

可負擔的全民醫療保障何以可能 ——以美國《病人保護和可負擔醫療法》為中心 展開*

鞠成偉 中南大學法學院講師

摘要

為革除美國醫療體系長期以來的積弊，美國已經制定通過了「病人保護和可負擔醫療法」，進行全面而深入的變革。改革主要圍繞擴大保險覆蓋面、強化公共項目、提升醫療質量和效率、提高項目透明和廉正度、加強醫療服務人力資源建設和合理化資金投入展開。法令在重視市場保險和公共項目的基礎上加強突出政府責任、加強政府監管，醫療服務的法律保護模式開始在聯邦層面確立。其核心原則是所有公民都有權利享有基本的醫療服務，而政府有義務提供相應保障。

關鍵詞：醫療保障、醫療保險、政府公共項目、可負擔醫療

* 基金項目：2011年國家社科基金重大項目：現代醫療技術中的生命倫理及其法律問題研究（項目編號：11&ZD177）

自「中共中央國務院關於深化醫藥衛生體制改革的意見」頒布以來，中國大陸的醫療衛生體制改革開始分步驟推進，此次醫改的目標是「逐步實現人人享有基本醫療衛生服務」¹。而幾乎就在同一時期，美國也開啓了全面的醫療衛生體制改革。同樣巧合的是，此次美國醫改的目標也是「所有美國公民穩定而安全的醫療保障」²。雖然兩國國情不同，改革的手段也不盡相同，但筆者認為，考察美國是如何試圖實現低成本全民醫療的，對中國大陸醫改仍不乏借鑑意義。

美國醫改最重要的制度成果是「病人保護和可負擔醫療法」（Patient Protection and Affordable Care Act）³（以下簡稱「法令」）。該法於2010年3月23日由美國總統巴拉克·奧巴馬（Barack Obama）簽署頒布實施。本文主要分析該法是如何採取措施實現低成本全民醫保的。低成本全民醫保內含了三個層面的要求：首先是全民覆蓋；其次是服務質量有保障；再次是投入可負擔。這三個層面要求的實質是在實現全民覆蓋的同時確保低投入高效益。

1 具體請參看，中共中央國務院關於深化醫藥衛生體制改革的意見，2009年3月17日頒布。

2 白宮官網，<http://www.whitehouse.gov/issues/health-care>（最後瀏覽日：2010年3月31日）。

3 本文內容以2010年3月23日生效的美國「病人保護和可負擔醫療法」（Patient Protection and Affordable Care Act）（P.L. 111-148）（H.R. 3590）為依據，資料來源：http://dpc.senate.gov/dpcdoc-sen_health_care_bill.cfm（最後瀏覽日：2010年3月27日）。

壹、將醫療保障擴大到全體公民

截至醫改啓動前，美國還沒有實現全民醫保。至少還有4700萬人沒有醫療保險，7500萬人保險額度不足。各州人口的無保險率都在急劇上升。因缺乏保險而帶來的死亡人數每年都在4.5萬人以上⁴。醫改把市場手段（保險）和行政手段（財政）相結合，借助自由保險、強制保險和政府公共救助三種途徑來擴大醫保覆蓋面，確保全體公民都有醫療保障。

一、提供高質量、可負擔的醫療保險⁵

美國醫改的一個基本目標就是通過責任分攤實現美國醫療保險⁶的根本性變革，實現「低成本、全覆蓋」。系統性的保險市場改革將取消現有的諸多歧視性實踐，從而擴大保險覆蓋面。既要達到改革目標，又不能增加醫保費用，這就意味著要讓所有國民都成為系統的一份子。針對個人和家庭的稅款減免將能夠確保醫保對每個人來講都是可以負擔的。

第一，擴大保險覆蓋面⁷。美國醫改擴大保險覆蓋面的措施主

⁴ 美國醫療衛生保健質量委員會、美國醫學研究所，王曉波等譯，跨越醫療質量的裂痕——21世紀新的醫療保健系統，中國醫藥科技出版社，2005年，261頁。

⁵ H.R. 3590, TITLE I, TITLE X. 如無特殊標注，本部分資料皆來源於法令的Title 1。以下幾個部分的引注同此。

⁶ 在美國，醫療保險有狹義、廣義之分。廣義的醫療保險（Health Insurance）包括所有的保險項目種類。而狹義的醫療保險（Medicare）只是一種針對65歲年齡以上老年人的保險項目。

⁷ H.R. 3590, TITLE I, Subtitle B.

要有三類。(一)推進醫療保險市場改革。從2014年開始，美國將實施更多的醫療保險改革。將建立跨越各州的個人和小團體性醫療保險市場⁸，終結醫療擔保和先存條件限制。將施加一系列政府強制性指令，規定保險公司不能拒絕投保或以健康狀況、醫療條件、申訴經歷、遺傳信息等與健康相關的事實為依據設定投保價格。保費只能隨家庭結構、地理位置、實際價值、菸草使用情況、健康促進項目參與情況和年齡的變化而變化。(二)增加有效的保險項目。根據新制定的美國醫療保險給付⁹交易（**American Health Benefit Exchange**）方案，有效的醫療項目必須要提供包括費用分攤限制在內的實質性醫療保險給付。現金支付要求一律不准超過醫療儲蓄賬目；在小團體市場上，針對個人的免賠額不得超過\$2,000，針對家庭的免賠額不得超過\$4,000。根據保險公司支付比率的不同，將確立四個層次的保險項目類別：白金檔—90%；黃金檔—80%；白銀檔—70%；青銅檔—60%。還將向30歲以下的個人和被免除個人保險責任的人提供一種保險給付更少的災難險項目。(三)推動建立醫療保險給付交易。到2014年，各州都要建立交易市場，以幫助個人和小雇主獲得保險。參加交易的保險項目要接受評估，並以標準化的模式被提供從而方便比較；所有交易都將使用同一的、簡潔的註冊形式¹⁰。無力投保者可以享受保險交易稅款減免待遇。無保險檔案的移民可以享受投保稅

