

# 免费医疗模式下的医生行为分析： 青海省藏区小苏莽诊所的实证研究

谈玲芳<sup>①</sup>，黄成礼<sup>①</sup>，杨存<sup>①</sup>，丘明峰<sup>①</sup>，石孟卿<sup>①</sup>，古丽青<sup>①</sup>，郑晓瑛<sup>①</sup>

**摘要：**文章利用2009年北京大学人口研究所在青海藏区的调查资料，对西部贫困地区小苏莽诊所实行的免费医疗模式之下医生的行医及用药行为进行了分析。研究认为，该诊所提供的服务对当地人口健康状况起到了积极的促进作用，免费医疗模式下医生的治疗方式和用药行为与乡镇卫生院不同，在贫困地区和少数民族地区基层医疗卫生服务提供上有借鉴意义。

**关键词：**藏区；诊所；免费医疗；卫生服务；医生行为

**中图分类号：**R1-9；R197.62 **文献标识码：**C **文章编号：**1003-0743(2011)10-0074-04

**Physician Behavior Analysis under a Free Health Care System: An Empirical Research on Surmang Charity Clinic in Qinghai Tibetan Area/TAN Ling-fang, HUANG Cheng-li, YANG Cun, et al//Chinese Health Economics, 2011, 30(10):74-77**

**Abstract:** Based on the data of systematic medical institutions investigation and in-depth interviews of their responsible persons and practitioners in Qinghai Province undertaken in 2009, the paper focused on description and analysis of physician behaviors in treatment strategies and drug selections provided by a charity clinic compared with public medical institutions. The results show that physician behaviors in treatment strategies and drug selections provided by the charity clinic were markedly different from that by the public, primary medical institutions. The charity clinic provided better primary health care services than public, primary medical institutions. The rational physician behaviors of the charity clinic were built on physician's high income, excellent professional training, and good professional reputation.

**Key words:** Tibetan Area; clinic; free health care; health service; physician behavior

① 北京大学人口研究所 北京 100871

作者简介：谈玲芳(1973-)，女，博士在读，副教授；研究方向：

人口健康和卫生经济等；E-mail: marytan@yeah.net。

通讯作者：郑晓瑛，E-mail: zzheng@pku.edu.cn。

**First-author's address:** Institute of Population Research, Peking University, Beijing, 100871, China

**Corresponding author:** ZHENG Xiao-ying, E-mail: zzheng@pku.edu.cn

之间的协调发展和有效合作。

## 参 考 文 献

[1] Donabedian A. The quality of medical care: a concept in search of a definition[J]. J Fam Pract, 1979,9(2):277-284.

[2] Starfield BH, Simborg DW, Horn SD, et al. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility[J]. Med Care, 1976,14(7):625-636.

[3] Boon H, Verhoef M, O'Hara D, et al. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework[J]. BMC Health Serv Res, 2004,4(1):15.

[4] Lawrence D. Building a better delivery system: A new engineering/health care partnership[M]. Washington DC: The National Academies Press, 2005: 99-102.

[5] Van Achterberg T, Stevens FJ, Crebolder HF, et al. Coordination of care: effects on the continuity and quality of care[J]. Int J Nurs Stud, 1996, 33(6):638-650.

[6] Shortell SM. Continuity of medical care: conceptualization and measurement[J]. Med Care, 1976, 14(5): 377-391.

[7] Curtis P, Rogers J. Continuity of care in a family practice residency program[J]. J Fam Pract, 1979,8(5):975-980.

[8] Starfield BH, Simborg DW, Horn SD, et al. Continuity and coordi-

nation in primary care: their achievement and utility[J]. Med Care, 1976, 14(7): 625-636.

[9] Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A. Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter[J]. Health Policy, 2008, 85(2):172-183.

[10] McNeal Barbara J. Shattuck lecture-hidden barriers to improvement in the quality of care[J]. The New England Journal of Medicine, 2001, 345(22): 1612-1620.

[11] 刘滨, 张亮. 我国基本医疗连续性服务体系的构建[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(8):12-15.

[12] 刘滨, 张亮. 我国基本医疗连续性服务现状及影响因素分析[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(11):12-15.

[13] 于贞杰, 于倩倩, 汤敏, 等. 完善社区卫生服务公共卫生功能的策略分析[J]. 卫生软科学, 2009, 23(3):288-290.

