

我国公立医院治理结构研究总报告*

李卫平^① 周海沙^② 刘能^③ 阮云洲^② 李亚青^① 侯振刚^④

摘要 文章运用案例研究方法,深入分析了目前公立医院的主要问题,阐明了公立医院社会政策目标和实际行为目标相分离的主要原因,揭示出现行的治理结构是导致公立医院费用上涨、效率低下的重要原因之一。指出在缺乏良好的外部治理、相应的制度保证和文化价值认同的前提下,公立医院广泛实行公益法人治理结构的条件尚不成熟,目前应该全面规范公立医院自主化改革。

关键词 案例研究 公立医院 治理结构 公益法人改革 自主化改革

中图分类号 R197.3 **文献标识码** A **文章编号** 1001-5329(2005)08-0005-04

General Report of Governance Structure of Public Hospital/Li Weiping, Zhou Haisha, Liu Neng, et al. // Chinese Hospital Management, 2005, 25 (8): 5-8

Abstract Based on case study, the paper analyzed the main problem of public hospital, clarified the main reasons why public hospital's social policy aim was separated from the behavior aim, opened out that the actual governance structure was one of the most important reasons which led to the increase of medical expenses and the low efficiency in public hospital, because of the lack of the exterior control, the institutional security and the cultural identification, it was immature to extend the public interests corporation in public hospital widely, and we should regularize the public hospital's autonomy reform in all round.

Key words case study, public hospital, governance structure, public interests corporation reform, autonomy reform

First-author's address China Health Economics Institute, Beijing, 100083, PRC

转轨时期,我国公立医院出现了医疗费用上涨、医院绩效水平低下、普通服务功能减弱等问题。针对这些问题,我国自上世纪80年代中期开始变革公立医院的治理结构,但是,这些困扰公立医院治理的问题依然存在。而目前的研究没有涉及公立医院治理结构深层次的问题,也缺乏翔实的实证材料支持。鉴于此,本研究对2所分别实行公益法人治理结构和院长负责制的三级甲等公立医院进行了案例研究,深刻剖析了公立医院治理结构中存在的问题,以期为解决这些问题提供思路。

1 研究背景

在全球卫生费用上涨的背景下,全球公立医院服务体系存在的效率低下、患者不满、人才流失、漠视穷人、资源浪费、欺诈和腐败等问题,已引起世界各国政府的重视。针对公立医院存在的问题,世界银行经济学家认为:这些问题往往由公立医院的特性所引发,其特点是不能根据医院的绩效进行赏罚,缺乏改变医院行为的有力措施,造成了医院缺乏改善运行绩效的动力和手段的制度环境^[1]。这使公立医院的治理成为世界性的难题。许多国家尝试公立医院的组织变革和机制变革。我国从上世纪80年代中期也开始进行公立医院的组织变革。

从1985年起,各地在医院推行承包制、综合目标管理责任制和院长负责制,扩大医院的人事、财务和经营管理的自主权。1992年,卫生部又提出进一步扩大医疗卫生单位的自主权,力图使其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。这些改革取得了一定的成效。在国有企业改革的示范作用下,一些地方的大型医院还探索了股份制、职工持股、委托经营等公立医院的组织变革。

1997年2月,中共中央、国务院颁布了《关于卫生改革与发展的决定》,对医疗机构领导体制、经营管理自主权、人事分配制度改革、财政补助和价格体系等提出了具体要求。2000年2月,国务院办公厅转发了8个部门《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》,对转变公立医疗机构运行机制进一步提出了具体要求。在2001年7月,国务院在青岛召开了“三项改革”工作会议。会议提出:医疗机构应该是独立法人,原主办单位应以出资人的身份与之建立规范的产权关系;医疗机构作为独立事业法人,必须建立和完善法人治理结构。

在我国,已有文献对股份制、内部职工持股、股份合作制以及委托经营等形式的治理结构进行了描述;对医疗机构的性质、法人属性、资产管理、资本运作和体制改革的关系进行了概念界定和相关问题的梳理。但是,这些都远没有涉及公立法人治理结构改革的深层次问题。这些问题包括:公立医院的目的是什么;现行公立医院的多元目标对其行为的影响;公立医院的所有权和经营权如何分离;如何使公立医院经营者不断追求所有者目标,等等。

