

# 平台理论视角下的互联网与“分级诊疗”

杜 创\*

中国社会科学院经济研究所 北京 100836

**【摘要】**本文运用产业经济学中的平台理论对当前我国推进分级诊疗的难点、互联网促进分级诊疗的可能性及其可行模式进行了分析,得出结论:分级诊疗的主要障碍为事业单位体制下医生对医院的依附关系、医院分级管理制度与医院平台正外部性三者的相互作用,使三甲医院“强者愈强”、基层“弱者愈弱”;互联网医疗平台促进医生走出体制自由执业,有助于破除传统医院平台的正外部性,实现分级诊疗;互联网医疗平台采取双层结构,“大平台套小平台”,是推动分级诊疗的可行模式。

**【关键词】** 分级诊疗; 平台理论; 互联网医疗

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2016.01.009

## Internet and “tiered health care system” in China: A platform theory perspective

DU Chuang

Institute of Economics, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100836, China

**【Abstract】** We explore the difficulty of the possibility of the way to a “tiered health care system” in China. This means that high-end hospitals treat “serious” diseases and community ones and/or individual clinics focus on “non-serious” diseases. The exploration is done using a new theoretical framework in industrial economics, the platforms theory. The research achieved three main results which are as follows: Firstly, it shows that three main obstacles to build a “tiered health care system” comprise the employment relationship between doctors and hospitals, hierarchical hospital system, and positive hospital platform externalities, whose interaction enhance the high-end hospitals to be stronger and community ones to become weaker. Secondly, internet medical platforms will help doctors to leave the high-end public hospitals, build individual clinics, and thus achieve a “tiered health care system”. Finally, the “two-tier structure”, adopted by some internet medical platforms, is a possible way to build the “tiered health care system”, and means a large platform including many small professional platforms on one hand and patients on the other hand.

**【Key words】** Tiered health care system; Platform theory; Internet medical

2015年12月,第二届世界互联网大会在浙江乌镇召开,习近平总书记出席并讲话,肯定了“网上医院”等新型业态<sup>[1]</sup>,同时强调:互联网给人们的生产生活带来巨大变化,对很多领域的创新发展起到很强带动作用,要用好互联网带来的重大机遇,深入实施创新驱动发展战略<sup>[2]</sup>。

当前,我国医药卫生体制改革进入深水区,亟待创新发展以实现体制机制的重大突破。一方面,

分级诊疗是重构医疗卫生服务体系的重要制度安排,但试点效果仍不明显;另一方面“互联网+”医疗成为当前实现医疗服务领域创新的重要概念。因此,分级诊疗与互联网的结合就成为未来重要的改革创新点。那么,互联网有没有可能促进分级诊疗?互联网推动分级诊疗的可行模式是什么?本文尝试从产业经济学的平台理论视角对这些问题进行探讨。

\* 基金项目:国家社会科学基金(14BGL145)

作者简介:杜创,男(1978年—),博士,副研究员,主要研究方向为产业组织理论、卫生经济学与政策。

E-mail: duchovy@163.com

## 1 平台理论

近十多年来,产业经济学越来越重视对平台的研究。所谓平台,即市场交易的物理场所,或促进市场交易的媒介。最原始的“平台”是农村集市或城市菜市场。平台有三个基本特征:一是市场组织者搭平台,为普通交易中的买卖双方提供多种产品或服务。二是平台有正外部性,如集市和菜市场周围的居民(潜在买家)越多,需求更旺盛,对商家越有利;反过来,集市和菜市场里的商户越多,对买家而言选择的范围就更广。这是双边的正外部性,正外部性与边际成本是否为 0 无关。三是双侧垄断定价,普通交易买卖双方利用平台需要付费,平台组织两侧具有定价能力。<sup>[3]</sup>

