

JIYU YILIAO SHICHANG NEIBUXING DE
ZHENGFU GUANZHI YANJIU

崔佳◎著

基于医疗市场内部性的 政府管制研究

◎ 吉林大学出版社

JIYU YILIAO SHICHANG NEIBUXING DE
ZHENGFU GUANZHI YANJIU

崔佳◎著

基于医疗市场内部性的 政府管制研究

◎ 吉林大学出版社

图书在版编目（CIP）数据

基于医疗市场内部性的政府管制研究 / 崔佳著. —
长春：吉林大学出版社，2012.7
ISBN 978-7-5601-8627-6

I. ①基… II. ①崔… III. ①文卫生服务 - 服务市场 -
政府管制 - 对比研究 - 中国、美国 IV. ①R197.1

中国版本图书馆CIP数据核字（2012）第150883号

书 名：基于医疗市场内部性的政府管制研究
作 者：崔佳 著

责任编辑：朱进 责任校对：曲楠
吉林大学出版社出版、发行
开本：787×1092 毫米 1/16
印张：9 字数：130千字
ISBN 978-7-5601-8627-6

封面设计：美印图文
北京市联华宏凯印刷有限公司 印刷
2012年7月 第1版
2012年7月 第1次印刷
定价：17.80元

版权所有 翻印必究
社址：长春市明德路501号 邮编：130021
发行部电话：0431-89580026/28/29
网址：<http://www.jlup.com.cn>
E-mail：jlup@mail.jlu.edu.cn

前 言

本文在介绍中美两国医疗市场现状的基础之上，将内部性分析扩展至医疗市场。缓解内部性问题可以从内部性产生的原因入手，也就是降低交易成本和缓解信息不对称，但是由于医疗服务本身的特性，仅仅依靠市场机制无法解决内部性问题，还需要依靠政府管制。事实上，医疗机构获得交易条款中没有说明的交易收益主要通过以下三种途径：①诱导患者进行不必要的医疗消费；②让患者或保险机构支付过高的价格；③通过降低医疗服务质量的方式来节约成本。所以，本文选择了以下三类管制措施作为分析对象，分析它们能否有效缓解内部性问题。

首先，针对医疗机构的投资管制。如果可以从供给的角度来控制医疗服务的数量和内容，避免医疗机构的服务供给能力过剩，那么就可以减缓内部性问题。美国针对医疗机构投资实行CON政策，早期研究表明它对于新床位的投资具有抑制效果，但后来的其他研究并没有得到这种结果。有一些证据证明CON对医院服务数量有负效应，这可能是通过对床位数所产生的负效应而间接产生的。中国卫生部对大型医用设备实行了较为严格的管制，这样可以防止医院盲目引进设备。但是由于实行统筹规划和总量控制，较早申请引进大型医疗设备的医疗机构将处于优势地位，这种特权性质鼓励医院加速新投资的计划，可能反而导致投资率的增长。

其次，针对医疗服务、药品及医疗器械的价格管制。这需要在控制价格的同时对医疗机构增加服务量的行为实行有效控制，才可以减缓内部性问题。美国费率设置项目对于价格实行了较为严格的控制，但那些以住院天数或服务项目为支付单位的组织中，其床位使用率、平均住院时间都有所增加，而基于病例付费的费率管制和适当的服务量调整可以降低增加服务量的激励。中国政府对医疗服务价格所实行的“双轨制”使得医疗机构更愿意提供价格水平高于实际成本的高技术医疗诊断等服务。关于药品集中招标采购，本文在对北京市招标采购数据分析基础之上，认为药品招标采购在降低药品价格方面所能够发挥的作用非常有限，这是由于：①药品生产企业定价策略发生改变。对比连续招标的449种药品通用名，发现三年间品规数并未发生改变的仅占43.4%，药品生

产企业可以通过变换规格的方式对药品进行更新换代，并在为新药定价的时候制定较高价格。②外资企业药品降价空间较小。外资企业和进口企业的品规数在单独定价药品中占49%，在专利保护药品中占83%，在过期专利药品中占85%，技术优势使得它们可以保持价格优势。③中标药品没有规模效益。北京市实际流通的品规数有7 000~8 000种，而中标品规数却有30 000多条，招标并没有起到筛选作用。即使药品中标，也不能带来有规模效益的采购数量，也就无法降低药品价格。