[14] 王 绚, 袁兆康, 章美娟. 江西省城市社区卫生人力资源现状调查分析[J]. 中国初级卫生保健, 2008, 22(3):22-24.

[15] 王隽. 城市医院双向转诊的现状和对策[J]. 医学与社会, 2008, 21(2):38-40.

[16] 黄伟, 张亮. 农村三级卫生服务网络中预防保健功能激活策略分析[J]. 医学与社会, 2008, 21(2):29-30.

[收稿日期: 2011-07-15] (责任编辑: 杨永萌)

我国政府一直重视农村基层医疗卫生的投入和发展,新医改中的多项改革措施也是围绕基层医疗机构展开,例如实施基本药物制度、收支两条线、药品取消加价及提高公共卫生职能等,政府在尽力改善基层医疗机构的条件,通过合理的激励机制改善医生的表现,增加农民的福利。但是这些措施并没有完全免除农民的医疗负担,新型农村合作医疗(以下简称新农合)中个人仍支付较高的比例,药品也需要付成本费。本次调查的青海藏区,位于我国版图的偏远、贫穷与落后的中西部地区。该地区人口健康状况以及卫生服务利用的水平比较薄弱。在现有医疗体制下,乡镇卫生院在改善当地农民健康上发挥着重要作用,但目前基层医疗机构在服务效率、服务可及性及服务质量等方面都存在不足,也存在医生过度治疗的现象,医生在健康促进和健康服务的提供上存在不足。那么,在乡镇级医疗机构中,如果实施全免费的卫生服务和药品提供,医生的行为、群体的健康会否不同?我们调查的小苏莽诊所为我们提供了这样的机会,了解一个完全免费医疗制度下的医生行为情况。

小苏莽诊所是苏莽基金会(以下简称基金会)于1996年在青海藏区小苏莽乡建立的一个全免费的基层医疗保健诊所。诊所开始运营后,其核心项目免费治疗病人超过7万人次(2000—2009年7月底),且接诊量逐年快速上升,为该地区居民基本健康状况的改善做出了卓越的贡献。本研究分析了小苏莽诊所医生提供卫生服务的行为及其与乡镇卫生院的的不同,以期为基础医疗卫生改革和解决更多西部贫困地区和少数民族地区的医疗问题提供借鉴。

## 1 数据来源

2009年7—8月,我们对青海省玉树藏区的基层医疗机构和小苏莽诊所的卫生服务情况展开了系统的机构调查,对相关机构负责人和从业者进行了深度访谈,并对重点案例进行了开放式访谈。访谈共21例。调查内容包括各类服务提供者的服务提供情况、资源存量及服务能力等,重点研究了小苏莽诊所的医生行为及其对于覆盖地区的影响。

## 2 小苏莽诊所的免费医疗模式

小苏莽诊所的免费医疗模式特点是:提供免费的医疗服务和药品、高薪聘用全职医生和高质量培训医生,并免费培训社区卫生工作者在人群中提供健康教育。

小苏莽诊所于2000年正式运营时聘请了1名全职的全科医生,2003年加聘1名医生。此外,基金会每年以招募国外志愿者的方式,从国外带医生和药品不定期地来诊所服务,并经常开展一些健康促进项目,培训社区工作者。小苏莽诊所为全职医生提供薪酬和居住,且每年派1名医生到北京进修培训至少1个月。每年夏天志愿者到访时,在当地居民中选拔并开展社区卫生工作者的培训,也对小苏莽诊所医生进行业务培训。

小苏莽诊所医生常年提供全科的医疗服务,基本上满

足了当地居民的一般医疗需求。2000年时接诊病人为6000多人次,到2008年已经增加到16000多人次,2009年上半年接诊超过10000人次。小苏莽诊所80%以上的病人来自玉树县,其中绝大部分是当地——小苏莽乡(人口约为7000人)的病人,其次是毗邻诊所所在莫地村的西藏昌都县的病人,调查显示还有来自距离诊所150多km的下拉秀乡的病人,这体现了诊所的服务覆盖范围比较大。小苏莽诊所对其所在村庄就诊过的居民每人都建立了1份健康档案。经过小苏莽诊所培训的多名社区卫生工作者已成为了在当地社区提供卫生服务的重要力量。

小苏莽诊所在提供免费医疗服务的同时,积极构建切实可行的管理模式、医疗服务人员培训方法和当地群众健康教育等一系列的符合偏远地区情况的可操作的模式,取得了良好的服务效果。

