

美国医改实施的进展、前景与启示

王云屏^{1*} 周晓爽²

1. 卫生部卫生发展研究中心 北京 100191

2. 哈尔滨医科大学 黑龙江哈尔滨 150081

【摘要】美国医改实施三年来,在扩大医保可及性、改革医疗服务市场、降低医疗费用和改进服务质量方面取得较大进展,但许多触及既得利益集团的核心改革政策如建立保险交易所、改革支付方式、削减部分福利项目、提高富人税率等开源节流措施尚未正式启动,这将成为奥巴马连任后面临的主要挑战。美国医改鼓励服务的整合、改革支付制度、重视预防保健服务等做法值得中国医改借鉴,同时以商业医疗保险为主导的保险体系暴露出的弊端也启示中国政府以更加审慎的态度发展商业医疗保险。

【关键词】卫生改革; 责任保健组织; 医疗保险

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.03.008

Progress, outlook and implications of U. S. healthcare reform

WANG Yun-ping¹, ZHOU Xiao-shuang²

1. National Health Development Research Center, Beijing 100191, China

2. Harbin Medical University, Heilongjiang Harbin 150081, China

【Abstract】In the past three years of U. S. health care reform, many progress has been achieved in improving the accessibility of care, health market reform, reducing the health expenditure and improving the quality of health services. However, many key reform policies touching the interests of key stakeholders have not yet started, such as establish the health insurance exchange, reform the payment method, raise funds and reduce the cost of the reform via enhancing tax rates for the rich and cut some health welfare programmes, which will turn out to be the major challenges after Obama's second term. The experience in U. S. reform which encourages the integrated care, payment system reform, strengthening the primary care and so on could be referred to in China health reform, meanwhile, the problems emerged in the private medical insurance dominated health care system also indicate Chinese government should take more prudent attitude in developing commercial medical insurance.

【Key words】Healthcare reform; Accountable Care Organizations; Medical insurance

21 世纪初期,全球陷入二战以来最严重的金融危机,引发了包括美国在内诸多发达经济体的经济衰退。庞大和快速增长的医疗费用加重了美国政府、企业和居民的经济负担,甚至威胁到美国的经济基础;割裂的卫生体系耗费了大量资源却绩效低下,过度服务和不足并存。^[1-2] 在中国,久而未决的

看病难、看病贵问题也推动决策者从顶层设计上对中国医药卫生体制进行重新设计和布局,2009 年 3 月,中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》发布,标志中国开始实施新一轮医改。美国也于 2010 年 3 月发布了《患者保护和可负担的医疗保健法》(Patient Protection and Affordable Care Act,

* 作者简介:王云屏,女(1981 年—),助理研究员,中国人民大学博士生在读,主要研究方向为全球卫生与卫生发展战略、医疗保障。E-mail:wangyp@nhei.cn

ACA), 希望以医疗卫生改革作为突破口, 为经济复苏提供新的动力。^[3]这一法案实施三年以来, 美国是否落实了 ACA 的相关改革措施, 切实改善了医疗卫生服务的可及性、可负担性、质量以及卫生系统的运行效率, 值得探讨。本文回顾了美国医改法案生效三年以来的主要改革进展, 探讨奥巴马连任美国总统后推进医改的主要政策和压力, 总结美国的经验教训对中国医改的启示。

1 美国医改三年的实施进展

围绕美国医改三大政策目标, 即为没有医保的人提供高质量、可负担的医疗保险; 为已有医保的人提供更稳定和更安全的医疗保险; 降低美国家庭、企业和政府医疗费用上涨速度, 奥巴马政府在过去三年里, 推出一系列改革措施, 目前已开始实施的主要措施及进展可以归纳为以下三方面。

