

# 论欧盟国家卫生制度设计的团结安排及变化趋势

巍 怡\*

西南政法大学政治与公共管理学院 重庆 401120

【摘要】团结思想是欧洲卫生公平和卫生政策的重要基础,但正不断受到个人责任、自由主义、私有化改革等新理念冲击,在部分欧洲国家甚至存在因资源匮乏而加大个人自付弱化团结的危险。但团结仍然是欧洲卫生体制安排最具标志的价值观之一,并继续成为欧洲政府对卫生安排的政治承诺和问责的道德基础。在从大政府走向大社会这一全球医改浪潮中,欧洲多国政府通过加强精细化监管来进一步实现卫生系统团结。

【关键词】团结;欧洲;卫生改革;福利;自由主义

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2016.01.008

## Solidarity as a system design element for the European health care system and its trend

WEI Yi

School of Politics and Public Administration, Southwest University of Political Science & Law, Chongqing 401120, China

【Abstract】Solidarity is the foundation of European health care and policy. However, it is constantly discussed by the new concept of personal responsibility, liberalism and privatization. In some European countries, out of pocket money was used more because of the limited resources which indeed weakened the solidarity, an element which consistently marks the difference among the European Union countries, and the main source of European political commitment and accountability associated with health. In the universal health care reform tide, the European government restrains its power in detailed operation on the health care and pharmaceuticals delivery, medical insurance design, and health resource allocation, but this is done through more specific supervision to ensure solidarity in health care system.

【Key words】Solidarity; Europe; Health care reform; Welfare; Liberalism

团结(Solidarity)在我国较多出现在政治学、社会学和法学领域,常与凝聚力、联带、和谐等含义相对应。团结与我国传统的共济思想类似,但我国学术界一般翻译为团结。团结也常指福利制度中公平分配稀缺资源、全球卫生援助。在欧洲,团结是伦理和政治的选择,具有强制性,并成为养老、雇佣、社会保险、医疗卫生诸多领域体制运行的基本条件,这种基于团结的公民意识也是欧洲国家福利政策运行的社会基础。1942年,英国《贝弗里奇报告——社会保险和相关服务》对世界保险制度建设产生深远的影响。该报告以3U原则即普享性原则(Universality)、

统一性原则(Unity)和均等性原则(Uniformity)所代表的政策思想,是社会保障所遵循的基本政策原则。<sup>[1]</sup>报告中提出有必要实施全面综合的医疗和康复服务(the need for universal comprehensive medical treatment and rehabilitation),该建议成为1948年英国确立国民卫生服务体系(NHS)的基本指导原则。3U原则和确保全方位的医疗和康复服务,均表明团结思想体现在医疗保险和服务领域的统筹安排中,人人享有卫生保健,甚至是有尊严水平的卫生保健被作为一种政府责任被固化。团结作为欧洲与美国的价值观分水岭,导致欧美卫生体制安排存在显著差

\* 基金项目:国家社会科学基金青年项目(13CZX082)

作者简介:巍怡,女(1983年—),博士,副教授,主要研究方向为卫生事业管理。E-mail: 437732120@qq.com

异,欧洲是向着集体的卫生福利布局或者说是倾向全民的医疗、医保形态,团结是欧洲社会文化及民众对福利国家体系信仰的基础,长期以来是欧洲卫生福利制度设计的原则性基石。美国强调个人主义,很多人认为卫生正义是为自己买单,无权要求他人的资源,这也是美国全民医保政策推行一直备受民间社会抵制的原因之一。

