

深圳市高血压糖尿病门诊用药保障政策实施的影响因素及对策研究

——基于扎根理论的质性研究

徐志浩^{1*} 石秀园² 蒋理添¹ 林艾灵¹ 侯颖¹ 吴洁琪¹ 伍丽群¹

1. 深圳市卫生健康发展研究和数据管理中心 广东深圳 518028

2. 南方科技大学公共卫生及应急管理学院 广东深圳 518055

【摘要】目的:探讨深圳市高血压糖尿病门诊用药保障政策的实施现状及影响因素。方法:对 65 名利益相关者进行半结构化访谈,采用扎根理论研究方法提取、归纳政策实施的现状及影响因素。结果:构建影响政策实施的相关因素及其相互关系,形成了以“患者就诊偏好”、“两病政策的全面性”和“制度的横向和纵向协同”为核心的偏好—全面性—协同影响因素模型。结论:深圳市高血压糖尿病门诊用药保障政策有效促进了患者到基层就医,降低了患者疾病负担,但在满足不同患者的需求、政策覆盖面和医疗卫生系统内外部协同等方面的不足对当前政策继续发挥更大作用造成了一定程度的制约。

【关键词】扎根理论;高血压;糖尿病;影响因素;对策

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.05.010

The influencing factors and countermeasures of the implementation of the security policy of Hypertension and Diabetes' outpatient medication in Shenzhen: A qualitative study based on Grounded Theory

XU Zhi-hao¹, SHI Xiu-yuan², JIANG Li-tian¹, LIN Ai-ling¹, HOU Ying¹, WU Jie-qi¹, WU Li-qun¹

1. Shenzhen Health Development Research and Data Management Center, Shenzhen Guangdong 518028, China

2. School of Public Health and Emergency Management, Southern University of Science and Technology, Shenzhen Guangdong 518055, China

【Abstract】 Objective: The implementation status and influencing factors of The Security Policy of Hypertension and Diabetes' Outpatient Medication in Shenzhen was explored. Methods: Semi-structured interviews were conducted toward totally 65 stakeholders, and the implementation status and influencing factors were extracted and summarized by Grounded Theory Analysis. Results: The interactions and the factors influencing the implementation of the policy were constructed. PSC model, comprised of “Patient Preference”, “Policy Comprehensiveness” and “Horizontal and Vertical Synergy” serving as the cores, was thereupon constructed. Conclusion: The policy has effectively promoted patients' primary care and reduced the burden of disease, but the deficiency in meeting patients' various needs, expanding the coverage of the policy and forming the internal and external coordination of the medical and health system have restricted the more profound impact that policy in the future.

【Key words】 Grounded theory; Hypertension; Diabetes; Influencing factors; Countermeasures

* 基金项目:广东省卫生经济学会面上课题(2022-WJWF-14);广东省医改办公共卫生服务和医疗服务有效衔接机制研究项目
作者简介:徐志浩(1997 年—),男,硕士研究生,主要研究方向为卫生经济学与卫生政策。E-mail:xuzhh33@mail2.sysu.edu.cn
通讯作者:伍丽群。E-mail:57128241@qq.com

《中国心血管健康与疾病报告(2019)》显示,中国心血管病患病率及死亡率仍处于上升阶段,我国现有高血压患者 2.45 亿人。^[1]中国人群糖尿病患病率的最新全国流行病学调查结果显示,中国大陆糖尿病患者总人数估计为 1.29 亿人。^[2]为进一步加强慢性病防治工作,减轻患者用药负担,2019 年 12 月 30 日,深圳市医疗保障局联合多部委印发了《关于完善高血压糖尿病门诊用药保障机制的通知》(以下简称“两病”政策)。对该政策实施情况进行的评价和经验总结,对进一步提高居民健康水平,更好推进健康中国“深圳样板”的建设具有重大现实意义。因此,本研究运用扎根

理论的研究方法,对政策实施的现况和影响因素进行质性分析,提出相关建议,为后续的政策优化提供借鉴。

1 资料与方法

1.1 评价对象

本研究以“两病”政策的实施作为评价对象,该政策通过对深圳市“两病”患者不同的诊疗行为进行倾向性支付来增强保障能力,减轻门诊用药负担,同时通过医保的引导作用,推进分级诊疗和家庭医生签约,做实做细慢病管理工作,加强参保人健康教育和健康管理,提升健康水平(表 1)。

