

药品集中招标采购机制招标采购主体设置规律述评 基于欧盟国家不同医疗保障制度实践经验的总结[△]

赵斌^{1,2*}, 梁海伦¹, 朱明君¹, 王虎峰^{1#} (1.中国人民大学公共管理学院卫生政策和管理系、社会保障研究所, 北京 100872; 2.约翰霍普金斯大学彭博公共卫生学院卫生政策和管理系, 巴尔的摩 21218)

中图分类号 R95 文献标志码 C 文章编号 1001-0408(2012)12-1087-05

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2012.12.12

摘要 目的: 为完善我国药品招标采购体系, 为解决药价虚高和药价畸低带来的质量问题提供参考。方法: 将部分欧盟国家药品招标采购机制, 依照社会医疗保险和国家卫生服务两种医疗保障模式分类, 分别进行经验总结。以医药费用支付方式为纽带, 建立相应主体之间的财务联系, 以此分析各国在相应医药费用支付方式组合下的药品招标采购系统, 讨论相应机制下医药费用超支承担者或分担者与药品招标采购主体之间的关系。结果与结论: 医疗保障模式及其相关设计与药品集中招标采购机制设计关系紧密, 决定着招标采购系统的具体设计。各国药品集中招标采购的主体都为医药费用超支责任的承担者。这遵循了博弈论分析招标采购机制相关文献中所提的“利益直接相关者作为招标主体参与招标博弈才能使其本身利益得到最大化满足”的基本原则。

关键词 药品集中招标采购; 医疗保险机构; 社会医疗保险; 国家卫生服务

Commentary on Regular Pattern of Purchaser Setting in Centralized Drug Bidding and Purchase Mechanism: Experiences of European Union Countries Based on Different Health Care System

ZHAO Bin, LIANG Hai-lun, ZHU Ming-jun, WANG Hu-feng (Dept. of Health Policy and Management, MPA-RUC School of Public Administration, Renmin University of China, Beijing 100872, China)

ZHAO Bin (Dept. of Health Policy and Management, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore 21218, United States)

ABSTRACT **OBJECTIVE:** To provide reference for improving drug bidding and purchase system in China and to solve the drug quality problem caused by abnormal high price and low price. **METHODS:** The drug bidding and purchase systems used in some European union countries were reviewed respectively under 2 different health care system, which were the social health insurance and national health services. Linked with payment means of medical cost, the financial relationship among different undertakers were established to analyze drug bidding and purchase system under different payment means of medical cost and discuss the relationship between the undertakers of the exclusive medical expenditure and the main bodies of drug bidding and purchase. **RESULTS & CONCLUSIONS:** The mode and design of health insurance is closely associated with the settings of centralized drug bidding and purchase system, which determine the design details of bidding and purchase system. The main bodies of centralized drug bidding and purchase are the undertakers of the exclusive medical expenditure in European Union countries, which follows the game theory: the relevant stakeholders as the main body to take part in the process of drug bidding can maximize their interest.

KEY WORDS Centralized drug bidding and purchase; Health insurance organization; Social health insurance; National health services

改革开放后, 我国药品行业在以年均20%速度增长的同时^[1], 民众和总药品费用支出也呈现出了畸形增长的态势。药品支出占总医疗费用支出比重过大, 药品价格虚高等问题开始出现, 特别是1985 - 1996年间药品价格市场自由决定时, 药品零售价格指数以两位数增长, 药价虚高问题凸显, 药品最终

售价是成本的数倍, 医院药品的价格也远高于零售药店同种药品价格^[2]。

我国药品集中招标采购制度源自各地解决上述问题的探索中, 河南、海南等地首先探索集中招标采购^[3], 以地、市为单位的药品集中招标采购在2000年开始全国推行。2001年发布的《医疗机构药品集中招标采购工作规范(试行)》(即308号文)标志着以政府为主导的药品集中招标采购体系的初步形成。2005年起, 各地开始尝试探索实行省级平台的集中招标采购, 也出现了多种新模式。随后, 这一机制不断发展, 2009年“新医改”力推的基本药物招标采购更使各地普遍建立了省级招标采购平台。尽管药品集中招标采购取得相当成绩, 但仍存在诸多问题, 如招标主体不统一, 招标行为不规范, 招标范围不全面等。其中, 最为突出的是招标药品价格虚高以及

