

荟萃 药物经济学研究

胡善联 主 编

陈 文 程晓明 陈兴宝 叶 露 副主编



第二军医大学出版社

药物经济学研究荟萃

主 编 胡善联

副主编 陈 文 程晓明

陈兴宝 叶 露

第二军医大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

药物经济学研究荟萃/胡善联主编. —上海:第二军医大学出版社, 2006. 1

ISBN 7-81060-557-7

I. 药… II. ①胡… III. 药理学:卫生经济学—研究
IV. R91

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 132790 号

药物经济学研究荟萃

主编 胡善联

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

发行科电话/传真:021-65493093

全国各地新华书店经销

江苏句容排印厂印刷

开本:787×960 印张:35.5 字数:745 千字

2006 年 1 月第 1 版 2006 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 7-81060-557-7/R·427

定价:82.00 元

前 言

自 1994 年以来,复旦大学公共卫生学院的卫生经济学、医院管理学和卫生事业管理学教研室一直致力于药物经济学及其结果的研究。不少教授对国内的药物经济学学科的发展和研究做出了重大的贡献。值此第二届亚洲和太平洋地区国际药物经济学和功效大会于 2006 年 3 月 5~7 日在上海召开之际,我们将 10 年来已公开发表的近百篇论文汇编成书,向国内、外同道和学者们介绍我们过去所做的工作。内容涉及药物经济学的理论和实践、不同药物在国内上市前的经济学评价、疾病的经济负担、药品政策和定价等方面的研究。在汇编过程中,按照出版社要求对原文进行了适度的增删和修改,由于时间较为仓促,定有许多不足和不妥之处,希给予批评和指正。

药物经济学是一门新兴的学科,已日益受到中国政府的卫生、社会保障、物价和药品监督部门和医药工业部门的重视。广大医师、药师和科研人员已将药物经济学的评价方法应用到临床Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ期的研究,重视药物的疗效、安全性和经济性三者之间的平衡。药物经济学已被列入卫生经济学、临床流行病学、循证医学和卫生技术评估的教学内容。有的大学还为此开设了选修课程。中国的药物经济学研究还仅仅是开始,我们衷心祝愿在国际 ISPOR 组织的支持下,一定会在不久的将来促进药物经济学在中国的进一步发展。

胡善联

复旦大学药物经济学研究和评估中心

2005 年 10 月

目 录

第一章 药品政策

上海市药品费用控制现状及对策·····	王龙兴等(3)
国外药品费用控制的策略和措施·····	陈英耀等(15)
欧美国家卫生改革——控制药品费用措施·····	董恒进(20)
如何正确评价医药费用的增长·····	胡善联等(25)
发展中国家的药品政策·····	陈文(31)
发达国家药品政策与非处方药管理·····	陈文(36)
药品降价政策对药品用量和药品费用的影响·····	张崖冰等(39)
控制药品费用总量,促使药品市场有序发展的理论依据和 实施效果概述·····	郝模等(42)
“药品配置中心”方案的利弊、动力阻力和前提条件研究·····	郝模等(47)
“医药分业”方案的利弊、动力阻力和前提条件研究·····	吴延风等(51)
“药品单独核算”方案的利弊、动力阻力和前提条件研究·····	包江波等(54)
医院药房改为药品零售企业的可行性探讨·····	张仁伟等(57)
韩国实行医药分业政策的教训·····	胡善联(59)
对上海市部分药品降价政策的评价·····	胡善联等(62)
“乡村卫生机构药品购销体制研究”总报告·····	胡善联等(67)
药品收支两条线管理操作形式与可行性研究·····	陈文(73)
政府干预和市场机制在降低中国药品价格中的作用·····	胡善联(81)
药品费用需方控制措施的国际经验·····	陈文(86)
中国卫生改革的形势:问题和挑战·····	胡善联(94)
《上海市公费医疗、劳保医疗人员药品报销范围》对医院用药 影响的研究·····	陈文等(101)
八省现行公费劳保医疗用药报销范围分析·····	程晓明等(108)

第二章 药物价格(指标)

