

# 中国医改评论

2008年5月23日 第三期 电子双周刊



**药价虚高的“真凶”  
是医院垄断药品销售而非流通环节过多**

中国经济体制改革研究会医改课题组  
[www.chinahealthreform.org](http://www.chinahealthreform.org) [www.healthreform.org.cn](http://www.healthreform.org.cn)  
[www.crcpp.org](http://www.crcpp.org) [www.cser.org.cn](http://www.cser.org.cn)

药价虚高的“真凶”  
是医院垄断药品销售而非流通环节过多

《中国医改评论》

电子双周刊

第三期

2008年5月23日

[www.chinahealthreform.org](http://www.chinahealthreform.org)

[www.crcpp.org](http://www.crcpp.org)

[www.cser.org.cn](http://www.cser.org.cn)



朱恒鹏，1969年生，中国社会科学院研究生院经济学博士，中国社会科学院经济研究所当代西方经济理论研究室副主任，研究员，2003年获胡绳全国青年学者奖，2004年获孙冶方经济科学优秀论文奖，研究领域：产业经济学、发展经济学。

## 目录

### 专题研究

药品从药厂到患者：弯过了几道湾？

/3

“虚高”药价背后的真实利益分配格局

/10

“药价虚高”真凶：医院垄断药品销售

/16

### 改革箴言

釜底抽薪：打破公立医院垄断 根治药

价虚高 /22

## 编者按

通过对现有药品生产、流通和销售的分析，以及对高药价背后的真实利益分配格局的“侦察”，可以发现，导致药价虚高的根本原因，不是流通环节过多，而是公立医疗机构在药品零售环节上的双向垄断地位。弄清“真凶”后对症下药，才能药到病除。如果“流通环节过多”做了替罪羊，而让“医院垄断卖药”这一“真凶”“逍遥法外”，不仅不能缓解看病难看病贵，反而可能会错上加错、雪上加霜。

“医院垄断卖药”对应的解决方案是打破垄断、“管办分离”、平等竞争，而“流通环节过多”对应的解决方案是减少流通环节。如果误以为“流通环节过多”是真凶，进而提出“药品零差价”和“定点生产、定点招标、定点配送”的统购统销的解决方案，恐怕带来的问题远比能解决的问题多。

医疗服务价格低估导致的“以药补医”机制，赋予了医疗机构抬高药价的合法权力，而收益率管制政策进一步诱导医院进销高价药品。此外，单独定价政策加之宽松的新药审批制度为药厂提高药价、医院购销高价药提供了便利。所有这些问题的出现根源于政府管制措施的失当。因此，所谓的“医药分离”改革和“医院药品收支两条线”改革均无法实现抑制药价的目标。解决药价虚高的根本措施是减少政府管制，放开处方药零售权，改革公费医疗和医疗保险报销制度，打破公立医院垄断……

本文根据论文改编，论文原文请访问[www.chinahealthreform.org](http://www.chinahealthreform.org)。由于改编而带来的不严谨或偏离原意，与作者无关，由编者负责。

欢迎继续讨论。

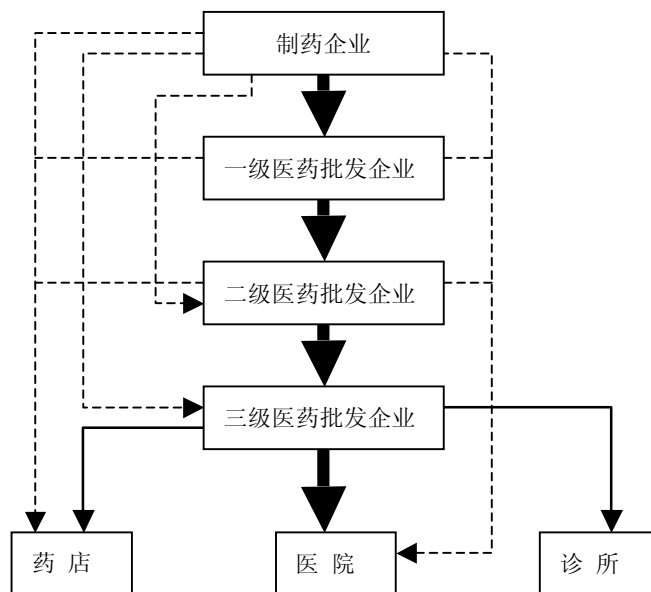
# 药品从药厂到患者：弯过了几道湾？

朱恒鹏

在计划经济体制下，中国逐步建立了由国企垄断、以条为主、统购包销的三级医药批发体制：中国医药公司通过其下辖的大行政区一级医药批发站，向全国各省、自治区、直辖市医药公司即二级医药批发站调拨药品、二级批发站再向市、地、县级的医药公司即三级批发站分销药品，经过上述批发环节，医药进入销售终端，即医院、卫生院和药店等。

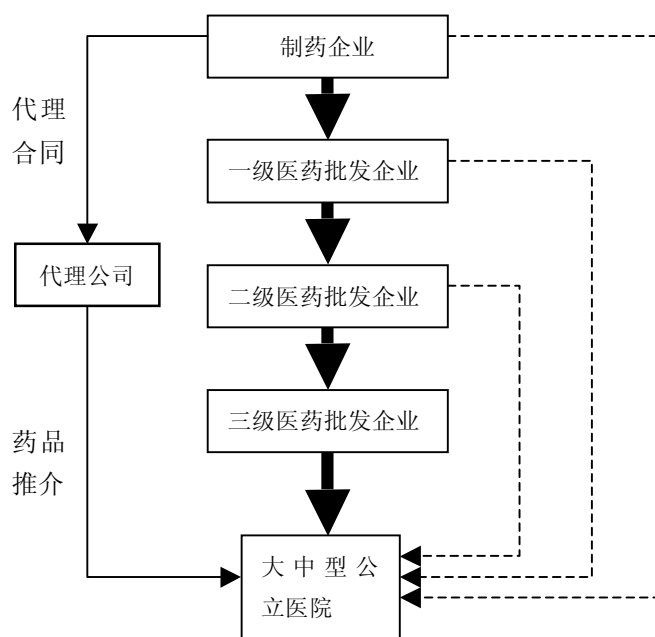
## 一、传统的且至今仍然占主流的药品流通模式

上世纪八十年代中期以来，随着经济体制改革的逐步深入，政府开始把医药商业推向市场，取消统购包销、按级调拨等规定，改指令性计划为指导性计划，实行“多渠道、少环节”。这样一、二、三级批发站可同时从药厂进货，一、二级批发站也开始向医院销售，各级批发站的下属公司开始办企业进行药品销售，制药企业也开始进入商业领域从事销售活动，同时一些新开办的批发企业开始出现。其结果是，到上世纪九十年代末，国内形成了16,000多家散、小、乱的医药商业企业。由此形成的医药流通模式至今还占据主导地位。这种医药流通模式如图一所示。



