

# 我国城市医疗集团药品供应保障体系现状研究\*

何成雪<sup>①②</sup>, 赵锐<sup>③④</sup>, 施俊伟<sup>⑤</sup>, 李璠<sup>①②</sup>

**摘要** 目的:分析我国城市医疗集团药品供应保障体系的建设现状、存在问题及其原因,并提出对策建议。方法:采用目标对应法确定监测指标,比较东中西部不同区域药品供应保障体系建设差异,并结合实地调研提出建议。采用SPSS 26.0软件进行统计分析。结果:我国在药品供应保障机制建设方面,用药目录衔接是最优的指标,为30.12%;在用药结构方面,城市医疗集团内医院国家组织药品集中采购中标药品使用比例和住院患者基本药物使用率分别为85.16%和88.73%;在合理用药方面,城市医疗集团内医院点评处方占处方总数比例和抗菌药物使用强度分别为28.45%和25.45 DDDs。西部地区在国家组织药品集中采购中标药品使用比例及合理用药方面相对较好。结论:城市医疗集团内药品采购和供应保障机制统一存在困难,但牵头医院对成员单位的用药结构优化及合理用药帮扶有所体现,且不同区域存在发展不平衡的特点。为进一步健全药品供应保障体系,必须要加快统一药品供应保障机制,并以药学服务同质化为导向,充分发挥牵头医院对成员单位的用药结构规范及合理用药帮扶作用。

**关键词** 城市医疗集团;药品供应保障体系;药学服务同质化

**中图分类号** R1-9; R95 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)11-0057-04

**Research on the Current Situation of Drug Supply Guarantee System of Urban Medical Group in China/He Chengxue, Zhao Rui, Shi Junwei, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(11):57-60**

**Abstract Objective:** It analyzes the construction status quo, existing problems and reasons of the drug supply guarantee system of urban medical groups in China, and puts forward countermeasures and suggestions. **Methods:** Target matching method was used to determine the monitoring indicators, compare the differences of drug supply security system construction in different regions of east, middle and west China, and put forward suggestions combined with field investigation. SPSS 26.0 was used for statistical analysis. **Results:** A total of 332 urban medical groups were included in the analysis. In terms of drug supply guarantee mechanism construction, drug list linkage was the best index, accounting for 30.12%. In terms of drug use structure, the proportion of bid-winning drugs and the utilization rate of inpatients' essential drugs were 85.16% and 88.73%, respectively. In terms of rational drug use, the proportion of hospital review prescriptions in total prescriptions and the use intensity of antibiotics in urban medical groups were 28.45% and 25.45 DDDs, respectively. The western region is relatively good in the proportion of bid-winning drugs and rational drug use. **Conclusions:** It is difficult to unify the drug purchase and supply guarantee mechanism in urban medical groups, but the lead hospital has shown some aspects in optimizing the drug use structure of member units and helping rational drug use, and the development is unbalanced in different regions. To further improve the drug supply guarantee system, it is needed to first accelerate the unification of the drug supply guarantee mechanism, and take the homogenization of pharmaceutical care as the guidance, and give full play to the role of the lead hospital in the drug use structure specification and rational drug use assistance for member units.

**Keywords** urban medical group; drug supply guarantee system; homogenization of pharmaceutical care

**First-author's address** Key Laboratory of Natural Medicine Pharmacology, School of Pharmacy and Yunnan Province, Kunming Medical University, Kunming, 650500, China; Yunnan Drug Policy Research Center, Kunming, 650500, China

**Corresponding author** Zhao Rui, E-mail: zhaoruibsb@126.com

城市医疗集团作为医疗联合体的主要模式,是优质资源下沉的重要载体,也是实现医疗服务同质化的重要途径。近年来,我国围绕医疗联合体药品供应保障和药学服务同质化发布了一系列重要政策文件。《卫生健康委中医药局关于印发医疗联合体管理办法(试

行)的通知》(国卫医发〔2020〕13号)提出“加强医联体内药品、耗材供应保障,逐步统一药品耗材管理平台,实现用药目录衔接、采购数据共享、处方自由流动、一体化配送支付,同质化药学服务”,《关于开展紧密型城市医疗集团建设试点工作的通知》(国卫医政函〔2023〕27号)进一步明确,“建立紧密型城市医疗集团内统一的药品采购目录和供应保障机制,鼓励牵头医院充分发挥在基本药物、国家医保谈判药品优先配备使用方面的引领作用,逐步实现紧密型城市医疗集团内药品供应和药学服务同质化”以健全城市医疗集团药品供应保障体系。但从目前的相关研究来看,在医联体内药品资源的上下贯通滞后于人才、技术、服务等要素的整合速度<sup>[1]</sup>,对药品供应保障体系的健全和药学服务的同质化提出了一定挑战。本研究通