⁸ 美國的醫療保險大致可分為私人性質的、企業自營的和政府的。私人性質的保險又可分為個人保險（individual insurance）和團體保險（group insurance）。具體可參看：楊華生，美國醫療，三聯書店（香港）有限公司1997年版，64頁。

⁹ 保險給付：在合約之下，保險公司同意負責的服務項目和支付的金額。

¹⁰ H.R. 3590, section 1104.

款減免。衛生和公眾服務部長（The Secretary of Health and Human Services, 簡稱HHS）¹¹將負責建立一個全國性的公共保險項目——社區醫療保險（Community Health Insurance Option）¹²。聯邦政府還將為新設立的非盈利保險公司提供資助。各州可以根據情況為沒有醫療補助、低收入者提供靈活的基本醫療項目；各州也可以探索其他的改革措施。各州間可以達成協議，以允許跨州的醫療保險給付交易。保險給付交易市場可以使買不起長期保險的人獲得保險。

第二，讓保險更便民¹³。改革將取消保險金方面長期性的和不合理的年度性限制；禁止廢除醫療保險政策；向因受先存條件（pre-existing condition）限制沒有保險者提供救助；將醫保覆蓋到預防性服務和免疫；將經濟未獨立者保險的投保年限提高到26歲¹⁴；發展統一性保險文件制度，以方便消費者在購買醫療保險時進行選擇比較；限制保險公司的非醫療性、行政性開支；確保消費者投訴程序的便捷性，並為消費者投訴、投保提供幫助；為提早退休者設立臨時性的再保險項目，以資助其投保；建立網絡數據庫，以幫助國民進行投保選擇；精簡行政管理系統以降低醫

¹¹ 衛生和公眾服務部長是美國衛生和公眾服務部的行政首腦，職責是管理聯邦衛生事務。該部長是總統內閣成員。該部前稱為「衛生、教育和福利部」，1979年更名。

¹² H.R. 3590, section 1321.

¹³ H.R. 3590, TITLE I, Subtitle A.

¹⁴ H.R. 3590, section 2714. 亦可參看：America's Health Insurance Plans, "Health Plans Propose Guaranteed Coverage for Pre-Existing Conditions and Individual Coverage Mandate." <http://www.ahip.org/content/pressrelease.aspx?docid=25068>, (last visited: Mar. 24, 2010).

療系統成本。

第三，降低保險費用，使保險可負擔¹⁵。改革增強保險可負擔性的途徑主要有兩條：一是對低收入人群實行稅款減免，降低投保成本；二是實行責任分攤，分散投保成本。(一)稅款減免。法令規定，將向收入為聯邦貧困線（四口之家是\$88,000）1至4倍的國民提供新的現金退稅。如果雇主要求員工自己出的保費超過了員工家庭收入的9.8%，或者雇主交的費用低於保費的60%，那麼員工就可以登記參加保險給付交易並獲得稅款減免。收入為貧困線標準1到2倍者，其投保額下降為標準最高投保額度（個人是\$5,950，家庭是\$11,900）的三分之一；收入為貧困線標準2到3倍者，其投保額下降為標準最高投保額度的二分之一；收入為貧困線標準3到4倍者，其投保額下降為標準最高投保額度的三分之二。公民和合法僑民可以享有減免補助。將向雇工低於25人的小企業提供新的減免補助，補助額最高可達保費的50%。(二)責任分攤。首先，有能力投保者，需自行參加保險。法令要求，從2014年開始，絕大多數個人都要獲得最低額度的必要保險；否則，就要繳納罰款¹⁶。這一規定對下列人士不予適用：宗教教義不允許者、無力投保者、收入未達聯邦貧困線的納稅人、印第安部落成員、被裁員者、被監禁投保不足三個月者等。其次，已經投保並將繼續投保的個人或家庭可以依據「始祖條款」滿足這一要求。這種投保將被視為達到了醫療投保要求。類似的，依據該「始祖條款」，已經為雇員投保的雇主將被允許繼續提供同種保

¹⁵ H.R. 3590, TITLE I, Subtitle E.

¹⁶ 值得注意的是，該罰款並非以行政處罰或刑事處罰的形式出現，而是採取稅收的形式，由聯邦國內稅務局負責徵收。

險。再次，關於雇主責任，法令要求，雇工超過200人的雇主必須自動為新進的全職雇工投保；擁有50名以上全職雇工（無保險），並且至少擁有一名享受稅款減免待遇的全職雇工的雇主必須向每個全職雇工支付\$750美元。關於聯邦和各州的責任，法令另有專門規定¹⁷。

二、通過公共項目，強化政府責任¹⁸

改革將強化政府責任，通過實施政府公共項目來解決特殊人群的醫保覆蓋問題或市場解決不了的醫保覆蓋問題。改革擴大了針對低收入人群的醫療救助（Medicaid），並規定由聯邦政府對這一擴張所帶來的成本承擔大部分責任。它將為兒童醫療保險項目提供更多的聯邦投入，精簡醫療救助和兒童醫療保險（Children's Health Insurance Program）投保，改進醫療救助服務，為長期服務和救護提供新選擇，促進兩種保險資格（聯邦和州）間的整合，提高醫療救助的質量。

