

《WHO基本药物示范目录》与我国《国家基本药物目录》动态调整程序比较与借鉴

陈晶*, 聂青, 刘妍(沈阳药科大学工商管理学院, 沈阳 110016)

中图分类号 R95 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2015)03-0289-05

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2015.03.01

摘要 目的:为完善我国《国家基本药物目录》动态调整程序提供参考。方法:梳理《WHO基本药物示范目录》和我国《国家基本药物目录》动态调整历史沿革及现状,将两者进行比较,找出差异,分析我国《国家基本药物目录》动态调整程序存在的问题。结果与结论:我国《国家基本药物目录》动态调整存在程序透明度较差、自上而下的效率较低、依靠专家主观因素较多、可操作性不强等问题。建议提高我国《国家基本药物目录》动态调整程序透明度,建立自上而下与自下而上相结合的动态调整程序,健全基本药物动态调整程序的配套制度,加强基本药物循证医学和药物经济学评价,优化专家库管理,以完善《国家基本药物目录》动态调整程序。

关键词 世界卫生组织;基本药物;基本药物目录;调整程序

Comparison and Reference of the Dynamic Adjustment Procedure for WHO Essential Medicine Demonstration List and National Essential Medicine List in China

CHEN Jing, NIE Qing, LIU Yan (School of Business Administration, Shenyang Pharmaceutical University, Shenyang 110016, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To provide reference for the improvement of dynamic adjustment procedure for *National Essential Medicine List* in China. METHODS: The history and current situation of dynamic adjustment procedure for *WHO Essential Demonstration List* and *National Essential Medicine List* in China were sorted out. RESULTS&CONCLUSIONS: There are some problems in dynamic adjustment procedure for *National Essential Medicine List* in China, such as poor transparency, low top-down efficiency, various specialist's subjective factor, weak operability. It is suggested to improve transparency of dynamic adjustment procedure, establish top-down and bottom-up dynamic adjustment procedure, promote support system, strengthen evidence-based medicine and pharmacoeconomic evaluation of essential medicine and optimize specialist database management so as to improve dynamic adjustment procedure for *National Essential Medicine List* in China.

KEYWORDS WHO; Essential medicine; Essential medicine list; Adjustment procedure

世界卫生组织(WHO)出台《WHO基本药物示范目录》(以下简称《WHO示范目录》)的目的是使各成员国,尤其是发展中国家有效地配置现有卫生资源。基本药物目录为国家水平的采购、卫生保健系统中不同水平药物需求的确定提供了一个有效的平台,对于药物的研究、生产、流通、使用等方面有着重要的意义。目前,世界上有160多个国家拥有正式的基本药物目录^[1],WHO在基本药物目录制定与调整中有丰富的经验值得借鉴。

1 《WHO示范目录》动态调整程序历史沿革及现状

1.1 《WHO示范目录》动态调整程序历史沿革

《WHO示范目录》动态调整程序经历了5个重要时间节点:(1)1975年,第28次世界卫生大会上要求WHO总干事就如何遴选价格合理、能够满足国家卫生需求的基本药物以及遴选程序提出建议;(2)1977年,由WHO专家委员会制定了第1版《WHO示范目录》^[2],该目录为国家和地区制定基本药物目

录提供指导,但不作为全球统一的标准;(3)2002年,WHO改革药品评价方法,从专家经验转向循证方式;(4)2010年,WHO又一次改进药品评价方法,将证据质量分级和推荐强度标准(GRADE)表格运用于基本药物的遴选和评价之中^[3];(5)2013年4月,WHO发布了最新的第18版《WHO示范目录》。

1.2 《WHO示范目录》动态调整程序现状

1.2.1 WHO对基本药物的相关描述 WHO对基本药物的相关描述如下:①WHO对基本药物的定义:基本药物是满足人类优先健康需求的药品,此概念有个不断完善的过程,至今已有多种定义;②WHO对基本药物的遴选原则:基本药物的遴选应以疾病发病率、有效性和安全性证据、成本效益数据比较为基础;③WHO制定基本药物目录的目的:在现有的卫生体系内,基本药物应确保在任何时候都有充足的数量、合适的剂型、确定的质量及个人和社会可以负担的价格。