## 1 不同团结程度影响下的欧洲各国卫生体系比较

### 1.1 欧洲两大卫生系统分型

团结原则是支持国家或集体卫生筹资制度的重要依据,欧洲各国存在显著差异,但欧洲卫生系统传统上分为两大类。第一种模式被称为“国民卫生服务体系(NHS)”的模式,或贝弗里奇模式,英国、爱尔兰、西班牙、葡萄牙、意大利和斯堪的纳维亚国家(挪威、瑞典、丹麦)采用这一模型,其主要特征是通过一般税收支付,以确保覆盖全民的医疗系统。卫生体系各环节运行均有浓厚的政府色彩,由政府筹资,通过一般税收支付、政府组织和管制卫生服务提供、政府雇佣或签约服务提供者,确保国民平等享有并允许部分私人保健服务的存在。在上述国家中,政府通常在卫生保健服务的提供中发挥重要作用,保障底线是医院治疗护理。第二种模式通常被称为社会保险模式,或俾斯麦模式,德国、荷兰、比利时、法国、瑞士、奥地利以及大多数的原属于苏联集团的东欧国家采用这种模式或变种形式。卫生系统的医疗保险方面不是先验普遍性,保险组织可以是公共、私有或公私合营,在政府的监督下竞争。政府在筹资或卫生保健服务提供方面进行直接干预、间接管控的任意组合,包括政府间接控制筹资、医疗保险运作,政府间接组织和管制卫生服务提供、政府举办部分医疗、公私保健服务有不同程度的竞争,加强对服务的监督管理。<sup>[2]</sup>

传统上,贝弗里奇模式更为平等,但因缺乏竞争机制效率低下,而俾斯麦系统牺牲平等和全面普及,以市场为基础的组织运行效率较高。<sup>[3]</sup>然而,经过几十年的发展变化,二者之间的差异越来越小。大多数俾斯麦国家推进确保全面普及和促进平等,贝弗里奇系统则是引入准市场机制来提升医疗机构的服务效率。<sup>[4]</sup>

### 1.2 欧洲医疗卫生服务提供的政策设计

总体而言,团结的原则意味着承诺社会所有成

员在一起,不放弃任何一个人,无论其多么贫穷或弱势。团结可以采取不同的形式,如优先帮助那些健康方面最弱势人群,或通过基本卫生服务包来控制疾病负担所带来的财务风险。<sup>[5]</sup>关于医疗卫生服务提供有两种观点。一是全体国民按需分配,即将健康视为基本人权而非一种权利,并坚持任何人不应该因为负担不起而被排除在医疗服务之外;二是从卫生资源的稀缺性、疾病经济负担和财务风险角度等考量,有限度的采取对特殊人群优先和限定基本服务包范围两种手段进行管制。

其一,医疗服务的重点关注人群是那些缺乏自我照护能力的慢性重病患者、精神病、残障人士以及生命受到威胁等紧急情况的患者。人道主义团结会特别关注重病、慢病患者,即使治疗费用不符合成本效益的要求。但团结原则要具有现实的生命力,对于某个特定的医疗服务应考虑个人付款或共同付款何时是恰当的,如当卫生服务包范围的确立会对低收入群体产生影响时,就采取弱化收入效应的特别措施。<sup>[6]</sup>即使优先照顾社会最弱势的群体,也会面临不同优先人群资源利用的冲突。很多国家为改变公立系统的低效率而进行改革,其中一种方式是对不同类型弱势群体的影响进行比较和加权。团结原则与资源约束是卫生分配的两个重要影响因素,资源总量一定的情况下,对弱势患者倾斜,会削减整体国民卫生福利包,所以要通过精准帮扶的政策设计去降低负面影响。

其二,团结不是基于“强迫”的合同形式,而是体现在一个福利国家集合了风险团结和收入团结的基本卫生服务包。大多数的欧洲卫生系统都在法律和体制框架下设计了相应的基本卫生服务包。体现水平公平和(或者)垂直公平,要么从平等的角度包含所有人,要么从权益的角度对不同的患者设计不同的卫生服务包。

关于卫生系统的团结安排比较集中的体现是基本卫生服务包的设定。欧洲各国在划定医疗服务和药品的保险覆盖范围时,有时只是进行模糊的定义,如规定“一切必要的医疗服务”。有时通过正面清单或负面清单来明确定义,包括分别由国民卫生服务体系或基本医疗保险覆盖或不覆盖。医保药品目录中设定医保报销水平各有不同,有 8 个国家中央政府以正面清单形式确定了基本卫生服务包的覆盖范围:包括 6 个采用社会保险模式的国家,分别是比利时、法国、卢森堡、荷兰、波兰和斯洛伐克共和国,以

