

欧盟跨境医疗政策的积极一体化

——超国家力量和国家力量间的双向调适*

刘涛 刘木兰

内容提要:随着欧洲统一市场的建立与威斯特伐利亚体系下主权国家边界的逐步淡化,欧盟公民自由且频繁的跨境流动催生了对国民医疗保障权利可跨国转移的需求。一方面,该现象对福利国家的医疗保障供给闭环带来了冲击,各国通过调整国内制度以应对境内患者的“流出”与境外患者的“闯入”;另一方面,欧盟通过立法协调成员国政策。虽然欧盟具备较强的超国家整合能力,但缺乏在医疗保障制度跨国协调方面的国家行动能力;成员国虽然会积极地将欧盟的相关立法内化为国内法规,但欧盟在法律执行过程中遵循主权共管原则,医疗保障领域的权能仍然归成员国所有。由于超国家行动能力的局限性与国家能力的不均衡分布,使欧盟跨境医疗政策出现了“去一体化”迹象,有些成员国已着手采取相关措施。欧盟的超国家行动能力在短期内难以得到显著提升,其跨境医疗政策的深化面临诸多困境。

关键词: 欧盟 跨境医疗 医疗保障 积极一体化

一 欧洲社会一体化进程中的跨境医疗需求

欧洲统一市场实现了区域内商品、服务、人员与资本的跨境流动,而申根区又淡化了威斯特伐利亚体系下的主权国家边界,使4亿多人口能够在没有内部边界的超国家区域内自由流动。如今,约1700万名欧盟公民在母国之外的另一个成员国生活

* 本文受到教育部人文社会科学重点研究基地中山大学中国公共管理研究中心课题“共同富裕时代人民美好生活需要与社会政策创新研究”(批准号:22JJD630021)、中央高校基本科研业务费专项资金“共建共治共享的多层次社会保障体系建设实践研究”(S20230211)的资助。

或工作,^①成员国的季节工人则有65—85万名。^②此外,2019年,65%的欧盟公民至少进行一次个人旅游,其中近15%的人前往其他成员国。^③跨境流动人口的数量越发增多,流动方向与范围越发错综复杂已成为趋势。鉴于疾病诊疗时常需要超越国家边界的刚性约束,成员国公民将越来越多地脱离或暂时脱离原本归属的医疗保障体系,导致双边或多边跨境医疗保障协调机制无法满足现实需求。鉴于此,具有超国家性质的欧盟需承担医疗领域跨越边界的协调和治理功能,民族国家的医疗问题逐渐外溢到超国家范围。

随着社会基础设施的不断完善和公民意识的培育与觉醒,成员国公民逐渐产生了超越民族国家权能的权利诉求和社会需求,表现之一便是公民对境外医疗的需求。2015年的一项民调显示,28个欧盟成员国中有近一半(49%)的公民愿意前往另一个成员国接受治疗,这一比例在2007年时曾达到53%。^④同年的另一项调查也显示,近1/8被访者的旅行理由是寻求治疗。^⑤随着欧盟公民跨境就医需求的上升,原先在福利国家体系下的社会权利需要具备跨国转移的条件,如欧洲法院的Stamatelaki案提出了在其他成员国的私立医院接受治疗后也可获得费用偿付的诉求, Vanbraekel案提出了欧盟公民在必要时可前往其他成员国接受住院治疗的诉求, Kohll和Decker案提出了在未经事先授权的情况下在另一成员国接受门诊治疗与购买处方药品,并根据参保国的费率得到费用偿付的诉求等。^⑥

医疗保障领域出现的跨国问题与诉求不但无法在国家 and 次国家层面予以解决,且国家间也无法以独立、双边或多边的形式进行处理。鉴于此,相关议题成为欧盟理事会与欧洲议会的政策议程。然而,同样的问题与诉求因成员国的制度差异而呈现迥然不同的特征。虽然欧盟与成员国基于共同的价值追求开启了跨境医疗领域的一体化进程,但这一进程不可避免地因国家间的差异而充满曲折与未知。

① European Union, "Key European Union Achievements and Tangible Benefits," https://european-union.europa.eu/achievements_en.

② 欧盟相关统计部门并未公布过这一群体的统计信息,但欧盟委员会的就业、社会事务和包容总司曾提出估计区间。参见 European Commission, "Annual Report on Intra-EU Labour Mobility 2022," Publications Office of the European Union, 2023, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/560178>。

③ Eurostat, "Tourism Statistics," https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tourism_statistics.

④ European Commission, "Patients Rights in Cross-border Healthcare in the European Union," May 2015, <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2034>.

⑤ European Commission, "Preferences of Europeans Towards Tourism," March 2015, <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2061>.

⑥ European Commission, "Case Law," <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=953&langId=en>.

二 欧盟跨境医疗政策的积极一体化

(一) 国家医疗保障体系的静态性与欧盟公民的流动性

鉴于医疗系统的复杂性,世界上不存在两个完全相同的医疗保障体系,但欧盟成员国的医疗保障体系享有一些共同特征。首先,成员国所提供的保障以服务与实物的组合为载体,如医生和护理人员通过诊断、治疗和护理提供给付服务,以及药剂师的药物给付。这种给付方式意味着筹资主体与给付主体间处于分离状态。与现金给付政策不同,医疗保障系统的专业技术门槛较高,因此,政府部门或其他经办部门无法直接提供服务。其次,因病患的治疗需在一定医学时限内进行,且每个医疗供给机构所提供的服务仅具有有限的地域辐射范围,患者的移动意味着医疗保障供给主体的变更。最后,筹资机构与服务给付者之间、待遇享受者与筹资机构之间均存在明确的委托代理关系,因此,筹资机构、给付者与待遇享受者在相应的地域范围内形成一个以资金流动链条为轨迹的闭环模式。

然而,欧盟成员国公民的频繁跨境流动使得原本稳固的闭环遭受冲击。由于医疗保障的筹资主体与给付主体相互分离,而公民地理位置的移动又使待遇的给付者发生变化,当公民自由流动时,基于疾病与身体伤害的即时性特征,往往需由所停留地区的医疗服务机构提供治疗与相关的医疗待遇。需要指出的是,每个国家的医疗服务体系在设计之初都以本国患者为中心,患者的“流出”与“闯入”无疑使各国原有的供给体系、筹资与支付体系受到影响,这意味着跨境流动的患者突破了医疗体系的资金流动闭环。除此之外,由于医疗服务与药品实物在各国所属的市场环境与治理架构内生产和流通,因而供给模式、价格和成本在国家间存在差异,这些差异要求各国的治理体系具备更强的适应能力。

(二) 弱化成员国专属权能的积极一体化进程

由于人员的流动带来了疾病的流动,因而疾病的诊疗在某种程度上与民族国家的边界相冲突。鉴于此,医疗保障的跨境调节机制与经济一体化高度相关,呈现出“功能性耦合”的特征。然而,由于医疗供给为成员国专属权能,无法通过消极一体化的方式将社会职能与经济一体化相融合。消极一体化与积极一体化是欧洲一体化进程的两种逻辑,前者通过排除法,规定成员国不能做什么来推动一体化发展,后者则通过

