

# 德国社会医疗保险组织体制的发展与变革

王 琬\*

中国人民大学中国社会保障研究中心 北京 100872

**【摘要】**德国的社会医疗保险改革在世界范围内产生了深远影响。本文从组织体制变革的视角对德国医疗保险制度的产生、发展和变革历程进行了回顾,对德国医疗保险组织的法律地位、治理结构以及运作机制进行了初步分析,并对其政府干预性与市场竞争性同步强化的改革趋势进行了探讨,认为德国医疗保险制度改革正朝着“管理式竞争”的方向在发展。

**【关键词】**德国; 医疗保险; 组织体制; 改革

中图分类号:R197.516 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.02.011

## Evolution and reform of health insurance organizational structure in Germany

WANG Wan

Social Security Research Center, Renmin University of China, Beijing 100872, China

**【Abstract】**The social health insurance reform in Germany has generated a profound influence in the world. This article analyzes the development process and organization status of health insurance reform in Germany from the perspective of organization reform, and discussed the reform trend in future. It preliminarily analyzes the legal status, governance structure, and operational mechanism. In addition, it explores the reinforcing coordination of government intervention and the market competition. The paper shows that the reform was moving toward the direction of “Managed Competition”.

**【Key words】**Germany; Health insurance; Organization structure; Reform

作为社会医疗保险的发源地,德国医疗保险具有典型的俾斯麦体制特征,多年来一直坚持着团结互助的基本原则,在制度体系上维持了一定的稳定性。然而,迫于近年来外部政治经济环境压力,德国也开始对其医疗保险体系进行改革,并在世界范围内产生了深远影响。本文将在综述德国社会医疗保险组织体制发展历程和组织现状的基础上,对其可能的变革趋势进行进一步的探讨。

## 1 德国医疗保险组织体制的发展历程

### 1.1 萌芽与建立:中世纪至 19 世纪 80 年代

德国社会医疗保险经办机构又称为法定疾病保险基金,起源于欧洲中世纪基尔特设置的救助基金,是一种小型的、非正式的、自愿性协会组织。19 世纪,新兴的产业工人阶级在沿袭基尔特组织基本原则的基础上,建立了自愿、自助、自我管理型的缴费

型基金,以应对疾病和死亡可能带来的贫困风险。同时,企业和社区也纷纷建立了各种地方性基金以帮助贫困阶层。1849 年,德意志最大的邦国普鲁士正式实施了面向矿业工人的强制性医疗保险,并授予地方政府监管疾病基金的权利,即地方政府有权决定自愿性投保或是强制性投保。19 世纪中后期,快速的工业化进程带来了经济危机,城市工人处于生死挣扎的边缘。为了阻止以工会组织为主要力量的社会主义运动,维护既有社会秩序,议会于 1876 年通过了全国性的医疗保险最低缴费和受益标准。1881 年,《皇帝宪章》正式赋予了穷人享有社会福利的基本权利。也是在这一年,俾斯麦首次提出了建立全国性的医疗服务体制,然而,这一议案遭到了议会多数成员的反对。1883 年,在一系列利益妥协的基础上,《疾病保险法》最终得以通过。法案规定,医疗保险组织以原有的地方基金和职业基金为基础,

\* 基金项目:德国艾伯特基金会资助项目“政治多元化视角下的德国医疗保险改革”

作者简介:王琬,女(1984 年-),博士研究生,主要研究方向为卫生经济、医疗保障。E-mail: wangwan@yahoo.cn

定位为非营利机构,由按出资比例选举的工人代表和雇主代表共同组成的委员会进行自治管理。议会和政府仅限于制订监管框架和法律标准,并对医疗保险组织进行监管。<sup>[1]</sup>需要指出的是,德国社会医疗保险组织之所以能够从自愿性的非正式协会组织发展成为自治管理的疾病基金,主要原因在于自治性的疾病基金能够充当平衡劳资利益关系的桥梁,这对于19世纪末逐渐进入工业社会,并刚刚建立统一国家的德国而言尤为重要。

从中世纪到19世纪末,是社会医疗保险萌芽并最终通过法律形式正式建立的时期。此间,建立在团结互助基础上的地区或职业性疾病基金逐渐成为了社会医疗保险的主要组织载体,在继承行业协会传统的基础上形成了自治管理的治理模式。