非处方药品报销管理的国际经验借鉴·····	龚向光等(115)
-----------------------	-------------

医院药品批零差价改革研究·····	程晓明(119)
“药品管理办公室”方案的利弊、动力阻力和前提条件研究·····	郝模等(124)
药品定价体制探讨·····	王娟娟等(128)
上海市用药基本状况及与美国药品价格比较·····	张仁伟等(131)
国际药品价格比较研究·····	张仁伟等(138)
我国当前实施药品集中招标采购的概况·····	张仁伟等(143)
发达国家药品价格管制政策的比较研究·····	陈文等(151)
发达国家药品价格和费用控制政策的比较研究·····	陈文等(156)
药品价格及其管理政策的英国经验启示·····	叶露等(160)
英国药品价格管制政策·····	陈文等(166)
意大利药品费用控制和药品价格管理政策·····	叶露(170)
药品价格指数编制的方法学探讨·····	陈文等(175)
药品消费特殊性及其经济测量指标的辩证探讨·····	陈文等(179)
脊髓灰质炎液体疫苗价格研究对药品订价的启示·····	陈英耀等(183)

第三章 疾病负担

非甾体抗炎药致上消化道出血的经济负担研究·····	陈文等(189)
慢性乙型病毒性肝炎的经济费用分析·····	陈兴宝等(194)
中国急性心肌梗死的疾病经济负担·····	胡善联等(198)
血液透析与腹膜透析的费用及疾病经济负担分析·····	祝延红等(204)
中国缺血性脑卒中的疾病经济负担·····	胡善联等(211)
广东省非典型肺炎疾病负担的估计·····	胡善联(217)
2型糖尿病并发症对患者治疗费用的影响评估·····	陈兴宝等(221)
中国城市2型糖尿病及其并发症的经济负担·····	唐玲等(226)
2型糖尿病的血糖控制和医疗费用的多因素分析·····	唐玲等(231)
慢性乙型肝炎病毒感染者医疗服务利用与费用分析·····	付海龙等(236)
疾病负担的研究·····	胡善联(241)

第四章 药物经济学

药品的经济学探讨·····	陈文等(265)
药物经济学及其在药品费用控制中的作用·····	何志高等(270)

药物经济学概论·····	陈文(274)
药物经济学研究设计与分析方法·····	陈文等(279)
药物经济学前沿研究进展·····	胡善联(284)
药物经济学的研究进展·····	胡善联(289)
药物经济学在亚太地区的发展与应用·····	杨莉等(294)
药物经济学与医疗保险用药管理·····	陈文(301)
国内药物经济学评价研究文献的系统评估·····	陈文等(305)

第五章 药物经济学评价

头孢菌素类治疗下吸呼吸道感染的经济学研究·····	何志高等(315)
口服脊髓灰质炎液体疫苗项目的经济评价·····	陈英耀等(319)
敏感度分析·····	胡善联(324)
头孢噻肟和头孢噻肟加头孢布烯治疗下呼吸道感染的成本-效果比较·····	胡善联等(329)
头孢吡肟和头孢他啶治疗中重度肺炎的成本效用比较·····	陈文等(335)
拉米夫定治疗慢性乙型肝炎病毒感染的经济效益·····	陈兴宝等(343)
枸橼酸铋钾、克拉霉素和替硝唑治疗消化性溃疡的药物经济学评价·····	胡善联等(347)
条件价值法在菌痢疫苗支付意愿研究中的应用·····	张琦等(353)
贺普丁治疗慢性乙型肝炎的成本-效果分析·····	陈兴宝等(359)
卡培他滨在进展期结直肠癌治疗中的医疗成本分析·····	陈宇萍等(365)
磷酸奥司他韦治疗流行性感冒的成本效果分析·····	胡善联等(369)
临床试验中的成本研究·····	王莉等(375)
药物经济学评价中的健康结果测量·····	杨莉等(379)
预算影响分析与药物经济学分析·····	胡善联(387)
不同免疫抑制方案对肾移植术后急性排异反应的成本-效果分析·····	姜丽萍等(393)
拉米夫定治疗慢性乙型肝炎的经济学评价·····	陈文等(398)
国内有关消化系统疾病的药物经济学研究文献系统评估·····	毕康宁等(404)
上市后药物的经济学评价·····	胡善联(409)

