

美国卫生体系面临的挑战及对中国的启示

徐国平^{1*} 李东华²

1. 约翰霍普金斯大学 美国巴尔的摩市 MD 21211

2. 阿斯利康制药有限公司 美国弗里德里克市 MD 21742

【摘要】本文系统分析了美国卫生体系面临的挑战及其原因。文章认为美国卫生体系目前存在诸多挑战:卫生支出大幅增加、医疗服务利用不足与过度并存、健康水平低于大多数发达国家、基层医疗机构全科医生数量明显不足等。而国家立法的失误、卫生管理系统不够完善等是造成美国卫生体系面临众多挑战的主要原因。吸取上述美国的历史教训,结合中国国情,提出以下启示:应保障人人享有卫生保健的基本权利;重视和发挥政府以及基层医疗机构的作用;加强全科医生队伍建设;改革支付方式,控制医疗费用的增长;加强立法,合理处理医疗事故和纠纷。

【关键词】卫生体系; 医疗保险; 卫生费用; 挑战; 启示

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2014.02.006

Challenges in the U. S. healthcare system and their implications for China

XU Guo-ping¹, LI Dong-hua²

1. Johns Hopkins University, Baltimore MD 21211, USA

2. AstraZeneca, Frederick MD 21742, USA

【Abstract】 This article discusses challenges in the current U. S. healthcare system and their fundamental causes. Such challenges include increasing health expenditure, deficiency and excess in health service utilization, worse health outcomes than other developed countries, and insufficient GP numbers. We suggest that mistakes in early healthcare legislation and an imperfect health management system are the primary causes for these problems. Implications for China's current ongoing healthcare reform are outlined. We draw on the experience in the U. S. and other developed countries but keep China's unique features in mind. Factors that need to be considered in China are ensuring the right of healthcare for all, giving full play to the role of government and primary medical institutions, strengthening support for GPs, reforming payment modes, controlling the growth of health expenditure, strengthening legislation, and handling medical accidents and disputes reasonably.

【Key words】 Healthcare system; Health insurance; Health expenditure; Challenge; Implication

中国医改已经实施了4年多,取得了重要阶段性进展。在建设完善、有效运作、向广大人民提供基本医疗卫生服务的道路上,已经迈出了关键一步。但目前还有一些亟待完善的地方,如各种全局和微观细化政策的制定、服务模式的探索、合理控制医疗费用等。美国卫生体系虽然在很多具体的管理方法、医疗标准、法律监管、产业发展等方面有严格和行之有效的机制,但也存在问题与挑战。吸取教训

往往比总结经验更有启示,因此本文没有全面分析美国卫生体系的成效,而是重点分析美国卫生系统客观存在的挑战及其原因,希望对正在进行中的中国医改提供一些启示。

1 美国医疗保险体系的构成与特点

美国是世界上卫生技术最发达的国家,卫生领域的科学研究和临床诊疗研究处于世界前列。同时

* 作者简介:徐国平,约翰霍普金斯大学社区医生集团主治医师,安徽医科大学公共卫生学院客座教授。研究方向为基础卫生服务、家庭医学、绩效考核、医院管理及慢性病预防和控制。E-mail: guoping99@yahoo.com

美国是一个追求完全自由市场经济的国家。美国的医疗保险和卫生服务市场自建国后的 190 多年间均是私人商业性的,经济发展到一定水平之后,为缓解迅速增长的卫生服务价格,美国于 1965 年建立了旨在帮助弱势人群的 Medicare 和 Medicaid。多年来美国虽然针对出现的各种问题做过不少局部调整,也一直存在建立全国统一医保的呼声,但至今仍然未能建立一个完整的全民医保体系。^[1]奥巴马医改法案也仍然是局部调整,并非建立全国统一的医保体系,其成效也有待观察。^[2]

美国居民获取医疗保险的途径比较繁杂(表 1)^[3],大部分通过雇员福利获得私人医疗保险,并随着工作转换而不断变化。如果失业或从事较差的工作,就会失去保险。个人购买医疗保险价格昂贵,绝大部分人无法承担。因此美国有近 16% 的人没有医疗保险。

2 美国卫生体系面临的挑战

联邦政府的医疗保险费用已经入不敷出。2010 年通过的奥巴马医改法案期待把大部分无医保人群纳入政府医保体系,但对其它方面存在的根本问题没有触及,其效果并不明朗。^[1,4]

