

# 德国医疗保障体系改革及启示

房珊杉\* 孙纽云 梁铭会

卫生部医院管理研究所 北京 100191

**【摘要】**德国是世界上最早建立社会医疗保障制度的国家,其医疗保障体系以法定医疗保险为主,私人医疗保险为辅,基本实现了全民覆盖。本文在梳理德国医疗保障体系三次改革的基础上,阐述德国当前医保管理模式、医疗保险体系、医疗服务体系以及对弱势群体进行保障的现状特点,归纳德国医疗保障体系在发挥市场机制、医保福利包设计、提供均等医疗服务、实行家庭医生制度、注重质量和效率的具体经验,进而提出厘清政府和市场的关系、适时调整医保福利包、逐步建立分级诊疗模式、保障公平的医疗服务以及合理控制医药费用等建议。

**【关键词】**社会健康保险;竞争;质量;效率

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.005

## Social health insurance reform in Germany and implications for China

FANG Shan-shan, SUN Niu-yun, LIANG Ming-hui

National Institute of Hospital Administration, Beijing 100191, China

**【Abstract】** Germany was the first country to establish social health insurance system. The health insurance system in Germany is composed of compulsory social insurance and private insurance, with universal coverage. After systematically introducing three healthcare reforms, this paper analyzes present situation and characteristics of health service regulation mode, medical service system, medical insurance system and security of disadvantaged people; summarizes the experience of design of benefit package, deliver equitable services, introduce market competition mechanism, ambulatory medical care, maintaining quality and efficiencies, and then put forward some advice to promote the construction work of the security system: clarifying the relationship between the government and the market, incrementally adapting the mandated benefit package, gradually establishing the mode of referral system, supplying fair medical services and controlling medical cost reasonably.

**【Key words】** Social health insurance; Competition; Quality; Efficiency

医疗保障制度是国家的基本经济社会制度<sup>[1]</sup>,我国已经初步建立了低水平、广覆盖的医疗保障体系。为应对医疗服务需求增加、疾病谱变化、医药技术创新引发卫生费用快速增长等问题,国务院于2012年3月发布《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》,指出要充分发挥全民基本医保的基础性作用,重点由扩大范围转向提升质量;通过支付制度改革,加大医保经办机构和医疗机构控制医药费用过快增长的责任;在继续提高基本医保

参保率基础上,稳步提高基本医疗保障水平,着力加强管理服务能力,切实解决重特大疾病患者医疗费用保障问题。<sup>[2]</sup>可见,我国基本医保的重点已从低水平的覆盖面扩张转向质量和效率的提升,为更好的完成医疗保障制度改革的新任务、新目标,本文选取了具有代表性的德国进行案例研究,在阐述改革历程的基础上,分析其医疗保障管理模式、医疗保险体系、医疗服务体系的现状及特点,并提出对我国发展和完善医疗保障体系的启示。

\* 作者简介:房珊杉,女(1984年—),博士,实习研究员,主要研究方向为医院管理、卫生经济。E-mail: fss\_0912@126.com  
通讯作者:孙纽云。E-mail: sunny6879@163.com

## 1 德国医疗保障体系的三次改革

### 1.1 第一次改革:构建了较为完整的医疗保险体系

19 世纪末,为解决德国产业工人看病问题,缓解社会矛盾,维护经济发展,德国开始了第一次卫生改革,建立了全面覆盖和平等准入的卫生系统,构建了较为完整的医疗保险体系,实现了人人享有卫生保健。1883 年,德国通过《医疗保险法》,成为世界上首个建立社会医疗保险制度的国家,经过不断的调整和发展,逐步形成了以强制性全面覆盖、有限共付、自由选择医疗服务供给方和开放式融资体制为特征的医疗保障体系<sup>[3]</sup>,包括:通过立法建立医疗保障制度并强制执行;强调社会公平公正,覆盖面广,依据患者需求补偿和分配卫生资源;实行混合制医疗保健供给,法定强制性保险和私人自愿型保险并存;加强保险机构组织间相互竞争、自我管理<sup>[4]</sup>。医疗保健体系覆盖范围的发展路径可归纳为社会保险计划区域间、人群间和工作单位间的扩展,如社会保险计划从发达地区向欠发达地区扩展,从正规就业向非正规就业人群扩展,从高收入到低收入人群扩展,从大规模的公司向小规模公司扩展等。<sup>[5]</sup>

