

奥巴马政府的医改政策及评价

刘丽杭*

中南大学政治学与行政管理学院 湖南长沙 410083

【摘要】奥巴马的医改政策主要是通过减少政府干预和利用竞争机制,降低医疗服务成本和保险费用门槛,改善医疗服务质量,以及完善预防保健服务与信息技术,逐步建立全民医疗保障制度;同时,通过建立国家卫生服务与医疗保险监管机构,加强对医疗服务与保险费用的监督与管理,以建立一个高绩效的卫生保健服务与保障体系。

【关键词】卫生改革;医疗保险覆盖;卫生体制

中图分类号:R197 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)05-0037-05

Obama's Health Plan and the appraisal

LIU Li-hang

Politics and Administration College, Central South University, Hunan Changsha 410083, China

【Abstract】Obama's Health Plan tries to provide universal coverage to all citizens, through reducing government intentions and increasing competition, decreasing cost of the medical services and the threshold of the premium, improving the quality of medical service, and even through reinforcing preventive care and health information technology. While, it aims to establish regulation authority to supervise health service and health insurance institutions. It expects to create an efficient health care and health security system through reinforcing the supervision and management of medical services and premiums.

【Key words】Health care reform, Medical insurance coverage, Health system

共和党小布什政府执政 8 年,一直主张将社会福利民营化以提供人们多元化选择,并将社会保障私有化的改革推进到一个实质性的实施阶段^[1-2]。2003 年 12 月,小布什总统签署了《医疗保险现代化法》(The Medicare Modernization Act),这是共和与民主两党国会自由派和保守派议员经过激烈的政治博弈之后所达成的妥协的产物,从 2006 年 1 月 1 日起正式实施,其主要内容是:(1)在医疗保险的承保范围中增加处方药;(2)给予老年人更多的医疗保健选择,使他们能够获得所需要的医疗保险和保险种类;(3)建立个人医疗储蓄账户。小布什认为,已经实施近 40 年的老年医疗保险计划(Medicare)未能与医学进步同步发展,并声称该项立法是医疗保险计划实施以来,扩大美国老年人医疗保险覆盖面中最大的进步,由于有了这项法律,联邦政府终于使美国老年人能够得到应该享有的现代医疗服务技术与药品,即通过对全体美国公民征税的方式向老年人和残疾

人提供处方药,这也代表着 40 年来政府对卫生服务领域干预度最大的一次扩张^[3-4]。尽管这一措施减少了选择和竞争,但是,另外一个配套措施,个人医疗储蓄账户(Health Savings Accounts, HSA)会在另一个方面增强了竞争机制的力量。个人医疗储蓄账户是《医疗保险现代化法》首次创建的,起始于 2004 年 1 月,基本思路是将工薪税(Payroll tax)的一部分转移到个人医疗储蓄账户上,以解决因“婴儿潮”一代进入退休而带来的日益突出的老年退休金不足问题^[3-5]。它的建立是美国医改政策的一个里程碑,进一步强调了公民个人在选择医生和医疗保险,自己持有保单,以及为未来的卫生保健需要进行储蓄的权利;同时,它改变了原来医疗费用补偿扭曲的激励机制,即根据工作效果而不是工作量来给予提供者补偿,以及鼓励提供者争取病人而展开竞争,而不是争抢政府的医疗计划和网络^[3,6]。尽管个人医疗储蓄账户只是一次程度不深的改革,但却具有革命

* 作者简介:刘丽杭,女(1963 年-),博士,教授,主要研究方向为公共管理与公共政策,E-mail:liulihang@xysm.net。

性的意义。它使政府的医改政策向其所要遵循的首要原则回归,即个人应该拥有卫生保健自主决策的权利,并提出消费者的选择和竞争原则可以适用于与卫生服务相关的所有领域,国会不得制定任何鼓励或阻碍特定医疗措施或医疗费用补偿方式的法律,个人签订医疗服务合同的权利不得受到侵犯。它的主要目的是扩大病人的选择范围及确保病人的选择权,这一改革措施应该说在美国医改进程中迈出了意义深远的一步,即使卫生服务提供者把注意力集中到消费者的需求上,并促进供需双方关注卫生服务的效果与绩效,以及卫生服务模式的创新^[3,6]。

