

荷兰“有管理的竞争”医疗保险制度改革及启示

□ 刘德浩

(海南大学 政治与公共管理学院 海南 海口 570208)

[摘要] 荷兰2006年正式实施的“有管理的竞争”型医疗保险制度,是一个公私混合模式,它试图通过私人市场结构实现公共职能。该制度意味着在政府监管下,保险公司和医疗服务提供者基于价格和服务质量展开市场竞争,促进公共目标的实现。制度实施需要有满足一系列前提条件。总体而言,荷兰医改取得了积极成效,但消费者转换率低、保险公司的风险选择以及医疗费用持续增长是目前面临的重要挑战。荷兰改革将为深化医改过程中“两手并用”提供借鉴和参考。

[关键词] 荷兰;有管理的竞争;医改

[DOI编号] 10.14180/j.cnki.1004-0544.2016.01.032

[中图分类号] C913.7(563)

[文献标识码] A

[文章编号] 1004-0544(2016)01-0180-009

1 问题的提出

医疗体制改革是一个世界性难题,关系到每个国民的福祉,建立公平、高质量、可持续的医疗体制是各国努力的目标。由于经济发展水平、政治制度、社会文化、历史传统等因素的差异,各国形成了各具特色的医疗体制。但总体而言,还没有哪个国家可以宣称已经找到了国民普遍满意的医疗制度模式。美国学者凯伦·多纳拉(Karen Donelan, 1999)^[1]等所做的国民医疗体系满意度调查显示:美国仅17%的被调查者认为“总体而言,医疗体系运行良好,仅需要作微小调整以使其运行更好”,加拿大为20%,英国25%,澳大利亚和新西兰分别为19%和9%。相对而言,荷兰医疗体制的公民满意度则相对较高,2007年,Grol和Faber在荷兰和德国、英国做了调查,受访者被问及相同的问题,结果显示,荷兰公民对本国医疗制度的总体满意度较高,达到42%,而德国和英国分别为20%和26%。^[2]此外,荷兰的医疗体制也得到了国际社会的高度评价,2005年开始公布的欧洲健康消费指数(EHCI),对欧洲37个国家的医疗制度运行绩效进行了评价,荷兰是唯一一

个一直居于前三位的国家,并且自2010年以来连续蝉联“冠军”,2014年的总得分是898分(满分1000分),比第二名的瑞士高出43分。^[3]

2006年实施的“有管理的竞争”(managed competition)的医疗改革对提高荷兰医疗体系运行质量和效率发挥了重要作用,引起了欧美国家的高度关注。“有管理的竞争”理论的提出者,美国斯坦福大学卫生经济学专家Enthoven教授2007年11月对时任荷兰卫生部长Ab Klink进行专访,认为荷兰医改对美国医改有重要启示。^[4]德国2009年借鉴荷兰等国的经验,引入了中央风险调剂金制度(central fund),鼓励各疾病基金(sickness fund)间的市场竞争,^[5]爱尔兰政府2012年提出将在5年时间内实施荷兰的医疗保险模式。^[6]

在深化医疗制度改革的过程中,中国也积极探索如何有效利用政府与市场力量,提高医疗服务绩效,并提出要政府与市场“两手并用”。2013年10月,国务院发布了《促进健康服务业发展的若干意见》,提出“坚持政府引导、市场驱动”的原则,发挥市场在资源配置中的基础性作用。2014年8月,国务院又发布了

基金项目:国家社科基金青年项目(13CHS92);国家留学基金公派访学项目(201407565001);海南省自然科学基金项目(712138)。

作者简介:刘德浩(1981-),男,山东青州人,管理学博士,海南大学政治与公共管理学院副教授,中央财经大学中国精算研究院博士后研究人员,荷兰蒂尔堡大学访问学者。

《关于加快发展现代保险服务业的若干意见》，鼓励商业保险参与基本医保。荷兰“有管理的竞争”型医疗制度模式，融合了市场激励与政府公共政策目标，政府与市场在医疗保险市场和医疗服务供给与购买市场中密切配合，将为深化医改过程中“两手并用”提供借鉴和参考。

2 荷兰“有管理的竞争”型医疗保险制度

美国是西方工业化国家中唯一没有建立全民医保制度的国家，商业医疗保险在美国医疗保险制度中居于主导地位，大约有 1/6 的国民没有任何医疗保险。^[7] 由于商业保险体制固有的“双向逆向选择”行为，风险规避成为保险公司市场竞争的核心。与此同时，在传统的按服务付费体制下，参保者缺乏成本意识，存在“医患合谋”的风险，导致美国医疗成本攀升。针对保险公司将竞争的重点放在参保者的风险选择上，而不是努力降低医疗支出，提高保险服务和医疗服务的质量，Enthoven 教授在 1978 年基于对美国医疗制度的弊端分析基础上提出了“有管理的竞争”理论。但是“墙内开花墙外香”，该理论在欧洲国家的实践远远走在了美国前面，荷兰的医疗改革得到了 Enthoven 教授的高度评价，指出：“美国对其他国家市场化策略的改革所知甚少，荷兰在‘有管理的竞争’道路上走得比美国远”。^①