在注重覆盖率提升的同时,德国政府还针对医保福利包进行了补充和完善。首先,将事故保险、养老保险以及失业保险纳入法定社会保险体系范畴<sup>[6]</sup>;其次,在已有福利包中增加特定疾病及服务,如职业病(1925 年、1929 年)、性传播疾病(1952 年)和一系列预防性措施(1955 年)<sup>[7]</sup>;第三,对已有福利逐步增加保障金额和治疗时间,如 1954 年增加病假工资的金额和期限,1974 年取消住院服务的时间限制等<sup>[8-9]</sup>。到 20 世纪 80 年代,德国政府为公众提供的福利包甚至包括温泉治疗,此外,患者在门诊和住院方面也享有近乎免费的治疗。<sup>[3]</sup> 医保覆盖范围和保障水平的提高满足并提升了人们的医疗服务需求,然而供方诱导需求容易发生,且当时的医疗保险制度设计对供需双方均缺乏制约,随着医学科技的发展、人口老龄化、慢病患者增加等因素,导致医疗费用快速膨胀,最终致使医疗保险基金无力承担。

### 1.2 第二次改革:控制费用过快增长

20 世纪 70 年代以后,为遏制医疗费用过快增长,德国对医疗服务供需双方采取管制、定量配给、

制定支出上限等措施,开展了第二次卫生改革。控费以供方措施为主,包括控制医院的规模和准入、医疗服务设备和医务人员数量配给、单次医疗服务支出上限、医院总额预算制等;辅以适度的需方措施,包括福利包范围、共付保险和自付额等。以医师的控制为例,从 1977 年设定单次门诊医疗服务支出上限和实行医师总额预付制,1993 年实施医生处方药预算;对医院的控制方面,1984—1986 年实行总额预算制度;药品方面包括 1982 年增加个人自付药品,1989 年实施药品参考价格制度;在需方控制措施方面,1989 年以后将部分牙科服务、医疗救护设备、普通感冒以及部分药品均排除在医保福利包范围外<sup>[10]</sup>,这些政策短期内对控制费用起到了一定作用。但是,配给政策下的供方调控和价格管制造成资源分配和服务提供效率低下,而医学技术不断创新,消费者医疗保健需求持续增长,使得配给政策根本无法达到控制费用长期增长的目的。

### 1.3 第三次改革:提高卫生系统运行效率

20 世纪 90 年代以后,为控制医疗费用的长期增长及提高卫生系统的运行效率,德国医改从管制配给转变为强调竞争激励的作用,朝向加强市场竞争和政府干预的管理型竞争模式发展,第三次卫生改革开始。以激励机制为基础的改革包括三方面内容:患者方面,实行费用分担机制的改革,增加参保人个人责任,如 20 世纪 90 年代大幅增加处方药的自付比例;医保方面,1993 和 1997 年的改革允许投保人拥有自由选择疾病基金的权利(之前仅有高收入的工人拥有此权利),加强了保险基金的相互竞争<sup>[11]</sup>;医疗机构方面,医保机构通过付费方式改革进一步加强了对医疗机构的费用控制,如 2007 年与医保机构签约的门诊医生的薪酬制度发生根本变化,实行以疾病为导向的总报酬模式和与医生绩效挂钩的最低费用总额模式<sup>[12]</sup>。然而,由于医疗服务本身的特点,在市场竞争型的卫生系统中,如何保证弱势群体公平地获得卫生保健一直是政府最为关注的问题之一。<sup>[13]</sup> 为弥补市场竞争的不充分,德国政府通过行政和法律手段防止单纯的市场竞争造成的不利影响,并尝试对卫生系统不同部门进行整合。2000 年施罗德政府开始实施守门人制度,并取消门诊和住院的严格分离,从而更好的协调家庭医生、专科医生

