



引用格式:代志明. 资源分割理论视角下我国民营医院数量激增及其低诊疗率困境研究[J]. 郑州轻工业大学学报(社会科学版), 2022, 23(2): 40-47.

中图分类号: R197.3 文献标识码: A

DOI: 10.12186/2022.02.006

文章编号: 2096-9864(2022)02-0040-08

资源分割理论视角下我国民营医院数量激增及其低诊疗率困境研究

Study on the rapid increase in the number of private hospitals in China and the dilemma of low diagnosis and treatment rates from the perspective of resource segmentation theory

代志明

DAI Zhiming

郑州轻工业大学 政法学院, 河南 郑州 450001

摘要:近年来,我国政府出台了一系列政策来促进民营医院发展,但民营医院在发展过程中出现了数量激增与低诊疗率问题。从资源分割理论的视角来看,民营医院出现上述困境的主要原因是在公立医院占据医疗服务市场中心的情况下,处于市场边缘的民营医院不得不选择专科化成长路径以求得生存。而专科化路径在使民营医院数量激增的同时,也致使其诊疗率过低和环境适应性弱化,从而陷入“效率-适应悖论”的窘境。为此,可以采取如下策略来引导民营医院有序成长:一是构建双中心治理机制以提升民营医院的组织韧性;二是重视技术创新以增强民营医院的环境适应性;三是提升民营医院创办者的“希波克拉底誓言”所要求的职业精神;四是适时选择多元化成长策略。

关键词:

民营医院;

资源分割;

“效率-适应悖论”;

多元化成长

[收稿日期] 2022-01-04

[基金项目] 国家社科基金项目(18BGL252)

[作者简介] 代志明(1974—),男,河南省永城市人,郑州轻工业大学教授,博士,硕士生导师,主要研究方向:医疗体制改革。

20世纪80年代以来,为了缓解医疗服务资源短缺和公立医院垄断等问题,我国政府出台了一系列促进民营医院发展的政策,从而为民营医院成长提供了空间。据统计,截至2020年底,我国共有各类医院3.54万家,其中民营医院2.35万家,公立医院1.19万家,民营医院数量是公立医院数量的1.97倍^[1]。但在民营医院数量迅速增加的同时,其诊疗率却较低。据测算,2020年民营医院的诊疗人次占比和入院人次占比分别是16%和19.16%,而公立医院的诊疗人次占比和入院人次占比分别是84%和80.84%。显然,民营医院已陷入数量激增但诊疗率过低的困境。针对上述问题,有学者认为,政府对医疗服务资源的指令性配置和一些政策“玻璃门”的存在^[2],导致民营医院生存艰难^[3];另有学者指出,部分民营医院的“野蛮生长”重创了“社会人心”^[4],致使其诊疗率不足。现有研究大多是从经济学维度探讨民营医院诊疗率低的原因,而对民营医院数量激增及其低诊疗率困境的生态学研究较少。鉴于此,本文拟基于组织生态学中的资源分割理论来剖析民营医院数量激增及其低诊疗率困境的生成机理,并提出相应的化解对策,以期对民营医院的健康发展有所助益。

一、资源分割理论及其适用性

1. 资源分割理论

依据产业组织理论,大型企业拥有较高的市场集中度对中小型企业来说是一种市场壁垒,从而导致新创立的企业很难进入市场并使得产业密度持续下降^[5]。但组织生态学中的资源分割理论对上述论点提出了疑问。资源分割理论认为,当一个市场中存在较多组织群体时,伴随着市场集中度的逐渐上升,该市场最终会被分割成一种呈正态分布的双市场结构——极少数产品多元化的大型企业和众多

