

采用医保按人头付费应注意的问题

熊茂友

新医改以来，政府多次发文强调完善支付制度，积极探索实行按人头付费等方式。与其他付费方式相比，按人头付费有更多的优点，但如果不重视操作细节，它的优点也难以发挥。笔者认为必须注意以下四个方面的问题：

一是按人头付费是指按“定点”人头付费，而非按“就诊”人头付费。顾名思义，前者是按参保人在医院“定点”的人头数向医院支付医保基金，而后者是按参保人在医院“就诊”的人头数（同

一参保人多次就诊只能算一个就诊人头数）向医院支付医保基金，两者是两个完全不同的概念。前者对当地的医院条件（包括医疗健康服务体系）有较高要求，而后者则无此要求；前者能促使医院自觉做好参保人的预防保健工作，而后者则不能；前者能有效防止推诿病人，遏制医保基金的浪费和流失，而后者则会以种种借口推诿大费用病人，尤其是推诿复诊病人，并设法吸引更多的首诊病人无病开药和准许复诊病人的

“人证不符”行为（即鼓励复诊病人使用未门诊或住院的家人或亲友的证件就诊）。由此可知，按“定点”人头付费除了对当地的医院条件（或医疗健康服务体系）有较高要求这一局限性外，在其他方面均有明显优势，所以按“定点”人头付费已在国外广泛采用，而按“就诊”人头付费只有我国江苏镇江等极少数城市在采用。

二是按人头付费必须让参保人具有医保定点（或签约）的自由选择权。计

三是促进新型农村金融机构和组织的发展。政府应有序引导符合条件的境内外金融资本、产业资本和民间资本投资设立农村社区银行、村镇银行、小额贷款公司、农村资金互助社等新型农村金融机构和组织，更好地实施调整与放宽农村地区银行业金融机构准入政策，以有利于促进金融机构多样化、提高农村金融机构覆盖率和服务的充分性。

四是拓宽企业直接融资渠道。积极推动三区、四县（市）企业加快上市步伐，加大优质企业培育力度。鼓励发行企业债、信托投资、银行理财等产品，支持符合条件的企业在银行间债券市场发行短期融资券、中期票据、中小企业集合票据等债务融资工具。继续加强与有实力、有经验的大企业合作，积极采

用BT等模式加快中心镇、中心村等建设步伐。引导中心镇政府设立创业投资引导基金，吸引社会资本参与中心镇产业提升发展。

（三）优化农户投融资行为

改善农村融资环境，解决农户贷款难问题。一是保障农村担保物可以充分利用并积极探索扩大农村担保物范围。对于目前法律允许农户抵押的荒地使用权或荒地承包经营权、林权、集体土地使用、房屋所有权、农用设施所有权等财产权利应加强初始、流转、抵押登记，实施办证制度，加快建立农村产权交易市场机制，使其作为抵押物的权利能充分利用，实现农村资源的资产化。此外，还应积极推进农村宅基地、非集体建设用地、土地承包权、林权及股权等权证

抵押贷款工作，盘活农村资本；创新农林牧渔产品预期收益担保制度，作为促进农户融资的手段。二是推进农村信用建设，建立健全信贷激励约束机制。通过定期举行信用评比活动，对信用良好的农户进行倾斜支持；深入推进信用体系建设，营造良好的信用环境，强化银行、信用社和农户之间的沟通联系。三是提高农户组织化率，建立“联合信用”。引导农户走合作化道路，如鼓励农户与农业产业化龙头企业联合或加入专业合作社等。在此基础上，针对企业、农村经济合作组织等平台进行信用建设，提升农户信用级别，为规范各种农村民间金融信贷创造良好条件。□