[△] 教育部人文社会科学重点研究基地中国人民大学欧洲问题研究中心重大项目(2007JJDGJW260); 中国人民大学-英国国家卫生医疗质量标准署(National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)合作项目

* 博士研究生。研究方向: 卫生政策和管理。电话: 010-62514868。E-mail: ericzhaoruc@gmail.com

通讯作者 教授, 博士。研究方向: 医改政策、医疗保险、药物政策。电话: 010-62514868。E-mail: wanghufeng@mparuc.edu.cn

畸低药价带来的质量问题。药价虚高指部分药品价格远超成本,药价畸低导致的质量不足主要是由于招标唯价低是取,迫使中标企业利用招标采购的漏洞生产偷工减料的低质药品。尽管造成这种局面的因素较多(如物价部门定价时难以获得真实成本数据,招标采购体系使药监部门新特药审批不够慎重,独家生产药品的垄断等),但药品招标采购体系的缺陷是其中一个重要原因。

为检视和完善我国药品招标采购体系,解决药价虚高和药价畸低问题,本文将部分欧盟国家的药品招标采购机制按照不同医疗保障模式分别进行经验总结,分析其财务风险分担关系,探索其机构设置和运行的基本原则,以期对健全和完善我国药品集中招标采购机制提供参考。

1 分析框架

1.1 依据医疗保障模式不同分类研究

社会医疗保险制度和国家卫生服务制度之间存在诸多不同。与国际学术界将两种制度截然分开进行研究不同,我国部分学者在进行国际比较和借鉴研究时,常将两种制度混为一谈,导致诸多研究结论的混乱。为此,笔者将相应国家按照医疗保障制度类型不同分别进行研究,理由如下:

第一,制度所遵循价值理念不同。社会医疗保险是德国新历史学派福利理念的体现,强调社会互助,强调社会自我建立社会秩序价值,而非政府承担公民社会收入支持和社会保障系统的核心责任^[4-6]。国家卫生服务制度理念源于1942年著名的贝弗里奇报告,核心价值强调政府保障公民的医疗保障权利,是福利国家一系列福利政策的重要一环,要求国家直接为公民提供医疗服务。国际学术界对国家卫生服务制度起源为苏联、德国或英国还有争执^[7],本文依国内普遍认同起源于英国的观点。

第二,制度内医疗服务提供者、购买者和患者之间的关系不同。社会医疗保险制度的基本结构为医疗服务提供者(Provider)、参保人(Patient)和保险人(Purchaser or Reimburser)组成的三方结构,第三方付费人负责医疗服务的补偿和协议购买^[8]。同时,社会医疗保险多不强调全科医师的守门人职责,而强调其转诊人作用^[9]。而国家卫生服务只有消费医疗服务的公民和提供医疗服务的国家两方,国家整合了医疗服务付费人和提供者的角色^[10]。尽管最近部分国家开始尝试将医疗服务付费人和提供者分开(P/P spilt)的内部市场改革,但仍仅为国家卫生服务体制内的改革。同时,国家卫生服务体系的核心是全科医师的守门人机制,通过守门人机制排队缓解医疗服务供给总量不足的问题^[11]。

第三,筹资方式及对经济的要求不同。社会医疗保险制度通过与工资相关的医疗保险缴费方式进行筹资,对一国经济发展水平要求较低,但与劳动力市场密切相关。国家卫生服务制度则主要通过普通税的方式进行筹资,对一国经济发展情况要求较高,且经济发展情况往往决定制度的绩效^[12],与劳动力市场无直接相关。以经济发展水平较低的巴西为例,其所实行的国家卫生服务体系绩效,远低于卫生投入基本相同、甚至稍低的周围实行社会医疗保险制度的拉美国家,如阿根廷和智利等国。

社会医疗保险制度和国家卫生服务制度之间的区别详见表1。

1.2 通过支付方式实现财务关联,分析招标采购主体与药费超支承担者之间的关系

若忽略医疗保障模式之间的区别,并剔除医疗服务提供

表1 社会医疗保险制度和国家卫生服务制度之间的区别
Tab 1 Difference of social health insurance from national health services system

