

The Inner Workings of
the US Healthcare System
& Related Industries

深度解析奥巴马医改

全面介绍美国医疗唯一的中文专著

赵强 / 著

John Q. Zhao

揭秘美国医疗制度 及其相关行业



东南大学出版社
SOUTHEAST UNIVERSITY PRESS



图书在版编目(CIP)数据

揭秘美国医疗制度及其相关行业/赵强著. —南京:东南大学出版社,2010.4

ISBN 978-7-5641-2126-6

I. ①揭… II. ②赵… III. ①医疗保健制度-研究-美国 IV. ①R199.712

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 037301 号

揭秘美国医疗制度及其相关行业

出版发行 东南大学出版社

出版人 江 汉

社 址 南京市四牌楼 2 号

邮 编 210096

责任编辑 (025)83793681

经 销 江苏省新华书店

印 刷 兴化印刷有限责任公司

开 本 700mm × 1000mm 1/16

印 张 16.25

字 数 350 千字

版 次 2010 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-5641-2126-6

定 价 48.00 元

* 凡因印装质量问题,可直接向东大社读者服务部调换。电话:025—83792328

此书献给
我的父亲母亲
感谢你们给我的
爱和宽容

前言

Preface



医疗是一个重大的民生议题。中国在 20 世纪 90 年代开始了医疗制度改革。改来改去,几易其稿,始终无法找到一个皆大欢喜的办法。相反地,似乎社会上对医疗制度改革的不满情绪越来越强烈,从业者的压力也越来越大,各方矛盾非常明显,在一定程度上影响了社会稳定。

2009 年 3 月国内公布了新一轮医疗改革的政策和措施。医疗制度是一个庞大的体系,关系到社会的方方面面和很多相关产业、行业,不可能一次性颁布几个政策而达到优化状态。这是一个长期持续性的动态过程,将不断在实践中进行总结、修改、完善。

笔者在美国医疗管理行业从业多年,一直想写一本关于美国的医疗管理制度的书,以便使国内的同仁和其他对医疗制度比较关心的人士有一个对比,作为参考和借鉴的对象。正值美国新任总统奥巴马也把医疗改革作为执政后的重要工作,希望以此为四年后的连任竞选打下基础。因此,终于在 2009 年 4 月下了决心,开始动笔。

本书对美国医疗制度的方方面面进行了比较详细的描述,并且结合笔者实际工作中的体会,以期在对比中引发大家的理性思考,形成有建设性的想法。讨论的目的并不是要完全统一所有人的思想,这是不可能的,也没有必要。讨论的目的是在于互相启发,发现各自想法中的不足,在不断的“撞击”中达到新的高度。如果读者在阅读的过程中有什么想法和建议,请直接联系笔者。本人 QQ:495096382,MSN:johnhealthsystem@hotmail.com,电邮:johnhealthsystem@gmail.com。

医疗体制是关系国民健康和社会稳定的大事。从一个国家的医疗制度的运行可以观照这个国家的宏观管理水平,制度创新能力,社会公平程度,国民生活水准。希望中国社会各界都能认真严肃,以合作互信的态度,研究各国之长,舍其不足,来完善中国的医疗制度。我写此书的初衷便是希望在这一过程中略尽个人的绵薄之力。

谢谢!

