

# 卫生政策研究进展

## Progress in Health Policy Research

基本药物专刊

2015年 第5期

(总第64期)

上海市卫生发展研究中心

2015年6月10日

**编者按** 建立基本药物制度有利于转变医疗机构“以药补医”机制，对减轻群众用药负担、推动卫生事业发展具有十分重要的意义。2009年我国开始建立国家基本药物制度，经过多年实践探索，已取得一定成效，但仍存在一些问题。为总结基本药物制度实施经验，促进基本药物制度进一步完善，受国家卫生和计划生育委员会药政司、上海市卫生和计划生育委员会委托，上海市卫生发展研究中心开展了一系列基本药物制度相关研究，本期刊载了部分研究成果，包括：国家基本药物免费供应国内经验及启示、国家基本药物基层免费供应可行性分析、上海市基本药物优先使用策略研究和基本药物免费实施的国际经验及启示。仅供领导和同志们参阅。

1959



## 卫生政策研究进展

2008年11月创刊  
第8卷第5期(总第64期)  
2015年6月10日  
(内部交流)

### 主管

上海市卫生和计划生育委员会

### 主办

上海市卫生发展研究中心  
(上海市医学科学技术情报研究所)

### 编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部  
上海市北京西路1477号807室  
邮编: 200040  
电话: 021-22121872  
传真: 021-22121623  
E-mail: phpr@shdrc.org  
网 址: www.shdrc.org

顾 问: 沈晓初  
肖泽萍  
主 编: 胡善联  
副 主 编: 付 晨  
金春林(常务)  
丁汉升  
吴凌放  
编辑部主任: 信虹云  
编 辑: 何江江 杨 燕  
陈 多 房 良  
蔡 磊  
校 对: 陆文婷 黄国军

上海市连续性内部资料准印证  
(K)第0649号

## 目 次

### 专题研究

- 国家基本药物免费供应国内经验及启示..... 1
- 国家基本药物基层免费供应可行性分析  
——以上海市65岁及以上老年人为例..... 9
- 上海市基本药物优先使用策略研究..... 21

### 他山之石

- 基本药物免费实施的国际经验及启示..... 38

## 国家基本药物免费供应国内经验及启示\*

彭颖<sup>1</sup> 何江江<sup>1,2</sup> 王力男<sup>1,3</sup> 王贤吉<sup>1</sup> 王海银<sup>1</sup> 王瑾<sup>1</sup> 金春林<sup>1,4</sup>

**【摘要】** 目的：梳理国家基本药物免费供应国内经验，为基本药物免费供应提供政策建议。方法：整理国内部分省市或地区基本药物免费供应的探索与实践经验，并对计划免疫疫苗、计划生育药具、艾滋病抗病毒治疗及预防母婴传播药品、抗结核药品等4类已经免费供应的药品政策进行梳理，从筹资、组织、实施、管理4个层面得到启发。结果：目前国内尚无省市对基本药物实施全面大范围的免费供应，而主要是针对特定人群或特定疾病提供基本药物免费供应；在国家基本药物目录（2012版）中，已有52种药品实施免费供应。结论：国家基本药物免费供应首要问题在于合理确定筹资渠道，建议在不改变现有医保报销政策的情况下，综合考虑医保基金结余情况和地方财力，确定筹资方式。

**【关键词】** 国家基本药物；免费供应；全额报销；全额保障

1975年世界卫生组织首次引入了基本药物的概念，并于1977年制订了第一版《基本药物示范目录》，目的在于解决贫困国家和发展中国家药品供应的问题，使之能够按照国家卫生需求，以有限的资金、合理的价格购买和使用质量可靠、疗效确切的基本药物。我国于2009年建立了基本药物制度，以“零差率”、“集中采购”、“报销比例明显提高”为显著特点，并在保证基本药物的足量供应和合理使用、减轻群众基本用药负担方面发挥了显著作用<sup>[1]</sup>。

第一作者：彭颖，女，研究实习员

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

3. 上海财经大学公共经济管理学院，上海 200433

4. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

\*注：基金项目：上海市医药卫生体制改革循证决策与政策转化（CMB-CP-11061）。

本文已发表于《中国卫生经济》2015年05期第14—16页。

由于我国基本药物是通过医疗保险和新农合筹集资金，不同保险制度下的筹资水平、不同地区的药品报销比例存在很大差异，这对基本药物的公平性产生较大影响。如何完善我国基本药物制度，实现“保证供应、维护公平”的初衷？基本药物免费供应成为近期争论焦点之一。本文通过对国家基本药物免费供应的国内实践经验和已免费供应的医药产品相关政策进行梳理，为基本药物免费供应提供政策建议。

### 一、国内基本药物免费供应的探索与实践

目前，部分省市或地区为减轻弱势群体的用药负担，出台了部分基本药物免费使用的优惠政策，如浙江省台州市免费发放慢性病基本药物、福建省福州市农村重性精神疾病参合患者享受门诊基本药物免费治疗、厦门市居民购买 500 元以内的基本药物免费、山东省胶州市铺集镇试点免费口服基本药物治疗服务、北京市户籍重性精神病人实行基本药物免费供应、上海市嘉定区试点高血压治疗药物免费供应等（表 1）。通过梳理发现，目前国内尚无省市对基本药物实施大范围的免费供应，而主要是针对特定人群（如新农合参保对象、长期服药患者）或特定疾病（慢性疾病、精神疾病等）提供基本药物免费供应；免费药品范围基本限定在国家基本药物目录和省（市）增补基本药物目录内；筹资方式主要有财政专项拨款、医保全额报销或两种方式结合 3 种。

### 二、国内已经免费供应的医药产品政策与启示

在国家基本药物目录（2012 版）中，目前已有 52 种药品纳入国家基本公共卫生服务项目、重大妇幼卫生服务项目及国家艾滋病“四免一关怀”项目，涉及免疫规划疫苗、计划生育药具、艾滋病抗病毒治疗及预防母婴传播药品、抗结核病药物、抗寄生虫药物等 5

表 1 部分省市基本药物免费供应的探索与实践

地区	受益人群	配备机构	药品范围和目录	筹资与支付
浙江省台州市	高血压、糖尿病、重型精神病 3 类慢病人群	基层医疗卫生单位	在国家基本药物目录和浙江省增补基本药物目录里的中标品种中间挑选免费使用的药品	财政予以专项拨款。支付方式包括 2 种：一是通过医保全额报销，患者在购药时享受“零支付”；二是由乡镇社区卫生单位根据患者的实际需要发放药物
福建省福州市	农村重症精神疾病参合患者、适合门诊维持治疗的对象	全市精神病专科医院	将 2012 版国家基本药物目录收录的 21 种精神科药物、3 种辅助治疗药物纳入免费提供服务范围，并根据福建省基本药物增补品种和省药品集中采购中标目录进行适当调整	新农合基金全额支付，救治对象每人每年限额补助标准为 1800 元；超过限额补助标准部分由救治医院承担。
福建省厦门市	城镇职工和城乡居民保险的参保人员	全市 38 家公立基层医疗卫生机构	国家基本药物目录下的所有药品	由基本医疗保险社会统筹基金支付，每人每年不超过 500 元药品费用
山东省胶州市集	当地参合且在镇卫生院就诊、核实患有免费服药的疾病患者	镇中心卫生院	从国家基本药物目录中遴选出了一批最基本的一线抗高血压和降糖药物	药品费用经过新农合报销后，剩余部分全部由铺集镇政府买单
北京市	北京户籍且经具有精神障碍诊疗资质的医疗机构确诊为严重精神障碍的患者	定点医院	在国家基本药物目录基础上，按照安全有效、价格合理、使用简易方便、市场保障供应等原则遴选免费基本药品	由各区县政府负责保障，并纳入北京市重大公共卫生服务项目
上海市嘉定区	嘉定区内参加合作医疗保险的高血压患者	部分社区卫生服务中心	6 种高血压药品	政府财政投入

类药物（表 2）。通过对计划免疫疫苗、计划生育药具、艾滋病抗病毒治疗及预防母婴传播药品、抗结核药品等 4 类已经免费供应的药品政策进行梳理，从筹资渠道、组织架构、具体实施、监督管理 4 个层面得到启发。

表 2 52 种已经免费供应的国家基本药物

类别	通用名	出处
国家免疫规划用疫苗	乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、无细胞百白破疫苗、麻疹疫苗、白破疫苗、甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗、麻腮风疫苗	《扩大国家免疫规划实施方案》（卫疾控发〔2007〕305 号）
避孕药	复方左炔诺孕酮片、复方炔诺酮片、左炔诺孕酮炔雌醇（三相）片、复方醋酸甲地孕酮片、醋酸甲地孕酮片、炔雌醇片、复方甲地孕酮注射液、复方庚酸炔诺酮注射液、壬苯醇醚栓、壬苯醇醚凝胶、壬苯醇醚膜、左炔诺孕酮硅胶棒（I）、左炔诺孕酮硅胶棒（II）	《计划生育避孕药具政府采购目录（2014 版）》
艾滋病用药	齐多夫定、拉米夫定、司坦夫定、替诺福韦、依非韦伦、奈韦拉平、洛匹那韦 / 利托那韦	《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册》（卫办医政发〔2012〕69 号）
耐多药肺结核治疗药品	吡嗪酰胺、乙胺丁醇、卡那霉素、丁胺卡那霉素、卷曲霉素、氧氟沙星、左氧氟沙星、莫西沙星、丙硫异烟胺、对氨基水杨酸、阿莫西林 / 克拉维酸、克拉霉素、利奈唑胺	《耐多药肺结核防治管理工作方案》（中疾控结发〔2011〕452 号）
青蒿素类药物	磷酸氯喹片、磷酸伯氨喹片、青蒿琥酯片加阿莫地喹片、双氢青蒿素哌喹片、复方磷酸萘酚喹片、复方青蒿素片、蒿甲醚、青蒿琥酯、磷酸咯萘啶注射液	《抗疟药使用原则和用药方案（修订稿）》（卫办疾控发〔2009〕106 号）

### （一）筹资渠道

一是以政府财政投入为主要方式，由中央和地方共同承担药品免费供应所需经费，同时明确各级财政分担比例与相应义务。二是积极拓宽筹资渠道，争取国际组织、公益基金、国际合作项目的支持和捐赠，如世行贷款、全球基金等，以确保药品免费供应。

