

从咨询专家角度分析公立医疗机构公益性评价的共识与分歧

胡献之^{1*} 陈英耀¹ 梁斐¹ 谷茜¹ 刘文彬^{1,2} 柯雄^{1,3} 邓伟¹ 赵列宾⁴ 庞伟明⁵

1. 复旦大学公共卫生学院 卫生部卫生技术评估重点实验室 上海 200032
2. 福建医科大学公共卫生学院 福建福州 350004
3. 川北医学院人文社科学院 四川南充 637000
4. 上海交通大学医学院 上海 200025
5. 加拿大劳伦森大学乡镇和北部卫生服务研究所 北安大略省医学院 西比利市 P3E2C6

【摘要】目的:分析不同背景的专家对于公立医疗机构公益性评价的共识和存在的分歧。方法:对大学科研机构研究者、卫生行政部门管理者、医院管理者和社会团体与患者代表共 29 名专家进行咨询。结果:不同类型专家对于公益性是公平可及优先还是质量优先存在争议,对于少数二级指标的权重选择也存在不同意见。结论:减少和消除政府、公立医疗机构以及患者对于公益性的认识差异,并明确各方责任有助于公立医疗机构公益性的提高和改善。

【关键词】德尔菲法;公立医疗机构;公益性;评价

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.11.006

Consensus and disagreement of evaluating public interest of public medical institutions from the point of view of the consultant

HU Xian-zhi¹, CHEN Ying-yao¹, LIANG Fei¹, GU Qian¹, LIU Wen-bin^{1,2}, KE Xiong^{1,3}, DENG Wei¹, ZHAO Lie-bin⁴, Raymond W Pong⁵

1. School of Public Health, Fudan University, Key Laboratory of Health Technology Assessment, Ministry of Health, Shanghai 200032, China
2. School of Public Health, Fujian Medical University, Fujian Fuzhou 350004, China
3. School of Humanities and Social Sciences, North Sichuan Medical College, Sichuan Nanchong 637000, China
4. School of Medicine, Shanghai JiaoTong University, Shanghai 200025, China
5. Centre for Rural and Northern Health and Northern Ontario School of Medicine, Laurentian University, Sudbury, Ontario, P3E 2C6, Canada

【Abstract】 Objective: To analyze consensus and differences of evaluating public interest of public medical institutions from the point of view of the consultants who are in various backgrounds. Methods: Consulting to 29 experts including researchers from universities and research institutions, health officials, public hospital administrators and social groups representative and patients. Result: Different experts hold different opinions on giving priority to fairness and accessibility or quality priority when evaluating public interest of public medical institutions, there are also different views by few conclutants on secondary indicators weight. Conclusion: Improving and enhancing public interest of public medical institutions lies on reducing and eliminating the cognitive differences of public interest within government, public medical institutions and patients, as well as ensuring responsibilities of the parties.

【Key words】 Delphi; Public medical institution; Public interest; Evaluation

* 基金项目:国家自然科学基金(70973025)

作者简介:胡献之,男(1987 年—),硕士研究生,主要研究方向为卫生技术评估。

E-mail: 10211020063@fudan.edu.cn

通讯作者:陈英耀。E-mail: yychen@shmu.edu.cn

我国卫生事业是政府实行的具有一定福利政策的社会公益事业,其根本目的是为了保证人民群众达到较高的健康水平^[1],公立医疗机构尤其是公立医院作为卫生事业的中坚力量,必须体现公益性这一理念已取得广泛共识^[2-6]。但公立医院的公益性如何体现,增强和改善公益性可以从哪些方面着手,重点应该是什么,是值得深入思考的问题。本研究借助 Delphi 专家咨询法,了解不同背景的专家对于公立医疗机构公益性的观点,确定不同背景专家对公益性内涵四个维度的权重分配,以及各个维度下评价的重点,从理论分析的角度探讨改善公立医疗机构公益性的可行策略。

