

PERSPECTIVE

INCREASING THE AFFORDABILITY OF HEALTHCARE: COMPARING REFORMS IN CHINA AND THE UNITED STATES

提高医疗服务的可负担性：中美医改比较

Yuanli Liu,* MD, PhD, Harvard School of Public Health
刘远立教授，医学博士，博士，哈佛公共卫生学院

ABSTRACT: *This article discusses the conceptual and measurement aspects of health care affordability. It points out that China's health care reforms need to tackle individual affordability while societal affordability is a critical issue in healthcare reform for the United States. The paper further compares and discusses the approaches adopted by the two countries to ensure healthcare affordability including, expanding insurance coverage and enhancing benefits design, as well as controlling medical costs. The author stated that the United States and China can benefit by learning from each other's experiences gathered through a systematic monitoring and evaluation of what works and what does not.*

2009年3月17日，中国颁布了《深化医药卫生体制改革》的宏伟规划。[†]一年后，美国的医改方案《患者保护和可负担医疗法案》于2010年3月23日成为了法律。[‡]为什么世界上最大的发展中国家与最大的工业化国家会同时实施医疗体制改革呢？它们二者的医改是否有一系列相似或不同的目标？为实现其目标，它们是否采取了一系列相似或不同的策略？中美两国是否能够互为借鉴与相互学习？本文旨在回答这其中的一些问题。

首先应该指出的是，任何一个国家的医药卫生体制改革都力图实现多重目标，包括：扩大医疗服务的可获得性、提高医疗服务的可负担性、改善医疗服务的效率与质量，以及实现促进人群健康水平这个最终目标。[§]由于可负担性毫无疑问是中美当前的医改所要实现的最重要的目标之一，本文将集中讨论医疗可负担性问题。

首先，我们将讨论医疗可负担性的概念及其测量问题。我们会从两个层面来测量中美医疗可负担性的变化：个人可负担性（微观层面）和社会可负担性（宏观层面）。然后，本文将比较和讨论中美两国提高医疗可负担性所采取的路径。最后，本文将探讨通过这一比较分析所得出的主要经验教训。

（一）定义可负担性的路径

尽管由于资源稀缺、医疗费用快速上涨、经济风险保护需求等原因，人们对医疗可负担性的关注日益增加，但可负担性这个概念是模糊的。从字面意思讲，如果一个人能够承受一件产品或一项服务的花费，那么这件产品或这项服务就是人们可负担的。但是，我们又如何定义花费是否是“可承受”的呢？毫无疑问，医疗可负担性应该并且可以从微观层面（个人可负担性）和宏观层面（社会可负担性）来测量，因为这两个视角都与政策高度相关。尽管已经有大量的个人可负担性方面的研究存在，但关于社会可负担性测量问题方面的研究还相对缺失。因此，在本文中，我开发出一个测量医疗可负担性的简单模型。在我的模型中，医疗可负担性A被定义成A'的反函数，即：

$$(1) \quad A = 1/A'$$

其中，A'被定义为卫生费用H和收入I的函数

$$(2) \quad A' = (H/I) \leq T$$

其中，T是一个阈值，超过这个阈值的医疗被认为是不可负担的。因此，A'的值越小表示可负担性越高。

* Corresponding author. Dr. Yuanli Liu, Professor, Harvard School of Public Health. The English version of this article appears in a [report](#) by the Center for Strategic and International Studies.

† http://www.gov.cn/jrzq/2009-04/06/content_1278721.htm (accessed on September 17, 2010)

‡ <http://www.healthreform.gov/> (accessed on September 17, 2010)

§ Frenk J. The World Health Report 2000: expanding the horizon of health system performance. Health Policy and Planning, 2010 September;25(5):343-5.