### （二）组织架构

一是遵循分级和属地化管理原则，形成国家、省、市、区（县）

4级组织管理架构，明确各级政府承担的任务和职责。**二是**各级政府设立专门的药品管理机构或部门，对免费药品实行专门管理。**三是**明确部门职责，建立协调管理机制，包括发改委、卫生、财政、医保、食药监等，明确分工，组织落实。

### （三）具体实施

#### 1、药品目录和数量计划

**一是**由国家卫生部门确定并公布免费药品目录。**二是**根据患病率、人均使用量、现有库存量、上一年度需求计划执行情况等因素编制年度免费药品需求计划。**三是**由管理架构中最低级别为起报单位，经同级政府部门审核后，逐级上报至国家卫生部门，经批准后逐级下达。

#### 2、采购和配送

**一是**免费药品实行政府集中采购。**二是**改革药品调拨方式，建立多元化的药品物流配送机制。通过招标、择优的方式，采取企业直调、物流机构配送等多种形式，逐步建立和完善药品物流配送体系。努力减少药品周转环节，缩短周期，加快调拨速度，降低药品在流通过程中的损耗。

#### 3、发放和服务

**一是**建立免费药品发放服务和患者需求信息的数据库，以信息引导服务，提高免费药品相关工作人员的业务水平和服务能力。**二是**指导患者合理使用免费药品，定期做好随访服务。**三是**加大宣传力度，提高公众对合理使用免费药品的认识，引导正确使用免费药品<sup>[2]</sup>。

### （四）监督管理

**一是**强化药品库存管理，合理确定库存标准。对药品的入库、

库存、出库、发放情况进行统计和监控。**二是**建立免费供应药品专项资金，严格执行国家有关财务管理规定，进行专项经费预算、决算和财务收支管理，保证专款专用。**三是**指定专门的机构负责免费供应药品的质量监督检测工作，同时配备专（兼）职质量管理人员，做好本级药品的质量管理，并对下级的计划生育药具质量管理工作进行指导、监督和检查。在药品采购、仓储、调拨、发放过程中，严格执行质量管理的有关规定，及时收集、反馈计划药品质量和企业售后服务的信息。对报废过期、变质、失效的药品，严格按照程序报批和处理<sup>[3]</sup>。**四是**加强对药品管理和服务人员的教育及培训，不断提高药品管理和服务人员整体素质及能力，形成一支改革创新、奋发有为、团结和谐的团队。**五是**建立免费供应药品的监督和通报制度，加强对辖区内免费药品使用的督导，确保药品的安全、有效、及时供应、合理使用，防止药品浪费、流失，严禁倒卖药品。同时将免费供应药品工作纳入工作目标管理责任制，定期进行考核。

### 三、讨论与建议

#### （一）合理确定筹资渠道

通过上述梳理可以发现，目前国家基本药物免费供应的筹资渠道主要包括3种：**一是**政府财政投入（包括中央财政和地方财政），即通常意义上的免费；**二是**由医疗保险支付（包括个人账户和统筹基金），实质为全额报销；**三是**采用医保支付和财政投入相结合的方式，实质为全额保障。

笔者认为，国家基本药物免费供应的首要问题在于合理确定筹资渠道。由于国家基本药物已全部纳入医保甲类药品报销目录，各地需按照基本医疗保险的规定全额给付（报销比例不得低于70%），因此，建议在不改变现有医保报销政策的情况下，综合考虑医保基

金结余情况和地方财力，确定剩余 30% 的筹资方式（图 1）。医保基金结余较多、地方财政收入较少的地区建议由医保全额报销；医保基金结余较少、地方财政收入较多的地区建议由地方财政对 30% 的费用进行保障；医保基金结余和地方财政收入都较高的地区可选择全额报销或全额保障的方式；二者都较低的地区则建议通过中央财政转移支付进行保障。

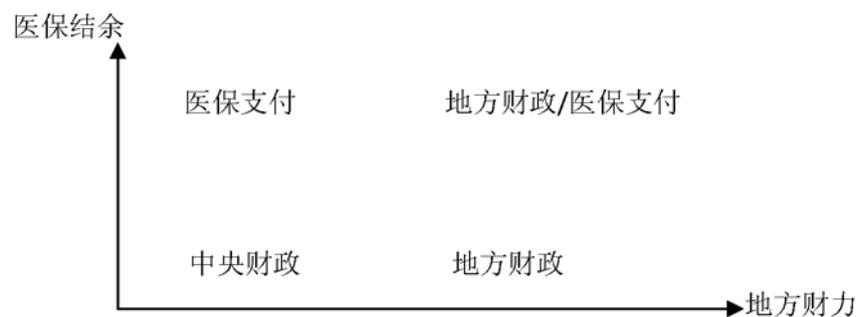


图 1 医保报销范围外国家基本药物免费供应筹资渠道

## （二）科学遴选免费供应药物

由于国家基本药物免费供应是一项带有福利性质的政策，建议重点针对特定人群（65 岁以上老人、贫困人群）或特定疾病（如慢性病、重性精神疾病等）提供免费供应，按照防治必需、安全有效、价格合理、使用方便、中西药并重、基本保障、临床首选的原则，结合我国用药特点和基层医疗卫生机构配备的要求，从国家基本药物目录范围内的 520 种药物中进行遴选，确定免费供应药物目录。

## （三）注重与基层卫生改革政策的联动

建议免费基本药物的获取渠道限于基层医疗卫生机构，通过经济杠杆促进社区首诊、分级诊疗机制推进，有效分流患者，避免常见病多发病患者过度向大医院集中，提高医疗资源的配置效率；

同时与家庭医生制度衔接，增加家庭医生资源，从而提高家庭医生签约率。

## 参考文献

- [1] 刘鹏.如何化解基本药物供应难题：基于公共治理理论的分析[J]. 中国卫生政策研究，2013，3 (6): 5-10.
- [2] 李凤岐. 全力推进计划生育药具免费发放服务全覆盖[J]. 中国计划生育学杂志，2012，1 (20): 5-7.
- [3] 陈昕. 我国扩大免疫规划的意义和实施[J]. 上海预防医学杂志，2009，5 (21): 235-237.

(责任编辑：杨燕)

## 国家基本药物基层免费供应可行性分析

### ——以上海市 65 岁及以上老年人为例\*

王力男<sup>1,2</sup> 何江江<sup>1,3</sup> 金春林<sup>1,4</sup>

**【摘要】目的：**分析国家基本药物基层免费供应的可行性。**方法：**以上海市 65 岁及以上老年人基层用药现状为基础，测算实行国家基本药物基层免费供应后财政、医保及个人的负担，并结合当前政治、经济、技术和社会因素分析其可行性。**结果：**2013 年上海市基层若实施 65 岁及以上老年人国家基本药物免费供应需要资金总额 10.24 ~ 33.18 亿元，其中医保负担 6.75 ~ 29.90 亿元，财政负担 1.02 ~ 11.31 亿元。**结论：**国家基本药物基层免费供应具备政治和技术上的可行性，同时财政和医保能够共同从经济上保障该政策的实施。这一方案措施有助于进一步巩固和完善国家基本药物制度，但需加强系统研究，从筹资、支付、组织、监管和行为等层面共同推进国家基本药物制度，保障居民用药需求。

**【关键词】** 国家基本药物；基层免费供应；65 岁及以上老年人

我国自 2009 年新医改开始推行国家基本药物制度，要求政府举办的基层医疗卫生机构全部配备和使用国家基本药物并实行“零差率”销售，报销比例明显高于非基本药物，降低个人自付比例，用经济手段引导广大群众优先使用基本药物。近年来，国家基本药物制度已初步构建，有学者<sup>[1]</sup>提出可进一步推行国家基本药物基层免

第一作者：王力男，女，研究实习员，博士在读

通讯作者：金春林，男，研究员，博士，上海市医学科学技术情报研究所所长、上海市卫生发展研究中心常务副主任、上海市人口与发展研究中心主任

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海财经大学公共经济管理学院，上海 200433

3. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

4. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

\*注：基金项目：国家卫生计生委药政司 2014 年度委托研究课题；上海市公共卫生重点学科建设项目（卫生经济学，项目编号：12GWZC0601）。

本文已被《中国卫生经济》收录，拟发表于 2015 年 12 期。

费供应来巩固和完善国家基本药物制度，保障群众基本用药需求、减轻群众用药负担，同时一定程度上破除基层医疗卫生机构“以药补医”机制。本文从政治、经济、技术和社会 4 方面讨论国家基本药物制度免费供应的可行性，并以上海市为例，重点测算 65 岁及以上老年人国家基本药物基层免费供应的经济负担，为该政策的推行提供参考。

## 一、资料与方法

本文所用数据来源于卫生财务年报、卫生统计年报和医保部门药品招标采购数据库，其中卫生财务年报出自上海市卫生计生委财务管理中心，卫生统计年报出自上海市卫生计生委卫生信息中心，基本药物采购数据出自上海市医药集中招标采购事务所。

样本社区卫生服务中心数据采用现场调研，范围涵盖上海市 17 个区县，每个区县分层调研 3 家社区卫生服务中心，共 51 家。调查内容包括《2013 年基层医疗机构门诊患者信息调查表》、《2013 年基层医疗机构住院患者信息调查表》、《2013 年基层医疗机构药品收入信息调查表》，对 2013 年各样本机构中的各年龄段患者数量信息及药品支付信息，药品销售情况进行调查分析。

此外，采用政策回顾和文献综述对基本药物免费供应可行性从政治、经济、技术和社会 4 个方面进行分析。

## 二、国家基本药物基层免费供应测算结果

### （一）国家基本药物基层供应现状

新医改文件提出“强基层、建机制”，上海市大力加强社区卫生服务中心的能力建设，引导居民下沉社区。2009—2013 年，社区门急诊次均医药费用基本保持平稳，年均增长率仅为 2.36%，2012 年环比增长最高，为 7.66%；而出院者次均费用和次均药费呈大幅增长趋势，次均药费年均增长率达 6.26%，2012 年、2013 年环比增长

率分别为 9.35% 和 16.67% (表 1)。

表 1 2009—2013 年上海市社区卫生服务中心次均费用情况\*

指标	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
门急诊次均医药费用 (元)	108.16	107.34	107.38	115.60	118.76
出院者平均医药费用 (元)	5121.13	5635.12	5835.19	6130.19	7136.39
其中: 药品费 (元)	2453.69	2673.15	2452.07	2681.31	3128.25
药品费用占比 (%)	47.91	47.44	42.02	43.74	43.84

\*注: 数据来源为 2009—2013 年上海市卫生统计年报。

2013 年, 上海市 245 个社区卫生服务中心全年门急诊人次数为 7908 万, 实际确认药品收入为 70.02 亿元, 出院人数 9.54 万, 实际确认药品收入 3.19 亿元 (表 2)。