2.1 荷兰医改的历程回顾

19 世纪早期，为了应对国民的疾病风险，荷兰出现了一些由慈善机构、医生、药剂师、私人个体组织而成的互助基金。随着工业化的推进，19 世纪后半期，为了防止劳动者疾病和失业风险，工会也开始组织各种类型的互助基金。受政府不干预主义的影响，政府一直没介入社会保险领域，直到 20 世纪初政府才开始介入解决社会问题。1901 年出台了“事故法案”（Accident Act），迈出了荷兰建立社会保险体系的第一步。1913 年，政府颁布了“疾病法案”（Sickness Act），标志着政府介入医疗保险领域，该法案仅提供疾病津贴，不报销医疗费用，法案 1930 年才开始施行。二战时政府希望引入强制性医疗保险计划遭到保险组织的反对，直到 1941 年，制订了“疾病基金法

案”，强制性要求收入低于一定水平的雇员参加（含家属），雇员和雇主缴费，由区域疾病基金负责组织实施。该制度覆盖了全国 45%—60% 左右的人口。此外，针对于自雇者和退休人员，设立了“自愿保险制度”，这些人可以自愿参保。其他的人可以自愿选择商业性保险公司参保。自此，荷兰形成了分散的医疗保险制度。此后 20 年，政府一直希望扩大强制疾病保险的覆盖范围，但是遭到医生的反对，担心会影响他们的收入。1964 年，政府终于通过了新的强制性疾病保险法案（ZFW），基本上采取了 1941 年法案的三类医疗保险的制度结构，由雇员和雇主缴费，保险金上缴国家疾病基金委员会，各疾病基金所需报销医疗费用由委员会支付，疾病基金不承担财务风险。同时引入了一个新的制度（AWZ），通过收入基础上的供款覆盖全体国民，用于支付严重疾病的医疗支出。但 AWZ 制度遭到私人保险公司和疾病基金的反对，1967 年 AWZ 制度被新的“特别医疗支出法案”代替（Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ），该法案的覆盖范围比 AWZ 要窄，仅覆盖因精神和残障导致的相关家庭照护和设备的支出。^②

但受上世纪 70 年代石油危机的影响，1974 年荷兰发布了应对快速增长的医疗成本的“白皮书”，提出政府应在医疗卫生领域发挥更大作用，积极推进“供给边”改革，包括更好的发挥初级卫生机构作用、设立政府医疗预算、控制医疗服务价格等，但收效甚微。1987 年提出了戴克计划（Dekker plan），首次提出引入“有管理的竞争”的设想，希望建立统一的医疗保险制度，但遭到保险公司等利益集团的反对。此后 1992 年又提出了“西蒙计划”（Simon plan），但由于雇主担心成本增加、雇员担心收入受到影响、保险公司担心失去对制度的影响力，最终缺乏共识而失败。但改革的意识被唤起，各种小范围的改革开始推进，比如 1992 年以后，疾病基金不再被强制与所有医疗机构签订服务合同；1993 年开始，荷兰引入风险均衡基金制度开始实施风险调整基础上的预付费制度，疾病基金开始承担财务风险；1996 年，个人被赋予自由选择疾病基金的权利；^③许多医疗服务从基本医疗服务包中

荷兰 2006 年改革结束了之前碎片化的医疗制度安排。在 1993 年为了鼓励疾病基金之间的竞争，均衡不同参保者的医疗成本，引入了风险均衡基金制度。Van de Ven W P, Van Vliet R C, van Barneveld E M, et al. Risk-adjusted capitation: recent experiences in The Netherlands[J]. Health affairs, 1994, 13(5): 120-136.

AWBZ 即荷兰的长期护理保险制度，不在本文的研究范围。

取消;1998年,独立医疗中心(ITC)建立,可以提供更低廉和高质量的医疗服务。在这一系列的改革过程中,全社会的改革意识被确立,而且越来越朝着“有管理的竞争”制度模式迈进。经过一系列的铺垫,2000年荷兰重启关于医疗改革的讨论,议题是医疗保险市场和医疗服务供给的市场化改革,并于2001年发布了“一个需求问题”的白皮书(“A question of demand”),认为目前的制度不能满足病人的需要:限制选择、无效率的医疗服务、等待时间长。之后,2003年通过了新法案(ZVW),并从2006年开始施行。可以说,荷兰2006年医改之所以能够顺利推进,并不是一朝一夕实现的,而是历经了近20年的改革铺垫。

2.2 制度框架

荷兰“有管理的竞争”制度,强制要求所有国民在保险市场上自由选择保险公司购买基本医疗保险,且每年有一次转换保险公司的权利,由保险公司向所有参保者提供标准的基本医疗服务包,保险公司必须接受所有参保者的投保申请,不得以任何理由拒保。该制度的核心是通过赋予消费者选择权,激励保险公司不断提高服务质量,并努力降低运营成本,同时通过政府规制,确保基本医疗服务的公平性、可及性、可负担性。荷兰2006年改革后的制度基本内容包括:

第一,建立统一的医疗保险制度。2006年改革之前,荷兰的医疗保险制度由三个子系统构成:收入低于一定标准的劳动者^②被强制参加社会保险(ZFW),约65%的国民被这一制度所覆盖;收入高于一定标准的劳动者可以自愿参加商业性医疗保险(PHI);公务员或公关部门雇员被独立的医疗保险制度覆盖,约占5%;此外,约2%的国民没有参加任何医保。^{[8][9]}分散化的制度安排严重影响了制度的公平性,违背了荷兰长期以来一直秉承的“社会团结”(social solidarity)传统,遭到社会诟病。2006年开始实施的荷兰健康方案(ZVW)将分散的制度统一成一个强制性医疗保险制度,要求所有荷兰居民必须参加,结束了长达65年之久的分散性医疗保险制度安排。荷兰大约99%的国民都参加了基本医疗保险制度。

第二,融资制度(图1)。统一后的医疗保险资金由

两部分构成:个人向选择的医疗保险公司缴纳均一水平的保费(communitary rate),基本标准由政府确定,各保险公司可以在此基础上做适当调整,但最高降幅不应超过10%,2006年的平均保费为1 028欧元,2008年提到1 100欧元;^[10]收入相关的供款(income dependent contribution)由雇主直接将其缴纳至健康保险基金(Health insurance fund),2009年的缴费比例为雇员工资的6.9%,最高每年2 233欧元,自雇者缴费率为4.8%,最高每年1 554欧。^[2]

第三,医疗保险补贴。2005年,荷兰强制性医保参保者个人缴纳的均一水平保费为239-455欧元,新制度的引入导致参保者的个人负担大幅度增加。为了确保中低收入者能够负担得起医疗保险费,政府引入了医疗保险补贴制度,约40%左右的参保者得到了数额不等的保费补贴。^[11]2009年,年收入低于32 502欧元的单身者最高可获得692欧元的补贴,对收入低于47 880欧元的家庭最高补贴为1 461欧元。此外,政府承担未满18岁居民的均一水平保费,并直接转入健康保险基金。

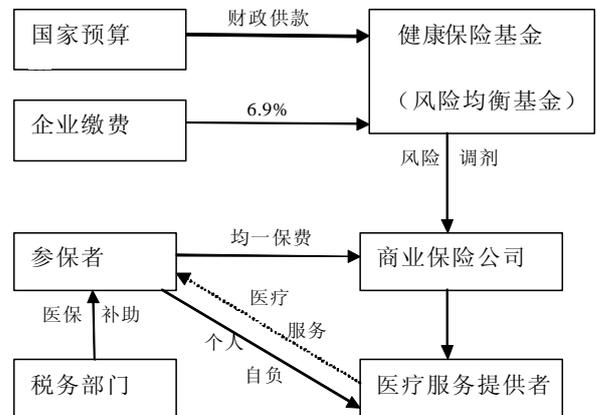


图1 荷兰医疗保险融资结构图

第四,标准的基本医疗服务包。荷兰卫生、福利和体育部负责制定基本医疗服务包的内容,并要求所有医疗保险公司向所有参保者提供相应的服务,具体包括:医疗服务(全科医生、住院医疗服务)、未满18岁者的牙科医疗服务(18岁以上者只能提供补牙等特殊牙科服务);急救服务;出生后医疗服务和接生服务;特定药物;康复治疗以及戒烟服务等。^[12]

虽然赋予了疾病基金和保险公司与医疗机构协商议价,签订选择性合同的权利,并允许个人自由选择疾病基金或保险公司,但总体使用上述权利的机构和个人比较少。

政府根据劳动者收入水平动态调整需强制参加疾病保险的资格线,2004年为32600欧元,即年收入低于该水平的劳动者被强制要求参加疾病保险。

2.3 制度目标实现的前提条件

荷兰医疗保险制度最大的特点在于充分发挥市场机制在医疗服务供求中的基础性作用,政府由之前的管控医疗服务的数量、质量和价格,转变为制定市场运行规则,并检视市场规则运行情况,^[2]医疗制度由“供给驱动”(supply-driven)转变成了“需求驱动”(demand-driven)。^[9]通过政府监管下的市场竞争,构建市场激励机制以影响医疗保险市场、医疗服务供给市场、医疗服务购买市场中各利益相关者的行为选择,实现让国民平等获得高质量医疗服务,同时控制医疗费用过快上涨的目标,以追求“货币的价值”(value for money) (Alain C. Enthoven, 1993; P. Ryan, S. Thomas, C. Normand, 2009)。^{[11][13]}如图 2。

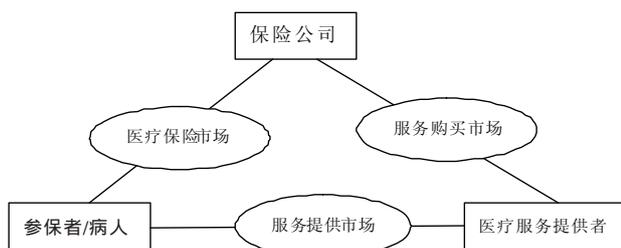


图 2 荷兰医疗保险制度的参与者及其相互关系^[2]

