



Study on National Essential
Medicine Policy in China

国家基本药物政策研究

叶露 著

复旦大学出版社

国家基本药物政策研究

叶 露 著

復旦大學出版社

图书在版编目(CIP)数据

国家基本药物政策研究/叶露著. —上海:复旦大学出版社,2009.11
ISBN 978-7-309-06904-4

I. 国… II. 叶… III. 药政学 IV. R951

中国版本图书馆CIP数据核字(2009)第174472号

国家基本药物政策研究

叶露 著

出版发行 复旦大学出版社 上海市国权路579号 邮编 200433
86-21-65642857(门市零售)
86-21-65100562(团体订购) 86-21-65109143(外埠邮购)
fupnet@fudanpress.com http://www.fudanpress.com

责任编辑 魏 岚

出品人 贺圣遂

印 刷 上海肖华印务有限公司
开 本 787×960 1/16
印 张 8.25
字 数 148千
版 次 2009年11月第一版第一次印刷

书 号 ISBN 978-7-309-06904-4/R·1113
定 价 20.00元

如有印装质量问题,请向复旦大学出版社发行部调换。

版权所有 侵权必究

序

我衷心祝贺叶露教授撰写的《国家基本药物政策研究》一书由复旦大学出版社正式出版。这是她 2009 年在世界卫生组织总部进修的成果,系统总结了在国家基本药物政策方面的研究成果。

基本药物政策的研究包括三个方面:基本药物的可及性、基本药物的质量保证、基本药物的合理选择和使用。基本药物的可及性包含了药品政策、可持续性筹资、可承受的价格、采购和供应的管理,知识产权和国际贸易合同。基本药物质量保证的内容有法规控制和质量保证、杜绝假药及不符合标准的药品。基本药物的遴选和使用需要建立在循证以及医师和病人合理使用基本药物的基础上。

基本药物的全民覆盖是联合国千年发展目标的一个部分,是初级卫生保健服务包的一项内容,公平享有基本药物也是健康人权的一部分。它应该是具有良好质量、安全、有效、可得性高,其价格是个人和社会均可承受的,能被医疗卫生服务提供者和消费者正确使用的一组药物。在任何时候都应该有足量的供应,能满足不同剂量和品规的需要。不同国家的基本药物政策要适合本国的国情,哪些药物遴选进入基本药物目录是国家的责任。

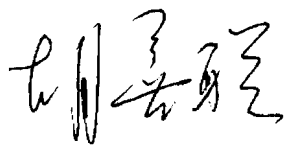
我们欣喜地看到建立国家基本药物制度已成为我国医药卫生体制改革的一个重点。政府号召要积极稳妥地推进基本药物制度建设,切实减轻群众基本用药负担,有效缓解“看病难、看病贵”问题,维护人民健康权益。2009 年底和 2010 年初要在全 30% 社区医疗卫生机构建立起这一新制度,三年内全面实行,争取到 2010 年全面建成国家基本药物制度。国家基本药物制度是一个创新的制度,也是一项系统工程,需要从生产、定价、招标、流通、配送、使用、报销等各个环节建立起一套完整的管理制度;建立药品价格信息系统,药品在招标采购的过程中要加强伦理和治理(good governance in medicine, GGM)的观念,防止腐败;选择指标做好基本药物制度的监测和评价。

世界卫生组织西太区已制定了 2010~2015 年的改进基本药物可及性的地区 序

战略规划。基本药物政策和监测评价工作对上述三个方面做出了明确的要求。我国医药卫生体制的改革也正在开展试点研究,希望把基本药物政策可及性的评价也列为内容之一。期待在五年以后为全世界提出一份满意的答卷。

本书系统地介绍了基本药物制度的由来,特别是对上海市基本药物的价格、可获得性和可负担性的实证研究是本书的亮点之一。对我国公立医疗机构和药店今后的发展方向提出了政策的建议。希望读者在阅读本书的过程中得到受益。

复旦大学公共卫生学院



2009年11月

前言

国家基本药物制度作为新一轮医药卫生体制改革的四大支柱之一,受到学术界和社会的广泛关注。长期以来,我国仅有《国家基本药物目录》,缺乏与之配套的可支付性、筹资、供应、管理与质量保证、合理使用、人力资源、监管与评价等相关政策支持,因此并没有完整意义上的国家基本药物政策。本专著是在新的医药卫生体制改革方案出台之前完成的,其中所论述的研究结果及提出的政策建议与操作程式为我国构建国家基本药物政策及制度提供了实证与理论依据。

