

美国的老年人医疗照顾制度研究

Medicare in the United States

张奇林

(湖北省武汉市武昌区珞珈山武汉大学社会保障研究中心, 430072)

摘要: 以老年人为主要保障对象的医疗照顾制度是美国两大公共医疗保险计划之一。它对于保障老年人的就医机会, 改善老年人的就医条件, 减轻老年人的经济负担, 提高老年人的生活质量起到了重要作用。人口结构 and 需求结构的变化需要医疗照顾制度作相应的调整。财政平衡、公平性、个人的费用压力以及美国的制度和政治现实是医疗照顾制度改革必须面对的问题与挑战。市场化的改革方案在医疗照顾制度的改革进程中占了上风。

关键词: 美国 老年人 医疗照顾制度

Abstract: Medicare which targets the elderly is one of the two America's public health care programs. It has been playing an important role in providing the elderly access to health care, improving their medical conditions, alleviate their economic burden, and making their life well. However, some adjustments must be made in Medicare as changes happening in the structures of population and demands for care. Financial balance, equity, cost burden to individuals, and realities of American institution and politics are problems and challenges Medicare reform has to face. Proposals with marketization features dominate Medicare reform.

Keywords: America the elderly Medicare

1966年6月,美国第44任总统约翰逊(Lyndon Johnson)在全国老龄市民委员会(National Council of Senior Citizens)发表演讲说,“医疗服务将解除千百万美国人的痛苦,将深刻而长久地改善美国人的生活,它将同社会保障项目(Social Security)一道形成两个支柱来保护我们的人民,使其安全地生活,并实现希望”¹尽管约翰逊总统雄心勃勃的全民健康保险计划至今还没有实现,但是,以老年人为主要保障对象的医疗照顾制度(Medicare)却获得了巨大成功。经过近40年的发展,无论是资金,还是注册人数,Medicare都是全美最大的健康保险项目,同时也是仅次于老年、遗属、残障保险(OASDI)的第二大社会保险项目²。2002年,Medicare注册人数达4140万,经费支出达2657亿美元³。Medicare以其不可替代的作用和服务成为美国最受欢迎的项目之一。但是,也应该看到,在30多年的发展进程中,Medicare经历了许多的风风雨雨,经常成为削减政府预算开支的目标;在拓展政府医疗保障

¹ Nancy-Am Min DeParle, “Celebrating 35 Years of Medicare and Medicaid”.

² 2000年, OASDI的总支出约为4100亿美元, Medicare的总支出约为2280亿美元(Richard S. Foster, “Trends in Medicare Expenditures and Financial Status, 1966-2000,” 35)

³ 2003 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, 3.

服务的过程中也遭遇了不少挫折；项目本身的一些缺陷，如费用问题、处方药问题、长期护理问题等也困扰着 Medicare。总之，Medicare 改革面临巨大挑战。

本文将从介绍 Medicare 的内容入手，分析 Medicare 的目标、作用与影响，探讨 Medicare 的变化趋势及其所面临的问题与挑战，以期对 Medicare，这个对美国社会有着深远影响的医疗保障项目有一个全面的认识。

一、Medicare 的内容

（一）保障对象与保险内容

Medicare 向以下几类人群提供医疗保障：65 岁及 65 岁以上的老年人；领取社会保障残障保险津贴超过 24 个月的残疾人；患有晚期肾病（ESRD）的病人；某些不符合条件但愿意支付保费参加此项目的人士。

Medicare 由住院保险（HI,也叫做 Part A）和补充医疗保险（SMI,也称作 Part B）两部分组成。Part A 是一个典型的社会保险计划，用于支付给付期内的住院费用，包括床位费、伙食费、医院服务和药品的费用等。Part A 还支付其他机构，如收容所、专业护理设施（skilled nursing facility, SNF）等提供给被保险人的相关服务的费用。

Part B 是一个自愿项目，符合 Medicare 条件的人都可以有选择地认购。Part B 帮助支付医生提供的规定范围内的服务费用，如诊断、外科手术、放射治疗等；Part B 还支付门诊服务的费用，如急诊、输血、无法自用的药品等。

（二）筹资模式与管理

Part A 和 Part B 筹资方式各不一样，信托基金也是分开的。Part A 信托基金的收益主要来自雇主和雇员交纳的工资税（payroll tax）。Part B 的资金由两部分组成，一部分是注册者每月交纳的保费，另一部分是联邦的配套资金。当然，无论是 Part A 还是 Part B，有一部分费用是由注册者自己承担的。

Medicare 主要由卫生保健财政署（Health Care Financing Administration, HCFA）⁴和社会保障署（Social Security Administration, SSA）两部门管理，其中 HCFA 尽主要的管理之责。另外，财政部负责管理 Part A 和 Part B 的信托基金以及基金的拨付。由卫生和人力服务部长、劳工部长、财政部长、SSA 专员以及两名公众代表等 6 人组成的信托人理事会（Board of Trustees）全权负责监管信托基金。每年 4 月 1 日，信托人理事会负责向国会报告信托基金的收支状况和运行情况。

二、Medicare 的目标、作用与影响

（一）Medicare 的目标

Medicare 的首要目标就是向老年人提供医疗保障。正如一位学者指出的，“如果华盛顿以主流价格为老年人的医疗保健付费，老年人将获得数量更多的必需的照顾”⁵。这是 Medicare 最初的设想和原理。

⁴ 为了提高工作效率，改进服务，布什（George W. Bush）政府于 2001 年 6 月 14 日宣布，将 HCFA 改名为 Medicare 和 Medicaid 服务中心（Centers for Medicare and Medicaid Services, CMMS）。但基本的管理职能没有改变（Robert Pear, “Medicare Agency Changes Name in an Effort to Emphasize Service.”）。

⁵ Frank J. Thompson, *Health Policy and the Bureaucracy: Politics and Implementation*, 155.