根据世界卫生组织的定义，*个人可负担性可以通过医疗支出占家庭可支配收入的比例来测量。如果一个家庭不得不将 40%或更多的维持生存的最低收入用于医疗，那么这个家庭就被认为是承受着灾难性医疗支出。除了把灾难性支出的发生率作为个人可负担性的重要指标以外，我们还可以用其它的指标如个人自费占卫生总费用的比例来测量个人可负担性。

同样，测量社会可负担性的指标包括医疗费用占 GDP 的比重、政府卫生支出占财政预算的比重等。最近 Chernew, Hirth 和 Cutler 指出，社会可负担性应该通过衡量卫生费用的持续增长对非医疗产品和服务消费的影响来测量。[†]他们认为，只要卫生费用的增长没有导致推动经济持续增长的基本投资减少，那么医疗就被认为是社会（集体）可负担的。因此，我们可以运用个人可负担性（微观层面）与社会可负担性（宏观层面）的这类指标，对中美的情况进行分析和对比。

（二）近年来中美医疗可负担性的变化

图表 1 提供了中美两国医疗可负担性的基本比较。通过指标对比，我们可以清晰地发现，尽管中美两国的人均国内生产总值相差高达 9 倍，但两国都经历着卫生费用的快速增长，中国的卫生费用增长比例甚至比美国更高。值得注意的是，2003 至 2008 年间，中国在医疗保险覆盖方面进步非常显著。截至 2008 年，从受保人群的百分比来看，中国甚至比美国做得还稍微好一些。但是，中国医保覆盖下配套福利很有限，2008 年有 45%的卫生总费用仍然来自于个人卫生支出。相比之下，美国只有 11.8%。不仅如此，2003 年，中国灾难性医疗支出的发生率高达 14%，而在美国只有 0.5%（这是唯一能从美国找到的对比数据）。很明显，中国医改需要把个人可负担性当作一个主要问题来解决。相比之下，对中国来说，社会可负担性这个问题比美国要小得多。

表 1 中美人均国内生产总值、卫生费用及个人可负担性指标对比

国家	2003	2007-2008
中国		
GDP(\$PPP)	3393.00	5515.00
人均国内生产总值增长比例(PPP)	46.12	62.54
人均卫生支出 (\$PPP)	163.93	266.00
人均卫生支出增长比例(PPP)	62.69	62.26
受保人群比例	29.70	87.10
个人支付占总费用的比例	55.90	45.20
家庭发生灾难性支出的比例	14.7	14.8
美国		
GDP(\$PPP)	42746.21	47757.40
人均国内生产总值增长比例(PPP)	15.14	11.72
人均卫生支出 (\$PPP)	6778.49	7722.09
人均卫生支出增长比例(PPP)	34.24	13.92
受保人群比例	83.40	86.60
个人支付占总费用的比例	12.95	11.88
家庭发生灾难性支出的比例	0.5	N.A.

注：表中所列的 2003 年与 2008 年的增长比重分别指代 1998—2003 年与 2003—2008 年期间的增长比重。

来源：中国数据，参见中国卫生部，<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s8208/200904/40250.htm>。美国数据，参见 David K et al. 2010. Starting on the path to a high performance system: analysis of the payment and system reform provisions in the Patient Protection and Affordable Care Act of 2010. (New York: Commonwealth Fund, September 2010.)

* Xu K et al. 2003. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 362: 111-117.

† Chernew ME, Hirth RA, Cutler DM. 2009. Increased Spending on Health Care: Long-Term Implications for the Nation. Health Affairs 28(5): 1253-1255.

如表 2 显示，中国的卫生总费用占国内生产总值的比重从 1998 年至 2008 年十年间都稳定地保持在 5% 以下，而美国的这个比重却在持续地升高，而且是世界最高的。2008 年，中国政府的卫生支出占政府财政总预算的 4.3%，而则美国把 25.2% 的政府预算经费花在了医疗上。

不仅如此，2003 至 2008 年间，与高达 62.5% 的非卫生支出的增长比例比较，中国只有 4.8% 的新增人均收入用于医疗。相比之下，美国同期将 18.8% 的新增人均收入用于医疗，而非医疗支出的增长比例只有 11.3%。因此，美国医改的根本关注之一是提高社会可负担性。

