

中国公立医院改革

—— 关注运行机制和制度环境

罗力 · 著

zhongguo gongli yiyuan gaige

chuanzhe yunxing jizhi he zhidu huanjing

 复旦大学出版社

中国公立医院改革

—— 从理论到实践的制度创新与探索

罗 力 著

上海三联书店



中国公立医院改革

《复旦卫管文库》丛书

中国公立医院改革

—— 关注运行机制和制度环境

罗 力 • 著

 复旦大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

中国公立医院改革——关注运行机制和制度环境/罗力著 —上海:
复旦大学出版社,2010.9
(《复旦卫管文库》丛书)
ISBN 978-7-309-07393-5

I 中… II 罗… III 医院-体制改革-中国 IV.R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 124076 号

中国公立医院改革——关注运行机制和制度环境

罗 力 著

出品人/贺圣遂 责任编辑/宫建平

复旦大学出版社有限公司出版发行

上海市国权路 579 号 邮编:200433

网址:fupnet@fudanpress.com <http://www.fudanpress.com>

门市零售:86-21-65642857 团体订购:86-21-65118853

外埠邮购:86-21-65109143

常熟市华顺印刷有限公司

开本 787×960 1/16 印张 13 字数 196 千

2010 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

ISBN 978-7-309-07393-5/R·1156

定价:32.00 元

如有印装质量问题,请向复旦大学出版社有限公司发行部调换。

版权所有 侵权必究

前言

公立医院，是政府对民众的关怀，是弱势人群就医的最后依靠，是保证全体公民享受基本医疗卫生服务的重要砝码，是维护基本医疗公平和人人可及的基本手段。公立医院的服务，应当是基本的、低价的、应急的，应当被社会称颂和感恩。

然而，现时中国的公立医院，有着太多的被社会指责的行为，乱收费、大处方、滥检查、吃回扣、拿红包、态度冷漠、事故不断。个别的公立医院，还出现了病人无力支付费用而见死不救的现象，人称“医院八字开，有病无钱莫进来”。这些行为，都和一个简单的字联系在一起，那就是“利”。乱收费是为了利，大处方、滥检查是为了利，吃回扣、拿红包还是为了利，态度冷漠、见死不救、事故不断最终也是因为利。逐利，成为当今中国公立医院的行为特征。公立医院不公益，也成了社会对中国公立医院的概括性评价。

中国的公立医院，也有着太多的委屈。名义上由国家举办，实际上国家投入很少，一切得自力更生；好不容易能从药品销售、检查项目中赚一点钱，却被社会切齿痛骂；收入本来就低，拿点红包、回扣，却被指责医德滑坡；工作向来繁忙，难露笑脸，就被称为态度冷漠；医疗风险一贯很高，已经很小心谨慎，没想到病人法律维权意识更高，总会被抓住“小辫子”，难以解脱。无奈，成为当今中国公立医院的共同

及公立医院的应对。我接待了大量投诉公立医院的病人,有打怒情牌的,有打悲情牌的,有打苦情牌,亦有胡搅蛮缠者;我接触了大量公立医院的经营者和医务人员,有才华横溢者,有勤勉者,有世故者,有高傲者,有谦虚者,亦有名不符实者;我对话了大量公立医院相关机构的人员,有卫生局的,有财政局的,有发改委的,有药监局的,有医药公司的,甚至还有专职和兼职的“医托”、“黄牛”。同时,我还参加了复旦大学医院管理研究所的沙龙。所长和沙龙的召集人是高解春教授,成员来自于政府机构、学术机构、公立医院和医药公司。每一次沙龙,都是一次各方思想的碰撞,都有碰撞产生火花的璀璨闪耀。我在其中受益良多。除了工作观察以外,我也一直继续着公立医院及其制度环境的研究,和上海市卫生局合作开展了医疗中心城市、卫生公共服务、基本卫生保健立法研究,和上海市申康医院发展中心合作开展了医疗资源纵向整合、公立医院绩效考核、高端医疗服务等多项政策研究,和上海市浦东新区合作开展了社区卫生服务改革方案的政策研究。我还主持完成了3项以卫生政策为主题的国家自然科学基金和上海市哲学社会科学基金项目。