美国是发达国家中惟一没有建立全民医疗保险制度的国家。鉴于老年人在退休之后所面临的医疗风险和财政风险，以老年人作为目标人群的 Medicare 作为美国医疗保障制度渐进式改革所迈出的第一步也是情理之中的事。

（二）Medicare 的作用和影响

Medicare 实施 30 多年来，基本上实现了既定的目标，起到了应有的历史作用。同时，它对美国的卫生保健制度也产生了深刻影响。

1. Medicare 向几乎所有的 65 岁以上的美国老人提供了医疗保险。Medicare 实施以前，只有近一半的老年人有健康保险。1966 年，也就是 Medicare 实施的第一年，这个比例马上就翻了一番。到 1970 年，97% 的美国老人都注册参加了 Medicare，而且，这个比例一直维持到现在⁶。

2. Medicare 增加了老年人的就医机会，医疗服务的使用也随之增加。1993 年，老年人人均每年看医生 10.9 次，而 1964 年只有 6.7 次；同年，只有 7.4% 的老年人报告说最近两、三年没有看过医生，而 1964 年该项指标达到 21%⁷。而且，随着时间的推移，所使用的服务的结构和比例也在发生变化。

3. 由于就医机会的增多和就医条件的改善，老年人的健康状况和生活质量有一定的改善和提高。尽管很难确切地估计 Medicare 对老年人健康状况的影响，但是，一些主要的健康状况指标在过去 30 多年确实有了很大的改善。以预期寿命（life expectancy）为例，1960 年以来，65 岁老人的预期寿命延长了 3 年，增长了 20%。更为重要的是，老年人不仅延长了寿命，而且生活质量也有了提高。研究发现，老年残障的流行比以前有所下降，一方面老年人可以部分摆脱残障带来的经济压力；另一方面可以克服诸多的生活不便⁸。

4. Medicare 减轻了老年人的经济负担，对缓解老年贫困起到了积极作用。据估算，由于 Medicare 的引入，老年人的经济负担减轻了一半。从长期来看，尽管老年人用于卫生保健的开支缓慢爬升，但是如果没有 Medicare，他们的费用压力会更大⁹。2000 年，Medicare 平均用于每个老年人卫生保健的费用超过 5300 美元（2002 年更达到了 6604 美元¹⁰），几乎占中等收入老年人总收入的 40%¹¹。

5. Medicare 对美国卫生保健制度产生了深刻影响。首先，Medicare 在费用控制和支付方式变革中起了领袖作用。1983 年，Medicare 率先变革了支付方式，将以费用为基础的支付方式改变为预期支付制度（Prospective Payment System, PPS）。这一改变减缓了 Medicare 的费用增长速度。Medicare 所倡导的支付方式也很快为私人保险所效法，提高了支付者的价格意识，推动了私人财政的觉醒。更为深远的影响是，首先从公共项目开始的支付方式的变革对医生的主导地位带来了前所未有的冲击，他们作为专家和企业家的化身正在被打破，角色趋向单一，而且自主权受到越来越多的质疑和约束。他们同日益发展的企业化的有管理的照

⁶ Marilyn Moon, "Medicare Matters: Building on a Record of Accomplishments," 9.

⁷ Margaret H. Davis, and Sally T. Burner, "Three Decades of Medicare: What the Numbers Tell Us," 235.

⁸ Nancy-Am Min DeParle, "Celebrating 35 Years of Medicare and Medicaid," 2.

⁹ Marilyn Moon, "Medicare Matters: Building on a Record of Accomplishments," 11.

¹⁰ 2003 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds.

¹¹ Marilyn Moon, "Medicare Matters: Building on a Record of Accomplishments," 10.

顾组织(managed care organizations, MCOs)的关系不再是传统的代理关系，而是商业社会中最普遍的合同或工作关系¹²。这些变化对美国医疗保障制度的改革和未来走向将增添更多的变数，利弊很难说清。

其次，Medicare 制定了严格的联邦标准，用于监控医院、疗养院以及家庭卫生保健机构的质量；它还有一些最严格的措施来保护注册于 HMOs 和其他 managed care 计划的受益人。作为政府推动的公共健保计划，Medicare 所建立的质量标准和保护患者的措施，对于规范医疗及相关服务，保护患者利益起到了积极作用，同时对私人保险计划也起到了表率 and 昭示作用。

最后，Medicare 还有一些特别的支出用于完善美国的医疗保障制度，那就是向农村医院、中心城区医院和教学医院以及安全网的服务者提供款项，保证居住在那里的其他居民可以获得保健服务。此外，Medicare 还资助研究生医学教育，以培训医生。

三、Medicare 的变化趋势

在这一部分，我们将从注册人口结构、服务的使用以及费用支出三个方面来分析 Medicare 的变化趋势。这三个方面是影响 Medicare 政策非常重要的三个因素。它们之间有内在的联系。人口结构的变化必然会产生需求结构的变化；而需求结构的变化必然要反映到服务的利用上；服务供求关系和使用的变化又会影响费用的变化。Medicare 政策既要回应这些变化，进行调整，又要运用政策工具，影响和控制这些变量。在这三个变量中，人口结构基本上是一个自变量（出于稳定的考虑，Medicare 不可能经常或大幅度地改变其保障对象），它受福利政策的影响不大（但 Medicare 的资格认定政策仍对其有影响）。Medicare 政策可以通过调整服务的供给，限制服务的使用，来适应人口结构的变化，达到满足需求，控制费用的目的。

（一）注册人口的结构及其变化

1.注册人口的结构分析

表 1 Medicare 注册人口的数量与结构（2002 年 7 月 1 日）					单位：千	
	总数	男性	女性	白人	黑人	其他种族
总数	40045	17368	22677	34000	3808	2138
HI	39625	17235	22390	33815	3758	1959
SMI	37698	16095	21639	32157	3528	1936
老年人	34478	14271	20205	29874	2757	1762
残疾人	5472	3044	2428	4078	1019	362
ESRD	95	51	43	48	32	14
预付式计划	6185	2621	3563	5247	531	396
FFS	33860	14746	19113	28752	3277	1742
州购入	5744	2053	3691	3672	1216	838
城镇居民	30842	13247	17595	25643	3183	1935
乡村居民	9202	4120	5082	8357	625	213

¹² Carolyn Hughes Tuody, "Dynamics of a Changing Health Sphere: The United States, Britain, and Canada," 125.

