务人员之间的平衡才能创造和谐的医疗环境。由于不同医院政策、制度及规模配置有所不同,医院与医院之间的满意度也是有一定差异的,但医院都应开展本院员工满意度调查,了解员工满意度现状并提出相应的对策,采用精细化、科学的方法及经验管理相结合,有利于促进医疗质量的提升,促使医患关系的和谐,创造良好的医院文化的同时提高医院的综合竞争力。

参考文献:

- [1] 孙葵. 公立医院医生工作满意度现状评价及策略研究[D]. 山东:潍坊医学院,2008.
- [2] 周子君,林明建,杨辉,等. 部分省市医生满意度调查[J]. 中国医院管理,2003,23(5):4-6.
- [3] 徐媛,夏媛媛. 仪征市人民医院的医院文化建设分析与对策[J]. 医院管理论坛,2011,8(28):30-34.
- [4] 郎颖. 宁夏某医院员工满意度调查与分析[J]. 宁夏医科大学学报,2010,32(4):534-537.
- [5] 高艳,王明晓,张文静,等. 13 所综合医院员工满意度调查分析[J]. 中华医院管理杂志,2011,27(10):745-747.
- [6] 李超红,胡近. 医务人员工作满意度研究[J]. 中国卫生资源,2007,10(1):10-11.
- [7] 赵莉丽,李道革. 提高公立医院员工满意度的策略研究[J]. 医学与社会,2006,19(11):55-56.
- [8] 胡磊,赵娜. 医院网络信息中心满意度调查研究[J]. 重庆医学,2010,39(2):218-219.

(收稿日期:2013-01-08 修回日期:2013-04-22)

重大疾病医疗保障存在的问题及对策研究*

詹长春^{1,2},周绿林²,蒋欣²

(1. 湖北医药学院卫生管理与卫生事业发展研究中心,湖北十堰 442000;

2. 江苏大学管理学院,江苏镇江 212013)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.24.045

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2013)24-2933-03

重大疾病是导致人们因病致贫、因病返贫的重要原因,完善重大疾病保障制度,提高重大疾病的保障水平是改善民生、

促进社会和谐的一件大事。2012年7月19日,在国务院深化医药卫生体制改革领导小组第十一次全体会议上,中共中央政

* 基金项目:湖北省高校人文社科重点研究基地开放基金重点项目(2011A002);国家社会科学基金资助项目(13BGL139);国家社会科学基金资助项目(12BGL110)。 作者简介:詹长春(1973~),副教授,硕士生导师,主要从事医疗保障的教学与研究工作。

治局常委、国务院副总理李克强指出“重大疾病保障是衡量一个国家医疗保障水平的重要标准,建立大病保障制度,切实解决大病患者的特殊困难,解除他们的后顾之忧”。本文以江苏省 6 个样本地区重大疾病医疗保障实践为实证,探讨存在的问题并提出相关对策建议。

1 资料与方法

鉴于江苏全省各地经济社会的差异性,本研究选择苏南地区的无锡市和常州市、苏中地区的泰州市和镇江市、苏北地区的淮安市和宿迁市共 6 个市作为样本地区,课题组成员 2012 年 4~6 月到这 6 个市医疗保险基金管理中心收集已纳入统筹支付的门诊特殊疾病、门诊慢性疾病以及部分城镇职工高额住院费用的相关资料。利用 Excel 2007 建立数据库,并对数据进行分析处理。

2 当前重大疾病医疗保障存在的问题

2.1 重大疾病内涵界定不统一,导致保障的不公平性 本次调查发现,6 个样本地区对重大疾病内涵界定各不相同。从门诊重大疾病来看,各地纳入门诊统筹支付的门诊特殊疾病和门诊慢性疾病病种数目差异较大,少则 9 种,多则 47 种,分别为:无锡市纳入了 16 种,常州市纳入了 9 种,泰州市纳入了 29 种,镇江市纳入了 14 种,淮安市纳入了 47 种,宿迁市纳入了 27 种。从住院重大疾病来看,6 个样本地区虽然均将当地实行的城镇职工基本医疗保险封顶线作为该地区重大疾病的起始费用标准,但各地当前实行的统筹基金封顶线差异较大,高者达 30 万元,低者仅 5 万元,无锡市、常州市、泰州市、镇江市、淮安市、宿迁市分别为 30、15、6、5、10、5 万元。对重大疾病内涵界定的不统一,必然会导致全省各地参保职工就医的不公平性和待遇保障的不公平性。

