

中国民营医疗机构: 现状、困境与反思

李文敏^{1*} 王长青²

1. 湖北大学政法与公共管理学院 湖北武汉 430062

2. 南京中医药大学卫生经济管理学院 江苏南京 210023

【摘要】近年来,中国民营医疗机构的数量增长没有带来服务量、资产规模的同步增长,多元化办医的竞争格局尚未形成。本文分析了中国民营医疗机构在境外资本进入、本土民营医疗机构培育以及民办非营利医疗机构发展三个方面的困境,在系统分析关键政策点的基础上,提出了加强政策顶层设计、鼓励境外或本土基层小型民营医疗机构的发展、提高社会办医生产要素的流动自由度等政策建议,以期为中国民营医疗机构的健康发展提供决策参考依据。

【关键词】民营医疗机构; 现状; 困境; 政策关键点

中图分类号: R197 文献标识码: A doi: 10. 3969 /j. issn. 1674-2982. 2016. 09. 002

Private medical institutions in China: Status quo , dilemma and rethinking

LI Wen-min¹ , WANG Chang-qing²

1. Politics Law & Public Administration School , Hubei University , Wuhan Hubei 430062 , China

2. School of Health Economics and Management , Nanjing University of Chinese Medicine , Nanjing Jiangsu 210023 , China

【Abstract】In recent years , the increasing number of private medical institutions in China has not led to the responding increase in medical services , capital asset scales. The competitive situation between public and private medical institutions has not yet been formed. This paper discusses the difficulties that Chinese private medical institutions have encountered in overseas capital inflow , in order to foster local private medical Institutions , as well as the development of private non-profit hospitals. Based on a systematic analysis of the key points in policy , suggestions were proposed in regarding with enhancement of top-level design of the policies , encouragement of the development of off-shore or on-shore small-scale private medical institutions , as well as facilitation of the productive factors flow in medical institutions' operation. The suggestions on the policies are to be referenced in decision making for a healthy development of Chinese private medical institutions.

【Key words】Private medical constitutions; Status quo; Dilemma; Key points in policy

民营医疗机构是我国经济体制与医疗卫生体制改革产物。过去的几十年,我国一直在不同程度上尝试多元化办医的改革,出台了一系列促进民营医疗机构发展的政策,试图解决我国医疗资源总量不足、公立医院垄断市场等难题。时至今日,这些政策是否实现了促进多元化办医格局的政策初衷? 中国民营医疗机构目前发展的现状如何? 在改革已经

进行了几十年的今天,这些问题均需要在充分分析民营医疗机构发展现状与问题的基础上作进一步的分析。

1 民营医疗机构的发展现状与问题

对《中国卫生和计划生育统计年鉴》(2014) 数据分析发现,我国民营医疗机构的数量、服务量和床位

* 基金项目: 国家自然科学基金(71203058; 71173119)

作者简介: 李文敏,女(1975年—),博士,副教授,主要研究方向为卫生政策。E-mail: wenminli@hubu.edu.cn

通讯作者: 王长青。E-mail: cqwang@njmu.edu.cn

数近年来都保持一定的增长趋势。2005—2013年, 民营医疗机构数量基本保持每年15%的增速, 其中, 民营医院增速明显, 2013年相比2005年增长了251%。但是, 民营医疗机构数量持续增长的同时, 存在的问题也不容忽视。

1.1 民营医疗机构的床位数、服务量占比较低

截至2013年底, 我国各类民营医疗机构共计439 351所, 占医疗机构总数的45.8%。单从机构数量上看, 国家控制公立医院规模、鼓励民营医院发展的政策已经初具成效。尽管近年来我国民营医院数量增长了2~3倍, 但床位数仅为医院总床位数(4 578 601张)的15.6%, 且民营医院普遍规模较小, 65%左右为100张床位以下, 800张床位以上的仅有28家。^[1]

