

价值取向与政治博弈：美国医改政策回眸

刘丽杭*

中南大学公共管理学院 湖南长沙 410083

【摘要】美国共和民主两党在医改政策方面主要围绕着居民健康与卫生保健的权利,以及政府与市场在医疗服务领域的作用等不同的价值取向展开长期的政治博弈。通过对从罗斯福到奥巴马历任政府医改政策的分析,探讨不同政党在价值选择、政策抉择和基于政府与市场平衡的医改政策。其政策过程表明:政党的价值取向奠定了医改政策的基本点;医改不仅仅是一个经济问题,也是一个利益整合的政治问题;政府主导和市场竞争的有机结合即“有管理的保健”改革策略是当下一明智的选择。

【关键词】美国;卫生改革;价值取向;政治博弈

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.08.009

Value orientation and political game: health care reform in United States

LIU Li-hang

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

【Abstract】The United States Republican Party and Democratic Party have played a long-term political game in arguing residents' rights to health and health care and the role of government and market in health care services. In a review of governmental reform policies from President Roosevelt to President Obama with aspects of political and economic changes, this article explores the Parties' policies in terms of value selection, policy decision, and the trade-off of the role of government and market. The policy conversion showed that: (1) The Parties' value determined the health care policy; (2) Health care reform was not just an economic problem but also a political issue; (3) The managed care basing on an effective combination of the government-led and competitive market should be a wise choice.

【Keywords】United States; Health care reform; Value orientation; Political game

由于美国政府公共权力分散,其卫生服务体系也是一个结构松散并一直处在改革与完善之中的系统,不仅公立和私立机构共同参与卫生服务的提供,而且其卫生筹资也体现出分散性。医疗保障体系主要由政府办的社会医疗保障计划——贫困者医疗救助计划(Medicaid)和老人、残疾人的医疗照顾计划(Medicare),雇主型医疗保险计划,以及个人投保的商业医疗保险计划三大部分组成,除老人、残疾人的由联邦政府主持外,其余医疗保障计划均为私有计划,分别由雇主和个人自由选择、各自负责。^[1-2]由于没有统一的国家卫生服务制度,联邦、州和地方政府在卫生政策的制定过程中都发挥一定的作用;而且,

各级政府的每个分支机构都可能对卫生政策产生影响。这一特征及其利弊与美国发展历史、社会环境及体制有着密切的关系。

民主党信奉自由主义,经济上主张国家干预;共和党信奉保守主义,经济上主张放任自由,这两个概念的内涵在不同的历史时期是有变化的。自上世纪30年代的经济大危机以来,美国卫生服务与医疗保障体制的改革就开始成为了美国社会长盛不衰的热门话题,它既有罗斯福、杜鲁门、肯尼迪、约翰逊等民主党政府不断扩大社会医疗保障积累的问题,又有艾森豪威尔、尼克松、福特、里根、布什共和党和政府收缩社会医疗保障政策带来的新问题。几乎每届总统

* 作者简介:刘丽杭,女(1963年-),博士,教授,主要研究方向为卫生政策与卫生事业管理。E-mail: liulihang@xysm.net

都曾尝试其改革。但是,从美国历史上影响比较大的6次医改浪潮来看,每次都因重重阻力无功而返。^[3-4]目前,金融危机已经使美国的经济陷入衰退的泥潭,财政收入不断下降、需要医疗救助的人群增加,高企的医保费用削弱了企业的竞争力,同时人口的老年化、预期寿命的提高与疾病谱的变化,又进一步推动了居民卫生保健服务需求的增长。

1 价值选择:冲突与契合

回顾美国的医改进程,民主党基于平等自由主义和伦理观,奉行“大政府,小社会”的改革原则,强调政府主导和建立全民医疗保障制度;而基于自由主义和主观功利主义伦理观的共和党,奉行“小政府、大社会”的改革原则,强调采取市场机制和自由选择来完善卫生服务与医疗保障体系。两大政党在交替执政过程中,围绕着居民健康权利、政府与市场的作用等问题展开了长期的政治博弈,导致了医改政策的渐进性与不完整性。