1.2.2 《WHO示范目录》动态调整机构、成员结构及调整周期

《WHO示范目录》的遴选与调整由WHO基本药物应用专家委员会负责,专家委员会主要从事药物评价和药物政策及管理工作,其成员来自不同的专业领域和背景,包括临床药理

*副教授,硕士生导师,博士。研究方向:药事管理。电话:024-23986543。E-mail:lnsychenjing@163.com

学、临床医学、国际公共卫生学、指南开发方法学、文献系统检索方法学、风险评估学和成本效益评估学等。覆盖医药各个领域,以保证基本药物目录的制定及调整能从全局出发,最终形成科学化的基本药物目录。

《WHO 示范目录》的遴选与调整周期一般为2年。申请材料提交的截止时间为专家委员会召开正式会议前4个月,所有申请都将在WHO网站上公示。

1.2.3 《WHO 示范目录》调入申请的审查程序 《WHO 示范目录》调入申请的审查有以下10个程序:①申请递交到专家委员会秘书处。②专家委员会秘书处执行以下程序:a.检查申请的完整性;b.登记在案;c.将申请和其他支持性文件递交到相应的WHO 技术部门或WHO 合作中心(即评估员);d.在WHO 网站上发布申请的简单摘要并征询意见;e.监控申请程序的进展。③由评估员推荐1名专家(优先选择专家委员会的成员)担任“推荐人”,检查申请的评估情况。④在初步评价的基础上,评估员作出以下建议:a.不再进行下一步的评价;b.进行完全评估。⑤需进行完全评估的申请,评估员执行以下程序:a.进行与该申请有关的证据检索;b.评价疗效、安全性及成本-效果比较的数据;c.撰写评估摘要并向专家委员会起草建议;d.如果推荐药物纳入《WHO 示范目录》还应提供药物将应用于哪些人群、药物将在什么情况下使用、药物应用详情(药物剂量、剂型、浓度、给药途径、治疗时间、需要监控的内容)、药物将纳入核心目录或补充目录以及是否将其他药物从示范目录中调出等信息。⑥评估完成后,秘书处将评估的结果及建议草案发布在WHO 网站上。⑦起草《WHO 基本药物示范处方集》,并在WHO 网站上发布。⑧在下一一次专家委员会的会议上,“推荐人”概述“评估员”的建议以及支持药物调入或不调入示范目录的依据。⑨专家委员会决定是否接受“评估员”的建议,并对将写入《WHO 基本药物示范处方集》的内容提出修订意见。⑩根据专家委员会的意见更新《WHO 示范目录》和《WHO 基本药物示范处方集》。申请调入《WHO 示范目录》的主要程序详见图1。

1.2.4 《WHO 示范目录》调出申请的审查程序 《WHO 示范目录》的调整不仅涉及药品调入,还涉及药品调出。专家委员会认为调入申请的审查程序并不适合调出申请的审查,应该为调出申请的审查制定独立的程序。专家委员会建议,《WHO 示范目录》的药品调出应尽可能多地以证据为基础,同时应注意到《WHO 示范目录》中一些“老药”的临床试验证据并不可靠。专家委员会提出的调出申请的详细说明、调出原因和支持证据等需要在WHO 网站上公布并征求意见。在对被申请调出的药品进行评估时,专家委员会应充分考虑所有的评论和意见以及与申请有关的数据。《WHO 示范目录》调出药品原因详见表1。

1.2.5 《WHO 示范目录》药品评价方法 2001年以前,《WHO 示范目录》的更新主要依靠专家委员会的专家经验为基础。后来,随着循证医学、药物经济学等学科的发展,WHO 于2001年12月发布了《WHO 示范目录》更新修订程序。该修订程序

