

编者按

公立医院改革是医改中最艰巨、也最受关注的一项任务,对全面实现医改目标具有关键作用,直接关乎医改全局。2010 年 2 月公立医院改革启动以来,17 个国家联系指导试点城市和 30 多个省级试点城市积极探索,300 余个县级公立医院综合改革试点全面启动并正在进行阶段性评估。因此,在当前的背景下,研讨公立医院改革中的热点和难点问题,具有重要的现实意义。本期主要介绍了中国医学科学院卫生政策与管理研究中心开展的“医药卫生体制改革评价研究”中的公立医院改革专题的部分研究成果,分析了公立医院改革的进展和挑战,实证研究了医疗集团改革实施效果、公立医院与基层医疗卫生机构分工协作的影响因素、公立医院法人治理结构改革,探讨了政府与公立医院的权责关系、医院院长职业化和专业化建设现状与推进策略等热点问题,以期为进一步深化公立医院改革提供借鉴和参考。

我国公立医院改革的进展与挑战

代涛*

中国医学科学院医学信息研究所/卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘要】公立医院改革试点启动以来,取得了阶段性进展,积累了有益经验,主要表现在围绕“四个分开”探索公立医院体制机制改革的多种实现形式;以结构调整和资源整合为重点,不断优化医疗服务体系;改革人事分配制度,调动医务人员积极性;便民惠民措施效果明显,医院内部管理能力不断加强。但一些深层次的问题进一步凸显,深化改革仍面临诸多挑战,如具有广泛共识的改革路径与突破口仍有待形成;政策措施的整体性、协调性、可持续性不够,执行力也需加强;公立医院发展模式不利于医疗服务体系优化和整体效率的提高;公立医院投身改革的内在动力不足。为进一步推进公立医院改革,提出了进一步明确改革的路径和突破口,提高改革政策的协调性、系统性和可持续性,建立有利于监督问责的管理体制和治理机制,建立有效的激励约束机制等政策建议。

【关键词】公立医院改革;进展;挑战

中图分类号:R197.3 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.08.001

Public hospital reform in China: Progress and challenges

DAI Tao

Institute of Medical Information, Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】Since the public hospital pilots were initiated three years ago, a certain amount of progress and experiences have been made, for example, developing many forms of management system and mechanism about “four discription”, optimizing medical system with the focus laid on structural adjustment and resources integration, reforming personnel distribution system to arouse initiative of medical personnel, the effect of convenience measures is obvious and internal management ability is growing. However, the deep-rooted deficiencies were also detected during the piloting process. The challenges, such as lack of path with a broad consensus, insufficient coordination and sustainability, lack of momentum for public hospital reform, make the reform of public hospitals have far to go. Based on the pilot experience and challenges, the paper is intended to propose policy recommendation to further the reform, in-

* 基金项目:中澳卫生与艾滋病项目“深化医药卫生体制改革评价研究”;中央级公益性科研院所基本科研业务费“深化医药卫生体制改革监测与评价研究”

作者简介:代涛,男(1969 年—),研究员,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail:daitao@imicams.ac.cn

cluding a clearer path, strengthening the linkage policy, establishing a management system of accountability and an effective incentive mechanism.

【Key words】 Public hospital reform; Progress; Challenges

公立医院改革是深化医药卫生体制改革的重要内容之一,对有效减轻居民就医费用负担、切实缓解“看病难、看病贵”问题具有关键作用。因公立医院改革的复杂性、艰巨性和长期性,改革采取了试点推进的策略。2010年2月,卫生部等五部门联合出台了《关于公立医院改革试点的指导意见》,提出在公立医院服务体系、管理体制、补偿机制、运行机制和监管机制,内部管理等方面实现突破,并通过17个国家联系试点城市和30多个省级试点城市进行改革路径探索,为公立医院的全面深入改革提供思路和经验。在试点过程中,中央发挥政策指导作用,试点地区结合实际制定具体政策并进行实践探索,试点城市围绕“四个分开”探索体制机制改革的多种实现形式、优化服务体系、积极实施多种“便民惠民”服务措施,形成了部分共识,取得了阶段性成效。然而,公立医院改革涉及环节多,是整个医改的难点,改革面临的深层次问题进一步凸显,具有广泛共识的改革路径尚未形成,改革政策的整体性、协调性、可持续性不强以及公立医院内在改革动力不足等挑战使得改革之路任重道远。本文对近三年来公立医院改革试点的主要进展和挑战进行梳理和分析,并提出相应的政策建议,以期为进一步推进公立医院改革提供参考。

