

荷兰医改及对我国构建整合型健康服务体系的启示

张淑娥^{1*} 孙涛^{1,2}

1. 哈尔滨医科大学卫生管理学院 黑龙江哈尔滨 150086

2. 杭州师范大学 浙江杭州 311121

【摘要】本文介绍了荷兰卫生服务体系概况,重点阐述了荷兰新医改后的全科医生首诊制度、“有管理的竞争模型”健康保险体系、长期照护体系典型政策范例。借鉴荷兰改革经验,提出推进我国卫生服务体系整合实践的策略。建议:以提高全科医生职业吸引力作为改革起点,全科医生队伍建设先行,筑牢改革根基;立法先行、以市场机制作为改革抓手,搭建公共政策规制与市场激励相容的改革框架,形成一套富有管理的、有竞争性、有活力的中国健康保险体系;在积极健康老龄化背景下,以整合理念建设适合我国国情的老年人长期照护体系;承接我国移动互联网领域的资源基础,依托智慧治理破解医改难题。

【关键词】荷兰;全科医生首诊制;健康保险体系;长期照护体系;整合型健康服务体系

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.08.003

The Netherland health reform experiences and its enlightenment for the construction of China's integrated healthcare service system

ZHANG Shu-e¹, SUN Tao^{1,2}

1. School of Health Management, Harbin Medical University, Haerbin Heilongjiang 150086, China

2. Hang Zhou Normal University, Hangzhou Zhejiang 311121, China

【Abstract】This paper introduces an overview of the Dutch health system and describes its typical characteristics after their 2006 health reforms, including general practitioner “gatekeeper” system, “managed competition” health insurance system and long-term care system. Based on the reform experiences come from Dutch health system reform, this paper puts forward some reform strategies to promote the integration of health service system in China. This paper suggests that: First of all, it is of vital importance to promote the construction of general practitioners (GPs) team by increasing the career attraction of GPs in China. Second, a dynamic, managed competition China health insurance system should be established; and the legislative act and the market competition as a driving force of health reform should be emphasized to build a reform framework which involves both of public policy regulation and market incentives. Third, under the background of active and health ageing population, and due to the fact that the health expectancy is enlarging, a long-term care system for the elderly should be constructed according to a series of integrated reform conditions in the national system to meet the challenges. Last but not least, intelligent governance relying on the resource base of China's mobile Internet field should be undertook to improve the process of China's medical reform thereby solving all of the incurring problems.

【Key words】Netherland; General practitioner “gatekeeper” system; Health care system; Long-term care systems; Integrated healthcare service system

* 基金项目:国家自然科学基金资助项目(71403071;71774045);中国博士后科学基金第63批面上资助项目(2018M631969);黑龙江省卫生计生委科研课题(2017-164)

作者简介:张淑娥,女(1991年—),硕士研究生,主要研究方向为卫生政策与体系、药事服务与政策。E-mail:1183938009@qq.com

通讯作者:孙涛。E-mail:hydsuntao@126.com

构建以人为本的整合型健康服务体系,可有效弥合医疗卫生服务体系系统的割裂,为公民提供无缝隙的健康服务。^[1]据欧洲健康消费者指数(EHCI)显示,荷兰被誉为“拥有欧洲最完善的医疗卫生服务体系”,荣膺“欧洲最佳医疗体系之国”称号。其实,荷兰医疗卫生服务体系也曾困囿于“制约不足、效率低下”的症结。历经多年整合性改革,荷兰卫生服务碎片化的状态得到较大改善,并成功探索出一套全新、高效能的整合型健康服务体系。本文通过介绍荷兰的全科医生基层守门制度、“有管理的竞争模式”健康保险系统、老年人长期照护体系等医疗卫生服务体系改革实践的路径,梳理演进脉络,凝练改革逻辑、共识与经验,并结合我国当前糅杂的、模糊的、缺少战略框架的健康服务体系整合实践,提出中国本土化策略。

