

卫生政策研究进展

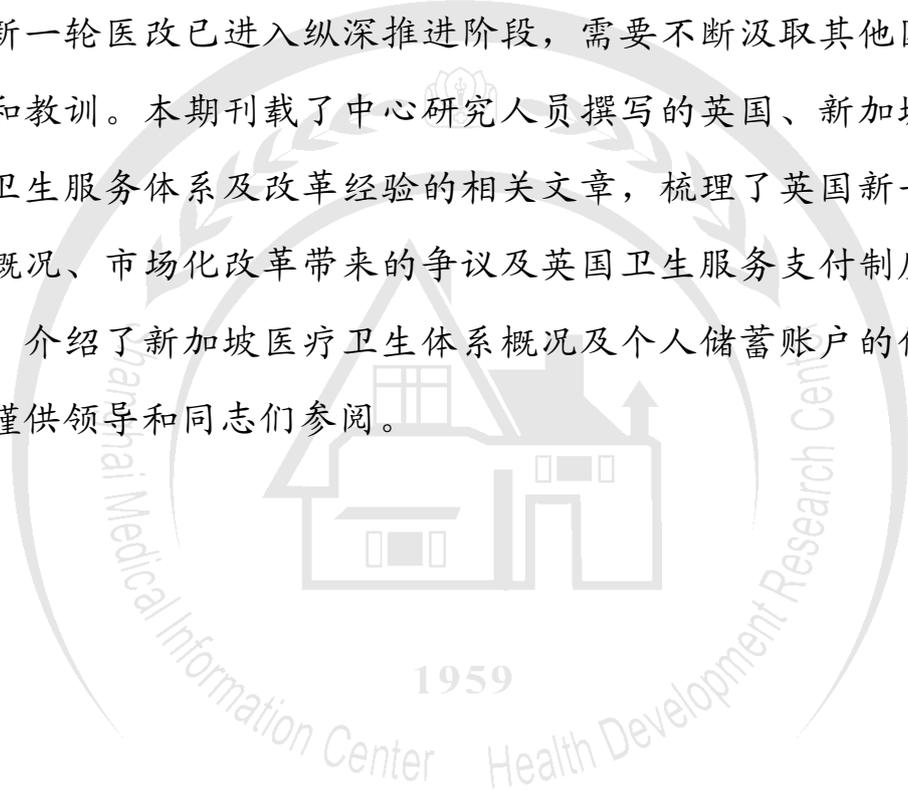
Progress in Health Policy Research

2014年 第4期
(总第55期)

上海市卫生发展研究中心

2014年6月12日

编者按 医改是一个世界性的难题，世界各国都在努力探寻适合本国的卫生改革与发展道路。它山之石，可以攻玉。当前我国新一轮医改已进入纵深推进阶段，需要不断汲取其他国家的经验和教训。本期刊载了中心研究人员撰写的英国、新加坡两国医疗卫生服务体系及改革经验的相关文章，梳理了英国新一轮医改的概况、市场化改革带来的争议及英国卫生服务支付制度相关经验；介绍了新加坡医疗卫生体系概况及个人储蓄账户的使用方法。谨供领导和同志们参阅。





卫生政策研究进展

2008年11月创刊
第7卷第4期(总第55期)
2014年6月12日
(内部交流)

主管

上海市卫生和计划生育委员会

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807室
邮编: 200040
电话: 021-22121872
传真: 021-22121623
E-mail: shdrc_work@163.com
网址: www.shdrc.org

顾 问: 沈晓初
肖泽萍
主 编: 胡善联
副 主 编: 付 晨
金春林 (常务)
丁汉升
编辑部主任: 王贤吉
编 辑: 信虹云 陈 多
常雪沛 高广文
校 对: 方欣叶 陆文婷

上海市连续性内部资料准印证
(K) 第 0649 号

目 次

他山之石

英国卫生体系新一轮改革介绍·····	1
英国卫生体系市场化改革引发的争议·····	11
英国卫生服务支付制度经验与启示·····	28
新加坡医疗卫生体系概况·····	43
新加坡个人储蓄账户的使用方法·····	58

英国卫生体系新一轮改革介绍

谢春艳¹ 金春林^{1,2} 王贤吉¹

【摘要】 英国的国民健康服务体系(National Health Service, 简称“NHS”, 下同) 被视为最富英国特色的福利举措。NHS 自成立以来一直在进行变革, 特别是 2010 年 7 月后, NHS 改革步伐加快。本文梳理了 NHS 新一轮改革的历程及改革后的组织架构及相关机构职能, 并介绍了改革的主要内容及可能引起的变化。这次改革的初衷是为了保障 NHS 病人的选择权, 引入市场竞争机制, 使以 general practitioner (简称“GP”, 下同) 为主导的 Clinical Commissioning Groups (简称“CCGs”, 下同) 组织拥有更大权力决定如何使用 NHS 经费。由专门的监管机构 Monitor 负责监管市场上的公平竞争, 提高服务效率, 降低价格, 从而减轻政府提供卫生服务的压力, 并促进医生与病人各自角色及相互关系的转变。

【关键词】 NHS 改革; 机构; 职能; 市场化

英国是世界著名的高福利国家, 国民享有“从摇篮到坟墓”的一系列福利政策, 而国民健康服务体系(NHS) 则堪称其中最富英国特色的一项福利举措。NHS 一直是英国人的骄傲, 《泰晤士报》一项调查显示, 在回答“政府在 20 世纪影响英国人生活的最大业绩是什么”时, 46% 的人认为是 NHS 体系的建立, 18% 的人认为是福利制度的建立, 排在第三位的才是赢得二战胜利。

一、NHS 新一轮改革历程

1948 年 NHS 成立以来, 无论是组织结构还是服务方式都在不

第一作者: 谢春艳, 女, 助理研究员

作者单位: 1. 上海市卫生发展研究中心, 上海 200040; 上海市医学科学技术情报研究所, 上海 200031

2. 上海市人口与发展研究中心, 上海 201199

断进行变革，很多时候 NHS 的变迁是受社会现状及执政党的执政理念所影响的，表现出卫生改革的政治倾向。2010 年 7 月，英国卫生部发布《平等与卓越：解放国民卫生服务体系》(Equity and excellence: Liberating the NHS) 的白皮书，英国保守党领导的新一届联合政府加快了新一轮 NHS 改革步伐。

此次大规模的结构变革正式开始于 2011 年，虽然此次改革针对的范围只有英格兰地区，苏格兰、威尔士和北爱尔兰还是保留了其原有的体系，但很多学者认为这是英国 NHS 历史上最激进的变革。改革的目的是为了解决 NHS 长期以来面临的挑战和问题：医疗需求和医疗费用不断增加，公共财政预算紧张；与其他欧洲发达国家相比，英国某些健康指标落后，而医疗效率在欧盟国家中仅排 17 位；医疗服务与病人体验的碎片化，服务的反应性不够，病人等待时间长，责任不清等问题。

2011 年 1 月 19 日，英国政府向议会提交了《健康和社会保健法案》草案 (Health and Social Care Act 2012)。

2011 年 3 月 15 日，英国医学会 (British Medical Association，简称“BMA”，下同) 召开紧急会议，就 NHS 改革草案进行辩论。医生们投票要求卫生部长安德鲁·兰斯利撤回 NHS 改革草案。

2011 年 3 月 31 日，下议院完成该法案的第二轮审议和辩论。

2011 年 4 月 3 日，首相大卫·卡梅隆宣布暂停国会对 NHS 改革草案的审核，暂停期可能长达 3 个月。

2011 年 4 月 6 日，英国首相大卫·卡梅隆和卫生部部长安德鲁·兰斯利突然宣布，NHS 改革草案将进入为期 2 个月的“征求意见”期，并据此对草案进行修改。

2011 年 6 月，由于对法案的反对声音日益增强，首相宣布“暂停”并由独立的专家团体“由独立未来论坛”开启一个“听证测验”，考

虑对法案进行调整。

2011年9月7日，英国新医改草案经过反复讨论和修改后在议会下院以316票比251票的表决结果获通过。

2011年12月5日，英国首相大卫·卡梅隆宣布NHS的改革计划为保持英国在生命科学领域的世界领先地位，将与企业界合作，拟通过匿名方式把病人资料库向企业界开放，此举引起了纷争和指责。

2012年2月7日，英国医改陷入“难产”困局。因医疗界的反对和首相的叫停，改革陡增变数。

2012年3月7日，英国医改法案修正案获上议院支持。

2012年3月16日，10家医院的7家医生拒绝了法案；超过三分之二的医师们拒绝法案。

2012年3月27日，英国上议院批准NHS改革，国会通过医改法案，并将其变成法律。

2012年5月8日，英国卫生部部长安德鲁·兰斯利动用大臣否决权禁止政府公开NHS改革重组风险报告，提出官员们研究政策和程序时应适度保留一定的安全空间。

2013年4月1日，尽管面对公众和许多专业机构的质疑和反对，经历长达14个月的争论才获得通过的《健康和社会保健法案》^[1]开始正式实施，对于NHS组织架构及服务提供方式的变革也正式启动，新的管理机构开始担负全责。

二、改革后的组织架构及相关机构职能

虽然之前英格兰、苏格兰、北爱尔兰和威尔士的NHS是分开管理的，但在本次改革之前其主要运行机制、服务范围和内容基本一致，所以总体来说仍属于英国NHS的统一框架及管理体系^[2]。2011年开始的改革仅在英格兰地区实行，因此以下最新的组织架构仅适用于英格兰NHS（图1）。

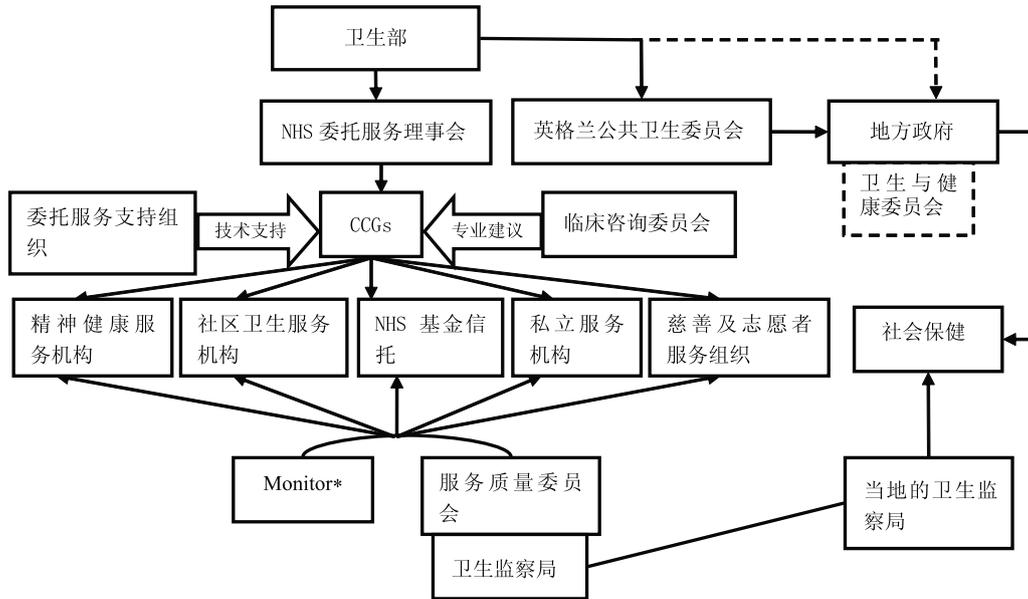


图1 NHS新一轮改革后的组织架构图

（一）卫生部（Department of Health，简称“DH”，下同）

卫生部领导卫生保障体系，负责卫生发展策略和目标的制定、协调所辖各部门的工作等，但不再直接领导NHS，也不再直接参与NHS机构的管理。

（二）NHS 委托服务理事会（NHS Commissioning Board，又称NHS England）

NHS 委托服务理事会是NHS 服务委托购买及服务提供的全国性领导机构，负责地方临床委托服务组织（CCGs）的准入、审批和管理，通过将权力下放给各地的CCGs，委托购买全国大部分初级卫生保健和专科服务，负责对NHS进行定价和支付，提高医疗质量，也保证NHS体系的高效、协调运作。

（三）临床服务委托组织（CCGs）

CCGs是地方性的NHS 服务委托购买及服务提供机构，NHS England是其上级领导机构。CCGs实质上是地方全科医生团体，由

*Monitor 是对医疗机构进行运营和财务监管的专门机构，下同。

当地的全科医生主导，全科医生（GP）、护士及其他相关专业人士组成，负责当地卫生服务的规划、资源配置、服务委托购买、服务提供及支付，决定 80% 的卫生经费，即每年约 800 亿英镑医疗卫生拨款的使用。CCGs 根据当地居民需求，向符合 NHS 医疗标准和价格要求的服务提供机构（包括由公立医院转变而成的 NHS 信托机构、私立机构、慈善机构和志愿者组织）招标采购几乎所有的医疗卫生服务，服务内容涵盖了初级卫生保健、社区卫生服务、医院服务、康复医疗、急诊服务、精神卫生及心理健康服务等。

当地的服务团队（local area teams，简称“LATs”，下同）作为 CCGs 在各地的分支，负责直接委托并提供本社区的初级卫生保健服务，包括全科医生服务、牙科服务、药剂师服务及眼科服务等。

（四）NHS 基金信托（NHS Foundation Trusts）

主要由改革前的 NHS 信托（包括急诊信托、急救信托、社区卫生信托、精神卫生信托等次级卫生服务提供机构）转变而成，2014 年后，所有的 NHS 信托都要通过评估取得 NHS 基金信托的地位，成为独立运行、财务自主、自我治理、自负盈亏的法人实体。NHS 基金信托有着不同于过去由卫生行政部门直接管理的治理结构，由当地的病人代表、医务人员、社区代表及相关合作机构的代表共同组成董事会，负责机构的战略规划，决策权由中央政府下放到地方和社区，对当地公众负责。医院在更大程度上代表当地社区和居民的利益，他们在医院决策方面有更大的发言权。NHS 基金信托明确规定了医院服务应转向一线工作人员和地方社区，是英国历史上医院服务提供模式和管理方式的一个重大转变^[3]。对于运营不良无法取得此地位的医院，将对其实行兼并重组或倒闭清算。由监管机构 Monitor 负责对其进行严格的财务监管，必要时可更换董事会，以保

证其高效运转及财务收支平衡。

改革后，获得了 NHS 基金信托认可的医院可以实现财务自由，可以根据支付能力和现金流从公立或私立部门筹集资金，但要自负盈亏，并且允许其将剩余利润投资于新的 NHS 服务，允许其 50% 的收入可以来自私立部门和私人病人，50% 的病床和人力资源可用于私立部门。

(五) 英格兰公共卫生 (Public Health England, 简称“PHE”, 下同)

提供全国性的公共卫生服务及相应支持，并与 NHS 及地方政府共同应对突发公共卫生事件。改革后，公共卫生服务的管理权更多下放到地方政府 (local authority)。

(六) 服务质量委员会 (Care Quality Commission, 简称“CQC”, 下同) 和独立监管机构 (Monitor)

这两个机构是改革后 NHS 的两个最主要的监管机构。

CQC 负责对所有卫生服务和社会照顾服务的服务质量进行监管。

Monitor 主要负责资金和财务监管，其职责包括：NHS 基金信托、社会及私立机构的审批、准入和监管，制定医疗市场规则，促进医疗机构间的充分、公平竞争，制定和调节医疗价格 (tariff)，与公平贸易办公室 (Office of Fair Trading) 进行合作，管理 NHS 医院基金信托的兼并重组，确保 NHS 基金信托机构的高效运行、财务收支平衡及可持续发展。