第一，加強醫療救助¹⁹。法令規定，各州最早可自2011年1月1日起擴大醫療救助的範圍。自2014年1月1日起，所有兒童、父母和加入醫療保險的無子女單身成年人，以及家庭收入在FPL1.33倍以下者都有資格獲得醫療救助²⁰。在2014至2016年間因

¹⁷ 聯邦和州的責任主要體現在運營醫療保險、醫療救助和兒童醫療保險等公共項目上。

¹⁸ H.R. 3590, TITLE II.6. 關於這種做法必要性的探討，可參看：T.S. Jost, *Disentitlement: The Threats Facing our Public Health-Care Programs and a Rights-Based Response*, New York: Oxford University Press, 2003, pp 265-281.

¹⁹ H.R. 3590, TITLE II, Subtitle A, Subtitle D, Subtitle F, Subtitle I.

²⁰ H.R. 3590, section 2001.

醫療救助擴張而帶來的新增費用將全部由新聯邦政府埋單。在2017和2018年，聯邦還將向各州提供扶持。在2013年12月31日前，各州必須採用同一種針對成年人的醫療救助標準；而針對未成年人，這一要求則要延長至2019年9月30日。

第二，兒童醫療保險項目²¹。擴大兒童醫療保險的覆蓋範圍是美國新醫改的起點。奧巴馬就職後簽署的第一個法案即為「聯邦兒童醫療保險法」（The Children's Health Insurance Reauthorization Act），該法案擴大了原法案的覆蓋範圍²²，使400多萬無醫療保險的低收入家庭兒童獲得了醫保。美國的「全民醫保」邁出了實質性一步。「病人保護和可負擔醫療法」只是在進一步完善兒童醫保法的已有專門規定。新法令規定，關於兒童醫療保險獲保資格中的收入水平限制，在2019年9月30日以前，各州必須維持目前標準不變。在2014到2019財政年度中間，聯邦將向各州提供資金扶持。

第三，簡化登記程序²³。法令規定推進保險登記信息化。個人可以通過州運營的網站申請和登記醫療救助、兒童醫療保險和保險交易。登記網站將對醫療救助、公共保險項目和保險交易的程序進行鏈接，為所有保險項目提供無縫隙登記服務。醫院可以根據推定的資格向有資格接受醫療救助的人提供醫療服務。

第四，優先發展社區醫院²⁴。聯邦政府鼓勵人們把社區醫院

²¹ H.R. 3590, TITLE II, Subtitle B.

²² 奧巴馬總統於2009年2月4日簽署該法案。該法案擴展了兒童醫療保險項目，該種保險項目是由1997年《平衡預算法》（Balanced Budget Act of 1997）設立的。

²³ H.R. 3590, TITLE II, Subtitle C.

²⁴ H.R. 3590, TITLE II, Subtitle E.

定為接受醫療服務的首選，這樣不僅可以確保醫療服務的便捷性，還可減緩中心醫院的壓力。為此，法令規定設立一種新的可選擇性醫療保險，各州可以通過這種保險提供以社區醫療為基礎的服務，同時可以向殘疾人提供醫療救助或向智障者提供中級護理設備。

第五，醫院超份額支付新辦法²⁵。一旦某州的無保險率下降了45%，則該州的醫院超份額支付²⁶就可下降50%（醫院超份額支付額度低的州可以下降25%）。隨著無保險率的不斷下降，各州也可以不斷減少醫院超份額支出。但無論如何，各州的醫院超份額支付都不得低於2012財政年度醫院超份額支出額度的35%。

第六，就聯邦與州兩種類型的覆蓋和支付展開合作²⁷。到2010年3月1日，衛生和公眾服務部長將建立一個聯邦層面的醫療服務辦公室。該辦公室將負責整合醫療保險和醫療救助服務，促進聯邦政府和州政府在這兩種保險項目上的合作。

²⁵ H.R. 3590, TITLE II, Subtitle G.

²⁶ 醫院超份額支付（Disproportionate Share Hospital, DSH）向那些為大批量低收入病人群體提供服務的醫院提供額外支持。有資格獲得資助的醫院被稱為超份額支付醫院。

²⁷ H.R. 3590, TITLE II, Subtitle H.

貳、醫療服務質量保障

一、提高醫療服務的質量和效率²⁸

美國新醫改將為了每一個人，特別是參加醫療保險和醫療救助的人，提高醫療服務的質量和效率。服務費用將和好的服務結果直接掛掛鉤。改革將做出實質性投入，以提高醫療服務質量，擴大醫療覆蓋面。同時，它還將提供實質性資助，支持進行比較研究，以使消費者瞭解選擇不同的醫療、救護服務所帶來的不同結果。將創造和傳播新的病人護理模式。農村地區的醫療服務將會得到實質性改進。將提高投入的使用效率。一個獨立的醫療保險顧問委員會將專司顧問服務，從而確保長期的財政穩定。

第一，將支出與醫療保險質量掛鉤²⁹。醫療保險（Medicare）是「醫療保險法」（1965）規定的針對65歲以上老年人的醫療保險項目³⁰。醫療保險由聯邦政府負責實施，因費用昂貴和質量、效率低下而為人詬病。法令規定，將在2013年針對醫院啓動以價值為基礎的交易項目。該項目將把醫療保險支出與常見的高成本醫療服務（心臟、外科和肺炎治療）的服務質量掛鉤。醫師資質報告行動（PQRI）將在2014年得到擴展，其目的是

²⁸ H.R. 3590, TITLE III. 在美國，純市場導向的醫療體系出現了道德誠信危機、服務質量下滑等系列連鎖問題，具體可參看：T.S. Jost, *Health Care At Risk: A Critique of the Consumer-Driven Health Care Movement*, Durham: Duke University Press, 2007, pp.xviii-xx.