1 荷兰卫生服务体系的简况

1.1 荷兰卫生体系的组织框架

荷兰卫生、福利与体育部(Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, VWS)是国家最高卫生行政部门,其主要职责是制定健康、社会支持及体育等方面的政策。荷兰卫生政策的执行者和行动者包括:市镇卫生院、全科医生、口腔医生、医院、健康保险公司、居民、患者组织或非政府组织以及其他利益相关者。^[2]荷兰的卫生服务体系包括三大主要部分^[2]:第一部分是公共卫生与安全机构。荷兰国立公共卫生与环境研究院作为公共卫生智库,下设“荷兰传染病控制中心”、“公共卫生和健康服务部”、“营养、药品和消费者安全部”、“环境和安全部”等部门。这些公共卫生与安全机构的职责包括传染病监测、突发公共卫生事件应对、科学研究与国际交流等。第二部分是基本公共卫生与基本医疗服务组织。包括:市镇卫生院和基本医疗机构。市镇卫生院的主要职责是疾病预防、传染病筛查和防治、健康教育和健康促进。荷兰的基本医疗组织则是主要以全科医生和口腔医生为服务提供主体。第三部分是医院与专科医生群体,荷兰专科医生多数独立执业,90%荷兰医院都是私立非营利性质的,在政府监管下运营。医院为专科医生提供服务场地与器械,受共同签订合同条款约束,而非永久雇佣关系。因此,荷兰的医疗服务主要由私人机构提供,政府主要职责是对医保覆盖范围及医疗服务质量进行监管。荷兰实现了机构自主经营与政府

宏观调控的有机结合。^[2]

1.2 荷兰的卫生服务资源

据荷兰健康、福利和体育部统计数据显示,截止到2017年,荷兰拥有1700万人口,卫生支出460亿欧元,全国共有医学院校8所,医院100余所,治疗中心250余个;家庭诊所若干,医疗专家近1.58万人,全科(家庭)医生0.9万人。^[3]在荷兰,每百万居民约有6所医院,医院的床位数多为200~800张,鲜有超过1000张床位的医院。医疗服务机构(包括家庭诊所)间隔最远不超过20公里,除紧急患者外,其他患者医院就医必须经家庭医生转诊。^[3]

1.3 荷兰卫生服务体系的改革背景

2001年,荷兰政府发布了《一个需求问题》的白皮书,明确指出“现行医疗制度限制了居民选择权、医疗服务效率低、就诊等待时间长”等问题。长久以来,荷兰低效的医疗卫生服务系统已经难以应付卫生总费用高速增长,无法维持卫生服务体系持续运转。因此,控制医疗费用过快增长,减轻政府财政负担是困扰荷兰政府的紧要难题,推动荷兰卫生服务体系改革势在必行。^[4]健康保险投保作为居民一项基本义务,荷兰健康保险体系提供丰富的投保品类,然而,居民面临可选择性低、风险度高、转保困难等诸多难题。^[5,6]为此,将更多竞争引入卫生服务体系,改善分散、低效、碎片化的医疗卫生服务体系日益获得政府和社会急迫关注。荷兰卫生总费用每年仍维持约5%的增速。^[4]

1.4 荷兰卫生服务体系的新医改

2003年,荷兰通过法案,宣告荷兰将“有管理的竞争模式”引入健康保险体系。2006年1月荷兰正式执行新的《健康保险法》,标志着国家层面上的新医改方案全面推行。^[7]纵观荷兰的这次改革,它是引入市场机制为核心抓手,将“引入竞争,减少管控”作为提高卫生服务公平和效率核心举措。改革的核心主旨是解决荷兰健康保险总体结构分散、公平性较差、医疗费用浪费、医疗费用增长过快等诸多问题。^[8]改革的抓手是赋予“患者、医生、保险公司”更多权力,也承担更多的责任,试图形成一个紧密整合的、彼此联结与相互制约下的利益和责任共同体。荷兰健康保险法案强制要求“所有居民必须通过健康保险公司购买覆盖基本服务包的健康保险”,全科医疗被列为基本服务包的核心服务内容。^[9]可见,荷兰的此次改革是促进卫生服务体系深度整合的实践

典范。市场运作、权力下放、鼓励竞争等改革行动表现出了新公共管理思潮的特点。

2 改革后荷兰卫生体系与体制呈现出的典型特点

2.1 以全科医生“守门人”制度稳固荷兰医改的根基

2.1.1 强制性制度保驾全科医生签约与履约

全科医生“守门人”制度可以分流不必要到医院就诊的患者,被视为减少医疗资源浪费,合理控制医疗费用的有效手段。荷兰政府全力赋能全科医生,严格执行全科医生“守门人”制度。^[10]荷兰居民必须选择全科医生注册签约,每位居民保证都有自己全科医生。^[9]医院和专科服务(除急诊)均需经全科医生首诊后转诊^[3],不经过转诊直接就诊的医院或专科医生仅存在特殊病种科室,例如眼科、妇产科以及耳鼻喉科。因此,全科医生基层首诊的合法性身份博得了整个体系内的话语权。这种话语权有利于获得社会身份以及分级诊疗体系内对上级医院的谈判优势。