产品较为单一的小型企业在同一资源空间内,前者占据各种资源高度集中的市场中心区域,而后者则集中在组织密度较高的市场边缘^[6]。资源分割理论揭示了通常被人们认为毫无关联的两种组织发展趋势(一种趋势是产业集中度的增加导致的多元化企业数量下降,另一种趋势是在产业内涌现众多小型专业化企业而带来的组织密度快速上升)为何会发生在同一产业内及其演化机制。在资源分割理论看来,产业的资源分割可分为以下三个生态过程:(1)在市场发展的初期,多数企业刚进入该行业,为了获得更多的资源而进行竞争,此时尽管多数企业会采用多元化扩张战略,但竞争机制迫使绝大多数企业的成长战略趋向专业化。(2)在市场发展的中期,随着竞争的加剧,规模经济效应逐渐显现。此时只有少数实现多元化经营的大型企业能够存活,并且上述企业逐渐向资源较为集中的市场中心移动,从而为处于市场边缘的小型专业化组织留下了成长空间。(3)在市场发展的后期,市场上的资源逐渐被分割成通用型资源和专用型资源,并且当市场高度集中化趋于停止时,专业化组织的业绩可能会下降。

在上述资源分割过程中,随着大型多元化企业产业集中度的上升,此类企业的设立率将下降,并且倒闭率将上升;相反,专业化企业的设立率将会增加,而其倒闭率将会下降。另外,处于资源空间市场中心的组织会采用多元化的成长战略,而处于资源空间边缘的组织则会采用专业化成长战略,并最终形成产业组织分化的格局。

2. 资源分割理论用于分析民营医院数量激增及其低诊疗率的适用性

资源分割理论可用于分析我国民营医院数量激增及其低诊疗率困境的理由有如下三个方面。

(1)不同医院群体的数量变化与资源分割理论相一致

运用我国民营医院和公立医院 1984—2020 年的生存数据来考察我国不同医院群体的数量及其变化情况,结果见表 1。相关数据的来源及处理方法如下:1984—1992 年民营医院的数量用相应年份的病床数除以 20 而得;1993—2001 年民营医院的数量用相应年份的《中国卫生年鉴》中“其他医院”数据替代;

2002—2004 年民营医院数量用相应年份的《中国卫生统计年鉴》中“私营”“联营”“其他”医院之和替代;1984—2004 年公立医院数量用《2016 中国卫生和计划生育统计年鉴》中“卫生机构数”列出的“医院”数量减去民营医院数量而得。在上述数据的基础上,在表 1 中我们还给出不同医院群体的成立率及其占比情况。

由表 1 可知,自 1984 年以来,我国不同医院群体的数量经历了巨大变迁。1984—2002 年,

表 1 我国不同医院群体的数量及其变化情况(1984—2020 年)

年份	民营医院 数量/家	民营医院 成立率/家	民营医院 占比/%	公立医院 数量/家	公立医院 成立率/家	公立医院 占比/%
1984	2	2	0.02	11 379	425	99.98
1985	10	8	0.08	11 945	566	99.92
1986	5	-5	0.04	12 417	472	99.96
1987	6	1	0.05	12 956	539	99.95
1988	10	4	0.07	13 534	578	99.93
1989	11	1	0.08	14 079	545	99.92
1990	6	-5	0.04	14 371	292	99.96
1991	8	2	0.05	14 620	249	99.95
1992	12	4	0.08	14 817	197	99.92
1993	854	842	5.53	14 582	-235	94.47
1994	1166	312	7.48	14 429	-153	92.52
1995	1239	73	7.91	14 424	-5	92.09
1996	1185	-54	7.48	14 648	224	92.52
1997	1157	-28	7.26	14 787	139	92.74
1998	1191	34	7.44	14 810	23	92.56
1999	1265	74	7.58	15 413	603	92.42
2000	1286	21	7.88	15 032	-381	92.12
2001	1220	-42	7.53	14 977	-436	92.47
2002	1823	603	10.22	16 021	1044	89.78
2003	2037	214	11.47	15 727	-294	88.53
2004	2667	630	14.50	15 726	-1	85.50
2005	3220	553	17.22	15 483	-279	82.78
2006	4105	930	21.33	15 141	-342	78.67
2007	4952	847	24.94	14 900	-241	75.06
2008	5403	451	27.41	14 309	-591	72.59
2009	6240	872	30.75	14 051	-258	69.25
2010	7068	828	33.79	13 850	-201	66.21
2011	8440	1327	38.40	13 539	-311	61.60
2012	9786	1346	42.24	13 384	-155	57.76
2013	11 313	1527	45.78	13 396	12	54.22
2014	12 546	1233	48.52	13 314	-82	51.48
2015	14 518	1972	52.63	13 069	-245	47.37
2016	16 432	1911	56.39	12 708	-361	43.61
2017	18 759	2327	60.40	12 297	-411	39.60
2018	20 977	2218	63.55	12 032	-265	36.45
2019	22 424	1447	65.27	11 930	-102	34.73
2020	23 524	1100	66.46	11 870	-60	33.54