图一 传统医药流通模式一

图一中的实线箭头描述了传统的、并且至今占主体地位的药品流通渠道：从药厂进入一级批发企业然后顺序进入二、三级批发站，最后进入医院、卫生院、药店以及诊所。其实，对这种商品流通模式我们并不陌生，传统计划体制下大多数商品流通体制就是这种模式。当然，和传统计划体制下的流通模式相比，现在这种多层次流通模式已经不那么严格，二、三级批发站可以直接从药厂进货，医院和药店如果有足够的规模也可以直接从一、二级批发企业甚至药厂直接进货（后者还比较少见），就像图一中虚线所示那样，许多大中城市的大型综合医院和一些规模较大的连锁药店现在就是这样。但是对于大多数中小城市的医院、乡镇卫生院以及零散的小药店和个体诊所来说，图一中的多层次流通渠道仍然是其主要的药品进货方式。不过，自上个世纪九十年代以来，这一渠道流通的主要是处方药中业内所谓的“普药”，即低价仿制药和药店销售的非处方药。这些药品不需要代理公司的推介活动。



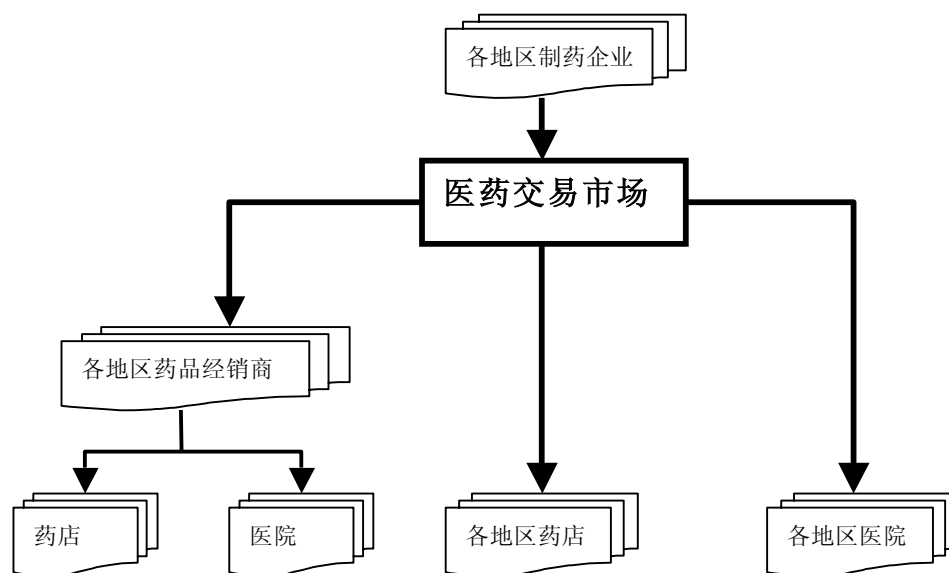
图二 传统医药流通模式二

图二的流通模式就其药品流通方式而言和图一没有区别。唯一的区别是这里流通的主要是进入大中型公立医院的药品，这类药品大多是处方药，也有一些高价非处方药。这种药品流通的典型特征是，尽管药品的配送流程和图一所示流程基本一样，也主要是由医药批发商来完成，但是这些药品要进入医院，必须要有医药代表的推介活动。医药代表由代理公司管理，代理公司有三种形式，一种是由药厂自建的，一种是独立的专业代理商，专门负责药品的市场推介和商务服务，

第三种是由药品批发企业兼任。由于反商业贿赂法规的出台，药厂自建的代理公司近几年基本都转为具有独立法人资格的专业代理商。

## 二、新型医药流通模式

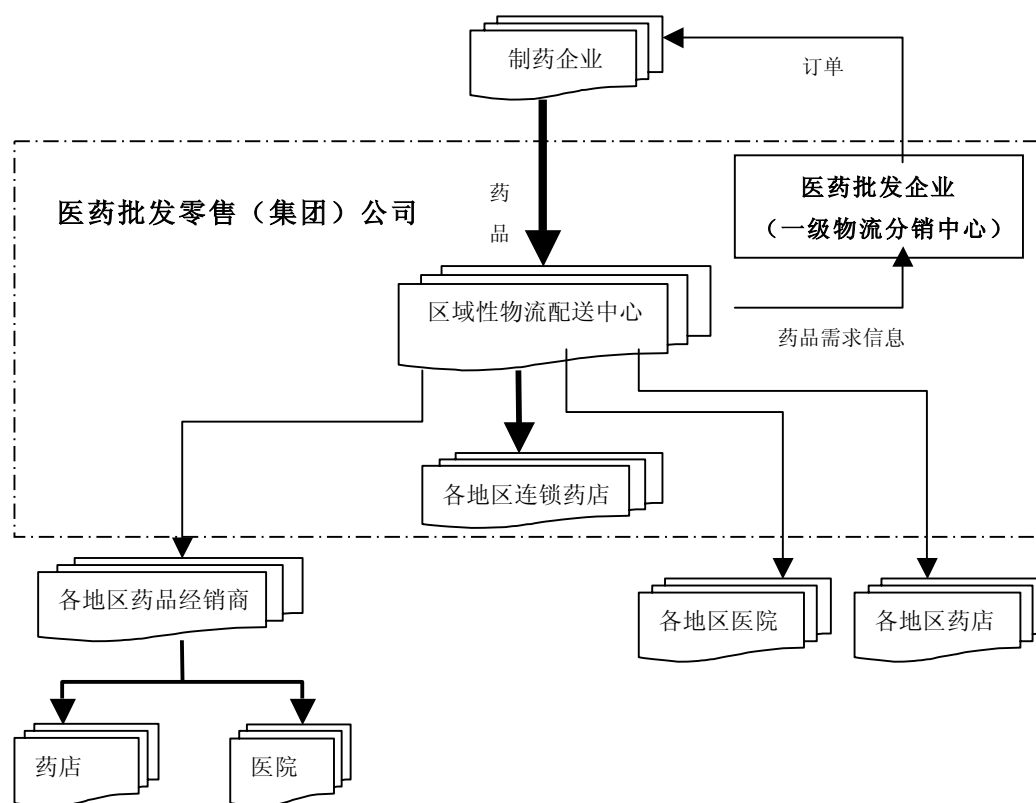
由于普遍认为医药行业具有特殊性，因此其一直是国家专控程度较高的行业。从而较之其他行业，计划经济模式在这个行业的退出要缓慢许多。截至上个世纪末，国有医药商业流通企业仍然牢牢控制着医药流通领域。从上个世纪末开始至今，国家连续出台相关政策推进药品流通体制改革，医药流通领域开始发生明显变化，医药行业市场化步伐加快，民营企业迅速崛起，国有医药商业主渠道一统天下的格局被彻底打破，到目前已基本形成国有资本和民营资本平分秋色的格局。外资也开始进入中国医药商业，医药流通领域竞争加剧。同时，随着医药流通体制改革步伐加快，医药经营模式也在发生变化。零售连锁、现代物流配送成为药品流通的重要内容，完善医药供应链、优化医药供应链管理成为主要趋势。由此逐步形成了一些新型的医药流通模式，图三和图四分别给出了两种新型流通模式，这些流通模式对传统模式造成了极大冲击。



图三 医药集中交易市场模式

图三这种模式的特点是，在某一地区形成一个药品集中交易市场，来自全国各地的药厂在此建立销售点销售药品，来自全国各地的医院、药店、药品经销商来此买药。这种模式的代表是由安徽华源医药股份有限公司经营的太和医

