

# 国家基本药物制度实施对某省乡镇卫生院卫生服务行为及运营状况的影响评价<sup>△</sup>

李 熹<sup>1\*</sup>, 吴群红<sup>2</sup>, 高力军<sup>2#a</sup>, 郝 模<sup>1#b</sup>(1.复旦大学公共卫生学院/健康风险预警治理协同创新中心, 上海 200032; 2.哈尔滨医科大学卫生管理学院, 哈尔滨 150081)

中图分类号 R95;R195 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2015)30-4177-05

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2015.30.01

**摘要** 目的:为推动乡镇卫生院进一步实施国家基本药物制度提供依据。方法:采用随机系统整群抽样方法抽取某省5%的乡镇卫生院为样本,通过发放调查表获取其国家基本药物制度实施前(2009、2010年)和实施后(2011—2013年)的卫生资源配置情况、卫生服务情况、收支情况等,进行统计、对比和评价。结果:本次共调查了46个乡镇卫生院,回收乡镇卫生院机构调查表46份。样本乡镇卫生院平均床位数由2009年的15.1张增加到2013年的19.4张。年度平均门诊量由2009年的1.12万人次上升到2013年的1.61万人次,年度平均出院人次由2009年的644人次增加到2013年的924人次。政府财政投入占总收入比例由2009年的25.9%上升到2013年的47.1%,药品收入占总收入比例由54.9%下降到29.7%,药品利润率由25.5%下降到3.7%,收支结余亏损比例由17.4%下降到4.3%。辖区人口年平均到乡镇卫生院就诊次数从2009年的0.47次增加到2013年的0.74次,次均住院和门诊药品费用分别由805和28.1元下降到718和24.1元。结论:国家基本药物制度实施对门诊服务未产生消极影响,对住院服务利用则产生了一定的抑制作用。国家基本药物制度的实施有效地降低了药品经济负担,但是卫生总负担却没有下降。这表明单一依靠推行国家基本药物制度来控制过快上涨的卫生费用是难以实现的,需要医药卫生的综合改革、协同、联动,才能有效缓解“看病贵”的问题。

**关键词** 国家基本药物制度;乡镇卫生院;卫生服务;收支情况;运营状况;影响

## Evaluation of the Effect of the Implementation of National Essential Medicine System on Health Service Behavior and Operation Status of Township Hospitals in a Province

LI Xi<sup>1</sup>, WU Qun-hong<sup>2</sup>, GAO Li-jun<sup>2</sup>, HAO Mo<sup>1</sup>(1.School of Public Health, Fudan University / Collaborative Innovation Center of Social Risks Governance in Health, Shanghai 200032, China; 2.School of Health Management, Harbin Medical University, Harbin 150081, China)

**ABSTRACT** OBJECTIVE: To provide reference for the further implementation of national essential medicine system of township hospitals. METHODS: 5% township hospitals in a province were collected as sample by using random cluster sampling method, and statistics, comparison and evaluation was made by issuing questionnaires to get health resources distribution status, health service status and income and expenditure status before (in 2009 and 2010) and after (from 2011 to 2013) the implementation of national essential medicine system of township hospitals. RESULTS: Totally 46 township hospitals were surveyed and totally 46 questionnaires of township hospitals were recycled. Average number of beds in township hospitals increased from 15.1 beds in 2009 to 19.4 beds in 2013. Average annual outpatients increased from 11 200 in 2009 to 16 100 in 2013, and average number of hospital discharge increased from 644 in 2009 to 924 in 2013. The proportion of government financing to total income increased from 25.9% in 2009 to 47.1% in 2013, proportion of drug income to the total income decreased from 54.9% to 29.7%, drug profit rate decreased from 25.5% to 3.7%, and proportion of township hospital under deficit decreased from 17.4% to 4.3%. Average time that residents see a doctor in township health center increased from 0.47 in 2009 to 0.74 in 2013, and cost of average hospitalization and outpatient drugs decreased from 805 to 718 and 28.1 to 24.1, respectively. CONCLUSIONS: The implementation of national essential medicine system has no negative effect on outpatient service, but first inhibits then promotes the inpatient services. National essential medicine system has effectively cut down the financial burden of drugs, but it has no effect on total health burden.