注：1、HI：住院保险；2、SMI：补充医疗保险；3、ESRD：晚期肾病患者；表中的该项指标不包括老年人和残疾人中的 ESRD，老年人和残疾人中的 ESRD 均分别计入老年人与残疾人这两项指标中；4、FFS：按服务付费计划。

资料来源：Health Care Financing Review, *Medicare and Medicaid Statistical Supplement*, 2003, Table 6. <http://www.cms.hhs.gov/review/supp/2003/>.

表 1 反映了一定时期（2002 年年中）Medicare 注册人口的分布情况。2002 年，在 2.88 亿美国人中，有 4000 多万人注册参加了 Medicare，占总人口的 13.9%。其中，65 岁以上的老年人有 3448 万，65 岁以下的残障人士有 547 万，ESRD 9.5 万，分别占总注册人口的 86.1%、13.7%和 0.2%。这说明 Medicare 是一个以老年人为主的项目，老年人口结构、健康状况、经济状况等因素的变化，都会影响 Medicare 未来的走势。在老年注册人口中，女性占 58.6%，男性占 41.4%；77.5%的老年人居住在城市，22.5%居住在农村，同美国人口的城乡分布相差无几¹³；有 10.7%的老年人被纳入了州政府的购入计划（State buy-in）¹⁴，略低于同期 65 岁以上老年人的贫困发生率（10.4%）¹⁵。因此，可以肯定地说，并非所有的生活在贫困线以下的老年人口被纳入了州政府的购入计划。而在 65 岁以下的人群中，贫困发生率为 12.3%，购入率却高达 36.9%，这主要是因为这一类人群中的贫困人口大多为儿童，而儿童的残障率（也就是成为 Medicare 受益人的比率）要低许多。州政府的购入计划比例在人种之间的分布也有些差异。白人的购入率是 10.8%，与同期白种人的贫困发生率（10.2%）相差不大；而黑人和其他人种的购入率分别为 31.9%和 39.2%，均高于他们的贫困发生率（24.1%和 10.1%）¹⁶。这在一定程度上说明了不同人种因经济状况和健康状况的差异，他们对福利制度的依赖程度有所不同。

另外，参加按服务付费（fee for service, FFS）计划的人数占总注册人口的 84.6%，而参加预付式（prepaid）计划的人只有 15.4%（见表 1）。这说明，尽管 prepaid 计划颇受欢迎，评价也颇高，但争议也不少。它的参加人数能否进一步增加，甚至取代传统的 FFS 计划，尚有待政治的考量与时间的检验。

2. 注册人口的变化趋势

对比有关的历史数据，我们可以发现 Medicare 注册人口有这样几个变化：

（1）注册人口不断增加，Medicare 的规模进一步扩大。据最新的统计数据，截止 2002 年底，Medicare 注册人口达到 4110 万，比 1966 年的 1911 万增加了 115%；比 1973 年的 2355 万增加了 74.5%（见表 2）。其中，老年注册人口由 1966 年的 1911 万增长到 1998 年的 3380 万，年均增长率为 1.8%；残障人士由 1973 年的 173 万增长到 1998 年的 504 万，年均增长率为 4.4%。老年注册人口的年增长率略低于总注册人口的年增长率（2.0%），而残障人士的年增长率则比两者都高许多。

¹³ 2000 年，美国城市人口占总人口的 79%，农村人口占 21%（U.S. Census Bureau, *Statistical Abstract of the United States: 2004-2005*, 28, No.25）。

¹⁴ 所谓州政府的购入计划，就是各州通过其管理的 Medicaid 计划来救助 Medicare 受益者。

¹⁵ U.S. Census Bureau, *Statistical Abstract of the United States: 2004-2005*, 453, No.686.

¹⁶ U.S. Census Bureau, *Statistical Abstract of the United States: 2004-2005*, 453, No.686.

表 2 Medicare 部分年份的注册人数 (1966-2002 年)

单位: 千

年份	总数	老年人	残疾人	H1			SM1		
				总数	老年人	残疾人	总数	老年人	残疾人
1966	19109	19109	—	19082	19082	—	17736	17736	—
1973	23545	21815	1731	23301	21571	1731	22491	20921	1570
1980	28478	25515	2963	28067	25014	2963	27400	24680	2719
1990	34213	30961	3252	33731	30479	3252	32636	29691	2945
1998	38838	33798	5041	38432	33392	5040	36794	32308	4486
2002	41100	35100	6000	40600	34600	6000	38100	32900	5200

说明: 1、H1: 住院保险; 2、SM1: 补充医疗保险。

资料来源: Health Care Financing Review, *Medicare and Medicaid Statistical Supplement*, 2000: 93, Table5; 2002 年的数据见 2003 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds.

