

# 美国新医改：缘由、路径及实质

曹琦<sup>1a</sup> 王虎峰<sup>1b</sup>

(1. 中国人民大学 a. 公共管理学院 b. 医改研究中心, 北京 海淀 100872)

[摘要] 美国医改是一个周期性发作的世纪难题,它成为了多任总统艰辛尝试的一项政治任务。美国医改是集中反映美国政治博弈和社会观念与医疗体系交互作用的典型案例。本文追踪并分析奥巴马新医改法案通过的过程及内容,提出奥巴马新医改的实质是体制性冲突及其弥合。美国医改的问题与中国医改的问题本质并不相同,但也有一定借鉴意义。

[关键词] 美国; 医改; 奥巴马; 借鉴

[中图分类号] F840.684 [文献标识码] A [文章编号] 1007-5801(2010)03-0088-05

建立一个覆盖全民的医疗保险体系是美国多届总统的执政议题,也是现任总统奥巴马上台前的竞选承诺。上任伊始,奥巴马就把医改作为旗舰政策予以推进,但遭遇到了政治、经济、社会利益集团等方面的挑战,整个医改进程峰回路转,一波三折。经过14个月的不断博弈和妥协、修正和弥合,奥巴马于2010年3月23日正式签署医改法案。至此,喧嚣多时的医改方案尘埃落定。美国是国际上最具影响力的国家之一,分析其医改的缘由、改革的途径,预测其走势,发现其本质特性,科学借鉴医改国际经验,对搞好国内医改是有裨益的。

## 缘由

美国是“唯一没有建立国家医疗保障的发达国家”。现行医疗保障体系以商业保险为主体,政府医疗保障仅有65岁以上老人医疗照顾、儿童医疗保险

项目以及医疗救助。显然,对广大的劳动者而言,其退休之前是没有政府保险项目安排的。美国卫生方面的问题与社会经济的发展构成很大反差,经常被认作医保体系的反面教材。客观地讲,美国历史上从来没有对医疗体制进行过系统的改革。因此,现存问题已经是“冰冻三尺,非一日之寒”。美国医疗方面的问题主要体现在以下几个方面:

(一)国家卫生总体投入—产出效率不高,健康指标排名相对较低

2006年,美国人口预期寿命为78.1岁,在30个OECD国家中排名倒数第七(仅高于墨西哥、波兰等几个经济相对不发达国家),低于OECD平均值1岁。在1960年至2006年间,人口预期寿命仅增长了8.2年,远低于日本的15年和加拿大的9.4年。这样的健康产出却消耗了世界上最高的卫生投入,美国2007年卫生医疗支出占GDP的16%,是OECD国家中最高的,并在近年不断增长<sup>[1]</sup>。美国政府人均卫

[收稿日期] 2010-04-11

[作者简介] 曹琦(1984-),女,黑龙江哈尔滨人,中国人民大学公共管理学院博士研究生;王虎峰(1964-),男,河北武邑人,经济学博士,中国人民大学医改研究中心主任,中国人民大学公共管理学院副教授,主要研究方向为公共卫生政策、卫生事业管理和卫生医疗体制改革。

©1994-2012 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>

生支出非常高,为3 200美元,在OECD国家中仅低于挪威和卢森堡。这样的卫生支出在很多国家可以建立全民医疗保障<sup>[2]</sup>,但事实上,美国政府仅有3个公共保险项目(Medicare, Medicaid和儿童保险)和医疗急诊救助,这反映出美国医疗体系存在严重的效率问题。

### (二)医疗保险覆盖面不断缩小,公平性差

从2000年到2008年,没有医疗保险的人群从3 800万(占人口14%)增长到4 600万(16%)。有分析显示,增长主要是由于越来越多的小企业不再为员工提供医疗保险。在所有未保险人群中,受雇于小企业而未被保险的比例高达75%<sup>[3]</sup>。中低收入人群是未保险人群的主体。2007年末保险人群中,家庭收入在贫困线上不足两倍的(家庭年收入少于4万美元)占48%,而高收入群体仅占16%<sup>[4]</sup>。