最后，对保险支付方式的选择。医疗服务的质量和成本难以检验，但可以通过支付方式来引导医疗机构的行为，减缓内部性问题。成本补偿支付方式没有给医疗机构控制成本的激励，而且医疗机构有很强的激励去提高质量提高成本进而获得高额利润回报。而固定价格支付方式提供了很强的激励去控制成本，但同时也给了医疗机构降低质量削减成本的激励。在质量能够影响需求、患者能够感知质量、医疗机构会努力增加需求的情况下，固定价格支付方式才有效。但是在适用固定价格支付方式可能会产生拒诊和撇脂等问题，在成本易于监控的情况下引入成本分担机制以及发挥信誉的作用可以帮助改善成本和质量之间的矛盾。经验证据也表明美国老年医疗保险在从成本偿付转换为采用固定价格的预付制后，资源使用明显少于预期，而且还没有明显的证据表明这种节约是由于质量下降所引起的。中国政府也在保险支付中引入固定价格支付方式来控制医疗费用，并且对不同级别医疗机构实行不同的报销比例，改变患者对各级医疗机构的服务需求。

基于以上分析，本文认为在缓解内部性问题方面政府管制的优势在于可以促使交易达成、降低交易成本并在一定程度上确保服务质量和信息披露真实。中国管制政策效果存在不足除了前面分析的原因以外，还由于医疗机构补偿机制本身蕴含的矛盾、政府面临的信息不对称和信息不完全、关于管制政策的成本收益评估不足以及管制者自身的局限等原因所导致。

本文的创新点在于以下几点：对医疗服务市场的内部性问题做了系统分析；选择了不同于其他文献的研究视角，从是否减缓内部性问题角度来分析评价管制政策；将关于内部性解决机制的讨论扩展至经济性管制领域；基于翔实可靠的调研数据分析结果对药品集中招标采购的效果做出评述，填补了这方面的不足。

【目录】

第一章 导 论

1.1 文献综述 1

1.2 研究思路以及研究意义 5

1.3 研究方法 6

1.4 论文结构 7

第二章 中美医疗市场的现状

2.1 医疗保险体制 8

2.2 医疗费用来源及医疗保险覆盖率13

2.3 医院及医生的情况18

第三章 医疗市场的内部性分析

3.1 产生原因23

3.2 典型事例25

3.3 解决机制 30

第四章 医疗市场内部性相关管制措施之一：投资管制

4.1 美国的CON政策38

4.2 中国的医疗机构投资管制政策52

4.3 小结59

第五章 医疗市场内部性相关管制措施之二：价格管制

5.1 美国的费率管制政策 61

5.2 中国的医疗服务价格管制 71

5.3 中国的药品、医疗器械集中招标采购制度 76

5.4 小结 101

第六章 医疗市场内部性相关管制措施之三：保险支付方式

6.1 各种保险支付方式的效率 103

6.2 美国改变保险支付方式的效果 111

6.3 中国改变保险支付方式的效果 115

6.4 小结 119

第七章 医疗市场内部性相关管制政策总体评述

7.1 管制的优势 120

7.2 管制效果存在不足的原因 121

7.3 改进管制的对策 123

第八章 结论

8.1 主要结论 126

8.2 本文的创新点 129

8.3 需要进一步研究的问题 130

参考文献 132

(1963)考察医疗服务市场时得出的结论是,如果信息不完备或很昂贵,则需要由政府通过许可证或信息的生产来对劳务和产品市场进行干预^[1]。但是Oi(1973)等人也指出如果披露信息的激励不存在或不完全,政府就有理由生产信息或补贴信息,但是信息改善所获得的利益必须与政府生产信息的成本相比较。如果管制对商品标签和私人生产的信息设置诸多标准,则企业的成本将会相应提高,这也可能导致产品种类的减少,从而限制选择范围,减少消费者利益。因此,衡量信息不对称市场上对管制的需求必须建立在权衡信息生产的成本与无效交易的成本的基础之上^[2]。

