

doi: 10. 3969/j. issn. 1008-6439. 2009. 05. 009

# 我国基层卫生服务体系制度建设研究<sup>\*</sup>

杜仕林, 赖长宏

(1. 南方医科大学 人文学院, 广东 广州 510515; 2 重庆工商大学 法学院, 重庆 400067)

**摘 要:** 基层卫生服务体系能够保障卫生服务提供公平, 也体现了基层化原则, 在卫生服务递送体系中非常重要。当前, 我国卫生服务递送体系是“高端集中”, 城市社区卫生服务体系在社区卫生服务补偿、人力资源建设、双向转诊等方面都存在制度缺陷; 而农村基层卫生服务体系缺乏有效的成本补偿机制和纵向合作的制度, 乡镇卫生院的功能定位也不合理。应建立农村社区卫生服务制度和全科医生制度, 重构基层卫生服务体系补偿制度和双向转诊制度。

**关键词:** 基层卫生服务体系; 基层化原则; 农村社区卫生服务制度; 卫生服务体系补偿制度; 全科医生; 双向转诊

中图分类号: F062. 6 文献标志码: A 文章编号: 1008-6439 (2009) 05-0055-06

## Research into Institutional Construction of China's Basic Level Public Health System

DU Shi-lin<sup>1</sup>, LAI Chang-hong<sup>2</sup>

(1. School of Humanities, South Medical University, Guangdong Guangzhou 510515;

2. School of Law, Chongqing Technology and Business University, Chongqing 400067, China)

**Abstract:** Medical service system in basic level should provide basic medical service, guarantee fair opportunities to secure medical service, and reveal the principle of basic level, which seems very important in medical service system. Currently, China's public health delivery system is "highly centralized", urban public health systems have defects in the aspects of community health service compensation, human resources construction, doubleaction transfer treatment and so on. However, rural basic level public health system is short of effective cost compensation mechanism and vertical cooperation system, village hospitals allocation and function is not reasonable. We should establish rural community health service system and general practitioner system, reconstruct basic level health service compensation system and doubleaction transfer treatment system.

**Key words:** basic level medical service system; the principle of basic levels; rural community health service system; health service system compensation system; general practitioner; doubleaction transfer treatment

\* 收稿日期: 2009-02-19; 修回日期: 2009-05-09

基金项目: 国家社科基金项目 (07BFX054) “完善城镇职工基本医疗保险制度研究”

作者简介: 杜仕林 (1973—), 男, 四川宣汉人, 讲师, 法学博士, 在南方医科大学人文学院任教, 主要从事卫生法、经济法研究;

赖长宏 (1970—), 女, 重庆人, 副教授, 法学博士, 在重庆工商大学法学院任教, 主要从事经济法、国际经济法研究。

## 引言

基层卫生服务机构所提供的都是初级卫生保健服务,包括公共卫生服务和基本医疗卫生服务,其中城市社区卫生服务机构提供“融预防、医疗、保健、康复、健康教育和健康促进、计划生育技术服务等为一体的卫生服务”。<sup>[1]248</sup>同时基层卫生服务机构的设置,一般在城市是以社区为单位,在农村是以乡镇、行政村为单位,具有较好地理可及性。优先发展以初级卫生保健服务为基础的基层卫生服务递送体系,能够通过医疗卫生资源配置重心的下移,较好克服卫生服务递送体系的高端集中现象,带动卫生服务利用重心下移,促使卫生服务提供模式的根本转变,实现健康促进、预防、保健、医疗与康复的有效供给,以实现卫生服务的提供公平。

“基层化原则是指由于难以确定什么是共同利益,因此,决策必须在尽可能低的层面上做出,层次越低,组织一个使人们愿意服从的社会团体组织就越容易,而且可以动员人们积极地为达到目标而努力。”<sup>[2]</sup>该原则是与“中央化原则”相对应的一种宪政原则,“不仅适用于政府系统,而且也适用于经济、宗教、文化和其他领域。”<sup>[3]</sup>该原则同样适用于卫生服务领域,表现为两点:一是在基本卫生服务提供与生产方面,除非由二、三级医疗卫生服务机构采取行动更有效率外,否则就不需要上级插手下级事务,应直接由基层卫生服务机构提供卫生服务;二是在基层卫生服务体系建设的财政投入方面,宜采取基层化原则。<sup>[4]274-279</sup>显然,加强基层卫生服务体系的建设能很好地体现基层化原则,也能很好地体现开放性社会的基本特征。

