

新医改背景下地级市公立医院发展策略与路径分析

——以 A 市为例

郭晓艳^{1*} 江蒙喜² 伍志刚³ 陈欢欢²

1. 中南大学湘雅公共卫生学院 湖南长沙 410078

2. 国家卫生健康委员会卫生发展研究中心 北京 100191

3. 中南大学国际合作与交流处 湖南长沙 410083

【摘要】目的:探索新医改背景下地级市公立医院发展的策略和路径,为地市级公立医院突破发展困境提供政策参考。方法:采用文献评阅、定量分析和定性访谈的方法,收集与医院相关的资料和数据,分析 A 市医院发展现状。结果:A 市共有 7 家公立医院,医院发展有政府支持、医疗基础、区位优势、百姓就医需求,但也面临顶层设计不足、体制机制不健全、优质资源不足、信息化建设滞后的挑战。建议:以医疗专科建设为切入点,通过政府宏观规划、改革医保支付、健全体制机制、实现集团化发展、做好绩效考核,从而实现医院服务能力的提升。

【关键词】地级市; 公立医院; 医疗专科

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.08.006

Analysis of the development strategies and paths of municipal public hospitals under the background of New Healthcare Reform: A case study of city A

GUO Xiao-yan¹, JIANG Meng-xi², WU Zhi-gang³, CHEN Huan-huan²

1. Xiangya School of Public Health, Central South University, Changsha Hunan 410078, China

2. National health development research center, National Health Commission, Beijing 100191, China

3. Office of International Cooperation and Exchanges, Central South University, Changsha Hunan 410083, China

【Abstract】 Objective: To explore the strategies and paths for the development of municipal public hospitals under the background of the new healthcare reform, and to provide policy references for the breakthrough of developmental predicament in other municipal public hospitals in other cities. Methods: Applying the literature research, quantitative analysis and qualitative interview methods were used to collect data related to hospitals, and to analyze the development status of city A hospitals. Results: There are 7 public hospitals in A city. Hospitals in City A are supported by the government, medical foundation, great location advantages and people's medical demand. However, they also face the challenges of inadequate top-level design, imperfect system and institutional mechanism, insufficient resources of good quality, and lagging information system establishment. Suggestions: Taking medical specialty construction as the breakthrough point, this paper puts forward the development strategies and paths to stimulate the vitality of hospital operation through government-led planning and assessment, medical insurance payment reform, the system and institutional mechanism improvement, the realization of collective development, so as to achieve the performance appraisal of an improved medical serviceability.

【Key words】 Municipal; Public hospitals; Medical specialty

地级市公立医院在全国三级医院中占比最高,是缓解看病难、看病贵,提升医疗服务能力的主力军之一。随着公立医院综合改革和分级诊疗政策的逐

步推进^[1],在逐渐强大的县级医院与实力强大的省部级医院夹缝中求生存的地级市公立医院急需优化升级。2018 年 10 月,国家卫健委发布《关于印发全

* 作者简介:郭晓艳,女(1995 年—),硕士研究生,主要研究方向为医院管理。E-mail:honeyguo@csu.edu.cn
通讯作者:江蒙喜。E-mail:15201576634@163.com

面提升县级医院综合能力工作方案(2018—2020年)的通知》提出,到2020年,500家县医院(包括部分贫困县县医院)将达到“三级医院”服务能力要求。虽然当前个别地级市医院已经意识到其发展困境,但尚未引起足够重视,也并未从整个市域层面提出针对性的解决办法。^[2]面对新的形式,如何实现医院持续健康发展是地市级政府和医院必须思考的首要问题。因此,本文以A市为例,首次从市域层面分析新医改背景下公立医院的发展策略与实施路径,为地市级公立医院突破发展困境提供政策参考。

