

我国公立医院逐利的目的、动机、条件和内部激励

罗力*

复旦大学公共卫生学院 上海 200032

【摘要】我国公立医院逐利的背后,有着复杂而稳定的制度系统,支撑着公立医院的逐利动机和逐利条件。要解决公立医院的逐利问题,必须从源头做起,加大财政投入或者调整医疗服务价格体系。对于那些在财政和物价上难以有所作为的地区,解决这一问题需要寻求社会医保的支持。医保先行,然后才有公立医院的补偿机制和运行机制的改革,才能遏制公立医院的逐利行为,才能真正让公立医院回到公益性道路上来。

【关键词】公立医院;公益性;卫生改革

中图分类号:R197.3 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)03-0023-06

Policy analysis on the purposes, motivations, conditions and incentives of the profit-seeking behavior in public hospitals in China

LUO Li

School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

【Abstract】 What was hidden among the phenomenon that a public hospital paid more attention to seek profit was a complicated and stable administration system which gave them the motivation, conditions and incentives to seek profit, defended various reform strategies, and finally resulted in the profit-seeking behavior of. To resolve this problem, the government must firstly increase the fiscal investment or adjusts the pricing system of medical service. As to those areas that there were some difficulties to do these, social medical insurance system could be introduced to impulse the reform of compensation and managerial system of public hospitals to regulate their profit-seeking and really to make them turn back to the role of emphasizing on public good.

【Key words】 Government-owned hospital, Public good, Health reform

社会批评公立医院逐利,要求公立医院回归公益性,提出了强化政府责任、增加政府投入、调整医疗服务价格、切断医院和药品之间经济联系等改革策略。这些策略自上世纪 90 年代起就已经成为共识,然而操作起来却步履蹒跚、效果不佳。究其原因,与公立医院逐利背后复杂而稳定的制度支撑系统有着密切的关系。正是这个制度支撑系统的存在,使得公立医院出现了逐利动机,具备了逐利条件,激发了逐利热情,外在表现为公立医院的逐利行为,并且顽强地拮抗着各项改革策略。要解决我国公立医院的逐利问题,促使公立医院回归公益性,必须从了解和破解公立医院逐利背后的支撑系统入手。

1 目的:公立医院的逐利行为根本上是为了增进软硬实力、应对业务支出

公立医院逐利的目的是什么?公立医院由政府举办,产权属于国家,不需要向特定的机构、组织或个人分红,不存在利润压力。收入只要能与业务支出持平,就意味着公立医院管理者的成功。由此可见,公立医院逐利的目的很简单,就是为了满足业务支出的需要。公立医院的支出可以简单分为四类,一是设施设备添置和维护,二是药品,三是材料、水电煤等,三是人头费。四类支出的基本目的是一致的,都是为了满足病人的诊疗需求,但在细节上有所差别,差别在于对医院利益的贡献。药品材料消耗

* 基金项目:国家自然科学基金应急科学研究专款项目(编号:70641032),复旦大学公共管理与公共政策研究国家哲学社会科学创新基地基金。

作者简介:罗力,男(1974年-),副教授,主要研究方向为卫生系统和卫生政策,E-mail:liluo@fudan.edu.cn。

对医院的发展无直接作用,仅仅是医院增加收入的一个重要载体。设施设备添置既是医院增加收入的重要载体,更是一个医院发展壮大的形态标志,体现的是硬实力。人头费则是吸引人才、发展学科、提高医院技术水平的关键,体现的是软实力。因此,任何一个成功的医院管理者,都会在两个方向上做最大的努力,一是改善医院硬件条件,壮大硬实力,二是加强医院学科建设,增强软实力。改善硬件条件,需要增加设施设备支出;加强学科建设,需要增加人头费支出。任何一个想有所作为的医院管理者,都会面临着这样的难题:支出要增加,钱从哪里来?

