

美国管理型商业医疗运行模式和管控实现路径探析

朱梦云

武汉科技大学法学与经济学院, 湖北 武汉

收稿日期: 2023年10月16日; 录用日期: 2023年10月26日; 发布日期: 2023年11月16日

摘要

目前我国医疗保险市场正不断探索管理型商业健康险的本土化发展模式,《“健康中国2030”规划纲要》明确提出要促进商业保险公司与社会医疗及专业护理机构合作,发展健康管理组织(Health Maintenance Organization, HMO)等新兴管理型医疗组织形式。管理型医疗(Managed Care)作为美国医疗保险市场份额最大、市场化程度最高、覆盖面最广的一类私营计划,在医疗成本控制和质量管理上独树一帜。本文介绍了美国管理型商业健康险的内涵和特点,简要梳理了管理型医疗的发展背景,分析了商业健康险市场HMO、PPO和POS三种主要管理型医疗的运行模式,并从经济管控和程序管控两种路径探究了美国管理型商业健康险的有效管控的实现过程,最后对管理型医疗进行客观评述和启示总结。

关键词

管理型医疗(Managed Care), 商业健康险, 管控实现, 价值医疗

Analysis on the Operation Mode and Control Path of Managed Commercial Medical Care in the United States

Mengyun Zhu

School of Law and Economics, Wuhan University of Science and Technology, Wuhan Hubei

Received: Oct. 16th, 2023; accepted: Oct. 26th, 2023; published: Nov. 16th, 2023

Abstract

At present, China's medical insurance market is constantly exploring the localization development

文章引用: 朱梦云. 美国管理型商业医疗运行模式和管控实现路径探析[J]. 现代管理, 2023, 13(11): 1465-1471.

DOI: 10.12677/mm.2023.1311184

mode of managed commercial health insurance. The “Healthy China 2030” planning outline clearly proposes to continuously promote the cooperation between commercial insurance companies and medical, nursing and other institutions, and develop new managed medical organization forms such as health maintenance organization (HMO). Managed care, as a private plan with the largest market share, the highest degree of marketization and the widest coverage of medical insurance in the United States, is unique in medical cost control and service quality management. This paper introduces the connotation and characteristics of managed commercial health insurance in the United States, briefly sorts out the development background of managed medical care, analyzes the operation modes of HMO, PPO and POS in the commercial health insurance market, and explores the realization process of effective control of managed commercial health insurance in the United States from the two paths of economic control and procedural control. Finally, it makes an objective review and Enlightenment summary of managed medical care.

Keywords

Managed Car, Commercial Health Insurance, Control Implementation, Value Medicine

Copyright © 2023 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

我国目前已建立起三支柱医疗保险体系，第一支柱是社会基本医疗保险，由政府统管，包括城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险，两者总的覆盖率达到 95.6%，二者旨在保基本。而第二支柱雇主团体健康险和第三支柱个人商业健康险占比还很低，其覆盖面和资产份额均严重不足。随着人们经济水平的提高和风险意识的增加，扩展和补充第二和第三支柱医疗保障成为必要趋势。一方面，可减轻第一支柱医疗保险的控费压力；另一方面，能够满足人们对医疗保障的多层次和个性化需求。因此，我国管理型医疗有着较大的市场发展空间，将是推动第二和第三支柱医疗保障发展的重要医疗组织模式。对于管理型医疗模式，目前我国正处于探索的初始阶段，而美国是商业医疗保险主导型国家，其商业险的先发优势主导了美国医疗保障市场化发展的制度逻辑，其成本控制、健康管理以及供方的激励与约束措施已成为美国医疗保险发展的重要组成部分，这些措施在美国资本化的管理型医疗组织中运用最为广泛和成熟。在此背景下，本文通过梳理美国管理型商业医保的制度发展历史和运作模式，探究管理型医疗对我国商业险本土化发展的启示。

2. 美国管理型医疗

2.1. 管理型医疗概念和特点

管理型医疗(Managed Care)是美国医疗保障市场份额最大、市场化程度最高、覆盖面最广的一类私营医疗计划，它既不是专业的医疗组织，也不是保险机构，而是一种把医疗服务集成本控制结合在一个整体的运行系统，注册加入该系统，就是该系统的医疗服务对象。管理型医疗的主要特点是保险公司作为医疗支付方直接参与医疗服务体系的创建和管理，以提供雇主责任下的团体商业健康险和个人商业健康险为主，参与兜底性的联邦医疗服务为辅。