表 2 2013 年上海市社区卫生服务中心药品收入情况\*

指标	门诊	住院	合计
医疗收入 (亿元)	94.41	7.31	101.72
其中: 药品收入 (亿元)	70.02	3.19	73.21

\*注: 数据来源为 2013 年上海市卫生财务年报。

根据样本社区卫生服务中心门诊住院调查数据, 上海市 65 岁及以上老年人在社区门诊用药占整个社区药品费用的 63.6%, 不同社区的比例在 35.5 ~ 80.2% 之间; 而根据 196 家社区卫生服务中心住院用药情况, 65 岁及以上老年人住院用药比例则占到 89.7%, 个别社区卫生服务中心出院病人全为 65 岁及以上老年人 (表 3、表 4)。

表 3 2013 年 4 月—2014 年 3 月上海市社区卫生服务中心 65 岁及以上老年人门诊用药情况\*

年龄	门诊人次 (万人次)	药品费用 (亿元)	人均药费 (元)
65 岁以下	715.09	4.89	68.31
65 岁及以上	962.55	8.54	88.68
合计	1677.64	13.42	80.00
65 岁及以上占比 (%)	57.38	63.60	--

\*注: 数据来源为 51 家样本社区门诊住院调查结果。

表4 2013年4月—2014年3月上海市社区卫生服务中心65岁及以上老年人住院用药情况\*

年龄	出院人数(人)	药品费用(亿元)	人均药费(元)
65岁以下	22565	0.28	1228.95
65岁及以上	69581	2.42	3485.10
合计	92146	2.70	2932.61
65岁及以上占比(%)	75.51	89.74	--

\*注:数据来源为51家样本社区门诊住院调查。

根据2013年5月—2014年4月上海市不同级别医疗机构基本药物采购费用情况,若在上海市施行国家基本药物基层免费供应方案,其药品费用为14.72亿元,国家基本药物品种占整个基本药物采购金额的21.6%,其中排在前5位的分别为内科中成药、抗微生物药、心血管系统用药、骨伤科中成药和呼吸系统用药(表5、表6)。

表5 2013年5月—2014年4月上海市不同级别医疗机构基本药物采购费用情况\*

机构级别	全品种药物采购金额(亿元)	基本药物品种采购金额(亿元)		
		国家基本药物品种(307种, 520种)	上海市增补品种(324种)	基本药物品种采购金额合计
三级	154.62	18.84	26.19	45.03
二级	120.19	18.53	29.84	48.37
一级	78.79	14.72	53.37	68.09
合计	353.60	52.09	109.41	161.50

\*注:数据来源为2013—2014年上海市药品招标采购数据库;2013年计算段为2013年5—12月;2014年计算段为2014年1—4月;因上海市2010年基本药物品种中标结果仍在使用的,因此国家基本药物品种内统计金额还包括部分未纳入2012版基本药物目录的原2009版品种。

表6 2013年5月—2014年4月上海市基层医疗机构基本药物分类采购费用情况(国家基本药物品种排名前5位)

药品种类	基本药物品种采购金额(亿元)		
	国家基本药物品种	上海市增补品种	基本药物品种采购金额合计
内科中成药	6.90	11.67	18.57
抗微生物药	2.42	3.94	6.36
心血管系统用药	1.57	16.08	17.65
骨伤科中成药	0.86	0.64	1.50
呼吸系统用药	0.55	0.71	1.27

## （二）国家基本药物基层免费供应测算

结合 2013 年上海市基层用药金额和样本社区 65 岁及以上人口用药比例推算，2013 年全市基层 65 岁及以上老年人药品费用（包括国家目录和上海市目录）为 47.40 亿元（ $70.02 \times 63.60\% + 3.19 \times 89.74\%$ ）。而根据 2013 年 5 月—2014 年 4 月上海市基层医疗机构基本药物采购费用情况，基层国家基本药物品种占整个基本药物采购金额的 21.6%，假设药品使用比例与采购比例相同，则上海市基层若实施 65 岁及以上老年人国家基本药物免费供应需 10.24 亿元（ $47.4 \times 21.6\%$ ）。根据国家要求社区应优先使用 520 种国家基本药物和上海市提出基层国家基本药物使用比例 70% 的目标，以此推算 65 岁及以上老年人国家基本药物使用金额为 33.18 亿元（ $47.4 \times 70\%$ ）（表 7）。而用 2011—2013 年基层出院病人人次均药品费用年均增长率做系数（8.01%），2014 年上海市基层 65 岁及以上老年人国家基本药物免费供应则需要 11.06 ~ 35.84 亿元，2015 年需要 11.96 ~ 38.71 亿元。

表 7 上海市 65 岁及以上老年人国家基本药物基层免费供应测算值\*

费用	标准	下限（亿元）	上限（亿元）
合计费用	21.6 ~ 70.0%	10.24	33.18
门诊费用	同上	9.62	31.17
住院费用	同上	0.62	2.01

\*注：国家基本药物采购比例与药品使用比例相同

目前，按照文件要求，无论是国家还是上海市基本药物全部纳入医保目录，并按照甲类药品管理。结合三大基本医保 2014 年一级医疗机构的报销比例来看，门诊报销比例在 65 ~ 90% 之间，住院报销比例在 80 ~ 92% 之间。此外，由于基层医疗机构医保报销范围外药品数量较少（每家社区卫生服务中心最多另外增补 30 种非基

本药物，且多数为医保药品），若忽略不计，则 65 岁及以上老年人国家基本药物基层免费供应方案中，医保报销的金额在 6.74 ~ 29.90 亿元之间，财政负担在 1.02 ~ 11.31 亿元之间（表 8）。

表 8 2013 年 5 月—2014 年 4 月上海市 65 岁及以上老年人国家基本药物基层免费供应负担测算\*

费用	方法一		方法二	
	下限	上限	下限	上限
合计费用（亿元）	10.24		33.18	
医保支付（亿元）	6.75	9.23	21.87	29.90
其中：门诊报销（亿元）	6.25	8.66	20.26	28.05
住院报销（亿元）	0.50	0.57	1.61	1.85
财政负担（亿元）	3.49	1.02	11.31	3.28

\*注：方法一将 21.6% 作为国家基本药物占基层基本药物使用比例，方法二将 70% 作为国家基本药物使用目标比例。门诊报销比例在 65 ~ 90% 之间，住院的报销比例在 80 ~ 92% 之间。

### 三、国家基本药物基层免费供应可行性分析

根据世界卫生组织（以下简称“WHO”）的经验，基本药物免费供应可以有效提高基本药物的可获得性和可及性，根据当前的医改纵深推进节奏和上海市实施现状来看，国家基本药物基层免费供应在政治、经济、技术和社会上均具备可行性。

#### （一）政治可行性

##### 1、深入推进医改是新形势下的必然选择

医药卫生事业关系亿万人民的健康，关系千家万户的幸福，是重大民生问题。深化医药卫生体制改革，适应人民群众日益增长的医药卫生需求，不断提高人民群众健康素质，是深入贯彻落实科学发展观的重大实践行动，是促进经济社会全面协调可持续发展的必然要求，是维护社会公平正义、提高人民生活质量的重要举措，是全面建设小康社会和构建社会主义和谐社会的一项重大任务。党的十七届五中全会和国家“十二五”规划纲要对深化医改提出了新要求，

深入推进医改是保障和改善民生的迫切需要，是加快转变经济发展方式的重大举措，是我国经济社会领域的重要变革。

## **2、巩固和完善基本药物制度是新时期深化医改方案的必要基础**

党中央、国务院高度重视医改工作。2009年，中共中央、国务院颁发《关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号），同年，国务院出台《医药卫生体制近期重点实施方案（2009—2011年）》（国发〔2009〕12号）。经过几年的发展，我国初步建立了国家基本药物制度，并已在所有政府办基层医疗卫生机构实施，基层机构药品价格平均下降30%左右，门诊药费、住院费用相应降低。2012年，国务院《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》（国发〔2012〕11号）中明确提出新时期要为基本建成符合我国国情的基本医疗卫生制度、实现人人享有基本医疗卫生服务奠定基础，其中强调要持续扩大基层医药卫生体制改革成效，巩固完善国家基本药物制度。在基本药物制度实施范围上，有序推进村卫生室实施基本药物制度，执行基本药物制度各项政策，鼓励公立医院和其他医疗机构优先使用基本药物。在国家基本药物目录上，根据各地情况动态调整，由省级人民政府统一增补，合理控制增补药品数量，保证基本药物目录的权威性。

### **（二）经济可行性**

#### **1、国民经济的持续增长**

近年来，我国国民经济一直呈增长态势，上海市更是处于全国前列。“十一五”期间，国内生产总值（以下简称“GDP”）年均增长11.2%，人均GDP年均增长10.6%，保持着平稳快速的发展。目前，“十二五”已过大半，2011年、2012年年均增长速度分别为9.3%和7.7%，超过“十二五”规划纲要年均增长不低于7%的要求。从

“十二五”期间国内 31 省市 GDP 增速看,2011 年在 8.1 ~ 16.4% 之间,2012 年在 7.5 ~ 13.8% 之间。2013 年,我国 GDP 达到 568845 亿元,比上年增长 7.7%;人均 GDP 为 41805 元(6809 美元),已达到中等收入国家水平。上海市作为我国经济发达城市,近年来 GDP 增长保持在 7.5 ~ 10.3% 之间,2013 年上海市人均 GDP 为 90092 元,达到中高收入国家水平。

## 2、我国卫生投入的潜力巨大

2012 年,我国卫生总费用为 288119.00 亿元,占 GDP 比重为 5.4%<sup>[2]</sup>。上海市卫生总费用为 1092.35 亿元,占 GDP 比重为 5.4%<sup>[3]</sup>。按照可比价格计算,上海市卫生总费用环比增长 20.0%,高于同期 GDP 增长幅度(7.5%)。但从占 GDP 的比例来看,与其他 OECD 国家相比,无论是我国还是上海市的数据都存在差距,据 WHO 最新统计资料,2011 年欧洲高福利国家卫生总费用占 GDP 比例多在 10.0% 左右,而美国则达到 17.7%。

