

# 荷兰卫生体系管理竞争改革的经验及对我国的启示

徐巍巍<sup>1\*</sup> 费南德·冯·德凡<sup>1</sup> 董朝晖<sup>2</sup>

1. 伊拉姆斯大学卫生管理和政策研究所 荷兰鹿特丹 3062 PA

2. 人力资源与社会保障部社会保障研究所 北京 100029

**【摘要】**近 20 年的荷兰卫生体系改革过程中,政府管制和市场机制在协调卫生服务的公平与效率中发挥了重要作用。本文重点分析了荷兰卫生体系引入管理竞争改革的经验,并认为从政治和技术角度来看,管理竞争是一种非常复杂的模式,必须满足一系列前提条件。结合我国医改实际情况,提出荷兰卫生体系改革对我国的几点启示:首先,必须坚持长期一致的改革战略;第二,实质性的改革无需在体系内进行疾风骤雨式的变革;第三,中国卫生体系改革要引入市场机制需要许多前提条件。

**【关键词】**管理竞争;卫生体系;政府;市场;荷兰

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.07.014

## What can China learn from the regulated competition reform in the Dutch healthcare system

XU Wei-wei<sup>1</sup>, Wynand P. M. M. van de Ven<sup>1</sup>, DONG Zhao-hui<sup>2</sup>

1. *Institute of Health Management and Policy, Erasmus University, Rotterdam 3062 PA, Netherlands*

2. *National Social Security Institute, Ministry of Human Resources and Social Security, Beijing 100029, China*

**【Abstract】** The Dutch healthcare system has been implementing the reform of regulated competition for decades. Such a reform achieved a balance between equity and efficiency. In this paper, experiences from the Dutch healthcare reform of regulated competition are described and analyzed according to the Chinese context. The Chinese government needs to fulfill a list of pre-conditions to make competition in the healthcare sector successful. And the reform of regulated competition may be a politically and technically complicated process. There are four important lessons that China can learn from the Dutch reform: first, strategy of the reform must be consistent in a long term; second, fundamental reform is not necessarily taken in the form of dramatic change in the system; and last, to introduce market mechanism into China's health reform, some preconditions are required.

**【Key words】** Regulated competition; Healthcare system; Government; Market; Netherlands

20 世纪 80 年代末期以来,中国卫生体系逐渐市场化<sup>[1]</sup>,导致多数公立医疗机构存在严重的趋利倾向<sup>[2]</sup>，“看病难”和“看病贵”问题突出。2009 年 4 月,中共中央、国务院发布了《关于深化医药卫生体制改革的意见》(简称《意见》),着力解决全民基本医疗问题,并承诺对卫生体系增加投入。新医改实施两年多以来,如何利用新增卫生投入创造有效价值,仍然没有明确答案,医改依然面临严峻考验。在关于新医改的争论中,补供方(医疗机构)还是补需

方(医保方或患者)是争论的焦点之一。如果补需方,是否应该允许医疗保险部门之间的竞争?实际上,《意见》中已经提出了在社会医疗保险部门中引入竞争机制,甚至允许商业保险机构参与提供社会医疗保险。由于卫生体系的复杂性及其目标的特殊性,引入竞争机制远比其他市场复杂,国际经验显得尤为重要。荷兰卫生体系从 20 世纪 90 年代之前的中央集权制,经过近 20 年的改革,逐渐接近管理竞争体系,积累了丰富的经验和教训。

\* 作者简介:徐巍巍,女(1976 年—),博士研究生,主要研究方向为卫生体系研究。E-mail: xu@hmg.eur.nl

# 1 政府严格管制的荷兰卫生体系:1990 年以前

## 1.1 医疗保险体系

1990 以前,无论是卫生筹资还是卫生服务提供,荷兰的卫生体系都建立在私有制基础上。1940 年之前,荷兰政府对医疗保险和医疗机构几乎没有任何干预措施。1940—1970 年,荷兰政府主要致力于促进公共卫生、保证最低水平的医疗服务质量以及全民获得最基础的医疗服务。1941 年,政府实施了针对中低收入群体的强制性医疗保险,保险范围包括家庭医生和专科医生的诊疗服务、处方药、一年以内的住院费用、生育、儿童口腔保健以及一些医疗器械。1968 年,通过了特殊医疗支出保险 (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ),范围涵盖了长期医疗、精神疾病和残疾人的治疗费用以及超过一年的住院费用,这部分构成了全国范围的强制保险。<sup>[3]</sup>经历了多次改革之后,2000 年的荷兰医疗保险体系可以用图 1 概括。

补充医疗保险(自愿) 第三部分(3%的医疗费用)	
疾病基金(强制)	商业医保(自愿)
第二部分(53%的医疗费用)	
AWBZ(强制) 第一部分(44%的医疗费用)	

来源:Van de Ven W P M M, Schut F E. The first decade of market oriented health care reform in the Netherlands [R]. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 2000.

