

德国医疗保险制度发展实践及其对中国的启示*

华 颖

(中国社会科学院人口与劳动经济研究所,北京 100006)

摘要:德国是现代医疗保险制度起源国。自1883年创制以来,德国的医疗保险制度不断完善,从强制性产业工人保险发展为全民医疗保险,从提供现金福利为主到以医疗服务为主,从医保机构自治管理到医保和医疗服务提供方的共同自治管理,从医保机构封闭散立走向开放和竞争,筹资方面走向全国统筹并加强国家干预,医保支付方式亦走向精细化。依法确定的制度框架、合理的筹资机制、公平的待遇给付、顺畅的管理体制、基于自治管理和集体协商基础上的三医协同、依具体情势而灵活调整的弹性机制造就了德国医保制度的可持续发展。我国医疗保险改革正向纵深推进,德国的医保实践可以给中国提供有益启示。

关键词:德国;医疗保险制度;可持续性

中图分类号:F840.613

文献标志码:A

文章编号:1001-862X(2022)05-0142-007

DOI:10.16064/j.cnki.cn34-1003/g0.2022.05.029

1883年,德国铁血宰相俾斯麦通过立法创立全球首个社会医疗保险制度,这是现代社会保障制度的开端。一个多世纪以来,该制度历经两次世界大战、政权更迭、大小经济危机、国家分裂和统一而持续发展,通过广覆盖和高水平的保障,满足了国民的医疗保障需求。本文系统梳理德国医疗保险制度的演进及经验,为正走向成熟定型的中国医疗保险制度提供有价值的参考。

一、德国医疗保险制度的历史演进

德国医疗保险制度自创立以来历经无数次调整,但最初立法确定的社会团结、互助共济、筹资责任分担、劳资自治管理等原则和架构延续至今。一百多年来,该制度发生了四个方面的变迁。

(一)覆盖范围:从强制性产业工人保险到全民医疗保险

在1883年创制之初,依法强制的医疗保险

主要面向蓝领工人,1885年时覆盖约10%的人口。伴随德国快速的工业化和1911年将白领劳动者等群体纳入覆盖范围,从1885年到1914年,缴费参保者从430万增至1360万;如果加上联带参保家属,参保人数更是从480万增至2300万,占总人口的37%。^[1]1918年强制覆盖范围扩展至失业劳动者,1930年扩展至缴费参保者所有的主要受抚养人,1941年扩展至退休人员。^[2]20世纪70年代,扩展至农民、残疾人和学生、艺术家等。1987年,76%的人口强制加入法定医保,略超过10%的人口自愿加入法定医保,总人口覆盖率达到88%(见表1)。^[1]根据2007年的《法定医疗保险竞争加强法》,2009年起全民均须加入法定医保或替代性的私人医保体系。目前,法定医保参保者共7300多万,其中家庭联带参保者约占两成;私人医保参保者近900万,主要是自雇者和公务员。

本刊网址·在线杂志:www.jhlt.net.cn

*基金项目:中国社会科学院习近平新时代中国特色社会主义思想研究中心2022年度重点项目“健康保障与健康中国建设研究”(2022XYZD06)

作者简介:华颖(1986—),女,湖北武汉人,中国社会科学院人口与劳动经济研究所副研究员,主要研究方向:社会保障理论与政策。

(二)筹资机制:从劳资分担到强化国家干预和统筹

纵观德国医保制度的发展,可以发现其缴费方面呈现三个趋势:一是费率伴随着覆盖面和待遇的扩张呈上升趋势,从创制阶段的2%~3%到近年来的15%左右(表1)。二是奉行劳资双方分担缴费责任的原则,雇员与雇主分担比经历了从创制时的2:1到1:1,再到短暂加重雇员责任,直至2019

年回归1:1。三是缴费率从不统一到2009年起统一,再到2015年起为统一基础费率(14.6%)。缴费率的设定原属各医保机构权限,机构间因参保者收入和疾病风险状况的差异,缴费负担畸轻畸重。2009年起,基础缴费率在联邦层面上统一,但若医保机构收不抵支,可向参保者征收定额附加保费,2015年起附加保费与参保者收入定比关联。

需指出的是,自2004年起,国家开始分担医

表1 德国法定医疗保险的发展(1885年至2020年)

