

International Health Care Study Series

国际医疗保障译丛

Mc
Graw
Hill

Education

医疗保障筹资： 欧洲的选择

张 晓
曹 乾
译

Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin
编

HEALTH CARE

Abstract

Abstract



医疗保障筹资： 欧洲的选择

[illegible]

1

国际医疗保障译丛

医疗保障筹资：欧洲的选择

Elias Mossialos Anna Dixon Josep Figueras Joe Kutzin 编

张 晓 曹 乾 译

中国劳动社会保障出版社

图书在版编目(CIP)数据

医疗保障筹资：欧洲的选择/莫西洛斯 (Mossialos, E.), 迪克森 (Dixon, A.), 菲盖拉斯 (Figueras, J.), 库茨因 (Kutzin, J.) 编; 张晓, 曹乾译. —北京: 中国劳动社会保障出版社, 2009

国际医疗保障译丛

书名原文: Funding Health Care: Options for Europe

ISBN 978-7-5045-7782-5

I. 医… II. ①莫…②迪…③菲…④库…⑤张…⑥曹… III. 医疗保障-筹资-研究-欧洲 IV. R199.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 145226 号

Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin

Funding Health Care: Options for Europe

ISBN: 0335209246

Copyright © World Health Organization 2002 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

Original language published by The McGraw-Hill Companies, Inc. All Rights reserved. No part of this publication may be reproduced or distributed by any means, or stored in a database or retrieval system, without the prior written permission of the publisher.

Simplified Chinese translation edition is published and distributed exclusively by China Labour and Social Security Publishing House under the authorization by McGraw-Hill Education (Asia) Co., within the territory of the People's Republic of China only, excluding Hong Kong, Macao SAR and Taiwan. Unauthorized export of this edition is a violation of the Copyright Act. Violation of this Law is subject to Civil and Criminal Penalties.

本书中文简体字翻译版由中国劳动社会保障出版社和美国麦格劳-希尔教育(亚洲)出版公司合作出版。未经出版者预先书面许可,不得以任何方式复制或抄袭本书的任何部分。

本书封面贴有 McGraw-Hill 公司防伪标签,无标签者不得销售。

中国劳动社会保障出版社出版发行

(北京市惠新东街1号 邮政编码:100029)

出版人:张梦欣

*

中国铁道出版社印刷厂印刷装订 新华书店经销
787毫米×960毫米 16开本 20.5印张 326千字
2009年8月第1版 2009年8月第1次印刷

定价:48.00元

读者服务部电话:010-64929211

发行部电话:010-64927085

出版社网址: <http://www.class.com.cn>

版权专有 侵权必究

举报电话:010-64954652

丛书前言

欧洲国家的政策制定者们一致认为医疗保障制度应该受到重视。其要点可以简单概括如下：所有国民都可获得，效率更高的医疗以获得更有效的健康产出，对资源的充分利用，高质量的服务，关注病人的需求并做出有效回应。这是整个欧洲政治圈所公认的规则，并以各种不同的形式在欧洲各国最近的大选中占据重要位置。

虽然这种共识只能在抽象的政治层面才能观察到，一旦政策制定者们着手把他们的目标转化为医疗保障系统的具体细节，原则立刻就会演化为有分歧的有时甚至是矛盾的做法。当然，这并不是医疗保障领域独有的现象。有着不同的历史、文化和政治经历的不同国家，在筹资、医疗服务提供等方面很久以来就已经建立了差异非常大的制度安排。

医疗体系范围的差异性是为应对广泛的目标而发展起来的，也非常自然地导致了对不同的制度安排所内生的优劣的质疑，比如在特定环境和政策目标下，何种做法相对比较好、甚至最好。这些关注在过去的10年来进一步被强化，政策制定者们也一直致力于提高医疗体系的绩效，这也使医疗体系的变革在欧洲成为了很广泛的一种现象。由此，医疗政策和临床医疗领域对比较优势的渴求被触发了，人们也开始更多地关注理论基础，以及用更务实的政策制定来克服现行制度差异的可能性。

