

# 上海市农村基层医疗机构门诊病例卫生技术利用及合理性评价\*

王海银<sup>1</sup>, 张 安<sup>2</sup>, 杨晓娟<sup>1</sup>, 胡苑之<sup>1</sup>, 林 海<sup>1</sup>, 王剑萍<sup>3</sup>, 陈 洁<sup>1</sup>

(1. 上海市卫生技术评估研究中心 200032; 2. 上海市卫生工作者协会 200041;

3 上海市卫生和计划生育委员会 200040)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.34.046

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2013)34-4217-03

中国卫生资源分布不均, 农村医疗资源缺乏, 医疗技术水平较低, 是医疗卫生事业改革的关键点<sup>[1-2]</sup>。如何进一步提高农村基层医疗机构的服务质量, 降低过度医疗和医疗不足, 是政府当前需要解决的重要课题。构建诊疗技术动态评价体系是加强医疗管理的一个重要工具, 有利于提高和完善医疗技术水平和质量<sup>[3]</sup>。本研究从卫生技术供给评价角度, 探索可能存在的问题和对策, 为政府制定医疗机构技术管理措施和策略提供依据。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 分层选取上海市郊区的两所二乙医院, 抽样调查基层医院 15 种常见病、多发病诊疗技术使用情况。15 种常见病、多发病是指主要诊断为冠心病、脑梗死、高原发性高血压、2 型糖尿病、慢性肾炎、胆石症伴胆囊炎、肺炎、慢性阻塞性肺疾病、消化道溃疡、急性阑尾炎、腹腔疝、四肢长骨骨折、子宫肌瘤、正常分娩、意外伤害(急救技术)。

**1.2 调查方法** 采用医疗数据收集和专家访谈相结合。系统

抽取 2011 年门诊电子病历信息系统中各调查病种病历 10 例, 对病例不足的从 2010 年或 2012 年病历中补充采集。随机抽取调研机构中副主任医师及以上或 5 年以上工作经验的临床专家 32 名进行专家访谈。

**1.3 统计学处理** 采用的 SPSS16.0 软件进行数据分析, 计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示, 组间比较采用  $t$  检验, 计数资料采用率表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验, 检验水准  $\alpha=0.05$ , 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 基本情况** 本次共调查门诊病例 299 例, 男女比约为 1.1 : 1.0; 脑梗死和慢性阻塞性肺病平均年龄最大, 为 72 岁; 正常分娩和意外伤害年龄偏小, 分别为 29 岁和 30 岁。糖尿病、脑梗死及慢性肾炎门诊费用为前 3 位, 分别为 1 677 元、1 633 元及 1 598 元; 腹腔疝门诊费用最低, 为 135 元。门诊病例主要为城镇职工, 占 57%, 其次为自费的患者, 为 35%, 见表 1。

表 1 调查病例年龄、医疗保险及费用分析

病种	n	平均年龄(岁)	医疗保险(n)				年门诊平均费用(元)
			城镇职工	城镇居民	新农合	自费	
冠心病	20	67±14	17	1	2	0	819±1 055
脑梗死	20	72±9	16	3	0	1	1 663±1 477
高血压	20	57±11	12	0	1	7	605±662
糖尿病	20	61±12	16	0	1	3	1 677±1 552
慢性肾炎	20	59±16	16	1	1	2	1 599±1 654
胆石症和胆囊炎	20	44±16	12	0	1	7	275±209
呼吸道感染	20	37±16	9	2	0	9	256±194
慢性阻塞性肺疾病	20	72±11	16	1	0	3	599±480
胃及十二指肠溃疡	20	52±16	6	0	3	11	303±270
急性阑尾炎	20	33±16	2	0	0	18	421±266
腹腔疝	19	61±18	9	3	2	5	135±209
四肢长骨骨折	20	45±20	11	2	0	7	542±341
子宫肌瘤	20	42±8	16	0	1	3	218±251
正常分娩	20	29±5	10	0	0	10	799±362
意外伤害	20	30±13	2	0	0	18	238±219
合计	299	—	170	13	12	104	—

