

真实世界数据的中医优势病种中药参与率及费用研究*

徐海玉^①, 刘黎明^①, 宣天惠^①, 李诗麒^①, 满晓玮^①, 蒋艳^②, 赵丽颖^①,
曹桑蔚^①, 周奕汝^①, 王志新^①, 程薇^{①②}

摘要 目的:旨在探讨影响中医优势病种中药参与率及费用的相关因素,以期为更好发挥中医药优势提供参考。方法:数据选取自2019年1月1日—12月31日北京市55家医院优势病种住院患者的信息。采用倾向性得分匹配法对提取的住院患者基本数据进行混杂消除,并运用 χ^2 检验、logistic回归及贝叶斯网络模型统计方法分析中药参与率差异、影响因素以及影响程度。结果:共收集219 375例优势病种住院患者数据,其中有效例数193 810例。男性占比(54.10%)优于女性,41~80岁占比(61.27%)最高,患者以城镇职工基本医疗保险支付为主(45.22%),三级医院相较二级医院占比更高,住院0~7天患者占比(43.17%)最高;与不参与时相比,优势病种患者在有中成药参与时费用更高,有中药饮片参与时二级医院费用更低,三级医院更高;医院级别、类别、居住地、年龄、支付方式及住院日在4种中药参与率情况相比,差异具有统计学意义($P<0.05$);其中,医院类别、年龄和住院日是中药参与率的共同影响因素($P<0.05$)。结论:优势病种中成药参与率及价格均高于饮片,两者占比不均衡,建议健全中医定价和补偿激励机制,并积极探索中医药特色诊疗技术,以提高中药使用率,并发挥其在中医优势病种治疗中的优势作用。

关键词 中医优势病种;住院患者;中药参与率;费用

中图分类号 R1-9; R195 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)08-0054-07

Study on Participation Rate and Cost of Dominant Traditional Chinese Medicine Diseases with Real World Data/Xu Haiyu, Liu Liming, Xuan Tianhui, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(8):54-59, 65

Abstract Objective: To explore the relevant factors that affect the participation rate and cost of traditional Chinese medicine (TCM) for dominant diseases of TCM, in order to provide references for giving better play to the advantages of TCM. **Methods:** The data is selected from the information of inpatients with dominant diseases in 55 hospitals in Beijing from January 1 to December 31, 2019. Using the propensity score matching method, the extracted basic data of inpatients was mixed and eliminated, and the statistical methods of χ^2 test, logistic regression and Bayesian network model were used to analyze the differences in the participation rate of TCM, influencing factors, and the degree of influence. **Results:** A total of 219 375 inpatients with dominant diseases were collected, of which 193 810 cases were effective. The proportion of male (54.10%) is higher than that of female. The proportion of patients aged 41 to 80 (61.27%) is the highest. The patients mainly pay for basic medical insurance for urban workers (45.22%). The proportion of patients in tertiary hospitals is higher than that in secondary hospitals. The proportion of patients in 0-7 days is the highest (43.17%). Compared with non-participation, the cost of patients with dominant diseases is higher when traditional Chinese patent medicines and simple preparations is involved, the cost of secondary hospitals is lower when Chinese herbal pieces are involved, and the cost of tertiary hospitals is higher. The type, residence, age, payment method and length of stay of the hospital were significantly different in the participation rate of the four traditional Chinese medicines ($P<0.05$). Among them, hospital level, type, age and hospitalization days are the common influencing factors of the participation rate of traditional Chinese medicine ($P<0.05$). **Conclusion:** The participation rate and price of proprietary Chinese medicines for advantageous diseases are higher than those of decoction pieces, and their proportion are unbalanced. It is recommended to improve the pricing and compensation incentive mechanism of TCM, and actively explore the characteristic diagnosis and treatment technology of TCM, so as to improve the utilization rate of TCM, and play its dominant role in the treatment of dominant diseases in TCM.

