

· 社会保障史 ·

政治结构与利益博弈的产物： 美国联邦医疗保险的性质变迁

李 珍 蒋浩琛

[摘要] 本文从美国政治和利益结构的角度出发，在回顾了具有公共性质的联邦医疗保险（下称 Medicare）于 1965 年艰难产生的历史之后，详细分析了在近 60 年的发展中私人医疗保险在 Medicare 中不断自我强化，并推动该制度性质由公共医疗保险演变为公私混合制度的过程。Medicare 托付给私人医疗保险的各项目标未能得到很好的实现，其根本原因在于医疗服务和医疗保险市场失灵。本文关注 Medicare 的性质演变，不仅是为了澄清人们对复杂的 Medicare 制度性质的认识偏差，更旨在揭示私人保险公司经办和承办公共保险进而逐渐引发制度性质演变的本质——这是美国政治结构和利益博弈的产物，而非公共医疗保险制度治理的最优安排。对于中国的意义在于，在基本医疗保险制度建设过程中，处理政府与市场关系时不能简单采取“拿来主义”，盲目效仿美国商保经办社保的模式。

[关键词] 社会医疗保险；商业医疗保险；联邦医疗保险；私有化；美国政治结构

一、引言

我们观察 38 个 OECD 国家，发现瑞士通过立法实施强制商业医疗保险统一覆盖全民；德国 90% 的人口由社会医疗保险统一覆盖、10% 的人口由强制性商业医疗保险覆盖。除了这两个国家外，其他国家都实现了全民统一覆盖的公共医疗保障制度，或者由国家卫生服务体系统一覆盖，或者由社会医疗保险统一覆盖，而美国是个例外。

美国的医疗保障体系是一个极其复杂的制度，它由私人医疗保险^①和公共医疗保障组合而成。私人医疗保险是它的主体制度，包括营利性商业保险和非营利性私人保险（主要的非营利性私人保险如蓝盾、蓝十字），公共医疗保障制度又包含社会医疗保险、医疗救助、国家卫生

[作者简介] 李珍，武汉大学人文社会科学院驻院研究员，中国人民大学健康保障研究中心主任。主要研究方向：社会保障。蒋浩琛（通讯作者），福州大学经济与管理学院副教授。主要研究方向：社会保障。

[基金项目] 世界银行贷款现代财政制度与国家治理技援子项目“基本医疗保险参保机制”（2020K20071）。

^① 私人医疗保险是对应公共医疗保险的一个概念，公共医疗保险在医疗保险领域被广泛地称为社会医疗保险，私人医疗保险包含营利性商业保险和非营利性私人保险。在中国的话语系统中，商业医疗保险常与私人医疗保险混用。中国的基本医疗保险属性为社会医疗保险，对应本文中的公共医疗保险。

服务模式等多个板块,不同的板块保障不同的人群。尽管有如此多的制度,依然有一小部分人群没有得到任何保护。2022年,美国的私人医疗保险制度覆盖65.6%的人口;公共医疗保障制度中,针对穷人和弱势儿童的医疗救助计划(Medicaid)和儿童健康保险计划(Children's Health Insurance Program)为政府财政资助的兜底性保障制度,覆盖18.8%的人口;针对65岁以上老年人的联邦医疗保险(Medicare),其筹资来源于参保人在职期间缴纳的社会保险费,政府给予部分补贴,制度属性为社会医疗保险制度,美国人称其为公共医疗保险计划,覆盖18.7%的人口;针对(退伍)军人及其家人的制度则属于国家卫生服务模式,即由政府财政出资免费为受益人提供服务;另有7.9%的人没有受到任何保险覆盖。^①

美国的医疗保障体系复杂、昂贵且不公平。尽管美国的卫生投入在总量和人均量上世界第一,但健康产出绩效却是比较差的。^②2022年,美国卫生支出占GDP的比重为16.6%,人均卫生支出为1.26万美元,远高于OECD国家占GDP比重9.2%和人均0.5万美元的平均支出水平。尽管以私人医疗保险为主,美国政府依然为卫生领域投入巨大,2022年联邦和地方政府财政在卫生支出中的占比合计48.3%。^③有媒体指出,美国政府在医疗保健上的支出比德国、英国、意大利、西班牙、法国和奥地利6国政府的支出总和还要多。^④然而,美国是这些高收入国家中唯一没有实现全民健康保险覆盖的国家,^⑤并且这些高额投入并没有为美国带来较好的健康产出。2021年,美国1岁以下婴儿死亡率为5.4‰,高于OECD国家4.0‰的平均水平;2019年,美国的人均预期寿命为78.9岁,低于OECD国家81.0岁的平均水平。受新冠肺炎疫情影响,许多高收入国家的预期寿命有所下降,但美国的下降幅度尤其大,2022年美国的人均预期寿命为76.7岁,OECD国家的平均水平为80.3岁,两者之间的差距进一步拉大。^⑥

美国以私人保险为主体的医疗保障模式被认为是导致其健康投入和产出“性价比”差的主要原因。^⑦医疗服务市场是一个信息不对称的市场,信息优势在供方,供给可以创造需求,在有第三方支付(保险)的情况下,这种需求就由第三方买单。如果第三方是单一付费人,如社会医疗保险,供求双方力量相对均衡,可对供方形成一定的压力;如果第三方是众多市场主体,

① 因美国医疗保障体系的子制度复杂交错,部分人口被不同制度重复覆盖,故各制度覆盖人口加总大于100%。参见 *Health Insurance Coverage in the United States: 2022*, <https://www.census.gov/library/publications/2023/demo/p60-281.html>, 2023-9-1。

② 美国医疗保障体系的健康绩效较差,制度宏观层面体现在一部分人得不到保护、人口预期寿命增长缓慢等健康产出较差;实际上落到个人的身上则表现为保障不足、高额共付、拒绝承保等等,这是因为商业保险公司以追求利润为目标,参保人则因为信息不对称而处于弱势地位。本文投稿期间,美国发生了大型保险公司联合健康保险公司首席执行官布莱恩·汤普森被枪击事件,凶手的弹药上刻有“拖延、拒绝、辩护”(Delay, Deny, Defend),指向医保公司不让投保人获得医疗服务的一些策略,体现的就是个人和商业保险公司之间的冲突,将在后文对应位置做进一步介绍。

③ Centers for Medicare & Medicaid Services, *NHE Fact Sheet*, <https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/national-health-expenditure-data/nhe-fact-sheet>, 2023-12-13。

④ Annalisa Merelli, *U.S. Government Spent More on Health Care in 2022 than Six Countries with Universal Health Care Combined*, <https://www.statnews.com/2023/12/19/us-healthcare-costs-government-covers-41-percent-of-total/>, 2023-12-19。

⑤ OECD, *Health at a Glance 2017*, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en, 2017-11-10。