1.1 扩大医保可及性

一是医保的覆盖对象扩展到 26 岁以下的成年子女。据美国健康和人类服务部的最新统计, 大约有 310 万名 19~25 岁的年轻人通过其父母的保险计划而获得保障, 而这部分群体在过去是不能享受医保的。^[4]二是为被拒保 6 个月以上的健康高风险人群提供州或联邦“高风险保险者保险计划”, 保费不因健康、职业、性别和收入状况有异, 而只受所在州的标准的影响。截至 2012 年 9 月, 已覆盖 9 万多名健康高风险者。^[5]三是为企业、学校、州和地方政府、工会、非营利组织等各类组织中 55~65 岁提前退休人员及其配偶、遗属和抚养(赡养)人建立筹资总额为 50 亿美元的再保险计划, 帮助其减免保费, 并为 15 000~90 000 美元的高额医疗费用提供补偿。四是设定基本医疗卫生服务包, 并逐步取消年度封顶限额和终身受益限额。各州有权设定基本医疗卫生服务的基准内容, 一般包含住院服务、母婴保健、处方药、家庭健康护理、专科门诊、急诊等。2010 年 9 月—2012 年 9 月, 基本医疗卫生服务包的年度封顶限额已从 75 万美元升至 200 万美元, 直至 2014 年全面取消个人和团体投保者的年度封顶线。^[6]五是扩大免费预防保健服务, 共有 5 400 万美国人享受到免费的癌症、糖尿病、高血压筛查, 有 4 510 万名妇女获得了免费的预防保健服务, 如乳腺癌和宫颈癌筛查、

产前护理、流感疫苗接种、婴幼儿常规健康随访, 乃至母乳喂养用品等。^[7]

1.2 改革医疗服务市场

医疗服务提供方面, 目前最主要的改革成果是建立了自愿加盟的责任保健组织 (Accountable Care Organizations, ACO), 由医生、医院、长期护理机构、医药供应商等服务提供者组成一个协作网络, 为 Medicare 参保人提供不同病程中的无缝衔接的医疗保健服务, 以改进服务质量、减少费用。^[8-9] ACO 有以下几种形式: ACO 所属的医生和医院形成的合伙执业群体, ACO 所属个体执业者形成的合作网络, 其他医院与 ACO 所属的医生和医院形成的合伙、合资组织等。^[10-11] ACO 由各参与主体代表, 包括患者代表所成立的理事会来管理。为整合资源, 提高服务质量并减少服务成本, Medicare 设立了结余分享计划, 凡参与该计划的 ACO 至少要覆盖 5 000 名 Medicare 参保人, 并要达到相应的绩效基准, 包括服务的整合协调性、服务有效性与人群健康、安全性、患者参与性、过度使用与效率这五项内容。^[12] 联邦医疗保健及医疗救助中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 除了继续采用按项目付费的方法对每个服务提供者进行支付外, 还对绩效考核达标的 ACO 给予结余分享奖励或是让其承担超支损失。^[13] 据估计, 未来三年, ACO 通过整合服务将为 Medicare 节约 9.6 亿美元。^[14]

1.3 降低医疗费用, 提高服务质量

在降低企业、个人和社会的医疗费用方面, 一是降低小企业的参保成本, 对拥有 25 名以上雇员且人均年薪少于 5 万美金的参保小企业给予 35% 的所得税减免。二是为老年人处方药超支自付部分提供补贴, 并取消预防保健服务的起付线和共付比例。据统计, 2010 年已为 400 万老年人提供人均 250 美元的处方药补贴; 2011 年对购买品牌处方药的老人提供 50% 的折扣; 为 530 万老人提供每年至少一次的免费预防保健服务。^[15] 三是严格管理保险公司所收保费的用途, 降低管理费用。法案要求保险公司收取大企业的保费中, 至少 85% 要用于医疗保健服务及其质量改善; 对个人或小企业投保者, 这一比例至少为 80%。

在提高服务质量方面, 健康和人类服务部负责

制定国家医疗卫生质量战略,提出减少医疗伤害促进患者安全、以患者个人及其家庭为中心、促进有效沟通和服务整合、促进主要死因疾病的有效预防和治疗、鼓励社区居民选择健康生活方式、提高质量优良服务的可负担性六大优先领域及其评价指标,定期对全国医疗服务质量进行系统评估。^[16]此外,健康和人类服务部与司法部合作成立了医疗保健防欺诈和强制执行行动工作组,在联邦和州政府部门、医疗保险公司和私人部门之间加强合作,利用现代信息监测技术识别有欺诈嫌疑的服务行为和理赔行为。2009—2011年,已成功追偿107亿美元的欺诈款。^[17]