(2) 在人口老龄化的同时, 高龄化趋势更加明显。如前所述, 自 1970 年 Medicare 老年注册人口达到老年人口的 97%以后, Medicare 的老人覆盖率一直维持在这个水平。在相对数量保持稳定的同时, 老年注册人口的绝对数量以平均每年 1.8%的速度增长。也就是说, 每年增加的老年人口基本上都参加了 Medicare。从这个意义上讲, 人口老龄化是 Medicare 规模不断扩大的主要原因。在人口老龄化的同时, 老年人口的结构也在发生变化。低龄老人的比例逐渐下降, 高龄老人的数量不断增加, 老年人口的高龄化趋势明显。65-69 岁的老年人的比例由 1980 年 29.7%下降至 1998 年的 23.6%; 而 85 岁以上老年人的比例由 1980 年的 8.5%上升至 1998 年的 10.6%¹⁷。

(3) 作为第二种变化的解释, 那就是老年人健康状况的改善和寿命的延长。关于这一点前文已有论述。

(4) 老年人的经济状况不断改善, 对福利制度的依赖性减小。如前所述, 社会保障的实行对老年人的经济状况产生了深刻影响。1940 年, 也就是社会保障计划的早期, 只有 1%的老年人享有社会保障津贴, 20%多的老年人需要接受有关福利计划的救助; 20 年后, 获得社会保障津贴的老年人超过 60%, 而被认为是“穷人”, 需要接受福利补贴的老年人只有 14%; 到 20 世纪 90 年代, 老年人的经济状况进一步改善, 92%的老年人有社会保障津贴, 只有不到 6%的老年人依靠福利制度生活¹⁸。老年人经济状况的改善在一定程度上会减轻 Medicare 的压力。

(5) 虽然 SMI 是一个自愿项目, 但参加的人非常多。比较表 2 中列出的历年的数据可以发现, 参加 HI 的绝大多数注册人口都注册参加了 SMI (几乎每年都在 90%以上, 有时高达 97%)¹⁹。为什么会出现这种情况? 主要是因为同私人保险相比, SMI 有这样几个优势: 第一, 保费低, 只相当于项目成本的 25%; 第二, 待遇好, 而且这些待遇是由相关法律规定的; 第三, 不存在私人保险市场上常见的逆向选择 (adverse choice) 问题。所有这些都是

¹⁷ Health Care Financing Review, *Medicare and Medicaid Statistical Supplement*, 2000, 27, Figure7.

¹⁸ Marian E. Gornick, and Joan L. Warren, “Thirty Years of Medicare: Impact on the Covered Population”.

¹⁹ 这里面还有一种情况, 那就是有一部分人只有 SMI, 而没有 HI, 但这种人数量很少。

因为 SMI 是一个公共医疗保险计划。从这个意义上讲, SMI 和 HI 的差异其实并不大。而且现代医疗技术、服务传递方式和支付方式的发展变化使 Part A 和 Part B 的界限越来越模糊(比如说门诊与住院的区别), 这就需要重新考虑这两部分所对应的财政制度和理论基础²⁰。

(二) 服务利用的变化

由于人口结构、支付方式等因素的变化, Medicare 注册人口对服务的利用也出现了一些变化。首先, 接受医院服务的人先增后降。1967 年, 每千个注册者有 185 人接受了医院服务; 1983 年该数字增至 242 人。20 世纪 80 年代, 随着 PPS 的引入和在门诊接受外科手术人数的增加, 导致接受住院治疗的人数下降。到 1994 年, 每千位注册者中接受住院治疗的人数下降至 201 人。这个比例在随后几年都比较稳定。1983-1994 年间, 该项指标下降的比例为 17%; 而 65-69 岁年龄段下降的幅度最大, 为 28%; 其次是 70-74 岁年龄段, 下降幅度为 22%²¹。

其次, 接受护理机构服务的人数大幅增加。1983-1994 年, SNF 的使用人数增长了 230%; 家庭健康机构(home health agency, HHA)的使用人数增长了 109%。SNF 和 HHA 使用人数的大副上升, 主要是因为 Medicare 进一步确定了对后急症(postacute)服务的保险和支付政策。

第三, 年龄是影响 HI 服务使用的主要因素。1994 年, 每千名年龄在 65-69 岁的注册者中, 有 133 人入院治疗, 而每千名 85 岁以上的注册者中有 323 人住院治疗。同样, SNF 和 HHA 的使用也随年龄的增长而增长。上述两个年龄组的注册者使用 SNF 服务的人数由每千人的 9 人上升至 103 人; 对 HHA 的使用则由 42 人上升至 202 人²²。

第四, 出院率²³和住院时间下降, 护理机构的使用增加。1967 年每千名注册者有 268 名出院, 出院率在整个 70 年代持续上升, 至 1980 年达到 361 人。1983 年引入 PPS 之后, 出院率和住院时间双双下降。1985-1994 年, 出院率维持在每千人 326-337 人的水平。同样, 1985 年以来, 每次住院时间在 8.8-7.4 天的范围内波动, 远低于 1967 年的 13.1 天/次。在出院率和住院时间下降的同时, SNF 和 HHA 的使用不断增长。1985-1994 年, 每千人的 SNF 护理天数增长了 3 倍, 1994 年达到 1167 天/千人; HHA 的探访率增长了 5 成, 1994 年达到 6426 次/千人²⁴。

第五, 就 Part B 而言, 医生和其他人员服务以及门诊服务的使用都大幅增加。1967 年只有不到 36%的老年人接受了 Part B 所覆盖的医生和其他人员服务, 5.8%的人接受了门诊服务; 到 1994 年, 这两项指标分别增长到了近 90%和 60%²⁵。

(三) 费用的变化趋势

Medicare 费用的变化受很多因素的影响, 同时, 它的变化会对整个卫生保健产业及相关行业和政策产生重要影响。我们可以从两个方面来分析 Medicare 的费用变化情况。

²⁰ Henry J. Aaron, and Robert D. Reischauer, "The Medicare Reform Debate: What Is the Next Step?" *Health Affairs*, Winter 1995: 8-30.

