

过去 20 年的卫生政策:改革与反改革

费德里格·托斯*

博洛尼亚大学政治学系 意大利博洛尼亚 40125

【摘要】本文探讨了过去 20 年来卫生改革的不同阶段特征。20 世纪 90 年代初,改革的主要目标是赋予患者更多的选择权和在卫生体系中引入更激烈的竞争;1995—2000 年,目标发生逆转,致力于卫生系统的整合和规制;进入 2000 年以来,政策热点转向强化患者权利。为了探寻这些改革策略背后隐藏的动机,文章分析了经济合作与发展组织成员国法国、德国、荷兰、新西兰、瑞典和英国的改革实例,旨在揭示执政政府的意识形态倾向是如何影响改革措施内容的。

【关键词】卫生改革;卫生政策;政策制定;政治因素;卫生体系

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.08.008

Healthcare policies over the last 20 years: reforms and counter-reforms

Federico Toth

Dipartimento di Scienza Politica, University of Bologna, 40125 Bologna, BO, Italy

【Abstract】 The case argued in this article is that the last two decades have been characterised by distinct waves of healthcare reforms. The first, in the early 1990s, aimed to introduce more patients' choice and greater competition between the components of the healthcare system. The second, from 1995 to 2000, had the opposite aim of introducing greater integration and regulation. From 2000 onwards, the policy issue more in vogue has been the strengthening of patients' rights. Looking for the motives behind these reform strategies, this article aims to show how the ideological leaning of the governments in power affects the content of reform initiatives. The analysis presents evidence drawn from six OECD countries: France, Germany, the Netherlands, New Zealand, Sweden and UK.

【Key words】 Healthcare reform; Health policy; Policy making; Political factors; Healthcare systems

过去的 20 年中,经济合作与发展组织(简称经合组织,OECD)的许多成员国,特别是法国、德国、荷兰、新西兰、瑞典和英国都进行了有效的卫生改革。在对这 6 个国家进行分析的基础上,本文力图综合性地解释 20 世纪 90 年代以来卫生领域的变革。

始于 20 世纪 80 年代末、长达 20 年的卫生改革,源于一系列的混合因素,比如人口老龄化、医疗技术的进步、医疗保健成本持续上升和公众预期高涨等。^[1]所以,许多国家对主要领域进行改革,以期提升卫生保健部门的效率。

本文介绍的改革实例来自 20 年来的历次“改革

浪潮”。20 世纪 90 年代初期,许多国家卫生改革的方向是使卫生系统各组成部分更加独立且竞争力更强;90 年代下半期,大部分国家的改革重点主要是整合和规制;最近 10 年来政策制定者所关注的重点也几乎一致,即加强患者的权利和选择的自由。

1 第一轮浪潮:独立和竞争

许多经合组织国家在整个 20 世纪 80 年代都实行激进主义和新自由经济政策。政策变革包括劳动力和资本市场的自由化、取消某些重要领域的进入壁垒、放松行业管制和国营企业私有化。在公共部

* 作者简介:费德里格·托斯(Federico Toth),男(1974 年-),博士,助理教授,主要研究方向为卫生政策。E-mail: federico.toth@unibo.it

本文英文原文参见 Health Policy, 2010, 95(1): 82-89 doi: 10.1016/j.healthpol.2009.11.006, 经 ELSEVIER 集团及作者本人授权编译、刊登。山东大学卫生管理与政策研究中心刘彩、郭娜、汪洋翻译,王健教授审校。

门,进行部门重组和精简,许多功能通过契约由私营部门承办,并且引入一系列新的公共管理方法。在许多政策领域,20世纪90年代的主要特点就是从计划和控制到以市场为基础的企业化管理转变。即使在卫生保健部门,改革内容也早在20世纪90年代初就已经包含市场机制和竞争。为了鼓励卫生系统各组成部分中提高效率、强化竞争,就要通过政府在不同的组合中运用各种各样的政策。

包括新西兰、瑞典和英国在内的几个国家成立了服务采购部门,这个采购部门独立于提供服务的公共部门之外。在这些国家,通过合适的契约来规制各种机构之间的关系。鼓励竞争的更深层次原因是赋予患者更多的自由选择权。德国、荷兰的健康保险计划和瑞典关于供方的政策中采取了这样的策略。为了更有效的增强这种选择权,采取了一系列激励机制来增加潜在竞争者的数量。

