

# 美国的医疗援助制度——兼论我国的医疗救助制度

张奇林

**摘要:** 以穷人为目标的医疗援助制度是美国医疗保障体系的重要组成部分。它的产生,是美国卫生保健制度渐进式改革的结果和见证。虽然它与老年医疗照顾制度同时产生,并列为美国仅有的两个公共医疗保险计划,但两者有本质的不同,表现出不同的特点。费用问题是医疗援助制度的核心问题,政府的政策(包括福利政策和医疗政策)和援助对象的构成是影响医疗援助费用两个最重要的因素。美国医疗援助制度的经验和教训值得我国研究和借鉴。

**关键词:** 美国 医疗援助 中国 医疗救助

医疗援助(Medicaid)是美国两大公共医疗保险计划之一,也是美国最大的健康保险项目<sup>1</sup>。1998年,接受医疗服务和长期护理援助的受益者达4000多万<sup>2</sup>。同年,医疗援助开支1700万美元,占全美医疗卫生总支出的14.8%<sup>3</sup>,主要用于支付低收入者的医疗费和护理费。医疗援助对于保障穷人的医疗权利和身体健康起到了重要作用,同时,它也是了解和研究美国的医疗保障制度不可或缺的重要内容。本文力图以较新的资料和研究成果为基础,探讨美国医疗援助制度的产生、内容、变化及其特点,以期对美国的医疗援助制度有一个较为全面的认识。最后,还将就建立我国的医疗救助制度提出几点看法。

## 一、医疗援助制度的产生

1965年是美国健康保健历史上一个重要的里程碑。这一年,破天荒地诞生了两大公共健康保障项目——老年医疗照顾计划(Medicare)和穷人医疗援助计划。它们的建立是美国健康照顾制度渐进式改革的结果和见证。

20世纪上半叶,美国的健康保健主要是私人行为(包括慈善医疗、私人保险和自费就诊),没有政府主办的公共保险项目。但是,围绕政府在健康保健领域究竟应该发挥多大作用这一问题的争论,却一刻也没有停止过。争论的焦点集中在针锋相对的两种模式上。一种是全民保险模式,主张政府以所得税为基础,强制推行全民健康保险计划;另一种模式则主张限制联邦政府的作用,即使是向社会上有需求的人群提供帮助也要加以限制。这一时期通过的与健康保健有关的联邦法律大多反映了第二种意见<sup>4</sup>。虽然实行全民医疗保险阻力很大,遥遥无期,但这种呼声越来越高。而且,随着社会经济的发展,政府又不可能不有所作为。折衷的办法就是政府逐渐介入健康保健事务。美国特有的政治环境——权利结构和决策程序——使这种渐进式的理念和方法成为可能。20世纪五六十年代的决策者(包括行政和立法机关)就采纳了这一方法。

1950年的社会保障法修正案授权联邦政府拨款资助州政府,用于支付公共援助对象的医疗费。到50年代末期,老年人的住院费问题成为关注的焦点。因为,老年人的住院费在10年内翻了一番。要求加大对老年人的资助的支持者越来越多,他们认为老年人既有需求,有应当获得帮助<sup>5</sup>。决策层迅速作出了反应。1960年,国会通过了科尔—密尔斯法案(Kerr-Mills Act)。该法案增加了联邦政府用于资助州政府支付医疗费的配套经费。更为重要的是,该法案扩大了州政府的援助对象,将有医疗需求的低收入者,包括低收入的老人、盲人和残疾人等,都纳入进来,而不仅限于以前的公共救助对象。但是,当时许多州没有充

分利用这个法案的规定，所以效果并不明显。尽管如此，人们还是普遍认为科尔—密尔斯法案是医疗援助项目的前身<sup>6</sup>。

1964 年的选举中，支持联邦政府在健康保健领域发挥更大作用的民主党大获全胜，在众院取得 2 比 1 的多数。民主党候选人林登·约翰逊（Lyndon Johnson）也以压倒多数当选为美国总统。从而使医疗照顾和医疗援助于次年建立成为可能。

1965 年，有关医疗照顾和医疗援助的立法正式生效。尽管它们是约翰逊总统“伟大社会”（Great Society）计划最前沿的部分，旨在帮助穷人和弱势群体<sup>7</sup>，但归根结蒂，它们是国会两党各派妥协的产物，反映了不同的理念和方法。其中，民主党的计划是，通过征收社会保障名下的工资税，实行强制性的医疗保险；共和党则支持由政府补贴的自愿保险计划；而众院赋税委员会（House Ways and Means Committee）和美国医疗协会（AMA）却反对这两个计划，强烈要求将科尔—密尔斯计划的覆盖范围扩大到所有需求者。妥协的结果是，将医疗改革计划分成两部分，一部分是针对老年人的医疗照顾计划，另一部分是针对穷人的医疗援助计划。在两种医疗保障计划的筹资模式问题上，国会又产生了分歧。一部分保守的议员和 AMA 主张医疗照顾计划采用联邦和州两级筹款模式。而众院赋税委员会主席、强硬派议员威尔伯·密尔斯（Wilber Mills）则主张将这种模式运用到医疗援助中。在他的一再坚持下，医疗援助计划采纳了联邦-州两级供款模式<sup>8</sup>。这样，一种新的、以穷人为目标的福利医疗制度——医疗援助制度诞生了。

## 二、医疗援助制度的概况

### （一）救助对象

医疗援助的对象主要包括五类人：一是 AFDC 和 SSI 的援助对象。AFDC 和 SSI 是社会保障法所规定的两种救助计划，即援助有抚养孩子负担的家庭计划（Aid to Families with Dependent Children）和补充保障收入计划（Supplemental Security Income）。前者主要救助贫困的单亲家庭和有一方失业的双亲家庭。后者旨在救助穷人、盲人和残疾人。AFDC 和 SSI 的救助对象是医疗援助的主要对象。

