

美国儿童健康保险制度及其改革趋势

U.S. Children's Health Insurance System and Its Reform Trends

叶茂

YE Mao

(武汉大学社会保障研究中心, 湖北武汉430072)

[摘要]美国儿童健康保险主要包括医疗救助计划(Medicaid)和“州儿童健康保险计划(SCHIP, 也称CHIP)”两大计划,前者对贫困线以下家庭儿童实行健康保险,限制比较严格;后者对收入高于贫困线的低收入家庭儿童实行健康保险,限制较为宽松,是美国儿童健康保险改革的热点。近年来,出现了 Medicaid 计划的覆盖范围日益压缩,而 SCHIP 计划覆盖范围逐渐增大的趋势。从 SCHIP 计划与 WIC 等福利计划相捆绑的成功经验看, SCHIP 计划逐渐放宽对身份和收入的限制,有利于实现全国儿童广泛覆盖。美国两党很可能在 SCHIP 计划全国覆盖与私人保险系统上实现妥协,在新一届政府任期内通过新的儿童健康保险制度,实现儿童健康保险全国覆盖。

Abstract: U.S. children's health insurance plan includes Medicaid and SCHIP(also known as CHIP). Medicaid is aimed at children in families below the poverty line to implement health insurance which is more restrictive; SCHIP is aimed at children in families between the poverty line and low-income, limiting a more generous, the U.S. children's health insurance reform hot spots. In recent years, there are trends that Medicaid program coverage of compression, while the SCHIP program gradually increasing the coverage. It is conducive to the National Children's broad coverage that SCHIP gradually relax the restrictions on the identity and income. U.S. parties are likely to achieve a compromise on cover the country in the SCHIP and the private insurance system. In the term of the new government implement a new children's health insurance system and achieve children's health insurance coverage nationwide.

[关键词]美国儿童健康保险; Medicaid 计划; SCHIP 计划; WIC 计划

Key words: U.S. children's health insurance; Medicaid; SCHIP; WIC

[中图分类号]F840.62**[文献标识码]**A**[文章编号]**1003-8477(2008)10-0084-04

[作者简介]叶茂(1977—),男,武汉大学社会保障研究中心2005级社会保障专业博士研究生。

[基金项目]教育部人文社会科学重点研究基地重大项目“新型农村合作医疗制度研究”的成果。项目编号:05JJD840009

美国在西方发达国家中富裕程度一直领先,但是同时也是少数几个没有全民健康保险制度的发达国家之一。2007年,美国总人口突破3亿,其中儿童(0岁-17岁均称为 Child)总数约为7356万,约占总人口的1/4。在缺乏全国普享式公共健康保险制度的情况下,美国是如何对儿童这样一个医疗风险较大的群体实行健

康保险的？这样的制度实际效果如何？其未来改革趋势如何？本文试图从以上问题出发，就美国儿童健康保险制度的现状、内容以及存在的问题进行阐述与分析，进而对该制度的改革趋势进行评价。

美国儿童健康保险制度不是一个覆盖全国的统一健康保险制度，而是一个由全国制度和各州补充健康保险制度所组成的体系。这两个制度分别是：医疗救助计划（Medicaid）和“州儿童健康保险计划（SCHIP，也称 CHIP）”。两者均由联邦或州政府主导并提供资金，为贫困、中低收入家庭的子女提供健康保险。其中，Medicaid 计划面向贫困家庭儿童提供健康保险，SCHIP 计划则面向中低收入家庭儿童提供健康保险。Medicaid 计划在资格审定上有详细的法律条文和实施细则，在扩大覆盖面上空间不大，而 SCHIP 计划则有较大的灵活度，各州可以自行制定准入标准，因此，成为美国儿童健康保险向更广范围儿童覆盖的突破口，近年来更成为府院讨论的热点问题。由于本文着重探讨美国儿童健康保险向全国覆盖的可行性与发展趋势，故将主要篇幅用于讨论 SCHIP 计划的扩展及改革问题。

一、贫困家庭儿童健康保险——Medicaid 计划

Medicaid 计划作为1965年通过的《社会保障法》修正案第19条，由卫生与公众服务部主管，专门对负担不起医疗照顾计划的低收入者及其家庭中的儿童、孕妇、老人以及残疾人实行健康保险，是目前美国最大的对贫困人口的健康保险计划。^{[1] (p48)} 由于联邦政府和州政府采取第三方付款方式向健康保障提供方付款，符合条件者无需向医院付费，因此，能够保持医患双方的积极性，从而控制医患合谋或有病不医的风险。美国2001财年统计数据表明，Medicaid 计划覆盖了全美约12.5%的人口（约4600万人），成为处于联邦贫困线上线下的低收入人群的主要医疗和健康服务来源。