2015 年 7 月,国务院出台的《关于积极推进“互联网+”行动的指导意见》中“平台”一词出现六十余次,可见其重要性。互联网平台与普通平台并无本质区别,只不过是抽象的“集市”。任何平台都需要解决两个问题:(1)最优价格结构,通俗讲为商业模式。平台为普通交易提供便利,从而向买方和卖方收费。研究表明,虽然平台的收益是对买方和卖方收费的总和,但价格结构很重要。<sup>[4]</sup>比如,互联网门户对消费者一侧几乎是完全免费的,而通过广告来盈利;Windows 系统则相反,对应用程序开发商免费,而向消费者收费。平台对每一次普通交易额外收费,与政府课征增值税类似。但增值税实际税负取决于供求力量对比,与名义上对买方或卖方征收无关,价格结构不重要;因为承担名义税负的一方可以变动交易价格,将税负转嫁给另一方。而平台的交易各方操作类似的费用转嫁行为受到一系列限制。<sup>[4]</sup>如因银行的作用,商家并不能因为消费者使用信用卡(不使用现金),就按更高的价格出售商品。(2)平台有正外部性,买家参与,往往是看重平台汇聚了大量卖家;而卖家之所以进驻,也只是因为平台汇聚了大量买家。在竞争性环境中,平台要做大,就无法回避“鸡生蛋还是蛋生鸡”的问题。<sup>[5]</sup>解决思路首先要破除外部性,具体策略包括掌握核心资源、“招牌会员”<sup>[6]</sup>;其次考虑价格结构,应从免费一侧做起<sup>[7]</sup>;或先收取单次使用费,积累到一定规模再收会员费<sup>[8]</sup>等。

## 2 平台视角下分级诊疗的难点及原因分析

任何企业或组织都连接着生产要素(员工)和消

费者两侧。但不是所有企业或组织都是平台,因为很少有企业或组织对生产要素和消费者两侧都有定价能力;而且,生产可能与消费存在着物理距离,消费者与企业或组织内部员工不直接接触,不存在正外部性。在医疗服务提供中,生产和消费同时发生,且医生和患者直接接触,这两侧之间存在正外部性。一般而言,医生诊治的患者量越大,病例类型越多,越容易积累经验,医术提高越快;而从患者角度看,医院科室越齐全,签约医生越多,越容易处理各种并发症,这也是医院服务水平高的信号。

医院提供的医疗服务除了具有正外部性外,公立医院“双向垄断”的特征亦符合平台的定义。对于患者而言,医院控制着绝大多数处方药的开方权、销售权以及公费医疗与定点医保的资格,处于卖方垄断地位,患者缺乏议价能力;对于药厂和医药经销商而言,医院处于销售的终端,处于买方垄断地位,数量众多的医药企业议价能力受到极大限制。<sup>[9]</sup>另外,医生是公立医院的生要素,在单位体制下依附于公立医院。因此在医院与医生的雇佣关系中,公立医院同样处于买方垄断地位。

1989 年,原卫生部颁布《医院分级管理办法(试行)》(卫医字(89)第 25 号),规定医院按功能、任务不同划分为一、二、三级。各级医院经过评审,按照医院分级管理标准确定为甲、乙、丙三等,三级医院增设特等,共三级十等;在卫生行政部门的规划与指导下,一、二、三级医院之间应建立与完善双向转诊制度和逐级技术指导关系。医院分级管理制度旨在调整与健全三级医疗卫生服务体系,合理利用卫生资源,但在实际操作过程中却限制了医院之间的竞争,促进了卫生资源配置的高度集中,而处于金字塔顶端的三级医院数量非常有限,且绝大多数为公立医院。同时,在事业单位体制下稀缺的编制配额限制了公立医院之间的竞争,造成了卫生人力市场上三级医院较强的买方垄断力。因此,成为大型公立医院的职工是医生的最优选择,次优选择则是在较低级别的医疗机构就职,从而导致基层医疗卫生机构拥有的优质医生数量和质量相对较少,甚至放弃依赖诊疗平台而从事药械销售等。另外,独立开办诊所也可以作为诊疗平台,尽管名义上是放开的,但实际上面临许多潜规则。<sup>[10]</sup>

