

美国医疗改革及对我国的启示

杜方冬^{1*} 王瑞珂²

1. 中南大学湘雅医学院 湖南长沙 410013
2. 中南大学湘雅医院 湖南长沙 410008

【摘要】医疗费用持续高涨、卫生可及性和卫生公平性等问题一直困扰着美国政府,2009年的金融危机更是使美国的医疗体制雪上加霜,这也进一步坚定了奥巴马政府实施医疗改革的决心。美国医疗改革的主要措施为:扩大医疗保险的覆盖面,制订有利于弱势群体的医疗保险政策;扩大筹资范围,缩减不必要的医疗费用开支;提高医疗服务质量等。然而,在经济环境的恶化以及来自利益集团的多重压力下,美国的医疗改革不可能解决医疗体制中存在的根本性问题。美国的经验告诉我们,一个国家的经济发展水平不是卫生公平的必要条件,构建一个医疗资源分配合理、医疗保险制度完善、医疗服务质量与效率高、医疗费用合理的公共医疗服务体系才是公民平等享有健康权利的关键。

【关键词】医疗改革;公平性;可及性;医疗保险;美国

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.11.010

Health care reform in United States and its enlightenment to China

DU Fang-dong¹, WANG Rui-ke²

1. Xiangya School of Medicine, Central South University, Hunan Changsha 410013, China
2. Xiangya Hospital, Central South University, Hunan Changsha 410008, China

【Abstract】 The Government of the United States has been faced by the exploding cost of health care, worsening health care accessibility and health imparity for a long time. Economy crisis beginning from 2009 makes the situation of health care system of USA worse than ever, and it pushed President Obama to make a decision to promote health-care reform in USA. His purposes are to make health insurance plan cover citizen as much as possible, consider well vulnerable groups in the process of health insurance policy formulation, reduce medical expenses and promote medical service quality, etc. But it is not easy, and the fundamental problem of healthcare system of USA is hard to solve. What we learn from American experience is that the key of health equality is not economy situation, but allocation of medical resources, health insurance, medical service quality and efficiency, and cheap medical service system.

【Key words】 Health care reform; Equity; Accessibility; Medical insurance; United States

美国是世界上惟一没有实现全民医疗保险的发达国家,根据 OECD 的统计,2006 年美国的公共医疗保险覆盖率仅为 27.4%,私人医疗保险覆盖率为 65.2%,16% 的美国人没有任何医疗保险。^[1]自 20 世纪初期以来,多届美国政府如杜鲁门、罗斯福、克林顿等均试图推行医疗体制改革,但均以失败告终。2009 年以来,奥巴马政府倡导的新一轮医疗改革正

如火如荼地进行着,这也是 1935 年罗斯福政府首次提出全民健康保险计划以来呼声最高的一次医疗改革行动。

1 美国现行的医疗保障体系

美国现行的医疗保障体系完全不同于其他发达国家,主要由三部分构成:

* 基金项目:国家公派博士后研究项目(编号:留金出[2008]3027号)。

作者简介:杜方冬,男(1971年-),博士,副教授,美国 Emory 大学博士后,研究方向为医院信息化、卫生政策与管理。E-mail: fddu2000@163.com

第一部分为政府(公共)医疗保险。主要由老年医疗保险(Medicare)与穷人医疗救助(Medicaid)两部分构成。其中,Medicare 由联邦政府掌管、全国统筹,它类似于“社会养老保险”的模式,即凡是有工作收入的人必须强制性参加老年医疗保险,并按时缴费,当参保者年满 65 周岁以后,就可以享受老年医疗保险待遇的给付。^[2] Medicaid 由联邦政府和州政府共同出资,州政府具体操作。Medicaid 是美国政府专门为符合一定条件的低收入人群推出的一种国家医疗保障制度,服务对象涵盖了个人、夫妻甚至整个家庭,对不同家庭规模、65 岁以上老人、残疾人等有不同的纳入标准。^[3]