Keywords dominant traditional diseases; inpatients; herbal medicine participation rate; cost

First-author's address Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100029, China

Corresponding author Cheng Wei, E-mail: chengwei@bucm.edu.cn

近年来,中医药在提高患者生活质量、促进疾病预后等方面发挥着显著优势,国家积极出台政策,推动中医药在健康促进方面的作用。2016年10月,《“健

康中国2030”规划纲要》提出应充分发挥中医药特色优势,增强中医药服务能力,其中指出强化中医优势病种研究的思想。一般意义上通常将疗效优于西医治疗的病种称为中医优势病种^[1]。也有学者^[2]将其扩大到在疾病某阶段、环节的防治上疗效优于西医的病种。中医药的复兴和发展对世界认识中医药意义重大,尤其是在中医优势病种防治方面。2008—2019年,国家中医药管理局先后共发布406个中医优势病种的诊疗方案及中医临床路径。中医优势病种在在临床治疗上具有较明显的效果优势,而在费用方面,前期研究显

* 基金项目:国家中医药管理局中医药总费用核算及政策分析项目(GZY-GCS-2019-026)。

① 北京中医药大学 北京 100029

② 深圳北京中医药大学研究院 广东 深圳 518118

作者简介:徐海玉(1995—)女,博士在读;研究方向:卫生财经与卫生政策;E-mail: 2529783527@qq.com。

通信作者:程薇, E-mail: chengwei@bucm.edu.cn。

示,各优势病种之间的费用特点有较大差异,目前优势病种的费用优势和费用特点仍不明确。在中医药振兴发展的背景和趋势下,中医药优势病种面临按病种付费等系列中医药综合改革的政策调整。因此,在价值医疗导向下,从卫生费用角度梳理出当前中医优势病种治疗费用的情况和特点,尤为迫切。从优势病种角度,通过对比中药参与和不参与情况下优势病种的费用,探讨中医药参与的影响因素、费用优势以及如何提升中医药参与程度。真实世界医疗大数据可以应用于真实的医院运营管理、临床诊疗及医保决策^[3],其数据来源广泛、外部真实性较强以及样本量较大,是剔除传统临床试验以外的任何临床数据^[4]。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究数据选取自北京市55家二级及以上医院HIS中优势病种住院患者诊疗相关数据。

1.2 研究方法

共收集整理409个中医优势病种,排除ICD-10编码未定的病种并去重,共得到277个病种。提取各病种的西医诊断(ICD-10),据诊断编码筛选共识中这277个中医优势病种作为本研究的原始数据库。此外由于基线存在差异,可采用倾向性评分匹配(PSM)法,以消除混杂因素影响。运用统计学方法及数据描述分析中药参与率现状,运用卡方检验和logistic回归模型分别对比不同类别患者中药参与率差异和中药参与率影响因素。

1.3 数据处理

本研究数据取自2019年1月1日—12月31日的中医优势病种患者住院病例相关信息。将住院优势病种各项目费用均≥0的病例共219 375例全部纳入。通过数据清洗,剔除住院天数为0以及部分空白和重复数据共25 565例,最终纳入193 810例。基本病例信息如表1,表1内容包括:(1)患者基本资料,如年龄、性别、居住地区等;(2)入院患者诊疗记录,包括医院名称、级别、住院日、ICD及诊疗范式;其中本研究界定了3类诊疗范式的内涵,分别为西诊中治(诊疗路径里均为中医治疗)、中主西随(以中医诊疗为主,但含小部分西医治疗)、西主中辅(以西医诊疗为主,中医治疗为辅);(3)中药参与及费用情况,包含中成药费、中药饮片费及西药费。本研究定义了4类中药参与率,分别为中成药参与率(中成药费>0)、中药饮片参与率(中药饮片费>0)、中成药和中药饮片同时参与率(中成药费>0且中药饮片费>0)、中成药和中药饮片其中1种参与率(中成药费>0或中药饮片费>0)。支付方式为城镇职工基本医疗保险(以下简称城镇职工)、城镇居民基本医疗保险(以下简称城镇居民)、新型农村合作医疗(以下简称新农合)、商业基

本保险、全公费、全自费、其他社会保险及其他保险。

1.4 统计学方法

利用SPSS 26.0软件对相关数据进行统计分析。进行PSM处理,运用临近匹配法,卡钳值设为0.01。计数资料为各类别患者的中药参与率,依次使用 χ^2 检验及logistic回归,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

利用SPSS Modeler 18.0软件构建贝叶斯网络模型,以节点A和B为随机变量,中间的有向边(A, B)表明彼此之间的相互关系,连接强度用条件概率 $P(B/A)$ 表示。

