

中国药品价格机制改革与政策选择*

目 录

执行摘要.....	4
1. 中国药品价格扭曲的根源“在医不在药”	4
2. 药品价格形成机制的国际经验：药品支付标准引导下的市场 定价.....	6
3. 药品集中采购、医保药品支付标准与药品价格形成	7
4. 中国药品价格形成机制的改革目标	8
5. 医药分开支付	9
6. 建立和完善医保的药品支付标准	10
一、药品价格的理论与政策框架	13
（一）药品价格的理论框架	13
1. 定义均衡价格	13
2. 创新药品专利保护与新药价格	14
3. 医疗保险与药品采购	15
4. 药品使用环节对药品价格的影响	16
（二）药品价格的政策框架	17
二、典型国家和地区药品价格政策综述	19
（一）美国的药品价格体系	20

*本报告为中国发展研究基金会“国家医保药品目录在中国的实施”专题三“药品价格形成机制研究”的研究报告。执笔人：王震，中国社会科学院经济研究所，研究员，wang-zhen@cass.org.cn。本报告仅代表执笔人的个人研究意见，不代表所在单位及其他机构的意见。

1. 创新药专利保护与仿制药替代	20
2. 公共医疗保险的药品支付	22
3. 药品的集体购买与药品价格	24
(二) 德国的药品价格体系	26
1. 医疗保险的药品参考价格	26
2. 药品流通及使用环节的相关政策	28
(三) 英国的药品价格体系	29
1. 基于价值的药品准入	30
2. 创新药的价格	31
3. 仿制药的价格	32
(四) 中国台湾地区全民健保的药品价格体系	33
1. 新药的药品支付标准	34
2. 仿制药的支付标准	34
3. 药品支付标准调整与药品价格调查	35
(五) 药品价格机制国际经验的总结	36
三、中国药品价格形成机制及价格政策的演变	37
(一) 计划经济时期的药品价格	37
(二) 药品价格的放开与混乱	38
(三) 职工医保的建立与药品价格形成机制改革	41
(四) 药品价格双轨制	43
(五) 新医改与市场为主的单一制药品价格形成机制	44
(六) “两票制”、“药品零差率”销售与药品集中采购	46

1. “两票制”	46
2. 药品零加成	47
3. 药品集中采购	49
四、药品价格构成与药品价格形成机制的改革目标	50
（一）中国药品价格形成机制的制度背景	51
（二）“以药养医”与药品价格构成.....	54
（三）药品价格形成机制的改革目标	59
五、药品价格机制改革的政策选择	61
（一）医药分开与对医院和医生的支付	61
1. 医药分开的前提是建立合理的医院和医生的支付体系 .	61
2. 行政化的支付体系及其弊端	63
3. 构建社会化的医院和医生的支付体系	66
4. 构建基于平等交易的医院和医生服务支付体系	68
（二）医保药品的支付标准	71
1. 医保支付标准的激励机制	71
2. 药品支付标准激励机制的制度前提	72
3. 药品支付标准实践中面临的冲突	74
4. 医保支付标准的制定与实施	76
六、结论及政策建议	78

执行摘要

1. 中国药品价格扭曲的根源“在医不在药”

药品价格的扭曲是中国医药卫生领域问题的集中体现。药价虚高、过度用药、药品费用高涨，是改革开放以来医药卫生领域的“顽疾”。中国药品价格的构成，除了正常的生产和流通环节的成本及利润外，还包括对医院服务和医生服务支付的费用，即“以药养医”的费用，以及提取这些费用而绕开各种管制的费用。这最后一部分费用属于纯粹的社会资源的浪费，也是药品价格中最不合理的部分。从经验上判断，正常的生产与流通成本及利润只占全部价格的三分之一左右，支付给医院及医生的费用占到了 40%左右。

药品价格的这种扭曲，其根源在于中国医疗卫生服务的供给端，可以说中国药品价格的问题“在医不在药”。中国的药品价格体系自改革开放以来几经变化，从计划经济时期的全面的行政定价，到上世纪 80 年代、90 年代的行政定价与市场议价并存的双轨制，再到医保药品的最高行政限价与市场定价并存的双轨制，一直到 2015 年全面取消药品的行政定价，以市场定价为主的单一制价格形成机制。

价格形成机制的这种变化，以及相应的政策以及监管体制的变化，不仅没有解决药品定价虚高、价格机制扭曲的问题，而且还不断催生新的扭曲。在 1997 到 2013 年间，政府 32 次下调药品价格，但下调的结果是药品价格不断上升。除了定价机制的改革之外，为了控制药品价格，政府还出台了其他相关的措施，比如加价率管制、药品差比

价规则、“两票制”、药品零加成、政府主导的药品集中采购等，这些政策无一例外，都未根治甚至没有缓解药品价格的扭曲。

这背后的深层次原因在于中国医疗服务供给侧。公立医疗机构的行政化治理模式，导致激励过度与激励不足并存。在全面计划经济下，医疗机构缺乏激励，效率低下。上世纪 80 年代医药卫生领域的最大问题是效率低下带来的供给不足。为了激励医疗机构提供医疗服务，中国医药卫生体制的第一次改革就是扩大医疗机构的经营自主权，鼓励医院创收。但是，在鼓励创收的同时，对医疗机构的行政管制依然存在，没有建立合理的对医院服务与医生服务的支付体系。在这样的情况下，唯有药品价格是可操纵的用于对医院服务医生服务进行支付的载体。“以药养医”的格局逐步形成。

其次是公立医疗机构在行政保护下形成的垄断地位，以及事业单位编制形成的医生对医院的依附地位。中国的公立医疗机构一方面受到行政保护，另一方面享有各种显性及隐性的财政补贴以及公共资源的使用权。行政垄断导致“优者不能胜、劣者不能汰”，激励与约束机制失效。在这种情况下，如果放开对公立医疗机构的行政管制，则会出现利用行政保护及公共资源“谋取私利”的现象，即所谓公立医疗机构的“逐利性”。而公立医疗机构的“逐利性”则主要通过药品价格的扭曲来进行。这是中国药品价格扭曲的根源所在。

2. 药品价格形成机制的国际经验：药品支付标准引导下的市场定价

从国际经验看，欧美主要国家和地区药品价格的形成都以市场定价为主。但是，在不同环节都普遍存在公共政策对价格的干预。特别是公共支付（包括社会保险与政府支付）条件下，药品的支付标准对药品价格的影响可以说是关键性的。主要国家的药品价格形成机制可以总结为：医保支付标准引导下的市场定价机制。

医保支付标准引导下的市场竞价机制，一是可以将药品价格控制在一定范围内，不至于使药品价格过度上涨；二是给医疗服务供给方和药品供应商以充分的价格空间，以激励医疗服务供给方和药品供应商降低实际价格，这一激励机制的核心是医疗服务供给方自行采购并获得支付标准与实际采购价格之间的价差。

但是，上述药品价格机制能够执行并产生效果对医疗服务供给方有一定的要求：一是医疗服务供给者不论是公立还是私立、营利性还是非营利性，都是独立的经营主体，能够自主经营、自负盈亏，有内在的激励及外部竞争约束；二是医疗服务供给要形成充分的竞争格局。如果不能自主经营、自负盈亏，那么医疗服务供给方根本没有激励去降低药品的实际采购价格，因为盈亏对其没有影响；如果不能形成竞争格局，缺少竞争带来的外部约束，那么垄断的医疗服务供给方会利用垄断地位，引致大量机会主义行为，比如过度用药、大处方等。

3. 药品集中采购、医保药品支付标准与药品价格形成

与国际上比较成熟的国家和地区药品价格的形成机制相比，中国的药品价格形成机制虽然取消了行政定价，转向了市场为主的定价机制，但从目前药品价格领域存在的问题看，扭曲现象仍然存在，药价虚高并未得以解决。2015 年药品定价机制的改革虽然要求纳入医保的药品价格通过药品的支付标准加以调节。几年来各地针对医保的支付标准也进行了一些实践与探索，主要的做法，一是根据药品集中招标采购的中标价作为医保支付标准，二是最低价联动，以全国或某个区域招标的最低中标价作为医保支付标准。这两种做法与国际上通行的参考价格制度或支付标准制度是不同的。

药品集中采购与药品的支付标准其运行的原理、基本的原则、背后的激励机制都不相同：药品集中采购是利用支付方的买方垄断进行战略性购买，以量换价是其基本的原则；药品的参考价格或支付标准的基本原理是激励药品购销主体，包括医院、诊所、社会药房等自主压低药品价格，已获得实际购销价格与支付标准之间的价差。从国际上通行的做法看，集中购买的主体都是医院、诊所、社会药房等医疗服务供给方及药品供应商。药品的集体购买组织（GPOs）为这些购销主体提供集体购买的服务。而参考价格或支付标准提供的仅是医保的支付价，并不承担具体的购买责任。甚至在英国这样的 NHS 体制的国家，NHS 也并不具体负责药品的购买，而是向社会药房按照药品的支付表（支付标准）进行支付。

国家医保局成立后，承担了药品集中采购的职能。为了压低过高

的药品价格，国家医保局的两个主要措施，一是纳入医保目录的药品价格谈判，比如通过谈判降低了 17 中抗肿瘤药进入后的价格；二是集中采购中重点实施的“带量采购”。

这两个做法实际上都是集中采购的思路，是利用医保作为药品的最大支付方的地位进行的战略性购买。这些做法从短期看可能会压低药品的价格，但并不会对药品价格的形成机制产生根本性改革。

药品的购销主体在上世纪 80 年代、90 年代是医疗机构。从 2000 年开始，先是实行地市级的集中采购，而后转向政府主导的省级集中采购，实际上剥离了医疗机构药品的购销权；而随着公立医院改革而推开的药品零加成销售的政策又剥离了医院对药品的经济管理权。但是，几十年的实践表明，即使剥离了医院的药品购销权与经济管理权，仍然难以解决药品的价格虚高问题。

4. 中国药品价格形成机制的改革目标

对于药品的价格形成机制，医保作为最大的支付方，集中采购的做法可以短期使用，甚至可以用在医保支付标准的谈判上，但从长期看，给定中国当前已经实现全民医保的现实，参考国际上主要国家和地区药品价格形成机制，中国药品价格形成机制的改革目标应该是：

第一，药品价格能够反映真实的药品供需状况。要从药品价格中剥离对医院服务和医生服务的支付，彻底取消因此而产生的扭曲性的制度成本。

第二，有利于鼓励创新，同时保证药品的可及性以及医保基金的

可持续性。

第三，价格形成机制应该以市场为基础，医保药品的支付标准主要调节手段。

5. 医药分开支付

要实现上述目标，从根本上还是要从剥离药品价格承担的对医院服务和医生服务进行支付的功能，建立单独的医院和医生的支付体系，实现医药分开支付。

中国自改革开放以来，一直没有形成对医院服务和医生的单独支付体系。建立对医院和医生的独立的支付体系，总的方向是去行政化改革，建立社会化的、基于可比较与可竞争的医疗服务供给格局。从可操作性的角度，首先要改革事业单位编制，将医生从对公立医疗机构的依附关系中“解放出来”，形成医生自由执业、多点执业的格局。在医生能够流动的情况下，形成对医生服务的支付价格。

“解放医生”的第一步则是改革事业单位编制。要逐步剥离事业单位编制背后的政策性保护及隐性福利，使事业单位编制仅成为一种管理工具，医生选择执业地点及执业方式，仅依赖于自身的技术水平以及对风险和收入的偏好，而不依赖于事业单位编制的制度性政策。

在实现这个理想格局之前，可以考虑按照“挂钩”的方式，以社会平均工资为基础，先行建立对医生服务的支付表。从医保的角度，可以在医保医师制度建设中，逐步建立与医保医师直接签订协议的制度，直接向医保医师进行支付。

其次，将医院服务与医生服务相对分开。对医院的支付体系要与当前正在全面推开的对住院服务的按病种（病组）付费改革相配合，改革对医院的支付。特别是财政对医疗机构的直接补贴要逐步转为统一补贴需方，将财政的补贴一并纳入到按病种付费中。从直接拨款制全年转向购买服务的体制。

6. 建立和完善医保的药品支付标准

在推动医药分开支付的同时，在药品支付上，也要从目前集中采购为主逐渐转向医保支付标准为主。在医保药品支付标准的构建上，按照循序渐进、分类进行，与医保支付方式改革、公立医院改革以及药品集中采购相结合，先住院、后门诊的方式进行。

首先，与医保支付方式改革联动，建立对住院服务的按病种付费，并将药品打包在病种付费中，由医院自行采购和管理住院药品，医保按照固定的支付标准统一打包支付。

其次，逐步剥离医院门诊药品，放开处方药外购。在剥离门诊药品之前，还要坚强对社会药店的监管，建立强制性的药店药品价格数据上报及信息公开制度。与医保药师的建设相配合，将医保药师纳入到医保协议管理中。

第三，逐步建立基于价格调查及社会谈判的医保药品支付标准。在创新药以及高价药方面，主要通过谈判以及以量换价的方式确定支付标准。要加快创新药的药物经济学评价，为支付标准的谈判奠定基础。

第四，在仿制药方面，首先是推动药物一致性评价，大力提升仿制药质量，在此基础上加快仿制药替代。加强对仿制药药品质量、安全性、疗效等方面的监测。即使是通过一致性评价的药品，也要加强监管，防止一些企业为降低成本产生的机会主义行为。药品质量的一致性是实现仿制药药品支付标准的前提。

仿制药的支付标准以市场平均价格为基础，根据医保的支付能力加以调整。在开始阶段，建议可借鉴国外同等经济与社会发展水平的药品价格作为制定药品支付标准的参考。

药品的价格问题是我国医药卫生领域各种问题的集中表现。自改革开放以来的历次医改，理顺药品价格都是改革的重点和中心。自上世纪 80 年代逐步放开药品价格的计划管制后，我国药品价格形成机制几经变革，从 80 年代、90 年代行政定价与市场议价并存，到 2000 年之后职工医保目录药品最高行政限价，再到 2015 年全部放开所有药品价格的行政管制。与药品价格形成相关的其他一些政策也频繁出台。但是，从历次改革的效果来看，药品价格形成机制还未理顺，“虚高”问题一直没有得到彻底解决，而且在某些情况下还愈演愈烈。

从国际经验看，虽然药品价格形成是市场形成为基础，但其中的行政管制以及医保基金的垄断性购买往往是各国通行的做法。对药品加价率的管制、参考价制度、医保的支付标准等作为常用的政策工具往往是药品价格形成的重要因素。

但是，中国的药品价格形成又具有自身的特征与逻辑，即中国药品的价格从来不是一个单纯的“价格”问题，其背后是医生的薪酬机制、公立医院的运行机制以及医疗保障的治理模式问题。中国改革开放以来，虽然公立医疗机构几经改革，但至今为止并未理顺和形成合理的对医生的支付机制以及对医院的支付机制，从而没有形成合理的对医生服务的定价机制。在这样的情况下，药品价格承担了为医生和医院付费的功能，也就是所谓的“以药养医”的机制。因此，中国药品价格的形成机制，首先需要解决对医生的定价和对医院的支付问题。在此基础上才能理清药品价格的形成过程与机制。中国目前关于药品价格体制改革的政策措施，在很大程度上是解决“以药养医”问题的。

这是与西方国家药品价格形成机制最大的区别。

在这个大背景下，本文要回答的问题，首先是中国的药品价格形成机制是什么样的？其形成过程是怎样的？存在哪些主要问题？其制度性的原因何在？中国未来的药品价格形成机制是怎样的？如何实现这个改革目标？在进入关于中国药品价格形成机制的具体分析之前，还需要理清药品价格形成机制的理论框架，同时对药品价格形成机制的国际经验进行评述。

一、药品价格的理论与政策框架

（一）药品价格的理论框架

1. 定义均衡价格

讨论药品价格“虚高”或“虚低”首先需要界定药品的“真实价格”。从经济学的一般理论来讲，“真实”价格就是药品的供给与需求所界定的“均衡价格”。在一个完全竞争的市场中，药品供给等于药品需求时的价格就是药品的“均衡价格”。当然，在现实世界中由于各种干预措施的存在以及市场的不完全，“均衡价格”难以观察，但是只有借助这一理论上的“均衡价格”才能定义现实世界中的价格对“均衡价格”的偏离：当药品实际价格高于“均衡”价格时，就是药品价格“虚高”，药品实际价格低于“均衡”价格时，药品价格“虚低”。

现实的药品市场并不是一个完全竞争市场，相比于一般制造业产

品，药品市场不满足完全竞争的特征比较突出：一是在生产环节专利保护带来的垄断；二是在药品采购环节，由于医疗保险的介入，买方集体购买（买方垄断）对价格的影响；三是在药品使用环节，由于医患之间的信息不对称，医院和医生行为对药品价格的影响。

2. 创新药品专利保护与新药价格

对创新产品进行专利权保护，给予该创新产品一个时期的独家垄断权是现代市场经济为鼓励创新的通行做法。在药品领域各国也普遍实行对创新药品的专利保护制度。在专利保护期间，为实现利润最大化，独家垄断的药品生产商往往对创新药品制定较高的价格。当然，创新药（专利药、原研药）的高价格背后是药品创新的高额研发成本。美国作为最大的创新药生产国，FDA（美国食品与药品监督局）通过的每种新药的平均研发成本高达 25.58 亿美元。（图 1）2016 年美国十个最大的药品生产商的研发投入占其总收入的 17%，而在航空航天行业这个比例只有 3%，计算机与电子行业只有 9%^[1]。

对创新药的专利保护一方面通过高价格补偿新药研发、鼓励创新，但另一方面也导致医疗费用的上涨。因此，需要在鼓励创新与控制医疗费用上涨之间进行平衡。进行平衡的主要政策工具是仿制药替代，对创新药的专利保护到期后鼓励使用仿制药来替代创新药，从而降低药品价格。

^[1] Scott Fry, US Pharmaceutical pricing: an overview, <https://axenehp.com/us-pharmaceutical-pricing-overview/>, 2019.