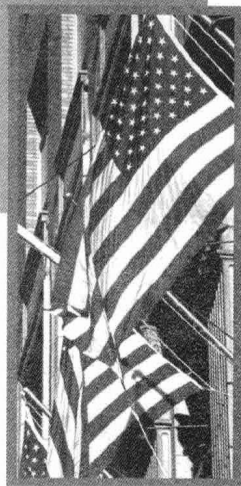
赵强

2010 年 2 月 10 日

美国佛罗里达

目 录

Contents



第一章	总述	/1
第二章	美国医疗财政制度	/4
第三章	商业医疗保险	/17
第四章	医院和其他医疗机构	/28
第五章	医生和医疗诉讼	/48
第六章	医科教育	/68
第七章	护士和其他医疗专业人员	/82
第八章	生物医学研究	/97
第九章	医疗监管制度和公共卫生管理	/112
第十章	制药产业	/130
第十一章	医疗器械产业	/153
第十二章	医疗信息系统	/162
第十三章	非主流医疗在美国的发展	/173
第十四章	各种医疗行业组织和利益集团	/184
第十五章	美国医疗制度的困境和改革	/200
附录		/228
附录一	美国大型医疗集团购买组织名单	/228
附录二	2009 年美国 59 所牙科医学院名单及网址	/230
附录三	2009 年美国 132 所医科学院校名单	/234
附录四	2009 年获 ECFMG 承认的中国 171 所医科学院校名单	/238
附录五	2009 年获得 ACAOM 认证的针灸和中医硕士学位授予院校	/244
附录六	2009 年获得 NCCAOM 承认的 7 所中国中医大学	/245
索引		/246
参考书目		/249
后记		/251
感谢		/252

数据图表目录

List of Fig. & table

- 图 1-1 美国医疗体系各行业和部门关系图 /3
- 图 2-1 2009 年美国医疗开支资金来源示意图 /5
- 图 2-2 2008 年美国人口医疗保障覆盖图 /16
- 图 4-1 美国医院的管理组织结构 /30
- 图 4-2 联邦政府对医院监管示意图 /39
- 图 6-1 2008 年申请 ECFMG 认证的外国医科毕业生国别分布图 /80
- 图 9-1 联邦医疗和社会服务部下属的主要职能部门 /118
- 图 10-1 美国处方药供应链示意图 /136
- 图 11-1 美国医疗器械供应链示意图 /155
- 图 12-1 医疗信息系统构架图 /164
- 图 12-2 医疗信息系统分类示意图 /165
- 图 15-1 美国家庭平均年开支即各项比例示意图 /202
- 图 15-2 美国糖尿病发生率趋势图 /204

第一章 总述

美国的医疗体系是一个充满矛盾的庞然巨物。一方面,它在医疗服务价值的产生和就业方面占据国民经济的极大比重,生物医学研究和医疗科技、制药产业领先世界,医疗管理和监督非常严格。另一方面结构重复,浪费惊人,资源分配不合理。这个庞然巨物的产生有其历史的根源,也是历届美国政府和国会屈服于各大利益集团,回避实质性改革的产物。

2009年,美国在医疗方面的支出将达到25 000亿美元^①,人均8 160美元,占GDP的17.6%。这个比例在过去的10年里一直持上升趋势,并将一直保持。预计到2018年,美国医疗方面的支出将达到43 000亿美元,人均13 100美元,占GDP的20%。也就是说,届时美国国民生产总值,每5美元里就有1美元产生在医疗上,或者说消耗在医疗上。这个数字是惊人的,在世界各发达国家中也是绝无仅有的。

根据美国劳工部的统计,2006年,美国医疗卫生行业有1 370多万雇员^②,占全国所有工作职位的10%左右,已经超过了美国制造业雇用人员的总和。到2016年,美国医疗卫生行业预计将雇用近1 900万员工,达到所有工作职位的11.4%,也就是说每9个工作职位中,就有1个在医疗服务领域。这同样显示了医疗卫生行业在美国国民经济中举足轻重的地位。

美国的生物医学科技是领先于世界的,联邦政府、各大医科大学、研究机构、各大公司都在研究开发上投入巨大资金,在各种癌症、传染病、基础生物医学、制药、诊断仪器等方面都傲视全球。

美国医疗费用的昂贵和医疗科技的发达是众所周知的,然而医疗资源的分配却不尽合理。大约有5 000万65岁以下的美国人没有医疗保险,他们通常无力负担高昂的医疗费用,只有当病重的时候,才到医院的急诊室,对病情进行稳定和简单治疗。政府开设的

^①Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary: *National Health Expenditure Projections 2008—2018*, released in January, 2009. All health expenditure statistics are from this source.

^②Bureau of Labor Statistics, US Department of Labor, *Current Employment Statistics, B-12. Employees on nonfarm payrolls by detailed industry*, accessed on Dec. 8, 2009.

