

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

英国、香港卫生体制介绍专刊

2011年 第4卷第2期

(总第28期)

上海市卫生发展研究中心

2011年4月15日

编者按 4月18日—19日，中心将组织举办主题分别为“英国国民卫生服务（NHS）发展与改革”和“香港公立医院管理与改革”的两次学术报告会，分别由英国上议院议员、原英国 NHS 首席行政长官 Nigel Crisp 爵士和香港中文大学荣誉教授、原香港医院管理局行政总裁何兆炜先生担任演讲嘉宾。为配合这两次学术活动，我们编辑了本期内刊。英国卫生服务体制方面，特邀 Nigel Crisp 爵士撰写了《英国 NHS 发展与改革》短文；在查阅国内外文献的基础上，整理了《英国国民卫生服务介绍及对我国的启示》；转载了国家发改委经济体制与管理研究所陈伟副研究员的《英国医疗服务监管体系简介》。香港卫生服务体制方面，本刊已在2009年第7期（总第9期）作了初步介绍，本期转载了中国医学科学院卫生政策与管理研究中心代涛研究员的《香港和台湾地区医务人员经济激励机制的特点》和卫生部卫生经济研究所傅鸿鹏副研究员的《香港医院管理局药物集中采购方法及经验》两篇文章。谨供有关领导和同志参考。



卫生政策研究进展

2008年11月创刊
第4卷第2期(总第28期)
2011年4月15日
(内部交流)

主管

上海市卫生局

主办

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路1477号801室
邮编: 200040
电话: 021-22121869
传真: 021-22121879
E-mail: shanghai.hdrc@gmail.com
网址: www.shdrc.org

顾问: 徐建光
肖泽萍
夏毅

主编: 胡善联
常务副主编: 刘雪峰
副主编: 付晨
丁汉升
编辑部主任: 王贤吉
编辑: 李芬 高广文
谢春艳 信虹云
何江江 彭颖
王月强 王力男
薛佳

上海市连续性内部资料准印证
(K)第0649号

目次

他山之石

英国国民卫生服务发展与改革·····	1
一、规模·····	1
二、筹资·····	2
三、组织架构·····	2
四、运行·····	3
五、发展和改革·····	3
六、未来展望·····	4

英国国民卫生服务及对我国的启示·····	5
一、发展历史·····	6
二、组织和管理·····	7
三、卫生服务筹资·····	8
四、卫生服务提供·····	9
五、对我国的启示·····	10

英国医疗服务监管体系简介·····	12
一、英国医疗服务监管体制改革的三个阶段·····	12
二、英国医疗服务监管体系现状·····	15
三、结论与启示·····	20

香港和台湾地区医务人员经济激励机制的特点·····	22
一、香港地区·····	22
二、台湾地区·····	24

香港医院管理局药物集中采购方法及经验·····	29
一、药物采购方式·····	29
二、集中招标采购流程·····	30
三、采购质量管理·····	32
四、药品采购策略·····	33
五、成绩和主要经验·····	34

英国国民卫生服务发展与改革

Nigel Crisp

英国国民卫生服务（National Health Service, NHS）创建于1948年。二战结束后，英国开始重建综合性社会保障制度，为全体居民提供社会福利、教育和卫生服务，NHS是其中的一个重要组成部分。目前，NHS已发展成为世界上最大的由公共资金支持卫生服务体系，并以其高效、公平和全面而著称。

NHS诞生之初就以人人享有平等地获得优质卫生保健的权利为宗旨，至今这一原则仍然是NHS的核心价值理念。除了处方费，以及眼科和牙科服务收取一定的费用外，NHS为所有的英国居民提供免费服务。目前其服务人口已超过6000万，覆盖了从产前筛查、咳嗽和感冒等常见病治疗，到心脏手术、意外伤害和急诊治疗以及临终关怀等卫生服务。

尽管由国家税收统一筹资，英格兰、苏格兰、北爱尔兰和威尔士的NHS是分开管理的。近年来，这些地区的NHS管理出现了一些差异，但大体还是类似的，所以总体来说属于统一的框架体系。

一、规模

NHS规模庞大，雇员超过170万人，卫生技术人员不到一半，其中医院医生12万人，全科医生4万人，护士40万人，急救人员2.5万人。英格兰的NHS是整个NHS体系中最大的一部分，服务人口为5100万，雇员超过130万。苏格兰、威尔士和北爱尔兰NHS的雇员

作者简介：Nigel Crisp，英国上议院独立议员、勋爵士，原英国卫生部常务秘书、NHS首席行政长官
注：本文作者仅对NHS的现状和改革方向作了简要介绍，更多相关信息可在学术交流活动结束后与我中心联系。

数分别为 16.5 万、9 万和 6.7 万。

NHS 的服务人群数量也非常庞大，平均每 36 小时服务 100 万病人，即每分钟服务 463 名病人，每秒钟 8 名；平均每个星期有 70 万人接受一次 NHS 的牙医服务，3000 人接受心脏手术。全国 1 万多名开业全科医生平均每人每周接诊的患者数达到 140 人。

二、筹资

1948 年，NHS 的预算资金为 4.37 亿英镑（按现今的价值折算大约 90 亿英镑），到 2008/09 财务年度，这一数字增长了 10 倍（超过 1000 亿英镑）。排除通货膨胀的影响，60 年来 NHS 的支出以年均 4% 的速度递增。然而，近几年由于资助了一个大型现代化项目，NHS 投入水平已在此基础上翻了一番。

NHS 的资金中，60% 用于人员支出，20% 用于药品支出，另外 20% 用于房屋设备、培训、医疗设备购置、人员接待和后勤等。大约 80% 的资金直接拨付给当地的卫生保健信托机构，根据当地具体情况确定资金支出的优先重点领域。

NHS 的资金直接来源于税收。据 King's Fund 基金会等机构的研究表明，与其他类型的卫生体制相比，这种基于税收的筹资模式仍然是“最便宜、最公平”的卫生保健筹资方式。2007 年，英国人均卫生费用为 2992 美元，相比而言，德国同年为 3588 美元，澳大利亚为 3357 美元，美国为 7290 美元。从卫生费用占 GDP 的比例来看，英国比法国、德国等欧洲类似国家低 25%，是美国卫生费用占 GDP 比例的 1/2 多一点。

三、组织架构

NHS 的行政管理部门是卫生部。卫生大臣是卫生部的负责人，向首相报告。卫生部下设 10 家战略卫生局（SHAs），对全英国 NHS

的服务活动进行监管。同时，每个战略卫生局负责监管其所有在区域内的 NHS 信托。苏格兰、威尔士和北爱尔兰的地方管理部门分别负责管理当地的 NHS 服务。

四、运行

衡量卫生体系的效率比较困难。NHS 没有持续、系统地测量患者健康水平的变化，因此无法准确地衡量每英镑 NHS 经费在多大程度上提高了国民健康水平。但 NHS 的成绩是值得肯定的，自 NHS 建立以来，英国的人均期望寿命在不断提高，婴儿死亡率逐步下降。这两项指标与其他国家相比毫不逊色。调查显示，病人对 NHS 服务总体上比较满意，而且近期有直接接受 NHS 服务经历者比未接受 NHS 服务者的满意度更高。

五、发展和改革

二十世纪后二三十年，NHS 的发展面临一系列挑战，例如资金不足，病人等待时间过长，与邻国相比一些重大疾病治疗效果较差、人力资源短缺、房屋老旧等问题。为振兴和重建 NHS，英国从 2000 年开始实施了一项重大的现代化项目，该项目支持资金以每年 5.8% 的速度递增。

这一项目主要聚焦于四个方面的改革：（1）重新设计卫生服务以提高其效率；（2）改革卫生体系运行机制，将权力下放到地方的服务机构，引入外部竞争和新的经济激励机制；（3）重构员工角色，改善工作条件和待遇；（4）开发新的知识获取途径，应用新技术和科学的方法。

