

药品流通治理综述与评价

方 锐

(四川大学 华西公共卫生学院,四川 成都 610041)

摘要:世界主要药品消费国都将药品作为特殊商品进行管制,药品流通渠道治理成为政府管理的重要工作。自1984年中国药品流通引入多元市场主体后,药品流通无序竞争,由此带来“药价虚高”“医院大处方”等诸多问题。为此,国家和各地方政府积极探索药品流通治理模式。但在新医改明确提出基本医疗回归公益导向,渠道治理基本陷于多元主体间的利益博弈和喋喋不休的政策争论中。文章通过对基本药物制度实施前后药品流通治理的综述和评价,发现机制缺陷与治理难题,并参考国外治理经验提出:政府应将治理重点放在监控医疗机构行为和药品科学定价上,同时积极引导药品流通规模化经营。

关键词:药品流通;治理;综述;评价

中图分类号:F763

文献标志码:A

文章编号:1008-5831(2013)02-0042-06

自1984年药品流通渠道改革以来,中国药品流通市场化趋势明显。但药品不同于一般商品,药品供需市场机制容易失灵。此后近30年时间里,中国一直致力于药品流通治理,各地政府也积极探索治理模式。特别是2009年国家基本药物制度推行后,药品销售主要终端(基本医疗机构服务)回归公益、生产一流通环节市场导向的格局正在形成。新格局是否符合治理目标,基本药物制度能否收到预想效果,是新医改的焦点话题。文章通过对新中国成立以来,特别是国家基本药物制度实施前后及世界主要药品消费国的药品流通治理的综述和评价,探寻与国情相适应的药品流通治理模式,在兼顾公平与效率原则下深化中国医药体制改革。

一、国内外药品流通治理综述

(一)中国药品流通治理综述

1. 中国药品流通治理沿革

熊平以中国药品流通体制改革重大举措实施为标准,将中国药品流通体制变革进程分为:计划体制下的专供模式阶段,计划走向市场阶段,市场主导、政府监管的探索阶段^[1]。1984年以前,中国药品实行全国专营,中国医药公司及其下属药品批发企业对药品的生产和流通拥有绝对控制权。此后,中国药品流通进入市场化阶段,多种所有制的医药商业企业进入药品流通,到90年代末,国内医药商业流通企业多达1万余家,药品从生产到消费中间环节多达6至

收稿日期:2012-05-28

基金项目:四川省科技厅科技支撑计划“四川省基层医疗机构药品配送与存储优化模式研究与产品开发”(2011FZ0015)

作者简介:方锐(1969-),男,四川荣经人,四川大学华西临床医学院医院管理与卫生政策专业博士研究生,四川大学华西公共卫生学院讲师,主要从事医院管理与卫生政策、医药企业营销、基层医疗机构经营与管理等研究。

7个^①。药品流通主导权逐步倾向医院,医药代表应运而生,药品流通市场处于无序竞争状态。进入21世纪,国家开始在政府管制和市场机制上寻求平衡,通过各种手段治理药品流通,如规范药品流通企业GSP认证,综合实行市场调节、政府指导等定价形式,并20余次直接降低药品价格。

2. 基本药物制度实施前各地药品流通治理模式综述

自20世纪90年代末起,各地开始积极探索药品流通治理创新模式。根据云南宣威(2004),上海松江、闵行(2006),宁夏回族自治区(2006),安徽芜湖(2008),广东东莞等6市(2010),安徽省(2010)医改公开资料,新闻专题报道以及刘杰^[2]、李法宪^[3]、杨成志^[4]等学者的研究成果,将基本药物制度实施前中国各地药品流通治理主要模式归纳如表1。