本专著从六个方面进行阐述,系统分析了我国基本药物政策制定与执行过程中存在的问题;实证分析了我国基本药物可获得性、药品价格以及可负担性;以上海市基本药物利用情况为基础估测了我国基本药物保障所需的筹资水平;结合国际经验与我国制定《国家基本药物目录》的经验提出了制定我国基本药物目录的新程式;在系统总结世界各国基本药物政策经验的基础上提出了保证基本药物可获得性的配套政策措施。

本研究利用目前国际上比较前沿的理论和定量分析工具,对实际问题进行了应用性梳理。首先,对卫生行政部门,医疗保险行政部门,药品生产企业,药品批发、零售企业,医院及医生、患者进行分析并归纳了中国基本药物政策制定与执行过程中存在的问题,并利用哈佛大学开发的“卫生系统问题诊断树”的分析方法探索问题产生的根源。其次,本专著还采用 WHO/HAI 最新的调查和研究方法,抽样调查了上海市三级医院、二级医院、社区卫生服务中心以及零售药店共 50 家机构,揭示了在药品的可获得性、药品价格及可负担性等方面存在的问题,用中位价格比指标进行了不同部门之间、不同地区之间药品价格水平的比较。再者,在依据上海市 83 家样本医院数据推算全市所有医院药品费用;根据上海药品费用占全国的比例,推算出全国基本药物的总费用;比较《国家基本药物目录》与世界卫生组织《基本药物示范目录》基础上,提出了制定基本药物目录新的原则、程序以及遴选方法。最后,提出保证基本药物可获得性的相关配套政策措施。

本专著表达的观点均系个人想法,不代表任何组织或机构的观点。由于本人理论水平和实践经验浅薄,书中错误及不成熟之处在所难免,恳请读者及同道们不吝指正,以便再版时修订。