第六章 药物经济学评价指南

澳大利亚药物经济学评价指南介绍·····	龚向光等(417)
药物经济学评价指南研究与应用进展·····	杨莉等(423)
英国《药物经济学评价指南》简介·····	杨莉等(428)
药物经济学评价在卫生决策中的国际应用·····	杨莉等(433)
美国药物经济学评价指南比较与启示·····	杨莉等(439)

第七章 药品资源配置

南京市公费医疗门诊处方分析·····	程晓明等(445)
公费医疗门诊处方费用和用药种数研究·····	程晓明等(452)
医院/医生处方行为分析·····	程晓明等(456)
药品收入对医院补偿的作用·····	程晓明等(460)
医保定点药店政策的评价与思考·····	曹俊山等(466)
医保定点药店运行分析及政策构想·····	曹俊山等(470)
聚类分析方法在社区卫生服务药品配置研究中的应用·····	盛锋等(474)
社区卫生服务药品配置现况比较与评价·····	程晓明等(477)
限定日剂量在药物经济学研究中的应用·····	张崖冰等(482)
1994~1999年上海市四类药物的费用和用量分析·····	张崖冰等(486)
1994~1999年上海市抗生素用量分析·····	张崖冰等(489)
头孢拉啶的价格、用量和费用分析·····	张崖冰等(496)
上海市药品市场的变动趋势分析·····	陈英耀等(503)
从上海市医院用药探讨医疗保险用药之路·····	张崖冰等(507)

第一章

药品政策

上海市药品费用控制现状及对策

上海市医疗保险局 王龙兴 周海洋 陈克涌 李建梅 梅荣连 吴 龙 张新民
上海医科大学公共卫生学院 胡善联 程晓明 陈 文 陈兴宝 龚向光
上海市医药局科技情报研究所 汪敏澍 邢根生
上海市卫生局 王锦福

摘 要 本研究对上海市自1993年在全国率先实施药品报销范围政策以来所取得的成效进行了系统的评价。研究表明,上海市《药品报销范围》经过4年的实践和完善,在控制药品数量、保证群众基本用药、确保药品质量、加强用药监督以及合理控制药品费用增长等方面发挥了积极的作用,并详细分析了这一政策实施过程中存在的问题,提出了上海市职工医疗保险药品政策改革分步实施的目标和计划建议,将有利于医药产业的协调发展和医药费用的合理控制,成为完善上海市社会医疗保险政策的重要组成部分。

关键词 药品报销范围 职工医疗保险 政策评价

1993年4月1日上海市在全国率先实行《上海市公费医疗、劳保医疗人员药品报销范围》(以下简称“药品报销范围”),对控制药品费用的过度增长发挥了积极的作用。1994年7月1日上海市又对医疗机构医药费用实施“总量控制,结构调整”的宏观调控政策。1996年5月1日上海市又进一步实施城镇企业职工住院医疗保险,进一步控制了上海市医疗费用(特别是药品费用)的过快增长。本文拟对上海市药品费用控制的现状做一初步的分析与评价,并对进一步完善药品改革政策,加强药品费用的控制,提出相应的对策和建议,供有关领导部门决策参考。

1 调查研究的内容和方法

本调查系应用型的政策性研究课题,着重对上海市《药品报销范围》及其相关政策进行评价,提出决策咨询意见。调查内容包括以下几个方面。

1.1 对上海市7所有代表性的一、二、三级医院(中山医院、肿瘤医院、胸科医院、徐汇区中心医院、松江县中心医院、龙华地段医院、半淞园地段医院)进行回顾性调查,收集1990~1995年医院背景资料及详细的药品进销情况。此外,还调查了5所一级医院1992~1996年使用中西药品种的情况。

1.2 根据上海市医药管理局科技情报研究所的“医院用药分析系统”提供的数据,对上海市 29 所医院 1992~1996 年 5 年药品销售情况进行了季度增长率分析。意图反映《药品报销范围》及“总量控制,结构调整”两项政策对控制本市药品费用的影响。