政府卫生支出、社会卫生支出和个人现金卫生支出是卫生总费用的三大筹资来源。2010—2012 年,上海市政府卫生支出占卫生总费用的比例在 21.3 ~ 23.6% 之间。新医改文件要求,政府卫生支出增长幅度不低于财政经常性支出增长,自 2010 年开始,上海市政府卫生支出占财政支出比例迅速增加,2012 年达到 232.49 亿元,占财政支出 5.56%,占 GDP 比例达到 1.15%。从政府卫生支出占卫生总费用比例来看,从 2010 年的 23.6% 下降到 2012 年的 21.3%。从增长趋势来看,2012 年政府卫生支出增长 7.78%,财政性医疗卫生支出增长 3.85%,远低于同期财政性教育支出的增长速度(18.15%)。总体来看,我国卫生投入,尤其是政府卫生投入还有一定增长空间,基本药物免费供应可作为卫生投入的重点方向。

### 3、65岁及以上老年人基本药物基层免费供应的财政负担可承受

据测算, 2013—2015年上海市基层若实施65岁及以上老年人国家基本药物免费供应需10.25亿元、11.06亿元和11.96亿元(按照现有国家基本药物采购比例)。而上海市基本药物制度规定, 本市政府举办的基层医疗卫生机构配备使用《国家基本药物目录》的品种, 全部按照医保甲类药品的支付办法支付, 即《上海市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2010年版)》中原按照10%和20%个人自付的乙类药品, 在政府办基层医疗卫生机构配备使用时, 医保支付比例全部调整为按照甲类药品支付。在上海市政府办基层医疗机构实施免费供应, 医保大约90%报销, 财政补足剩余自负部分即可, 则2013—2015年财政性卫生支出每年需要增加约1.0~1.2亿元, 与上海市卫生财政投入总量和医保基金总量比较, 均具有财政支付或医保支付的可能性。

#### (三) 技术可行性

##### 1、国家基本药物制度已初步构建

2009年新医改方案提出建立国家基本药物制度, 经过几年的发展, 我国初步建立了国家基本药物制度<sup>[4]</sup>, 并已在所有政府办基层医疗卫生机构实施。从药品加成上看, 实行药品“零差率”销售, 从机制上推动医药分开; 从药品配备上说, 必须全部配备和使用国家基本药物, 规范药品使用, 促进合理用药; 从药品采购上说, 实现基本药物质量优先、价格合理、供应及时, 使群众真正得到实惠。2010年, 上海市正式实施国家基本药物制度, 在国家基本药物目录307种药品的基础上增补了符合本市经济发展水平和居民用药习惯的381种<sup>[5]</sup>。2012年国家新版基本药物目录出台, 上海市做出相应调整, 基层医疗机构在2012年版《国家基本药物目录》(520个品

种，以及颁布国家标准的中药饮片）和新一轮上海市基层医疗卫生机构增补药物目录（324个品种）中合理选择配备和使用，并逐步提高使用金额比例，切实做到优先使用基本药物。国家基本药物制度的初步建立为65岁及以上老年人基本药物免费供应提供了坚实基础，而巩固和深化国家基本药物制度的要求更为该项惠民政策提供契机。

## 2、基层医疗卫生服务体系已基本形成

上海市自1997年将社区卫生服务机构（中心、服务站、村卫生室）标准化建设列入市政府实项目，2012年已建成了由301所社区卫生服务中心（含分中心）、670所社区卫生服务站和1384所村卫生室组成的标准化社区卫生服务网络。同时，上海市加强以全科医生为核心的社区卫生人才队伍建设。2010年即将全科医生规范化培训统一纳入上海市住院医师规范化培训计划，2012年全市社区卫生服务机构共有执业医师11000人，其中注册全科医生4229人，占执业（助理）医师总数的38%。此外，上海市开展社区卫生服务综合改革，全市所有基层医疗卫生机构均已实施收支两条线管理，政府全面承担兜底责任，实现了基层卫生机构的无债务运行。通过实施收支两条线管理、医保总额预付、绩效考核等综合改革措施，社区卫生服务机构的公益性显著增强<sup>[6]</sup>。总体来看，上海市基层卫生服务网络布局基本完善、功能定位初步确定、服务模式逐步转化、运行机制有所改善、全市面上社区诊疗人次增加、均次费用下降。

### （四）社会可行性

#### 1、财政、医保、卫生联动机制进一步稳固

就现状来看，财政有义务进一步发挥资金的效力，医保基金结余的现状也亟待解决，而基层医疗卫生机构是我国卫生服务提供的

重要组成部分。采用合适的路径实施基本药物免费供应，集合财政、医保和卫生的力量，通过三方联动共同提高居民用药的可及性。

## 2、医疗服务公平性、可及性和公众满意度显著提高

国家基本药物实行免费供应后，可保证无论处于何种经济状况的患者都能获得基本药物，避免贫困者发生灾难性卫生支出，充分体现公平性。另一方面，实施基本药物免费后，提高群众的医疗服务可及性，减轻群众就医负担，有助于提高公众满意度。

## 四、小结与讨论

国家基本药物免费供应的出发点在于提高药物的可获得性和可及性，进一步巩固国家基本药物制度的地位和作用，在减轻群众就医负担的同时，基层免费供应旨在一定程度上引导居民下沉社区。总体来看，国家基本药物基层免费供应在我国基层医疗卫生服务体系基本形成、医改纵深推进的背景下具备政治和技术上的可行性；我国国民经济和卫生总费用的增长为免费供应奠定了经济基础，从65岁及以上老年人开始推行该政策具备经济上的可行性，且财政、医保和个人的负担相对可承受。但值得注意的是，该政策方案的推行可能同时带来由道德风险引起的资源浪费，并对药品企业生产和流通领域造成冲击，需要从整个筹资、支付、组织、监管和行为等层面加以考虑，值得进一步研究。

## 参考文献

- [1] 金春林, 王海银, 何江江. 基本药物免费实施的国际经验及启示[J]. 卫生经济研究, 2014 (10): 79-82.
- [2] 国家卫生和计划生育委员会卫生发展研究中心. 2013年中国卫生总费用核算报告[R]. 北京: 2013.
- [3] 金春林, 李芬, 王力男, 等. 2012年上海市卫生总费用核算研究[J]. 中国卫生资源,

2014, 17 (5): 322-326.

- [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] 瞿介明, 李卫平, 张崖冰, 等.上海市基本药物制度实施的主要思考与举措[J]. 中华医院管理杂志, 2011, 27 (7): 553-556.
- [6] 金国军. 上海市社区卫生服务综合改革模式研究与绩效评价[D]. 上海: 上海社会科学院, 2010.

(责任编辑: 陈多)

## 上海市基本药物优先使用策略研究\*

吴文辉<sup>1</sup> 陆韬宏<sup>1</sup> 杨燕<sup>2</sup> 胡玲玲<sup>3</sup> 汤庆伟<sup>4</sup> 魏馨<sup>1</sup>

应寅清<sup>5</sup> 蒋虹丽<sup>3</sup> 何江江<sup>2,3</sup>

**【摘要】** 推行基本药物政策, 提倡合理用药, 能够有效控制药品的消费, 从根本上抑制药费过快增长。上海市在国家相关文件的总体框架下, 结合本地实际情况, 对基本药物制度的贯彻落实进行了实践探索, 并取得明显成效, 但同时也暴露出一些问题。本文基于上海市基本药物使用情况分析, 论述了上海市基本药物优先使用现状、不同利益相关者对基本药物的态度与认识、基本药物优先使用的政策环境, 并从筹资、支付、组织、监管和行为等角度提出了促进上海市基本药物优先使用的政策建议。

**【关键词】** 基本药物; 政策; 上海市

药物与人民的健康息息相关, 基本药物制度的实施过程涉及多个环节、多项政策的联动和各方的配合。2009年, 国家发布《关于建立国家基本药物制度的实施意见》(以下简称“《意见》”)(国卫药政发〔2009〕78号), 旨在为全体居民提供价格合理、公平可及的基本药物。2013年, 国家卫生和计划生育委员会下发《关于做好基本药物使用管理工作的通知》(征求意见稿), 对各级医疗机构中国家基本药物(2012版目录)的使用金额比例提出要求。2014年9

---

第一作者: 吴文辉, 男, 上海市卫生和计划生育委员会药政管理处处长

通讯作者: 何江江, 男, 助理研究员, 博士在读

作者单位: 1. 上海市卫生和计划生育委员会, 上海 200125

2. 上海市医学科学技术情报研究所, 上海 200031; 上海市卫生发展研究中心, 上海 200040

3. 复旦大学公共卫生学院, 上海 200032

4. 上海市医药集中招标采购事务所, 上海 200081

5. 复旦大学附属华山医院, 上海 200040

\*注: 基金项目: 上海市卫生和计划生育委员会卫生政策课题(2014HP003)。

本文已发表于《上海卫生政策研究年度报告(2014)》第148—158页。

月，国家卫生和计划生育委员会正式发布《关于进一步加强基层医疗卫生机构药品配备使用管理工作的意见》（国卫药政发〔2014〕50号），提出要强化基本药物配备使用的主导地位。据统计，目前上海市基层、二级、三级医疗机构国家基本药物使用金额比例约为20%、15%、12%，要在“十二五”末达到国家征求意见稿中的期望要求，上海市需要考虑怎样设计政策路径，制定具体措施，推进国家基本药物优先使用。本研究根据国家文件精神，以基本药物制度在医疗机构的深入实施为立足点，分别从政策制定、政策实施主体、外部政策3个方面，结合国内外的实施经验，研究分析上海市基本药物优先使用过程中的重点和难点，探索提出促使医疗机构优先使用基本药物的鼓励政策。

### 一、资料来源

**一是**上海市医疗机构药品招标数据库。主要分析国家基本药物2012版目录正式发布后的一年期采购情况（包括基本药物品种及采购金额），即2013年5月—2014年4月；但由于上海市在2014年9月开始2012版国家基本药物目录药品招标工作，此阶段招标药品数据库中无法去除2009版国家基本药物的干扰，于是增加了2014年5—10月半年期的医疗机构药品采购情况，间接反映上海市各级医疗机构基本药物使用金额占比情况。**二是**期刊数据库和政府网站。收集相关文献和文件资料。**三是**现场调查。按上海市高、中、低经济水平分层随机抽样，确定3个区15家医疗机构（每个区1家三级医院，1家二级医院和3家社区卫生服务中心。）（表1），了解上海市基本药物优先使用的影响因素。调查对象包括政策实施主体：选定这15家医疗机构内的管理者/药剂科负责人、临床医生、患者；以及重要知情人：上海市食药监、卫生、医保、物价、财政部门相关管理人员。