叶 露

2009 年 11 月

目录

CONTENTS

第1部分 研究背景..... 1

一、基本药物政策的由来和发展 / 2

(一) WHO 基本药物概念及国家基本药物政策的提出和推广 / 2

(二) 我国基本药物概念的引入和发展 / 5

(三) 和谐社会下全面建立国家基本药物政策的现实要求 / 6

二、研究目标 / 7

三、具体研究目标 / 7

四、资料来源与研究方法 / 7

(一) 资料来源 / 7

(二) 研究方法 / 8

(三) 质量控制方法 / 9

五、技术路线 / 9

第2部分 当前我国基本药物政策在执行过程中存在的问题和 成因分析..... 10

一、研究目的 / 10

二、资料来源与研究方法 / 10

(一) 定性调查方法 / 10

(二) 归因分析 / 11

三、研究结果 / 11

(一) 问卷分析 / 11

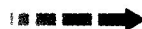
(二) 访谈结果分析 / 13

(三) 成因分析 / 16

(四) 结论 / 25

目

录



1

国家基本药物政策研究

第3部分 上海市药品价格、可获得性、可负担性的实证研究..... 26

一、研究内容 / 26

二、研究对象 / 26

(一) 机构调查 / 26

(二) 药品调查 / 27

(三) 样本地区及样本机构 / 30

(四) 数据收集 / 31

(五) 数据录入 / 31

(六) 分析指标说明 / 32

三、研究结果 / 34

(一) 公立医疗机构与零售药店的药品可获得性分析 / 34

(二) 公立医疗机构与零售药店药品价格现状 / 39

(三) 公立医疗机构与零售药店药品费用可负担性分析 / 46

(四) 上海与印度6个州药品可获得性和药品价格的比较 / 48

四、讨论 / 50

(一) 公立医疗机构和零售药店药品可获得性 / 50

(二) 公立医疗机构药品采购价格 / 51

(三) 公立医疗机构和零售药店药品价格 / 52

(四) 药品费用可负担性 / 53

五、结论 / 55

第4部分 国家基本药物筹资水平估测..... 56

一、基本药物筹资水平测算的目的 / 56

二、国内相关研究方法 / 56

三、本研究对基本药物筹资水平的估测 / 57

(一) 资料来源 / 57

(二) 研究步骤 / 57

(三) 研究结果 / 57

(四) 讨论 / 64

第5部分 《国家基本药物目录》制订程式..... 67

一、我国《国家基本药物目录》制订及修订情况 / 67

(一) 《国家基本药物目录》的制订程序 / 67

(二)《国家基本药物目录》的修订程序 / 68	
二、《国家基本药物目录》与 WHO《基本药物示范目录》比较 / 69	
(一) 基本药物目录结构 / 69	
(二) 基本药物遴选原则 / 70	
(三) 药物评价方法 / 71	
三、《基本药物目录》制订程式建议 / 72	
(一) 遴选原则 / 72	
(二)《基本药物目录》的遴选程序 / 74	
(三)《基本药物目录》的调整工作 / 76	
第 6 部分 基本药物政策的国际经验借鉴	80
一、国家基本药物政策的制定与实施 / 80	
(一) 坦桑尼亚 / 81	
(二) 津巴布韦 / 82	
(三) 印度 / 83	
(四) 南非 / 86	
(五) 澳大利亚 / 86	
二、各国基本药物制度的实施经验的启示 / 88	
第 7 部分 保证基本药物可及性的政策建议	91
一、方案设计 / 91	
二、基本思路 / 92	
(一) 筹资环节 / 92	
(二) 支付环节 / 93	
(三) 组织环节 / 95	
(四) 规制环节 / 99	
(五) 行为环节 / 100	
三、政策配套措施 / 100	
参考文献	103
附录 世界卫生组织基本药物政策	105

研究背景

目前“看病难、看病贵”已成为一个社会难题。党中央、国务院在提出“构建和谐社会”的发展目标时,对解决社会广泛关注的“看病难、看病贵”问题非常重视,并将其作为国家“十一五”规划的重要工作内容之一。引起“看病贵”问题的一个很重要的因素是药品费用贵。

2006 年中国卫生总费用研究报告显示,2005 年,中国在医疗保健领域的投入约占 GDP 的 4.73%,其中 44.19%^[1]被用于药品。这个比例使我国成为世界上药品费用占卫生费用比例最高的国家之一,而在经济合作和发展组织(OECD)国家中,药品费用平均仅占卫生费用的 15% 左右^[1]。中国药品费用占 GDP 的 2.26%,远高于 OECD 国家(图 1-1)。

据卫生部统计:从 1995 年到 2006 年^[1],全国门诊人均医药费用中药品费用所占比例由 64.2%下降到了 50.5%,但是药品费用却由人均 25.6 元增长到 65 元,2006 年的人均门诊药品费用是 1995 年的 2.57 倍。全国人均住院医药费用中药品费用所占比例由 52.8%降到 42.7%,但是药品费用却由人均 880.3 元增长到了 1 922.0 元,2006 年的人均住院药品费用是 1995 年的 2.18 倍(表 1-1),而 2006 年的人均可支配收入却只有 1995 年的 1.96 倍。这些数据表明医疗费用结构虽然有所优化,但药品费用比例依然很高。长此以往,药价虚高将很有可能成为构建和谐社会的一大“绊脚石”。

表 1-1 卫生部门综合医院门诊和出院患者医疗费用与可支配收入比较

项 目	1995 年(元)	2006 年(元)	2006 年比 1995 年增加(倍)
门诊人均医疗费用	39.9	128.7	3.23
门诊人均药费	25.6(64.2%)	65(50.5%)	2.57
住院人均医疗费用	1 667.2	4 668.9	2.80
住院人均药费	880.3(52.8%)	1 922.0(42.7%)	2.18
人均可支配收入	5 997	11 759	1.96

2006 年 10 月,《中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》明确提出“要建立国家基本药物制度,整顿药品生产和流通秩序,保证群众基本用