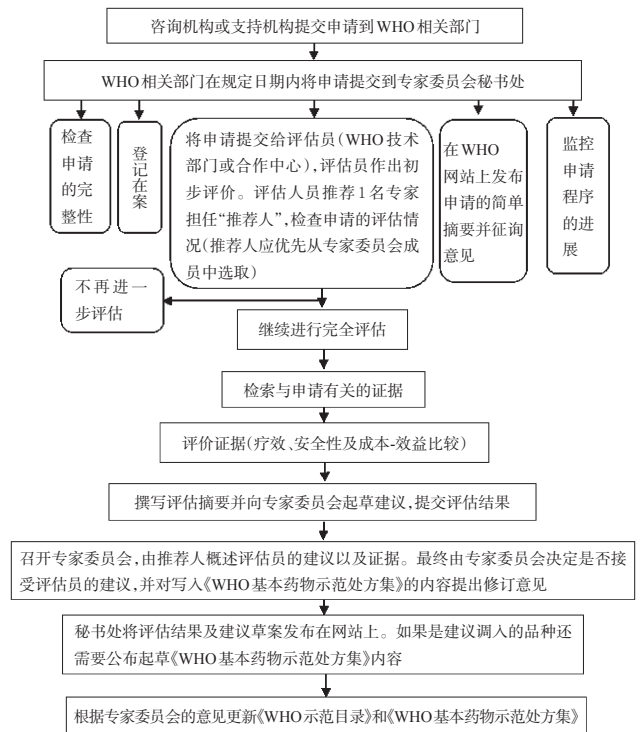


图1 申请调入《WHO 示范目录》的主要程序

Fig 1 Main procedure of applying turning in drugs to WHO Essential Medicine Demonstration List

表1 《WHO 示范目录》调出药品原因

Tab 1 Cause of turning out drugs from WHO Essential Medicine Demonstration List

序号	调出药品原因
1	已有药品在有效性、安全性和成本-效益比方面的优势被其他产品取代
2	出于安全性考虑,已被药品监管机构撤销的药品
3	WHO临床指南不再推荐的药品
4	很少使用或很少从国际供应机构如联合国儿童基金会(UNICEF)购买的药品

明确:《WHO 示范目录》的调入、变更或调出申请需通过WHO 的相关部门提交到专家委员会的秘书处,且申请需要提供详尽的资料。至此,WHO 药品评价方法开始主要采用循证评价和药物经济学评价。

2010年,WHO 又一次发布新规定,要求申请者在适当时候应以证据质量分级和GRADE 表格的形式提交药物的相对有效性和安全性证据^[4]。这是2003年WHO 修订《WHO 指南制定手册》、尝试运用GRADE 方法以来,首次将GRADE 表格运用于基本药物的遴选和评价之中^[5]。

2 我国《国家基本药物目录》动态调整程序历史沿革与现状

2.1 我国《国家基本药物目录》动态调整程序历史沿革

我国《国家基本药物目录》动态调整程序经历了4个重要时间节点:(1)1979年,我国政府积极回应并参与WHO 基本药物行动计划,开始着手《国家基本药物目录》的制定工作^[6];(2)1982年,我国公布了第1版《国家基本药物目录》;(3)1996年,我国首次将中成药纳入《国家基本药物目录》,并增加了基本药物遴选“中西药并重”这一原则,形成了我国《国家基本药物

目录》的一大特色;(4)2013年5月,我国开始施行最新的2012年版(即第8版)《国家基本药物目录》。

2.2 我国《国家基本药物目录》动态调整程序现状

2.2.1 我国对基本药物的相关描述 我国对基本药物的相关描述如下。①我国对基本药物的定义:基本药物是适应基本医疗卫生需求、剂型适宜、价格合理、能够保障供应、公众可公平获得的药品。政府举办的基层医疗卫生机构全部配备和使用基本药物,其他各级医疗卫生机构也都必须按规定使用基本药物^[6];②我国对基本药物的遴选原则:国家基本药物遴选应当按照“防治必需、安全有效、价格合理、使用方便、中西药并重、基本保障、临床首选和基层能够配备”的原则,结合我国用药特点,参照国际经验,合理确定品种(剂型)和数量^[6]。③我国制定基本药物目录的目的:在相关文件中没有明确论述,但从各方面的信息综合来看,与WHO的制定目的基本相同。

2.2.2 我国《国家基本药物目录》动态调整机构、成员结构及调整周期 我国国家基本药物工作委员会负责协调、解决制定和实施国家基本药物制度过程中各个环节的相关政策问题,确定国家基本药物制度框架,确定《国家基本药物目录》遴选和调整的原则、范围、程序和工作方案,审核《国家基本药物目录》;各有关部门在职责范围内做好《国家基本药物目录》遴选和调整工作^[6]。