	德意志帝国及魏玛共和国时期			纳粹时期	德国分治(西德)			两德统一至今		
年份	1885	1913	1925	1938	1950	1960	1987	1997	2010	2020
医保机构数量	18776	21342	7777	4625	1992	2028	1182	476	165	105
参保者占总人口比(%)	10	35	51	—	—	83	88	88	85	88
缴费参保者占总人口比(%)	9	20	29	34	40	49	—	61	63	69
缴费率(%)	2	3	6	—	6	8.4	12.6	13.6	15.5	14.6+1.1
雇员、雇主缴费之比	2:1	2:1	2:1	2:1	2:1	1:1	1:1	1:1	1.12:1	1:1
法定医保支出的GDP占比(%)	0.2	0.7	1.7	1.9	2.6	3.2	6.2	6.7	7.0	7.8

注:2009年前为各医保机构的平均缴费率;2009年起为统一的基本费率,2015年起为统一基本费率(14.6%)+平均额外费率。

数据来源:(1)1997年及之前数据来自 Busse,Reinhard & Blümel,Miriam.Germany:Health System Review.World Health Organization.Regional Office for Europe.Health Systems in Transition (HiT)series,2004;(2)2010、2020年的数据基于德国联邦健康监测信息系统的数据计算得到。

保筹资责任,当年医保机构从联邦预算中获得10亿欧元补贴,用于与生育相关的服务和津贴、照顾患病儿童的父母病假工资等。^[3]2017年以来,财政补贴规模维持在每年145亿欧元,目前约占法定医保总收入的5%。这一转变是在全民医保的新模式下,进一步稳定缴费率和增进财务可持续性的必要举措。

在基金统筹层次方面,从过去各医保基金分散统筹发展到建立全国统筹的健康基金,并实施基于发病率的风险结构平衡计划。健康基金由联邦社会保障局管理,各医保机构征收的保费和联邦财政补贴首先统一集中汇入健康基金,再依据参保人数并综合考虑参保者的发病率、年龄、性别等风险因素向各医保机构进行分配。^[4]健康基金的建立标志着原来分散在各医保机构的资金改为全国统筹使用,增强了筹资的公平性和可持续性。

(三)待遇给付:从现金福利到以医疗服务为主
德国医疗保险制度建立之初,规定参保者在生病时有权获得现金福利,数额为工资的一半,

给付期限为13周内,特殊情况可延长至一年。^[5]尽管此阶段也规定了医疗服务和药品等实物给付,但待遇给付重点并非疾病治疗,而是作为劳动者患病期间起到收入替代作用的经济保障措施,具体表现是保险给付的病假津贴是医疗费用的1.7倍。^[3]此后,待遇给付重点逐步转移至服务领域,1925年两者之比约为1:1。2021年的病假工资支出166亿欧元,仅占待遇给付总支出的6%。

《德国社会法典》第五编规定“医疗保险的任务是维持、恢复或改善参保人的健康状况”。相应的,待遇给付发展至今已包括门诊和住院医疗服务、牙科服务、处方药、生育、康复治疗、预防保健等全面而综合的促进健康的项目。同时,待遇给付也具有弹性,待遇扩张和削减在不同时期交替出现,但并未动摇保障的全面性。例如,20世纪70年代前后,医保待遇项目大幅扩张,其支出的GDP占比从1965年的3.5%上升到1975年的5.9%^[6],随后由于石油危机和战后德国经济高速发展期的结束,在控费压力下,1977年出台医疗成本控制法案,首次从保障范围内剔除一些项