1 文献回顾与述评

医院发展战略研究备受青睐^[3],赫尔米格认为医院发展战略应根据当地医疗服务需求、医院规模、教学状况等情况的不同而作出不同的选择^[4],如韩国国立大学医院选择差异化战略而放弃盲目扩张^[5]。此外,医院内部精细化管理也是研究的热点,如通过探讨医院学科建设^[6]、薪酬绩效^[7]、信息化建设^[8]、后勤管理等方面对医院发展的影响提出相应的措施。当然,公立医院的发展离不开政策支持,政策制定者和监管者使用政策和监管手段进行干预时,应基于医院的实际情况^[9]。近年来,区域医疗发展战略探索和实践成为新热点。^[10]随着我国医联体、医共体拔地而起,多家医疗机构组建一盘棋,依托医院间集团化发展,如安徽天长市组建医疗机构间利益、权责、服务共同体。实现区域医疗资源共享成为新趋势,县域医疗强起来,地级市医疗的发展方向成为值得探讨的问题。因此,医院的发展策略和路径,不仅需要从医院自身发展战略与内部管理入手,还需要从整个区域层面加以考虑。

2 资料与方法

本文采用文献述评、定量分析和定性访谈的研

究方法。以“医院发展”、“公立医院”为关键词在知网、Web of Science等数据库检索相关文献,同时查阅近五年来国务院以及原国家卫计委、省卫计委、A市卫计委官方网站上发布的与公立医院相关的政策,以及A市经济社会发展规划,梳理公立医院发展外部环境。收集2013—2017年A市公立医院卫生财务报表、2017年省内医院DRGs绩效分析简报、区域内2016年香港艾力彼地级城市公立医院排名、政府民意调查表,描述性分析A市公立医院经济运行、服务能力、民意倾向等情况。2018年8—12月,对A市政府相关部门、卫生行政管理者、7家医疗机构管理者、医务人员进行深入访谈,访谈内容为A市医疗卫生发展规划、各医院专科发展规划、各医院人力资源建设规划、各医院发展面临的体制机制束缚问题以及解决问题所需的政策与途径等,访谈录音由专人负责转录。

3 结果

3.1 基本情况

A市是G省内面积最大、人口最多的城市。截至2017年年底,全市户籍人口974.25万人,人均生产总值29389元。共有7家市属医院,分别是人民医院、中医院、妇幼保健院、精神病医院、肿瘤医院、皮肤病医院和五院。2017年在职工6205人,编制床位5977张,实际开放床位6759,病床使用率为95.46%,门急诊人次数为234.95万人次,出院人数为15.35万人次。在医院服务能力方面,2017年A市人民医院疾病疑难系数(CMI)为0.98,DRGs组数为674,四级手术占比为1.98%,远超过其他医院,是全市的龙头医院(表1)。A市城市公立医院共有省级临床重点专科3个,市级重点专科23个,没有国家级临床重点专科(中医院除外)。

表1 2017年A市公立医院情况

| 医院 | 等级 | 人数 | 开放床位/张 | CMI | DRGs组数 | 四级手术占比/% |
|-------|------|-------|--------|------|--------|----------|
| 人民医院 | 三甲综合 | 3 000 | 3 400 | 0.98 | 674 | 1.98 |
| 中医院 | 三甲专科 | 381 | 380 | — | — | — |
| 肿瘤医院 | 三甲专科 | 500 | 550 | 0.8 | 345 | 0.73 |
| 妇幼保健院 | 三甲专科 | 935 | 530 | 0.75 | 330 | 0.00 |
| 精神病医院 | 三甲专科 | 787 | 1300 | 0.89 | 131 | 0.00 |
| 五院 | 三甲专科 | 502 | 500 | 1 | 345 | 0.34 |
| 皮肤病医院 | 二级专科 | 100 | 99 | — | — | — |

数据来源:G省医院DRGs绩效分析简报(2017年)

