

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

2009 年 第 8 期
(总第 10 期)

上海市卫生局政策法规处

上海市卫生发展研究中心

2009 年 8 月 28 日

编者按 随着国家医改《意见》、《实施方案》以及各项配套文件的陆续发布，各地进一步加大了医改工作力度。经过前一阶段紧锣密鼓的工作，本市各项医改专题和综合调研、平行方案研究等工作均已结束，相关医改意见与实施方案即将出台。本期医疗卫生体制改革对各地已出台的医改政策特点进行了提炼归纳。

卫生政策有三个支柱：一是技术性支柱，即分析面临的问题及其解决方式；二是伦理支柱，即明晰改革所追求的终极目标；三是政治性支柱，即如何为共同目标达成统一的认识和行动。人们往往比较重视卫生政策的技术性支柱，而对后两者的研究分析不够。本文结合胡庆澧教授在国际组织的工作经验，根据其在第八次世界生命伦理学大会上的演讲整理而成，旨在呼吁卫生改革应重视伦理学的基础——公正性和社会责任，以及建立相应的机制。同时，本期约稿上海市卫生局政策法规处付晨副处长介绍德国的医疗服务体系、医疗保险和护理保险制度，并总结其特点及对我们的借鉴意义。谨供有关领导和同志参考。

目 录

专家论坛

中国卫生改革应重视的伦理基础——公正性和社会责任·····胡庆澧	2
一、历史的回顾和改革的需求·····	3
二、近年卫生改革的简要分析·····	6
三、反思和总结：我们应更重视普适的伦理价值·····	10
德国医疗卫生体制简介·····付晨	15
一、德国概况·····	15
二、医疗服务体系·····	15
三、医疗保险制度·····	16
四、护理保险制度·····	19
五、特点和借鉴·····	20

医药卫生体制改革

因地制宜推举措 千方百计促民生·····高广文	21
一、城保、居保：新的探索、更高水平·····	21
二、新农合：保障水平稳步提高·····	22
三、基本药物：零加成试点·····	23
四、基层人员：稳定财政补助支持·····	23
五、公共卫生服务：向基层落实·····	24
六、公立医院改革：试点起步·····	25

Content

Expert Forum

We Should Think about the Ethic Basis of the Health Care Reform ——Fairness and Social Responsibility ·····	2
Introduction of the Reform of Germany Health Care System ·····	15

Health Care System Reform

Making Every Effort to Promote People's Livelihood by Proposing Measures Adapted to Local Conditions ·····	21
---	----

中国卫生改革应重视的伦理基础——公正性和社会责任

胡庆澧

【摘要】 世界卫生组织的宪章和有关卫生大会的决议指出：“人人享有最高且可获得的健康标准是一项人类的基本权利”。中国曾经是发展中国家贯彻世界卫生组织人人享有卫生保健战略目标的楷模。随着社会经济的发展、科学技术的进步、人口结构及疾病谱的改变，中国亟待进行卫生改革，但世界上没有可资我国借鉴的现成有效模式。我国的卫生改革虽然取得了伟大成就，但改革一直缺乏伦理考量。世界卫生组织、联合国教科文组织等国际组织提出的公正性和社会责任等普适性的伦理学价值观，应该引起我们高度关注。

【关键词】 初级卫生保健；卫生改革；卫生资源；公正性；社会责任

We Should Think about the Ethic Basis of the Health Care Reform——Fairness and Social Responsibility

Qing-Li Hu

[Abstract] The constitution and the resolutions of the World Health Organization had indicated times and again, that “The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of the human being”. China was a good example of the developing countries, in its implementation of the WHO health for all strategy. To meet the challenge of social economic change, the demographic and disease pattern change and the rapid development of science and technology, there is a need for reform the health care system; however there is no perfect model to follow. The authors analysis the experiences of our health care reform, we had made great achievement, but there was a lack of

胡庆澧：上海交通大学医学院，瑞金医院终身教授；上海市卫生局卫生决策专家咨询委员会委员；联合国教科文组织国际生命伦理委员会委员；国家人类基因组南方研究中心伦理法律与社会问题研究部，顾问组组长；世界卫生组织前副总干事兼卫生伦理指导组组长

consideration on health ethics. The authors also analysis the fairness and social responsibilities, based on the ethics guiding principles of the World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

[Key words] Primary Health Care; Health care reform; Health resources distribution; Fairness; Social Responsibilities

一、历史的回顾和改革的需求

(一) 实践表明卫生工作四大方针是正确的

中国是一个人口大国，卫生工作十分重要，但基础薄弱，任务繁重。新中国成立不久，在 1950 年召开的全国卫生大会上，确定了卫生工作的四大方针，即：面向工农兵；预防为主；团结中西医；卫生工作与健康运动相结合。半个多世纪的历史实践表明四大方针是完全正确的，是符合我国卫生工作的规律和国情的。“面向工农兵”，也就是为广大人民群众服务，以增进人民群众的健康为卫生工作的根本宗旨。“预防为主”既体现了“上医治未病”的传统观念，也符合“防重于治”的卫生工作的特点和发展趋势，能够用最少的钱办更多的事。中医药是我国的特色和传统，具有深厚的群众基础。在发展西医的同时，充分发挥中医的作用，有利于更好地保障人民群众的健康。卫生工作并非只是医疗卫生部门的事情，也是社会的共同责任，要依靠群众，发动群众广泛参与，“爱国卫生运动”取得的巨大成效生动体现了这一点。

当然，四大方针不可避免地带有历史的特点或烙印，但这并不能妨碍我们今天对它作充分的、足够的肯定。

(二) 中国曾是发展中国家初级卫生保健的楷模

1997 年，第 30 届世界卫生大会通过《2000 年人人享有卫生保健》的

决定。大会强调，健康是一项人类基本权利，必须使全体公民获得最高可能的健康水平。为此，要着重解决卫生资源不足和资源分配不公的问题。为实现 2000 年人人享有卫生保健的目标，1978 年 9 月在（前）苏联阿拉木图，由世界卫生组织和联合国儿童基金会联合主办的“国际初级卫生保健会议”通过了著名的“阿拉木图宣言”。我参与了该次会议有关文件的准备工作，这次会议给我留下了深刻的印象。我清楚地记得，当时 WHO 和世界各国对我国的卫生保健工作给予了高度评价，赞誉创造了医学史上的“奇迹”，被公认为发展中国家初级卫生保健的楷模。