表1 本次分层随机抽样调查研究的上海市各区县中医疗机构分布情况

区(县)	各级医疗机构		
	三级	二级	基层
徐汇区	上海中医药大学附属龙华医院	徐汇区中心医院	长桥街道社区卫生服务中心 枫林街道社区卫生服务中心 徐家汇街道社区卫生服务中心
浦东新区	同济大学附属东方医院	上海市浦东医院	塘桥街道社区卫生服务中心 六灶镇社区卫生服务中心 北蔡镇社区卫生服务中心
松江区	上海市第一人民医院松江分院	松江区中心医院	小昆山镇社区卫生服务中心 方松街道社区卫生服务中心 车墩镇社区卫生服务中心

## 二、上海市基本药物优先使用现状

### (一) 上海市基本药物制度实施情况

2011年2月1日起,上海市所有政府举办的基层医疗卫生机构已全部配备使用基本药物,并全部实行“零差率”销售。上海市实施方案的重点主要有3个方面:一是确定增补目录。上海市基本药物的选择是按照《国家基本药物目录管理办法(暂行)》的总体要求,结合上海市的实际情况,以上海市药品集中采购数据库为基础进行。二是集中采购。上海市基本药物集中采购坚持以省(市)为单位,发挥批量采购优势,采用量价挂钩的集中采购方式;在评价体系上,按照质量优先、价格合理的原则进行综合评价,在保证质量的前提下充分考虑价格因素;支持公平竞争、公开透明,招标范围面向全国统一市场。三是促进合理使用。包括保证投入,加强培训,规范医疗和用药行为,积极开展基本药物公众宣传活动,争取社会各界的理解、支持和配合<sup>[1]</sup>。

## (二) 各级医疗机构基本药物采购情况

根据上海市医疗机构基本药物采购数据显示，2013年5月—2014年4月，全品种药物采购金额为2926085.21万元，其中基本药物采购金额1482709.52万元，占比50.67%；从各级医疗机构情况来看，基层、二级、三级基本药物品种采购金额占基层全品种采购金额的比例分别为87.68%、44.36%、34.16%，其中国家基本药物采购金额占比分别为20.57%、18.39%、15.38%，上海市增补目录药品采购金额占比分别为67.11%、25.98%、18.78%（表2）。

表2 2013年5月—2014年4月上海市不同级别医疗机构基本药物采购费用情况\*

机构级别	全品种药物采购金额（亿元）	基本药物品种采购金额（亿元）		
		国家基本药物品种（307种，520种）	上海市增补品种（324种）	基本药物品种采购金额合计
三级	1215346.00	186864.86（15.38%）	228297.47（18.78%）	415162.33（34.16%）
二级	998204.55	183536.33（18.39%）	259289.76（25.98%）	442826.09（44.36%）
基层	712534.66	146544.89（20.57%）	478176.21（67.11%）	624721.10（87.68%）
合计	2926085.21	516946.08（17.67%）	965763.44（33.01%）	1482709.52（50.67%）

\*注：2013年计算段为2013年5—12月；2014年计算段为2014年1—4月；因上海市2010年基本药物品种中标结果仍在用，因此国家基本药物品种内统计金额还包括部分未纳入2012版基本药物目录的原2009版品种，2009版国家基本药物共计307种，2012版国家基本药物共计520种。

2014年5月—10月，在去除2009版国家基本药物品种干扰的情况下，全品种药物采购金额1459387.49万元，基本药物采购金额776765.13万元，占比53.23%；从各级医疗机构情况来看，基层、二级、三级基本药物品种采购金额占基层全品种采购金额的比例分别为92.58%、44.71%、35.41%，其中国家基本药物采购金额占比分别为21.38%、17.92%、15.96%，上海市增补目录药品采购金额占比分别为71.20%、26.78%、19.45%（表3）。

表3 2014年5—10月上海市不同级别医疗机构基本药物采购费用情况\*

机构级别	全品种药物 采购金额 (亿元)	基本药物品种采购金额(亿元)		
		国家基本药物品种 (520种)	上海市增补品种 (324种)	基本药物品种采购 金额合计
三级	558892.36	89197.37 (15.96%)	108710.33 (19.45%)	197907.70 (35.41%)
二级	532294.10	95393.09 (17.92%)	142574.57 (26.78%)	237967.66 (44.71%)
基层	368201.03	78718.60 (21.38%)	262171.17 (71.20%)	340889.77 (92.58%)
合计	1459387.49	263309.06 (18.04%)	513456.07 (35.18%)	776765.13 (53.23%)

\*注：计算段为2014年5—10月。

从上海市基本药物采购情况分析，国家基本药物采购金额明显低于上海市增补品种，基本药物的采购主要还是集中在基层。

### 三、不同利益相关者对基本药物的态度与认识

#### (一) 政府相关部门

##### 1、医保部门

不看好国家基本药物，认为药物遴选与临床使用存在差距，药品采购盲目追求低价，“二次议价、二次遴选”普遍存在；临床用药缺乏指导，随意性大。建议需要控制基本药物数量，在保证质量的前提下，实行基本药物的带量采购。

##### 2、财政部门

支持国家基本药物制度，但不宜过多增补。建议遵循三医联动原则，药品集中招标应该实行“采招合一，量价挂钩”；加大信息公开力度，实行医药分开，完善医疗补偿机制。

##### 3、发改部门

国家基本药物制度是一项利国利民措施，目前基本药物可以满足中等经济水平的省、市，但不满足经济水平较高的省、市。建议各省、市可以根据当地实际情况，制定基本药物目录。在使用方面，硬性规定使用比例作用不大，还是应加强医生医德教育。

#### 4、食药监部门

对基本药物制度持中立态度。患者使用基本药物在数量和金额上达到了全部用药的一定比例、规模，就能说明基本药物能够满足群众医疗需求，但对加大监管频率的合理性持保留意见。建议药物遴选可以借鉴国外经验，根据各地具体情况选择用药，基本药物制度的核心是引导临床医生优先使用基本药物。

#### 5、区（县）卫生部门

支持基本药物制度。因各地经济水平有差异，可以选择适当增补药品，但需要与各级医疗机构的功能定位相适应，目前基本药物质量方面还有待提高。国家基本药物制度“双轨制”运行情况下，如果二、三级医疗补偿机制没有改变，那么医院和医务人员积极性很难调动。建议对利益相关方开展大规模调查，利用药物经济学和循证评价的方法，对基本药物进行科学地、详细地比较分析，扩充我国的基本药物目录，对基本药物目录按照使用机构级别进行分类。

#### （二）医疗机构

##### 1、二、三级医疗机构

目前二、三级医院正逐步扩大基本药物使用比例，通过医院药事管理与药物治疗学委员会讨论决定药品采购决策程序，但决策可能会受到个人主观因素影响。在基本药物的监管层面，考核机制基本合理，但有机构反映目前的监管、考核机制仍处于宏观层面上，可操作性不强，数据的科学性有待考证。建议通过基本药物中慢性病用药的免费提供来提升慢性病患者使用基本药物的积极性，最终形成“国家医保省钱，生产企业有利，医生用药规范，慢性病患者得益”的四赢局面。

## 2、基层医疗机构

基层医疗机构药品种类基本以基本药物为主，主要通过药事管理小组开会讨论的方式，确定药品采购程序，药物使用主要是依据患者病情的需要开具处方，其次根据药品的功效及医生的用药习惯。在使用环节，部分药物选择范围较小，难以满足社区医生的用药选择。建议在制定政策时，通过一线的调查、调研来综合考虑医生和患者的需求和意愿，以改善基本药物的可及性。

### （三）医务人员

#### 1、首选基本药物的原因

根据医务人员是否首选基本药物的原因分析，各级医疗机构差别不大，其中所占比例较高的原因主要是：上级要求 262 人（31.6%），报销比例大的 259 人（31.2%）和患者要求 228 人（27.5%）（表 4）。

表 4 上海市各级别医疗机构医务人员开具药品处方时首选基本药物的原因

原因	调查人数（人）		
	基层医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构
上级要求	131（32.5%）	66（30.6%）	65（30.8%）
报销比例大	119（29.5%）	72（33.3%）	68（32.2%）
患者要求	104（25.8%）	61（28.2%）	63（29.9%）
医院只配备基本药物	23（5.7%）	0（0.0%）	0（0.0%）
病情需要	14（3.5%）	8（3.7%）	8（3.8%）
物美价廉	10（2.5%）	4（1.9%）	3（1.4%）
舆论压力	0（0.0%）	4（1.9%）	2（0.9%）
其他	2（0.5%）	1（0.5%）	2（0.9%）
合计	403（100%）	216（100%）	211（100%）

#### 2、医务人员首选基本药物的影响因素

对接受问卷调查的医务人员，按所在医疗机构级别，被调查者的性别、年龄、在编情况、工作年限、学历、专业技术职务、对基

本药物的态度、疗效的信赖度、收入改变、处方习惯、推荐基本药物情况、知识培训需求等 13 个变量作为自变量，把是否首选基本药物作为因变量。Logistic 回归单因素分析结果显示，有统计学意义的变量是：医院级别、工作年限、学历、对基本药物的主观态度、是否信赖基本药物疗效、基本药物实施后收入状况、处方时是否习惯于提供基本药物、是否向患者推荐使用基本药物、是否有必要进行基本药物知识培训（表 5）。

表 5 是否首选基本药物的单因素 Logistic 回归分析结果

研究变量	$\chi^2$	P
医院级别	7.592	0.006
性别	0.359	0.549
年龄	1.565	0.211
编制情况	0.002	0.963
工作年限	8.405	0.004
学历	10.840	0.001
专业技师职称	0.585	0.444
对基本药物的主观态度	40.316	0.000
是否信赖基本药物疗效	31.379	0.000
基本药物实施后收入状况	17.196	0.000
处方时是否习惯于提供基本药物	178.868	0.000
是否向患者推荐使用基本药物	70.470	0.000
是否有必要进行基本药物知识培训	16.867	0.000

将单因素分析中  $P < 0.05$  的变量作为自变量，把是否首选基本药物作为因变量（1=是，0=否），进行 Logistic 回归多因素分析，自变量进入模型采用强制进入法，检验水准为 0.05。Logistic 回归多因素分析结果显示，有统计学意义的变量是：处方时是否习惯于提供基本药物和是否向患者推荐使用基本药物（表 6）。

根据统计学描述和 Logistic 回归分析发现，上海市医疗机构内

医务人员总体处方基本药物比例较高，但首选基本药物的原因主要受客观环境的影响，缺乏主观能动性，今后继续处方基本药物的持续性动力不足；调查还发现，医生处方行为受平时用药习惯影响，提示加强医生处方基本药物习惯将有利于基本药物制度的实施。