项目	社会医疗保险制度	国家卫生服务制度
价值理念	社会互助(社会自我建立社会秩序); 德国新历史学派社会福利观	国家责任; 国家保障公民健康权
结构	三方结构,强调购买服务; 全科医师为转诊人	两方结构,强调直接提供 全科医师为守门人
制度筹资	工资税(费); 对经济状态要求低; 与劳动力市场直接相关	普通税; 对经济状态要求高; 与劳动力市场非直接相关

者与罹患疾病参保者之间的医疗服务流,整个医疗保障制度运行实际是一个从医疗费用筹集到医疗服务购买决策,进而到医疗费用支付的财务运营过程^[13]。其中,药品招标采购机制是医疗服务购买决策的重要组成部分,决定了医疗费用支付者将为何种药品、依照何种标准提供补偿。由此可见,药品招标采购机制是影响医疗保障制度财务状况的重要环节,详见图1。

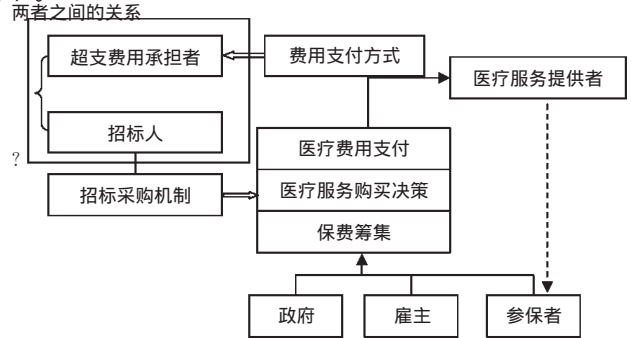


图1 分析框架及逻辑关系简图

Fig 1 Abbreviated diagram of analysis framework and logical relationship

同时,医疗服务费用支付者(或购买者)和医疗服务提供者之间主要通过医疗费用支付方式建立财务联系,医疗费用支付方式的选择对医疗保障相关主体之间的财务关系将产生不同影响。对医院用药和门诊用药的招标主体进行简单对照分析发现,单个医院、医院集团、保险协会、国家健康保险基金、药品采购委员会等都可作为招标主体,散乱而没有规律。因此,本文以医药费用支付方式为纽带,对各国在不同医药费用支付方式组合下的药品招标采购系统进行分析,分析相应机制下医药费用超支承担者或分担者和药品招标采购主体之间的关系。

1.3 依据资料可及性选定样本国家

限于资料可及性,本文仅获得8个实行社会医疗保险制度的国家(分别是奥地利、比利时、德国、法国、匈牙利、罗马尼亚、斯洛文尼亚和荷兰)和7个实行国家卫生服务制度的国家(分别是丹麦、芬兰、爱尔兰、瑞典、马耳他、冰岛和挪威)的相关材料。必须强调,所选定国家的门诊药品处于一种医药分业状态,医疗服务机构只负责开具处方,不负责提供药品,医院用药基本为住院治疗用药和急诊用药。同时,多数国家都采取自付费用封顶这一制度,即对参保者医疗服务享有采取个人有限责任,保障制度承担无限责任。即个人支付满一定限额后,医疗保障制度承担当期其余医疗费用,从而保证医疗服务的可及性。

2 欧盟国家药品招标采购机制的经验总结

2.1 招标药品种类

从招标药品范围看,大致分为医院用药、特殊用途用药和门诊用药三类。其中,特殊用途用药指特定疫苗、流行病预防计划用药、特殊人群(军队、犯人等其他人群)用药等。这类药品由于用户和目的特定,资金也来自相应政府预算,故通常由政府特定部门(卫生部、国防部等)负责集中招标采购,不需要

特别讨论。本文仅关注医院用药和门诊用药的招标采购机制。

2.2 实行社会医疗保险制度国家药品招标采购经验 医疗费用超支承担者负责招标

从样本国家看,各国在药品招标采购中都以超支责任受损者作为招标人,详见表2。

表2 实行社会医疗保险制度样本国家药品招标采购相关情况

Tab 2 Abbreviated diagram of drug bidding and purchase information in sample countries under social health insurance system