药交易市场。这种医药交易市场采取现款现货的交易方式。导致这种模式出现的直接原因是上个世纪九十年代初医药商业领域普遍存在的“三角债”现象。



图四 网络化跨区域医药批发、连锁零售集团模式

在图四这种模式中，医药批发企业同时从事批发、零售业务，该企业和众多制药企业直接建立稳定的供货关系，建立全国性分销网络，建立区域性物流配送中心，并在各地区建立连锁药店。同时和各地区药品经销商以及医院建立稳定的供货关系，通过各地区的分销网络将医药需求信息传递到医药批发企业，医药批发企业向药厂发出订单，药厂按订单要求把药品发送到各地区物流配送中心，然后由此向当地的连锁药店、药品经销商和医院供货。这一模式极大地加快了供求信息传递，大大减少了药品流通的中间环节，缩短了业务流程，明显加快了药品的配送速度，显著提高了资金周转率，极大地降低了销售成本。该模式的核心优势就是高效的物流配送。概括地讲，其核心竞争力是效率高、成本费用控制得好。该模式一般具有“现款现货”、“量大价低”的特征，尽管采用现款现货交易方式，但是由于资金周转速度比传统模式快一、二倍，因此资金占用量明显低于传统模式。在国内，这种模式非常适合于普药以及非处方

药产品的分销，但它不适合于新特药销售，因为前者的销售不需要面对面的药品推介和针对个人的营销活动，而后者的销售不能没有这种营销活动。因此这种模式的终端客户基本都是药店、县医院、乡镇卫生院以及民营医院这样的中小客户，公立大中型医院一般不接受这种供货模式。

需要指出的是，尽管在医药流通领域已经出现上述图三、图四这两种新型流通模式，而且这两者具有流通环节少、效率高的明显优势，但是，图一、图二所示两种模式却仍然是国内医药流通的主要模式，在整个医药销售总额中占到70%以上的份额。

### 三、药品生产、批发环节成本偏高的原因

尽管造成中国药价虚高的根本原因不在生产和批发环节上，而在于医疗体制弊端所导致的医疗机构行为扭曲。但是，药品生产和批发环节所存在的一些问题也对药价虚高起到了一定的推动作用。

**药品生产环节存在的主要问题是：制药企业数量众多，低水平重复建设严重，制药行业生产集中度低、生产能力严重闲置，抬高了生产成本。**

全国有三分之二的省份和80多个地区或城市将药品生产作为支柱产业，不少城市斥巨资建设大规模的“药都”和“药市”，地方政府推动型的药厂投资存在着较明显的低水平重复建设特征。这导致我国的制药企业数量多、规模小。按照最新的统计数据，目前全国有近5000家制药厂，其中小企业占三分之二以上。小企业生产集中度低，生产成本低。事实上即便是排在前50位的制药企业，生产集中度在2000年的时候也不过“约为50%”，而美国前30位的制药企业1992年时集中度就达到了97%。全国所有药品制造企业的销售收入加在一起，还不如美国一家最大的跨国制药公司。此外，全国药品生产结构雷同，生产能力严重过剩。一种药品一般有七、八十家甚至数百家药厂生产。全行业设备利用率不足一半，设备闲置意味着固定资产折旧抬高了药品的生产成本。此外，老国有医药企业历史遗留包袱重也是其运营成本过高的原因。

当前，全国制药企业的平均利润率不到8%。国家发改委提供的统计数字显示，医药工业实现利润不及全国工业利润平均水平的三分之一，在全国十二大

工业行业中列倒数第二位，医药企业亏损面达到30%，企业亏损面和亏损额均呈扩大之势。从这些信息可以看出，医药生产行业至少近几年来并不是一个利润很高的行业，该行业竞争激烈，也无法维持高利润。因此，从生产环节来看，药价“虚高”的原因不是来自于药厂的高利润。这个环节上对药价的推动主要来自于规模小、设备闲置导致的生产成本偏高。

需要指出的是，由于地方保护主义和国有企业改制的高成本，通过兼并重组方式减少现有医药企业数量的做法困难重重。在笔者访谈的五个药厂中，企业负责人均表示，通过兼并收购现有药厂的方式扩大生产能力，其实际成本很可能会高于新建一座同等生产能力的新企业或新车间。这是该行业产业集中度不能尽快提高的原因之一。

**批发环节存在的主要问题是：环节过多，行业集中度低、规模化程度低、物流配送水平低；经营费用高，导致药品流通成本过高。**

尽管1990年以后先后出现了图三、图四所示的新型流通模式，但是迄今为止占据主流的流通模式还是图一、图二所示的流通模式。这种流通模式环节过多，极大

抬高了流通成本。

首先看流通环节：药品从生产到销售终端，中间一般要经过四至六个流通环节，这种多环节的流通体制直接加大了药品的流通成本，每个环节平均加价10%左右，到药品零售环节累计加价率就会在40%左右。

其次看药品分销的集中度、规模化和物流配送水平：我国药品分销领域企业多、规模小、效率低，药品现代物流配送体系尚未建立，流通费用高昂。与国外相比，美国药品销售占世界药品市场的份额超过40%，但药品批发商总共只有70家。法国8家药品批发企业中，有3家市场份额高达95%。德国现在也只有10个大的药品批发商，其中最大的3家市场份额超过60%。国外大型医药公司年销售额一般都在20亿美元以上，而国内批发企业年销售超过5000万元的不到5%。国内批发企业的平均费用率超过12%，而美国药品批发商平均费用率不足3%。

再说流通成本：平价药房的出现凸现了药品流通领域的高成本。和普通药

房相比，平价药房药品价格的平均降幅大多为30-45%，但依然有10%左右的利润空间。原因在于平价药房多数是从制药企业直接进药，大大减少了中间流通环节，明显降低了进货成本，因此具有较强的成本优势。

此外，传统国有医药批发企业历史遗留包袱重也是运营成本过高的的重要原因。再就是药品购销环节还存在一定的地方保护问题。

总体来说，近年来药品批发领域的利润率一直走低，整个行业的平均纯利润率几乎没有超过0.7%。所以，药价“虚高”的原因不是来自于批发环节的高利润。这个环节对药价的推动主要来自于环节多、经营管理效率低导致的医药流通成本过高。

# “虚高”药价背后的真实利益分配格局

朱恒鹏

## 一、政府对药品定价的管制模式

计划经济体制的典型特征是——医药价格都是由政府直接制定，直到上个世纪八十年代后期，我国都在延续这种方式。1992年到1996年，国家曾尝试放开药品价格，结果药价飞涨。于是1997年国家又把药品价格重新纳入控制范围。

2000年是我国药品价格改革史上的一个分水岭，原国家计委在2000年7月20日发布《关于改革药品价格管理的意见》，基本建立了目前的政府药品价格管理体制，此后几经调整，但基本管制框架没有大的改变。根据原国家计委的上述文件，以及《价格法》、《药品管理法》、《药品价格管理条例》等法律法规确定的原则，政府现在采用如下两种方式管理药品价格。