表 6 是否首选基本药物的多因素 Logistic 回归分析结果

研究变量	$\chi^2$	<i>P</i>	OR (95%CI)
医院级别	2.397	0.122	1.894 (0.844~4.251)
工作年限	1.389	0.239	0.723 (0.421~1.240)
学历	1.369	0.242	0.731 (0.432~1.236)
对基本药物的主观态度	1.009	0.315	1.258 (0.804~1.968)
是否信赖基本药物疗效	0.111	0.739	1.135 (0.538~2.396)
基本药物实施后收入状况	1.990	0.158	1.897 (0.779~4.620)
处方时是否习惯于提供基本药物	45.939	0.000	17.501 (7.649~40.043)
是否向患者推荐使用基本药物	6.968	0.008	2.277 (1.236~4.193)
是否有必要进行基本药物知识培训	3.096	0.078	1.519 (0.953~2.421)

#### (四) 患者

##### 1、基本药物认知

对基本药物的认知情况：不了解或仅听说过 627 人 (56.6%)，有一定了解 396 人 (35.8%)，了解 84 人 (7.6%)；目前药品价格情况：高 98 人 (20.1%)，偏高但能承受 240 人 (49.3%)，适中的 113 人 (23.2%)；是否赞同基本药物制度的实行：赞同 356 人 (74.0%)，不赞同 32 人 (6.7%)；是否信赖基本药物疗效：信赖 178 人 (36.8%)，不信赖 34 人 (7.0%)；是否知道基本药物纳入医保范围且报销比例高于非基本药物：都知道 167 人 (34.1%)，都不知道 88 人 (18.0%)；是否愿意使用疗效相同价格相对较低的基本药物：愿意 492 人 (45.9%)，不愿意 74 人 (6.9%)，听医生的 507 人 (47.2%)，各级别医疗机构就医人员对基本药物的主观认知情况见表 7。

表 7 上海市各级别医疗机构就医人员对基本药物的主观认知

原因	调查人数 (人)		
	基层医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构
是否了解基本药物 / 目录			
不了解或仅听说过	280 (54.5%)	184 (67.2%)	163 (51.1%)
有一定了解	205 (39.9%)	73 (26.6%)	118 (37.0%)
了解	29 (5.6%)	17 (6.2%)	38 (11.9%)
您觉得目前药品价格如何			
高	34 (14.5%)	22 (23.2%)	42 (26.8%)
偏高, 但能承受	118 (50.2%)	51 (53.7%)	71 (45.2%)
适中	60 (25.5%)	20 (21.1%)	33 (21.0%)
便宜	15 (6.4%)	1 (1.1%)	7 (4.5%)
没感觉	8 (3.4%)	1 (1.1%)	4 (2.5%)
是否赞同基本药物制度的实行			
赞同	170 (74.2%)	81 (86.2%)	105 (66.5%)
不赞同	14 (6.1%)	5 (5.3%)	13 (8.2%)
无所谓	45 (19.7%)	8 (8.5%)	40 (25.3%)
是否信赖基本药物的疗效			
信赖	96 (41.0%)	32 (34.0%)	50 (32.1%)
一般	124 (53.0%)	57 (60.6%)	91 (58.3%)
不信赖	14 (6.0%)	5 (5.3%)	15 (9.6%)
是否知道基本药物纳入医保保险范围, 且报销比例高于非基本药物			
都知道	98 (42.4%)	25 (24.8%)	44 (27.8%)
仅知道纳入医保范围	105 (45.5%)	53 (52.5%)	77 (48.7%)
都不知道	28 (12.1%)	23 (22.8%)	37 (23.4%)
是否愿意使用疗效相同价格相对较低的基本药物			
愿意	253 (50.9%)	112 (42.4%)	127 (40.7%)
不愿意	37 (7.4%)	13 (4.9%)	24 (7.7%)
听医生的	207 (41.6%)	139 (52.7%)	161 (51.6%)

## 2、患者未使用基本药物的原因

对患者未使用基本药物的原因分析后发现, 不了解基本药物 (183 人) 是主要原因 (表 8)。

表 8 上海市各级别医疗机构就医人员未使用基本药物的原因

一般情况	参与调查人数 (人)		
	基层医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构
不了解基本药物	93 (81.6%)	33 (75.0%)	57 (69.5%)
没有基本药物可供选择	5 (4.4%)	5 (11.4%)	2 (2.4%)
处方上没有	5 (4.4%)	3 (6.8%)	5 (6.1%)
害怕副作用	3 (2.6%)	1 (2.3%)	7 (8.5%)
不相信基本药物	2 (1.8%)	1 (2.3%)	5 (6.1%)
其他	6 (5.3%)	1 (2.3%)	6 (7.3%)

从调查结果分析, 患者对基本药物认识不足, 提示基本药物宣传未到位; 调查还发现, 患者药物选择受医生影响较大, 提示可以通过改变医生基本药物使用习惯来提高患者的基本药物使用率。

#### 四、基本药物优先使用的政策环境

##### (一) 政策制定

##### 1、基本药物制度缺乏相应的配套法律

我国的《基本药物目录》(卫生部令第 93 号)、《国家基本药物临床应用指南》和《处方集》(卫办药政发〔2009〕232 号)等, 均属于指导性文件, 缺乏相应配套的法律法规, 无法实现法律层面上的权威性和强制性, 未能引起管理者 and 使用者对其产生重视, 进而影响基本药物制度在实施中的实际效果。同时我国《药品管理法》(主席令第 45 号)也缺少关于基本药物制度的相关政策规定。研究显示, 国家基本药物制度缺乏配套的实施细则和具有制约性、权威性及导向性的政策环境, 不利于政策的推行<sup>[2]</sup>。

##### 2、尚未建立起系统的基本药物制度

一是目录遴选方面: 目录遴选证据不足, 缺乏合理性和透明度, 造成目录与实际应用脱钩, 不能真正满足患者的卫生服务需要。同时国家基本药物目录与地方的实际情况不同, 国家允许各省根据地

方实际补充目录，但是省级目录药品遴选缺乏经验，多方利益难以权衡等问题亟待解决<sup>[3]</sup>。二是基本药物的供应方面：我国基本药物相关的目录遴选，配送标准等政策较模糊，缺乏统一的标准。尽管国家规定药品集中招标采购、定点生产和统一配送等多项政策，但有研究者指出，各省招标选择配送企业的标准不一，缺乏规范，配送费用标准模糊不清，使得药品配送难以及时到位，造成部分医疗机构基本药物短缺等现象<sup>[4]</sup>。

## （二）外部政策

### 1、医保政策对基本药物目录支持力度不够

《意见》规定：基本药物全部纳入基本医疗保障药品报销目录，报销比例明显高于非基本药物。尽管基本药物已全部纳入医疗保险报销目录，但一些突出问题也亟需解决，如具体的报销办法未给出，相应的配套政策也跟不上需求，不同地区、不同医疗保险类型间的报销政策差距较大，医疗保险制度设计中风险配置结构不合理等<sup>[5]</sup>。同时有学者认为医保目录和基本药物目录仅仅是形式上的衔接，在具体目录制定、招标、采购、使用、管理等方面的衔接力度仍然不够<sup>[6]</sup>。

### 2、公立医院改革政策的影响

公立医院是我国医疗服务体系的主体，近年来公立医院改革如火如荼地在全国范围展开，医疗体制改革的亮点之一就是医药分开，取消药品加成。在我国医务人员的劳动技术价值一直未能充分体现的情况下，长期的财政补偿不足以及突然由于基本药物优先使用而取消的药品加成收入，将导致之前靠药品加成维持运转的医院出现生存危机。

## 五、促进上海市基本药物优先使用的政策建议

### (一) 总体建议

根据研究结果、障碍因素分析和国家相关政策要求，关于促进上海市基本药物优先使用的核心是解决优先使用的药物范围和考核指标。课题组建议优先使用的基本药物范围包括国家基本药物目录药品和上海市增补目录药品，同时进一步建议在基层医疗机构提高国家基本药物目录药品的使用金额比例，鼓励二、三级医疗机构提高上海市增补目录药品和国家基本药物目录药品的使用金额比例。基于上海市医疗机构药品招标数据库平台的实际测算值，课题组建议考核指标的参考值见表 9。

表 9 上海市各级医疗机构采购药品金额比例规定指标参考值

医疗机构	国家基本药物	上海增补	医保
基层医疗卫生机构	≥ 25%	≥ 65%	≤ 10%
公立医院改革试点医院	≥ 15%	≥ 35%	--
二级公立医院	≥ 20%	≥ 30%	--
三级公立医院	≥ 15%	≥ 20%	--
专科医院、中医院等其他医疗机构	--	--	--

基本药物相关遴选、生产、流通、使用、定价、报销、监测评价等环节的实施参照《关于建立国家基本药物制度的实施意见》（卫药政发〔2009〕78号）和《关于进一步加强基层医疗卫生机构药品配备使用管理工作的意见》（国卫药政发〔2014〕50号）相关要求执行。注重上海市基本药物优先使用工作方案与其他改革政策的联动和衔接，主要包括以下几个方面：

**一是**与医疗保障制度改革政策的联动。基本药物优先使用可以发挥基本药物的医疗保障功能，成为国家社会保障和福利体系的组成部分，有助于提高医疗保障水平，减轻群众的医药费用负担。通

过经济杠杆，促进更多的患者选用基本药物，从长远看有助于节省医保资金支出。

**二是**与公立医院改革政策的联动。国家基本药物制度是医改的重要内容，同样，推进公立医院改革是重大的体制机制创新，是其他各项医改任务的重要保障。公立医院改革的深入探索和加快推进，使得基本医疗卫生服务回归公益性，既满足了人民群众对基本医疗卫生服务的需求，又激发了广大医务人员提供基本医疗卫生服务的积极性。加大政府投入是促使基本医疗卫生服务回归公益性的基础保障，但在加大投入的同时更要注重效率，要在补供方和补需方之间合理配置。从“以药养医”到“医药分开”，从而保障基本药物制度的推进。此外，二级以上医疗机构建立基本药物优先配备和合理使用制度，是实施国家基本药物制度的重要内容，是建立和完善公立医院与基层机构分工协作机制的重要条件。

**三是**与药品供应保障改革政策的联动。基本药物的定点生产和集中配送是基本药物优先使用的前提条件，有助于提高基本药物的产业集中度。优先使用的基本药物采购可作为量价挂钩采购的突破口，通过引入批量折扣和价格谈判，有助于合理药品价格形成机制的建立。