儿童是医疗风险较大的群体，而贫困家庭儿童的医疗风险更大，必须依靠政府来予以救助。因此，Medicaid 计划在对于贫困家庭儿童医疗保健资格审定上着墨较多，不仅在法律条文上比较详细地列举了资格审定标准，在实施细则上也具有较强的可执行性。根据规定，年收入在联邦贫困线133%以下家庭的孕妇和6岁以下儿童、年收入在贫困线100%以下家庭的6岁至19岁的青少年可申请 Medicaid 计划的救助。美国2003财年统计数据表明，美国联邦和各州在 Medicaid 计划上的总费用为2783亿美元，全美 Medicaid 计划覆盖人数约为4190万人，其中约46%（1930万）是儿童。可见，Medicaid 计划是美国儿童健康保险制度的重要组成部分。

二、低收入中产阶级家庭儿童健康保险——自治州 SCHIP 计划

（一）SCHIP 计划的概况和特征

在美国，有相当数量中产阶级家庭年收入高于贫困线2倍—3倍，没有申请 Medicaid 计划的资格，但收入又没有高到购买得起商业健康保险或从其他途径为其子女获得健康保险的地步，使得这部分家庭的子女（1997年达到近500万）没有任何医疗保障。为了解决这一部分儿童的医疗保障问题，美国政府于1997年以“预算平衡法”的形式，推出“州儿童健康保险计划”，简称 SCHIP 计划（State Children's Health Insurance Program），并获得国会拨款400亿美元的匹配资金（实际花费为250亿美元）。该资助计划始于1998年，为期10年。SCHIP 计划的实施，使得美国儿童保险覆盖面进一步扩大。美国2006财年统计数据表明，SCHIP 计划及相关健康项目覆盖中低收入家庭儿童总数约660万，^{[2] (p1)} 并对这些儿童的父母（总数达671万）提供部分健康保障，成为美国儿童医疗保险的另一

重要来源。

SCHIP 计划与 Medicaid 计划都旨在为儿童提供健康保险，但两者又有各自的特点。区别主要体现在以下三方面：第一，在费用承担上，Medicaid 计划是由联邦政府和地方政府合办的一种“权利”项目，^{[3] (p98)} 采取第三方付费的形式，受助人无需缴费或仅需象征性缴纳一点费用；而 SCHIP 计划不是“权利”项目，在许多州，受助人是需要缴纳权利金或医疗费用的。第二，在受助资格的认定上，Medicaid 计划比较严格，其实施有充分细致的法律规定，一般需要受助人提供如下信息：年龄、是否怀孕、伤残、失明、是否步入老年、收入及来源（如银行帐户、地产或其他可以售卖的物品），是否美国公民或者合法移民等；而 SCHIP 计划则比 Medicaid 计划要灵活很多，对家庭儿童是否具备受助资格的认证规定也较为笼统。第三，在费用监管方面，Medicaid 计划的费用监管非常严格，由政府向医疗提供方直接拨付；而 SCHIP 计划虽然采用“外部监管”原则来对医疗提供方拖延、拒绝、削减、暂停、终止健康服务进行规制，但该原则在对被保人未能及时付费进行监管时要求比较宽松，没有严格的惩罚措施。因此，许多没有儿童医保的家庭都设法申请 SCHIP 计划来为其子女获得医疗保障。

（二）SCHIP 计划的运作模式及效果。

SCHIP 计划主要由各州自行设立项目独立运作，联邦政府主要负责向 SCHIP 计划拨款，卫生与公众服务部（HCFA）并不参与直接管理。依据1997年“预算平衡法”，各州在使用联邦 SCHIP 计划拨款时，可灵活采用以下几种模式：

1. 将联邦 SCHIP 计划拨款用于扩大 Medicaid 计划的覆盖范围。采取将 Medicaid 计划的覆盖范围扩大的州，仅需将范围扩展至家庭收入水平为联邦贫困线2倍以下的家庭儿童。其保障水平和实行办法与“社会保障法”第19条规定的“医疗救助”制度相同。截止至2004年1月，美国有20个州采取了这种模式。