图 1 2000 年的荷兰医疗保险体系

在这个框架中,第一部分是最基础的,指全国范围内的强制性医疗保险,即 AWBZ。AWBZ 的保险金在一定收入范围内与个人收入成正比,地区社会保险办公室负责管理基金,不承担任何财务风险。

第二部分包括针对占人口 62% 的中低收入人群的强制性疾病基金医疗保险和针对高收入人群的自愿商业医疗保险。由于 1992 年之前对疾病基金运营的地区限制,几乎所有的疾病基金都在各自地区内享有一定垄断地位。对这部分医疗保险,荷兰政府制定统一的医保“套餐”。疾病基金的保险金在很

大程度上与个人收入相关,保险金上缴国家级疾病基金委员会,由委员会管理,各个疾病基金负责报销参保人的医疗费用。因此,疾病基金仅仅是不承担财务风险的管理机构。20 世纪 80 年代中期以前,政府对商业医疗保险领域几乎没有任何干预措施。商业医疗保险公司之间的激烈竞争导致了保险方“撇奶油”行为和参保人的“逆向选择”。因此,老年人和高风险群体面临过高的保险金,从而难以购买商业医疗保险。1986 年通过的医疗保险可及法 (Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen, WIZ),以法律形式规定了针对个别高风险群体的最高保险金。商业医疗保险公司因此而产生的损失将被所有的公司平摊承担。<sup>[4]</sup>

第三部分是自愿的补充医疗保险,涵盖了第一和第二部分不能覆盖的医疗服务,比如医院的特需服务、长期理疗以及一些替代医疗。这部分保险金可以根据参保人的风险由保险公司自行制定。

在这个框架中,虽然商业医疗保险市场是一个竞争性市场,但是它仅仅涉及大约 1/3 的参保人口。在 AWBZ 和疾病基金的部分,医保的产品和价格都没有区别,1992 年之前民众也没有针对疾病基金的选择权。因此,这段时期的荷兰医疗保险体系是一个政府主导的保险方垄断市场。

## 1.2 医疗服务体系

荷兰的全科医生和专科医生之间存在清晰的界限。全科医生通常是患者就诊所接触的第一个医疗服务提供者,承担着“守门人”的任务。大多数的全科医生都是个体执业者(近年有合伙执业的倾向),民众可以自由选择并注册在一个全科医生名下,疾病基金通常根据全科医生名下注册人数对其按人头付费,而商业医疗保险公司通常按项目付费。参保人必须通过全科医生的推荐才能接受专科医生的治疗并得到保险方的偿付。大多数综合性医院是私立非营利性组织。大约 75% 的专科医生是个体执业者,但和医院有一定的合作关系。1980 年之前,疾病基金和商业医疗保险公司对大多数专科医生都实行按项目付费。

1970 年以后,荷兰卫生体系的私有制基础和不断上涨的医疗费用促使荷兰政府对医疗服务价格和

供给量实施严格的管制。根据 1980 年的医疗费用法(Wet Tarieven Gezondheidszorg, WTG), 医疗费用中央办公室(Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg, COTG)制定了关于医疗价格构成和计算方法的相关指南, 实际医疗价格由保险机构与医疗协会代表根据指南谈判决定, 并必须得到 COTG 的许可。对医院的费用支付方式逐渐从按项目付费向总额预算制转变, 医疗服务体系受到政府严格管制, 1982 年通过的医疗服务价格法赋予政府控制医生收费和总收入的权利, 建立新医院和医院的大额投资都必须得到政府批准。<sup>[5]</sup> 政府甚至可以通过控制医生人数间接控制医疗服务的产出量。

