

# 美国管理式医疗保险模式剖析

□ 尚 颖 贾士彬

美国医疗保险制度以商业医疗保险为主，是适应经济社会发展需要而建立起来的市场化导向的保险模式。20世纪70年代以来，美国医疗保险模式开始向管理式转变，即将医、患与保险公司三方权益紧密结合起来，取得了较大成效，有效控制了医疗费用，提高了医疗服务水平，为当前我国医疗保障体制改革提供了宝贵的经验。

## 美国管理式医疗保险特点及优越性

管理式医疗保险如同商业保险一样，是以市场为导向，并且引入了商业保险的经营管理机制。管理式医疗集医疗服务提供和经费管理于一体，并且把预防保健与临床医疗有效地结合起来，使医疗质量与经济利益相挂钩。其运营主体为管理式医疗组织，是医疗保险机构和医疗服务提供方的合成体。管理式医疗保险的特点主要表现为以下几个方面：

第一，管理式医疗保险建立在医疗保险机构与医疗服务机构签约的基础上，引入了市场机制和市场管理，并形成了一个相对密切合作的服务网络。这样可以有针对性地安排医疗服务系统为投保者提供特定的医疗服务，有利于激励医疗服务提供者合理调配医疗资源。

第二，医疗保险机构对医院收入实行总量和封顶控制，定期向医疗服务提供者支付固定的医疗费用，这部分费用自然是来自参保者。为确保医疗服务费用不超支，保险机构将采取各种措施来改善投保者的健康状况，减少其患病的几率，起到真正的预防作用。

第三，保险机构要求投保者选择服务网络内的医院、医生就诊，投保人只有在保险公司指定的医疗服务提供者处接受服务时才能享受到优惠。并且鼓励病人选择高效率、高质量的服务提供者，以不断提高医疗水平。

第四，医疗服务提供者从医疗保险机构收取预定的保险费用后，应向投保人提供一套包括从预防保健到临床治疗的综合性的、连续的服务。并且必须接受保险机构对其医疗行为的监督和评估，以使医生更加注重提高服务质量和降低服务成本。

管理式医疗保险之所以能在美国得到长足的发展，其主要原因是在以下方面优于传统的医疗保险：

第一，患者择医的方式不同。传统医疗保险允许病人

自由选择医生就诊，灵活性较大，但专业性不强。而在管理式医疗保险模式下，患者要在投保医疗保险公司所指定的医院接受治疗，并由该医院提供后续医疗服务，就诊更加方便和具有针对性。由于这些指定的医院之间也存在着竞争，患者可以选择收费更低的医院进行治疗。

第二，目的不同。传统医疗保险模式下，保险公司仅是为投保者支付保费，以减轻其医疗费用负担。医院有通过过度医疗等方式来获取超额利润的动机，保险公司则是通过收取保费来维持机构运转和实现经济利益。而管理式医疗保险是把患者、医院以及保险机构三者融合到一起，共同将医疗经费控制在一定范围之内，这样既能达到控制费用的目的，又保证了医疗效率和服务质量的提高。

第三，运行过程不同。传统医疗保险中的投保人、医疗机构和保险机构是作为独立的个体出现的，代表了各自的经济实体。投保人对保险机构有缴费的义务，保险机构对医疗机构有付费的义务，医疗机构对投保人有提供医疗服务的义务。但他们之间不存在约束、监督的关系。而管理式医疗保险是将医疗费用的控制作为一条主线，在三者之间起到制约的作用，医疗机构自行安排具体费用的使用、管理，全面负责病人所需要的各种医疗服务并将这些服务有机地结合起来。

第四，付费方式不同。传统的医疗保险主要是事后付费，即按实际治疗费用支付医疗保险费用，实报实销。它采用的是费用赔偿的方式，包括按服务项目付费和按住院天数付费等。这种付费方式无法对医生的诊疗过程进行监控，对病人和医疗服务提供者双方均缺乏有效的约束机制。而管理式医疗保险模式主要是事前付费，通过制定预付标准来达到控制费用的目的。它采用的是一次性付费治疗的方式，包括按病种付费和按人头付费等。

第五，承担医疗保险费用的主体不同。传统医疗保险采用的是间接型的偿付方式，保险机构与医疗服务机构是两个独立的团体，医疗机构与患者之间需要有保险机构第三方对费用给予偿付，并且保险机构只能对医疗机构已发生的医疗服务索赔进行审核。管理式医疗保险采用的则是直接型的偿付方式，医疗保险的承办机构与医疗服务的提供机构是一个团体，医疗机构与患者之间不存在偿付医疗