慈善医院人满为患,也不是所有的人都可以享受。这些医院长期投资不足,靠地方政府的拨款也仅够艰难度日。这已经成为一个严重的社会问题。很多家庭因为高昂的医疗费用而破产,更多人因为医疗保险的原因而不得不接受低工资。从费用上来讲,医疗越来越成为一种奢侈品,而不是必需品,或者说变成了一种奢侈的必需品。2001年,美国有146万家庭申请破产,其中大约50%是由于高昂的医疗费,很多原来是中产阶级家庭^③。

美国社会对这个现实严重不满,医疗体系中的很多行业,甚至最近历届美国政府和国会都受到了美国人的广泛批评,高昂的医疗费用屡屡成为选举中的热点话题。2007年,美国著名的社会批评电影制作人麦克·摩尔(Michael Moore)拍摄了电影《病人膏肓》(Sicko)对这一现象进行了猛烈的抨击,引起了社会广泛的共鸣。2008年美国选举周期中,医疗又成了一个焦点话题。当时民主党候选人之一的奥巴马因为赞同折衷的全民保险计划而得到了广泛的认同,这也是他最后得以胜选的原因之一。

所有这些现象都和美国医疗体制中的特点有密切的关系。这些特点有的是长处,有的是缺陷,而很多特点则具有双面性。

美国医疗体制的一大特点是管理非常严格。比如医生为病人提供诊治服务,医生做的每一件事都有一个五位数字的代码,叫做“当前诊治操作专用码”(Current Procedural Terminology,简称CPT Code),由美国医学会负责制定,每年增订公布。医生按代码收费,所有付费机构或个人都按照代码付费。医生用什么代码都要有病历和诊断依据为凭证,接受医师协会监督以及政府或保险公司的审计。这样严格透明的管理把治疗的过程标准化、规范化、透明化,做到有据可查,责任明确,收费可比,极大地减少了治疗的不规范和收费的随意性。具体的操作代码将在以后的章节中具体阐述。

与其他发达国家国营医疗体系最大不同之处是美国的医疗机构由于历史的原因绝大多数是私营的,医院为非营利性的居多。各级政府通过不同的方式为病人直接或间接支付一部分治疗住院费用,如果病人符合条件的话。政府所付的费率基本上全国一致,但略有地区和个体差异。这种私营公补的混合模式保证了医疗机构在市场中的竞争性,有利于提高效率,改善管理,注重服务。这种模式成功的基础是强有力的政府监管和社会监督,杜绝或极大地减少针对政府的医疗欺诈,同时使医院的诊疗结果和质量公开化,接受社会的监督和选择。

美国医疗体制的另一大特点是体系内部的各个部分都非常独立,而且往往各自为政,互不沟通,分工协作非常不便,手续繁杂重复,效率低下,存在着大量重复浪费的不合理现象。一个非常典型的例子是美国的医生和医院是相对独立的。绝大多数的医生并不受雇于医院,而是自组机构和医院签订合作协议,在医院内行医,医生和医院各自独立向病人、保险公司或政府收取费用。造成的后果是病人在医院看完病后会收到从同一医院不同部门、不同专科医生寄来的一大堆账单,令人不胜负担,同时大量增加了医疗的行政管理费用。

^③David U Himmelstein, Elizabeth Warren, Deborah Thorne, Steffie Woolhandler. *Illness And Injury As Contributors To Bankruptcy*. Health Affairs, February 2005.

美国的医疗体制中一个非常大的不足是注重治疗疾病,对疾病预防重视不足。疾病的造成有多种因素,有的是遗传,有的是环境因素,包括自然和社会环境,有的是生活方式,包括个人的生活饮食习惯、心理状态等等。要减低国民的医疗费用,提高国民健康程度和生活质量,鼓励健康的生活方式和习惯,减少环境中的致病因素,保证食品短期和长期安全是事半功倍的策略。而且这种策略要在具体的政策制定和实施当中得到体现,用经济手段来起到调节作用。美国比较注重对疾病的研究和治疗,但是在引导国民健康的生活方式方面非常不足。比较明显的例子是美国的病态肥胖人群非常庞大。这是美国高热高糖的速食行业和食品加工业,以及低收入消费者缺乏锻炼的共同结果。病态肥胖导致各种长期慢性疾病,包括糖尿病、高血压等,每年耗费国家巨额的医疗费用。

还有一个比较特殊的情况是在美国涉及医疗服务、保险、制药和医疗产品的各个行业都形成全国性的组织,雇佣着大批游说人士,用各种方式直接间接地影响医疗制度方面的立法,千方百计地扩大自身的利益。这个现象的出现同美国政治体系中金钱选举的弊端有非常紧密的联系,也是以往屡次改革胎死腹中非常重要的原因之一。

