

卫生服务购买：国际经验与中国实践

刘丽杭

(中南大学公共管理学院, 湖南长沙, 410083)

摘要：从国际卫生服务购买的发展进程来看，由于各国卫生服务体制的不同，购买者组织的结构与模式呈现出多样性的特点，采取和实施战略性购买的改革措施与进程并不一致，同时面临着购买技术、成本以及合同管理等问题。比较国际经验，在我国目前实施的卫生服务购买中，存在购买者竞争、财政投入不均、基本服务包界定标准不一以及合同管理、绩效评估等方面的缺失与不足，制约了卫生系统绩效的有效改善。要实现真正意义上的综合整体购买，需要在政府角色、管理体制、市场环境、购买技术等方面搭建一个政府购买卫生服务行动的支持平台。

关键词：政府购买；卫生服务；国际经验；合同管理

中图分类号：R197.1

文献标识码：A

文章编号：1672-3104(2012)02-0041-06

为了提高卫生系统的绩效，世界卫生组织(WHO2000)提倡卫生服务从消极性购买模式——简单的回顾性支付——转移到积极的战略性购买模式的改革策略。^[1]实际上，政府购买模式在国际卫生服务领域，已经具有一些成功的经验。我国在2005年就开始在基层试点政府购买公共卫生服务。本研究通过系统解析国际有典型意义的基本卫生服务购买模式及经验，探讨我国目前购买中存在的问题，借鉴国际经验，以寻求适合我国经济、社会发展水平的基本卫生服务购买模式。

一、国际卫生服务购买的基本环节

世界各国基本医疗服务的购买^[2-5]，主要涉及以下几个方面的问题。

(一) 用什么购买

即基本医疗服务的筹资来源。国际基本医疗服务的筹资主要有两种方式：第一种是完全来自于政府的税收。在提供覆盖全民的基本医疗服务的90个国家中有56个筹资来源完全来自于政府的税收，占64%，其中澳大利亚、英国、新西兰主要来自联邦政府(中央政府)的税收，而瑞典主要来自市、县、区的税收。第二种基本医疗服务的筹资来源是国家税收与社会医疗保险筹资相结合，有27个国家属于此种筹资来源，约占有实现全民覆盖国家的31%。如：法国、德国、

丹麦、荷兰、日本、韩国。从不同收入国家看，无论是经济发达的高收入国家还是低收入国家，采取税收为主的筹资模式国家所占比重都是最高的。实行社会医疗保险筹资的国家主要是高收入和中高收入国家。

(二) 为谁购买

政府通过税收筹资，或税收筹资加社会医疗保险等方式为其居民和保险计划所覆盖的人群来购买基本医疗服务；在基本医疗服务的筹资来源为国家税收和社会医疗筹资相结合的国家，主要通过税收方式为低收入人群(贫困者)来购买基本医疗服务。

(三) 购买什么

即基本医疗服务覆盖的范畴。大部分国家的基本医疗服务均包括了初级卫生保健服务，二级医疗服务，药品，门诊服务，部分住院服务等方面。在澳大利亚，其基本医疗服务包还包括了居家护理服务；在瑞典，丹麦和英国等国家的基本医疗服务包还包括了康复保健服务；在丹麦、荷兰、日本和韩国等国家的基本医疗服务包还包括了部分牙科保健服务。当然，随着社会经济的发展，以及卫生保健服务计划的完善，各国的基本医疗服务包所包括的内容与范围也在不断增加。

(四) 谁来购买

澳大利亚、法国、德国、荷兰、日本、韩国、波兰和匈牙利等国家的基本医疗服务主要由社会医疗保险机构(疾病基金)作为购买方，并建立了相关的制度

收稿日期：2011-03-14；修回日期：2012-03-01

基金项目：国家社会科学基金项目：我国城市社区卫生服务购买模式及效果研究(10BGL091)