表1 优势病种住院患者的基本情况

类别	分组	记录数 (人次)	构成比 (%)	
医院级别	二级	31 227	16.11	
	三级	162 583	83.89	
医院类别	非中医医院	166 279	85.79	
	中医医院	27 531	14.21	
性别	男	104 852	54.10	
	女	88 958	45.90	
居住地区	东部	174 393	89.98	
	中部	16 618	8.57	
	西部	2 799	1.45	
年龄	0~20岁	30 444	15.71	
	21~40岁	21 426	11.06	
	41~60岁	49 460	25.52	
	61~80岁	69 290	35.75	
	80岁以上	23 190	11.96	
支付方式	城镇职工	87 635	45.22	
	城镇居民	33 668	17.37	
	新农合	6 350	3.28	
	商业基本保险	358	0.18	
	全公费	6 063	3.13	
	全自费	29 240	15.09	
	其他社会保险	3 573	1.84	
	其他保险	26 923	13.89	
住院天数	0~7天	83 668	43.17	
	8~14天	68 785	35.49	
	15~21天	22 521	11.62	
	22~28天	8 328	4.30	
	28天以上	10 507	5.42	
	优势病种治疗范式	西诊中治	53 012	27.35
		中主西随	39 565	20.42
西主中辅		101 233	52.23	

注:西诊中治指诊疗路径里均为中医治疗;中主西随指以中医治疗为主,但诊疗路径里包含小部分西医或西药治疗;西主中辅指诊疗路径里以西医基础治疗为主,中医治疗为辅。

2 结果

2.1 基本情况

本研究共纳入患者193 810人，其中三级医院占比最高(83.89%)，非中医医院患者最多(85.79%)，男性(54.10%)略多于女性(45.90%)，东部占比最高(89.98%)；平均年龄(52.96±25.41)岁；支付方式以城镇职工为主(45.22%)，其次为城镇居民；平均住院日为(12.22±25.06)天；以西主中辅的治疗范式占比最高(52.23%)，其次为城镇居民、新农合。

2.2 中药参与的费用情况

为更好比较费用差异，采用PSM法，把年龄、性别、居住地、支付方式作为协变量引入模型，匹配后效果良好，数据可比，进而比较不同级别和类型医院下中成药与中药饮片是否参与的费用。

中成药参与时，各级各类医院患者的次均费用均比不参与时高；日均费用也均比不参与时高；二级中医医院和非中医医院患者的平均住院日低于中成药不参与。中药饮片参与时，二级中医医院和非中医医院次均费用比不参与时低，三级中医医院和非中医医院次均费用比不参与时高；除三级中医医院外，各级各类医院患者的日均费用均比不参与时低；平均住院日均比不参与时高。

综上，从患者次均费用、日均费用的平均值来看，中成药在次均和日均费用上的使用成本较高，而中药饮片在日均费用上的成本较低(表2)。

2.3 中药参与率情况

四类中药参与率在医院级别、类别、居住地区、年龄、支付方式、住院日之间的差异显著，均有统计学意义($P<0.05$)。除中药饮片参与率差异不显著($P>0.05$)外，不同性别患者其他三类的中药参与率差异均具有统计学意义($P<0.05$)。不同诊疗范式各类型

的中药参与率差异均不显著($P>0.05$)。具体来看，二级医院比三级医院中药参与率高；中医医院比非中医医院中药参与率高；东部比西部和中部参与率高；80岁以上参与率较高；全公费、全自费的患者参与率普遍低于城镇职工、城镇居民基本医疗保险等其他医疗保险类型患者；住院日在22~28天的患者参与率较高。各治疗范式的中药参与率大体均等，差异不显著(表3)。

2.4 中药参与率贝叶斯网络分析

将医院级别、医院类别、居住地区、年龄、支付方式、住院日、性别分别与四类中药参与率指标共同组成网络节点，由于不同性别患者的中药饮片参与率差异不显著，因此除去性别变量，由其他6个变量分别与中药参与率指标共同组成网络节点(图1~图4)。

结果显示，对中成药参与率而言，7个指标对其均有直接影响，其中医院类别的重要性最高(24%)。医院类别有年龄和中成药参与两个父节点，当患者不用中成药时，所有年龄段在非中医医院的概率最高；而当患者使用中成药时，所有年龄段在同样非中医医院的概率最高，但概率低于不使用中成药时非中医医院概率(表4)。

对中药饮片参与率而言，6个指标与其均有直接影响，其中医院类别的重要性最高(58%)。医院类别有支付方式和中药饮片参与两个父节点，当患者使用中药饮片时，大多数支付方式在中医医院的概率最高，新农合医疗保险、全公费医疗保险和全自费医疗保险除外；当患者不使用中药饮片时，所有支付方式在非中医医院的概率最高(表5)。