二是低收入家庭的小孩和孕妇。最初，医疗援助的对象非常有限。20 世纪 80 年代，联邦政府通过一系列的法令，要求各州将低收入的小孩和孕妇纳入医疗救助的范围，尽管他们的收入已经超过了 AFDC 的救济标准。

三是低收入的医疗照顾对象。1988 年的医疗照顾大病费用法案（Medicare Catastrophic Cost Act, MCCA）规定，一部分医疗照顾对象，包括低收入的老年人和残疾人，他们的医疗照顾保险费和医疗费力的自费部分（包括 deductibles, coinsurance 和 copayments）可以由医疗援助项目支付。这部分人被称作特定的医疗照顾对象。

四是有较大医疗开支的人。虽然这些人的收入远远高于医疗援助的标准，但巨额的医疗费和长年的护理费将耗尽他们的收入和财产。

五是接受机构护理的人。医疗援助法规定，各州可以将收入超过 SSI 标准 300%，正在接受机构护理的人纳入医疗援助的范围。

按照联邦法律，前面三类人，各州必须予以援助。后面两类人，各州可以有选择地进行援助。

### （二）医疗援助的服务范围

为了获得联邦政府的配套经费，各州必须向医疗援助对象提供一系列基本的医疗服务，包括医院和医生的服务，家庭健康计划咨询，专业护理机构的照顾，诊断服务，小孩各种疾病的检查和治疗等。各州还可以有选择地提供一些服务，例如，处方药、牙的护理、弱智者的护理、老人和小孩的精神疾病治疗等。

### （三）经费来源和管理

前文已经提到过，医疗援助采用的是联邦和州两级供款模式，即联邦政府和各州分担医疗援助的费用。这一模式自医疗援助制度产生之日起一直未有改变。联邦政府拨给各州的配套经费是以各州的人均收入为基础，依据下面一个公式计算出来的<sup>9</sup>：

$$P=100 - 45 \cdot S^2 / N^2, \quad (50 \leq P \leq 83)$$

式中，P 是联邦的资助率；N 和 S 分别代表全国与各州的人均收入。如果一个州的人均收入等于全国的平均水平，联邦的配套率就是 55%；对大多数人均收入在全国平均水平以上的州来说，50%是最小的配套率；对收入较低的州来说，83%是最大的配套率。

医疗援助的管理也分联邦和州两级。在联邦政府内，医疗援助由卫生和人力服务部（Department of Health and Human Services）中的健康照顾财政署（Health Care Financing Administration, HCFA）管理。在州一级，医疗援助的管理机构各不一样，一般为卫生或人力服务部门<sup>10</sup>。

## 三、医疗援助制度的变化趋势

医疗援助是一项针对特殊人群，提供特别服务的公共救助项目。费用问题是其核心问题<sup>11</sup>，它制约着医疗援助的水平、待遇和人数，并直接关系到整个计划的平稳运行。而政府的政策和人口结构是影响医疗援助费用两个最为重要的因素，它们决定了医疗援助资金的流量和流向。这里，我们从分析医疗援助费用和人员构成的变化趋势入手，探讨这两个因素对医疗援助制度的影响。

### （一）医疗援助费用的变化趋势

表 1 医疗援助支出及其变化情况，1970-1996 年

单位：10 亿美元

年 份	总 额	与前年相较 增长 <sup>b</sup> (%)	联邦支出	与前年相较 增长 <sup>c</sup> (%)	州和地方 支 出	与前年相较 增长 <sup>d</sup> (%)
1970	5.3	—	2.9	—	2.4	—
1975	13.7	—	7.6	—	6.0	—
1980	24.8	—	13.7	—	11.1	—
1985	39.7	—	21.9	—	17.8	—
1990	71.7	—	40.7	—	31.1	—
1991	89.6	24.9	54.3	33.4	35.3	13.5
1992	101.6 <sup>a</sup>	13.4	65.4	20.4	36.2	2.5
1993	114.6 <sup>a</sup>	12.8	73.5	12.4	41.1	13.5
1994	134.6 <sup>a</sup>	7.6	77.7	5.7	45.6	11.0
1995	146.2 <sup>a</sup>	6.6	82.0	5.5	49.4	8.3
1996	154.1 <sup>a</sup>	6.3	87.4	6.6	52.3	5.9

**资料来源：**1970 和 1975 年的数据，见 Robert M. Gibson and Daniel R. Waldo, "National Health Expenditures, 1980," *Health Care Financing Review* 3, No.1 (September 1981):45-46. 1980, 1985 和 1990 年的数据，见 Suzanne W. Letsch et al., "National Health Expenditures, 1991," *Health Care Financing Review* 14, No.2 (Winter 1992):27-28. 1991-96 年的数据，见 Katharine R. Levit et al., "National Health Expenditures, 1996," *Health Care Financing Review* 19, No.1 (Fall 1997):197-199. 转引自 Kant Patel and Mark E. Rushefsky, *Health Care Politics and Policy in America*, 59, Table 3.1

a 总额由第 4 栏和第 6 栏计算得出

b 根据第 2 栏计算而来

c 根据第 4 栏计算而来

d 根据第 6 栏计算而来

从表 1 不难看出，医疗援助费用逐年增长，但费用的增长很不规则，有的年份增长特别慢，有的年份增长特别快，反映出政策的波动和人员构成的变化。

在医疗援助计划的早期（1980 年以前），费用增长较快，从 1970 年的 53 亿美元增加到 1980 年的 248 亿，主要原因是援助对象不断增加。随后的几年，尽管经济不景气，贫困人口增加，但费用的增幅却不断下降，成为医疗援助历史上费用增长最慢的时期。从 1981 年到 1984 年，按名义价格计算，医疗援助费用的年增长为 8.6%，但按 1992 年的可比价格计算，年增长率不到 1%<sup>12</sup>。这一时期费用的缓慢增长主要是受 1981 年混合预算协调法案

(Omnibus Budget Reconciliation Act, OBRA81) 中费用控制条款的影响。该法案授权州政府制定费用较低的补偿和医疗传递方案。同时减少联邦政府的配套经费, 对享受福利的人员加以限制。