**直接价格控制。**对纳入《国家基本医疗保险药品目录》的药品和医保目录以外的少数生产经营具有垄断性和特殊性的药品，如麻醉药品、一类精神药品、计划生育药品、药具和计划免疫药品等，实行政府指导价或政府定价。对这些药品，政府规定最高零售价，定价方式一般是由国家发改委发统一调价函限定一个最高零售价。2004年医保目录改版后，政府实行价格管制的药品约为2400余种，占到全部药品种类的20%左右。其中，国家发改委负责医保目录中处方药的定价，省级价格主管部门负责非处方药的定价；各省还可以根据国家医保目录增减15%药品，由省里来定价。省里一般根据企业的成本（原料、辅料、包装、各种管理、财务费用等）和所认定的合理利润水平定价，一般一类新药的利润不超过40%，通常情况下药的利润为15%。基于发展和保护本地医药企业的考虑，地方政府一般会根据这一政策将本地产药品增加到医保目录中。

政府确定药品价格的办法大致如下：以企业生产销售成本或进口到岸价为依据，加规定的利润率来确定出厂价格或进口口岸价格，药品批发、零售环节则以出厂价为基础，加规定的加价率作价销售。这种药品定价办法，习惯上称作顺加作价办法。医保目录内药品的价格就采取这种定价方法。作为定价基础的企业生

产销售成本是所谓的社会平均成本，该数据根据制药企业上报的成本信息经相关物价管理部门确认形成。利润率，各批发、零售环节的加价率也由相关物价管理部门明确规定。

尽管医保目录药品仅占全部药品种类的20%，但其销售总额却占全部药品销售额的80%。同时，原国家计委于2001年1月发布《关于单独定价药品价格制定有关问题的通知》，明确规定制药企业可以对政府定价的药品申请单独定价。其中规定，无论进口的、进口分装的还是国产的，如果国内市场上同种药品是由多家企业生产的，只要其中一家企业认为“其产品的质量 and 有效性、安全性明显优于或治疗周期、治疗费用明显低于其它企业同种药品、且不宜按《政府定价办法》第六条规定的一般性比价关系定价的”，就可以申请单独定价。此外，拥有自主知识产权但已超出知识产权保护期的原研药，也可申请单独定价。据称该政策的目的在于，通过实行优质优价来鼓励制药企业提高药品的质量、安全性、有效性或药品的性价比。单独定价是以厂家为名，价格后注明生产厂家，对于西药称之为单独定价，中药称为优质价。必须指出的是，单独定价也是由政府价格主管部门确定最高零售价，而不是由企业自主定价，只是这一政府定价高于其他同类药品政府定价。

医保目录以外的药品，由企业自主定价。企业自主定价要上报相应物价主管部门进行形式上的审查，公布在网上等。

**药品集中采购。**药品集中采购1999年开始试行，2000年全面推广。药品招标采购的一个突出特点是顺加作价。根据2004年9月国家发改委制定的《集中采购药品价格及收费管理暂行规定》，中标药品零售价格的核定，实行以中标价为基础顺加规定流通差价率的作价方法。属于政府定价范围的药品，中标零售价格不得超过价格主管部门制定公布的最高零售价格。中标药品零售价格核定公式为： $\text{中标药品零售价格} = \text{中标价} \times (1 + \text{规定的流通差价率})$ 。其中“规定的流通差价率”实行差别差价率，价格高的品种顺加低差率，价格低的品种顺加高差率。具体差价率由省级价格主管部门确定。医疗机构实际的差价率可以低于但不可以高于政策规定差价率。

上述价格管制模式体现了政府的管制意图以及政府所希望的药品价格形成机制。但是，实际的药品价格形成机制却未必合乎政策意图。

## 二、实际的药品价格构成

上个世纪九十年代以来，医药企业开始使用医药代表和各种“回扣”来推销药品，所谓回扣即医药销售收入中返还医院和包括医生在内的相关人员的部分。此后，这种方法成为整个制药界一种通用的药品营销模式，而可用于“回扣”的数额也成为左右药品销售额的决定因素。各种或明或暗的“回扣”已成为医院、医生以及药品流通领域其他利益相关者（除了患者）的重要收入来源。因此，和其他产品的一个明显差异是，国内药品价格的构成除了药品本身的研发、生产成本、销售费用、流通费用以及生产、批发、零售企业的利润之外，还有医生等相关人员的回扣和医疗机构的回扣。其中，医疗机构得到的回扣实质仍然是医疗机构的盈利，但是从政策法规的角度看，两者有明显的区别。

首先，相关政策明确规定医疗机构可以按照规定的进销差价率获得售药盈利，最初规定的这一差价率是15%，即医疗机构可以在药品批发价格的基础上加价15%销售，这一进销差价收益构成医疗机构的合法盈利。在实行药品集中招标采购以后，不同价位的药品差价率不同，高价品种差价率低一些，低价品种差价率高一些，但基本的原则没有变。所谓医疗机构得到的回扣是指制药企业在中标价格即医疗机构购药批发价之内返还医疗机构的部分收入，这又包括两种，一种是所谓的“明折明扣”，即如果药品中标价格为100元，在这个价格下药企同意返还医疗机构20%，即20元，也就是说，医院实际的进货价格为80元，不过医院在零售时是在100元而不是80元上加价15%（或者政策规定的其他差价率）。这样医院的售药盈利实际上等于“明扣+规定的差价”，按照这里的例子就是20元加15元即35元了，这种回扣是合法的，但是规定要明示在医院的财务报表中。另外还有一种回扣为药企和医疗机构的私下交易，是不为外人所知的药企对医疗机构的售价返还，即所谓的“暗扣”。产生“暗扣”的原因对于医疗机构一方来说是不希望公开的中标价太低，否则会降低其合法的进销差价收益，但又希望获取尽可能多的药品盈利；而对于药企一方来说，为了能够使自己的药品进

入医院，往往不得不答应医院的这一要求，另外也有掩盖自己真实生产成本的意图。显然，这种私下的回扣是药企和医院合谋的结果。因此，药品价格的构成大致如下面这一公式所示：

$$\text{药品零售价格}=\text{研发成本}+\text{生产成本}+\text{销售费用}+\text{药企利润}+\text{批发商按比率加价} \\ +\text{医生及其他相关人员回扣}+\text{医疗机构回扣}+\text{医疗机构进销加价}$$

其中的“研发成本”含有新药申报费用，而“销售费用”含广告费、推销推广费以及营销人员的收入。“批发商按比率加价”由批发商的经营管理费用和利润组成，政策规定了各个批发环节的加价率，但由于竞争的原因，实际的加价率往往低于政策规定的加价率。除了我们上面提到的医疗机构拿的两种形式的回扣之外，拿取回扣的个人大致有如下人员：在2000年国家施行药品集中采购之前，医院药剂科主任、主管副院长、负责进药的药剂师、医院药品库管员、科室主任、医生、划价处相关人员、药房出纳、医院财务负责人；国家推行药品招标采购制度后，由于大量政府管理机构的介入，导致环节陡增、人员庞杂，药企需要“公关”的对象反倒更多了，而且档次明显上升，招标办主任、卫生局局长、药事委员会的相关委员，全都进入需要公关的名单，公关成本明显增加。

此外，由于有少部分药品是通过药店零售的，这一部分药品的价格构成大致可以由如下公式反映：

$$\text{药品零售价格}=\text{研发成本}+\text{生产成本}+\text{销售费用}+\text{药企利润}+\text{批发商按比率加价} \\ +\text{药店经营成本}+\text{药店利润}$$