在服务量方面, 虽然近几年民营医院的服务量呈稳步增长趋势, 但民营医院的入院人次仅占总入院人次数的12%。^[1]与入院人次占比低相伴随的是, 民营医院的病床使用率也不高。公立医院的病床使用率近年来保持在95%左右, 而民营医院只能勉强达到65%左右^[1], 病床空置率较高, 市场份额和竞争力明显低于公立医院。

综上所述, 我国民营医疗机构的床位数和服务量占总量的比例仍较低。目前, 我国民营医疗机构的床位数只达到总量的15.6%, 入院人次占比仅12%, 与《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》制定的2015年达到20%的目标相距甚远。

1.2 基层民营医疗卫生机构总体呈现萎缩趋势

从纵向发展趋势来看, 基层民营医疗卫生机构占基层医疗卫生机构总数的比例逐年下降。2009—2013年, 基层民营医疗卫生机构占基层医疗卫生机构总数的比例从51%下滑到46%。主要原因有: (1) 自1985年以来, 民营村卫生室数量呈现直线下降趋势, 2013年仅占村卫生室总数的24.5%, 取而代之的是乡镇卫生院的设点村卫生室; (2) 城乡民营诊所数量增加均不明显, 且以个体诊所为主; (3) 公立社区卫生服务中心(站)仍然占大部分, 仅有22.6%的为非公立社区卫生服务中心(站)。

从横向发展结构来看, 诊所和村卫生室是目前中国民营基层医疗卫生机构的主要形式。截至2013年末, 基层民营医疗卫生机构中60.1%为村卫生室, 其次为诊所, 占33.8%, 社区卫生服务中心(站)和卫

生院的比例最低, 分别为1.79%和0.05%。^[1]社会资本进入社区卫生服务中心(站)、诊所等基层医疗卫生机构的比例较低。

1.3 中部地区民营医疗机构发展相对滞后

我国幅员辽阔, 受各地经济发展水平的影响, 民营医院的分布存在一定的地区差异。截至2013年末, 东部地区民营医院比例最高, 占40%, 尤以江浙沿海一带最为集中, 约占35%以上, 民营医疗机构相对较多的省市有: 广东、浙江、北京、上海、江苏等; 其次是西部地区, 占34%, 最后是中部地区, 只占26%。^[1]中西部地区社会办医发展相对滞后, 民营医院地区分布的不平衡提示社会办医发展受到当地经济发展水平、居民医疗服务购买力、社会资本活跃度等多方面因素的影响。

1.4 2010年后民营资产规模增长缓慢

从总体上看, 民营医疗机构的投资规模普遍较小, 与公立医疗机构差距明显。2009年, 因国家出台了一系列政策鼓励支持社会资本办医, 大量民间资本涌入医疗领域, 投资规模大幅增加, 2009年民营医疗机构资产规模比2008年高出一倍左右。但是, 2010年后, 民营医疗机构资产规模迅速缩小, 部分民营资本退出医疗领域。此后, 民营医疗机构资产规模一直处于缓慢增长趋势, 截至2013年末, 民营医疗机构资产达到10 199 987万元, 只占医疗机构资产总量的4%左右^[1], 提示2010年后引导多元化办医的政策效果并不明显。

综上所述, 近年来我国民营医疗机构的数量有了明显的增长, 说明引导社会资本办医的政策初显成效。但从服务量、资产规模、地域分布来看, 我国民营医疗机构仍然处于小规模初级发展阶段, 尚未形成多元化办医的竞争格局, 民营医疗机构发挥“鲶鱼作用”、倒逼公立医院改革等目标没有达到政策预期。^[2]

2 民营医疗机构发展的政策困境

纵观世界各国民营医疗机构的发展历程, 主要是通过境外资本投资、本土民营医疗机构培育、民办非营利性医疗机构发展几个基本途径。如澳大利亚鼓励跨国公司进入本土医疗卫生行业, 出台了大量的扶持政策, 一些美国医院公司(如Hospital Corporation of Australia, HCA)进入当地医疗市场, 带去了先进的医疗技术和现代化的经营理念, 促进了当地私