目,同时引入药物共付额。

医保支付关乎待遇落实和基金支付效率,德国一直采取门诊与住院医疗服务分设、医药分业的做法,其总体趋势是支付规则的精细化。在门诊部门支付中,由于按项目付费导致费用高涨难以持续,1977年的立法引入门诊部门总额预算制,要求医保机构和门诊医师就医师总体报酬进行协商。^[7]对门诊医师的支付由两步构成,第一步是医保机构与州医师协会基于人头数、发病率等协商确定总报酬,第二步是医师协会向成员医生按统一费率体系分配资金。在医院部门支付中,自1972年《医院筹资法》实施以来,实行政府投入和医保支付的二元筹资结构,地方政府负责医院基础设施建设和设备投资,医疗保险支付医院日常运营费用。各类符合政府规划的医院均可申请财政投入,也可与医保机构签订服务与支付合同。2003年起逐步引入了疾病诊断相关组(G-DRG)作为医保对医院的付费方式,使得医院服务更加透明化,也促进了医院间的良性竞争。在药品领域,传统上经过药理实验批准上市的处方药品自动进入医保目录。由于国家未对药价进行行政管制,医保机构也未通过谈判对其施加影响,德国药价曾一度居欧洲之首。如今,医保机构对药品价格的控制和影响日益加强:一方面,1989年《医疗保健改革法案》引入了药品和医疗辅具的参考价格,将具有类似效果的非专利药品和医疗辅具合并,每组制定平均固定价格,医保只支付该价格内的部分,病人自付差额。另一方面,2011年《药品市场改革法案》(Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz, AMNOG)引入了对有专利保护的创新药品有效性的评估。原先完全市场定价的专利药改为需接受联邦共同委员会的附加效果评估,如结论为无附加疗效则放入已存在的药品组中,核定参考价格;如结论为有附加疗效,则再由药商和医保机构全国协会依据评估结果按专利药政策谈判定价。

(四)制度实施:从劳资自治到与医疗服务供方共治

在医疗保险建制之初,德国就确立了制度运行自治管理的原则,并具体体现在由劳资双方自治管理的医保机构上。该机构具有独立公法人地位,由雇员与雇主代表组成管理委员会对重大事

宜进行决策,再由其任命的理事会负责日常运营。其运作逻辑是,雇员与雇主是保费的负担者和制度受益人,由其进行自治和协商直接强化了劳资双方的责任感,而政府则可站在超脱的地位进行监管。起初雇员与雇主的缴费比例设定为2:1,故管理委员会中双方代表的比例亦为2:1;当雇主和雇员开始缴纳等额保费时,开启了劳资等额代表管理医保机构的新时代。

1883年的法律对医保机构和医生之间的关系并无规制。随着保险扩面和给付重点转移至医疗服务,医生群体对医保机构支付的依赖加大,双方冲突日益显现。1913年,政府首次介入医保机构与医师组织之间的冲突,推动双方签订了第一份结构性契约即柏林协议。由此冲突转化为建设性的谈判,共同自治自此开始。1931年,提供法定医保门诊服务的医师必须加入地区医师协会,这些协会同样被赋予公法地位。^[7]自此,这些医生不再从医保机构处直接获得支付,而是由医保机构向地区医师协会支付总报酬,再由医师协会依规进行分配。2004年,联邦共同委员会作为最具权威性和跨部门的共同自治管理机构成立,其在利益相关方协商共治的基础上进行待遇目录、药品参考价、医疗服务质量控制等相关决策。从医保机构劳资自治扩展至医疗服务提供者的专业自治,以及两者间通过谈判协商机制实现的共同自治,是医保治理机制的进一步发展完善。

伴随德国医保制度的发展,其实施主体,即医保机构也由封闭散立走向开放和竞争。医保机构最初是按企业、行业或地区的不同而形成的数以万计的封闭系统,参保者被分配到特定医保机构,医保机构间并无竞争性。进入20世纪90年代后,伴随两德统一和攀升的支出压力,医保改革迈入快车道,促进竞争即是改革的主旨之一。1993年的《医疗保健结构法》赋予参保者在绝大部分医保机构间自由选择的权力,不仅在各医保机构之间首次引入竞争机制,还取消了延续百年的白领与蓝领工人的参保分类。为了减少医保机构的风险选择行为和缴费率差异,在开放选择的同时实施了缴费再分配的风险调整计划。^[8]伴随着开放选择的推进,医保机构大规模合并,根据联邦卫生部的数据,医保机构数量由20世纪90年代初的1000多家缩减至2022年的97家。医

保机构的业务经办范围从一州、若干州到全国不等,基本缴费率一致,所提供的基本待遇也在联邦共同委员会的集中决策下一致。竞争性体现在收不抵支情况下征收的附加保费上,也体现在经办服务的质量和慢病管理、门诊住院整合服务等额外项目提供方面。

二、德国医疗保险可持续发展的原因分析

德国作为社会医疗保险的创制国,其医保制度经历了近 140 年发展历程,面对人口老龄化与疾病谱变化等挑战仍展示了发展韧性。通过德国的实践,可以观察医疗保险制度可持续发展的关键因素。

