

医疗服务体系的纵向整合模式及其选择

林闽钢 张瑞利

(南京大学 政府管理学院社会保障系,江苏 南京 210023)

摘要:多年来,医疗服务体系纵向整合一直是一个全球范围发展的主流趋势。本文通过对国外医疗服务体系纵向整合四个模式及其代表国家的分析,试图阐释这些模式多样性的原因。同时,从我国医疗服务体系纵向整合的实践出发,选择江苏镇江作为地区系统性医疗服务体系纵向整合的典型代表进行分析,据此提出我国医疗服务体系纵向整合的发展方向和政策建议。

关键词:医疗服务体系;纵向整合模式;医疗集团;医疗联合体;镇江模式

作者简介:林闽钢(1967—),男,福建福州人,南京大学政府管理学院社会保障系教授、博士生导师,主要从事社会保障政策、社会服务研究;张瑞利(1981—),女,陕西西安人,南京大学政府管理学院社会保障系博士生,南京中医药大学经贸管理学院讲师,主要从事医疗社会保障研究。

基金项目:国家社科基金重大项目“社会服务管理体制创新与社会管理创新”(项目编号:12&ZD063)的阶段性成果。

中图分类号:C913 **文献标识码:**A **文章编号:**1001-4403(2014)04-0015-06 **收稿日期:**2014-05-19

一、医疗服务体系纵向整合的提出

在制度经济学看来,整合(integrated)主要是为了降低生产和组织过程中的不确定性,节约交易成本。^[1]特别是纵向整合的一体化,通常是通过产权手段和合同手段把外部市场内部化。

在现代企业管理中,企业的纵向整合是一种为了应对动态的外部环境,而对企业的价值链和产业链上的战略性资源进行整理、融合、集成和协同的战略性行为。由此可以减少市场供给和需求的不确定性,进而规避外部的风险,能更加有效地控制企业的战略性资源,培育和增强核心竞争力,使企业在产业中保持竞争优势。

在医疗服务领域中,由于医疗机构之间“个体水平”上相互的竞争容易破坏医疗服务提供体系的完整性和连续性,从20世纪70年代开始,出现了区域性和国家层面上的水平整合为主的医疗

服务体系发展趋势。

但由于疾病的整个治疗过程涉及从预防、治疗、康复等连续环节,单病种层次和医疗机构个体层次的竞争无助于提供连续性的、整体的医疗服务^[2],需要提升到“系统水平”的竞争,到20世纪80年代中期,医疗服务体系的纵向整合(integrated delivery systems, IDSs)开始成为医疗服务体系发展的风向标。

我国自2009年深化医药卫生体制改革以来,以社区医疗服务为基础的城市医疗卫生服务体系重建成为了改革重点,由此引出了“引导一般诊疗下沉到基层,逐步实现社区首诊、分级医疗和双向转诊”新的发展目标,全国许多城市探索建立“小病在社区、大病进医院、康复回社区”的分级医疗服务体系。但至今,社区首诊和双向转诊制度并没有得到强化和执行,这就意味着我国城市分级医疗服务体系建设还在探索中,特别是目

前医疗服务体系出现无序竞争和医疗服务体系断层的现象,不同程度上妨碍了医疗服务资源的合理配置和医疗服务体系整体优势的发挥。

解决“看病贵、看病难”问题的关键,不仅要加大政府对医疗服务领域的财政投入,更要对分级医疗服务体系进行全面系统的整合,探索适合中国的医疗服务体系。因此,本文从我国目前医疗服务体系的现状出发,聚焦的主要问题是:通过对国外医疗服务体系纵向整合模式的多样性分析,来探讨我国医疗服务体系纵向整合的路径和手段,并提出其发展方向。

