

“新医改”实施前后佛山市某社区卫生服务中心的基本药物使用情况分析

王珍姝^{1,2*}, 万成松^{1#}(1.南方医科大学公共卫生学院, 广州 510515; 2.佛山市顺德区伦教社区卫生服务中心, 广东佛山 528308)

中图分类号 R197 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2017)18-2512-05

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2017.18.19

摘要 目的:为“新医改”的进一步推进和国家基本药物制度的进一步实施和完善提供参考。方法:采取系统抽样法,随机抽取佛山市某社区卫生服务中心“新医改”前后(2012—2015年)门诊处方1 728张,对方用药数量、处方合理用药指标情况、处方费用、主要疾病构成及其治疗费用等进行统计和对比分析,研究其变化规律及特点。结果:单张处方药品平均品种数和基本药物平均品种数均逐年下降;与2012年相比,抗菌药物处方比例、二联及以上使用抗菌药物处方比例、注射剂处方比例及输液处方比例均显著降低,患者就医费用显著下降,药品费用、医保处方报销金额则有不同程度上升,差异均有统计学意义($P<0.05$);多元线性回归分析(逐步法)显示,患者就医费用与处方合理性等密切相关;主要疾病构成方面,呼吸道疾病、心脑血管系统疾病、消化道疾病相关处方占比居前3位,而相关处方占比呼吸道疾病、消化道疾病逐年下降,心脑血管系统疾病则逐年上升。结论:“新医改”的推进和国家基本药物制度的实施对社区卫生服务中心的合理用药水平和医疗质量提升起到正向促进作用,但社区卫生服务中心单张处方药物数量偏多、疾病诊治能力不足、药品遴选及管理缺陷等问题仍然存在。

关键词 新医改;国家基本药物制度;社区卫生服务中心;合理用药

Analysis of the Utilization of Essential Medicines in a Community Health Service Center in Foshan before and after the “New Medical Reform”

WANG Zhenshu^{1, 2}, WAN Chengsong¹ (1.School of Public Health, Southern Medical University, Guangzhou 510515, China; 2.Lunjiao Community Health Service Center of Foshan Shunde District, Guangdong Foshan 528308)

ABSTRACT **OBJECTIVE:** To provide reference for the further promotion of “New Medical Reform” and the further implementation and improvement of National Essential Medicine System. **METHODS:** By systematic sampling, 1 728 outpatient prescriptions were randomly selected from a community health service center in Foshan during 2012 to 2015, and then analyzed and compared statistically in respects of the amount of drugs, rational drug use indexes, prescription cost, main disease composition, treatment cost. The change rules and characteristics of all the above mentioned information were all studied. **RESULTS:** The average number of medicines per prescription and the number of essential medicines decreased year by year, Compared with 2012, the proportion of antimicrobial agents, the proportion of two or more antimicrobial agents, the proportion of injection prescription and the proportion of transfusion prescription were significantly reduced, the cost of medical treatment of patients decreased significantly; medicine cost and medicare reimbursement amount had increased to different extents, there was statistical significance ($P<0.05$). Multiple linear regression analysis (stepwise) showed that the cost of medical treatment was closely related to rationality of prescriptions. Respiratory diseases, cardiovascular and cerebrovascular diseases, gastrointestinal diseases were the top 3 of the major diseases, the proportion of prescriptions for respiratory diseases, gastrointestinal diseases decreased year by year, while that for cardiovascular and cerebrovascular diseases increased year by year. **CONCLUSIONS:** The promotion of “New Medical Reform” and the implementation of National Essential Medicine System play a positive role in promoting rational drug use and the quality of medical service in community health service center. However, there are still many problems in the community health service centers, such as too many medicines each prescription, the lack of diagnosis and treatment ability, the defects of medicine selection and administration.

