

美国的医疗服务监管体系

徐兰飞, 陈 伟

(国家发改委经济体制与管理研究所, 北京 100035)

中图分类号: R19 文献标识码: B 文章编号: 1004- 7778(2006) 03- 0033- 03

医疗服务监管是指政府运用公共权力制定和实施规则与标准,以约束(政府内或政府外)独立运营的医疗服务机构,确保公共服务的提供效率和公平。医疗服务监管是克服自然垄断、信息不对称、外部性以及解决公平性问题的重要手段。

美国医疗服务监管体系相当复杂。这首先体现在监管主体方面,目前美国各类监管机构并存。从层级上看,医疗服务监管主体可分为联邦和州两级。从机构性质上看,可分为政府监管机构和非政府监管机构。目前,非政府医疗服务监管机构在 25 家以上,其中比较著名的是存续了 30 多年的美国医疗机构认证联合委员会(The Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations,简称 JCAHO)。另外,医疗服务监管的对象也十分宽泛,涵盖了保险公司、保险计划、医院、诊所、实验室、医生协会、疗养院、家庭医疗服务机构等各类组织。由于医院、保险计划、疗养院在美国医疗服务体系中发挥着举足轻重的作用,因此这三类机构也就成为美国医疗服务监管的重中之重。

一、对医院的监管

在对医院的监管中,相对于政府监管机构,非政府监管机构发挥了更为重要的作用,其中最重要的就是医疗机构认证联合委员会,联邦政府和州政府的监管机构也大量采用了医

疗机构认证联合委员会的认证。

医疗机构认证联合委员会建于 1952 年,属于独立私人非营利组织。该机构的目标是不断提高医疗服务的质量和安 全,并且通过认证促进医疗机构改善绩效。该机构的运转由理事会负责,理事会成员都是美国医院协会、医疗协会、医科学院选派的代表。医疗机构认证联合委员会负责认证多种类型医疗机构,但主要是医院。根据《联邦医疗保险和医疗救助法案》规定,总共有 4500 多家医院要得到其认证,约占医院总数 80 %。同时,医疗机构认证联合委员会的监管领域也很广,几乎涉及到了医院绩效的各个领域。

医疗机构认证联合委员会负责制定和管理医院的认证手册,设定了包括 15 个领域的 500 多项标准,每项标准都有详细的指导、目标、执行机制和评价方法。医疗机构认证联合委员会每三年对医院进行一次检查,检查时间大概 4~5 天。在调查结束后,检查小组会出具一份关于标准服从情况的报告,并提出相应的改进建议。简要认证报告要向公众公布,完整报告则要保密。医疗机构认证联合委员会一般采用遵守导向的(compliance - orient)监管模式,强制措施只是作为最后的处理手段。实际上,95 %以上的医院都能达到认证标准,而认证否决是唯一的正式制裁措施。

表 1 三类政府医疗监管机构特征对比分析

项目	国家医疗保险和救助服务中心	州许可和核证机构	业内医疗审查组织
机构性质	联邦政府机构,向国会以及健康与人权服务部负责	州政府的一部分,向州政府和立法机关负责,与国家医疗保险和救助服务中心有合同关系	私人组织(一州平均一个);与国家医疗保险和救助服务中心有合同关系,在一定范围内监督医疗服务质量
监管目标	设定准入条件以促进医院服务质量和安全的提高	提高医疗服务质量	保证医疗服务质量,同时保证医疗保险项目的完整性
监管范围	医院监管只是其监管职责的一小部分,除了管理医疗保险和救助项目,还担负着其他医疗服务职责	监管 30 多种不同的医疗机构,以及其它一些公共卫生和卫生资金	监管医疗保险项目中的所有服务提供方
监管模式	警戒模式占主导	警戒模式占主导	警戒模式向遵从模式转变
指导方式	准入标准比较陈旧,没有及时更新	除了采用国家医疗保险和救助服务中心的州级操作手册,还有一些自己设定的标准	不设定明确的标准
检查方式	依赖于州政府和医疗机构认证联合委员会,没有具体的时间间隔	有自己的调查程序,与医疗机构认证联合委员会类似	关注国家医疗保险和救助服务中心确定的有关医疗服务质量的重点领域,受理申诉
强制措施	拥有广泛的制裁措施:拒绝支付,罚金,终止准入	有类似于国家医疗保险和救助服务中心的制裁措施,包括吊销许可证	很少利用制裁措施

