

德国医保点数法的 运行机制及启示*

刘 芳 赵 斌

摘 要：1977年，德国颁布了《医疗保险费用控制法案》，标志着德国法定医疗保险控费时代的开始。为控制不断增长的卫生费用并保持法定医疗保险基金的可持续性，德国逐步在法定医疗保险体系中引入了预算约束机制和竞争机制，形成了包含基金预算管理体系和医疗服务相对价值体系的医保点数支付方式。在此过程中，德国医疗保险社会治理的要素不断被削弱，政府的力量不断加强并引入竞争性的元素，形成了政府主导下的市场竞争新范式。结合对德国医保点数法实施效果的评述，本文提出了完善我国医保制度的理念和进一步完善医保点数法的政策建议。

关 键 词：医疗保险； 医保支付方式； 医疗费用控制； 点数法

作者简介：中国人民大学 公共管理学院 博士研究生 北京 100872
人力资源和社会保障部社会保障研究所 助理研究员 北京
100029

中图分类号：F840.516.613； D951.622.8

文献标识码：A

文章编号：1005-4871(2016)04-0048-16

* 本文受留学人员科技活动项目择优资助项目“社会医疗保险‘新俾斯麦’改革模式及其在中国的应用研究”支持。中国人民大学劳动人事学院社会保障系仇雨临教授和公共管理学院博士研究生黄万丁对本文提出了非常宝贵的建议，在此表示感谢。

一、引言

1883年,德国颁布了《疾病保险法》,最早在国家层面上确立了^①社会医疗保险制度,被称为“俾斯麦”模式,社会治理是其法定医疗保险治理体系的核心要素之一^②。1977年,德国颁布了《医疗保险费用控制法案》,标志着德国医疗保险费用控制时代的开始。为控制不断增长的卫生费用并保持医保基金的可持续性,德国逐步引入了预算约束机制并加强了医疗领域的竞争。尽管社会治理依然是医保治理的主要形式^③,但是政府的集权不断加强,社会治理这一核心要素不断被削弱^④,形成了政府主导下的市场竞争新范式。德国医保点数法就是这一新范式的典型表征。

当前,我国基本医疗保险体系已经基本实现全民覆盖,也面临着医疗费用不断增长的问题。医保支付方式改革正在展开并不断深化,以期找出一条既能够保障参保人的医疗待遇,又能够维持医疗保险制度可持续性的道路。作为一种尝试,我国多个试点地区开展了医保点数法的实践,即“总额控制下按病种分值付费”,在医疗机构之间引入了竞争机制并加强医保基金预算管理,以期能够控制不断增长的卫生费用。由于德国的医保点数法形成较早,制度较为成熟,其不仅仅是一种医保支付方式,更是一种全国性的医保治理体系的安排,因此,本文希望能够通过阐述德国医保点数法的主要内容,深入探究其运行机制,评述其运行效果,并分析德国医保点数法与我国的异同,最终提出德国医保点数法对于我国的医保体系在理论和实践方面的启示。

二、点数法的概念及其发展演变

简言之,作为一种医保支付方式,德国医保点数法的设计理念与我国计划经济时期的“工分制”颇为相似,但是具体设计却更加精细和复杂。医疗服务供方获得的医保支付总额等于其提供的医疗服务总点数与点数价值的乘积。这里有两个变

^① 德国实行法定医疗保险(GKV)和私人医疗保险(PKV)的“双轨制”,2012年,法定医疗保险覆盖了德国总人口的85%,私营医疗保险覆盖了总人口的11%,其他4%是政府特殊医疗计划的人群。

^② 万谊娜:《自治与分权下的德国医保统筹管理》,载《德国研究》,2010年第4期,第51—58页;李珍、赵青:《德国社会医疗保险治理体制机制的经验与启示》,载《德国研究》,2015年第2期,第86—99页。

^③ [德]赫尔穆特·普拉策:《德国社会保险自主管理的构想与功能》,载《社会保障研究(北京)》,2005年第1期,第114—119页;[德]哈特姆特·莱纳尔斯、佟文斌:《德国国家机关对社会医疗保险机构的监督》,载《社会保障研究(北京)》,2007年第1期,第45—52页。

^④ [德]托马斯·格林格勒、罗尔夫·施姆克、苏健(译):《德国医疗保险体系的渐进式制度变迁——渐行渐远的“俾斯麦模式”》,载《江海学刊》,2013年第5期,第31—36页;隋学礼:《互助原则还是竞争机制——艰难的德国医疗制度改革》,载《经济社会体制比较》,2012年第4期,第56—66页。

量:一是医疗服务总点数。二是点数价值。它们对应两个体系:一是医疗服务相对价值体系,即每项医疗服务或诊断项目的相对点数数量,医疗服务供方提供的医疗服务或诊断项目的点数之和即为其提供的医疗服务总点数;二是医保基金预算管理体系,若点数的价值是固定的,即“固定点值”,医保基金预算总额就是可用于点数分配的资金总量;若点数的价值是浮动的,即“浮动点值”,点数价值 = 医保基金预算总额/医疗服务总点数,点数的价值由医保基金预算总额和医疗服务总点数决定。

德国的医保点数法经历了从“浮动点值”到“固定点值”,从无预算约束到引入预算约束并形成较为成熟的基金预算管理体系的发展历程,主要针对的是德国全科医师和专科医师提供的门诊医疗服务。20世纪60年代,德国对于门诊医师采取传统的按照项目支付的方式^①。1977年,德国颁布了《医疗保险费用控制法案》,规定了每项医疗服务的相对价值点数,即为“统一价值目录”(einheitlicher Bewertungsmaßstab),并在全国各州统一使用^②,统一价值目录的制定标志着德国点数法的初步形成。从本质上而言,统一价值目录是德国法定医疗保险的报销目录。

初步建立的点数法采用“浮动点值”:各州疾病基金协会和医师协会在往年医疗费用总额的基础上谈判协商确定用于点数支付的费用总额,每点价值采用回溯性计价的方式,由预算总额除以点数总量得到。随着服务量的增多,点数的价值下降,因此医师陷入了“零和博弈”^③,无论其他医师作何选择,他的最优策略都是尽可能扩大自己的服务量,具体体现即是从1992年开始点数价值的不断下降,在1995年和1996年之间点数价值下降尤为明显^④。

为了阻止点数价值的进一步下降,德国引入单个医师预算上限的方式来限制医师提供的医疗服务的数量,计算的依据主要是往年医师提供医疗服务的数量。1998年,德国引入了单个医师“医保支付预算”,限定了医师在一个季度内所能提供的最大点数数量^⑤,超过限定数额的医疗服务将以一个较低的价格支付或者不

① Markus Wörz/Reinhard Busse, “Analysing the impact of health-care system change in the EU member states—Germany”, *Health Economics*, 2005, 14(1), pp. 133—149, here p. 139.