本套丛书意在向读者提供精确的跨国医疗保障政策分析。丛书聚拢了有着不同的学术能力和管理能力的专家及政策制定者在同一个范畴内工作，这些研究使用系统方法论，并综合了关键领域论题现有的相关信息。每本书都探究了理论背景、结果，以及从中可以获得的经验教训，从而推动各国建立更公平、更有效、更有影响的医疗保障体系。带着这些关注，本套丛书致力于推动在医疗保障领域制定更务实的政策。在保持对文化、

社会及标准差异的敏感的同时，本项研究展示了各国在未来政策制定中能够使用的大量政策选择。通过研究不同政策路径的优劣，丛书实现了本组织的一个核心使命：成为学术研究和政策制定者之间联系的桥梁，激发战略回应的发展，以适应必须进行改革的真实的政治世界。

欧洲医疗卫生制度研究所（European Observatory on Health Systems and Policies）是一个合作组织，把 3 家国际机构、6 个国家政府、2 家研究机构、1 家非政府组织联合到了一起，其中包括：世界卫生组织欧洲区域办公室；比利时政府，芬兰政府，希腊政府，挪威政府，西班牙政府和瑞典政府；欧洲投资银行；开放社会基金会；世界银行；伦敦卫生及热带医学学院；伦敦政治经济学院。

除了这套在开放大学出版社出版的丛书外，本组织还出版有 *Euro-health* 期刊及 *Euro Observer* 通讯。更多信息请参阅网站：[www. observatory. dk](http://www.observatory.dk)。

Josep Figueras, Martin McKee, Elias Mossialos, Richard B. Saltman

本书前言

当人们对医疗保障制度的期望值升高，却面临费用难以接受的挑战的时候，政府面临的中心问题是：我们的医疗保障系统如何筹集资金？

世界卫生组织想要证实，在特定的社会经济、政治和文化背景下，公共医疗保障政策决策在很大程度上取决于筹资方式是否有效。

不同筹资方式的影响力不同，这样的证据不断增多。本书探索的是增加国家收入（税收），以及选择单一机制和几种机制混合的意义。不同机制由不同标准来评价，其中的一个标准就是公平性。我们想要贫穷和患病者承受多重的费用负担？结果表明，通过增加国家收入（税收）的方式，市场机制有它的局限性。而私有化则可能带来公平性和可及性的损失：私人健康保险具有高的累退性，而使用者付费会成为一个僵硬的政策手段。

在欧洲医疗保障制度改革的规划中，欧洲医疗卫生制度研究所在WHO的医疗保障体系中发挥了重要作用，向政策制定者提供分析结果和信息，以及传播结果。在这次研究中，该研究所利用了学者和专家的学术概念技能，以及政策制定者的实践经验，提供了透彻有效的政策制定方略，以便更简捷和更好地进行政策决策。通过改善运行机制以提高筹资来提供良好的医疗保障对每个人都是值得的。

Marc Danzon

世界卫生组织欧洲区主管

致 谢

本书是欧洲医疗卫生制度研究所系列丛书之一，我们非常高兴我们的作者们能够根据章节的编写进程对该书的编写和编后的修订进行及时反馈。

我们特别感谢来自读者们详细并且富有建设性的意见，他们是 Philip Berman, Luca Brusati, Antonio Duran, Julian Legrand, Martin McKee, Ray Robinson, Richard Bsaltan 和 Herbert Zöllner。感谢 Peter Lutz, Stefan Gress, Agnes Couffinhall 和 Regina Riphann 所提供的其他资料佐证。我们也感谢同行们在审稿、录入和对手稿不断修订所做的辛勤工作。

我们同样也感谢所有的同事们。我们要特别感谢 Anna Maresso，感谢她细致的处理和对章节的排版工作；感谢 Jeffrey Lazarus, Jenn Cain 和 Phyllis Dahl 对手稿的发送和制作的管理工作；感谢 Suszy Lessof 对研究工作的协调；感谢 Myriam Andersen 对管理的支持。我们也非常感谢 David Breuer 对手稿的编辑工作。