1.1 英国,1990

20世纪80年代末,媒体达成一种共识:英国的国民健康保险制度(NHS)在筹资上陷入了危机^[2],而且这种制度的结构和筹资体系太集权和官僚。撒切尔政府1990年的改革受“内部市场”原则的启发,采取了完全不同于过去的激进改革。^[3]内部市场的基本组成部分是供给者和购买者的独立,通过引入供给者的竞争,由患者来决定资金的流向而保证服务的效率。^[4]基于患者的数量设定地方卫生部门预算,使其大量从供方中购买必要的服务。“资金持有”的全科医师代表第二类的购买者。另一方面,提供服务是医院的职责,医院逐步转变自治的“基金”,不得不通过竞争获得购买合同。由于本地区外的服务机构也可以争取服务提供的机会,所以地方当局必须从众多的提供者中选择条件最好的一个。^[5]

1.2 荷兰,1990

1987年提出的德科尔报告对荷兰20世纪90年代初以来的卫生改革道路产生了很大的影响。该报告的前提假设是荷兰的卫生筹资和服务提供制度缺乏效率和创新。^[6]因此,德科尔委员会建议建立单一的保险计划,通过众多非营利和营利性保险机构的竞争,荷兰家庭自由认购个人保险。健康保险公司会让他们自由选择服务提供者来签约,而且可以根

据需要安排合同的条款。^[7]1990年通过的西蒙斯计划(源于当时卫生部长名字)把德科尔计划逐步付诸实际。1992年起,那些被强制性参加国家健康保险制度的荷兰公民(约占总人口的2/3)才可以选择保险计划,而此前这些保险只能是当地注册的成员才能参加。^[8]为了保证制度的公平性,防止“撇奶油”,自1991年开始实行由中央统筹并涵盖所有个人医疗保险基金的风险补偿系统。^[6]

1.3 新西兰,1993

在全面分配各州福利的前提下,1990年开始执政的新西兰博格尔政府提出了与英国撒切尔政府类似的国家卫生改革。改革于1993年获得批准,实现了服务购买者和提供者的分离。一方面,公立医院作为主要的卫生服务提供者,转型成为自主的企业^[9];另一方面,四个地区性卫生代理机构承担了购买服务的职能,他们在各自的管辖范围内都需要同医疗机构、公众和个人磋商。^[10]除了这些新推出的措施,新西兰政府开始对家庭医生实行“预算持有”财政方案,该方案在很多方面都与英国的“资金持有”方案相似。

1.4 德国,1993

1990—1991年,西德和东德的合并使德国政府面临着日益增长的财政赤字^[11],再加上疾病基金在保险费率和补偿水平方面存在着显著的差异^[12],科尔政府为解决这些问题,于1993年通过了“机构改革”,目的在于开放卫生系统以加强保险人之间的竞争。本次改革保证了大多数德国公民自由选择医疗保险基金的权利,而之前这种选择权是非常有限的,仅针对几种特定类别的保险。新的改革在1996年开始实行。为了防止保险在风险核定上歧视患者,1994年开始建立在不同基金之间都能运行的补偿体系。^[13]

1.5 瑞典,1992—1994

20世纪90年代初,人们对于瑞典医疗卫生服务的不满越来越多。经济增长速度放缓制约了政府对公共服务资源的投入能力,患者也开始抱怨有限的选择自由和日益增加的等待治疗时间。^[14]为了解决这些问题,1991—1994年执政的比尔特右派政府采取了各种措施,旨在增加供方的多元化并保证患者

的选择自由。1992 年对于某些疾病的治疗,瑞典政府确立了等待时间不超过 3 个月的制度。1993 年开始实行基层医疗改革方案,根据这项改革,瑞典公民可以自由选择自己的家庭医生,在这之前他们只能去指定的初级卫生保健中心就诊。为了扩大医疗服务的范围,1994 年通过的新法案允许医生在没有郡议会授权的情况下私人行医,并从国家卫生服务基金中领取报酬。^[15]虽然中央政府改革的焦点是促进私立机构的发展和提高患者的选择权,而地方政府从 90 年代早期就开始在医疗保健部门尝试运用市场机制。^[14]1995 年,大多数郡议会已经尝试在各种形式下将提供者和购买者进行分离。^[16]