② Klaus-Dirk Henke/Margaret A. Murray/Claudia Ade, “Global budgeting in Germany: lessons for the United States”, *Health Affairs*, 1994, 13(4), pp. 7—21.

③ Percivil M. Carrera/Karen K. Siemens/John Bridges, “Health care financing reforms in Germany: The case for rethinking the evolutionary approach to reforms”, *Journal of health politics, policy and law*, 2008, 33(5), pp. 979—1005.

④ 同注①。

⑤ Hendrik Schmitz, “Practice budgets and the patient mix of physicians—The effect of a remuneration system reform on health care utilization”, *Journal of health economics*, 2013, 32(6), pp. 1240—1249, here p. 1241.

予支付。从 1997 年开始,点数的价值不再下降,有学者认为这次改革成功稳定了点数价值^①。2003 年,联邦法院裁定“医保支付预算”不合理因而将其废除,2004 年重新引入了单个医师的“标准服务总额”,再次限定了医师提供医疗服务的预算上限^②。

如果说预算上限的引入使得德国医保点数法的基金预算管理体系逐步建立,从“浮动点值”到“固定点值”则是医疗服务价值体系一个较为根本的转变。根据 2007 年出台的《法定医疗保险加强竞争法案》(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz),在医保资金的预算上限内,在统一价值目录中列示的医疗服务项目不再以“浮动点值”的方式进行支付,而是每点以固定欧元价值支付,在限额之外的医疗服务项目打折支付^③。“固定点值”的推行,改变了过去“浮动点值”下由于医师更倾向于去点数价值高的地区工作而对于医疗资源配置的负面影响。

同时,根据《法定医疗保险加强竞争法案》,德国建立起“全国卫生基金”,将医保基金的统筹层次从各州上升到全国,形成了由“全国卫生基金—地区疾病基金协会—地区医师协会—法定医疗保险医师组—法定医疗保险医师”构成的基金预算管理体系,标志着德国点数法的日益成熟。此后的改革即是在这个基础上进一步完善、调整与细化。

三、点数法的两个体系

德国医保点数法的基本政策框架由医保基金预算管理体系和医疗服务相对价值体系这两个部分构成,基金预算管理体系明确了可用于点数法分配的医保基金,主要涉及的治理主体是联邦疾病基金协会和联邦医师协会,由它们共同商讨联邦层面医疗费用集体合同,协商谈判医疗费用并制定统一价值目录;而医疗服务相对价值体系则表明如何利用统一价值目录向医师支付医疗费用,主要涉及的治理主体是地区疾病基金协会和医师协会,地区医师协会是医师利益的代表,代表德国法定医疗保险医师与疾病基金协会签订合同,获得疾病基金协会的医保支付并支付给单个法定医疗保险医师,具体如图 1 所示。

^① Franz Benstetter/Achim Wambach, “The treadmill effect in a fixed budget system”, *Journal of health economics*, 2006, 25(1), pp. 146–169.

^② Claus Wendt/Tuba I. Agartan/Monika Ewa Kaminska, “Social health insurance without corporate actors: Changes in self-regulation in Germany, Poland and Turkey”, *Social Science & Medicine*, 2013(86), pp. 88–95.

^③ Reinhard Busse/Miriam Blümel, “Health system in Transition: Germany: Health System Review”, *WHO European Observatory on Health Systems and Policies*, 2014, 16(2), pp. 1–296, here p. 150.

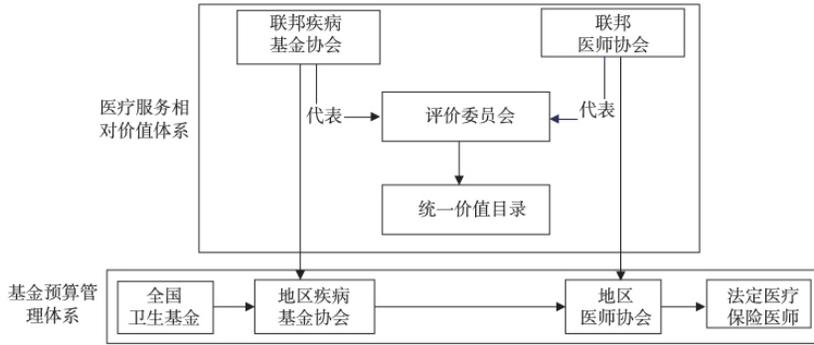


图1 德国医保点数法的两个体系

来源：作者自制。

(一) 医保基金预算管理体系

医保基金预算管理体系是德国医保点数法的核心体系之一，也是最重要的一部分，包括全国层面的预算管理和三层预算分配体系。全国层面的医保基金预算由全国卫生基金负责管理与分配，具体的三层预算分配体系则是：第一层是指从全国卫生基金到地区疾病基金协会的预算分配；第二层是指从地区疾病基金协会到地区医师协会的分配；第三层次是从地区医师协会到法定医疗保险医师的预算分配。具体如图2所示。