二、国外医疗服务体系纵向整合模式

从各国医疗服务体系发展来看,主要经历了两个发展阶段,即从预算制到竞争的引入,从强调竞争到注重合作。

在第一个发展阶段中,从传统的预算制形式向市场化方向改革,将医疗服务购买功能与医疗服务提供功能分离开来,目的是通过引入市场机制来激励提供者提高效率。这一改革主要发生在采用“贝弗里奇”模式的医疗服务体系的国家,这一体系的筹资主要来源于国家税收,确保了医疗服务的公平性,并且医疗服务费用控制的效果较好。但由于采取全额预算式的筹资分配体制和科层制的管理方式,导致公立医院普遍出现服务效率低下、对患者回应性差、缺乏成本意识而入不敷出等主要问题。造成了政府财政不堪重负,希望通过改革提高医疗机构的服务效率和控制服务成本。加上在新公共管理改革的浪潮推动下,自20世纪80年代开始,发达国家先后进行了以购买者和提供者相分离为特征的医疗服务体系改革,使得医疗服务提供体系更多地运用市场机制。在第二个发展阶段中,随着各国不断完善医疗服务的竞争机制,在强调竞争的同时,更加注重医疗服务的连续性,强调用医疗机构间的合作代替竞争。^[3]

因此,本文从医疗服务发展的阶段中,提出了两个划分标准。第一个标准是医疗服务提供者和医疗服务购买者是否分开;第二个标准是整合的手段是产权还是非产权,进一步将国外医疗服务体系纵向整合模式划分为以下四种模式,如图1所示。

1. 英国NHS模式

英国实施的是国民医疗服务体系(National Health Service, NHS)。国民医疗服务体系由医疗服务机构免费或较低价格向国民提供服务。^[4]1989年撒切尔夫人执政期间,在《为病人工作》

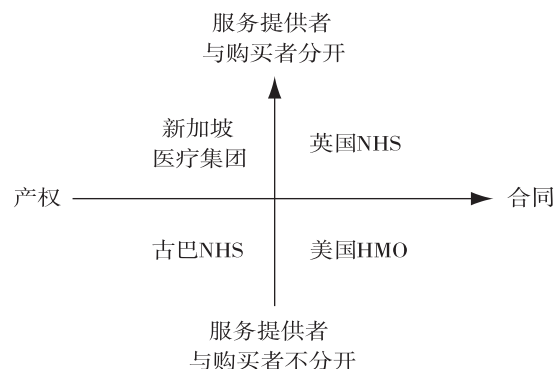


图1 国外医疗服务体系纵向整合模式

(working for patients)白皮书中主要针对医疗服务领域严重的财政危机,提出并引入了“内部市场”(internal market)概念,国民医疗服务体系经历了最重大的一次变革。1991年梅杰政府上台后正式开始实行“内部市场化改革”,主要是在医疗服务的提供过程中引入竞争机制,建立信托机构,持有保健预算向供方购买保健服务。1997年工党执政后,布莱尔政府的医疗服务整合具有“第三条道路”特征,强调机构间合作与协调,取消全科医生资金持有者计划,建立初级保健组(PCGs)。^[5]

(1) 医疗服务购买者与医疗服务提供者分开。在英国国民医疗服务体系中,提供者与购买者通过内部市场化予以分开,内部市场要求服务购买者与提供者明确划分,并且两者间实行内部准合同与买卖协议:一方面,政府允许二级医院成立医院联合体(NHS Trusts),联合体负责与医疗服务主管部门签订提供二级医疗服务的合同并管理自己的预算拨款;^[6]另一方面,1991年英国政府批准实行了“全科医师持有预算拨款”(GP Fundholders, GPFHs)与医疗服务主管部门签订合同向居民提供服务的同时,还获得预算拨款,负责为病人购买医疗服务。虽然1997年之后全科医生持有预算拨款计划予以终止,但是服务提供方与购买者仍然分开。

(2) 合同手段。英国所有的医院、社区卫生服务和急诊服务都纳入了医院联合体,医院联合体内部之间签订了长期服务合同,合同确立了不同级别医疗机构之间的经济关系。

2. 美国HMO模式

美国的健康维护组织(Health Maintenance Organizations, HMOs)是美国常见的医疗保险形式之一,属于管理型医疗(managed care)的一种。管理型医疗就是将医疗保险和医疗服务提供合二

