

编者按

2011 年 4 月 10—12 日,第三届西湖论坛在美国亚特兰大召开,主题为“中美医疗卫生体制改革:异同与挑战”,中美两国卫生部门、高等院校和科研机构卫生政策研究人员 200 余人参加了研讨。本期邀请参加会议的专家对有关内容进行了归纳整理,主要分析了中美两国医改背景、目标、医改方案和进展等方面的异同,对我国卫生事业发展中卫生人力、费用控制、医疗安全与质量、公立医院改革和卫生信息系统建设等方面存在的问题提出了对策建议。

中美医疗卫生体制改革论坛综述

石光^{1*} 王才有²

1. 卫生部政策法规司 北京 100044

2. 卫生部统计信息中心 北京 100044

中图分类号:R197 文献标识码:C doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.06.013

Review on the forum of healthcare reform in China and the US

1. Department of Policy and Regulation, Ministry of Health, Beijing 100044, China

2. Center for Health Statistics and Information, Ministry of Health, Beijing 100044, China

2011 年 4 月 10—12 日,由美国艾莫瑞大学、中国浙江大学和美国中华医学基金会共同举办的第三届“西湖论坛”在美国乔治亚州的亚特兰大市召开。本次论坛的主题是“中美医疗卫生体制改革:异同与挑战”,来自中美两国 200 多名卫生政策和管理领域的专家及官员参加了论坛。中国卫生部原副部长、中国预防医学会会长王陇德院士,美国卫生与人类服务部助理部长霍华德·侯博士,美国国家疾病预防控制中心原主任、艾莫瑞大学全球卫生研究所所长杰弗瑞·普兰德博士,美国中华医学基金会会长林肯·陈先生,美国中华医学基金会驻浙江大学代表余海先生,浙江大学医学院副院长黎昌寿教授,卫生部统计信息中心王才有副主任和政策法规司政策研究二处处长石光博士在会议上作了主旨发言。与会代表广泛交流了中美两国卫生改革的背景、面临的挑战和改革的基本思路与政策,对两国医疗卫生服务筹资、医疗保障制度、医疗服务体系、医疗安全和服务质量、医学伦理与医生行为等方面的问题进行了专题研讨,对于进一步推进中美两国医药卫

生体制改革,完善相关政策,提高两国医疗卫生服务的公平性、可及性和群众满意度具有重要的启示。

1 中美两国医改的共同点和不同点

1.1 医改背景

1.1.1 共同点:体量大

美国和中国的国土面积均在 900 万平方公里以上,分别居世界的第 3 和第 4 位。目前,美国人口为 3.1 亿,为世界第三人口大国;中国人口 13.3 亿,为世界第一人口大国。美国是世界第一大经济体,GDP 总量为 14 万亿美元;中国是世界第二大经济体,GDP 为 5.75 万亿美元。^[1]

1.1.2 不同点:差异大

美国是最大的发达经济体,2010 年人均 GDP 为 4.7 万美元,在全球居第 9 位;中国是最大的新兴经济体,2010 年人均 GDP 为 4 283 美元,仅为全球平均值 8 985 美元的 1/2,仅为经合组织平均值 3.4 万美元的 1/8,在全球 182 个国家中位居 95 位,在 G20 国

* 作者简介:石光,男(1963 年—),博士,研究员,主要研究方向为卫生政策和卫生经济学。E-mail: shiguang@moh.gov.cn

家集团中仅高于印尼和印度,为倒数第三位。美国第二、三产业占国民经济的比重分别为 20% 和 71.8%;中国处于工业化中期阶段,第二、三产业的比重分别为 50% 和 31.4%。2005 年中美单位能耗的 GDP 产出分别为 3.5 和 5.6,即中国经济比美国经济更加粗放、能耗更高。中美两国医改的经济社会的基础差异巨大,改革的初始条件明显不同。^[1]

1.2 医改目标

1.2.1 共同挑战

一是国民对健康和医疗卫生服务的期望越来越高,对政府和医药卫生体制改革形成巨大的压力。二是医疗卫生费用增长速度远远超过了 GDP 和国民收入的增长速度。2005—2008 年,美国人均卫生总费用从 6 563 美元增加到 7 538 美元,增长速度为 14.8%,而同期由于金融危机其人均收入不升反降;过去 5 年,中国人均卫生总费用从 80.87 美元增加到 192.4 美元,增加了 1.38 倍,年均增速为 14%,其中城镇居民可支配收入增速为 9.7%^[2-5],农村家庭纯收入年均增速仅为 8.9%。^[1]三是健康水平和医疗卫生服务的公平性需要改进。四是卫生资源配置效率需要进一步改善,医疗卫生服务体系的整体绩效需要提高。