1.1 健康与卫生保健权利

民主党将享有卫生保健服务纳入基本人权的范畴,并认为享有基本卫生保健服务是人们最基本的生存条件,而其他西方发达国家已基本实现人人享有卫生保健服务的权利,因此,美国政府有责任为每个公民提供基本的卫生保健服务或承担其医疗保障责任,使他们免除生病的忧虑和恐惧;每个公民不仅有权获得医疗保障,而且也有权享受到与别人相同的卫生保健服务,不能因为收入多寡、地位高低而接受不同的卫生保健服务。^[1-2,5]

共和党则认为,美国的宪法把言论、结社和信仰自由定为天赋人权,但绝没有把对经济的公共分配定为公民的基本权利,就像食、衣、住不可能分配使用一样,卫生保健服务也不能视为一种天赋权利。如果每个公民都享有基本卫生保健服务或医疗保障将大大增加政府负担,而且这种分配社会经济利益的方式是不公平的。^[3-4,6]因此,提供卫生保健服务并不是政府的责任,政府只需在一些特定的领域行使其职责,构建社会安全网,包括老人、贫困者的救助等。

基于上述不同的价值取向,民主党提倡应该向

西欧发达国家学习,建立一个统一的国家卫生服务制度,认为虽然全民医保制度下卫生总费用不会太低,但相对目前巨额的卫生总费用来说,仍会有较大的节约空间。而共和党则认为,建立国家卫生服务制度将带来不堪忍受的严重后果:要扩大医疗保障的覆盖面,就意味着每个公民所接受的卫生服务质量将下降,要改善医疗服务质量就意味着要继续增加投入。因此,缺乏竞争的国家卫生服务制度将会是官僚的、恶质的、拖沓的,将导致医院诊室人满为患,医患关系紧张,以及缺乏动力去改善卫生服务绩效与质量等。^[3-4,6]

1.2 政府与市场的作用

在如何满足居民卫生保健服务需求的问题上,美国历届政府一直面临着两种选择:在卫生保健服务领域的权利是应该归于个人还是政府,是实施市场竞争还是要政府主导。^[3-4,6]民主党政府强调,卫生服务与医疗保障是公共政策的一个特殊领域,政府应当建立社会保障与救助机制,因此要维持或扩大政府在卫生服务领域的影响,适当限制患者选择的自由,以追求公平和更好的健康状况。同时,由于医疗服务市场具有信息不对称的特点,单个患者是孤立无组织的,很难对有组织的医院和保险公司产生影响,所以在医疗服务市场不可能存在一般意义上的自由选择与竞争,过度的市场化会导致医疗服务的逐利性目标被过度强调,使市场处于一种破碎和无序竞争的状态。

共和党政府则认为,医疗服务事关人的生死,这也正是减少政府对医疗服务供给进行干预的最重要理由。政府对医疗服务市场的干预范围远远超过了保护病人所需,政府直接为1/4的美国人支付医疗费用,这几乎是年度卫生总费用的一半,美国比那些已经建立了国家卫生服务制度的国家更社会主义化。同时,国家卫生服务制度不利于市场机制发挥作用,不利于费用控制和供方的竞争,导致医疗服务成本不断攀升,贫困人群更难获得卫生保健服务。由于缺乏竞争机制,不仅延缓了卫生服务模式的转变,也阻碍了新技术的创新与发展。

