

医疗机构分工协作的国际经验及启示

——基于英国、德国、新加坡和美国的分析

余红星^{1,2*} 冯友梅³ 付 旻⁴ 刘智勇² 姚 岚²

1. 湖北医药学院附属东风医院 湖北十堰 442008

2. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

3. 武汉大学 湖北武汉 430072

4. 武汉市卫生和计划生育委员会 湖北武汉 430014

【摘要】在界定医疗机构分工协作内涵基础上,本文描述了英国、德国、新加坡和美国四个国家开展医疗机构分工协作的现状,认为其有利条件包括合格的全科医生、严格的卫生资源配置、有效的社区首诊和双向转诊制度。分析医疗联合体、管理型保健以及全科医生签约政策调整对分工协作的影响,总结出国外开展医疗机构分工协作的经验和启示:门诊与住院服务是否需要分离,基层医疗机构的私有化模式,护理、康复类机构与医疗机构的分工协作,医院集团化与分工协作的关系,以及分工协作并不能解决医疗服务提供体系的所有问题。

【关键词】医疗机构;分工协作;分级诊疗

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2014.06.003

International experience on the division and cooperation among medical institutions and its implications for China: An analysis of the UK, Germany, Singapore and the US

YU Hong-xing^{1,2}, FENG You-mei³, FU Min⁴, LIU Zhi-yong², YAO Lan²

1. Affiliated Dongfeng Hospital, Hubei University of Medicine, Hubei Shiyan 442008, China

2. School of Medicine and Health Management, Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology, Hubei Wuhan 430030, China

3. Wuhan University, Hubei Wuhan 430072, China

4. Health and Family Planning Commission of Wuhan Municipality, Hubei Wuhan 430014, China

【Abstract】Through defining the connotation of division and cooperation among medical institutions, this paper introduces the current status for division and cooperation among medical institutions of Britain, Germany, Singapore and USA. The advantages include excellent general practices, optimal health resource allocation, effective first treatment in community health facilities, and effective two-way referral. We analyzed the influence of some new policies on the division and cooperation among medical institutions such as medical association, managed care and the General Practices' service contract. This provided a lot of experience and revelations, including the dynamics to promote the division and cooperation, the separation of outpatient services and inpatient services, privatization of primary medical institutions, division and cooperation between medical institutions and nursing, rehabilitation institutions, distinguishing the division and cooperation from hospitals alliance, and division and cooperation among medical institutions can not resolve the all issues in the medical care supply system.

【Key words】Medical institutions; Division and cooperation; Bottom-up cascading healthcare practice

* 基金项目:教育部博士点基金(博导类)(20110112110025)

作者简介:余红星,男(1974年—),博士,讲师,主要研究方向为医院管理。E-mail:yuhongx@163.com

通讯作者:姚岚。E-mail:lanyao@vip.163.com

2009 年《关于深化医药卫生体制改革的意见》中提出建立城市医院与社区卫生服务机构的分工协作机制。2013 年,十八届三中全会决定指出:“完善合理分级诊疗模式,建立社区医生和居民契约服务关系。”然而,如果医疗机构没有开展分工协作,则分级诊疗模式很难形成。我国部分地区开始了医疗机构分工协作机制的初步探索,如医疗联合体、对口支援、社区卫生服务的“院办院管”等形式。^[1]但国内对医疗机构分工协作的研究并不深入,相关文献只对分级医疗、分级诊疗、基本医疗服务进行了界定或研究^[2-3],大多数文献默认上述实践就是开展分工协作^[4],并集中讨论了这些模式存在的问题^[5]。而国外医疗机构分工协作机制已经建立,其研究的重点在于医疗服务或资源的整合以及其它相关方面。^[6]英国、德国、新加坡和美国的政治环境、文化理念、医疗卫生制度虽然各不相同,但医疗机构之间却开展了良好的分工协作,初级卫生保健和专科医疗服务提供之间界限清晰,病人流向合理。而且这四个国家的卫生服务提供体系、医疗保障体系特征分明,有很多方面值得研究和借鉴。

1 医疗机构分工协作的含义

由于政策文件和理论界没有给出明确的定义,本文通过研究认为,医疗机构的分工协作是指:为了保证卫生服务的公平性、可及性,提高卫生服务体系的效率,在政府主导之下或者其它因素的作用下,各医疗机构在初级卫生保健和专科医疗服务之间进行分工,初级卫生保健由基层医疗机构提供,专科医疗服务由各级医院提供,大型医院以疑难重症诊治、科学研究、教学培训为主,其它级别医院以常见病、多发病的诊断和治疗为主。同时,各医疗机构在人员培训、科学研究、健康教育和医疗技术方面开展协作,并为病人提供连续性的服务。