为一,既是支付者,也是服务的提供者,通过倒逼方式进行成本控制。

(1)服务提供者和购买者一体化。健康维护组织这种一体化形式通常主宰和代表了有管理的医疗,健康维护组织结合了保险公司融资的功能和基础服务供给的功能。

管理式医疗集合医疗服务提供和经费管理于一体,并且把预防保健与临床医疗有效地结合起来,使医疗质量与经济利益相挂钩。其运营主体为管理式医疗组织,是医疗保险机构和医疗服务提供方的合成体。如美国凯撒医疗集团(Kaiser Permanente)奉行的是集医疗保险和医疗服务于一体的管理理念。参保方通过总额预付的方式将筹资交给医疗集团,并成为会员。会员按照所购买保险的不同等级享受不同的医疗保健服务。在组织结构方面,凯撒医疗集团共设有35个集医教研于一体的国家级医疗中心,主要从事疑难重病的诊治。医疗中心周围设有诊所,负责提供一般疾病的诊治。边远地区则采用派出护士的形式,向会员提供预防保健、医疗和健康管理等综合性服务。目前,凯撒医疗集团在美国拥有890万会员,覆盖8个地区、9个州和哥伦比亚特区。其中78%为公司企业集体参保,17%为政府购买的穷人、老人医疗保险服务,5%为个人参保。^[7]

(2)合同手段。健康维护组织至少在许多主要的专业方面有他们自己的专家医生,并且拥有医院或者与一家或更多家的医院有合同。^[8]管理式医疗保险建立在医疗保险机构与医疗服务机构签约的基础上,引入市场机制和市场管理,并形成了一个相对密切合作的服务网络。由诊所、小型医院、社区医院、护理院、专科医院、急性病医院等组成整合一体化的医疗服务系统。如作为美国最大的公立医疗服务体系,美国退伍军人医疗系统从1995年开始,历经了十多年的改革,将原来的173家医院、600多个门诊机构、133家护理机构、40家康复机构以及206家咨询机构纵向整合,形成21个地区服务网络。美国退伍军人医疗系统已经转变成为一个公认的最大、最有活力,并兼顾质量、成本和效率的公立医疗服务体系。^[9]

3. 新加坡医疗集团模式

新加坡医疗保健服务由三方负责提供:一是由政府出资创办的政府医疗机构;二是私人或民间资金创办的竞争性、赢利性私立医疗机构;三是社会人士、福利团体资助的医疗机构,简称“3P模式”。新加坡实行医疗保健服务双轨制度,分为

公共体系(由政府提供)和私立体系(由私人提供)。全国有27家医院64家护理院(含养老院)109家临床检验中心和3190家医学和牙科诊所。医院全部由专业的医院管理公司进行经营和管理。^[10]在医院管理中落实财务责任和工商会计制度来控制运行成本,鼓励竞争,利用市场调节来推动医院提高效率和改进服务。^[11]

(1)服务提供者和购买者分开。新加坡实行“政府津贴、个人储蓄、健保双全、健保基金”四位一体的医疗保障体系。新加坡“四位一体”的医疗保障计划由保健储蓄、健保双全和保健基金三个不同的医疗储蓄项目组成,其中保健储蓄属全民强制性,在整个医疗制度中起主导作用。健保双全是一种保险政策,保险客户可以根据需要在不另付保险费的同时,选择将保健储蓄账户中的资金转为健保双全的保险费;保健基金是政府专门建立的以国家投资为主要来源的筹资基金计划,目的是为了了解决贫困人群的卫生保健费用。

(2)产权手段。20世纪80年代中期开始,新加坡改革重点在于公立医院公司化改造和促进医院之间的竞争。政府通过推出全国医疗保健计划,鼓励患者自由选择医院,促进市场竞争并主张赋予医院管理者更大的自主权,以提高医院效率。随后政府开始对所有公立医院进行公司化改革,改革后医院所有权仍属于政府。^[12]