公立医院和民营医院的数量都在增加,并且公立医院的数量多于民营医院,但前者的增速低于后者;但自2003年以后,随着医院之间竞争的加剧,公立医院的数量呈现下降的趋势,民营医院的数量仍在增长;而到了2015年,民营医院的数量超过公立医院,并且前者还在增加,而后者却在下降。上述我国不同医院群体数量变化趋势与资源分割理论中多元化企业与专业化企业的群体密度变化趋势一致。这一点从图1中不同医院群体的组织密度变化轨迹可以看得出来。另外,图2中不同医院群体的净成立率变化轨迹也印证了上述变化趋势。

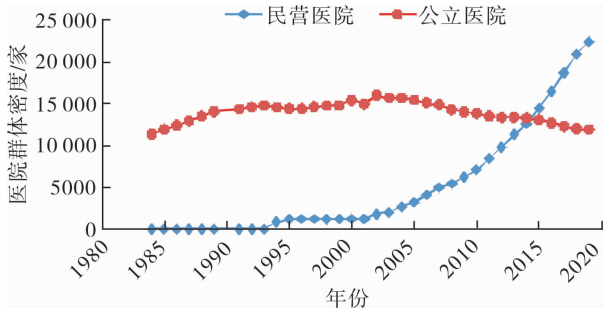


图1 1984—2020年不同医院群体的组织密度变化

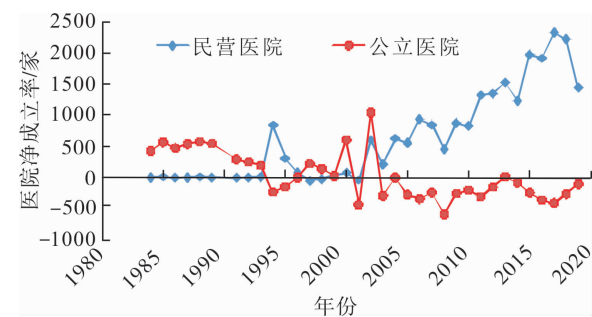


图2 1984—2020年不同医院群体的净成立率

(2) 不同医院群体的市场占有率符合资源分割理论的有关描述

根据2011—2020年《中国卫生统计年鉴》《中国卫生和计划生育统计年鉴》《中国卫生健康统计年鉴》的有关数据,计算得出2005—2020年我国民营医院和公立医院的医院占比、诊疗人次占比、入院人次占比等指标,具体见表

2。由表1和表2可知,自2005年以来,由于公立医院实施规模扩张以抢占更多的资源^[7],结果部分公立医院被兼并或者倒闭。这一时期公立医院由1.55万家减少到1.19万家,其占比由82.78%骤降至33.54%;而同期民营医院则由0.32万家增加到2.35万家,其占比由17.22%激增到66.46%。但由表2也可以发现,尽管民营医院在数量上已经超过了公立医院,但民营医院占有的市场份额远远低于其理论上应当获得的市场份额。2005年民营医院占比、诊疗人次占比、入院人次占比分别为17.22%、4.80%和4.07%。而到了2020年,民营医院占比、诊疗人次占比、入院人次占比依次为66.46%、16.00%和19.16%。另据测算,每家公立医院的诊疗人次和入院人次分别由2005年的8.53万人次和0.32万人次增加到2020年的23.5万人次和1.25万人次,而每家民营医院的诊疗人次和入院人次分别由2005年的2.03万人次和0.06万人次增加到2020年的2.25万人次和0.15万人次。通过对比上述数据可知,2005年以来公立医院数量持续下降,但其垄断医疗服务市场的格局并未改变。相应地,虽然处在市场边缘的民营医院数量在快速飙升,但其市场占有率却远低于公立医院。