立医院的发展^[3]；英国的全科医生大多以联合开设诊所的形式提供服务，英国政府通过签约方式购买其全科服务的方式，培育了大量的私立全科诊所，有效地承担了整个医疗服务体系的“守门人”职能^[4]；美国的私立非营利性医院占主导地位，政府通过税收减免等方式，促进了私立非营利医院的发展，作为免税的条件之一，私立非营利医院在提供医疗服务的同时，还提供了大量的公益性社区服务^[5]。但是，目前我国民营医疗机构的发展却面临境外资本进不来、本土民营医疗机构培育和民办非营利性医疗机构发展不理想的困境。

2.1 境外资本进入大陆医疗市场的困境

2.1.1 外资医疗机构投资额度门槛较高

从国际上看，大型私立医疗机构多是从诊所等小规模医疗机构起步逐渐发展壮大，如美国的梅奥诊所等。但是，目前我国规定中外合资合作医疗机构投资总额不得低于 2 000 万元人民币，港澳资本投资举办合资合作医疗机构投资总额不得低于 1 000 万元人民币^[6-7]。根据相关调查，开办一家全科诊所，大概需要投资 200 万—300 万元人民币^[8]，投资一家小型的专科医院大概需要 100 万—500 万元^[9]。目前要求的投资额度远远超出了小型诊所开办所需资金，实际上是将外资限定为只能举办大型医疗机构。但是，由于医保、人力资源等方面的政策环境尚不成熟，大型外资医疗机构进入大陆医疗市场非常谨慎。根据 2009 年 7 月商务部公布的数字，全国有 214 家各种形式的外资医疗机构，其中实际投入运营的有 70 家左右，不足我国医疗机构总数的 1%^[10]，投资额度的限制一定程度上阻碍了境外民营医疗机构在大陆的发展。

2.1.2 相关配套政策不完善

国家层面虽然出台了很鼓励外资办医的政策，但大多为原则性的表述^[11]，在购置大型医用设备、医保定点、人事制度等配套政策方面还缺乏细则，对于引导外资办医的实质意义十分有限。例如，广东省是我国外资独资医院开办最早的地区，作为先行试点区，先后给予外资办医税收、土地等多项优惠政策。但是，十多年过去了，外资医院在广东依然没有得到很好的发展^[12]，外资办医目前仍然受限于金融、人事、保险等方面的制度，尤其是医保、人事和诸多的行政审批制度。在医师多点执业进展缓慢和取得医保定点资格须执行医保部门定价的条件下，

中外合资、外商独资医疗机构既难以获得本地医生资源，又难以获得患者，缺乏进入的条件和动力。

2.2 本土民营医疗机构培育的困境

2.2.1 卫生人力资源流动受到制约

一个医学专科学术带头人往往能够决定一家医院的兴盛与衰亡，因此，对民营医疗机构发展而言，最重要的是“人”的问题。目前我国各类卫生专业技术人才主要集中在公立医疗机构，而国家提出的探索医师多点执业政策，并没有产生实质上的成效。一方面，公立医疗机构超负荷的工作量使医生多点执业分身乏术；另一方面，公立医疗机构在职称晋升、科研平台等方面的隐形利益也使医生顾虑重重，绝大部分仍无法正常流动。^[11]人才培养、晋升和流动等方面的垄断现状，加剧了民营医疗机构人才匮乏的现象。民营医疗机构无法获得必要的优秀人才，自己培养人才又缺乏相应的平台，因而很难做强做大。

