

# 新农合定点医院医疗费用 控制政策研究

——兼论德国、英国、美国、新加坡的医疗费用控制经验

李全利

**摘要:**医疗费用上升是一个普遍性问题,国外的医疗费用控制模式各具鲜明特点。面对新农合实施以来的农村医疗卫生费用不合理上涨问题,新农合定点医院作为医疗费用的主要产生环节,理应扛起医疗费用控制的核心担子。在对比分析国外医疗费用控制模式的基础上,发现新农合的制度机理有西方医疗保险和国家办医、管医的共因,尤其是在医疗服务提供方,医疗服务机构在医疗费用控制方面首当其冲。因此提出新农合定点医院的医疗费用控制政策:分层次确立新农合支、补机制;建立新农合定点医院合同制规范体系;引进国际移动医疗实践;构建福利性质的基层社区医疗保健体系;形成定点医院内外双重治理格局;以全面促进新型农村合作医疗的可持续发展,增进其利民惠民的价值定位。

**关键词:**新农合 定点医院 医疗费用 控制经验

**中图分类号:**C913.7 **文献标识码:**A **文章编号:**1001-2338(2018)01-0104-07

**作者简介:**李全利,男,南开大学周恩来政府管理学院博士研究生。

DOI:10.14154/j.cnki.qss.2018.01.015

## 一、医疗费用增长背景

自19世纪80年代德国医疗保险制度建立以来,世界上多数国家都纷纷建立了各自的医疗保障体系。随着人们对健康的关注和对疾病抗争能力的提升,人们用于医疗的支出越来越多。根据世界卫生组织公布的数据显示,21世纪初期世界上建立全民医疗保障的11个国家卫生总支出占其GDP的比重(也可以说是人均卫生总支出占人均GDP的比重)均呈上升趋势,这意味着其人均卫生费用增长率均高于人均GDP的增长率。2010年,德、美、英、法、加拿大等国家的卫生费用总支出均达到国家GDP的10%以上,美国更是高达17.89%。<sup>[1]</sup>根据我国国家统计局公布的数据,截至2015年我国卫生总费用支出达到40974.64亿元,个人现金卫生支出总额为11992.65亿元,人均卫生费用2980.80元。我国新农合制度自2003年实施以来,基金筹资额度和支出额度也呈现出不断上升的趋势,新农合医疗基

**基金项目:**国家社科基金项目“我国公立医院的改革成本及其分担机制优化研究”(项目编号:12CGL105);广西壮族自治区科学技术协会资助高校青年教师及研究生专项课题“新医改背景下广西民族地区新农合制度效应研究”(课题编号:科协[2015]Z-60);“河南省高校哲学社会科学创新团队支持计划”(项目编号:2017-CXTD-09)的阶段性成果。

金支出在2014年就高达2890.40亿元<sup>①</sup>。如果一个家庭的医疗支出达到非食物支出的50%将会导致赤贫的后果,医疗费用的不合理上升给国家和个人都带来了较大压力,因病致贫、返贫一直是一个社会难题。<sup>[2]</sup>所以,国内外对医疗费用的控制曾做出不少尝试,学习和借鉴国外医疗费用控制先进经验,对于完善新农合制度、减少农村居民的看病贵问题具有较强的理论和现实意义。

## 二、文献论证

### (一) 医疗费用增加的不合理性解释

阿罗提出医疗服务市场具有特殊性,医患双方信息不对称会造成医疗成本的不合理增加。<sup>[3]</sup>20世纪90年代前期的实证研究中,罗宾逊等人对1972年到1982年国际上主要国家的医疗费用数据进行分析,得出掌握医疗服务信息的医疗机构在吸引病人就医的竞争中也会加大医院的成本支出,病人将为此买单的结论。<sup>[4]</sup>在医疗服务过程中存在道德风险,病人的过度医疗也会造成医疗费用的不合理增加。从医疗服务供方的角度分析入手,斯坦诺提出医疗服务中存在供给诱导需求行为,医生从自身利益最大化的理念出发将会造成过度医疗。<sup>[5]</sup>但也有学者从需方的角度分析了医疗服务需求者会在医疗保险的特殊系统下进行过度医疗,从而造成医疗费用的不合理上升。<sup>[6]</sup>还有学者从经济学的角度来阐释医疗卫生领域中医疗费用不合理上升的根源。舍曼·富兰等人在其著作《卫生经济学》中提出,在医疗市场领域中,医疗卫生资本的需求者和供给者是一个不断博弈的过程,医疗投资者也是消费者,其对于选择多大的投资才是合理的这一假设没能形成理性的认识,医疗费用就会在非理性的投资预期下不断得到膨胀。<sup>[7]</sup>马汀等人提出,现在的医疗市场中存在盈利、非盈利以及政府介入等多个意识形态的定位,如果医疗服务供方盈利而政府不介入就会进一步增大医疗费用的不合理上涨。<sup>[8]</sup>