我们认为有必要对上述问题进行比较研究。本课题通过案例研究,分析了公立医院社会政策目标和实际行为目标相分离的原因,揭示了公立医院法人治理结构中特殊的委托代理关系,明确了公立医院治理结构中存在的问题,为进一步解决这些问题提供了证据和思路。

2 研究方法

2.1 研究对象

城市和农村社区的小型医疗机构和大型综合(专科性)公立医院不属于同一个医疗服务市场,且大型综合性(专科性)公立医院处于医疗服务市场的领导地位,这类公立医院的治

*北京大学卫生政策与管理研究中心招标课题,美国中华医学基金(CMB)资助

①卫生部卫生经济研究所 北京 100083
②北京大学公共卫生学院卫生政策与管理系 北京 100083
③北京大学社会学系 北京 100871
④北京大学中国经济研究中心 北京 100871

理问题是公立医院治理的核心问题。故本课题将研究的范围限定为大型公立医院。

本课题原设计预定对浙江省3所三级甲等公立医院进行调查,由于其中1所医院的工作存在困难,难以满足调查工作的需要,只好改为调查2所医院。

2.2 研究方法

本课题采用案例研究方法,通过对2所实行不同治理结构的三级甲等综合医院的典型案例分析,归纳目前公立医院治理结构中存在的问题及其产生的根源,并试图比较两者之间的差异。

2.3 调查方法

(1) 访谈。设计半结构性访谈提纲,分别对医院的医生、护士、高层和中层管理人员、卫生主管部门相关人员进行深入访谈。对访谈录音进行整理,反复阅读访谈材料,初步分析和识别公立医院改革存在的问题。

(2) 收集文献。查阅所调查医院和当地卫生主管部门的历史文献资料,回顾公立医院的发展历程,评述公立医院的改革政策。

(3) 收集数据资料。收集医院的财务数据和统计数据,分析公立医院的运行情况。

(4) 问卷调查。根据访谈结果,设计《公立医院改革职工调查问卷》初稿,进行预调查后,根据反馈的意见反复修改问卷。根据2个案例医院提供的职工名单,按照医生、护士、医技和行政管理4类人员数分别随机抽取一定比例的职工组成调查样本。调查表由调查组成员负责分发和回收,并由调查组专人负责录入和整理。质量控制现场检查回收表有无漏项,保证调查表填写的完整性和正确性。

3 基本概念解释

(1) 公立医院:我们认为公立医院是国家投资举办的,国家对其承担无限清偿责任,不以营利为目的,向全民提供普遍服务的医院。这是公立医院最本质的特征。

(2) 管理、管制与治理的区别:这三者都是提高绩效的手段,但是管理的主要目的是为了提高单个组织的绩效,其主要作用的领域是微观组织。管制加强了政府部门和其他部门之间的联系,在此过程中,政府组织处于主导地位,而其他机构处于被管制地位。治理是为了实现参与各方的综合利益最大化。从运作机制来看,都是在平等的前提下通过一系列的制度安排实现各方利益的一种协调和制衡,是一种基于共同利益基础上的协调与合作。与管理相比,治理更强调各利益相关方之间的协调和平衡。

(3) 公立医院的治理结构:在我国,“治理”一词是从企业界的“公司治理结构”中引入的。由于先入为主的原因,人们普遍将治理结构与企业界中公司治理等同起来,进而认为只有实行股份制的医院才存在治理的问题,形成对公立医院治理的误解。其实,只要存在所有者和经营管理者之间的关系,就存在治理的问题。世界银行的经济学家认为,治理结构是所有者与一个组织管理部门之间的关系。若管理者不断追求所有者目标,或当“委托代理”问题最小化的时候,我们说存在好的治理^[2]。

我们认为公立医院法人治理结构是关于政府、公立医院以及公立医院管理者的职责、权利和义务的制度化的安排。本报告始终是从这一意义上去研究公立医院的治理结构的。

(4) 剩余索取权和剩余控制权:剩余索取权和剩余控制权是由产权中的使用权和所有权演化而来的。阿尔钦在其产权定义中阐明了这一观点:“产权要素所具有的自愿的可分

割性和可转让性,可以实现两种有益的专业化(有时称作‘分离’),即:①行使有关资源使用的决策权;②承担市场或交换价值实现的结果。前者往往被称为‘控制权’,后者被称为‘所有权’。”^[3]具体到公立医院,就是对其收支结余的索取权和控制权。在院长负责制下,医院院长作为终极代理人,理论上享有医院的决策权。因此,其治理结构本身使医院具有剩余控制权。同时,由于国家不上收公立医院的收支结余,留归医院自身发展,因此,国家实际上将很大一部分剩余索取权让渡给了医院,医院具有不是完整意义上的剩余索取权。其剩余索取权之所以不完整,与公立医院只有相对独立的财务经济权有关。

