

城镇职工基本医疗保险制度运行质量评价初论

张太海¹, 董炳光², 申曙光³, 吴云英³, 程茂金¹

(1. 华中科技大学同济医学院, 湖北 武汉 430030; 2. 广东省劳动和社会保障厅, 广东 广州 510030;
3. 中山大学岭南学院, 广东 广州 510275)

[摘要] 我国已在全国范围内逐步建立完善城镇职工基本医疗保险制度, 至今已经运行了5年, 有必要对该制度的运行质量进行系统的评价。文章从该制度的政策目标出发, 运用层次分析方法和系统理论, 提出了评价指标体系的基本评价要素—公平性、效率、质量和可持续性, 并分别对其基本内涵进行了初步探讨。

[关键词] 城镇职工基本医疗保险制度; 运行质量评价; 公平性; 效率; 质量; 可持续性

[中图分类号] F 840.684 [文献标识码] A [文章编号] 1004-4663(2004)07-0410-04

Discussion on Evaluation of Performance of Urban Employee Basic Medical Insurance System. / Zhang Taihai et al. // The Chinese Health Service Management —2004; 20(7): 410~413

Abstract The urban employee basic medical insurance system that is gradually established and perfected in the whole country has been operated for 5 years. It is necessary to systematically evaluate its performance. Based on the policy goals of the system and with AHP method and systemic theory, this paper puts forward the primary elements of index system of evaluation of performance, which are equity, efficiency, quality and sustainability. This paper also discusses the connotation of the elements.

Authors' address Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, Hubei Province, P. R. China.

Key Words Urban employee basic medical insurance system Performance evaluation Equity Efficiency Quality Sustainability

1998年底, 国务院发布了《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(以下简称44号文), 提出了在全国范围内建立城镇职工基本医疗保险制度, 明确了改革目标、原则和基本政策框架。5年来, 基本医疗保险制度建设取得了很大成效。现在, 有必要对这一制度的运行质量进行评估, 以考察政策、措施和方案的落实情况, 总结经验, 发现问题, 吸取教训。实质上, 运行质量评估在很大程度上也是对制度本身合理性的分析和评估。这种研究能为医疗保险制度的调整、运作的改进和规范化提供重要的依据和参考。在美国Merck基金的资助和广东省劳动保障厅的协助下, 我们从2003年起对该课题进行研究, 试图建立一套适合中国国情的、科学而可行的、能够综合评价目前城镇职工基本医疗保险制度运行质量的评价指标体系, 在此基础上为医疗保险管理的科学化、规范化和信息化提供依据。限于篇幅, 我们仅对指标体系的构建思路和基本框架进行初步探讨。

1 医疗保险评价研究回顾

1.1 国外医疗保险评价回顾

为了不断改进对医疗保险的管理, 提高医疗保险的运行质量, 促进医疗保险制度的发展, 世界各国在医疗体制不断改革的同时, 都十分重视医疗保险的评价问题, 对医疗保险的运作、效果、效率以及公平性进行了较多的评价工作。国外评价医疗保险的首要指标是公平性, 因为举办社会保险最基本的目标是促进社会的公平化。各国政府都强调保障人民的基本医疗, 各国制度的主要特征是社会化, 以使医疗风险在尽量大的人群范围内分散。另一个重要的评价标准是医疗保险制度及其改革是否控制了医疗费用的上涨, 而不是费用的转移(cost-shifting)。第3个评价标准是看改革的效益如何, 注意医疗卫生资源的配置与使用。第4个评价标准是改革对医疗质量的影响^[1]。美国加利福尼亚大学的胡德伟教授认为, 医疗保险评价的核心因素是: 可及性、费用和质量, 其中可及性评价包括公平性和利用情

