

# 按病种分类的疾病诊疗难度测度及应用研究

段磊<sup>1,2\*</sup> 张翔<sup>1,2</sup> 张研<sup>1,2</sup>

1. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

2. 湖北省人文社科重点研究基地农村健康服务研究中心 湖北武汉 430030

**【摘要】**本研究首次界定了按病种分类的疾病诊疗难度的内涵,运用按病种的疾病发生概率、平均总费用与治愈好转率对病种诊疗难度系数进行测算。采用七县(市)区 2017 年新农合医保报销数据计算住院病种诊疗难度系数,并绘制“病例数—诊疗难度系数”分布图与拟合曲线,结果符合病种发生的实际状况。对其中两个样本县分别计算相同病种的诊疗难度系数,并进行配对资料秩和检验,计算结果不存在显著差异( $P = 0.73$ ),提示该算法结果稳健,能够较好地描绘病种的发生与分布规律。测度结果能够用于明确医疗机构病种诊疗范围,刻画医疗服务供给与需求行为,但也存在较为依赖样本量、权重确定较为主观等问题。

**【关键词】**病种; 诊疗难度; 测算模型; 效用评价

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.02.003

## Study on the measurement and application of diagnostic and treatment difficulty in disease categories

DUAN Lei<sup>1,2</sup>, ZHANG Xiang<sup>1,2</sup>, ZHANG Yan<sup>1,2</sup>

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

2. Research Centre for Rural Health Service, Key Research Institute of Humanities & Social Sciences, Wuhan Hubei 430030, China

**【Abstract】** This study delineated the conceptual framework of Diagnostic and Treatment Difficulty (DTD) for disease categories for the first time and calculated the coefficient by utilizing disease occurrence probability, average total cost, and cure/improvement rate. The study employed the 2017 data from the New Rural Cooperative Medical Insurance in seven counties or districts to assess the DTD coefficient of inpatient disease categories. It also generated a distribution chart and fitted curve illustrating the relationship between the number of cases and DTD coefficient, in line with disease occurrence patterns. A paired sample Wilcoxon rank-sum test was performed on the DTD coefficient of the same disease categories calculated for two sample counties, yielding non-significant results ( $p = 0.73$ ). This suggests that the algorithm is robust and effectively portrays the occurrence and distribution patterns of disease categories. The measurement results can be utilized to define the scope of disease categories in healthcare institutions and characterize healthcare service supply and demand behavior. However, it's worth noting potential limitations, including a reliance on sample size and subjectivity in weight determination.

**【Key words】** Disease categories; Diagnostic and Treatment Difficulty (DTD); Calculation model; Utility evaluation

医疗机构能够诊断治愈的疾病范围决定了患者对机构的评价与选择,而机构能够治愈的最复杂的

疾病往往代表了该机构的实际医疗服务能力。当前,国家出台了一系列政策对医疗机构适宜开展的

\* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(71974064)

作者简介:段磊(1992 年—),男,博士研究生,主要研究方向为卫生政策与管理、农村卫生。E-mail:dlhust@sina.com

通讯作者:张研。E-mail:zhangyan1604@163.com

病种范围进行了规范和指导,例如《乡镇卫生院服务能力评价指南(2019年版)》提出了乡镇卫生院应当识别和初步诊治病种134种<sup>[1]</sup>,2022年版标准提出了乡镇卫生院医疗服务推荐病种136种(基本病种66种,中医病种70种)<sup>[2]</sup>,但相关目录的病种界定范围较为宽泛,如何确定精确的病种目录,以及范围之外的病种是否适宜基层开展,是否契合机构能力建设,需要适宜的测量方法与尺度标准。此外,当前基层医疗机构普遍存在服务能力不足的问题,趋高就诊现象浪费了大量的优质医疗资源,如何在判断适宜基层提供病种范围的基础上调整资源配置,更好地满足居民逐渐变化的医疗服务需要,也是分级诊疗制度的应有之义。<sup>[3]</sup>因此,本研究引入了按病种分类的疾病诊疗难度的概念,通过诊疗难度系数对诊疗难度相近的病种疾病进行归纳,划分病种难度等级,确定适宜开展服务的医疗机构。