⑥ OECD, *Health at a Glance 2021*, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en, 2021-11-9。

⑦ 张维:《美国医改的政治经济分析——历史视角兼论对中国医改的启示》,《政治经济学评论》2016年第7期。

当其作为支付方面对医疗服务供方时，在与供方的博弈中处于弱势地位；而如若市场主体能够在与供方的博弈中占据优势，市场的特征也决定了双方依然需要为此花费大量的博弈和行政成本，^①这就是为什么以私人保险为主的美国医疗保障制度性价比差的理论逻辑。美国的私人保险公司呈现由自由竞争走向垄断的趋势，医院、医生和私人保险公司之间的关系处于不断演进和变化之中，更加剧了各方博弈的复杂性。这种区别于其他高收入国家的医疗保障制度之所以在美国得到巩固和发展，是由美国的政治结构以及背后的利益结构决定的，美国的有限政府、有效市场以及自由主义的公众认知也是重要的影响因素。

经过长期历史演变，美国形成了民主和共和两个主要政党主导选举和政策的政治结构。过去的一百多年里，美国的民主党一直为建立全民覆盖的社会医疗保险制度而努力，但屡战屡败，只能退而求其次，于1965年建立了覆盖65岁以上人口的联邦医疗保险（以下简称 Medicare）。需要强调的是，文章并非认为政治结构是美国医保出现问题的充分条件，而是从政治结构的视角对 Medicare 进行分析。我们认为，美国的政党冲突有其特殊性，政党斗争日趋激化并依靠政治极化来表明立场和争夺选票，而医疗保险领域由于受众面较大且获得政府财政投入较多而一直是两党斗争的重点领域，因此 Medicare 受到政治结构的影响更加凸显。由于美国的制度复杂，本文对 Medicare 会有几个不同的称谓：“联邦医疗保险”是其英文直译；“公共保险计划”强调的是其所有制性质，是相对私人保险计划而言的，在国际和中国的话语系统中，通常称其为“社会医疗保险”，这是就其相对于商业医疗保险筹资和运行机制而言的，本文在不同的地方可能会通用这几个概念。

本文将从美国的政治结构和利益博弈的角度回顾 Medicare 于1965年艰难产生的历史，详细分析其在近60年的发展中逐渐搭载各项目标并期望私人医疗保险公司来完成，制度性质也由公共保险一步一步演变为公共保险和私人保险混合性质的过程。从美国两党及其背后利益集团的力量对比观察 Medicare 的难产及性质变化是本文的分析特色。本文会刷新读者对 Medicare 性质的认识，还原该领域政府与市场关系的真相，同时部分解释美国复杂的医疗保障体系昂贵的原因。

二、美国政治及利益结构：Medicare 建立的曲折经历及其性质演变

美国宪法的底色是自由主义，在政府与市场的关系上，美国宪法体现的精神是限制政府而鼓励市场。美国民主党与共和党之间的政治斗争实质上是自由主义和保守主义两种政治理念的斗争：民主党倾向于自由主义，主张政府对经济管理发挥积极作用，对穷人的福利持更包容的态度，是所谓“穷人党”；共和党倾向于保守主义，反对政府干预经济，主要争取“富人”阶级的资源和支持。^②近几十年，民主和共和两大政党的“政治极化”是美国政治最显著的趋势

① 美国医疗体系的复杂性使得医生需要花费大量时间和资源来处理行政事务，包括与保险公司沟通、处理授权和报销、维护医疗记录等任务。哈佛大学的戴维·卡特勒教授指出，行政费用、企业贪婪和价格欺诈、昂贵医疗技术的广泛应用是美国医疗成本高昂的三大驱动因素。参见 *Understanding Why Health Care Costs in the U.S. Are So High*, <https://hsph.harvard.edu/news/understanding-why-health-care-costs-in-the-u-s-are-so-high/>, 2020-5-6.

② 姜琳：《目前美国政党政治的特点及影响》，《当代世界与社会主义》2004年第5期。

和特点,为了让选民能够更清晰化地确定与政党的关系,两党在重要政策问题上的政党意识形态分野和政策立场分歧日趋明显。^①尽管民主党倾向于政府发挥积极作用,但在美国宪法“有限政府”的原则下,在个人主义和自由的价值观念下,其政策选择也具有明显的妥协特点。

美国建立在自由主义底色上偏左的民主党和偏右的共和党,分别代表着各自背后拉扯的利益结构,反映在社会医疗保险领域一百多年的历史便是:民主党主张建立一个全民覆盖的社会医疗保险制度,共和党反对;民主党退而求次,主张建立覆盖老年人的、政府管理的社会医疗保险制度,但管理方面却妥协了,由私人部门参与公共保险计划的管理,即公办私营。数十年之后,私进公退,公共保险的性质转变为公私混合,从目前的发展趋势看,私人部门将可能进一步发展。

早在上世纪70、80年代美国就有一批学者创立了信息不对称理论,认为在许多领域存在信息不对称的问题,因而市场是失灵的,需要政府的干预。医疗服务市场和医疗保险均广泛存在信息不对称的问题:医疗服务供方有信息优势,供给可能创造需求,当支付方势力不够时,可能为此埋单因而市场失灵;医疗保险领域存在保险人对投保人的风险选择,也存在投保人的逆向选择问题,因而市场不能有效实现供求平衡。信息不对称理论成为一些发达国家完善公共医疗保障制度的理论支持,^②虽然该理论产生在美国,美国政府也加强了医疗服务和医疗保险领域的干预,但其干预一般只在政府投入和技术制度层面,而很少影响到医疗保障的体制层面。

(一) Medicare 的建立:公共保险计划的艰难历程

早在1912年,作为进步党候选人的西奥多·罗斯福就在其竞选纲领中提议为工人建立医疗保险制度,尽管在他的任期内并未能实施这一计划,但对后来美国的医疗保险立法产生了基础性影响,此时距德国1883年建立人类首个社会医疗保险制度已有30年历史。鉴于进步党对社会医疗保险的想法,1920年,美国医学会(American Medical Association)通过了一项反对在美国实施强制医疗保险的决议,并在全国范围内资助政治宣传活动,将全民医保描绘为“危险的布尔什维克计划”,而将私人保险塑造为符合美国价值观的政策。^③19世纪末的美国正在经历经济高速发展,因此掩盖了许多社会问题,市场信仰不可动摇。以有限政府原则为立宪精神的美国,直到1929年经济大萧条导致了广泛的经济困难和社会动荡才动摇了中产阶级对市场的信仰,同时让人们政府对干预社会经济生活有了期待,为建立包含社会医疗保险在内的社会保障制度提供了“机会之窗”。1932年,笃信市场的共和党在总统选举中惨败,而主张政府干预经济和社会生活的民主党开始崛起。民主党人富兰克林·罗斯福为应对经济危机实施了“罗斯福新政”,其经济理论来自凯恩斯的经济干预主义。“新政”的重要内容之一是通过提供一揽子社会保障计划来增加有效需求以消化生产过剩的危机,但考虑到医疗服务领域强大的利益集团可能带来的阻力,为了确保新政顺利实施,罗斯福总统从社会保障法案中删除了社会医疗