阿拉木图会议的主题是初级卫生保健。它强调初级卫生保健是实现人人享有卫生保健的关键和核心，发展中国家应该把重点放在建立和完善初级卫生保健上。显而易见，上世纪 50-70 年代，我国卫生工作最突出的成就和特点就是初级卫生保健。我们不仅控制甚至基本消灭了曾严重危害人类生命的鼠疫、霍乱、天花等烈性传染病及地方病，而且在城市和乡村都建立了相当完备的三级医疗保健网（市、区、街道；县、乡、村）。特别是几乎覆盖全中国广大乡村的合作医疗制度和“赤脚医生”，使占人口约 80% 的农民，包括老、少、边、穷地区的农民，享受到了初级卫生保健服务，实现了医疗卫生资源公正合理的分配。这完全符合世界卫生组织的精神。这也正是当时世界卫生组织总干事马勒博士在阿拉木图会议上，重视中国的经验并把中国作为发展中国家楷模的原因所在。

（三）医疗卫生改革的需求

进入 80 年代，国际国内形势发生了重大变化，医疗卫生工作面临改革的巨大压力和严峻挑战。

首先，经历了 10 年“文化大革命”的空前浩劫，国民经济处于崩溃的边缘，社会、政治和经济也发生了根本变化。比如，曾经支持合作医疗制度和“赤脚医生”的人民公社到 80 年代实际上已不复存在。

其次，改革开放政策带来一系列政治经济的深刻变化，尤其是从计划经济向市场经济转型，不能不对医疗卫生工作产生决定性的影响。党的十一届三中全会（1978 年召开）揭开了中国历史的新篇章，进入了改革开放的新时期。改革开放的总设计师邓小平一再强调：发展是硬道理。近 20 年来，中国经济持续高速增长，现已成为全球第四大经济体。

按照传统的看法，社会主义经济的特征是实行计划经济，市场经济是资本主义的产物和表现。长期以来，我们所实行的也是计划经济。然而，正如邓小平所指出的，计划和市场是手段，资本主义可以用，社会主义也可以用。经过争论，90 年代终于确定市场改革的取向——建设社会主义市场经济。市场经济不仅在资源配置上起基础性作用，而且影响到社会的方方面面，是一场革命性的变革，比如私有经济的出现和合法化，对个人利益的追求等。卫生系统作为社会的一个子系统，医务卫生人员作为社会的一个成员，并非生活在真空中，也受到了市场经济的巨大冲击和影响。

下面一组数据，也许能说明一点问题。随着新的经济政策，农民涌入城市，特别是东南沿海城市。1988 年有 2600 万人，到 2002 年迅速增加到 9400 万人，目前已达 1.3 亿人（约占总人口的 10%）。其中，20-35 岁之间的占 54%，男性占 57.4%，女性占 42.6%。如此庞大的流动人口，几乎没有医疗保险。而他们在原址住地（户口所在地）的农村，原有的医疗保障体制则基本处于瘫痪状态。

第三，从医疗卫生系统本身的状况来看，也需要改革。我国原先实行的公费（国家机关和事业单位）、劳保（国有企业）和合作（农村）医疗制度，使绝大多数人得到了基本的医疗保障，但也存在浪费严重、后劲不足等问题。由于吃“大锅饭”，多开药、乱开药现象相当普遍，医院设备陈旧落后。同时，我国人口的增加，特别是老年人口比例的增加，以及随着诸多传染病得到控制、带来疾病谱及死因顺位的改变，也要求医疗卫生系统的改革。

进一步放眼全球，世界形势也发生了重大变化，挑战是严峻的。最明显，莫过于 80 年代末 90 年代初，苏联东欧社会主义国家的迅速解体。我当时在 WHO 工作，深切感受到这一剧变的影响不只是政治性的。WHO 担心带有明显社会主义色彩的中国公共卫生模式是不是还有效？不少发展中国家都看着中国，看我国的三级医疗保健网能不能保持下去？甚至担心，2000 年人人享有卫生保健的目标能不能实现？

此外，人类辅助生殖、器官移植以及电子断层扫描、核磁共振等技术突飞猛进的发展，也对我们使用和管理医疗高新技术提出了新的要求。

二、近年卫生改革的简要分析

（一）在探索中寻求卫生改革的模式

我在 WHO 工作期间，卫生部长陈敏章先生曾来电询问有没有比较合适的卫生模式可供借鉴？我作了一些调研，结果发现并没有现成的模式，——更没有完美的卫生制度可以照搬在中国实行。

譬如：北欧诸国的全民保健令人羡慕，但那是建筑在高税收的基础上，我们做不到；英国很早就实行了全民公费医疗的制度，但他们告诫说现在

政府不堪负担，而英国的人民群众仍然抱怨看病难；新加坡有比较好的医疗保险制度，但新加坡只是一个城市而没有广大的农村；美国的医疗卫生体制，花钱很多，但仍有不少人得不到基本的医疗保障，也不宜仿效。

中国有自己的国情，自己的问题。“赤脚医生要穿鞋”，便是典型的中国问题。赤脚医生要提高，变为乡村医生固然不错，可是，鞋怎么穿，谁来付费？还有计划生育、预防接种的经费从何而来，那么多公立医院是不是还能“包下来”？

因此，只能从国情出发，“摸着石头过河”。从实际进程来看，在当时特定的历史条件下，几乎不由自主地选择了引入市场机制和发展高新技术之路。对此要作历史的辩证的分析。

（二）巨大的成就

改革开放以来，中国的医疗卫生事业取得了巨大成就。当今我国的一些主要大、中城市几乎都已经有了了一批具有先进的医疗设备和技术的医院和医学中心，也有了一批门类齐全的高水平的医学技术专家。而且，近年来也有了相当数量的中外合资和民营医疗机构，拓宽了医疗服务的渠道。