KEYWORDS New Medical Reform; National Essential Medicine System; Community health service center; Rational use

* 药师, 硕士研究生。研究方向:社区医药卫生改革。E-mail: 675965192@qq.com

通信作者:教授, 博士。研究方向:公共卫生与传染病防控。电话:020-61648304。E-mail:gzwcs@126.com

为了切实缓解“看病难、看病贵”现象,减轻居民就医费用负担,我国于2009年起开展了新一轮的覆盖城乡居民的医疗卫生制度改革,即“新医改”。建立国家基本药物制度,健全基层医疗卫生服务体系是其中的一项重

点工作。国内相关研究数据显示,随着国家基本药物制度的逐步实施,基层医疗卫生机构不合理用药情况得到改善,“大处方”行为逐渐得到遏制,医疗费用得到有效控制^[1-2]。然而,国家基本药物制度在实践过程中仍然存在不少问题,如何让国家基本药物制度在基层医疗卫生机构更好地推行,建立一个更趋成熟、完善的国家基本药物制度体系是目前“新医改”研究探索的重点。

2010年广东省佛山市顺德区在各级公立医疗卫生机构开始实施国家基本药物制度,2012年成立政府办、政府管的社区卫生服务中心,并从2014年起全部配备使用基本药物(小部分2013年购进的非基本药物未能在年底前使用完,因此2014年仍有非基本药物在用),实行“零差率”销售。本研究通过对当地某社区卫生服务中心“新医改”前后门诊处方进行抽查,就基本药物使用情况进行统计和对比分析,旨在为“新医改”的进一步推进和国家基本药物制度的进一步实施和完善提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

资料来源于广东省佛山市顺德区某社区卫生服务中心2012—2015年门诊处方。

1.2 方法

采取系统抽样法,对中心下辖的6个社区卫生服务站进行随机抽样,每站每月随机抽取6张处方,6个站每年共抽取432张处方,4年间共计抽取1728张处方。将处方样本分为“新医改”前(2012年)、“新医改”过渡期(2013年)及“新医改”后(2014—2015年)进行对比分析。调查内容包括处方用药数量、处方合理用药指标情况、处方费用、主要疾病构成及其治疗费用等。

本研究中的基本药物均指收录在《国家基本药物目录(2012年版)》和《广东省基本药物增补品种目录(2013年版)》中的药品品种。处方合理用药指标解释:抗菌药物处方比例=抗菌药物处方数/处方总数×100%;二联及以上使用抗菌药物处方比例=二联及以上使用抗菌药物处方数/处方总数×100%;激素药物处方比例=激素药物处方数/处方总数×100%;注射剂处方比例=注射剂处方数/处方总数×100%;输液处方比例=输液处方数/处方总数×100%。患者就医费用=处方总费用—医保处方报销金额(本公式仅用于计算单张处方患者就医费用)。

1.3 统计学方法

所有数据采用Excel 2003软件录入,SPSS 16.0软件进行统计和分析。主要分析方法有描述性分析法、单因素方差分析法、 χ^2 检验及多元线性回归分析法。

计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用单因素方差分析法,所有数据进行方差齐性检验,组间比较若满足方差齐性采用LSD法检验,若方差不齐则采用Dunnett's T3法检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

多因素分析采用多元线性回归分析法,通过最小二

乘法拟合模型,变量筛选方法采用逐步法,选择 $\alpha = 0.10$ 作为因素剔除水平,以找出对患者就医费用影响较大的因素。选取患者就医费用作为逐步回归分析的因变量,自变量的选取见表1。对于所选取的定性变量,在分组后数量化赋值,对于定量指标不进行任何变换,直接带入模型进行逐步回归分析。

表1 自变量赋值

Tab 1 Argument assignment

编号	自变量	赋值
X1	年份	1:2012年,2:2013年,3:2014年,4:2015年
X2	药品品种数	实际值
X3	基本药物品种数	实际值
X4	处方总费用	实际值
X5	药品费用	实际值
X6	用药天数	实际值
X7	医保处方报销金额	实际值
X8	是否抗菌药物处方	0:否,1:是
X9	是否二联及以上使用抗菌药物处方	0:否,1:是
X10	是否激素药物处方	0:否,1:是
X11	是否注射剂处方	0:否,1:是
X12	是否输液处方	0:否,1:是
X13	抗菌药物品种数	实际值
X14	激素药物品种数	实际值