而我国卫生服务递送体系所表现的最大“疾病症状”就是“高端集中”。在医疗卫生体制改革过程中,将卫生服务体系的重心下移,加强基层卫生服务体系的建设,注重地理可及性与技术可及性的有机结合,乃是克服高端集中的有效路径。希望本文对基层卫生服务体系制度建设的思考,能够为卫生服务体系制度建设起到抛砖引玉的作用。

主要的有:1999年7月卫生部等十部委联合下发的《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》,2000年12月卫生部下发的《城市社区卫生服务机构设置原则》《城市社区卫生服务中心(站)设置指导标准》,2001年10月和12月卫生部出台的《城市社区卫生服务基本工作内容(试行)》《卫生部关于2005年城市社区卫生服务发展目标的意见》,2006年国务院下发的《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》,2006年7月卫生部等部门发布的《城市社区卫生服务机构管理办法(试行)》等九个配套性文件。

## 一、对我国基层卫生服务体系制度的反思

### 1. 城市社区卫生服务体系的制度困境

1999年卫生部等10部委联合发布了《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》,“从理论上或者从制度设计者的主观愿望来看,社区卫生服务体系应该是有较高效率与较好经济性的卫生服务模式”<sup>[5]</sup>,能够很好实现卫生服务提供公平。但客观的现实并没有同主观的愿望相吻合,社区卫生服务体系的建设之中仍然存在着社区卫生服务体系发展滞后、社区卫生服务体系利用率较低、社区卫生服务水平普遍比较低与服务面狭窄等问题。尽管自推行社区卫生服务体系的建设以来,我国通过行政法规和部门规章等形式颁布了一系列有关社区卫生服务的法规,对社区卫生服务机构的设置标准、技术队伍建设、财政补助、服务功能、医疗保险定点、服务价格等方面进行了规定,但是社区卫生服务体系的建设中所出现的问题正是对以上系列法律制度的适应性反应。笔者认为,我国社区卫生服务体系的建设仍存在以下制度性困境。

#### (1) 社区卫生服务补偿的制度困境

社区卫生服务的补偿途径理应包括政府财政投入、医疗保险支付、个人支付等形式。其中政府投入既包括对公立性社区卫生服务机构的占地、设备、人员培训等方面的投入,也包括政府购买民营社区卫生服务机构的投入。鉴于我国社区卫生服务机构主要是公立性的,一般指前者。医疗保险支付是指将社区卫生服务机构纳入医疗保险定点单位。可是,这两方面的制度建构与制度落实均存在严重问题。

目前尽管政府投入卫生服务的资源十分有限,而这一资源却主要用于补助已经占据了大部分市场份额的医院,尤其是高等级医院。据资料显示,2004年政府对城市社区卫生服务的拨款与补助仅占当年卫生拨款与补助的2%,而医院占当年卫生拨款与补助的64%。<sup>[6]98-99</sup>同时有资料表明,政府投入不足社区卫生服务经费的10%。<sup>[7]</sup>“全国多数社

区卫生服务机构需要自己通过市场租赁来解决业务用房问题, 通过银行借贷来解决医疗卫生技术装备问题。<sup>[1]265</sup>

社会医疗保险机构采取定点医疗卫生服务机构的办法, 就意味着部分非定点的社区卫生服务机构失去了对经营绩效有着很大影响的参保就诊群体。目前我国城镇职工医疗保险覆盖近 1.4 亿人, 可是近半数的社区卫生服务机构尚未纳入城镇职工基本医疗保险定点医疗机构。<sup>[1]266</sup>这既造成了社区卫生服务机构之间政府补偿的不公平与机构发展的不平衡, 又减缓了社区卫生服务网络的建设。同时, 社区卫生服务机构未能纳入医疗保险体系, 既未能扮演好“守门人”的角色, 又严重影响了提升自身能力的机会。

### (2) 人力资源建设的制度困境

全科医生所提供的服务是以社区为取向的, 社区卫生服务能否成功很大程度上受制于全科医生制度的构建与落实情况。目前由于社区卫生服务受现行体制的限制, 没有固定的人头经费, 同时政府不发工资或工资额度很低, 主要依靠自己创收解决, 导致社区卫生服务机构与城市医院的医护人员之间的收入差距很大, 社区很难吸引和留住有用之才。加之社区卫生服务机构经费短缺致使“重利用轻培养”的用人策略盛行, 且未建立有效的全科医生培养制度, 引致我国社区卫生服务机构全科医生严重短缺。数据显示, 在社区卫生服务机构增多的情况下, 社区卫生服务中心的平均卫生技术人员却从 2002 年的 29.22 人下降到了 25.87 人,<sup>[6]20</sup>结合社区卫生服务的许多业务还未开展起来的现实, 说明社区卫生服务中心中卫生技术人员的减少是其人力资源不足的表现。