## 1 按病种分类的疾病诊疗难度的概念内涵与应用

按病种的疾病诊疗难度是指诊断、治疗某一病种的难度系数,反映了诊断、治疗该病种所需的医生医学知识能力与医疗资源消耗水平。在该概念中,病种为依据国际疾病分类(International Classification of Diseases, ICD)标准收录的疾病条目,依照现行国际通用的ICD-10疾病编码标准确定的具有相同临床特征、相同资源消耗的疾病组合。研究认为,诊疗难度相同的病种疾病在所需资源、适宜开展服务的机构等方面具备相似性,且系数的相对关系也定量反映了按病种的疾病诊疗难度之间的差距。诚然在疾病的实际发生发展过程中,处在不同转归阶段、不同个体状态下的疾病诊疗难度存在差异,但可以认为同一病种的疾病诊疗难度处于相对较小的区间内,且服从正态分布,因此可以选取一个确定的系数描述该病种疾病的诊疗难度,以反映诊断治疗该病种的复杂程度及资源消耗水平,并可以实现病种间的对比,称之为病种的诊疗难度系数。确定病种诊疗难度系数,有助于明确病种相应的医疗服务所需资源水平,并以此为依据归纳诊疗难度相近病种疾病,进而明确各级医疗机构适宜开展的病种和服务项目,促进医疗资源的合理配置与医疗服务的供需平衡。

当前研究中对于诊疗难度的研究目的多与医疗费用的控制相关。最为典型与相关的指标是在

DRG/DIP付费体系下反映病种疾病诊疗难度的相对权重(Relative Weight, RW)和反映医院诊疗技术难度和收治疑难重症能力的病例组合指数(Case Mix Index, CMI),RW值或CMI值越高,反映诊治疾病消耗的医疗资源越多,诊疗难度越大。<sup>[4]</sup>RW值和CMI值在计算过程中利用了某一DRG分组的权重,而分组是以病种为基本依据,虽然考虑到了患者个体特质,但重点关注的是该组患者具有相似的资源消耗水平<sup>[5]</sup>,因此,CMI值主要基于诊疗费用与资源消耗的水平反映疾病诊疗难度,并且目前仅限于住院服务且病种范围有限。其次,CMI值反映的是区域或机构诊疗疾病的总体诊疗难度,而非确切的测算某一病种疾病的诊疗难度。不同医疗机构面对的个体疾病严重程度不同,同一病种的CMI值在不同机构或时间点上也存在差异。RW值仅考虑了在DRG组中病例和所有病例的例均费用,指标含义相对单一,且会受到分组规则的影响。DRG分组本质上依据的是疾病的严重程度<sup>[6]</sup>,与诊疗难度还存在一定的区别,相应测算疾病严重程度的文献较多,但病种范围有限,且侧重于住院病种<sup>[7,8]</sup>,并不能反映全病种和门诊疾病的诊疗难度。此外,肖婷等运用了病种综合值法对基层医疗机构住院基本医疗服务病种范围进行定量计算。<sup>[9]</sup>以病种综合值和累计百分比确定基层适宜开展诊疗的病种范围,但同样存在病种范围有限的问题。张研等在分析分级诊疗治理逻辑与居民疾病不确定性感知的过程中,运用了疾病严重程度的测量工具,用以确定基层机构服务能力、居民感知等在疾病严重程度上的定位,虽然选取的病种具有一定的代表性,但数量较少,不能体现全病种的疾病诊疗难度差异。<sup>[10]</sup>

## 2 病种诊疗难度系数测算方法与计算模型

### 2.1 病种诊疗难度系数测算方法思想与指标依据

世界卫生组织在年度报告中指出,疾病发生在人群中呈现金字塔形分布,其中77%的健康问题为常见病症,适用于门诊服务和普通的住院治疗,16%左右是急危重症,7%左右是疑难杂症。<sup>[11]</sup>根据疾病的发生与医学科学的发展规律,疾病在人群中的发生概率越高,其诊疗难度越低,这是由于发生概率较高的病种为事实上的常见病、多发病,相应的医学研究丰富、诊疗方案完备,因而诊疗难度较低,而发病率较低的疾病可能为罕见病,相关医学研究较少,普通医生难以识别,且可能存在无特效药物等治疗手