## 2 以管理竞争为目标的荷兰卫生体系改革: 1990 年至今

在严格的政府管制下, 卫生体系的利益相关者, 如消费者、医疗保险方和医疗服务提供者, 都没有提高服务效率的动力。由于计划过程的复杂性, 比如牵扯的部门过多、相关部门利益冲突以及法律法规不明晰等问题, 荷兰政府实际上已经无法有效地管制卫生体系。这些问题促使荷兰政府决定对卫生体系进行彻底革新。<sup>[5]</sup>

### 2.1 管理竞争改革的进展

1988 年, 荷兰政府内阁的 Dekker 委员会受到美国斯坦福大学卫生经济学教授 Enthoven 的消费者选择医疗计划的启示<sup>[6]</sup>, 提出在荷兰实施卫生体系管理竞争模式。荷兰的管理竞争模式吸收了 Enthoven 模式的精髓, 并根据荷兰国情进行了调整。荷兰管理竞争模式的关键点在于: 在医疗保险和医疗服务提供这两个市场中都引入竞争机制, 消费者在竞争性的医疗保险市场中进行参保选择; 医疗保险公司作为参保人的代表, 在竞争性的医疗服务提供者中购买医疗服务。在完全自由的市场竞争中, 医保公司和医疗服务提供者不可避免地会利用一些手段获取更大利益, 主要包括: 风险选择, 医疗保险合同中, 拒绝与一些高风险或低收入的患者签订保险合同, 扭曲医保“套餐”内容或质量的信息以及阻碍潜在的竞争对手进入市场等。这些手段会给消费者带来利益损失, 因此管理竞争的精髓在于, 在这个模

式中存在一个强有力的集体, 有意愿和能力代表广大消费者对市场进行管理, 从而减少市场失灵, 在提高卫生体系效率的同时保证一定程度的公平性。<sup>[7]</sup> 这个集体代表的责任通常由政府、大型雇主或其他相关部门承担。

### 2.2 管理竞争模式前提条件的逐步实现

管理竞争模式的实施需要一系列前提条件, 荷兰 20 余年来改革的重要成就是促使这些条件逐渐实现。

#### 2.2.1 参保人自由选择存在价格差异的医疗保险公司, 并自付部分参保金

对于荷兰商业医疗保险公司来说, 消费者一直具有选择权。然而, 对于大多数参加疾病基金的消费者来说, 改革前他们并没有选择医疗保险方的权利。1992 年开始, 荷兰政府允许疾病基金跨越原来规定的地区拓展业务, 并且参保人每年有一次选择疾病基金的机会。<sup>[5]</sup> 同年, 几家商业医疗保险公司和一个大型企业进入疾病基金市场。这些政策变化提示疾病基金市场逐渐开放。2006 年 1 月 1 日以后, 医疗保险法规定, 每一个在荷兰合法工作生活的人都必须从一个商业医疗保险公司购买基础医疗保险。这个基础医疗保险是全国统一的, 保险内容由法律规定。为了避免医疗保险公司对参保人的逆向选择, 医疗保险公司必须接受所有申请参加基本医疗保险的居民, 并且针对同一地区的不同参保人, 参保金必须相同。2006 年以后, 消费者的医疗保险支出分为两块: 第一部分付给中央风险调整基金, 这部分支出与消费者的收入紧密相关; 第二部分直接付给消费者选择的保险公司, 也就是我们所说的参保金。同时, 消费者可以自由选择是否购买和购买基本医疗保险以外的何种补充医疗保险, 补充医疗保险的价格政府不予管理。

#### 2.2.2 医保方自行承担财务风险

1990 年以前, 疾病基金不承担任何财务风险。1993 年开始, 荷兰国家疾病基金委员会对各家疾病基金开始实施风险调整基础上的预付费, 这意味着疾病基金逐渐从单纯的基金管理机构向自我承担财务风险的机构转变。但是, 改革初期, 由于风险调整机制不完善, 荷兰政府决定对疾病基金的大部分亏

损进行补偿。实际上,1993年时疾病基金所承担的财务风险额度仅占年基金总额的3%。<sup>[5]</sup>1995年5月,荷兰政府宣布提高疾病基金的财务风险额度,当时的计划是从1995年的3%提高到1998年的65%。但实际改革进展较慢,1998年大约是29%,2000年才提高至36%。