3.2 面临的机遇

随着经济的迅速发展、医疗保障的不断完善,医疗服务需求进一步释放,对医疗的供给和服务能力提出了新的要求,医院发展面临较多机遇,具体如下。

3.2.1 政府高度重视医疗卫生工作

政府的支持是公立医院最大的发展助力。国务院办公厅印发《关于建立现代医院管理制度的指导意见》(国办发[2017]67号)明确了政府对公立医院的举办职能,并列出政府的权力清单,包括行使公立医院举办权、发展权等。近年来,A市市委、市政府把公立医院综合改革作为保障和改善民生的重要举措,以前所未有的决心和力度推进改革。A市围绕公立医院改革共出台20余个文件,明确了设立公立医院专项发展资金、化解公立医院长期债务、实行编制备案制、药品购销“两票制”、医保支付方式改革等一大批新政,同时,抽调财政、人社、医保、物价等部门人员在市医改办集中办公,提高改革效率。

3.2.2 A市拥有坚实的医疗发展基础

公立医院发展良好,拥有坚实的医疗基础。首先,A市医院医疗服务能力位居省内前列,人民医院在省内推行的DRGs综合评价排名中位列全省公立医院第三、地级市公立医院第一。其次,随着全面取消药品加成,同步调整服务价格,A市公立医院收支结构逐步趋于合理,运行呈两升两降态势,即药品收入占比、百元收入耗材不断下降,医疗服务收入占比、人员经费支出占比逐年上升(表2)。此外,还有国内知名医院的对口帮扶,如首都医科大学附属北京中医医院帮扶A市中医院、北京大学第三医院和北京医院帮扶A市人民医院等,这为医院发展打造了坚实的基础。

表2 2013—2017年A市公立医院收支结构情况

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 药品收入占比/% | 42.73 | 40.20 | 39.33 | 38.85 | 34.00 |
| 医疗服务收入占比/% | 26.78 | 26.61 | 25.84 | 25.05 | 28.39 |
| 百元收入耗材/元 | 28.01 | 27.97 | 28.56 | 28.64 | 27.35 |
| 人员经费占业务支出比例/% | 25.47 | 28.35 | 29.64 | 32.47 | 34.47 |

数据来源:A市卫生计生财务年报

3.2.3 A市区位优势明显,发展空间充裕

A市地处四省通衢区域中心,是区域内面积最大、人口最多的城市。根据2016年香港艾力彼地市级医院排名,周围300公里内尚无龙头医院出现,区域内各医院重点专科呈现错位发展特点,仍缺少肿瘤科、精神科、呼吸科等强势专科,尤其是没有老年

病科、康复科等龙头专科,这正是A市发展医疗卫生服务的空间。

3.2.4 A市民意调查情况

据一项政府民意调查显示,在接受调查的6000名市民中,32.6%的市民对健康医疗不满意,30.9%的人希望“加大异地就诊报销费用比例”。据了解,2018年1—9月,人民医院患者外转6660人次,占总出院人数的8.86%。尽管A市有良好的医疗基础,但百姓外出就医逐年增加,疾病经济负担加剧,当前医疗服务并不能满足百姓就医需求,A市亟需提升本地医疗服务能力。

3.3 面临的挑战

A市公立医院发展有良好的政治环境、坚实的医疗基础、百姓迫切的就医需求和天然的区位优势,但面临的挑战仍不容忽视,具体如下。

3.3.1 医院发展顶层设计不足,医院之间“相互竞争”现象凸显

当前A市公立医院发展思路尚不清晰,“相互竞争”现象严重,其根源在于政府对公立医院发展顶层设计不完善。从访谈来看,人民医院的中医康复科为省级临床重点专科,同时中医院和精神病医院也主打中医康复。这种专科“相互竞争”现象在A市公立医院间普遍存在。由于政府主导、卫生部门监管缺位,各医院之间恶性竞争、盲目规模扩张,使专科发展过于分散,内耗严重。此外,人民医院作为龙头医院,通过医联体、专科联盟等形式在市域内扩大市场,在一定程度上虹吸大量市域内常见病患者及优秀医疗人才,致使市属其他医院服务能力越来越弱。