（三）“倒数第四”的警示

然而，这些成就并不能掩盖同时存在的问题，尤其是资源分配不公正的问题。WHO 发表的 2000 年世界健康报告显示，在 191 个国家和地区中，中国的筹资公平性排第 188 位，也就是倒数第四位。

表 1 告诉我们，中国的卫生筹资公平性仅排在巴西、缅甸和塞拉利昂之前。当时我国政府的一些官员对此难以接受，甚至在世界卫生组织的执委会上，要求世界卫生组织对这一统计数据作出澄清，以改变这种难堪的

局面。

表1 WHO各成员国卫生筹资公平性排名

排名	成员国	指数	可信区间
186	尼泊尔	0.714	0.696-0.732
187	越南	0.643	0.632-0.672
188	中国	0.638	0.472-0.774
189	巴西	0.623	0.620-0.683
190	缅甸	0.528	0.306-0.793
191	塞拉利昂	0.468	0.000-0.853

资料来源：2000年世界卫生报告

其实，这也可以理解，20年前，我们还被誉为初级卫生保健的楷模，怎么一下子变成排名“倒数第四”了呢？但事实摆在那里，谁也改变不了。不妨来看看卫生部公布的资料。可以看到我国农村合作医疗、城镇医疗保险在全国的覆盖面近年确实存在下降的趋势。

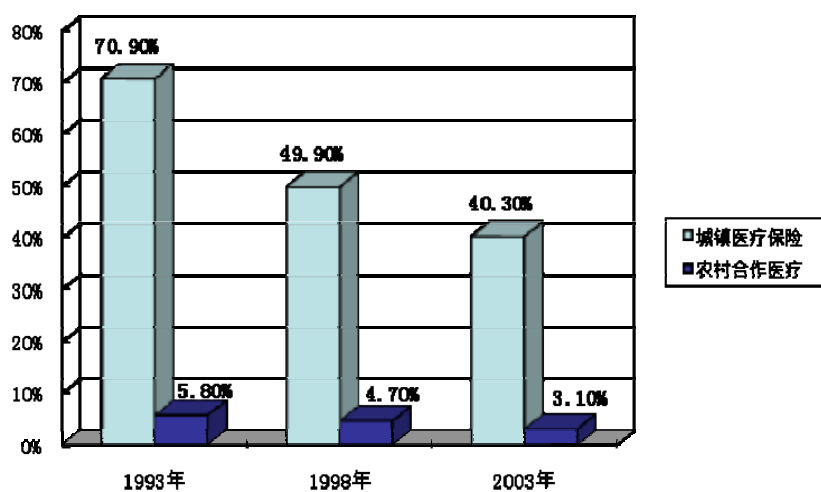


图1 城镇医保、农村合作医疗的覆盖情况

资料来源：卫生部2003年第三次全国卫生服务调查

根据我国卫生部 2003 年全国第三次卫生服务的调查, 44.8% 的城镇居民、79.1% 的农村人口没有医疗保险; 48.9% 的人应就诊而未就诊, 29.6% 的人应住院而未能住院。

在 70-80 年代政府对公立医院的投入大约占医院开支的 30%; 到 2000 年下降到 7.7% ; 2003 年因有 SARS 流行, 政府投入增加到 8.4%。公立医院要自己找经费付工资、添设备及维持日常开支。

我国卫生经费开支存在分配不合理、不公正问题, 政府的卫生经费开支与世界各国比较偏低。在 60-70 年代全国卫生总费用大约仅占 GDP 的 3%, 但人民得到低水平广覆盖的医疗保障。2003 年我国的卫生总费用达到 GDP 的 4.85%, 是近年来较高的水平, 但政府投入仅占 17%, 个人支出占 56%, 这样的筹资结构要达到卫生服务的公平和公正是不可能的。

我国人口有 13 亿, 占全球人口的 22%, 但我国的卫生费用只占全球卫生费用的 2%。我国 30% 的城镇人口用了我国卫生资源的 80%, 70% 的农村人口仅用了 20% 的卫生资源, 据 2003 年卫生部统计, 最严重的时候, 87% 的农民没有医疗保险。

这些资料清楚地显示, 我国的医疗卫生改革主要存在两个问题。一是卫生资源分配的不公正。二是政府投入不足, 未能承担主导责任。这正是我国公众抱怨“看病难、看病贵”的主要原因。

(四) 一份引人注目的报告

2005 年 7 月, 国务院发展研究中心课题组公布了《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议》的报告, 引起广泛关注和热烈讨论。由葛延风部长牵头的这份报告, 对计划经济时期的医疗卫生工作作了充分肯定, 而对于

医疗卫生体制改革则认为“基本走向是商业化、市场化”。

报告指出，“商业化、市场化的走向违背了医疗卫生事业发展的基本规律”，并对此作了分析。由于这份报告的官方身份或背景，特别是它对医疗卫生改革所下的“从总体上讲是不成功的”结论，一时成为热门话题。我们认为，这份报告提出的问题是重要的，所作分析和有关建议也相当深入细致，有参考价值。如果说有什么欠缺的话，可能是历史的分析或视角不够。至于它的结论，当然可以讨论，但正由于它下了那么明确那么有震撼力的诊断，才引起方方面面的高度关注，促进了对卫生改革的反思。我相信，不管采取什么立场，讨论我国的医疗卫生改革都绕不过这份报告。

三、反思和总结：我们应更重视普适的伦理价值

（一）欧洲的经验教训值得借鉴

1996年6月WHO欧洲区曾在斯洛文尼亚共和国的首都卢布雅那召开过一次部长级会议，20个成员国中19位部长级代表出席了该次会议，对欧洲近10-15年间卫生改革进行了回顾和检讨。

