

[文章编号] 1672-7320(2010)05-0698-07

美国医疗救助制度及其启示

杨 玲 刘远立

[摘 要] 美国医疗救助制度为脆弱人群搭建起医疗保健安全网,在提高医疗保健服务可及性方面发挥了重要作用。美国医疗救助制度成功的原因在于福利给付的针对性、资金来源的稳定性以及支付方式的多样性;对处于发展初期的中国医疗救助制度而言,美国经验值得学习和借鉴。基于此,我们提出中国医疗救助制度改革的政策建议:为脆弱人群建立有针对性的医疗救助制度;坚持以政府为责任主体的筹资模式;提供基本保健与大病医疗相结合的医疗救助服务;确立补需方与补供方相结合、灵活多样的支付方式。

[关键词] 医疗救助;脆弱人群;筹资模式;支付制度

[中图分类号] D57 **[文献标识码]** A

一、前 言^①

随着“以人为本”、“协调发展”等一系列新的执政理念的提出和落实,中国政府对社会保障制度的建立和完善给予了前所未有的重视。2009年4月,国务院正式宣布了“深化医药卫生体制改革”的方案。其中的重点工程是扩大医疗保障的覆盖面,提出到2011年要让我国90%以上的人口都享有基本的医疗保险。然而,我们注意到:新医改方案并未对脆弱人群(vulnerable groups)医疗保障的特殊性给予应有的重视,基本上是简单地通过政府保费补贴的形式将脆弱人群纳入现有的、以“保大病”为主的基本医疗保障体系(如将城市“低保”人群纳入“城市居民基本医疗保险”、将农村“五保户”纳入“新农合”)。

我们认为,学习和总结其他国家的经验、教训,将有助于处于发展初期的我国医疗救助制度的优化和完善。提到美国的医疗卫生体制,国际上以及美国自己的专家和媒体大多以批评为主。但我们想指出的是:与其他国家以照顾正规就业人群为主的保障制度不同,美国的医疗保障制度是以保护脆弱人群开始的。本文以美国医疗救助制度为研究对象,从保障对象、筹资模式、提供服务以及支付方式等角度,分析美国医疗救助制度的运行特点及经验,以期对中国医疗救助制度改革提供一些有益借鉴。

二、美国的医疗救助制度

(一)覆盖对象

尽管美国是一个崇尚自由竞争的国家,但联邦政府依然于1965年开始实施医疗救助计划(Medicaid),为脆弱人群建立医疗保障制度,通过公共转移支付为联邦与州政府法律认可的低收入个人和家庭提供医疗救助服务。医疗救助以其提供服务全面、医疗费用支出巨大成为美国最重要的健康照顾计划,在实现健康公平及提高脆弱人群医疗服务可及性方面发挥着不可替代的作用。

美国医疗救助覆盖对象由联邦与州政府联合确定:联邦政府制定最低标准,州政府可以根据本州情

作者简介:杨 玲,武汉大学经济与管理学院副教授,管理学博士,哈佛大学访问学者;湖北 武汉 430072。

刘远立,哈佛大学公共卫生学院“中国行动计划”主任,博士生导师。

基金项目:武汉大学985工程创新平台“两性社会建设研究”

况提高标准, 但需获得联邦政府认可。一般而言, 医疗救助主要包括绝对贫困 (Categorically needy)、医疗贫困 (Medically needy) 及其他特殊困难群体 (Special groups), 各类人员的准入标准见表 1。

表 1 美国医疗救助制度覆盖对象

绝对贫困人口	医疗贫困人口	特殊群体
有资格获得政府救助、需要抚养儿童的家庭。	怀孕妇女产后 60 天的照顾	符合条件的 Medicare 受益人 (收入低于或等于联邦贫困线以及个人财产等于或低于 SSI 标准的 2 倍)
家庭收入低于或等于联邦贫困线 133% 的怀孕妇女与六岁以下儿童	18 岁以下儿童	合格的在职残疾人
照顾 18 岁以下儿童的亲戚或者监护人	特定新生儿一年的照顾	16-65 岁残疾人口
补充保障收入 (SSI, supplemental security income) 领取者	特定需要照顾的盲人	特殊疾病相关群体: 两种特殊疾病相关的适格群体 (乳癌和子宫颈癌患者; 无医疗保险的结核病患者)
月收入不足 SSI 收入标准 300%、依靠医疗服务机构提供服务生活的个人和夫妇 (联邦支付标准)	各州自行规定的其他情况	符合 1115 条款医疗救助豁免权者: 主要是参加管理医疗计划的群体 需要长期照顾者: 符合 Medicaid 条款并有资格接受获得疗养院服务的个人 州儿童健康保险计划受益人: 部分州独立实施该计划, 部分州将其并入医疗救助