—: 此项无数据。

\* 基金项目: 上海市卫生局局级科研项目(20124418)。 作者简介: 王海银(1983~), 硕士, 实习研究员, 主要从事卫生技术评估研究。

△ 通讯作者: Tel: (021)33262005; E-mail: jchen@shmu.edu.cn。

2.2 卫生技术利用

2.2.1 卫生技术种类数量分布 不同病种卫生技术利用主要表现为药物和化验。卫生技术种类数量利用前 3 位的病种分别为慢性肾炎、脑梗死和慢性阻塞性肺疾病。其中,慢性肾炎的卫生技术种类最大,达 130 项;四肢长骨骨折、腹腔疝等应用技术种类相对较少。药物的应用比例平均约为 55%,最大值为 79%,见表 2。

表 2 门诊病例卫生技术种类数量分析(种)

病种	检查		化验		其他治疗		合计
	次数	人数	次数	人数	次数	人数	
冠心病	7	21	50	0	1		79
脑梗死	5	28	92	0	1		126
高血压	1	19	26	0	0		46
2 型糖尿病	3	31	54	0	1		89
慢性肾炎	2	48	75	1	4		130
胆石症伴胆囊炎	2	24	35	0	2		63
肺炎和支气管炎	3	9	51	0	2		65
慢性阻塞性肺病	8	24	52	0	3		87
胃及十二指肠溃疡	4	40	17	0	0		61
急性阑尾炎	5	12	36	0	1		54
腹腔疝	5	21	10	0	0		36
四肢长骨骨折	2	0	23	1	3		29
子宫肌瘤	6	29	13	0	0		48
正常分娩	9	48	19	1	5		82
意外伤害	2	0	30	4	10		46

2.2.2 卫生技术利用频次及强度 除冠心病,不同病种卫生技术利用次数和人数化验均高于检查,但人均利用次数表现不一。化验使用次数和人数最多的病种是正常分娩,其次是慢性肾炎;最低的病种是肺炎和支气管炎;检查最多的是正常分娩和长骨骨折,最少的是高血压。检查和化验人均次数绝大多数大于 1,人均次数检查重复利用较高的病种是冠心病,化验最高的为高血压,见表 3。

表 3 门诊病例卫生技术利用频次分布(n)

病种	检查			化验		
	次数	人数	人均次数	次数	人数	人均次数
冠心病	44	16	2.75	30	29	1.03
脑梗死	13	12	1.08	104	75	1.39
高血压	3	3	1.00	71	22	3.23
2 型糖尿病	11	7	1.57	153	64	2.39
慢性肾炎	5	5	1.00	340	192	1.77
胆石症伴胆囊炎	17	13	1.31	46	43	1.07
肺炎和支气管炎	11	11	1.00	26	26	1.00
慢性阻塞性肺疾病	29	27	1.07	75	57	1.32
胃及十二指肠溃疡	5	5	1.00	72	55	1.31
急性阑尾炎	29	26	1.12	60	56	1.07
腹腔疝	21	17	1.24	32	30	1.07
四肢长骨骨折	41	25	1.64	—	—	—

续表 3 门诊病例卫生技术利用频次分布

病种	检查			化验		
	次数	人数	人均次数	次数	人数	人均次数
子宫肌瘤	32	28	1.14	49	47	1.04
正常分娩	172	85	2.02	351	285	1.23
意外伤害	33	27	1.22	—	—	—

—:此项无数据。

2.3 专家访谈 调查病种实际卫生技术清单中基本需要的技术比例不高,需淘汰和增加的卫生技术数量较少。其中基本需要的卫生技术约占实际应用的 60%。需淘汰的种类数量为 19 种,需增加的为 27 种。需淘汰的卫生技术主要为药物,占 74%;需增加的主要为检查,占 48%;其次为化验,占 37%,见图 1、2。

