

# 论争中的中国医改——问题、观点和趋势

王虎峰

(中国人民大学 医改研究中心, 北京 海淀 100872)

[摘要] 中国新一轮卫生医疗体制改革不仅是要解决当前人民群众呼声很高的“看病难、看病贵”的问题,更重要的,它是在社会主义市场经济条件下所进行的一场涉及卫生服务体系再造、健康干预模式转变和政府公共服务模式创新的深层次改革。在医改进程中,理论和政策取向的论争主要围绕十个方面。中国医改的理论探索充满争议,创新在渐进中前行。

[关键词] 卫生医疗体制改革; 问题; 观点; 趋势

[中图分类号] R197.1 [文献标识码] A [文章编号] 1007-5801(2008)03-0084-06

中国新一轮卫生医疗体制改革(以下简称中国医改)是改革开放 30 年来,中国政府在公共服务领域进行的一次里程碑式的改革探索。中国新一轮医改将对中国事业单位改革和非营利组织发展产生重大影响,在政府公共管理和公共服务模式改革方面具有开创性和借鉴性意义。本文将围绕中国医改涉及的理论研究和重大政策论争,梳理出代表性的观点,给予个人的见解和探讨,并对中国医改的最新进展和基本走向进行分析。

## 一、中国医改问题的由来及其实质

改革开放以来,我国在建立和完善社会主义市场经济方面取得了显著成绩,经济持续快速稳定增长,但在公共卫生和居民医疗服务方面却遇到了困难。从 20 世纪 90 年代以来,农村合作医疗的覆盖率从 1980 年的 63.8% 降到 1989 年的 4.8%。在城

市,随着公费劳保制度转变为城镇职工基本医疗保险制度,原来家属和子女的医疗保障“从有到无”;加上卫生医疗机构改革滞后,“看病难、看病贵”的问题日益突出。2000 年 6 月,世界卫生组织首次在全球对 191 个成员国进行整体量化评估,中国的医药卫生总体水平被排在第 144 位,而卫生公平性竟被排在第 188 位——全世界倒数第 4 位。这是首次量化评估,评估的方法未必科学,评估的结果未必精确,但是这种相对结果仍能说明一些问题。2006 年 3 月,国务院总理温家宝在十届全国人大四次会议上作政府工作报告时说,要突出抓好三个方面的工作,逐步解决群众看病难、看病贵的问题。看病问题已被作为政府的工作重点之一加以安排。党的十七大首次将 2020 年实现人人享有基本医疗卫生保健作为奋斗目标提出,并将解决看病问题作为解决民生问题的一个重要方面给予较大篇幅加以论述,亦足见对看病问题的重视。

[收稿日期] 2008-05-06

[作者简介] 王虎峰(1964-),男,河北武邑人,博士,中国人民大学公共管理学院副教授,中国人民大学医改研究中心主任,研究方向为公共卫生政策、卫生事业管理和卫生医疗体制改革。

## 二、关于医改论争的焦点及其评析

### (一) 关于政府主导还是市场主导的问题

政府和市场谁来主导,实质是如何定位政府管理方式,非公经济能否和怎样介入卫生医疗领域,以及如何利用市场机制的问题。这个选择最终将影响政府投入的效率、政府的责任以及可持续发展的问題。

围绕这一焦点,有学者提出,中国应由政府拨款,建立以“广覆盖、低成本”为原则的全民健康保障体系<sup>[1]</sup>。还有人强调,卫生医疗领域要强化政府责任,包括强化政府的筹资和分配功能以及政府全面干预医疗卫生服务体系的建设和发展的功能<sup>[2]</sup>。与之相对立,一些学者主张以市场为主导,认为医疗改革的最佳模式应是由政府负责筹措基金,而医疗服务的提供则应尽量由管理有序的市场竞争来完成<sup>[3]</sup>。