1 资料与方法

1.1 资料来源

经过前期的文献综述,课题组确定了公立医疗机构公益性的四个维度,分别是公平性和可及性、适宜性、质量、效率,通过前两轮专家咨询,专家们对于四个维度下设指标的纳入已经取得基本一致的意见。^[7]在第三轮和第四轮 Delphi 中,专家通过直接打分法确定各个维度和各维度下指标的权重。本文以第四轮专家咨询的结果进行分析,在数据分析时,将专家对每个指标的直接打分换算为百分比。

1.2 研究方法

课题组现场调查后,对四个维度下 28 个指标的可得率进行计算,并向专家提供咨询说明函、咨询一览表、指标的可得率以及相关背景资料,进行第三轮和第四轮 Delphi 专家咨询,通过直接打分法确定各个维度和各维度下指标的权重,并收集不同专家对于公益性维度和二级指标的意见。一共咨询了 31 位专家,最终收集到 29 名专家的意见,应答率为 93.55%。

2 结果

2.1 专家基本情况

本研究一共选择了 31 位专家进行咨询,其中有 29 名专家反馈了意见,包括大学科研机构研究者 10 名,卫生行政部门管理者 8 人,医院管理者 6 人,社会团体(国际组织中国雇员)及患者代表 5 人。

2.2 不同专家对于一级指标权重的选择

在公益性四个维度权重评价结果中,从平均权重来看,大学科研机构专家、卫生行政部门专家和社会团体及患者代表三组的意见比较接近。他们认为,公平性和可及性应该是公益性四个维度中最重要的部分,平均权重也最大,其次是质量,然后是适宜性,权重最低的是效率。而医院管理者专家组则认为,站在公立医院的立场上,质量维度才是公益性的核心指标,其平均权重应当是最大的,其次是适宜性,然后是公平性和可及性,权重最低的是效率(表 1)。

表 1 不同专家对一级指标权重评分均值(%)

指标	大学科研机构研究者	卫生行政部门管理者	医院管理者	社会团体与患者代表
公平性和可及性	29.06(5.76)	36.88(10.33)	25.83(6.65)	36.00(10.25)
适宜性	24.83(4.69)	23.75(6.94)	28.33(9.31)	25.00(7.07)
质量	27.83(3.09)	24.00(10.11)	29.17(5.85)	27.10(6.48)
效率	18.28(3.68)	15.38(5.32)	16.67(5.16)	11.90(2.07)

注:括号内为标准差。

专家对于公益性四个维度权重的判断提出了不同的意见。社会团体与患者代表认为公平性和可及性是公益性的两大核心指标和主要内涵,保证基本医疗卫生服务的公平性和可及性是设立公立医院的目标之一,所以必须优先保证,应占较大权重。而某大学专家提出对单个机构而言,公平性和可及性评价意义不大,也无法评估,公平性和可及性维度应该是对公立医院整体的判断指标。有卫生行政管理专家提出公平性和可及性保证人人享受基本医疗服务,但具体评价时需要分开进行,质量维度也是基础指标,保证患者利益,应占较大权重。

2.3 不同专家对于二级指标权重的选择

2.3.1 公平性和可及性

公平性和可及性的二级指标有 10 个,各组专家在支农人月数、支援社区人月数、人均义诊人次数和人均组织社区健康讲座次数指标上赋予了较高权重,这些指标反映了公立医院通过人员和技术支持,改善基层医疗机构的卫生服务能力,增加优质医疗服务的可及性。除此之外,卫生行政部门专家、社会团体与患者代表认为减免病人费用比重也应该有较大权重,但这一指标在医院管理者专家组中平均权重较低。参与突发公共卫生事件急救治人月数比

重这一指标,大学科研机构专家和社会团体与患者代表赋予权重较大,而卫生行政部门专家则对突发公共卫生事件应急救治未获补助费用比重赋予较大权重(表 2)。

专家对公平性和可及性的二级指标权重也提出了一些不同意见。大学科研机构的专家指出减免病人费用比重和突发公共卫生事件应急救治未获补助费用比重两项指标超出了机构责任,权重应尽量低;有卫生行政部门专家也持相似的观点,认为这两项应该是政府职责,不宜作为公立医疗机构的长期行为;但也有卫生行政部门专家认为减免病人费用比重是经典指标,意义重大,必须占有较大权重。