对中成药和中药饮片其中1种参与率而言，7个指标均与其有直接影响，其中医院类别的重要性最高(36%)。医院类别有年龄、中成药和中药饮片其中1种参与两个父节点，当患者不用任何1种中成药和中药饮

表2 优势病种中药参与的住院费用情况

元

指标	医院级别	类型	A		B		C		D	
			参与	不参与	参与	不参与	参与	不参与	参与	不参与
次均费用	二级	中医医院	20 387.35	16 323.34	17 971.04	22 162.34	18 692.58	19 104.87	20 097.36	16 564.86
		非中医医院	19 198.39	15 845.79	18 131.52	20 463.92	18 620.72	17 865.91	18 987.14	15 879.30
	三级	中医医院	25 813.63	19 065.66	25 376.01	22 104.12	26 798.22	21 800.18	25 535.98	18 603.91
		非中医医院	26 574.94	18 673.73	25 114.98	22 018.03	27 046.86	21 911.77	26 078.55	18 353.53
日均费用	二级	中医医院	3 901.53	2 590.41	2 647.25	5 916.47	2 742.43	3 616.60	3 820.49	2 639.30
		非中医医院	4 848.26	3 866.69	4 601.74	5 963.09	4 762.46	4 435.99	4 784.94	3 879.77
	三级	中医医院	4 742.69	3 667.58	4 961.51	3 848.94	5 030.05	4 091.04	4 754.27	3 532.86
		非中医医院	6 504.58	4 611.41	5 943.08	6 611.65	6 377.24	5 412.22	6 369.75	4 551.58
住院日平均值	二级	中医医院	10.47	11.05	11.44	8.44	11.24	10.54	10.56	10.88
		非中医医院	9.80	11.35	9.25	9.08	9.15	10.67	9.80	11.56
	三级	中医医院	11.22	10.86	10.44	10.08	10.74	11.06	11.09	10.96
		非中医医院	10.73	10.26	10.51	8.52	10.72	10.45	10.67	10.27

注：A为中成药参与；B为中药饮片参与；C为中成药和中药饮片同时参与；D为中成药和中药饮片其中1种参与。

表3 优势病种住院患者中药参与率情况 %

类别及分组	A	B	C	D
医院				
二级	50.77	17.18	11.95	56.00
三级	49.57	17.33	11.85	55.05
医院类别				
非中医医院	46.06	6.80	3.72	49.14
中医医院	72.15	80.73	61.08	91.80
性别				
男	51.88	17.35	12.21	57.03
女	47.27	17.25	11.46	53.05
居住地区				
东部	51.11	18.30	12.61	56.80
中部	37.83	8.61	5.28	41.15
西部	36.69	6.93	4.43	39.19
年龄				
0~20岁	39.73	2.09	1.49	40.32
21~40岁	35.26	11.44	6.43	40.27
41~60岁	48.06	15.88	10.57	53.37
61~80岁	55.78	21.67	15.31	62.13
81岁以上	62.02	32.66	22.96	71.72
支付方式				
城镇职工	51.29	22.41	14.71	58.98
城镇居民	64.72	15.66	12.05	68.33
新农合	45.09	4.05	3.20	45.94
商业基本保险	47.21	7.82	5.03	50.00
全公费	45.59	17.78	13.84	49.53
全自费	32.06	3.29	1.82	33.52
其他社会保险	47.52	24.24	21.58	50.18
其他保险	47.71	20.19	13.69	54.20
住院天数				
7天及以下	36.34	8.05	4.74	39.66
8~14天	57.60	20.60	14.52	63.68
15~21天	61.57	32.05	21.91	71.71
22~28天	65.43	36.29	26.95	74.77
28天以上	67.63	22.75	17.79	72.59
优势病种治疗范式				
西诊中治	49.57	17.46	11.92	55.11
中主西随	49.70	17.51	11.75	55.46
西主中辅	49.89	17.14	11.89	55.14

注：A为中成药参与率；B为中药饮片参与率；C为中成药和中药饮片同时参与率；D为中成药和中药饮片其中1种参与率。

片时，所有年龄段下非中医医院的概率最高；当患者使用中成药和中药饮片任何1种时，所有年龄段下同样非中医医院的概率最高，此非中医医院概率低于不使用中成药和中药饮片任何1种时非中医医院概率。

