

# 国外医疗保险制度对我国的启示(三)

齐明珠

## 一、德国医疗保险制度的历史与现状

德国是世界上开创社会保障制度的鼻祖,同时也是世界上最早将医疗保险纳入社会保障体系的国家。1883年5月31日,帝国国会经过辩论,以多数票通过了《医疗保险法》,并于同年12月1日正式实施。当时,医疗保险基金全部来自雇主和雇员,各缴纳50%的保险费。<sup>[1]</sup>《医疗保险法》规定:从工人丧失劳动力的第3天起至第13个星期止,医疗保险公司要支付其工资的一半,并承担其治疗和医药费用。这在当时的历史经济条件下,对社会保障制度来说无疑是一场革命。可见,德国的医疗保险制度不仅起步早,而且起点高。此后,德国的医疗保险制度处于有序、平稳的发展中,不断完善,医疗保险的项目和内容逐步充实起来。特别是二战后,德国政府将提高社会保障水平作为战后的最基本任务之一,1949年围绕这个任务制定了《基本法》,医疗保险制度也随之得到充分发展。

与美国、日本等国家一样,德国的医疗保险制度也分为二种,即法定医疗保险(等同于社会医疗保险)和私人医疗保险(等同于商业医疗保险)。

### 1、法定医疗保险

“法定”有强制的意思,德国的法定医疗保险是强制参加的。它的保险对象有如下四类:①工资超过最低限度(“最低限度”是指每周工作少于15小时,报酬低于480马克。)同时每年工资又低于58500马克或每月工资少于4875马克的所有雇员;②农民、家庭手工业者;③失业者、大学生、残疾人和退休人员;④投保人配偶及其子女。<sup>[2]</sup>可见,法定医疗保险的涵盖面是非常广的。这里需要指出的有两点:一是收入低于最低限度者可免交保险费;二是不对高薪阶层参加法定医疗保险作强行规定。

法定医疗保险的资金来源是投保人和雇主缴纳

的保险费,国家一般不直接给予补贴。在德国,企业雇员投保,由雇主和雇员各付50%的保险费。对于一般雇员来说,医疗保险费缴纳比率为工资毛收入的12.2%,雇员缴纳61%,此比例是比较高的。但对于月收入在481~610马克的雇员又另当别论,他们的医疗保险费全部由雇主代为缴纳。<sup>[3]</sup>

参加法定医疗保险的雇员和其他投保者,无论其缴纳保险费的实际数额多寡,都同样享有包括门诊、用药、换牙、手术和必要的住院及料理等待遇。投保人患病后,凭医疗保险机构的“看病卡”可以在允许开业的医疗保险机构中自由选择就医,并在领药时自付20%的药费。法定的医疗保险机构主要有7个:即地方性医疗保险机构;企业医疗保险机构;手工业医疗保险机构;农业医疗保险机构;海关医疗保险机构;矿工医疗保险机构;替代性医疗保险机构。<sup>[4]</sup>医疗保险机构同医生同业公会签订合同,每季按一定额度支付医生同业公会一笔资金作为投保人的医疗费用,医生同业公会再按投保人门诊治疗或住院治疗的平均费用标准同门诊部、医院进行核算,投保人同医疗机构不发生直接费用联系。法定医疗保险机构既有地区性又有行业性,资金管理以现收现付为主。

### 2、私人医疗保险

德国的私人医疗保险是投保者自愿参加的,作为法定医疗保险的补充。它的投保对象主要为不参加法定医疗保险者,如公务员、高收入者,也包括一些不满足法定医疗保险所提供的医疗想获得补偿者。

私人医疗保险费由投保人全部缴纳,政府及雇主不予补贴。所缴保险费的多少与性别、年龄、所投保险种有关,缴费不同,保障程度亦不一样。德国的私人医疗保险机构为投保者提供四种方式的医疗保

险:

①全保。在这种方式中,投保人患病时所有的医疗费用全部由保险公司承担或个人承担小伤小病的医疗费用(因为小伤小病的医疗费用对一般投保者来说都能缴纳得起,构不成风险),大病的医疗费用全部由保险公司承担。

②部分保险或额外保险。这种保险实质为法定医疗保险外的补充即如果投保者已经参加了法定医疗保险,患病时要求得到更好的医疗待遇,私人保险公司将承担改善医疗条件等超出的费用。