新加坡政府所办的公立医疗机构,按集团化模式进行运作和管理,通过对医疗机构重组,在全国范围内按东、西两大区域设置了两大集团,统一管理和经营新加坡的公立医院和联合诊所。一个是“国立健保服务集团”(National Healthcare Group, NHG),负责新加坡西部地区的卫生保健服务;另一个是“新加坡保健服务集团”(Singapore Health Services, SHS),负责新加坡东部地区的卫生保健服务。两大集团采用现代企业化管理模式,设立董事会等管理机构,政府在具体运营和管理上赋予了集团很大的自主权,同时要求集团自负盈亏,但也不能以盈利为目的,超过一定标准的盈利要上交政府,保证集团运用有限的政府投入承担起国民保健的任务。^[13]

4. 古巴HNS模式

古巴的国民健康服务体系(National Healthcare System, NHS)中,医疗机构属公立的,融资依靠政府预算。2004年仅公共卫生费用就占古巴国家预算总支出的10.38%,占国内生产总值的6.2%。^[14]

按照医疗服务系统的功能与层次,古巴的医

疗服务机构分为以社区为基础的初级医疗卫生服务机构,提供专科医疗服务的中级医疗服务机构和高级医疗服务机构。初、中、高三个不同等级的服务网构成了三级医疗服务体系。初级医疗网是三级网络服务系统的基础和建设的重点,负责疾病的综合防治和卫生保健知识的社区宣传,其主要组织形式是综合诊所,即政府把每个市(县)辖区划分为若干卫生区,要求每个区成立综合诊所,担负初级医疗卫生网的服务职责。^[15]

古巴的医疗服务费用几乎全部由政府资金支付,即使在20世纪90年代经济处于困难时期,政府通过税收方式来进行医疗服务融资,包括支付医务人员的工资,由此保证了古巴医疗服务体系的全民覆盖、免费和公平。2002年,古巴GDP的6.3%用于支付医疗费用,占全部政府预算支出的11.8%。^[16]

在以上四种模式中,医疗筹资与服务分离模式(间接提供或购买提供)将权利转移给需方,也即“钱跟着病人走”,主要着眼于改进医疗服务的提供效率和质量。医疗筹资与医疗服务提供一体(即直接提供方式)给予服务提供方更多的权利。前者更依赖于政府计划的水平以及对供方的直接监督能力,后者则依靠市场竞争机制来购买适合病人需求的医疗服务。

在理想状态下,购买医疗服务方式能从众多的服务提供方中,选择性价比高的医疗服务,并有助于改变一体化下的医疗服务部门的官僚作风。医疗筹资与医疗服务提供相分离强调政府在主导医疗筹资的职责,主旨在于通过公共筹资来解决公平性问题,同时利用市场机制来解决医疗服务提供的效率问题。这项改革在很多国家收到明显的成效。但它存在的问题是医疗服务筹资与服务提供分离使得整个一体化的服务体系越来越走向分割、细化,每个部门都只关注自我局部的、微观的效率,从而损害了医疗服务的整体效率。^{[17]64}

从四种医疗服务体系纵向整合模式来看,不同的整合路径造成了不同的整合程度。英国NHS模式和新加坡医疗集团模式更加强调整层级整合,即全科医生与医院之间的整合,美国HMO模式纵向整合过程更多的是临床和功能整合,主要是医疗服务的片段整合,古巴医疗服务体系的整合主要是临床医生的整合。

英国NHS整合模式强调“钱跟着病人走”的基本原则,医疗服务资源配置和费用补偿向基层医疗服务倾斜,全科医生和综合医院的跨专业团

队合作相对较弱。美国HMO模式,更多遵从市场规律,其医疗质量监管、跨专业团队合作、绩效管理都相对较强,以患者为中心的准则相对较弱。新加坡医疗集团模式纵向整合程度相对最强,而古巴NHS系统由于其医疗服务体系的计划特征,其医疗服务纵向整合的程度相对较弱。