表 1 深圳市“两病”政策的相关保障待遇

诊疗行为	保障待遇
参保人在社会医疗保险定点社康中心发生的“两病”药品门诊费用	由基本医疗保险大病统筹基金按照基数支付 50%
参保人在本市社会医疗保险定点医疗机构中的基层医疗机构签订家庭医生服务协议,接受慢病健康管理服务的,由签约家庭医生开具的“两病”药品门诊费用	由基本医疗保险大病统筹基金按照基数支付 80%
绕开社康中心直接到大医院开具两病药品	费用全部由患者个人进行支付

注:深圳市基本医疗保险根据缴费及对应待遇从高到低分设一档、二档、三档三种形式;三档参保人均均为深圳市“两病”政策的应用人群。

1.2 资料来源

将已发表的国内外相关文献^[3-7]作为定性研究设计的参考,采用目的抽样法,选取负责全市慢病管理的深圳市慢病防治中心与 5 个区的医疗集团(包括宝安区、光明区、罗湖区、盐田区和南山区)进行调研,初步确定 65 人作为研究对象,包括 8 名医院管理者、6 名社康中心管理者、6 名医保管理者、18 名临床医生、21 名全科医生以及 6 名药学采购人员,符合理论性抽样原则,即当搜集新鲜数据不再能产生新的理论见解时,也不会跳出已经编码的资料范畴,则可以说明资料搜集已经达到“理论饱和”。^[8]

1.3 研究方法

1.3.1 半结构式访谈

为了使访谈资料的收集更具有说服力和代表性,对各医疗集团的利益相关方进行约 60~120 分钟不等的半结构式访谈,深入了解深圳市两病政策的制度环境、发展现状、双向转诊运行情况及阻碍因素、政策建议等。所有的资料都由访谈者和受访者采用现场互动交流方式访谈获取并整理。

1.3.2 扎根理论分析方法

1967 年,美国学者 Glaser 和 Strauss 提出了扎根

理论(Grounded Theory)^[9-10],这一研究方法包括三阶段编码过程:开放性编码、主轴性编码和选择性编码。本研究运用 NVivo11.0 质性研究软件对访谈资料进行分析编码和质性分析。采用编码者信度计算公式($R = M/N$)计算信度^[11-13],其中 R 为信度, M 为两名研究者编码相同数, N 为两名研究的者编码均数, $R \geq 0.8$ 为可接受水平, $R \geq 0.9$ 为较好水平。为了保证理论有效性,需进行饱和度检验。本研究在访谈至 60 人时不再出现新的概念,追加至 65 人,仍未出现新的概念,则认为达到理论饱和(图 1)。

2 研究结果

2.1 开放性编码

本研究利用 NVivo11.0 进行开放式编码,对收集的 65 份访谈资料逐份进行编码,建立自由节点,采用双人录入形式进行,编码出的自由节点数分别为 149 和 165 个,相同的自由节点数为 130 个,编码信度为 0.94,可信度较高。经过 2 名研究者共同决定节点为 139 个。再将相同或相似的自由节点进行合并、重组和整合,最终提取 79 个树状节点(概念)(表 2)。

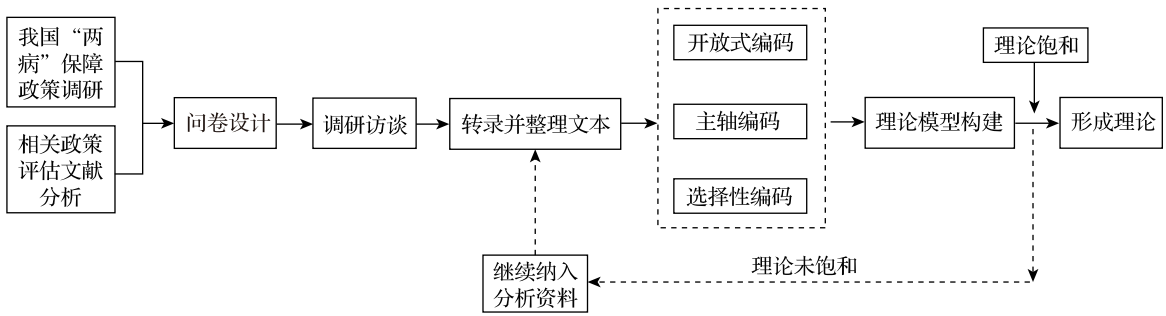


图 1 扎根理论研究流程

表 2 开放式编码所形成的树状节点(概念)