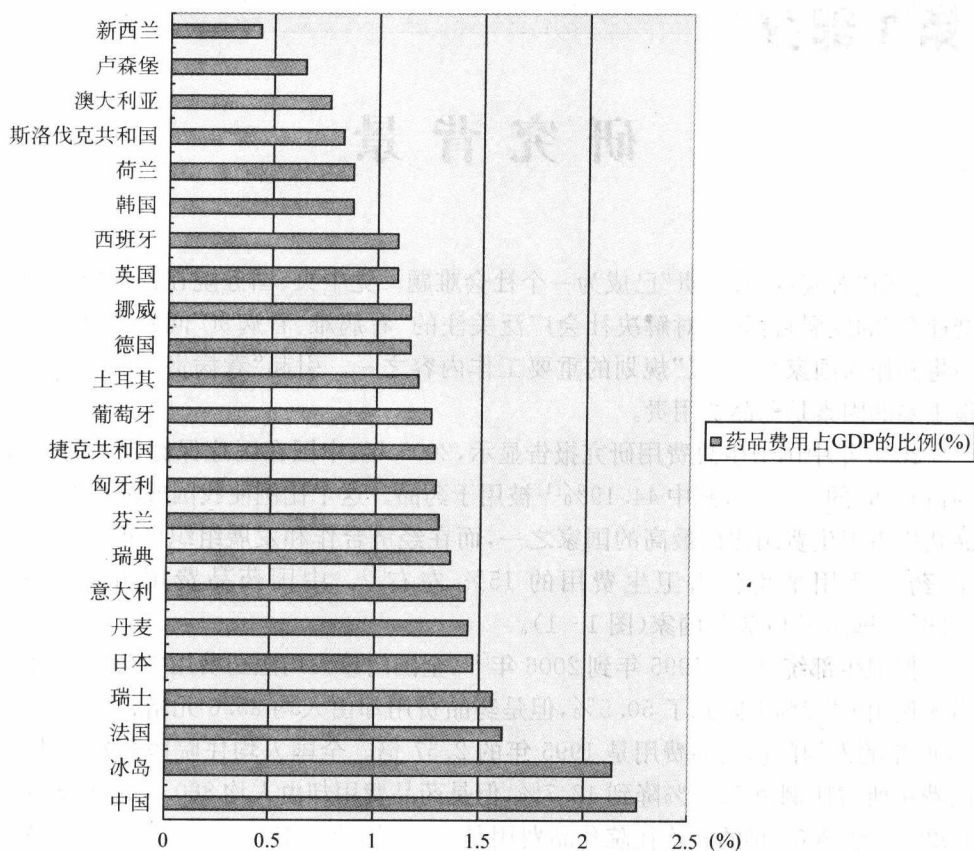


图 1-1 OECD 国家和中国药品费用占 GDP 的比重(2005)

资料来源:OECD 国家(2007)及中国(2006)卫生总费用研究报告

药^[2]”。在党的第十七次代表大会报告中胡锦涛总书记再一次提出:“建立国家基本药物制度,保证群众基本用药^[3]。”党中央、国务院领导明确地把制定国家基本药物制度作为确保基本卫生服务所需药品的生产、供应与合理使用,提高基本药物的可获得性,同时,改革药品价格管理,较大幅度降低群众基本用药负担。确保群众对基本药物的可及性,促进“看病难、看病贵”问题的解决。

一、基本药物政策的由来和发展

(一) WHO 基本药物概念及国家基本药物政策的提出和推广^[4]

20 世纪 70 年代,为解决必需药品短缺等问题,世界卫生组织(WHO)于 1975 年开始提出基本药物概念(essential drug,后改称为 essential medicines)^[5],建议

各国,特别是发展中国家建立国家基本药物政策,以保障公众能以低廉的价格获得基本医疗所需的必需药物。

1977年,在WHO的第615号技术报告^[5]中,基本药物被正式定义为:“能够满足大部分人口卫生保健需要,人们健康需要中最重要的、最基本的、必要的、不可缺少的药品”,并制订了第1个WHO《基本药物示范目录》。该目录共收录205个药品品种^[6],其所遵循的原则是有效(efficiency)、安全(safe)并具有成本-效果(cost-effectiveness)的药物,以限制处方者在药物使用中的权限,并规定该目录每2年更新一次。在2005年3月,WHO推出了最新的第14版《基本药物示范目录》^[7],包括核心目录和补充目录。核心目录(core list)是指用来满足基本卫生服务需要的,最具有疗效、最安全、最有成本-效果的药品,该目录共包含27个大类、312种药品[包括预防和治疗获得性免疫缺陷综合征(艾滋病)的药物]。补充目录(complementary list)主要是针对优先疾病治疗的药品,但目录中某些药品的价格较高或成本-效果稍差。