我国国家基本药物工作委员会由国家卫生和计划生育委员会、国家发展和改革委员会、工业和信息化部、监察部、财政部、人力资源和社会保障部、商务部、国家食品药品监督管理局、国家中医药管理局组成。办公室设在国家卫生和计划生育委员会,承担国家基本药物工作委员会的日常工作。按照国家基本药物工作委员会确定的原则,国家卫生和计划生育委员会负责组织建立国家基本药物专家库,并报国家基本药物工作委员会审核。专家库主要由医学、药学、药物经济学、医疗保险管理、卫生管理和价格管理等方面专家组成,负责国家基本药物的咨询和评审工作。

《国家基本药物目录》在保持数量相对稳定的基础上,实行动态管理,原则上3年调整1次。必要时,经国家基本药物工作委员会审核同意,可适时进行组织调整。

2.2.3 我国《国家基本药物目录》调整程序 我国制定《国家基本药物目录》的程序:①从国家基本药物专家库中,随机抽取专家成立目录咨询专家组和目录评审专家组。咨询专家不参加目录评审工作,评审专家不参加目录制订的咨询工作。②咨询专家组根据循证医学、药物经济学对纳入遴选范围的药品进行技术评价,提出遴选意见,形成备选目录。③评审专家组对备选目录进行审核投票,形成目录初稿。④将目录初稿征求有关部门意见,修改完善后形成送审稿。⑤送审稿经国家基本药物工作委员会审核后,授权国家卫生和计划生育委员会发布^[6]。我国没有独立的药品调入和调出基本药物目录程序,调出基本药物目录的几种情形详见表2。

2.2.4 我国《国家基本药物目录》药品评价方法 在我国《国家基本药物目录管理办法(暂行)》第十二条中规定:“国家基

表2 我国《国家基本药物目录》调出药品原因

Tab 2 Cause of turning out drugs from National Essential Medicine List in China

序号	调出药品原因
1	药品标准被取消
2	国家食品药品监督管理局撤销其药品批准证明文件
3	发生严重不良反应
4	根据药物经济学评价,可被风险-效益比或成本-效益比更优的品种所替代
5	国家基本药物工作委员会认为应当调出的其他情形

本药物目录遴选调整应当坚持科学、公正、公开、透明;建立健全循证医学、药物经济学评价标准和工作机制,科学合理地制定目录;广泛听取社会各界的意见和建议,接受社会监督”。但在现实操作中,目前我国药品评价多依靠专家经验,缺少科学而有力的证据支持。药物经济学已经纳入考虑指标,但更多的是关注药品单价,很少考虑药物在整个治疗期间的费用与效果比。我国暂时没有循证医学和药物经济学的专业评价机构,也缺乏民间独立研究成果引入药物遴选过程的机制,且遴选专家对民间独立研究的结果不够重视。

3 《WHO 示范目录》与我国《国家基本药物目录》动态调整程序比较

从前文中可以看出,《WHO 示范目录》动态调整程序具有公开透明、自下而上、证据为主和有章可循的突出特点。更多方面的《WHO 示范目录》与我国《国家基本药物目录》动态调整程序比较详见表3。

表3 《WHO 示范目录》与我国《国家基本药物目录》动态调整程序比较

Tab 3 Comparison of dynamic adjustment process of National Essential Medicine List between WHO and China

序号	项目	WHO 示范目录	我国国家基本药物目录
1	透明度	WHO 网站上公开、透明	政府主管部门内部公开、不透明
2	程序方向	自下而上	自上而下
3	评价方法	循证医学、药物经济学	专家经验
4	评价依据	有明确文字材料	缺少明确文字材料
5	负责主体	专家委员会(来自学科领域)	工作委员会(来自行政部门)
6	委员会成员结构	较全面,有国际公共卫生、指南开发方法学、文献系统检索方法学、风险评估等	不全面,无指南开发方法学、文献系统检索方法学、风险评估、公共卫生和公共政策等
7	配套制度	申请指南(提交材料详细说明)	无工作指南、技术细则
8	疾病谱	有,覆盖85%的常见病	无疾病谱,无覆盖数据
9	独立的调入和调出程序	有	无
10	程序过程	申请-循证-决策	评价-审核-修改-授权发布
11	调整周期	2年	3年