合法的 NHS 医疗服务提供者必须同时在 CQC 和 Monitor 进行注册，若不能提供安全、高质量的医疗服务或财务状况不能保证机构运营，CQC 或 Monitor 均有权予以警告或经济处罚。

(七) 卫生监察局 (Health Watch)

由 CQC 主管，作为患者代表机构维护医疗服务使用者的利益，

代表公众收集对卫生和社会照顾服务的意见，反映需方的诉求。

(八) 健康与福利委员会 (Health and Wellbeing Boards)

各地设立地方政府主导的健康与福利委员会，对当地社区和居民的健康与社会福利需求进行评估，支持 CCGs 的工作，促进卫生和社会保健服务体系的整合。

(九) 其他相关支撑机构及专业机构

由于 CCGs 由全科医生主导，缺乏服务规划、管理及委托购买的经验，因而组建了相关辅助支撑机构对其委托服务职能进行辅助和支持，其中委托服务支持组织 (Commissioning Support Units) 负责对其进行技术支持，临床咨询委员会 (Clinical Senates) 负责对其进行专业支持。

一些专业机构如全科医学协会 (General Medical Council)、护理及助产师协会 (Nursing and Midwifery Council)、口腔协会 (General Dental Council) 和健康与保健专业委员会 (Health and Care Professions Council) 等也将承担起提高 NHS 运行绩效，改善临床质量的职责。

三、改革主要内容及可能引起的变化

这次改革的初衷是为了保障 NHS 病人的选择权，让病人有更多更好的选择，引入市场竞争机制，以 GP 为主导的 CCGs 组织将拥有更大的权力决定如何使用 NHS 经费，向市场上所有的公立和私立服务提供者进行招标，采购最符合当地居民和病人需求的服务。由专门的监管机构 Monitor 负责监管各个服务提供方在医疗市场上公平竞争，提高服务效率，降低价格，从而减轻政府提供卫生服务的压力。

(一) 服务规划、服务委托提供及支付的管理职能进一步下放

改革之前由国家卫生部委任的服务委托和购买机构—初级卫生

保健信托 (Primary Care Trusts, 简称“PCTs”, 下同) 和战略卫生局 (Strategic Health Authority, 简称“SHA”, 下同) 等官方的行政管理机构被撤销, 由全科医生主导的临床服务委托组织 (CCGs) 取而代之, 将更多权力通过 CCGs 下放给当地的全科医生, 希望通过让全科医生参与管理工作来提高医疗服务水平。改革前, PCTs 一直是 NHS 运作的核心, 负责管理 80% 的卫生预算 (每年的卫生预算约为 1000 亿英镑), 通过向委托服务机构购买服务来满足当地居民的健康需求。改革后, 原本的 152 个 PCTs 由 211 个 GP 主导的 CCGs 代替, 发挥医疗卫生规划和购买服务的职能。

(二) 政府财政预算对卫生的投入缩减, 市场化与私有化扩大

医疗费用不断上涨使 NHS 的支出不断加大, 政府财政压力也越来越大。1948 年 NHS 刚刚在英国推出时的预算是 4.37 亿英镑, 约合现在 90 亿英镑的价值。而到 2012—2013 财政年度, 英国政府对 NHS 的投入预算是 1089 亿英镑, 是最初预算的 10 倍多, 占英国 GDP 的 9.4%。新一届联合政府早在 2010 年就提出了政府支出削减计划, 对公共部门的财政紧缩带动了行政改革。在英国政府厉行节约的大环境下, 节约开支是这次 NHS 改革的一个重要因素^[4], 而改革支持者认为更大范围内引入市场竞争将有利于提高效率、节约财政支出。政府表示, 《健康和社会保健法案》的实施将引入私立部门参与医疗市场竞争, 提高病人护理和治疗的效率, 减轻政府财政负担。政府预计这项计划将使 NHS 每年节省开支 17 亿英镑, 为本届议会节约 50 亿英镑。而且家庭医生介入管理工作, 可以减少 NHS 体系内管理岗位的雇员数量, 这样也可以节约开支。对于卫生的财政投入大幅缩减, 英国政府提出了从 2010—2015 年的经费缩减目标, 要求 NHS 通过提高效率每年节省 4% 的支出, 即每年节省 150—200

亿英镑^[5]。NHS 的预算将英国人均卫生费用预算从 2009—2010 年度的 2043 英镑缩减到 2014 年的 1999 英镑，到 2015 年预计将会缩减为人均 1986 英镑。

改革涉及的医疗服务市场化和私有化内容是改革中最受争议的部分。事实上，市场化改革早在多年前工党任期时就已开始，允许私有机构提供比较简单的可选择性的外科手术服务，例如髋关节、膝关节置换手术等，改革实施前私立部门提供的这些手术占 NHS 总手术量的 3.5%，私立部门的服务费用占 NHS 总费用的 5%^[6]。另外，近些年私有部门通过公私合作项目 PPP、PFI 等多种形式不断扩大其在英国医疗市场上的影响，市场化改革的主要目标是通过私立部门进入医疗市场减少政府财政预算对于医疗卫生的投入，进而减少财政压力。

支持者认为市场化可以促进竞争、提高服务效率、减少病人等待时间；反对者认为市场化导致了私立机构逆向选择病人的道德风险，会降低服务质量、损害医疗服务的可及性和公平性。

（三）向地方政府（local authority）放权，促进服务整合，加强预防保健和社区服务，减少住院

地方政府当局被赋予了更大的权力，此次改革尤其将公共卫生的相关权力更多下放给地方政府，同时地方政府将在当地整合型保健服务的改革中发挥重要的作用和影响。改革的一个重要目标是改变目前服务的碎片化，通过地方政府主导的健康与福利委员会促进社区卫生服务、医院服务、社会保健服务与公共卫生服务的整合，大力发展预防保健、健康促进等公共卫生服务，进一步加强初级卫生保健和社区卫生服务，尽量通过整合当地多个相关利益方及不同部门的资源，加强服务路径的优化衔接，提供更多的居家服务、社

区康复及辅助服务降低慢性病的负担，使病人更多在家庭及社区中接受服务，减少急诊和住院，进而节省卫生资源，提高人群健康水平。

（四）医生与病人各自角色及相互关系的转变

医生从高高在上享有主要话语权的临床专家，转变为居民、病人的伙伴和朋友，学会倾听和尊重病人的选择和体验，从治疗者更多地变为教育者、指导者和健康合作伙伴，帮助病人更好地进行自我健康管理。

病人在免费享受 NHS 服务的同时，为自己的健康承担更多的责任，从过去消极接受服务转变为积极主动加强自我健康管理，选择适合自己的服务，主导自己的健康。

改革后 GP 拥有对当地卫生服务规划与委托购买的权力，通过向社会进行服务招标采购直接决定需方的服务提供。然而，因为医疗市场向私立机构和社会组织开放，居民与全科医生长期以来的良好信任关系也可能会发生变化。

参考文献

- [1] Health and Social Care Act 2012 (c.7) [EB/OL].<http://services.parliament.uk/bills/2010-12/healthandsocialcare.html>
- [2] NHS.About the NHS: overview. [EB/OL].<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>
- [3] Department of Health UK. [EB/OL].<http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Secondarycare/NHSfoundationtrust/index.htm>
- [4] Roberts A, Marshall L and Charlesworth A. A Decade of Austerity? The funding pressures facing the NHS from 2010/11 to 2021/22. Nuffield Trust. 2012.
- [5] Louise Marshall, Anita Charlesworth and Jeremy Hurst. The NHS payment system:evolving policy and emerging evidence[R].2014:. 5. www.nuffieldtrust.org.uk/publications/nhs-payment-system-policy
- [6] The changing health service. BBC <http://www.bbc.co.uk/news/health-21850949> 2013-3-25

英国卫生体系市场化改革引发的争议

谢春艳^{1,2} 胡善联¹ 丁汉升^{1,2} 何江江^{1,2}

【摘要】 始于2011年的英格兰NHS（National Health Service，简称“NHS”，下同）新一轮改革在民间和学术界存在极大争议，整个改革法案的出台历程充满波折，争论焦点在于本次改革可能存在的市场化和私有化倾向。本文综合近年英国各大媒体的相关资料，结合英国医学界部分学者、医生、护士等医疗卫生领域专业人士的访谈，整理出人们对市场化改革相关内容提出的主要质疑。

质疑主要集中在医疗市场的充分竞争是否有利于公平并真正给予病人更多的选择权；充分的市场竞争反而可能增加服务监管的难度；服务招标采购过程对私立利益集团而不是公立医院更有利，而竞标成功后私立医院提供的服务并不一定更好；以竞争为导向的医疗市场更易导致医患关系的恶化；市场化使医生更不易于整合各方资源来服务病人，原有的合作团队也难以稳定搭建；市场化使利益集团而非医生的专业支配权增大，容易增加管理成本；医疗的趋利化使医生倾向于优先服务在私立医院就诊的有钱病人，从而增加公立医院病人的等待时间，并影响国家整体医疗卫生的公平性与可及性；私立医院的服务质量与效率并不一定更高。当前医疗体系存在的问题的主要原因是整体社会环境与人们生活方式的改变，而不是医疗市场化不充分，相反，过度市场化反而会给医疗体系带来更多问题。

【关键词】 NHS；市场化；改革；医疗服务

始于2011年的英格兰NHS新一轮改革被认为是NHS历史上最激进的一次变革。NHS新一轮改革在民间和学术界存在极大争议，

第一作者：谢春艳，女，助理研究员

作者单位：1. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；

2. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

致使改革法案的出台历程漫长而充满波折，争论的焦点在于本次改革可能存在的市场化和私有化倾向。

英国卫生领域的权威学术机构国王基金（The Kings Fund）认为：“市场化改革可能使病人等待时间更长，服务质量下降”^[1]。英国的《卫报》、《镜报》、《泰晤士报》^[2]、《每日电讯报》等多家媒体不断出现反对声音，有人认为这是一场执政党的意识形态占据了上风的政治改革^[3]。英国医学协会（简称“BMA”，下同）、皇家全科医师协会（简称“RCGP”，下同）、英国护士和助产士协会（简称“NMC”，下同）等多个医学领域的专业团体游行示威反对新的医改法案^[4,5]，声称“联合政府对英国人民进行了欺骗和背叛，NHS的私有化在所难免”。这项改革法案的推出，使英国联合政府的信誉遭受打击^[6]。当选前，保守党曾承诺不对医疗体系进行重大改革。一些议员对这一“重大政策转向”表示“惊讶”，因为这一改革根本就没出现在保守党的施政纲领里，也没出现在执政联盟的协定中^[7]。各大媒体和各大论坛主页上，英国公众以发表大篇评论的方式踊跃发表意见，参与这场争论，大多数意见一边倒地反对市场化改革。

笔者阅读了近年来英国各大媒体及相关网站的讨论内容，观看了大量相关视频资料，并对英国医学界的部分学者、医生、护士及其他医疗卫生领域的专业人士进行访谈，将人们对市场化改革的相关内容提出质疑的主要部分整理如下：

一、关于医疗市场竞争与病人选择权

此次改革认为，只要能提供与公立医院相同价格和质量的服务，让私立医院进入医疗市场有利于引入竞争机制，让病人有更多选择权。这场改革中的“选择权”这个词获得了公众的支持，但是有专业人士表示：“‘市场竞争有利于选择权’的假设基于一个前提：竞争是基于医疗质量的公平竞争，而且病人有能力做出有利其健康的

正确选择。但是私立医院作为商业公司在医疗市场上与公立机构竞争，这种竞争不一定是公平的有利于医疗质量改进的，因为私立医院为了争夺病人，有更多的金钱和人力去进行各种各样的市场营销，而病人作为医疗的门外汉很多时候并不是依据医疗服务质量进行选择，而是被商业公司的营销策略所迷惑。例如，在 NHS 的公立医院内停车是收费的，住院病人住院几天就是一笔不小的开销，而一些私立医院推出了免费停车服务，会吸引更多的病人。对于门外汉的病人来说，因为缺乏医学知识甚至缺乏某些常识，他们经常会判断失误，被一些与健康无关的蝇头小利所吸引而做出错误的选择，在医疗方面给病人过多选择权有时候并不是好事。”

此外，当病人面临这些选择时，很多时候并不知道该怎样选择，大多数病人还是希望他所信任的全科医生（general practitioner，简称“GP”，下同）可以替他进行选择，或者选择那些距离近、就诊方便的服务提供者。正如某个 GP 所说：“我的 95% 以上的病人在选择转诊医院时都会询问并接受我的意见，而我替病人做出选择的主要依据是减少病人的等待时间，使不同病人对专科服务的可及性更加平等，毕竟大多数 NHS 医院的服务质量是较高标准的，病人更倾向于选择他们熟悉的当地医院”。

二、关于市场竞争与服务监管

新法案规定，任何达到价格要求的医疗服务提供商都能参与 NHS 竞争，有专业人士认为这将影响医疗服务的质量，尽管英国有强有力的医疗监管机构，但如果私立机构不具备公益性的服务宗旨而存在营利倾向，监管不可能面面俱到，而且将来不断增加的监管成本也是一笔沉重的负担。有学者对于引入市场竞争后的服务监管难度提出了质疑：“医疗卫生服务的特殊属性决定了其与市场上一般商品的交易性质不同。在一般的商品市场上，供需双方对于商品质

量和价格的信息是相对对称的，交易环境是相对透明公平的，可以通过充分的自由竞争降低价格、提高效率。但是在医疗服务市场上，由于医疗服务的高度复杂和高技术性质，医患之间存在信息不对称的问题，是一种服务代理关系。公共体系下，公立机构的信息由国家掌握，是相对公开透明的，NHS 已经建立起一整套由国家监管机构主导的数据收集和监管体系，可以纵向到底横向到边地监管到每一个机构甚至每一个病人的服务。在市场机制下，原本的公共医疗信息变成了私有的商业机密，很难对外公布，以公共服务为对象的国家监管体系也不再起作用，医疗服务提供者之间不可能存在充分而公平的竞争，而且对这种高技术服务的质量监管极为困难，追求利润最大化是一切私有资本的天性，私立的服务提供者因为要利益最大化，更多会选择那些简单的容易从中营利的手术和病人，而推诿复杂的高风险疾病、推诿慢性病患者及老弱病残等弱势人群(cherry picking)，还有可能诱导服务、降低服务质量或形成垄断、抬高价格而损害需方的利益。”

“事实上，市场化改革后，只要医疗机构有权利作为独立的市场主体参与市场竞争，独立的医疗机构就有资格自主对药品、耗材、器械及后勤等服务进行招标采购，因为中央集中采购与医疗市场化是自相矛盾的。自从 80 年代 NHS 开始通过对医疗服务提供进行招标采购及后勤服务社会化外包后，虽然大多数服务提供方还是公立机构，但是其药品、耗材、医疗器械、后勤等的供货商 (suppliers) 大多是私立机构，医疗机构之间在服务成本及供货商价格等方面其实并不是公开透明的，因为大的跨国公司垄断了市场也形成了价格垄断，可供医疗机构的选择并不是很多，因此 NHS 的大量资金进入了私人供货商的腰包，带来了巨大浪费。有研究显示，同一家供货商对不同医院的价格差异可以高达 200%，并且这一差异还在不断扩