对中成药和中药饮片同时参与率而言，7个指标与

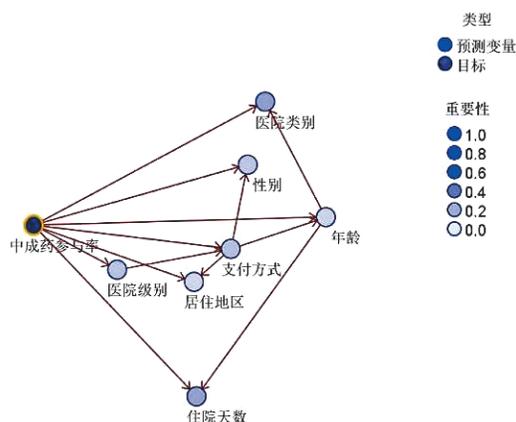


图1 中成药参与率贝叶斯网络图

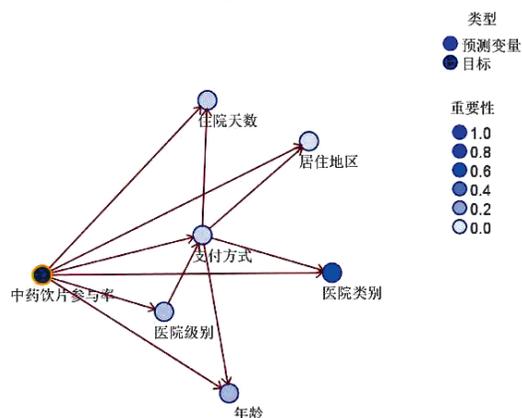


图2 中药饮片参与率贝叶斯网络图

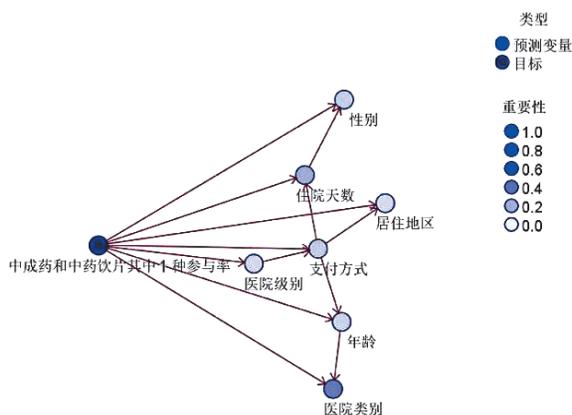


图3 中成药和中药饮片其中1种参与率贝叶斯网络图

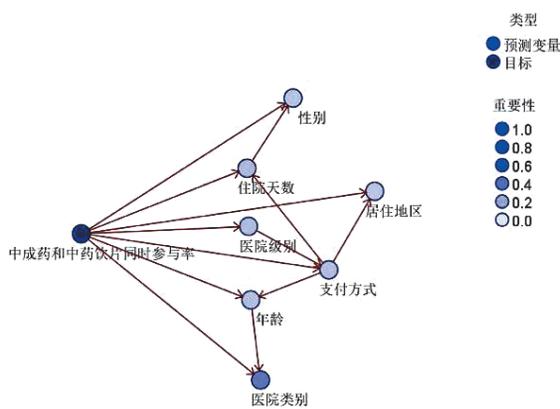


图4 中成药和中药饮片同时参与率贝叶斯网络图

表4 不同年龄段中药参与率条件概率 %

项目	A		B		C	
	中医类 医院	非中医 类医院	中医类 医院	非中医 类医院	中医 类医院	非中医 类医院
0~20岁						
有	1	99	2	98	31	69
无	0	100	0	100	0	100
21~40岁						
有	15	85	3	97	71	29
无	8	92	22	78	6	94
41~60岁						
有	21	79	25	75	79	21
无	9	91	3	97	7	93
61~80岁						
有	25	75	28	72	79	21
无	11	89	3	97	8	92
81岁以上						
有	27	73	27	73	60	40
无	11	89	5	95	9	91

注：A为中成药参与率；B为中成药和中药饮片其中1种参与率；C为中成药和中药饮片同时参与率。

其均有直接影响，其中医院类别的重要性最高（36%）。医院类别有年龄、中成药和中药饮片同时参与两个父节点，当患者不同时使用中成药和中药饮片时，所有年龄段下在非中医医院的概率最高，当患者同时使用中成药和中药饮片时，除0~20岁之外，其他所有年龄段下在中医医院的概率最高。

2.5 中药参与率logistic回归分析

根据单因素分析结果，将4类中药参与率分别作为因变量，将医院级别、类别及性别、居住地区、年龄、支付方式和住院日等差异显著的因素作为自变量分别纳入4个模型，其中年龄和住院日作为连续变量纳入模型，居住地转化为哑变量引入模型，“全自费”支