3.3.2 医院外部环境不断变化,交通便利带来新挑战

A市地处区域中心位置,随着环境的变化及交通更加便利,A市公立医院不仅面临省部级医院和实力逐渐增强的县级医院挑战,还要面对实力雄厚的周边地级市医院。一方面,县域综合医改在全国推开以来,至2018年,全国84%的县级医院达到二级医院水平,县级医院的门诊与住院人次明显增长,全国县域内就诊率达85%左右,逐步实现“大病不出县”。在分级诊疗模式下,大批小病、慢性疾病等医保患者被大量分流到县、乡、社区卫生服务机构,一定程度上影响了地级市公立医院的病源。同时,省级大型医院逐渐与县级医院形成平台战略联盟,地市级公立医院生存空间被严重压缩。^[11]另一方面,周边地级市公立医院实力雄厚,A市医疗核心竞争力

不足。据香港艾力彼医院管理研究中心发布的《2016年中国医院竞争力·地级城市医院排名》数据表示,在周边四百公里以内地市级医院排名中,A市人民医院居中。根据相关城市规划,2020年A市高铁联通周边四省会城市,到达各市县也更为便利。交通的改善,既能吸引外来患者,也面临患者和优质医疗人才流失的可能,如何增加医疗核心竞争力也是社会发展与交通改善对A市医疗服务的挑战。

3.3.3 医院内部运行压力剧增,医疗发展进入新困境

一是公立医院受医保“双控”和运行目标控制。医保机构为保证基金的安全和有效运行,采取控制医院医疗费用报销总额和次均医疗费用的方式对医院进行管理^[11],然而这种“一刀切”双控并没有考虑疾病种类和难度,迫使医院“抢占”普通患者、推诿重病患者来降低次均费用和控制总费用。^[13]据我国台湾地区、OECD国家的经验表明,总额控费对医疗效率和质量存在负面影响。^[14]同时,受年度业务收入增幅、药占比、百元收入(不含药品)的卫生材料消耗等相关运行目标控制,医院内部经济运行压力越来越大,A市公立医院2017年的收支结余率较2013年下降了近一半,在一定程度上影响了医院的持续发展。二是体制机制尚不健全。首先,政府办医责任不到位,财政补助收入占比逐年下降,2017年占比下降至最低4.3%,甚至不到全国平均水平的一半。其次,A市医院未建立符合医疗行业特点的薪酬制度、绩效评估制度等,导致医护人员对改革积极性不高,部分公立医院院长在推进改革方面有畏难情绪,转方式、调结构的意识不强,医院改革内生动力不足。

3.3.4 医院优质资源总量不足,区域信息化建设滞后

A市医院高层次人才明显不足,科研平台有限,尚无甲类医用大型设备,区域信息化建设滞后,优质资源总量不足。城市公立医院在职职工共有6025人,其中中高级职称597人,占9.62%;硕士研究生及以上学历共有655人,占10.56%,其中博士不足30人。受高层次人才和大型设备限制等资源限制,A市医学前沿技术有限,对科研能力的提升造成严重影响,学科发展滞后。此外,目前市域内并无统一医疗信息化平台,虽然各家医院已经形成一定基础的信息平台,但系统间信息孤岛现象严重,各家医院数据质量参差不齐、技术无法同质化。

4 发展措施与路径

公立医院的发展需要顺应医改的方向,强化自

身竞争力,关键在于加强医疗质量和医疗技术^[15],留住优质医疗人才,留住疑难患者^[16],下放常见病、多发病患者,促进分级诊疗。基于当前的机遇和挑战,本文认为,A市以公立医院“强专科、强服务”为发展思路,通过政府主导专科规划、解放思想、放权自主、盘活资源,以考核促落地,形成每家医院大专科小综合,全市医院“专科丛林”错位发展局势,共同提升医疗服务水平,凝聚医疗核心竞争力。具体实施路径如下所述。