2.3.2 适宜性

适宜性包括 9 个二级指标,结果显示,在住院次均费用、门急诊次均费用增长速度和住院次均费用增长速度三个指标上各组专家给出的平均权重均较大。这三个指标反映的都是医疗费用的控制程度,专家们普遍认为适宜性最重要的方面体现在合理控制医疗服务费用。除此以外,来自卫生行政部门的专家还认为交叉补贴指数和年特需收入占医院年总

收入比重两项指标也是适宜性的重要指标,应该赋予的权重较大(表 3)。

专家对于适宜性指标的分歧主要集中在交叉补贴指数上。部分卫生行政部门的专家认为交叉补贴指数主要与国家医疗保险覆盖水平和支付水平有关,与患者参与某一种类型的保险也有一定关系,公立医院对其影响较小。

2.3.3 质量

质量包括 4 个二级指标,既有质量管理年评分(现更名为“质量万里行”)指标和监管部门提供的违规次数指标,也有患者的满意度评分和公益性评分。在质量评价中,各组专家意见比较一致。大学科研机构专家对质量管理年、患者公益性和患者满意度三个指标赋予的平均权重超过 7%;卫生行政部门专家对质量管理年评分指标赋予的权重最大,接近 9%,其次是违规例数和患者满意度评价;医院管理者专家组给出的平均权重较大的指标是质量管理年评分,其次是患者满意度评分;社会团体与患者代表对患者满意度评分权重最大,其余三个指标平均权重较为接近(表 4)。

表 2 不同专家对公平性和可及性二级指标权重评分均值(%)

指标	大学科研机构研究者	卫生行政部门管理者	医院管理者	社会团体与患者代表
参与突发公共卫生事件应急救治人月数	3.19(1.20)	2.91(0.72)	2.50(1.35)	4.09(1.23)
支农人月数	3.48(1.69)	3.79(0.81)	2.38(0.86)	3.74(1.05)
支援社区人月数	3.51(1.66)	3.98(0.78)	2.50(0.76)	4.30(1.83)
支边人月数	2.55(0.56)	2.98(0.94)	2.54(0.95)	3.22(1.07)
援外人月数	1.66(0.36)	2.29(0.80)	2.21(1.24)	2.16(0.35)
进修人月数	2.65(1.24)	3.38(1.27)	3.13(1.71)	3.64(1.35)
人均组织社区健康讲座次数	3.23(1.14)	3.26(1.10)	2.71(0.91)	4.37(1.81)
人均义诊人次	3.19(1.27)	4.41(3.18)	3.21(1.64)	4.19(1.73)
减免病人费用	2.98(0.74)	5.81(4.11)	2.33(1.21)	3.81(1.35)
突发公共卫生事件应急救治未获补助费用	2.61(1.21)	4.06(3.52)	2.33(1.21)	2.48(0.74)

注:括号内为标准差。

表 3 不同专家对适宜性二级指标权重评分均值(%)

指标	大学科研机构研究者	卫生行政部门管理者	医院管理者	社会团体与患者代表
交叉补贴指数	2.36(0.67)	3.27(3.47)	2.25(1.33)	2.80(2.50)
基本药物出库金额占全部药物出库金额比例	2.61(0.53)	2.52(3.05)	2.42(1.02)	2.00(1.27)
门(急)诊次均费用	2.68(0.78)	2.24(1.24)	3.92(1.74)	3.80(1.87)
门(急)诊次均费用中药占比	2.43(0.85)	1.77(1.04)	2.83(0.93)	2.00(1.57)
住院次均费用	3.17(0.59)	2.34(1.13)	3.92(1.74)	4.05(1.71)
住院次均费用药占比	2.42(0.53)	1.86(1.15)	2.83(0.93)	2.00(1.57)
年特需收入占医院年总收入比重	2.74(1.14)	4.24(2.89)	2.75(1.17)	0.85(0.86)
门急诊次均费用增长速度	3.11(1.06)	2.72(1.73)	3.71(1.89)	3.75(1.85)
住院次均费用增长速度	3.34(1.10)	2.78(1.83)	3.71(1.89)	3.75(1.85)