作者简介：刘丽杭(1963-)，女，湖南长沙人，中南大学公共管理学院教授，主要研究方向：公共管理与公共政策。

(计划)与管理组织;而在英国、丹麦、新西兰和荷兰等国家主要是各级政府或政府的部门机构——由卫生局来购买;在美国,购买者多为商业医疗保险公司及相关机构。

(五) 谁是提供方

基本医疗服务的提供者主要包括公立与私立医疗机构,全科医生(或自由执业者),除英国只允许公立医疗机构作为提供者外,其他国家均允许私立医疗机构或自由执业的医生作为提供者来提供基本医疗服务,而且在法国、德国、丹麦、荷兰、日本、韩国和美国的提供者中,私立医疗机构和个体执业医师所提供基本医疗服务就超过了公立医疗机构。在德国一项研究显示:医院的性质,以及提供者的属性(是否自由执业?)对购买服务的效果没有什么影响,居民也不太关心提供者机构或个人的性质,而主要关心自己所得到的服务的质量。

(六) 如何购买

购买者利用契约来明确所提供服务的数量与质量,以及支付方式。国家卫生服务体制,包括所有权形式、自主程度和决策权的大小,以及他们所处的市场结构类型等都会影响签约的行为和支付方式。在一些高度集权的管理体制的国家,垂直性管理模式取代了契约关系。而主动和积极的签约方式在上个世纪90年代才在部分欧洲国家得到真正发展。在英国、瑞典、荷兰和澳大利亚等国家,其初级卫生保健服务是与全科医生签订契约,基于所覆盖的人群和居民的健康状况与需求来明确所提供服务的数量,采取逐步从回顾性的补偿方式(按项目服务支付)向总额预付方式的转变(一些西欧和北欧国在逐步实施总额预付与基于DRG/病例组合预付方式的混合模式);同时,逐步引入基于绩效考核为目标的购买契约。如法国通过契约规范了医院的责任与义务(包括可以开展的医疗项目、服务质量、社会效益与经济效益等),以及区域医院的筹资与支付方式;丹麦则明确了契约目标(制定了比较详细的活动、服务和质量目标),以及质量保证计划等;荷兰建立了医院的支付与目标绩效挂钩等方面的制度。

二、 国际卫生服务购买的特点与经验

(一) 国家卫生服务体制决定购买模式

购买模式的多样性是不同社会,经济及文化作用综合反映的结果,所存在的差异,主要在于各国家不同的公-私所有制形式的存在,以及所覆盖人群的范围

与保障水平,管理体制与社会责任等方面交叉在一起。在垂直维度上,比较高度集中的宏观层次上购买行为主要出现在东欧国家,但这些国家也正在被更加分散的不同层次的购买行为所取代;中观层次的购买行为主要出现在以社会健康保险为主体的国家如捷克共和国、法国、德国和荷兰,以及以州(省)级政府为基础的购买行为主要是在意大利和西班牙等国;基于社区和初级保健机构购微观层次购买行为主要以北欧国家为主体(如英格兰),尽管其购买的范围比较小,但也是一个引起卫生政策制定者感兴趣的模式。在水平维度上,购买者主要是根据市场结构的性质来进行运作。尽管出现了很多基于市场机制的改革模式,但购买者组织之间的竞争并不太多,程度也不高。只有在德国和荷兰,竞争已经发展到了一定的程度。在其他国家,卫生服务的空间垄断是中观和微观层次产生竞争的主要障碍。^[6]

(二) 消极购买正向积极的战略性购买转型

被动购买仅仅只是作为提供者的“收银员”而存在,尽管购买者为提供者支付了资金,但是却不能选择支付方式与供给者,也不能对服务与产品的有效性或效率进行监督评价,仍然维持传统的资源配置模式;相反,战略购买则是通过明确购买内容,购买方式,购买对象,以及长期连续的信誉调查等方式来选择最好的提供者和支付方式,以促进卫生服务运行绩效的改善(WHO2000)。^[1]从国际卫生服务领域购买服务的发展进程来看,采取和实施战略性购买的改革措施与进程并不一致。有些国家已经将战略性购买的基本原理引入到了卫生改革过程中,还有一些国家则只是局限在某一地区进行试点,如德国,就已经开始引入竞争机制和新公共管理方法来规范卫生服务购买与提供者组织,而且对荷兰和俄罗斯等国家也产生了一定的影响;而传统的消极性购买模式或者形式上的购买仍然在一些国家占有主导地位,即便在欧洲国家卫生服务购买模式的发展过程中,其竞争机制还是十分有限。^[2,4]