大。据研究预测，如果市场能够变得公开透明，NHS 每年至少可以节省 5 亿英镑费用。仅仅是医疗药品、耗材、医疗器械、后勤等的市场化已经很难使价格公开透明，可想而知，如果对服务提供进行市场化和私有化，医疗服务的提供作为高度技术密集的行业更容易形成价格垄断，政府对医疗服务的监管将会有更大难度。”

三、关于服务招标采购的公平性与竞标成功后的服务提供情况

新法案中的相关规制内容决定了 Clinical Commissioning Groups（简称“CCGs”，下同）只能通过市场竞争为前提的招标采购来为当地的公众购买医疗卫生服务。改革支持者声称，只要符合条件的服务提供商如私立部门、慈善机构及社区志愿服务机构都可以公平地参与竞标，这不但给商业公司提供了更多机会，也给慈善机构、社区机构等社会非营利机构的发展提供了良好的契机，而这些由慈善机构等社会民间组织提供的医疗卫生服务一向是广受公众赞誉的且高质量低价格的服务。

然而，相关专家对不同机构参与竞标的公平性提出了质疑：参与竞标前的准备程序极其复杂，涉及到法律、财务、会计、运营、管理等方方面面的内容，要在激烈的竞争中竞标成功，不仅需要优良的医疗专业团队，还需要专业的法律、财务和管理团队支持，竞标过程需要耗费大量的人力、技术、时间及财力。“社会慈善机构等民间组织往往规模较小，并不具备这样的专业团队和技术支撑条件；而 NHS 公立机构普遍认为花费大量的时间、人力和财力去准备投标是一种浪费，更愿意把资源投向医疗服务；营利性的大型跨国医药公司却把投标过程作为一种投资积极准备，一旦竞标成功可以获得巨大的商业回报，而且他们具有雄厚的财力和丰富的市场运作经验，专门雇佣了财务、法律等方面的专业人员进行材料准备，其谈判能力、商业运作等竞争优势明显。私有服务提供商把 NHS 看成是‘生意’，

NHS 公立医院认为 NHS 是‘服务’，因而竞标成功的往往是这些大型的跨国医药提供商，而不是服务质量更高的 NHS 公立机构或民间慈善机构，竞争的公平性名存实亡。”

“我认为从长远来看，让营利性的公司涉足医疗卫生行业并不是什么好事，没有任何证据表明私人公司提供的服务质量更高，而现有的证据恰恰相反，营利性的私立部门在提供服务过程中质量往往是最先受到损害的。所谓的公私合作其实就是服务外包的代名词，这些服务外包和公私合作中的私有公司并不是真的低成本高效率，他们只是擅长参与竞标过程，竞标成功后挤垮 NHS 公立服务形成垄断，然后抬高服务价格，同时靠压榨员工降低成本从而获取最大的利润。去看看关于 Hinchingsbrooke 的 NAO 报告就知道，Circle 公司（英国一家大型私有医疗服务提供商）赢得了服务合同但是并没有很好地履行服务承诺，他们在竞标时故意夸大了自己的能力，取得了一份十年的合同，后来却在服务提供过程中大打折扣。同样的，我们也发现私有的服务提供商在取得合同后提高服务价格，NHS 只能以高于过去的价格来购买同样的服务。其实私立公司这样做无可非议，因为获取最大的利润向股东负责是一切营利性机构的本能和天职。服务委托方对后来服务提供过程中出现的这些问题都无能为力，因为组织招标的过程复杂需要耗费大量人力、物力和财力，已经没有足够的时间和资源重新招一次标。”

四、关于医患关系变化

长久以来，英国医生与居民之间一直保持着良好的关系，这种良好的医患关系是以信任为基础的。多年来，英国的民意调查都显示医生是社会上最受尊敬和信任的职业之一。有医生担心，“在以市场竞争和利润最大化为前提的市场环境下，经济激励成为医疗卫生背后的动力，甚至公立医院的医生也会受到竞争理念的影响，变成

更加有商业头脑的精明商人，而不是充满同情心会主动关心病人感受的专业人士。上世纪80年代，美国医疗体系快速商业化，医生这个职业的公众支持度骤降，成为公信力下降最快的职业。随着NHS的市场化和私有化，现有的NHS以病人为中心的道德准则发生变化，造成医患关系紧张，职业环境恶化，必然会导致大批医生护士流失。”

改革之后，GP主导的CCGs直接掌管了NHS约80%的预算，负责对当地居民所需要的卫生服务进行规划和招标采购。在招标采购过程中，因为要满足卫生部削减卫生经费预算的指标，GP主导的CCGs出于预算压力在招标采购服务时很可能更多地考虑服务价格。有些大型的跨国医药服务提供商具有雄厚的经济实力，可以在竞标时压低价格，竞标成功后形成垄断再通过谈判大幅提高价格，也有私立的服务提供者为了中标而降低服务质量从而降低价格，最后中标的往往是低价者，而非高质量者，最终使需方的利益受损。“如果GP与这样的大型医药服务提供商签订了服务合同，会使患者对GP的职业道德以及自己所接受的服务质量产生疑问，他们会怀疑自己所接受的服务是GP出于降低成本的考虑，而不是根据病人需求提供的、有利于病人的、最高质量的服务，从此之后，GP与居民长久以来建立的基于信任的医患关系也可能由于服务的市场化和私有化而毁于一旦。最近，Ipsos Mori民意调查机构对GP的态度调查显示，有3/4的GP担心自己与病人之间长久以来建立起来的良好信任关系会被这次改革破坏。”

五、关于服务的碎片化及团队合作关系变化

团队合作是提供高质量医疗卫生服务的基础，尤其是对于复杂的长期病患，多学科团队合作是至关重要的。引入所谓的市场竞争，服务提供者之间为了自己的利益都希望在市场上获胜，获得NHS的服务合同，竞争关系将会不利于不同机构之间的合作和服务整合。

有医生表示：“市场竞争将会严重影响已经广泛存在的 GP、专科医生、社会照顾等各个服务提供者之间早已形成的良好的团队合作关系，过多的服务提供者进入会使过去整合的无缝衔接服务变得碎片化，直接损害到病人的利益。例如，我有一个病人是严重的残障儿童，我们的服务团队成员包括了社区儿科医生、脑外科医生、康复科医生、物理治疗师、语言治疗师、营养师、职业治疗师、社会工作者，这个团队的专业人员都在同一个全科诊所里工作，大家每天都会就某一个病例的问题进行讨论和合作，医患之间也建立了稳定的信任关系。私立部门的服务提供者进入市场之后，全科医生通过招标采购所购买的服务提供方会缺乏稳定性，例如，针对上面这个例子中的儿童所需要的物理治疗师，每次招标采购，服务提供方都可能发生变化，每过一段时间就有新的物理治疗师重新对这个儿童进行评估，工作团队成员之间也要重新磨合，浪费时间和精力，过去稳定的医患关系也荡然无存。”

“此外，竞争可能会使原来的合作伙伴关系荡然无存。政府的招标采购策略使服务提供体系更加分裂而不是统一，大家都在激烈竞争，不是你死就是我活，谁还想去真心和对方合作呢？例如，我倾向于把病人转诊到过去存在合作关系的 NHS 医院，因为我们之间已经有了很好的信任和长时间的合作，我希望把我的病人交给我所信任的专科医生，可是现在我不能那么做了。因为当地提供同类服务的私立机构会向 Monitor 提出上诉，认为我阻碍了医疗市场的充分竞争，这时我就必须选择那些更有价格优势的私人服务提供商，这些商人是向他们的股东负责而不是向病人负责的，他们一旦获得我的合同，之后为了降低成本和牟利会做出诸如缩减服务、质量降低等很多不利于我的病人的事情，说实话我对他们并不放心。国际上已经有大量研究表明，营利性机构提供的医疗服务，其服务质量可能会降低。”

六、关于医生的专业支配权（clinical control）和利益集团的影响

这次改革的一个目的是给 GP、护士等工作在基层和一线的医疗专业人士更多的经费支配权，从而给予其更多的对于医疗过程的决定权和控制权。改革后，由 GP 组成的 CCGs 被赋予了更多的管理职能，例如本地医疗卫生规划、招标采购等工作，GP 通过招标采购等工作有更大的权力来决定资源分配、服务提供和经费使用。“但是大多数 GP 并不喜欢做管理，他们只是想好好的从事自己的临床医疗工作，而且招标采购工作技术性很强，需要专业的管理技能，他们没有时间、精力和专业技能去管理经费预算以及资源的分配，所以他们会雇佣专业的职业经理人或把这些规划管理和招标采购工作外包（outsourcing）给营利性的商业咨询公司，其中很多是来自于美国的商业健康保险公司、跨国医药公司。正是这些公司花重金对英国的政客进行游说，希望开放 NHS 市场允许社会资本进入，从中分得一杯羹。”

“实际上，医生的专业支配权远远比不上利益集团的影响，英国政府部门及卫生当局很多重要人物与大型跨国医药公司、商业保险公司等利益集团有着千丝万缕的联系。据调查，国会上议院的一百多名议员与私立医疗部门存在利益关系，例如，2013 年新上任的 NHS England 的首席执行官 Simon Stevens 曾在一家美国医疗服务公司联合健康集团 (UnitedHealth Group) 担任近 10 年的高管；NHS 最重要的监管部门 Monitor 的首席执行官 David Bennett 曾在美国麦肯锡公司任职近 20 年，前英国卫生部长 Darzi 勋爵是 GE Healthcare 雇佣的高级顾问；前英国首相 Tony Blair 是 NHS 市场化改革的倡导者，他的老婆 Cherie Blair 开办了一家私人医疗公司 MEE Healthcare，有来自美国的风投公司为之注资，这样的例子还有很多。这些利益集

团通过投资咨询机构、研究机构和智囊团，来影响政府决策。”早先有媒体撰文质疑政府花高价雇佣麦肯锡咨询公司对 NHS 改革进行研究，而这些咨询公司本身可以从 NHS 的改革中牟取暴利，其作为利益集团的立场并非客观中立，研究成果也会从自身利益出发而有所歪曲^[8]。

“事实上，近年来整个欧洲大陆包括英国、荷兰、德国、法国等多个国家都出现了医疗卫生等公共服务部门不断市场化的倾向，是与美国的商业公司等利益集团的政治渗透和影响分不开的。NHS 确实受到了外来威胁，美欧自贸协定条款等于打开了医疗服务领域的安全阀。有学者呼吁，美欧签订的自贸协定不应该包括 NHS，英国政府应该保护英国的全民公费医疗体制及相关行业免受美国商业力量的冲击。”

七、对于私立部门的损害

现在英国的私立医院主要服务对象是拥有商业健康保险的人群，从事的是相对简单常规的手术或高科技为核心的高端医疗，因为其服务人群少，服务时间充足，而且人力资源优良，故其医疗质量较高。有学者表示，NHS 改革也会给现有的提供医疗服务的私立部门造成损害，“改革后，私立部门在医疗服务市场上占有的份额将会大大增加，面对服务人数大量增加的巨大压力，人力资源紧张，病人等待时间延长，服务质量可能会受到损害。而那些为了获得高效率、高质量医疗服务而购买商业健康保险的人群会停止购买商业保险，因为私立部门提供的是跟 NHS 一样的服务。这样，虽然私立部门可以从 NHS 病人那里获得收入，却损失了服务购买商业保险的高端人群的收入。”

八、关于病人隐私

很多商业公司进入医疗市场，提供各种各样的医疗卫生服务，

一个很大的威胁是病人的隐私信息会被多家商业公司掌握，如何保护病人隐私成为更加棘手的问题。

九、关于 NHS 公立医院的生存和医疗卫生的可持续发展

六家知名医疗协会的负责人于 2011 年 1 月 18 日在《泰晤士报》上刊登了一封公开信，信中将此次改革形容为“潜在的灾难”。这些协会负责人警告称，引入竞争可能导致一些小医院关闭，进而大大地降低 NHS 覆盖全民的能力，甚至在将来导致一些国有大医院关闭，降低医疗服务的可及性和公平性。

一名医生说：“私立部门进入医疗市场所提供的服务往往是检验检查、外科手术等容易从中营利的部分，而高成本、高技术含量或难以从中营利的急诊、精神卫生、康复、护理、妇产、儿科这些医疗服务却会留给 NHS 公立医院提供。但是由于预算大幅缩减，现在 NHS 医院的财务状况已经堪忧，大多数医院是以手术等盈利项目去补贴非盈利项目才维持运营的。”

“私立部门尤其是大型的私有服务提供商具有丰富的市场经验，往往会在竞标中取得成功。如果所有的高利润项目都被私立部门抢占，那么在政府大幅削减财政补贴的情况下，NHS 医院是无法生存下去的，它们尽管一直在提供高水平高质量的医疗服务，但是由于财务危机和缺乏市场经验，在残酷的市场竞争中一直处于劣势，最终会逐渐被大型的跨国医疗集团所兼并或收购。近年来，不少 NHS 的公立医院因为在市场竞争中失败，其手术项目等可以营利的部分被私有集团收购或兼并，而一些难以营利的医疗服务如急诊、妇产科、儿科、精神卫生等服务遭到关闭^[9]。问题是，私立部门从营利性项目中赚来的利润并不是继续投入医疗卫生服务，而是用于股东分配。在政府预算大幅削减的背景下，如果政府没有增加对医疗卫生的投入，医疗卫生事业的发展是不可持续的。”

十、关于管理成本

市场化改革并不一定会降低成本，反而可能引起更严重的机构膨胀和管理成本增加。有学者在访谈中表示：“有研究表明，在上世纪 90 年代引入内部市场化改革之前，NHS 的行政管理成本占整个 NHS 总支出的 4%，是世界上卫生行政管理成本最低的国家，引入市场机制之后，管理成本上升为 12%，交易成本大大增加。而以市场主导的美国医疗卫生体系，其行政管理成本占整个卫生支出的 25%。”

经过机构改组和权力下放，原本 152 个 Primary Care Trusts（简称“PCTs”，下同）变为 211 个 CCGs，每一个大的 CCG 下面还有地方的负责委托初级卫生保健服务的团队（local area teams，简称“LATs”，下同），另外还需要几个技术支撑组织对其进行辅助，这样全国的服务委托购买的管理机构多达 500 多个。原本改革的目的是为了卫生服务的规划、提供和监管更加符合当地的需求，赋予当地的 GP 更多的权力，但是 CCGs 及其支撑组织的众多数量实际上是官僚机构的扩张，增加了交易成本，降低了整个服务体系的效率。此外，“改革之后，GP 主导的 CCGs 要把本来由 NHS 直接提供的服务通过招标向社会上所有的服务提供者包括私有部门采购，招标采购的程序极其复杂，这一过程本身就需要花费大量的资金，再加上 CCGs 缺乏招标采购的管理经验，很多的招标采购管理服务是外包给私营公司的，进一步提高了招标采购的管理成本，本身就是一种巨大的浪费。”

有医生认为，招标采购增加了大量的广告、交易成本，并使招标投标双方都付出了大量的时间、人力和财力。“据报道，一家医疗服务机构为了准备竞争投标的费用可高达 50—100 万英镑。如果任何一家商业公司认为当地 CCGs 的招标采购过程存在问题或缺乏公平性，他们都可以提起诉讼，而诉讼费用需要 CCGs 支付，这样大量

