

# 我国医疗联合体上下用药衔接的困境分析及对策建议\*

赵锐<sup>①</sup>, 石秀园<sup>①</sup>

**摘要** 目的: 针对目前我国医疗联合体上下用药衔接存在的困境进行分析, 并提出对策建议。方法: 对分级诊疗制度和医疗联合体建设信息上报平台监测数据信息进行描述性统计分析, 对实地调研内容进行文本分析, 提出我国医疗联合体上下用药衔接工作中面临的困境。结果: 能够执行上下用药衔接相关政策要求的医疗联合体数量占比较低, 县域医疗联合体的政策执行情况好于城市地区。医疗联合体内上下用药衔接主要面临着用药目录统一困难、区域统一的物流配送链条尚未完善、医疗保险和药品监督外部政策衔接不畅、对上下用药衔接的认知不统一等困难。结论: 要进一步做好紧密型医疗联合体内药品供应保障各项政策衔接; 发挥牵头医院作用, 做好药事管理体系和制度建设, 加强药学服务能力建设, 加强患者用药信息的上下联通等。

**关键词** 医疗联合体; 药品供应保障; 上下用药衔接

**中图分类号** R1-9; R197 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2022)11-0013-04

**The Predicament Analysis and Countermeasures of Pharmacy Coherence among the Upper and Lower Institutions in China's Medical Consortium/ZHAO Rui, SHI Xiu-yuan//Chinese Health Economics, 2022,41(11):13-16**

**Abstract Objective:** To propose countermeasures and suggestions for the current predicament of pharmacy coherence among the upper and lower institutions in China's medical consortium. **Methods:** Based on the statistical analysis monitoring data on Hierarchical Diagnosis System and the medical alliance construction, the text analysis was conducted on the base of field research interviews and cases, the predicament of pharmacy coherence among the upper and lower institutions in China's medical consortium was raised. **Results:** The proportion of compact medical consortia which carried out policy requirements of pharmacy coherence was relatively low, and the policy implementation was better in towns than that in cities. The major quandaries include the difficulties of unifying medication catalogue and regional logistics, the limitations of medical insurance and drug administration policies, and the insufficient awareness of pharmacy coherence. **Conclusions:** Based on the practical experience in those areas, it is necessary to coordinate the policy of drug supply in compact medical consortia. The leading hospitals should establish the pharmaceutical management system and develop related rules and regulations, strengthen the capacity of pharmaceutical care, and implement shared medication information of patients among the institutions in the consortia.

**Keywords** medical consortium; guarantee of drug supply; pharmacy coherence among the upper and lower institutions

**First-author's address** China National Health Development Research Center/National Center for Medicine and Technology Assessment, Beijing, 100044, China

医疗联合体(以下简称医联体)建设是优化医疗资源结构布局、提升基层医疗服务能力的重要举措,是构建分级诊疗制度的重要载体。医联体内上下用药衔接是保证医疗服务连续性、推动实现基层首诊的重要保障。《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》(国办发〔2017〕32号)、《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)等文件都明确提出,应探索建立起医联体内统一的药品招标采购管理平台,在医联体内推进长期处方、延伸处方,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,推进药学服务同质化。《关于推进紧密型县域

医疗卫生共同体建设的通知》(国卫基层函〔2019〕121号)要求,紧密型县域医共体内实行药品耗材统一管理,统一用药目录、统一采购配送、统一支付货款,旨在通过医联体内上下用药衔接,提高基层患者用药可及性,减少疾病负担,增强患者满意度。但从各地推进情况看,药品资源的上下贯通明显滞后于人才、技术、服务等要素的整合速度<sup>[1]</sup>。本研究基于对全国医联体建设的监测数据,结合对部分地区医联体内上下用药衔接的实地调研访谈情况,分析目前政策推进过程中存在的普遍问题和原因,并结合典型地区有关做法,提出相应的对策建议。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

定量资料来自国家卫生健康委卫生发展研究中心分级诊疗制度和医联体建设信息上报平台监测数据(以下简称监测数据)<sup>[2]</sup>。信息上报平台中,对照《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)要求,由上报的医联体牵头单位据实填写是否实现“统一药品招标