\* 基金项目:国家卫生健康委员会医政医管局项目。

- ① 昆明医科大学药学院暨云南省天然药物药理重点实验室  
昆明 650500  
② 云南省药物政策研究中心  
昆明 650500  
③ 国家中医药管理局监测统计中心 北京 100044  
④ 国家卫生健康委卫生发展研究中心 北京 100600  
⑤ 杭州市中医院 杭州 310007

作者简介:何成雪(2000—),女,硕士在读;研究方向:医药卫生政策;E-mail: 2518812931@qq.com。

通信作者:赵锐, E-mail: zhaoruibsb@126.com。

过调查城市医疗集团药品供应保障体系现状, 比较不同区域建设情况, 结合实地调研结果, 分析存在问题及其原因, 为健全城市医疗集团药品供应保障体系提供参考建议。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

国家卫生健康委卫生发展研究中心承担着全国医疗联合体建设第三方评估工作, 并为此构建了医疗联合体绩效考核指标体系, 其中包括药品耗材供应保障政策的落实情况, 涵盖了用药目录衔接、采购数据共享、处方自由流动、药品耗材管理平台的建设及一体化配送落实情况等指标<sup>[1-2]</sup>, 同时还建立了分级诊疗制度和医疗联合体建设信息上报平台。

本研究根据医疗联合体绩效考核指标体系中药品耗材供应保障政策内容和《关于开展紧密型城市医疗集团建设试点工作的通知》(国卫医政函〔2023〕27号)对健全药品耗材供应保障体系的有关要求, 并结合相关文献研究<sup>[3-7]</sup>, 采用目标对应法确定3大监测维度及10个监测指标, 包括药品供应保障机制、用药结构及合理用药等方面(表1)。定性资料来源于2023年3—6月间对四川省成都市、浙江省湖州市和广东省广州市等地的卫生健康部门与开展药品供应保障体系建设的典型城市医疗集团内牵头医院和成员单位负责人及药学服务人员的半结构访谈结果和文献研究结果。

### 1.2 统计方法

本研究采用Excel建立数据库, 用SPSS 26.0软件对数据进行清理及统计分析。分类变量使用例数和构成比进行统计描述, 计数资料多个样本比较使用 $\chi^2$ 检验。计量资料不服从正态分布, 多组独立样本比较用Krus-

kal-Wallis  $H$  秩和检验, 事后两两独立样本比较使用Mann Whitney  $U$  检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 基本情况

共回收434家城市医疗集团, 剔除2022年后成立及数据逻辑不符的城市医疗集团, 最终纳入332家城市医疗集团, 问卷回收率为78.47%。332家城市医疗集团涵盖我国29个省份, 东部、中部、西部地区占比分别为64.16%、19.28%、16.57%。

### 2.2 城市医疗集团药品供应保障机制的建立情况

30.12%的城市医疗集团实现了牵头医院与成员单位用药目录衔接, 东部、中部、西部地区占比分别为33.33%、24.33%和25.45%。21.69%的城市医疗集团实现药品耗材统一编码, 但实现药品采购数据共享、处方自由流动以及建立统一的药品耗材管理平台、实现药品耗材一体化支付配送的城市医疗集团均不足20.00%。该模块区域间差异无统计学意义( $P > 0.05$ , 表2)。

### 2.3 城市医疗集团的用药结构现状

332家城市医疗集团内医院国家组织药品集中采购中标药品使用比例中位数为85.16%, 城市医疗集团内医院住院患者基本药物使用率中位数为88.73%。西部地区在国家组织药品集中采购中标药品使用比例方面高于东中部地区, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 而东中部地区间差异无统计学意义( $P > 0.05$ , 表3)。