本来可以投向医疗服务的资金支付给了律师费。根据估计，此项改革要花费 30 亿英镑才能完成所有的管理结构及相关操作程序的改变，而这些钱本来可以用于提供卫生服务。”据《泰晤士报》报道，充满争议的 NHS 改革到 2013 年已经花掉了 10 亿英镑^[10]。

十一、关于病人等待时间和医疗公平的公平性、可及性

改革支持者认为引入私立机构可以分流部分公立机构的病人，有实力私人支付的病人可以得到更好的私立医院的服务，而公立医院的病人也可以缩短等待时间，获得更好的服务。有学者认为：“私立机构往往会倾向聚集在城市及经济发展情况好的地方提供服务，并且会选择性地提供那些容易营利的服务，瑞典近年来对私有资本开放医疗市场，大多数新进入的私立机构选择在城市开业。公立机构无法与私立机构竞争，人力资源及技术水平可能会逐渐萎缩，而郊区及农村地区医疗服务紧缺的地方无法吸引私立机构，农村的服务可及性和公平性会成为很大的问题。”此外，私立机构中的医生大部分是来自于公立医院多点执业的医生，这些公立医院的医生被私立机构高薪聘请去门诊或手术，实际上缩短了这些医生在公立机构的服务时间，挤占了公立机构的资源。由于私立机构能给出比公立机构更高的工资，这些工资是由去私立机构的病人个人支付的，多点执业的医生更倾向于对私立机构的自费患者提供更好更高质量的服务。

政府对私营医疗服务的鼓励政策，使得英国医疗服务市场出现了计划经济和市场经济并行的“双轨制”，并不断滋生腐败。“有些地方开始出现医生以营利为目的收取私人病患，却伪造账目向 NHS 申报费用的犯罪行为。”由于大量医生或医院被允许接受自费的私人病患或来自于商业保险公司的病人，于是涌现出同一个医生或医院，NHS 公费病患需要长时间等候，自费或商业病人即刻接受治疗的情

况。这种事情每天都在发生，“我有个病人要做髋关节置换术，我把他转诊到一位专科医生那里，这个专科医生是 NHS 医院的雇员，同时他也在私立医院执业。这个医生告诉我的病人：要通过 NHS 医院进行这个手术的话需要等待一年，如果可以自付一万英镑，就可以到他同时工作的私立医院，并在一个星期之内安排手术。事实上，医疗市场引入私立机构后，私立机构往往会选择那些比较容易操作并从中赚钱的项目和手术，推诿复杂的病例和重症患者，这些难以处理的病人和弱势群体最终只能留给公立医院。于是，判断病人应该接受什么样的服务的标准变为支付能力而不是实际需求。病人根据支付能力而被整个体系分为两部分：公立机构的病人和私立机构的病人，私立机构的病人可能很小的疾病就可以得到很好的服务，公立机构的重病病人因为不能自付费用往往需要等待更长的时间。因为多点执业的医生很多精力都放在他们在私立医院的有钱病人身上，私立机构的有钱病人挤占了公立机构弱势群体的资源，削弱了医疗卫生服务的公平性和可及性。事实上，我知道在澳大利亚的有些研究已经证明，医疗市场引入私有资本并不会缩短病人等待时间，并且，医疗体系的市场化程度越高，公立医院病人的等待时间反而越长。”

十二、关于服务质量和效率

随着近年英国医疗市场向私有资本开放，因为信息不透明及监管困难，私立的服务提供者为了降低成本而降低服务质量的现象时常发生，甚至发生多起私人服务提供商实施的医疗诈骗。已发现竞标成功取得 NHS 委托服务合同的私有服务提供商通过伪造病人信息和电子病历、降低服务数量或质量骗取 NHS 的资金，例如 BBC 就报道了 Circle 集团诈骗事件，由于 GP 在非工作时间不提供预约服

务，所以 NHS 引入了私立部门提供 GP 工作时间之外的医疗服务，Circle 集团在提供这些服务的过程中，多次接到病人求助电话后却没有反应或反应不及时，致使病人病情加重甚至死亡，事后又篡改相关数据和信息上报给 NHS 的监管机构，在这些问题被病人和媒体曝光之前，NHS 很长时间都没有发现这些问题，反而评价其提供了很好的服务^[11]。在市场机制下，由于监管体系的作用弱化，监管难度加大，如何保证医疗服务的可及性、质量和效率，面临巨大的困难和挑战。

对西班牙医院私有化的相关研究表明，与公立医院提供的服务相比，私立医院提供医疗服务的低价格是以降低服务质量为代价的^[12]。针对德国医疗服务提供者的研究表明，无论是营利性的还是非营利性的私立医院，其服务质量和效率并没有高于公立医院^[13]，另一项研究发现，私立医院的成本效益（cost efficiency）与公立医院相比没有优势，但是利润效益（profit efficiency）却高于公立医院^[14]。

十三、关于改革的原因、手段与目标的一致性

NHS 改革的一个最重要的原因是医疗卫生费用的不断增加使政府不堪重负，加上近年来欧洲经济危机，政府投向医疗、教育等社会事业的财政压力加大，因而政府希望通过市场化来不断削减对于 NHS 的预算。

“但问题是，市场化的手段并不能达到降低费用、提高效率等改革目标。因为目前医疗体系面临的困境是整个社会环境造成的，是其背后的社会因素，医疗费用不断增加的原因在于人口结构的老龄化，生活方式的改变使疾病谱变化，吸烟、饮酒、不健康的饮食及缺乏运动等不健康的现代生活方式使社会的慢性病负担不断加重，加上医疗技术的发展使医疗成本急剧上升，这些社会问题不可能通

过市场化和私有化来解决。事实上，市场化和私有化的方式提供医疗服务的成本要远远高于政府直接提供，因为私有部门是以营利为目的的，他们对公司股东负责而不是对病人和公众负责。政府要购买私有部门的服务需要付出更大的管理成本和交易成本，也使权钱交易等诱发腐败的机会增多。例如，中国医疗体系的问题并不在于政府垄断服务，而正是在于政府投入不足导致的过度市场化，医疗市场化造成的种种乱象是不可能通过进一步市场化或私有化改变的。”

“解决问题的根本出路在于想办法去应对造成当前医疗费用剧增的社会原因，努力发展社会服务和预防保健、健康促进，并且实现社会服务领域与卫生体系的整合，而不是求助于市场化和私有化。因为，世界上没有任何一个国家的经验或证据可以证明市场化或私有化的医疗卫生体系比公共体系有任何优势，市场化或私有化的体系并不可能解决以上任何问题，美国就是一个很好的例子，美国作为彻底私有化的体系，是所有同等水平的发达国家中医疗卫生服务成本效益最低的国家。”

在访谈中，笔者也提到了中国医改目前存在的政府与市场之争，有学者认为：“其实中国的医疗服务提供体系属于国有的市场化体系（state owned marketised system），虽为国有，实则市场化运作。所以医疗信息并不透明，公立体系名存实亡，其低成本高效率的优势也无法发挥，市场机制在医疗领域的弊端却相当严重，例如医疗服务的公平性及可及性大打折扣，医疗机构趋利严重，大医院不断扩张费用高涨，医患关系紧张，初级卫生保健力量薄弱等问题难以解决。打破所谓的公立医院垄断并不一定能解决这些问题，因为过度市场化的医疗卫生体制才是导致这些问题的重要原因之一。”

参考文献

- [1] Sam Lister. Patients may face longer waits and poorer care with NHS reforms, says think-tank. The Times. Last updated at 11:13AM, October 7 2010.
- [2] Chris Smyth. NHS reform dash ‘risks ignoring patient views’ , say health chiefs. The Times. Published at 12:01AM, July 12 2013
- [3] NHS reform needs transparency, not ideology. The Times. Last updated at 12:01AM, April 5 2011.
- [4] Martin Barrow. GPs call for withdrawal of NHS reform Bill. The Times. Last updated at 3:00AM, February 3 2012
- [5] Sam Lister. Lansley lacks guts to face us over NHS reform, say nurses. The Times. Last updated at 6:52PM, April 12 2011
- [6] Michael Savage. Lord Owen backs Labour in opposition to NHS reforms. The Times. Published at 12:01AM, January 25 2012
- [7] Chris Smyth, Sam Coates. Untried’ Tory plans for NHS reform must be opposed, says top Lib Dem. The Times. Last updated at 12:01AM, February 28 2011
- [8] Adam Thorn. Consultants working on NHS reforms they could profit from. The Times. Published: 6 November 2011
- [9] Allyson Pollock. The latest casualty of health reform: casualty itself. The Guardian, 4 April 2013
- [10] Michael Savage. Cost of disputed NHS reforms has already passed £1bn. The Times. Last updated at 2:40PM, July 18 2013
- [11] The Great NHS Robbery. BBC Two, 2014-3-28 <http://www.bbc.co.uk/programmes/b03ywhjs>
- [12] Xavier Fageda and Eva Fiz. Ownership, Incentives and Hospitals. Research Institute of Applied Economics Working Paper 2010/12.
- [13] Tiemann O, Schreyögg J, Busse R. Hospital ownership and efficiency: a review of studies with particular focus on Germany. Health Policy. 2012 Feb;104(2): 63-71.
- [14] Herr A, Schmitz H, Augurzky B. Profit efficiency and ownership of German hospitals. Health Economics. 2011 Jun;20(6):66-74.

英国卫生服务支付制度经验与启示

谢春艳^{1,2} 胡善联¹ 何江江^{1,2}

【摘要】近年来，英国卫生服务支付制度随着其服务体系的改革不断发生变革，其中的一些成功经验值得我国医保支付制度借鉴。本文总结了近年来英国卫生服务支付制度在组织管理方面的改革措施，分析了其对初级卫生保健服务、社区卫生服务和医院服务支付方式的具体做法，并对我国医保支付制度存在的相关问题进行了思考，提出了相应的政策建议。

【关键词】支付制度；按人头预付；总额预付；按结果支付

英国的国家卫生服务体系（简称“NHS”，下同）有着悠久的历史，以其低成本、高效率而著称世界，2013年4月1日起，英格兰地区NHS新一轮改革正式启动，其支付制度随着服务体系的改革也不断发生变革。英国卫生服务支付制度改革的目标是通过有效的经济激励提高服务效率和健康结果，鼓励服务提供者对服务模式进行完善和创新，提高资源配置效率，加强不同部门之间的合作以促进服务的整合，帮助服务委托方和服务提供方更好的进行财务规划以避免财务风险^[1]。

一、组织管理

在开始于2011年的英格兰新一轮医改过程中，原来直接领导NHS的卫生部（Department of Health, 简称“DH”，下同）的管理职

第一作者：谢春艳，女，助理研究员

作者单位：1. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；

2. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

权下放给有关专业机构和地方政府，也不再直接负责对 NHS 服务的定价和支付。《2012 年健康与社会保健法案》中规定，NHS 服务价格制定和支付的职权由新成立的英格兰 NHS 委托服务理事会（NHS Commissioning Board，简称“NHS England”，下同）和独立监管机构（Monitor）共同负责，两个部门共同承担起改革后的 NHS 筹资职责。其中 NHS England 作为全英格兰 NHS 服务委托的领导机构，负责对地方临床委托服务组织（Clinical Commissioning Groups，简称“CCGs”，下同）的准入、审批和管理，通过将权力下放给各地的 CCGs 委托购买全国大部分的医疗卫生服务，负责确定需要在国家的层面进行统一定价（national tariff）和支付的服务范围，而具体的价格制定原则、方法和过程则由 Monitor 负责^[2]。Monitor 作为 NHS 独立监管机构，主要负责资金和财务监管，具体制定和调节医疗价格（tariff），制定医疗市场规则，促进医疗机构间的充分、公平竞争。

NHS 体系实行总额预付方式，每年的财政预算一经确定，不再追加，超支部分由地方补充。这种政府投资和自上而下的先期定额支付方式，使医疗机构基本没有趋利的动机和条件，便于政府控制医疗费用，并限制由医疗卫生机构导致的费用增长。

各地具体的服务委托和支付工作则由当地全科医生联盟主导的 CCGs 负责执行，同时地方 CCGs 对于当地服务的定价和调整具有一定的自主权。首先，除了全国范围内统一定价的服务，还有一些没有全国统一价格的服务，这些服务价格可由地方 CCGs 和服务提供方进行谈判，共同商量后确定，例如对具有创新意义的服务提供方式或对整合型服务的价格进行制定和调整。其次，地方也可以根据当地的具体情况对全国统一的服务价格进行修改或调整，例如，因

为某些不可避免的结构原因使在当地提供全国统一价格的服务过于昂贵而降低此项服务的价格。但是地方对服务价格的制定和调整必须要有正当的理由和充足的证据，同时必须上报监管机构 Monitor 审查获得批准，Monitor 通过正式渠道向社会公布各地具体制定的服务价格以及对全国统一服务价格所进行的调整。

二、支付方式

NHS 向地方 CCGs 进行费用分配的主要方式是基于经过权重的人口需求 (weighted capitation formula)，本质上是一种按人头付费。地方 CCGs 为当地人口购买服务时，对不同类型的服务采取不同类型的支付方式，每一种支付方式又辅以相应的绩效考核措施来保证服务质量，总体而言，对全科服务以按人头预付 (capitated budgets) 为主，对社区卫生服务主要是总额预付 (block budgets)，对医院服务则主要是基于医疗活动按结果支付 (payment by results) [3]。

(一) 对初级卫生保健服务的支付

英国的初级卫生保健服务 (primary care) 指的是全科医生提供的医疗卫生服务，全科医生一般以成立全科诊所的形式独立或合伙执业，负责处理所在辖区居民的一系列健康问题，服务内容包括全科门诊、健康教育、疫苗接种、简单的外科手术等。全科医生担任整个卫生服务体系的“守门人”，根据病人需要将其转诊到社区卫生服务机构或更上一级的医疗机构接受专科服务。NHS 与全科诊所签订全科医疗服务合同 (general medical services contract)，为当地人口购买全科医生的服务，对全科服务主要采用按人头支付的方法，全科医生服务的人数越多，提供的医疗服务越少，收入越多。所以，它能够鼓励医生以较低的医疗费用为更多的人提供服务，使医生主

动控费意识增强，把工作重点引导到预防保健上来。

为了提高卫生服务的公平性，改善基层医疗服务质量，2004年4月1日英国全科服务合同引入了按质量结果付费部分，对提供高质量服务的全科诊所进行奖励。目前，按人头支付的基本服务费用约占全科诊所收入的75%，绩效收入约占20%，还有5%是特殊服务费用^[4]。

1、按人头支付

约占支付总额的75%，与诊所签约人数和服务量有关，用于支付包括人员费用在内的基本与附加服务（essential and additional services）。总体上类似于总额预付办法并加以人口需求权重，根据某一地区全科诊所服务人口的医疗需求，支付数额按患者需求公式计算（patient needs formula），但同时承诺最低投入保证（Minimum Practice Investment Guarantee，简称“MPIG”，下同）。

2、按质量结果支付

约占支付总额的20%，所得数额按质量与结果框架（Quality and Outcomes Framework，简称“QOF”，下同）计算。QOF作为全科服务合同的一部分，目的是通过引进激励机制改进服务质量。制定一套反映全科医疗服务质量的指标和评分体系，通过综合打分对全科医生的服务进行衡量。首先确定质量评价的重点领域，每一个领域都设计多个指标，并且对具体指标赋予一定分数实现量化，并依总分数对全科诊所实施奖励。严格意义上来说，QOF并不是一套绩效考核体系，强调自愿参与，是一套对高质量全科服务进行奖励的经济激励系统。目前英国超过8000家全科诊所参与其中，覆盖了大约5400万注册病人。在每一个财政年度开始，全科医生会承诺达到一