2.1.2 高社会认可巩固全科医生“守门人”制度在社会公民心中的合法性

公民对荷兰全科医生守门人制度具有较高的认可度。2012 年的一项调查研究显示,72% 的荷兰人在过去一年中咨询了他们的全科医生。超过 96% 的人对他们首诊的全科医生满意,老年人对就诊全科医生的态度更为积极。^[11]关于荷兰“守门人”制度的态度,绝大部分公民认为在就诊专科医生之前经过全科医生首诊是必要的,但患者同时认为,他们也应被赋予直接就诊专科医生的权力。^[12]

2.1.3 专业性工会组织维护改革进程中全科医生的利益

荷兰的全科医生在薪酬水平、职业环境、公民形象、政府与工会支持上对年轻医生以及医学生都具有极高的吸引力。相比于英国,荷兰全科医生有更高的幸福感。^[13]除了与荷兰卫生体系相关,也与全科医生工会组织密切相关。荷兰 80% 的全科医生参与全科医生工会组织,工会组织在荷兰卫生服务体系中有较高话语权与影响力。全科医生的工会组织具有专业性和群体符号,他们分享和制约政府管理,并实行行业自我管理,推动卫生决策的参与与民主、减少改革失误。政策制定中,他们可以与政府进行谈判、维护全科医生利益以及抗议不公行为。业务上,工会积极组织制定统一的治疗指

南,并被业界推动认可和执行,提升了全科医生团体的专业性。

2.1.4 薪酬支付方式改革确保全科医生薪酬稳定增长

2006 年荷兰新医改后,医生的薪酬支付方式也发生转变,从每所医院的一次性付款改为每次诊疗费用,但是这也造成了医技科室(如放射科)医生工作量可能被过高估计。^[14]荷兰的全科医生起到了满足基本医疗需要,以及协调医疗市场和控制医疗费用的关键作用。对比于英国全科医生薪酬绩效考核体系,荷兰全科医生收入更加稳定。新医改支付方式转变也成为全科医生薪酬收入的“定心丸”。

2.1.5 赋能高学历护士以弥补全科医生总量不足的短板

虽然荷兰的医生数量每年以较高的速度增长,但与其他欧盟国家相比,荷兰全科医生也相对不足。^[14]为弥补全科医生人力短缺,荷兰允许具有硕士学历的护士承担基层全科医生 60% 的工作,但限制护士的处方权。

2.2 改革荷兰健康保险体系以撬动整个卫生服务体系

2006 年荷兰最新的医改方案是将分散的制度统一集成一个强制性新的健康保险制度,此次医改重新定位政府、保险公司、医院、全科医生等卫生服务体系主体的功能。通过医疗服务市场竞争实现卫生系统内部各项制度上的有序衔接,功能上的协同互补,逐步改善卫生服务系统的质量与效率。

2.2.1 新公共管理理念下“有管理的竞争模式”激发市场活力

荷兰是世界首个基于商业保险公司实施“有管理的竞争模式”而建立国民基本健康保险制度的国家。荷兰健康保健系统主要以保方竞争撬动医疗服务供方竞争的权力重构模式。荷兰“有管理的竞争模式”不是保险公司的竞争,而是通过保方利用自身第三方管理权限,从而激发出健康服务供方的活力。荷兰新医改赋能健康保险公司极大权力,健康保险公司参与公共物品性质的国民福利提供^[15],荷兰政府将医疗服务定价与药品定价权限部分让渡于保险公司,实行医院规划定价和放开医疗保健定价相结合,赋予保险公司参与医疗服务与药品谈判定价的权力,在规范医疗机构运营以及医生诊疗行为方面发挥积极的第三方管理的作用^[6, 16]。荷兰借助私人商业公司参与公共产品供给以及以“有管理的竞争

模式”改革方案在健康保健整合上成效显著,降低了仿制药品价格,增加了健康服务的可及性。^[14]

2.2.2 强化公民参保的责任但又赋予他们自主选择权

个体是健康的第一责任人。新医改以来,荷兰公民以及有主要收入来源的非荷兰居民都要参加基本健康保险,不购买基本健康保险会受到130%保费罚款。商业保险全面参与社会健康保险体系中,投保人可自主选择保险公司缴纳保费,并根据实际需求一年后更换保险公司。健康保险公司不得根据投保者年龄、性别、收入、健康状况而拒保或歧视性收费,仅通过提供更多种类的保险方案作为区分。^[18]新医改后,荷兰大约99%的国民参与基本健康保险,公民在投保中享有更多选择权,新医改也激活营利性健康保险公司的市场竞争。