### (三)被保险人经济可及性差,保险不足现象严重

即使拥有医疗保险的人群也存在着严重的“看病贵”问题,这主要表现为保费不断上涨和医疗费用攀升。2000年到2007年7年间,商业保险费用年增长率一直保持在10.3%的水平,而参保人员平均工资增长率仅为3.1%,平均保费一般占个人工资的14%左右,占一个家庭收入的17%左右<sup>[5]</sup>。19岁到64岁的成年人(2007年占总人口9%)保险不足的比例从2003年的9%增长到2007年14%<sup>[6]</sup>。同时,由于美国大部分医疗付费体系为项目付费制(fee-for-service),医院服务也存在着过度医疗情况,患者无法得到成本—效益比较高的服务。

以上数据充分说明美国医疗体制存在的问题,这也是当今国际社会诟病美国医疗体系的原因。但是,很少学者对这些数据给予辨析和说明,其实美国医疗情况不像这些数据表面上简单反映出来的那样差,至少不是一些学者所认为的那样糟糕。然而,不可否认,美国医疗行业的问题确已迫在眉睫了。奥巴马曾断言,医疗的负担将拖垮美国。他将医改提到了美国可持续发展的战略高度。奥巴马上台适逢新一轮金融危机爆发。作为危机的策源地,美国首当其冲。企业破产,失业飙升,民生问题凸显,企业不堪医疗保险重负,越来越多的企业选择退出医保。可以说,金融危机是美国医改的催化剂,也为奥巴马医改提供了更多的舆论支持和社会需求。

美国医改立法过程实际上是不同党派和利益集团角力的过程,这也是历次医改的关口。探讨奥巴马医改不能不分析以下几个重要的立法阶段:

第一阶段,两院议案酝酿期。2009年2月26日,奥巴马向国会提交了首份预算案,进行医改是其中重要内容之一。3月5日,奥巴马在白宫举行医疗改革高层会议(White House Forum on Healthcare Reform),要求国会在年内全面启动医改计划。6月17日,美国参众两院开始正式分别讨论医改方案。与此同时,奥巴马多次演讲为医改造势,与医院行业团体等利益相关者进行接触并进行政治交易,给予优惠条件,以换取利益集团的支持。10月中旬,参议院筹资委员会(Committee of Ways and Means)通过了基本符合奥巴马原则的医改议案。10月29日,众议院率先通过众议院版医疗改革法案(Affordable Health Care for America Act, H.R. 3962)。2009年12月21日,美国参议院通过了关键的“预投票”。时隔3天,参议院正式表决通过了参议院版医改法案(Patient Protection and Affordable Care Act, H.R. 3590),医改取得突破性进展。

第二阶段,民主、共和两党博弈期。按照程序,接下来参众两院应就捏合两院法案进行磋商,形成统一版本后分别表决。如果说医改前期还比较顺利的话,两院法案的通过则使共和党和一些利益受损群体,特别是高收入人群开始警觉,并对医改进行猛烈抨击和游说。由于两党对于医改在关键问题上分歧严重,医改进程陷入僵局,一度搁置。从反对理由上看,与历史是惊人地相似的:一是指责医改会在经济萧条情况下产生过大成本,恶化财政情况和经济形势;二是打意识形态牌,认为方案融入太多政府因素,破坏自由竞争的市场秩序。

第三阶段,矛盾升级,医改受阻。直至2010年2月22日,矛盾双方仍然对峙,奥巴马终于不再隔岸观火,亲自出马,推出首份详细的白宫版医改方案并与25日召开两党医改峰会,为方案最终成行重磅出击。白宫版方案基于参议院法案,采纳了共和党人的部分主张,着力弥合分歧;法案原来版本中最具争议的“建立国家医疗保险机构”被删除,代之以建立医

疗保险费率监管机制,从而控制保费上涨;降低参议院方案中前10年的医改投入;虽采用参议院的“奢侈保单”税,但延期执行并提高起征点等。但奥巴马“折中版”方案也未得到通过,两党在关键问题上未达成一致。至此,奥巴马在舆论和国会环境的优势筹码已大大贬值。很多民调显示奥巴马医改支持率不断下降,而马塞诸塞州参议院竞选的失利使民主党不仅失去了2/3席位的有利条件,也造成了民主党内部的分歧。为保全民主党执政地位,很多民主党议员开始权衡是否要继续支持奥巴马。

