

# 基层医疗卫生机构基本药物增补目录制定现状分析

熊 鹰<sup>1\*</sup> 谭亚莉<sup>2</sup> 张新平<sup>2</sup>

1. 湖北经济学院 湖北武汉 430205

2. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

**【摘要】**目的:为各地制定调整基本药物增补目录提供信息和依据。方法:资料来源于全国 18 个省份官方公布的基层医疗卫生机构基本药物增补目录及相关文件;采用 EXCEL 和 SPSS13.0 进行数据的描述性分析。结果:各地在目录制定层级、目录分级、目录结构、目录来源及各类别药物具体纳入情况等差异很大。建议:以省为单位统一制定目录,并按医疗机构级别进行分级;进一步规范目录的内容书写和表达,并注明来源于医保甲类或乙类目录;将相似性较高的药品纳入基本药物增补目录的核心目录品种集。

**【关键词】**基本药物;增补目录;层级;结构

中图分类号:R951 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.06.008

## Analysis on the status quo of additional essential medicine list of primary health care institutions in China

1. Hubei University of Economics, Hubei Wuhan 430205, China

2. School of Medical and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Hubei Wuhan 430030, China

**【Abstract】** Objective: To supply information and evidence for optimizing additional essential medicine lists (AEMLs). Methods: The officially released AEMLs of 18 provinces and related files were used; EXCEL and SPSS13.0 were used to data entry and analysis. Results: There are great differences in the following aspects: the level of authority; the classification of the list health facilities; the structure of the list; the source of the list, and the volume and contents of medicines included. Recommendations: The AEMLs should be formulated at the provincial level and according to different levels of medical institutions; standardize the format of the list and indicate its sources of A or B health insurance medicine list. The similar medicines should be collected to the core assembly of AEMLs.

**【Key words】** Essential medicine; Additional list; Level; Structure

2009 年 4 月,中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》和国务院《关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011 年)的通知》相继发布,建立国家基本药物制度成为医改的重点之一。<sup>[1]</sup>2009 年 8 月 18 日,卫生部等 9 部委于发布了《关于建立国家基本药物制度的实施意见》,正式启动国家基本药物制度建设工作,卫生部对外公布了新修订的《国家基本药物目录(基层医疗卫生机构配备使用部分)》。2009 年版基本药物目录共有 307 种药品,包括 205 种化学药品和生物制品,102

种中成药,目录自 2009 年 9 月 21 日起施行。<sup>[2]</sup>

基本药物制度自 2009 年 8 月份开始实施以来,取得一定成效,截至 2011 年 2 月底,全国已有 13 个省、2 222 个县实现基层全覆盖。全国 77.35% 的政府办基层医疗卫生机构已经实施基本药物制度。<sup>[3]</sup>国家相关部门充分考虑地区的差异、群众用药的习惯,在制度设计时,允许各地合理补充部分药物。作为各地基本药物制度推进的重要工作之一,各省(自治区、直辖市)增补目录工作进展迅速。但由于缺少实践经验和准确可靠的参考信息及依据,各地在目

\* 作者简介:熊鹰,男(1980 年—),博士,主要研究方向为药物政策与管理。E-mail:hust\_xiong@126.com

录制定中存在一些不合理的地方。本文收集了全国 18 个省(自治区、直辖市)的目录,对其基本信息进行整理分析,为各地修改完善目录提供参考,也为国家出台有关政策提供依据。

## 1 资料与方法

本文资料来源于全国 18 个省份卫生厅、人力资源和社会保障厅、基本药物工作委员会等相关官方网站,主要检索当地的基层医疗卫生机构基本药物增补目录遴选标准、原则和方法及目录药品管理办法、目录清单等官方网站发布的规范性文件。截至 2010 年 12 月 26 日,已经出台基本药物增补目录的省份有 21 个。但考虑到北京、天津、西藏的情况特殊(其中北京市和天津市与其他省市不同,是在本市零差率销售药品基础上结合国家基本药物目录进行补充;西藏以增补 455 种藏药为主),本研究不对其比较分析。本研究对象包括 18 个省份的基本药物增补目录,其中东部包括:福建、广东、河北、江苏、山东、浙江、上海;中部包括:安徽、河南、湖北、山西;西部包括:内蒙古、宁夏、青海、陕西、四川、云南、重庆。采用 EXCEL 和 SPSS13.0 进行数据的录入和分析。

## 2 结果与分析

### 2.1 目录制定情况

#### 2.1.1 目录制定层级

截至 2010 年 12 月底,以省为单位统一制定基本药物增补目录的有 21 个省份,另外湖南、广西则是以各县市为单位自行制定,暂未实行全省统一的增补目录。海南、甘肃、贵州、新疆等省、自治区均未出台省级统一的增补目录(表 1)。

表 1 东、中、西部地区增补目录制定层级分布(个)

