

基于扎根理论的医保性医患纠纷影响因素质性研究*

韩勇彬¹, 燕娟², 赵丽娟^{2**}

(1. 山西省临汾市卫生健康委员会, 山西 临汾 041000; 2. 山西医科大学人文社会科学学院, 山西 太原 030001)

〔摘要〕 医疗保障政策进入深度改革并能够有效缓解医患紧张关系,但在实际执行过程中仍会发生医保性医患纠纷。根据扎根理论研究方法,进行半结构式访谈,从而直观、真实地描述医患双方医保性医患纠纷的经历。运用 Nvivo11 软件对访谈资料进行三级编码,提取诱发医保性医患纠纷的原因。针对医保性医患纠纷的影响因素提取“医务人员、患方群体、医疗环境以及社会环境”4个核心概念并提出缓解医保性医患纠纷的对策:政府加强统筹规划,政策宣传多样化;医院服务精细化,优化医务人员评价体系;提升医务人员职业素养,引导从业规范化;转变患者就医思维,提高政策认知程度。

〔关键词〕 扎根理论; 医患纠纷; 医疗保险; 医患关系

〔中图分类号〕R-052 **〔文献标志码〕**A **〔文章编号〕**1001-8565(2024)10-1195-07

DOI:10. 12026/j. issn. 1001-8565. 2024. 10. 11

Qualitative study on the influencing factors of medical insurance-related doctor-patient disputes based on grounded theory

HAN Yongbin¹, YAN Juan², ZHAO Lijuan²

(1. Linfen Municipal Health Commission of Shanxi Province, Linfen 041000, China; 2. School of Humanities and Social Sciences, Shanxi Medical University, Taiyuan 030001, China)

Abstract: The medical insurance policy has entered into a deep reform and can effectively alleviate the tensions between doctors and patients. However, medical insurance-related doctor-patient disputes still occur during the actual implementation process. Based on the grounded theory research method, semi-structured interviews were conducted to intuitively and realistically describe the experiences of both doctors and patients in medical insurance-related doctor-patient disputes. Nvivo 11 software was used to conduct three-level coding on interview data and extract the reasons that trigger medical insurance-related doctor-patient disputes. In response to the influencing factors of medical insurance-related doctor-patient disputes, four core concepts of “medical staff, patient groups, medical environment, and social environment” were extracted. Additionally, countermeasures to alleviate medical insurance-related doctor-patient disputes were proposed, including the government strengthening overall planning and diversifying policy publicity; hospitals refining services and optimizing the evaluation system for medical staff; improving the professional quality of medical staff and guiding the standardized practice; and transforming patients’ medical thinking and improving their policy awareness.

Keywords: grounded theory; doctor-patient dispute; medical insurance; doctor-patient relationship

2018年,国家医疗保障局正式挂牌成立,对推进医疗、医药、医保“三医联动”改革有着巨大的促进作用,可更好地保障人民群众的就医需求^[1]。医

保政策的完善对于改善医患关系也起到了不可估量的作用,但在实际执行中遇到一些问题,导致产生医保性医患纠纷,干扰了医保改革进程。扎根理

*基金项目:山西省研究生教育创新项目“医保性医患纠纷的成因及对策研究”(2021Y427)

**通信作者

论是基于经验资料建立理论的质性研究方法,强调在没有理论的假设基础上,研究者从实际观察着手,从原始资料中通过三级编码由下至上找出经验,归纳出具有统领性的理论。因此本文基于扎根理论研究方法系统地界定医保性医患纠纷,探究主要影响因素,寻求相应解决对策。

1 资料来源与方法

1.1 研究对象

采用方便抽样选取山西省两所医院及其周边社区实施访谈。访谈对象通过目的抽样选取医务人员 22 名、患者及其家属 23 名。患者群体纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁;②有个人或陪同家属于近 5 年内前往医院就医并报销的经历;③有参与访谈的意愿以及能够清晰地表达自己的观点。医务人员纳入标准:①医院注册医务人员;②近 5 年内有医保性医患纠纷经历;③有参与访谈的意愿。