1984 年以后, 随着经济形式的好转, 以及越来越多的决策者认识到 OBRA81 过于苛刻, 国会每年都要批准生效一批法令, 要求州政府扩大医疗援助的覆盖范围和服务范围, 主要是针对小孩和孕妇。低收入的老年人、残疾人以及无家可归者、新移民等也在考虑之列。这样, 医疗援助作为一种健康照顾计划, 在低收入人群中的影响越来越大, 地位越来越重要, 费用也急剧上升。从 1988 年到 1993 年, 每年的费用增长率都是两位数。其中, 从 1989 年到 1992 年, 费用年均增长率为 19.6%<sup>13</sup>, 是医疗援助费用增长最快的时期。以下一些原因导致了这一时期医疗援助费用的大幅增加。

1. 注册人数剧增。医疗援助的注册人数从 1988 年的 2200 万猛增到 1992 年的 2980 万<sup>14</sup>, 增幅为 35.5%, 超过以往任何时期。有学者认为, 注册人数的增加对费用的影响最大。费用增长的 36%就是这一原因造成的<sup>15</sup>。

2. 医疗价格膨胀。从 1988 年到 1992 年, 住院病人的医院护理费平均每年增长 4.4%; 疗养院的护理费年均增长 5.3%; 处方药和医生服务费的涨幅分别尾 9.4%和 6.8%<sup>16</sup>。医疗价格膨胀所增加的费用, 占总费用增长的 1/3<sup>17</sup>。

3. 特别财政计划的实施。随着医疗援助规模的扩大, 州政府为了获得更多的联邦拨款, 同时又要节省地方资金, 它们实行了一些特别财政政策, 以筹集足够的经费, 援助越来越多的贫困患者。这些特别财政政策主要包括与医院份额不相称的支付计划 (disproportionate-share hospital payments, DSH) 和医疗援助最大化计划 (Medicaid maximization) 两种。前者的做法是, 先由医疗服务的提供者 (providers) 捐献或向他们征税, 在获得联邦政府的配套经费后, 再将这笔钱以较高的补偿率或与医院份额不相称的支付方案返还给医疗提供者。这样做, 既得到了联邦经费, 又节省了地方开支, 而且还不违反联邦法律。DSH 支付计划虽然对总的健康照顾开支没有多大影响, 但对医疗援助费用的增长却有很明显的影响。据 HCFA 估计, 1992 财政年度内, 各州以捐献和税收的方式筹集了 80 亿美元的经费, 与此同时, DSH 的支付达 160 多亿<sup>18</sup>, 而 1988 年的 DSH 支付只有 4 亿<sup>19</sup>。

所谓医疗援助最大化就是将联邦和州资助的其他医疗项目转移到医疗援助名下开支。通过转移, 州政府可以获得更大份额的联邦配套经费。特别财政计划在一定程度上扭曲了医疗援助开支的发展趋势, 特别是各州的费用趋势。1992 年, 州和地方政府的医疗援助开支仅比上一年增长了 2.5%, 而同期的联邦开支却增长了 20.4%, 总支出增长了 13.4%<sup>20</sup>。

4. 由于医疗援助对象的构成和需求趋向复杂, 导致一些医疗服务项目和服务设施的使用次数逐渐增多, 它们对费用的增长也有一定的影响。

在持续几年的膨胀之后, 从 1994 年开始, 医疗援助费的增长明显放慢, 每年的增长率都维持在一位数 (见表 1)。1994 年至 1997 年的年均增长率为 5.9%, 其中, 1997 年较 1996 年仅增长了 3.8%, 为历年来的最低<sup>21</sup>。1998 年增长了 6.6%, 略高于 1997 年的增幅, 但仍属较低水平<sup>22</sup>。导致费用增长放慢的原因主要有:

首先, 联邦法律限制 DSH 支付。早在 1991 年就有相关法律禁止和严格限制州政府用捐献和征税的方式筹集资金, 并把 DSH 支付限定在医疗援助总支出 12%的水平上。1993 年的混合预算协调法案 (OBRA) 对 DSH 的支付作了进一步限定。效果非常显著。1992 年至 95 年间, DSH 支付的年增长率仅为 2.7%<sup>23</sup>。

其次，新增注册人数减少。主要是因为经济形势好转，贫困人口减少，AFDC 和 SSI 的救助对象也随之减少。同时，各州致力于减少福利人口。20 世纪 80 年代末至 90 年代初，符合医疗救助条件的小孩和孕妇的参与率很高，到 90 年代中期，新增的小孩和孕妇呈下降趋势；低收入老人、盲人和残疾人的注册人数也在下降。

再次，1996 年福利改革的影响。1995 年，共和党控制了国会，他们首要的政策目标之一就是联邦的权利和资金下放给州政府，特别是在社会福利领域。翌年，共和党成功地进行了福利政策改革，主要包括以下一些内容，由州政府决定谁是贫困者；福利与工作挂钩；现金援助只能是暂时的手段；在该法案生效后移居美国的人不能享受全部的医疗援助待遇。国会还废除了联邦政府关于向最贫困儿童提供现金援助的保证，并授权各州在利用联邦资源的基础上，启动自己的福利和工作计划。这些变化都写进了 1996 年的“个人责任和工作机会协调法案”(Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996)<sup>24</sup>。

最后，人均费用减少。一方面是因为医疗援助有管理的照顾 (Medicaid managed care) 计划发展迅速，参与该计划的人数从 1992 年的 360 万增至 1995 年的 1160 万，占医疗救助注册人数的 1/3<sup>25</sup>，大大节省了费用，至少在短期内有此效果。另一方面，医疗价格膨胀趋向缓和。

