

西部某省乡村基本药物制度实施情况研究

李侗桐* 谢 铮 张拓红

北京大学公共卫生学院 北京 100191

【摘要】目的:研究基本药物制度在西部某省村级医疗机构的实施情况。方法:对西部某省乡村医生和管理者进行个人深入访谈,了解基本药物零差率补助、一般诊疗费补偿及基本药物考核机制的实施现状及其对乡村医生用药行为的影响。结果:该调查地区基本药物干预并未达到预期目标:乡村医生的用药行为没有明显变化;一般诊疗费制度未能实现合理补偿;乡村医生管理者对乡村医生的考核流于形式。结论与建议:该地区应充分考虑乡村医生的特殊性,保证干预的可行性、有效性和可持续性。

【关键词】乡村医生;基本药物制度;基层医疗卫生机构

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2015.06.006

Status quo of National Essential Medicine System in village clinics of a province in western China

Li Tong-tong, XIE Zheng, ZHANG Tuo-hong

School of Public Health, Peking University, Beijing 100191, China

【Abstract】 Objective: To study the status quo of National Essential Medicine System (NEMS) in village clinics of a province in western China. Methods: Individual in-depth interview was carried out with village doctors and their managers of a province in western China, to understand the subsidies of zero-markup rate, compensations for general medical fees, and status quo of NEMS assessment mechanism and its impacts on prescribing behavior of village doctors. Results: In the surveyed area, the intervention of NEMS has not achieved the desired objectives: the prescribing behavior of village doctors has not changed significantly; general medical fee system has failed to achieve reasonable compensations; and the assessment mechanism done by village doctor managers has been a mere formality. Conclusions and Suggestions: To ensure the feasibility, effectiveness and sustainability of the intervention, the area policymakers should take into full consideration the special nature of village doctors.

【Key words】 Village doctor; National Essential Medicine System; Primary healthcare institutions

深化医药卫生体制改革以来,国务院办公厅和原国家卫生部等部委分别发布《建立和规范政府办基层医疗卫生机构基本药物采购机制的指导意见》(国办发[2010]56号)^[1]和《关于印发〈关于建立国家基本药物制度的实施意见〉》(卫药政发[2009]78号)^[2],推动基本药物制度的实施。基本药物制度是保障药品质量和公平可及的必要手段。^[3]政府办基层医疗卫生机构实施基本药物制度的政策目标是在基层探索逐步破除“以药补医”的弊端并积累可以推

广的经验。^[4]各地区随后制定并实行以省为单位集中招标采购、基层医疗卫生机构药品零差率销售、政府提供零差率销售补助的基本药物制度,并配套一般诊疗费补偿制度和基本药物制度考核机制。^[5-6]

国内基本药物制度实施的研究主要集中于对县医院、社区卫生服务机构及乡镇卫生院等的定量研究^[7-8],而深入挖掘基本药物制度对我国乡村医生用药行为的影响及其因果联系的定性研究较少。本文以西部某省乡村医生及乡村医生管理者为研究对

* 基金项目:国家自然科学基金面上(青年)项目(71403006)

作者简介:李侗桐,女,硕士研究生,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail:litongtongpku@163.com

通讯作者:张拓红。E-mail:tzhang@bjmu.edu.cn

象,通过定性研究方法,针对基本药物零差率补助、一般诊疗费补偿和基本药物制度考核机制对医疗服务提供者的行为干预进行研究,了解当地实施基本药物制度过程中存在的问题,为进一步促进基本药物干预政策在该地区村级医疗机构的可持续发展提供建议。

1 资料与方法

1.1 资料来源

选取我国西部某省为研究现场,该省为山地丘陵性盆地地貌,2013 年农业人口 2 604 万,年人均纯收入为 6 791 元。该省共有行政村 14 372 个,村卫生室 21 852 个,乡村医生 33 353 人,每千农业人口乡村医生 1.12 人。

