

础,是为患者提供优质护理服务的基本保障。本院虽然在肿瘤护理临床重点专科建设方面进行了实践方法的探索,取得了一定成效,但由于护理人员工作环境和性质的特殊性,临床工作和护理科研很难兼顾好,影响肿瘤护理科学研究的广度和深度,此外,本院还将在高层次护理人才引进、肿瘤亚专科方向护理人才的培养及使用、肿瘤特色护理的创新方面继续探索实践,以助力肿瘤临床护理高质量发展,不断提升肿瘤护理学科水平。

## 参考文献

- [1] BRAY F, FERLAY J, SOERJOMATARAM I, et al. Global cancer statistics 2018; GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68(6): 394-424.
- [2] 王毛俊, 马庆华, 马亚娜. 三级综合医院临床重点专科管理的探索与思考[J]. 江苏卫生事业管理, 2019, 30(9): 1089-1091.
- [3] 杨鸿, 刘红丽. 基于 APP 平台的健康教育在居家癌性疼痛患者延续护理中的应用研究[J]. 护理管理杂志, 2018, 18(8): 597-600.
- [4] 唐玲, 皮远萍, 邓本敏, 等. 癌症患者心理痛苦分层管理模式的构建[J]. 检验医学与临床, 2015, 12(24): 3626-3628.
- [5] 唐玲, 皮远萍, 邓本敏. 化疗方案对恶性肿瘤患者

化疗消化道症状的影响研究[J]. 重庆医学, 2012, 41(35): 3789-3790.

- [6] 邓本敏, 唐玲, 皮远萍. 肿瘤化疗消化道症状综合评分系统软件的临床应用[J]. 中国护理管理, 2014, 14(8): 889-893.
- [7] 杨红, 徐海燕, 夏兴梅, 等. 电子灸联合胃复安穴位注射治疗化疗相关性恶心呕吐的疗效观察[J]. 检验医学与临床, 2018, 15(20): 3119-3121.
- [8] 张黎丹, 杨红, 刘昌梅, 等. 五行音乐疗法改善晚期肿瘤患者焦虑、抑郁症状的临床运用研究[J]. 全科护理, 2018, 16(30): 3786-3787.
- [9] 易学明. 以人才培养和学科建设为牵引建设创新型医院[J]. 中国医院管理, 2008, 28(3): 44-45.
- [10] 国家卫生计生委等 3 部门关于印发《国家临床重点专科建设项目管理暂行办法》的通知[EB/OL]. <http://www.nhc.gov.cn/cms-search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id=33de9cea62a244598fd8c36e231d1c58>.
- [11] 余广彪, 何韵, 曹蔚玮, 等. 中山大学肿瘤防治中心精益管理模式下的一流学科建设实践[J]. 中国肿瘤, 2019, 28(6): 428-434.
- [12] 祝雯璐, 肖翔, 黄葭燕, 等. 上海第四轮公共卫生重点学科建设成效评估[J]. 中国公共卫生, 2019, 35(9): 1114-1118.

(收稿日期: 2020-12-22 修回日期: 2021-06-10)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.18.039

网络首发 <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20210519.1826.010.html>(2021-05-20)

## 医师责任相互保险 SWOT 分析\*

黄贤昌<sup>1</sup>, 庞庆泉<sup>1</sup>, 许世华<sup>2</sup>

(右江民族医学院: 1. 公共卫生与管理学院; 2. 马克思主义学院, 广西百色 533000)

**[摘要]** 通过 SWOT 分析, 发现互联网为相互保险提供了发展契机, 医师责任相互保险也有多元化办医政策的支持, 应尽快解决医师责任立法缺失及相互保险立法不完善等问题, 建立“救助先行, 责任追偿”的医疗风险共担机制, 使患者摆脱责任保险的博弈战, 促进多层次医师责任保险的构建。

**[关键词]** 相互保险; 医疗损害责任; 医师责任; 医师责任保险; SWOT

**[中图分类号]** R197

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** 1671-8348(2021)18-3238-03