### 2.4 城市医疗集团的合理用药水平情况

332家城市医疗集团内医院点评处方占处方总数的比例中位数为28.45%, 城市医疗集团内医院抗菌药物使用强度中位数为25.45 DDDs。西部地区点评处方占

表1 城市医疗集团药品供应保障监测指标体系

维度	指标
药品供应保障机制建立情况	是否实现集团内用药目录衔接 是否实现集团内药品采购数据共享 是否实现集团内处方自由流动 是否建立集团内统一的药品和耗材管理平台 是否统一集团内药品和耗材编码 是否实现集团内药品和耗材的一体化配送支付
用药结构现状	集团内医院采购国家集采中标药品使用比例(%) 集团内医院住院患者基本药物使用率(%)
合理用药水平情况	集团内医院点评处方占处方总数的比例(%) 集团内医院抗菌药物使用强度(DDDs)

表2 我国东中西部地区城市医疗集团的药品供应保障机制建立占比

%

地区	用药目录衔接	药品采购数据共享	处方自由流动	统一药品耗材管理平台	统一药品耗材编码	药品耗材一体化配送支付
东部	33.33	21.60	19.60	21.60	19.72	14.08
中部	24.33	18.75	20.31	15.63	28.13	14.06
西部	25.45	14.25	21.82	18.18	21.81	9.09

表3 我国东中西部地区城市医疗集团用药结构 %

地区	集团内医院采购国家集采中标药品使用比例	集团内医院住院患者基本药物使用率
东部	82.70 (67.40,92.10)	94.90 (90.10,97.30)
中部	82.20 (51.00,89.40)	94.60 (90.20,96.80)
西部	89.30 (67.60,97.00)	92.80 (82.60,97.70)

注：括号内数据为中位数。

处方总数比例高于东中部地区，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，东中部地区间，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，且西部地区抗菌药物使用强度优于东部地区，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，而西部地区与中部地区、中部地区与东部地区间，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ，表4)。

表4 我国东中西部地区城市医疗集团合理用药水平

地区	集团内医院点评处方占处方总数占比 (%)	集团内医院抗菌药物使用强度 (DDDs)
东部	7.90 (3.40, 23.50)	36.50 (31.40, 39.90)
中部	6.00 (3.20, 23.10)	35.30 (28.40, 37.60)
西部	15.20 (7.50, 22.40)	33.30 (28.40, 37.60)

注：括号内数据为中位数。

### 3 讨论

#### 3.1 我国东中西部地区城市医疗集团药品供应保障体系建设情况说明

我国城市医疗集团药品供应保障体系建设处于逐步开展阶段，但不同区域发展不均衡。如西部地区集采中标药品使用比例相对较高，可能与配套政策较为完善相关，在7个既出台药品集中采购实施方案又出台指导意见的省份中，有4个省份为西部地区<sup>[8]</sup>。此外，还可能与城市医疗集团数量有关，受经济发展影响东部地区城市医疗集团建设较多，因此牵头医院开展合理用药指导工作需覆盖较多的成员单位，导致处方点评工作开展程度相对较低。

#### 3.2 建立统一的药品供应保障机制存在困难，药品资源的纵向贯通程度有待提升

用药目录衔接是药品供应保障机制中落实最优的指标，占比30.12%，表明城市医疗集团内药品采购目录和供应保障机制的建设存在困难，据访谈结果知城市医疗集团内不同层级医疗机构的药品采购、使用和管理方式不同会对药品供应保障机制的统一产生影响。此外，用药目录衔接是统一药品供应保障机制的工作基础，牵头医院与成员单位间科室配置和用药结构不同会阻碍用药目录的顺畅衔接。在实施城市医疗集团之前，每个成员单位都有其药品配备特点，因此对自身配备的品种有一定选择偏向。即使在用药目录衔接的前提下，尚不完善的区域统一流通配送链条，也会导致部分基层医疗卫生机构药品供不应求<sup>[9]</sup>。

#### 3.3 国家组织集中采购中标药品和住院患者基本药物使用比例较高，牵头医院用药结构优化作用有所体现

2022年，城市医疗集团内医院国家组织药品集中采购中标药品使用比例和住院患者基本药物使用率均为85.00%以上。其中，国家组织药品集中采购中标药品的使用比例高于2021年的三级公立医院考核结果<sup>[8-9]</sup>，这表明牵头医院在引领成员单位使用集采中标药品方面已发挥出一定作用。但住院患者基本药物使用率低于2021年三级公立医院考核结果<sup>[9]</sup>，经访谈得知当前国家基本药物目录需进一步与医院临床用药需求相匹配，面对患者的多元化临床用药需求，医院会遴选新药入院，导致城市医疗集团内国家基本药物的结构占比将会有所降低。