史普博(1989)则提出了针对内部性实施管制时需要注意的问题。他认为造成内部性的三类主要交易成本是:①在存在风险的条件下签订意外性合同的成本;②当交易者行为不能完全观察到时所发生的观察或监督成本;③交易者收集他人信息和公开自身所占有的信息时发生的成本。导致内部性产生的另一个原因是信息不对称,在这种情况下管制会变得更加复杂。但是市场失灵的存在仅仅是管制的必要条件,而非充分条件,因为管制有收入再分配的性质,而且会干预配置效率,引起很高的行政成本。交易成本和信息不对称可能不足以导致内部性,也不足以证明管制的正当性。首先必须证明的是,内部性、个人交易的不适当成本或收益是存在的。其次,必须证明公共干预在减少内部性方面是较竞争性市场更为有效的方式。再次,必须证实管制较其他方式更有效、成本更低。最后,政府管制要尽可能地依赖于竞争性市场,确定这种方式不可行后才可以有条件地进行直接性管制^[3]。

本文所关注的管制政策其管制对象主要是医疗机构,由于非营利性组织在医疗机构中占有绝对比例,所以也有很多文献对非营利性医疗机构的特性进行了分析。Newhouse(1970)认为,由于有税收政策方面的优惠,而且保险使得消费者对医疗服务的价格不是很敏感,这使得非营利性医院在零利润约束条件下,可能偏好于提供更多数量或是更高质量的服务。如果非营利性医院提供的过多的医疗服务的价值超过了服务成本,那么可以增加效率:反之,则降低了

1. Arrow,K.J.,Uncertainty and the welfare economics of medical care.America Economic Review, 1963.53: 941-973.

2. Oi,W.Y., "the Economics of Product Safety",Bell Journal of Economics, 1973,4: 3-28.

3. D.F.Spulber, Regulation and Market, the MIT press,1989; 史普博著.余晖等译.管制与市场.上海人民出版社,1999:64-65.

效率^[1]。而Pauly & Redisch (1973)提出了医生合作社模型,指出非营利性医院的行为方式,由医生控制的联合体决定,其目的是最大化医生的人均收入。这表明非营利性医院会提供过高的服务质量^[2]。

政府对医疗机构管制的实证文献大都是以美国为研究对象,Salkever (2000)认为政府对医院的管制内容包括价格管制与资本支出管制,后者包括对新医院加入与对旧医院扩建的管制,以及对新增医疗仪器设备的管制。政府对医院产业实行直接管制的理由,除了控制医疗支出增长外,还希望以管制达到课税或交互补贴的目的。例如,政府在核准新医院的兴建或现有医院扩建时,可能会通过正式的附加条件或非正式的协商,要求医院同时提供具公益性质的其他服务,如开办偏远地区门诊服务等。政府对新医院加入与现有医院投资实行管制的直接影响是形成医院市场的进入壁垒,进而强化市场上既有主体的垄断力量。而政府对医院产业的价格管制措施,则会影响到医院市场的竞争形态,使医院之间的竞争更朝向非价格的方向发展^[3]。美国纽约州于60年代末期率先开始对医院产业采取两种主要的管制措施:①借核发“需要证明”^[4]来控制医院的投资支出;②对医院的收费标准进行费率管制。美国其他各州则于70年代陆续跟进,纷纷对医院产业采取类似的管制措施。有很多文献评估了管制政策对控制医院成本的成效,结果显示美国所采取医院产业管制政策对成本的影响随时间而异。运用70年代初资料所得到的研究结果,大部分显示管制政策对抑制费用增长的效果非常有限,但是以70年代末与80年初数据为样本的研究,则发现管制政策对抑制成本上升的效果非常显著^[5]。造成这种差异的原因,一方面可能是政策效果的浮现需要一定的时间;另一方面也可能是由于各州医疗体制的环境变化所致。

国内最早对内部性理论进行全面介绍的是程启智(2002),他运用现代产

1. Joseph P.Newhouse, Toward A theory Nonprofit Institutions, American Economy Review, 1970,vol.60: 604-713.

2. Mark Pauly; Michael Redisch,The Not-For-Profit Hospital as a Physicians' Cooperative,The American Economic Review, 1973,Vol. 63: 87-99.