1.3 为反映社会各界对职工医疗保险药品报销范围政策出台后的意见,还举行了 5 次“焦点组”访谈讨论(focus group discussion),邀请了市计委、市科委、财政、医药公司、10 个区的公费医疗主管部门领导、12 所医院的院长及药剂科主任、10 余位临床医学专家、教授及近 20 家中、外制药业总监、经理和医药部主任,听取他们对《药品报销范围》的意见。

1.4 收集上海、天津、重庆及 20 个省市对《药品报销范围》的意见,并进行比较研究,对药品品种、剂型、构成的异同及动态增长速度进行了分析。

1.5 参观访问了浦东新区社会事业药品资源配置市场及奉贤县等 4 个区县药品采购管理机构。

1.6 结合国内外文献及课题组成员历年来发表的有关药品政策研究的论文和上海市卫生局、上海市医疗保险局的文件,在上述材料的基础上撰写了本政策研究报告。

2 实施《药品报销范围》政策的综合评价

2.1 基本成效

实施《药品报销范围》政策的目的是保证职工基本医疗用药的需要。促进合理用药,抑制药品费用的过快增长,减少浪费。

2.1.1 有效控制了可报销药品的品种数量。长期以来,药品的使用没有品种数量的限制,凡是医院用药,均可由公费和劳保医疗制度报销,这在客观上为药品的盲目生产与经营提供了条件。1993 年上海市实施《药品报销范围》政策后,公费医疗与劳保医疗可报销药品的品种数量从 6 000 种左右下降至 1 400 种左右,相当一部分药品因疗效不理想、价格不合理等多种因素未被列入《药品报销范围》。可报销药品品种数量的限定,为规范药品生产、经营行为及指导合理用药和控制药品滥用提供了有效手段。

2.1.2 为确保药品质量提供了保证。上海市在每年的《药品报销范围》修订工作中,坚持“优胜劣汰”的原则,确定了增删药品的具体标准,淘汰部分疗效不甚理想的药品,同时增列部分价格合理、疗效确切、不良反应轻的新药,《药品报销范围》的药品增删,有利于促进药品质量的不断提高(表 1)。

表 1 1993~1997 年上海市《药品报销范围》4 次增删药品数量变化

项目	1993 年	1994 年	1995 年	1996 年	1997 年
报销药品种数量	1 438	1 427	1 400	1 405	1 393
增列药品种数量	—	86	75	71	75
删除药品种数量	—	97	102	66	87

2.1.3 为药品使用的监督管理提供了重要依据。实施《药品报销范围》政策后,不仅在品种数量上而且在适用范围等方面都有明确规定,因而卫生行政部门和医疗保险管理部门能够依据《药品报销范围》,加强对医院合理用药的监督管理,使行政管理有章可循。对医院违犯《药品报销范围》的用药,管理部门可以拒付医药费,并可予以经济处罚。据上海市医疗保险局提供的资料,原来医院1400种之外的药品的使用较为普遍,在监督中曾发现1400种以外的有机锗、干扰素等药物使用较多,甚至一张处方的费用高达30000多元,通过监督检查,1400种之外的药品使用已得到有效控制。同时,在用药档次上,原来医院追求使用高档抗生素和价格昂贵的生物制品的现象较为严重,通过监督检查,这一现象有所改善,例如,上海40所医院菌必治用量1996年2季度比1季度增加8.88%,而实施医保监督后的3季度仅比2季度增加0.1%;同样,白蛋白用量1996年2季度比1季度下降26.80%,3季度又比2季度降低25.80%。

2.1.4 促进了医院的合理用药。上海市在《药品报销范围》中通过对部分药品打“*”的办法,规定使用范围为急诊抢救、住院治疗;规定部分药品仅限于二级以上医院使用;并对部分药品规定了严格的适用指征,这些措施对规范用药和合理用药发挥了积极的指导作用。