### (二) 如何抑制医疗费用的不合理增加

面对医疗卫生费用的不合理增加问题,学者逐渐把焦点转移到对医疗费用控制的研究上。由于医疗服务价格高低是医疗费用的多少的表现形式,所以不少学者从调整医疗价格的节点出发展开论述。德兰诺夫和西蒙等学者建议在医疗服务行业引入竞争机制,认为竞争不但会刺激医疗服务提供方节约医疗资源,还可以降低医疗服务价格,从而抑制不合理的医疗费用上涨。<sup>[9]</sup>在引入医疗竞争机制以后,为了维护医疗市场秩序,学者们又提出靠政府介入管理来降低医疗费用价格。麦尼科等人认为政府具有比病人更强的能力去左右医疗保障计划及其价格,使得病人的医疗保健支付计划更趋合理,从而达到降低医疗费用成本的效益。<sup>[10]</sup>20世纪后期,各国纷纷建立了医疗保障制度,非营利性医院成为世界大多数国家医疗服务的主体单位。迈克尔·维塔和赛斯·萨克通过案例分析提出:不仅是私立的营利性医疗机构之间的竞争是有利的,公立的非营利性医院也应形成竞争,打破供方垄断也有利于医疗费用的降低。<sup>[11]</sup>在主张从医疗保障制度设计层面来控制医疗道德风险的研究中,不少学者建议通过医疗费用支付方式和医疗保险管理机制的政策变革来控制医疗费用不合理上涨。20世纪80年代初期,美国耶鲁大学菲特和汤普森教授率先提出通过建立医疗服务预付制(DRG)的做法减少医疗保障领域的事前道德风险,从而控制医疗费用的不合理增长。<sup>[12]</sup>在对医疗领域中供给诱导需求模型的研究中,哈佛大学经济学家约瑟芬提出建立医疗服务供方费用负责制。<sup>[13]</sup>为了制约医疗服务供需双方的道德风险,美国学者斯蒂芬·弗兰提出建立医疗服务事前、事后监控机制,对医生和病人都形成约束,从而降低整个行业的医疗费用开支。<sup>[14]</sup>从医疗机构的设置经验来看,新西兰则是通过构建基层医疗卫生机构(Primary Health Organizations, PHO)的方式来增加社区医疗机构的可及性和使用效率,从而减少病人到高层次的医疗机构进行高消费。<sup>[15]</sup>我国学者顾昕也提出,全球的医革都有一个共性:医疗经办必须打破垄断,走向“管理型市场化”(managed marketization, 或译为

<sup>①</sup>中华人民共和国统计局网站 :<http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>。其中个人现金卫生支出:指城乡居民在接受各类医疗卫生服务时的现金支付,包括享受各种医疗保险制度的居民就医时自付的费用。可分为城镇居民、农村居民个人现金卫生支出,反映城乡居民医疗卫生费用的负担程度。

“有管理的市场化”），并认为这一举措对于医疗费用的控制是有效的。<sup>[16]</sup>

### （三）给予新农合定点医院的启示

医疗费用上涨是一个大趋势，造成医疗费用上升的原因除了医疗服务需求方的道德风险之外，供方的道德风险也发挥了巨大作用。从国内外知名学者的文献研究也可以发现，不论是在医疗费用的上升助推环节还是在对医疗费用进行控制的政策实践环节，都离不开医院这一主体。医疗机构作为医疗服务的提供方，在医疗费用的发生环节起到关键性作用。在新农合医疗费用支出不断增加的背景下，医疗费用控制的必要性显得越来越明显，新农合定点医院也就成为医疗费用控制政策的最主要的践行者。新农合制度具有医疗保险的特质，国外医疗保障运营模式可以为新农合制度的完善提供借鉴，国外的医疗费用控制实践也可以为新农合定点医院医疗费用的控制政策指明方向。所以，以新农合医院为研究切入点，理清医疗费用不合理增长的原因，尝试在医疗费用支补机制、医疗市场规制、新医疗技术应用、内外部治理等方面探索新农合定点医院医疗费用控制实践。