第二部分为团体健康保险。团体健康保险是美国在职人员甚至其家属最主要的医疗保障来源。尽管团体健康保险属自愿性质,但绝大多数有能力的雇主均愿意提供该保险,一方面良好的健康保险计划是吸引并留住人才的重要条件,另一方面,雇主为员工购买团体健康保险能得到较多的税收优惠,对雇主和雇员而言是一个双赢的选择。

第三部分为商业医疗保险。美国人普遍具有较强的商业保险意识,在政府医疗保险和团体健康保险以外,有能力的个人和家庭,特别是老年人会购买商业医疗保险,为未来不可预知的医疗费用做准备。

总体来看,联邦政府通过相应的政策措施将有支付能力的群体以个人支付和雇主支付相结合的方式纳入到医疗保险的框架里,然后将政府的有限资金着重解决老年人和穷人的医疗与健康问题,在没有实行全民医疗保险的前提下,不失为最优选择,在减少公民接受卫生服务不平等方面起到了积极的作用。

2 美国医疗改革的原因和驱动力

2.1 医疗费用支出增长过快

根据 2009 年美国总统一府报告的分析^[4],美国医疗费用支出的快速增长主要体现在以下几个方面:(1)从全国范围来看,家庭年均医疗保险费用从 2008 年的 12 680 美元增长到 2009 年的 13 375 美元,在经济快速下滑、失业率不断攀升的同时,医疗保险费用的持续快速增长让美国家庭难以承受。(2)医疗保险费用的增长极不平衡,2009 年南部地区的医疗保

险费用增幅为 8%,而北方地区的增幅为 3%。西部地区的家庭年平均医疗保险费用比北方地区少 1 000 美元左右。(3)医疗保险费用的增长远快于工资的增长幅度。1999—2009 年,美国各州的医疗保险费用的增长幅度分别为 88%~145% 不等,而工资增长幅度最大的州也仅为 55%。如阿拉斯加的医疗保险费用增长幅度最大(145%),而其工资增长幅度仅为 35%。(4)在经济不景气的情况下,医疗保险费用的不断增长给企业带来了不小的经济压力,一些企业将不得不减少甚至取消员工的医疗保险福利。美国财政部的一份报告指出,如果不进行医疗改革,未来 10 年内,将有 50% 的美国人没有医疗保险。由于医疗保险费用的不断上涨,从 2000 年到 2008 年,个人购买医疗保险的人数下降了 6%,加入政府保险计划的人数增加了 4.3%。(5)长久以来,一些保险公司为了追求利益最大化,寻找各种借口提高医疗保险费用,导致医疗保险费用的过快增长。

2.2 卫生不公平现象仍较严重,卫生服务可及性差

据统计,美国人口的平均期望寿命排名从 1962 年的第 12 位下降到 2008 年的第 27 位^[5];婴儿死亡率排在第 37 位^[6-7],在收入和受教育程度相同的情况下,非洲裔美国人的婴儿死亡率是美国白人的两倍^[8];处于社会经济最高阶层的人群比处于社会经济最低层人群的平均期望寿命要多 4.5 年。^[9]

美国民众的卫生服务可及性在很大程度上取决于是否拥有医疗保险,因为在美国看病的费用相当高^[10],如果没有医疗保险,普通老百姓完全无法承受。经济衰退、失业率上升和医疗保险费用上涨导致越来越多的美国人失去医疗保险,这些人有失业人口,也有非失业人口。失业人口失去医疗保险的原因有几种:(1)原来由雇主提供的医疗保险随着失业而失去;(2)由于没有了收入来源,不得不减少甚至终止一直购买的医疗保险项目;(3)在失去医疗保险后又不符合获得政府医疗保险的条件。就业但不能获得医疗保险的原因也有几种:(1)不符合雇主提供医疗保险的条件;(2)雇主负担不起医疗保险费用;(3)雇主根本不为雇员提供医疗保险;(4)雇主的提供的医疗保险不覆盖雇员家属。对雇主而言,如果政府没有强制性规定,而且是否向员工提供医疗保险对企业招聘人员影响不大的前提下,多数雇主