小布什政府所实施的这些改革涉及到了美国医改的方方面面,是自1965年美国老年医疗计划实施以来最大的一次改革。但是,从其改革的对象和范围来看,目的不是为了将医保覆盖面扩展到全民,而是为了给老年人群提供更方便的医疗保障与改善医疗服务的可及性,在推进全民医保方面比克林顿政府时期反而有所后退,这也导致了美国社会的普遍不满。2007年的一项调查显示,56%的民众认为目前美国的医疗服务与保障系统存在严重问题,还有17%的民众认为美国整个医疗服务与保障系统已经处于危机边缘^[7]。

1 奥巴马的医改政策

以改革的清新之风赢得民众青睐的奥巴马自然不会放过万众瞩目的医改,在竞选时他就明确提出,借鉴加拿大式的卫生保健服务模式,将医疗保障覆盖所有美国公民。其改革的基本指导思想围绕着降低医疗服务成本与保险费用门槛,提高服务质量,完善预防保健服务与信息技术等措施,以逐步实现全民医疗保障;同时,通过建立国家卫生服务与医疗保险监管机构,加强对医疗服务与保险费用的监督与管理,以建立一个高绩效的卫生保健服务与保障体系。奥巴马所希望的是如何找到一种方式扩大社会医疗保险的覆盖面,让数以百万计没有医疗保障的美国公民能够获得保障,因此,在奥巴马上任后,全方位的医改工作就成为了新一届政府的重中之重^[8]。

2009年3月5日,奥巴马在白宫主持了关于美国医改的讨论,承诺在2009年年内实施医改。参与讨论的人员来自50个州9000人,争论的焦点是政府主导还是发挥市场机制的作用。参与讨论者事实上并不质疑政府是否应该发挥作用,而更多的是关

注政府在改革后的卫生服务系统中作用的范围,即“政府的边界”。奥巴马政府在《总统经济报告》中对此争论做出了明确表述,即将政府在卫生领域的作用定义为,“投资公共卫生和社区卫生服务基础设施建设,为全体居民提供基本的公共卫生与医疗服务”;同时也重申,要“基于市场机制来提高医疗保险的覆盖率,并充分发挥市场机制在改善医疗服务绩效方面的作用”,以及通过体制创新和扩大市场规模,在医疗保险领域增加个人的自主选择权和可移动性^[9-10]。奥巴马政府和国会都认为,在庞大的卫生保健支出上做一些实事将更加适宜,而不是进行一场政策战争,也就是说,奥巴马不愿陷入前任克林顿总统医改方案失败的旋涡,而贸然实施彻底的、激进的“全民医保”改革。无论是民主党还是共和党,医疗服务的提供方、保险方还是参与方都达成了明确共识:美国的医疗服务与保障体系面临严峻挑战,并亟待改革^[7,10]。

奥巴马在上任两个月后就在白宫成立医改办公室,其医改政策的基本点归纳为以下几个方面^[10-11]:

(1)全民医保,不减少财政卫生支出。为全体美国公民建立一个所有人可以支付的、可以得到良好服务的医疗保健体系,通过建立统一的筹资(支付)机制,由政府负责筹资(将提高富人——年薪25万以上人群的税率以支付医保费用)。让原本无法获得医疗服务的居民享有医疗保障,通过统一的支付机制来实现全民医保,并强调政府主导和规范医疗服务提供行为,逐渐废除现在以雇员为基础的医保制度,取而代之的是依靠政府执行的一揽子计划,以有效控制成本。