1.2 研究方法

采用半结构式访谈,结合现有文献资料和专家意见,制定访谈提纲。访谈内容包括:医患关系及纠纷认知、医保性医患纠纷的经历以及防范该类纠纷的建议等。在访谈前告知参与者访谈相关内容,如访谈时长、目的、录音同意权等,并签署知情同意书。访谈后 24 小时内转录为逐字稿并按要求删除录音。

1.3 资料分析

运用 Nvivo11 质性分析软件,基于扎根理论对整理完成的访谈文本进行编码。随机选取 4 份访谈资料进行理论饱和度检验。结合有关文献在研究中采用的三重编码^[2],对访谈文本进行自下而上地归纳,从资料中进行经验概括,在提炼过程中不断发掘范畴及范畴间的关联,抽象出新的概念。

2 结果

2.1 医保性医患纠纷原因

2.1.1 双向转诊不顺畅

分级诊疗是将患者按照病情的轻重缓急以及诊治难易程度进行分级定位,引导患者合理就医,使医疗资源得到充分、合理的利用。然而,结合目前分级诊疗的现状以及取得的效果来看,仍存在部分患者因转诊难而与医务人员发生纠纷的情况。部分患者趋向大医院的心理以及由于达不到转院要求或者没有在基层医院就诊未开具转诊证明影响

医保报销,从而引发纠纷。

2.1.2 目录执行落地难

目前的医保目录由省级医保行政部门制定,全国的目录不统一,更新较慢,各地财政保障能力不同,造成医保统筹比例的差异。因此,异地就医患者因得不到与本地相同的报销待遇而可能产生不满情绪;或者部分医生不能及时掌握目录限制条件,从而使用了超医保范围自费药,导致患者及家属无法及时办理出院手续,且“退药—补药”流程繁琐。

2.1.3 部门沟通不充分

医保政策逐年完善,对医保科工作人员的工作能力提出更高要求。医院与医保中心政策衔接不畅,耽误患者办理出院,从而引发纠纷。同时医院内部各部门协调沟通不及时、不到位也会导致医保工作不能顺利进行。医务人员不重视政策告知工作,或因医务人员信息告知与医保人员告知的存在偏差,影响患者判断,引发矛盾。

2.1.4 住院标准把握不当

部分门诊患者因心存侥幸心理,在未达到住院条件的情况下要求住院,以达到医保报销的目的;部分参保患者因医保能够报销而要求多开药品、检查,医务人员本着杜绝医疗资源浪费的原则拒绝其不合理需求时,也会引发患者的不满情绪。或者因医生自身住院标准把握不当,将不符合住院标准的患者收治入院,最后出院结算时达不到患者对于报销比例及自付费用的心理预期时,就会引发纠纷。

2.1.5 政策宣传不到位

部分患者初次住院,不清楚医保报销的相关流程和条件,如未及时备案而多次往返于当地医保部门与就诊医院;医务人员因医保政策掌握不到位,未及时对住院患者进行医保政策宣教,导致患者办理医保延误,证明材料准备不充分而无法合理报销;或出院时未告知患者及家属具体流程,患者及家属因排错队无法较快办理,从而怨声载道。部分患者询问报销细则等较为敏感问题时,医务人员的态度,如热情、耐心、尊重会缓解患者及家属治疗期间焦虑、不安的情绪,反之则会导致其将不满情绪堆积,在诊疗效果较差、结算久等、无法按时出院时爆发。

2.2 医保性医患纠纷影响因素模型建构

2.2.1 开放性编码

开放性编码,是一个将资料打乱再重新组合的过程^[3]。通过 Nvivo 11 软件,将原始访谈记录进行编号,对每段原始文句进行逐条分析,概念化为抽象节点。经过开放式编码登录分析,从 45 份

访谈资料中抽离出大医院趋向、医保了解偏差、医患互信理解、法律法规素养、心理预期、医保类别、防御性医疗行为、医保目录限制、政策解释与宣传等 50 个副范畴作为影响因素,其中选取医患双方以及医保相关的重要节点进行详细罗列(见表 1)。