## 3 主要发现

### 3.1 小苏莽诊所的基层卫生服务能力强

调查显示,小苏莽诊所常见疾病是胃肠炎、关节炎、高血压、感冒、胆囊炎、眼病和口腔疾病等,儿科常见腹泻和寄生虫等,妇科常见附件炎等。医生出诊的常见疾病有高血压、骨折和难产等。小苏莽诊所不仅收治了青海省农村最常见的各种疾病<sup>[1]</sup>,其在五官疾病、皮肤疾病和妇女保健等方面服务能力强于当地乡镇卫生院,与县级医院门诊相比,其很好地提供了基层卫生保健服务,减轻了县医院的负担(表1)。

### 3.2 小苏莽诊所医生的治疗方式合理

调查发现,小苏莽诊所与乡镇卫生院、藏医及村医的治疗方式很不相同。表2比较了小苏莽诊所与小苏莽乡卫生院在治疗方式上的差异。小苏莽诊所医生旨在选择最经济与最有益于群体和个人健康的治疗方式。

3.2.1 医疗措施。小苏莽诊所医生普遍采取最少的医疗措施,约40%的就诊病人没有给予药物治疗,而只是实施了健康教育。医生的用药原则是:尽量少用多种药物治疗,尽可能不采取静脉注射。诊所在药物治疗中,注射药物的使用不足10%,其中对于儿童,仅在高烧不退时采用肌肉注射治疗。诊所医生行为尽可能地减少了药物误用和过度治疗。

在乡卫生院,医生询问病情后,一般都给予药物治疗。西药使用中,半数以上采用注射治疗,其中90%以上为静脉输液治疗。有时候病人自己做出判断,决定是否用药,医生也存在未加分析地卖药行为。也有病人在县级以上医院确诊疾病后,带着医嘱,来乡卫生院接受注射治疗。

3.2.2 抗生素和激素的使用。小苏莽诊所医生注重避免抗生素和激素的不当使用。对就诊的感染病人,若非必要,一般不用抗生素,如果用抗生素的话,一般针对不同的疾病只选择一种敏感的抗生素,而且只给3天的药量。激素也仅在病情严重的情况下使用,不作为常规使用。当地患者治疗后在家的情况都反馈到了医生这里,他们的判断是

表 1 各级医疗机构和青海省农村就诊常见疾病情况

| 顺序 | 小苏莽诊所 *  | 乡级卫生院 ** | 县级医院门诊 **    | 青海省农村单病种患病 <sup>①</sup> |
|----|----------|----------|--------------|-------------------------|
| 1  | 胃、肠炎     | 肺炎       | 结核病          | 风湿性关节炎                  |
| 2  | 风湿性关节炎   | 腹泻       | 肝炎           | 胃炎                      |
| 3  | 高血压      | 胃肠炎      | 高血压          | 高血压                     |
| 4  | 感冒       | 胆囊炎      | 高原性肺水肿       | 慢性阻塞性肺部疾病               |
| 5  | 胆囊炎      | 感冒       | 寄生虫          | 胆囊炎或胆结石                 |
| 6  | 儿童腹泻、寄生虫 | 高血压      | 胆囊炎或胆结石      | 盆腔炎                     |
| 7  | 外伤       | 风湿性关节炎   | 儿童营养不良、肺炎、腹泻 | 肾炎                      |
| 8  | 五官疾病     | 儿科疾病     | …            | 慢性肠炎                    |
| 9  | 皮肤病      | …        | …            | 冠心病                     |
| 10 | 寄生虫      | …        | …            | 消化性溃疡                   |
| 11 | 妇科疾病     | …        | …            | 糖尿病                     |
| 12 | 结核病      | …        | …            | 宫颈炎及宫颈糜烂                |

\* 示根据查阅小苏莽诊所近 5 年的病历记载排序; \*\* 示根据访谈和查阅其近期就诊记录。

限制抗生素的使用,使得当地群众感染减少,对抗生素更敏感。

而在乡卫生院,频繁使用抗生素,未限制激素的使用。调查显示,乡医使用的半数以上药物为各种抗生素;而在注射治疗中,大约 80%的注射药物是各种抗生素,常用 3~6 天,静脉输液时也常使用激素。