4.1 政府主导公立医院专科发展规划

专科发展规划是公立医院发展最有效的顶层设计。整合全市医院专(学)科资源实现错位发展、优势互补,是推动专科和人才队伍建设的重要途径之一。首先,做好政府宏观规划,统筹布局各医院专(学)科资源。由政府主导和考核、卫生行政部门制定和监管专科规划。专科规划中综合考虑疾病谱的变化、当地百姓的健康需求和医院优势专科医疗资源,根据专家评审结果和各医院发展意向,以打造国家临床重点专科为突破口,带动相关专科发展,实现各医院强势专科错位发展,从而避免各家医院相互竞争现象。其次,在确定各医院错位发展的专科后,对重点专科、优势专科、潜力专科、特色专科实现分类管理,分层发展,逐步破解医院专科建设的体制机制障碍、绩效考核、经费投入、人才培养、资源整合、平台建设、管理模式等关键问题。最后,各家医院在政府规划的基础上,做好符合医院自身发展特点的规划,组建全市专科联盟。最终形成每家医院“大专科,小综合”、全市医院“专科丛林”局面,提高区域医疗核心竞争力。

4.2 医保支付改革促进医疗机构良性运作

医疗保险付费是医疗机构发展的“控制器”^[17],支付方式改革可视为公立医院改革的重要抓手^[18],对医院专科建设有引导性作用。应积极探索科学合理的医保支付与考核评价新机制,实现医保对医院的考核控制指标由限制性向引导性、规范性转变,以此来控制不合理费用的增长,促进医疗技术的发展。美国^[19]、英国^[20]将医疗质量与医保支付相结合,形成医保按绩效支付的方式^[21],以期提高服务质量和医保基金使用率。这提示医保支付结算应以医院医疗服务能力为基础进行控费,其服务能力应综合考虑疾病诊断相关分组组数(DRGs组数)、疾病疑难系数(CMI)、RW值、费用效益指数、时间效益指数、风

险死亡率等指标。实现医保对医疗行为的激励约束以及对医疗费用的控制,倒逼医院强化成本控制、调整收治病源结构,提升医疗专科服务能力,对简单病、常见病进行下放,从而提高医保资金使用效率,切实惠及民生。

4.3 破除体制机制障碍,机构自主管理运行

全面落实现代医院管理制度对于医院自主管理运行,激发医务人员积极性,提高医疗服务水平,提升群众看病就医的获得感有着极其重要的意义。^[22]我国建设现代医院管理制度的核心是医院治理^[23],同时公立医院院长最关注的也是与医院运营相关的改革措施、薪酬制度和院长责权改革^[24]等。因此落实政府办医责任,完善财政投入机制,建立区别对待的分类补偿机制,落实财政补助与绩效考核相衔接机制,构建高效运行决策新机制很有必要。必须界定政府和医院的权责关系,厘清政府的权力清单、责任清单、监管清单和医院的权力清单,规范医院内部管理和决策程序。逐步落实公立医院经营管理自主权,推动公立医院总会计师制度,创新人才编制备案制和考核替代机制,探索建立“定岗定编不定人”的人事管理制度,建立“业财融合”的薪酬绩效制度和激励约束机制^[25],着力体现医务人员技术劳务价值,实现医院内部精细化管理。

4.4 整合资源实现共享,公立医院集团化发展

充分整合利用存量资源,可弥补优质资源不足的缺陷,对专科建设、医疗服务能力提升具有积极的作用。可探索集团化运行模式和机制,统筹协调人、财、物、运营和信息等要素,建立统一、高效的集团化管理体系。^[26]