表 1 部分开放式编码节点举例

影响因素	文件来源	参考点	陈述举例
大医院趋向	13	16	YS10:因为人总是扎堆在看病,无论大病小病,总是去自己认为最好的三甲医院去看。那么小的地方没有人,大的地方全是人,你可不就是看病觉得总是排队 HZ15:我在职工医院住院的时候,想去个好点的医院,医生不让走,不给开转诊证明
医保了解偏差	22	27	YS1:患者不理解里边甲乙丙分类,还有就是有一些一次性耗材不能报。或者说是有个起付线的问题,超过多少剩下的不给报,或者只报开始的一部分。总体下来可能报得不够多,觉得医保好像是没有走对,还是很多医生没有给他尽可能用一些甲类的药 HZ3:国家给咱们交的,更应该给我们报销呀
医患互信理解	3	6	YS3:把你当成了所谓的服务人员,你得治好,你得对我态度好,你得说得和网上说得一样,我找你看病你就得给我解释,必须给我解释清楚。你解释不清楚我就要怎么样
心理预期	18	23	YS2:从患者来说,医保宣传会报 80% 左右,但是实际产生的费用下来,有时候不符合他们的心理预期,可能就会产生一些不满情绪 HZ1:有些患者期望有一个比较好的疗效,但是结果和自己预期不成正比,从而产生一个落差,这种心理就会导致他对医生的行为产生怀疑、有怨言
医保限额	13	19	YS12:好像有些药限制了临床上的用药,有时候对于医生来说有点束手束脚,你开这个药吧,又不符合要求,你不用吧,可是这个药就是对患者来说确实疗效最好
医保政策掌握	3	4	YS20:但是有的比如新来的,她接手这个事情还不太清楚,有可能没有及时给患者宣教,就会导致患者办医保延误了,或者一些需要开的证明没有提前开出来,出院的时候就导致不能合理地报销,就会有这样的纠纷
法律法规素养	8	8	YS7:患者也是想钻空子,他也希望多报销,双重报销,本来已经给他报了,结果他又跑去报了,他从自己的利益出发,这种患者不是很多,但是确实是有 HZ13:大部分是我想让多开了,糖尿病的药贵,反正能报销了。但是人家还是不肯多开
医保类别	1	1	YS14:尤其是完全自费的患者,对这些特别敏感。你要走医保的话可能会好一点
政策解释与宣传	10	15	YS13:还有一些老百姓不理解,现在的医保,只能保证基本药品的这个医保。不能保证你所有的特殊药品或者特制的特殊类型疾病的药 HZ9:我认为这个医保宣传力度不够,虽然大家都知道要交医保,但是我们不知道这个医保什么是能报销的,具体的报销比例是多少,为什么这样子报销

2.2.2 主轴编码

主轴编码是对上一级编码获得的概念进一步归纳、提炼。经过对相关概念进行深度解析并结合访谈文本进行情境分析,获得“医务人员从业规范、综合素质、从业偏向;患者就医规范、就医心理、就医能力;医院建设、医疗行业环境;政策制定与执行、社会环境”等 10 个主范畴,即主要影响因素(见表 2)。

2.2.3 选择性编码与理论饱和度检验

选择性编码是针对已获取的主要影响因素,经过系统分析、高度概括后选择一个核心类属。以达到统领性、全面性囊括其他所有类属的作用。即通过对

10 个主要影响因素进行反复分析,并通过随机选取的 4 份访谈文本进行理论饱和度检验,并无新的主范畴产生,故核心影响因素可以确定为医务人员、患方群体、医院与医疗环境以及政治与社会环境。

2.2.4 医保性医患纠纷影响因素模型建构

通过三级编码,获得医保性医患纠纷的核心影响因素。医患双方个体因素是引起该类纠纷的直接因素,社会及医疗环境是深层次因素。结合归因理论,医方群体以及患方群体可归为主体性原因,而社会及医疗环境则归为外源性因素,由此构建医保性医患纠纷影响因素的理论模型(见图 1)。