2.2.3 多元支付体系满足公民多元化健康服务诉求

荷兰的新医改转变了健康保险付费方式,由“公共健康保险的按人头付费+私人保险的按服务付费”向“公共健康保险的按人头付费、咨询服务项目付费、一体化付费以及捆绑付费的混合支付方式”转变。荷兰政府负责制定基本保费,提供非营利性的社会健康保险服务包,以满足公民健康“共性”需求。保险公司通过补充性保险服务包来获利,补充医疗保险费用调整最高波动不超过10%^[19],主要满足公民多元的“差异化”健康需求。荷兰也完成了捆绑支付变革,形成以全科医生为中心主体服务团队,通过与保险机构和其他健康服务供给者(专科医生、理疗师、营养师、检验师)双向谈判签约,根据不同病种的“捆绑式”服务包实现向公民提供一体化健康服务,也推动不同健康服务团体间竞争与合作,优化了服务结构与服务模式。在荷兰服务供给方、保方有权在传统支付和捆绑支付间选择,捆绑付费在慢病一体化服务包中广泛应用。多元的、可选择性、竞争嵌入的支付方式有效控制医疗成本,提高健康服务效率与质量,以满足公民多元化和差异性的健康服务需求,更协调了各主体间的利益和权益。我们将其称之为:多主体间整合型契约合作模式,形成了一种共创、共生、共赢的格局与网络。

2.2.4 设立风险平衡专项基金规避风险冲击

荷兰健康保险公司运营资金依靠收取的基本健康保费,健康保险公司因此会承担未知程度偿付风险。荷兰引入风险平衡机制作为“竞争嵌入模式”型健康保险制度健康运转的基础,政府设立风险平衡

专项基金,以弥补健康保险公司因承保高风险人群所面临的经济亏损。尽管保险公司被允许保险收益包在一定范围内调整定价,弥补基本健康保险服务包支出的亏损,但部分荷兰健康保险公司仍然处于亏损状态。为此,有学者提出,保险公司这种亏损状态只是荷兰新医改的动态过渡阶段,随着健康消费者数量增长、健康需求增加,健康保险会通过补充保险方案动态调整,增强医疗改革环境适应能力,从而实现健康保险公司收支平衡。

2.2.5 政府从单一的供给角色转变到有积极作为的多元身份

荷兰健康保险公司是在社会监督和政府监管下运营的^[20],是政府与市场在公共领域合作的典型案例^[21]。将竞争嵌入模式引入医疗卫生服务领域,政府角色从单一的供给角色转变为设计师、抚育员、监督人、管理者等积极有为的多元身份。设计和完善《健康保险法》、《长期保健法》、《社会支持法》和《青年保健法》等法律,保障各方主体实践框架以及监管者的监管可操作性。荷兰政府也在极力限制保险公司对医疗服务机构兼并,担忧保险公司的介入会影响医疗领域专业性与患者就诊选择权。荷兰鼓励医疗服务机构向自我管理型团队发展,在家庭护理机构中尤为明显,并试图出台完善自我管理型团队构建相关的法律法规。^[22]再包括上述的政府各类积极举措,综合都展现出了荷兰政府在主动作为的构建一个积极的“场域”,场域不是一个简单的实体更不是一个有形组织,这是一个没有边界的、动态演化的政策网络,包括了参与主体间的结构、功能定位与规制、激励机制设计、分权自治及控制协调、价值网络搭建、各方利益激励与协调等。

2.3 改革进程中荷兰长期照护体系的变革与演化

2.3.1 长期照护体系早期矛盾冲突不断

荷兰是长期照护起步较早国家。荷兰长期护理体系始于1968年《特殊医疗费用支出法》,历经了3次动态变革,分别为2003年《特殊医疗费用支出法》(AWBZ),2007年《社会支持法案》以及2015年《长期护理法案》(WLZ)成立。早期长期照护体系财政供给不足、投资审批复杂和预算控制高、居民在接受护理服务时等候时间长以及服务质量不高等矛盾突显。^[14]基于人口老龄化速度,荷兰对原有长期护理政策实施财政估算发现:“长期护理成本在未来几十年里将翻番^[14]”。从卫生保健制度来看,原有照护制

