

论医疗责任保险之政府责任

——以福建省为例

高雪娟^{1,2}

(1.福建师范大学马克思主义学院,福建 福州 350117;

2.福建中医药大学人文与管理学院,福建 福州 350122)

摘要:医疗责任保险是我国医患纠纷预防与处置体系中的重要组成部分,经由政府政策的指导和推动,逐步由星星之火走向燎原之势。在政府购买医疗责任保险服务的新形势下,福建省已经形成了各具特色的医疗责任保险模式,但政府责任还比较薄弱,主要存在统保不完全、政府给付不足以及缺乏政府监管等问题。通过重视政府在医疗责任保险中的责任意识,优化政府统保模式,加强政府给付责任,强化政府监管能力,促进保险机构承接医疗责任保险服务能力的完善和发展。

关键词:医疗责任保险;政府责任;福建省

中图分类号:F842.0

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2017)05-373-006

doi:10.7655/NYDXBSS20170507

医疗纠纷作为医疗卫生领域的一种现象或常态,由于医疗风险无处不在,它无法完全消除。医疗责任保险作为分散医疗风险的重要工具应运而生。20世纪80年代末,医疗责任保险进入国人视野,部分地区开始对医疗责任险进行尝试。其后,政府开始以行政手段介入,政府规范性文件相继在部分省市出台。随着政府购买服务理念提出和深化,中国医疗责任保险的运作模式逐步由市场主导为主转向政府主导为主。处于转型期的医疗责任保险制度,基本法律法规并未确立,政府责任体系也未定型,仍处于政策指导之中,医疗责任保险制度的完善和立法任务依旧艰巨。在现有形势下,中国医疗责任保险的发展,应当首先理清政府责任。从实践来看,政府在推进医疗责任保险进程中,如何实现医疗机构的统保,政府的给付和监管的方式、范围及其限度如何,以及政府政策供给和实施层面,如何实现过程和结果的有效调控,这些都是本文关注并试图解答的问题。

一、福建省政府推进医疗责任保险服务的实例考察

目前,政府在推进医疗责任保险进程中主

要采用政策手段,以纲领、决议、指示、命令、办法等宏观方式加以管制。福建省厦门、泉州、福州以及南平等地在《关于实施医疗责任保险的意见》和《关于全面推进医疗责任保险工作的通知》等文件的统一指导下,逐步形成了各具特色的医疗责任保险的运作模式。

(一)厦门模式

2010年,厦门市医疗责任保险双方通过签订责任险统保框架协议,全市各公立医疗机构以及自愿参保的部分民营医疗机构,在厦门市卫生局组织策划下,共同推选代表组成了医疗责任保险招标联合委员会,制定了医疗责任保险统保的相关方案,以人保为主要承保机构,共四家保险公司组成共保体来承保。2017年则由太平保险公司独家承保。该模式的特点:政府通过统保协议将全市公立医疗机构纳入统保;承保主体多元化变成一元化,优势力量减退;政府自我定位偏中立,没有积极干预平衡医方的一味压低保费和保险机构因医疗事故频发所致的年年亏损;保险机构积极参与化解医疗纠纷的法律地位不明,身份不清,前期干预风险能力弱;政府监管主要通过阅读报告或总结的简单方式。

基金项目:福建省科技厅软科学项目“政府购买医疗责任保险服务机制研究”(2017R0047)

收稿日期:2017-03-29

作者简介:高雪娟(1981—),女,福建龙海人,博士,讲师,主要研究方向为卫生法学与政策。

(二)泉州模式

2009年,政府通过公开招投标方式确定医疗责任保险承保方,流标之后转为定向方式确定了中国人民财产保险公司泉州分公司作为唯一承保方,并一直延续至今。同年,泉州市成立医疗纠纷赔偿处理中心,成为泉州地区唯一一家为公立医院提供医疗责任险的服务机构,接受医疗机构委托,全程参与处理医疗纠纷。该模式下保险机构提供了更多元的服务,某种程度上起到医疗机构代理人的作用,与医调委有了更紧密的联系。该模式特点:政府通过下发文件以及与保险公司签订补充协议的方式,初步确定统保范围、项目、人员、理赔限额、保险费及调整系数等;政府资助30万作为项目启动资金,针对困难乡镇卫生院直接财政经费投保;政府积极干预平衡医方保费和保险机构运营亏损之间的关系问题;医疗纠纷理赔处理部门全程参与纠纷处理,针对每个个案的“分析报告”和专业性的“医案授课团队”,起到间接参与医疗机构风险管控的作用;政府监管通过不定期联席会议、年度工作会议和阅读报告或总结等简易方式进行。