### 1.2 发展和完善:20世纪初期至20世纪80年代末

20世纪初期,随着工伤保险法案、老年和残疾社会保险法案等其它社会保险法案相继颁布,德国社会保险立法逐渐成熟,并最终整合成为了一部简明的社会保险综合法。1911年,德国颁布《社会保险法典》,该法典从1914年1月1日起在疾病保险中开始生效。1919年,《社会保险法典》进行修订,正式将德国境内的8500个社区疾病保险组织转为了地方疾病保险基金,并建立起了农业工人疾病保险基金。该法典还规范了医疗保险机构的管理程序,规定各种保险机构的主席应由雇主与雇员选举产生,各种保险机构实行统一化,较低层次的社会保险管理部门为保险办公室,高层次的社会保险管理部门为社会保险局,以此取代以前的各种社会保险仲裁机构。1933年,德国社会主义党执政后的法西斯政府一度取消了德国社会保险自治管理体制,但在战后,这一体制迅速得到了恢复和重建。

第二次世界大战结束后,德国分裂成联邦德国和民主德国,在不同政治体制下,医疗保险组织体制也发生了分离。联邦德国基本维持了传统的社会医疗保险组织体制,并于1951年通过《社会保障自治管理法》,将社会保障管理重新恢复为各种社会保险协会的自我管理,但原来的由不同利益群体代表合作管理社会保险事务的原则不再使用,改为实行由各社会保险协会中的被保险人与雇主代表合作管理原则,社会保险协会中的代表由选举产生,并由代表

选举产生执行机构。<sup>[2]</sup>1955年,疾病基金及其联邦、地区协会被正式定位为公共法人实体。1989年,《社会法典》颁布,它取代了《社会保险法典》,成为了联邦德国强制性医疗保险的法律基础。《社会法典》对社会医疗保险的基本原则、筹资、服务供给、组织结构以及监管等各方面都进行了详细的规定。其核心内容是强制性医疗保险的自治管理,因而对疾病基金及其协会的组织结构、协会谈判机制、委员会组成等也都进行了清晰的界定。<sup>[3]</sup>民主德国建立后,则仿效苏联建立了国家卫生服务体制,这是一个由政府直接控制的集中型卫生服务系统。在这一体制下,个人和雇主共同缴费的社会保险原则虽然在一定程度得到了保留,但分散化的组织体制却被集中化组织体制所代替,两个大型的疾病基金分别覆盖了民主德国的劳工和其它就业人口(例如,农业合作社工人、艺术家和自雇者)。1990年,柏林墙倒塌宣告了两德的统一,原民主德国地区的国家卫生体制被废除,社会医疗保险系统重新建立。<sup>[4]</sup>

20世纪初期到80年代末是德国社会医疗保险组织体制的发展和完善时期。这一时期,德国虽然经历了两次世界大战以及国家分裂的巨大政治变动,但由于战后经济的繁荣和民主政治的推动,西方福利制度得以蓬勃发展。在此一背景之下,社会医疗保险组织体制以自治管理为核心,进入扩张性发展阶段,并形成了较为稳定和统一的管理模式。

### 1.3 调整 and 改革:20世纪90年代初至今

伴随着国家的重新统一,德国社会医疗保险制度于20世纪90年代初期进入了改革的快车道。尤其在医疗保险组织结构方面,进行了大刀阔斧的改革。

1993年1月1日,《卫生改革结构法案》的实施被认为是德国卫生系统的开创性结构变革。这一法案的核心在于重组法定医疗保险体系,其重点在于两方面,一是于引入疾病基金之间的竞争机制,允许被保险人自由选择疾病基金;二是建立风险结构补偿计划,以调整疾病基金之间的风险结构。此后的十多年,虽然经历了多次政府更迭,颁布了《医疗保险费率免除条例》、《第一次和第二次法定医疗保险重构法案》、《增进法定医疗保险之团结互助法案》、《法定医疗保险现代化法案》等多部卫生系统改革法案,但这些法案的重点仍在于加强成本约束,并未对

医疗保险组织体制产生实质性影响。2005 年德国大联合政府形成,经过多轮讨论和各方妥协之后,《加强法定医疗保险竞争法案》于 2007 年颁布。虽然这一法案在多个领域承袭了渐变的发展模式,但也带来了深刻的变革,尤其是在医疗保险组织结构方面:一是建立了全国性的健康基金,为医疗保险融资;二是引入医疗保险机构之间的面向疾病状况的风险结构平衡机制;三是统一缴费率,即费率的厘定权将由疾病基金转移给政府。这几项改革措施于 2009 年正式实施。<sup>[4]</sup>