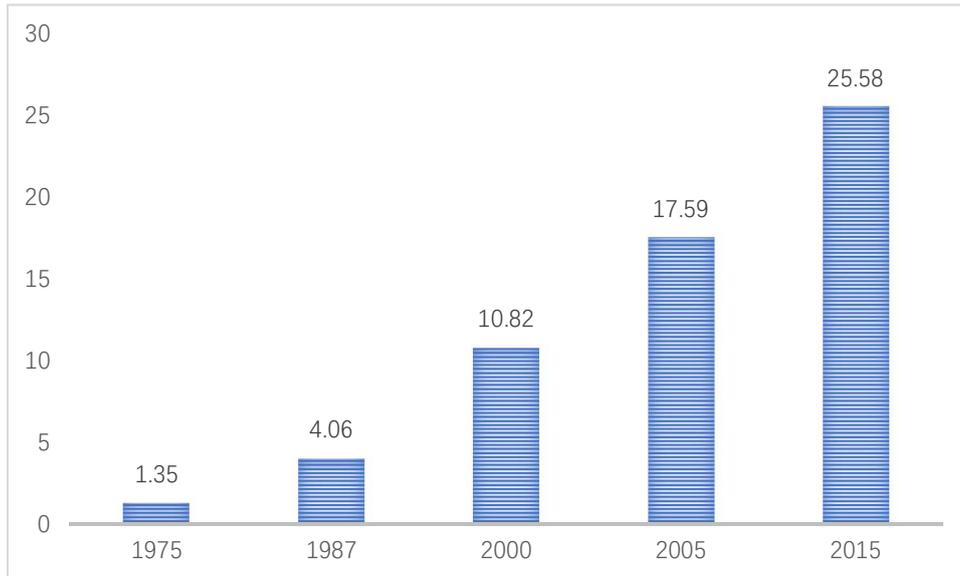


图 1 美国 FDA 通过的每种新药的平均研发成本（单位：亿美元）

注：剔除通胀因素，使用 2013 年美元

数据来源：Avik S. A. Roy, The competition prescription: a market-based plan for making innovative medicines affordable, The Foundation for Research on Equal Opportunity, <https://freopp.org/a-market-based-plan-for-affordable-prescription-drugs-931e31024e08>, 2019.

3. 医疗保险与药品采购

在药品价格形成的链条中，第一个价格是出厂价，也是药品生产企业供应药品批发商的价格；第二个是从批发商进入到零售端的价格，即批发价；第三个是零售终端销售给患者的价格，即最终零售价或消费价格。

对于药品的价格形成而言，与其他商品不同的是医疗保险作为最大的药品付费方介入到药品价格形成中。现代医疗保险不仅对参保人的疾病风险进行保障，而且利用其买方垄断的优势对药品价格产生影响。特别是在单一的全民医保以及国民健康保险体系下^[2]，医保的药品支付对价格的形成起到了关键性的作用。不同国家和地区，医疗保

^[2] 以英国和北欧国家为代表的国民健康体系（NHS）虽然与社会医疗保险在筹资（财政直接筹资）及治理机制都不相同，但其作为独家买方所发挥的作用是相同的。

险影响药品价格的具体途径虽然不同，但其背后的逻辑是相同的，即利用医疗保险的集体购买以及买方垄断来影响价格。从具体的途径上，既包括直接定价模式，也包括医保的参考价格制度。

4. 药品使用环节对药品价格的影响

药品的使用与其他商品不同，患者必需经由医生处方之后才可以购买和使用。在这个过程中，医生掌握了信息优势，因此从理论上就存在医生利用这种信息优势谋取“过高得利”的可能性。这就导致药品的价格会受到医生处方行为的影响。医生处方行为对药品价格的影响还受到如下两个因素的约束：

首先是医疗服务市场的竞争程度。市场竞争会稀释掉医生的信息优势，从而约束医生的机会主义行为。从长期看，如果市场是保持竞争性的，那么医生利用信息优势“谋利”的可能性越小；如果一个市场中长期存在医生利用信息优势“谋利”的行为，那么从反面说明市场竞争程度较差。

其次是医疗服务与药品销售是否分开，即医药是分业经营还是混业经营。在医药分业经营的制度下，医生的收入与药品的销售是分开的，从而减少医生利用信息优势“谋利”的可能性；在医药混业经营的情况下，医生收入与药品销售收入混在一起，医生更有可能产生机会主义行为。

（二）药品价格的政策框架

在完全竞争市场条件下，药品的真实价格等于药品供给与需求均衡时的“均衡价格”。但是，药品的实际价格在形成过程中受到不同因素的影响。这三个环节的政策干预可分为供给侧的政策与需求侧的政策两大类。

供给侧的价格政策针对的是药品研发、生产、流通等各个环节。在药品研发阶段，为了鼓励药品创新，各个国家一般都对新药进行专利权保护。但是，鼓励创新的专利保护与控制药品费用过快增长的政策目标之间需要加以平衡，因此在新药专利保护的同时，一些国家也制定鼓励仿制药替代的政策。在药品生产阶段，最严格的管制措施是行政定价，即政府制定药品的固定价格，生产厂家只能按照该固定价格定价。比固定价格宽松的是最高限价政策，政府制定药品的最高价格，厂商可以在该限价之下自行定价，但不能超过该限价。在药品流通环节，对于药品的批发价、零售价等，一般的市场惯例是有价格加成的。一些国家也对这些加成进行管制，制定固定加成率或最高加成率。在对企业的生产环节，一些国家对厂家的最高利润（率）进行限制，要求厂商在最高利润率之下进行定价。此外，还可以对药品生产企业的税收环节（比如增值税）进行干预。

需求侧的政策针对的是药品的使用方及付费方。这些政策并不直接针对药品的价格，但其实施却对药品的实际价格形成产生影响。首先是对医生\医院药品处方行为进行管制，比如制定医保或国民健康体系覆盖药品的清单或不覆盖药品的清单（药品目录），要求医生按

照用药指南用药，以及给医生\医院的处方药品限定总额等，这些政策通过约束医生\医院的处方行为从而影响药品的销售及价格。

其次是患者环节。在医疗保险或国民健康体系情况下，药品消费属于第三方付费，有必要对患者进行约束。最经常使用的政策措施是患者的自付，通过对患者自付比例的挑战来约束患者的用药行为；其次是仿制药使用替代，对于有仿制药的药品，医保按照仿制药价格进行支付，患者如果使用非仿制药需要个人付费。

第三类政策是医保支付的政策，主要是药品的参加价格制度。药品参考价格制度又分为外部参考价格与内部参考价格制度。外部参考价格将本国或本地区药品价格与国外和地区外的药品价格相联系，来制定本国药品价格或医保的药品支付标准；内部参加价格通过集体谈判或药品价格调查的方式确定本国药品价格或药品的支付标准。

表 1 总结了欧盟和部分 OECD 国家经常使用的药品价格政策。当然，这些政策并不是每个国家和地区都使用的，不同的国家根据本国的实际情况采用不同的政策，有的国家总体上倾向于政府干预药品价格形成，有些国家更多倾向于市场决定价格，有些国家则介于二者之间，更加强调社会谈判的作用。本文下一部分将选择四个典型国家和地区对其具体的药品价格政策进行综述。

表 1 欧盟及部分 OECD 国家药品价格政策

供给侧政策			
创新与 研发	专利保护	patent protection	对创新药品进行专利权保护，创新药品的独家垄断以及高价格
	仿制药替代	generic substitution	鼓励仿制药对创新药的替代
价格 管制	固定价格	fixing price	针对医保覆盖药品或全部药品制定固定价格（行政定价）

	最高限价	price cap	针对医保覆盖药品或全部药品制定最高价格限制；企业定价不能超过该限额
	加价率管制	mark-up regulation	对流通环节中的加价率进行管制
企业利润管制	最高利润	profit control	限制药品企业的最高利润(率)，要求企业在改利润(率)下为药品定价
	税收政策	Tax benefit	对药品的增值税或其他税进行调节
需求侧政策			
医生/医院	正面清单	positive list	医保或国民健康体系仅支付清单内药品(药品目录)
	负面清单	negative list	医保或国民健康体系支付所有清单外药品
	用药指南	guidelines	医生必须按照用药指南进行处方；指南外药品不予报销
	药品费用总额控制	spending cap	对医院\医生处方药品费用进行总额限制
患者	共付	co-pay	患者自付部分药品费用
	仿制药使用替代	generic substitution	医保仅按照仿制药价格进行报销，超出部分患者自付
医保支付	外部参考价格	external pricing reference	根据(单个或一组)国家或地区药品价格来确定本国或本地区药品价格
	内部参考价格	internal pricing reference	通过谈判或平均价格调查制定本国或本地区药品支付价格

资料来源: T. Stargardt & S. Vadoros, Pharmaceutical pricing and reimbursement regulation in Europe, Encyclopedia of Health Economics, 2014(3): 29 - 36.

Sabine Vogler & Katharina Habimana, Pharmaceutical pricing policies in European countries, 2014, Vienna: Gesundheit Osterreich, <https://pdfs.semanticscholar.org/32a8/48962eb48cd5045a2752a91ecce475424f77.pdf>.

Monique F. Mrazek, Comparative approaches to pharmaceutical price regulation in the European Union, Croatian Medical Journal, 2002, 43(4): 453-461.

Paula Tele & Wim Groot, Cost containment measures for pharmaceuticals expenditure in the EU countries: a comparative analysis, The Open Health and Policy Journal, 2009, 2: 71-83.

二、典型国家和地区药品价格政策综述

在本部分我们选择了四个典型国家和地区总结其药品价格政策：美国、德国、英国和中国台湾地区。选择这四个国家和地区进行总结，首先是因为它们在医疗卫生服务筹资制度上都具有典型性：美国是公

共医疗保险和私营医疗保险混合的制度；德国是典型的社会医疗保险制度；英国是典型的基于财政筹资的国民健康体系；中国台湾地区是全民健康保险的制度。其次，这四个国家和地区在药品价格形成上还各有特色：美国还是全球最大的创新药品生产国以及最高的医疗费用和药品费用支出国，其在创新药品的专利保护制度对药品价格的影响非常典型；德国作为社会医疗保险国家，医保已经形成了成熟的药品参考价格制度；英国国民健康体系按价值付费的制度；中国台湾地区仍然实行的与大陆相同的医药混业制度。

（一）美国的药品价格体系

美国药品价格体系的典型特征是市场化竞争程度较高，不论是在研发、生产环节，还是在销售、采购及使用环节，都建立在市场竞争的基础上。但是，在市场竞争基础之上，美国药品价格体系也有相当程度的公共干预政策。

1. 创新药专利保护与仿制药替代

美国是世界上最大的创新药生产国，是全球药品创新中心。这与美国对创新药的专利保护密不可分。早在 1938 年美国通过“食品、药品与化妆品法案（Food, Drugs, and Cosmetic Act）”成立了美国食品与药品管理局（FDA）对新上市的药品进行审批。1962 年的 KHA 修订案（Kefauver Harris Amendment）要求对包括创新药和仿制药在内的所有药品上市前都要进行安全性与有效性的临床实验。但是该

法案下一方面创新药的专利保护期短，同时由于仿制药上市也需要进行与新药相同的临床实验程序，仿制药上市周期也较长。这既不利于创新药保护，也不利于专利到期后仿制药的上市。

美国 1984 年的颁布的 Hatch-Waxman 法案（药品价格竞争和专利期恢复法案，Drug Price Competition and Patent Term Restoration Act）即在专利保护鼓励创新与鼓励仿制药替代之间进行了平衡，将创新药的高专利期延长至 14 年^[3]；仿制厂家不仅可以在创新药专利期间就可以对新药进行仿制实验，而且只要提交证明仿制药与创新药具有相同的有效成分及生物等效性即可批准上市。

仿制药替代对药品价格的下降效应是非常明显的。对美国加拿大、澳大利亚、英国、德国、法国等 12 个国家的相关研究现实，在专利保护到期 1-5 年内药品价格最高下降到了原价格的 66%^[4]。专利到期后仿制药上市后对药品价格快速下降的这种现象被称为“专利悬崖（Patent Cliff）”。

但是，仿制药替代策略虽然降低药品的价格，但总体来看创新药的总费用仍然是各国药品费用的主要部分。美国作为最大的创新药生产国，超过 80% 的处方药品实施了仿制药替代，但在处方药品总花费中占主要部分的仍然是创新药：2016 年美国处方药中创新药的支出为 3339 亿美元，品牌仿制药为 501 亿美元，非品牌仿制药只有 361 亿美元。

^[3] 法案颁布之前的平均有效专利期为 9 年，颁布后平均有效专利期延长至 11.5 年。见丁锦希.美国药品专利期延长制度浅析——Hatch-Waxman 法案对我国医药工业的启示[J].中国医药工业杂志,2006(09):649-653.

^[4] Gerard T. Vondeling, Qi Cao, Maarten J. Postma, et al., The impact of patent expiry on drug price: a systematic literature review, Applied Health Economics and Health Policy, 2018, (16): 653-660.

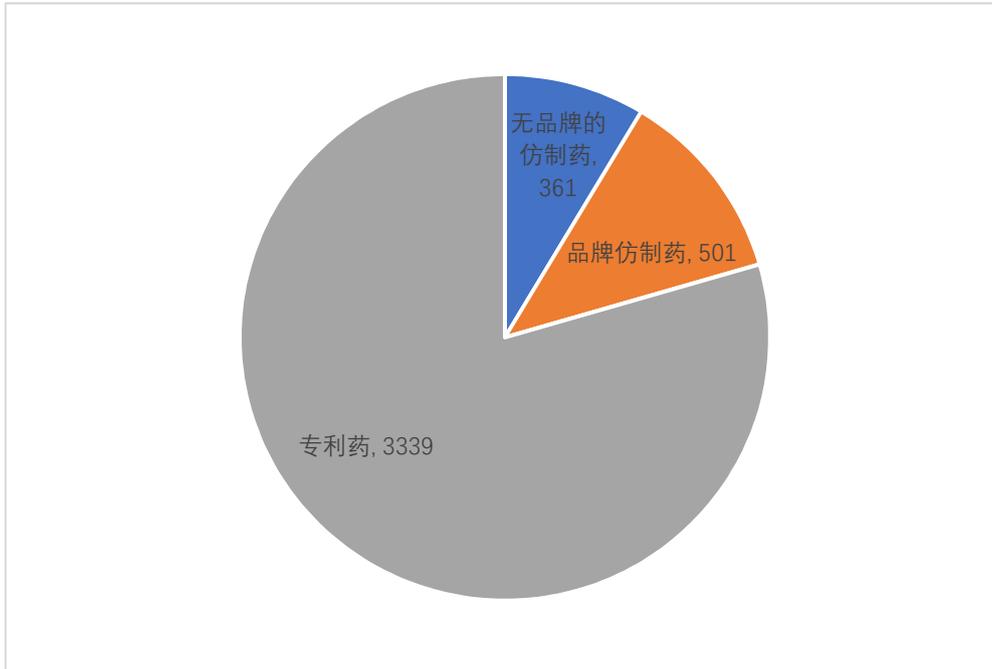


图 2 美国处方药支出结构 (2016 年; 单位: 亿美元)

数据来源: Avik S. A. Roy, The competition prescription: a market-based plan for making innovative medicines affordable, The Foundation for Research on Equal Opportunity, <https://freopp.org/a-market-based-plan-for-affordable-prescription-drugs-931e31024e08>, 2019.

2. 公共医疗保险的药品支付

美国的医疗保障是典型的混合体制: 2016 年美国公共医疗保险 (Medicare、Medicaid、CHIP 以及其他公共项目) 覆盖人口占总人口的比重为 37.3%, 私立医疗保险 (营利与非营利) 为 67.5%; 在公共医疗保险中, Medicaid 覆盖人口占总人口为 19.4%, Medicare 覆盖人口占总人口的 16.7%; 在私立医疗保险中, 雇主提供的医疗保险覆盖人口占总人口的 55.7%, 直接购买医疗保险的占 16.2%^[5]。公共医疗保险虽然覆盖人口不是最多的, 在医疗总费用中占的比例也只有 40%。

^[5] Jessica C. Barentt and Edward R. Berchick, Health insurance coverage in the United States: 2016, U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, U.S. Census Bureau.不同保险项目对人群的覆盖有重叠, 因此总数超过 100%。但实际上, 美国在 2016 年仍有 10%左右人口没有医疗保险覆盖。

但美国公共医疗保险的支付政策对药品价格仍然有重要的影响。

Medicare 的药品支付包括三个部分：一是 Part A 部分的住院用药品；二是 Part B 部分必须在诊所或医院门诊使用的药品，比如注射用药品等；三是 Part D 部分的处方药（自我管理药品^[6]）。

医疗保险与医疗救助管理中心（Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS）^[7]将 D 部分药品的支付委托给经过批准的私立保险公司承办。不同的保险公司设计出不同的 D 部分药品计划供参保人选择。参保人选择不同的药品计划缴纳的费率以及待遇都不相同，取决于参保人自己的选择，Medicare 只负责部分缴费补贴以及运行监管的责任，并不负责各个计划的具体运作。

对于 Part B 部分的门诊用药，Medicare 制定相应的支付标准：Medicare 按照这个支付标准向医院或医生诊所进行支付，不管医院及诊所获得这些药品的价格如何，医院和诊所自行承担购买药品的盈余或损失。CMS 的药品支付标准按照市场平均价格（Average Sales Price, ASP）加上 6% 的加成率来制定（ASP+6%）^[8]。市场平均价格的确定，对于单一货源药品，按照该药品在不同市场中的平均价格来确定；对于多货源药品则按照通用名来确定平均价格。药品供应商需要每半年向 CMS 提供一次药品价格信息用来制定支付标准。

自上世纪 80 年代 Medicare 开始使用按病种分组的院内服务预付制度后（DRGs-IPPS, Diagnosed Related Groups- Inpatient

^[6] Self-administered drugs, 比如多数口服药，虽然是处方药，但患者可以自我管理。

^[7] CMS 为美国政府健康与人类服务部（Department of Health and Human Services）主管公共医疗保险和医疗救助的行政部门。

^[8] MEDPAC (Medicare Payment Advisory Commission), 2017, Medicare and the health care delivery system, Report to the Congress, http://medpac.gov/docs/default-source/reports/jun18_medpacreporttocongress_sec.pdf.