近十年来，NHS 得到了显著的改善：病人等待时间缩短，与其他欧洲国家相比健康结果有所改善，公众满意度提高了一倍，新的政治共识已经达成。

六、未来展望

与其他国家一样，NHS 面临的一个重要问题是如何基于税收筹资，向全人口提供长期的、全覆盖的卫生服务。目前英国关于 NHS 改革方向的争论非常活跃。现任政府建议进一步下放 NHS 的权力，以推动创新，提高效率。将来，NHS 可能会剔除一些服务项目，或开始向病人收取一定的共付费用。另一种可能的选择是，从以医院服务和疾病治疗为中心向基于社区卫生服务、疾病预防等多样化服务和居民自我保健转变，以更好地维持 NHS 的运行。

（责任编辑：谢春艳）

英国国民卫生服务及对我国的启示

谢春艳

【摘要】 英国建立了覆盖全民的国民卫生服务，卫生筹资以税收为主，实施集中统一的管理体制。卫生服务提供分为初级(社区)卫生保健、次级(医院)卫生保健和社会照顾服务三个部分，整个体系组织有序，规划性强，具有较好的可及性和公平性。针对卫生服务领域存在的官僚主义、资金不足、机构臃肿和效率低下等问题，英国以提供经济、优质、高效的卫生服务为目标，在卫生组织机构、服务提供方式及服务管理等方面采取了一系列改革措施，并取得了较好的成效。

【关键词】 卫生服务体系；筹资；可及性；公平性

英国于1948年创建了国民卫生服务(National Health Service, NHS)，是世界上第一个为全体国民提供免费医疗服务的国家。NHS是英国社会福利制度中最重要的部分之一，经过六十余年的发展，NHS已成为世界上最大的由公共资金支持卫生服务体系。NHS雇员约170万人，其中卫生人员分为两大类，一类是受聘于NHS医疗机构的专科医生、护士、社区护士等，此类人员属国家职工；另一类为合同制雇员，主要是全科医生。

NHS的原则是：(1)向全体英国居民提供全面、综合的服务；(2)根据临床需要决定是否提供服务，而不是取决于个人支付能力，除由国会批准的特殊情况外，NHS服务都是免费的；(3)力求达到最高质量标准和专业水平；(4)必须反映病人及其家属或护理人员的

第一作者：谢春艳，女，研究实习员
作者单位：上海市卫生发展研究中心，上海 200040

意愿；（5）为了病人、本地社区和广大市民的利益，NHS 开展跨部门协调工作，并与其它机构合作；（6）致力于用税收提供物有所值的服务，最有效、最公平和可持续地使用有限的卫生资源；（7）对服务的公众、社区和病人负责。

一、发展历史

纵观 NHS 的发展历史，其基本原则和宗旨一直保持不变，为了提供更经济、更方便、更优质的卫生服务，英国在卫生组织架构、服务提供方式及服务管理等方面进行了一系列的改革。

从 20 世纪 70 年代起，英国为了节约服务成本，大力发展初级卫生保健，将卫生服务重点从医院转移到社区；不断地改革管理方式，形成了以社区为中心，医院、全科医生服务、社区卫生保健三者相结合的卫生服务体系。

20 世纪 90 年代，英国将“内部市场”运作模式引入 NHS。医院和社区卫生服务机构主要由各种委托代理机构和基金组织以签订合同、购买服务的方式经营管理，形成供方和买方关系，促使服务提供者之间互相竞争，有效控制费用、提高服务效率。

2000 年，英国发布了 NHS 现代化改革的五年计划，承诺将 NHS 转变为以病人为核心的服务体系。一方面增加投入，提高管理水平，更加注重预防服务和基础照顾，确保全科医生提供高标准的预防和诊疗服务。另一方面，为解决效率低下的问题，通过合同管理的方式将全科医生纳入到 NHS 的初级医疗保健信托机构（Primary Care Trusts, PCTs），资金不再由全科医生控制，避免了全科医生之间为获得资金进行恶性竞争，有利于其集中精力发挥医疗技术专长。同时，充实了基层保健服务机构，新建了快速就诊中心和 24 小时医疗热线电话。

2004年，英国提出建立新型NHS，卫生服务为所有人群的健康负责，并针对各种健康需求提供相应服务。这项改革由政府主导，旨在创建新的以病人为中心的NHS，体现了安全、有效（Effective）、以病人为中心、及时、高效（Efficient）和公平六大原则。

2008年，英国公布了《英国卫生改革纲要》，其宗旨是打破病人不可自由择医的辖区限制，将医生和医院引入自由竞争的市场机制，迫使NHS医疗机构提高服务效率和质量。该纲要提出了10年内NHS改革的核心内容，如建立联合诊所的计划，全科医生、专科医生和相关服务人员将相互协作，集中在联合诊所内提供医疗服务，将原来需要在不同地点就诊、不同诊疗阶段的医疗卫生服务活动进行综合，使病人在联合诊所内得到综合、更便捷的服务。此外，还采取赋予病人自由择医权、将医生和医院的收入与病人满意度挂钩等方面的措施。

总体来说，英国的NHS可及性高、公平性强、效益高、组织有序、规划性和连续性较好，卫生费用占GDP的比例远远低于其他欧美发达国家，而人群健康状况不比其他发达国家差，甚至更好。但是，随着人口的增加和人民对健康期望的提高，NHS面临着越来越多的挑战，如医疗服务供不应求、官僚主义、资金不足、基层服务力量薄弱等。

二、组织和管理

（一）卫生服务体系的组织架构

英国卫生服务体系实行集中统一的管理体制，建立了三级管理体系，卫生部为最高管理机构，下设区域战略卫生局（Strategic Health Authority）和地区卫生局（District Health Authority）。卫生部负责制定卫生发展目标和策略，对卫生资源进行分配，评价

目标的实现程度。区域战略卫生局的职责是贯彻国家卫生政策、改善和监督地方服务，管理和设置地方性的 NHS 战略咨询系统，支持、协调 PCTs 和其他 NHS 组织，确保其提供更好的服务。地区卫生局是卫生服务的提供机构，主要由 152 家 PCTs 和数百家 NHS 医院组成。

(二) 规范和管理

英国设置了专门的医疗服务规范和管理机构，以提高 NHS 运行绩效，改善临床质量。这些机构包括国家卫生质量标准署 (National Institute for Clinical Excellence, NICE)、健康改善委员会 (Commission for Health Improvement, CHI)、保健质量委员会 (Care Quality Commission, CQC) 等。

NICE 是全国医疗卫生规范的制定机构，主要从循证医学角度出发，为医务人员提供基于成本效果的临床指南和标准。健康改善委员会的目标是促进人群健康，改善医疗服务质量，负责推动全国各级卫生保健机构的临床管理政策，传播相关实践经验。CQC 直接向议会负责，是监督卫生服务绩效的专门机构，其职责范围包括：监督所有 NHS 医院；负责私立医疗机构审批；审计 NHS；核实 NHS 发布绩效评估数据；公布 NHS 机构绩效报告等。

三、卫生服务筹资

2009 年英国 NHS 筹资约为 1000 亿英镑，其中财政税收占 82%，国民保险税收占 12.2%，患者自负医药费（主要是处方费、牙科和眼科医药费）占 2%，其它收入及慈善机构捐赠资金占 3.8%。卫生经费中，人员支出占 60%，药品支出占 20%，房屋设备、培训、医疗设备购买、人员接待和后勤占 20%；约 80% 的卫生费用直接拨付给当地 PCTs，由其制定服务项目和服务内容标准，根据全科医生诊所为居民提供初级卫生保健服务的数量和质量支付经费，转诊病人的经

费支付给相应转诊医院。全科医生诊所与医院经费比例约为 1:1。

四、卫生服务提供

NHS 卫生服务提供分为初级（社区）卫生保健（Primary Care）、次级（医院）卫生保健（Secondary Care）和社会照顾服务（Social Care）三个部分。

（一）初级卫生保健体系

英国在全国范围内设立拥有经营管理自主权的 PCTs，其职责主要是管理初级卫生保健和提供公共卫生服务，涵盖预防、社区服务、医疗、保健等各个方面，满足居民的基本卫生服务需要。PCTs 整合的公共卫生服务包括健康教育、防止药物滥用、免疫接种和疾病筛查及传染病防治等。

