

# 社区卫生服务门诊统筹政策的成效与经验

贺小林\* 梁 鸿

复旦大学社会发展与公共政策学院 上海 200433

**【摘要】**在我国城镇居民基本医疗保险筹资水平较低而基本医疗保障需求较高的现实条件下,门诊统筹是提高保障水平、扩大受益面的关键。与社区卫生服务相结合,城镇居民基本医疗保险可以利用其方便价廉、安全有效的特征,充分发挥社区卫生服务的公益性及其高效率的服务优势来保障城镇居民的基本医疗和公共卫生服务。通过典型地区的实证分析,认为门诊统筹具有提高社区卫生服务公益性,提升医保资金使用效率等政策成效。试点地区的经验也表明,依托社区卫生服务的门诊统筹政策成功的原因在于典型地区都进行了服务模式转变的形态机制建设、强化公益性的运行机制建设以及提升能力的社区卫生服务内涵建设。

**【关键词】**社区卫生服务;城镇居民基本医疗保险;门诊统筹;成效;经验

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.04.003

## The effectiveness and experiences of pooling outpatient policy in Community Health Services

HE Xiao-lin, LIANG Hong

School of Social Development and Public Policy, Fudan University, Shanghai 200433, China

**【Abstract】** The pooling outpatient service is a key to increase access and improve the overall security level under the actual condition that the low financing of Basic Medical Insurance for Urban Residents but a relative higher needs for the basic health insurance. Through pooling outpatient service at the community level, it could take advantage of convenient with relative cheaper price, and relative effectiveness for Basic Health Insurance for Urban Resident. Then, it further promotes the public welfare of community health service and in turn to secure the essential medical service and public health service to urban residents. In this paper, an empirical analysis of the typical regions indicates that pooling outpatient at community health services have the policy effectiveness of improved public welfare, enhance the efficiency of medical insurance funds. The experience of the pilot areas also shows that pooling outpatient service is successful because the typical regions all had the reform in service transition in the form of services mechanism, the building of operation mechanisms to strengthen public welfare and the content built to enhance the capacity of community health service.

**【Key words】** Community Health Services; Basic Medical Insurance for Urban Residents; Pooling outpatient; Effectiveness; Experience

医疗保障制度的完善是解决群众“看病难、看病贵”问题的关键。从医疗保障制度自身发展的客观规律来看,完善医疗保障制度需要跨越参保人群的制度覆盖、内容覆盖和保障水平提高三个主要环节。

从制度覆盖角度来看,我国先后建立了城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗

保险和贫困医疗救助制度。据统计,“十一五”末全国城镇基本医疗保险覆盖约4.2亿人,新农合参保人数达到8.3亿人,合计约12.5亿人,总计医保参保比例已经达到90%左右,医疗保障制度人群覆盖的目标已经基本实现。<sup>[1]</sup>在我国基本完成了医疗保障制度的人群覆盖之后,医疗保障的内容覆盖和保障水平的提高

\* 基金项目:2009年度国家社会科学基金重大项目(09&ZD059),复旦大学国家哲学社会科学公共管理与公共政策创新基地2008年项目(08FCZD013),2010年中国社区卫生科研基金。

作者简介:贺小林,男(1985年-),博士研究生,主要研究方向为社会保障、医疗卫生政策。E-mail:10110730013@fudan.edu.cn

就成为完善我国医疗保障制度的当务之急。

从内容覆盖角度来看,目前我国居民保险制度设计主要着眼于解决大病的医疗保障问题,而实际影响居民整体健康水平和基本卫生服务可及性的多是常见病和多发病,以“保大病”为主的模式对改善居民基本卫生服务可及性的作用有限,也必将限制医疗保障的受益面,影响居民参保的积极性。<sup>[2]</sup>要实现医保的新医改目标,面向非工作人群的城镇居民面临着拓展覆盖面的严峻挑战,其中城镇居民医保必须要突破自愿性医疗保险面临的“逆向选择”困境。<sup>[3]</sup>将门诊统筹纳入城镇居民基本医疗保险既是参保居民的迫切需要,也是完善该项制度的现实选择。门诊统筹是医疗保障制度非常重要的一个环节,只有将居民的门诊纳入到医疗保障制度当中,才能鼓励居民在疾病发生后最早的时间去进行诊断和治疗,从而真正提高资金的使用效率。