## 三、国外医疗费用控制经验

从国际经验来看，医疗费用控制实践是伴随着医疗保障制度而不断变化调整的。各国由于经济基础和上层建筑等条件性因素有差异，所确立的医疗保障体系和具体的医疗费用控制政策都呈现出不同的特点。从对医疗服务与药品供应的价格控制经验来看，以德国为代表的医药分离制成效显著，医疗服务提供方不干涉药品的流通和出售，医生看病不卖药，药商竞争，服务透明。从对医疗需方的费用控制经验来看，最显著的是新加坡的医疗账户积累制，它能有效抑制病人过度医疗。从医疗市场的规范约束机制来看，以美国为代表的管理竞争制最能体现私人医疗机构竞争制以及市场监管手段在医疗费用控制方面的效果。从医疗服务布局来约束医疗费用的经验来看，英国把医疗服务分为初级和次级制两个层次，初级医疗服务的全科医生负责制和次级医疗服务费用预付制等做法能有效节约医疗服务资源，降低高层次医疗服务成本。这四种模式下的具体医疗费用控制政策对于其他国家医疗制度设计和我国新农合定点医院医疗费用控制都有重要启示（如表1）。

表1 国际典型的医疗费用控制模式及启示

典型国家代表	主要模式	主要控费政策	对我国新农合定点医院的启示
德国	医、药分离制	1、依法推行社会医疗保险； 2、病人严格寻医，自由买药； 3、门诊、住院“双轨制”医疗服务和结算模式。	1、保险经办机构打破医院卖药营利理念； 2、医药分离，医生不卖药，药商形成有效竞争，降低药价； 3、有效监控医疗服务价格。
新加坡	医疗账户积累制	1、建立医疗账户积累制； 2、实行公、私性的医院集团双向转诊； 3、改组公立医院，监管医疗服务，完善内部治理。	1、医疗账户积累制有效控制病人过度医疗； 2、建立定点医院医疗资源共享机制，减少医疗资源浪费； 3、完善医院内部治理机制，提高运营效率。
美国	医疗管理竞争制	1、实施商业医疗保险竞争制； 2、推行移动医疗模式； 3、实行医疗费用预付制。	1、打破公立医院供方垄断，形成竞争机制； 2、发展医疗信息技术，提高医疗服务质量； 3、变革医疗费用支付方式。
英国	医疗服务层级制	1、建立福利性质的初级医疗信托制； 2、实施次级医疗服务预付制； 3、规范转诊程序。	1、建立福利性质的基层社区医疗体系； 2、全科医生负责制，减少高层次医疗服务费用； 3、转诊严格，约束过度医疗。

### （一）德国医、药分离制

德国的医疗保障制度最具有社会保险性质，所以医患关系是靠国家法律确立并维护的。政府虽然不直接管理医疗保险事务，但是对于法定的非官方性质的医疗保险机构却有着明确的监管和立法责任。20世纪90年代以来，德国在应对医疗保险费收不抵支方面颁布了《医疗保险结构法》法定医



疗保险现代法》等多项法律,对于限制创收性盈利处方做法的医院和在药店买药时进行不正当消费的参保人起到积极作用。社会保险性质的医疗制度安排体现了公平性,国家法律强制性的医疗保险制度保证了高参合率,保证了医疗保险基金的稳定来源。德国的疾病基金会是200多家公共医疗保险机构的经办方,依法对公共医疗保险机构进行监管,疾病基金会允许高收入群体参加私人保险,打破了公共医疗保险机构垄断国家医疗服务市场的局面。公共医疗保险机构和我国新农合定点医院管理中心的性质类似,参保病人征收医疗保险金,制定参保缴费比例和费用补偿标准,并监管药品流通和药品价格。保险机构制定的公立医院负责普通民众的日常问诊及住院治疗,但不经营药品。病人到公共医院进行门诊时只需缴纳挂号费,向医生寻求处方,然后拿处方到药店买药。医、药分离是德国进行医疗费用控制的主要切入点,医院看病不卖药,消除公立医院卖药盈利理念。药品供应商家之间按照市场规律形成竞争有利于降低药物价格。在住院治疗环节,和门诊实行“双规制”依法制定不同的医疗费用补偿标准和体系,公共医疗保险机构能有效掌握住院和门诊统筹基金的使用情况。

