



### 法国医疗保险制度及其改革

李晋国(2006.5)

#### 保险制度、医院、医生

法国医疗保险以行业为基础，由各种各样制度组成，大致分为覆盖国民80%的利用者保险制度、自营者保险制度、特别制度、农业一般制度4种。投保者保险费由征收机构(ACOSS)负责征集，所收保险金国家级归全国利用者医疗疾病基金(CNAMTS)，地方级归地方疾病基金(CRAM)，县级归初级疾病基金(CPAM)运营。在这种医疗保险制度下，法国人可以根据这4种制度选择投保，并按规定支付保险金。如80%国民投保的一般制度，投保人看病有充分选择医疗机构的自由，就诊支付诊疗费后凭医生收据(药物凭药店药房收据)由疾病基金补偿。补偿率因疾病、药物种类不同而有差别，如开业医一般医疗行为补偿70%，一般药物补偿65%，维生素和胃药等(安慰剂)补偿35%。由于个人承担部分医疗费，促进了非营利互助会形式补助制度的发展。

在法国，医院按其诊疗能力和规模分为地区中心医院、一般中心医院、中心医院、地区医院、特殊医院(癌、精神疾患等)、短期疗养设施、长期疗养设施。这些医院24小时都能够接收患者，经认可符合参加保险服务的医院根据前一年度活动实绩向负责部门提出设施计划和预算计划，其内容妥善性经审查后，次年度预算金按月总计支付。现在总支付收入约占医院收入的80%，由于按月平均支付费用，经营状况较为稳定。法国将临床诊所和综合医院统称为私立医院，主要起到急性期医疗的重要作用。这些医院平均床位80张，其办院主体为个人、私立法入、企业等。患者到这些设施住院时，医疗费支付与公立医院大致相同，所以私立医院的医生不仅从供给制取得收入，而且还可以从患者诊疗费中提取。

法国医生可分为专科医生和一般医生。为了成为专科医生，从医学部毕业经有关实践竞争考试合格后，还需接受4—5年的专门教育。考试不合格者和希望成为一般医生者，经2年研修后，多半从事自由开业医生。一般医生和专门医生诊疗科目要求严格遵守医疗行为规范，不得从事规定以外的医疗行为。专门医生和一般医生从事相同的医疗行为，其报酬并不相同。开业医行医报酬由疾病基金与代表医师的劳动工会间签约支付。

#### 医疗费受到挑战

1970年以后，随着国家经济的低落，保险费收入难以增加，在自主运营的原则下，社会保险基金陷于慢性赤字。在这种状况下，政府为了消减赤字进行了多种改革，其措施主要是增加投保者保险费率和消减补偿率。由于投资者实际收入下降，随之购买保险率也就下降。在经济停滞和失业者增加的情况下，社会保险通过增加保险费率运营，就成为保险业不景气恶性循环原因之一。法国政府将控制医疗费政策重点由需要方向供给方转移，如根据地方医疗计划，适当限制病床数和高额医疗器械数目，规划和限制医学部学生数量，公立医院服务设施引进总额预算供给制等。这些措施虽然取得了一定成效，但是其妥善性尚存疑问。

法国政府在医疗费的控制上推出了一系列的政策，主要在以下几个方面进行医疗体制的改革：

- ① 促进医疗保险制度的一体化和对医疗费的控制。
- ② 着重对医疗提供机构进行改革，同时引进质量管理。
- ③ 促进老龄年薪财政的平衡化，以及建设自立保障制度。
- ④ 家属医疗基金制度的改革。
- ⑤ 明确社会保障制度中各相关组织的责任。
- ⑥ 进行财政改革等。

#### 议会确定医疗费总额

在法国当某疾病基金保险额出现赤字时，通常是从其他基金进行财源调整弥补，其主要形式是由家属医疗基金向其他部门补充，以保证医疗保险制度一体化联营。这就要求各部门在公平制度下制订保险费率，合理征收。在现有的行业和地区保险组织基础上，发展家属医疗基金，不断扩大疾

