

德国医疗保障体制改革经验及启示

周毅^{1 2}

(1. 浙江大学医学院 杭州 310058; 2. 中国科学院城市环境研究所 北京 100088)

摘要: 历经百年沧桑的德国社会医保模式具有预防性、强制性、稳定性、灵活性、多样化、人性化等特征,并以健全的医疗体系和完备的服务层次被冠以“国际惯例”。德国医改的部分经验,譬如通过立法建立药品参考定价、药费分担、药费支付限额、医药平行进口等一系列完善的药费控降制度,体现公平性和可及性原则,政府与社会组织协作、均衡服务等,对修正与完善中国新医改方案、加大执行力度有借鉴意义。

关键词: 德国医保体制; 公平; 药费控降制度; 均衡服务

中图分类号: R01 **文献标志码:** A **文章编号:** 1002-462X(2012)02-0110-03

德国医疗服务资金筹集是多元化体制,以强制性社会保险为主,医疗服务体系建设资金和医疗费用资金筹集采取不同方式。2010年,德国医疗卫生费用占GDP比重为12%,位于美国、瑞士之后,列全球第三,各级各类医疗服务机构技术及设备水平在发达国家中堪称一流。

德国医疗卫生服务体系大致分为两大部分:以传染病监控为主的公共卫生体系和一般医疗服务体系。公共卫生体系是由联邦、州和县三级政府的卫生行政部门主管,各级政府财政分担投入形成的自下而上的完备的信息传递、反应和处理体系。联邦一级为国立机构,承担政府职能,人员多数为公务员,少部分为雇员。联邦设有专门医疗机构及相关处理体系,有些是独立运行,有些则设在医院。按照规定,如发生传染性疾病或疑似病例,由卫生行政部门迅速逐级上报,最终由联邦管理机构确认并制定方案解决。一般医疗服务体系主要有四种类型:一是开业医生,负责门诊检查、咨询等,德国开业医生属于私人开业,政府根据人口、地理条件规定开业诊所数量及资质标准,开业的大部分为全科医生,以及专科开业诊所。开业医生提供基本诊疗服务,并为患者建立专门健康档案。二是医院,负责住院治疗,有公立医院、非营利医院和私营医院三种形式。公立医院由政府投资管理或由大学代管;非营利医院通常由教会或慈善机构管理,基本运作方式与公立医院相同,私营医院也由政府投资,并委托给

私人股东、私营保险机构等经营。三是康复机构,负责治疗后的康复。四是护理机构,负责老年人及残疾者的护理。从数量看,公立医院占主导地位,其次是非营利医院,私营医院数量较少。2009年,在全国2197家医院中,按床位数量计算,公立医院占53.7%,非营利医院占36.3%,私营医院占10%。

一、德国医疗保障体制改革的主要经验

(一) 经验之一: 药费控降

为了抑制药费膨胀,德国通过立法建立了药品参考定价制度、药费分担制度、药费支付限额制度、医药平行进口和仿制药制度、处方药品替代使用制度等一系列完善的社会医保药费控降制度。药费控制对象包括供需双方,供方药费控制制度包括价格扣减制度、参考定价制度、药房对医保价格折扣制度、医生药费支付限额制度等。需方药费控制制度包括药费分担制度、医药平行进口制度、医保报销药品目录制度、处方药品替代使用制度等^[1]。

1. 药品参考定价制度

2004年,德国《社会医疗保险现代化法》正式生效,通过参考价格制度干预药价,从而控制第三方付费者保险公司的药费支出,而非全面限制药品消费,从减少需方对高价药品需求和刺激供方主动降价两方面降低药价。低于参考价格的药品之间形成竞争,刺激药企为争取法定医保市场最大限度降低成本,通过引导患者消费行为影响市场。参考定价制度实施达到两个效果:一是为实施患者分担制度准备条件;二是通过药价竞争,使质优药物价格低廉,节约患者医疗费用^[2]。

收稿日期: 2011-09-20

作者简介: 周毅(1962—),男,湖南常德人,教授,博士生导师,从事经济问题研究。

2. 药费分担制度

实行实物给付目的是减轻患者负担,但是,如果完全免除患者就医费用,则难以避免供需双方可能存在的道德风险,进而造成医疗资源过度消费及医疗费用上涨。因而,既坚持实物给付原则,又使患者承担费用责任,是德国医保制度的重要特点。