从这个公式可以看出，药店零售价格的构成要简单许多，这也是同种药物大多数药店价格要低于医院的原因之一。不过，两者的价格很大程度上缺乏可比性，因为药店销售的大多数是非处方药，而处方药的零售绝大多数由医院负责。两种药品的政府管理模式有很大的差异。

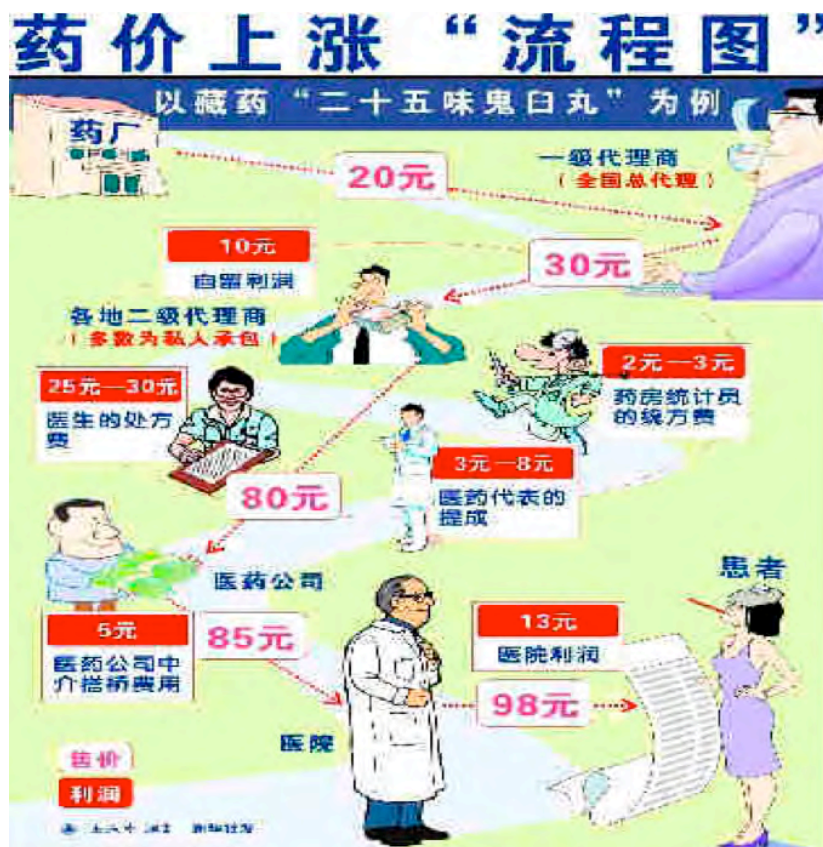
综上所述，真实药价的大致构成比例应该如下。

医院销售此类药物的利润率（含回扣）大致在20%—50%，医生等相关人员的回扣大致在10%—30%，仅这两部分就占了药品零售价格的30—70%左右。

在药厂的销售收入中，研发成本的比重大约是3—5%，生产成本大约是10—30%，销售费用30—70%，企业毛利10—20%。不同药品的实际出厂价占零售药价的比率差别很大，大致的范围在10—50%之间。

批发环节加价占零售价的比例，不同的批发模式差别也很大，大约在3%—10%

下图是2006年8月31日《南方周末》上一篇文章的配图，该图形象地描述了通过医院零售的所谓新药的价格的构成。



### 三、药价的地区分布差异

目前在国内，药品的地区分布、以及在不同规模和层次的医院之间的分布具有明显的梯度性。像北京和上海这样的国际型大都市集中了中国最优秀的大型医疗机构和高校教学医院，这些大城市的患者由于收入水平高，而且享有公费医疗或医疗保险的比重也高，加之这些医院也吸引了国内相当一部分支付能

力强的患者，因此这些医院具有很强的抬高药价的能力。所以在这样的大城市、这样的大医院中，患者买到的通常为进口药、外资药企的原研药以及一些合资企业和少部分内资企业生产的单独定价的仿制药，即医药行业所谓的“新特药”，这些药品均为高价药。而疗效类似的低价药在这些城市和医院较难买到。

在像大部分省会城市这样的二、三级城市，鉴于其市民支付能力相对国际型大都市弱，因此这些城市的医院常用的药品主要是由合资或国内企业生产的获得单独定价的仿制药。这种药品的价格低于国际型大都市的药品价格，但高于流通于农村地区的药品价格。

上述两类药品是药企的推销重点，一般利用“医药代表”进行推销，医药代表在推销该类药品时，基本采取分成即回扣模式，价格越高的药品，医院、医生或其他相关人员的回扣就越大，因此，价格越高的药品在这类医院越好卖。

在广大的农村地区，由于农民普遍收入低，不享受医保，看病自费，买不起高价药，加之乡镇卫生院和农村诊所规模小，因此流通于农村的绝大多数为低价药。这些药品多为国有企业生产的低价仿制药，在医药行业中被称为“普药”，即患者广泛使用、利润小的药品，这部分药品的零售价格接近于生产成本，药企的利润很微薄。当然也不可能拿出足够的推介费和回扣打入城市市场。这部分药品一般通过常规的批发零售环节销售。药企将这类药品批发给一级经销商即省一级的大型商业公司，然后由商业公司直接配送到医院或分销给二级分销商，其最终的购买对象是县级医院、乡镇卫生院和农村医疗站。这是国企的传统销售模式，无须依靠医药代表向医院推广。

此外流通于农村的药品也有一些是部分中小药厂生产的低价低质药，还有一些是假冒伪劣或者过期药品。

可以看出，国内药品及药价的这种市场分布格局的形成不是源自患者的治疗需要，也不是源自药品使用的自然生命周期，而是完全根据患者的经济支付能力。这种定价格局带来了严重的效率损失和公平缺失。

# “药价虚高”真凶：医院垄断药品销售

朱恒鹏

经济学的基本原理是，在一个竞争性市场上，能够长期维持的价格只能是等于供给成本的价格。供给成本包括生产、运输、储存成本以及税费等。换句话说，长期内自由竞争市场没有超额利润。如果一个市场长期存在超额利润，该市场肯定是缺乏竞争的垄断性市场。根据这一原理来分析药价虚高问题，基本的结论是：药价过高，要么是因为药品的供给成本太高，要么是因为药品市场缺乏竞争，存在垄断。中国药价虚高的根本原因在于后者。

众所周知，疾病的诊断和治疗是个高度专业化的技能，患者得了什么病、应该用什么方法治疗或用什么药品，都只能由医生判断，患者本人通常并不清楚，因此医疗服务存在着严重的信息不对称。而由于我国医疗资源配置明显失衡，优质医疗资源集中在大中城市的综合性医院和教学医院，这些医院的自然垄断地位又得到极大强化，再加之医疗服务及医药需求严重缺乏价格弹性，医疗机构便具有了较大的能力将医疗服务价格抬高到边际成本之上，并扩大患者需求，以谋取尽可能大的经济收益。

值得注意的是，这一体制弊端及由此导致的医疗机构行为扭曲，是源于政府管制措施失当。

## 一、国内医疗体制的制度性缺陷

**行政管制失当使得公立医院在医疗服务市场上获得了行政垄断地位。**公立医院的行政垄断地位主要是由“行业进入管制”和“公费医疗以及医疗保险的定点制度”所导致。两种管制措施体现的是政府政策中根深蒂固的所有制歧视。

先说行业进入管制。不管是理论分析还是现实经验均支持这样一个结论：非营利性医疗机构并不必须“公家”举办，完全以提供公益服务为经营目的的医疗机构也不必须“公家”举办，医疗供给市场更需要公立机构一统天下。中国数千年的医疗市场格局显然支持这一判断，而发达国家医疗服务市场的现

