



美国拥有发达的医疗卫生体系，但这次疫情却也暴露了其中一些问题。与世界上多数国家不同，美国的医疗卫生体系具有清晰的霸权国家特征，更注重市场竞争和大投入背景下的科技创新能力，更注重医疗技术在世界范围内领先优势的获得与维持，而不是公民的医疗福利与公平。这导致美国虽然有世界上最昂贵的医疗卫生体系，有世界上最发达的医疗科技创新成果，却没有让其民众享受到最好的、最公平的医疗卫生待遇。

美国的医疗卫生体系是霸权战略框架下的创新主导型而不是民众福利导向型

美国是世界上最发达的国家，其医疗卫生体系也常被认为是世界上最发达的。据 2019 年发布的全球健康安全指数，美国以 83.5 分位列第一。但是，在另外一些排名体系中，美国的医疗卫生水平又经常在发达国家群体中位居末位。排名虽然不能说明一切，但美国在医疗卫生方面的科技和资金优势，以及在医疗资源的可获得性和公平性等方面的劣势，却也是世界公认的。这说明美国在医疗卫生方面，走出了一条与绝大部分国家不同的道路。

美国医疗资金来源于自由市场主导的多元模式。当今世界，多数国家的医疗资源，如医疗设施、医护体系和医药等，往往并不缺乏。体现一国医疗卫生水平的，往往是医疗资金的获得与支付方式。当今世界上存在着四种医疗资金保障模式：一是贝弗里奇模式（Beveridge Model），又称公共医疗模式。在这一模式下，医院主要是公立的，医疗服务是社会福利体系的一部分，通过高税收来保障资金供给。在这种体系中，看病虽非完全免费，但免费程度一般都比较高。英国、加拿大、澳大利亚和北欧等国家，主要采取这种模式。二是俾斯麦模式（Bismarck Model），又称社会保险模式。在这种模式下，医院多数不是公立的，但国家规定强制投保、政府适量补贴。民众所能享受的医疗服务，与其工资和具体的保费相挂钩。德国、法国、比利时和日本等国，多采用这一模式。三是单一支付者模式（Single Payer System），是前两种模式的混合，医院主要是私营的以维持市场竞争，但医疗费用来自政府主导的医疗保险机构。四是自付模式（Out of Pocket Model），也就是市场模式。在这种情况下，政府不强制公民投保，公民自愿选择医疗保险。在常规状态下，

美国发达的医疗卫生体系

张家栋

【摘要】美国的医疗卫生地位和对外战略、国卫生体系带有清晰的霸



政府只保障特定人群的医疗卫生需求。美国事实上是一种混合模式。针对 65 岁以上老人、残疾人和特定慢性病者的“医疗护理计划”（Medicare），属于单一支付者模式；但针对低收入人群的“医疗援助计划”（Medicaid），以及针对军人及符合条件的退伍军人等的医疗计划，则更像贝弗里奇模式，主要是由政府承担的。其他普通民众的医疗保障，则基本就是自付模式。“奥巴马医保计划”本来像俾斯麦模式，但是被特朗普总统 2017 年修改成“特朗普医保计划”以后，“强制投保”成了“自愿投保”，基本上又变成了自由竞争的自付模式。

美国医疗资源分布是市场为主、政府为辅的模式。美国的医疗资源非常分散、多元。独立医生是美国一个重要的医疗传统。2018 年，美国医生中的 47.4% 为医疗机构的雇员，45.9% 为独立医生。在医疗机构中，政府所占的比例也非常低。2020 年初，美国共有 6146 座医院，其中联邦政府医院只有 209 座，占总数的 3.4%；社区医院有 5198 座，占总数的 84.6%，支出额为 1.01 万亿美元，占美国医院支出总额的 91%；州和地方政府医院只有 965 座，是社区医院总数的 19% 左右。

美国卫生与公共服务部（DHHS）虽然是内阁级的一个

为何阻挡不了疫情

体系是一个多元化、市场导向为主的体系，其形成受国际国内政治制度、经济状况和宗教文化传统的影响。美国的医疗权服务导向，在医疗应急方面还有些混乱，尤其是在这次疫情中，不同层级、不同部门之间的声音和措施，经常有相互矛盾甚至是摩擦之处。

【关键词】美国医疗卫生体系 创新主导型 新冠肺炎

【中图分类号】D73/77 【文献标识码】A

大部，拥有 11 个部门，15 个相对独立的办公室，10 个地区办公室，十多万员工，但主要负责领导和规划全国的公共卫生事业，并无多少实体医疗卫生资源。公共卫生应急反应体系是卫生与公共服务部中少有的拥有实体性医疗资源的政府机构。疾病控制与预防中心（CDC）是这一体系的核心，拥有 9000 多名工作人员，主要负责预防、控制疾病和传染性疾病的传播。CDC 与卫生资源服务局（HASA）在地区的“医院应急准备系统”和地方一级的“城市医疗应急系统”形成了一个纵向应急系统，但相互间的协调关系并不融洽。