2.1 卫生支出大幅攀升,Medicare 濒临破产

过去几十年来,美国的卫生支出大幅攀升,从 1960 年的人均 148 美元增加到 2011 年的 8 508 美元,增幅达 58 倍;2010 年美国的卫生支出为 2.6 万亿美元,占当年美国 GDP 的 17.8%^[5];根据 2011 年经济合作与发展组织(OECD)的资料,美国的年人均卫生支出是 OECD 国家的 2.5 倍^[6]。由于导致卫生费用上涨的各种因素继续存在,人口老龄化的发展,

再加上奥巴马医改将 3 千多万无保险人群纳入政府医保,据预测在未来 10 年内美国的卫生支出还会继续上涨,年均增长率将达到 6.7%,到 2021 年人均卫生支出将达到 1.4 万美元,为 2011 年的 1.6 倍。^[4]美国国会预算办公室预测,如果没有大幅改革,在未来 10 年内 Medicare 无法兑现的卫生支出赤字将达到 30 万亿美元,到 2021 年将破产,并导致美国政府陷入更深的预算赤字。^[7]

2.2 存在卫生不公平现象,医疗服务利用不足与过度并存

美国是世界发达国家中唯一没有实现全民医保覆盖的国家。除特殊人群外,其他所有人口都依赖从工作中得到的私人医疗保险,但并不稳定。穷人或低收入群体难以获得政府的保险。目前美国仍有 4 860 万人没有医疗保险,约占总人口的 16%,其中 9.4% 儿童没有任何医保。^[3]而奥巴马医改只能把约一半的无保险人群纳入国家医保。同时,美国存在严重的过度医疗现象,这包括两个方面,即医疗保险过度 and 医疗服务利用过度。在拥有医保的人群中约 20% 以上的人群持有两份医疗保险,因而可以享受很多的医学服务甚至过度消费。

同时,现代医学技术过度滥用导致医疗费用不断上涨。美国使用 MRI 和 CT 检查的次数为 OECD 国家的 2.1 倍,非紧急选择性全膝盖置换手术和扁桃体切除手术分别是 OECD 国家的 1.9 倍和 2 倍,同时这些检查和手术治疗的费用要比其他国家高 50%~200%。^[4]美国的医学服务是以疾病诊疗为中心的按项目收费模式,很多专科医学服务以仪器检查和手术为主,而检查和手术本身是否真正让病人受益并不是唯一的考虑重点,保护自己并获得高额利润是其出发点之一。

表 1 美国居民医疗保险体系的构成和特点

保险种类	保险来源	特点	覆盖人群	覆盖人群比例 (%)	月保险费用 (美元)	自付费用 (美元)
雇主型医疗保险	私人保险	个人保险费低,家属可享受	大中型私营公司、政府、学校等的工作人员	55.1	20~100	10~30
私人购买医疗保险	私人保险	保险费很高,服务有限	无工作保险福利的小公司,个体户	3.6	500~2000	10~100
Medicare	联邦	个人	65 岁或以上的人群,残疾人	15.2	50~100	10~30
Medicaid	联邦,州政府	家属可享受	符合条件的部分穷人	16.5	0 或很低	0~10
军人保险 (VA, USFHP)	政府,国防部	基本免费,家属可享受	现役、退伍军人和退休军人	4.4	0~50	0~20
多保险人群	政府,私人	保险费低,家属可享受	同时有 2~3 种保险的人群	20.0	0~100	0~10
无保险人群	无	大部分为适龄工作的人	个体工商户及部分穷人	15.7	全部自费	全部自费

注:根据多种资料整理,以可能优先使用的保险种类确定。因 20% 以上的人群同时拥有 2 种保险,因此覆盖人群构成比总和大于 100%。无保险人群为不愿意自费或没有经济能力购买而缺乏保险的人群。

2.3 健康效益较差,健康水平低于大多数发达国家

2011年在OECD的34个国家中,尽管美国个人年均支出为8 508美元,高于任何其他国家,但居民人均期望寿命为78.7岁,位于倒数第九位;而日本的人均卫生支出为3 387美元,仅为美国的40%,但居民人均期望寿命达82.7岁;美国的妇女健康和儿童健康水平等多项指标也都落后于大多数发达国家。^[6]

