

美国医疗保健模式及其改革

朱星华

(中国科学技术发展战略研究院, 北京 100038)

摘 要: 由于倡导自由市场经济的文化和背景, 美国是唯一没有实行全国统一的医疗保障制度的发达国家。本文对美国医疗保险制度、美国医院的管理运行机制、美国医疗保险付费方式的沿革进行了系统的介绍, 并梳理了美国医疗保健管理模式的特点与问题, 结合奥巴马政府医疗保健改革要点, 对我国医疗保健体系改革提出了几点建议。

关键词: 美国医疗保健, 医疗保险, 新医改

中图分类号: F84; F840.684 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3772/j.issn.1009-8623.2011.01.008

由于美国倡导自由市场经济的文化和背景, 美国是唯一没有实行全国统一的医疗保障制度的发达国家。尽管是以市场需要为基准, 但美国历届政府均高度重视医疗保健问题。美国卫生与公众服务部 (Department of Health and Human Services, HHS) 全面规划、统筹和协调整个医疗卫生与社会福利体系, 该部由食品药品监督管理局、疾病预防控制

中心、国立卫生研究院、联邦医疗保健计划与医疗救助计划中心、卫生资源与服务管理局等 17 个机构或办公室组成, 直接向总统和国会负责, 围绕实现总统提出的竞选目标, 全面规划安排医疗保健相关资金。美国的国民卫生支出, 即所有公共财政支出、雇主支出和个人支出的医疗保健费用, 2008 年约为 2.387 万亿美元, 接近美国 GDP 总额的 17%,

Healthcare Spending as % GDP

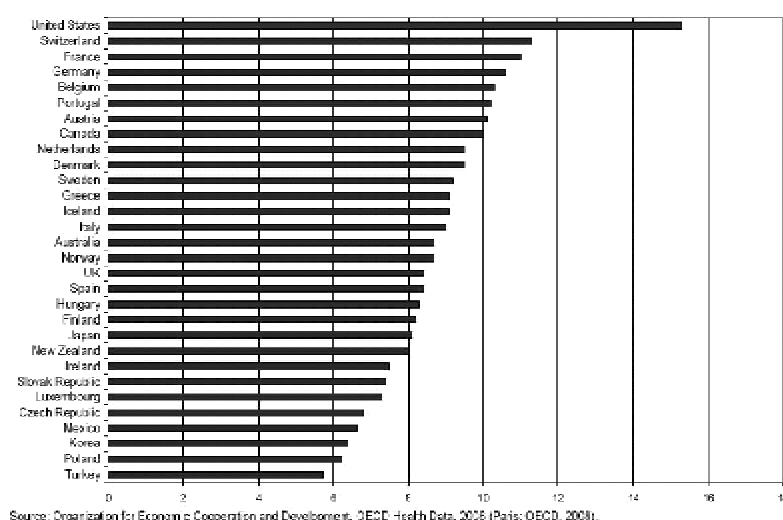


图 1 OECD 国家医疗保健费用占 GDP 的比例

作者简介: 朱星华 (1977-), 男, 管理学硕士, 中国科学技术发展战略研究院 副研究员; 研究方向: 产业技术政策创新与产学研合作。

收稿日期: 2010年11月12日

超越同期意大利的国内生产总值^①,为全球最高。

一、美国医疗保险制度

美国医疗保险体系主要是“2+1”模式,“2”即包括社会医疗保险(也称政府医疗保险)和私营医疗

保险的两种组成,“1”即一种称为管理型医疗保险的主导模式。2008年,美国3亿人口中有医疗保险的人为2.551亿,其中2.01亿人投保了私营医疗保险,8740万人享受政府资助医疗保险,无医保人口约4630万^②,约占总人口的16%。

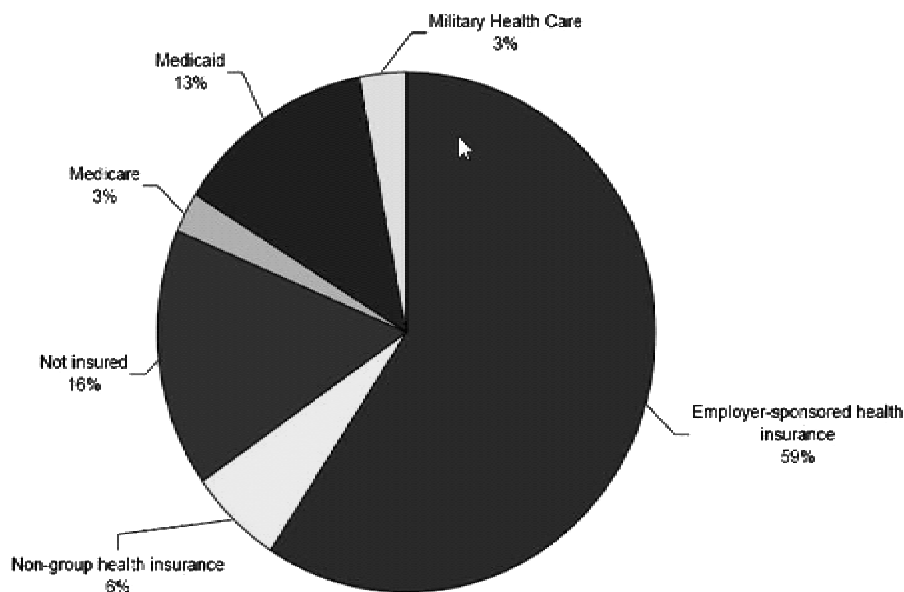


图2 当前美国医疗保险覆盖人群状况

1. 社会医疗保险

社会医疗保险是由联邦政府和州、地方政府所举办的,主要是帮助弱势人群(老人、穷人等)的强制性的医疗保险计划。主要有以下六种。

(1)医疗照顾计划(Medicare)^③。这是一个非营利性联邦医疗保险计划,主要费用由联邦政府负担,由美国卫生与公众服务部卫生服务经费管理局(HCFA)直接管理。该制度是对65岁以上年龄的人,以及65岁以下因残疾、肾脏病而接受社会救济金的人提供医疗保险。Medicare由四部分保险组成:A.住院保险(Hospital Insurance, HI);B.常规医疗保险;C.升级保险计划;D.政府补贴处方药保险

