

## 探索质量改善与成本控制相结合的管理之路

时间: 2007-09-14

来源: 中国社会保障网

【字号:   】 [【我要纠错】](#) [【Email推荐】](#)  [【发送】](#) [【收藏】](#) [【打印本页】](#) [【评论】](#) [【关闭】](#)

### 探索质量改善与成本控制相结合的管理之路

#### ——管理式医疗的启示

医疗保险体系的利益相关者涉及政府、医保管理机构（保方）、定点医疗机构（医方）和参保人员（患方）等几方面。虽然政府并不直接参与其中的利益角逐，但需履行相关的社会管理职能，关注制度的可行性和有效性。在医、保、患三方的利益角逐中，保方关注的是如何实现医疗成本的最小化，使基金保持平衡或结余；医方更关注回报的最大化，以体现自身的服务价值；患方最关注的是医疗服务的优质性，使自己的身心健康得到保障。为了维护各自利益，保方以费用支付、医方以技术优势、患方以就诊选择权和社会话语权分别作为自己的控制手段，形成了微妙的博弈关系。对三方而言，这种博弈关系存在公益性和互损性，如果各方均只顾自身利益，采取不利于其他利益相关方的策略，那么医疗保障就可能出现以下结局：一是医、患双方过度追求自身利益而导致医保基金收支失衡，最终患方失去医疗保障、医方失去稳定收入；二是保方为确保基金安全而将风险转嫁医、患双方，最终将导致患方个人负担过重、医疗保障形同虚设，医方因利益缺失而失去服务热情、降低医疗质量。因此，如何统筹兼顾各方利益，这将关系到医疗保险制度的有效运行，也关系到和谐社会的构建、公平正义的实现，也是医保管理机构所面临的崭新课题。

根据劳动和社会保障部颁发的《城镇职工基本医疗保险业务管理规定》（劳社部函〔2000〕4号）的有关条款，医疗保险的事务管理主要涉及基金的征缴、管理和支付，资料的统计和归档，以及数据库的开发等等。本文所探讨的是如何对医疗保险风险实施有效管理，从而达到在改善医疗质量的同时控制费用成本，在基金安全的基础上兼顾医、患双方的利益需求，使各方利益在博弈中达到相互平衡。

#### 一、我国医疗保险管理的现状及其问题

我国城镇职工基本医疗保险自1998年推行以来，一个新型的社会医疗保险制度已经初步建立并取得了巨大成就。在风险管理上，主要依据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）的有关规定，对医疗机构（医院和药店）实施定点管理，按“三个目录”（药品、诊疗项目、服务设施）提供医疗保障范围。由于疾病发生及治疗的不确定性，医疗保险市场存在高度的信息不对称，一方面表现为医、患双方之间，即患方缺乏相应的知识和能力对医疗质量和服务成本进行正确判断，而医方在治疗上具有高度的专业性和垄断性；另一方面表现为医、保之间的不对称，由于疾病的复杂性、以及治疗的多样化，保方无法对治疗方案及其成本进行简单量化或契约化，治疗方案及其成本最终取决于医生的偏好和患者的意愿。正是这种信息不对称引发了医疗保险的“道德风险”问题。因此医疗保险实施以来，在医、保、患三方的利益博弈中，医方由于占据信息和技术优势，可根据自身的利益需求主导医疗行为，因而成为最大的受益者；保方为了规避道德风险，维持基金收支平衡，将费用风险转嫁医、患双方，客观上造成了医方的不满和患方待遇水平的降低；患方在三方博弈中处于最弱势的地位，个人承担了很大的费用风险，仍无法享受到优质的医疗服务，使得“看病难、看病贵”成为当今突出的社会问题。诚然，造成这种局面的原因是多方面的，但医疗保险缺乏有效的风险管理技术和方法是重要的因素之一。目前，我国的医疗保险管理存在以下几方面的问题。