2 动机:改革开放之后公立医院制度环境的变化迫使公立医院走向逐利道路

计划经济时代,公立医院的维持主要依赖四类政策措施,一是低工资制度,而且医务人员与其他行业人员工资水平基本持平,避免了医务人员的攀比心理,消除了医务人员增加收入的心理动机,减轻了医院逐利压力;二是政府确保公立医院医务人员人头费支出的财政投入政策,进一步减轻了医院的逐利压力,同时因为是低工资制度,财政投入的绝对水平也不高,对财政的压力也比较小;三是政府统一规划医院设施建设、设备配置和药品供应,设施设备购置资金基本来源于政府,医院虽然可以从药品销售中获得15%的加成收入,但因为药品的计划供应,医院的这笔收入也是固定的;四是按成本(甚至低于成本)收费的医疗服务价格制度。政府确保了医院人头费支出,所以医务人员的劳务价格非常低;政府投入配置设施设备,所以各类检查检验项目收费价格基本以材料试剂成本为基础制定。这一时期公立医院的运行模式主要体现为:政府直接出资保证医院人员支出和设施设备配置,政府政策性出资允许医院获得药品加成性收入,目的是维持医疗服务的低廉价格,控制医疗费用,保证公费、劳保、合作医疗等医疗保障制度的低支出,促进收支平衡。同时使得自费人群也能够获得支付得起的医疗服务。

设施设备由国家统一规划和调配。医院想添置设备,需要申请,需要审批,需要国家拨钱,基本上不用医院管理者通过创收来想办法。医院人员的收入实行国家工资制度,奖金很少或没有。医院人员的进出,实行的是国家编制制度,调配服从国家安排。医院管理者不必费心思通过提高人员收入的方式来吸引人才。这些制度决定了公立医院的

管理者不必过多关注于医院的收支平衡,医院普遍缺乏逐利的动机,所以老百姓的医疗费用负担处于较低的水平。但是,这些制度也有弊端,那就是医院设施设备陈旧、医务人员缺乏工作积极性。在上世纪七十年代末和八十年代初,我国公立医院普遍低效率运作,群众看病难问题非常突出。

改革开放对我国社会经济带来了巨大的冲击,公立医院也不例外,其外部的制度环境在悄然变化。

第一个变化是,在以经济建设为中心的大政方针指引下,政府财政投入的重点偏向经济建设领域,对卫生投入逐年相对减少,卫生事业费占财政支出的比例,七五期间为2.53%,八五期间为2.37%,九五期间为1.98%,十五期间,以2003年最高,但也只有1.83%。进入卫生领域的资金,在基本医疗和预防保健领域的分配也出现了分化。预防保健服务公认具有公共产品性质,必须由政府全额投入。而基本医疗服务则被认为不具备公共产品的特性,可以通过市场方式自给自足,政府少投入一些也不要紧。1981年,政府强调“凡有经常收入的事业单位,应当逐步做到经费大部分自给或全部自给”,公立医院就属于有经常性收入的事业单位。因此,在财政投入对卫生投入逐年相对减少的大前提下,公立医院获得的财政投入与其支出的比在逐年下降,至2006年,已经不足10%。

第二个变化是,随着我国经济市场化程度的加深,公立医院的交易对象也越来越市场化^[1]。公立医院的设施、设备、药品、材料、水电煤、办公用品等等,价格逐渐由市场决定,而非计划控制,配置主要通过医院购买,而非计划调拨,由此造成物力成本快速上升。随着经济快速发展,一部分人首先富裕起来,社会贫富差距逐渐加大。公立医院继续严格执行国家工资标准的结果,使其所拥有的高素质人才开始抱怨收入的微薄。“脑体倒挂”、“拿手术刀的不如拿剃头刀的”,成为舆论主流。解决的办法只有一个,提高医务人员的收入。公立医院面临着人力成本大幅度增加的压力^[2]。