（二）次级卫生保健体系

次级卫生保健主要是指由医院提供的专科和急诊服务，主要由急救信托（Accident & Emergency Trusts）、急诊信托（Acute Trusts）、基金信托（NHS Foundation Trusts，又称为基金医院）、救护车信托（Ambulance Trusts）、护理信托（Care Trusts）和精神卫生信托（Mental Health Trusts）组成。次级卫生保健机构大多需要与 PCTs 签订合同，病人到次级卫生保健机构就诊一般需通过全科医生等初级卫生保健服务者的转诊。

（三）社会照顾体系

社会照顾服务的提供机构是社会服务委员会，主要由社会工作者和辅助员工为弱势人群在生活上提供支持和帮助，其照顾对象主要包括老年人、精神疾病患者、残疾人、药物滥用者、酒精成瘾者、领养儿童、青少年罪犯等。该委员会对个人是否需要社会照顾进行评估，根据评估结果作出相应的安排，并与其他组织机构如 NHS、

教育服务机构、检查机关和警察机关等进行合作。社会照顾检查委员会对整个社会照顾服务系统的质量和绩效进行独立检查，向政府和公众公布结果。

近年来，英国卫生保健体系与社会照顾体系出现了整合的趋势，卫生部开展了整合服务模式的试点，并建立了整合服务网络。通过整合服务试点探索卫生保健服务与社会照顾整合的多种方式，以提供适应当地居民需求的更人性化、更便捷有效的服务。

五、对我国的启示

（一）服务重点应从医疗转向预防，从个体治疗转向人群干预

借鉴英国经验，我国医疗卫生工作的重点应从以医疗为主转向以预防为主，做到防治结合；医疗卫生服务的模式应从以面向个体的疾病治疗为主转向以面向人群的健康干预为主，实施以社区为基础的健康促进和健康管理。因此，实现全覆盖的基本医疗卫生服务的着眼点应放在初级卫生保健和公共卫生服务上，尤其要关注弱势群体。

（二）制定科学的区域卫生规划，提高卫生资源宏观配置效率

英国的基本医疗服务体系较完善，以社区卫生服务机构为初级卫生保健的核心，配合“守门人”和双向转诊制度，可以确保基本医疗服务有效实施。目前我国卫生服务的需求集中在基层，但是卫生资源却集中在大型医院，基层医疗机构拥有资源较少且服务能力薄弱，资源配置在城乡之间、地区之间和人群之间的分配不公平，宏观效率较低。政府应积极制定科学的区域卫生规划，引导卫生资源向基层流动，使卫生资源配置与需求相适应，改善卫生资源宏观配置效率，减少资源浪费，为建立“守门人”制度创造条件。

（三）建立合理的激励约束机制，充分发挥社区卫生服务作用

英国将慢性病管理和自我保健也纳入了初级医疗保健的范畴，

并明确规定由全科医生和 PCTs 负责实施。在资源有限的情况下，合理利用卫生资源、避免资源浪费显得尤为重要。我国社区卫生服务机构基本医疗服务和预防保健的作用未得到充分发挥，社区卫生服务存在如何平衡“六位一体”功能中各项服务的范围和程度，如何能够提高资源利用效率等方面的问题。在引入竞争的同时，应建立有效的激励约束机制，对社区卫生服务机构开展绩效评估，对服务内容和质量进行有效管理，避免公共资源的浪费。同时应积极开展健康教育、健康促进，加强慢性病管理，引导居民自我保健。

（四）加强全科医生的培养、使用与管理

在英国，专科医生与全科医生的结构比例为正三角形，而我国为倒三角形，这与预防为主、防治结合的卫生事业发展方向相矛盾。英国已建立了较为完备的全科医学教育体系，全科医生要经过严格的培养与考核，院校教育、毕业后教育与继续医学教育形成一个连贯的教育链，使全科医生的培养、使用与管理有机结合。

（五）将卫生保健服务与社会照顾有机整合

我国卫生领域面临的一系列严峻挑战与当前的社会问题分不开，如人口老龄化、空巢家庭导致老年护理和临终关怀难题，社会压力导致精神病高发，生活方式转变致使慢性病多发等，解决这些问题需要将卫生保健服务与社会照顾的有机融合。我国应该探索卫生部门与民政部门的有效合作方式，将解决问题的着力点放在基层和社区，探索卫生、民政等社会公共服务相互整合的契机与方式，有利于降低行政管理成本，简化服务流程，节省有限的公共资源，并使卫生服务与各种社会公共服务有效衔接与融合，以提供适应当地居民需求的、更加人性化的、便捷有效的服务，提高居民的生活质量。

（责任编辑：张进）

英国医疗服务监管体系简介

陈伟 徐兰飞

【摘要】 本文回顾了 20 世纪 90 年代以来英国的医疗服务监管改革历程，重点研究了英国医疗服务监管体系现状，介绍了主要的政府监管机构和非政府监管机构的职责，提出了英国的医疗服务监管体系对我国的启示。

【关键词】 医疗服务；监管体系；公共服务

英国的国民卫生服务（National Health Service, NHS）基本上采取免费医疗，这有利于扩大医疗保健服务的覆盖面，使人们能平等地享有卫生保健权，提高国民健康水平。但是，过分依赖于政府提供资金，无疑会使政府承受沉重的经济负担，同时公立医院的完全垄断和竞争的缺失也导致了医疗供给效率低下、服务质量不断下降、机构利益高于病人利益，这引起了广大民众的强烈不满。为改变上述弊端，英国从上世纪 90 年代初开始医疗卫生改革，主要是尝试将原有模式中提供者和购买者角色重合的结构进行分离，形成医院之间的相互竞争。1997 年，英国公布了一份名为《现代的、可信赖的新 NHS》的白皮书，提出了 NHS 改革的未来方向。与此同时，英国一直在进行医疗监管体制改革，以适应医疗服务体系调整的要求。

一、英国医疗服务监管体制改革的三个阶段

（一）监管兴起阶段（1990 -1997 年）

在这一阶段主要的政府监管机构是 1969 年由卫生和社会安全

本文摘编自：卫生经济研究，2006 年第 1 期，22-24

第一作者：陈伟，男，副研究员

作者单位：国家发展和改革委员会经济体制与管理研究所，北京 100035

部成立的健康咨询服务局 (Health Advisory Service, HAS), 它负责医疗服务专业性监管。HAS 向卫生与社会安全部负责, 领导由部长任命, 预算和资金来源于卫生与社会安全部。但根据正式的授权, HAS 有一定独立性, 其使命是维持和改进医疗服务机构 (尤其是疗养院与精神病医院) 的管理和组织水平, 负责检查长期保健机构 (疗养院和精神病医院) 中存在的问题。HAS 并不直接发布服务标准的正式指令, 只提出一些含蓄的指导, 对医疗服务组织进行检查, 一家卫生机构平均每 10 年接受一次检查, 负责检查的人员大概有 5-6 人, 检查时间持续 2-5 周。但 HAS 在检查前并不提出具体的检查标准, 它也没有多少强制执行的权利, 检查后, 它会提出咨询意见, 而卫生主管部门则需要提供一个针对该咨询意见的追踪报告。1997 年, HAS 被撤销, 一些专业性的组织取代了 HAS 的职责, 负责长期保健中存在的质量问题提供改进意见, 但这些专业组织已经不具备 HAS 所享有的法定权力、资金来源和直接向部长报告的途径。

在医疗机构财务监管方面, 审计委员会与国家审计办公室发挥了重要的作用。此外, 医疗服务督察员不仅受理来自于国会议员提起的申诉, 还直接受理公众针对 NHS 机构的申诉, 地方督察办公室在对地方当局的监管中承担着类似的功能。

除了法定的政府监管机构, 在英国还有一些非政府组织监管着 NHS 机构, 其中包括英国皇家医疗学院, 主要监管医疗培训。另外, 1995 年英国推出了委托机构医疗过失监督计划 (CNST), 负责监控 NHS 机构的管理风险, 由 NHS 诉讼委员会负责运作。

(二) 监管膨胀阶段 (1997-2002 年)

1997 年后, 新的工党政府采取了内部市场的做法, 希望通过竞争机制促进 NHS 服务质量的提高。政府成立了两家新的监管机构:

一个是国家临床卓越研究院，其任务是在医疗实践和技术评估方面提供国家性指导；另一个是健康促进委员会，主要监管 NHS 机构。此外，政府还新增设了三家监管机构：国家临床评估管理局、国家患者安全机构和现代化机构。