##### 1、缺乏有效的费用控制机制

由于医疗保险的第三方付费机制，为了规避道德风险，目前在风险控制上过分强调对患方（需方）的制约。为了控制患方的过度医疗需求，在费用补偿上采用了起付线、封顶线、以及自负比例等风险控制措施。另外，针对价格昂贵的药品和检查治疗仪器，患方还需额外承担一定比例的自负金额。在医疗保障方面，仅限于“三个目录”的医疗服务范围，目录以外的费用则全部由患方承担。但另一方面，对医方在费用结算上多采用按服务项目或服务单元等支付方式，在服务利用上缺乏有效的成本制约机制，由于医院无需承担任何费用风险，在经济利益的驱使下，更愿意提供高收入、高利润的医疗服务项目。同时，由于医方在信

息上处于明显优势，保、患双方无法对治疗方案及其成本的合理性作出简单和明确的判断，以至于大处方、滥检查等诱导需求蔚然成风，造成医疗费用日益膨胀，这不但加剧了保方的费用支付压力，也进一步加重了患方的个人负担。

## 2、缺乏完善的质量监控机制

目前我国的医疗保险管理呈现重费用控制、轻质量监控的特征。在医疗服务的管理上主要依据“三个目录”对医疗费用进行审核和控制，而对目录外的、不属基金支付范围的医疗项目，则很少加以规范和管理。因此某些医疗机构更愿意提供目录外的医疗服务，这一方面可带来高额利润，另外还可规避医保管理机构的审查，因而又进一步加剧了患方的经济负担，使得医疗保障形同虚设。另外，对医方临床治疗的效果、成本一效益缺乏相应的评估标准和规范措施，无法对治疗方案的合理性作出客观而准确的判断，因此一方面导致医方信息寻租行为的泛滥，另一方面也引发了保险欺诈行为的频繁发生。

## 3、缺乏医疗保障与预防保健相结合的有效机制

现代医学的发展证明，从健康转为疾病状态是个连续发展的病理过程，之间还存在一种所谓的“亚健康”状态，虽然不构成疾病，但具有潜在的疾病风险，如果预防和控制得当，可以防止进一步转为疾病状态，从而避免身心伤害和医疗支出。随着社会发展和人们生活水平的提高，急性病、传染病、地方病越来越少，而代之以慢性病、“富贵病”。因此加强预防保健和健康教育，对减少疾病的发生具有重要作用。但目前我国的医疗保险制度，单纯强调疾病的治疗保障，而忽视疾病的预防保障，各种预防保健类的服务项目均不属于医疗保障的范围，完全由患方个人承担，因此疾病的预防保健功能大为减弱，这不仅造成疾病风险的增大，增加了基金的支付压力，同时也不利于人民健康水平的提高。

## 二、管理式医疗：质量改善和成本控制的机制研究

美国自20世纪80年代以来医疗费用持续过度增长，管理式医疗因其在费用控制上成效显著，目前已成为美国主要的医疗保险管理形式。管理式医疗是一种将医疗服务的使用和成本控制有机结合的管理模式，其主要运作模式包括健康维持组织(HMO)、优先服务提供者组织(PPO)和服务点计划(POS)等，其与传统医疗保险的根本区别在于医疗服务的契约和网络，即与医方签订服务合同，拥有自己的医疗网络。通过对资源利用的评估，监控和规范医生的临床治疗模式，从而引导医生使用成本一效用最优化的治疗方案；鼓励和引导病人在就诊时选择成本一效益较佳的服务提供者，同时积极开展健康促进计划；改革费用支付方式，引导医方在提供服务的同时注重成本效益。