段,因此诊疗难度较高。诊疗某病种疾病的平均总费用在一定程度上也反映了该病种疾病的诊疗难度,这是由于诊疗难度较高的病种疾病往往需要耗费更多的医疗资源,如医生能力水平、医疗器械或治疗时间,具象化为诊疗费用上的差异,这也与 DRG 分组的思想相契合。<sup>[12]</sup> 疾病转归情况也能够反映按病种的疾病诊疗难度,高诊疗难度的疾病往往与急危重症联系在一起,诊疗难度越低的病种疾病也往往具备较好的愈后情况,而疑难杂症通常难以治愈。因此,本研究探索运用医保数据,从疾病发生概率、诊疗费用及其预后三个方面对区域人群全病种诊疗难度系数进行测算,以每种病种三个指标的标准化结果综合计算该病种的诊疗难度系数。

## 2.2 病种诊疗难度系数计算过程中的数据调整与指标处理

本算法选取医保数据库中病种的服务量、平均总费用以及治愈好转率作为计算指标。实证过程中,运用服务量指代病种疾病的发生概率,即以服务需求指代服务需要,是由于在全人群和全病种的视角下,可以不考虑服务需要转化为需求的影响。本研究中的服务量指标计算方法为医保数据库中某一病种的实际发生量,在不考虑同一疾病周期内多次就诊的前提下,实际发生量越多的病种可以指示其在人群中的发生率越高,相应的疾病诊疗难度越低。

### 2.2.1 平均总费用指标的系数调整

由于不同级别医疗机构针对同一疾病或服务的收费标准存在着差异,更高级别医疗机构在一般诊疗费、检查费等方面收费标准更高,呈现逐级升高的态势,因此,需要对疾病诊疗总费用按照机构级别进行标准化。根据医疗保险按病种分值结算定点医疗机构等级系数,即医疗机构权重系数,参考相关研究文献<sup>[13]</sup>及我国部分地区政府信息公开数据<sup>[14,15]</sup>,在系数调整上给出了“三级定点医疗机构 0.80~1.0、二级定点医疗机构 0.65~0.77、一级定点医疗机构 0.63~0.65、社区卫生服务中心 0.50”的参考范围,本研究确定乡级机构费用系数为基准值 1,计算县级机构费用系数为 1.3,市级机构费用系数为 1.6,省级机构费用系数为 2,对医保数据中所有病例住院总费用按机构级别进行调整。

### 2.2.2 三项关键指标的权重确定

运用 Saaty 评分法通过专家打分确定指标权重。<sup>[16]</sup> 选取了武汉市三家顶尖三级甲等医院,以方便

抽样的方式抽取临床医师作为专家咨询对象,问卷采用当面发放的形式,在充分解释了指标含义以及评分规则的前提下,由专家根据自身临床经历及专业知识,在考量所有病种的发生规律、不考虑特殊疾病的前提下,对病种疾病诊疗难度的三项指标进行相对重要程度打分,共发放专家咨询问卷 20 份,其中住院医师 2 人,主治医师、副主任医师、主任医师各 6 人,回收有效问卷 20 份,有效率为 100%。运用层次分析法计算专家对三项指标打分的权重,得出服务量权重为 0.122 92,平均总费用权重为 0.212 80,治愈好转率权重为 0.664 28。

## 2.3 诊疗难度系数测算模型

算法采用“Max-Min”归一化方法对全病种的服务量、平均总费用、治愈好转率分别进行标准化,将每种病种的三项指标均转化为 0~1 之间的数值。通过加权计算所得结果即为该病种的诊疗难度系数。具体公式如下:

$$D = 0.122\ 92(1 - X_{norm\text{服务量}}) + 0.212\ 80X_{norm\text{平均总费用}} + 0.664\ 28(1 - X_{norm\text{治愈好转率}})$$

其中, $D$  为某一病种的诊疗难度系数, $X_{norm}$  为该病种计算指标的归一化值,由于病种的服务量与治愈好转率为负相关指标,因此采用  $1 - X_{norm}$  纳入计算。经运算后的病种诊疗难度系数的取值范围在 0~1 之间,数值越大表明该病种疾病的诊疗难度越大。