最后，我要特别感谢意大利威尼托区医疗保障部（Veneto region department of health），他们从 1999 年 11 月份开始就对作者在威尼斯的工作提供财政支持。特别感谢 Luigi Bertinato, Patricia Mason, Filippo Palumbo 和 Franco Tonilolo 对编写工作的组织。此外，我们还要向以下几位表达我们的谢意：Marino Cortese, QueriniStampalia 基金会主席，Dora De Diana，在基金会博物馆举行会议的东道主。特别向 John Appieby, Fons Berten, Rene Christensen, Martin Dlouhy, Julian Forder, Peter Gaal, George Gotsadze, Unto Häkkinen, Lise Rochaix, Laura Rose, Igor Sheiman, Francesco Taroni 和 Akaki Zoidze 致谢，感谢他们在威尼斯书稿编写初期给我们所提的宝贵意见。

Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras 和 Joe Kutzin

目 录

Contents

第一章	医疗保障筹资：导论·····	(1)
第二章	医疗保障的筹资：税收和其他可选择方式·····	(34)
第三章	社会医疗保障的筹资·····	(63)
第四章	中、东欧国家和前苏联国家的健康筹资改革·····	(86)
第五章	私人医疗保险和医疗储蓄账户：理论与经验·····	(116)
第六章	欧盟中的自愿健康保险·····	(136)
第七章	医疗保障服务使用者付费·····	(173)
第八章	中、东欧 (CEE) 国家及前苏联 (FSU) 国家非正式医疗支 付面临的问题、发展趋势及政策解释·····	(194)
第九章	中低收入国家医疗保障筹资可持续发展的经验·····	(217)
第十章	长期照护筹资模式选择：公共形式与私人形式·····	(238)
第十一章	战略资源配置和投资决策·····	(263)
第十二章	欧洲医疗保障的筹资：不同选择的评价·····	(285)

第一章 医疗保障筹资：导论

Elias Mossialos and Anna Dixon

为什么写这本关于医疗保障筹资的书？

可持续医疗保障体系是建立在人力、资本和可消费资源的可及性基础之上的。这就需要资金来投资房屋、设备，支付医疗服务人员报酬，以及购买药品和其他消费品。怎样得到和管理这些资金，即资金的征收和汇集过程，是政策制定者和计划者考虑的主要问题。他们面临着设计筹资体系的挑战，这个筹资体系要满足社会政策、政治和经济的特定目标。

由于支出的增长和资源的稀缺，大多数国家感到了持续的压力。政策制定者有三个选择：控制成本、增加医疗保障的筹资和两种方式并用。医疗费用超支的风险促使医疗保障组织和筹资方式做出重大改变。20 世纪 70 年代以来，成本的控制需要驱使工业化国家进行健康政策讨论和研究 (Mossialos and Le Grand 1999)。然而，如果要保持预算平衡，必须要有充足的资金。但是鉴于在许多国家，大规模的公共借贷已不再被认为是好的经济政策，人们现在关注的是收费政策——怎样在可持续的基础上为医疗保障筹资。

此书采用什么方法？

本书探讨决策者应如何选择收费方式。在诸多方式中，为何选择一种而不是另一种（一种方式通常是不同资金渠道混合而成）。这本书的编写建立在大量的已出版的有关医疗保障筹资的文献的基础上 (Appleby 1992; Wagstaff et al. 1993, 1999; Schieber 1997; Barer et al. 1998; van Doorslaer et al. 1999)。此书的显著特点是：

- 包含了理论和经验证据。
- 提供西欧、中、东欧国家和前苏联国家在医疗保障筹资经验的最新分析。
- 将有关医疗保障筹资和长期护理筹资的问题一起讨论。
- 研究范围除筹资机制外，还剖析了筹资和资源分配的关系。

本书研究了医疗保障筹资主要方法的相对优点和公共政策含义。^① 我们并没有提供可用于效仿的模式，也没有给出特定模式的药方，只是对不同筹资方法的效果做出了评论性分析。本书不仅提供了整个欧洲的理论观点和实证结论，还提供了其他工业化国家和欠发达国家的实例。这本书涵盖的研究进展截至 2000 年秋季。

