

International Health Care Study Series

国际医疗保障译丛

Mc  
Graw  
Hill

Education

# 社会医疗保险 体制国际比较

张  
晓  
译

Richard B. Saltman, Reinhard Busse, Josep Figueras  
编

HEALTH CARE

中国医疗保障

第 10 卷第 1 期

# 社会医疗保险 体制国际比较

王 健

王 健

王 健

王 健

王 健

王 健

王 健

国际医疗保障译丛

## 社会医疗保险体制国际比较

Social Health Insurance Systems in Western Europe

Richard B. Saltman, Reinhard Busse, Josep Figueras 编

张晓 译

中国劳动社会保障出版社

## 图书在版编目(CIP)数据

社会医疗保险体制国际比较/索特曼 (Saltman, R.), 布赛 (Busse, R.), 菲盖拉斯 (Figueras, J.) 编; 张晓译. —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: Social Health Insurance Systems in Western Europe

ISBN 978-7-5045-7784-9

I. 社… II. ①索…②布…③菲…④张… III. 医疗保险-制度-对比研究-世界 IV. F840.62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 145837 号

Richard B. Saltman, Reinhard Busse, Josep Figueras

Social Health Care Insurance System in Western Europe

ISBN: 0335213634

Copyright © World Health Organization 2004 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

\*

北京北苑印刷有限责任公司印刷装订 新华书店经销

787毫米×960毫米 16开本 19.5印张 309千字

2009年8月第1版 2009年8月第1次印刷

定价:46.00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 Eurohealth 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

对于把社会医疗保险当做医疗保障筹资主要来源的国家来说，它们面临着许多悖论。首先，社会医疗保险是建立在私人拥有和可操控的基金安排上的，但是这些安排（包括主体和管理）受到了法定要求的严格限制。它们建立在国内社会制度基础上，而且多数重要的决定要根据国家的意见来做出。它们把这些也称为社会医疗保险体系，虽然其中有些国家 50% 的资金来源于国家税收及个人自付。它们强调自己体系的运行以普及性为中心，不过并不是所有的国民都能被覆盖。这些体系在本国民中间的普及需要的是更高的筹资水平和支付。

其次，社会医疗保险体系在那些经历过政治动荡国家的长期稳定性。在中世纪晚期医疗保险体系发展伊始，作为该体系中心的疾病基金就形成了强制性的法律结构，由 1883 年德国的俾斯麦作为开头，第二次世界大战以后发展成为福利国家。1989 年中东欧剧变，社会医疗保险被作为优先选择的政策，或者说如果现实条件不够，也要将其作为将来实现的目标。不管是在历史上，还是在今天，不管是在东方还是西方，社会医疗保险体系都是各国建设美好国家的重要一环。

本书指出社会医疗保险体系的核心不仅仅是一个医疗保障体系，更是一种生活方式。在综合各类专家意见以及统计数据的基础上，本书系统检验了奥地利、比利时、法国、德国、卢森堡、荷兰、瑞士 7 个国家政策的逻辑、历史、架构和表现，对有着相似制度的以色列也作了认真研究。本书还探查了实行社会医疗保险国家的诸多重要政策事件，这些事件被认为在未来较长一段时间内会影响这些国家的决策制定。

Marc Danzon

世界卫生组织欧洲区主任

## 致 谢

编者要感谢许多人，他们慷慨地为这个项目献出了自己的时间和知识。各章的作者是主要的贡献者，这体现在他们的文章里，以及他们所给的评论和建议。其他到我工作室的专家包括：Philip Berman, Geert Jan Hamilton, Michael Hübel, Manfred Huber, Nick Jennett, Ralf Kocher, Xenia Scheil-Adlung, Michel Yahiel, Herbert Zöllner。我们要特别感谢的是德国企业伤病联盟基金会以及地区伤病基金联盟基金会对工作室在资金上的慷慨支持。