(一)以法定制、依法实施奠定了制度基础

德国医疗保险制度依据 1883 年的立法建立,一经创立就步入了法治化轨道。“立法先行、以法定制、依法实施”自此成为各国建立包括医保制度在内的各项社会保障制度的基本规则。^[9]回顾德国医保制度的发展历程,可以发现首次立法后其历次改革或细节调整均是法律修订先行,形成的是一套具有高度调整弹性的法律体系。如 2019 年和 2020 年平均每月都会通过一项医疗卫生相关法律,修法频率虽高,但大多数情况下是关于某个领域的微调或具体实施措施,而非实质性改革。^[10]通过法律赋权明责,保障了制度的公信力和执行力,也给行政、司法、医保管理机构、医疗机构等主体依法作为提供了依据^[11],这是医疗保险可持续发展的制度基础。

德国医疗保险制度惠及全民即是以法定制、依法实施的结果。在法律的明确规制下,所有国民和永久居民都被强制加入法定或私人医保体系。法定医保覆盖约 90%的人口,除公务员、自雇者等外,凡工资收入超过 450 欧元且在一定限额以下的在职劳动者、学生、农民、退休者、失业者等,均强制参保。法定医保以家庭为单位参保,即缴费参保者的无收入或低收入配偶和未成年子女可作为家属免费参保,这不仅符合按能力缴费的公平筹资原则,也是对家庭友好的政策,征缴成本较全民缴费亦更低。根据德国联邦健康监测信息系统的数据,截至 2022 年 7 月,法定医保覆盖 7368 万人,其中 5762 万为缴费参保者,1606

万为家庭联带参保者。收入高于限额的雇员可自愿参保,或转而参加替代性的私人医保。替代性的私人医保覆盖了约 10%的人口,其中超半数为公务员和自雇者。公务员普遍选择私保的原因在于其 50%的医疗费由财政直接报销,其余由私人保险覆盖;其家属 70%的医疗费由财政直接报销,其余由私人保险覆盖。法定和私人医保均须提供统一的基本医保待遇,法定医保参保者还可另选私人医保作为补充,以获得如私人病房等更好的服务。

需要指出的是,德国的以法定制与依法实施并不是僵化的制度延续,而是能够适应时代发展与制度运行环境的变化调整相关内容。无论是推行全民强制医疗保险、在各个医保经办机构间引入竞争机制、筹资方面实现全国统筹并引入联邦财政补贴、引入按病种付费等医保支付方式的精细化调整,抑或是近期着力加强门诊与住院治疗的协调连贯、加快推进医疗卫生服务数字化进程等举措,均是根据制度运行环境变化做出的适应性调整,这是其实现可持续发展的关键。

(二)合理的筹资机制提供了稳固的物质基础

德国医疗保险的资金主要来自雇员与雇主按收入一定比例的缴费,辅之以联邦财政补贴。缴费仅以参保者的负有缴费义务的收入为依据,缴费基数设有上限,2022 年为 4837.5 欧元/月。同时,待遇给付则以实际需求为基础,因而具有很强的互助共济性。自 2015 年至今,缴费率为 14.6%,由雇主与雇员均担。在此基础上,各医保机构可另收取一定比例的附加保费,2019 年起附加保费亦由劳资双方均担。雇主和雇员均担筹资责任为制度的持续发展注入了理性。2021 年各医保机构附加费在 0.35%~2.70%之间不等,平均约为 1.3%。对于退休人员和失业人员,法定养老保险管理机构和联邦就业局分别承担雇主的筹资责任。无保险的社会福利领取者以及部分寻求庇护的移民均须选择医保机构参保,市政当局不代其缴费,而是向为其提供医疗服务的医保机构进行报销。^[7]各医保机构的结余可留作确保支付能力的储备金,这种结余控制在月支出的 1/4 和 1 倍间,超额结余须返还参保者或增加支付项目,背后的逻辑是现收现付型医疗保险制度无须也不应有过多储备,调整缴费率是平滑收支的更合