(Supplementary Medical Insurance, SMI)。够资格的居民可以根据自己的实际需要选择一个或者几个部分投保。2009年共有4590万人参加医疗照顾计划,联邦政府耗资4254.23亿美元^④。

在Medicare的组成部分中,参加A部分保险是强制性的,它允许参与者每年享受90天的住院治疗和100天的技术护理。如果两者都在同一年发生,病人则要承担少量费用。D部分用于支付院外医生诊费、医生指定的药品和其他院外医疗服务等方面的费用。与强制性的住院医疗保险不同,补充性医疗保险是自愿性的。参加补充性医疗保险者每月需要支付一定的保险费。实际上,几乎所有的老

① Center for Medicare & Medicaid Services (CMS), U.S.Department of Health & Human Services, National Health Expenditure Data, available at: <http://www.cms.hhs.gov>

② U.S. Census Bureau News, Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2008, Sep. 10, 2009, available at: <http://www.Census.gov/Press-Release>

③ Medicare和Medicaid是1965年美国通过“《社会保障法》修正案”后,正式制订并实施。

④ U.S.Department of Health & Human Services: 2009 CMS Statistics (CMS Pub. No. 03497), August 2009

年人都参加了补充性医疗保险。A 部分通过对在职人员征收医疗保险工薪税来筹集资金,由雇主和雇员分别交纳工资收入的 1.45%,合起来为 2.9%。医疗保险工薪税的税基包括全部工薪收入,没有上限。医疗保险工薪税收存入“专款专用的”HI 信托基金,用于支付医疗保险福利金。D 部分不依赖于工薪税收,而是一般性财政收入和自愿投保者每月缴纳的保险费,也有专门的 SMI 信托基金运营管理。

(2) 医疗补助计划(Medicaid)。这是一个带有社会救济功能的医疗保险计划,由联邦政府和州政府共同出资,具体管理工作由州政府承担。美国法律对低收入的人和家庭有提供医疗服务的规定,联邦政府和州政府对低收入人群、失业人群、残疾人群提供各种医疗项目。Medicaid 是最大最具代表性的一个项目。由联邦政府支付 55%、州政府支付 45%,共同资助低收入居民。服务项目包括门诊、住院、家庭保健等,各个州的具体标准和做法不尽一致。政府补助并不直接划拨给受益人,而是支付给医疗保健服务提供方(医院、诊所、养老院等)。2009 年按月享受医疗补助计划的人数约为 5110 万,联邦政府提供了全部资助总额的 57%,2623.89 亿美元,另外还有 700 多万人享受各州政府自行设立的额外医疗补助计划^①。

政府医疗补助计划(Medicaid),在很大程度上带有财政转移支付的功能。按照联邦税法,个人的工资收入需要同时交纳医疗保险工薪税和个人所得税。由雇主交纳的医疗保险费不必交税。自我雇用的私人业主,医疗保险费用的 25%是免税的,税基中不包括雇员的医疗保险收益。

(3) 儿童医疗保险计划(Children's Health Insurance Program, CHIP)。这是一个由联邦政府提供主要资金,各州政府负责配套资金与具体管理的医疗保险计划,始创于 1997 年。它的对象是那些没有资格享受医疗补助计划但又需要医疗救助的贫困家庭的儿童。2009 年,约有 920 万儿童受益,联邦政府的相应支出为 85.66 亿美元^②。

以上三大政府资助的医疗保险计划由联邦卫

生与公众服务部依法领导、拨款和监督,相关服务基本由符合政府要求的签约私营企业提供。2009 年这三大计划耗费联邦政府开支 6963.78 亿美元,约占卫生与公众服务部当年预算的 85%^③。此外,还有以下三种由政府负担的医疗保险计划。

(4) 少数民族免费医疗。享受对象为印第安人和阿拉斯加少数民族,有 100 多万人。全国有 50 所专门医院为少数民族提供医疗服务,2009 年预算为 35.81 亿美元。

(5) 军人医疗计划。由联邦政府向所有现役军人、退伍军人及其家属提供的特别医疗保障项目,由专门的军队医疗网络系统提供服务。2009 年预算为 844 亿美元。

(6) 联邦雇员保健福利计划。由联邦人事管理局主管、几乎覆盖所有联邦全职工作人员、家属及符合条件的退休人员的优惠医疗保险计划,1959 年创立。联邦政府承担保费总额的 70%,其余部分由个人缴纳。2009 年,联邦为此开支 376.4 亿美元。

除以上由政府举办的强制性医疗保险计划,根据美国法律,各州普遍实行基本的社会保险计划——工伤补偿保险,雇主必须为雇员向保险公司购买工伤保险。当工人因工伤事故而致残与损伤时,由保险公司支付治疗期间的工资和全部或部分医疗费用。

2. 私营医疗保险

私营医疗保险公司在美国医疗保险中承担重要角色。美国约 50% 的医疗费用来自私营医疗保险计划,而且政府医疗保险计划的很多操作工作是由私营医疗保险公司去执行的。美国私营医疗保险的一大特点是雇主为雇员支付保险金,这种情况约占所有参保人的 90%。美国私营医疗保险公司主要分为两类。

(1) 非营利性健康保险组织。主要代表是蓝十字(Blue Cross)、蓝盾(Blue Shield)组织^④,由医生和其他民间机构发起和组织的,为投保者提供门诊和住院服务保险。参加保险者不分健康程度,均交纳相同的保险费,并采取回顾性付费,即花多少、付多

① U.S.Department of Health & Human Services: 2009 CMS Statistics (CMS Pub. No. 03497), August 2009

② U.S.Department of Health & Human Services, Fiscal Year 2010 Budget in Brief, May 7, 2009

③ 蓝十字(Blue Cross)、蓝盾(Blue Shield)组织官方网站: <http://www.bcbs.com>

少的形式。其中,蓝十字承保住院费用,而蓝盾主要承保医生的治疗费用。虽然蓝十字和蓝盾组织与商业保险公司在提供健康保险的操作方法上基本一致,但是其保费一般比保险公司提供的保费低,主要原因在于,一方面它们是非营利性组织,绝大部分州都给予其税收上的优惠;另一方面它们都与其成员医院或医生达成协议,医院或医生在为被保险人提供医疗服务时,均收取较低的费用。

