

美国医疗保障制度改革的先行者

——马萨诸塞州医改综述

赵斌^{1*} 冯 芃² 赵巍巍^{3 #} 梁海伦⁵

1. 人力资源和社会保障部社会保障研究所 北京 100029
2. 中国银行甘肃省分行 甘肃兰州 730000
3. 北京劳动保障职业学院 北京 100029
4. 北京大学社会学系 北京 100871
5. 约翰霍普金斯大学彭博公共卫生学院 美国马里兰州巴尔的摩 21205

【摘要】马萨诸塞州2006年医改被视为2010年奥巴马美国医改的原型和模板,研究马州医改进展和效果,有助于推断美国医改可能取得的成绩及问题。2006年马州医改主要通过以下方式扩大医疗保险覆盖范围,提高医疗服务可及性。一是增加政府投入,扩大面向低收入人群的马州医疗援助计划覆盖范围,新建资助中低收入人群参保的公民健康保障计划,从而提高中低收入人群的参保能力;二是新建医疗保险交易局管理新建计划,干预私营医疗保险市场,新建致力于医疗保险标准化、面向高收入人群的公民健康选择计划;三是强制个人参保,要求雇主为雇员提供保险。综合现有文献,马州医改已取得许多成就,但也存在一定问题。一方面,无保障人群数量不断缩小,居民医疗服务可及性提高,可负担性也有所改进;另一方面,医疗支出快速上升影响了改革的可持续性,制度设计的一些缺陷影响了部分人群的医疗服务可及性,同时安全网计划资金的消减也可能影响医改效果。我国可借鉴马州经验建立商业健康保险管制机构,促进我国商业健康保险市场发展;同时需准备面对全民医保覆盖后的医疗费用快速增长问题,还需警惕全面覆盖后的“参保却不享有”问题。

【关键词】卫生改革; 医疗保险; 医疗费用; 可及性

中图分类号: R197 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.11.010

A pioneer of healthcare reform in the United States: A review of health care reform in Massachusetts

ZHAO Bin¹, FENG Peng², ZHAO Wei-wei^{3 #}, LIANG Hai-lun⁵

1. National Institution for Social Security Research, Ministry of Human Resource and Social Security, Beijing 100029, China
2. Gansu Province branch, Bank of China, Gansu Lanzhou 730000, China
3. Beijing Vocational College of Labor Security, Beijing 100029, China
4. Department of Sociology, Peking University, Beijing 100871, China
5. Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore 21205, USA

【Abstract】Healthcare reform in Massachusetts in 2006 is a prototype of the Affordable Care Act 2010. Reviewing healthcare reform in Massachusetts can help predicate the outcomes of healthcare reform across the whole of the United States. Healthcare for uninsured people is the main target of Massachusetts healthcare reform. Several measures were taken to achieve this goal. First, government subsidies were raised; health insurance coverage was expanded; and premium subsidy schemes for the low-income population was established. These improved the ability of low- and middle-income people to purchase health insurance. Second, an exchange was established to regulate the private

* 作者简介: 赵斌,男(1984年—) 博士 助理研究员 主要研究方向为医疗保障。E-mail: ericzhaobin@163.com
通讯作者: 赵巍巍。E-mail: zhaoweiwei0@126.com

health insurance market , and contracts-standardization schemes were established for the high-income population. Third , individuals were mandated to purchase health insurance , and employers were required to provide health insurance for their employees. The literature shows that the reforms had great achievements , but there were also several problems. On the one hand , the number of uninsured people was reduced , and the accessibility and affordability of healthcare increased. On the other hand , sustainability of reform is threatened by rocketing health expenditure; accessibility of healthcare for some people is reduced; and the budget for a safety net program is insufficient and threatens the sustainability of the system. China should learn from the experience of Massachusetts , establish a health insurance exchange to regulate commercial health insurance market , and rocketing healthcare expenses after universal coverage. China is also supposed to prepare a solution for the “insured cannot enjoy benefit” problem.