况, 费用评价包括效率和医疗费用控制, 质量评价包括健康结果和患者满意度内容^[2]。

英国的健康保险制度比较成熟, 而且效果较好, 健康保险研究也比较完善。2000年NHS(英国全民保健制度)制定的全民保健制度运行效果评价指标体系, 共分6方面51项终端指标^[3]。评价的主要要素是: 社会健康状况改善、可及性的公平、适宜卫生服务的有效提供、效率、病人和家属国民卫生保健服务的体验、医疗服务的健康结果。该评价体系十分重视的是医疗卫生保健制度所带来的社会群体健康水平的改善和医疗服务质量的提高, 以及卫生保健的可及性评价, 它涵盖了预防保健、社区卫生服务等内容。它主要选取了一些特定的疾病, 如癌症、冠心病手术、中风、关节置换、股骨骨折、精神疾病等的治疗效果来考察健康保险服务质量, 以预期寿命(男和女)、癌症死亡率、心血管疾病死亡率、自杀率、意外事故死亡率、未成年少女怀孕率、婴儿死亡率等指标来代表NHS最终健康结果的改善状况。由于英国实施的是国家健康保险制度以, 以税收作为筹资来源, 面向全体国民, 由国家所有的医疗卫生体系提供免费的健康保险服务, 所以并不涉及筹资、参保、资源配置、基金管理等方面的评价内容。另外, 英国的医疗卫生体系和健康保险体系是合二为一的, 评价健康保险制度实际上也是评价整个医疗卫生体系的效果。英国从1948年实施全民健康保险制度以来, 迄今已有50多年的历史, 制度成熟、运行稳定, 故应重点评价的是健康保险制度的长期效果, 而对过程评价的内容较少。

1.2 国内医疗保险评价回顾

我国医疗保险评价研究开展较晚, 研究者提出了各具特点的评价内容和指标体系。有从医疗保险运作内容角度进行评价的, 如参保情况, 保险基金筹集、运作和管理情况, 医疗服务和质量监督和参保人群满意度等^[4,5]; 有从医疗保险参与方角度进行评价的, 如保险方、被保险方和医疗服务提供方分别进

行评价^[6];有从医疗保险的社会效益和经济效益角度进行评价的,即社会效益包括社会经济情况、覆盖率、可及性与可得性、满意度和居民健康状况,经济效益主要是保险基金的收支管理评价^[6]。

各地也对基本医疗保险制度进行了一定的评估工作。镇江市对医疗保障改革前后进行了全方位回顾性调查研究,对职工医疗服务需要和利用、参保筹资和医疗费用支付、企业和职工医疗费用情况、医疗机构运行情况、社会满意度等方面进行比较评估^[7]。邹富良同志则从卫生经济学角度评价镇江医改,包括保险规模和共济能力、医疗费用和监督机制、医疗需求满足程度和医疗保障合理性、医疗需求结构和资源利用效率、保险筹资和承受能力等5个方面^[8]。深圳市医疗保险运行效果评价主要包括以下内容:参保人数、医疗服务利用、医疗费用控制、医患行为规范、保险基金平衡、参保人的满意度等^[9]。

由于我国医疗保险制度改革实施时间较短,国内医疗保险评价研究尚未成熟。在现有的指标体系研究中,主要注重构成要素、运行环节或特定方面效果的评价,而对于医疗保险运行质量的内涵特性以及相互关系的研究不够系统深入。另外,指标体系中多由相互关联的描述性指标构成,没有形成一套系统全面而又相对独立的指标体系,更缺乏权重系数,因此,难以形成量化的综合判断,即存在“只讲哲学、不讲数学”的问题。

2 评价指标体系的构建思路和理论方法

2.1 基本医疗保险制度运行质量内涵

实施城镇职工基本医疗保险制度的统筹地区,从当地医疗保险制度实施运行的效果和状况出发,按照一定的价值原则和我国医疗保险制度改革的目标,以及社会医疗保险发展运行的规律,判断其医疗保险制度、政策、措施执行与运作的结果在多大程度上体现了价值原则,在多大程度上符合改革目标要求,在多大程度上符合医疗保险制度良性运行的规律要求,从而反映出当地医疗保险的管理水平以及医疗保险的运行状况。