建立新的规则使成员国的制度更好地适应欧洲模式。^① 由于欧盟没有权限敦促成员国为形成医疗保障制度的跨国合作而废除相关制度,只能通过制定新的超国家层面的规则以促使相关社会目标的实现,因此,积极一体化方式更契合实际。为实现积极一体化,一方面需要欧盟在掌握各国医疗保障制度架构的基础上制定跨国协调的相关规则;另一方面则需要尊重成员国维护国家利益的诉求,通过国家间主权共管的形式塑造集体行动的意愿。虽然欧盟是区域一体化水平最高的超国家联盟,但成员国的利益各不相同,超国家与国家层面的利益协调亦受多方面因素的影响,因此,医疗保障领域的积极一体化将呈现正反两方面的趋势。

三 超国家层面下的欧盟跨境医疗模式

(一) 欧盟跨境医疗政策的整合与推进

一方面,欧盟公共政策的制定过程与成员国的政策推动进程具有相似性;另一方面,由于治理结构的差异,欧盟与成员国间存在较大的不同。如上所述,医疗保障领域的一体化既涉及社会一体化,又与经济一体化相挂钩。在欧洲一体化的发展历程中,医疗保障领域的问题随着一体化的深化而演变。由于欧盟的一体化目标与成员国的国家利益间存在不同程度的调和难度,因此在政策制定阶段,社会一体化和经济一体化的优先级存在差异,所形成的方案、具体的实践,以及评估与修正的方式也有所不同。

在欧洲社会一体化过程中,《社会保障协调法规》(Regulation(EC) NO 883/2004,以下简称“法规”)^②起到了协调各国社会保障制度的作用。社会保障制度的协调直接关系到成员国国民能否实现真正意义上的自由流动,而人员的自由流动则涉及一体化的结构性问题。因此,社会保障制度的协调问题在一体化发展之初便被置于欧盟委员会的政策议程之中。该问题因一体化发展的刚需而被赋予了优先级,即成员国必须在

^① Fritz Scharpf, “Negative and Positive Integration in the Political Economy of European Welfare States,” in Martin Rhodes and Yves Mény, eds., *The Future of European Welfare: A New Social Contract?* Palgrave Macmillan, 1998, pp.157-177; Alec Stone Sweet and James A. Caporaso, “From Free Trade to Supranational Polity: The European Court and Integration,” in Wayne Sandholtz and Alec Stone Sweet, eds., *European Integration and Supranational Governance*, Oxford University Press, 1998, pp.92-133; Stefan Bernhard, “From Conflict to Consensus: European Neoliberalism and the Debate on the Future of EU Social Policy,” *Work Organisation, Labour and Globalisation*, Vol.4, No.1, 2010, pp. 175-192.

^② Regulation (EC) No 883/2004 of the European Parliament and of the Council of 29 April 2004 on the Coordination of Social Security Systems, OJ L 200/1, 7 June 2004.

该领域展开合作。而对于如何开展合作,成员国将在维护国家利益的基础上与他国进行协商谈判,由各国卫生部长组成的欧盟理事会以一致通过(unanimous vote)的方式确定最终方案,并经由欧洲议会审议通过。最终的政策议案将以欧盟法规的形式约束所有成员国的行为,这意味着成员国需将法规融入本国的相关立法之中,并在与本国立法存在矛盾的方面赋予欧盟法以优先地位。法规将由欧盟的超国家机构负责定期评估,然而,评估能否顺利进行则取决于各成员国政府的配合程度。

《跨境患者权利指令》(Directive 2011/24/EU,以下简称“指令”)^①试图推动药品、医疗服务、患者与医疗从业者的经济一体化进程。由于医保领域的商品、服务和人员的自由流动与经济一体化的深化息息相关,因而在建设经济与货币联盟阶段,该法案被置于欧盟委员会的政策议程中。鉴于医疗产品与服务不具备纯粹的市场属性,患者寻求产品与服务的过程不是完全的市场行为,医疗领域的国家闭环特征暂时不会深刻影响欧洲一体化,尤其是经济一体化的发展进程。加之多方利益的牵涉,医疗领域的优先级低于上文所述的社会保障制度的协调机制。而基于各国政策和医疗体系运行效率的差异,能否实现医疗领域的经济一体化以及如何实现,将会面临更加难以调和的矛盾。因此,这一议题由欧盟理事会以特定多数票(qualified majority)的方式获得通过。^②该法案以欧盟指令的形式引导成员国的行动,其较少涉及欧盟层面的约束与限制,而是需要各成员国以利于实现共同目标的方式将指令的内容移植转化到本国的法律体系中。指令的评估过程与法规相似,欧盟的超国家机构主要发挥牵头与组织作用,评估过程则由成员国政府主导。

(二) 制度协调而非统一——跨境医疗领域积极一体化进程的技术支撑

上文述及的法规主要致力于协调功能,指令则具有导向功能。之所以称这一系列政策的制定与实施为一种技术整合,是因为欧盟的法规与指令既没有倡导建立一个联盟层级的医疗保障体系,也没有着手废止成员国内不利于实现制度协调与合作的要素。为了营造一个适应一体化发展的医疗保障制度,推动成员国之间医疗产品与服务的要素流动并保障跨境患者的医疗权益,欧盟通过制定协调与信息共享规则,为建立长期稳定的制度合作关系奠定基础。成员国负责组织与提供医疗保障,欧盟层面的共

^① Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the Application of Patients' Rights in Cross-border Healthcare, OJ L 88/45, 4 April 2011.

^② 在 Directive 2011/24/EU 指令的立法投票过程中,波兰、奥地利、葡萄牙和罗马尼亚投了反对票,斯洛伐克弃权。

同规则则突破了国家间制度协调的障碍。此外,由于每个国家的医疗保障体系涉及多个子系统,国与国之间的制度协调较为复杂,欧盟据此确立了跨境患者所需信息的提供主体与提供渠道,统一了用于制度协调的业务文档的标准。

1. 打造共同规范以协调制度

综合欧盟公民的就医需求,法规定义了非计划医疗、计划医疗与居住地和参保地不一致三种就医情境,^①并在计划医疗与非计划医疗情境下,与指令相互呼应。^②针对前两种就医情境,法规明确了获取医疗服务与保障的条件、医疗保障覆盖范围与保障水平,以及跨境就医对患者及国家医疗保障体系带来的影响;指令则通过放松法规的相关条件扩大患者的跨境就医权利,激发市场活力,起到对法规的补充作用。

在非计划医疗的情境下,即在国外临时停留期间因突发疾病或受伤而寻求必要医治,法规具有更普遍的适用性。在该情境下,只要携带有效的欧洲医疗保险卡(EHIC)就可获得等同于国民的医疗保障待遇。^③在计划医疗的情境下,即为了获得医疗服务而前往另一个国家,根据法规规定,寻求治疗之前需获得参保国医疗保障机构的事先授权(Prior Authorisation),即填写 PDs S2 表格(portable documents S2 form,以下简称“S2 表格”)。而在指令所构建的规则体系下,只有小部分寻医情况需获得医疗保障机构的事先授权,如过夜住院,以及专业化、高成本、存在安全风险等类型的治疗。至于哪些治疗需要事先授权,则由成员国自行决定,且患者可在治疗国的公立机构与私立机构之间进行自由选择。^④根据指令,跨境寻医的患者仍适用参保国国民医疗保障的待遇标准,但患者需预付所有的医疗费用,回国后按照本国的保障覆盖范围与比例进行事后偿付。^⑤

