

我国药品价格体系特点与缺陷及管理对策

陈¹ 梁毅², 常峰² (1. 吉林大学法学院, 长春 130011; 2. 中国药科大学商学院, 南京 210038)

摘要: 由于我国医药卫生管理体制的特殊性, 药品价格的形成及利润分配的流向和其它商品相比有明显差别, 本文从这个差别入手, 分析我国药品价格体系及运作机制缺陷与特点, 并且提出了相应的管理对策。

关键词: 药品价格; 特点; 缺陷; 对策

中图分类号: R95 文献标识码: B 文章编号: 1006- 0111(2001) 04- 0244- 04

我国以前是计划经济, 药品消费主要是在公费医疗的条件下进行的。过去, 医药工商企业的产销、价格和利税都是由国家计划安排, 医院医生主要工作任务就是给患者治病, 病患者去医院, 最关心的是医生的业务水平。现在, 随着市场经济的逐步确立, 医药工商企业不仅要关心产值利税, 还要关心市场和客户; 医院在国家投入严重不足并且严格控制医疗服务收费的情况下, 不得不通过药品销售的所得利润进行补偿; 由于国家对公费医疗享受范围和投入的控制日渐趋紧, 病患者去医院看病关心的不只是医生的业务水平和责任心, 而且越来越关心所支出的医药费用。在这些因素的共同作用下, 我国药品价格体系及其运作机制有了鲜明的特点。

1 药品价格体系特点及缺陷分析

1.1 药品价格居高不下

药品价格高的第一层含义是指药品单价偏高; 现在治疗感冒之类的病, 通常必须花费几十元甚至上百元钱, 对于许多人尤其是那些因单位效益不佳而无法足额报销医药费用的职工、下岗职工和没有公费或保险资助的人群如广大农民来说则更是一笔很大的支出, 这也使许多企事业单位不堪重负。从1990年到1997年, 患者平均每次门诊药费由7.4元上升到32.3元, 平均每次住院药费由260.6元上升到1091.2元(笔者于1998.7走访上海市物价局罗惠民同志所得资料)。据江苏省统计, 1998年, 全省三级医院平均门诊人次药品费用为99.7元, 有的医院高达150元^[1]。在农村这种压力带来的问题更为突出, 贫困户中因病致贫的就占了20%~30%, 有的地方甚至高达60%以上^[2]。药品价格高的第二层含义是指用药结构不合理, 主要是高价药使用过多。随着科技的发展大量新特药不断被研制开发上市, 优质的进口药品纷纷进入我国市场, 这种情况下, 医生进行适当的用药结构调整也属正常, 但这必

须要和人们的实际生活水平相适应。1990年全国药品销售中, 普药占69.6%^[3], 而到了1997年, 北京、上海、广州等国内一些大中城市价格较高的新药、进口药品分别占销售总额的50%、56%、72%^[4]。高价药品的大量使用, 使医药费用的支出猛增。据统计, 如果把1980年医药消费水平定为1, 到1995年已高达150^[5]。药品价格的涨幅远远超过人们收入的增长。

1.2 药品价格的上扬并没有给医药工商企业带来良好的经济效益

一般认为药品价格的攀升, 医药工商企业应该是最大的受益者, 但实际情况并非如此。1998年全国医药工业总产值为1630亿元, 比上年增长14%, 工业增加值完成457亿元, 比上年增长12%, 而工业企业利润仅完成68亿元, 与上年持平, 增长为零。商业销售完成1080亿元, 较上年增长8.1%, 完成利润3亿元, 反而较上年下降25%, 利润率仅为0.27%^[6]。让利、回扣这一营销策略在医药市场中一直盛行, 让利幅度已由开始时进货额的1%~2%上升到15%, 后来高达近50%^[7]。医药工商企业不仅要给医院让利, 还要给有关个人, 如医院分管院长、药剂科主任、主方医生等数额可观的回扣。1998年, 医药工商企业全年利润共71亿元, 而同期给医院的让利也是71亿元^[8], 其中还不包括给有关个人的各种违法违规的支出。让利、回扣或提成的多少一般来说依赖于药品的国家牌价和成本价之间差价的高低。企业要达到这个高差价, 途径主要有两条: 一是降低成本, 二是想办法提高国家牌价。降低成本的方法也有两种: 一是科技创新, 二是偷工减料。我国药品生产企业科技力量十分薄弱, 想通过科技创新来降低产品成本, 显然是力不从心。这样, 偷工减料就成了降低成本的“最佳途径”。一提到假劣药品, 人们立刻会联想到是那些“证照不全”的非法企