4 我国《国家基本药物目录》动态调整程序存在的问题

前文中,笔者将《WHO 示范目录》与我国《国家基本药物目录》动态调整程序相关方面进行了比较,分析出了11项差异,但有差异并不一定都是我国存在的问题,也不一定都是主

要问题,下面对我国目前存在的主要问题进行探讨。

4.1 我国《国家基本药物目录》动态调整程序透明度较差

一方面,我国《国家基本药物目录》遴选及调整程序几乎找不到对专家意见或者工作进展公开信息的要求,而是在基本药物工作委员会内部进行。调整后的目录经有关部门审查合格后,由政府部门自上而下发布文件。

另一方面,专家库成员管理基本处于“暗箱”状态。如专家遴选原则、标准、方式和指标体系,专家可信度的评估方法,专家评价权重的设定及投票方式的研究,专家评价方法,专家绩效考核指标体系、方式和内容,专家的奖励与惩罚等都处于模糊和不可知状态。不透明可能使其对工作的责任感不强,也使公众对基本药物目录的权威性产生怀疑,进一步影响基本药物制度实施的效果。

我国《国家基本药物目录》调整程序较低的透明度,使得公众等利益相关者无法通过有效途径了解基本药物目录动态调整工作的进展情况,而管理部门也无法更广泛地采纳来自不同利益相关者的意见,致使调整工作进一步完善的可能性和及时性大大减少。

透明度不高的原因有多种,主要原因是:(1)我国的管理方法所致。从管理理论角度来讲,管理方法的发展经历了任务管理、参与管理、民主管理和权变管理4个渐进的阶段^[7],我国的管理方法在很多方面还处于任务管理阶段。(2)对社会系统的认识所致。社会三大部门理论认为,一个健康、完整的社会系统是由三个部门组成,即政府(第一部门)、企业(第二部门)和非营利组织(第三部门),他们分别构成了行政资本、市场资本和社会资本^[8]。政府追求国家利益最大化,企业追求商业利益最大化,非营利组织追求人类利益最大化。越是发达国家,其第三部门的作用越得以体现,反之亦然。最高境界是三大部门作用均衡。我国在管理上的透明度不高,是第一部门(政府)作用强大,第二和第三部门作用偏弱的表现。

4.2 我国《国家基本药物目录》自上而下的动态调整程序影响其实施效率

与《WHO示范目录》调整自下而上的申请程序相反,我国《国家基本药物目录》调整多在政府内部进行,自上而下地进行调整。这种调整程序有两个弊端:其一,限制了公众等利益相关者的积极参与,仅从政府角度对基本药物目录进行强制调整,这种强制制定的基本药物目录在实施过程中势必缺乏效率;其二,增大了专家的工作量,容易出现差错。

4.3 我国基本药物遴选评价方法多依靠专家经验,主观因素较多

自2002年起,《WHO示范目录》的药品遴选评价方法从基于专家经验转向循证方式,即组织专家利用循证医学和药物经济学的方法进行科学评价。WHO采取申请-循证-决策的遴选过程:申请者必须提供循证依据,经遴选委员会汇总和讨论之后以技术报告形式公开药物进入、剔除和调整的原因,最终形成适用于各级医疗卫生机构的示范目录。我国《国家基本药物目录》也是组织专家进行遴选评价,但主要以专家个人经

验进行^[9],适当考虑医疗卫生机构药品配备现状和功能定位以及人们基本用药需求,缺乏客观指标或标准。

我国采取专家经验遴选评价的方法在实际操作时存在较大的主观性和随意性。如专家对基本药物品种的选择及其治疗方案的有效性、安全性和经济性的综合评分均来自个人经验,多是综合性、宏观性和概念性的评价;评分缺乏客观指标和证据支撑,且综合评分中分值权重的确定亦无合适标准;尤其是同类品种过多,缺乏科学评价标准和方法,难以评判优劣。这种以主观经验而非客观指标和证据支撑作为主要参考依据的遴选评价方式,科学性不够高,容易形成由于组成的专家不同而导致结果不同的局面。究其原因在于我国还缺少可以与基本药物的遴选原则相“对接”的具体指标及标准,这导致了不同专家对遴选原则的把握和理解程度不一。

