

同作为下一季度的考核重心,以促进重点工作任务的落实和薄弱指标的改善,使考核更具针对性。

3.3 加快信息化建设 信息化是提高基层医疗机构绩效评价效率的一项重要因素^[11]。卫生行政部门应出台相应的政策,指明基层医疗机构卫生信息化的发展方向,统一加强基本医疗、基本公共卫生服务和综合管理信息化建设进程,完成机构内部信息化管理,并实现机构内部与其他机构之间的信息共享,达到区域卫生信息共享的目标。同时,通过对基层医疗机构信息化的覆盖,逐步提高绩效评价的效率^[12]。

3.4 加强基层卫生人才队伍建设 在基层卫生技术人员队伍的建设上,首先要稳定人才队伍,加大培训力度。实行岗前规范化培训和在岗综合性培训,提高医务人员在人际沟通、临床技能、健康宣教、心理疏导等方面的综合能力^[3]。同时在岗位人员数量设置上,需要合理统筹各项工作之间的比例关系,保持各个岗位之间工作进度的协调,这才是实现由“偏重医疗”向“基本公共卫生服务”职能转变的可持续发展方式。

参考文献

- [1] 华云平,汪朝霞,谢德顺. 乡镇卫生院绩效考核实践与探索[J]. 中国卫生经济,2012,31(8):73-74.
- [2] 颜星,杨玲,林幻,等. 标准服务量在基层医疗机构内部绩效评价中的应用[J]. 中国卫生事业管理,2014,31(2):119-121.
- [3] 高燕红,李申生,居丽雯,等. 基层医疗卫生机构开展公共·卫生管理· doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.25.046

卫生服务项目的实践与体会[J]. 上海预防医学,2013,25(11):642-643.

- [4] 颜星,杨玲,林幻,等. 重庆市基层医疗机构绩效评价的难点与对策分析[J]. 重庆医学,2014,43(7):883-885.
- [5] 梁爽. 浅谈基层医疗机构信息化困境[J]. 合作经济与科技,2014,30(8):48-49.
- [6] 朱晓丽,代涛,王芳,等. 基本公共卫生服务均等化实施过程中的主要问题分析[J]. 中国社会医学杂志,2011,28(2):121-124.
- [7] 周巍. 基层卫生人才队伍的现状、问题与建议[J]. 中国全科医学,2010,13(7):685-688.
- [8] 周萍. 基层医疗机构绩效工资及分配制度思考[J]. 现代商业,2014,16(6):132-133.
- [9] 陈君. 基层医疗卫生单位绩效工资改革中的问题与对策[J]. 卫生经济研究,2014,31(8):47-48.
- [10] 陈晓娟. 公益性事业单位实施绩效工资的难点和对策研究[J]. 人力资源管理,2013,9(11):84-85.
- [11] 李华才. 医院信息化构成要素的理论与方法探讨[J]. 医学信息,2002,15(6):362-364.
- [12] 颜星,李墨豪,蒲川. 上海市基层医疗机构绩效评价对重庆的启示[J]. 重庆医学,2014,43(11):1396-1398.

(收稿日期:2015-03-08 修回日期:2015-05-10)

基于患者感知的西部县级医院药品零差率政策效果研究*

孙群¹,谭玲²,杨练^{1△},黄云霞¹,赵薇¹,王滢¹

(1. 成都中医药大学管理学院 611137;2. 四川省卫生和计划生育委员会规财处,成都 610041)

[中图分类号] R95

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)25-3585-04

自2012年以来,各地陆续实施了以药品零差率为抓手的县级公立医院综合改革,其中,四川省在西部地区率先启动试点工作。药品零差率政策客体剑指医院,政策目标重在缓解患者“看病贵”问题^[1]。考虑到已有研究^[2-4]多站在医院角度,运用客观指标评价试点成效,本研究从患者主观感受的视角出发,通过问卷调查,了解西部地区就诊患者对政策的知晓、态度及其效果的感知情况,挖掘影响因素,以期提高评价的完整性,为下一步全面铺开政策提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 根据经济发展水平及地域分布,在四川省内27家药品零差率试点县级公立医院中分层随机抽取了6家医院,为避免混杂因素的影响,选择2013年8月在上述医院就诊的门诊慢性病患者和内科住院患者作为调查对象。