表1 基本药物制度实施前中国各地药品流通治理主要模式

模式	实施时间及代表地区	主要目标与举措
网上集中招采	1998年河南/ 2000年海南	医院通过网上采购信息平台与生产企业签订供货合同。 个体采购变集体采购,增强采购透明度。
联合竞价	2004年云南宣威	政府主导成立药品采配中心; 联合多家医院对常用药“捆绑”采配,增强议价能力。
药房托管	2006年南京(医药商业公司)	医院将药房委托医药商业公司,最大化降低药品在途/库成本; 药房经营权和所有权分离,医、药机构共享产业链利益;
生产企业让利	2006年上海闵行	医院药品销售零加成,生产企业在中标价基础上对医院再做折让; 不增加政府投入下保障医院利益,但进一步挤压生产企业利润空间。
区域垄断	2006年上海松江/ 山东潍坊	常用目录药品主要由一家生产企业定点生产、统一配送。 药品经营企业适度让利补偿对医疗机构。
省级统购统配	2006年宁夏/ 解放军总后	实施药品“招采、价格、配送、使用、结算”省级五统一模式。 省级统购统配规模效益更大,幅员辽阔省区推广难度大。
第三方机构管理	2008年安徽芜湖	药管中心接收公立医院药品购销权,药品利润考核后进行奖惩性拨付; 切断药品供应链直接利益关系,长效监管药品流通。
国家采购	2008年陕西子长县	基本医疗国家购买、地方补偿,药品总量采购、统一配送; 强化基本医疗公益属性,但考验政府的财政补偿能力。
收取药事管理费	2010年广东东莞等	医保药品实施销售零加成,增收5%药事服务费; 开增药事服务费抵消药价下降带给患者的实惠。
省级统购/单一货源	2010年安徽省	规定“一品一规一厂一配送”,招采合一,确保中标企业利益; 双信封投标,确保药品质量,投标价格与购买量相结合。

(二) 国外药品流通治理综述

1. 国外药品流通治理的理论解释

国外对医药流通渠道治理有着大量的理论解释: Arrow^[5]等均认为医药市场供需占有的信息高度不对称,医疗提供者在交易中具有绝对优势,可以诱导病人进行不必要的治疗,服用不必要的药品。Evans Robert^[6]、Reinhardt^[7]提出医疗服务需求是一种由供给方引导和决定的需求,主张政府规制

医药服务行业。Manning等^[8]以全部医疗支出来研究医疗服务需求,计算出价格弹性在0.17~0.22之间, Feldstein^[9]的研究结论也认为医疗服务和药品缺乏价格弹性,进而提出缺乏弹性是政府治理的合理解释。Phelps认为公共医疗卫生服务具有纯公共物品或准公共物品性质,具有明显的外部性,而个人医疗服务本质上属于私人物品,但是它也具有一定的外部性。Feldstein^[9]认为医疗服务及药品

^①熊平. 中国药品流通体制改革与创新研究. 中国博士学位论文全文数据库, 2007年。

因无法按“谁受益,谁分担”的原则进行补偿,因此,要求政府通过宏观规划和具体措施管制医疗服务市场活动。

2. 国外药品流通治理的实践

国外药品流通治理可以从药品采购、价格管理和流通管理三个环节进行梳理。罗赛男、马爱霞^[10],卫生部规划财务司规划财务工作信息 2006 第 6 期“日本药品价格管理和药品采购”都提到国外药品采购模式可以分成两大类:一是以美国为代表的市场化模式。美国药品采购市场化程度很高,72% 药品通过中介组织 GPOS 采购(Group Purchasing Organization),获得比个体采购更低的价格,同时大大降低交易成本。药品定价也以市场为主,商业医疗保险公司主动控制药价,政府会对政府医保项目采取控制措施,并为私营购药者和医疗管理组织的限价措施开绿灯,如制定《药品报销目录》,实施医疗成本管理等。二是以日本为代表的政府主导模式。日本政府设有专门机构——厚生劳动省负责医疗卫生和社会保障,实行全民医保,医保目录外药品不能报销。政府经常进行市场调查,以确保对医保目录药品制定的零售价趋于合理。医疗机构、零售商及医保均按政府零售价执行,不考虑采购价格,故医疗机构会主动压低采购价以争取利润空间。

郭莹、严明等^[11],卢凤霞^[12],杜海洲^[13],杨佳佳^[14]对法国、德国、英国、荷兰、印度的药品价格管理进行比较,指出上述国家政府设有专门的药品管理部门制定基本药物目录或医疗保健计划。政府对目录内药品定价,每隔一段时间会根据实际生产成本变动并参考邻国情况调整药品价格。目录外药品由生产企业自行定价。由于目录和计划外的药品不予报销,该类药品实际使用较少。