(三)福州模式

2015年,福州市13家省属医疗机构组成医疗责任保险联合体,引入保险经纪人这一第三方机构,通过公开招标方式确定江泰保险经纪股份有限公司为13家省属医疗机构提供保险经纪服务,并通过组织竞争性谈判方式,确定由中华联合财产保险股份有限公司担任首席承保人等5家共保体,实现了13家省属医疗机构的统保。该模式特点:政府以招投标方式确定保险经纪公司作为医疗责任保险的第三方,以组织竞争性谈判方式确定保险公司;筹建医疗责任保险理赔服务中心,并与福州市医患调解处置中心建立密切联系的工作机制,初步迈出福建省“保调赔防”调赔机制试水的第一步,每一案件均由上海安保评估中心出具评估意见书;政府监管通过阅读保险经纪公司报告、总结或建议书等简单方式。

(四)南平模式

2010年,南平市政府开始推广医疗责任保险。但至今,公立医疗机构尚未全部纳入医疗责任保险系统(截止2016年,全市统保的公立医疗机构约占90%),此源于其富有特色的医疗纠纷人民调解机制以及便利快捷的互助基金。该中心依据过错程度依法调解的原则,为医疗责任险的顺利理赔垫定了有利基石,使得患者、医疗机构和保险人充分信任和尊重调解中心确定的赔偿额度。调解中心设立了医

患纠纷理赔专项基金和应急资金制度,一定程度上辅助了医疗责任险,创新了医疗责任险的模式。该模式特点:政府通过定向购买方式确定中国人民财产保险公司独家统保公立医疗机构;调解中心运作良好的“联动机制”及时介入调解医患纠纷,避免政府部门的过度干预,为公正调解奠定基石;调解中心理赔专项基金和应急资金制度弱化了保险理赔的服务功能;政府对保险公司监管不足。

综上,福建省各地政府推动医疗责任保险服务的模式各有特色和优势。但同时,也存在不少共性问题,如政府试图通过招投标确定保险机构的方式基本流标,竞争型市场机制尚未形成;保险机构普遍缺乏风险管控的介入和医疗纠纷预防机制,保险机构与医方信息不对称,医方投保后反而增加了理赔程序负担等等;有些地方医疗责任保险的市场化运作较为充分,政府主导性不足;政府给付能力和监管能力未受重视,总体偏弱等。对此,需要探索一种由“纠纷赔偿”向“成本管控”,由“理赔服务”向“代理与防范服务”,加强政府给付能力和监管能力的政府主导下的强制医疗责任保险模式^[1]。

二、政府责任的实现路径与问题

医疗责任保险是一个外部性和结构性问题较为明显的保险险种,这在我国表现得尤为突出。要解决医疗责任保险的外部性和结构性问题,离不开政府的干预和协调。从外部性考察,医疗责任保险的投保主体是高技术、高风险、易冲突且私人利益与公共利益共存的医疗机构,医疗责任保险的运作无法完全按照市场经营的模式进行,政府必须支持医疗责任保险,最大限度满足“大数法则”的要求,同时适度干预医疗纠纷的处置,提高医疗责任保险的运作效率和公平公正。从结构性角度考察,我国医疗责任保险具有复杂的主体结构、费率结构、险种结构以及理赔结构等等,各方主体之间存在一定的紧张关系。不同医疗责任保险模式在主体、费率、险种以及理赔流程等方面均存在一定差异,各地政府参与程度也各不相同。以福建省医疗责任保险模式为例,政府责任主要体现在以下几个方面。

(一)政府统保

财政部于2014年底制定了《政府购买服务管理办法(暂行)》,其中明确政府购买公共服务是指政府通过公开招标、定向委托、邀标等形式将原为政府提供的社会公共服务事项转交给社会组织、企事业单位履行,以优化服务质量和效益。政府购买服务的方式有:直接生产、签约外包、特许经营、代金券和政府

补助等。目前,福建省各地基本采用指定、议标或招投标的方式确定保险公司为服务主体,并要求所有公立医疗机构参与投保,实现医疗责任保险的统保。省内各地政府购买医疗责任保险服务,更多指的是签约外包,但又不同于通常意义上的签约外包,具有特殊性,如厦门市政府、保监局、保险机构和公立医疗机构通过议标(谈判)的方式签订医责险统保框架协议;且各地具体做法存在差异。