观察、讨论和研究,渐渐地有了以下观点:①公立医院改革是一个渐进的、漫长的过程。从新中国成立到改革开放,公立医院计划管理30年;从改革开放到现在,公立医院市场导向30年;从现在到未来,实现新医疗改革中促使公立医院回归公益性的目标,预计还得需要30年的时间。②公立医院改革的渐进和漫长,是因为公立医院改革本质上是有关利益集团的博弈,而且是中国背景下强调社会和谐稳定的博弈。这一博弈规则决定了不大可能出现短时期内特定利益集团利益严重受损的情况,决定了公立医院改革的非剧变特性,决定了公立医院改革的30年甚至更长时间的周期。③在公立医院改革的过程中,公立医院扮演的角色是应对者,应对的底线是生存和发展,应对的原则是收支平衡,应对的武器是医学技术的垄断特性。公立医院既弱小又强大。弱小是因为它仅仅是制度环境下的顺应者;强大是因为人民群众离不开它,它又总是可以找到制度环境的薄弱环节来挣脱制度环境的制约。公立医院改革的历史,就是一部公立医院与制度环境变革拮抗的历史。④经过多年的卫生部门分权再分权,管理公立医院的主体已经极度分散,由此形成的公立医院制度环境已经融入整个大社会制度环境之中,结

序言

健康是人们的终身追求,也是人类发展的核心。医疗卫生事业关系千家万户的幸福安康,关系国家和民族的未来,关系人类的全面进步与和谐发展。社会经济发展的历程表明,教育、卫生事业是社会发展的基础,是政府的主要职能之一。

秉承时代赋予的重任,目前的复旦大学社会医学与卫生事业管理学科成立于1981年。自成立之日起,学科点即以促进卫生与社会协调发展为己任,历经两代人的“立足国情、团结创新”,学科已进入良性循环的快速发展轨道:特色鲜明—各方重视—成果突出,效益显著—学科影响力稳步提升—队伍稳定,学科发展。

学科长期的研究涵盖了卫生系统各个领域,包括医疗、预防、保健、康复,涉及农村、基层单位和脆弱人群以及医疗制度改革等。形成了自身鲜明的研究特色:“循证、科研与国情结合,研究者与决策者结合,多学科交叉融合、定量与定性结合”;形成了较为完善的政策研究方法学;形成了“保持特色即是坚持原创”的群体共识;形成了八个研究侧重:卫生政策研究、卫生资源配置、医疗卫生机构管理、卫生服务研究、卫生技术评估、医疗保障制度、社会医学与社区卫生、卫生监督与卫生法等;更重要的是形成了学科共同遵循的研究宗旨:针对重大卫生问题,集成公认科学方法,研究解决问题策略,科学支撑重大决策。

学科也在不断充实与发展的过程中取得了喜人的成

《复旦卫管文库》丛书编辑委员会

主 任	郝 模	卫生政策与管理研究	复旦大学
编 委	(按姓氏笔画排序)		
	叶 露	卫生资源配置研究	复旦大学
	冯学山	卫生服务研究	复旦大学
	吕 军	卫生政策与管理研究	复旦大学
	朱道立	管理科学与工程	复旦大学
	刘 宝	医疗保障制度研究	复旦大学
	汤善健	运筹学与控制论	复旦大学
	孙晓明	社会医学与社区卫生	上海市浦东新区卫生局
	严 非	疾病控制政策研究	复旦大学
	吴擢春	社会医学与社区卫生	复旦大学
	应晓华	卫生资源配置研究	复旦大学
	陈 文	医疗保障制度研究	复旦大学
	陈 刚	卫生法学与卫生监督研究	复旦大学
	陈英耀	卫生技术评估研究	复旦大学
	林尚立	政治学研究	复旦大学
	罗 力	卫生政策与管理研究	复旦大学
	周志俊	劳动卫生与环境卫生	复旦大学
	屈卫东	劳动卫生与环境卫生	复旦大学
	郝 模	卫生政策与管理研究	复旦大学
	姜庆五	流行病与卫生统计	复旦大学
	钱 序	儿少卫生与妇幼保健学	复旦大学
	徐 飏	流行病与卫生统计	复旦大学
	黄葭燕	卫生技术评估研究	复旦大学
	梁 鸿	社会保障等公共政策研究	复旦大学
	彭希哲	人口、资源与环境经济学	复旦大学
	程晓明	卫生资源配置研究	复旦大学
	傅 华	社区卫生与健康促进	复旦大学
	薛 迪	医疗卫生机构经营管理	复旦大学