表 2 主轴编码形成的主范畴及副范畴

维度 (核心影响因素)	主范畴 (主要影响因素)	副范畴
医方群体	医务人员从业规范	诊疗自主权、医护压力感知、医保限额、医保政策掌握、患者知情同意、出入院指导
	医务人员综合素质	逐利行为、职业素养、人文关怀、沟通技巧与态度、防御性医疗行为、法律法规素养、个人品德、医患互信理解
	医务人员从业偏向	专业科室、大医院趋向性、医生职业荣誉感、收入与积极性
患方群体	患者就医规范	医保类别、法律法规素养、医保了解偏差、大医院趋向、诊治规范、流程知晓度
	患者就医心理	“小病大治”观念、讨好型就医、心理预期、自费药态度、医患互信理解、“红包”态度
	患者就医能力	经济压力、教育水平、个人特性
医院与医疗环境	医院建设与管理	出院引导、逐利行为、医院环境、医疗纠纷处理机制、计费特点—医生职业的偏离
	医疗行业环境	医疗行业的服务性、医保检查专员的专业性、集采药质量与渠道、医院纳入药品种
	政策制定与执行	政策解释与宣传、政策执行监管、政策差异性、分级诊疗执行情况、医保缴费
政治与社会环境	社会环境	人口基数与医疗资源不平衡、社会经济水平、媒体报道诱导性

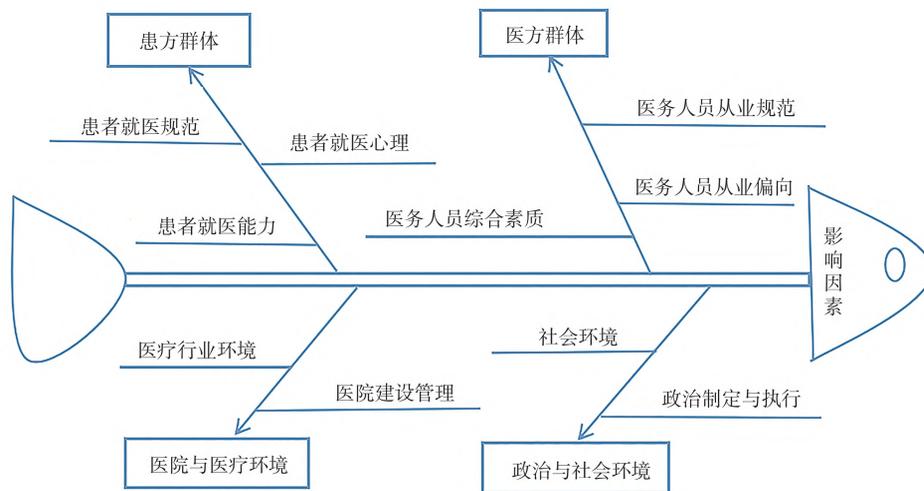


图 1 医保性医患纠纷影响因素理论模型

3 医保性医患纠纷影响因素分析

3.1 政治与社会环境

传统的医患关系为单纯的“求医”与“治疗”的线性关系,但在以控制成本为核心内容的基本医疗保险制度下,医患关系演变为“医患保”三方的关系,即医保经办机构、医务人员以及患者三方的关系。因此,医务人员在诊疗过程中不得不增加对医保政策的考量,即:医生是以患者生命为第一要素,穷尽一切医疗资源尽力抢救?还是因考虑使用不符合医保目录用药后会引发系列纠纷而“保守治疗”?由此是否会带来更大的后果:患者生命健康能否得到最大保障?如部分医务人员表示医保目录范围内的部分药物与医疗器械质量较差,于患者而言身体舒适度,术后恢复等有不良影响,因此引发纠纷。同时,目前医保政策宣传更多只是涉及参

保患者能够享受的一些“优惠”,部分参保患者只关注出院时报销单上实际的报销金额,而不清楚诊疗规范及医保报销的限制条件,导致信息偏差,在结算时只作简单的一步乘法来判断自己是否切实享受政策福利。