²⁹ H.R. 3590, TITLE III, Subtitle A, part 1.

³⁰ 此處是狹義的醫療保險。Medicare的Part A提供醫院服務的利益，向所有有資格的個人提供，接受服務時個人無需付款；Medicare的Part B承包醫生和其他門診服務，屬自願性質，有資格的個人需承擔此類服務的投保費。

要醫師報告醫療質量數據。提供長期醫療服務的醫院、住院病人康復機構和晚期病人護理機構將要參加以價值為基礎的交易，它們的服務質量測評報告將於2014財政年度啓動；不參加者將會受到處罰。

第二，加強組織機構。衛生和公眾服務部長將制定一個全國性戰略以改進醫療服務、優化病人治療結果、提升公眾健康。總統將會召集組織一個協調工作機構來落實提升醫療服務質量工作，使其和全國性戰略規劃相一致。

第三，鼓勵發展新型病人護理模式。將在醫療保險和醫療救助服務中心內設立醫療保險和醫療救助創新中心，專門研究、開發、測驗和推廣新型支付形式和服務提供形式。衛生和公眾服務部長將開發一個全國性的、自願試點的項目，來鼓勵醫院、醫生和醫療服務供應商改進醫療服務並通過打包性支付獲得收入。針對慢性病醫療保險收益，法令規定將啓用一種新的驗證程序；該程序可以利用由醫師和護士組成的醫護隊伍來分析支付動機和服務提供情況。

第四，提高醫師服務和其他服務的可接近性³¹。這主要是指把醫療衛生服務向邊遠地區和邊緣人群擴散。法令依據地理情況對醫療保險費規劃進行了調整，以增加醫療服務機構在農村地區的投入。對農村地區及其他地區的地面和空中救護車服務，法令規定將增加紅利支付。法令對「接納門診病人無損失」規定進行

³¹ H.R. 3590, TITLE III, Subtitle B, part 1, part II. 關於此種措施的必要性與正義性，可參看：Rosenbaum, “Understanding Medicaid’s ‘Equal Access’ Law in the Context of Private Enforcement Actions”, California Health Care Foundation, 2008.

了擴展，允許小的鄉村醫院和社區醫院在2010財政年度接受這一調整。法令把鄉村社區醫院評估項目延長了2年。法令還為滿足特定條件的退伍軍人、配偶和未成年子女設立了全年不限期投保制度。

第五，提高投入的精確度³²。如何提高對衛生需求的瞭解程度、加強政府費用投入費用的準確度，長期以來就是困擾聯邦醫療保險投入的一個大難題。法令要求衛生和公眾服務部長以向病人提供的諸種服務的比例和服務強度的現有數據為基礎，從2013年起重新分配針對家庭的醫療支出。部長將更新醫療保險服務商的索賠表和成本報告，以提高支付的準確度。部長還將更新超份額支付辦法，以求更準確地計算醫院無報酬服務的成本；隨著無保險者數量的減少，醫療保險超份額支付的數額也應當會減少，新的支付辦法應當體現出這一變化。

第五，改革聯邦醫療保險優勢計劃³³（Part C）。聯邦醫療保險優勢計劃項目的支出將以各市場中諸保險計劃投標價的平均值為基礎計算。法令規定，將安排紅利支付，以提高服務質量；紅利支付將以保險公司服務協調和服務管理的水平為基礎支付。紅利支付期限為4年過渡期。聯邦醫療保險優勢計劃將禁止向保險受益人收取費用以分攤付費服務之外的服務成本。額外服務的提供不得阻礙成本的降低；健康和預防服務將優先於現有醫療保險

³² H.R. 3590, TITLE III, Subtitle B, part III.

³³ 一個Medicare計劃，讓公民在健康計劃方面有更多選擇，並且利益超過原來的Medicare計劃。包括為登記者提供Part A與B利益的私人Medicare Advantage計劃（如HMO及PPO），以及於2006年開始的Medicare處方藥利益。差不多每個獲得Medicare Part A及Part B承保的人都符合Medicare Advantage計劃的資格。Medicare Advantage計劃先前稱為Medicare+Choice計劃。

中未涵蓋的服務利益。

第六，確保醫療保險的穩定³⁴。法令規定，將對與住院醫院、老人院、家中理療機構、善終病院、精神病收容診治機構、長期護理醫院和療養院等相關的市場進行實質性調整。法令規定，將成立一個由15人組成的獨立醫療保險諮詢委員會。該諮詢委員會將負責向國會提交降低醫療成本和提高醫療質量的建議案。如果經測算表明，醫療保險成本超出了既定目標，那麼委員會的建議案就會生效，除非國會通過議案採取替代性措施。