资料来源: 美国健康与公共事业部: 医疗救助制度概览 2005, 载 <http://www.cms.hhs.gov/HCBS>。

美国社会医疗保障署 (CMS) 统计显示: 医疗救助制度为 40% 的美国穷人、25% 的美国儿童、20% 的重度残疾人、44% 的 HIV/AIDS 患者、15% 的老年保健计划受益人提供医疗服务; 帮助 60% 的在疗养院生活的人支付医疗费用。

医疗救助受益人资格认定的方式有两种: 第一, 发卡制: 州政府医疗服务机构为脆弱人群, 如领取食品券的单身母亲和其他困难群体发放医疗救助卡; 第二, 追认制: 未持有医疗救助卡的脆弱人群就诊时, 由医疗服务机构根据其收入、财产等信息追认其医疗救助受益人身份。由于脆弱人群是动态变化的, 因此追认制在医疗救助受益人资格认定方面发挥着重要作用。

(二) 筹资模式

与私人健康保障计划由受益人和雇主缴费形成保障基金的筹资模式不同, 美国医疗救助计划资金主要由公共财政负担, 保证了医疗救助资金来源的稳定性。

1. 联邦政府医疗救助匹配供款

联邦政府根据各州的人均国民收入水平 (PCI) 确定匹配供款比例, 计算公式为:

联邦匹配供款率 = 1.00 - 0.45 (State PCI / U. S. PCI)

公式中 State PCI 为州人均国民收入; U. S. PCI 为联邦人均国民收入。该计算公式表明: 州人均国民收入水平与联邦匹配供款比例成反比, 即州人均收入水平越高, 获得的联邦匹配供款率越低; 州人均收入水平越低, 获得匹配供款率越高。联邦匹配供款对落后地区的倾斜有助于缩小各州之间医疗救助计划投入的差距。

联邦医疗救助匹配供款率每年进行小幅调整。2009 年美国 51 个州和特区中, 肯塔基、密西西比、缅因、新墨西哥、阿肯色等 9 个州的联邦医疗救助匹配供款率超过 70%, 州人均收入水平集中在 3.2 万—3.8 万美元; 阿拉巴马、亚利桑那、佐治亚、印第安纳等 18 个州的联邦匹配供款率在 60%—70% 之间, 州人均收入水平集中在 3.8 万—4.3 万美元; 内布拉斯加、马里兰、弗吉尼亚、明尼苏达、新泽西等 24 个州的联邦匹配供款率在 50%—60% 之间, 州人均收入水平集中在 4.3 万—5.7 万美元^[1] (第 23 页)。

2. 州政府医疗救助筹资责任

美国社会保障法规定,各州必须确保从州和地方政府资源中提取足额资金以保障医疗救助服务支出。州政府除了必须提供联邦政府规定的医疗救助服务,还可自主选择其他服务项目。因此,各州医疗救助资金投入差异巨大,主要取决于该州医疗救助人口的规模和服务项目的多寡。

(三)支付方式

尽管美国医疗救助的支付方式非常复杂,但是先救助后付费、补需方与补供方相结合、医疗服务提供者与医疗救助管理机构直接结算的支付制度大大提高了服务方的积极性,避免了“见死不救”现象,确保了脆弱人群医疗服务可及性。本文介绍几种较为典型的医疗救助支付方式。

1. 对住院服务的支付

医疗救助计划对住院服务主要采取按服务付费(FFS, fee-for-service)方式,即根据相关诊断组织的诊断和主要治疗手段对诊疗成本做出判断,并在此基础上支付服务费用。该支付方式不再依据实际成本对医院进行补偿,而是根据疾病情况,越严重的疾病获得的支付额度越高,从而有利于医院提高服务效率。美国社会医疗保障署(称为“CMS”)统计显示,每年约有 760 万住院病人由医疗救助为其支付医疗费用。2005 年联邦财政通过按服务付费方式向住院医疗服务支付 420 亿美元,占医疗救助总支出的 14%^[3](第 2 页)。