德国的医、药分离制模式下的医疗费用政策对于我国新农合定点医院医疗费用的控制产生多方面的经验启示。首先,保险经办机构打破公立医院营利理念,依法确立医疗保险的“社会性”;其次,医药分离,医生不卖药,药商形成有效竞争,降低药价;最后就是“双轨制”医疗服务模式,有效监控医疗服务项目,从而对医疗服务价格进行比较分析,从而抑制高收费。

## (二) 新加坡医疗账户积累制

新加坡实施个人医疗储蓄计划,是亚洲典型的医疗账户积累制国家,强化了医疗服务过程中个人及家庭的费用支付责任。20世纪80年代,新加坡率先推行医疗储蓄账户(Medical Saving Account,简称MSA)制度,参保人缴纳的医疗保险基金以个人账户的形式纳入中央公积金局,实行规模化增值运作。个人医疗储蓄账户的资金使用范围广泛,可以用于将来的养老、住房等支出。其次,MSA具有家庭互助共计的作用,家庭成员可以相互使用,减少患者过度医疗。在MSA制度下,为节约医疗成本,新加坡坚持公立医院分类负责制。公立医院集团主要负责住院服务,私人医疗机构主要负责基本门诊医疗,两大集团得到政府补助不同,只有在必要时才可以由低到高逐级转诊。1985年,新加坡政府对公立医院进行重组,建立医院董事会制,内部法人治理格局相当完善,公立医院的日常运营监管体系更加透明。

新加坡的医疗储蓄计划能有效增强参保者的自我健康意识,实现由“重治疗”向“重预防”的健康理念转变,促使个人及家庭节约医疗账户资金,减少医疗费用支出。门诊、住院集团化的改革策略有利于规范医疗服务转诊流程,对于基层的新农合定点医院来说,其服务理念也应该由治疗疾病向预防疾病转变。其次,费用补偿模式方面要加快建立个人或者家庭的账户积累制,降低新农合需方道德风险。最后,加快公立医院的内部改组,建立内部相互人员机制监督、外部法律监督的局面,降低医院管理运营成本。

## (三) 美国医疗管理竞争制

发达的市场经济体制为美国的医疗保健计划提供了广阔的私人运作空间,商业医疗保险竞争机制对于降低医疗服务成本、减少医疗保险费用支出效果明显。美国的医疗信息技术十分完善,成本监督、服务质量评估等环节比较透明,政府对于医疗费用控制还体现在其先进的管理技术和手段上。因此美国的医疗费用控制模式被称为是“有管理的竞争制”。商业医疗保险占据了美国医疗保险事业的绝大多数,商业医疗保险公司为了吸纳参保者,会最大限度地寻求质优价廉的医疗机构作为自己的签约医院,各医疗机构也会在寻求合作伙伴时注重自身医疗服务质量的提升,从而达到市场的优化配置。医疗信息技术的运用为美国医疗服务管理提供了便利,病人医疗电子档案、远程医疗、服务项目价格检测等对于降低医疗成本和控制医疗费用方面发挥积极作用。由于移动医疗在降低医疗费用方面有显著优势,有学者提出美国保险机构及联邦政府等付费方也都需要移动医疗技术的推广。<sup>[17]6-12</sup>美国政府对医疗费用的管理还体现在对医疗服务价格管制、市场进入机制及效用评估机制方面,通过转变医疗费用支付方式、实施医疗服务主体进入“证书认定制”及成立专业标准评估组织(Professional Standards Review Organization,PSRO)等加强对医疗服务效用的监管。

美国有管理的商业竞争控费模式分别在市场机制、管理机制和信息手段方面对新农合定点医院控费政策提供经验。首先,打破公立医院供方垄断,鼓励民营医院进入医疗服务市场,提高整体医疗服务效率;其次,形成医疗竞争降价机制,不论是医疗服务机构还是药品生产机构,鼓励多元参与;最后,通过引进现代化医疗信息技术,学习其商业医疗评估方法,建立科学的医疗费用支付方式和费用监管方式。