美国联邦政府控制着一部分医疗资源。美国国防部下属的“军队医疗系统”（MHS）最为强大，由一助理国防部长领导，年度预算为 500 亿美元，共有 13.3 万名工作人员，59 家医院。另外，退伍军人事务部也有 153 家医院。这是美国规模最大的、统一管理的医疗卫生机构。美国军队医疗系统不仅具有丰富的医疗资源，还拥有强大的医疗研究能力。美国海军医学研究实验室曾成功研制并推广了治疗霍乱的“海军疗法”，美国陆军医疗机构也发明过甲肝疫苗。美军医疗机构还有一个强大的全球性相关伙伴体系。1946 年以来，美国国际部在海外与东道国相关机构建立了 20 座实验室。印第安

人保健服务所（HIS）负责向印第安及阿拉斯加原住民提供医疗服务。但是，上述联邦政府能够控制的医疗资源，只向自己的服务对象开放，在平时并无公共服务职能。

非政府力量积极参与是美国医疗卫生体系的一个重要特征。自上世纪 90 年代以来，非政府组织对医疗卫生领域的介入逐渐增加。默克基金会和盖茨基金会等长期支持医疗卫生项目。这些非政府组织的介入绝非仅仅是补充性的。在 2005 年，社会资本向公共卫生领域投入的资金达 513 亿美元，是当年联邦财政投入的 1.78 倍。非政府组织还承担了很多美国政府的国际医疗卫生合作职能。2020 年 2 月，盖茨基金会向世界卫生组织捐款 1 亿美元。美国总统特朗普宣布停止资助世界卫生组织以后，盖茨基金会宣布再向世界卫生组织捐款 1.5 亿美元，以弥补美国政府所造成的资金缺口。在纽约疫情最严重的时候，大量医护人员自愿参与抗疫活动，是纽约抗疫大军中不可或缺的组成部分。

美国医疗卫生体系的多元性，给人们带来了两种印象：一是美国医疗卫生体系的效率不高。美国有一个世界上最昂贵的医疗体系，但美国人的平均预期寿命在经合组织（OECD）国家倒数第二，仅高于土耳其。并且，这一数字还有下降的趋势。二是美国政府似乎在医疗卫生方面做得不多，在医疗应急方面还有些混乱。尤其是在这次疫情管控过程之中，不同层级、不同部门之间的声音和措施，经常有相互矛盾甚至是摩擦之处。

影响美国医疗卫生体系的四方面因素：国际政治、国内政治、经济状况和宗教文化

每个国家的医疗卫生体系都是受本国的政治制度、社会文化和经济水平影响而形成的。美国也一样。但美国的医疗卫生体系形成过程，除了上述常规因素以外，还与其国际地位和对外战略有一定的关系。总体来看，影响美国医疗卫生体系的主要有国际政治、国内政治、经济状况和宗教文化四个方面的因素。

国际政治因素。与很多发达的 OECD 成员不同的是，维持霸权地位或领导地位是美国各产业、各部门的共同使命，医疗卫生领域也一样。其他国家的医疗卫生部门主要服务于本国公民的生命健康，兼顾一些对外援助和国际合作职能。美国则不同，除了各国均有的职能以外，美国的医疗卫生体



系还必须服务于美国的霸权目标，有时甚至还要直接与美国的具体对外政策相一致。

一方面，美国医疗体制建设要服从于意识形态斗争。早在 1944 年，美国第一家政治公关公司“选举公司”就代表加州医疗协会，反对加州推行的用社会保险体系支持强制性医疗保险的计划。反对者称，这是正在与美国打仗的纳粹德国发明的，是政府干预医疗事务的强制性体系，会降低美国参与二战的价值观优势。后来，这些人又利用冷战初期的反共、反苏联情绪来鼓动民众，称私人主导的医疗体系优越于国家主导的医疗体系，一旦改革就相当于向苏联模式屈服。在 2009 年的反奥巴马医保计划大游行中，反对者继续用反共情绪来恐吓民众，让民众相信市场化医疗体系的优越性。桑德斯在民主党内竞选期间，曾提出政府接管美国医疗体系的主张，也被反对者批评为社会主义主张，与美国的意识形态不符合。所以，美国在医疗卫生体系建设方面，长期是“宁要资本主义草，不要社会主义苗”。