这些新监管机构与原有监管机构的差别体现在：第一，新机构的主要任务就是监管，而在原有机构的职责中监管只是其中之一；第二，新机构的监管事权范围相当宽泛；第三，这些新机构本质上都是政府机构，向卫生部负责，理事会由部长任命；第四，这些新机构主要监管医疗服务的临床质量，而原有监管的机构则更多关注管理层面，而不是临床实践。

（三）新监管改革阶段（2002 年至今）

长期以来，英国医疗服务组织一直在抱怨，在医疗服务监管体制中存在过度监管、职能交叉、分散等问题，这影响了 NHS 机构的有效运转，限制了其创造性和革新意识。例如，一家 NHS 机构除了接受卫生部和地方卫生局的监管以外，大概还面对着 16 家不同的监管机构，监管机构太多已经影响了实际的监管效果。

2002 年 4 月，英国卫生部宣布了一个全面的监管改革方案，即将医疗服务监管和社会保健监管适当分离，重新建立两家新的超级监管机构：一是医疗服务审计和监督委员会，二是社会保健监督委员会，监管所有的社会保健服务。与此同时，健康促进委员会、国家保健标准委员会、医疗服务督察员都被撤销了，审计委员会的规模和管辖范围也大幅度削减，它主要负责财务审计和地方政府的绩效审计。

改革后的英国医疗服务监管体制具有以下特点：第一，监管机构相对于卫生部的独立性进一步增强。医疗服务审计和监督委员会

以及社会保健监督委员会的主要负责人不再由卫生部任命，而是由 NHS 任命委员会负责。在委员会资金来源中有相当一部分由被监管机构来支付。更为重要的是，这两家新监管机构将直接向国会报告他们的工作，这将削弱卫生部对它们的控制力。第二，监管模式呈现出从遵从主导型向警戒主导型方式的变化，这一特点在医疗服务领域较为突出。第三，医疗服务审计和监督委员会接管了健康促进委员会以及国家保健标准委员会的部分职责，因此，需要协调两种差异很大的监管风格。健康促进委员会在监管中一般不设定明确的监管标准，而国家保健标准委员会则有明确的标准；健康促进委员会每四年进行一次检查，而国家保健标准委员会则两年一次；更为重要的是，前者没有多少正式的强制权力，仅仅是通过对外公布报告、向卫生部提供建议、跟踪调查的方式发挥影响；而后者则拥有提起诉讼、罚金和取消许可证等强制处罚权力。最后，新一轮的医疗服务监管改革将医疗服务监管和社会保健监管的职责分配给两家不同的机构，因此，两家机构需要建立起十分紧密的合作关系。

二、英国医疗服务监管体系现状

英国现有的医疗服务监管机构可以分为政府监管机构和非政府监管机构两大类，详见图 1，其中图的右侧为政府监管机构，左侧为非政府监管机构。

（一）政府监管机构

1、行业（业务）监管机构

医疗服务审计和监督委员会接管了健康促进委员会的所有职责。一是对 NHS 机构进行医疗管理质量方面的审查，每四年进行一次；二是在部长要求下，对 NHS 服务中存在的严重问题进行深入调查；三是执行一些全国性的医疗服务审查，如审查 NHS 机构对于国家临

床卓越研究院设定的质量标准的执行情况；四是向 NHS 机构提供医疗管理方面的建议和指导方案。此外，它还负责国家保健标准委员会中的私人医疗服务监管，负责 NHS 审计委员会中的绩效审计以及原先由卫生部负责的一些职责（如提供医疗服务绩效评估统计和等级评比）。

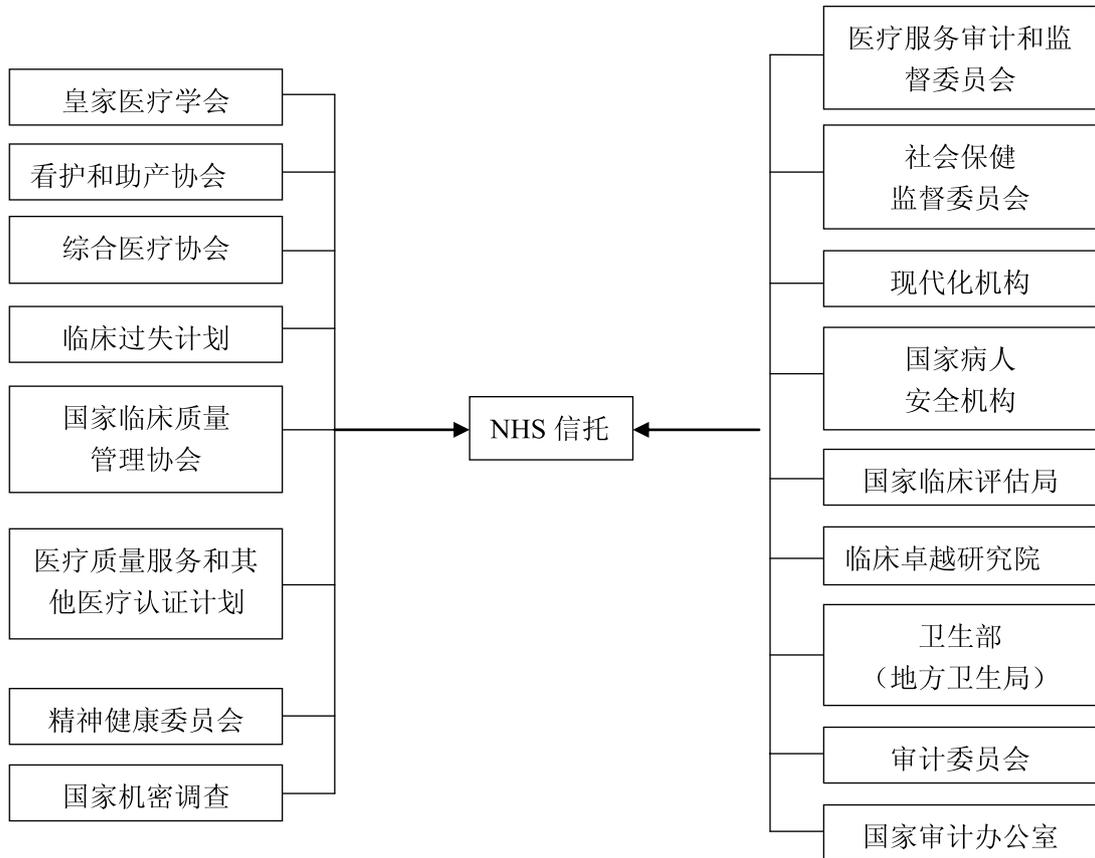


图 1 一家 NHS 机构要面对的主要监管机构

社会保健监督委员会接管了以下职责：国家保健标准委员会中的私人社会保健监管；医疗服务督察员的职责；审计委员会中的社会保健绩效审计；卫生部和审计委员会的绩效评估统计和星级评比。

国家临床卓越研究院建立于 1999 年 4 月，主要承担两方面任务：一是对现有及新出现的医疗技术进行评估，指导 NHS 机构、病人、医师合理地使用这些医疗技术；二是针对一些重要的保健领域和病人群体推荐临床治疗指导方案。但是，国家临床卓越研究院不参与

实地检查，也没有权力采取强制执行措施，检查和强制执行的权力由卫生部和地方卫生局负责。

现代化机构设立于 2001 年 4 月，它不是一家独立自主的机构，而是卫生部的组成部分。现代化机构成立目的是促进 NHS 医疗服务质量的全面改善，因此，它的事权范围非常广泛，各监管活动之间往往没有内在的联系。例如，现代化机构下辖的国家病人评估小组主要负责减少医疗服务的等待时间，下设的医疗服务重新设计及合作项目主要是为了促进团队服务质量的提高，下设的全国领导中心则主要关注医疗卫生部门领导和管理层的发展，下设的临床管理小组主要关注临床管理的培训和发展，下设的人力资源改革项目则是为了指导人力资源发展。虽然现代化机构的很多功能与监管机构类似，但由于它缺乏独立性和中立第三方的地位，因此它并不是纯粹意义上的监管机构。