\* 基金项目: 国家卫生健康委委托项目(CNHDR-CJ-L-2021-100); 国家卫生健康委卫生发展研究中心支撑项目(CNHDR-CJ-L-2021-22-21030)。

① 国家卫生健康委卫生发展研究中心(国家药物与卫生技术综合评估中心) 北京 100044  
作者简介: 赵锐(1986—),女,博士学位,副研究员;研究方向: 卫生政策评估; E-mail: zhaoruibsb@126.com。

采购管理平台、药品目录衔接、采购数据共享、处方自由流动、药品一体化配送支付”5个问题的执行情况。定性资料来自于2021年8—10月对北京、上海、安徽、广东等地开展用药上下衔接典型地区医联体的调研访谈结果。

## 1.2 研究方法

监测数据等定量资料采用描述性统计方法，主要用结构比描述政策执行的情况。查阅检索中国知网、万方数据库以及国家、地方卫生健康委网站关于医联体用药衔接的有关政策。对被调研地区的卫生健康部门、医联体牵头和成员单位医疗卫生机构的管理者、药学服务人员等进行半结构式访谈，了解医联体上下用药衔接的具体做法、进展、存在问题及建议等，用文本分析法对定性资料进行分析。

## 2 我国医联体内用药上下衔接实施情况

### 2.1 医联体内上下用药衔接政策执行情况

2018—2020年信息平台共纳入监测分析573个城市医疗集团，765个县域医共体，平均每个城市医联体覆盖13家基层医疗卫生机构，每个县域医联体覆盖9家基层医疗卫生机构。从监测结果来看，能够执行在上下用药衔接相关政策要求的医联体数量占比较低，2020年各项政策落实情况较2018年均有所改善，县域医联体的政策执行情况优于城市，可能是受自2019年开始的紧密型县域医共体试点推进实施的影响。在医联体内上下用药衔接政策落实情况中，县域医联体“用药目录衔接”中落实情况最优，占比由2018年的25.36%上升到2020年41.31%。但在统一药品招标采购管理平台、采购数据共享、处方自由流动、药品一体化配送支付等方面，能够落实的医联体不足30%，可见医联体内实现上下用药衔接这一目标有一定难度（表1）。

### 2.2 医联体内上下用药衔接面临的挑战

2.2.1 医联体内用药目录统一存在困难。根据国家医疗卫生服务体系规划，各级医疗卫生机构功能定位和规模不同，国家对其药品采购和使用也有相应不同的管理方式。基层医疗卫生机构主要承担着为辖区内居民提供常见病、多发病的诊疗服务，全面实施基本药物制度是以满足患者日常用药为主，但品种较少且多

为长期用药。而三级医院定位于治疗急危重症，药品品种较齐全且治疗用药需要根据适应证调整<sup>[3]</sup>。用药层次上，基层医疗卫生机构更新换代较慢且缺少指南中的特殊用药。如有调查发现，三级医院的抗感染药以新型内酰胺类药物为主，而基层医疗卫生机构仍广泛使用传统细菌性抗菌药物<sup>[4]</sup>，不仅影响基层医疗卫生机构医生用药的选择，也会影响患者到基层医疗卫生机构就诊的依从性。这导致一些地区即使按照国家要求实现了基本药物“986”的配置比例，但在医联体内上下用药衔接依然困难，患者在基层医疗卫生机构依然无药可用。若一些地区进一步限制基层医疗卫生机构医疗卫生机构配备基本药物目录外的品种，这一情况则会更加严重。

2.2.2 区域统一的流通配送链条未完善。药品流通供应商对不同医疗卫生机构供应的优先级不同。相对二三级医院，单独的基层医疗卫生机构用药量小、利润率低，时常出现供不应求的情况。即使在采购目录统一的前提下，以医联体区域为单位的药品流通供应链条并不联通，进而不能保证部分药品在基层医疗卫生机构的配送。同时，医联体内各基层医疗卫生机构成员单位受限于药房的空间和储备水平，额外储备药品与上级医院保持衔接所需的药品不现实。实施长处方之后，三级医院专家制定的慢性病治疗用药，在基层医疗卫生机构无法保障供应，影响了患者基层用药的需求。