Prospective Payment System), Part A 部分中的药品就与医院服务捆绑进行付费,即按照病种分组固定价格进行付费^[9]。在这种情况下,病组内的包括药品在内的所有成本都由医院进行控制。医院需要根据 CMS 的病种支付标准自行购买相应的药品。这种支付模式与药品的支付标准的原则是相同的,即医院作为医疗服务提供者自行与药品供应商进行价格和购买量的谈判。

3. 药品的集体购买与药品价格

公共医保的药品支付标准,包括对住院用药品的打包付费使得医院有动力与药品供应商进行谈判已获得最有利的价格。但由于单个医院、诊所或药店与药品供应商的谈判能力较弱,同时交易成本又较高,因此药品集体购买组织自 Medicare 与 Medicaid 上世纪 60 年代成立以来就开始快速发展。截止到目前,超过 97% 的美国医疗服务提供者(医院、诊所、药店等)都加入一个或多个药品集体购买组织(Group Purchasing Organizations, GPOs),大约 72% 的医院用药是通过该组织进行的。GPOs 这种药品集体购买形式早在 1910 年就开始在美国出现,但是一直到 Medicare 与 Medicaid 出现之前发展并不快。上世纪 60 年代公共医保的出现以及对药品的支付方式使得医院有动力跟药品供应商进行谈判来获得回扣、降低实际购买价格。在这种情况下,GPOs 开始快速发展。其为医疗服务供给方提供的服务,一是通过专业化的药品购买服务,减少单个医疗服务供给者的交易成本;二是通过

^[9] NORC at the University of Chicago, Trends in Hospital inpatient drug Costs: issues and challenges, 2016, <https://www.aha.org/system/files/2018-01/aha-fah-rx-report.pdf>.

集体购买形成的买方垄断与药品供应商进行价格谈判。

GPOs 实际上是利用买方垄断来获取药品价格的回扣(kickbacks), 但这在美国的法律体系中是违法的。因此, 随着 GPOs 的发展, 在上世纪 80 年代美国开始立法免除药品 GPOs 过程中药品价格回扣的法律责任。1986 年美国国会修改了相关法律, 药品供应商与 GPOs 之间的价格回扣不违反法律^[10]。1991 年美国健康与人类服务部签署了安全港条款的实施细则, 并将药品供应商向 GPOs 缴纳的费用设定为药品总购买量的 3%。

从理论上讲药品 GPOs 有利于降低药品的实际购买价格, 从而降低医疗总费用。但是, GPOs 降低药品实际购买价格从而降低医疗总费用的效应仍然缺乏一致性的经验证据^[11]。一些研究认为, 由于 GPOs 的收入是总购买额的 3%, 因此 GPOs 有动机抬高药品价格, 或维持药品价格在较高位置上, 从而难以实现降低价格的目的; 也有研究认为由于竞争激烈, GPOs 还是有足够的动机去降低价格。美国政府稽核署 (US Government Accountability Office) 提交的审查报告也并未得到一致的证据^[12]。但不管怎样, GPOs 在美国药品价格形成中仍然是不可缺少的一个重要组成部分。

^[10] 即安全港条款, safe harbors。

^[11] Marilyn M. Singleton, Group purchasing organizations: gaming the system, *Journal of American Physicians and Surgeons*, 2018, 23(2): 38-42.

^[12] GAO(US Government Accountability Office), Group purchasing organizations: funding structure has potential implications for Medicare costs, Report to Congressional Requesters, 2014, <https://www.gao.gov/assets/670/666644.pdf>.

（二）德国的药品价格体系

德国是欧洲最大的药品市场。2016年总的药品销售额为409.8亿欧元（442.0亿美元），超过法国（306.9亿欧元）和英国（244.8亿欧元）。德国的药品价格体系也是建立在市场定价的基础上，进入德国的药品，不论是处于专利保护期的创新药还是仿制药，只要通过了欧洲药品管理署（European Medicines Agency, EMA）的审批即可在德国上市，并自由制定出厂价格。但是德国是典型的社会医疗保险国家，超过90%的居民被法定社会医疗保险覆盖，其余10%也有必须按照法律要求参加私立医疗保险。2015年德国3440亿欧元医疗卫生总费用中，法定医疗保险支付了2000亿欧元，占到了58%；政府及个人支出为1135亿欧元，占33%^[13]。在这种情况下，德国医疗保险对药品的支付制度对药品价格具有决定性的影响。

在了解德国药品价格体系时需要厘清三个有关价格的概念：一是出厂价格（ex-factory price），该价格由药品供应商自行制定；二是医疗保险给出的参考价格；三是医院及药店的实际销售价格。德国药品价格体系的关键是医疗保险给出的药品参考价格。

1. 医疗保险的药品参考价格

德国医疗保险对药品的支付实行参考价格制度（Reference price）。参考价格又分为外部参考价格（External reference price）

^[13] IGES Institute, Reimbursement of pharmaceuticals in Germany, 2018, https://www.iges.com/e15094/e15095/e15096/e17469/IGES_Reimbursement_Pharmaceuticals_2018_WEB_ger.pdf.

与内部参考价格 (Internal reference price), 前者是与外部某国或某个地区的药品价格挂钩, 后者则根据相应的规则自行制定参考价格。参考价格制定出来后, 各个疾病基金根据参考价格向医院或药店进行支付。

德国医疗保险更多使用内部参考价格制度。在内部参考价格的制定上, 根据药品种类不同又分为创新药参考价格的制定与仿制药参考价格的制定。

仿制药的参考价格制定, 首先根据通用名 (药品所含化学成分等) 确定进入参考价格的一篮子药品 (药品束), 然后以市场平均价格为基础, 根据其他因素确定参考价格。

对于创新药的参考价格, 程序比较复杂。特别是 2008 年之后, 根据德国健康保险竞争促进法 (Health Insurance Competition Enhancing Act), 德国医疗保险从创新药价格的“被动接受者”逐渐变为价格制定的积极参与者。创新药参考价格的制定首先是该药品新增治疗价值的成本-效益评估。创新药经过欧洲药品管理署 (EMA) 审批进入德国市场后可以自由定价, 但如果要获得医疗保险的报销, 需要向联合委员会 (GBA)^[14] 提交申请, 联合委员会委托医疗服务质量与效率研究所 (Institute for Quality and Efficiency in Health Care, IQWiG) 进行“新增治疗价值”的成本-效果评估。这个评估过程为期一年, 期间经过多次听证及外部咨询。一年后 GBA 发布关于药

[14] 德国法定医疗保险经办管理由独立的疾病基金承担。2012 年德国共有 136 个疾病基金。这些疾病基金在全国层面联合形成医疗保险协会。疾病基金协会与德国医师协会、德国医院协会共同成立联合委员会 (Federal Joint Committee, GBA)。联合委员会在德国属于社会法人, 在医院与医生服务、医保支付标准、药品参考价格等方面拥有政策制定权。

品新增价值的评估报告。如果报告显示没有新增治疗价值，那么直接进入仿制药的参考价格组；如果有新增治疗价值，那么医疗保险协会将以该新增价值为基础与药品供应商进行谈判并确定参考价格。^[15]

上述参考价格针对的是药品及医院门诊销售使用的门诊处方药。对于住院用药品，德国医疗保险使用 DRGs-PPS 支付系统，将药品成本包含在不同的疾病分组中进行打包支付。药品的购买及价格确定都由医疗服务供给方自行与药品供应商谈判确定。在这样的情况下，医疗服务供给方也大量使用包括 GPOs 在内的集体购买方式，以降低药品的价格。

2. 药品流通及使用环节的相关政策

除了药品参考价格制度外，德国还在药品的流通及使用环节制定了与价格相关的政策。首先是药品流通环节的加成。一般而言，在不同环节会形成相应的价格加成率。比如，批发价在出厂价的基础上有 6%-12% 的加成；零售价在批发价基础上有一个 3% 的加成^[16]。其次，是药品零售方对疾病基金的强制折扣。如果某种药品未进入参考价格体系，那么根据规定药品销售方要给予疾病基金一定的折扣：对于处于专利期的药品，折扣率为 7%；对于非专利药折扣率为 6%。2016 年进入到参考价格组的药品占到全部处方药的 81%，剩余未进入参考价格组的都需要给疾病基金相应的折扣。

^[15] Martin Wenzl and Valerie Paris, 2018, Pharmaceutical reimbursement and pricing in Germany, OECD County Profiles, <https://www.oecd.org/health/health-systems/Pharmaceutical-Reimbursement-and-Pricing-in-Germany.pdf>

^[16] T. Stargardt & S. Vadoros, Pharmaceutical pricing and reimbursement regulation in Europe, *Encyclopedia of Health Economics*, 2014(3): 29-36.

第三是医生用药的管制措施，包括每个医生可处方的药品总额预算、以及大处方的最高限额、医生处方指南等。

第四是对患者用药的约束机制。患者每次购买药品都需要缴纳固定的 5-10 欧元的费用。如果购买的药品在参考价格组内，且实际价格超过了参考价格，患者需要自付这部分费用。2016 年医疗保险支付的药品费用占到了总的药品费用的 84%，个人支付的费用占到了 16%。

（三）英国的药品价格体系

英国的医疗卫生筹资与服务体系是国民健康服务体系(National Health Services, NHS)^[17]。与德国社会保险体系不同，英国的 NHS 的筹资全部来自一般公共税收，而不是来自缴费。英国卫生部 (Department of Health) 以及下属的 NHS 管理委员会负责管理 NHS 的整个业务，其中也包括药品的支付政策及价格政策。英国的医疗卫生服务供给的一个主要特征是其发达的全科医生 (General Practices, GPs) 网络及社区医院和社区药店系统。英国的全科医生提供了整个医疗服务的 90%以上，是英国 NHS 医疗服务的供给主体。英国的医院服务主要由公立医院提供，但公立医院仅占到全部医疗服务供给的 10%左右。虽然英国的 NHS 系统是由政府直接运营的，但在治理模式上英国 NHS 的基础仍然是市场化的，比如构成医疗服务供给主体的全科医生都是私人执业的 (Privately practice)。英国药品价格体系也是建立在市场化的基础上。英国不对药品的出厂价以及实

^[17] 英国的 NHS 分为英格兰、苏格兰、威尔士、北爱尔兰四个部分，虽然其基本框架和基本原则相同，但各个部分的筹资及管理都是独立的。在本部分我们所涉及的是英格兰的 NHS。

际价格进行行政管制，但通过各种政策手段去影响药品价格，以协调药品可及性与医疗费用可控性两个目标。这些政策主要包括三个方面：一是基于价值的药品准入；二是创新药的价格政策；三是仿制药的价格政策。

1. 基于价值的药品准入

创新药品或进入英国市场的新药品若要获得 NHS 的报销必须经过新药治疗价值的药物经济学评估。执行评估的机构为国家健康服务绩效研究所 (National Institute for Health and Care Excellence, NICE)，该机构成立于 1999 年，其任务就是对已经通过欧洲药品管理局 (EMA) 审批上市的药品能否在英国上市进行评估。评估使用的主要工具是基于质量调整生命年 (Quality-adjusted life years, QALYs) 的成本-收益分析：如果某种新药的成本低于 QALYs 的某个阈值，即使用该新药可以获得 QALYs 收益超过其成本，那么就推荐该药品进入 NHS 体系。这个阈值对于治疗一般疾病的药品为每个 QALYs 2 万到 3 万英镑，即如果某种药品可以挽救一个 QALYs，那么其成本至少要在 3 万英镑之下。对于生命终末期使用的药品，这个阈值可以提高到 5 万英镑；对于发病率在 1000 人以下的罕见病用药，阈值上升到 10 万到 30 万英镑^[18]。

^[18] Leo Ewbank, David Omojomolo, Kane Sullivan, Helen McKenna, The rising cost of medicines to the NHS: what's the story? The King's Fund, 2018, <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2018-04/Rising-cost-of-medicines.pdf>

2. 创新药的价格

NICE 的职责只是负责确定新进入英国的药品是否可以获得 NHS 的覆盖，但并不对药品的价格进行干预。创新药或品牌药的价格主要通过药品价格监管计划(Pharmaceutical price regulatory scheme, PPRS) 来加以干预。

首先需要明确的是创新药的生产商是可以自由定价的，PPRS 是一项生厂商自愿参与的计划。该计划由代表药品支付方的英国卫生部和代表药品供应商的英国药品工业协会之间通过协商执行，每五年重新谈判。当然，如果某供应商不参与 PPRS 的谈判，那么该供应商也必须接受与 PPRS 相似的价格监管。

PPRS 的主要目的是为 NHS 支付的创新药制定一个价格上限，而价格上限的制定并不是直接确定一个价格作为上限，而是对药品生产商的利润率进行限制。药品生产商可以在此利润率下来设定价格，只要该价格带来的利润率不超过最高利润率即可。在 2013-1018 年期间，若以销售额来界定，则回报率为 6%；若以资本额来界定，则回报率为 21%。如果生产商的实际利润超过最高利润率的限额，那么需要通过下一期削减价格或折扣的方式返回 NHS^[19]。

^[19] Steven Morgan, Summaries of national drug coverage and pharmaceutical pricing policies in 10 countries, Working Papers for the 2016 Meeting of the Vancouver Group in New York, 2016, https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2018-09/Steven%20Morgan%2C%20PhD_Ten%20Country%20Pharma%20Policy%20Summaries_2016%20Vancouver%20Group%20Meeting.pdf

3. 仿制药的价格

英国的仿制药价格也是以市场定价为主。对于 NHS 支付的仿制药，其支付价格通过每月修订一次的英国药品价目表（Drug Tariff）来确定^[20]。药品价目表确定后，NHS 按照价目表的价格对 NHS 签约药店进行支付。签约药店自行与药品批发商或生产商进行谈判，若低于价目表价格，则药店获得其中的差价。这个运行原理与德国医疗保险的药品支付标准的运行原理相类似。

为了控制价目表价格与实际价格之间的差价，英国政府在 2005 年通过了强制数据提供的法案，要求凡是 NHS 签约药店必须提供药品生产、流通等的相关信息。根据这个信息，英国卫生部可以通过调整价目表的价格来控制药店的利润。另一方面，为了保证药店的收入不至于亏损，英国卫生部还采取了两个措施：一是在药品价目表中也包括了支付给药店的服务费用，即药店提供的各种药事服务费；二是如果某种药品的实际采购价格出现了上涨，并超过价目表价格，那么药店可以申请 NHS 的额外支付。

英国仿制药的使用主要是在社区医疗卫生服务中^[21]。2016-2017 年度英国处方药总费用为 430 亿英镑，其中 81%来自社区医生的处方^[22]。仿制药的大量使用使得英国的药品费用维持在了相对较低的水平。

^[20] Emil Aho, Pontus Johansson and Gunilla Ronnholm, International price comparison of pharmaceuticals 2017, Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, 2018, https://www.tlv.se/download/18.60fe571b1618606ac975dd4d/1533558140914/internationell_prisjamforelse_av_la_kemedel_2017_rapport_engelska180213.pdf

^[21] 仿制药在社区医疗卫生服务的大量使用，与英国全科医生处方药品时只开具通用名的惯例有很大的关系。

^[22] House of Commons Committee of Public Accounts, Price increases for generic medications, Sixty-second Report of Session 2017-19, 2018, <https://publications.parliament.uk/pa/cm201719/cmselect/cmpubacc/1184/1184.pdf>

（四）中国台湾地区全民健保的药品价格体系

中国台湾地区的医疗保障筹资是覆盖全民的全民健保制度，该制度虽然也属于社会医疗保险，但与德国以就业关联的就业人员为主体的社会保险也有所差别。台湾全体居民按照六个档次参加健保，每个档次的缴费方法及费率都不相同，企业就业人员由雇主及个人分担，没有就业的居民由政府和个人分担缴费，低收入群体则由政府缴费。中央健保局虽然隶属于卫生福利部，但在运营上作为自负盈亏的独立机构负责全台健保的经办及管理服务。在医疗服务供给方面，70%以上的机构为民营医疗机构（包括药店、诊所、医院等）。

健保参保人门诊及药店购买药品时只需支付一个固定额度的费用即可，健保支付额在 100 元（新台币，下同）之下时个人无需付费，101-200 元时个人支付 20 元，超过 1000 元时个人负担封顶 200 元。对于住院药品费用，个人按照总费用支付 5%-30%之间进行支付，药品费用不再额外计算。

台湾健保对药品的支付也分为两个部分：对于住院药品的支付，在实施按病种及按病组付费（DRGs）下，药品打包在病组支付中，不再另外付费；对于门诊及药房药品，健保按照支付标准进行支付^[23]。而作为最大的医疗服务和药品的支付方，健保的药品支付标准对药品价格的形成具有决定性的影响。

^[23] 张杰,熊先军,李静湖.台湾健保药品价格与支付管理体系[J].中国医疗保险,2015(04):67-70.

1. 新药的药品支付标准

健保对新药的支付标准按照分类支付的原则进行。新药按照其新成分、新剂型、新给药途径、新疗效配方，以及是否具有新的临床价值分为第一类突破性创新药和第二类新药，第二类新药又分为与现行常用药品相比临床价值有明显改善的药品（2A，Me-better）以及临床价值与已有药品相近的新药（2B，Me-too）。新药的支付标准原则是外部参考定价法，以十国（美国、日本、英国、加拿大、德国、法国、比利时、瑞士、瑞典、澳大利亚）药品价格（或药品支付标准）的中位数作为标准。第一类新药的支付标准一般等于十国药品价格的中位数制定；第二类新药根据十国价格的最低价制定。在具体实施过程中，健保与药品供应商也会根据对临床价值的评估以及实际使用量等对支付标准进行谈判^[24]。

2. 仿制药的支付标准

与其他国家相比，台湾地区仿制药的使用量并不大，2014年使用量仅占全部药品47%左右。出现这种情况，从需求方的角度看，健保对药品自付的比例要求不高（固定支付额），同时民众对仿制药的质量存在疑虑，因此对仿制药的需求积极性不高。其次，这也与台湾药品支付标准的制定原则有关，即主要按照药品的有效成分制定，与是否仿制药关系不大^[25]。

^[24] 王雅楠, 官海静, 刘国恩, 孙利华. 台湾地区医保药品的采购模式和支付价格[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(12): 18-22.

^[25] 吴久鸿, 李洪. 仿制药品在亚洲生产与使用情况概论[J]. 中国药物经济学, 2018, 13(11): 21-25.