第四阶段,决战期——预算协调法案的推出。针对共和党人利用“阻碍议事程序”来拖延医改法案通过的策略,奥巴马并没有气馁也没有拖沓,不断游说议员和公开演讲,奥巴马在3月初再一次推出修改版医改方案,并呼吁尽快安排表决,同时,开始启用“预算协调案”(budget reconciliation)。这是医改成功立法的关键,也是奥巴马的权宜之计。其实,早在2009年4月29日奥巴马政府预算案(budget resolution)通过时,国会就已经授权医改使用预算协调案的权力。根据美国法律,“利用长时间辩论阻碍议事进程”(filibuster)不得用于“预算协调案”,预算协调一旦提上日程,两院各委员会针对其考虑、修改和表决的时间不得超过20小时。这就成功瓦解了共和党企图利用“利用长时间辩论阻碍议事进程”拖延立法的战术。

2010年3月21日,众议院通过了参议院2009年12月通过的法案和对其中部分进行修正的“预算协调案”(Health Care and Education Reconciliation Act of 2010, H.R. 4872)。这标志着最终版本的医改法案在众议院获得通过,也吹响了奥巴马医改成功的号角。3月23日,奥巴马在白宫正式签署医改法案。至此,医改法案在几乎全体共和党议员一致反对,民主党也有部分不赞成的情况下,涉险过关。

## 实质

奥巴马新医改方案着力平衡各种利益群体关系,实虚结合,分步实施。新医改主要以扩大保险覆盖面为核心,强化了政府参与和规制以提高医疗公平性和可及性,运用“开源”和“节流”保障基金收支:一方面,利用财政税收政策调整为杠杆“劫富济贫”;

另一方面,为节约成本,鼓励预防服务和基层就诊,规范医院服务,并要求药商提供打折的专利药等。

### (一)内容要点及潜在问题

1. 医保扩面。这是改革的核心问题。改革承诺让目前3200万没有医疗保险的美国人获保,提升医保覆盖率至95%左右(改革前覆盖率为85%左右)。主要有两方面举措:一是从2014年开始,州政府必须建立州健康福利交易所(State-based American Health Benefit Exchanges)和小企业健康选择项目交易所(Small Business Health Options Program (SHOP) Exchanges),为尚未得到医疗保险的个人和小型企业提供公共医疗保险。对于收入在贫困线133—400%区间,并通过州健康福利交易所参保的人群,政府提供财政补贴和费用分担。根据美国国会估算,这种形式将覆盖约2500万人,其中约1900万人符合财政补贴条件。对于没有按法案规定购买医疗保险的个人和雇主,必须缴纳罚款税。二是强化政府对商业保险的监管。法案规定,保险公司不得以投保者的过往病史为由拒保或者收取高额保费,不得对投保人的终身保险赔付金额设置上限,同时除非发现欺诈行为,否则保险公司不允许以任何理由拒保或退保,要求小型的保险公司至少将保费的80%用于医疗服务,大型的保险公司至少将保费的85%用于医疗服务。同时,政府建立医疗保险费率监管机制,监控保费上涨。此外,政府在2014年前将成立暂时性国家高危人群医疗保险基金(遭到保险公司拒绝的患病人群)(Temporary National High-risk Pool)。同时政府还为雇主参保提供一系列激励措施。

2. 筹资政策。财政税收是奥巴马医改的杠杆和筹资主要渠道。政府将向中产阶级提供税收减免以鼓励参保;同时,为了抵充为中低收入人群提供医疗保险的政府支出,对收入在20万美元以上的纳税人和25万美元以上的已婚夫妇,增加0.9%(从1.45% to 2.35%)税率,增加3.8%高收入人群非收入税(unearned income),对医疗仪器销售征收2.3%的消费税,征收高额保单税,从2014年起对医疗保险行业征税等等。