1 进展

1.1 围绕“四个分开”探索公立医院体制机制改革的多种实现形式

公立医院改革试点城市围绕管办分开、政事分开、医药分开、营利性和非营利性分开等“四个分开”,以公立医院管理体制、治理机制、补偿机制改革等为重点进行形式多样的探索,积累了有益经验。

1.1.1 组建专门公立医院管理机构,探索“管办分开”的实现形式

试点城市基于对“管办分开”的认识并结合当地卫生管理的实际,形成了几种公立医院管理体制改革的形式。^[1]一是成立由市政府负责的公立医院管

理机构,市级领导负责、政府相关部门主要负责人参加,下设执行或办事机构,如七台河、芜湖、鄂州、株洲、潍坊、西宁和遵义等城市;二是在卫生行政部门之外成立公立医院管理机构(如医院管理委员会、医院发展中心等),承担政府办医职能和所属国有资产管理职能,如厦门、上海、深圳、马鞍山、昆明、成都等城市;三是成立隶属于卫生局的公立医院管理局,行使政府出资人职责,对所管医院的人、财、物等实行全面管理,如北京市和洛阳市;四是不设立新的管理机构,直接委托卫生行政部门履行出资人职责,如镇江市和宝鸡市。^[2]在17个试点城市中有13个城市探索卫生行政部门外的管办分开实现形式,但无论哪种改革形式都仍处在发展变化之中,效果还有待评估。

1.1.2 以构建法人治理结构为重点,积极探索“政事分开”

试点城市围绕建立公立医院法人治理结构和绩效考核制度、完善院长选拔任用等方面进行了积极的探索。对法人治理结构改革的探索目前主要有两种形式。^[3]一是建立出资人和医院经营管理者的委托代理关系。该做法一般成立由政府相关部门组成的医院管理机构,履行公立医院出资人职责,行使公立医院资产所有权、处置权和收益权以及对医院运营中重大问题的决策权。运营管理者主要负责执行医院管理机构决议、管理医院日常运行事务、完成医院责任目标,并接受各方监督;有些地方还设立医院监督管理委员会或监事会。采用此做法的主要有马鞍山市、芜湖市、株洲市、潍坊市、遵义市、深圳市和昆明市。^[4]二是建立出资人、理事会和医院经营管理层的委托代理关系。^[5]此做法一般成立由政府相关部门组成的医院管理机构,履行公立医院出资人职责;在医院或医疗集团成立理事会,由出资人代表、医院管理者、职工代表和其他代表等组成;理事会下建立由医院管理者组成的医院管理层。采取该做法的有鄂州市、洛阳市和镇江市。

建立绩效考核体系和院长选拔及激励约束机制

也是目前实施较多的治理机制改革的实现形式。深圳、潍坊等通过建立医院综合目标管理责任制或签订委托经营管理责任书,建立公立医院责任机制,对年度目标的完成情况予以考核和评估;上海、深圳、镇江等设计多维度的以公益性为核心的医院绩效评价指标体系,考核结果与医院管理层的任职和薪酬等挂钩。^[6]深圳、潍坊、鞍山、株洲等探索公开招聘院长,在任用或招聘中突出专业化管理能力。

1.1.3 以取消以药补医机制为核心,深入推进“医药分开”