2.2 改革目标为导向

按照医药卫生体制、医疗保险制度改革的总目标,进行医疗保险制度改革政策目标分析,体现政策目标、衡量目标实现程度、评估政策实施效果,以改革目标为导向来构建评价指标体系框架。从各地医疗保险制度改革的实践出发,选取科学合理和操作性强的指标,形成指标体系。

2.3 遵循社会医疗保险评价价值原则

公平和效率是社会医疗保险评价的重要价值原则^[10,11,12],社会健康利益是社会医疗保险价值所在。公平与效率是对立统一的辩证关系,纵观世界各国近几十年来医疗保险模式改革的历程,无不牵涉到公平和效率的关系调整,改革效果与这对矛盾处理的结果密切相关。因此,公平与效率原则、保障社会健康利益是评价指标体系核心的价值原则。

2.4 系统理论与方法

医疗保险系统被誉为最复杂的管理系统,需要运用系统理论来指导。分析医疗保险系统内部因素的相互关系及规律,医疗保险系统与相关系统的相互关系及规律,在总体上把握医疗保险制度运行质量评价的重要影响因素,从而更加明确和把握评价的重点内容。

2.5 层次分析法(AHP)

层次分析法是一种复杂的事务管理决策方法,通过建立层次分析结构模型,能将思维层次化、条理化、量化,从而提高决策分析的科学性。按照层次分析方法,分析基本医疗保险制度运行质量,从目标层、准则层、指标层逐层展开,形成目标清晰、层次分明、逻辑严密的指标体系。

3 评价指标体系基本要素的解析

3.1 改革目标分析

按照44号文,我国的城镇职工基本医疗保险制度是一种与社会主义初级阶段生产力水平相适应、符合社会主义市场经济体制要求的制度;这种制度应能根据财政、企业和个人的承受能力来保障职工基本医疗需求。在2001年10月召开的医药卫生与医疗保险三项改革工作会议上,国务院明确提出“用比较低廉的费用提供比较优质的医疗服务,努力满足广大人民群众基本医疗服务需求”的三项改革总目标。所以,“优质低价、广泛覆盖、基本保障”是基本医疗保险制度的主要政策目标,是评价基本医疗保险制度运行质量的基本准则。

3.2 解析目标和确定基本要素

我们从改革总目标出发,依据社会医疗保险评价价值原则,在国内外医疗保险评价研究和实践的基础上,综合运用多种理论与方法,确定医疗保险制度运行质量的基本要素(即指标体系的基本框架):公平性、效率、质量和可持续性。按照层次分析结构模型(见图1):目标层是以改革目标为导向的医疗保险制度运行质量评价,准则层是公平性、效率、质量和可持续性,层层展开到最终的评价指标层,形成系统全面、层次分明、逻辑严密、相互独立的指标体系。

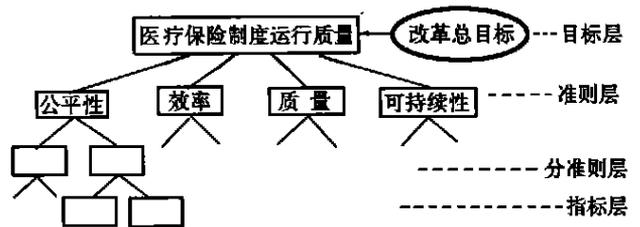


图1 基本医疗保险制度运行质量评价的层次分析结构模型

3.2.1 公平性评价内容

基本医疗保险制度的基本出发点是为广大劳动者提供基本医疗保障。首先,从医保改革的背景看,劳保医疗和公费医疗存在覆盖面窄、共济水平低、保障待遇苦乐不均等突出的公平性问题,这是基本医疗保险制度改革的重要政策目标之一。相对于过去的劳保医疗和公费医疗,基本医疗保险制度扩大了参保人群的范围,统帐结合的模式进一步提高了共济水平。其次,1994年开始“两江”试点到1998年底到全国推行,国家是以社会公共政策的形式提出建立基本医疗保险制度,也就明确了基本医疗保险制度是强制性的社会保险制度的重要部分,起着发挥社会稳定器的作用。所以,作为评价社会保险最重要的指标之一,公平性应该是医疗保险运行质量评价的基本要素。

