

医保药费精确化支付的路径探讨

陆兴华¹, 沈锦华^{2*}, 郭晶晶², 毛全高², 李亚南² (1. 江苏省如皋市新型农村合作医疗办公室, 如皋 226500; 2. 江苏省如皋市人民医院, 如皋 226500)

摘要 目的: 改善医保机构药费支付过快增长现象, 提升医保基金使用效益。方法: 利用精确化管理理论和药物经济学原理, 对医保机构药费支付现状、流程、影响因素等进行分析。结果: 目前, 医保机构药费支付过快增长的原因, 主要是目录下品规结算无压缩管理的结果。结论: 融入药物经济学思想, 通过可操作的精确管理, 可有效降低医保药费, 实现医保经费的有效控制, 同时提升医疗质量。

关键词: 医保机构; 药费支付; 精确管理

中图分类号: R95; R956 文献标识码: A 文章编号: 1002-7777(2018)07-0863-07
doi:10.16153/j.1002-7777.2018.07.003

Discussion on the Accurate Payment of Medical Insurance Drug Expense

Lu Xinghua¹, Shen Jinhua^{2*}, Guo Jingjing², Mao Quangao², Li Yanan² (1. The New Rural Cooperative Medical Office of Rugao City, Jiangsu Province, Rugao 226500, China; 2. The People's Hospital of Rugao City, Jiangsu Province, Rugao 226500, China)

Abstract Objective: To improve the situation of excessive growth of medical insurance cost, so as to improve the efficiency of using the health insurance funds. **Methods:** The state of medical insurance cost, procedure and influencing factors were analyzed by using precise management theory and the principle of pharmacoeconomics. **Results:** The reason for excessive growth of medical insurance cost was the natural outcome of varieties and strength in the current directory. **Conclusion:** With the introduction of pharmacoeconomics and the operable precise management, the cost of medical insurance can be effectively reduced and controlled, meanwhile, the quality of medical treatment can be improved.

Keywords: medicare institution; drug expense payment; precise management

药费上涨是一个国际性问题^[1], 发达国家药费占卫生费用的比例在10%~20%之间; 而在发展中国家, 政府卫生支出的40%~60%是花在药费上。我国药费支出高达总医疗费用的50%, 如何控制药费的迅速上涨, 使医疗卫生资源得到合理利用, 已经成为近年来政府机构与医疗卫生界所面临的难题。中国医疗保险研究所副会长兼秘书长熊先军认为: 核心问题是要把原来计划经济体制下建立的政

府定价机制, 改革为符合市场经济体制的医保支付方和医药服务提供方协商谈判的定价机制, 而其中最大挑战是医保支付方尚没有建立药物经济学评价体系。卢颖等^[2]认为: 传统的按服务项目付费为主的支付系统, 因不能保证高质量的医疗服务、控制医疗成本和促进卫生服务的合理利用, 从而受到质疑。支付方式改革方案的设计应该细化、清晰和可预测, 支付规模要得当, 支付构成中适当注重过程

作者简介: 陆兴华, 学士, 高级经济师; 研究方向: 药物经济学; E-mail: 1054347125@qq.com

通信作者: 沈锦华, 学士, 主任中药师; 研究方向: 临床药学、药物经济学; E-mail: ntkd87510297@163.com

指标。本人认为,目前的药品流通过程已具有市场经济特征,药价已经不合时宜,医保不能主动选择适当价格的品规、不能介入药品商业流通,对药费的无序增长也就无能为力。目前,药费支付变革已经有了可以实施的环境和一些基本条件,药费支付精确化管理可以多路径地分步实施,从而有效推进医药卫生体制改革。