第三个变化是,政府减少对公立医院投入的同时,也考虑到了公立医院的正常运营问题,采取的做法是放开公立医院的经营自主权,鼓励公立医院资金自筹。1979年4月卫生部、财政部、国家劳动总局发布《关于加强医院经济管理试点工作的意见的通知》,提出国家对医院的经费补助准备实行“全额管理、定额补助,结余留用”的制度。即将包工资的办

法,逐步改为按编制床位实行定额补助的办法。1985 年,国务院批转卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》,提出扩大医疗卫生机构自主权,实行院、所、站长负责制。同年,卫生部出台《医院财务管理办法》,推出院科两级核算分配制度。1988 年,第七届全国人民代表大会第一次会议政府工作报告强调,医疗单位可积极开展多种形式的包括有偿形式在内的社会服务^[3]。1989 年,财政部直接将医疗机构定性为“有条件逐步自收自支”单位。政府为公立医院打开了逐利的大门,并且在政策上积极鼓励公立医院通过服务收费来维持医院的正常运作,推动医院的建设发展。

第四个变化是,政府在减少投入的同时,对公立医院提出了更高的要求。改革开放初期,人民群众普遍抱怨看病难、住院难。解决这一问题,公立医院责无旁贷,同时也需要政府的政策支持。分析当时看病难、住院难的原因,一是因为计划管理下,医务人员缺乏积极性,导致医疗服务效率低下;二是因为医学院校培养能力弱,历年毕业生的数量非常有限。针对问题原因,政府的策略是,改革公立医院分配制度,提高医务人员工作积极性;逐步减少政府投入,提高公立医院自主经营的压力;扩大医学院校招生规模,扩大医学专科生比例。于是,大批量的医学毕业生陆续进入公立医院。我国每千人口医生数,1955 年为 0.77 人,1978 年为 1.07 人,1990 年为 1.54 人。^[4]改革开放之前,23 年增长了 39%。改革开放之后,仅仅过了 12 年,就增长了 44%。其他医务人员基本类同。医务人员数量的快速增长,对缓解人民群众看病难、住院难问题有着直接的帮助,但代价也比较高。增加出来的人力成本不是由政府买单,需要公立医院自行解决。这进一步加重了公立医院的逐利压力。

综上所述,改革开放初期公立医院的制度环境可以归结为:(1)自由定价的市场经济制度,迫使公立医院必须支付越来越高的人力成本和物质成本,否则无法维持正常运作。(2)高速扩容的医学教育制度,迫使公立医院在应付越来越高的单位人力成本的同时,还得应付人力数量增加带来的成本增加,进一步加大了公立医院的压力。(3)淡化责任的财政投入制度,将公立医院归入有条件自收自支单位。公立医院获得的财政投入越来越少。(4)鼓励逐利的医院管理制度,给处于经营困境的公立医院开辟了一条“艰苦奋斗、自力更生”的道路。公立医院将

凭籍自身的资源和政府的政策,努力经营,努力逐利。公立医院为什么要逐利,至此,也可以作一个总结。那就是,环境逼迫、政府鼓励、医院不得已而为之。

3 条件:政府的导向和默许为公立医院逐利打开了大门

公立医院要逐利,仅仅具备动机是远远不够的,还需要具备一些条件来形成逐利行为,也就是公立医院能够通过什么途径实现逐利目的?这个问题非常容易回答。在公立医院按项目获得收入的运作机制下,任何一个稍微有一些经济头脑的院长,都会脱口而出,“多开展那些收入大于支出的医疗服务项目;重点开展那些收入远远大于支出的医疗服务项目。少开展那些收不抵支的医疗服务项目;停止开展那些收入远远小于支出的医疗服务项目,除非是法定项目”^[5]。