医疗保险公平性是指在制度运行过程中,一方面,从整个社会范围来说,公平性反映的是医疗保险制度覆盖面的扩大,以实现“广泛覆盖”的目标。根据保险的“大数定理”法则,保险覆盖面越广泛,公平性也就越高,其运行的稳定性就越好,保险功能就发挥得越充分。另一方面,所有参加基本医疗保险的居民拥有的医疗保险质量和范围不应取决于收入的高低和支付能力的大小,而基本应取决于需求水平,即医疗保险按需分配和按能力支付^[10,11,12]。此外,按照医疗保险的定点制度,参保人一般应当到定点医药机构去寻求医疗服务,才能较好保证其医疗保险利益。定点医疗资源总量、分布和可选择性,在很大程度上影响参保人实际医疗需求,从而影响医疗服务可及性。因此,公平性评价包括社会公平性(即参保公平性)、医疗服务利用公平性、费用负担公平性和医疗可得性等内容。

3.2.2 效率评价内容

“低价优质、控制费用”是医保改革的重要目标。我国医疗卫生事业面临着有限的卫生资源和不断上涨的卫生需求之间的基本矛盾。在医保制度改革前,我国医疗费用上涨的速度远远超出了经济、社会承受能力,存在严重的医疗资源浪费现象,极大降低了医疗的可及性,这也是医保制度改革的主要目标之一。从经济学角度看,医疗保险资源是有限的,所以必须提高医疗保险资源的利用效率^[10]。不讲效率的公平实际上是低水平的公平,而且最终也会损害公平,这也是我国传统医疗制度的重要教训之一。因此,效果也是医疗保险制度运行质量评价的基本要素。

效率可以简单概括为3个层次的内容:(1)不浪费资源;(2)以最小成本进行生产;(3)产品类型及数量符合人们需要^[10, 11, 12, 13, 14]。这种界定包括了供需两个方面。第1层含义是指对于一定数量的产出,其生产投入是最小的(也称技术效率)。第2层次是建立在第1层次的基础上,并且考虑了不同投入的相对费用,即除了取得技术效率外,生产所用的费用亦是最少的(也称成本效益)。第3层将供给与需求联系在一起,考虑到了社会成员不同的消费偏好和价值,是在前两层的基础上要求产出给人们以最大限度的满足(也称配置效率)。3个层次是密切联系,缺一不可的。在设计医疗保险制度运行效率评价指标时,我们既要考虑宏观资源配置效率,也要考虑医疗服务提供机构、医保管理机构的技术效率以及参保人的成本效益。因此,效率评价包括保险资源配置效率、医疗效率、经办机构管理效率和服务利用效益(即参保人服务利用提高与医疗需求满足的程度)等内容。

3.2.3 质量评价内容

实施基本医疗保险制度的目标是广大劳动者提供与生产力水平相适应的、比较优质的基本医疗保障,最终提高社会健康水平。参保人所享有的基本医疗保障是一项服务,保证这项服务的高质量也是医疗保险运行质量评价的重要内容^[1]。另外,从评价研究角度看,公平和效率主要反映了宏观上的制度运行质量特性,并没有反映出微观上参保人享受到的保险服务质量的高低。所以,作为衡量一项制度的产出结果,质量评价必然要纳入评价体系中。

完整的医疗保险服务主要包括医保服务和医疗服务两个方面的内容。而作为服务形式的产品,评价服务质量:一方面,可以用一些客观的指标来进行衡量,对以客观标准来评价的医疗服务质量,可称为医疗技术质量;另一方面,还体现在接受服务方的自身体验与主观感受上,也就是接受服务方满意度,对从主观上评价的医疗服务质量,可称为医疗功能质量。因此,一是从医疗保险的服务内容来看,分为医疗服务质量和医保服务质量评价;二是从主观和客观两个角度来进行评价。