2. 推动信息共享以应对协调复杂性

如上所述,在欧盟医疗保障制度框架下,有三种就医情境以及两种制度协调规则。与此同时,27 个成员国医疗保障制度的保障内容、保障水平、就医模式、支付方式与医

^① Regulation (EC) No 883/2004 第 17 条规定,居住在主管成员国之外的被保险人可获得居住地主管机构提供的实物福利;第 19 条规定,被保险人在主管成员国逗留期间可因患病获得必要的实物福利;第 20 条规定,被保险人可被授权在居住成员国之外接受适当的计划性治疗。

^② 需要指出的是,指令多应用于计划医疗的情境。跨境患者虽然可以在非计划医疗的情境下通过指令的规则获得医疗服务与后续保障,但使用法规下的欧洲医疗保险卡(EHIC)更为便捷。此外,指令第 2 条规定,其与法规之间互不影响。

^③ 法规第 3 条规定,该法规应用于疾病领域,第 4 条确立了待遇平等原则。对 EHIC 的介绍,参见 2003/751/EC; Decision No.189。

^④ 指令第 8 条明确了可能需要事先授权的医疗保障情况。

^⑤ 指令第 7 条指出了费用偿付的一般原则,在被保险人有权在国内享受相应福利权利的情况下,成员国应偿付跨境医疗的相关费用。

疗管理体制千差万别。鉴于此,保障欧盟公民权利的前提是使患者在充分理解欧盟规则的基础上明悉自己的权利,并使不同就医情境下的患者掌握足够的信息。为了实现制度协调并保障欧盟公民的就医权利,欧盟开发了两个信息共享平台:一是社会保障信息电子交换系统(The Electronic Exchange of Social Security Information),用于各国医疗保障机构间的信息共享;二是由国家医疗保障机构、各国医疗服务提供者等主体构成,在欧盟层面集成的信息共享平台——国家联络点(National Contact Points)。^① 国家联络点负责提供与法规和指令相关的信息,包括参保国和治疗国的医疗权利信息和服务信息;国家医疗保障机构负责告知流出的患者哪些治疗需要事先授权、获得事先授权的程序与预期时限,保障覆盖的范围、偿付的比例、可能需要的相关手续与材料等;医疗服务提供者则负责提供医疗服务、安全标准等与治疗相关的信息。

为了实现医疗保障权利的跨境转移,欧盟规定了医疗保障数据的标准,统一了业务文档的格式,构筑了医疗保障资金的回流渠道。如 S1 表格使居住地和工作地不一致的欧盟公民得以在非参保国的居住国享受医疗保障权利,S2 表格使计划前往他国寻求治疗的欧盟公民能够获得治疗国国民的待遇,EHIC 使任何欧盟公民在他国遇到医疗风险时都能获得与本国国民相同的医疗保障权利。^② 在基金回流方面,各治疗国在垫付外国患者的相关费用后,可通过 E125 表格向患者的参保国申请偿付;当患者预付国外治疗费用后,其所属的参保国可使用 E126 表格向治疗国索要有关偿付范围与标准的信息。^③

四 国家主权共管下欧盟跨境医疗的积极一体化进程

(一) 庞杂封闭的医疗保障系统与系统开放的冲击

根据医疗服务的筹资与供给方式,可以将欧盟成员国划分为社会医疗保险、国民卫生服务与私人健康保险三种类型。^④ 由于同一类型下的各国制度存在显著差异,因

^① 指令第 5 条规定,成员国需应要求向患者提供跨境医疗的相关信息,第 6 条提出了对国家建立国家联络点的相关要求。

^② S1 表格适用于居住国和投保国不一致的公民,如派遣工人、跨境工人和退休人员等,由参保国相关经办机构签发。

^③ E125 表格和 E126 表格是成员国经办机构在费用报销阶段互相交换的表格。

^④ European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, "Inequalities in Access to Healthcare: A Study of National Policies 2018," Publications Office, 2018, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/371408>.

而无法简单地探讨不同类型间的差异。此外,由于某一国家的医疗体系所涉主体众多,主体之间的互动关系也较为繁复,因而很难对某个成员国的医疗保障体系进行全面描绘。鉴于此,下文将基于世界卫生组织划定的医疗体系要素,对部分代表性成员国的医疗保障体系展开分析。由于国与国之间的资金往来与服务提供展现了相关国家如何实现主权共管,因而接下来将根据医疗保障制度类型及各类型下第三方付费者的机构性质(国家政府部门、社会团体与其他非营利组织)与服务供给方式,并综合欧盟患者的主要跨境流动国家,^①选取社会保险国家——德国和法国、国民卫生服务国家——西班牙,以及私人健康保险国家——荷兰四个案例展开分析。^②

如表 1 所示,各国医疗保障体系均较为复杂且差异性较大。复杂性体现在医疗保障体系所涉主体多,包括患者、维持体系运行的筹资付费者、服务提供者与相关产品的生产者。相关主体间联系紧密,关系错综复杂。差异性体现在:第一,从医疗保障治理系统来看,由于相关主体的特征与作用存在差异,形成了不同的治理层级架构。有的是层级化结构,如西班牙与法国的筹资以行政区划为单位;有的是扁平化结构,如德国的筹资机构为公法团体性质、根据职业划分的疾病基金,荷兰的筹资机构为营利性较弱的商业医疗保险公司,筹资形式由国民从 9 家医疗保险公司中自由选择一家投保。第二,各国的医疗制度不尽相同,如荷兰的医院均为非公立性质,而在德国、法国和西班牙,与社会保障经办机构签约的医院多是公立医院。第三,主体间的互动关系不一,如患者与医疗服务提供者之间的关系方面,部分成员国实施严格的转诊制度,部分成员国则给予患者充分的自由选择权。又如,筹资者与医疗服务提供者之间也以不同的方式确立相应的委托代理关系,这意味着各国医疗保障基金的流动方向与渠道存在差异,付费者的角色以及付费者所参照的标准不尽相同。第四,患者所承担的责任及享受的权利不一,各国患者享有相异的医疗保障待遇范围与水平,且患者从不同的渠道获取相关信息。

^① European Observatory on Health Systems and Policies, <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews>.