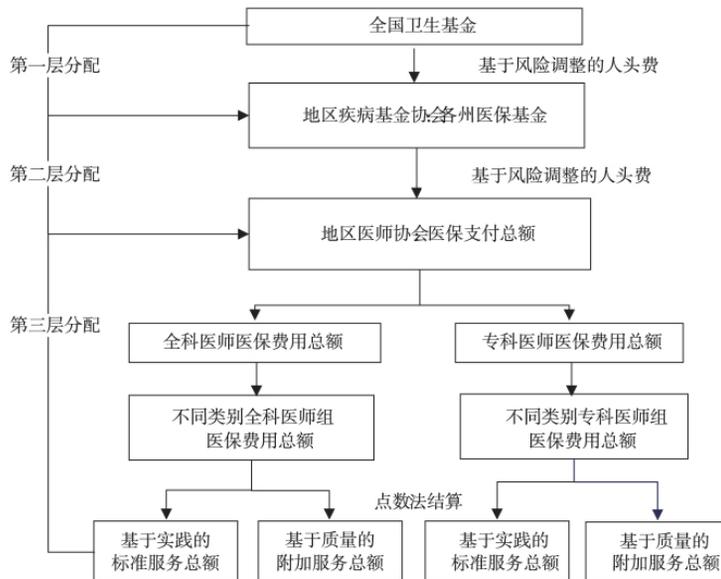


图2 德国医保点数法的基金预算管理体系

来源：作者自制。

1. 全国层面的预算管理

全国层面的预算管理主要由全国卫生基金负责分配,全国卫生基金由联邦保险委员会负责具体运行。德国的医保采用的是“基于收入的支出政策”,每年根据筹集的医保基金总额制定下一年的支出计划。在全国卫生基金建立初期,其必须负责 100% 的医保费用,后来则必须负担所有疾病基金会医保费用的 95%^①。

2. 第一层预算分配:全国卫生基金到地区疾病基金协会的预算分配

全国卫生基金将医保资金分配给各州疾病基金会,即图 2 中所示“各州医保基金”,用于覆盖疾病基金会的基本医疗费用支出和运营的行政费用支出^②,并设定了风险结构平衡机制(Risikostrukturausgleich),将经过风险因子(目前包括年龄、性别、失能情况和 80 种慢病的疾病状态指标)调整的人头费按月支付给疾病基金会^③。经过风险调整的人头费主要由两部分构成^④:一是根据往年各州医疗费用使用情况和超支情况确定的医保费用总额,这部分是根据历年的费用数据事先确定的;二是加上或减去按照风险结构平衡机制计算的风险调整额。

如果某一疾病基金会从全国卫生基金获得的费用无法支付其当期支出,那么该疾病基金会必须向参保人征收附加保费,如果有结余,则可以给予参保人保费返还^⑤。

3. 第二层预算分配:地区疾病基金会向地区医师协会的预算分配

各州疾病基金会将风险结构平衡机制调整的人头费支付给不同的地区医师协会^⑥,即图 2 中所示的“医保支付总额”,主要包括两个部分^⑦:(1)经过风险结构平衡机制调整的人头费,这部分的计算方法与第一层次预算分配相同,由法定医疗保险基金会和法定医疗保险地区医师协会每年商议一次;(2)预算外的医疗服务报酬,如免疫服务、疾病监测服务和急诊服务,这部分医疗服务不受预算的限制。此

① Melanie Lisac/Lutz Reimers/Klaus-Dirk Henke, et al., “Access and choice—competition under the roof of solidarity in German health care: an analysis of health policy reforms since 2004”, *Health Economics, Policy and Law*, 2010, 5(01), pp. 31—52.

② 除此之外,全国卫生基金也需支付各州疾病基金会与医师签订的“个体合同”的费用,包括整合式照护、慢病管理项目和全科医师合同。

③ Dirk Göppfarth/Klaus-Dirk Henke, “The German central health fund—recent developments in health care financing in Germany”, *Health Policy*, 2013, 109(3), pp. 246—252, here p. 247.

④ Dirk Göppfarth, “Risk adjustment in Germany”, http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/slideshow_9_dirk_goppfarth.pdf, 访问日期:2016—04—20.

⑤ 同注③, p. 249.

⑥ 全国卫生基金付给各州疾病基金会的费用一共分为四个部分:医师、医院、药品和其他费用,门诊医师的费用是其中的一部分。

⑦ Anke Walendzik, “Diagnoses-based risk adjustment in the German remuneration system for outpatient medical care”, Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft Diskussionsbeitrag, University of Duisburg-Essen, 2011—11, pp. 1—109, here p. 22—30.

外,如果出现了紧急的医疗服务需求(如传染病),法定医疗保险疾病基金会也会增加预算支付额。

4. 第三层预算分配:地区医师协会向法定医疗保险医师的预算分配

在各州疾病基金会向各州医师协会分配预算之后,地区医师协会根据专科医师和全科医师提供的医疗服务的数据将预算费用分配给全科医师和专科医师,然后根据医师专业的不同,分配给不同的医师组,最终分配给单个法定医疗保险医师。单个医师的医保费用有两个预算上限:即图2中所示的“基于实践的标准服务总额”和“基于质量的附加服务总额”^①;前者限定了医师的常规医疗服务的预算上限;后者限定了某些特定医疗服务的预算上限,如医师提供的针灸服务和急诊家庭服务等。

(二) 医疗服务相对价值体系

医疗服务相对价值体系包含三个方面的内容:一是统一价值目录是如何制定的;二是统一价值目录包含哪些内容;三是如何根据统一价值目录结算医疗费用。

1. 统一价值目录的制定

在德国,统一价值目录由“评价委员会”负责制定,最终决策由联邦卫生部审核,联邦卫生部可以拒绝或者修改评价委员会的决议。评价委员会由7名来自联邦医师协会的代表和7名来自联邦疾病基金会的代表组成。如果他们没有达成一致的意见,由评价委员会的2名委员申请,可以组建“扩大评价委员会”。在这种情况下,评价委员会就会有4名独立的成员和1名独立主席,这4名独立的成员中,其中2名由联邦疾病基金会提名,2名由联邦医师协会提名^②。

2. 统一价值目录的内容

统一价值目录以相对价值列示了医疗服务和诊断的点数,采用ICD-10编码,每个医疗服务项目都对应一个五位数字的编码。在统一价值目录中列示的医疗服务项目繁多,包括眼科、妇科、儿科、耳鼻喉科、内分泌、胃肠病、儿童和青少年精神病学等,其中穿插了各项规定,纷繁复杂,为此,联邦医师协会编写了统一价值目录的释义大全并逐项进行注释。统一价值目录会根据每个季度的实施情况进行调整和修改,并在德国联邦医师协会的官方网站上发布^③。

从2009年开始,点数的价值由“浮动点值”改为“固定点值”,点数的价值基本

^① Reinhard Busse/Miriam Blümel, “Health system in Transition; Germany: Health System Review”, pp. 1-296, p. 152.