价格是市场竞争的核心,保险公司和医疗服务提供者通过降低服务成本可以赢得市场份额。但这并不意味着价格是影响消费者选择的唯一因素,保险服务质量和医疗服务质量也是重要因素。基于荷兰医疗保险制度设计,为了实现市场机制的激励作用,需要满足几个基本条件:

第一,建立风险均衡机制。为了防止保险公司通过风险选择将高风险的参保者排除在外,或者对其征收高额保费影响制度的可及性,荷兰政府规定保险公司不得以参保者的性别、年龄、身体状况等条件为由拒保或征收差别费率。为了弥补保险公司因承保高风险人群而带来的预期损失,荷兰早在 1993 年就开始逐步引入风险均衡机制,建立风险均衡基金,由其根据不同参保者的疾病风险水平预测损失,向保险公司提供补偿。目前纳入风险均衡模型的主要因素包括:年龄/性

别(1993)、区域(1995)、与年龄相关的收入来源(1999)、基于药品的成本分组(2002)、基于诊断的成本分组(2004)、年龄相关的经济社会地位(2008)、多年高医疗成本历史(2012)。^[14]目前的补偿包括事前补偿和事后补偿,事前补偿是根据风险均衡模型测算的单个参保者的预期风险损失进行补偿;事后补偿则是根据实际医疗支出情况,对保险公司事前补偿之后的额外损失的补偿^①。风险均衡机制是荷兰“有管理的竞争”型医疗保险制度有效运转的基础。

表 1:不同类型参保者的预期损失(Predictable losses)^[15]

基于以前数据的分组	估计规模	每年的预期损失
总体健康状况:贫穷/中等	18.4%	607*
至少一种慢性病	32.7%	350*
视觉缺陷	3.8%	907*
行动损伤	6.8%	1265*
体格健康得分最低的 10%	10%	812*
体格健康得分最低的 20%	20%	664*
日常生活活动最低得分	3.5%	1836*
自我报告三种以上疾病(含三种)	12.2%	791*
前一年找过医疗专家	41.5%	297*
前一年做过物理理疗	18.8%	368*
长期使用医疗设备	5.8%	1184*

* 统计显著(双侧 t 检验, $P \leq 0.01$)

第二,保险市场的竞争。消费者选择权是“有管理的竞争”型医疗保险制度的重要特征,也是制度内在激励机制的体现。荷兰赋予了消费者自由选择保险公司,并在不同保险公司自由转换的权利,以激励保险公司不断提高运营效率,为消费者提供高质量的保险服务。保险公司间的竞争主要体现在如下三个方面:(1)价格竞争。有研究表明,价格是消费者转换保险公司的最重要驱动力。^[16]为了提高保险产品的吸引力,许多保险公司设计了“团体保险”产品,包括公司团体产品(67%)、消费者团体产品(32%)和患者团体产品(1%),荷兰大约 45-50%左右的参保人通过团体保险参保,可以获得最高 10%的费率优惠。对于消费者而

事后补偿制度的原因是事前风险均衡机制的不健全和医疗支出的不可预测性,会使得保险公司面临额外损失的风险,因此,引入该制度可以在一定程度上补偿保险公司的不可预测医疗支出。但是,该制度也有一定的“道德风险”,因此,随着风险均衡模型的不断完善,事后补偿的比重由 1993 年的 75%降低到 2010 年的 25%。Schut F T, van de Ven W P M M. Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty?[J]. Health Economics, Policy and Law, 2011, 6(01): 109-123.

言,通过参加团体保险,不仅可以获得保费优惠,而且可以要求保险公司提供有针对性的医疗服务,比如糖尿病团体保险产品,团体成员具有相似的诊疗流程和医疗需求,在和保险公司谈判时,可以提出标准化的“服务包”,以获得更有针对性的服务体验。^[17](2)医疗保险服务。对于保险公司而言,要想实现盈利并在市场竞争中处于优势地位,需要通过降低服务成本,提高服务质量来实现。为此,保险公司不断压缩内部运行成本,同时增加客服数量,以给消费者提供更加高质量的客户体验。(3)通过一定的制度设计,激发消费者的“成本意识”,降低医疗成本支出。2006年改革初期,荷兰引入了“无索赔奖励制度”(no claim bonus),即如果一年内发生的医疗费用低于255欧元(不含GP诊疗等医疗支出),保险公司会在年底按照一定标准返还个人缴纳的部分保险费。2009年被强制起付线制度代替,政府设定最低150欧的起付线,在此基础上个人可以根据自身健康状况将起付线标准提高100-500欧,如果自愿提高起付线标准,将会获得额外的保费优惠。^①此外,保险公司选择低成本、高质量的医疗服务提供者作为参保者提供及时、高质量的医疗服务,也是保险公司竞争的重要手段,即充当消费者医疗服务的购买者(purchaser)。

第三,医疗服务市场的竞争。理论上说,消费者“用脚投票”要求保险公司必须提供满足消费者偏好的服务,包括医疗保险服务和医疗服务。前者可以通过优化内部流程的方式实现,而后者则需要与医疗服务提供者之间的谈判协商来实现。从荷兰的实践看,保险公司主要通过如下方式影响医疗服务市场的竞争:(1)药品价格谈判。保险公司通过与药品供应商之间的价格谈判,使药品价格降低了40%-90%,^[18]以前政府多次努力却未能实现,充分发挥了保险公司价格谈判功能。(2)医疗服务价格谈判。为了提高保险公司的市场竞争能力,荷兰政府2005年改革了医院诊疗的支付模式,在按病种付费(DRGs)