另外,有文献已经讨论了初级卫生保健以及专科医疗服务^[7],两者的含义是清楚的。本研究认为,基于我国目前医疗机构的现状,基层医疗机构已经承担了一部分疾病预防和健康教育工作,而在诊疗方面并没有和大医院进行分工协作,因此,本文主要针对初级卫生保健中的诊疗服务展开论述。

2 医疗机构开展分工协作的前提条件

2.1 重视全科医生培养

美国和英国拥有严格、健全的全科医生培养制

度,家庭医生培训周期非常长,从大学起需要至少 11 年的时间。^[8]德国也需要 10 年以上的培养^[9],并且由于医学生学费低,政府进行补助,医学生生源好,医师社会地位很高,受人尊重,医患关系良好。新加坡主要是通过引进国外的医师,并通过严格的准入制度来保障私人开业诊所的质量。

2.2 卫生资源配置合理

1971 年英国卫生资源配置进入规范阶段。德国的区域医院规划更加严格,不仅对医院选址进行审查和决策^[10],医院的设备、床位和所有的医护人员都在规划范围之内,包括各地私人开业医师的数量都要经过严格的规划论证才能执行^[11]。新加坡尽管较早开始了公立医院公司化改革,但政府利用所有者身份对医院床位数量、设备以及高新技术进行严格的审批和控制。^[12]美国没有实施区域卫生规划,医疗卫生资源配置以市场机制调节为主。

2.3 医疗机构功能定位明确,各司其职

英国公立医院属政府所有,专科医院不设门诊部,一、二级医院可以设置门诊部,但门诊部接待的病人主要是通过全科医生转诊而来,并不直接接待普通门诊病人。^[13]诊所主要是全科医生合伙开业,大多数属于私立机构,与 NHS 签约提供初级保健、基本医疗服务和病人转诊服务。

德国在区域医院规划的基础上,建成了数百个“区域性医院服务体系”,在每一区域内按标准设置四级医疗机构。^[14]区域内医院的等级和规模、设备条件、功能由政府根据服务的需要统一安排划定。

新加坡初级卫生保健主要由 2 400 家私人诊所和 18 个公立联合诊所提供,而住院服务主要由公立的综合或专科医院(或专科中心)提供,少量私立医院也提供住院服务。新加坡的门诊和住院服务基本是分开的,大医院一般不设普通门诊部,只设急诊科,例如新加坡保健服务集团中的国立大学医院(National University Hospital)、新加坡国立心脏中心(National Heart Centre Singapore)等只接待有转诊证明并进行了预约的患者。考虑到有些疾病的特点,部分专科医院也接受病人自己预约,如新加坡国立眼科中心(Singapore National Eye Centre)、新加坡竹脚妇幼医院(KK Women's and Children's Hospital)等都可以接待非急诊的预约病人。

美国医院的层级没有英国、德国那么分明。医院中的主体是社区医院,2009 年社区医院占医院总

数的60%以上,床位占总数的70%以上^[15],大多数社区医院提供初级卫生保健服务和二级医疗服务,但部分社区医院也提供三级服务^[16]。另外,在由医师组成的联合诊所中,有4%的诊所拥有核磁共振成像设备(MRI),有30%以上的诊所拥有临床实验室和放射科^[17],这导致医疗机构之间缺乏一定的层次,进而影响分工协作的有效开展。

2.4 社区首诊和双向转诊制度顺利进行

英国执行严格的社区首诊制度,因为患者要享受免费的医疗保障制度,就必须遵守这一规定。^[18]双向转诊的实现也是NHS制度的安排。即使在后期NHS改革中增加了病人的选择权,但也没有改变社区首诊和双向转诊制度,专科医院也没有新增门诊部,只是病人可以自由选择全科医生,或者患病后可以直接去社区卫生机构的门诊就医,当需要住院时,病人可以选择5家不同的医院^[19],这些医院不一定都隶属于NHS^[20]。由上述分析可以看出,改革并没有改变分级诊疗的秩序。