与医院提供的卫生保健服务。目前,德国仍处在第三次改革过程中,政策制定者们不再进行重大变革,而是对现有体系进行微调。

## 2 德国医疗保障体系的特点

### 2.1 分散管理、社会自治的管理模式

德国法定健康保险的管理主要由政府和非政府组织共同协作完成,其管理体制的特点是统一制度、分散管理、鼓励竞争、社会自治。从政府组织层面上看,在德国卫生系统中,各级政府都有各自具体的职责,主要分为三个层次:第一层是联邦卫生部,负责全国医疗卫生管理,主要职能是制定和颁布卫生和医疗保险方面的立法和政策,对全国卫生和医疗保险运行中的重大问题进行研究和宏观调控,制定卫生防疫规划等;第二层是各州的卫生管理部门,负责医院规划、管理州内医院,以及监督疾病基金、医院和医生协会等组织;第三层是地方卫生管理部门,包括市、县卫生局,负责公共健康问题。此外,政府职能还包括对医疗保险机构进行监督。从非政府组织层面上看,德国政府委派相关自治团体对疾病基金和医疗提供者协会进行监管。其中,最重要的自治团体为2004年成立的联邦联合委员会(G-BA),法律规定联邦联合委员会有广泛的监管权利,包括制定和实施疾病基金所提供服务的标准等。2008年,联邦联合委员会的成员包括联邦疾病基金协会(Federal Association of Sickness Funds),医院联盟(Hospital Federation)和法定医疗保险医师协会(Federal Association of SHI Physicians)。此外,联邦联合委员会还下设两个政策研究及咨询机构,医疗服务质量和经济研究所(IQWiG)和医疗质量监督协会(Institute for Quality)。联邦联合委员会在参考政策研究所及咨询机构建议的基础上,制定疾病基金所需保障的医疗服务种类及质量标准。医师协会、医院联盟和疾病基金协会分别负责监督其成员执行。<sup>[14]</sup>

### 2.2 广覆盖、高竞争、高福利的医疗保险体系

法律规定公民必须要参加法定健康保险或是私人健康保险。工资低于特定水平的人群,必须参加法定健康保险,保费由个人及雇主共同负担,参保者无工作的配偶及其子女可免费获得医疗保障;工资高于特定水平的公民,可以自由选择社会医疗保险

或是商业医疗保险<sup>[15]</sup>。2009年,月收入低于4 050欧元或是年收入低于48 600欧元的雇员必须参加法定健康保险。在德国医疗保险体系中,法定健康保险覆盖了85%的公民,私人健康保险覆盖了约10%的公民(其中个体经营者和国家公务员是其最大的购买群体),剩余的极少部分人群,如军人、警察等特殊群体由专设的保险体系进行保障。<sup>[16]</sup>

德国医疗保险体系最重要的特点是疾病基金的市场化运作,即采取政府扶持、社会举办的形式。<sup>[17]</sup>截至2010年,法定健康保险是由180多个自治的、非营利性、非政府组织相互竞争的疾病基金运作。疾病基金在政府监督下实行自我管理,基金的管理机构通常包括基金管理委员会(Administration Councils)和执行委员会(Executive Boards)。管理委员会依据参保者的缴费率制定疾病基金年度预算,确定基金运作相关条例等;基金执行委员会负责基金的日常运行。2009年,政府在国家层面设立中央健康基金,为医疗保险融资,并确定面向全体参保人员和雇主的统一保险费率。尽管保费运作是由多个自治的保险基金持续进行,但是保险费率不再由每个保险机构决定,而是由联邦政府统一设定和征缴。所有保费先被汇集到新的中央健康基金后,按照风险调整后的人头税公式将保费分配给不同的自治保险公司运营。这使疾病基金逐步失去以往单独收缴、管理医疗保险费的权利,只能从中央健康基金领取每个投保人统一数额的保费。此外,鉴于投保人可以选择疾病基金,服务质量、价格等成为疾病基金竞争的焦点。