本研究以乡村医生和乡村医生管理者为研究对象。乡村医生为 2014 年 4 月已经在当地卫生行政部门注册,并且仍在村卫生室从事预防、保健和一般诊疗服务的医务工作者;乡村医生管理者为调查地区县卫生局、县疾病预防控制中心、县乡村一体化办公室、县新农合办公室或乡镇卫生院的管理人员,这些人员从业务和管理上与乡村医生存在较为直接的联系,对村卫生室的基本药物制度实施情况有较清晰的了解。针对乡村医生,主要调查基本药物干预政策的落实程度和政策实施前后其用药行为的改变及原因。针对乡村医生管理者,主要了解当地基本药物干预措施落实程度及存在的困难与挑战等。

1.2 研究方法

采用个人深度访谈法,依据目的抽样原则,选取年龄、性别、受教育程度、经济水平等社会人口学特征差异较大且有意愿接受访谈的研究对象进行调查。根据地区经济水平和地理特征抽取了 4 县 10 乡 18 村,分别访谈了乡村医生 18 人,乡村医生管理者 10 人。征得访谈对象同意后,对访谈过程进行录音,依据录音整理访谈文字稿。利用 Nvivo 10 软件对文字稿进行逐行开放式编码,逐步形成主轴编码、聚焦编码和理论编码,使用主题框架法进行资料分析,归纳研究发现。

2 结果

2.1 基本药物政策内容

该省卫生厅、财政厅和食品药品监督管理局联

合制定了《村卫生室实施基本药物制度细则(暂行)》,于 2012 年 12 月在村卫生室实施基本药物制度,目的是“为保障人民群众基本用药,减轻医药费负担”。该文件规定了实施的范围是“所有政府投资建设的行政村卫生室和经过申请批复的非政府建村卫生室”,要求所有实施基本药物制度的村卫生室于 2013 年 1 月前“清理、销毁原库存非基本药物,全部按进价销售基本药物”。该政策要求“对实施基本药物制度的村卫生室提供基本药物零差率补助,要求确保乡村医生合理收入不降低”。因此,该省采取了三项措施:

(1)基本药物零差率补助。分为总额补助和按比例补助两种方式。其中,总额补助方式是在不考虑医疗卫生服务量的情况下,乡镇卫生院每月对实行基本药物制度的村卫生室补助 650 元;按比例补助是指乡镇卫生院按照乡村医生订购基本药物金额的 15% 进行补助。这两种补助方式分别在不同调查县/地级市实施,县级卫生行政部门决定补助方式,县内所有乡村医生补助方式一致。

(2)收取患者一般诊疗费。即将村卫生室门诊的挂号费、诊查费、注射费(含静脉输液费)以及药事服务成本统一规定为一般诊疗费,收费标准为 3.5 元/人次。其中,参加统筹地区新农合的人员,患者个人负担 1.0 元/人次,新农合门诊统筹基金支付 2.5 元/人次(表 1)。

表 1 调查地区村卫生室一般诊疗费补偿情况

分类	村卫生室是新农合门诊统筹机构	村卫生室不属于新农合门诊统筹机构
患者已参加当地新农合,且仍有门诊统筹金额储备	患者自付 1.0 元/人次 新农合门诊统筹支付 2.5 元/人次	乡村医生自定收费标准
患者未参加当地新农合,或者当年门诊储备金已全部消费	患者自付 3.5 元/人次	乡村医生自定收费标准

(3)对实施情况进行考核及奖惩。县级卫生行政部门和乡镇卫生院定期对村卫生室基本药物制度实施情况进行检查,并建立考核机制,进行年终考核。对实施基本药物制度好的村卫生室予以表彰,对实施基本药物制度不规范的村卫生室予以通报批评,并责令其整改。

2.2 基本药物政策实施情况

2.2.1 财政对基本药物零差率补助不足、村医用药行为改变不大

调查发现,在一些地区乡村医生实际得到的基本药物零差率补助金额少,或根本没有得到补助。接受总额补助方式的乡村医生多数反映没有按时得到补助:“从实施基本药物到现在,我们只拿到过一次,说是去年一整年的,但达不到一个月 650 元。”甚至有乡村医生反映根本没有得到补助:“基本药物补助说给,但是什么时候给啊,我都不知道。”而接受按比例补助方式的乡村医生多数反映可以获得补助:“就是我订多少钱(基本药物),给我 15%……还是可以得的。”