1.2.2 不同起点

两国经济社会发展的巨大差异决定了两国医改的起点不同:美国医改前已经有 84% 的人拥有医疗保障^[6],人均期望寿命 78 岁^[7],卫生总费用占 GDP 的比重为 17%,人均卫生费用为 8 000 美元,卫生系统的总体绩效在工业化国家中排位比较靠后,为 30 多位。^[8]可见,美国实施医改前,医疗技术和服务能力等方面已经十分发达,其改革的目标是进一步改进原有的体制、实现全民医保等“增量改进”任务。

中国 2005 年医疗保障制度覆盖总人口的 30%^[2],人均期望寿命为 73 岁^[7],卫生总费用占 GDP 的比重为 4.68%,人均卫生总费用 80.87 美元。^[2]中国医改面临的任务是经济社会快速发展和转型条件下的基本医疗制度的构建,进而实现全民医保、提高服务的公平性与可及性,面临发展和改革的双重挑战,任务更加艰巨复杂。

1.3 医改方案与进展

1.3.1 共同点

一是加快医疗保障制度建设,实现全民医保。美国医改方案计划未来十年投资 9 400 亿美元,将未参保人数从 5 000 万降低到 2 000 万。^[9]中国医改方案计划到 2011 年 90% 以上的人口拥有基本医疗保障。二是整合医疗服务体系,提高服务效率,控制医疗费用过快上涨。美国正在逐步整合医院服务与初级卫生保健服务,提高医疗服务的安全、质量和效率,降低医疗服务成本的过快上涨,并把这一政策放在提高美国经济竞争力和可持续发展的高度,予以重视,完善政策。中国政府通过强化基层服务体系建设,特别是加强县级医院建设,提高基层服务能力,改善质量,从根本上解决群众“看病难”和“看病贵”的问题。三是加强疾病的预防和控制。美国过去用于疾病预防的费用仅占卫生支出的 6%,目前已经出台了《2020 健康美国人规划》^[10],把更多的资源投入到控制肥胖、高血压、高血脂、高血糖和吸烟等健康风险因素方面。中国近期医改的一项重点内容是基本公共卫生服务均等化,坚持预防为主,推进健康中国 2020 规划,让中国居民不得病、少得病、晚得病。

1.3.2 不同点

美国国会中期选举后,由于民主党失去多数党地位,奥巴马总统医改方案面临被修改的危险和更大的实施困难。美国国民仍然缺乏欧洲居民社会团结互济的理念,中产阶级普遍担心失去现有良好的医疗保险,质疑政府效率的心态依然严重,药厂、商业健康险公司和医学会等利益团体的反对力量依然强大,成为美国医改的最大变数,导致其前景未卜。

中国政府坚强有力的领导、完善的组织和强大的社会动员力量,保证了医改在全国范围内积极有序地推进。2010 年底,城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗已经覆盖了 12.6 亿人口,政府对参合农民的补助水平从人均 20 元增加到 200 元,报销比例从 20% 多提高到大约 50%,提前一年完成了近三年医改的目标。

基本公共卫生服务逐步均等化、基层医疗卫生服务体系建设和国家基本药物制度建设和公立医院改革也取得了显著进展,正按照国务院的部署扎实稳步推进。

2 中国医改中的瓶颈、挑战和对策

2.1 卫生人力问题

2.1.1 培养与留住合格的基层医务人员

目前中国各级政府对医改高度重视、卫生投入很大、政策措施得力,但是,制约各项改革任务到位的最重要因素是高素质医务人员的匮乏,特别是农村乡镇卫生院和村卫生室以及城市社区卫生服务站等基层医疗卫生机构缺乏合格的医疗卫生人才,影响了将政策和政府投入转化为老百姓需要的服务的进程,影响了公共卫生服务均等化任务的落实,影响了基本医疗和公共卫生服务的提供和效果。如果不解决如何培养和留住合格人才的问题,将直接影响改革的总体效果。

为此,一要制定和实施公开透明招聘政策,保证合格人员得到就业岗位,不能让没有资质的人占据工作岗位而影响基层医疗服务质量的改善。二是保证基层医务人员的基本生活条件,保证其工资具有足够的吸引力。同时,完善基层医疗卫生人员的绩效工资制度,设置基层岗位特殊津贴,大幅度提高绩效工资占工资总水平的比重,发挥其激励引导作用,保证政府的卫生投入转化为老百姓需要的医疗卫生服务,落实改革任务,实现改革目标。