基础上引入了按诊疗和处置付费制度(Diagnosis and treatments system, DTCs),并将其分为A和B两部分,其中A部分由荷兰医疗服务监管机构(NZa)确定,B部分则允许保险公司与医疗服务提供者之间进行价格协商。2006年B部分的医疗服务收入占医院总收入的比例为20%,2009年达到34%,按照最初政策设定,希望到2012年达到70%。同时,为了提高价格谈判的可行性,荷兰希望将DBC分类由最初的35000种降低到3000种左右。总体而言,价格谈判使B部分医疗服务价格水平增长幅度低于A部分(表2)。^②(3)选择性合同(selective contract)。保险公司通过选择性合同的方式与医疗服务提供者签订服务契约,就服务的数量、质量和价格进行谈判,也即“管理型医疗”。主要有两种方式:健康维持组织(HMO)和优选提供者组织(PPO),前者通过保险公司和医疗服务者之间的纵向整合来实现,后者则通过提高报销比率或取消起付线等政策,鼓励参保者到与保险公司签订服务合同的医疗服务提供者那里就医,否则会提高自负。但总体而言,荷兰并没有像美国、瑞士那样通过管理型医疗限制参保者的就医自由选择权。^③因为由于缺乏可信的医疗服务质量的信息,参保者不信任保险公司选择的医疗机构的服务质量,保险公司也担心影响公司信誉和市场份额,也很少限制参保者的就医选择。(4)缩短等待时间。荷兰2006年改革之前参保者对制度的诟病之一就是等待时间长。改革后,有的保险公司为了帮助参保者快速获得医疗处置,推出了“协调服务”(mediation service)。2009年,大约47000人通过该项服务,等待时间平均削减了1-2个月,其中10%被安排到其他国家就诊。^[19]实际上,医疗服务市场的竞争,也促进了医疗服务机构的重组,各种整合性医疗机构开始出现,24小时GP工作站也成立,为消费者提供更加全面、及时的医疗服务。

关于通过设定起付线的方式唤起参保者的成本意识,进而控制医疗成本支出的政策选择,有学者质疑政策的效果。详见: Enthoven A. Connecting consumer choice to the healthcare system[J]. Journal of health law, 2006, 39(3): 289.

有学者对B部分价格增长率低于A部分提出质疑,指出B部分价格的计算方法和A部分不一致。此外,医疗机构存在着增加医疗服务抵消价格对收入的影响。参见:Maarse H, Paulus A. The politics of health-care reform in the Netherlands since 2006[J]. Health Economics, Policy and Law, 2011, 6(01): 125-134.

荷兰对保险机构纵向整合医疗服务机构非常敏感。2008年,一家保险公司试图兼并医疗服务机构遭到反对,主要是担心保险公司介入具有高度专业性的医疗领域,影响专业资质,并限制病人的就医选择权。

表 2:住院服务价格变化表(2006-2009)^[19]

	2006	2007	2008	2009
预算调整前 A 部分的价格增长	1.5	2.5	3.8	2.9
预算调整后 A 部分的价格增长	0.4	1.3	2.3	2.6
B 部分的价格增长 (2005 年:10%的收入,17 种疾病)	0.0	2.1	1.1	1.5

注:如果年度医疗服务支出超过政府设定的预算约束,政府会通过削减下一年价格方式降低医院的收入。

第四,向消费者提供充分信息。消费者理性选择医疗保险公司和医疗服务提供者的前提是能够获得相关机构的信息,包括:价格、质量、服务、便利性等。政府和相关机构一直致力于提供高质量、可获得的医疗保险和医疗服务信息。^[21]2003 年,荷兰医疗服务检查机构(IGZ)开始与医院和医疗专家合作,构建医疗服务质量指标评价体系,涉及质量、安全性、效率和可获得性等几类指标。自 2005 年开始,IGZ 每年基于医院去年的医疗绩效发布评估报告。2006 年开始,荷兰医疗保险协会也每年发布 B 部分医疗服务的医疗绩效报告。此外,2006 年,评估保险公司和医疗服务提供者绩效的国家标准被建立,每年出版消费者质量指数(Consumer Quality index, CQI),相关信息发布在网站上(网址:www.kiesbeter.nl)。但是从实际情况看,消费者对质量信息的利用程度偏低,调查显示,42%的消费者从 GP 处获得医院信息,11.4%从家庭或朋友处获得,从宣传册获得信息的比例为 7%,从专家处获得信息的为 3.4%,而通过网站获得信息的比例仅为 7.5%。因此,进一步提高消费者信息的可获得性和信息质量,是基于消费者选择导向的医疗制度的客观要求。