从保障水平来看,城镇居民基本医疗保险保障住院和大病门诊,确实可以分担居民因大病、重病而带来的风险。但居民在日常生活中小病的患病概率很大,而小病未及时诊治往往拖成大病。因此,真正要提高城镇居民的医疗保障水平,也有必要将普通门诊纳入城镇居民基本医疗保险中。普通门诊统筹,是针对医疗保险参保人门诊大病以外的普通门诊,利用统筹基金解决医疗费用的一种门诊医疗保障办法。<sup>[4]</sup>在有限的医保资源下,既要实现医保内容的覆盖,又要提升医疗保障水平,医疗服务机构的科学选择和医保支付制度设计就显得十分重要,其中最为关键的问题就是如何将医保与有效的医疗服务体系相衔接。由于社区卫生服务具有方便有效、安全价廉的特征,实行城镇居民基本医疗保险社区卫生服务门诊统筹是扩大保障内容、提升保障水平的最为有效的方式。

自 2006 年我国启动新一轮社区卫生服务体系的建设以来,与医疗保险制度的衔接工作就被认为是新医改中的重要工作环节。<sup>[5]</sup>在新医改政策指导下,宁波江北、江苏无锡、上海长宁等地区在完善城镇居民基本医疗保险政策的进程中都十分注重与社区卫生服务的功能发展和合理医疗体系的构建相结合,并通过定点医疗、社区首诊和阶梯式报销比例等倾斜政策来引导居民到社区就医,充分发挥社区卫生

服务的公益性,取得了明显的政策成效。

## 1 社区卫生服务门诊统筹的政策成效

### 1.1 居民医疗保障水平大幅提高,“看病难、看病贵”问题有效缓解

门诊统筹将医保扩展到以往制度不能保障的门诊就医部分。凡城镇职工医保和新农合覆盖范围以外的无医保城镇居民,均属于参保范围,具体包括全市户籍 18 周岁以下人员,以及城镇户籍 18 周岁以上无保人员、区域内的大、中、小学校学生等。宁波、无锡和上海根据当地情况,对特定的参保对象进行了补充规定。截至 2009 年,宁波城镇居民基本医疗保险参保人数达到 58 777 人,参保率为 90.3%;无锡参保人数为 389 645 人,参保率达到 98%;上海长宁参保人数为 65 000 人,参保率达到 98%。

从典型地区的城镇居民基本医疗保险门诊统筹情况来看,实行门诊统筹之后的保障水平较实行门诊统筹之前有很大提高。城镇居民基本医疗保险对社区卫生服务门诊的支付总额逐年增高。如宁波由 2007 年的 4 580.43 万元增长到 2009 年的 8 270.73 万元,增长了 80%;医保基金支付占门诊总费用的比例由 2007 年的 48.97% 增长到 2009 年的 55.3%。无锡市 2009 年的社区卫生服务门诊量较 2007 年增长了 59%,城镇居民基本医疗保险门诊支付比例为 59.48%。上海市长宁区 2009 年社区卫生服务门诊量相较 2007 年增长了 10.9%,城镇居民基本医疗保险门诊支付比例达到 66%。之所以在有限的居保资金下,居民门诊保障水平有了较大提高,原因就在于社区卫生服务发挥了重要作用。

### 1.2 门诊统筹与社区卫生服务发展实现了良性互动,居民对社区卫生服务的利用程度大大提高

城镇居民基本医疗保险门诊统筹政策的基本价值目标是保基本、保健康。社区卫生服务是城市公共卫生和基本医疗服务的网底,作为城市居民健康的“守门人”,其公益性是发展社区卫生服务的核心价值所在。<sup>[6]</sup>由于对城镇居民基本医疗保险门诊统筹政策的支持,社区卫生服务方便有效的形态布局使得价值功能得以体现。一方面城镇居民医保促进了社区卫生服务的发展,充分体现了社区卫生服务的公益性。城镇居民基本医疗保险门诊统筹使得社

区卫生服务能力大大提高,强化了慢性病管理和公共卫生服务,充分发挥了社区卫生服务的公益性。另一方面社区卫生服务的发展充分发挥了其方便有效、经济价廉的特征,慢性病和公共卫生服务的强化和提高使得百姓更愿意利用社区卫生服务。并且这种接受不仅仅是因为社区卫生服务的便捷性带来的低水平认同,更是因为社区卫生服务质量和能力的提升而带来的百姓对其功能认知的改变,从而在医疗行为上体现出回归合理的高度认同。