国家	招标药品范围	招标主体	付费方式	医疗费用超支承担者
奥地利	医院用药	地区医院联合体	G+D	医疗服务机构
	特殊用途用药	联邦采购局(Federal procurement agency, BBG)	-	-
比利时	医院用药	单个医院	G+D	医疗服务机构
	特殊用途用药	中央军事医院或公共卫生部	-	-
德国	门诊用药	社会事务部	F+C	疾病基金
	医院用药	疾病基金	F	疾病基金
法国	医院用药	医院集团	G+D	医疗服务机构
匈牙利	医院用药	单个医院	G+D	医疗服务机构
	特殊用途用药	军事服务部门/卫生部	-	-
罗马尼亚	门诊用药	疾病基金协会	F+PD	疾病基金
	医院用药	国家健康保险基金	D+PC +G+F(仅对长期护理服务和康复服务提供按预算付费)	国家健康保险基金
斯洛文尼亚	特殊用途用药	卫生部	-	-
	门诊用药	国家健康保险基金	F+C	国家健康保险基金
荷兰	医院用药	单个医院	G+D	医院
	特殊用途用药	军队、国防部、国家货物储备署	-	-
荷兰	门诊用药	-	F+C	保险基金
	门诊用药	保险者协会(ZN)	F+C	保险基金

注:G表示总额预付制;D表示疾病诊断相关分组;F表示按服务项目付费;C表示按人头付费;PC表示按病种付费;PD表示按日付费

note: G means global budget; D means diagnosis related groups; F means fee for service; C means capitation; PC means per case; PD means per day

第一,医院用药由医疗卫生机构(地区医院联合体、医院集团、单个医院)负责招标的情况下,医疗费用超支的承担者为医疗服务机构。这类情形下,疾病基金或医保基金对医疗卫生机构的付费方式基本为总额预付制(Global budget)和疾病诊断相关分组(Diagnosis related groups, DRGs)组合的状态。这里的总额预付制是医保基金与医疗服务机构或其代表机构(如协会、集团)等进行谈判协商后,对当期全部医疗相关费用的一种协议定额,协议期内不再追加费用,超支责任由医疗卫生机构承担。DRGs则主要扮演医疗服务质量控制角色和医院与医保基金谈判下一周期医保费用支付总额时的依据。因此,一旦药品费用支出过多导致总医疗费用超出相应限额,医院就需要承担相应的药品费用超支责任,故其具有强烈费用控制动机,在招标采购中更加注重药品价格,同时DRGs又要求医院必须重视药品的质量。这一定程度上解释了1997-2005年间,奥地利(3.9%)、德国(3.7%)、法国(4.2%)和荷兰(4.3%)等国药品支出增长年均增长速度均低于OECD平均水平(5.3%)的现象^[14]。

第二,医院用药由国家健康保险基金负责招标采购的,其医疗费用超支承担者也是相应机构。罗马尼亚的社会医疗保险是单一保险者结构(Single payer),国家健康保险基金(National Health Insurance Fund, NHIF)及其分支机构提供社会医疗保险服务,这一机构自2005年开始成为独立机构^[15]。由于罗马尼亚转型国家的特点,其对医疗机构的付费方式仍处于改革状态,是一种高度混合状态。其中,疾病诊断相关分组方式在全国276个急性病医院推行,又对230种住院治疗疾病按

病种付费,同时对长期护理和康复服务给予总额预付,医学检查等服务则按服务项目付费^[16]。这一支付组合使医疗费用超支责任由国家健康保险基金承担,因此其具有强烈药品费用控制动机。

第三,门诊用药基本由疾病基金、保险人协会、疾病基金协会、国家健康基金、社会事务部负责招标采购。原因是这些国家门诊医疗费用超支责任的承担者基本都为疾病基金、国家健康基金等医保基金。这些国家在门诊服务领域的付费方式基本采用按服务项目付费为主,辅以其他付费方式的结构,药品费用除要求消费者支付部分共付费用外,都由疾病基金报销。这使疾病基金等成为超支责任的承担者,其具有强烈的费用控制动机,因此由其或其利益代表者负责药品的招标采购,可以最大化医疗费用控制动机。其中,比利时由社会事务部招标也是由比利时疾病基金协会所委托授权的一种方式^[16]。

2.3 实行国家卫生服务制度国家药品招标采购经验 医疗费用超支承担相关方负责招标

从样本国家情况看,各国在药品招标采购中,都以超支责任受损相关方作为招标人。具体情况如下:

第一,招标采购主体为医院用药采购局、医院采购局或药品采购合作社,这些国家的医疗服务机构多为公立医院,产权归地方政府所有,医院的各类运营成本和费用按照预算方式予以拨款,医疗服务人员及医院管理者领取定额工资,与医疗服务用药量无关。相关部门对医院用药采取总额预付制并与其他支付方式配合的方式,医药费用超支责任多由医院或地

方政府承担或分担。医院用药采购局等单位,实质作为医院和付款者代理人进行采购,其中的医院相关代表更注重医院用药需求,付款者代表更加注重对药品的财务约束情况。

第二,招标采购机构为区域医院联盟(Hospital districts)。区域医院联盟是芬兰特有的一种医疗服务机构组织形式,通常由一个中心医院和多个其他医院组成,这些医院可以是不同自治市所有的医院,且各个医院主要由其所属自治市负责筹资,保障医院运行^[17]。其医药费用方式采取总额预算约束下的DRGs方式。医药费用一旦超支将由相关区域医院或相应的自治市负责承担。

第三,招标采购机构为单个医院。以爱尔兰为例,其对医院的支付采取总额预算式^[18],医药费用的超支责任由医院和爱尔兰政府负责承担,且其医疗服务机构产权公有,医院医师和管理者领取定额工资,其作为招标采购者的原因是充分考虑医院的用药需求。

第四,招标采购机构为郡议会和自治市政府。以瑞典和挪威为例,其北欧模式的国家卫生服务制度的一个重要特点就是分权,即与英国由国家财政负责筹资不同,这些国家的国家卫生服务体系筹资和购买服务的决策由地方政府(郡政府或自治市政府)承担主要责任,故这些国家的药品招标采购由郡议会或自治市政府进行。

第五,招标采购为卫生部。仅有马耳他一国,而其2011年全国人口仅为41.3万人(数据来自马耳他大使馆,2011)^[19],仅有8所医疗中心^[20],国人少,故由国家卫生部出面负责超标采购。

实行国家卫生服务制度样本国家药品招标采购相关情况见表3。其中,丹麦医疗费用超支承担者为国家卫生服务,由于国家卫生服务体系的资金来源为国家和自治市政府,实质上由国家和自治市政府承担主要超支责任。芬兰的招标主体为区域医院联盟(Hospital districts),是芬兰特有的一种医疗服务组织方式,通常由一个中心医院和多个其他医院组成,这些医院可以是不同自治市所有的医院,且各个医院由其所属的自治市负责补偿医院支出,保障医院运行,其国家卫生服务体系主要由自治市(40%)、国家(22%)和国民健康保险(17%)分摊^[17]。爱尔兰国家卫生服务体系主要依赖普通税筹资,超支负担主体为国家。挪威由自治市政府负责采购自治市所有的医院的使用药品。

3 分析和讨论

3.1 药品招标采购正成为欧盟国家药品定价和购买的一种重要方式

药品招标采购已经日益成为欧盟国家药品定价和购买的一种重要方式,其应用于住院药品较门诊药品广泛,国家卫生服务较社会医疗保险国家机制发展更加完善。现有材料表明,部分国家以药品招标方式购买的药品占总药品用量的比重已达50%甚至更高。按照药品使用部门分类,住院部门用药的招标采购比重明显高于门诊用药,这与欧盟国家药品使用政策相关。大部分国家门诊用药由患者持处方到相应药店购买,诊所或医院不设门诊药房。从医疗保障类型上看,实行国家卫生服务的国家药品招标采购机制较社会医疗保险国家应用更为普遍,份额也相对更高。原因是欧盟社会医疗保险国家多采用竞争性医疗保险供给市场结构,形成统一、有议价能力的购买者的难度较高。药品招标采购药品占部分欧盟国家药品总用量的比重详见表4。

表3 实行国家卫生服务制度样本国家药品招标采购相关情况

Tab 3 Abbreviated diagram of drug bidding and purchase information in sample countries under national health services system