4 主要发现

4.1 公立医院目标

4.1.1 公立医院社会政策目标和实际行为目标存在差异 我国公立医院社会政策目标的中心思想是保护国民健康,维护社会稳定。与此相对应的社会功能也主要体现在提供公共卫生服务和为穷人减免医药费上,实现普遍服务。

随着国家对公立医院下放经营自主权以及部分剩余索取权,我国公立医院的经济性目标逐渐加强,由此造成了医疗费用上涨过快、穷人的基本医疗服务可及性差等问题。而原来在社会功能中占重要地位的为困难群众提供低费或者免费的医疗服务功能则基本上停止。2003年6月,我们对这2所医院员工关于医院社会功能的意向调查也证明了这一点。2所医院611位被调查者中,只有2人认为困难群众减免医疗费用是医院最重要的社会功能。

4.1.2 社会政策目标和实际行为目标发生分离的原因 形成这种结局的主要原因是宏观经济环境的市场化推动医疗服务要素市场化,进一步推动医疗服务行业市场化。医疗服务行业在被动接受市场化改革时,由于路径依赖的作用,不恰当地运用了企业理论为指导,事实上将医疗收入最大化作为公立医院改革的目标。公立医院本身目标不清晰,卫生主管部门缺乏在市场经济条件下辨别和把握公立医院目标的能力,公立医院筹资模式变化,政府对其过度纵向放权,导致政府对公立医院的控制能力减弱。医疗服务本身的专业性所带来的信息不对称使大型公立医院有了垄断的可能,外部监督力量弱化也导致不能形成有效的行业自律,造成社会政策目标和实际行为目标相分离。

4.1.3 卫生部门的目标不等于公立医院的目标 卫生部门的目标不能等同于公立医院的目标。整个卫生部门的目标包括公共卫生等所有卫生服务,即对国民提供普遍服务。公立医院可以提供医疗为主的普遍服务,但是普遍服务的筹资并不应该由公立医院自己来承担,政府通过公立医院提供服务实现自己的目标。在医院收支完全由国家预算控制的情况下,政府可以不另设欠费基金。但是,在医院有了经营自主权的情况下,政府让医院承担服务的功能,就应该设立病人欠费基金,以补偿公立医院由于提供普遍服务而造成的收不抵支。

4.2 公立医院治理结构

4.2.1 公立医院的多元委托导致所有者职能不统一 改革以来的公立医院政策一直是在不断纵向下放权力,但是缺乏横向调节机制的调整。医院的投资、经费补助和院长的任免都是政府所有者职能的体现,这些职能都应和医院的绩效考核相联系,现在却被分割开,分散在不同的政府部门,这就不可避免地增加了政府制定公立医院政策的部门协调成本,弱化了所有者的权力。这种多委托人的结构使国家作为公立医院的所有者职能不统一,政府部门之间如果缺乏协调,就会

影响对作为代理人的公立医院院长的激励和约束。当经营者具有较强激励和发展冲动时,所有者职能分散在各部门的结果,就是政府无法有效约束公立医院的行为,也无法对公立医院的院长进行考核评估。今天,大型公立医院的扩张难以遏制;医院的资产状况和经营状况缺乏评估;医院经营和服务提供行为缺乏必要的管制监督等,这些问题很大程度上都是和所有者职能分散形成的多委托人问题有关^[4-5]。

4.2.2 公立医院委托人的多目标导致难以建立对代理人的约束机制 政府提出的公立医院目标是多重目标,这就增加了评估监督代理人的难度。公立医院多委托人、委托人的多重性以及委托人和代理人之间的目标不一致性导致委托人之间、委托人与代理人之间的关系复杂,交易成本增加。直接导致对院长建立有效的激励约束机制的困难^[4-5]。