目前,医疗服务领域存在竞争扭曲的情况,如医疗保险计划、医院和医疗服务提供者不是为了患者

而竞争,而是为了能与政府签订购买合同而竞争,医疗服务市场还处于一种不完全竞争的状态。所以共和党政府明确提出:消除政府的管制,引入竞争机制,医患双方共同进入医疗服务市场,鼓励患者更加理性地选择医疗保健服务,减少政府为限制医务人员之间、医院之间和各州之间医疗服务竞争所设置的障碍,将政府补贴直接拨给居民,政府只为贫困者提供医疗救助,并减少可能提高医疗保险成本的法规等。将新技术、新设备的研发成本计入生产成本,将医疗服务行为与经济利益、处罚机制和诚信制度有机结合,促进医疗服务技术与质量的改善,促进竞争、简化程序、降低医疗费用。^[5-6]

金融危机的出现、美国卫生总费用的连年猛涨、老龄化的日趋严重使以政府主导为核心的民主党和以市场竞争为核心的保守党受到了一致的压力,这促使他们在为美国公民提供可及的、高质量的和能够承受得起的医疗保险计划,以及控制急剧上涨的医疗费用等方面逐步形成了相同的看法。^[5,7]不同的价值取向在医疗服务的权利、公平、可及、高效的目标上开始得以契合。具体表现在医改政策与具体措施上呈现出多样性,开始打破传统的左派、右派的分界线,这可能也是参与决策各方利益群体的价值博弈与现实妥协的一种自然回归。

2 政策抉择:博弈与整合

随着执政党的交替轮换,以及在公共政策上漫长的政治博弈,美国医改也由初始的泾渭分明、针锋相对,到参与决定的各方利益群体的妥协与折中,逐步形成了介于市场竞争与政府主导之间的一种中间道路和策略,既强调政府作用,扩大医疗保障的覆盖面,又强调基于市场机制来提高医保覆盖率,以及改善医疗服务绩效的平衡策略,体现出在决策上超越意见分歧、模糊价值冲突,逐步整合政策目标与措施的特点与过程。

2.1 基于政府主导的医改政策

2.1.1 杜鲁门和约翰逊:扩大医疗保障覆盖面

在美国,如何扩大医疗保障的覆盖面是上世纪 70 年代及以前的改革主题,而且,也是历届政府所推出的医改方案必须回答的问题。^[2,7]

20 世纪 30 年代经济大萧条期间,罗斯福总统通过立法方式,逐步建立“安全网”式的社会保险和社会福利体系。在《社会保障法》中强调美国公民有权利获得适当的医疗服务,规定联邦政府要通过转移支付方式,建设公共卫生服务设施,为贫病的母亲、儿童和残疾人提供医疗救助,这标志着联邦政府开始承担其在卫生服务领域的社会责任。^[3,8-9]

1945—1953 年,杜鲁门总统极力推崇“建立国家卫生服务制度”的改革方案,旨在让每个美国公民都享有医疗保障。但是,由于利益集团的坚决反对,民主党政府也不得不改变其策略,不再提倡建立普及性的全民医保制度,而是提出仅为社会保障基金的参加者提供医疗保险的计划,即为那些社会经济地位较低的老年人和贫困者提供医疗保障。这一渐进式的改革策略卓有成效,为上世纪 60 年代中期扩大医疗保障覆盖范围奠定了坚实的基础。

1965 年,约翰逊总统应政府和社会要求“通过国家的引导来纠正不公”的呼声,提出了“向贫困开战”的宏伟计划。作为其中两个重要内容,Medicare 和 Medicaid 同时出台,这不仅极大地减轻了老年人和贫困者的医疗费用负担,也扩大了医疗保障的覆盖范围,到上世纪 70 年代,美国医改在扩大医疗保障的覆盖面方面成绩斐然。但是,这也引起了关于政府在提供医疗保险方面的角色及应承担的责任的大辩论,其焦点仍然围绕着“联邦政府是否应该承担老年人医疗保险的责任与义务、是否可以通过市场竞争的方式来实现这一目标”中心议题。

2.1.2 尼克松和卡特:控制医疗费用的增长

进入上世纪 70 年代后,随着美国经济进入滞胀阶段,财政赤字增加,医疗开支庞大,政府医改的主要目标开始从扩大医疗保障的覆盖面转向控制医疗费用的增长等方面。^[8-9]