2 奥巴马连任后推进医改的主要政策和压力

回顾三年来美国医改的进程不难发现,主要成果集中于扩大医保的可及性,包括覆盖更多的人群、提供更多的服务和补贴。这些政策相对而言易出政绩,亦易赢得选民的支持,而许多触及既得利益集团的核心改革政策尚未正式启动,这也将成为奥巴马第二任期内全面深入推进美国医改必须攻克的难题。

2.1 建立医疗保险交易所,改进医保可及性

目前的政策只是将部分特殊人群如有雇主医保家庭的成年子女、健康高风险者、提前退休人员纳入政府和雇主保险计划,并为妇女和老年人提供更优惠的服务,它只是暂时地对现有制度漏洞的修补,而无医保的最大群体,小企业雇员、自雇佣者、无就业人员和贫困边缘家庭需要通过2014年正式启动的医疗保险交易所(一个以州为基础的竞争性的“一站式”医疗保险市场)才能获得医保覆盖。同时,高风险人群、提前退休者等特殊人群也必须在2014年1月进入保险交易所购买保险,结束此前的过渡性保险计划。这意味着各州必须在2013年底前完成保险交易所的建设,包括网站、电话和信息系统建设,筹集资金、设计日常运营制度以及与利益相关方协商等。尽管强制个人和企业购买医疗保险被最高法院裁定为符合宪法,并且联邦政府根据各州改革的力度和进度,给予3年或1年期的启动资金支持州建立医疗保险交易所,但还有20个州没有启动或者拖延进度。^[18-19]这反映了崇尚自由竞争市场经济,强调个人自由和责任的美国社会对政府扩大医疗市场干

预,强制个人和企业参保的抵制。即便各州认真执行法案,到2019年,全美的参保率也只能达到92%,仍有2300万人没有医疗保险(表1)。^[20]商业医疗保险公司也会设法通过拖延审批等手段,增加高风险者的参保难度,将其外推至政府医保计划,并采取各种优惠措施吸引年轻健康参保人参加商业保险,增加政府财政的卫生支出,加重政府债务负担。

表1 美国医疗保险扩面的预测

年份	所有居民 (%)	不包括非法移民 (%)	无保险减少人数(万人)	无保险人数(万人)
2010	81	83	—	5 000
2011	82	83	—	5 000
2012	82	83	100	5 000
2013	82	83	100	5 000
2014	89	91	1 900	3 100
2015	91	93	2 500	2 600
2016	92	95	3 000	2 100
2017	92	95	3 100	2 100
2018	92	95	3 100	2 200
2019	92	94	3 200	2 300

数据来源:根据美国国会预算办公室评估报告整理。

2.2 实施按绩效付费,提高服务质量和效率并降低成本

2013年起对医院、医生和各类服务提供者的支付将从按服务数量转为按服务质量付费,从各种分散的支付方式,转为按统一费率的按病程打包付费(Bundled Payment for Episodes of Care)、总额预付或部分封顶(Partial Capitation),鼓励不同服务提供者通过协作,提高患者病程内的服务效率与质量,并分享医保结余资金。^[21-22]这意味着ACO以按项目付费为前提的结余分享计划要向按病程付费或者风险调整的总额付费模式转变。在这一改革过程中,如何对医疗服务提供者授权,使其拥有对资源消耗较多的重病患者的医疗成本获得补偿和抵消的灵活性,如何保护医务人员免于因超出控制能力范围外的医疗开支而被处罚,如何在改革医保对医疗服务供方的支付方式的同时,改革医疗机构内部医生个人按服务数量定酬的补偿方式,从而改变服务行为将成为下一步改革的主要挑战。另外,占主导地位的商业医疗保险公司大部分不愿意推行新的支付方式,更愿意保持当前按项目付费基础上的结余分享模式。^[23]因此,若仅仅是联邦政府主导的Medicare推行打包付费,作为占比很小的单一服务购买者,很难从根本上改变供方的激励机制和服务行为。