定的质量标准，可以提前获得部分的 QOF 拨款，以补偿提供符合这些质量标准的服务成本，之后 QOF 会根据实际上达到的质量标准将其余的部分奖励给全科诊所。

(1) QOF 的主要内容及其指标体系

2004 年，QOF 刚开始实施时，包含临床、组织、患者体验和附加服务四个领域的 146 个指标，共计 1050 分。随后 QOF 作为全科服务合同的一部分，基本上每年都会根据工作量、疾病发病率以及政策重点的改变对具体的指标数量、结构和内容进行调整和修改。到 2014—2015 年度，经过多次修改和调整的 QOF 仅有临床和公共卫生两个领域的 81 个指标，总计 559 分。指标调整的目的在于减少官僚作风，让医生和执业人员有更多的时间以病人的需要为中心，避免每年为了信息收集而对患者进行不必要的检查检验^[5]。由于指标减少而节省的资金和资源用于增强服务（enhanced service，简称“ES”，下同）^[6]，主要包括针对避免非计划住院、老年痴呆症、学习障碍、酗酒、非工作时间的服务以及病人参与等几个重点方面的增强服务。其中避免非计划住院增强服务是最重要的一项，利用风险分层工具（risk stratification tool）确定目标人群，对复杂慢性病病人、虚弱的老年人、有住院风险的病人等需要长时间密集服务的病人，进行主动的案例管理和强化服务。在全科服务合同中规定，这部分人至少占全科诊所注册服务人口的 2%，通过加强对这部分高风险人群的个性化健康管理，实施整合的保健服务方案，并在社区中指派专门的服务协调人（通常由高年资护士担任）与全科医生协作，整合全科服务、社区服务、康复服务、精神卫生服务及医院门急诊服务等多方面资源，支持病人在家庭和社区中接受服务，以避免和

减少非计划的住院。

最新的 QOF 于 2014 年 4 月 1 日开始实施，具体包括以下内容：

一是临床领域：包含 19 个临床项目，69 个指标，总计 435 分。主要项目包括：心房颤动、冠状动脉心脏病的二级预防、心脏衰竭、高血压、外周动脉疾病、卒中和短暂性脑缺血发作、糖尿病、哮喘、慢性阻塞性肺病、痴呆、抑郁症、精神卫生、癌症、慢性肾病、癫痫、学习障碍、骨质疏松症与继发脆性骨折的预防、类风湿关节炎、临终关怀。

二是公共卫生领域：包含 6 个公共卫生项目，12 个指标，总计 124 分。涵盖的公共卫生项目包括：心脑血管疾病的一级预防、血压、肥胖、吸烟、宫颈癌筛查、避孕。其中前四项适用于所有参与 QOF 的全科诊所，后两项适用于提供补充公共卫生服务的全科诊所。

各诊所在每一指标上的得分乘以每一分数的平均支付额加总，即可得出初步支付额度，再按该地区的疾病发病率和服务人口规模（list size, the Contractor Population Index）进行调整，对于补充公共卫生服务指标，还要再根据目标人群因素进行调整，得出应支付数额。

（2）成效与问题

QOF 有利于对全科服务进行标准化，统一的定价和支付体系有利于降低不同地区初级卫生保健的服务差异，激励了全科诊所服务的积极性，使之为病人提供更高质量的医疗服务和对慢性病进行更有效的管理。QOF 支付数据显示，全科诊所和全科医师对于支付制度的激励设计反应灵敏。通过新的医疗服务合同，注重奖励服务的质量而不仅是数量，激励医生更好地为居民服务，如组织具有不同专业背景的人员组成多学科服务团队。

但是也有批评者认为 QOF 体系是结果导向而非价值导向 (value based)^[7], 过于注重成本效益分析和没有人情味的指标, 大多数指标只是针对一种疾病, 而忽略了很多老年人患有多种慢性病的现实情况, 无法以病人需求为中心。QOF 注重评价全科诊所的服务过程, 因为这些指标数据比较容易获取和测量, 而忽略了其服务方式及服务人群的健康结果等难以测量的方面, 导致有些诊所为完成指标数据而忽略病人的体验和感受。QOF 的奖励对象是全科诊所, 有利于提高全科诊所合伙人的积极性, 但是无法激励到全科诊所雇佣的领取薪金的全科医生和护士, 而这部分从业人员在初级卫生保健专业队伍中所占的比例越来越大^[8]。另外, 预防保健和健康促进作为全科服务最重要的一部分, 在 QOF 中指标过少, 无法引导全科医生把工作重心放到预防保健和健康促进等成本效益更好、有利于改善健康结果的服务上来。事实上, QOF 激励了其指标所涉及到的服务, 而指标中没有涉及的服务受到了损害, 提供数量和质量都有所降低^[9]。

(二) 对社区卫生服务的支付

英国的社区卫生服务主要包括慢性病长期护理、预防服务、康复服务、非急性期的社区住院以及临终关怀服务等, 其服务对象主要来自于全科医生和急诊医院的转诊病人。NHS 对社区卫生服务的支付主要采取打包预付 (block budgets) 的方法, 对一段时间内服务提供者的一系列服务进行费用封顶的总额预付。近年来也有过对社区卫生服务进行全国统一价格支付的讨论, 但由于其服务内容丰富多彩, 且各地服务方式差异较大, 在国家层面对服务进行标准化存在困难, 而且由于服务的成本、质量和结果数据难以获得, 也很难全国统一定价和支付。

在打包预付的基础上，社区卫生服务也被纳入了质量和创新服务委托计划，促进整合型的服务方式创新，提高服务质量和效率，成为对社区卫生服务绩效考核的一个重点内容。

（三）对医院服务的支付

NHS 医院服务称为急性病保健服务（acute care），主要是指由医院提供的专科和急诊服务，以医院为主的信托机构大多需要与 CCGs 签订合同为当地居民提供医疗服务，病人一般要通过 GP 的转诊才能进入^[10]。过去十年间，NHS 对医院服务的支付方式发生了较大的改革，过去对医院服务采取合同的方式打包购买一系列的服务（block contracts）^[11]，没有考虑到服务质量和效率因素。为了提高医院服务质量和效率，解决病人等待时间过长等问题，2004 年，NHS 开始对部分医院的可选择性服务引入按结果付费体系（payment by results），到 2005 年全面推开，目前已经覆盖了大部分的医院门急诊服务^[12]。

1、按结果支付的主要做法

按结果支付是使用一套全国统一的价格体系对医院提供服务的种类和数量进行支付，这套价格体系与疾病诊断相关，并且是基于病例的（nationally fixed diagnosis-related case-based tariff）^[13]，将医院收入与医疗活动的种类和数量挂钩。钱跟着病人走的机制促进了医院之间的竞争，并且由于价格是固定的，因而医院之间竞争的焦点是服务质量而不是价格。

按结果支付体系实质上是基于医疗活动（activity based）的支付，根据病人和服务类型将费用类似的医疗活动进行编码，形成了不同的医疗服务资源组（Healthcare Resource Groups，简称“HRGs”，下同），

NHS 根据医院对病人从入院到出院期间所进行的医疗活动 HRGs 类型进行支付。目前 NHS 国家价格体系中共有 1300 个 HRGs。HRGs 的价格根据全国的服务提供者的平均费用计算得出，并考虑通货膨胀、技术进步、效率提高等现实因素逐年动态调整，其中一些价格还要考虑到 NICE（National Institute for Health and Clinical Excellence，简称“NICE”，下同）指南中规定的成本效益因素。最后，针对不可避免的不同地区的服务成本差异，根据市场影响因素对国家价格进行调整后，再对当地的服务提供者进行支付。为避免此种支付方式可能产生的诱导重复住院等问题，NHS 规定对出院后 30 天内再度入院的病人不予支付。

2、按绩效支付的辅助措施

这一支付方式实施之初的目的是提高医院服务效率，减少病人等待时间，实施了近十年，取得了一定成效，但也存在不少问题，尤其是在卫生财政支出不断缩减的大环境下，国家统一的 HRGs 价格逐年降低，医院面对经济压力就有可能降低服务质量来压缩成本。为了避免服务质量的降低，NHS 对医院引入按结果支付的同时也引入了相应的按绩效支付措施来保证服务质量。

2009 年，为了促进 NHS 体系的整体性目标得以实现，NHS 英格兰引入了质量和创新服务委托计划（Commissioning for Quality and Innovation，简称“CQUIN”，下同），将地方的社区卫生、精神卫生、医院服务和救护车服务的绩效考核纳入到 CQUIN 大框架下，以促进当地不同服务提供机构之间的合作。医院每年获得收入的 2.5% 会受到当地卫生体系绩效结果的影响，从而促进医院的服务方式创新，加强与上述其他机构之间的合作，推动服务整合，从而

改善地区人群的就医体验和健康结果。

2010年4月，为了提高医疗服务质量和成本效益，英格兰 NHS 引入了最优服务价格体系（best practice tariffs，简称“BPTs”，下同）。BPTs 制订了部分服务的最佳标准，通过支付额外的价格对达到标准的最优服务进行奖励，以促进医疗服务的标准化。

3、成效与问题

按结果支付提高了医院服务效率，日服务量增加，病人等待时间有所减少^[14]，但单个机构服务效率的提高并不意味着整个卫生服务体系的效率提高。目前 NHS 支付方式存在的一个较大问题是，对医院实施基于医疗活动的按结果支付，鼓励医院提高服务效率，在同样的时间内提供更多的服务，而对初级卫生保健按人头预付和对社区卫生服务打包预付可能激励服务提供者尽量减少服务提供，这与 NHS 近年来要求将服务重点转移到社区和家庭，尽量减少和避免昂贵的医院服务的改革目标在某种程度上产生了冲突^[15]。因而英国不少专家呼吁对支付制度需要进一步调整，从而与卫生体系改革的整体目标保持一致。为此，NHS 开始引入了“康复与增能模式”（‘recovery, rehabilitation and reablement’ model，简称“RRR”，下同），将某些住院服务分解为急性服务期和非急性服务期，探索将部分非急性期的医院服务转移到社区服务进行支付^[16]，目前这一方法正在进行试点，其效果有待进一步评估。

三、启示与建议

（一）支付制度的设计应着眼于长远健康结果的改善

卫生体系的最终目标是改善人群健康结果。现有的、能够证明支付方式等经济激励可以改善健康结果的证据是非常有限的^[15]，因

为健康结果本身很难测量，需要较长的时间跨度，而且受经济、社会、环境等多方面外部因素的影响。如何证明是经济激励改变了服务提供行为从而改善了健康结果，存在相当大的难度，因而不能夸大支付制度对于改善健康结果的作用。此外，经济激励本身对服务提供方式可能存在较大的负面作用，因为服务提供方容易在支付方式的激励下过于注重价格、成本和费用，而忽略服务提供的公平性和可及性。因而，在支付制度设计时要着眼长远，在控制费用的同时更应关注服务质量、可及性和公平性的提高，从而最终有利于健康结果的改善。

（二）支付制度的改革应着眼整体，配合服务提供体系的相应变革

支付制度与筹资和服务提供体系直接相关，与规制和行为也密切相关。医疗支付方式改革除了需要在支付领域内进行改革外，通常还需要在医疗服务组织提供方式和运行机制上进行相应的变革。目前英国 NHS 正在大力发展以人为中心的整合型保健服务方式，各地都在试点创新服务路径和服务提供方式，然而对不同类型的服务预算和费用支付都是碎片化的^[17]：首先卫生服务和社会照顾服务分别由 NHS 和地方政府提供，预算也分开管理；其次在卫生体系内部 NHS 对于全科服务、社区卫生服务和医院服务的支付是分开进行的，不利于整合型服务路径的设计。这与中国的情况类似，医疗卫生和养老服务分属卫生和民政两个部门管理，服务提供和支付方式难以衔接，在卫生体系内部，虽然很多地区也在进行医疗联合体的试点，鼓励不同层级医疗机构之间的合作，但是在医保支付制度的设计中很少考虑到与整合型服务提供相适应的、可

以涵盖整个服务过程的整合型支付方式。

最好的服务提供方式应是整合型的全人健康服务，例如很多慢性病患者需要无缝衔接的医疗卫生、长期护理与社会照顾服务，这需要卫生体系内部各类别、各层级服务机构之间无缝衔接的沟通协作，甚至涉及到卫生与民政、教育等其他部门的合作。因此，在支付制度的设计过程中，应着眼于整体，针对病人所需的整个服务过程，对同一个人所需要的不同类型、不同层级的服务进行整合型的打包支付；同时加强卫生与民政、残联、妇联等其他相关部门的合作，探索将与整合型服务提供相关、分属于不同部门的预算进行合并，设计出跨部门、跨服务提供机构的整合型服务提供和费用支付方式。

（三）充分发挥医保支付方式调配医疗资源的作用

单个服务机构效率的提高并不意味着整个体系宏观配置效率的提高。医保支付方式改革在控制医疗费用、规范医疗行为的同时，还应发挥医保调配医疗资源的作用，着眼于提高卫生服务体系整体的宏观配置效率，根据区域卫生规划调配医保资源。应借鉴英国经验，形成医保预算管理的政策导向，引导服务重心下沉社区、尽量避免不必要的急诊和住院，规范医院功能定位，加强分工与合作。通过合理配置医疗资源向社区卫生服务和初级卫生保健倾斜，大力培养全科医生，提升社区卫生服务水平。医保预算重点向社区和郊区倾斜，统筹城乡基本医疗服务协调发展，提高医疗资源在不同地区、不同人群之间分配与利用的公平性，提高基本医疗服务的可及性。支付制度的改革需要与医疗联合体构建、公立医院改革、家庭医生制度推进等医改举措相结合，建立与分级医疗相适应的差异化支付政策等。

(四) 社区卫生服务逐步实施按人头付费

在明确各级医疗机构功能定位、建立有序转诊体系的基础上对社区卫生服务、预防保健和家庭病床实施按人头付费。推动医疗联合体的发展，结合家庭医生制度的构建和完善，促进定点医疗、分级医疗、双向转诊，为按人头付费实施创造条件。通过签约形成家庭医生和居民间稳定的服务关系，同时将医保费用分解到全科团队，让全科医生真正成为健康、费用的双重“守门人”，有利于“预防为主”方针落到实处，从根本上降低卫生费用，促进农民健康水平的提高。

医保应认可家庭医生开展的健康管理、健康教育等服务项目，通过支付制度引导由注重医疗和药品转向积极开展预防保健和健康管理。按人头支付方式下，服务提供者可能会进行风险选择，排斥老年人、弱势群体、情况比较复杂的家庭和病人，这一缺陷可以通过按照地域约定相应的服务人口来克服。建立基于整合需求的付费系统，综合考虑服务人口的年龄、性别、发病率、健康状况、残疾等相关指标，使支付方式更加合理。

(五) 医院门诊服务探索按人头支付和按病种支付，并逐步与社区卫生服务实现整合

对于普通门诊服务，国际上最常见的代替按项目付费的方式是按人头支付。可以借鉴英国经验，以门诊支付制度改革为契机，加强全科医生的守门人作用，试行由社区卫生机构作为双向转诊的管理平台，承担对居民健康和医疗服务的全程管理。同时居民的门诊费用按人头打包，由居民的签约家庭医生管理。其支付体系可以比较全面地借鉴英国初级卫生保健的全科服务支付体系。