1972 年,联邦政府通过法令,建立了“职业标准审查组织”,专门负责审查医院在为参保患者提供服务时,是否存在浪费和诱导行为,一旦发现某种不良行为,医院就将得不到补偿,但这一措施收效甚微。同一时期,美国各地开始出现“健康维持组织”(Health Maintenance Organization, HMO),并逐步得到发展。HMO 中,医疗服务提供者与医疗保险机构

有机地结合在一起,医生的收入以固定薪酬工资形式支付,而参保者每月只需交纳一定的保险金,看病时则不须再付费用,实行医疗费用的总额包干,在控制医疗费用方面则取得了一定的效果。1973年,尼克松总统签署了《健康维持组织法》,将健康维持组织作为“国家发展卫生事业的战略方针”,提出在经济上给予支持,与医疗保险组织处于同等地位,并确保公民自行选择参加传统医疗保险还是HMO的权利。^[3,8]其后的几任政府也都推动了HMO的发展,每年增加在10%以上。除HMO外,还出现了优先提供者组织(Preferred Provider Organizations, PPOs),它在控制费用上具有与HMO相似的效果,而在组织结构上则较HMO更加灵活,兼有提供者和支付者为基础的付费方式。但是,作为一种新的运行模式也面临很多挑战,如医生不喜欢这种团队式的工作方法和薪酬支付形式,患者也期望有更多的选择和良好的医患关系;HMO控制医疗费用的幅度也不像预期的那么好,一些管理不善的HMO反而增加了管理成本,也导致这一模式的发展受到了一定的限制。^[10]

到上世纪70年代,尽管迫于竞选压力,尼克松、福特、卡特三位总统都曾表示支持建立全民医保制度,但是,均没有得以实施,快速增长的医疗费用也迫使卡特总统不得不改变民主党一贯强调社会公平的传统,开始注重控制医疗费用的改革方案。

2.2 基于市场竞争的医改政策

到上世纪70年代,由于Medicare和Medicaid导致医疗资源过度消费,共和党政府坚持认为,如果要控制医疗费用就必须尽量减少联邦政府对医疗服务领域的干预,让市场自行调节。^[3]

2.2.1 里根:支付方式改革

1981年,共和党里根开始执政,大刀阔斧地削减了政府在医疗服务领域的公共支出,逐步冻结了对HMO的资助,减少对Medicare和Medicaid的资助,关闭一些公共卫生服务机构。开始实施“新联邦主义”计划,将权力和责任同时下放给州和地方政府,由于州政府的强烈反对,这个计划未能实施。这一时期医改的最大亮点是,联邦政府根据1982年《赤字削减法》(Deficit Reduction Act of 1982)的授权,针对Medicare和Medicaid开始实施按疾病诊断相关分

组的定额预付制(Diagnosis Related Groups-Prospective Payment System, DRGs-PPS),即根据国际疾病分类方法,将住院患者按诊断分成470个DRGs,根据临床实践对每个DRGs进行定价,在全国范围内的不同地区之间也作适当的调整,患者在全部诊疗过程中一次性向医院支付对应的费用。医院提供高于常规标准的服务将造成亏损,所以这一措施促使医院控制医疗服务成本,提高服务效率并保证服务质量,对控制医疗费用的上涨产生了明显的效果,医院的床位利用率由19世纪80年代初的75%下降到1985年底的62%,也成为美国医改进程中具有深刻影响的一次改革。^[10-11]

2.2.2 布什:医师薪酬制度改革

在布什总统上台后的连续执政中,其医改政策仍然继续坚持市场竞争的改革策略。1991年,美国医疗保健财务管理局提出了一个注重医师薪酬制度的改革方案,即以资源利用为基础的相对价值标准,(Resource-Based Relative Value Scale, RBRVS)作为医生薪酬的支付方式,并计算出各项服务的医生报酬表,但由于设计不周和医师协会的反对而被国会搁置。^[10]