业或村镇作坊所为,但现在有相当一批合法的国营企业也被迫走上了这条路。在江苏省和其他一些省份的药品抽检中发现,不少名牌企业生产的药品中不合格率达 38.8%,有的药品实际含量仅为标示量的 1.5%,1998 年河北省发往安徽洪水灾区赈灾的中央贮备药品中居然也查出了由国营企业生产的数额可观的假劣药品^[9]!提高国家牌价就是报送药品价格时,人为地将成本价抬高,籍此使政府物价管理部门核定的该药品国家牌价提高,即所谓的“虚高定价”。通过以上“一压一抬”两种方法,就使得让利、回扣或提成有了充分的回旋余地。再者,我国制药企业低水平重复建设的问题相当严重,致使基本药品生产严重过剩,各医药企业只能通过上述方法,不择手段地竞销,其结果是卖给病患者药品的价格居高不下,市场上假劣药品泛滥,医药工商企业几败俱伤。

1.3 “以药养医”造成畸形补偿

对于医院来说,医院卖药不仅有批零差价,还有让利和回扣,本该高枕无忧了,然而情况也非如此。在我国,医疗卫生属福利事业,医院的正常运转靠的是国家财政拨款或补贴。近来,国家对医院拨款逐年减少,1990 年政府给医院的财政补贴占医院职工工资总额的 73%,1996 年下降为 38%,1997 年还不够发一个月的工资^[10],医院正常运转经费的 80% 以上要由自己解决^[11],在国家严格控制下,医院的挂号费、手术费等医疗服务性收费是极其有限的。而卖药收入就占到医院经济收入的 60% 以上^[12]。医院正常运转的经费缺额和国家有限的拨款的矛盾日益尖锐,因此,“以药养医”这个补偿机制却成了让利、回扣和提成存在的前提和土壤。医院药房目前是医药商品流通领域中最大的药品零售商,医院作为病患者的代理人到医药市场上购药,成为医药工商企业最大的直接消费者,而病患者则成为了间接消费者,医院的需求成为药品价格的决定性因素,而由于受不合理利益机制的驱使,医院的需求实际上并不完全代表病患者的需求。这样药品消费市场被划分成了既互相矛盾又互相依托的两个市场,即“医院药品消费市场”与“患者个人药品消费市场”。在“医院药品消费市场”中,市场供求状况是由国家牌价和企业真实成本价之间差价的高低来调节的,两者之间差价越高,对医院的吸引力就越大,国家规定的牌价只是用来作为衡量让利、回扣和提成的尺度;而在“患者个人药品消费市场”中,由于医院的垄断地位和药品间接消费的特点,病患者药品消费的种类

和数量基本由医院来决定,这种消费是按照国家规定的零售牌价进行的,患者个人的药品消费又是“完全被计划好的”,国家规定的牌价又仅成为患者个人所支付医院药品费用的一个标准。在这样一种极不正常的机制作用下,医院的主要精力就不会放在提高为病患者服务的质量上,为了自己的利益,大开高价药、大处方,导致药品不合理使用率高达 65%~89%^[13]。