英国卫生部担负着中央政府的医疗和公共卫生职能，负责协调与监督英格兰和威尔士地区的地方卫生服务。2003-2004 年，卫生部进行了机构和人员重组，目前，卫生部拥有 6 位部长和 2245 名员工以及 3 个执行代理机构。通过这次调整，绩效管理职能从卫生部转移到了社会护理监督委员会和医疗服务委员会。现在，卫生部主要负责提高国民的健康水平，为 NHS 和社会护理服务组织提供战略性指导。卫生部的具体职责包括：（1）明确医疗和社会护理服务的发展方向；（2）设定医疗和社会护理服务的标准并监督其执行；（3）确保 NHS 和社会护理组织拥有必需的资源；（4）确保病人和公众能够就其所使用的医疗和社会护理服务进行选择。卫生部并不直接管理 NHS 或提供社会护理服务，而是通过与医疗和社会护理组织等独立机构以及其他公共和私人部门的组织合作，提供医疗和社会护理

服务。从中可以看出，卫生部的政策制定功能要强于其监管职能，但不可否认，卫生部在制定医疗服务监管规则方面仍在发挥着重要作用。

2、财务监管机构

在医疗机构财务监管方面，审计委员会与国家审计办公室发挥了重要的作用。两家机构的工作内容包括：核准公共医疗机构的账目，检查财务规范和标准的执行情况，对违反财务规则和欺骗的行为进行惩治，检查 NHS 机构公共资金使用效率和效益。值得一提的是，对医疗服务机构的财务监管只是两家机构监管职权范围中的一小部分，实际上，两家机构负责所有公共机构的财务审计工作。

国家审计办公室成立于 1983 年，它的工作目标是保证公共资金按照国会审定的意图支出，以强化对政府和公共机构的财政控制，提高公共资源的使用效率。国家审计办公室负责所有政府部门和机构的财政和绩效评估工作，在卫生领域，它主要与卫生部联系。虽然在财务审计方面有明确的指导性标准，但在货币价值审计工作领域，国家审计办公室仍然有一定的自由裁量权。货币价值审计的内容多种多样，如针对 NHS 机构的全国性调查，针对特定机构的个案研究，针对个人或者群体的访谈。国家审计办公室的报告经过卫生部同意后公开发表，公共审计委员会有权就某些问题向卫生部提出质询，而卫生部应该就相关问题进行研究，并作出正式的跟踪报告。

审计委员会成立于 1983 年，是政府部委之外的公共机构，它是通过立法设立的，由理事会负责其运作，理事会委员由卫生部长和环境部长共同任命。审计委员会的工作目标是改进公共资金管理工

作，促进公共服务水平的提高，协助地方当局和 NHS 提供经济而高效的公共服务。审计委员会负责对地方当局和 NHS 机构进行财政和

绩效审计，它是卫生局、NHS 机构和基础医疗机构的首要审计机构。审计委员会的报告不需要获得卫生部的认同，卫生部也不会给予其正式回应。审计委员会主要会受到媒体的关注。

值得一提的是，国家审计办公室完全独立于政府，其资金来源于国会，因此，其审计具有很强的独立性。审计委员会是政府之外的公共机构，审计独立性受到一定影响，但由于其资金主要来源于地方政府和 NHS 机构，因此，它也开始提出增强自身独立性的主张。

（二）非政府监管机构

除了法定的政府监管机构，在英国还有一些非政府组织监管着 NHS 机构。目前，非政府性质的医疗服务监管组织主要包括英国皇家医疗学会、医疗过失监督计划、国家外部质量保证计划等。这些非政府性质的监管机构没有正式的法定权力去监管 NHS 机构，也没有权力要求 NHS 机构配合其调查和符合其要求，但它们拥有一定的非正式权力。例如，如果皇家医疗学会收回医疗培训认证，NHS 机构将不能招募初级医师，这样，医疗服务的提供就会出现质量问题。

皇家医疗学会主要负责监管初级医师的教育和培训，它制定了 NHS 机构医师培训的认证程序，认证标准每五年由学会会员及高级医师进行一次修订，如果 NHS 机构未达到医师培训的认证标准，学会将收回其认证。

医疗过失监督计划主要监管 NHS 机构的管理风险，由 NHS 诉讼委员会负责运作。该计划设定了管理风险认证机制和一系列风险管理标准，那些符合认证标准的 NHS 机构将承担较少的医疗诉讼费用。

国家外部质量保证计划负责对 NHS 病理实验室的服务提供外部的质量评估，通过检验实验室中一系列的控制样本，来检查实验室的绩效。

临床病理认证是另一个病理学服务监管项目，由皇家病理学协会创立。它设定一系列的认证标准和调查程序，参与认证的病理实验室是自愿的，但是参加国家评比项目的病理实验室则必须得到其认证。

医疗质量服务机构的监管对象包括 NHS 医疗服务机构与私人医疗服务提供者，它是上世纪 80 年代由女王基金创立，现在是一家独立机构，主要提供 NHS 机构与私人医院的质量认证服务。

国家机密调查主要负责监督手术质量，于 1987 年创立，通过秘密调查手术后死亡率来审查手术质量，并提供一般性报告。

三、结论与启示

第一，在英国，监管机构具有较强的独立性。首先，相对独立于政策制定机构（卫生部）。这种独立性有利于监管机构更好地履行职责，做到独立和专业化。其次，监管机构还独立于医疗服务提供机构，监管机构并不是服务提供机构的所有者。就我国的现实而言，卫生部（各地的卫生厅局）既是政策的制定者，又是医疗服务的监督者，同时还是医疗机构的所有者（尽管所有者职能并未得到很好的履行），这种一体化的模式不利于对医疗服务实行有效的监管。

第二，行业组织和专业化组织发挥着重要的监管职能。在英国，各种专业化组织在行业规则的制定、执行和监督方面发挥了重要的作用，某些行业组织还被授予了强制执行权。而在我国，行业组织的作用远未得到充分发挥，行业组织本身的专业性、中立性、透明性也有待提高。

第三，审计机构在财务和绩效监管方面发挥了重要作用。审计机构具有很强的独立性，定期对医疗机构进行财务和绩效审计并对外公布审计结果，这对监督和约束医疗机构具有重要意义。在我国，

虽然近年来掀起了所谓的“审计风暴”，医疗服务领域也成为了审计的重点之一，但是，审计的作用远未有效发挥，特别是在地方，审计部门的实际权力还相当有限。

第四，建立全方位的监管体系具有重要意义。在医疗服务领域，英国的公有制色彩非常浓厚，这反映在医疗机构的所有权和资金来源两个方面。在这种情况下，除了一般性的行业监管外，英国还高度重视政府内监管。政府内监管是一个较新的概念，它是指某一公共行政机构在得到授权的情况下对另一机构进行监管，运用一揽子工具来审核被监管部门的行为并在必要时予以纠正。在我国，尽管近年来医疗服务市场化的速度很快，但从产权上看医疗机构主要还是国有的，目前的问题主要是政府投入不足，竞争机制不合理，竞争不足或恶性竞争并存。因此，在加大政府投入、调整医疗行业结构的基础上，加强政府内部监管也应该成为我们努力的重点之一。

（责任编辑：谢春艳）

香港和台湾地区医务人员经济激励机制的特点

代涛 王小万 何平

【摘要】 文章介绍了香港和台湾地区医疗机构的基本情况，并对两地医务人员经济激励措施进行梳理，重点分析了台湾地区医师薪资制度及两地经济激励机制的特点。

【关键字】 医师；薪资；激励

薪酬制度改革是公立医院改革的重点内容之一，香港和台湾地区建立了较为完善的医务人员薪酬制度，本文对这两个地区的薪资制度和经济激励机制特点进行了介绍。

一、香港地区

(一) 基本情况

1990年以前，香港的公立医院分两类：一是由政府举办，受卫生署直接管辖，经费由政府直接拨付；二是由10多个不同的宗教、慈善团体举办，70年代被称为补助医院，80年代政府补助已占经费的90%以上，但仍是分散管理，在技术实力、职工待遇、资源利用等方面与政府举办的医院差距很大。1989年香港立法局通过了《医院管理条例》；1990年12月，香港医院管理局（Hospital Authority, HA）正式成立，并于1991年12月1日接管了香港所有公立医院和医疗机构，实行统一管理^[1]。