^② 其中,荷兰虽被欧盟委员会划归到私人健康保险体制当中,但该国的模式与一般的商业保险模式不同。在荷兰模式中,政府与市场在整个医疗保障体制中密切合作,健康保险产品的提供、医疗服务与产品的提供、二者间委托代理关系的管理等环节都在市场的环境下进行,国家主要发挥管制竞争的作用,通过市场手段实现保障国民健康的社会政策目标。参见 Pauline Vaillancourt Rosenau and Christiaan J. Lako, "An Experiment with Regulated Competition and Individual Mandates for Universal Health Care: The new Dutch Health Insurance System," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol.33, No.6, 2008, pp.1031-1055。

表 1 德国、法国、西班牙、荷兰四国医疗保障制度比较

	德国	法国	西班牙	荷兰
就医模式	可在全科医生与专科医生间进行自由选择,这意味着未完全落实全科医生的守门人角色	严格的守门人制度,国内患者与相关全科医生存在明确的签约关系,跳过全科医生选择专科医生需支付额外费用	可自由选择全科医生,但执行严格的守门人制度,需经全科医生转诊后回诊专科医生	可选择由商业医疗保险公司提供的经济补偿,也可选择由其提供的实物与服务福利。选择享受经济补偿的患者可在全科医生与专科医生间进行自由选择,而选择享受实物与服务福利的患者需前往与商业医疗保险公司签约的服务提供者
服务者与付费者间关系	付费者不唯一,且付费者与服务者之间为对多的不确定关系	付费者唯一,且付费者与服务者为一对多的确定关系	付费者唯一,且付费者与服务者为一对多的确定关系	付费者不唯一,但与服务者为对多的确定关系;每位医疗工作者及每个医疗服务供给机构都与 9 家商业医疗保险公司签约
付费机制	全科医生:按人头付费+FFS 专科医生:按人头付费+FFS 住院:DRG	全科医生:FFS + P4Q + C; 专科医生:FFS + P4Q; 住院:ABP + P4Q	全科医生:S / C / P4P; 专科医生:S / P4P; 住院:GB / EP	全科医生:C+咨询费等多种形式的组合 专科医生:DBCcs
医疗保障资金来源方式	法定医疗保险,按行业组建的疾病基金	法定医疗保险	税收划拨专项预算	商业医疗保险
医疗保障体系管理方式	社会自治	辖区内的社会保障机构进行政治治理	辖区内医疗部门进行政治治理	社会自治

资料来源:European Observatory on Health Systems and Policies, “Health System Reviews (HIT Series),” <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews>。

注:FFS为按项目付费(Fee-for-service);DRG为按病种付费(Diagnostic-Related Groups);DTCs为按诊断治疗组合支付(Diagnosis-Treatment Combinations);P4Q为按质量付费(Pay for Quality);BP为捆绑付费(Bundled Payment);GB为总额预付(Global Budget);ABP为据诊疗活动付费(Activity-based Payment);EP为按治疗事件支付(Episode-based Payment);S为按薪酬付费(Salary);C为按人头付费(Capitation);PD为按床日付费(Per Diem)。

患者跨境流动频次的增加对各国的医疗保障系统形成较大冲击。首先,由于就医途径的不同,委托者与代理者之间的费用计算方式受到影响,进而影响费用的控制方式以及控制效果。而患者在国家间的流动则意味着成员国对患者行为的控制能力有所减弱。其次,国家的付费机制各不相同,而起到协调作用的法规则规定了按照治疗国际标准进行福利给付并计算成本的原则,这使跨境就医的费用与本国的相左。最后,由于国家委托代理关系的多样化,国家间的对接难度有所增加,尤其是如何确定“代为付费者”的角色。例如,在付费者不唯一且付费者与服务者之间为多对多关系的情况下,因与服务提供者签约的付费者机构并不是一对一的关系,而境外患者又与国内的任何一家筹资机构都不存在缴费参保关系,因而难以确定由谁预付境外患者的费用,凡此种种,带来治理方面的困境。

(二) 主权共管下的欧盟法移植转化逻辑——增设行政职能

总体而言,法规所带来的直接约束以及指令对各成员国提出的转化要求均没有改变各成员国原有的制度框架,而是促使成员国在原有框架的基础上,为了满足跨境就医的社会需求增设相应的制度。如上所述,欧盟没有能力组建一个区域内的医疗保障体系,其行政机构也没有权限干预成员国医疗服务体系的运行与管理。然而,欧盟法赋予了欧盟公民跨境就医的社会权利。^①为推动这一权利的落实,所有成员国均允许并倡导公民申请 EHIC,负责医疗保障的部门需要对跨境转诊进行审批,对 S2 表格进行事先授权,相关的信息管理部门则负责提供境外医疗保障权利、境外医疗服务提供者、他国患者赴本国就诊的待遇标准与注意事项等信息。与此同时,各国基于国内的治理层级结构,通过 E125 表格和 E126 表格完成资金对接,一方面保证了境外患者的费用在本国得到覆盖,另一方面让国与国之间能够顺利实现预付费用的回流。

如上所述,各国通过资金筹集、服务采购、服务供应、服务使用与服务费用结算,形成了医疗保障资金流动的闭环。然而,为了保障各国国民的跨境医疗权利,需要以主权共管的形式实现国与国之间医疗体系的互联互通。由于国民的跨境就医权利不涉及社会保障归属关系的变更,因此患者的流动不会对各国的筹资体系带来直接影响,加之各国流出或流入的患者数量尚且较少,国家的服务采购与供应体系并未受到明显冲击。鉴于此,相关国家需合力解决以下问题:一是使他国患者能够使用本国医疗产

^① European Observatory on Health Systems and Policies, “Everything You Always Wanted to Know about European Union Health Policies but Were Afraid to Ask,” 17 April 2019, <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/everything-you-always-wanted-to-know-about-european-union-health-policies-but-were-afraid-to-ask-second-revised>.

品与服务并享受保障;二是让本国患者能够顺利地使用他国医疗产品与服务并享受待遇;三是明确成员国间费用结算的标准和形式。

基于上述目标,医疗保障体系的主权共管主要体现在国内相关人员与部门共同进行“守门”,并由国家确立详细且具体的事先授权条件,这意味着各国依旧拥有管理与控制患者流出的权力与能力。根据法规,患者的每一次外流都需要经过本国相关部门对于 S2 表格的事先授权;而根据指令,患者被赋予了较大的自由流动权。为减少国内患者因自由流动而造成的额外基金负担,指令要求患者在国外就医时预付所有费用,并在回国申请偿付时遵循本国标准。此外,每个国家都有权再次规范境外患者的流入行为,如在计划医疗的情境下,是否需要依照 S2 表格与相关医疗保障机构或医疗服务人员和机构进行提前沟通。与此同时,本国有权再次规范他国患者流入之后的就医秩序,即实行“外人新办法”,如原本设置了全科医生转诊制度或签约制度的国家,允许他国患者在流入后既可以选择全科医生,也可以跳过全科医生的转诊,自由问诊专科医生。

(三) 主权共管下的制度协调与对接

成员国对跨境医疗患者的权利转移、服务获取与费用偿付进行了规范。在权利的授予层面,成员国公民在申请 EHIC 或 S2 表格时均需经历大致相同的流程,而各成员国的受理机构则不尽相同。例如,德国的社会保险参保公民无需申请 EHIC,该卡自动打印在国内保险卡的背面;西班牙公民可在国内的社会保障电子办公室申请 EHIC;^①法国公民则通过 Ameli 账户^②向所属的健康保险基金申请 EHIC;^③荷兰公民可向所参保的医疗保险公司或 CAK 申请。^④关于事先授权的申请,每个国家的程序亦大致相同,如根据所投保的疾病基金,德国公民需向州级或行政区级的法定疾病基金办公室进行申请,荷兰由个人所选择的医疗保险公司或 CAK 提出申请,并由其进行评估;法国则由个人所隶属的健康保险基金的医疗顾问受理;^⑤西班牙的授权由自治区内的公

^① Seguridad Social, “Targeta Sanitària Europea (TSE),” <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionesTrabajadores/10938/11566/1761>.