度缺乏财政激励的区域性医疗购买机构。加上原有的购买护理服务没有顾忌到财务风险,购买代理机构忽视其护理提供者定价逐渐上涨,导致护理服务价格上涨接近规定的最高关税。^[14]荷兰长期护理体系筹资渠道、收益主体存在差异,存在“搭便车”的现象,健康保险制度与长期护理制度功能重叠也导致投保者重复收益,延缓收益的矛盾冲突。

2.3.2 长期照护体系改革过程动态演进

荷兰长期照护体系财政投入占全国医疗预算近 1/3。^[2]荷兰长期照护体系的改革本质是在不断调整政府和市场之间的关系,逐步实现二者动态平衡。2015 年,荷兰对长期护理进行重大改革,建立新的《长期照护法案》(WLZ),将护理与养老彻底分离。通过控制支出的增长来维护长期护理的财政可持续性^[15],通过以“病人为中心”的改革提高长期护理的质量^[22]。主要体现在四个方面:重新规范正式护理与非正式定位,从住院护理往非住院护理转变,下放非住院护理职权和削减支出。^[23]荷兰长期照护体系由健康保险(ZVW)、护理服务照护保险(WLZ)和社会支持(WMO)三部分构成,分别负责支付医疗、护理和养老及其社会支持服务,形成以系列政策法规所组成的一套政策集成。^[24]长期照护系统改革试图缓解财政投入压力,重新定位政府与家庭在长期照护体系中的财务责任,以增加使用者付费、设置预算封顶线、重申家庭责任等方式,以此来降低公民的“福利依赖度”。^[25]荷兰针对老年群体已经建立起一套结构规范、运行相对成熟、兼顾成本效益、以人为本的整合型照护服务体系。此外,荷兰也出台了长期护理制度法规和融资制度,引入金融组织和机制,重构了健康服务的组织生态,来缓解政府财政补偿压力^[25],这可谓是创造了世界范畴内的新物种,极可能为卫生政策和体系带来颠覆性创新。

2.3.3 “以人为本”照护理念下开发护理人力

荷兰“以人为本”照护理念体现在护理人员不仅重视患者护理服务,更关注患者健康教育与引导。荷兰政府希望在保持较高的长期照护机构入住率的情况下,尽可能鼓励居民自行解决养老,增加照护服务的可持续性和协调性。^[23]因此,荷兰鼓励健康照护人员、家庭医生以及家属等照顾主体在提供长期照护服务过程中合作,实现“患者自理”。荷兰照护服务亦重视患者照护体验以及对护理质量的评价。因此,荷兰政府在护理人力资源配置上也竭尽所能。荷兰政府采取扩充护理就业容量系列措施弥补护理

人员的短缺,为护理照护体系改革提供可持续的人力保障。近年来,外籍护理人员比例以年均 6% 的速度增长,当前非正式护理人员是正式护理人员 10 倍之多。

2.4 由电子病历系统视为工具的传统整合演化进入智慧治理时代

荷兰建立了多学科电子病历记录系统(Medix),该系统包括患者就诊信息、检查、转诊服务的详细信息,既能辅助服务提供者进行治疗与康复方案的选择,监测护理人员对医疗照护标准的执行,还能帮助持续监测、评估及反馈国家疾病护理标准治疗指标。荷兰通过建立数字技术平台,例如:多学科电子病历记录系统、居民电子健康档案等手段,促进长期照护供给双方实现即时健康信息共享,实现居民参与服务决策,从而保障照护体系内的服务一体化和协调性以及服务的连续性。荷兰的信息化已经超越了单一的工具范畴走向了数字治理模式,并积极的融入到智慧政府、智慧城市、智慧治理的共生网络管理之中。

3 荷兰卫生服务体系改革对我国整合型健康服务体系建设的启示

虽然荷兰医改政策设计上没有明确“整合型健康服务体系”理念,但是践行以“以人为本”和“整合”为核心主旨的卫生服务行动体系。荷兰全科医生制度、竞争型保险制度以及长期照护制度更强调各主体间利益与责任共同建设、授权与赋能、相互激励与约束机制,体现着深度整合的改革路径,也吻合了 WHO 整合卫生型服务体系基本方向。荷兰将智慧治理引入健康服务领域的苗头,也是迎合时代和世界走向的一种趋势。荷兰卫生服务体系强调公民参与度也重视公民选择自主权,并以全科医生为服务载体夯实基层卫生服务。荷兰卫生服务体系鼓励多利益相关者参与医疗卫生决策、创造公共价值,为荷兰卫生服务体系转型变革营造有利政策生态环境。政府履行卫生服务体系监管、治理与问责的职责,确保卫生服务体系有序运行。荷兰将“竞争嵌入模式”引入卫生服务市场,同“制度强制与竞争选择”孪生路径提高了服务效率,也加速推进了卫生服务功能上整合,缓解了荷兰医疗服务碎片化、资源分布不均以及主体间缺乏黏度与制约的弊病。我国整合实践已历经 10 余年探索,逐步形成了家庭签约、分