(2)基于政府主导的有管理的竞争模式。所提供的卫生服务,以及参加保险的费用由政府决定,基于市场机制来促进医院和保险公司的竞争,以改善管理绩效和提高服务质量。即在同一地方提供多个医疗保险计划供居民选择,通过居民自由选择和医疗服务与保险机构之间的竞争来降低成本,并由政府指定医疗服务的范围与参保的费用;

(3)政府给雇主(公司)的巨额医疗保险提供补偿,并建立一个“再保险”计划。把原本要公司或者个人支付的保费由政府来埋单,以转移公司的福利负担,最终让纳税人均摊。因此,这一计划就是把公共保险计划越做越大,把私营的保险计划逐步挤出市场,最终走向加拿大式的全民保险体制。

(4)加强预防保健。针对疾病谱的变化和传染

性疾病的挑战,进一步加强慢性病普查和计划免疫工作,以及慢性病管理等预防保健和健康促进措施,完善预防保健服务与信息技术。

(5)放行“再进口”药。所谓“再进口”药是指美国研制出来的药品再从国外进口回来。这主要是因为包括加拿大在内的大部分国家,都实行了药价管制,他们拒绝用市场价格收购美国的药品。美国制药公司只好另外规划海外市场,给他们优惠的价格(品牌药品价格只有美国的2/3),当然批量生产药品的费用比研发的支出要少很多,但正是因为美国民众付了实价,承担了主要的研发费用,这些国家才可能搭上顺风车。而且法律上,也保障了这种不同价格的平行市场互不影响,如美国海关及边防机构和联邦药物管理局宣称,从国外购药带入美国,从原则上讲是非法的。

(6)建立联邦医疗保险与医药企业价格谈判机制。此前《联邦医疗保险法》禁止联邦政府在药品价格上与医药公司进行谈判。其主要目的是降低药品价格,减轻政府的医药费用负担。

(7)加强医疗服务领域的监管,建立联邦医疗服务监管委员会。主要监管医药技术的适用范围、办理医疗保险的手续、医护服务质量和水平,并对医疗服务效果及相关费用进行评审。

2009年5月11日,奥巴马总统又邀请包括由保险公司、医院、医生、制药商和工会组成的六大团体(包括美国医学会、美国健康保险计划、美国医院协会、服务业雇员国际工会和美国药品研究与制造商协会等),一同商讨节省医疗成本的方法。这些利益集团承诺,每年将把医疗保健开支增幅降低1.5%,直到2019年,即通过减少文书工作、改变医院向病人发出账单的方式等措施来削减成本,以保证在未来10年内让医疗服务成本减少2万亿美元(每个家庭每年节约2500美元)^[12]。一些政府官员也指出,即使医疗成本能够在未来10年减少2万亿美元,卫生总费用支出每年预计还是会增加大约7%,但是,如果有关改革措施能够改变“游戏规则”的话,最终将弥补长期的财政差额^[12]。

针对奥巴马的医改主张,美国社会出现了不同声音,提出了各种反对之声。有人质疑奥巴马的改革措施将使美国的医疗服务市场变成一个实际在政府严厉管制之下的“伪市场”,不可能有真正的自由竞争,这也违背了美国社会的价值取向。也有不少经济学家提出:雇主购买方案实际上增加了企业税负,以及雇员

工的成本,如果全面实现,将会引发失业现象(约31.5万居民将失去工作)^[10-11];还有人担心,如果继续扩大医疗救助计划和各州儿童医疗保险计划将会产生以下负面影响:(1)经济学上的挤出效应,由于政府医疗保障计划比其他商业保险方案费用要低,因此,居民将会放弃已购买的商业保险;(2)扩大政府保障范围将加重政府财政负担,本应个人支付的保险费用转嫁给联邦和州政府,消耗了其他纳税人的钱,出现财富上的强制再分配^[11]。客观地说,美国社会信奉个人主义价值观,对政府无限制膨胀的做法非常敏感。然而,随着时代变迁,金融危机加剧,经济形势恶化,失业率激增,财富缩水,奥巴马所提出的改革政策能够得以大行其道。美国政府的历次医改都因重重阻力无功而返,或许这次真能有所不同。当然,改革能否真正成功还将拭目以待。

