

# 奥巴马政府卫生改革分析

刘晓红\*

中国社会科学院美国研究所 北京 100007

**【摘要】**随着金融危机的爆发,卫生费用的不断攀升和个人、企业、政府支付能力恶化使美国卫生体系受到极大挑战。2009年美国奥巴马政府掀起了全国上下的卫生改革大讨论,将卫生改革由道德必要性上升到经济复苏的财务必要性高度上。本文论述了奥巴马政府卫生改革的必要性,介绍了奥巴马政府卫生改革的紧迫性、参与者达成基本共识、方案灵活和现实等特征,以及在改革中倍受关注的政府与市场争论、预设临终关怀计划及降低老人健康照顾费用增长率等焦点问题。

**【关键词】**卫生改革;无保险人群;雇主型健保

中图分类号:R19 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)12-0042-05

## Health care reform in Obama administration

LIU Xiao-hong

Institute of American Studies, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100007, China

**【Abstract】** At a time of economic crisis, with the escalating cost of health care, the families, the businesses and U. S governments are all facing the greatest threat to their fiscal health. Obama administration launched national health reform forum on March 2009. Health care reform is no longer just a moral imperative, it is a fiscal imperative. This article analyzes the imperatives, the features, the barriers and arguing issues in Obama's health care reform. Other relative issues are discussed as well in this article, such as the relationship between the government and the market, the hospice plan, and cost containment of Medicare, etc.

**【Key words】** Health care reform, The uninsured, Employer-sponsored health insurance

拥有占GDP15%的健康医疗产业,世界一流的医药创新技术,却承受着高昂的健康费用,美国的卫生体系是发达国家中唯一没有全民健保的卫生体系,多年来一直受到众多争议。历届美国政府改革中,健康保险改革都是国内改革的重头戏,也是争论的焦点。奥巴马政府也不例外:竞选打起健康保险改革旗号,2009年初发起全民大讨论,并誓言年底通过健康保险改革。

### 1 奥巴马政府卫生改革的必要性

卫生费用的不断攀升,多种因素促成健康需求增加,金融危机爆发,政府、企业和个人支付能力的下降,需求和支付能力的不相符,让奥巴马政府迫切需要进行健康保险改革。奥巴马政府将卫生改革从道德必要性上升到财务必需性的高度,认为要想改变美国国内的经济状况,创造就业,政府必须在2009年进行健康保险改革。

#### 1.1 卫生费用的不断攀升

美国的卫生费用持续快速上升,2008年美国卫生总费用几乎达到GDP的17.6%,比1994年高出3个百分点(每个百分点等于1400亿美元)。健康保险费用增加,保险偿付的起付线提高和共付比例上升。过去8年中,健康保险费翻番,比同期工资增长率高3.7倍<sup>[1]</sup>,对家庭和企业造成压力。例如,1996年和2006年比较,雇主型健康保险中,雇主和雇员支付的家庭年均保费由6462美元上升到11941美元,增长了85%。

#### 1.2 多种因素促成健康需求不断增长

人口老龄化、期望寿命的不断提高,医疗诊断技术和治疗水平的不断进步,慢性疾病人群发病率增加,都推动了医疗需求的不断增长。金融危机爆发,美国失业率上升到两位数,生活水平下降和精神压力增加,将进一步长期推升对医疗服务的需求。全

\* 作者简介:刘晓红,女(1972年-),助理研究员,主要研究方向为健康政策研究,美国经济。E-mail:lliuXH@hotmail.com

球传染性疾病,如 H1N1 等疾病的爆发和防治,将在一定程度上扩大对医疗服务的需求。

### 1.3 健康保险覆盖率降低

金融危机的爆发,失业率升高导致雇主型保险覆盖人数下降,政府型保险覆盖人数增加,无保险人群增加。据最新数据,美国私人健康保险覆盖人数由 2007 年的 2.02 亿人(67.5%)下降到 2008 年的 2.01 亿人(66.7%);无保险人群数由 2007 年的

4 565 万增加到 2008 年的 4 634 万人,增长 0.1%,达到总人口的 15.4%。按年龄分类,18 岁以下和 65 岁以上无保险人群数量下降,而 25~44 岁无保险人群数量上升。<sup>[2]</sup>根据最近研究报告估计,当失业率增长 1%,无保险人群增加 110 万人。2009 年 8 月,美国失业率达到 9.7%,远远高于 2008 年 5.8% 的平均水平。失业率的剧增,增加无保险人群 400 万,达到现在的 5 100 万。<sup>[3]</sup>