2 结果

2.1 处方用药数量情况

4年间处方用药数量总体情况如下:单张处方药品品种数最少为1种,最多为7种,单张处方平均药品品种数为3.79种(剔除中药饮片处方)。

单因素方差分析结果显示,单张处方药品平均品种数逐年下降,其中2014和2015年相比2012年均下降较多,差异均有统计学意义($P < 0.01$),而2013年与2012年比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。单张处方基本药物平均品种数也呈下降的趋势,2013—2015年均比2012年显著下降,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),其中2014和2015年下降更为显著。处方用药数量情况见表2。

表2 处方用药数量情况($\bar{x} \pm s$)

Tab 2 Number of prescription drugs($\bar{x} \pm s$)

年份	单张处方药品平均品种数	单张处方基本药物平均品种数
2012年	4.06±1.40	4.05±1.39
2013年	3.90±1.20	3.85±1.21*
2014年	3.66±1.24**	3.57±1.26**
2015年	3.61±1.21**	3.61±1.21**

注:与“新医改”前(2012年)比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

Note: vs. before “New Medical Reform”(2012),* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

0.01

2.2 处方合理用药指标情况

χ^2 检验结果显示,2012—2015年抗菌药物处方比例、二联及以上使用抗菌药物处方比例、注射剂处方比例及输液处方比例总体呈下降趋势,差异均有统计学意义($P < 0.001$),但激素药物处方比例“新医改”前后比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。其中,二联及以上使用抗菌药物处方比例在2012—2015年间逐年下降,注射剂

处方比例及输液处方比例2015年相比2014年又稍有回升。“新医改”后处方合理性整体较“新医改”前有大幅提升,详见表3。

表3 处方合理用药指标情况
Tab 3 Rational medicine use indexes

指标	2012年	2013年	2014年	2015年	χ^2	P
抗菌药物处方比例, %	41.90	43.06	26.16	20.14	78.89	<0.001
二联及以上使用抗菌药物处方比例, %	13.19	12.27	2.78	1.62	70.06	<0.001
激素药物处方比例, %	6.02	6.02	6.02	5.79	0.07	0.995
注射剂处方比例, %	39.58	21.76	13.89	14.12	114.97	<0.001
输液处方比例, %	16.90	9.26	3.01	3.94	70.92	<0.001

2.3 处方费用情况

4年间患者就医费用平均12.89元,最低0元,最高231.5元;药品费用平均18.73元,医保处方报销金额平均24.24元,处方总费用平均29.46元。

处方总费用2014年相比2012年有显著下降,差异有统计学意义($P<0.01$),但2015年又有较大幅度回升;药品费用2015年相比2012年显著升高,差异有统计学意义($P<0.05$);医保处方报销金额2013和2015年均相比2012年有显著升高,差异均有统计学意义($P<0.01$);患者就医费用2013-2015年均比2012年显著下降,差异均有统计学意义($P<0.01$),其中2014年达到最低值,2015年稍有回升,详见表4。由表4可知,“新医改”后患者就医费用随着医保处方报销金额的增加而有所减少,但由于2015年药品费用增幅较大,就医费用有所回升。

表4 处方费用情况($\bar{x}\pm s$,元)

Tab 4 Research of prescription cost($\bar{x}\pm s$, yuan)

年份	处方总费用	药品费用	医保处方报销金额	患者就医费用
2012年	31.27±23.93	18.40±18.67	21.38±11.87	19.35±26.41
2013年	28.64±17.24	18.18±16.86	25.51±12.28*	11.69±18.71**
2014年	27.01±14.55**	17.15±14.41	23.72±10.50	8.71±15.78**
2015年	30.89±15.05	21.20±16.38*	25.77±12.43**	11.83±16.27**