总而言之,美国医疗制度的特点和弊端同其发展的历史和社会政治的环境有密切的关系。这个制度和世界其他发达国家的医疗制度有非常不同的方面,本书将对这个制度的各个方面进行详细说明。近年来,由于医疗制度方面的种种问题,改革的呼声和提议不绝于耳,但始终只听楼梯响,不见人下来。2009年,奥巴马政府上台之后,把医疗改革作为其首要执政目标。历经波折,最终在2010年3月通过了旨在扩大医疗保障覆盖的医疗改革方案。本书将在最后一章对包括奥巴马医改在内的美国历次医疗改革进行分析。

整个大医疗领域内包括很多相关的产业和行业,它们之间形成了错综复杂的联系,涉及社会生活的方方面面。下面的美国医疗体系各行业和部门关系示意图(图1-1)将有助于读者对此有个大概的了解,也是本书各章节一个框架性结构示意图。

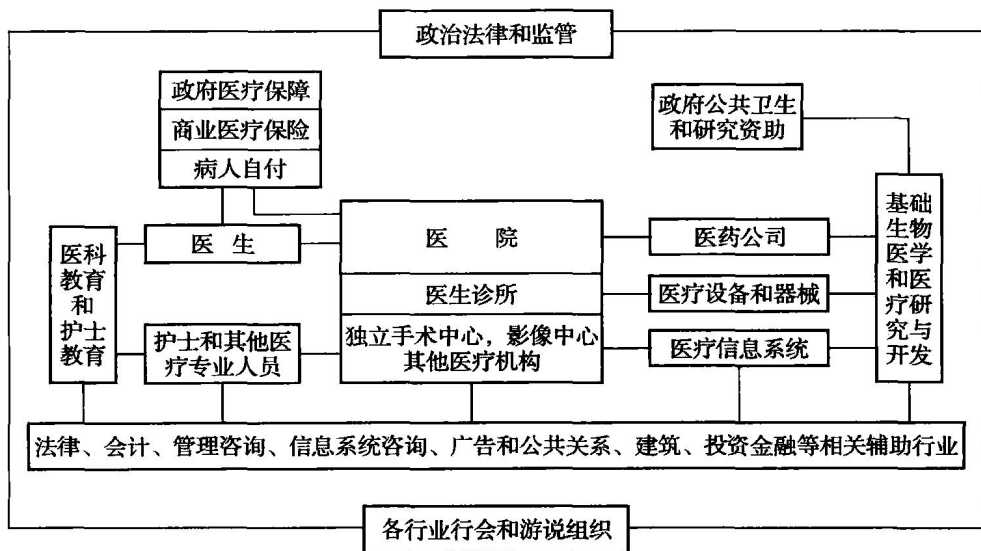


图 1-1 美国医疗体系各行业和部门关系图

第二章

美国医疗财政制度

第一节 概 述

美国每年在医疗上花费的近 25 000 亿,人均 8 160 美元是由谁来买单的呢?

简而言之,政府、雇主、医疗保险投保人、病人(图 2-1)。

为医疗花费最多的是美国各级政府,包括联邦、各州和各县政府。这里简单说一句,美国的政府有联邦、州、县、市镇四级,上一级政府没有任命下一级政府的权力,下一级也不向上一级政府述职,全部分开独立选举,直接向选民负责。各级政府财政和预算也完全分开,互不干涉。根据美国医疗和社会服务部(Department of Health & Human Services)2008 年的预估,2009 年联邦政府在医疗上将花费 8 732 亿美元^①,州县地方政府将花费 3 172 亿美元,总计将达 11 900 亿美元,占医疗总支出的 48%。联邦政府在国民医疗上的花费占整个联邦预算的 1/4 强^②。

绝大多数 65 岁以下美国人的保险都是通过雇主购买的。雇主承担保险费的 75% 左右作为员工的福利,员工承担大约 25%。雇主承担的那部分可以作为工资福利成本,免交企业所得税。员工众多的大企业往往自己承保本企业员工的医疗保险,然后购买再保险(Reinsurance)。这种情况下,他们往往与一个医疗保险公司签约,让他们来运营本企业的员工保险。

小企业主,包括执业律师、会计师等,以及自由职业者往往通过地区行业协会一起向保险公司购买,支付 100% 保费。但是因为很多类似企业一起购买,形成了足够大的

①Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary, *National Healthcare Expenditure Projections, 2008—2018*, Table 3. All payer expenditure statistics are from this source.

