

PERSPECTIVE

'1+N' method: a promising way to quality and affordable health care for China's 1.3 billion people

只有用“1+N”全民健康保险思路才能让中国13亿人看病不贵不难

熊茂友, 国务院“两江”医改试点期间九江市医改办副主任, 现中国经济体制改革研究会公共政策研究部高级研究员
XIONG Maoyou, Senior Fellow, China Research Center for Public Policy, China Society of Economic Reform

ABSTRACT*

Although recent healthcare reform has expanded health insurance coverage and increased the coverage for selected major diseases, healthcare is still a heavy financial burden for many patients. The advance payment total method commonly used by government health insurance sector in paying medical care providers cannot effectively control the waste and inefficiency in the use of health insurance funds. As a result, abuse of medical examination and surgery, shirking critically ill patients, arbitrary medical charges, indiscriminate drug prescription, artificially high drug prices, and fraudulent insurance claims still exist in some medical institutions.

To make healthcare accessible and affordable to China's 1.3 billion people, the author proposed that "1 + N" universal health insurance would be a solution where "1" represents one model—the "413" model, and "N" stands for a number of corresponding supporting measures.

The "413" model has been pilot launched in Jiu Jiang City among employees of some financially challenged state-owned enterprises and has been proven effective in improving health service quality and containing healthcare budget. This model includes "four fixed," "one freedom," and "three-party payment."

The four fixed are fixed visiting hospital for the patient, fixed per capita health care costs (based on age and covering clinic, hospital, and preventive care), fixed health care responsibility, and fixed number of patients for a given hospital. Based on this, the government health insurance sector assigns the total health care costs to contracted hospitals (or hospital groups) and the hospitals keep any left-over in costs but will not get reimbursed if costs overrun. The "one freedom" means the patients have the freedom of changing their hospital choice once a year when unsatisfied with current hospital. Under the "three party payment," the hospital pays the most part of the healthcare costs, the patient pays a small portion, and the government health care agencies pay the special costs caused by major infectious diseases or natural disasters.

This model requires a number of supporting measures. First, a close network of urban and rural community general hospital group must be established to effectively cover clinic, hospital, and preventive care with the fixed per capita health care costs. Second, to improve the efficiency and service quality of public hospitals, private general hospitals or hospital groups must be encouraged. Third, allow patients to choose voluntarily between the 413 model and other health care management models according to the ability to pay of the individuals and their employers. Fourth, hospitals should improve management in order to control cost and enhance service quality. Fifth, government health care funds should focus on the universal health insurance which encourages prevention and early treatment of diseases, especially for the impoverished people. Finally, government health care agencies should give the hospitals the right of using the per capita health insurance funds below the threshold. Government agencies should focus on the coordination of the funds for major diseases above the threshold.

In summary, the "1+N" method bases on the "413" health insurance model and calls for a number of supporting measures. It will be effective in improving the health service quality and making healthcare affordable to China's 1.3 billion people.



Prof. XIONG Maoyou

* The English abstract was summarized and translated by Dr. Lili Yan. In cases where different interpretations may arise, please refer to the original text in Chinese.

中国三年新医改试点已经结束，虽然在扩大医保覆盖面，提高若干重大疾病医疗保障水平等方面取得了一定成效，但试点结果与预定目标仍有较大距离，看病贵、看病难依然是中国许多老百姓反映的热点，也是中国政府工作的重点和难点。笔者根据十余年医改理论研究和实践探索，认为：只有用“1+N”全民健康保险（简称健保）新思路才能真正让中国 13 亿人看病不贵不难。

一、中国全民医保面临的严峻挑战

从 1995-1998 年的国务院“两江”（即江西省九江市和江苏省镇江市）医改试点，到 2009 年的国家新医改方案出台，再到 2009-2011 年国家新医改试点，尽管政府的投资力度在不断加大，医保（含新农合，下同）报销比例也在逐步提高，可是由于医疗机构中的滥开药、滥检查、滥手术、乱收费、药价虚高和造假骗保等现象久禁不止，因而导致大量患者看病负担依然十分沉重；同时，由于基层公立医疗卫生机构中平均主义和“大锅饭”机制滋生，有更多的患者由基层推向大医院，因而导致不仅城市大医院的看病难没有明显改善，而且许多农村地区看病变得更加困难。