关于医疗援助费用未来的发展趋势，卫生事务专家和一些权威机构普遍持乐观态度，认为至 21 世纪初，医疗援助费用仍将维持较低速度的增长。位于华盛顿的城市研究所 (Urban Institute) 预测，1996-2002 年间，费用的年均增长率为 7.5%；国会预算办公室 (Congressional Budget Office) 的预测也只有 7.7%<sup>26</sup>，其理由是导致 20 世纪 90 年代中后期费用低增长的各种因素仍将继续发挥作用。

## (二) 医疗援助对象的构成及其变化

从前面的分析可以看出，医疗援助对象的总量对医疗援助费用的流量影响很大。同样，受援对象的构成对费用的流量和流向也有很大影响。但两种影响的相关关系并不一样，前者基本上正相关，而后者要复杂得多，因为受援对象的构成和需求在不断变化。

表 2 医疗援助对象的构成，1975-1998 年

单位：百万

年份	总数	低收入家庭的小孩	百分比	低收入的成年人	百分比	低收入的老年人	百分比	低收入的残疾人	百分比	其他	百分比
1975	22.0	9.6	43.6	4.5	20.6	3.6	16.4	2.5	11.2	2.5	8.2
1976	22.8	9.9	43.5	4.8	20.9	3.6	15.8	2.7	11.7	2.7	8.1
197	22.8	9.6	42.3	4.8	21.	3.6	15.	2.8	12.3	2.9	8.6

年份	总数	低收入家庭的小孩	百分比	低收入的成年人	百分比	低收入的老年人	百分比	低收入的残疾人	百分比	其他	百分比
7					0		9				
1978	22.0	9.3	42.7	4.6	21.1	3.4	15.4	2.7	12.4	2.7	8.4
1979	21.5	9.1	42.3	4.6	21.2	3.4	15.6	2.7	12.8	2.7	8.0
1980	21.6	9.3	43.2	4.9	22.6	3.4	15.9	2.9	13.5	2.9	4.8
1981	21.9	9.6	43.6	5.2	23.6	3.4	15.3	3.0	14.0	3.0	3.5
1982	21.6	9.6	44.3	5.4	24.8	3.2	15.0	2.9	13.4	2.9	2.6
1983	21.5	9.5	44.2	5.6	25.9	3.4	15.6	2.9	13.6	2.9	0.6
1984	21.6	9.6	44.8	5.6	25.9	3.2	15.0	2.9	13.5	2.9	0.8
1985	21.8	9.7	44.7	5.5	25.3	3.0	14.0	3.0	13.8	3.0	2.1
1986	22.5	10.0	44.5	5.6	25.1	3.1	13.9	3.2	14.1	3.2	2.3
1987	23.1	10.1	44.0	5.6	24.2	3.2	14.0	3.4	14.6	3.4	3.2
1988	22.9	10.0	43.8	5.5	24.0	3.2	13.8	3.5	15.2	3.5	3.1
1989	23.5	10.3	43.9	5.7	24.3	3.1	13.3	3.6	15.3	3.6	3.2
1990	25.2	11.2	44.4	6.0	23.8	3.2	12.7	3.7	14.7	3.7	4.4
1991	27.9	12.8	46.0	6.7	24.0	3.3	11.9	4.0	14.4	4.0	3.7
1992	31.1	15.2	48.8	7.0	22.6	3.7	12.0	4.5	14.4	4.5	2.2

年份	总数	低收入家庭的小孩	百分比	低收入的成年人	百分比	低收入的老年人	百分比	低收入的残疾人	百分比	其他	百分比
1993	33.4	16.3	48.7	7.5	22.4	3.9	11.6	5.0	15.0	5.0	2.3
1994	35.0	17.1	49.1	7.6	21.6	4.0	11.5	5.4	15.6	5.4	2.2
1995	36.2	17.1	47.3	7.6	21.0	4.1	11.4	5.8	16.1	5.8	4.2
1996	36.1	—	—	—	—	4.3	11.9	6.1	16.9	—	—
1997	34.9	—	—	—	—	4.0	11.5	6.1	17.5	—	—
1998	40.6	—	—	—	—	4.0	9.9	6.6	16.3	—	—

资料来源：1995 年以前的数据见 *Health Care Financing Review, Medicare and Medicaid Statistical Supplement(1997)*, 191。1996-1998 年的数据见 U.S. Census Bureau, *Statistical Abstract of the United States:2000*, 116。

1975 年至 1995 年间，低收入的老年人和其他受援对象的比例呈下降趋势，而受援的残疾人和小孩在医疗援助总人口中的比例在上升。其中，残疾人的比例由 1975 年的 11.2% 上升到 1998 年的 16.3%，小孩的比例则由 1975 年的 43.6% 升至 1995 年的 47.3%（见表 2）。

1975 年，残疾人的花费占医疗援助总支出的 27.7%，1995 年增至 41%；小孩的费用却由 1975 年的 17.8% 降至 1995 年的 14.9%。不难看出，尽管接受援助的儿童人数不断上升，他们的费用份额却在下降。目前，儿童在医疗援助总人口中比例最大，增长最快，但他们是花费最少的援助对象。每个小孩的平均费用只占全部援助对象平均费用的 1/3<sup>27</sup>。

老年人和残疾人是花费最多的人群。根据表 2 和表 3 的资料，1998 年，接受医疗援助的老年人人均费用是 10,242 美元，残疾人的人均费用是 9095 元。这两类人群虽然只占总受援对象的 26.1%，他们却花去了近 60% 的费用。而 1997 年，低收入家庭的成年人和小孩的人均费用分别只有 1810 元和 1027 元。虽然他们几乎占医疗援助总人口的 3/4，但所用的费用不到总费用的 30%<sup>28</sup>。

表 3 医疗援助费用按人群分类的使用情况，1990-1998 年

单位：10 亿美元

类别	支 出					百 分 比				
	1990	1995	1996	1997	1998	1990	1995	1996	1997	1998
总 额	75.4	146.2	154.1	160.0	170.6	—	—	—	—	—
老年人	21.5	36.5	36.9	37.7	40.6	28.5	25.0	23.9	23.6	23.8
盲 人	0.4	0.8	0.9	—	—	0.5	0.5	0.6		
残疾人	24.0	48.6	51.2	54.1	60.4	31.8	33.2	33.2	33.8	35.4
AFDC 对 象	17.7	31.5	29.8	29.8	37.6	23.5	21.5	19.3	18.6	22.0