绩:近10年来,学科点获得科研项目267项(其中自然科学基金项目25项),在国内外杂志发表论文1349篇,出版各类专著和著作100余本,获得各类科技成果奖57项,有112项研究结果被各级政府采纳并转化为政策。在科学研究的推动下,学科发展进入良性轨道,得到了社会的认可。1989年和1993年分别获得硕士和博士学位授予权,1994年成为上海市重点学科,1997年成为“211工程”建设学科,2002年成为国内该领域唯一的国家重点学科,2004年成为教育部“985工程”二期创新研究基地的主干学科,2007年又蝉联国家重点学科,2008年再次成为“211工程”三期重点学科。28年来,培养的5000多名卫生管理专业人才遍布全国。

路漫漫其修远兮,吾将上下而求索。为促进学科的快速的发展,学科点期望在总结整理既往研究结晶的基础上,将研究成果以专著等形式陆续推出,并形成《复旦卫管文库》丛书,在抛砖引玉的基础上,为加快卫生事业管理学科的理论与实践进程尽绵薄之力。也期望本文库仅是一个起点,盼望校内外、海内外更多的专业人士并肩协力、百花齐放,促进卫生事业管理学科持续快速发展。

复旦大学 郝模
2010年9月

果是变迁公立医院小制度环境必须变迁大社会制度环境。大社会制度环境不变,公立医院的小制度环境就难以改变。公立医院的小制度环境难以改变,公立医院改革就难以推进。从这个意义上讲,要顺利推进公立医院改革,要么是等待大社会制度环境的变迁,要么是收拢公立医院的管理主体,形成相对独立于大社会制度环境的公立医院小制度环境。一言以蔽之,大卫生部制。

基于以上观点,本书第一章介绍了医院和公立医院的基本概念,介绍了中国背景下院长如何产生、组织如何分工,员工如何培养、如何使用、如何激励,医院通过哪些渠道方式获得资金,如何解释看病贵问题。第二章介绍了我国公立医院自新中国成立以来外部制度环境变迁的历史、重大政策的影响和结果,以及由此带来的公立医院行为变迁。第三章介绍了公立医院在向人民群众提供公益性医疗服务中所扮演的角色和作用,从基本医疗服务地理可及性和经济可及性两个角度,诠释了改革开放前后我国政府是如何建立、运营公立医院来提供公益性医疗服务的。第四章分析了基本药物制度、医疗服务价格调整、管办分开各项医改措施对公立医院的影响,提出了全民医疗保险对公立医院实行成本控制、预算管理的必要性。第五章用案例研究的方式探索了社区卫生服务机构的管理模式和补偿机制,提出了一系列可供参考的社区卫生服务机构管办分开和收支两条线管理的政策建议和操作方案。第六章探讨了高端医疗的发展问题,指出了我国高端医疗服务市场迅速发展的态势,剖析了高端医疗服务发展上遇到的障碍和问题,提出了公立医院和民办医院合作共同发展高端医疗服务的策略。

在本书成文和写作过程中,得到了上海市卢湾区卫生局赵丹丹局长、上海市胸科医院郭永瑾书记、上海市眼科中心赵蓉主任、复旦大学附属华山医院人事处夏云处长的帮助,书中很多内容得益于2009年在上海市卫生局医疗改革工作小组同事之间的讨论,他们分别是刘雪峰、金春林、晏波、付晨和艾晓金。我的研究生孔辉、刘芳、舒蝶也在本书成稿过程中担负了繁重的校稿工作。对于他们的帮助,我铭记在心。书稿中如有疏漏或者是措辞不当之处,那全都是我的责任。

罗 力
2010年9月

感叹。公立医院难运作，是公立医院院长们一致的感触。

站在客观立场，我所关注的是造成上述现象的根源和应对策略。为什么中国的公立医院置社会舆论而不顾，我行我素，逐利优先，最终成为社会各方攻击的焦点？应当采取哪些组合策略来消除这些现象或者是缓解这些现象带来的一系列民生问题？