第七，提升醫療服務質量³⁵。法令規定，將設立一個新項目來發展社區醫療隊伍，從而支持醫療診所增加社區和合作醫療。將支持醫療服務提供研究中心就醫療服務提升和提高醫療服務質量、安全性與效率展開研究。此外，它還支持地方性醫療服務提供者提供醫療健康管理服務，以幫助病人更好地治療慢性疾病。

二、強化醫療服務人力資源建設

改革將打造有活力的、多樣化的和素質過硬的醫療服務隊伍。改革將鼓勵創新醫療人員培訓、招募和使用方法，並將建立新的醫療從業人員委員會。支持增加醫療服務從業人員的供應。這些從業人員將會受到一個新的培訓和教育機構的扶持。

第一，醫療服務人力資源領域的創新³⁶。將會建立一個全國性的委員會來評估醫療服務隊伍，考察項目人員需求，並負責向國會和政府提供綜合性信息以促使醫療人力資源與國家需要相匹

³⁴ H.R. 3590, TITLE III, Subtitle E.

³⁵ H.R. 3590, TITLE III, Subtitle F.

³⁶ H.R. 3590, TITLE V, Subtitle B.

配。還將設立競爭性的獎勵來激勵各州參與完成綜合性人力資源規劃並制定醫療服務人力資源發展戰略。

第二，增加醫療服務從業人員的供應³⁷。將對聯邦學生貸款項目做出修訂，以降低標準、縮短還款期限，並讓針對基本醫療服務專業學生的貸款變得更具吸引力。針對護士專業學生的貸款將會增加。還將設立一個針對小兒科專家、兒童精神和行為醫療服務提供者和工作在醫療從業人員匱乏地區的年輕醫療從業人員的償還貸款的特殊項目。還將替公共醫療專業學生和在聯邦、州、地方或部落公共醫療機構從業不少於3年的工作者償還貸款。其他類似的醫療從業人員，比如受雇於公共醫療機構的人、在醫療從業人員匱乏地區或醫療服務欠缺地區提供醫療服務者等，也可以享有代為還款服務。國家醫療服務集團獎學金和貸款償還項目的審批將在2010至2015年間得到擴大。將撥出五千萬用來支持護士管理臨床教學。將設立專門的儲備基金以供出現全國性突發緊急事件時使用。

第三，加強醫療從業人員的教育和培訓³⁸。將向下述13類從業人員項目提供新資助：家庭醫學、普通內科、普通小兒科、醫師助教；提供長期服務的直接護理員；普通的、小兒的和公共保健牙醫；可替代性牙科保健服務提供者；為醫療職業學校和家庭護理機構提供師資的老年醫學教育和培訓；向與兒童和青少年醫療服務有關的學校提供健康教育和培訓獎助金；技能培訓、預防教育、公共健康培訓、殘疾人培訓；針對護士助產項目提供的高級護理教育獎助金；為加強護士教育和培訓而實施的項目以及為

³⁷ H.R. 3590, TITLE V, Subtitle C.

³⁸ H.R. 3590, TITLE V, Subtitle D.

改進護士待遇而進行的項目；向有志於從事護士教育職業者提供的貸款項目；為提升社區醫療機構服務質量而進行的從業人員培訓；為改進州和地方醫療部門所提供的公共醫療服務所進行的團體培訓；為訓練內科醫師、牙科醫師、護士、醫師助理、精神和行為健康專家、公共醫療職業團隊成員等從業者而設的全美公共健康科學培訓。

第四，扶持既有醫療服務從業人員³⁹。為了少數醫療職業申請者，授權設立交易中心項目；為扶持在醫療服務匱乏地區工作的貧困學生，法令將增加獎學金；法令授權資助地區醫療教育中心（AHECs）及其項目。將設立一個基礎醫療服務擴展項目向基礎醫療服務提供者提供技術幫助。

第五，加強基礎醫療服務和其他人力資源提升措施⁴⁰。自2011年開始，衛生和公眾服務部長將會重新分配空餘住院醫師職位，向基礎醫療醫師傾斜。將設立一個示範性資助項目以服務低收入人群。

第六，提高醫療服務的便捷性⁴¹。授權設立新的並擴大已有的針對具有聯邦資質的健康中心的資助。授權設立新的獎助項目，鼓勵各州和醫療學校支持改進和擴展針對兒童的緊急醫療救助服務。對於基層或社區醫療機構通過基礎醫療和特殊醫療服務整合而開展的合作，也將給予獎助。

提供醫療服務的人是醫療系統最寶貴的資源。改革充分注意到了在醫療變革中適當儲備人力資源的重要性。醫療人力資源面

³⁹ H.R. 3590, TITLE V, Subtitle E.

⁴⁰ H.R. 3590, TITLE V, Subtitle F.

⁴¹ H.R. 3590, TITLE V, Subtitle G.