对于门诊大病，可探索按病种支付，建议对肿瘤、糖尿病、慢

性肾衰竭等慢性大病，采取医保机构与大医院和社区签订联合医疗服务协议的方式，结合家庭医生制度推行疾病管理，对转诊程序和费用支付衔接办法进行明确约定。

（六）将支付水平与服务质量和健康结果挂钩，探索按绩效支付

按绩效付费是医疗保险支付方式发展到最高阶段的产物，使用一系列过程和结果评估指标，对个人、团队和机构进行支付或奖励。它将对供方的支付与需方获得医疗卫生服务后受益的结果相联系，从而能确保有限的资源投入到能产生较好结果的服务和产品中^[18]。按绩效支付的理念表现为：对于医疗服务提供方的支付，医保支付方可以与医疗服务方签订合同，将一部分计划支付的医疗费用（例如 10%）扣押到对绩效评估后再支付。如果医疗服务方的绩效达标，就可以全部得到这部分扣押的费用；如果达不到标准则失去这部分费用；如果绩效超标还可以获得额外奖励^[19]。医保支付制度改革过程中，可借鉴英国 QOF 的经验，通过留取质量保证金的形式对医疗机构的服务质量进行调控，并且对服务质量的评价逐步从以过程指标为主向结果指标转变，不断完善质量评价指标，增加预防保健和健康促进等指标，为实施按绩效付费奠定基础。

参考文献

- [1] Monitor and NHS England. How Can the NHS Payment System Do More for Patients? 13 May 2013. <https://www.gov.uk/government/consultations/how-can-the-nhs-payment-system-do-more-for-patients>
- [2] NHS England. <http://www.england.nhs.uk/resources/pay-syst/>
- [3] Louise Marshall, Anita Charlesworth and Jeremy Hurst. The NHS payment system:evolving policy and emerging evidence[R].2014:. 5. www.nuffieldtrust.org.uk/publications/nhs-payment-system-policy
- [4] Roland M, Guthrie B, Thome D C. Primary Medical Care in the United Kingdom[J]. The Journal

- of the American Board of Family Medicine, 2012(25): s6-s11.
- [5] BMA. England QOF guidance 7th revision 2014-2015. <http://bma.org.uk/practical-support-at-work/contracts/independent-contractors/qof-guidance>
- [6] BMA. Enhanced Services 2014-2015. <http://bma.org.uk/working-for-change/negotiating-for-the-profession/bma-general-practitioners-committee/general-practice-contract/enhanced-services>
- [7] Christopher Heginbotham. Values-Based Commissioning of Health and Social Care. Cambridge University Press. New York. 2012. 104-105
- [8] Glasziou PP, Buchan H, Del Mar C, Doust J, Harris M, Knight R, Scott A, Scott IA and Stockwell A. When financial incentives do more good than harm: a checklist [J]. British Medical Journal 2012(345): e5047.
- [9] Gillam S. The Quality and Outcomes Framework: where next?[J]. British Medical Journal, 2013(346): f659.
- [10] Department of Health UK. <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Secondarycare/index.htm>
- [11] Farrar S, Sussex J, Yi D, Sutton M, Chalkley M, Scott T and Ma A. National Evaluation of Payment by Results, Report to the Department of Health, 2007.
- [12] Department of Health. A Simple Guide to Payment by Results. 2012.
- [13] Farrar S, Sussex J, Yi D, Sutton M, Chalkley M, Scott T and Ma A. National Evaluation of Payment by Results, Report to the Department of Health, 2007
- [14] Farrar S, Chalkley M, Yi D and Ma A. Payment by Results: Consequences for key outcomes measures and variations across HRGs, providers and patients. Report to the Department of Health. 2010
- [15] Louise Marshall, Anita Charlesworth and Jeremy Hurst. The NHS payment system:evolving policy and emerging evidence[R].2014. www.nuffieldtrust.org.uk/publications/nhs-payment-system-policy
- [16] Department of Health. QIPP Long Term Conditions. Supporting the local implementation of the year of care funding model for people with long term conditions. 2012.
- [17] Shaw S, Rosen R and Rumbold B What is Integrated Care? The Nuffield Trust. 2011. http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june_11_0.pdf
- [18] 陈文.医保按绩效付费方式改革试点研究[J].上海医疗保险研究,2013(4):3-21.
- [19] 蔡江南.论医疗支付方式的改革[J].中国社会保障,2011(12):72-74.

新加坡医疗卫生体系概况

胡善联¹ 王力男^{1,2} 王贤吉^{1,2}

【摘要】 新加坡的医疗储蓄账户制度在社会医疗保障制度方面作为一个较为成熟稳定的经典模式，在世界范围内得到了极大的肯定。在人人享有优质的、可负担的医疗卫生服务的同时，卫生费用支出却仅占政府 GDP 的 4.7%。本文系统梳理了新加坡医疗卫生在筹资、提供服务及监督管理方面的制度及体系构成，以期能够达到一个较为直观和全面的了解。

【关键词】 医疗卫生体系；医疗服务提供；医疗成本和筹资；新加坡

新加坡是一个城市型国家，在医疗卫生服务的公平性、医疗风险保障、居民健康状况以及满意度方面均列于世界各国医疗卫生系统的前沿。新加坡卫生系统的理念是：保证人人享有优质的、能够负担得起的基本医疗卫生服务。在卫生服务提供方面，新加坡推行的是公私合作的体系；在健康保障管理方面，新加坡政府更加强调个人的责任；在卫生费用支出方面，其全国卫生总费用只占到政府 GDP 的 4.7%。新加坡政府在卫生方面推行的 3M 制度具有很大的特色，而且是一个比较成熟、定型的多层次的筹资和保障制度，包括保健储蓄 (Medisave)、健保双全 (Medishield) 和保健基金 (Medifund)。其中最主要和最基础的是个人储蓄账户，主要用于住院治疗的支付，

第一作者：胡善联，男，教授，上海市卫生发展研究中心主任

作者单位：1. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

本文部分内容摘自新加坡卫生部网站 www.moh.gov 和世界卫生组织报告 Country health information profiles。

但近年来也在不断拓展门诊服务的项目。

一、新加坡的卫生理念

新加坡的卫生哲学理念是：保证人人享有优质的、能够负担得起的基本医疗服务。同时，卫生系统致力于促进健康生活和提供预防保健，维持高标准的卫生生活条件、清洁的水源和保健卫生，以确保人人获得更好的健康。新加坡医疗卫生系统的基本设计框架是：保证每个人都可以平等、及时、有效的得到不同层次的卫生保健服务，并做到服务之间的无缝连接以减少对被服务者的影响。

新加坡的医疗卫生服务由基本医疗卫生服务、急性病或危重情况医疗服务及慢性病或病后康复及护理医疗服务共同构成一个完整的卫生服务网络来达到其卫生服务的可及性。这样的设计亦是为了促进健康、预防和减少疾病，保证新加坡人民能够获得良好且可负担的医疗卫生服务。

二、新加坡的卫生体系组织及立法

（一）卫生体系组织框架

新加坡卫生部、环境与水利部、人力资源部和私立部门通力合作保证居民健康。卫生部主要负责制定预防、治疗和康复类服务的卫生政策，同时要规划协调公立与私立医疗机构的发展，并制定相关的医疗卫生标准；环境与水利部则负责预报天气、环境和公共卫生服务，如保证全体国民的饮用水源，废水和有毒化学物质处理，传染性病虫害防治，食品卫生等，同时还负责食品行业执照审批、监督公共市场、食品中心、公共厕所、公共墓地和火葬场等。人力资源部负责雇员的健康、安全和福利，依据劳动法保障雇员的健康和安全，并根据工伤补偿条例保证工伤雇员得到应有的赔偿。

具体到卫生部的职责，主要承担监管（立法、运作及宣传）、服

务策划（预测未来所需的医疗保健服务、基础设施规划、人力规划及发展）、系统设计及管理（公共医疗服务的组织与业绩管理）、医疗服务采购（资助医疗服务的津贴项目）的职责。卫生部下设三大类附属机构，包括法定机构、专业理事会和卫生部控股机构。

1、法定机构：包括保健促进局、卫生科学局。保健促进局以营造人人健康快乐的新加坡为愿景，致力健康促进、疾病防范以及病人教育，并建立和支援本地医疗机构和国际机构的合作。新加坡卫生科学局是新加坡卫生部在药品审评中心、科学和法医学研究所、国家医药管理局、产品法规司和新加坡红十字会输血服务中心等五个专门机构基础上整合而成的法定机构。

2、专业理事会：下设医药理事会、牙医理事会、药剂师理事会、中医管理委员会和护士管理委员会，从事相应的专业管理。

3、卫生部控股：包括企业化医院、综合诊疗所和专科中心，主要承担区域医疗集团的管理。

（二）卫生立法及法案

为保证人人享有优质的、可负担的卫生服务，新加坡的卫生立法和监测由卫生部进行。一般的政策指南则依据法定的行为，以保证资源的适宜配置，达到良好的临床结果和专业的标准，满足患者多层次的需要。

目前，共有 20 多个立法是在卫生部的权限范围内。这些法案涉及到公共卫生和安全，包括卫生保健的人员，医疗实践，建立法定机构来执法等。有关立法的主要内容包括：

药品法、药品广告和销售法、医师注册法、日内瓦会议法案、健康科学局法案、医疗及老年养老计划法案等。

传染病法：传染病法是新加坡预防和控制传染病的主要立法。

1976 年发布，由卫生部和国家环境局联合执行。相关文件有传染病指南。

推进医疗指示法案(The Advance Medical Directive, 简称“AMD”, 下同): 是一个立法的文件。出于患者自愿的前提下, 让医生在患者发生终末期或丧失意志时知道对患者如何处理。

人类克隆和其他禁止实践的法案: 在新加坡是禁止人类生殖克隆研究的。预防与国外组织合作研究不人道的人类生殖克隆研究, 以及商业买卖卵子、精子和胚胎。

人类器官移植法案(The Human Organ Transplant Act, 简称“HOTA”, 下同): 准许对死者的肾脏、心脏、肝脏和角膜进行移植。

此外, 还有终止妊娠指南和法案、自愿绝育法、卫生保健立法、私人医院和医学门诊部法案等。

三、新加坡卫生服务提供体系

现行的新加坡卫生系统是一个混合的医疗服务提供系统。公立系统由政府出资, 私立系统由私立医院和私营诊所构成。整个卫生服务提供体系包括由政府综合诊所和私营诊所提供的初级卫生保健服务、公立医院和私立医院提供的二三级专科医疗服务。此外, 福利组织和慈善机构出资组成社会系统(“People” Sector), 主要提供针对老年人和慢性病患者的中长期护理, 作为公立系统和私立系统的补充。80%的初级卫生保健服务主要由私立部门提供, 政府综合诊所提供剩余的 20%。而医院诊疗服务则正好相反, 80%由公立部门提供, 剩余的 20%由私立部门提供。

2012 年, 新加坡医生总数为 10225 人, 其中公立医疗机构中的医生数量为 6131 人, 私立医疗机构中的医生数量约为 3515 人。专科医生 3635 人, 其中公立医疗机构中的医生数量为 2342 人, 私立

医疗机构中约为 1293 人，每 1 千人拥有医生数为 1.92 人（医生和人口比率 1:52）。护士总数为 34507 人，每 1 千人拥有护士人数为 6.67 人（护士和人口比率 1:15）。药师总数为 1658 人，每 1 千人拥有药师数为 0.3 人。

患者可在混合系统中自由选择医疗卫生服务提供机构，无需强制预约，可直接去私营诊所或任何政府综合诊所就诊。关于急救医疗服务，患者可直接去设立在公立医院的 24 小时急诊部门。新加坡国防部则建立了医疗救护体系，主要负责将交通事故、外伤和紧急医疗患者运送到综合急救医院。

（一）初级卫生保健服务

初级卫生保健服务一般由政府综合诊所和社区的私人诊所的全科医生提供。这些医生通常是患者首诊的对象，如有需要，他们可以把患者转诊到专科医院接受进一步检查和治疗。新加坡有 18 家政府综合诊所（Polyclinics）和大约 2400 个私营诊所。政府综合诊所是一站式卫生服务中心，由政府补贴建立，提供的服务包括门诊治疗、出院病人的随访、免疫接种、健康筛查和教育、诊断和药品服务等。为确保患者的可负担性，政府综合诊所的平均门诊诊查费为 8 新元（6.5 美元）。此外，60 岁以上的老人和 18 岁以下的青少年、学生可享受 75% 的减免，其他新加坡居民则可享受 50% 的减免。私营诊所通常开设在居民集中地，交通较为便利，其诊查费不得高于新加坡全体居民门诊诊疗的平均费用。针对确有需求却交通不便的老年人，另有初级卫生保健合作计划（Primary Care Partnership Scheme），他们可以支付政府综合诊所的费用在私营诊所享受医疗服务。

（二）医院诊疗服务

至 2012 年，在新加坡 25 个急救医院（Acute Hospital）和专科

中心 (Specialty Centre) 中, 总的床位数有 10756 张, 每千人床位数为 2.0 张, 其中约 85% 的床位分布在 15 所急救医院和专科中心, 床位数在 185 到 2010 张不等; 10 所私立医院的规模相对较小, 床位数在 20—345 张之间, 占总床位数的 15% 左右。政府作为二三级医院诊疗服务的主要提供者, 扮演着管理医院床位数、高新技术及高价药物的角色。同时, 公立部门医院费用增长情况给私立医院的定价提供了一个基准。

新加坡有 8 个公立医院和 6 个专科中心。8 家公立医院包括 6 家综合急救医院 (SGH, NUH, CGH, TTSH, KTPH & AH), 1 家妇儿医院 (KKH), 和 1 家精神病医院 (IMH)。综合急救医院提供多学科的住院和专科门诊服务以及 24 小时急诊。6 个专科中心则专门提供肿瘤科、心脏科、眼科、皮肤科、神经科和牙科服务, 其中牙科的口腔预防服务主要针对学校学生。

在公立医院接受服务时, 住院患者对不同类型的病房拥有选择权, 病房根据其规格和收费标准分不同类型。81% 的公立医院病床为 B2 类和 C 类, 由政府高度补贴; 19% 的病床为 B1 类, 由政府补贴 20%; 而 A 类病床没有政府补贴。2012 年, 公立综合医院的平均住院天数为 5.8 天, 床位使用率达到 85% 左右。

在管理方面, 政府举办的综合急救医院和专科中心的运行方式类似于私立公司, 保证其自主管理并同时要能满足患者的需求。管理过程中引入企业会计制度, 能更清晰地了解医院的运行成本并使其承担责任。公立医院通过卫生部得到政府的政策指导, 不同于私立医院的是每年会有相应的政府补贴, 其运行类似于非营利性组织。同时, 政府也引导康复病人和老年患者等不需要在综合急救医院住院的病人到社区医院接受照护。

（三）牙医服务

牙医服务起源于卫生部下属机构保健促进局推进的预防口腔医学，主要以 200 个固定的学校网络和 30 个非固定牙医诊所中的学生为目标，结合饮用水的加氟计划和含氟牙膏的推广，大力降低了学生龋齿的发生。公立部门的牙医服务由国立牙科中心和部分政府综合诊所提供。

（四）中长期护理 (Intermediate and Long Term Care, ILTC)