国家	招标药品范围	招标主体	付费方式	医疗费用超支承担者
丹麦	医院用药	医院用药采购局	G+D	国家卫生服务
	特殊用途用药	国家血清研究所	-	-
芬兰	医院用药	区域医院联盟	G+D	国家卫生服务
爱尔兰	医院用药	单个医院/国家卫生服务部门	G	医院
	特殊用途用药	国防部	-	-
	门诊用药	国家卫生服务部门	G	国家卫生服务/患者
瑞典	医院用药	21个郡议会	G+D	国家卫生服务
马耳他	医院用药	卫生部	G	医院和国家卫生服务
	特殊用途用药	-	-	-
	门诊用药	卫生部	G	国家卫生服务/患者
冰岛	医院用药	医院采购局	G	医院
	特殊用途用药	健康理事会	-	-
挪威	医院用药	自治市政府/药品采购合作社	G+D	国家卫生服务/自治市

注:G表示总额预付制,D表示疾病诊断相关分组

note:G means global budget;D means diagnosis related groups

表4 招标采购药品占部分欧盟国家药品总用量的比重

Tab 4 Proportion of drug bade and purchased in total amount of drugs in some European Union countries

国家	门诊	住院	国家	门诊	住院
奥地利	1%	25%~75%	瑞典	1%	25%~75%
比利时	1%~5%	-	芬兰	-	11%~25%
法国	-	11%~25%	塞浦路斯	25%~75%	25%~75%
匈牙利	1%~5%	25%~75%	丹麦	-	25%~75%
爱沙尼亚	1%~5%	-	冰岛	75%	75%
立陶宛	11%~25%	11%~25%	爱尔兰	6%~10%	11%~25%

资料来源于ÖBIG FP,2008。注:表中数据由于缺乏详细数据,仅为约数

data source:ÖBIG FP,2008.note:it is approximate number because of not enough detailed data

3.2 医疗保障模式与药品招标采购机制设计的关系

分析发现,社会医疗保险国家和国家卫生服务制度国家药品集中招标采购机制的设计和发展程度上存在诸多不同。原因是国家卫生服务模式和社会医疗保险模式在医疗服务提供者(Provider)和医疗服务付费者(Purchaser)之间关系上的本质区别。

社会医疗保险是典型的生产者和付费者分立的结构,疾病基金(医疗保险基金)是医疗服务的购买者,负责购买医疗服务。而医院等医疗服务机构负责供给医疗服务,其与医疗保险基金之间通过医药费用支付产生财务关系,两者之间是一种博弈关系,并非利益共同体。因此,相应国家在选择招标采购主体多依据支付方式组合的不同进行设计,极少选择非超支责任承担者的医疗卫生机构或者卫生部门作为招标主体。同时,欧盟社会医疗保险国家的竞争性医疗保险市场结构,使其较难形成具有强大谈判购买能力的药品采购者,故而其相应机制发展缓慢。

国家卫生服务是典型的生产者和付费者一体的结构,医院作为相关政府的预算单位存在,这导致两者财务上处于一荣俱荣、一损俱损的状态,即使经过20世纪90年代兴起的内

部市场化及公立医院改革后,也并未本质上改变这一关系。同时,医院和医师收入与药品销售间并无直接关联。国家卫生服务下医药费用超支时,其最终财务风险的承担者仍主要是相关级别政府的预算。即医院和政府作为公共部门机构及其财务上的一体关系,使得国家卫生服务制度国家在招标采购主体的选择上相当丰富。实践中,部分国家选择医院或医院采购协会等机构进行招标采购,更多考虑的是医院的用药需求。国家卫生服务制度国家招标主体更多的是一种隐性的超支受损者招标关系。同时,国家卫生服务制度体系下,医疗机构公有且与付费者之间有紧密的财务联系,因而较容易对相应药品进行招标采购,这也是其相应机制发展缓慢的重要原因。