从社会角度看,人口基数与医疗资源、经济发展水平之间的不平衡是引起医患纠纷的内在因素。公共卫生伦理学的公正原则要求在政策、制度、法律等方面纠正因社会因素造成的不平等^[4]。而医疗资源的分配公正决定人的平等健康权^[5]。各地区对相关政策的解读及经济水平存在差异,医疗保障政策也有所不同,部分患者对于不同类型医保报销比例之间的差异存在不满,这种不公平感导致就医满意度较低。此外,异地就医的患者由于两地报销材料要求不一致而导致医保报销进度较慢,从而产生

不满情绪。

3.2 医院与医疗环境

各级医院作为执行医保政策的基层单位,是保障医保政策贯彻落实、参保患者切实享受政策的重要部门。医患纠纷给医疗机构带来诸多负面影响,而部分医院发生纠纷后并没有快速地应对与处理,不利于医院良好形象的树立。同时医患纠纷预防也应受到重视,医院对于患者医保政策宣传的不足、患者出院引导的缺位、不合理的逐利行为以及不良的医院环境都会导致医患纠纷的产生。

医保经办机构会及时根据现实需求调整目录,因此部分药品、检查或治疗项目会变为自费项目,或由自费项目变为报销项目^[6]。而当上级医保部门和医疗机构协调不及时或不充分时,导致患者无法及时办理出院结算手续,增加医院的医保部门因目录不并行与患者沟通解释的难度。在药品集中带量采购(以下简称“集采”)制度下,部分药企为中标而采取牺牲质量换低价的策略,部分医务人员考虑到患者舒适性而选择目录外的药,最后导致患者无法及时办理出院或面临科室罚款。加之部分集采药品未进入医院药房,需患者前往药店购买,患者会因不理解而产生怨言。

3.3 医方群体

医疗行业的专业性决定着医务人员专业素养需受到重视。医疗保障政策的逐年完善,对医务人员的工作提出更高的要求。医务人员作为与患者直接接触的群体,其从业规范与综合素质直接影响着患者就医及参保满意度。同时医务人员的从业意愿偏向三级医院,导致基层医院人才缺失,基层医院从业人员因收入等问题工作积极性不高,医院医疗水平提升难,从而影响患者基层就医满意度不高、就医意愿较低。

医务人员的综合素质包括职业素养、人文关怀、沟通技巧与态度等,其影响患者就医期间的体验。如患者及家属在医院就诊过程中,医生的神情、语气、用词等直接影响其就医体验和满意度,是引发医患纠纷最重要的因素^[7]。对于患者的用药、检查等都需要与患者沟通,友善的沟通方式与有效的沟通技巧能够帮助其快速实现医疗行为。如部分医生在术前与患者沟通预估的报销后所需的费用,与术后由于并发症等其他因素需患者实际支付

的费用差距较大时,患者会因难以接受巨大落差而不满。部分从业不久的护士由于业务不熟练,未能及时进行政策宣教而影响患者出院报销。同时医务人员尊重感、信任感不足,也会影响其从业积极性。

医务人员的从业规范包括医保限额、医保政策掌握、患者知情同意、出院指导等。由于近年医保政策改革,医务人员政策学习、解释、宣传压力较大,加之本身繁忙的医疗、科研工作导致医务人员为避免后续的医疗纠纷,逐渐趋于妥协,选择防御性医疗行为^[8]。医务人员医保政策的掌握程度以及对于患者用药知情同意的重视程度,与患者因医药费用问题而产生不满的情绪具有反向关系。

3.4 患方群体

患者群体因经济压力、教育水平、个人特性的不同,而有不同的就医心理;同时,因医保类别、法律法规素养、医保了解的偏差致使其对治疗效果以及报销结果有不同的心理预期。医院对于患者而言是一个陌生的环境,且医疗又是专业程度较高的行业,部分患者就医期间存在担心治疗效果不佳而尽力“讨好”医生的就医心理。同时由于患者及家属存在“小病大治”、过度追求大医院的就医观念要求转诊,因无法开具转诊证明而不满。