表 2 中美医疗社会可负担性指标

中美比较	1998	2003	2008
中国			
卫生费用占 GDP 比例	4.40	4.90	4.83
中央政府卫生支出占财政支出的比例	5.46	4.53	4.36
用于医疗的新增人均 GDP 的比例		5.90	4.81
非医疗支出的增长比例		45.37	62.55
美国			
卫生费用占 GDP 比例	13.50	15.60	16.20
中央政府卫生支出占财政支出的比例	21.60	24.20	25.20
用于医疗的新增人均 GDP 的比例		30.76	18.83
非医疗支出的增长比例		12.14	11.31

来源：中国，卫生部，<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s8208/200904/40250.htm>。美国，医疗保险与医疗救助服务中心，<https://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/>。

(三) 中美医改：相同特点与不同特征

中国医疗行业的特征是：在医疗提供体系上高度社会化，而由于一半的卫生费用仍来自于个人自费，在医疗筹资方面社会化的程度则较低。目前，中国 95% 的医院病床由不同层级的政府所有和经营，而政府的财政拨款占医院经常性费用的比例却低于 10%。因此，跟美国的医院一样（美国的医院大多数都是私立和非盈利的），中国的医院必须依赖于病人付费为主要的收入来源。但与美国商业保险为主导的筹资体系不同，中国有组织的卫生筹资体系越来越依赖于社会保险。中国的社会保险体系包括针对正式部门的城镇职工社会保险，保费是 8% 的工资税（其中 2% 来自职工，6% 来自企业），针对非正式部门、老人、学生和失业人员（自愿登记、政府提供保费补贴）的城镇居民社会保险，以及针对农村居民的新型农村医疗合作制（三分之二以上保费的由中央和地方政府的基金支付）。

美国针对老年人主要社会保险项目是 Medicare。中国对这类人群没有专门的保险计划。尽管中美两国都针对贫困人群开展了专门的保险项目，而这些项目的筹资和组织方式是不同的。在美国，Medicaid 越来越依靠联邦政府为经费支持，而中国对贫困人口的医疗救助项目主要由地方政府提供财支持。美国的 Medicaid 的福利设计与支付作为一个独立的系统运营。与此对比，中国政府主要通过替贫困人口提供保费，从而把他们纳入城镇和农村的基本社会保险体系内。

基本上来说，提高可负担性的路径有两种：一、提高第三方支付（包括扩大保险覆盖和提高福利）；二、控制费用。在接下来的部分，我们将比较中美两国医改措施中所采取的这两种路径。

1. 扩大保险覆盖

表 3 总结了中美医改方案中旨在扩大保险覆盖的主要规定。中国的策略集中在提升社会保险的作用，让商业保险在医疗筹资方面扮演补充性的角色。美国的策略则以扩大商业保险的筹资途径为目标。两国都试图通过医疗

保险增加两国人民的负担性。在中国，这一点是通过政府从一般性税收中拨款为个人筹资提供保费补贴实现的。在美国，保费补贴则通过免税间接提供。

表 3 中美两国扩大保险覆盖的策略

美国	中国
<ul style="list-style-type: none"> • 通过免税政策提供间接补贴 • 建立互换 • 设立新方案选择 • 提供长期保险的自愿选择 • 扩大 Medicaid 的获得途径 • 个人强制 	<ul style="list-style-type: none"> • 对新农合增加保费补贴 • 建立新型城镇居民保险 • 扩大对穷人医疗救济 • 鼓励商业保险提供补充性的覆盖

在美国，尽管各州间存在着差异，但在州内获得社会保险和商业保险的途径基本上是一样的。而在中国，由于地区间和地区内在收入和基础设施上存在着巨大的差距，公共领域的筹资甚至在区与区之间、县与县之间都不同。比如，区县在社会保险项目下，其风险分担水平比市或省要低。换句话说，鉴于地方政府在筹资和管理方面起着主导作用，中国的社会保险计划是一个碎片化的计划，

美国模式强调医保方案的个人选择，新法案下的这一机制鼓励通过新的标准化的互换平台进行竞争。现存的中国模式强调提供统一的、由政府管理的基本医疗覆盖，但对医保方案的选择并没有给予高度关注。随着中国中产阶级的迅速崛起，对保险福利多元化的需求可能会在将来成为一个重要的问题。

