

# 关于成本分摊政策变化对参保者影响的系统综述

贾莉英\* 孟庆跃 袁蓓蓓 杨冰一 张国杰 赵世超 常捷 于海宁

山东大学卫生管理与政策研究中心 卫生部卫生经济与政策研究重点实验室 山东济南 250012

**【摘要】**目的:分析成本分摊政策变化对参保者的影响,为我国医疗保障制度改革提供科学证据。方法:利用系统综述方法,检索国内外所有对医疗保险制度实施成本分摊政策的相关研究,由系统综述人员对这些研究进行筛选和数据提取,利用框架分析法对纳入研究进行整合。结果:纳入48篇文献,共付额度、共付保险率、起付线和封顶线以及综合成本分摊方法对不同类型健康保障制度下,不同参保者卫生服务、药物利用以及经济负担的影响不同。结论与建议:成本分摊政策是控制医疗费用的手段;不同医疗保险制度下成本分摊政策对参保者卫生服务利用的影响存在差异;不同类型的卫生服务对成本分摊政策敏感程度不同。我国可以利用成本分摊机制控制医疗总费用,但要考虑其对不同经济状况参保者的影响以及对不同卫生服务的价格弹性,同时关注弱势群体的卫生服务需求。

**【关键词】**系统综述;成本分摊;医疗保险

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.08.012

## The effect of the changes of cost sharing policy on the insured: A systematic review

JIA Li-ying, MENG Qing-yue, YUAN Bei-bei, YANG Bing-yi, ZHANG Guo-jie, ZHAO Shi-chao, CHANG Jie, YU Hai-ning

Centre for Health Management and Policy, Shandong University, Key Lab of Health Economics and Policy Research of Ministry of Health, Shandong Jinan 250012, China

**【Abstract】** Objective: To put forward evidence on how to change cost sharing mechanisms for health policy makers. Methods: This is a systematic review, searching all relevant studies about the topic and screened the topics, abstracts and full texts by two authors independently, extracted the key information of the included studies, analyzed the information by theory-based framework analysis. Results: Totally 48 articles were included in this review, they were analyzed by different cost sharing methods such as copayment, coinsurance, deductible and ceiling and mixed methods. The included studies showed that the effects of cost sharing policies were different for the enrollees in different health insurance schemes in terms of different health services utilization, drugs use and financial risks. Conclusion and suggestion: Cost sharing mechanisms can be taken as one instrument to control medical expenditure, but the effects are different in different health insurance schemes, the price elasticity is different between health services. We should make use of cost sharing mechanisms to control medical expenditure, but the financial risks of the enrollees and the price elasticity of different health services should be considered. The medical demand of vulnerable population should be satisfied.

**【Key words】** Systematic review; Cost sharing; Health insurance

\* 基金项目:世界卫生组织卫生政策与系统研究联盟项目(CSR11)

作者简介:贾莉英,女(1974—),博士,副教授,主要研究方向为卫生经济管理、卫生政策循证方法。

E-mail: lyjia@sdu.edu.cn

通讯作者:孟庆跃。qmeng@sdu.edu.cn

成本分摊是指医疗保险的参保者在利用卫生服务或药物时应该承担的费用。成本分摊方法包括起付线、共同支付额度、共同保险率、封顶线等或者多种方法的组合。医疗保险机制可以通过成本分摊方法同时影响参保者的卫生服务利用和经济风险,随着卫生服务价格的相对降低,价格弹性会促使参保者更多地利用卫生服务,其中一些卫生服务是不必要的,即出现道德损害。许多研究探讨了道德损害的存在,通过估算费用分摊变化带来的卫生服务需求变化<sup>[1]</sup>,如 Manning 等人 1996 年的研究得出“当共付比例为 45% 时,增加的边际效益等于由于道德风险增加带来的边际损失”,即个人支付比例为 45% 时为理论上的最优比例。<sup>[2]</sup>但是由于医疗保险项目的复杂性,最优的成本分摊水平在实际中很难确定,政策制定者会根据面临的政治或者经济问题对成本分摊政策进行改革。本研究的目的是对不同医疗保险制度下,成本分摊政策变化对参保人群的卫生服务利用和经济负担影响进行分析,试图为我国医疗保险政策的完善提供证据。