笔者认为,关于政府主导还是市场主导的争论多是站在经济学的视角来分析医改问题的。如果应用公共管理的理论来分析,则会发现一个新视野,即政府可以用公共治理的价值理念来解决这个问题——建立一个理论分析框架和政策组合框架。中国医改按范畴可分为四个领域:公共卫生、医疗服务、药品生产流通以及医疗保障。应该按照不同领域所提供服务的性质及各自发展的规律,合理发挥政府和市场的作用,科学确定不同领域的政策导向。在不同领域,政府和市场所占的地位和所起的作用应是不同的:在公共卫生领域,政府理所当然要承担主要责任,应该采取公共体制,由财政来筹集资金,由政府来主导;在医疗领域,不管从现实条件来看(我们有国有医院,也有非国有医院),还是从国际经验来看(国外也分营利医院和非营利医院),都应该采取混合体制,既要有政府筹资兴办的医疗机构,也要有非政府筹资的医疗机构;在药品生产流通领域,药品的生产和流通应该主要交由市场来解决,而政府主要对准入资格、价格和质量标准等进行监管;在医疗保障领域,可区分不同层次,医疗救助、社会医疗保险、商业健康保险分别由政府承担、国家集体个人分担、个人承担市场运作<sup>[4]</sup>。

### (二) 关于补需方还是补供方的问题

从世界范围来看,没有哪个国家会用财政资金

单纯补助医疗机构或者补助参保者,这是一个常识。在中国医改过程中之所以出现“补需方还是补供方”的争论,分歧在于新一轮医改中新增财力是投入非营利医疗机构还是投入医疗保险,其实质是选择通过医疗保险的方式还是非医疗保险的方式来解决中国的“看病难、看病贵”的问题。主张“补需方”者认为,政府要采取建立国民基本医疗保险的路径,通过市场化竞争的方式来提高机构自身运行效率和降低服务价格,放弃对公立医疗卫生机构大幅增加投入。而主张“补供方”者认为,在目前我国尚未建立起完善的激励和制约机制的情况下,建立全民免费医疗是最好的医改模式<sup>[5]</sup>。

笔者认为,恰当的选择应该是“补供方和补需方并重”。这里所说的“补供方”,目的不是要实行免费医疗,而是要非营利医疗机构在政府的财政支持下为患者提供公益性的、质优价廉的服务。同时,我们主张“补需方”,也不是认为医疗保险能够代替医院改革或者解决对医院的医疗行为制约问题(即使“医患保”三方结构确实具有一定的相互制约作用),而是认为通过建立全体居民的基本医疗保险,政府为弱势群体买单,可以实现最基本的医疗筹资公平,有效提升我国卫生领域的公平性。这种两头都要兼顾的建议与政府目前的决策方向是相一致的。

### (三) 关于采取英国模式还是采取美国模式的问题

英国以实行全民普惠的卫生保健制度而闻名,而美国则以商业健康保险制度作为医疗保障的主体。在中国提出采取英国模式还是采取美国模式的问题,不是要照搬哪个国家的模式,而是为解决看病问题,借鉴哪种模式更为有效。因此,这是一个自身制度选择的问题。

笔者认为,英国的医疗保障模式是在福利国家的基础上建立的。向居民提供全面的免费医疗,需要财政政策上的高税收、医疗服务体系上的守门人制度以及发达的社区卫生组织来支撑,当然还有一整套对非营利性医院的治理结构,对医生的考核、绩效评估以及薪酬体制等等。很显然,目前中国不具备实施这种模式的条件。美国是一个崇尚市场、崇拜市场的国家,因此,政府在医疗保障方面仅负责穷人和老人的部分项目,其他的全部交由市场来运作。这与美国的文化传统、社会意识有很大关系,这种模式我国也不能照搬。但在具体的管理方式上这两种模式都

有可借鉴之处,尤其是在发展社区卫生组织方面,英美确有异曲同工之妙,一个是通过立法强制实施,一个是通过医疗保险签约首诊医生的经济手段实现,值得我们学习和借鉴。

(四)关于公立医院是实行“收支两条线”还是彻底进行改革的问题

公立医院改革是医改当中的难点,但是对这个问题的讨论并不深入,现在主要是围绕国有医院“收支两条线”来进行。所谓“收支两条线”,是指国有医院所有收入上缴,所需经费列入财政预算拨款,这还是一种“保姆式的管理”。“政府主导派”赞成通过“收支两条线”这一医院财务制度来确保公立医院的公益性并对公立医院进行管理,即公立医疗机构继续收费,但必须全额上缴卫生行政部门(收),卫生行政部门负责资金分配(支),最后由卫生行政部门对这些公立医疗机构实施“绩效管理”。对此有很多质疑甚至反对意见。例如有学者提出疑问,采用收支两条线固然可能会让医疗机构在收费过程中的猫腻减少,但这一措施能保证医疗服务的质量吗<sup>[9]</sup>?