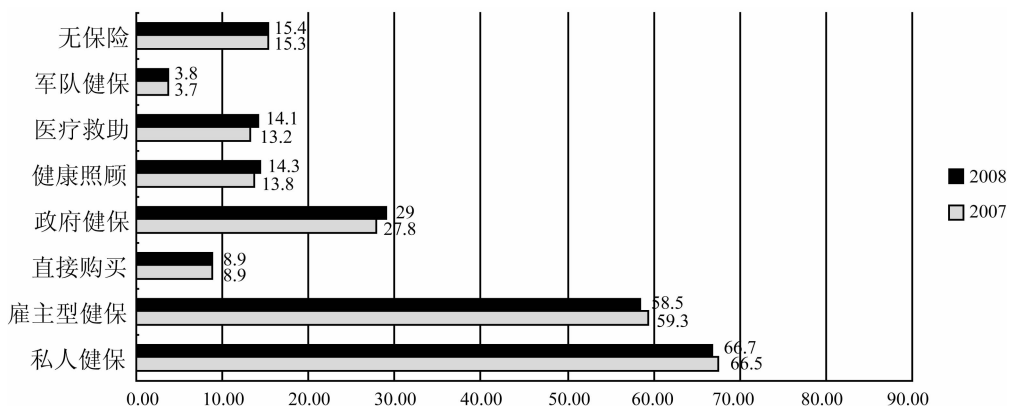


图 1 2007、2008 年美国健康保险构成状况 (%)

数据来源:U. S. Census Bureau, Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States;2007,2008

注:私人健康保险和政府健康保险有重叠部分

### 1.4 个人、企业、政府支付能力恶化

金融危机使很多人失业、失去住房、家庭医疗保障水平下降,人们对经济的悲观预期又进一步加剧了这种境况。低收入家庭将家庭收入的 20% 用于健康保险,个人破产中有 60% 是因为难以支付高昂的健康费用。无保险人群的健康保险费用远远高于雇主型健康保险费用,若要获得健康保险,他们中 1/3 的人要花费 10%~49% 的收入,1/4 人群要花费超过 50% 的收入,7% 人群因为既往史而不可能获得健康保险。

对于企业而言,疲软的需求让企业面临更大的生存压力,高额的健康保险费用减弱了企业的竞争能力,同时,私人健康保险市场的高额费用,让中小企业难以参保,将 18% 的 18~65 岁人群推进无保险人群。

对于政府而言,失业率上升 1%,州财政收入下降 3%~4%,医疗救助和联邦儿童医疗保险(State children's health insurance program, SCHIP) 的申请人上升 100 万人,无保险人群上升 110 万人。<sup>[4]</sup>政府财政收入下降,失业申请、医疗救助、SCHIP 人群增

加,政府支出增加,收支不平,压力倍增。同时无保险人群或低保险水平人群得不到及时的就诊,大病后到急诊获得治疗是唯一获得治疗的途径,这给医院和政府增加更大的财政风险。政府健康保险覆盖人群由 2007 年的 8 300 万人上升到 2008 年的 8 740 万,其中医疗照顾覆盖人群由 2007 年的 4 140 万人上升到 2008 年的 4 300 万人;医疗救助覆盖人群由 2007 年 3 960 万上升到 2008 年的 4 260 万人。

与此同时,健康保险公司的盈利却屡创纪录,从 2000 年到 2007 年,最大的 10 家健康保险公司利润由 24 亿美元上升到 129 亿美元,增长 428%。<sup>[5]</sup>民众、企业和政府对于美国国内健康系统现状不满增加,供需双方矛盾加剧将加快美国卫生改革的步伐。

## 2 奥巴马政府健康保险改革进展和特点

### 2.1 奥巴马政府健康保险改革的进展情况

奥巴马政府吸取克林顿政府卫生改革失败的教训,鉴于卫生改革的复杂性,没有提出具体方案,只提出改革的 8 项原则:(1)为企业和政府降低医疗费

用的长期增长率；(2)保护家庭不因医疗费用造成破产或陷入债务；(3)保证个人选择医生和医疗计划的权利；(4)投资于预防和保健；(5)促进患者安全和医疗质量的提高；(6)为所有美国人提供有支付能力的、高质量的医疗覆盖；(7)当你改变或失去工作时，仍可拥有医疗保险；(8)不再因健康既往史问题被健康保险公司拒绝参保。