## 1 资料与方法

### 1.1 排除和纳入标准

(1) 研究主题与研究对象:纳入所有描述和评价各国医疗保险制度中有关成本分摊政策变化的研究,对国家类型、医疗保险制度类型和人群均不做限制。

(2) 研究类型:未限制研究设计类型,但排除个人观点、评论、会议摘要、报纸、新闻、法案等研究。

(3) 研究结果:包括两种,即参保者卫生服务利用变化和经济负担变化。

(4) 语言类型:检索语言类型主要为英文和中文。

### 1.2 数据来源与检索策略

系统检索关于成本分摊政策变化对参保者影响的文献,包括循证类数据库(The Cochrane EPOC Specialized Register、Cochrane library、3ie database of impact evaluations)、医学类数据库(PubMed、EMBASE、Popline)、卫生经济类数据库(EconLit、IDEAS)、社会学类数据库(ELDIS、IBSS)、综合类数据库(Scopus、ScienceDirect、Web of Science、Global health library、ProQuest Dissertation & Theses Database)、灰色数据库

(OpenSIGLE、NTIS)等 20 个电子数据库,以及搜索引擎 Google。同时检索了中文数据库 CNKI 和万方。

电子数据库和网站资源的检索均未做时间限定,检索时间为 2011 年 6 月 21 日到 9 月 19 日。PubMed 检索策略综合使用 MeSH 词和自由词,检索词包括“成本分摊机制”、“卫生服务利用”和“经济负担”等相关词。根据其它数据库的受控主题词,将 PubMed 的检索策略转化为各数据库的适用策略。

### 1.3 系统综述方法

检索出的数据导入 EndNote 后进行机器人和人工查重,然后由系统综述成员配对完成对数据的题目和摘要筛选以及全文筛选,根据预先设计的数据提取表对纳入研究进行关键信息的提取,关键信息包括研究时间、地点、人群、方法、医疗保险类型和内容,成本分摊方法、实施时间和结果等,系统综述过程中的不同意见由第三者或者小组共同讨论确定。根据理论框架分析法对纳入研究进行描述和分析。

## 2 结果

### 2.1 纳入文献的分布特征

检索和查重后共得到 6 904 个记录,按照筛选标准共纳入 48 篇文献,除了 2 篇来自中国台湾外,其它均来自发达国家,其中 33 篇来自美国;研究类型包括横断面研究(7 篇)、时间序列研究(7 篇)、前后比较研究(13 篇)、队列研究(14 篇)、间断性时间序列研究(4 篇)、准实验研究(3 篇);医疗保险类型包括社会医疗保险(Social Health Insurance, 6 篇)、国民卫生服务(National Health Service, 2 篇)、全民健康保险(National Health Insurance, 2 篇)、公共药品计划(5 篇)、美国医疗救助计划(Medicaid, 1 篇)和老人健康保险计划(Medicare, 7 篇)及私立医疗保险(21 篇)。

### 2.2 共付额度变化对参保者的影响

#### 2.2.1 公共健康保险制度下共付额度变化对参保者的影响

纳入研究中主要涉及到中国台湾全民健康保险(National Health Insurance)和芬兰的国民卫生服务(National Health Service)以及美国 Medicaid 和 Medicare 中共付额度变化对其参保者卫生服务和药物利用的影响。

全民健康保险制度下,提高共付额度会使参保者门诊和住院服务利用都降低,而弱势群体受影响

更大。如有研究发现,共同支付额度水平提高 71%,普通参保者在医疗服务中心的门诊利用会降低 13.1%;而共同支付额度水平提高 3.55% 会使老人住院服务利用降低 17%,同时使医疗总费用增加 11%。<sup>[34]</sup>

降低共付额度不仅会提高药品的总消费水平,而且会提高参保者每次购买药品的数量。如在芬兰,国民卫生服务项目中有两项药品补偿政策即基本返还(Basic refund)和特殊返还(Special refund),前者要求参保者支付每 3 个月 50 欧元的共同支付额度,后者要求每次购买药品时支付 4.20 欧元的共同支付额度。Martikainen 等利用间断性时间序列研究,对治疗青光眼的多佐胺和拉坦前列素两种药品从“基本返还”转化到“特殊返还”给参保者带来的影响进行了研究,发现由于参保者负担的成本额度降低,导致两种药品总消费数量都出现持续增长,其中多佐胺每月增加 9%,拉坦前列素每月增加 21%;同时,参保者每次购买多佐胺和拉坦前列素的数量都增加了 10 个单位(限定每日剂量 DDDs)。<sup>[5]</sup>