注:括号内为标准差。

表4 不同专家对质量二级指标权重评分均值(%)

指标	大学科研机构	卫生行政部门	医院管理者	社会团体与患者
质量管理年评分	7.29(2.53)	8.95(7.21)	8.18(2.96)	6.53(1.87)
违规例数 (包含违规费用等)	6.13(1.24)	5.38(2.37)	6.33(0.91)	6.43(1.23)
患者公益性评分	7.24(1.47)	4.41(2.7)	6.79(2.28)	6.78(2.54)
患者满意度评分	7.17(1.71)	5.26(2.46)	7.88(2.43)	7.36(1.84)

注:括号内为标准差。

专家对于质量二级指标的意见主要有两方面。一方面是对质量管理年评分的认可和强调,大部分专家认为质量管理年评分客观反映医疗质量的指标,评分体系相对科学、可靠,是官方权威数据,权重应当较大;另一方面是在患者公益性评分上,部分来自卫生行政部门的专家和社会团体及患者代表认为该指标反映患者对于公立医院公益性的真实感受,是需方权益的直接表达,是利益相关者直观评价,应予以重视,同时也有卫生行政部门和医院管理的专家担心患者不能正确理解公益性内涵,或是将公益性等同于免费医疗等,从而导致公益性评分偏低的情况,所以权重不宜过大,该指标权重低于患者满意度评分。

2.3.4 效率

表5 不同专家对于效率二级指标权重评分均值(%)

指标	大学科研机构研究者	卫生行政部门管理者	医院管理者	社会团体与患者代表
人均年门诊 (急)诊服务量	4.04(1.3)	3.18(1.57)	3.17(1.21)	2.68(0.65)
人均年住院 服务量	3.92(1.27)	3.14(1.63)	3.42(0.92)	2.6(0.89)
平均住院 天数	4.48(0.85)	4.68(2.6)	4(1.22)	3.18(0.97)
收支结余率	2.8(0.97)	2.08(1.5)	3.21(1.33)	1.63(0.69)
万元业务收 入能耗支出 费用	3.04(0.77)	2.29(1.81)	2.88(1.41)	1.81(0.48)

注:括号内为标准差。

效率包括5个二级指标,从整体上看,咨询专家对于效率维度下各指标的权重评价意见非常接近。

效率维度的共同特点是平均住院天数这一指标权重显著高于其它指标,说明该指标在反映公立医院的效率方面有不可替代的作用(表5)。专家对于该维度下指标的意见集中于在公益性实际评价中如何合理地应用平均住院天数指标。专家们普遍认为平均住院天数指标是反映工作效率和服务质量的综合指标,但应该根据病种组合做出调整,实际应用时不能越低越好,需要有参照标准。

3 结论与建议

通过两轮的 Delphi 专家咨询,课题组确定了公益性四个维度以及四个维度下各个指标的权重,尽管专家对于个别指标的权重意见有所不同,但从整体上看,咨询的结果对于公益性研究有极大的启发和帮助,具体表现在以下几个方面。

3.1 公平可及优先还是服务质量优先是公益性维度权重评价争论的焦点

在评价过程当中,专家基于各自立场,对公益性的优先方面做出了判断,反映了办医主体、供方和需方对公益性重点的不同理解。在公益性权重评价的结果中,医院管理专家组对于公平性和可及性维度赋予的权重是四组当中最低的,而卫生行政部门专家组和社会团体及患者代表赋予的权重最高。卫生行政部门代表政府作为办医主体,举办公立医疗机构的目的是让每个公民都享受平等的医疗服务,同时这种医疗服务可及性较高,减少经济上和地域上的限制。而公立医院作为医疗服务的主要提供者,从解决疾病角度出发,则认为公益性首先表现为医疗服务的高质量,即患者到医院就诊,可以有效地解决患者的病痛,最大程度地保证患者的安全。卫生行政部门和公立医院,因为各自的出发点不同,导致了对于公益性重点的意见分歧,但均是为了保证医疗服务需方利益,这一点值得肯定。