费用的第三方。这样，就决定了管理式医疗保险的医疗费用最终载体是每个投保者的医疗费用。

## 美国管理式医疗保险实施效果

一个高效率的医疗保障体系就是要努力以较低的费用来提供较好的医疗服务和健康保障，管理式医疗保险的出台在美国发挥了积极的作用，主要体现在以下几个方面：

第一，降低了病人的住院率和转诊量，缩短了病人的住院天数。管理式医疗保险将患者的住院天数一般控制在7—10天左右，然后转入社区医院和护理之家继续治疗。由于在医院的住院天数受到限制，家庭护理和门诊医疗变得更加重要也更加充分，其利用率大大提高。

第二，管理式医疗保险将医生的所得与费用的控制紧密联系在一起，对医生正确提供医疗服务、恰当选择医疗资源、合理评估成本一效益起到了引导作用。医生不再试图通过对高尖端昂贵仪器的依赖来获取更多利润，开始追求廉价的医疗供给，共同使用医疗设备，对普通检查的医疗资源使用也更加合理化。

第三，管理式医疗保险增加了医疗人员提供预防性服务的动机，更加注重初级卫生保健工作、注重疾病的预防和健康知识的教育普及，进而也增强了病人对医疗服务的满意度，吸引了更多的投保人员，使医疗费用相对减少。

第四，管理式医疗保险使医疗机构间的竞争更加激烈，它所选择的合作医院必定具有很强的竞争力，有更好的发展前景，这就促使各个医疗机构努力改变自己的现状，以适应当前竞争的需要。

第五，管理式医疗保险减轻了政府的负担，对美国政府没有给予保险的群体敞开了保障的大门，而同时也在一定程度上减少了需要政府予以保障的群体范围。对于原本非贫困线以下的群体，政府无需对其进行救助，但如果这些群体生病住院而又无法支付高昂的费用，最终势必还会成为政府的管辖群体，管理式医疗保险恰恰降低了这一事件发生的概率。

## 对我国医疗保障体制改革的启示

我国的医疗保障体系与美国有着很大的不同，美国是市场主导型，而我国是政府主导型。虽然医疗保障体系运行机制不同，但控制医疗费用、提高医疗水平的改革目标是一致的。因此，应该借鉴美国管理式医疗保险模式的经验，进一步完善我国医疗保障体系。

第一，采用定额预付制。管理式医疗保险采用的是定

额结算与预付制相结合的付费方式，预付制可以是按人头预付，也可以是按病种预付，相当程度上防止了对医疗费用的浪费。但是，也存在一个关键性问题，就是如何为一个病人进行恰当的病种分组或如何按人头付费。如果分组或按人头付费不当，那么投保者在患病时获得的医疗服务也会大打折扣。对于病种分组来说，由于诊断常常存在不确定性，医生有动机将病人划归到能获得较高补偿价格的分组中，从而造成医疗费用的增加。对于按人头付费来说，医院可能会选择性接收病情较轻、住院时间较短的病人，以获取更多的“人头”，享受更多的费用额度。因此，在采用定额预付制的基础上，还要适当对医疗服务机构进行监管。

第二，严格审核监管医疗机构。审核医疗服务是监控医疗费用并保障医疗服务质量的一个重要手段。管理式医疗对医疗服务的审查主要表现在：选择具有良好行医道德和标准，并且有较完备医疗技术设备的医院合作；审查医生的行医资格；调查医生的行医历史和从业行为。这样，既可以节省大量的监督成本，又可以满足不同投保群体的需要，给投保人以安全感。因此，我国医疗保障体系在选取定点合作医院时也应秉承上述标准，对于医疗机构审核和服务监管给予高度重视。

第三，利用强大的医疗信息管理系统。美国管理式医疗保险对费用的控制还体现在其强大的信息管理系统上。运用管理信息系统可以达到对医疗服务使用分析和对医疗费用监控的目的。首先，信息管理系统主要是提供最新医学进展，分析最佳治疗方案，从而提高医院的医疗水平；其次，电子化系统可迅速做出生产成本和效率分析报告，通过成本—收益的对比，评估财务状况；最后，信息管理系统可以对医疗服务的欺诈和滥用现象进行监督。因此，我国也需充分利用这种医疗信息管理系统，使医疗信息更加透明化，提高医疗效率和水平。

第四，商业保险要不断开拓“健康管理”市场。我国政府主导的社会医疗保险在整个医疗保障体系中占据了绝对垄断地位，但作为补充的商业健康保险也不容忽视，美国的管理式医疗保险恰为我国商业健康保险的发展提供了经验借鉴。商业健康保险与医疗机构相结合，建立“健康管理”机构，不仅可以控制医疗费用的上涨，而且还可以通过优质的服务来增强保险计划的吸引力。但一个值得关注的问题就是，商业健康保险的发展要有一个“度”，否则就会形成贫富双层机制，进而影响医疗保障体系的公平性。

（作者单位：南开大学 河北大学）

责任编辑 韩璐