(3) 不同医院群体的成长战略选择与资源分割理论相吻合

2017年国务院办公厅发布的《关于支持社会力量提供多层次多样化医疗服务的意见》提出要支持非公立医疗机构“打造专业化、品牌化的专科医疗集团”,学者们也建议民营医院应当做专科以灵活地发展自己^[8]。因此,专业化、专科化是民营医院的最优成长战略之一。事实上,多数民营医院也选择了专业化成长战略。例如,“莆田系”医院就是通过租赁公立医院的部分专业科室逐渐成长起来的,但专业化发展也会给民营医院带来规模小、病床空置率高

表2 2005-2020年我国不同医院群体的市场占有情况

%

年份	民营医院占比	民营医院诊疗人次占比	民营医院入院人次占比	公立医院占比	公立医院诊疗人次占比	公立医院入院人次占比
2005	17.22	4.80	4.07	82.78	95.93	95.93
2006	21.33	5.80	5.25	78.67	94.20	94.75
2007	24.94	6.80	6.30	75.06	93.20	93.70
2008	27.41	7.44	7.03	72.59	92.56	92.97
2009	30.75	7.96	7.99	69.25	92.04	92.01
2010	33.79	8.13	8.39	66.21	91.87	91.61
2011	38.40	9.13	9.74	61.60	90.87	90.26
2012	42.24	9.95	10.97	57.76	90.05	89.03
2013	45.78	10.46	12.08	54.22	89.54	87.92
2014	48.52	10.92	12.75	51.48	89.08	87.25
2015	52.63	12.04	14.70	47.37	87.96	85.30
2016	56.39	12.90	15.84	43.61	87.10	84.16
2017	60.40	14.19	17.56	39.60	85.81	82.44
2018	63.55	14.71	18.31	36.45	85.29	81.69
2019	65.27	14.84	17.45	34.73	85.16	82.55
2020	66.46	16.00	19.16	33.54	84.00	80.84

和竞争力弱等问题^[9]。而公立医院凭借其市场垄断地位,大多将多元化和规模化作为其成长战略。尤其是自2000年以来,在国家鼓励“各类医疗机构合作、合并、共建医疗服务集团”等政策的引导下,许多公立医院走向多元化扩张之路,致使三级公立医院的数量翻了一番^[10]。显然,在我国医疗服务市场中,大多数民营医院限于各种现实条件而选择了专业化成长战略,而大部分公立医院则选择了多元化成长战略。上述不同医院群体的成长战略选择恰好与资源分割理论相吻合。

二、我国民营医院数量激增及其低诊疗率困境分析

依据资源分割理论,公立医院因处于医疗服务市场中心地位而选择多元化的成长路径,而民营医院处在医疗服务市场边缘只得选择专业化的成长路径。然而专科化成长战略在使民营医院数量快速增加的同时,也给民营医院的持续成长埋下了隐患。由于多元化组织的适应性高于专业化组织的适应性,因而多元化组织通常比专业化组织的寿命更长^[11]。

1. 民营医院专科化成长的危害:适应性弱化

我们知道,民营医院在其成长过程中面临诸多制度性障碍,只得将医疗服务市场的“边缘”或者“空白”区域作为生态位^[12]。民营医院的上述做法与资源分割理论中专业化组织通过“特化”自己规避竞争压力的策略类似。另外,由于公立医院存在大量冗员,民营医院的运营效率高于公立医院^[13]。因此,即便在公立医院垄断医疗服务市场的情况下,民营医院数量也会快速增加,并且个别民营医院获得了巨额利润。例如,得益于眼科医疗服务市场的海量需求,爱尔眼科的净利润由2009年的0.93亿元飙升至2020年的17.24亿元^[14],其净利润增长了17.54倍。但专业化成长也会导致民营医院的适应性下降。资源分割理论认为,当组织变得过于专门化时,可能使组织陷入“效率-适应悖论”的窘境——组织原来的竞争优势恰恰导致了该组织的衰亡^[15]。也就是说,一个组织目前的适应性越强,则其对未来环境变化的适应性越弱。作为一种嵌入在国家、社会和市场中的典型组织,民营医院不仅存在“效率-适应悖论”问题,而且其专业化成长战略加