3.2.3 实施健康教育和心理咨询。小苏莽诊所医生对就诊病人都实施健康教育,对约 40%的就诊病人没有给予药物治疗,仅提出了适当的饮食和行为建议。对心理上依赖药物,尤其是抗生素的病人,医生一般仅实施心理咨询;经劝说后,病人会认为得到了最好的解答,满意而归。例如医生如果判断是病毒性疾病,就叮嘱病人喝煮沸的水,注意休息,注意卫生(尤其是手部清洁),以预防感染。

3.2.4 关注长期健康效益。小苏莽诊所医生致力于促进当地人群的健康水平提高,而非赢利或短期收效为目的。医生与病人是相对稳定的长期合作关系,因此,医生不仅关注低成本于广覆盖的治疗实践,而是力在促进当地疾病谱的改善,维护群众的长期健康效益。

3.3 小苏莽诊所医生的用药行为合理

小苏莽诊所购提供常用药物为 139 种,其中常用的口服抗生素主要有 16 种,常用的抗生素注射液主要有 7 种。根据常见疾病排序,诊所医生常用 78 种药物;经与国家基本药物目录(基层医疗卫生机构配备使用部分)2009 版核对,有 35 种含在该目录内,另外 43 种也都是价格低廉,经济适用的基本药物(表 3)。调查显示,小苏莽诊所医生在行医过程中,针对常见病种,合理应用这些基本药物,很好地实施了群众常见疾病的基本治疗。

在小苏莽诊所调查时,我们见到 2 名外伤病人,医生均给予清创缝合,之后换药、拆线,但都没有给他们使用抗生素。随诊发现,患者愈后状况良好。

4 讨论

医疗活动中,供方行为决定了对人群健康的影响。医生是医疗活动供方的实施主体,因此医生行为的研究是一个非常重要的课题。本研究分析小苏莽诊所医生行为明显不同于乡镇医疗机构的原因可能在于以下几个方面:

4.1 逐利机制的解除

与乡镇卫生院相比,小苏莽诊所的医生没有经营与生

表 2 不同医疗机构主办、收费情况及治疗方式的比较

| 项 目           | 小苏莽诊所            | 小苏莽乡卫生院                  |
|---------------|------------------|--------------------------|
| 主办者           | 苏莽基金会            | 政府                       |
| 收费情况          | 全免费              | 免挂号费、检查费、注射费和部分治疗费;收取药品费 |
| 药物治疗占比(%)     | 约为 60            | 约为 100                   |
| 注射治疗原则        | 限制使用             | 常规使用                     |
| 注射治疗占药物治疗比(%) | <10(其中中小儿多用肌肉注射) | >50%(其中 90%以上是静脉注射)      |
| 抗生素用量         | 3 天              | 3~6 天                    |
| 抗生素占药物治疗比(%)  | <20              | >50                      |
| 激素使用          | 几乎不用             | 常配合静脉注射使用                |
| 中成药           | 常用               | 不常用                      |
| 藏药            | 不用               | 占药物治疗比例的 20%左右           |

表3 小苏莽诊所常见疾病的用药情况

| 排序 | 常见病种 | 药品名称  |
|----|------|---|
| 1  | 胃病   | 胃复安, 酵母片*, 西咪替丁*, 法莫替丁, 丽珠得乐, 吗丁啉, 胃必治*, 颠茄, 消胀片*, 奥美拉唑, 头孢氨苄                       |
| 2  | 关节炎  | 布洛芬, 消炎痛, 炎痛喜康片*, 正红花油*, 麝香止痛膏*, 关节止痛膏*, 头孢氨苄, 扑热息痛, 泼尼松, 地塞米松                      |
| 3  | 高血压  | 倍他乐克片*, 双克片, 卡托普利片, 罗布麻片*, 复方降压胶囊*, 肠溶阿斯匹林*, 复方丹参, 维脑路通*                            |
| 4  | 感冒   | 甘草片, 环丙沙星, 感冒通*, 西瓜霜*, 扑热息痛, 新速效*, 螺旋*, APC*, 甲硝唑, 土霉素*(肺炎时用)                       |
| 5  | 胆囊炎  | 利胆醇*, 消炎利胆片, 胆通*, 柠檬烯胶囊*  |
| 6  | 儿科疾病 | 阿莫西林颗粒, 红霉素颗粒, 利君沙*, 头孢, 甘草片, 退热栓*, 小儿安*, 柴胡, 干酵母*, 多种维生素, 维生素AD滴剂*, 泼尼松(仅在特殊情况下使用) |
| 7  | 外伤   | 布洛芬, 正红花油*, 创可贴*, 烧伤膏*, 环丙沙星, 头孢氨苄(仅在伤口化脓时才使用)                                      |
| 8  | 肠炎   | 甲硝唑, 四环素*, 诺氟沙星胶囊, 痢特灵*   |
| 9  | 五官   | 珍珠液*, 干柏鼻炎片*, 红霉素眼膏, 氧氟沙星眼药水  |
| 10 | 口腔疾病 | 牙痛水*, 抗炎灵*, 维生素B2, 青霉素V钾*, 利多卡因   |
| 11 | 皮肤病  | 皮康霜*, 肤轻松*, 尿素软膏, 四环素软膏*  |
| 12 | 寄生虫  | 安乐士*, 肠虫清   |
| 13 | 妇科疾病 | 妇炎康*, 抗宫炎片*   |
| 14 | 结核病  | 利福平, 乙胺丁醇, 异烟肼, 肝泰乐*, 维生素B6   |