4.4 我国《国家基本药物目录》动态调整程序可操作性不强

《国家基本药物目录管理办法(暂行)》仅对我国《基本药物目录》制定程序作了概括性的说明,即评价、审核、修改和授权发布的过程,而对于如何申请、申请应提交哪些材料及评价与审核的具体流程和技术要求未作出详细说明。再如,我国《国家基本药物目录》遴选原则中提出了“中西药并重”的原则,但在操作层面还缺乏明确标准。1996—2012年的7个《国家基本药物目录》版本中,中成药所占比例从30%到70%不等,究竟哪个比例或哪个比例区间是符合原则的,尚没有明确标准,这使得遴选原则落实艰难^[9]。目前,多方面的研究和观点都认为中成药基本药物的品种少^[10],但究竟怎样才算不少还缺乏衡量标准。可操作性不强造成了目录调整的效率降低。我国历版《国家基本药物目录》载药品情况详见表4。

表4 我国历版《国家基本药物目录》载药品情况

Tab 4 The drugs included in every version of *National Essential Medicine List* in China

发布年份	基本药物总数	西药种数	中成药种数	中成药占比, %
1982	278	278		
1996	2 398	699	1 699	70.9
1998	2 073	740	1 333	64.3
2000	2 019	770	1 249	61.9
2002	2 001	759	1 242	62.1
2004	2 033	773	1 260	62.0
2009	307	205	102	33.2
2012	520	317	203	39.0

5 完善我国《国家基本药物目录》动态调整程序建议

5.1 提高我国《国家基本药物目录》动态调整程序透明度

建议在国家卫生和计划生育委员会官方网站上将相关内容更全面地公开发布、征求意见、接受监督。网站上公开发布的内容包括:调整程序,评价过程与结果,专家成员的遴选标准,药品调入、调出的原因等有关信息。

5.2 建立自上而下与自下而上相结合的动态调整程序

目前,我国已经有了自上而下的《国家基本药物目录》调整基础,在不断完善的的同时,可以建立辅助的自下而上的调整方式,制定相关政策和原则,鼓励政府部门、企业或个人进行申报,逐渐与WHO的自下而上调整程序接轨。对我国《国家

基本药物目录》自下而上的调整程序建议详见图2。

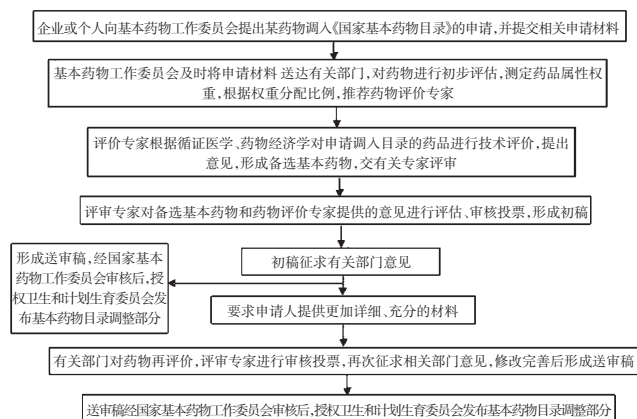


图2 我国《国家基本药物目录》自下而上动态调整程序
Fig 2 The dynamic adjustment procedure of National Essential Medicine List in China

5.3 健全《国家基本药物目录》动态调整程序的配套制度

《国家基本药物目录》的调整需要一系列配套制度,只有配套制度逐步完善,调整程序才能发挥有效作用。建议尽快建立《国家基本药物目录》动态调整程序工作指南和技术细则,使调整工作有章可循,进一步保障工作效率。具体内容包括:(1)要明确规定调入目录是否需要企业申请,以及申请的具体程序和所要提供的必要材料;对需要调出的情况也要作出明确规定。(2)对负责《国家基本药物目录》动态调整的部门和人员,要规定其工作范围和职责,使其能够明确自己的工作内容,更加准确有效地开展工作。(3)规范基本药物调入、调出的申请和评审的程序指导。其他还包括:尽快建立国家疾病谱;建立《国家基本药物目录》调整网络监督系统;在建立药品遴选数据库基础上,建立药品属性评价体系,通过准确评价药品属性,为确定不同领域专家提供客观依据等。