1 药物经济学和精确化管理在药费支付中的应用

1.1 药物经济学对控制药费上涨的意义

药物经济学是经济学原理与方法在药品领域内的具体运用,它是研究如何以有限的药物资源实现最大的健康效果改善的科学。

倪凯等^[3]认为:我国的《国家基本药物目录》主要是根据临床医疗需要考虑的,即药物的安全性和有效性;但经济因素、价格因素考虑较少。国外如澳大利亚和加拿大等国家,在确定药品报销范围时,除了要求厂商提供药物的安全性和有效性数据外,还要求提供该药与国内治疗同样疾病的最常用药物、或以适当的非药物治疗措施作对照比较物的药物经济学结果,国家将参考药物经济学的研究结果作出是否给予报销的决定。通过药物经济学研究,有利于医院尽可能地使用疗效好、价格低的药物,即成本效果好的药物,以便将药品费用的增长幅度控制在政策规定的范围内。随着经济和人口增长、疾病谱改变和科学技术的发展,人们对医疗服务的需求日益增长,医疗高新技术和新药广泛使用,医疗费用特别是药品费用的增长不可避免。而我国的药品定价和临床使用都缺少药物经济学评价,要求医疗行业依靠自我管理来约束药品费用也不现实。只有在国家层面,由医保部门组织落实符合药物经济学的药品目录和价格,才能有效介入药品的商业流程。

1.2 精确化管理在药费支付中的应用

“精确管理”^[4]就是要实现管理流程的具体化、管理参数的量化、管理过程的透明化,使参与者精确地获得相关行为指令,在精确的、程序化的、量化的基础上追求人性化,达到透明的、量化的高效运作。它由“精确管理思想、中国传统文化、计算机技术、互联网技术”4部分组成,其核心是精确地分析一个组织中大部分人共有的、对组织目标实现看起来有妨碍的行为缺陷,采用信息化

工具对这些行为缺陷进行有效规避,防范管理的各种风险。在互连网技术已经普及、医保支付网络平台普遍使用的情况下,采用精确化管理手段对药品销售品规进行经济学分析,使招标协商、医保药费支付管理进一步科学细化成为可能。

2 药品销售社会环境存在的问题

2.1 药品名称复杂不利于医保药费管理

例如,据国家食品药品监督管理总局网站^[5]公示,国产药品“左氧氟沙星”批准文号为769条、商品名有182条;进口药“左氧氟沙星”批准文号为9条、商品名有7条。一厂家、一品名、一规格、一定价的方式,使任何一个药品品规都成为独有商品,同一效用的药品价格没有可比性,常用的同一成分药品往往都有纷繁复杂的庞大品规体系。使临床处方有了无尽的选择空间,也使药品质量、商业物流处在低水平重复之中,药品生产、流通、使用等监管工作更加难以开展;医保药费无序增长,即使是同一成分、同一剂型、同一剂量的药品,其价格也非常悬殊,导致临床药费成倍放大。药品名称复杂,不利于药品流通和医保药费的管理。

2.2 药品消费已变为市场运行模式

近年来,药品流通行业“设计差异化的产品、申报足够费用的高价、选择有人脉的渠道、实施多环节的现金促销”等全程商业化市场的维护普及,医药代表“访前准备、访中分析、寻找不处方的原因、善找销售增长点”等内容的业务培训进一步细化,即使是基本药物招标,“生产企业也实施了渠道双控,划分为基本普药和品牌普药运作,以维持一定的利润空间^[6]”,药品行业已是商业化高效运作的开放性平台。而多年来医保药费按项目实付的形式,面对现代商业流通体系已经成为被动的、尽可能放大的终端消费。

2.3 药品处方环境未得到有效控制

商业化的药品流通过票制普及和医药代表主导的药品物流过程的现金维护,适应了医院药品的流通环境。作为占社会药品销售额80%的医院,药品管理仍采用计划经济时代的事业单位惯性运作,药品销售额越大、药品定价越高医院的收入越多。医院药品品种、进价、销量已被医药代表主导,医师处方用药规范粗糙和监管无力,使得重复用药、超适应证用药、乱加辅助药等大处方现象普遍出现,医药代表、医院自身、医院药品物流人员、医

院药品处方医师、医院药品销售信息、医院药款支付方等，都能随着医院药品销售额的增长而获得更大的收益，药品在流通过程中已经成为不断增值、尽力膨胀的利益载体。面对医疗的专业性和疾病的复杂性，医保基金仍然沿用几十年不变的项目支付方式，根本无力约束临床处方行为。