改革开放初期,按成本或低于成本的定价制度仍然继续执行。几乎所有的医疗服务项目都是收不抵支,多做多亏。各类医疗服务项目之间,只有亏损程度的差别而已。计划经济时代,亏损由财政投入和药品加成收入来弥补。在财政投入相对减少的情况下,留给公立医院的唯一捷径,只有药品加成收入。医院在药品购进价格的基础上可加价 15% 卖出,这意味着每 100 元的药品购进成本可以获得 15 元的净收入。医院在药品销售中拥有绝对的主导权,这由医学的特性所决定,也决定了医院可以通过扩大药品销售量的方式来获得更多的药品净收入。医院能否扩大药品销售量,取决于有多大规模的药品供应量。计划经济时代,之所以公立医院很难从药品加成收入中获得更多的药品净收入,是因为药品本身是计划生产、计划调拨、计划供应的,供应量是有限的。改革开放初期,情况有了根本性的变化,药品企业逐步走向市场,市场调节逐步替代计划安排,哪里有需求,哪里就会有药品企业或商业机构的公关,需求有多少,药品企业就能够生产多少。一句话,药品供应对于公立医院而言,不再有限。公立医院和药品企业(商业机构)之间“互惠互利”,药品市场开始蓬勃发展。

商业买卖过程中,有一种普遍行为叫做返利。卖方将商品卖给买方,买方按照商品价格付款给卖方,卖方又从所得款中按成交价格的一定比例返还一部分钱给卖方。这种行为通常在买卖双方中买方

处于强势地位的情况下发生。例如单一的供货商对超大型的百货公司。药品企业(商业机构)与公立医院的情况,与之类似。公立医院处于强势地位。这种强势不仅体现在医院对药品销售的绝对主导权,也体现在公立医院在药品销售中的绝对主渠道地位,绝大部分的药品只有通过公立医院才能够到达病患者。药品企业(商业机构)产值的大部分必须依赖公立医院来完成。自然而然地,公立医院对药品企业(商业机构)提出了返利的要求。卫生经济学中,将之称为折扣。公立医院可以借此获得更多的药品收益。对特定的药品企业(商业机构)来说,也可以借助这一手段敲开更多公立医院的大门。于是,公立医院从药品销售中获益的手段又增加了一种,叫做药品折扣收入。

改革开放初期,国有药品企业(商业机构)占绝大多数,必须执行国家药品指令性价格,即药品零售价格是固定的,不能随行就市。公立医院索要药品折扣收入的行为,实际上是降低了药品到公立医院的批发价格,降低了药品企业(商业机构)的药品售出实际价格,最终削减了药品企业(商业机构)的利润率。这种削减,在药品市场容量尚未饱和之时,还可以通过药品销售数量的扩大来弥补,保持药品企业(商业机构)整体利润的持续增长。但当药品市场容量逐步趋向饱和之时,药品企业(商业机构)就必须另外想办法增加利润。期间有过很多探索,最终找到的一条最优途径就是突破国家药品指令性价格的限制,掌握药品定价的主导权。当时伴随着招商引资出台了一项政策,即药品定价双轨制度。国有药品企业继续执行国家指令性价格,但中外合资、独资药厂可自行制定药品价格,然后报物价部门批准。此项政策一出,国有药品企业与国外合资蔚然成风。个中缘由,名义上是引进国外先进技术,归根结底,最实质的还是能够由此提高药品的价格。之后,随着我国经济市场化程度的加深,国有药品企业也逐渐摆脱了国家指令性价格制定制度的控制。基本上是企业申报什么价格,物价部门就批准什么价格。某种药品价格显得低了,就通过变更商品名、更换包装、改变剂型等手段重新申报调高价格^[6]。药品价格的提高,既满足了药品企业(商业机构)增加利润率的要求,也使得公立医院药品加成收入和折扣收入又上了一个台阶。双方皆大欢喜。结果是,大处方、高价药^[7]这两个名词进入社会视野,国人吃药多、国人吃药贵成为社会共识,药品费用层层攀高,