顾丽萍^[15],陈文玲^[16],戴峰、黄崇铭^[17]提到:国外药品流通市场集中度很高,欧盟前三位的药品分销企业市场占有率为 65%,法国 8 家药品批发企业中前 3 家的市场份额高达 95%,德国只有 10 个大药品批发商,最大的 3 家市场份额达 60%~70%。日本前五位企业市场占有率为 80%,美国前三位企业市场占有率高达 96%。药品生产企业与代理商关系固定,药品流通行业利润率低,美国药品流通环节利润仅有 0.62%,日本毛利润也只有 2%~3%,流通企业主要通过规模化经营和为药品生产企业和用药机构提供增值服务盈利;日本药品须标准化生产和包装,法国和德国药品流通所有环节须设职业药师以保证药品流通全程的安全;德国药品流通实行差别加成率,高价药低加成,反之高加成。其他国家的

药品流通加成在 5%~25%。新加坡政府全面干预医院药价,不允许医院在药品上获利。患者主要通过零售药店购药,医院销售药品比例较低,如法国 84.7%,德国 84%,美国 74.9% 的药品都通过零售药店销售。

二、国内外药品流通治理方向、路径和效果比较

(一) 国外药品流通治理方向、路径和效果评价

国外药品流通治理方向明确。除美国等少数国家积极扶持制药工业外,大多数国家在药品价格政策制定上更强调社会福利和公平性。药品流通治理以控制费用上涨、减轻国家财政和社会保险基金负担为主要目标。在治理路径的选择上,政府重点治理医保药物的定价和药品安全,其他环节主要由市场调节。通过规模化经营,减少各环节的药品库存量从而降低流通费用;商业医疗保险介入医院治理,通过利益制衡约束医院用药行为;同时患者主要通过零售药店购药,有效抑制了医院的供方诱导行为。

(二) 基本药物制度前中国各地药品流通治理的比较与评价^[18-31]

新医改前,中国药品流通治理方向和目标不明确,各地治理路径的选择大为不同:早期的药品流通治理目标比较单一,主要通过公开招采,杜绝药品采购暗箱操作和商业贿赂,如河南、海南网上药品集中招采。此后宁夏推行省级统购统配(2006)和安徽芜湖(2008)政府委托第三方专业机构模式,都是以政府主导的方式对药品流通进行治理。而大多数地区药品流通治理的焦点则集中在对药品流通价值链上多元主体间的利益调整。如云南宣威(2004)的联合竞价模式,就是通过多家医院捆绑购买提高买方议价能力,实质就是医疗机构和药品生产供应之间的一次市场博弈。南京商业公司药房委托和药品供应链模式(2006)则是药品采供环节结成利益联盟,通过供应链管理降低交易成本,取得共赢。上海松江和闵行(2006)的让利模式则首次在考虑患者利益前提下进行医疗机构和药品经营企业间的利益博弈。陕西子长(2008)、安徽全省(2010)采取的政府主导的治理模式,患者利益被置于首位,通过政府全额补贴,提高患者效用。

新医改政策出台前,中国药品流通治理在市场化还是公益化上取向不明,各地药品流通体制改革目标也不同,因此政策举措在药品流通各利益主体间各有偏向,争议也较多。此外,医药体制改革缺乏综合统筹,各种政策和举措没有形成合力,没有形成长效机制,致使大多数招采流于形式,实际推行效果不佳。

三、基本药物制度下中国药品流通治理评价与思考

(一) 基本药物制度下药品流通治理评价

基本药物制度是新医改推出的一项重要举措,要求基层医疗机构全部配置 307 种基本药物,并倡导实施省级统购统配、药品销售加成零差率等制度。通过近 3 年的实践,药品渠道治理表现出如下特点。

1. 患者短期、显性效用明显提高,市场机制与政府规制在上游环节开始合理对接

基本药物制度推行后,基层医疗机构药品价格总体下降显著。以安徽省为例:全省基层医疗机构集中招标采购 857 个品规的基本药物,中标价较国家指导价平均下降 52.8%,实行零差率后,基本药物价格较改革前平均下降 50% 左右。基层医疗卫生机构次均门诊费、次均住院费平均下降 20% 以上^②。基本药物可及性、基层医疗机构用药安全、药品价格等患者短期、显性效用明显提高。