5.4 加强我国基本药物循证医学和药物经济学评价

基本药物循证医学和药物经济学评价比专家经验更具有科学性和说服力,因此我国应努力创造条件,逐步采用这种药物评价方法,舍弃专家经验评价方法。在循证医学评价方面,我国《国家基本药物目录》调整过程中要注重药物调入或调出的客观证据。具体措施可考虑发挥第二部门和第三部门作用的方法,包括鼓励建立国内市场化的专业评价机构;通过与Cochrane协作网等国际循证医学组织展开密切合作,获得充足的药物有效性、安全性等支持性证据^[9]。在药物经济学评价方面,充分考虑我国的经济状况、医疗保障水平等,反复权衡药物治疗成本与相应的治疗效果是否是最经济有效的,从而制定更合理的药品价格,控制药品费用增长,从根本上解决我国“看病贵”的问题。

5.5 优化专家库管理

我国目前的调整决策和结果与专家库的建立和管理有着

密切的联系。应加强对专家库的管理,加强以下几方面的工作:专家成员遴选原则、范围、方式和指标体系;建立专家可信度评价方法;研究专家评价权重的设定及投票方式;建立专家绩效考核指标体系和专家奖励与惩罚体系。此外,专家库的遴选范围还应在目前基础上补充指南开发方法学、文献系统检索方法学、风险评估、公共卫生、公共政策、临床医学、卫生行政管理、药学(药理学)、经济学、统计和流行病学和药事管理等方面专家代表,使《国家基本药物目录》的调整能从多角度考虑,并且能够站在我国特殊的大环境背景中,确定《国家基本药物目录》的调整方向,并根据不同类别基本药物更新对不同领域专家进行合理分组,以保证专家结构优化。

6 结语

我国《国家基本药物目录》调整程序的完善是一个复杂而庞大的工程,已经进行的8次调整,虽然取得了一些成绩,但要想做好此项工作,还有很多问题需要解决,并将耗费大量人力、物力和财力,有待药学界同仁共同努力。

参考文献

- [1] 朱文涛,张娜.国内外基本药物制度建立与推行模式的比较研究:以中印两国对比为例[C]//2008年中国药学会学术年会暨第八届中国药师周论文集.石家庄:中国药学会,2008.
- [2] 甘泉,金有豫.世界卫生组织基本药物示范目录:第11次修订[J].中国药学杂志,2001,36(10):701.
- [3] 戴秋萍,李延敏,杨悦.世界卫生组织基本药物遴选程序与具体评价方法研究[J].中国药房,2011,22(8):685.
- [4] 李幼平,沈建通.基本药物目录遴选与使用的发展与创新[J].中国循证医学杂志,2013,13(11):1273.
- [5] 张川,王莉,袁强,等.我国基本药物目录、基本医疗保险药物目录和WHO基本药物目录比较[J].中国循证医学杂志,2009,9(7):765.
- [6] 卫生部.国家基本药物目录管理办法:暂行[S].2009.
- [7] 陈晶.组织行为学[M].长春:东北师范大学出版社,2011:37.
- [8] 陈晶.我国执业药师协会发展对策研究[D].沈阳:沈阳药科大学,2008.
- [9] 佚名.我国历版《国家基本药物目录》收载药品情况怎样[EB/OL].(2008-02-26)[2014-10].<http://www.sda.gov.cn/WS01/CL0446/28067>.
- [10] 高军,聂晨.尊重中医药特点,完善中药基本药物目录:全国政协委员、中国中医药研究院原党委书记姚乃礼谈如何促进中医药发展[J].首都医药,2012(7):23.

(收稿日期:2014-10-29 修回日期:2014-11-27)

(编辑:申琳琳)

《中国药房》杂志——《中国科学引文数据库》(CSCD)源期刊,欢迎投稿、订阅