4.2.3 缺乏对公立医院的可测量的、比较完备的绩效评估体系 政府对公立医院缺乏一套有效的评估体系,20多年来隐含的评估标准是业务收入越多,收支结余越多的,发展壮大越快的医院,就越是好医院。而政府政策文件中提出的公立医疗机构的社会政策目标,都没有转化为可测量的评估指标,更谈不上建立评估体系。院长没有来自管理部门的压力,而是接受市场信号,要考虑本院与其他医院相比业务收入的高低和职工个人收入的高低。

我国公立医院一直没能建立起有效的评估体系,导致公立医院的低效运转。结合我国的实际,建立公立医院绩效评估体系的难点主要体现在2个方面:一个是所有者对公立医院的的多重目标,且其中包含了相互矛盾的目标;另一个是如何分别考核公立医院院长的经营管理成果和医院医疗服务提供成果^[4-5]。

4.2.4 结余留用和经济激励政策导致公立医院的扩张冲动 公立医院与企业不同,其“剩余”不是利润而是收支结余。自1980年的“全额管理,定额补助,结余留用”的医院补助政策实施以来,使医院的“剩余”由所有者——国家,转到了医院经营者的控制中。在非营利性经营的情况下,剩余不是使所有者获得回报,而是被医院经营者用于医院发展和继续扩大规模。结果无形中国家把发展公立医院的的责任推给医院的经营,公立医院经营者承担了自身不该承担的责任,热衷于把医院做大做强^[4-5]。

从公立医院员工调查问卷所反馈的信息来看,公立医院放权的结果是导致国家作为公立医院所有者代表的概念在员工心中已经淡化和模糊,国家有必要明确公立医院的出资人制度。

4.2.5 政府对公立医院的管制手段失效 改革以来,政府对公立医院一直在下放权力与加强控制之间游离。但是政府与公立医院博弈的结果都是以政府的管理措施缺乏约束而告结束。政府部门虽然实施大型设备购置和基建项目的审批制度,但是昂贵的高科技项目仍频频引进,医院的楼房越造越大。政府一再控制病床数量和人员编制,但是医院的病床数量和人员却在不断增大。现实中,政府的政策一方面是把医院作为事业单位来控制床位、人员编制,以控制财政经费补助的支出;但是另一方面又把医院作为可以自我创收发展的经营单位来激励其发展新技术、新项目。由于管制者与经营者之间信息不对称,在这种激励政策的引导下,医院最终都能一一突破政府的管制手段^[4-5]。

4.2.6 现行治理结构下公立医院的绩效水平低下 在现有的治理结构下,公立医院在不断扩张的同时,绩效水平并没有很大的提高,而收费水平却飞速增长。从以F医院为

例的三级甲等医院来看,2003年F医院每职工年均门诊人次比1991年上升了40.85%,每职工年均住院床日数上升了29.44%;而按可比价计算,次均门诊费用、每住院床日费用和出院者平均住院费用比1991年分别增长了5.12倍、9.58倍和5.21倍^[6]。从全国城市医院的情况来看,2003年医院每职工年均门诊人次比1991年下降了26.52%,每职工年均住院床日数下降了14.72%;而按可比价计算,次均门诊费用、每住院床日费用和出院者平均住院费用比1991年分别增长了8.83倍、9.69倍和6.34倍。而同期GDP只增长了2.05倍^[6]。

与1991年相比,全国城市医院每职工年均门诊人次和住院床日均有所下降,这主要是因为财务年报中全国城市医院包含了二级医院。二级医院病源相对不足,同时其员工数还略有上升。而以F医院为例的三级医院病源比较充足,医院的床位数和人员数又几乎是同比例增加,故三级医院的劳动生产率也没有得到很大提高。这与目前政府给医院补偿标准和医院不实行完全成本核算密切相关。

4.2.7 实现公立医院有效治理的初步框架 政府应该致力于提高整个医疗服务提供的效率,而不是试图提高每个公立医院的效率,更不是让所有公立医院增强自筹资金的能力。

对大学附属医院这类大型医学中心,其掌握着核心技术,是医疗服务市场的领导者,有较强的定价能力。国家对这类医院应该增加投入,在鼓励其继续发展医学技术的同时,通过财务手段控制其收支结余率,减弱其从市场上获利的动机。我们认为,让大型公立医院通过业务收入维持自己生存的政策是拉动医疗费用上涨的政策。应当增强对大型公立医院的控制能力,使其起到调控医疗服务费用,不使费用过度上涨的作用。这样的政策同样适用于一定区域范围内(包含县域)最大的医疗中心。目前政府不宜轻易对它们进一步放权,更不能轻易进行法人化改革,否则可能造成医疗费用失控。