(2)商业保险。为盈利而提供个人和团体的医疗保险。美国开展医疗保险的商业保险公司有1000多家。商业保险公司除了提供各类医疗保险(包括伤残收入损失保险)以外,有些保险公司出售的保单,甚至包括非医生治疗的疾病的治疗费用,如基督教科学派的信仰疗法和按摩师的治疗费用等。一般来说,保险公司只有在得到个人健康评估及其他影响健康保险的风险因素以后,才能对个人提供健康保险。那些本来患有某种疾病的人,要么根本不可能从保险公司买到健康保险,要么只能以他们难以承受的高昂代价购买这种保险^①。

3. 管理型医疗保险

管理型医疗保险,把医疗保险的资金与医疗服务的提供方结合在一起,是一种由保险人与医疗服务提供者联合提供服务的医疗保险形式。这种医疗保险形式种类复杂,共同特征是医疗保险机构同医疗服务的供给方(医院、诊所、医生)通过签约等形式,形成一个相对密切合作的服务网络,为被保险人提供医疗服务;保险机构向医疗服务提供方按人头付费标准,支付相对固定的医疗费用总额(定额付费);医疗服务供方在预定的费用中向参保人群提供一套包括预防保健到临床治疗的综合性的、连续性的服务,而且这种服务的费用合理性和质量水平是与服务供方的经济利益挂钩的即有正式的规定以保证服务质量,并经常复查医疗服务的使用状况。其中最具有代表性的是健康维持组织(Health Maintenance Organization, HMO), 优先服务提供者组织(Preferred Provider Organization, PPO)和点服务计划(Point of Service, POS)。

HMO并非一个具体的机构,它由指定的医院、保险公司和政府机构共同组成一个庞大的医疗服务网,投保人有一名相应固定的“主治医生(也可以理解为家庭医生或初级保健医生)”^②,看病必须得到主治医生的同意,而且必须要到网络内的指定医院,否则费用自付。PPO和POS是改进型的HMO医疗服务形式。PPO与HMO不同的是,参加者看病可以不经家庭医生,在网络内自由选择医生和医疗机构,但如果在网络以外选择医生和医疗机构要自己付费。POS是加入者只要多支付10%~15%的保费与大约30%的医疗费,就可以到任何地点,寻找任何医生诊病。

管理型医疗保险相比传统的医疗保险,在目的和运作方式上有明显的差别,关键在于保险人直接参与医疗服务体系的管理,具有四个特征:①定额付费,以此封住医院和医生的收入上限;②节余留用,提高医疗服务提供者的成本意识;③严格的医疗诊断与药品利用审核程序和医生医疗行为的监督与评价制度,防范医生的不合理医疗行为;④通过“守门人”(即家庭医生)制度做好预防保健,由家庭医生来管理病人,制定医疗服务质量改善计划,指导病人接受高质量、有效率的治疗。

20世纪70年代以来,由于医疗服务费用的急速上涨,管理型医疗保险这种模式受到愈来愈多的重视,在私营医疗保险、社会医疗保险计划中都大量采用管理型医疗的管理方式,成为美国目前占主导地位的医疗保险形式。

二、美国医院的管理运行机制

从产权角度,美国的医院可分为政府公立医院、非政府非营利性医院和营利性医院。美国公立医院的比例从1975年的34%降至2001年的27%,非营利医院则从53%增加到58%,营利医院从12%上升到15%。政府办的公立医院有联邦政府医院、州及地方政府医院,如退伍军人医院、伤残医院、精神病医院、印第安人医院等,隶属州政府及地方政府机构,行政管理由所属政府机构严格控制。非政

① 以纽约健保公司提供的“被保险人可指定医生的家庭定点服务纳保(family point of service coverage)”保险项目为例,2010年每月保费高达7786美元。

② 美国参加保险的人都有自己的家庭医生(或主治医生和初级保健医生),他们是处理基本医疗保健服务的第一线医生,一旦生病,除急诊外,必须先看家庭医生。需要进一步治疗的,由家庭医生推荐到附近大医院住院治疗或到专科医师处接受专科治疗。

府非营利性医院有医学院附属医院、教学医院、教会医院等私立医院和一些社区医院^①等由慈善机构举办的医院。营利性医院大部分是为了获取利润的综合医院。美国公立医院通常建在卫生服务资源缺乏的地方,几乎90%的老年人和贫穷者是由公立医院提供服务的。公立医院满足那些弱势人群的需要,包括无医保人群、低收入人群,合法移民以及非法移民,少数民族人口,无家可归的人以及残疾人、高风险的母亲和婴儿,暴力的受害者,以及那些有语言障碍或语言低能的人,并进行一些复杂的慢病管理。因此公立医院的作用主要是保证老人、穷人、少数民族和一部分弱势群体的医疗卫生需求,体现一种救助责任。

1. 管理体制

在管理上,政府不是作为医疗服务的提供者,而是作为卫生服务的监管者。美国的政府组织分为联邦政府、州(市)政府及县政府三级,卫生管理机构也有相应的三级,各个层级之间不是上下级关系,而是彼此协作关系。但是,州政府以下的卫生管理机构必须接受联邦政府的指导,而且达到某些特殊标准。公立医院一般由当地的政府机构管理和控制,而内部管理则是在医院内部建立董事会。

董事会是医院的最高权力机构,董事会的主要职责主要包括人员和领导的选拔和评价,监控医院提供的全部医疗服务的质量,以及对财务管理的总体控制。在美国,医院院长由董事会任命,通常院长也是董事会成员。凡不设董事会的医院,院长直接由医院职工民主选举产生。医院院长全面主持医院的各项管理工作并对董事会负责。医院设立管理委员会,有两个执行委员会,即医疗执委会和行政执委会。前者下设相关委员会负责医院的相关质量控制和培训管理等,后者负责后勤保障。医院各方面的问题必须先向相关委员会反映,由各委员会接受、整理、讨论、提出建议上报院务会审议通过。医院要对医生在诊疗过程中的过失行为负责,促使医院采取相关的监督措施加强医疗质量监控,对医生的医疗行为进行相关的监督和评估,减少医疗事

故的发生,从而提高医院的医疗质量和病人的满意度。

全美所有的医院,无论是政府办的还是其他各类社会或私人资本举办的,基本上实行管办分离,办医者全权委托专业的各类医院管理公司,对医院进行全面的经营和管理。医院管理公司则从医院的总收入中获得3%的管理费用作为其服务盈利。