### (3) 双向转诊的制度困境

为形成社区卫生服务机构与预防保健机构、医院合理的分工协作关系, 系列法规中都不同程度规定了“双向转诊”制度。可现实中, 双向转诊制度却遭遇了“零病例”的制度运行困境, 主要表现为从社

区卫生服务机构向医院的“单向转诊”占大多数, 而在大医院确诊后的慢性病治疗和手术后的康复转至社区卫生服务机构却并不多见。<sup>[8]</sup>导致此局面的原因是多方面的, 其中主要是由于双向转诊制度设计中缺乏统一有效的双向转诊程序和监督管理办法。现行制度规定对于什么样的患者需要转入、什么样的患者需要转出以及如何实现便利、通畅的转诊都没有具体的规定, 同时没有规范医生的转诊行为, 也没有制度对社区卫生服务机构和综合医院的转诊与接诊进行有效的约束。同时相关配套制度的缺陷也是重要原因, 比如现行医疗保险定点制度将部分社区卫生服务机构排斥在外; 现行卫生服务价格没有在社区卫生服务机构和大型综合医院之间拉开明显差距, 体现不了社区卫生服务的“价廉”优势。

## 2 农村基层卫生服务体系的制度困境

在市场体制下, 因环境与需求的重大变化, 加之卫生政策法规的被动性偏移, 致使农村卫生服务的供给体系发生很大变化, 县、乡、村机构各自为政, 之间的体系联系不复存在, 尤其是乡、村两级农村基层卫生服务体系走向了停滞与倒退, 主要表现为: 基层卫生服务机构大大萎缩, 基层卫生服务人员素质较差, 而新增的卫生技术人员却主要集中在城市和城镇。尽管我国制定了系列有关农村卫生服务体系建设的法规, 对农村基层卫生服务体系建设也作出了相应的规定, 但通观我国农村基层卫生服务体系建设中的问题, 不难发现在农村基层卫生服务体系建设中仍存在以下的制度性困境。

### (1) 缺乏有效的成本补偿机制

在农村医疗卫生领域, 分税制的财政体制明确了本级财政只负责对本级卫生机构的投入。农村基层卫生服务体系的运作更多地依赖于基层政府的财政负担。鉴于农村县、乡财政的拮据, 加之“农村医疗卫生在基层财政预算中的份额没有明确的或强制性的法律规定, 由此带来的对农村医疗卫生

是指下级医疗卫生机构将不能处理的病人转到更高级别的机构, 上级机构在诊治转诊病人后, 将病人连同医嘱一起转回下级机构, 由下级机构执行医嘱并反馈执行过程中所遇到的问题, 同时得到上级机构的指导。

其中主要的法规有: 2002 年中共中央、国务院颁发的《关于进一步加强农村卫生工作的决定》, 2002 年卫生部等五部委下发的《关于农村卫生机构改革的意见》, 2005 年 12 月中共中央、国务院出台的《关于推进社会主义新农村建设的若干意见》, 2006 年 8 月卫生部等四部委下发的《农村卫生服务体系建设和发展规划》; 另外各地也颁布了有关农村卫生服务体系建设的区域性法规。

投入不足在意料之中”。<sup>[9]</sup>医疗卫生机构的医疗成本补偿主体是市场,而不是政府。1991—2000年间,我国农村卫生的财政投入仅增加了48.5%,年平均增长4.49%,大大低于同期全国卫生总费用13.1%的年均增长速度和全国农村总费用12.6%的年均增长速度。政府对县乡卫生机构的拨款占其支出总额的比例仅有5%~30%左右,而对村卫生室没有补贴。<sup>[4]278</sup>同时,目前对农村基层卫生服务机构进行财政差额补助,一般选择按人头或按床位数的方式进行,引起农村基层卫生服务机构的卫生人力资源准入标准降低和机构床位的虚设,导致了投入效率的低下,加剧了供给过剩,并提高了农村卫生服务市场的进入成本,不利于农村医疗市场有序竞争的形成。