状显然也支持这一结论。譬如，在实施全民公费医疗的英国，很大一部分医疗机构就是民营的。但在中国，尽管市场化改革已经二十多年，迄今为止国内93%以上的医院和卫生院却仍然是公立的，这种公立医院一统天下的局面既不是因为医院不适宜采用民营形式所致，也不是民营资本不愿意进入国内医疗服务市场的结果，完全是各种各样或明或暗的行政管制导致的“高进入”壁垒所致。这些行政管制使得公立医院在自然垄断之外又获得了很强的行政垄断地位。

再说公费医疗和医疗保险的定点制度。定点医院几乎全部是公立医院，定点医院的确定既有一定定终身的特征，又有市场分割的特征，即一定地域内的患者只能到所在区域内确定的几家医院就诊，这一制度显然再次为公立医院创造了行政垄断地位。

双重垄断使得公立医院在医疗服务市场上的垄断地位相当强大，不幸的是，由于行政管制失当，公立医院在医疗服务供给上的这种垄断地位又延伸到了药品零售业务上，这使得公立医院在垄断了医疗服务供给之外又垄断了药品零售业务。而这，也正是国内药价虚高的真正原因所在。

**公立医疗机构垄断药品零售环节。**众所周知，建国以来，国内的医疗机构既提供诊疗等医疗服务，也销售药品，并且一直控制着绝大部分的药品零售。

在市场经济体制下，由于分工的高度发展，医院在药品零售上不可能获得自然垄断地位，毕竟绝大多数药品都是由专业化的药厂生产的，而且绝大多数药品是标准化产品，医院在药品零售上并没有明显的优势，无从获得自然垄断地位。然而，由于管制措施失当，政府利用行政权力为国内医疗机构在药品零售业务上创造了垄断地位。具体来说，按照政府确定的药品分类管理体制，医院事实上控制了处方药零售业务，这使得医院将其在诊疗服务方面的垄断地位延伸到了处方药零售业务上。由于处方药销售占国内整个药品零售80%以上的市场份额，因此公立医院事实上控制了绝大多数药品零售业务，这使得国内的公立医疗机构成为药品市场上的双向垄断者：面对众多的药厂和医药经销商，医院处于买方垄断地位，因为它控制着80%以上的终端市场，面对这样一个垄断买方，数量众多的医药工商企业基本没有讨价还价能力，只能满足医院的种种要

求。而面对患者，医院处于卖方垄断地位，因为它控制着绝大多数处方药的开方权、销售权以及公费医疗与医保的定点资格，面对这样一个垄断卖方，患者更没有什么讨价还价能力，到医院就诊的患者基本也没有选择权，只能从医院买药。医院在药品零售方面的垄断，完全是一种行政垄断。

此外，既然医院可以合法卖药，为了保护乃至谋求更大的经济利益，医院也会尽可能利用一些可能的手段保护自己在药品零售上的垄断地位，以隔绝来自社会药店以及医院之间的价格竞争。显然，如果病人拿着医生开出的处方到外面买药（业内俗称“跑方”），医院就不可能得到售药收益，因此医院会采取措施防止“跑方”现象，传统的做法是用拉丁文或者特别潦草的笔迹书写药方以使外人无法辨认。目前这种方式已经较为少见，现在的主要手段是使用无纸化处方，将处方信息输入磁卡或计算机，再通过局域网直接传送到药房，使得患者无法到外面配药。此外，由于同种药品国内一般有数十个甚至数百个厂家生产，尽管这些药品的化学名和通用名是一样的，但只要由不同药厂生产，它们就具有不同的商品名称。各个医院购进的同种药品往往产自不同的药厂，因此，医生在开方时有意使用药品的商品名而不是通用名或化学名，这进一步加大了医患之间本来就存在的有关药品替代性知识的信息不对称，大大增加了患者到外面配药的困难，加强了医院售药的垄断地位，同时也使得医疗机构更易于用昂贵药品替代廉价药品。

公立医院在药品零售上的这种卖方垄断地位，使得医疗机构所特有的“供给诱导需求”能力，以及由“患者药品需求缺乏价格弹性”赋予医院的抬价能力得以充分发挥，最终导致了国内药价虚高及过度用药问题的泛滥。

社会上往往用“医药不分”这种说法来描述上述现象。“医药不分”是一个事实，但如果认为“医药不分”是造成药价虚高的根本原因，那就并没有抓住问题的核心，核心问题不是医院卖药，而是医院垄断卖药。

**以药补医的体制。**尽管垄断地位使得医疗机构具有了抬高价格并扩大需求的能力，但是这种能力能否变为现实还要看实际的制度安排是否对此有所约束。可能是建国以来形成的传统体制惯性使然，也有人相信是政府管制的结果，体

现医生人力资本价值的医疗服务价格不但没有被医生抬高，反而大大低于其实际价值。国内的患者都知道，如果不卖药、不使用仪器进行检查，仅仅由医生来实施诊断和治疗，到医院看病的费用并不高。但是药品的价格却与此截然相反，这种格局的形成与所谓的“以药补医”体制密切相关。

在中国，医院的经费来源即所谓的补偿机制主要有三种：政府财政拨款、医疗服务收入和药品收入。传统体制下，我国城镇实行公费医疗制度，医院作为社会公益性事业单位由国家全额拨款。改革开放之后，国家财政投入占医院总收入的比重逐年减少，一些大医院只占到几分之一甚至百分之一，目前这个比例全国平均不足10%。由于医疗服务定价普遍偏低，医院仅靠医疗服务收费根本不能弥补经营成本。因此政策上允许医院以15%的药品进销差价来弥补亏空，这就是通常所讲的“以药补医”的补偿机制。

“以药补医”机制使得医院获得了通过出售药品获得盈利的合法权力。使得药品销售与医疗机构、医务人员的经济利益直接相关。此口一开，医院自然会充分利用这一政策谋取收入。在这种情况下，我国的公立医院虽名为非营利性医院，但几乎所有医院都变成了从药品销售中获利的营利性机构。近几年在医院的总收入中，药费收入占60%左右，少数中小医院高达70%至80%，药品销售成为医院收入的主要来源。在药品的使用上，基本上是哪种药品给医院带来的净收入多，医院购进和销售这种药品的积极性就越大。尤为恶劣的是，为增加售药收入，医院、医生诱导患者过度使用药物，即所谓的开“大处方”，造成药物滥用。比如，抗生素在医院环节的差价率大都高于30%，近几年医院药费收入排在前五位的都是抗生素，抗生素销售收入占医院药费总收入的30%以上，抗生素滥用现象十分严重。据调查，我国每年有8万人死于抗生素滥用。

## 二、政府管制的困境

零售环节的双向垄断地位使得医院具有低批发价购药、高零售价卖药来赚取最大利润的能力，可现实却是“药品价格越高、医院的药品需求量越大”，那么医院为什么偏好于购进高批发价药呢？谜底在于——收益率管制政策。