上海市实施《药品报销范围》前,进口药品销售收入占药品销售总收入的比重呈逐渐增加的趋势,从1992年1季度的38%上升至1993年1季度的43%,自1993年2季度实施《药品报销范围》后,基本遏制了进口药品费用比例的过快上升,呈现国产及合资药品逐步替代进口药品的趋势,进口药品销售收入占药品销售总收入的比例逐步下降到29%(表2)。

表2 上海市40所医院进口和其他药品的销售构成情况(%)

项目	报销范围 出台前1年 (1992.1季度)	报销范围 出台前 (1993.1季度)	范围出台后至总量 控制政策前平均 (1993.2~ 1994.2季度)	总控后至 医保前平均 (1994.3~ 1996.1季度)	医 保 后 (1996.2季度)
进口药	38	43	37	34	29
国产及 合资药	62	57	63	66	71

此外,对盲目追求高档药品的不合理用药现象也发挥了一定的抑制作用。例如,实施《药品报销范围》后,价格较低、疗效较好的青霉素类药品销售收入占上海市销售收入前100位药品销售总收入的比重增长,从1992年1季度到1993年1季度占1.15%上升至1996年2季度的4.84%;同时价格相对较高的头孢菌素类药品的销售收入占上海市销售收入前100位药品销售总收入的比重逐步降低,由原27.17%降至17.66%(表3)。

表3 上海市40所医院青霉素类和头孢菌素类药品占上海市
销售收入前100位药品销售总收入的比重

项目	报销范围出 台前平均 (1992.1~ 1993.1季度)	范围出台后至总量 控制政策前平均 (1993.2~ 1994.2季度)	总控后至医 保前平均 (1994.3~ 1996.1季度)	医 保 后 (1996.2季度)
青霉素类(%)	1.15	1.89	3.67	4.84
头孢菌素类(%)	27.17	27.16	22.04	17.66

2.1.5 为合理控制药品费用起到了积极作用。上海实施《药品报销范围》前,医院药品销售额的增长速度比较高,1993年1季度比上年同期增长66.44%。实施《药品报销范围》后,医院药品销售额增长速度明显降低,到1996年2季度已经下降到14.15%(表4)。

表4 上海市29所医院不同时期药品费用增长速度(%)

项目	报销范围出 台前(1993. 1季度)	范围出台后至总量 控制政策前平均 (1993.2~1994.2季度)	总控后至医 保前平均(1994.3 ~1996.1季度)	医保后 (1996.3 ~4季度)
药品销售收入	66.44	21.75	17.65	14.15

同时,全市医院药品总费用和次均服务药品费用增长速度也有所降低,1992年到1996年,医院平均每张西药处方费用比上年增长速度从41.81%下降至15.54%,平均每张中药处方费用增长速度从38.12%下降至16.41%,次均住院药品费用增长速度从46.04%降至-0.76%(表5)。

表5 上海市1992~1996年全市医院药品费用年增长速度(%)

项目	1992	1993	1994	1995	1996
平均每张西药处方费用	41.81	46.56	21.48	29.87	15.54
平均每张中药处方费用	38.12	26.28	21.37	38.36	16.41
次均住院药品费用	46.04	74.92	29.74	18.30	-0.76

2.1.6 探索形成了药品评审工作程序与方法。上海市自1993年以来,已先后对《药品报销范围》进行了4次增删,上海市药品评审工作为保证公正、公平、科学,在实践中不断完善,逐步探索并建立起一套较为规范的工作程序与方法。

一是确立了增删药品的基本原则。增列药品的原则:基本医疗所必需的药品;疗效好、价格合理、不良反应轻,优于被删除的药品;国内无替代,治疗和抢救所必需的进口药。删除药品的原则:卫生部规定不得使用的药品;临床已淘汰的药品;在疗效、价格等方面有同类药替代的药品。

二是建立了较为规范的工作程序。通过对药品评审工作的不断探索,基本形成了药厂申

报、资料整理、专家咨询、专家评审(分初审、复审、终审三个阶段)和行政决议的评审程序。

三是初步形成了制约机制。首先,划分了内部与外部的工作纪律。从厂商申报、评审组织到资料统计实行分段管理,工作人员之间尽可能避免交叉。在评审过程中上海市卫生局药政、医政、监察等职能部门参与监督。其次,建立评审专家信息库。参与评审的专家由医院组织推荐,专家的选择既体现权威性,又兼顾广泛性。再次,专家评审分初审、复审、终审三个阶段,在初审阶段将专家分为 A、B 两组,相互独立评审,参加每一阶段评审的专家实行部分轮换。