我们要感谢那些各国卫生部、世界卫生组织及经合组织的人员在数据和事实检查上提供的无私帮助。特别感谢：valérie Meftah（法国驻布鲁塞尔社会保障代表），Carmel Shalev（以色列盖特纳卫生政策学会），Willy Storm-Gravesteyn, Lia Vermeulen, Saskia van Eck（荷兰公共卫生部福利和运动局），Gabriel Sottas（瑞士社会保险联合办公室），Jean-Marie Feider, Jean-marie Rossler（卢森伯格疾病联盟基金会），Manfred Pörtl（奥地利社会保障、人口和消费者保护联合机构），Louis Van Damme（比利时国家疾病和伤残保险中心），Anne-Kathrin Haas（德国企业伤病联盟基金会）。我们还要感谢其他几个组织的代表，包括 Delice Gan（国际糖尿病联盟）。第一部分非常有价值的评论由 5 位评论者提供：Gabi Ben, Geert Jan Hamilton, Aad de Roo, Michel Yahiel, Herbert Zöllner。专家级的项目协调由 Wendy Wisbaum 提供，Charlotte Brandigi 也很愉快地把一篇篇的段落整合成一本书。我们也要感谢 Jeffrey V. Lazarus 负责图书的制作和运送。

Richard B. Saltman, Reinhard Busse, Josep Figueras



# 目 录

## Contents

### 第一部分 社会医疗保险体制基本内容

- 第一章 社会医疗保险展望：可持续稳定发展的挑战 ..... ( 2 )
- 第二章 社会医疗保险体制的历史和社会基础 ..... ( 19 )
- 第三章 社会医疗保险体制的组织和筹资：现状和当前的政策  
发展 ..... ( 33 )
- 第四章 SHI 体制的模式与绩效 ..... ( 77 )
- 第五章 社会医疗保险体制评估：现在及未来的政策观点 ..... (145)

### 第二部分 社会互助的挑战

- 第六章 社会医疗保险体制的管理和（自我）管制 ..... (156)
- 第七章 SHI 体制国家的互助和竞争 ..... (171)

### 第三部分 社会医疗保险体制的主要内容

- 第八章 社会医疗保险体制保障标准的调整 ..... (190)
- 第九章 社会医疗保险中与医疗服务提供者的签约及费用  
支付 ..... (207)
- 第十章 社会医疗保险体制国家中商业医疗保险的角色 ..... (227)
- 第十一章 个人在社会医疗保险体制中的角色转换 ..... (250)

### 第四部分 非急诊医疗护理

- 第十二章 社会医疗保险体制中的预防和公共健康 ..... (268)
- 第十三章 社会医疗保险中的长期护理 ..... (283)

## 第一部分

# 社会医疗保险体制 基本内容

国际医疗保障  
译丛

# 第一章 社会医疗保险展望：可持续发展的挑战

*Richard B. Saltman*

## 一、介绍

在西欧，社会医疗保险（social health insurance, SHI）概念被根深蒂固于医疗保健体系（health care systems）。奥地利、比利时、法国、德国、卢森堡、荷兰以及瑞士 7 个国家，为 SHI 体制提供了组织原则和主导筹资方式。1995 年后，SHI 也曾成为以色列组织公共医疗卫生服务的法定基础。SHI 体制曾经在许多国家发挥了重要作用，如丹麦（1973）、意大利（1978）、葡萄牙（1979）、希腊（1983）、西班牙（1986）。20 世纪后半期，一些国家相继采取了以税收筹资为主导的医疗保健体系。尽管如此，在以税收筹资为主导方式的医疗保健体系的国家中，如芬兰、瑞典、英国、葡萄牙以及希腊，仍然可寻找到基于 SHI 体制筹资方式的某些特征。另外，一些中东欧国家在重获政权后也都引进了 SHI 体制，包括匈牙利（1989）、立陶宛（1991）、捷克（1992）、爱沙尼亚（1992）、拉脱维亚（1994）、斯洛伐克（1994）和波兰（1999）。