如果不改革而继续推行前任总统小布什的减税政策,在美国卫生保健支出适度增长的前提下,到2050年时社会福利支出将占国内生产总值(GDP)的19%,这是一个庞大的数字,作为继任总统奥巴马不可能无动于衷^[8-9]。目前,奥巴马和他的团队正在和国会的领导人商讨一个巨额的经济刺激计划,其中包括两年内4000亿美元的医疗保健费用支出,最可能受益的是贫困医疗救助计划(Medicaid)和电子病历,这两项工作都是奥巴马在美国经济衰退以前就已经在致力推动的。同时,美国国会议员也正在起草医改政策的具体细节,将在今年6月提交国会讨论^[7,12]。

2 评价

奥巴马政府之所以选择保守的改革方式,与美国私人医疗机构和保险公司的利益游说是密不可分的。美国医院财务系统是一个庞大而复杂的行业,医疗服务定价极为复杂。每个医院都制订了自己的医疗服务价格表,并对外公布,定期更新。但是,医疗服务费用的实际支付并不一定按照这一对外公布的价格表执行。因为各保险公司在与医院签订每一份健康计划合同时,都要就该计划中医院应提供的医疗服务范围和价格与医院进行协商,因此,在同一个医院的同一项医疗服务所面对的不同医疗保险机构的价格也有所不同。这就导致了医疗服务费用“苦乐不均”的局面:在美国,20%的人群占用了80%的医疗费用。而无保险的人群则在一定价系统下处于劣势,不仅享受不到雇主型医疗保险的免税待

遇,而且,由于没有保险,也不能享受医院医疗服务的折扣(签约折扣)。这也就形成了美国医疗市场中的一对矛盾:一方面,医疗服务系统为已经享受医疗保险的人群提供不必要的医疗服务,造成医疗资源的浪费;另一方面,对那些无保险或医疗保险不充分的人群,医疗服务系统不能提供其必要的医疗服务^[7,11]。如果按照奥巴马政府所描述的目标,为全体公民建立一个所有人可以支付的、可以得到良好服务的医疗服务与保障体系,需要非常强大的政府财政支持。在美国经济严重衰退的今天,政府正面临着有史以来最为庞大的财政赤字,美国的政治、经济力量很难支持这种彻底的体制改革,经济危机将比理论战争更容易阻止卫生保健服务体系的重建。但是,奥巴马和许多政客从美国的金融危机中发现了极好的政治机会,很多美国人认为此次金融危机必须彻底改革卫生保健服务体系,而且,摆脱金融危机也必须依靠改革卫生保健服务体系,顺应民意,为此,奥巴马和他的新一届政府开始在彻底改革上加注^[9,12]。

在任命前任参议院多数党领袖 Thomas A. Daschle 担任白宫医改办公室主任和美国健康与人类服务部(HHS)部长以后,奥巴马的医改政策就已明确,他会坚定不移地实现自己在竞选中的承诺。但是,由于有克林顿政府医改方案未获得通过的前例,奥巴马政府意识到,医改能否成功关键在于是否能说服大部分中间人群相信医改对他们有利^[9,11]。目前,还没有迹象显示,奥巴马会把减少支出作为医改的起点。近10年来,美国卫生保健费用的增长速度是其他物价上涨速度的4倍,个人收入中增长的部分基本用于支付上涨的卫生保健费用。相关研究显示,在美国每辆汽车成本所分摊的医疗费用甚至比汽车的用钢成本还高,国家正在承担超过其承受力的、不断增长的卫生保健费用支出。为了平衡预算,政府不得不削减各种社会福利,而中间人群对改革的要求已经达到了极点,这可以帮助奥巴马政府对抗那些足以扼杀所有努力的既得利益集团。因此,奥巴马坚持认为对卫生服务与保障体系的彻底改革是经济复苏必要的组成部分,强调医改不可拖延^[9,11]!在民主党内部,奥巴马政府也一直受到来自国会的压力,必须坚定不移地实施医改。国会几个有影响力的委员会主席一贯认为,医改工作是绝不能动摇的优先领域,并计划在2010年启动立法改革程序^[9]。当然,相关利益团体一旦发现医改政策和措施可能损害其利益时会立刻撤退,甚至反戈一击。

