

基于国际经验的我国“医药分业”研究及启示^Δ

刘诗洋*,黄智然,于凯,司文,孙静#,刘远立(中国医学科学院/北京协和医学院公共卫生学院,北京100730)

中图分类号 R199 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2017)18-2463-05
DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2017.18.05

摘要 目的:为进一步推进符合我国国情的“医药分业”政策实施提供参考。方法:基于文献研究、知情人访谈及实地考察和调研等研究方法,比较东、西方典型国家“医药分业”的不同发展状况,探讨我国实施“医药分业”的制约因素,总结“医药分业”的国际经验对我国的启示。结果与结论:我国实施“医药分业”存在着以下四方面制约因素:药师职业化发展缺乏法律体系支撑;医药价格体系和医院筹资体系不合理;患者处方所有权和调剂选择权被医院垄断;患者用药安全难以保障。我国“医药分业”改革需遵循社会和经济规律,适时、因地制宜地推进,但仅靠“医药分业”一项措施不可能实现控制医疗费用和合理用药的目标。要更好地实现改革既定目标,还应加速《药师法》立法,明确药师责任,通过经济杠杆引导医师用药行为。

关键词 医药分业;门诊药房;零售药店;国际经验;启示

Study and Enlightenment on “Separation of Prescribing and Dispensing” in China Based on International Experiences

LIU Shiyang, HUANG Zhiran, YU Kai, SI Wen, SUN Jing, LIU Yuanli (School of Public Health, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, Beijing 100730, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To provide reference for further promoting the implementation of “separation of prescribing and dispensing” policy which fit China’s national conditions. METHODS: Based on literature review, informant interview, and field investigation the development of “separation of prescribing and dispensing” were compared between typical eastern and western countries. Constraints of “separation of prescribing and dispensing” in China were explored, international successful experiences were summarized to inspire appropriate implementation of this policy in China. RESULTS & CONCLUSIONS: There are four constraints in the implementation of “separation of prescribing and dispensing” in China. Firstly, the legal foundation is yet established for the professional development of pharmacists. Secondly, the medicine pricing and hospital financing systems are unreasonable. Thirdly, patients’ ownership of prescriptions and right of dispensing options are monopolized by hospitals. Fourthly, safety of medicines use is yet ensured. “Separation of prescribing and dispensing” should follow the rules of social and economic development and should be adjusted to adapt local conditions. “Separation of prescribing and dispensing” policy itself may not help to achieve the objectives of cost containment and rational use of medicines. To achieve the intended objectives, legislation of *Pharmacist Law* should also be accelerated to clearly define the role of pharmacist and guide the behavior of prescribers with economic levers.

KEYWORDS Separation of prescribing and dispensing; Outpatient pharmacy; Community pharmacy; International experience; Enlightenment

[14] 方剑春.互联网第三方平台叫停O2O的春天是否到来[EB/OL]. (2016-08-16) [2017-06-08]. <http://www.cnpharm.com/hangye/201608/16/c87199.html>.

[15] 商务部. 2015年药品流通行业运行统计分析报告[EB/OL]. (2016-06-03) [2016-12-17]. <http://sczxs.mofcom.gov.cn/article/dyplwz/bh/201606/20160601332172.shtml>.

[16] 杨存,郑晓瑛.我国药品流通领域的现状以及思考[J].中

Δ基金项目:中央级公益性科研院所基本项目;国家卫生计生委药政司委托研究课题(No.药政[2016]9号)

*硕士研究生。研究方向:公共卫生政策。E-mail:18811509502@163.com

#通信作者:副教授,博士。研究方向:药物政策与卫生政策。E-mail:sunjing@sph.pumc.edu.cn

国卫生经济,2011,30(3):87-90.

[17] 郭凡礼,杜岩宏,申正远,等.2017-2022年中国医药流通行业商业模式与投资机会分析报告[R].深圳:中投顾问,2016.

[18] 吴锦.我国网上药店发展现状及对策[J].中国药房,2013,24(9):862-864.