2. 将联邦 SCHIP 计划拨款用于设立独立儿童健康保险项目。采用这一模式的州，必须严格依照联邦 SCHIP 计划有关规定来运行项目。州政府根据受助户收入水平收取相应权利金（收入水平越高，费用越高），然后向其家庭子女提供健康保险。在联邦政府相关规定范围之内，州政府可以自行制订参保资格审定标准和验证方式。也就是说，那些收入水平略高于联邦贫困线1倍、不能获得 Medicaid 计划的家庭儿童，也有机会获得州独立儿童健康项目的保障。不过，州政府也有权削减这些家庭儿童的医疗保障条目，这种保险项目的服务水平也往往低于联邦统一实施的 Medicaid 计划。截止至2004年1月，美国有18个州采取了设立独立儿童健康项目的模式。

3. 将以上两种模式相结合的综合项目。一些州既扩大 Medicaid 计划覆盖范围对部分低收入家庭儿童实行健康保险，又设立独立儿童健康保险项目对稍高收入家庭儿童实施保障。例如一些州对收入低于联邦贫困线（FPL）1.5倍的家庭，采取扩展 Medicaid 计划覆盖范围的形式，而对收入处于联邦贫困线（FPL）1.5倍—2倍的家庭，采取单设独立 SCHIP 计划的方式。2004年，对于四口之家的联邦贫困线是18,850美元。截止至2003年3月，美国共有19个州采取了扩展 Medicaid 计划范围与设立独立儿童健康保险项目相结合的模式。

从以上三种模式来看，SCHIP 计划的覆盖面是比较广泛的，家庭收入水平为联邦贫困线1倍—2倍之间的儿童均能通过 SCHIP 计划获得医疗保障。考虑到贫困线以下的儿童由 Medicaid 计划保障，而收入水平高于贫困线2倍以上的较富裕中产阶级家庭往往有能力为其子女购买商业健康保险，从理论上讲，美国国民的家庭子女都能够被不同形式、不同程度的健康保险所覆盖。但是，事实并非如此。

尽管 Medicaid 计划与 SCHIP 计划的实施范围日益扩大,但是没有健康保险的儿童总数仍然在逐年增多。从美国卫生与公众服务部的数据看,2003年,全美18岁以下儿童没有健康保险的人数达810万;到2006年底,上升到870万人;而到2007年底,没有健康保险的儿童总数上升为940万。这是一个反常的现象。一些儿童福利组织分析,这种现象的产生有多种原因。一部分原因是因为受助家庭文化水平不高,不懂得或忘记为其子女申请健康保险;一部分原因是由于基层医疗服务机构宣传协助工作不到位;而更重要的原因,是由于近年来国外移民不断增加。2007年,美国移民局统计的合法移民总数达100万人,而据估计,非法移民人数3倍于此数,在美国的移民子女多达数百万。由于商业健康保险和医疗费用高,这些儿童迫切需要健康保险来抵御健康风险,但 Medicaid 计划严格的个人情况登记规定,使得许多贫困的非法移民家庭因为害怕被遣返而不敢参加。

(三) SCHIP 计划可望与 WIC 计划相结合,进一步扩大覆盖面。

由于 SCHIP 计划资格审定标准较为宽松,一些研究机构和儿童福利组织提出了进一步放宽 SCHIP 计划资格审定标准,把健康保险扩大到移民家庭儿童的建议。其中,来自加州的“百分百运动”组织的主张较有代表性。该组织建议将该州 SCHIP 计划、健康家庭计划与妇孺儿童(WIC)计划、学校课间餐项目等列入一篮子计划,不将移民状况信息列入资格审定,从而把更多移民子女纳入健康保险体系。

WIC 计划是由美国农业部主管的联邦拨款的食品营养教育项目,专为低收入、营养差的怀孕、哺乳或产后妇女和低于5岁儿童提供保健服务以及营养食品券(人均32美元/月)。虽然只有家庭年收入低于联邦贫困线1.85倍的家庭(四口之家,年均收入33,930美元,2004年)才有获取资格,但由于申请 WIC 补助不需要拥有美国国籍或者永久居留权,甚至不需提供合法移民证明,故而颇受民众欢迎。在加利福尼亚州,多达121万人在享受 WIC 计划提供的福利。