△ 基金项目:国家自然科学基金面上项目(No.71373062);国家自然科学基金重点项目(No.71333003)

\* 硕士研究生。研究方向:卫生政策与管理。E-mail: 13211020037@fudan.edu.cn

# a 通信作者:讲师,硕士。研究方向:卫生政策评价、医药卫生综合改革等。E-mail: gg73@163.com

# b 通信作者:教授,博士。研究方向:卫生政策与管理等。E-mail: haomo03@fudan.edu.cn

It is difficult to realize the excessive rapid rise of health expense by the single implementation of essential medicine system, and it needs comprehensive reform, collaboration and interaction of medicine and health to effectively relieve the problem of “expensive ill”.

**KEYWORDS** National essential medicine system; Township hospital; Health service; Income and expenditure status; Operation status; Effect

我国于2009年实施了新一轮医药卫生综合改革,而国家基本药物制度是新医改的重要组成部分。某省于2010年下半年开始,陆续在全省乡镇卫生院推行国家基本药物制度。在此之前,药品收入一直是该省乡镇卫生院最主要的经济来源之一,是维持其正常运转的重要保证。而此项制度实施会对该省乡镇卫生院产生哪些影响值得关注。本研究拟对该省乡镇卫生院实施国家基本药物制度前后的卫生服务行为及运营状况进行统计、对比和评价,从而为推动乡镇卫生院进一步实施国家基本药物制度提供依据。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

以某省政府举办的乡镇卫生院为研究对象。

### 1.2 调查方法和调查内容

采用随机系统整群抽样的方法抽取该省5%的乡镇卫生院为样本:首先将该省933个乡镇按辖区人口数从高到低排序,然后随机抽取一张人民币,取其编号后4位数,除以抽样间距20(100/5),余数即为第1个样本乡镇的序号;再依据抽中的第1个样本乡镇的序号加上抽样间距,得到第2个样本乡镇的序号;以此类推,最终确定5%的样本乡镇。对样本乡镇所在地所有政府举办的乡镇卫生院均进行调查,调查内容主要包括乡镇卫生院国家基本药物制度实施前(2009—2010年)和实施后(2011—2013年)的卫生资源配置情况、卫生服务情况、收支情况等方面内容。课题组统一对调查员进行培训,培训合格后由调查员进行现场调查。

### 1.3 统计和分析方法

利用Excel建立数据库,并采用SPSS 17.0统计软件进行国家基本药物制度实施前后相关数据的统计、对比和评价。

## 2 结果

### 2.1 乡镇卫生院基本情况

本次共调查了46个乡镇卫生院,回收机构调查表46份。样本乡镇卫生院平均员工数、卫生技术人员和执业(助理)医师比例2009—2013年变化不大;平均床位数2013年比2009年增加了4.3张,详见表1。

表1 样本乡镇卫生院2009—2013年基本情况

Tab 1 Basic situation of sample township hospitals from 2009 to 2013

年份	平均服务人口数,万人	平均员工数,人	卫生技术人员比例,%	执业(助理)医师比例,%	平均床位数,张
2009	2.38	21.8	85.0	40.1	15.1
2010	2.36	22.9	85.1	40.0	16.8
2011	2.24	22.7	88.2	38.8	18.1
2012	2.20	22.6	84.0	39.3	20.6
2013	2.17	22.1	85.3	38.8	19.4

### 2.2 卫生服务情况

样本乡镇卫生院2009—2013年卫生服务情况见表2。

2.2.1 卫生服务量 样本乡镇卫生院年平均门诊量呈逐年递增趋势,由2009年的1.12万人次上升到2013年的1.61万人次;年平均出院人次总体呈现先抑后扬的趋势,2010、2011年均比上一年度有所减少,2012、2013年呈加速上升趋势。

2.2.2 卫生服务效率 门诊服务效率方面,2013年每医师日均诊疗人次为7.47人次,比2009年增加了2.39人次;住院服务效率方面,病床使用率、每医师日均负担床日数呈现先抑后扬的趋势,2011年(国家基本药物制度正式实施的第1年)上述两个指标均比2010年有所下降,但2012年后两个指标呈上升趋势,

到2013年均已高于2009年的水平。

表2 样本乡镇卫生院2009—2013年卫生服务情况

Tab 2 Health service status of sample township hospitals from 2009 to 2013

年份	年平均门诊量,万人次	年平均出院人次	每百门诊入院人次	病床使用率,%	每医师日均诊疗人次	每医师日均负担床日数	平均住院天数
2009	1.12	644	5.95	54.6	5.08	0.94	5.60
2010	1.14	606	5.31	56.0	4.96	1.02	5.66
2011	1.28	533	4.15	46.6	5.80	0.96	5.80
2012	1.66	720	4.34	53.7	7.45	1.25	5.60
2013	1.61	924	5.75	75.3	7.47	1.70	5.76