资料来源:Walshe, K, Regulating Healthcare: A Prescription for Improvement, Philadelphia: Open University Press, 2003。

除了非政府监管机构外,联邦政府和州政府也有自己的医疗监管机构。在联邦一级,主要是国家医疗保险和救助服务中心(the Center for Medicare and Medicaid Service, 简称

CMS)。国家医疗保险和救助服务中心的监管主要是通过设定医院准入条件的方式实现的,也就是说,一家医院若想进入国家医疗保险和救助服务网络,就必须符合国家医疗保险和救

助服务中心设定的准入条件。一般情况下，国家医疗保险和救助服务中心通过以下两个途径了解准入条件的执行情况：(1) 经过医疗机构认证联合委员会认证的医院在法律上即被认为符合了准入条件，不需要再调查；(2) 国家医疗保险和救助服务中心与州政府医疗许可和核证机构（state licensing and certification agency）签订合同，委托其进行监管。

在联邦一级，负责医院监管的机构还包括业内医疗审查组织（medical peer review organization）。这也是个非营利组织，创立于 20 世纪 70 年代，资金主要来源于国家医疗保险项目。该机构主要通过与国家医疗保险和救助服务中心签订委托监管合同的方式进行监管，监管对象主要是国家医疗保险网络中的各类医疗机构，监管领域主要集中于医院的服务质量与病人的申诉调查(见表 1)。

在州一级，负责医院监管的机构主要是各州的医疗许可和核证机构。

二、医疗保险计划监管

在早期，美国的医疗服务体系主要是一种付费服务（fee - for - service）模式，因此州政府主要是监管保险计划的资金偿付能力和保险公司的经营稳定性。现在，随着各种类型和形式的医疗保险计划出现，与之互动的监管体制也变得日益复杂而分散。从总体上看，对医疗保险计划的监管仍然分为联邦、州、非政府三个层面。

(1) 在联邦一级，对医疗保险计划监管的机构主要有三个：国家医疗保险和救助服务中心、联邦劳工部（US Department of Labor）和人事管理署（US Office for Personnel Management）。

国家医疗保险和救助服务中心对医疗保险计划监管的途径主要有两个：第一，它是国家医疗保险和救助项目的管理机构，负责监管参与这两大项目的管理式医疗服务组织（managed care organizations）^①；第二，在《联邦健康维护组织法案》和《医疗保险责任法案》授权下，负责监管所有的医疗保险计划。

劳工部也是一个重要的医疗保险计划监管机构。虽然 1974 年出台的《雇工退休收入保障法案》的目的主要是保障职工退休后的福利，但它同时也涉及到了 一些医疗保险计划，主要包括自我保险（self - insured）和一些由雇主承担风险的保险计划（employer - sponsored health plans）。该法案设定了很多监管标准，同时禁止州政府对此类保险计划进行监管。由此，劳工部就成就了这类保险计划的主要监管者。

人事管理署监管着非常重要的联邦雇工健康福利项目（federal employees health benefits program）。

(2) 同联邦政府一样，州政府对医疗保险计划的监管也是多维度的。以加州为例，为整合分散的监管机构，建立一个可问责的、有效的管理式医疗监管体制，该州在 2000 年专门成立了管理式医疗服务部（the Department of Managed Health Care），统一负责监管各类医疗保险计划。但是即便如此，该州政府对医疗保险计划的监管仍然是比较分散的，目前大概有四种不同的监管机构都在发挥着比较重要的作用。虽然不同机构所监管的对象有所差异，但其职能范围仍然存在一定交叉，其中最为明显的就是对优先提供组织（Preferred Provider Organizations，简称 PPOs）的监管(见表 2)。

表 2 加州政府对医疗保险计划的监管				
监管机构	医疗服务部	管理式医疗服务部	保险部	管理式医疗保险风险委员会
监管对象	参加医疗保险和救助项目的保险计划、付费医疗保险和所有的医疗设施及服务提供者	许可的医疗服务保险计划、优先提供者组织、定点服务产品	优先提供者组织、担保保险公司、其他保险公司	参加健康家庭项目的保险计划、婴儿和母亲组织的保险计划