[19] 谢明,邹敏,彭宁.医药企业电子商务物流若干问题的探讨[J].全国商情,2011,26(3):19-20.

[20] 洪萍.医药物流社会化发展的探索[J].医药论坛,2013,19(34):22-24.

(收稿日期:2017-01-03 修回日期:2017-04-20)

(编辑:申琳琳)

我国为改革卫生体制内“以药养医”的扭曲的市场机制,自1997年开始推行医疗支出、药品支出分开核算和分别管理的改革,随即以医院门诊药房为对象展开了“医药分业”探索。然而,该项政策面临着来自医院方面的巨大阻力。2000—2015年,我国公立医院药品收入占总收入的比例由42%降至36%^[1],虽然药品收入占比在不断下降,但“医药分业”仍意味着医院将失去占总收入15%以上的(由约18%降至15%)的门诊药品收入。药品零售业和互联网在医药领域的快速发展正触动医院门诊药房的利益。2000—2015年,我国药品总费用中门诊药品费用占比从37%下降到31%,零售药品费用占比则从28%增长到33%^[2]。随着医改的逐步深入、分级诊疗的不断推进和药品“零差率”政策的全面实施,公立医院需要重新对门诊药房服务进行定位,其垄断门诊患者用药的局面必将扭转。基于上述背景,在我国适时推进“医药分业”改革并给予必要的政策支持是下一阶段医改面临的重要课题之一。本文中,笔者基于文献研究、知情人访谈及实地考察和调研等研究方法,比较“医药分业”在东、西方典型国家的不同发展状况,探讨目前我国实施“医药分业”的制约因素,总结“医药分业”国际经验对我国的启示,旨在为进一步推进符合我国国情的“医药分业”政策实施提供参考。

1 医药分业在西方国家的发展现状

无论是实行以一般税收、社会医疗保险为筹资模式的卫生体制,或是实行以商业医疗保险为筹资模式的卫生体制,西方国家的医院、医师与药品销售之间一般无经济利益关联。

1.1 英国——国家出资管理的零售药店

现代英国卫生服务体系实行典型的“医药分业”制度。医院虽设有药房,但患者可选择到零售药店购买药品。全科诊所不设药房,患者可凭处方到零售药店取药。作为与医院、全科诊所并列的国家卫生服务制度的(NHS)第三大支柱,零售药店承担门诊药房的职能,是NHS不可或缺的重要组成部分。零售药店的所有者必须是药师、药师合伙人或由药师管理的私人公司。零售药店由药学委员会、皇家药学会和药学服务协调委员会3个全国性组织进行管理,通过NHS Choices网站向社会公布批准的零售药店名单及信息,并对药店的服务进行管理和支付处方服务费用。零售药店主要向居民提供三类服务,包括:为电子处方配药、针对慢性病患者长期处方的重复配药等基本服务;为特殊用药人群提供咨询和药品使用评估服务;少数NHS地方临床执行委员会或公共卫生机构根据需要外包的采购服务^[3-4]。

1.2 美国——高速发展的药品零售业

现代美国卫生服务体系也实行典型的“医药分业”制度。医院设住院药房,不设门诊药房,医院药师主要开展临床药学服务。门诊患者必须到零售药店购药。药店药师会对处方先进行评价,一旦发现存在用药不合

理或安全隐患,会致电开处方的医师,要求其对方进行修改,形成对方方的监督机制。“医药分业”在美国的实现除了依托私人医疗保险制度,还与美国高速发展的药品零售业密不可分。近年来,随着美国卫生服务体系关注焦点逐渐向预防保健、患者教育和疾患控制转移,以及整个社会对疾病预防重视程度日益增加,人们希望社区药师承担起疾病预防的重任,在提供合理用药咨询服务的同时,对疾病进行有效的前期控制。这一趋势将使零售药店最终成为兼具健康药房、保健服务中心和便利商店等特点的综合性社区药品服务终端。