3. 医疗服务质量和可及性改善。主要包括提供更多预防性服务和规范医疗服务两方面。法案要求符合规定的保险公司提供一定量的预防性服务项目

目;建立国家预防、健康促进和公共卫生署(National Prevention, Health Promotion and Public Health Council),制定国家健康改善战略;补贴社区服务中心110亿美元,提高服务可及性;全国性医疗救助计划的报销项目需要囊括至少两种慢性病;增加老年人医疗照顾项目的预防性服务的报销比例至100%;建立社区为基础的医疗服务协作网络(Community-based Collaborative Care Network Program),整合医疗资源,为低收入和保障不足的人群提供服务。在规范医疗服务方面,通过成立非营利性“患者导向医疗质量研究所”(Patient-Centered Outcomes Research Institute),强化医疗服务成本效益监控;推广标准化的电子医疗信息系统来提高效率;同时规范医师行为,降低不必要医疗服务等。

除此之外,法案对医疗照顾、医疗救助和儿童保险3个公共项目作了微调,包括报销比例、覆盖比例、服务范围、付费方式等内容。虽然医改法案通过,但这并不意味着能够顺利实施。在实施过程中,依然存在着变数和潜在的问题:一是法案宣称既要扩大医保覆盖面,同时又要缩减政府赤字,这样的目标能否实现尚是一个问号;二是政党争斗未有穷期,共和党人一直寻找机会攻击医改的破绽;三是保险公司的暂时消停,不意味着一向主宰自己命运的保险公司未来会平静地接受政府的监管。

## (二)实质:体制性冲突及其弥合

医疗保障产品具有很强的公共属性,很多国家通过建立一个公共项目来覆盖多数人群。不管是国家卫生服务还是社会医疗保险模式,政府都发挥了主导作用。而像美国这样的经济发达国家,对几乎全体劳动者65岁之前都不提供公共医疗保险,而由商业保险公司来提供,这是绝无仅有的。在市场机制作用下,一些弱势群体无法参保是必然结果。而奥巴马新医改本质上并没有突破市场主导的格局,还是由市场提供本应由政府提供的具有一定公共属性的医疗保险,这就是美国医疗保险的体制性冲突。这种自相矛盾的体制性困境并不是人为因素,而恰恰是美国社会经济环境导致的必然。市场崇拜和有限政府是美国深入肌髓的意识和传统。在享受市场带来的高效率的同时,牺牲部分政府功能,是一种无奈的选择,也是有得有失的必然结局。

面对美国医改中商业主导的历史宿命,奥巴马

连同克林顿一样,最初就是坚决说“不”,试图推出一种公共的项目把弱势群体包括进来,使得美国在经济发展和社会保障方面“鱼和熊掌兼得”。而结果是众所周知的,美国社会并不能接受这些,特别是保险产业发展足够强大,市场机制已经无所不能的情况下,克林顿认可了医改失败,而奥巴马则删去了关于建立政府医疗保险的条款才通过立法。

新医改方案作为对美国固有医疗保险体制性冲突的弥合,提出了医疗保险依然主要由市场去做,政府给予财政和税收支持,只有当实在不能从保险公司买到保险产品时,政府才能提供,这一做法无疑又巩固了市场在提供全民医疗保险方面的主体性地位;而作为一种妥协,政府将加强监管,通过设立费率管理机制来控制费率,政府规定保险公司提供“基本服务包”,同时强制保险公司接纳已有病史的参保者,这种弥合并没有动摇以往政府只管老人、儿童、穷人的医疗保障,而市场负责提供大部分人医疗保险的格局。

## 启示

医改是个世界性难题,但并不意味着各国面临着完全同质的问题。美国医改有其特殊性,与我国相比,至少有几个重大不同:

第一,社会基础不同。美国是高度市场化的国家,崇拜市场并遵循“小政府”的理念妨碍了政府在医疗领域有更多的作为,仅能作为监管者和为弱势群体提供保障的“守夜人”;而我国正由计划经济向市场经济转型,政府承担公共服务是社会和传统文化的必然逻辑。

第二,医疗领域内部结构性质不同。中美虽然都是医患保三方结构,但美国的供需双方都是以市场为主体,公立医疗机构和政府保险项目起辅助作用,奥巴马医改依然遵循了这一结构性质,而我国医改无论在供方还是需方都是政府承担了主要责任,市场机制仅为补充。