美国的两种主要公共健康保障制度(Medicaid 和 Medicare)在实施过程中通过提高成本共付额度的策略降低了参保者对门诊服务和药物的利用,进而减低了门诊费用,但同时引起参保者对住院服务利用的增加进而导致住院费用的提高。如 Lurk 对 Medicaid 中药品和门诊服务的成本分摊政策变化进行了研究,病人对普通药品的共同支付额度由 5 美元提高到 7.5 美元,使门诊服务利用显著降低;平均每人每次处方共付额度从 9 美元上升到 14 美元,则每人每月在诊所的处方费用降低 26.07 美元。<sup>[6]</sup>而 Trivedi 的研究中,Medicare 将初级保健服务共同支付额度提高 95%(从平均 7.38 美元提高到 14.38 美元),将专科服务共同支付额度提高 74%(从平均 12.66 美元提高到 22.05 美元),与相同保险项目下成本分摊水平没有变化的对照组人群相比,实施干预的人群中,每 100 名参保者每年门诊利用率平均下降 10.2%,年住院准入率上升 2.0%,年住院天数上升 14.4%,住院服务利用上升 0.8%。成本分摊政策的改变同时引起医疗费用的变化,有研究发现,健康保险计划第二年的门诊费用节约 7 150 美元,但住院费用提高 24 000 美元。<sup>[7]</sup>

## 2.2.2 私人医疗保险制度下成本分摊政策变化对参保者的影响

纳入研究的私立医疗保险主要指美国雇主医疗保险、管理式保健(Managed care plans)、健康维护组织(Health Maintenance Organization)等。大部分研究者针对共付额度政策的变化对参保者药物利用的影响进行了研究。对于普通参保者而言,共付额度从 20 美元上升到 40 美元,成年人药物利用数量显著增加。<sup>[8]</sup>而对于慢性病患者,提高共付额度不仅会降低参保者对药物的利用,同时会降低其对药物的坚持服用率和继续使用率,如参保者共同支付额度提高 10 美元,会导致糖尿病患者服用口服降糖(OH)平均每日剂量(ADD)降低 9.2%<sup>[9]</sup>,他汀类药品坚持服用率降低 3%,继续使用药物的可能性降低 11.9%<sup>[10]</sup>,II 型糖尿病药物坚持服用率降低 4.2%~4.9%<sup>[7]</sup>。慢性病参保者共付额度相对增加 10%,其选择使用 Lescol 或者立普妥等药物会减少 0.4%~4.5%<sup>[11]</sup>;激素和糖尿病药物的坚持服用率对价格的敏感度为 -0.11~-0.20<sup>[12]</sup>。

## 2.3 共同保险率变化对参保者的影响

### 2.3.1 公共健康保障制度下共同保险率变化对参保者的影响

研究发现,对于不同类型健康保健制度,共同保险率变化对参保者影响不同,如 Bernie 对 1969—1986 年英国国民卫生服务体制中成本分摊政策变化对参保者药物利用的影响进行了研究,发现成本分摊政策变化对参保者非豁免处方药(即患者需要负担成本)利用的价格弹性为 -0.33,意味着成本分摊比例每增加 10% 会减少 33% 处方药利用,而对于参保者不用负担成本分摊比例的处方药而言,价格弹性为 0.17。<sup>[13]</sup>有研究表明,日本社会医疗保险 1997 年进行改革,将共同保险率从 10% 提高到 20%,虽然导致参保者就诊率和诊次费用降低,但对价格弹性的影响不明显,对住院服务影响较大;Babazono 和 Tsuda 等对日本 1 797 个医疗保险集团的成本分摊政策变化进行了研究,发现共同保险率提高 10% 不仅会导致参保者对卫生服务利用减少 4.66%,而且使参保人数降低 6.96%。日本牙科门诊服务利用降低导致参保者住院率降低 5.77%,平均住院日减少 1.82%,进而引起医疗费用下降,如参保者平均住院