基本药物零差率补助的落实程度主要受制于县级财政能力。实施总额补助方式的县卫生局乡村医生管理者表示:“我们贫困县,一年总收入才 2 个亿。一共 190 多个村医,各个都要弄基药,一个(村医)一个月 650,我想给他,财政局肯定不同意。”“其他富裕县可能可以,人有钱还能多给点。我们顶多撑一年两年,长期肯定不行。”乡镇卫生院的乡村医生管理者也证实:“那些村医不卖药都能拿一个月 650,谁不愿意干?但是上头钱实际上给不了那么多,没那么多钱来补助的。”而实施按比例补助的被调查地区财政负担相对较小。乡镇卫生院的乡村医生管理者表示:“我们这边是给村医 15% 的补助,就是他在我们这里订了多少钱的药(基本药物),我们年底给他补 15%。”县卫生局乡村医生管理者也反映:“我们县比他们总额支付的要轻松一点,村医订多少给多少,负担小一点。”“有些村医一个月也就订一千、两千的(基本药物),我们也就给他们一个月两三百的样子。”

这种基本药物零差率补助并没有对受调查地区乡村医生的用药行为产生明显影响。由于没能按时得到补助,多数接受总额补助的受访乡村医生表示仍会私自出售非基本药物:“我这一个月一个月不光不挣钱,还往里面垫钱,根本撑不下去。”“有的时候,我直接跟他(患者)说,我这有其他药(非基本药物),不能报销的,你买不买。大多时候他都会买的。”“这部分药肯定会加钱的,就跟以前(实施基本药物制度干预之前)一样。”而接受按比例补助的乡村医生多数反映:“在基药以前,我们自己卖的药也是加成 15% 左右。现在也是给补助 15%,没什么变化。”“药还是跟以前一样,该怎么卖还怎么卖。可以这么说,没实行基药之前,我也没开过什么大处方,现在药量

也没有什么能减少的。”

2.2.2 受到人际关系、医疗竞争的影响

被调查的乡村医生多数表示不会主动收取一般诊疗费。接受访谈的 18 位乡村医生中,有 11 位乡村医生所在的村卫生室已开展新农合门诊统筹且实施国家基本药物制度,原则上可以收取一般诊疗费。但是他们均表示只有在患者此次就诊费用可以获得新农合报销时,他们才会收取此项费用。如果该患者当年的新农合门诊统筹基金已经用光,或者患者的该次就诊没有开药不需要参加新农合报销,这些村医就不会主动收取一般诊疗费。此外,在未开展新农合门诊统筹村卫生室工作的乡村医生表示即使实行基本药物零差率销售,他们也不会收取此项费用。

乡村医生不主动收取一般诊疗费的原因主要有两方面:首先,乡村医生是村中居民,与就诊村民较为熟悉,在情感上难以要求患者缴纳以前并不需要缴纳的一般诊疗费。乡村医生表示:“乡里乡亲的,像你跟他要钱似的,干脆不说。”其次,随着交通的便利,患者在发生疾病时有多种就医选择。如果收取一般诊疗费,乡村医生会进一步流失就诊人群。乡村医生表示:“咱们这儿从县大道下去(向北)就是县医院,你再收钱(一般诊疗费),谁还来呢?”

2.2.3 受地理分布和管辖范围的限制,考核机制难以落到实处

县卫生行政部门和乡镇卫生院乡村医生管理者多数表示对乡村医生实行基本药物制度的考核次数较少:“有的村卫生室,一年到头我们也不一定去一次。”即使进行实地考察也不能了解乡村医生实行基本药物制度的情况:“像有的(村卫生室基本药物制度)根本整改得不好,每个月就进几百块或者一两千块钱的基本药物,甚至为了要补助就实行了基本药物制度,但是实行的怎么样我也不知道。”

被调查的乡村医生反映地理分布是限制基本药物制度考核的原因之一:“我们这到县里三四个小时,乡镇卫生院的人想来也来不了几次。”还有乡村医生坦言:“基本药物都是摆在柜子里的,但那些非基本药物都不在外面,上头(乡镇卫生院)来抽查,也看不到什么的。”