(三) 卫生服务购买的双重效应

目前,国内外学者对以合同方式购买基本医疗服务存在异议。争议点主要在合同购买的交易成本比政府直接举办要高,集权管理体制可以降低交易成本,但是,对运行效率的激励作用则比较弱。在英国契约制的管理成本占契约总值的7%,监督契约的成本比直接提供服务的监督成本高30%;^[7]而在美国高达20%。^[8]世行的研究报告却证明“签订合同不一定比政府提供同样的医疗服务成本更高。对巴基斯坦、孟加拉国、印度和柬埔寨的研究都证明了这一点”。^[9]

WHO 的研究结论指出缔结和执行合同可能存在明显的交易成本，这种交易成本实际上是公共部门管理合同的能力的体现。通过直接举办基层医疗机构的方式提供基本医疗服务同样存在交易成本，这种成本可能来自对员工和产出质量的监督，也可能来自科层制管理方式和政治干预。^[1]目前，实施此项改革的国家都试图通过各种途径来估计合同购买的成本。但是，实践证明这个成本基本是不可能量化的。^[10]尽管如此，一些国家都在探索可能发生交易费用的几个方面来尽力避免或降低交易费用。如在卫生服务购买模式中采取了管办分离等措施，到 90 年代，“合作”一词代替了“竞争”，购买者和提供者对话的增加，强化了买卖双方的长期合作关系，以及卫生服务资源的有效整合，双方的合作关系是建立在相互信任的基础上，从而能够明显地控制其交易成本。^[7]在柬埔寨，从签约、采购及监管方面考虑，合同外包也存在一个规模经济问题，一般要求服务所覆盖的辖区人口不少于 50 万人，外包合同更倾向于采用以结果或产出为基础的方式，因为这种方式在成果计量和监测上更加便利。^[11]英国的经验是建立长期的运营合同、使合同内容简单化、共享文件的标准形式，以及注重对重要事宜的监测可以保持低水平的交易成本。

(四) 购买不仅需要技术，而且还有政治选择

一是管理体制。在一些转型的东欧国家由免费医疗服务逐步转向社会健康保险方案的购买模式，不可避免其传统体制对其运行效果所产生的影响。^[12-13]而即便在中观层次的国家如意大利，旨在引入内部市场的改革由于购买者与提供者没有完全分离而没有完全实现，地方卫生部门继续保持购买者和提供者一体化模式。虽然已经规定了契约要求，许多教学医院也采取了具有独立地位的信托机构，但是购买者很少能够与所希望的提供者签订契约，许多地方卫生部门对直接管理医院的依赖继续阻碍着改革的进程，契约只是仅限于少数地区试点。二是利益博弈。体现在买方、提供方、需方多重代理关系中。早期经验表明，修改集体契约是一个艰难的过程。在德国，2003 年有学者提出，应该让社会健康保险基金自由选择提供者，并从集体契约方式中分离出来，并建议在专家门诊引入选择性契约机制。但是由于医师协会的反对，这些建议并没有生效；直到 2004 年，选择性契约机制才得以进一步。^[2,4]

(五) 合同管理是实行卫生服务购买的关键问题

亚洲开发银行总结了合同外包必须具备五个方面要素：首先是购买方要有足够的设计和管理合同的能力。第二，要在潜在的服务提供商中间开展竞争。第三，

合同中要规定明确的绩效指标。这些指标包括：提供服务的数量、质量要求；目标人群对合同服务的使用情况等。第四，购买方必须对供应商所提供的服务定期进行监测和评估。第五，要将合同付款同供应商的绩效直接挂钩。^[11]国际上，在将公共卫生干预活动外包方面有一些成功的例子，如疟疾控制计划、营养计划(塞内加尔)和生殖健康计划(孟加拉国)。^[14]这些服务项目就是在合同细则方面相对清楚。^[1]反之，公共卫生的数量和质量能够清楚地标明，可以很容易地被监测并能够执行，公共卫生服务的合同购买便成为各国的首选。