²¹ Marian E. Gornick, and Joan L. Warren, "Thirty Years of Medicare: Impact on the Covered Population".

²² Marian E. Gornick, and Joan L. Warren, "Thirty Years of Medicare: Impact on the Covered Population".

²³ 出院率是衡量住院人数的一个指标, 它同前面提到的接受医院服务的人数是两个不同的统计指标。

²⁴ Marian E. Gornick, and Joan L. Warren, "Thirty Years of Medicare: Impact on the Covered Population".

²⁵ Marian E. Gornick, and Joan L. Warren, "Thirty Years of Medicare: Impact on the Covered Population".

1. Medicare 支出的变化趋势及其原因

自 Medicare 实施以来，费用支出呈现较快的增长速度。项目支出从 1967 年的 42.4 亿增长到了 1998 年的 1681.6 亿美元，年平均增长率为 12.6%²⁶；从相对数来看，1967 年 Medicare 支出占全国卫生总费用(National Health Expenditures, NHE)的 9.7%，2000 年达到了 18.4%²⁷。

导致 Medicare 支出持续上涨的原因主要有：第一，注册人数不断增加，平均每年增加 2.2%。第二，Medicare 覆盖的服务范围不断扩大。第三，医学技术的进步和医疗能力的增强导致了 Medicare 和其他卫生保健费用的快速增长。第四，一般经济因素，如通货膨胀率、工资增长率等的上涨推动了医疗价格的膨胀，从而导致费用的增长。第五，一些非报销费用，如处方药、LTC 的增长速度快于卫生费用的增长速度，在一定程度上也拉动了 Medicare 费用的上涨。第六，服务的使用和服务的强度的快速增长，也是导致 Medicare 费用上涨的一个重要原因。第七，Part B 的扣除额(deductible)的增长慢于报销费用的增长，超出的部分由 Medicare 补贴。这无疑也增加了 Medicare 的费用支出。

Medicare 费用的快速增长必然会引起政府和社会各界的高度关注。出台相关政策以控制费用的上涨是情理之中的事。因此，尽管费用的总体趋势是上涨，但各个时期的上涨速度并不相同，有的时期还出现了回落，如 1970-1973 年的平均增长率由 Medicare 实施以来的 32.3% 降至 10.0%；1983-1997 年的平均增长率又由上一个时期(1974-1982 年)的 20.0% 降至 9.8%；1998-2000 年更骤降至 2.2%²⁸。导致 Medicare 费用增长变缓的原因主要有：

第一，通货膨胀和医疗价格的下降，缓解了 Medicare 费用上涨的压力。第二，有关费率的调整对受益人的消费行为有一定的约束作用。第三，支付方式的改革减少了住院期间的医院服务费用。第四，1997 年平衡预算法案(Balanced Budget Act of 1997, BBA)的实行。这是导致 Medicare 费用骤降的主要原因。BBA 为控制 Medicare 费用，保障其长期的偿付能力，实现预算平衡，它既采用了传统的管理办法(如价格管理、费用管理)，也引入了竞争机制，甚至有可能改变 Medicare 的性质，因此，BBA 被称作是 20 世纪 80 年代实行供方费率制以来对 Medicare 影响最大的一次改革²⁹。第五，努力解决 Medicare 中医疗资源的误用和滥用问题。

总之，Medicare 的费用变化既受经济周期的影响，更受政策的影响。

2. 费用构成及其变化

我们可以从经费来源和支出去向两个方面来分析 Medicare 的费用构成及其变化。

(1) 经费来源

²⁶ Health Care Financing Review, *Medicare and Medicaid Statistical Supplement, 2000*, Table12.

²⁷ Richard S. Foster, "Trends in Medicare Expenditures and Financial Status, 1966-2000".

²⁸ Richard S. Foster, "Trends in Medicare Expenditures and Financial Status, 1966-2000," Table1.

²⁹ Kant Patel, and Mark E. Rushefsky, *Health Care Politics and Policy in America*: 125—127.

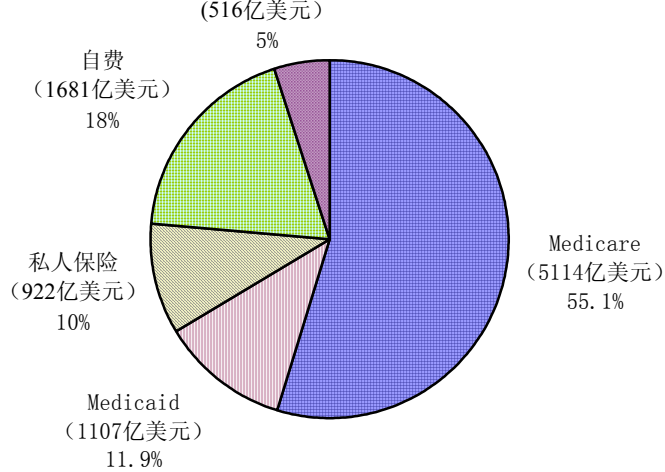


图1 Medicare 受益人用于医疗服务的经费来源：1997 年

资料来源：Nancy De. Lew, “Medicare: 35 Years of Service,” *Health Care Financing Review*, Fall 2000, Vol. 22, No.1, Figure10.