臨著許多嚴峻的挑戰，包括人員保留方面的困難、護理供應方面的緊迫危機和醫療保健系統中強有力領導人員的需要⁴²。當臨床醫生承受高度壓力時，就很難照顧好那些處於困境中的病人。加強醫療系統人力資源建設的上述一系列規定就是要解決這些問題。這些改革規定的實質，就是加大聯邦在醫療人力資源領域的投入，「高薪養醫」，以優厚的待遇鼓勵醫師從業。將特別注重加大對基礎醫療、急救醫療和兒童、老人等特殊醫療從業人員的投入，以優先滿足社會基本醫療需求。

參、將支出控制在最低水平

一、革新財政方案

醫改方案的實施開支龐大，經國會預算局估計，醫改方案在未來10年內將開支將達到1.2萬億美元。而經由採取財政措施，根據國會預算局的數據，醫改法令在生效後第一個10年內將使美國政府預算赤字減少1380億美元，在第二個10年內減少約1.2萬億美元。法令實施後，開支在不斷增加，而赤字卻在不斷減少，由此可見新財政方案的有效性。

關於資金籌集，法令主要規定了三條管道：一是強制企業必須為所有雇員繳醫保金，這要增加大小企業主的用工成本；二是「加稅」，增加部分「超富」人群稅負；三是「節流」，借助行

⁴² 美國醫療衛生保健質量委員會、美國醫學研究所，王曉波等譯，*跨越醫療質量的裂痕——21世紀新的醫療保健系統*，中國醫藥科技出版社，2005年，261頁。

政手段加強對醫保資金的使用監管，壓縮藥廠、藥商特別是醫療保險機構等既得利益者的收入。關於第一條途徑，在論述提高醫改覆蓋面時已經提到，這裡不再涉及，而是重點論述後兩個途徑。

第一，徵稅。(一)向雇主運營的高額保險徵稅。法令規定，將向運營個人年度保費超過\$8,500和家庭年度保費超過\$23,000的保險項目的保險公司和項目管理者徵收一種稅率為40%的新稅。所徵稅款用於自助投保項目和在團體市場上交易的保險項目，而不是個人市場上交易的項目（可為自主就業個人減免保費的除外）。該稅適用於保費總額超過標準的保險項目。(二)對基於不是用於法定醫療支出的健康儲蓄賬戶和Archer管理服務協議而進行的配發徵收附加稅。(三)對選擇性整容外科手術徵稅。(四)針對高收入員工徵收住院保險附加稅。

第二，成本控制和行政收費。(一)提高雇主W-2醫療福利價值報告的透明度。法令的這一規定要求雇主披露在W-2年度項目中為每個雇員的醫療保險所提供的福利的價值。此規定旨在降低投保成本。(二)對合格藥物的配發只涉及已規定藥品和或胰島素。此規定旨在降低聯邦基本藥物費用支出。(三)限制針對聯邦安全署的醫療捐助。超過限制額的捐助要徵稅。(四)向製藥商徵費。(五)向醫療器械製造商徵費。(六)向醫療保險商徵費。(七)解除因醫療保險第D部分補助金而針對所進行的費用減免。(八)修改申請醫藥支出列表減免的門檻。(九)對針對製藥商、醫療器械製造商、醫療保險商的行政補償進行限制。

第三，特殊規定⁴³。(一)針對非營利性的藍十字藍盾組織，法令規定了特殊減免措施。對此類組織實行特殊的稅收政策，並准許它們有85%或更高比率的醫療虧損率。(二)設立針對小企業的簡易自助項目。法令將設立一種新的雇員自助保險項目「簡單自助餐廳計劃」。借助此計劃，小企業可以向雇員提供免稅的保險給付。自主就業者將被視為合格雇員，可以參加此項目。

與此可見，法令財政方案的這種有效性是由高收入人群和制藥商、醫療器械製造商、保險機構等醫療系統既得利益者為低收入者的醫療保險「埋單」來實現的。其實質是重新進行社會財富二次分配。該法令由此被認為是聯邦政府對經濟不平等的最大攻擊。

二、確保透明和項目廉正

透明和項目廉正是支出控制的重要環節。為確保聯邦投資和運營的醫療項目的廉正性，法令對醫療系統的信息公開提出了新要求。法令還規定了一系列配套措施，力求杜絕公共和私人項目中的腐敗和欺詐⁴⁴。

第一，提高項目的透明度⁴⁵。法令中與項目透明度有關規定如下：(一)醫師收入和其他透明措施。在2010年2月以前沒有簽署供應協議的醫師個人擁有的醫院將不能參加醫療保險。藥品和器械製造商必須公布向醫師、醫師活動、醫師團體活動和（或）醫

⁴³ H.R. 3590, TITLE IX, Subtitle B.

⁴⁴ 此外，本部分的Subtitle H規定了針對老年人的特殊保護措施，Subtitle I闡述了參議院對醫療事故的態度。本文對這些內容略過不提。

⁴⁵ H.R. 3590, TITLE VI, Subtitle A.

療學校贈送的禮品和其他價值轉移行為。在進行醫療服務前，醫師必須書面通知病人，告知他也可以從本機構其他醫師那裡獲得同樣的服務。處方藥的生產者和銷售者必須向衛生和公眾服務部長報告，通報目前已有的藥品樣品。藥房管理者等負責提供與醫療保險和醫療交易下之醫療計劃相關的管理服務的人必須報告與藥品配送相關的信息。(二)護理場所的透明度及其改進。法令要求，與醫療保險相關的技術性護理場所(SNFs)和與醫療救助相關的護理場所(NFs)必須公開所有權信息。根據要求，SNFs和NFs需要實施一個承諾和倫理項目。衛生和公眾服務部長將設立一個網站，發布與護理場所相關的新信息。部長還將設計一種標準化的申訴表格，以供居民投訴州監管人員、鑑定機構或長期特派監察員。(三)從業人員廉正信息庫建設。法令規定，衛生和公眾服務部長將設立一個全國性項目以調查長期護理機構中直接為病人提供服務的員工的背景。所有廉正信息將作為背景信息的重要組成部分納入全國信息庫。(四)以病人為中心的結果研究。法令將設立一個私人、非營利性的實體，即病人為中心的結果研究院。該研究院由總審計長任命的公私混合委員會管理，任務是就臨床結果進行比較研究。研究結果對於政策制定不具有直接的強制性。醫療結果比較研究信息公開將有助於消費者對比瞭解各種醫療的不同效果，從而有效進行醫療計劃選擇。

第二，醫療保險、醫療救助和兒童醫療保險項目中的廉正規定⁴⁶。(一)一般規定。衛生和公眾服務部長將設立諸種程序展現供應商在醫療保險、醫療救助和公共保險中的參與情況。供應商

⁴⁶ H.R. 3590, TITLE VI, Subtitle B, Subtitle E, Subtitle F, Subtitle G.