3 主要药费支付方式及导致的结果

3.1 药品一品一价，不具有同类药价的比较特征

药品是以效用存在的，不以其制作成本来衡量临床需求，随着市场经济的推进，药品可替代品种层出不穷。当前，我国医保基金支付药费是按处方药品的品规价格和数量累计，这是一种运用早而又最常用的付费方式。该方式的优点是：患者方便，容易操作；保险人、被保险人和医疗服务提供者关系简单。缺点是：难以科学而准确地确定药品价格，“新药”没有经济学同类评价比较体系；刺激医院过多用药和使用价格高的药物，药品费用难以控制。药品定价是物价部门依据当时的成本核算一品一价，制药的技术成本难以核算，不考虑也无能力综合评估可替代品种的经济优势，从而导致药品可以任意定价。

3.2 药品费用无节制增长

据江苏省卫生事业发展2012年统计简报报道（江苏卫计委网）：近4年来住院病人均次药品费用为4151.66元、4429.35元、4577.3元、4698.1元，呈稳步增长态势；杨静静在“我国医疗保险制度中药品费用控制研究”（2012年首都经济贸易大学硕士学位论文）一文中指出：“2002年至2007年，中国社会药品销售额由2676.58亿元上升至4715.46亿元、年复合增长率达10%，人均药品费用由208.43元上升为356.94元，年复合增长率为9.4%”；商务部发布《2013年的药品流通行业运行统计分析报告》称：“全年销售药品总额7415亿元，2010年至2013年市场规模总体呈增长态势，但增速由24.6%降为16.7%”；即使是每一次国家层面的药品大幅降价，社会药品销售总额仍然呈持续增长。可见，医保按药品发生费用付费，基数大而且增长过快，这是医保付费管理模式不能适应药品销售社会环境的必然结果。

4 医保机构、医疗机构、病患三者之间的矛盾

医疗保险付费方式，是指医疗保险经办机构

代表参保患者向为患者提供医疗服务的定点医疗机构支付费用的方式，这就形成了第三方付费者（医保经办机构）、参保患者和医疗服务提供方三者之间的利益关系。保险人希望医院为投保人提供既经济又实惠的服务，从而实现参保人群和基金平稳运行的目的；被保险人希望得到最大满足的医疗服务，使自己缴费受益最大化；而作为医疗服务提供方的医院，则希望将服务转化为最大的经济效益。由于医保经办机构代表的是参保人的利益，再加上医疗服务市场的信息不对称性，使三者之间的利益关系突出地表现为保险人和服务提供者之间的矛盾，保险人和保险基金最大的风险来自于医院的专业性。不同的基本药物付费方式会导致不同的医院收入获得方式，所以，合理设计医保付费方式，有利于促进医院合理用药，在保证医疗服务供给数量和质量的前提下，有效控制医疗成本。支付方式不仅仅是向医疗机构提供报酬的过程，也不单单是控制医疗费用和自身管理效益的政策工具；而是能对医疗机构经济行为产生控制作用的制度安排。支付方式的制定要考虑到服务费用、质量、效率等多方位绩效的影响作用，更要考虑与自身管理能力相匹配。医保基金仍然沿用计划经济时代的药品品规价格被动支付，已经远远不能适应目前的药品市场经济运行模式，不能规范药品品规和价格，不能规范临床处方行为，也就不能有效保护患者的利益，不能合理约束医疗机构的用药行为。

5 实施药费精确化支付的管理路径

5.1 规范药品名称

例如，2008年版《药物临床信息参考》“左氧氟沙星”的其他名称共有127个，即使是医疗专业人士，对爱兴、安特博、奥维先、创星、恒奥、可乐必妥、乐朗、罗尼、苏洛、欣勤、永复沙等仍然难以区分；非专业人士对左氧氟沙星、左氟沙星、左旋氧氟沙星、盐酸左氧氟沙星、乳酸左氧氟沙星、甲磺酸左氧氟沙星、左氧氟沙星氯化钠等品种是否等同更是迷惑不解。从中国生物医学知识库“维普医药信息资源系统”中查询有关“进口、国产药品疗效比较”的46个条目，经统计学处理皆无显著性差异。张宗英等^[7]在“浅谈国产药物与进口同类药物的疗效比较”一文中，列举了7例，均表明其疗效相当；候金成等^[8]在“国产与进口同种抗生素的药学和临床疗效比较”一文中，列举了克