西欧各国面临不断高涨的医疗卫生开支，曾引入市场经济让私有经济来分担政府医疗卫生开支以图缓解，经过一段时间对不同模式的实践，结果没有一种模式是成功的。WHO在这次会上通过了《卢布雅那宪章》（Ljubljana Charter）。《宪章》前言指出，改善人民健康状况，是衡量一个社会发展的指标，它不只是卫生部门的事，也是政府各部门的事，政府各部门的合作是卫生改革的基本要素。《宪章》中规定的欧洲卫生服务体系中特别指出：要以人类尊严、公正、团结和职业道德为推动力；要以促进健康为目标；要以人为中心；要抓好卫生服务质量并推进全覆盖；初级卫

生保健是卫生工作的方向。欧洲的经验教训，应该为我们所借鉴。

（二）国际生命伦理规范值得重视

2003 年，在阿拉木图会议 25 周年之际，WHO 曾举行庆祝活动。WHO 的四任总干事马勒博士、中岛先生、布伦特兰女士和李钟郁先生都参加了此次盛会。这是很少见的，此次会议回顾了过去 25 年公共卫生的经验教训，再一次重申和强调了世界卫生组织的基本主张：享有可能得到的最高卫生标准是每个人的基本权利之一，而不论种族、宗教和政治信仰以及经济和社会状况。《阿拉木图宣言》特别关注到公平问题，指出目前在发展中国家与发达国家之间存在广泛的卫生保健方面的不公平，以及国家内部的不公平，认为这种不公平在政治、社会和经济上都是不能接受的。基于这种理念，WHO 提出“21 世纪人人享有卫生保健”的目标。

2005 年 10 月，联合国教科文组织通过《世界生命伦理与人权宣言》。本宣言主要为各国政府提供生命伦理的指导。其中第 14 条为“社会责任和健康”，指出：一、各国政府的一项核心宗旨是为了民众利益促进健康和社会发展，这是社会各界的共识。二、鉴于尽可能享有高水准的健康是所有人的一项基本权利，而不分种族、宗教、政治信仰、经济和社会条件，科学技术的发展应当有助于以下事项——提供高质量的医疗服务和必要的药品，尤其是为了妇女和儿童的健康，因为生活离不开健康，必须将健康视为社会和人类的福祉；提供充分的营养和水；改进生活条件和环境；消除基于任何理由对人的歧视和排斥；减少贫困，降低文盲率。

联合国教科文组织 2006 年成立了“社会责任与卫生”的工作组，将进一步探讨在卫生工作中的社会责任及政府的主导作用。

从世界卫生组织和联合国教科文组织过去的工作中，不难看出国际社会多么重视健康这一人的基本权利，多么重视资源的公正分配，多么重视各国政府在卫生保健方面的作用。事实上，当今诸多生命伦理，包括生殖卫生、人类基因组研究、人类遗传信息库、器官移植、艾滋病防治等等，都体现了这些精神，而且在高科技飞速发展的时代，我们更要注重这些高科技在应用中的公平性和公正性，绝不能扩大差别。

我们欣喜地看到，医疗卫生改革中出现的一些问题正被引起重视，并采取措施加以解决。比如新的农村合作医疗制度正在规划建设中。在城市，医保覆盖率的问题也在逐步解决，比如上海已着手建立覆盖各个人群的医保体制。

（三）生命医学伦理千万不能缺失

纵观我国医疗卫生改革的历程和成败得失，存在的两个主要问题，即资源分配不公正和政府未能承担主导责任，实质上都是伦理问题，或者说相当程度上是伦理问题。而且，是带全局性、根本性的问题，因此，影响广泛、深远，后果严重。

据我所知，邱仁宗、杜治政等我国医学伦理学界的权威学者，在卫生改革过程中，都曾提出过要注意资源分配的公正、防止市场经济的副作用等问题，但似乎并没有引起足够的重视。这种状况显然与当今世界日益重视生命伦理的趋势不相适应。造成这种状况的原因可能有二。一是根本没有或缺生命伦理的知识和理念；二是根本不重视伦理的作用。在市场经济的背景下，特别是在市场经济很不完善的背景下，传统的价值观、人生观受到极大冲击，很容易忽视伦理的作用。这种情况当前已有所改变，但

问题依然相当普遍和严重，不能掉以轻心。

医疗卫生是对伦理极为敏感的领域，因为关系到每一个人的生老病死，关系到每一个家庭和亲朋好友的悲欢离合。当今生命科学、生物技术和医疗实践的发展，又提出了许多崭新而棘手的伦理问题。社会经济的发展，甚至政治的变革，也对医疗卫生工作提出了许多新的要求。为此，生命伦理愈益受到重视、起的作用愈益明显是必然的。然而，我们在医疗卫生改革中恰恰欠缺伦理的考量。这个教训是极为沉重和深刻的，需要认真地加以总结和汲取。

（四）郑重建议：建立国家级生命伦理委员会

生命伦理学的兴起和发展告诉我们，生命伦理要发挥作用，还必须要有体制或建制的保障。其中重要的一环便是生命伦理委员会、联合国教科文组织在《建立生命伦理委员会·指南导言》中指出：“准则和宣言本身不过是一纸文书。不管如何真诚或令人满意，它们都无法自行实施。要使它们不成为修辞游戏，它们更需要得到那些制订、实施和监督公共政策的人的支持。例如，如同越来越多的建立了决策咨询生命伦理委员会的国家一样，法国的国家生命科学和健康顾问委员会和美国的总统生命伦理学理事会在国家层面起到了向决策者和国家政府提供咨询和建议的平台作用。”

现在，不仅美国和法国，而且非洲的阿尔及利亚、喀麦隆；拉丁美洲的厄瓜多尔、墨西哥；亚洲的巴基斯坦、泰国等五、六十个国家都建立了国家级的生命伦理委员会。

我国卫生改革的实践表明，制度和政策设计极为关键。而制度和政策设计有没有生命伦理的考量，是不是体现了生命伦理的基本原则和要求，

又影响甚至决定该制度和政策的实施后果。所以，只解决国有企业和事业单位人员的医保，而且其他人员暂时搁置的制度设计、以药养医、科室承包的政策等，都可以从生命伦理的角度加以检讨。