医疗保障筹资的分析方法

为便于分析医疗保障筹资问题，在本节我们阐述和讨论几个框架。这些框架在本书各章的分析中都有体现。

医疗保障三角

医疗保障的提供和筹资可以简化成资源的交换或转移：医疗保障提供者将医疗保障资源转移给患者，患者或第三方再将资金转移给提供者（见图 1.1）。最简单的交易方式是直接支付。消费者（第一方）付钱给提供者（第二方），转而直接获得实物或服务。医疗保障体系由于有了第三方而得以发展，因为第三方保护人们免遭患病带来的财务风险。第三方可以是公共团体，也可以是私人团体。^② 医疗保障中第三方支付机制的发展原因部分源于疾病的不确定性，它可以使风险分散。然而，它也是实现再分

① 提高民众健康的筹资与医疗保险的筹资不同，它需要考虑教育、住房和环境等领域的资源配置。对资源优先配置的探讨不在本书的研究范围之内。

② 三方保险模型中保险人和被保险人之间的的问题都是由于信息不对称而产生的，这种信息的不对称包括逆选择、道德风险和风险选择。信息不对称指的是信息在保险人和被保险人之间分配不平等。例如，对于那些寻求保护的人来说，他们的健康状况在保险人一方是不能通过的。当参加保险的行为增加了被保险人从中获益的可能性，道德风险就发生了。被保险人的道德风险会让他享有更多的服务，服务提供者的道德风险会让他开具更多的处方。而逆选择则产生于保险人保单费用计算不正确。这样一来，高风险的群体将比低风险群体更愿意参加保险，保险人对高风险的覆盖将使得保费的支出越来越多。风险选择也叫做“撇脂效应”，指的是保险人选择没有风险的人群来增加业务量，而拒绝高风险人群。

配的一种方式。^① 第三方必须直接或间接地向它所保护的人群（可能包括全部居民或其中的一个团体，如职工团体）收费，来为医疗保障筹资。随后，收取的费用用来偿还给患者或医疗保障提供者。

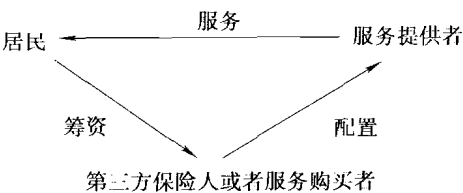


图 1.1 健康服务三角

资料来源：Reinhardt（1990）。

筹资等式

医疗保障的总收费应与总支出相等，而它们又应与该体系运作产生的收入和利润相平衡。由 Evans（1998）设计的下述等式，在没有赤字的假设条件下，说明了这些因素的关系。该等式中，医疗保障总收费、总支出以及医疗保障提供者的收入必须相等。其中，总收费等于税收（TF）、强制性的社会保险费（SI）、自付和使用用户付费（out-of-pocket payments and user charges, UC）及自愿性的私人保险费（PI）之和，总支出等于所购买的实物、服务的价格（P）和数量（Q）之积，提供者的收入等于其投入的价格（Z）和数量（W）之积。

$$TF+SI+UC+PI=P\times Q=W\times Z$$

这本书探讨了在等式的第一部分采用不同收费方式组合的含义。在欧洲很少有体系只拥有单一的收费来源。大多数国家的收费是税收、强制性的社会保险费、自费、私人自愿保险的保费混合。^② 在一些国家，特别是中、低收入的国家，外部资源，比如说，非政府机构的捐赠、捐赠者代理机构的转账、国际银行的贷款等，是收费的重要来源。本书的相关章节考虑了这些内容。我们还探讨了收费来源对购买的实物、服务以及提供者投入资源的价格和数量可能造成的影响。

收费、基金汇集和购买

医疗保障体系可以被分解为几大功能成分，如图 1.2 所示：收费、基

① 以物代款的利益分配方式通常被经济学家叫做“第二种最好的方式”，最好的方式是通过税收和利益制度再分配。

② 在大部分欧洲国家，私人医疗保险的购买是自愿的，但是在瑞士和西班牙，没有选择公共医疗保障的市民必须强制性地购买私人医疗保险。在欧洲以外的其他一些国家，这种情况也比较多见。因此，本章的讨论部分和第十二章主要讨论了私人医疗保险，而在讨论欧盟的第六章，自愿健康保险是我们关注的重点。