图1显示了1997年Medicare受益人用于医疗服务的经费来源情况。在9340美元的人均支出中，Medicare承担了一半以上的费用（55.1%和5114美元）；其次是受益人的自费部分（18.0%和1681美元）；第二大公共医疗保障计划Medicaid通过buy-in等方式提供了11.9%的经费，位列第三；各种各样的私人保险计划支付了10.0%的费用；其余的5%是由其他渠道解决的，如慈善医疗等。从Medicare经费来源的构成可以看出，尽管Medicare是主要的供款者，但不是唯一的供款者。Medicare的许多项目是由其他计划和受益人自己买单的。也就是说，Medicare是一个综合性的项目。因此，Medicare改革不应该也不可能仅限于Medicare本身，它还涉及到方方面面的利益；同时，其他项目的存在和多种项目的组合会给Medicare费用带来压力。

(2) 支出去向

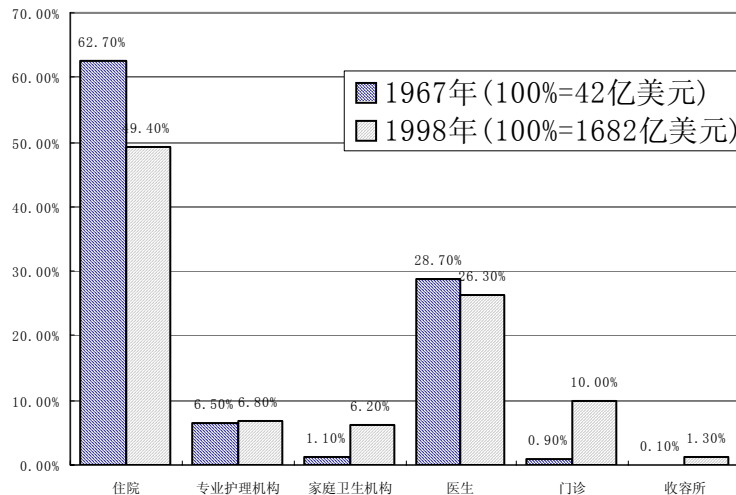


图2 Medicare 支出在不同服务间的分布：1967 年和 1998 年

资料来源：Health Care Financing Review, *Medicare and Medicaid Statistical Supplement: 2000: 31*, Figure12.

图2显示了Medicare支出在不同服务间的分布情况。比较1967年和1998年的数据我们不难发现，项目支出最大的变化就是住院服务的比例锐减，而门诊服务的比例大增。其次

是医院以外其他机构服务有不同程度的增加。增幅最大的是 HHA；SNF 略有增加；而收容机构服务则从无到有。这些变化都直接影响到 HI 和 SMI 的变化。尽管 HI 和 SMI 自实施以来都在不断增长，而且增长的原因也大致相同，但 SMI 的增长速度快于 HI 的增长速度。主要是因为，医疗技术进步和治疗方案的改进，使原来需要住院治疗的病人可以改在门诊接受治疗；其次，政府对机构的管理较医生更严格。

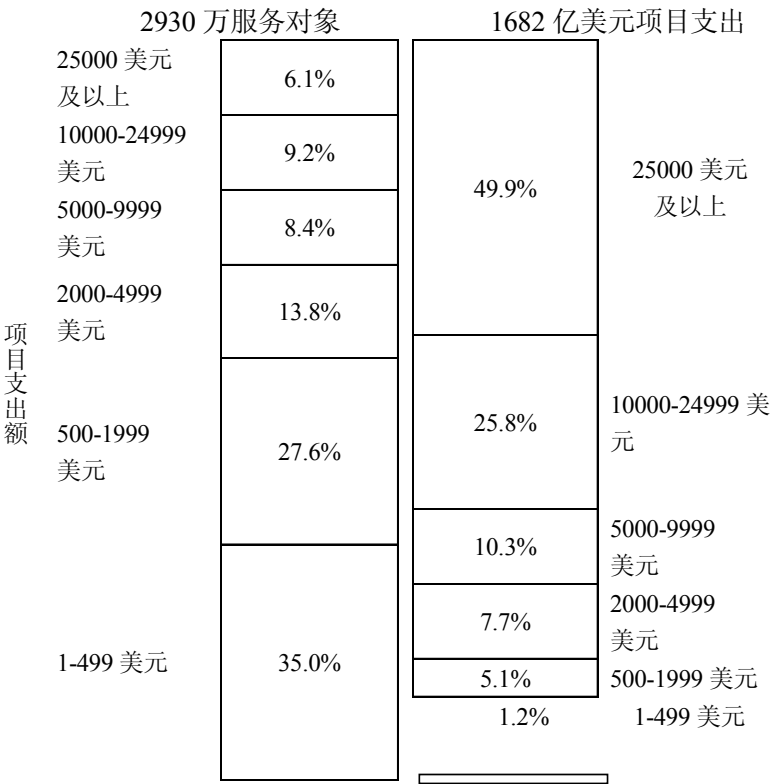


图 3 Medicare 服务对象和项目支出的构成：1998 年

资料来源：Health Care Financing Review, *Medicare and Medicaid Statistical Supplement: 2000*: 31, Figure12.

图 3 显示了 Medicare 服务对象和项目支出的构成情况。对比这两组数据，可以发现，Medicare 在费用构成方面有一个显著的特点，那就是费用向高消费人群集中。6.1%的高消费者（花费在 25000 美元以上）用去了 49%的经费；而 35%的低消费者（花费在 500 美元以下）只用了 1.2%的钱。支出结构严重失衡。这是 Medicare 改革需要面对的一个问题。当然，这一特点与 Medicare 以老年人和残疾人，这些高医疗风险的人群为保障对象的项目特点有关。

四、Medicare 面临的问题与挑战

（一）Medicare 面临的问题

美国学者 Gornick 和 Warren 在为纪念 Medicare30 周年所作的一篇文章中提出了 Medicare 所面临的四大问题³⁰。我们以此为基础对这些问题作一简单分析。

1、财政问题。也就是美国朝野各界高度关注和担忧的 Medicare 信托基金的偿付能力问

³⁰ Marian E. Gornick, and Joan L. Warren, “Thirty Years of Medicare: Impact on the Covered Population”.