(六) 可能适于竞争的领域是买方合同市场以及生产要素市场

卫生服务提供者之间对买方(如保险公司)合同的竞争，这方面有限的证据主要来自美国。例如，对政府医疗保险(Medicare)合同的竞争看，改善了治疗效果，降低了费用。^[15]但在捷克、新西兰、瑞典和英国已经进行了医院竞争合同的试点，如经合组织最近的一份报告所言，“(这些试点计划)没有达到预期的结果，遭到了患者和医疗服务供应方的反对。但是，由于这些试点持续的时间相对较短，如果假以时间，它们可能呈现出积极的效果”。^[16]这意味着保险医疗机构是合适的第三方购买方，但提高机构保险者的购买能力更为重要。相比而言，将合适的临床治疗服务外包困难较大。^[17]在医疗领域比较容易开展竞争的另一个领域是生产要素市场。例如，市场对医师、护士、医疗设备和材料以及后勤服务(包括维修、饮食、保洁和洗衣)的竞争可以让资源的分配起到奖优罚劣的作用，从而激励卫生服务提供者改善绩效。生产要素市场通常不太容易发生“市场失灵”，因为这类市场的买卖双方都是有组织的，拥有类似的信息和市场能力。^[18]

三、我国卫生服务购买的现实困境

根据有关部委文件，^[19]政府购买公共服务已经成为我国部分地区(如上海、佛山、无锡、北京市海淀区等)公共卫生服务体制改革的主要思路之一。目前，主要采用两种方式。一是定项补助，即建立部分项目“公共卫生服务券”制度，对一部分政府能够承担、群众受益明显的服务项目以发放“公共卫生服务券”的形式，对承担机构实行定项补助。有代表性的如浙江省淳安县和重庆市黔江区等地；^[20]二是定额补助，按“政府花钱买服务、养事不养人”的原则，采取“条条立

项、块块打包”的方式,改变按卫生院工作人员数拨款的模式,按服务人口、服务质量,并区别地区差异,在严格考核的基础上进行相应拨付,实现资金效益的最大化。主要在东、中部省市试点。^[10]如“无锡模式”。^[21]2009年公共卫生服务购买将在全国范围内全面启动。目前,已有地方进行了政府出钱购买中介的医保经办服务的尝试,即第三方购买。如“江阴模式”和“新乡模式”。^[22]

正在探索的政府购买公共卫生服务才开始起步,谁是购买者?应该购买什么样的服务,如何购买,购买效果怎样进一步干预卫生服务提供者组织以实现资源的有效配置?在各地的试点中存在着诸多环节的缺失与不足,以及需要突破的瓶颈。

(一) 购买者竞争

我国的卫生服务购买者是政府或国家的代理人——中央与地方财政,普遍缺乏社会健康保险基金和商业保险业公司参与的购买者竞争机制。政府作为单一的卫生服务总管的角色,在实际运行中,首先会求助于行政权力而不是市场机制。行政垄断也使得政府部门缺乏改善管理、提升公共卫生服务质量的动机。同时,政府掌握着支配社会公共资源的权力,政府成本是靠强制征税获得的,政府与社会之间在这一问题上不是一种平等协商的结果,其收入来源无须经受市场检验,政府对其所产生的成本没有直接承担的义务;这就使得政府自身重视成本与绩效有一定的难度。也就难以避免“寻租”及腐败问题的产生。如:药品招标采购的改革中,出现药品价格越招越高的怪异现象。