表5 不同支付方式中药饮片参与率

项目	中医医院类别条件概率 %	
	中医医院	非中医医院
城镇职工		
有	59	41
无	4	96
城镇居民		
有	79	21
无	4	96
新农合		
有	48	52
无	0	100
商业保险		
有	64	36
无	1	99
全公费		
有	42	58
无	1	99
全自费		
有	29	71
无	1	99
其他社会保险		
有	80	20
无	0	100
其他保险		
有	90	10
无	6	94

付方式定义为“无医保”，其余类型为“有医保”。进行logistic回归分析，检验水准为0.05。

表6结果显示，在4个logit模型中，医院类别、级别、年龄和住院日均有统计学意义（ $P<0.05$ ），居住在中药饮片及中成药和中药饮片同时参与率logit模型中统计学意义不显著（ $P>0.05$ ），中成药和中药饮片其

表6 优势病种中药参与率影响因素的logistic回归分析结果

变量	A		B		C		D	
	β	OR	β	OR	β	OR	β	OR
常量	-1.491	0.225*	-4.601	0.010*	-5.297	0.005*	-1.524	0.218*
三级医院（对照：二级医院）	-0.056	0.946*	0.084	1.088*	0.075	1.078*	-0.048	0.953*
中医医院（对照：非中医医院）	1.042	2.835*	3.853	47.139*	3.158	23.532*	2.564	12.991*
男（对照：女）	-0.086	0.918*			-0.045	0.956	-0.060	0.942*
东部地区（对照：西部地区）	0.147	1.158*	0.037	1.038	0.117	1.124	0.127	1.135*
中部地区（对照：西部地区）	0.009	1.009	0.197	1.218	0.119	1.126	0.040	1.041
年龄	0.012	1.012*	0.031	1.032*	0.027	1.028*	0.016	1.016*
有医保（对照：无医保）	-0.050	0.951*	-0.100	0.905*	-0.062	0.940*	-0.071	0.932
住院天数	0.014	1.014*	0.017	1.017*	0.015	1.015*	0.021	1.021*

注：A为中成药参与率；B为中药饮片参与率；C为中成药和中药饮片同时参与率；D为中成药和中药饮片其中1种参与率。经回归模型检验后， $P<0.001$ ；*示 $P<0.05$ ，差异有统计学意义。

中1种参与率logit模型在支付方式这一变量中统计学意义不显著 ($P>0.05$)。

3 讨论

3.1 中成药参与时住院次均费用更高

本研究结果表明,当中成药参与时,优势病种住院患者的次均费用更高。通常在优势病种治疗中,将西医作为基础性治疗^[9],因此,在有中成药参与下的次均费用可能更高。此外,二级医院有中成药参与的住院天数更短,三级医院参与的住院天数更长。可能由于中成药治疗可改善患者临床症状和功能,进而提高患者生存质量,减少其住院日,而三级医院收治患者一般病情更重,进行康复护理和恢复身体各项机能需要花费更长时间。而患者选择中成药干预的主要原因与药物自身相对安全可靠、副作用小等特点有关,同时也与患者选择保守治疗的主观意愿相关^[7]。

结果还表明,有中药饮片参与时,三级医院的次均费用普遍高于二级医院。中药饮片作为中草药的加工制品,其原材料取自天然矿植物,因此其安全性相较西药更高,且无较大副作用。但中药饮片价格相对不稳定,且存在价格逐年上涨的趋势^[8]。同时由于三级医院收治患者病情可能更重,因此,随着中药饮片的使用频率和数量增加,加上其药品加成影响,易造成次均费用的上涨。

3.2 二级医院和中医医院中药参与率更高

本研究结果表明,二级医院相较于三级医院中药参与率略高,其原因与二级医院的康复、护理期患者居多有关,因此使用中药调理的可能性更大^[9]。中医医院相较于非中医医院中药参与率显著升高,一方面与其自身性质相一致,另一方面患者选择中医医院治疗,大多是看重中医治疗服务这一特点,其对中医的认可 and 接受程度更高,因此中药参与率自然会更高。

3.3 中药参与率受医院类别、年龄等因素影响

本研究结果显示,医院类别、年龄和住院日是影响中药参与率的共同因素。其中,中医医院的中药参与率明显更高,说明非中医医院对中药的使用率偏低,尤其是对中药饮片的使用不足。此外,中药参与率亦受年龄因素的影响,其常随年龄增长而上升。人们对中医的认可程度通常会随着年龄的增长而上升,同时身体素质和免疫能力随年龄增长而下降,因此中老年患者更偏向于寻求中医药的治疗以提高其身体素质,延缓寿命,因而从客观上提高了中药参与率。