2. 运行机制

美国直属联邦政府的医院经费全部来自于联邦政府,医护人员也全部由国家雇佣,不需要外界任何的人、财、物支援;所有的公立医院是非营利性、免税的,只按服务水平收费,收入用于医院的生存和发展。大多数公立医院是综合医院,经费主要来源于州政府和地方政府,很多公立医院建立基金以寻求慈善捐助支持医院发展。公立医院医护人员薪酬已经形成了比较完善的支付体系。公立医院的医护人员的收入分配涉及多个因素的影响,其中知识、工作任务、工作的复杂性等均影响其收入水平。

医院人事制度全部实行公开招聘、逐级雇佣办法。美国医院院长和其他管理人员不论是来自医生,还是学习或从事其他专业的,一旦能聘为医院管理人员,都要以医院管理作为第一职业,不但在上岗前要接受管理专业的培训或学位攻读,而且要每年定期轮训,因此院长的素质很高,具备管理、法律、医学等相关的知识,这些对医院的发展以及提高医院发展的效率和水平等有重要意义。

在美国,医生主要是自由职业者,一般都有自己的诊所或联合诊所。一类医生主要在医院工作,但医院外服务不受医院的限制;另一类医生主要在诊所工作,把医院作为一种依托。美国的社区(私人)诊所和大医院既为一体,又分工合作,形成了独特的双向转诊制度。医生如要私人开业,先与附近大医院联系并申请登记,大医院对家庭医生的资质进行审查并考察认可后,申请者就成了该医院的登记医师,但不拿医院一分钱待遇,仍在自己的社区(私人)诊所上班^②。从这方面来讲,诊所和大医院是一体的。病人在医院住院,医院赚取的是住院费,而

① 本次陪国务院调研室代表团走访的纽约市中心医院(New York Downtown Hospital)即属于这一类型的医院。

② 纽约市中心医院(New York Downtown Hospital)拥有登记医生500多名,但只有100多名医生受雇于医院,由医院授薪,其他均为保持协作关系的私人开业医生。

家庭医生赚取的是诊治费。如果病人在大医院或专科医生处接受专科治疗,则有相关专科医生负责治疗,但出院后,专科医生必须写一份详细医疗报告寄给家庭医生存档,病人也被转到社区进一步治疗或康复。

3. 监管机制

美国政府对医院的监管主要体现在质量控制、费用控制、医疗设施和服务项目控制等方面。①质量控制:美国医院协会(American Hospital Association, AHA)^①通过制定《医院科室工作手册》对医院质量进行规范管理,协会的医院评审委员会每4年对医院进行一次评审,代表医院与政府进行交涉、提供医疗保险和医院管理咨询。②费用控制管理:1983年通过的《按疾病诊断相关定额法案》建立了针对医院费用快速上涨的预付制度,由保险公司、政府部门和健康维持组织(HMO)掌握医院经费来源。③医疗服务审查:各州建立医疗服务审查组织,负责指导、控制、监督医疗服务质量,确保患者获得高质量服务。

随着20世纪60年代以来,美国医疗保险和医疗救助等法律的通过,低收入人群有了公共资金保障,除了在公立医院获得服务,还可以到私立医疗机构获得服务。于是一方面,资金不断流向私人医生和私立医院,公立医院发挥的作用不断减弱;另一方面,医疗服务的公共支出增长很快。由于私立医疗机构把那些贫困病人推向公立医院,这进一步加大了政府的开支,公立医院的财政压力不断增大。而优秀的医生均自己开业,导致公立医院服务水平的下降。虽然公立医院能够获得医疗救助、医疗保险以及私人医疗保险和地方及州政府的财政资助,但是不断增长的培训、供给以及设备所需的资金要求与医院在满足病人需求、投资技术以及维持基本设施之间难以维持平衡。

三、美国医疗保险付费方式的沿革

美国的医疗保险付费模式大体经历了三个阶段,目前基本是以按病种付费为主,同时也有按项

目付费和按人头付费的混合支付方式。

1. 按服务项目付费

最初,美国实行的是按服务项目偿付,属于后付款制,这种付费模式的主要操作方式是,雇主或政府每月向保险公司支付一定保险金额后,病人患病时可自由选择医师或医院就诊,然后向保险公司报账,其大部分由保险公司支付。

在实施了对老年人的医疗照顾(Medicare)和对穷人的医疗补助(Medicaid)计划以后,美国政府面临支付巨额医疗费用的问题。这种先用后付的付费方式,使得医疗费用的控制、过度医疗情况的限制、医院效率的提升等问题变得越来越难解决。这种偿付类型的特点是可满足病人需求,根据其需要自主选择医疗机构和医疗服务。在这种付费模式下,由于没有有效的约束机制,医疗机构就有可能追求自身的经济利益而搞创收,造成医疗费用的飞速增长。容易出现以下现象:一是开大药方,患者需要的开,不需要的也开;二是做不该做的检查项目,滥用和浪费医疗资源的现象极为普遍;三是没有必要住院,也要被安排住院。这些都直接造成医疗费用的扶摇直上,也直接导致国家财政和企业负担的加大,于是按项目付费的方式逐渐被按人头付费和按病种付费的方式替代。

2. 按人头付费

20世纪70年代以来,管理型医疗保险这种模式受到愈来愈多的重视,其关键在于医疗服务提供者与保险人共享利益、共担风险,于是按人头付费的保险付费方式成为主流^②。这种付费模式的主要操作方式是,保险公司先选择一些医疗服务提供者作为为被保险人提供医疗服务的机构,然后按照人头包干预付医疗费用给指定的医疗服务提供者,即保险人按照参保人数多少,将一定比例的保费预先支付给医疗服务提供者,被保险人接受治疗时不再支付给医疗机构费用,也无需从保险人那里索赔。

在这种付费模式下,由于医院已经预先得到保险费支付,节余多少取决于医院自己的经营管理,

① 美国医院协会(American Hospital Association, AHA)。这个1898年成立的协会是美国最主要的医院组织,现有近5000家会员机构和3.7万名本行业的个人会员。