【Key words】 Health care reform; Health insurance; Medical expenditure; Accessibility

马萨诸塞州(以下简称马州)是美国最富医改传统的州之一,自 1988 年起该州多次尝试医改。2006 年马州通过的《提供可负担、高质量和可负责的医疗服务法案》(An Act Providing Access to Affordable , Quality , Accountable Health Care) 被学术界视为奥巴马 2010 年《可负担医疗保障服务法案》(The Affordable Care Act) 的模板和原型。马州在这一法案指导下推动以减少无医疗保障人口为目标的医改,试图建立一个可负担、高质量的全民医保体系。这一法案是美国最具影响的致力于全民医保的州改革法案,被视为美国全民医保改革的试验田。因此,研究马州医疗保障改革进展,有助于推断美国医改未来可能的成绩及问题。

1 主要改革举措

总体而言,马州医改仍以私营医疗保险市场为基础,并未建立一种强制社会医疗保险或国家卫生服务制度,并未改变美国私营医疗保险为主的基本体系特征。

1.1 增加政府投入,提高中低收入人群的参保能力

1.1.1 扩大面向低收入人群的马州医疗援助计划覆盖范围

2006 年马州医改的一个重要举措为拓宽马州医

疗援助计划(MassHealth) 的覆盖范围。将 2006 年前由于州财政危机而清出计划的人群重新纳入计划;同时,放宽无子女成年人保护子项目(Masshealth Essential) 准入标准,失业一年以上、收入低于联邦贫困线、不享受失业津贴、配偶每月工作少于 100 小时的公民和合法移民均可获得保障;家庭资助项目准入标准,也从低于 200% 联邦贫困线放宽到低于 300% 联邦贫困线的家庭。截至 2012 年底,该计划覆盖近 140 万人,比改革前增加了 30 余万人。^[1]

1.1.2 新建面向中低收入人群的公民健康保障计划(Commonwealth Care)

公民健康保障计划是向无医疗保险的低收入和中等收入马州居民提供保费补贴,资助其购买私营医疗保险计划。该计划由新建的医疗保险交易局管理,通过向税前收入低于 300% 联邦贫困线的居民提供依收入设定的保费补贴,资助其购买特定医疗保险产品。计划筹资类似医疗援助,由马州和联邦政府共同筹资。但与医疗援助计划不同,除收入低于 150% 的联邦贫困线家庭外,参保者须支付相当比例的保费和共付费用,且待遇受限,保费和共同支付份额以收入不同而不同(表 1)。^[2-3]截至 2012 年底,共有约 20 万人参加该计划。^[1]2012 年联邦贫困线为 11 172 美元/人·年,23 052 美元/家(4 口)·年。^[2]

表 1 2012 年公民健康保障计划保费和待遇

项目名称	收入标准	人均月保费(美元)	有自付定额费的项目	年自付费用封顶(美元)
项目 1	低于 100% 联邦贫困线	0	药品	250(药品)
项目 2A	100% ~ 150% 联邦贫困线	0/其他计划保费*	药品和其他医疗服务	500(药品); 750(其他服务)
项目 2B	150% ~ 200% 联邦贫困线	39	同 2A	同 2A
项目 3	200% ~ 300% 联邦贫困线	77 或 116**	同 2A	800(药品); 1 500(其他服务)

注: * 项目 2A 参加者在选择标准 0 保费计划的基础上,可选择其他另付保费的计划,另付保费计划需支付保费; ** 收入在 200% ~ 250% 联邦贫困线的参保者人均月保费为 77 美元,收入在 250% ~ 300% 联邦贫困线的参保者人均月保费为 116 美元。

2 介入私营医疗保险市场 标准化高收入人群的保险产品

2.1 新建医疗保险交易局管理新建计划 干预私营医疗保险市场

马州医改法案新建了一个称为“国民健康保险联系局”的独立机构,负责管理本次医改中新建立的公民保障计划和公民健康选择计划(Commonwealth Choice);同时,负责开发各种新的医保政策,并监督医改法案各种措施的推行。^[4]该管理局是重要的执行部门,其具体任务包括:为保障计划设立基本福利包及保费缴纳时间表,为选择计划遴选标准医疗保险计划,整合个人和非团体医疗保险市场,标准化私营医疗保险产品,决定个人所获取的保险是否适当,整合并监管私营医疗保险市场等。该机构建立的主要目的是缓解私营医疗保险市场中的信息不对称,使个人和雇主能够更准确和更廉价的购买私营医疗保险。该管理机构由一个相关领域专家和政府官员组成的委员会管理,委员会人员由州长和州总检察长任命。其中,州长拥有多数委员的任命权。^[4-5]

