



建立有效的 医患相互制约机制 是医改成功的关键

○ 熊茂友

目前,我国医保制度的模式主要有两种,一种是以九江、镇江为代表的通道式(个人账户和自付段用完可继续使用社会统筹),另一种是以海南为代表的板块式(个人账户与社会统筹分块运作,个人账户只看门诊,社会统筹只管住院)。这两种模式各有特色,也有各自的不足之处。

关于通道式医保模式。在试点初期,对费用支出有一定的遏制作用,后来由于对医院缺乏有效的制约手段,医院、医生、患者三者利益完全趋同(医院想创收,医生想做顺乎人情,患者想吃小亏占大便宜,都希望多开药开好药等),致使医保基金大大超支。为了对医院费用支出进行控制,有的试点城市设想动态均值管理,即按若干所医院平均人均处方值,对高于或低于平均处方值的进行罚或奖。这种方式运行的结果是各家医院串通起来,共同提高处方值,同时医院普遍通过分解处方增加

门诊和住院人次来降低人均处方值,因而各医院支出费用仍然照涨不误,尤其一些无自付费用的特殊人群费用大得惊人。

关于板块式医保模式。由于门诊费用由个人账户支付,超支部分全部由个人负担,住院才使用社会统筹基金,这对门诊费用支出起到了控制作用,但也在一定程度上增加了某些慢性病人和常犯小病的人的负担,同时住院虽然比门诊更容易控制费用的流失,但是如果医院受利益驱动的影响,为了多创收,也会对那些人证不符、一人住院全家吃药的行为放任自流,甚至提供方便。有的试点城市医保机构为了控制住院费用支出,对医院实行目标管理(也称为总量控制),即在医院收治人次和医疗费用支出额均达到一定的指标,医保机构给予奖励,如未达标的给予处罚,如医疗费用超过标准,费用部分或全部由医院自己承担。这种方法存在

两个问题:一是住院收治人次也是可以人为分解的。二是住院的医疗费用额也可以人为调整。当未达标时可通过医生诱导患者多开高价药、多做可作可不作的检查,以此加速医药费用的上升;当医疗费用快超支时,医方可采取推诿病人或对患者该用的药不用或少用,该做的检查不予检查,以此来抑制医药费用上升。这种目标管理方法,医保机构在总体上控制住了费用,但它很可能是以浪费医疗资源和降低医疗质量为代价而换取的,这与医改的初衷是相违背的。

为了控制医保基金的浪费和流失,以上两种模式均采用加大个人自付比例的办法来遏制。这种作法对参保患者的浪费行为起到了制约作用,由于加大个人付费比例,有些人会对自己可看不看的病尽量不看,可开可不开的药尽量不开,可作可不作的检查尽量不作。但对控制基金的流失作用不大,只要费用自付比例不是加大到百分之百,非医保对象还是不会放弃通过种种途径去享用医保基金的。加大个人付费比例,同时也带来一定的副作用,给一部分真正的参保患者,尤其是家庭经济困难的大病、多病患者,带来沉重的经济负担。

医改不管采取什么模式,都必须以提高参保患者的医疗质量、减少医疗资源的浪费和流失为前提,要做到这些,建立一种医患相互制约的机制是关键,而其中对医方的制约机制则又是关键的关键。因为医方总是处于主导地位,他的言行在很大程度上能控制或诱导患者的就诊行为(包括正当的与不正当的),因此必须为医方设计一种为了获取自身最大经济利益就必须最大限度地减少医疗资源的浪费和流失,最大限度地提高参保人的医疗服务质量的新机制。为此,笔者借鉴国外经验,并吸取我国现行医保制度中一些有效的作法,设计一种“四定一自由加三段自付”的医保新模式(以下简称413模式)。

413模式的具体内容是:

四定：一定就诊医院。参保人只能自选一家具备一定条件的医院作为自己固定就诊医院，如定点医院条件所限，经医院同意，患者可以转诊，转诊所需医药费由定点医院承担。二定保费标准。医保机构按以收定支的原则，根据收费水平，参照全市医院近年实际平均费用标准，分参保人45岁以下、45岁以上、退休、离休四个等级，按各医院实际定点人数将医保基金分次拨给各定点医院，不论实际费用发生多少，超支不补，节余归己。三定参保人数。为保证定点医院有互济和抗风险能力，所定点医院的参保人数不得少于一定规模，少于一定的人数规模，取消当年的医院定点资格。四定医保质量。为保障参保人的合法权益，必须根据缴费标准确定医疗保障水平、定医疗服务质量、定侵犯参保人合法权益的处罚办法，并建立督查和仲裁组织等。