② 按人头付费始于管理型医疗保险模式,但在管理型医疗保险模式中,各种支付方式可以兼容。

这样医疗服务提供者能够做到主动控制医疗费用,从而达到有效降低医疗费用的目的。但这种付费方式同样在实践中被各方面所质疑:一是由于它的选择性较差,患者只能选择被保险公司所指定的那些医院进行就诊,而不能根据个人的需要和个人的偏好选择医院和服务;二是在这种模式下,医院、病人和保险公司三方都存在道德风险。首先,医疗机构的服务质量不能得到保证,或是把无利可图或疑难病推向非营利医疗机构;其次,由于不是个人直接付费,患者都倾向选择那些名气大,收费昂贵的医院;再次,在这种制度下,保险公司可能也会通过提高保险金来转移高涨的医疗费。于是,医院、病人和保险公司三方各取所需,医疗体制的效率不高。

3. 按病种付费

在 1982 年《赤字削减法》(Deficit Reduction Act of 1982)的授权下,医疗保险于 1983 年引入了预期支付制度(Prospective Payment System, PPS)和诊断组定额支付制度(Diagnosis Related Groups, DRGs, 即按病种付费)。这种制度根据疾病分类、患者的年龄、有无合并症,将疾病分成 467 个组,并确定各组医疗费用支付额作为支付报酬。按照本制度,对 DRGs 中各类费用,均有一确定的费率,出院病人按其所属 DRGs 的费率向医院结帐,医院自负盈亏。这样,医院在提供医疗服务前就已知该组疾病资源消耗的最高限额,从而促使医院为获得利润主动降低经营成本,提高工作效率。也使医疗保险方对投保人每次住院费用都有准确的预算,便于控制费用。这种付费模式的主要操作方式是,由权威机构按照国际疾病分类测算出每一种疾病的住院治疗医疗费用作为付费标准,保险公司(或政府)选择一些医疗服务提供者作为为被保险人提供医疗服务的机构,并参照病种付费(DRG)标准谈判决定病种付费的优惠价格,在投保人因病住院出院时由医院填报付费申报表,由保险公司按投保人住院疾病的付费标准给提供者支付费用。

第一代诊断组定额支付制度(DRGs)是由耶鲁大学卫生研究中心 Mill 等经近 10 年的研究于 1976 年完成的,通过对 3 个州的近 70 万份出院病例的总结,首次根据共同的解剖学和病理生理特点或临床特点而将所有的病例划成 83 个主要诊断类目,

接着再按第一诊断、第二诊断、主要手术操作、年龄等变数进行划分。最后将病人划成 383 个 DRGs,每组 DRGs 的病例都具有相同的临床特点及同一的住院天数。第二代 DRGs 于 1981 年完成,从 300 多所医院按地理、地位、功能及大小不同随机抽样 40 万份病例,通过计算机系统以住院天数为重要依据将病例分成 467 个 DRGs。第二代 DRGs 导入了依据疾病诊断与收费标准的支付方式,采用了 ICD-9-CM 分类编码,在第一代 DRGs 基础上扩充了许多相关资料,如增加了入院方式、转归等,使第二代 DRGs 组内的病例具有相同的临床特点、相同的住院天数及资源消耗。1983 年 10 月 1 日起,被美国 HCFA(国家卫生财政管理局)正式作为预付款制度的基础依据,实行对医院费用的补偿。美国自 1983 年实施 DRG 后,Medicare 住院总费用的增长速度从 1983 年的 18.5%降至 1990 年的 5.7%,手术费的增长率从 1984 年的 14.5%降至 1992 年的 -6.6%,平均住院天数从 1980 年的 10.4 天降至 1990 年的 8.7 天,1995 年已缩短到 6.7 天。

DRGs-PPS 制度在实施过程中也出现一些负面影响。例如:医院为减少病人的实际住院日,增加了门诊服务,随之导致门诊费用上涨,使卫生服务的总费用并未得到很好的控制;一些医院在诊断过程中,有按收费高的病种诊断的倾向;私立医院不愿收治重病人;部分医院因收入减少,被迫取消了某些开销大、社会又确实需要的临床服务项目等问题。另外,关于 DRGs 的分类方法也存在争议。尽管如此,DRGs-PPS 也被各国政府和卫生管理界认为是比较先进的医院效率质量控制制度。但制定病种付费标准需要长期的大量的基础数据,而且要有规范的临床路径和医院成本核算管理为基础,医院填报付费申报表会消耗专业医务人员的大量精力,保险公司也要雇用大量人员进行审查工作。

4. 新医改的付费模式改革:按业绩付费

为了提高保健质量,同时协调和减少医疗支出的增长速度,美国实施了新医改。美国新医改方案确定了“病人保护与可负担保健法案”(The Patient Protection and Affordable Care Act),确立了若干方案(这些方案将不得晚于 2012 年启动)旨在测试和评估新医改的付费模式。这些方案包括:捆绑支付

(Bundled Payments)、负责保健组织(Accountable Care Organizations, ACOs)^①或共享储蓄计划(Shared Savings Programs)和以病人为中心的医疗之家(the patient-centered medical home)。依据该法,美国还将建立一个新的医护中心(2011年1月启用),通过测试有关模式而对以往的医疗照顾和医疗补助中心(Centers Medicare & Medicaid Services, CMS)进行革新,并赋予美国卫生与公众服务部(HHS)将有关模式进行推广的权利。

负责保健组织(ACOs)模式的推行,在于改革决策者对于医生在美国医疗保健体系中作用的认识。来自波士顿哈佛大学医学院阿诺德教授的报告^②指出:“关于美国现今的卫生保健改革应该加强初级保健方面的运作,提高应用于初级保健的资金,要求医生对此项改革给予大力支持。因为大部分关于医疗资源使用的决策是医生在对患者的诊疗过程中与患者进行磋商作出的,而非保险公司、立法者或者政府官员。多数医生的报酬都是建立在按次付费基础之上的,对他们来说这是一种强烈的经济刺激,使他们最大化他们所提供的可选服务。这种刺激,加上持续提供的对新的或者更贵技术的介绍,是促使医疗费用上升的主要因素。同样的刺激因素也正在吸引着越来越多的年轻医生进入专科。因此这样一种非常缺乏初级保健医生、而由被训练使用昂贵的检验和治疗方法的专家们主导的系统,将不可避免地导致医疗费用昂贵,尤其是大多数专科医生以小经营单位的形式执业,为争夺患者和收入而竞争。”

新医改的付费模式改革同目前的付费方式相比,存在以下五方面不同:一是对某些高品质服务支付更多;二是以服务质量为支付基础(即按业绩付费);三是将不同的服务捆绑到单一项目支付;四是依赖其他医生或服务提供者的服务量和成本来付费;五是向支持特定结构、系统和地点的特定服务提供者付费。美国医疗保健的各利益相关方已经