中长期护理分为以社区中心为基础和以家庭为基础两种类型。这类病人一般不需要住院治疗，但仍然需要继续提供保健服务，或是一些比较衰弱的社区老年人 (community-dwellingseniors)，医务人员需要对他们的日常活动提供监测和帮助，所以这类卫生保健服务一般在日间为老年人提供照护。

1、居家服务

居家服务 (Home-Based Services)，是指对居家的老年人或衰弱者提供服务，包括健康和社交的需要。服务内容包括：医生家访患者提供诊疗、评价患者情况，保持患者健康和自主生活功能，延缓进入护理医院；护士提供在家伤口换药、插入鼻饲管、评价患者保健计划，与医生联系，并培训家属基本保健技能。也可提供终末期患者的家庭姑息疗法 (Palliative Home Care)，改进服务质量，如止痛、减轻症状、护理和医疗咨询。还有一些生活方面的服务，如不能购买和准备自己饭菜的老年人，可由社会提供三餐，这样的做法称为 meals-on-wheels；在老人预约医疗服务时可以提供护送和交通服务，称为 escort/transport services；以及老人可以提出选择性配套服务 (ensuite services) 的需求，如需要个人卫生、房间打扫、提醒服药、刺激活动和其他个人保健等。

2、社区服务

社区服务 (Centre-Based Services) 主要针对需要在白天进行规律性照顾的老人。这些社区服务机构通常设立在社区内部，老人对周围的环境比较熟悉，子女也方便在上班期间将老人送至社区机构。社区康复服务 (Community Rehabilitation Services) 由日间的康复中心或老年人保健中心提供，主要提供生理和职业治疗，需要恢复功能（如脑卒中、下肢截肢手术等的复健）等服务，其主要目的是改善患者的功能状况，使其能够维持日常的生活能力，如洗澡、进食、穿衣、上厕所、活动等。老年痴呆症患者日托服务 (Dementia Day Care Services) 由老年保健中心提供维持和监测服务，包括治疗、社交和娱乐活动。社会日间护理服务 (Social Day Care Services) 也会为老年人提供以下服务：(1) 单纯的常规维持项目，如通过运动来维持身体功能健康；(2) 活动项目，如手工制作、阅读、卡拉 OK 等，以促进社会反应和提高生活质量；(3) 支持家庭成员提供照护的项目（如谈话等），帮助家属对老年人继续提供各种支持。

3、养护服务

养护服务 (Residential ILTC Services) 则需要患者日夜接受照料。提供这类服务的机构包含社区医院，慢性病医院，养老院和舒缓护理机构 (Inpatient Hospice Care)。社区医院是一种中间型的保健机构，接受从提供综合急救服务的医院中出院但仍需要住院恢复和康复的患者。慢性病医院提供的是专业的医护服务，针对老年人长期的、或疾病晚期和伴有并发症的医疗护理。养老院 (Nursing Homes) 提供老年人长期的护理，这类老人没有家庭或家里没有人照护，某些养老院提供特殊的服务，如对老年痴呆症和稳定性精神病患者的照护。

志愿福利组织护理医院（Voluntary Welfare Organisation，简称“VWO”，下同）接受新加坡卫生部的资助，他们会留出一部分床位给满足一定转院标准的患者，由整合医疗的代理机构（Agency for Integrated Care，AIC；AIC是一种协调机构，可以将患者转院到有卫生部资助的护理医院）转入。如果患者需要进一步的财政和社会支持，VWO护理医院亦可以提供附加的支持。但有一部分VWO护理医院并不接受卫生部的资助，它们自负盈亏。在这样的情况时，尽管患者得不到卫生部的资助，但不能负担护理医院费用的患者还是可以得到必要的财政和社会帮助。而且，从2003年4月起，新加坡卫生部对满足转院标准而住在私立护理医院的患者也给予补助。

住院临终关怀机构提供止痛服务和终末期治疗。一些社区医院或护理医院中也提供短期的医疗保健，称为“喘息照护”（Respite Care）。

（五）支持性服务

此外，法医病理学、药学和输血等是医院诊疗服务和初级卫生保健的支持性服务。除法医病理学和输血服务在卫生部下属法定机构卫生科学局管辖范围外，其他服务由公立和私立部门混合提供。

四、新加坡的医疗成本和筹资

新加坡的医疗成本和筹资理念：一是个人有责，二是人人享有可负担的卫生保健。通过混合的筹资系统，应用市场机制促进竞争和透明化地应用技术发展，去改进卫生服务的提供，寻求人民群众良好的卫生保健结果。

2012年，新加坡卫生总费用大约为130亿美元，占GDP比例为4.7%，人均卫生总费用2426美元，按购买力平价计算的人均卫生总费用为2881美元（2005年不变价国际元）。在卫生总费用构成中，

广义政府卫生支出占比 37.6%，私人卫生支出（OOP）占比 58.6%，另有约 4% 为其他卫生支出。从卫生总费用占 GDP 比例来看，新加坡在发达国家和地区中属于比较低的水平，但随着新加坡老龄化的进一步发展，在未来的老年社会中预计其投入会进一步增长。新加坡的医院医疗费用根据疾病情况、医疗程序和病房类型、患者治疗的复杂性和并发症情况，以及同时存在的其他伴发疾病的情况而定。然而，需要特别指出的是，部分医院医疗费用包括医生的诊疗费用，但私立医院费用构成并不完整，也可能有部分医院没有包括这一部分的费用。总体来说，新加坡的卫生保障制度是全民覆盖的多层次保护，其卫生系统是一个混合的筹资体系，通过多层次的保护确保每一个新加坡人均能获得基本医疗卫生服务，且同时不应该存在经济上的负担问题。

（一）第一层次的保护，是医疗津贴，政府对公立综合急救医院的补贴比例达 80%，每一个新加坡人民均可获得。这种医疗津贴大致分为两类：一是基本的门诊费用。由政府综合诊所提供，每名患者平均获得 50% 的医药津贴，18 岁以下和 65 岁以上患者还可享有医药费的半价折扣。患者若由政府综合诊所推荐到专科诊所求医，同样也能享有政府津贴；二是住院费用。政府对公立医院按病房等级提供医疗津贴，病房等级越低，医疗津贴越高。除 A 级病房不享有任何津贴外，政府向 B1 级、B2 级和 C 级病房（后两级病房占公立医院病房的 70%）分别给予 20%、50-65% 和 65-80% 的医疗津贴。

（二）第二层次的保护，是保健储蓄（Medisave），这是一种强制性的个人医疗储蓄账户。这项制度建立于 1984 年 4 月，用于支付部分医疗治疗的费用。凡是新加坡有工作的人和他们的雇主需要将每月工资的一部分存入国家的个人医疗储蓄账户，一般根据年龄组

每月交纳 7—9.5% 不等的工资收入，以备今后的医疗需要，而且可以跟着工作地点的更换和退休而转移。然而个人医疗储蓄保险的支付是有一定限度的，并且对于自雇人员也有一定的支付标准。

个人储蓄账户可用于支付健康检查，慢性病治疗的部分门诊和具有配偶及亲子关系的患者的医疗治疗费用，换言之，就是可以覆盖到个人或整个家庭成员的医疗需求。到 2010 年 12 月 31 日前，个人储蓄保险账户的资金平衡已达 16900 新加坡元，足以支付 9—10 次住院的费用。

（三）第三层次的保护，是健保双全（MediShield），它是一种低费用的大病医疗保险，能有效地预防大病造成的财务风险，规定会员以保健储蓄账户的存款投保，确保会员有能力支付重病治疗和长期住院而保健储蓄不足的费用，所有 75 岁以下的保健储蓄储户除非选择不参加，都会自动纳入该计划。在健保双全的制度中通过起付线和共付制度，每个人对自己的健康负有责任。另一老年人的健保双全制度称为乐龄健保（ElderShield），是一种针对新加坡居民的严重伤残保险，对严重伤残进行财务风险的分担。ElderShield 在保费支付方面共有两种方案，一种是 ElderShield300，另一种是 ElderShield400。前者建立于 2002 年 9 月，每月要支付 300 新加坡元，最多可达 60 个月。ElderShield400 则是在 2007 年对 ElderShield 的一个改革，每月支付增加到 400 新加坡元，最多支付到 72 个月。2007 年后主要实行的是 ElderShield400 保险。许多中高收入阶层在基本医疗保障的基础上额外购买私人补充保险，称之为“Integrated Shield plans”，可供私立医院治疗的需要。居民只有参加健保双全计划后才能购买其他附加商业保险，预防了私人保险系统有逆向选择健康人的现象。

不同于健保双全计划，居民可选择由私立机构提供的整合保障计划（Medisave-approved Integrated Shield Plans）。从2005年7月1日起，经Medisave批准的整合保险计划已与基本的MediShield形成单一的整合计划。当患者住在A和B1等级的公立医院床位或私立医院时，这些整合的Shield计划提供患者额外的补贴。

Medisave同样可以支付由私立机构提供的整合保障计划的保费。从2013年11月起，Medisave对支付整合保障计划的保费有一定限制：65岁者，年最高可从医疗储蓄账户中支付800新加坡元到整合保险计划中，随着年龄的增长，可支付的限额也随之增长，分别是66岁保险者，每年可支付1000新加坡元；76岁保险者，每年可支付1200新加坡元；81岁及以上保险者则每年可支付1400新加坡元。

Medisave批准的整合保障计划包括：NTUC Income's IncomeShield and Enhanced IncomeShield、AIA Singapore Private Limited's HealthShield Gold、Great Eastern Life Assurance Co's SupremeHealth、Aviva Ltd's MyShield和Prudential Assurance Co's PRUshield。

Medisave批准的整合保障计划服务指标包括：

1、要求的回报率

表1显示了每一个私立保险公司对参保者补偿保险需要支付的时间。

表1 2014年新加坡各主要私立保险公司对整合Shield Plans要求的支付时间

储蓄账户类型	累计的要求回报率（%）			中位要求的回报率（天）
	≤ 1周	≤ 2周	≤ 4周	
AIA	82	86	94	0
AVIVA	83	86	90	0
Great Eastern	94	96	97	0
NTUC Income	92	95	97	0
Prudential	93	95	97	0

2、保证信和医疗记录的费用

当患者住院后，医院会获得保险公司的保证信，减少患者支付医院的费用。报销时保险方需要医院提供给患者的医疗记录，这会需要支付 75 到 250 新加坡元，但保险公司会为患者进行支付。表 2 为各私立保险公司在患者住院时提供保证信与为患者支付医疗记录费用的情况。

表 2 新加坡各主要私立保险公司为被保险人提供保证信与支付医疗记录费用情况

储蓄账户类型	提供保证信 ^①	为获得医疗记录保险方支付费用
AIA	是	是
Aviva	是	是
Great Eastern	是	是
NTUC Income	是	是
Prudential	是	是

注：①提供给公立医院—AH, CGH, NUH, SGH, TTSH and KTPH。

同样的，老年人可购买健保双全补充计划“ElderShield Supplements”，为了保持 ElderShield 的大病财务风险分摊功能的效果，也为了让有 ElderShield 的保险者获得更多的保障，政策决策者认为参加 ElderShield 的保险者必须购买 ElderShield Supplement，其中有各种不同购买 ElderShield Supplements 的方案，以供保险者根据自己的需要进行选择，且可用储蓄账户或用现钞购买。(1) 增加每月的支付额度；(2) 延长支付时间；(3) 增加每月支付额度的同时延长支付时间。ElderShield 和 ElderShield Supplements 彼此之间都有单独的政策。政府规定的 ElderShield 保险机构共有 3 个，都有经过个人储蓄账户认可的 ElderShield Supplements，包括：Aviva Ltd, Great Eastern Life Assurance Co Ltd, 和 NTUC Income Insurance Cooperative Ltd。

(四) 第四层次的保护，是保健基金 (Medifund)，它是政府为

贫穷的国民所设立的一项医疗基金，它是在政府补助、保健储蓄和健保双全均无法提供保障的情况下的最后一道“安全网”。该基金创立于1993年4月，开始投入2亿新元，以后不断注入资金。政府利用资本的利息收入，2012年已达30亿新元。随着人口的老齡化，政府决定将Medifund部分资金建立Medifund Silver对需要帮助的老年人提供帮助。2007年11月启动了Medifund Silver，最早的资金共计5亿新加坡元。

五、新加坡卫生系统的监管

新加坡卫生体系的监管体系主要由两大部分组成，一是监管方，主要指卫生部及相关法定委员会，另一个是被监管方，主要指公立和私立医疗机构。所有的医院、诊所、临床实验室和疗养院等必须在卫生部的指导下开展高标准的医疗服务。医生则由相关专业委员会监督其行为，主要包括新加坡医务委员会、牙医委员会、护士委员会、药师委员会、中医委员会、验光师和眼镜商委员会、医学相关专业委员会等。此外，卫生相关的产品，如药品和医疗器械，则由卫生科学局监管。

为了促进竞争和透明化，2004年新加坡卫生部发布医院住院费用信息，不同医院的医疗费用大小可通过电子会诊（e-Consultation）查询，促使医院降低医疗费用并取得了一定的成果，如LASIK（准分子激光手术）的价格，在每个眼睛的基础上下降了1000新加坡元以上。目前竞争的价格战还在继续下去，而这样的竞争发展是有益于患者的。新加坡卫生部还在网上公布了卫生方面各种措施发展的结果，以鼓励进一步改善，帮助患者有更多的选择。

新加坡也努力寻找各种治疗方法，争取给自己的公民尽可能多的保健选择。例如，中国的传统医学（Traditional Chinese Medicine

简称“TCM”），正和其他替代治疗一样，在新加坡卫生保健中占有越来越重要的地位。

六、新加坡卫生体系面临的挑战

新加坡面临着老龄化的挑战。据估计，新加坡 65 岁以上人口占比在 2030 年将会达到 19%，为保障老年人的健康需求能得到满足，需要开展细致的卫生规划。为此，政府已经成立了专门针对老年人的部长级委员会，以应对老龄化带来的各种机遇和挑战。政府的目标是让新加坡公民享受到更加健康、积极、有活力的老年生活。

慢性病是另一挑战。目前，预计有 100 万新加坡人遭受四大慢性疾病的困扰，分别为糖尿病、高血压、血脂异常和中风，而随着人口老龄化的进程，该数字将会进一步增长。

卫生人力资源同样面临着人口老龄化、疾病负担变化、患者预期的提高等带来的问题。除了目前的卫生人力资源缺口问题外，卫生教育体系同样需要改革，可实行全面医学教育模式，使医生提供更高质量的服务，应对人口老龄化带来的更加复杂的医疗需求。另外要注重医生的专业结构，对目前提供不足的专业加大培养力度，满足医疗服务需求的变化。

新加坡个人储蓄账户的使用方法

胡善联¹ 何江江^{1,2} 彭颖^{1,2} 王力男^{1,2} 王常颖^{1,2} 王月强^{1,2}

【摘要】 新加坡个人储蓄账户 (Medisave) 具有不同于中国社会医疗保险个人账户的特点和使用方法。本文介绍了新加坡个人储蓄账户的几个特点, 并介绍了个人储蓄账户缴纳的参保费用, 支付住院费用的标准以及个人储蓄账户支付门诊费用的标准。