目录制定层级	东部	中部	西部	合计
省级	9	4	8	21
县级	0	1	2	3
暂未出台	2	3	2	7
合计	11	8	12	31

#### 2.1.2 目录分级

目录分级是指按医疗机构级别的不同制定不同的药物目录。在 18 个出台省级基本药物增补目录

的省份中,仅山东省将基本药物增补目录区分为农村版和社区版,安徽省仅在第一版目录中将农村和社区区分开来,第二版中未作区分。其他省份如云南省则仅在个别药品后备注“仅限于乡镇卫生院(含社区卫生服务中心)以上的医疗卫生机构使用”。

#### 2.1.3 目录框架

一个完整的药物目录应主要由凡例、西药、中成药、饮片、附录(索引)等部分组成。18 个省份中,只有 10 个省份的增补目录提供了凡例,2 个省份有中药饮片,1 个省份有索引。缺少凡例、通用名不规范等问题,会影响到基本药物的使用,尤其对跨地就医的病人,目录结构不一,有可能给其报销带来不便。

表 2 东、中、西部地区目录结构分布(个)

目录结构	东部	中部	西部	合计
凡例	4	2	4	10
西药	7	4	7	18
中成药	7	4	7	18
中药饮片	1	0	1	2
索引	0	0	1	1

#### 2.1.4 目录来源

目录来源方面,在国家基本药物制度和各省份实施基本药物制度的文件中均规定增补目录来源于基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录的甲类目录,如有必要可来自乙类目录。但是在基本药物增补目录中,除了重庆市和四川省以外,大多数省份没有标明药品来自于哪类目录。

### 2.2 目录药品纳入情况

#### 2.2.1 目录药品品种数

18 省基本药物增补目录平均药品品种数为 196 种,东部目录药品品种数大于中部和西部(表 3)。

表 3 东、中、西部基本药物增补目录药品品种数(种)

指标	东部	中部	西部	合计
最小值	148	177	64	64
最大值	381	277	211	381
平均值	228	216	148	196
中位数	208	205	174	200

在增补数量上看,宁夏最少,仅 64 种;上海市最多,为 381 种,加上国家基本药物部分,上海市的基本药物多达 688 种。各省份增补目录中药品数量为国家基本药物目录数量(307 种)的 20% ~ 124% 不等,大多数省并没有明确规定增补目录的药品数量范围。据调查,一般乡镇卫生院和社区卫生服务机构的用药品种是 300 种<sup>[4]</sup>,增补数量过多有可能会“架空”国家基本药物目录,不利于国家基本药物制度的推行。

### 2.2.2 目录药物类别覆盖情况

国家基本药物目录的 24 类西药中,有 8 类西药被全部 18 个省份增补目录纳入,分别是抗微生物药,镇痛、解热、抗炎、抗风湿、抗痛风药,神经系统用药,心血管系统用药,消化系统用药,泌尿系统用药,血液系统用药,激素及影响内分泌药,皮肤科用药。同时,这 8 类药物也是各地目录的构成主体(表 4)。

基本药物主要是为了满足人民群众的基本用药需求,所以常见病药品的配置情况影响到基本用药目录是否合理。2008 年全国第四次卫生服务调查结果显示:慢性病持续到两周内的病例由 39% 增加到了 61%,慢性疾病已经成为影响居民健康的主要问题。<sup>[5]</sup>可见,各地基本药物增补目录的构成主体依旧是慢性疾病用药,这与基本药物的功能定位基本一致。基本药物目录的功能定位决定了基本药物增补目录所配置的药品,需要满足广大居民常见病、多发病和日益增加的慢性非传染性疾病的医疗、预防以及维持病人生命体征的急诊和转诊工作。<sup>[6]</sup>

### 2.2.3 药物相似性

从相似性上来讲,没有药品被 18 个省份同时纳入增补目录;仅有 2 种药物被 17 个省份同时纳入增补目录,分别是肌苷和去痛片;有 15 种药物被 80% 以上的省份同时纳入;有 77 种药物被 50% 以上的省份同时纳入;有 380 种药物被 20% 以上的省份同时纳入。由此可见,各省基本药物增补目录差别较大。这可能与各地经济条件、常见病多发病情况、各地的卫生服务提供能力、购买渠道和居民用药习惯等诸多因素有关(表 5)。

表 4 各地基本药物增补目录纳入的西药种类

药物类别	省份数 (个)	纳入药品种类(种)			
		最大值	最小值	均值	中位数
抗微生物药	18	30	2	18	19
抗寄生虫病药	15	4	0	1	1
麻醉药	12	10	0	2	1
镇痛、解热、抗炎、 抗风湿、抗痛风药	18	21	2	8	8
神经系统用药	18	16	1	8	7
治疗精神障碍药	12	8	0	3	3
心血管系统用药	18	41	1	12	11
呼吸系统用药	17	17	0	5	6
消化系统用药	18	24	2	12	14
泌尿系统用药	9	5	0	1	1
血液系统用药	18	17	2	10	10
激素及影响内分泌 药	18	21	1	9	9
抗变态反应药	13	5	0	2	2
免疫系统用药	9	4	0	1	1
维生素、矿物质 类药	17	20	0	6	6
调节水、电解质及 酸碱平衡药	14	4	0	1	1
解毒药	12	20	0	3	1
生物制品	7	5	0	1	0
诊断用药	7	13	0	1	0
皮肤科用药	18	22	1	6	5
眼科用药	16	15	0	5	6
耳鼻喉科用药	13	4	0	2	1
妇产科用药	14	4	0	2	3
计划生育用药	0	0	0	0	0