(二) 财政投入机制

目前,政府购买实行按“人头定额”和服务人口数量进行拨付的“定额补助”模式,“人头定额”往往也缺乏合理的测算作为补偿依据,而更多的依赖于政府公共财政支付能力和对公共卫生的重视程度,没有考虑居民的实际需求。^[23]这种方式在不同地区施行时其投入水平可能出现很大差别。在大部分中西部地区,地方政府根本无力提供年公共卫生经费,有些地方每年每人仅几毛钱,而财力雄厚的上海,由2004年社区卫生预防保健经费是每万人口20万元提高到每万人口50万元。按照国际惯例,目前大多数国家政府对社区卫生都占70%以上,^[24]按卫生部“十一五规划”最低标准50%初步测算,基于目前政府对社区卫生的投入占其收入的10%,必须保持每年34%的增长率,逐步完成“政府花钱买服务”的购买。^[25]

(三) 成本测算与服务包界定

购买项目的梳理界定是实施政府购买公共卫生服

务政策的前提和依据。1993年世界发展报告首次提出基本公共卫生服务及临床服务包的概念并列出了具体内容。我国学者对基本公共卫生服务及其服务包的概念还有争议,对其界定缺乏可操作性。目前的社区确立的“基本服务包”,把预防、保健、康复、健康教育、计划生育等五大公共卫生职能分为大类及小类,具体内容进行项目化管理。基本服务包的设计原则就是满足人均防保经费。各地区的“基本服务包”没有统一的标准,具体内容不透明,操作中存在盲目性和随意性。^[26]

在实际工作中,公共卫生服务项目的真实成本往往难以准确测量,按照公共部门经济学理论,确定政府购买费用采用边际成本定价法是最有效率的,边际成本就是每增加一个单位的健康产出,所投入的健康生产成本,但健康生产成本是非常难以准确测算的。购买费用只能采取公共卫生项目成本累加法加以确定。缺乏合理的成本测算作为依据,购买价格与实际成本之间可能发生较大偏离。在全国社区公共卫生服务资金大约人均10元/年的情况下,这10元钱所能购买的服务只能靠购买方与提供方协商达成一致,缺乏科学性。在多数情况下,政府购买公共卫生服务的价格低于提供服务的实际成本,一定程度上影响了公共卫生服务工作者的积极性。^[27]

(四) 供给主体性

购买服务产生绩效的重要基础是在于规范的市场机制,要求供给服务主体多元化。政府购买可以在服务供给中多方比较和选择。目前,除了个别地区个别项目(如无锡市2005年尝试了将属于公共卫生事项的结核病防治交给民营医院—安国医院打理)外,提供大多是由公立医疗机构承担,这也是执行政府购买最大的障碍之一。究其原因,一是政府投入体制是一经投入,则供给方必然成为政府所辖的国有化单位,供给则成为单一所有制行为;二是由于我国地区发展很不均衡。东部一些经济发达地区的社区卫生服务机构规划建设已经达标,城市中社区卫生服务中心建成数也仅占规划数的72%左右,中西部区这个比例更低,私有卫生服务提供者规模小、力量弱,服务提供机构之间根本无法形成有效的竞争。^[10]此外,另一重要原因是社会与非政府组织承接政府购买服务的能力不足,不少非营利组织经费不足,无法正常开展活动,制度不健全,行为不规范,自律作用不够,缺乏应有的社会公信力,以及缺乏专业人才、经营管理人员,难以承接医疗卫生等公共服务。

(五) 合同设计与管理能力

与直接提供方式相比,政府购买也就对政府的公

共服务的合同管理能力提出了新的要求和挑战：制定合同购买卫生服务的任务书，对购买服务范围、时间要求、评价指标、效果标准、资质要求和监督管理等进行具体设计，构建合同购买卫生服务的实施框架；测算购买卫生服务的费用；发招标邀请及工作任务书；对应标机构进行评标并确定名单；确定中标单位并签订合同；对服务提供进行监控和评估方法，都需要具备丰富的合同设计和管理经验的专业技术人才。在我国所开展的此类改革中，其合同期限一般都是1年，而且缺乏有效的竞争，每年的合同签订、合同的监管却耗费了大量的人力与物力，导致了大量的交易费用。^[10]