及 2 个采用国民卫生系统的国家——意大利和西班牙。相比之下,一些国家通过定义负面清单,制定了基本卫生服务包项目之外的程序,分别是英国、德国、瑞士和捷克 4 个国家。其余欧洲国家并没有明确界定卫生福利覆盖范围,但通过完善的机制来调节决策程序。欧洲各国药品提供形式更加多元化,只有希腊不提供任何药品名单,德国和英国提供药品负面清单,捷克、斯洛伐克和冰岛同时使用正面和负面的药品名单,其余国家提供药品正面清单。划定名单的范围会有多方参与讨论,卫生部通常发挥重要的作用。实行社会保险的国家通常将保险方纳入决策的过程中。<sup>[2]</sup>

### 1.3 欧洲卫生资源配置安排

卫生资源分配的原则包括必要性(以需求为最优先)、团结(优先考虑最不利的社会阶层)、自治、效用、效率、不同人群的差别对待、支付能力或预算的影响。支付能力或预算的影响在欧洲国家的卫生政策中已被明确提及,用成本约束来影响卫生保健服务的提供正逐步被认可或合法化。大多数国家仍没有明确提及承保决定和支付能力之间的关系,包括奥地利、捷克共和国、丹麦、法国、德国、意大利、葡萄牙、西班牙、瑞典和瑞士。爱尔兰、希腊和土耳其三个国家有所明确,但希腊法律规定保险给付由现有的资金和资源情况决定。<sup>[7]</sup>

团结是欧洲卫生保健系统的关键价值。但作为整个社会的健康团结,不得不考虑慢性疾病和药物高昂成本的压力,以及一些个别稀有的疾病不应纳入国家的覆盖范围。出于资源有限的压力,收敛限制措施在欧洲国家卫生领域越来越普遍使用,如共同付费、固定报销、减少健康服务包等形式很大程度上削弱了团结。经济预算物质前提,但在宏观卫生政策制度安排中被过分予以强调,甚至因此而增加个人责任,这和欧洲国家传统的以社会福利或保险来安排卫生服务的团结精神是相抵触的。

据经合组织 2015 年卫生领域数据显示,受到经济危机的影响,之前丰厚的欧洲福利体系超出了本国社会经济的承受程度,许多欧洲国家在 2013 年开始削减卫生支出。大多数欧盟国家报告的人均卫生支出水平低于 2009 年。对比 2004—2009、2009—2013 年欧洲国家的人均卫生支出增长率,希腊(从 5.4% 到 -7.2%)、爱尔兰(从 5.3% 到 -4%)跌幅最大,而 2009—2013 年卢森堡、葡萄牙、西班牙、意大

利、丹麦、冰岛、斯洛文尼亚、捷克、英国、匈牙利均为负增长。约 75% 的卫生支出继续来自经合组织国家的公共部门,但一些国家采取成本控制措施,导致私人卫生支出份额增加(无论是通过私人健康保险或直接支付)。2013 年,希腊和葡萄牙的私人支出医疗费用相较于 2009 年增加约 4%,在经合组织国家的增长最多,导致上述两国卫生支出的私人筹资部分占总支出的 1/3。<sup>[8]</sup> 总体而言,欧洲各国卫生费用的公共筹资来源仍保持大部分占比,但各国情况有所不同,如希腊和葡萄牙私人支出占比呈快速增长趋势。私人卫生支出占比过大是一种不公平现象,有违团结精神所倡导的保障人人享有卫生的理念。