为建立科学合理的公立医院补偿机制,积极探索取消以药补医机制的多种形式,实现医药分开。一方面,降低或取消医院药品加成,减少收入由财政投入、医保支付方式、医疗服务价格调整三者联合补偿的综合改革模式正在形成。试点城市通常侧重某一项或两项补偿渠道改革,如鞍山市药品收入实施收支两条线管理,对精神病和传染病等 4 家具有公共卫生性质的医院以绩效考核、全额补差补贴方式进行补偿;镇江市探索多元支付方式的杠杆作用,对二级及以上定点医院实行“总额预算、弹性结算和部分疾病按病种付费相结合”的复合式结算方式;北京市友谊医院探索医疗服务价格调整,取消 15% 的药品加成和挂号费、诊疗费,设立医事服务费。县级公立医院改革试点则以改革补偿机制为切入点、统筹推进综合改革,正在全国 31 个省(直辖市、自治区)的 300 所县级医院深入推进。另一方面,部分城市探索不同形式的剥离门诊药房改革。一是政府集中管理式,即各医院药剂科改为药品调配站,药品加成收入以收支两条线方式进入财政账户,政府财政以前一年医院加成收入为基数,年底经综合考核后予以核拨,如西宁市和重庆市江北区;二是经营权托管式,即在药品零加成和提高服务价格基础上,将医院药房和医院分离,委托给药企经营管理,如上海和南京等城市。

1.1.4 积极完善医疗机构分类制度,推进医疗机构营利性和非营利性分开

试点城市根据当地情况,在医疗机构经营性质认定标准、不同经营性质医疗机构管理制度、不同性质医疗机构间的转换程序以及对非营利性医疗机构的监管等方面进行了一定程度的细化和规范,不断

完善医疗机构分类制度。^[7]如潍坊细化了医疗机构经营性质认定标准^[8],深圳建立健全了不同经营性质医疗机构管理制度^[9],宝鸡规范了不同性质医疗机构间的转换程序^[10],镇江注重对非营利性医疗机构的监管^[11],上海探索剥离公立医院特需服务、强化公立医院公共服务功能。^[11]

1.2 以结构调整和资源整合为重点,不断优化医疗服务体系

试点城市采取调整医疗服务体系布局、推动资源整合和鼓励社会办医等措施,加强医疗服务体系的调整和完善。

1.2.1 优化医疗资源结构布局

试点城市采取新建、迁建、改扩建等多种措施,控制中心城区公立医院过度扩张;通过发展郊区、新区和卫星城区等方式,调整公立医院区域布局,提高郊区和农村的医疗服务可及性;从政策规划、财政投入等方面加强儿科、妇产科、精神卫生、老年护理、康复等薄弱领域的能力建设,以满足居民的各类医疗保健需要。^[12]同时,两年试点期间,中央财政投入 300 多亿元,以提升 2000 多所县级医院的能力,通过城乡对口支援、招聘专业卫生技术人员、选派到城市大医院进修培训等方式加强县级医院人才队伍建设。^[11]

1.2.2 以多种形式推动医疗资源整合

多数试点城市探索以技术、管理、资产和所有权为纽带,组建多种形式的医疗联合体或医疗集团,通过垂直整合和水平整合,探索区域内医疗资源有效合作的实现形式。

医疗资源的垂直整合主要体现在建立分工协作机制方面。目前试点城市主要形成了在城市公立医院与社区卫生机构、城市公立医院与县级医院、县级医院与乡镇卫生院等层面的分工协作机制。^[13]一些城市在医院与基层机构签订双向转诊等合作协议的基础上,探索托管、院办院管等实体整合形式,并与分级定价、医保支付等改革措施相衔接,如镇江市和深圳市;在城乡之间,通过对口支援、团队帮扶、派驻管理人员、实行托管等多种形式,提升县级医院服务能力;在农村,县级医院对乡镇卫生院加强技术支持,探索通过建立联合体实现县乡村纵向一体化。在医疗资源水平整合方面,试点城市一方面探索通

过建立医疗集团,将辖区内部分专科医院、康复医院等纳入集团,统一规划管理,实现优势互补,利益共享,如镇江市;另一方面设立统一的检验、检查中心和影像诊断中心,建立区域内医疗资源共享机制,推行同级检查结果互认制度。^[14]

1.2.3 探索社会资本办医的多种途径和形式

《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》进一步明确了社会资本举办医疗机构的准入、执业、监管和发展等方面的支持政策,完善了医疗机构分类管理、大型医用设备配置、外资办医审批程序和条件、医师多地点执业、医疗机构等级评审等配套政策。^[15]试点城市一方面出台相关政策,对非公医疗机构在医保政策、职称评定、人才培养等方面与公立医院享受相同的政策待遇,形成公立医院、非公立医院的互动机制,如厦门市和洛阳市^[16];另一方面,通过区域卫生规划为民营医院发展留出空间,以多种方式鼓励社会资本办医。如鄂州市预留出空间用于发展民营医疗机构,重点引进周边城市优质医疗资源;宝鸡市引入民营资本按照国家标准直接投资建设非营利性医院;昆明市利用公立医院现有品牌和技术,与社会资本合作新办医院。^[17]民营医院2011年床位数占比比2009年提升了1.93个百分点。^[18]