¹ 国家医疗保障局统计数据：《2022 年医疗保障事业发展统计快报》，2023-03-09。

管理型医疗组织是一个合作运行系统，参与主体包括保险公司、医院和私人诊所、各医生团体。保险公司根据他们规定标准来选择医疗服务方，包括医院、诊所以及医护个体，然后通过系统的医疗服务网络将这些合格的被挑选者组织到“服务内网”，按照预支付的方式将医疗费用支付给医疗提供者，并对服务网络进行合同制的医疗服务规范管理。例如，预先认证要求、就医审查以及行医过程和效果的监督管理。相比美国传统的医疗服务方式，管理型医疗更注重预防和早期干预。管理型医疗主要有四大特点[1]：1) 拥有高效的成本 - 效益执行规定(行动指南)；2) 拥有严格的审核机制和医疗质量监管程序，以保证资源利用效率和服务质量；3) 通过经济激励手段，刺激医疗服务人员降低成本，引导参保人合理选择就医方案；4) 重视健康教育和宣传，通过源头的早期干预和防范降低医疗成本。

2.2. 管理型医疗的产生背景

20 世纪末蓝十字、蓝盾(BCBS)医疗保险公司在美国逐渐发展起来，但当时还未出现管理型组织模型(Managed Care Organizations)。BCBS 组织由医生管控的蓝十字(Blue Cross)网络和医院管控的蓝盾(Blue Shield)网络组成。蓝十字建立了一个预付费 + 协商的 fee-for-service 服务收费保险网络，该网络由私人执业医师组成，他们制定的医疗定价体系就是今天美国医疗收费定价系统的前身。蓝盾的运作是医院根据与医疗服务对象提前谈判达成的医疗服务分项价格表进行，目前医院收费系统仍在沿用按价格表收费的方式。早期的蓝色计划即蓝十字计划与蓝盾计划，一直由医生和医院控制，直到 20 世纪 70 年代，多种保险模式逐渐进入医疗保险市场，美国公共医疗的发展模式由政府选择，蓝色计划最终转变为一个非营利性的商业医疗卫生组织，即今天美国的 BCBS 组织(蓝十字和蓝盾)。

随着美国政府医疗供应紧缺、医疗服务费用上涨以及私人医疗市场不断扩大等多种原因的催动下，少数健康维护组织以控费效率出现在医疗市场，1970 年少数健康维护组织分布在美国个别州，其中最大的是凯泽永久医疗集团(Kaiser Permanente)，该组织由三部分组成：医疗保险、医院和医生合作团体。1973 年尼克松总统缩减日渐高涨的医疗费用，国会通过了《健康保健组织法案》，代表着美国社会推行 HMO 管控型医疗保险正式出现在医疗市场。该法案通过联邦立法扩大了私人医疗保险覆盖范围，限制预付费制的医疗计划，丰富了美国民众的就医选择。

随后管理式医疗组织迅速发展，并不断整合美国医疗市场资源，形成规模优势。其市场占比在近半个世纪一直在增长。在 1980 年代初期，管理型医疗的市场占比只有不到 1%，到 1990 年代中期，管理型医疗的增长幅度已超过 20%。到 2008 年，管理式医疗在美国健康保险市场的份额已超 60%。管理型医疗市场的增长一直保持着稳定的态势。在奥巴马政府推出医疗改革法案后，管理型医疗市场的增长显著加速。医疗改革法案的目标之一，是通过提高医疗服务的质量和降低医疗成本来推广管理型医疗。到 2013 年，管理型医疗市场的占比就已经超过 90% [2]。美国市场主要的管理型组织主要有健康维护组织(HMO)、优选医疗组织(PPO)及近几年逐渐发展起来的混合型组织(POS)。

3. 美国管理型医疗的主要模式

3.1. 健康维护组织

健康维护组织(Health Maintenance Organization, HMO)是管理型医疗比较成熟的，也是美国医疗市场出现较早的一种保险系统业态，其主要的运行模式和特点主要包含以下几种：