卫生人力市场上的正向匹配和医院分级制度,对居民选择医疗机构提供了明显的信号导向,即医生的技术水平和医疗条件随着医院的级别而逐级提

升,就医的选择倾向自然明确。随着居民收入水平不断提高,医疗保障制度逐步完善,病人流向三级医院的情况将加剧,而且被传统医院平台的正外部性进一步强化。大型公立医院医生技术水平越高,吸引的患者越多;吸引的患者越多,反过来又会进一步增强这些医院医生的诊疗经验和技术水平。而基层医疗卫生机构医生的技术水平相对较低,吸引的患者较少;吸引的患者越少,反过来也

会进一步减弱基层医疗卫生机构医生的诊疗经验和水平。于是,强者愈强、弱者愈弱,积重难返(图1)。在这种背景下(尤其是平台正外部性的复杂相互作用),无论是卫生行政监管层、医保机构的反向导流政策(行政命令大医院医生下基层、医保报销比例对基层倾斜),还是个别大医院医生出于“理想、情怀”扎根基层,都难以扭转这种就诊流向。

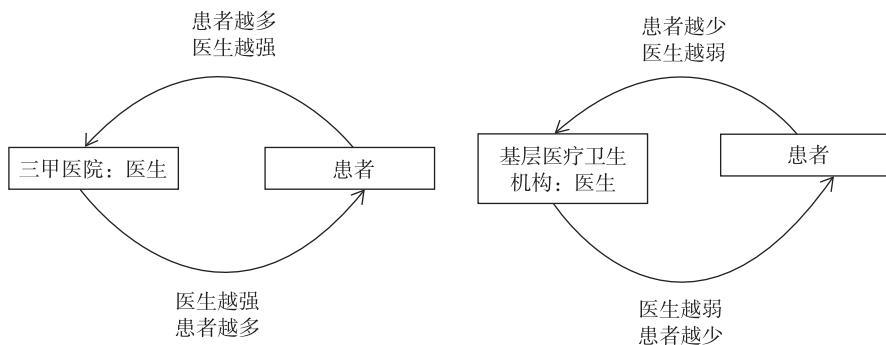


图1 分级管理制度下医院平台正外部性的后果

由此可见,分级诊疗推进缓慢的主要原因是:事业单位体制下医生对公立医院的依附、医院分级管理制度以及医院平台的正外部性的相互作用。其实目前提到的“分级诊疗”,本身就带了医院“分级”管理的痕迹,行政色彩浓厚,更准确的说法应该是“分工诊疗”。

一方面,仅有医院平台的正外部性,并不足以造成分级诊疗困境。发达国家医院平台也有正外部性,一定程度也造成了医院市场的集中趋势。比如,近30年来,美国医院市场集中度逐渐增强<sup>[11]</sup>,但总体上没有出现病人向大医院集中、中小医院乏人问津的趋势。重要区别在于:一是发达国家没有医院分级制度限制竞争(有民间开展的医院评审,如JCI,但一般只是区分合格、不合格,并没有将医院分为一、二、三级);二是医生与医院并非依附关系,一般可以自由执业;三是医疗服务提供平台是竞争性的。比如医生可以独立开办诊所,同时与多家医院签约,具有多重选择。当然,选择单平台还是多平台执业,取决于医生在价格与数量之间的权衡。假设各平台提供的服务略有差异,医生如果只选择一家平台,必然可选报酬最高的;选择第二家,单次报酬会降下来,但能更好利用不同平台的正外部性,积累患者量。从而出现多层次的市场分布:医学毕业生通常只能选择单平台进行住院医师规范化培训,而经验