表 5 基本药物增补目录中纳入药品的相似性

省份数	药品种类(种)
18 个省份增补药品总数	1 343
其中:18 个省份同时纳入	0
17 个省份同时纳入	2
80% 以上省份同时纳入	15
50% 以上省份同时纳入	77
20% 以上省份同时纳入	380

## 3 讨论与建议

基本药物增补目录制定是否规范关乎到增补目

录的使用效率、群众基本药物的获得、用药的合理性等。改善增补目录制定的规范性,需从多方面入手。

### 3.1 从省级层面制定基本药物增补目录

在制定目录主体上,为保持目录的统一性和科学性,应以省为单位统一制定目录。中央则从宏观层面力图细化制定标准,以便各地操作,减少各级地方制定目录时的随意性和主观性,如规定增补药品数量范围、遴选标准等;同时应考虑东、中、西部及各地实际情况的不同,给予各地方一定的调整空间。

### 3.2 增补目录按医疗机构级别进行分级管理

目录品种数对医疗机构用药和患者就诊都产生影响,应视不同基层卫生机构的服务能力和发展水平,对目录品种数进行合理配置,尤其对于村卫生室用药要严格限制,保证用药安全。如山东省将基本药物增补目录区分为农村版和社区版,云南省在目录中个别药品后备注“仅限于乡镇卫生院(含社区卫生服务中心)以上的医疗卫生机构使用”等值得借鉴。

### 3.3 进一步规范目录的内容书写和表达

全国各省目录数量较多,各地在制定目录时,目录框架、书写格式、药品分类等表达各不相同,缺乏统一标准,主要表现为药品名不规范、无通用名、药品类别覆盖不全、缺乏凡例、剂型缺乏或不完整、无目录外用限制规定等。因此,应从国家层面制定目录框架规范,如包含哪些内容,是否统一通用名表达、书写格式,目录内药品类别如何分类等,都应该制定详细标准。目录表达规范化将有利于各地增补目录用药的监管和横向比较,有利于基本药物的合理使用以及将来国家基本药物目录的调整等。

### 3.4 药品应注明来源于医保甲类或乙类

在基本药物增补目录中,大多数省份没有标明药品来自于哪类医保目录。如果在目录清单中直接注明,一方面可以明确当地的增补目录来源,另一方面也便于实际操作。可在增补目录使用中优先考虑来源于甲类目录的药品,这在一定程度上有利于减轻实施基本药物增补目录的财政负担,且可方便医保机构实施补偿。

### 3.5 考虑各地区的总体疾病谱及用药集中度情况

从目录药品品种上看,各地增补药物相似性较低。过多的增补药品及各地增补药品之间的差异性过大,在一定程度上会影响国家基本药物目录中药品的使用。可在遵循国家基本药物目录遴选原则的基础上,根据各地患病病种和增补药品的集中度情况,提出一个包含各地增补目录中出现频率较高的药品核心目录品种集。其中,核心目录中的药品应该是各地卫生机构临床上都必需的基本药品。<sup>[7]</sup>建议将本研究分析出的药品相似性在50%以上的77种药品作为基本药物增补目录的核心目录品种集,同时可以将该目录集作为下一版国家基本药物目录修订的参考依据。

#### 参 考 文 献

- [1] 卫生部,国家发展改革委员会,财政部,等. 关于建立国家基本药物制度的实施意见[EB/OL]. (2009-08-18) [2011-02-03]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohywzc/s3581/200908/42498.htm>.
- [2] 国家基本药物目录(基层医疗卫生机构配备使用部分):2009[EB/OL]. [2011-02-03]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohywzc/s3580/200908/42506.htm>.
- [3] 人民网. 基本药物制度覆盖近八成公办基层医疗卫生机构[J/OL]. [2011-03-16]. <http://health.people.com.cn/GB/14155179.html>.
- [4] 朱乃庚,张新平. 我国城市社区卫生服务机构基本药物目录研究[J]. 中国卫生经济,2007,12(26):16-19.
- [5] 卫生部. 卫生部公布第四次国家卫生服务调查主要结果[EB/OL]. [2009-02-27]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohbgt/s3582/200902/39201.htm>.
- [6] 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):63-65.
- [7] 王迪飞,张新平. 对我国基本药物目录制定与遴选原则的分析[J]. 医学与社会,2009,22(6):14-16.

[收稿日期:2011-04-20 修回日期:2011-05-19]

(编辑 刘 博)