序号	节点名称	原始例句
1	两病目录外药品费用高	比如说这些不在医保目录内的药品,经济负担比较重。现在有个叫德古门冬胰岛素,它是双向的,胰岛素这种折扣是很少的,对我们来讲也不太敢进,它的费用特别高,病人来一次开价到 1 000 多块钱的费用。
2	费用降低能显著提高患者的依从性	两病患者在社康开药使用了以后,依从性会比较好,最关键的落脚点还是因为它的价格,价格降下来以后,病人才有更好的依从性,因为他的经济负担明显的是收益。
3	继续加大集采药品的打折力度	我觉得这些签约家庭医生的患者报销比例可以提高 100%,现在 2 折如果对应很多国产的药物就是一两块的问题,而非签约患者也要达到 80% 才能够突破之前的 7 折,因为之前 7 折是没有支付上限的。
4	一部分人青睐免费药品	但是我们基本上免费药品的量还是比较大的,因为毕竟还是很多老百姓觉得免费的,血压能够控制好,他们也能接受。
5	免费赠药推动了健康管理率	10 种高血压药物和 6 种糖尿病药品是免费给居民进行发放,是一些使用率高,价格相对又不是特别昂贵的药品。但前提是必须要签约,要规范的一个就诊和随访,要符合我们的规范管理的要求。
.....

2.2 主轴编码

主轴编码的主要任务是发现和建立概念类属之间的相互关系,如因果关系、情景关系、时间先后关

系等。于是,对开放性编码形成的 79 个树节点(概念)继续提炼和归类,梳理出 16 个范畴,用 $a_n (n = 1, 2, 3, \dots, 16)$ 表示(表 3)。

表 3 主轴编码形成的范畴

编号	范畴	概念序号	节点数(个)
a_1	费用的导向作用	1、2、3、4、5、6、7	8
a_2	进口药开方受限	8、9、10	6
a_3	社康的诊疗优势	11、12、13、14、15	9
a_4	社康诊疗的劣势	16、17、18、19、20、21、22、23、24、25、26、27、28	19
a_5	下转率、管理率提高的因素	29、30、31	5
a_6	医生的处方能力和意愿	32、33、34	3
a_7	不同类型参保人的获得感有差异	35、36、37、38	7
a_8	部分疾病类型的患者不能报销	39、40	4
a_9	部分类型的参保人不报销	41、42、43、44	4
a_{10}	两病政策报销的流程不通畅	45、46、47	7
a_{11}	两病政策给需现金支付的患者造成不满	48、49、50	10
a_{12}	政策宣传不到位	51、52、53	10
a_{13}	药品集采的影响	54、55、56、57、58、59、60	7
a_{14}	政策协同不完善	61、62、63、64、65、66	9
a_{15}	纵向联动较紧密	67、68、69、70、71、72、73	10
a_{16}	辅助用药和检验检测项目保障的重要性	74、75、76、77、78、79	13

2.3 选择性编码

对主轴编码形成的 16 个范畴分别进行归类整合,按照“条件—现象—行动—结果”这一典范模型将各概念、范畴联系起来^[13],得出关于两病政策实施和发展的关系图(图 2)。基于此,最终梳理并命名了两病政策的患者就诊偏好(A₁)、政策的全面性(A₂)、制度的横向和纵向协同(A₃)3 个主范畴(表 4)。对 3

个主范畴、关系图及原始资料进行对比分析,建立起两病政策实施的影响因素模型,简称 PCS 模型,其相互关系为:患者的就诊意愿在转诊过程中起决定性作用,主要通过两病政策的全面性产生内部的推力或阻力而实现,不同部门政策的横向协同和上下医疗机构的纵向协同是连续性医疗服务和推进双向转诊的重要外部保障。