1.3 北欧——逐步开放的药品服务市场

北欧各国也都实行彻底的“医药分业”制度。医院或医疗服务中心不向患者出售药品,患者持医保卡前往任何一家零售药店刷卡提取处方,零售药店照单给药。20世纪前后,基于政府医疗支出不断上涨等政治、经济原因,北欧各国均开始不同程度地开放了原来由政府严格控制的药品服务市场。冰岛允许非药师拥有并经营零售药店,政府对零售药店的位置和数量的控制开始松动,允许处方药参与市场竞争,政府只制定最高限价。挪威不仅允许非处方药在社会药店以外的机构(如超市、药妆店)销售,还允许社会药店与批发商合并,由此催生了一批跨国药品批发商直接合并本土社会药店建立的大型连锁药店,并占据了85%的药品销售市场份额。瑞典正在尝试由药师根据患者个人需要提供用药咨询服务,帮助患者安全用药^[5]。

2 “医药分业”在东方国家的演进历程

东方国家最初普遍建立的是“医药合业”的卫生体制。19世纪末20世纪初,西方国家通过殖民或半殖民使东方国家开始认识并学习西方的政治制度与工业技术,而部分东方国家在“医药合业”的弊端日益显现后,也开始尝试将西方的“医药分业”本土化。

2.1 韩国——强制推行的激进式“医药分业”改革

“医药分业”前,韩国医院和诊所都设有门诊药房。医师与药师长期共同拥有处方权与配药权,收入与药品销售直接挂钩,药品销售加成有的高达近50%。医师通过引进高端设备、多做手术、开大处方等手段增加收入,过度利用或滥用药物的情况十分普遍,医药费用居高不下。韩国“医药分业”改革始于1953年制定的《药师法》,其中对于药师在药店内进行配药的规定初步体现了将“医”与“药”分开的设想。1998年,韩国政府将“医药分业”作为100个国家施政目标之一^[6],期望通过将医师与药师的职能分离减少药害事件,改进医疗服务水平与适宜性,提高药物使用效果,进而降低医药总支出。政府拒绝了改革仅限于未设专职药师和药房的一般医院和私人诊所的提案,强制关闭了所有综合医院、大学附属医院及公共卫生中心的门诊药房,要求患者获得处方后必须去社会零售药店配药,并将注射剂也纳入“医药分业”范畴。“医药分业”改革推行后,韩国政府为药师设置

了处方调剂费作为补偿,大幅度提高了药师可自由调剂的非处方药比例;还采取了类似我国药品“零差率”销售的措施,将患者的药品支付价格降低到与医院或私人诊所实际向药品生产商支付的价格一致,直接导致了医师收入水平的降低。政府在医师集体大规模持续罢工的压力下,不得不通过提高医师诊疗费用和处方药占比、增设医师处方费和限制药师用通用名药品替代商品名药品等政策补偿医师因实行“医药分业”而减少的收入^[7]。

韩国激进式的“医药分业”改革,是在政府的强制推行下进行的,遭遇到了各利益团体强烈抵制,政策措施发生了扭曲,通常被当作失败的案例。激进的改革措施带来“断崖”式的利益调整,在快速实施“医药分业”改革的同时,造成巨大的矛盾,改革成效受到广泛质疑。一是强制推行“医药分业”加深了利益相关方之间的矛盾,造成各方在药品利益分配上的激烈冲突。医师作为利益受损最严重的一方,通过罢工迫使政府大幅度提高医师诊疗费。这不仅增加了政府卫生投入,还造成韩国医保基金赤字,导致医保付费方式改革被迫无限期推迟。二是强制推行“医药分业”改革缺乏相关制度支撑和良好的实施环境。此项改革意在改变药品供给和消费的低效率状态,降低药品过度使用和不当使用,控制药品费用支出。但改革的结果却是医师与药师为了补偿所损失的利益,采用各种手段来提高门诊费与药费。医师故意增加门诊次数,进行不必要的医疗检查,增加用药天数等,医师处方导向从高质量药品转向高差价药品。药师为了吸引更多的处方药购买者,向推荐患者到其药店买药的医师提供回扣,并在医师处方中另行增加非处方药和非保险覆盖的服务项目。韩国的“医药分业”改革形成了“医药合谋”的局面,高价药品应用增加,跨国药企的国内市场占有率膨胀,未能成功地控制药品费用增长^[8]。