【关键词】 新加坡个人储蓄账户; 参保费用; 门诊费用

一、新加坡个人储蓄账户使用的特点

新加坡的个人储蓄账户不同于中国社会医疗保险的个人账户。它具有以下几个特点: (1) 筹资比例高, 要占到个人工资的7—9.5%; (2) 个人储蓄账户主要用于住院; (3) 个人账户有一定限额, 超过一定的金额就要转入公积金账户, 因此, 不存在个人账户资金沉淀过多的问题; (4) 鼓励利用个人或家庭其他直系亲属的个人账户支付其他预防保健的费用 (如筛查、预防接种、慢性病门诊治疗、孕期保健、日间手术等), 促进早期治疗和预防, 减少后期引起并发症的费用; (5) 对个人账户不同扩展用途的支付是有一定限度的, 教育民众要节约个人储蓄账户中的费用, 用于最需要的住院治疗, 特别是用于生命后期高额费用的开支; (6) 新加坡个人储蓄账户的费用可用于支付购买健保双全 (Medishield) 大病保险。它

第一作者: 胡善联, 男, 教授, 上海市卫生发展研究中心主任

作者单位: 1. 上海市卫生发展研究中心, 上海 200040

2. 上海市医学科学技术情报研究所, 上海 200031

是新加坡 3M 制度的基础。

二、个人储蓄账户 (Medisave) 缴纳的参保费用

表 1 显示新加坡雇员每月提供 7—9.5% 的工资, 根据年龄将参保费用存入个人储蓄账户。

表 1 不同年龄组缴纳个人储蓄账户的费率

年龄组 (岁)	参保费率 (占工资的百分比, 单位 %)
<35	7.0
35—45	8.0
45—50	9.0
> 50	9.5

个人储蓄账户的支付标准是年龄愈大, 支付比例愈高, 这不同于中国的情况。有一个支付的封顶额度 (Medisave Contribution Ceiling, 简称“MCC”, 下同), 2012 年 7 月为 43500 新加坡元。如年龄在 55 岁以下者超过 MCC 时将转入一个特别账户, 55 岁以上年龄组超过额度时, 多余的钱会转入退休账户 (Retirement Account, 简称“RA”, 下同)。相反, 要从个人储蓄账户拿出费用时, 也要保证最低额度 (Medisave Minimum Sum, 简称“MMS”, 下同)。2012 年时为 38500 新加坡元, 按工资比例缴纳个人储蓄账户者, 其工资一般均要每月大于等于 1500 新加坡元。

三、个人储蓄账户支付住院费用的标准

支付住院治疗至少要有 8 小时或一些门诊费用中包括日间治疗的, 可以使用本人或家庭直系亲属成员的个人账户费用。主要用途在以下几个方面:

一是内外科住院患者, 每天支付 450 新加坡元, 包括每天医生费用最多支付 50 新加坡元。

二是日间手术患者，每天最多支付 300 新加坡元，包括每天医生费用最多支付 30 新加坡元。

三是外科手术患者（住院和日间手术），按其复杂性有固定的限额支付（表 2）。

表 2 不同手术种类个人储蓄账户支付限额

手术表	个人储蓄账户支付限额（单位：新加坡元）
1A / 1B / 1C	250 / 350 / 450
2A / 2B / 2C	600 / 750 / 950
3A / 3B / 3C	1,250 / 1,550 / 1,850
4A / 4B / 4C	2,150 / 2,600 / 2,850
5A / 5B / 5C	3,150 / 3,550 / 3,950
6A / 6B / 6C	4,650 / 5,150 / 5,650
7A / 7B / 7C	6,200 / 6,900 / 7,550

四是个人储蓄账户支付妇产科用途住院，每天最多为 450 新加坡元，根据分娩情况还可最多追加支付 450 新加坡元。

五是居家姑息治疗（Home Palliative Care），一生可使用 1500 新加坡元。

六是精神疾患治疗，住院每天可支付 150 新加坡元，包括每天支付医生 50 新加坡元，一年最多支付治疗费用 5000 新加坡元。

七是社区医院住院，每天可支付 150 新加坡元，包括最多支付医生费用 30 新加坡元，一年最多支付 3500 新加坡元。2010 年后，支付标准增加，每天可支付 250 新加坡元，包括最多支付医生费用 30 新加坡元，一年最多支付 5000 新加坡元。

八是居住在恢复期医院，每天可支付 50 新加坡元，包括最多支付医生费用 30 新加坡元，一年最多支付 3000 新加坡元。

九是居住在临终关怀医院，每天可支付 160 新加坡元，包括最

多支付医生费用 30 新加坡元。

十是居住日间康复中心,2010年后每天可支付标准 25 新加坡元,最多一年支付 1500 新加坡元。

十一是居住在日间医院,每天可支付 150 新加坡元,包括最多支付医生费用 30 新加坡元,一年最多支付 3500 新加坡元。

四、个人储蓄账户支付门诊费用的标准

个人储蓄账户也可用于下列门诊治疗,但如果住院病人在下列情况的门诊就诊的话,就不能支付门诊治疗。个人储蓄账户对住院患者每天支付 450 新加坡元。一年个人储蓄账户可支付门诊费用 400 新加坡元,即所谓的 Medisave 400 Limit。门诊费用支付范围有以下几个方面:

(一) 门诊病人证实有慢性病并参加慢病管理计划 (Chronic Disease Management Programme, 简称“CDMP”, 下同)者,患者可支付 15% 比例,具体包括糖尿病、高血压、高血脂、卒中、哮喘、慢阻肺、精神分裂症、抑郁症、双相障碍或老年痴呆、骨关节炎、忧郁症、良性前列腺肥大、Parkinson 氏病、肾病或肾炎。

(二) 门诊注射疫苗,具体包括肺炎疫苗(6岁以下儿童),人类疱疹病毒(HPV)(9—26岁女性),乙型肝炎疫苗;麻疹风疹腮腺炎疫苗(MMR),卡介苗(BCG),白百破疫苗(DTaP/Tdap),灰髓炎疫苗,B型流感杆菌疫苗(Hib);2014年1月增加门诊疫苗流感和肺炎疫苗。

(三) 健康筛查包括乳腺 X 光检查;门诊新生儿筛检;门诊 MRI 检查和其他肿瘤的诊断,每年最多 600 新加坡元。

辅助受孕的程序(Assisted Conception Procedures,简称“ACP”,下同),不管是住院或是门诊,个人储蓄账户可以应用于辅助受孕的程序。第一周期 6000 新加坡元,第二周期 5000 新加坡元,第

三周期或后继周期为 4000 新加坡元。终身 Medisave 每位患者可支付 15000 新加坡元。

门诊肾透析治疗（如透析患者年龄在 18 岁以下，患者的个人储蓄账户以及家庭父母账户也可支付 3/12），每月 450 新加坡元。

（四）门诊肿瘤病人的门诊放射治疗，包括外照射每次治疗 80 新加坡元；Brachytherapy 伴有外放射治疗者，每次治疗支付 300 新加坡元；Brachytherapy 没有外放射治疗者，每次治疗支付 360 新加坡元；表面 X 照射每次支付 30 新加坡元；Stereotactic 放射治疗者，每次治疗支付 2800 新加坡元；门诊对肿瘤患者放射外科治疗（即用伽马刀 Novalis 放射外科治疗），每次治疗支付 7500 新加坡元，日间出院者每天支付 300 新加坡元。

（五）对肿瘤患者化学治疗，包括 analgesic medication and suppressive 治疗者（神经—内分泌和核医学治疗），包括以下内容：每 7 天治疗周期 300 新加坡元，或 21/28 天治疗周期 1200 新加坡元；门诊 HIV 患者抗 retroviral 治疗（注意：仅对患者自己有个人储蓄账户者可应用。对 18 岁以下的患者，他们家长的个人储蓄账户可以使用），包括使用机会性感染的药物治疗，每月 550 新加坡元；对地中海贫血（Thalassaemia）门诊治疗运用 desferral drug 和输血每月 350 新加坡元；高压氧门诊治疗（Hyperbaric Oxygen Therapy），每治疗周期 100 新加坡元。

（六）门诊静脉注射抗菌素，包括：每周 600 新加坡元，一年为 2400 新加坡元；长期氧治疗和婴儿连续性加压呼吸道门诊治疗，个人储蓄账户可以为设备的租借提供高浓度的高压氧治疗，每月为 75 新加坡元；免疫抑制剂门诊治疗器官移植者，每月 300 新加坡元。

总之，门诊使用个人储蓄账户费用是有限制的，其目的是保证

个人储蓄账户的钱能够用在未来的医疗需要上，特别是老年以后。然而，这些限制条件足够保证将来能住上 B2 和 C 类病房支付的需要，但如果要住私人医院或政府医院内 A 和 B1 类病房的话，还需要自付超过个人账户能支付的那部分费用。

个人账户在自雇者 (Self-Employed) 中的使用情况是当自雇者每年收入超过 6000 新加坡元时，根据他们前几年的纯买卖收入和年龄，个人储蓄账户的投入费用比例不同。

个人储蓄账户可用于健康筛检上，包括以下内容：

(1) 乳腺 X 光检查 (Mammograms)，妇女年龄超过 50 岁以上时可使用自己或家庭成员中的个人储蓄账户在认可的乳腺 X 光筛检中心检查。一年最多每个账户可使用 400 新加坡元。

新加坡医学科学院 (AMS) 筛检委员会 (STRC) 建议无症状的妇女年龄超过 50 岁以上时应该每 2 年常规检查一次以防乳腺癌。对那些患有原位大叶乳腺癌患者 (LCIS) 和非典型的导管增生乳腺癌患者 (ADH)，建议每年乳腺 X 光检查一次。

(2) 结肠镜筛检 (Screening Colonoscopies)，年龄大于 50 岁者可以用个人和家庭成员中的储蓄账户在认可的中心检查，个人账户支付的标准见表 3。

表 3 不同内窥镜检查和治疗个人储蓄账户支付的限额 (单位：新加坡元)

项目	个人储蓄账户支付手术的限额	个人储蓄账户支付住院的限额 ^①	合计
纤维结肠镜筛检	950	300	1250
同时切除息肉	1250	300	1550

注：①住院费用包括实验室检查、低值易耗物品、药品等费用，每人每天限额支付 \$300 类似于所有日间手术的标准。

筛检委员会 (STRC) 建议年龄超过 50 岁者需要常规结肠镜检查

结肠直肠癌，通过每年大便免疫化学检查 (FIT)；或每 10 年结肠镜筛检。

大便免疫化学检查 (FIT) 是一种安全，没有侵入性而价廉的检查，建议每年检查一次。参加慢性病管理规划 (CDMP) 的全科医师在整合性筛检项目 (ISP) 中对一些低收入的新加坡居民可以得到诊所的补助。

在门诊对新生儿的筛检项目中，个人储蓄账户可用于新生儿的筛检项目作为住院项目，每天支付 450 新加坡元。从 2014 年 1 月起，可用个人储蓄账户支付，每年每个账户 400 新加坡元限额，包括支付：听力检查；G6P 缺乏筛检；代谢筛检；甲状腺功能检查。

慢性病是新加坡人主要罹患和致死的一个病症，这种情况在所有发达的国家中均十分普遍。如果没有适当管理，慢性病往往会导致严重的并发症，最后去专科医师处就诊或住院，不仅自身痛苦，而且花费了大量的医疗费用。早期检测和良好的慢性病管理可以避免或延缓发生，可以鼓励患者与家庭医师配合做好检测，及时治疗和改变生活方式。

新加坡卫生部准许使用个人储蓄账户支付门诊费用，减少患者的自付费用。慢性病使用个人储蓄账户始于 2006 年 10 月。糖尿病是第一个由个人账户支付的慢性病，以后更多的慢性病加入到 CDMP 中，2014 年 1 月后总共有 15 种慢性病包含在内（表 4）。

表 4 2014 年起个人储蓄账户可支付的 15 种慢性病门诊治疗

时间	慢性病种类
2006 年 10 月	糖尿病
2007 年 01 月	高血压、高血脂和卒中
2008 年 04 月	哮喘、慢性肺部阻塞性呼吸道疾病
2009 年 10 月	主要忧郁症和精神分裂症
2011 年 11 月	老年痴呆症和 Bipolar 疾患
2014 年 01 月	骨关节炎、良性前列腺肥大、焦虑、帕金森病、肾脏病和肾炎

每个慢性病患者门诊费用只需要自付 30 新加坡元作为起付线，而不到 30 新加坡元的门诊费用则由患者现金自付，以及 15% 共付的医药费用，其余部分由个人储蓄账户支付（表 5）。

2012 年起个人账户一年最多支付 400 新加坡元，也可使用直系家属成员的个人账户，最多可使用 10 个人储蓄账户。

表 5 门诊费用个人储蓄账户支付的举例^①（单位：新加坡元）

治疗费用账单	患者自付	个人储蓄账户支付
100	起付线支付 30.00 新加坡元，15% 账单费用为 10.50 ^③ ，共计 40.50	59.50 ^②

注：①家庭直系成员包括配偶、儿童及双亲、祖父母，属于新加坡人民或永久居民。

②此处数据为账单额度与起付线支付额度差额的 15%： $(100 - 30) \times 0.15 = 10.50$ （新加坡元）

③此处数据为账单费用与患者自付额度的差额： $100 - 30 - 10.50 = 59.50$ （新加坡元）

对患者开展良好的健康教育。病人可从 HPB's website 找到信息。

个人储蓄账户可以支付产妇费用，称为 Medisave Maternity Package（简称“MMP”，下同），可以支付（1）分娩费用；（2）产前医疗费用，如门诊费用、超声，每天医院可从账户中支出 450 新加坡元，加上附加的 450 新加坡元，视外科分娩类型而定（表 6）。

表 6 MMP 的支付方式的举例

分娩程序	住院天数 (单位：天)	MMP 个人储蓄账户支付金额 (包括分娩和产前医疗费用)
阴道正常分娩	3	$(S\$450 \times 3 \text{ 天}) + (S\$750 \text{ 支付分娩费用}) + S\$450$ 能支付的额度直到 S\$2,550
剖腹产分娩	4	$(S\$450 \times 4 \text{ 天}) + (\text{剖腹产费用 } S\$2,150) + S\$450$ 能支付的额度，直到 S\$4,400

新加坡还利用个人账户支持新生儿。为了支持家长和孩子们的卫生保健需要，2012 年 8 月起，政府为每一个新生儿创造一个个人储蓄账户。每个合格的新生儿将得到 3,000 新加坡元，第一次在出

生登记后得到 1,500 新加坡元，次年再可获得 1,500 新加坡元，可用于支付 MediShield 保费或用于疫苗的接种。从 2013 年 3 月起 MediShield 可以覆盖新诊断的先天性和新生儿情况。

个人储蓄账户还可支付避孕措施（简称“ACP”，下同）。一对夫妇在第一次、第二次和第三次治疗时可提取 6000 新加坡元、5000 新加坡元和 4000 新加坡元。为申请 ACP，一个患者终身从个人储蓄账户中可以提取 15000 新加坡元。

政府同样支持在公立医疗机构中开展生殖技术治疗。随着初婚中位数年龄和初次生育年龄的提高，很多家庭需要生育技术的帮助（Assisted Reproduction Technology，简称“ART”，下同），如体外受精（in-vitro fertilisation）。ART 治疗需要涉及临床和实验室的技术，使卵子和精子在体外受精达到生育的目的。生育有困难的夫妇需要早期治疗，年龄越早越易成功，而这类治疗费用也是昂贵的。

从 2013 年 1 月开始，凡合格的夫妇需要在公立医院进行 ART 治疗的，可以直接得到 75% 的政府共同筹资，最多可以达到 3 次新鲜和 3 次冰冻的人工受精的循环。



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China