1.2.1 门诊统筹提高了社区卫生机构服务提供能力

(1)慢病管理得到改善。宁波江北的慢性病管理人数由2007年的3 965人增加到2009年的10 878人,增长了1.74倍;2009年无锡市社区卫生服务慢病管理人数为124 671人,是2007年的2.03倍;长宁区慢病管理人数由2007年的22 175人增加到2009年的37 774人,增长了70.34%(表1)。慢性疾病具有高发病率、高致残率、高死亡率和高费用等特点,不仅严重影响了我国人民的健康水平和生活质量,而且大量消耗有限的、可利用的卫生资源,使

医疗保险基金面临巨大风险。<sup>[7]</sup>因此,社区卫生服务既提高了慢性病管理能力,也为完善城镇居民基本医疗保险、提高医保资金的利用效率提供了服务平台。医疗保险应通过社区卫生服务机构这个平台,主动介入参保人的基础医疗、健康管理等环节。通过政策引导,调动他们开展基础医疗和健康管理积极性,把基金支出的“关口”前移,既可以有效地提高参保人的健康水平,又可以提高医保基金的使用效率。<sup>[8]</sup>

(2)公共卫生服务得到强化。社区卫生服务改革最终要实现“人人享有基本医疗、人人健康”的长远目标,关键就是要从公共卫生做起,做到不生病,少生病。因此,加强公共卫生服务的落实和提高是新医改的重要目标。城镇居民基本医疗保险门诊统筹为社区卫生服务发展带来了新的机遇和动力,全科服务模式的转变使得各地社区卫生服务能力有所增强。在疫苗接种、残疾人登记管理、妇幼保健和计划生育指导方面,典型地区都进行了大量的工作,公共卫生服务网底作用得到了落实(表2)。

表1 典型地区社区卫生服务慢病管理情况

地区	年份	慢性病管理数(人)	高危人群健康宣教(人次)	糖尿病管理率(%)	高血压管理率(%)
宁波江北	2007	3 965	—	45.69	44.99
	2008	9 729	—	74.59	80.61
	2009	10 878	—	93.88	87.84
江苏无锡	2007	61 352	152 435	94.0	93.0
	2008	95 255	522 490	96.9	93.1
	2009	124 671	696 789	97.5	93.7
上海长宁	2007	22 175	64 018	90.83	95.86
	2008	34 931	78 279	98.07	86.33
	2009	37 774	74 951	98.00	84.60

注:慢病管理统计数据为高血压和糖尿病的管理总人数

表2 典型地区社区卫生服务机构公共卫生服务情况

地区	疫苗接种(人次)	残疾人(人)	登记管理(人)	孕妇建档管理数(人)	0~6岁儿童管理数(人)	妇科病普查数(人)	计划生育指导人数(人)
宁波江北	2007	5 101	2 260	1 597	20 095	17 760	—
	2008	5 433	2 412	1 705	23 970	25 139	—
	2009	5 731	2 608	1 661	—	26 233	—
江苏无锡	2007	100 601	7 628	50 168	253 505	599 271	188 241
	2008	780 516	193 394	53 609	268 304	737 430	189 722
	2009	1 529 415	209 666	53 005	277 227	846 620	175 178
上海长宁	2007	218 291	5 555	4 778	31 913	220	7 863
	2008	143 996	5 371	4 894	35 805	1 583	5 421
	2009	204 444	5 583	5 308	34 103	1 721	3 798

### 1.2.2 门诊统筹对居民就医行为的影响

(1) 提高了居民对社区卫生服务的认知度。上海市城镇居民医保制度确定了以保障大病为主, 兼顾门诊医疗的指导原则。实践表明, 这样可以扩大制度的受益面, 提高参保人员的参保积极性, 居民满意度很高。以长宁区的社区卫生服务居民满意度历年抽样调查为例, 2009 年社区卫生服务认知率为 98.2%, 四年内上升了 4.2 个百分点, 对全科医生的知晓率上升了 29.5 个百分点。