WHO最初主要将基本药物概念推荐给经济较落后、药品生产能力低的国家,使其能够按照国家卫生需要,在资源有限的约束下,按合理的价格来购买、使用质量和疗效都有保障的基本药物。1978年,阿拉木图宣言进一步把“提供基本药物”作为基本卫生保健的八大要素之一^[8]。

按照WHO基本药物筛选和使用专家委员会的规定,基本药物要能满足人群重点卫生需要(health need),因此,在筛选中需要考虑疾病流行程度、药物功效、安全性的相关证据以及相对成本-效益。为确保基本药物能发挥作用,WHO于1979年制定基本药物行动规划,并于1981年建立基本药物行动委员会。

1985年,WHO在内罗毕会议上扩展了基本药物的概念,指出基本药物是能满足大多数人卫生保健需要的药物,国家应保证生产和供应;除此之外,还应高度重视合理用药,也就是基本药物还必须与合理用药相结合^[9]。这种概念的扩展意味着基本药物对发达国家也开始发挥其积极作用。同时,WHO在推荐基本药物遴选程序时,把基本药物的遴选过程与《标准治疗指南》和《国家处方集》的制订过程结合起来,以促进疾病诊疗与用药的标准化、规范化,便于各级医疗单位,特别是基层、社区医疗单位更准确、合理地对常见疾病进行诊治,也进一步推动了基本药物在疾病治疗中的科学合理使用。

2002年,WHO对基本药物的概念进行了进一步完善并沿用至今,其定义为:“基本药物是能满足人群优先卫生保健需要的药物,是在适当考虑公共卫生相关性、药品的有效性、安全性和成本-效果的基础上选定的。基本药物在卫生系统中的任何时间都应有足够的数量和适宜的剂型,价格也应让个人和社区支付得起^[10]”。

国家基本药物政策(national essential drug policy, NEDP)作为国家药物政

策(national drug policy, NDP)的重要组成部分,是指根据基本药物研制、生产、供应、使用、广告、信息提供等环节制定有利于促进合理用药推广的有关法律、条例、策略和措施^[11]。而国家药物政策是政府为确保药品的可获得性、可负担性和合理使用而制定的中期和长期目标以及实现目标的主要战略。它提供了包括公立和私立部门在内的所有药品领域参与者协调行动的框架^[12]。以基本药物目录为核心的国家基本药物政策,涵盖合理价格、药物筹资、供给系统、管制与质量保证、合理使用、研发、人力资源以及监测与评价等各个环节,以达到保障基本药物可及性、质量和合理使用的政策目标。从发展中国家的实践经验看,基本药物在相关药品法律、法规的保证下,广泛应用于临床用药指导、药品生产与供应、药品质量保证、卫生人员培训、医疗保险赔付等领域,成为贯穿国家医药卫生政策的重要思想,也是实现全民初级卫生保健目标的有效途径。

WHO 于 1975 年首次提出“国家药物政策”的概念。1986 年,WHO 国家药物政策专家委员会召开会议,为成员国制订实践指南,出版了《国家药物政策指南》。1988 年,专家委员会对《国家药物政策指南》进行了调整。1995 年,专家委员会再次修订。修订的部分集中在国家药物政策的战略、过程和措施方面。WHO 建议所有国家制定和实施一项综合性的国家药物政策,并强调这项政策不是一成不变的,需要每隔一段时间更新,很多国家需要在推行这项政策的前 5 年内对政策进行论证。WHO 将提供政策指导,支持各成员国提高药物的可及性、安全性、质量与合理使用能力。在 2000~2003 年间,已有 120 多个国家获得了这样的支持。国家药物政策的基本目标是为了保证:①可及性:保障基本药物(包括传统药物)的可获得性与可支付性;②质量:保证所有药物的质量、安全和有效;③合理使用:促进医疗专业人员的良好诊疗,促进消费者使用具有成本-效果的药物。国家药物政策是由很多部分组成的综合性框架,其中包括:基本药物选择、可支付性、筹资选择、供应系统、管理与质量保证、合理使用、人力资源、监管与评价。每个部分都是为实现一项或多项基本政策目标(可及性,质量与合理使用)。