激励大型公立医院做大做强的结果是使中小型医院和民营医院很难发展和成长,从而不能形成有效竞争,造成全行业的效率下降,而且也不能形成公立医院有效的外部治理,同时使公立医院的评估体系也不能奏效。

设计治理结构时,在考虑员工合理诉求的同时,要清醒地认识到治理结构要解决的主要问题是所有者和经营者的委托代理关系,而不是完全按照员工的想法进行制度设计。员工愿意接受对公立医院的制度进行安排和设计,但可能需要支付转移薪酬作为改革的代价。

4.2.8 公益法人治理结构的优势 邵逸夫医院的董事会是由中、美、港三方组成,它追求的是公益目标,是一个以非营利为目的的外在于医院的决策机构,可从医院长远发展的角度审议财务报表和投资决策,比政府部门更熟悉公立医院内部的情况。医院院务会是医院日常管理和决策的中心,院务会作出经营决策时,内有委员会参与决策过程,外有董事会参与决策过程。院内众多委员会的讨论过程是一个公开、透明的过程,可以制衡管理层中不恰当的投资决策,同时通过委员会参与医院的经营管理,使院长的经营决策能够参考专业人员的意见。

邵逸夫医院的治理结构是实行新型医院管理模式和服务模式,进行管理创新,并对我国公立医院传统服务流程进行再造提供了制度保证。其管理流程的创新主要表现为主诊医生负责制、新型的护理管理模式和楼层护理秘书制。这些管理流程的变革极大地释放了医生和护士的能量,促进了医院的快速发展。同时对医生等专业技术人员给予充分尊重,形成了以制度形式保证他们处理临床医疗问题的权力和对医院管理

问题表达意见的渠道。

4.2.9 新型治理结构与传统体制存在冲突 邵逸夫医院的董事会制度在建院以来的前5年能够得到很好地推行,主要是由于政府授予高度自主权,同时根据协议前5年由美方管理,从院长到科室主任都是以美方管理人员为主,美方院长在中国的土地上管理中国医院及其员工,就必须以三方组成的董事会的决策来统一全院的意志,这一点可以从院务会的会议记录得到证实。而且建院初期许多三方合作的事情千头万绪,只有通过董事会才能沟通协调,达成一致,因而使董事会的决策地位得到保证。完成移交后,当时一直作为美方助理院长的中方院长继续领导管理医院,使很多已经形成的管理措施得以继续保持,医院管理者在两种体制的摩擦中仍旧能够柔和地实现对董事会负责。然而,随着新院长的接任,两种体制的摩擦日益突出。

首先在现行体制下新院长是由大学任命,并非董事会聘任,董事会则是接受了大学任命的院长。其次,新任院长上任无论是大学,还是省卫生厅都没有向院长说明要向董事会负责,只是大学要求院长继续搞好与美方大学的合作,这无形中使董事会的地位从决策者变成了合作者。在现行的院长负责制下,院长实际上是直接要向政府负责,即向大学和省卫生厅负责。但是董事会的存在和对医院一些重大问题的干预,也使邵逸夫医院的管理者和董事会都感到了两种体制的摩擦。由于在投资决策过程和结余分配的决策过程中受到与其他国有医院一样的外部体制环境的约束,董事会功能的退化就是不可避免的。

在人事和分配制度上,浙江省政府曾经授予邵逸夫医院的经营管理者高度自主权,但是在移交中方管理后,在公立医院人事分配制度的大环境下,邵逸夫医院曾经很好实行过的全员合同聘用制和岗位等级工资制却难以真正实行。医院想解聘员工与其他国有医院一样难。医院人事部门认为国家确实给了邵逸夫医院人事分配制度的自主权,但是在全国的大环境下,一个公立医院实行这些制度承担的压力很大,因为公立医院治理结构的改革,不仅是所有者和经营者的关系所涉及到的内部治理结构的改革,也不仅是所有者、董事会和经营者权力架构的设置,而且还包括市场竞争环境、信息披露、政府监管、整个医疗行业的人事分配制度改革等外部治理结构的改革。在不具备良好外部治理的情况下,公益法人治理结构向传统体制回归将不可避免。