为医疗救助受益人提供住院服务的医院,向州政府提交费用报告(各州提交报告的时间不同),州政府根据医院提交的报告、与医院协商后对其进行补偿。例如在佛罗里达州,加入州医疗救助计划的医院必须提供年度成本报告,年度报告须根据州政府相关条款的补偿方法和成本计算方式进行编制,州政府审核成本报告后根据固定成本、可变成本、服务项目等对其进行补偿。

2. 对门诊服务的支付

门诊服务包括预防、诊断、治疗、康复和药品服务。各州对门诊服务采取的补偿办法并不相同。一些州根据平均费用对门诊服务按次支付、对外科手术按既定费用表支付。另一些州采用门诊预期支付制度(outpatient prospective payment system, OPPS),对门诊医疗服务支付固定费用,门诊预期支付仅包括门诊机构治疗过程中的设备使用成本,其他服务如医生和健康咨询师服务则按照医生服务收费表支付。对一些特殊门诊服务,部分州提供建立在成本基础上的支付,例如在限定每年增长率的前提下,在以往成本基础上支付实际成本或者预期费用。联邦法律规定,医疗救助对机构单项服务的支出不能超过医疗保健同等服务的合理预期支出,这就是医疗救助的支付上限(medicaid upper payment limit (UPL))。医疗救助支付上限规则适用于住院和门诊治疗。

3. 对非盈利机构的支付

非盈利机构是医疗救助制度的主要支付对象,2004 年医疗救助投入非盈利健康服务提供者的资金达到 85—105 亿美元^[3](第 14 页),占当年医疗救助支出的 35%。表 2 给出 2004 年医疗救助对非盈利机构的支出额。

表 2 医疗救助对非盈利组织的支付

医疗机构	医疗救助资金投入非盈利组织的金额(单位:亿美元)
Medical institution	Medicaid payment to non-profit organizations(\$ 100 million)
医院(Hospitals)	420
家庭护理(Nursing Homes)	110
精神健康(Mental Health)	55 ~ 169
管理医疗(Managed Care)	94 ~ 138
家庭与社区照顾(Home and Community)	175 ~ 209

资料来源: Prepared by the Nelson A. Rockefeller Institute of Government for the Aspen Institute. *Medicaid Funding for Nonprofit Healthcare Organizations*. The Aspen Institute, June 2007.

4. 对超份额医院的支付

超份额医院(“disproportionate share” hospital, DSH)指为大量低收入、无医疗保险或有特殊需求的患者提供服务的医院。1985年美国紧急医疗服务法规定,所有医院和医疗服务机构必须为患者提供急诊服务,无论其是否有能力支付相关费用;当患者病情稳定后,方可将其转入政府医院。联邦和州政府对医疗服务机构的未偿付服务(uncompensated care)给予补贴与补偿。2007年联邦政府对DSH的支出高达120亿美元,比2000年增加了23%^[4](第8页)。

DSH通过两种方式获得医疗救助资金。其一,直接资金拨付:医院向州政府管理机构申请DSH资格,州政府审核通过后由相关管理机构向联邦政府申请匹配供款,并与州提供的资金支持一并支付给DSH医院。联邦匹配供款的具体比例由联邦和州政府协商确定;州政府对DSH的补偿标准则由州政府与DSH协商确认。其二,DSH为医疗救助受益人提供的服务可以得到医疗救助补偿,联邦与州政府均对具体补偿标准做出规定。

为了控制DSH支出,联邦政府采取以下措施:(1)医疗救助利用率超过1%的医院才有资格获得DSH支付;(2)制订DSH服务补偿标准,并设置封顶线:对一家医院的支付不能超过其为医疗救助和无保险病人提供住院治疗的未偿付成本。

5. 对“安全网”医院及诊所的支付

联邦法律规定,各州医疗救助计划必须覆盖联邦合格健康服务中心(Federally-Qualified Health Center, FQHC)的服务,并且按既定费用支付中心提供的服务。联邦合格健康服务中心包括社区健康中心、移民健康中心、为无家可归者提供服务的健康中心和门诊服务。

以为低收入和无保险人口提供预防和初级健康服务的社区健康中心为例:联邦政府提供的直接补贴占其运营收入的50%左右,州政府也需提供补贴,但各州数额不同;此外,社区医疗中心为受益人提供的服务还可以得到医疗救助制度的补偿。从全国来看,大致1/3的社区健康中心的患者是医疗救助计划受益人,医疗救助是健康中心最大的第三方支付来源。