虽然欧洲近年来对卫生资源分配采取更为谨慎的紧缩政策并强调个人责任,如英国之前一直规定持 6 个月以上签证的外籍访客也可以享受 NHS,但 2015 年开始要求额外缴纳 150 ~ 200 英镑的医疗附加费。但团结原则是欧洲卫生福利的设计根基之一,欧洲政府不会以公共资源难以承受而肆意加大个人自付比例。个人责任增加在医疗支付方面表现为自付或选择私人医疗保险,个人责任不简单等同于个人自付,个人责任可提醒人们对自己的健康负责,主动选择健康生活方式和行为,也警示人们为不负责任行为买单,对医疗费用予以一定比例的自付,可以让患者对成本问题敏感而避免浪费。又如荷兰强制国民购买由私营保险公司经营的国民基本医疗保险,虽然限制了公民的个人自主权,但同时也增加公共层面的疾病可负担性。荷兰政府会对低收入人群的国民医疗基本保险费予以减免,由国家财政支付。而对于一年内没有使用基本医疗保险的人,荷兰政府会返回一定比例的保费来奖励其维护健康状态的行为。这些都是基于团结原则背景下,欧洲国家通过政策设计强化个人责任来提高效率,并由政府财政补贴弱势群体等形式保障公平的例子。

团结的概念在很长一段时间为欧洲卫生筹资方式提供思想理论基础,主要通过对个人强制性参加医疗保险计划或基于国家税收的全民医疗保健系统的方式,旨在保证人人平等享有卫生保健。在资源有限的情况下,高质量、广覆盖、负担得起的医疗服务是各国奋斗的目标。英国和北欧福利国家,要改变政府在卫生保健服务中的作用面临巨大阻力。在卫生保健的个人筹资方面,政府改革政策和社会发展趋势,是欧洲一直存在并将继续的问题。<sup>[9]</sup>

## 2 团结原则下的欧洲典型国家卫生改革分析

私有化和市场化是新公共管理时代的重要改革方向。欧洲各个国家也在进行提高效率、节约成本的卫生改革,高度市场化的荷兰依然坚持全民覆盖医疗保险的团结原则,而高度坚守团结的瑞典市场化进程迟滞不前,政治承诺和民众价值观对团结的偏好以及高福利待遇限制了市场化改革步伐,而团结精神很强的英国 NHS,也面临市场化改革的紧迫感,加强内部竞争,提升效率成为改革主线。团结原则对欧洲各国卫生系统的基础性影响各异,但欧洲大多数国家仍不可避免地实施市场化改革,成功与否在于,团结的效果是否打折扣,并清醒意识到在医疗卫生这一特殊领域,市场化是手段而不是最终目的。

### 2.1 政府团结管控下的荷兰高度市场化改革

团结和平等曾是荷兰医疗系统的原则,包括贫富之间、高低风险之间的团结,以及确保平等地获得医疗服务。然而,政府政策、市场的意识形态偏向改革和自由选择,人群对团结和平等原则的支持度也在下降。大部分荷兰人意识到每个人都有治疗权利。另外一个使得团结支持度下降的重要原因是资源稀缺。资源的稀缺性和等候名单也将导致基本卫生服务包缩小和卫生服务可及性下降。资源支持不足将最终导致等待名单增加和服务不足,人们会选择私人保健或者去欧盟其他国家治疗以获得治疗的“优先权”,但这又违背了基于需要而分配的原则。<sup>[10]</sup>

荷兰卫生系统在 2006 年推行改革,旨在最大限度地提高以市场为基础的管理型竞争机制,其保险公司全由私营公司运营。<sup>[11]</sup>荷兰强制全民参保,对儿童和低收入人群予以医疗保险免除或补助,政府努力制衡市场失灵。荷兰基本卫生服务包由政府设置,保险公司只能增加更多的服务而不能缩减。参保费可以因个人或集体合同类型而略有不同,集体可为单一雇主或某个消费群体,集体合同一般与保险公司谈判力度大,覆盖范围或者报销力度比个人合同更优惠。对一年内没有看病或未进行医疗保险报销的人群会返还一定额度的奖金。

医疗保健个人责任已被引入荷兰的医疗系统。2006 年的健康保险法明确了市场角色,提倡在荷兰卫生保健系统同时引进消费者选择和个人责任。与此同时,保险的选择和给付的自由受到政府限制,以