2.2 新建致力于医疗保险标准化、面向高收入人群的公民健康选择计划

公民健康选择计划面向收入高于 300% 联邦贫困线的无医疗保险的马州居民和家庭,类似联邦雇员健康福利计划(Federal Employees Health Benefits Program, FEHBP)。^[6]但与联邦雇员健康福利计划不同,该计划参保者不享受保费补贴,只向满足条件的个人和小型企业雇主提供一个高品质的私营健康保险产品列表供其选择参保。即由医疗保险联系局选定的黄金、白银和青铜及青少年计划四种,这些保险产品必须满足医疗保险联系局的最低待遇标准(Minimum Creditable Coverage, MCC),详见表 2。马州试图以医疗保险联系局为工具降低私营医疗保险计划的保费。^[7]

2.3 强制个人参保 要求雇主为雇员提供保险

马州是美国国内第一个强制个人购买医疗保险的州。改革法案要求马州居民必须购买一款可负担、可信任的医疗保险。可负担是指个人所购买医疗保险的保费不超过个人的购买能力;可信任则指个人所购买的医疗保险计划必须符合医疗保险交易局规定的最低待遇标准。若个人未参保,则将面临

相应处罚,处罚与个人所得税挂钩,包括减少税收减免额和处以一定数额的罚款等方式。^[8]

表 2 公民健康选择计划筛选标准

项目	待遇	保费	共付机制
黄金计划	完善	高	无起付线,低共付
白银计划	相对完善	中	无起付线,中等共付
青铜计划	相对有限	低	起付线,共付金和共付保险
青少年计划	相对完善	低	起付线,共付金和共付保险

注:1. 2009 年标准包括:一是进入起付线前,可享受 3 次(个人)或 6 次(家庭)的医生检查;二是年起付线最高为 2 000 美元/人或 4 000 美元/家庭;处方药起付线最高为 250 美元/人或 500 美元/家庭;对医疗服务的年自费用上限为 5 000 美元/人或 10 000 美元/家庭,没有单一疾病福利上限;没有待遇水平上限;住院服务不能限定补偿金额或住院天数。
2. 黄金计划类似传统的蓝十字政策,但是非常昂贵。青少年计划制度为 27 岁以下人士提供。与传统的私营医疗保险计划不同,这里的保险计划不允许进行风险选择,无论参保者以前具有何种疾病都必须予以保障。

同时,马州医改法案还要求雇主为雇员提供保险,否则须缴纳一定罚款。法案要求拥有 11 个或更多全职雇员的雇主必须分担其雇员医疗保险保费的一定份额,这一份额为 25% 的雇主为全职雇员提供的雇主发起医疗保险计划保费,或是 33% 份额的雇主向全体雇员提供雇主发起医疗保险的保费。若雇主资助未达到这一要求,则须为其企业中无医疗保险的雇员每人每年支付 295 美元的罚款,这笔罚款进入公民健康保健信托基金(Commonwealth Care Trust Fund),用以支付保障计划和选择计划等方面的支出。^[9]

3 改革效果述评

3.1 马州医改取得的成就

3.1.1 无保障人群数量不断缩小

2010 年马州 65 岁以下成年人口参保率已达 94%,远高于 2006 年的 86.6%,其中 68% 的人通过雇主获得医疗保险。^[10]无保障人群占总人口的比重由 2006 年的 13% 下降到 2008 年的 2.6%,其中通过雇主获得医疗保险的人群增加了 14.7 万人;个人购买医疗保险的人群增加了 4 万人,参加马州医疗援助计划的人群增加了 8 万人,参加公民健康保健计划的人群增加了 17.6 万人^[11];无医疗保障儿童的比例下降了 50% 以上,是同期美国各州的最低水平^[12]。尽管 2008 年经济形势恶化,但是马州无保障人口的比重仍是历史最低水平(表 3)。^[13]有研究认为马州改革在扩大无保障人群上取得了巨大成功,

是同期的加州、缅因州、佛蒙特等数州改革中最成功者。^[14]

表 3 马萨诸塞州参保人群变动情况

保障类型	2006 年	2007 年	2008 年	增长情况
雇主医疗保险(万人)	427.4	437.8	442.1	14.7
个体医疗保险(万人)	4	3.6	8	4
医疗援助计划(万人)	70.5	73.2	78.5	8
公民健康保健计划(万人)	0	8	17.6	17.6
无保障人群比重(%)	13	7	2.6	-10.4