#### (四) 英国医疗服务层级制

作为世界上福利国家的典型代表,英国把医疗服务分为初级、次级两个层级,其中初级医疗保健服务是国家给予免费提供。具有国家福利性质的初级医疗服务一般由基层社区的全科医生负责,全科医生所在诊所被纳入初级医疗信托(Primary Care Trust,PCT)体系,所需经费都由国家税收给予支持,负责所在辖区居民的基本医疗服务需求。免费的初级医疗服务信托制能有效解决初级医疗服务需求,防止病人小病拖延、大病住院的局面发生。实施全科医生负责制,容易建立病人医疗信息档案,对于节约医疗服务成本效果明显。次级医疗服务一般由公立医院或私立的专科医院提供,医疗费用由国家按照病种或者服务项目提前支付给医疗机构,从而给医疗服务提供方树立成本分担机制,防止医院提供过度医疗服务。另外,英国的两级医疗服务层级之间有严格的转诊程序,不能在初级医疗信托提供治疗的患者必须经过所在社区签约的全科医生同意才能转诊。明确的医疗服务层级划分能有效调节病人医疗服务在不同医疗机构之间的不合理流动,抑制过度医疗。

英国的全科医生负责制在新农合定点医院层次设计、医疗费用支付方式转变和转诊程序制定等环节为新农合定点医院提供经验借鉴。培养全科医生,采用社区医生负责制,完善基层社区医疗机构,把小病扼杀在最底层。建立新农合家庭或者个人的专门医生负责制,有利于病人医疗档案的建立,有利于降低后期的医疗服务成本。完善转诊制度将有利于控制新农合定点医院医疗费用的不合理分布。新农合定点医院实施总额预付和按服务项目付费能有效制约供给诱导需求行为的发生,减少医疗资源浪费。

### 四、新农合定点医院医疗费用控制策略

从国外关于医疗费用控制的典型模式对比分析中可以看出,医疗服务市场、医疗保障制度、医疗服务管理、医疗服务提供等四个领域中都离不开医院这一核心环节。从国外的医疗费用控制经验来看,变革医疗费用支付方式是主要手段。从德国的医、药分离模式和美国的医疗管理竞争中可以看到市场机制作用的发挥以及医疗信息技术的运用。新加坡的医疗账户制度对于约束需方道德风险效果明显,公立医院集团化改革能在定点医院内外部治理方面提供经验。英国福利性质的初级医疗信托和次级医疗服务分层管理运营模式对于发展基层社区医疗福利和均衡不同层次级别定点医院的医疗资源有重要启示。但在中国城乡二元未被完全打破、农村医疗服务市场发展不充分的特殊背景下,要发挥新农合定点医院在医疗费用控制环节的关键性作用,可以在借鉴国外医疗费用控制模式的基础上构建具有针对性和符合自身需要的政策实践。

#### (一) 分层次确立新农合支、补机制

德国医、药分离模式下的门诊和住院“双规制”以及英国医疗服务层级制能对医疗服务进行分类管理和调节,采用费用专款专用的模式来降低混合模式下的医疗服务成本。在医疗价格体系的调解中,变革新农合定点医院补偿机制,取消药品加成,结束“以药补医”“以药养医”的费用补偿机制,将会有效节约医疗服务资源,抑制不合理的医疗服务价格飙升。<sup>[18]</sup>我国新农合定点医院有村、镇、县(及以上)三级分布,由于村卫生所和乡镇卫生院在对参合病人的门诊提供方面具有费用成本低、可及性强等特点,门诊费用报销可以采用不同于县级及以上定点医院的补偿额度。对于较高层次的住院、手术等医疗服务,其费用补偿比例可以由低到高分级别设计,起付线也应按照医院的服务级别分类制定。在层级定点医院实施按服务项目付费和总额预付方式约束定点医院的医疗费用成本。按照医疗服务需求层次确定灵活多变的医疗费用支付、补偿机制,不但有利于均衡各级定点医院之间的专业医疗资源配置,还能够约束参合农民非理性的就医行为,