第三,在这样的内、外部环境下,医改范畴和重点自然不同。美国医改的重点就是医疗保险,其次就是公共卫生领域,在医疗机构和药品产业方面并没有体制性改革任务;而我国医改面临四个领域的改革任务,而重点难点就在医疗机构和药品改革领域。

第四,改革难易程度不同。如果把政策简单分为形成环节和执行环节,虽不能断言美国医改执行没有问题,但主要还是难在形成环节;而我国医改难,主要不在政策形成环节,而在于政策执行和落实。相比而言,笔者认为中国的医改具有显著的制度优越性,但改革任务也更加艰巨。因此,中美医改不能简单类比,大而化之地进行借鉴。

但是,应该看到,美国医改同中国医改之间,也有一些相通之处。首先,中美医改的经济发展基础都有区域发展不平衡和个人收入差距大的问题。因此,医改的一个重要目标是改善参保的公平性。其次,除了医扩面,美国也同时强调初级卫生诊疗和公共卫生的作用,例如强调社区医疗服务、预防服务和对慢性病的防控,并给予重点补贴,这同我们通过强化社区卫生和公共卫生提高医疗可及性并控制成本的改革理念是相通的。再次,两国都试图通过制度安排,规范医师行为(如减少过度医疗)从而提高服务成本—效益。研究美国医改的内容和做法,结合我国医改的实践,可以在以下方面得出启示:

第一,不管美国医改结果如何,从其改革的动因、初衷以及问题的实质来看,在一个国家建立由政府主导的公共医疗保险项目,辅之以市场提供的商业健康保险,这种模式还是具有一定优越性。我国医疗保障制度选型体现了这种理念,应该坚持发展

和不断完善。

第二,政府和市场合理分工是实现可持续发展的决定性因素。美国医改要解决的问题是如何在市场失灵的情况下实行政府干预。因此,他们试图通过有管制的竞争提供医疗保险和医疗服务。而我国基本医疗保险和医疗服务由政府主导,需要解决的是政府失灵后如何引入市场机制来提高效率。

第三,美国没有将改革的重点放在医疗机构和药品产业上面,是由于这两部分不存在体制性改革任务,不能简单得出医疗机构和药品产业在我国也不需改革的结论。从我国国情出发,系统而联动地推进四个领域的改革,特别是强化医疗机构和药品产业的改革是必要的。

第四,美国医改要求保险公司提供预防性服务,这是将“以治疗为导向”的保险向“以健康为导向”的保险转变的必由之路。我国应该借鉴这些做法,积极推动医疗保障项目的转型,从促进人民健康的角度设计保险项目。

第五,在美国医改政策中,财税政策的运用是平衡利益的杠杆和筹资的主要来源,其中有对不同收入的家庭和人员实行差别补贴和征税的政策。显然,这种政策的精细化程度较高,管理针对性也强。当然,这需要依托完善的收入管理系统。未来我国的医保也应该逐步实行基于家庭收入的差别财税政策,以提高政府补贴效率和参保的公平性。

#### [参考文献]

- [1] OECD. OECD Health Data 2009: Statistics and Indicators for 30 Countries[EB/OL]. OECD, [http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_37407,00.html).
- [2] OECD. OECD Health Data 2009: How dose the United States Compare[EB/OL]. OECD, [http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_37407,00.html).
- [3] L. Clemans-Cope, B. Garrett. Changes in Employer-Sponsored Health Insurance Sponsorship, Eligibility, and Participation: 2001 to 2005[R]. Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, No. 7599,2007; J. Gruber. Covering the uninsured in the U.S.[R]. NBER Working Paper, No. 13758,2008.
- [4] C. Schoen, S. Collins, J. Kriss, M. Doty. How Many are Underinsured?Trends Among U.S. Adults,2003 and 2007[J]. Health Affairs, 2008,27(4):298-309.
- [5] Mark Pearson. Disparities in health expenditure across OECD countries: Why does the United States spend so much more than other countries?[R]. OECD Written Statement to Senate Special Committee on Aging,2009-09-30.
- [6] David Carey, Bradley Herring, Patrick Lenain. Health Care Reform in the US[R]. Economics Department Working Paper, No. 665,2009.

(责任编辑 陈庆初)