此外,基本药物制度下政府不再参与药品配送企业的招标,非但没有降低药品招标采购机制的有效性,反而通过市场机制引导药品流通上游环节开始走向规模化经营。温再兴^[18]在第 22 届全国医药经济信息发布会上的讲话提到:基本药物制度实施以来,药品流通企业通过规模化经营降低成本,药品产业链开始升级,第三方物流的介入使物流功能更趋社会化。

2. 长效补偿和激励机制滞后条件下实施药品加成零差率,基本医疗存在长期、隐性效用下降隐患

基层医疗机构在长效补偿和激励机制滞后条件下实施药品加成零差率压力较大。基本药物制度试行近 3 年来,一些地区基层医疗机构出现业务总收入、门诊人次、住院人次等下降现象。除取消药品加成率,药品配置率低、配送不及时,基本药品目录与新农合目录不配套影响参合农民报销药费等因素外,从业人员缺乏激励机制是导致病员流失的最主要原因。基层医疗机构职能定位过低,服务水平下降,基本医疗需求有进一步向区域中心医院集中趋势,农村存在基本医疗服务质量长期、隐性效用下降的隐患。

3. 现代化的医药物流体系还未建成,改革阵痛期药品配送质量难满意

目前中国药品流通企业规模小、药品流通效率低,几乎没有一家配送企业具有在幅员辽阔、区域差异大的省区实施独家配送的能力,省级统购统配实

际运行中也暴露出省级配送企业不适应农村基层医疗机构点多、量小的药品配送要求,配送品种不齐全,配送不及时问题时有发生。实施基本药物制度后,很多地区药品配送仍然主要依靠县、市级的药品经营企业。

(二) 基本药物制度下中国药品流通渠道治理的解析与思考

中国医药体制改革以来,药品流通上游环节及药品零售市场主要由市场调节,对销售终端——医院的治理则较为复杂。20 世纪 90 年代的医疗体制改革,政府一方面要求医院以低于成本的价格提供基本医疗服务,以实现医疗服务的公益目标;另一方面又通过允许医院新医、新药自主定价弥补上述损失。市场化的医疗体制下,拥有市场控制力的医疗机构逐渐成为药品流通价值链中心。药品生产和流通企业针对医疗机构的营销成本日益增大,并通过虚高的药价转嫁给患者,患者在医药价值链上地位最为不利。提高患者价值成为新医改的重要目标,但在面对医疗体制改革中公平与效率兼顾的问题上,基本药物制度下的药品流通治理仍然面临着几大难题。

1. 实施药品销售加成零差率政策的补偿机制缺失且补偿能力不足

目前公立医院的收入分三块:国家投入、药品收入和医疗费。药品收入占总收 50%,农村地区甚至高达 70%~80%。实行药价加成零差率制度后,大多基层医疗机构将陷入亏损。基本药物制度推行以来,国家和地方政府均已对基层医疗机构加大投入,但对基层医疗机构进行科学合理补偿的机制还未建立。特别是对于政府补偿还存在争议:一是医疗服务虽然具有公益属性,但医疗需求毕竟是个人需求,全部由政府买单,需方失去约束将导致社会医疗费用的极大浪费。二是政府全额补偿存在基层医疗机构经营绩效下降,最终导致服务质量下降的隐患。三是政府长期、足额补偿基层医疗机构存在财政压力。

2. 政府监管药品经营企业和医疗机构行为的能力不足

相对于医院和生产企业,政府治理药品流通依然处于信息弱势地位。首先在药品价格监管上,由于中国药品生产企业多、小、散、乱且各级新药、仿药并存,价格管理部门要准确把握药品生产的社会平均成本和市场供求状况难度较大。其次,由于医疗

^②数据来源:安徽发展改革委副主任吴劲松,安徽:综合改革建立国家基本药物制度[N]. 中国经济导报,2010 年 12 月 23 日.