尽管 SHI 体制在欧洲医疗保健体系中发挥着关键作用，但是与税收筹资型医疗保健体系相比，学术界对 SHI 体制组织及运行的关注要少得多。无论是 SHI 体制的主要特征，还是不同的 SHI 体制与税收筹资型体系间的运行绩效比较都没有得到其应有的系统评价。这种情况不仅存在于英文著作中，那些用荷兰文、法文、德文所作的比较性研究也只局限于与邻国的比较，并且只关注技术层面，而没有扩展到观念层面。西欧国家（包括以色列）SHI 体制的组织结构的不同使得对 SHI 体制的描绘变得十分复杂。

全面的 SHI 体制比较研究无论是对西欧 SHI 体制国家还是其他国家的卫生政策制定者都是有幫助的。对于西欧以外的国家，中东欧地区以及一些潜在的对 SHI 体制感兴趣国家，如东南亚国家、南美与美国，其政策制

定者都可以对西欧国家 SHI 体制的组织结构及运行有一个清晰的认识。另外，对于前苏联解体的一些国家的政策制定者来说，还有一个好处，即只关注 SHI 体制的运行，而不考虑保证 SHI 体制成功运行的同样重要的社会因素，这可以减少他们的政治倾向性。对于西欧 SHI 体制国家来说，清晰的国家间的比较可以帮助政策制定者应付来自于经济、政治和社会上的 SHI 体制可持续性发展的挑战。

对于同时期的 SHI 体制的观察的一个比较显著的特点就是，人们对于 SHI 体制的定义及其功能评价存在认知差别并对自己国家特定公共卫生服务体系产生偏爱。对一个特定的医疗保健体系的偏爱程度进行度量是比较困难的。因此，在定义 SHI 体制所面临的困境前，我们必须以一个支持者的眼光来看待 SHI 体制。

## 二、局内人的观点

社会成员和政策制定者对 SHI 体制的关注主要是基于 SHI 体制的三个结构特点：首先，SHI 体制在筹资方式和公共医疗卫生服务提供方面表面上是私人化的。<sup>①</sup> 其次，SHI 体制实行行业自治，即由成员实行自我管理（如疾病基金、医生、病人）。再次，可能是因为私人化和自我管理的原因，SHI 体制被认为在组织上特别是在财务上是稳定的。SHI 体制的稳定性最受人们赞扬。事实上，考虑到欧洲国家在 20 世纪发生的政治动乱，以及所采纳和实施的新政府体系的数量，包括法国（4 套）、德国（3 套），以及匈牙利、比利时、卢森堡、荷兰，我们不得不对这些国家的 SHI 体制都显示出超常的稳定性和持续性产生深刻印象。

除了可以观察到的私人化、行业自治、平稳性这三个特点以外，SHI 体制的本质特征虽然很少被讨论，但是社会公民和政策制定者都很清楚这一点，这也是从筹资方式和医疗服务提供来区分 SHI 体制的一个方面。这些观点可以归结为 SHI 体制不仅仅是一种保险安排，也是一种生活方式，这是 SHI 体制的政策制定者一直坚持的观点。在这样一种观念中，SHI 体制是社会安全网的关键部分，维护社会秩序（De Roo 2003）。SHI 体制

---

<sup>①</sup> 这个特点和接下来的两个特点实际上仅部分是正确的。如在第三章提到的以色列，其在 1995 年健康筹资全部转变成税收方式；法国在 2000 年把部分健康筹资变成财产税，德国的医院方面由德国联邦基金支付费用。

成为社会组织架构的一部分 (Zöllner 2001), 维护社会整体平衡的一个重要假设就是基金 (疾病基金) 和服务 (医院和医生) 都是由私人部门提供的 (Le Pen 2001)。因此, 国家不是被看做社会保障体系的拥有者, 而是监护人和管理者——社会保障体系的“管家”。因此, SHI 体制不是官僚化机构, 而是一个存在的实体。要使得整个体系成功地运行, 需要许多团体投入精力与时间, 这通常是基于自愿原则的。同时要求团体间要建立起相互信任的关系, 形成“一些非成文的规则” (Pfaff 2001)。例如德国, “一些传统习惯和非成文的规则”在 SHI 体制运行过程中发挥了重要的作用 (Normand 和 Busse 2002)。