**进销差价率管制的困境。**我国政策明文规定在药品销售中医院的进销差价率不能超过15%。也就是说，医院以10元批发价购进的药品卖给患者的零售价格不能超过11.5元。即毛利率不能超过15%。这一本意是控制药品零售价格的管制措施，实际的实施效果是扭曲了医院的药品购销行为，最终显著抬高了零售药品的价格。同时还将那些疗效可靠但价格低廉的药品逐出了市场。

这种行为形成的原因并不难以理解：在药品进销差价比率即毛利率存在上限管制约束的情况下，药品批发价格越高，医院的收益越大，因此为了追求最大经济收益，医院倾向于进销高价药。这一行为又诱使制药企业抬高药品批发价格，一方面满足医疗机构购买高价药品的偏好，另一方面留出更大的利润空间用于以高额回扣、折扣的方式向医院返还收益。

同样因为这个原因，目前施行的医院用药集中招标采购制度也事与愿违。在目前的招标制度下，规定同一品种药物存在三个中标厂家，因此临床用药的选择性很大，替代品很多，医院普遍采取在中标的同类药品中优先选购价格高或“暗扣”大的药品的做法，而低价中标药品由于价格低、回扣少或没有回扣，医院拒绝进货。这一现象在业内称之为“死标”。这使得一些在降价后成本与零售价格接近的廉价药品，如青霉素，基本上从医生的处方中消失了。由于医院控制了药品零售市场80%以上的份额，因此，只要某种药不在医生处方中出现或出现的机会过小，这种药逐渐“退出”医院市场也就在所难免了。因此，医院的内部处方量决定着一个品种甚至一个厂家的生死，“死标”现象使得一些疗效可靠的常用药品因价低利薄被人为地逐出市场，不但医院不愿意进货，而且药店也不愿销售，往往使得厂家不得不停产这种药品。

**新药审批加单独定价政策“孕育”了一批又一批高价药品。**现行药品管理办法规定对于新药、特药实施单独定价或者企业自主定价。其政策意图是鼓励药企研发新特药。但是在实际的执行过程中，由于新特药审批政策过于宽松，使得药企能够很容易地通过“开发”新药来抬高药价。

市场上很多所谓的“新药”，大部分是原有品种过了专利保护期的仿制药，国内药企通过改变剂型、改变规格、改变包装、改变给药用途，或者添加少数

无关紧要的成分，以申报新药名和新商标的办法来开发成所谓的“新药”，然后利用单独定价政策或者企业自主定价政策重新定价为高价药品。药企要做到这一点，新药审批这一关至关重要。而国家药监局对新药的审批非常宽松，据报道，2004年，中国药监局共受理了10009种新药申请，其中没有一种是真正的新化学实体。另外，国家药监局官员称2005年批准了1113种新药，而同年度美国FDA新药审批数量只有81种。这一显著的数字差异，体现了中美之间有关新药定义的差异。也形象地说明了国内新药标准的宽松。此外，中国的新药审批缺乏有效的外界监督。没有一个机构能对审核新药的药监局和专家组进行监督。这使得新药审批环节中存在着各种各样的寻租现象，其中官员腐败问题触目惊心。而单独定价政策存在先天缺陷，质量与疗效的优劣界线模糊，赋予了相关审批人员很大的自由裁量权，审批过程也不公开、不透明，缺乏监督。相关报道透露，一家企业欲申报新药并最终获得单独定价，往往要耗资数百万元公关费用。这一问题的实质是政府不当的药价管制（包括所谓的单独定价政策）导致药企行为扭曲，宽松的新药审批政策只是药企这一行为得以实现的辅助条件罢了。

至此，目前我国药价虚高的根本原因已基本弄清楚：公立医疗机构在药品零售环节上的双向垄断地位是导致药价虚高的根本原因。医疗服务价格低估导致的“以药补医”机制赋予了公立医疗机构抬高药价的合法权力，进销差价率即收益率管制进一步诱导医院进销高价药，单独定价政策加之宽松的新药审批制度为药厂提高药价、医院购销高价药提供了便利。这些问题的出现，根源在于政府管制措施失当。

# 釜底抽薪：打破公立医院垄断 根治药价虚高

朱恒鹏

药品价格居高不下，表面看是价格问题，实质上关系到医疗体制、医疗保险体制、政府管理体制等各个方面。因此，欲有效控制药价及药品费用过快增长的势头，需要配套改革。

## 一、“医药分离”改革和“医院药品收支两条线”改革的评论

**医药分离。**现行医疗体制的种种弊端是药价过高的根本原因，所以改革也必须由此着手，对此国内应该说已经取得了基本共识。目前，国内的主流看法是，只有实行医药分离，消除以药养医现象，并配套进行综合性医疗体制改革，才能彻底解决当前的药价虚高问题。提出这一政策主张的理由是：在医药不分家的情况下，医院、医生以及其他相关者与药品销售在经济利益上的联系，是药价治理无法取得理想效果的根源。因此，只有进行医药分家，从源头切断医疗机构与药品收入的利益链条，才能彻底扭转医疗市场上药价越高、药品越好卖的局面，从而根本性地解决药价虚高问题。

这一政策建议中的“医药分离”是什么意思呢？大多数人所谓的“医药分离”是指将药房从医院中分离出去，禁止医院卖药，从源头上切断医疗机构和药品收入的关系。然而，在笔者看来，这一政策主张既缺乏理论依据也不具备现实可操作性。张五常有句名言：“要想医院不卖药，除非架上机关枪”。即便在所谓实行医药分离的美国，每年医院售药也占到了药品零售市场20%左右的份额。实际上，医院售药有其合理性，一来医生开处方和售药是两个互补性服务，两项业务放在一起经营，具有范围经济优势，节约了患者的成本，而且一旦出现问题，相对来说责任也更为明确。再者，对医院的急诊业务和住院业务而言，医院自备药物显然有其必要性。从仓储、药房设置和药剂师配备上讲，医院药房也是既能足本院急诊和住院业务需要，也能向门诊患者提供医药，这样具有规模经济。因此，禁止医院卖药，既难以做到也没有必要去做。药价虚高并不是因为医院卖药而是因为医院垄断性卖药，因此逐步削弱并最终消除公立医院在药品零售中的垄断地位才是解决药价虚高的根本性措施。

此外，即使医药分离可以消除公立医疗机构在药品销售中的垄断地位，这一做法也明显缺乏可操作性，因此不能作为目前的政策选择。其原因在于，这一做法对现有利益格局的冲击太大，改革阻力会很大，特别是改革阻力来自于现有体制的既得利益阶层，而这一阶层正是现行医疗体制的主导阶层。具体地讲，所谓医药分离就是把医院的药房从医院中剥离出来推向市场，这实质上就是对医院进行裁员，而且裁掉的还是医院的既得利益阶层。近三十年的改革实践告诉我们，国有企事业单位以及政府部门，在没有落入破产境地的情况下，主动裁员鲜有成功，这种改革的阻力非常大。在医院目前的经济状况和利益分配格局下，大面积地将药房从医院剥离出来会遭遇极大的反抗，这种局面是目前的医院管理层和政府主管部门所不能接受的，因此我们可以预期所谓“医药分离”改革的最终结局只能是半途而废。