(2) 提升了居民对社区卫生服务的利用率。宁波市江北区参保居民对于社区卫生服务的利用率呈逐年增长态势, 其中 2009 年社区卫生服务中心门诊人次 1 600 212 人次, 较 2007 年增长 44.91%; 无锡市执行城镇居民基本医疗保险社区首诊制, 门诊人次也有显著增长, 2007 年门诊人次数为 2 367 500 人次, 2009 年为 3 765 300 人次, 增长 59%。城镇居民医保社区卫生服务门诊统筹后, 长宁社区卫生医疗机构凭借医保的倾斜政策和自身的便利等有利条件, 吸引了大量参保人员来门诊就医, 病人对社区卫生服务的看法有了初步的改变。从居民就医意愿来看, 社区卫生机构首选率为 69.1%; 在居民的实际就医行为中, 社区卫生服务中心是居民的首选, 年均选择率为 55.5%; 三级医院的年均选择率为 24.8%; 二级医院的年均选择率为 19.7%。<sup>[9]</sup>

(3) 提高了居民对社区卫生服务的满意度。宁波江北社区卫生服务的群众满意度由 2007 年的 97% 增加到 2009 年的 97.4%, 增长幅度虽小, 但体现了居民对社区卫生服务的满意和认同。2009 年无锡参保居民对于社区卫生服务的满意度为 95%。

(4) 强化了居民对社区卫生服务的忠诚度。宁波江北社区卫生服务的居民满意度调查显示, 有 57.1% 的社区居民表示今后生病就诊时会首先选择社区卫生服务中心。曾经使用过社区卫生服务的人群中有 81.1% 表示今后会继续使用社区卫生服务; 从未使用过社区卫生服务的人群中也有 79.5% 表示今后会考虑使用社区卫生服务。2009 年长宁曾经使用过社区卫生服务的受访者有 94.6% 表示今后会继续利用社区卫生服务中心, 未利用过的受访者中 88.9% 表示

今后会考虑利用社区卫生服务中心。

### 1.3 扩大了城镇居民基本医疗保险门诊保障的数量, 节约了大量医保资金, 充分体现了社区卫生服务门诊统筹的效率

在医保基金有限的情况下, 要最大程度的保障居民的医疗保障水平, 关键在于用最低的成本来确保最大比例参保人员的基本医疗需求。在此, 我们可以测算出城镇居民基本医疗保险社区卫生服务门诊统筹定点在不同级别的医疗机构带来的保障水平和保障程度的影响。

一是假定各典型地区的社区卫生服务门诊量和基金支付比例不变。2009 年宁波江北、江苏无锡和上海长宁城镇居民基本医疗保险社区卫生服务门诊实际支出总额分别为 8 270.73 万元、18 842.50 万元和 16 493.97 万元。在不减少保障门诊人次的基础上, 如果定点在二级医疗机构, 医保费用分别需要增加 7 877.24 万元、20 570.08 万元和 24 503.90 万元, 需增加资金占原门诊报销总额的 95%、109% 和 149%。如果定点在三级医疗机构, 医保费用分别需要增加 8 360.4 万元、21 130.04 万元和 38 208.75 万元, 需要增加的资金将是原门诊报销总额的 1.01 倍、1.12 倍和 2.32 倍。

二是假定各典型地区的社区卫生服务门诊医保支付总额不变, 同样的医保费用, 如果定点在二级医疗机构, 按照当地二级医疗机构的次均门诊费用来计算的话, 2009 年宁波江北、江苏无锡和上海长宁能够保障的门诊服务量为 819 765 人次、1 800 130 人次和 948 568 人次, 二级医疗机构门诊统筹能够保障的人次与社区卫生服务相比分别要下降 48.8%、52.2% 和 59.8%。如果定点在三级医疗机构, 按照当地三级医疗机构的次均门诊费用来计算, 2009 年宁波江北、江苏无锡和上海长宁能够保障的门诊服务量为 795 950 人次、1 786 124 人次和 710 920 人次, 三级医疗机构门诊统筹能够保障的人次与社区卫生服务相比分别要下降 50.3%、52.6% 和 69.9%。由此可见, 居民门诊统筹定点在社区卫生服务中心能够充分发挥社区卫生服务价格低廉的特点, 在有限的医保资金下, 提高基金的使用效率, 保障更多居民的基本医疗需求。

## 2 社区卫生服务门诊统筹试点的经验

典型地区城镇居民基本医疗保险社区卫生服务门诊统筹之所以能够取得成功,主要是由于在明确了机构服务功能定位之后,各地区都在社区卫生服务模式的形态机制建设、公益性的体制机制建设和提升服务内涵建设三方面进行了改革。