### (2) 乡镇卫生院功能定位的制度偏移

目前,乡镇卫生院存在着三种功能定位的争议:一是医疗卫生综合服务的功能地位,也就是将县级疾病预防控制中心、妇幼保健院和医院等机构的功能集于一体,综合开展预防保健和医疗服务的功能;二是乡村社区卫生服务中心的功能,即以乡镇卫生院和村卫生室作为乡村社区的卫生服务机构,其中乡镇卫生院起着龙头与组织作用;三是乡村卫生行政管理的功能定位,承担县卫生局和乡镇政府赋予或交办的卫生事业行政管理职能。按相关法规规定,目前乡镇卫生院承担着医疗和防保、乡镇卫生行政管理等多项功能。这些功能究竟以何为主,是乡镇卫生院经常面临的抉择难题。由于各级政府的补贴政策不到位,乡镇卫生院为了生存不得不在市场中竞争,乡镇卫生院的普遍发展模式还是重医轻防、以医养防,事实上的功能定位为医疗卫生综合服务功能。

### (3) 缺乏纵向合作的有效制度

农村基层卫生服务体系的纵向合作包括两个方面:一是内部的纵向合作,即乡镇卫生院与村卫生室的合作;二是乡镇卫生院与县级医疗卫生机构等上级医疗卫生机构的合作。由于“农村三级医疗卫生网的枢纽(乡镇卫生院)与网底(村卫生室)发生断裂,于是80年代末引入乡村一体化的概念,就是将乡镇卫生院与村卫生室捆绑管理,使之成为统一的整体”,<sup>[10]</sup>旨在提高农村卫生服务的供给能力。可在执行中,大部分地区片面强调一体化覆盖率,没有实质性的管理模式与内容,乡村一体化管理流

于形式。同时,部分乡镇卫生院借助乡村一体化管理制度来取缔或限制个体开业行医,<sup>[11]</sup>既侵犯了农村居民的就医自由权,又加重了医方垄断地位。至于乡镇卫生院与上级医疗卫生机构之间的纵向合作,就是双向转诊制度与基层农村卫生服务机构的首诊制度。事实上,乡镇卫生院与上级医疗卫生机构的纵向合作的效果很不好。

## 三、我国基层卫生服务体系的制度重构

### 1. 建立农村社区卫生服务制度

针对乡镇卫生院在农村卫生服务体系之中的地位和其目前的尴尬处境,“在资源紧缩约束条件下的农民健康保障与农村卫生服务改革应以乡镇卫生院改革为突破口”。<sup>[12]98</sup>目前对乡镇卫生院的改革有两种模式:一是以江苏宿迁为代表的县、乡医疗卫生机构体制改革;二是以陕西黄陵县、洛川县和旧县为代表的社区卫生服务改革。此两类改革都处于观察阶段,还很难说成功与否。笔者认为将其定位为乡村社区卫生服务中心既符合我国农村基层卫生服务体系的现状,又能较好地满足农村居民的健康需求。因为农民的健康状况受到生活环境、健康意识、生活习惯的影响较大,在治疗与预防之间选择重预防的干预路线才能克服农村医疗卫生资源的紧缩约束现状。“农民的健康保障必须有一个合适的载体,一个能够促进防病于未然、同时进行低成本高效益的小病治疗并为大病把关”<sup>[12]103</sup>的农村卫生服务体系。要改革乡镇卫生院的现行服务模式及一村一室的农村社区办医模式,必须将城市的社区卫生服务理念和内容引入农村,建立农村社区卫生服务制度。

在具体制度的构建中要注意几点:一是要对县以下的农村基层卫生服务体系进行重建,即以乡镇卫生院为社区卫生服务管理中心,打破行政村限制,按地理特点与聚积条件,与农村卫生服务筹资制度的建立相结合,建立农村社区卫生服务站,形成扁平型的农村卫生服务新网络;二是要以农民健康保障为目标来建立社区卫生服务机构之间及其内部的激励、约束制度,在政府公共支持与卫生服务的制度化激励结构、农民群体的卫生消费权利之间予以协调、平衡;三是为了实现规范化管理、规范化服务,强制性规定乡村一体化管理,即乡镇卫生院对村卫生室的一体化,构建监督约束制度。