3. Salkever,D.S., Regulation of Price and investment in hospitals in the U.S.,Chapter 28 in A.J. Culyer, J.P. Newhouse, eds., Handbook of health Economics, North Holland: Elsevier Science, 2000,1B:1489-1535.

4. certificate-of-need.

5. Sloan, FA..and B.Steinwald, Effects of regulations on hospital costs and input use, Journal of Law and Economics, 1980.23,81-109.

Dranove,D.and K.Cone, Do state rate setting regulations really lower hospital expense?, Journal of Health Economics, 1985.2, 159-166.

权理论框架来分析内部性问题的产生和政府管制的必要,指出由于交易成本为正,产权便不能完整界定清楚而必有一部分被置于公共领域,成为有信息优势的交易者攫取的公共财富,从而对交易者另一方造成未在合同条款中反映的损害,这即所谓的内部性。那些可重复多次交易的内部性问题并非一定要政府管制,只有那些交易一方对另一方造成了极大损害,而且这种损害无法通过多次市场交易使其产权得到充分界定的内部性问题才需要政府管制,而政府管制的目的在于降低充分界定产权的成本,提高资源配置的效率^[1]。王冰,黄岱(2005)则对内部性政府管制的失败进行了深入探讨,他们认为信息不对称导致的“逆向选择”和“道德风险”造成的市场失败是内部性政府管制的根本原因,虽然市场机制对这类市场失败有缓解作用,但是内部性政府管制是解决这类市场失败的必要手段。不过政府管制也存在管制失败,除政府特性的原因以外,信息不对称是主要原因。针对政府管制失败,至少应从建立租金消散机制和建立政府行为过程中的激励机制等方面采取措施,抑制内部性政府管制可能产生的不良后果^[2]。苏晓红(2008)认为市场交易中的内部性是普遍存在的,如果市场完备、法律体系健全,竞争性的市场和普通法能够解决内部性问题。但当因交易成本过高或信息不对称使市场降低内部性无效时,社会性管制可以作为一种替代性的机制发挥作用。社会性管制在降低合约成本,生产和传播信息方面具有优势,但也会产生一些副产品,如使企业提供的产品数量减少、价格提高、消费者福利受损、企业研发新产品的激励下降,消费者安全防范意识下降等,因而不能无限扩大社会性管制的范围和作用^[3]。

关于中国对医疗机构的管制,有很多文献对药品集中采购制度进行了分析。吕庆华(2007)认为药品集中采购制度没有解决看病难、看病贵问题的主要原因包括:①招标采购是一种竞争性比价采购方式,实行垄断性经营的产品无法构成比较和竞争,因此进口合资药品并没有降价。而国内的药品生产企业也不断将投入转移到生产独家垄断产品上,加上国家食品药品监督管理部门在新药审批环节的松懈,因此为应对招标,医药市场上迅速出现了诸多的奇异规格、奇异包装和新剂型。②价格降幅反映的是集中采购所有成交候选品种的成交价格水平,而患者的药品费用是由医疗机构的用药层次和用药习惯决定的。如果医疗机构的临床用药以进口、原研药品为主,患者就很难

1. 程启智.内部性与外部性及其政府管制的产权分析.管理世界,2002(12):62-68.

2. 王冰,黄岱.信息不对称与内部性政府管制失败及对策研究.江海学刊,2005(2):53-57.

3. 苏晓红.内部性解决机制的比较分析.经济学家,2008(5):89-95.

感受到集中采购的好处。一些地区的集中招标采购项目之所以招致投标人的不满甚至抵制,除了信用形象差、操作不规范等原因外,采购规模过小,不能创造价值而徒增经营成本是主要原因^[1]。

综上所述,现有文献对内部性的产生原因、典型事例以及解决机制都进行了研究,对医疗市场的各类管制政策效果也做出了分析和评述,但是还存在以下不足:①所探讨的主要是产品质量和工作场所安全等领域的内部性问题,并没有文献研究过医疗市场的内部性问题。②政府管制可分为经济性管制和社会性管制,现有文献提出的内部性问题解决机制包括市场机制、法律程序以及社会性管制,关于经济性管制是否可以缓解内部性问题并没有进行研究。③关于医疗市场管制政策的文献多以控制医疗费用为出发点,从是否降低医疗费用或医疗机构成本的角度来探讨管制政策的效果,并没有文献从是否减缓内部性问题,是否可以有效避免医疗机构获得交易条款中没有说明的收益进而保护患者和保险者利益的角度来分析评价管制政策。④关于中国医疗市场的管制政策,现有文献多从制度层面上去进行分析,但是缺少实证分析结果对结论加以支持,结论常常显得论据不足。