②According to the Congressional Budget Office, the federal budget for fiscal year 2008 was \$ 2 979 billion. The federal spending on healthcare was projected to be \$ 811 billion, which was about 27.2% of the entire federal budget.

风险分担群体(Risk Pool),这样保费比一般个人购买医疗保险要优惠。

没有雇主补贴的个人也可以从私营保险公司购买医疗保险,但是保险公司可以根据投保人的年龄、性别、病史、家族史、当前身体状况等情况来选择是否承保并决定保费。个人或单个家庭购买医疗保险时支付的保费往往要高于通过其他方式购买的保险。

所有这些通过不同方式购买商业医疗保险的群体产生医疗费用时,其大部分由医疗保险公司支付。根据美国医疗和社会服务部数据,所有由保险公司出面支付的医疗费用 2009 年将达到 8 544 亿美元,略低于联邦政府的份额,达到 34%。

最后,病人在看病前、后要支付保险合同规定的自付部分(Out-of-Pocket Payment)。这部分占医疗总支出的 11%。而大部分公司提供的医疗保险的保费雇员分担大约 25%,也就是约占医疗总支出的 8%,加上他们看病时的自付部分,在整个医疗费用开支中,个人实际支付 20% 左右。其他的私人资金占总支出的 7%。

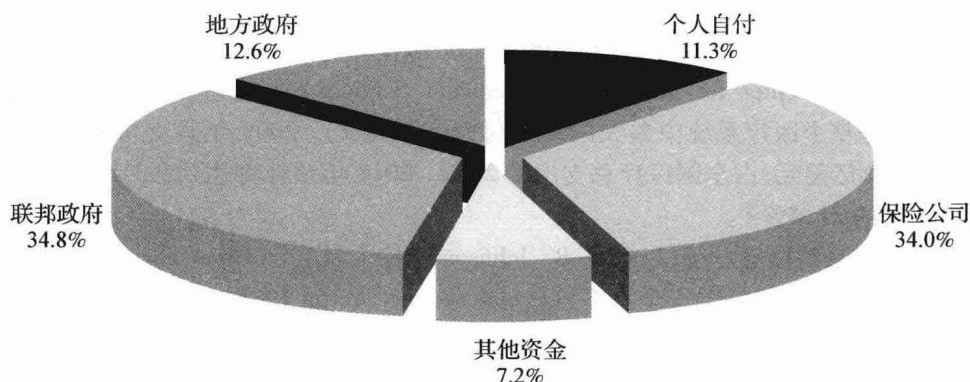


图 2-1 2009 年美国医疗开支资金来源示意图 总开支:25 095 亿美元

然而羊毛出在羊身上,政府财政来源是各种税收。雇主支付的医疗福利最终转嫁到员工和消费者身上。保险公司支付的医疗费来自投保人交的保费。其实真正为医疗买单的是每一个公民。政府所起的作用是把医疗资源的费用和享受在不同的人群之间进行再分配。问题在于这样的再分配是否公平和有效,或者说怎样才能使这样的再分配更加公平有效。

与其他绝大多数发达国家不同,美国没有一个覆盖全民的单一付费方的医疗福利制度(Universal Single-Payer Health System),而是采取这种支离破碎的医疗财政付费体系。这是很多人批评美国医疗制度不完善不合理的一个重要原因。

美国的这种医疗财政付费制度的形成是有其历史原因的。直到 20 世纪初,美国的政府和企业不提供任何医疗福利,市场上也没有医疗保险,病人完全自付所有医疗费用。20 世纪二三十年代,预先付费的医疗保险逐渐开始出现和流行。在二战时期,大

约有 1 600 万美国人先后参战^③,而当时的人口只有 1.3 亿多^④,于是造成了劳动力紧缺的状况。而且当时政府为了防止通货膨胀,冻结了工资水平,但是医疗费用福利不计算在工资之内,雇员也不用为此缴纳所得税。这样一来,许多公司为了吸引劳动力,纷纷提供医疗福利,而且这一做法在二战后也保持了下来。1965 年,联邦医保和医助福利开始实施,覆盖了大批老年和贫困人口。至此,美国延续至今的医疗财政格局基本形成。