注:与“新医改”前(2012年)比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

Note: vs. before “New Medical Reform” (2012), * $P<0.05$, ** $P<0.01$

2.4 患者就医费用与处方合理性的相关性

多元逐步回归分析结果显示, $F=619.750$, $P<0.001$,说明自变量与因变量间存在线性回归关系; $R=0.874$, $R^2=0.765$,Adjusted $R^2=0.763$,说明模型拟合好;9个自变量均 $P<0.05$,说明其对因变量的影响均有统计学意义。

多元逐步回归分析结果见表5(进入模型的9个自变量按其对学生就医费用影响由大到小排列)。由表5可知,患者就医费用与处方合理性密切相关,提高处方用药合理性可一定程度上缓解患者就医费用的上升。

2.5 主要疾病构成及其治疗费用

4年间,呼吸道疾病相关处方占比最高,其次是心脑血管系统疾病,再次是消化道疾病,皮肤科疾病和泌尿生殖系统疾病占比较低,详见图1。

4年间,主要疾病中心脑血管系统疾病次均处方费

用最高,其次是泌尿生殖系统疾病,详见图2。慢性非感染性疾病次均处方费用最高,与社区卫生服务中心疾病覆盖面广、药品消耗量大、疾病周期长等特征相关。

表5 患者就医费用多元逐步回归分析结果

Tab 5 Results of multiple stepwise regression analysis of patients' medical expenses

自变量	回归系数	标准误	标化回归系数	t	P
X4	0.993	0.027	0.895	37.308	<0.001
X7	-0.696	0.032	-0.34	-21.942	<0.001
X6	-2.041	0.125	-0.266	-16.368	<0.001
X11	5.197	0.635	0.108	8.187	<0.001
X2	-1.534	0.199	-0.097	-7.701	<0.001
X8	2.527	0.548	0.059	4.607	<0.001
X5	0.097	0.029	0.081	3.309	0.001
X13	2.192	0.92	0.029	2.384	0.017
X10	2.393	1.033	0.028	2.316	0.021

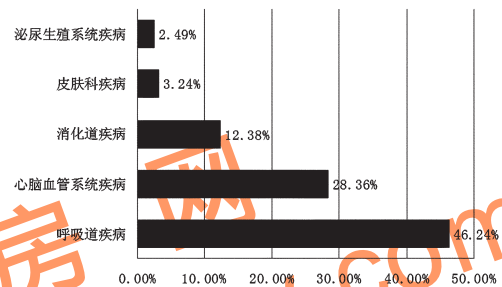


图1 主要疾病相关处方占比构成(%)

Fig 1 Constituent ratio of major diseases prescriptions (%)

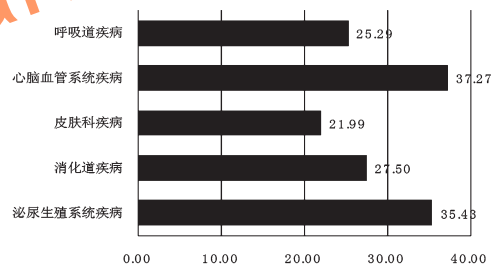


图2 主要疾病次均处方费用(元)

Fig 2 The average cost per time of prescriptions for major disease (yuan)

4年间,相关处方占比呼吸道疾病、消化道疾病呈下降趋势,心脑血管系统疾病逐年上升;次均处方费用各主要疾病在波动中有升有降,除了泌尿生殖系统疾病外基本相差不大,详见表6。

3 讨论

3.1 单张处方药物数量偏多,应继续加强对处方用药数量的把控

处方平均用药数可以侧面反映医师是否存在为追求经济利益而开具“大处方”的行为。本研究结果显示,该中心存在单张处方药品品种数超过5种的情况(西药及中成药处方),最长达7种;虽然单张处方平均药品品种数达到国家要求(单张处方药品品种数 <5),但距离世界卫生组织(WHO)推荐的1.6~1.8种仍然存在一定