1.2 调查内容与方法 自制调查问卷,现场收集就诊患者基

本情况、患者对药品零差率政策的认知、态度,对医药费用及服务态度变化的感受等信息。

1.3 统计学处理 收集的数据采用Excel2007软件完成整理录入工作后,应用SPSS19.0软件进行描述性分析、差异性 χ^2 检验和Logistic回归分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者基本情况 按照每家医院就诊患者抽样不低于80例的标准,本次调查共发放问卷483份,回收有效问卷483份。受访患者中女性人数偏多,占53.60%;平均年龄56岁,60岁及以上的患者最多,占52.59%;82.40%的患者已婚;文化程度集中在初中及以下,占83.85%;就业状况为无业或失业的人数较多,占44.38%,其次是在业的人数,占41.46%;居住县城、乡镇和村的患者分别占36.10%、27.59%和36.31%;54.06%的患者从居住地步行至医院花费的时间在60min以

* 基金项目:四川省软科学研究计划项目(2013ZR0085)。 作者简介:孙群(1988-),硕士,助教,主要从事卫生经济与政策研究工作。

△ 通讯作者,E-mail:yyanglian@gmail.com。

上;参加新农合、城镇居民和城镇职工基本医疗保险的患者分别占 67.08%、21.53%、9.52%;另有 1.04% 的患者未参加任何形式的医疗保险。家庭人均年收入 8 810.42 元,在 1 001~5 000 元的人数较多,其次是 10 001 元及以上的人数,两者占比分别为 36.44% 和 30.05%。见表 1。

表 1 受访患者基本情况[n(%)]

项目	构成	项目	构成
性别		文化程度	
男	224(46.40)	不识字	125(25.88)
女	259(53.60)	小学	160(33.13)
年龄		初中	120(24.84)
<18 岁	11(2.28)	高中/中专	44(9.11)
18~39 岁	73(15.11)	大专	17(3.52)
40~59 岁	145(30.02)	本科	16(3.31)
≥60 岁	254(52.59)	硕士及其以上	1(0.21)
婚姻状况		居住地	
已婚	398(82.40)	县城	174(36.10)
未婚	29(6.00)	乡镇	133(27.59)
离婚	8(1.66)	村	175(36.31)
丧偶	48(9.94)	居住地步行至医院花费时间	
就业情况		≤15 min	55(11.43)
在业	199(41.46)	16~30 min	71(14.76)
离退休	58(12.08)	31~60 min	95(19.75)
在校学生	10(2.08)	>60 min	260(54.06)
无业或失业	213(44.38)	家庭人均年收入	
医保类型		≤1 000 元	48(9.94)
新农合	324(67.08)	1 001~5 000 元	176(36.44)
城镇居民	104(21.53)	5 001~10 000 元	138(23.57)
城镇职工	46(9.52)	≥10 001 元	121(30.05)
其他医保	4(0.83)		
未参加	5(1.04)		

2.2 患者对政策的认知及态度 受访患者中知道药品零差率政策的占总人数的 22.13%,这当中 70.48% 的患者是通过电视广播获知相关信息的,而通过医院宣传栏和医务人员介绍获知的人数则分别占 19.05% 和 16.19%。30.43% 的受访患者表示对这一政策非常信任,45.34% 的患者表示比较信任,另有 7.46% 的患者表示不信任。受访患者中非常支持和比较支持该政策的人数分别达到总人数的 66.67% 和 27.33%,而不支持和非常不支持的人数均为 0。见表 2、图 1。

2.3 患者对政策效果的感知情况 医院药品零差率政策实施近 1 年后,50.83% 的受访患者认为总医疗费用无明显变化,27.39% 的患者认为有降低,21.78% 的患者认为有提高。分别有 50.55%、55.98% 和 37.01% 的受访患者认为药费、检查化验费和医务人员的服务态度(以下简称“服务态度”)无明显变化,而认为上述两项费用有降低及服务态度有改善的患者分别占 34.44%、9.24% 和 59.66%,另有 15.01% 和 34.79% 的患

者认为药费和检查化验费有提高,3.33% 的患者认为服务态度有恶化。83.22% 的门诊受访患者认为处方中的药品数量无明显变化,11.65% 的患者认为有减少,5.13% 的患者认为有增加。见表 2。