2.2 重大疾病保障水平参差不齐,多数地区保障水平有待提高 重大疾病的治疗通常会花费高额的医疗费用,如果这种高额的医疗费用得不到有效保障,就会给患者个人及其家庭造成沉重的经济负担。因此,重大疾病的保障水平理应比日常普通疾病的保障水平要高。依据 2005 年世界卫生组织(WHO)的研究结论“当个人自付费用占医疗总费用的比例低于 15% 时,很少有家庭会受到灾难性卫生支出(catastrophic health expenditure)的影响”^[1],可以得出,如果非个人自付,即医疗保险支付的医疗费用占医疗总费用的比例高于 85% 时,很少有家庭会受到灾难性卫生支出的影响。由于 WHO 在提出该结论时,是以全世界 59 个国家的家庭调查数据为依据,在这 59 个国家中既包括了美国、英国、加拿大等 21 个发达国家,还包括了泰国、越南、印度尼西亚、阿根廷等 38 个发展中国家,研究范围覆盖面广,研究结论适用性强。因此,该结论对于发展中国家的中国来说,也具有重要的参考作用。当然,在中国这一结论是否完全符合实情,还有待今后进一步通过家庭调查来验证。本研究拟以 85% 的实际补偿比作为适宜的保障水平标准。从 6 个样本地区当前的实际保障情况来看,门诊重大疾病的保障水平较低,并且各病种的保障水平参差不齐。以 6 个样本地区中已至少被 3 个地区同时纳入的 15 种门诊大病病种为例,“恶性肿瘤放、化疗”实际补偿比最高(79.17%),“肾功能衰竭尿毒症透析”实际补偿比最低(44.99%),平均补偿比为 71.17%。其中,仅有 4 个病种的实际补偿比在 70% 以上,实际补偿在 60% 以下的多达 8 个病种,其他 3 个病种的保障水平介于 60%~70% 之间。从住院重大疾病的保障情况来看,除无锡市的住院重大疾病医疗费用实际补偿比达 85.69% 以外,其他几个地区的实际补偿比均在 70%~80% 之间,与适宜

的保障水平标准(85%)相比还存在一定的差距,保障水平有待提高。

2.3 与商业保险合作的补偿机制尚未完全形成,影响了重大疾病补偿的效果 社会基本医疗保险依靠庞大的社会资源优势可为重大疾病患者提供基本的医疗费用补偿;商业保险利用其自身的专业优势,强调对医疗服务供给的控制,从而可为重大疾病患者提供超出基本医疗部分的费用补偿。因此,可以说,社会基本医疗保险和商业保险均是重大疾病补偿机制中不可或缺的主体。然而,从 6 个样本地区当前的实际补偿情况来看,与商业保险合作共同补偿重大疾病费用的地区仅有泰州市和淮安市;另外,从合作的程度来看,现在并没有完全形成责任共担、利益共享、信息互用的合作机制,以至于重大疾病的补偿效果与其他几个地区相比并不十分明显,这一结论可从各地住院重大疾病医疗费用实际补偿比中得以证实。

3 问题存在主要原因

导致上述问题的原因有很多,归纳起来主要有以下 2 个方面。

3.1 制度自身的原因 缺乏顶层设计。当前重大疾病医疗保险中存在的许多问题与制度本身缺乏顶层设计有关。例如,门诊特殊疾病和门诊慢性疾病无论从国家层面还是从省级层面均要求重点保障,然而,门诊特殊疾病和门诊慢性疾病究竟应包括多少种疾病,补偿水平究竟达到多高。目前,在城镇职工基本医疗保险实践中,这两个层面均缺少统一设计和界定,从而导致地方各自为政、有多有少,造成参保职工就医的不公平性和待遇保障的不公平性。再如,社会基本医疗保险究竟是否需要和商业保险合作来共同补偿重大疾病费用,目前,在城镇职工基本医疗保险实践中,国家层面和省级层面均缺乏统一设计和安排,在一定程度上影响了重大疾病补偿的效果。