拉霉素、头孢哌酮、左氧氟沙星、阿奇霉素、头孢哌酮舒巴坦、罗红霉素、头孢曲松钠、哌拉西林钠他唑巴坦钠这8种进口与国产药物,其临床疗效均无统计学差异;刘玉洁^[9]等在“同种药物国产与进口品种的生物利用度及临床疗效比较”一文中,综述了进口与国产的氧氟沙星、环丙沙星、头孢氨苄、头孢克罗、阿霉素、舒氨西林、罗红霉素等7种药的生物利用度及临床疗效,表明统计学上无差异,只有格列齐特口服制剂国产血药浓度较高。可上述每种药都有上百个品名,价格千差万别而疗效并无差异。提示国家有关管理部门应统一品名,以利于流通、经济分析和医保药费支付。

5.2 完善《基本药物目录》品规定价

计划经济时代的成本定价早已不适应市场经济下的药品销售环境,多次单品规药品降价都被同类效用的高价药品快速替代。医保部门应根据药物经济学原理,对《基本药物目录》中临床常用的规格、剂型不分厂家,进一步归类招标,确定阶段性的规格价格;否则,对品规复杂、价格悬殊、全程商业维护的药品将毫无约束之力,没有具体定价的《基本药物目录》也失去了医保付费的经济学指导价值。例如左氧氟沙星^[10]:玻瓶大输液的生产厂家较多,同一剂量的零售定价相差17倍之多,疗效与剂量绝对相关的0.1g同剂量大输液招标,其零售价袋装>塑瓶>玻瓶,即使包装相同其招标零售价与剂量也不成比例(一般为半量6折价,用小规格就会比双剂量大规格多出20%的药品费用),浙江医药股份有限公司新昌制药厂同剂量、同包装的药品零售价是四川科伦药业股份有限公司的3倍多,且低价的四川科伦药业股份有限公司的产品包装反而是直立式输液袋和塑瓶。

5.3 控制大额药品招标品规的结算价格

在医保网上支付结算平台,很容易统计出本地

常用的药品品规,一地区的常用药品数只有300~500种,用量前50名的基本占销售额的一半。因此,管好几个药品就能明显影响医保基金的支付金额。目前,医保基金对报销目录的药品采取按实际销售价格的固定比例支付,属于价格的被动接受者,对同效用药品价格升高及临床用量缺乏应有的约束力。医保基金作为医疗资金持有者,可以结合药品招标和支付功能,从被动的价格接受者转变为服务的购买者,真正实现带预算采购和集中支付,通过对药品价格和使用量两方面的综合干预,不仅能提高基金的使用效益;还能充分发挥医保基金的议价能力和批量采购优势,加快供应商的回款速度。医保基金的结算信息系统可以为医保部门建立整合的药品招标、使用、支付信息平台提供基础。根据医疗药品采购方式和医保基金特点,可选择使用量大的几个品规,通过招标确定医疗单位的采购价格,与医疗单位协商处方用药加成率,规范医疗单位的使用品规。原有的药品物流和付款运行方式不变,或医保基金按实际销量定期向供应商支付采购费和向药品使用单位支付处方用药加成费,也可转由供应商支付处方用药加成费。从而使医保基金介入药品销售流程,发挥一定的费用约束作用,使药品供应商既要竞争又要实行精细化管理,让医疗单位垄断药品品规、采购、物流、使用、付款、信息又追逐高价的格局彻底改变。