丰富的高年资医生则往往有多个平台可供选择。这样的制度安排就不会使优秀医生向少数大型医院集中。因为高年资医生可以跟大医院保持契约关系,以获得大医院与患者之间的正外部性,同时开设个人诊所,实现更高的报酬水平。

另一方面,仅用事业单位体制和医院分级管理制度也难以解释分级诊疗推进缓慢。正是传统医院的正外部性造成大型公立医院越来越强、基层医疗卫生机构越来越弱,医疗机构强弱分化成为稳定状态难以打破。此时,即使从政策上放开医生多点或自由执业,走出体制的医生短期内也难以吸引到足够患者,仅有极少数知名度高的医生才可能在体制外生存。这对于实现分级诊疗无法真正起到示范作用。因此,需要真正强有力的平台助推自由执业,实现从“坏”的均衡向“好”的均衡过渡。

### 3 互联网平台促进分级诊疗:可能性

根据平台理论,解决“鸡生蛋、蛋生鸡”问题的思路首先要破除外部性。一是利用互联网医疗平台汇聚核心资源。国内一些互联网医疗平台,从医疗外围服务或医疗体制痛点入手,已经积累了一定的资源,尤其是患者群。比如很多以提供预约挂号服务为主的网站,注册患者规模庞大,一旦时机成熟,加上合理的机制,是有可能发挥导流作用的。而在医

生这一侧,目前离开体制开展自由执业的多是高年资的优质医生,但分散在全国各地;而借助互联网医疗平台有可能整合有限的核心资源,实现最大程度的外溢效应。二是互联网医疗平台可以采取更灵活的价格结构。目前部分公立医院可以利用过度用药、过度检查、红包、回扣等方式,突破医疗服务和医药价格管制,但其价格结构是扭曲的。互联网医疗平台尽管无法改变医药价格管制本身,但有更大的缓冲空间以设计医生报酬、平台本身的收费等,从而优化价格结构、吸引医生患者加入。而且,与公立医院相比,互联网医疗平台可依赖更加灵活的资本市场,具有更大的融资项目试错空间。

当然,以上提到的是互联网平台促进分级诊疗的可能性,而非必然性。互联网医疗平台还面临一系列政策法规限制和现实约束,影响其潜力发挥。核心问题是在线诊疗的合法合规性:一方面诊疗主体必须是医生在医疗机构诊断。这是实质性的层面,不太可能松动,而且会影响互联网医疗平台选择什么样的模式。另一方面是“网上诊断”诊疗形式的合法合规性。诊断无论是在现场还是通过视频、电话,其实只是形式问题。《互联网医疗保健信息服务管理办法》(卫生部令第 66 号)第十二条规定:“不得从事网上诊断和治疗活动”,或有人以此为据,质疑互联网医疗的合法性。不过需要注意其适用范围,该办法第二条规定:“在中华人民共和国境内从事互联网医疗保健信息服务活动,适用本办法。本办法所称互联网医疗保健信息服务是指通过开办医疗卫生机构网站、预防保健知识网站或者在综合网站设立预防保健类频道向上网用户提供医疗保健信息的服务活动。开展远程医疗会诊咨询、视频医学教育等互联网信息服务的,按照卫生部相关规定执行。”从上述法规条文明显可以看出,远程医疗不适用该办法。不太明显的是,第二句界定了开办医疗卫生机构网站、开办预防保健知识网站、在综合网站设立预防保健类频道属于“互联网医疗保健信息服务”的三种情况。从条文上论证不难得出结论:专门建立的互联网医疗平台不属于上述三种情况。“法无禁止即可为”,“网上诊断”的形式并不是问题。

另外,尽管互联网医疗平台有助于破除传统医院平台的正外部性、推动医生自由执业,有促进分级诊疗的可能性;但互联网平台的正外部性可能比传统医院平台更强,会不会最终形成“超级医院”,反而