认识到,没有一种模式可以解决所有现存的问题,改革的方向是在统一的目标下,运用特定的办法解决特定的问题,但无论如何,按业绩付费(Pay For Performance, PFP)^③将成为一种新的医疗保险付费方式。

按业绩付费模式的内容主要是,医疗保险方(或者政府)通过一系列的经济激励机制改善医疗服务质量。PFP机制的设计目标是为了改善医疗服务质量,并且控制医疗费用。它的基本原则是奖优罚劣,即奖励服务质量好的,惩罚服务质量差的。这种机制试图通过经济手段改善短期和长期的医疗质量,同时,它还注重减少医疗差错和改善其他方面的医疗服务质量。实施PFP项目的第一步是留出一定的资金用来奖励那些医疗服务质量较好的服务提供者,第二步是对不同医疗服务提供者的医疗服务质量进行评估,第三步是对那些医疗服务质量较高的医疗服务提供者进行奖励。这种模式不仅可以激励医疗机构改善医疗服务的质量,而且克服了选择性较差的问题,可以使患者自由选择满意的医疗机构。但该模式也存在以下风险,一方面是保险公司的道德风险,可能会不公平地惩罚了那些政治社会经济地位较低的群体的医生。另一方面是医疗机构的道德风险,患者会倾向于选择受到奖励的医院,而这会使这类医疗机构增加收费的力度以显示自身的优越性。另外,绩效指标也不容易量化,奖惩标准难以达成公平。

在按业绩付费的模式下,医生的补偿金额将根据医生独自和负责保健组织(ACOs)两方面共同的绩效一起确定,而且这不仅取决于医生私人诊所(根据他们照顾患者的数量,而不是病人门诊的次数^④)和负责保健组织(ACOs)所具备的医疗能力,还和当地医疗市场的结构有关。由于美国医疗保健市场各利益相关者众多,为使新的付费模式改革顺利进行,区域性的保健提高合作组织会应运而生,在协调各方利益中扮演重要角色。医生也将被赋予更

① 负责保健组织(ACOs)的目标是要负责任的管理每个病人医疗保健的成本和质量,它将组织医生们形成一个多专业的团队,并特别倚重家庭医生(初级保健医生)的力量。该组织可以吸纳医院,无论是营利性的还是非营利性的,并且只对其效率负责。保险业部门在加入ACOs时将继续对保单负责,并且将按照全民人均、经综合保健进行风险调整后的费用进行支付。

② <http://healthcarereform.nejm.org/?p=1884>

③ 该模式在新医改法案签署之前,已经开始在美国部分地区进行小范围试验。

④ 此前,多数医生的报酬都是建立在按次付费基础之上的。

大的灵活性,以确定哪些服务组合最适合病人,从而得到更多的可预见的收入。

为了确保医生能够充分参与到这些示范方案中,美国医师协会(AMA)^①将参与到方案的制定和实施等具体管理过程中,协助医师会成员参加示范方案,并将推出一系列的教育和培训计划以便医生成功地进入到新医改法案的付费模式改革。

四、美国医疗保健管理模式的特点与问题

美国崇尚自由市场经济,在各个领域都倾向于推崇和应用市场经济的手段,在医疗卫生和医疗保险行业中也不例外。美国医疗保健体制的最大特点之一是基本市场化,消费者、医生、医院、保健计划、保险公司、政府等医疗保健利益相关者共同构成了整个医疗保健市场,因此,美国医疗保健管理模式的优缺点也同市场化密切相关。

1. 保险公司“三管”形成各利益方的有效互动

在美国的医疗保险体系下,无论病人、医生或医疗机构,均在保险公司的协调下进行医疗行为,即保险机构存在所谓的“三管”:管医疗机构、管医生、管病人。首先,保险公司与医疗机构或私人诊所签约,这些医疗机构或诊所成为投保人的定点医疗机构;其次,保险公司与医生签约,所有向该保险公司投保的病人均可在这些医生处就诊;再次,保险公司与投保人签约,一旦发生疾病由他们来协调和负担全部或部分医疗费用。

由于这样的管理,医疗机构、医生、病员与医疗保险公司形成良好的“信任链”关系。医生的职责就是运用他们的医术为病员诊治疾病,做到诊断明确、治疗有效、复发率小;医疗机构则是为医生诊治疾病提供优良的场所和设备等。病员在得到治疗后,由保险公司审核医疗费用并进行结算。例如,某位医生诊治过的病员复发率高(除易复发的疾病),保险公司会及时进行调查,如果是医生本人的原因则有可能解除与他的医疗保险关系,医疗机构也会考虑是否还继续聘用这位医生。为此,医疗机构和医生本人会竭尽全力为病人提供优质的服务,同时

在确保医疗质量的前提下,尽可能降低医疗费用,使更多的人群感受到医疗保险带来的优越性。保险公司因而会有更多的投保群体和个体,以形成良性循环。

2. 医疗费用控制同服务质量难以兼顾

管理型医疗保险在较大范围内普及后,美国的卫生总费用年均增长速度也在1990年后下降到10%以内^②。但是,大量的报告显示:消费者对管理保健的满意程度不及付费医疗服务计划,主要是管理保健的管理缺乏机动性,限制了消费者选择的自由,并在一定程度上降低了服务的质量。医疗方也不满意管理保健,因为它妨碍了医生根据病人的病情作出诊断和治疗的自由,以至于他们不得不花大量的时间同保险方的管理者就他们的治疗方案争论不休,治疗过程俨然是以费用为前提。看来这种制度也无法摆脱市场化的束缚,它会导致对公共援助对象的歧视、医疗服务质量的恶化和其他一些公共目标的牺牲。尽管这不是费用控制措施设计者的初衷,但医疗机构的反映却很可能如此。面对经济刺激,他们不是在提高生产力和医疗效率等方面下功夫,而可能是简单地减少或拒绝慈善医疗,歧视无利和少利可图的病人,推迟使用有利于改进健康但非常昂贵的医疗技术。