2 第二轮改革浪潮:整合与规制

以市场为基础的改革实施一段时间后,热情很快开始消退,对于竞争和契约机制的批评开始滋长。一方面,是由于市场在提高卫生服务效率和响应能力方面未达到预期的效果;另一方面,这些改革只是执政政府对竞争进行规制的一种意识形态偏好的表现。在一些国家,如新西兰和英国,新选举的左派激进政府认为市场改革并未明显提高市场效率,反而不利于实现卫生保健公平可及。

因此,从 20 世纪 90 年代中期开始,许多曾经倡导市场导向的国家开始退出这方面改革,制定出未来改革的新方向。正如许多卫生服务系统曾经把改革的方向定位在职能分离和竞争一样,第二轮浪潮,即从 1995—2000 年的改革方向迅速转向卫生服务系统各个组成部分的整合。第二轮改革可以看作是在一定程度上对市场导向改革中所产生问题的补救。竞争导向的改革措施在实施几年后基本上都被废止,没有一项措施被完整实行过,所以这些改革由于实施时间太短都不能产生有效的作用。第二轮的改革浪潮在很大程度上是意识形态上的反改革,以不同的政治原则为基础,致力于减轻先前政府措施产生的影响。

各国采取了不同的政策来提高其卫生服务系统的整合程度。一些国家(如新西兰)恢复了卫生服务购买者和提供者都由一个机构来管理的制度;其他国家(如英国和德国)虽然购买者和提供者在形式上仍保持独立,但他们之间关系的稳定性得到了加强;

许多国家(如英国、新西兰和德国)一直在讨论卫生保健系统不同部门更大程度整合的必要性,特别是加强初级与中级卫生保健之间的协调程度。

与第一轮卫生改革浪潮完全相反,本轮改革中的一些政府倾向于使私立提供者的角色合理化,因此在形式上或者实践中,减少了赋予患者的自由选择权。最后,一些国家,包括法国、新西兰和英国,增强了当地公共机构对卫生服务的规划和管制力量,引进了医疗保健业务方面的一些新职责和规制。

2.1 瑞典, 1995

1994 年 10 月,瑞典社会民主党重掌政权,马上废除了比尔特政府制定的大部分法律。在民主党的改革完全开始实施之前,1993 年的家庭医生法案和自由建立私立业务的法律都被废除了。^[15]社会民主党的政权重返,开辟了“U”型转弯的道路——当中间偏右的政府一直坚持竞争的时候,社会民主党的口号就是“合作”和“配合”。^[14]但是,依据当地大多数政党的意见,一些郡议会仍旧允许实行私立开业、购买者—提供者相分离及其他市场导向的制度。

2.2 法国, 1996—1999

20 世纪 90 年代初,与其他国家一样,法国通过马斯特里赫特强制条约的财政约束形式开始控制卫生费用的增长。^[17]在这项政策内容中,1996 年法令(即以当时首相名字所命名的“朱佩计划”)在卫生服务的筹资和提供方面都提出重要的结构性改革。关于筹资,这次改革决定实行人群的普遍覆盖(1999 年通过的健康全覆盖法案)。而且,筹资来源部分由原来的公积金转变为基于总收入的一般性税收;关于服务提供,为了加强卫生服务系统的整合程度、减少医生和患者的自由,采取一系列措施。^[17]1996 年,创立地区性机构来负责医院的规划,同时,建立一个国家性机构来制定有效的临床经验规范,并要求医生按照推荐规范进行诊疗。1997 年引进了健康档案(carnet de santé),每个医生都要有个小册子,其中包含了每个患者所有诊断治疗的信息,以免出现矛盾的处方或者大处方。最终,1998 年开始尝试实施社区医生(médecins traitants)制度,即家庭医生被赋予了中级卫生保健守门人的角色。^[11]本次改革的本意是不鼓励患者一开始就寻求专科医生的服务。

2.3 英国, 1997

20世纪90年代初,保守党实施的内部市场制度从一开始就充满争议,有一些研究试图评价英国国民健康保险制度市场体制的影响,但一直没能明确该制度对整个体系效率的影响。^[3,5,18]总之,布莱尔政府(也就是工党)最早采取的措施(1979—1997年是连续18年的保守派统治)就是在卫生服务领域采取明确的反改革措施。劳动市场关注“合作”和“协调”,而不是竞争。^[4]布莱尔政府早期管理的目的明确致力于促进英国国民健康保险制度各组成部分之间的合作,从而创立一个提供初级卫生保健服务的高度整合系统。^[3]尽管地方机构和医院之间的区别依然存在,但初级卫生保健法案(1997)规定所有卫生保健工作人员都应该按照当地规定进行工作,遵守当地卫生保健机构颁布的三年期法案。保守党政府建立的持有资金的组织都被废除,所有全科医生,连同所有初级卫生保健提供者都属于初级卫生保健信托(PCTs),初级卫生保健信托基金可以在医院内实施整合方案,并有与当地机构合作的义务,从而确保社会和卫生服务之间的协调。^[19]