2.1.2 提高医疗卫生人员的伦理道德与行为水准

专家研究表明,医务人员伦理道德水平将直接影响医疗卫生服务的效果以及患者对就医的感受。做好医疗卫生工作的基本条件是精湛的医疗技术、高尚的职业道德和高超的服务艺术。每个医务人员都应该充满对生命的敬畏、对患者的关爱、对技术的追求,养成良好的以循证医学为依据的医疗行为,提升效果和效率,降低费用。要努力提高交流沟通能力,改善医患关系。

为此,一要完善医德考评和奖惩机制,弘扬先进、鞭策落后,对于索要红包和回扣的人员取消执业

资格。二要充分发挥医疗专业技术协会的自律作用,制定规范、完善标准、强化监督自律,维护医疗技术人员的职业声誉。三要进行传统文化的改造。在我国,有通过血缘、乡缘、学缘关系增进信任和友谊,进而获得“更多更好更快”服务的习惯思维,这一方面是由于基于“契约”的市场经济不发达而产生的,另一方面也是传统文化习俗在当代的延续,不可避免地影响到医患关系和职业精神的形成,腐蚀医务人员的职业道德。因此,需要循序渐进的对医务人员进行文化改造,培养现代职业精神和职业文化,实现对生命的尊重和对所有患者一视同仁的关爱。

2.2 费用控制问题

2.2.1 纠正价格扭曲,解决以药补医

传统的“平均成本加合理利润”的定价原则已经严重不适应市场经济要求,医务人员技术劳动价格和适宜医疗技术价格过低、高新医疗设备和技术价格过高的问题长期得不到解决,医院和医务人员赖以生存的以药补医机制已经严重扭曲了医务人员的行为,成为推动医疗费用上涨的内在动力。因此,必须按照市场经济“边际利润率相等”的原则,全面及时动态地调整医疗设备检查、检验、药品和医疗服务的价格,最终形成医院协会与医保协商价格的机制。

2.2.2 改革支付制度

目前普遍实行的按项目付费的后付制已经成为诱导需求、造成过度服务检查治疗的主要制度原因。随着医疗保障制度的全民覆盖,必须进行按病种付费、按人头付费、总额预付和按绩效拨款等支付制度改革,及时总结各地经验,根据公共卫生服务、基本医疗和专科服务的特点,形成复合型支付制度,激励医生节约成本、杜绝浪费,建立医生和医院主动控制费用的机制。

2.3 医疗安全与质量问题

2.3.1 医疗质量认证与评价

美国医疗质量委员会的研究发现,美国因医疗差错致死人数超过了交通事故、乳腺癌和艾滋病的死亡人数,其中半数以上是可以预防的。造成医疗差错的主要原因并非医务人员的疏忽大意,而主要是医疗服务体系不完善、工作流程不合理和环境混

乱等体制原因。因此,预防医疗差错、提高医疗服务安全和质量的中心任务是进行制度的重建与改进。

我国医疗服务安全和质量的主要问题包括:抗生素和大输液的滥用、剖宫产手术率远远高于国际上 15% 的标准、高新技术过度应用以及 X 线防护薄弱等,专家估计由此造成的经济损失高达 150 亿元。

针对我国医疗安全和质量管理中存在的问题,专家建议:一是制定医疗安全和质量标准及规范,明确医院和医务人员的责任;二是推行医疗安全和质量的事前认证、流程管理、差错报告和评价考核机制,完善过程和结果管理;三是保护患者权益、倡导患者参与医疗安全和质量管理,加强医患沟通,形成医患协同配合、共同维护医疗安全和质量的机制;四是加强医疗安全质量的研究,找出关键环节和关键领域,运用电子计算机控制系统强化安全与质量管理。

2.3.2 医疗质量持续改进与追求卓越

美国在改进医疗质量过程中采取了一系列政策措施,值得借鉴。一是建立以病人为中心的目标。医疗质量改进的目的是满足患者需求,质量指标体系、认证程序和方法都要从服务患者、方便医生工作和降低管理成本出发,而不是仅仅从方便管理出发。二是区分质量认证和追求卓越的标准。质量认证及其日常监督评价只是满足质量要求的基本标准或准入标准,要达到追求医疗服务质量卓越的目标,必须调动医务人员的积极性和主动性,建立追求卓越的激励和奖惩机制,形成追求卓越的文化。三是发挥专业组织的作用,制定最佳实践规范、临床路径、操作规程,大力推广普及有效而可靠的技术操作规范。

2.4 公立医院改革

2.4.1 美国营利性与非营利性医院的管制政策

美国根据税法并通过税务局对营利性和非营利性医院进行分类管理。一是非营利性医院的办院宗旨应该是为社区居民健康服务,而不是为出资人谋利,医院资产属于社区而不是股东。二是非营利性医院可享受免税待遇,但必须为穷人提供免费的慈善服务才能获得免税资格。三是营利性医院必须向