1.2 研究思路以及研究意义

史普博对内部性的分析主要集中于产品质量和工作场所安全,其他文献也没有将内部性问题的分析扩展至医疗市场。而医疗市场正好具有交易成本高和信息不完全的特征,这些特征使得医疗机构可能在与患者或保险机构的交易中获得交易条款中没有说明的收益。本文将首先在对医疗市场的内部性问题进行系统分析,然后分析政府针对医疗机构所采取的管制措施。

事实上,政府针对医疗机构所采取的各种管制措施其政策目标往往是多元化的,现有的关于医疗市场管制政策的研究多以控制医疗费用为出发点,从是否降低医疗费的角度来探讨管制政策的效果。虽然医疗服务体系的目标是在保证质量的情况下控制医疗费用,但高费用并不一定意味着制度的失败。因为高费用支出可能具有以下三个含义:平均服务水平高;服务资源的成本高;服务提供效率低。医疗服务属于正常商品,而且收入弹性较大,其较高的消费水平在某种程度上也反映了较高的收入水平。而且,在比较各国医疗费用支出的时候常常仅仅关注货币形式的成本,而没有将隐形成本和非货币成本考虑其中。事实上,公共医疗体系中存在较多的隐形成本,这些成本包括由于税收提高和

1. 安彬,吕庆华.药品集中招标采购制度分析.理论探索,2007(1):87-89.

通过非价格手段分配资源而导致的福利损失。而非货币成本包括某些治疗的等候时间,以及由于限制新技术而根本无法得到某些治疗等成本。如果考虑这些成本,那些通过非价格手段控制医疗服务利用的国家的总支出将会增加,医疗费用支出的比较结果也会发生变化。

本文将选择不同的分析视角,从是否减缓内部性问题,是否可以有效避免医疗服务提供者获得交易条款中没有说明的收益,是否能够保护患者和保险者利益的角度来分析评价管制政策。本文选择对医疗机构的投资管制、对医疗服务、药品及医疗器械的价格管制、对保险支付方式的选择这三类管制措施作为分析对象。这是因为医疗机构获得交易条款中没有说明的交易收益主要通过以下三种途径:①诱导患者进行不必要的医疗消费;②让患者或保险机构支付过高的价格;③通过降低医疗服务质量的方式来节约成本。直观上来讲,投资管制可以避免医疗机构诱导患者进行不必要的医疗消费,价格管制可以避免医疗机构让患者或保险机构支付过高的价格,合适的保险支付方式可以避免医疗机构通过降低医疗服务质量来节约成本的行为。这些政策都力图在医疗服务交易中保护患者和保险方的利益,避免医疗机构获得交易条款中没有说明的收益,减缓内部性问题。

本文将在介绍美国、中国医疗服务市场现状的基础之上分析两国的这三类管制政策的效果。美国是采取联邦制度的国家,某项管制政策是否在某一州内实行由各个州政府决定,这种制度使得各州所采取的管制政策内容与实施的时间并不完全一致,在某一时刻,一些州可能已经实行了某项管制政策很多年,而其他州还未开始实行。由于存在没有实行管制的对照组,那么研究者在进行对比分析后更容易把握该管制政策的实际效果。关于中国管制政策的效果,笔者经过了长时间的调研,将基于对管制政策的理论分析结果以及实地调研的数据分析结果做出。

1.3 研究方法

本文所采用的研究方法主要包括:

(1) 实证研究和规范研究的方法。实证研究探讨“是什么”的问题,对政策运行过程所表现出来的各种现象加以描述和解释,表明其“是什么”,从而提示政策运行的内在规律。本文在分析管制措施及其效果时,通过查找文献和访谈获得有关资料,并进行描述和分析。实证研究方法不涉及任何特定的立场和价值判断,而规范研究是一种描述性分析,是根据公认的和传统的价值标准,以主观判断的形式,对政策运行应该具有的规律和应实现的结果进行阐述