③提供住院时额外的补助。即由私人保险公司承担投保人住院时失去的工作收入和住院治疗开支。

④提供每日门诊补贴。当投保人因患病不能正常工作时,由私人保险公司提供收入损失。<sup>[5]</sup>

此外,私人保险公司允许投保者自由选择医院和私人诊所就医。

目前,德国的医疗保险制度已相当发达与完备。法定医疗保险金已占到德国社会保险金的32%。投保者在患病时能得到及时、有效的医治,大大减轻了因治病而给投保者及其家属带来的经济损失。同时,德国医疗保险的覆盖面及保障程度是非常高的。90%以上的居民被强制加入法定医疗保险,还有大批居民自愿参加了私人医疗保险。对于就业者来说,投保比例更高,94%的就业者以某种形式或几种形式参加了医疗保险和不因生病而影响收入的保险,可见,德国的医疗保险几乎囊括了所有社会成员。不唯如此,其保障程度亦令许多国家自叹弗如。按德国法定医疗保险条例规定,雇员生病时雇主必须继续付给其6周工资,之后投保者可每月从保险机构得到其纯工资收入的80%。如若该雇员另外投了能提供住院或门诊补贴一类的私人医疗保险,则其因生病而带来的收入损失风险就会降为零。

## 二、德国医疗保险制度成功原因释析

经过一个多世纪的充分发展,德国的医疗保险制度已渐趋完善。在国内人口持续老龄化、经济不景气、失业率居高不下、物价上涨及通货膨胀等多种不利因素的阴影下,德国的医疗保险仍能实现高覆盖、高保障,没有给国家财政造成过重负担。这与许多西方福利国家及其它基本实现“全民皆保险”的国家医疗保险业举步维艰的现状相比,不能不算作是一个极大的成功。认真思考和分析其医疗保险制度的运营,就不难找出其成功的几点决定因素。

1、高效率与公平并举。这是德国医疗保险业成功的最关键因素。德国的医疗保险制度从一诞生起就体现了高效率,从1883年一直到今天,无论政权更迭与社会动荡,法定医疗保险金一直是由雇主和雇员各承担一半。这种高效率的“自助”原则极大地减轻了国家的财政负担,这是德国“高覆盖、高保障”的医疗保险制度得以实现和延续的基本前提。同时,德国医疗保险制度也体现了公平的原则,企业雇员以外的低收入者可免缴保险费加入法定医疗保险,这部分费用由政府财政负担,数额不是很大。属企业雇员的低收入者由雇主全部代缴保险费,国家财政不予负担。这样就保证了不同收入水平的人都能享有基本的医疗保障。

2、自由就医为医疗机构引入竞争机制,提高了医疗效率。在德国,法定医疗保险机构和私人医疗保险机构都允许被保险人在允许开业的医疗保险服务机构或私人诊所自由就医。德国各医疗机构的收费标准是国家统一规定的,以法律的形式强制实施。因此各医疗机构为获得更多的经济效益,在无法提高收费标准的前提下,只好竞相改善医疗服务质量,提高医疗技术水平,否则就会在自由的市场竞争中被淘汰。医疗资源的有效利用、合理的医疗价格,减轻了个人、雇主及国家财政的负担,保障了投保人的利益,稳定了医疗保险业的经营。

3、新型医疗保险中的三方关系。医疗保险区别于其它险种的一个显著特点是它的经营运作不仅涉及到保险机构和投保人,还受到第三方——医院医疗行为的影响。因为医院是投保人接受医疗的单位,保险机构的赔付额在很大程度上是由医院结算的医疗服务费决定的。所以说,在医疗保险中,医院是连接保险机构和投保人的纽带,是医疗保险中没有保险关系的主要当事人。然而在医疗保险中,投保人、保险机构、医院这三方却有着各自不同的利益要求,都力图实现本方利益的最大化。在这种矛盾的利益冲突中,达到利益平衡又能充分保障投保人的利益、维持保险机构的正常运营并非易事。德国的医疗保险机构找到了这个问题的症结所在,从而对症下药——在医疗机构中引入竞争机制,约束了医院的医疗行为。允许投保人自由选择医院,打破医院、医生的垄断,将由于医院或医生的道德风险所带来的损失降至最小。此外,在法定医疗保险中,还引入了第四方——医生同业公会,保险机构不与医疗机构直接发生联系,而是与医生同业公会签合同,

再由医生同业公会定期与医疗机构结算,投保人与医疗机构不直接发生费用关系,只是在领药时自付20%的药费,这样既防止了投保人的任意消费,又保障了投保人、保险机构、医疗机构多方的基本利益。各国的社会医疗保险均在不同程度上存在着医疗浪费、医疗费用失控的问题,严重者直接威胁到社会医疗保险能否正常运转,德国的这种新型的三方(四方)关系确实值得借鉴。