社会公布财务收支情况,不能以商业秘密为由拒绝财务公开。四是美国的州政府由于财政危机开始向非营利性医院按照营业额的 1.5% 征收营业税。五是非营利性医院和营利性组织可以共同投资建立单独核算的营利性医院,并按照投资比例分别纳税。上述政策和实践,可供我国制定医院分类管理政策时参考。

2.4.2 美国医生出现由自由职业转变为雇员的趋势

我国医改中将“允许医师多地点执业”作为调动医生积极性、促进民营医疗卫生机构发展的重要政策。但美国近年来却越来越多地出现了自由执业的全科和专科医生向领取工资的医院雇员转变的趋势。其基本原因是医疗保险制度和医疗监管体制的日趋复杂,这些自由执业的医生需要雇佣律师、会计师和文秘从事管理工作,支付很高的管理成本;转变为医院的雇员则会减少自由执业医生的麻烦和成本。此外,拉美和非洲国家的经验表明,允许公立医院医生在业余时间私人开业,往往造成公立医院资源闲置、医生将有钱的病人介绍到私立诊所治疗等问题,没有达到增加医疗市场竞争、提高效率和改善服务等政策目标。因此,我国实行多地点执业政策时,需要细化制度,特别是在相关雇佣合同中明确医生对医院应尽的义务和责任,在医疗教学科研等各项工作中的时间分配,对于患者安全和医疗质量的责任以及奖惩措施,否则将对现有医疗服务秩序造成负面影响。

2.4.3 美国区域医疗资源的配置政策

几十年来,美国对于增设新的医疗机构、扩大医院床位、引进高新医疗设备实行了“需求证明书”管制,包括社会资本在内的医疗资源扩张必须经过管制部门的批准。我们走访的爱莫瑞大学医疗集团首席执行官介绍,在佐治亚州,如果要新增医疗机构和床位,除了提交报告证明当地有足够的医疗服务需求外,还要征得现有医疗机构的同意;鉴于当地人口居住比较分散,建立 500 张床位以上的医院几乎不可能;此外,医院设置 ICU 等资金投入很大的床位,不仅床位数需要审批,而且这些都不是新增床位,而是在现有床位中调剂。

2.5 卫生信息系统建设

2.5.1 美国卫生信息化改革的基本情况

美国卫生信息化从 20 世纪 60 年代末 70 年代初开始起步,积累了几十年的成功经验,也有很多失败的教训。如果从政府对卫生信息化建设管理角度分析,经历了以下发展阶段:一是自由发展阶段。美国卫生信息化发展初期,各个医疗机构乃至医疗机构内各个部门,根据各自信息化需要,自主建立信息系统,卫生信息化迅速普及,但是存在系统分散和信息无法共享的难题。二是政府引导阶段。针对信息化建设分散和信息共享存在困难问题,2004 年 4 月 27 日,时任美国总统的布什签发第 13335 号行政命令,在卫生部设置国家卫生信息技术协调办公室(Office of the National Coordinator for Health Information Technology, ONC),负责全国卫生信息化规划与协调工作,办公室主任由总统任命。该办公室的主要职能是研究国家卫生信息基础架构和信息互联互通工作,包含信息安全、信息标准、信息化推进和协调工作,并组织制订了《美国卫生信息化战略规划(2008—2012)》。三是政府加大投入支持信息化发展阶段。美国总统奥巴马于 2009 年 2 月 17 日签署 2009 美国经济复苏和再投资法案(The American Recovery and Reinvestment Act, ARRA)。ARRA 法案中的一个重要内容是,政府在 2015 年之前,投资 192 亿美元支持卫生信息化建设。从 2011 年开始,对于实现“有效应用”(meaningful use)电子病历系统的医疗机构或诊所,经指定单位测试认可后,政府给予奖励资金。所谓“有效应用”电子病历系统,是指通过卫生部认定的厂商提供符合统一标准的系统,实现某些特定的电子病历应用功能,如医嘱功能。在 2011 年采用“有效应用”系统的医生,可得到 44 000 ~ 64 000 美元的政府补助;在 2011 年使用“有效应用”电子病历系统的医院,可以获取多达 200 万美元的补偿。相反,对于不能如期实现上述建设要求的卫生机构,政府将给予惩罚。