在政府与社会组织的关系研究中,存在着竞争与合作两大理论谱系^[2]。从政府与保险机构之间的博弈来看,由于医疗责任保险的复杂性,二者的关系是既竞争又合作。基于政府提供医疗资源的垄断地位、价格主导优势和对公益的追求,这与追求商业利益最大化的保险机构存在一定冲突和竞争;但是二者的最终目的均是为了提高医疗服务的水平和质量,按照奥斯特罗夫妇的公共服务“提供和生产分离”理论,多元供给和福利共享是合作的基础^[3]。然而,维系政府与保险机构这样竞争与合作并存的微妙关系的,基本以红头文件和合作协议方式确定,对于彼此的法律地位、权利、义务、职责并没有比较明确和统一的规范和标准,这就容易滋生政府的行政指令或不作为,以及保险机构偏重个人利益忽视公益或者迫于行政指令的妥协行为;亦容易导致合作方式、服务内容、支付价格等重要事项变更的自主性和随意性,不利于医疗责任保险服务的稳定及其专业化和技术化的发展。

(二)政府给付

所谓政府给付,是指政府出于社会公益或全体公民所需而提供的便利或支持^[4]。从医疗责任保险角度来看,政府对医疗责任保险服务的给付义务,就表现为政府为医疗公益对保险公司因其提供医疗责任保险服务而给予的便利、资助和支持^[5]。医疗责任保险服务的公益性、专业性和技术性决定其不能纯市场经营,过度追求商业营利,而且作为我国较为新兴的事物,需要政府的推动和指导。政府主要通过制定政策和文件的方式,从宏观层面,设定政府对医疗责任保险服务的给付义务。国家卫计委2014年下发的《关于加强医疗责任保险工作的意见》和财政部于2014年底制定的《政府购买服务管理办法(暂行)》,以及同年福建省出台的《福建省人民政府关于推进政府购买服务的实施意见》,这些政策文件对于政府如何履行对于医疗责任保险服务的给付义务,起到重要的指导作用。

具体到政府给付方式,则有供给、保障、资助、劳务、税费减免等支持方式。政府给付医疗责任保

险服务的方式主要是供给、保障和补助。首先是供给,将绝大多数公立医疗机构纳入保险体系,并逐步扩展到民营医疗机构,满足保险的“大数法则”;其次是保障,通过文件或与保险机构协议的方式,组织保费的顺利缴交,合法合理理赔,设定理赔最高限额,控制费率,依据医疗风险适度调整费率等,保障医疗责任保险服务的有效开展;最后是补助,项目启动资金资助,如泉州市政府给予泉州市人民保险分公司一次性30万的医疗责任保险项目启动金;对于困难的乡镇卫生院,由政府直接设立资金代为购买保费,以泉州乡镇卫生院为典型;还有部分城市医疗意外险种由政府直接承担。总体上,政府对于医疗责任保险服务给付的数量和质量都偏低,一方面政府给付要么流于形式,要么过于注重服务价格,甚至不断压低保费,导致出现流标现象或者由小保险公司接盘;另一方面,保险机构积极“参与社会治理”的理念,比如介入医疗纠纷的前期防控和调解,没有得到政府的有效支持。

(三)政府监管

在保险机构承接政府所购买的医疗责任保险服务过程中,政府除了保证社会保险机构目标规划、方案制定等方面的商业独立性,还应该承担起对保险机构“运作照顾”之责任,通常包含资质要求、能力建设、绩效考核、满意度调查等的监管和评估。这就涉及政府监管责任与承保机构承揽责任的分配问题^[6]。借鉴德国学者Schuppert所倡导的责任阶段论,笔者尝试将政府监管责任之强弱依次递减顺序,分为全面性监管责任、保障性监管责任和辅助性监管责任^[7]。从政府与保险机构目前的关系来看,政府主要承担保障性监管的责任,即保障保险机构执行医疗责任保险服务职责的合法性和合理性,并积极促进其参与社会治理、分散医疗风险,推动医学发展之责任。主要的监管形式有以补充协议或红头文件明确保险机构的服务标准等,定期召开联席会议以及医疗责任保险工作会议,提交季度性案件分析报告,提交年度工作总结等,主要侧重对保险机构日常工作的稳定性和延续性的考察,相对被动。