为了回避医保基金风险，政府医保部门一直在普遍采用一种被医院称之为“野蛮”的医保结算方式——总额预付。该方式可以确保医保基金总额不超支，却不能有效控制医保基金的浪费和流失，而且会导致医院推诿患者，尤其是推诿重症患者的现象，其结果只能让参保人的医保水平和质量大幅度缩水。这种只能“向上交差”（避免政府财政风险），却不能“对下负责”（让大量患者看病负担越来越重）的结果，并不是我国全民医保所需要的目标。中国全民医保并不只是人人持有一张医保卡，而是要人人看得起病，并能及时看得上病。因而控制医保基金的浪费和流失，提高全民医保的投资效率和服务质量迫在眉睫。

为了提高医保基金的使用效率，从 2011 年开始，国家人社部和卫生部准备对医疗保险和新农合实行门诊按人头付费、住院按病种付费。然而，该方法也会出现以下问题：

一是会导致大量的门诊病人向住院推诿。因为按人头付费（即按参保人在医院的“定点”人头数付费，而非按“就诊”的人头数付费，下同）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。这就会有更多的患者被医疗机构以种种理由从社区门诊推向大医院住院。而政府部门和经办机构也无法识别，更无法阻止这种推诿行为。如果将大量在社区门诊就能治愈的患者推向大医院住院，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推诿现象，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，那么过度服务和造假骗保等现象又会在门诊医疗机构中重演。

二是按病种付费的缺陷也显而易见。按病种付费除了会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。因为人类有二万多种疾病，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，最多的也只是一百把个。那么其它绝大多数没有覆盖的疾病怎么办？据说卫生部准备搞几百甚至上千个病种。可是中国现已是市场经济，药品成本会随着物价的波动而改变，政府部门是否有能力将这么多病种限价标准也跟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也不同，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。

中国目前还是个发展中国家，尤其是经济欠发达地区，政府财力十分有限，加之中国的新医改又是一种“撒胡椒面”式的政府投资方式，政府投入全民医保的资金更是有限，如果政府部门还找不到一种控制医保基金大量浪费和流失，提高医保工作效率和服务质量的有效方法，要想让中国 13 亿人看病不贵、不难，其难度不言而喻。

综上所述，医保基金浪费和流失严重，而政府部门至今仍未找到一种能遏制医保基金浪费和流失的有效方法，加之政府又是“撒胡椒面”式的医改投资方式，这三个方面的原因将会给中国全民医保带来巨大风险，这也正是中国全民医保目前和今后所面临的严峻挑战。所以，探索一种低成本、高质量的中国全民健保新思路不仅十分必要，而且非常紧迫。

二、事实早已证明按人头付费也能用于住院

中国国家人社部和卫生部只打算将按人头付费用于门诊，难道是按人头付费不能用于住院？事实证明并非如此。1998年（即国务院“两江”模式试点结束的这一年）笔者提出的以按人头付费为核心措施的“四一三”健保模式，从1999年开始，先后被九江市科委、江西省社科规划办、江西省科技厅和国家科技部立项研究，并在九江市和九江县将按人头付费用于住院试点，试点取得了明显成效^[1-2]。