2004年,《法定医疗保险现代化法》生效,根据药品零售价比例分担费用,患者承担费用方式为:适用参考定价药,且药价高于参考价格,则高出参考价部分的费用由患者完全支付。适用参考价药,且药价低于参考价,以及不适用参考价药,由患者按比例分担药费。同时,增加医生参与控降药费责任,与医生利益相关,医生处方量普遍减少,尤其是非处方药和辅助药,门诊药费额大幅低于预算,从而减轻医保基金药费支付压力。

3. 药费支付限额制度

医保局联合会与医生联合会达成协议,法定医保基金对医保药费承担有限责任,年度药费预算设定限额,超过部分由相关责任人承担。医生与医保局建立信息沟通机制,结合实际情况调整处方行为。超出目标限额时,医生按一定比例承担赔偿责任,从而有效抑制药费。

4. 医药平行进口和仿制药制度

专利权保护制度的灰色地带是专利产品平行进口问题。德国倡导权利穷竭理论,即专利产品投放市场,专利权人获益,其独占权随之用尽。面对药品专利权人与社会公众利益矛盾,德国政府选择后者,允许药品平行进口,意味着进口专利药品可与国内同一专利药品竞争,如果平行进口药比本国专利药便宜10%,那么药剂师无需医生同意即可调配平行进口药,并按一定比例提成,从而促使药价降低。

(二) 经验之二: 医保原则体现公平性

德国在世界上率先建立了社会保障制度,历经百余年发展与演变,日趋成熟、完善与规范。1883年俾斯麦首创国家法定医保制度,通过立法制定《医疗保险法》,以社会健康保险制度(Social Health Insurance, SHI)和国家健康保险制度(National Health Insurance)为特征,全民覆盖强制性法定医保。德国《社会法典》第五卷《法定医疗保险》以法律形式将社会医保(GKV)确立为医保体制支柱和核心地位,并明确了法定医保人员范围、结构原则、缴费义务、服务范围和保险组织形式等。按照福利国家理论,高投入高福利,德国社会医保及服务水平曾经是全球最高的,并以健全的医疗体系和完备的服务层次成为欧洲国家范本,在全世界最具代表性,被冠以“国际惯例”,多

达百余个国家借鉴和仿效^[3]。其原则如下:

实物待遇原则,即医保局与医疗服务提供方签订合同,患者接受医疗服务无需交费,直接受领实物形式,费用由医保局承担。

报销原则,即患者在接受医疗卫生服务时,由患者先支付后到医保局报销。

自治原则,由雇主和雇员代表组成联邦和州医保局管理委员会,资金和组织独立,具有公法法人地位。法定医保局包括地方医保局、企业医保局、手工业医保局、农民医保局、海员医保局、矿工医保局、替代医保局等七类。除农民医保局、海员医保局和矿工医保局外,其他医保局投保人可以自由退出或转换。

(三) 经验之三: 政府与社会组织协作

政府作用主要体现在:制定法律法规并实施监督执法;确定卫生发展规划;加强以传染病防治为主的公共卫生服务;直接投资特定领域,主要是基本建设投资,以及对社会保险难以涵盖的人群承担责任,比如替无力承担保费者买单。德国以区域和行业划分为七类自治性社会管理组织,不仅是相关群体或组织的利益代表,也是行业管理和规范的组织与实施者,在医疗卫生事业发展中充分发挥作用。有法定保险机构联盟(AOK)、医院联盟(GMA)、医生联盟(DKG)以及代表国民的工会组织,还有协调各类专业性社会组织关系的联邦共同委员会。行医资格标准、医院管理规范等都分别由医生联盟和医院联盟确定并监督实施。政府与社会组织协作有多重意义:一是合理分工可以避免政府管理过多致使效率低下;二是自主管理能够更好地发挥社会组织的专业知识能力,减少信息不对称带来的医疗资源及其保险基金浪费、滥用弊端;三是重大决策通过自治组织之间充分协商,可以平衡各方利益关系。

(四) 经验之四: 均衡服务

患者就医方便,待遇同等。一是医疗卫生服务体系布局均衡。政府规划宗旨是“让国民享受均衡服务”,开业诊所、医院及其设备、技术水平地域布局合理,医疗卫生资源在城乡、地区之间差异不大,无论穷乡僻壤还是繁华都市,参保人均可就近看医,享受同质医疗服务,服务可及性得到保证。二是国民享受服务待遇均衡。医保基金再分配从企业向家庭、资本家向工人、发病率低向发病率高地转移。无论在哪个法定保险机构投保,无论费率及实际缴费额高低,不分贫富贵贱均享受同等医疗服务待遇;同时参保人家属免费享受医保。强调企业社会责任,体恤弱势群体,充分保障低收入和失业人群就医权。三是病种医疗均衡。社保覆盖面广,保障范围宽,基本达到应保尽