从 20 世纪 90 年代初至今,德国社会医疗保险组织体制一直处于调整和改革时期。改革的原因是多方面的,经济全球化下的劳动力成本压力,信息网络化下的就业结构变动,欧洲一体化下的共同市场需求,都迫使德国既有的医疗保险组织体制做出调整性回应。虽然改革政策由于不同政党之间的价值取向和利益冲突有所差异,但总的改革目标仍在于加强成本控制,增加竞争以提高技术效率,并避免逆向选择给制度公平性和服务质量带来的消极影响。其中,医疗保险竞争机制和风险补偿机制的引入,以及国家健康基金的建立,更是为医疗保险组织体制带来了根本性的变革。

## 2 德国医疗保险组织体制的基本现状

一百多年来,德国社会医疗保险在变革中发展,逐渐形成了较为稳定的组织结构。

### 2.1 德国医疗保险组织的法律地位

德国《社会法典》第五篇对医疗保险组织的规定是这样的:国家在实施社会医疗保险制度时并没有委托某一直接的国家行政管理机关,而是设立了独立的具有公法法人地位的医疗保险机构——疾病基金,并将该机构对医疗保险的管理权委托给相关的雇员和雇主。<sup>[3]</sup>可见,德国社会医疗保险体系下的疾病基金与其它所有的社会保险机构一样,都是独立的自治法人实体,受公法调节。疾病基金作为独立的自治管理机构,与国家机关没有任何行政隶属关系,所有基金拥有独立的财政权和人事权。

德国社会医疗保险并非由单一的中央基金集中提供,而是由七种不同类型的疾病基金承担保险人角色,即普通地方疾病基金、企业疾病基金、手工业疾病基金、替代性疾病基金、海员疾病基金、农业疾

病基金和联邦矿工联合会。截至 2009 年底,德国共有各类疾病基金 202 家。<sup>[5]</sup>由于历史原因,各个疾病基金产生的社会背景各异,其最初的法律地位也不尽相同。例如,普通地方基金在建立之初就确立了公法法人地位;手工业疾病基金则在相当长的一段时间是受贸易法调节的,没有独立法人地位;替代性疾病基金作为互助性组织,长期受私法调节。直到 1989 年卫生改革法案通过以后,德国的各类疾病基金的法律地位才统一,都成为了公法法人实体。

### 2.2 德国医疗保险组织的治理结构

以法定疾病基金为核心,德国社会医疗保险组织的治理结构可以划分为宏观、中观和微观三个层面。

宏观层面的社会医疗保险治理主要关注的是政府部门对疾病基金的监督和管理,联邦议会、政务会以及联邦卫生和社会保障部都承担着参与社会医疗保险监督治理的重要职责。其中,联邦保险局直接履行对社会保险机构的监督职能,联邦金融服务监管局则负责对私人营利性保险机构进行监管。2009 年开始,一个全国统一的健康基金正式开始运作,它取代了各疾病基金原有的费率厘定、保费征缴等部分职能,成为了一个建立在国家层面上的运作实体。<sup>[6]</sup>

中观层面的社会医疗保险治理主要是基于协会层面的治理,这也是德国社会医疗保险自治管理中最重要的一环。疾病基金会享有国家认可的垄断地位,通过相互协商实施计划,对所有协会成员具有约束力。自治化的疾病基金根据地区以及行业的不同,形成了普通地方疾病基金会、企业疾病基金会、手工业疾病基金会、替代性疾病基金会、海员疾病基金会、农业疾病基金会和联邦矿工联合会等七大疾病基金会。这七类疾病基金会的组织架构除法律规定外,尚可由各基金会的组织章程自行决定,其组织层级并非完全一致。例如,普通地方疾病基金会、企业疾病基金会和手工业疾病基金等三类疾病基金会为三级制;农业疾病基金会只有二级制;联邦矿业疾病基金会则由联邦矿业保险机构单独掌管会务,没有层级问题;替代性疾病基金会可以合组一个联合会,分为二级制。