和说明,回答“应该怎样做”的问题。在评价管制政策效果时,本文将以是否可以避免医疗机构获得交易条款中没有说明的交易收益为标准,用规范分析对政策加以评价。

(2) 比较分析方法。比较研究方法是研究政策效果时使用较多的方法之一。中国在管制方面遇到的问题有很多是各国政府相关部门遇到的共通问题,如医院扩大投资可能导致患者消费不必要的医疗服务,关于医疗服务和药品、医疗器械成本的信息不对称可能导致患者支付过高的价格等。针对这些问题,不同国家政府都采取了相应的措施,其具体的制度安排以及政策效果都是非常值得我们借鉴的。但是毫无疑问,具体的管制措施都是根植于其特有的医疗体制的,在分析其管制效果的时候必须挖掘其背后的更深层次原因,这样的借鉴才是真正有意义的。

(3) 数据分析方法。笔者作为“北京市药品流通体制改革”课题组的成员,除了参与了课题组对药品生产企业、药品经营企业、药品招标代理机构、政府相关部门的大量调研工作外,还主要负责分析调研过程中所获得的关于药品使用的大量数据。所以,在本研究中将北京市为案例,通过资料整理、访谈以及数据分析等方式,为论述管制政策效果提供翔实可靠的证据。

1.4 论文结构

本文在导论之后首先将介绍中美医疗市场的现状,然后对医疗市场的内部性问题加以分析。在此基础之上,分析两国与内部性相关的三类管制措施,即对医疗机构的投资管制、对医疗服务和药品的价格管制、对保险支付方式的选择,对这三类管制措施的分析将各成一章,对内部性相关管制政策的总体评述也将构成一章,是本文的主要组成部分。最后是结论,对本文的主要结论、研究的创新点和不足加以总结。

第二章 中美医疗市场的现状

医疗市场是一个复杂而庞大的系统，各类市场主体之间的关系可以简单概括如下图所示：

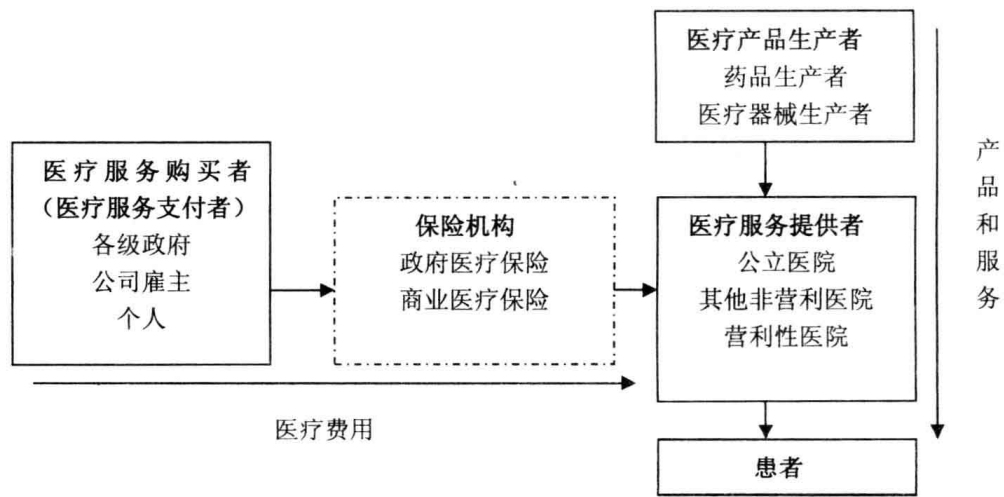


图2.1 医疗市场的构成

图中，纵向代表医疗产品和医疗服务的流向，医疗产品的生产者生产出药品和医疗器械，医疗服务的提供者也就是各类医疗机构利用药品和医疗器械向患者提供医疗服务；横向代表医疗费用的流向，医疗服务的购买者也可以称为支付者，常常是政府、雇主、个人共同作为购买者，他们可以直接从医疗服务提供者那里购买医疗服务，也可以通过医疗保险机构来购买医疗服务。由于很多政策都是根据医疗市场的具体情况而采取的，要想充分理解这些政策就要了解这些政策观点背后的医疗市场现状，本章将从医疗保险体制、医疗费用来源、医疗保险覆盖率、医院及医生情况这几个方面介绍中美两国的医疗市场现状。