2.3 开源节流,为医保筹措资金

尽管医改可以提高卫生系统效率,节约不必要开支,但所需净投入仍为 7 880 亿美元。如何在不过度增加政府财政赤字的前提下,筹集医改资金,是奥巴马在第二任期内面临的巨大挑战。美国财政部最新数据显示,2012 年联邦政府财政赤字为 1.09 万亿美元,虽有所缩小,但已连续第四年超过 1 万亿美元,而公共债务累计高达 16 万亿。^[24]这意味着增加税收、削减医疗等社会福利是奥巴马第二任期内的必然趋势。尽管奥巴马政府拟通过对个人年收入超过 40 万美元,家庭年收入超过 45 万美元的富人阶层上调税率^[25],对雇主支持的高端医疗保险(个人年度保费超过 10 200 美元、家庭年度保费超过 27 500 美元的保单)征收 40% 的消费税,向药品和医疗器械制造企业征税,同时还削减部分支出项目,如削减 Medicare 优惠计划的财政付款,减少财政对医院门诊患者的评价和管理服务以及低收入人群医疗服务坏账等方面的支付,但这些措施能否得到切实执行,在执行中能否保护消费者利益,并逆转美国医疗费用快速上涨的趋势,仍是未知的。目前,改革的信号已引起了高收入者、老年人、雇主、医院、药品器械企业等的不满。主导医疗市场的医疗、医药、医保等利益集团在追求利润最大化的驱动下,必能利用各种信息和技术优势,继续推高医疗费用,向政府施加压力,并将成本转嫁给消费者。另外,在 2011 年后陆续进入退休年龄的“婴儿潮”一代也会带来医疗服务需求增长和医疗费用增长的压力。据美国国

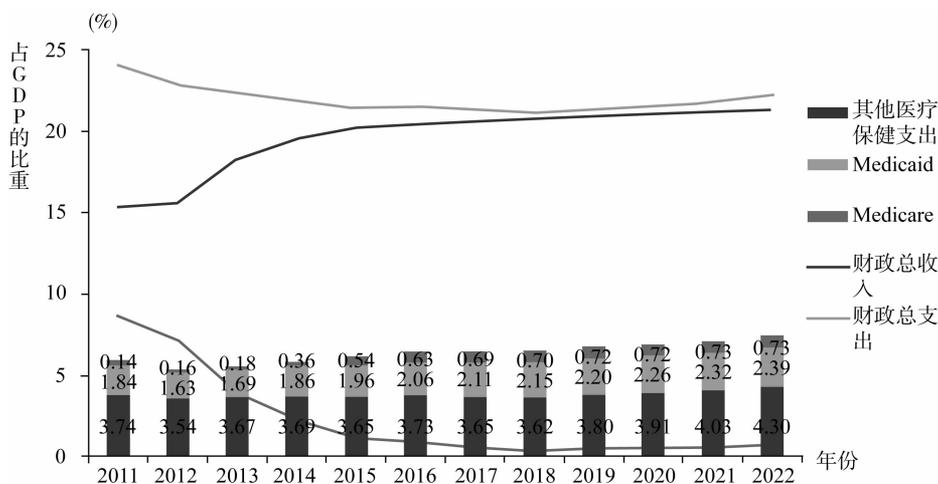
会预算办公室预测,2013—2017 年联邦财政在医疗保健方面的累计支出约为 5.38 万亿美元,占 GDP 的比重约为 6.1%,占财政支出的比重约为 28.2% (图 1),几乎为欧盟第四大经济体西班牙 2011 年国内生产总值的 4 倍。^[26]

3 对中国医改的启示

尽管美国医改实施前景还面临着财力风险和利益集团角力等挑战,但有以下几点值得中国借鉴。

3.1 鼓励发展整合的医疗服务提供体系,为患者提供从预防到治疗、康复和长期护理的全程医疗保健服务

美国医改涌现出的责任保健组织这一新的整合医疗服务提供者的形式,不仅可以有效整合区域内的医疗服务资源,促进初级卫生保健服务提供者与医院、乃至药品和器械耗材供应商之间的协作,还可以减少医疗市场中供需双方的搜索成本,并通过整合和竞争降低个人和社会的医疗支出,改进服务质量。更重要的是由患者参与理事会的管理有利于维护患者的利益。目前中国承担初级卫生保健服务的各类专业公共卫生机构和社区卫生服务机构、农村卫生室与大型综合医院之间,各类疾病预防、治疗、康复和护理机构之间的有机协作关系还没有建立,尤其是在没有建立统一、明晰的权责关系、资源共享关系、绩效管理与财务管理、行业监管以及转诊约束机制的情况下,现有的机构协作距离实质性的服务整合还存在经济基础和制度上的缺失。