微观层面的社会保险治理主要关注的是疾病基金内部的权利结构安排。自治管理的疾病基金拥有独立的组织决策权,一般而言,其内部结构主要包括

了管理委员会和理事会。其中,管理委员会的代表由被保险人及其雇主选举产生,代表人数相等,但在替代性疾病基金中,管理委员会的代表全部是被保险人。选举制度是社会保险机构自治管理的核心机制之一,每六年举行一次,代表由被保险人及其雇主匿名投票选出。管理委员会主要负责编制预算、制定疾病基金章程、厘定保费、选举和监督理事会等事务。专职的理事会由管理委员会选举产生,负责管理疾病基金日常工作,并对外代表本疾病基金。它作为管理机构的中心,有权影响基金的决策,承担主要的领导和组织任务。<sup>[7]</sup>

### 2.3 德国医疗保险组织的运作机制

疾病基金的日常运作主要涉及到了资金管理、风险管理以及医疗服务管理。

长期以来,疾病基金都拥有独立的财政权力,通过向雇主和被保险人征收强制性保费进行筹资。然而,随着2009年国家健康基金的建立,区域性的保费收缴点将代替疾病基金承担这一工作。它们负责收取全部社会保障费,然后按比例划分到养老、医疗以及失业等各个基金,为了防止收入关联保费的波动性,预防可能的收入损失,国家健康基金还建立了流动性储备基金,并引入部分政府贷款。国家健康基金建立后,疾病基金会逐渐失去了以往单独负责收纳、管理医疗保险费的财政主权,只能从国家健康基金领取每个被保险人统一数额的保费。

对于传统的社会医疗保险而言,疾病基金的内部风险管理主要在于控制被保险人的道德风险。在德国,被保险人通常可以自由选择医疗服务机构和医师,在这种情况下,疾病基金很难监督和控制医疗服务供给方的行为,因此只能选择共付制等手段对被保险人的就医行为进行约束。20世纪90年代以来,随着疾病基金之间竞争机制的引入,为了防止疾病基金可能的逆向选择,建立了全国性的风险补偿机制。这一机制以年龄、性别、职业等作为风险因子,对不同基金之间的风险结构进行调节。但由于争议较大,政府随后又对这一机制进行了调整,于2009年正式推出了新的基于疾病状况的风险补偿机制。<sup>[8]</sup>

20世纪70年代石油危机之后,各国政府面对福利赤字带来的巨大压力,都采取了一系列削减福利支出的改革措施。在卫生领域,以成本约束为导向

的卫生体制改革,也深刻影响了医疗保险部门与医疗服务部门的关系,主要表现在强化保险部门作为第三方购买者对医疗服务部门的监督约束功能。改革医疗费用支付方式是加强医疗服务管理的主要手段之一。例如,德国于2000年采用了总额预付制后,医疗费用在一定程度上得到了控制。2002年,德国又正式引入了DRG医疗费用补偿机制。同年,为了强化疾病基金对于医疗部门的服务管理,病例管理计划也获准实施。通过建立标准化的病例管理评估指标和操作模式,疾病基金进一步介入到了医疗服务管理之中。<sup>[9]</sup>德国政府还积极鼓励医疗服务管理创新,对于试点家庭医生、一体化医疗、选择性价目表以及红利计划的疾病基金,都会给予一定的资金补偿。<sup>[6]</sup>

可见,疾病基金的资金管理功能日益弱化,风险管理职能由关注内部风险管理开始向内外并重发展,医疗服务管理的职能则进一步加强。

## 3 德国医疗保险组织体制的变革趋势

近年来,德国卫生保健体系进入了新一轮调整时期,社会医疗保险组织体制也不断变革,表现出向“管理式竞争”发展的趋势,即政府干预性和市场竞争性同时得到了强化。

### 3.1 市场竞争性加强

从市场竞争的层面看,市场化改革的效果日益显现。1997年开始,德国开始允许投保人自由选择疾病基金,这意味着德国社会医疗保险体制开始由封闭走向开放,疾病基金失去了以往的区域性或行业性垄断地位,不得不加入到与其它各类疾病基金的竞争之中。开放社会医疗保险市场一方面赋予了投保人更多的自由选择权;另一方面,则可以通过竞争提高疾病基金的经营效率,并间接影响医疗服务市场。此后近十多年,为了完善这一竞争机制,德国政府又进行了一系列改革,其中,风险补偿机制的建立是社会医疗保险组织体制的又一制度创新。这一机制试图通过调整疾病基金之间的风险结构,避免疾病基金的逆向选择风险,为疾病基金之间的竞争创造公平的制度环境。近年来,竞争机制和风险补偿机制对德国社会医疗保险组织体制的影响日益显现。越来越多的德国人开始选择更换疾病基金,据统计,近年来德国疾病基金年平均转换率已达到了