与疾病基金不同,商业医疗保险公司基本都是自行承担财务风险。按照欧盟法律,政府无权强迫商业保险公司接受可以预见发生损失的参保人。因此,要求商业医疗保险公司接受所有申请的参保人,并且强制执行非差异性的定价和统一的基础医疗保险内容,在欧盟属于政府非法行为。荷兰政府提出给商业医疗保险公司提供风险调整补偿金,即对于高风险参保人群,由政府为保险公司可预见的损失进行补偿。在风险调整机制的不断完善下,到2010年医疗保险公司的财务风险额度提高至75%。

### 2.2.3 允许医疗保险方和医疗服务提供方之间自由签约

管理竞争模式的一个重要内容是,医疗保险方与医疗服务提供方之间,可以针对合同中有关的价格和质量进行谈判。1941—1993年,法律要求疾病基金必须与所有提出申请的医疗服务提供者签约。1992年以来,政府允许疾病基金和商业医疗保险公司与医疗服务提供者之间进行议价。疾病基金利用这个政策手段打破了一些医疗器械提供商之间的价格联盟,使医疗器械的价格下降了1/4~1/3。1994年之后,疾病基金可以选择性地与医生以及药店签约,但是当时疾病基金很少使用这项权利。2005年以来,政府逐渐放开对医疗服务价格的管制,医保方与医疗服务提供方在价格、服务和质量等多方面拥有了更多的协商空间。2009年,全荷兰医院年收入的34%都来源于议价后的产品或服务收入。<sup>[3]</sup>此外,还允许医疗保险公司进行多种方式的运作,包括建立健康维护组织(Health Maintenance Organization, HMO)等。

### 2.2.4 足够数量的自我承担财务风险的医疗服务提供者

2006年,荷兰每千人口的医生数为3.8人,略高于OECD国家的平均水平(3.1人)。每千人口护士

数8.6人,略低于OECD国家平均水平(9.7人)。<sup>[8]</sup>改革过程中,荷兰政府逐渐放宽了医疗服务提供市场的准入条件。1992年起,允许全科医生自由选择执业地点。1995年3月,荷兰政府宣布放宽医院计划法,但是与医院建设相关的大规模投资仍然需要得到政府批准。改革前,荷兰政府对医疗服务提供者的价格和生产能力的控制很严格。因此,医疗服务提供方并不会面临太大的财务风险。2005年以来,政府放宽对医疗服务价格的控制,并且加大医疗服务机构和医疗保险公司的协商空间,这些都意味着医院比之前要承担更大的财务风险。

### 2.2.5 对医疗保险和医疗服务进行有效的产品分类

与医疗服务类似,医疗保险“套餐”通常涵盖了一系列参保人享有的权利。参保人需要通过有效的产品分类更好地理解他们付出的价格究竟购买了什么样的产品。荷兰的基本医疗保险有统一的“套餐”,除此之外的医疗保险都属于补充医疗保险,这是对医疗保险产品的分类。同样道理,对医疗服务的有效分类有助于医保方和医疗服务提供者之间的议价。荷兰的医疗服务价格一般不是以具体诊疗项目为基础的,医疗保险公司一般在诊断治疗合并分类(Diagnosis Treatment Combinations, DTCs)的基础上对医院的住院病人付费。<sup>[9]</sup>

### 2.2.6 有效的风险调整机制

在自由竞争的医疗保险市场中,政府严格控制基本医疗保险范围和价格,如果没有风险调整机制,医疗保险方必然不愿意承担高风险人群的保险。风险调整机制,简单地说,就是政府对与高风险人群签订了保险合同的保险公司进行补贴,避免它们因为承保高风险人群而造成的可预见性的财务亏损。荷兰的风险调整机制自1993年以来有了长足的进步,1993年仅仅用年龄和性别作为风险因子,到2002年用年龄、性别、残疾指标、社会学地位以及按药物分类的疾病组等一系列的指标作为风险因子。荷兰政府也根据风险调整机制的完善程度,逐渐让医疗保险公司承担更多的财务风险。

### 2.2.7 有效的质量评价体系

荷兰的医疗服务提供者有自我管理的传统。

1995 年的质量控制法提出了一个关于质量保证和改良的简单框架。虽然没有提出任何具体方法,但该法案规定所有的医疗专业协会制定本专业的最佳质量方案,并提出协会的质量报告必须以年报形式上报政府质量监管部门和患者协会。在过去的 15 年里,政府、医疗协会、保险公司和患者协会在发展、监测全科医生的临床医疗服务质量指标和评价工具上付出了很大的努力。行业协会对专科医生和医院专业人员的服务质量进行常规的比照和评价。