#### 3.4 抗菌药使用强度和点评处方比例处于较好水平，牵头医院用药指导和帮扶作用有所发挥

城市医疗集团内医院抗菌药物使用强度和点评处方占处方总数均优于2021年三级公立医院考核结果<sup>[9]</sup>，这表明随着城市医疗集团逐步建立完善，牵头医院对成员单位合理用药的指导和帮扶作用有所发挥，成员单位的用药模式得到了进一步统一。如广东省制定的总药师模式，在每个城市医疗集团内设置1名总药师，通过定期下派总药师到基层医疗机构开展处方点评指导工作，充分体现了牵头医院对成员单位药事服务的引领作用。

### 4 建议

#### 4.1 加快统一药品采购目录和供应保障机制，实现城市医疗集团药品资源的同质化管理

建立统一的药品采购目录和供应保障机制是健全城市医疗集团药品供应保障体系的重要部分。四川省华西城市医疗集团联盟通过牵头医院和成员单位HIS系统一体化，成员单位医生可通过该系统为患者开具牵头医院所配备药品，药品费用直达牵头医院账户，并与第三方物流公司合作建立统一的药品流通配送链，且支持需冷链运输的药品配送服务，可根据患者选择配送到就近医院或家中。此外，建立城市医疗集团内部利益共享和责任共担机制是激发发展的内生动力，可为纵向药品交流互通创造良好的联动基础，从而助推药品供应保障机制统一。如湖州市两大紧密型城市医疗集团在（湖州市中心医院医疗保健集团和湖州市第一人民医院医疗保健集团）实施唯一法定代表人制度下，各成员单位法定代表人由城市医疗集团院长担任，各成员单位执行院长由城市医疗集团任命。同时，成立统一的财务管理中心，由牵头医院及各成员单位财务人员集中办公，并建立统一的人事招聘制度，由牵头医院制定员工招录及培训考核制度。在紧密的业务和资源协同工作机制下，两大城市医疗集团均实现药品采购目录和供应保障机制的统一，以湖州

市中心医院医疗保健集团为例,通过设置统一的采购管理和药事管理中心,负责建立药品和耗材统一目录,制定专家论证、逐级审批、统一招标和集中采购等工作机制,由牵头医院统一采购药品和耗材;并在浙江省首创市域“云药房”模式,打通牵头医院、成员单位和社会药店的处方流、药品流和业务流,改变电子处方只流转到本院药房的传统流向,在医疗机构之间、医院与社会药店之间流转。

#### 4.2 发挥牵头医院指导统筹作用,规范城市医疗集团内成员单位的药品配备和使用结构

城市医疗集团模式赋予了牵头医院一定的职责和权力去优化规范成员单位的用药结构。诸如河北省在全国率先利用药品临床综合评价作为技术抓手,在医联体通过牵头医院调整目录成功助推医联体内“基药”占比提升,主要做法是按药品临床综合评价6大维度建立药品遴选评价指标体系,在国家基本药物制度综合试点单位的二级医疗机构启动评价工作,将评分结果作为药品遴选依据,使得在基本药物制度综合试点的医联体内基本药物占调入药品53.00%<sup>[10]</sup>。《广东省卫生健康委等五部门关于印发整体推进国家基本药物制度实施方案的通知》(粤卫函〔2019〕818号)则将住院患者基本药物使用率纳入公立医疗卫生机构及科室与人员绩效考核指标体系,考核结果与医院和医务人员绩效相挂钩,并在药品采购管理平台、药品集中采购交易平台和公立医疗卫生机构信息系统上对国家基本药物进行标注,优先纳入采购目录和计划。另外,各城市医疗集团可通过牵头医院成立由药学、临床医疗专家、基层医疗专家等共同组成的药品集中采购管理小组,制定集中采购药品目录并定期监督采购执行情况<sup>[3]</sup>,也可在医院HIS上对集中采购中标药品做专有标识,以便医务人员辨别<sup>[11]</sup>。