三、医疗服务体系纵向整合的“镇江模式”

2009年,在《关于深化医药卫生体制改革的意见》中,提出鼓励不同医疗机构开展合作和重组,整合现有卫生资源,提高资源利用效率。2012年,在《关于县级公立医院综合改革试点的意见》中,进一步提出“鼓励有条件的地区探索对医疗资源进行整合、重组和改制,优化资源配置,扩大卫生服务提供、缓解看病难问题的策略,期望通过县域内各类医疗机构的联合、协作提高医疗资源整体利用效率,从而扩大医疗服务供给”。这些改革政策加快了我国医疗服务体系纵向整合的探索。多年来,上海积极开展医疗集团的改革,以上海瑞金医疗集团、上海市第六人民医院医疗联合体为代表;北京则开展医疗联合体的改革,以北京朝阳医院、友谊医院、世纪坛医院为龙头,组建了“北京朝阳医院医疗联盟”、“北京友谊医疗共同体”、“北京世纪坛医院医疗联合体”等医疗联合体;等等。但北京和上海等地进行的医疗服务体系纵向整合是局部的,还没有实现全区域的覆盖。至今,达到全域医疗服务体系纵向整合,最典型的是“镇江模式”。

江苏省镇江市作为我国公立医院改革的重要试点城市,多年来探讨通过“医疗集团”途径进行医疗服务体系的纵向整合,形成了以下显著的特点:

(1)在区域一级,进行医疗服务体系的系统整合,整合后的两大医疗服务集团实现了对镇江区域医疗服务的全部覆盖。这是目前我国市(县)这一级医疗服务体系整合最彻底的改革,同时带动了医院与社区医疗服务的一体化。社区卫生服务机构由辖区政府举办、医疗集团管理,两大医疗集团成立社区卫生服务管理中心,全面托管社区卫生服务中心。发挥核心医院资源优势,通过管理帮扶、技术合作、派驻医生和人员培训等,引导专家、技术、资源等“下沉”到社区,提高社区服务能力和水平。集团医院在托管社区开设“联合病房”,将康复期的病人转到社区进行治疗,同时医院选派专家和护理人员承担和指导临床诊疗及护理工作,提升了社区的医疗服务能力。

(2)在医疗服务体系整合中,产权手段和合同手段并用。2009年开始,组建以两个三甲医院为核心的江苏康复、江滨医疗集团,吸纳城区二级以上医院、专科医院和社区卫生服务中心,组建纵向一体化医疗联合体,有效整合医疗卫生资源,完善分工协作机制,形成区域医疗服务体系。

一是镇江康复医疗集团,以资产整合为主的“紧密型”,集团内各成员医疗资源划拨于集团名下,明确了以集团理事会为核心的统一决策管理机制,构建了由理事会、监事会、经营管理层组成的决策、监管、营运三者相互独立、相互制衡的法人治理结构。以实体运行模式明确了三个主体(医疗集团理事会、管理层和监事会),界定了三个关系(政府和医疗集团、集团理事会和管理层、集团与集团医院的职责关系)。在资源整合方面,康复集团推进学科建设、社区管理、后勤保障、信息化等9项一体化管理,成立了集团儿科、产科、心血管等临床诊疗中心,影像、临检、病理等临床诊断中心。

二是江滨医疗集团,以技术为纽带的“松散型”管理,重在发挥技术和科研优势,集团各成员通过战略规划、技术、资源、市场、品牌、医院文化、信息、委托管理等纽带联结成一个有机整体。^[18]