阻碍了分级诊疗?如本文前面所述,国内分级诊疗推进缓慢是三因素相互作用的结果,仅有(医院)平台的正外部性并不会造成分级诊疗困境。互联网医疗平台除了具有平台正外部性外,并不存在事业单位体制和医院分级管理制度这两项行政管制的问题,医生不必依附于互联网平台,竞争保证了互联网医疗平台不会走到分级诊疗的反面。但市场竞争的结果会不会走向“垄断”呢?这与互联网医疗平台的特殊结构有关。

## 4 互联网平台促进分级诊疗:模式选择

互联网医疗的范畴较广,如健康资讯、在线咨询、预约挂号、在线诊疗、预约上门、医院信息化(就医流程优化)、医生辅助系统、可穿戴设备(慢病管理)、医药电商等。但对分级诊疗而言,核心在于在线诊疗。如果互联网企业只是为特定大型公立医院服务,促进其网络预约、电子支付等流程优化,则不仅无法助推分级诊疗,反而会进一步强化这些医院的既有优势。

### 4.1 远程医疗

远程医疗已经纳入监管框架。《国家卫生计生委关于推进医疗机构远程医疗服务的意见》(国卫医发[2014]51号)指出,远程医疗服务是一方医疗机构邀请其他医疗机构,运用通讯、计算机及网络技术(统称信息化技术),为本医疗机构诊疗患者提供技术支持的医疗活动。医疗机构运用信息化技术,向医疗机构外的患者直接提供的诊疗服务,属于远程医疗服务。该文件同时鼓励各地探索建立基于区域人口健康信息平台的远程医疗服务平台。这说明监管层已经认识到:理想的远程医疗平台不是各个医疗机构自建的一对多的形式,而应该是平台两侧都有很多医疗机构的多对多形式。

对于多对多的平台形式而言,平台一侧是多家三甲医院,另一侧是多家基层医疗卫生机构,基层医疗卫生机构再面对患者(图 2)。平台一侧三甲医院数量越多,则可以涵盖的疑难专科数量越多,平台另一侧基层医疗卫生机构加入平台的积极性就越高,因为更可能借助该平台解决疑难重症,从而可以充分发挥平台两侧之间的正外部性。平台一侧的基层医疗卫生机构数量越多,其规模效应越明显,因为基层医疗卫生机构对应的任何特定种类的疑难杂症,平台另一侧某家三甲医院可以共享。

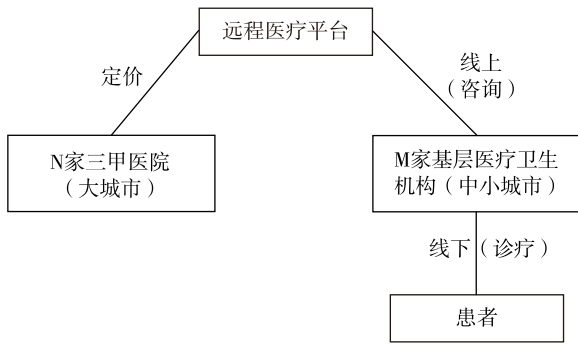


图2 有正外部性的远程医疗平台

对于一对多的形式而言,大型公立医院自建平台,对应若干基层医疗卫生机构,基层医疗卫生机构再面对线下患者(图3)。该形式下的平台缺乏正外部性,其主要原因在于许多地方还没有出现“合适的”第三方平台。对于平台而言,价格结构很关键。政府搭建远程医疗平台的优势是政府会明确认识到平台的正外部性;但劣势同样明显:信息不对称使得政府很难定准价格结构。如果是一家三甲医院参与,虽然有可能定准价格,但不可能把平台的正外部性内部化。破题的关键还是社会力量第三方平台。更重要的是,在促进分级诊疗方面,即使理想的远程医疗平台也只是在坚持医院分级管理制度前提下,充分利用了医疗机构之间(三甲医院与基层医疗卫生机构之间)的正外部性。而在这个架构中,患者主动性发挥不足,最终会影响平台的吸引力。