^② Anke Walendzik, “Diagnoses-based risk adjustment in the German remuneration system for outpatient medical care”, pp. 22-30.

^③ KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung), Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), <http://www.kbv.de/html/ebm.php/>, 访问日期:2016-04-30.

维持稳定。全国统一规定的点数价值称之为“指导性点数价格”，各州可以根据其医疗服务体系和医疗费用的差异制定“地区点数价格”，在大多数州，这两者并没有明显的差异^①。从2009年到2016年，每个季度点数的价格均会调整并伴随着略微的波动，但是总体看来基本维持稳定，见下表1。

表1 2009~2016年德国统一价值目录点数价值

年份	设定的点数价值	实际结算的点数价值
2009	3.5001	—
2010	3.5048	—
2011	3.5048	—
2012	3.5048	—
2013	前三季度:3.5363;第四季度:10	10.00
2014	—	9.87
2015	—	9.73
2016	10.2718	9.58

来源：KBV(Kassenärztliche Bundesvereinigung), Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), <http://www.kbv.de/html/ebm.php>, 访问日期:2016-05-30, 作者自行整理。

注1: 2013年第四季度德国对提高了点数的价值,但是同时降低了每项医疗服务的点数数量,这种做法是为了使得医疗服务的价值与实际价格更为接近。

注2: 2013年之后实际结算的点数价值根据EBM表中所列数据计算而来,表格中未标明的数据是因为没有找到具体的数值,但是根据历年实施的情况来看,设定的点数价值与实际结算的点数价值相差较小。

3. 通过统一价值目录结算医疗费用

门诊医师每个季度向各州医师协会申报费用,将季度内提供的诊疗项目在统一价值目录中对应的点数值汇总,由地区医师协会负责费用审核和具体结算。由于第一个季度的诊疗费用到4月份才能申报,因此,每月均参照前一年同时期的实际支付额度预先支付一部分。

在具体结算的时候,每名医师的医疗费用均有两个预算上限,即图2所示的“基于实践的标准服务总额”和“基于质量的附加服务总额”,在预算以内的部分按照点数数量乘以点数价值结算,这两个预算上限可以调剂使用。在这两个预算上限中提前预留出2%,以用于以一个较低的价格支付预算以外的医疗费用^②。但是,部分医疗服务如疾病筛查、免疫接种或者是门诊手术,则不受预算的限制。

^① KBV(Kassenärztliche Bundesvereinigung), Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), p. 27.

^② Anke Walendzik, “Diagnoses-based risk adjustment in the German remuneration system for outpatient medical care”, pp. 33-38.

四、点数法的运行机制

德国医保点数法核心理念在于：政府通过加强对于卫生领域的干预，通过预算管理体系和医疗服务相对价值体系调控医疗保险市场和医疗服务市场，希望以此增强疾病基金协会之间的竞争以提升效率，并最终达到控制卫生费用、维持医疗保险基金的可持续性的效果^①。简言之，就是政府为各市场主体设定好竞争的规则，然后让市场在这个规则下运行，并对可能出现的问题加以观测和调控。所以，点数法的政策设计体现了“政府干预理念”和“市场竞争理念”的互相平衡。

(一) 政府干预理念

尽管“社会自治”仍然是德国医保的核心要素之一，但是出于控费的需要，政府不断加强对于卫生领域的管理与控制，预算分配体系中全国卫生基金的成立便是这一理念的集中体现。

首先，各州疾病基金协会失去了设定医保费率的权利，意味着政府干预的加强和社会自治力量的削弱。2009年成立的全国卫生基金作为德国医保筹资和分配医保基金的管理工具，一改过去由各州疾病基金协会自行设定医保缴费率的传统，制定了全国统一的医保缴费率，标志着德国医保实现了全国统筹。各州疾病基金协会将筹集的医保基金直接转给全国卫生基金，然后再接受全国卫生基金的统一预算分配，即形成了如图2所示的预算分配框架。在联邦层面和州层面，具体的预算仍然由联邦医师协会和联邦疾病基金协会负责制定，即仍然保留原有的“自治结构”。但是全国卫生基金成立之后，各州疾病基金协会不再具有“独立的设定保险费率”的权利，不再能够通过调节医保缴费率减弱基金风险，运营风险大大增加。同时，法律也规定疾病基金协会不得拒绝任何参保人以避免其可能的对于参保人的“风险选择”。因此，在政府的严格管控下，疾病基金协会也无法通过拒绝高风险的参保人来降低自身风险，这使得其运营风险进一步提高。

其次，“固定点值”的设定也是政府干预医疗领域的典型体现之一。原有的“浮动点值”的设计，使得医师更倾向于去点数价值高的地方工作。为改变这种激励制度，德国将“浮动点值”改为“固定点值”，也体现了从国家层面调节医疗资源配置的理念。

(二) 市场竞争理念

在全国卫生基金从国家层面对于医保筹资和分配进行干预的同时，德国建立了以市场竞争为导向的激励机制，预算管理体系中的附加保费和风险结构平衡机

^① Reinhard Busse/Miriam Blümel, “Health system in Transition: Germany: Health System Review”, p. 27.