这与发达国家注重对资质要求、能力建设、绩效考核、满意度调查等的监管和评估存在一定差距,如法国政府和地方当局通过三种法律程序监视社会组织是否有承接某项社会服务的资质^[6]。这与法律没有明确政府监管内容、形式和标准,以及政府当局对医疗责任保险服务体系和自身法律地位认识不够充分有必然联系。实际上,在能力、绩效和财务方面的监管更应予以重视,比如当出现流标时,以何种标准确定保险机构的能力?绩效是否只针对医疗责任保险的服务效果而不注重保险公司自

身的运营?多数保险机构财务上出现亏损是否无关政府管控?这些在实践中经常出现的问题,却往往被忽略或者简单化处理。

三、强化政府责任的思路

(一)优化政府统保的模式

政府推动公立医疗机构统保医疗责任保险的趋势就是实现政府“掌舵”,市场“划桨”的决策与执行分开的新型医疗责任保险机制,使政府从“直接提供者”、“直接生产者”转为“购买者”、“监督者”^[8]。从福建省地方政府所采用的购买模式来看,优化统保医疗责任保险服务模式的思路,与购买方式、服务主体、服务价格和服务理念有关,这四个方面都离不开发挥政府的关键作用,目的在于激发服务要素的潜能以及满足市场化发展的要求。

1.以议标或定向(传承)方式确定服务主体

政府购买医疗责任保险服务的方式有公开招标、议标、选择性购买、定向购买等方式^[9]。考虑医疗责任保险在中国尚属新生事物,且专业技术性较强,提供方只能局限于综合能力突出的保险公司,就目前阶段而言,宜采用议标或定向(传承)购买方式确定服务主体。所谓“议标”是指政府与各个保险机构相互选择和协商的结果,虽没有公开竞争招投标,但存在潜在竞争,政府有一定选择性,该模式以厦门为典型;而“定向(传承)”过程中,政府与保险机构存在依赖性,购买程序是定向和非竞争性,如南平市和泉州市招投标医疗责任险流标后,便确定由中国人民保险公司承揽该项目,此后传承至今。但从长远来看,随着保险市场的逐步壮大和多元化,政府应引导更多的保险机构来参与医疗责任保险服务,采取竞争性购买,既公开公平公正,又可获得最优质的服务主体。纳入选择性范围的服务主体,须保证医疗责任保险运作顺畅的资质和能力,不能单纯依据低价优势,应至少具备下列条件:①完备的规章制度,财务运作良好;②能独立承担法律责任;③拥有医学、法学,或既懂医又懂法且经验丰富的专业理赔团队;④具体设备和专业技术资质应符合行业管理部门的要求;⑤近5年内无违法违规违纪行为,社会信誉良好。

2.适度干预服务价格,推广“参与社会治理”服务理念

医疗责任保险服务价格最主要部分是保险费率。医疗责任保险费率主要根据住院患者手术人次、出院患者数、门急诊人数、床位数以及医务人员人数等来核定,同时乘以一定系数(如医疗机构类别系数、医务人员岗位系数、区域调整系数、赔偿处理标

准调整系数及续保调整系数等)。政府要改变招投标、议标或定向过程中过分注重价格的高低,或者抽身而出,完全放任医疗机构与保险机构纯市场化谈判。相反,应适度干预医疗责任保险服务价格,一要处理保险机构与医方信息不对称问题,保证保险费率设定的公平性和科学性;同时,根据各个级别的医疗机构的年纠纷量,设置不同层级的保险费率以及索赔限额,免赔额等。二要重视目前大多数医疗责任保险经营年年亏损的局面,政府应参与到医方与保险机构之间的谈判中予以协调,或者依据保险机构亏损额度确定下一年度的指导价,或者给予保险财政支持。

理念的不同也影响了政府在推动医疗责任保险服务上政策或策略的不同。比如厦门市参照宁波模式创建的“厦门市医疗纠纷服务中心”因缺乏政府和制度支持,法律地位和身份不明晰,其积极参与社会治理的理念无法践行。与之鲜明对比,“泉州市医疗纠纷赔偿处理中心”,从保险公司理赔中心独立出来的专业性医疗纠纷理赔机构,该中心能及时介入医疗纠纷案件的调查、取证与评估,并和医患双方充分沟通交流,形成初步调解方案,全程参与医患双方选择的协商、调解或诉讼的解决路径,社会效益显著,值得借鉴和推广。因此,政府观念上不能再局限于保险机构的分散风险、专注理赔功能,而应鼓励和支持保险机构积极参与化解医疗纠纷。