一是实行信息一体化,为绩效评价提供决策依据。充分整合不同医院的信息系统,解决信息孤岛问题,核心在于医院考核指标的建立以及基础数据质量、完整的保证。^[26]以医院信息质量评估考核为基础,以 HIS 系统和财务系统为平台,由卫健委部门制定标准统一的信息系统接口,建立城市公立医院信息上传制度,各医院信息定期汇总,实现信息系统的互联互通。^[27]依据不同发展阶段的目的,对上传数据进行分析,结果向医院进行反馈,作为医院绩效评价的信息基础。

二是充分整合后勤管理体系,提高内部运行效率。在信息一体化的基础上,从物业、后勤到药品、耗材和器械采购,逐步整合城市公立医院后勤管理

体系。^[28]规划医院的物流管理,可提高内部运行效率和外部谈判能力。不断创新、拓展和优化基础运行管理与服务内涵,以技术创新带动管理创新,以管理创新促进服务创新,不断提升医院运行保障工作效率和效果;运用集团化思维对城市公立医院后勤进行专业化、精细化管理,降低运行成本。积极推行全面预算管理和全成本核算,健全财务报告和财务信息公开制度;全面落实医疗服务和财务信息社会工作制度,向社会公开的医疗服务信息和财务信息。

4.5 强化医院绩效考核,推动医院可持续发展

4.5.1 专科发展与院长年薪挂钩

绩效考核为医疗机构的指挥棒,将专科发展考核结果与院长薪酬、任免及医院工资总额、医保支付、医院评审评价等挂钩,调动全体员工尤其是院长参与改革的积极性,可有效推动医院专科发展工作的落实。强化政府对专科发展情况的考核管理,在公立医院管委会领导下组成考核组,依据专科发展考核指标逐项进行核查,对专科建设实行滚动制管理考核。由相关领域专家对医院 DRGs 绩效、临床水平、专科能力、床位资源、科研进度、人才培养、成果转化等方面作出全面评价^[30],以作为考核城市公立医院专科规划落实情况的决策依据。

4.5.2 考核医保基金地域与病种流向

医保是医院持续发展的重要收入来源。同时,医院凭能力将医保基金留在本地,是人民对当地医疗水平的肯定,达到实现分级诊疗的目的。因此,应积极探索医保基金地域、病种流向的合理比例,基于历史地域、病种流向考核医保基金回流情况,考核医保基金在基层、市域内、市域外的流向情况以及分析医保基金病种流向情况,把考核与分析结果反馈政府与卫健委部门,提出存在问题和改进意见,以考核促进医院医疗水平的全面提升。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 李乐波,俞斯海,张胜利. 地市级公立医院综合改革着重点探究[J]. 中国医院, 2014(1): 28-29.
- [2] 韩丽娟. 医改形势下地市级公立医院的战略选择[J]. 财经界(学术版), 2016(22): 44-251.
- [3] Madorran G C, de Val P I. Strategies and performance in hospitals[J]. Health Policy, 2004, 67(1): 1-13.
- [4] Helmig B, Hinz V, Ingerfurth S. Extending Miles &