**资料来源：**总额部分的数据参见 Katharine Levit et al., “Health Spending in 1998: Signals of Change,” 125, 表 1; 其他数据见 U.S. Census Bureau, *Statistical Abstract of the United States:2000*, 116。

造成人口比例和费用比例不相称的主要原因是, 不同人群由于年龄特征和身体特征的差异, 他们的医疗需求, 以及医疗援助据此提供的医疗服务有很大不同。与援助资金大量流向老年人和残疾人相对应的是, 援助资金在医疗服务项目之间也在发生转移, 即从残疾人、贫困的成年人和小孩的急症护理转移到老年人和慢性病的长期护理。1996 年, 医疗援助支付给医生的费用仅占总支出的 5.9%, 低于家庭健康服务或处方药的支出。而同期, 另一个公共医疗保障项目——医疗照顾的同类开支占总费用的 25.4%。最近的研究还表明, 1993 年, 医疗援助用于医生的开支仅为医疗照顾的 73%和私人保险项目的 47%<sup>29</sup>。与此相反, 在疗养院的总护理费中, 医疗援助的份额几乎占一半<sup>30</sup>。从此意义上讲, 医疗援助的性质正在改变, 逐渐成为一个长期护理援助的项目。

#### 四、医疗援助的特点

虽然医疗援助和医疗照顾都是由第三方付费的公共医疗保险计划, 而且都由联邦政府内的 HCFA 管理, 但是, 与医疗照顾相比, 医疗援助有很多不同的地方。

首先, 医疗援助是一种“权利”(entitlement)项目, 尽管这种权利非常有限, 医疗援助对象没有缴费的义务。而医疗照顾和社会保障捆在一起, 老年人在享受医疗照顾之前, 必须缴纳社会保障税。因此, 在权利和义务的关系上, 两者有本质的不同。也正因为医疗援助是一种权利项目, 研究者很少论及它对穷人的医疗保障作用, 在他们看来, 一切都是理所应当的, 没有多少探讨的余地, 也不值得深究, 他们更多地关注还有多少穷人没有医疗保险。但他们对医疗照顾的探讨要深入得多。

其次, 与医疗照顾的正统地位和社会声望相比, 医疗援助的地位相当低下, 为社会所不齿。从本质上讲, 医疗援助是一种以穷人为目标的公共援助计划。从一开始, 它就作为一种福利项目由各州的福利部门管理。美国社会对贫困及穷人的认识承袭了欧洲的传统, 认为贫困是一种耻辱, 因为“贫困等于不良”(poor equals bad), 贫困是穷人自己造成的。这种偏见源于新教伦理(protestant ethic)。新教伦理认为, 人们应该对他们的生活负责。新教伦理的法律化可以上溯至英国的伊莉莎白济贫法(Elizabethan Poor Laws)。在当今的美国社会, 一些人接受了这种关于为什么有的人富, 有的人穷的社会经济解释。因此, 他们对医

疗援助计划的看法，带有旧价值观和偏见的色彩。一位亲历了 1965 年立法，后来在卫生、教育、福利部供职的高级官员回忆说：“1965 年以来，许多人都称医疗援助是立法中的沉睡者（sleeper），大多数人都并不关心这个法案。……虽然它（指 Medicaid）不是一个秘密，但无论是新闻界，还是卫生政策部门都很少关注它。”<sup>31</sup>里根政府（1980-1988）削减济贫计划（从前面的费用变化分析可以看出）就反映了这些价值观和偏见的影响，从而对穷人和少数民族居民的卫生保健与身体健康产生了消极影响。

有人也许会问，既然美国社会对福利计划如此反感，医疗援助为什么能和医疗照顾一同产生呢？一种可以接受的解释是，医疗援助是作为医疗照顾的补救办法出台的，意在帮助贫困的医疗照顾病人支付医疗费、保险费和其他服务费，收拾医疗照顾的残局。从中可以看出，医疗援助与医疗照顾地位的差别。

第三，医疗援助对医生的补偿率比医疗照顾和私人保险计划低很多。因此，很少有医生愿意参加医疗援助计划，大多数医生都拒绝接诊医疗援助病人，致使医疗援助对象的就医机会无法保障，而且很难接受主流医疗机构的诊治，医疗待遇平平。

第四，虽然医疗援助和医疗照顾都由第三方付费，但经费来源渠道有所不同。医疗援助由联邦和州两级政府供款，而医疗照顾仅由联邦政府一家资助。在医疗援助的筹资方面，联邦政府和州政府的关系比较微妙。如前所述，联邦政府拨给各州的配套经费是以各州的人均收入为基础计算的，其配套率在 50-83% 之间波动。这一变化范围决定了联邦政府将承担大部分的医疗援助费用。但是，各州仍不满足，总想在联邦法律允许的范围内，尽可能多地将医疗援助费用转嫁给联邦政府。由于各州特别财政政策的影响，导致一段时间内联邦政府的开支骤增，两级政府的开支差距拉大。为了缩小差距，联邦政府马上通过国会立法，对各州的行为加以约束，力图使开支水平恢复正常。医疗援助俨然成了联邦和州争夺经费的舞台。

第五，医疗援助因州而异，变化很大。与筹资模式相对应的是，医疗援助由联邦和州两级机构管理，而医疗照顾只由 HCFA 管理。在医疗援助的管理中，联邦政府只负责制定宏观的指导方针，提供必要的财政援助，促进和监督医疗援助计划的实行。州政府负责具体实施，在决定项目的范围和结构方面享有很大的自治权。例如，州政府在联邦政府的指导意见内，负责制定本州的援助对象资格认定标准，决定医疗援助的待遇和水平以及对医疗机构的补偿机制等。这种管理体制导致了医疗援助计划在州与州之间的较大差异。如果说，全美只有一种医疗照顾模式，那么，全美有 50 多种医疗援助计划，因为 50 个州、哥伦比亚特区以及美国其他一些地区的医疗援助实施办法各不一样，差别很大。