## 3 病种诊疗难度系数的实证测算与稳健性检验

### 3.1 全病种诊疗难度系数测算结果

本研究以新农合住院服务报销数据为例,数据来源依托于国家自然科学基金重点项目“健康中国背景下基层卫生服务能力提升研究:理论和机制”,共收集七县(市)区 2017 年新农合医保报销数据,以《湖北省 ICD 编码库(2.0 版)》为基础,清理获得所有县区唯一的 ICD-10 编码条目 8 027 条,分别对 8 027 项病种的服务量、平均总费用和治愈好转率进行标准化、归一化计算。通过模型运算得出所有 8 027 种疾病的诊疗难度系数,但由于病种数目众多,根据公式计算所得结果存在较多小数位,为进一步应用,归纳相近诊疗难度系数的病种,本研究采取四舍五入的原则,保留两位有效数字,最终结果在 0.12~0.93 之间,表 1 列出了结果中部分病种的诊疗难度系数。

表 1 部分病种诊疗难度系数计算结果

病种名称	ICD-10 编码	诊疗难度
上呼吸道感染	J06.900x003	0.12
高血压 I 级	I10.x03	0.17
高血压 II 级	I10.x04	0.25
非感染性胃肠炎	K52.901	0.27
阑尾炎	K37.x00	0.34
高血压 III 级	I10.x05	0.39
颅内出血(非创伤性)	I62.900	0.56
妊娠合并阑尾炎	O99.611	0.57
面部皮肤良性肿瘤	D23.301	0.69
结膜脂肪瘤	D17.700x005	0.79
胸、腰椎管良性肿瘤	D16.600	0.87
升主动脉夹层	I71.003	0.90

表 1 列出的部分病种诊疗难度系数符合现实中  
对病种疾病诊疗难度的一般认知,且不同严重程度  
分级的相近病种也呈现了相应的诊疗难度差异关  
系,例如随着严重程度分级的升高,高血压病种的  
诊疗难度系数也相应升高,而具有并发症或其他特  
殊情况的病种诊疗难度系数高于单一情况病种(如  
妊娠合并阑尾炎与单纯性阑尾炎)。计算结果中也  
存在一定量的异常值,原因可能在于该病种样本量  
较少或费用指标存在异常值,但总体分布趋势符  
合现实状况。

### 3.2 病种病例数与诊疗难度系数的分布特征

通过对诊疗难度系数相对应的病例数进行统计  
计算,获得诊疗难度系数与病例数对应表,运用  
Excel 软件进行散点图绘制以及添加拟合曲线,获  
取“病例数—诊疗难度系数”分布图和拟合曲线。图  
1 给出了 2017 年七县(市)区住院病例数随病种  
诊疗难度系数的分布情况,病例数的分布随诊疗  
难度系数变化呈现先升后降的状态。

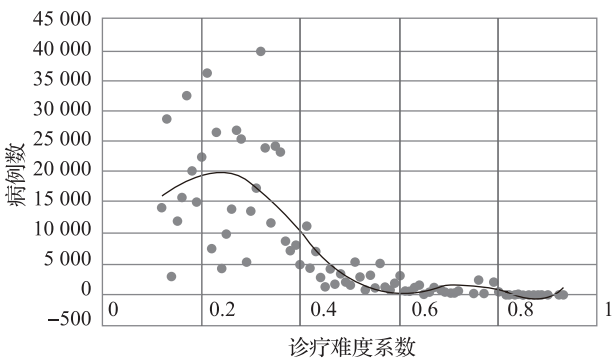


图 1 住院病种病例数随诊疗难度系数分布图

由图 1 可以看出,随着诊疗难度系数的提升,其

相对应的病例数总量呈现先升后降的趋势,且总体  
上处于由高到低的态势,这符合住院病种的分布特  
征。首先,总体上的递减态势表明了疾病发生规律  
的金字塔型特点;其次,分布拟合曲线的先上升后下  
降的态势符合住院病种特点,这是由于比较简单的  
疾病往往不需要通过住院服务来解决,住院病种拟  
合曲线的波峰介于 0.2~0.3 之间,统计数据中例数  
最高的诊疗难度系数为 0.32,提示在本研究中疾病  
诊疗难度系数在 0.3 左右的病种为住院量最高的部  
分,根据医疗卫生机构功能定位以及分级诊疗政策  
要求,该部分疾病应当在县域内接受住院服务,而其  
中较低诊疗难度的疾病应当在基层接受服务。同时,  
图 1 中的拟合曲线反映了样本县区 2017 年所有  
农村患者住院服务需求情况,呈现随病种诊疗难  
度系数增加,住院服务需求先升后降的趋势。