2.1 医疗保险体制

19世纪80年代德国的俾斯麦政府颁布《工人疾病保险法》，强制推行了世界上第一个现代意义的医疗保险制度。迄今为止120多年的时间过去了，全世界已经有很多国家和地区不同程度引进了医疗保险制度，这项制度成为国家福

利的重要组成部分。医疗保险制度按照其保险经费的筹集方式来进行分类，大致可分为国家保障型、社会保险型、商业保险型、个人储蓄与社会保险结合型四种医疗保险体制，其代表国家分别是英国、日本、美国、新加坡；按照保险及医疗服务的提供方式来进行分类，大致可分为传统的医疗保险、政府医疗保险、政府医疗服务、混合模式^[1]，其代表国家分别是德国、加拿大、英国、美国。

（1）美国——“商业保险型” & “混合模式”

美国的医疗保险体制是典型的混合模式，包括商业医疗保险和政府保险。其中，商业医疗保险占有主体地位，它由企业与企业职工共同出资组成，向医疗保险公司集体购买，政府免征医疗保险金所得税以及社会保险税。政府保险包括为65岁以上老年人免费提供医疗服务的Medicare（老年人免费医疗制度），以及为穷人提供免费医疗服务的Medicaid（穷人医院救济制度）等，其所需费用基本上由财政承担。

私人医疗保险组织多种多样，大致可分为三部分：①蓝十字和蓝盾组织（Blue Cross and Blue Shield）开办的医疗保险；②私立或商业性保险公司的医疗保险；③管理保健等预付型医疗保险计划。其中，“双蓝”计划是传统的非盈利性保险组织，但并不是不盈利，而是对盈利有严格的限制，盈利部分只是用于机构的生存与发展。

管理保健是一个综合性的卫生保健递送结构，包括保险公司、支付机制和大量的服务提供者——医生和医院。其包含了三种控制健康保健计划成本和/或提高保健质量的机制：①选择性合同，其中支付者可以有选择地和当地的提供者（例如医生和医院）谈判价格和合同。②引导保险计划的参加者选择被选出的提供者。③对提供者行为的合理性进行利用审查，审查可能是事先的、与卫生保健的提供同步进行的或事后的。三种机制中，选择性合同被普遍被认为是最重要的。

由雇主支付的对患者保险的管理保健方案有三种类型：①健康维护组织（Health Maintenance Organizations, HMOs）。所提供的是相对综合性的卫生保健，按人头向其网络内的医生支付费用，而参与者只需少量的直接支付。但通常要求所有保健都通过该组织的服务网络来递送，因此每个参与者被指定的

1. 传统的医疗保险即具有政府补贴的私人保险市场模式，覆盖率和就业情况相关；政府医疗保险即政府建立的全国性医疗保险项目；政府医疗服务即政府直接为公众提供医疗服务；混合模式即同时拥有传统医疗保险成分和国家卫生服务成分的系统。

主要医生可以决定所有被提供的服务。如果某项服务是未经主要医生同意的，那么健康维护组织将不为其付费。②优惠服务提供者组织（Preferred Provider Organizations，PPOs）。为参与者提供两个不同层面的保险项目，当参与者使用优惠服务提供者组织的网络时，负担的成本（如起付线和共付比例）会比他们采用非网络提供者时要低。通过这种方式，来给予参与者资金激励，让他们选择网络内而不是网络外的医疗服务提供者。医院、医生加入这类网络后，需要以折扣价格为参与者提供服务，作为回报他们可能会享受到业务量增多以及准时支付所带来的好处。优惠服务提供组织没有主要医生作为决定服务项目的守门人，但会对服务提供者进行某种形式的利用审查。③服务点计划（Point-of-Service，POS）。这是健康维护组织和优惠服务提供者组织的混合体，通常是按人头向其网络内的医生支付费用。像优惠服务提供者一样，服务点计划提供的是两个层次的保险项目，参与者选择网络内的提供者时，保险程度会比较高。同时，它还与健康维护组织一样，为每位参与者指定一个医生守门人来决定哪些可以成为网络内的保健服务。大多数服务点计划并不要求参与者的网络外服务必须获得批准，但这些服务项目的保险程度会比较低。