在加入或重新加入時必須要遵循新的要求；這些要求包括披露費用、供應者與接受者之間所有的資金、支付和債務關係。如果供應商與接受者之間的關係存可能會給項目帶來不當影響，則部長有權拒絕該供應商加入。(二)提高醫療保險和醫療救助項目的廉正度。聯邦科學計量中心(CMS)將把醫療保險、醫療救助、公共保險、退伍軍人事務部、社會保障局、印第安人衛生局和國防部等部門管理的有關醫療的項目納入集成數據庫(IDR)。法令規定，將通過提高罰款數額、登記不誠信及腐敗行為、對情節嚴重者予以清退等特殊措施保證項目的廉正度。為加大執法力度，醫療欺詐和腐敗控制(HCFAC)撥款在2011到2020財政年度之間將會每年增加\$10,000,000⁴⁷。(三)關於醫療救助項目廉正的特殊規定。如果個人或團體已經不被包含在醫療保險或其他州醫療救助項目之內，那麼各州必須終止對該個人或團體從他們的醫療救助。如果個人和團體擁有、控制或管理的實體有下述情況存在，那麼在特定時期，醫療救助機構必須把該個人或團體從醫療救助中除名：沒有退還多餘的支付；已經被所有醫療救助項目除名；隸屬於一個被醫療救助項目除名的個人或團體。(四)附加性廉正規定。如果接受多個雇主福利安排的雇員或代理人在保險交易等過程中進行虛假陳述，將會受到刑事處罰。在衛生和公眾服務部長的指導之下，全國保險專員協會(NAIC)將會開發一種統一的報告模式。聯邦勞動部將會制定規制標準並(或)頒布指令，防止以州法實施優先於聯邦法律為藉口逃避虛假多個雇主福利安

⁴⁷ Kaiser, *Commission on Medicaid and the Uninsured*, Health Reform Implementation Timeline: <http://www.kff.org/healthreform/8060.cfm>, (last visited: Apr. 1, 2010).

排所帶來的責任。聯邦勞動部被授權頒布「停止和終止」指令來暫時停止招致欺詐行為的保險項目或給公眾健康造成危害的保險項目，直到聽證會結束。

第三，目標落實。法令還對透明和項目廉正目標的落實進行了規定。法令鼓勵自糾自查，對於自首者和自我糾正者，衛生和公眾服務部長將減少民事處罰的金額。為監管跨州機構和周內連鎖機構，秘書處將會啟動一個檢測工程和實施一個全國性的獨立監管工程。準備要關閉的服務場所的運營者必須要向居民、居民的法律代表、州、聯邦秘書處發布書面的通知。

肆、評鑑

美國新醫改特別是新法令的通過引起了廣泛爭議，主要涉及以下三個方面：

第一，聯邦強制擴大醫保覆蓋的諸項措施引起了廣泛爭議。其中最核心的一條是：依據聯邦憲法，國會無權強制個人購買醫療保險。反對者害怕藉由對個人自由的強制性干預，美國政府會變成一個「專制政府」。關於這一主張涉及的法律依據問題，可從兩個方面來看：聯邦法院判例和憲法規定。首先來看聯邦法院判例。在此之前，國會從未強制國民從私人公司中購買物品，所以也就不存在關於同種情況的聯邦最高法院判例。其次來看聯邦憲法。與此相關的是聯邦1787年憲法第1條8款第1和3項。這兩個條款授予國會廣泛的管理經濟活動的權力，即因公共利益徵稅的權力和管理跨州貿易的權力。聯邦的調控權力就是以此為依據發

展起來的⁴⁸。

第二，政府以公共項目為手段向全體國民特別是低收入人群提供基本醫療服務的做法引起了人們對醫療服務性質的激烈爭論：醫療究竟是權利還是福利還是商品？醫療權利論者認為，醫療作為經濟和社會權利的一種，屬於基本人權，政府有義務予以保障。而在美國，憲法並沒有規定經濟和社會權利。儘管有些學者試圖證明美國憲法文本中直接包含有保護經濟和社會權利的條款，但這種觀點的影響非常有限⁴⁹。除教育權這一極其個別的例外之外，經濟和社會權利還沒有在社會觀念中扎根⁵⁰。雖然如此，醫療健康權的支持者還是採取了積極策略，試圖發展出一種醫療健康權理論⁵¹。法令用法律保護公民對醫療的獲取的措施（比如，向沒有保險的或保險過低的人提供保險）實質上是承認了公民健康權的權利屬性。聯邦司法的某些案例也開始採用憲法

⁴⁸可參看張千帆，美國聯邦政府對州際貿易的調控，收錄於：南京大學學報（社會科學版），2期，2001年，141-150頁。

⁴⁹可參看 F.L.Michelman, The Supreme Court, 1968 Term foreword: On Preprotecting the Poor Through the Fourteenth Amendment, *Harvard Law Review*, Vol. 83, No.1(1969), pp. 7-282.