2.4 新西兰, 2000

和英国一样,新西兰劳工党权力恢复后(1999年普选后)实施了几乎完全反改革的卫生保健政策。^[9]这次改革的主要原因是内部市场模型中的谈判成本太高。^[10]缔结契约的过程就是一个不断拖延的谈判过程,需方和供方的激励都比较弱,供方之间也缺乏合作。^[20]因此,2000年劳工党改革的主要目的就是在一个统一的组织内重新整合卫生服务购买者和提供者的职能,维持自主管理的医院被重新纳入地区性机构。^[21]后者的任务就是在各自地区中对卫生服务的总体框架进行协调,直接提供服务,以及与家庭医生签约以保证统一的保健项目。由此,这次改革成为对1993年保守党改革前状况的回归,新的地区性机构所承担的职能与1993年之前的地方卫生保健机构职能相同。^[22]

2.5 德国, 2000

与英国和新西兰的情况相反,德国社会民主党派掌权初始并未实施任何大幅度的改革。但是,新的法律重新改进了2000年施罗德政府通过的社会保险计划,实际上是为了提高卫生服务网络的协作

水平,而不是加强提供者之间的竞争程度。^[13,23]作为第一项措施,施罗德政府开始尝试从未在德国的制度中使用过的“守门人”制度;第二项措施是关于卫生服务系统中报销比例的变更,通过取消门诊和住院两种治疗方式的严格分离,更好的协调家庭医生、流动的专科医生服务与医院提供的卫生保健服务。

2.6 荷兰

20世纪90年代下半期,荷兰也经历了针对卫生保健领域的改革。1994年卢波斯政府下台以后,“紫色联盟”(purple coalition)(由劳工党、自由民主党和自由保守党组成)掌权。虽然新政府没有进行卫生保健部门的综合性改革,但他的规划与前任政府完全背离:德克提案大部分被废止,而重点转向集中管制和规划。^[8]

3 二十一世纪:对病人权利的关注

20世纪90年代的改革浪潮引发的问题到21世纪初大多数仍然没有得到解决,在世纪之交,卫生保健支出逐步上升,增长速度超过了国内生产总值。^[24]大多数的国民健康保险制度中,病人的选择权仍然有限。一些发达国家的许多公民对卫生服务系统的绩效表示出不满。^[25-26]然而,21世纪的卫生服务系统改革已经不再像前十年那样剧烈了,重大的改革仅仅发生在英国、瑞典和荷兰。而且这些国家采取的改革措施也在不断地发生变化,伴随着第一次改革浪潮的倒退,竞争和病人选择权等问题重新成为改革的主题。与20世纪90年代初相比,改革的内涵发生了变化:不再将主要注意力放在市场和私有化上,而是放在了服务质量和患者权利上。在其他国家,如法国、德国和新西兰,政策制定者们不再进行重大的改革,取而代之的是对现有体系的细微调整,因此,在这些国家的卫生服务系统自20世纪90年代后期就具有更好的连续性。

基于上述两个原因,各国几乎都未实行结构性的改革,但并非所有国家改革的方向都是一致的,将2000年后的改革称作第三次改革浪潮看起来有些言过其实。虽然在字面上不能认为是一次改革浪潮,但各国的卫生政策制定上确实有些共同的主题。在过去的十年,许多医疗改革背后的动机都是加强患者的选择权利,其中包括提高选择的自由性和减少

等待时间。

实际上,早在 20 世纪 90 年代患者的权利就是一个突出的问题,进入 21 世纪后更是成为焦点。为实现对患者的承诺,保障患者权利,各国采取了很多措施,英国的患者章程是最早尝试保障患者权利的措施之一。该章程于 1991 年出版,第一次明确了患者的权利和国民健康保险制度所提供的服务应该达到的标准。然而宪章中阐明的权利没有纳入到法律体系被强制实施。因此,那些将基本权利赋予强制力的政府采取了进一步的措施:1995 年荷兰的医疗合同法中证明了这一点。紧随荷兰之后的是新西兰(1996 年)、瑞典(1999 年)、法国(2002 年)和德国(2003 年)。在各个国家,患者的基本权利几乎都包括:获得有关其健康状况和治疗方案的详细信息;知情同意权;获得自己的病例记录;在诊疗过程中受到尊重;隐私权;根据诊断可以对治疗方案进行选择;投诉的权利。