### 2.3 收支情况

2.3.1 收入 样本乡镇卫生院2010—2013年收入同比增长情况见表3。由表3可见,样本乡镇卫生院总收入同比均呈上升趋势,每年增长均在13%以上。其中,来源于政府的财政投入增长最快,特别是国家基本药物制度实施的第1年2011年,比2010年增长了88.6%,2012年比2011年增长了近50%;医疗收入与财政投入相似,也呈高位增长的趋势;药品收入2011年比2010年下降了18.4%,2012年企稳,2013年快速回升。

表3 样本乡镇卫生院2010—2013年收入同比增长情况(%)

Tab 3 Income growth on year-on-year basis of sample township hospitals from 2010 to 2013(%)

年份	总收入	财政投入	医疗收入	药品收入
2010	13.7	27.5	10.2	7.0
2011	15.8	88.6	11.9	-18.4
2012	39.1	49.8	85.5	4.7
2013	22.1	12.6	32.2	31.8

样本乡镇卫生院2009—2013年收入构成情况见表4。由表4可见,国家基本药物制度实施之前,药品收入占总收入的比重最高,达到了50%以上,政府财政投入不到30%;该制度实施以后,两者发生了互换,政府财政投入占比接近50%,药品收入占比下降到30%以下。

表4 样本乡镇卫生院2009—2013年收入构成情况(%)

Tab 4 Income composition of sample township hospitals from 2009 to 2013(%)

年份	财政投入	医疗收入	药品收入	其他
2009	25.9	17.2	54.9	2.0
2010	29.1	16.7	51.7	2.5
2011	47.4	16.6	36.0	0
2012	50.2	21.5	28.5	0
2013	47.1	23.2	29.7	0

2.3.2 支出 样本乡镇卫生院2010—2013年支出同比增长情况见表5。由表5可见,样本乡镇卫生院总支出同比增长幅度均保持在10%以上,特别是2012年总支出比2011年增长了近35%。分项支出中,医疗支出、人员支出均呈正增长趋势,但医疗支出增长不稳定,人员支出增长相对稳定,且年增长幅度均在15%以上;药品支出在实施国家基本药物制度的第1年(2011年)出现了负增长,随后逐年递增,2013年达到了34.0%。

样本乡镇卫生院2009—2013年人员支出情况见表6。由表6可见,平均每职工月支出同比增幅保持在15%以上的高位,月支出额也从2009年的1960元上升到2013年的4187元;政府财政投入与人员支出之比2009年为0.76,有着近25%的缺口,而国家基本药物制度实施以后,这一缺口被迅速抹平,2011年超出13%,2012和2013年均超出45%以上。

2.3.3 收支结余 样本乡镇卫生院2009—2013年收支盈亏构

表5 样本乡镇卫生院2010—2013年支出同比增长情况(%)

Tab 5 Expenditure growth on year-on-year basis of sample township hospitals from 2010 to 2013 (%)

年份	总支出	医疗支出	药品支出	人员支出
2010	11.9	7.9	9.7	20.5
2011	12.2	16.2	-2.0	25.9
2012	35.0	59.0	8.1	15.9
2013	18.2	13.6	34.0	23.2

表6 样本乡镇卫生院2009—2013年人员支出情况

Tab 6 Personnel expenditure of sample township hospitals from 2009 to 2013

年份	平均每职工月支出		财政投入与人员支出之比	财政投入+药品结余与人员支出之比
	额度,元	同比增幅,%		
2009	1 960		0.76	1.24
2010	2 247	14.6	0.84	1.21
2011	2 857	27.1	1.13	1.36
2012	3 329	16.5	1.65	1.70
2013	4 187	25.8	1.46	1.55

成情况见表7。由表7可见,国家基本药物制度实施前的2009年,样本乡镇卫生院盈利的占比为71.7%,亏损的占比为17.4%;2010年盈利的占比不足50%,41.3%的出现了亏损;而2011年开始盈利的占比回升到2009年水平,2013年更是达到了90%以上,亏损的占比已经不足5%。

表7 样本乡镇卫生院2009—2013年收支盈亏构成情况(%)