行为专业性较强,且患者个体差异很大,非专业的机构很难对此实施有效监管。第三,医院绩效考核机制也还有待完善。医生的收入与其工作量、处方费、检查费关系密切。这种绩效评估体制固然有易量化的优点,但也是医疗机构“大处方”“大检查”的推手。

四、进一步完善中国药品流通治理的建议

(一)建立独立、专业的监管机构长效监督医疗机构行为,实现相互制衡、约束和促进

借鉴西方药品流通治理经验,重点监管医疗机构行为。由于中国医疗保险市场化程度不高,短期内在中国构建“医疗机构—医疗保险公司—患者”三方制衡的格局可行度低,因此可以通过国家出资,法律授权设立独立、追求社会公平并兼顾经营实体效率的公立卫生规管专业机构,统筹政府相关部门和公立卫生服务机构的资源,监督并协调药品流通环节各主体利益。将患者满意度引入医疗机构绩效考评机制,同时对医疗机构药品收支、财政补偿和奖惩等信息公开,公众监督,以实现相互制衡、约束和促进。

(二)适度保留医院合理用药利润,持续提高基本医疗服务水平

药品作为医院开展医疗服务的重要物质资料,在使用过程中,除了医生智力投入外,还存在药品管理、拆分、报废等劳动投入和成本损耗,因此,医疗机构需要合理的药品收入。世界上很多国家也都允许医疗机构保有合理的药品收入。在加强对医疗机构行为监管的前提下,适度保留医院合理的药品收入,提高医院自主经营、自我发展能力,才能保证医疗机构在医疗设备更新、人才引进和员工继续教育等方面持续投入,实现基本医疗服务水平的持续提高,保证患者长期价值最大化。

(三)合理引导药品流通上游环节规模化经营,积极推进药品供应链管理,进一步降低药品流通成本

通过实施国家基本药物制度和药品集中采购办法大力推动行业结构调整,培育一批区域性大型医药企业,做精、做强有特色的地方中小药品流通企业;积极推进药品供应链管理,实现医疗机构和配送企业药品在途、在库最小成本,进一步提高药品流通效率。

(四)建立基本药物动态定价机制,并逐渐过渡到基本药物国家定点生产和定价制度

成立全国性的基本药物定价委员会,建立基本药物价格动态机制,将价格变动与物价指数、原材料

价格指数等结合,充分考虑不同区域生产企业的劳动力成本,形成2~3层级范围内的基本药物指导价价格区间,并明确规范基本药物的使用、报销。在条件成熟之时推行基本药物定点生产、统一配送,在实现更大规模经济的同时也将更有利于科学监管基本药物定价体系。

参考文献:

- [1]熊平.中国药品流通体制改革与创新研究[D].成都:西南财经大学,2007.
- [2]刘杰.重组医药供应链[J].中国医院院长,2007,23:60-63.
- [3]李法宪.药品招标采购新政对产业的影响——320文件解读[J].当代医学,2005(7):30-32.
- [4]杨成志.药品采购新政[J].当代医学,2006(4):82-84.
- [5]ARROW K J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care[J]. The American Economic Review, 1963, 53:941-973.
- [6]EVANS R. Supplier induced demand and some empirical evidence and implications[M]// PERLMAN M. The Economics of Health and Medical Care, London: Macmillan, 1974.
- [7]REINHARDT U. Economics in health care: Saviors, or elephants in a porcelain shop[J]. American Economic Review, 1989, 79:337-42.
- [8]MANNING W G, NEWHOUSE J P, DUAN Naihua, KEELER E B, LEIBOWITZ A. Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment [J]. American Economic Review, 1987, 77:251-277.
- [9]FELDSTEIN M. Hospital cost inflation: a study of non-profit price dynamics [J]. American Economic Review, 1971, 61:853-872.
- [10]罗赛男,马爱霞.美国和日本药品采购管理模式及对我国的启示[J].上海医药,2008(6):258-260.
- [11]郭莹,严明,郭晶,等.西方发达国家药品价格管理模式比较[J].中国药房,2005(1):6-9.
- [12]卢凤霞.药品价格管理国际比较分析[J].价格理论与实践,2002(4):34.
- [13]杜海洲.世界药品市场发展状况[J].医药世界,2003(6):42-43.
- [14]杨佳佳.部分发达国家药品价格管理模式比较[J].中国经贸导刊,2007(11):44,50.
- [15]顾丽萍.我国药品流通模式已严重阻碍整个医药行业的发展——法、德模式对我们的启示[J].商业时代,2001(11A):9-11.
- [16]陈文玲.各国药品流通模式初探[N].中国医药报,2005-08-02(B04).
- [17]戴峰,黄崇铭.基于SCP范式的两岸及中外药品流通渠道比较[J].商业时代,2010(3):38-39.
- [18]温再兴.加快结构调整,促进我国药品流通行业健康发展[EB/OL]. [2012-10-20]. <http://www.mofcom.gov>.

