

# 新型农村合作医疗制度导向合理医疗的目标机制研究

石峻, 许利刚, 尹爱田

(山东大学附属省立医院, 山东 济南 250021)

**摘要:**当前不合理医疗现象仍旧比较突出, 这包括供方的诱导需求行为和需方的过度消费行为。原因主要有医疗服务本身的特性、供方支付方式和需方支付方式的不完善以及对医疗机构的监管不到位等, 对此应完善新农合导向合理医疗的机制, 改革支付方式, 完善监管和竞争机制, 强化疾病预防机制建设, 鼓励使用农村卫生适宜技术等。

**关键词:**新型农村合作医疗; 合理医疗; 机制

## Study on Mechanism of New Rural Cooperative Medical System in Respect of the Reasonable Medical Treatment

SHI Jun, XU Li-gang, YIN Ai-tian

(Shandong University Affiliated Provincial Hospital, Jinan Shandong 250021, China)

**Abstract:** At present, the phenomenon of unreasonable medical treatments, including the induced demand and the excessive consumption, has always been there. There are many reasons responsible for it. For example, the nature of medical services, the deficiencies in the payment for the recipients and the providers of medical services, and there are not more effective measures of the supervision and management for medical institutions. So we should improve the rural cooperative medical system so as to promote rational medical behaviors. We should also reform payments, strengthen the supervision and management, improve the preventive mechanism, and encourage the use of appropriate health techniques in rural areas.

**Key words:** The rural cooperative medical system; Reasonable medical; Mechanism

合理医疗是指以医院以现有的设施、仪器设备和技术条件为基础, 向患者提供最优治疗方案, 最大限度地减少医疗资源消耗, 保障患者基本医疗需求, 控制患者最高医疗消费的医疗行为<sup>[1]</sup>。不合理医疗行为会带来诸多问题, 如浪费有限医疗资源, 使“看病难、看病贵”更加突出; 推崇医疗技术主义; 破坏医患关系, 损害医疗机构形象等。本文通过分析不合理医疗的表现及其原因, 探讨了新农合对规范医疗行为的作用, 并对以导向合理医疗为目标的新农合机制进行了完善。

### 1 不合理医疗的表现及其原因

#### 1.1 不合理医疗的表现

1.1.1 供方不合理医疗的表现 医疗服务供方不合理医疗主要体现在两方面:

①诱导医疗行为, 即为了自身利益, 利用掌握的知识和信息影响患者进行不必要的医疗消费。医生对疾病的处置具有灵活性, 效用最大化倾向会使其将疾病夸大, 据此制定昂贵的治疗方案<sup>[2]</sup>。②防御性行为, 医生采用先进的检查设备和药品有利于降低风险。另外, 还存在诸如巧立名目, 分解收费, 挂床住院等违规行为<sup>[3]</sup>。

1.1.2 需方不合理就医的表现 需方的不合理就医行为主要体现在一旦患病倾向于过多使用医疗资源。具体表现在: 小病大养、无病拿药, 看门诊就可以治病的却去申请住院治疗; 误认为价格高的药品效果更好而倾向于使用高价药, 在较低等级医院可以看好病的反而去高级别医院。

#### 1.2 不合理医疗的原因

##### 1.2.1 供方不合理医疗的原因

1.2.1.1 医疗服务本身的特性是诱导需求产生的根源 ①信息不对称。医疗机构提供的医疗服务具有高度专业性和技术性, 患者只能被动接受医生提供的检查和治疗方案, 这使得医生具有诱导需求的能力和倾向。②医疗需求缺乏弹性。医疗服务是生活必需品, 需求弹性小, 加之医疗服务的趋高性, 一旦患病, 人们倾向于选择最优质、最安全的治疗。③疾病治疗具有不确定性。医生在诊断时难以准确界定患者的个体差异、治疗手段和疗效, 从规避风险的角度出发, 为患者服务时通常采用“最好的方法”。

1.2.1.2 医疗机构追求盈利和医务人员受经济利益驱动 医疗机构为提高经济效益, 不断扩大规模、更新设备、引进新技术, 这些都势必要通过医疗服务收费来实现, 管理者也往往把经济效益定为主要管理目标, 进而也会影响到医务人员的行为。