表 2 患者对政策的认知、态度及其效果的感知情况(%)

项目	构成比	项目	构成比
对政策的知晓情况		看病药费变化	
知道	22.13	大幅度提高	0.88
不知道	77.87	有所提高	14.13
对政策的信任程度		无明显变化	50.55
非常信任	30.43	有所降低	32.45
比较信任	45.34	大幅度降低	1.99
一般	16.77	看病检查化验费变化	
不信任	7.46	大幅度提高	1.09
非常不信任	0.00	有所提高	33.70
对政策的支持程度		无明显变化	55.98
非常支持	66.67	有所降低	8.97
比较支持	27.33	大幅度降低	0.27
一般	6.00	服务态度变化	
不支持	0	大幅度改善	1.66
非常不支持	0	有所改善	58.00
看病医药总费用变化		无明显变化	37.01
大幅度提高	1.45	有所恶化	3.33
有所提高	20.33	大幅度恶化	0
无明显变化	50.83	处方中药品数量变化	
有所降低	25.73	大幅度增加	0
大幅度降低	1.66	有所增加	5.13
		无明显变化	83.22
		有所减少	10.96
		大幅度减少	0.70

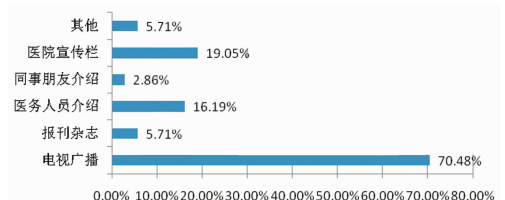


图 1 获得政策信息的途径

2.4 患者对政策及其效果感知的影响因素分析 为探究患者对政策及其效果感知的影响因素,首先采用 χ^2 检验进行不同性别、年龄、文化程度、就业状况、医保类型、收入水平、居住地、从居住地步行至医院时间(以下简称“步行时间”)等人口学特征患者对政策及其效果感知的差异性检验,见表 3^[5]。结果表明,不同性别等上述 8 个变量的患者对政策知晓的差异均有统计学意义($P < 0.05$)。不同年龄、文化程度、医保类型和居住地的患者对政策信任程度的差异有统计学意义($P < 0.05$)。不同收入水平和居住地的患者对政策支持程度的差异有统计学意义($P < 0.05$)。不同年龄和居住地的患者对服务态度变

表 3 患者人口学特征对政策及其效果感知差异分析结果

项目	性别	年龄	文化程度	就业状况	医保类型	收入水平	居住地	步行时间
政策知晓情况								
χ^2	7.399	5.726	9.215	24.728	39.355	11.456	14.988	7.536
<i>P</i>	0.007	0.017	0.002	0.000	0.000	0.001	0.001	0.006
政策信任程度								
χ^2	0.658	7.865	20.1705	15.487	27.228	0.002	46.946	0.594
<i>P</i>	0.883	0.005	0.000	0.078	0.007	0.962	0.000	0.441
政策支持程度								
χ^2	0.267	0.053	0.262	2.342	8.979	7.539	23.396	0.667
<i>P</i>	0.875	0.819	0.609	0.886	0.344	0.006	0.000	0.414
医疗总费用变化								
χ^2	1.967	1.350	2.168	16.424	13.969	2.006	4.323	0.232
<i>P</i>	0.742	0.245	0.141	0.173	0.601	0.157	0.827	0.630
药费变化								
χ^2	1.982	0.954	0.524	15.729	13.527	0.237	1.544	0.000
<i>P</i>	0.739	0.329	0.469	0.204	0.634	0.626	0.992	0.990
检查化验费用变化								
χ^2	3.897	1.245	0.022	8.524	15.687	0.556	7.639	4.086
<i>P</i>	0.420	0.264	0.882	0.743	0.745	0.456	0.470	0.043
服务态度变化								
χ^2	2.082	8.751	0.844	14.497	12.776	0.364	14.247	0.150
<i>P</i>	0.556	0.003	0.358	0.106	0.386	0.547	0.027	0.669
处方药品数量变化								
χ^2	3.625	0.928	0.188	12.911	7.882	0.020	3.636	2.522
<i>P</i>	0.305	0.335	0.165	0.167	0.794	0.889	0.726	0.112