在国家药物政策综合框架中,基本药物政策是一项重要内容,涉及框架的各个部分。以基本药物可及性为例,必须通过药物的合理选择,可支付的价格,可持久的资金供应和可靠的卫生与供应系统共同实现。基本药物政策作为国家药物政策的核心内容,已经被全球很多国家,不同层次的医疗卫生机构所接受。国家基本药物政策的目标与国家药物政策的三大基本目标是相一致的,表现为:①确保研制、生产与供应的药物能针对所有疾病(包括普通病和罕见病),实现安全、有效的治疗,从而提高和保障公众药物治疗的合理性;②确保公众能够方便、及时地通过各种渠道获得适应的治疗药物,从而提高和保障药品的可获得性;③确保药

品价格的合理性,从而提高和保障公众对药品的可支付性。基本药物政策在加强基本药物生产、经营、使用各环节的科学管理和宏观指导,合理配置药物资源,保障人民安全、有效、合理使用药物等方面发挥了重要作用。国家基本药物政策不仅是国家药物政策的核心内容,也是国家公共卫生政策的重要组成部分,是国家卫生安全保障的基础。

(二) 我国基本药物概念的引入和发展

我国政府 1979 年就开始积极参与 WHO 基本药物行动计划。同年 4 月,卫生部、原国家医药管理总局组织有关医药工作者成立了“国家基本药物遴选小组”。1981 年 8 月,完成了《国家基本药物目录(西药部分)》的编订工作,并于次年 1 月正式下发第 1 版《国家基本药物目录》,其中未收载中成药^[13]。

1992 年,我国成立了由卫生部、财政部、总后卫生部、国家医药管理局、国家中医药管理局有关领导和专家组成的“国家基本药物领导小组”,负责国家基本药物方针、政策和目录的制定,并协调有关部门开展国家基本药物制订与推行工作。卫生部药政局为国家基本药物领导小组办公室,负责具体组织、协调工作。西药部分委托中华医学会、中国药品生物制品检定所、原北京医科大学临床药理研究中心分别承担不同工作,共同完成遴选工作^[15]。中药部分委托国家中药品种保护委员会在中成药品种整顿的基础上,开展遴选工作。我国基本药物目录的遴选以“临床必需、安全有效、价格合理、使用方便、中西医并重”为标准,并于 1994 年完成了中药部分的遴选工作,西药基本药物的遴选工作也于 1995 年完成。1996 年,我国首次发布了国家基本药物中成药和化学药品(包括生物制品)目录,以后每 2 年修订一次。

1997 年,《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》要求“国家建立并完善基本药物制度”,“对纳入《国家基本药物目录》和质优价廉的药品,制定鼓励生产、流通的政策”,首次以法规形式确定在我国推行基本药物政策。但是由于缺乏与目录相配套的《标准治疗指南》和《国家处方集》,我国基本药物政策仍主要停留在《国家基本药物目录》的制订上。1998 年,国家机构、职能调整以后,根据国务院机构的设置和赋予的职能,国家食品药品监督管理局负责《国家基本药物目录》的制订工作。经多次修订,2004 年最新版目录共收载基本药物 2 033 种,其中西药 773 种、中成药 1 260 种^[14],覆盖了绝大多数疾病的治疗药物。

但我国至今尚未建立起系统、完善的以基本药物目录为核心的国家基本药物政策。从目录本身看,基本药物遴选标准的可操作性不强。与基本药物相关的配套政策未具体落实。部分基本药物供应不足。药品企业目标是追求利润最大化,企业对于一些利润较低的基本药物生产积极性不高,只是少量生产或根本不生产,从而导致部分基本药物严重短缺。此外,用于治疗罕见病的基本药物,其生

产、供应也不容乐观。罕见病大多数并非疑难病,只是由于罕见疾病的发病率低,导致药品销量少,利润低,研制和生产此类药品的风险又较大,一般企业不愿生产,使得治疗罕见病的基本药物供应不足,不能满足患者需求^[15]。