政府作为医疗救助制度的管理者,通过谈判与各类医疗服务机构确定服务价格,通常会得到价格优惠。医疗救助支付的住院费用比医疗保健计划(Medicare)低5%,比其他医疗服务费用低40%。从全国看,医疗救助为初级保健服务医生提供的费用相当于医疗保健计划的66%^[5](第9页)。

6. 医疗救助受益人的支付义务

联邦法律允许各州对医疗救助受益人收取共付额,但是共付金额通常较低。例如德克萨斯州规定,在急诊室接受非急诊服务的受益人每次仅需支付3美元。为了减轻受益人的负担,各州还规定了共付最高限额。多数州规定受益人每年最大共付额为200美元,超过限额部分无需共付。此外,对19岁以下儿童、怀孕妇女、智力发育迟缓者以及晚期病人安养院服务等特殊群体免除共付责任。

美国法律规定,即使受益人无力支付或者拒绝支付共付额,医疗服务提供者也不能拒绝为其提供服务。由于共付金额在医疗服务提供者收入中所占比例极低,因此拒绝共付并不会影响医疗服务提供者的积极性。

三、美国医疗救助制度对我国的启示

计划经济时期,中国政府通过财政拨款、税收优惠及集体经济扶持等方式针对城乡居民分别建立了公费医疗、劳保医疗和合作医疗制度,为90%以上的人口提供健康服务。广泛覆盖的健康保障使医疗救助制度的必要性显得并不突出,因此该阶段医疗救助制度的建立、发展未被提上议事日程。

随着市场经济体制的建立,我国政府对医疗保障体系进行了改革。1998年实施的城镇职工社会保险制度,仅覆盖部分在职者,导致大量城镇居民失去基本医疗保障;此外,随着农村集体经济的瓦解,农村合作医疗制度难以为继,大量农村居民成为无医疗保险者。脆弱人群因病致贫、因病返贫、无钱就医的医疗贫困现象频繁发生,最终促成城乡医疗救助制度的出台。2003年,民政部、卫生部、财政部

联合下发《关于实施农村医疗救助的意见》，对农村医疗救助的目标、原则、筹资管理做出规定；2005 年，国务院办公厅转发民政部、卫生部、劳动社会保障部、财政部《关于城市医疗救助制度试点工作意见》，提出逐步在全国建立城市医疗救助制度。

整体上看，我国医疗救助制度建立时间短，仍处于发展的初级阶段。有关城乡医疗救助制度的“两个意见”仅对覆盖对象、资金筹集、管理方式等做出原则性规定，缺乏可操作性。中国医疗救助制度的筹资原则、保障对象、服务内容、支付模式等都有待进一步明确与制度化。尽管中美两国国情差异显著，但是美国医疗救助制度的成功经验对我国医疗救助制度的建立和完善有着重要的借鉴意义。我们认为，应该从以下五个方面完善我国现行医疗救助制度。

（一）建立有针对性的医疗救助制度

我国现行医疗救助制度从属于城乡居民的社会医疗保险计划。在城市，将脆弱人群医疗救助纳入城镇居民医疗保险计划；在农村，将其纳入新型农村合作医疗体系。从操作层面看，这种方式简单易行，但却忽略了脆弱人群支付能力的有限性和医疗服务需求的特殊性。

例如，鉴于一般城乡居民收入水平能够负担门诊、预防及健康维护服务支出，现行城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗倾向于为重大疾病提供保障，对门诊及预防性等初级健康服务的供给非常有限。然而，对于脆弱人群而言，门诊及预防性服务的费用很可能也是难以负担的。

此外，现行城乡居民医疗保险模式对住院费用均根据城乡居民收入水平设定起付线等共付机制；但是，对脆弱人群而言，可能会因为收入水平低而无法承担共付费用，从而失去医疗保健服务。

因此，我们认为应该改变我国医疗救助服务依附于现行城乡社会医疗保险的模式，为脆弱人群建立独立的、有针对性的医疗救助制度。

（二）中央与省级政府共同确定医疗救助对象

由于医疗救助资金由中央与地方政府共同筹集，因此，医疗救助对象应由两级政府共同确认。中央政府可以依据收入水平、疾病负担、健康状况等要素确定医疗救助对象的基本标准：根据居民（或家庭）收入水平，将低于平均收入一定比例的低收入人群纳入医疗救助范畴；当一定时期（如一年）内医疗健康支出占居民家庭可支配收入的比例超过 50% 时（即达到 WHO 认定的灾难性支出标准），可将其成员纳入医疗救助范畴；依据居民健康状况，将特定疾病患者，如残障人士、严重慢性病患者等纳入救助范围。