2.5.2 美国卫生信息化成功的因素

美国卫生信息化从应用范围和应用深度上都处于世界先进地位,其成功因素包括以下几个方面:首

先,对信息化认识水平高。他们把信息化作为产生收益的投资,各单位和部门重视战略规划工作,明确信息化发展目标和回报期望,设定系统实施的优先顺序。因而其信息化项目目标非常具体,项目建设成功率也较高。例如,如何用信息化手段减少重复检查次数,如何缩短患者就诊等待时间,如何减少不必要的检查次数等。第二,业务部门作为用户积极参与。在战略规划、应用系统选购、系统部署实施各个环节,业务人员都主动参与,而不是被动的接受应用。第三,软硬件并重。信息系统应用不仅仅是软件应用,而是配合信息化工作进行业务流程再造和组织机构调整,如果仅仅用计算机模仿现有手工业务流程,其效果是难以实现的。因此要求在领导层面上,真正参与信息化和理解信息化。

2.5.3 中美卫生信息化对比分析

美国卫生信息化起步早,效益好,但是同样面临各种各样的问题和挑战。一是卫生信息化发展策略问题。多年来美国政府和卫生行政部门缺少对卫生信息化建设的战略投入,特别是很多业务与法律规范不统一,导致系统建设分散,信息共享困难,甚至在一个医院内部存在几十个甚至数百个应用系统,数据整合成本高。二是卫生信息化管理协调力度弱。美国各州有关信息的法律不同,难以形成全国统一的居民 ID;而中国每人都有一个身份证号码,可以作为唯一标识。三是文化意识与法律障碍。美国法律十分强调患者隐私保护,因而实现电子病历信息共享的相关信息安全与隐私保护手段相当复杂,增加了信息化建设成本。例如,美国法律要求,患者对自己电子病历有知情同意和访问控制权力。即使是传染病报告,美国各个州法定传染病报告内容都不统一,因而信息系统局部适应性,特异性满足方面比较好,但是在信息共享整体效益上难以提高。例如,传染病个案报告如果送交州之外的联邦机构,患者 ID 标识必须隐匿,因此数据排重成本高,困难大。四是政府的信息化引导职能作用难以发挥。尽管美国经济刺激计划中动用大量资金预算支持基层信息化建设,但是基层医疗机构仍担心后续资金支持不足。

我国在实施区域卫生信息化建设中,一般都是由政府埋单,建立数据中心或信息平台,存储居民电子病历和居民健康档案数据,用于卫生管理、公共卫生、医疗服务和面向居民的各种应用。美国基于居民对政府行为不信任的原因,不得不把居民电子病历和居民健康档案存储选择在第三方机构,系统持续发展机制难以形成。中美两国在区域卫生信息化建设的概念上也存在一定差异,我国称之为区域卫生信息平台,利用平台收集、存储和共享电子病历或居民健康档案数据;美国称之为卫生信息交换中心(health information exchange),更多的强调信息交换,而非存储。

我国卫生信息化与美国相比,在信息应用层次和技术水平上还有一定差距,主要表现在:一是卫生信息化建设人才短缺;二是业务人员对信息化需求不清楚,信息化目标需求不明确,业务不规范,信息分析利用能力差;三是信息服务厂商薄弱,规模小,竞争实力不强;四是卫生信息标准建设薄弱,对信息化项目组织与管理能力弱等。但是,我们应该同时看到,我国卫生信息化建设具有后发优势,组织与领导力强,具有集中力量办大事的能力。特别是当前医改形势下,中国的卫生信息化建设正处在发展的关键阶段,借鉴美国的经验和教训将能够促进我国卫生信息化建设工作持续、高效和稳定的发展。

参 考 文 献

[1] 中华人民共和国统计局. 中国统计年鉴 2010[M]. 北

京: 中国统计出版社, 2010.

- [2] 中华人民共和国卫生部. 中国卫生统计年鉴 2006[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2006.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中国卫生统计年鉴 2007[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2007.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中国卫生统计年鉴 2008[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2008.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中国卫生统计年鉴 2009[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2010.
- [6] Chavis I. The History of U. S. Health Insurance [EB/OL]. [2011-05-12]. <http://www.soyouwanna.com/history-us-health-insurance-37223.html>.
- [7] List by the United Nations (2005-2010) [EB/OL]. [2011-05-12]. http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_life_expectancy.
- [8] 世界卫生组织. 2000 年世界卫生报告:“卫生系统:改进业绩”[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000.
- [9] Stolberg S G, Pear R. Obama signs health care overhaul bill, with a flourish [N]. The New York Times, 2010-03-23.
- [10] Healthy People 2020 [EB/OL]. [2011-05-12]. <http://www.healthypeople.gov/2020/default.aspx>.

[收稿日期:2011-05-19 修回日期:2011-05-23]

(编辑 何平)