笔者认为,公立医院的问题是由“缺钱”引起的,但目前简单补贴资金已不能解决问题,用“收支两条线”的办法,只能在短期内缓解一些问题,却不能根本解决问题。比如大型公立医院和非公立非营利医疗机构的发展等问题用收支两条线的办法显然难以解决。公立医院改革需要制度重建。应该按照非营利组织的模式改造公立医院,按照“科学管理、账目透明、经费保障、医药分开”的原则组织运行新型公立医院。

(五)关于医生的激励和约束机制如何建立的问题

医生管理问题也是医改中的一个重点问题。国务院教科文卫司副司长宋瑞霖指出,“无法调动医生积极性的任何改革方案都会有失败的重大风险。”<sup>[7]</sup>有学者提出,医生的行为在药品价格决定中占主导地位,确立良好的医风不能仅仅冀望于他律,自律也许比他律更为重要<sup>[8]</sup>。也有学者提出,应让医生得到和他的投入相适应的经济回报,这需要有一个制度上的安排<sup>[9]</sup>;医生的待遇应比照公务员,类似于公务员待遇<sup>[10]</sup>。

笔者认为,针对医生的激励和约束,首先要全面建立医生的执业记录和评价系统,充分发挥医师组织的行业自律作用,弥补现有重经济指标、轻服务指标,重准入资格和职称管理而轻医疗行为管理的倾

向,建立医疗机构之外的社会评价系统。同时,要给予科学的激励,针对现在医生工资偏低的情况,建议参照社会同类人员的工资水平,结合技术等级、从业年限及服务质量等确定医生工资报酬标准,医务人员工资实行全行业管理,这样的标准体系是现有社会条件下形成的,能够比较合理地反映医生的社会地位和应有的收入水平<sup>[11]</sup>。

(六)关于重点发展公立还是非公立医疗机构的问题

发展公立还是非公立医院问题是医疗服务市场发展的方向性问题,也是治理医疗服务市场的策略性问题,发展公立或非公立医院之间的选择会对未来多种所有制并存的医疗机构格局产生重大影响。有学者认为,公立医院是医疗市场的主体力量,公立医院的发展关系到国有资产的保值增值,虽然目前面临许多问题,但不能因此放慢公立医院的发展步伐<sup>[12]</sup>。另有学者提出,应大力促进非公立医院的发展,认为现在“看病贵”并非是市场竞争过度,而是市场竞争不足,所以要引入非公有制经济成分参与医疗市场竞争,提高效率,降低价格<sup>[13]</sup>。

笔者认为,既要改革公立医院,也要同步改革非公立医院,建立一个良好的市场环境。如果没有一个规范的、良性竞争的市场环境,也就无法通过改制将公立医院推向市场。改革是手段,不是目的,形成非营利性医疗机构与营利性医疗机构的良性竞争关系,通过竞争达到资源优化配置和提高效率才是目的。应当通过制定医疗机构发展的产业政策,鼓励非公有制医疗机构进行集团化、规模化和连锁化经营,引导社会投资,弥补财政对医疗系统投入的不足,促进非公有制医疗机构发展,满足不同层次群体的医疗和健康需求,为国有医疗机构继续转制创造条件。

(七)关于医疗服务价格、药品价格管制是放还是收、是升还是降的问题

2007年底,新医改报告在提交全国人大常委会审议时,透露要适当提高医疗服务价格,逐步消除以药养医。医和药是医改的关键,医疗服务价格和药品价格管制具有“气球效应”,改革很复杂,难度也很大,不仅涉及医疗服务质量、医疗机构改革、药价管理和费用分担机制调整,也涉及医疗机构和整个药品产业的发展。目前对这个问题的讨论也并不充分。主张“政府主导”的学者认为,医疗服务价格应能保证民

众医疗服务的可及性和公平性,应由政府买单<sup>[2]</sup>。也有学者提出,降低药品价格要依靠对医院的合理补偿机制,其中政府放开医疗服务价格是可行方案<sup>[3]</sup>。

笔者认为,医疗服务价格长期以来背离基础价值,从长期来看应该解决价格扭曲问题,否则医疗服务和护理的质量难以提高。但是目前首要的是把药价降下来,药价降下来以后,医疗服务价格才能适当上涨,医药价格结构调整才能进行。关于药品价格管制问题,笔者曾在药品价格政策研讨会上提出四点建议:“限高,保低,长短结合,良性竞争”。“限高”是要继续限制药价虚高;“保低”就是对临床必需的廉价药从生产、流通到使用,整个环节都要有所保护,定价过低的要上调;“长短结合”是短期依靠政府的价格管制控制药价,长期理顺整个药品的生产流通秩序,做到疏堵结合,长短结合;“良性竞争”是鼓励研发,通过调整产业政策促进医药企业的良性竞争,药价管制要有利于药品产业的长期健康发展。