3. 管理模式复杂、多样造成管理成本过高

美国的医疗保健的运行模式多样性、分散性和复杂性并存。这样一种多样性和复杂性的优势是可供参保人有充分的选择余地,能较好地适应不同人群的不同需求。但是多样性和复杂性带来的问题,一方面是参保者难以选择保险和难以合理使用保险政策,造成参保和享受保险的困难;另一方面对保险市场运作、管理和监控也变得十分困难和复杂。其结果是各种保险代理机构、中介服务机构应运而生,各种管理手段、技术复杂多样。从而造成保险环节增多,成本加大,进而造成保险费用上升。据调查,美国各类医疗保险机构的管理成本占保险费的20%左右。

① 美国医师协会(American Medical Association, AMA)。始建于1847年,是美国规模最大、涉及专业最多、最具有职业权威性的医生组织。

② 张奇林:论美国的医疗卫生费用控制[J].美国研究,2002,(1)

4. 难以控制不断增长的卫生服务需求和医疗费用

无疑,美国的医疗保健费是世界上最昂贵的,高额的医疗费用和市场机制,刺激了美国医疗卫生行业的发展,使得美国的高新医疗技术、最新的医药产品、高水平的医疗服务一直处于世界的领先地位。但是由于医疗费用上涨过快、过高,造成医疗保险费用的不断上涨,成为政府、企业、个人的沉重经济负担。

近30年来,美国医疗保健费用的急剧上升主要有三个原因:一是人口的老龄化;二是医疗服务(包括检查、治疗、护理)的复杂化,政府缺少抑制病人过度消费和医生诱导消费的机制,政府很难控制不断增长的卫生服务需求;三是政府很难控制医院的服务成本和费用,与医疗保健有关的价格上升幅度高于一般的通货膨胀率。

5. 政府财政压力越来越大,全民医保难以实现

美国的医疗保健支出占GDP的比例,在60年代约为5%,70年代约为8%,80年代约为10%,1995年已超过15%,到2008年达到17%。2008年,美国无医保人口约4630万^①,这部分人口约占总人口的17%。而在1980年,未参加医疗保险的人口只占总人口的12.5%,这已成为一种严重的社会问题。

Medicare和Medicaid实施以来,虽然对社会稳定及繁荣起到很大的作用,但随着参加人数的不断增加以及医疗费用越来越昂贵,政府在这方面的花费也大幅增长。根据美国众议院绿皮书(Green book)的估计,从1966年到1980年,医疗照顾的费用每四年就翻一番。到了2009年,Medicare的花费已达到4254亿美元,占整个联邦支出的16%。国会预算办公室(Congressional Budget Office,CBO)估计,2015年Medicare费用将升至7350亿美元,而到了2020年将超过一万亿亿美元。如果加上Medicaid中的相关费用,老人的医疗保险费用占国内生产总值的比例,将达到6.6%的水平^②。根据社会安全及医

疗照顾理事会(Social Security and Medicare Boards of Trustees)2008年年度报告,2008年Medicare的收支已不平衡,到2019年,Medicare中A部分的基金将全部用罄^③。

五、奥巴马政府医疗保健改革及对我国医改的几点建议

1. 美国政府的新医改要点

美国总统奥巴马自2009年1月20日上任以来便力推的医疗保险改革法案,终于在2010年3月23日在白宫签署,其要点有以下七个方面。

(1)提高覆盖率:美国政府今后10年将投入9400亿美元,将使目前3200万没有医疗保险的美国人获保,从而使全美医保覆盖率从85%升至95%左右。

(2)扩大了Medicare和Medicaid:美国的老年公民在购买处方药方面将得到更多的帮助。他们在自付药费达到2830美元时便可获得250美元的“处方药补助”。大约1600万人口将被纳入扩大后的医疗补助计划,这些人的年收入都在1.5万美元以下。另外,年收入在1.5万~4.4万美元的人群尽管不能被纳入医疗补助计划,但却将享受到政府为其提供的资金补助。

(3)严格监管保险商:政府将严格监管保险行业,禁止保险企业以投保者过往病史为由拒保或收取高额保费,保险企业不得在投保人患病后单方面终止保险合同,不得对投保人的终身保险赔付金额设置上限。建立“医疗保险费率管理局”专门监督和评估保险企业的保险费率调整,有权否决不合理的保费上调方案。

(4)强制性投保:每一名美国公民必须投保,否则将面临每年至少695美元罚款;雇佣超过50名员工的企业必须向员工提供医保,否则处以罚金;子女可以享用父母的医保服务至26岁。不过,议案还规定将建立医保交易所,小企业和个人可以在交

① U.S. Census Bureau News, Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2008, Sep. 10, 2009, available at: <http://www.Census.gov/Press-Release>

② “美国医疗保险制度:医疗照顾”,《美国参考》博客, available at: <http://blogs.america.gov/mgek>

③ 与此同时,随着退休人口的增加及工作人口的减少,如果不提高税率的话,这方面的收入将大幅下降。目前美国工作人口与退休人口的比例是3.9比1,到了2030年,将下降到2.4比1。也就是说,现在是四个人照顾一个老人,20年后是两个半人照顾一个老人,因此,如何解决经费来源才是医疗照顾的根本难题。

易所里通过联合议价,享受与大公司员工或联邦政府雇员同样优惠的保险费率。同时,小企业为员工购买医疗保险还将享受政府税收减免。

(5)对高收入阶层增税:政府对年收入超过20万美元的个人和年收入超过25万美元的家庭加征个人所得税,税率从原来的1.45%提高至2.35%。政府对保单超过1.02万美元的个人和超过2.75万美元的家庭征收40%消费税,起征时间为2018年。

(6)取消“霸王条款”:根据现行的美国医疗政策,保险公司有权拒绝为已经患有“癌症”和“心脏病”的申请人投保或续保。新医改将这一条款取消。

(7)有望减少预算赤字:经国会预算局评估,该法案在生效后的第一个10年内有望使美国政府预算赤字减少1380亿美元,在第二个10年内减少约1.2万亿美元。

奥巴马政府主导的新医改,是1965年以来美国医疗保健体系最雄心勃勃的变革,其改革之难首先是医疗保障体制与美国治国理念的矛盾。医疗卫生服务具有准公共产品的特性。一方面,医疗服务不完全是一种商品,具有一定的福利性和公益性,政府有责任保障每个公民获得基本的医疗卫生服务,需要政府财政的极大投入,而市场型的商业保险是无法实现这一功能的。另一方面,医疗服务市场是一个特殊市场,即是一个由医疗服务供给所主导的卖方市场,或者是某种程度的垄断市场。单个消费者(病人)在这种市场中没有太多的购买选择余地,价值规律和市场竞争对这一市场的影响是有限的。而美国的治国理念却是倡导自由市场经济,政府越少干预越好。