在最近的几十年内,美国国内一直有强大的呼声,希望政府提供覆盖全民的统一付费的医疗福利制度,改革目前这种四分五裂,而且并不公平的医疗制度。但是所有的改革努力都由于美国国内政治保守派和医疗相关利益集团的反对而夭折,造成目前的局面。关于这一点,本书最后一章有非常详细的介绍。

第二节 美国联邦医疗保障

美国联邦医疗和社会服务部(Department of Health & Human Services)下属联邦医保和医助总局(Center for Medicare & Medicaid Services)所管理的联邦医疗保障(Medicare)是整个医疗系统中最大的单一付费方(Payer)。2009 年其支付的医疗费用将达到 5 030 亿美元,占全国医疗总支出的 20%。2018 年预计将达到 9 318 亿美元,占医疗总支出的 21.4%^⑤。

联邦医保是约翰逊总统(Lyndon B. Johnson)“伟大社会”(Great Society)计划的一部分,于 1965 年作为《社会安全法案》(Social Security Act of 1935)的修正案通过。前总统杜鲁门(Harry S. Truman)成为这项法案的第一个受益人,参加了法案的签字仪式。到 2008 年 7 月,共有 4 500 万美国老年人和残疾人享受联邦医保^⑥。

联邦医保的财政来源是工资税(Payroll Tax)的一种,称为医保税(Medicare Tax),专款专用,税率是工资总额的 2.9%,由雇员和雇主各交一半。比如一个人年薪 5 万,工资税就是每年 1 450 美元,个人交 725 美元,从工资中扣除,雇主另交 725 美元。这里要注意的是工资税和个人所得税(Personal Income Tax)的不同。如果你不工作,而是靠投资生活的话,你的投资收入是不需要交工资税的,但必须交联邦个人所得税。现在收取的医保税用来支付现在受益人的医疗费用。目前纳税人将来的福利将由未来的纳税

^③US Census Bureau, Facts for Features, Dedication of National WW II Memorial, April 29, 2004. http://www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/facts_for_features_special_editions/001747.html, accessed on Oct. 31, 2009

^④US Census 1940.

^⑤Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary, *National Healthcare Expenditure Projections*, 2008—2018, Table 3.

^⑥Centers for Medicare and Medicaid Services, *Medicare Enrollment: National Trends 1966—2008*, 2009. <http://www.cms.hhs.gov/MedicareEnRpts/Downloads/HI08.pdf>, accessed on Dec. 7, 2009.

人承担。

可以享受联邦医保的是这样几类人：

1. 年满 65 岁的美国公民,或者年满 65 岁获得连续 5 年永久居民资格者,如果他们或其配偶缴纳联邦医保税超过十年。

2. 65 岁以下,但是领取残疾社会保障(Social Security)至少 24 个月。

3. 由于肾病或等待肾移植需要肾脏透析者。

4. 患有肌肉萎缩硬化症(Amyotrophic Lateral Sclerosis)者。

目前,联邦医保由 4 类福利组成。

第一类(Part A):为医院的三天以上的大部分住院费,包括双人病房、医院住院餐、普通护士监护、临床化验和医院的其他服务,但是不包括专用护士、电视和电话。2009 年,需要病人自付的部分为:

第 1~60 天,自付 1 068 美元,不论时间长短。

第 61~90 天,自付 267 美元一天。

第 91~150 天,自付 534 美元一天。

150 天以上,全部自付。

出院后必需的专业护理机构(Skilled Nursing Facility)的治疗(100 天为限)、精神病院、临终病院(Hospice)、某些不住院的康复治疗(Outpatient Rehabilitation)也由政府负担。只要受益人在退休前缴纳过足够年限的联邦医保税,就无需每月另外交费,只需每年自付最初的约 1 600 美元住院费用即可。如果你以前没交过医保税,你必须申请并每月交纳 423 美元才可以享受这一福利。这个数目每年有所调整。