1.4 药品利润及利润分配流向极不合理

医院从医药商业企业进货的让利比例是药品价格的 18% 左右,从生产厂家进货的让利则达 25% 以上,个别品种甚至在 40% 以上,而且这些仅仅是在帐面上的让利,还有私下暗中付给有关个人的“好处费”也占药品价格的 10% 左右,这些就占到了药品价格的近 40%^[14]。以雷公藤多苷片为例,雷公藤多苷片的平均成本价 27.5 元/盒,经国家有关管理机构核准每盒出厂价 38 元,批发价 46.7 元,由于市场上同类产品供过于求,制药厂只能以 32 元/盒的价格出售给医药公司,医药公司在给了主管院长、药剂科主任相应的“客户开发费”后,得以以 44.8 元/盒的价格出售给医院,然后医院以 58 元/盒的国家牌价出售给消费者。医生每开一盒药需付处方费 5 元,医药代表有 3 元/盒的提成,而这些回扣和提成需要由医药公司在实际批发价中支付,结果是制药企业获利 4.5 元/盒,经营企业获利 4.8 元/盒,医院获利 13.2 元/盒,医药代表获利 3 元/盒,所支出的各种让利、回扣和提成总额则高达 14.2 元/盒(笔者走访上海某药厂所得资料)。因此,在药品价格的形成和实现过程中,利润的分配流向是不合理的。

1.5 政府对药品价格监管的成效不大

我国政府一直在密切关注药品价格这个关系国计民生的问题,相继颁布了《药品价格管理暂行办法》及其补充规定等一系列政策、法规,试图对混乱的药品价格进行有效的管理,1998 年中央和地方还对药品流通领域中违反国家药品价格政策的行为进行了专项整治,但从后来发展情况来看,实际效果并不明显。中央和地方制定的有关政策和法规的主要内容不外乎三个方面:顺加作价、控制差率和按实际进价合理作价。专项治理的主要任务就是“整治回扣”。但这些政策、法规和专项治理的精神实质都是试图将“提成和让利”控制在一个“合理的范围”之内,将这个纯粹的市场活动用纯粹的计划手段加以规范或限制。虽然市场不能没有计划,但是计划更不能离开市场。即使把“提成和让利”控制在一个“合理的范围”之内,

但导致药品市场混乱、药品价格畸形发展的深层次矛盾一个都没有涉及和解决。

2 药品价格体系及运作机制严重的缺陷所产生的后果

2.1 严重影响人民生活水平的提高和医改的推行

医改的根本目的是杜绝医药领域中的不合理的开支和浪费,其中药品费用的控制是其主要内容。医改要求个人负担一部分医药费用,如果药价过高,势必加重人们的负担,只有使药品支出费用合理,减轻人民群众的负担,大家才会支持医改。当前我国人民的消费水平还比较低,过高的药品价格超过了人民群众的承受能力,以致一些病人因药价高而不敢进医院,这不符合医改“低水平、广覆盖”的初衷,同时也容易引发诸多社会问题。

2.2 利润分配的不合理严重制约了我国医药产业的发展

不正当的价格竞争使得广大医药企业经济效益明显下降。1997年全国医药工业企业亏损面为38.6%,医药商业企业亏损面为31%,15个省市出现了行业汇总性亏损^[15]。不合理的药价运作机制使医药企业的生存与发展受到了威胁。医药产业是高科技产业,具有高投入、高产出、高风险的特点,在发达国家,开发一个新药需要10年,花费2亿美元^[16],而我国药品价格形成机制中没有创新因素,实际上鼓励企业搞简单仿制,企业也无力进行新药开发。随着国际医药市场一体化进程的加快和有关药品知识产权保护法律法规的逐步实施、落实,特别是加入WTO的临近,制药企业走仿制为主要的道路已经行不通了,我国医药产业发展将受到极大的制约。

2.3 药品滥用影响人民生命健康造成严重的资源浪费

医院过度追求药品销售所带来的收入,根本不考虑或不遵循“安全、有效、经济、合理”的用药原则,在现行药品价格体系下,医院要获得1元的利润,必须开出3元钱的药品^[17]。据统计我国药品浪费率达20%以上,年浪费药品达117亿元,医院每年因此多获利35亿元^[18],然而这又是以严重的资源浪费、药品滥用和影响人民生命健康为代价的。

2.4 医药市场混乱败坏了社会风气

1997年,全国查出此类违法金额高达21亿元,查处有关案件4230件,有600人被追究刑事责任,387人分别受到党纪、政纪处分。查处制售假劣药品案件50030起,没收假劣药品价值1.45亿元,停