下面表格中对比了三种管理保健方案的主要特征：

表2.1 三种管理保健方案的比较

方案类型	健康维护组织	优惠服务提供者组织	服务点计划
守门人	有	无	有
服务提供者网络	有	有	有
网络外服务	不付费（未经批准的网络内服务也不付费）	保险程度较低	保险程度较低
向网络内医生的支付方式	按人头支付	按折扣价格支付	按人头支付

资料来源：约瑟夫·E·斯蒂格利茨著.公共部门经济学.中国人民大学出版社,2005:274.

在按人头付费的情况下，医生们要自己负责治疗安排、实验室实验和医院服务的费用。健康维护组织和服务点计划将保健的费用和伴随这些费用的风险都转嫁到了医生身上。如果医生所提供卫生服务的成本比固定支付额少，那么就有利润盈余。反之，则面临着亏损。一些医生通过在合同中规定亏损时不提供服务或购买针对大量亏损的再保险的方式来规避按人头付费带来的风险。

无论是何种方案，医生必须遵守特定的审查过程。大多数的管理保健合同还要求他们的参与者有一定程度的医生记录，如提供特殊患者方案服务前必须由患者和保险公司共同填写一些表格等。从现在的经验来看，管理保健在选择

医院时首要考虑的是医院位置和医院提供的服务，而非医院的价格折扣。

管理保健组织的整体费用比较低，但是这种较低的费用是由于管理保健计划的参与人本身比较健康所需要的医疗费用比较少，还是由于管理保健有效地抑制了医疗费用，两种因素各自的影响究竟有多大却是很难区分的。现在得到广泛公认的是，管理保健的确降低了服务使用量，尤其是住院服务，但是几乎没有证据可以证明在保健的质量方面低于按服务项目付费方案。从理论上讲，管理保健并没有明确的降低医疗服务质量的动机。因为降低质量在短期内可以减少费用，但如果患者以后由于健康问题而要求更多的服务，那么这可能会增加长期费用。此外，如果消费者掌握关于质量的信息，那么降低质量也将降低需求。

从实证研究的结果来看，Miller和Luft综合了1997年至2001年关于健康维护组织绩效的研究文献，79篇文献认为健康维护组织计划和非健康维护组织计划所提供的健康服务质量大致相似，但是健康维护组织较少地使用了医院及其他昂贵资源^[1]。同时，与其他计划相比，健康维护组织计划的参与者对于健康服务的可及性及满意度评价较低。关于保健质量的研究结果并不一致，它会因服务提供者、所参加的保险计划及地理区域的不同而不同。

总体上来讲，与世界上其他发达国家相比美国的医疗保险体系有两个显著的特点：一是尽管美国医疗水平高、医疗保障资金雄厚，医疗总费用和人均费用都比其他发达国家高，但并不能把所有国民纳入这个体系，并不是人人拥有医疗保险。二是美国的医疗保险方式纷繁多样，政府控制的能力非常弱小，主要依靠自由经济制度下医疗市场化来调控和运作。三是其医疗服务偿付形式较多，医疗机构的服务质量和效率相对较好^[2]。

（2）中国——“社会保险型” & “混合模式”

中国医疗保障制度主要包括公费医疗制度、劳保医疗制度、医疗保险制度和农村合作医疗制度。

公费医疗制度是国家或政府医疗保障制度，其经费主要来源于各级财政。其实施人群主要是党政机关公务员及其离退休人员，事业单位工作人员及其离退休人员，二等乙级以上革命残疾军人，高等院校在校学生。

劳保制度是指企业职工其因病或非因工负伤，按规定享受的医药费用补助

1. Robert H Miller and Harold S Luft, HMO plan performance update: An analysis of the literature 1997-2001, Health Affairs, Jul/Aug 2002.

2. 高芳英.美国医疗保险体系初探.苏州大学学报(哲学社会科学版).2007.9.