部分患者对医护人员信任不足、理解不够而怀疑医务人员存在多开检查和药品的行为,加之报销后的费用达不到心理预期而不满。部分患者过度强调医务人员的服务性,当就医过程稍有不顺,则将矛头指向医务人员,指责其未提供及时、贴心的服务。当医务人员并未受到尊重与理解时,则在沟通中难免语气失当,导致医患之间矛盾加剧。同时由于患者及家属对医保政策的了解程度不足,缺乏法律意识,提出不合理的医保报销需求,如双重报销等。报销需求被拒后,患者因不理解原因而产生不满情绪。

4 讨论与建议

4.1 政府加强统筹规划,促进政策宣传多样化

针对医保目录不统一、集采的质量问题,政府应进行宏观调控,在统一医保目录和统筹比例方面试点示范区,探索缩小地区差异的有效途径。有关部门应加强市场调研,严格筛选中标企业,国家药品监督管理局应全程监督中标药品质量^[9]。

同时,应着力解决城乡之间医疗资源分配不均衡的问题,利用大数据动态监测社会弱势群体,并给予实质的政策倾斜。政府联合社区、医院、媒体等多方力量,构建医保宣传、教育、培训、沟通平台,在客流量大的地方印发相关宣传手册、开展社区讲座等。重点对农村地区、边远地区以及文化程度较低的参保患者进行口头宣教,增加宣传的趣味性、通俗性,如拍摄情景短片来宣传报销比例、报销范围及其他现实生活中会遇到的一些问题,切实打消公众疑虑、解决公众难题。

4.2 促进医院服务精细化,优化医务人员评价体系

公立医疗机构应着力改变医患之间“服务者与消费者”的关系,回归公益性质以提供服务,收获信任与获得感。各级医院应定期组织员工学习医保政策,制定考核目标,设置医保咨询台,提供详细、全面的解释服务。同时加强管理,缩短患者就医、结账排队时间,提供简捷、便利的就医服务。健全医患纠纷处理机制,高效应对各种突发情况,及时有效地提供纠纷调解服务。

优化医务人员评价体系,让医务人员回归治病救人的本职工作。升级医疗管理系统、电子处方系统,及时更新相关目录,提供更加智能的提醒服务,减轻医生开具处方压力;改革医院薪酬分配制度,提高医务人员薪酬,协调医务人员付出与收入。优化激励机制,如奖励完成集采药使用量的医生,以提高医务人员工作积极性^[10]。

4.3 提升医务人员职业素养,强化规范从业

医务人员作为与患者直接沟通、接触的群体,其工作态度、专业能力、政策掌握程度是医患关系和谐与否的重要影响因素。医务人员应积极主动学习相关医保政策,避免出现因政策解释有误,引起患者不满与误解^[11];重视与患者的有效沟通,要以患者能够理解的话语以及能够接受的态度传达准确信息,给予详细的解释。同时尊重患者知情同意,任何诊疗行为均应充分告知患者,取得患者的理解与支持^[12]。

医务人员要具有“想患者之所想、急患者之所急”的人文情怀,具备同理心。遇到患者不合理的报销需求,从对方角度考虑,了解原因并耐心解释。给予患者自主选择权,面对医保目录内外的药、械,应详尽、客观地向患者解释、说明,尊重患

者意愿。

4.4 转变患者就医思维,提高政策认知程度

随着健康中国战略的提出,“医患命运共同体”的构建显得尤为重要。公众作为自身健康的管理者,需对自身健康负责^[13]。在政府提供学习政策渠道的同时,公众也应自觉把握机会,学习相关知识,主动了解医保政策。明白“免费医疗”的应有之义,理解职工医保和居民医保差异的原因等。减少医务人员政策解释工作,增加医患互信。

转变“小病大治”的就医观念,理性看待医生与患者之间的关系,给予医务人员应有的尊重。规范就医行为,遵守相关法律法规和医院规章制度,在遇到不合理情况或对某项结果不满意时,采取合理、正确的途径来表达自己的意见与诉求。

5 结语

随着医疗保障制度的深入改革,医疗、医保、医药的三医联动使得医患双方的关系演变为医患保三方的关系。当减少医疗费用开支时可能带来医疗机构以及医务人员收入降低,工作积极性也受到影响;严格限制医保目录等时,存在医务人员的诊疗自治权被干预等可能,这一系列问题均可能导致医疗纠纷的发生。因此,构建和谐的医患关系,缓解医保性医患纠纷需形成政府、社会、医务人员及患者等多方主体共同解决的机制。政府牵头,社会助力,医患双方共同努力,才能促效。