2.4 基层医疗机构全科医生数量明显不足

在大多数医疗技术比较先进的国家,基层医疗机构的全科医生数量约占医生总数的50%以上。美国基层医疗机构全科医生占比1960年以前达到50%~80%,但随着专科医生和全科医生收入比例明显拉大,全科医生的数量在不断减少,目前约占30%,家庭医生降至12%。^[8-9]随着美国社会老龄化的不断加剧,如果这一发展趋势不能得到有效干预,2025年美国全科医生缺口将达到5.2万人(20%),美国的医疗成本会继续上涨,进而影响卫生服务质量。^[8]

3 原因分析

3.1 国家立法缺陷

3.1.1 未能在国家层面上建立全民医保体系

1965年建立的联邦医保体系是在两党、医学会等各种利益集团的长期较量下得到的折中方案。该方案充分照顾到各方集团的既得利益,但却没有考虑全体国民的根本利益。^[1]这一方案使众多的商业保险公司和私人医疗服务机构成为国家卫生服务体系的主体,从中获得了巨大利润,但却没有制定相应的配套制度来规范和制约其市场行为,导致商业保险公司的非医疗成本在所有经合组织国家中最高,占保费的25%~30%,而英国为5%,加拿大为6%。^[10-12]

许多其他发达国家的卫生服务也是由私有医疗机构提供(如德国、北欧),并使用按项目付费(Fee for service, FFS)模式,但国家层面上都建立了人人平等的卫生服务目标,卫生筹资和服务提供全国统一,并严格控制成本价格。同时私有医疗服务提供的主体都属于慈善性质或非营利性产业。而美国的医保立法并没有考虑到卫生服务行业的特殊性,只能寄希望于后续国会的修改。但自1965年以来的美国

医改历程证明这是不可能完成的任务^[1],2010年的奥巴马改革并未取得重大突破即是例证^[2]。

3.1.2 医药民事纠纷立法失误导致医生普遍采用防御性医学服务

在美国,医疗事故诉讼赔偿不封顶,同时未能建立权威性的医疗纠纷审查委员会,以筛选掉大量无价值的医学诉讼,因而任何病人或家属因为各种原因都可以提起诉讼,导致美国每年用于医学法律诉讼的直接费用高达300亿~550亿美元。同时也造成了美国几乎所有医生都在不同程度上从事防御性医学服务(practice of defensive medicine),这意味着可能提供了大量不必要的医学服务。最近的一项调查发现约有26%~34%的医疗成本在防御性医学服务方面,包括35%的诊断性检查、29%的化验、19%的住院治疗、14%的处方药和8%的手术治疗,美国每年约有6 500亿~8 500亿美元的医疗开支用于防范法律诉讼而非用于救治病人^[13],从而导致医疗费用增长。

3.1.3 限制 Medicare 和制药公司谈判,导致美国政府为其病人支付更高的医疗费用

2003年美国国会通过立法,限制 Medicare 和制药公司谈判药品价格。而如果容许 Medicare 谈判,每年将为美国政府节省230亿~541亿美元卫生支出。^[14]奥巴马政府上台后也曾表示要修改立法,但由于各种利益集团的阻碍,最后无疾而终。

3.2 联邦政府卫生管理系统存在不足

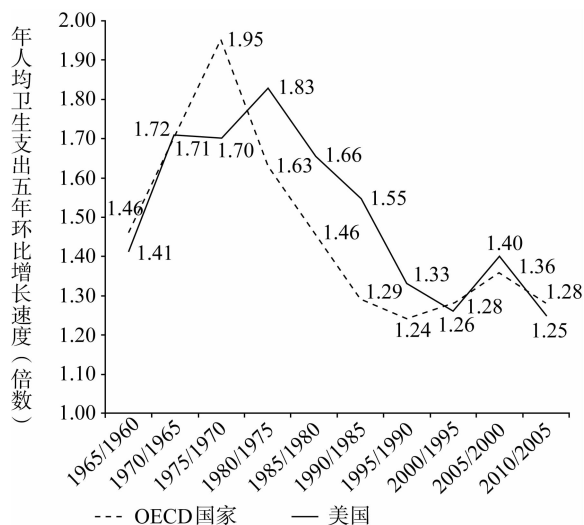
美国医疗保险和救助中心(CMS)没有建立起独立的定价体制和付费方法,把这一重要的功能转包给以专科医生组成的私人医学会(AMA),导致临床服务的价格体系严重偏向专科检查和手术,而对基层医疗卫生服务的重视不足。其他发达国家控制卫生服务成本的关键手段就是制定全国统一可控的基本医疗服务价格付费体系,在全国强制实施。