级诊疗、医疗保险制度以及区域医疗联合体等制度为政策靶点的整合型健康服务组织的行动体系。但是,在系统内部各项制度在功能上重叠、覆盖不全、衔接无序,互不兼容,协同失效等矛盾冲突日益凸显,整合型改革进程表现出了公共政策失效的隐患。当然,市场机制和智慧治理也旁落于政策制定者视野。荷兰作为医改欧洲之星,其改革经验中融合了价值理性与工具理性并引入了智慧治理,这对我国医改极具参考与借鉴价值。

荷兰的“公共政策与市场机制孪生的模式”是一种以人为本的整合型保健制度,表现出公共产品供给主体的多元与整合、规制与激励等手段上的多元与整合,政府和市场功能定位上的融合与整合,有效解决了医保统筹及支付方面的短板问题^[17],各要素间的充分组合和协调,显著提升了医保系统和保健服务体系间整体效能。

3.1 全面支持基层,赋能全科医疗体系

构建中国整合型健康服务体系的核心使命之一是将以趋利为核心驱动、大型公立医院扩张为表象且以医院为中心的碎片化医疗服务转变为以基层健康保健为核心、以人为本的整合型公益服务。^[26]我国当前采取以限制大医院继续扩张、分级诊疗制度、家庭医生制度、推进多元办医为几大主旨抓手,构建“基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治”多元供给的健康服务新秩序。然而,我国高质量全科医生严重不足,全科医生职业吸引力不高,全科医生准入机制尚不完善掣肘了我国基层卫生服务质量提升。^[27]依托我国全科医生数量以及服务质量远达不到我国实现基层首诊模式的政策目标。

全科医生队伍建设作为深化医改的重要根基,需要兼顾全科医生“质”与“量”的双轨提升,持续促进基层服务质量与效率提高。建立法制化的全科首诊制度,通过健全相关法律体系,确保全科医生“首诊”刚性。培养全科医生岗位胜任力,持续提升全科医生社会公信力。给予全科医生政策上倾斜,提高全科医生社会地位、声誉度、薪酬,全方位激励全科医生。在教育、财政、话语权等全领域赋能全科医生。推进全科医疗服务付费方式改革,面向机构支付转为面向全科医生支付,后付转为预付,促进全科医生被动提供服务转为主动提供服务。同时,全科医生地位的提升和全科医学的发展应并肩而行,面对全科医生当下短缺的现状,赋能高能护士分担全

科服务。以全科医生职业吸引力作为改革起点,优化基层医疗的人文环境增进全科医生幸福感。

3.2 建立一套权力平等、有管理、有竞争性、富有活力的中国健康保险体系

当前,我国健康组织仅仅是“形态和要素”上的整合,尚未触及我国卫生服务功能上的整合。我国健康保险制度尚未在整合型健康服务体系中起到“杠杆”和“引擎”的作用。如何处理好政府和市场之间的关系,政府基于回应公民机制从而识别问题、制定规则、培育积极环境,市场通过激活服务效率,建立自然和谐秩序,实现整体服务协作与体系优化。

我国卫生政策体系间制度协同配合度仍然较低,可谓“刚性有余,柔性不足”。政府和市场在医疗领域不能发挥相互增进的作用。荷兰的经验告诉我们,荷兰以中庸和谐之理念良好的整合了政府和市场的关系,整合型健康服务体系构建需要政府积极有为下的以市场机制作为改革抓手,通过“竞争嵌入模式”实现卫生服务领域功能上的整合。推动建立政府搭台+市场经办的保险体制,在发挥政府部门的价值引领、规则设立、监督管理、购买服务、协调各方、平衡制约各方的核心职能基础上,在市场经办部分引入竞争和合作机制,促进市场激励和公共政策互补相容健康服务体系的形成。我国医改也可以吸引新公共管理思潮的精髓,持续释放社会办医与医生多点政策空间,尝试推进基层医疗机构市场化、商业保险参与筹资和支付管理,以空间换活力,激发各参与主体间竞争活力。尝试探索引入金融组织重构卫生筹资生态。构建强制性与灵活性并存的健康保险体系,将“竞争嵌入模式”引入我国医疗保险体系,商业健康保险体系与社会基本医疗保险成为联合主体。重视个人是健康第一责任人的理念,强制居民必须加入医疗保险,基于公民多元化需求丰富商业健康保险服务包,通过建立基本保险需求统一化+特定保险需求多元化的支付制度,建立“捆绑”支付与传统支付相融合支付模式,以释放政策空间换保基本的方式(强制保险公司推出政策内提供公共产品属性的基本医疗服务保障计划),提高我国居民健康保险购买弹性。荷兰政府与健康保险机构达成契约,荷兰政府为公民健康起到了社会福利化的最大作用,我国健康保险系统顶层设计需要融合全科医疗制度、医保与医药体系设计,系统性促进医疗、医药、医保畅通一体化的协调。单一的行政文件式推