Tab 7 Proportion of profitable and defective sample township hospitals from 2009 to 2013(%)

年份	盈利	持平	亏损
2009	71.7	10.9	17.4
2010	45.7	13.0	41.3
2011	71.7	10.9	17.4
2012	78.3	2.2	19.6
2013	91.3	4.3	4.3

样本乡镇卫生院2009—2013年收支结余情况见表8。由表8可见,国家基本药物制度实施后,总收支结余额度由2009年的每乡镇卫生院0.24万元上升到2013年的37.46万元,利润率也从0.2%上升到10.5%;而药品结余无论额度还是利润率均呈下降趋势。

表8 样本乡镇卫生院2009—2013年收支结余情况

Tab 8 Surplus of sample township hospitals from 2009 to 2013

年份	总收支结余		药品结余	
	额度,万元	利润率,%	额度,万元	利润率,%
2009	0.24	0.2	22.3	25.5
2010	3.16	1.7	22.1	23.6
2011	9.97	4.8	6.4	8.2
2012	27.07	9.3	4.2	5.2
2013	37.46	10.5	3.9	3.7

## 2.4 居民卫生服务利用及负担情况

2.4.1 居民卫生服务利用情况 样本地区2009—2013年辖区居民卫生服务利用情况见表9。由表9可见,居民年平均到乡镇卫生院就诊次数呈递增趋势,从2009年的0.47次增加到2013年的0.74次,即居民门诊服务利用率增加了约50%。国家基本药物制度实施之初,居民住院服务利用受到较大影响,乡镇卫生院住院人次2011年比2010年减少了36.0%,而同期对应县的县级医院住院人次增长了14.9%;随着该制度实施的

深入,2012、2013年乡镇卫生院住院人次出现了快速增长,均远远高于同期县级医院住院人次增长水平。

表9 样本地区2009—2013年辖区居民卫生服务利用情况

Tab 9 Health service utilization of residents in sample area from 2009 to 2013

年份	辖区人口年平均到乡镇卫生院就诊次数	县级医院住院人次增长率,%	乡镇卫生院住院人次增长率,%
2009	0.47		
2010	0.48	4.5	-3.0
2011	0.57	14.9	-36.0
2012	0.75	10.2	67.3
2013	0.74	13.6	27.5

2.4.2 居民卫生服务经济负担情况 样本乡镇卫生院2009—2013年卫生服务经济负担情况见表10。由表10可见,国家基本药物制度实施前,次均住院费用2010年比2009年增长了16.4%;该制度实施后,2011、2012年次均住院费用同比均呈下降趋势,2013年同比略有增长。次均门诊费用在2010—2012年间也得到了较好控制,但是2013年出现了较大增长,同比增幅达25.5%。另外,该制度实施后,无论住院还是门诊患者次均药品费用均比实施前有所下降,次均住院药品费用从2009年的805元下降到2013年的718元,次均门诊药品费用也从28.1元下降到24.1元。但次均药品费用的下降并没有带来次均住院和门诊费用的下降,主要原因是次均医疗费用上涨幅度较大。

## 3 讨论

### 3.1 国家基本药物制度实施促进了乡镇卫生院回归公益性

国家基本药物制度实施之前,样本乡镇卫生院政府财政投入占总收入比例不到30%,且与人员支出相比,存在高达25%左右的缺口;而药品收入占总收入比例达到了50%以上,平均药品结余额度也高达22万元以上,利润率也远高于15%的加价率。政府财政投入不足、依靠药品收入维持机构运转与人员支出的状况,使得样本地区乡镇卫生院表现出一定的趋利行为,而这也是导致其公益性质缺陷主要原因之一。

国家基本药物制度实施以后,政府加大了对样本乡镇卫生院的财政投入力度,每年政府财政投入均保持在高位增长趋势;到2013年,政府财政投入已经成为样本乡镇卫生院最主要的经济来源,占比也达到了50%左右,且财政投入与人员支出之比2013年达到了1.46倍,这一比值甚至高于国家基本药物制度实施前财政投入+药品结余与人员支出之比。此外,调查数据也显示,到2013年,样本乡镇卫生院药品收入占总收入的比例降到30%以下,药品结余占总收支结余的比例仅在10%左右(2009年这一指标高达90倍),药品利润率也从约25%下降到不足4%。可见样本乡镇卫生院以药养医、依靠药品收入弥补资金不足的状况已经得到了有效缓解,这在很大程度上促进了其回归公益性,而这也是国家基本药物制度实施对乡镇卫生院产生的最大、最深远、最本质的影响。