^② Ameli 是法国国家健康保险 (Assurance Maladie) 系统提供的在线服务平台,供居民管理自己的健康保险事务;Ameli 也是其官方网站 (Ameli.fr) 及相关服务的简称,旨在提供简便的在线工具,帮助用户处理与健康保险相关的事务。

^③ Cleiss, “La Carte Européenne d’ Assurance Maladie (CEAM),” <https://www.cleiss.fr/particuliers/ceam.html>.

^④ CAK (Centraal Administratie Kantoor) 是荷兰的中央行政办公室,主要负责公共医疗保险和社会福利制度的管理。参见 Government of the Netherlands, “Standard Health Insurance,” <https://www.government.nl/topics/health-insurance/standard-health-insurance/applying-for-a-european-health-insurance-card-ehic>.

^⑤ Cleiss, “Vous partez sur le territoire d’ un Etat membre de l’ UE ou de l’ Espace Economique Européen (Islande, Liechtenstein et Norvège) pour vous faire soigner,” <https://www.cleiss.fr/particuliers/partir/soins/ue/soins-programmes-ue-eee.html>.

共卫生服务部门负责,个人需前往社会保障关注和信息中心(Social Security Attention and information Centre)或国家社会保障机构省级管理局(the Provincial Directorate of the National Social Security Institute)获取 S2 表格。

在权利认可及服务获取方面,对于一些不存在就医限制的国家,如前往德国就医的外国患者可自由选择与社会疾病基金签约的全科医生或专科医生,通过出示 EHIC 或 S2 表格获得就医资格与相应权利。而对于实施较为严格的全科医生首诊制度的法国,则采取了“外人新办法”的措施,即他国患者在该国看病时只需凭借 EHIC 或 S2 表格问诊隶属国家医疗保健系统的医生,而不受“医疗保健途径”(parcours de soins)^①的约束。

由于上述四个国家的医疗服务提供者与付费者之间的关系存在差异,不同国家以不同的形式建立委托代理关系,这意味着每个国家将根据本国制度预付境外患者的医疗费用,从而形成超国家的资金流动。在扁平化结构的成员国中,如德国大部分的医疗服务均由独立的医生提供,而与提供者确立委托代理关系的疾病基金并不唯一,因此,获得法定疾病基金许可的医生可与境外患者所选定的法定疾病基金进行直接结算。^②这意味着,与德国进行资金结算的他国机构是选定的法定疾病基金。与德国的情况相似,在荷兰,几乎所有的医疗服务提供者与服务机构均与国内的 9 家医疗保险公司签订合同,确立了委托代理关系。因此,当外国患者在该国看病时,医疗服务提供机构并不与同患者签订合同的医疗保险公司进行结算,而是由医疗服务提供者向专门的医疗保险公司——“银十字”(Zilveren Kruis)申报账单。^③鉴于此,银十字是与他国进行资金结算的唯一机构。在层级化结构的成员国中,法国要求境外患者在就诊与买药时先预付所有费用,再向治疗区域内的 CPAM 办公室^④提交偿付申请。因此,CPAM 办公室是与他国进行资金结算的机构。西班牙作为所选国家中唯一一个实行国民卫生服务的国家,因绝大部分医疗费用由相应辖区的财政预算所覆盖,该国的自治区卫生部门负责与他国的相关机构进行资金结算。

^① 该法案要求公民需签约专门的初级医生,且在看专科医生前从初级医生处获得转诊证明。参见 Cleiss, https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/vacances/index_en.html。

^② “Arztbesuch und Krankenversicherung für EU-Bürger,” Krankenkassen, <https://www.krankenkassen.de/incoming/aufenthalt/eu-buerger/>。

^③ 该机构是监管荷兰相关法律受益人护理费用的医疗保险公司。参见 Netherlands NCP Cross-Border Healthcare, <https://cbhc.hetca.nl/en/frequently-asked-questions/>。

^④ CPAM 是法国社会保障体系中的一个重要机构,全称为“Caisse Primaire d' Assurance Maladie”。CPAM 办公室负责为居住在其辖区内的居民管理法国的医疗保险(Assurance Maladie)并提供相关服务。

五 积极一体化进程中超国家力量与国家力量的平衡与调适

(一) 超国家力量与国家力量的动态平衡

通过欧盟的超国家政策以及成员国的集体行动,欧盟的跨境医疗政策呈现出积极的一面。其表现为,每个国家赋予并保障了患者的跨境医疗权利、拥有跨境就医的调控能力,且成员国之间的大部分预付资金实现了回流。

据不完全统计,2018年和2019年,欧盟境内拥有EHIC的公民已分别达到56%和53.1%,近些年的发行量虽有所浮动,但在2022年也达到了两亿四千多万张,且德国、奥地利、意大利和非欧盟成员国瑞士等国的发行率一直接近100%;^①关于计划医疗部分,S2表格的申请通过率一直维持在85%以上,如2022年为85.1%,2014年和2015年的通过率曾高达91.8%和93%;^②在指令规则下,跨境就医并获得费用偿付的人次在2022年时超过了46万,^③国民的跨境就医权利已得到了切实保障。此外,各成员国的跨境就医政策提升了国民跨境就医的权利意识,并让更多的医疗提供者了解到患者所享有的新权利,从而使国民在跨境就医的过程中能够享有相应的权利并获得保障。

与此同时,各成员国对国民的跨境就医行为具有一定的调控能力。首先,2022年,在欧盟境内被拒绝的事先授权申请者中,58%是因为治疗可在医学合理的时限内在国内获得,11%因为患者所寻求的治疗不在保障范围内,其余则是基于其他方面的因素。^④这表明,各国对跨境就医的必要性进行了把关,以免产生保障范围外的支出。

^① European Commission, "Cross-border Healthcare in the EU under Social Security Coordination Reference Year 2018," October 2019, p.14; "Cross-border Healthcare in the EU under Social Security Coordination Reference Year 2019," November 2020, p.15; "Cross-border Healthcare in the EU under Social Security Coordination Reference Year 2022," October 2023, p.22, https://op.europa.eu/en/search-results?p_p_id=eu_europa_publications_portlet_search_executor_SearchExecutorPortlet_INSTANCE_q8EzsBteHybf&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&queryText=Cross-border+Healthcare+in+the+EU+under+Social+Security+Coordination&facet.collection=EUPub&startRow=1&resultsPerPage=10&SEARCH_TYPE=SIMPLE.

^② European Commission, "Cross-border Healthcare in the EU under Social Security Coordination Reference Year 2022," p.73.