### 2.1 服务模式转变的形态机制建设

社区卫生服务模式是社区卫生服务改革与发展的实质问题,它决定了社区卫生服务改革与发展的质量,也决定了城镇居民基本医疗保险社区卫生服务门诊统筹之后,社区卫生服务能否承担起居民健康守门人的角色,提供安全便捷、经济有效的基本医疗和公共卫生服务。为了应对新的发展形势,完善社区卫生服务功效,典型地区的社区卫生服务都实施了以全科团队为核心的服务新模式。

首先,完善了社区卫生服务的管理架构。宁波和上海长宁都将传统的“三部一室”(后勤保障部、预防保健部、医疗康复部、办公室)调整为以全科团队为主的五大系统(全科团队服务系统、全科团队支持系统、病房系统、医技系统和管理系统)。其次,三个典型地区都在社区卫生服务中心组建了全科团队。由全科医师、公共卫生医师、社区护士组成的全科团队服务系统为责任区居民开展“六位一体”基本服务。再次,在实践中转变全科团队的服务理念。建立了“家庭伙伴式”的新型和谐医患关系,主动地“走向社区、走进家庭”,从以往只关注医疗向防治结合转变,加强居民健康档案的建立和管理、健康教育、免疫接种以及慢性病综合防治;从以往坐在医院等病人的医院服务模式转向了下社区主动提供服务的社区服务模式。形成了社区卫生服务中心围着“全科服务团队”转,“全科服务团队”围着居民健康转的新局面,在“全科服务团队”主动“走向社区、走进家庭”过程中,进一步拉近了与群众的距离,贴近了居民的需求。

### 2.2 强化公益性的运行机制建设

社区卫生服务的公益性是社区卫生服务赖以生存的主要优势,与二、三级综合医疗机构相比,在有限的城镇居民基本医疗保险门诊统筹资金的情况下

要实现范围更广的居民医疗保障,社区卫生服务门诊统筹的重要性不言而喻。因此,公益性机制探索是社区卫生服务发展的核心问题,它决定了社区卫生服务改革与发展的方向,也决定了城镇居民基本医疗保险社区卫生服务门诊统筹是否能成功。合理的社区卫生服务利益导向机制就是怎样从医疗服务的追求经济利益最大化转向服务成本最小化。即转变过去以经济效益(完成一个单位的基本医疗服务产品所获得的最大经济收益)为导向的医疗市场化观念,实现以经济效率(以最小的成本来完成基本医疗服务单位产品)为导向的社区卫生服务,这是公益性转变的核心价值所在。因此,只有建立起社区卫生服务的公益性体制,才能够实现社区卫生服务的低成本。

为此,上海市长宁区在全国率先推进体制、机制创新,探索建立维护社区卫生服务公益性质的有效运行机制。在社区卫生服务机构试行收支两条线管理,确保政府投入的基础上,切断医务人员个人收入与处方、临床检查、医疗收费的直接挂钩关系,同时,改革人事、分配和绩效考核制度,取得良好成效。无锡在全市社区卫生服务中心实行了收支两条线管理,对社区卫生服务中心进行预算管理,收入全额上缴、支出分类核定、结余统筹管理,并制定相应的社区卫生服务机构绩效考核实行办法。江北区政府也高度重视社区卫生服务改革与发展,尤其是社区卫生服务公益性机制建立,不断强化政府的责任与投入。在政府主导下,江北区从三个方面着手,探索和建立“三位一体”的社区卫生服务的公益性机制。首先实施了社区卫生服务收支两条线制度,建立社区卫生服务公益性的形态机制。其次,建立了以“内部药事服务费”为核心的以劳务补劳务的公益性补偿机制。再者,建立了以公益性为导向的社区卫生服务新的绩效评价机制。从典型地区的实践看,实施收支两条线管理从机制上初步形成了社区公共卫生服务经费由政府投入,基本医疗服务经费由社会保障体系解决的补偿体系。从机制上切断了社区卫生机构业务收入与个人收入之间的利益链,强化了收支管理,淡化了创收意识,避免了以药养医、以医养防的情况,确保了社区卫生服务的公益性。