### 3.2 国家基本药物制度实施对住院服务产生了一定抑制作用

国家基本药物制度实施对于门诊服务没有产生消极影响。本次调查数据显示,样本乡镇卫生院年平均门诊量、每医师日均诊疗人次、辖区人口年平均到乡镇卫生院就诊次数均呈现逐年上升趋势,3项指标分别从2009年的1.12万人次、5.08人次、0.47次上升到2013年的1.61万人次、7.47人次和0.74次。这主要有两方面的原因:一是门诊服务多数属于基本

表10 样本乡镇卫生院2009—2013年卫生服务经济负担情况(元)

Tab 10 Financial burden of health service of sample township hospitals from 2009 to 2013 (yuan)

年份	次均住院费用						次均门诊费用					
	小计		医疗费用		药品费用		小计		医疗费用		药品费用	
	额度	同比增幅,%	额度	同比增幅,%	额度	同比增幅,%	额度	同比增幅,%	额度	同比增幅,%	额度	同比增幅,%
2009	1021		216		805		40.1		12.0		28.1	
2010	1188	16.4	245	13.4	943	17.1	38.2	-4.7	11.8	-1.7	26.4	-6.1
2011	1162	-2.2	339	38.4	823	-12.7	38.3	0.3	13.2	11.9	25.1	-4.9
2012	1111	-4.4	413	21.8	698	-15.2	37.7	-1.6	19.3	46.2	18.4	-26.7
2013	1192	7.3	474	14.8	718	2.9	47.3	25.5	23.2	20.2	24.1	31.0

服务,未必会发生药品服务,或者即使是发生了药品服务,基本药物往往也能满足其需求;二是制度实施开始之际,对门诊服务的相应配套政策较完善,如收取一般诊疗费以及医保给予补贴等,门诊医师也有较高的积极性。

然而,国家基本药物制度实施对住院服务产生了一定抑制作用,这与其他一些研究结果相似<sup>[1-9]</sup>。本次调查数据显示,该制度实施后的第1年即2011年,样本乡镇卫生院的病床使用率、平均出院人次、每百门诊入院人次、每医师日均负担床日数均是低点。主要原因有两方面:一是基本药物目录过于狭窄,满足不了住院治疗需求,客观上促使患者转向县级医疗卫生机构。该省2011年基本药物目录完全执行国家制定的目录,省级没有增补目录,而国家制定的目录是从全国角度出发,并没有考虑地区的疾病特征、医师用药习惯等因素,因而不完全适用于当地,导致药品满足不了治疗需求的尴尬局面,乡镇卫生院迫不得已把需要住院的患者转向更高级别的医疗卫生机构。本次调查中样本乡镇卫生院住院人次2011年下降了36.0%,而同期县级医院增长近15%。二是医务人员的认识问题。取消了15%的药品加价之后,对住院服务不像门诊服务那样有一般诊疗费等配套激励措施,住院患者接收与否对医师收入没有影响,而且还增加了工作量,促使医师主观上将患者推向县级医院。上述两种原因相互作用,使得该制度实施起始阶段,乡镇卫生院住院患者数量大幅下滑,而县级医院住院患者数量明显增多。

此后,随着该制度实施的深化,特别是省级增补目录的推行,医务人员逐渐适应了政策,加之相关综合配套改革如实施绩效考核、支付方式改革等的推进,使住院患者数量逐渐回升。2012、2013年样本乡镇卫生院平均出院人次已超过了制度实施之前,但每百门诊入院人次仍未恢复到制度实施之前的水平。提示现有的基本药物目录可能还需要进一步优化甚至扩充,才能满足更多住院患者的药物治疗需求,而本次现场调查访谈中发现这也符合多数管理者和医师的意愿。

### 3.3 警惕制度实施的副产物——医疗费用的快速增长

国家基本药物制度实施后,无论住院患者还是门诊患者,次均药品费用均有所下降,次均住院药品费用2011、2012年同比分别下降了12.7%和15.2%,2013年开始企稳;次均门诊药品费用2011、2012年同比也呈下降趋势,而2013年同比增长了31.0%的主要原因是样本地区实施乡村一体化管理,村级卫生室的药品收入划归到乡镇卫生院门诊药品收入之中,而村级卫生室的门诊量却没有纳入统计,统计口径的不同导致了该数据的虚假增长(本研究中次均门诊药品费用的计算采用门诊药品收入除以门诊总人次)。药品费用负担的减轻主要原因包括价格和合理使用两方面的管控:一是对药品价格和种类的管控。首先,省级政府管理部门建立基本药物准入机