- cn/aarticle/jiguanzx/201011/20101107227025.html.
- [19] 贺红权, 刘伟, 吕红. 医药卫生体制改革主流理论演进及启示[J]. 重庆大学学报: 社会科学版, 2012(1): 29 - 35.
- [20] 张泰. 我国药品流通领域体制落后、秩序混乱, 严重制约了医药流通行业的健康发展[J]. 经济研究参考, 2005, 81: F0002 - F0002.
- [21] 药品集中采购“闵行模式”将在全国推广存争议[J]. 上海医药, 2010(5): 286 - 287.
- [21] 吴晓云. 医药分业困境与改革对策研究[J]. 宁夏社会科学, 2011(2): 29 - 44.
- [22] 江国成, 熊润频. 安徽等地实施国家基本药物制度成效明显[EB/OL]. [2012 - 11 - 10]. http://news.xinhuanet.com/fortune/2010-01/27/content_12885502.htm.
- [23] 高红梅. 公立医院药品价格机制的制度系统重构——法律制度的基础性配置[J]. 华东经济管理, 2012(2): 135 - 138.
- [24] 张录法, 黄丞. 扭转“药价虚高”的出路: 医、药、患联动改革[J]. 价格理论与实践, 2004(7): 37 - 38.
- [25] 宋华琳. 药品价格规制的比较与借鉴[J]. 中国处方药, 2007(12): 35 - 37.
- [26] 余欢. 实施药品招标采购后出现的新问题及建议[J]. 首都医药, 2003(2): 14 - 16.
- [27] 武勇. 宁夏药招“三统一”中标药品配送不到位[EB/OL]. [2012 - 10 - 18]. http://www.nx.xinhuanet.com/newscenter/2009-08/10/content_17352547.htm.
- [28] 杨庭洲. 谈药品市场的现状与对策[J]. 江苏药学与临床研究, 2003(04): 46 - 47.
- [29] 曹政. 基本药物制度全覆盖要过两大关[EB/OL]. [2012 - 10 - 19]. <http://www.jkb.com.cn/htmlpage/18/182359.htm?docid=182359&cat=01&sKeyWord=null>.
- [30] 卫生部规划财务司. 日本药品价格管理和药品采购[EB/OL]. [2012 - 11 - 15]. http://www.lawyee.net/Act/Act_Display.asp?RID=399027.
- [31] 陈文玲. 有序推进药品流通体制改革[N]. 国际医药卫生导报, 2005(3): 106 - 107.
- [32] 雷克斯福特. E. 桑特勒, 史蒂芬. P. 纽恩. 卫生经济学——理论、案例和产业研究[M]. 程晓明, 等, 译. 北京: 北京大学医学院, 北京大学出版社, 2006.
- [33] 保罗. J. 费尔德斯坦. 卫生保健经济学[M]. 中译本. 北京: 经济科学出版社, 1998.

Professional Survey and Evaluation to Drug Circulation Governing

FANG Rui

(West China School of Public Health, Sichuan University, Chengdu 610041, P. R. China)

Abstract: All main drug consuming countries in the world consider drugs as a special commodity to supervise, so governing the drug circulating channel is becoming an important job in government's management. Since multi-market subject had been drawn into the drug circulation in China in 1984, drug circulation started to compete disorderly, hence many issues, such as: virtual height in drug price, polypharmacy in hospital, appeared. Therefore, the State and each local government try to explore drug circulation control mode. However, before the orientation which basic medical treatment in new medical reform returns to public welfare was put forward to, measures for treatment almost were immersed in interest gaming among multi subjects in channel and babbling policy argument. By professional survey and evaluation to drug circulation governing before and after carrying out basic drug system in China, the paper found the difficulties and defects in drug circulation channel control. By taking the successful experiences as references in drug circulation control gained by those main drug consuming countries in the world, it suggests that the government should focus on rational medical behavior supervising and scientific drug pricing, active leading drug circulation to large-scale operation

Key words: professional survey and evaluation; drug circulation governing

(责任编辑 傅旭东)