4.2.10 新型治理结构与目前文化价值观念存在的冲突 作为公益法人医院的董事会功能退化,除了体制的原因,还有文化和价值观的原因。公益法人医院需要董事会成员具有依法行事、代表民意的理念和热心公益事业的公益心。但是,在我国还没有这样的社会文化氛围和形成这种氛围的制度(如法律制度、财税制度、捐赠制度)。而在公益法人结构下,各方的权力、责任和义务其实是不明晰的,权重也不是按照股权的大小决定的,更多的是依靠协商与合作,而这种决策机制很容易与现行制度中的潜规则相结合而发生变异。这也提示我们,将这样的医院制度移植到国有医院制度建设上时,必须考虑中国社会的文化和价值观,这也是不能不考虑国有资产出资人的代表也应该成为董事会成员的原因。但是政府公务员的廉洁和公益心如何保证是必须考虑的问题。

4.2.11 目前我国还缺乏实行公益法人改革的条件 在公立医院改革中,人们还没有对营利性的公司法人和非营利性的公益法人加以区分,进而缺少对公益性法人性质的董事会制度的理解。对于公立医院的非营利性医院的目标和董

事会的组成,以及政府、董事会和公立医院管理者的权力架构的设置、激励与制约关系缺乏清晰的认识,同时,更重要的是缺少相应的法人制度。如果这一制度在公立医院改革中被更广泛推行,还缺乏社会基础。现阶段在我国公立医院公益法人制度的改革中还没有形成社会人参与的环境。在现行环境下如果一定要实行法人结构改革,极可能会出现打着非营利的旗号自觉或者不自觉地走到营利性法人轨道上的情况。从而从制度层面上毁掉了公立医院法人治理结构的改革。因此,目前对公益法人治理结构改革要慎重,只能在小范围内试点。

4.2.12 目前我国具有完善公立医院自主化改革的条件 在当前公立医院所有者职能分散的条件下,真正统一所有者职能具有极大的难度。要解决当前公立医院的问题,卫生部门可以先利用自己熟悉医疗行业的特长做好自己权限范围内的事情,尤其是切实搞好对公立医院的监管,从而建立监管的规则和完善监管的手段,摆脱“总院长”的形象,真正行使好监管者的职责。这是统一所有者职能的第一步。

当前,我们应当积极规范公立医院自主化改革。这项改革事实上已经持续了20多年,可以从中归纳出经验、教训和自主化的规则。此外,自主化改革所要求的两权分离实际上已经做到,公立医院已经享有高度的经营自主权,而国家还控制着公立医院的最终所有权,完全有条件做好自主化改革。在此过程中政府也能够不断提高对公立医院的治理能力。

在转型时期,在各种法律法规还不健全的情况下,国家控制住公立医院的最终所有权是有利的。这种有利主要体现在国家可以调整公立医院的发展方向,确保其为大众服务。同时还能保证公立医院掌握在公权手中,社会民众可以通过一定的途径发表意见。一旦其最终所有权归私权所有,则公立医院的发展方向将按资本的意志行事,这很可能造成民众福利的损失。

5 基本结论

现行公立医院治理结构是造成公立医院效率低下、费用上涨的重要原因之一。在目前条件下,我国公立医院实行公益法人治理结构改革的时机还不成熟,可行的选择是全面规范公立医院自主化改革,在小范围内试点公益法人化改革。

参 考 文 献

- 1 Melitta Jakab, Abril Harding, Alexander Preker, *et al.* Module on Organizational Reform and Management of Public Providers: Focus on Hospitals[R]. Washington: The World Bank, 2000
- 2 Melitta Jakab, April Harding, Alexander Preker, *et al.* Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing [R]. Washington: The World Bank, 2000
- 3 约翰·伊特韦尔, 默尔·米尔盖特, 彼得·纽曼. 新帕尔格雷夫经济学大辞典[M]. 北京: 经济科学出版社, 2004. 137-143, 605-619, 1102-1104
- 4 李卫平, 刘能, 阮云洲. 浙江大学医学院附属邵逸夫医院治理结构分析[J]. 卫生经济研究, 2005(4): 3-10
- 5 李卫平, 阮云洲, 刘能. F医院治理结构分析[J]. 卫生经济研究, 2005(6): 3-8
- 6 中华人民共和国卫生部. 1991—2003年卫生事业经费决算资料(内部资料)[Z]. 北京

[收稿日期 2005-05-13] (编辑 刘 勇)