是首当其冲的医疗费用控制政策。

## （二）建立新农合定点医院合同制规范体系

美国的商业医疗保险和德国的社会医疗保险都是具有保险性质的医疗制度安排,保险公司和医疗服务提供方以保险合同的形式确立客户关系,从而对医疗服务提供方形成合同约束,有效控制合同医院的不合理用药和医疗费用的攀升。在我国农村市场竞争机制不健全的背景下,代表政府一方的新农合管理中心可以发挥类似于国外医疗保险公司的职能,为新农合选取质优价廉、群众满意度较高的定点医院。在制度准入环节,以合同制的形式约束规范定点医院的服务范围、服务价格、服务数量等内容。按照合同规定,由患者代表、新农合管理中心和其他同等级别定点医院的专家医生组成的评估小组定期对定点医院进行评估,实行优胜略汰的原则规范新农合定点医院的退出机制。对于服务声誉较好的私立医院、专科医院等也可以按照合同的形式构建新农合定点医院准入机制,形成公、私之间有竞争的局面。建立多元化的合同制医疗服务供给体系,通过竞争降低医疗服务提供方的医疗道德风险<sup>[19]</sup>,并最终形成具备自身特色的“有管理的竞争”模式。

## （三）引进国际移动医疗实践

随着医疗信息技术的推广和应用,计算机、互联网等在医疗费用的转移支付、即时报销、医疗健康档案管理、医疗服务质量评估等医疗服务领域中发挥着越来越重要的作用。在科林·肯萨克等人著作的《移动医疗——医疗实践的变革和机遇》一书中指出:移动医疗正在把传统的“以医院和医生为中心”的医疗模式变革成为“以患者和社会群体为中心”的医疗—健康一体化模式,在降低医疗费用成本方面发挥了重大作用。<sup>[17]</sup><sup>70-76</sup>除了美国,英国、挪威、肯尼亚及印度等国家都在推行移动医疗。随着我国农村基建工程的开展,网络、计算机、手机等已经具备开展移动医疗实践的条件。在新农合定点医院慢性病预防与治疗、医疗电子档案建立、医疗费用支付等环节引进医疗信息化技术,节约医疗服务成本,同时有利于对医疗费用进行统计监控,是未来新农合定点医院实现发展的必经之路。

## （四）构建福利性质的基层社区医疗保健体系

国际上除了英国福利国家性质的初级医疗信托制之外,荷兰的社区医疗负责制和新西兰的家庭医生负责制都体现了政府对于基层医疗服务需求的重视程度。几乎免费的社区门诊和日常保健福利能有效制约小病大托问题,能有效降低医疗服务机构“重心”,实现医疗服务由“上流”向“下流”医疗机构转移,从而减少重大疾病医疗费用支出。同时,有利于构建农民“保健—预防—治疗”的理性就医行为,节约医疗资源,降低不必要的医疗费用成本。医疗服务消费具有经济外部性,福利性质的社区医疗保健、预防、治疗疾病能减少整体农村的重大疾病发生率,对于减少整体的医疗费用消费将产生正向的外部效益。实行新农合社区医疗机构的家庭医生负责制,建立个人和家庭的医疗信息档案,依照参合农民对各级定点医疗服务机构的最新利用率指标来动态调整各级定点医院的医疗服务职责,对于参合农民整个生命周期的医疗消费将产生积极影响。<sup>[20]</sup>把小病扼杀在基层社区医疗机构,培育参合农民的理性健康观念是把好医疗费用控制的第一关。

## （五）形成定点医院内外双重治理格局

新加坡的医疗机构集团化重组做法体现了政府对医院的规范化管理,医院内部实行董事会组织形式又体现了医院自我管理运营的去行政化。美国对医院的监管更为全面,除了签约的保险公司以外还有专业的第三部门。公立医院的内部治理机制亟待变革,专业医生和医院领导组成双中心的内部治理局面对提高医院运营效率至关重要。对医疗服务机构实行去行政化的内部治理结构调整和有社会组织参与评估的外部监管机制能有效约束医疗服务提供方道德风险,对于降低医疗服务提供环节的不合理费用作用巨大。<sup>[21]</sup>从美国的外部监督治理机制来看,政府、社会组织以及患者等多元化的参与亦能在外部对其构成压力,专业评估、信息披露等行动在抑制供给诱导消费方面功能显著。建立新农合定点医院的内外部双重治理格局,专业医生的绩效评估和医院领导的内部监督构成“内治”,社会媒体、专业组织、政府及参合农民形成“外治”,全面监控定点医院提供服务的质量和效果。