鉴于我国生命伦理的艰巨任务和复杂体现，例如卫生改革如何深入，医患关系如何和谐，如何发展和应用生命科学和生物技术的新成果等等，我再一次建议：努力创造条件，尽早建立国家级的生命伦理委员会。今后，凡医疗卫生改革的重大问题以及其他重大生命伦理问题，都必须经过国家级生命伦理委员会的讨论和审议，并向国家决策者提出建议和付诸实施。

以胡锦涛总书记为首的党中央提出了以人为本的科学发展观和构建和谐社会的目标。我相信，我国医疗卫生改革一定会取得更大成就，再一次成为发展中国家的楷模。

参 考 文 献

- [1] 国务院发展研究中心课题组，对中国医疗体制改革的评价与建议（要点），中国新闻网。[2005-07-29]. <http://www.sina.com.cn/>
- [2] World Health Organization. World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance, 188-191. Geneva: WHO, 2000.
- [3] WHO/Europe: The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1996 <http://www.euro.who.int/Abort> WHO/Policy/20010927 5
- [4] BMJ Editorials: European health Policy: must redefine its raison d'être [J] British Medical j.1996; 312:1622-1623.
- [5] World Health Organization. Basic Documents Forty-first Edition, Constitution of the World Health Organization, Geneva: WHO, 1996
- [6] UNESCO: Universal Declaration on Bioethics and Human Right, Paris: UNESCO, 2005..
- [7] WHO UNAIDS: Guidance on Ethics and Equitable Access to HIV Treatment and Care. Geneva: WHO, 2004.
- [8] 卫生部长作关于医疗卫生事业改革与发展报告（全文），中国新闻网.新浪网，产经动态，财经纵横(2005-09-03)，[2005-09-03] <http://finance.sina.cn/chanjing/b/20050803/20511860621.shtml>
- [9] 邱仁宗：10年“医疗改革不成功”问题出在哪里？人民网，(2005-08-29) <http://info.pham.hc360.com/2005/08/29180975685-2.shtml>
- [10] 杜治政：医学伦理学的重要课题：卫生经济伦理学[J]，医学与哲学，2000，(5): 20
- [11] 联合国教科文组织：指南一 建立生命伦理委员会，法国巴黎，UNESCO 2005.

德国医疗卫生体制简介

一、德国概况

德国是一个联邦制国家,由 16 个州组成,领土面积 35.71 万平方公里,人口 8231 万,其中 60 岁以上的老人超过 2000 万,人均期望寿命 79.8 岁。德国是高度发达的工业国,经济总量位居世界第三、欧洲首位,2007 年国内生产总值(GDP) 24230 亿欧元,人均 GDP 为 2.94 万欧元,大致相当于上海的 3 倍。

德国的社会保险制度十分发达,建立了以养老、医疗、失业、事故、护理五大法定保险为主干、全体公民普遍享有的社会保障体系。1883 年,德国通过了医疗保险法,在世界上首次建立法定医疗保险制度。经过 100 多年的发展,以德国为代表的**社会健康保险体制**已经成为世界三大类型医疗卫生体制之一,被誉为医疗卫生体制的“德国模式”^{*}。

2007 年,德国卫生总费用约 2560 亿欧元,占 GDP 的 10.6% (上海为 3.98%),人均卫生总费用 3110 欧元(上海为 2614 元人民币)。

二、医疗服务体系

德国医疗服务体系主要由公立医院、非营利性医院、营利性医院、护理院、个人开业医生等组成。目前,德国公立医院的床位为 25 万张、非营利性医院的床位 17.6 万张、营利性医院的床位 6 万张、护理院床位 70 万张、个人开业医生 13.6 万人。

各州政府制订医院设置规划,公立医院、非公立医院均纳入规划管理。医院的基本建设经费由政府提供,运行经费则通过医疗保险支付的资金来保障。

^{*}另两种为:“英国模式”——国民卫生服务体制”和“美国模式”——商业健康保险体制

德国实行**分级医疗制度**。**第一层医疗服务**为门诊服务，由社区诊所、开业医生提供，主要为常见病、轻病的诊治。**第二层医疗服务**为住院（含急诊）服务，由医院提供，主要为重症、疑难病的诊治。医院只设急诊和病房，不设门诊，不提供普通门诊服务。这使得**两层医疗服务之间泾渭分明**，除急诊之外，患者要获得医院服务必须经过社区诊所、开业医生转诊。

三、医疗保险制度

德国的医疗保险制度由法定医疗保险和私人医疗保险两个系统组成，以下重点介绍法定医疗保险的运行情况。

（一）经办机构

法定医疗保险的经办机构为遍布全国各州的 215 家法定医疗保险公司。按照法律规定，法定医保公司不允许营利，因此从严格意义上讲属于社团法人。

（二）缴费

根据法律规定，德国公民凡是月收入低于 4000 欧元的，必须参加法定医疗保险，月收入高于 4000 欧元者可以自愿参加。法定医疗保险的平均费率为工资的 **14.6%**（目前各医保公司的费率不同，2009 年 1 月 1 日起统一费率，并上调至 15.5%），由雇主、雇员各承担 **50%**（退休人员由个人、养老保险基金各承担 50%）。投保人缴费后，其无工作的配偶、子女也一并纳入保险。目前，有约 7000 万公民参加了法定医疗保险，另有 1000 多万公民已参加私人保险、公务员保险等其它医疗保险。

（三）待遇

由于工资水平不同，投保人缴费金额也不相同，但投保后享有的医疗保险待遇是相同的，这体现了该国医疗卫生贫富共济、**团结互助**的原则。

大部分医疗费用由医保公司支付，包括门诊医疗费用、住院医疗费用、

药品费用、就诊路费、辅助用品（如轮椅）、病假补贴等。少量医疗费用由投保人自负，例如门诊服务需要支付 10 欧元/季度，住院服务需要支付 10 欧元/天，药品费用需要自负 10%。个人自负部分达到家庭毛收入的 20% 之后实行封顶（个人不再支付），对于患慢性病的家庭，个人自负封顶线甚至降低至毛收入的 1%。