\*: 为非国家基本药物目录(基层医疗卫生机构配备使用部分)2009版内药物。

存的压力, 免费提供医疗和药品, 因此没有利益导向而致医生卖药以及过度医疗, 这与我国医改推行的收支两条线的思路吻合。

#### 4.2 医生收入与医生行为

2009年小苏莽诊所医生的月薪为4000元。小苏莽诊所医生的薪酬略高于县级公务员的工资水平, 相当于当地村民的上等收入水平<sup>[2]</sup>。对小苏莽诊所医生实施薪酬支付, 这种支付方式的行政管理成本可能会最低<sup>[3]</sup>。当医生的收入体现其市场价值时, 直接减少了医生以盈利为目的的不良行为。

#### 4.3 医生的业务培训与医生行为

被调查地区乡镇医疗机构专职人员数比诊所医生多, 但业务素质偏低。小苏莽诊所通过培养本土医生, 并不断提供培训机会, 有效地提高其业务水平, 使其能胜任当地的医疗服务。良好的培训也能够增加群众对医疗卫生服务的需求<sup>[4]</sup>。相形之下, 当地基层医疗机构人才缺乏, 医疗行为不规范, 乡村医生接受的业务培训仍显不足, 基本医疗卫生服务能力有待提高。调查显示虽然当地县级医院会派出医务人员下乡支援卫生服务, 并和乡镇卫生院建立了定点帮扶的关系, 但提供的服务十分有限。因此, 应把乡村医生的培养、培训和提高执业能力作为发展农村卫生事业的关键而提上政府日程, 从而改善农村卫生服务质量。

#### 4.4 医生声誉与医生行为

在医疗服务中, 医生既是病人的代理人, 也是自身利益最大化的主体, 病人的利益和医生自身的利益可能发生冲突。如果供方是盈利性的, 这种冲突就是必然的。因此,

不以盈利为目的的医疗机构可以减少这种冲突, 但是没有盈利动机又会产生效率损失<sup>[5]</sup>。小苏莽诊所医生在不盈利的基础上, 效率高, 效果好, 原因是医生受到的激励来自于良好的声誉。医生声誉可以影响其社会认同感、社会责任感和工作态度, 从而影响医生行为。小苏莽诊所医生在当地积累了服务经验, 赢得了良好的职业声誉, 且不需要考虑从市场上争夺病人, 这些会激励医生根据不同的患者选择相应最优的治疗方案, 最大限度地避免不合理与不规范的医疗行为。

致谢:

本研究受苏莽基金会资助, 受中国农村卫生联盟和盖茨基金会支持。特别感谢苏莽基金会会长 Lee M. Weingrad (王理) 先生和普措医生!

#### 参 考 文 献

- [1] 王晓节, 周敏茹. 青海省2006年居民疾病调查分析[J]. 中华流行病学杂志, 2008, 29(6): 586-589.
- [2] 罗敬. 公立医院医生工资及待遇状况的分析与思考[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(9): 47-48.
- [3] 王木, 刘丽杭. 支付方式对基层卫生保健医生行为的影响[J]. 国外医学(卫生经济分册), 2007(4): 169-172.
- [4] 黄成礼. 卫生人力分布的经济学分析[J]. 中国卫生经济, 2010, 29(7): 39-41.
- [5] 封进. 健康需求与医疗保障制度建设——对中国农村的研究[M]. 上海: 上海人民出版社, 2009.

[收稿日期: 2011-09-18] (责任编辑: 杨永萌)