德国病人可以选择当地的通科医生(即全科医生)或私人诊所就诊,但这并没有影响社区首诊的实现。一方面,门诊与住院服务是分开的,病人要住院治疗需要通科医生的转诊才能进入医院接受治疗。另一方面,居民对这些医生充分信任,同时疾病基金鼓励患者就诊首选通科医生,对通过通科医生转诊治疗的患者给予激励,社区首诊进一步得到加强^[9],转诊时病人可以自由选择医院,但不同级别的医院提供不同层级的服务,所以转诊一般也是从低级到高级,而不是越级转诊或随意转诊。另外,由于疾病基金对医院费用的控制,当病人病情稳定后,医院也及时将病人转回诊所或慢性病护理机构进行后期治疗。^[15]

新加坡社区首诊制度的实现和德国相似,除了门诊与住院服务基本分离以及病人对私人诊所的信任外,政府通过对门诊服务提供者实施补贴鼓励患者有效利用基层医疗服务。同时,也通过医保激励措施促进社区首诊,对通过转诊进入医院接受住院治疗的患者进行补贴。除此之外,私人诊所医生也有转诊的权利。上述措施均可以引导患者进行社区首诊。

美国分级诊疗秩序较弱,社区首诊主要依靠患者对家庭医生或诊所的信任^[21],家庭医生只在某些保险项目中扮演“守门人”和资金掌管者的角色。如

美国90%的医院设有门诊部^[17],患者不需要预约或转诊就可以直接到大医院的门诊部就诊^[22]。双向转诊的情况也与此类似,主要是靠保险条款的约束来实现,部分经济条件比较好的患者可能不通过转诊直接到大医院就医。

3 政策变化对医疗机构分工协作的影响

3.1 医院兼联合对分工协作的影响

1991年,英国“内部市场”改革后,医院之间为了争夺市场,提高自身竞争力,在政府倡导和支持下,许多医院自发组成医院联合体。医院联合体拥有自主决策和经营权,不再由政府直接管理。形式上一般是一定地区范围内由同级或不同级别的医院组成集团,如伦敦西区的Smith医院联合体包含了一、二、三级医院。^[13]联合体有协议或控股等方式,可以共享信息,提高了资源利用效率,但各成员的功能没有改变,大医院也没有新建门诊部,联合体与地区卫生局或全科医生签约,按确定的服务内容、数量提供服务。因此,各医院的分工依然明确,协作也得到加强。在NHS后期改革中一直没有对医院联合体进行调整,说明英国在医疗服务提供体系层级分明的前提下,开展医院之间的联合是有必要的。

1999年,新加坡按地理位置组建了两大医疗集团:国立医疗集团(The National Healthcare Group, NHG)和新加坡保健服务集团(Singapore Health Services, SHS)。两个集团分别包括了一定数量的医院和诊所。集团组建后,遏制了大小医院之间不平等的竞争,集团内部医疗机构的合作变得更加协调。政府大力推行医院信息化建设,信息系统包含了每位患者的电子病历和身份、经济状况、医保账户等信息,这为有效转诊和长期照料提供了支持。

自1980年开始,为了减少机构之间的竞争,形成垄断地位,以便获得与保险公司签约的优势,美国医院出现了大量兼并的案例,目前美国有400多个医疗联合体管理着美国90%的医院。^[23]但这种行为也遭到了反垄断法的限制。实际上,除了少数大医院和小医院、诊所组成的联合外,大多数医院的联合并没有改变各医院原来的功能,也没有进行实质性的资产重组或人员、技术的相互支持,只是通过协议或其它管理方式进行控制,因此,医院的联合是否促进了医疗机构的分工协作要看其是否具有实质性的改变。

3.2 全科医生服务签约的变化

NHS 建立后,全科医生通过全科医生协会与地区卫生局签订医疗提供合同。1991 年撒切尔政府改革,其中一项措施是发展全科医生基金持有计划(GP fund holder),即将原来与单个全科医生签约改变为以全科诊所为整体进行签约,其目的是赋予全科医生更大的选择权,由其代理病人选择转诊医院。截至 1998 年,英国 57% 的全科医生加入到基金持有计划中^[24],但这一计划并不是将经费全部交给全科医生使用^[25]。该计划有一些优点:可以激励全科医生控制成本,更好地为病人服务,促进医院之间竞争。但也引发一些争议:初级保健和医疗服务提供者之间的合作关系可能被削弱^[26],医院可能区别对待基金持有者和非基金持有者转入的病人,出现不公平现象等。1999 年,全科医生基金持有计划被取消^[27],取而代之的是初级保健小组(Primary Care Groups, PCGs),政府要求所有的全科医生都必须加入到初级保健小组,并被赋予同等签约待遇,如二者都有处方药预算等^[24]。