① 张业亮:《“极化”的美国政治:神话还是现实?》,《美国研究》2008年第3期;谢韬:《美国政治百年大变局与2020年大选》,《现代国际关系》2020年第8期。

② 李珍:《论大病保险回归基本医疗保险的历史必然性》,《社会保障评论》2024年第2期。

③ 李准:《美联合健康集团高管枪杀案后,美国各界反思医保体系乱象》,环球网: <https://world.huanqiu.com/article/4KmUkZl5rMt>, 2024年12月24日。

保险。1935年的《社会保障法》(Social Security Act)得以顺利通过,该法包含社会养老保险、失业保险、社会救助等计划。1938年,罗斯福政府再次推动建立社会医疗保险的提议果然引发了美国医学会的强烈抗议。美国医学会是一个强大的利益集团,深谙社会医疗保险制度作为集团购买者对医生不利,建立社会医疗保险制度的第二次尝试再次以失败告终。^①

罗斯福总统的继任者,民主党总统杜鲁门于1948年首次倡导全民医疗保险,但有关讨论很快陷入停滞,社会医疗保险的支持者们意识到只能退而求其次,追求更加“温和”的目标,因此以老年人为目标群体的医疗保险制度才受到关注。^②为老年人建立医保制度的逻辑是令人信服的,因为在美国,老年人的医疗保险状况的确很糟。1962年只有一半的老年人拥有医疗保险,多数的退休老年人不再获得雇主资助的保单,且老年人对私人保险公司而言没有吸引力,保险人更可能拒绝老年人的投保,即所谓风险选择。人们普遍认同政府应当为老年人提供支持,但关于政府如何确保老年人获得医疗保险存在两种截然不同的观点:共和党主张政府向老年人提供补贴,帮助他们购买私人医疗保险;民主党则认为私人医疗保险不能也不愿服务老年人,因此主张建立政府管理和老年人普遍享受的社会医疗保险制度。^③

民主党人约翰逊曾经是罗斯福新政的支持者,虽然“新政”最终没能实现社会医疗保险,但他仍然没有放弃努力。1965年,在约翰逊总统任期内,美国通过了覆盖65岁以上老年人和针对穷人的《医疗保险和医疗救助法案》(The Medicare and Medicaid Act),其中覆盖65岁以上老年人的Medicare是德国模式,即我们所说的社会医疗保险。为了最大程度减少反对声音,最终通过的法案相较最初版本“温和”了许多。于共和党人而言,因为担心社会医疗保险逐渐扩展成为面向所有人的广泛制度,希望通过为老年人和穷人提供保障来削弱全民医疗保险支持者的论点。^④为了限制成本,在最终通过的法案中Medicare只提供住院和门诊保障,分别称为A部分和B部分,同时设置了较高的起付线和共付比例,不包括处方药福利和患者的自付费用上限。^⑤尽管Medicare在福利水平和保障范围等方面有所妥协,但它确实分散了老年人因医疗费用发生的灾难性风险。1972年,Medicare还将保障对象扩大到65岁以下、长期残疾或患有终末期肾病的人,这两类人群都难以得到私人医疗保险的覆盖并面临着高昂医疗费用。

社会医疗保险与商业医疗保险的本质区别是前者对不同收入的参保人使用均一费率,且没有风险选择和逆向选择;后者采用差别费率,不同风险的费率不同,且有商业保险公司对投保人的风险选择和投保人对商业保险公司的逆向选择。所以,前者不仅可以分散风险还可以实现收入再分配,但后者只能实现风险分散的功能而不具备收入再分配功能,且不能实现供求关系

① Oberlander J, "The Political History of Medicare," *Generations*, 2015, 39(2); *National Health Insurance—A Brief History of Reform Efforts in the U.S.*, <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/7871.pdf>, 2009-3-1; Berkowitz E, "Medicare and Medicaid: The Past as Prologue," *Health Care Financing Review*, 2005, 27(2).

② Blumenthal D, et al., "Medicare at 50—Origins and Evolution," *The New England Journal of Medicine*, 2015, 372(5).

③ Larsen L T, Stone D, "Governing Health Care through Free Choice: Neoliberal Reforms in Denmark and the United States," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2015, 40(5).

④ Oliver T R, et al., "A Political History of Medicare and Prescription Drug Coverage," *The Milbank Quarterly*, 2004, 82(2).

⑤ Blumenthal D, et al., "Medicare at 50—Origins and Evolution," *The New England Journal of Medicine*, 2015, 372(5).

的有效平衡，这也是商业保险失灵的根本原因。Medicare 与其他国家的社会医疗保险一致，都使用以工资为缴费基数均一费率制，不同之处体现在两个方面：

一是 Medicare 的财务制度被设计成代际平衡制度，当雇员在职时，雇主雇员共同缴费进入政府管理的医保基金，雇员退休后才能享受医保待遇，财务上看是在职一代缴费而退休一代享受待遇，但实际上是在职职工为退休后积累权益。

另一个不同是 Medicare 的福利方案、管理和支付方式都以私人医疗保险为蓝本，正如政策设计者所言，“如果我们主张其他东西，它永远不会通过”。^①从福利方案看，将住院和门诊分隔于 A 和 B 部分是因为深受市场的影响，当时的蓝十字协会（医院的非营利组织）和蓝盾协会（医生的非营利组织）分别出售住院和门诊服务，^②作为非营利保险人，这两个组织分别向医院和医生的服务付款。在 Medicare 和 Medicaid 的立法过程中，这两个协会给予了政府许多的支持，因而在制度设计和后来的经办中与政府有高度合作。1977 年，两个组织合并为“双蓝协会”，作为非营利性保险人的性质不变。Medicare 和 Medicaid 都由政府机构——美国医疗保险和医疗救助服务中心（Centers for Medicare & Medicaid Services）管理，但政府并没有建立相应的经办机构与医疗服务提供者对接，而是由包括“双蓝”在内的私人保险人广泛参与到经办两个制度的竞争中。

在这种经办和管理方式之下，从产权理论的角度看已经产生了双重委托代理关系：参保人是医保基金的所有者，也是医保基金的委托人，政府是第一重委托关系的受托人，也是第二重委托关系的委托人，将 Medicare 的经办事务交由私人保险公司。相较于参保人和政府，私人保险公司和医疗服务提供者都是“花别人的钱办别人的事”，激励约束不相容，因此两者都缺乏控制成本的动力，尤其是按服务项目付费的方式会刺激医疗服务的过度供给，很快就导致 Medicare 的支出失去控制地增长，并引发了后续一系列有关控费的讨论。^③