^③ European Commission, "Member State Data on Cross-border Patient Healthcare Following Directive 2011/24/EU Year 2022," pp.28-40, https://op.europa.eu/en/search-results?p_p_id=eu_europa_publications_portlet_search_executor_SearchExecutorPortlet_INSTANCE_q8EzsBteHybf&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&queryText=Data+on+cross-border+patient+healthcare+following+Directive+2011%2F24%2FEU+Reference+year+2021&facet.collection=EUPub&startRow=1&resultsPerPage=10&SEARCH_TYPE=SIMPLE.

^④ European Commission, "Cross-border Healthcare in the EU under Social Security Coordination Reference Year 2022," p.74.

其次,同期获得 S2 表格前往他国进行计划就医的患者仅占区域内总参保人口的 0.018%。^① 再次,EHIC 所针对的是意外情况下的必要治疗。最后,从各国所发行的 E125 或 E126 表格的数量来看,跨境患者数量的比例也相对较小。

可控性还表现在各成员国的第三方付费者在预付后实现了资金的返还。根据欧盟医疗费用的预付规则、返还规则以及标准化工具,绝大部分预付资金都实现了偿付,这意味着欧盟在保障患者权益的同时维护了各国的资金安全。如 2022 年非计划医疗产生的费用中,94.3%的份额由治疗国预付,并在事后向患者所属参保国的相关机构申请费用的返还;仅有 5.7%的费用先由患者自付再由参保成员国进行偿付。^② 计划医疗则由治疗国的相关经办机构向患者所属的医疗保障机构申请费用的偿付。

(二)一体化的障碍:超国家干预能力的局限及医疗资源的不均衡分配

虽然欧盟的跨境医疗政策有其积极的一面,但也存在一些问题。其一,欧盟的超国家干预能力有限。首先,欧盟的权能和行动能力受限。通过开放协调机制和定期政策评估,欧盟督促各国执行法规指令,却无法纠正成员国的违规行为。其次,由于医疗需求和资源分布不均,人员和费用收支也不均衡,各成员国需设置资金调剂方式。然而,由于欧盟缺乏相应的行动能力,部分成员国面临较大的资金压力。最后,欧盟推动医疗经济一体化的方式主要是让境外寻医者承担更多成本风险,虽然这一做法得到多数成员国的支持,但由于增加了欧盟公民的经济负担,从而降低了公民境外医疗消费的意愿。

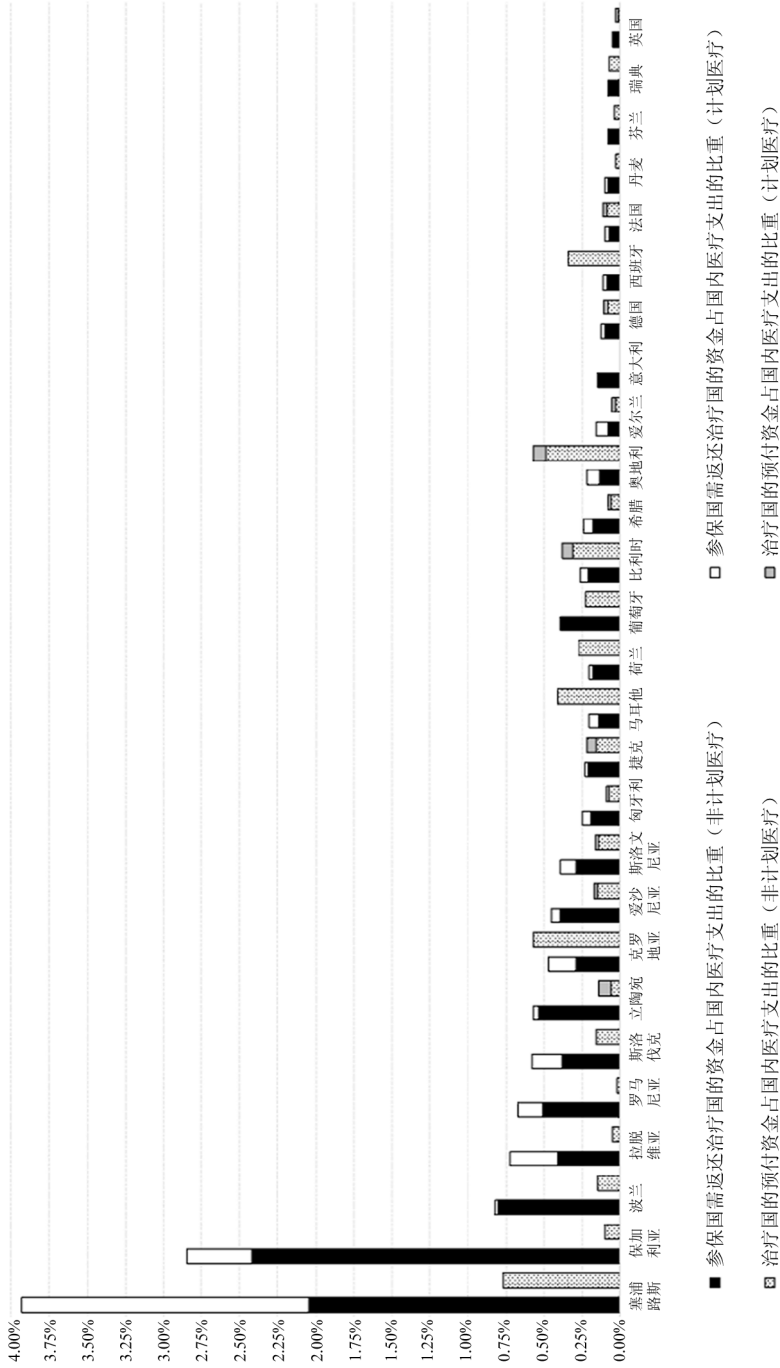
其二,医疗保障资源分配不均。患者跨境就医给各成员国带来了差异化的影响,部分成员国将承受不均衡的资金负担,并面临紧缩压力。如图 1 所示,塞浦路斯、保加利亚、拉脱维亚等成员国既非患者流入的主要目的国,亦非患者流出的主要来源国,然而,这些国家需要预付和事后偿付的资金占国内医疗支出的比例远高于法国、德国、比利时、意大利、西班牙、荷兰等主要患者流入与流出国。这既反映了各国医疗资源分布的差异,及其所带来的医疗质量的参差不齐,又反映了人均跨境就医量的非均衡分布。

医疗保障系统的开放意味着部分成员国将面临更多的不确定性与挑战。如表 2 所示,差值为负即表明在这些成员国内部,他国国民来本国看病所偿付的人均费用低于本国国民赴他国看病时所需偿付的人均费用。鉴于此,对于多数成员国而言,患者

^① European Commission, "Cross-border Healthcare in the EU under Social Security Coordination Reference Year 2022," p.67.

^② Ibid., p.32.