资料来源：Walshe，K，Regulating Healthcare：A Prescription for Improvement，Philadelphia：Open University Press，2003。

(3) 非政府机构。国家质量保证委员会（the National Committee for Quality Assurance，简称 NCQA）与医疗机构认证联合委员会是监管医疗保险计划的两家主要的非政府机构。其中，国家质量保证委员会在医疗保险计划认证中起着主导性的作用。

国家质量保证委员会的认证涵盖了美国 340 家不同机构的 460 多项保险计划。当然不同地区之间认证覆盖面有所不同，南方大概有 40 % 的医疗保险计划获得认证，而北部这一比例达到了 69 %。这种差异主要是因为不同地区的市场竞争压力不同。目前，大概有 18 个州将国家质量保证委员会认证作为监管的一部分。现从机构性质、监管目标、监管范围、监管模式、指导方式、检查方式和强制措施等方面作一简要分析(见表 3)。

与国家质量保证委员会类似，医疗机构认证联合委员会也是通过制定认证手册，设定标准对健康维护组织、定点服务体系以及优先提供组织进行监管。但是在实践中，医疗机构认证联合委员会的市场认可度远不如国家质量保证委员会。

表 3 国家质量保证委员会进行保险计划认证的特点	
项目	国家质量保证委员会
机构性质	独立的非营利组织，没有法定的监管职权，但是由于保险计划迫于市场压力必须取得该组织的认证，因此州和联邦政府逐渐对其认可；由美国医疗保险计划协会建立，现在独立；主要成员来自于保险的购买者、保险公司与消费者
监管目标	提高医疗服务质量；成为促进医疗质量提升的最可信赖的信息来源
监管范围	对管理式医疗机构或医疗保险计划进行认证，460 多种计划已经获得认证；监管医疗保险计划的几乎所有领域
监管模式	主要是遵从主导型，强调审查的独立客观；认证的焦点集中于质量提高以及机构的体制与程序
指导方式	有认证手册，包含 5 个主要领域的 60 多种标准；HEDIS（保险计划的雇主数据和信息）措施；一系列对保险计划绩效进行测量的量化措施
检查方式	三年一次认证访查，主要集中于访谈和会谈，也有样本记录，通过 HEDIS 的年度检测，如果发现存在问题，认证访查时间将会提前
强制措施	认证访查的结果，认证否决的比例仅占 1 %；认证结果公开，但是整个报告保密

三、对疗养院(nursing home) 的监管

美国大概有 1600 多万人生活在疗养院内,当中大多是老人和那些因为健康问题而不能独立生活的人群。93 %的疗养院是私人拥有的营利性组织。对疗养院的监管也分为联邦、州和非政府组织三个层面,但是,联邦和州政府在疗养院监管中居主导地位,非政府组织则处于辅助地位。

1987 年《疗养院改革法案》(the nursing home reform act) 出台^①。目前,联邦和州政府对疗养院的监管安排基本如下:国家医疗保险和救助服务中心负责设定疗养院的准入条件,要求参加国家医疗保险和救助项目的疗养院必须符合国家医疗保险和救助服务中心设定的准入条件;州许可核证发放机构则负责检查疗养院对国家医疗保险和救助服务中心准入条件的遵守情况,并向国家医疗保险和救助服务中心报告检查结果;国家医疗保险和救助服务中心与州许可核证发放机构共同负责对不符合条件的疗养院采取强制措施,以促使其改正(见表 4)。

表 4 联邦和州政府对疗养院的监管分析	
特征	国家医疗保险和救助服务中心、州许可和核证机构
监管机构	两者联合对疗养院进行监管,前者向健康和人权服务部以及国会负责;后者对国家医疗保险和救助服务中心以及州政府和州立法机构负责
监管目标	促进及时、经济且质量有保证的保健服务的提供
监管范围	大概有17000家疗养院是由州监管机构代表国家医疗保险和救助服务中心进行许可和核证;对疗养院绩效的大多数领域进行监管;州监管机构还负责监管没有参与国家医疗保险和救助项目的疗养院
监管模型	警戒主导型;监管重点放在发现缺陷、罚金、制裁;调查程序高度具体化和结构化
指导方式	国家医疗服务财政部门(Health care financing administration) 操作手册列出了疗养院参与国家医疗保险和救助项目的具体条件;另外,很多州还拥有自己的监管疗养院的立法和规则
检查方式	年度认证;认证调查时不事先通知,随时进行,主要调查不足(参与条件不符合的领域)
强制措施	只有18 %的疗养院没有缺陷;每个疗养院大概都会有6个方面的缺陷;疗养院被要求弥补改正,或者面临其他制裁,包括:罚金、拒绝支付、吊销许可等