此外,医疗服务质量与医疗保险制度的最终衡量结果应当是人群健康状况的改善程度。在医疗可及性一定的前提下,医疗服务质量决定了参保人群健康改善水平。因此,健康结果也是质量评价中的重要内容^[3]。但目前我国基本医疗保险制度在覆盖面上、实际时间上、保障水平上与发达国家相比,还有很大的差距,存在着较大的局限性,其在社会人群健康水平提高中尚未能够发挥主体作用。所以,我们暂不设置社会健康结果评价内容。

3.2.4 可持续性评价

以上3个方面是在一个静态的环境中解析了基本医疗保险制度的政策目标,确定了公平性、效率、质量是评价基本医疗保险制度运行质量的3个重要方面,整个解析过程局限于在基本

医疗保险制度这个系统内部。根据制度经济学的理论,任何一项制度的发展不仅需要一个好的内部运行机制,同时也需要一个良好的外部发展关系^[15]。公平性、效率和质量从3个独立但相辅相成的方面评价了基本医疗保险制度内部的运行情况,作为一项社会制度,它与整个社会、经济的发展是息息相关的,需要在系统内部要素和外部关系协调的基础上,获得长期、稳定、良性的发展,以符合社会的长远利益要求。从公共卫生政策评估研究来看,政策可持续性评价是不可或缺的重要内容^[16]。因此,我们借助“可持续性”这一概念作为制度运行质量的评价要素之一。

从系统理论角度看,可持续发展的核心思想是复合系统的协调发展。医疗保险可持续性是指把医疗保险看作一个子系统,处于社会大系统之中,与其他子系统相互联系,并受到外部系统和条件的制约,要把以保障广大参保人的基本医疗需求作为系统的目标和功能,在医疗保险子系统内部各要素关系协调、系统外部之间关系协调的基础上,发挥最优的整体效益,从而能够得到长期稳定和良性的发展。当然,公平性、效率和质量也是可持续性的重要因素,但是对于评价研究,为了避免重复评价,我们主要考虑医疗保险系统内外关系协调上。因此,依据系统理论与方法,我们确定影响可持续性的因素为:经济适应性、社会支持度、保险基金稳定性、医疗机构发展、保险管理有效性(即能否有效控制与降低医疗保险风险因素)等。

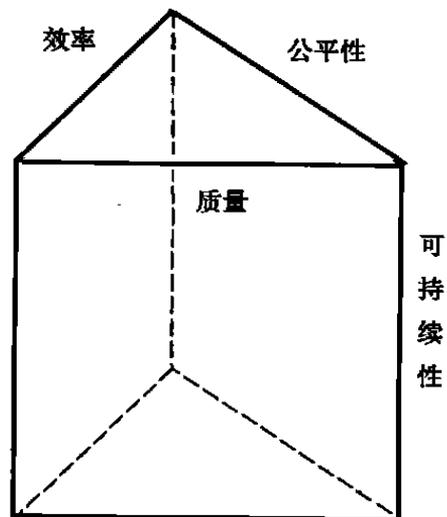


图2 评价指标体系基本框架示意图

3.2.5 可及性原则的说明

可及性评价也是医疗保险制度运行效果评价的重要内容。医疗保险可及性是衡量医疗保险制度措施是否满足社会基本医疗需求程度的标准。其中,质量是可及性的重要组成部分。此外,医疗保险可及性的评价内容,还应当包含以下内容:(1)保险制度覆盖人群的可及性;(2)保险项目覆盖范围的可及性,受到基本医疗保障制约;(3)保险项目提供的可及性,受当地医疗条件制约;(4)医疗服务利用的可及性;地理上的障碍,时间上的障碍,经济上的障碍等^[17]。其中,医疗服务项目提供、距离因素、时间因素并非医疗保险制度所能显著改善的。保险覆盖医疗服务项目各地都比较统一,是根据各地经济条件、医疗条件来确定的,不是评价所能显著改善的。药品目录也是由国家和省市统一制订的。因此,对这些部分内容的可及性评价意义不大。相对而言,以下几个方面内容则显得比较重要:保险制度覆盖人群的可及性,医疗可得性(定点制度覆盖范围),医疗服务利用的经济可及性(保险共济提高参保患者的经济支付能力,通过支付医疗费用补偿、分散、转移和减少疾病风险带来的

