

公立医院改革——历史演进、制度困境与路径选择

伍凤兰^{1*} 申 勇²

1. 深圳大学经济学院 广东深圳 518060

2. 中共深圳市委党校 广东深圳 518034

【摘要】从政府全面保障阶段到自主化办医阶段,再到市场化改革阶段与新医改探索阶段,公立医院改革遵循不一样的制度逻辑,但都出现了制度困境:制度安排与制度环境耦合性弱,公益性与效益性徘徊,管理体制失衡,财政投入机制与控费机制错位失位等。建议在制度环境上为公立医院的自发改革创造条件,使诱致性制度变迁的内在动力嵌入强制性变迁中;政府与市场良性互动,形成医疗服务市场合理有序的竞争格局;改革对医疗服务体系内部激励有重要影响的支付方式等将是公立医院改革的可选路径。

【关键词】公立医院;历史演进;制度困境

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2016.01.005

Public hospital reform: Historical evolution, institutional dilemma and the paths selection

WU Feng-lan¹, SHEN Yong²

1. College of economics, Shenzhen University, Shenzhen Guangdong 518060, China

2. Shenzhen Party School, Shenzhen Guangdong 518034, China

【Abstract】 From the Government's fully guarantee stage to the stage of independent organization of medicine, then to the market-oriented reforms and the new health care reform exploration stages, the public hospitals reform follows different institutional logics, but the institutional dilemma have emerged at all stages including the little coupling between the institutional arrangements and environment, the public welfare and benefit wandering, the management system instability, and the breakdown of the financial investment and control costs mechanisms. The Government should elaborate conditions for the spontaneous public hospitals reform on the institutional environment in order to embed intrinsic motivation of the induced institutional change into the imposed institutional change. There should be positive interaction between the government and the market in order to form a reasonable and orderly competitive landscape to the market of medical services. Payment should be reformed which has significant influence on internal medical service system incentives.

【Key words】 Public hospital; Historical evolution; Institutional dilemma

为保障和增进公民健康,很多国家和地区采用公立医院这种制度安排。^[1]作为不以营利性为目的的公益性事业单位,我国公立医院承担着重要的社会责任,为大多数居民提供基本医疗服务。在市场经济体制改革大环境下,公立医院改革则处于被动性适应状态,逐利成为最优选择,公立医院逐步脱离公益性的运行轨道,问题与矛盾日益凸显。2010年,

公立医院管理体制、运行机制、补偿机制、监管机制以及区域规划制度等一系列改革措施出台,旨在为公立医院运行提供保障,对公立医院履行社会职责进行激励与约束。从国际上公立医院改革的历史与发展来看,公立医院改革包括宏观层面(即如何建立科学的制度安排)和微观层面(即如何提高医院内部管理运行绩效)。因此,从制度主义视角分析公立

* 基金项目:国家社科基金一般项目(15BJL113);国家社科基金青年项目(13CGL138);广东省哲学社会科学“十二五”规划项目(GD13CYJ03)

作者简介:伍凤兰,女(1972年—),博士,副教授,主要研究方向为公共经济学。E-mail:wuredred@163.com

医院改革较为适宜。

公立医院改革试点启动以来,在改革目标、原则、内容等方面已取得重要进展。然而,这种模式是否能将公立医院导向健康发展的“公益性”道路?同时,一些深层次的问题显现,深化改革仍面临诸多制度困境,在体制机制改革的具体路径、实现形式与政策选择等方面仍存在分歧^[2],试点城市政策的多样性也反映出对改革路径的不同理解,具有广泛共识的改革路径与突破口有待形成。

1 公立医院改革的历史演进

纵观我国公立医院的建立、发展与改革,其演变历程是相关制度安排不断出台、完善与变更的过程。政府财政补偿是其控制与管理公立医院的核心手段,本文以补偿机制为主要线索,将公立医院改革分为四个阶段。

1.1 政府全面保障阶段(1949—1984 年)