会选择不向员工提供医疗保险,特别是对于小企业及开业不久的企业而言,向员工提供保险是一笔难以承受的经济负担。Kaiser 基金会的研究表明^[11],2009 年雇主平均为每个员工家庭提供的医疗保险达 9 860 美元,而且近年来年均涨幅为 4% 以上,因此,许多雇主宁愿选择接受因不为员工提供医疗保险而产生的 2 000 美元的罚款,而不愿意支付近万美元的医疗保险费用。

另外,美国有相当大比例的兼职雇员,而近 40% 的兼职员工没有获得雇主提供的医疗保险,其中服务业、制造业、批发与零售业的兼职员工获得雇主提供的医疗保险的比例最低,仅为 54%。^[12]2007 年,美国的人均医疗保健支出为 7 290 美元^[13],而同年 OECD 的平均值为 2 984 美元。个人消费是美国经济的主要驱动力,占国民生产总值的 70%,个人储蓄的比率很低,几乎是零。可想而知,美国居民如果失去了医疗保险,同时又失去了工作,将会立刻陷入破产的境地,更无力应付随时可能发生的医疗费用。

2.3 医疗质量有待提高

据统计,美国每年仅因用药差错而死亡的人数约有 4.4 万~9.8 万人,而因此带来的耗费损失将近每年 170 亿~290 亿美元,而每年发生的几百万件医疗差错中,其中可预防的占到总数的 70%。^[14]美国医疗费用过度支出的另一个重要影响因素就是医疗诉讼。出于保护自己免于不必要的医疗纠纷,减少对患者进行医疗检查,将诊断偏差的可能性减少到最低限度。这种做法有积极的一面,但如果医生有可以遵循的、行业内普遍承认的基于证据的诊断标准,并严格执行,那么大量的重复检查可以省略,在减少不必要费用的同时,又能大大提高医疗质量。

3 美国医疗改革的主要内容与措施

3.1 扩大医疗保险的覆盖范围,进一步向弱势群体倾斜

降低获取医疗服务的门槛,扩大现有公共医疗保障制度的覆盖范围是奥巴马新医改的主要目标。(1)调整获取公共医疗保障资格的条件,使 Medicaid 等公共医疗保障计划覆盖更多的人^[15-16],如从 2014 年开始,将联邦政府为各州政府的 Medicaid 配套资

金提高 33%,将收入水平在联邦贫困线(Federal Poverty Level, FPL)以上 33% 的 65 岁以下成年人纳入 Medicaid;将各州政府在 CHIP(Children's Health Insurance Program)项目中的支付比例减少 30%,从 2015 年开始,将 CHIP 的资金再提高 23%。(2)通过制订相应的规章制度,强制企业为一定比例的员工提供必要的医疗保障,如对雇员在 25 人以下的企业,政府通过费税减免以鼓励他们为员工提供医疗保险,否则将会对其实施罚款;对超过一定员工规模的企业,如果不向员工提供医疗保险,将会受到数额不等的罚款,在员工没有得到雇主提供的医疗保险的情况下,如果选择了政府提供的医疗保险,其雇主必须向政府偿还其员工在购买医疗时政府的相应支出。(3)构建医疗保障信息交流平台,指导有需要的人们寻找并加入适合自己的医疗保障计划。(4)制订相应的惩罚性条款,强制个人必须参加相应的医疗保障计划,政府将对没有加入任何医疗保障计划的个人实施罚款,除非该个人的财政状况没有达到规定的条件。^[17]

3.2 提高医疗服务质量,降低医疗费用

美国医疗费用的高昂与其按服务收费的支付方式有关,供方会尽可能多的提供各种各样、甚至是不必要的服务项目以获取更多的收费,而其中新技术的开发和应用是医疗费用增长的重要原因。要控制医疗费用的增长,必须加强对医疗成本的控制,改革支付方式。另外,进一步推广医疗信息技术和电子健康档案,提高医疗服务质量,减少医疗错误,加强疾病预防和保健措施等,都能有效地降低医疗成本。