（二）Medicare 的转向：从公共保险计划转向公私混合性质

1933 年至 1981 年，美国的政治和政府主要由民主党主导，这反映了他们在应对经济危机和推动社会改革方面的政策取得了民众的广泛支持。但是 1974 年石油危机引发的经济“滞胀”又使得人们开始反省凯恩斯主义对经济增长的负作用，新自由主义经济学开始抬头。1981 年，历史选择了共和党人里根为美国第 40 任总统。里根笃信新自由主义经济学，坚信新自由主义体系下供给学派的逻辑，认为是高福利导致高税收，高税收导致资本与劳动供给的下降，最后导致滞胀。因而，经济增长的逻辑应是减税减福利，在福利领域进行私有化和私营化改革。20 世纪 70 年代初，里根作为政论节目的主持人，在电视节目中将社会养老保险（The Old-age, Survivors and Disability Insurance）应该私有化的思想讲得很充分，但由于该制度在美国是一个广受欢迎的制度，因此里根就任总统后，私有化社会养老保险制度的想法未能付诸实践，于是

① Ball R M, "What Medicare's Architects Had in Mind," *Health Affairs*, 1995, 14(4).

② 美国的医院和医师通常不是雇佣关系而是合作关系，因而他们分别收费，各自有自己的利益。

③ De Lew N, "Medicare: 35 Years of Service," *Health Care Financing Review*, 2000, 22(1).

转而开启了 Medicare 私有化的进程。^① 相似的情况也发生在大洋彼岸，与里根志同道合的撒切尔夫人在英国推行各项福利制度的私有化改革，在改革的实践上却正好与美国相反：税收筹资的国家卫生服务模式在英国深得人心，期望通过商业保险保护全民的医疗保障私有化改革行不通，却实现了对社会养老保险私有化的改革。^②

1982 年，里根政府通过《税收公平和财政责任法案》（Tax Equity and Fiscal Responsibility Act），首次提出用 Medicare 基金为愿意参与私人计划的被保险人购买私人医疗保险，以替代原来的 A 和 B 部分（称为传统计划），只有同时拥有 A 和 B 部分的参保人才拥有选择参与私人计划的资格。此时，Medicare 开始由原来的公共保险属性转变为公共保险和私人保险的混合制度，私人保险公司也转变为经办人和承保人（保险人）的双重角色。^③ 从产权和管理权的角度看，Medicare 自此有了两种模式：一是公办私营的传统计划，依然延续和保留了原本的公共保险部分，交由私人保险公司经办；二是民办私营的私人计划，Medicare 为参保人购买私人医疗保险。

法律要求私人计划提供与 A 和 B 部分相当的最低福利，Medicare 按参保人人头并经过风险调整向私人保险公司支付费用以购买私人保险。风险调整是根据受益人的人口特征计算得出的，并且使用滞后数据，由此将对私人计划的付款水平设定为传统 Medicare 预期成本的 95%，期望通过私人计划的管理效率共享节约的 5% 成本。但实际上，这一计划在控制成本方面并不成功。由于风险调整机制不完善，以及私人计划提供了更多的福利，Medicare 向私人计划支付的费用实际上超过了每位参保人在传统 Medicare 中的费用，结果就是非但没有节省成本，反而导致私人计划参保人的成本增加了 5.7%。^④ Medicare 对私人计划的额外付款，加之上世纪 80 年代美国医疗保险市场开始推行管理式医疗，^⑤ 私人计划能够有效节约成本而为参保人提供越来越多额外的福利并降低参保人的保费（但保费至少与 B 部分相当）。因此在 1990 年到 1997 年的 7 年间，私人计划的参保率从 3.5% 增长至 13.5%，Medicare 的总成本也随之增长，与里根政府的法案中节约费用的本意背道而驰。^⑥ 当然从私人计划参与者的角度看，他们的福利提高了，是 Medicare 成本上升的受益人；相反这对没有选择私人计划的 Medicare 参保人是不公平的。

民主党意识到私人计划是 Medicare 成本上升的关键原因，认为应当迅速遏制医疗保险支出

① 新自由主义学派的代表人物之一是哈佛大学的马丁·费尔德斯坦，他主张将 1935 年建立的社会养老保险私有化。里根因在脱口秀中攻击社会养老保险而声名鹊起，但是却“搞不定”养老保险，因为美国的社会养老保险是一个极受欢迎的制度，它以工资 10% 的费率为退休人口提供了工资 40% 的退休金，还为他们的配偶提供了一半的年金，为其遗属和残障人口提供了年金，极大减轻了老年贫困问题。

② 李珍、陈晋阳：《从“预算式配置”到“战略性购买”：NHS 英格兰医疗服务购买方式的改革、理论与绩效》，《中国行政管理》2023 年第 11 期。

③ Enright S M, "Effect of Reaganomics on the US Health-Care System," *American Journal of Hospital Pharmacy*, 1982, 39(7).

④ Adrion E R, "Politics and Policymaking in Medicare Part C," *Medical Care*, 2020, 58(3).

⑤ 管理式医疗通过限制参保人可选择的医疗服务网络来节约成本，包括健康维护组织（HMO）、独家医疗服务提供者组织（EPO）、服务点（POS）、首选提供商组织（PPO）等各种类型，各类型在网络内和网络外自付费用、是否强制使用初级卫生保健等方面对参保人有不同的管理要求。

⑥ Adrion E R, "Politics and Policymaking in Medicare Part C," *Medical Care*, 2020, 58(3).

增长的巨大压力。克林顿总统任期内,1997年通过的《平衡预算法案》(Balanced Budget Act)代表了两党幕后斗争之后的微妙平衡,双方就解决不断增长的 Medicare 支出的政策解决方案达成一致。私人计划被正式纳入 Medicare,称为 C 部分(Medicare + Choice),这被认为是一次历史性变革,因为它在 Medicare 中正式引入了竞争、选择和市场机制,更多类型的私人计划被允许参加 Medicare 的 C 部分来竞争参保人。但为了限制成本,《平衡预算法案》降低了针对私人计划的付款水平,私人保险公司也因此开始游说国会,认为付款的削减将不再允许他们维持当前对受益人的福利水平。最终,国会不得不引入新立法来放松限制,增加某些地区对私人计划的支付。整体而言在这一时期,对私人计划付款水平的下降与来自私人保险公司的压力相伴而行,私人计划的参与率也从1999年占全体 Medicare 受益人18%的高位,下降至2003年的13%。^①

(三) Medicare 的左右“拉锯”:传统计划与私人计划份额的消长

两党交替执政导致 Medicare 中传统和私人计划的份额也随之消彼长。共和党试图扩大 Medicare 中私人计划的份额;民主党执政期间则尝试削弱私人计划的力量,期望创造私人计划与传统计划之间更加公平的竞争环境。