2. 提高受保人群的福利

除了覆盖未受保人群，中美都面临着提高受保人群福利的挑战。中国医疗保险发展方面的近期研究表明，尽管在中国医保名义上的覆盖在迅速地扩大，但由于福利包十分有限，可负担性没有得到显著的提高。⁶在美国，受保人群的主要问题包括：既存病、保费的快速增长和拒绝覆盖。⁷

提高受保人群的福利可以通过扩大福利包，或通过供方改革扩大特定服务的可获得性，如此以来由于等候的时间和其他花费可以减少，可负担性就能够间接地得到提高。表 4 比较了中美所采取的策略。

表 4 中美提高保险福利的策略

美国	中国
<ul style="list-style-type: none"> • 监管关于既存病、最低保费医疗损失率方面的医保实践 • 提高 Medicare 的药品福利 • 确保预防服务和临床试验的覆盖 • 增加儿童健康保险计划的基金 	<ul style="list-style-type: none"> • 要求新农合达到最低医疗损失率 • 提高基本医疗服务的可获得性 • 强化公共卫生 • 提供一套基本的免费医疗服务

一个有趣的发现是：不论是社会保险还是商业保险，中美两国都热切地关注对受保者的监管问题。2010 年《可负担医疗法案》中的一个主要条款就是用来规范最低保费/医疗损失比率的保险实践的，这一条款力图防止保方积累超额剩余价值从而保证惠及病人的保险费用保持在一个适当水平。中国也采取了相似的规范制度，尽管这一制度目前只把目标锁定在新农合上。随着公共经费支持的增长，两国都力图在所覆盖的福利包内包含更多的服务。

⁶ Wagstaff A, et al. 2009. China's health system and its reform: a review of recent studies. Health Economics. 18: S7-S23

⁷ David K et al. 2010. Starting on the path to a high performance system: analysis of the payment and system reform provisions in the Patient Protection and Affordable Care Act of 2010. New York: Commonwealth Fund, September 2010.

在美国，Medicare 的药品福利得到了增加，Medicare 的保险计划要求覆盖特定的预防服务和临床实验。在中国，人们也设想了相似的策略，包括提供一套免费的基本医疗服务，如接种乙肝疫苗。

除了监管保险行业以外，中美两国都力图强化医药卫生体系的提供方，尤其是在未受到政府足够关心的地区。比如，两国都采取了旨在促进基本医疗服务的政策，要么是提高支付刺激（以美国为例），要么是直接为社区卫生服务中心投资和培训全科医师（以中国为例）。由于获得必要的医疗服务的成本减少了，这些探索对提高病人的可负担性都起到了积极的作用，尽管作用比较间接。

3. 控制医疗费用快速增长

与许多其他进行医药卫生体制改革的国家一样，特别是经合组织成员国，中美两国必须找到抑制医疗费用快速增长的有效措施。这是美国医改的当务之急之一，因为日益增长的医疗费用正在破坏美国经济的竞争力。尽管对中国来说，这个问题没有那么紧迫，中国的经济发展还很强劲，社会可负担性还很强大。但中国，作为一个发展中国家和一个快速老龄化的社会，会希望把更多可获得的资源投入到非卫生部门包括教育和社会保障等。表 5 比较了中美控制医疗费用增长所采取的策略。

表 5 中美医疗控费策略

美国	中国
<ul style="list-style-type: none">• 打击骗保行为• 审核保费增长• 减少文书工作• 激励基本医疗提供者• 支付制度改革	<ul style="list-style-type: none">• 基本药物制度• 公立医院改革• 支付制度改革• 强化预防和社区卫生

由于中美筹资模式不同，两国在医疗控费上的主要策略也不相同。在美国，控费主要聚焦在减少现存体系的浪费上，包括打击保骗保行为、审查保费增长、减少文书工作等。中国的控费努力集中在两个内在相互关联的“花费中心”上：药品支出和公立医院支出。中国 40% 以上的卫生总费用花在药品上。开药和发药都是主要通过公立医院的药房。医疗定价仍由政府控制。由于许多医疗服务的定价都低于成本，政府许可的 15% 至 20% 的零售药品的加成就成为了中国医疗服务提供者的主要收入来源。因此，在当前的定价和按项目付费体系下，医疗服务提供者，尤其是公立医院有过度医疗和开大处方的强烈经济动机。^{*} 通过要求公立社区卫生服务中心只提供政府基本药物目录上的药品和实行零差率，以及增加直接财政拨款，中国希望能够控制药品费用和公立医院的行为，从而控制医疗费用的增长。[†]