最初的公立医院主要由接收的旧政府公立医院与野战医院组成,基础较为薄弱,采用前苏联“管办一体”式的管理体制。1950 年,国家召开第一届全国卫生工作会议,提出建立三级医疗卫生服务网络。1951 年,《关于健全和发展全国卫生基层组织的决定》提出对公立医院实现“统收统支”管理,此后,为调动公立医院的积极性,政策相继调整为“以收抵支、差额补助”、“全额管理、差额补助”,但医院管理层经营自主权十分有限。1960 年,政策调整为“全额管理,定向补助,预算包干”。“文化大革命”期间,强调医疗机构的福利性,但医疗资源普遍落后,且未得到充分利用。1979 年,《关于加强医院经济管理试点工作的意见》提出“全额管理、定额补助、结余留用”。20 世纪 80 年代初期,一系列关于公立医疗机构经营管理的政策先后出台,公立医疗机构因经费不足而运营困难的局面逐步得到改善。

从新中国成立时的国民经济恢复、发展到向市场经济转轨初期,是公立医院系统建立和改革孕育的重要阶段,政府通过对医疗服务价格的管制等强制性手段,使公立医院得以正常经营与运作,公立医院成为基本医疗卫生服务供给的最主要方式。同时,实施了与之匹配度较高的医疗保障制度(劳保和公费医疗制度),以此来实现基本医疗卫生供给的公益性导向。公立医院无需考虑营利问题,单位制的存在对患者与医生的不当行为具有一定约束作

用^[3],受经济发展水平所制约的医疗费用水平并不高,各项相关制度匹配度较高,医患矛盾并不明显。但是,公立医院外部缺乏竞争与成本约束,内部缺乏健全的管理体制与流动机制。

1.2 自主化办医阶段(1985—1991 年)

1985 年,国务院批转原卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》,指出“放宽政策,简政放权”,“改革收费制度”,“补助经费定额确定后,单位有权自行支配使用”,“多方集资,把卫生工作搞活”,“支持开业行医等方面的措施”,这标志着医疗卫生体制改革拉开帷幕。1989 年,《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》进一步提出通过市场化来拓宽卫生事业的发展道路。1990 年,全国卫生工作会议召开,将公立医院的承包经营责任制视为综合目标管理责任制。

在经济体制改革过程中,由于政府的“放权让利”,公立医院的定位导向和运营模式迅速向市场化与民营化方向发展,医疗服务供给方面加强了医院的自主性。“放权让利”从本质上可以视为一种市场化的工具,首先,在减少政府财政支出规模的同时,公立医院成为医疗卫生市场的主导者与垄断者,“自我生存能力”渐强,逐利动机进入医院管理者的决策中,出现供方诱导需求现象,缺乏提高服务质量与降低价格的约束力,公益性逐步淡化。这一时期,需方支付能力下降,患者与医院均参与控费过程,医患合谋成本的存在约束着医院过度牟利,医患博弈结果的不均衡初显端倪。其次,政策引导多元化办医格局初步形成,基本医疗服务水平得到提升。但是,公立医院改革并无系统性的总体框架设计,如从体制上看,公立医院属于事业单位,而政策导向已使其演变为类似国有企业的组织,公立医院定位模糊,民营医疗机构发展也很缓慢。

1.3 市场化改革阶段(1992—2008 年)

1992 年,党的十四大确定建立社会主义市场经济体制。同年 9 月,国务院下发《关于深化卫生改革的几点意见》,提出“使单位真正拥有劳动人事安排权、业务建设决策权、经营开发管理权和工资奖金分配权”,明确了医疗卫生体制引入市场机制的改革方向,产权交易、合同外包、公私伙伴关系等市场机制出现在公立医院改革中,政府对医疗服务供给的管制逐步放松。1997 年,《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》出台,强调“建立起有责任、有激

励、有约束、有竞争的运行机制”，“进一步扩大卫生机构的经营管理自主权”，“调整医疗机构收入结构”，明确公立医院财政补偿范围，对人员经费、重点学科发展给予一定比例的补助。1998年、2003年和2007年，城镇职工医疗保险、新型农村合作医疗以及城镇居民基本医疗保险制度相继建立，公立医院作为医保基金补偿的主体，事实上形成了财政资金的间接补偿。

在经济体制改革深入的大环境下，公立医院改革的相应制度安排开始引入市场机制，公立医院经历着“福利型向经营型”的转化过程。^[4]政府逐步利用多元化、市场化的政策工具引导公立医院的发展方向^[5]，医疗卫生事业发展迅速，2003年，全国卫生总费用占GDP比重为5.6%，接近中等收入国家水平，公立医院占医疗机构总数的96%^[6]。占据垄断的公立医院在政府管制与财政补贴缺失中开始自负盈亏，运行成本显著上升，追逐“经济效益”成为公立医院的最优选择，医院间无序竞争格局形成，“守门人”制度不复存在，其公益性加剧弱化；受制于绩效考核而又得不到合理补偿的医生逐利动机增强；患者处于预算软约束状态；这一阶段医疗保险市场碎片化，医疗保障水平正经历着从极低到不高的转换，需方支付能力有限；对患者与医院的约束机制双双缺位，有效监管机制解体，治理结构失衡，“看病贵、看病难”问题凸显，医患矛盾日益严峻。