由于 Medicaid 计划只对年收入在联邦贫困线133%以下家庭的孕妇和6岁以下儿童进行覆盖, SCHIP 计划在许多州覆盖的是年收入在贫困线1倍—2倍之间家庭的6岁至19岁的青少年,因而需要将健康保险的覆盖范围扩大至年收入在贫困线1倍—2倍之间家庭的0岁—5岁儿童。而 WIC 计划正好可以与之匹配。美国目前已有2个州实行了将 WIC 计划与健康保险相结合的做法,效果比较明显。1998年,加州政府实行了激进改革措施,宣布所有 WIC 计划受助人可自动获得 Medicaid 计划(在加州称为 Medical 计划,将 SCHIP 拨款用于扩大 Medicaid 范围)^{[4] (P147)}或州健康家庭计划(Health Family Program)的健康保险。虽然不少移民因为疑虑一开始反应并不踊跃,但在 WIC 计划管理部门反复说明不会把移民信息交给移民局之后,越来越多的移民开始寻求从 Medicaid 计划或州健康家庭项目获得医疗保障。在佛蒙特州, WIC 和 Medicaid 计划(该州称为“恐龙医生”项目)是绑定的,家庭年收入低于联邦贫困线3倍的家庭均可同时获得两项福利。因此,该州获得 WIC 福利的儿童有97%同时拥有健康保险。加州、佛州的经验证明,进一步降低健康保险的身份、收入门槛,是能够覆盖包括移民子女在内的更多困难家庭儿童的。在2007年年底民主党向国会提交了一份旨在推广两州经验、扩大覆盖范围的“儿童健康保险扩充法案”,并得到了72%的民众支持。虽然民主共和两党在健康保险政府责任界限上观点不一,对是否应把更多有余力购买商业保险的家庭子女纳入 SCHIP 计划争论不休,但对于 SCHIP 计划与 WIC 计划相结合的模式的良好效果两党均不否认。放宽准入标准,扩大对困难儿童健康保险制度覆盖范围已经成为两党的共识。

三、扩展 SCHIP 计划覆盖范围成为美国儿童健康保险制度改革趋势

2000年以来,美国经济衰退导致缺乏健康保险的贫困儿童人口增多。在经济低迷的2000年—2001年,缺乏健康保险的儿童人数上升了140万。从美国人口普查局的统计数据看,2006年全美没有健康保险的人数为4700万。而美国家庭组织称,在65岁以下的美国人中,有近9000万人在2006年到2007年之间或其中某些时间段没有健康保险,占总数的34.7%,其中又以儿童和老人为主。到2006年底,全美共有1280万18岁以下的儿童生活在贫困中,占全美儿童总数的17.4%、全部贫困人口的35.2%,而女性单亲家庭的儿童生活贫困的比率更高达42.1%。另外,许多原本享有 Medicare 计划医疗保障或者可以购买商业健康保险的中产阶级家庭失去工作或财富锐减,也加入了 Medicaid 计划或 SCHIP 计划之中。维摩研究学会(Vimo Research Group)2007年10月的一份研究报告指出,新增的无医保儿童有68.7%来自于联邦贫困线收入水平2倍以上的家庭。缺乏医疗保障的儿童数量逐年上升,对于联邦预算和健康保险制度设计都提出了新的挑战。有鉴于此,笔者将从儿童医疗保险预算和覆盖范围等角度对美国儿童健康保险制度的发展和改革趋势作如下分析:

(一) Medicaid 计划预算逐步缩减,资格门槛提高。

由于联邦政府削减医疗救助预算,各州预算压力增大,不得不在州儿童健康保险计划上削减经费,开始提高 Medical 计划及有关项目的资格门槛。那些家庭年收入高于联邦贫困线的工薪家庭首当其冲,不再有资格享受 Medicaid 计划或其他福利项目,家庭负担陡增。例如在加州,已有多份动议要求削减家庭收入高于贫困线(三口之家,9160美元—15000美元,2004年)61%—100%的近30万儿童,以及更低收入的20万儿童的 Medicaid 计划保险。在田纳西州,其 TennCare 项目取消了16万—25万成人和儿童的健康保险。在俄克拉荷马州,连同州 SCHIP 计划在内的一些医保项目都被削减或降低保障水平。除这些州外,另有8个州也不同程度地削减了儿童健康保险项目的预算,缩小了覆盖范围。据2002年12月超党派机构“全美州议会联合会”公布的调查报告显示,有44个州准备在2003或2004年提高 Medicaid 计划的资格门槛,削减 Medicaid 计划服务内容,冻结或减少对医疗服务提供方的给付。