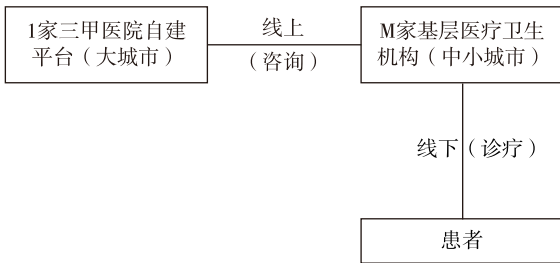


图3 无正外部性的远程医疗平台

#### 4.2 在线诊疗:双层平台结构

第三方(社会)力量搭建的在线诊疗平台,更可能促进分级诊疗。这种在线诊疗平台,有特殊的双层结构。为了理解其特征,本文以在线诊疗平台的起源——美国 Teladoc 公司为例予以说明。Teladoc 创立于 2002 年,是美国第一家从事远程在线诊疗的公司,已于 2015 年 7 月 1 日在纽交所上市。Teladoc 的特点是其双层结构:Teladoc Inc. 和 TelaDoc Physicians, P. A.。两者都是独立机构,Teladoc Inc. 是大平台,维系个体患者和公司会员,但对会员的具体医

疗服务(电话或视频咨询服务)由 TelaDoc Physicians, P. A. 提供。TelaDoc Physicians, P. A. 是小平台,直接联系众多医生,并从 Teladoc, Inc. 购买管理服务。<sup>[12]</sup>通俗地讲,就是“大平台套小平台”(图4)。

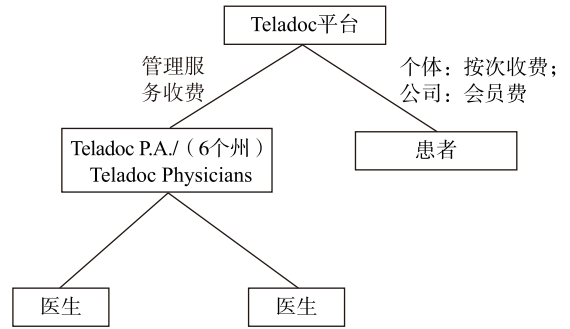


图4 Teladoc 在线诊疗平台结构

为什么会形成这样特殊的双层结构呢?法律限制可能是主要原因。Teladoc Inc. 不是医疗机构,不能直接提供医疗服务;必须与一个或多个医师专业协会或执业医师签约,由医师提供医疗服务。TelaDoc Physicians, P. A. 正是这样的协会,其与执业医师之间,可以是雇佣关系,也可以是合约关系。而且,TelaDoc Physicians, P. A. 不具备管理专长和网络技术能力,也需要 Teladoc Inc.。因此,Teladoc 双层平台结构有其必然性。提供医疗服务的主体必须是医生、医疗机构,此类限制在中国法律法规中也有所体现。总之,双层平台结构是现实选择,可以合法规避互联网医疗的法律障碍。

2015 年开始国内有了类似尝试,如微医集团计划利用互联网搭建分级诊疗平台,在“大平台套小平台”的结构内进行了本土化改良。大平台是微医集团,微医通过多个专家团队(小平台),将大医院和基层医疗卫生机构连接起来。理想的模式是,专家团队内各成员来自不同的医疗机构,既有三甲医院的顶级医生,也有基层医疗卫生机构的全科医生,同时还配备助理人员,负责分诊工作。<sup>[13]</sup>该模式基于医生是体制内单位人的现状而创建。作为社会力量搭建的第三方平台,微医集团强调小平台(专家团队)内医生之间的互补,在一定程度上消解医生对公立医院的依附关系,更有可能探索出合理的平台价格结构。但难点是:大型公立医院和基层医疗卫生机构搭建专家团队小平台的动力是什么?目前小团队内医患匹配(分级诊疗)的方式是人工匹配,如何提高匹配效率乃至实现部分自动化?这些问题都有待进一步研究探索。