此外,随着住院时间的延长,中药参与率呈现上升趋势。这一方面可能与疗程期较长有关,中药调理往往需要长时间的治疗以达到相应效果^[10],另一方面,患者病情程度越重,恢复期越慢,住院时间也会相应延长,从而会让患者对治疗方式有更多的选择空间,并更有机会接触到中医药治疗,从而增加中医药的参

与率。另外,随着住院日延长,累计治疗费用更高,因而患者易倾向于选择费用更低的医疗服务,因而同样会增加中药的使用率,尤其是中药饮片的使用^[11-13]。

3.4 优势病种各诊疗范式中药参与率大体一致,差异不显著

本研究结果显示,各诊疗范式中西主中辅患者占比最多,约占总数的50%。这说明优势病种患者在疾病诊治时更倾向选择以西医基础治疗为主,中药治疗为辅。其中各诊疗范式的中药参与率大体一致,中成药参与率均为50%,中药饮片参与率均为17%,且中成药和中药饮片其中1种参与率以及两者同时参与率均大致相当,各参与率结果无显著性差异。

本研究结果表明,中药参与率受不同诊疗范式的影响相对较小,具有稳定性,也表明无论以西医治疗还是中医药治疗为主均不会大幅度影响中药参与率,且中西医治疗的中药参与率相对一致,差异较小。因此在研究真实世界优势病种中药参与率时,可排除诊疗范式这一影响因素。

3.5 医院类别对中药参与率影响最高,差异较为显著

本研究结果显示,中药参与率的各影响因素中,医院类别对中药参与率的影响程度最大。对于中药参与者,当患者使用中药饮片时,大多数支付方式下在中医医院的概率最高;当患者同时使用中成药和中药饮片时,大部分年龄段下在中医医院的概率最高;当患者使用任何1种中成药或中药饮片时,大多数年龄组在非中医医院概率最高。说明中药饮片主要在中医医院参与较多,而中成药在非中医医院也有广泛参与。

综上,本研究运用真实世界医疗数据,通过对北京市优势病种住院患者中药参与费用情况及中药参与率的研究,发现中成药参与率普遍高于中药饮片,且其次均费用相比饮片更高,中医药价格不均衡,建议进一步规范中医药市场监管制度,并完善中药价格与补偿机制,从而提高中药整体参与率,以充分发挥中医药的独特优势。

参 考 文 献

- [1] 孙立明. 关于中医优势病种研究的评述和建议[J]. 中华中医药杂志, 2022,37(3):1271-1273.
- [2] 梁子钰, 李俊德, 龙子弋. 中药治疗脾胃病优势病种的文献计量学研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2015(10): 1447-1450.
- [3] 宣建伟, 程江, 薛雄峰, 等. 真实世界医疗大数据的建立及其在医院管理、临床诊疗、合理用药、医保精细化管理中的应用[J]. 中国药物经济学, 2019,14(5):10-17.
- [4] Sohail M N, Ren J D, Uba Muhammad M A. Euclidean group assessment on semi-supervised clustering for healthcare clinical implications based on real-life data[J]. International journal of environmental research and public health, 2019,16(9): 1581-1582. (▶▶下转第65页▶▶)

应当鼓励二级医院积极实施安宁疗护，给予一定的政策支持，促进安宁疗护服务实施，加强安宁疗护人才培养，完善三级—二级—一级医院之间转介流程和责任分工，扩充三级联动安宁疗护模式及安宁疗护相关评估系统的依据与内涵。

3.4 未纳入医保的安宁疗护相关服务项目发展空间大

本研究归纳了部分医保内和未纳入医保的安宁疗护相关服务项目，并对江苏省各级医院进行调查。结果显示，各级医院未纳入医保的比已纳入医保的安宁疗护相关服务项目需求—实施的差值更大，实施发展的空间更大。目前未纳入医保的安宁疗护相关服务项目存在定价不明确、资源与补偿之间不平衡等问题，但具体如何进行付费以及付费的标准至今没有明确，患者与医疗部门之间的利益平衡亟待相关政策的干预。因此，安宁疗护服务项目医保政策与自主收费机制有待进一步完善。《上海市基本公共服务实施标准（2022年版）》将安宁疗护列为基本公共服务并新增安宁疗护服务项目为第49个项目。徐嘉婕等^[9]也提出应实施安宁疗护非医保项目外的公共服务实施标准研究。在德国，法律规定安宁疗护由长护险保障。方嘉珂等^[10-11]分析我国安宁疗护纳入长护险的可行性，提出我国可以通过立法降低长护险准入条件，补充长护险失能等级考察指标与给付标准划分依据，解决安宁疗护接受者因长护险准入体系及给付标准划分依据不合理，未能享受公平待遇的问题。