卫生服务支付方式不合理。在没有政府严格监管的环境下,卫生服务实行按项目付费,而与病人整体健康状况的改善没有关联,从而造成大量重复检查和手术或滥用高科技手段。据估计美国每年有7 500亿美元的卫生支出属于浪费性开支(占卫生总支出的30%),其中大量无效的昂贵检查和手术是主要来源。^[15]

政府现有的医疗保险制度间接鼓励拥有多种保险的病人滥用医疗服务。美国约有 20% 以上的居民同时拥有政府和私人医疗保险。^[3]按政策规定,政府的保险为第一保险,私人保险为补充保险。这间接地助长了大量昂贵的手术和检查的使用,推高联邦医疗保险的支出。

3.3 基于行业利益,医疗行业组织维护医生自由诊断权,导致费用上涨

众多私人专科医学团体是美国建立全民医保的阻力之一,他们主张医生拥有提供医疗服务和收取医疗费用的绝对自由,不应受到政府的干预和限制。比较过去 50 年美国 and OECD 国家人均卫生支出的增长过程,只有两个短暂时期美国的增长幅度低于 OECD(图 1)。1965—1975 年,美国政府为抑制专科医疗费用增长过快,建立了 Medicare 和 Medicaid,起到了明显效果,卫生支出的 5 年增长幅度控制在 1.7% 左右,而同期 OECD 国家的增幅从 1.7 倍上升到 1.95 倍。之后,美国卫生支出上涨速度超过了 OECD 国家的年均增长率。20 世纪 90 年代初,联邦政府为了再次控制医疗费用的过快上涨,引入了以资源为基础的相对价值体系(RBRVS-RVU),实施初期取得了明显效果,但由于这一体系的最终定价权被 AMA 的专科医生控制,大幅提高专科检查和手术费用^[16],导致这一时期美国的各种检查、手术费用基数已高出 OECD 国家近 1 倍^[6]。



注:按每 5 年计算环比增长率。

图 1 美国 and OECD 国家人均卫生支出增长率比较^[6]

3.4 收入低、工作量大导致全科医生数量逐渐减少

普通门诊的全科医生收费相对较低,导致从事基础医疗的全科医生收入低下,再加上他们的工作量大,致使许多全科医生对现状不满意,导致从事全科医疗服务的医生数量越来越少,大部分新医生都选择专科工作,这不利于国民整体健康水平的提高。

4 对中国的启示

世界发达国家的经验表明,卫生体系建立之初的 20 年是卫生投入和支出增长速度最快的时期,这一时期卫生政策的建立和完善以及卫生经费的有效控制对其以后的发展至关重要。中国的卫生支出在新一轮卫生体制改革后的第 3 年进入快速增长期,年均增长率为 21.7%。^[17]但中国 2011 年的人均卫生支出只有 OECD 平均水平的 8.1%。如何在满足全国 13 亿人群卫生服务需要的同时又合理控制卫生费用过快增长,将是一个重大挑战。结合国际经验,基于中国现状,提出以下几点启示。

4.1 保障人人享有卫生保健的基本权利

应保障每个人都能享受到平等、高质量的基本医疗卫生服务。针对弱势群体,应该提供同等的免费医疗保险和卫生服务,从而在长远目标上促进国民健康,降低医疗成本。中国新医改方案已经确立了这一正确方向,但必须坚持城乡统筹、人人平等的目标,稳步推进。

4.2 充分发挥政府的主导作用

应充分发挥政府为实现全民医保覆盖中的主导作用,建立统一的医疗保险和卫生服务体系。目前中国已经朝着这一方向发展,但在重视商业保险和私人医疗服务对中国卫生服务进行有益补充的同时,也应有效控制其公司运营性质和市场份额,不能过分膨胀(如保持在 10%~20%),避免营利性商业经营占据重要地位。国家层面应制定相应政策,详细规范私营医疗服务质量、付费方式和医疗保险报销比例,从而保证病人经济和健康利益。