5.4 用品种协商结算价取代品规价

目前的药品品规复杂,一品一价,即使通过卫生系统的招标,也都是尽可能的高价品规,医保基金也只能被动地高价支付。

例如:苏价医[2010]131号(基本药物招标采购中标价格-左氧氟沙星)的价格情况见表1。

表1 2010年江苏(基本药物招标采购中标价格-左氧氟沙星)价格情况

序号	剂型	规格/mL	剂量/g	单位	生产企业	中标价/元	零售价/元
6764	注射剂	100	0.2	瓶	四川美大康佳乐药业有限公司	8.1	9.3
6772	注射剂	100	0.2	瓶	江苏亚邦生缘药业有限公司	1.46	1.7
6774	注射剂	100	0.2	瓶	江苏润邦药业有限公司	4.5	5.2
6783	注射剂	100	0.2	瓶	北京双鹤药业股份有限公司	25.65	29.5
6807	注射剂	200	0.2	瓶	海南华拓天涯制药有限公司	11.06	12.7

由表1可见, 医保基金按卫生部门实际品规格标价支付药费的差异很大, 医疗卫生系统招标多从自身利润最大化考虑; 若医保基金与医疗单位协商结算价, 便能约束其支出费用。又如, 阿莫西林钠

克拉维酸钾的剂型不同, 用DDD值(成人一日常用量费用)测算同效用剂量医保基金支付费用也差距悬殊, 具体情况见表2。

表2 阿莫西林钠克拉维酸钾同效用剂量医保基金支付费用情况

阿莫西林钠 克拉维酸钾	剂型	进价/元	售价/元	日用量	日费用 (+ 输液费)/元	日利润/元	备注
0.6 g	针剂	11.26	18.78	1.2 g q8h	112.68+30	45.12+15	16.9 (零差价 15%)
228.5 mg × 24	片剂	19.40	22.85	4 片 bid	7.62	1.15	2.3 (省基药 30%)

由表2可见, 针剂单个病人医院日利润由药品差价、大输液差价、输液费及零差价补组成, 共约77元; 片剂单个病人医院日利润由药品差价、基药补组成, 共3.5元, 二者相差22倍, 这是导致医院容忍输液泛滥的利益所在。但医保基金单个病人日支付费用片剂为10元, 针剂要160元, 相差16倍, 这也使得医药代表在医院药品销售全流程中的商业维护成为可能。若医保基金与医院协商, 将针剂改用片剂并补足75元利润, 将会节约40%的基金费用, 也会使临床不合理输液大为减少。

5.5 以处方医嘱合格率确定支付药费的总额比例

医保基金不仅仅是控制药品费用, 更是医疗质量的守护神, 处方点评、专项管理能明显提升基金的使用效益。韩迎^[11]对天津583家医保定点医院进行抽查分析, 在2008-2011年中, 抗菌药物销售金额以年均34.24%的增长率逐年递增, DDDs以年均13.19%的增长率逐年递增, 表明抗菌药物过度使用现象极其严重。为此, 国家从2012年开始进行临床应用抗菌药物持续专项治理, 我院抗菌药物销售由药费的40%下降为16%, 一年可少消耗四五千万元, 节约医保基金的作用非常明显, 处方合格率也由86%上升为99%。医保基金参与专项整治, 抽查处方进行公开点评并结合药费支付, 有助于提升医疗质量, 有效完成PDCA管理循环, 保护患者的健康权益。

5.6 制定重点药品临床用药指南, 规范临床用药行为

康洽福等^[12]论述, 根据出院诊断统计显示, TP-5注射剂主要用于恶性肿瘤放疗及其支持治疗, 费用较高, 但仍有29.77%的病例无指征用药, 如膝关节病(原发性双侧)、尿储留、胆石

症、狗咬伤等, 提示不合理用药比例较高; 有52.51%的住院患者联合使用免疫增强剂, 由于缺乏严格的应用标准, 很容易陷入滥用误区。出现这种现象的主要原因, 首先是药品说明书不严谨, 与TP-5注射液联用的前10位免疫增强剂, 其药品说明书详细说明免疫调节作用机制的仅有5种; 其次是对免疫功能低下尚无统一的诊断标准, 临床是否需要应用免疫增强剂也没有简便易行的客观指标可参照。所以, 医保基金参照药品说明书明确支付药费范畴是非常必要和简单易行的。