制的设计就是营造竞争环境的政策工具。

全国卫生基金的建立,表面上避免了各州疾病基金会之间的保险费率的價格竞争,但是附加保费的设计却使得疾病基金会之间的竞争变得更加激烈。预期的政策目标是使得竞争聚焦于改善医疗服务的质量和效率,降低疾病基金会的管理成本,提高其运营管理效率^①,而且也使得医疗服务能够更加满足参保人的利益和需求^②。全国卫生基金的设立将疾病基金会以收入为基础的医保资金筹集与基于风险结构平衡机制调整的费用分配分离开来,由于各州疾病基金会均接受来自全国卫生基金分配的预算,若各州疾病基金会收到的保费高于其支出,则可以向参保人返还保费;若各州疾病基金会收到的医保费用不足以覆盖其支出,则必须加征保费。在德国,保费的价格弹性非常高,参保人更换疾病基金会的最主要原因就是缴费率^③,追加保费对于疾病基金会来说是“生存还是死亡”的问题。因此,附加保费的设计激励各州疾病基金会将医保费用支出维持在预算分配的范围内。为了达到这个目标,各州疾病基金会可以采取的措施包括:一是提高医疗服务的质量和效率以吸引参保人;二是提高管理和运行效率,减少行政费用支出,以避免加征保费造成参保人的流失。

全国卫生基金和附加保费的设定使得疾病基金会之间的竞争更加激烈,但是在基金预算管理体中风险结构平衡机制的设定保证了竞争的公平性^④。风险结构平衡机制的理念是根据风险调整因子在基本医保基金预算额的基础上增加或减少医保预算。现行的风险调整因子主要是四个:年龄、性别、失能情况和疾病风险。一般而言,高风险的患者医保费用的支出较多,但是经过风险结构平衡机制调整之后,高风险的患者得到的医保基金支付也较多。风险结构平衡机制的设定使得疾病基金会的医保支出与其收入状况联系起来,因而在不同的疾病基金会之间形成了一个相对公平的竞争环境。

五、点数法的实施效果

从宏观层面看,德国引入点数法是为了实现控制卫生总费用的目标。从2009年到2015年,德国卫生总费用占国内生产总值的比重一直保持在11%左

^① Dirk Göppfarth/Klaus-Dirk Henke, “The German central health fund—recent developments in health care financing in Germany”, pp. 248—250.

^② [德]彼得·弗里德里希、郭小沙:《社会保险改革中的立法与利益平衡:2007年德国医疗卫生改革》,载《社会保障研究(北京)》,2007年第1期,第25—35页。

^③ Markus Wörz/Reinhard Busse, “Analysing the impact of health-care system change in the EU member states—Germany”, pp. 133—149.

^④ [德]乌里奇·贝克尔、胡倩:《德国法定医疗保险的发展——改革的背景、内容、结果及最新改革建议》,载《社会保障研究(北京)》,2006年第1期,第40—52页。

右,但是这个比率是否能够在未来几年内依然维持稳定是一个未知数,而且究竟是否是点数法产生的效果也难以评判。从微观层面看,医保点数法的实施对于德国的医疗保险市场和医疗服务市场都产生了不同程度的影响,已有许多学者的研究论证了这一点。因此,本部分主要分析点数法对德国医疗保险市场和医疗服务市场的调控效果。

(一)对于医疗保险市场的影响

1. 竞争性增强,但预期的质量和效率之间的激烈竞争并未出现

附加保费的设计是在预算分配体系中增强疾病基金会之间的竞争的重要因素,但是预期的质量和效率之间的激烈竞争并未出现。追加保费的疾病基金会都面临着参保人的大量流失:有些疾病基金会由于追加保费,参保人流失率高达40%,有些疾病基金会的参保人员流失率达10%~30%,其他参保人群忠诚度较高的基金会参保人员流失率也达到5%~10%,2010年上半年引入8欧元的附加保费的基金会流失了20%的参保人^①。尽管当疾病基金会收不抵支时,向参保人追缴附加保费是强制的,但是在2010年底,仅有15个疾病基金会向其成员追加保费。较为普遍的是,疾病基金会采取两种策略避免向其成员追缴保费:一是疾病基金会之间的合并,2009年底,疾病基金协会有202家,到2010年下降到169家并且数量一直减少,到2016年为118家,德国医保经办市场的市场集中度提高^②;二是疾病基金会普遍建立了风险防范基金,将往年结余的保费存起来以备来年使用,而不是向参保人返还保费;在2011年底有的疾病基金会的风险防范基金超过了1000万欧元,最少的也有400万欧元^③。

由于疾病基金协会在财务风险的压力下采取避免加征保费的策略,尽管疾病基金会之间的竞争确实极大增强,但是预期以质量和效率为核心的竞争并未出现。这也造成了一些负面影响,如疾病基金会过于关注短期财务状况,忽略了对初级卫生保健特别是预防性医疗服务的投资等^④。

2. 风险结构平衡机制:医保支付准确性增强,但也存在过度支付与支付不足的现象

预算分配体系中风险结构平衡机制是为了保证疾病基金会之间竞争的公平性,减少疾病基金会对于参保人的风险选择。从其实际运行效果来看,风险

^① Dirk Göppfarth/Klaus-Dirk Henke, "The German central health fund—recent developments in health care financing in Germany", pp. 246—252.

^② Michael Stolpe, "Reforming Health Care—The German Experience", IMF conference on Public Health Care Reforms: Challenges and Lessons for Advanced and Emerging Europe, Paris, 2011, pp. 1—30.

^③ 同注^①, pp. 250—251.

^④ 同注^①, p. 251.