2.2.3 与医疗保障局、药品监督管理局等外部门政策衔接不畅。部分地区医疗保障局和药品监督管理部门以机构为单位的监管方式与医联体以区域联合体提供服务的供给方式之间矛盾突显，造成二者衔接不畅。调研发现，部分地区医疗保障局限制基层医疗卫生机构使用《国家基本医疗保险药品目录》（2021年版）中的若干种抗菌药物和西药。还有部分地区由于医保配额的限制，即使是政策允许，基层医疗卫生机构也不会选择配置目录外药品。另有地区反映，在紧密型县域医共体推进统一采购配送时，药品监督管理部门曾提出反对意见，认为“牵头医院与成员单位是不同的法人单位，因而县医院帮助乡镇卫生院买药违反药品管理法”。

表1 不同机构类型2018年、2020年医联体内上下用药衔接政策落实情况

机构类型	年份	统一药品招标采购管理平台		用药目录衔接		采购数据共享		处方自由流动		药品一体化配送支付	
		医共体数量(个)	占比(%)	医共体数量(个)	占比(%)	医共体数量(个)	占比(%)	医共体数量(个)	占比(%)	医共体数量(个)	占比(%)
城市医疗集团	2018	70	12.20	119	20.80	72	12.60	60	10.50	76	13.30
	2020	90	15.70	151	26.40	95	16.60	78	13.60	90	15.70
县域医共体	2018	126	16.54	194	25.40	130	17.00	107	14.00	95	12.40
	2020	207	27.10	316	41.30	220	28.80	161	21.00	167	21.80

2.2.4 对上下用药衔接的认知需统一、操作还需更加具体。从对各相关方的访谈来看,各主体对上下用药衔接的认知不尽相同,因而各地对此政策要求不同。有的地区仅要求药品通用名衔接一致,但当患者在基层医疗卫生机构拿到与三级医院所用的通用名相同但生产厂家不同的药品时,会提出质疑,担心药品的疗效不同。另外,用药衔接的目的是为了推进医联体内合理用药,对牵头医院的药事管理和药学服务能力要求较高,但目前各级医疗卫生机构药师和药学队伍水平差异较大,对医联体内医学服务同质化提出了挑战。同时,由于医联体内各级医疗卫生机构信息系统之间并未实现互联互通,导致病人用药信息无法共享<sup>[5]</sup>。病人被转诊到医联体内其他等级医疗卫生机构,对转诊前用药过程和自身用药禁忌等专业知识无法做到准确表达,影响了转诊后医疗机构药师用药衔接。

### 3 部分地区推动医联体内上下用药衔接的主要做法

#### 3.1 建立紧密型医联体内以基本药物为主体统一用药目录

基本药物是各级医疗卫生机构用药目录的重要组成部分,也是上下级医疗卫生机构用药衔接的重点。《关于进一步做好短缺药品保供稳价工作的意见》(国办发〔2019〕47号)提出要“逐步实现政府办基层医疗卫生机构、二级和三级公立医院基本药物配备品种数量占比原则上分别不低于90%、80%和60%,推动形成以基本药物为主导的“1+X”用药模式”。在实施过程中,各地探索了因地制宜的解决办法,来保障用药衔接可行性。以广东为代表的部分地区出台政策在紧密型医联体内制定以基本药物为主的用药目录。广东明确各级医疗机构配备基本药物占比为“654”,即基层、二级、三级公立医疗卫生机构分别不少于60%、50%、40%,并提出上下用药衔接目录品种数原则上不少于牵头机构用药目录品种数的50%,由牵头机构集中带量采购<sup>[6]</sup>。在紧密型医联体内组建药品集中采购管理小组,根据疾病谱和重点疾病诊疗需求,选取采购金额大、用量多、重合度高的药品,来制定统一的采购供应目录<sup>[7]</sup>。且为保障常见病、多发病及分级诊疗用药需求优先选择国家基本药物。其他各级医疗机构在满足此目录药品配备要求后,再根据自身需求按照规定比例增配其他品种药品。该模式可以较好满足医联体内各层级医疗机构基本药物的配备要求,比较适合当前医疗服务全、服务地域广、体量大的城市紧密型医疗集团。