1.4 新医改探索阶段(2009年至今)

2009年，中共中央、国务院颁布《关于深化医药卫生体制改革的意见》，新一轮医药卫生体制改革开启。2010年，原卫生部等五部门联合颁布《关于公立医院改革试点的指导意见》，同年2月，16个国家联系试点城市公立医院综合改革全面启动（后增至17个城市）。国务院印发的《深化医药卫生体制改革2012年主要工作安排的通知》指出公立医院改革的主要任务是坚持公益性；探索政事分开、管办分开的有效形式；建立科学的管理结构及经营方式；提高医院服务效率，降低医疗卫生费用。2015年4月，《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》进一步强调坚持公立医院公益性。这一阶段，改革公立医院补偿机制与建立法人治理结构成为重点。

在补偿机制改革层面上，政府财政补偿范围得到明确，破除“以药养医”。公立医院收入由传统的药品加成收入、服务收费以及财政补助三个渠道逐步改为服务收费、财政补助两个渠道。与此同时，因为医疗保障体系的广覆盖，医保资金事实上形成了政府财政对公立医院的间接补偿。各试点医院通过调整医疗技术服务价格、增设药事服务费、增加政府财政投入等进行了探索。2012年7月，深圳成为全国第一个取消药品加成制度的城市，财政补助由2009年的17.7%上升到2014年的23%，预期到2017年药占比可下降至30%以下。北京市先后在友谊医院、朝阳医院、同仁医院、天坛医院和积水潭医院5家医院实行以“医药分开”为核心的试点改革，试点公立医院门诊医保患者的药占比由2002年的70%下降到2014年的58.8%。2013年，上海市公立医院财政补助占比为10.46%，同比下降22.71%；药占比为37.83%，同比增长10.16%；2009—2013年，药品加成收入逐年增加，年均增长9.01%，药品加成率则由16.46%下降到14.80%。县级试点公立医院方面，以湖北省县级人民医院为例，2013年，财政补助占比同比下降20.73%；药占比由2011年的37.1%下降至2013年的32.7%^①。取消药品加成等措施给患者减轻了一定负担。但是，财政直接投入不足、医疗服务价格不合理等一系列问题仍有待探索与解决。

在建立法人治理结构层面，各试点城市公立医院改革主要借鉴新加坡、香港的公司化管理模式，其中广泛试行的主要有三种：以潍坊市、北京市为代表的卫生局内医管系统体制改革，形成类似公司的法人治理结构，原有分管卫生部门只负责宏观政策制定与监督，公立医院的管理运营工作由新成立的医院管理部门负责，形成政府、主管单位、医院的三层监管体系。以无锡市、深圳市为典型的市属医管系统体制改革，将公立医院从卫生行政部门剥离出来，单独成立的管理机构直接向国资委或市政府负责，以此来解决公立医院管理主体缺失的问题。以上海市、镇江市为代表的医疗集团系统体制改革，改革后的公立医院系统实施集团化战略，公立医院集团代表政府出资人利益，仍保持非营利性质，通过建立法人治理结构，发挥集团化优势，整合优化医疗卫生资源，实现配置效率的提升。^[7]各地实践探索的成效主

① 数据根据各地卫计委或医管中心等网站整理得到。

要体现在公立医院增加了运营自主权、保障了公益性、提高了与政府主管部门的沟通效率等方面,但也伴随着新的问题出现,如政府对于公立医院的出资人与管理人的角色定位并不明晰,办医机构的转移则从另一层面增加了行政成本,集团化发展战略也可能不利于公平竞争的医疗服务市场形成等。尽管如此,总体来看,从最初的政府全面保障到正在实施的新医改,相应制度的调整与变迁在其特定时刻都显得尤为必要与迫切。

2 公立医院改革的制度困境

一个完善的制度不仅包括决策形成与执行过程,还包括制度的自我修复和调整机制。制度设计的理想主义与制度实践的非理想主义是产生制度困境的根本原因。现实的制度框架中每一个具体制度安排既要彼此融合、目标一致,同时每一具体制度安排又要保证公平性、可执行性以及符合效率原则的统一。^[9]