## 2 重构基层卫生服务体系补偿制度

“融资的结构取决于卫生服务体系的架构。是以社区卫生服务为中心,还是以专科医院为中心,决定了不同的融资模式选择。前者的融资模式只能以国家和政府的融资为主体,以社会市场的融资为辅,而后者的融资模式则需要倒过来,以社会市场的融资为主体,以政府的融资为辅助。”<sup>[41]</sup>无疑,我国基层卫生服务体系的融资应以政府的财政投入和社会医疗保险为主体,同时辅以商业医疗保险和消费者付费等社会市场融资。可见我国基层卫生服务体系的补偿制度的重构应主要围绕政府财政投入和社会医疗保险来进行。

### (1) 财政投入制度的重构

基层卫生服务是体现一定福利性的社会公益事业,政府应是其筹资责任的主要承担者。所以应构建强制性的法律制度来确立各级政府对基层卫生服务体系建设的财政投入责任,并明确经费投入的方向、结构。首先,在投入责任的划分方面,要严格按照财权与事权对称的原则,规定中央和省级财政对中西部地区城市社区卫生服务和农村基层卫生服务专项财政转移支付责任,确立市辖区和城市社区的市级政府对城市社区卫生服务的主要投入责任,同时建立地方政府对农村公共卫生服务的专项资金投入责任。其次,要调整政府对基层卫生服务投入的结构,重点解决城乡社区卫生服务的启动经费,主要用于解决开展社区卫生服务的业务用房、设备配置、人员培训、网络建设等问题,同时重点解决对基层公共卫生服务的补助经费。再次,政府在基本条件方面提供必要的支持辅助的基础上,规定可通过“购买服务”的方式来补偿基层卫生服务机构。“政府采购既可大大降低财政成本和风险成本,且服务的数量和质量也容易得到控制。”<sup>[13]</sup>同时也有利于推动基层卫生服务市场的有序竞争,有助于吸引社会资本参与初级卫生保健而缓解医疗卫生资源的短缺。

### (2) 医疗保险定点制度的重构

“健康保险与社区卫生服务是相互依存关系,是社区卫生服务的重要筹资方式。”<sup>[14]</sup>无疑,基层卫生服务理应与社会医疗保险对接。至于如何对接,笔者认为有必要从以下几方面对医疗保险定点制度予以重构:

第一,明确规定机构纳入,即各类提供基本医

疗服务的基层医疗卫生机构可申请社会医疗保险定点服务,并确立适当的定点条件,且规定参保人员选择的定点医疗卫生机构中至少有2家社区卫生服务机构;

第二,明确规定服务项目纳入,即对定点社区卫生服务机构所提供的基本医疗服务项目进行逐项审批,明确纳入医疗保险基金支付范围的社区服务项目;

第三,为引导“小病”医疗进社区,应规定适当拉开医疗保险基金对社区卫生服务机构和大中型医院的支付比例档次;

第四,针对目前民营基层卫生服务机构基本不能进入医保定点的现实,“要改变以所有制确定是否社会医疗保险定点机构”<sup>[15]</sup>等歧视性制度规定;

第五,为增强病人的选择面和发挥专家的资源优势,也为了增强医生的执业责任意识,还要逐步引入社会医疗保险定医生制度。

## 3 建立全科医生制度

在西方发达国家,全科医生已经成为社区卫生服务的骨干与核心,且制定了较完善的全科医生法律制度。而“在中国实际上还没有真正意义上的全科医生。这正如世界卫生组织驻华代表贝汉卫所言,“由于中国医疗体系缺少一个全科医生作为看门人,在病人去医院前为其判断是否有必要就诊,因此,哪怕只需要简单家庭护理的病人,也不得不寻求昂贵的医院诊治。”<sup>[16]</sup>显然,在我国建立全科医生制度是相当必要和重要的。笔者认为,应从以下两个方面来构建全科医生制度:

一是建立全科医生的教育与培训制度。教育部门与卫生部门应通过部门规章的形式确立全科医生教育制度,确立医学院校培养全科医生的法律义务;同时建立以毕业后医学教育为核心的全科医学教育培训制度,明确财政、单位和个人合理分担的筹资责任,加大全科医生和社区护士的正规化培训力度,积极推进岗位培训,提高现有人员素质。

二是确立上级医疗卫生机构及其医护人员的社会责任。建立基层卫生服务机构和大中型医院、CDC和妇幼保健机构间的人才交流与培训机制,强制上级机构选派优秀人员采取兼职、下派等多种形式直接到社区培养人才和提供服务。同时确立上级机构医护人员定期到基层机构工作的法律义务,并建立对积极参与者予以职称晋升优先解决等激