关注开始于1996年。是年，我大学毕业留在原上海医科大学公共卫生学院卫生事业管理教研室任教，师从于郝模教授，次年考上研究生，后转为博士研究生。在郝模教授的悉心指导下，我先从事公立医院补偿机制研究，然后潜心于药品管理体制研究，1999年起介入社区卫生服务领域，2000年起又把主要精力放在农村三级医疗预防保健网和合作医疗制度的研究。由于在医院、药品和医疗保障领域均有所涉猎和积累，我博士毕业论文的主题选择了医疗改革，即研究医疗、医药、医疗保险“三医联动”的机制和策略。当时形成了一个重要认识：医疗费用过快增长的主要原因是政府投入不足、医疗服务价格的不合理和药品加成政策，医疗费用过快增长转化为人民群众看病贵、担忧因病致贫问题的关键因素是医疗保障制度的不健全，扩大医疗保险覆盖面和保障程度、提高政府投入、合理制定医疗服务价格、改变药品加成政策是解决看病贵问题的最优政策选择。之所以说形成的重要认识，而不说形成的重要结论，是因为郝模教授早在1994年就建立了对应的模型（医院补偿机制恶性循环模型和医疗资源最优利用模型），形成了相应的观点。我在读博期间熟悉了这个模型，分析这个模型的逻辑，最后信服接受了，并把它作为我博士论文的基础。

信服之余，亦有疑惑。为什么症结找到了，道理清楚了，策略也很明确，却缺乏有效的行动？都认为政府投入不足，为什么政府投入一直不能提高？都认为医疗服务价格不合理，为什么价格迟迟得不到调整？都认为药品加成政策不适宜，为什么不能断然终止？这个疑惑，在书桌前不能得到解答，隔岸观火式的调查研究也不能得到解答，只有深入其中，方能了解一二。时任复旦大学常务副校长的王卫平教授和医院管理处处长邬惊雷教授给予我一个机会，2006年底我就任复旦大学医院管理处副处长。医院管理处是一个很好的平台。在这个平台上，可以观察公立医院、医生、病人的行为，观察公立医院与社会各个机构之间的关系，观察各类政策对公立医院的影响以

序言 / 1

前言 / 1

1 从公立医院的有关概念谈起 / 1

1.1 医院 / 1

1.2 公立医院 / 4

1.3 运行机制 / 8

1.3.1 如何理解机制? / 8

1.3.2 院长是如何产生的? / 9

1.3.3 员工是如何培养的? / 10

1.3.4 组织是如何分工的? / 11

1.3.5 如何激励? / 13

1.4 补偿机制 / 18

1.4.1 医院通过哪些渠道获得资金? / 19

1.4.2 医院通过哪些方式获得资金? / 20

1.4.3 哪类渠道的资金最多? / 21

1.5 医疗费用 / 25

1.5.1 医疗费用与看病贵问题 / 25

1.5.2 医疗费用增长与医疗服务增加 / 27

1.5.3 医疗费用增长的普遍观点 / 28

1.5.4 为什么说中国的医疗费用是过度增长呢? / 30

2 中国公立医院的制度环境和道路选择 / 33

2.1 中国公立医院的外部环境和行为动机演变 / 33

2.2 推动公立医院行为变化的外部条件 / 42

2.3 促成公立医院行为变化的内部激励机制 / 47

- 2.4 公立医院制度环境变迁带来的综合结果 / 49
 - 2.4.1 公立医院出现分化,大医院人满为患,小医院经营困难 / 49
 - 2.4.2 公立医院争先提升技术,给病人希望的同时也加重了病人的负担 / 51
 - 2.4.3 医疗费用增长迅速,远远超出人民群众收入增长水平 / 55
 - 2.4.4 医疗费用尚在社会总体可承受范围,医保制度不健全导致群众看病贵 / 57
 - 2.4.5 人民群众普遍不满,众口指责,公立医院成为社会焦点 / 60
 - 2.4.6 公立医院满腹委屈,称“士兵不应当为战略决策失误负责” / 63
- 2.5 中国医药卫生改革的历史和现状 / 65
 - 2.5.1 针对社会(需方)的政策,以扩大福利为指导思想 / 65
 - 2.5.2 针对医院(供方)的政策,以控制为指导思想 / 66
 - 2.5.3 针对医疗保险(支付方)需方的政策,以巩固为指导思想 / 67
 - 2.5.4 针对供应商(外围)的政策,以规范为指导思想 / 67
 - 2.5.5 各类政策综合作用的结果,成效甚微 / 69
 - 2.5.6 深化改革需要解决的若干改革问题 / 70
- 2.6 对医药卫生发展模式的辩证思考 / 70
- 3 公立医院改革:关键点、目标和策略 / 73
 - 3.1 从发展卫生事业到提供公共服务 / 73
 - 3.2 从公共服务角度理解公立医院的“公益”性质 / 76
 - 3.3 公立医院布局和群众就医地理可及性 / 76
 - 3.4 公立医院收入与群众医疗费用负担 / 82
 - 3.5 历史教训和国际经验 / 94
 - 3.6 系统地组合各类费用控制策略 / 100
 - 3.6.1 总结问题系统 / 100
 - 3.6.2 提出策略系统 / 101
 - 3.6.3 注意因地制宜 / 104
 - 3.6.4 建立政策系统 / 104
- 4 中国公立医院经济补偿规律和成本管制的必然性 / 105
 - 4.1 对中国公立医院经济补偿的宏观解释 / 105