结构平衡机制的设计考虑了地区实际利用医疗服务的情况，增加了医保费用支付的准确性，但是对于高龄参保人、患有严重疾病的参保人、多重疾病患者和农村地区的患者仍然存在支付不足的现象，而对于年轻、健康的参保人则存在过度支付现象^①。

除此之外，风险结构平衡机制的合理性也成为预算分配的焦点之一。有学者认为对于哪些疾病诊断应该进入风险调整目录存在争议^②，也有学者提出可能会出现为了获得额外的支付而改变数据和疾病诊断编码的现象^③。

(二)对于医疗服务市场的影响

1. 不同地区医师的收入得以平衡

医疗服务价值体系中“固定点值”的设计调节了不同地区之间医师的法定医疗保险收入^④。在采取“浮动点值”的时期，由于不同地区点数价值的不同，不同地区的医师提供相同数量的医疗服务得到的医保支付不同，如2009年上半年德国东部医师的收入增长(13.2%)要高于西部地区(4.9%)^⑤。改用“固定点值”后，对于在“浮动点值”时期点数价格高于联邦设定的统一点数价值的，门诊医师的医保收入有所下降；反之，门诊医师的收入有所提高。通过点数价格的统一设定平衡了不同地区之间由于点数价值的不同而造成的收入差异。

2. 在严格的预算约束下，医师可能寻求“预算外”收入

由于德国是法定医疗保险和私人医疗保险并存的“双轨制”^⑥，基金预算管理中的预算约束只针对法定医疗保险体系，医师提供的私人医疗保险服务则不受预算约束，因此，医师可能寻求“预算外”收入，向私人医疗保险患者转移费用或者推迟服务。有研究发现，引入法定医疗保险医师费用预算约束之后，法定医疗保险参保人的就诊率降低，私人医疗保险的参保人的就诊率上升，医师对于预算约束的应对策略是改变其病人结构^⑦；也有研究发现，相比于私人医疗保险，法定医疗

① Florian Buchner/Dirk Göppfarth/Juergen Wasem, “The new risk adjustment formula in Germany: implementation and first experiences”. *Health Policy*, 2013, 109(3), pp. 253–262.

② Matthew Gaskins/Reinhard Busse, “Morbidity-based risk adjustment in Germany: long in coming, but worth the wait?”, *Eurohealth*, 2009, 15(3), pp. 29–32.

③ Dirk Göppfarth, “Risk adjustment in Germany”; Laura Schang, “Morbidity-based risk structure compensation”, *Health Policy Monitor*, 2009(13), pp. 1–12.

④ Miriam Blümel/Cornelia Henschke, “Reform of provider payment in ambulatory care”, *Health Policy Monitor*, 2010(16), pp. 1–7. here p. 7.

⑤ 同上, p. 6.

⑥ 隋学礼:《德国医疗保险双轨制的产生、演变和发展趋势》,载《德国研究》,2012年第4期,第53–63页。

⑦ Hendrik Schmitz, “Practice budgets and the patient mix of physicians—The effect of a remuneration system reform on health care utilization”, p. 1240.

保险的参保人在预约专科医师和全科医师时等待时间变长^①。由于每季度均设定了严格的预算,医师也可能季度末将病人推迟到下个季度或者拒绝向法定医疗保险患者提供医疗服务^②,因此较为严格的预算约束也使得高风险的病人如患有慢性病的老人难以获得有效的治疗^③。

3. 在对医师的预算分配中未经风险调整,将疾病风险转嫁给了医师

在预算约束中,从医师协会到医师组、单个医师的预算是根据以往的医疗服务利用情况确定的,并没有设定风险平衡机制来调整不同病人的疾病风险,这样就将病人发病的风险转移给了法定医疗保险医师。由于医师组和医师的预算不是由病人的需求决定的,可能会造成单个医师的风险选择,因此有学者认为应该在医师费用分配的集体合同中引入风险结构平衡机制,进一步提高分配的公平性并避免医师的风险选择^④。

4. 鼓励全科医学与预防性医疗服务的供给

在基金的预算管理分配中,不仅对于医师提供的筛查、预防等预防性医疗服务不设预算限制,以鼓励医师提供预防性医疗服务,而且将全科医师和专科医师的预算分开核算,以免专科医师挤占全科医师的份额。其目的是鼓励全科医学的发展,使得全科医师在慢病管理中发挥更加重要的作用。

六、启 示

当前,我国已有多个地区开展了医保点数法的实践,如江苏淮安、广东中山、山东东营、江西南昌等地,即“总额控制下按病种分值付费”。与德国相似的是,我国医保点数法的设计也秉承着政府主导、加强竞争的理念,也形成了医保基金预算管理体系和医疗服务相对价值体系,医疗服务或诊断编码也都采用 ICD-10 疾病编码,但是,具体设计却有很大的不同(见表 2)。制度差异主要源自于医保治理体系和医疗资源配置的不同,具体体现在以下三个方面:

① Kathrin Roll/Tom Stargardt/Jonas Schreyögg, “Effect of type of insurance and income on waiting time for outpatient care”, *The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice*, 2012, 37(4), pp. 609-632.

② “Keeping German Doctors On A Budget Lowers Costs”, <http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=91931036>, 访问日期:2016-05-30.

③ Heidi Nadolski, “Budgeting and rationing in the German health care system”, *Journal of Contemporary Health Law & Policy*, 2001, 18(3), pp. 697-702, here p. 701.

④ Anke Walendzik/Matthias Trottmann/Roman Leonhardt, et al., “Remuneration distribution - should morbidity-dependent overall remuneration also be distributed after adjustments for morbidity?”, *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 2013, 75(4), pp. 225-233.

第一,医保基金的“自求平衡”与医保治理体系中的利益平衡问题:德国的医保基金是一个“自求平衡”的系统,医保基金支出以收入为限^①,协商谈判主要是疾病基金协会和法定医疗保险医师协会之间,即不同主体之间的利益均衡;而我国医保基金属于“收支两定”型,尽管医保经办机构与医疗机构也有协商谈判机制,但是这种谈判机制形式为“强势的医保经办机构 VS 强势的医疗机构”,往往难以达成一致。

表2 德国点数法与中国点数法的比较

	德国	中国
基金预算管理层次	全国—各州(全国统筹)	地区层面(主要市级统筹)
协商谈判	疾病基金协会—医师协会	医保经办机构—医院
竞争的主体	疾病基金协会之间与门诊医师之间	区域内的医院之间
医保经办机构的性质	公法主体	政府行政管理机构
参保人选择权:经办机构	自由选择	属地管理
参保人选择权:医疗机构	经济激励型“守门人”机制	自由选择,差异化报销
点数法支付的医疗服务	门诊(ICD-10 编码)	住院(ICD-10 编码)
主要问题	医师可能向私人医疗保险转移费用	医院向“医保外”转移费用