数据来源: 根据美国国会预算办公室2012—2022年经济和预算展望更新数据整理。

图 1 美国财政收支及医疗保健支出情况预测

3.2 慎重发展商业医疗保险

以雇主提供的商业医疗保险不可能解决美国人民的医疗保障问题,这不仅是因为以就业为前提的医疗保险体系会让广大无就业的人群、小企业主及其雇员、贫困边缘家庭的儿童和家属、健康高风险者遗落在这一体系外,而且追逐利润的商业医疗保险公司会设法拒保或者加重这些弱势群体的投保费用和难度,并耗费高额成本(近 1/3 的保险收入)去管理商业医疗保险公司、医院、私人开业医师和雇主^[27],同时由保险公司、制药商、医院、医生等利益集团主导下的医疗保险市场更容易侵害小企业主及雇员以及其他弱势消费者的利益。因此,奥巴马 2009 年着手设计医改方案时就力图加大政府在公共医疗保险领域的干预力度。尽管将公共医疗保险计划引入医疗保险交易所的努力失败,但这两年,美国在扩大儿童医疗保险、成年女子及健康高风险者参保,以及推动各州建立医疗保险交易所等方面还是取得了很大进步,弥补了基于雇主提供的商业医疗保险计划主导的不足。因此,中国应当坚定政府主导的公共医疗保险体系的道路,坚持政府在规划、筹资、监管等方面的责任,这是实现健康全民覆盖的基础和前提。

当前中国城乡居民大病医疗保险值得注意的一个问题是,由商业保险机构承办大病保险,是否真的可以提高大病保险的运行效率、服务水平和质量。必须承认的一个基本前提就是商业保险机构是营利性企业组织,追求利润是内在动力和目标。而城乡居民大病医疗保险无论是从其参保人群,还是资金来源上看,都具有较强的普惠性、公平性、利贫性、福利性色彩。由以营利为本性的商业保险机构承办一个公益性的社会保险计划,理论上是违反二者各自内在发展规律的。其次,商业保险机构承保时既不可能通过对老年人和儿童、无就业群体等“非优质客户”设置差别费率去营利,也缺乏参与医保政策制定、与医疗机构谈判支付方式的权限和自由度,因此,实施的操作性和运作空间也相对缺乏。从美国商业医疗保险机构运营的雇主医疗保险的实践可以看出,不仅利润和管理成本高昂,而且拒保和成本转移现象也十分普遍,因此商业保险的参与并非自然就等同于提高效率。中国选择商业保险机构承办大

病保险在理论和实践上还存在许多值得商榷的问题。

3.3 改革支付制度,从按项目付费转为以服务质量为核心的按绩效付费

从按服务数量转向按服务质量,从后付制转为预付制是国际上支付方式改革的主流,美国医保是世界最贵的医保,除了浪费、欺诈和高额的管理成本与商业利润外,按项目付费制度的缺陷也是一个重要因素。因此,无论是政府管理的 Medicare 和 Medicaid,还是商业保险,都在尝试各种形式灵活的打包付费方式,通过设定严格的质量及其他绩效标准,激励医生和医疗组织提供优质服务。中国也在广泛推行支付制度改革,在各地设计和实施支付改革中,需要注意的是不能搞形式主义,不能把支付制度改革简单理解为一个控制费用总额或者次均费用的手段^[28],它的更深层意义在于增强供方的质量管理和成本管理意识,鼓励其合理分工协作,整合资源,以更低的成本提供更优的服务,同时,加强医保对服务组织支付改革与组织内医务人员薪酬改革的协同性,以保护供方积极性。

3.4 加强预防保健服务

预防为主已成为各国政府发展卫生事业,提高国民健康的共同选择。扩大预防保健服务的受益人群并免除多项服务的费用,从源头上控制医药费用增长,改善居民健康是美国医改成绩较为斐然的领域。2009 年中国医改基本公共卫生服务均等化的实施,让占世界近 1/5 的人口享受到了 11 项免费的基本公共卫生服务项目和重大公共卫生服务项目,对国内和全球公共卫生事业尽到了发展中大国政府应尽职责。但是美国预防保健服务内容之精细,尤其是注重健康生活方式和对行为、心理的指导与支持值得我们借鉴。