一自由：参保人凡对本人的定点医院服务质量不满意，可以随时自由退出并更换其他定点医院，退出医院和接收医院均不得以任何理由进行干涉，但一年只能更换一次。

三段自付：参保人凡就诊（包括门诊和住院），个人均按0.5万元以内、0.5万元至1万元、1万元以上三段，按不同比例累加自付一部分费用，此比例可以明显低于通道式和板块式的自付比例，退休人员可减半，离休人员可特殊照顾。

设想413模式的理由是：

1. 由于医保基金已按人头包给了医院，费用节约归己，超支不补，这就打破了通道式医患利益趋同的格局。医院的费用节约意识必然明显增强，医院必然会自觉地采取强有力的措施来限制那些开大处方、开高价药、为推销新药拿回扣、人证不符等资源浪费和费用流失的行为，也只有通过控制上述行为才能使医院获得适当的利润。同时由于费用已包，政府没有必要去限制用药种类、检查手段、转院的比例，这一切都由医院自行决定，这也可以减少职工与

政府的矛盾。

2. 由于医院实行定点，并明确了医保质量标准和监督办法，再加上患者不满意可无条件退出定点医院，这就迫使医院必须提高医疗服务质量，否则，不仅受到医保监管部门的处罚，更主要的是会不断地失去参保人，而且当参保人数降到一定程度就会被取消定点医院资格，这增强了医院的危机感。

3. 由于把离休人员的费用也包给医院，医院为了自身的利益和社会影响，也不得不改进医疗服务方式，提高医疗服务质量（如送医送药上门等），也只有这样，才能从根本上解决这些特殊人群的费用转移问题，也只有这样政府才能把更多的费用真正用在这些特殊人群的自身健康保障上。

4. 由于参保人对医院不满意可以自由退出，各定点医院很可能在医保项目和服务质量甚至医疗、药品价格上展开竞争，以更优越的医保项目和更优质的医疗服务及更优惠的医药价格，来吸引更多参保人，从而在全社会各医疗机构之间建立一种优胜劣汰机制，促进全社会医疗总体水平的提高，加速医疗体制的改革。

5. 由于在就诊时，虽然大头是医院出，但自己也要出一部分钱，这就避免一些人认为治病反正是医院包了，药不开白不开，因而硬要医生多开药、开好药、作不必要的检查的思想和行为，这在一定程度上缓解医生和患者之间的矛盾。

6. 由于对医院实行费用包干，加之参保人对定点医院不满意可以更换，这就有效地控制了医保基金的浪费和流失以及医药乱涨价行为。考虑这一因素，用人单位的筹资比例以及就诊时个人付费比例均可以下调，这在一定程度上减轻了用人单位和职工个人的负担。

当然，413模式也有不尽人意之处，这主要是参保人就选定一家医院，医院并不能包医百病，有的定点医院离有些参保人家或单位有一定的距离，看病不如其他模式那么方便。笔者认为，这个

矛盾并不十分突出。因为定点医院一般都选择技术力量和条件相对好些的综合性医院，一般的病都是能治疗的，至于特殊病种定点医疗治不了，考虑其责任和影响，定点医院也会及时转给其他专科医院或聘请专科医生进行会诊；在城市综合性医院一般还是分布比较均衡的，加上现在交通都很方便，而且一些大型企业自身就有条件较好的综合性医院；一些条件较好的医院也可通过兼营的办法，把一些位于居民较集中地方的小医院作为自己的派出机构，小病在派出机构看，大病到总医院去看。

至于有人担心医院由参保人自选，那么条件优越的定点医院会人满为患，而一些条件差的医院会无人问津。笔者认为，随着经济体制改革的日益深化，医疗体制改革也势在必行，医院要接受市场选择和挑战，有些医院的技术、设备条件差但可利用其区位优势（如附近居民集中）并通过改善服务态度，改进服务方式（如送医送药上门，下班时间和休息日开门就诊等），在有可能情况下聘请技术骨干，改善设备条件，以此来争取更多的参保人来院定点。有些医院技术设备条件很好，但是，如到该院定点的参保人过多，而医院不去进一步改进服务方式，改善服务条件，就会降低服务质量（如患者看病等待时间太长，医生因人多看病马虎等），若是参保人碰到此类情况过多，加之如所定医院离家较远，参保人就有可能作出重新选择定点医院的决定。至于一部分医疗机构因条件差、服务质量不好无参保人定点而淘汰，这是市场经济规律中正常现象，当然也会有不少医疗机构会在市场竞争中发展、壮大，脱颖而出。社会总是在竞争中发展、进步的。

至于在具体操作上还会碰到这样和那样的困难和问题，笔者认为只要机制问题解决了，其他问题通过努力是可以逐步得以解决的。

（作者单位：江西省九江市体改委）