(八)关于医疗保险是“保大病”还是“保小病”的问题

理想的医疗保障制度应该既管大病又管小病,但在目前有限的卫生资源条件下,这一点做不到。因此选择重点保大病还是保小病的问题就提出来了,专家和学者对此持有不同观点。在上交国务院的9套医改方案中,北大、国研中心和卫生部等机构均支持“保小病”,即保“基本医疗”;他们认为,基于中国目前的经济条件,由政府主导的保障只能优先解决常见病和多发病问题,在这个基础之上再尽可能创造条件,解决更多人的医疗服务需求。与之相对立,另有专家主张“保大病”,认为小病费用低,一般可自己承担,而大病的费用往往超出个人能力,需社会统筹,互助共济<sup>[14]</sup>。

笔者认为,选择保大病还是保小病关键在于医疗保障政策目标的设定。究竟医疗保障的目标是促进和维护健康,还是缓解贫富差距?如果是后者,则通过保大病就能有效解决;如果是前者,则保大病无助于问题的解决。我们建议实行积极的疾病干预政策。“小病”和“大病”不能截然分开,更不能用费用高低来划分,干预“多发病和常见病”从健康角度和经济角度来看是最有效率的。因此,在社会保险领域应重新审视卫生医疗的干预政策,按照社会医学所证明的规律,既要干预“大病”,更要干预“小病”,

这样才能提高健康水平<sup>[15]</sup>。

(九)关于社区卫生组织的定位和发展方向的问题

社区卫生组织是基层卫生医疗服务的平台,在不同国家有不同的功能定位和管理模式。我国政府提出建立城镇社区卫生组织的指导意见,但如何发展仍在探索之中。有学者提出,要转变社区卫生服务模式,推行家庭医生等上门服务方式,使社区卫生组织逐步成为“健康守门人”<sup>[16]</sup>。还有学者提出,社区康复以其经济、有效、方便的特点,越来越显示出其在康复治疗方面的优越性<sup>[17]</sup>。

笔者认为,社区卫生组织的功能定位不应是公共卫生和医疗服务并重,而应以提供公共卫生为主,以提供管理型医疗为辅。应该全面推行家庭医生制度。通过研究发现,全球范围内所有卫生成就排名靠前的国家,毫无例外都实行了家庭医生制度,这应该引起高度重视并加以借鉴。

(十)关于城乡一体化还是城乡二元化的问题

我国在卫生医疗服务和药品供应方面,城乡之间的差异相对较小,至少管理机构是统一的;而在医疗保障领域,则是典型的城乡分割。目前学者集中讨论的关于城乡一体化还是城乡二元化的问题,主要是指城乡是否要统一管理医疗保障及如何建立统一制度的问题。

资深医院管理专家、卫生部医政司原司长于宗河表示,医疗卫生费用不能分灶吃饭,而是要建立城乡统一的医疗保障体制,由中央财政统一管理;应该公平地满足每个公民的医疗卫生需要,克服和缩小地区差别<sup>[18]</sup>。但也有很多学者认为,我国城乡经济发展高度不平衡,在短期内实现城乡一体化医疗保障制度是不现实的,也不符合中国现实国情<sup>[19]</sup>。

笔者提出用“二元、三梯、六维”的新视角来解决这一问题。首先,应该承认,现在总体来看存在城市和农村两大经济板块,城乡差距依然存在。其次,应该看到,现在地区经济发展不平衡,东部、中部、西部这种梯度发展的态势很明显;在东部地区,特别是长江三角洲、珠江三角洲,城乡已经融为一体;在中西部地区,城乡差距依然显著,农村的生产生活方式依然比较落后。再次,在“二元三梯”的基础上,我们可以看到“六维”,有东部的城市和农村,有中部的城市和农村,还有西部的城市和农村。据此,我们建议在东部可以实行城乡一体化,鼓励扶持东部有条件的

地区将农村和城镇的居民统筹考虑;承认中西部地区城乡的差别,允许中西部城乡之间医保有所差别;同时随着经济的发展不断作出调整,最终实现医疗保障乃至社会保障制度的城乡一体化。