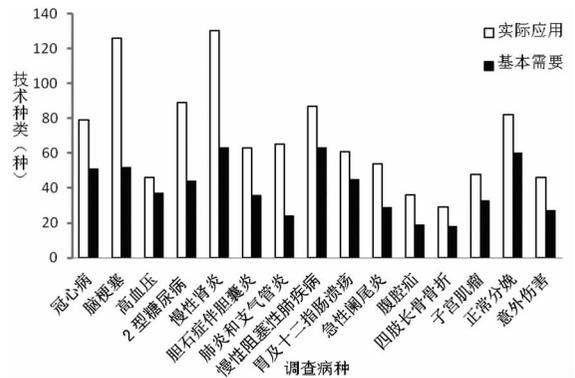


图 1 调查病种卫生技术实际应用和评价分析

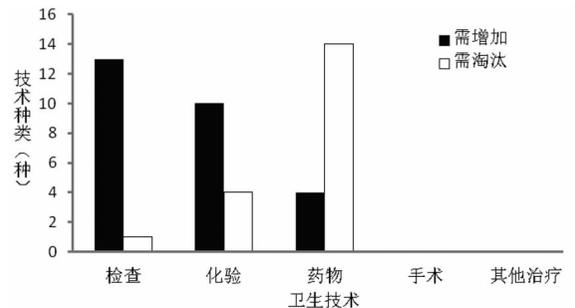


图 2 调查病种需增加和淘汰的卫生技术分析

3 讨论

卫生技术是指用于卫生保健和医疗服务系统的特定知识体系,包括药物、医疗器械、卫生材料、医疗方案、技术程序、后勤支持系统和行政管理组织<sup>[4]</sup>。2007 年世界卫生组织(WHO)提出了循证评估和监测医疗设备和技术、提高患者安全及医疗服务质量的重要性<sup>[5]</sup>。当前,医疗技术的不合理应用已成为农村基层医疗发展的突出问题,探索开展和建立诊疗技术评价具有重要的现实意义<sup>[6]</sup>。

本次调查病例主要为城镇职工,其次为自费病例,较高的自费患者比例与上海市近年来农村的大量外来人口导入有关。门诊病例的年均费用来自外科疾病如腹腔疝等较低,与外科疾病多在门诊诊断和简单处理后转住院处理的特点有关。

调查发现慢性肾炎、脑梗死等病种应用技术种类较多,主要为药品,均远高于相关临床指南推荐种类数量<sup>[7-8]</sup>,提示应加强基层医疗机构的医疗行为规范。对比四肢长骨骨折使用 29 种卫生技术,其中 79% 的为药物,提示在基层医疗机构可能对

外科疾病仅能开展简单的诊疗,这与基层机构的功能定位有关<sup>[9]</sup>,但这也可能阻碍基层医疗机构医疗技术的发展。另外,化验使用的频次和人数均高于检查,大多数人均次数大于1,提示临床诊疗活动中可能过度依赖于辅助检查,存在过度医疗的可能。这一方面与当前的医疗环境下医患关系紧张有关<sup>[10-11]</sup>,也可能与基层医疗机构缺乏规范的诊疗流程有关,有待于进一步研究。

对实际应用技术目录开展专家访谈发现约60%的医疗技术是基本需要的,同时存在需要淘汰和增加配置的技术,说明基层医疗机构存在一定的不合理诊疗行为和配置不完善。政府需加强卫生技术监督管理和推广卫生适宜技术,具体建议如下:(1)探索构建各病种的适宜技术目录,并形成动态评估机制。(2)加强基层医务人员卫生适宜技术能力培训,提高适宜技术应用水平。(3)探索建立和完善适宜技术补偿机制等配套政策。(4)加强对现实条件下卫生技术应用评估和监管,建立适宜技术实施的效果评价和考核机制。

综上所述,研究认为上海市农村基层医疗机构卫生技术应用基本合理,政府需要进一步加强卫生技术评价和监管,采用卫生技术评估等方法淘汰不合理技术,并根据实际需求,灵活增补相关技术。

#### 参考文献:

[1] 伍碧,刘俊荣.我国乡镇卫生院医疗资源配置现状分析[J].中国卫生资源,2012,15(4):338-340.