2001年，中国国家科技部的“四一三”模式试点是将医保按人头付费在九江市直单位用于住院（因当时门诊没有实现统筹，所以门诊无法采用按人头付费，预防保健按人头付费更是无从谈起）。试点结果：医保费用比上年下降了53%（上年超支690万元，当年结余514万元），扭转了九江“两江”模式试点连续6年大量超支的局面（共超支5309万元），给政府减轻了巨大财政压力；因有效的遏制了过度医疗服务，也减轻了患者看病负担；尤其是政府还从结余的数百万元中拿出大部分资金用于大病患者的第二次报销，更减轻了大病患者的看病负担；患者的医疗质量也实现了零投诉，改变了九江“两江”模式试点6年来平均每年114人次，最多一年361人次医疗质量投诉的局面；医保定点医院也改变了多年来“丰产不丰收”的局面（医院虽有大量违规收入，而因医保基金大量超支，政府无力也不愿意给医院拨付费用），第一次实实在在拿到了属于自己的合理医保收入。有的医院还利用这一年医保增加的收入将门诊部装饰一新。因而2002年5月23日的《中国劳动保障报》报道：九江“终于在2001年底实现了医疗保险的‘三满意’：职工满意、医院满意、政府满意。”不过十分遗憾的是，因当时“四一三”模式中的按人头付费未得到国家有关部门认可，仅试点一年后经行政干预而被迫终止。

从2004年7月开始，九江市的困难企业职工住院医保，不得不再次借鉴2001年“四一三”模式试点中的按人头付费作法。当时因九江市政府和企业均无力为困难企业职工投资参保，不少困难企业职工因无医保而病无所医。九江市医保部门顶着重重压力，利用按人头付费低成本的特点，将医保筹资负担下降了40%（仅用职工工资的3%标准筹资，而全国困难企业普遍采用职工工资的5%标准筹资），再加上5元大病保险，每月仅交28.8元保费，就可获最高17.5万元的住院医保待遇。因是“低收费、高保障”，在财政无一分钱投入，政府也未作任何宣传动员的情况下，有33家困难企业，一万多名职工自愿自费参保。运行5年，基金基本收支平衡，职工病有所医。该作法直到2009年企业改制，因困难企业不复存在而终止。

从1999年至今，九江市的九江县先后被九江市科委和科技部作为“四一三”模式试点的合作单位之一，将按人头付费在行政事业单位职工的住院医保中应用了十余年，运行一直平稳。这是因为与九江市相比，九江县的地方更小，受外界关注小，因而外界的干预也小。当然与当地政府的重视和支持密切相关。

还有武汉市商业职工医院的“保险医疗”，曾不仅将按人头付费用于住院，而且同时用于门诊，仅用职工工资的5-6%标准筹资（全国普遍用职工工资的8-10%标准筹资），就能让参保人享受门诊和住院，除高档检查需要患者少量交费外，其它检查和用药基本免费的医保待遇。因而该作法曾享誉国内外。后同样因与中国现有政府医保管理体制格格不入而发展受阻。

无论是九江市还是九江县，之所以能将“四一三”模式的按人头付费用于住院，是因为九江是经济欠发达地区，政府和企业的财力十分有限，控制医保基金的浪费和流失，提高医保基金的使用效率显得格外重要；同时九江又是一个老医改城市，已饱受过因医保基金超支给医保主管部门和经办机构带来的巨大压力，包括来自参保职工的压力，尤其是来自市政府的压力。当然还有一个十分重要的原因：当地的医保行政主管部门和经办机构具有崇高的自我牺牲精神，因为按人头付费用于住院就意味着要放弃医保统筹基金的审批权。为了让千千万万的患者病有所医，他们选择了放弃，精神实在可嘉。如果说，按人头付费不能用于住院，其障碍并非是操作技术，而是政事不分、管办不分的政府管理体制。所以，到目前为止，在中共中央2009年第6号文件（即国家新医改方案）第十二条要求的“完善支付制度，积极探索实行按人头付费、按病种付费、总额预付等方式”，其中后两种付费方式政府部门探索和推广十分积极，而唯有名列首位的按人头付费方式却因政府部门利益的影响而遭受冷遇。如果中国的医保实行了管办分离，这种障碍也就不复存在了。