图 1 2019 年患者跨境就医对欧盟成员国影响



注：图由作者自制。数据来源：“Cross-border Healthcare in the EU Under Social Security Coordination Reference Year 2019,” November 2020, https://ec.europa.eu/social/main.jsp?advSearchKey=cross-border+healthcare+in+the+EU+&mode=advancedSubmit&catId=22&doc_submit=&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0。部分数据存在缺失。

的“流出”将比患者的“闯入”带来更沉重的压力。如保加利亚、捷克、爱沙尼亚、立陶宛、拉脱维亚、波兰等国,长期以来这些国家返还给他国的人均医疗费用均超过别国返还的人均费用。就人均医疗支出与个人自付的比例而言,虽然各国均试图保障本国国民的跨境就医权利,但由于成员国能力的差异,国家所负担的成本并不均衡。以 2019 年为例,欧盟人均医疗支出为 2572 欧元,其中德国 4504 欧元、荷兰 3908 欧元、比利时 3679 欧元、法国 3644 欧元、意大利 2473 欧元、西班牙 2451 欧元。与之相对比的是,塞浦路斯为 1891 欧元、保加利亚为 1353 欧元、拉脱维亚为 1337 欧元。^①由此可见,国家为患者提供医疗保障的绝对成本存在较大差异。除此之外,国家、社会与个人的费用承担比例也存在较大差异。2019 年,欧盟的医疗费用自付比例为 22%,其中法国为 9%、荷兰为 11%、德国为 13%、比利时为 19%、西班牙为 22%、意大利为 24%,而保加利亚和拉脱维亚为 39%、塞浦路斯为 45%。^②由此可见,境外就医不仅会产生更高的绝对医疗成本,且费用承担责任也将更多地转移到相应国家。鉴于此,对于多数成员国而言,相比他国国民在本国诊疗,其更有可能试图降低本国国民赴他国看病的可能性。

表 2 他国国民来本国治疗与本国国民赴他国治疗的人均费用差值(单位:欧元)

年份 成员国	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
比利时	930.99	765.16	879.55	—	—	-122.62
保加利亚	-320.75	-499.59	-2194.41	-648.91	-648.91	-878.65
捷克	-214.66	-168.77	-141.98	-90.30	-90.30	-157.02
丹麦	102.93	-56.70	140.30	70.33	70.33	274.86
德国	142.91	183.41	173.87	215.05	215.05	367.60
爱沙尼亚	-230.62	-799.04	-582.31	-401.30	-401.30	-790.09
爱尔兰	-226.24	-184.03	-174.71	-214.90	-214.90	-203.06
希腊	—	-836.02	-836.02	51.35	51.35	-222.35
西班牙	-159.07	-100.95	-129.33	-74.85	-74.85	-136.44

① OECD/European Union, “Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle,” OECD Publishing, 19 November 2020.

② Ibid.

法国	1463.83	1326.89	1454.87	1653.39	1653.39	2160.41
克罗地亚	-404.01	-453.32	-426.24	-425.02	-425.02	-539.38
意大利	-6.89	-496.11	-496.11	—	—	—
塞浦路斯	16.55	-1493.75	945.24	—	—	—
拉脱维亚	-415.32	-836.64	-379.46	-781.52	-781.52	-962.12
立陶宛	-658.89	-622.83	-667.55	-830.08	-830.08	-1109.48
卢森堡	—	—	—	—	—	—
匈牙利	-322.29	-344.40	-335.86	-371.84	-371.84	-557.97
马耳他	-196.15	216.15	-346.04	119.75	119.75	-176.48
荷兰	287.81	377.14	-19.92	-27.08	-27.08	-447.69
奥地利	163.77	201.95	134.51	127.76	127.76	256.67
波兰	-463.96	-1278.80	-1181.12	-563.53	-563.53	-649.80
葡萄牙	-158.66	-932.84	-928.77	-68.72	-68.72	-164.44
罗马尼亚	-629.80	—	-706.01	-839.75	-839.75	-1311.14
斯洛文尼亚	-43.19	61.93	-152.52	-4.92	-4.92	-36.24
斯洛伐克	-280.40	-337.17	-262.93	-307.15	-307.15	-141.59
芬兰	121.09	218.86	241.18	162.89	162.89	288.25
瑞典	422.08	381.23	716.83	53.42	53.42	431.30
英国 ^①	1225.61	—	728.52	2045.87	2045.87	—
欧盟 27 国	72.05	-22.99	5.21	56.92	56.92	64.20

资料来源：“Cross-border Healthcare Statistical Database (2013–2022),” <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1154&langId=en>。部分数据存在缺失。

注：1.他国国民来本国看病的费用为别国按照本国的标准偿付的费用，本国国民赴他国看病的费用为按照他国的标准偿付给他国的费用；2.人均费用的计算方式：别国国民来本国看病的人均费用=收回的总金额/(E125 表格的发行数量+E126 表格的接收数量)；本国国民赴他国看病的人均费用=支付的总金额/(E125 表格的接收数量+E126 表格的发行数量)。

(三)新一轮较量：超国家层面的调适与国家层面的抵抗

当下，面对跨境医疗现象的日益增加，超国家力量与国家力量之间开始了新一轮

^① 英国虽经历了从欧盟成员国到非成员国的身份转变，但自 2020 年脱欧后，欧盟跨境就医的相关法规与指令仍以特定的形式在该国适用，因此，英国仍是欧盟跨境医疗规则的参与者。

的较量——超国家主体为了一体化的深化采取了相应的调适措施,而部分国家为了消弭一体化的负面影响进行了适度抵抗。在欧盟层面,首先,鉴于干预能力的有限性,欧盟致力于支持与监督成员国通过开放协调机制等治理手段,缩小成员国在医疗卫生领域的政策差异。在这一过程中,欧盟只承担标准制定、检测评估与同行评审等职能,标准的细化则由各国基于自身情况制定,即通过政策扩散和相互学习形成成员国间政策的趋同。^①其次,欧盟通过区域政策中的地区投资方式,试图缩小区域之间经济发展和医疗条件的差异。最后,欧盟还致力于通过旨在促进区域内外合作与弱化国家边界的“欧洲区域间合作计划”(INTERREG),推动成员国间的合作。该计划为欧盟实现可持续的跨境医疗创造了条件,其不仅在治理领域吸引了更广泛的参与者,而且支持该计划运行的欧洲区域发展基金也为部分国家的部分跨境医疗合作项目提供了资助。^②然而,欧盟的两部立法为这一进程带来了阻力。尽管指令指出了其与法规之间的关系,但二者仍然存在内容上的重合,因而两部法案在执行过程中难免出现衔接上的不连贯。^③

在成员国层面,虽然患者的流动尚未给成员国带来供小于求的问题,但资金给付的压力显而易见。一方面,为了缓解资金负担,部分成员国已采取去一体化措施。如波兰的医疗保障管理当局通过设置严格的事先授权规则、跨境医疗偿付上限、较为复杂的偿付流程,要求提供转诊证明与处方,以及修改部分治疗的费用偿付比例,以限制国内患者的跨境就医行为。^④另一方面,部分成员国根据指令的相关内容限制他国患者在本国获取医疗服务与保障,如丹麦早在2019年就已开始此类限制,罗马尼亚和爱沙尼亚则已着手制定相关措施。除资金压力外,不同国家在指令执行的过程中也表现出迥异的态度。其一,在跨境医疗过程中,信息的高效流通至关重要,然而并非所有成员国国家联络点的建设都是完备的,有些成员国的国家联络点网站或尚未建立或仍在

^① European Union, "A New Framework for the Open Coordination of Social Protection and Inclusion Policies," <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=LEGISSUM:c10140&frontOfficeSuffix=%2F>.