### 三、医改过程中的理论创新与政策渐进

(一)党的十七大报告中关于医改的论述,蕴含着医改理论的创新

党的十七大报告首次完整提出中国特色卫生医疗体制的制度框架包括公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系和药品供应保障体系四个重要组成部分,这是在新时期对卫生医疗体系构成的全面概括。报告言简意赅地提出了未来工作的几个重中之重:在公共卫生领域,完善疾病防控体系,加强农村三级卫生服务网络和城市社区卫生服务体系建设,完善国民健康政策;在医疗服务领域,深化公立医院改革,强化公立医院的公益性,实行政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开,加强医德医风建设,提高医疗服务质量;在医疗保障领域,建立城镇职工和城乡居民的基本医疗保险,实现全民的病有所医;在药品供应领域,建立国家基本药物制度,保证群众基本用药;加大对卫生医疗领域的投入,强化政府责任,同时鼓励社会参与;扶持中医药和民族医药事业发展等。通过分析对比1998年以来国家提出的“三改并举”(即医疗保险制度改革、医药卫生体制改革和药品生产流通体制改革)以及2007年初卫生部提出的建立“四项基本制度”(即基本卫生保健制度、多层次的医疗保障体系、国家基本药物制度和科学规范的公立医院管理制度),十七大报告取得了显著的创新和突破。一是将公共卫生体系与医疗服务体系分开,明确两者的并列关系,这样在理论上和政策上能够体现两者之间的不同,有利于按照各自不同的特点采取相应的政策措施,有利于加强公共卫生体系的建设,弥补“三改并举”提法中的缺陷。二是提出建立“医疗服务体系”,较之公立医院管理制度的提法,内涵和外延都有扩展,对非国有医疗机构给予了应有的地位和发展的空间,特别是提出“管办分开、政事分开、医药分开、营利性和非营利性分开”(简称四分开),将卫生医疗体制改革上升到了行政职能转变和事业单位改革

的高度,揭示出了医改的深层次问题。三是提出实现全民的“病有所医”;这在历史上是第一次,同时,也标志着中国开启了全民医保的时代,医疗保障不再是工薪阶层独享的福利。四是提出药品供应保障体系,反映出政府在药品生产供应领域要承担更多的责任,在市场环境中通过适当干预确保药品的保障供应。这些理论创新和政策主张将在未来深刻影响中国医改的进程和发展方向。

(二)部分医改措施业已陆续出台,政策渐进在过程之中

虽然医改总体方案没有出台,但是医改工作没有停顿,一些政策业已陆续出台。最近一两年出台了一系列政策,有关制度构建的政策有:2006年初国务院出台《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》(国发〔2006〕10号),推进社会卫生组织发展;2007年国务院出台《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》(国发〔2007〕20号),提出2008年扩大试点,争取2009年试点城市达到80%以上,2010年在全国全面推开,逐步覆盖全体城镇非从业居民;《关于完善新型农村合作医疗统筹补偿方案的指导意见》(卫农卫发〔2007〕253号)提出从2008年开始,各级财政对参合农民的补助标准提高到每人每年80元。关于加强医院管理方面,卫生部制定《处方管理办法》,自2007年5月1日起施行,同时提出《医院大额经济活动公示(院务公开目录)》(征求意见稿)。关于药品供应保障方面,2007年国家提出建立基本药物制度,制定基本药物目录;政府招标采购国家基本药物的定点生产、政府定价、采购和统一配送,较大幅度降低群众基本用药负担,提高基本药物的可及性;2007年初国家发改委正式发出通知,调整心脑血管类、激素、抗糖尿病、免疫抑制剂、血液制品等10类354种药品的最高零售价格,调价中降价和上调品种个数比为7:3,出于对专利药品、原研药品的保护,部分厂家获得了单独定价权,这些反映了政府对于药品结构性调整的思路是升降双向调节、鼓励原研和创新的精神。

(三)医改政策未来趋势

1.医改将坚持社会公平的理念,强化政府的责任。党的十六大提出了构建社会主义和谐社会的目标,在此背景下进行医改,总体目标上将努力追求社会公正,追求社会效益,而不是效率优先;努力提升

居民健康水平,而不是片面追求医疗经济效益,这一点已成为共识。因此,新一轮医改在保护弱势群体和增加政府投入方面会有得力措施和制度安排。

2.公共卫生将放在更加突出的地位。新一轮医改从看病问题开始,最终归宿却是将公共卫生放在更加突出的地位。加强和巩固公共卫生,加强健康促进,这不仅在公共卫生领域,在医疗服务、医疗保障和药品保障等领域都将得到体现。