保证卫生保健系统对所有人可及,并能维持适当水平的护理质量。其中一些限制是家长式的措施,如由政府决定基本套餐的内容或强制全民医疗保险以防“搭便车”。虽然个人责任在国家医疗保险政策和卫生保健服务方面占主导话语权,但政策实际上很多方面仍然是家长式的限制,限制个人自由选择和自主决策。<sup>[12]</sup>由此可见,即使在市场化改革较彻底的荷兰,政府也并没有放松管制,私有保险公司作为杠杆,对供需双方的行为进行调整,而政府除了对保险进行严格控制外,也实现了人人享有医疗保健的目标。

### 2.2 英国 NHS 大力改革仍坚守团结精神

英国自二战后就开始实施 NHS,这种全民享有、以医疗需要为基础的制度公平性较高,但等候时间长等低效率现象也普遍存在,并被诟病。随着政府赤字的不攀升,医疗领域的支出成为政府的沉重负担。从 20 世纪 80 年代开始,英国就试图提升医疗服务的效率、降低医疗财政负担。2012 年英国卫生和社会保健法案(Health and Social Care Act 2012)将国民保健服务预算的 75%,即主要的健康资金预算权都将交给地方的医疗管理小组(clinical commissioning groups, CCGs)直接管理,新成立的 NHS 管理委员会(NHS Commissioning Board)独立于英国卫生部,由 NHS 管委会监管 CCGs 的资金运营,这无疑是分级诊疗思路下加强基层卫生系统对卫生资源的配置。而针对公立医院改革,政府角色从供给者和购买者转变为监管者,建立内部竞争机制,提高效率。

有批评认为 NHS 近年来的市场化和私有化改革是与 NHS 全民公费医疗精神和英国生活方式对立的,会对医疗职业文化和医师职业道德构成潜在威胁。有关个人的选择和消费主义被看作是与以团结为基础的 NHS 相冲突的。<sup>[13]</sup>一些评论也担心 NHS 的改革会带来英国卫生服务体系的进一步碎片化,影响连续性、一体化的诊疗和康复服务的提供。有学者认为 2012《卫生和社会保健法案》所组建的 CCGs 会造成委托责任的碎片化,这意味着人口预算被广泛地分散在整个卫生保健系统,而难以统一管理不同类型卫生服务提供者。<sup>[14]</sup>这些批评意见提醒决策者,改革应维持和提升医疗服务质量,由政府主导的 NHS 体系仍秉持为公民服务的团结精神。

### 2.3 坚持团结的瑞典医疗市场化改革收敛

20 世纪 90 年代初,瑞典政府试图促进医疗竞争

和私有化。瑞典市场改革取得一定进步,引入市场竞争的政策已收敛。尽管市场化改革是由新自由主义的保守派特别主张,但一个由政府资助、有组织的卫生保健系统的原则仍难以撼动。一方面这是因为卫生系统有路径依赖,另一方面则是国民的态度。大多数瑞典居民更喜欢一个政府筹资的医疗制度,因此,瑞典的卫生保健为穷人和有需要的人提供公共服务,以及为健康人群提供个性化的更高质量的服务。<sup>[15]</sup> 坚守团结原则,在一定程度上是基于公众对国家角色和社会责任的期待。

团结的价值也常在处理以医疗需求还是以成本效益为分配原则的紧张关系时被强调,涉及到分配原则的优先排序。在瑞典,医疗需求可能会被优先考虑。但由于资源稀缺,社会已呼吁通过成本效益来确定优先次序,但因为社会和政治承诺团结,就首先以满足病人医疗需要——以疾病的严重程度来衡量,其他关于成本效益问题都是次要的(在瑞典法律中也规定成本效益是次要于医疗需要的)。<sup>[16]</sup> 当团结作为卫生政策优先排序的核心原则时,会更偏向于由国家主导卫生资源按需分配。