美国从 2011 年起将启动基于价值的医疗费用支付方案,即医疗费用的支付将取决于医院提供服务的效率和质量,对服务质量的评价将引入第三方评价机制;对医生的服务费用支付同样也将根据价值原则,对在医疗服务过程中滥用医疗资源的医生实行处罚。^[18]另外,还将从硬件、支付方式、医疗服务质量监督体系等多方面入手,推动完善基于服务价值、效率和质量的费用支付体系。在提高医疗服务质量、降低医疗费用方面的举措还包括:启动医疗服务问责机制、建立 CMS(Care Management System)创新中心研究新型医疗费用支付方式、医疗费用捆绑支付试点、降低院内感染、减少二次入院、实行过渡

护理计划等。^[19]

3.3 扩大医疗筹资范围

奥巴马的医疗改革需要 10 000 亿美元的投入,由于该改革计划分十年完成,随着成本逐年攀升,专家预计最终的花费可能高达 20 000 亿美元,这笔庞大费用的资金大致来源于以下几个方面:(1)削减医疗保险和医疗补助中管理费用的支出;(2)对个人收入在 28 万以上或者家庭收入 35 万以上的增加税收;(3)对雇主提供的医疗保险福利征税;(4)对不提供健康保险的雇主罚款;(5)对苏打汽水和酒类征税;(6)限制富人的避税条款等。虽然医改方案已经获得通过,但这些措施最终落实程度如何,还有待进一步观察。^[20]

4 美国医疗改革存在的问题

4.1 医疗体系的根本性问题难以解决

美国的医疗行业是一个风险极高的行业,每年巨额的医疗诉讼赔偿就是很好的例证。在医疗诉讼泛滥而又缺乏合理赔偿额度限制的情况下,医院和医生不得不购买大额的医疗赔偿保险,为未来可能发生的医疗诉讼及其带来的医疗赔偿做准备。在崇尚自由竞争、抵制大政府、既得利益集团相互勾结的美国,奥巴马劫富济贫式的医疗改革难以撼动美国现有的医疗体制,医疗体制中存在的根本性问题很难能有本质性改变。

4.2 财政压力巨大

在经济不断衰退、失业率不断上升、美元持续贬值、财政赤字居高不下、医疗费用占 GDP 18% 的前提下,美国新增加 10 000 亿~20 000 亿美元的医疗改革投入面临巨大的财政压力。尽管医疗改革方案已初步预计了改革资源的来源,但最终能否兑现,还是未知数。

4.3 面临的阻力重重

奥巴马的医改法案自始至终遭到共和党的全面抵制,原因是他们不相信医改方案中提出的削减赤字目标和方式能奏效,国家难以承担医疗改革方案所带来的巨大投入。在共和党的游说下,超过半数的美国民众也不认同“大政府、高赤字”的医改方案。医保行业也是医改方案实施的重要反对力量,因为政府对医保的过度干预必将大大削弱他们的市场竞

争力,甚至带来灾难性的打击。另外,加入到医改反对阵线的还有小企业主、私营保险公司等利益相关者。

5 启示

在美国医疗改革进行的同时,中国也正在进行新一轮医疗体制改革。中美两国均采用的是自上而下的医改模式,目标均为提高民众医疗保险的覆盖率,缓解“看病难、看病贵”等问题,进一步提高卫生服务的可及性和公平性。分析美国医改的特点和问题,对当前我国医改有一定的启发意义。

5.1 医疗服务模式的设计是我国医疗改革的重点

美国医疗服务系统不堪重负的主要原因是医疗服务模式的过度商业化,多届政府试图将其变革为其他发达国家普遍采用的“全民医保”、“政府主导”的医疗体制,但均因利益集团的极力反对而搁浅。相对于美国受多方利益集团牵制的“小政府”,中国政府受牵制少,组织与行动能力强,国家政策能得以快速实施,因而更有利于医疗改革的迅速推进。政府主导型的医疗保障体系固然有实施方面的优势,但权力过度集中、缺乏监督与竞争机制将是制约其良性发展的重要因素。市场化的美国医疗“唯利是图”,却大大推动了医疗科技的快速发展,造就了许多先进的医疗设备与技术,而中国医疗的市场化尝试带来的是“以药养医”的畸形发展模式。美国民众“看病贵”主要是由于过多的医疗技术及服务性收费,而在中国则主要来源于过高的药品价格及重复性检查收费。中国的医疗改革应充分考虑并发挥政府与市场在新的医疗体制中的作用,既不能因政府的过度干预而使其缺乏活力,也不能因过度市场化而丧失了其应有的公益性。

