



学科导航4.0暨统一检索解决方案研讨会

改变看病贵、看病难的健康保险模式

<http://www.fristlight.cn> 2006-03-14

[作者] 熊茂友

[单位] 《经济参考报》

[摘要] “看病贵”、“看病难”近年来几乎是国家年年讲，老百姓天天讲的老大难问题。难道“看病贵”、“看病难”就真的成了不治之症吗？事实并不是如此，只是我们多年来并未找到“看病贵”、“看病难”的真正原因所在，因而也就未能对症下药而已。

[关键词] 健康保险模式;城乡医院

“看病贵”、“看病难”近年来几乎是国家年年讲，老百姓天天讲的老大难问题。难道“看病贵”、“看病难”就真的成了不治之症吗？事实并不是如此，只是我们多年来并未找到“看病贵”、“看病难”的真正原因所在，因而也就未能对症下药而已。众所周知，老百姓“看病贵”的直接原因就是医院的滥开药、滥检查、药价虚高等不规范的医疗行为大大加重了患者的看病负担。而导致医院的滥开药、滥检查和药价虚高的主要原因则又是有一种一直未能被人们所重视的医保和医疗运作机制：患者看病时，由医院“点菜”让别人（即政府、用人单位、患者本人）“埋单”，因医患信息不对称，患者治病要用什么药、作什么检查，一般只能由医生说了算，而其所发生的费用，不论效果如何（只要不发生医疗事故），都只能由别人承担。因是别人“埋单”，许多医院为了自身利益想方设法鼓励医生多“点菜”、点贵“菜”（但未必是好“菜”），并从市场上采购回扣率高的贵“菜”；药商为了迎合医院的需要，便利用种种手段“攻关”向医院推销质次价高的贵“菜”；药厂也为了迎合医院的需要，生产成份和疗效基本未变，而只是改了包装和名称，价格又贵得离谱的高价“菜”。由于是医院自己“点菜”别人“埋单”机制，医药市场也就没有正常的市场经济规律可言（任何行业的市场都会如此），再加上医疗行业所特有的复杂性，无论政府部门如何监管都无法维护医药市场的正常经济秩序。所以老百姓看不起病，吃不起药，并不能简单把原因归结于医疗行业的“市场化”，而应该归罪于这种畸形的医药“市场化”。如果采用一种方法让医院自己“点菜”自己“埋单”（并配合其它的相应配套措施），整个医药市场机制就会发生根本性的变化：医生会自觉注重患者的疗效而合理用药，合理检查；医院会自觉采购质优价廉的好药；医药供应商只能用质量和价格，而不是回扣去占领市场；医药生产企业就可以将原来大量用于“攻关”的人力和财力用于真正有科技含量的新产品的研究和开发上。这样医药市场经济规律就会回归正常，再加上政府加大对贫困人群的资助力度，扩大医疗保险的覆盖面，那么，解决老百姓看不起病、吃不起药难题就为期不远了。那么如何才能让医院自己“点菜”自己“埋单”呢？措施有三条：一是按人头把医保费用和医保责任包干给定点医院，费用超支不补，结余也全归医院，（在具体操作时必须对医院实行“四定”：定就诊医院、定医保费用、定医疗服务质量、定医院定点人数规模）。其目的就是促使医院自己“点菜”自己“埋单”，不该点的“菜”让医院自觉不去乱点。二是允许参保人如对定点医院医疗服务质量不满意，可以有定期（一般每年一次）重新选择其它医院定点的自由。其目的是促使医院必须重视医疗服务质量，该点的“菜”必须得点。三是参保人在就诊时由三方支付费用，由医院出大头，患者本人出小头，由政府出特殊费用（即大的传染病或自然灾害导群体致病致伤医院无力承受的费用）。其目的是患者在看得起病的同时也要有费用意识，让医院在有费用意识的同时又不致因外部原因将医院压垮。以上作法归纳起来为“四定一自由三方付费”健康保险模式，简称为“四一三”健康保险模式（该模式是通过国家科技部成果评审验收的医保研究成果）。至于老百姓“看病难”（这里主要指农村看病跑远路和城市看病排长队）的直接原因，是医疗资源和病人资源分布不合理。一是纵向（城乡医院之间）的分布不合理：农村70%左右的人口却只占有20%的医疗资源，而在城市30%左右的人口却占有80%的医疗资源，所以导致农村许多地方，尤其是贫困地区缺医少药；而城市导致大量医疗资源闲置（全国床位使用率仅有68%，我国医生实际人均负担的门、急诊人数只有经合组织成员国的43%）。二是横向（城市大小医院之间）分布不合理：在城市大医院（尤其是大城市的名牌医院）门道若市（其中有80%的患者是无需在大医院就诊的常见病和多发病），而小医院（尤其是社区医疗机构）门可罗雀。为什么不能将现有的医疗资源和病人资源在城乡医院之间、大小医院之间根据需要进行合理调剂，而非要国家和各级地方政府不断的重复投资呢？其中一个根本原因是，目前我国的现有医疗体制和机制上的障碍：

因为城乡医院之间和大小医院之间基本上都不是“一家人”，加之病人资源明显不足（因医疗资源总体过剩，再加上因“看病贵”有许多人有病不看病，该住院而不住院），它们都把对方当作是自己的竞争对手，为了各自的利益，一般都不愿将病人资源和优质医疗资源让给别人。同样是因为它们不是“一家人”，它们也不方便将医疗资源和病人资源相互灵活调整。那么如何解决这一难题，本人想起前几年国家要求各地组建医疗服务集团的，如果能在城市由龙头医院通过兼并和购买已有的专科医院、企业职工医院、社区医疗机构的方式，组建一些以资产为纽带的医疗集团（应允许民间资本参与竞争），并把分支机构和服务网点延伸到社区和乡村。在有了更多的医疗集团后，在集团内的城乡医院和城市大小医院（包括社区卫生服务机构），为了大家的共同利益，合理分配医疗资源和病人资源，并根据情况变化及时作出相应的调整，在机制上和体制上都不存在任何障碍。那么如何才能组建更多的医疗集团呢？同样要借助“四一三”健康保险模式机制的作用，因为“四一三”健康保险模式只允许每位参保人选择一家医院或一家医疗集团定点，自然参保人更愿意选择有更多专科医院和众多服务网点的医疗集团定点。在医保广覆盖，甚至全民医保的情况下，医保资源在极大程度上决定着医院的生死存亡，医院为了获得更多的医保资源，必然会想方设法尽快将自己改造成为医疗集团。这种压力和动力比政府的行政手段的强度要大得多，效果也要好得多。

[我要入编](#) | [本站介绍](#) | [网站地图](#) | [京ICP证030426号](#) | [公司介绍](#) | [联系方式](#) | [我要投稿](#)

北京雷速科技有限公司 Copyright © 2003-2008 Email: leisun@firstlight.cn