(二)重视政府给付责任

医疗责任保险虽然在整体运作和服务过程中属于私法范畴,但政府在政策推行、费率指导等方面属于公法范畴,因此政府应当相应地区分私法上的合作或协议,以及公法上承担各项行政职能。给付职能是政府购买医疗责任保险服务职责中的核心。政府应该改变“牵头人”或“中间人”的角色,通过明确给付方式,扩大给付范围,制定具有可操作性的给付规划,提高医疗责任保险服务的范围和水平。

1.明确给付方式

由于目前医疗责任保险政府给付的方式不足且流于形式,需要改变方式、增加供给、提高实质性给付水平。资助和税费减免是政府给付的常见方式,但在医疗责任保险服务领域却几乎不见踪迹。作为服务购买者的地方政府对于承担医疗责任保险服务的保险机构应当基于一定资助,直接资助或间接资助均可,资助的形式可以有经费资助,也可以有实物资助,还有优惠政策扶持。比如服务基地(理赔中心)的创建基金或场地租金支持,保险机构积极参与社会治理的优惠政策支持,针对特殊险种或困难乡镇卫

生院的直接资助等可以扩展给付范围的领域。税费减免对于承揽此项服务保本微利甚至亏损的保险机构相当必要,毕竟保险机构作为商业机构,亏损经营将影响其来年继续承揽该服务的积极性和服务质量。此外,直接资助除了以上形式,还可以采用消费券方式。消费券是某种形式的有价票券,是现金的一种,未来亦可以考虑灵活采用。

2. 扩大给付范围

给付范围是政府给付内容的重要部分,给付范围的深度和广度决定了政府给付的量和质。扩大政府对医疗责任保险服务的给付范围可以有以下三个路径:一是定期培育专业医疗责任保险服务人员^[10],培育一支结构合理、专业技术性强的医疗责任保险服务专业队伍。政府可以通过举办多种形式的培训或专项经费资助,着力培育风险防控、医疗责任保险评估和理赔的专业技术人员,并提供卫生行政部门、医疗机构与保险机构之间交流和学习的平台;二是支持医疗责任保险领域信息技术的研究和开发,解决信息不对称问题。支持医疗信息技术的研究和开发,是大数时代政府行政给付的必然要求。通过开发视频系统和网络信息系统,可以加快信息的传递和纠纷的处理,有效便捷地提高医疗责任保险服务的水平和效率;三是特殊险种的政府资助。特殊险种比如如医务人员意外伤害险、医师多点执业险、医疗意外险、麻醉险等随着医学发展和就医人数的增加,风险系数攀升。各地承保情况不一,有的将其独立出医疗责任保险统保项目之外,有的纳入统保项目,有的则作为附加险。此类特殊险种,单纯由医疗机构或者患者投保稍欠合理,其投保积极性亦不高。可考虑由政府、医疗机构、医师及患者各自按比例出资共同投保,确保特殊险种统一有效开展。

(三) 加强政府监管

政府购买医疗责任保险服务的过程中,政府应该建立起服务项目实施的动态管理与动态监督办法,范围涉及服务项目的申请、评审、招标议标或定向、订约、实施、调整、报告、评估与反馈等一系列环节。动态监管既能对项目运作过程中出现的问题及时进行研究和反馈,又能对过程中的失职行为追究契约责任。只有建立和健全一套严格完善的监管评估机制,双方合作才能实现良性循环。对此,可以从以下几个方面着手:

1. 合同监管

美国政府购买公共服务起源于20世纪70年代,历经几十年的发展,已经基本形成一套完整的公共服务合同监管模式^[11]。借鉴美国政府购买公共服

务合同监管的经验,要对政府购买医疗责任保险服务合同的履行进行监管,应该具备如下条件:第一,政府在招投标、议标或定向选择保险机构时,应明确政府具有监管的职能,而不只是“牵头人”或“中间人”,同时取得保险机构的认可。第二,政府确定承保方之后,双方应签订协议或合同,明确各自的权利、义务、职责、违约责任以及政府监管方式、内容等,彼此对合同所有条款都有清楚的理解,且是建立在承保方自愿同意基础上。第三,尽管目前没有明确的专门针对政府购买医疗责任保险服务的法律法规,主要通过政府政策性推动和指导,所以合同监管的过程存在一定变通性,但仍应遵循一般的政府购买公共服务的法律规则。