动下的改革,只能衍生出单一政府干预的改革路径。因此,通过立法先行,完善健康服务与保险相关法律,不断强化健康保健领域治理能力现代化。

3.3 老龄化背景下的未雨绸缪,以整合理念重构我国长期照护体系

我国老人长期护理基本上承袭传统居家养老方式,以配偶、子女、雇工的居家护理为主,以老年福利机构、医院护理为辅模式。我国受以急性医疗为主的医疗卫生体系路径依赖制约,老年人与慢病患者连续性护理、保健和照护系统倍受影响。参照荷兰经验,长期照护体系在顶层设计上也需要并轨于我国分级诊疗、家庭医生签约、健康保险制度,避免政策间的单枪匹马、重叠和掣肘。长期照护政策设计要做好风险防控预案,建立激励相容机制,并关注不同的激励举措带来问题风险,避免政策失灵。^[22]借鉴荷兰经验,国家层面的长期照护体系需要考虑财务风险,拓宽筹资渠道,整合商业机构、政府、个人、社会等参与筹资渠道。同时鼓励个人和家庭履行照护责任。当前我国医养结合的呼声强烈,荷兰的改革经验表明,仅仅依赖高度专业化的医疗与护理服务介入势必会大幅提升老年人照护的经济成本。我国长期照护体系需要融合“以人为本、全面服务”等理念,以发展老年人身心健康和实现自理能力为目标。面对长期专业照护团队的人员短缺以及短期难以激增的这一现实难题,也需充分利用社会人力资源来补充长期照护团队,建立非正式长期照护团队为正式长期照护团队“减负”。

3.4 践行智慧治理,实现制度创业上的弯道超车

智慧政府、智慧城市等智慧治理是世界发展前沿理念和实践模式。中国“互联网+”具有先发优势,建立将传统的电子健康档案系统、慢病信息管理移动端系统拓展出云计算、大数据、物联网、智慧医疗等数据化管理平台和治理平台。数字信息网络不再是单一的服务工具,还是识别健康诉求、管理与监督、激励与治理等系列互动功能的共生平台。共生平台搭建政府组织、社区组织、专业机构、公益组织、家属等多主体的长期照护服务的智慧网络,赋能在家照护、居家照护以及机构照护等多元照护模式选择权和监督权。通过信息化服务、多元化照护模式和扩增非专业照护人员容量来弥补服务能力薄弱这一现实短板,应对我国老年人日益增长的健康养老以及社会服务的需要。同时,搭建不同主体间形

成利益和责任共同体,这又兼顾了整体性治理的理念,这些改革靶点可为我国的医改方案提供有益的参考。

4 小结

荷兰医改路径融合于科层、市场以及网络治理等多元理念,以回应公民的公共价值。我国在构建以人为本的整合型健康服务体系改革,应坚持工具理性与价值理性并重,核心要务是均衡好政府与市场的动态性孪生关系。以提升基层服务能力为起点、竞争嵌入为抓手、活力为必要条件。以立法先行、灵活规制与适当激励为前提,以保险机构为撬动点,以改良传统融资和支付为改革路径,以积极健康老龄化为侧重点,既践行政府责任又强调个人责任与调管控成本,形成政府-相关组织-公民契约型关系,辅以尝试引入当下的流行金融跨界渗透、平台型组织、智慧治理等先进模式,并步入良性循环,以最小的委托成本实现政府委托用人最大效用。荷兰的医改给已经我们打造出了一幅国家治理现代化的优秀范例。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 罗秀,王轶. 以人为本的整合型卫生服务在荷兰的实践及其对我国的启示 [J]. 中国全科医学, 2017, 20(13): 1534-1538.
- [2] Kroneman M, Boerma W, Van d B M, et al. Netherlands: Health System Review [J]. Health Systems in Transition, 2016, 18(2): 1-240
- [3] 薛平. 赴荷兰“医院建设与学科管理”项目学习交流见闻 [J]. 全科护理, 2018, 16(13): 1653-1654
- [4] Maarse H, Jeurissen P, Ruwaard D. Results of the market-oriented reform in the Netherlands: a review [J]. Health Economics Policy & Law, 2016, 11(2): 161-178.
- [5] REITSMA-VAN R M, DE JONG J D, RIJKEN M. Regulated competition in health care: switching and barriers to switching in the Dutch health insurance system [J]. BMC Health Services Research, 2011, 11(1): 1-10.
- [6] DEN E A. Health system reforms in the Netherlands: from public to private and its effects on equal access to health care [J]. European Journal of Health Law, 2010, 17(3): 223.
- [7] Bikker J A, Popescu A. Efficiency and Competition in the