（作者单位：浙江省杭州市财政局）

责任编辑 黄悦

划经济年代的公费医疗和劳保医疗,为了控制医疗费用超支风险,不少地方政府要求各单位就近选择一家医疗条件较好的综合性医院,将单位所有职工的医疗费用和医疗责任长期按人头包干给这家医院,即使该医院的医疗服务质量不如人意,职工个人也没有选择其他医院定点的自由。由于各单位在每家医院每年定点的人头数是基本固定的,因而医保费用总额也是固定的,医院的医保费用超支政府或企业不再补付,所以有人将其称为“总额控制”,加之因医疗费用一般情况下也是提前预付给医院的,所以也有人将此称为“总额预付”,而实际上这就是参保者个人没有选择医院定点自由的按人头付费。或许这就是现在有人将按人头付费、总额控制、总额预付三者混为一谈的历史原因。参保人没有选择定点医院自由的按人头付费是计划经济的产物,在今天的市场经济大环境中,应当允许参保人“用脚投票”:无论是医疗服务机构,还是医保经办机构,谁的服务方便快捷且质优价廉,参保人就可选择谁,任何医疗服务机构和医保经办机构都不能再依赖市场垄断和行政保护,只能通过公平、公正的竞争生存和发展。

三是不能仅将按人头付费用于门诊而住院采用其他付费方式。在业界和学界有不少人主张将按人头付费仅用于门诊。国家有关部门也曾计划从2011年开始对职工医保和新农合实行门诊按人头付费、住院按病种付费。笔者认为该方法会出现以下问题:第一,会导致大量的门诊病人转向住院。因为按人头付费会让医疗机构希望自己的门诊人次越少越好;而按病种付费则让医院希望自己的住院人次越多越好,这就导致医疗机构会用种种借口将门诊病人转向住院。而政府监管机构也无法识别,更无法阻止这种行为。如果将大量在门诊就能治愈的病人推向住院,这会大大加重



患者的看病负担,也会导致大量医保基金浪费和流失。也许政府为了控制这种现象会规定医疗机构的门诊人次必须达到一定数量或金额,这又会把按人头付费演变成总额预付,那么过度医疗和造假骗保等现象又会在门诊医疗机构中重演。第二,按病种付费的缺陷也显而易见。因为按病种付费除了有促使医院提高病种等级、伪造就诊病例和推诿危重病人等弊端外,更明显的缺陷就是病种覆盖范围有限。因为人类有两万多种疾病,可是现在不少地方实行按病种付费的只有几个病种,多的也只有十几个,那么绝大多数没有覆盖的疾病怎么办?如果将覆盖范围扩大到几百甚至上千个病种,政府是否有能力将这么多病种的限价标准也随着市场变化及时调整?同时,不同地区的物价和医务人员工资水平不同,也会导致不同地区病种成本的不同,那么不同地区的病种限价标准是否也要有所区别?如果不考虑上述因素,所制定的病种限价标准是不准确、不合理的;而如果考虑上述因素,其操作成本之高和难度之大可想而知。所以按人头付费不仅要用于门诊,同时用于住院,还适用于预防保健及康复护

理等,也就是说,按人头付费不仅能用于医疗保险,更能用于健康保险。当然也可尝试按人头付费和按病种付费的复合式医保支付方式,不过这种复合式是以按人头付费为主,以按病种付费为补充,也就是在按人头付费的基础之上,再将最容易界定的极少数病种采用按病种付费。

四是采用按人头付费后患者个人支付的费用比例不能过高。在采用按人头付费后,参保人看病个人支付的费用比例如果过高,加之药品、检查和诊疗的价格虚高,即便医院实际发生的医疗费用超出了人头费用总额,医院(或保险机构)同样可以获得相应的利润,这样,按人头付费对定点医院(或保险机构的)激励和约束作用极其有限,那么过度服务就会重演。所以在采用按人头付费后,除参保人的预防保健免费享受外,医疗服务和康复护理的个人负担最多不超过20%(应包括《目录》外费用)。同时逐步放宽对医保三个目录(即用药、检查和诊疗目录)的限制。☐

(作者为中国经济体制改革研究会公共政策研究部高级研究员)

责任编辑 刘慧娴