2.2 存在问题

2.2.1 药品品种费用控制尚未体现。上海市《药品报销范围》只是对药品品种数最的控制,尚未建立药品品种费用控制制度。例如,由于《药品报销范围》中没有制定药品给付价格和给付比例,同类药品价格不一致的问题比较突出,不利于合理控制药品品种费用。

2.2.2 药品的分类有待进一步规范。目前,上海《药品报销范围》中对药品品名不够规范,有的用通用名,有的用商品名,有的通用名和商品名相互混杂;还有专利药品和非专利药品不加区分等,对临床用药与管理带来不少困难。

2.2.3 药品评审工作周期过长。《药品报销范围》评审工作周期过长的原因主要是资料来源与信息采集系统不健全,药品背景和价格等基础资料比较薄弱。同时,由于全市统一的医院药品销售与使用计算机管理系统尚未建立,药品的动态管理难以全面实施。因此有待于创造条件,逐步缩短评审周期,提高工作效率。

2.2.4 药品评审方法有待进一步完善。药品评审工作是一项复杂的工作,涉及药品生产厂商、药品销售部门、医院以及病人的利益,既受到药品申报厂商宣传力度的影响,也受到专家学术观点的影响。药品评审工作在现有基础上如何确保公平、公正、科学,提高工作的透明度,简化工作程序等方面有待进一步提高和完善。

2.2.5 如何进一步支持国有企业有待研究。上海市实施《药品报销范围》政策后,虽然进口药品的比重降低,国产和合资药品的比重上升,但国产药品的费用比重仍然较低,如何进一步扶持国有企业有待作深入的研究(表 6)。

表 6 上海市 29 所医院国产和合资药品销售收入占药品销售收入的比例(%)

项目	报销范围出台前 1 年 (1992.1 季度)	报销范围出台前 (1993.1 季度)	范围出台后至总量控制政策前 (1994.2 季度)	总量控制 1 年后 (1995.2 季度)
国产药品	49.95	41.20	38.51	40.02
合资药品	16.75	17.76	30.19	33.43
两者合计	66.70	58.96	68.69	73.43

2.3 小结

研究结果表明,上海市实施《药品报销范围》后,在全市各级卫生行政主管部门和各类医

疗卫生机构的大力支持下,在广大医务人员的积极参与下,经过4年的实践和完善,在控制药品数量、保证群众基本用药、确保药品质量、加强用药监督以及合理控制药品费用增长等方面发挥了积极的作用,与此同时,《药品报销范围》也存在药品品种费用控制不力、药品分类不规范、评审工作周期过长等问题。

因此,在本市医院“以药养医”的补偿机制短期内难以根本转变、医疗保险支付手段由按项目付费向预付方式转变的各种配套措施尚不具备、建立医药分业管理和药品配销中心所涉及的必要条件短期内难以满足的条件下,必须根据本市总量控制政策和职工医疗保险制度改革的需要,不断完善《药品报销范围》,加强药品使用管理。

3 世界各国药品费用控制及其借鉴

新药的更新换代和药品费用的增加是造成世界各国卫生费用急剧上涨的主要原因之一。经济合作与发展组织(OECD)国家的平均药品消耗占卫生费用的14%左右。根据1992年资料统计,药品费用占卫生费用的比例以德国(20.7%)、意大利(18.1%)、法国(16.6%)和比利时(16.3%)为最高。

3.1 国外制定《药品报销范围》的主要做法

世界上实行社会医疗保险制度的绝大多数国家都制定医疗保险用药目录,药品报销目录有如下特点:

3.1.1 《药品报销范围》的种类。英国、瑞士等国家不仅制定可报销药品的范围,同时还制定不可报销药品的范围,严格划分可报销药品和不可报销药品的界限,实行双重控制。