社会负担日益沉重,最终招致社会各方强烈谴责。

上世纪90年代初期,政府已经意识到公立医院单纯依赖药品收入维持正常运营的弊端,并着手制定政策解决。最初的设想是放开医院检验检测项目的价格,其手法是老项目老价格、新项目新价格。这种手法可以避免社会公众产生“医疗服务涨价”的疑惑,又可以切实将某些项目的价格提高到成本之上。新项目源于新设施和新仪器。于是,各级各类公立医院开始了一轮基础建设和设备配置的“运动”。凡是走在前面的,都获得了丰厚的回报。某三级医院在全国率先引进CT,引进不到1年,即收回成本,此后5年获得的基本是净收入。与此同时,卫生部在全国范围内推行“等级医院评审制度”^[8],要求医院搞基建、添设备、配科室,以便达标上等。这进一步增加了公立医院更新设施设备的热情。这样,在90年代中期,社会、政府强烈抨击公立医院追求药品收入的行为之后,公立医院开始将目光转移到检查检验项目。这个时候,有相当一部分的检查检验项目,因为一轮一轮的设备更新、价格更换,已经实现了收入大于支出的目的,例如CT、钴60、彩超、自动生化分析仪等等。结果是,滥检查这个名词进入社会视野,看病检查多,医生开单(检查单)多成为普遍现象,检查检验费用层层攀高,社会负担由此又增加了一个名目,最终也受到了社会各方的谴责。

本世纪初开始,政府也意识到了放开设施设备配置的恶果,开始关注大型仪器设备配置,力图通过限制准入的方式,减轻病人就医检查检验费用负担。公立医院也敏锐地注意到了这一点。此时的公立医院,已经越来越熟悉其扮演的商人角色,开始把目光投向了医用试剂和材料^[9]。公立医院能够从药品销售中获得的收益,名义上在15%左右,高的可以达到30%以上,总之还算是有一个上限。但是医用试剂和材料则不同,收益可以达到成本的2倍甚至是3倍以上。必须指出的是,公立医院从医用试剂和材料中获利的行为,相当的隐蔽,一般不为社会公众知晓,因而操作起来非常顺利,至今还很少看到社会对此的指责。

综上所述,我们可以得到一个基本的印象。公立医院一旦被要求逐利,就总是能够从当时的政策体系中找到适宜的途径,并将其拓宽和发展壮大。回顾公立医院逐利的历程,从药品到检查、从检查到材料,不同历史阶段,特色各不相同,结果则基本一致:医院发展、社会指责。为何如此,关键在于上述

三条途径都带来了极大的医疗资源浪费问题。

公立医院先后探索上述三条逐利途径的前提,是政府财政减少了对公立医院的投入,公立医院又面临着人力、物力等运营成本刚性增加的困境。简单来说,原先公立医院有 100 元财政收入、200 元常规经营收入,需要支出人力成本 200 元、物力成本 100 元,收支正好平衡。改革开放初期,公立医院有 120 元财政收入、220 元常规经营收入,却要支出人力成本 300 元、物力成本 200 元,收支缺额 160 元。如果这个时候,财政能够再追加补贴 160 元,则收入支出平衡,医院继续正常运作,社会负担仅增加 160 元。如果这个时候,物价部门提高医疗服务价格,使得公立医院能够直接获得纯利 160 元,则收入支出依然平衡,医院继续正常运作,社会负担也仅增加 160 元。可惜的是,财政没有追加补贴,物价部门也没有针对性地提高医疗服务价格^[10],迫使医院不得不走上上述三条途径。三条途径都有一个特点,公立医院不能直接获得纯利。例如药品途径,按加成率 15% 计算,医院必须购入 1 067 元的药品,并且将之卖给病人,才能获得 160 元的纯利,才能维持医院正常运作,但结果是社会负担增加了 1 227 元,是财政补贴或者价格调整途径的 7.7 倍。设备和材料也是如此,只是收益率高一些,带来的社会负担增加程度要低一些。