1.2.1.3 费用支付方式的缺陷 当前对医保定点医疗机构的补偿多以按项目付费为主, 缺乏控制成本或限制服务数量的激励, 这容易鼓励医疗供方利用信息优势提供过多的或昂贵的医疗服务, 形成诱导需求。

##### 1.2.2 需方不合理就医的原因

1.2.2.1 基层卫生机构服务能力不足是根源 相对于县及县以上医疗机构而言, 乡村两级医疗服务机构的服务能力相对较低, 这导致更多的患者选择到县及县以上医疗机构就医。

1.2.2.2 患者片面的消费观念 患者医疗信息缺乏, 他们普遍认为医疗服务质量与价格是成正比的, 导致了不论疾病大小都倾向于到高级别医疗机构就诊, 倾向于使用价格较高或更多的不必要的药品和检查。

1.2.2.3 各级医疗机构收费标准差异小 等级不同的医院之间在同一项目上的收费拉不开档次, 以同样的金钱付出能换来更好和更可靠的医疗服务, 致使患者更倾向于去高级别医院就医。

### 2 新农合导向合理医疗的作用

2.1 新农合导向供方合理医疗的作用 新农合通过完善供方支付方式、加强对定点医疗机构医疗行为的监管、对定点医疗机构建立考评机制等, 很大程度上规范了供方医疗行为。有研究表明, 新农合的实施对规范供方行为起到了积

极作用<sup>[4]</sup>。在新农合的行为约束机制下, 定点医疗机构通过执行新农合基本药物和基本诊疗项目目录, 接受新农合经办机构、管理和监督, 树立为参合农民提供安全、优质、方便、价廉的医疗服务的意识。

2.2 新农合导向需方合理就医的作用 2008 年第四次国家卫生服务调查显示, 在农村 81.7% 的就诊者在基层就诊, 相比 2003 年农村 79.3% 的就诊者在基层就诊, 农村居民就诊地点向基层卫生机构转移。有研究表明<sup>[5]</sup>, 新农合的实施对引导农村患者流向基层起到了一定的作用。新农合对农村居民门诊就诊选择产生了一定的影响, 使病员流向更趋向于基层卫生机构; 对住院患者分流构成也产生了明显的影响, 就诊医院的层次重心下移, 提高了基层卫生机构的利用。

### 3 新农合在导向合理医疗方面存在的不足

#### 3.1 医疗服务供方

3.1.1 供方费用支付方式不完善 当前对新农合定点医疗机构的补偿还是以按项目付费为主, 上文提到, 在按服务项目付费方式下, 容易形成诱导需求。欧美等发达国家的社会医疗保险都逐渐抛弃了按服务项目付费方式, 如荷兰的按人头预付制、美国的按病种分类预付制、英国的总额预付制等<sup>[6]</sup>。

3.1.2 管理体制不完善 新农合管理体制存在缺陷。新农合管理机构大多设在卫生部门, 这种管办一家的体制, 不利于管理部门对定点医疗机构的监督, 不利于控制定点医疗机构的不规范医疗行为。

3.1.3 定点医疗机构竞争机制缺乏 区域规划通过供给方控制, 从某种程度上对新竞争者的进入形成了障碍。新农合的服务定点安排也进一步加剧了公立医疗机构的垄断地位。

3.1.4 补偿范围还存在不足 当前, 一些价格低廉、效果好、易被农村患者接受的药物或治疗方法尚未纳入新农合补偿范围。这不仅使得一些适宜的方法得不到推广应用, 也让患者被动地去接受一些不合理的医疗措施。

3.2 医疗服务需方 新农合减免了参合农民需支付的部分医疗费用, 如果缺乏对参合人的有效约束, 就容易形成参合农民患病后过度需求。参合农民患病后可能会出现小病大养、门诊改为住院等现象, 也可能出现患者之间的相互攀比, 如使用低成本方案治疗的患者会觉得自己吃亏, 因此可能会放弃便宜的治疗方案而选择昂贵的治疗方案。另外, 可能存在参合后忽视自己的身体健康的情况, 而导致耗费医疗资源的情况出现<sup>[7]</sup>。