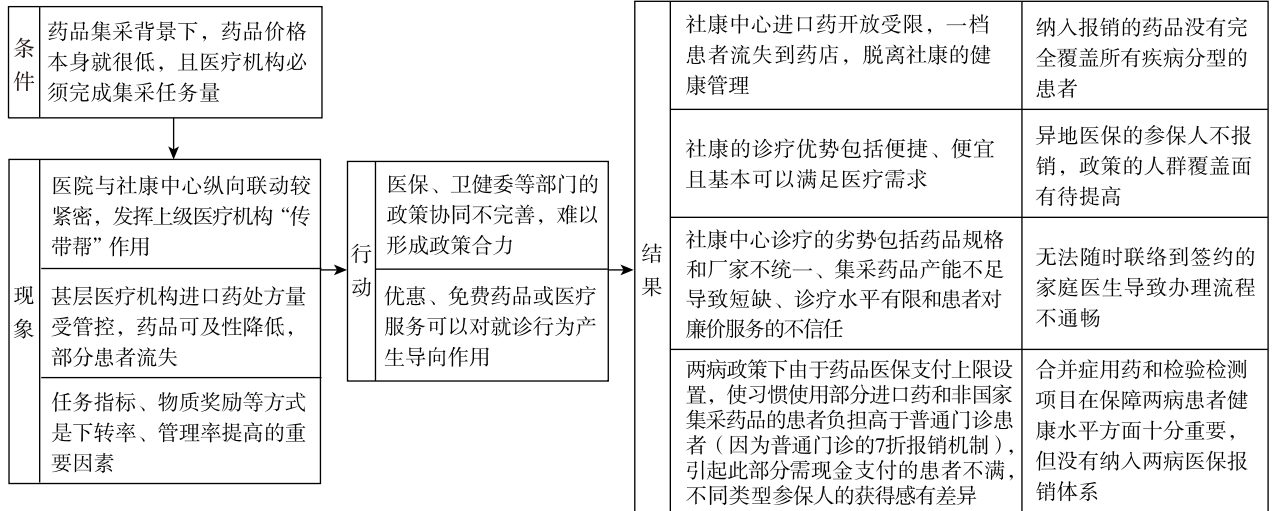


图 2 两病政策实施和发展的关系图

表 4 选择性编码所形成的主范畴

编码	主范畴	范畴编码	范畴	频次	百分比 (%)
A1	患者就诊偏好	a ₁	费用的导向作用	50	38.18
		a ₂	进口药开方受限		
		a ₃	社康中心诊疗的优势		
		a ₄	社康中心诊疗的劣势		
		a ₅	下转率、管理率提高的因素		
		a ₆	医生的处方能力和意愿		
A2	两病政策的全面性	a ₇	不同类型参保人的获得感有差异	42	32.06
		a ₈	部分疾病类型的患者不能报销		
		a ₉	部分类型的参保人不报销		
		a ₁₀	两病政策报销的流程不通畅		
		a ₁₁	两病政策给需现金支付的患者造成不满		
		a ₁₂	政策宣传不到位		
A3	制度的横向和纵向协同	a ₁₃	药品集采的影响	39	29.77
		a ₁₄	政策协同不完善		
		a ₁₅	纵向联动较紧密		
		a ₁₆	辅助用药和检验检测项目保障的重要性		

2.4 饱和性检验

本研究采取理论饱和性检验方法^[14],使用预留的 5 份访谈资料导入 NVivo 11.0 进行新一轮编码,结果显示并没有发现新的初始概念、范畴及关系,表明本研究所构成的理论模型是饱和的。

2.5 三角验证

本研究遵循三角验证原则^[15-16],一方面,尽可能地选择不同地区、不同类型、不同级别的访谈对象,保证了所获取信息的针对性及全面性。另一方面,研究过程中不断收集相关研究发表的文献资料

对形成的理论模型进行多方面验证,确保模型的有效性。

3 讨论

3.1 “两病”政策的实施对患者就诊偏好的影响

“两病”政策的作用方式是通过设置差异化的报销机制对患者的就诊偏好施加影响,形成合理、高效的就诊模式。但从本研究的结果看,“两病”政策下,不同类型的参保人获得感是有差异的,这与其他几项类似的研究结果一致具有相似性。^[17-19]究其原因,对于一些习惯使用进口药或非集采药的“两病”一档参保人,现行的《城乡居民高血压糖尿病门诊用药范围和医保支付标准》(粤医保发[2019]28号)中规定了这些药品(主要为进口药或未纳入集采的药)的支付上限,“两病”政策通道下统筹基金只能在该上限的基础上乘以报销比例(如80%)作为报销额度,剩下的20%和上限以外的部分需要患者自付,这会比普通门诊报销机制(即药品单盒价格乘以30%)的自付额度更高。对比一档患者,二、三档参保患者由于更倾向使用集采等价格更低的药,“两病”政策给予的优惠力度更大,其获得感更强。此外,深圳的人口流动性较大,异地医保患者较多,但却没有纳入“两病”政策的优惠对象范围,导致其获得感较差,没有形成基层首诊的偏好,故这一庞大人群依然存在不合理挤占卫生资源的现象,不利于分级诊疗的高效运转。