在具体操作上，根据仿制药是否进行生物等效性实验、制剂是否符合国际药品认证合作组织药品生产质量管理规范认证、是否被美国食药监局（FDA）或欧洲药品管理署（EMA）批准上市等分为 A-D 四个级别，A 级的支付标准与已收录的同组药品价格相同，其他级别则分级下减，最低级不超过同组药品的 80%。

3. 药品支付标准调整与药品价格调查

健保的支付标准并不等于药品的实际价格，而只是健保支付给药品医院及药店的价格。药品的实际采购价格则由医院及药店自行与药品供应商确定。这种支付机制会激励医院及药店有充足的动力压低药品的实际采购价格，以获得支付标准与实际采购价格之间的价差。

在台湾地区医药混业的情况下，一些医院及医生会利用处方权过度开药，以获得更多的价差。这在台湾地区被称为“药价黑洞”问题^[26]。为了解决这个问题，台湾地区健保形成了药品支付标准调整机制，通过调整药品支付标准，减少支付标准与实际药品价格之间的价差，从而抑制“药价黑洞”，减少健保的药品支出。调整的基础上每两年一次的药品价格调查。对于专利药品以加权平均市场交易价格（Weighted average market trading price, WAP）作为基础进行调整；对仿制药则根据同组药品的加权平均销售价格（Group weighted average market trading price, GWAP）进行调整^[27]。

^[26] 陈敬,赵熙子,赵亮,史录文.德国、日本和我国台湾地区药品价格规制经验及启示[J].中国药房,2017,28(25):3464-3467.

^[27] 赖新权,薛松,李海,王国华,郑朝晖,黄掌欣,肖瑜.关于台湾地区医药卫生体制、健康保险制度与医药价格管理调研报告[J].市场经济与价格,2014(06):10-16+20.

（五）药品价格机制国际经验的总结

1. 主要 OECD 国家和地区药品价格的形成都以市场定价为主。但是，在不同环节都普遍存在公共政策对价格的干预。特别是公共支付（包括社会保险与政府支付）条件下，药品的支付标准对药品价格的影响可以说是决定性的。因此，主要国家的药品价格形成机制可以总结为：公共支付标准引导下的市场竞价机制。

2. 公共支付标准引导下的市场竞价机制，一是可以将药品价格控制在一定范围内，不至于使药品价格过度上涨；二是给医疗服务供给方和药品供应商以充分的价格空间，以激励医疗服务供给方和药品供应商降低实际价格，这一激励机制的核心是医疗服务供给方自行采购并获得支付标准与实际采购价格之间的价差。

3. 上述药品价格机制能够执行并产生效果对医疗服务供给方有一定的要求：一是医疗服务供给者是独立经营的实体，能够自主经营、自负盈亏；二是医疗服务供给要形成充分的竞争格局。如果不能自主经营、自负盈亏，那么医疗服务供给方根本没有激励去降低药品的实际采购价格；如果不能形成竞争格局，那么垄断的医疗服务供给方会利用垄断地位，引致大量机会主义行为，比如过度用药、大处方等。

4. 合理的药品价格形成机制，既要处理好药品创新与仿制药替代的关系，也要处理好医疗服务的专业自主权与控制医疗费用之间的关系。医生在医疗服务和药品使用中处于核心地位，既要尊重医生的专业自主权，也要通过各种制度设计规范和约束医生的行为。

三、中国药品价格形成机制及价格政策的演变

(一) 计划经济时期的药品价格

中国的药品价格形成机制脱胎于计划经济，改革开放后，药品价格形成机制也几经变迁。要理解当前药品价格机制存在的问题，首先需要了解改革开放以来药品价格体制及政策的变迁。

计划经济时期中国的医疗保障分为三个部分：一是机关事业单位职工，实行公费医疗制度，其医疗费用由财政直接拨款；二是国有企业和集体企业职工，实行劳保医疗制度，由企业缴费形成劳保基金（或从企业成本外列支^[28]），其中包括职工（及其家属）的医疗费用；三是农村集体经济组织筹资的农村合作医疗。医疗服务的供给则主要是公立医疗机构提供。公立医疗机构在财务上实行统收统支^[29]，纳入计划经济的管理体系。

药品的生产、流通、销售等全部纳入到计划管理体系，按照政府统一的指令，按计划生产、按计划收购、按计划调拨。在药品流通上，实行统购包销、三级医药批发、一级零售的购销体系。在药品零售端，自上世纪 50 年代开始，为了鼓励医疗机构的积极性以及对医疗机构的亏损进行一定程度的补贴，也允许公立医疗机构在药品销售时根据进货价进行加成，并规定了最高的药品加成率不能超过 15%^[30]。

^[28] 1969 年财政部《关于国营企业财务工作中几项制度的改革意见（草案）》规定，企业不再提取劳动保险基金，职工的退休金、医疗费等劳保支出改在营业外列支。

^[29] 在不同时期也实行过诸如“全额管理、定额补助”、“全额管理、定项补助、预算包干”等，见朱恒鹏，咎馨，向辉.财政补偿体制演变与公立医院去行政化改革[J].经济学动态,2014(12):61-71.

^[30] 伍杰雄.对“取消医院药品加价”提法的认识[J].中国药房,2005(20):5-9.

（二）药品价格的放开与混乱

改革开放初期，在医药卫生领域面临的最大的问题是医疗服务与药品的供给不足、供给效率低下，看病难、住院难等情况几成常态，不仅在农村地区缺医少药，在一些工业企业集中、人口集中的大城市，医院无床位、服务不到位的情况也很常见^{[31] [32] [33]}。因此，改革开放初期，医药卫生领域政策的总的趋势是放开：一方面放开医疗卫生服务机构的计划管制，增加医疗卫生服务机构的经营自主权，强调对医疗机构和医务人员经济激励，允许医疗机构“结余留用”^{[34] [35]}；另一方面，在药品生产和流通领域，放松计划管制，鼓励地方药品生产企业进行改革，扩大生产、增加供应^[36]。

在药品价格方面，逐步放开了对药品价格的行政管制，从全面的计划价格体系逐步转向行政定价与市场议价并存的双轨价格体制。1986年国家医药管理局“关于颁发医药商品价格管理目录”的通知，将药品价格形成机制概括为“国家定价、国家指导价及市场调节价”并存。药品价格分为三类：一是中央管理的药品价格（国家医药管理局管理品种），二是下放到省级单位管理的药品价格，三是其他目录外的药品实行市场调节价，由企业根据经营情况自行定价。

这种价格双轨制对鼓励药品生产起到了重要作用，有效缓解了存

[31] 卫生部. 武汉市采取措施解决看病难住院难问题[J].医院管理,1983(11):11.

[32] 青岛市财政局, 卫生局. 用经济手段促进卫生事业发展[J].财政,1980(01):26-27.

[33] 欧阳竞,余治平.解决看病住院难问题的一种重要办法——黑龙江、辽宁职工医院向社会开放情况的调查[J].医院管理,1982(01):12-14.

[34] 卫生部, 财政部, 国家劳动总局. “关于加强医院经济管理试点工作的意见”. 1979.

[35] 卫生部. 关于卫生工作改革若干政策问题的报告. 1985.

[36] 王香亭.王香亭同志在一九八六年度全国生化制药会议上的小结[J].生化药物杂志,1986(01):1-5.

在多年的药品供应短缺问题，促进了制药行业的大发展。但是，价格双轨制也带来强烈的副作用，药品价格领域的混乱到上世纪 90 年代初中期达到了高峰，大量药品价格脱离了行政定价，药品购销过程中的高价格、高返利、高回扣成为常态。

首先是药品生产厂家大量增加，形成了“百业经药”的局面。80 年代初我国制药企业只有 500 家左右，但到 90 年代中期已发展到 6000 多家^[37]，而且以小、散、差的企业为主，超过 90%以上为小企业，根本达不到药品生产质量管理规范（GMP）标准^[38]。二是药品流通秩序混乱，三级批发、一级销售的计划体制改革后，各种各样的流通企业和渠道都进入到药品购销领域。

众多的小、散、差的药品生产和流通企业在地方保护下通过各种手段进行营销、扩大市场份额，这其中价格竞争是主要的手段。但是，在药品价格双轨制下，这种价格竞争并未起到“优胜劣汰”的作用，而是衍生出了大量不正当的手段和方式。首先是大量药品使用各种手段脱离了药品行政定价的范畴，以各种改头换面的“新药”的形式变为市场议价品种。截止到 1996 年，1986 年《医药商品价格管理目录》中的政府定价的药品仅有 100 多种，其中中央定价的 67 种，其余为省级定价，比如河北省省级定价药品为 90 种、山东为 42 种、辽宁为 41 种。在中央定价的 67 种药品中，真正能实行统一定价的仅有青霉素等少数几个大品种，多数品种要么停止生产、要么改型换名^[39]。1991

^[37] 马凯.深化药品价格改革 整顿药品价格秩序[J].价格理论与实践,1997(02):4-9.

^[38] 尹力.药价上涨原因探析[J].价格理论与实践,1997(11):25-27.

^[39] 尚英才.药品价格现状及加强监管对策[J].中国物价,1996(07):33-36.

年新特药占总的销售额的比重就高达 38.4%，1992 年增加到 42.98%；国家定价的到位率只有不到 30%^[40]。

突破药品行政定价后的药品价格则陷入了“高价格、高返利、大回扣”的泥窠中。药品从生产到患者手中，实际生产成本差不多只有不到 30%，剩下的 70%都是各个环节的返利和回扣，其中批发企业的折扣在 5%-10%，医疗单位的折扣加上加价率在 30%左右，还有医生以及药品销售人员提成等^{[41] [42]}。

为了解决药品价格领域中的问题，理顺药品价格机制，1994 年国务院“关于进一步加强药品管理工作的紧急通知”对一些地方和部门在药品生产和流通中的问题进行了整治，重点是各地违反药品管理法规，竞相开办药品生产、经营企业等的生产经营秩序混乱，以及药品购销中行贿、受贿、回扣等不正之风。

针对药品价格，1996 年国家计委“药品价格管理暂行办法”对药品价格管理进行了大幅度的改革，总的方针仍然是行政定价与市场定价相结合，分为三类药品价格进行管理：一是政府定价的药品，包括生产、经营具有垄断性的药品、临床应用面广、量大的少数基本治疗药品以及一类精神药品、麻醉药品和避孕药具等特殊药品，分别由中央政府管理和省级单位管理；二是企业自行定价的药品；三是按国家规定的作价办法进行定价的药品，实行顺加作价、按实际进价价差率销售，医院销售药品的差率一般不突破 15%。对于进口药品和新药，

^[40] 辛欣.药品价格改革探讨[J].卫生软科学,1994(07):10-12.

^[41] 厦门市物价局课题组.医疗收费为何居高不下?——厦门市医疗收费和药品价格的调查与分析[J].福建改革,1999(03):19-22.

^[42] 市场与价格研究所课题组,曹建军.药品与医疗服务价格问题研究[J].中国物价,2001(05):3-8.

出厂价由企业自主定价，零售价按照规定的差价率和药品销售利润率进行定价。

1998 年国家计委“关于完善药品价格政策改进药品价格管理的通知”，对药品价格管理又进行了调整，一是调整了新药价格的销售利润率，二是对执行政府定价的普通药品的价格，提出了优质优价的原则，只要能够证明药品质量、安全性、临床疗效等优于其他同种药品的，可以申请单独定价，三是控制药品销售费用在销售价格中的比重，原研药销售费用率不超过 25%，仿制药不超过 10%。

这一时期的药品价格体制管理改革的一个趋势是重新加强对药品价格的行政管理，不仅在出厂价、销售价进行行政管制，而且还在加价率、销售利润率等环节进行干预。但是，这些措施并未解决药品价格虚高以及回扣、返利等行为。为了突破药品价格管制，一些企业和医疗机构变明扣为暗补，以学术赞助、会议、宣传等名义的回扣仍然普遍存在^[43]^[44]。

（三）职工医保的建立与药品价格形成机制改革

上世纪 90 年代末期的一个重要事件是城镇企业职工基本医疗保险的建立。医疗保险作为新的统一的医疗服务和药品费用的支付方进入到医药领域，为了保证医保基金的安全，需要对混乱的药品价格体制进行改革。2000 年国务院体改办等部门联合下发“关于城镇医药卫生体制改革的指导意见”，要求调整药品价格，“基本医疗保险用药目

^[43] 刘刚，1998：药品价格存在的问题及对策建议，《中国物价》第 10 期。

^[44] 汪洋，2000：引入竞争机制进一步深化药品和医疗服务价格改革，《价格理论与实践》第 10 期。

录中的药品、预防用药、必要的儿科用药、垄断经营的特殊药品实行政府指导价或政府定价，有条件的可以制定全国统一零售价，其他药品价格由生产企业按照国家规定的作价办法自主定价。”同年，国家计委印发了“关于改革药品价格管理的意见的通知”，确定了药品价格管理形式，实行政府定价与市场调节价相结合的办法，并确定了政府定价药品的范围，即纳入到基本医保目录中的药品实施政府最高零售价限价，其中甲类目录药品由中央定价，乙类药品价格由省级价格主管部门制定。

本次改革还明确了单独定价的规则，产品有效性和安全性明显优于或治疗周期和治疗费用明显低于其他企业生产的同种品种时，可申请单独定价。这个规定实际上导致了当时大量药品通过更改剂型、包装等改头换面以“新药”的形式申请单独定价。药品价格仍然有不断高企的趋势，药品价格膨胀也成为当时医药领域的焦点问题^[45]。

为了打击企业变换剂型、规格、包装等变相涨价行为，2005年国家发改委颁发了“药品差比价规则（试行）”，对政府定价以及执行政府指导价的药品制定了同种药品不同剂型、规格以及包装材料的不同而形成的价格之间的差额或比值。2006年国家发改委、财政部等部门又下发了“进一步整顿药品和医疗服务市场价格秩序的意见”，要求各企业严格执行药品差比价规则，并严格执行以购进价为基础、顺加不超过15%的加价率作价的规定。进一步加大了对市场调价药品的价格管理，要求逐步将实行市场调节价的处方药纳入政府定价范围。

^[45] 陈文玲.药品价格居高不下究竟原因何在——对药品价格问题的调查研究与思考(上)[J].价格理论与实践,2005(01):15-17.

（四）药品价格双轨制

自改革开放以来，中国的药品价格形成机制在整个医药卫生体制的改革框架中不断进行调整，药品价格在很大程度上成为医药卫生领域中各种矛盾的集中点与爆发点。药品价格虚高，脱离药品的真实价值以及药品购销领域中的腐败和不规范行为，成为历次医药卫生体制改革的引子。经过十几年的改革，到 2009 年新医改之前，中国的药品价格形成机制也逐步定型，形成了政府定价与市场议价双轨并存的特征：

一是政府行政定价与市场调节并存的双轨制价格形成机制。对于纳入基本医保目录的药品以及包括精神类、麻醉类药品在内的特殊药品实行政府定价，其他药品市场定价。

二是政府定价的基本原则是基于成本的加成定价，在流通领域则是按照一定加成率的顺加作价，其目标是补偿药品生产企业以及流通企业的成本，并给予一定的利润。这一原则的基本理论假设是不论何种药品，只要成本相似那么对于需方而言的价值是相同的；具体到药品销售，即假设只要药品成本高，那么价格就高，而价格高低对于需方的购买量而言没有实质性的影响。

三是药品的质量分层。质量分层对应到价格形成机制中就是“优质优价”。自上世纪 90 年代在药品价格管理办法中提出“优质优价”后，这一原则一直被保持下来。根据“优质优价”的原则，只要药品被证明在质量、安全性以及临床效果上优于其他产品，那么就可以申请单独定价，从而突破政府的价格管制。

（五）新医改与市场为主的单一制药品价格形成机制

新医改开始阶段在药品价格的政策上接受了双轨制的药品价格形成机制。2009年新医改开始后，根据新医改方案的精神，国家发改委、卫生部与人社部2009年发布了“改革药品和医疗服务价格形成机制的意见”，对药品价格形成与医疗服务价格的改革进行了安排。这次调整秉承了改革开放以来药品价格管理的双轨制特征，同时与新医改调整医疗服务价格的政策相配合，以理顺药品价格与医疗服务价格水平。

双轨制的药品价格形成机制，其目的当然是一方面通过行政管制来控制药品价格，以保证药品的可及性；另一方面又要发挥市场体制通过竞争来鼓励创新、奖优罚劣的作用^[46]。但是，在实际运作中这种双轨制的药品价格形成机制并未取得相应的效果，药品价格领域的各种混乱现象普遍存在，药品价格虚高、各种腐败和灰色行为频发。虽然在此期间利用行政定价手段多次降低药品销售价格，但药品的实际销售价格仍然居高不下，医院实际销售加成率有时高达42%^[47]。而突破药品行政定价的手段也层出不穷，其中以“新药的名义”申请单独定价是常用的一个手段。2004年国家药监局就受理了超过1万种新药的申请，在这1万多种“新药”中没有一种是真正的化学实体。同期美国FDA仅受理了148种，其中36种具有创新化合物^[48]。为此，国家发改委2011年又重新修订了“药品差比价规则”，从社会平均成

^[46] 陈文.我国药品价格管理的政策选择[J].中国卫生政策研究,2008,1(03):35-38.

^[47] 赵振基.降价背后的新博弈[J].中国药店,2005(11):48+50.

^[48] 柳萍,傅文军,应晓华,陈文.我国药品价格管理改革的理论研究[J].价格理论与实践,2008(01):49-51.

本、临床应用效果、治疗费用、生产技术水平、使用方便程度以及产业发展方向等方面确定药品的差比价。

但是，不论从哪一方面看，这种行政定价与市场议价的双轨制药价格形成机制都已经走到了尽头。双轨制价格机制在鼓励药品生产的同时，也带来了各种弊病：在医疗服务供给端“以药养医”以及公立医院医疗服务价格严格管制的条件下，药品价格成为利益冲突的焦点，高价格、高回扣、大折扣成为药品销售的常态，药品价格通过各种方式突破行政定价的管制^[49]，药价“虚高”成为延续三十多年难以消除的弊病。

2009年新医改的初始阶段，在药品价格政策上仍然延续了行政定价与市场议价并存的双轨制。但是药品价格既不能反映市场供需状况、鼓励药品创新，也未降低药品的实际销售价格。在这样的情况下，中国的药品价格形成机制需要进行根本性的改革。

2015年国家发改委等七部委联合印发“推进药品价格改革的意见”，彻底取消了药品的行政定价，除了麻醉药品和第一类精神药品外，“取消药品政府定价……，药品实际交易价格主要由市场竞争形成”，从而实现了药品价格双轨制向市场定价为主的单一价格形成机制的过度。

新的价格形成办法采取了类似“负面清单”的定价规则：医保药品由医保部门制定药品的支付标准；专利药品、独家生产药品建立多方参与的谈判机制形成价格；医保目录外的血液药品、预防免疫药品、

^[49] 朱恒鹏.管制的内生性及其后果:以医药价格管制为例[J].世界经济,2011,34(07):64-90.