金汇集、（医疗保障的）购买。甚至在同一个国家，这些功能都能被整合和分解为不同的组合。在某些情况下，这些功能被整合成单独的组织实体；在另一些情况下，一些机构收费、集中基金，而另一些机构购买和提供服务（Kutzin 2001）。然后，资源在不同的机构间分配。

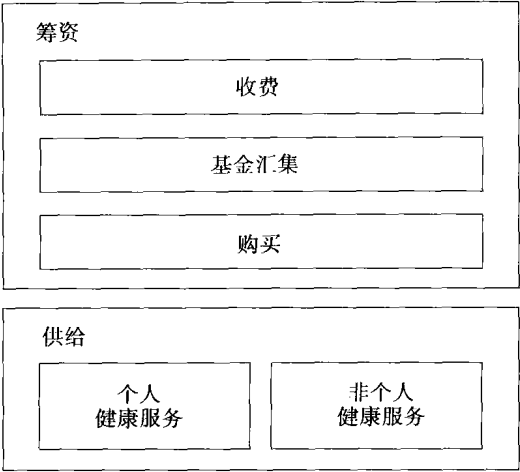


图 1.2 医疗保障体系的功能

资料来源：引用自 Murray 和 Frenk（2000）。

收费

收费的过程具体是指谁收费、向谁收费以及支付方式。图 1.3 描述了资金来源渠道、支付机制、收费机构和它们可能相互关联的方式。资金主要来自大众（包括个人和企业）。筹资渠道包括税收、社会保险缴费、私人保险保费、个人存款、自费（out-of-pocket payments）以及贷款、拨款（grants）和捐赠。筹资机构可以是营利性的私人机构、非营利性的私人机构或公共机构。保险人的性质影响着他们的动机——其行为是否代表了股东的利益。

税收可以向个人、家庭、企业征收（直接税收），或向交易、商品征收（间接税收）。直接税和间接税都可以按国家、区域或者地方的层面征收。间接税既可以是普遍税（general），如增值税，也可以对特定商品征收，如消费税。某些社会保险或强制保险的保险费实际上是由政府以工资税的形式收取的。在这里我们区分一下税收和强制性的社会保险收费。税收是由政府征收的，而强制性的社会保险收费通常是由独立或半独立的机