损失,降低了医疗服务利用的经济障碍,从而能够提高与满足人们医疗需求,发挥医疗保险的保障功能)。这些内容可以从公平性、效率等方面得到体现。换句话说,如果一个地区基本医疗保险制度具有较好的公平性、较高的效率和较优的质量,那么该地区医疗保险的可及性也必然较高。因此,可及性评价的内容与其他评价要素有交叉,并能够从其他评价要素内容中得到体现,为了避免重复评价,我们不单独设置可及性评价要素,但要充分考虑可及性原则要求。

综上所述,可以对医疗保险运行质量评价的基本框架进行一个形象分析(见图2):将公平性、效率和质量看作医疗保险运行效果的主体内容和基本特性,他们的关系是互相依存、互相影响的,并存在既对立又统一的动态辩证关系,构成了一个均衡的三角形^[2]。其中,三条边长分别代表这三项内容的程度高低,三个角度和边长的比例关系代表了三者之间的数量对比关系,合理的角度、合理的边长就决定了三角形的面积大小(代表运行质量的状况)。合理性的评判标准是随着实践的发展以及改革目标、主要矛盾的发展而不断发生变化的。可持续性相当于三角柱体的高,其可持续发展能力的大小决定了医疗保险系统运行的长远可能性和最优量的可能性。因此,可持续性决定了医疗保险运行效果的长期性,保证了医疗保险制度能够取得良好的长远利益。

总的来说,公平性、效率、质量和可持续性在实践中互为条件,相辅相成。一个公平的社会制度,只有实现了效率和质量才具有可持续性;一个可以长期实行的政策,必然要具备公平、效率和质量这些条件。

[参考文献]

[1] 鱼敏,等.论我国医疗保障制度改革的评价研究[J].中国卫生事业管理杂志,2002;(7):407

[2] Teh-wei Hu, University of California, Berkeley. Recent International Health Care Refoms; Lessons Leamd. Beijing, China April 21-22, 2002

[3] NHS Performance Indicators. <http://www.performance.doh.gov.uk/>.

[4] 陈智明. 医疗保险学概论[M]. 北京:海天出版社,1995.

[5] 程晓明. 医疗保险学[M]. 上海:复旦大学出版社,2003.

[6] 张笑天,王保真. 医疗保险原理与方法[M]. 北京:中国人口出版社,1996.

[7] 镇江医保改革评估小组. 镇江市职工医疗制度改革试点工作评估研究概述[J]. 江苏卫生事业管理杂志,1996;7(6):281

[8] 邹富良. 职工医疗保险制度改革试点回顾—镇江市七年职工医疗保险制度改革卫生经济学评估[J]. 江苏卫生事业管理杂志,2002;13(6):66.

[9] 沈华亮,等. 深圳“统帐结合”医疗保险模式的运行效果评价[J]. 中国卫生事业管理杂志,1999;(3):123

[10] 胡善联. 卫生经济学[M]. 上海:复旦大学出版社,2003

[11] 胡苏云. 医疗保险和服务制度[M]. 成都:四川人民出版社,2001.

[12] 王盼. 卫生服务的公平与效率[J]. 中国卫生经济杂志,1998;17(11):8.

[13] 杜乐勋,等. 关于卫生经济政策目标与措施[J]. 中国卫生经济杂志,1998;17(4):5

[14] 郝媛媛,等. 卫生服务的效率及其测量[J]. 中华医院管理杂志,2001;17(5):272.

[15] 沈炳珍,等. 对我国基本医疗保险制度的理论分析[J]. 管理世界杂志,2002;(8).