## 2.3 提升能力的社区卫生服务内涵建设

社区卫生服务包含了基本医疗和公共卫生服务两个方面。深化社区卫生服务内涵建设关键在于通过组建全科团队,进行六位一体的全科服务,真正构筑起基本医疗和公共卫生服务两个网底,成为居民健康的守门人。以往我国社区卫生服务的发展以经济效益为中心的价值取向决定了其过度提供基本医疗服务而忽视公共卫生服务。而公共卫生服务的完善是社区卫生服务改革与发展的基本和长远的目标,关系到“人人享有基本医疗卫生服务”这一战略目标的实现程度。因此,为了强化公共卫生服务的落实,长宁区和江北区都根据各自的实际情况,确立了公共卫生服务清单和完成公共卫生服务内容的服务包。由全科团队来实施社区公共卫生服务,提高公共卫生服务的质量与效率。同时在社区卫生服务绩效考核中加强了对公共卫生服务的考核,实行公共卫生服务考核“一票否决制”。无锡则对脑血管、高血压、乳腺癌筛查、残疾人康复等公共卫生服务重点项目制定了相应的政策文件,要求社区卫生机构做好公共卫生服务工作。

## 3 结论与讨论

“看病难、看病贵”之所以成为主要社会问题之一主要基于以下两个原因。一是随着社会经济的发展、人口年龄结构的变化和城市化水平的提高,人们的医疗卫生服务需求呈现明显的上升趋势。二是医疗费用的增长速度远远高于城乡居民收入增长的速度,明显增加的疾病负担和高额的医疗费用相互交织,抑制了人们对卫生服务的需求,直接后果就是居民生病后及时就诊率降低,基本医疗服务可及性和公平性受到了严重的损害,群众看病负担加重。

目前由于筹资水平较低,城镇居民基本医疗保险基金重点用于参保居民的住院和门诊大病医疗支出,这就使得其相对忽视了初级卫生保健。而加强初级卫生保健投入是各国普遍采用的做法,无论是发达国家还是发展中国家,在经过成本效益分析后都意识到初级卫生保健可以显著改善一国的卫生绩效,并抑制医疗费用的过快上涨。<sup>[10]</sup>因此,为了满足

人们的卫生保健需求,降低医疗费用,有必要实行社区卫生服务门诊统筹,引导病人到社区卫生服务机构就医,这样不仅能起到分流作用,缓解看病难问题,更主要的是与二、三级综合性医院相比,社区卫生服务具有方便价廉的比较优势,同时能够解决看病贵问题。要使得社区卫生服务门诊统筹的政策推广,各地需要充分重视社区卫生服务机构的发展和职能的发挥,可以考虑参照典型地区进行社区卫生服务模式的形态机制建设、公益性的体制机制建设和提升服务内涵建设的阶段化、渐进性改革来提升社区卫生服务机构的服务能力。

### 参 考 文 献

- [1] 12.5 亿人参保 制度上全覆盖——全民医保还有多远? [EB/OL]. (2010-12-22) [2011-03-11]. [http://news.xinhuanet.com/politics/2010-12/22/c\\_13659104.htm](http://news.xinhuanet.com/politics/2010-12/22/c_13659104.htm).
- [2] 黎成,余漩,鱼敏.东西部四城市城镇居民基本医疗保险方案对比分析[J].中国卫生经济,2010,29(7):12-13.
- [3] 顾昕.全民医保的新探索[M].北京:社会科学文献出版社,2010.
- [4] 邹萃.广东门诊统筹调查[J].中国社会保障,2009(12):74-76.
- [5] 国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见(国发[2006]10号)[Z].2006.
- [6] 梁鸿,贺小林.社区卫生服务收支两条线改革认识误区的思考[J].中国卫生政策研究,2010,3(9):4-8.
- [7] 张开金,王敏,姜丽,等.构建门诊统筹管理促进个人账户利用与社区卫生服务结合的必要性和可行性[J].中国全科医学,2009,12(4):532-535.
- [8] 青岛市劳动社会保障局.社区卫生服务平台助力居民门诊统筹[J].中国劳动保障,2008(11):19.
- [9] 仇育彬.员工工作满意度、居民满意度及其与社区卫生服务发展的关系[D]复旦大学硕士学位论文,2010.
- [10] 朱俊生.城镇居民基本医疗保险的比较制度分析——基于东、中、西部3省9市试点方案的比较[J].人口与发展,2009,15(3):17-26.

[收稿日期:2011-02-22 修回日期:2011-04-03]

(编辑 薛云)