2.2.2 民营医疗机构税负偏重

基于我国现阶段的基本国情，公立医疗机构垄断了所有低端和高端市场，加上民营医疗机构人才缺乏，发展高端市场既不可能，也缺乏真正的竞争力，只能以提供基本医疗服务为主，其收费标准基本与公立医疗机构一致，甚至更低，但是，根据业内公认的测算结果，税收负担占到民营医疗机构总收入的 8% 左右^[13]，而目前公立医疗机构的政府财政补贴约占总收入的 8% ~ 10%，且没有税收负担。相比之下民营医疗机构的成本比公立医疗机构高出 16% 以上，很多民营医疗机构面临着无利可图甚至亏损的局面。尽管政策规定营利性医院在成立前三年免税，但是一个医院从建成到实现盈利基本需要 5 ~ 8 年的时间，3 年的免税期对于营利性医院的扶持难以发挥实质性的作用。过重的税负在一定程度上影响了民营医疗机构发展的动力和机会，更有甚者受生存欲望和利益动机的驱使，违规经营，使患者成为真正的受害者和最终买单人。^[14]

2.2.3 现有同等待遇政策执行缺乏约束

按照国家近年来的有关政策规定，民营医疗机构在医保定点、政府购买服务、技术准入、技术职称评审、学术环境等享受和公立医疗机构同等待遇，但由于缺乏对政策执行情况的监督，民营医疗机构及其人员实际上难以享受到这些待遇。如对民营医疗机构人为提高机构准入或医保定点资格的门槛、民

营医疗机构卫生技术人员在职称评定中处于劣势、部分民营医疗机构因未评级而无法申请技术准入等现象依然存在。这种政策执行中的不公平同样体现在土地政策、资金贷款、人员培训、社区服务、医疗事故鉴定等方面。^[15]

2.2.4 商业健康保险发展明显滞后

2016年全国卫生与健康大会上,习近平总书记指出“在基本医疗卫生服务领域政府要有所为,在非基本医疗卫生服务领域市场要有活力”。非基本医疗卫生服务领域应该主要通过商业健康保险制度提供资金支持,民营医疗机构特别是高端医疗机构的发展更离不开商业健康保险的支持。然而,保监会统计数据显示,2014年我国健康险保费只占人身险总保费的12%左右,商业保险赔付支出占国家医疗卫生总支出的比例不足2%。主要原因有:一是由于赔付率过高,多数健康险经营处于亏损状态。公立医院在目前的医疗服务体系中处于强势和垄断地位,保险公司既不能充分分享健康数据,在产品定价环节做好风险控制,也不能介入到诊疗环节,控制最终的医药成本,高昂的医疗赔付风险使商业健康保险公司盈利情况普遍不理想;二是我国税收政策对于健康险行业发展的激励程度不足。目前我国企业投保补充医疗保险的保费支出可以在工资总额5%的范围内税前列支,这个激励力度使广大中小企业并没有动力给员工缴纳补充医疗保险。另外,个人购买健康险更没有任何税收优惠。^[16]因此,我国商业健康保险的发展,离不开商业健康保险公司健康管理平台的发展以及税收政策的进一步改革。

综上所述,我国本土民营医疗机构面临的政策困境主要表现为体制转型期间相关配套政策的不完善、不同政策衔接的不顺畅以及政策标准不清晰等问题^[17],导致民营医疗机构虽然和公立医疗机构同处一个医疗服务市场,但是却站在不同的起跑线上,制度上的歧视待遇及政策的不明晰使得其机会主义倾向严重,在经营管理中存在很多短期行为,造成民营医疗机构的信誉危机等问题^[18],不利于民营医疗机构健康持续地发展,是我国多元化办医的竞争格局迟迟不能形成的重要原因。

2.3 民办非营利性医疗机构发展的困境

在西方许多发达国家,民办(私立)非营利性医疗机构是医疗服务体系的中流砥柱,如美国的民办非营利医院占注册医院的比例已达到51%。^[19]我国

自新一轮医药卫生体制改革以来,虽然相继出台了一系列促进民办非营利医疗机构发展的政策,但效果并不明显,主要原因有:

2.3.1 慈善性民办非营利医疗机构缺乏社会慈善支持

回顾西方发达国家的医院发展史,可以发现,西方的民办非营利医院大多是从慈善团体等社会组织逐渐演变而来的,其投资背景主要是各类非营利组织投入的公益性资本,筹资主要通过债券市场、个人捐款和政府补贴等渠道^[20],具有天然的民办非营利性。医院与慈善团体的这种紧密关系,造就了西方民办非营利医院的蓬勃发展。