（四）支付

2007 年，法定医疗保险共支出 1600 亿欧元。其中，门诊服务占 15%、住院服务占 33%、药费占 18%、牙科服务占 5%、管理费用占 5%、病假补贴占 3.91%、患者辅助用品费用占 3%、就诊路费占 2%、对居家护理者上门医疗费用（由医疗保险支出，而非护理保险支出）占 1.52%。

门诊服务实行**按人头付费**的支付方式。由联邦医保公司协会、医保签约医师协会两家商定门诊费用总额。各医保公司根据投保的人数，以人头费的方式支付给医保签约医师协会。医保签约医师协会根据医生的签约人数和实际服务人次，按点数分配给开业医生。

住院服务实行**按病种付费**的支付方式。2003 年以前，住院服务实行每天定额支付，从 2003 年开始改为 DRGs（疾病相关诊断组）支付。至 2007 年，已有 1192 个病种实行了 DRGs。

（五）管理

德国医疗保险实行**自我管理原则**（又称自治原则）。在法定医疗保险的基本制度框架下，联邦医保公司协会、联邦医院协会、联邦医保签约医师协会等 3 个行业协会代表各自行业，谈判协商支付金额、项目、方式等具体事项。政府在医疗保险管理中，主要负责**立法建议**、**监督执行**两项职能。

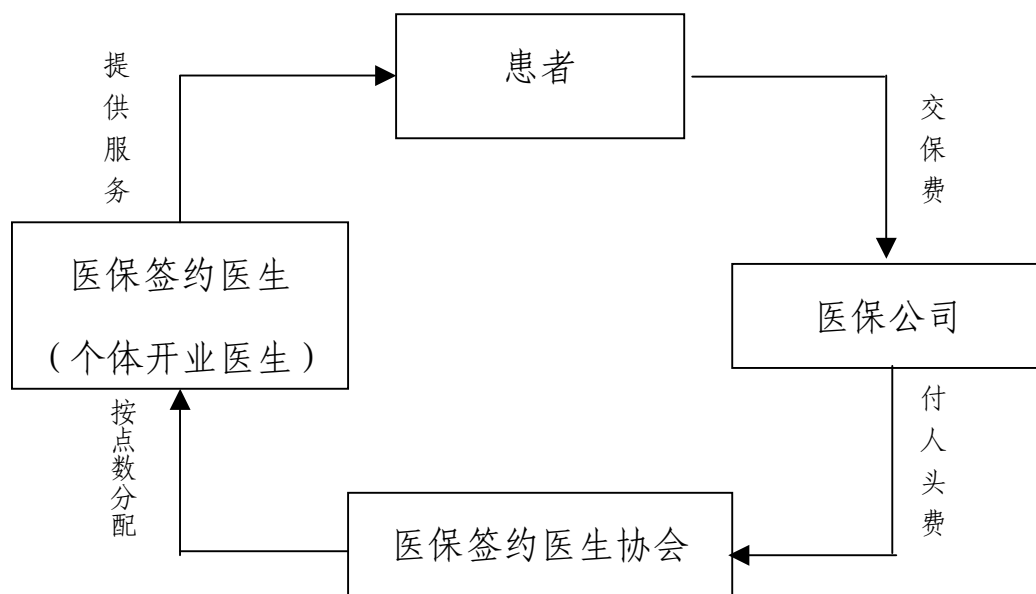


图2 德国医疗保险的门诊支付示意图

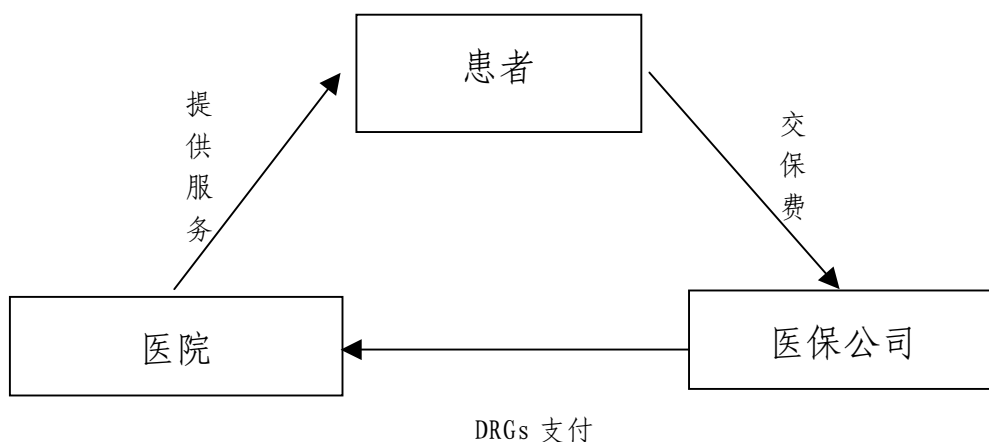


图3 德国医疗保险的住院支付示意图

新技术、新药是否纳入报销范围，也不是政府决定，而是由卫生服务质量与经济研究所这一中介机构进行评估，然后由联邦医保共同委员会决定。卫生服务质量与经济研究所是由医保公司协会、医院协会共同出资举办的中介机构，保持中立角色。

（六）改革

从2009年1月1日起，德国法定医疗保险制度在坚持团结互助、自我管理这两个基本原则的前提下将进行以下两方面改革

一是**增加筹资**。由于人口老龄化、新技术应用等各种原因，医疗费用支出不断上升，而经济增长和投保人员的工资收入增长则相对缓慢，这就使法定医疗保险面临日益严峻的筹资压力。为此，采取了两项改革措施。首先是**提高并统一费率**，即从 14.6% 的平均费率提高到 15.5% 的统一费率。其次是**增加税收融资，建立健康基金**，健康基金由卫生部下属的联邦医疗保险局管理和支配。（小注）