较高的保障水平是德国医疗保障体系又一显著特点。政府规定了最低福利包,允许疾病基金在最低福利包外增加额外的保障内容。事实上,鉴于德国最低保障福利包水平已经相当高,因此各类疾病基金在福利包的设置上相差不大。<sup>[18]</sup>一般而言,福利包涵盖了预防保健、住院和门诊护理、医师服务、精神卫生保健、牙齿护理、处方药物、艾滋病治疗、康复和病假补偿等。<sup>[19]</sup>为防止道德风险和促进医保基金持续运行,法律规定18岁及以上的成年患者仍需承担部分医药费用<sup>[19]</sup>,但个人年度医疗成本分担通常仅限于家庭年收入的2%。对于慢性病患者,以家庭年收入的1%为医疗成本分担阈值,超过部分由法定

医疗保险全额补偿。<sup>[11]</sup>此外,由于疾病基金风险结构调整机制并不能充分考虑慢性病的照料成本,因此“撇奶油”现象日益严重,即疾病基金会倾向于选择健康的投保者。<sup>[20]</sup>政府加大对慢性病患者的补偿力度,2002 年在法定医疗保险中成立疾病管理项目(DMPs),旨在引导疾病基金以及法定医疗保险的财政资源转向改善慢性病治疗服务的供给。<sup>[21]</sup>DMPs 对疾病基金实行强制性参加原则,对患者和医师采用自愿参加原则,包括的疾病有 1 型和 2 型糖尿病、乳腺癌、冠心病、哮喘以及慢性阻塞性肺病。研究表明,DMPs 优化了护理过程,改善了临床产出,降低了参与者的并发症和紧急住院情况的发生,满足了患者需求。<sup>[22-23]</sup>

### 2.3 多元化、高质量、高效率的医疗服务体系

德国医疗保障体系不仅结合了需求方的强制保险融资,还包括供给方的多样化服务。<sup>[24]</sup>门诊服务由家庭医生主要负责提供,充当守门人角色,其中,家庭医生不仅限于全科医生,还包括部分专科医生以及全科医生与专科医生联合置业的小型综合诊所。<sup>[11]</sup>住院服务主要由公立医院和非营利私立医院构成,近年来,非营利私立医院通过兼并和收购公立医院的形式不断发展壮大。过去,即使私人门诊无法为患者提供必要的医疗服务,一般也不允许住院医师为门诊病人进行治疗。自 2004 年以来,德国允许医院开放门诊服务,为患者提供专业化的门诊专科服务,患者有权利在门诊和住院医疗之间进行选择。医保对门诊医生主要采用按项目付费,对医院主要采用按诊断相关组(DRGs)付费。在医疗服务合同签订方面,医院协会代表与疾病基金会对服务价格、数量以及质量保证措施方面进行谈判。医院可以通过州政府的资金投入以及疾病基金获得双重筹资。<sup>[25]</sup>

德国通过一系列改革举措保障了医疗服务的高质量和高效率。保障医疗质量的措施包括:开展《结构质量项目》以建立医疗服务提供方的质量管理体系,如对医生的继续教育、对药物和医疗过程的健康技术评估和对医院的评审评价等;开展《过程和结果质量项目》,对约 2 250 家急性病治疗的医院建立强制性质量报告系统,该系统设置了超过 150 个指标用于衡量 30 个质量维度,涵盖了德国约 1/6 的住院治