与传统医疗保险相比，管理式医疗在成本控制、质量改善、以及病人满意度等方面均取得明显成效。美国卫生部财务署的调查显示，管理式医疗对遏制医疗费用上涨发挥了重要作用，费用控制主要体现在保费价格、及个人医疗支出的下降。自1993年以来保费价格的年增长率不到2%，在此之前均为两位数。1995~1998年卫生服务消费价格指数(CPI)的年均增长率最低，仅为3.3%；CPI五年累计增长率在1988~1992年为67%，而1993~1997年仅为31%，减少了一半以上。1995~1998年卫生服务生产价格指数(PPI)的年均增长率也低于2%，个人卫生消费支出占GDP的比重由13.7%降至13.5%。管理式医疗的住院率降低，住院天数缩短，门诊利用率增加；医生对高精尖仪器的依赖程度减低，普通检查的利用更趋合理；医生提供预防保健服务的积极性大为增加，病人对医疗费用的满意度较高。这些主要得益于医疗技术的合理使用，临床治疗中注重成本一效益，杜绝了资源的过度利用。由于管理式医疗在费用支付上采用成本核算机制，人们不免担心是否会出现医疗服务提供不足，但管理式医疗通过一系列的监控和管理措施，对这些潜在的不利因素进行制衡。有证据显示，HMO未曾发现任何医疗质量低劣的问题。参加管理式医疗的儿童可获得更多的预防保健和健康促进服务，分别比自费医疗的对照组高40%和50%之多。病人满意度调查表明，87%的居民认为服务符合标准，75%以上的居民感到满意或基本满意，但病人及医生在就诊和治疗上的自主性较差。管理式医疗在质量改善和成本控制方面的成效，主要基于以下几方面的因素。

### 1、保、患联合：防范疾病风险，引导合理就诊。

防范疾病风险，降低发病率，既可提高健康状况，又能减少费用成本，这对保、患双方而言，是个双赢的局面。因此管理式医疗愿意向参保人员提供预防保健、健康教育等服务，同时采用经济激励机制，鼓励参保人员积极参与有益健康的活动。参保人员如果参与戒烟、减肥等活动，可享受优惠的保费价格，如果取得一定成效，还可进一步享受保费优惠。相反的，如果不参加此类活动，将无法享受保费价格的优惠。通过这种人性化的关怀，鼓励参保人员养成良好的健康生活方式，这样既可提高健康水平，又能降低费用成本。由于医疗服务的信息不对称，管理式医疗通过计算机信息技术，对医方的治疗方案进行统计分析，将那些成本一效益较好的医院或医生名单公示于众，供患方在就诊选择时参考，以尽可能减少患方的信息不对称，另一方面也促进了医方内部的良性竞争。另外，管理式医疗还通过共保(coinsurance)、共付(copayment)等风险控制措施，鼓励和引导患方选择那些成本一效益较好的医院或医生就诊，患方如果在管理式医疗指定的医院就诊，只需承担很小比例的自负金额，否则，将承担较大比例的自负金额。通过这种方式，既保障了患方就诊的自主性，同时又引导其合理使用医疗资源，遏制了医疗资源的盲目、过度利用。

### 2、保、医携手：实现医疗服务的成本一效益最优化。

由于医方在医疗服务中处于主动地位，若想对医疗质量和费用成本进行调控，必须得到医方的配合。管理式医疗通过契约制，根据一系列准入标准，选择那些成本一效益较好的医院或医生作为其服务提供方，这一方面可促进医方内部的良性竞争，提升质量水平；另一方面可利用病源资源优势，获得价格优惠，从而降低服务成本。同时，管理式医疗还根据专业权威信息，确定临床诊疗的金标准，并与医方合作，共同制定成本一效益最佳的临床治疗指南，以此引导和规范医方的临床治疗行为。服务利用管理是避免医疗资源过度利用、实现成本一效益最优化的有效方法。管理式医疗一方面通过初诊医生转诊制、住院或手术审批制等管理方法，引导医疗资源的合理使用；另一方面，对住院病例，尤其是费用较大的病例，则采用病例管理模式，通过与医方协商，选择合理的治疗方案，在改善健康状况的同时最大限度地控制医疗成本。另外，还对以往病例进行回顾性审核，以防范医疗资源的过度利用、或保险欺诈行为的发生；同时还对医方的医疗服务数据进行统计分析，以确定是否存在医疗资源的利用过度或不足，并将这些信息反馈给医方，便于其与同行进行比较，从而改进自己的临床治疗模式。这种保、医联手的管理方法，既有利于医疗质量的保障和改善，又可最大限度地控制医疗支出，同时又能得到医方的理解和积极配合。