表6 主要疾病相关处方占比和次均处方费用变化
Tab 6 Change of constituent ratio of major disease prescriptions and average cost per time of prescriptions

主要疾病	2012年		2013年		2014年		2015年	
	相关处方占比,%	次均处方费用,元	相关处方占比,%	次均处方费用,元	相关处方占比,%	次均处方费用,元	相关处方占比,%	次均处方费用,元
呼吸道疾病	55.32	26.32	44.68	26.06	45.14	22.05	39.81	26.64
心脑血管系统疾病	20.83	37.19	26.62	36.08	30.79	36.15	35.19	38.56
消化道疾病	13.89	29.93	15.97	27.12	10.65	23.54	9.03	29.09
皮肤科疾病	4.63	22.71	2.31	19.01	2.31	21.82	3.70	23.07
泌尿生殖系统疾病	2.55	58.55	1.39	20.42	2.78	32.03	3.70	26.62

距离^[3],同时相较12个发展中国家的平均水平(1.3~2.2种)也偏高^[4]。该中心单张处方平均药品品种数和基本药物品种数随着国家基本药物制度的实施逐年下降,说明其对处方用药的管理取得一定成效,但仍有待进一步提高和改善。基层医疗卫生机构可通过完善相应的监督管理机制达到控制处方用药数量、降低费用的目的;可参考疾病标准治疗指南制订相应的诊治临床路径,以利于规范医师处方行为;可通过加强对医师和患者的合理用药相关宣传教育,定期举办相关的培训班,或者邀请上级医疗卫生机构专家前来实地考察、指导,提高整体合理用药水平。

3.2 处方合理用药指标情况有较大的改善,基本达到WHO推荐标准

WHO对发展中国家的处方合理用药指标推荐如下:抗菌药物处方比例20%~26.8%,注射剂处方比例13.4%~24.1%^[5]。本研究结果显示,该中心在国家基本药物制度实施后通过逐步落实处方点评制度,令抗菌药物处方比例、二联及以上使用抗菌药物处方比例、注射剂处方比例、输液处方比例几项指标均得到较大的改善,2015年抗菌药物处方比例和注射剂处方比例都达到了WHO推荐的参考值范围,药物不合理使用现象得到有效遏制。

3.3 处方费用的控制初见成效,但仍需要各级部门协同支持

本研究结果显示,该中心处方费用在国家基本药物制度实施后得到有效控制,在药品费用有较大幅度增加的2015年,患者就医费用仍较2012年显著下降,说明其在处方费用的控制方面做了不少工作。患者就医费用多因素分析结果显示,患者就医费用与医保报销金额、用药天数、用药合理性及药品费用都密切相关,提示地方政府医保政策、疾病周期、医师处方行为及国家药品价格政策导向都能对患者就医费用产生较大的影响。

医保政策方面,2013年前该地区社区卫生服务中心的门诊基本药物按100%的支付比例进行报销,2013年以后报销比例调整为90%;而镇级医院报销比例为80%,区级医院报销比例为75%。故该地区医保政策相对不利于社区卫生服务中心的发展,一方面医保报销比

例有所下降,另一方面医保政策对社区卫生服务中心的倾斜并不能填补其疾病诊治能力不足的缺陷。医保政策收紧的条件下,医师会倾向于选择价格较低的药品,但若是在多数药品价格较高的情况下,医师的选择面会大大变窄,由此可能导致疾病治疗效果欠佳、疾病周期延长的不利后果,而这也将进一步导致患者对社区卫生服务中心诊治能力的不信任,从而致使患者就医更加倾向于上级医疗卫生机构。