## 五、结语

面对医疗费用上涨的共性难题，国外纷纷在医疗保障制度设计、医疗服务管理、医疗市场参与等环节分别构建自身特有的医疗费用控制模式。在德国的医药分离制，美国管理竞争制，英国的医疗服务层级制，新加坡的医疗账户积累制等模式下的医疗费用控制经验，很多都值得在新农合定点医院环节进行引进和推广。在具体微观的新农合定点医院医疗费用控制政策选择上，必须从中国自身的国情出发，认为新农合定点医院的医疗费用控制政策应从以下几个方面努力：分层次确立新农合支、补机制，把握好医疗费用控制的最关键环节；建立新农合定点医院合同制规范体系，用合同制约定定点医院的准入和退出机制；引进国际移动医疗实践，增加医疗费用控制手段的科学性；构建福利性质的基层社区医疗保健体系，把好医疗费用控制的第一关；最后，形成定点医院内外双重治理格局，形成具有中国特色的新农合定点医院医疗费用控制体系。

### 参考文献：

- [1]俞平.国际社会保障动态：全民医疗保障体系建设[M].上海：上海人民出版社，2013：246.
- [2]The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance[R].WHO, 2000: 36.
- [3] Arrow, Kenneth J. Uncertainty and the welfare economics of medical care [J]. American Economic Review 53 (1963):941-973.
- [4] Robinson, J. H. Luft. Competition and the Cost of Hospital Care, 1972-1982[J].Journal of the American Medical Association, CCLVII (1987): 3241-3245.
- [5] Miron.Stano. A Clarification of Theories and Evidence on Supplier Induced Demand for Physicians' Services[J]. Journal of Human Resources, 1987, 22 (4): 311-620.
- [6] Zweifel P, Manning W.G, Moral Hazard and Consumer Incentives in Health CARE[J].Handbook of Health Economics, Volume 1, (2000): 409-405.
- [7]富兰德，古德曼，斯坦诺.卫生经济学[M].王庆，等译.北京：中国人民大学出版社，2004：137-152.
- [8] Martin Gaynor and William B. Vogt. Competition among Hospitals[J]. The RAND Journal of Economics, Vol. 34, No. 4 (Winter, 2003): 764-785
- [9] D Dranove, M Shanley, C Simon., Is hospital competition wasteful?" [J].Rand Journal of Economics, 1992, 23 (2): 247-62.
- [10]GA Melnick, J Zwanziger, A Bamezai, R Pattison. The effects of market structure and bargaining position on hospital prices[J]. Journal of Health Economics, 1992, 11 (11): 217-233.
- [11]Michael G Vita, Seth Sacher. The Competitive Effects of Not-for-Profit Hospital Mergers: A Case Study [J].Journal of Industrial Economics, 2001, 49 (1): 63-84.
- [12]MML Jr, RB Fetter, JL Freeman, JD Thompson.Hospital matrix management and DRG-based prospective payment.[J]. Hospital & Health Services Administration, 1986, 31 (1): 62-74.
- [13]Joseph P. New house and the Insurance Experiment Group.Free for All?: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment[M].Harvard University Press, 1993.
- [14]Stefan · Furlan. Holistic Approach Fraud Management in Health Insurance.[J]Journal of Information & Organizational Sciences, 2008, 32 (2): 99-114.
- [15]Martin Hefford, Peter Crampton, Jon Foley. Reducing health disparities through primary care reform: the New Zealand experiment.[J].Health Policy, 2005, 72 (1): 9-23.
- [16]顾昕.全球性医疗体制改革的大趋势[J].中国社会科学, 2005 (6): 121-128.
- [17]C. Korschak, D. Levin, W.H. Morris, mHealth: Global Opportunities and Challenges, Convergent Publishing, LLC, 2014.
- [18]张仲芳.实现公立医院公益性的补偿机制研究[J].学习与实践, 2013 (11): 83-88.
- [19]李全利, 代志明.社会质量视角下的办医主体多元化研究[J].长春大学学报(社会科学版), 2015 (3): 8-12.
- [20]丁少群, 李楨.我国新型农村合作医疗制度及其可持续发展研究[M].厦门：厦门大学出版社，2007：39.
- [21]林政.新农合对提高参合农民健康收益的绩效探析[J].青海社会科学, 2015 (2): 92-97.