在这8个原则下，国会的讨论和争议一直是个动态变化的过程，从收到和讨论一系列议案，再由议员们草拟议案，化解分歧，达成统一，2009年11月初将12个改革方案综合整理为两个改革方案。<sup>[6]</sup>这12个方案分别是：(1)参议院的金融委员会议案；(2)参议院的健康、教育、劳工和赔偿金委员会(Health, Education, Labor and Pensions Committee, HELP)议案；(3)众议院三委员会议案(众议院的筹款委员会、能源和商业委员会、教育和劳工委员会共同发布2009年美国可负担健康选择法案，即the American's Affordable Health Choices Act of 2009, HR3200)；(4)奥巴马总统议案；(5)参议员汤姆科伯恩(Tom Coburn)等议案；(6)众议员约翰丁格尔(John Dingell)议案；(7)众议员皮特斯达克(Pete Stark)议案；(8)众议员约翰科尼尔斯(John Conyers)议案；(9)参议员伯恩桑德斯(Bernie Sanders)议案；(10)参议员罗恩威登(Ron Wyden)等议案；(11)参议员霍华德贝克(Howard Baker)等议案；(12)众议员汤姆普赖斯(Tom Price)议案等。

将各种议案形成统一文本，必定要经历一番激烈的政治角力。2009年10月29日，众议院提出美国人可负担的健康法案(the affordable health care for Americans Act, HR3962)，该法案综合了参议院的HELP委员会议案、众议院三委员会议案等内容。11月7日，美国国会众议院通过该议案。此外参议院民主党正在以下两个法案基础上构建一个新的法案，参议院金融委员会的2009年10月13日提出美国健康未来法案，和健康、教育、劳动和赔偿金委员会2009年7月提出的可负担健康选择法案。

目前来看，参众两院两党在如何筹集改革资金方面比较容易达成共识，而对在民主党看来至关重要的改革内容——建立公共健康保险机构，双方的矛盾更难以调和。

## 2.2 奥巴马政府健康保险改革的特点

### 2.2.1 卫生改革迫在眉睫

与1994年相比，无保险人数增加，雇主型健康保险比例下降，医疗费用占GDP比例、失业率和预算

赤字占GDP比迅速增加，同时民主党在参议院中占多数席位和时局都有利于国内民众和党派达成共识，为改革进一步推行提供坚实的基础。

表1 2009年与1994年健康立法环境比较

	1994年	2009年
参议院(席位)	民主党(56), 共和党(44)	民主党(57), 共和党(40), 独立(2)
无保险人群(人数和比例)	3 970万, 15.2%	4 634万, 15.4% (2008年)
雇主型健康保险比例	60.9%	58.5% (2008年)
医疗费用占GDP比例	13.6%	17.6% (2008年)
雇主型医疗福利成本变化	3%	6.3%
失业率	6.5%	9.7% (2009年8月)
预算赤字占GDP的比例	2.9%	13.1% (2009年9月)

数据来源:各年度 www.census.gov 和 www.healthreform.gov 网站。

### 2.2.2 参与者多元化,政府、各利益集团达成改革共识

奥巴马此次健康改革提供公开讨论的平台，由白宫的健康改革小组组织国内自下而上的讨论，及时在网站上公布讨论结果和进展，增加公众和政治家的沟通和互动。随着金融危机的恶化，失业率增加、医疗福利成本攀升、政府预算赤字的剧增，参与人员呈现多元化，且有动力达成共识。2008年12月开始50个州的讨论，参与者有患者、医务人员、民主党、共和党人士、保险公司、医药、医疗器械公司、医院和社区人员。这次讨论主要不是健康系统需不需要改革而是集中在怎样改革上。

2009年5月12日，6个行业参与者：医院、医生、保险方、雇主、政府、医疗设备和医药公司达成共识，将在今后10年内医疗费用增长率每年降低1.5%，累计减少2千亿美元的医疗费用。这部分节省将用来覆盖4500万无保险人群的健康保险。保险公司也承诺将结束对女性参加保险的额外收费。这是医改中的一个标志性事件，标志着政府和各利益集团的改革意愿和共识的达成。

### 2.2.3 方案灵活和现实

美国卫生系统是复杂的，任何一个改变它的立法也是复杂的。奥巴马政府只提出了卫生改革的原则，将具体方案抛给了国会。医疗费用的迅速上涨拖累美国经济，导致许多家庭破产，医疗卫生支出成为政府预算中增长最快的部分，降低医疗费用成为改革的首要问题。改革焦点由原来的卫生改革转移