(3)医疗保险和医疗服务提供相分开,实现了医疗保险、医疗服务、药品提供三方的博弈。镇江市医保等部门在公开、公正协商的原则下,根据当年医保基金筹集预算额度,在测算提取风险金和预留个人账户资金结余后,其余全部作为当年医疗费用支出的预算总额,并按定点医疗(药)机构的不同类别分别测算及修订当年医疗费用支出预算总额予以计划分配及规划使用。在资源配置有限的前提下,针对医疗服务提供方在卫生资源存量、服务提供手段、保障能力上的差异,对医疗费用支付的“投入品”市场,即不同的定点医疗和医药机构开展分类谈判。第一层是一级医疗机构、零售药店及定点医务所(室);第二层是定点社区卫生服务机构;第三层为二级及以上定点医院。通过医疗服务购买支付方式的信息交换,包括策略内容明示与计划路径选择,实现了医疗保险、医疗服务、药品三方博弈的均衡。

四、我国医疗服务体系纵向整合的发展方向

(1)在纵向整合目标上,以医疗服务对象为中心,推动区域医疗服务体系纵向整合的全面改

革,实现区域分层医疗服务体系的一体化,建立区域医疗服务领域新型的竞合关系。

医疗服务体系改革与其他领域的改革不同,它需要系统水平上的改革,即在一个区域内,至少市(县)这一级所有的医院、社区医疗卫生服务机构都要纳入到医疗服务体系,并需要从产权或合同上确认多级医疗服务机构的经济关系,才能在区域内实现“横向到边,纵向到底”的医疗服务体系建设,从而实现提供综合、持续、便捷的一体化医疗服务。

我国目前医疗服务市场的竞争主要是在单个医疗机构之间进行的。不同层次和类型的医疗机构只是提供医疗服务谱系中的某段或某个节点,这就造成医疗服务机构提供的服务越多,所获得的报酬越多,这一问题的普遍存在会潜在诱导医院过度装备高级医疗器材来提供高级的服务,出现用“昂贵的服务”来代替“低廉的服务”的现象。其结果是医疗服务机构之间因相互竞争而导致服务“碎片化”,医疗服务体系看似庞大,但却低效,更缺乏对患者的全过程的健康服务管理。^[3]

总之,要以医疗服务对象为中心,按提供整合、连续、便捷的医疗服务为原则,围绕医疗服务水平的提高,通过医疗服务体系纵向整合,从而实现用医疗机构间的合作来代替医疗机构之间的竞争。

(2)在纵向整合的手段上,国外已有的经验表明并没有最佳的手段,多种手段可以并存。因此,应从我国实际出发,产权手段和合同手段并用。从我国各地的实践探索来看,目前纵向整合的方式主要有:兼并式、托管式、松散协作式。

兼并式。它主要是由集团购买、兼并、联合医院,然后由集团自己直接经营管理。被兼并医院由核心医院委派人员进行管理,被兼并医院则被纳入核心医院统一管理,产权转移和人员合并。

托管式。它是指医院的所有者通过合同形式,在产权保持不变的情况下,将医院的经营管理权交由具有较强经营管理能力,能够承担相应经营风险的法人,按照公司化管理有偿经营。松散协作式。它以专业技术优势为整合的纽带,集团内部各成员医院没有隶属关系,所有制性质、财务核算形式、现有资产所属关系、人员归属管理权限都不变,成员医院各自承担相应的民事责任,经营上独立自主各自为政。

判断医疗服务体系纵向整合手段选取是否合理和正确,其核心标准是看能否在医疗服务体系

内部建立起有效的双向转诊制度。即医疗服务体系通过纵向整合之后,是否在各级医疗机构之间建立畅通的双向转诊通道,能否及时将急危重症患者转至三级医院,慢病管理和康复期患者转至二级医院和社区医疗卫生服务中心延续治疗和康复。

(3)在医疗服务体系纵向整合结构选择上,各地区可以根据实际情况选择合适的纵向整合结构,如选择三级、二级和一级医疗机构纵向整合结构(即“3+2+1”模式):即由一所大型三级医院为核心,以区域为基础,联合周边三级医院、二级医院、社区医疗卫生服务中心纵向整合而成的医疗联合体。或选择三级、一级医疗机构的纵向整合结构(即“3+1”模式)。医疗服务体系纵向整合结构选择上,其关键是把社区医疗卫生服务纳入到医疗服务体系整合之中。