### 4 完善新农合导向合理医疗的机制

#### 4.1 医疗服务供方

4.1.1 改革新农合供方支付方式 改革费用支付方式对抑制诱导需求是有效的措施之一。当前新农合费用支付方式以后付制为主, 这种支付方式在费用控制、合理医疗等方面的弊端比较明显。与后付制相对应的是预付制, 预付制是指在医疗供方提供医疗服务之前, 保方在掌握一定资料和数据跟供方协商的基础上, 双方签订合同按一定的标准向医疗机构提前支付医疗费用。预付制使医疗服务供方提供医疗服务的数量与其收入不直接挂钩, 并且承担了部分医疗成本, 因此, 供方有动机去减少不必要的医疗消耗来控制医疗费用上涨。美国的经验表明, 按病种预付制在促进医院降低成本的同时, 医疗服务质量并没有下降, 在该制度下医院同时具有降低成本和提高服务质量的双重激励。我们可借鉴其他国家的经验, 以总额预付为基础, 同时运用多种混合的支付方式。支付方式的选择还必须分情况讨论: 当医疗资源较为匮乏, 医疗服务提供者较少, 医疗市场的垄断程度较高时, 医疗服务质量对医疗需求的影响可以忽略不计, 这时宜选择后付制为主。相反, 当医疗资源较为充裕, 医疗服务提供者较多, 竞争较为激烈, 服务质量能够影响医疗需求时, 预付制是有效的形式<sup>[8]</sup>。

4.1.2 采取第三方监管机制 采取第三方监管机制, 建立专家医疗咨询、评价和监督制度。国外一些审核措施值得我们借鉴, 如日本的“第三方审核制度”, 美国的同行服务审核组织专家队伍被引入监督过程中, 可以有效控制医疗质量、医疗服务价格和成本。我国可以赋予医师协会更多的职能, 对违反行业规范的

通讯作者: 尹爱田 yaitian@sdu.edu.cn

收稿日期: 2013-10-25

医生,医师协会可直接进行处罚。把监督结果和定点医疗机构奖惩、定点资格有机结合起来。

4.1.3 建立定点医疗机构竞争机制 在定点医疗机构选择上引入竞争机制,适当增加新农合定点医疗机构数量。新农合经办机构可根据医疗机构的费用、服务质量,对定点医疗机构进行考评,考评不合格的将取缔其定点医疗机构资格,加强医疗机构的淘汰和竞争。

4.1.4 鼓励使用农村卫生适宜技术 有关部门应该逐步明确农村卫生适宜技术收费标准,并将农村卫生适宜技术医药费用纳入新农合报销范畴,这样不仅可以推动新农合的发展,还可以让农民充分了解适宜技术,提高他们对适宜技术的接受程度,调动农民运用适宜技术的积极性。

#### 4.2 医疗服务需求

4.2.1 完善新农合需方支付方式 对于需方过度消费的问题,较为有效的办法是改变新农合需方支付方式,包括起付线、封顶线和补偿比。在新农合实际运行过程中,起付线要按照定点医疗机构的级别确定,不同级别医院采取不同的起付线,以引导患者合理选择就医机构;在新农合中,对那些费用开支过高和道德风险规避难度较大的医疗项目制定一个承保上线,以避免保险基金损失过大。制定封顶线后可将线上部分的费用纳入附加保险进行承保,以保证新农合保险基金不因危重疾病花费巨大而难以支付;补偿比可以为某项医疗服务提供一个消费标准,如果经办机构希望鼓励某些费用低、治疗有效的服务项目的使用,就可以设定相对较高的补偿比,如果希望限制使用某项医疗服务,例如限制过量处方和高价药品,可以设定较低的补偿比。

4.2.2 建立新农合需方信用体系 建立信用体系对遏制可能发生的过度消费有一定作用。发达国家早在 17 世纪就已经将信用系统纳入公民日常生活之中

了,每个人的信用记录伴随终生,这对于防范过度消费起到了极为重要的作用。

4.2.3 通过新农合强化疾病预防机制建设 依托新农合制度,导向居民防控疾病行为的变化,鼓励居民加强自我保健,减少疾病的发生。对很少患病的参保者则可采取降低自付比例、提供免费、保健和体检等方式,以示褒奖,如德国对 1 年内未就医者奖励相当于 1 个月保费的红利,山东寿光市对年度内没有报销过医药费的参保居民进行包括胸透、B 超和心电图等在内的免费健康体检<sup>[9]</sup>,鼓励居民采取预防保健措施控制疾病,既保证了新农合基金的御病风险效益,也提高了居民的健康水平。