- 4.1.1 前提:经济决定着医院建设和医疗需求的规模 / 105
- 4.1.2 条件:第三方支付与医疗需求抑制 / 107
- 4.1.3 支撑:技术垄断优势,引发诱导服务 / 111
- 4.1.4 必然:全民医疗保险,医院成本管制 / 114
- 4.2 若干公立医院相关医疗改革策略的分析 / 116
 - 4.2.1 医疗服务价格调整与医疗费用控制 / 116
 - 4.2.2 基本药物制度与医疗费用控制 / 116
 - 4.2.3 公立医院成本管制和落实管办分开政策 / 117
- 5 公立医院改革实证和社区卫生服务道路 / 119
 - 5.1 社区卫生服务管理机制研究 / 119
 - 5.1.1 上海某区卫生发展的简要回顾 / 119
 - 5.1.2 医疗卫生改革思路 and 战略 / 121
 - 5.1.3 对资源整合型改革的思考 / 124
 - 5.1.4 经过研究、互动形成的若干政策文件 / 124
 - 5.2 社区卫生服务补偿机制研究 / 130
 - 5.2.1 基本背景 / 130
 - 5.2.2 某区社区卫生服务补偿现状 / 131
 - 5.2.3 如何合理补偿社区卫生服务 / 131
 - 5.2.4 在上述改革思路和策略下 2007 年收支平衡测算 / 136
 - 5.3 社区卫生服务财政投入机制研究 / 139
 - 5.3.1 关于某区社区卫生服务及其机构改革发展的方向 / 139
 - 5.3.2 关于某区政府财政对社区卫生服务的投入方向和重点 / 140
 - 5.3.3 关于如何避免财政加大投入、实施计划管理下的
“大锅饭”现象 / 141
 - 5.3.4 关于某区财政对社区卫生服务中心的投入增长 / 141
 - 5.3.5 关于某区财政、管理中心和社区卫生服务中心的角色 / 142
 - 5.3.6 2007 年某区社区卫生服务中心收支平衡分析报告 / 143
- 6 公立医院的高端医疗服务 / 148
 - 6.1 从基本医疗服务到高端医疗服务 / 148
 - 6.1.1 对基本医疗服务的理论认知 / 148

- 6.1.2 政府发展基本医疗服务的政策意愿 / 149
- 6.1.3 满足多层次医疗需求的高端医疗服务 / 150
- 6.1.4 高端医疗服务在我国的发展历史 / 151
- 6.1.5 高端医疗服务的各类举办形式 / 152
- 6.1.6 高端医疗服务在各地的发展 / 154
- 6.1.7 高端医疗服务的基本概念 / 157
- 6.2 高端医疗服务发展情况(以上海为例) / 161
 - 6.2.1 机构和床位 / 162
 - 6.2.2 业务规模 / 162
 - 6.2.3 发展速度 / 162
 - 6.2.4 “公立医院开展特需医疗服务”的意向 / 166
 - 6.2.5 兼职医生从事特需医疗服务 / 167
- 6.3 上海高端医疗服务需求 / 169
 - 6.3.1 上海市居民医疗服务需求和利用 / 169
 - 6.3.2 高端医疗服务需求的变化 / 170
 - 6.3.3 上海当前高端医疗服务的市场容量预测 / 171
 - 6.3.4 上海高端医疗服务目标人群的就医行为 / 172
 - 6.3.5 上海高端医疗服务发展滞后及其原因分析 / 179
- 6.4 对公立医院发展高端医疗的思考 / 182
 - 6.4.1 上海发展高端健康服务业的必要性 / 182
 - 6.4.2 高端健康服务业的内涵和发展障碍 / 185
 - 6.4.3 上海发展高端健康服务业的政策建议 / 187
 - 6.4.4 必要的说明 / 188
- 结语 / 190