国家免费的艾滋病抗病毒药品和避孕药具通过招标采购或谈判形成价格；麻醉品和第一类精神药品实行最高出厂价和最高零售价；除此之外的药品都实行市场自由定价。

（六）“两票制”、“药品零差率”销售与药品集中采购

针对药品相对价格仍然较高^[50]、药品的不合理支出仍然较大的问题，在药品定价机制改革之外，还逐步形成了三个解决药品价格问题的政策思路：两票制、取消药品加成、药品集中采购。

1. “两票制”

“两票制”指的是在药品流通过程中，从药品生产企业到药品经销企业开一次发票，从药品经销企业到医疗机构开一次发票，整个流通过程只能开具这两次发票的制度。实行“两票制”的一个理由是药品价格虚高是因为药品流通环节过多、流通领域混乱导致的，过多的流通环节带来不必要的过高成本，因此通过控制发票的开具减少流通环节就成为压低药品价格的一个政策手段^[51]。两票制早在 2006 年广东省药品阳光采购工作中就被提了出来，之后 2010 年福建省三明市在药品集中采购工作中也采取了“两票制”措施^[52]。2016 年 4 月份国务院常务会议要求在公立医院药品集中采购工作中落实“两票制”。2017 年国务院办公厅“进一步改革完善药品生产流通使用政策的若干意见”要求 2018 年全面推开。

^[50] 刘洋,管晓东,史录文.我国药品价格水平国际比较研究[J].中国药房,2012,23(48):4537-4539.

^[51] 胡善联.药品购销“两票制”政策的理论和实践[J].卫生经济研究,2017(04):8-10.

^[52] 代瑾.福建重演“两票制”[J].中国医院院长,2010(06):28-29.

但是，从实施效果看“两票制”并未对药品价格有明显的影响^[53]^[54]^[55]，没有触动药品价格虚高的根本原因。在实践中，“两票制”对药品价格的影响被通过其他方式加以抵消，而其背后则是公立医院通过推高药品价格来获取收入维持运营的制度性原因^[56]。

2. 药品零加成

除了药品流通环节的措施，关于药品价格虚高的另一个观点是医院的药品加成政策。早在计划经济时期，医院就通过药品加成来获得一定的收入以维持医院的运行^[57]。在上世纪 80 和 90 年代，药品的加成收入成为医院的主要收入来源，药品收入占医院总收入的比重（药占比）一度超过 50%。（图 7）为了限制医院通过药品加成来获得过高收入，早 90 年代中期颁布的“药品价格管理暂行办法”等相关政策中将医院顺加加成的差率最高限定为 15%。在最高加成率管制下，医院为了获得更高的收入，更加偏好高价药。在医院垄断药品销售的条件下，对于药品供应商而言，为了扩大销售也有动力虚报药品成本，提高药品价格。这就导致在医药购销领域出现“价格越高、销售越多”的现象。在这样的情况下，取消药品加成就成为理顺药品价格的一个政策手段。

取消药品加成，实施药品“零加成销售”首先在基层医疗卫生机

^[53] 黄润青,段文越,王游,李才静,查维翠,李璠.医疗机构执行“两票制”政策过程中存在的问题及对策研究——以云南省为例[J].中国药房,2018,29(24):3313-3317.

^[54] 黄河,孙静,刘远立.“两票制”药品流通领域改革探讨[J].中国药房,2017,28(18):2456-2459.

^[55] 韩丽嵘,乔璐.两票制政策评估研究[J].中国管理信息化,2019,22(10):202-204.

^[56] 顾昕.药品两票制的深远影响[N].21世纪经济报道,2016-10-27(004).

^[57] 袁克俭.取消加价只是治标[J].当代医学,2005(07):88-90.

构实施基本药物制度中实行。2009年卫生部等部门“关于建立国家基本药物制度的实施意见”提出基层医疗卫生机构全部使用基本药物，并实行零差率销售。此后，在县级公立医院改革和城市公立医院改革中都提出实施药品零差率销售。2017年国家卫生计生委等部门“全面推开公立医院综合改革工作”的通知要求在公立医院改革中全面推行药品的零差率销售。对于因零差率销售带来的收入损失，要求通过增加财政投入、提高医疗服务价格以及提高医院效率等措施加以弥补。

但是，从实际运行的情况看，情况不容乐观，医院在取消药品加成后，医院的总的药品费用并没有明显下降，药品价格并未得到有效控制，与此同时检查费、耗材收入等快速增长^[58]。

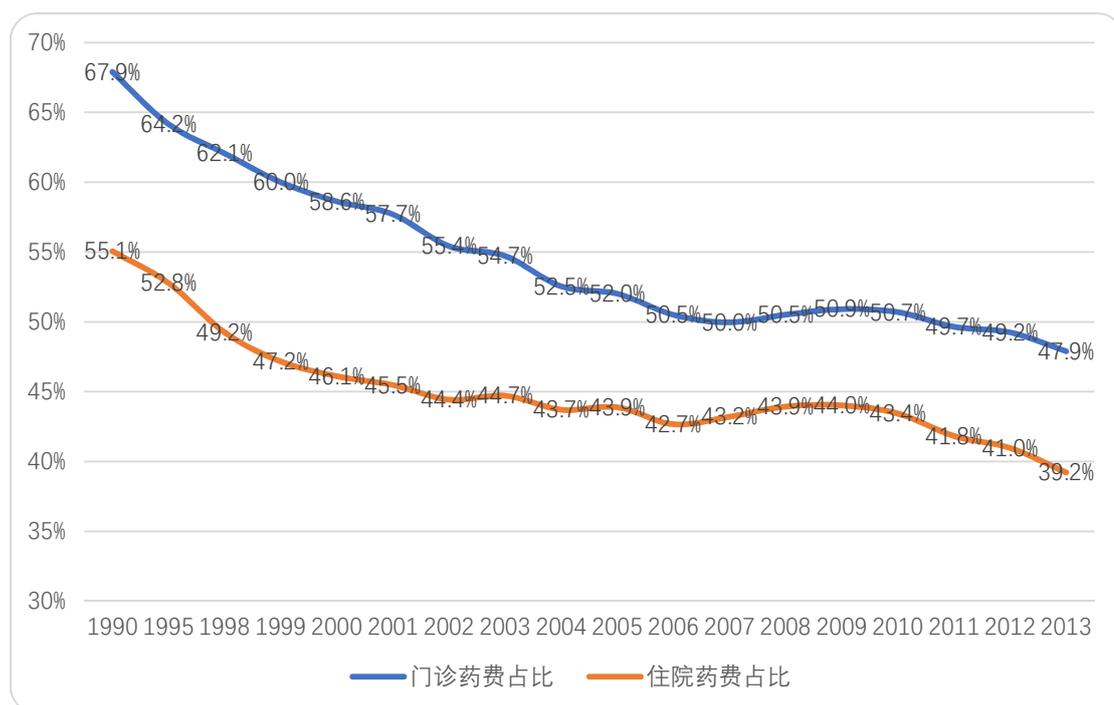


图 3 综合医院门诊及住院药品收入占比变动情况

注：2004年之前为卫生部门综合医院数据；2005年之后为综合医院数据。

数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴 2016》

^[58] 胡大洋,徐金颖,张艳.取消药品加成对医保基金的影响分析——基于江苏省的实践[J].中国医疗保险,2017(07):20-24.

3. 药品集中采购

在上世纪 80 年代和 90 年代医疗机构的药品基本上是自行采购的。但是，医疗机构自行采购中的高价格、大折扣、大回扣现象严重，药品采购成为医疗机构的腐败重灾区，药品价格越来越高。因此，从上世纪 90 年代末期开始一些地区的便开始尝试医疗机构的集中采购。2000 年之后，集中采购成为全国性的政策，第一个阶段是以地级市为范围的集中采购，由中介结构组织实施市场化的采购。从 2006 年开始，政府开始实施以政府为主导的省级药品集中采购。这一政府主导的省级集中招标采购随着 2010 年国家基本药物制度采购在全国普遍实施，并形成了招生产企业、招采合一、量价挂钩、双信封制、集中支付等特征。2015 年国务院办公厅“关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见”重新肯定了省级集中采购的思路。

支持药品集中采购的理论基础是集中采购可以形成买方垄断，从而压低药品价格。但是中国药品集中采购十几年的历史表明，不管地市级还是省级集中采购，不管是招标还是其他方式，对控制药品价格过度上涨并无显著的作用，而且还出现了高价中标、或低价中标但供应短缺等问题^{[59] [60] [61]}。

在这样的情况下，一种观点认为之所以药品集中采购难以取得降低药品价格的作用，其原因在于医疗机构并不是药品的实际支付方，在全民医保的环境下，药品的最大支付方是医保基金，因此医保基金

^[59] 孙效,傅帅,谭颖杰.药品集中招标采购过程中常见问题及解决方法[J].中国卫生产业,2013,10(06):20-21.

^[60] 何常楠,傅鸿鹏.20 种基本药物的集中采购价格分析[J].卫生经济研究,2016(08):44-47.

^[61] 崔力,王伟明.试论药品集中招标采购存在的问题及对策[J].中国卫生产业,2017,14(30):131-132.

应该承担起药品集中采购的职责。国家医保局成立后，药品集中采购的职责就由卫生行政主管部门转移到了国家医保局。为降低药品实际采购价格，国家医保局的第一个举措是进行了抗肿瘤药进入医保的谈判，通过将 17 种抗肿瘤药纳入医保来换取这些药品价格的下降；第二个举措是在 11 个城市（4+7）进行的“带量采购”试点，以量换价，通过保证药品使用量来换取谈判药品价格的下降。由于实施期限还较短，带量采购对药品价格的真实影响还难以评估，从短期看，在带量采购的“量”还比较小的情况下，一些药品价格是下降的。但是，从长期看，“带量采购”能否真正起到降低药品价格的作用，还有待观察。

四、药品价格构成与药品价格形成机制的改革目标

药品价格问题是中国医药卫生领域所有问题的集中表现，三十多年来历次医药卫生体制的改革其直接原因无不是过高的药品价格，药价虚高成为三十多年来医药卫生领域的“顽疾”。药品的定价机制发生了多次变化，从行政定价到行政定价与市场定价的双轨制，再到市场定价为主，除了定价机制外，在药品生产、流通及销售和使用环节也采取了多项措施，但药品价格扭曲并未得到根本解决。这背后的深层次原因并不在于药品本身，而在于医疗服务供给端的扭曲，药品价格问题的根源“在医不在药”。药品价格的扭曲体现的是中国医疗卫生服务体系的弊端。

药品价格的形成机制不是孤立的，它嵌入到相应的制度背景中，

甚至这些制度背景直接决定了药品价格形成机制的运行。理解中国药品价格形成机制的特征，首先需要理解其运行所依赖的制度背景。

（一）中国药品价格形成机制的制度背景

1. 中国医疗服务的供给以公立医疗机构为主，公立医疗机构在行者保护下形成垄断地位。虽然非公立的机构在数量不少（图 3），但不论从床位数、医生数等资源拥有量还是从诊疗人次、出院人次等服务供给份额看（图 3、图 4、图 5），公立医疗机构仍然占绝对优势。

中国的公立医疗机构在治理模式的特征，一是行政等级制，医疗资源按照从基层到医院，从一级医院到三级医院的等级制进行配置；二是管办不分形成的行政垄断地位，卫生行政管理部门既是公办医疗机构的“老板”，也是全行业的行政监管部门，导致公立医疗机构缺乏外部竞争压力；三是在内部管理上，按照事业单位编制进行管理，缺乏相应的激励机制和约束机制。这些特征导致公立医疗机构面临缺乏激励与缺少约束的双重困境：“一收就死”，加强管制就没有提供服务的激励；“一放就乱”，放松管制就会产生大量机会主义行为^[62]。

中国超过 80%的医生（卫生技术人员）都在公立机构工作，而且医生与公立机构之间的关系不仅是简单的雇佣关系，而是通过事业单编制链接在一起的依附关系。公立医院除非在特殊情况下没有解雇医生的权力；医生要离开公立医疗机构也面临制度性的障碍。这一点也是与多数 OECD 国家不同的制度背景。

^[62] 王震，2018，社区医疗卫生体制改革与治理模式创新，《社会治理》第 1 期。

2. 医药混业，医疗服务供给方同时也是最大的药品销售终端。中国的药品销售，包括门诊用药和自我管理的处方药以及非处方药，其主要的销售终端是医疗机构。医疗机构在提供医疗服务的同时也兼营药品销售。2017 年中国药品终端销售额约 1.9 万亿，其中公立医院（城市公立医院与县级公立医院）、公立基层医疗卫生服务机构（城市社区卫生服务中心/站、乡镇卫生院）二者占到了 12472 亿，接近三分之二（65.6%）^[63]。

3. 中国已经实现了医疗保险的全覆盖，城镇企业职工基本医疗保险和城乡居民医疗保险两大体系的年筹资额 17931.6 亿元，年支出额 14421.7 亿元，占到了医疗机构年度总收入的 39%（2017 年）^[64]。2018 年成立的国家医疗保障局，整合职工医保、城乡居民医保及医疗救助基金的管理，以及药品采购、医疗服务价格调整等职能，成为最大的医疗服务和医药费用的支付方。

从这个角度，中国的医疗保障模式与德国和台湾地区的相似：职工医保与德国的社会医疗保险相似，居民医保更类似与中国台湾地区的全民健保。与德国和台湾地区不同的是，中国的医疗保障是属地化管理，存在区域的分割，基金统筹层次以市级统筹为主。属地化管理下，中国的医保不仅基金统筹层次低，而且各个地区在医疗保险目录、缴费与待遇政策、医疗服务价格以及药品价格、药品采购等方面各个地区都不相同。

^[63] 数据来源：CFDA 南方医药经济研究所，转引自 https://med.sina.com/article_detail_103_1_43310.html