疗服务。除上述改善质量措施外,另一类措施更直接有效地解决了效率问题。2004 年以来,所有药品,无论专利药还是仿制药,除非有充足证据证明其具有成本效益,否则必须受制于参考价格。2008 年医疗服务质量和经济研究所对疾病基金提供的药物和医疗服务开展成本效益评价,从而增加药企在药品定价方面的压力。此外,所有医院必须按照 DRGs 方式获得医保支付,鉴于 DRGs 设计的思想是同类型的疾病支付标准相同,且 DRGs 的权重设计是基于所有医院同类疾病的平均成本,因此对于效率低的医院会主动提高医疗效率、降低成本,以获得更多收益。<sup>[26-27]</sup>

## 3 对我国的启示

综观三次改革,德国医疗保障体系的发展和完善是立足国情,在医疗服务机会公平基础上,基于人们对平等、健康、和谐生活的追求和保证全民共享经济发展社会成果的重要举措。<sup>[28]</sup>从逐步建立起全覆盖的、高水平的医疗保障网,到简单的通过控制政府管制、定量配给以控制医疗费用过快增长,最终到通过建立有效竞争激励机制、促进卫生保健体系的结构变革以提高卫生系统的整体运作效率,德国医疗保障体系的建立和多阶段的改革措施,为我国完善医疗保障体系提供了有益的启示。

### 3.1 厘清政府责任和市场作用,促进二者协调发展

德国医疗保障体系在强调政府责任的同时,充分发挥市场的资源配置作用。如德国政府在医疗保险制度的作用主要是设计总体框架,表现为开展法定医疗保险,在制度框架内的具体执行领域,则充分尊重市场机制作用和自由选择权利。2007 年正式实施的《法定疾病保险——强化竞争法》提出需通过引入市场竞争机制和提高信息透明度,从而有助于扩大投保人的选择空间,通过“用脚投票”促使医疗保险市场健康有序发展。同时,医疗保险制度给予各医疗保险公司充分的权利进行自我管理、自主经营,激励保险机构更多的考虑投保人利益,满足投保人需求。德国这种混合型的医疗保障模式是经过反复实践逐步形成的。目前,我国仍处于社会主义初级阶段,处在经济社会转型时期,这一国情决定了我国既要借鉴又不能完全照搬德国的混合型医疗保障模

式,需要结合实际,逐步完善相关法律法规,发挥政府和市场的作用,建立健全医疗保障体系。首先,应坚持政府主导,确保基本医疗保障的公益性;其次,发挥政府的宏观调控、制定政策法律及监管职能;第三,在基金安全和有效监管的前提下,充分发挥市场调节功能,在医疗服务供给、就医方式、参保方式等方面给予自由选择权,从而实现医疗资源配置政府主导和市场调节的协调发展。

### 3.2 适时调整医保福利包,保障医保基金持续运行

德国医疗保障体系建立之初,福利包近乎涵盖了所有医疗服务,然而,面对医疗技术进步、医学模式转变等因素导致医疗费用飞涨、医保基金风险增大的问题,政府逐渐意识到在提供医疗福利的同时,应对需求方给予有效的控制和激励,使参保者接受部分共付。我国医疗保障体系建立不久,有学习和吸取国外经验的先发优势,为适应当时经济社会发展水平、维护医保基金持续运行,在三大基本医疗保险制度尤其是居民医保和新农合建立时,秉承“广覆盖、保基本、可持续”的思想,初步满足了人们的基本医疗服务需求。需要承认的是,我国整体保障水平不高,家庭因病致贫、因病返贫现象时有发生。随着我国经济社会持续稳定发展,人们医疗需求不断提高,医保福利包也应随之扩展,从而真正实现医保社会互助共济的作用。当然,也应避免福利包过高,否则不利于医保基金持续有效运行,还会进一步诱发患者道德风险。