2.3 基于政府与市场平衡的医改政策

进入20世纪90年代,随着美国社会保障制度危机的出现,导致没有医疗保障覆盖的人数大量增加,反过来又造成了人们对政府医改政策的信任危机,这也进一步加剧了两大政党在医改政策中的政治博弈。两党的医改政策始终在政府与市场的平衡木上左右摇摆。

2.3.1 克林顿:“有管理的竞争”

1992年,民主党总统克林顿打着变革美国社会保障政策的旗帜入主白宫,并明确表示要进一步改革美国的卫生服务及医疗保障体系。1993年9月,克林顿政府公布了一个体系庞大、设计精细的医改方案,开始对具有严重缺陷的卫生服务与医疗保障体系实施系统改革,其涉及面之广、冲击力之强,超过了以往所有的改革。方案目的是要建立一个覆盖全民、收费合理、有多种选择而又高质量的卫生服务与医疗保障体系,方案一出台便引起了全国性的大讨论。

社会辩论与两大政党政治博弈的白热化,使克林顿政府的医改方案采取了一种折中的方式,在吸收两大政党的许多建议之后,将两大政党的改革目标融于一体,即在扩大医疗保障覆盖面的同时又强调控制卫生费用;既要重建卫生服务的组织体系、扩大政府的监管权力,又要鼓励竞争、发挥市场机制的作用。所以,该改革方案被称为“有管理的竞争”(Managed competition)。与以前各政党的医改方案特点不同,克林顿政府的医改方案尽力保持一种平衡的中间状态。不过,由于克林顿出自民主党,他的改革意向不免会偏向民主党。^[6,12]

基于克林顿政府的中间方案,共和党人和一些民主党人又分别提出了各自的修正方案。这些修正方案在国会两院逐步赢得了越来越多议员的支持,也体现出某种最终方案的端倪,主要内容包括:(1)到 1998 年基本实现全民医保,而修改方案则建议把覆盖面从现在的 85% 增加到 95%;(2)计划组建健康联盟。要求尽可能多的个人、医院和医生加入或依附于这一组织,而修改方案则说明,加入这一组织将大大减少居民个人在选择医生和医院的自由,加入与否应是自愿的;(3)强迫雇主为雇员负担至少 80% 的医疗保险费用,修改方案则删除了这一强制措施,并要求给小企业主更优惠的资助;(4)计划削减对 Medicare 和 Medicaid 的资助规模,以及大幅度提高香烟税,修改方案则反对这种削减和增税幅度。从以上修正的改革建议来看,在以政府主导及管制和市场竞争为两端的天平上,修正方案稍偏向了市场竞争一端。^[11]把自由看得比生命还重要的社会价值观念已深深地影响到了医改政策的取向,克林顿政府的医改方案并没有在国会通过。

由于克林顿总统医改方案的失败,美国的医改政策开始从理想主义转向渐进主义。1997 年,克林顿在总统任期内所通过的“平衡预算法”(the Balanced Budget Act)法案,这不同于 20 世纪 30 年代以前自由放任的保守的平衡预算政策,也不同于里根总统通过降低最高边际税率的减税政策来实现预算平衡的供给性政策,而是一种增税与减支并举的国家干预型的平衡预算政策,其中增税是以提高最高边际税率的方式进行,增加富人的税收;减支的同时

对支出进行结构调整,注重未来投资、对高科技投资、促进民间小企业发展以创造更多的就业机会。通过收入再分配实现结果公平,避免贫富差距的进一步扩大。这些措施不仅是 Medicare 自建立以来最大幅度的改革,而且也促进了联邦儿童医疗保险计划(State Children's Health Insurance Plan, SCHIP)的产生。同时,克林顿总统在任期内也启动了一项“健康公民 2000”(Healthy People 2000)的国家健康发展战略。^[11]