而我国建国后基本是公立医院处于垄断地位,民办非营利医院是近年来政府鼓励社会力量办医的产物。现阶段,我国95%以上的民办非营利医院是由私人直接创办、社会(集体)资本参与公立医院改制以及由民办营利性医院直接转变而来的,由基金会或慈善组织建立的民办非营利医院非常少,目前见诸报端的只有几家,如北京嫣然天使儿童医院、四川泸州福音医院等,且其运营模式尚在摸索之中。

因此,虽然国家一再呼吁社会资本出于慈善与公益目的举办非营利性医疗机构,但由于我国的民办非营利医疗机构缺乏西方依托慈善团体发展的历程,慈善事业与医疗卫生之间的联系一直不紧密,且目前的税收制度对慈善事业的支持没有得到体现,缺乏捐赠、成熟的民间慈善团体等社会基础,造成民办非营利医院融资困难、发展缓慢的现实困境。

2.3.2 “逐利性”与“非营利性”之间的冲突

如上文所述,对我国民办非营利医疗机构的投资背景大部分是非公益性资本,医疗机构的主要收入也来自于服务收费或其他收入,而非慈善捐助,因此,无论从投资背景还是从运营情况来看,均具有天然的逐利性,而这种逐利性本能却与非营利医院的设立初衷相背。非营利性医疗机构在法律上受不分配盈余的原则约束,不仅导致各种社会资本望而却步,同时也滋生了各种以非营利性医疗机构为壳的逐利行为,许多医疗机构以多种手法转移利润,而政府又很难对其进行有效监管。为了解决这种逐利性与公益性的冲突,部分地区尝试引入“民办低收益医疗机构”的概念^[21],将民办非营利性医疗机构非法分配利润的行为合法化,承认其利润分配权的同时予以利润上限规定,如温州出台一系列政策,允许非

营利性民办医疗机构从年度收支结余中提取一定比例用于奖励举办者。但这种“民办低收益医疗机构”的改革目前只在少数地区试点,政策效果如何,还需拭目以待。

3 关于民营医疗机构发展几个关键点的反思

制度经济学认为,好的制度能够降低不确定性,使参与主体形成稳定的预期,对经济主体形成正向激励,抑制机会主义倾向。目前,我国民营医疗机构的发展实质上已经到了一个拐点,如果跨越了这个拐点,则进入顺利发展的惯性轨道,否则其发展难以突破。而如何突破这个拐点,需要反思我国民营医疗机构发展的脉络和基本框架,理清民营医疗机构发展的几个政策关键点。

3.1 发展大型民营医疗机构还是基层小型卫生机构

应该鼓励发展哪种类型的民营医疗机构?这个问题涉及民营医疗机构在医疗卫生服务体系中的角色定位。从目前我国民营医疗机构的准入条件来看,倾向于鼓励发展大型民营医疗机构,但是从国际经验来看,大型民营医疗机构都是从小型医疗机构逐步发展而来的。且在政策环境不是十分明朗的情况下,社会资本投办大型医疗机构非常谨慎。与此同时,我国的医疗卫生服务体系呈现倒三角形形式,大部分的医疗资源集中在大型医疗机构层面,基层医疗资源非常匮乏,这也是我国新的分级诊疗制度推进困难的客观原因。

在这种情况下,本文建议将分级诊疗制度的推进与鼓励基层小型民营医疗机构的发展联系在一起。基层小型民营医疗机构是群众看病就医的第一道防线,对于在区域内为广大居民提供安全、便捷、有效、满意的基本医疗健康服务,解决老百姓看病难、看病贵的问题有着重大的实际意义。世界许多发达国家,私人(民营)诊所都是基层医疗卫生服务体系的主要支柱。但是,在我国的基层医疗卫生服务体系中,民营小型基层医疗卫生机构的比重非常小,公立基层医疗卫生机构由于行政过度干预、资源限制等原因,目前不能很好地解决老百姓的就医问题。^[22]而基层医疗卫生机构资本投入规模小,启动资金少,诊疗复杂程度低,对医疗技术的要求低,以患者满意度为导向,适合社会资本进入。民营基层医疗卫生机构的优势在于灵活的用人制度和管理制度,可以通过医务人员服务态度、地点便利、提供