[16] 程晓明. 卫生经济学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003

[17] 时黎,等. 卫生服务公平性理论框架的探讨[J]. 中国卫生事业管理杂志,2003;(1):4.

[收稿日期] 2004—03—09

(责任编辑 郭秀梅)

(上接 407 页)

乏系统诊疗的单人医师坐诊所带来的门诊诊疗科学缺陷在日益暴露,如何让门诊病人接受系统诊疗是门诊管理科学的发展方向。由低、高年资医生共室坐诊而建立的门诊单元工作制,可让门诊病人接受到系统的诊疗,从根本上提高门诊病人的医疗质量。其包括以下3个方面。

2.1 促使门诊诊疗形成系统诊疗思维

门诊诊疗的主要科学缺陷之一是普通门诊和专家门诊是两个分隔的“独体”的医疗思维,而分别实施的是“独断”的诊疗方案,因缺乏系统诊疗思维而影响门诊诊疗质量。而由低、高年资医生建立的门诊单元工作制则可消除“独体”的诊疗思维缺陷。根据思维逻辑,低年资医师首诊初级诊疗思路当即反馈到高年资医师的脑海中是一“即加工”的思维过程。“即加工”是将初级思路形成基本模式思路的心理过程,其可获得框架式系统思维效果,从疾病诊疗上讲可将病理变化锁定在一个系统变化的框架内。就门诊病人诊疗程序而言,同时获得普通门诊和专家门诊的诊疗。

2.2 促使高新医学诊断技术在门诊诊疗

技术中的应用

目前高新医学诊断技术日益发达,以现代医学影像学为主体的各种物理检查技术将人体内细小病变显示出来,用电脑程序控制的血液生物化学、放射免疫学等检查可反映机体微量的异常变化,并已达到基因水平。因此,临床医学发展最显著的特征是,高新医学诊断技术在不断冲击着临床经验丰富的医疗技术,而现代诊疗技术特征是以高新医学诊断技术为依据来确定正确的诊疗思路,单个医生坐诊却是一种门诊医生发挥“临床经验丰富技术”的工作体制,独断的诊疗行为往往缺乏高新诊断技术依据,而不能使门诊诊疗水平从根本上得到提高。由低年资医师首诊、高年资医师复诊的门诊单元诊疗工作制,是诊疗思维不断“深加工”的过程。“深加工”的材料完全来自高新诊断技术依据。因此,二级医师组合的门诊诊疗单元工作制可促使高新医学诊断技术在门诊诊疗技术中的应用,从而从根本上提高门诊诊疗水平。

2.3 在不住院的条件下得到系统诊疗

在不住院的条件下也可得到系统诊疗的家庭病床医疗服务是一个极大的社

会需求,但难以建立适合操作的家庭病床医疗服务体制。由低、高年资医生,再加上护勤人员来组合一个门诊诊疗单元,作为一个独立的医疗“单位”在体制上十分适合于家庭病床的服务体制,主要是可进行完善记录并便利的与病人家庭建立医疗联络网,以便对在家庭的病人进行系统的病情观察、检查与治疗,使大量病人可在不住院的条件下获得与住院病人同等的系统治疗效果,由此而产生巨大的社会效益。

[参考文献]

[1] 张一奇,等.在现代化医院中开展医务社会工作的探讨[J].中华医院管理杂志,2003;19:84

[2] 程志红,等.富裕地区医疗保健消费张力的调查分析[J].中华医院管理杂志,2002;18:545.

[3] 娄小平.552名门诊患者的调查分析[J].中华医院管理杂志,2002;18:557.

[4] 薛迪,等.门诊医疗服务过程质量问题的原因分析[J].中华医院管理杂志,2002;18:261.

[5] 余万霖,等.关于现代诊疗仪器冲击传统医德观念的思考[J].中国医学伦理学杂志,1998;58:35

[收稿日期] 2003—09—02

(责任编辑 郭秀梅)