1.3 改革人事分配制度,调动医务人员积极性

试点城市以改革编制和人事分配制度、完善医院内部绩效考核体系、建立合理的人员流动机制为重点,推进运行机制改革。

试点城市以采取岗位聘用制为重点推进人事制度改革。北京、镇江等按照现有编制使用情况和工作量,增加了人员编制;深圳、潍坊、芜湖、马鞍山、鄂州等地实行“总量控制、动态管理”,探索实行按需设岗、按岗聘用、合同管理,建立能上能下、能进能出的人事制度,同时留出部分编制用于吸引高端人才。^[19-20]一些试点地区以绩效工资制度为重点开展分配制度改革,重新制定了医务人员收入考核标准,使医务人员收入与服务量、医疗质量挂钩,取消与服务收入之间的联系;实行按岗定薪、按绩定薪,绩效分配向高风险、高技术含量、临床一线夜班倾斜;部分地区探索年薪制。部分试点城市制定了医师多点执业的相关政策,促进人员流动。厦门市制定《厦门

市医师多点执业管理办法(试行)》,符合条件的执业医师经卫生行政部门注册后,可受聘在2个以上、3个以内(含3个)的医疗机构(含非公立医疗机构)依法开展诊疗活动;天津市规定执业医师在卫生行政部门注册备案后可到社会资本办医疗机构执业;深圳市全面放开了医师多点执业的限制,主治医师以上人员可以到包括本市社会医疗机构、基层医疗机构在内的多个机构执业,不受地点数量的限制。^[21]

1.4 便民惠民措施效果明显,医院内部管理能力不断加强

试点城市以推进预约诊疗、双休日节假日门诊、临床路径等便民惠民措施为切入点,探索精细化、专业化、现代化的服务和管理模式。

通过实行预约诊疗、双休日节假日门诊、开展优质护理和临床路径等一系列便民惠民措施,优化医院管理流程,提升医疗服务水平。北京市建立全市统一的预约挂号平台,引导患者有序就医;在市属三级医院、郊区县二级综合医院和部队医院开设双休日无假日门诊,分流大医院的就医负担;推出100个优质护理示范病区,完成千余名护理人员的培训。^[22]镇江在全市二级及以上医院开展优质护理“示范工程”活动,覆盖率达到100%。在创新服务模式的同时,持续加强医院内部管理,不断提升医疗服务质量,控制医药费用过快上涨。一是通过建立质控中心和医疗质量持续改进制度、制定相关诊疗规范,加强医院质量安全管理;二是强化成本管理,控制医疗费用,提高医院运行效率。如北京市在大型公立医院探索试行总会计师制度,增强了医院的成本管理意识;三是加强医院信息化建设,提供重要技术支撑。许多地区都在探索建设公立医院信息平台,探索建立区域卫生业务协同和信息共享机制。

2 主要挑战

公立医院改革涉及环节多,利益格局复杂,各方认识较难统一,在改革不断深入推进的过程中面临诸多严峻挑战。

2.1 具有广泛共识的改革路径与突破口仍有待形成

公立医院改革通过试点的方式探索经验,在改革目标、原则、内容上已形成较为广泛的共识,但由于改革涉及环节多、利益格局复杂、政策路径依赖等

深层次原因,在体制机制改革的具体路径、实现形式、政策选择等方面仍存在分歧。一方面,中央对公立医院改革试点路径仅从宏观框架上进行了规定,顶层设计仍然不够清晰,地方政府限于经济社会发展水平和对公立医院改革认识的不同,影响统一改革路径的形成。另一方面,由于制度路径的依赖,改革容易受到既得利益集团的影响而偏离方向,试点城市改革路径仍不够清晰或差异较大。主要表现在举办公立医院的职能以何种形式才能更好地履行出资人职责;政府与医院的权责划分应采取更为独立的法人治理结构还是回归到预算制的治理方式;取消药品加成能否改变医院及医务人员的趋利行为;公立医院的“公立”属性与公益性以及非营利性的联系与区别。^[23]试点城市政策的多样性反映出其对改革路径的不同理解,使形成相对统一的改革策略面临挑战。