3.2 “两病”政策的全面性对政策可持续发展的影响

政策的可持续发展是政策实施效果评估的关键之一。深圳市“两病”政策的目的是通过给予足够的激励增加“两病”患者对社康中心的粘性和依从性,并且这种激励应该是长期的、不断根据患者的需求变化而变化的。^[20] 本研究发现,“两病”政策的全面性不足导致患者流失的情况应得到重视。首先,两病政策并未纳入检查检验项目,患者仅在出现严重不良反应或病情加重才就诊,疏于疾病防控,导致病情恶化并加重经济负担。其次,受处方以及互联网医疗发展的影响,患者的社康就诊率呈下降趋势,全科医生无法跟踪患者的疾病进展,降低患者健康管理的规范率。最后,“两病”并发症的发生导致对两病目录外不享报销的辅助药物(如抗凝药、降血脂药等)需求增多,负担较大。事实上,这些药品的使用可降低危急重症的发生率,可间接节省医保基金的支出。

3.3 “两病”政策的落实有赖于各部门的协同治理

协同治理是指一个或多个机构和部门参与正式的、共识导向的、审慎的集体决策过程,以期实现制定或执行公共政策、管理公共项目和财产的制度安排。^[21] 单一部门发布的政策能否顺利实施并收到预期的效果,有赖于其所处的大的社会背景或系统是否能产生推动或阻碍作用。^[22] 本研究发现,在深圳市“两病”政策的实施过程中,协同性有待提高。目前,引导医生主动下转病人的政策和激励措施不明显,医院与社康中心存在利益冲突,内生动力不足。由于“以事定费”等政策的推行,大部分医院将门诊量与医生的绩效考核挂钩,病人的下转等同于病人流失,直接影响医生的收入。另一方面,部分临床医生认为社康中心对于患者血压、血糖的监测管理不够合理与频繁,不适合重、急症患者的长期治疗,这在一定程度上影响病人的下转,不利于病人的闭环管理。

4 政策建议

针对本研究的结果,为进一步促进政策惠及广大“两病”患者,建议从以下几方面进行改进:

4.1 改进报销机制

首先,建议调整大病统筹基金支付比例,例如广州市“两病”作为门诊特殊病种,在基层医疗机构报销比例为85%,其他医疗机构为65%。其次,建议二、三档“两病”患者签约家庭医生后,使用国产药物的费用由统筹基金进行100%支付,这样有利于吸引到更多的患者,提高慢病规范管理率,减少慢病人群并发症和致残率,从而降低未来医保负担和社会医疗支出。

4.2 提高政策覆盖深度和广度

进一步探索扩大“两病”用药目录范围,纳入常用“两病”并发症所需用药,真正降低患者疾病负担,降低危急重症的发生率;同时,在我国各级卫生机构大力推进“以治病为中心”向“以人民健康为中心”转变的大背景下,健康工作要向防治阶段前移,可考虑资金的服务整合优势,无论是政府治理下的财政基金池,还是其他市场主体(如:商业健康保险公司等治理下市场化、高效率的金融体系),都可以在参与治理的管理模式下整合疾病防治的一体化服务链,有助于完善基层卫生治理体系和实现治理能力现代化。^[23]

4.3 提升协同治理能力

首先,探索引导临床医生主动下转病人的激励机制,调动供需双方的积极性,对有价值的医疗行为

进行引导和激励,全科与专科结合,细化职能分工,优化区域卫生人力资源配置。其次,以区域为单位统筹考虑集采药品与原研药品的使用比例,减少或避免药品短缺现象的发生,同时需要考虑部分患者的特殊用药需求。

4.4 兼顾政策宣传强度和精度

一方面通过制作通俗易懂的推广视频,准确传递政策适用人群、报销范围等与患者就医息息相关的信息;另一方面,通过官方网站或公众号实时更新医保报销政策,并公示各药品具体价格、支付上限以及政策适用日期等信息,提高医患对政策的知晓率。

5 局限性

首先,本研究未纳入直接面向患者认知度和满意度的调查,更多是从管理视角讨论深圳市高血压、糖尿病的基层防治体系建设现状和对策;其次,扎根理论分析法作为质性研究方法之一,注重对定性资料进行深度挖掘,研究的信效度难以评估,且具有一定的主观性。故本研究所产生的结论,有待后续纳入真实世界数据进行定量分析,丰富“两病”政策效果评估的证据内容。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告 2019 概要[J]. 中国循环杂志, 2020, 35(9): 833-854.