现在,美国各界在医改的许多主要问题上已经达成了大致统一的意见,如扩大对低收入人群医疗保障的政府补助,鼓励竞争,保险公司必须接受患者投保,信息化建设,鼓励拓展预防保健服务,而非仅仅鼓励对疾病的治疗,通过减少医疗误差,改善医疗服务质量等。由于民主党已经控制了参众两院,很多事情将不会遇到太多的阻力^[9,11]。但是,还没有确定“钱从哪来”的问题。根据奥巴马总统所倡导的医改方案,每年的医改费用将超过1 000亿美元,这笔钱将主要来自年薪超过25万美元高收入者的增加税收,其余来自医改后效率提高所产生的结余(有没有这么多结余还有争议);而且,奥巴马总统还宣布停止小布什政府期间的减税政策可能因为经济衰退而推迟,将不得不寻找其他资金支付医改中的短期投资,并希望新的医保体系在10年后可以实现自给自足。因此,这些短期投资可能来自于将医改的启动部分包装为经济刺激政策,即从产业角度提出医改的大规模刺激计划^[9]。由于经济衰退,社会公众可能会更加宽容地接受财政赤字用于刺激经济恢复,现在既然可以印7 000亿美元挽救银行,那么,再印1 000亿美元用于医改计划也是可以接受的。然而,美国《Business Week》指出,美国医改在短期内只可能是渐进式的改革,实质性的、全国范围的改革仍然是一个长期任务^[9]。

3 启示

全世界没有一劳永逸的卫生服务与医疗保障体制,随着社会发展、年龄结构及疾病谱的变化,每个国家都会面临卫生保健服务与医疗保障等方面问题,由于医药卫生领域本身就是“国家投入,国家消费”的行业,其发展离不开卫生政策提供的大环境。

美国医改的博弈过程主要是基于政党之间不同的价值取向,以及由此产生的是政府主导还是基于市场机制而展开。奥巴马医改政策的主要特点在于,充分认识到卫生服务是一个具有很强外部性的问题,提供者所采取的任何措施都有可能对整个社会造成巨大的影响,如果国家听任提供者和消费者自己选择治疗方案,他们就可能采用对自己最有利,而对社会可能不利的方案,因此,卫生服务与保障行为不能完全交给市场,而必须有更好的管理措施,即政府主导;但是,在所实施的措施中,又必须注意到,社会是由一个个个体组成,只有尊重每个个体的利益,这些改革措施才具有实际价值。因此,基于政府

主导的原则,奥巴马医改政策将宏观层次的社会公正、卫生服务的可及性与可获得性与微观层次引入适度的、有管理的市场机制有机结合起来,以改善卫生服务供给与医疗保障系统的效率,这不仅有利于遏止医患合谋、道德风险、功利诱导、控制医疗费用上涨等;而且,还通过税收优惠政策等措施,积极推动企业辅助和个人商业健康保险,以分摊医疗保障的财政压力,这也在一定程度上约束卫生服务领域的道德风险,进而实现各方面利益的平衡,这对落实并实施其医改计划具有较强的推动作用。