3.5 医疗改革的成败依赖于国家的政治稳定 and 经济发展

中美两国都在 2013 年初顺利实现了国家新领导就任或政府组阁。奥巴马的连任无疑对美国医改具有决定性意义,因为大部分实质性的改革措施在 2014 年生效。奥巴马在第二任期内可以带领美国人民在医改道路上前进多远,还取决于美国政府动员和

平衡党派之间及利益集团之间利益的能力,以及汲取经济资源的能力,后者又严重依赖于美国经济复苏和可持续发展。空前的政府债务、居高不下的失业率,缺乏国内投资,对奥巴马经济社会改革无疑是巨大考验。尽管美国医改在政策制定和实施过程中有国会立法保障,措施更加清晰、程序更为规范,但法律条款和法律程序也屡次被共和党利用,作为阻挠甚至推翻医改的工具。若共和党在奥巴马第二任期结束后执掌美国政坛,美国医改的前景则不容乐观。

相比之下,中国医改没有如此高的政治风险,改革的必要性、指导思想和原则及重点领域得到党内和党外、中央与地方的共识,面临的挑战更多是政策具体设计上的技术风险和实施中的管理与监督风险。同时,中国经济的持续增长为医改提供了有力的财力保障。因此,各级决策者和管理者的关键任务是要确保决策内容的科学性与适用性、一致性与创新性,管理的规范性、监督的有效性,让中国人民既能更好地分享经济发展的成果,又不透支未来。

参 考 文 献

[1] 奥巴马. 奥巴马演说集[M]. 王瑞泽,译. 南京:译林出版社,2009.

[2] Americans' choice for health [J]. The Lancet, 2012, 380 (9846): 949.

[3] 李玲. 美国医改对我国医改的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(5): 5-6.

[4] Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Department of Health and Human Services. Number of Young Adults Gaining Health Insurance Due to the Affordable Care Act Now Tops 3 Million[EB/OL]. (2012-06-19) [2013-02-16]. <http://aspe.hhs.gov/aspe/gaininginsurance/rb.shtml>.

[5] U S. Department of Health & Human Services. State by State Enrollment in the Pre-Existing Condition Insurance Plan [EB/OL]. (2012-11-16) [2013-02-16]. <http://www.healthcare.gov/news/factsheets/2012/11/pcip11162012a.html>.

[6] The Center for Consumer Information & Insurance Oversight. Additional Information on Essential Health Benefits Benchmark Plans [EB/OL]. (2013-02-16) [2013-02-16]. <http://ccio.cms.gov/resources/data/ehb.html#massachusetts>.

[7] U S. Department of Health & Human Services. Health reform provides more than 45 million women access to preventive health care services [EB/OL]. (2012-03-20) [2013-02-16]. <http://www.hhs.gov/news/press/2012pres/03/20120320a.html>.

[8] Angelo E J. Accountable care organizations: Are they the right answer? [J]. Nursing Management, 2011, 42 (2): 20-24.

[9] Center for Medicare and Medicaid Services. Medicare "Accountable Care Organizations" Shared Saving Program- New Section 1899 of Title XVIII, Preliminary questions and answer [EB/OL]. (2010-12-13) [2012-09-10]. <http://www.cms.gov/OfficeofLegislation/Download/Accountable-CareOrganization/pdf>.

[10] Kocher R, Nikhil R, Sahni B S. Physicians versus Hospital as Leaders of Accountable Care Organizations [J]. The New England Journal of Medicine, 2010, 363(27): 2579-2582.

[11] Drew C. Accountable Care Organizations Series: Where Are ACOs? [J]. Health Capital, 2011, 4(8):1-4.

[12] McClellan M, McKethan A, Lewis J, et al. A National Strategy To Put Accountable Care Into Practice [J]. Health Affairs, 2011, 30(7): 1227-1231.

[13] Meyer H. Accountable Care Organization Prototypes: Winners And Losers? [J]. Health Affairs, 2010, 29(5): 982-990.