第二类(Part B):政府支付 80% 医生诊治费的福利,包括门诊费、手术费、诊断费、麻醉等。医生诊治费用的减免需要每月付费,2008 年大约每月为 96.4 美元。这个数目每年有所调整,2009 年与 2008 年持平。2008 年,医生诊治费最初的 135 美元由病人自己负担。这类福利还包括一些医院的门诊服务,包括化验、X 线、肾脏透析、癌症化疗、输血、门诊手术等。

第三类(Part C):基于政府医保的保险。联邦医保特许保险公司结合 Part A、Part B、Part D 和一些额外的服务设计保险计划,由符合联邦医保条件的人群购买。

第四类(Part D):2006 年医保还增加了购买处方药的福利,如果每月付月费,病人可以低价购买处方药,差额由政府补足。2003 年布什政府提出这个法案交国会讨论时,批评声很大,主要集中在政府所付药价过高、中介机构累赘和设计过于复杂几方面。

病人接受的医疗服务、购买的医疗用具必须是医学上必需的(Medical Necessity Rule)。牙医、针灸、美容、近视远视验光配镜等一般不包括在内。每年联邦医保和医助总局公布医保福利所覆盖的医疗服务和医疗器具的清单和自付的比例。

费用发生之后,病人只要支付自己应付的那部分,政府应该负担的那部分由医院、医生或供应商向政府索付,不得再向病人索取。政府每个季度给病人寄出付费明细表,由病人核对。提供医疗服务的医院、医生及其他机构和专业人士都必须在医保医助中

心登记注册,并保证不向病人收取除病人应付部分以外的任何费用。

低收入老年人如果无力负担医保的自负部分,还可以申请政府的医疗补助(Medicaid)。

因为联邦医保(Medicare)付费的病人大多数是65岁以上老年人、残疾人和有特殊疾病的人,这部分人群对医疗资源的使用比较大。他们占人口比率大约13%,但是占很多医院病人数的30%~40%,甚至更多。所以联邦医保支付的医疗费对大多数医院和医生来说是至关重要的,他们制定的费率标准在市场上起基准和主导作用,很多保险公司的费率都是参考联邦医保的费率制定的。

那么联邦政府是如何制定费率的呢?

对于医院的住院病人(Hospital Inpatient),简单地说,这个费率是根据病人病情的诊断,有无并发症和其他已有病情,有没有动手术,动了什么手术,病人的年龄、性别,出院的状态,按照通常相似类型病人对医院资源的使用进行分类,一共大约有500个类别。分在同一类别的病例按照大致相同的费率付费,然后根据地区之间的物价,主要是人力价格的差异、是否教学医院、是城市还是乡村医院、医院所在地区贫困人口比例进行调节。每年所有的费率根据通货膨胀率和联邦政府财政状况进行调整。这种付费模式称为“参照付费体系”(Prospective Payment System),这些类别称为“相关诊断类别”(Diagnosis-Related Group, DRG),分别标以从1-499的代码。

分类中最重要的因素就是诊断,分为一个主诊断(Primary Diagnosis)和几个次诊断(Secondary Diagnosis),如果有次诊断的话。诊断和医院操作、手术都有代码,这个代码系统基于世界卫生组织制定的国际疾病分类系统(International Classification of Diseases),目前是第10版。世界卫生组织制定的这套编码是为了疾病统计设计的。为了反映临床治疗,美国医疗和社会服务部对这套代码的第9版进行了修订(Clinical Modification),修订后的这套编码称为ICD-9-CM,共有13 000个诊断码(ICD-9-CM Diagnosis Code)和5 000多个操作手术码(ICD-9-CM Procedure Code)。

每个医院都有专业的治疗编码员(Coder),根据医生给病人的所有诊断,寻找最合适的ICD-9-CM编码,输入分类程序(Grouper),再输入操作手术码,和其他分类所必要的信息,分类程序根据分类规则就给出相应的“相关诊断类别”码,根据联邦政府规定的费率也就计算出来了。

这套计费系统的特点是支付所有医院治疗相似病例的平均费用,而不管医院在治疗过程中实际发生了多少费用。在保证治疗效果的情况下,运作高效的医院诊治的平均费用就低,就会有利润,而运作效率低的医院就会发生亏损。举一个简单的例子,治疗同样的疾病,做同样的手术,病人初步康复出院,一个医院需要4天,而另一个医院需要5天,联邦政府支付平均4.5天的费用,那么需要4天的医院就盈利,需要5天的医院就会亏损。实际产生的一个效果是增加医院之间营运效率的竞争。