3.1.1. 开放型的运作模式

在 HMO 开放型模式中，医生作为一个单独的从业个体与 HMO 组织签约，开放的运行模式分为个体医师协会(IPA)和直接签约合同(Direct Contract)两种。其中，IPA 是管理型健康维护组织医疗服务协会代

表的医生群体签订医疗服务合同，随协会再和医生个体进行签约。协会与每位医生在费用结算上方式不一，如按人数、打折扣或既定定价付费等支付的方式。如果医疗费超过规定的补偿额度，那么医生需独自承担超额费用部分的医疗经济风险。直接签约是 HMO 组织直接与医生个体单独的进行签约包括后续费用结算，健康维护组织负责部分管理职能。这种模式目前是最常见的一种，费用支付方式呈现多样性。在这种情况下，每个病人或者投保者须挑一个签约医生作为自己的全科负责医生，来协调和处理与个体相关的各项医疗服务，参保人员可定期更换自己的医生。

3.1.2. 封闭型的运作模式

封闭型模式分为全职模式(Staff Model)和团队模式(Group Model)两种。全职模式的优势是有可以利用自己系统内完备的医疗服务设施，医疗服务者根据服务时间和数量获得薪水，这种模式对医生行医行为的最严格，健康维护组织须承担全部管理职责及医疗费用风险。团体模式是与某些具备多个专科的医生团体签订合约，一般按人头付费的方式支付，医生团体再以薪金水和本单位的薪资激励方式，给系统内的团队医生结劳务报酬。如果医疗费超标，医生团体须为费用风险负责，给医生的工资也会随着减少。在 HMO 封闭型模式中，已经签订服务合同的医生及其诊所只能为系统内的病人服务，不得为这个内网之外其他患者看病。参保人员或者病人也不必只选择这个系统的某个医生作为自己的“守门人”医生，但要求在有一家医疗机构完善自己的医疗保险信息，定期进行健康状况更新来获得基本医疗服务。

3.1.3. 自主选择型模式

自主选择型模式下，病人需要就诊专科医生时无需转诊的审批，可根据自己的实际情况选择服务网络内的任何门类的医生就诊。但是要求医生也要有一定的费用风险意识，当医疗费超过保险公司承保范围时候，医生也只能获得较低的酬劳，或许无法获得风险准备金。风险准备金是 HMO 管理组织在酬劳支付前，为管控医生从医行为所扣留的部分酬金，通常占总酬金的 10%左右[3]，用于抵扣医疗费用超额的病人的医疗费用。在这种模式下，采用按人数付费方式大概率会降低支付效率，因为病人没专门全科指定医生，所以难确定结算时哪部分费用应按人头付费方式。这种自由选择为出发点，兼顾质量和成本的医疗保障曾被高度推崇，但这种模式下的医疗支付效率和费用控制弊端亟待解决。

3.2. 优选医疗组织

优选医疗组织(Preferred Provider Organization, PPO)的用人模式与 HMO 组织类似，其特点是更优惠的价格，在就诊选择方面也相对有灵活性。另外在这个医疗系统里，病人能够在医疗服务网络外看病就医，但投保人必须缴纳更高的保费，起付金额部分包括费用分担部分也会更高。保险公司大概承担 90% 的医疗费用，其余由个人支付，但病人要是选择网络外的医生或者医疗机构，保险公司只能支付 70% 的医疗费用，其他的保障服务也会下降 20%左右[4]。PPO 组织规定，病人入院前要进行健康信息录入系统和治疗方案审批程序，系统会进行病例周期管理以及“医生意见 + 第二者意见”程序管理。按该医疗组织规定，除了起付线以下的金额和共同负担的部分费用之外，任何医生和门室不得向病人收取 PPO 组织规定以外的任何需求引导性医疗费用。

3.3. 定点服务计划

定点服务计划(Point of Service Plan, POS)，又称为混合型医疗模式，它同时具有 HMO 与 PPO 模式的医疗组织特点，在管理型医疗组织中，费用控制和就诊自由是很难同时实现，这对矛盾使得定点服务计划 POS 成为一种呼声和需求。定点服务既有网络内医疗，也包含网络外医疗，采用不一样的费用补贴标准。在定点服务计划的医疗服务内网中，参保人(病人)同样需要选择一位守门人作为自己的全科医生，负