病保险业务。为达到社会保障弥补赤字目的，法国政府从1996年1月引进了社会保障补偿税：征收相当收入的0.5%目的税。

引进医疗费总额规划制度，是法国医疗费改革最果断的措施之一。医疗费总额系指社会医疗费、公立医院医疗费、私立医院医疗费、自由开业医医疗费4个医疗费的总和，它是由议会确定的。根据该年度设施计划和前年度医疗活动业绩，确定该年度活动预算，并按其总的支付方式运营，其决算由地方会计检察院和地方医院厅检查。进而将结果报经中央会计检察院研究后报告议会。议会根据报告和有关全国公共卫生会议医疗服务优先程度等意见书，对国家和疾病基金预算案进行审议，并做出决议。然后将确定后的国家预算额，按照各地方提供的医疗服务设施实际和医疗服务状况进行分配。各地方分配到的预算额再由地方医院厅分配到地区各设施。需要指出的是，在自由开业医医疗费方面是先由国家和基金根据前年度的医疗费分析结果确定总额，然后基金与医师工会签订协议，按照总额确定目标额和诊疗报酬。无正当理由提供医疗行为其医疗费超过目标额时，医生完全自行负责，超过医疗费部分返还基金。在保证质量方面，为使医生能够自觉为控制医疗费做贡献，1994年以后引进有约束力的医疗指标，该指标是由全国医疗评价开发机构组织国内外专家一致讨论确定的。医生按照该指标给患者诊疗后必须开出收据，若不遵守该指标，根据其违反的严重性，将给予停止支付疾病基金和剥夺协议医师资格等处罚。

### 完善医疗管理体制

法国的医院是由地方社会卫生局(DRASS)和地方疾病基金(CRAM)共同参与管理。医院根据地方医疗计划制订内科、外科、妇科等病床数，同时规定高额医疗器械的设置数量。医院调整病床和诊疗科，或新增高额医疗器械时，需每年向DRASS提出计划，接受DRASS的审查，并由DRASS的公共卫生和社会问题负责官员分别对其医疗内容、财务、法律等方面进行检查。经检查认可后，参加保险服务的公立医院按设施计划运营，总额预算由初级疾病基金(CPAM)支付，参加保险服务的私立医院则与CRAM签约，费用由保险服务基金支付。加入该体系的公立医院服务设施和私立医院同属地方医疗计划，其支付方式不同点是总额支付和协议方式。由于医院每年医疗费增加率是由国家提出的，通常公立医院超过目标值大于私立医院。为了使公立医院和私立医院的医疗费和医疗资源公正合理分配，法政府分别在24个地方设立地方医院厅(ARH)，由DRASS和CRAM代表组成执委会，任务是确定医院医疗费(公立、私立)的分配额，对病床、诊疗科、高额医疗器械进行认证，以及地方医疗计划的制订。为进一步提高医院的医疗质量。要求所有医院必须向ARH提出今后5年内质量评价报告，ARH在分析各单位经费和医院整体服务质量评价的基础上，进行预算分配和地方医疗计划设施统一调整。以前法国医生出诊病历需要送达疾病基金后只记载编号和记分，疾病基金对具体诊疗内容不明。如KC—50表示外科处置50分，相当于阑尾等手术。1991年医院改革法实行医院信息计划报告义务，要求医疗行为内容和相应经费向管理会计基金和国家报告。自1997年，无论公私的全国所有医院采用分类方式报告地方医院厅，这样医院的医疗内容就透明，国家也能够合理制订预算，同时也能成为消除医疗费地区差别，从而使医疗费分配由发达的地区向欠发达的地区倾斜。1994年，法政府采用医疗管理记录和健康记录制度，其目的是管理检查、给药等医疗服务记录，这对管理患者乱就医，控制必要的医疗服务(尤其是重复就医和不切实际住院)，提供紧急医疗情报都有一定帮助。医生可以参考患者的诊疗记录(含其他医生记录)进行诊疗，其诊疗内容记入电子病历卡，并通过网络系统转送到疾病基金机构，这对选取信息、医疗费分析、信息利用、防止患者匿名、保护患者个人隐私都具有重要作用。

(《学习时报》第336期)