香港的医生分为医生（Medical Officer, MO）、高级医生（Senior Medical Officer, SMO）和顾问医生（Consultant, CONS）。医学生

本文摘编自：卫生经济研究 2007 年第 8 期，16-18

第一作者：代涛，男，研究员

作者单位：中国医学科学院卫生政策与管理研究中心，北京 100020

本科毕业后，经过医生资格考试取得执业资格，去医院工作称为医生；3年临床工作后，经考评合格后进行为期3年的专科医生培训（其中有半年至两年在国外学习），合格后为专科医生，但其专业职称仍为MO，视职位而定可升为高级医生；高级医生往上是顾问医生。香港的护士分为学生护士（Student Nurse, SN）、登记护士（Enrolled Nurse, EN）和注册护士（Registered Nurse, RN）。学生进入护士学校学习后称为学生护士，毕业后为登记护士，经专业资格考试合格后为注册护士。从事护理工作可以升至专科护士，其专业职称仍为RN；从事管理工作可升至护士长、病房经理、部门经理和护理总经理。

（二）经济激励措施

1、医院管理局成立以前

香港医院管理局成立以前，医护人员的薪酬体系不统一。政府举办的公立医院执行公务员薪级标准，按月发放，并享受公务员福利，包括带薪休假、旅游、子女教育补助、住房补助、医疗补助、退休金等；宗教、慈善团体举办的医院的薪酬规定不统一，且一般低于政府举办的医院。

2、医院管理局成立以后

医院管理局接管公立医院后，于1993年制定了公立医院医护人员统一的薪酬体系。政府举办的公立医院员工可以在新的薪酬体系和公务员待遇之间进行选择，大约60%的员工选择了新的薪酬办法；宗教、慈善团体举办的医院员工执行医院管理局规定的薪酬制度。医院管理局新的薪酬体系是经过精算师精确测算确定的，取消了原公务员福利，一律以现金方式进行支付，将薪酬分为3个部分：一是底薪，标准与公务员一致，分为49个薪级点，每年都会变动；依

据职务设置最低和最高薪级点，员工在薪级点范围内取得底薪。二是额外津贴（现金津贴），是原公务员福利的一种转化。医护人员根据职务高低，按底薪的一定比例领取额外津贴。1998年，高级职务的员工领取额外津贴数额为底薪的60%，中级职务为16%—37%，低级职务为9%。三是特别津贴，用于补偿雇员执行特殊工作，有额外职务津贴、辛劳津贴、轮班工作津贴和台风当值津贴等。

（三）经济激励机制的特点

1、标准明确

香港公立医院医护人员薪酬标准非常明确，不同职务的薪酬范围是统一的，加薪的标准很规范；薪酬非常透明，每个员工不仅清楚自己的薪酬标准，还清楚其他员工的薪酬标准。

2、不受医院业务收入影响

香港公立医院医护人员的收入来自政府财政支出，不受医院经营状况、医疗服务成本和价格的影响，没有奖金和灰色收入。

3、医生与护士之间收入差距较大

香港公立医院医生和护士的收入差距较大，例如1998年，新护士收入大约为每月2.3万港元，新医生收入大约每月5.5万港元；最高级的护士收入大约为每月4.2万港元，最高级的医生收入大约为每月11.8万港元^[2]。

二、台湾地区

（一）基本情况

台湾的医院分公立医院与私立医院。公立医院由政府投资兴办和经营，主要包括署属医院、市立医院、公立医学院附设医院、军方医院和荣民医院等；私立医院主要包括财团法人医院、宗教财团法人医院和医师私人成立的医院等^[3]。20世纪90年代以来，在私

立医院要求公平竞争的强烈呼声下，公立医院的运行机制得不到民意的支持，迫使政府对公立医院的预算补贴逐步减少，公立医院的财务压力大大增加。为此，台湾卫生署采用整并、委托经营、行政法人化等手段，进行公立医院多元化经营计划。

（二）经济激励机制

台湾地区医院医师补偿机制的特点主要是：内在补偿 = 足够的尊重；外在补偿 = 一揽子薪酬；基本体现在基本工资、绩效工资、项目和成本、年限、福利等方面（见表 1）。

表 1 台湾地区医院医师费的决定因子与模式

医院类型	决定因子	
署属医院 A	医师绩效奖金 = f(教学研究奖励金、服务绩效奖金)	
署属附设医院 B	主治医师月薪 = f(薪资成本、主管加给、卫生加给、不开业奖金、科部绩效、科部纯益率绩效、资历、医疗工作、教学研究)	
公立 医院	市立医院	医师服务奖励金 = f(职位、学历、资历、营运绩效、行政能力、科别绩效、服务态度、病历记载、学术研究)
	荣民医院	签约医师的医师费 = f(法定薪资、专勤医师费、经营绩效奖金) 未签约医师的医师费 = f(法定薪资、工作津贴、经营绩效奖金)
	军方医院	军医奖金 = f(基本奖金、各科工作奖金、绩效奖金)
私立 医院	财团医院 A	主治医师医师费 = f(收入积分、年资积分、科内积分、其他诊疗收入)
	财团医院 B	主治医师医师费 = f(诊疗费、技术费)
	私人医院	主治医师医师费 = f(底薪、绩效奖金)
基督教医院	主治医师医师费 = f(固定薪资、主管加给、责任加给、专科津贴、第一次专科、伙食津贴、夜诊费、加班费、健检、安养病房、绩效奖金) 住院医师月薪 = f(固定薪资、专科津贴、住院病患照顾津贴、伙食津贴、加班费)	

台湾医师薪资制度主要有 4 种：完全固定薪制（常见于传统公立医院或冷门专科医院）；固定薪加变动薪制，包括基本薪加业绩抽成（常见于私立医院）和基本薪加奖励金（署属公立医院）两种类型；完全变动薪制，又称“零基制度”（常见于私立医院或诊所）；特约医师薪资制。

1、公立医院医师薪酬制度

(1) 完全固定薪制。30年前的台湾公立医院多采用固定薪酬制度,医师属于公务员,经费由政府公务预算支出。薪酬由基本薪资(因级别和职位而异,月薪在4万—6万台币)、基本奖励金、三节奖金、年终奖金、考绩奖金、不休假奖金等组成。其缺点是医护人员服务态度不好、积极性较差、效率较低,易产生兼职、夜间开业、收取红包、收取佣金等弊病。

(2) 固定薪加变动薪制。这是目前台湾公立医院主要采用的薪酬制度。薪酬由基本薪资(因级别和职位而异,月薪在4万—6万台币)、基本奖励金、服务奖励金(占医院收支结余的70%,依据医师的服务业绩占医院服务量的贡献度进行分配,金额在5000—4万台币)、绩效奖励金(公立医院依个人绩效及部科绩效进行分配)、三节奖金、年终奖金、考绩奖金、不休假奖金等。住院医师月薪在6万—8万台币左右,主治医师月收入在7万—12万台币左右。其缺点是医师贡献度不能完全与业绩挂钩,无法反映公立医院的成本。

2、私立医院医师薪酬制度

(1) 固定薪加变动薪制。这是部分财团法人医院及部分私立医院采用的薪酬制度。基本薪资因级别与科别而异,多采用“指定医师费”(Private Physician Fee, PPF)或“提成医师费”(Proportion Physician Fee, PPF);发放三节奖金、年终奖金;部分医院有“上限设定制度”(Ceiling)及“统筹制度”(Pooling)部分医院有“扣薪”制度及医疗纠纷提成基金制度;住院医师月收入在9万—14万台币左右,主治医师在14万—50万台币左右。

(2) 完全变动薪制。部分财团法人医院及部分私立医院采用这种薪酬制。其特点是没有基本薪资,收入完全取决于绩效(工作量);完全采用“指定医师费”或“提成医师费”;其他方面与固定薪加变