责门诊医疗、转诊和网络内外医疗服务相关事务。如果参保人选择在 POS 网络内接受医疗服务，本人实际只需承担较少的费用，部分初级保健类服务可能不用支付任何医疗费用；但是如果病人选择 POS 网络系统外的医疗服务，尽会得到一部分的医疗补偿，但实际其本要支付更高的共付金额。网络内外的区别体现在病人的自付额度，其负担比大概处于 20%~40%之间[5]。

4. 管理型医疗保险的运作逻辑

在管理型医疗模式中，医疗提供者是雇用的医生或者是签约的医生群体。管理型组织中的医疗管控是指保险公司以第三方付费机构的名义对投保者和医疗服务者的经济和行为选择管控。这种方式使得病人就医限制较多，但对于医疗提供方的管控则更加有效，既能有效控制成本、又能减少不必要的医疗浪费。客观来看，这种管控型医疗在一定程度帮助避免医疗资源的浪费，但不足的是，缺乏弹性的管控方式，有可能耽误病人的合理治疗。

4.1. 对投保人就医管控

对投保人就医管控主要有两类手段：一是明确承保范围及自付标准；二是对投保与就医进行程序管控。

不同的健康险有着不同的服务范围，比方，医疗服务是否在承保范围，哪些服务需要投保人单独购买，并对保费以外的自付部分实施管控。除了每月应付保费以外，病人大多需要自付一部分费用，自付形式[6]包括 1) 门诊自费部分(Co-payment)，即每次到门诊就诊都需要付 10~20 美元，类似挂号费，根据门诊就医的时间长短，保险公司向门诊支付实际费用，例如 100 美元(10 分钟)、150 美元(15 分钟)等。2) 年度起付线标准(Deductible)，即每年的医疗支出中，最初的 500 或者 1000 美元需自付，超出这个数目的部分由保险公司来付，视保险公司而定。3) 介于起付线与封顶线之间的自费部分(Co-insurance)，即当医疗费用超出病人自付数额后，承保期内，病人自付 10%~20%的费用。4) 年度封顶线标准(Coverage Limit)，即针对某项医疗服务，保险公司设置付费封顶额。

对投保及就医的程序管控，主要包括以下三个环节：第一，购买健康险时，保险公司会提供初级保健医生的名单和医疗从业相关信息，该名单就是这个医疗服务网络内医疗服务从业者。要求投保人从中选择一个，之后任何医疗服务需求都先从这位初级保健医生处获得。这个医疗服务关系一般会持续数年，以方便掌握投保人的健康状况。妇女全科医生可能是妇科医师，儿童的个人保健医生可能是位儿科医生。第二，当投保人有就医需求，要先约见保健医生。超出保健医生能力范围之外时，医生将会开一个转诊单把病人转介给该病人参与的就医网络内的另一位专科医生。由于就医的流程设限，病人不允许直接去问诊其他专科医生，更不能选择他们所在的医疗服务内网之外的其他医生。第三，当病人按程序找到专科医生来治疗，严重时或者复杂情况需住院或者长期留院观察治疗。该专科医生首要通知病人医疗服务系统内的第三方承保公司，保险公司经过保费计划核准之后，方可收治需要住院的病人，这个过程被称为预先授权(Pre-authorization)。没有保险公司许可，医生和医院不能自主收病人入院。如果收治这群好心人或将面临保险公司拒付保费，然后只能病人全部自费。

虽然保险公司对病人看病设置了重重的限制，但很多的预防性基础保健服务是免费提供的。比如健康知识普及、每年一次的体检、部分疫苗接种、儿童心理辅导、健康检查等，这些预防性的服务正是管理型医疗模式的初衷，有助于控制医疗费用和保障投保人的健康。

4.2. 对医疗服务者的管控

如果一个地区，某个保险公司拥有优势数量的投保人，它就拥有了服务价格优势，同样在该医疗服务网络工作的医生，相对于其他医生的竞争优势就更突出。相反，处于该地区的医生没有加入这样的组