[2] Li Y, Teng D, Shi X, et al. Prevalence of diabetes recorded in mainland China using 2018 diagnostic criteria from the American Diabetes Association: national cross sectional study [J]. *BMJ*, 2020, 369(28): m997.

[3] McCalman J, Jongen C S, Campbell S, et al. The Barriers and Enablers of Primary Healthcare Service Transition From Government to Community Control in Yarrabah: A Grounded Theory Study[J]. *Front Public Health*, 2021, 616(9): 742.

[4] Pearce C, Rychetnik L, Wilson A. The obesity paradigm and the role of health services in obesity prevention: a grounded theory approach [J]. *BMC Health Serv Res*, 2021, 21(1): 111.

[5] 卢芸芝, 李浩, 卓丽军, 等. 基于扎根理论的区域医联体医疗资源整合障碍因素及对策研究[J]. 中国医院, 2021, 25(4): 1-5.

[6] 郭文燕. 珠海市高血压、糖尿病分级诊疗试点的现状及其影响因素研究[D]. 暨南大学, 2018.

[7] 冯思思. 政策工具视角下医养结合政策优化路径研究 [D]. 辽宁师范大学, 2021.

[8] Fassinger R E. Paradigms, praxis, problems, and promise: grounded theory in counseling psychology research [J]. *Journal of Counseling Psychology*, 2005, 52(2): 156-166.

[9] Glaser B, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* [M]. Chicago: Aldine, 1967.

[10] 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.

[11] 张彦生, 王虎峰, 刘宪伟, 等. 自发型医疗联合体运行机制研究:以大连医科大学附属第二医院医疗联盟为例[J]. 中国医院管理, 2018, 38(1): 17-21.

[12] 谢英, 李颖. 三甲医院与县二级医院构建医疗联合体的现状研究分析:以内江市为例[J]. 中国卫生事业管理, 2016, 33(7): 505-507, 523.

[13] 张年, 余昌胤, 黄辉, 等. 贵州省医疗联合体建设和发展的问题及对策:基于扎根理论的质性研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(4): 44-49.

[14] Pandit N R. The creation of theory: A recent application of the grounded theory method [J]. *Qualitative Report*, 1996 (2): 1-15.

[15] Munafò MR, Smith GD. Robust research needs many lines of evidence. *Nature*. 2018, 553(7689): 399-401.

[16] 井润田, 孙璇. 实证主义 vs. 诠释主义: 两种经典案例研究范式的比较与启示 [J]. 管理世界, 2021, 37(3): 198-216, 13.

[17] 王明慧, 陆广春. 不同政府外包模式下大病医疗保险服务满意度及影响因素研究 [J]. 中国全科医学, 2019, 22(19): 2319-2324.

[18] 周梦玮. 满意度视域下上海市家庭医生政策执行问题研究 [D]. 华东师范大学, 2020.

[19] 黄晶洁. 对医疗联合体双向转诊模式的认知度和满意度评价研究 [D]. 上海交通大学, 2019.

[20] 韦柳丝, 曾柳艳, 张新花. 我国社会办医政策评价及民营医院医疗服务发展预测 [J]. 卫生软科学, 2020, 34(2): 18-24, 41.

[21] Chris Ansell, Alison Gash. Collaborative Governance in Theory and Practice [J]. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2007, 18(4): 543-571.

[22] 崔兆涵, 郭冰清, 王虎峰. 健康协同治理: 服务提供、健康政策和社会参与 [J]. 中国医院管理, 2021, 41(11): 1-6.

[23] 武亦文. 商业保险公司参与医疗体制改革的路径探析 [M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2022.

[收稿日期:2022-03-02 修回日期:2022-05-17]

(编辑 刘博)