2014 年度国家卫计委出台《关于加强医疗责任险工作的意见》, 开始推广医疗责任保险, 以医院为投保人强制公立医院参保。但传统的医疗责任保险既不能有效减轻医疗机构的负担, 也不能对医疗纠纷的解

决发挥预期作用<sup>[1]</sup>。2015 年保监会发布《相互保险组织监管试行办法》(以下简称《办法》), 为特定区域、特定行业、特定人群建立相互保险组织提供了法律依据。我国优化多元办医格局下, 尤需为医师执业配套

\* 基金项目: 国家社会科学基金项目(19XGL020); 广西高校中青年教师基础能力提升项目(2018KY0424)。 作者简介: 黄贤昌(1982—), 讲师, 硕士, 主要从事社会保障与卫生法律研究。

多元的保障机制,医师责任相互保险势必成为医疗责任保险的重要形式,本文对我国发展医师责任相互保险进行 SWOT 分析,研判其运行之基础。

## 1 优势(strengths,S)

### 1.1 医疗行业特征适合相互保险

当前各地方政府基本按照“六统一”原则建立了“调保结合”的医疗纠纷处置模式,明确统一保险方案、统一产品责任、统一工作步骤、统一保险价格、统一参加保险、统一调赔服务。医疗风险差异分布是相对稳定,如口腔、康复等风险较低,而外科、妇产科等风险较高。由保险公司确定和细分医师责任相互保险市场实施“六统一”机制,难以满足医疗专业需求。医师根据执业风险同质自行组建相互保险组织,排除了保险公司的逐利机制,组织由专业的同行医师构成,承保与理赔时最大限度消除了信息壁垒,风险识别更加精准,有效规避逆向选择,风险的预防和处置更加专业、有效。摊收保费制能使小规模医师责任相互保险遍地开花,可以是同一专科内医师组成相互保险,也可以是同一层级的医师组成相互保险,还可以是特定区域的医师组成相互保险,从而形成层次分明的医师责任相互保险市场,更利于政府对于高风险专科或高风险领域的调控和扶持。

### 1.2 相互保险契合医疗公益性

公益性原则是我国深化医药卫生体制改革的首要原则,要求各项制度在兼顾医患利益时,必须以患者利益为“初心”。我国医疗责任保险市场的供给主体主要是股份制保险公司,以追求利润为宗旨,同时我国医改还处在回归公益性的道路上。保险公司和医疗机构显然存在利益博弈,有悖于我国医疗卫生事业公益性之“初心”。

相互保险具有非营利性的特点,消除了资本逐利的外部压力,专注风险预防与控制。医师既是医师责任相互保险组织的投保人,也是保险组织的会员成员,即保险组织的所有人,消除了供需利益博弈,契合医疗卫生事业的公益性质。医师责任相互保险也是确保体制外行医办医实现公益性的保障性机制。

## 2 劣势(weaknesses,W)

### 2.1 相互保险组织存在劣势

首先,相互保险法人地位模糊。《办法》定义相互保险组织时,只作适用领域的指导,未规定具体的组织形式,也未具体规定组织性质和责任能力,组织责任范围比较模糊。实务中相互保险以相互关系为根基,组织形式多样,既不算合伙也不是股份制,有非营利的特点,但并不代表其为非营利性法人,亦不适用《民法典》中非营利性法人的规则。

其次,理论上相互保险是自行组织、自行管理的组织,但医师高强度工作之余,难以深入组织管理,因此,医师责任相互保险组织更容易陷入“内部人控制”的局面,最终导致管理僵化。

### 2.2 医师责任相互保险缺失客观主体

2016 年,“健康中国 2030”提出优化多元办医格局,将“自由执业”与“医生集团”写进了文件。多元化行医办医是医疗体制改革实现公益性不可或缺的。公益性决于监管机制能否纠正这些形式偏离公益性,因此,我国优化多元办医格导向是非常正确的。