题。Medicare 的财政状况和相关信息由 Medicare 信托人理事会负责披露。据该理事会预测，在现行政策不变的情况下，无论是短期，还是长期，Medicare 都存在财政问题。尽管信托人理事会每年作出的预测变化很大，从 1970-1995 年，预测偿付危机到来的时间最短的是 2 年，最长的是 20 年；而且，除少数年份没有进行预测外，几乎每年的预测都不一样³¹。但有一点是相同的，那就是无论政策如何调整，Medicare 的偿付危机始终存在。这对美国政府和美国民众来说，好象一条难以逾越的鸿沟。这里需要说明的是。信托人理事会每年作出的预测是客观的，是科学可信的。那么，问题的症结就在于决策层应采取怎样的对策来消除危机。这是 Medicare 改革争论的焦点，也是美国政府面临的巨大挑战。

2、公平性问题。也就是如何促进包括弱势群体在内的所有 Medicare 人口对卫生保健服务的有效利用。Medicare 的一个主要目标就是向老年人提供就医机会。但是，不同人种和不同收入群体在使用特殊医疗服务和外科手术方面有较大差异，这不能不引起人们对 Medicare 的可及性、有效性和公平性的关注。

3、市场化趋势对可及性和质量的影响问题。也就是如何在不断变化的卫生保健市场中维护保健的可及性和质量。1997 年平衡预算法案所设计的 Medicare+Choice 方案被称作是 Medicare 的 Part C，它反映了 Medicare 的市场化改革趋势。政府之所以将市场机制引入 Medicare 这个公共医疗保险计划，是基于这样一个理念，那就是市场竞争和市场选择更有利于提高医疗服务传递的效率。尽管很多人对这一观点不以为然，但可以肯定的是，Medicare 对象在卫生保健市场中的风险增大了。监督医疗卫生传递制度中竞争性增大所带来的影响，是美国政府在改革 Medicare 的过程中不容回避的一个问题。

4、个人的财政承受能力问题。也就是 Medicare 受益人通过法定的渠道买不买得起所需要的卫生保健服务。毋庸置疑，老年人比其他人口有更大的卫生保健需求。据估算，老年人的人均卫生保健支出是其他人口的 4 倍。尽管如图 1 所示，有多种计划和渠道为美国老年人的卫生保健买单，但仍有 18% 的费用需要老年人自理。也就是说，在现行的制度安排下，老年人面临着较大的费用风险。这种风险主要来自两个方面，一是 Medicare 的服务范围有限，对老年人需求较大的一些服务，如门诊处方药、长期护理服务（LTC）等没有覆盖，这两部分的开支占老年人自费支出的 6 成多³²；二是 Medicare 对所要求的共担费用没有封顶。

（二）Medicare 改革面临的挑战

美国各界对 Medicare 存在的问题分歧不大，改革也是基本共识。但怎样认识这些问题以及如何进行改革却是争论纷纭。但无论怎么改，它都不可能超越现有的社会、经济和政治制度以及根深蒂固的价值观念，这才是 Medicare 改革面临的最大挑战。

首先，资本主义私有制所导致的贫富差异以及由来已久的种族歧视政策所导致的种族差异，决定了美国难以解决 Medicare 制度中的公平性问题。尽管包括美国在内的西方资本主义国家竭力用社会福利制度来掩饰源于私有制的各种社会不公，但是它们无法从制度上消除社会不公。只是设法做得更好一些，显得更公平一些。西方的社会福利制度从一开始就是一种缓和阶级矛盾，维护资产阶级利益的策略和工具。如果不动摇其制度基础，是难以根本解决公平性问题的。而且，在美国这样一个只有二百多年历史的国家，种族歧视的历史就有近 200 年，种族歧视的政策虽然被废除了，但是它所造成的社会经济影响和种族歧视观念在相当长时间里是难以消除的。有足够的数据和事例可以说明种族歧视和种族差异在当今美国无

³¹ Henry J. Aaron, and Robert D. Reischauer, "The Medicare Reform Debate: What Is the Next Step?" Table 1.

³² Nancy De Lew, "Medicare: 35 Years of Service," Figure13.

所不在。这也从一个方面反映了 Medicare 问题的复杂性。

其次，美国历来奉行自由市场经济政策。尽管 Medicare 的实施突显了政府作用，而且实施后一段时间又以政府管理为主，但市场和竞争的理念在这个公共计划中从来没有消失过。从费用控制到 BBA，从 HMO 到 Medicare+Choice，充分体现了美国以市场为基础的社会政策的特点。Medicare 的改革策略就是在政府项目的基础上，运用市场机制来提高效率，改善产出。尽管这是政府介入程度最深的一种战略，但它毕竟将政府项目的保障对象部分地推向了市场；而且从整体来看，Medicare 的保障对象是社会的弱势群体，他们在进入市场后，将面临更大的风险，比如私人保障市场的逆向选择，MCOs 费用控制对可及性和质量的影响等。显然，这些风险的产生同 Medicare 风险分担，减小风险的初衷相左，它们会不会改变 Medicare 的性质？与这个问题相关的一个问题是，Medicare 最初确定的目标和原则能否保留？应不应该保留³³？这是决策者在用传统的经济决策理念改造 Medicare 的过程中需要权衡和考虑的问题。这也是对传统理念的一种挑战。