### 2.2.8 全面的医疗服务信息

2006 年以来,医院收集的有关医疗质量的数据,比如急性心肌梗塞死亡率、脑梗塞死亡率、伤口感染率和医疗失误发生率等必须通过政府资助的网站向民众发布。这个网站同时还包括了有关医疗保险方的信息,比如每个保险公司的价格、服务、消费者满意度以及有关补充医疗保险的价格和内容。除此之外,新组建的荷兰卫生部也负责向民众公布医疗服务相关信息。

### 2.2.9 反垄断法在卫生体系中的有效实施

1998 年 1 月 1 日,荷兰通过了一项新的反垄断法。在这个反垄断法的制约下,医疗保险方和医疗服务提供者的垄断行为都得到较好的管理。

## 3 中国卫生体系引入管理竞争的现状和前景

### 3.1 医保经办机构不存在竞争和财务风险

中国的基本医疗保险市场目前呈现出条块化与碎片化的状态,不同医疗保险之间不存在竞争关系。医疗保险主要由政府部门管理,为了避免承担财务风险,特别是城镇职工基本医疗保险沉淀了大量的医保基金。然而,即使拥有这样的大额储备金,地方医保经办机构也没有降低参保金或者提高保险覆盖范围。<sup>[10]</sup>这也提示,一旦医保方受到财务风险的威胁,他们有可能将风险转嫁给消费者。

### 3.2 医疗机构无财务风险,且服务能力受到严格控制

中国的公立医院是严格按照区域卫生规划的要求进行布局的。政府制定了控制各个地区的医疗机构数量、医院床位数和医疗工作者人数的指导方案。<sup>[11]</sup>这个指导方案建立在以各地区人口和平均病床利用率计算的“应有”床位数的标准上,每五年测算一次。这样严格控制的结果就是,医院尤其是大

型公立医院并不担忧患者来源。也是由于这个原因,尽管医保经办机构拥有选择性与医院签约的权利,却因为选择的范围非常有限而被迫与每一家医院签约。再加上政府对医疗服务价格的控制相当严格,医保经办机构的议价能力被大大削弱。民营医院的医疗服务价格空间较大,然而他们所占市场份额较小,2007 年民营医院病床数占有所有病床数的 3%<sup>[12]</sup>,对整体医疗市场的价格竞争程度影响很小。

### 3.3 管理竞争所需的其他技术条件尚未满足

医疗产品的有效分类目前在中国还没有有效运用,按照疾病相关组付费(Diagnostic Related Group, DRG)的方法正在一些地区进行试点。风险调整机制在中国还是一个相对陌生的概念,完善这个机制所必需的数据、技术力量及经验还需要收集和积累。在大多数情况下,医保部门对医院的医疗质量缺乏系统了解,医院质量管理还处于内部管理控制的阶段。关于医疗保险和医院的价格及质量的消费者信息还相当缺乏。目前,消费者对医院的选择仍然建立在医院等级和口碑的基础上,而对医疗质量却不太了解。中国的反垄断法于 2008 年 8 月通过,但是,反垄断法是否能够应用于公共领域还存在争议。

综上所述,在中国实现管理竞争模式的条件尚未成熟。

## 4 对我国医改的启示

自从 1988 年荷兰政府决定将管理竞争作为卫生改革的主要方向以来,荷兰卫生体系的管理竞争改革进程虽然缓慢,但是方向坚定。中国已经决定增加卫生投入改革卫生体系。与改革前的荷兰一样,中国也面临一个选择难题:如何选择合适的一个模式并始终如一地将改革进行下去?中国对卫生体系中市场机制的重要性有一定认识,但是一些可能阻碍市场机制实施的政策却在改革实际过程中陆续实施,这进一步说明了中国卫生体系改革的复杂性和困难程度。在当前的中国卫生体制改革中,套用荷兰模式未必可行,然而,我们可以从荷兰政府 20 多年的改革过程中得到一些经验和启示。