2.2 政策措施的整体性、协调性、可持续性不够,执行力也需加强

政府不同部门之间的思想认识、政策目标、利益不同,造成政策措施的整体性、协调性、可持续性不够。公立医院作为行政部门下属单位,其决策受到多个部门分权管理的干预,如基本建设和固定资产投资由发改委负责,经费补助由财政部负责,院长任免由党政部门负责,医疗的职业技术准人和监管由卫生部门负责。相关部门对公立医院改革关注重点不同,在改革目标、政策重点、实施路径、操作办法等方面存在认识差异,多元主体分治的结果是公立改革政策整体性不强、协同不足,政策目标有时甚至冲突,影响改革政策措施的及时出台和落实,影响改革的持续性深入。一些试点城市实行“管办分开”而建立的医院管理委员会或医院管理局,大多未能将分散在政府不同部门的医院所有者职能进行集中,难以问责和监督;如何建立权责明晰的法人治理机构以及规范政府和医院的权责划分尚无具体政策措施,仍然缺乏科学、可持续、以公益性为导向的医院绩效管理和激励约束机制。^[24]

中央政策指导和试点城市创新执行之间需要平衡。一方面,中央政策的指导性需要加强,中央政策有时过于宏观原则,有时又过于具体,影响地方对政策的理解和执行;二是地方的探索创新不足,许多地

方的政策文件多是照搬中央原则要求,未能结合当地实际进行创新实践,同时也面临政策执行力不强等问题。三是地方政府财力有限但支出责任大,对投入较多的改革措施积极性不高。许多试点地区的改革探索与当地经济发展水平、当地领导对卫生的重视程度有很大关系,改革存在很大不确定性。

2.3 公立医院发展模式不利于医疗服务体系优化和整体效率的提高

公立医院在我国医疗服务提供体系中占据主导地位,功能定位在理论上十分清晰,即承担政府赋予的一定公益职责,为居民提供基本医疗卫生服务。实践中,公立医院的发展模式难以全面实现其组织目标。公立医院规模持续扩张,同质化无序竞争,分级诊疗制度难以建立,医保支付改革滞后,优质医疗资源过度向大型公立医院聚集,“上下联动”的合理就医秩序难以形成,医疗资源不足与浪费并存。加之区域卫生规划缺失或难以有效执行,医疗服务体系结构的进一步优化和医疗资源的合理配置必须面对公立医院自身发展方式转变的问题。^[25]国际上解决医疗资源不足和效率不高的问题时,通常采取合理发展民营医疗机构,建立公私合作、有序竞争的服务体系等形式来实现。虽然在公立医院改革中倡导“外加推力”,鼓励社会资本办医,但非公医疗机构仍主要集中于低端和部分专科医疗服务等领域,制度障碍和人才瓶颈等问题难以在短期内得到根本解决,多元办医格局进展缓慢。

2.4 公立医院投身改革的内在动力不足

公立医院及其医务人员是改革的主要参与者,其对改革的认识和参与直接影响公立医院改革的效果。公立医院改革要求公立医院及医务人员以公益性为目标,规范自身行为,控制医疗费用,提供居民满意的优质服务。但医院管理者由上级行政机构任命,行政化取向明显,自身利益多不是与绩效而是与行政级别相联系,缺乏提高效率和质量的动力与压力。尽管当前公立医院的工资制度与医务人员的劳务价值不相匹配,但由于现实中广泛存在医务人员从扭曲的补偿机制中获取回报的途径,造成改革动力不足。我国公立医院改革不是因为内部生存问题而不得不改,很大程度上是在“看病难、看病贵”的社会背景下推动的。^[26]目前改革措施虽然试图在医院

和医务人员层面建立与服务绩效相联系的激励约束机制,努力减少行政化和僵化的事业单位制度对公立医院运行的影响,但由于公共管理体制改革的滞后和既得利益集团的懈怠,医院与医务人员参与改革的动力十分有限。