### 3、医、患合作：加强预防保健，提高健康水平，降低医疗成本。

为了控制医方的诱导需求，管理式医疗在费用支付上采用了按人头付费等成本制约机制，这种支付方式改变了保方原有的被动局面，迫使医方承担一定的经济风险，规范自己的医疗行为，从而达到成本控制的目的。同时，为了防止医疗服务提供不足、医疗质量下降，管理式医疗在签约医生的准入标准中制定了服务对象的最低人数限制，这一方面分散了医生的经济风险，另一方面则促使医生提供高质量的医疗服务。如果医生的服务质量不佳，不足以吸引更多的参保人员，那么将面临失去签约医生资格的风险，也意味着将失去固定的病源和收入。因此，这种制约机制促使医方在保障质量的前提下，积极发挥自身的主观能动性，通过提高医疗服务效率来降低费用成本，从而实现赢利。由于服务对象的健康状况愈佳，疾病风险就愈小，医疗成本也就愈低，因而医方更愿意为服务对象提供卫生保健、疾病预防、健康促进和教育等服务，从以往单纯注重疾病的治疗转向疾病的预防、筛选、管理和治疗多重并举，通过各种干预方法提高服务对象的健康状况，从而降低治疗成本。

管理式医疗在质量改善和成本控制方面的管理模式，不仅有利于医方的经济收益，也有利于患方的健康改善，同时还有利于保方的费用控制，因而对保、医、患三方而言是个共赢的局面。

## 三、管理式医疗对我国医疗保险管理的启示和借鉴

管理式医疗这种模式与美国的社会经济、政治制度和文化习俗等密切相关，并不完全适合我国的医疗保险管理，但其在质量改善和成本控制方面的某些管理方法，尤其是在医、保、患三方的利益博弈中如何维护各方的利益平衡，值得我们借鉴和探索，这关系到医疗保险制度的有效运行和可持续发展。

### 1、完善费用补偿机制，加强道德风险控制。

费用支付方式对医疗费用、服务利用具有重要影响作用，采用合适的费用支付方式是控制医疗成本、避免服务过度利用的关键举措，也是制约道德风险的一个重要机制。由于医方在医疗服务中处于主导地位，对其在费用补偿上进行风险控制，效果更佳。管理式医疗的经验表明，引入成本制约机制的费用支付方式，可一定程度地抑制医方通过诱导需求来获取不合理的收益，促使医方通过精湛技术和优质服务来吸引更多的病源，从而实现经济和名誉上的更大回报。另外，设置合理的自负比例，可增强患方的议价能力，引导其选择优质低廉的医疗服务，促使医方降低医疗成本，但同时必须提高医疗服务的信息透明度，最大限度地降低信息的不对称，便于患者在就诊时比较和选择，从而发挥自负比例的引导作用，抑制医方提供虚假治疗成本的动机，同时也有利于医疗机构的良性竞争。自负比例和补偿机制一旦发挥效用，在不降低医疗保障水平的前提下，既可控制医疗资源的过度利用、降低医疗费用，又可有效抑制医患合谋、减少道德风险。

### 2、加强预防保健，防范疾病风险。

医疗费用支出与参保人群的健康状况密切相关，健康状况决定了患病率和资源利用状况，因此参保人群的健康状况直接影响到基金的支付压力。积极参与疾病的早期预防和健康管，提高参保人员的健康水平，减小潜在的疾病风险，从而控制费用成本，这是管理式医疗的精髓所在。预防保健服务具有低成本、高效益的优势特点，并非富裕人群才独享的“高级待遇”，我们应改变重治疗、轻预防的思维定势。如果在医疗保障范围中包含预防保健类服务项目，将会引导更多的资源流向疾病的预防保健，从根本上改善群众的健康状况，防范疾病风险，减轻基金的支付压力。这对医、保、患三方而言，均是有益的多赢结局。因此，应统筹兼顾卫生资源的配置，制定合理的医疗保障范围，使卫生资源的利用趋向群众需要的、合理的、具有成本效益的医疗服务上来。

### 3、提高医疗保险管理水平，实现成本一效益最优化。

由于医疗保险的信息不对称，不可避免会出现道德风险，如果对此不加以监管，必将导致资源浪费、效率低下。因此必须在现有管理的基础上，不断完善风险管理的技术和方法，提高管理水平，实现医疗服务的成本一效益最优化。