动薪制相同。

“统筹制度”是将医师收入超过一定标准的额外部分提出，供医师教学研究、出席学术会议、进修、旅游、考绩之用；院方制定一套准则，若医师达成预期值，以后几乎可全数领回。

“上限设定制度”的目的是规范医疗资源使用和提升医疗服务质量，避免医师为追求收入最大化而不限坐诊，影响服务质量和病人满意度，并鼓励医师在收入达到一定水平后将其多余的精力转移到教学研究或其它方面；超限的医师收入在斟酌年资、绩效积分后，采用定率法、点数法、分级累退制等方式分配给医师、科基金及院基金；超限基金的使用基本上仍以用在医师身上为主，包括提供科内医师参加国际研讨会、教学研究、出国进修、福利金、旅游或餐会、提供医师保障资金等。

“指定医师费”主要是借鉴美国的方法，医院对医师提供的每项医疗服务费用提取一定比例用于支付医师的酬劳，又称“提成医师费”。多数财团法人医院及私立医院采用，但实施内容及计算方式不尽相同，提成项目多种多样，其方式主要采用定额式（按门诊人次或体检人次）和定率式（如手术、检查、处置等），根据是否亲自操作、危险性、复杂性、数量、时间、所用设备及参与人员进行提成。其优点是：医师提供的医疗服务越多，获得的收入就越高，能够激励医师提高服务效率，一定程度上增强了薪资制度的公平性，反映了医师实际劳务的付出，避免了年资较浅的医师付出较多而收入较少的现象。同时，增加了医院业务收入，降低了医师自行开业的意愿和减少了医师兼职的现象，落实了医师专勤制度；医师为维持及增加病源，较愿意投入时间和精力关心病人，促使医患关系的发展与维持良好的关系，减少红包现象；合理调整科室之间的医疗支出差异，特别是医院能挽留优秀的医师。其缺点是：医师为了谋取更多的收

入，可能会产生道德危机和诱导需求现象，导致过度使用医疗资源，增加不必要的检查和服务，造成医疗资源浪费，刺激医师之间的竞争，可能会降低医师间的合作；分配方式不可能绝对公平，会促使部分医师产生不满情绪，降低服务意愿。

台湾地区医院不同薪酬方式的特点见表 2。

表 2 台湾地区医院不同薪酬支付方式的特点

相关因素	医师费	薪资加奖励金	独资利润
医师收入决定因素	医师的服务数量，服务项目定价或医疗保险的支付价格。	医院的盈余、医院的营业收入或医疗专科别的收入或盈余。	医务收入减去医院（或诊所）的所有支出后所剩余的金額。
医师薪酬报酬特性	提供的医疗服务量越多，所领取的薪资越多（按服务项目付费）。	医疗机构盈余或收入越多，则薪资报酬越多；年资越老，则薪资报酬越多；职级越高，则薪资越高。与医师个人所提供的保健服务量不一定相关（大锅饭）。	医疗收入越多，支出越少，则医师的盈余越多。
对医疗机构的影响	激励医师提高生产力；医师与医院的关系较像伙伴；医师管理较容易；行政部门为降低成本，需加强医疗服务流程管理。	各种不同医师奖励金的分配方式，将造成不同的医师行为。医师报酬与医院的营运收入或盈余相关，医师对医院的营运状况较关心，对行政事务愿意投入心力。	依个别负责医师的特性与能力而定，通常工作时间较长，开诊数较多，以招揽更多的顾客。
对患者服务的影响	对患者服务态度热诚，也尽量提供便利的服务；由于按服务项目付费，医师提供的医疗服务恐有过度之嫌疑；医师对价格较低且不易执行的服务项目较排斥。	医师较愿意提供服务；由于医师报酬与医院的盈余或收入有关，检验、检查、保健或药品等服务项目恐有过度利用之嫌疑。	为增加收入，提供患者最为便利的服务；可能提供过度的诊疗服务；依个别医院（或诊所）的设备、经营风格与能力而定。

参 考 文 献

- [1] 董炳琨,张仲明,江耘. 中华医院管理学会赴港考察报告[J]. 中华医院管理. 1999, 15(9):562-566
- [2] 江耘. 香港公立医院薪酬情况[A]. 中华医院管理学会赴港考察组, 1999.
- [3] 陈金渊. 医疗财务管理[M]. 双业书廊有限公司出版社, 2003.

（责任编辑：王力男）

香港医院管理局药物集中采购方法及经验

傅鸿鹏¹ 苏健婷² 单楠² 王雪涛³

【摘要】 本文从药物采购方式、集中招标采购的流程、采购质量管理和采购策略等角度系统地介绍了香港医院管理局药物集中采购政策。分析认为，香港由卫生部门负责大批量药品集中采购，运用灵活的采购策略，有效降低了药品采购成本，相关经验有一定的借鉴意义。

【关键词】 香港医院管理局；采购；药物

香港医院管理局（以下简称医管局）是代表香港特区政府管理所有公立医院的全额预算单位，共管理全港 41 家公立医院和 122 家诊所。2008—2009 年度，药物支出共 23.8 亿元（港币，下同），占医管局总支出的 8%，在世界各国中处于较低水平。香港医管局坚持“高福利、低收费”政策，住院收费每天 100 元，包含诊疗、检验、护理、药物、住宿、膳食等费用；门诊收费标准为每种药物 10 元。之所以能够在有限的预算下，最大限度地满足居民的医疗需求，这和医管局药物采购政策密不可分。

一、药物采购方式

按照香港政府采购制度，凡政府部门使用的物品，年支出在 5 万元以下的，由使用单位直接购买；超过 5 万元的，由政府集中采购。其中通用物品由政府物料供应处采购，专用物品由各部门（或下设公共机构）采购。比如，车辆由政府车辆管理处采购，船只由政府海事处采购，医院用药则由医管局采购。香港医管局共有三条药物采购途径。

本文摘编自：卫生经济研究 2010 年 9 期总第 278 期，38-40

第一作者：傅鸿鹏，男，副研究员

作者单位：卫生部卫生经济研究所，北京 100191

（一）医院直接采购

每年支出少于 5 万元的药品，由各使用医院按照香港特区政府《物料供应与管理手册》直接购买。2007—2008 年，医院直接采购药品 1702 种，占有所有使用药品种类的 54%，但按费用计只占总药物成本的 7% 左右。

（二）中央统筹报价，即竞争性谈判

每年支出少于 100 万元的药品，由医管局集中汇总用量数据，邀请供应商报价，并经谈判确定价格和供应商，减少不同医院分别洽谈的成本。2007—2008 年，中央统筹报价采购药品 603 种，占有所有使用药品种类的 19.3%，按费用计占总药物成本的 21%。

（三）中央供应合同，即集中招标采购

每年支出大于 100 万元的药品，通过招标方式进行采购。对专利药采取单一招标，对非专利药采取公开招标，合同多为两年。医管局认为这是最符合规模经济及成本效益的采购方法。实施中，医管局注重采购程序的公开公平、鼓励竞争，并以集中采购的方式要求供应商给予最大优惠。同时，对供应商制定违约惩罚规定，使药物质量得到保证。2007—2008 年，中央集中统筹报价采购药品 634 种，占有所有使用药品种类的 20.3%，按费用计占总药物成本的 72% 左右。

医管局对于采购途径的应用比较灵活，基本依据是药物使用量。如果一种药品当年使用量超过了原采购方式的对应范围，次年就会调整采购方式。但不论哪种采购方式，医管局对药品质量都按统一标准严格要求。

二、集中招标采购流程

（一）政策依据

香港于 1997 年加入世界贸易组织（WTO），按世界贸易组织政府

采购协定,医管局所有总值超过 400000 特别提款权(约 460 万港币)的投标需要遵从协定。在这一协定的基础上,特区政府制定了《采购及物料管理手册》,进一步细化了政府采购相关规定,要求凡超过 100 万港币的采购,都要经过投标进行,投标邀请书公告政府及所属部门网站等。