5%。<sup>[10]</sup>其中,除了价格因素外,服务质量也成为了人们选择疾病基金的影响因素。但目前来看,还很难准确计量出改革对提高疾病基金整体经营绩效的影响。

### 3.2 政府干预性加强

从宏观调控的层面看,政府在医疗保险组织体制中的地位逐渐强化。主要表现在以下三个方面:一是政府加强了对社会医疗保险体系的立法,进一步明确在了这一体系下各个参与主体的权利和义务,以保证医疗保险竞争机制的公平性,例如,保持费率稳定,确保成员及时得到医疗服务,提高服务效率。二是政府加强了对社会医疗保险程序的监控,通过建立相应的财务激励机制和服务管理机制,政府深入到了对医疗保险决策过程的干预之中。三是政府加强了对社会医疗保险基金的管理,从早期的预算管理到近期建立国家健康基金,统一医疗保险费率,政府重要性凸显。虽然政府干预社会医疗保险的最初目的在于控制医疗费用,提高系统效率,但可以看到的是,这一系列改革措施的出台,必然将对德国社会医疗保险组织体制产生重大影响,一是传统的政府、保险机构、医疗机构以及被保险人之间的权利平衡机制将被打破,取而代之的将是新的权利配置结构;二是社会医疗保险机构之间及其内部的资源配置机制也面临着新的调整,并进而将影响到其内部治理结构。

### 3.3 协会调控性淡化

与此同时,以协会谈判为代表的社团主义元素却逐渐淡化。<sup>[11]</sup>在传统的俾斯麦模式下,医疗服务提供者依靠其专业权威性在卫生系统中一直处于垄断地位,它们通过集中性合约最大化巩固了自身的政治经济利益。20 世纪 90 年代后,合约制度的自由化促进了个体合约的发展,建立在单个疾病基金与医疗服务提供者之间的个体合约更具激励性和创新性,它的出现逐渐削弱了集体合约对微观市场的调控能力。然而,对于社会医疗保险体系而言,协会调控能力的弱化却并不等于社团主义的终结。恰恰相反,即使在医疗保险组织体制向管理式竞争模式发展的背景下,德国国家卫生政策仍然是倾向于合作调控的,即社会医疗保险的基本组织体制依然是以自治性的疾病基金为基础,通过国家授权和集中性

谈判解决问题。作为集中性自治体系的代表性机构——德国联邦联合委员会的建立也再次证明了德国政府对集中性自治管理的重视。联邦联合委员会中的疾病基金代表和医师代表人数相同,此外,还有三个独立代表。它可以颁布医疗服务标准,评估医疗服务效果,并最终确定社会医疗保险的偿付标准和范围。目前,联邦联合委员会已经建立起了一个跨部门的谈判机制,在这一机制中,代表着基于医师权威的传统社团主义合作模式正在向跨部门的多元主义合作模式转型。<sup>[12]</sup>在以管理竞争为导向的社会医疗保险组织体制改革中,协会调控的作用之所以不容忽视,原因主要在于:一是医疗服务的专业性,社会医疗保险的管理过程涉及到了医疗行为的经济性评估,这一工作需要由具有专业知识的协会组织承担;二是健康保障的权利性,享有健康保障是公民的基本权利,由政府授权给处于中立地位的协会组织进行政策决策更加透明,这也降低了政府的立法风险;三是体系变革的必然性,在社会医疗保险向竞争性和集中性发展的同时,在某种程度上处于政府和市场之间的协会往往能够缓和冲突,降低改革成本。

可以看到,尽管多年来德国一直沿袭着俾斯麦社会医疗保险的发展路径,进行着以成本约束为导向的增量改革,但其组织体制的变革趋势却日益显现,即朝着加强市场竞争和政府干预的管理型竞争模式发展。同时,作为俾斯麦社会保险的核心机制,德国医疗保险的协会自治管理也开始从医生权威主义过渡到多边主义自治管理。这意味着,德国传统的俾斯麦社会医疗保险模式正在向新俾斯麦模式转型。

### 参 考 文 献

- [1] Busse R, Riesberg A. Health Care Systems in Transition: Germany [R]. Copenhagen, 2004.
- [2] 丁建定. 德国社会保障制度的发展及其特点[J]. 南都学坛, 2008(4): 46-51.
- [3] Becker U, Busse R. Health insurance, Social Security Systems in Germany-Status Quo and Recent Developments[R]. 2007.
- [4] Rothgang H, Cacace M, Frisina L, Grimmeise S, Schmid A, Wendt C. The State and Healthcare: Comparing OECD Countries [M]. New York: Palgrave Macmillan, 2010.
- [5] Ognyanova, Diana, Busse R. Health Fund now operational [R]. Berlin, 2009.