我国医疗体制改革要实现公益性,必须建立明晰的责权系统,在医疗损害责任上区分医院责任和医师责任,体制外的医师尤需。《民法典》第 1218 条已然有意区分医师责任和医院责任,但依然没有落实医师责任,医疗损害赔偿任由医院负责<sup>[2]</sup>。医师有明确的行医自主权,其不能代表医疗机构,也不是医疗机构的代理人,由医疗机构承担其行为法律后果,理论非常模糊。医师责任相互保险更强调医师之间的相互,当下医疗损害责任的立法片面强调医院责任,没有落实医师责任,使医师责任相互保险缺失法律主体。

## 3 机会(opportunities,O)

### 3.1 多元化办医需要相互保险支持

我国多元化办医政策引导下,个体执业、多点执业、医生集团蓬勃发展,渐成规模。2019 年 10 月底,已有 21.5 万医生注册多点执业,比 2016 年增长 3 倍多,目前国内已有 160 多个医生集团。

多元化办医下医疗责任风险呈现更多样化、更复杂化的格局,不同类型、不同层次的医疗责任风险亟需安排不同的风险管理方式。显然,以医院责任为基础的“六统一”难以覆盖个体执业、多点执业、医生集团。组织形式多样、组建机制灵活的相互保险符合多元化办医的需求。相互保险不仅有相互分散风险的功能,组织内部更专业的互监机制,可以纠正医师资质的变相租借等不良现象。多元化办医格局下,相互保险是体制外的行医办医转嫁或分散医疗责任风险的最好选择。

### 3.2 “互联网+”提供发展契机

传统相互保险组织最大的劣势是发展会员受时空限制,难成规模。互联网进入了数据共享、优化业务流程、降低运营成本、提升协同效率的“区块链”应用时代,“互联网+相互保险”必能使这一劣势迎刃而解。2008 年国际金融危机后,以融资见长的股份制保险陷入融资疲软的困境,相互保险就是借助“互联网+”重新焕发活力,如支付宝推出“相互宝”数小时就有近 300 万居民加入<sup>[3]</sup>。

医师责任相互保险成员群体以医师个人为主,在医师高强度的工作压力之下,若不依赖媒介功能强劲的“互联网+”平台,医师责任相互保险必然难以达成。现有的“互联网+医疗”“互联网+保险”不仅可以为医师责任相互保险提供媒介功能,还能在此基础上直接建立相互保险平台,“区块链”技术更是能助力医师责任相互保险精准融合医患权益。

## 4 威胁(threats, T)

无论医师责任相互保险以什么样的方式运营, 都可能会面临“叫好不叫座”的局面, 根源在于责任保险利益博弈的核心并不在投保双方, 而在受害人。医师责任相互保险最大的“威胁”是患者。

### 4.1 医保利合压制患者利益

医患原本有着共同的目标, 医师责任相互保险的初衷应当是促进患者的利益得到及时保障, 否则有悖伦理。如果医疗损害仅仅涉及赔偿, 多数的医疗机构及医务人员无须甚至不愿通过保险转嫁责任风险。但现实是医患纠纷常常陷入拉锯战, 对双方消耗巨大。因此, 医疗机构及医务人员选择医师责任相互保险更大的愿望是将医患纠纷的处理工作转嫁给保险组织, 希望并要求保险组织的利益与医疗机构及医务人员的利益是捆绑的。这样患方沦为“更弱者”, 对医疗机构及保险机构都极不信任, 医疗损害赔偿纠纷更加“长尾巴”。

### 4.2 医患利合损害保方利益

责任保险产生之初就因道德因素饱受争议, 其中“虚假的”施害方与受害方恶意通谋来损害保险方利益就是难以消除的道德风险。虽然互联网技术使得信息变得更加透明, 但医师责任相互保险还是不能完全突破医学的专业问题和责任的道德问题。时下医患矛盾依然十分严峻, 医师责任相互保险又不能抑制整体医疗纠纷的增加, 甚至会刺激“缓和型医疗纠纷”的上涨<sup>[4]</sup>, 如医疗机构及医务人员真正的需求是减缓纠纷, 就会倚着医师责任相互保险的保障急于抗辩, 保险方既难以突破医学专业, 又无抗辩替代权, 只能吃哑巴亏, 遭受经营风险, 最终不再热衷医师责任相互保险。