### 三、德国医疗保险制度对我国的启示

我国的医疗卫生事业近年来虽然有了长足的发展,但仍属医药短缺。由于保险机构对医疗行为缺乏有效的约束机制,医院在商业利润的诱惑下,放松对医疗费用的控制,造成医药价格上涨过猛,医疗浪费严重,更加剧了医药的不足。这不仅使我国社会医疗保险的改革面临重重困境,而且也不利于商业医疗保险的健康发展。不合理的诊疗方案及收费,使保险机构的赔付风险过大,有时甚至超出了偿付能力。这加剧了我国社会医疗保险改革的难度,也是商业医疗保险种少,发展严重不足的主要原因之一。通过考察德国的医疗保险制度,分析其成功原因,针对我国具体国情,可得如下几点启示:

1. 将竞争机制引入医疗保险中,打破医疗垄断。有竞争才能有发展、有提高。目前我国的医疗保险机构大都为投保人指定了合同医院,其目的主要是控制费用,加强对医院的监督管理。但是,在绝大多数情况下,保险机构(无论是社会医疗保险机构还是商业医疗保险机构)是不可能具体到对医院医疗质量进行直接管理的,这种方式很难奏效。因为社会分工不同,而且保险机构与医疗机构的利益相左,它们的管理方式、业务性质有着根本的区别。投保者一旦患病,只能到保险机构指定的合同医院就医,这一过程就造成了医疗服务的垄断。疾病的多样性和复杂性,会导致医疗服务的多样性和复杂性。即使同一种疾病也会有不同费用的治疗方案。投保者到合同医院就医,由于医疗费用大部分由保险机构给付,医院受利益驱动,往往会偏向于选择高费用的诊疗方案,造成医疗过溢,加重保险机构的负担,严重时可能导致入不敷出,使保险机构难以为继。鉴于此,一些保险机构与医疗机构建立了连带经营机制,以约束医院的医疗行为,控制费用支出。其作法与美国30年代医疗保险的凯撒组织类似,采取预付承包的医疗保险形式,由保险机构与医院签订合同,实

行医疗经费承包制,超支不补、节余按一定比例自留,这种方法避免了医疗过程中的浪费,但是却容易造成被保险人保障不足。医院为得到更多的费用结余,往往会有意降低诊疗标准,减少费用支出,造成投保人治疗条件的恶化。可见,这种指定合同医院的作法,导致医院的医疗行为随利益导向不同,而随意控制医疗标准,侵害保险机构或投保人的利益。德国的经验证明,允许投保人自由选择医院,不但不会带来管理上的混乱,而且会引发医院间为争夺投保人而展开的质量服务上的竞争,经济学家称这种竞争为“管理竞争”。当然,这种自由选择医院就医,又要经受投保人道德风险的考验。投保人就医时可能会偏重于选择高标准的诊疗方案,医院是无权亦不愿拒绝这种高标准即高费用诊疗要求的。在这方面,德国又给我们提供了一个楷模。在德国,投保者凭“看病卡”就医,投保人与医院不发生直接的费用联系,但是在取药时必须个人负担20%。这样比较有效地控制了投保人道德风险的发生。理顺医疗保险中的各种利益关系,是医疗保险事业发展的基础。

2. 采取效率优先、兼顾公平的原则。在我国的社会医疗保险中,个人基本上是不缴费,或只缴很少量保险费的,费用几乎全部由企业承担,当企业效益不好或企业职工年龄结构偏老时,企业承担不起就转嫁给社会或政府财政,从而给财政和社会带来了沉重负担。参照德国注重效率的经验,我国的社会医疗保险的保险费,也应由个人和单位共同承担,按职工工资收入的一定比例来收取。因工资收入不同,个人所缴保险费也不一样,但投保人患病时所得到的医疗待遇应该一致,体现出“兼顾公平”的原则,同时对收入过低者应由用人单位代缴,这样不仅能有效地减轻政府的财政负担,还能因资金来源增加而提高投保人的保障水平。

总之,借鉴德国的先进经验,发展我国的医疗保险制度,必可大有作为。

(作者工作单位:首都经济贸易大学人口所 北京市 100026)

#### 参考文献

- 14 管信林.德国社会保险纵横谈.保险研究,1995年,第6期.
- 25 许莉.德国的医疗保险制度.上海保险,1996年,第2期.
- 3 陈钢.医疗保险的盈利及经济关系.保险研究,1996年,第1期.