表 4 影响患者对政策及其效果感知因素的回归分析结果

应变量	模型拟合检验		影响因素	回归系数	回归系数检验	
	χ^2	<i>P</i>			Wald	<i>P</i>
政策知晓情况	6.062	0.014	年龄	0.354	5.638	0.018
政策信任程度	18.819	0.000	文化程度	0.353	19.456	0.000
政策支持程度	22.277	0.000	居住县城	-0.893	15.556	0.000
			居住乡镇	-0.965	15.059	0.000
服务态度变化	8.172	0.004	就业状况	-0.321	8.162	0.004
医药总费用变化	15.527	0.343				
药费变化	14.525	0.411				
检查化验费变化	13.465	0.476				
处方药品数量变化	16.354	0.292				

注:应变量“政策知晓情况”以“知道”为参照,“政策支持程度”以“一般支持”为参照,其余应变量将原有分类的前 2 项和后 2 项分别合并为一项,即由 5 项调整为 3 项,并以最后一项为参照;自变量均以分类的最后一项为参照。

化感受的差异有统计学意义($P < 0.05$)。不同步行时间患者对检查化验费变化感受的差异有统计学意义($P < 0.05$)。为进一步了解各因素对患者对政策及其效果感知的影响情况,以性别、年龄、文化程度、就业状况、医保类型、收入水平、居住地、

步行时间和医院别作为自变量,分别以是否知道政策、对政策的信任度、对政策的支持度、对医药总费用等 5 个项目变化的感受作为因变量,逐一进行 Logistic 回归分析。回归分析结果显示,影响患者对政策及其效果感知的因素包括年龄、居住地、

文化程度和就业状况,具体而言,年龄影响患者对政策的知晓度,文化程度影响患者对政策的信任度,居住地影响患者对政策的支持度,就业状况影响患者对医药总费用、药费变化的感受,年龄影响患者对服务态度变化的感受,见表 4。

3 讨 论

3.1 患者对政策的知晓率偏低,不同年龄间存在差异 由研究结果可知,不足 1/4 的受访患者知道药品零差率政策,远低于 2012 年王波等^[6]、2013 年田怀谷等^[7] 分别对深圳市、北京市公立医院试点前 1 个月和试点后 6 个月抽样调查的研究结果(前者 93.3%,后者 93.0%)。进一步分析发现,高年龄组患者对政策的知晓率显著高于中低年龄组,20 岁及以下年龄组患者知晓率最低,可能的原因,(1)中低年龄组人群患病率较低,对相关政策敏感度不高;(2)当前医改政策宣传以电视广播为主,而电视广播的受众多为老年人群,其了解政策的机会较多。政策家喻户晓,居民才会主动享受福利,政策目标才可能实现。建议进一步扩大政策宣传的覆盖面,一方面突出政策惠民、利名的宣传点,吸引社会大众的普遍关注;另一方面拓展针对中青年人群的传播渠道,可以依托社区、基层医疗卫生机构等平台,借助微信、微博等新媒体,将政策信息传播到居民家门口和手机终端,方便居民随时随地了解政策动态。

3.2 患者对政策普遍持肯定态度,不同文化程度和居住地间存在差异 调查发现,受访患者非常支持和比较支持药品零差率政策的人数合计高达总人数的 94.00%,无一人表示不支持,超出 70.00% 的患者信任这一政策,说明政策的推行具有良好的群众基础。然而需要指出的是,合计仍有 7.46% 的患者表示不信任该政策,这一比例随着文化程度的增高呈上升趋势,可能的解释是,文化程度高的患者对政策实施存在的阻力思考较多,对政策的期望也较高^[8]。再者,相对于县城和乡镇,居住村的患者对政策持观望态度(既不支持也不反对,表示“一般支持”)的比例较高,这一结果可能与患者就诊流向分布有关,居住村的患者主要在乡村两级医疗机构就诊,故其对县级医院相关政策支持度相对较低。诚然,小部分人群对国家政策无立场甚至不信任实属正常,但政策深得民心,方能推行无阻。在全面铺开药品零差率政策的进程中,有必要定期监测评估居民的信任度和支持度,并采取有效手段避免不信任度加深或支持度下滑。