除了上述权利,一些政府在缩短过多等待时间方面也进行了一定的努力以维护公民的权利。事实上,等待时间是许多国家关心的主要问题,特别是那些实行国家卫生服务的国家。^[27] 缩短等待时间的方法目前有两种:第一是“最长等候时间保证”,典型是瑞典 1992 年以来所用的模式。英国的策略不同,它在按工作量支付供方的同时,鼓励患者有更多的选择。目前,患者可以自由选择全国范围的公立和私立机构,这样可以加强服务提供方之间的竞争,从而更适应患者的预期。

3.1 英国, 2001—2005

始于 1999 年的权力下放曾经使英国存在 4 种不同的国家卫生保健制度。因此,目前英格兰的 NHS 与苏格兰、威尔士和北爱尔兰的 NHS 是相互分离的实体。在英国,布莱尔政府(2001—2005)采取的政策在很多方面与 1990 年保守党改革时所颁布的政策类似。^[18] 这一点恰恰证明改革的重点在于患者的选择;在支付体系中资金应该紧随患者;并且要在多元化的服务提供者中培养竞争机制。^[3] 还有一个主题就是关于增加国民健康保险制度支出的必要性。自 2002 年,劳工党政府大大增加了国民健康保险制度的公共支出,这场“黄金雨”^[18] 带来了大量的投资,招聘了更多医生和护士,建立了更多医院。在国

民健康保险制度支出大量增加的同时,劳工党政府还承诺减少门诊预约和住院的等待时间。

劳工党政权的大部分注意力都放在加强患者的选择权上。2006 年开始,如果患者需要接受住院服务,家庭医生要向患者推荐包括私立医院在内的 4 个以上的医院供其选择。到 2008 年,英国患者可以从满足卫生保健委员会标准的所有服务提供者中进行选择,而且价格仍按照国民健康保险制度的相应标准。^[18] 为方便患者进行选择,星级评价体系的发展尤为重要,其中包括一系列的指标:等待时间、清洁度、治疗具体数据和筹资管理制度等,通过这些对公立和私立提供者进行评价。^[28]

3.2 瑞典, 2005

如上所述,1992 年,比尔特政府针对 10 项等待时间较长的治疗制定了 3 个月的保证措施:如果本郡政府不能在 3 个月内提供治疗,患者可以接受其他郡政府医院或私立机构的治疗。^[16] 由于执行这项协议,政府将给予郡议会一次性拨款,所以,在改革后的 2 年中,等待时间大幅度缩短。^[14] 但是,到 20 世纪 90 年代中期,等待时间再次变长。2005 年开始实施新的国民医疗保证措施,遵循“0-7-90-90”原则,意味着卫生服务系统的无等待就诊(零延时),即在 7 天内可以在全科医生处就诊、90 天内可以接受专科医生的服务,而且诊断和治疗之间的等待时间不应该超过 90 天。^[15]

3.3 荷兰, 2005

与英国和瑞典一样,荷兰在 21 世纪初复兴了 20 世纪 90 年代初的改革浪潮。2003 年选举后,由巴尔克嫩德首相领导的中间偏右翼的新政权执行了所谓的联盟计划,本计划引入一种全民强制性的标准保险制度,并重新强调了投保人和保险机构间竞争机制的重要性。这项议案被认为是新健康保险法案,于 2005 年通过。新议案的内容与德科尔和西蒙斯计划惊人的相似。^[6,8] 这项最新的改革使每个荷兰居民都要加入强制性的健康保险。使每个投保人都有与之相对应的基本健康保险覆盖标准,消除了私立保险和疾病基金之间的区别。^[6] 这项计划的另一个新颖之处就是被保险人有签署合同的选择自由,这便加剧了保险提供者之间的竞争。