2.3.2 小布什:个人医疗储蓄账户

2000 年,共和党小布什政府执政,新自由主义思想重新夺回在医改方面的主导地位。小布什主张将社会福利民营化,为人们提供多元化的选择,将美国社会保障私有化的改革推向了一个实质性的实施阶段,并将其作为优先领域来对待。经过两大政党在国会的激烈博弈,小布什总统于 2003 年 12 月签署了一项将政府作用与市场机制有机融为一体的法律——《医疗保险现代化法》(The Medicare Modernization Act),即通过对全体公民征税的方式向老年人和残疾人提供较多的处方药,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。^[13-14]尽管这一措施减少了选择和竞争,但个人医疗储蓄账户(Health Savings Accounts, HSA)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老年退休金迅速增长的问题,在另一个方面加强了市场机制的力量。^[15-16]它的建立是美国医改政策的一个里程碑,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、确保病人的选择权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,鼓励提供者为了争取病人而展开竞争,而不是争抢政府的医疗保险计划和网络。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。^[14,16]

尽管个人医疗储蓄账户是自 1965 年美国 Medicare 和 Medicaid 实施以来最重要的一次改革,也是充分体现共和党在医改政策价值取向方面的一个显著标志,但是,其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可及的医疗服务,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。^[7]

2.3.3 奥巴马:全方位的医改策略

奥巴马在竞选时就明确提出要借鉴加拿大的卫生保健服务模式,将医疗保障覆盖所有美国公民。奥巴马不愿陷入前任克林顿总统医改方案失败的漩涡,实施了彻底的、激进的“全民医保”改革。就目前情况看,无论是民主党还是共和党,医疗服务的提供方、保险方还是参与方在削减卫生保健支出上都达成了明确共识。^[7,17]

奥巴马医改法案长达 1 000 多页,内容极为繁杂。不过复杂的医疗体系设计,最终保障的是“病者有其医、降低医保成本”这两个核心目标,其基本点归纳为以下几个方面:(1)全民医保,不减少财政卫生支出。通过建立统一的政府筹资机制——提高富人(年薪 25 万以上)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;逐步废除目前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)政府主导的、有管理的竞争模式。由政府指定医疗服务的范围与参保的费用,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改善管理绩效和提高服务质量,降低成本;(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,将公共保险计划越做越大,把私营的保险计划逐步排挤出市场,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,即由美国研发后从国外进口的药物。“再进口”药的价格低于美国本土的药物

价格,准许放行“再进口”药,从法律上保障了这种不同价格的平行市场互不影响;(6)建立联邦医疗保险与医药企业价格谈判机制;(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和办理医疗保险的手续,并对医护服务质量及水平、医疗服务效果及相关费用进行评审。^[18-19]另外,奥巴马总统又邀请由保险公司、医院、医生、制药商和工会组成的六大团体——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。

客观地说,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,需要强大的政府财政支持。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。前几任总统的改革议案之所以失败都有一个共同的原因,即所有的改革方案都要求大幅度增加税收,但迄今为止,大多数美国公民似乎并不愿意将纳税的钱大量用于为没有医疗保险的居民购买保险。^[6,12]然而,随着金融危机加剧,经济形势恶化,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卫生保健服务与医疗保障体系的改革,奥巴马和许多政客从美国的危机中发现了极好的政治机会。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。为此,奥巴马政府开始在彻底改革上加注。^[14,19]

尽管新的医改方案已经通过,但两党的政治博弈仍在进行,民主党人声称医改法案的通过将长远地保证自己的政治优势,而共和党则发誓要让对方在 11 月份的中期选举里付出沉重的代价;自由派认为美国经济将因此而走向中兴,而保守派则担心这会将美国的资本主义推向末路。因此,美国医改的前景并不乐观,很难取得实质性进展。基于美国 100 多年来医改的艰辛历程、多元利益的博弈、两党理念