[参考文献]

- [1] 谭中和.如何建立公平可持续的医疗保障体系:以推进城乡医保整合为契机[J].中国医疗保险,2018(8):6-9.
TAN Z H.How to establish a fair and sustainable medical security system: to promote the integration of medical insurance in urban and rural areas as an opportunity [J]. China Health Insurance, 2018(8):6-9.
- [2] 张敬伟.扎根理论研究法在管理学研究中的应用[J].科技管理研究,2010,30(1):235-237.
- [3] 陈向明.扎根理论的思路和方法[J].教育研究与实验,1999(4):58-63.
- [4] 翟晓梅,邱仁宗.生命伦理学导论[M].北京:清华大学出版社,2020.

- [5] 王倩倩,苏振兴.我国医疗资源配置公正的必要性和有限性原因探析[J].中国医学伦理学,2012,25(1):89-90.
WANG Q Q, SU Z X. Analysis on the necessity and limitation of justice in medical resources allocation in China[J]. Chinese Medical Ethics, 2012, 25(1):89-90.
- [6] 杨莉华,刘荣甫,贾海燕,等.医保费用投诉原因分析及防范措施[J].中国卫生质量管理,2012,19(2):40-41.
YANG L H, LIU R F, JIA H Y, et al. Analysis and containment of complaint on medical insurance cost [J]. Chinese Health Quality Management, 2012, 19(2):40-41.
- [7] 田桂香,宁翠萍,李雪,等.三医联动践行中医患纠纷的管见及刍议[J].医学与哲学,2019,40(23):58-61.
TIAN G X, NING C P, LI X, et al. Discussion on doctor-patient in tripartite alliance system [J]. Medicine and Philosophy, 2019, 40(23):58-61.
- [8] 赵娟,刘伟,陶思怡,等.防御性医疗概念的发展与展望[J].中国医院,2022,26(3):22-25.
ZHAO J, LIU W, TAO S Y, et al. Development and prospect of defensive medicine concept [J]. Chinese Hospitals, 2022, 26(3):22-25.
- [9] 杜雪,马璐,黎雯霞.药品带量采购存在的问题与对策分析[J].卫生经济研究,2020(8):42-44.
DU X, MA J, LI W X. Problems and countermeasures on existing in the development of drug volume procurement [J]. Health Economics Research, 2020(8):42-44.
- [10] 马志健.药品带量采购的阻力、压力与垄断力问题探讨[J].医学与哲学,2022,43(6):25-30.
MA Z J. Discussion on the resistance, pressure and monopoly power of mass drug procurement [J]. Medicine and Philosophy, 2022, 43(6):25-30.
- [11] 胡洪贞,张晓倩,徐学敏,等.医患纠纷与溃坝理论逆向推断可及性的综合分析和应用[J].中国医院,2021,25(9):74-76.
HU H Z, ZHANG X Q, XU X M, et al. Comprehensive analysis and application of the accessibility of reverse inference of doctor patient dispute and dam break theory [J]. Chinese Hospitals, 2021, 25(9):74-76.
- [12] 陈秀丽,贺良,陈伟,等.从两例案例分析提示临床医生应注意医患纠纷隐患[J].中国医院,2016,20(9):57-58.
CHEN X L, HE L, CHEN W, et al. The hidden risks physicians should pay more attention: based on two clinical case [J]. Chinese Hospitals, 2016, 20(9):57-58.
- [13] 曹茹,王锦帆.基于扎根理论与核心文献的医患关系影响因素模型分析[J].中国卫生事业管理,2021(9):664-667.
CAO R, WANG J F. Model analysis of the factors to influence doctor-patient relationship based on grounded theory and core documents [J]. The Chinese Health Service Management, 2021(9):664-667.

收稿日期:2024-01-31

修回日期:2024-04-11

编辑:张茜