鉴于此,在国家财力和经济水平允许的条件下,应借鉴国外先进经验建立合理的费用控制机制,逐渐增加医疗卫生投入^[6]。医疗保险基金管理机构应根据本地区实际情况制定合适的能拉大社区卫生服务中心与综合医院差距的药品报销比例,同时,应建立严格的转诊体系,促进对患者择医的分流。作为地方政府应还原公立医疗卫生机构的公益性质,建立多元化的筹资机制,如引入社会捐助资金和商业保险对医保基金进行补充,同时完善基金监管体系,做到透明、公开^[6]。

3.4 辖区病种有向慢性病靠拢趋势,应作好应对人口老龄化带来的慢性病激增问题的准备

本研究结果显示,该中心处方相关疾病以呼吸道系统疾病和心脑血管系统疾病为主。其中,心脑血管系统疾病次均处方费用最高且相关处方占比逐年上升,呼吸道疾病相关处方占比呈下降趋势。主要疾病构成发生变化提示,该地区人口有老龄化趋势,同时也从侧面反映了心脑血管疾病患者更多选择社区卫生服务中心诊治,而呼吸道疾病患者则有流向上级医疗卫生机构的趋向。其原因一方面是社区卫生服务中心疾病诊治水平不高,急性病患者就诊更愿意去上级医疗卫生机构;另一方面是社区卫生服务中心药价相对低廉,医保报销也比上级医疗卫生机构更多,已经确诊的慢性病患者更愿意就近选择社区卫生服务中心进行后续治疗^[7]。

提高社区卫生服务中心诊治能力可从以下方面着手:一是加大人才培养力度,加强全科人才的培养,通过激励措施促使优秀人才流向社区卫生服务中心;二是增加社区卫生服务中心与上级医疗卫生机构的联动,促进上级医疗卫生机构各个科室与社区卫生服务中心的联系和临床业务共享,使医疗资源有效下沉;三是建立有利益相关的双向转诊制度,同时增加上级医疗卫生机构对社区卫生服务中心的带教帮扶^[8]。

另据调查表明,截止到2015年12月底,该中心在用的药品共475种,其中呼吸道疾病用药共86种,抗菌药物共38种,心脑血管系统疾病用药共105种,消化道疾病用药共60种,泌尿生殖系统疾病用药共12种,糖尿病用药共12种,基本能满足社区常见病、多发病的诊治需求。在心脑血管系统疾病用药中,高血压治疗用药30种,心脏血管疾病治疗用药20种,脑血管疾病治疗用药10种,中成药45种,中成药占心脑血管系统疾病用药的比例达42.86%,化学药品仅占57.14%,化学药品相对不

百令胶囊治疗呼吸系统疾病有效性的系统评价[△]

张亚同^{1*}, 刘泽辉^{1,2}, 胡欣^{1#}(1.北京医院国家老年医学中心,北京 100730;2.北京大学药学院药事管理与临床药理学系,北京 100191)

中图分类号 R973.2 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2017)18-2516-04

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2017.18.20

摘要 目的:系统评价百令胶囊治疗呼吸系统疾病的有效性,为临床提供循证参考。方法:计算机检索中国期刊全文数据库、中国学位论文全文数据库、万方数据库、中文科技期刊数据库、Cochrane 图书馆、Medline(Ebsco)和 PubMed,收集百令胶囊联合常规治疗方案(试验组)对比单纯常规方案(对照组)治疗呼吸系统疾病的随机对照试验(RCT),提取资料并按照修改后的 Jadad 评分量表和 Cochrane 偏倚风险评估量表评价纳入研究质量,采用 Rev Man 5.2 统计软件进行 Meta 分析。结果:共纳入 17 项 RCT,合计 1 801 例患者。Meta 分析结果显示,试验组患者有效率[RD=0.15,95%CI(0.10,0.19), $P<0.001$]、第 1 秒用力呼气量容积(FEV1)水平[MD=0.21,95%CI(0.14,0.28), $P<0.001$]、用力吸气肺活量(FVC)水平[MD=0.26,95%CI(0.05,0.47), $P=0.01$]、FEV1/FVC 水平[MD=5.60,95%CI(3.42,7.78), $P<0.001$]显著高于对照组,差异均有统计学意义。结论:百令胶囊治疗呼吸系统疾病疗效较好,可以显著改善患者肺部相关指标。