个性化服务等手段获得竞争优势。因此,在基层医疗卫生服务体系中,应遵循社会办医发展的规律,充分利用“市场”这只无形的手进行资源配置,在培育发展全科医生的同时,鼓励和支持基层小型民营医疗机构的事业拓展。

3.2 民办非营利医疗机构未来将向何处去

如前所述,民办非营利医院的发展一方面缺乏社会慈善支持,另一方面非慈善资本投入又面临逐利性和公益性冲突的问题,因此,未来是鼓励发展“慈善型民办非营利医疗机构”还是“民办低收益型医疗机构”是一个值得深思的问题。鉴于目前中国的实际国情,本文认为两种类型的民办非营利医院均不失为优化我国医疗卫生服务体系的有效途径,可以大力鼓励其发展,但前提是完善相关的法律法规,对“慈善性”和“低收益性”进行有效的监管。因此,在法律层面,建议适当借鉴大陆法系的财团法人制度,明确法定机关以及其他机关的权利和义务,规范民办非营利性医疗机构的法人治理结构,建立分权制衡的治理结构和治理体系,从政府监管、行业自律、内部治理等多个角度进行全方位的监管。

另外,我国经历了几十年的经济高速发展期,积累了一定的社会财富,现阶段我国慈善事业的发展也是民办非营利医疗机构不可错过的发展机遇。一方面,慈善组织需要平台来重归公益性本质;另一方面,我国民办非营利医疗机构也亟需公益性资本的进入,若两者能够结合,既可改善和提升慈善基金的社会形象,扩大融资渠道,又可为社会增加医疗资源。因此,在融资层面,建议以税法作为突破口,将慈善事业的发展与民办非营利医疗机构的发展联系在一起,如出台个人捐助医疗机构可以抵免或减免个人所得税税款等政策,以鼓励民办非营利医疗机构进一步发展。

3.3 本土民办营利性医疗机构如何发展壮大

近年来,我国本土民办营利性医疗机构没有壮大的原因在于仍面临多点执业问题、额度设置问题、税负问题等诸多政策障碍。如何消除这些政策障碍,引导民办营利性医疗机构健康发展,是现阶段需要重点解决的问题。本文认为需要从两个方面着手:

一是加强系统性的顶层设计。尽管国家层面已经确立了以公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展的多元化办医总体格局,但是,公立医疗机构与民营医疗机构在这个格局中的定位分别是什

么?如何保障民营医疗机构功能的发挥?这些问题不仅涉及到相关法律法规、政府职能定位、公立医院与民营医院管理体制的相互关系,还涉及到卫生管理制度及观念转变,这也是医疗服务管理体制改中最复杂、最关键的问题,需要系统性的顶层设计来保障政策之间的协调性和衔接性。因此,民营医疗机构的发展需要国家层面开始自上而下地突破,需要明确的、权威的、系统的准入规则和行动指南,不能总寄希望于地方政府层面去试点和摸索。

二是深化医疗事业单位的改革。医疗事业单位的改革是促进民营医疗机构发展的关键点。因为只有医疗事业单位改革了,民营医疗机构发展所需的生产要素才能释放到市场上自由流动,尤其是人力资源要素。医务人员的正常流动不仅要靠多点执业制度的放开,从长远来看,还需要为社会办医疗机构的医务人员提供公平的政策待遇,包括社会保障、人事关系转移接续、学术地位、职业评定、专业技术和职业技能培训以及落户、住房、子女入学入托等方面^[3]。这些均有赖于医疗卫生事业单位改革的进一步推进。