3.2 制度外的原因 地方客观条件的限制。全省各地在经济发展水平、社会老龄化程度、职工工资收入、个人就医倾向、医疗资源丰富程度等方面各有不同,这些因素均会对实际补偿水平产生不同程度的影响。在制度缺乏顶层设计和规定的背景下,因客观条件的限制,全省各地在医疗保险实践中各自制订出不同的政策也就不足为奇了。另外,各种门诊重大疾病的保障水平参差不齐、多数地区保障水平还有待提高等问题,也与地方客观条件的限制有一定的关系。

4 对策与建议

4.1 加强制度的顶层设计,明确界定重大疾病的内涵 当前,在中国城镇职工基本医疗保险实践中,无论是从省级层面还是国家层面对重大疾病的内涵还缺少统一设计和界定,从而造成参保职工看病就医的不公平性和待遇保障的不公平性。为减少这些不公平性,同时便于规范实践操作,从省级层面或国家层面明确界定重大疾病的内涵尤为迫切和重要。基于前文研究^[2],本课题组建议:(1)门诊重大疾病按病种界定。将本研究所提出的 15 种疾病,即恶性肿瘤放化疗、高血压(Ⅲ~Ⅳ期)、糖尿病、系统性红斑狼疮、帕金森病、精神病、慢性肝炎、肾功能衰竭尿毒症透析、白血病、器官移植抗排斥药治疗、冠心病、再生障碍性贫血、类风湿性关节炎、慢性肾炎、癫痫等纳入门诊大病统筹范围,全省各地甚至全国各地应全部实行。另外,全省各地当前已纳入统筹但又不在这 15 种疾病范围之中的门诊特殊疾病和门诊慢性疾病,可结合实情,量力实行。(2)住院重大疾病按费用进行界定。为了方便医疗保险的实践操作,本研究将 2005 年 WHO 提出的家庭灾难性卫生支出的概念,即在一定时期内(通常指 1 年),如果一个家庭发生的卫生费用达到或

超过其可支配收入的 40%，则可认为该家庭发生了灾难性卫生支出，推广应用到某一地区灾难性卫生支出的概念上，即将某地区灾难性卫生支出的起始点（即某地区家庭平均可支配收入的 40%）作为该地区重大疾病的起始费用标准。也就是说，在一定时期内（通常指 1 年），当参保职工发生的住院医疗费用达到或超过当地家庭平均可支配收入的 40% 时，即可将其所患疾病视为住院重大疾病。

4.2 积极做好重大疾病二次补偿工作，努力提高保障水平
重大疾病费用实行“二次补偿”也是一个较为理想的办法，已取得了较好的效果。本次调查访谈中了解到，部分重大疾病患者年终能直接从医疗保险机构获得现金补偿，有效减轻了他们的负担，经济压力得到缓解，患者个人及家庭对医疗保险机构人员心存感激，对医疗保险制度非常满意，效果十分明显。但存在的问题是二次补偿的额度较小、方式过于简单。

基于此，课题组建议把二次补偿工作作为提高重大疾病医疗保障水平的重要工作来抓。具体思路是：在基金总量不变的情况下，可以适当降低基本医疗保险的资金支付，尤其要降低单次较低的医疗费用的补偿比例，增加二次补偿基金，按照测算的合理补偿比，对低收入职工和高额医疗费用职工群体年终进行二次、甚至三次补偿。力争使重大疾病保障水平达到或接近适宜的保障水平标准（85%）。