三、“1+N” 健保思路能让中国 13 亿人看病不贵不难

“1+N” 就是“四一三” 健保模式 + 多项相应配套措施。

什么是“四一三” 健保模式？如果简明扼要解释就是：将按人头付费同时用于门诊、住院和预防保健 + 参保人有定期选择医院或医院集团定点的自由 + 参保人看病个人少量付费。比如：2012 年有 10 万参保人自愿选择某家医院集团健康保险定点，经办机构则将这 10 万人的防病与治病（含预防保健和门诊、住院）费用与责任交给这家医院集团，费用超支不补，节余也归这家医院集团，医院集团必须保障这 10 万人病有所防，病有所医。行政主管部门和经办机构的主要工作精力由控制费用转向监督医疗卫生服务质量。参保人如对医疗卫生服务质量不满意，有定期（一般每年一次）重新选择其它医院集团定点的自由，任何组织和个人不得以任何理由进行干涉。参保人看病时个人应少量付费（不得完全免费），特困人群可由政府实行医疗救助。需要说明的是，在初始阶段，参保人选择的可能只是一家普通综合性医院，但在“四一三” 模式机制的作用下，在 3-5 年内，医院集团就会在全国广泛建立起来。

“四一三” 模式的主要作用有三：

一是能让医药卫生事业变恶性循环为良性循环，变六败俱伤为六方共赢。因为医疗行业是个由供方点“菜” 而由需方买单的特殊行业。因是别人买单，从自身利益出发，就有可能：医生乱点“菜”、医院乱买“菜”、药商乱卖“菜”、药厂乱做“菜”、政府乱管“菜”，最终导致患者不得不乱吃“菜”。这“六乱” 必然导致整个医药市场经济规律混乱，受害的首先是患者，同时还有医生、医院、药商、药厂、政府。如果通过“四一三” 模式机制作用，让医院自己点“菜” 自己买单，那么就是良性循环：医生合理点“菜”、医院合理买“菜”、药商合理卖“菜”、药厂合理做“菜”、政府合理管“菜”，最终让患者合理吃“菜”。这六个“合理” 就会让整个医药市场经济规律正常回归，受益的首先是患者，同时还有医生、医院、药商、药厂、政府。

二是能促使医院自觉做好预防保健工作，让参保人少生病、不生病。因为“四一三” 模式是让医院自己买单，医院为了获得更多的健保利润，医院不仅会让参保人有病早治（以免患者的病小病拖大，短病拖长，花医院更多的钱），而且会让参保人无病早防（积极做好预防保健工作），从而提高参保人的健康水平，一方面减轻参保人看病负担，另一方面减少大医院看病排队人数。

三是让医保经办机构操作变得更加简单、容易、高效。因为如果将按人头付费同时用于门诊、住院和预防保健，自然不存在将病人从门诊向住院推诿；也不会像按病种付费那样，只能覆盖部分病种，而能覆盖所有病种和所有人群（包括职工、非企业职工、灵活就业人员及城乡居民）；也无需政府花大量人力、财力和物力去经常计算和调整各个病种的限价标准；更不会像总额预付那样拒收和推诿医保患者。因为按人头付费与总额预付的根本区别在于：前者从定点医院转出的患者，医疗费用仍由定点医院买单；而后者从定点医院转出的患者，医疗费用完全由别人（即其它定点医院或医保经办机构）买单，所以当后者的定点医院的总额控制指标超额时，会毫不犹豫以种种借口拒收和推诿患者。

不过，无论是九江市和九江县，还是其它地方的大量事实都说明，虽然“四一三” 模式的作用是明显的，但是如果要让“四一三” 模式充分发挥作用，并在全国更大范围内推广应用，还会受种种条件的限制，因而还需要有更多相应的配套措施。这些配套措施主要是：

（一）必须建立非垄断、有城乡社区网络的紧密型综合性医院集团。

也就是在一个城市或地区必须建立多家让社区与医院成为真正“一家人” 的紧密型综合性医院集团，只有这样才能将按人头付费同时用于门诊、住院和预防保健。如大庆油田医院集团有 2 家三甲综合性医院、9 家成员医院（其中有多家专科医院）、14 家社区卫生服务中心、59 家社区服务站，覆盖大庆市 55 万服务人口（占大庆市总人口 1/3）的大型紧密型综合性医院集团。普通的县级医院能治愈 90% 以上的疾病，这种医院集团，无疑小病、大病的治疗和预防应都能胜任。