4 结语

从国际经验上看,绝大多数国家的医疗卫生服务体系都是由公立医疗机构和民营医疗机构组成的混合体。虽然对于社会资本办医的必要性已经达成共识,但是,现阶段我国尚未形成真正的多元化办医的竞争格局。如何引导民营医疗机构健康持续地发展,一方面需要加强政策的顶层设计,对民营医疗机构发展所需的关键政策进一步予以明确,鼓励境外或本土基层小型民营医疗机构的发展,提高社会办医发展所需生产要素的流动自由度;另一方面需要多部门协作保障政策的有效实施,进一步推进医疗事业单位的改革,从而顺应国家宏观经济改革的形势,充分发挥民营医疗机构在医疗卫生服务体系中的作用。

参 考 文 献

[1] 国家卫生和计划生育委员会. 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.
[2] 毛群安, 杨绍文. 医疗机构分类管理问题的政策分析[J]. 中国行政管理, 2005(4): 34-38.
[3] 黄高明, 倪建, 王凡. 澳大利亚私立医院的状况[J]. 中国医院管理, 2005, 129(25): 89-91.

[4] 张一飞, 冯学山. 英国全科医生制度建设对我国的启示[J]. 中国初级卫生保健, 2013, 11(27): 11-12.
[5] 张琳. 美国医疗系统的中流砥柱: 非营利性私立医院[J]. 医学与哲学, 2005, 2(26): 52-54.
[6] 卫生部, 国家对外经济贸易合作部. 中外合资、合作医疗机构管理暂行办法[Z]. 2000.
[7] 卫生部, 商务部. 《中外合资、合作医疗机构管理暂行办法》的补充规定[Z]. 2007.
[8] 刘腾. 注册资本门槛大幅提高 卫生部拟清理外资在华办医[EB/OL]. (2012-06-02) [2016-08-01]. http://www.cb.com.cn/economy/2012_0602/381967.html
[9] 陆兴. 外资投资中国医院的现状、前景及政策分析[J]. 经济研究参考, 2005(43): 38.
[10] 孟彦辰. 我国外资医疗机构准入制度相关问题研究[J]. 中国医院, 2015, 19(1): 47-49.
[11] 金春林, 王贤吉, 何达, 等. 我国社会办医政策障碍分析[J]. 卫生政策研究进展, 2014(3): 41.
[12] 外资医院在中国困境: 配套措施不健全理念不接受[EB/OL]. [2016-08-20]. <http://world.huanqiu.com/hot/2015-03/6022137.html>
[13] 刘晓红, 胡善菊, 董毅, 等. 营利性医院税收负担及相关政策分析[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23(1): 29-32.
[14] 刘洋, 高国顺. 鼓励社会资本举办医疗机构政策探析[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(4): 43-47.
[15] 王小万. 我国民营医院发展面临的问题及政策分析[J]. 江西社会科学, 2009(5): 24-30.
[16] 马亚楠, 刘洁, 何钦成. 民营医院发展存在问题分析[J]. 中国卫生质量管理, 2007(6): 73-74.
[17] 戈文鲁, 易琳琳. 我国民营医院发展的现实困境及政策建议[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(3): 66-70.
[18] American Hospital Association. Fast facts on US hospitals[DB/OL]. [2016-06-20]. <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml>
[19] 储振华. 美国非营利性医院与营利性医院比较研究[J]. 国外医学: 卫生经济分册, 2001, 18(3): 97-100.
[20] 王波. 民办非营利性医疗机构的困境与突破——一个“民办低收益医疗机构”概念的引入[J]. 陕西行政学院学报, 2014, 28(3): 24-25.
[21] 解亚红. 我国城市社区卫生服务: 内涵、问题及思考[J]. 中国行政管理, 2010(12): 99-102.
[22] 金春林, 王贤吉, 何达, 等. 我国社会办医政策回顾与分析[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(4): 1-7.

[收稿日期: 2016-08-13 修回日期: 2016-08-29]

(编辑 刘博)