地方政府可参照中央政府的规定，根据本地区经济发展水平和居民健康状况、政府财政能力等进一步制定客观、具体、可操作的认定标准。需要明确的是，只有当地方政府为中央政府认定的保障对象提供相应健康服务时，方可获得中央财政的医疗救助补偿。

对医疗救助受益人的资格可采取事前认定与过程认定两种方式。对于低收入群体及特定疾病患者，采取事前认定方式：当民政部门认定主体“低保”资格、特定疾病患者得到医疗救助管理部门认定后，即可获得医疗救助资格；对于发生灾难性健康支出的家庭，在其诊疗过程中，若出现高额医疗支出并达到其家庭可支配收入 50% 以上者，通过医疗服务机构与医疗救助管理部门的及时信息传递，确认其医疗救助资格，并给予医疗救助，这种过程认定方式适于突发性医疗需求以及呈动态变化的脆弱人群。

（三）明确政府的医疗救助资金支持责任

联邦与州财政的资金支持是美国医疗救助制度获得成功的关键。缺乏资金支持则是我国医疗救助制度发展滞后的重要原因，目前各级政府的医疗救助筹资责任尚未通过法律确认。

从政府医疗救助投入总量看，2006 年我国城市医疗救助人均筹资额为 112.56 元，仅为同期城镇职工基本医疗保险人均筹资额 1119.37 元的 1/10；2008 年中央和地方财政对医疗救助的投入为 139.93 亿元，无法满足庞大的医疗救助服务需求。从医疗救助资金来源比例看，地方财政承担了主要责任，2008 年中央医疗救助资金仅占政府医疗救助资金的 36.06%，不仅对经济发展相对落后的中西部地区地方财政造成巨大压力，也导致区域间医疗救助投入的巨大差距，弱化了社会救助制度的再分配功能。

我们认为 为了保证医疗救助资金来源的稳定性及制度运行的可持续性 应该以法律形式确立稳定

和制度化的医疗救助筹资机制。

首先,明确中央政府的医疗救助责任。鉴于医疗救助制度的公平性价值理念与再分配特征,应由中央政府承担主要筹资责任。原则上,中央政府对医疗救助的补偿比例不低于50%。

中央政府医疗救助资金的补偿可采取两种方式:其一,通过预算拨款为低收入人群的医疗救助服务提供资金补偿,该项支出根据各省上一财政年度相关医疗救助项目支出额进行核算,并对人均收入水平低于全国平均水平的省份给予倾斜,如可参考我国东、中、西部经济发展水平,分别给予不同比例的预算拨款(如东、中、西部可分别给予50%—70%的中央预算补偿),从而确立有利于落后地区的医疗救助财政转移支付制度。其二,根据医疗救助服务的实际需求,通过专项医疗救助基金对特定疾病患者以及年内发生灾难性健康支出的家庭提供专项补偿,补偿金额由中央政府与地方政府协商确定,待地方政府资金到位后,方可获得中央政府的专项医疗救助补偿。

其次,明确地方政府的筹资责任。在目前我国财政分权模式下,地方政府的权利与义务不断强化,对医疗救助的投入也成为地方政府义不容辞的责任。与中央医疗救助资金拨付方式相对应,地方政府应通过预算拨款、医疗救助专项基金等方式对医疗救助进行补偿,并承担兜底责任;此外,地方政府还应该承担制度运行的行政成本。

再次,中央与地方政府在提供医疗救助资金的同时,为了有效控制成本,两级政府应在对相关医疗保健服务成本合理预期的基础上,对医疗救助服务单项费用规定支付上线,以制约医疗服务提供者的过度医疗行为、避免医疗救助基金的过快增长。

(四)统筹兼顾基本保健与大病服务

美国医疗救助制度根据不同类型脆弱人口的特点及医疗保健需求为受益人提供广泛、全面的保健和诊疗服务,不仅避免了其因经济原因无法获得医疗服务的困境,甚至得到比其他低收入群体更完善的医疗保健服务。

我国医疗救助制度提供的服务内容相对有限,基本上依据城乡社会医疗保险制度的保障原则,主要对重大疾病进行共付补偿,对于初级健康服务、门诊服务、康复性锻炼以及精神障碍等疾病的救助十分有限,从而导致尽管有医疗救助制度,但是仍然有大量脆弱人群无法获得医疗服务的现状,这是我国医疗保健服务可及性低的重要原因。