- Dutch Non-Life Insurance Industry: Effects of the 2006 Health Care Reform [J]. Dnb Working Papers, 2014, 14 (12): 1-33
- [8] Berg M J V D, Kringos D S, Marks L K, et al. The Dutch health care performance report; seven years of health care performance assessment in the Netherlands [J]. Health Research Policy and Systems, 2014, 12(1): 1-240.
- [9] 朱晓丽, 代涛, 黄菊. 若干欧洲国家全科医生支付方式演变及启示 [J]. 医学与哲学, 2017, 38(7): 56-59.
- [10] Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, et al. The Netherlands: health system review [J]. Health Syst Transit, 2009, 12(1): v-xxvii, 1-228
- [11] KNOOPS K. Most Dutch residents positive about GP and physiotherapist [M]. 2012.
- [12] 朱小颖, 王高玲. 荷兰“全科医生守门人制度”中自我转诊的驱动力研究 [J]. 国外医学卫生经济分册, 2017, 34(3): 97-101.
- [13] ARIE S, 李蕾, 潘志刚. 为什么荷兰的全科医生更快乐? [J]. 中国医院院长, 2016, (21): 25-26.
- [14] SORBE S, SCHUT E, HOJ J. Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands; proceedings of the SPIE's International Symposium on Optical Science, Engineering, and Instrumentation [C]. 2013.
- [15] VAN Ginneken E, Kroneman M. Long-term care reform in the Netherlands; too large to handle? [J]. 2015, 21(4): 7-50.
- [16] SCHUT F T, Varkevisser M. Competition policy for health care provision in the Netherlands [J]. Health Policy, 2017, 121(2): 126-33.
- [17] 许兴龙, 周绿林, 魏佳佳. 医疗卫生服务体系整合研究的回顾与展望 [J]. 中国卫生经济, 2017, 36(7): 17-21.
- [18] Maarse H, Jeurissen P, Ruwaard D. Results of the market-oriented reform in the Netherlands; a review [J]. Health Economics Policy & Law, 2016, 11(2): 161-78.
- [19] 潘慧娴, 姜鸿, 李卓婷, 王瑞, 聂杰, 张野. 荷兰患者安全管理对我国医院的启示 [J]. 解放军医院管理杂志, 2018, 25(3): 291-294.
- [20] Engelen P C R V. The influence of policy, law and regulation on self-managing teams in the Dutch healthcare sector; a qualitative study [M]. 2017.
- [21] Mieke R, De J J D, Margreet R. Regulated competition in health care: Switching and barriers to switching in the Dutch health insurance system [J]. BMC Health Services Research, 2011, 11(1): 1-10.
- [22] Maarse J A M, Jeurissen P P. The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands [J]. Health Policy, 2016, 120(3): 241-245.
- [23] 胡苏云. 长期照护保险和医疗保险的关系及演变: 荷兰的经验和启示 [J]. 公共治理评论, 2017(01): 40-50.
- [24] Delsen L. The realisation of the participation society. Welfare state reform in the Netherlands; 2010-2015 [M]. 2016.
- [25] Roit B D. Long-Term Care Reforms in the Netherlands [M]// Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Springer New York, 2013: 97-115.
- [26] YIP W, HSIAO W. Harnessing the privatisation of China's fragmented health-care delivery [J]. Lancet, 2014, 384(9945): 805-818.
- [27] 伍宝玲, 龚韩湘, 罗楨妮. 我国全科医生数量和分布现状及需要量预测研究 [J]. 中国全科医学, 2018, 21(1): 13-17.

[收稿日期:2018-11-29 修回日期:2019-07-22]

(编辑 刘博)