另一方面，医疗卫生体系还必须有利于维持美国在医疗领域的技术领先优势。2015 年诺贝尔经济学奖得主安格斯·迪顿指出，美国的商业化医疗制度能够促进科研和技术进步，提高新技术发明被转化为实用的速度。因此，虽然美国医疗卫生体系的覆盖率和公平性在 OECD 国家中是最差的，但却是在 OECD 国家里最有利于医药领域的新技术、新设备、新材料和新药品的研发、应用和普及的。换句话说，美国人支付的世界最昂贵医疗费用，虽然没有为自己带来世界最好的医疗保障服务，但却帮助美国的医疗企业长期占据世界医疗领域的顶峰。美国在医疗卫生的科技优势地位，在一定程度上是以本国民众的福利为代价的。

国内政治因素。美国是一个分权制衡的国家，不存在最高国家权力机构。在法律划定的领域内，每个人、机构和行为体，都可能拥有“最高的权力”。这导致美国在行政、立法和司法机构之间，在联邦与州和地方之间，在政府与社会之间，都存在着分权制衡关系。这种政治模式，使得美国无论是进行自上而下的动员，还是进行自下而上的动员，都比较困难。尤其是在医疗卫生领域，美国政府尤其是联邦政府的资源是相当有限的。

一是美国医疗体系市场化水平很高。美国拥有 6000 多家医院，床位 80 余万张，医疗卫生机构从业人员 1500 余万人。与此相配套，美国有 1000 多家私营医疗保险公司，提供近

2000 多种医疗管理计划。这个庞大的、市场经济导向的医疗体系，主要依靠社会层面的高投入来支撑。2019 年，根据购买力平价法，OECD 国家人均医疗开支为 4000 美元，美国最高，超过 1 万美元，相当于德国的 1.6 倍、英国的 2.5 倍。在 1 万多美元的医疗开支中，公共财政支出部分只有 4993 美元，低于德国的 5056 美元，只相当于英国的 1.6 倍。这导致美国的医疗产业也超过能源、军工和教育，成为美国第一大产业。美国联邦政府的医疗体系主要关注军人与弱势群体的医疗需求。例如，Medicare 主要针对老年人等弱势群体，Medicaid 主要针对贫困人口，SCHIP 主要针对儿童。另外，有大约 15%、约 2700 万人没有任何医疗保障。与此相比，其他 OECD 国家的医疗保险覆盖率大多接近 100%。

二是在政府的医疗开支中，州和地方政府又占主要部分。美国公共医疗资金由联邦、州和地方三级财政共同承担，其中联邦政府承担的部分约占三分之一，其他由州和地方财政负责。美国联邦政府承担的主要是 Medicare 和 Medicaid 等项目，以及印第安人健康服务局（HIS）等特殊项目，还有一些科研教育支出，约占联邦财政收入的 26%。并且，这笔钱名义上属于联邦财政，但事实上都是由各种法律和预算事先确定好的。联邦行政机构其实只是过路财神，对绝大部分医疗支出都无真正的决定权。

三是医疗资本在美国医疗卫生体系中的政策影响很大。美国的医疗企业非常强大，不仅使得医疗卫生体系难以实现真正的市场竞争，还直接影响美国医疗政策和法规的制定。2018 年美国 500 强公司中，66 家属于医疗保健公司；在前 100 强中，则有 19 家。美国联合健康集团（United Health）2018 年营业额为 2012 亿美元，居美国企业第五位，超过通用汽车、亚马逊，与苹果公司相当。这一方面导致市场竞争机制失灵。市场竞争需要大量的、信息对称的市场供给方和消费者，两者之间的充分博弈才能使市场真正发挥效率。但是在医疗市场中，相对于病人，医疗器材和药品的提供者与医疗服务的提供者，拥有完全不对称的信息和技术优势。病人不仅没有议价能力，甚至连质疑医疗服务水平的能力也没有。另一方面，医疗资本的强大，又在一定程度上削弱了政府在供需之间的调节能力。这不仅可能损害了病人的权益，也事实上削弱了政府在这一重要经济领域和社会服务领域中的发言权。2016 年，医院和养老院为美国大选活动提供了 9500 多万美元的捐款，制药企业提供了高达 2.5 亿美元的捐

款,占大选捐款总额的14.4%,与医疗卫生产业在GDP中的比例大致相当。很显然,这个医疗市场肯定不愿意看到政府主导的定价体制。特朗普总统上台后,对奥巴马医保中的核心内容“强制投保、不得拒保”等很快进行了调整,称这些做法限制了市场自由,增加了财政负担。在特朗普总统的背后,不仅有很多医疗资本和保险公司,也有很多担心医保开支上升会增加纳税比例的中产阶级。