(二) SCHIP 计划覆盖面向更高收入家庭扩展。

虽然 Medicaid 计划面临经费缩减、门槛提高、服务内容削减等问题,但各州 SCHIP 计划却几乎保持不变,甚至有向更富裕家庭放宽的趋势。^{[5] (p241)} 在弗吉尼亚州,有计划为那些收入高于自治州贫困标准(三口之家,年收入在34340美元以下)2倍的家庭提供健康保险,将符合 SCHIP 计划的家庭的收入标准提高到42925美元。在西弗吉尼亚州,立法委员同意将符合 SCHIP 计划的家庭的收入标准从目前的37774美元提高到51510美元。其他各州也陆续开始起草计划,将 SCHIP 计划覆盖面扩大到更高收入家庭子女中。

SCHIP 计划出现覆盖面向收入更高家庭扩展的趋势,有诸多原因。首先,由于州政府在 SCHIP 计划上可以自行制订资格审定标准,又没有预算负担,只须要求联邦政府增加拨款即可,故而各州均为取悦中产阶级选民,不断向中产阶级选民承诺放宽 SCHIP 计划覆盖面。其次,在 Medicaid 计划审定标准越来越严格的情况下,贫困线上线下的家庭越来越容易失去受助资格,但工薪家庭只要将收入增加到 SCHIP 计划线内即可令其子女符合标准,故而出现更多家庭向 SCHIP 计划的流动的趋势。最后,即便 SCHIP 计划面临预算削减,也主要集中于具体医疗项目细节的削减(譬如牙科和眼科项目取消了,但住院和外科项目继续保留),对中

低收入家庭还是非常具有吸引力的。总体而言，SCHIP 计划覆盖面出现了向更高收入家庭扩展的趋势，越来越具备公共健康保险的特征。

（三）儿童公共健康保险已现雏形。

一直以来，美国民主、共和两党对于儿童健康保险的态度大相径庭。在理论根源上，民主党主张大政府，多花钱支持福利教育和医疗，主张建立全国性的儿童健康保险制度。共和党历来持保守主义价值观，反对国家赋予个人过多福利，将 SCHIP 计划称为“社会主义化医疗”，“尝试让数以百万计的美国人完全依靠政府解决健康保险需求”，对于建立全国性的联邦健康保险制度持否定态度。在扩大 SCHIP 计划覆盖面的问题上，两党分歧在于是否应该把中产阶级纳入其中。在2007年民主党提交国会的“儿童健康保险扩充法案”中，民主党主张扩大 SCHIP 计划覆盖面，承诺说将把加入计划的儿童数量从600万增加到1000万，而共和党人坚称任何拓展计划都不应该允许中等收入家庭放弃私人保险，并坚持计划至少应该保证有95%符合医疗补助计划和 SCHIP 计划儿童的家庭收入在贫困标准2倍以下。双方各不相让，最终导致布什以不许富裕家庭“挤占”贫困家庭健康保险为由，两次否决了该提案。

但是，两党还是有相当程度的共识的。在儿童保险的 SCHIP 计划增加拨款问题上，两党都赞成增加预算，最终使这项要求在批准原法案的同时追加100亿美元政府投入的儿童保险法在参众两院都以较大优势通过。只要把民主党广泛覆盖的观点和共和党私人保险系统的观点相结合，就能实现两党观点的统一。两党目前都比较倾向于一个折中方案，即只增加预算，受助儿童继续接受私人医生和医院的照护，而由于多数州已经和私立保险机构签订了付费协议，并不改变中产阶级子女接受私人保险的状况。民主党总统候选人希拉里·克林顿在竞选政纲里反映了这一折中方案，提出“人们可以保留现有的保险选择，另外选择由联邦政府雇员医疗福利计划提供的私人方案，或是签署新的与老年健康保险项目类似的公共保险项目”。由此看来，在两党对于 SCHIP 计划广泛覆盖共识越来越大的情况下，美国下届政府通过儿童公共健康保险的可能性是非常大的。

【参考文献】

- [1]U. S. Census Bureau. Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States[EB/OL]. www.census.gov, 2007- 08- 01.
- [2]Congressional Budget Office. The State Children's Health Insurance Program, 2007- 05- 10.
- [3]张奇林. 美国社保制度研究[M]. 北京：人民出版社, 2005.
- [4]Michael S. Sparer. Medicaid and the Limits of State Health Reform[M]. Temple University Press, 1996.
- [5]Jonathan Engel. Poor People's Medicine: Medicaid and American Charity Care since [M]. Duke University Press, 2006.