在共和党总统布什大力倡导下,2003年美国通过《医疗保险处方药改进和现代化法案》(Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act),该法案为老年人的处方药提供保险,参保人自愿参保,政府提供保费补贴,被称为 D 部分。到此为止,美国的 Medicare 包含了 A、B、C、D 四个部分。D 部分完全由私人保险公司承保,这反映了共和党的偏好,即由私人医疗保险发挥更大的作用。除此之外,《医疗保险处方药改进和现代化法案》还将 C 部分更名为优势健保计划(Medicare Advantage Plan),^②并增加了 Medicare 对私人计划的支付水平,进一步扩大了有资格为受益人提供服务的私人计划类型。这种政策安排包含着私人计划比传统计划更有效的预设,认为私人计划能够为老年人提供更多的选择以满足其医疗服务需求;同时,当老年人选择变多且有能力做出选择时,私人计划也不得不通过提供更高品质的服务并降低成本来竞争业务。^③但事实上,Medicare 对私人计划付款水平的大幅提升几乎让所有计划提供的福利都高于传统计划提供的福利,围绕 Medicare 的讨论也不再有关效率或成本控制,而是提高福利水平和扩大保险计划的选择。慷慨支付导致参加私人计划的受益人数量达到了前所未有的水平,2008年参与私人计划的受益人占 Medicare 受益人的20%以上。^④

2007年,随着民主党再次获得多数席位,政治潮流再次发生转变。《医疗保险处方药改进

① Adrion E R, "Politics and Policymaking in Medicare Part C," *Medical Care*, 2020, 58(3); Berenson R A, Dowd B E, "Medicare Advantage Plans at A Crossroads—Yet Again: The Experience with Private-plan Contracting Shows That Assuring Stable Plan Choices and Extra Benefits Requires Extra Money," *Health Affairs*, 2008, 27(11).

② 本文投稿期间,2024年12月4日,联合健康保险 CEO 在纽约不幸遭枪杀身亡,但杀手却被许多美国民众视为“英雄”。根据2024年初美国医学会的医疗保险调查,联合健康保险公司在整体商业医保的市场占有率达14%,全美第一,在 Medicare Advantage 保险领域,联合健康保险更是做到了42%的市场占有率。但是,联合健康保险被显示拒绝赔付率达32%,远超其它医保公司;根据《华尔街日报》在今年7月的调查,美国医保公司每年仅靠制造不必要的检测就从 Medicare Advantage 骗取 Medicare 资金500亿美元,其中联合健康保险“下手最狠”,骗保金额高达87亿美元。

③ Blumenthal D, et al., "Medicare at 50—Origins and Evolution," *The New England Journal of Medicine*, 2015, 372(5).

④ Adrion E R, "Politics and Policymaking in Medicare Part C," *Medical Care*, 2020, 58(3).

和现代化法案》之后，私人计划的合同数量大幅增长，对私人计划的付款水平也水涨船高，2006年 Medicare 支出的年度增长率甚至达到 18.8%，因此民主党再次推动成本控制，2008年提出《医疗保险改进法案》（Medicare Improvements for Patients and Providers），将分阶段降低对私人计划的额外付款，并要求高利润的私人计划重新设计规则。

2010年，民主党总统奥巴马签署《平价医疗法案》（Affordable Care Act），该法案最为人所熟知的目标是帮助无法承受私人医疗保险费用的个人和家庭获得可负担的医疗保险计划，实现医疗保障制度的全覆盖。《平价医疗法案》的具体措施包括规定私人保险公司不能基于性别或既往病史而拒绝承保等，除此之外，《平价医疗法案》还包含了许多影响 Medicare 私人计划的条款，尤其是进一步降低了对私人计划的付款水平，期望在传统计划和私人计划之间创造更加公平的竞争环境，吸引更多受益人“回流”到传统计划中；《平价医疗法案》还期望通过削减对私人计划的“不必要”投入而为 Medicare 的其他方面提供资金，并使制度回归初心，明确公共属性和政府运营的角色。2016年 Medicare 对私人计划的付款水平仅比传统医疗保险高 2%，而这一比例在 2009 年为 14%。^①

（四）Medicare 的走向：制度性质将向何方？

Medicare 的本意是为老年人建立社会医疗保险制度，但上述分析发现，在其演进的过程中不断搭载了私人医疗保险的发展，制度的公共保险部分日渐式微，私人保险部分则逐渐成为其中的强势部分。2022年，Medicare 中约 46% 的参保人选择了参加私人计划，这一比例预计在 2032 年将达到 56%。^②

回顾 Medicare 的发展历程可以看出，期望私人医疗保险发挥作用的共和党人悄悄地将 Medicare 私有化这条道路作为其目标的“妥协”。为了支持私人保险在 Medicare 中的发展，他们赋予了私人计划“控费”的目标，以“外包”来应对失控的成本问题，因为私人保险公司被认为有强大的动力和能力来提高效率和控制成本，但仅在 1998 年到 2000 年间，私人计划获得的资金就比公共计划多出 13%。^③ 当这一目标失败并失去信服力，私人计划的发展反而导致制度成本更加不可控地上升时，引入私人计划的目标又转变为通过增加选择来提高福利水平。拥护者宣称，如果更多的私人计划加入，参保人将拥有更多选择的机会，由此带来的竞争可以提高质量，也将更有效地迎合不同的消费者偏好。^④

在 Medicare 发展过程中，政策是由政治、利益和环境的复杂组合驱动的，充满着两党的

① Habel S, *Widening The Gap: The Political History of Medicare Advantage and its Implications for Medicare-For-All*, https://repository.wellesley.edu/_flysystem/fedora/2023-11/WCTC_2020_HabelSamantha_WideningtheGapThePol.pdf, 2020-5-6; Nancy Ochieng, et al., *Medicare Advantage in 2023: Premiums, Out-of-Pocket Limits, Cost Sharing, Supplemental Benefits, Prior Authorization, and Star Ratings*, <https://www.kff.org/medicare/issue-brief/medicare-advantage-in-2023-premiums-out-of-pocket-limits-cost-sharing-supplemental-benefits-prior-authorization-and-star-ratings/>, 2023-8-9; Centers for Medicare & Medicaid Services, *2023 Medicare Advantage and Part D Star Ratings*, <https://www.cms.gov/files/document/2023-medicare-star-ratings-fact-sheet.pdf>, 2022-10-6.

② *2023 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds*, <https://www.cms.gov/oact/tr/2023>, 2023-3-31.

③ Geyman J, "Privatized Medicare Advantage for All: The latest assault on US health care," *International Journal of Health Services*, 2022, 52(1).

④ Newhouse J P, McGuire T G, "How Successful is Medicare Advantage?" *The Milbank Quarterly*, 2014, 92(2).