实务中, 基于医师职业的特殊性, 医师责任相互保险恐怕也以托管模式为主, “隐性的保险方”还是存在的, “三者博弈”并未根除, 患方利益亦然是摆在医师责任相互保险面前的第一道障碍。

## 5 SWOT 战略选择

通过 SWOT 分析, 发现医师责任相互保险有内在优势和劣势, 又有政策导向的支持及“互联网+”大环境的机遇, 应采取优势-机会(SO)和劣势-威胁(WT)相结合的发展战略。

### 5.1 SO 战略

在“互联网+”推动下, 积极推进体制外医师及多点执业医师根据风险需求组建相互保险组织, 由医师协会牵头建立各类医疗专科相互保险, 以参加相互保险作为医师加入医生集团的准入条件, 基层医师加入医师责任相互保险可由政府提供政策支持等。多层面的医师责任相互保险体系与医院责任保险共同组

成我国医疗责任保险系统, 为多元化办医实现公益性提供保障机制。

### 5.2 WT 战略

应加快建立医师责任与医院责任共存的法制框架, 完善相互保险组织的立法, 确保医师责任相互保险拥有内在的法律属性。同时, 建立“医疗责任险+医疗意外险+医疗保障”相融合的医疗风险共担机制, 救助先行, 责任追偿, 确保遭受医疗损害后果的患者能够得到及时全面的救济, 摆脱责任保险的博弈战, 避免医患保利益博弈中出现“二打一”的局面。

## 参考文献

- [1] 曾见, 彭加茂. 论医疗责任保险的外部条件[J]. 医学与哲学(A), 2016, 37(3): 63-66.
- [2] 陈龙业. 医疗损害责任的规则创新与司法适用: 关于民法典医疗损害责任一章修改规定的解读[J]. 中国应用法学, 2020, 4(6): 143-155.
- [3] 汪燕, 吴凤阳. “互联网+”背景下相互保险的发展前景分析[J]. 中国商论, 2019, 28(14): 19-21.
- [4] 张祥祯, 阳立高, 赵杨. 医疗责任保险对医患关系的影响研究[J]. 科学决策, 2019, 26(11): 25-48.
- [5] 庞世之, 杨博. 英美相互制医师责任保险的启示[N/OL]. 中国银行保险报. (2020-05-21)[2020-12-03]. [http://shh.sinoins.com/2020-05/21/content\\_344624.htm](http://shh.sinoins.com/2020-05/21/content_344624.htm).
- [6] 蓝昕. 浅谈我国医师执业责任保险之必要性及制度构建[J]. 医学与法学, 2018, 10(4): 19-23.
- [7] 马文建. 购买医师责任保险是推行多点执业的必备条件[J]. 中国卫生法制, 2016, 24(4): 46-49.
- [8] 李志强. 基于相互制医疗责任保险思考医疗纠纷解决机制[J]. 医学与哲学(A), 2017, 38(5): 50-53.
- [9] 刘影. 我国首批相互保险社的试点追踪与展望[J]. 保险职业学院学报, 2020, 34(5): 46-52.
- [10] 缪若冰. 相互保险组织与合作社的法律关系探析[J]. 经济法研究, 2019, 23(2): 146-159.
- [11] 陈佳恺. 我国医疗损害补偿机制比较研究[J]. 卫生经济研究, 2018, 35(8): 24-27.
- [12] 杨毅, 官俏兵, 郭丽, 等. 浅析无过错医疗损害及其救济制度[J]. 医院管理论坛, 2018, 35(11): 5-7.
- [13] 夏维华. 区块链技术赋能下保险创新发展模式探索: 以相互保险为例[J]. 财会月刊, 2020, 41(21): 128-133.