通过对荷兰、英国、瑞典典型国家的医疗改革来观察团结的影响,可以发现荷兰作为完全市场化改革的国家,仍然在政府监管体制中坚守团结的手段和效果,英国作为最早以团结原则为基石构建 NHS 的国家,通过持续不断改革,坚持为民提供高效、优质、满意度高的医疗和康复服务。瑞典团结的社会价值观根深蒂固,甚至阻碍其市场化改革的步伐。虽然团结在这些国家固有的地位和影响程度不同,但团结都继续成为欧洲国家建构卫生体系的基础之一。

### 3 小结

总体而言,在全球医疗卫生改革浪潮下,政府主导还是市场主导交替出现,并在世界范围内形成了以地缘为板块的卫生制度安排。欧洲偏向团结主义主导,而美国崇尚个人主义、自由主义。即使如此,因为市场化改革的深远影响,在欧洲以国家主导的集体风险分担的两种主要方式,即通过全民医保或社会医保体系来确保全面健康的地位正在发生动摇。现实社会也越来越多充斥着对健康和社会保健系统费用快速上涨的忧虑。对此,有三种主流改革建议:一是开源方面,希望通过提高税收和征费,或者通过强制个人共同付费,以增加预算。二是节流

方面,希望削减成本,同时提高效率,提高卫生服务质量。三是卫生资源分配方面,由于政府和个人很难追加投入,降低成本和提高效率、质量,所以主张重点对等候名单的病人、残疾人和老年人采取资源优先次序配置措施。<sup>[17]</sup>

欧洲卫生保健系统正在经历深刻的重建或者深化改革过程。许多国家运用各种措施,以减少公共服务包,并增加受益人的个人支付比例。这种发展通常被认为是团结概念的退化,因为团结意味着对社会弱势群体仁慈的态度,以及对医疗保健服务公平甚至是平均主义的分配承诺。自 20 世纪 80 年代末,以团结为基础的卫生服务体系受到了严厉的批评,因为成本上升使得难以免费普及各种医疗服务。为应付短缺的状况,制定各种战略,以限制社会对个人健康需求的集体责任。服务的经济评估、优先级设置、剔除服务清单、计划性配置与需求评估、等候名单、共付费用以限制服务的需求和利用,增加个体对健康的财务责任。这些措施不仅是为了使个人更加意识到护理费用,并促使他们以更负责任的方式使用服务,而且也造成直接的费用负担后果,比如有钱人跳出公共医疗系统而选择自付费用。个人责任的增加对欧洲的卫生保健系统引入市场力量有铺垫作用。市场被看作是比卫生保健系统自上而下控制更好的工具,市场竞争可以更有效地利用资源和降低成本,促进个人选择,加强消费者的角色。对个人责任的日益重视,由病人选择健康的行为方式,可能对在医疗系统较弱的群体和弱势群体的保健需求产生负面影响,政府应基于团结精神予以充分关注并调控。

随着市场化改革、个人选择和个体责任的加强,团结似乎很难与医疗保健服务所强调的个人自主相调和,而逐渐兴起基于自由主义和个人主义的方法来分配资源。在欧洲,医疗保健日渐摆脱集体资金控制和增加了个人的财务责任,这个过程是远离公平性要求的,然而近年来很多欧洲国家的医疗改革并没有放弃团结原则,反而是进一步巩固和加强。以荷兰为例,政府持续监控医疗的可及性和质量,个性化和自由选择也受到团结和公平原则的限制。荷兰的市场化改革比较激进,2006 年启动新医改,将国民基本医疗保险市场完全交付于私营保险公司竞争,通过监控保险调整供需双方行为,从而提升医疗效率和质量。即使在保险私营化如此彻底的国家,团结仍体现在两个方面,一是政府并未放松“守夜