理方式。

根据德国联邦健康监测信息系统的数据,1995年至2021年,医保基金总收入从1204亿欧元增至2783亿欧元,基金总支出从1240亿欧元增至2850亿欧元;大部分年份收略大于支,小部分年份支略大于收。在基金支出方面,包括待遇给付与管理费用两类,前者包括门诊、牙科、药品、非药物治疗与辅具、住院治疗、病假工资等。从1995年到2021年,住院治疗支出占总支出的比例从32.9%降至30.1%,门诊治疗和药品支出占比均各维持在15%左右;而医保机构管理费用的总支出占比从4.9%降至2021年的最低点4.1%。合理的医保筹资机制保障了基金收支规模稳步上升,进而为实现制度目标与可持续发展奠定了物质基础。

(三)待遇公平、保障有力筑牢了国民对制度的信心基础

一方面,德国的医保待遇给付公平而全面,所有参保者均依法公平地享有联邦层面统一设定的医保权益。待遇给付包括全科和专科门诊、医院门急诊和住院治疗、处方药和辅具、康复医疗、姑息治疗等。此外,还提供预防免疫、慢性病筛查、癌症筛查等预防保健服务,以及疾病津贴和生育津贴。如果参保者因病无法工作,通常情况下雇主会支付6周病假工资,之后由医疗保险支付疾病津贴,数额为不超过缴费基数上限的毛工资的70%。生育津贴可在法定产假期间领取,数额取决于分娩前3个月的平均税后收入。^[12]

另一方面,严格限制个人自付医疗费用。参保者可自由选择合约医生或机构就诊,仅需自付少量医疗费用。个人自付费用主要包括购买处方药时每种药品需支付10%的药品费用(5~10欧元),住院治疗时需每天支付10欧元(不超过28天),未成年人无须分担上述费用,失业者和低收入者可免除部分费用。所有参保者个人支付的医疗费用都设有封顶线。根据《德国社会法典》第5编第61条、62条,一年内自付费用封顶线为家庭总收入的2%,对于某些慢性病患者,该比例可减至1%。

根据德国联邦健康监测信息系统数据,目前,德国每年医疗卫生总支出逾4000亿欧元,2020年占GDP的13.1%,人均医疗卫生费用超

过5000欧元。德国联邦统计局的数据显示,在医疗卫生筹资总额中,来自法定医保支付的占近60%,来自私人医保近10%,来自其他法定社会保险(长期护理、工伤、养老)的占近15%,来自个人自付和私人非营利部门的仅略高于10%,多方责任在较长的时间内保持着相对稳定。可见,德国医疗保险制度使个人的自付医疗费用得到了有效控制,疾病后顾之忧得以切实解除,德国医疗保险制度赢得了国民信任和信心。

(四)健全的管理体制与协同机制提供了组织保障

在医疗保险管理方面,德国构建的是议会立法、行政监督、司法裁判、自治管理机构实施的有序局面。其中,联邦议会作为最高立法机关,承担着确立医疗保险法律并赋权明责的职责。联邦议会制定的医疗保险法和修法内容均体现在社会法典第五编中,为医疗保险制度的实施提供着明确且具体的法律依据。行政机关基于法定授权,监督各项医疗保险活动依法进行。其中,联邦卫生部承担着推动立法、完善相关政策及监督制度运行的职责,是确保法律得到贯彻落实的监督主体。各州卫生部门负责医院规划、投资医院基建和设备、监督本州的医保机构、医院和医师协会等组织。联邦社会保障局负责对业务范围覆盖三个以上州的保险机构进行法律监督,同时管理全国统筹的基金及风险结构平衡计划。医保机构及其协会、医师医院协会等自治管理机构肩负具体实施医保制度的责任,它们基于国家认可并授予的权力,围绕集体合同进行协商,拟定医疗保险具体的实施细节,共同治理医疗保险系统。国家的任务是为这些谈判提供制度框架、制定明确规则并进行法律监督。在司法方面,德国从联邦到地方设有专门的社会法院,医疗保险等社会保障方面的法律问题均交由社会法院裁决,一整套严密的司法系统和法定程序为医保制度的实施提供着专业有效的司法保障。

此外,基于平等协商的三医协同有力地保障了医保制度的有序运行。德国医保制度的运行建立在医保机构和医疗服务提供方之间的结构化协商谈判基础之上,双方的协商共治主要基于协会层面,以集体谈判和合同为主要特征,协商的主要内容包括医疗服务的内容和价格等。医保、