构收取的，税收是普通税或指定用途税——指定用途税收用于特定领域的支出。

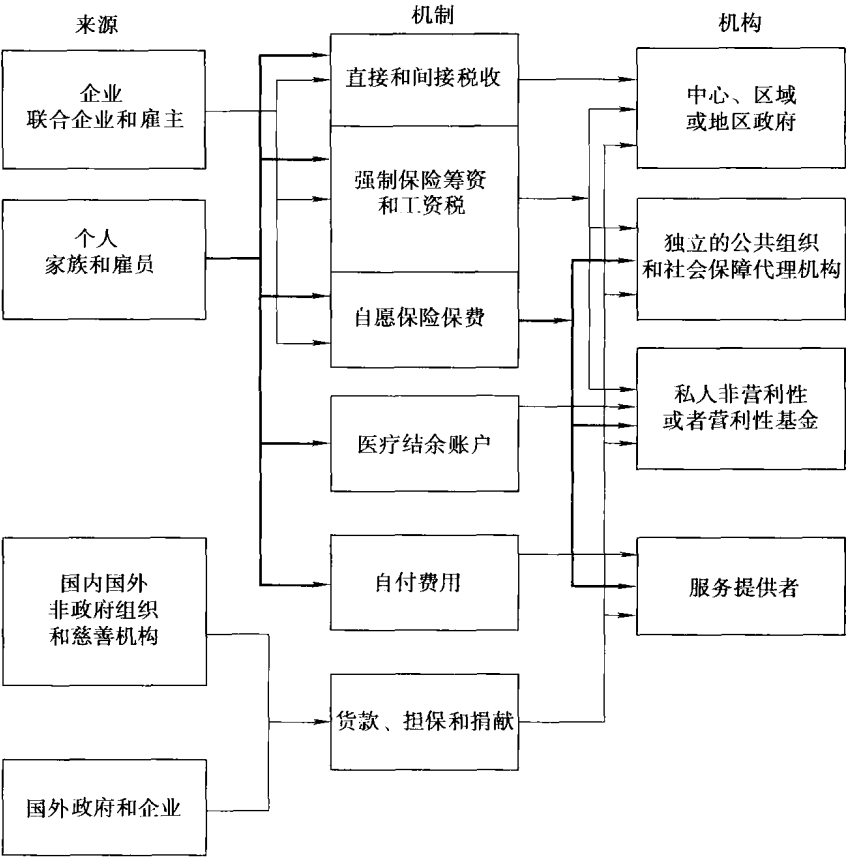


图 1.3 筹资来源、筹资机制和筹资机构示意图

资料来源：采用自 Kutzin (2001)。

社会医疗保障费通常与收入相关，由雇员和雇主共同缴纳。自我雇佣者也可能缴纳社会医疗保障费，他们的缴费数目是按他们申报的收入或利润（在一些国家可能有低报收入的现象）计算得到的。老年人、失业者、残疾人的缴费可能靠指定的养老、失业、疾病基金支付，或者由税收支付。社会医疗保障收入通常专门用于健康事业，由独立的基金收取。

私人医疗保险保费由个人（雇员）缴纳，或者由雇员雇主共同支付或

完全由雇主支付。保费的计算依据可基于以下风险：

个人风险：以对个人医疗保障需求的可能性的评估为基础计算。

社区风险：以对某一地区内人群的风险评估为基础计算。

团体风险：以对某一公司所有雇员的风险评估为基础计算。

征收私人保险费的机构可以是独立的私人团体，例如私有营利性保险公司、私有非营利性保险公司和基金公司。政府可以用退税（tax credits）或税收直接减除（tax relief）的方式资助私人医疗保险。

医疗储蓄账户是私人储蓄账户，人们被要求或被鼓励向其中存钱。账户专用于支付个人医疗开支。医疗储蓄保险通常和高起付线（deductible）的重大疾病保险相结合。

患者可能被要求以使用者付费（user charges）的形式对接受的某些种类的治疗支付部分或全部的费用。这些费用的缴纳形式有共付（co-payment，按每项服务费用的一定比例支付）、共同保险（服务总费用的一定百分比）或起付线（患者先自付一定费用，保险人支付超过的部分）的方式被征收。收费机构通常是服务提供者，如医生、医院或药剂师。

基金聚集

我们将收费和基金聚集的概念区分开，因为某些收费方式，比如医疗储蓄账户和自费方式（out-of-pocket），是不能在被保险人之间分担财务风险的。Kutzin（2001）将基金聚集定义为“对某一群体预先支付的医疗保障费用的积累”。基金聚集的重要性在于它便于将人群或某一特定团体的风险集中。

如果将收费过程和基金聚集过程加以整合，从收费机构向基金集中机构的分配就被内部化了。比如说，由筹资机构收集和维持的社会保险费和国家、区域及地方性税收就是实例。如果不同的机构执行这些功能，就需要一个机制将资源从收费机构向基金池分配。如果有多个基金池，分配就要相应地根据各个基金池保障人群的风险特征进行调整。这个过程被称为“风险调节”，在第十一章中作了分析。竞争性的社会医疗保障体系的风险调节主要是从防止“撇脂”（cream-skimming）的考虑发展起来的（van de Ven et al. 1994；Olive 1999）。在税收筹资体系中，按人头收费（capitation）的风险调节方法是基于这样一种考虑，通过公平的资源分配，保证获得以人群需求为基础的地域健康权的公平性。然而，不管基金的来源如何，按人头分配的基本原理是相同的——保证各基金池（保险基金会或区域性健康职能部门）拥有与它负责的居民相适应的“精确”的资源水平

(Kutzin 2001)。

私人医疗保险中，基金由保险公司向投保人收集。由于精算保费与个人风险相关，风险集中的范围是有限的。如果保费与社区相关，风险就能在同一地区的高风险和低风险成员中集中。团体保费使同一公司雇员的风险集中。