人”的职权,荷兰政府保险监管功能的机构(NZA)<sup>①</sup>以及医疗反垄断监管功能机构(ACM)<sup>②</sup>进行持续监管,监督医、患、保三方的行为,专业监管机构实现精细化监管;二是从宏观层面上实现国民基本保险的全面普及和中等水平服务的覆盖。英国最早建立了以团结为基础的国民卫生服务体系,当下英国政府从全包退位到监管,退出微观管理,比如新医改大部分经费预算给全科医生(GP)联盟,成立卫生部以外独立的全国性理事会,而非由卫生部专门针对 GP 联盟的监管机构,也体现了政府治理方面管办分离的趋势。在以荷兰、英国为代表的欧洲卫生系统市场化改革下,政府强化监管责任,进一步保障团结的实质达成。这种重监管、放举办的战略思想可对我国医药卫生领域当下的热门改革如社会办医、分级诊疗、大病保险、医药价格调控治理等领域提供改革思路。

#### 参 考 文 献

[1] 丁东红. 论福利国家理论的渊源与发展[J]. 中共中央党校学报, 2011(2): 55-60.

[2] Paris V, Devaux M, Wei L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries [R]. OECD Health Working Papers No. 50, 2010.

[3] Van der Zee J, Boerma W G W, Kroneman M W. Health care systems: Understanding the stages of development [M]// Jones R. Oxford textbook of primary medical care. vol. 1. Oxford: Oxford University Press, 2004.

[4] Wagstaff Adam. Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems-Evidence from the OECD, Policy research working paper #4821 [R]. Washington D C: The World Bank, 2009.

[5] Hoedemaekers R, Dekkers W. Key concepts in health care priority setting[J]. Health Care Analysis, 2003, 11(4): 309-323.

[6] Hoedemaekers R, Dekkers W. Justice and solidarity in priority setting in health care [J]. Health Care Analysis, 2003, 11(4): 325-343.

[7] Valerio L, Ricciardi W. The current status of decision-making procedures and quality assurance in Europe: an overview [J]. Medicine, Health Care and Philosophy, 2011, 14(4): 383-396.

[8] Focus on health spending [EB/OL]. [2015-11-20]. <http://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf>

[9] Meulen R T, Jotterand F. Individual Responsibility and Solidarity in European Health Care Further Down the Road to Two-Tier System of Health Care [J]. Journal of Medicine and Philosophy, 2008, 33(3): 191-197.

[10] R Ter Meulen, J van der Made. The extent and limits of solidarity in Dutch health care [J]. International Journal of Social Welfare, 2000, 9(4): 250-260.

[11] 徐巍巍, 费南德·冯·德凡, 董朝晖. 荷兰卫生体系管理竞争改革的经验及对我国的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(7): 65-70.

[12] Meulen R T, Maarse H. Increasing individual responsibility in Dutch health care: is solidarity losing ground? [J]. Journal of Medicine and Philosophy, 2008, 33(3): 262-279.

[13] Cribb A. Organizational reform and health-care goods: concerns about marketization in the UK NHS [J]. Journal of Medicine and Philosophy, 2008, 33(3): 221-240.

[14] Chris Ham, Beccy Baird, Sarah Gregory, et al. The NHS under the coalition government [M]. The King's Fund, 2015.

[15] Bergmark A. Market reforms in Swedish health care: normative reorientation and welfare state sustainability [J]. Journal of Medicine and Philosophy, 2008, 33(3): 241-261.

[16] Bernfort L. Decisions on inclusion in the Swedish basic health care package: roles of cost-effectiveness and need [J]. Health Care Analysis, 2003, 11(4): 301-308.

[17] Wil A, Verburg R. Modernisation, Solidarity and Care in Europe the Sociologist's Tale [M]. Solidarity in Health and Social Care in Europe Springer Netherlands, 2001.

[收稿日期:2015-10-21 修回日期:2015-12-08]

(编辑 赵晓娟)

① 2006 年 7 月,医疗保险监督委员会(CTZ)与卫生保健关税委员会(CTG)合并为荷兰医疗管理局(NZA),这是一个半自治的机构,与荷兰市场管理局(NMA)一起监管医疗各方,并有及时干预职责。

② 消费者和市场管理局,2013 年 4 月由荷兰竞争管理局、独立邮政电信管理局和荷兰消费者管理局合并成立,从事消费者权利、竞争、具体部门的三项监督职能,在卫生领域,主要对有害卫生质量、价格、可及性的市场垄断行为及时纠正。