## （二）具体建议

### 1、筹资层面

加大政府投入，完善财政保障机制。长效的基本药物财政补偿机制是促进医疗机构基本药物优先使用的基本保障。明确不同级别医疗机构的补助标准，特别是落实基层医疗卫生机构运行补助政策，可以有效保证医务人员的积极性和主动性，从而推动实施国家基本药物制度。可以借鉴澳大利亚通过疾病诊断相关分组（DRGs）拨款

方式将医院的经营与药品利润分开，医院有降低成本的动力，从而使医院更加倾向于使用质优价廉的基本药物。同时对基本药物合理定价，给药品生产企业留有一定的利润空间，确保基层医疗机构和生产企业的积极性，对基本药物生产、配送企业给予适当的财政补贴和政策优惠，鼓励和引导制药企业生产基本药物。

## 2、支付层面

建立科学的基本药物遴选机制和用药指南，改革基本药物优先使用的支付方式。强调基本药物“满足人群卫生保健优先需要”和“相对优越的成本—效果”的特征，在制定和调整基本药物目录前，应做一些基础工作，包括循证资料（患病率、有效性、安全性等）的积累和分析等，有条件时还可在与基本疾病相关的同类药物品种间进行药物经济学评估。严格按照国家制定的基本药物标准治疗指南和国家处方集，以此作为医生临床诊疗、处方用药的专业参考依据和财政免费供应或医保阶梯式报销的支付条件。

目前医疗支付方式多以按服务项目以及服务量等后付制付费，容易诱导医生大处方行为，有研究表明“预付制”付费方式更能调动医疗服务提供方的参与风险管理的积极性，达到控制费用增长的目的<sup>[2]</sup>。建议国家相关部门改革医疗费用支付方式，实行按病种付费或按人头付费等多元化付费，逐步实现从单一支付方式向多元化组合支付方式转变。

## 3、组织层面

明确部门职责，建立协调管理机制。一是实行分级和属地化管理原则，形成国家、省、市、区（县）4级组织管理架构，明确各级政府承担的任务和职责。同时各级政府设立专门的药品管理机构或部门，对基本药物优先使用实行专门管理。二是明确部门职责，

建立协调管理机制，包括发改委、卫生、财政、医保、食药监等，明确分工，组织落实。**三是**促进二、三级医院优先使用基层供应的国家基本药物和上海市增补目录药品，方便慢性病患者更好地下沉社区，如对于诊断明确、病情稳定、需要长期服药的慢性病患者，二级以上公立医院的医务人员原则上首选国家基本药物目录和上海市增补药品目录中基层使用范围内的药品（按通用名开具处方），以方便患者以后在基层医疗机构长期配药治疗。

#### 4、监管层面

加强监督管理和工作考核，确保政策措施落实。**一是**医疗机构层面：应设立药事管理委员会，同时应明确其权利义务细则，监督管理医生对基本药物的使用，同时建立基本药物使用考核机制以及药物监测系统，形成对基本药物的使用动态监测的信息平台，定期开展医院内部的用药管理及处方审核活动，同时有学者认为可以将基本药物使用与医院补助、医生的绩效工资、医院评先等利益挂钩，促进基本药物的优先使用。**二是**企业层面：规范药品招标和定点生产，定点资格评审应该公开，同时完善定价机制和新药审批制度，遏制不合理的市场调节价，将简单改剂型、换包装、疗效无改进的药品排除在新药的范畴外，降低企业对生产“新药”的偏好，从另一个角度促进基本药物的使用率<sup>[7]</sup>。同时政府应规范药品流通企业，加强对药品配送环节的监督，可以对基本药物的生产供应配送环节进行登记监测报告，保障基本药物供应。统一企业配送的模式，减少流通的中间环节，直接面向全国的药品生产企业<sup>[8]</sup>。

#### 5、行为层面

继续加大宣传力度，进一步促进基本药物优先合理使用。各地各部门要发挥社会各方面力量，充分利用广播、电视、报刊、网络

等多种形式开展国家基本药物基层优先使用宣传活动，大力宣传国家基本药物制度所取得的成就，广泛告知居民国家基本药物的基层优先使用范围和条件，同时加强对各级医疗机构医务人员进行基本药物使用指南和处方集培训，引导合理优先使用基本药物。加强基本药物信息的传播并将基本药物概念渗透到所有与医疗有关的培训教育以及相关的文件。同时也应将基本药物这一概念引入医学教育，培养未来的医药学工作者合理用药、规范处方。

## 参考文献

- [1] 瞿介明, 张伟, 张崖冰等. 上海市基本药物制度实施的主要思考与举措. 药物经济学的政策转化[M]. 复旦大学出版社, 2014: 10-12.
- [2] 查勇, 赵燕, 覃正碧. 我国基本药物的地位与合理用药[J]. 中国当代医药, 2009 (05): 95-97.
- [3] 杨帅, 常刚, 刘志远. 实施国家基本药物制度的难点问题思考[J]. 中国药房, 2010 (12): 1073-1074.
- [4] 韩希成. 基本药物配送中的问题亟待解决[J]. 中国执业药师, 2010 (06): 42-43.
- [5] 夏俊, 田昕, 张新平. 基本药物医保报销政策研究[J]. 医学与社会, 2010 (06): 64-66.
- [6] 谢敬敏, 张方. 关于国家基本药物目录与“医保”目录、“新农合”报销目录衔接的思考[J]. 中国药房, 2011 (16): 1443-1445.
- [7] 朱捷, 邵云. 促进医患双方多使用基本药物的建议[J]. 安徽医药, 2010 (04): 482-483.
- [8] 樊迪. 关于保障基本药物在医疗机构中使用的建议[J]. 中国药房, 2010 (04): 314-315.

(责任编辑: 房良)

## 基本药物免费实施的国际经验及启示\*

金春林<sup>1,2</sup> 王海银<sup>1</sup> 何江江<sup>1,3</sup>

**【摘要】** 目的：梳理国际基本药物免费实施进展，为完善我国基本药物政策提供依据。方法：介绍印度、澳大利亚、泰国及南非免费药物的实施进展，并简述其对我国的启示。结果：4个国家积极推进免费药物的实施，并在免费药物遴选、采购、供应、筹资来源、合理使用等有完善的制度设计。结论：建议我国应从遴选、供应、管理及合理使用等方面探索基本药物制度免费供应的制度设计。

**【关键词】** 基本药物；免费供应；国际经验

1977年世界卫生组织发布首个《基本药物目录》以来，已有150多个国家制定了国家药物政策和实施了基本药物制度。基本药物是指满足重点卫生保健需求，与卫生状况相关，并具有安全、有效、经济等特点，可及、可负担的药物<sup>[1]</sup>。不同经济发展水平和社会、政治、文化条件下，基本药物政策实施的目标是不同的。如在发展中国家，主要为提高基本药物的可及性；在发达国家，则主要为促进合理用药<sup>[2]</sup>。部分国家基于卫生制度实施了基本药物免费供应，推进了药物的广泛合理使用。本文对印度、澳大利亚、泰国和南非4个国家的基本药物免费实施情况进行介绍，探讨其对我国的启示，为完善我国基本药物政策提供依据。

---

作者简介：金春林，男，研究员，博士，上海市医学科学技术情报研究所所长、上海市卫生发展研究中心常务副主任、上海市人口与发展研究中心主任

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

3. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

注：本文已发表于《中国卫生经济》2014年10期第79—81页。

## 一、印度、澳大利亚、泰国及南非免费药物实施情况

### (一) 印度

印度实行全民免费医疗制度，以多层次的公共医疗卫生服务体系及农村三级网络体系为基础，为所有国民尤其是农村居民提供免费医疗<sup>[3]</sup>。但实际上，私立医疗机构提供了80%的门诊及60%的住院服务。上世纪70年代，印度开始制定实施国家药物政策，在开展药品价格管制过程中逐步形成了国家基本药物目录。1996年发布首版国家基本药物目录，2003年和2011年进行了两次修订，分别包括354种和348种基本药品。2005年印度开展实施了“国家农村健康计划”，规定基层公立医院中所有患者免费接受基本药物。2012年又开展实施了所有患者在公立医院免费接受药物治疗的计划<sup>[4]</sup>。当前，接受公立医疗机构提供的免费药物人数约占全国22%，免费药物覆盖的人群主要为农村贫困人群，印度“十二五”期间（2012—2017年）这一比例将提升至约52%。

免费药物主要是普通药，当前印度发布的国家免费药物目录包括348种，28个州则基于该目录，结合各地疾病谱等情况自行制定免费药物目录。免费药品的筹资主要以税收为主，医疗保险筹资作用较小，约80%人口无医疗保险。其中，印度中央政府提供约75%免费药物资金支持，其它则由各州自行筹集。近年来，印度不断发展农村医疗保险，如2008年发起了国民健康保险计划，立法允许医药领域向私人保险公司和国外保险公司开放，并鼓励私营医院的发展，如提出免税和建设用地优惠等政策。

国家基本药物目录是公立医院免费药物的依据，免费药物遴选同基本药物的遴选一致。遴选由国家基本药物遴选委员会负责实施。2011版国家基本药物目录制定由87名专家组成，涵盖了临床、药

学、经济学及卫生管理等多学科专家。遴选的原则综合了世界卫生组织基本药物目录,卫生需求及生产供应条件,药品安全性、有效性,合理使用及费用影响等多个因素,分别制定门诊和住院基本药物目录。在印度各州可根据当地疾病特点自行制定基本药物目录。基本药物目录每年修订一次。

国家免费药物的供应也形成了不同模式,其中多数地区采用“双信封”招标机制,由独立的政府机构实行集中招标采购,药品的购买、存放等统一开展实施。各州在生产企业、供应计划、药品质量控制、支付时限、药品存放管理及供应不及时惩罚机制等方面均有明确的制度管理办法<sup>[5]</sup>。如要求2—3个月内应完成供应,3个月内应完成支付,供应不及时时供应商需赔付10~15%的合同总额等。为缓解公立医院基本药物供应问题,2008年印度化学和肥料部发起了国家普通药的生产供应运动,设立5家公立的药品生产企业生产普通药,价格约是品牌药的一半,并要求国内660个地区均至少建立一家公立普通药药房,药房的组织运营由红十字会等非政府组织实施<sup>[6]</sup>。