### 4.1 改革战略必须在长时间内始终一致

尽管荷兰卫生体系的管理竞争改革早在 1988

年就被 Dekker 委员会提出,但这个提议在当时仅仅是一个政治提案。1988—1994 年,荷兰政府不断贯彻一些政策,以满足管理竞争模式成功实施所需要的前提条件,而在这段时间内,真正意义上的“竞争”并没有开始。<sup>[13]</sup>1997 年以后,疾病基金之间开始进行价格竞争,政府也将疾病基金和商业医疗保险公司同等对待。2001 年,荷兰政府再一次明确重申了卫生体系的管理竞争改革方案。这之后,不仅在医疗保险市场中开始引入竞争机制,在医疗服务提供市场中竞争机制也被逐步引入。荷兰卫生体系改革的过程说明,其改革虽然缓慢,但是方向始终坚定。如果中国要在卫生体系改革中引入市场机制,改革前需做长期的准备工作,并且方向始终保持一致。

#### 4.2 实质性的改革并不需要在体系内进行疾风骤雨式的变革

历届荷兰政府选择的策略都不是疾风骤雨式的变革,而是缓慢的、渐进式的改革。这样的策略可以有效地避免主要利益方的反对。中国卫生体系改革的过程,实质上就是利益方内部和外部冲突磨合的过程。中国政府可以吸取荷兰经验,缓慢渐进地推进改革进程,从而减少利益方的反对和冲突。

#### 4.3 中国卫生体系改革要引入市场机制需要许多前提条件

首先,中国卫生体系改革要引入市场机制,政府需要有更强烈的改革意愿。近年来中国对医改显示出强烈的改革意愿,然而长期以来政府对卫生体系有计划和控制的传统,如果政府决定引入市场机制,需要转变思想,进一步完成从“运动员”到“裁判员”的角色转变。其次,面对市场机制,政府必须将自己定位为游戏规则的制定者,并保持中立。在医疗服务提供市场中引入竞争,必须保证私立医院与公立医院之间享有同等的政策待遇;在在医疗保险市场中引入竞争,要允许和鼓励商业医疗保险公司进入基本医疗保险市场。最后,中国实现管理竞争的卫生体系改革时机尚未成熟,然而改革条件的满足不是一蹴而就的,需要相当长时间的准备和调整。如果中国医改考虑引入市场机制,面对市场和竞争所带来的风险和应对措施都应该充分的考虑。

#### 参 考 文 献

- [1] Ma J, Lu M, Quan H. From a national, centrally planned health system to a system based on the market: Lessons from China [J]. *Health Affairs*, 2008, 27(4): 937-948.
- [2] Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents—the evolving Chinese health care system [J]. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353(11): 1165-1170.
- [3] Van de Ven WPMM, Schut F T. Universal mandatory health insurance in the Netherlands: A model for the united states? [J]. *Health Affairs*, 2008, 27(3): 771-781.
- [4] Schut F T. Workable competition in health care: Prospects for the Dutch design [J]. *Social Science & Medicine*, 1992, 35(12): 1445-1455.
- [5] Van de Ven WPMM, Schut F T. The first decade of market oriented health care reforms in the Netherlands [R]. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 2000.
- [6] Enthoven A. Consumer choice health plan [J]. *New England Journal of Medicine*, 1978, 298(650): 709-720.
- [7] Enthoven A. Theory and practice of managed competition in health care finance [M]. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 1988.
- [8] OECD Health Data: OECD c2009 [EB/OL]. [2011-05-23]. [http://stats.oecd.org/BrandedView.aspx?oeecd\\_bv\\_id=health-data-en&doi=data-00348-en](http://stats.oecd.org/BrandedView.aspx?oeecd_bv_id=health-data-en&doi=data-00348-en).
- [9] Enthoven A C, van de Ven, W P. Going dutch-managed-competition health insurance in the Netherlands [J]. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357(24): 2421-2423.
- [10] 卢驰文,王钦池. 城镇职工基本医疗保险基金结余规模控制研究[J]. *经济纵横*, 2010(1): 47-50.
- [11] 医疗机构设置规划指导原则 [EB/OL]. (2009-08-26) [2011-05-23]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohyzs/s3578/200908/42632.htm>.
- [12] 卫生部. 2008 年中国卫生事业发展统计公报 [EB/OL]. [2011-05-23]. <http://www.moh.gov.cn/newshtml/19165.htm>.
- [13] Helderma J K, Schut F T, van de Grinten TED, 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): 181-208.

[收稿日期:2011-06-03 修回日期:2011-06-17]

(编辑 薛云)