织,则被动处于劣势。而这种优劣势的差异直接影响到该地区医疗保险和医疗服务方两方的利益分配。保险公司和医疗服务方在医疗网络建设时,会围绕相关费率、诊疗指南、审查的程序等签订合同,进行一番博弈。一旦合同达成,这种经济合作关系将持续较长时间。

第一,对初级保健医生或家庭医生而言,不管投保人有没有就医,保险公司按人头数承包的方式每月付给保健医生承包费。例如80个患者选择某医生为自己的全科医生,从保险公司为每人支付20美元作为月付,那么A医生每月拿到1600美元的费用,为80人提供基础医疗服务。超出初级保健医生能力范围的则通过转介到专科医生,这部分费用将由保险公司和个人自付按实际情况分摊。能力范围内,保健医生可以与不同的保险公司同时签定服务合同,也可以签约联邦医保中心服务网络。

第二,对服务系统内专科医生来说,按照计件工资制(Fee-for-Service),不同的服务项目收费不同,这个是按照美国的医疗服务CPT代码(美国医疗协会制定的医疗服务代码)计费。费率则由双方商定,订立合同,一般参照联邦医保费率,在联邦费率的100%~120% [6]。

第三,对医院而言,第一种方式是合同要求采用联邦医保DRG包干(Diagnosis Related Groups, DRG),这种形式是按照预付费,也就是俗称的“包干付费”。一般情况下,不需要做手术的住院计费,普通病房一天大概1000美元,重症ICU会翻倍。为了解决多做项目、多检查、多用耗材医院才能多收入的医院营收和医疗服务模式,DRG包干将可收益部分变成成本顾虑,寻求在付费总额一定的条件下,实现收益、成本、服务质量的最优均衡,这无不挑战着医院精细化管理水平。另外一种方式是保险公司与医院签订折扣合同,在医院定价的基础上打折,一般支付比率不低于医院定价的60% [7]。

此外,对医疗提供方的管控还包括治疗管控,主要有两种方式:第一种方式是就医情况审查,要求有就医记录,并且定审查,其中主要审查负责一定数量投保人的初级保健医生,如果在初级保健医生将行医能力范围之内的医疗服务转介给专科医生,则面临着失去部分工作奖励的机会或直接解除医疗服务合同。第二种方式是要求医疗网络内的医生严格遵循医疗行为指南,按照标准流程进行操作。包括判断和后续一系列治疗。医疗管控的主要是在行医过程的科学性管控,目的仍是为了降低医疗资源浪费。

5. 美国管理型医疗评价与启示

从管理型医疗的运行机理来看,在医疗保障领域实行高度市场化运作,牵动着患者、医院、医生和整个医疗市场。患者要学会选择哪种治疗方案能达到健康和支出的最佳方案;在预付制方式下,医生的费用补偿方式促使医生倾向选择低成本医疗服务,而缺乏注重治疗本身和长远影响;同样医院也必须整合医生和医疗资源,注重价格谈判和成本控制。管理型医疗加剧了医疗市场的竞争,追逐成本效益的同时,经济利益的诱惑使得逆向选择成为一种残酷的现实,许多无法获得医疗救助又缺乏经济实力的普通人被排挤在商业医保之外,医疗普及和公平难以保证。由此可见,将医保保障完全交给市场是行不通的,必须借助政府一定程度的有效干预。

美国以商业保险为主的管理型医疗并不符合我国国情,不过这种管理型医疗模式实行严格医疗服务和经费管理,在一定程度上能避免医院为了增加效益或者套取医疗保险报销而诱导病人接受不必要的医疗服务。管理型医疗的模式和理念带给我国商业医疗保险发展的启发主要有几个方面:第一,利用投保人、医疗保险公司和医疗提供者的三方博弈,在医疗投入和服务产出上实现一种平衡;第二,政府有效参与,重视市场作用,理清楚管理型医疗,管什么,政府需要做什么;第三,提供多种实现途径,尝试与公共医疗结合,将管理型医疗理念引入医疗救助、特殊人群医疗保障等公共医疗比较薄弱的领域,刺激贫困地区初级保健的发展。具体建议如下:

第一,推进管理型医疗试点进度,政府规范引导

管理型医疗模式是保险系统和医疗服务系统的纽带,围绕参保人健康运转。当前,我国的管理型医

疗的运用还未能发挥商业医疗的效率和核心作用。我们现在要做的就是尽快进行 HMO 本土化试点，将之贯穿于病人投保前、治疗期间、以及诊疗后康复的全服务周期。我国商业保险具有较大的金融主体功能，在保险服务和对接医疗机构方面都具有优势，利于构造多种 HMO 组织，并整合地区网络的医疗资源。我国人口规模较大，不同区域健康水平有差异，医疗资源分布暂不均衡，不同模式的管理型医疗组织可就当地的医疗保险市场实况进行本土化试点，因此管理型医疗的发展离不开政府做好制度设计，规范引导。另外，应注重健康管理教育宣传，只有供需双方有效呼应，才能达到最好的效果[8]。

第二，培养具有中国特色的“守门人”，推广试点经验

管理型医疗的最大优势之一就是费用控制，“守门人”制度是核心环节。要重视培养我国家庭医生，基层医生和广大乡村医生，因地制宜，将美国以守个人为主，家庭共享医疗服务的“守门人”服务特点，转变为以守家庭为主，街道或者社区老人、特殊医疗群体共享某种医疗服务的“守门人”服务特点。这一目的旨在扩大守护范围，提高医疗服务利用率和精准度。另外，我国已经开展了 DRG 多地试点，其他地区可就试点地区经验，相互交流，不断取长补短，逐步推广。

第三，加强科技赋能，完善线上诊疗和数据管理

科技产品的引入能够大大提高医疗服务效率和质量，不断被运用到诊疗过程的各个方面，提高了许多大病临床数据分析的准确性，为挽救生命带来希望。近两年，疫情加快了我国线上诊疗、远程问诊、医疗服务平台构建和资源信息共享体系搭建进程，甚至通过个人移动端实现医疗资源和服务实时获取。科技手段在医院服务方面的优势逐渐彰显出来，覆盖病人整个健康管理周期，为加强与医疗保险公司合作提供支撑，最关键的是有了大量的定价基础即可大大增强保险公司的定价能力[9]。另外，科技赋能形成“保险 + 医院 + 互联网医疗”、“预防 + 治疗 + 康复”的闭环生态圈。无论保险公司、医疗数据服务商，还是第三方健康管理公司，在科技赋能的各环节，均可实现业务的有效增长，打造健康生态价值链[10]。

参考文献

- [1] 胡爱平, 王明叶. 管理式医疗: 美国的医疗服务与医疗保险[M]. 北京: 高等教育出版社, 2010.
- [2] Fox, P.D. and Kongstvedt, P.R. (2013) *The Essentials of Managed Health Care*. 6th Edition. Jones & Bartlett Learning, Burlington.
- [3] Hayes, A. (2022) Health Maintenance Organization (HMO): What It Is, Pros and Cons. *Investopedia*. <https://www.investopedia.com/terms/h/hmo.asp>
- [4] Grant, M. (2022) Preferred Provider Organization (PPO): Definition and Benefits. *Investopedia*. <https://www.investopedia.com/terms/p/preferred-provider-organization.asp>
- [5] Kagan, J. (2022) Preferred Provider Organization (PPO): Definition and Benefits. *Investopedia*. <https://www.investopedia.com/terms/p/pointofservice-plan-pos.asp>
- [6] Shi, L.Y. and Singh, D.A. (2023) *Essentials of the U.S. Health Care System*. 6th Edition. Jones & Bartlett Learning, Burlington, pp. 217-255.
- [7] Craig, S.V., Ericson, K.M. and Starc, A. (2021) How Important Is Price Variation between Health Insurers? *Journal of Health Economics*, 77, 23-24.
- [8] 张瑞宏, 何梅, 王艳君, 等. 管理式医疗对我国医疗保险管理的几点启示[J]. 湖北经济学院学报(人文社会科学版), 2014, 11(3): 70-71.
- [9] 李安然. “管理式医疗 + 保险科技”模式在健康保险发展中的应用[J]. 中国保险, 2021(1): 43-45.
- [10] 王笑. 保险业着力打通“线下 + 线上”管理式医疗服务[N]. 金融时报, 2022-02-14(007).