3 建议

公立医院改革的成败直接决定新一轮医改的成败,为进一步深入推进公立医院改革,提出以下几方面的政策建议。

3.1 深刻总结公立医院改革试点经验,进一步明确公立医院改革路径和突破口

三年多的公立医院改革试点已经积累了诸多共识,要深刻总结试点经验,进一步明确改革路径,找准突破口,推进公立医院综合改革。加快制定并落实区域卫生规划和医疗机构建设规划,明确不同层级公立医院的功能定位和各种医疗资源的配置标准和规范,建设层次清晰、分工明确的医疗服务体系;确保公立医院的公益性,努力做到管理权力集中、加强服务体系规划、确保监管机制有效、建立供需兼顾的补偿机制,使其按公立医院的本质属性和规律健康可持续发展。^[27]

3.2 加强政策联动,提高公立医院改革政策的协调性、系统性和可持续性

加强公立医院改革与医疗保障体系、药品供应保障体系等方面配套改革的联动,以保证改革政策措施的同步推进和互相促进。要破除以药补医、理顺医药价格,实现“三医”联动;要推进基层首诊、分级诊疗、双向转诊的合理就医秩序,加强分工协作机制的建立,设计合理的支付方式,促进医疗卫生资源配置的优化。进一步完善社会办医政策,促进不同所有制医疗机构分工合作和有序竞争。制定有较强约束力的医疗服务体系发展规划,创造更加宽松和适宜的政策环境,支持和引导社会资本发展医疗机构,尤其在护理保健、基层和高端医疗等服务领域,与公立医疗机构建立互补合作的伙伴关系,同时适当引入竞争,增强医疗服务体系活力,满足群众多元化医疗服务需求。

3.3 建立有利于监督问责的管理体制和治理机制

必须切实落实政府责任,明确各级政府、同级政

府不同部门之间、政府与公立医院之间权力、责任和义务的配置,理顺治理、补偿和监管机制的相互关系。由政府设立专门的公立医院管理机构,将所有者职能进行集中,行使对公立医院的举办职责,负责公立医院的重大决策,监督公立医院的运行,建立便于问责和监督的管理体制。明晰政府与公立医院之间的权责划分,加强政府对公立医院的绩效管理,赋予医院管理者经营自主权,建立有效的医院管理者激励约束机制,提高政府对医院的问责能力和治理水平,实现对公立医院的有效治理。

3.4 加快构建有效的激励约束机制

公立医院改革的核心问题是在政府、医院、医务人员、患者和医药企业等参与主体间建立激励相容的激励约束机制,关键是通过改革补偿机制和运行机制,以改变相关机构和人员的趋利行为,找到社会价值和个体利益的平衡点。当前的重点是建立公立医院收入分配的新制度,将医务人员合理合法收入与其付出和地位相匹配,形成个人利益和机构绩效、社会利益的良性互动。同时,要以推进医师多点执业为突破口,促进公立医院开展分配制度改革,为医生从单位人向社会人转变创造条件。医院与医务人员建立基于契约的聘用关系,使医师成为自由职业者、院长成为职业经理人。通过法律规范各类执业行为和处理多点执业过程中出现的问题,并充分发挥行业自治和专业自治的作用。

参 考 文 献

- [1] 卫生部:公立医院改革试点工作取得进展和成效[EB/OL]. (2011-03-25) [2013-03-21]. http://www.gov.cn/gzdt/2011-03/21/content_1828888.htm
- [2] 公立医院改革国家联系试点城市积极探索管办分开的有效形式[R]. 卫生部公立医院改革试点工作简报(第25期).
- [3] 我国公立医院法人治理结构完善及治理模式研究综述[EB/OL]. (2010-09-02) [2013-07-21]. http://www.chinadaily.com.cn/hqss/lvyou/2010-09-02/content_805891.html
- [4] 20省市在全国卫生工作会议上交流工作经验[EB/OL]. (2011-01-09) [2013-07-21]. <http://www.gsws.gov.cn/html/2/5/19929.htm>
- [5] 城市公立医院所有权与经营权分离的研究[EB/OL]. (2006-8-31) [2013-07-21]. <http://www.cper.com/Arti->