^[64] 数据来源：《中国卫生健康统计年鉴 2018》。

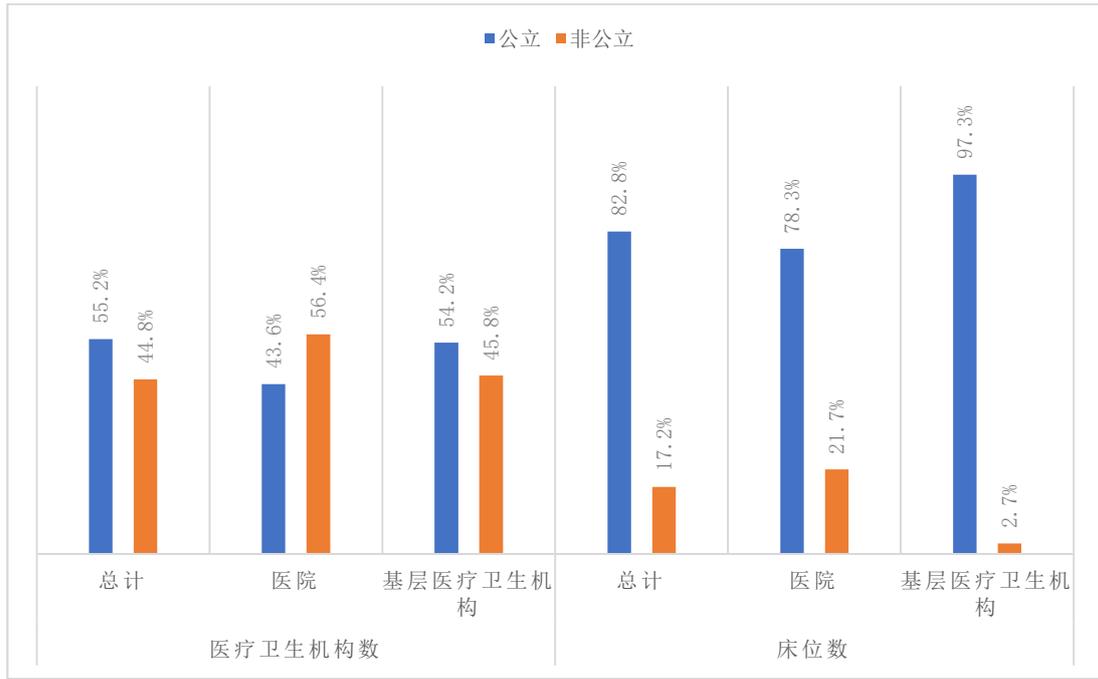


图 4 中国公立医疗机构与非公立医疗机构数及床位数（2016）

数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴 2017》

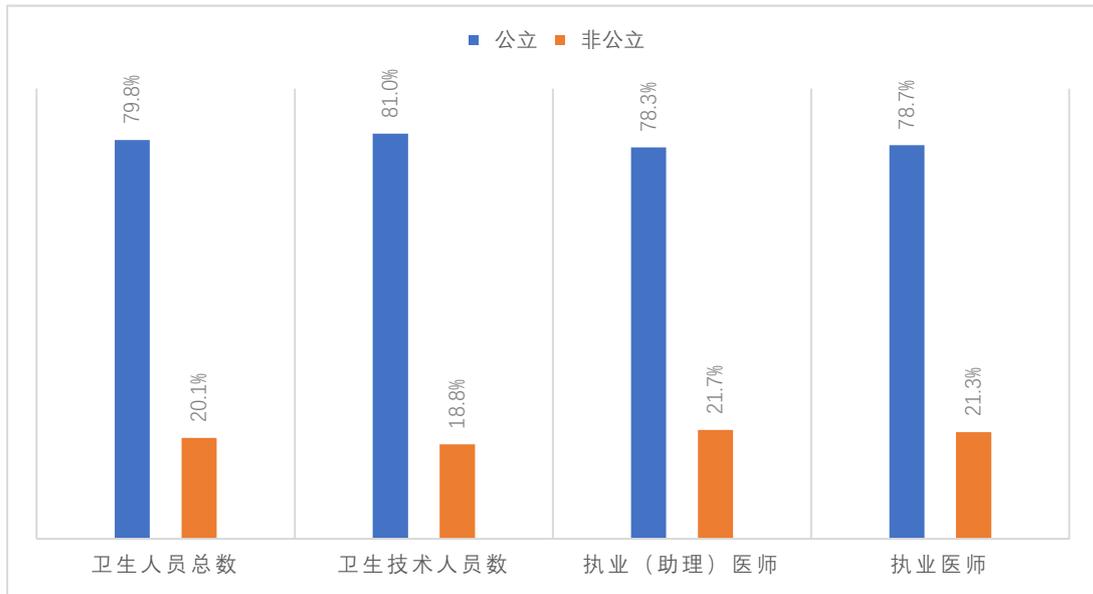


图 5 中国公立医疗机构与非公立医疗机构卫生人员数（2016）

注：包括医院与基层医疗卫生机构

数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴 2017》

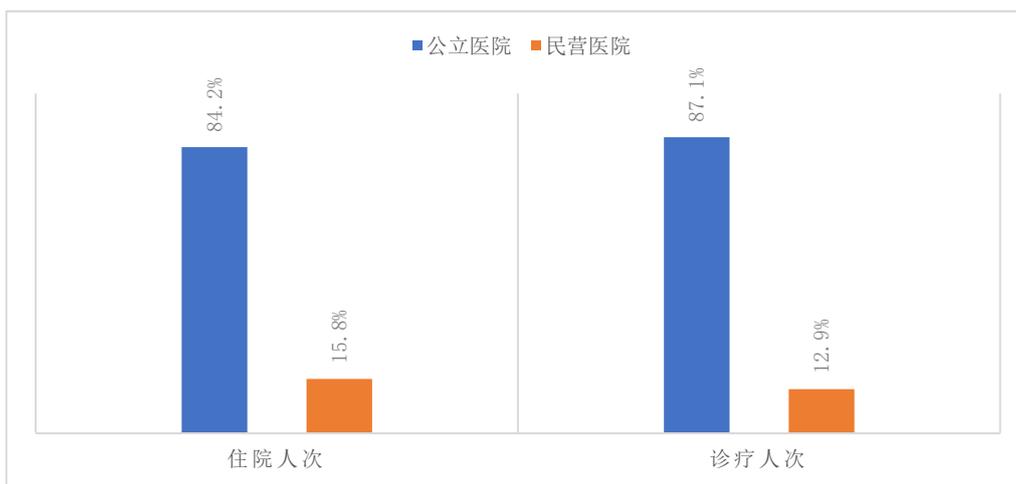


图 6 中国公立与民营医院住院人次与诊疗人次数（2016）

注：不包括基层医疗卫生机构

数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴 2017》

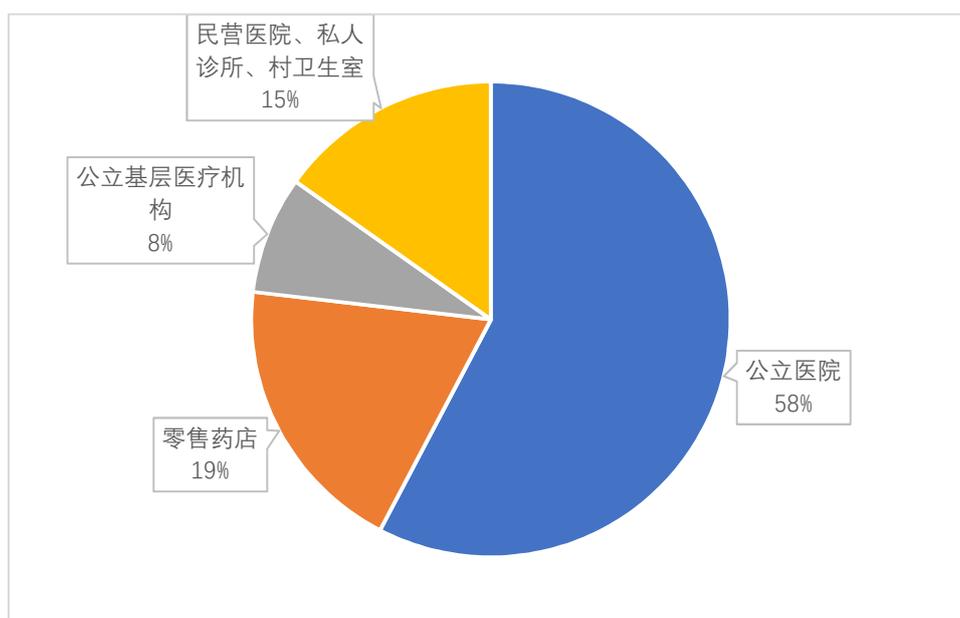


图 7 零售终端药品销售渠道分布情况（2017 年）

CFDA 南方医药经济研究所，转引自 https://med.sina.com/article_detail_103_1_43310.html

（二）“以药养医”与药品价格构成

药品的价格构成一般包括两个部分：一是生产成本（包括创新成本）及生产商的利润；二是流通成本，包括批发、零售过程中的仓储、保管、运输等成本，以及流通环节的利润：

$$P=S+C; (1)$$

其中 P 为药品价格, S 为生产成本及利润, C 为流通成本及利润。

在多数 OECD 国家, 由于医药分业经营, 医保 (或其他支付方) 对医疗服务供给方的支付与对药品的支付是分开的。医保对医院服务、医生服务和药品的服务都单独付费。以美国为例, 公共医保 (Medicare 与 Medicaid) 对医院的支付主要通过按病种组合方式付费, 对医生以及诊所的支付则按照医生费用表 (Physician Fee Schedule, PFS) 进行支付。药品的支付分为住院药品和门诊药品, 医保按照支付标准加一定的加成率进行支付, 医院自行购买药品; 医院购买药品则主要通过集中采购组织 (GPOs) 进行, 其中的加成以及采购价格低于支付标准的部分则作为医院的收入。2016 年美国个人医疗服务费用中, 支付给医院服务的费用占 38%, 支付给医生和诊所服务的占 24%, 支付给处方药品的费用仅占到 12%。(图 8) 因此, 在这些国家的药品价格构成中, 并不包括除去生产成本、流通成本及利润外的部分。

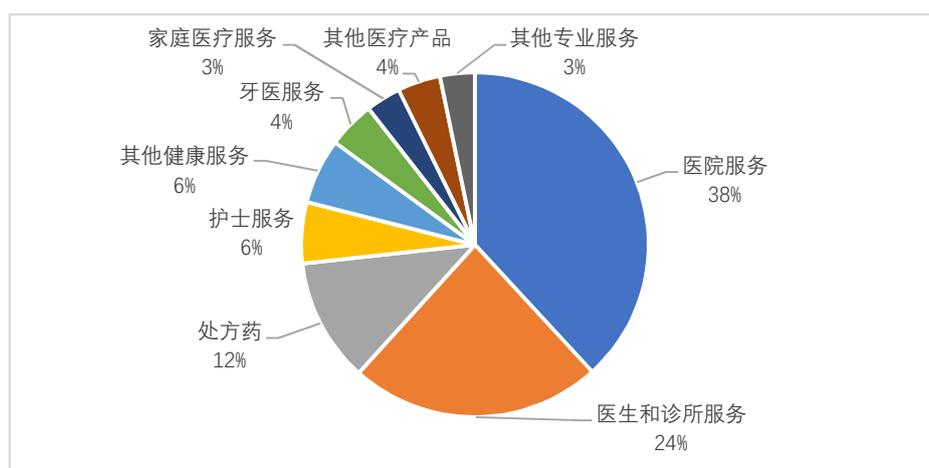


图 8 美国医疗服务收入来源的分布 (2016)

注: 个人医疗服务, 不包括公共卫生等其他费用。

数据来源: Cothran, J., 2018, US health care spending: who pays? California Health Care Foundation, <https://www.chcf.org/publication/us-health-care-spending-who-pays/>

但是中国药品价格的构成却极为复杂：首先，在药品价格中需要包括对医院服务和医生的支付，即“以药养医”的部分。“以药养医”即对医生服务的支付捆绑在对药品的支付中，不单独对医生服务进行支付。在计划经济时期，医院的基本建设、用地、大型设备等固定资产投资由财政直接拨付；医院工作人员的工资也由财政直接支付。因此，在计划经济下从理论上讲，医院服务和医疗服务是不收费的。但是，在实际运行过程中，财政拨付并不总是经常到位的，医院收入不能弥补相应的支出。这也是在上世纪 50 年代开始允许医院加价销售药品的主要理由。

医院药品的加成收入，在理论上是弥补医院收入损失的，不能挪作医生的工资收入。80 年代医疗卫生体制改革后，为了增加对医疗卫生的投入以及重构公立医疗机构的激励机制，允许医院有一定的经营自主权，其中就包括允许将医院收入结余在弥补医院运行成本后，用于医生的绩效工资。

但是，从公共财政的角度，由于财政已经支付了医院的固定资产投资以及人员工资，因此医院的收费只能“按照不包括固定资产折旧与人员工资”的成本收费^[65]。也就是说，虽然放开了医院经营自主权，但除了药品加成收入这一个口子外，医院难以通过调整医疗服务收费来增加收入。同时，为了防止医院利用药品的加成政策谋取“私利”，对于医院的药品加成也进行了行政管制。从 90 年代中期开始，医院的药品加成被固定在 15%。在药品加成固定的情况下，为了获得高收

[65]

入，医院和医生都有动力抬高药品的进价。这被认为是药价虚高的根源之一。

因此，在之后的药品价格改革中，取消药品加成，同时提高医疗服务价格，成为改革的一个大方向。到 2017 年随着公立医院改革全面推开，药品零加成销售成为公立医院的一个普遍性的制度。但是，需要注意的是药品 15% 的加成主要是医院的收入，而不是医生的收入。从各地的实践看，取消药品加成并未触及医生从药品中获得收入。

当然，“以药养医”不论从理论上还是从政策设计上都是不被允许的。为了打击“以药养医”以及由此带来的药品价格虚高和药物滥用等问题，政府出台了大量管制措施，比如“两票制”就是典型的针对流通领域中的“过票洗钱”等行为的打击。

这些行政管制措施导致从药品价格中提取支付给医院和医生的费用这个行为本身也需要一定的费用，即“以药养医”本身也需要耗费一定的费用。

如此一来，在中国药品价格的实际构成中，除了正常的生产成本、流通成本外，还需加上对医院支付的费用 H 以及对医生支付的费用 Y ；此外，还需要加上支付 H 与 Y 的费用 X 。对于 X 这笔费用，可以将其定义为制度扭曲带来的费用。之所以定义为制度扭曲的费用，是因为如果没有“以药养医”，没有各种行政管制，那么这个费用是不需要的。从社会角度，这个费用属于社会资源的纯浪费。

由此，中国药品价格的实际构成可以表示为：

$$P = (S+C) + (H+Y) + X = P_1 + P_2 + X; \quad (2)$$

中国药品的实际价格构成就等于正常的药品生产和流通成本及利润 (P_1)、支付给医院和医生的费用 (P_2) 以及制度扭曲的费用 X 这三部分。

在中国药品价格的实际构成中，药品的销售费用一直占大头。从各方的估计看，药品销售费用在整个药品的实际销售价格中占到 60% 左右^[66]。畸高的销售费用被以各种形式，包括会议费、业务宣传费、学术推广费、市场开发调查费等或明或暗的名义支付给医院及医生^[67]。再进一步的价格构成，大致而言，正常的生产与流通成本（含利润及税收等），即 P_1 部分大致在 30-35% 之间；支付给医院的部分（ H ），在未取消加成之前，明面上是 15%。支付给医生的回扣，各地差别较大，不同等级医院、不同科室、不同职称的医生之间差别也比较大，而且也依赖于医生本人的技术、行医风格等。大致的估计，给医生的回扣在药品总价格的 35%-40% 之间。过票、招标、医院公关、统方等行为带来的费用大概占到总药价的 10%-15% 之间，这大致相当于制度扭曲的费用 X 。（图 9）当然，这个数据只是大致的估计，而且在医院取消 15% 的明面的加成后，从药品价格中支付给医院的费用额度及构成也会发生一些变化。但从目前药品价格的总体变动趋势看，药品价格虚高仍然未得到有效治理，药品价格高位运行的状况未得到有效改变^[68]，这种价格构成大致还是成立的。

^[66] 王庄桦.从成本视角看药品价格形成机制[J].新理财,2017(09):70-71.

^[67] 顾华晔,胡新德,任勇,杨柳.药企销售费用推高药价现象浅析——关于药品价格形成机制的调研报告[J].财政监督,2015(31):40-42.

^[68] 王竞,周文犁,刘刚,周延安,周本宏,张先洲,张洪,邹军.湖北省 63 种药品价格、药品流通成本现状调查与规范价格政策研究[J].中国药房,2018,29(08):1019-1026.

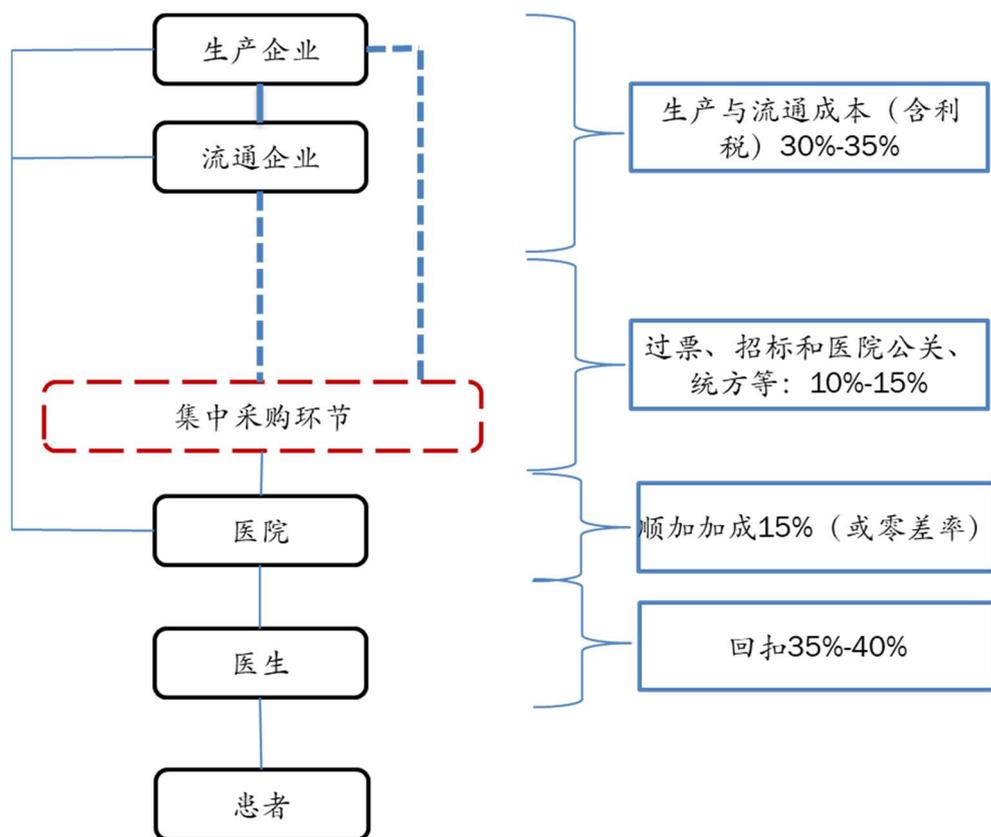


图 9 药品生产及流通过程中的价格构成

（三）药品价格形成机制的改革目标

“合理的”或“均衡的”药品价格能够同时反映供给和需求两个方面：在供给侧能够反映药品创新、生产和流通的成本；在需求侧能够反映需求方的支付能力以及对患者的治疗价值。从这个角度，“合理的”药品价格应该等于药品的生产、流通成本以及相应的均衡利润，即（2）式中的 $S+C$ 部分。

如果在一个竞争性市场中，医院服务与医疗服务是完全竞争的，那么对医院和医生的支付是单独制度还是叠加在药品价格中是无差异的，因为任何超出均衡状况的收益都被竞争稀释掉。

但是，医院服务和医生服务的一个特征是信息不对称带来的自然垄断地位。在这样的情况下，医院和医生有利用信息优势诱导需求、

获得“超额”收益的动机。东亚地区国家和地区有医药混业经营的传统。包括韩国、日本、马来西亚以及中国台湾地区在内的一些亚洲国家在过去几十年里都进行了医药分开的改革^[69]。一些经验研究表明，医药分开后，药品的处方量及药品费用都出现了下降的趋势^[70] [71]。从这个角度，医药混业的情况下，更容易出现“以药养医”的情况，从而导致药品价格的扭曲。因此，从现代医药行业的特征看，虽然医院服务和医生服务业应该获得相应的收入，但其收入不应该通过药品销售的方式来获得。也就是说，合理的药品价格不应包括（2）式中 P_2 的部分。既然 P_2 的部分是不合理的药品价格，那么 X 部分也是不合理的。由此，“合理的”药品价格就只能是反映药品成本及需方支付能力和对患者治疗价值的部分（ P_1 ）。

要实现这一合理的药品价格，在药品价格形成机制上，还需要同时考虑和均衡如下三个目标^[72]：一是有利于药品创新，特别是对于一个大国而言，药品创新是不可替代的；二是从社会角度，要保证药品的可及性和公平性；第三，对医疗保障基金而言，要充分考虑医保基金的可承担性以及可持续性。

要实现这三个目标，不仅需要市场机制（鼓励创新和竞争），还要充分考虑公共治理。从主要国家和地区的经验看，市场机制都是药品价格形成机制的基础；在公共政策和公共管理方面，在保证市场

^[69] 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(02):81-84+101.

^[70] Yj Chou, Winnie C. Yip, Cheng-Hua Lee, et., Impact of separating drug prescribing and dispensing on provider behaviour: Taiwan's experience. Health Policy and Planning, 2003, 18(3): 316-329.

^[71] Masayuki Yokoi, and Takao Tashiro. Separating prescription from dispensation medicines: economic effect estimation in Japan. Global Journal of Health Science, 2018, 10(5): 88-96.

^[72] Vogler, Sabine; Habimana, Katharina, 2014, Pharmaceutical pricing policies in European countries, Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Vienna.