从公立医院的有关概念谈起

- 1.1 医院
- 1.2 公立医院
- 1.3 运行机制
- 1.4 补偿机制
- 1.5 医疗费用

1.1 医院

医院,简而言之,就是收容和治疗病人的专门机构(hospital, a place where people who are ill or injured are treated and taken care of by doctors and nurses)。郭子恒在《医院管理学》中提到,医院是对群众或特定的人群进行治病防病的场所,备有一定数量的病床设施、相应的医务人员和必要的设备,是通过医务人员的集体协作,以达到对住院或门诊病人实施科学的和正确的诊疗、护理为目的的医疗事业机构。

构成医院应具有以下基本条件:①以实施住院诊疗为主,一般设有相应的门诊部。②有正式的病房和一定数量的病床设施。病床设施是指正式病床及配套的被服、家具、器具等装备。医院应具备基本的医疗、休养环境及卫生学管理设施。一般认为医院至少拥有20~30张病床。③有能力对住院病人提供合格和合理的诊疗、护理及基本生活服务。④有基本的医疗设备,设立药剂科、检验科、放射科、手术室及消毒供应室等部门。⑤有相应的、系统的人员编配,包括医务人员和行政、后勤人员。应配备有主治医师以上的责任医师、护理师、药师及其他合格的医、护、药、技人员。⑥有相应的工作制度与规章制度,如查房、病历书写、医嘱、消毒隔离等医疗、护理制度。

在国外,于公元前600年印度就有医院雏形。欧洲于公元4世纪在罗

马有教会医院,属于修道院。英国伦敦于12世纪初有了第一所医院。这些时期及其后很长一段时间,医院还只是简单的集中收容病人的场所,更多的是应对当时传染病流行而设立。在18世纪末,随着医学的发展,专科分工、医护分工、医技分工、集体协作医疗的发展,才开始慢慢出现了近代意义的医院。

在我国,医院的雏形最早可以追溯到周代。周成王执政时,曾在成周大会的会场旁设立为诸侯治疗疾病的病坊^①。在公元前7世纪春秋时代齐国都城设立有残废院,在公元2年的汉朝建立了收容传染病的隔离院,在东汉时建立了军医院(叫“庵芦”),隋唐时代开始设立收容麻风病人的“病人坊”,唐代、宋代有为病残者而设的“病坊”、“养病坊”、“安济坊”等,医院雏形初现。元人统一中国后继续奉行南宋时的海外贸易政策,推行中医药与少数民族医药共存的方针。所以,当时除设有养济院和惠民药局外,还建立了一些应用阿拉伯医药理论诊治疾病的医院——广惠司、回回药物院。据说由回民爱薛开设的京师医药院改名的广惠司是外国人在我国开设的第一所医院。明清时期,我国公立和私营的医院就更为普遍了,州、府、县级行政区都设有安济坊、养济院^②。

明代中叶,随着航海和海外贸易的发展,西方的商人和传教士纷纷来华,西方医学和医疗机构也相继传入我国。公元1569年(隆庆3年),澳门主教加奈罗(Carnero)在澳门建立教会医院2所,分别治疗教友和普通平民。后来又增设了圣拉斐尔医院、麻风病院和澳门圣保罗医院。清代时,公元1827年(道光七年)英国东印度公司派驻澳门及广州十三行公司的医生郭雷枢(Colledge)在澳门开设眼科诊所,为贫民免费治病,次年扩大为医院。1835年(道光十五年),美国传教士彼得(Peter)在广州十三行新登栏街开设了眼科医局^③。此后西方医院在我国的影响不断加强,以致形成中西医院共存的格局。在今天,医院已经成为社会组织的重要成员,是群众公认的解除病痛的服务场所。

① 徐建云. 我国古代的医疗卫生机构之考察[J]. 南京中医药大学学报(自然科学版), 1999, 15(3): 168—169.

② 王斌全, 赵晓云. 中国医院的发展及其功能演化[J]. 护理研究, 2007, 21(1): 93.

③ 刘泽生. 中国近代第一位西医生——关韬仁[J]. 中华医史杂志, 2000, 30(2): 98—100.