- cle/yyzxyygg/200608/20060831161154_9.html
- [6] 上海探索公立医院院长绩效考核[EB/OL]. (2010-07-03) [2013-07-21]. <http://www.dbbk.cn/document/13920/>
- [7] 18 省区市试点改革县级医院 两千多公立医院参与[EB/OL]. (2011-12-25) [2013-07-21]. http://news.xinhuanet.com/politics/2011-12/25/c_122478258.htm
- [8] 潍坊市公立医院改革取得新突破[EB/OL]. (2011-11-03) [2013-07-21]. <http://www.sdws.gov.cn/html/2011/11/2/201111020840390762.html>
- [9] 江捍平, 罗乐宣, 李创, 等. 深圳市医药卫生体制改革三年回顾及展望[J]. 中华医院管理, 2012, 28(10): 721-724.
- [10] 宝鸡市按照“六个坚持”的要求加快推进重大体制机制改革[EB/OL]. (2011-08-12) [2013-07-21]. <http://www.moh.gov.cn/yzygj/s10006/201108/9e29f1b02259432f8867108dbc9d4c40.shtml>
- [11] 关于印发 2011 年镇江市公立医院体制机制改革重点任务实施方案的通知 [EB/OL]. (2011-6-27) [2013-07-21]. http://www.zhenjiang.gov.cn/xxgk/ztl/zjyg/zcwj/201111/t20111124_639446.htm
- [12] 江红. 全域医疗服务体系的构建与实施研究[J]. 现代医院, 2011, 11(6): 1-4.
- [13] 钱东福, 王志琳, 林振平. 城市医疗服务体系整合的研究回顾与展望[J]. 医学与哲学, 2011, 32(2): 43-45.
- [14] 代涛, 陈瑶, 韦潇. 医疗卫生服务体系整合: 国际视角与中国实践[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(9): 1-9.
- [15] 张茅: 积极探索 勇于创新 不断深化公立医院改革[EB/OL]. [2013-07-19]. <http://www.moh.gov.cn/wsb/01100215/201209/55910.shtml>
- [16] 洛阳市卫生局[EB/OL]. (2010-10-11) [2013-07-21]. http://www.lyd.com.cn/hd/t/20101011_1015/item-View.asp?id=224
- [17] 昆明医疗改革稳步推进 已形成多元化办医格局[EB/OL]. (2010-12-08) [2013-07-20]. <http://www.chinanews.com/jk/2010/12-08/2709113.shtml>
- [18] 中华人民共和国卫生部. 2012 年中国卫生统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2012.
- [19] 芜湖: 为公立医院改革趟路[EB/OL]. (2010-6-17) [2013-07-24]. <http://www.anhuinews.com/zhuyeguanli/system/2010/06/17/003134430.shtml>
- [20] 湖北省公立医院改革试点实施意见[EB/OL]. (2010-07-29) [2013-07-21]. http://www.jzswsj.gov.cn/upload_need/upload_file/20100729081107000001.doc
- [21] 公立医院改革试点进行时(上、下篇)[EB/OL]. (2010-09-06) [2013-07-21]. http://wsj.fuyang.gov.cn/jjxyg_15727/20100906260685.shtml
- [22] 北京市 2010 年在直接关系群众生活方面拟办的重要实事全面落实[EB/OL]. (2011-01-08) [2013-07-21]. <http://news.163.com/11/0108/02/6PRG7BB200014AED.html>
- [23] 李玲. 新医改的进展评述[J]. 中国卫生经济, 2012, 31(1): 5-9.
- [24] 代涛. 公立医院改革的国际趋势与思考[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(8): 1-3.
- [25] 梁鸿, 王云竹. 公共财政政策框架下基本医疗服务体系的构建[J]. 中国卫生经济, 2005, 272(10): 8-11.
- [26] “中国卫生论坛”精彩发言摘要[EB/OL]. [2013-02-21]. <http://www.ahmmhg.com/html/zixundongtai/xingyexinwen/201008/23-1924.html>
- [27] 代涛, 尤川梅, 陈瑶. 部分国家政府举办公立医院的经验与启示[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(8): 1-4.

[收稿日期:2013-07-05 修回日期:2013-08-08]

(编辑 赵晓娟)