励性制度。

#### 4. 重构双向转诊制度

“转诊制度作为连接各医疗层次的桥梁, 直接涉及医疗系统中的各个方面, 其设计思想、表现可以直接体现出整个医疗体制的效率和前景。”<sup>[17]</sup>我国转诊制度之所以流于形式是因为没有将制度设计放到整个医疗体系中来考虑, 缺乏对相关主体的激励机制的思考。双向转诊的核心问题是如何协调理顺基层医疗卫生机构和大医院之间的利益以及如何引导民众首先到基层机构就诊。这就要求在转诊制度的设计中, 必须设计出恰当的激励与约束机制, 不让基层机构和大型医院之间产生恶性竞争, 也就是说, 要让二者专注于各自领域并能获得相应的利益。实质上, 双向转诊制度就是一个对医院、基层卫生机构和患者三方的激励引导机制。无疑, 具体制度的建构要把握好这样几点:

首先, 对患者而言, 既要建立强制性的约束制度, 即强制性的守门人制度, 要求看病原则上要先到基层机构; 又要建立激励制度, 即通过卫生服务价格差价和医保报销差别性比例等制度来诱导患者到基层机构就诊。其次, 对于基层机构和上级机构而言, 要建立双向转诊的规范性标准, 通过制定病种、体征等病情检测指标, 规定双向转诊的具体操作程序, 来强制性约束其行为; 同时也要建立机构间合理的补偿机制, 通过双向转诊调整转出与转入机构间的利益分配, 或者以制度明确双方都能接受的转诊利益规范, 如签订转诊合同、协议等, 来激励双方遵守转诊制度。再次, 针对双向转诊制度操作的复杂性与执行的难度, 应建立监督制度, 并明确由相应的管理部门来监督执行和协调转诊中出现的利益冲突。

#### 参考文献:

[1] 李士雪. 城镇社区卫生服务的改革与发展 [M] / 陈佳贵, 王延中. 中国社会保障发展报告. 2007) No. 3——转

型中的卫生服务与医疗保障. 北京: 社会科学文献出版社, 2007.

- [2] 乔治·索罗斯. 开放世界: 改革全球资本主义 [M]. 王宇. 译. 北京: 商务印书馆. 2002: 149.
- [3] 刘军宁. 开放社会与基层化原则 [N]. 南方周末, 2003-02-20 (8).
- [4] 杨团. 农村卫生服务体系建设 [M] / 陈佳贵, 王延中. 中国社会保障发展报告 (2007) No. 3——转型中的卫生服务与医疗保障. 北京: 社会科学文献出版社, 2007.
- [5] 顾昕. 社区卫生服务体系建设中的政府角色 [J]. 改革, 2006 (1): 109.
- [6] 卫生部. 中国卫生统计年鉴 (2003—2005) [DB]. 北京: 人民卫生出版社, 2006
- [7] 姚岚, 等. 社区卫生服务纳入基本医疗保险政策落实的现状分析 [J]. 中华医院管理, 2002 (1): 26-28
- [8] 宋文舸. 组建医院集团的基础与政府的作用 [J]. 中国医院管理, 2001 (1): 9-11.
- [9] 韩宏华. 我国农村卫生服务的财政支持分析 [J]. 生产力研究, 2006 (8): 44.
- [10] 罗沈宁, 严非. 乡村一体化的发展、问题与对策 [J]. 中国初级卫生保健, 2005 (8): 1.
- [11] 王建生, 等. 乡村一体化管理对农村卫生服务利用公平性的影响 [J]. 中国农村卫生事业管理, 2002 (8): 8
- [12] 杨团, 施育晓. 黄陵农村社区卫生服务体系调查 [J]. 开放时代, 2003 (5): 98-103.
- [13] 卞正鹏. 改革社区卫生服务经费筹资渠道与支付方式的探讨 [J]. 中国卫生事业管理, 2002 (1): 32
- [14] 宋杰, 等. 社区卫生服务的筹资与补偿 [J]. 国外医学 (社会医学分册), 2004 (3): 132
- [15] 吴传俭, 等. 社会医疗保险对社区医疗服务机构公平性的影响分析 [J]. 中国全科医学, 2005 (17): 1427.
- [16] 董湘辉. 从全科医生看医改突围之路 [J]. 中国改革, 2006 (12): 24.
- [17] 符策慧. 效率还是自由: 双向转诊的十字路口 [J]. 中国医疗前沿, 2007 (9): 26.

(编辑: 南 北; 校对: 段文娟)