3.重构医疗服务体系结构,探索非营利性、营利性医疗机构的管理体制将成为改革的重点。第一,加大对农村卫生医疗服务网络和城市社区卫生服务网络的建设,从根本上解决卫生资源布局“头重脚轻”的问题;第二,公立医院的改革将提上日程,研究

建立适应社会主义市场经济环境的非营利医疗机构的管理体制将是医改的一个重点;第三,鼓励营利性医疗机构的发展,探索形成开放竞争、高效活力、运行规范、监管有效的营利性医疗机构的政策体系。

4.在医疗保障领域,围绕城乡居民基本医疗保险体系建设,将开展在社会化管理和服务、稳定和提  
高筹资待遇水平、转变保障模式等方面的探索;同时,商业健康保险的改革发展也将进一步加快。

5.在药品供应保障领域,基本药物、药价监管和产业发展将成为改革的重点。短期内,基本药物制度的建立和实施是首要任务,药品价格监管是难点工作;从中长期来看,药品产业政策则是决定我国药品产业持续健康发展的基本政策。

#### [参考文献]

- [1] 路 琰.国内最早提出政府主导公共卫生医疗的专家之一——李玲反对医改市场化[J].中国医药指南,2007,(1):36-38.
- [2] 葛延风,贡 森.中国医改:问题、根源、出路[M].北京:中国发展出版社,2007:15-19.
- [3] 本网编辑.访北大光华管理学院卫生经济与管理系主任刘国恩教授[EB/OL].北大光华管理学院校友网,(2007-11-17)[2008-03-23].<http://www.qiangzu.com/Article/ShowArticle.asp?ArticleID=2164>.
- [4] 王虎峰.解读中国医改[M].北京:中国劳动与社会保障出版社,2008:1.
- [5] 王世玲,李 玲.最好的医改模式是把保方和供方合二为一[N].21世纪经济报道,2007-12-03(4).
- [6] 谈佳隆.医改配套措施中药品定点生产引发争议[J].中国经济周刊,2007,(46):38-39.
- [7] 本网编辑.中欧商学院举办第三届中国健康产业高峰论坛[EB/OL].新浪网,(2007-9-17)[2008-03-26].<http://finance.sina.com.cn/hy/20070917/18063986118.shtml>.
- [8] 张国玲.医生道德感的约束机制和强化[J].社区医学杂志,2007,(5):57-59.
- [9] 张 沉.医改方向已定,争论仍然不休[N].经济观察报,2007-01-05(6).
- [10] 方 皓.推行医生公务员化[EB/OL].(2007-02-13)[2008-03-17].[http://finance.memail.net/070213/129\\_5\\_4228049\\_00.shtml](http://finance.memail.net/070213/129_5_4228049_00.shtml).
- [11] 王虎峰.善待医生 医改应做出制度保障[N].健康报,2008-02-14(4).
- [12] 张锦贤.政府要力挺公立医院[J].中国医疗前沿,2006,(2):11.
- [13] 杜 倩.我国医改成功的关键:破除垄断加强竞争促进供给——访经济学家、北京大学光华管理学院刘国恩教授[J].中国药物经济学,2007,(2):19-22.
- [14] 霍 键.中国新医改:国务院发展研究中心方案[EB/OL].搜狐网,(2008-02-23)[2008-03-11].<http://health.sohu.com/20080223/n255319720.shtml>.
- [15] 王虎峰.医疗保险的功能定位与未来发展[N].中国劳动保障报,2007-05-18(3).
- [16] 顾 昕.城市社区卫生服务体系的发展:高度行政化还是有管理的市场化?[J].中国医疗前沿,2008,(3):26-28.
- [17] 李 玲,程晓明.社区康复服务成本效益与效果研究进展[J].中国全科医学,2004,(1):49-50.
- [18] 王俊秀.于宗河:国家不是没有钱,医改应一视同仁——专访资深医院管理专家、卫生部医政司原司长于宗河[N].中国青年报,2008-01-25(2).
- [19] 本网编辑.陈 平:有必要建立中国统一的社会保障体系吗?[EB/OL].搜狐网,(2002-04-01)[2008-03-21].<http://business.sohu.com/2004/05/16/11/article220141109.shtml>.

(责任编辑 陈庆初)