(六) 绩效考核体系

绩效考核有两个方面：一是对服务提供方的绩效考核，即对供方所提供的医疗卫生服务进行质量、数量、成本、技术适宜性、诊疗规范遵从情况、效果等方面的考核；二是对采购执行主体(政府机构或者其代理机构)进行考核评价。采用内外部评估机制相结合的方式，内部由政府主管部门、外部由社会中介机构，分别对购买服务的实施情况进行绩效评估，根据评估结果按合同约定支付资金。当下一些试点的地方缺乏有效考核机制，以单纯诊疗人次作为考核指标。社区卫生服务机构缺乏内在动力去推进预防保健的工作。^[28]从试点社区情况看，尽管绩效工资所占比例增高，但职工总收入变化不大，职工对绩效评价体系与方法接受程度还不高；另一方面，按规定对社区卫生服务机构考评的结果作为确定财政补助的主要依据，但因实施财政收支两条线，收入上缴专户，拨付的不到位，只能是预付购买服务全部费用的70%作为启动资金，使得根据评估绩效结果支付比例制约力不强。^[29]

四、结论

通观各国购买经历，体制、技术、管理、成本等是目前面临的共同问题。目前我国的购买公共卫生服务的方式属于垂直和水平购买，只是资金渠道投入中央财政转移支付或是传统公共卫生事业投入+项目管理的方式(购买服务资金来源主要是区级政府预算安排、上级政府补助和各方捐赠等)。真正意义上的综合整体购买，不仅是政府投入方式的改变，更是政府与公共卫生服务管理体制和运行机制的变革与创新，以及新管理方式的改变，成为提高公共卫生服务效率和质量的最有效途径。但目前必须考虑到一些约束条件，

需要一个结合我国国情与卫生改革与发展的实际情况分区、分步的渐进过程，对于一些贫困边缘地区以及特殊部门，由于缺乏相应的服务机构与人才，政府存在难以购买到公共卫生与基本医疗服务的风险，就仍然需要政府通过直接提供的模式来承担这一责任；比较发达的地区则可以采取政府购买模式，通过动员社会的广泛参与，充分利用社会资源完全可以满足社会与居民不同层次的公共卫生与基本医疗服务需求。同时，需要从政府角色的转换与定位、卫生管理体制和提供服务机构运行机制的转变、政府购买技术、营造公平有序的市场竞争环境等方面搭建一个政府购买卫生服务行动的支持平台。

参考文献：

- [1] WHO. The world health report 2000-Health systems: Improving performance [R]. Geneva: World Health Organization, 2000.
- [2] Robinson, Ray and Figueras, Josep and Jakubowski, Elke. Purchasing to improve health systems Performance [M]. Maidenhead UK: Open University Press, 2005.
- [3] Wendy B Abramson. Monitoring and evaluation of contracts for health service delivery in Costa Rica [J]. Health Policy and Planning, 2001, 16(4): 404-411.
- [4] Robinson, Ray McCallum, A Brommels M. The impact of primary care purchasing in Europe: A comparative case study of primary care reform. In: Primary care in the driver's seat? organizational reform in European primary care [M]. Maidenhead UK: Open University Press, 2006: 105-128.
- [5] Benjamin Loevinsohn, April Harding. Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries [J]. Lancet, 2005, 366: 676-681.
- [6] Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski, eds. Purchasing to improve health systems perform [M]. Maidenhead UK: Open University Press, 2005.
- [7] Øvretveit J. Purchasing for health [M]. Buckingham UK: Open University Press, 1995.
- [8] 李阁. 美国的管理型健康与卫生成本控制[J]. 国际医药卫生导报, 2005(1): 20-22.
- [9] Alexander S. Preker, John C. Langenbrunner. 明智的支出-为穷人购买医疗卫生服务[R]//世界银行政策研究报告. 北京: 中国财政经济出版社, 2006.
- [10] 张成勉, 孙永发, 吴华章. 我国社区卫生服务中政府购买公共卫生服务项目的难点和建议[J]. 中国卫生经济, 2009(1): 44-45.
- [11] 亚洲开发银行对部分东南亚国家医疗卫生改革中若干问题的研究[EB/OL]. <http://www.sf.gov.cn/view.jsp?id=82f59ebb405882f59ebb>, 2006-12-04.
- [12] Péter Gaál. Health Care Systems in Transition :Hungary