总的来说,我国对基本药物概念引入已久,基本药物政策却因种种原因没有在医药卫生政策制定和卫生服务提供过程中发挥应有作用,实施的成效有限。

(三) 和谐社会下全面建立国家基本药物政策的现实要求

现阶段,我国经济社会发展的实际情况和医药药品领域的现状均要求国家基本药物制度的全面建立,制定和推行符合当前国情的基本药物政策,其主要作用体现在以下几个方面。

(1) 基本药物政策有助于在我国当前经济社会发展水平下提高药品可及性,改善公平。尽管我国的总体经济实力和公共财政能力已经有了很大的提高,但我国人口多、人均经济水平和财政收入水平低,中国还不是一个富裕的国家,国防、科技、教育、医疗卫生、社会保障、文化等各个发展领域,都需要公共投入的支持。政府不可能承担所有城乡居民的免费医疗。这一基本国情决定了卫生投入应该从最基本入手,基本药物保障的是全民的最基本医疗,低水平、广覆盖,是一次资源的再分配过程,能确保提高社会公众,尤其是贫困人群的药品可获得性,增加社会总效用和公平性,应作为公共品由政府承担。

(2) 基本药物政策有助于控制药品费用不合理上涨。20世纪90年代我国药品费用年增长率在10%以上,高于GDP的增长速度。药品费用约占GDP的2.26%^[16],占医疗费用的一半以上,即使在发展中国家也不多见。

另外,除了人口老龄化、科技发展、物价上涨等药品费用增长的合理因素外,药品生产流通秩序的混乱造成的基本药品药价虚高也是药品费用上涨的主要原因之一。国外许多实践证明,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,从根本上抑制药费的过快增长。

(3) 基本药物政策有助于改善当前不合理用药状况。目前,我国基本药物政策还停留在制订《国家基本药物目录》阶段,作为推行基本药物政策“主角”的广大医疗机构还缺乏足够的加强合理用药的措施和手段。由于政府财政对医疗机构的投入强度日益萎缩,医疗机构通过内部分配机制传递影响了医生处方行为,推动了医生开大处方,导致药物不合理使用。医院的购药行为与医生的处方行为也引导药品企业忽略基本药物的生产与销售,进一步造成基本药物供应不足。这种“以药养医”机制,使得合理用药很难实现。因此,有必要制定基本药物政策,切实加强合理、合法用药的监控,形成一整套合理用药的约束机制,并强化医务人员对基本药物政策的认识。

(4) 基本药物政策有助于应对居民疾病谱改变与疾病风险。近年来,随着我国人口老龄化,慢性病发病率增加;艾滋病(AIDS)也严重威胁着人民的健康和生命。2003 年上半年严重急性呼吸道综合征(SARS) 在我国的流行,在短短的几个月时间内造成近 6 000 多人的感染,影响巨大,耗费了大量的人力、物力。这次疾病的流行也暴露出我国预防医学的普及机制严重不足,居民的预防意识不足,政府在突发疫情面前有序的应对机制不足。基本药物的有序供应及应急储备是应对疾病谱的变迁与传染病发病率增高的有效对策之一。

总之,国家基本药物政策是国家公共卫生政策的重要组成部分,也是国家药物政策的核心内容之一。研究国家基本药物政策,为居民提供安全、可及、价廉的基本药物是控制药品费用、减轻疾病经济负担、保证基本药物公平可及的重要保障。制定国家的基本药物政策,提出对基本药物的生产、流通、定价和使用的政策建议和可行性方案,对于避免因病致贫、因病返贫有重要的现实意义,是建立国家基本卫生保健制度的重要组成部分。也为实现党中央提出以人为本的科学发展观和建设社会主义和谐社会的战略任务起着基础作用。本书稿是在卫生部卫生政策支持项目(HPSP)第 1 轮中标课题基础上发展而成的。

二、研究目标

从国际基本药物政策制定与推行的经验借鉴,以及我国在执行基本药物政策 20 多年历程中药品生产流通使用各环节存在的症结、面临的问题出发,提出适合我国现时期的国情,确保国家基本药物可及性的政策建议,为建立国家基本卫生保健制度提供理论、政策和实证依据。

三、具体研究目标

- (1) 分析我国基本药物在生产、流通和使用中存在的问题及成因。
- (2) 实证研究基本药物价格水平、可获得性和可负担性。
- (3) 估测国家基本药物的筹资水平。
- (4) 提出基本药物目录制订程式。
- (5) 基本药物国际经验借鉴。
- (6) 提出保证基本药物可及性的政策建议。

四、资料来源与研究方法

(一) 资料来源

- (1) 政府、WHO 及 WHO 成员国相关基本药物的网站:检索与收集国内外基