大庆油田医院集团是全国社区卫生服务和双向转诊的先进典型，它能较理想的解决当地居民的看病难[3]，如果又通过在医院集团实行门诊、住院和预防保健（除重大公共卫生事件防控工作外）按人头付费，让医院集团自

己点“菜”自己买单，促使医院集团自觉控制滥开药、滥检查、药价虚高和造假骗保，就能大幅度提高健保基金的使用效率，提高城乡居民的健康保障水平。这样，大庆油田医院集团如还有相应配套措施，它所能解决的就不仅是居民的看病难，还有居民的看病贵。

如果大庆油田医院集团的门诊、住院和预防保健都是自己点“菜”自己买单，医院集团还会去滥开药、滥检查吗？还会与患者合谋造假骗保吗？还会去买高价，甚至天价药吗？如果医院集团不买天价药和“换脸”药，天价药和“换脸”药还有销售市场吗？如果没有这种市场，药商和药厂就会老老实实卖药和做药。如果医院集团能合理买药和用药，药商和药厂也能合理卖药和做药，政府就没有必要去搞吃力不讨好的药品强制集中招标采购，药品“零差率”销售和财政补贴。

也许有人会问，又如何让大庆油田医院集团模式在全国大量复制呢？这当然还要借助“四一三”模式机制的作用。这主要体现在以下两个方面：

第一，因“四一三”模式能促使社区卫生机构的预防保健工作良性循环。大庆油田医院集团无法在全国复制的第一个原因，是因为医院集团的下属社区卫生机构的预防保健工作做得越多越好，那么医院集团就会赔得越惨，如果其它城市没有大庆油田管理局的财政支持能力和力度，那么医院集团不愿也无力去做好预防保健工作；而如采用“四一三”模式则相反，社区卫生机构的预防保健工作做得越多越好，医院集团的医保利润就会越大，全国其它城市即使没有政府财力支持，医院集团同样不仅愿意也有能力帮助其下属的社区卫生机构做好预防保健工作。

第二，因“四一三”模式能促使医疗卫生机构必须做强做大。大庆油田医院集团无法在全国复制的第二个原因是，全国其它地方医疗机构的产权所有者不像大庆油田那样单一，而是多元化的，只要日子混得下去，都会以种种理由不进行资源整合。而如果采用“四一三”模式，让参保人有定期选择一家普通医院或一家医院集团定点的自由，参保人自然更愿意选择看病更方便的医院集团医保定点。在全民医保的情况下，医疗卫生机构要想生存和发展就不得不抱团做强做大。可以肯定，假如在大庆市采用“四一三”模式，大庆市政府一定会在 1-2 年内另建 1-2 家能与大庆油田医院集团抗衡的紧密型医院集团[4]。

（二）必须采用三个“不同”和一个“自选”的健保操作方法。

如何才能让参保人自愿与医院集团签约，这是保证“四一三”模式顺利实施的另一个关键措施。可采用以下方法：1、在同一城市或地区可采用“四一三”与非“四一三”两种不同的健保管理模式。2、两种不同的管理模式应有两种不同的筹资标准和保障水平。因“四一三”模式比非“四一三”模式的运行成本更低，如果是相同的筹资标准，那么前者比后者的保障水平要高得多；而如果是相同的保障水平，那么前者比后者的筹资标准要低得多；3、两种不同的管理模式应采用两种不同的基金收支渠道，也就是两种模式的基金必须分别核算和分开管理，不得互相挤占挪用；4、两种不同的管理模式必须由参保人自愿选择，政府和经办机构不得强制。以上作法简称为：三个“不同”（即管理模式不同、筹资标准和保障水平不同、基金收支渠道不同）和一个“自选”（即由参保人自愿选择管理模式）。