2.1 制度安排与制度环境的耦合性弱

制度环境很大程度上决定着制度安排的有效性,并对制度的合理性起着基础性作用。合理的制度安排及有效的实施机制会带来制度绩效,制度绩效不仅取决于制度本身的普适性,还取决于与其他制度设计的匹配性,以及与嵌入其中的制度环境的耦合性。世界银行将影响医院运行的制度环境划分为市场环境、筹资和支付制度、政府治理等三方面。

从政府全面保障阶段到新医改探索阶段,公立医院所处的制度环境发生了深刻的变化。市场化改革之前,公立医院尽管存在着效率低下等问题,但政府通过财政投入保证人员支出以及设施设备的配置,通过按成本甚至低于成本收费的医疗服务价格制度等控制医疗费用,保证了公费、劳保、农村合作医疗等医疗保障制度的低水平支出,促进收支平衡。在计划经济体制向市场经济体制转轨的过程中,政府财政对医疗卫生的投入逐年减少,卫生事业费占财政支出的比重从“七五”到“十五”期间依次为 2.53%、2.37%、1.98% 和 1.83%^①,公立医院被归为有条件自收自支单位。伴随市场化程度的加深,面临越来越多市场化的交易对象,公立医院运用其技术上的信息不对称与政策上的垄断性实现其逐利动机,医疗设备竞赛出现,公立医院加剧分化,无论

是针对患者的需方政策,还是针对医院的供方政策,或是针对医疗保险机构的支付方政策以及针对供应商的外围政策等各类综合改革措施成效并不显著。当前公立医院改革试点探索过程中,不同公立医院改革实践模式的形成与其所在地区的社会经济以及政府管理等制度环境密切相关,制度环境不同,形成的经验模式也不同,因而,仅有一系列中央层面的制度安排并不能满足需要。

制度环境为公立医院的生存和发展提供基础与支撑,面对职责缺失的政府与强大的市场,公立医院寻求制度环境的薄弱环节来摆脱其制约。公立医院改革,本质上是重建新制度安排的过程,其演变历程,可以视为公立医院与制度环境博弈的制度变迁过程。如果制度设计不合理,与制度环境耦合性弱,那么就会付出很高的交易成本。制度安排需随制度环境的变化而变迁,适宜的制度环境是保证公立医院良性运转的外在动力,机制创新是实现合理制度安排的内在核心力量。^[10]

2.2 公益性与效益性难以兼顾

公立医院承担着政府所赋予的实现防控疾病、保障与改善全体居民健康水平的公共服务职能,两者的关系是基于权利与义务的委托—代理关系。具体而言,政府主要通过以下几种方式履行其主要职责:通过举办公立医院提供基本医疗卫生服务;介入公立医疗筹资与分配过程,实现再分配体制与风险分担机制;对公立医院实施调控与监管以保障其公益性质。公立医院是我国医疗卫生服务供给体系的主体,在理论上有着清晰的功能定位,即承担政府赋予的公益职责。按其责任边界,公益性目标应包括医疗资源的可及性、医疗费用的可接受性以及医疗服务的适当性。

但在实践中,随着市场经济的发展,政府对公立医院的管理职能弱化,公立医院从政府行政附属机构变成拥有部分剩余索取权的独立运行的经济体,过度追求微观效率,其市场定位与社会定位存在较大差异,激励机制与公益性质存在严重偏差,主要体现在:政府对公立医院的管理责任主体不明确,以致公立医院成为了“营利性”的非营利机构;政府管理职能分散,存在“碎片化”现象,缺位与错位并存,成为制度安排不相容的重要体制性根源;政府财政补

① 根据历年《中国卫生和计划生育统计年鉴》数据整理得到。

偿力度减弱,公立医院难以在公益性与效益性之间找到平衡点;过度市场化使公立医院专注于经济效益,从而削弱其本应承担的某些社会功能,偏离公益性轨道。^[11]

从政府全面保障阶段的“社会卫生福利事业”,到自主化办医阶段的“有公益性的社会福利事业”,从市场化改革阶段后期反思调整的“市场化非医改方向”,再到新医改探索阶段的“回归公益性职能”,历次改革维度正是公立医院平衡“公益性”和“效益性”的关键。