#### • 卫生管理 •

## 国外药品价格规制经验对中国的启示

杜朝新<sup>1</sup>,张维斌<sup>1,2</sup>,蒲川<sup>1△</sup>,杨柳<sup>1</sup>

(1.重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016;2.重庆市卫生局政策法规处 401147)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.34.047

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2013)34-4219-02

近年来,世界各国普遍出现药品价格上涨幅度远高于一般商品上涨幅度,控制药品价格和药品费用开支,减轻社会医药费负担,已成为各国追求的目标<sup>[1]</sup>。

### 1 国外药品定价相关因素

药品价格规制目的:避免出现垄断性的药价过高情况,避免消费者受到不公正的待遇,防止企业获得与成本不相称的暴利,有效控制药品费用的快速上涨,减轻国家财政、社会保险基金和个人的负担。药品定价方法:大多数国家采用政府指导价,即由政府采用一定作价办法制定药品固定价格或最高限价。价格一般基于国际价格比较和法定的定价方法。部分国家由相关各方(药厂或批发商)与政府机构协商共同拟定药价。少数国家不直接制定药品价格,采用市场定价,如德国、丹麦、美国。定价药品范围:大多国家仅对报销药品(包括报销的通用药、处方药、非处方药和平行进口药)价格进行控制,非处方药一般由药厂或进口商自由定价。药品定价对象:出厂价和报销价是两种最主要的定价对象。大多数国家是控制药品出厂价格和加成比例。部分国家控制药品批发价格,出厂价由药厂与批发商自由谈判定价,如芬兰、荷兰、波兰等。药品定

- [2] 胡晓,周典,吴丹,等.新医改背景下我国乡镇卫生院人力资源配置现状研究[J].卫生经济研究,2011,11:25-27.
- [3] 华陈,陈方帆,威毛,等.临床科室诊疗技术评价探讨[J].中国医院统计,2005,12(3):203-206.
- [4] 陈洁.卫生技术评估[M].北京:人民卫生出版社,2008:1-2.
- [5] 张鸣明,李幼平,艾昌林,等.WHO启动基本卫生技术决策与实践[J].中国循证医学杂志,2007,7(3):162-164.
- [6] 月肖,宋文舸,赵琨.农村诊治技术优化的现实意义及途径选择[J].中国卫生经济,2011,30(8):5-7.
- [7] 饶明俐.2009中国脑血管病防治指南[M].北京:人民卫生出版社,2007:29.
- [8] 中华医学会.临床诊疗指南肾脏病学分册[M].北京:人民卫生出版社,2007:156.
- [9] 彭迎春,王晓燕,彭炜,等.新医改背景下的农村基层医疗机构功能定位探讨[J].中国医学伦理学,2012,25(1):57-59.
- [10] 李东,王笑云.过度医疗产生的原因及对适宜技术应用的影响[J].医学与哲学,2012,33(12B):8,36.
- [11] 史兆荣.综合性医院过度医疗成因的新思考[J].医学研究生学报,2011,24(8):853-855.

(收稿日期:2013-09-11 修回日期:2013-10-24)

价机构:大多数国家由卫生部负责药品定价以及流通环节的价格加成比例,有些国家由经济部、发展部或财政部负责,少数国家的药品定价由医药管理局负责。很多国家在相应的机构内部设立咨询委员会、专家组,负责为药品定价、药品治疗效果评估、经济性和报销提供技术支持,如法国的健康高级管理局。

### 2 国外药品价格规制管理

2.1 国外药品价格规制方式 (1)定价管制,代表国家有法国、瑞典、意大利、西班牙和日本,适用于新约定价和药品调价管制。优点在于能够通过强制手段将药品价格控制在较低水平。(2)比较定价,代表国家有爱尔兰、葡萄牙、意大利(1994年后),适用于具有可比性的一些国家间的药品定价,优点在于政府对比较定价的成本投入较低,能够有效控制费用。(3)参考定价,代表国家有德国、荷兰、新西兰、瑞典(1993年后),适用于药品支付中同类药品报销标准。优点在于能够加强药厂间的竞争性,提高药品价格市场的透明度。(4)利润控制,代表国家有英国、西班牙,适用于控制药品生产和销售利润在合理范围内。优点在于能控制药厂生产药品的利润获取,从根本上降低药品价格。(5)强制削价,代表国家有法国、德国、日本、英