上述做法的目的是让参保人根据个人和所在单位的参保缴费能力自愿选择管理模式：如果缴费能力弱可选择“四一三”模式；如果缴费能力强可选择非“四一三”模式。比如，深圳市从 2005 年开始，在门诊中采用两种付费方式：一种是按人头付费，每月人均仅交 8 元保费就能享受到 80% 的门诊报销待遇（因目前深圳缺少像大庆那样的医院集团，如果将按人头付费扩大到住院，会有一定的操作难度）；而另一种是其它付费方式，每月人均需交 100 元以上（是前者 10 倍以上），享受的医保待遇是：如无大病保险，门诊在用完个人账户后全由个人自费。参保人采用何种付费方式深圳市政府并不强制，完全由单位和个人自选。结果：到 2010 年，在全市 1100 万参保人中已有 840 万自愿选择了门诊按人头付费（占全市总参保人数的 76%），参保人自觉与自己选定的社区健康服务中心签约。选择按人头付费的基本上是中低收入人群，而选择非按人头付费的基本上是企业经理和老板等高收入人群。

（三）必须扶助更多能产生真正“鲶鱼效应”的民营综合性大医院，尤其是医院集团建立和发展。

如果不打破公立医院垄断局面，不改变公立医院的“大锅饭”机制，再好的管理模式也很难发挥作用，所以必须扶助更多能对公立医院形成强大竞争压力的大型民营综合性医院，尤其是医院集团。发展民营医院不只是为了补充，更重要的是为了制衡。通过强大的竞争压力促使公立医院自觉改革、真正改革，从而提高工作效率和

质量。考虑到民营医院发展处于起步阶段，政府应采取扶助政策。比如，让非营利性民营医院也享受公立医院的土地划拨政策待遇（土地不得改变用途）；鼓励公立医院的技术人才停薪留职到民营医院工作或在民营医院兼职；规定凡由民营医院出资培养的技术人才在一定年限内公立医院不得接收为员工；民营医院固定资产投资达到一定金额政府应给予奖励等。

（四）必须改变政府现有“撒胡椒面”式投资方式，应将政府投资集中用于全民健保。

“四一三”模式尽管能大幅度降低医疗卫生成本，从而大幅度降低参保和看病负担，可是依然会有许多普通百姓，尤其是贫困人群参不起保，需要政府投资帮助他们参保。更会有许多普通百姓和贫困人群在生病后，尤其是生大病后看不起病，更需要政府投资实施医疗救助。因而各级政府应将财政集中用于全民健保（即防病与治疗保险）上，而不是到处去“撒胡椒面”（目前政府对新医改是从五个方面分散投资）。所有医疗卫生机构必须通过质优价廉的医疗卫生服务吸收健保基金生存和发展。

（五）必须加速医院管理“三个现代化”建设，实现成本与质量的有效控制。

必须尽快改变目前医院，尤其是公立医院普遍既不乐于也不善于成本与质量控制的现状。特别是医院集团管理层级更多，管理难度更大，因而必须加速医院管理“三个现代化”的建设：一是现代化企业管理制度的建立，二是现代化管理人才的培养和使用，三是现代化信息技术的利用。