第六，医疗援助的资格认定办法复杂难懂。导致这一状况的原因是，联邦和州政府都想借此减少医疗援助开支。结果，无论是受援者，还是管理者对医疗援助的资格认定都非常费解，特别是 1996 年福利改革后，这种情况更为严重，但医疗援助对象真的“如愿”减少了。

医疗援助集中体现了政府的联邦式结构对决策和执行动力学的影响。一方面，联邦式结构通过多重政府、权利分享、政治自治以及宪法的模糊性等方式，允许各州革新和实验医疗援助计划；另一方面，它又导致了权利的重叠和浪费。由于鼓励和提倡狭隘的地方利益，使一些重要问题的解决变得异常困难。各级政府之间玩起了联邦主义游戏<sup>32</sup>。

## 五、对建立我国的医疗救助制度的几点看法

### （一）建立医疗救助制度是我国医疗保障体系改革的必然选择

目前，我国正在废除传统的，无偿使用卫生资源的劳保医疗和公费医疗制度，全面启动

城镇企业职工基本医疗保险计划，这是提升医疗保障体系效率的重要举措。但是，即使在医疗保险制度全面建立以后，其覆盖范围和水平仍然相当有限，远远不能满足社会的需求。而且，现阶段大量存在的城乡贫困人口，以及在社会变迁和制度变迁过程中涌现出来的社会弱势群体和无保险人士，他们的医疗问题更加严重。这些人中，有的尚未解决温饱问题；有的不得不拿药品换食品；还有的人虽然并不贫困，但由于没有保险，一旦遇到重大伤病，很快就会倾家荡产，危及正常生活。如何保障他们的医疗权利，实现社会公平，维持社会稳定，是医疗保障改革必须解决的重大问题。以缴费为前提的医疗保险制度对此无能为力。建立无偿的医疗救助制度，是医疗保障体系改革的必然选择，对于缓解社会的医疗压力，保障医疗制度乃至整个社会的顺利转型有重要意义。

## （二）建立医疗救助制度是我国医疗保障体系改革的合理选择

就我国目前社会经济的发展水平而言，实现全民医疗保险是不现实的，它只能是远景目标。有步骤，分阶段地推进医疗保险改革，逐步建立健全医疗保障体系才是合理选择。现阶段，较为合理的医疗保障体系结构应该是，基本医疗保险（包括城镇职工基本医疗保险和农村合作医疗保险）补充医疗保险和社会医疗救助三部分。这一结构充分体现了效率优先，兼顾公平的医疗保险改革原则。他们向社会成员提供三个层次的医疗保障。大多数社会成员参加基本医疗保险，少数有条件的参加补充医疗保险，贫困人口和有特别医疗需求者可以得到社会的医疗救助。也就是说，医疗救助是医疗保障体系中最后的安全网，起兜底的作用。

## （三）美国医疗援助制度的经验值得学习和借鉴

美国是西方发达资本主义国家中惟一没有建立全面医疗保险制度的国家，这与美国的文化传统和政治环境有关。美国现行的卫生保健体系是私人医疗保险和公共医疗保险，一般医疗保险和特殊医疗保险相结合的混合型的医疗保障体系，反映了美国社会的价值取向，即注重市场选择，政府适当干预；效率优先，兼顾公平。在这种指导思想下，美国尚有 4300 多万居民没有任何医疗保险。如何将其纳入医疗保障体系，最终实现全民医疗保险，是美国卫生保健改革最热点的话题之一。虽然我国的国情和国力与美国差别很大，但这并不影响我们在设计和选择医疗保障模式时学习和借鉴美国的经验。

首先，保障穷人和其他弱势人群的医疗权利和身体健康是政府义不容辞的责任。这一原则，即使是在市场经济高度发达和自由的美国也得到了确认，尽管这种确认经历了相当长的时间。同其他工业化国家相比，美国政府最少介入卫生保健事务，主要是因为美国的私人医疗部门及反对“政府控制与干预”的力量比较强大。同时，在美国的文化传统中，联邦政府和州政府没有责任保护人民的健康，政府在卫生保健方面的责任仅限于改善卫生条件和控制流行病。在联邦宪法和大多数州宪法中，都没有提到联邦或州在医疗照顾方面的作用。从最早的移民开始，照顾生病的穷人就一直是地方社区的责任，主要由慈善组织承担。后来，它才演变成成为政府的职责。

其次，就医疗保障体系的宏观结构而言，在没有实现全民医疗保险之前，医疗救助是不可或缺的组成部分。它对于保障弱势人群的身体健康，弥补其他医疗保险计划的不足有重要意义。

再次，美国的卫生保健体系是一个多元化的复杂的体系，它所提供的产品，在不同的地区和社会阶层之间，质量和数量的变化很大。无论从哪一个方面讲，医疗援助都是保障水平最低的一个层次。因此，我国的医疗救助制度也应该是一个兜底的项目。

第四，医疗援助是一种由政府主办的福利医疗计划，费用问题是其核心问题。政府的政

策和人口结构是影响医疗救助费用的两个重要因素。贫困人口的数量固然在很大程度上取决于宏观经济形势，但从美国医疗援助制度的变化来看，政府的福利政策和医疗政策直接影响甚至决定援助对象的数量和构成，从而影响医疗援助费用的流量和流向。因此，我国在建立医疗救助制度时，要充分考虑医疗救助政策对救助对象数量和构成的影响，从而保证医疗救助财政的稳定和医疗救助的顺利实施。

第五，就我国医疗救助的管理和付费方式而言，可以仿效美国，由社会福利部门管理，采取第三方付费的方式。

但是，我们也应该看到，美国的医疗援助制度也有不足，主要体现在社会对医疗援助的偏见，医疗援助政策的复杂和多变等方面，同时，如何扩大医疗援助范围，让更多的弱势群体接受免费医疗，如何让主流医疗服务走近援助对象等问题也亟待解决，这也是我国的医疗救助制度将要面临的问题。