在促进免费药物合理用药方面,印度制定了药物处方集并在全国推广,每年进行修订完善,同时基于循证医学制定标准治疗指南;对医生、药剂师等定期开展合理用药培训,培训包括药品政策、标准治疗指南、基本药品目录、药品处方、基本药物合理使用及质量保证等;组建了国家药品信息中心,公开发布药品信息,向大众传播合理用药信息。

## (二) 澳大利亚

澳大利亚实行全民医疗保险制度,以家庭医生制度为主的分级医疗服务体系为支撑,参加医疗保险的患者可以在公立医疗机构免费获得救治。澳大利亚通过药品福利计划免费实施药品供应,如上

世纪 80 年代前，贫困人群及老年人免费获得基本药物。1986 年引入了药品最高自负限额的政策。1996 年制定了国家药物政策，以保证其居民及时获得所需的，个人及社会可承受其价格的药品<sup>[7]</sup>。

药品福利计划(以下简称“PBS”)是保障药品可及性的核心政策。列入 PBS 目录的药品，每次诊疗病人支付的药费是封顶的，如 2011 年一般病人每次诊疗药品支付费用最高为 34.2 澳元，退休等脆弱人群最高为 5.6 澳元。同时，政府设立安全网计划，设置了家庭或个人每年药品总支出额度，当一般患者或其家庭用药超过 1317.2 澳元，该年内每次诊疗药品只需支付 5.6 澳元；当脆弱人群支出累计 336.0 澳元，该年度内再看病药物全部免费。

对于负担不起药费的贫困人群、5 岁以下儿童、怀孕妇女、老年人等弱势人群，药品是免费供应的。免费药品的种类覆盖了所有疾病，包括慢性非传染疾病、疟疾、结核病、性传播疾病、艾滋病、疫苗接种等。2009 年底，药品福利计划覆盖了 740 种、1850 个剂型和 3500 个品牌的药品。免费药品筹资主要以税收为主，私人健康保险在免费药品中比重较低。如澳大利亚 2011 年私人健康保险药品的负担比例为 7.2%，患者共付费用占 17.9%<sup>[8]</sup>。

澳大利亚国家免费药物目录主要是药品福利计划内的药品。澳大利亚 1988 年开始采用成本——效果评估方法筛选确定基本药物，是第一个将药物经济学评价纳入基本药物遴选的国家。基本药物的遴选由独立的药品福利咨询委员会(以下简称“PBAC”)负责实施，其下设药品利用委员会(以下简称“DUSC”)及经济学委员会(以下简称“ESC”)。具体的筛选流程如下，在澳大利亚，经批准上市的药品如申请进入药品福利计划的基本药物目录，首先按照 PBAC 的要求提供药物经济学分析报告，药物评价部门开展卫生技术评估，

之后由 DUSC 及 ESC 进行评价，并由 PBAC 对以上材料进行审查和提出最终建议后报卫生部批准。

澳大利亚药品采购由政府负责，实行集中采购。政府部门依据药物经济学的评价证据，与申报列入 PBS 目录内的销售商开展价格谈判，以较大的购买量取得较低的供应价格。购买则由医院或医院协会分别实施。政府没有设置统一的国家药品仓库来保存基本药品，主要通过制定良好配送指南及通过配送企业的准入制度实施管理。只有登记注册的批发商可以向公立和私立医疗机构供应药品。

在合理使用药物方面，澳大利亚于 1998 年成立了国家药物使用服务中心，针对家庭医生及药剂师等医务人员，免费提供专业出版物，如《澳大利亚处方者》等；培养合理用药指导师；进行临床处方监测和分析等，并通过媒体、讲座、免费药物使用咨询电话、网站等途径向公众宣传合理用药。

### （三）泰国

泰国的卫生系统是以初级医疗保健为基础的三级医疗卫生服务体系，其卫生筹资模式是以税收为主的混合筹资模式。医疗保险主要包括公务员医疗保险、社会医疗保险和 30 泰铢医疗保险计划等。泰国从 1981 年开始公布国家基本药物目录，并定期修订。2004 年基于最佳成本效果的原则形成了新版国家基本药物目录，包括 300 多种药品。

“30 泰铢计划”是泰国全民健康覆盖的核心策略，参加该计划的人群每次支付 30 泰铢即可接受公立医疗机构提供的门诊或住院服务。其中，贫困人口、60 岁以上老人、0~12 岁儿童、残疾人、退伍军人等免费接受治疗。参加该项计划的人群应在就近的卫生所登记，凭转诊单才可到二级或三级医院就医。这一保险计划保证了药物的

供应，促进了基本药物的可及性。

基本药物的遴选由国家药品委员会负责，由 15 个药品小组开展遴选。主要考虑的重点维度包括健康需求、安全性、有效性、效益、公平、治疗费用、国家的支付能力、可提供性和质量等方面。工作组主要依据 ISafE 计算机系统和 EMCI 数据形成综合评分表，以确保纳入具有优势的药品。具体步骤如下：首先，对药品的信息量、安全性、用药方便性、疗效开展评分，进行初步筛选。其次，结合价格成本数据开展成本效果分析，以最终确定入选目录。

基本药品的采购为集中采购。首先，由公立医疗机构制定药品需求计划，申报形成省级采购计划，在省级层面集中议价。然后，医院根据需求直接向中标公司订购药品，并与销售公司直接结算。国家层面不建立中央仓库，药品由药品企业配送和储存。

#### （四）南非

南非的国家医疗系统尚不完善。医疗机构由私人和公共部门组成，私人医疗机构占有重要地位，在医疗总费用中私营医疗保险的比重约占 45%。政府对全体国民提供收费低廉的公立医疗服务。1994 年南非实行了初级医疗免费制度，怀孕妇女及 6 岁以下儿童享受免费医疗，2006 年初级医疗免费拓展至全体人群<sup>[9]</sup>。1996 年南非建立了国家药物政策，同年建立和发布了国家基本药物目录和标准治疗指南。

南非当地的贫困人群、老人、孤儿、残弱人员能够接受免费药品。免费药物的筹资主要通过税收。南非执政党 2010 年提出建立全民健康保险系统，83% 的无医保人群将被纳入国家医疗保险计划。

南非的免费药物目录由国家基本药物目录委员会负责制定。南非的基本药物委员会包括：合理遴选评价小组、临床专家委员会、

药物经济评价委员会。委员会由临床医学、卫生管理、药学、医学教育、经济学、统计和流行病学专家、病人代表、制药工业及财政筹资等各领域专家组成。遴选原则包括：健康需求、有效性、安全性、病人依从性、成本、研究证据及生产商的可靠性等。基本药物目录在初级保健机构、二级和三级医院分开制定，每两年更新一次。

南非免费药物由中央公共采购系统统一采购，由中央层面进行价格谈判，省级负责购买。同时建立仓库药品信息系统，监测药品使用情况及预测药品需求。省级负责配送，或委托私立部门进行配送。非政府组织也积极支持南非的药品供应，由23家医疗机构参与，采用自主存放、机构服务、直接供货等多种方式进行免费药物供应<sup>[10]</sup>。

在合理用药方面，南非制定了与免费药物配套的指南和处方集，根据成人、儿童及初级医疗保健分别制定，涵盖了160多种病种；通过对医护人员的教育培训促进合理用药<sup>[11]</sup>；另外，通过建立药物信息中心，定期发布药物信息，传播给大众人群。

## 二、基本药物免费实施的启示

### （一）针对不同人群，实行有差异的基本药物免费制度

从4个国家的经验看，药物免费实施都是先在弱势人群中实施，然后逐步扩展到全人群，且在筹资方面均有较充分的测算和准备。因此，建议我国对贫困弱势人群优先实施免费供应，以保障基本药物的可及性。

### （二）纳入药物经济学评价，建立科学的免费药物遴选制度

4个国家的免费药物遴选均纳入了卫生技术评估策略，其中以澳大利亚最为完善。建议我国也逐步建立药物经济学评价制度和指南，引导药品生产企业提供药物经济学证据，科学筛选确定目录。

### （三）设定以普通药为主的免费药物目录，建立有效的供应机制

鉴于免费药物供应的可及性不高，建议我国在实施免费药物制度时应充分考虑基层医疗机构、患者可接受性等，建立有效的供应体系和监测系统，以保障免费药物的可及性。同时，设定的基本药物免费目录应以普通药为主，充分考虑免费导致的需求释放及过度利用对医保基金造成的影响。

### （四）政府应明确定位，开展公私合作

政府应该加强免费药物的生产、供应等方面的管理制度建设，在免费药物的生产、采购及配送等环节，建议委托私立机构或采用公私合作的方式开展，政府加强过程及结果监督。

### （五）加强免费药物指南建设，促进合理用药

建议借鉴如南非等国家分人群的药物指南、合理用药指导师、合理用药中心等建设，培养专业的人员团队，加强对医务人员、大众人群的宣传教育，引导免费药物的合理使用。

## 参考文献

- [1] Laing R, Waning B, Gray A, et al. 25 years of the WHO essential medicines lists: progress and challenges [J]. The Lancet, 2003, 361(9370): 1723-1729.
- [2] 信息缺失.基本药物政策分析: 国际经验综述[J].中国药物经济学, 2009, 01: 30-39.
- [3] 石光, 雷海潮. 印度卫生保健体制概况——印度卫生保健体制考察报告之一[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(8): 91-94.
- [4] Bhaumik S, Biswas T. Free medicine for all in India [J]. Canadian Medical Association Journal, 2012, 184 (15): E783-E784.
- [5] Singh P V, Tatambhotla A, Kalvakuntla R, et al. Understanding public drug procurement in India: a comparative qualitative study of five Indian states [J]. BMJ open, 2013, 3(2): 1-11.
- [6] Anita K. Will generic drug stores improve access to essential medicines for the poor in India?[J]. Journal of Public Health Policy [J]. 2010, 31(2): 178-184.
- [7] Sansom L. The subsidy of pharmaceuticals in Australia: processes and challenges [J]. Australian

- Health Review, 2004, 28(2): 194-205.
- [8] MCG OPR Medicines. Australian statistics on medicines 2011[J]. 2013.
- [9] Harrison D. An overview of health and health care in South Africa 1994–2010: Priorities, progress and prospects for new gains[J]. Washington, DC: Henry J Kaiser Family Foundation, 2009.
- [10] Kohler J C, Baghdadi-Sabeti G. The World Medicines Situation 2011[J]. World Health Organization.[Links], 2011.
- [11] 王莉, 喻佳洁, 周帮曼. 17国国家药物政策的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2009, 9(7): 715-729.

(责任编辑: 蔡磊)





研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China