4.3 充分重视和发挥基层医疗卫生机构的作用

增加对基层卫生投入,加强社区卫生服务机构、乡镇卫生院和村卫生室建设。建立居民健康服务之家(People-Centered Health Home, PCHH)和新型的医患关系,逐步实现主治医生负责制^[18];在缴费参加

基本医疗保险的基础上,居民在基层医疗机构能够获得费用较低或免费的医疗服务,充分利用基层卫生资源,积极防治常见病、多发病和慢性病,提高居民健康水平,降低国家卫生支出成本^[19]。

4.4 加强全科医生队伍建设

应培养高质量的全科(家庭)医生,建立起一支庞大的从事全科(家庭)服务的医生队伍。目前中国已高度重视全科医学教育^[20],但根据国际经验,全科(家庭)医生人数应占医生总人数的50%以上,而中国人口众多,所占比例在60%~70%更为合理。同时,应制定合理的全科医生收入制度,使其收入接近本地区专科医生的平均水平,从而保持合理的可比性,建议将城市社区卫生服务机构和乡镇卫生院的主治医生(正规本科以上加3年住院医生培训)的工资水平提高到接近当地二级医院专科主治医师的平均水平,在边远贫穷地区工作的医生应额外增加国家特殊津贴,防止在卫生领域产生新的城乡二元结构。

4.5 改革支付方式,控制医疗费用增长

制定以按人头收费等为基础的支付制度,以健康水平改善的程度作为支付的重要标准。同时可以尝试引入美国相对价值体系(RBRVS-RVU)中的合理内容,制定全国统一、合理的诊疗劳务价格和合理的机构和医生绩效考核制度^[21],把对疾病的预防和诊疗紧密结合在一起。同时制定严格的高费用检查和手术治疗的适用指标,实施逐项事先审批制度,控制使用数量。进行制度创新,把各种检查和手术的使用与病人健康改善的结果直接挂钩。对于高新尖医疗技术的应用必须有严格的审查准入制度。药物的准入和采购方面应利用国家统一的平台,有效降低药物价格,同时保证药物质量。

4.6 加强立法,合理处理医疗事故和纠纷

在全国层面针对医疗事故和纠纷进行立法,在各省建立权威性的医学仲裁机构,减少无临床医学意义的医疗事故和纠纷,从而减少医疗成本,避免防御性医学服务,让医护人员能以更加专业的心态从事卫生服务工作。

参 考 文 献

[1] Palmer K. A Brief History: Universal Health Care Efforts in

the US. Physicians for a National Health Program [EB/OL]. [2013-02-17]. <http://www.pnhp.org/facts/a-brief-history-universal-health-care-efforts-in-the-us>

[2] Geyman J P. Hijacked: The Road to a Single Payer in the Aftermath of Stolen Health Care Reform [M]. Monroe, ME: Common Courage Press, 2010.

[3] DeNavas-Walt C, Proctor B, Smith J. Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2011 [R]. 2012.

[4] CMS. National Health Expenditure Projections 2011-2021 [EB/OL]. [2013-02-20]. <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/Proj2011PDF.pdf>

[5] Kaiser Family Foundation. Fast Facts: Medicare [EB/OL]. [2013-02-23]. <http://facts.kff.org/results.aspx?view=slides&topic=2>

[6] OCED Health Data 2013 [EB/OL]. [2013-08-02]. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health-per-capita_20758480-table2

[7] Roy A. Saving Medicare from Itself [J]. National Affairs, 2011(8): 35-55.

[8] Peterson S M, Winston R L, Philips R L, et al. Projecting US Primary Care Physician Workforce Needs 2010-2025 [J]. Ann Fam Med, 2012, 10 (6): 503-509.

[9] The Council on Graduate Medical Education. Advancing Primary Care [EB/OL]. [2013-09-10]. <http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/bhpradvisory/cogme/Reports/twentiethreport.pdf>

[10] Roberts M J, Hsiao W, Berman P, et al. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity [M]. Oxford: Oxford University Press, 2008.

[11] Reid T R. The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care [M]. New York: The Penguin Press, 2009.