2002 年初级保健信托基金(Primary Care Trusts, PCTs)建立,由其代理居民向医院和全科医生等服务提供者购买服务,资金不再由全科医生控制,从而避免了全科医生之间为获得资金进行恶性竞争。此外,初级保健信托基金与医疗卫生服务提供者签订的合同由 1 年改为 3~5 年^[15],更强调两者之间是合作而不是竞争。同时,政府成立了卫生策略署,负责 PCTs 与 NHS 之间的联系和监督地方卫生服务。然而,在 2013 年 3 月,联合政府取消了初级保健信托基金和卫生策略署,建立临床委员会工作组(Clinical Commissioning Groups, CCGs)和地方工作团队(Local area teams, LATs)^[28]。此项改革措施只在英格兰地区实施,而苏格兰、威尔士和北爱尔兰地区仍然保留原来的 NHS 架构,按地理区域共设置了 211 个 CCGs,服务人口在 66 500~870 000(平均为 250 000)^[29],接受 NHS England 的监管。每个临床委员会工作组包括了若干名全科医生和护士以及至少一名专科医生,所有的全科医生都必须加入一个 CCGs。CCGs 为居民提供和向医院购买的服务包括:大部分有计划的住院服务、急诊服务、社区卫生服务、康复服务、精神卫生服务和部分残疾服务。^[30]之所以建立 CCGs 而取代 PCTs,一是人们反感 PCTs 中过多的管理人员,联合政府也提出“将患者利益放在首位,以病人为核心;减少官僚行为,提高效益”的医改目标;二是全科

医生更了解居民的健康状况,由其代替居民购买医疗服务比 PCTs 具有更多好处,PCTs 中大多数雇员是非医学人士,并不能真正了解居民的健康情况;三是可以更好地整合医疗服务,由全科医生、护士和专科医生组成团队能够为病人提供更加连续性的医疗服务。^[29]

由于执政党的理念不同,英国政府对初级卫生保健提供签约方式进行了改革,卫生政策有一些起伏,但始终没有改变医疗服务提供体系的架构,没有改变社区首诊、双向转诊和分级诊疗制度。

3.3 管理式医疗对分工协作的影响

目前,对管理式医疗(Managed care)还没有明确的定义,一般认为管理式医疗就是将资金的筹集与医疗卫生服务的提供结合起来,通过管理措施,向保健对象提供优质服务,其核心是通过医疗资源合理使用来控制医疗费用。但是,其医疗费用的筹集与医疗服务的提供并不一定在同一个组织中,有时只是筹集者与提供者以协议或其他形式来规定服务提供的范围、数量、质量等内容,而且管理式医疗没有固定的运行模式,如健康维护组织(Health Maintenance Organization, HMO)、优先医疗服务组织、定点服务计划、整合型服务等。^[31]这些不同模式中,有些模式选择家庭医生或全科医生作为患者健康守门人,而有些模式中病人仍然可以自由选择医院或医生,也不需要全科医生的转诊审批手续。因此,不能说管理式医疗就一定能够促进医疗机构之间开展分工协作。而医疗服务整合体系(Integrated Delivery System, IDS)通常由医生和医院共同举办经营,将病人的疾病预防、医疗服务等有机结合起来,为病人提供连续性服务,有利于医疗机构开展分工协作,但这种模式中,举办者也可以将自己不愿意或不能提供的服务外包出去,而且这种模式中有些属于医疗机构的水平联合,从而形成规模经济效应。

4 国外医疗机构分工协作的启示

4.1 医疗机构分工协作的开展需要基于众多良好的条件

促进医疗机构分工协作的开展需要以许多良好的条件作为前提,一是本身的医疗服务体系结构层级是合理的,包括合格的全科医生、患者对医生的充分信任、真正意义上实现社区首诊等;二是初级卫生保健和专科服务提供之间没有利益冲突,各自的职