- Snow's strategy choice typology to the German hospital sector [J]. *Health Policy*, 2014, 118(3): 363-376.
- [5] Lee M. Competitive Strategy for Successful National University Hospital Management in the Republic of Korea[J]. *Osong Public Health Res Perspect*, 2016, 7(3): 149-156.
- [6] 徐维维, 杨佳芳, 陈浩, 等. 医疗集团内学科合作对不同级别医院发展的影响分析[J]. *中国医疗管理科学*, 2018(6): 31-34.
- [7] Sogaard R, Kristensen S R, Bech M. Incentivising effort in governance of public hospitals: Development of a delegation-based alternative to activity-based remuneration[J]. *Health Policy*, 2015, 119(8): 1076-1085.
- [8] Sultan F, Aziz M T, Khokhar I, et al. Development of an in-house hospital information system in a hospital in Pakistan [J]. *Int J Med Inform*, 2014, 83(3): 180-188.
- [9] 盛放. 创新公立医院管理体制与治理机制[J]. *中国机构改革与管理*, 2013(Z1): 70-72.
- [10] Adamson B J, Crook G F, Girotti M, et al. The creation of strategic alliances: the experience of the London Health Sciences Centre and southwestern Ontario [J]. *Health Manage Forum*, 2000, 13(2): 33-41.
- [11] 揭文妙, 刘爱莲. 分级诊疗对地市级三甲医院的影响及应对措施[J]. *现代医院*, 2017(6): 784-786.
- [12] Chen B, Fan V Y. Strategic Provider Behavior Under Global Budget Payment with Price Adjustment in Taiwan[J]. *Health Econ*, 2015, 24(11): 1422-1436.
- [13] 曾国华, 蒋翠珍, 吴雯雯, 等. 总额预付制对医疗供给行为的作用效应研究述评[J]. *中国卫生政策研究*, 2018, 11(9): 8-14.
- [14] Tung Y C, Chang G M. The effect of cuts in reimbursement on stroke outcome: a nationwide population-based study during the period 1998 to 2007[J]. *Stroke*, 2010, 41(3): 504-509.
- [15] 李静, 李慧颖. 国新医改政策对公立医院发展的影响分析[J]. *中国妇幼健康研究*, 2017(S2): 320-321.
- [16] Thomson R B. Competition among hospitals in the United States[J]. *Health Policy*, 1994, 27(3): 205-231.
- [17] 农圣, 黄二丹, 江蒙喜. 协同医疗服务体系的构建机制分析[J]. *中国卫生经济*, 2017(7): 13-16.
- [18] 袁素维, 刘燕, 朱建征, 等. 我国医保支付方式改革的有效性边界研究[J]. *中国卫生政策研究*, 2018, 11(9): 24-27.
- [19] Rosenthal M B, Fernandopulle R, Song H R, et al. Paying for quality: providers' incentives for quality improvement [J]. *Health Aff (Millwood)*, 2004, 23(2): 127-141.
- [20] Farrar S, Yi D, Sutton M, et al. Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis[J]. *BMJ*, 2009(339): b3047.
- [21] 谢春艳, 何江江, 胡善联. 英国卫生服务支付制度经验与启示[J]. *中国卫生经济*, 2015(1): 93-96.
- [22] 方鹏骞, 苏敏, 闵锐, 等. 中国特色现代医院管理制度的问题与对策研究[J]. *中国医院管理*, 2016(11): 4-7.
- [23] 黄二丹, 李卫平. 法国、澳大利亚公立医院治理分析与启示[J]. *中国卫生政策研究*, 2018, 11(5): 79-82.
- [24] 黄菊. 院长最关注的改革重点: 基于三级公立医院的调查[J]. *中国卫生政策研究*, 2017(11): 41-45.
- [25] 张潘, 陶红兵, 孙杨. 我国公立医院医生薪酬制度改革的逻辑分析——以福建省三明市为例[J]. *中国卫生政策研究*, 2017, 10(6): 33-37.
- [26] 朱士俊, 刘卫荣. 医院集团化的思考[J]. *中国医院*, 2016(10): 24-26.
- [27] 王艳军. 区域卫生信息化建设中利益博弈与合作机制的研究[D]. 太原: 山西医科大学, 2017.
- [28] 姜涛. 宁夏医科大学总医院医院集团信息化建设优化[D]. 银川: 宁夏大学, 2014.
- [29] 朱淑萍, 周崇臣, 王俊杰. 医院集团化发展过程中后勤保障存在的问题及对策[J]. *中国医院*, 2017(12): 69-71.
- [30] 李贤华, 沈洋, 郑战战, 等. DRGs 在多学科诊疗 (MDT) 绩效评价[J]. *解放军医院管理杂志*, 2018(11): 1038-1040.

[收稿日期:2019-02-21 修回日期:2019-05-07]

(编辑 刘博)