[12] Smitherman H. Healthcare Disparity: Where Do We Go from Here [EB/OL]. [2013-02-23]. http://www.iom.edu/~media/Files/Activity%20Files/SelectPops/HealthDisparities/2011-NOV-07/Health%20Care%20Reform_Smitherman.pdf

[13] Jackson Healthcare and Gallup. A Costly Defense: Physicians Sound Off on the High Price of Defensive Medicine [EB/OL]. [2013-01-20]. <http://www.jacksonhealthcare.com/media-room/surveys/defensive-medicine-ebook.aspx>

- [14] Baker D. Reducing Waste with an Efficient Medicare Prescription Drug Benefit. Center for Economic and Policy Research (CEPR) [EB/OL]. [2013-02-21]. <http://www.cepr.net/documents/publications/medicare-drug-2012-12.pdf>
- [15] Cosgrove D, Fisher M, Gabow P, et al. A CEO Checklist for High-Value Health Care [EB/OL]. [2013-09-05]. <http://www.incarecampaign.org/files/83709/Administrative%20Health%20Affair%20Checklist.pdf>
- [16] AMA. RUC Members [EB/OL]. [2013-09-10]. <http://www.ama-assn.org/resources/doc/rbrvs/ruc-members-current.pdf>
- [17] 中国医疗卫生事业发展状况. 中华人民共和国卫生部网站 [EB/OL]. (2012-08-17) [2013-09-02]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohbgt/s3582/201208/55657.htm>
- [18] 徐国平. 建设我国基础医疗服务价值(价格)体系,促进医疗资源合理配置 [J]. 卫生经济研究, 2012(10): 6-10.
- [19] Geyman J P. Breaking Point: How the Primary Care Crisis Endangers the Lives of Americans [M]. Friday Harbor: Copernicus Healthcare, 2011.
- [20] 中共中央国务院. 关于建立全科医生制度的指导意见 [EB/OL]. (2011-08-08) [2013-09-01]. http://www.gov.cn/zw/gk/2011-07/07/content_1901099.htm
- [21] 徐国平. 基础医疗服务中的劳务收费定价,医学编码和医疗服务质量与绩效的考核 [J]. 卫生经济研究, 2012(11):13-17.

[收稿日期:2013-08-07 修回日期:2013-12-31]

(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

世界卫生组织:关于暴力预防的十个事实

暴力给各国经济带来很大负担,世界卫生组织与合作伙伴合作,利用科学的可行战略来预防暴力,并归纳了关于暴力预防的十个事实,主要包括:

(1)暴力已经成为一个重要的公共卫生、人权和人类发展问题。(2)自杀和凶杀占暴力死亡的80%以上。(3)90%的暴力死亡发生在中低收入国家。(4)暴力主要影响到具有生产力的年轻人。(5)暴力带来的健康影响并不局限在身体损伤方面,还可能包括抑郁症、精神失常、自杀未遂、慢性疼痛综合症、意外怀孕、艾滋病病毒/艾滋病等。(6)目前的暴力预防战略主要集中解决受教育水平不高、育儿方法苛刻且缺乏一致性、贫困过于集中、失业以及存在有利于发生暴力的社会规范等。(7)个人方面的预防战略包括:儿童早期(3~5岁)学龄前充实计划;6~18岁青少年生活技能培训和社会发展规划;帮助高危青少年和青年成人完成学校教育和继续高等教育课

程以及职业培训。(8)家庭方面的预防战略包括:在儿童发育、非暴力管教和解决问题技能方面,向家长提供培训;通过发展家庭—学校伙伴关系规划,促进家长参与儿童和青少年的生活活动;制定在高危青年与提供照护的成人之间发展情感的指导规划,以便培养社会技能和维持持久关系。(9)社区方面的预防战略包括:增加儿童保育措施的可及性和质量;设立以学校为基础的涉及性别规范和态度的规划;改善学校环境,包括教师规范、学校政策和安全。(10)社会层面的预防战略包括:通过制定和执行颁发酒类许可法律、实行税收和定价,减少酒精的可及性和滥用;减少获得致命手段的机会,包括枪支、刀具和农药;通过支持赋予妇女经济权力等方式,促进性别平等。

(来源:世界卫生组织网站)