4 改革原因:各国政府的意识形态导向

综述各国卫生改革的相关文献,过去 20 年的改革是不同因素综合作用的结果。首先,各国政府都认为由于医疗费用的不断攀升,通过改革抑制随之而来的财政支出过快增长非常必要;第二个因素是公民对医疗体系绩效所表现出的不满意程度。总的来看,这些因素解释了过去 20 年中多次改革的存在,但仍然难以说明这些国家的政府在特定政策中作出取舍的依据。我们又应该如何解释这些连续的改革浪潮中内容还是目标存在的差异呢?有人推测,每个改革浪潮针对解决不同的问题,这个观点只是部分正确的,因为 20 世纪 90 年代初困扰卫生保健系统的大多数问题如今依然没有得到解决。因此,我们可以得出结论,即使问题基本类似,制定的政策也会因为决策者政治偏好的不同而不同。

本文所讨论的实例说明,在医疗改革的内容方面,政府的意识形态发挥着重要的作用。比如,第一轮改革浪潮中的 5 项改革都是保守党或基督教民主政府推动的;第二轮改革浪潮中提到的 6 项改革中,5 项是由社会民主政府通过的,只有 1 个(法国)是保守政府推进的。不过法国的例子只是在一定程度上与其他 5 个例子存在偏差,因为虽然 1996—1999 年的改革最初是由右翼朱佩政府发起的,但 1997 年掌权的若斯潘左派政府执行时,并没有做任何实质性的修改。

各次改革浪潮反映了当时执政政府的意识形态,在改革的内容上也同样适用。完全可以想象,右翼政府可能对竞争、选择自由以及供方多元化等问题更加敏感,而左翼政府更倾向于公共管理和医疗服务系统各组成部分的一体化。^[1]

与 20 世纪 90 年代不同,21 世纪卫生政策领域的政治图景错综复杂。2005 年,荷兰的巴尔克嫩德右翼政府通过了改革;而瑞典 2005 年的改革及英国从 2001 年起实行的政策革新都得到了左翼内阁的支持。另外,旨在提高患者权利的政策干预也没有明确的意识形态倾向。在一些国家,包括法国、德国和瑞典,左翼政府也开始颁布有关保护患者权利的法律,但在另一些国家,类似的立法却转而由保守派制定(例如新西兰)。

一些学者认为,公共政策从一个国家借鉴到另一个国家的方式,在很大程度上受到政治因素的影响。

响。^[29-30]因此,保守的政府很可能会借鉴其他保守国家革新的经验和教训,而社会民主政府可能会受左翼的启发。如果这是真的,我们可以认为 21 世纪缺乏进一步的改革浪潮在某种程度上是由于各国政府之间缺乏共同的意识形态。

5 改革的总体影响

面对 20 年一直进行的交替循环的改革,我们应该关注改革所带来的总体影响。从 1990 年起,英国、荷兰和瑞典(程度较弱)经历了三个主要的政策转变,这些转变可以视为从竞争到合作、再由合作到竞争的往复过程。^[8,28]同时期,德国和新西兰经历了两次重要改革,但他们最初引进的鼓励激烈竞争的政策,在短短数年后便部分废除。与之相反,法国则没有通过激进的反改革政策。

在过去的仅仅 20 年中,英国国民保健体系就经历了三次重大策略转变。首轮改革浪潮是 1990 年保守党的改革,但撒切尔政府的内部市场机制只执行了部分条目,而且,尽管地方的卫生服务与医院服务相分离,但其他许多方面仍没变化。卫生服务的购买者与提供者之间以固定费用签署长期的合同。与 20 世纪 80 年代后期相比,私立机构的作用和患者选择的自由程度方面并无显著改善。^[5]

1997 年,工党的反改革运动使国民保健制度部分回归其初创宗旨。尽管地方卫生服务和医院相分离的现象仍然存在,但初级卫生保健信托已经成为一个紧密协调的体系,从而促进了初级、中级以及社区卫生服务的整合。第三个政策转变发生在布莱尔连任期间。如前所述,尽管在表述上有差别,但毫无疑问,新工党在许多方面仍回归到保守目标,比如鼓励竞争和供给的多元化。^[3,18,28]

在荷兰,权力交替是 1987 年德克尔报告间断执行的主要影响因素。^[6]20 世纪 90 年代初,报告建议的措施大部分被吕贝尔斯政府(基督教民主党和工党的联合)转化为法律,然而,在“紫色联盟”统治时期(1994—2002 年),大部分措施被废除。2005 年,第二届巴尔克嫩德(基督教民主党和自由党组成的联合政府)实施进一步的改革。如前所述,最新的改革在许多方面强调了原来德克尔报告的内容^[8],所以,德克尔报告在 20 年后重新盛行。