#### 3.2 探索实施药品供应保障统一管理

按照国家推进方案,紧密型县域医共体试点地区探索实行药品供应保障统一管理。较早如安徽紧密型县域医共体内的“中心药房”模式,医共体内成立药事管理委员会,优先使用国家基本药物,建立医共体

内统一采购平台、统一采购配送中心的基础上保持各机构独立结算系统。实现药品目录、带量采购、集中配送、按时结算、药学服务“五统一”<sup>[8]</sup>。浙江安吉县成立医共体药械管理中心,药品统一目录,统一招标采购使用,通过带量采购,降低了采购价格,节约采购成本,提高医院资金使用效率<sup>[9]</sup>。这种方式比较适用于辖区内居民群体和健康需求较为固定、总体用药方案稳定、基层医疗卫生机构用药单一、药品配备种数少的紧密型县域医共体。

#### 3.3 结合家庭医生签约服务推行延伸处方

上海将延伸处方政策与“1+1+1”家庭医生组合签约相结合,即居民与1家社区卫生服务中心家庭医生签约时,可以优先选择医联体内1家区级医院、1家市级医院签约。居民签约家庭医生服务后,经家庭医生转诊至上级医院的签约居民,再回到社区就诊时,家庭医生可延用上级医院专科医生所开具处方中同样的药品<sup>[10]</sup>。并在医联体健康管理信息平台,建立慢性病用药管理信息系统,共享区域内居民用药信息,推进“互联网+”用药配送,保障药品的合理调配。此模式将紧密型医联体与家庭医生签约制度较好结合,弥补了社区基层医疗卫生机构缺药和用药的短板。

#### 3.4 探索“虚拟药房”保障区域内药品供应

“虚拟药房”是指通过互联网技术整合药品信息及厂家资源,在对药品生产或经营企业资格审核后,将社区卫生信息系统与药品配送商相连接,医联体内三级医疗卫生机构开具处方后,患者可凭处方在社区“虚拟药房”购买,24小时内药品被配送至指定地点<sup>[11]</sup>。北京已在医联体试点设置“虚拟药房”,针对高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中、慢阻肺5种慢性病实行用药“同品同规”慢性病患者在医联体内二级、三级医院和社区卫生服务机构可享受相同治疗方案。促进基层医疗卫生机构在可采购品种上与大医院尽量保持一致,医保报销目录同步跟进,引导患者前往社区就医,推进分级诊疗工作。同时,“虚拟药房”帮助扩充了社区实体药房的药品数量和种类,解决了实体药房库存压力,同时也解决了小众患者用药需求。该模式在信息化程度高、医保条件好的地区可进行尝试,但需要对处方流转和药品质量进行长期监管。

### 4 破解医联体内上下用药衔接难题的有关建议

#### 4.1 加强三医联动,做好紧密型医联体内药品供应保障各项政策衔接

紧密型医联体是未来医联体建设的趋势和重点,本质是通过建立资源整合、功能协同机制,建立各医疗服务提供主体的联合供给,在相对固定的区域内,根据居民的健康需求配给相对公平、可及、同质化的医疗卫生资源。从调研分析和地区实践来看,“上下用药衔接”这一难题是在区域内医疗服务供给模式从单

一主体转向联合供给之后<sup>[12]</sup>，药品供应保障政策机制不协同造成的，需要根据紧密型医联体的特点对其进行重新设计和调整。要进一步加强医疗、医保、药监三部门政策联动，破除政策壁垒，适度放宽基层医疗卫生机构使用基本药物目录外、医保目录内用药的比例，同时，适度放宽医保报销政策，来保证一些质量较好、疗效显著的药品在基层医疗卫生机构也可使用。实现医联体内牵头医院和基层医疗卫生机构在患者用药方面需求方面有效互动和联通。在药品采购配送方面，药监部门的监管主体要逐步从对单个医疗机构的监管变为对医联体的监管。应鼓励医联体统一药品招标采购和管理，充分发挥医联体药品采购“以量换价”的独特优势，最大程度降低医疗机构采购成本与患者用药经济负担。