建议扩大已纳入医保安宁疗护相关服务项目的统筹覆盖范围，并将未纳入医保的安宁疗护相关服务项目纳入相应类型的医保范畴或长护险等其他类型保障中，整合各级医院安宁疗护相关科室可用的医保体

系，充分发挥各级医院相对的安宁疗护职能并保障患者的末期生命质量。

参 考 文 献

- [1] World health organization. Palliative care[EB/OL]. [2022-12-01].<https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
- [2] 湛永毅, 刘翔宇. 安宁疗护专科护理[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2020.
- [3] 张永喜, 刘淑媛, 李君艳, 等. 晚期癌症患者居家宁养服务与住院姑息治疗成本—效益分析[J]. 中国卫生经济, 2012, 31(4):73-74.
- [4] 徐嘉婕, 彭颖, 施永兴, 等. 上海市社区卫生服务中心安宁疗护服务提供和补偿研究[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(8): 64-67.
- [5] 李明丹. 国内外护士处方权的研究进展[J]. 中国社区医师, 2019, 35(27):9-11.
- [6] 许艺帆, 荆丽梅. 关于中医与安宁疗护融合发展的哲学思考[J]. 中医药管理杂志, 2022, 30(11):1-4.
- [7] 石龙. 我国分级诊疗的痛点:政策理性与个人感性悖论[J]. 中国卫生经济, 2018, 37(8):13-16.
- [8] 陈丽娟, 张帆, 刘金宝. 分级诊疗制度下社区卫生服务中心医疗服务承载能力研究[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(3): 46-50.
- [9] 徐嘉婕, 彭颖, 施永兴, 等. 上海市社区卫生服务中心安宁疗护服务提供和补偿研究[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(8): 64-67.
- [10] 方嘉珂. 德国养老新动向——公司化 保险化 法制化 外籍化[J]. 社会福利, 2009(7):55-56.
- [11] 胡芳, 韦彦名. 长期护理保险制度参与安宁疗护的挑战与对策研究[J]. 卫生软科学, 2023, 37(1):71-76.

[收稿日期: 2023-05-27] (编辑: 毕然)

(◀◀上接第59页◀◀)

- [5] 蒋艳, 余京飞, 王倩宏, 等. “十三五”期间北京市基层中医药发展现状研究: 基于机构法中医总费用核算[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(10):44-48.
- [6] 蒋艳, 满晓玮, 赵丽颖, 等. 北京市“医药分开”“医耗联动”改革前后不同来源患者治疗费用机构流向变化研究[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(8):29-33.
- [7] 陈志芬, 韦成玉, 陈广辉, 等. 中药内服治疗腰椎间盘突出症常用方的选择策略[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(14):188-190.
- [8] 魏娜, 李静, 许保海. 我院2008—2011年中药饮片价格走势分析[J]. 中国药房, 2012, 23(27):2588-2590.
- [9] 肖久庆, 刘丰榕, 肖冬媛, 等. 患者支付方式对住院费用水平影响的案例研究[J]. 中国医院管理, 2021, 41(3):77-79, 87.
- [10] 薛慧颖, 喻兆阳, 李娟. 2019年版《国家基本医疗保险、

工伤保险和生育保险药品目录》解读[J]. 医药导报, 2020, 39(1):1-9.

- [11] 黄诗尧, 杨练, 孙群, 等. 四川省恶性肿瘤患者住院费用及影响因素研究[J]. 现代医院管理, 2018, 16(2):61-64.
- [12] 金雯, 张岩曦, 徐周. 基于ARIMA乘积季节模型预测恶性肿瘤住院量、住院费用及平均住院时间[J]. 现代医院, 2019, 19(3):383-389.
- [13] 王淑强, 钟文洲. 结直肠癌患者住院费用构成分布及其影响因素分析[J]. 中国医药导报, 2019, 16(23):118-121.

[收稿日期: 2023-05-15] (编辑: 高非)