剧了上述问题的严重性。为了更好地说明民营医院专业化成长的危害,本文借助能力惰性模型来推演民营医院专业化成长触发的效率与适应性困境^[16]。

2. 民营医院的“效率-适应悖论”生成机理

依据资源分割理论,专业化组织的生态位较窄,该类组织能够使用的资源变动范围较小,因而在特定环境中会取得较好的业绩,但其适应环境变化的能力较弱。在现实中,很多民营医院为了提高效率而将业务标准化和连锁化,从而使民营医院的组织结构趋于稳定。尽管稳定的组织结构为民营医院在短期内保持高效率运营夯实了基础,但过于稳定的组织结构也会增强其组织惰性,从而弱化其适应环境的能力。我国民营医院的“效率-适应悖论”生成机理见图3。在图3中,横轴代表医院适应的环境宽度,纵轴代表医院的运营效率, \overline{ABC} 和 \overline{DEF} 分别代表公立医院和民营医院的不同成长路径。为了便于进行对比分析,我们假定上述医院只能在10%的环境宽度内取得最优的运营效率,此时公立医院和民营医院对应的最优环境宽度依次是 G_1G_4 、 G_2G_3 。显然,由于 \overline{ABC} 的最高效率点 B 显著低于 \overline{DEF} 的最高效率点 E ,因而公立医院的运营效率低于民营医院的运营效率。然而此时 \overline{ABC} 可以适应更宽的环境宽度 G_1G_4 ,并且 \overline{ABC} 的曲线较为平缓。这说明在 \overline{ABC} 成长路径下,虽然公立医院的运营效率低于民营医院,但其环境适应性更强;相反,在 \overline{DEF} 成长路径下,尽管民营医院可以获得较高的运营效率,但其环境适应性却显著低于公立医院,也即 $G_2G_3 < G_1G_4$ 。据此我们认为,一旦外部环境发生较大变化,民营医院的倒闭率必然高于公立医院。

综上所述,正是由于我国的民营医院选择了一条专科化和高效率的成长路径,其才可能在短期内获得高成长率,但其代价是丧失了部

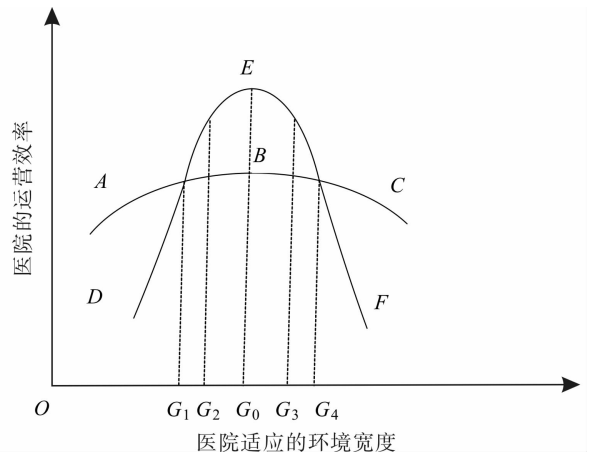


图3 我国民营医院的“效率-适应悖论”生成机理

分适应性,从而为民营医院的持续成长埋下了隐患,不时被媒体曝光的各种民营医院乱象即是其具体表现,并最终使民营医院被污名化而诊疗率不足。另外,专科化发展也弱化了民营医院参与公共卫生防治与医疗救援等活动的能力,从而招致部分民众质疑其存在的合法性。例如,在抗击暴发于2019年底的新冠肺炎疫情的斗争中,虽然中国民营医院数量众多,但由于其多数是眼科、妇科和口腔科等专科医院而难以像公立医院一样发挥主力军作用,甚至部分民营医院在此期间因为被指“当逃兵”和患者资源匮乏而倒闭^[17]。鉴于此,如何引导民营医院在数量激增的同时有效地提升其诊疗率就成了迫在眉睫的问题。