2.2 日本——稳步推行的渐进式“医药分业”改革

日本是东方国家中较早开始推行“医药分业”改革的国家,但其改革没有采取激进的强制推行方式,而是循序渐进式改革,在不改变医疗卫生体制基本结构的前提下,平衡系统中的关键因素。日本在战后接受联合国指导进行全面社会改革,建立“医药分业”制度。1956年,《医药分业法》的颁布并未付诸实践,直至20世纪70年代后半期,“医药分业”制度才在全国范围内的公立、私立医院和家庭药房迅速展开。医师开具处方但不配药(患者优先选择医师配药除外),药师根据医师处方调配药品,并有服药依从指导、出售非处方药、建议患者咨询医师的权利。政府设置“处方流出费”和“专业技术服务费”补偿医师,设置“基本调剂费”、“药品服用记录指导费”补偿药师。药品批发价由市场自由制定,政府参考上一年的零售和平均交易价格每年更新零售价。

日本在医院外调剂药品的处方比例从1989年的

11.3%增长到2014年的68.7%^[8]。这主要归功于其利用经济杠杆(院内外调剂处方费的差异化制度)实现医师与药师之间专业制约的行政指导原则^[9]。如处方在医院药房调配时,医师的处方费是420日元,当在医院外药局调配时,则医师的处方费是680日元。既鼓励了医师引导患者院外配药,也维护了医师的权益。经过30多年的努力,日本的药品费用占医药卫生总费用的比例出现了大幅度的降低,从1981年的38.7%降到1999年的最低点(19.6%),近年来都在20%左右徘徊^[10]。医院药品购销差价也大幅度降低,从1991年的23.1%降到2009年的8.4%,药品流通环节的利润空间也回归到了正常范围(8%~10%)。卫生总费用增长率不高,2001—2010年,日本医药卫生费用年均增长率约为2%,低于经济合作与发展组织(OECD)成员国4.2%的平均水平^[11]。

2.3 中国——多途径的“医药分业”探索

我国1997年提出将医疗和药品的收入、支出进行分开核算、分别管理^[12]。2000年先后在深圳、南京、常熟、武汉等地进行了改革医院门诊药房为药品零售企业的试点^[13]。推行“医药分业”改革试点的做法包括“收支两条线”、“药房托管”、“药房协管”和“药房剥离”等。虽然这些做法不同程度地将药房的所有权、经营权或者管理权委托给药品销售企业,但本质上依然保留了原有的医疗服务补偿机制,并没有改变公立医院对药品购销的垄断局面^[14]。

2009年,“新医改”开始后,我国为破除“以药补医”机制,从基层医疗卫生机构开始逐步取消药品加成政策。2017年9月30日起,全国公立医院将全部取消药品加成,实行“零差率”销售。医院门诊药房从原来的盈利中心转变为成本中心。许多医院开始主动寻求“医药分业”的“机会”,新一轮药房托管再次出现。公立医院将门诊药房协议委托给药企经营,药企独家配送药品,并向医院收取药品流通费用。医院的获利途径主要有两条:一是向药企按月收取托管费或药品利润分成,二是由药企支付托管药房的人员劳务及管理费用^[15]。即医院通过出售门诊药房的管理权与经营权获取收益。除了“药房托管”模式,“三甲”医院还采取与社会资本合作的方式,在医院附近开设大型社会药房,以此垄断部分市场获利^[16]。实际上,这些做法都并没有实现真正的“医药分业”。而在基层医疗卫生机构则出现了具有积极意义的尝试。如上海市实行社会药店进驻社区卫生服务站,或社区卫生服务站与附近的社会药店共同搭建云平台,通过处方上传和处方外配保障药品及时供应。