#### 参考文献:

- [1]程红群.非合理医疗行为的伦理探讨[J].中国医学伦理学,2011,24(2):162-166
- [2]国锋,孙林岩.患者道德风险与医生诱导需求的影响与控制[J].中国卫生经济,2004,(7):77-78
- [3]杨金侠,李士雪.对新型农村合作医疗定点医疗机构不规范行为监管的思路探讨[J].中国卫生经济,2006,25(1):26-28
- [4]宋太平,王云屏,汪早立,等.试论新农合定点医疗服务合同在规范供方行为中的作用[J].中国卫生事业管理,2011,3:219-220
- [5]苏峰,孔繁增,蒋贵显.华北新农合实施前后病员流向分布状况的研究[J].中国农村卫生事业管理,2009,29(2):99-101
- [6]刘卫斌,李长运.新型农村合作医疗中医疗服务供方道德风险的防控[J].卫生经济研究,2008,(3):21-22
- [7]张功震.新型农村合作医疗中的道德风险及防范[J].医学与哲学,2008,29(12):38-40
- [8]辛琴.医疗服务提供者诱导行为防范机制与过程分析[J].南昌大学学报,2010,41(4):86-90
- [9]汲进梅.农村慢性非传染性疾病控制机制研究[D].山东大学,2009:5. 编辑/王敏

## 牙周夹板在固定牙周病松动牙中的临床应用价值

李祎杨

(德阳为民牙科,四川 德阳 618000)

**摘要:**目的 探讨牙周夹板在固定牙周病松动牙中发挥的实际作用及临床使用价值。方法 选择 2012 年 1 月~12 月接受牙周夹板固定的 50 例患者作为本次观察对象,应用和牙齿结合紧密的光固化树脂来制作牙周夹板并进行固定。结果 前牙 14 例(73.69%)显效,4 例(21.05%)有效,1 例(5.26%)无效,有效率为 94.74%;后牙 8 例(61.54%)显效,3 例(23.07%)有效,2 例(15.38%)无效,有效率为 84.61%;混合牙 8 例(44.45%)显效,7 例(38.89%)有效,3 例(16.67%)无效,有效率为 83.33%;合计 30 例(60%)显效,14 例(28%)有效,6 例(12%)无效,总有效率 88%。结论 牙周夹板固定牙周病松动牙临床效果显著,实际操作步骤简便,应积极推广使用。

**关键词:**牙周病;松动牙;固定;牙周夹板;作用

### Clinical Value of Periodontal Disease Periodontal Splinting Loose Teeth

LI Yi-yang

(Deyang Weimin Dental, Deyang Sichuan 618000, China)

**Abstract: Objective** To explore the actual role and clinical value of periodontal disease periodontal splint loose teeth in the fixed. **Methods** Choose January 2012 - December 2012 will be accepted periodontal splinting of 50 patients as objects of this observation, application and teeth tightly to produce a light-curing resin periodontal splint and be fixed. **Results** Anterior 14 cases (73.69%) were cured, 4 cases (21.05%) effective, one case (5.26%) is invalid, the effective rate was 94.74%; posterior teeth 8 cases (61.54%) were cured, 3 cases (23.07%) effective, 2 cases (15.38%) is invalid, the effective rate was 84.61%; mixing teeth 8 cases (44.45%) were cured, 7 cases (38.89%) effective, 3 cases (16.67%) is invalid, the effective rate was 83.33%; total 30 cases (60%) were cured, 14 cases (28%) effective, 6 cases (12%) ineffective, the total effective rate was 88%. **Conclusion** Periodontal disease periodontal splinting loose teeth is significant clinical effect, the actual procedure is simple, should actively promote the application.