2. 服务能力监管

如前述,政府除了联席会议、阅读报告等简单方式外,并没有对其他监督途径进行规定。在合同(口头或书面或文件形式等)真正执行之前之后,几乎没有资质能力、绩效监督和财务等监督行为的发生。而在西方国家,资质鉴定的要求变得越来越多,逐步形成新的监督体系^[9]。资质监管不仅仅体现在前期购买程序,还应体现在购买之后的资质能力运营,是保持、提升还是减退,以及以什么样的方式保持和提升或者什么问题导致的减退等等。在绩效监管方面,政府应承担起制定绩效标准、战略规划、法规制定和对保险机构的问责。通过制定监督形式和制度安排,使之与服务提供者收到的保险费、政府资助、运行规模和预期风险水平成比例。监管内容只能是必需的,找到正确的平衡点,并让服务受益者(医方和患方)参与服务绩效的反馈。最后是财务监管问题,由于财务的连续亏损,有些地方的保险公司开始拒绝承保医疗责任保险服务,保险机构应该获得一些必要资助,无论获得途径是什么,比如政府可以通过监管保险公司的服务预算来帮助调整来年的保险费率。

3. 相关部门监管

严格的监管评估机制不仅包括对保险机构的服务质量的监管与评估,还包括对相关职能部门的监督。具体到对医疗责任保险服务领域的相关部门监管主要有:医方的风险管控和医患纠纷调解中心的及时性公正性监管。首先,拥有信息优势的医方通常并不如实全面的告知保险机构有关医院运转、医疗管理、医疗风险等信息,保险机构由于欠缺对医方的质量管理信息和风险信息的掌控,很难发挥医疗风险机制控制者和不合理医疗行为控制者的角色^[12]。据调研,佛山市某医院2016年上半年医生因违反医院医疗质量风险管理(如违反核心制度、流程、意外

等)而产生纠纷占全部纠纷的50%。有鉴于此,政府应加强对医方医疗质量管理和风险管理的监管,赋予保险机构一定程度的监管权,建立医方对医疗风险信息的及时报告制度。其次,确保医患纠纷调解中心处理医疗纠纷的及时公正。自福建省地方政府出台《医患纠纷预防与处置办法》对医患自由协商做出限制后,纠纷的解决基本经由医患纠纷调解中心。为避免保险机构的调查评估意见与调解中心的调解协议意见不符或理赔金相差甚远,以及调解处理不及时导致的保险服务成本增加,政府应加强对调解中心处理纠纷的主动性、及时性和公正性监管,建立保险机构与调解中心顺畅的沟通协调机制。

参考文献

- [1] 李海澈. 强制医疗责任保险的政府属地化干预及法律控制[J]. 医学与社会, 2013, 26 (7): 77-79
- [2] 曾维和, 元瑾. 发达国家社会组织承接政府公共服务职能探讨[J]. 华中科技大学学报: 社会科学版, 2015(5): 54-61
- [3] 包国宪, 刘红芹. 政府购买居家养老服务的绩效评价研究[J]. 广东社会科学, 2012 (2): 15-22
- [4] 邹艳晖. 行政机关对公民健康权的给付义务[J]. 兰州学刊, 2016(10):130-136
- [5] 杨建华. 比较行政法——给付行政法原理及实证性研究[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2008: 13
- [6] 苏玉菊. 新公共卫生"法律规制模式研究——基于治理的视角[M]. 北京: 法律出版社, 2015: 233-234
- [7] 詹镇荣. 民营化后国家影响与管制义务之理论与实践——以组织私法化与任务私法化之基本型为中心[J]. 东吴大学法律学报 (中国台湾地区), 2003, 15 (1): 233-234
- [8] E·S·萨瓦斯. 民营化与公私部门的伙伴关系[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2002: 25-30
- [9] 王浦. 莱斯特·M·萨拉蒙著. 政府向社会组织购买公共服务研究——中国与全球经验分析[M]. 北京: 北京大学出版社, 2013: 19-23
- [10] [韩]庆洙. 关于宪法中国家的健康保护义务及其实现方案的研究[D]. 首尔: 韩国首尔大学, 2002
- [11] 王丛虎. 政府购买公共服务理论研究——一个合同式治理的逻辑[M]. 北京: 经济科学出版社, 2015:114-115
- [12] 郑秉文, 张兴文. 一个具有生命力的制度创新: 大病保险“太仓模式”分析[J]. 行政管理改革, 2013 (6): 21