3.3 患者对政策效果感受总体不明显,年龄影响对服务态度变化的感受 试点药品零差率政策后,患者仅对医务人员服务态度改善感受明显,而其认为服务态度恶化的比例随年龄的增高波动下降,可能是由于年长的患者阅历丰富,能用相对包容的心态评价事物^[8]。政策实施后,患者受益范围相当有限,部分患者的负担甚至加重了。出现这一结果的原因可能有,(1)受物价上涨、成本增加、医疗技术水平提高、新特药的更新换代等因素影响,医疗服务和药品价格本身也在增长。(2)政策尚在试行阶段,政策目标的实现还需一段观察期。(3)医院主要通过提高服务收费补偿药品零差率造成的损失,调整后的服务收费,医保基金承担一部分,患者需自付余下部分,可能导致部分患者实际支付的医疗服务费用增幅大于药品费用降幅。(4)抽样的 6 家医院中只有 1 家取消了所有药物的加成,加上多数医院要自行消化一部分损失,可能出现了诱导非零加成药物消费等过度医疗的行为。鉴于上述情况,为确保政策效果如期大

范围显现,建议继续完善 4 个方面的配套机制:(1)完善医疗保障机制。下调患者自付比例,提高医疗保障水平,积极推进门诊打包收费、住院按病种收费等支付方式改革,督促医院主动控制医疗费用。(2)完善医疗行为监管机制。可以尝试“黑名单”制度,严格控制不合理用药、重复检查、过度治疗等医疗服务中的不良之风。(3)完善适宜技术推广机制。出台疾病诊疗指南,开展临床路径管理,将其与按病种收费的价格体系挂钩,规定医院基本药物配备使用比例,保证患者得到质优价廉的医疗服务。(4)完善补偿机制。及时足额补偿医院因药品零差率造成的损失,源头上防止医院将需自行消化的部分转嫁给患者^[9-10]。

本文采用自身前后对照的方法,研究西部地区“药品零差率”试点县级医院患者对政策效果的主观感知情况。评价结果可能受政策实施前后患者病情发生变化、诊疗手段不一、回忆偏移、个人偏好喜恶及其他政策交互作用等因素的影响,导致结论不够客观、科学。下一步考虑使用匹配倍差法^[11],严格筛选非试点医院作为对照组,比较分析同时期、同类患者在试点和非试点医院的医药费用主客观指标,提高研究的准确性。

参考文献

- [1] 中共中央国务院. 发改委等发通知取消试点县级公立医院药品加成政策[EB/OL][2015-04-17]. http://www.gov.cn/zw/gk/2012-06/14/content_2161153.htm.
- [2] 胡慧美,董恒进,杨芊,等. 浙江省县级公立医院改革政策实施效果评价[J]. 中华医院管理杂志,2014,30(5):328-331.
- [3] 唐月红,王小燕,黄鑫森,等. 药品零差率对新疆县级综合医院经济运行的影响及补偿方案的测算研究[J]. 中国卫生经济,2014,33(4):75-77.
- [4] 刘炎,方子,罗楨妮,等. 湖北省县级公立医院推进药品零差率改革的效果分析[J]. 中华医院管理杂志,2013,29(6):412.
- [5] 姚汝敏,郑军,姚友平. SPSS 对有序分类资料的统计分析方法[J]. 现代预防医学,2013,40(16):2972-2975,2978.
- [6] 王波,李凤如,史培娜,等. 我院实施医药分开前后就医人群调查[J]. 中华医院管理杂志,2012,28(8):573-575.
- [7] 田怀谷,曾晖,何光明,等. 取消药品加成对公立医院影响的调查分析[J]. 现代医院,2013,13(8):113-115.
- [8] 卢菲菲,何坪华,闵锐. 消费者对食品质量安全信任影响因素分析[J]. 西北农林科技大学学报:社会科学版,2010,10(1):72-77.
- [9] 李乐波,俞斯海. 地市级公立医院实行药品零差价的思考[J]. 重庆医学,2013,42(17):2035-2037.
- [10] 高社. 对取消药品加成的再思考[J]. 中国卫生经济,2013,32(10):27-29.
- [11] 王海鹏,孟庆跃. 应用匹配倍差法评估城镇居民医疗保险对医疗服务利用的影响[J]. 中国卫生经济,2013,32(6):8-10.