3.2 专家对公益性评价的部分二级指标存在分歧,主要原因是公益性各方责任界定不明晰

在公益性评价二级指标当中,有两个指标专家意见存在较多分歧。第一个是减免病人费用比重指标,卫生行政部门专家认为减免患者费用可以增加医疗服务的公平性,而医院管理者站在医院运营和医疗服务补偿的角度,认为此项指标有一定的导向

性,过多提倡会损害医院的正常运行,因此不宜赋予较大权重。对于贫困患者的医疗救助,责任在是政府还是公立医院,是导致分歧的原因。即使是卫生行政部门专家内部也存在不同意见,认为医疗救助应该是政府的责任,其费用不应当由公立医院完全承担。第二个有争议的指标是突发公共卫生事件急救治未获补助费用比重,同样反映的是在突发公共卫生事件中,公立医院提供的医疗服务是否应该得到相应的补偿,权重的不同意见也是来源于政府和公立医院谁应当承担责任的问题。

3.3 提高和改善公立医疗机构的公益性需要弥合政府、公立医疗机构和患者对公益性认识的差异,确定行动重点并明确责任

提高公立医疗机构的公益性,需要明确各方责任,并形成合力。在宏观整体上应当注重公平性和可及性,在微观个体上,应当注重适宜性和质量的统一,同时兼顾效率。但我们也必须看到,从根本上改善和提高公立医疗机构的公益性,单单依靠公立医疗机构本身是不够的,需要明确政府与公立医院之间的责任,两者之间的协同一致对于提高整个公立医疗机构系统的公益性起着至关重要的作用。此外,通过专家咨询,也确定了公益性各个维度下的行动重点,公平性和可及性侧重于基层卫生服务能力的提升以及增加优质医疗服务的可及性,适宜性重点在于医疗服务费用的控制,质量维度下强调医疗服务监管者和使用者的共同评价,效率维度下平均住院天数控制是重点。因此,公立医疗机构提升和改善自身的公益性可以从上述几方面着手。

3.4 本研究的不足

本研究通过专家咨询法确定公立医疗机构公益

性评价维度和指标的权重,受客观条件的限制,咨询专家人数有限,尤其是社会团体和患者代表人数较少,可能对评价结果有一定影响。患者是公立医疗机构公益性水平高低的最重要评价者,本研究另设有问卷调查,从患者的角度客观地对公立医疗机构进行评价,可以在一定程度上弥补这个不足。

参 考 文 献

- [1] 梁万年. 卫生事业管理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003.
- [2] 李玲, 陈秋霖, 张维, 等. 公立医院的公益性及其保障措施[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(5): 7-11.
- [3] 厉传琳, 鄂琼, 田丹, 等. 公立医疗机构公益性的内涵界定[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23(10): 652-653.
- [4] 苗卫军, 陶红兵. 对公立医院公益性的内涵及外延的分析[J]. 医学与社会, 2009, 22(4): 28-30.
- [5] 韩绥生. 关于公立医院公益性问题的认识与思考[J]. 中国医院管理, 2008, 28(5): 2-3.
- [6] 王小合. 对构建公立医院社会评价体系的思考[J]. 中国医院管理, 2006, 26(4): 5-7.
- [7] 陈英耀, 倪明, 胡献之, 等. 公立医疗机构公益性评价指标筛选——基于德尔菲专家咨询法[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(1): 6-9.
- [8] 石光, 刘秀颖, 李静. 中国经济转型时期公立医院社会功能评估的研究框架(1) [J]. 中国卫生资源, 2002, 5(5): 210-213.
- [9] 石光, 张勇, 栗克清, 等. 公立医院社会功能的定量评价[J]. 中国卫生资源, 2003, 6(2): 57-63.

[收稿日期:2012-08-17 修回日期:2012-09-03]

(编辑 刘 博)