针对这种情况下,乡镇卫生院的管理者表示:“村里和我们卫生院是不一样的。卫生院医生不好,我们可以扣工资,可以罚。村医那边,我们一扣钱,有的就不弄了,干脆就不推基本药物了。”同时,县卫

生部门的管理者也反映：“村医不在系统内，做得实在不好，我们能吊销他们的资格，可是这么多年也没吊销过谁的。本来人就少，再吊销几个就没了。”

3 讨论

3.1 基本药物制度设计应该充分考虑县级政府财政能力，加大省级层面的转移支付

西部某省卫生厅、财政厅和药监局联合制定《村卫生室实施基本药物制度细则（暂行）》，试图通过实施基本药物制度，规范乡村医生的用药行为，控制医药费用。但是调查结果表明，在该调查地区基本药物干预并未达到预期目的：乡村医生的用药行为与以前没有明显变化，一般诊疗费制度未能实现合理补偿，乡村医生管理者对乡村医生的考核流于形式。出现这种问题的原因之一在于，部分县级政府无法为乡村医生提供及时的基本药物零差率补助，与既往学者的理论分析一致。^[9-10] 在受调查地区，省、市级政府负责制定基本药物政策细则，而筹资、落实过程却由县级政府主导，形成明显的责权不对等。在这种情况下，省、市级政府如果不能全面地考虑到不同县级政府财政能力的实际情况，就不可避免地出现专项补助资金在地方上的不确定性，影响总额补助对规范乡村医生用药行为的有效性。^[11-12] 针对这种情况，各级政府在进行基本药物制度设计时应充分考虑县级政府的财政能力，加大省级层面的转移支付。

而按比例补助也未能起到规范乡村医生用药行为的作用。其原因在于按比例补助是一种放任的管理方式，只是改变了药品零差率的说法，并没有改变乡村医生收取零差价的实质。补助金虽然得以及时落实，但是却未能从根本上解除该地区乡村医生收入和药品销量之间的联系，“以药养医”的现象仍然存在，对规范乡村医生用药行为、控制医药费用没有明显影响。

3.2 及时调整政策，合理平衡并加大配套政策力度

政策调整的缺乏也是调查地区基本药物干预未能实现预期目的的原因之一。政策的形成需要一个完整的政策循环，即一项暂行的政策需要通过完整的“制定—实施—评估—再制定”循环才能决定该政策是否可以正式实施。然而，西部某省的《细则》实施一年多来，并未进行任何评估与调整，使得政策修订闭环未能形成，也就无法保证该暂行政策对乡

村医生用药行为的有效干预。如在基本药物干预考核方面，《细则》要求县级卫生行政部门和乡镇卫生院定期对村卫生室基本药物制度实施情况进行检查，并建立考核机制。但是由于地理环境等因素的限制，定期检查在偏远农村无法实现；并且，县级卫生行政部门也未能制定详细的考核机制，导致该地区的考核流于形式，缺乏足够的约束力。类似这种政策制定问题都应得到及时的调整，并加以配套政策进行改进。

3.3 农村基层基本药物制度的实施应针对乡村医生的特殊性设计适宜的激励约束机制

值得注意的是，乡村医生身份的特殊性是基本药物干预的主要限制因素。乡村医生是我国农村基层卫生工作的三大支柱之一，承担着 6.7 亿农村人口的卫生服务提供和预防保健责任。^[13] 但是，由于历史遗留问题的影响，乡村医生未被我国医疗卫生体系所接纳^[14]。在该调查地区，乡村医生被排斥在国家工资、福利待遇政策以外，个体经营，自负盈亏，身份地位不明。正是这种自负盈亏的经营模式限制了该调查地区一般诊疗费的补偿作用。调查结果显示，被调查的乡村医生不主动收取一般诊疗费。原因之一在于，随着医疗资源可及性增加，乡村医生在该地区的医疗垄断势力和盈利能力不断降低。他们不愿意因为收取一般诊疗费，进一步降低其在医疗市场中的竞争力。而乡村医生所处的乡土社会也是限制该调查地区一般治疗费补偿作用的另一因素。乡村医生所处的社会富有地方性、人口空间流动性小^[15]，乡村医生与村民的接触相对固定。在这种熟人环境下，受调查乡村医生的诊疗行为很大程度受制于乡土文化的影响，其中包括调查发现的不愿收取一般诊疗费的现象。这与以往针对社区卫生服务中心、社区卫生服务站以及乡镇卫生院等基层医疗卫生机构的研究结果存在明显不同。^[16] 因此，针对该地区基本药物对乡村医生用药行为的干预措施应充分考虑乡村医生的特殊性，保证干预措施的可行性、有效性和可持续性。