来源:作者自制。

第二,医保点数法的竞争主体不同。德国的点数法竞争主要集中于医疗保险经办机构之间,而我国主要是在医疗机构之间。这种差异主要来源于我国和德国医保经办机构的属性不同:我国的医疗保险经办机构属于政府行政管理机构,而德国疾病基金协会和各州疾病基金协会是公法主体,属于自治性的社团。在德国,竞争的焦点是对于参保人的竞争,而我国对于基本医疗保险参保人实行属地管理,参保人对于医疗保险经办机构没有自主选择权,竞争主要体现在医疗机构对病人的竞争。

第三,医疗服务资源配置结构不同。这是由于德国的初级医疗保健服务比较完善,门诊服务采用经济激励型“守门人”制度,而我国医疗资源分配呈现“倒金字塔”结构,主要的医疗消费是在医院。我国目前住院点数法也采用 ICD-10 编码,点数法可以看做是我国“按疾病诊断相关组付费”的一个雏形,是我国未来实现住院“按疾病诊断相关组付费”的一个过渡阶段。未来待分级诊疗制度目标实现之后,门诊可采用点数法的付费方式,而住院则采用按疾病诊断相关组付费。

综合上文的论述和分析,结合我国实际,德国医保点数法对进一步完善我国的医保制度有如下理论和实践意义。

(一) 坚持政府主导下构建竞争性市场的理念

德国的医保点数法构建了一个竞争性的市场,但是这个竞争性的市场是政府调控下构建的市场。德国点数法的政策设计的明显特征是,随着以市场为导向的激励机制

^① 在 2007 年改革时候,为了帮助基金会应对可能带来的市场风险,政府增加了对医保基金补贴。

的确立,政府主导点数法的政策设计并引导医疗保险经办市场和医疗服务市场开展竞争。由于医疗领域的信息不对称性,充分的市场竞争难以形成,因此我们不能一味地相信市场的力量。德国和我国医保点数法的运行效果说明:严格的基金预算管理和增强的市场竞争会出现转移费用的效应,这种转移很可能损害医疗服务的质量。在德国,医疗保险的自付范围非常小,实行法定医疗保险和私人医疗保险的“双轨制”,医师向私人医疗保险参保人转移费用可能并不会增加负担,因为参加私人医疗保险的是高收入的参保人;但是,在我国情况却较为不同:参保人的自付比例较高^①,基本医疗保险全民覆盖,医疗机构向“医保外”转移费用的选择即是增加病人的自付或者减少必要的医疗服务,这无疑会加重病人的负担并影响治疗的效果。因此,我们不能盲目强调竞争并认为竞争一定能够提升效率降低成本,而是应该坚持由政府来设计竞争机制和竞争规则,逐步建立起竞争性的医疗服务市场。与此同时,也要建立各方能够平等对话的协商谈判平台,使得各方的利益诉求能够得以充分表达并实现平衡。

(二)完善我国医保点数法设计的具体建议

我国医保点数法的实践表明:医保点数法可以有效控制医疗费用,引导医疗机构的行为。目前,在我国医保点数法中出现的问题大多可以通过进一步精细化的设计和管理来加以解决。在政府干预下增强市场竞争理念的指导下,我们可以汲取德国医保点数法的有益经验,完善我国医保点数法的政策设计。

第一,通过协商谈判合理确定一个区域(而不是单个医疗机构)的医疗费用总额及增长率。德国医保点数法的基金预算管理体系本质上是“支出上限制”,即控制了医师医疗费用的最高支出,超过的部分医保基金不予承担,通过这种方式控制医疗费用的增长。在我国,虽然也制定预算总额,但是总额往往是针对单个医疗机构的,无论制定总额为多少,医疗机构的最有策略选择都是尽可能将总额用完,同时一旦用完之后就很可能开始推诿病人或鼓励病人自付费用以减少排队。因此,应该协商确定一个区域(例如以一个市为单位)的医疗费用总额及增长率,区域内的医院根据其提供的服务获得总点数,根据总点数获得医保资金的支付,由此使医院竞争医保基金总额。这样便可以形成一个相对具有竞争性的环境,以调动医疗机构的积极性,引导医疗机构的医疗行为。

第二,完善基金预算分配框架体系。借鉴德国医保点数法的思路,这个预算框架应该包含三个基本的层次:省级层面的预算管理、医疗保险经办机构的预算管理和医疗服务供方的预算管理。省级层面的预算管理主要是通过医保风险结构平衡机制(可采用的风险调整因子包括人口、性别、失能情况和疾病状态等)的方式调整各市医

^① 根据《2015年中国卫生和计划生育统计年鉴》的数据,2014年,我国个人卫生支出占总支出的比例为32%。

疗保险经办机构的基金收入；医疗保险经办机构的预算管理主要是医保基金，分为门诊和住院两部分，并确定采用点数法和不采用点数法结算的部分；医疗服务供方预算管理主要是指确定不同医疗机构级别之间的预算分配规则，并配合分级诊疗的政策目标，调节点数值的设定，如对于常见病和多发病在三级医疗机构、二级医疗机构和一级医疗机构设定相同的点值，以鼓励常见病和多发病在基层医疗机构的诊治；对于疑难重症设定较高的点值，使得三级医院能够聚焦于高难度系数的疾病的诊疗。此外，针对医院和医师提供的预防性医疗服务如免疫性服务、预防筛查服务、慢性病管理服务等也要增加额外的医保支付，以鼓励预防性医疗服务的提供。