资料来源: Walshe, K, Regulating Healthcare: A Prescription for Improvement, Philadelphia: Open University Press, 2003。

在联邦一级,由健康和人权服务部(the department of health and human services) 发起的长期督察员项目(long-term care ombudsman programme) 也是监管疗养院的重要力量。该项目在每个州都设立了督察员办公室,主要职责包括:受理申诉、提供新信息、公开长期保健项目中存在的问题、代表病人的利益促进政策的改善、推动与鼓励公众参与。

医疗机构认证联合委员会是长期保健项目中最主要的非政府监管力量。由于医疗机构认证联合委员会的认证并没有得到政府的支持,疗养院即使得到了医疗机构认证联合委员会的认证,仍要接受政府的监管。因此在疗养院监管中,医疗机构认证联合委员会并没有发挥太大作用,其覆盖率为 10 %。

联邦政府和州政府对疗养院的监管成效到底如何?对此美国学界和业界存在争议。有些报告指出,很难评价疗养院的监管到底取得了多大成效,因为在疗养院的监管中存在以下问题:第一,因为所有的疗养院都受到监管,所以缺乏可比性,只能考察时间序列下纵向的疗养院绩效变化;第二,监管程序本身在很大程度上影响了疗养院的绩效数据,因此很难辨别服务质量在实质上的变化。然而,也有人认为疗养院服务质量在过去的 10~15 年内得到很大改善,并且至少有些改善是由监管改革带来的。但是这些意见也分化成两个阵营:一方认为,由于仍然存在很多质量问题,应该继续加强监管,采用更为严格的标准和强制措施;另一方则认为,目前监管负担已经相当沉重,不利于疗养院服务质量提升,应该简化或减少监管。

四、美国医疗服务监管中存在的问题

1. 监管体系过于分散

美国目前的医疗服务监管体系过于分散,监管权力分散于不同的监管层级和监管机构。有人认为,监管分散导致不同监管者之间的职权交叉和冲突,影响了监管效率。而另外一些人认为,监管分散有利于加强监管机构之间的竞争,提高监管的质量和效率。甚至有人认为,重复监管是有好处的,因为一个监管者没有发现的问题,有可能被另一个监管机构发现。因此,监管分散如何影响监管绩效将是美国医疗服务监管中的一个重要课题。

2. 监管成本高昂

据统计,美国每年用于医疗服务监管的费用高达数十亿美元。由于缺乏实证研究,还不能确定监管的收益如何。因此,人们就很难达成一致意见。有些人认为监管是促进医疗服务发展的重要力量;另有一些人认为,监管成本高昂、监管程序官僚化阻碍了医疗服务水平的改善。

3. 非政府监管组织定位不清

在美国,政府监管组织和非政府监管组织共同负责医疗服务监管,这套体制的确取得了相当的成效。但是,非政府监管组织在医疗监管中的角色定位还需要进一步明确,因为有些非政府组织的监管并没有得到政府的认可;有些虽然得到认可,但缺乏法律意义上的强制执行能力。因此,非政府监管组织如何调整自身定位,与政府监管组织协调配合,以更好地发挥作用,都将成为美国医疗服务监管的重要问题。

4. 存在监管棘轮效应(regulatory ratchet effect)

在过去的 20 多年中,美国医疗服务监管体系的规模不断膨胀,新的监管往往是由于旧的监管程序引起的,医疗服务监管体系在某种程度上陷入了恶性循环之中。尽管已经有很多人对此提出了抗议,但还没有形成较好的解决办法。

参考文献:

[1] Porter, M. Fixing Competition in U. S. Health Care[R]. HBR Research Report, 2004, 6.

[2] 高世楫, 陈伟, 张安. 完善公共服务监管体制[N]. 经济日报, 2005- 9- 19(12).

收稿日期: 2005- 11- 02 (责任编辑 叶向明)