3 我国实施“医药分业”的制约因素

3.1 药师职业化发展缺乏法律体系支撑

我国医师管理体系早已建立并制定了《医师法》,行业准入标准较为严格。而《药师法》在我国尚未颁布,药师的地位尚未以法律的形式明确。药师作为一个专业技术群体,只有规范性的文件对其执业行为加以约束,

准入门槛也相对较低。药师的专业服务职能尚未在医疗服务价格体系中得以体现,其社会地位没有得到广泛认可,其药学专业服务水平普遍有待加强。在医院药房工作的药师数量和专业素质上具有一定优势,但仍主要从事药品采购、库存管理以及摆药、发药等劳动密集型服务,临床药学服务刚刚起步。虽然按照《药品经营质量管理规范》的要求,药品零售企业的法定代表人或负责人应当具备执业药师资格,零售药店需配备执业药师方可销售处方药,但该法规的落实力度还有待加强,多数零售药店的工作人员基本为非专业人员,主要从事推销药品的服务,药师驻店提供药学服务的凤毛麟角。在医院和企业工作的药师分别处于不同的人才管理体制和机构运行机制下,两个药师群体间的流动和融合困难,药师职业化发展障碍颇多。

3.2 医药价格体系和医院筹资体系不合理

“医药分业”后,医院的主要收入将只由医疗服务收入和财政补助两部分组成。由于我国长期以来对医疗服务价格制订都是采取低价政策,纵使新一轮医疗服务价格调整在全国已基本开始,但要调价到位仍存在困难^[17]。财政补助在公立医院的收入构成中无足轻重,仅占10%左右,还有许多公立医院的政府拨款占其收入的比重甚至不足1%^[18]。医院补贴不到位不仅表现为财政补助占比低,还表现为政策难以落实。各级政府卫生支出不同程度地受到经济发展的制约,对医疗卫生领域的投入在很大程度上取决于决策者的政治意愿,缺少法律的量化规制。一旦决策者的健康投资观念缺失,就会导致财政投入落实困难。另外,医疗服务体系存在管方、供方、需方、保方的利益博弈,且各利益主体行为复杂,在财政投入量化落实上难以达成一致。在现有医疗服务价格和财政补助均无法大幅提高的局面下,绝大多数医疗卫生机构将面临实施药品“零差率”销售后的财务困境^[19]。

3.3 患者处方所有权和调剂选择权被医院垄断

与西方国家相比,在“医药合业”的情况下,我国门诊患者就诊后一般都会在医院门诊药房调剂药品。由于医院在用药上处于垄断地位,有的医院甚至不给患者打印处方,医师开具电子处方后,处方跳过患者自动传送到收费和药房部门。即便患者愿意通过货比三家的方式到信任的零售药店去调剂药品,即使有互联网公司提供货比三家和送药上门的免费服务,患者实际上也没有调剂药品的选择权。另外,就算患者拿到处方后愿意到自己信任的零售药店调剂药品,但由于政策制约,并不能保证其可以像在医院药房调剂药品一样获得医保报销及时结算,或根本无法报销。患者的处方所有权和调剂选择权得不到保证,就意味着医院对用药的垄断没有被打破,阻止医师和医院凭借用药垄断地位获利的屏障就建立不起来。

3.4 患者用药安全难以保障

我国公立医院的药品通过省级集中采购平台统一议价、采购,进货渠道清晰,生产到销售全流程可追溯,在一定程度上保证了药品质量。而零售药店药品来源复杂,仓储条件和药品管理水平参差不齐。在“医药分业”模式下,零售药店的药师需要承担起审核处方和为患者提供用药指导的责任。然而,如前所述,目前零售药店配备药师的相关规定在我国尚未得到有效落实,更谈不上要求其提供有质量保证的药学服务、进行处方复审和指导用药,从而无法保障患者用药安全。

4 “医药分业”的国际经验对我国的启示

4.1 遵循社会和经济规律适时进行因地制宜的改革

西方国家建立“医药分业”制度是自然演进的过程。在各国卫生服务体系建立之初,医师和药师就有各自的专业范围和业务内容。随着社会经济发展和科学技术进步,医学和药学专业人才向各自职业化方向发展,形成“医药分业”运行的局面。医院门诊药房社会化与社区卫生服务“守门人”制度是相匹配的。医师自由执业,以服务收费为主要收入;零售药店药师则专职售药和指导用药。政府或医疗保险机构向“守门人”和零售药店分别购买服务。