5.2 对弱势群体实行政策倾斜,实现卫生公平应成为本次医疗改革的宗旨

美国现有的医疗服务体系几乎是不可动摇,因而资金筹措成为其医疗改革的重点,其中利用税收杠杆增加对富人的税收来弥补医疗改革资金的不足、平衡收入过度差异是医改的重要内容之一,而医改的主要受惠对象是没有医疗保险的人群,美国的医疗改革有较强的“劫富济贫”情节。纵观其它欧美发达国家,在多种税收、社会保障等制度的调控下,

贫富两极分化等社会不公现象明显受到抑制,人们的基本生存、生活权力得到较好的保障。近年来,随着我国经济的快速发展,初步实现了“让一部分人先富起来”的目标,贫富差距日渐明显,社会不公平引发的矛盾也日渐突出,然而我国在收入再分配方面的改革举措远远落后于时代发展的需要。在新一轮的医疗改革中,我国政府应制定相应措施,借鉴美国经验,将国家资源的投入重点着眼于边远地区和低收入人群,加强对弱势群体在健康等基本需求方面的政策保障力度,这也是彰显社会主义优越性的重要方面。

5.3 加强医疗信息共享是节省成本、提高医疗服务效率与质量的重要手段

基于信息共享的医疗信息化建设应成为我国医疗改革的重点。美国是世界上医疗信息化建设的排头兵,这次的医改方案依然着重强调了医疗信息化建设的重要性,因为完善的医疗信息共享网络是节省医疗成本、提高医疗服务质量的重要工具。我国的医疗信息化建设整体上至少落后美国十年,在人口基数大、人均医疗资源严重不足、医疗资源分配不均等情况下,加强共享型医疗信息系统建设、充分利用医疗资源意义更显重要。

5.4 加强公共卫生、疾病预防与健康教育是减少卫生费用支出、提高公民健康水平的重要途径

在美国,10%的医疗支出花费在肥胖相关的高血压、冠心病、糖尿病等疾病上。近年来,中国的肥胖患者呈快速增长趋势,如果不采取相应措施,势必会上与美国相同的道路,所以要通过加强对民众的健康教育和对高危人群的干预,有效减少疾病的发生率,最终大大减少医疗费用的开支。

5.5 立足国情、借鉴经验、科学设计是我国医疗改革成功的必要条件

基于美国的国情,其医疗改革充其量只能是修修补补,不可能解决医疗体制中存在的根本性问题。相比之下,中国在医改道路上遇到的阻力可能小一点,因此,我们更应该全盘考虑,将新医改方案中提出的多个目标有机地结合起来,吸取发达国家及发展中国家的成功经验,结合国内不同经济发展水平地区的具体情况,在对新方案进行试点运行的同