博弈和妥协而并非最优决策。尽管民主党人试图削减对私人计划的支付水平，努力在公共计划和私人计划之间创造更加公平的竞争环境从而让制度更多地回归公共计划，但私人计划的份额仍在继续增长。在每一个立法点上，受政治和利益影响的医保政策转向都充满无奈，对私人计划支付水平的削减往往伴随着其他方面的妥协和让步，更加“温和”的方案也导致私人计划每次都能够凭借扩大的福利和更具吸引力的选择而变得更加强势，对私人计划的削弱也变得更加困难。

Medicare 将去向何方？2019 年，共和党总统特朗普再度改变了制度走向，扩大私人计划的选择和灵活性，期望通过加强私有化来“保护和改善”医保制度。尽管特朗普一直致力于摧毁《平价医疗法案》的努力失败了，但实现全民健康保险覆盖的势头也陷入停滞。^① 政治对 Medicare 的发展有着巨大影响，制度走向也随着两党之争而不断摇摆，由于政治上的不确定性，因此也无法知晓和预料未来 Medicare 的走向。但很可能的是，Medicare 中私人计划的份额将越来越大，私人医疗保险在 Medicare 中的力量也将越发强势。^② 与此同时，私人计划在 Medicare 花费中的占比也越来越大，这一方面来源于私人计划参保人数量越来越多，另一方面则来自于 Medicare 对私人计划的超额支付。^③ Medicare 中私人计划近年来的发展状况如表 1 所示。^④ 为了增加读者对 Medicare 制度的认识，当前 Medicare 中各个组成部分与参保规则如表 2 所示。

表 1 私人计划在 Medicare 中的发展状况

年份	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
私人计划 (Part C) 参保人在 Medicare 参保人中的占比 (%)	31.5	32.2	33.8	35.6	37.3	39.9	43.1	45.9
私人计划在 Medicare 花费中的占比 (%)	38	39	41	44	47	52	54	57
具有私人计划参与资格的参保人选择参与私人计划的占比 (%)	34	35	37	39	41	44	47	51

资料来源：*Medicare Advantage Overview: A Primer on Enrollment and Spending*.

注：只有同时拥有 A 和 B 部分的参保人才具有私人计划参与资格，可以进行自由选择，或加入私人计划或保留在传统计划中。只拥有 A 或 B 部分的参保人无法选择加入私人计划。

① Rice T, et al., "Universal Coverage Reforms in the USA: From Obamacare through Trump," *Health Policy*, 2018, 122(7); *FACT SHEET, Biden-Harris Administration Announces New Actions to Lower Health Care and Prescription Drug Costs by Promoting Competition*, <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2023/12/07/fact-sheet-biden-harris-administration-announces-new-actions-to-lower-health-care-and-prescription-drug-costs-by-promoting-competition/>, 2023-12-7.

② 本文投稿期间，2024 年 11 月美国前总统唐纳德·特朗普再次当选，由于预期联邦政府的审查会减少，几家美国私人保险公司的股价大幅上涨；2025 年 1 月特朗普总统正式就职，撤销了拜登政府将某些药物的自付费用降低至 2 美元的政策，并计划扩大私人计划份额，进一步增加其灵活性和资金支持，由此足见政治对医保政策和私人保险公司的深刻影响。

③ Rice T, et al., "Universal Coverage Reforms in the USA: From Obamacare through Trump," *Health Policy*, 2018, 122(7).

④ *2023 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds*, <https://www.cms.gov/oact/tr/2023>, 2024-4-20; *Analysis of the 2023 Medicare Trustees' Report*, <https://www.crfb.org/papers/analysis-2023-medicare-trustees-report>, 2023-4-3.

表 2 Medicare 的具体组成部分与参保规则

	保障内容	管理机构	保费缴纳规则	保险支付规则
Part A	住院、专业护理、临终关怀服务等	CMS	<ul style="list-style-type: none"> · 工作期间满足缴费则有资格享受免保费的 A 部分； · 不满足缴费则根据已缴保费、年龄、收入等确定每月应缴保费； · 首次符合资格时没有购买（即推迟入保），则未注册年数两倍的时间内，每月保费上涨 10%。 	有免赔额、共付比例，个人自付不设上限
Part B	门诊、专科医生、预防性服务等	CMS	<ul style="list-style-type: none"> · 需每月缴纳保费，不同计划对应不同保费标准，每年可以选择更换计划。 · 推迟入保，则未注册一年额外支付 10% 保费，以此类推。 	有免赔额、共付比例，个人自付不设上限
Part C	涵盖 A 和 B 部分能报销的所有服务，在此基础上通常还包括眼科保健、牙科保健等额外福利	商业保险公司（遵守 CMS 设定的规则）	<ul style="list-style-type: none"> · 必须同时拥有 A 和 B 部分才能选择 C 部分； · 需每月缴纳保费，不同的保险计划对应不同的保费标准，2022 年有 47 个保险计划可供选择。 	有免赔额、共付比例、设置年度个人自付上限
Part D	处方药	商业保险公司（遵守 CMS 设定的规则）	<ul style="list-style-type: none"> · 需每月缴纳保费，不同的保险计划对应不同的保费标准； · 推迟入保，则每个未注册月数都需额外缴 1% 的每月保费。 	有免赔额、共付比例，个人自付不设上限

注：本表作者自制。

三、对 Medicare 私有化的评析

自上世纪 70 年代经济滞胀之后，新经济自由主义思潮在美国渐渐兴起，以 20 世纪 80 年代初里根执政为标志，新经济自由主义成为主流经济学并被政府管理理论吸收，形成新公共管理理论，在社会福利领域的表现则是社会保障的私有化和私营化。几十年时间里，尽管民主党和共和党轮流执政，主导政府的时间长度差不多，但由于新经济自由主义成为主流，加之共和党背后利益集团力量的强大，共和党对 Medicare 相关政策影响更多一些。在共和党及其背后的利益集团看来，公共医疗保险是低效、低质的，而私人医疗保险能够借助其市场特征而产生节约成本、提高质量和增加选择福利的三个优点，Medicare 的性质也逐步由公办私营变为部分私有化，公共保险性质逐渐向公私混合性质转变，而且渐变仍然在进行。本文研究发现，Medicare 托付给私人医疗保险的三个目标并没有达成期待的效果。

第一，通过引入私人计划来控制 Medicare 费用支出过快增长的目标失败。主张私有化者的逻辑是私有化可以提升市场的效率，从而节省支出并减轻财政的压力。在 Medicare 实施的早期，制度公办私营，对医疗服务供方的支付方式为按服务付费，私人保险公司作为经办人，同医疗服务提供者一样，都是“花他人的钱办他人的事”，激励约束不相容，两者都缺乏成本意识而导致卫生费用支出的膨胀增长，但这为 Medicare 私有化提供了支持。理论上讲，引入私人计划之后，私人保险公司由原来的经办角色转变为保险人和经办人的双重角色，这意味着私人保险公司从