**Key words:** Periodontal disease, Loose teeth, Fixed, Periodontal splints, Effect.

牙周病松动牙是口腔常见病之一,大部分患者由于牙周炎处于长期迁延状态导致牙槽骨趋向吸收,最终形成牙周病松动牙,这种疾病不仅阻碍咀嚼功能的顺利使用,而且对患者面部美观产生影响<sup>[1]</sup>。我科于 2012 年 1 月~12 月期间对牙周病松动牙 50 例患者行牙周夹板固定,获得令人满意的治疗效果。现对其临床资料进行全面剖析,总结如下。

#### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月~12 月因牙周病松动牙而接受牙周夹板固定的 50 例患者作为本次观察对象,其中男 27 例,女 23 例;年龄 27~63 岁,平均值为 37.5 岁,病程 1~9 年,平均值 4.23 年。共约 268 颗松动牙,其中 96 颗前牙(19 例),67 颗后牙(13 例),105 颗混合后牙(18 例)。

1.2 方法 首先制作超强纤维牙周夹板,在于基牙唇面与龈缘相距 0.5 mm 长度的地方使用金刚砂裂钻作一条浅沟,注意应与向龈缘侧构成斜面关系,然后再磨出 0.5 mm 浅沟到切缘间的牙体组织,接着磨除腭面,近、远中面牙体组织,处理预先准备的基牙酸,吹干、冲洗并进行严格隔湿,涂上本粘黏剂保持 40 s 光照。将厚度为 0.2 mm 的光固化树脂涂在基牙上,把用本粘黏剂浸润好 2 mm 宽度的超强纤维带缠绕在基牙上。用充填器沿纤维带方向反复轻压,是前卫带和基牙紧密接触,祛除溢出树脂。用光固化树脂包埋缺牙部位的纤维带,每层树脂 0.5 mm 厚,光照 40 s,最好树脂雕外形并回复基牙外形,光照 40 s,调颌、打磨、抛光。

#### 2 结果

本组 50 例患者在接受牙周夹板固定后,30 例治疗结果显效,14 例有效,6 例无效,总有效率为 88.00%,见表 1。

表 1 牙周夹板固定牙周病松动牙临床效果分析 [n(x10<sup>-2</sup>)]

项目	例数	显效	有效	无效	总有效率
前牙	19	14(73.69)	4(21.05)	1(5.26)	18(94.74)
后牙	13	8(61.54)	3(23.07)	2(15.38)	11(84.61)
混合牙	18	8(44.45)	7(38.89)	3(16.67)	15(83.33)
合计	50	30(60.00)	14(28.00)	6(12.00)	44(88.00)

#### 3 讨论

患者在牙周病早期阶段并不会感受到明显的牙齿松动或位置移动,可以通过治疗局部或者全身治疗来消除存在创伤的牙合或施行牙齿洁牙,这种情况一般没有必要使用夹板进行固定,但是若患者牙齿松动情况较为严重且没有及时进行固定,那么将会很难获得临床疗效,或者单纯固定松动牙不采取综合治疗措施也难以实现预期治疗目标<sup>[2]</sup>。

牙周病的本质治疗要求是消除存在的一系列炎症,推动牙周组织迅速再生,进而重新获得咀嚼功能。如果患者牙周病属于重度范畴,其炎症组织损害程度及面积较大,只剩下部分支持组织,在完全消除致病因素条件下牙齿仍处于松动状态,在咀嚼时牵扯到牙周组织,从而阻碍顺利愈合及再生。若采取有效措施固定松牙,使其运动幅度控制在允许范围内,避免出现咬合力降低每颗牙齿所承受的压力,这样牙周组织就能够获得充分生理性休息,推动松动牙牙周组织迅速修复、愈合甚至再生<sup>[3]</sup>。牙周夹板已经逐渐成为我国医学领域诊治牙周病的有效措施,值得注意的是这种方式必须在全面系统治疗基础上进行,才能够从本质上消除牙病致病因素,而且在祛除牙周炎相关症状前提下采用文中所述松动牙固定方式,可以迅速提升临床治疗效果<sup>[4]</sup>。

本次研究选择 2012 年 1 月~12 月接受牙周夹板固定的 50 例患者作为观察对象,应用和牙齿结合紧密的光固化树脂来制作牙周夹板并进行固定。治疗