⁵⁰在美國各州，教育權的憲法和法律保護已經獲得了普遍性認可。可參看 R.M. Jensen, Advancing Education through Education Clauses of State Constitutions, *BYU Educ. & L.J.*, Vol.1997, No.1(1997), pp. 4-5.

⁵¹可參考 Puneet K. Sandhu, A Legal Right to Health Care: What Can the United States Learn from Foreign Models of Health Rights Jurisprudence?, *California Law Review*, Vol. 95, No.6(2007), pp. 1151-1192. Cathy Albisaand Jessica Schultz, The United states, in *Social Rights Jurisprudence: Emerging Trends in International and Comparative Law*, Edited by Malcolm Langford, Cambridge University Press, 2008, pp. 230-250.

中的平等保護條款保護某些特殊群體（比如移民和孕婦）對基本醫療的獲取。這表明，醫療在邁向基本權利的路上又前進了一步。把醫療作為一項基本社會福利的觀念在美國同樣缺乏根基。美國以自由立國，對大政府式的福利國家一直心懷戒備。「國家醫療保險（NHI）賦予所有公民醫療權利，市場醫療（MHI）只向公民提供通過保險或儲蓄購買的服務⁵²。」法案反對者反對由政府提供醫保，他們認為醫保應由市場而非國家主導。這就是半個世紀以來歷屆總統醫改受阻的「價值判斷原因」，也是上世紀90年代「克林頓醫改」流產的主要原因之一。之所以如此，是因為反對者把醫療視為商品，而非權利，也不是福利。既然醫療是商品，那麼個人在需要時當然要去市場上購買，而不能要求政府或他人免費提供。醫療商品觀是反對醫改的最主要觀念。

第三，法令提高醫療服務的質量和項目廉正這兩部分涉及的都是政府對醫療項目的監管問題。醫療項目缺少政府監管是美國醫療的一個大問題。「在文明先進的國家，醫療這個項目或多或少，都由國家監管或實行，只有美國這個國家是讓它自由發展的；出了問題後，政府沒有意願去徹底解決問題，還計劃把政府所屬的項目Medicare和Medicaid私有化，讓保險公司HMO去（玩弄）它，這有點像最近提倡的監獄私有化一樣，只想解決目前監獄擠迫的小問題，而不想徹底去解決犯罪這個基本大問題⁵³。」隨著法令中一系列旨在提升醫療服務質量和效率的監管措施的公布，美國醫療缺乏監管的問題便不復存在了。但隨之而來的是對

⁵² Daniel Shapiro, *Is the Welfare State Justified?*, Cambridge University Press, 2007, p. 115.

⁵³ 楊華生，美國醫療，三聯書店（香港）有限公司，1997年，49頁。

政府規制監管的爭論和擔憂。美國以「自由」立國，而作為奧巴馬醫改新政代表作的法令卻「政府成色」過濃，與美國傳統價值觀發生直接衝突。美國人對政府干預市場、國家控制社會的戒心和疑慮根深蒂固，他們對政府主導醫改和國家控制醫保的任何措施都抱有與身俱來的高度警惕性。醫療系統支出龐大，他們害怕藉由「政府接管醫療體系」，美國政府會變成無所不管的「大政府」。

雖然存在上述爭論，但仍不影響我們對美國醫改的整體正面性評價。通過理性周密的方案設計，它超可負擔全民醫療保障邁出了堅實的一步。首先，它的政治目標明確：實現「所有美國公民穩定而安全的醫療保障」。其次，上述政治目標進一步分解出三大政策目標：一、給已有保險者提供更好保障；二、給沒有保險者提供可行選擇；三、緩解醫保給家庭、企業和政府帶來的開支增長。再次，為實現上述目標，及時制定了法律，通過法律確保政策執行的到位。該法令又包含以下述八項大原則：一、減少長期增長的企業和政府醫療衛生保健費用；二、防止家庭因衛生保健費用而破產或負債；三、確保醫生和衛生計劃的可選擇性；四、向預防和健康投資；五、提高病人安全及醫療品質；六、確保全體國民都享有可負擔的、優質的醫療保險；七、確保公民在更換或失去工作時仍享有醫療保險；八、消除針對先存條件受限公民的投保壁壘。在法律之外，再輔之以精細的市場和行政手段支持，層層分解落實。核心就是要實現「全覆蓋」和「低成本」，即通過適當的政府干預實現醫保的全民覆蓋，改善醫療體系最為公共產品的公平性；通過調整醫保支出結構，消減不必要開支，在降低成本的同時提升效率。

綜上所述，美國「病人保護和可負擔醫療法」作為一部旨在實現全民醫保、低成本醫保的法案，值得中國大陸醫改借鑑。

On the Patient Protection and Affordable Care Act of the United states

[Abstract] For the purpose of eliminating the malady caused by the former health care system, the United states government has passed the Patient Protection and Affordable Care Act. This law is carrying out an overall and deep reform. The content of the reform covers the regulation about expanding the insurance coverage, strengthening public health care programs, improving the quality and efficiency, improving the transparency and integrity, paying more attention to health care workforce and rationalizing the revenue. The core principle of the bill is that everybody should have some basic security and the government has the duty to secure it.

(本篇已授權收錄於月旦法學知識庫及月旦系列電子雜誌 www.lawdata.com.tw)