4 结论

一项政策是否有效，要考虑其设计是否科学可行，筹资与监管是否可以落实到位，实施一段时间后是否及时进行评估和修订。由于财政原因，该被调查地区村级医疗机构基本药物干预措施无法保障零

差率总额补助的合理落实;由于文化原因,难以实现一般诊疗费补偿;同时由于交通和人力因素的限制,无法实行及时有效的监督考核。针对这一现象,该省的政策制定者应该充分了解村级医疗机构基本药物制度实施情况,及时做出政策调整。例如,由省定原则,县制细则,加大省级层面转移支付,保证基本药物政策细则切实可行;改善一般诊疗费收取模式,通过宣传和医保收费方式提高一般诊疗费的收取范围;采用互联网等手段节省监管的人力,提高监管的效率等。

5 局限性

本研究虽然采用了深入访谈的方法获取资料,并用主题框架法来分析资料,但由于调查范围的局限性,研究结果的解释范围有限。

参 考 文 献

[1] 国务院. 建立和规范政府办基层医疗卫生机构基本药物采购机制的指导意见(国办发[2010] 56号)[Z]. 2010.

[2] 卫生部. 关于建立国家基本药物制度的实施意见(卫药政发[2009]78号)[Z]. 2009.

[3] 胡善联, 张崖冰, 叶露. 国家基本药物制度研究[J]. 卫生经济研究, 2007(10): 3-5.

[4] 李克强. 不断深化医改推动建立符合国情惠及全民的医药卫生体制[J]. 求是, 2011, 22(3): 10.

[5] 黄金星, 杨春艳, 陈宇, 等. 村卫生室实施基本药物制度的补偿水平测算——以湖北省江陵县为例[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(7): 35-38.

[6] 苗艳青, 王禄生. 基本药物制度下村医收入的补偿渠道

研究[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(9): 35-40.

[7] 尹爱田, 李新泰. 山东省基本药物制度对乡镇卫生院门诊服务的影响研究[J]. 中国卫生经济, 2011, 30(4): 20-22.

[8] 宗文红, 周洲, 买淑鹏, 等. 基本药物制度的实施对社区卫生服务中心运行状况的影响研究[J]. 中国全科医学, 2013, 16(10): 1099-1102.

[9] 雒保军, 李晓斌, 马振江, 等. 利益相关者视角下基本药物制度实施的障碍与对策[J]. 中国卫生事业管理, 2012, 32(6): 426-430.

[10] 于风华, 孟庆跃, 王健, 等. 基本药物零差率销售对乡镇卫生院经济补偿的影响研究[J]. 中国卫生经济, 2011, 30(1): 42-44.

[11] 王静, 张亮, 冯占春. 基本药物及合理用药政策对农村用药情况的影响分析[J]. 医学与社会, 2004, 17(1): 63-64.

[12] 胡善联. 中国卫生改革的形势: 问题和挑战[J]. 卫生经济研究, 2004(12): 15-18.

[13] 卫生部. 2012 年中国卫生统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2012.

[14] 刘继同. 中国乡村医生的未来与医务社会工作者队伍建设[J]. 中国卫生人才, 2007(3): 36-38.

[15] 张旭平, 吕兆丰, 王晓燕, 等. 村落文化境遇中的乡村医生[J]. 中国医学伦理学, 2010, 23(3): 60-62.

[16] 宋燕, 卞鹰. 基本药物制度实施后基层医疗卫生机构药品价格变动分析——基于中国四省(自治区)的实证研究[J]. 卫生经济研究, 2013(4): 48-51.

[收稿日期:2015-04-23 修回日期:2015-06-16]

(编辑 薛云)