### 3.3 注重医疗服务公平,实现全体公民病有所医

在德国,所有参加法定医疗保险的公民,患病后所产生的费用基本上全部由医疗保险机构进行支付。无论参保者实际缴费水平和保险机构选择的异同,患者享受到的医疗服务水平基本一致,这体现了医疗保障的公平性原则。我国由于经济发展水平差异,以及卫生资源配置失衡,不同医疗保障待遇水平还存在差异,人人公平享有医疗保障目标尚未实现。因此,应加强政府的宏观调控能力,从法律和制度层面保障公民公平享有医疗服务的权利;增加对农村、社区、偏远地区卫生资源投入,逐步形成分级诊疗、双向转诊机制和大病进医院、小病在社区的格局,从而合理配置医疗资源,提高服务效率;加强我国基本医疗保险制度的整合和发展,逐步提高新农合、居民

医保的统筹层次,缩小与职工医保的差距,提高医疗保障体系的公平性和可及性。

### 3.4 优化医疗资源结构布局,推动建立分级诊疗格局

德国实行家庭医生制度,一般情况下,公民患病后先前往诊所就医,若诊所无法解决再转诊到医院。一座城市通常只有一所大型医院,医院设施先进,能够实现资源的优化组合,提高医疗服务质量和效率。我国医疗资源配置在城乡、地区、区域间分布不均衡,患者随着优质医疗资源的分布,向大城市、大医院集中,是导致“看病难、看病贵”的重要原因。为此,我们需不断整合和优化医疗资源配置,从根本上缓解患者就医难题,具体措施包括:首先应给予基层医疗卫生机构人才、技术、设备等方面的政策支持,加强基层医疗机构服务能力提升;其次,探索托管、建立医疗集团(联合体)、院管院办等方式,形成公立医院与基层医疗卫生机构之间的分工协作机制,有效促进优质资源下沉;第三,借力医保部门付费制度改革,合理设置激励机制,引导患者基层就诊,推动建立分级医疗、双向转诊的就医格局,提升医疗服务体系整体效率,有效控制费用。

### 3.5 提高医疗服务质量和效率,合理控制医药费用

德国医保制度改革从最初的单纯遏制费用增长,稳定缴费费率,最终走向注重提高质量和效率为核心。在宏观制度设计层面上,通过增加透明度和引入更多的竞争机制以扩大投保人选择范围,提高服务效率;在微观运行层面上,通过开展医院评审评价、建立质量报告系统、实施 DRGs 医保付费制度改革、推进药物和医疗服务的成本效益评价、制定药品参考价格等举措进一步规范了医院和药企行为,提高了医疗机构服务质量和效率。随着医改的逐步深化,我国基本医保改革的重点也由扩大范围转向提升质量,可以充分学习借鉴德国经验,加强医保经办部门和卫生监管部门对医疗服务的监管,探索和开展总额预付、按人头、按病种等复合付费方式,充分利用信息平台和网络建设提高信息透明度,引入医保和医疗机构的竞争机制,开展医院运行绩效管理,从而持续改善医疗质量和效率,合理控制医药费用,真正实现以患者为中心的医疗保障体系的建立。

#### 参 考 文 献

[1] 王东进. 回顾与前瞻——中国医疗保险制度改革[M].