医疗费用降低 14.08%，每天住院医疗费用降低 3.15%。<sup>[14]</sup>

### 2.3.2 私人医疗保险制度下共同保险率变化对参保者的影响

研究发现,提高共同保险率对一般参保者和慢性病患者的门诊服务利用都有较大影响,如 Babazono 等发现美国雇主医疗保险将患有高血压或者糖尿病的参保者共同保险率提高 10%,导致参保者的坚持服药率降低了 7%。<sup>[15]</sup>提高共同保险率对参保者住院服务利用影响较小,Lischko 在研究中发现,提高成本共同保险率并没有对美国团体保险委员会(Group Insurance Commission)雇员及其家属的住院服务利用产生显著影响;同时,共同保险率变化对参保者精神卫生服务需求影响也不大。<sup>[16]</sup>

### 2.4 起付线和封顶线变化对参保者的影响

研究发现,无论是美国的公共医疗保险还是私人医疗保险,提高起付线对参保者卫生服务利用和自付费用影响均较小,如美国马萨诸塞州的一个私立医疗保险项目在原有的共付额度基础上,2002 年 3 月 1 日起将个人年起付线和家庭年封顶线分别定为 500~2 000 美元和 1 000~4 000 美元。Wharam 研究了该政策对参保者预防服务利用的影响,发现该政策的实施并没有改变参保者对癌症检查的利用。<sup>[17]</sup>而在 Zuckerman 等关于美国补充性医疗保险的研究发现,提高处方药成本分摊标准会增加参保者费用,如起付线提高 100% (由 500 美元增加到 1 000 美元),参保者自付费用将增长 6% (从 587 美元增加到 621 美元);封顶线增长 25% 引起参保者的自付费用增长 6%。<sup>[18]</sup>

### 2.5 混合成本分摊方法变化对参保者的影响

比利时、美国和加拿大等一些国家同时利用几种成本分摊方法来控制费用。虽然这些国家健康保险制度不同,但都在实现了成本控制这一政策目标的同时,减少了参保者的卫生服务利用,加重了其经济负担。

20 世纪 90 年代,随着比利时健康保险制度的不断发展,非弱势群体的医疗费用不断增长,为了降低医疗费用同时保证弱势群体对卫生服务的可及性,该国实施提高参保者共同保险率和引入封顶线的成本分摊政策。Voorde 等人研究发现随着该政策的实

施,全科医生门诊价格弹性为-0.16~-0.12,专科门诊价格弹性为-0.10,且价格弹性均低于低收入人群对这三种服务的价格敏感程度。<sup>[19]</sup>

Dormuth 等对加拿大公共药物保险制度发展中的成本分摊政策变化进行了研究,发现其政策变化分为两个阶段,第一个阶段为参保者由免费获取药物到负担固定额度的成本,第二个阶段取消参保者共同支付额度,但对其设定了以收入为基础的起付线和共同保险率。该政策的变化导致哮喘或慢性阻塞性肺病治疗总费用和老年患者自付费用明显增加,并且第二阶段的总费用高于第一阶段。<sup>[20-21]</sup>

Von Korff 研究了美国华盛顿州基本健康保险计划中成本分摊政策的改变对低收入工人的影响,该计划的目标人群是不满足 Medicaid 条件的低收入工人和家属。该保险引入起付线、提高共付额度和共同保险率等措施以后,2004 和 2005 年,参保者平均自付费用分别提高了 100% 和 42%,卫生服务利用数量受到显著影响,但利用率受影响较小,参保者医疗费用增长率与其他人群没有明显区别。<sup>[22]</sup>

## 3 讨论与建议

### 3.1 成本分摊机制可以作为医药费用控制的手段

成本分摊机制已经作为很多国家医疗保险制度实现费用控制的重要手段,无论是公共医疗保险制度还是私人医疗保险制度,在其运行中不断调整成本分摊政策,大多实现了对医疗总费用或者某种疾病费用的有效控制。面对我国日益增长的医药费用,不仅要考虑从价格上对医疗服务进行控制,还要考虑通过医疗保险手段,调整成本分摊政策。另外,一些国家在调整成本分摊政策、降低卫生总费用的同时,增加了参保者尤其是弱势低收入人群和慢性病患者等群体的经济负担。因此,我国在制定成本分摊政策时应该充分考虑参保者的经济承受能力,适当拉开不同收入人群的成本分摊标准。