我们认为,我国医疗救助福利包的设计,在尊重国家与地方政府财政负担能力的基础上,应该充分考虑脆弱人群的健康服务需求,统筹兼顾基本保障与大病服务。

鉴于脆弱人群收入低、健康状况差以及医疗保健知识欠缺的现实,建议将基本卫生保健服务(例如预防、门诊治疗、康复治疗)纳入医疗救助服务范围,以提高脆弱人群医疗服务可及性、改善其健康状况;同时,扩大脆弱人群重大疾病的保障范围,确保医疗救助受益人病有所医。

(五)采取灵活多样的支付模式

美国医疗救助制度支付模式不仅为需求方提供资助,同时也通过多种方式为医疗服务提供者(供方)进行成本补偿,这种补需方与补供方相结合,政府与医院直接结算的支付模式,提高了医疗救助服务的可及性。

我国医疗救助支付以补需方为主(且要求受益人垫付),缺乏有效的供方补偿、补贴机制。这种支付方式不仅限制了医疗救助受益人的合理需求,同时也损害了医院、医生的服务积极性。

因此,我们主张从以下两方面对我国现行医疗救助支付方式进行改革。首先,改变医疗救助受益人垫付模式,降低或减免其共付义务。美国医疗服务体系采取先救人、后付账方式。对于急诊服务,医疗机构不能因为受益人无力承担共付费用而拒绝为其提供服务,从而有效避免见死不救或因经济原因无法就医的状况。其次,加大对医疗服务供给方的补偿。美国联邦及州政府对医疗服务提供者的资助和补偿,是其医疗救助制度得以良好运行的制度保障。我们认为,应采取医疗救助管理与医疗机构直接结算的方式为其提供合理补偿,提高医疗服务机构的积极性。

在借鉴美国医疗救助制度成功经验的同时,我们也应该看到该制度存在的一些缺陷:医院与州政府合谋套取联邦政府匹配资金,导致医疗救助制度成本不断攀升,对联邦财政造成巨大压力;医疗救助支出对老年群体的过度倾斜导致医疗救助资金配置缺乏效率,等等。在我国医疗救助制度建立和完善的过程中,我们应该尽量避免及控制类似情况的出现。

注 释:

- ① 2009 年 10 月 7 日,作者与哈佛大学教授、公共卫生专家 Nancy Turnbull 在哈佛公共卫生学院就美国医疗救助制度运行进行访谈,获得文中相关资料,特此致谢。

[参 考 文 献]

- [1] Center for Medicare and Medicaid Services. "Federal Medical Assistance Percentages or Federal Financial Participation in State Assistance Expenditures FM AP," <http://aspe.os.dhhs.gov/health/fmap09.pdf>, 2007-11-28.
- [2] Quinn, Kevin. 2008. "New Directions in Medicaid Payment for Hospital Care Major Changes in How Medicaid Calculates Payment Lie Ahead," *Health Affairs* 27(1).
- [3] Courtney Burke Rockefeller Institute of Government for the Aspen Institute. "Medicaid Funding for Nonprofit Healthcare Organizations," http://www.rockinst.org/pdf/health_care, 2007-06-28.
- [4] Centers for Medicare & Medicaid Services. "Medicaid Program; Fiscal Year Disproportionate Share Hospital Allotments and Disproportionate Share Hospital Institutions for Mental Disease Limits," <http://edocket.access.gpo.gov>, 2008-12-19.
- [5] The Henry J. Kaiser Family Foundation. "Key Questions About Changes for Medicaid And Low-income individuals," <http://www.kff.org/healthreform/upload/7952.pdf>, 2009-10-15.

(责任编辑 叶娟丽)

Medicaid System in U. S. and Its Enlightenment

Yang Ling¹, Liu Yuanli²

(1. School of Economics & Management, Wuhan University, Wuhan 430072, Hubei, China;

2. School of Public Health, Harvard University, Boston, MA 02115, USA)

Abstract: Medicaid system of U. S. offers a secure health nets for the poor through providing a general and high-quality services. We believe that the success of Medicaid in U. S. depends on its independent system design, constant funding supply and diversified payment system. Chinese medical assistance is at the initial stage. So we can learn experiences from U. S. We propose several suggestions about the reform of medical assistance in China: build a targeted medical assistance system for the vulnerable groups; establish a funding system mainly depending on the governments; provide medical services both for the primary health care and serious illness; establish a reimbursement model both for the demand-side and supply-side and design flexible payment system.

Key words: medical assistance; vulnerable groups; funding system; payment system