4.3 加强与商业保险的合作，形成责任共担和利益共享的合作补偿机制
城镇职工基本医疗保险可以利用商业保险的专业优势，加强重大疾病保障的业务合作。在具体合作方式上，可采取向商业保险机构购买大病保险的方式，商业保险机构以保险合同形式承办城镇职工大病保险。具体操作上，可参照国家发改委、卫生部、人社部等六部委联合发布的《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》中的具体规定，即地方政府、卫生、人力资源社会保障、财政、发展改革部门制订大病保险的筹资、支付范围、最低补偿比例，以及就医、结算管理等基本政策要求，并通过政府招标选定承办大病保险的商业保险机构。符合基本准入条件的商业保险机构自愿参加投标，中标后以保险合同形式承办大病保险。

社会基本医疗保险如果能够与商业保险加强合作，形成责任共担、利益共享、信息互用的合作补偿机制，在重大疾病补偿效果方面就会取得明显成效。事实上，江苏太仓、广东湛江等地目前正在实行由商业保险机构以保险合同形式承办大病保险。实践证明，这些地方的群众享受到更高层次的大病支付待遇，医疗保险的服务质量和水平有所提高。由于对医疗机构和医疗服务的管控更为严格，医疗服务行为也更趋合理，总体来看放大了基本医疗保险的保障功效。

4.4 强化医疗费用的控制力度，提高重大疾病的补偿效果
重大疾病的发生往往会给患者及其家庭带来灾难性卫生支出^[3-5]，如果这种灾难性卫生支出得不到有效保障，便会给个人及其家庭造成沉重的负担，重大疾病患者甚至因此而陷入贫困。因此，保障重大疾病的根本目标是有效减轻重大疾病患者

的经济负担，保护人们免受灾难性卫生支出的影响和随之而来的贫困^[6]。

通过提高保障水平，即提高“重大疾病医疗费用实际补偿比”的办法，促进上述根本目标实现方面可起一定的作用，但效果有限。例如，样本地区一个花费住院医疗费用 20 万元的重大疾病患者，如果按照当前样本地区的平均补偿水平（74.9%）进行补偿的话，其个人自付的费用是 5.02 万元；在医疗费用得不到有效控制时，假如该患者花费的医疗费用上涨到 40 万元，即使将实际补偿比提高到适宜的补偿标准（85%），此时其个人自付的费用上升到 6 万元。显然，在这个示例中，虽然提高了重大疾病的保障水平，但补偿效果并不理想，个人的经济负担并没有因此下降，反而增加了。由此可见，强化医疗费用的控制力度，在提高重大疾病的补偿效果方面将起到重要作用。

强化医疗费用的控制力度，需要社会相关部门的密切配合。各相关部门和机构要通过多种方式加强监督管理，防控不合理医疗行为和费用，保障医疗服务质量。卫生部门要加强对医疗机构、医疗服务行为和质量的监管；商业保险机构要充分发挥医疗保险机制的作用，与卫生、人力资源社会保障部门密切配合，加强对相关医疗服务和医疗费用的监控。

在控制医疗费用的具体办法上，可从医疗服务供需双方入手，做到费用控制措施的多管齐下。对医疗服务需方的费用控制办法上，可继续采用住院起付线、封顶线、按比例分担等办法；对医疗服务供方的费用控制办法上，主要是改进费用结算办法，在总额预算的基础上建议实行按病种结算，同时还需建立起相应的服务指标考核体系，以防止医疗服务提供方的违规行为。

参考文献：

- [1] Xu K. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure [R]. WHO/EIP/HSF/PB, 2005.
- [2] 周绿林, 詹长春, 吴悦, 等. 重大疾病医疗保障水平及补偿机制研究[R]. 江苏省医疗保险研究会, 2012.
- [3] Yardima MS, Nesrin CG, Yardimb N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey [J]. Health Policy, 2010, 163(1): 26-33.
- [4] Galarraga O, Sosa-Rub SG. Health insurance for the poor; impact on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico [J]. Euro J Health Econ, 2010, 265(3): 437-447.
- [5] 王军. 对重大疾病保险中重大疾病规范定义的认识 [J]. 淮海医药, 2008, 26(1): 84-85.
- [6] Xu K, Evans DB. Household catastrophic health expenditure; a multicountry analysis [J]. Lancet, 2003, 362(7): 1111-1117.

（收稿日期：2013-01-08 修回日期：2013-04-22）