2.3 管理体制的失衡

世界上较多国家的公立医院在开始兴办阶段都是政府统一筹资和举办,实施“政事合一、管办合一”的集中管理模式。随着社会经济发展,主体缺位、权责不明等带来的问题凸显,公立医院管理体制改革成为困扰各国的重要议题,多数国家的改革围绕着公立医院的产权与经营管理权方面展开,如澳大利亚的私有化体制改革,德国的集团化体制改革,新加坡的公司化体制改革,以及法国的自治机构改革。政府全面保障阶段,公立医院管理体制主要采用前苏联“管办一体”模式;20世纪80年代开始,公立医院开始围绕着产权和经营权进行内部治理机制改革,在社会经济基础不足与政府“多给政策少给钱”、“三补政策”的背景下,失衡的治理结构迫使医院牟利并得以自我强化,行业标杆不断推高,政府开始重新反思公立医院的管理体制改革问题。

公立医院管理体制主要涉及政府内部各部门、各层级之间以及政府与公立医院之间的权责关系。传统体制的旧模式已被打破,遗留问题尚未得到解决,新治理模式又远未成型,管理体制与医院运作机制之间的矛盾日益凸显。管理权“碎片化”,政府职责不清、责任不明,越位、错位、缺位同时共存,整个医疗服务市场乱象丛生,治理失效最直接的体现是“次品医疗”的出现。新医改探索阶段,公立医院管理体制在管办分开、政事分开、所有权变更等方面进行了有益的实践,基于不同的地方经济社会发展环境而形成不同模式。

公立医院的公有产权存在事实上的“所有者缺位”,政府内部组织多层级管理使公立医院委托代理链过长,进一步弱化产权约束,政府对公立医院所有权安排上是“超弱”控制,扮演“消极拥有者”角色。^[12] 监督机制的缺位,使政府又强化对公立医院经

营者的约束,表现为行政上的“超强”控制,出现了公立医院改革在去行政化与再行政化之间反复摇摆。^[13]

2.4 财政投入机制与控费机制的错位失位

为保障公立医院正常运转,政府对公立医院进行财政性或政策性补偿,补偿方式影响着医院的行为,补偿力度影响了政府对医院的控制力度。现行公立医院补偿途径主要有政府财政投入、医疗服务收入以及药品加成收入,其中药品加成收入正在逐步消减,部分地区已取消。政府财政补偿力度通常用政府预算卫生支出占卫生总费用的比重、政府卫生支出占财政支出的比重、政府对公立医院的投入占医院收入的比重三个指标来衡量,尽管新医改后政府财政对公立医院的补偿力度逐步加大,但按国际上公立医院改革与管理经验来看,仍处于偏低水平。此外,基于公益性与患者支付能力的考量,政府统一定价的医疗服务收费远低于市场价格,呈现收不抵支之状。经过多次调整与改革的财政补偿制度并未解决深层次问题,财政投入机制的错位使公立医院快速分化的同时,直接助推医疗费用的快速上涨。

在当前医疗卫生服务体系环境中,控费机制的缺失是患者、公立医院、医保机构三大行为主体理性选择的结果,也是有效约束机制缺失的表现。^[14] 医保患者希望在以较低自付金额为标准的前提下尽可能获得更好的治疗;公立医院希望在收入最大化的原则下实现医疗管理部门下达的各种带有公益性的控费指标,以确保下一年度收入水平不下降;医疗保险部门希望实现保险广度与深度以及资金收支平衡。三者不仅均缺乏控制医疗费用的主观动机,而且还存在着在交互行为中相互利用、尽量扩大费用规模的动机。目前控费压力主要在于医疗服务供给方(医院),对需方采取的控费措施只有设置起付线、封顶线等,将控费任务简单推给没有控费动力的主体,毫无疑问,制度将陷入困境,政策目标将会落空。

3 公立医院改革的路径选择

从以“管制”为指导方针到以“放开”为主导思想,公立医院改革遵循不一样的制度逻辑,但都出现了各自的制度困境。在公立医院改革进程中,各利益主体必然会凭借自身关键资源进行博弈,并影响