业取向、目标定位都是明确的,两者在各自的范围内提供服务。而目前我国的医疗机构功能定位不清晰,各医疗机构提供的服务相互交叉,存在一定的利益冲突,这也是分工协作难以进行的原因之一。三是政府的引导,包括做好区域卫生规划,规定医院的功能定位,在农村边远地区由政府主导提供基本医疗服务等,这在德国、英国、新加坡更为明显;四是医疗保险制度的促进作用,美国的商业保险利用经济杠杆调节医疗服务的供给行为,形成有效的双向转诊机制,德国的疾病基金通过与医师协会、医院协会谈判确定不同级别医院提供的服务内容和数量,新加坡也利用医保支付方式引导患者分级诊疗,促进医疗机构开展分工协作。

4.2 门诊与住院服务是否需要分离

德国是门诊与住院服务分离最明显的国家,而美国最不明显,英国和新加坡介于两者之间。从理论上来说,门诊与住院服务分离并不一定是医疗机构开展分工协作的前提条件,还需要深入研究探讨这种分离与分工协作的关系。从德国的情况来看门诊与住院服务的严格分离也存在一些弊端,如门诊与住院医师的沟通和信息交流减少^[32-33],德国一项调查显示,35%的患者认为医院的专家不了解患者的既往史,当病人出院后,医院专家也没有将患者的病情信息传递给通科医生或开业诊所医生^[34],导致了重复检查现象^[35-36]。同时,门诊与住院服务的分割也有可能带来卫生服务整体绩效的降低和资源浪费。因此,我国如果实施医疗机构分工协作,也不可能将两者严格分离,可以尝试逐渐停止部属医院的普通门诊而保留其它医院的门诊部,这样既不会影响患者去大医院就诊的习惯,也使部属医院能够把精力集中到疑难重症的诊治上。

4.3 初级卫生保健服务是否可以私有化

四个国家的初级卫生保健服务主要由私人诊所提供,英国的全科医生不是 NHS 的雇员,仅与其签约。这种私人提供模式的有效推行一方面是受医师行医习惯的影响,另一方面是由于健全的全科医生培养制度,全科医生技术水平过硬,能够获得居民的信任。但由于我国基层医疗服务质量较差,技术水平较低,我国能否照搬这种模式,如社区卫生服务站或村卫生室全部私有化,还有待深入研究。

4.4 与护理、康复类机构充分开展分工协作

各个国家都建立了许多慢性病护理机构、老年

人护理机构,这些机构也与医疗机构开展分工协作,尤其是在双向转诊方面以及为病人提供连续性的卫生保健方面开展了很多工作,这对于应对老龄化问题、有效缓解医院的压力具有重要意义。我国将进入老龄化社会,这一做法值得我们借鉴。

4.5 正确认识医疗集团化和分工协作的关系

各国都进行了医疗集团化改革,这些医疗集团是在医疗服务提供体系具有层级的前提下组建的,并且没有破坏这种层级体系,集团内部可以共享信息,节约办医成本。这对我国医疗机构改革有启发意义,但要区别这种联合是否可以促进机构之间的分工协作,单纯的强强联合并不能改进分工协作,纵向的联合可能更加有利于机构之间的分工协作。

值得注意的是,医疗机构分工协作并不能解决医疗服务提供体系的所有问题,需要辩证看待。即解决分工协作的问题后,可能还会产生许多其它问题。因此,尽管各国医疗卫生体制比较健全,也开展了医疗机构的分工协作,但都针对出现的新问题进行不断地调整和改革。我国在开展医疗机构分工协作后,也可能还会出现很多新问题,如病人对医疗的选择权问题、医疗费用上涨等,也需要不断进行政策调整加以解决。

参 考 文 献

- [1] 李睿. 医院和社区卫生机构间不同协作模式对连续性医疗服务的影响[D]. 武汉: 华中科技大学, 2011.
- [2] 赵云. 我国分级医疗体系建构路径比较[J]. 行政管理改革, 2012(12): 67-70.
- [3] 胡善联. 基本医疗卫生服务的界定和研究[J]. 卫生经济研究, 1996(2): 7-10.
- [4] 胡善联. 分工与协作效果值得期待[J]. 中国卫生, 2010(10): 22-23.
- [5] 陆琳, 马进. 公立医院与基层医疗卫生机构分工协作机制研究及政策建议[J]. 中国医院管理, 2011, 31(11): 17-19.
- [6] Kodner D, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications: a discussion paper[J]. International Journal of Integrated Care, 2002, 2(3): 1-6.
- [7] 刘桂生, 张拓红, 王志锋. 不同语境下的初级卫生保健[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2008, 29(8): 65-67.
- [8] 匡莉. 美国医疗卫生系统介绍[J]. 中国医院管理, 2000, 20(2): 59-60.
- [9] 戴莎白, 黄晓光. 德国全科医生的教育和就业情况及现存问题[J]. 中国全科医学, 2013, 16(10): 3519-3521.