再说，“以药补医”体制也并非药价虚高的必要条件，它只是为医院抬高药价提供了合理性。即使没有以药补医政策，只要医疗机构在药品零售中处于垄断地位，它依然可以实施逆向替代。原因无它，医生、医疗机构和其他个人或组织并没有什么区别，都希望收入越高越好。即使在医疗服务价格充分反映其价值的情况下，如果能够通过高价售药获取更高的收益，他们何乐而不为呢？当然，不可否认的是，在财政补偿严重不足的情况下，医疗服务价格严重低估给“以药补医”提供了合理性。因此，要想解决“以药补医”进而解决药价虚高问题，在无法通过财政实现足额补偿的情况下，通过提高医疗服务价格来大致反映医生价值就必不可少。

**医院药品收支两条线。**可能是意识到“医药分离”改革缺乏可操作性，因此有关部门提出了另一种改革措施，即所谓的“医院药品收支两条线”，这一建议不但允许公立医院继续卖药而且允许其继续垄断性卖药。尽管有关部门并没有明确表达后一种意思，但从其并不主张打破公立医院在药品零售上的垄断地位这一点上，可以推断出该政策的意图。这一改革的关键之处是，改变现行体制下医院售药收入自收自支的做法，要求医院将卖药收益上交卫生主管部门，然后由政府主管部门根据医院需要下拨资金弥补医院收支缺口。对这一改革建议的实际效果笔者同样表示怀疑。

首先，医院的卖药收益大致由以下四部分组成：政策规定的进销差价、药厂公开返还的折扣即所谓的“明折明扣”、医院和药企私下约定的折扣即“暗扣”和包括医生在内的相关人员个人拿到的回扣。其中前两项是公开的合法收益，卫生主管部门能够上收的只能是这部分收益，后两项本来就是脱离行政监管的幕后交易，在当前体制下政府已经无力监控，显然也没有能力收缴。而且可以预期，在公开售药盈利必须上缴的政策下，原来药企返还医院的“明折明扣”很可能会不再存在，即全部转变为“暗扣”，以保证医院的可支配收益最大化，因此卫生主管部门能够收缴的只能是政策规定的那15%的进销差价收益。同时还可以预期，以回扣形式返还医院和医生等相关人员的卖药收益不会减少，更不会消失。因为只要医院仍然拥有药品零售环节的双向垄断地位，它就依然可以在这一边向患者高价卖药、在另一边向药厂索要回扣。只要垄断卖方地位不改，患者依然没有选择权，更没有讨价还价的能力。同样，只要垄断买方地位不变，医院处方决定药企生死的局面就不会改变，药企就必须努力配合医院、满足医院的各种要求。

其次，考虑到目前一些大型医院和教学医院售药收益丰厚，医院实际拥有可观的结余利润，我们相信，即使卫生主管部门收缴了那15%的进销差价收益，医院依然可以维持收支平衡。在这种情况下，进销差价收益可能会部分甚至全部截留在卫生行政部门手中而不再返还医院，这种局面意味着卫生行政部门会以合法形式正式参与分享药品收益，显然这不可能有助于抑制药价。要知道政府部门支出具有刚性，一旦收入增加导致了支出增加，就很难再降下来，一旦政府主管部门正式参与分食卖药收益，再让它承担抑制药价、控制药品费用的职能，恐怕就是与虎谋皮了。同样的逻辑，在目前体制下，公立医院已经达到的收入水平一旦因为行政部门参与分食而出现下降，医院很可能会进一步调整药品种类、抬高药价并扩大患者用药，以维持已有收入水平，因为其支出水平也是刚性的。

再次，药品销售对于包括医生在内的这些拿回扣的个人来说，本来就是“收支两条线”的。医生开高价药、开大处方的激励来自药厂的回扣和医院对医生的奖励，“收支两条线”管理并不能切断回扣渠道，从而也就不能消除开高价药及大处方的激励，但却很可能减少了医院能够给予医生的奖励，为了弥补因为

奖金减少导致的收入下降，医生可能会倾向于开更多的药即更大的处方。

最后，目前医疗体制的一个根本性弊端就是医疗机构对行政部门的依赖太重，或者说行政部门对医疗行业的介入太多。“管办分开”这样一个正确的改革建议正是针对这一体制弊病的，而“收支两条线”改革却进一步加深了行政部门对医疗行业的介入，强化了医疗机构对行政主管部门的依赖，使得“管办分开”更加不可能。

基于以上分析，我们有理由相信，“收支两条线”管理这一改革措施无法起到抑制药价、控制药品费用的作用，甚至还可能进一步刺激药价上涨及药品费用不合理增长。

## 二、改革建议

为逐步削弱公立医疗机构在医药零售中的垄断地位，促使药品定价回归合理，可以考虑采取如下改革措施。

第一，放开处方药零售权，允许社会药店销售处方药。现有的绝大部分连锁药店均应该获得处方药销售权。此外，消除“进入”管制，鼓励民营医院等新兴医疗机构的发展，降低全社会对公立医院的依赖程度，打破公立医院的垄断地位。同时，公费医疗和医疗保险报销制度需作相应改革，凡是合法拥有处方药销售权的零售药店和民营医疗机构，均应该被确定为公费医疗和医保定点机构。可以想见，如果那些享受公费医疗或医保的患者，不管从哪里买药都可以报销，公立医院怎么可能维持药品高价？同时，这一改革不仅有助于抑制药价虚高，亦有助于减少患者过度用药。道理很简单，如果患者不一定从医院买药，医生就没有兴趣开大处方。当然，真正做到这些，还需要对医院和医生作出相应要求，即医生处方书写必须规范，处方信息必须透明。

第二，医院可以继续从事药品零售业务，但要求医院药房必须与社会药店一样，明码标价。这样可以使患者通过价格比较决定是否在医院药房购买药品，从而抑制医院药价虚高，同时也能使医院利用药品销售赚取合理利润。此外，

从改革宜平稳进行，不宜造成过大社会冲击和改革阻力的角度看，这一做法无疑保证了医疗机构的平稳运营和医疗体制的稳步转型。

第三，以上措施使社会零售药店和医院药房直接竞争，肯定会导致医院药品价格下降，进而医院售药收益下降。为保证医疗机构的足额补偿和良性运转，更重要的是实现医疗服务合理定价，笔者认为，应该把体现医务人员医疗技术和服务价值的医疗服务价格调整到比较合理的水平，逐步降低药品收入在医院总收入中的比重。北京大学中国经济研究中心教授汪丁丁根据调研数据测算，将药价降到目前水平的30%，同时通过提高医疗服务收费使主治医师年薪维持在25万元的水平，患者的医疗费用平均节约至少20%。山东大学卫生管理与政策研究中心主任孟庆跃教授根据四省市调研数据进行的计算也支持这一结论，他发现如果通过提高医疗服务收费将医务人员收入增加到其期望水平（现有水平的2.5倍），并且将药价降低，那么在维持医院总收入不变的条件下，患者的医疗费用也会降低，其中医药支出大约减少50%。

如果能够做到上述各点，政府的药价管制政策，包括处方药的政府定价和医疗机构的进销差价率管制就完全可以取消。足够充分的市场竞争会把药价控制在其供给成本附近，自然，所谓的新特药单独定价政策也就失去了存在的理由。在这种情况下，新药审批不再和药品定价挂钩，药企也就没有必要再进行那些名不副实的“新药”创新。