#### （四）我国医疗救助制度的基本框架

1. **原则：**以国家和社会资助为基础，向医疗救助对象提供最基本的免费医疗服务。

2. **救助对象：**从美国医疗援助制度的变化趋势来看，救助对象的总量及构成对医疗救助费用的影响很大。因此，在确定医疗救助对象时要量力而行，谨慎从事。但实际上，由于医疗照顾的特殊性以及疾病的不可预测性，很难对医疗救助作出准确的预算。一般来说，医疗救助制度建立之初，救助对象不宜太广，以最贫困者、收养对象和最需要者为主。所谓最贫困者，可以限定为最低生活保障制度的救济对象。最低生活保障制度是对我国传统的社会救济制度的重大改革，它将各类社会救济对象及城镇最低收入者纳入了保障范围。由于最低生活保障制度已在全国大多数县以上城镇建立起来，它为最贫困者的认定提供了依据。最低生活保障制度的救济对象可以自动成为医疗救助的对象。实际上，由于最低生活保障制度是整个社会保障制度中最后的安全网，一些地区为了防止这最后一道防线被扯破，出台了若干医疗援助办法，用以解决低保对象的就医问题。这为医疗救助制度的建立提供了方便和保障。所谓收养对象，就是各级各类福利院、光荣院收养的老弱病残和鳏寡孤独者。实际上，他们的医疗和护理一直是由国家和社会包下来的，将这一类人纳入医疗救助范围理所应当，而且也不会增加太多负担。所谓最需要者，是指遭遇重大伤病，家庭收入和财产不堪庞大的医疗开支而陷入困境的居民。对这一类人的认定应该把好关，一是要摸清其家底，确定其收入和财产确实不足以支付昂贵的医疗费，已经到了山穷水尽、无能为力的地步；二是对资助的额度和人数加以限定，按一定比例进行援助，确保医疗救助制度的财政稳定。在制度成熟和财力充裕后，可以适当扩大援助范围，向低收入家庭倾斜。按照美国的经验，低收入家庭的小孩和孕妇虽然占医疗援助对象的大部分，但费用只占总费用的一小部分，大量的资金花在了为数不多的老年人和残疾人身上。这一事实告诉我们，可以适当放宽对低收入家庭的小孩和孕妇的限定，多一点地将其纳入医疗援助范围。这样做，花费不多，但社会效益非常好。对有一定收入和有家庭抚养的老年人和残疾人，应尽量由其家庭及其本人承担医疗费和护理费，对他们的口子不应开得太大。总之，在医疗救助对象的认定方面，要量力而行，循序渐进，有所选择，有所限定。

3. **医疗待遇：**如前所述，我国医疗保障体系的总体设计强调权利与义务，医疗保障水平与购买力之间的关系。由于医疗救助是医疗保障体系的最后一道防线，提供的是免费医疗，因此，其医疗保障水平应低于基本医疗保险的水平，向救助对象提供最基本的医疗服务和护理服务，包括最基本的诊疗服务、处方药等，尽量减少住院治疗 and 长期护理。

4. **经费来源：**与美国的医疗援助制度不同，我国的医疗救助制度不是一个纯粹的政府

医疗保险计划，主要体现在它的经费来源不仅限于政府拨款，还有一部分来自社会捐赠，包括捐资、捐物和无偿提供医疗、护理服务等。这主要是因为我国的政府财力和卫生资源不足，需要广开财源。但是政府拨款应该是医疗救助财政的中坚，以保障医疗救助财政的稳定，毕竟社会捐资非常有限，而且波动很大，难以预测。政府拨款可以仿效美国的做法，采取中央和地方两级供款的模式。中央的配套经费以各地的人均收入为基础予以拨付。在美国，联邦政府的配套率在 50-83% 之间变化，我国由于东西部收入差别比较大。中央政府可以适当增加对贫困和边远省份的资助，减少对富裕和发达省份的拨款。那么，医疗救助制度的筹资模式为什么不能象最低生活保障制度一样，完全由地方政府出资呢？一是因为医疗救助制度是新增医疗保障项目，而最低生活保障制度是在原有的社会救济项目基础上整合而成的，可以由地方政府已有的社会救济资金支出。二是医疗救助项目完全由地方出资，会加大地方政府的财政压力，挫伤其开办医疗救助项目的积极性。中央政府通过配套拨款，既减轻了地方政府的压力，又调动了其积极性，有助于切实办好医疗救助项目。但是，中央政府的拨款应该封顶。

**5. 救助方式：**比较可行的救助方式是采取第三方支付的方式。也就是说，救助对象在取得医疗救助的资格后，持医疗救助管理部门颁发的有效证明或证件到指定医院就医，费用由医疗救助管理部门与医院结算。医院的选择可以经过协商或竞争的办法确定。医院对医疗救助管理部门。同时，医疗救助管理部门加强对医疗环节的监督和约束，以控制费用。

**6. 管理：**由于医疗救助制度是一种特殊的社会救济制度，其对象也主要是社会救济对象，因此，医疗救助制度的管理可归口各级民政部门。最低生活保障制度的实施为医疗救助制度的建立提供了机构保障，只要有资金注入，在短时间内建成医疗救助制度不是没有可能。

#### 参考文献

[1]Braden, Bradley R. et al., "National Health Expenditures, 1997." *Health Care Financing Review* 20, No.1(Fall 1998): 83-126.

[2]Coughlin, Teresa A., Leighton Ku, and John Holahan. *Medicaid since 1980: Costs, Coverage, and the States*. Washington, D.C.: the Urban Institute Press. 1994.

[3]Cowan, Lathy A. et al. "National Health Expenditures, 1998." *Health Care Financing Review*, Winter 99, Vol. 21, No. 2: 165-195.