制,优选经济、有效的的基本药物进入省级增补目录;其次,确定省级增补目录后,通过省级药品招标采购中心竞争性谈判等方式统一招标采购,在药品价格的源头上实现管控;最后,要求乡镇卫生院100%销售基本药物并实行“零差率”销售,通过政府补贴医院的形式,实现降低药品利用成本,惠众利民。二是对药品合理使用的管控,特别是在大处方、输液率、抗菌药物使用率等方面进行了严格管控,在药物政策的宣传、培训、医院信息管理系统应用等多种综合策略的共同作用下,促进了药物合理使用。

然而本次调查数据显示,药品费用下降并未带来卫生总费用的下降,主要原因是次均医疗费用上涨幅度较大。无论次均住院医疗费用还是门诊医疗费用,2009—2013年间年均增幅都达到了10%以上。尽管国家基本药物制度实施切断了乡镇卫生院药品利润来源,但在多年市场机制形成的以经济为核心的扭曲激励机制及环境下,改变这一不良的医院文化现象,是一个艰难而漫长的过程。无论是医疗卫生机构,还是医院管理者乃至具体的医务工作人员,都很难在短时间内脱离原有医院绩效文化的影响,路径依赖、惯性思维仍会给新政策实施带来阻碍,当药品利润被切断以后会转而通过增加医疗收入来弥补损失,从而导致药品费用下降的同时卫生总费用却没有下降这一结果。这说明仅仅依靠实施国家基本药物制度来解决疾病经济负担较重的问题和控制不断上涨的卫生费用是困难的,这需要推进医院综合改革,包括支付方式改革、医院价值文化重塑、以质量为核心的绩效管理等多个方面。

## 4 结论

国家基本药物制度的实施,最本质的影响是促进了乡镇卫生院回归公益性,这是创建以公益性为主的基层医疗卫生服务体系的前提。回归公益性的主要原因是政府财政投入加大,当政府财政投入与人员支出之比达到1.5时,即可基本维持乡镇卫生院正常运转,有效缓解“以药养医”的现象,并能够将收不抵支的乡镇卫生院控制在5%以下。

国家基本药物制度实施对门诊服务利用没有产生消极影响,但对住院服务利用会产生一定的抑制作用。克服这一不良影响的关键是进一步扩充基本药物目录,满足基层医疗卫生机构的用药需求,否则受制于基本药物目录,很难把住院患者留在基层,而推向了更高一级的县级医疗卫生机构。这样的情况不仅增加了疾病经济负担,也不利于乡镇卫生院的发展。

国家基本药物制度的实施,有效地降低了药品经济负担,但是卫生总负担却没有下降,主要原因是医疗费用上涨过快。本研究提示我们,单一依靠推行国家基本药物制度来控制过快上涨的卫生费用是难以实现的,需要医药卫生的综合改革、协同、联动,才能够有效缓解“看病贵”的问题。

## 参考文献

# 我国各地医保目录中抗肿瘤药物类基本药物的收载情况分析

杨谨成\*, 贾 贝, 费小非, 陈莲珍\*(中国医学科学院肿瘤医院药剂科, 北京 100021)