刘芳等^[13]指出: 醒脑静注射液是医疗保险支付费用较高的中药注射剂之一, 临床存在不合理应用现象。用行政手段限制使用的方式显然已经远远落后, 且不符合循证决策、循证医学的趋势。为促进临床合理使用醒脑静, 优化医疗保险费用配制, 在北京市医疗保险事务管理中心和北京市药学会的组织下, 在循证医学证据的基础上, 尝试通过专家共识获得了醒脑静的医疗保险用药指南: 1) 醒脑静准予报销的适应证: 脑梗死(B, 2a)、脑出血(B, 2b)、颅脑外伤(B, 2b)、脑炎(B, 2b)、肝昏迷(B, 2b); 2) 对于脑梗死和脑出血患者, 醒脑静用于存在意识障碍或中枢性高热的患者, 每日剂量20~40 mL; 1个疗程7~14 d, 最多不超过2个疗程。醒脑静应在急性期或恢复期使用(B, 2a); 3) 在颅脑外伤中, 醒脑静用于存在意识障碍的患者, 每日剂量20~40 mL, 疗程≤14 d(B, 2b); 4) 对于脑炎, 醒脑静用于存在高热和/或意识障碍的患者, 用量20~40 mL, 疗程≤14 d(B, 2b); 5) 肝昏迷, 醒脑静用量应为20~40 mL, 疗程≤14 d(B, 2b)。证据分级是将与某一临床实践相关的研究证据按其可靠水平分

成1a、1b、1c、2a、2b、2c、3a、3b、4、5（按从高到低顺序排列）10个证据水平。为中药注射剂等循证医学证据较低而临床应用较多的药物合理使用提供了新思路。医保基金可参照同行制定的《用药指南》支付药费。

5.7 利用医保智能审核系统，强化临床用药科学管理

2016年6月1日，清华大学医院管理研究院教授杨燕绥对21世纪经济报道记者透露：“2016年底，全国各地计划全面上线医保智能审核系统，医生不合理的开药行为将被禁止或警示。”2015年11月，卫计委等五部委联合发布《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》。该《意见》称，当前医疗费用不合理增长突出表现在部分城市公立医院医疗费用总量增幅较快，药品收入占比较大，大型医用设备检查治疗和医用耗材的收入占比增加较快，不合理就医等导致的医疗服务总量增加较快。使用智能审核系统，能够审核出不符合诊疗常规和临床规范的行为。明确不符合标准的不允许医保报销，超出支付范围的自费。

段政明^[4]在《医保支付倒逼药师控费》一文中认为：2013年医疗保险支付参保人员住院总费用中药品费用占44.17%。其中，西药费用占药品总费用的81.43%，中成药占18.57%。药品费用是住院总费用的最大组成部分。因此，发挥药师在控制药品费用增长、促进合理用药方面的作用刻不容缓。从医疗保险管理中发现，目前临床不合理用药主要包括：无适应症用药、选药不当、过度用药。其中过度用药主要体现在抗菌药物滥用、中药注射液广泛使用、辅助治疗药物超范围使用以及肠外营养制剂、血液制品和激素等药品的滥用等等。要提高药品治疗的安全性、有效性、合理性和经济性，药师应该从处方审核、处方点评、用药安全性教育、经济性评价和拒付费用审核等几个环节，发挥其在医保控费中的作用。

6 讨论与结语

药品流通市场有其特殊性，患者不是药品的直接购买者，用哪种药、哪个厂家的药由医生和医院决定，有医保的患者付款多少也与自己关系不大。药企也不是药品的直接销售者，而是要获得医院流通渠道的资格，由医院向患者出售。影响药品需求的最大因素不是质量和药价，而是医生的