3 荷兰“有管理的竞争”型医疗保险制度面临的挑战

公共医疗保险制度的目标是让全体国民获得公平性(equity)、可及性(accessibility)、可负担性(affordability)、高质量(high quality)的医疗保障和医疗服务。为了实现公共目标,各国选择了不同的制度结构。荷兰 2006 年改革引入的“有管理的竞争”型制度,是一个公私混合模式,它试图通过私人市场结构实现公共职能,是在私法框架下的公共安排。^[20]荷兰通过政府监管下的市场竞争,向国民提供了相对公平的医疗保险和医疗服务。荷兰 99%的居民都参加了医疗保险,并且荷兰建立了较好的成本分摊机制,维持了较低的医疗支出“共付率”(cost sharing),低收入者获得了公平的就医保

障。总体而言,荷兰因医疗成本而未就医的比重仅为 1%,英国为 2%,德国为 12%,而美国高达 25%。^[2]高性能的医疗体系为荷兰赢得了极高的国际声誉,荣膺“欧洲最佳医疗体系”。但客观而言,荷兰医疗保险体系依然面临着严峻挑战。

第一,消费者的保险转换率偏低。知情消费者(informed consumers)的选择是 Enthoven 教授设计的“有管理的竞争”理论的基础。^[21]转换行为意味着消费者积极参与保险市场,维持一定水平的保险转换率是实现保险市场竞争的基础和前提。从荷兰医疗保险实际运行情况看,2006 年的转换率为 18%,远远高于改革之前平均 1%的转换率,而高转换率的原因是选择保险费率较低的团体合同。之后消费者的转换率迅速降低,2007 年为 4.4%,2008 年为 3.5%,2009 年为 3.5%,2010 年为 5.5%,2011 年为 6%。^[22]究其原因,之所以保险转换率偏低,原因有三:(1)补充医疗保险的“锁定效应”(lock-in effect)。荷兰除了基本医疗保险外,93%的居民购买了补充医疗保险,涵盖基本医疗服务包之外的医疗服务项目或者医疗支出中的共付部分。大多数参保者选择同一保险公司承保基本医保和补充医保,后者采取市场化的定价原则,保险公司有权拒绝承保高风险的投保者。在转换决策中,高风险者担心如果转换保险公司,则面临新公司拒保补充医保的风险。从对荷兰保险转换者风险特征分析可以发现,2006 年以来选择转换保险公司的多为自我报告健康状况良好的参保者。^[23](2)消费者缺乏保险公司绩效评价的客观信息,宁愿相信不同公司的服务是无差别的。(3)团体保险合同也客观上降低了参保者的转换意愿。尤其是参加疾病团体保险合同的参保者,一旦加入意味着给自己贴上了“患病标签”,如果转换保险公司会面临极大的拒保风险,更加降低了参保者的转换意愿。

此外,医疗保险的市场集中度非常高,前 4 大保险公司的市场份额超过 80%。加上消费者低转换率,保险市场的竞争性偏低,不利于保险公司差异化竞争策略的形成,消费者选择权对市场主体的激励作用也大大降低,影响了“有管理的竞争”机制的作用发挥。

第二,保险公司依然存在风险选择的动机和可能。为了防止保险公司之间风险选择基础上的竞争,将价格和质量作为竞争的标的,荷兰引入了风险均衡机制,平滑不同风险特征的参保者对保险公司成本支出的影响。但是,从实践角度看,保险公司依然有风险选择的动机和可能,主要的渠道有:(1)选择性市场营销策略。

保险公司根据不同群体的风险特征确定目标子市场,然后制定针对性的市场营销策略,比如发放宣传册、补充医保保费折扣等手段吸引消费者投保。(2)选择性医疗服务合同。保险公司为了吸引具有特殊风险特征的消费者参保,可以与该领域优质医疗机构签订医疗服务合同,从而聚焦特定目标子市场,实现风险选择的目的。(3)事后补偿机制降低了保险公司的成本意识,诱发“逆向选择”。风险均衡机制的目的在于平滑不同风险群体人群的医疗成本差异,消除保险公司风险选择动机。但是由于风险均衡模型不完善,事前综合各风险因素基础上的医疗成本预测可能与实际支出存在一定差距,给保险公司带来不可预测性损失,为此引入了事后补偿制度。由于事后补偿机制的存在,使保险公司承保某些具有较高风险特征的群体存在潜在获利的可能性,保险公司会根据不同类型疾病的历史数据找到不同风险特征群体的医疗成本水平规律,有针对性的吸引某些群体参保,形成基于风险选择的市场竞争。

第三,医疗支出持续增长,削减医疗成本的目标并未实现。自上世纪70年代开始,针对不断增长的医疗成本支出,荷兰通过控制医疗预算、医疗服务价格、医疗资源供给、医疗支付机制改革等方式,试图削减医疗成本,但收效甚微。2006年引入了“有管理的竞争”制度的目标之一就是希望通过市场竞争达到削减医疗成本的目的。但从实际运行情况看,荷兰的医疗支出相对规模和绝对规模都在持续增长。2000年,医疗支出占GDP比重为7.56%,2006年增加到9.97%,2013年进一步增加到11.96%(图3),高于同期的英国、德国、瑞士;人均医疗支出规模也持续增长,从2000年的2227美元,增加到2006年的3800美元,2013年达到5178美元。^①