针对公立医院存在的机制上的资源浪费问题,1993 年上海市实施了医疗费用“总量控制、结构调整”政策。该政策的核心思想是为公立医院拓展第四条逐利途径——劳务收费,遏制前述三类逐利途径^[11]。具体措施是增设诊疗费,提高挂号费、护理费、床位费等,降低高新检查项目收费,控制药品费用增长速度。如此一来,公立医院在从增设和提价的劳务收费项目中获得纯利的同时,能够保持收入支出平衡,从而不会扩大社会负担。遗憾的是,这项政策仅仅是在上海坚持了 7 年,在全国也仅仅是在部分地区得到了应用。最近两年,也有地区试图操作该项政策,但阻力巨大,最终流于形式。原因在于,1994 年上海的政府是强势政府,政府各部门之间协调配合程度较高,一项政策容易在政府部门之间协商达成并顺利贯彻落实。新世纪之后,因为民主政治的需要,涉及公众利益问题的政策必须举行听证会。听证会一开,就有代表质疑该项政策的完整性,担心提高了劳务收费价格之后,却没有办法促使药品费用增长速度下降,造成两头升的局面,损害百

姓利益。2006 年,广州市拟计划上调门诊挂号费、护理费、注射费等在内共 127 项医疗服务项目价格,下调包括超声检查、核医学、放射治疗和部分实验室检查等 222 项医疗服务项目价格,3 000 多项维持不变。听证会一开,35 名代表中,13 人反对,12 人赞同,10 人暂缓。其中反对者以普通百姓代表居多,他们的态度是“同意降,反对升”。^[12]

到目前为止,公立医院的逐利重点还是在药品、检查和材料上面。

4 激励:公立医院自身的努力激发了医生的逐利热情

公立医院的逐利行为,最终要落实到医生身上。如果仅仅是医院层面努力开辟逐利途径,医生却无操作的积极性,公立医院的逐利行为也不会发生。为充分调动医生的积极性,医院想了很多办法,例如鼓励医生集资入股购买设备,然后从检查收入中获得红利;鼓励医生承包科室,科室收入越高,则承包人回报越高;默许医生根据开出药方的数量向医药公司索要处方回扣;默许医生提取大型仪器设备检查的开单费,等等。最有效的办法,而且在医院看来是医院、科室、医生三方均能得益的方式,是院科两级核算制度。所谓院科两级核算制度,就是借鉴企业责任会计的理论与实践,以科室为核算单位,将医院总体目标层层分解、落实到各个科室,并对其业绩进行考核、评价、奖惩的一种医院内部管理制度^[13]。作为一个经营实体,医院的首要目标之一是逐利。院科两级核算制度在这样一个目标下面,进一步加强了医院的经济管理。医院通过科室记账、算账、结账,从经济的角度分析出医院、科室在工作业绩,经营管理、经济效益和执行物价政策等方面的情况,给出院科两级的收入分成计划。科室效益好,收入多,则医院给予科室的“收入提成”就多一些。科室效益差,收入少,医院给予科室的“收入提成”就少一些。两级核算增强了医院职工的经济意识,有效地调动了医院广大职工的工作积极性,通过与医疗质量考核的结合,也能够强化医院的医疗质量管理^[14]。鉴于院科两级核算制度在医疗市场化的积极作用,该项制度一经推出,迅速在各地得到普及。由此我国公立医院的逐利行为,成为了从机构到个人的自觉行为,公立医院从被动走向市场变为主动走向市场。走向市场的结果,一是公立医院的大规模发展,二是医疗费用的迅速增长^[15]。