2009 年税收补贴 25 亿欧元，计划 2015 年税收补贴达到 140 亿欧元。

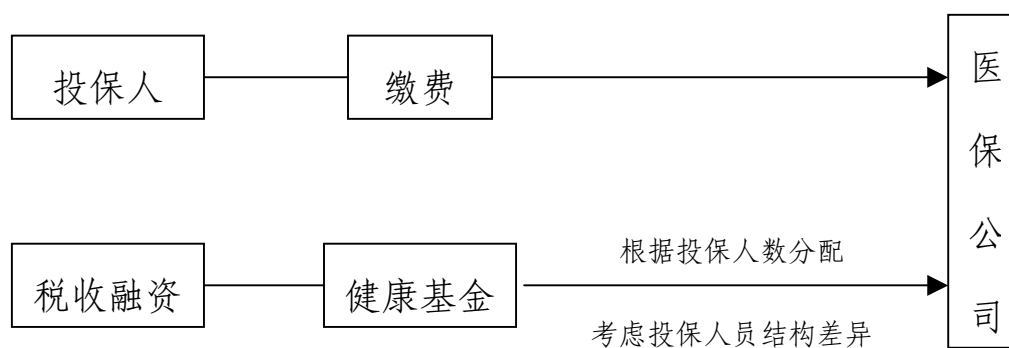


图 4 德国医保筹资改革示意图

二是**引入竞争**。虽然医保公司的数量达 200 多家，但由于医保公司与医院、医生之间都是通过协会相互谈判签署一揽子合同进行结算，使得医保公司之间缺乏竞争的空间。下一步改革将赋予各医保公司与医院和开业医生谈判，并签订个别合同的权利，但总体上仍比较有限（约 10% 左右）。

四、护理保险制度

随着人口老龄化程度的提高，老年护理需求日益增长，也对卫生费用筹资带来严峻挑战。为了应对这一挑战，1995 年德国建立了护理保险制度，费率为工资的 1.95%，雇主、雇员各承担 50%。护理保险基金与医疗保险基金实行统一管理、基金单列。2007 年，护理保险筹资 171 亿欧元，支出 174 亿欧元。

目前，德国有护理院 1 万多家、护理床位 70 万张；此外还设有社区护理站，提供咨询和上门服务。投保人需要提出申请，由护理专业机构进行健康状况评价、确定护理等级（分为三级）和需要护理的时间，才能获得护理保险支付。目前被护理人员中，1/3 为住院护理，2/3 为居家护理。

住院护理的护理费、医疗费由护理保险支付。居家护理的护理费由护理保险支付，上门医疗费用由医疗保险支付。

五、特点和借鉴

德国的医疗卫生体制，具有以下显著特点，其中一些做法和经验值得借鉴。

一是兼顾了基本医疗服务的**公平与效率**。德国以法定医疗保险为主体、以保险融资、第三方付费为特点的医疗体制，既提供了较高的保障待遇，保护了公民的健康权，实现了基本医疗服务的公平，又避免了“英国模式”的服务低效率的问题，成为解决医疗服务公平和效率问题的一个范本。

二是实行“**五个分开**”，建立了清晰的管理架构。即门诊服务和住院服务分开、医院建设经费和运行经费分开、医疗保险和护理保险分开、政府管理部门和保险经办机构之间管办分开、政府管理部门和行业协会组织之间政事分开。

三是探索建立了门诊按人头付费、住院按病种付费两种目前世界上最**为先进的医保支付方式**。德国作为医疗保险制度的发源地，继续引领着世界医疗保险制度的发展潮流，成为实行社会医疗保险制度的国家百年来学习的典范。

（执笔：上海市卫生局法规处 付晨）

因地制宜推举措 千方百计促民生

——各地医改政策特点综述

新医改方案公布以来，各地党委、政府均把医改工作纳入重要工作日程，陕西、福建、黑龙江、江西、安徽、山西、江苏、山东、河南、西藏、广东 11 个省份已先后制定了本地区的医改实施意见或方案。截至 8 月 25 日，湖南、山西、辽宁、江苏、安徽、福建、江西、山东、河南、广西、陕西、西藏、广东 13 个省（区）以省（区）政府名义召开了医改工作会议，全面动员部署医改工作。

在积极推进深化医药卫生体制改革的过程中，各地迎难而上，以国家医改政策为指导，以惠民利民为目标，根据本地区的实际情况，因地制宜，推出了一系列改革的新举措，集中体现在以下六个方面：

一、城保、居保：新的探索、更高水平

在本次医改中，各地的城镇职工基本医疗保险（以下简称城保）和城镇居民基本医疗保险（以下简称居保）制度领域出现了不少新的探索，保障水平进一步提高。

今年开始，广东省将全面实施普通门诊医疗费用统筹、城保个人账户可以供家庭成员看病购药、疫苗接种、健康体检等卫生服务。此外，该省还将在 3 年内，使城保、居保参保率均达到 95% 以上，到 2010 年城保累计年度最高支付限额不低于 12 万元，居保住院费用报销比例不低于 65%，累计年度最高支付限额不低于 8 万元。

山东省提出，到 2011 年底，城保、居保参保率均提高到 90% 以上，

政府还对符合《就业促进法》规定的就业困难人员参加城保的参保费用给予补贴。

到 2010 年，江西省将参照国有困难企业医疗保险政策，财政补助解决全省国有困难农林水企事业单位职工、农垦企业职工和城镇困难企业大集体职工参加城保。对在职职工按照企业参保地上年度在岗职工平均工资 3% 的标准补助职工参加住院医疗保险，对退休人员按参保地医疗保险经办机构上年度退休人员人均医疗费用实际支出水平补助参加城镇职工基本医疗保险。

二、新农合：保障水平稳步提高

新农合制度在多个省市得到了前所未有的重视，保障水平稳步提高，在部分省市与其他医保制度的衔接、并轨工作也正在逐步展开。

江苏省和江西省在新医改实施方案中提出：在 3 年内，该省的新农合最高支付限额要提高到当地农民人均纯收入的 8 倍以上。其中，江苏省提出将新农合实际住院费用补偿比要达到 45% 以上。