随着医师多点执业、自由执业的现象增多,对执业平台的需求就更加旺盛。新兴的医生集团、医生工作室是可选的方式,但这些小平台的部分医疗业务如何与医院对接则需要类似微医的互联网医疗平台充当大平台角色。总之,借助互联网医疗平台整合各种创新力量,可能是未来的趋势(图 5)。大平台既可以通过社会力量或第三方,无论机构或个体,也可以在传统诊疗体制下的分级诊疗模式下提供。

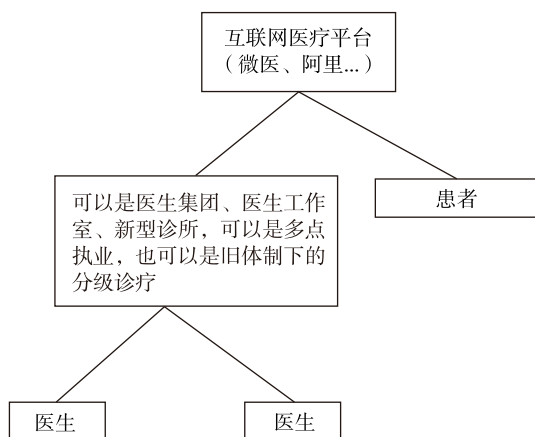


图 5 互联网医疗平台实现分级诊疗的可能图景

与远程医疗模式相比,在线诊疗平台采取双层结构,将对分级诊疗有更大的促进作用。一方面,通过大平台套小平台,患者可以直接选择小的团队,实际上淡化了医院分级管理制度和公立医院对卫生人力资源的垄断,促进了竞争。另一方面,互联网平台与医疗团队之间保持契约关系,而非依附关系。整个医疗服务过程中,主体仍然是医疗机构(小平台);互联网平台只是提供管理服务。因此,即使互联网平台的规模增大,也难以垄断医生资源,形成“超级医院”、“超级垄断”,走向分级诊疗的反面。

## 5 结论与建议

本文运用平台理论,分析了当前我国分级诊疗的难点、互联网促进分级诊疗的可能性及现实途径。分级诊疗推进缓慢的主要原因在于事业单位体制下医生对医院的依附关系、医院分级管理制度、医院平台正外部性,三者相互作用,使三甲医院“强者愈强”、基层“弱者愈弱”。互联网医疗平台帮助医生走出体制,自由执业,有助于破除传统医院平台正外部性,实现分级诊疗。互联网医疗平台应采取双层结构,“大平台套小平台”,是推动分级诊疗的可行模式。基于此,提出以下相关建议。

第一,对在线诊疗的法律监管应采取“坚持资质、放开形式”的原则。所谓“坚持资质”,就是网上诊断和面对面诊断都必须是执业医师在医疗机构诊断,无执业资质者不能做出医学诊断,非医疗机构不能雇佣医生从事医疗服务。所谓“放开形式”,就是网上诊断本身只是形式,不宜禁止。至于网上诊断是否符合医学规律、是否有效果,或哪些病种更有效果,这些都由医院、医生专业判断,由患者选择,政府不必干预。坚持这样的监管原则,并不会阻碍第三方社会力量搭建互联网医疗平台;因为互联网企业可以同医生建立契约关系(不同于雇佣关系),形成“大平台套小平台”的双层结构。坚持这样的监管原则,还可以避免形成“互联网超级医院”。

第二,减少对互联网医疗行业发展的直接行政干预。真正贯彻落实习近平总书记讲话精神,推动创新驱动发展战略;真正贯彻落实国务院简政放权、推动“大众创业万众创新”和促进“互联网+”的精神,允许社会力量在不违反法律的前提下,搭建各种形式的互联网医疗平台。尊重行业首创精神,对于互联网医疗适用的病种范围、业务范围等,只要不涉及财政资金投向,少出台所谓“指导意见”,允许试错,才有创新发展。尤其是,互联网本质上就是要突破地域限制,实现创新发展、协调发展,若再以区域卫生规划为名,要求各三级医院按划片范围与基层医疗机构对接开展互联网医疗,不仅无法充分发挥互联网平台的正外部性,且恐为“削足适履”。