业整顿的有关工商企业2509家,取缔无证、违法生产经营企业14635家,国家损失利税近4亿元^[19]。

3 管理对策

3.1 严格按照市场经济的规律搞好对药价的监管

药品首先是商品,具有商品的一切属性。企业间药品的科研开发、生产销售情况千差万别,所面临的市场更是瞬息万变。现行的价格政策实际上否认了这个属性,动摇了企业原有建立在这个属性上的物价管理原则,否定了企业原有的物价管理体系,极不利于企业在各项生产经营活动中的开拓和创新。市场经济要求政企必须分开,政府不能也不必直接参与企业的经营活动。因此,除非在极特别的情况下,各级政府不必、也不应层层制定过细的药品价格,因为这样做除了束缚住企业手脚之外,又增加了大量的行政环节,形成了新的更加牢固的政策壁垒,反而削弱了对药品市场的监管力度,过多的人为和主观因素也将导致腐败现象和地方保护主义再次蔓延。对药品价格的管理,既要考虑行政干预的必要,更应认识到市场自身的强大调节作用,将药品价格纳入市场经济的轨道,建立以市场形成价格为主的药品价格机制。

3.2 医疗服务市场与药品消费市场必须进行分离

医院靠提供优质的医疗服务如诊断治疗准确有效,用药经济合理等,参与医疗服务市场竞争,从而获得经济效益;医药工商企业凭借其所生产经营的高效、安全、价格低廉的药品参与药品市场竞争,从而赢得利润。应切断医院和医药工商企业之间不合理的经济上的联系,取消医院的销售垄断权。据统计:去医院看病的病患者只有1%需要医院提供治疗服务,99%以上的病患者去医院只是需要医生进行诊断和开具处方取药自行治疗(笔者走访南京各大医院所得统计资料),由于近年来的盲目发展,我国医院、医生和医疗器械等医疗资源严重过剩,闲置率达50%以上^[20],一些中小医院因缺乏病员而濒临倒闭。因而,放开医疗服务市场之后,不可能发生因医院急于补偿失去的药品销售利润,而哄抬医疗服务价格的现象,可以促使医院不断提高诊断和治疗水平,也可以使医院、医生和患者的利益紧密结合,共同寻找高效廉价的药品,迫使医药工商企业去开发、生产和经营高效、安全、价格低廉的药品,开展良性竞争。在基本药品严重供过于求,又少了医院“重扣”的情况下,药品价格将大幅下降,据笔者测算,平均降幅可在50%以上,社会的医药费用成本将下降,个人的平均医药费用也将随之大幅下降。

这样,就可以打破多开药-多收益,多收益-多开药的恶性循环,消除高定价,大处方现象,彻底整顿药品价格问题。

3.3 计划经济条件下的公费医疗制度必须进行改革

我国目前享受公费医疗的人数为 1.6 亿,但是其药品消费额已占全社会药品消费总额的 75% 以上^[21],公费医疗费用支出的增长每年高达 23.2%,明显高于国家财政收入每年约 10% 的增长水平^[22]。公费进行的药品消费实际上是由国家支付的个人药品消费,这种消费经常背离享受者个人的实际需求,这种需求是建立在国家财政有关医疗费用大量超支基础之上的,是导致药品价格体系及运作扭曲的重要因素之一。当前进行的医改应努力构筑多主体、多形式、多层次的医疗保险体系,促进医疗保障责任分流,实现社会统筹和个人帐户相结合的筹措支付机制,从而增强个人医疗费用的节约意识和自我保障能力,使医患双方都倾向于要求使用高效低价的药品,由此可以进一步敦促医院相应的调整用药结构。