目前,我国医疗服务体系纵向整合中,改革重点主要聚焦三级医院、二级医院和一级医院组成的医疗集团或医疗服务协作体等。今后还要加强由初级卫生保健、家庭医生、专科医生、医院、康复中心、护理院等不同层级和类型的医疗服务机构的纵向整合。

(4)以医疗服务联合体为基础,大力推动支付方式和投入方式的改革。即改变按“项目付费”的支付方式,采用总额预付,按服务签约涵盖人头数来打包支付。这既是控费的需要,更是提高医疗服务联合体自身运行效率,加强运行成本控制的需要。同时,由原来对不同层级医疗机构的分别投入,调整为对医疗服务联合体的统一投入;由原来医保对不同层级医疗机构的单独支付,调整为对医疗服务联合体统一预付。其中,要特别鼓励医疗服务联合体推出各种激励措施,使居民自愿选择医疗服务联合体长期定点就医,最终形成“基层首诊、梯度就诊、双向转诊”医疗服务新格局。

(5)全功能架构的信息管理系统的建设,这将对医疗服务体系的纵向整合具有保障性和基础性作用。在纵向整合的医疗服务体系内,多层次医疗服务机构需要多功能、共享性的信息管理系统发挥基础性作用,实现医疗服务档案管理、医疗服务提供与评价以及管理财务系统三大重要功能,从而为医疗服务联合体提供从服务到决策全过程的保障性作用。

参考文献

- [1] Riordan M H, Williamson O E. Asset specificity and economic organization[J]. International Journal of Industrial Organization, 1985, (4).
- [2] Enthoven A, Tollen L. Competition in health care: it takes systems to pursue, quality and efficiency[J]. Health Affairs, 2005, (24).
- [3] 匡莉.我国医疗服务竞争机制的优化策略:建立纵向整合的医疗服务体系[J].中国卫生政策研究,2010,(9).
- [4] 夏挺松,卢祖洵,彭绩.国外医疗卫生体系模式对我国的启示[J].中国卫生事业管理,2011,(7).
- [5] 龚向光,王园.英国国家卫生服务体系中的内部市场[J].中国卫生产业杂志,2003,(3).
- [6] 句华.英国NHS内部市场的实践及其启示[J].中共福建省委党校学报,2005,(7).
- [7] 张文燕.凯撒的成本控制之道[J].中国医院院长,2010,(6).
- [8] 雅诺什·科尔奈,翁笙和.转轨中的福利、选择和一致性东欧国家卫生部门改革[M].钱颖一,译.北京中信出版社,2003.
- [9] 李玲.美国退伍军人医疗系统改革[J].中国卫生,2009,(4).
- [10] 王玲,吴雯,张翔.新医改下公立医院战略管理探讨[J].医学与社会,2010,(6).
- [11] 陈昱方,林婕,张亮.新加坡卫生服务体制对我国卫生服务体制改革的启示[J].医学与社会,2012,(1).
- [12] 代涛.公立医院发展改革的国际经验与启示[J].中国医院,2011,(7).
- [13] 欧阳波,张为佳,张秀英,等.关于新加坡医疗卫生体制的思考[J].中医药管理杂志,2012,(8).
- [14] 毛相麟.古巴的全民医疗保障制度[J].科学决策月刊,2007,(8).
- [15] 毛相麟.古巴的全民医疗制度是怎样建立起来的[J].学习月刊,2007,(4).
- [16] 王诺.古巴医疗体制的评价及其对中国的启示[J].拉丁美洲研究,2009,(4).
- [17] 刘军民.中国医改相关政策研究[M].北京:经济科学出版社,2012.
- [18] 万祥波,朱夫,杨扬,等.医疗集团化改革的探索与体会[J].中国卫生资源,2013,(4).

[责任编辑:赵强]