第一经济大省——广东省则提出，3 年内新农合参合率达到 98% 以上，新农合镇、县、县外住院报销比例分别不低于 70%、60%、50%，累计年度最高支付限额不低于 8 万元。

农村人口最多的河南省提出，要推进医疗救助、居保和新农合的同步结算工作，推行三项制度的“一站式”管理服务。在去年已开展的 10 个县（市、区）试点工作基础上，今年在全省 40% 的县（市、区）开展同步结算工作，2010 年同步结算工作要在全省全面展开。

山东作为农业强省，提出到 2011 年，将新农合参合率稳定在 95% 以

上，有条件的地方可以探索将城镇居民医保和新农合制度统一管理。

三、基本药物：零加成试点

基本药物制度作为本轮医改工作的重点，各省市均推出了零加成试点等具体措施，确保这项制度的落实。

山东省在实施意见中确定，2009年在全省30%的城市社区卫生服务机构和县（市、区）政府举办的基层医疗卫生机构实施基本药物制度，按购进价格，实行零差率销售，同时还要支持医药产业优化升级和医药企业创新发展，积极发展药品现代物流和统一配送，到2011年，建设8-10个大型药品现代物流企业和适量区域性药品配送中心。

云南省曲靖市根据本市的用药特点，确定了100种基本药物，其中西药70种、中成药30种。从今年7月1日起，该市在4家医院率先进行了这100种基本药物的零加成试点。为此，曲靖市安排150万元财政专项资金，用于对药品零加成试点的补偿。明年，曲靖市公立医疗机构实行零加成的药物要达到国家基本药物目录的50%，2011年将对国家基本药物目录中的药物全部实行零加成。

广东省将从2009年起，在深圳、韶关、湛江三个市试点取消药品加成的基础上，推进医药分开，逐步取消药品加成，药事服务费纳入基本医疗保险报销范围。

四、基层人员：稳定财政补助支持

医改工作要充分调动医务人员的积极性，尤其要调动基层人员的积极性，这也是落实“人人享有基本医疗卫生服务”目标的重要前提。本轮医改，多个省市都推出了为基层医务人员提供稳定的财政补助等支持措施。

山西省提出了“村卫生室全覆盖”目标，省级财政按每村不低于 0.5 万元标准拨付专项资金为村卫生室配备设备，今年 10 月底前基本完成无卫生室村的房屋建设和设备配置。同时，该省还进一步落实乡村医生补助，补助标准不低于每人每月 400 元；对无卫生室村公开招聘的大学生村医，其在聘用期间的补助标准不低于每人每月 800 元。

江西省则提出，从今年起，按照每千农村人口 1.2-1.3 人确定乡镇卫生院人员编制，建立乡镇卫生院人员经费保障机制，省、市、县财政每年对政府举办的乡镇卫生院编制内在职人员基本工资所需经费予以补助，实现乡镇卫生院人员基本工资由差额补助转为全额保障。逐步健全乡村医生公共卫生服务工作的政府补助机制，在县财政落实乡村医生每人每年 300-500 元补助的基础上，省财政按每人每年 1000 元的标准再给予补助。

福建省为进一步提升基层医疗机构的服务水平，将对 20 所未达标的县级医院（含中医院）进行标准化建设，安排 95 所乡镇卫生院业务用房改扩建，安排配套设施建设项目 65 个，安排 300 所乡镇卫生院基本诊疗设备装备，改建 D 级危房 6.1 万平方米。

五、公共卫生服务：向基层落实

公共卫生服务在本轮医改中呈现出进一步向基层落实的趋势。

陕西省提出，今年居民健康档案建档率城市要达到 45%，农村要达到 30%，同时要加强居民健康档案计算机管理并逐步统一全省信息标准和交换平台。

广州市决定在国家重大公共卫生项目的基础上，增加对农村和流动人口妇女住院分娩补助项目。今年，该市人均基本公共卫生服务经费标准达

到了 25 元/年，并已纳入本年度财政预算安排。

杭州市则在全市范围内开展“两免”活动：杭州市常住人口且在杭州市登记结婚的男女青年可进行免费婚前医学检查；生育管理地在杭州市的待孕妇女可进行免费的孕前优生检测。

山东省提出，2009 年要完成 30% 的人群建档工作，0-6 岁儿童预防接种覆盖率达到 85% 以上，0-3 岁儿童保健管理率达到 80%，孕产妇和老年人保健管理率分别达到 80% 和 50% 以上，高血压、糖尿病患者管理率达到 30% 以上，重性精神疾病患者管理率达到 60% 以上。

江西省计划实施“光明·微笑”工程，两年内为全省具备手术适应症的白内障和唇腭裂患者进行免费康复手术。

六、公立医院改革：试点起步

公立医院改革是本轮医改中的重点、难点，根据国家有关文件要求，各省市的公立医院改革试点正在启动。

今年，山西省将启动晋城市、高平市公立医院改革试点工作，该省其他各市则确定一个市级医院和县级医院开展公立医院改革试点。

辽宁省确立的目标是：鼓励民营医疗机构的发展，积极稳妥地推进部分公立医院转制为民营医疗机构，加快形成多元办医的格局。同时，鼓励有资质的人员开办诊所或个体行医。

江西省将落实政府对公立中医院的投入倾斜政策，研究制订有利于公立中医院充分发挥中医药特色优势的具体补助办法。

广东省将从 2009 年开始实行区域“病历一本通”和区域或同级医疗机构检查检验结果互认。

（编辑：上海市卫生局卫生法规处 高广文）

欢迎批评指正，不吝赐稿

来稿来信请寄：

上海市北京西路 1477 号 801 室，邮编：200040

电子邮件：limei_jing@163.com, yabing_zhang@hotmail.com

网址：www.shdrc.org（上海卫生发展研究网）

联系人：荆丽梅、张崖冰

电话：021-22121872、22121876

传真：021-22121879

内部资料，免费交流