注:2006—2008 年数据都是截至当年 6 月 30 日。

3.1.2 居民医疗服务可及性提高,可负担性有所改进

研究普遍表明改革后马州居民的医疗服务可及性和可负担性明显改善^[11,15-16],特别是马州参保人群与未参保人群对比的情况下(表 4)^[17]。与 2006 年相比,2010 年 65 岁以下成年人中有固定就医地点的人群比重上升了 47%,接受预防性医学服务的比例上升了 5.9%,专科医生就诊率上升了 3.7%,牙科就诊率上升了 5.0%。^[10]2010 年,只有 6.1%的个人自报遭遇到高自付费用(占家庭收入的 10%以上),比 2006 年下降了 3.7%;同时,自报健康的人群也从 2006 年的 59.7% 上升到 2010 年的 64.9%;提供免费医疗服务重要渠道的急诊室使用率下降也从侧面反映了医疗服务可及性的改善。^[10]

表 4 2008 年马州参保和未参保人群的医疗服务可及性对比情况(%)

指标	参保人群	未参保人群
有固定就医地点	93.2	44.7
一年中至少有一次就医行为	89.3	50.9
一年中至少有一次全科医生诊疗	85.7	41.6
一年中至少有一次专科医生诊疗	49.2	18.1
因费用应就医而未就医的情况	19.5	65.0

3.2 马州医改存在的问题

3.2.1 医疗支出快速上升,影响了改革的可持续性

新获得医疗保险覆盖的人群多是风险程度较高和收入较低的人群,其原本受限的医疗服务需求被释放,导致医疗费用的快速上涨,这是马州改革最大的问题。^[18]

医疗费用的快速上涨引发了两个问题。一个是政府投入的不断增长,马州政府 2009 年用于改革的预算较 2008 年上涨了 40 亿美元,达到 86.9 亿美元,比上一年上涨了约 50%。^[14]改革实际支出远超出预算,影响了政府改革的决心。^[11]Lazar 发现资助参保计划在未来三年中,费用支出将翻倍增加。^[19]另一个

问题是私营医疗保险保费的快速上涨,影响了个人和雇主的参保能力,尤其是小公司雇员的参保能力。^[20]2006—2010 年,个人保单平均保费由 1 011 美元上涨到 1 200 美元,家庭保单平均保费从 3 128 美元上涨到 3 444 美元,高于工资和通货膨胀增长。^[10]2006—2008 年间,马州医疗保险保费平均每年增长 7.5%^[9,21],其中 2008 年马州主要保险公司的医疗保险保费上涨了 8%~12%。^[22]个体和小团体保险市场整合在降低个人保单价格的同时,导致了小团体保单价格 1%~2% 的上升。^[23]这种保费增长,正在影响雇主对改革的支持。^[15]支持医疗改革的人数从 2006 年的 69% 下降到 2010 年的 65.6%,反对改革者则从 2006 年的 17% 上升到 2010 年的 26.9%。^[10]

3.2.2 制度设计上存在一定缺陷,影响了部分人群的医疗服务可及性

一是边缘人群的医保待遇问题。马州改革对收入低于 300% 联邦贫困线以下的人群提供保费资助,对收入高于 300% 的人群只制定可负担保费标准,但是依据这一保费水平所购买的保险并不能为个人提供全面的医疗保护,即中产阶级,特别是收入刚超过 300% 联邦贫困线的人群被排除在计划的保护之外,成为改革的受害者。^[16]

二是一些制度设计问题使部分人群难获保障。资助参保计划不能覆盖所有符合计划收入水平的人群,若个人收入低于这一标准,但拥有雇主发起的保险计划,则无论其能否承担雇主计划保费,都无法获得保费资助。^[23]且个人必须失去雇主发起计划六个月后才能获得资助;选择计划则面临产品保费过高问题。^[24]过高的保费使实际参保人数低于预期,计划预期至少 35 000 人参加,但到 2008 年仅有 17 490 人参加,其中大部分人是高自付的青铜和青年计划,保障能力不足问题依旧。^[23]三是具有医疗保险并不意味着能够获得医疗服务,仍有大量人群由于起付线和自付费用过高问题难以获得医疗服务,13% 的人群坦承他们因为无力承担医疗费用而无法就医。^[19]Long, Stockley 的调查发现,参保人群中仍有 19.5% 人群因无力承担自付费用而无法就医。^[20]

3.2.3 安全网计划资金的消减可能影响医疗改革的效果

虽然改革使原来 70% 左右无保障人群拥有了保险,但马州居民对免费的安全网服务的消费量却仅有微小下降。而马州政府对安全网医疗系统的投入却从 2006 年的 65.2 亿下降到 2009 年的 44 亿^[10],