三、结论与建议

公立医院利用“制度印记”优势在医疗服务市场展开竞争,结果导致公立医院数量减少,同时其单体规模却在迅速膨胀并实施多元化成长战略,从而占据了大部分医疗服务市场份额;而囿于自身实力等诸多因素,民营医院只得利用公立医院留下的市场空隙向专科医院方向发展。上述市场分割的结果使民营医院得以存活,且其数量迅速增加。但处于医疗服务市场边缘的民营医院往往难以吸引足够多的患者前

来就诊,以致一些民营医院不得不采用“生拉硬拽、连蒙带骗”等手段来招揽患者,由此损害了民营医院的整体声誉而使其就诊率较低。尤为值得注意的是,专科化成长路径也使得民营医院的环境适应能力变弱,从而极易陷入“效率-适应悖论”的窘境。鉴于此,应从以下四个方面引导我国民营医院有序成长。

1. 构建双中心治理结构以提升民营医院的组织韧性

周雪光^[18]认为,相对松散连接的组织结构可能会牺牲组织效率,但可以提升组织的长期适应能力。受上述观点启发,我们认为民营医院应构建双中心治理结构以增强组织韧性。相关研究表明,医院与其他企业相比存在以下两点不同之处^{[19]468}:一是医院设有更多的平行机构,像一把“梳子”,而其他企业更像一棵“树”;二是其他企业的领导是直接地将命令传达给下级,但是医院领导下达给下级的命令是间接的。这就导致医院存在行政领导层和医生两种领导权威来源,并且行政领导层和医生之间的“连接”较为松散,这种松散的组织结构可以提升医院的韧性。目前,一些国际知名的民营医院已将上述理念用于实践。例如,梅奥诊所建立了“医生-管理者”合作的双中心治理组织架构,该医院的医生负责医疗事务决策,而医院的行政管理层则负责财务运营,二者保持适度平衡以产生高效的管理决定^[20];长庚医院也建立了“医管分工合治”的双中心治理结构^[21],从而使该医院运行良好。鉴于互动式治理已成为一种组织治理创新趋势^[22],我们建议我国的民营医院应当构建双中心治理结构以增强其组织韧性。

2. 重视技术创新以增强民营医院的环境适应性

组织之间的竞争不但可以提高组织设立率,而且还会强化组织的创新能力,而创新能力的提升是破解“效率-适应悖论”的关键举措。

民营医院应增强创新能力以提高其环境适应性。来自梅奥诊所和长庚医院的实践已证实了上述论点。早在1864年梅奥诊所刚成立不久,该诊所创始人威廉·W. 梅奥就将麻醉技术用于临床手术,并且该诊所是美国首家将无菌技术用于外科手术的诊所^[23]。此外,梅奥诊所还是护士职业的创立者,并于1964年创建了梅奥医学研究所以提高其医学创新能力。长庚医院也非常重视创新能力的提升,该医院出台了“二六九”政策以激发医师的医学创新潜力,该政策要求医师必须发表相应的学术论文才可以晋升高级职称^[24]。与此同时,长庚医院还创办了长庚大学为其提供人才和技术支撑。可见,我国的民营医院应当高度重视技术创新,并通过技术创新来增强其环境适应性。

3. 民营医院创办者应具有“希波克拉底誓言”所要求的职业精神

“希波克拉底誓言”是现代医学伦理学的基础,该誓言要求医生“不存恶意,善良仁慈,平等对待一切病人”,并将救死扶伤视为医院的主要目标^{[19]328}。民营医院的创办者应当遵照“希波克拉底誓言”将救死扶伤作为其经营医院的主要目标,并做长期投资的打算。民营医院创办者在获取合理收益的同时,还应具有“希波克拉底誓言”所要求的职业精神并将治病救人作为首要目标。另外,民营医院创办者还应做一些力所能及的医疗公益活动,以响应政府倡导的实现共同富裕的发展目标。唯有如此,才可以扭转民营医院在公众中的不良形象,进而逐渐提高其诊疗率。

4. 民营医院应适时选择多元化成长战略

依据资源分割理论,在民营医院成长初期选择专科化成长战略可以规避公立医院的竞争压力,但是专业化成长路径导致民营医院生态位较为狭窄,一旦医疗服务市场环境发生较大变化,民营医院往往难以适应外部环境的变化