3.4 根据国情加强对药价的宏观监管

政府有关部门可制定“国家应用药品目录”,目录中可收集经过长时间验证,疗效好,安全度高,应用面广,成本低廉,以及具有一定垄断性的药品包括一些特殊药品。这些药品由政府直接规定价格,作为公费或医疗保险机构报销或支付的法定药品,其他药品一律放开价格,随行就市。“国家应用药品目录”可定期修订,要进入“国家应用药品目录”的药品必须具备和目录已收录的同类药品相比,有疗效更好、安全性更高、价格低或升幅有限等特点,“国家应用药品目录”载药品的每次更换率不应超过 5%~10%,以保持目录的权威和稳定。这样,既可以加强对药品价格的宏观监管,消除纷繁复杂的行政环节、政策壁垒和地方保护主义,又能放开医药工商企业的手脚,给他们的竞争发展创造一个良好的市场环境并指明方向,还能有效控制药品价格。其次,必须加快药品的分类管理制度改革,在完善的分类管理制度下,人们能合理自主选择药房和药品,有利于打破医院的药品销售垄断权。

3.5 实施药品价格决策听证制度

实施药品价格决策公众听证制度,主要目的是将过去政府封闭的价格决策活动相对公开化,政府有关部门可通过邀请医药工商企业、医院、消费者权益保护部门、群众代表以及专家学者共同参与评议制定药品价格,广泛听取各方意见,以提高价格决策的民主性和科学性。

参考文献:

- [1] 江苏省卫生副厅长唐维新在 99 年全省医院院长会议上的讲话[R].
- [2] 陈文选. 药品回扣与医疗体制改革[J]. 中国药房, 1997, 8(3): 101.
- [3] 集体. 再论医药商业药品销售结构调查概况[J]. 医药情报, 1992, (4): 32.
- [4] 熊昌彪. 民族药业存在危机. 中国医药报[N], 1998. 10.
- [5] 王锦希. 招标进药. 医药经济报[N], 1999. 3.
- [6] 铁牛. 98 全国医药经济运行情况简析[N]. 中国医药报, 1999. 2.
- [7] 张永清. 谈中药购销过程中的让利回扣[J]. 中国药事, 1996, 10(6): 373.
- [8] 姜厚春. 坚决遏制药品回扣让利歪风[J]. 中国药业, 1998, (6): 10.
- [9] 陈俊英. 赈灾假药案水落石出[N]. 南京服务导报, 1998. 10.
- [10] 陈木林. 医药市场呼唤分业管理[N]. 中国医药报, 1997. 10.
- [11] 于向华. 药价暴涨谁之过[J]. 医药经济, 1996, (3): 31.
- [12] 雷海潮. 中国卫生费用的未来趋势[N]. 健康报, 1998. 10. 27.
- [13] 郑彬. 关于医药分业改革的讨论和研究[J]. 医药经济, 1997, (3): 19.
- [14] 刘军. 医院何时成为一方净土[N]. 中国医药报, 1997. 7.
- [15] 陈统辉. 从全国医药经济状况谈我们的几项重点工作[J]. 上海医药, 1998, 19(8): 4.
- [16] 邱靖基. 繁荣和危机并存的中国制药工业[J]. 中国药业, 1997, (10): 5.
- [17] 丛亚平. 民族药业呼吁公平竞争[N]. 中国医药报, 1998, 10.
- [18] 尹力. 职工医疗保险制度改革酝酿全面启动[J]. 瞭望, 1998, 12(41): 14.
- [19] 姚梵. 各地狠刹药品回扣歪风[N]. 南京服务导报, 1998. 10.
- [20] 陈文选. 药品回扣与医疗体制改革[J]. 中国药房, 1997, 8(3): 101.
- [21] 俞观文. 我国医药工业发展战略探讨[J]. 上海医药, 1997, (2): 7.
- [22] 高绪文. 药物经济学对临床药学的指导作用[J]. 中国药学杂志, 1997, 32(10): 632.

收稿日期: 2001-03-23

(上接第 248 页)

参考文献:

- [1] 吴素华, 李丽华. “军卫 I 号”工程在门诊管理中的应用探讨[J]. 人民军医, 1999, 42(12): 738.

- [2] 赵普军, 黄元, 潘菡清. 微机网络管理门诊药房: “军卫 I 号”试用体会[J]. 药学实践杂志, 1998, 16(6): 372.
- [3] 赵普宇. 门诊药房管理微机化——“军卫 I 号”应用及讨论[J]. 军队医药, 1999, 9(3): 29.

收稿日期: 2001-03-22