对 SHI 体制的进一步认识就是 SHI 体制在结构上与商业化保险是有区别的。事实上, SHI 体制是一种收入分配政策, 本质上具有再分配的性质 (Glaser 1991)。因此, SHI 体制是通过社会互济达到一系列的社会目标, 其不仅仅是健康者与非健康者的互济, 而且也是富裕者与贫穷者、年老者与年轻者、个人与家庭间的互济。这种注重收入的重新分配就使得 SHI 体制区别于“保险”——后者是在精算基础上的维护个人利益的一种手段 (Glaser 1991; Stone 1993)。因此, 在 SHI 体制国家, SHI 体制根本就不被看做保险, 而是恰恰相反。SHI 体制并不强调个人利益, 而要求每一位成员通过经济上的再分配达到社会人群利益的最优化, 这也是 SHI 体制国家的社会成员对 SHI 体制的社会互助观念的理解。

这种将 SHI 体制作为“生活方式”的根深蒂固的流行观点源自公民社会这种组织结构的核心内容, 即是建立在社会互助基础上的, 而不是以精算为原则的, 这突出了对这种社会保健体系评价的另外一个核心特征。对于每一个成员或者政策制定者来说, SHI 体制并非基本的经济安排方式, 而是一种经济处于从属地位的社会学和心理学上的结构 (De Roo 2003)。的确, SHI 体制国家政策制定者仅仅从经济或财务角度看待 SHI 体制是不合适的, 这种做法过于简单。实际上, 人们对于 SHI 体制国家在 20 世纪 90 年代对保健体系所进行的一系列改革中, 对 SHI 体制在社会学方面或者公民社会中所起的作用有着深刻的印象, 政策制定者在寻求适应经济增长压力的同时, 仍然保持了 SHI 体制的核心社会安排和目标。

从这个层面来说, SHI 体制不应仅仅看成是一系列的机构以及这些机构所作的一些改革的决策, 也不仅仅是现在比较流行的政治科学所宣称的“路径依赖” (Wilsford 1994; Peters 1999; Saltman 和 Bergman 2004)。这些机构更应当是仲裁者, 其行政管理体现了它的社会价值观, 从而也加

强了这些机构的安排。在社会保险基础上建立了保健体系的西欧国家，社会价值观与国家文化有关，并且建立在长期以来形成的集体责任和社会互助观念的基础上。正如人类学的一部关于文化的著作所论述的那样，如果一种新的机构被引进到社会中来，国家文化和其相关的社会价值观被认为是：“这种主流价值观念的持续影响会耐心地磨合新的机构直到其结构和功能适应社会范式为止。”（Hofstede 1980：26）

简言之，SHI 体制的历史发展过程支持这种理论，因为这已形成了一种国家文化，并且其相关的社会价值观是非常稳定的。SHI 体制特有的稳定性也是社会持续发展的结果，而不是一个孤立事件（Saltman 和 Bergman 2004）。

### 三、SHI 体制的结构描述

当从局内人的观察过渡到一个不含感情色彩的局外人的观察，SHI 体制可以更多地结构上进行描述。这种结构的理解具体表现为 9 个核心部分，其存在于所研究的 8 个国家，并被认为包含了 SHI 体制的精髓。<sup>①</sup>

#### 1. 风险独立性与筹资透明性

资金的筹集与每个人的收入相关，主要是占个人收入的一定百分比（有时到一个特定的封顶线）。这体现了两个重要特征：首先，保费不与个人的身体状况有关，如果成员有配偶或子女，他们按照相同的收入对应的保费以及风险独立原则自动纳入计划。其次，部门保费与国家收入分开，筹资是透明的，因此保证了公共预算从政治斗争中隔离开来。