而衰亡。相反,多元化成长战略由于生态位较宽则可以增加民营医院的存活率,其依据如下:一是人们的医疗服务需求呈现多元化和个性化的趋势,该趋势要求民营医院应当提供高质量和多样化的医疗服务;二是很多患者习惯于“有病就上大医院”^[25],而选择多元化成长战略的医院由于开设了众多科室而规模较大,从而极易获得公众的信任。因此,我国的民营医院在经历了专科化成长阶段之后,应适时地选择多元化成长战略,这样做也符合组织生态学中的占优策略:民营医院在成长初期采取 R 生态战略——通过快速增加数量以弥补群体的高倒闭率;但当成长到一定阶段之后,则要求民营医院采取 K 生态战略——通过提升群体个体的质量和规模以增强其竞争优势。因此,民营医院应当根据自身条件适时地推进多元化成长战略,以增加其存活机会。

参考文献:

- [1] 黄蓓.《2020 年我国卫生健康事业发展统计公报》公布[J]. 中华医药管理杂志,2021(14):242.
- [2] 刘国恩,官海静,高晨. 中国社会办医的现状分析[J]. 中国卫生政策研究,2013(9):41.
- [3] 顾昕. 推开民营医院发展的“玻璃门”:清除公立医院的体制性障碍[J]. 中国医院院长,2017(10):82.
- [4] 佚名. 民营医院为何成了“洪水猛兽”[J]. 健康管理,2016(6):112.
- [5] 王发明. 产业经济学教程[M]. 杭州:浙江大学出版社,2015:109.
- [6] 彭璧玉. 资源分割与产业组织的演化[J]. 学术月刊,2007(2):87.
- [7] 匡莉. 公立医院规模恶性持续扩张机制[J]. 中国卫生政策研究,2011(4):28.
- [8] 于保荣. 莆田系阴影下民营医疗的出路[J]. 中国卫生,2016(11):66.
- [9] 倪英子,覃正. 基于非正式经济的莆田系制度创
- 业研究[J]. 财经理论与实践,2017(9):127.
- [10] 周魅,赵绍阳,付明卫. 公立医院规模扩张与过度医疗[J]. 经济科学,2021(1):109.
- [11] 彭璧玉. 组织生态学理论述评[J]. 经济学家,2006(5):111.
- [12] 姚泽麟. 责任转移、畸形信任与边缘生存:“莆田系”背后的制度根源[J]. 文化纵横,2016(4):104.
- [13] 代志明. 中国公立医院的改制成本测算及其分担优化研究[J]. 现代经济探讨,2014(7):88.
- [14] 韩璐. 爱尔眼科狂奔[J]. 21 世纪商业评论,2021(6):40.
- [15] KOTHANDARAMAN P, WILSON D T. The future of competition: value-creating networks [J]. Industrial Marketing Management, 2001(4):379.
- [16] 刘海建,余舒意,马文丽. 能力惰性、企业衰败与成长:一个演化模型[J]. 软科学,2012(5):103.
- [17] 余小宝. 抗击疫情,民营医院一直在战斗[J]. 中国医院院长,2020(4):59.
- [18] 周雪光. 组织社会学十讲[M]. 北京:社会科学文献出版社,2003:327.
- [19] 沃林斯基. 健康社会学[M]. 孙牧虹,译. 北京:社会科学文献出版社,1999.
- [20] 贝瑞,塞尔曼. 向世界最好的医院学管理[M]. 张国萍,译. 北京:机械工业出版社,2010:91-122.
- [21] 王冬,黄德海. 非营利性医院的企业式经营:向长庚医院学管理[M]. 北京:化学工业出版社,2015:23.
- [22] 顾昕. 走向互动式治理:国家治理体系创新中“国家-市场-社会关系”的变革[J]. 学术月刊,2019(1):77.
- [23] 张先林. 梅奥的本质[M]. 北京:机械工业出版社,2018:9-12.
- [24] 黄德海. 王永庆如何企业化管理医院[J]. 中外管理,2008(9):80.
- [25] 刘洪波. 为何担忧“莆田系迎来春天”[J]. 新民周刊,2019(26):92.