第三,实施医师执业“区域注册”,解决多点执业的法律法规障碍。推动多点执业,不需要人大修法,甚至也无需修改《医师执业注册暂行办法》。可行的做法是,出台允许多点执业规范性文件,政策相对放宽,倾向于只须备案,无须原注册医疗机构同意。但这在操作上仍较为烦琐。更简单的办法是:直接将执业地点注册为某行政区域,如“某省内全部医疗、预防、保健机构”,甚至“中国大陆全部医疗、预防、保健机构”。这并不违反《暂行办法》,也不违反《执业医师法》。

## 致谢

研究助理夏雨青协助搜集了国外互联网医疗案例原始资料。

## 参 考 文 献

[1] 习近平. 在第二届世界互联网大会开幕式上的讲话

- [N]. 人民日报, 2015-12-17(2).
- [2] 徐隽. 要用好互联网带来的重大机遇 深入实施创新驱动发展战略[N]. 人民日报, 2015-12-17(1).
- [3] Weyl E G. A Price Theory of Multi-Sided Platforms [J]. American Economic Review, 2010, 100(4): 1642-1672.
- [4] Rochet, Jean-Charles, and Jean Tirole. Two-Sided Markets: A Progress Report[J]. RAND Journal of Economics, 2006, 37(3): 645-667.
- [5] Bernard Caillaud, Bruno Jullien. Chicken & egg: competition among intermediation service providers [J]. RAND Journal of Economics, 2003, 34(2): 309-328.
- [6] Rochet, Jean-Charles, Jean Tirole. Platform Competition in Two-Sided Markets [J]. Journal of the European Economic Association, 2003, 1(4): 990-1029.
- [7] Hagiu, Andrei. Pricing and Commitment by Two-Sided Platforms [J]. RAND Journal of Economics, 2006, 37(3): 720-737.
- [8] Armstrong, Mark. Competition in Two-Sided Markets [J]. RAND Journal of Economics, 2006, 37(3): 668-691.
- [9] 朱恒鹏. 医疗体制弊端与药品定价扭曲[J]. 中国社会科学, 2007(4): 89-103.
- [10] 杜创. 清理医疗市场准入潜规则[J]. 中国改革, 2010(10): 63-64.
- [11] Martin G, Town R J. Competition in Health Care Markets. In Mark V. Pauly, Thomas G. McGuire and Pedro P. Barros (eds.), Handbook of Health Economics [M]. Volume 2. Oxford: North-holland, 2010.
- [12] Teladoc. Company Structure [EB/OL]. [2015-12-05]. <http://www.teladoc.com/what-is-teladoc/about-our-company/>
- [13] 冯会玲. 微医独家回应:微医集团靠什么打通分级诊疗的任督二脉 [EB/OL]. [2015-09-25]. [http://china.cnr.cn/gdgg/20150926/t20150926\\_519986502.shtml](http://china.cnr.cn/gdgg/20150926/t20150926_519986502.shtml)

[收稿日期:2015-12-25 修回日期:2016-01-04]

(编辑 谢宇)

· 信息动态 ·

## 欢迎订阅 2016 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生和计划生育委员会主管,中国医学科学院主办,医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R,中文核心期刊,中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊),中国科学引文数据库(CSCD)来源期刊,RCCSE 中国核心学术期刊(A)。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践

者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:专题研究、医改进展、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、基层卫生、公共卫生、医院管理、全球卫生、卫生人力、人口与健康、健康服务业、理论探讨、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 20 元/册,全年 240 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

电话:010-52328667 52328669

传真:010-52328670