#### 2. 作为支付者或购买者的疾病基金

保费要么直接由疾病基金筹集（如匈牙利、法国、德国、瑞士），要么由中央政府进行基金分配（如以色列、卢森堡、荷兰），分发给一系列的疾病基金（比利时同时运用了以上两种方式）。疾病基金由私人非营利性组织运营，由成员选举董事会管理（法国和瑞士除外），通常要有法定认证并且有法定责任。疾病基金的运作规则要么由国家立法直接规定（如法国、匈牙利、德国、卢森堡、荷兰、瑞士）要么受到国家强制管理（如以色列）（比利时是一个例外）。与疾病基金签订合同的医疗服务提供者（私人非营利、公立营利、公共运营）向被保险人提供公共医疗卫生服务

<sup>①</sup> 该部分内容将在第三章详细描述。

所获得的医疗费用由疾病基金会筹集起来的资金偿付（以色列是健康税偿付）。

### 3. 人群覆盖率、筹资，以及保障水平

法定的疾病基金人群覆盖率各个国家有所不同，荷兰最低为 63%，法国、以色列、瑞士最高为 100%。人群覆盖率没有达到 100% 的国家主要是由于一些高收入人群可以（如德国）或被要求离开这一强制性体系来寻求商业医疗保险（非法移民、按照规定有缺陷的社会成员和公务员除外）。

通过强制性风险调整机制（如比利时、德国、以色列、荷兰），或者国家津贴（比利时、法国），向国家（如以色列、荷兰）、地方政府（如奥地利）或基金会（如瑞士）的全部成员筹资以维护公平。在所有的 8 个国家的 SHI 体制中，政府都要求向所有的成员提供全面的保障服务。

### 4. 组织结构的多元化

SHI 体制包含了一系列的组织结构。无论在 SHI 体制国家内还是在 SHI 体制国家间，基于职业的、地理的、宗教的、政治的或非党派等标准的疾病基金的数目和来源差别很大。几乎所有的医院，不考虑其所有制形式和医生的从业形式都与疾病基金签订合同，从而形成 SHI 体制的一部分。专业医疗协会，市、地方、国家政府以及药品供应者均被看成是 SHI 体制的一部分。

### 5. 谈判的社团组织模型

谈判一般是地方或国家层面上的，在代表每一健康产业的子部分的“最高机构”间也可进行。这一结构有利于加强行业自治，推动合同形成，实现更多的产出的一体化，以及成本控制。这种社会各方（疾病基金、医疗服务提供者等）共同参与的社团组织模式与 7 个被研究的欧洲国家中其他社会部门的决策安排是一致的。

### 6. 共同参与的管理安排

为了适应上述 SHI 体制构建的多元化，不同的组织者共同参与了对 SHI 体制的管理。最突出的就是行业自治，即疾病基金可以与医疗服务提供者直接对支付方式、服务质量、病人数量以及其他合同进行谈判。一些医疗协会、医院协会以及其他一些专家组织也经常做一些决策。

### 7. 对于服务提供者个人以及疾病基金的选择

疾病基金组织几乎可以从所有的医生和医院处寻找到医疗保健服务，但 8 个被研究国家有 6 个国家不可以直接接受专家的诊疗（以色列和荷兰除外）。越来越多的被保险人可以自由选择或者更换疾病基金组织（匈牙

利、法国、卢森堡除外)。

SHI 体制的 7 个特征在许多著作上被描述为 SHI 体制的“核心结构安排”(Glase 1991; Hoffmeger 和 Mccarthg 1994; Normand 和 Busse 2002), 它们共同构成了 SHI 体制的组织机制。

#### 四、政策问题和挑战

以上介绍了 SHI 体制的推动信念及其核心结构要素。但是, SHI 体制的复杂特征也产生了关于这些体系的行为问题。同时也提示了 SHI 体制政策制定者目前所面临的一些重要担忧。