除了这些不同的路径和侧重点以外，中美两国都对支付方式的改革给予了极大关注。在这一领域，美国通过把许多创新的方法，如诊断相关组（Diagnosis-related Groups），传向全世界和将重心转移到开发按绩效付费上，尤其是通过在卫生与人类服务部建立新的研究中心，树立了其领军地位。在支付方式改革方面，中国还刚起步，只是选定的城市和农村地区在进行项目试点。

中美医疗控费的另一个有趣的不同点是中国侧重侧重公共卫生和社区医疗服务。中国政府在 2009-2011 三年间对卫生领域另行投入的 1250 亿美元中大约有一半用于强化公共卫生、更新农村地区和城市社区的基层医疗服务设施，以及培训基层卫生的医生。2011 年 3 月，笔者受中国国家发改委邀请带领一个专家组对两个省的医改进展进行中期评估。笔者发现在政府投入出现前所未有的增长的情况下，新建的医疗设施随处可见。然而，由于面临着人口和流行病的转型，中国意识到，除了对维持对传染病的有效控制，在非传染病的预防和控制方面也应该做得更好。此外，中国希望通过质量改进以及报销和双向转诊等规范机制，鼓励加大对社区医疗设施和中医的利用，从而能够减轻三级医院的拥挤不堪以及费用高昂的问题。

^{*} Yip W, Hsiao WC. 2008. Chinese health system at a crossroads. *Health Affairs* 27(2): 460-68.

[†] Yip W et al. 2010. Realignment of incentives for health-care providers in China. *The Lancet* 375 (9720): 1120 - 30

(四) 讨论

基于中美相互学习、互为镜鉴的信念，本文比较了两国为了实现提高医疗可负担性这样一个共同的目标所实施的主要策略。这些策略已经在两国最近颁布的政策中已经清楚地阐明了。在这一对比中，我们得到了一些有趣的发现：

第一，尽管中美两国经济发展水平和社会政治制度不同，但两国有一系列共同的医改目标，包括提高医疗可负担性。为了提高医疗可负担性，两国都采取了一系列相似的策略，包括扩大医保覆盖、增加医保福利、控制医疗费用快速增长。

第二，尽管医疗可负担性对中美两国来说都是一个重大问题，同一问题的不同方面却成为了中美高层政策关心的不同焦点。中国在现阶段主要关注的是个人可负担性，因为尽管近年来基本的社会保障覆盖在迅速地扩大，但获得医疗服务的经济障碍和个人自费负担重的问题仍然存在。相比之下，美国由于医疗费用占 GDP 的比例已经很高而且还在增加，美国医改关注的是社会可负担性。

第三，由于各自的当务之急不同，中国是个人可负担性，美国是社会可负担性，我们可以发现两国在不同领域的策略中所付出的努力是不同的。中国把更多精力投入到增加社会保险覆盖的宽度和深度，这样个人可负担性才能提高。与之相比，美国医改的许多政策都旨在通过抑制医疗费用增长曲线来提高社会可负担性。

最后，这一比较研究表明中美两国有一些可以相互学习的东西。比如，中国可以通过学习美国支付方式改革方面的经验而获益，而美国则可以学习中国强调把公共卫生和社区卫生作为一个整体的策略来控制费用、促进全民健康的经验。现在中美两国都进入了大力执行医改方案的阶段，两国可以学习彼此的实践经验，而这些实践经验则可以通过汇集系统的检测以及评估哪些医改措施有效、哪些医改措施无效来获得。

(注：此文原文为英文，由姚杏翻译成中文；刘远立校对。陶雯为数据分析提供了有力的协助。英文原文见 http://csis.org/files/publication/111202_Freeman_ImplementingChinaHealthReform_Web.pdf。本文经刘远立教授授权转载。)