3.1.2 《药品报销范围》的药品分类。一般以商品名为主,以确保药品质量,并为制定药品给付价格和给付比例创造条件。由于报销药品的分类以商品名为主,药品品种数量一般比较多,大多在2000种到4000种左右,而日本更是高达140000种。

3.1.3 《药品报销范围》的给付方法。强调药品品种费用的控制,一般对可报销药品规定最高给付价格。此外,也有对可报销药品实行分类给付制度的,即根据药品的疗效和价格分为A、B、C三类,A类药品全额报销,B类药品部分报销,而C类药品报销比例相对较低(表7)。

表7 部分国家医疗保险《药品报销范围》的分类给付方法

国家	报销药品种类	药品分类	个人自负比例(%)	增删修订目录时间
比利时	4000	A、B、C	A类0%	每月更新一次
			B类25%(345比郎封顶)	每年发表一次
			C类50%(575比郎封顶)	
法国	4200	A、B、C	A类0%	
			B类35%	
			C类65%	

续 表

国家	报销药品种类	药品分类	个人自负比例(%)	增删修订目录时间
瑞士	2 300	A,B,C,D,E,Sp	10%~50%	每年更新2次 (3月及9月)
加拿大	药品保健计划		各省不同,50~100加元起付,20%~25%等	

3.1.4 修订《药品报销范围》的间隔周期。部分国家每年更新、发表1次,瑞士等国家每年更新、发表2次,而比利时则每月更新、每年发表。各国《药品报销范围》的实施,对控制药品费用从而控制卫生费用发挥了重要的作用,得到各国政府和医疗保险部门的高度重视,呈现出给付品种逐步减少,报销价格和报销比例逐渐降低,药品经济学评价方法的应用日益普遍的发展趋势。

3.2 国外《药品报销范围》的配套措施

发达国家将药品费用控制作为一个系统工程,逐步形成了对药品生产、经营、价格和使用四大环节进行全程协调和控制的一系列配套政策和措施。

3.2.1 药品生产控制。发达国家对药品生产的控制主要体现在严格新药审批,鼓励和保护新特药品的研制、开发和生产,鼓励非专利药品的竞争三个方面。从药品生产的“源头”抓起。

大多数国家都对新药审批制定了严格的申报规范和程序,对药品进行药理、临床和药品经济方面的全面评价。例如,美国新药生产许可证的获得必须经过全面的IND/NDA评审程序。

自20世纪80年代以来,发达国家一方面运用包括提供税收优惠和给予比专利保护效力更强的市场独占期等办法,对治疗艾滋病等新发疾病的新药的研制实施政策扶持。另一方面又迫于药品费用持续上涨所带来的沉重财政负担,放宽了对部分非专利药品生产的限制,促使非专利药品的公平竞争,鼓励用非专利药品替代部分专利药品。

3.2.2 药品经营控制。发达国家对药品经营的控制主要体现在减少流通渠道和环节,降低药品流通利润等方面。各国控制药品经营的最重要手段是组建垄断或准垄断性质的药品配销中心,对药品实行统购统销。药品配销中心符合药品经营的特殊要求,在控制药品价格、确保药品质量、促使药品公平竞争和降低药品经营成本等方面具有较为显著的作用。

3.2.3 药品价格控制。①严格定价:法国、瑞典等国对药品实行严格定价制度,其药品价格的制定和调整由政府严格控制;②比较定价:爱尔兰、葡萄牙等国对药品实行比较定价制度,其药品价格的制定以一个或多个其他国家的药品价格为依据;③给付价格:德国、荷兰等国对药品实行给付价格制度,其药品价格的制定和调整由药品生产厂商自主决定,保险机构同时为一组疗效相同或相近的药品制定一个最高给付价格;④药品利润控制:英国和西班牙等国对药品实行利润控制制度,政府只控制药品利润率,药品价格由生产厂商自由决定;⑤全面降价:全面降价制度是近几年刚刚兴起并已经被许多发达国家广泛采用的新型价格控制措施,其方法是药品价格与药品消费数量及金额相联系,当药品消费数量和金额超过规定的限