中图分类号 R95 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2015)30-4181-04

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2015.30.02

**摘要** 目的:为促进基本药物优先使用、国家及地方医保目录中抗肿瘤药物的科学遴选提供参考。方法:登陆我国北京、上海、广州、南京、武汉、西安、成都、沈阳、济南、贵阳10个城市的人力资源和社会保障局网站,下载各地医保目录,对其中的抗肿瘤药物(包括24种国家基本药物品种)的收载情况进行统计和分析。结果:医保目录收载的抗肿瘤药物品种数在100种以上的有5个城市,其中上海共有255种,远远多于其他城市;医保目录甲类药物除北京多达67种抗肿瘤药物外,其他城市数量均接近30种,而乙类药物上海最多,北京最少。24种抗肿瘤药物类基本药物在10个城市的医保目录中均有收载,但根据其剂型不同,在不同城市医保目录中归类有所差异,其中阿糖胞苷(注射剂)、阿霉素/多柔比星(注射剂)、白消安(口服常释剂型)、氟尿嘧啶(口服常释剂型、注射剂)、环磷酰胺(口服常释剂型、注射剂)、甲氨蝶呤(口服常释剂型、注射剂)、顺铂(注射剂)等16种药物的部分剂型在所有城市均归为甲类药物;奥沙利铂(注射剂)、紫杉醇(注射剂)在所有城市均归为乙类药物;白消安、氟尿嘧啶、环磷酰胺、甲氨蝶呤等的其他剂型仅在上海归为乙类药物。结论:各地区医保目录中抗肿瘤药物类基本药物分布有一定差异,发达城市品种数相对较多,欠发达城市品种数相对较少。建议各地参照当地肿瘤流行病学特点和经济状况,合理遴选抗肿瘤药物类基本药物纳入医保目录,并合理调整医保目录甲类与乙类药物比例,以保证基本用药和药品报销。

**关键词** 抗肿瘤药物;国家基本药物目录;医保目录;收载

## Analysis of the Antitumor Essential Medicines Contained in Drug Reimbursement List in China Cities

YANG Jin-cheng, JIA Bei, FEI Xiao-fei, CHEN Lian-zhen (Dept. of Pharmacy, Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100021, China)

**ABSTRACT** OBJECTIVE: To provide reference for promoting the prior usage of essential medicines and scientifically selecting of antitumor medicines in the national and local drug reimbursement list. METHODS: Entering the Human Resources and Social Security Bureau websites in 10 cities (Beijing, Shanghai, Guangzhou, Nanjing, Wuhan, Xi'an, Chengdu, Shenyang, Jinan and Guiyang), drug reimbursement list was downloaded to statistically analyze the containing of antitumor medicines (including 24 essential medicines). RESULTS: In antitumor medicines, there were 5 cities with more than 100 varieties, of which Shanghai had 255 varieties, which was far more than other cities; the numbers of medicines in class A were near 30 in all the cities except Beijing (67 varieties), and the number of class B was highest in Shanghai and lowest in Beijing. All the drug reimbursement lists in 10 cities contained 24 antitumor essential medicines, however, the classification was different according to the dosage forms, among which, parts of formulations of cytarabine (injections), doxorubicin (injections), busulfan (often release oral dosage forms), fluorouracil (often release oral dosage forms, injections), cyclophosphamide (often release oral dosage forms, injections), methotrexate (often release oral dosage forms, injections) and cisplatin were classified as class A medicines in all cities; oxaliplatin (injections) and paclitaxel (injections) were classified as class B medicines; busulfan, fluorouracil, cyclophosphamide and methotrexate were classified as class B in Shanghai only. CONCLUSIONS: There are some differences in the distribution of antitumor essential medicines in drug reimbursement list in each city, the varieties in developed cities are relatively more, and developing cities are less. It is suggested to consider the tumor epidemiology characteristics and economic situations, reasonably select antitumor essential medicines into drug reimbursement list and reasonably adjust the proportion of class A and B to ensure the basic medication and drugs' reimbursement.

**KEYWORDS** Antitumor medicine; National essential medicine list; Drug reimbursement list; Contain

[1] 张清华, 刘国祥, 李宝玉, 等. 基本药物制度对基层医疗机构住院服务影响研究[J]. 中国医院管理, 2012, 32(5): 68.

[2] 陈丽, 杨洪伟, 梁小云, 等. 基本药物制度对基层卫生机构月门诊量的影响评价[J]. 中国医院管理, 2013, 33(11):

\* 主管药师, 博士。研究方向: 临床药学、药物评价。E-mail: Yangjc@cicams.ac.cn

# 通信作者: 主任药师, 硕士。研究方向: 医院药学、临床药学。E-mail: yjkclz@163.com

72.

[3] 吴泽兵, 王前强, 朱平华, 等. 广西乡镇卫生院实施国家基本药物制度前后经济运行情况比较[J]. 中国卫生经济, 2013, 32(12): 81.

[4] 赵锋, 杨洪伟, 林郅中, 等. 南宁市基本药物制度实施前后十七家乡镇卫生院卫生服务变化分析[J]. 中国卫生经济, 2013, 32(1): 28.

(收稿日期: 2015-03-30 修回日期: 2015-09-09)

(编辑: 周 箐)