医疗储蓄账户不能使风险集中，因为资金在个人账户中。因此，医疗储蓄账户通常与重大疾病保险相结合，以抵御高额治疗费用。

使用者付费方式是患者在接受医疗服务时付费，因此不是风险集中和基金集中的形式。^① 根据系统的设计不同，使用者付费收入的处理方式也不同。例如，个人医疗保障提供者可能将这些资金作为收入保留。它可能和其他收入一起，在诊所或医院的水平上，用于支付地方医疗保障提供的成本。如果使用者付费由保险机构或政府管理，它们就可能用于弥补保险费或税收收入与支出间的差距。

购买

购买意味着“代表参保者将筹集到的资源向提供者转移”（Kutzin 2001）。在某些体系中，由独立的机构购买服务（例如英格兰的初级保健基金 Primary Care Trusts），在这种情况下，资源要分配给购买者。购买坚持公平与效率目标，要求根据医疗保障需求分配资源。正如第十一章所述，在欧洲，按人头收费是计算购买者预算的主要方法。然而，许多医疗保障体系继续依据政治协商、历史先例或最低竞价分配资源。

收入和支出的平衡

虽然这本书主要关注收入，但理解资产负债表的两方——收入和支出，是非常重要的。本部分提供了基本数据以描述健康支出的新近趋势，并强调了衡量医疗保障支出的方法问题，同时研究不同收入来源对医疗保障支出的贡献。

欧洲医疗保障支出的趋势

OECD（经济合作与发展组织）国家的福利支出经过 20 世纪 60 年代及 20 世纪 70 年代初期的迅速增长后保持稳定（Glennerster 1997）。在 20

① 医疗保险的提供者要根据支付能力来筹集费用，这就产生了非正规筹资系统。

世纪 70 年代, 1974 年石油危机后的经济衰退和不断增加的失业压力, 使人们不再坚信福利支出是可以持续增长的, 而认为福利国家陷入了危机。这些担忧没有成为现实, 事实上, 许多国家的福利支出已保持稳定。然而, 按实际值计算, 医疗保障支出的确继续增加。这可能加剧了对医疗保障公共收入的需求和供给之间的矛盾, 除非国家继续赤字筹资,^① 减少其他领域的公共支出, 转移私人部门的收入或提高效率。

医疗保障支出数据的国际比较显示出一些方法性的问题, 包括界定医疗保障和社会服务的界限, 对同一术语在不同国家内的定义、收集数据的方法和对组织差异进行标准化。问题还与用支出占国内生产总值 (GDP) 的百分比进行测量和报告有关, 因为估计值可能发生改变, 它不能说明南欧、CEE 和 FSU 国家非正规经济部门和非正规医疗保障部门的情况。其他一些方法, 如用汇率、购买力平价来进行人均健康支出比较, 都有它们的难点。比如说, 汇率经常波动, 用来编制购买力平价的商品和服务价格因药品的不同而有偏差 (Kanavos and Mossialos 1999)。在解释支出数据时要留心。

然而, 数据显示, 按实值计算, 20 世纪八九十年代, 欧洲大多数国家的医疗保障支出继续增长 (见表 1.1)。公共医疗保障支出也是这样, 特别是在德国、爱尔兰、挪威、瑞士、英国。这些国家的公共医疗保障增速快于总支出, 而私人支出大多是靠自费而不是私人医疗保险。

表 1.1 按 1995 年 GDP 价格* 计算的基于国家货币单位的健康总支出的年平均增长率 (圆括号内是公共健康支出) 单位: %

	1980—1985 年	1985—1990 年	1990—1995 年
奥地利	-1.2 (0.8)	4.7 (4.0)	6.2 (5.8)
比利时	2.9 (2.5)	3.8 (5.6)	3.9 (3.9)
捷克	NA	NA	8.4 (7.6)
丹麦	1.6 (1.1)	0.6 (-0.1)	2.4 (2.4)
芬兰	6 (5.9)	6.1 (6.7)	-1.8 (-3.1)
法国	4.2 (3.7)	4.1 (4.1)	3.8 (3.6)
德国	1.9 (1.6)	2.2 (1.8)	7.7 (8.2)

① 对那些加入经济和货币联盟的欧洲国家来说, 财政赤字不是一个实际的选择。