而传统的医师负责处方、药师负责调剂药品不同的是,近年来,美国、加拿大和英国等国为解决家庭医生人力资源不足、成本过高等问题,希望通过赋予药师处方权提高资源配置效率^[20]。因此,“医”与“药”应不应该分、何时分、如何分,相关改革应基于具体国情和社会发展阶段审慎推进。我国作为一个有着长期“医药合业”历史的国家,需要全面考虑医保报销、基层医疗与药学服务的覆盖水平和供应质量是否有充分能力保证“医药分业”实施后的顺畅衔接。

4.2 不要寄希望于仅靠“医药分业”一项措施实现控制医疗费用和合理用药的目标

韩国在原本“医药合业”的卫生体制下实行“医药分业”改革,期望通过借鉴西方国家“医药分业”的做法促进合理用药,控制药品费用的快速增长。但政府在缺乏充分准备和制定好适宜实施策略的情况下推行了激进式的“一刀切”改革,面对强势的医师和药师群体,不得不一味作出妥协和让步,从而陷入医师与药师“合谋”、药品费用和社会医疗保险支出快速增长的困境^[21]。

在瑞士,“医药分业”与“医药合业”模式并存。最近一项关于瑞士“医药分业”与“医药合业”地区医师处方行为比较的研究显示,相比“医药分业”地区,“医药合业”地区医师的每处方平均药品数量高2.5%,医师处方通用名药比例显著增高(瑞士通过给予医师和药师较高的通用名药折扣价格,鼓励使用通用名药),次均药品费用降低了7%,医师诊疗量显著增加,而两个地区的患者次均医药总费用并无显著差异^[22]。显然,仅仅“医药分业”一项措施不是实现控制医疗费用和合理用药的“灵

丹妙药”。

4.3 加速《药师法》立法,明确药师责任

无论是早已实现“医药分业”的西方国家,还是正在进行“医药分业”改革的东方国家,都通过《医师法》和《药师法》明确了医师和药师各自的职责和分工,对药品零售业制定了严格的监管措施。零售药店必须配备药师,药师需要具有较高的专业素质,为患者提供处方药调配、非处方药销售、合理用药咨询、药品不良反应监测、同医师共同制订治疗方案、开展健康咨询等服务。药师是“医药分业”后患者用药安全的重要保障。我国早已经出台了《医师法》,当务之急必须尽快完成《药师法》立法程序,严格规范与约束药师的行为,让药师早日明确其专业地位,并加速药学服务能力建设及水平的提高,使得零售药店有能力、有人力承担“医药分业”制度下的处方审核与药品调剂等服务,从而确保“医药分业”得以真正实现。

4.4 通过经济杠杆引导医师的用药行为

与韩国激进式“医药分业”改革相比,日本的“医药分业”表面上是由患者作出配药选择,但事实上则通过为医师制定有效的经济激励机制,从而让其自愿做出放弃医院配药服务的决定。缓和的改革没有引起剧烈的社会动荡,也避免了由此带来的额外负担,通过利用低成本的经济杠杆成功引导医师改变用药行为。由此可见,“医”、“药”分与不分不是关键,关键是使得对医疗服务提供者的激励同合理用药、改善患者健康的目标相一致。因此,医保支付制度与“医药分业”同步改革非常重要,也会促进“医药分业”的改革。通过逐步引入按治疗效果付费或者按治疗质量给予奖励的支付手段,才能真正有助于医疗服务提供者在服务数量与服务数量之间寻求合理平衡。

参考文献

[1] 国家卫生和计划生育委员会.中国卫生和计划生育统计年鉴:2016[M].北京:中国协和医科大学出版社,2016:103.

[2] 国家卫生和计划生育委员会卫生发展研究中心.中国卫生总费用简明资料:2016[R].北京:卫生部卫生发展研究中心,2016:5.