时,不断总结经验,逐步从点到面,循序渐进地构建起符合中国国情、能被不同收入水平人群广泛接受、并负担得起的新型医疗保障体系。

参 考 文 献

- [1] 杜静. 奥巴马医改:“完美”逻辑与“不完美”假设[N]. 中国保险报, 2010-02-24.
- [2] Medicare Program-General Information [EB/OL]. [2010-06-30]. http://www.cms.gov/MedicareGenInfo/01_Overview.asp#TopOfPage.
- [3] Medicaid in New York State . [EB/OL]. [2010-06-30]. http://www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/.
- [4] Executive Office of the President. The Burden of Health Insurance Premium Increases on American Families [C/OL] [2009-09-22]. http://www.whitehouse.gov/assets/documents/Health_Insurance_Premium_Report.pdf.
- [5] Braveman P, Egerter S. Overcoming Obstacles to Health [R]. Report to the Commission to Build a Healthier America. Robert Wood Johnson Foundation, 2008.
- [6] CDC. Life Expectancy Ranking at Birth by Sex-Selected Countries and Territories [J]. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2004, 2008, 57(13): 346.
- [7] National Center for Health Statistics. Health, United States, 2008[M]. Hyattsville, MD, 2009.
- [8] CDC. Overall Infant Mortality Rate in U. S. Largely Unchanged; Rates Among Black Women More than Twice that of White Women [R]. National Vital Statistics Report, 2007, 55(14).
- [9] Congressional Budget Office. Growing Disparities in Life Expectancy[EB/OL]. (2008-07-16) [2010-09-10]. http://www.epi.org/economic_snapshots/entry/webfeatures_snapshots_20080716/.
- [10] National Health Expenditures, Forecast summary and selected tables[R]. Office of the Actuary in the Centers for Medicare & Medicaid Services, 2008.
- [11] The End Of Employer-Based Health Care? [EB/OL]. [2010-07-01]. <http://truecostblog.com/2010/04/01/the-end-of-employer-based-health-care/>.
- [12] Janemarie Mulvey, Hinda Chaikind, Bernadette Fernandez. Health Insurance Premium Assistance for the Unemployed; The American Recovery and Reinvestment Act of 2009 [EB/OL]. [2009-03-06]. <http://www.policyarchive.org/handle/10207/bitstreams/18891.pdf>.
- [13] Stephanie Ditta. Health expenditure around the world[EB/

- OL]. [2010-03-18]. <http://blogs.reuters.com/frontrow/2010/03/18/health-expenditure-around-the-world/>.
- [14] 许琳. 临床不安全用药现象探析[N]. 中国医药报, 2009-11-03(A03).
- [15] Asia-Pacific Finance and Development Center. 简析奥巴马医疗改革方案[EB/OL]. [2010-01-15]. http://www.afdc.org.cn/afdc/cn/down_research.asp?id=177.
- [16] 刘丽杭. 价值取向与政治博弈: 美国医改政策回眸[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(8): 41-48.
- [17] Andrew Villegas. Employer-Based Insurance Explained[EB/OL]. [2009-09-28]. <http://www.kaiserhealthnews.org/stories/2009/september/28/npr-employer-explainer.aspx>.
- [18] Framework for Comprehensive Health Reform[EB/OL]. [2009-09-09] <http://www.kaiserhealthnews.org/stories/2009/september/08/~//media/files/2009/090509baucus.ashx>.
- [19] President Obama's Budget Outline Would Provide \$ 634B Over 10 Years for Universal Health Coverage. [2009-02-26] [C/OL] <http://www.kaiserhealthnews.org/daily-reports/2009/february/26/dr00057185.aspx>.
- [20] Daniel Heimpel. Who Says Americans Are Too Fat? [EB/OL]. [2009-08-26]. <http://www.newsweek.com/2009/08/26/who-says-americans-are-too-fat.html>.

[收稿日期:2010-04-16 修回日期:2010-09-12]

(编辑 薛云)

· 动态讯息 ·

医院安全与管理培训班成功举办

2010年11月8—13日,由世界银行主办,中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承办的医院安全与管理培训班在江苏省无锡市成功举办。此次培训班是世界银行资助中国开展的“汶川地震灾后重建项目”的重要活动之一,旨在支持四川、甘肃两省灾后重建工作,尤其是提高项目省县级医院应对突发事件及自然灾害的能力和医院管理水平,提供及时、有效、安全的卫生服务。来自四川、甘肃两省的省市级项目管理人员、项目县卫生局主管领导以及参与项目的县级医院主管领导,无锡市部分医院领导和专家学者等约60人参加了培训。

培训班开幕式由世界银行卫生专员张硕女士主持,世界银行高级环境专家 Paul Procee 先生、卫生部医管司高学成处长、无锡市卫生局曹锡荣局长、医科院卫生政策与管理研究中心代涛研究员在开幕式上致辞。培训班邀请了医院安全与管理领域的领导和知名专家围绕公立医院改革、医院安全与应急管理、绩效管理、支付方式改革、危机管理和医院信息化等专题进行了精彩报告,并进行了分组讨论和深入交流。在培训期间,与会人员还到江阴市人民医院和无锡市人民医院进行了参观学习。