到健康保险改革上来,让改革的反对力量最小化,力图在 2009 年底通过健康保险法案。在这个问题上,各利益集团、政府、医疗机构易于达成共识,共同寻找解决方案。

在众议院的 HR3962 法案和参议院的法案中达成初步共识:改革医疗保险市场,禁止既往史的排除;取消基于健康状况、性别和职业的承保;减少自付医疗费用;取消生存期或年度保险上限;强制医疗损失率;定义保险计划的基本内容,完善保险信息披露和透明度,制定市场标准。

### 3 健康保险改革争论的焦点问题

从 2009 年初,奥巴马政府发起健康保险改革的讨论到现在,美国国内对奥巴马的健康保险改革充斥着反对和争论之声。提交的改革议案中也有体现,主要争议如下:

#### 3.1 政府与市场的争论

多数议案都建议改革健康保险市场,扩大保险覆盖面,对支付保费有困难的人群,提供一个可承担的健康保险选择。其中最有争议的议案建议创建一个公共的或政府运营的健康保险计划,在新的保险市场中与私人健康保险进行竞争。在奥巴马的健康保险提案中,建议形成一个健康保险交换中心,同时建立一个政府提供的健康保险计划,与私人健康保险计划竞争,降低保费增长速度,给国民提供一个低价高质的健康保险服务。所有的议案都建议建立州或联邦水平上的健康保险交换中心,让那些不能从雇主那里购买保险的人群或不够资格购买 Medicaid 和 Medicare 人群通过健康保险市场购买健康保险。在交换中心,所有的健康保险政策将拥有标准的福利,联邦补贴将帮助那些中低收入人群购买保险。

支持政府提供健康保险计划的议案认为:对那些没有健康保险的民众,公共计划可以提供优质的、负担得起的健康保险;同时公共健保计划将有助于减少日益增长的健康费用;老人健康保险制度也因为规模效益的作用,效率得以提高。对于支持者而言,要想全民健保,政府提供健保计划就是最基本的改变。他们认为保险最基本原则就是民众可承担成本,让尽可能多的人群进入健康保险池,相对健康人群分担重症患者的风险,这样才能让每个人都能承受突发、重大疾病的冲击。

反对者来自不同的阵群。他们认为:政府计划效率低下,并将成为所有私人健康保险公司的不公平竞争者。联邦政府过度管理健康保险市场,政府

将掌管健康系统。早在 20 世纪 80 年代,美国管理协会(American Management Association, AMA)利用冷战做文章,将国家医疗保险(National health insurance, NHI)界定为“社会化医疗”。利用美国人最深层的恐惧和信念,例如美国人对市场和选择的迷信、对政府效率和官僚作风的怀疑、对增税的反感等,必将在全民健康改革中重新出现。保险公司也指出,除非政府强制健康人群购买健康保险,不购买人群交纳罚金,否则改革无效。

#### 3.2 降低老人健康照顾费用增长率问题

根据老人健康照顾和健康帮助服务中心估计,2008 年老人健康照顾费用达到 4 660 亿美元,如果按照现在项目运营下去的话,到 2019 年将翻番达到 9 319 亿美元。随着越来越多的人群进入老年人群,参加老人健康照顾人数增加,提供健康服务的人均成本增长速度加快,老人健康照顾费用将不断增长。

众议院三委员会的 HR3200 议案预计未来 10 年能让老人健康照顾费用少增长 5 630 亿美元,其中最大的一部分是来自政府对那些提供老人健康照顾优选计划(Medicare Advantage Plans)的私人保险公司的偿付上,预计能节约 1 560 亿美元。2009 年,这些私人保险公司的收入比在提供传统的老人健康照顾项目时高出 14%。<sup>[7]</sup>

其他法案也通过授权美国卫生福利部(Health and Human Services, HHS)来实现减缓老人健康照顾费用增长速度,例如通过尝试采用新的费用支付方式等。除了国会致力于减缓老人健康照顾费用增长速度外,医疗机构和行业集团也致力于自己的成本削减计划。医院、健康保险公司和医疗设备提供方向奥巴马政府承诺 10 年内将卫生总费用降低 1.5%,达到 20 000 亿美元。美国医院协会同意 10 年内在老人健康照顾上节约 1 550 亿美元,将采取减少院内感染率,通过投资健康信息技术节约成本、慢性病的联合治疗等方式来节约费用。制药公司许诺给老人健康照顾受益人品牌药(Brand drug)50%折扣。