保,对预防、早期诊断、治疗、康复等全程覆盖,几乎支付全部医疗费用,包括各类疾病门诊、住院、大病和慢性病治疗及其康复费用,以及生育服务、老年及残疾人护理等,并且还有疾病津贴。

二、德国医保改革对中国的启示

(一) 充分发挥政府主导作用

中国医疗卫生体制问题积重难返,根源是政府职能弱化。一是医改宏观目标选择偏差。一方面,保障对象选择偏离了广覆盖原则。新制度锁定的目标人群只是就业人员及符合条件的退休人员,以至于绝大部分少年儿童、部分老人以及其他失业人员无法保障,违背医保宗旨,并会产生多种经济和社会后果。另一方面,追求高保障标准,通过统筹解决大病负担,通过个人筹资解决小病问题,高保障标准必须以高费率支撑,违背基本国情,难以维持收支平衡,无法全面普及。即使在目标人群范围内,也只是有能力缴费的单位和个人参保,医保变成“富人俱乐部”。二是制度设计存在缺陷。虽然强调医疗保障体制、医疗服务体制及药品流通体制改革并举,但后两项改革流于形式。同时,难以有效控制体制外人员对体制内资源侵蚀。医保制度设计最终选择以限制消费者权益为代价维持体制运转,通过起付线、封顶线、多种形式个人付费等方式加大个人负担,服务质量并未得到改进,参保者普遍不满意。

应充分认识医疗特殊性,全面强化政府在规划、投入、监管等各个环节责任。正确处理政府和市场在医疗保障中的作用。实现政府、社会组织、市场、个人之间的责任分工,科学划分医疗卫生服务层次和范围,充分利用和平均分配医疗资源,保障基本需求服务,突出成本低、健康效益好的服务^[4]。

(二) 确保社会公益目标实现

中国医疗服务体制以公立机构和非营利机构为主,医务人员行为目标和方式具有决定性作用。医疗服务受多种因素影响,对利益目标追求日益强化,在分配方面,类似“层层承包”、“工效挂钩”等早期企业改革,医务人员个人收入和服务收入息息相关,滋生因追逐个人利益而损害公共利益的行为。解决问题关键在于制度设计,坚持公立机构主导地位,通过有效支持和约束手段,切断服务收入和个人收入联系,确保公益目标实现。

(三) 平衡利益关系

改革实质是利益关系调整,决策过程应强调科学化。从德国经验看,政策形成及调整都是在充分协商和讨论基础上完成的,有广泛的公众参与,注重科学决策,实现各个群体利益关系平衡。相比之下,中国医改问题未能充分考虑各方面利益关系,缺乏科学决策。中国各地医保管理机构高度垄断,如上海医保局管理的医保基金覆盖1300万人口,管理难度大,效果差,应予以修正和完善。可以将医保基金管理下放到区一级政府,管理幅度可进一步缩小到社区一级。

(四) 严控医疗费用增长

中国社会医保管理模式与德国迥异,医药费用超常规增长源于国家医疗卫生政策,具有深刻的制度背景。以按服务项目付费为主,与投保人直接发生财务结算关系,控费对象主要是投保人,药费超额风险完全由投保人支付。药企在不改变有效成分前提下,仅仅是改变剂型、规格或包装就被认定为新药,从而获得高出数倍甚至数十倍的利润,是造成药费失控的重要原因^[5]。

(五) 适度自由竞争

德国医药平行进口制度有利于自由竞争,最大限度地降低倚仗知识产权维持的高昂价格,是控降药费过度增长的有效途径。中国《专利法》禁止平行进口,规定“专利权被授予后,除法律另有规定外,专利权人有权阻止他人未经许可的进口产品”。对医药专利权过度保护不但不利于公益性,而且造成医药市场的垄断竞争,医疗可及性大打折扣,同时也会加重患者负担,助长社会不公现象。

参考文献:

- [1] 万谊娜. 自治与分权下的德国医保统筹管理[J]. 德国研究,2010,(4).
- [2] 李享,叶露. 德国药品价格形成和补偿机制对我国的启示[J]. 中国卫生资源,2010,(6).
- [3] 刘晓强. 德国医疗保险体制研究[J]. 国外医学,2010,(4).
- [4] 叶沛霖,等. 德国医疗卫生服务对我国医疗卫生事业发展的启示[J]. 解放军医院管理,2009,(11).
- [5] 张永强. 我国社会保障立法之反思与完善[J]. 经济论坛,2010,(6). [责任编辑:孙浩进]