参 考 文 献

- [1] Ginsburg P B. High and Rising Health Care Costs: Demystifying U. S. Health Care Spending[R]. The Robert Wood Johnson Foundation, 2008.
 - [2] Wagstaff A. Social health insurance reexamined[R]. The World Bank, 2007.
 - [3] Kaye N. Innovations in State Health Reform: Improving the Delivery of Care[R]. National Academy for State Health Policy, 2009.
 - [4] Campbell A L. How Policies Make Citizens: Senior Citizen Activism and the American Welfare State[M]. Princeton University Press, 2003.
 - [5] Furman J. Health Reform Through Tax Reform: A Primer[J]. Health Affairs, 2008, 27(3): 622-632.
 - [6] Chernew M E, Rosen A B, Fendrick M. Value-Based Insurance Design [J]. Health Affairs, 2007, 26(2): w195-w203.
 - [7] Obama B. Plan for a Healthy America[EB/OL]. <http://www.barackobama.com/issues/healthcare/#coverage-for-all>.
 - [8] Arrow K, Auerbach A, Bertko J, et al. Toward a 21st-Century Health Care System: Recommendations for Health Care Reform[J]. Ann Intern Med, 2009, 150(7): 493-495.
 - [9] Laszewski R. A Detailed Analysis of Barack Obama's Health Care Reform Plan[R]. 2008.
 - [10] Cannon M F. Does Barack Obama Support Socialized Medicine? [R]. 2008.
 - [11] Cutler D M, Delong J B. Why Obama's Health Plan is Better[J/OL]. The Wall Street Journal, 2008-09-16.
 - [12] Juvan J E. Reforming America's Health Care System: Barack Obama's Health Care Plan[EB/OL]. (2008-12-08) <http://www.juvanshealthlawupdate.com/2008/12/articles/2008-presidential-campaign/reforming-americas-health-care-system-barack-obamas-health-care-plan/>.
- [收稿日期:2009-04-15 修回日期:2009-04-23]
(编辑 田晓晓)

· 动态讯息 ·

《柳叶刀》杂志发表文章批评盖茨基金会扭曲全球卫生研究议程

2009 年 5 月 8 日,《柳叶刀》杂志的文章说,盖茨基金会没有投入足够的资金用于实施已经得到证实的干预措施;在高风险研究上投入过多,代价是损害了更容易提供的方法;而且直接提供给发展中国家有能力的研究机构的资金很少。英国伦敦大学学院国际卫生与发展中心的高级研究员 David McCoy 说,该基金会是全世界最大的私营资助组织,而且“在全球卫生的架构和政策议程方面都拥有巨大的影响力”。McCoy 研究组分析了该基金会在 1998 年 1 月到 2007 年 12 月之间资助的项目,结果发现该基金会捐助了将近 90 亿美元,分布在从 3 500 美元到 7.5 亿美元的 1 094 个项目上。大约 65% 的项目仅仅资助了 20 个组织,而低收入国家仅仅直接获得了 5% 的资助。约翰·霍普金斯大学公共卫生学院的 Robert E. Black 及其同事写道,盖茨基金会的最佳角色是从事低风险、高回报的研究,诸如用于治疗腹泻的

口服补液疗法或含锌制剂药片,而非它的高风险、高回报的方法。Black 及其同事也批评了该基金会缺乏对低收入和中等收入国家的直接资助。

盖茨基金会全球卫生项目的执行理事 Tadataka Yamada 于 2009 年 4 月 30 日在英国伦敦举行的一场新闻发布会上重申了该基金会的促进技术的立场。“在根本上,我们相信基于技术的解决方案对于最贫穷的人们是最具成本效益的”。该基金会拒绝在《柳叶刀》杂志上发表一篇回应,但是它告诉美联社说:“我们欢迎这篇文章及其发现。我们特别关注如何把我们的资源用在重点问题上,而且我们经常寻求来自外部专家和利益相关方的反馈。最终,我们使用最好的判断去决定我们的资助能在何处最大限度地实现减少全世界的卫生不平等。”

(来源:科学与发展网络(SciDev.Net); 摘编:何平)