### 3.3 病种诊疗难度系数测算方法与结果的稳健性 检验

研究选取了其中两个样本县 A、B,运用相同计  
算模型分别对其出现病种进行诊疗难度系数计算,  
经筛选得到相同住院病种 1 789 项。由于病种诊疗  
难度系数呈现偏态,所以对其诊疗难度系数值进行  
配对资料秩和检验,结果见下表:

表 2 两样本县相同病种的诊疗难度系数描述  
及 Wilcoxon 检验结果

样本县	极小值	极大值	中位数 $M(P25, P75)$	Z	P
A	0.12	0.88	0.389 5 (0.1275, 0.5986)	-	-
B	0.10	0.92	0.380 0 (0.1619, 0.5964)	-	-
A - B	-	-	0.009 5	0.345 0	0.730 0

由表 2 可知,相同病种的诊疗难度系数不存在  
统计学差异( $P > 0.05$ ),因此可以认为,采用本研  
究提出的病种诊疗难度系数计算方法,不同的样本  
可以得到相对一致的结果,证实了算法的稳健性。两  
样本县计算结果中,极大值与极小值的不同则与样  
本县纳入计算的病例数量、病种数量有关,更大规  
模的数据量能够获得更高的计算精度。分别对两样  
本县画出住院病种病例数随诊疗难度系数分布图,  
可以获得与图 1 相同的总体分布趋势,同样证实了  
该算法结果的稳健性。

## 4 诊疗难度系数测算方法评价与应用场景

### 4.1 诊疗难度系数契合实际情况

该算法利用医保数据对病种诊疗难度系数进行

计算,可以得出符合实际的诊疗难度结果,且系数能够反映其定量特征。基于本算法计算结果构建的“病例数—诊疗难度系数”分布趋势总体呈正向金字塔形;在服务利用上,住院服务利用最高的病种诊疗难度系数在 0.3 左右,病例数随诊疗难度系数上升呈现先升高后低的趋势,而门诊服务病例数呈现逐渐下降的趋势,符合医疗服务提供和利用的规律。分级诊疗制度以及基层医疗机构服务能力建设界定的常见病、多发病均处于基层适宜开展的病种诊疗难度系数区间<sup>[2,17]</sup>,印证了本研究通过实证分析计算得出的病种诊疗难度系数结果较为契合实际情况,符合研究假设与预期。

#### 4.2 诊疗难度系数测算方法的优势与可能存在的问题

通过对该算法的稳健性检验可以得知,不同样本本地区或来源的数据通过该算法可以得出相同的诊疗难度系数测算结果,差异不具有统计学意义;且“病例数—诊疗难度系数”分布呈现相同的趋势,结果较为稳健。病例数随病种诊疗难度系数分布与拟合曲线能够反映病种的发生规律,同时也反映了居民医疗服务利用的数量与分布规律,能够较好地描述现实世界中病种发生与服务利用的状态。算法运用了大数据思维,能够弥补数据中的极端值等特殊情况,在流程和结构上均较为科学,保证了算法的科学性,且随着纳入分析数据规模的增大,该算法能够得出更符合实际以及更加稳健的计算结果。针对门诊服务病种诊疗难度系数的计算,受限于医保门诊数据库中不包含治疗的转归情况,算法选用了病例数与平均总费用两个指标进行测算分析,并相应的调整了权重。该算法在某些条件下可能存在风险,即总样本量较少的情况下,病种疾病发生的概率存在一定的不确定性,可能会影响发病率指标的计算,进而影响病种诊疗难度系数的测算。其次,指标权重的确定来源于医疗专家的打分,具有一定的主观性。

#### 4.3 病种诊疗难度系数测算结果的应用场景与未来研究方向

相较于现有的反映疾病诊疗难度的指标,本研究开发的算法能够实现全病种、全机构、全地域的诊疗难度总体评判,能够定量描述病种疾病之间诊疗难度的相对关系,且能够对区域全病种的发生发展状况以及居民医疗服务利用状况开展全面和直观的