处方。各个医院的药品品种、进价、回款、物流过程、信息处理、报表生成、处方用药等，都由各自掌握，不具有规律性，只能由医药代表串成一个有联系的整体。一般认为：医药分业能切断医院处方和药品销售之间的直接经济利益联系，但这是不切实际的想法，不能改变由医药代表现金维护的药品终端销售运行模式，也不能降低社会药品销售总额。目前，医院不能走账的药品在药店销售，医生的处方费用只多不少，只是由医院掌控的药品物流过程改由药店掌控而以。

段巧莲^[15]提出：要规范药品名称，减少流通环节，高价创新药不应纳入基药目录；欧阳晓红^[16]认为：我国应将药品经济学评价引入医保用药管理过程，增强医保药品目录的科学性和合理性。药物经济学强调最大限度地利用医药卫生资源，针对我国多部门共同制定医药政策的现状，应建立专门的药物经济学评价机构，通过成本效果、效益、效用等经济学方法，确定目录中优先使用的药物，为政府部门制定相关药品政策提供依据。通过对患者所承担的直接及间接经济负担，分析测量疾病负担，对卫生部门的干预措施进行全面评价，针对用药主体状况进行药物利用经济学研究，促进合理用药，将评价机构的评价结果多部门共享，促进药品政策的协调统一。

总之，药品销售流通环境已经随着市场经济的渗透而发生了根本性变化，特别是药品价格随着新产品的繁荣而失去了统一性。只有强化同类药品的经济学分析，在国家层面上做好《医保基本药物目录》基准定价、药名规范、主要病种用药指南等，再由地方医保部门利用结算网络平台，干预重点药品的品规和价格，才能改变原有药品的销售运行模式，规范临床用药，使医保药费得到有效控制。

参考文献：

- [1] 蒯丽萍. 浅谈我国药品费用构成、增长及控制的机制[J]. 中国药事, 2007, 21(5): 322-323.
- [2] 卢颖. 供方支付方式改革对医生行为的激励研究综述[J]. 中国卫生经济, 2014, 33(2): 36-38.
- [3] 倪凯. 药物经济学及其在基本医疗保险中的作用分析[J]. 现代商贸工业, 2011, (23): 52-53.
- [4] 栾润峰. 精确管理详解[M]. 北京: 中信出版社, 2009: 19-30.

- [5] 药源网. 药品批准文号数据库查询[EB/OL]. [2016-07-10]. <http://www.yaopinnet.com>.
- [6] 方剑春. 基本药物招标引发普药营销变局——渠道双控渐成潮流[N]. 中国医药报, 2011-05-11(8).
- [7] 张宗英. 浅谈国产药物与进口同类药物的疗效比较[J]. 中华临床医学杂志, 2004, (5): 48-50.
- [8] 候金成. 国产与进口同种抗生素的药学和临床疗效比较[J]. 中国药业, 2001, 10(3): 63-65.
- [9] 刘玉洁. 同种药物国产与进口品的生物利用度及临床疗效比较[J]. 中医医院药学杂志, 1999, 19(2): 97-99.
- [10] 沈锦华. 以一药为例, 对招标管理医院药价的困惑[J]. 药学与临床研究, 2010, 18(5): 492-494.
- [11] 韩迎. 天津市583家医保定点医院2008-2011年抗菌药物利用分析[J]. 中国药房, 2013, 24(4): 1266-1268.
- [12] 康洽福. 医疗保险住院患者胸腺五肽注射剂应用分析[J]. 中国药房, 2012, 23(6): 517-518.
- [13] 刘芳. 北京市醒脑静注射液医疗保险用药指南的建立[J]. 中国药房, 2010, 21(25): 2686-2687.
- [14] 段政明. 医保支付倒逼药师控费[J]. 中国社会保障, 2016, (1): 34-35.
- [15] 段巧莲. 我国医疗保险制度中药品费用的控制对策[J]. 经济技术协作信息, 2013, (17): 38-40.
- [16] 欧阳晓红. 基本医疗保险用药管理问题和改进措施研究[J]. 理论前沿, 2015, (5): 294-296.

(收稿日期 2016年7月28日 编辑 王萍)