按照奥巴马计划,通过多种方式来消除老年健康保险制度中的多重支付,提高老年健康保险的效率,就可以承担起疾病预防的成本。改革将减少老年健康保险制度项目下对私人健保计划的滥付费用,在整个健保体系中建立和谐、高品质的健康服务,进而扩大老年健保制度信托基金的偿付能力。反对方怀疑依靠 Medicare 的削减来确保健保改革融资是否现实,担心老人健康照顾项目费用的削减将导致受益人福利的削减,老人的健康服务能否得到

保障,是否获得适当的医疗服务。同时过度依靠老年健保制度节余来为庞大的健康保险改革融资,增加了奥巴马政府的改革风险。

### 3.3 预设临终关怀计划 (Advanced care planning)

不到 1/3 的美国人拥有预设临终关怀计划,其中包括一系列的司法文件,如生存意愿、永久委托书和保健代理,当他们无行为能力时,宣布他们的治疗偏好。当患者在临终医疗中不能表达自己愿望时,除非医疗服务提供方与病人家庭签定额外的医疗服务是无效的协议,否则医疗服务提供方将为患者提供全部的治疗。过去 20 年中,25% 的老人健康照顾预算都花费在 5% 受益人死亡当年,一名老人健康照顾受益人的平均临终医疗费用为 40 000 美元。

众议院三委员会提出的 HR3200 议案中允许老人健康照顾项目为预设临终关怀计划的咨询付费,该咨询每 5 年由受益人与医生、护士或医生助理之间自愿达成。自愿咨询将变成一种新的老人健康照顾涵盖的福利。该咨询包含临终治疗的关键问题、重要步骤和相关问题的解释,以及生存意愿和永久委托书的使用。医疗服务提供方必须向患者解释可选择的临终服务和支持,包括姑息治疗和临终关怀。如果受益人要求维持生命治疗,他们有权要求得到完全治疗或某种特殊治疗。

参议院的 HELP 法案中采用了不同内容的预设临终关怀计划。该法案创建一个新的自愿福利,当残疾时可以获得长期健康服务。当病人无法进行关于医疗服务的决定时,在该项目下病人能获得预设临终关怀计划的法律帮助,包括有权获得或拒绝医疗和手术等。

对预设临终关怀计划的反对格外强烈,成为反对奥巴马健康保险改革的重要论据。前共和党副总统候选人佩林写道:奥巴马要成立死亡评判组,政府官僚们将根据对病人社会生产力水平的主观判断,来决定每个病人是否值得给予特定的治疗。

美国是一个三权分立的国家,在分权制的宪法和制度环境中,形成了美国独特的政治文化,决策者的基本价值判断、决策的政治可行性和决策共识形成受各种利益集团的影响。美国卫生政策在一个动

态的环境中循环,行政机构、国会委员会、政策制定者和有关利益集团的联盟总处于变化中,决策过程就是一个结成联盟,达成共识的过程。因此美国的卫生改革也呈现出独特特征:现实的卫生改革常常因这样的决策体系以零碎式的渐进改革而告终。因改变而走上政治舞台的奥巴马政府,和往届政府一样面临重重障碍:受益于现状的相关利益集团的强烈反对;分割的政治机构让这些利益集团有时间和空间来阻止国会的健康保险改革;美国历史上由来已久的对政府的怀疑和担心;两党对政府和市场作用的观念差异等。如何在现有的政策构架中实现健康保险改革目标,对奥巴马政府无疑是最大的考验。美国的健康保险改革究竟是渐进性的改革还是综合性全面的改革,仍需我们持续关注。

### 参 考 文 献

- [1] Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust; Employer Health Benefits 2008 [R]. Washington D. C. , 2008.
- [2] U. S. Census Bureau; Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States; 2008 [R]. Washington D. C. , 2008.
- [3] Dubay L. The census bureau's coverage estimates: what they tell us? [J/OL]. (2009-09-11) [2009-10-11]. <http://healthaffairs.org/blog/2009/09/11/the-census-bureaus-coverage-estimates-what-they-tell-us/>.
- [4] Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured; Medicaid, SCHIP and Economic Downturn: Policy Challenges and Policy Responses [R]. California, 2008.
- [5] Balot D. Why A Public Health Insurance Option is Essential? [J/OL]. (2009-09-17) [2009-10-11]. <http://healthaffairs.org/blog/2009/09/17/why-a-public-health-insurance-option-is-essential/>.
- [6] Kaiser Family Foundation. Side-by-side Comparison of Major Health Care Reform Proposals, [R]. California, 2009.
- [7] Health Policy Brief; Medicare Advantage Plans [R]. Bethesda, 2009.

[收稿日期:2009-10-19 修回日期:2009-11-16]

(编辑 田晓晓)