首先, SHI 体制的稳定性和弹性(指在面对重要的社会政治力量结构的变化时, 仍然能将保险与服务结构紧密联系于公民社会的能力)所带来的一系列的实际问题。第一个问题就是为什么这 6 个国家(以色列和瑞士在 20 世纪 90 年代才引进 SHI 体制)在左翼执政时, SHI 体制发展迅速, 同样地, 虽然并不完全, 由右翼在希腊、意大利、葡萄牙和西班牙建立的 SHI 体制, 在左翼上台后居然大部分被分解了, 并且于 1983 年、1978 年、1979 年和 1986 年建立起了税收筹资型体系? 第二个问题是 SHI 体制与税收筹资型体系相比, 到底哪个更加稳定? ——例如英国建立于 1948 年的 NHS 或者瑞典的筹资服务体系(1864 年开始的基于公共税收的医院服务)——或者“稳定”是由其他标准进行判定的? 例如非营利性机构或者营利性的商业组织, 或者可能是 SHI 体制自身的不太稳定的公共机构。类似地, SHI 体制是否真的比税收筹资型体系更具有互济性? 尽管对荷兰和德国 SHI 体制的互济性进行了广泛的讨论, 但是它真的要好于丹麦和瑞典的互济性吗?

更进一步的问题就是 SHI 体制国家的政策制定者对 SHI 体制的强烈保护措施与 SHI 体制本身的技术运行存在明显的矛盾。尽管 SHI 体制国家不断提高对健康保健事业的投入, 但是在相同指标下, SHI 体制的产出却比税收筹资型体系的产出要低。SHI 体制国家很难集中安排对预防和公共卫生部门的投入, 这也预示着 SHI 体制缺乏对人口老龄化成本的控制力度。几个国家的 SHI 体制(如比利时、德国)也被指责, 认为在医疗服务提供上, 经办机构与医疗机构间缺乏协调与合作。因此, 昂贵检测手段(Schwartz 和 Busse 1996)的重复使用大量存在, 并且缺乏系统的监管和对医疗质量的控制(Berwick 1990)。最近, 德国的一些私营企业和健



康经济学家又在批评 SHI 体制的低效率，并认为其阻碍了经济的发展 (Henke 2002; Simonian 2002)。也许有人会问，一个在关键性指标如成本、预防、服务的连续性上的表现最多只是平均水平的健康保健体系，如何能够继续承担来自利益相关者和资深国家政策制定者的更高层次的委托？

除了以上这些问题，西欧 SHI 体制仍然面临着重大的政策挑战。许多评论家指出，相对于这些体制稳定发展的轨迹，当前社会时期的特点是经济快速发展，技术和政治变革，并伴随大量社会混乱。一个稳定的体制如何在这样一个多变的经济环境下很好地、长期地共存？这些 SHI 体制如何在今后的 10~20 年在经济、政治、社会方面可持续发展？

### 1. 经济上的可持续性挑战

尽管 SHI 体制的支持者并不认为 SHI 体制是一个经济体系，但是经济上的挑战目前存在于制度上的各个层面：国内、欧洲范围以及全球范围 (见图 1.1)。在每一方面，尽管目前都面临着不确定性，但是这提供了人们进一步预测未来的方法。最关键的问题就是，一方面减轻 SHI 体制内在的社会学意义上的结构压力，另一方面是经济效益的实际问题。

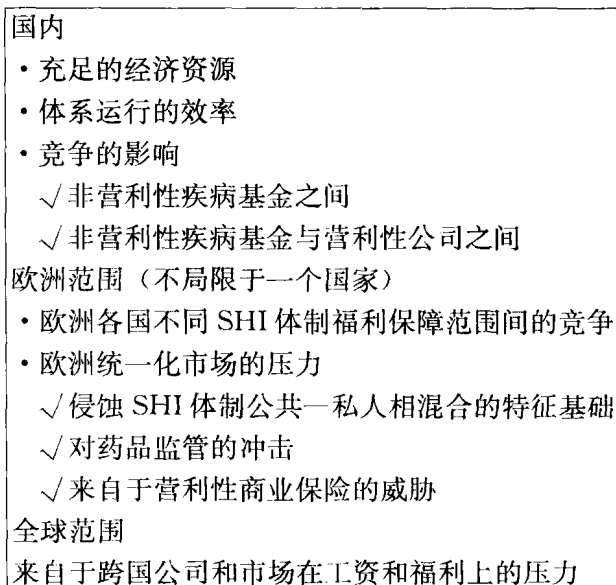


图 1.1 SHI 体制在经济上的可持续性挑战

#### (1) 国内水平