发挥作用的前提下，政府行政监管以及社会力量也发挥作用。社会与政府发挥作用的途径，也是建立在市场机制的基础上。从国际经验看，参考价格制度（支付标准）对调整药品价格起到了关键性的作用。

因此，中国药品价格形成机制的改革目标可以界定为，使药品价格能够反映真实的药品供需状况，有利于鼓励创新，同时保证药品的可及性以及医保基金的可持续性，形成以市场为基础，医保药品的支付标准为调节手段的价格形成机制。

五、药品价格机制改革的政策选择

对中国药品价格机制而言，要形成合理的反映真实供需状况的药品价格，首先需要剥离药品价格承担的对医院和医生服务进行支付的功能，即实现“医”与“药”的分离。而要实现“医”与“药”的分离，其前提是建立对医院服务和医生服务的支付体系。在此基础上，要充分发挥医保对药品价格形成的关键性作用，实施医保的药品支付标准。

（一）医药分开与对医院和医生的支付

1. 医药分开的前提是建立合理的医院和医生的支付体系

实现医药分开或医药分业经营，剥离医院门诊药房，建立社会药店为主的药品销售模式，将医生处方权与药品调配、销售分开，这一改革思路早在上世纪 90 年代中期即开始出现在政策决策者的视野中，

作为控制药品价格过度上涨政策手段^[73] ^[74]。此后，医药分开作为中国医药卫生体制改革的一个大方针不断出现在各种政策文件中。2009年新一轮医改关于公立医院改革的“四分开”，第一个就是“医药分开”。

为了推动医药分开，新医改过程中也出台了不少具体的措施，其中医院药品销售“零差率”的措施是最彻底的，也是对现有药品利益格局的重大调整。国家医保局 2019 年开始的“4+7”药品带量采购，其中的一个目标也是挤压药品价格中包含的对医院和医生的支付费用，使药品价格回到反映真实供需状况的状态。

但是，这些措施并未对药品扭曲的价格产生根本性的作用；相反，这些管制措施催生了新的绕过这些措施的扭曲行为，进一步增加了药品价格中包含的扭曲性部分。当然，从国际上推动医药分开的其他国家和地区的案例看（比如日本、韩国与中国台湾地区），推动医药分开触及到深层次的利益调整，特别是触及到医生的职业权力与利益，受到的阻碍比较大^[75]。

从“以药养医”到“以医养医”，即从药品调配和销售中获得收入过度到依靠医疗服务收费获得收入，首先需要解决是如何对医院服务和医生服务进行付费。不解决这个问题，医院和医生在医药分开后就难以获得相应的收入，在医院和医生拥有信息垄断权的情况下，只会催生新的制度性的药品价格扭曲。在如何建立对医院服务和医生服

^[73] 汪彦斌.试论医药分业管理[J].中国药业,1995(11):8-9.

^[74] 郑国辰.也论医药分业管理[J].中国药业,1995(12):10-11.

^[75] 王耀忠.从国际经验看医药分业[J].卫生经济研究,2004(10):32-33.

务合理的支付体系上，又有两个思路：

2. 行政化的支付体系及其弊端

一是行政化的支付体系，对医疗机构的建设及运营费用，由财政根据预算进行补偿，对医生的支付则按照公务人员的薪酬标准加以确定。行政化的支付体系，其背后是根据成本进行“补偿”的原则。对医生的报酬总额（工资总额），根据财政（或医保）的支付能力，考虑其他公共部门的工资总额来确定，即将医生的报酬总额与其他行业（或国外相同行业）进行“挂钩”。例如近年来一再被提及的医生工资是社会平均工资的 3-5 倍的观点，即是按照成本补偿的典型案列。在医生内部的分配中，则主要按照医生的年资、职称、学历、职位等标准来进行分配。虽然在历次公立医院薪酬制度改革的文件中都提到按照绩效进行分配，建立“多劳多得、优质优酬”的分配制度，但在行政支付体系中，“绩效”的考核始终是一个难题。由于缺乏患者的直接评价以及临床医学的复杂性，由上级来实施对医疗服务的“绩效”考核，“多劳”和“优质”的监测和考核缺乏客观性标准，成本及其高昂。在现实中，行政化分配的基础仍然是职称、职位和年资。在这样的情况下，行政化的成本补偿缺陷是明显的是：

一是补偿难以到位。这里的“补偿不到位”不是财政没有支付能力或财政压低支付额度，而是由于成本难以测算带来的财政补偿难题。在行政化的治理下，不论是医院还是医生都有“预算软约束”的问题，有抬高“成本”以获得更多财政拨款的动机。而在医疗服务中，医生

的人力成本又是主要的成本。但是，医生的“人力成本”到底应该是多少，在缺少医生流动的情况下是难以准确测度的。因此，行政化的补偿体制遇到的核心问题就是“财政补偿永远不足”。

与补偿不足相对应的第二个弊端则是激励不足与过度激励并存。在计划经济全面管制的情况下，中国医药卫生领域的主要问题是服务供给不足、效率低下。因此，第一阶段的改革是扩大医疗服务的供给。扩大医疗服务供给的主要政策是放开经营自主权，鼓励医院和医生通过各种方式增加收入。在上世纪 80 年代及 90 年代初期，一个政策取向是鼓励医疗机构利用各种方式增加收入、扩大医疗卫生服务，鼓励“以药补医、以副补主、合作办医”^{[76][77]}。这些措施确实激发了公立医疗机构和医务人员的积极性，医疗卫生服务迅速解决了计划经济时期的匮乏状态，并出现过度服务的倾向。从 90 年代后期开始，中国医药卫生领域的主要问题不再是医疗服务与药品的匮乏，而是过度诊疗、过度用药以及由此引发的医疗卫生费用的过快增长。

为了控制医疗机构的“过度激励”问题，2009 年新一轮医改开始，首先在基层医疗卫生机构全面推开基本药物制度及收支两条线。这两个措施背后的理论依据就是在医疗卫生行业中存在“过度激励”问题，而过度激励的主要原因是医生的收入与其提供的医疗服务“挂钩”。因此，要解决过度激励问题，就要切断医生收入与提供的医疗服务的量之间的关联^[78]。

^[76] 卫生部、财政部、人事部等，“关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见”，1989。

^[77] 卫生部，“关于深化卫生改革的几点意见”，1992。

^[78] 李玲,江宇.关于公立医院改革的几个问题[J].国家行政学院学报,2010(04):107-110.

但切断医生收入与医疗服务供给之间的关系后，基层医疗卫生服务迅速萎缩，其占诊疗人次的比重快速下降，虽然对基层医疗卫生机构的财政投入在快速增加。（图 10、图 11）这也是自 2014 年开始重新推动“分级诊疗”的主要背景。从中国四十年医药卫生体制改革的历程看，行政化的支付体系一直在“激励不足-过度激励”之间摇摆。

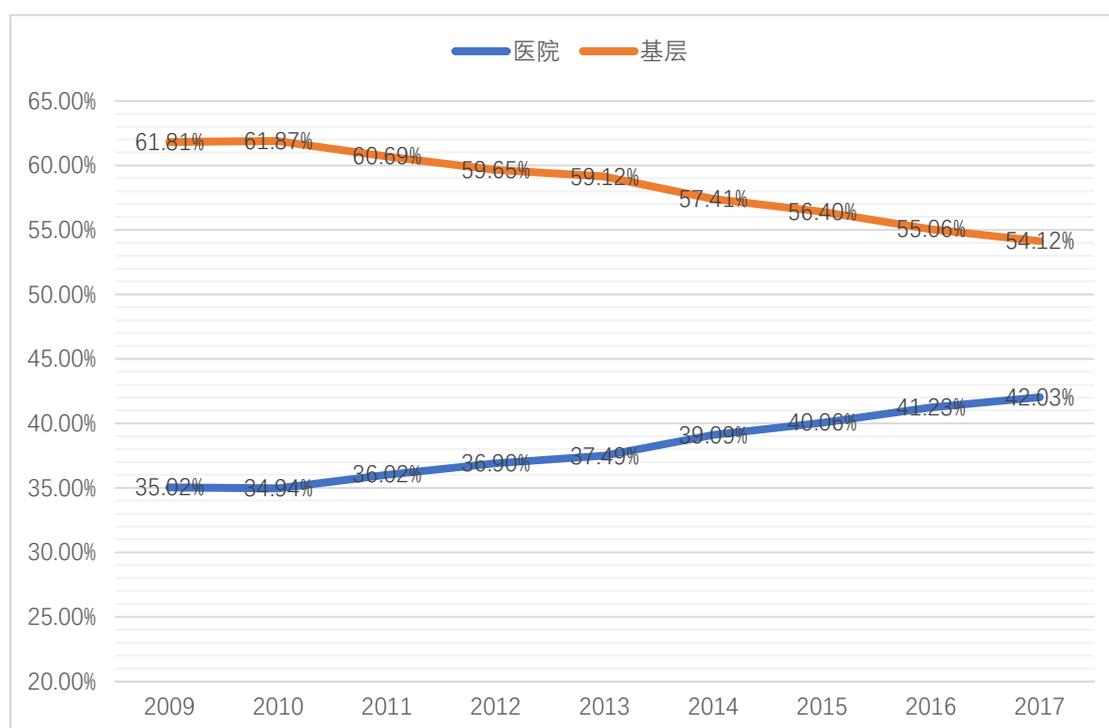


图 10 医院与基层医疗卫生机构诊疗人次占比变动情况

注：基层医疗卫生机构包括社区医疗卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、村卫生室、诊所、门诊部、卫生所等。除医院及基层医疗卫生机构外，医疗卫生机构的总诊疗人次还包括专业医疗卫生机构以及其他机构。

数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴》相关年份

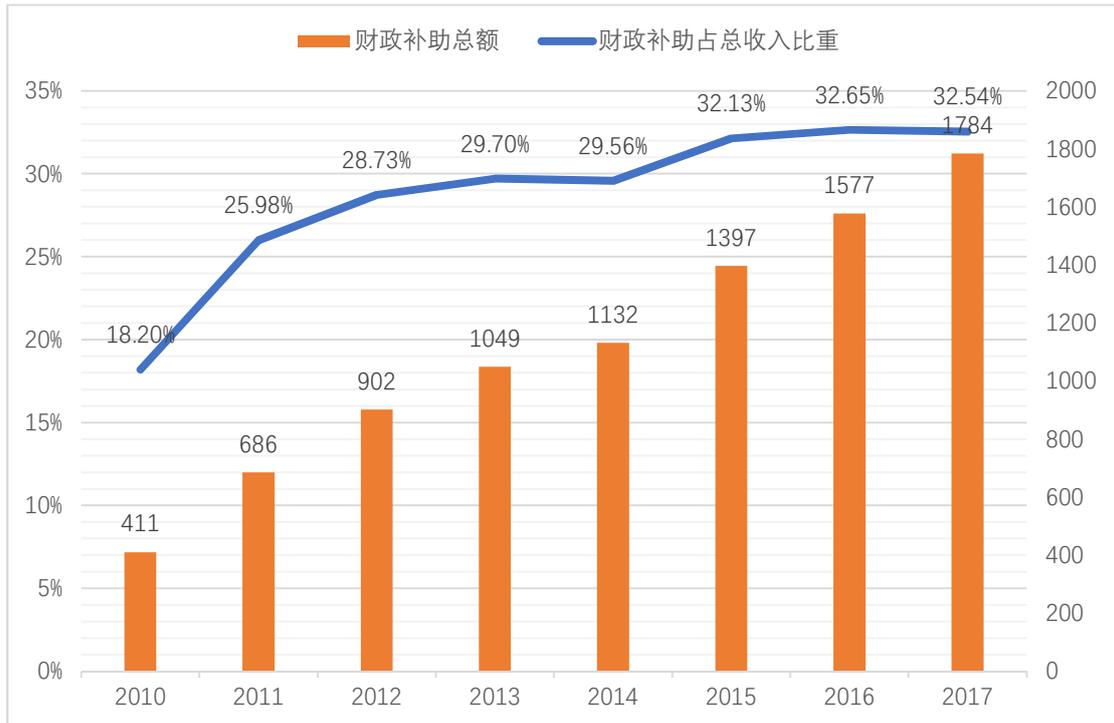


图 11 基层医疗卫生机构总收入中财政补助占比情况（单位：亿元）

数据来源：《中国卫生健康统计年鉴 2018》

3. 构建社会化的医院和医生的支付体系

对医院服务和医生服务进行支付的第二个思路是社会化的支付体系。社会化的支付体系的基本原则不是对成本进行“补偿”，而是支付方通过购买服务的方式与医疗服务供给方进行交易。这种交易关系所包含的意义在于，不是按照医疗机构和医生的“成本”来进行补偿，而是综合考虑成本、支付能力以及对患者的价值。在这一基于交易的支付体系中，如果医疗机构和医生提供的服务对支付方和患者而言没有价值，那么其成本就无法得到补偿。从这个角度，基于交易的社会化的支付体系本质上以价值付费为基础的综合性的支付体系。

基于交易的社会化的对医院和医生的支付体系，其实现方式则是多元化供给的竞争体系。从国际经验看，多数国家和地区的医疗服务

供给格局都是混合型的，公立、私立、营利性已经非营利性的医疗机构并存。但是，不论公立还是私立、营利性还是非营利性，对于支付方而言都是相同的，适用于一个支付体系，与付费方之间都是平等的交易关系。即使在英国，其公立医院也在进行准市场化的改革，与政府之间的关系也由直接的行政控制逐渐向购买服务的方式转变^[79]。英国占医疗服务供给量 90% 以上的全科医生也都是私人执业为主，NHS 作为支付方通过购买服务的方式对全科医生进行支付^[80]。从主要 OECD 国家不同类型医院及床位的分布情况看，公立医院、私立非营利医院以及私立营利性医院的分布大致比较均衡，其在医疗服务供给中所占的份额也相差不大。（表 2）在这种多元化的供给格局下，这些国家和地区对医院和医生的支付形成了基于竞争的社会交易模式。

表 2 部分 OECD 国家公立医院及床位分布情况（2015）

	医院分布			床位分布		
	公立医院	私立非营利	私立营利	公立医院	私立非营利	私立营利
澳大利亚	52.7%	8.0%	39.3%	67.1%	14.4%	18.5%
奥地利	55.0%	15.1%	29.9%	69.2%	17.2%	13.5%
法国	45.0%	22.4%	32.7%	62.1%	14.1%	23.9%
德国	25.9%	31.5%	42.6%	40.8%	29.1%	30.1%
希腊	43.8%	1.4%	54.8%	65.0%	1.9%	33.1%
意大利	41.0%	3.0%	56.0%	67.6%	3.9%	28.5%
韩国	5.8%	94.2%	0.0%	10.4%	89.6%	0.0%
新西兰	51.5%	17.0%	31.5%	84.4%	3.6%	12.0%
葡萄牙	50.7%	24.0%	25.3%	68.9%	20.0%	11.1%
西班牙	44.8%	15.6%	39.6%	68.7%	12.1%	19.2%
美国	25.2%	53.1%	21.6%	22.7%	60.4%	16.9%

数据来源：OECD 数据库，https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA_TABLE5#

^[79] 付明卫,朱恒鹏,夏雨青.英国国家卫生保健体系改革及其对中国的启示[J].国际经济评论,2016(01):70-89+6.

^[80] 朱凤梅.英国全科医生怎样运转[N].健康报,2015-12-07(006).

4. 构建基于平等交易的医院和医生服务支付体系

中国对医院和医生的支付体系继承自计划经济时期的行政化的支付体系。但是，这个支付体系所嵌入的制度已经是市场经济的制度。行政化的支付体系与市场化的制度环境之间的冲突构成了改革开放40年来医药卫生领域改革的主线。这个冲突的集中体现是“以药养医”以及由此带来的药品价格的扭曲。因此，药品价格形成机制的改革背后的关键是对医院和医生服务的支付体系的改革。

从上世纪90年代末中国决定走医疗保险的道路后，实际上已经决定了对医院和医生的支付体系是社会化的购买服务的交易体系；2018年成立国家医疗保障局，建立完善的全民医疗保险的制度，实际上也重新确定了改革的目标是建立购买服务的交易体系，形成医疗保险与医疗服务供给方、药品供应商之间的交易关系。社会化的对医院和医生的支付体系要求对处于垄断地位的公立医疗卫生机构以及事业单位编制进行社会化改革，形成多元化的供给格局。从目前的进展看，已经或正在进行的改革包括：

第一，机关事业单位养老金制度改革。2014年10月份开始，包括公立医院在内的机关事业单位养老金制度进行了改革，实现与企业职工基本养老保险制度的并轨。这打通了医生在公立机构与非公立机构之间主要的流动障碍。

第二，医生职称制度改革。从目前的进展看，医务人员职称的评定基本上实现了社会化，不管在公立还是在私立医院，都可以参加当地人事部门和卫生行政部门组织的职称评定。

第三，多点执业的推进。推动医生的多点执业是新医改的关键政策之一。2017 年国家卫计委“医师执业注册管理办法”放宽了多点执业的限制，放开了跨区域多点执业注册；2018 年国家卫健委“关于进一步改革完善医疗机构、医师审批工作的通知”明确医生一次注册可在省、县级有效。

第四，鼓励社会办医的发展。鼓励社会办医也是新医改以来的主要政策措施。2019 年有进一步放开了区域卫生规划对社会办医的限制。在这些政策推动下，虽然社会办医在医疗服务供给份额上仍然不占优势，但近年来仍然发展很快，机构数量已经占到了接近一半。

第五，医疗保险的协议定点管理中，已经实现了对公立与私立机构的同等对待。

第六，医疗保险对医院服务的支付方式改革提上日程，以按病种付费为主的预付制支付方式逐步开展。

但是，对于构建基于交易关系的对医院和医生服务的支付体系而言，仍然需要突破如下障碍：

首先，从供给侧的角度，继续推进公立医疗机构事业单位编制改革，剥离事业单位编制上依附的政策性保护及公共福利。虽然机关事业单位养老金以及职称等原先依附在事业单位编制上的这些公共福利已经剥离，但仍然有一些隐性的政策性保护与公共福利依附其上，比如事业单位编制职工难以辞退、财政兜底性工资保障等。改革的目标应该使得事业单位编制仅成为医院管理的工具，医生选择在公立机构还是去私立机构抑或独立执业，其选择的依据是个人对风险及收入