(二) 职责分工

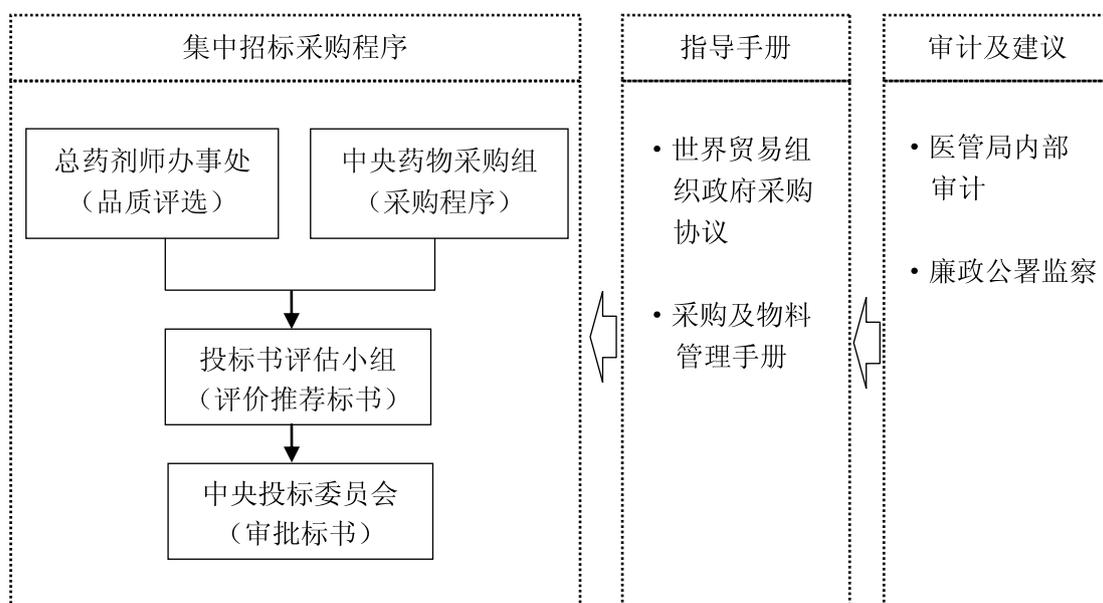


图 1 香港医管局集中招标采购职责分工

医管局药品招标采购共由四个部门或机构负责,分别为:总药剂师办事处,负责对药品品种和质量的评选,提出招标项目;中央药物采购组,负责制定并执行采购程序;投标书评估小组,负责对投标书的核实、评议和推荐;中央投标委员会,负责审批获推荐的投标书。其中,投标书评估小组和中央投标委员会的具体职责如下。

1、投标书评估小组

该小组负责评选标书并推荐到中央投标委员会审批。小组主席由医管局总药剂师担任。成员包括:高级药剂师,负责药物使用的

统筹及管理；总物料供应主任，负责制定并检查药物采购流程；医院药剂部部门经理，代表使用者对投标书进行评议，各医院轮换参与；财务部代表，负责评估投标商财务状况；其他药剂师及采购部门代表，负责提供评标中的技术支持。

评标要点包括：投标者的技术和财务能力、能否按期交货、售后服务情况、采纳投标的运营成本和维持费用、投标价格。对分期付款项目，投标书评估小组要计算时间贴现。

推荐标书的原则有两个：一是价格最低原则，对各方面均满足招标要求的投标人，选择价格最低者；二是评分最高原则，如果已经制定了标书评分标准，则按评分结果选择评分最高者。如果推荐的不是价格最低或分数最高的标书，则需要把投标书中与所推荐标书价格或分数略高及略低共三份标书，一起提交给中央投标委员会。在所有投标均不符合要求的情况下，评估小组可取消这次招标。如果所有标书都不符合要求，但迫于实际用药需要，必须推荐其中一份标书，则要把所推荐标书送律政司审查后再向上推荐。

2、中央投标委员会

中央投标委员会是医管局的董事会组成机构，负责审批评估小组推荐的标书。主席由医管局财务委员会主席担任。成员包括：医管局行政总裁、财务总监及三位医管局董事会成员或其代表人。投标委员会审批标书时，可以直接就相关问题向评标人员提问。一旦批准标书后，会立即通知采购组，由采购组负责联系下一步工作。同时，投标委员会秘书会把批准书副本提交审计署备案。

三、采购质量管理

医管局注重药品质量的风险管理。一般会在招标时确定：（1）药物安全预警信号，供临床用药监测使用；（2）药物回收机制，如

果药物出现问题，供应商必须回收，在投标时明确回收点、回收时间、赔偿方法等。

对拟采购药物，医管局会要求投标商提供详细的质量资料，包括制造商信息、药物注册信息、既往销售数据、质量详细数据等。对非专利药，按照世界卫生组织《药品在国际贸易中质量证书的方案》，要求补充提交与专利药具同等疗效的报告；此外，对还有独立的药物评选委员会对其质量进行评价。

对已采购药物的质量管理，主要是定期对合同药品的抽样化验。医管局建立了药物投诉系统，对投诉样本会及时进行深入细致的化验，以防范可能的质量问题。

此外，医管局还长期开展国际药物信息监测，一旦国际报道某种药物质量相关问题，会及时在香港采取相应措施。

四、药品采购策略

医管局紧密跟踪市场、调整采购策略。对非专利药，采用公开招标方式选择供应商。对专利药，则采取单一招标方式，汇总使用量，集中招一家供应商。同时，对具有相同治疗效果的几个专利药品，密切关注其价格变化趋势，价格低、下降速度快的药品，医管局会优先、大量使用。

对核心专利权到期，但制剂、工艺等其他专利仍在保护期的药品，如果市场上有仿制药出现，医管局会主动研究改用仿制药的可行性。包括：主动查证专利药和仿制药的专利权构成和期限、评估转用非专利药物的相关风险、请海外专利权律师确定有关风险是否属于轻微、要求合同供货商提供免责保障等。如果这4项工作都确保不出现问题，医管局会尽快转用仿制药，以期快速降低药物成本。这一工作在医管局被称为“灰色地带”调查，是其控制费用的重要

方法之一。如 2003 年，辛伐他汀的分子专利权到期，同年出现仿制药。医管局立即启动相应“灰色地带”调查，认为可行后，次年就改用了仿制药。转用仿制药后首年节约 2300 万港币（比前一年下降 80%），另从阿伐他汀转为仿制辛伐他汀节约 1500 万港币。2007—2008 年，医管局使用了头孢呋辛、西吡普兰、格列齐特、阿莫西林克拉维酸注射剂等 4 个仿制药，共降低药物成本 6410 万港币，接近当年药物总费用的 3%。

此外，医管局重视利用信息技术改进采购工作。通过网络提供药物名册操作指南，并建立门诊处方直接输入电脑系统，为药品采购提供全面数据，有利于分析用量趋势，决定采购途径；同时有利于加强监控，确保医院按规定用药和按标准进药；并可协助完善药物风险管理机制，协助审计和监督管理。

五、成绩和主要经验

通过各种采购措施，医管局采购的药物价格普遍比市场低 60%。由于价格低、质量好，即使是患者的自费药物，价格也比市场价低一半以上，目前香港各类患者、社会团体以及部分议员都要求医管局扩大供应患者自费药物品种。医管局出于自身职能定位的考虑，目前正在谨慎考虑扩大自费药物供应的政策建议。

综合香港医管局的主要采购方法和措施，主要经验可以归纳如下：

（一）大批量集中采购，有效控制价格

医管局集中了所有公立医院要使用的常用药品，近年来每年采购额均占全港市场份额的一半以上，充分提高了议价控费能力，降低了药品价格。

（二）注重药品采购的经济实用性

主要活动均围绕降低药品采购成本而展开，并且积极寻找控制

价格的机会。对仿制药和专利药的选择，采用同等质量和疗效标准，价格上则以低价者优先。

（三）卫生部门负责，有效提高采购效果

对照世界卫生组织推荐的十二条药品采购管理原则，医管局的做法与之基本一致。例如：关于不同采购职能和责任分工，世界卫生组织建议药品的选择、定量、产品规格、供应商的预选、投标的审定等职能应在不同机构和个人之间分别进行；医管局的采购分工体系表明，在卫生部门负责下，充分动用专业资源，可以有效实现采购的科学分工，发挥临床用药各相关领域专业特长，实现药物的高效采购。

（责任编辑：王月强）

送:

送: 世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处
卫生部相关司局、卫生部卫生发展研究中心
卫生部统计信息中心
中国医学科学院医学信息研究所
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门
各省市卫生厅(局)政策法规处
上海市卫生局局领导及有关处室
上海市各区(县)分管副区(县)长、各区县卫生局
相关医疗卫生单位
全国部分高校和研究机构