Medicare 那里获得的保费, 如果经营得当, 则可获得利润, 激励约束相容, 可控制开支并减轻政府负担。但现实的结果反而是花费更多, 政府的补贴也越来越多。2022 年 Medicare 支出中, 44.8% 是由联邦政府资助的, 4.2% 来自州和地方政府, 这两个比重在 2002 年分别为 33.0% 和 4.1%。

对于参保人而言, 大多数参保人只需要缴纳 A 和 B 部分相当的保费就可以获得额外的福利, 尽管要受到管理式医疗在就医自由度方面的诸多限制, 但对于选择私有计划的受益人, 它依然是一项性价比较高的制度, 但这种福利不是来自保险公司的效率, 而是来自于 Medicare 对私人计划更高水平的付费和对仍然留在传统计划中参保人的“损害”。^①2015 年, Medicare 向私人计划的人均付款水平比传统计划高出 14.9%, 这一比重在 2021 年上升为 18.2%, 并且这种差异会随着时间的推移而进一步扩大。^②更有报告显示, 2022 年政府通过税收向私人计划的拨付至少导致向纳税人额外多收 880 亿美元至 1400 亿美元的费用, 而 B 部分的保费总额为 1310 亿美元, 完全可以通过取消对私人计划的超额支付而得以为 B 部分提供全额资金。^③这些额外花费往往流向私人保险公司或医疗服务提供者, 只有约 1/8 的额外投入以增加福利或降低保费的形式传递到参保人身上。^④试想, 如果能将这笔投入通过公共医疗保险来向参保人提供服务, 则参保人将能够获得更大的福利。私人计划和公共计划之间的差异将持续存在, 因为私人计划提供的额外福利具有刚性特征, 在政治上将很难被剥夺, 原本期望控制医疗保险成本的美国政府也将在未来面对财政投入的更大挑战。^⑤

第二, 私人保险未被证明拥有更好的服务质量。由于《平价医疗法案》中规定向获得更高质量评级的私人计划提供奖金, 私人保险公司为了实现更高的评级被认为陷入了彼此合并和整合的“星级游戏”,^⑥但这并未真正带来更高质量的医疗服务。大多数证据表明, 通过私人计划和通过传统计划提供的医疗服务质量总体上是相当的。一些研究证实了私人计划在预防性服务和不必要入院等指标上的更好表现, 但在种族差异、患者体验、死亡率等方面并不优于传统计划。^⑦受到 Medicare 按人头向私人保险公司支付保费的付费方式影响, 私人计划对成本的控制还被认为可能导致医疗服务质量的下降。^⑧

第三, 与自由选择福利相悖的三个观点。扩大受益人的自由选择福利一直是公共保险私有化的最主要论点, 认为能够通过扩大受益人的选择来鼓励市场竞争, 进而实现上述控制成本和

① Dow Jones, *Medicare Advantage is Overbilling Medicare by 22%*, <https://www.morningstar.com/news/market-watch/2024032679/medicare-advantage-is-overbilling-medicare-by-22>, 2024-3-26.

② Lanlan Xu, et al., *Medicare Advantage Overview: A Primer on Enrollment and Spending*, <https://aspe.hhs.gov/reports/medicare-advantage-overview>, 2023-5-25.

③ *Our Payments Their Profits*, https://pnhp.org/system/assets/uploads/2023/09/MAOverpaymentReport_Final.pdf, 2024-5-10.

④ Adrien E R, "Politics and Policymaking in Medicare Part C," *Medical Care*, 2020, 58(3); Newhouse J P, McGuire T G, "How Successful is Medicare Advantage?" *The Milbank Quarterly*, 2014, 92(2); Duggan M, et al., "Who Benefits When the Government Pays More? Pass-through in the Medicare Advantage Program," *Journal of Public Economics*, 2016, 141.

⑤ Newhouse J P, McGuire T G, "How Successful is Medicare Advantage?" *The Milbank Quarterly*, 2014, 92(2).

⑥ Adrien E R, "Politics and Policymaking in Medicare Part C," *Medical Care*, 2020, 58(3).

⑦ Agarwal R, et al., "Comparing Medicare Advantage And Traditional Medicare: A Systematic Review," *Health Affairs*, 2021, 40(6).

⑧ Geyman J, "Privatized Medicare Advantage for All: The Latest Assault on US Health Care," *International Journal of Health Services*, 2022, 52(1).

提高质量的目标并且满足受益人多样化的需求。但实际上，这种自由选择并没有伴随福利，相反更加凸显保险市场失灵的问题。其一，私人保险公司的风险选择和参保人的逆向选择，导致传统计划承担后果及不公平参保。私人计划同样会选择更健康的投保人而拒绝高风险参保人，而参保人则做出相反的决策，健康时选择私人计划而健康状况变差后转向传统计划，传统计划的社会保险性质决定了它不会进行风险选择，因而来者不拒。^①一般而言，由私人计划“回流”的参保人更可能生活在农村地区、健康状况不佳并使用更多的医疗服务。^②所以，该领域私人计划的“效率”相当程度上来自于传统计划的负重，它使传统计划处在不公平竞争地位。

其二，限制选择的问题。参保人对各类计划自由选择增加是以就医自由选择的减少为代价的。从控制费用的意义讲，私人计划中的管理式医疗对参保人的就医行为进行管理是对的，是值得提倡的，这也是传统计划应该学习且可以做到的。但管理式医疗也意味着对参保人的限制，私人计划通常设置狭窄的就医网络来节约费用，参保人可选择的医院和医生十分受限，平均而言，私人计划的就医网络只覆盖不到一半的医生。^③反观传统计划，参保人被允许在任何接受 Medicare 的医生或医院处就诊。私人计划中也包含宽就医网络的保单选项，但通常也意味着更高的保费。^④

其三，自由选择可能是无效的。行为经济学已经证实，更多的选择并不一定会带来更好的决策，尤其是健康保险产品。健康保险领域的信息不对称不只是风险选择和逆向选择，它广泛存在于从投保到理赔的每一个环节。尤其在投保环节，参保人要面对各种要素不同排列组合形成的几千种保险单，以及各种专业术语及条款，在购买决策过程中，投保人基本上处于信息黑箱而没有能力享受这种自由选择的红利。2007年到2014年，每年只有9%到11%的私人计划参保人更换计划，^⑤即使在经历了健康和经济状况的改变，参保人的选择依然具有“黏性”。更糟糕的是，由于私人计划的选择大多复杂，参保人只能粗略的进行成本收益评估，将可能增加选择错误的可能性，导致更大的福利损失。^⑥

面对私人计划在实现这些目标中的无效性，政府尝试对 Medicare 中的私人计划进行修正。2011年以来，政府要求私人计划为参保人设置 A 和 B 部分的自付费用上限，到 2024 年，管理式医疗的就医网络内服务的最高自付限额为 8850 美元，就医网络内和网络外服务合计 13300 美元；2014 年起，政府要求 C 和 D 部分的医疗损失率不得低于 85%，这意味着私人保险公司

① Geyman J, "Privatized Medicare Advantage for All: The Latest Assault on US Health Care," *International Journal of Health Services*, 2022, 52(1); Rahman M, et al., "High-cost Patients Had Substantial Rates of Leaving Medicare Advantage and Joining Traditional Medicare," *Health Affairs*, 2015, 34(10).