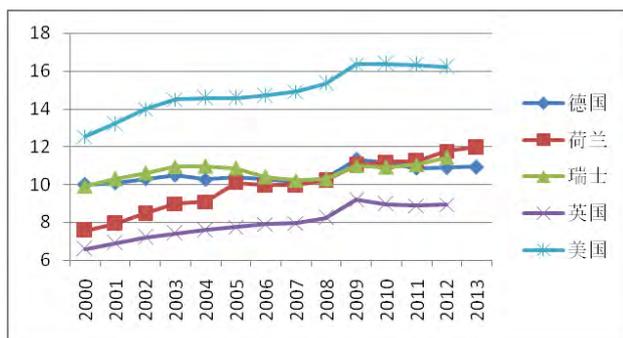


图3:五国医疗支出占GDP比重(2000-2013)

数据来源:OECD Health Database, 2013.

4 结论与启示

荷兰“有管理的竞争”型医疗保险制度最重要的特征在于通过私人市场结构实现公共职能,是政府与市场在公共领域合作的典型案例,通过政府监管下的市场竞争,向国民提供了相对公平的医疗保险和医疗服务。荷兰医改可以为我国深化医改过程中处理政府与市场的关系提供一定的参考。

第一,合理确定政府与市场的责任边界。医疗保险市场和医疗服务都具有一定的特殊性,由于信息不对称等原因,单纯的依靠市场机制会存在“市场失灵”,政府干预成为必然。但政府干预并不意味着代替市场功能的发挥,二者之间并不是简单的“二元对立”关系,市场和政府都有其自身的局限性(王锡源,2007),^[24]不可能单纯的依靠任何一种机制来解决所有问题。以青木昌彦等为代表的学者提出了市场增进论,认为政府政策的职能在于促进或补充民间部门的协调功能,而不是将政府和市场仅仅视为相互排斥的替代物,政府政策的目标被定位于改善民间部门解决协调问题及克服其他市场缺陷的能力^[25]。从世界各国医疗改革的实践看,政府与市场在医疗领域的融合成为一种趋势,美国医改的方向是强化政府的职能,以矫正医疗体制过度市场化的弊端;英国自撒切尔夫人时期开始就通过“内部市场化”改革,将医疗服务的购买者和服务提供者分开,通过竞争手段提高医疗服务的效率。^[26]荷兰“有管理的竞争”模式下,政府充当了政策和规则制定者、监管者和资金支持者的角色,政府职能的履行可以为市场主体更好的发挥作用,矫正市场失灵,促进公共目标的实现提供保障。

第二,好的改革目标需要有与之匹配的制度环境。回顾荷兰改革的历程,可以发现,自1987年开始,荷兰就围绕着“有管理的竞争”模式的引入进行了一系列的讨论,并逐步出台了一些政策,创造条件朝着改革目标迈进。客观而言,经过近20年的准备,为2006年全面推行“有管理的竞争”型医疗体制奠定了基础和条件。如前所述,“有管理的竞争”需要满足一定的条件:信息是消费者理性选择的基础,保险市场和保险服务市场的竞争是制度有效运行的核心,而风险均衡机制是“全民参保”公共目标实现的机制保障。荷兰在1993年建立了风险均衡基金,并逐步完善修正疾病成本预测模

型;积极放松对医疗保险市场和医疗服务领域的政府管制,为市场机制作用的发挥创造条件,比如逐步扩大保险公司与医疗服务机构价格协商的比重,由2006年的20%,提高到2009年34%,并希望逐步提高到70%左右;政府和社会中介组织不断改善消费者信息质量,为消费者选择提供支持。即便如此,还有许多因素不完善,甚至可能动摇荷兰“有管理的竞争”模式的根基,比如消费者较低的转换率、高市场集中度、风险均衡模型的弊端等,都限制了市场机制作用的发挥。

第三,竞争并不必然带来医疗成本的削减,医疗服务定价是荷兰面临的重要挑战。荷兰自上世纪70年代开始就围绕着削减医疗成本采取了一系列措施,直至引入“有管理的竞争”的制度安排。但从实际效果看,无论是相对规模还是绝对规模,医疗成本依然在增长。而医疗服务定价是问题的核心。医疗服务不同于其他的产品,医生具有极强的专业优势,荷兰采取了医保机构和医疗机构协商定价和政府定价(NZa)相结合的医疗服务价格机制,并逐步扩大协商定价的比例,以发挥保险机构“第三方支付”功能,实现降低医疗服务价格和提高服务质量的目的,但实际效果并不显著。2006年改革引入了DBC制度,用于医院诊疗服务支付,但由于DBC费率确定的过高,使当年医院诊疗费用比2005年增长了7.9%。后来医院退回了因费率过高而征收的医疗费,大约18亿欧元。这充分说明,无论是政府还是保险机构在与医疗机构进行医疗服务价格谈判过程中都处于相对弱势的地位。2006年改革也调整了全科医生(GP)的医疗服务价格和收入结构,每个全科医生可以获得约52欧元的人头费,此外每次诊疗咨询费约9欧元(15分钟以内,时间越长收费越高)以及其他按项目收费的类型。2006年的初级诊疗费规模比2005年增长了17%,超出预期14个百分点,原因也是费率定的过高以及过度的诊疗咨询服务所致^[2]。有研究表明:医疗机构的市场集中度越高,在谈判中越具有优势;而医保机构的市场集中度越高,则在谈判中越处于劣势。^[27]因此,科学合理的医疗服务定价是医改控费目标实现的基础和关键。

参考文献:

[1]K Donelan, R J Blendon, C Schoen, K Davis and K Binns. The cost of health system change: public discontent in five nations [J]. Health Affairs, 1999, 18, no.3:206-216.