#### 4.2 发挥牵头医院作用，做好紧密型医联体内药事管理体系和制度建设

建立医联体内统一的药事管理体系和相关制度，是实现上下用药衔接的重要基础。需要将医联体成员单位之间药学管理的目标及责任形成相对统一的利益主体、管理体制和资源布局，将优质的二级、三级医院药事管理制度下沉。可借鉴有关地区经验，在医联体内，发挥牵头医院药事管理作用，建立医联体内药品集中采购委员会和药事委员会，成立药事管理中心，根据区域内用药情况疾病谱等因素，科学合理制定医联体内各级医院的用药目录，促进上下级医疗机构用药的延续性和系统性。建立医联体内药事管理制度，促进服务流程一体化，在医联体内形成统一药学服务标准或规范。完善区域内流通供应链，健全药品协同监测机制，强化药品短缺分级应对，探索区域药品集中供应中心的建立以及供应方式的改进。

#### 4.3 以药品临床综合评价为抓手，加强紧密型医联体药学服务能力建设

保障居民在基层医疗卫生机构的合理用药是医联体内用药上下衔接的重要目标之一。药品临床综合评价以引导药品回归临床价值为根本，可通过在医联体健全药品临床综合评价工作机制和标准规范，将评价结果作为医疗卫生机构用药目录遴选、上下级用药衔接等重要依据<sup>[12]</sup>，为更好实现医联体内药学服务同质化

构建良好基础。同时，探索将药品综合评价结果与临床路径管理相结合，规范医联体内常见病的用药诊疗方案，有利于提高医联体整体服务效率和质量。并加强于慢性病管理、家庭医生签约等工作的深入融合，做好患者的用药保障。

#### 4.4 以信息化为基础，加强患者用药信息的上下联通

加强医联体内电子病历信息化建设，实现诊疗、处方、用药结果等信息在医联体信息系统内互认共享，促进药学服务信息上下衔接，使药学人员及时、准确对患者进行用药指导。同时，可探索在医联体内利用信息化，建立统一药品供应管理系统，使医联体内药品供应保障数据互联互通，形成管理闭环。

#### 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] 赵锐, 高晶磊, 肖洁, 等. 我国医疗联合体建设现状与发展思考[J]. 中国医院管理, 2021,41(2):1-4.
- [3] 雷祎, 赵捷宇, 黄滢姗, 等. 医联体模式下慢性疾病药品对接现状分析[J]. 中国医院管理, 2017,37(10):52-54.
- [4] 姚克勤, 石秀园, 蒋理添, 等. 基于灰色模型的我国公共卫生事业投入预测[J]. 中国卫生经济, 2022,41(5):55-59.
- [5] 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.
- [6] 罗震昱. 广东: 基本药物使用上下衔接[J]. 中国卫生, 2019(10):91.
- [7] 韩晔, 杨静, 郑磊, 等. 医联体内药品供应保障统一管理及其临床合理用药衔接模式探析[J]. 中国医院, 2020,24(6):42-43.
- [8] 安徽省卫生健康委药政处. 安徽: 中心药房解基层供应难题[J]. 中国卫生, 2021(5):66-67.
- [9] 崔吉平, 蒋菊芳. 县域医共体下药师服务双下沉工作模式探索与实践[J]. 中医药管理杂志, 2020,28(23):111-113.
- [10] 贺小林. “三医联动”下的上海家庭医生制度改革: 实践经验与政策思考[J]. 中国医疗保险, 2018(11):31-35.
- [11] 刘敏, 任晓峰. 北京虚拟药房实景[J]. 中国医院院长, 2018(13):34-35.
- [12] 赵锐, 石秀园, 刘春平, 等. 基于因子分析法的药品临床综合评价决策转化影响因素分析[J]. 中国卫生经济, 2021,40(5):61-64.

[收稿日期: 2022-08-28] (编辑: 高非)

## 关于正确使用参考文献的说明

期刊中的参考文献主要是索引性的，其重要性在于它明确地标示引用他人的学术思想、理论、成果和数据的部分，并给出其来源。因此，本刊作者在撰写论文时，应使用参考文献。

参考文献著录格式本刊采用顺序编码制，以引用出现

的先后，在文内用阿拉伯数字排序并以方括号右上角标注（重复引用的，以首次出现的序号标注），在文后参考文献表中按顺序依次列出。常见类型参考文献书写格式请登录本刊网站（www.cn-he.cn）参阅本刊稿约。参考文献宜选择本刊近一二年内的文献。