② *Medicare Advantage: A Policy Primer*, <https://www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2024/jan/medicare-advantage-policy-primer>, 2024-1.

③ Larsen L T, Stone D, "Governing Health Care through Free Choice: Neoliberal Reforms in Denmark and the United States," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2015, 40(5).

④ Gretchen Jacobson, *Medicare Advantage: How Robust Are Plans' Physician Networks?* <https://www.kff.org/medicare/report/medicare-advantage-how-robust-are-plans-physician-networks/>, 2017-10-5.

⑤ McWilliams J M, et al., "Complex Medicare Advantage Choices May Overwhelm Seniors—Especially Those with Impaired Decision Making," *Health Affairs*, 2011, 30(9).

⑥ Sinaiko A D, et al., "Enrollment in Medicare Advantage Plans in Miami-Dade County: Evidence of Status Quo Bias?" *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 2013, 50(3).

的管理费用和利润不得超过其获得的总收入的15%，而更多地应为参保人增加福利；2023年，拜登政府提出《通胀削减法案》（Inflation Reduction Act），首次赋予 Medicare 直接与制药公司协商药品价格的权力，开始对 D 部分中费用排名前 10 的药品进行价格谈判，同时限制药价增速，这两个举措预计在 2022 年到 2031 年的 10 年间将在药品支出上节省 2810 亿美元。尽管对医保的支付方式、管理方式进行了各种修正和管控，但对制度的整体发展而言收效甚微，因为这些零敲碎打的改革不能改变私人保险营利的目的和性质，更无法从根本上改变整个医疗保险系统的碎片和混乱。并且，这也从另一个角度说明，政府试图通过发展私人保险在有效市场、有限政府的角色中后退一步，结果是私人保险的角色增加，但政府却不得不对私人保险公司进行更多的监督和管理，保证它们维护公共利益而不是私人利益，但这又与私人保险公司的“天性”相悖。^①

四、总结与讨论

本文回顾了美国 Medicare 自成立以来的发展历程。其作为老年人保险艰难产生，两党之争及背后的意识形态、利益相关者格局的纠葛与博弈让这一制度的结构和内容在不断摇摆和改革中日渐复杂，更发生了性质转变，由原本的公共保险计划逐渐转向公私混合。但是私人保险参与和替代公共保险并未能很好地回应其承诺的控制成本、提高质量、增加选择福利的三个目标。

从美国的实践中看到，私人保险公司无论作为经办人还是保险人，都未能在公共医疗保险制度中发挥出本被寄予厚望的有效作用。尽管在许多立法点上，民主党一直想对 Medicare 中私人计划的发展和利润进行限制，但结果往往伴随着不得已的妥协，反而让私人计划在 Medicare 中越来越强大，对传统计划的“侵蚀”程度越来越强，对私人计划的削弱也将变得越来越困难。

美国案例是独特的，因为大多数国家和地区在建立和完善社会医疗保险制度方面有共识，但美国呈现政党、意识形态和利益格局的纠葛与妥协。公私混合的 Medicare 在高收入国家中也是独一无二的，这样的选择有其价值观的因素，试图将新自由主义的乌托邦愿景引入公共医疗保险领域，但这于理不通。美国 Medicare 的历史与现实也再次印证了医疗服务领域存在的市场失灵，私人保险未能很好地完成政府交付的任务。有鉴于医疗服务领域的特殊性，政府是有效的，相反，众多主体竞争的保险公司在面对医疗服务机构和医药企业时市场势力是不足的。为了弥补市场不足，2023 年底，拜登政府不得不亲自坐上谈判桌，与药企就 Medicare 用药的价格进行谈判。

Medicare 的发展过程告诉我们，其制度性质的走向并不是治理的最优解，而更多是政治结构和利益博弈导致的。美国的案例说明“有限政府，有效市场”的理论不适用于医疗服务和医疗保险领域，也提示我们在中国社会医疗保险制度的建设中，在借鉴和处理社会保险与商业保

^① Geyman J, "Privatized Medicare Advantage for All: The Latest Assault on US Health Care," *International Journal of Health Services*, 2022, 52(1).

险、政府与市场的关系时要格外小心，不能简单的使用“拿来主义”，^① 仅仅因为美国削减社会医疗保险、鼓励商业医疗保险，所以我们可以这样做。纵观以社会保险作为单一付费人的国家和地区，无论是在政府“管办一体”模式下或者是在“政府管理、社会法人经办”模式下，一样使用 DRGs 付费和管理式医疗这些技术层面的手段，但相较美国模式在公平性和效率两方面都能取得更好的成就，如大陆的基本医疗保险制度、中国台湾地区的全民健康保险制度、德国的医疗保险制度、日本的全民医保制度，不一而足。

The Changing Nature of American Medicare: A Product of Political Structures and Competing Interests

Li Zhen¹, Jiang Haochen²

(1. Institute of Humanities and Social Science, Wuhan University, Wuhan 430072, China;

2. School of Economics and Management, Fuzhou University, Fuzhou 350108, China)

Abstract: Drawing on the perspectives of American political structures and interest group dynamics, this paper examines the evolution of Medicare from its contentious inception in 1965 to its current status as a public-private hybrid system. Over the past six decades, private health insurance has steadily expanded its role within Medicare. However, the original objectives assigned to private insurers have not been fully realized, primarily due to market failures in both healthcare and health insurance. This analysis not only clarifies common misconceptions about Medicare's complexity but also demonstrates that its transformation has been shaped more by political and interest-group struggles than by a deliberately designed governance framework for public health insurance. The findings offer valuable insights for China, suggesting that in developing its basic health insurance system, the government should carefully assess the US model of delegating social security management to private insurers.

Keywords: social health insurance; private health insurance; Medicare; privatization; American political structure

(责任编辑：仇雨临)

^① 胡文秀、徐成：《美国医疗保险制度的演变逻辑——基于历史制度主义的分析》，《经济社会体制比较》2023年第5期；龚秀全、高菁颖：《中国社会医疗保险管理应谨慎私有化——基于美国 Medicare 私人计划改革的经验》，《毛泽东邓小平理论研究》2017年第2期。