其次,是牵涉的各利益相关方不同的利益得失问题。目前来看,3200万无医保群体、医疗机构和制药企业^①无疑是最大的赢家,而保险业则输赢难定,一方面能额外享受到3200万的客户资源,但另一方面又不得不面对监管从严、不得拒保的局面。对于中产阶级和富人群体,他们则是医改的“受害者”。

2. 对我国医改的几点建议

综观美国医疗保健模式的方方面面,特对我国

的医疗保健体系建设提出如下三点建议。

(1)发展与完善医疗保障体系的法律法规。从美国的医疗保障制度发展的历程来看,社会医疗保障领域的立法都先于具体实践,建立健全社会保障法律制度,细化规则并有利于操作,是医疗保险顺利实施的保障。

(2)关注弱势群体医疗保障。现阶段,政府应重点加大对弱势群体(老年人和低收入人群)医疗救助投入力度,提高救助覆盖面和补偿程度,减轻贫困人口的经济负担。在此基础上,完善以市场调节为手段、以非营利性保险公司为主体的补充医疗保险组织,满足部分消费者的更高的医疗服务需求。

(3)改革医疗保险的支付与管理方式。客观地说,与其他市场不同,医疗领域内市场竞争并不能降低服务价格,因为医疗服务不会由顾客选择和定价。因此决策者的目标从某种角度来说并非降低医疗费用,而是努力降低医疗费用上涨的速度。从美国的实践经验来看,按人头付费、按病种付费和按业绩付费,能够代表市场化条件下医疗保险业发展的内在规律和发展趋势,在一定程度上能够控制医疗费用的上涨速度。因此,在当前发展和完善中国新型农村合作医疗的过程中,应重点关注美国的医疗保险对医疗服务提供方的支付方式改革,继续探索医院住院病人的按病种付费方式和门诊病人的按人头付费方式等形式,大力发展远程医疗技术和手段,寻求适合我国的医疗管理技术模式。进一步来讲,探索实施按病种付费和按业绩付费也有利于掌握我国各类常见病患的基础数据和提升医疗保险的科学管理技术水平。■

参考文献:

- [1] DeNavas-Walt C, Proctor B D, Smith J. Income, poverty, and health insurance coverage in the United States:2006. Current population reports, P60-233, U.S. Census Bureau. (Washington DC: U.S. Government Printing Office, 2007)
- [2] 迟必忠. 美国管理化保健对我国医院体制改革的启示[J]. 中国医院管理杂志, 2005, (21)

^① 医疗改革有望为药厂增加数千万处方药顾客, 政府还明确承诺保护生物制药企业的技术优势, 国会最终改革议案按照药业公司意愿定为12年。这笔交易涉及美国的就业和医药科技发展。美国药品研发和制造商协会是最早就改革问题与白宫达成交易的利益集团。它提议今后10年让利800亿美元, 使参加Medicare的老年人能以半价购买知名药厂的产品。并基本取消Medicare中D部分需要投保人自费的开支。

- [3] Hammerstein D U, handler Wool S, Goodman J C, Sade R M. Our HealthCare System at the Crossroads: Single Payer or Market Reform? *Annals of Thoracic Surgery* 84. 2007. 1435–1446.12
- [4] Howard Waitzkin. Commentary—The History and Contradictions of the Health Care Safety Net. *Health Serv Res*, 2005, Jun
- [5] Shi L, Singh D A. Delivering HealthCare in America: A Systems Approach, 4th ed. (Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2008)
- [6] Moore K D, Coddington D C. Healthcare Reform Initiatives: The New Wave. *Healthcare Financial Management*, 2007, 61(7): 74–81.
- [7] Marc N Gourevitch, Dolores Malaspina, Michael Weitzman, Lewis R Goldfrank. The Public Hospital in American Medical Education. *Journal of urban health*. 2008, Jun
- [8] Porter M E, Teisberg E O. How Physicians Can Change the Future of Health Care. *JAMA* 297, 2007, (10): 1103–1111
- [9] Reiboldt M. The Future of HealthCare Policy. *Journal of Medical Practice Management*, 2006, 21(4): 57–60
- [10] 那晓萍. 美国医院的管理模式和特点 [J]. 当代医学, 2005, (11)
- [11] Cameron P A, Thompson D R. Changing the Health-care Workforce. *International Journal of Nursing Practice*, 2005, (11): 1–4
- [12] Jones R. Expanding Community based Health Services. *Clinical Medicine*, 2006, 6(4): 368–373
- [13] O'Donnell R L, Cox K S, Sharp G, Carroll C A. Redesigning the Health Care System of the Future. *Missouri Medicine*, 2006, 103(1): 48–50
- [14] Vesely R. Public-private Model Gets Support. *Modern Healthcare*, 2007, 37(42): 8–9.
- [15] Reece R L. Reforming America's Health System Through Innovation and Entrepreneurship. *Journal of Medical Practice Management*, 2005, 163–165
- [16] Collins S R. Consumer-driven HealthCare: Why It Won't Solve What Ails the United States Health System. *Journal of Legal Medicine*, 2007, 28: 53–77
- [17] Sloane T. The Heart of the Matter. *Modern Healthcare*, 2007, 37(47): 26
- [18] The AMA Council. Medical Service about Medicare physician payment reform and the patient-centered medical home
- [19] Fuchs V R, Emanuel E J. Health Care Reform: Why? What? When? *Health Affairs*, 2005, 24(6): 1399–1414
- [20] 徐彤武. 奥巴马政府的医疗改革及其前景[J]. 美国研究, 2010, (1)
- [21] 徐芬, 李国鸿. 国外医疗服务体系研究 (二)[J]. 国外医学, 卫生经济分册, 2005, (22)

U.S. Health Care Model and Its Reform

ZHU Xing-hua

(Chinese Academy of Science and Technology for Development, Beijing 100038)

Abstract: This paper introduces U.S. medical insurance system, hospital management mechanism and evolution of health insurance payment methods, and summarizes problems and characteristics and of U.S. health care management, the paper also puts forward some suggestions for health care reform in China.

Key words: U.S. health care; Health Insurance; Health care reform