5 结论:深化医药卫生体制改革,财政、物价或医保应当先行,公立医院跟进

综上所述,我们得出如下结论:(1)我国公立医院存在逐利现象,但逐利的目的与商业化的企业不同,不是赚取超额利润,而是为了应对越来越庞大的业务支出。这些业务支出最终是为了吸引人才、留住人才、改善医院基础设施设备、增进医院整体实力,是为了公立医院自身的发展。(2)在我国公立医院逐利的背后,是一系列的制度体系,包括政府投入不足、物价调整不力、按项目的支付方式、药品加成政策的持续、对药品折扣的默许、对设施设备配置的放开、以收入为核心的院科两级核算制度等。这一制度体系,构成了强大的以驱使医院逐利为导向的缓冲系统,任何单一改革政策进入到这一制度体系中后,不是被拮抗,就是被中和,从而难以取得预期的改革成效,例如区域卫生规划、药品收支两条线政策、药品招标采购、药品降价、医药分开等。(3)要破解公立医院逐利背后的制度体系,必须从公立医院逐利的源头做起,加大财政投入,调整价格体系。只有这样,才能有效遏制公立医院的逐利动机,从而在根本上减少公立医院的逐利行为。只有这样,才能使各项针对公立医院经营行为的监管措施具备实施的前提条件,例如严格控制公立医院的药品、材料收入,规范公立医院在药品购销、设备添置上的行为,改革公立医院院科两级核算体系。(4)随着各项医保制度的推进,医保在公立医院收入中的份额越来越高。医保可以逐步替代财政和物价的角色,对医院的行为发挥引导作用,通过直接补贴医生收入的方式发挥类似财政保证医生基本工资的作用,通过按服务量、按病种的支付方式改革淡化项目价格概念从而发挥类似物价调整的作用。从这个意义上说,对于那些在财政和物价上难以有所作为的地区,解决这一问题实质上取决于医疗保障体系建立和完善的速度。医保先行,然后才有公立医院的补偿机

制和运行机制的改革,才能遏制公立医院的逐利行为,才能真正让公立医院回到公益性道路上来。

参 考 文 献

- [1] 金虹. 医疗“市场化通病”谁之过? [J]. 医院管理论坛, 2006, 23(1): 26-31.
- [2] 林立镛. 对公立医院人力成本中几个突出问题的剖析 [J]. 卫生经济研究, 2005, (1): 42-43.
- [3] 李鹏. 第七届全国人民代表大会第一次会议政府工作报告[R]. 北京: 人民大会堂, 1988.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中国卫生统计年鉴(2008) [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2008.
- [5] 郝模, 马安宁, 罗力, 等. “三医联动”改革快速突破的政策研究概述[J]. 中国医院管理, 2002, 22(9): 32-35.
- [6] 一万种新药是怎样被审批的? [N]. 中国青年报, 2006-02-08.
- [7] 周磊. 从三个方面加强药品管理工作[J]. 中国医院院长, 2006, (14): 64.
- [8] 贾晓莉. 浅谈医院评审公示[J]. 中国医院, 2002, 6(8): 30-31.
- [9] 康永军, 张洪彬, 徐昌青. 当前医疗费用上升的原因和对策[J]. 中华医院管理杂志, 2005, 21(4): 220-223.
- [10] 陈敏章. 中国卫生五十年进程[M]. 北京: 中医古籍出版社, 1996.
- [11] 章滨云, 罗力, 华颖, 等. 医疗费用“总量控制、结构调整”政策的国内研究进展[J]. 中华医院管理杂志, 2002, (9): 5-8.
- [12] 区域“切片”三 听证难产[J]. 中国卫生产业, 2005, (8): 44-45.
- [13] 许仙忠. 浅析院科两级核算在医院经济管理中的问题[J]. 国际医药卫生导报, 1999, (3): 17.
- [14] 薛永发. 实行院科两级核算的做法[J]. 中国卫生经济, 1999, 9(4): 51-52.
- [15] 温红英. 浅谈医院院科两级核算的主要问题及对策[J]. 赣南医学院学报, 2002, (2): 181-182.

[收稿日期:2009-03-02 修回日期:2009-03-08]

(编辑 田晓晓)