- [6] Germany Federal Health Monitoring. Number of statutory health insurance institutions [EB/OL]. [2010-11-12]. [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=13173147&nummer=304&p\\_sprache=E&p\\_indsp=-&p\\_aid=81651689](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=13173147&nummer=304&p_sprache=E&p_indsp=-&p_aid=81651689).
- [7] Klenk T, Weyrauch P, Haarmann A. Beyond Policy Reforms: Governance Reforms in the Health Insurance Sector-Germany, France, and the Netherlands Compared [R]. Bath, 2008.
- [8] Schang, Laura. Morbidity-based risk structure compensation [R]. Berlin, 2009.
- [9] Hallek M, Walshe R. Recent Health Care Reform Strategies in Germany [R]. Washington, D. C., 2006.
- [10] Tamm M, Tauchmann H, Wasem J, et al. Elasticities of Market Shares and Social Health Insurance Choice in Germany-A Dynamic Panel Data Approach [J]. Health Economics, 2007, 16(3): 243-256.
- [11] Gerlinger T. Health Care Reform in Germany [J]. German Policy Studies, 2010, 6(1): 107-142.
- [12] Hassenteufel P, Palier B. Towards Neo-Bismarckian Health Care States Comparing: Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems [J]. Social Policy and Administration, 2007, 41(6): 574-596.

[收稿日期:2010-11-13 修回日期:2011-01-11]

(编辑 薛云)

· 动态讯息 ·

## 澳大利亚签署新医改协议

2011年2月13日,经过十几个小时的磋商,澳大利亚总理吉拉德最终成功促使澳所有州政府和领地政府领导人在新的全澳医疗改革协议上签字。

这次医改的主要内容是,在从今年7月起的十年内,政府对全国的公立医院新增投资164亿澳元,新增投资由联邦政府和地方政府各承担50%。不过此举前提是地方政府必须对目前的医疗体系有所改革,而政府也会先提供2亿元以备急需之用。吉拉德介绍说,刚刚达成的医改协议对患者们将更加有利,它可以资助数万人接受额外的医疗服务,并且缩短非急需手术和急诊室治疗的等候时间。她说,新的医改协议对澳大利亚的医保体系来说意味着更多的资金、更多的床位、更多的医疗人员和更少的患者等待时间。

事实上,去年前任总理陆克文便与澳多数州和领地政府达成协议,以地方政府上交30%的消费税为交换条件,让联邦政府成为公立医院的主要资助人,提供公立医院60%的经费。但现任总理吉拉德此次并没有继续陆克文的计划,新方案拒绝向各省提供原已承诺的医院基础设施建设费和增长的开支,而是向医院直接拨款。另外,虽然联邦政府不再截留消费税,但是新方案中联邦政府的资助比例由原来的60%降至50%。吉拉德说,各州所获得的资金将通过一个独立的全澳性机构进行管理,资金去

向也将更加公开透明。可以说吉拉德新的“均摊”计划的通过,意味着陆克文的医改计划被彻底否决。

其实,随着澳大利亚各地区自由党逐渐开始掌权,原来的医改计划成功的几率也是越来越小。因为自由党执政的州,特别是西澳和维多利亚州一直拒绝将消费税交给联邦政府,如果坚持原来上交30%消费税的安排,无疑是不现实的举措。显然,吉拉德政府不想因为消费税的争执而影响整个医改。吉拉德也表示,不希望由于资金安排的政治斗争阻碍她为澳大利亚病人提供更好服务的计划。

澳大利亚医师协会对此次医改的通过表示欢迎,但医生们对于地方与联邦政府的争吵和讨价还价还是感到非常失望。很多医生认为,澳大利亚目前的医疗系统已经岌岌可危,维持现状绝对是不正确的选择,因为现阶段的财务状况已无法承担这一切。而联邦政府提出的50%拨款计划也具有挑战性,因为让各州和领地在未来几年承担对医院投入的另一半份额非常困难。

据了解,13日签署的医改协议仅是一个框架性的共识,而完整的协议将会在今年年中的另一次澳大利亚政府理事会会议上签署。

(来源:国际在线)