[4]Davis, Karen, and Rogen Reynolds. *The Impact of Medicare and Medicaid on Access to Medical Care*. Washington, D.C.: Brookings Institution, 1977.

[5]Ginsburg, Paul B. "Public Insurance Programs: Medicare and Medicaid." In *Health Care in America: The Political Economy of Hospitals and Health Insurance*, ed. H.E.Frech III, 179-215. San Francisco: Pacific Research Institute for Public Policy, 1988.

[6]Health Care Financing Review. *Medicare and Medicaid: Statistical Supplement, 1997*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1998.

[7]Holahan, John, and David Liska. "The Slowdown in Medicaid Spending Growth: Will It Continue?" *Health Affairs* 16, No. 2, March/April 1997:157-163.

[8]Holahan, John F., and Joel W. Cohen. *Medicaid: The Trade-Off between Cost-Containment and*

access to Care. Washington, D.C.: Urban Institute Press, 1986.

[9]Iglehart, John K. "The American Health care System – Medicaid." *The New England Journal of Medicine*, Feb.4, 1999, Vol. 340, No.5: 403-408.

[10]Levit, Katharine et al. "Health Spending in 1998: Signals of Change." *Health Affairs* 19, No. 1, January/February 2000: 124-132.

[11]Myers, Robert J. *Social Security*, 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Pension Research Council of Wharton School of the University of Pennsylvania and University of Pennsylvania Press. 1993.

[12]Patel, Kant, and Mark E. Rushefsky. *Health Care Politics and Policy in America*, 2<sup>nd</sup> ed. Armonk: M. E. Sharpe, Inc. 1999.

[13]Starr,Paul. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books, 1982.

U.S. Census Bureau, *Statistical Abstract of the United States:2000*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 2001.

## On Medicaid and medical assistance program in china

zhangqilin

作者单位: 张奇林: 武汉大学社会保障研究中心, 副系主任。

---

<sup>1</sup> 一个项目的规模通常用实际接受服务的人数 (recipients) 来衡量。受援人数不同于注册人数 (enrollments)。后者不一定接受了服务, 而前者肯定接受了服务, 但两者的差别不是很大。参见 Teresa A. Coughlin, Leighton Ku, and John Holahan, *Medicaid since 1980: Costs, Coverage, and the States*. 7。

<sup>2</sup> U.S. Census Bureau, *Statistical Abstract of the United States:2000*, 116.

<sup>3</sup> Lathy A. Cowan, et al. "National Health Expenditures, 1998," 168.

<sup>4</sup> Paul B. Ginsburg, "Public Insurance Programs: Medicare and Medicaid," 181.

<sup>5</sup> Paul Starr, *The Social Transformation of America Medicine*, 368.

<sup>6</sup> John F. Holahan, and Joel W. Cohen, *Medicaid: The Trade-Off between Cost-Containment and access to Care*, 1.

<sup>7</sup> Karen Davis and Rogen Reynolds, *The Impact of Medicare and Medicaid on Access to Medical Care*, 391.

<sup>8</sup> John K. Iglehart, "The American Health care System – Medicaid," 403.

<sup>9</sup> Robert J. Myers, *Social Security*, 289.

<sup>10</sup> Teresa A. Coughlin et al., *Medicaid since 1980: Costs, Coverage, and the States*, 10.

<sup>11</sup> 当然, 医疗援助的质量, 贫困人口如何获得更多的医疗援助机会等问题也很重要, 但从整个制度的成败来看, 费用问题是最重要的

<sup>12</sup> Teresa A. Coughlin et al., *Medicaid since 1980: Costs, Coverage, and the States*, 14.

<sup>13</sup> Lathy A. Cowan, et al. "National Health Expenditures, 1998," 168.

<sup>14</sup> John Holahan, and David Liska, "The Slowdown in Medicaid Spending Growth: Will It Continue?" 157.

<sup>15</sup> Teresa A. Coughlin et al., *Medicaid since 1980: Costs, Coverage, and the States*, 31-32.

<sup>16</sup> Teresa A. Coughlin et al., *Medicaid since 1980: Costs, Coverage, and the States*, 26-27。

<sup>17</sup> John Holahan, and David Liska, "The Slowdown in Medicaid Spending Growth: Will It Continue?" 159.

<sup>18</sup> Teresa A. Coughlin et al., *Medicaid since 1980: Costs, Coverage, and the States*, 4.

<sup>19</sup> John Holahan, and David Liska, "The Slowdown in Medicaid Spending Growth: Will It Continue?" 157.

<sup>20</sup> Kant Patel, and Mark E. Rushefsky, *Health Care Politics and Policy in America*, 59.

- 
- <sup>21</sup> Bradley R. Braden et al., "National Health Expenditures, 1997," 89.
- <sup>22</sup> Lathy A. Cowan, et al. "National Health Expenditures, 1998," 168.
- <sup>23</sup> John Holahan, and David Liska, "The Slowdown in Medicaid Spending Growth: Will It Continue?" 160.
- <sup>24</sup> John K. Iglehart, "The American Health Care System – Medicaid," 406.
- <sup>25</sup> John Holahan, and David Liska, "The Slowdown in Medicaid Spending Growth: Will It Continue?" 161.
- <sup>26</sup> 同上, 162。
- <sup>27</sup> Health Care Financing Review, *Medicare and Medicaid: Statistical Supplement, 1997*, 205.
- <sup>28</sup> John K. Iglehart, "The American Health care System – Medicaid," 405.
- <sup>29</sup> 同上。
- <sup>30</sup> Kant Patel, and Mark E. Rushefsky, *Health Care Politics and Policy in America*, 63.
- <sup>31</sup> Cohen W., "Reflections on the Enactment of Medicare and Medicaid." *Health Care Financing Review* 1985: Supplement. 转引自 John K. Iglehart, "The American Health care System – Medicaid," 403。
- <sup>32</sup> Kant Patel, and Mark E. Rushefsky, *Health Care Politics and Policy in America*, 57.