3.3 超支受损者招标原则的理论解释 可在博弈中追求本身利益最大化

从上文看,无论是国家卫生服务制度国家还是社会医疗保险制度国家,其招标采购主体都为医药费用超支受损者。其原因如下:国际学术界普遍将博弈论作为招标采购研究的基础工具^[21-22]。博弈论认为招标采购中的招标人、投标人、招标代理之间天然存在着利益冲突,且是一种信息不完全状态下的利益博弈^[23]。其中,一方主体的决策既受到别的主体影响,又能同时影响到其他主体的决策,因此招标采购过程是一个各主体利益相互均衡的过程,这一利益均衡过程中,相应主体必须付出相当的直接和间接成本^[24]。因此,只有利益相关者才会尽全力争取自身利益。而如若由利益直接相关者委托其他机构参与博弈,委托人和代理人之间的信息不对称,成本及效用目标不一致、契约不完全等问题将导致利益直接相关者利益受损。特别是代理人和委托人之间缺乏统一的效用函数时,这一问题更加明显。因此,为了防止相关主体的利益受损,各国普遍选择利益直接相关者作为招标主体。

参考文献

[1] IMS study. Pharmerging Shake-Up: New Imperatives in a Redefined World[EB/OL]. <http://www.imshealth.com/pharmergingreport>.2010.

[2] 乔晓楠, 龚璞, 曾易. 药价虚高成因与对策 关于我国药品价格形成机制的调研报告[J]. 生产力研究, 2009 (16): 119.

[3] 李宪法. 政策与模式 药品集中招标采购政策述评[M]. 北京: 中国经济出版社, 2008: 1.

[4] 李珍. 社会保障理论[M]. 北京: 中国劳动保障出版社, 2001: 38-63.

[5] Saltman RB, Busse R, Figueras J. *Social Health Insurance Systems in Western Europe*[M]. New York: Open University Press, 2004: 3-20.

[6] Busse R, Riesberg A. *Health Care Systems in Transition: Germany*[M]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004: 12-29.

[7] Kutzin J, Jakab M, Cashin C. Lessons from health financing reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union[J]. *Health Econ Policy Law*, 2010, 5(2):

135.

[8] Comanje KP, Hendriks RHM, Veraghtert KFE, et al. *Two Centuries of Solidarity: German, Belgian, and Dutch Social Health Insurance 1770 - 2008*[M]. Amsterdam: Aksant Academic Publishers, 2010: 1770-2008.

[9] Boerma SGW. *Profiles of general practice in Europe: an international study of variation in the tasks of general practitioners*[R]. Utrecht: NIVEL, 2003: 240.

[10] Christopher Ham. *Health Policy in Britain: The Politics and Organization of the National Health Service (Public Policy and Poolices)*[R]. 2004: 1-38.

[11] New B. The rationing agenda in the NHS[J]. *BMJ*, 1996, 312(7046): 1593.

[12] Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges[J]. *Lancet*, 2011, 377(9779): 1778.

[13] Kutzin J. *Health financing policy: a guide for decision-makers*[R]. 2008: 1-13.

[14] OECD. *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*[R]. 2008: 24-30.

[15] Vlădescu C, Scîntee G, Olsavszky V, et al. *Health system review*[R]. *Health Systems in Transition*, 2008, 10(3): 1-172.

[16] Leopold C, Habl C, Vogler S. *Tendering of Pharmaceuticals in EU Member States and EEA countries (Results from the country survey)*[R]. 2008: 10-11.

[17] Vuorenkoski L, Mladovsky P, Mossialos E. Finland: Health system review[J]. *Health Systems in Transition*, 2008, 10(4): 1.

[18] Mcdaid D, Wiley M, Maresso A, et al. Ireland: Health system review[J]. *Health Systems in Transition*, 2009, 11(4): 1.

[19] World Bank. World development indicators[DB/OL]. <http://data.worldbank.org/indicator>.2011.

[20] WHO. *Health care systems in Transition malta*[R]. 1999: 9-22.

[21] Roger B. Myerson. *Two-Person Bargaining Problems with Incomplete Information*[R]. Discussion Papers 527, Evanston: Northwestern University, Center for Mathematical Studies in Economics and Management Science, 1983: 461-488.

[22] Thomas R, Palfrey. Implementation with Incomplete Information in Exchange Economies[J]. *Econometrica*, 1989, 57(1): 115.

[23] Carpineti L, Piga G, Zanza M. *The Variety of Procurement Practice: Evidence from Public Procurement*[M]. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2006: 14.

[24] JJ Laffont. *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*[M]. Cambridge, MA: MIT Press, 1993: 1-5.

(收稿日期 2011-12-18 修回日期 2012-02-08)

《中国药房》杂志 中国科技论文统计源期刊 欢迎投稿、订阅