第三，完善医疗服务相对价值体系。经过深入分析，我们可以发现医疗保险经办机构通过点数法向医疗机构结算费用实际上形成了医疗服务的医保支付价格。“医疗服务点数价值目录”以相对点值的方式列示了医疗服务的价格，则点数的价值无论是采用“浮动点值”还是“固定点值”，医疗保险经办机构都可以通过间接调节预算总额或直接调节点数的价值来实现对于医疗服务价格和医疗总费用的调整，可发挥医保经办机构对于医疗服务市场的调节作用，使医保经办机构能够真正起到“医疗服务购买者”的角色。由于在实践过程中，医院的实际运营成本和医疗服务成本实际上是一种“黑箱”，通过基金预算管理和医疗服务相对价值点数的竞争性支付可以使得我国的医疗服务价格逐渐趋于合理，减少医疗费用的不合理增长。因此，要通过医疗专家的评估，合理地确定医疗服务的相对价值点数，并定期进行调整（德国是每个季度调整一次并公开发布），对出现的问题进行修正并不断细化，以期未来能够以此为基础，推行住院按疾病诊断相关组付费。

第四，加强对于医疗质量的监管和医疗总费用的监控。德国目前采用的是“固定点值”，而我国采用的是“浮动点值”，但是无论点数价格以何种方式确定，医疗机构收到的医保支付总额与提供的医疗服务数量直接挂钩，因此可能会出现“诊断升级”和“高套分值”的现象，医生可能拒绝某些必要医疗服务的提供或者采用低成本落后的治疗手段，也可能向医保支付“预算外”转移费用，增加病人自付费用，从而加重患者负担。因此，一方面，要加强对于医疗服务的监管，对于医师的医疗诊断进行定期抽检并进行同行评议；另一方面，也要加强对于医疗总费用的监控，将医疗机构患者的自付比例作为考核医疗机构和支付医保费用的一个指标。

第五，构建门诊医保点数法支付方式。分级诊疗是健康中国的第一要义，因此，未来随着分级诊疗制度的不断深化，我国将逐步建立起“守门人”机制，逐步完善初级医疗卫生服务体系，使得常见病和多发病能够由基层的家庭医师（包括全科医师和专科医师）进行诊断和治疗；也要随着分级诊疗制度的推进，逐步建立起门诊医保点数法支付制度，以发挥医保在医改中的基础性作用。

责任编辑：郑春荣

Governance, die Taktik der Klimadiplomatie wie –verhandlungen und der internationale Kontext sind die drei Hauptvariablen, mit deren Hilfe die Formierung und die Wirkung der Akteurschaft der EU erklärt werden können.

**Die europäischen und US-amerikanischen Studien
zu den europaskeptischen Parteien:
ein Review**

Yang Hui/Bi Hongye

Parallel zum Prozess der europäischen Integration entwickelt sich der Europaskeptizismus als eine starke Gegenmeinung. Vor allem seit dem Ausbruch der Euro-Krise sind die europaskeptischen politischen Parteien zusehends mainstreamfähig geworden. Das Brexit-Referendum zeigt sogar die Wendung der hartgesotteneuropaskeptiker zu Befürwortern des EU-Austritts, welche sich langfristig negativ auf die europäische Integration und die Governance-Struktur der EU auswirken wird. Entsprechend sind die Studien zu den europaskeptischen politischen Parteien gewachsen und stellen inzwischen einen bedeutenden Bestandteil der Studien zur europäischen Politik dar. Allgemein betrachtet lassen sich die Studien zu den europaskeptischen politischen Parteien in Europa und den USA in zwei Schulen einteilen: die sogenannte Sussex-Schule und die North Carolina-Schule. Gemeinsam mit den Forschungsergebnissen anderer Forscher liefern sie zahlreiche Forschungsliteraturen und eine multidimensionale Perspektive auf die Beschäftigung mit den europaskeptischen politischen Parteien.

**Der Mechanismus des Punktesystems in der deutschen
Krankenversicherung und seine Denkanstöße für China**

Liu Fang/Zhao Bin

Mit der Verabschiedung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes im Jahr 1977 wurde die Zeit der Kostenkontrolle im System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland eingeleitet. Um die wachsenden Ausgaben im Gesundheitssystem unter Kontrolle zu bringen und die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Krankenkassen zu gewährleisten, wurden das Management über Budgetierung und der

Wettbewerbsmechanismus in das System der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Als Folge wurden das Budgetsystem und das Punktesystem zur Abrechnung für ärztliche Behandlung installiert. In diesem Prozess verlor die Selbstverwaltung in der deutschen Krankenversicherung zugunsten der staatlichen Regulierung an Bedeutung, was zu einem neuen Paradigma des „staatlich gelenkten Marktwettbewerbs“ geführt hat. In der vorliegenden Untersuchung werden die Ergebnisse des Punktesystems in der deutschen Krankenversicherung kommentiert, um davon ausgehend Policy-Vorschläge zur konzeptuellen Verbesserung des chinesischen Krankenversicherungssystems und des Punktesystems auszuarbeiten.

Die Entwicklung der chinesischen Investitionen in Deutschland im Spiegel der deutschen Berichterstattungen

Yao Yan

Seit der ersten chinesischen Investition in Deutschland im Jahr 1997 wird in den deutschen Mainstream-Medien darüber berichtet – mit wenig Intensität. Den Berichterstattungen ist die Entwicklung der chinesischen Investitionstätigkeiten in Deutschland mit ihren Höhen und Tiefen, die Entwicklung der deutschen Einstellung dazu von negativ über skeptisch bis im Grunde genommen positiv zu entnehmen. In der Untersuchung werden Texte über chinesische Investitionen in Deutschland im Zeitraum von 1997 bis Oktober 2016 aus neun deutschen Medien ausgewertet, um einen Überblick über die Entwicklung der chinesischen Investitionen in Deutschland und die entsprechenden Veränderungen der öffentlichen Meinungen in den deutschen Medien zu gewinnen. Auch die positive Tendenz in den öffentlichen Meinungen wird einer Analyse unterzogen.

Kapitalabzug durch Unternehmen: eine rechtliche Untersuchung mit dem Deutschen Gesellschaftsrecht als Referenz

Wang Ping

Der Kapitalabzug stellt eine Herausforderung für China und diejenigen Länder dar, in denen das Gesellschaftsrecht angewendet wird. Als besonders problematisch gilt er in den Ländern, wo sich die Eigentümer konzentrieren. Mit der wirtschaftlichen und