#### 4.3 以药学服务同质化为导向,缩小城市医疗集团内不同级别医疗机构合理用药水平差距

单体医疗机构的药学服务能力是保障集团药物合理使用的基石<sup>[12]</sup>。经访谈得知,广东省的总药师制度规定在每个城市医疗集团内设置1名总药师,负责指导成员单位开展处方点评、临床药师查房、抗菌药管理和合理使用等工作,如2019年开始每季度实行总药师或相关负责人在社区卫生服务中心现场点评带教活动,推动社区规范开展处方点评工作<sup>[13]</sup>,并在区域内基层医疗机构HIS一体化的基础上探索建立区域性审方中心,通过系统拦截、药师审核等方式实现对患者安全用药的事前监控、事中干预及事后分析,实现对区域内全部社区卫生服务中心的处方前置审核<sup>[13]</sup>,使各社区卫生服务中心存在问题的处方数量呈现下降趋势<sup>[14]</sup>。同时依托区域性审方中心的建立,推行“社区药学门诊+社区药学照护服务”,由“高级药师+社区药师”88位药师

组成了24组服务团队实现“线上+线下”家庭药师服务,运用互联网开发居家药学小程序为患者提供用药咨询等线上服务,并同步实施社区药学门诊、入户随访服务和义诊等线下模式。此外,在医联体内实施“药学服务联合体”模式,牵头医院根据下级医疗机构需求,定期组织内部处方点评案例分析和专项讲座,也进一步推动了成员单位药事质量的同质化管理<sup>[15-16]</sup>。

#### 参 考 文 献

- [1] 赵锐. 多重政策贯通推进用药上下衔接[J]. 中国卫生, 2021(5):62-63.
- [2] 高晶磊, 赵锐, 刘春平, 等. 城市医疗联合体绩效考核指标体系的构建研究[J]. 中国医院管理, 2021,41(2):5-8.
- [3] 韩晔, 杨静, 郑磊, 等. 医联体内药品供应保障统一管理及临床合理用药衔接模式探析[J]. 中国医院, 2020,24(6):42-43.
- [4] 赵锐, 石秀园. 我国医疗联合体上下用药衔接的困境分析及对策建议[J]. 中国卫生经济, 2022,41(11):13-16.
- [5] 殷建忠, 马红燕, 蔡卓倩, 等. 医联体内药学服务推广应用的实践探讨[J]. 中国社区医师, 2021,37(34):191-192.
- [6] 宋碧辉, 余江恒, 杨光丽, 等. 医联体建设中一体化药学服务模式的建立及应用研究[J]. 中国药业, 2021,30(11):5-8.
- [7] 刘玉龙, 孙燕, 李璘, 等. 基层医疗机构医联体药事管理发展的现状与思考[J]. 安徽医药, 2020,24(9):1884-1887.
- [8] 邹武捷, 管晓东, 满春霞, 等. 我国各省药品集中采购政策落实比较分析[J]. 中国卫生政策研究, 2016,9(9):35-40.
- [9] 国家卫生健康委办公厅. 国家卫生健康委办公厅关于2021年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析情况的通报[EB/OL]. (2022-12-21)[2023-05-31]. [https://m.thepaper.cn/baijiahao\\_21281886](https://m.thepaper.cn/baijiahao_21281886).
- [10] 河北省卫生健康委员会. 河北省:因地制宜开展药品临床综合评价[EB/OL]. (2023-05-26)[2023-06-10]. <http://wsjkw.hebei.gov.cn/sjdt/396233.jhtml>.
- [11] 王欢, 魏玲, 沈冬梅. 首批国家组织药品集中采购和使用在某三甲医院的成效分析[J]. 药品评价, 2021,18(23):1409-1412.
- [12] 黄玉玲. 区域性医联体药学服务发展问题与思考[J]. 中南药学, 2018,16(10):1492-1495.
- [13] 皇甫天然, 何炳洪, 邓艳辉, 等. 医联体总药师制度促进基层医疗机构合理用药的实践与探索[J]. 中国药房, 2022,33(6):753-757.
- [14] 冯焕村, 陈文瑛, 郑晓霞, 等. 建立区域性审方中心实践探讨与初期效果评价[J]. 中国医院药学杂志, 2020,40(18):1992-1997.
- [15] 许静, 陈杰, 罗子玲. “药学服务联合体”服务模式实践分析与探索[J]. 中国医院管理, 2019,39(1):65-67.
- [16] 杨润. 药学服务联合体服务模式的应用价值[J]. 智慧健康, 2022,8(17):86-89.

[收稿日期: 2023-09-07] (编辑: 毕然)