的分歧、繁杂的宪政程序、财政预算的限制、现在金融危机不利形势及共和党的政治阻力,奥巴马医改方案的变革力度会受到影响,甚至有可能夭折。^[20]

综上所述,在美国两党医改政策方面的博弈过程中,任何一届政府都可以抓住重要的机会,通过努力同国会议员达成某种妥协来调整相关的卫生政策。但是,只有当政治机遇、政治技巧和不懈的努力三者同时具备时,才能在卫生政策上取得划时代的改变。这不仅是一个牵涉到私营机构和公共机构的复杂过程,也反映出各级政府同私营机构之间、政策制定与实施之间的关系及联邦体制内部权力和责任的分配等问题。

3 启示

3.1 价值取向奠定了医改政策的基本点

医改的价值博弈体现着各党派、利益集团之间在健康与卫生保健服务这一基本人权问题上相互依存、冲突和契合的关系,形成一种超越意识形态与政党纷争的普适价值观。突破意识形态和政治制度根本对立的思维范式,尊重卫生服务的内在价值,建立权利与责任、公平与效率和谐发展的普适价值观,在东西方两个制度体系中寻找一个平衡点,实现普适价值与利益关系的“双赢博弈”,应该是我国医改政策设计的主导价值取向。

3.2 世界上没有一劳永逸的卫生服务与医疗保障体制

美国医改的政治博弈远没有结束,事实上,这也是一个世界性的难题,即如何建立一个更为科学的卫生服务与医疗保障体系,全面而合理地满足国民健康需求,体现公平、可及和高效原则,使卫生保健支出在政府、社会、个人的可承受范围之内。随着社会发展、年龄结构以及疾病谱的变化,每个国家都会不断面临卫生保健服务与医疗保障等方面的挑战与问题,中国也不例外,改革是永恒的主题。

3.3 医疗改革不仅是经济问题,也是政治问题

改革既是对原有体制的否定,同时也隐含着社会阶层利益格局的重大调整。美国只有在政治机遇、政治技巧和不懈的努力三者同时具备时,才能在卫生政策上取得有作为的改变。我国医疗卫生领域从旧体制向新模式转型,利益集团不仅已经产生,而

且基本上控制和影响着医疗改革政策。要缓解这种利益矛盾冲突,惟有在政策创设之初,政府搭建一个平台或建立起一个机制,让所有利益相关者参与,相互协商、平衡和讨价还价,各种矛盾在冲突中得以释放或减缓,直至妥协。政府在整合这些矛盾,在最大程度的满足各个利益相关者利益的基础上,实现整个医疗卫生体制改革的目标,即人人可及、价格合理、质量保障的医疗卫生服务。

3.4 政府主导和市场竞争的有机结合

医改之所以难,其根源或许就在公平与效率难以兼顾。从美国医改的过程来看,往往是公平缺失时便强调政府的责任,而效率缺失时便强调市场的责任,陷入了一种“政府—市场”循环往复的怪圈,如何在公平与效率之间寻找一个最佳的结合点或许是破解这道难题的关键之所在,最理想的均衡解是将两者有机结合起来,在强调政府主导的同时,加强激励、竞争和选择。美国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,即“有管理的保健”的改革策略是一种适合其国情的选择。由于各国不同的政治、经济和社会背景,美国医改的经验并不能被其他国家照搬照抄,因此,各国在医改过程中应该如何把握公平与效率的平衡,制定适合国情的政策,是一个值得长期探索的问题。

参 考 文 献

- [1] Shortell S M. Remaking health care in America: Building organized delivery systems[M]. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1996.
- [2] Weissert C, Weissert W G. Governing health: The politics of health policy[M]. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1996.
- [3] Longest B B. Health policymaking in the United States[M]. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1994.
- [4] Daschle T, Lambrew J M. Critical: What We Can Do About the Health-Care Crisis [M]. New York: Thomas Dunne Books, 2008.
- [5] Navarro V. Federal Health Policies in the United States: An Alternative Explanation[J]. The Milbank Quarterly, 1987, 65(1): 81-111.