首先，加强就诊管理，引导资源合理使用。我国于90年代初实行的“医院分级管理体制”，其宗旨就是实现大小医院间的“双向转诊”，使其各司其职，各尽所能，即：大医院负责疑难病症，小医院提供初级医疗服务。但结果却是“大医院人满为患，小医院门庭冷落”，其根本原因就是未实行有效的就诊管理，患者在就诊选择上具有很大的自主性和随意性。管理式医疗在就诊管理上实行全科医生转诊制，由全科医生负责协调患者的初级医疗、住院、手术和专科治疗等各项服务，这对医疗资源的合理使用具有非常关键的作用，可极大提高资源利用率，制约住院和专科服务的过度使用，从而提高医疗服务的成本效益。目前我国正大力加强社区医疗服务中心的建设，提倡“大病、急病进医院，小病、慢病在社区”的资源配置，管理式医疗的就诊管理模式值得我们借鉴和引用。

其次，依托病源资源优势，促进医方良性竞争。医疗机构的收益主要由病源决定，拥有相对稳定的病源就意味着拥有稳定的经济收益，因此对医疗机构而言病源资源至关重要。我们应借鉴管理式医疗的经验，通过契约选择成本—效益较佳的医院作为定点医疗机构，以促进医方形成良性竞争，提供质优价廉的医疗服务；同时，充分利用病源资源的优势来获得价格优惠，从而降低医疗成本。另外，预付型补偿机制若管理不善，容易出现服务不足、质量下降等弊端，应借鉴管理式医疗的有关经验，从机制上促使医方只有在保证质量的前提下，通过提高服务效率、降低医疗成本等方式来获得更高的收益。

第三，加强资源利用管理，规范医疗服务行为。服务利用管理可以减少资源浪费，是控制费用风险的重要措施。因此必须主动与医方积极合作，共同制定成本—效益最佳的临床治疗指南，以此引导和规范医方的临床治疗行为。对某些费用巨大的住院病例，可借鉴管理式医疗的病例管理模式，主动与医方协商，选择合理的治疗方案，在改善健康状况的同时最大限度地控制医疗成本。另一方面，充分运用计算机信息技术，对医疗服务数据进行统计分析，及时掌握医疗行为动态，防范道德风险，并及时将这些统计信息反馈给医方，促使其改进和完善原有的临床治疗模式，从而实现医疗服务的成本—效益最优化。

总之，医疗保险牵扯医、保、患三方的利益博弈，医疗保险管理的宗旨是维护各方的利益平衡，保证制度的有效运行和可持续发展。管理式医疗是一种对医疗服务主动进行干预和调节的管理模式，其在质量改善和成本控制方面的成效，不仅有利于医方的经济收益，也有利于患方的健康改善，同时还有利于保方的费用控制，因而对保、医、患三方而言是个共赢的结局。其管理方法和经验值得我们借鉴和引用。

（王明叶）

（本文荣获中国社会保障论坛2007年征文评选优秀奖）

【 】 【发表评论】

#### 相关新闻：

- 统筹城乡社会保障制度发展的思考(2007-09-14)
- 中国工伤死亡赔偿体系的评估与重构(2007-09-14)
- 基本养老保险个人账户管理研究(2007-09-14)
- 论建立覆盖城乡的社会保障体系的战略选择(2007-09-14)

#### 免责声明：

中国社会保障网对任何包含于或经由本网站，或从本网站链接、下载，或从任何与本网站有关信息服务所获得的信息、资料或广告，目的是为公众提供资讯，服务社会公众，不声明也不保证其内容的有效性、正确性或可靠性。

任何单位或个人认为通过我们的内容可能涉嫌侵犯其合法权益，应该及时向我们书面反馈，并提供身份证明、权属证明及详细侵权情况证明，我们在收到上述法律文件后，将会尽快移除被控侵权内容。

以上声明之解释权归中国社会保障网所有。

关于我们 | 联系方式 | 招贤纳士

中国社会保障论坛组委会秘书处 版权所有  
京ICP备：05004171号