- [2]Willemijn Sch?fer, etc. The Netherlands Health system review [R]. Health Systems in Transition, Vol. 12 No. 1, 2010.
- [3]Health Consumer Powerhouse. European Health Consumer Index 2014 [R]. http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf
- [4]Alain C. Enthoven. A Living Model Of Managed Competition:A Conversation With Dutch Health Minister Ab Klink[J]. Health Affairs, 2008, 27, no.3:w196-w203.
- [5]Michael Stolpe. Reforming Health Care -The German Experience [R]. Submitted at the IMF Conference Public Health Care Reforms: Challenges and Lessons for Advanced and Emerging Europe, Paris, June 21, 2011.
- [6]Mikkers MC, Ryan P. Managed competition for Ireland? [R]. TILEC Discussion Paper No. 023, 2011.
- [7]JILL Q. Why the U.S. Has No National Health Insurance: Stakeholder Mobilization Against the Welfare State, 1945-1996 [J]. Journal of Health and Social Behavior, 2005, 45(Suppl): 25-44.
- [8]Valentin Petkantchin. Health care reform in the Netherlands [J]. IEM's Economic Note. June, 2010.
- [9]Pauline Vaillancourt Rosenau, Christiaan J. Lako. An experiment with regulated competition and individual mandates for universal health care- the new dutch health insurance system[J]. Journal of Health Politics, Policy and Law, 2008, Volume 33,?Number 6:1031-1055.
- [10]Stewart R. Dutch Health Insurance Reform: An Evolving Effort to Transform Healthcare [J]. Thornton, RJ. Benelux: Integration and Individuality, 2008, 26: 55-63.
- [11]P. Ryan,S. Thomas,C. Normand. Translating Dutch: challenges and opportunities in reforming health financing in Ireland [J]. Irish Journal of Medical Science, 2009, Vol. 178:245-248.
- [12]Daley C, Gubb J, Clarke E, et al. Healthcare Systems: The Netherlands [J]. Retrieved Jan,

- 2011, 20: 2013.
- [13]Alain C. Enthoven. The History and Principle of Managed Competition [J]. Health Affairs, 1993, vol. 12?no. suppl 1:24-48.
- [14]van Kleef R. Managed competition in the Dutch Health Care System: Preconditions and experiences so far [J]. Public Policy Review, 2012, 8(2): 171-190.
- [15]Van Kleef R.C. and R.C.J.A. van Vliet. Improving risk equalization using multiple-year high cost as a health indicator [J]. Medical Care, 2012, 50: 140-144.
- [16]Stefan Gre?, Maral Manouguian, Jurgen Wasem. Health Insurance Reform in the Netherlands[R]. CESifo DICE Report , 1/2007.
- [17]Bartholomé Y, Maarse H. Empowering the chronically ill? Patient collectives in the new Dutch health insurance system [J]. Health Policy, 2007, 84(2): 162-169.
- [18]Van de Ven W.P.M.M, Schut F.T.. Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress [J]. Health Economics, 2009, 18(3): 253-255.
- [19]Schut F T, van de Ven W P M M. Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty? [J]. Health Economics, Policy and Law, 2011, 6 (01): 109-123.
- [20]Maarse H, Bartholomé Y. A public - private analysis of the new Dutch health insurance system [J]. The European Journal of Health Economics, 2007, 8(1): 77-82.
- [21]Lako C J, Rosenau P, Daw C. Switching health insurance plans: results from a health survey[J]. Health Care Analysi, 2011, 19(4): 312-328.
- [22]Thomson S, Busse R, Crivelli L, et al. Statutory health insurance competition in Europe: a four-country comparison [J]. Health policy, 2013, 109(3): 209-225.
- [23]Roos A F, Schut F T. Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands[J]. The European Journal of Health Economics, 2012, 13(1): 51-62.
- [24]王锡源.破解医改难题关键在于纠正市场与政府的双失灵——中国医疗体制改革的经济学分析[J].经济与管理,2007,(8):10-15.
- [25]青木昌彦,凯文·穆尔多克,奥野(藤原)正宽.东亚经济发展中政府作用的新诠释:市场增进论[J].经济社会体制比较,1996,(5):1-11.
- [26]顾昕.英国全民免费医疗走向市场化[J].中国医改评论,2011,(18):1-7.
- [27]Halbersma R S, Mikkers M C, et al. Market structure and hospital - insurer bargaining in the Netherlands[J]. The European Journal of Health Economics, 2011, 12(6): 589-603.

责任编辑 朱文婷