[14] U. S. Department of Health & Human Services. Accountable Care Organizations: Improving Care Coordination for People with Medicare [EB/OL]. (2010-12-13) [2013-03-10]. <http://www.healthcare.gov/news/factsheets/2011/03/accountablecare03312011a.html>.

[15] Centers for Medicare & Medicaid Services. People with Medicare Save \$ 4.8 Billion on Prescription Drugs Because of The Health Care Law [EB/OL]. (2012-10-25) [2013-03-06]. <http://www.cms.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=4465&intNumPerPage=10&checkDate=&checkKey=&srchType=1&numDays=3500&sr>.

[16] U S. Department of Health & Human Services. National Strategy for Quality Improvement in Health Care [R]. Washington; U S Department of Health & Human Services, 2011.

[17] U S. Department of Health & Human Services. New Tools to Fight Fraud, Strengthen Federal and Private Health Programs, and Protect Consumer and Taxpayer Dollars [EB/

- OL]. (2012-10-09) [2013-02-16]. <http://www.healthcare.gov/news/factsheets/2011/03/fraud03152011a.html>.
- [18] Jaffe S. US Health Reform Still Faces Challenges[J]. The Lancet, 2012, 380(9855): 1727-1728.
- [19] The Center for Consumer Information & Insurance Oversight. Creating a New Competitive Health Insurance Marketplace [EB/OL]. (2013-02-16) [2013-02-16]. <http://cciio.cms.gov/Archive/Grants/exchanges-map.html>.
- [20] Congressional Budget Office. Estimate of the Effects of the Insurance Coverage Provisions Contained in P. L. 111-148 and 111-152[EB/OL]. (2011-03-18) [2013-02-16]. <http://www.cbo.gov/publication/42507>.
- [21] 朱坤, 张小娟. 美国责任保健组织的发展及启示[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(12): 40-45.
- [22] U S. Department of Health & Human Services. Key Features of the Affordable Care Act, By Year [EB/OL]. (2013-02-16) [2013-02-16]. <http://www.healthcare.gov/law/timeline/full.html>.
- [23] Miller H. Ten Barriers to Healthcare Payment Reform and How to Overcome Them [R]. Pittsburgh; U. S. Center for Healthcare Quality and Payment Reform, 2012.
- [24] U S. Department of the Treasury, Bureau of the Public Debt. The Debt to the Penny and Who Holds It[EB/OL]. (2013-02-16) [2013-02-16]. <http://www.treasurydirect.gov/NP/BPDLogin?application=np>.
- [25] Reuters. US fiscal deal would raise tax rates, sticking point remains [N/OL]. (2012-12-31) [2013-02-16]. <http://cn.reuters.com/article/companyNewsEng/idCNW1E8MD00W20121231>.
- [26] European Commission Statistics Database. GDP and main components-Current prices [DB/OL]. (2013-02-16) [2013-02-16]. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=nama_gdp_c&lang=en.
- [27] Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein D. Costs of Health Care Administration in the United States and Canada [J]. The New England Journal of Medicine, 2003, 349(8): 768-775.
- [28] 孟庆跃, John Langenbrunner. 新农合支付方式改革需要注意的几个问题[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(2): 25-26.

[收稿日期:2013-02-17 修回日期:2012-03-07]

(编辑 刘 博)

· 信息动态 ·

《柳叶刀》杂志:加强全球行动以应对低质量药物问题

近日,《柳叶刀》杂志发表了题为“Strengthening global action against poor quality drugs”的社论。文章认为,从美国医学研究所(Institute of Medicine)近期发布的报告看,解决低质量药物问题依然面临许多障碍。

首先,对于低质量药物,全球没有一个明确、统一的定义,该报告将低质量药物划分为两类:伪造药品(falsified drugs)和劣质药品(substandard drugs)。其次,目前还没有相关研究对伪劣药品造成的全球

负担进行准确估计。政府和医药企业为了减少由此造成的负面影响,并不公开此方面的信息。

为解决上述问题,政府一方面应完善药品监管体系,建立一个强有力的跟踪系统,及时对药品进行识别和验证;另一方面,政府、医药企业、卫生部门、消费者、司法部门等利益相关者应当形成合力,世界卫生组织应在此方面发挥主导作用。

(来源:The Lancet)