[3] 刘利群.社区药店:英国医疗体系第三支柱[EB/OL].(2016-08-15)[2016-09-30].<http://www.jkb.com.cn/news/overseas/2016/0815/393373.html>.

[4] 娄懿,王淑翠.国外医药分业改革的背景与实践[J].健康研究,2013,33(2):81-84.

[5] Montgomery AT, Kälvemarm Sporrang S, Manap N, et al. Receiving a pharmaceutical care service compared to receiving standard pharmacy service in Sweden: how do patients differ with regard to perceptions of medicine use and the pharmacy encounter?[J]. *Res Social Adm Pharm*, 2010,6(3):185-195.

[6] 李松花.韩国医药分业改革过程及对我国的启示[J].中国卫生经济,2009,28(8):75-78.

[7] 胡善联.韩国实行医药分业政策的教训[J].卫生经济研究,2001(7):23-24.

[8] 山本武道.日本医药分开的过去和现在[J].中国药店,2016,17(3):50-52.

[9] 卢晓阳.日本的医药分业制度及对我国的启示[J].药品评价,2010,7(10):6-9.

[10] 日本内阁官房.医療・介護に係る長期推計[EB/OL].(2011-06)[2016-09-30].<http://www.cas.go.jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai10/siryoul-2.pdf>.

[11] 顾亚明.日本破除“以药养医”机制的借鉴:交易成本的视角[J].卫生经济研究,2014(2):19-28.

[12] 国家卫生计生委.中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定[Z].1997-01-15.

[13] 国家卫生计生委.关于城镇医药卫生体制改革的指导意见[Z].2000-02-21.

[14] 吴晓云.我国医药合业向分业演化的制度分析[D].南昌:江西财经大学,2011.

[15] 医药公信网.医药分业的前世今生[EB/OL].(2014-03-06)[2016-09-30].<http://www.yao1.cn/top-talk/detail/731.html>.

[16] 田边.三甲医院附近狂开新药店,动辄上千平米![EB/OL].(2016-04-29)[2016-09-30].http://mp.weixin.qq.com/s?src=3×tamp=1475248460&ver=1&signature=oeRT9ckmV-NGArVyOjMuVboRSVd8H5q05CrrBYx1y0HsxM0nhoc-ptOllbZZCnDm-3CsCtWBjWbRlOkDzR455LgRwDfiwWLzkGT4Z2-D4JZimMH7tqi*xuUZrtGVWx5*IIISu8MFnntXsmD37TgVLC8thWVhie0NiIYMQdAE.

[17] 21世纪经济报道.完善公立医院补偿机制,新一轮医疗服务价格调整在即[EB/OL].(2016-07-02)[2016-09-30].<http://m.21jingji.com/article/20160702/244f6e0d5924f9d11d8cdd579ebf5ca7.html>.

[18] 唐舜莉.医药分开矛盾重重[J].中国药店,2012,13(5):28.

[19] 看医界.湖南大医院连续三月停付药款[EB/OL].(2016-09-16)[2016-09-30].<http://www.china-pharmacy.com/22415.html>.

[20] Latter S, Blenkinsopp A, Smith A, et al. Evaluation of nurse and pharmacist independent prescribing[EB/OL].(2016-10)[2016-09-30].http://eprints.soton.ac.uk/184777/3/ENPIPfullreport.pdf?bcsi_scan_e4e14c0ed4b1f1ad=0&bcsi_scan_filename=ENPIPfullreport.pdf.

[21] Abramowitz PW, Shane R, Daigle LA, et al. Pharmacist interdependent prescribing: a new model for optimizing patient outcomes[J]. *Am J Health Syst Pharm*, 2012,69(22):1976-1981.

[22] Trottmann M, Frueh M, Telser H, et al. Physician drug dispensing in Switzerland: association on health care expenditures and utilization[J]. *BMC Health Serv Res*, 2016(16):238-249.

(收稿日期:2017-01-03 修回日期:2017-04-30)

(编辑:周 箐)