这种计费系统的最大缺点是忽略了治疗的质量和结果。有些医院可能会在治疗的过程中偷工减料,或者让病人提早出院。治疗同一种疾病,治疗时间长可能不一定是低

效,也许时间长一点效果会好一些。所以一方面要加强对医院治疗质量的监督,另一方面要把质量和治疗结果的因素加入到计费系统中来。联邦医疗和社会服务部已经注意到这个问题,最近几年开始试点,推出了 P 4 P(Pay for Performance)计划。所有的医院都要上报 10 个诊疗质量参数,质量最好的 10% 的医院将得到原来应得的费率 2% 的奖额。

前文已经提到在美国医院和医生是机构独立,分开经营的。医生既可以自己开诊所行医,同时也可以在医院收治病人。医生和医院是共生的关系。那么联邦医保是如何制定医生的诊断治疗手术费的呢?

美国医生组成的美国医学会(American Medical Association)为了标准化医生的医疗服务,并便于沟通和管理,为所有可能的治疗、诊断、手术操作设置了一套 5 位数编码,称为“当前操作专用码”(Current Procedural Terminology, CPT)。比如阑尾炎破裂切除手术的 CPT 代码为 44960。同样的操作由于情况的不同,可以有一个系列的操作码,比如医生坐诊的 CPT 代码如表 2-1、表 2-2:

表 2-1 新病人坐诊代码

诊疗时间	CPT
10 分钟	99201
20 分钟	99202
30 分钟	99203
45 分钟	99204
60 分钟	99205

注:新病人(新病人为 2 年之内没有被这位医生诊治过的病人)(下同)

表 2-2 原有病人坐诊代码

诊疗时间	CPT
5 分钟	99211
10 分钟	99212
15 分钟	99213
25 分钟	99214
40 分钟	99215

注:原有病人(如果是 2 年之内诊治过的,便为原有病人)(下同)

所有这些代码是标准化核算医生诊疗和手术费率的基础。从 1985 年到 1988 年,由美籍华裔经济学家萧庆伦教授领导的团队建立了一套“基于成本的相对价值参数”(Resource-Based Relative Value Scale),为每一个 CPT 代码确定了一个加权值,叫“相对价值单位”(Relative Value Unit, RVU)。这个值越大,说明医生提供这项医疗服务消耗的时间、人力和其他成本越大。

2009 年阑尾炎破裂切除手术 CPT 44960 的 RVU 值为 23.73。坐诊代码的 RVU 值见表 2-3、表 2-4。

10

表 2-3 新病人坐诊代码、RVU 值

诊疗时间	CPT	RVU
10 分钟	99201	1.07
20 分钟	99202	1.84
30 分钟	99203	2.48
45 分钟	99204	4.11
60 分钟	99205	5.18

表 2-4 原有病人坐诊代码、RVU 值

诊疗时间	CPT	RVU
5 分钟	99211	0.54
10 分钟	99212	1.08
15 分钟	99213	1.75
25 分钟	99214	2.64
40 分钟	99215	3.58

最后一步,联邦医保中心按照每年的财政预算算出一个费率常数,叫“变换常数”(Conversion Factor),与每一个 CPT 代码的“相对价值单位”(RVU)相乘,其积就是每个 CPT 代码所代表的诊疗手术的费率。这个费率常数随地区的不同略有不同。在笔者所在的南佛罗里达州,这个常数在 2009 年为 36.06 美元。

由此可以算出,2009 年在南佛罗里达州,医生每做一个阑尾炎破裂切除手术,如果病人是联邦医保病人的话,医生一共可以收到 $23.73 \times \$ 36.06 = \$ 855.70$ 。其中 80% 为联邦政府负担,20% 由病人自付。医生坐诊的费率见表 2-5、表 2-6。

表 2-5 新病人坐诊代码、RVU 值和费率

诊疗时间	CPT	RVU	费率
10 分钟	99201	1.07	\$ 38.58
20 分钟	99202	1.84	\$ 66.35
30 分钟	99203	2.48	\$ 89.43
45 分钟	99204	4.11	\$ 148.21
60 分钟	99205	5.18	\$ 186.79