除了上述配套措施外，“四一三”模式的应用还必须要科学、合理的操作方法与程序，否则也会事与愿违。综上所述，“1+N”是以九江的“四一三”健保模式为基础，以大庆油田的医院集团模式和深圳的三个“不同”一个“自选”模式为补充，以政府集中投资全民健保、“多元化”办医和“三个现代化”医院管理为必要条件的中国全民健保新思路。“1”和“N”两者是相互依存、互助共赢的关系。“四一三”模式离不开多项配套措施，否则“四一三”模式很难发挥作用。同样，多项相应配套措施也离不开“四一三”模式。因为：如果没有“四一三”模式，仅靠行政干预在中国很难建立起更多真正的医院集团；如果没有“四一三”模式，三个“不同”和一个“自选”根本没有存在基础；如果没有“四一三”模式，比公立医院更加强烈的医民营医院逐利欲望会使全民健保基金面临更大风险；如果没有“四一三”模式，即便政府对全民健保的投资力度再大也会成为“无底洞”；如果没有“四一三”模式，医院对成本与质量控制不会感兴趣……。所以，要让中国 13 亿人病有所医，需要建立中国全民健保制度，而中国全民健保制度又离不开具有相应配套措施的“四一三”模式为其保驾护航。因而，只有“1”种健保管理模式（“四一三”健保模式）+“N”项配套措施（非垄断的医院集团+三个“不同”一个“自选”+政府集中投资全民健保+“多元化”办医+“三个现代化”医院管理+科学、合理操作方法……）=中国 13 亿人看病不贵、不难。

注：本文是熊茂友为应邀参加 2011 年 12 月在湖北医药学院召开的《2011 年中国医疗保险高峰论坛》准备的发言稿；后被中国国家财政部财政科学研究所全文刊登在 2012 年第 3 期《财政研究简报》（内部刊物）上；现又在原有的基础上又作了进一步修改、补充。

附：“四一三”健保模式简介

该模式的基本作法是：

1、四定：定就诊医院、定医保费用、定医保责任、定医院定点人数规模。也就是根据参保人不同年龄段的费用标准和参保人所选择的医院的“定点”人头数，将医保费用和医保责任包干给各医院（或医院集团），费用超支不补，节余归医院（即实行按人头付费）。这样做的目的就是要让医院自己“点菜”自己“买单”，促使医院不该点的“菜”自觉不去乱点。

2、一自由：参保人如对医院的医疗服务质量不满意，可以有定期（一般一年一次）无条件重新选择其它医院定点的自由。这样做的目的是让医院必须注重医疗服务质量，该点的“菜”也必须得点。

3、三方付费：参保人就诊时由三方支付费用，由医院出大头、患者本人出小头、医保经办机构或政府支付特殊费用（特殊费用指大的传染病和自然灾害导致医院无力承受的费用）。这样做的目的是要让参保人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至于因无力抗拒的外部原因将医院压垮。

以上归纳为“四定一自由三方付费”医保模式，简称为“四一三”医保模式。因作者主张将医疗保险上升为健康保险，所以将“四一三”医保模式后改为“四一三”健保模式。

“四一三” 健保模式是笔者于 1998 年在客观总结“两江” 医改试点经验与教训，汲取国内外多种医改模式优点的基础上，结合中国国情，提出的健康保险模式。该模式先后由当地省、市科技和社科部门立项研究，并于 2000 由国家科技部立项研究，于 2004 年通过了由科技部组织，有卫生部、劳社部、国家体改委等国家相关部门专家参加的国家软科学研究成果评审鉴定。该模式除在江西省九江市和九江县试点外，在浙江、江苏、重庆、广东、湖北等省（市）也有不少城市和农村有近似“四一三” 模式的做法，均取得了不同程度的效果。目前只因操作不规范、措施不配套，所以作用并未得到充分发挥；如果操作能规范，措施能配套，效果必然会更好（互联网上还可搜索到更详细资料）。

参考文献

- [1] “四一三” 医保模式研究课题组，“四一三” 医保模式可行性研究，中国卫生经济杂志，2003 年第 22 卷第 12 期
- [2] 九江市医改办，“四一三” 职工医保模式在九江市应用的始末，现代医疗保险杂志，2003 年第 3 期
- [3] 董伟，大庆社区卫生服务模式求解看病难，中国青年报，2006 年 03 月 17 日
- [4] 熊茂友，大庆医院的“三合一”之路 集团模式能否复制，医药经济报，2008 年 7 月 11 日

中英词汇对照 Glossary

总额预付 Advance payment total method
滥开药 Indiscriminate drug prescription
乱收费 Arbitrary medical charges
滥检查、滥手术 Abuse of medical examination and surgery
综合性医院 General hospital