再次，Medicare 改革必须面对政治现实。根据美国的权力制衡原则和三权分立的政治架构，政府的任何一项改革计划都必须得到国会的批准，然后才能由总统签署生效，发布施行。因此，在参众两院的政治角逐是检验改革计划政治可行性的决定性阶段。美国是一个高度自由化和利益多元化的国家，虽然它的政党政治是两党制，但实际上三百多名众议员和一百名参议院代表了众多的利益集团的利益。因而在国会的政治较量决不是两党制那么简单。Medicare 体现的是不同利益主体之间的利益分配关系。其中，再分配政治学体现的是当事人（包括现在的受益人和未来的受益人）之间的利益分配关系；而利益集团政治学体现的是参与者（医疗卫生服务的供给各方）之间的利益分配关系。后者无论是复杂性，还是影响力，都远胜前者。在 Medicare 中有利益存在的各方都有自己特殊的背景，削减哪一方的利益都不是易事。而在 Medicare 再分配政治学方面，有学者提出，所谓的由人口结构变化所引起的支付“危机”，实际上是对各种形式的再分配制度的一种敌视，因为只要增加对富人的征税，就可轻松化解此类危机。但是，美国的政治传统，“联邦党人”所倡导的分权精神，以及现实的政治架构限制了这种可能性。因此，他们认为，要改革 Medicare，就必须进行政治改革³⁴。

最后，美国人价值观念中固有的对福利制度的歧视限制了 Medicare 的进一步改革。尽管一般认为，Medicare 和 Medicaid 是两个不同性质的公共计划，但不容否认，Medicare 中有许多福利的成分，特别是一部分低收入的 Medicare 对象是由 Medicaid 买单的。增强 Medicare 的公平性，扩大 Medicare 的服务覆盖范围，只会使 Medicare 的福利成分变得更大。美国人除了继承英国人歧视贫穷和穷人的传统外，在他们的文化中还特别强调自立精神，这样一些因素结合起来就形成了这样一种观念，那就是政府提供的福利越少越好。因此，让在职的美国人纳更多的税来扩大 Medicare 的覆盖范围，改善 Medicare 弱势群体的待遇几乎是不可能的。

总之，Medicare 改革将受到来自各个方面有形、无形的限制和挑战。因此，Medicare 自产生以来，尽管问题很多，但鲜有改变。2003 年 6 月 27 日，美国众参两院分别以 216：215 和 76：21，通过了布什政府提出的 Medicare 改革方案。根据该方案的设想，从 2006 年开始的 10 年中，美国政府将拨出共约 4000 亿美元的款项，主要用于向老年人提供药品补贴

³³ Marilyn Moon, "Medicare Matters: Building on a Record of Accomplishments".

³⁴ Bruce C. Vladeck. "The Political Economy of Medicare: Medicare Reform Requires Political Reform".

³⁵, 以解决 Medicare 处方药自费的问题。但如何补贴, 参众两院通过的具体计划是不一样的。要协调两院的观点, 达成一致的方案, 最终付诸实施还有很多工作要做, 有很长的路要走。也许美国民众能做的就只有等待了。正如英文单词 “patient” 的意思一样, “病人” 就是要耐心等待。

参考文献:

1. Aaron, Henry J., and Robert D. Reischauer. “The Medicare Reform Debate: What Is the Next Step?” *Health Affairs*, Winter 1995: 8-30.
2. Davis, Margaret H. and Sally T. Burner, “Three Decades of Medicare: What the Numbers Tell Us,” *Health Affairs*, Winter 1995, Vol.14, No.4: 231-243.
3. DeParle, Nancy-Am Min. “Celebrating 35 Years of Medicare and Medicaid,” *Health Care Financing Review*, Fall 2000, Vol.22, No.1: 1-7.
4. Foster, Richard S. “Trends in Medicare Expenditures and Financial Status, 1966-2000.” *Health Care Financing Review*, Fall 2000, Vol.22, No.1: 35-51.
5. Gornick, Marian E., and Joan L. Warren, “Thirty Years of Medicare: Impact on the Covered Population.” *Health Care Financing Review*, Winter 1996, Vol.18, No.2: 179-238.
6. Health Care Financing Review. *Medicare and Medicaid Statistical Supplement, 2000*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 2001.
7. Health Care Financing Review. *Medicare and Medicaid Statistical Supplement, 2003*.
<http://www.cms.hhs.gov/review/supp/2003/>.
8. Lew, Nancy De. “Medicare: 35 Years of Service.” *Health Care Financing Review*, Fall 2000, Vol. 22, No.1: 75-103.
9. Moon, Marilyn. “Medicare Matters: Building on a Record of Accomplishments.” *Health Care Financing Review*, Fall 2000, Vol.22, No.1: 9-22.
10. Patel, Kant, and Mark E. Rushefsky. *Health Care Politics and Policy in America*, 2nd ed. Armonk: M. E. Sharpe, Inc. 1999.
11. Pear, Ropert. “Medicare Agency Changes Name in an Effort to Emphasize Service.” *The New York Times*, June 15, 2001.
12. Thompson, Frank J. *Health Policy and the Bureaucracy: Politics and Implementation*, Cambridge, Mass.: MIT Press, 1981.
13. Tuody, Carolyn Hughes. “Dynamics of a Changing Health Sphere: The United States, Britain, and Canada.” *Health Affairs*, May/June 1999, Vol.18, No.3: 114-134.
14. U.S. Census Bureau. *Statistical Abstract of the United States: 2004-2005*.
<http://www.census.gov/prod/www/abs/statab.html>
15. Vladeck, Bruce C. “The Political Economy of Medicare: Medicare Reform Requires Political Reform.” *Health Affairs*, Vol.18, No.1, January/February 1999: 22-36.
16. 2003 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds.
17. 吴建友: 《老年医疗保健制度改革: 美国两党较力的另一重要战场》, 《光明日报》, 2003 年 7 月 1 日, C4 版。

³⁵ 吴建友: 《老年医疗保健制度改革: 美国两党较力的另一重要战场》, 《光明日报》, 2003 年 7 月 1 日, C4 版。