- 北京:中国社会科学出版社, 2008.
- [2] 国务院. “十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案(国发[2012]11号)[EB/OL]. [2012-12-20]. [http://www.gov.cn/zw/gk/2012-03/21/content\\_2096671.htm](http://www.gov.cn/zw/gk/2012-03/21/content_2096671.htm).
- [3] Cutler D, Equality, efficiency, and market fundamentals: The dynamics of international Medical-care Reform, *Journal of Economic Literature*[J]. 2002, 40(3): 881-906.
- [4] 丁纯. 德英两国医疗保障模式比较分析:俾斯麦模式和贝弗里奇模式[J]. *财经论丛*, 2009, 142(1): 22-27.
- [5] Zollner D. *Öffentliche Sozialleistungen und wirtschaftliche Entwicklung*[M]. Berlin: Duncker & Humblot, 1963.
- [6] Bloch E, Hillebrandt B, Wolf C. *Wie funktioniert unser Gesundheitswesen?* [M]. Hamburg: Rowohlt, 1997.
- [7] Barnighausen 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]. *Social Science & Medicine*, 2002(54): 1559-1587.
- [8] Winterstein H. *Steigende Sozialabgaben—eine zwangsläufige Entwicklung?* [M]. Berlin: Duncker und Humblot, 1980.
- [9] Winterstein H. *Das System der Sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland* [M]. München: Vahlen, 1980.
- [10] Braun B, Kuhn H, Reiners H. *Das Märchen von der Kostenexplosion—Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik*[M]. Frankfurt a. M.: Fischer, 1998.
- [11] Busse R, Riesberg A. *Health care systems in transition: Germany*[R]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- [12] 隋学礼. 互助原则还是竞争机制?—艰难的德国医疗制度改革[J]. *经济社会体制比较*, 2012, 162(4): 57-66.
- [13] Reinhard U. *Accountable Health Care: Is It Compatible With Social Solidarity?* [M]. London, UK: Office of Health Economics, 1997.
- [14] 朱明君, 潘玮. 德国法定医疗保险的现状[J]. *中国医疗保险*, 2012(2): 66-69.
- [15] Graf von der Schulenburg J M. German healthcare system in transition[J]. *European Journal of Health Economics*, 2005(6): 183-187.
- [16] Busse R, Klazinga N. *Descriptions of health systems: Germany and the Netherlands* [R]. The Commonwealth Fund, 2008.
- [17] Altenstetter C. Insights from health care in Germany[J]. *American Journal of Public Health*, 2003, 93(1): 38-44.
- [18] Giaimo S. *Markets and Medicine: The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States* [M]. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2002.
- [19] Thomson S, Osborn R, Squires D, et al. *International Profiles of Health Care Systems* [R]. The Commonwealth Fund, 2010.
- [20] Lisac M, Blum K, Schlette S. *Changing Long-established Structures for More Competition and Stronger Coordination—Health Care Reform in Germany in the Millennium*[J]. *Intereconomics*, 2008(7/8): 184-189.
- [21] 托马斯·格林格尔, 苏健. 德国医疗改革的范式转变及其影响[J]. *江海学刊*, 2011(6): 21-27.
- [22] Elkeles T, Kirschner W, Graf C, et al. *Versorgungsunterschiede zwischen DMP und Nicht-DMP aus Sicht der Versicherten. Ergebnisse einer vergleichenden Versichertenbefragung von Typ 2-Diabetikern der BARMER*[J]. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 2008(1): 10-18.
- [23] Graf C, Walter U, Marschall U. *Nutzenbewertung der DMP Diabetes mellitus - Neue Erkenntnisse aus dem Vergleich von DMP-Teilnehmern und Nichtteilnehmern anhand von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung*[J]. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 2008(1): 19-30.
- [24] 雅诺什·科奈尔, 翁笙和. *转轨中的福利、选择和一致性*[M]. 北京: 中信出版社, 2003.
- [25] 郝敏, 王璞, 沈霞, 等. 德国医疗体制的几点感悟[J]. *医学与哲学: 人文社会学版*, 2009, 30(10): 53-55.
- [26] Busse R. *Germany opts for Australian diagnosis-related groups*[J]. *Euro Observer*, 2000(2): 1-3.
- [26] Worz M, Busse R. *Analysing the impact of health-care system change in the EU member states—Germany*[J]. *Health Economics*, 2005(14): S133-S149.
- [27] 王川, 陈涛. 德国医疗保险制度的改革及启示[J]. *经济纵横*, 2009(7): 105-107.
- [28] World Health Organization. *Equity in Health and Health Care, a WHO Initiative*[R]. WHO, Geneva, 1996.

[收稿日期:2012-12-18 修回日期:2012-12-29]

(编辑 刘博)