制度变迁的目标与路径。尽管传统管理模式已被证明低效,但路径依赖的存在,使已形成的多方利益格局在短时期内难以彻底打破。公立医院在整个医疗卫生服务体系中占据了绝对优势,本身并无改革意愿,制度变迁的内生性动力不足;另一方面,市场也没有形成有效的竞争格局,制度变迁的外部推动力不足。基于原有制度无法自我完善,而制度环境变革相较于制度安排而言要缓慢许多,因此,在改革路径的选择上,只能用强制性制度变迁方式去推动新制度的建立与发展,以此缓解各方利益冲突,实现帕累托改进。但是,随着边际效应的降低,如果仅仅依靠强制性制度变迁,则会产生较高的改革成本,因此,政府应在制度环境上为公立医院的自发改革创造条件,使诱致性制度变迁的内在动力因素能嵌入强制性变迁中。短期内,进行制度设计时必须考虑到制度安排与制度环境的兼容性与耦合性;但在长期中,制度安排会渐进地影响制度环境,因而要考虑其引导制度环境向改革预期目标变迁的作用。

无论从国外实践还是我国的历史经验来看,放松对公立医院的直接管制,引入社会力量,导向市场竞争,是符合医疗发展客观规律的。^[15]目前,基本运营环境处于政府和市场“夹板”之中的公立医院,收入主要由政府控制,支出价格则基本上由市场决定,医院通过控制和调整生产效率与治疗效率来实现其生存策略,由此引发的诸多弊端备受诟病。借鉴国际上通常采取合理发展民营医疗机构,建立有序竞争的服务体系等形式来解决医疗资源不足和效率不高的问题,政府在放松直接管制的同时,应采取多元化办医的手段,发挥民营医院优势,引发“鲶鱼效应”,通过有效的竞争机制来促进公立医院的良性发展;应推动社会医疗保险经办业务的市场化,建立适应市场竞争机制的医保支付机制,让医保机构和参保者能够拥有更多的选择权,促使公立医院控制成本、不断提高医疗服务水平。在市场经济体制下,医疗卫生产品的供给不仅受到市场机制的调节,也因其准公共产品特性必然要受到政府的干预,只有二者的良性互动,使国家医疗服务体系既有政府干预的公平性,又有市场的高效性,最终形成合理有序的

竞争格局,才能促进医疗资源的高效配置,保证公立医院的公益性与可持续性。^[16]

参 考 文 献

- [1] 鞠成伟. 论社会权利保障的理论基础及制度创新[J]. 求是学刊, 2014, 41(1): 85-91.
- [2] 代涛. 我国公立医院改革的进展与挑战[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(8): 1-7.
- [3] 谢宇. 试析单位制度对我国公立医院的影响[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(2): 41-45.
- [4] 李卫平. 公立医院的体制改革与治理[J]. 江苏社会科学, 2006(5): 72-77.
- [5] 何谦然, 邓大松, 李玉娇. 中国公立医院改革历程的公共政策评估[J]. 社会保障研究, 2014(1): 3-12.
- [6] 国家卫生和计划生育委员会. 2014 中国卫生和计划生育统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2014.
- [7] 付强, 张誉铮, 宋文舸. 我国公立医院管办分开模式评析[J]. 中国医院管理, 2015, 35(8): 1-4.
- [8] 孔令大, 刘国恩, 刘明, 等. 公立医院管理体制改单研究[J]. 中国卫生事业管理, 2014, 20(3): 164-168.
- [9] 刘卫东, 徐国成. 中国公共产品政府供给的制度困境与创新[J]. 东北师范大学报: 哲学社会科学版, 2015(1): 124-128.
- [10] 马晓伟. 坚持公益性方向, 探索有中国特色的公立医院制度[J]. 求是, 2010(24): 52-54.
- [11] 赵建国, 廖藏宜. 我国基层公立医院管理体制改单实践模式分析[J]. 财经问题研究, 2014(12): 124-130.
- [12] 陈祥槐. 公益导向的公立医院治理机制研究[M]. 北京: 经济科学出版社, 2013.
- [13] 顾昕. 摇摆于再行政化与去行政化间[J]. 中国医院院长, 2012(12): 64-66.
- [14] 姚宇. 控费机制与我国公立医院的运行逻辑[J]. 中国社会科学, 2014(12): 60-80.
- [15] 王晓玲. 中国医疗市场政府管制的历史演进及制度反思[J]. 中国经济史研究, 2012(12): 113-119.
- [16] 周国军. 市场机制下公立医院医改探讨[J]. 当代经济, 2014(6): 28-29.

[收稿日期:2015-11-10 修回日期:2015-12-27]

(编辑 刘博)