医疗、医药等利益相关者能够有序参与、平等协商、协调利益、实现协同。首先,各方参与谈判的法律地位和权利平等、过程和规则公平,这增加了决策结果的易被接受性,减少了实施过程中的阻碍和执行成本。其次,自治管理系统的外部压力促进共识的达成。如果谈判双方不能在规定时间内达成共识,政府部门就可以做出单边决策,这种压力使得双方力图达成协同状态。最后,协会化的谈判有助于通过行业自律规范行为,并减少医保和医疗医药方的直接对抗和冲突,门诊医师的报酬由医师协会分配即突出反映了这一点。正是这套分工明确、相互协同的管理体制,保障了德国医疗保险制度的有序运行,为制度可持续发展提供了组织保障。

三、德国实践对中国的启示

在扎实推动共同富裕的时代背景下,发展社会保障成为我国走向共同富裕的必由之路,而医疗保障制度能否高质量、可持续发展影响重大。^[13]目前,我国已经处在全面建构中国特色医保制度改革的关键期,作为同样采取社会医疗保险模式的国家,德国的实践无疑具有重要的借鉴意义。

(一)吸收借鉴医疗保险制度好的发展模式

从社会医疗保险制度在德国的创建到其成为法国、日本、韩国等众多国家仿效的典型模式,这种类型的制度安排在实践中形成了依法实施、强制参保、均衡筹资、互助共济、待遇公平等做法。

对我国而言,在经过 20 多年的改革探索后,根据中共中央、国务院 2020 年发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》这一纲领性文件的要求,我国要在 2030 年全面建成中国特色的医疗保障制度,这一目标设定决定了我国医疗保险制度必须通过全面深化改革尽快走向成熟、定型发展阶段。为此,可以借鉴德国等的实践经验,遵循医疗保险制度好的做法,在以下几个方面取得实质性进展:一是促使医疗保险步入法治化轨道。应当尽快改变政策性文件主导医保制度的现状,在理顺立法主体、监管主体和实施主体间关系的条件下,重点明确立法机构应当承担的立法责

任,加快医疗保障法制建设步伐,通过完备的法律制度赋权明责,给医疗保险参与主体(政府、用人单位、参保人及医疗机构、医药机构等)提供清晰的行为依据和稳定预期。二是明确将居民自愿参保转变为强制参保或自动参保,以确保医疗保险制度的有效全覆盖。三是矫正单位、政府负担重而个人负担偏轻的筹资责任失衡问题,通过逐步均衡各方筹资责任为制度可持续发展奠定坚实基础物质基础。四是尽快取消仍导致职工医保基金中约 1/4 无法统筹使用的医保个人账户,同时提高医保基金统筹层次,以切实强化制度的互助共济功能,这是真正实现疾病风险有效分摊并维护制度财务可持续性的重要条件。五是促进待遇公平。尽快解决地区分割统筹条件下医保待遇差异过大的问题,以全国统一的医保待遇清单确保全体参保人的待遇公平,这是维护制度公平及增强人民对制度的信心的必要举措。

(二)树立进一步减轻群众负担的制度目标

德国医疗保险制度之所以能够赢得全民普遍信任、具备坚实的民意基础,关键是其使得个人的自付医疗费用得到了有效控制,民众的疾病后顾之忧得以切实解除。近年来尽管我国的医疗保险制度在不断发展,医保政策范围内的医疗费用报销水平在不断提升,但政策范围外的自费项目仍然较多,疾病医疗的个人自付额仍偏高,特别是因医保基金支付额有封顶限制,在发生重大疾病时个人自付的医疗费用具有不确定性,这种不确定性不仅带来不安全感,而且导致灾难性医疗支出现象仍时有发生。因此,我国的医疗保障制度亦需将人民无疾病医疗后顾之忧作为目标,在改进和提高筹资方式和水平的基础上,持续提高保障水平,实施从“医保基金支付封顶”转向“患者自付费用封顶”的新政策,以此进一步提高医保制度的效能,进而为制度可持续发展筑牢人民信赖且依靠的群众基石。

(三)强化多元主体协同治理

医疗保险涉及的主体关系复杂。在实践中,医疗保险的制度效果在很大程度上取决于医疗服务与医药供应的协同配合,这是德国医疗保险制度持续发展的重要经验。在我国,“为了人民的健康”应当是医保、医疗、医药的共同目标,尽管早在 20 世纪 90 年代就已提出过“三医联动”的