### 3.2 成本分摊机制在不同类型医疗保险制度下的作用不同

成本分摊政策变化对不同医疗保险制度下参保者卫生服务利用影响不同,如中国台湾全民健康保险制度下提高共付额度会使得门诊和住院人次都有所降低;日本社会医疗保险制度下提高共付保险率

对门诊影响很小,但能明显降低住院服务利用;美国健康保险计划提高共付额度引起门诊利用的减少进而引起住院人次增加。

### 3.3 成本分摊政策对不同卫生服务利用的影响不同

提高共付额度和共付保险率都会减少参保者的药物利用,还会降低慢性病如糖尿病和高血压患者对药物的坚持服用率和继续服用的可能性;成本分摊政策对精神卫生服务利用等并不会造成很大影响,提高共付额度、共付保险率以及综合成本分摊方法都没有对参保者精神卫生服务门诊利用产生明显影响。<sup>[15,23,24]</sup>我国在调整成本分摊政策时应该考虑不同类型卫生服务的价格弹性,并针对不同经济能力和健康状况人群制定不同的成本分摊标准,同时考虑该政策变化可能带来的短期效应与长期效应,根据医疗保险制度的实施和完善程度制定相应的成本分摊政策。因此,我国健康保障制度下实施成本分摊政策不仅要考虑每种成本分摊方法的特点,而且要充分考虑不同患病人群对不同类型卫生服务价格变化的敏感程度,尤其是可能给弱势群体带来卫生服务需求的变化,最大程度地体现健康公平。

### 参 考 文 献

- [1] Koc C. Health-Specific moral hazard effects[J]. Southern Economic Journal, 2005, 72(1): 98-118.
- [2] Manning W, Marquis M. Health insurance: the tradeoff between risk pooling and moral hazard[J]. Journal of Health Economics, 1996, 15: 609-639.
- [3] Chen L C, Schafheutle E I, Noyce P R. The impact of non-referral outpatient co-payment on medical care utilization and expenditures in Taiwan[J]. Research in Social and Administrative Pharmacy, 2009, 5(3): 211-224.
- [4] Huang J H, Tung C M. The effects of outpatient co-payment policy on healthcare usage by the elderly in Taiwan[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2006, 43(1): 101-116.
- [5] Martikainen J E, Hakkinen U, Enlund H. Adoption of new antiglaucoma drugs in Finland: impact of changes in copayment [J]. Clinical Therapeutics, 2007, 29 ( 11 ): 2468-2476.
- [6] Lurk J T, DeJong D J, Woods T M, et al. Effects of changes in patient cost sharing and drug sample policies on prescription drug costs and utilization in a safety-net-provider setting[J]. American Journal of Health-System Pharmacy, 2004, 61(3): 267-272.
- [7] Trivedi A N, Moloo H, Mor V. Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly[J]. The New England Journal Medicine, 2010, 362(4): 320-328.
- [8] Ciemens E L. The effect of parity-induced copayment reductions on adolescent utilization of substance use services[J]. Journal of Studies of Alcohol, 2004, 65(6): 731-735.
- [9] Roblin D W, Platt R, Goodman M J, et al. Effect of increased cost-sharing on oral hypoglycemic use in five managed care organizations-How much is too much? [J]. Medical Care, 2005, 43(10): 951-959.
- [10] Gibson T B, Mark T L, Axelsen K, et al. Impact of statin copayments on adherence and medical care utilization and expenditures[J]. The American Journal of Manage Care, 2006(12): 11-19.
- [11] Esposito D. You Get What You Copay For'——The Influence of Patient Copayments on the Demand for Drugs within a Therapeutic Class: The Case of the Statins[M]. Santa Barbara: University of California, 2003.
- [12] Chernew M, Shah M, Wegh A, et al. Impact Of Decreasing Copayments On Medication Adherence Within A Disease Management Environment[J]. Health Affairs, 2008, 27(1): 103-119.
- [13] O'Brien B. The effect of patient charges on the utilisation of prescription medicines[J]. Journal of Health Economics, 1989, 8(1): 109-132.
- [14] Babazono A, Tsuda T, Yamamoton E, et al. Effects of an increase in patient copayments on medical service demands of the insured in Japan[J]. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2003, 19 ( 3 ): 465-475.
- [15] Babazono A, Miyazaki M, Imatoh T, et al. Effects of the increase in co-payments from 20 to 30 percent on the compliance rate of patients with hypertension or diabetes mellitus in the employed health insurance system[J]. International Journal of Technology Assessment Health Care, 2005, 21(2): 228-233.
- [16] Lischko A. Cost sharing: Do employees understand cost sharing and do increases in cost sharing really have an impact on the utilization of health care services? [M]. Massachusetts; Boston University, 2008.
- [17] Wharam J F, Galbraith A A, Kleinman K P, et al. Cancer screening before and after switching to a high-deductible health plan[J]. Annals of International Medicine, 2008,

148(9): 647-655.