- [10] 彼德·柯内力, R·维特, 武凯, 等. 德国农村地区医院规划的经验[J]. 建筑学报, 2007(10): 74-75.
- [11] 石光, 邹珺, 田晓晓, 等. 德国等九个发达国家区域卫生规划的经验与启示[J]. 卫生经济研究, 2009(9): 22-25.
- [12] 胡善联, 龚向光. 新加坡医院体制改革[J]. 卫生经济研究, 2001(11): 10-12.
- [13] 陈文贤, 高谨, 毛萌. 英国一个典型医院集团化发展的分析[J]. 卫生软科学, 2002, 16(1): 44-46.
- [14] 陈焕生, 于丽华. 德国医院管理特点[J]. 中华医院管理杂志, 1997, 13(1): 60-63.
- [15] 马进, 任冉, 盖若琰. 国际卫生保健[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [16] 詹姆斯·亨德森. 健康经济学[M]. 向运华, 译. 北京: 人民邮电出版社, 2008.
- [17] 雷克斯福特·E·桑特勒, 史蒂芬·P·纽恩. 卫生经济学——理论、案例和产业研究[M]. 程晓明, 译. 北京: 北京大学医学出版社, 2006.
- [18] 卢祖洵, 孙奕, 姚岚, 等. 国外社区卫生服务焦点分析[J]. 中华全科医学, 2002, 5(3): 209-210.
- [19] Department of Health. Building on the best: choice, responsiveness and equity in the NHS[R]. London: Department of Health, 2003.
- [20] 杨秀群, 黄存瑞. 英国国家卫生服务制度分权管理[J]. 国外医学: 卫生经济分册, 2007, 24(4): 151-155.
- [21] 张颖, 李永辉. 国外全科医生的特点及启迪[J]. 中华医院管理杂志, 2005, 21(3): 213-215.
- [22] 菲利普·朗曼. 最好的医疗模式公立医院改革的美国版解决方案[M]. 李玲, 徐进, 译. 北京: 北京大学出版社, 2011.
- [23] 王毅. 美国医院的集团化运作[J]. 中国卫生产业, 2003(1): 70-72.
- [24] Kay A. The abolition of the GP fundholding scheme: a lesson in evidence-based policy making[J]. British Journal of General Practice, 2002, 52(475): 141-144.
- [25] 孟庆跃, 边文. 英国通科医生资金持有系统[J]. 国外医学(卫生经济分册), 1996, 13(4): 187-189.
- [26] 谢洪彬. 英国卫生改革进展及启示[J]. 中国医院管理, 2005, 25(4): 62-64.
- [27] Mannion R. General practitioner commissioning in the English national health service: Continuity, Change, and future challenges [J]. International Journal of Health Services, 2008, 38(4): 717-730.
- [28] The NHS in England [EB/OL]. (2013-01-28) [2014-03-31]. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>
- [29] Walshe K. Reinventing clinical commissioning groups [J]. BMJ, 2013, 347:1-2.
- [30] Clinical Commissioning Groups (CCG) and how they Perform [EB/OL]. (2013-10-06) [2014-03-31]. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/ccg-outcomes.aspx>
- [31] 胡爱平, 王明叶. 管理式医疗——美国的医疗服务与医疗保险[M]. 北京: 高等教育出版社, 2010.
- [32] 托马斯·格林格尔. 德国医疗改革的范式转变及其影响[J]. 苏健, 译. 江海学刊, 2011(6): 21-26.
- [33] Hansch H, Fleck E. New possibilities for communication between hospital cardiologists and general practitioners [J]. Disease Management and Health Outcomes, 2006(14): 19-22.
- [34] Schoen C, Osborn R, Squires D, et al. New 2011 Survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated [J]. Health Affairs, 2011, 30(12): 2347-448.
- [35] Amelung V, Hildebrandt H, Wolf S. Integrated care in Germany—a stony but necessary road! [J]. International Journal of Integrated Care, 2012(12): 1-5.
- [36] Braun B, Marstedt G, Sievers C. About the importance of interfaces and transitions in the German Health System [J]. Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK, 2011, 3:1-11.

[收稿日期:2014-04-06 修回日期:2014-04-24]

(编辑 赵晓娟)