马州原有的两个安全网医疗机构波士顿医疗中心 (Boston Medical Center) 和剑桥医学联盟 (Cambridge Health Alliance) 在改革中预算消减速度远快于消费量的下降速度。2008 年较 2007 年两家安全网医疗机构的预算份额消减了 36% ,共 28.1 亿美元。^[25] 这致使安全网机构所能提供的医疗服务质量有所下降,排队问题开始出现,最贫困人群的医疗服务可及性受损。

4 对我国的启示

4.1 借鉴健康保险交易所经验 规范化遴选最优的商业健康保险产品

从现有美国部分州实践看,虽然该机构有一定管理和运营成本问题,但却在缓解商业健康保险市场最大问题——信息不对称上效果显著。奥巴马医改也要求各州建立相应机构规范商业健康保险市场。这一机构通过一系列标准从纷繁杂乱的商业健康保险产品中遴选出最为有效的几类产品供参保者选择,并代其办理参保和索赔,将个人和小企业保单转变为团体保单,既降低了费率,又提高个体对产品的甄别和索赔能力。据保监会内部资料显示,2008 年,我国健康保险产品有千余个,个人保单占总保单数的 75.8% ,大量个人面对纷乱复杂的健康保险产品难以适从,部分人群虽有相应需求,却由于无法选择出合适产品而未参加。因此,借鉴美国健康保险交易所经验,帮助其参保,从而既促进我国商业健康保险市场发展,又可作为基本医疗保险的必要补充,满足人民的多样化需求。

4.2 需准备面对全民医保覆盖后的医疗费用快速增长问题

马萨诸塞州实现全民覆盖后,医疗费用快速上涨,原因在于未参保人群往往是高风险人群,将这些入纳入保障意味着相应计划医疗费用支出的快速上涨。几乎所有实现全民医保的国家在相应历史阶段都曾出现过这一问题。到 2011 年底,我国三项基本医疗保险参保人数已达 13 亿人,覆盖超过 95% 的人口。^[26] 与此同时,我国医疗费用支出也快速上涨,从 2006 年的 9 843 亿元激增到 2012 年的 28 914.4 亿元。^[27] 同时,2009 年开始我国多地新农合和城镇居民医保基金开始出现当期赤字情况,不得不采用总额控制方式抑制费用增长,从侧面验证了我国也将或已经遭遇了医疗费用的快速增长问题,需要进行准备

和应对。

4.3 需警惕全面覆盖后的“参保却不享有”问题

马州改革的一个重要问题是,许多低收入人群虽然在政府资助下参加了相应医疗保险计划,但在遭遇疾病风险时,由于难以支付自付费用而无法获得医疗服务的情况较多,特别是罹患慢性疾病的参保者,实际上处于一种“名义参保”但却不能从中受益的状况。同时,从制度对比分析可以发现,马州自付费用的份额并不高,远低于我国。限于我国城乡医疗救助设计和医保需方需求控制手段的应用使这一问题更为严重,不仅低收入群体、部分中等收入群体在面对重大疾病时,也常会陷入这一困境。这使基本医疗保险机制成为了“享受服务多”的富人从“难以享受到待遇”的穷人处汲取医保资金的一种逆向收入再分配机制,不利于社会公平和社会互助机制的健康成长。这种因保障能力不足带来的“参保却不享有”问题需要得到重视。

参 考 文 献

- [1] Seifert R, Littell-Clark A. Enrollment volatility In MASSHEALTH: a progress report [R]. Boston: Massachusetts Medicaid Policy Institute, 2013.
- [2] Health Connector. Health reform facts and figures [R]. Boston: Health Connector, 2013.
- [3] Commonwealth Care and general Health Connector. Commonwealth Care Program Guide [EB/OL]. (2012-10-01) [2013-11-07]. <https://www.mahealthconnector.info/portal/binary/com.epicentric.contentmanagement.servlet.ContentDeliveryServlet/About%20Us/CommonwealthCare/Commonwealth%20Care%20Program%20Guide.pdf>
- [4] Lischko A M, Bachman S B, Vangeli A. The Massachusetts commonwealth health insurance connector: Structure and functions [R]. Commonwealth Fund, 2009.
- [5] The Massachusetts Health Insurance Connector Authority. Report to the Massachusetts Legislature: Implementation of the Health Care Reform Law, 2006-2008 [R]. 2008.
- [6] Kingsdale J. Implementing health care reform in Massachusetts: strategic lessons learned [J]. Health Affairs, 2009, 28(4): 588-594.
- [7] Long S, Phadera L, Stockley K, et al. Health Insurance Coverage in Massachusetts: Results from the 2008 and 2009 Massachusetts Health Insurance Survey [R]. Commonwealth of Massachusetts, Division of Health Care Finance and Policy, 2009.