^② Hynek Böhm and Joanna Kurowska-Pysz, "Can Cross-border Healthcare be Sustainable? An Example from the Czech-Austrian Borderland," *Sustainability*, 2019, DOI: 10.3390/su11246980.

^③ European Commission, "Study Supporting the Evaluation of the Directive 2011/24/EU to Ensure Patients' Rights in the EU in Cross-border Healthcare," 13 May 2022, p.15, https://health.ec.europa.eu/publications/study-supporting-evaluation-directive-201124eu-ensure-patients-rights-eu-cross-border-healthcare_en.

^④ Iwona Kowalska-Bobko et al., "Implementation of the Cross-border Healthcare Directive in Poland: How Not to Encourage Patients to Seek Care Abroad?" *Health Policy*, Vol.120, No.11, 2016, pp.1233-1239; Natasha Azzopardi-Muscat et al., "The Role of the 2011 Patients' Rights in Cross-border Health Care Directive in Shaping Seven National Health Systems: Looking Beyond Patient Mobility," *Health Policy*, Vol.122, No.3, 2018, pp.279-283.

建设过程中或无法访问。^①其二,指令的部分内容与大部分成员国的国内法不兼容。因此,虽然指令赋予欧盟公民赴他国私立非签约医疗机构看病后可获得费用偿付的权利,但其并未体现在部分成员国国内法中。基于此,爱沙尼亚、芬兰、马耳他、荷兰等国表示,需要先解决对本国私立非签约医疗机构的逆向歧视问题。^②

六 欧盟跨境医疗政策的困境与展望

在探究欧盟跨境医疗政策的积极一体化进程时,首先需要明确的是医疗制度本身的复杂性和特殊性。医疗保障作为国家社会福利体系的核心组成部分,不仅关乎公民的生存权和健康权,而且是衡量一个国家文明进步的重要标尺。各国医疗制度的异质性,从筹资机制、服务提供模式到治理结构,均深刻体现了国家的社会价值观、经济发展水平和政策取向。这种异质性在为各国带来符合自身利益的灵活性的同时,也为欧盟层面上的协调和整合带来了前所未有的挑战。

跨境医疗政策的一体化不仅要解决制度设计上的多样性问题,还要面对医疗资源分配的不均衡性。欧洲各国在医疗资源的承载能力、医疗服务水平以及医疗技术等方面存在显著差异。东欧和南欧国家居民倾向于前往医疗资源更丰富的北欧和西欧国家就医,这种跨境就医的趋势不仅凸显了医疗资源在欧洲的不均衡分配,还揭示了不同国家医疗水平的不平等。不平等导致医疗资源承载压力的不均衡性,一些国家因其较高的医疗水平而成为患者流入的热点,面临着额外的医疗资源需求和管理压力,其他国家则因患者流出而面临资金负担和潜在的医疗服务质量下降的风险。

这种压力的差异影响了各国对跨境医疗政策一体化的接受度和参与度,进而对欧盟医疗保障体系的稳定性和可持续性构成挑战。在全球化和区域一体化的大背景下,医疗保障政策的一体化不仅是一个技术性问题,而且是一个涉及社会公正、经济平衡和政治互信的复杂议题。欧盟作为一个超国家的政治实体,在推动医疗保障政策一体化的过程中,必须在尊重各国医疗保障制度多样性的基础上,寻求共同点和协调机制,以实现更加平衡和高效的医疗资源分配。

此外,尽管欧盟在经济一体化方面取得了巨大成就,但在医疗领域,其一体化进程

^① Sanne Elise Verra, Renske Kroeze and Kai Ruggeri, "Facilitating Safe and Successful Cross-border Healthcare in the European Union," *Health Policy*, Vol.120, No.6, 2016, pp.718-727.

^② Natasha Azzopardi-Muscat et al., "The Role of the 2011 Patients' Rights in Cross-border Health Care Directive in Shaping Seven National Health Systems; Looking Beyond Patient Mobility," pp.279-283.

受到民族福利国家体系的制约。欧盟尚不能被视为一个统一的福利主体,在医疗资源的稀缺性和昂贵性面前,各国不得不加强对于医疗资源流向的境内调控。这种调控在一定程度上限制了医疗保障政策的自由流动,反映了民族国家在医疗保障政策上的自主性和保守性。这表明,在医疗保障领域,超国家力量与国家力量之间的动态平衡尤为重要。欧盟需要在不损害成员国主权的前提下,通过建立更加有效的协调机制和共享平台,促进医疗资源的合理流动和优化配置。

在理论层面,欧盟跨境医疗政策的积极一体化可以被视为对新功能性主义的实践,即通过解决实际问题来推动更深层次的一体化。然而,在深入分析欧盟医疗保障政策的积极一体化进程时,我们不得不面对一个悖论:欧盟追求成员国民众的自由流动权,这是其统一理想的基石,但这种流动不可避免地带来资源分配的变化,尤其是在支出昂贵且敏感的医疗体系中。这一悖论折射出欧盟在一体化过程中的深层次困境:一方面,欧盟致力于保障联盟居民的流动权利;另一方面,其受限于缺乏直接征税和再分配权力的现实。欧盟的这种困境实际上是其“软实力”特性的体现。作为一个超国家实体,欧盟并不具备国家机器所具有的强制性力量,更多依赖于其软实力,特别是“整合权”,即通过协调、沟通和共识构建,实现成员国之间的合作与整合。在医疗保障领域,这种软实力表现为借助法规、指令以及政策框架促进成员国之间的协调和合作,而非直接干预或控制各国的医疗资源分配。然而,这种柔性调控力在实际操作中面临诸多挑战。成员国在医疗资源承载能力上的差异,以及由此产生的经济和政治压力,将会导致某些国家出现保护主义和医疗民族主义倾向,从而阻碍一体化的深入发展。此外,医疗保障政策的一体化还涉及国家主权与超国家治理之间的张力,这要求欧盟在推进一体化的同时,必须考虑成员国的利益和关切。

综上所述,欧盟跨境医疗政策的积极一体化是一个充满挑战的进程,它要求成员国在维护自身利益的同时,加强合作与协调。这一进程的成功不仅取决于政策的设计和实施,还取决于成员国之间的相互理解和信任,以及对欧洲价值观的坚守。而欧盟的软实力将在这一进程中发挥至关重要的作用,帮助成员国在尊重各自多样性的同时,实现更深层次的一体化和协调发展。

(作者简介:刘涛,浙江大学公共管理学院求是特聘教授,浙江大学社会治理研究院首席专家,中山大学中国公共管理研究中心研究员;刘木兰,浙江大学公共管理学院博士研究生。责任编辑:齐天骄)