在过去 20 年中,瑞典的医疗体制发生了深刻的变革。随着社会民主党再次上台,比尔特中间偏右翼政府(1991—1994 年)引入的改革措施被迅速废除,根据行政计划进行分配的公共供给体系被取代,在新体系的引导下,私立卫生服务提供者日益增加,提供者和服务购买者之间的关系由市场自发调节。^[16]瑞典医疗体制的变化主要包括患者自由选择权的加强、各级医疗保健系统在服务过程中越来越以患者为“中心”,其中包括最近引入临床治疗过程中的“服务提供及时性保证”。现在,瑞典公民有权选择自己的家庭医生,大多数郡政府还可以自由选择医院,其中包括在其他郡的医院和私立医院。

同样,在德国,卫生政策随着政府意识形态的变化而左右摇摆不定。基督教民主党(执政至 1998 年)提倡患者的自由选择和保险基金之间的激烈竞争;社会民主党则主张医疗体系各组成部分的合作与协调。1993 年机构改革(由科尔政府通过)最显著的成果就是减少了全国医疗保险基金的数目,在短短几年内从 1 200 多个降至 250 个左右。^[11]该基金系统因此更具竞争力,但同时供给的多元化程度不可避免的有所下降。2000 年施罗德政府出台的措施,旨在提高卫生系统的整合程度,但产生的效果至今仍非常有限。^[11,23]

20 世纪 90 年代新西兰医疗改革中的政策变化被形象地比喻为“旋转门”。^[31]1993 年新西兰卫生系统从早先的垂直体系转变成合同模式,又于 2000 年变回垂直系统。^[9]但几乎没有证据可以证明,1993 年以来的哪次改革效果更加显著^[9,32],这可能是由于每次改革的生命周期太短造成的。事实上,卫生部门刚刚从一次结构变化中安定下来,新的结构调整就宣布了。

在过去几十年中,法国医疗系统改革中最雄心勃勃的就要数 1996 年的朱佩计划,该计划旨在改善筹资体系的公平性,并通过加大对不同医疗服务提供者的整合消除资源浪费和过剩的现象。由于右翼和左翼政党对政策目标达成一致,由奉行戴高乐主义的朱佩政府(1995—1997 年)通过的改革建议,主要由若斯潘左翼政府(1997—2002 年)实施。但因为大多数医生的反对,朱佩改革也只实现了部分目标。^[17,33]改革不仅实现了医疗保险的全民覆盖,也使得筹资系统发生了显著的变化。然而,提高医疗系

统内整合程度的各种措施,如建立区域机构以负责医院的协调、医生行医的新指导原则、引入卫生从业许可证制度、家庭医生作为守门人的尝试等,迄今为止只有少数获得了成功。^[17]

6 结论

综上所述,本文得出了一些初步的结论。第一是关于政策制定的周期。很多路径依赖理论的倡导者认为政策制定是一个线性的过程,后面的步骤在很大程度上受到之前步骤的制约和影响。单个政策制定过程中的偏差是很罕见的,其原则基本都是遵循原有的方法。本文的分析结果则显示,在不否认路径依赖理论的情况下,卫生政策的制定绝不是一个线性的过程。很大程度上,政策制定过程是矛盾、反复和循环的,贯穿着改革与反改革。

尽管每个国家的卫生服务系统都遵循其独特的演化过程,但国家间的相互交流也比较频繁。政策制定者在很大程度上受其他国家经验的影响和启发。因此,新的观点和政策常在国家间相互借鉴,这就引起了国际改革浪潮。本研究还展示了过去 20 年中不同阶段医疗卫生改革的特点:第一,20 世纪 90 年代早期,卫生改革的目的是鼓励患者选择的多样性和机构间的竞争;第二,1995—2000 年,目标却恰恰相反,即强调机构的一体化管理;第三,从 2000 年开始,政策则更加关注患者的权利。

通过认识到意识形态因素的重要性,我们可以得出进一步的结论,国家政府的政治倾向在一定程度上确实影响了改革的内容,第一次改革浪潮由保守政府通过,第二波改革浪潮中的大多数则是由社会民主政府通过,而在患者权利的立法方面,支持改革的不同政府的意识形态倾向却多种多样。

参 考 文 献

- [1] Blank R, Burau V. Comparative health policy[M]. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2004.
- [2] Oliver A. The English National Health Service: 1979—2005 [J]. Health Economics, 2005, 14(s1): 75-99.
- [3] Ham C. Health policy in Britain[M]. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2004.
- [4] Klein R. Why Britain is reorganizing its national health service—yet again[J]. Health Affairs, 1998, 17(4): 111-125.