描述,为划定不同级别医疗机构诊疗病种范围提供了测算工具,例如,按照分级诊疗政策提出的基层 65% 诊疗量的规范标准,可以界定基层医疗机构的适宜病种诊疗范围;也可以对比不同医疗机构诊疗病种区间,评判机构诊疗水平差异。因此,该算法具备理论与现实意义。

此外,在计算出病种诊疗难度系数的基础上,可以对机构医疗服务供给和需求分别进行“病例数—诊疗难度系数”分布图的绘制,通过机构实际提供医疗服务的状态和辖区内居民医疗服务需求状态的比较,反映机构医疗服务的供需适配状况,找出相应的问题与原因。同时也能够为分级诊疗实施效果的评判提供测度依据。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

#### 参 考 文 献

- [1] 国家卫生健康委员会. 乡镇卫生院服务能力评价指南(2019 年版)[Z]. 2019.
- [2] 国家卫生健康委员会. 关于印发乡镇卫生院服务能力标准(2022 版)等 3 项服务能力标准的通知[Z]. 2022.
- [3] 申曙光, 张勃. 分级诊疗、基层首诊与基层医疗卫生机构建设[J]. 学海, 2016(2): 48-57.
- [4] 龚爱红, 史安琪, 任超, 等. 基于 DRGs 综合医院绩效评价[J]. 中国病案, 2019, 20(7): 10-13.
- [5] Fourie C, Biller-Andorno N, Wild V. Systematically evaluating the impact of diagnosis-related groups (DRGs) on health care delivery: A matrix of ethical implications[J]. Health Policy, 2014, 115(2-3): 157-164.
- [6] Horn S D, Bulkley G, Sharkey P D, et al. Interhospital differences in severity of illness: Problems for prospective payment based on diagnosis-related groups (DRGs)[J]. N Engl J Med, 1985, 313(1): 20-24.
- [7] Zouboulis C C, Tzellos T, Kyrgidis A, et al. Development and validation of the International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHSS4), a novel dynamic scoring system to assess HS severity [J]. British Journal of Dermatology, 2017, 177(5): 1401-1409.
- [8] Rutledge R, Osler T. The ICD-9-based illness severity score: A new model that outperforms both DRG and APR-DRG as predictors of survival and resource utilization [J]. The journal of trauma, 1998, 45(4): 791-799.
- [9] 肖婷, 陶红兵, 熊光练, 等. 基于病种的基层医疗机构基本医疗服务范围界定探析[J]. 中华医院管理杂志, 2014, 30(4): 3.

- [10] 张研, 王晨舟, 卢珊, 等. 分级诊疗的治理逻辑与农村居民认知偏差效应分析[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(12): 24-30.
- [11] World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever[J]. The World Health Report, 2008, 25(7): 617.
- [12] 杨迎春, 巢健茜. 单病种付费与 DRGs 预付模式研究综述[J]. 中国卫生经济, 2008(6): 66-70.
- [13] 张英洁. 新型农村合作医疗统筹补偿方案研究[D]. 济南: 山东大学, 2009.
- [14] 潮州市卫生健康局, 潮州市医疗保障局, 潮州市财政局. 关于确定《潮州市基本医疗保险定点医疗机构权重系数(2020 年半)》的通知[Z]. 2020.
- [15] 中山市医疗保障局. 关于印发中山市社会医疗保险按病种分值结算定点医疗机构等级系数确定办法(试行)的通知[Z]. 2021.
- [16] Presley L M M A. R&D Project Selection Using the Analytic Network Process [J]. IEEE Transactions on Engineering Management, 2002, 1(49): 59-66.
- [17] 李星蓉, 高广颖, 胡星宇, 等. 分级诊疗背景下北京市三级医院诊疗病种构成现状与功能定位适配性分析[J]. 中国医院, 2021, 25(9): 37-40.

[收稿日期:2023-10-12 修回日期:2024-02-05]  
(编辑 薛云)

## 欢迎订阅 2024 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生健康委员会主管,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,本刊为中文核心期刊、中国科学引文数据库(CSCD)核心期刊、中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)、RCCSE 中国核心学术期刊(A)、《中国人文社会科学期刊评价报告(AMI)》引文数据库期刊、人大复印报刊资料数据库重要转载来源期刊。

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、改进卫生健康绩效和促进卫生健康事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生健康行政部门和卫生

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、卫生政策分析、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、卫生法制、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:010-52328696、52328697