关键词 百令胶囊;呼吸系统;有效性;系统评价;Meta 分析

足。在慢性病逐渐高发的趋势下,应制定更科学合理的、更适用于社区临床的基本药物目录,增加慢性病治疗用化学药品,以更好地满足社区患者的治疗需求。

此外,预防保健是社区卫生服务中心的一大职能所在。在我国正逐渐步入老龄化社会的大环境下,单纯依赖药品并不能很好地控制慢性病在人群中的蔓延,与此同时也会给医保基金造成巨大的压力^[9]。而做好预防保健工作有利于减少药品费用支出,同时也能更好地提高老年群体的生活质量。全科医疗模式在预防保健工作中的作用正逐步凸显,期待其在跟踪随访,识别、预防和管理社区慢性病患者方面能取得一定成效^[10]。社区卫生服务中心应充分发挥全科医疗模式干预的作用,普及疾病预防知识,针对性地解决人口老龄化所带来的问题。

综上所述,“新医改”的推进和国家基本药物制度的实施提高了社区卫生服务中心的处方用药合理性,降低了患者的医疗费用,提升了其医疗质量,对其发展起到正向促进的作用。但社区卫生服务中心单张处方药物数量偏多、疾病诊治能力不足、药品遴选及管理缺陷等问题仍然存在,而这些也是医疗体制转型期较为典型的问题。要解决好这些问题还需要各级医疗卫生机构与政府部门的重视与共同努力,并充分发挥社区卫生服务中心的预防保健职能。

[△] 基金项目:国家科技支撑计划课题(No.2012BA10B00)

* 副主任药师,硕士。研究方向:临床药理学。电话:010-85133824。E-mail:Zyt2002888@qq.com

通信作者:主任药师,博士。研究方向:临床药理学。电话:010-85133824。E-mail:hxbjyy@126.com

参考文献

- [1] 管晖,尹文强,崔雪丹,等.基本药物制度实施前后山东省 11 县村医合理用药处方指标的综合评价[J].中国全科医学,2014,17(31):3758-3761.
- [2] 万朝雷,杨泽云,魏玲,等.九江市乡镇中心卫生院实施国家基本药物制度的效果分析[J].中国当代医药,2014,21(29):132-134.
- [3] WHO. How to investigate drug use in health facilities: select eddrug use indicators[R]. Geneva: WHO, 1993.
- [4] Hogerzeil HV, Bimo, Ross-Degnan D, et al. Field tests for ratnaol drug use in twelve developing countries[J]. Lancet, 1993, 342(8884): 1408-1410.
- [5] 姜成邦,陈水,顾翔.区县医院和社区卫生服务机构双向转诊现状调查和对策[J].江苏医药,2016,42(3): 356-357.
- [6] 陈文锋,陈爱芳.美国社区医疗服务体制及对我国社区卫生服务的启示[J].社区卫生保健,2010,9(4):237-240.
- [7] 姚卫光,崔华欠,李红,等.广州市城镇居民社区卫生服务利用现状及就医意向调查[J].中国全科医学,2016,19(7):831-834.
- [8] 王海峰.基于分级诊疗体系的基层医疗服务改革分析[J].首都食品与医药,2016(10):20-21.
- [9] 姚卫光,崔华欠,李红,等.广州市城镇居民社区卫生服务利用现状及就医意向调查[J].中国全科医学,2016,19(7):831-834.
- [10] 俞卫丽.社区慢性病防治的全科医疗模式和效果分析[J].中国社区医师,2016,32(13):184-185.

(收稿日期:2016-09-08 修回日期:2017-05-08)

(编辑:周 箐)