- [C]/WHO Regional Office for European Observatory on Health Systems and Policies [R]. Copenhagen, 2004.
- [13] Kuszewski K, Gericke C. Health Systems in Transition: Poland[R]. Copenhagen, WHO Regional Office for European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
- [14] Hart O, Shleifer A, Vishny RW. 恰当的政府范围: 理论和监狱应用[J]. 经济学季刊, 1997, 11: 1127-1161.
- [15] Kessler D P, McClellan M.. 医院竞争是社会浪费吗? [J]. 经济学季刊, 2000, 115: 577-615.
- [16] Docteur E, Oxley H. 医疗系统改革的教训: 经合组织医疗工作报告[R]. 经济发展与合作组织, 2003.
- [17] Harding A, Preker A. 医疗服务中的私有部门参与[R]. 华盛顿: 世界银行, 2003.
- [18] 中国农村卫生: 简报系列——中国的卫生服务提供: 综述[EB/OL]. http://flomoh.moh.gov.cn/flo/c/fs/web_edit_file/20061101123147.pdf, 2005-02-04.
- [19] 财政部, 国家发展改革委, 卫生部. 关于城市社区卫生服务补助政策的意见(财社[2006]6号)[Z]. 2006-07-13.
- [20] 何建法, 徐芸. 淳安农村公共卫生服务改革的实践与思考[J]. 卫生经济研究, 2006(7): 17-19.
- [21] 邵冰, 安秀梅. 无锡市政府购买公共服务改革的问题、成效及对策[J]. 中国政府采购, 2009, 1(92): 32-33.
- [22] 王世玲. 医保改革定向, 异地就医结算有望实现制度性突破[EB/OL]. <http://news.online.tj.cn/news/shizheng/2009/318/09318930372HGE0903180933233B1.html>, 2009-03-18.
- [23] 陈子敏, 王光荣. 实现政府购买 建立可持续性社区卫生服务筹资机制[J]. 中华医院管理杂志, 2005(10): 654-657.
- [24] 黄存瑞, 陈金华, 李国鸿. 国内外社区卫生服务经济补偿探讨[J]. 国外医学·卫生经济分册, 2004(3): 79-89.
- [25] 姚岚, 陈启鸿. 社区卫生服务纳入基本医疗保险的政策研究概述[J]. 中华医院管理杂志, 2002, 18(1): 26-28.
- [26] 胥会云. 社区卫生服务中心转身[N]. 第一财经日报, 2008-12-23(1).
- [27] 代会侠, 冯占春. 政府购买公共卫生服务的模式及其理论分析[J]. 中国初级卫生保健, 2008(1): 21-23.
- [28] 李瑶. 社区医疗改革: 基层分工存困惑 政府主导有难题[N]. 医药经济报, 2008-11-12(2).
- [29] 王小万. 城乡基层公立卫生机构收支两条线管理研究报告[R]. 中国卫生政策支持项目(HPSP), HPSP2008010.

The purchase of health services: international experience and China's practice

LIU Lihang

(School of Public Administration, Central South University, Changsha 410083, China)

Abstract: The purchase of health services from the international development process, due to the different health service systems, makes the Buyers' structure and mode of organization vary in the characteristics. The adoption and implementation of strategic purchases of reform measures and process is inconsistent, faced with such problems as purchase of technology, cost, and contract management. Compared with international purchase, China is faced with the lack of buyers competition, measured cost and a basic package of services, diversification of supply, contract management, performance assessment, which is bound to improve performance of health systems. To realize the true sense of the overall and comprehensive purchasing, it is necessary to build a government purchase of health services operations support platform through the role of government, management system, market conditions, purchase of technology.

Key Words: government purchase; health services; international experience; contract management

[编辑: 颜关明]