- [6] Litman T, Robins L. The relationship of government and politics to health and health care-A sociopolitical overview[M]. // Morone J A, Litman T J, Robins L S. Health politics and policy. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons, 1997.
- [7] Kenneth Arrow. Toward a 21st - Century Health Care System: Recommendations for Health Care Reform[J]. Ann Intern Med, 2009, 150(7): 150-498.
- [8] Alford R R. Health care politics: Ideology and interest group barriers to reform [M]. Chicago: University of Chicago Press, 1997.
- [9] Steinmo S, Thelen K. Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis[M]. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- [10] Geef R. HMOs in the U. S. A. and Britain, a new prospect for health care? [J]. Social Science and Medicine, 1988, 27(4): 305-320.
- [11] Birn A E, ScD, Brown T M, et al. Struggles for National Health Reform in the United States[J]. American Journal of Public Health, 2003, 93(1): 86-91.
- [12] Coughlin T A, Zucherman S, Wallin S, et al. A conflict of strategies: Medicaid managed care and Medicaid maximization [J]. Health Services Research, 1999, 34 (1): 261-293.
- [13] Campbell, Louise A. How Policies Make Citizens: Senior Citizen Activism and the American Welfare State [M]. Princeton: Princeton University Press, 2003.
- [14] Kaye N. Innovations in State Health Reform: Improving the Delivery of Care [R/OL]. (2009-01-30) [2010-04-10]. <http://www.mdf.org/pla/pdf/Kaye.pdf>.
- [15] Jason Furman. Health Reform Through Tax Reform: A Primer[J]. Health Affairs, 2008, 27(3): 622-632.
- [16] M E Chernew, A B Rosen. Value-Based Insurance Design, Health Affairs Web Exclusive (Jan. 30, 2007): w195-w203.
- [17] Cannon M F. Does Barack Obama Support Socialized Medicine? [C/OL]. (2008-12-07) [2010-04-10]. <http://www.cato.org/pubs/bp/bp108.pdf>.
- [18] Barack Obama. Plan for a Healthy America [R/OL]. [2010-04-10]. <http://www.barackobama.com/issues/healthcare/#coverage-for-all>.
- [19] Cutler D M, Delong J B. Why Obama's Health Plan is Better[J/OL]. (2008-09-16) [2010-04-10]. <http://online.wsj.com/article/SB12215229221369569>.
- [20] Frank Rich. After the Massachusetts Massacre [N/OL]. (2010-01-23) [2010-04-10]. <http://www.nytimes.com/2010/01/24/opinion/24Rich.html>.

[收稿日期:2010-05-11 修回日期:2010-06-07]

(编辑 刘 博)

· 动态讯息 ·

第 18 届世界艾滋病大会举办中国分会

2010年7月18日,第18届世界艾滋病大会在奥地利首都维也纳举行。7月19日,中国国务院防治艾滋病工作委员会办公室与联合国艾滋病中国主题组、盖茨基金会中国代表处等机构联合举办了“认识中国,艾滋病应对与挑战”中国分会。卫生部、中国疾病预防控制中心、感染者代表,以及世界卫生组织、联合国艾滋病规划署、家庭健康国际等国际组织代表和专家,分别从不同视角,介绍了中国艾滋病防控形势、艾滋病国际合作项目在中国的实践,以及中

国面临的困难与挑战,探讨今后的工作方向。大会宣布了一项由联合国公布的新计划“2.0治疗方案”。新计划将降低药物成本,简化药物疗程,扩大艾滋病治疗途径,以在2025年前防止1000万人死于艾滋病。在为期一周的会议中,与会者将就艾滋病发展形势、艾滋病预防以及新药研发和治疗等问题进行交流。

(来源:卫生部网站;田晓晓摘编)