改革思路,但现实是三者之间不仅仍然缺乏有效协同,而且因利益冲突还存在扭曲制度实践路径的现象,如药价虚高、重复检验等导致的看病贵,就直接导致医保基金流失和人民利益受损。有鉴于此,我国特别需要借鉴德国“三医”之间良性互动的经验,在督促“三医”各循其规、各尽其责的条件下,通过协商共治,打造协同治理的新格局。

具体而言,目前除需要继续强化医保战略性购买者角色和发挥医保基金支付的杠杆作用外,还要同步强化三大领域的行业自律,以之约束各自行为,按平等互利合作原则重构医保经办机构与医疗医药机构的关系,探索医保经办机构与医疗服务行业、医药行业的集体谈判协商机制,以良性互动、共同发展为目标,真正化解“三医”间的利益冲突,进而实现有效协同的新治理格局。

(四)促进有中国特色的医保制度步入高质量、可持续的发展轨道

尽管德国医保制度具有较强的借鉴意义,但因社会制度差异、发展阶段和路径有别等原因,中国不可能也没有必要照搬他国模式,而是需要基于目标导向、立足现实,走出有中国特色的医保发展之路。

在医疗保险制度的筹资机制方面,我国的财政资金正承担着并应继续承担较德国政府更大的责任,其中体现的是社会主义制度的优越性;在待遇方面,因城乡之间、地区之间发展不平衡非短期内可以改变,既要坚定制度统一公平的发展目标,也要允许存在逐步缩小差距的过渡期;在管理体制方面,须坚持党的领导和政府主导的特色,但也不排斥利用市场与社会力量提高制度的运行效率;在“三医”协同方面,应以健康中国建设为目标,通过医保支付方式的改革支持民族医药产业和中医药的发展。当务之急则是在中央顶层设计的指导下,加快矫正现存的制度性缺陷,包括深化职工医保个人账户改革,提高医保基金统筹层次,优化居民医保筹资机制,缩小职工与居民两大群体的待遇差距等,尽快步入高质量、可持续的发展轨道。

参考文献:

[1]Alber J.Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik

Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise[M].Frankfurt:Campus Verl, 1992.

- [2]Bärnighausen T,Sauerborn R.One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System:Are There Any Lessons for Middle – and low-income Countries?[J]Soc Sci Med,2002,(10): 1559–1587.
- [3]Busse,Reinhard,and Annette Riesberg.Health Care Systems in Transition:Germany European Observatory on Health Systems and Policies [M].Health Systems in Transition (HiT)series,2004.
- [4]Schang L.Morbidity-based Risk Structure Compensation[J].Health Policy Monitor,2009,(13).
- [5]Töns H. Hundert Jahre Gesetzliche Krankenversicherung im Blick der Ortskrankenkassen[M].Verlag der Ortskrankenkassen,1983.
- [6]Braun B,Kühn H,Reiners H.Das Märchen von der Kostenexplosion–Populäre Irrtümer zur Gesundheitsspolitik[M].Frankfurt:Fischer,1998.
- [7]Busse R,Blümel M,Knieps F,Bärnighausen T.Statutory Health Insurance in Germany:A Health System Shaped by 135 Years of Solidarity,Self –governance,and Competition [J].Lancet,2017,(10097): 882–897.
- [8]Knaus T,Nuscheler R.Risk Selection in the German Public Health Insurance System [J].Health Econ, 2005,(14):1253–1271.
- [9]华颖.地方社会保障政策出台存在的问题及其综合治理[J].行政管理改革,2021,(11):81–89.
- [10]Blümel M,Spranger A,Achstetter K,Maresso A.et al.Germany:Health System Review [M].World Health Organization.Regional Office for Europe, Health Systems in Transition (HiT)series,2020.
- [11]华颖.德国医疗保险自治管理模式研究[J].社会保障评论,2017,(1):153–159.
- [12]Federal Ministry of Labour and Social Affairs:Social Security at a Glance 2020[M].2020.
- [13]郑功成.共同富裕与社会保障的逻辑关系及福利中国建设实践[J].社会保障评论,2022,(1):3–22.

(责任编辑 焦德武)