经济因素。美国是一个资本主义国家,政府与社会之间是契约关系。政府与社会之间的互动、对社会力量的动员,也往往有高额的经济成本。这导致面对Covid-19疫情时,无论是联邦政府还是州政府,其实都不愿意、也不敢轻易下达停止经济运行的任何指令。经济一停摆,政府的收入会大幅减少,开支会迅速增加。为刺激经济,美国出台了总额为2万亿美元的财政刺激计划,相当于2008年金融危机美国刺激计划的近3倍。美国政府不但要救助失业者、企业和低收入群体,连高校也要救助。美国经济刺激计划中,有一笔140亿美元的高等教育拨款。

但花钱容易,钱从何来?怎么还钱?根据美国失业保险金制度,州政府一般要承担26周以内的失业保险金。如果州失业保险金库耗竭,可以向联邦政府或其他州借款,或发行债券。但是,这些都是要偿还的,也是有利息的,在未来会增加一个地方的税率,影响经济发展。美国的疫情管控措施,导致短期内失业率急剧上升。截至4月16日,美国已经有2600万人登记为失业者,相当于美国25个州劳动人口的总和,占美国劳动人口的16%。在这种情况下,纽约州等比较富裕的州也支持不了多久,财政状况差的州则连联邦规定的最低标准都满足不了。美国联邦政府的手段多一些,可以通过加税和发行国债的方式来筹集资金。但是在美国经济面临压力、债台已经高筑的情况下,这些措施将考验美国政府承担债务能力的极限,负作用可能需要数十年时间才能彻底消除。

宗教文化因素。美国民众多数信仰宗教,对死亡的认知与中国人有很大区别。美国确诊人数和死亡人数不断攀升,这种情况在很多人眼里已经是水深火热、民怨沸腾了。但情况却恰恰相反:美国民众并没有因抗疫不力而一边倒地指责政府,很多人抗议的反而是政府抗疫政策“过度”,伤害了民众的自由权。美国民众的这种心态,在一定程度上来源于美国人的宗教信仰。一方面,美国民众中的宗教信众占据主导地位,占总人口的85%左右。另一方面,在所有发达国家

中,美国是宗教气氛最深厚的一个国家,宗教信仰在美国社会生活中的影响不降反升。1776年,经常去教堂的美国人只占17%,1850年占34%,20世纪初占50%,现在约占60%左右。

宗教信众与无神论者对待生命的态度有很大的区别。无论是基督教、伊斯兰教还是其他宗教的信众,对生命都有一些类似甚至是相同的看法。一是,宗教信仰使得很多人并不把生命权视为个人的专属权,在很大程度上是超自然力量赋予的。很多宗教信仰徒相信生命是可以复活或轮回的。因此,在他们看来,生命的获得和失去,并不完全受世俗法则和个人意志的支配,也并不是十分可怕的。二是,人的生命和自由是自然权利,也不是世俗法则赋予的。以此为基础,美国人对世俗政府机构的不信任度更高;尤其是对公共卫生官员的不信任,影响了美国医疗卫生体系的建设和实施。根据《纽约时报》2018年的一篇文章,只有34%的美国人信任医疗人员,只有25%的人表示信任美国的医疗制度,不到三分之一的美国人相信公共卫生官员分享的信息是准确和全面的。

在这种情况下,美国人一方面不太在意生死,另一方面又不太相信世俗政府机构和专业人员,要接受一个带有强制性的医疗卫生体系,确实是有难度的。哪怕是在疫情非常严重的时刻,很多美国人照样游行示威。因为这既可以体现自己的“大无畏精神”,又可以体现自己追求自由的意志,获得某种社会存在感。

无论是常规的医疗卫生体系建设还是公共卫生应急反应体系建设,在很多国家的政策选择背后,往往都有一系列难以改变的结构因素。美国也不例外。美国有世界上最优秀当然也是最独特的一个医疗卫生体系。这种独特性来自美国的政治制度、经济状况和宗教文化,也受到美国国际政治地位和相关对外战略的影响。虽然美国这个世界上最昂贵的医疗卫生体系不是世界上最公平的,但却是最有创新能力的,对世界医疗卫生体系的影响也很大。

人民论坛

(作者为复旦大学美国研究中心教授)

【参考文献】

①刘柏惠:《美国卫生事权划分与转移支付制度借鉴》,《地方财政研究》,2016年第8期。

②K. J. Arrow, Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, The American Economic Review, Vol. 53(5), 1963.

责编/赵橙涛 美编/李祥峰