- [8] Massachusetts Laws. Chapter 58 an act providing access to affordable , quality , accountable health care [EB/OL]. (2006-04-12) [2013-11-08]. <https://malegislature.gov/Search/SearchResults?Input.Keyword=AN+ACT+PROVIDING+ACCESS+TO+AFFORDABLE%2C+QUALITY%2C+ACCOUNTABLE+HEALTH+CARE>
- [9] Gabel J R , Whitmore H , Pickreign J , et al. After the mandates: Massachusetts employers continue to support health reform as more firms offer coverage [J]. Health Affairs , 2008 , 27(6) : 566-575.
- [10] Long S K , Stockley K , Dahlen H. Massachusetts health reforms: uninsurance remains low , self-reported health status improves as state prepares to tackle costs [J]. Health Affairs , 2012 , 31(2) : 444-451.
- [11] Long S K. On the road to universal coverage: impacts of reform in Massachusetts at one year [J]. Health Affairs , 2008 , 27(4) : w270-w284.
- [12] Kenney G M , Long S K , Luque A. Health reform in Massachusetts cut the uninsurance rate among children in half [J]. Health Affairs , 2010 , 29(6) : 1242-1247.
- [13] Long S K , Masi P B. How have employers responded to health reform in Massachusetts Employees' views at the end of one year [J]. Health Affairs , 2008 , 27 (6) : 576-583.
- [14] Kaiser family foundation. Massachusetts Health Care Reform: Two Years Later [R]. Menlo Park , California: KFF , 2008.
- [15] Long S K , Masi P B. Access and affordability: an update on health reform in Massachusetts , fall 2008 [J]. Health Affairs , 2009 , 28(4) : 578-587.
- [16] Archer D. Massachusetts Health Reform: Near Universal Coverage , But No Cost Controls or Guarantee of Quality , Affordable Health Care for All [M]. Institute for America's Future , 2009.
- [17] Long S K , Stockley K. Health Insurance Coverage and Access to Care in Massachusetts: Detailed Tabulations Based on the 2008 Massachusetts Health Insurance Survey [R]. Boston: Urban Institute , 2009.
- [18] Wilensky G R. Health Care Reform—Where Do We Go from Here? [J]. New England Journal of Medicine , 2010 , 362(11) : 362-336.
- [19] Lazar K. Medical costs still burden many despite insurance: Mass. survey finds people in debt , skimping on care [J]. Boston Globe , 2008 (10) : 78-91.
- [20] Long S K , Stockley K. Massachusetts Health Reform: Employer Coverage from Employees' Perspective [J]. Health Affairs , 2009 , 28(6) : 1079-1087.
- [21] Gabel J R , Whitmore H , Pickreign J. Report from Massachusetts: employers largely support health care reform , and few signs of crowd-out appear [J]. Health Affairs , 2008 , 27(1) : 13-23.
- [22] Kingsdale J. Implementing health care reform in Massachusetts: strategic lessons learned [J]. Health Affairs , 2009 , 28(4) : 588-594.
- [23] McDonough J E , Rosman B , Butt M , et al. Massachusetts health reform implementation: major progress and future challenges [J]. Health Affairs , 2008 , 27(4) : 285-297.
- [24] John Holahan , Blumberg L J. Massachusetts health reform: Solving the long-run cost problem [R]. Boston: Urban Institute , 2009.
- [25] Nardin R. Massachusetts' Plan: A Failed Model for Health Care Reform [EB/OL]. (2009-01-18) [2013-09-05]. http://www.pnhp.org/mass_report/mass_report_Final.pdf.
- [26] 孙志刚. 坚定信心 , 再接再厉 , 把医药卫生体制改革持续推向深入 [C]. 全国医改办公室系统工作会议发言稿 , 2012.
- [27] 卫生部. 中国卫生统计年鉴 2013 [G]. 北京: 中国协和医科大学 , 2013.

[收稿日期: 2013-08-16 修回日期: 2013-11-11]

(编辑 刘 博)