- [18] Zuckerman S, Shang B, Waidmann T. Reforming beneficiary cost sharing to improve Medicare performance[J]. Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing, 2010, 47(3): 215-225.
- [19] Carine Van De, Eddy Van, Erik S. Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand[J]. Health Economics, 2001, 10(5): 457-471.
- [20] Dormuth C R, Maclure, Malcolm, et al. Emergency hospital admissions after income-based deductibles and prescription copayments in older users of inhaled medications[J]. Clinical Therapeutics, 2008, 30(1): 1038-1050.
- [21] Dormuth C R, Neumann P, Maclure M, et al, Effects of prescription coinsurance and income-based deductibles on net health plan spending for older users of inhaled medications[J]. Medical Care, 2009, 47(5): 508-516.

- [22] Von Korff M, Oliver M, Fishman P, et al. Cost-sharing for low-income workers: health insurance in the on-your-own-ership society[J]. Journal of Health Care Poor Underserved, 2008, 19(4): 1229-1240.
- [23] Ndumele C D, Trivedi A N. Effect of Copayments on Use of Outpatient Mental Health Services Among Elderly Managed Care Enrollees[J]. Medical Care, 2011, 49(3): 281-286.
- [24] Watts C A, Scheffler R M, Jewell N P. Demand for outpatient mental health services in a heavily insured population: The case of the Blue Cross and Blue Shield Association's Federal Employees Health Benefits Program[J]. Health Services Research, 1986, 21(2 II): 267-290.

[收稿日期:2012-05-03 修回日期:2012-06-23]

(编辑 刘 博)

· 信息动态 ·

## 首届首都卫生发展研讨会在京举行

2012年7月28日,首届首都卫生发展研讨会在北京举行。本次研讨会由北京市卫生局发起,北京市卫生经济学会、北京市公共卫生信息中心承办,来自国家发改委、卫生部、人保部等部委,北京市发改委、财政局、卫生局等部门,世界银行驻华处,国务院发展研究中心、北京大学、中国医学科学院等高校和科研机构 100 余人参加了会议。

开幕式由北京市卫生局副局长雷海潮主持,北京市卫生局党委书记、局长方来英致开幕词。研讨会主要从四个方面展开研讨:一是深化医药卫生体制改革三年来的成效以及今后展望;二是卫生筹资和基本药物制度;三是基层与公共卫生;四是公立医院改革。围绕上述四个专题,与会领导和专家展开了交流与讨论。

会议认为,深化医药卫生体制改革必须把建立新的激励约束机制作为今后的重要任务,要显著提高我国卫生人员的收入水平,在分配上向提供高质量服务的人员倾斜,不宜以创收能力作为分配依据。会议指出,医改三年来在基层卫生领域取得了显著

成绩,提出了综合改革的思路并取得成功,对今后推进公立医院改革具有借鉴作用;建议加强药物经济学研究,推行以价值为导向的药品决策,从全成本和社会的角度客观评价药物并制定基本药物目录和药品报销目录;提醒要高度重视在老龄化城市化背景下的慢性病防控问题,要从公共政策、卫生服务和健康教育等多层次开展防控工作,减轻慢性病的社会危害。会议还总结了 17 个公立医院改革试点城市的进展情况,认为公立医院改革试点虽然取得了明显进展,但在落实政府举办责任,健全管理体制、探索医药分开等方面还有艰巨的任务;建议认真研究公立医院法人治理结构问题,正确处理好医院管理局与医院理事会之间的关系、医院理事长与医院院长之间的关系,减少委托代理层次,改善公益性的治理效果。

据悉,首都卫生发展研讨会每年举办一至两次,采取综合研讨与专题研讨相结合的方式,充分利用和发挥首都卫生管理和政策专家资源优势,不断提高首都卫生管理的科学化水平,推动首都卫生事业科学发展。