- [5] Le Grand J, Mays N, Mulligan J A. Learning from the NHS internal market: a review of the evidence [M]. London: King's Fund, 1998.
- [6] Schut F, Van de Ven W. Rationing and competition in the Dutch health - care system [J]. Health Economics, 2005, 14(s1): 59-74.
- [7] Robinson R. Managed competition: health care reform in the Netherlands [M]. // Ranade W. Markets and health care: a comparative analysis. London: Addison-Wesley Longman, 1998.
- [8] Helderma J K, Schut F, van der Grinten T, et al. Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands [J]. Journal of Health Politics, Policy and Law, 2005, 30(1-2): 189-210.
- [9] Ashton T, Mays N, Devlin N. Continuity through change: the rhetoric and reality of health reform in New Zealand [J]. Social Science & Medicine, 2005, 61(2): 253-262.
- [10] Ashton T, Cumming J, McLean J. Contracting for health services in a public health system: the New Zealand experience [J]. Health Policy, 2004, 69(1): 21-31.
- [11] Hassenteufel P, Palier B. Towards Neo-Bismarckian health care states? Comparing health insurance reforms in Bismarckian welfare systems [J]. Social Policy & Administration, 2007, 41(6): 574-596.
- [12] Gress S, Groenewegen P, Kerssens J, et al. Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands [J]. Health Policy, 2005, 60(3): 235-254.
- [13] Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany [R]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- [14] Anell A. Swedish healthcare under pressure [J]. Health Economics, 2005, 14(s1): 237-254.
- [15] Glenngård A H, Hjalte F, Svensson M, et al. Health systems in transition: Sweden [J]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
- [16] Blomqvist P. The choice revolution: privatization of Swedish welfare services in the 1990s [J]. Social Policy & Administration, 2004, 38(2): 139-155.
- [17] Rochaix L, Wilsford D. State autonomy, policy paralysis: paradoxes of institutions and culture in the French health care system [J]. Journal of Health Politics, Policy and Law 2005, 30(1-2): 97-120.
- [18] Klein R. The new politics of NHS [M]. Oxford: Radcliffe, 2006.
- [19] Le Grand J. Further tales from the British National Health Service [J]. Health Affairs, 2002, 21(3): 116-129.
- [20] Howden-Chapman P, Ashton T. Public purchasing and private priorities for healthcare in New Zealand [J]. Health Policy, 2000, 54(1): 27-43.
- [21] Scott C. Public and private roles in health care systems [M]. Buckingham: Open University Press, 2001.
- [22] Bloomfield A. New Zealand [M]. // Ham C, Robert G. Reasonable rationing. Maidenhead-Philadelphia: Open University Press, 2003.
- [23] Altenstetter C, Busse R. Health care reform in Germany: patchwork change within established governance structures [J]. Journal of Health Politics, Policy and Law, 2005, 30(1-2): 121-142.
- [24] OECD. OECD health data 2009 [R]. Paris: OECD, 2009.
- [25] Eurobarometer. Health issues, cross-border purchases, and national identities [M]. Brussels: European Opinion Research Group, 2002.
- [26] Blendon R J, Schoen C, DesRoches C, et al. Common concerns amid diverse systems: health care experiences in five countries [J]. Health Affairs, 2003, 22(3): 106-121.
- [27] Siciliani L, Hurst J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries [J]. Health Policy, 2005, 72(2): 201-15.
- [28] Bevan G, Robinson R. The interplay between economic and political logics: path dependency in health care in England [J]. Journal of Health Politics, Policy and Law, 2005, 30(1-2): 53-78.
- [29] Robertson D. Political conflict and lesson-drawing [J]. Journal of Public Policy, 1991, 11(1): 55-78.
- [30] Rose R. Lesson-drawing in public policy [M]. Chatman: Chatman House, 1993.
- [31] Gauld R. Revolving doors: New Zealand's health reforms [M]. Wellington: Institute of Policy Studies and the Health Research Centre, 2001.
- [32] Gauld R. One country, four systems: comparing changing health policies in New Zealand [M]. International Political Science Review, 2003, 24(4): 199-218.
- [33] Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition: France [M]. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2004.

[收稿日期:2010-03-03 修回日期:2010-05-28]

(编辑 田晓晓 刘博)