的偏好以及个人的职业兴趣，而不是编制背后的保护性政策与歧视性福利。

其次，作为支付方的医疗保险而言，首先需要突破的是医疗保险基金的支付范围问题。按照《社会保险法》的规定，医保基金只对直接医疗费用进行支付，不允许对医院的间接费用以及医生报酬进行支付。从理论上而言，这个规定针对的是行政化管理下的公立医院，因为在理论上公立医院已经获得了财政支付的固定资产投资以及人员经费。

但是，从现实的角度，医院和医生的主要收入来源并不是财政支付，而是医疗保险基金以及患者的自付费用。实际上，按病种付费等预付制改革的原则“多于归己、超支自付”已经突破了这个规定。下一步需要在财政拨付方式进行改革，从目前的补供方与补需方并重改革以补需方为主。

第二个突破则是逐步建立对医生的支付体系与支付标准。到目前为止，不管是财政的拨付还是医保的交易，都未形成对医生的支付标准。这也是导致医药卫生领域乱象频出的主要原因。医生是医疗卫生服务的主体和核心，没有对医生的合理支付，其他的支付方式都难以发挥效果。对医生的合理支付需要获得医生的真实价值，而这需要构建合理的医生执业模式与流动渠道。从目前来看，可行的做法一是建立医生服务的价值表和医保的支付标准，形成制定医生薪酬的基础；二是医保通过对医保医师的管理，建立医保与医师之间的交易关系，促进医生的流动。

（二）医保药品的支付标准

1. 医保支付标准的激励机制

在推进医药分开支付的同时，加快推进医保的药品支付标准，通过医保支付标准调节药品的价格。这是在全民医保的国家和地区药品价格形成机制中必不可少的组成部分。

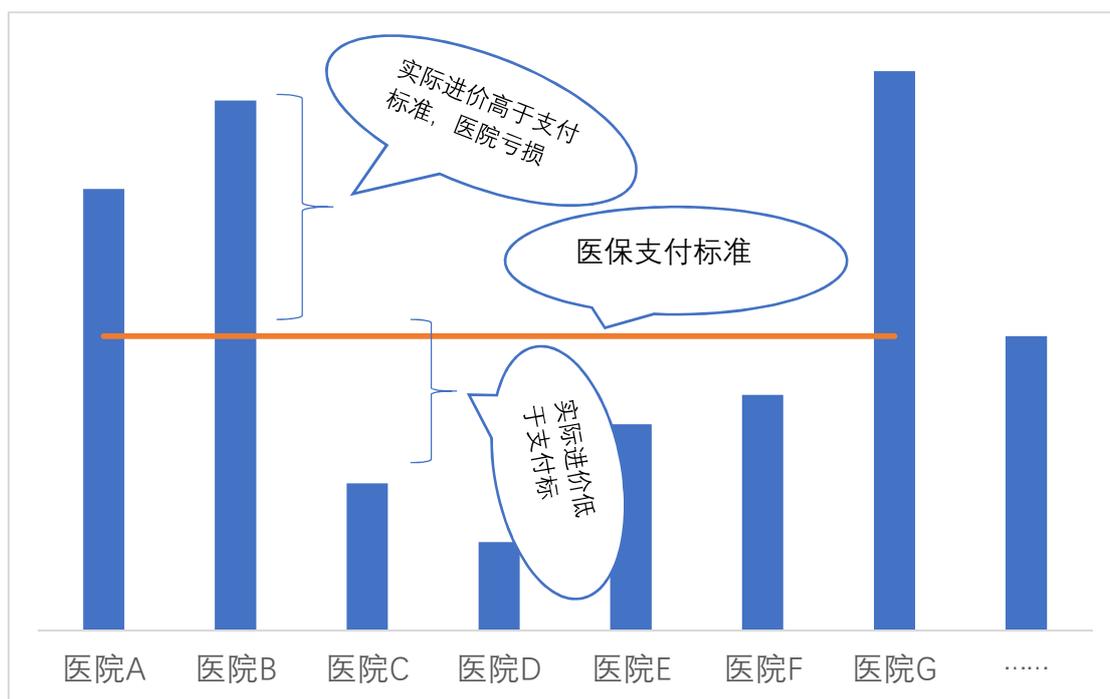


图 12 医保药品支付标准的激励机制

医疗保险对药品的支付标准实际上就是欧美国家流行的参考价格制度。参考价格对药品实际价格形成的影响机制是“结余归己、超支自付”，在控制医保支出的情况下，给予药品销售方以及医疗服务供给方更多的价格空间。如果医疗机构（或药品销售方）的实际购进价格低于医保的支付标准，那么其中的差额归医院所有；如果实际购进价格高于医保支付标准，其中的亏损由医院承担。（图 12）在这一激励机制下，医疗机构（或药品销售方）有动力压低药品的购进价格。

作为药品支付方的医保基金可以通过动态调整的方式影响药品的实际购销价格。

2. 药品支付标准激励机制的制度前提

在欧美国家，包括中国台湾地区，药品参考价格能够运行的前提条件或制度性条件是，医疗机构是住院药品的购销主体，社会药房是门诊药品的购销主体。医疗机构和社会药房通过 GPOs 或其他方式与药品供应商进行谈判，确定合理的药品价格。而之所以能够由医院及社会药房作为购销主体，其前提是医院及社会药房是自主经营的主体，不管是公立、私立，营利性还是非营利性的机构，自行承担可能出现的亏损，并获得可能的结余。在这种情况下，也可能会出现医院及社会药房利用药品差价谋取过度收入的问题，比如中国台湾健保的“药品黑洞”问题^[81]。但总体而言并未出现药品价格混乱的局面。

这背后是两个制度性条件：一是多元化的供给主体之间的竞争带来的约束作用，即“优胜劣汰”；二是医疗服务供给及药品供应主体的独立法人安排，使得难以提供合格服务的供给主体能够退出供给市场。如果没有这两个制度性前提，医疗服务供给主体单且没有退出市场的机制约束，那么支付标准的制度前提就不存在，其激励机制也难以发挥作用。

中国的药品销售目前以医院为主，但是中国公立医院药品的自主购销权早在上世纪 90 年代末期就被剥离了，剥离的手段就是政府主

^[81] 陈敬,赵熙子,赵亮,史录文.德国、日本和我国台湾地区药品价格规制经验及启示[J].中国药房,2017,28(25):3464-3467.

导的药品集中采购。在 80 年代和 90 年代医院是药品购销的主体，但医院作为购销主体不仅没有压低药品价格，而且药品价格越购越高。这背后的原因就是“以药养医”以及药品加成率管制：在以药养医和药品加成率管制下，医院有动力购进高价药品。

为了理顺药品价格，自 2000 年之后各地开始推行药品的集中采购，先是在地市级范围内的药品集中采购，而后形成了政府主导的省级药品集中采购。而之所以要剥离医院的药品采购权，除了“以药养医”及药品加成管制外，背后的深层次原因则在于中国公立医院行政化垄断的特征，特别是在区域性的医疗服务供给市场中，通过行政保护形成了行政垄断，缺乏比较与竞争。

在这样的情况下，处于行政保护的公立医院有动机也有能力利用这种垄断地位以及对公共资源的使用权“谋取私利”；而谋取私利的手段就是通过虚高的药品价格。因此，从政策设计上，剥离医院的药品购销权也有一定的道理。但是，剥离医院的购销权就会导致医院根本更加没有动力控制药品的价格。

在国家医保局成立之前，公立医院的药品集中采购是卫生行政部门主导的；国家医保局成立后，将药品集中采购的主导权转入医保局，由医保局代表药品的支付方进行药品的集中采购。从目前的政策趋势看，药品的集中采购不仅是谈价格，而且还有“带量采购”。从理论上讲，药品的集中采购与药品的支付标准，二者的激励机制是不同的，甚至是冲突的。这也是当前中国药品价格形成机制面临的一个核心的冲突。

3. 药品支付标准实践中面临的冲突

根据国际上流行的做法，药品的参考价格主要是两类：一是外部参考价格，与其他国家和地区（一个或一组）的药品（平均）价格挂钩；二是内部参考价格，通过谈判（创新药）及价格调查（仿制药）的办法来确定参考价格。2015 年国家发改委确定医保目录药品的价格建立医保药品支付标准后，各地都进行了实践和探索。主流的做法有两个：一是通过招标价格确定医保的支付标准（比如安徽和福建），一般以中标最低价作为支付标准；二是最低价联动，将其他地区的最低价作为本地药品的支付标准^[82]。

这两种办法混淆了医保支付标准与集中采购之间的关系：集中采购是药品购销主体与药品供应商之间达成的最终购销价格；医保支付标准仅是医保基金支付的参考价格，并不是最终购销价格。集中采购的激励机制是利用垄断买家的优势实行的战略性购买，“以量换价”是这种战略性购买的集中体现；医保支付标准是综合考虑医保基金支付能力以及药品平均价格给出的支付标准，其激励机制是鼓励药品购销主体自行控制药品购销的实际价格。而最低价联动更是行政定价的翻版：最低价既不与销售量相关，也不与药品实际的临床价值相关，更不与医保基金的支付能力相关。

国家医保局成立后高度重视药品集中采购工作，将药品集中采购作为降低过高的药品价格的主要手段。这当然是医保作为战略购买者

^[82] 李晶晶,康洽福,丁榕芳,黄绍中,黄仙香.医保药品支付标准改革对定点医疗机构临床用药的影响——基于福建省省本级、福州市参保人员医疗费用的实证分析[J].中国卫生政策研究,2017,10(11):7-12.

发挥的集团购买优势。但是从深层次的运作机制看，医保的支付标准与医保的集中购买机制二者是冲突的：医保支付标准的运行机制是留给医疗机构及社会药房等充分的药品购销自主权，激励医疗机构及社会药房来控制药品的实际购销价格，医保对药品价格以及药品总费用的控制主要通过支付标准来进行，并不干涉医疗机构及社会药房的药品购销行为。这一机制也催生了欧美等国家和地区发达的集团购买组织（GPOs）。而由医保自行进行集中采购，并要求医疗机构按照集中采购的价格乃至使用量来安排药品的购销和使用，实际上是剥离了医疗机构的药品购销和使用权，相当于医保承担了医院的药品经济管理职能，也同时压缩了医生的处方权。这一思路与制定药品的支付标准是两个不同的思路。

当然，医保目前侧重于集中采购来控制药品价格也有其不得已的理由，那就是在医保支付标准下，鉴于公立医院强大的行政垄断地位以及医院与医生一体化的管理，医保根本无法控制医院利用其药品购销权以及医生利用其处方权过度谋取私利、推高药品价格及药品总费用的行为。

但是，通过限制医院的药品经济管理权以及干预医生的处方权的办法来控制药品的价格以及药品费用，只能是短期行为，在长期难以取得效果。这一点在过去几十年药品价格管制的经验已经反复验证了，本文第三部分对中国药品价格管制的梳理已经清晰表明，通过过度干预医院自主权以及医生的处方权来控制药品价格及费用，都难以取得预期效果，而且还会催生新的扭曲。

药品价格机制的改革方向，还是要回到市场形成价格的基础上，通过药品的支付标准来控制药品的价格和费用。这一点也与医保支付方式的改革相一致。当前正在全面推开的 DRGs 付费方式改革，是国际上流行的对医院服务的支付方式，其核心的激励机制与药品的支付标准是一致的。在实际设计中，DRGs 付费包中也是包含药品的费用的，这相当于给医院以药品自主的经济管理权和使用权。此外，随着医保医师制度的建立，以及医生多点执业的推开，对医生的支付体系也将逐步建立。这些条件都为医保支付标准的全面推开提供了条件。

4. 医保支付标准的制定与实施

按照国际上的药品参考价格制定方法，对于创新药品主要采用谈判的方式来确定参考价格。从近年来的发展看，使用药物经济学的办法来判断创新药的临床价值，并以此作为谈判基础，已成为主流的做法。对于仿制药，则主要通过价格调查的办法，基于药品的市场平均价格来确定参考价格是主流的做法。但是上述做法需要一定的制度前提：首先在现有的药品价格中，不能包含对医院和医生的支付。如果在现有的药品价格中包含对医院和医生的支付，即存在“以药养医”，那么价格调查的方法就不适用，而且还会固化虚高的药品价格。

其次，要有一个多元化的、竞争性的医疗服务和药品供给市场，否则也难以约束医院及药品供应商的机会主义行为。

第三，有良好的药物经济学评价基础，能够对药品的临床价值做出可比较的判断。

第四，仿制药的质量、安全性以及临床效果与原研药一致。最后这一点对于仿制药的替代以及制定仿制药的支付标准至关重要。中国虽然已经开始推动仿制药的一致性评价工作，但多数仿制药还未通过评价，质量参差不齐。

这四个条件在中国的医药卫生服务领域还难以实现，这也是当前国家医保局更多选择以集中采购的办法来压低药品价格主要原因之一。从可操作性的角度，根据当前中国医疗卫生服务供给及药品供应的现状，以及已经推开的相关政策，构建及推进中国医保药品支付标准的建议：

一是要与当前医保支付方式改革、公立医院改革以及药品集中采购联动，在已经全面推开对医院进行按病种付费且运行平稳的地区，逐步将集中采购的方式向医保支付标准过度，通过招标采购等方式先确定初期的支付标准。同时，通过医保的支付方式改革以及药品的支付标准推动公立医院的改革。

其次，医保支付标准要针对住院药品及门诊药品分类推开。在医药仍然混业经营的情况下，首先推开住院药品的支付标准，将医保对住院药品的支付纳入到对医院的按病种付费中，确定统一的支付标准。对门诊药品的支付要根据医药分开的进度、对医生的支付体系以及社会药房的管理情况推进。在当前的情况下，由于已经取消了医院的药品加成收入，医院对自设门诊药房的积极性在下降，这为医院门诊处方的外购提供了条件。从医保的角度，应该逐步将社会药房纳入处方药报销，同时加强对药房的监管，将药房纳入到医保的职能监控网络，

建立医保药师制度以及对医保药师的支付。

第三，着手建立药品价格的监测及调查体系，为建立基于价格调查的医保支付标准打下基础。药品价格的监测与调查范围不局限在大陆地区，也应包括主要的药品市场以及港澳台地区。在医保支付标准建立初期，也可先建立外部参考价格制度，将医保药品支付标准与相似经济与社会发展水平的国家和地区相关联。价格监测及调查体系同时也能为当前的药品价格谈判以及集中采购建立基础。

第四，基于当前医保药品准入谈判，进一步总结经验，并将之作为创新药或高价药医保支付标准谈判的基础。

六、结论及政策建议

药品价格的扭曲是中国医药卫生领域主要问题的集中体现，是改革开放以来中国医药卫生领域长期面对的“顽疾”。这背后的根源在于中国医疗服务供给端的特征，中国药品价格的问题“在医不在药”。中国药品价格中除了正常的生产与流通的成本与利润外，还包含了对医院和医生服务的支付，即所谓的“以药养医”，而为了绕开各种行政管制，从药品收入中提取对医院和医生的支付费用，还催生了各种扭曲费用，这也被加入到药品的实际价格中。

“以药养医”之所以长期存在，除了医药混业的传统外，制度上的原因，一是计划经济下对公立医疗机构的行政化治理的弊端。在行政化治理下，医院的固定资产投资以及人员经费依靠财政拨款进行补偿，因此医院的收费中不包括对医院及医生的支付。为了激励医疗机

构和医生，从上世纪 80 年代开始，又扩大了医院的经营自主权。前者要求对收费进行管制，后者又要求有充足的激励，这二者之间只有药品价格可以作为缓冲余地。由此，通过药品价格来实现对医院和医生的支付成为可行的选择。第二个原因，则在于对公立医疗机构的行政保护以及医生的事业单位编制。这两个行政化的管理手段导致无法通过比较与竞争的手段来约束医院和医生的机会主义行为，“优不能胜、劣不能汰”，在行政垄断的保护下，各种机会主义盛行。

在医疗机构行政化治理模式下，医保药品支付标准“结余归己、超支自付”的内在激励机制难以发挥作用。“结余不能归己、超支也难以自付”是常态，在这种情况下，医保支付标准的激励与约束作用失效。这是当前国家医保局以药品的集中采购替代支付标准控制药品价格的一个主要原因。

但是，从长远看，给定中国已经确立的社会医疗保险模式以及已经实现全民医保的现实，中国药品价格形成机制的改革目标应该是使药品价格能够反映真实的药品供需状况，有利于鼓励创新，同时保证药品的可及性以及医保基金的可持续性，形成以市场为基础，医保药品的支付标准为调节手段的价格形成机制。

要实现这个目标，首先要着手实现对医院和医生服务的单独支付体系，将之从药品支付中剥离出来。建立对医院和医生的独立的支付体系，总的方向是建立社会化的、基于可比较与可竞争的医疗服务供给格局。

从可操作性的角度，在目前公立医疗机构占垄断地位的情况下，

第一是全面推开医保支付方式改革，建立按病种（组合）的对医院服务的支付方式。

第二，与医保医师制度的建立相配合，先通过与社会平均工资挂钩的方式建立对医生的支付表，而后在医生执业模式改革以及流动常态化的基础上，逐步过渡到基于价值的医生付费体制。建立医保直接对医生进行协议支付的制度。在这个过程中，财政对公立医院的补助也要从按成本补偿供方变为补贴需方，减少乃至取消对公立医疗机构的直接拨款。

在医保药品支付标准的建立上，按照循序渐进、分类进行，与医保支付方式改革、公立医院改革以及药品集中采购相结合，先住院、后门诊的方式进行。

首先，与医保支付方式改革联动，建立对住院服务的按病种付费，并将药品打包在病种付费中，由医院自行采购和管理住院药品，医保按照固定的支付标准统一打包支付。

其次，逐步剥离医院门诊药品，放开处方药外购。在剥离门诊药品之前，还要坚强对社会药店的监管，建立强制性的药店药品价格数据上报及信息公开制度。与医保药师的建设相配合，将医保药师纳入到医保协议管理中。

逐步建立基于价格调查及社会谈判的医保药品支付标准。在创新药以及高价药方面，主要通过谈判以及以量换价的方式确定支付标准。要加快创新药的药物经济学评价，为支付标准的谈判建立基础。在仿制药方面，首先是推动药物一致性评价，大力提升仿制药质量，在此

基础上加快仿制药替代。仿制药的支付标准以市场平均价格为基础，根据医保的支付能力加以调整。在开始阶段，建议可借鉴国外同等经济与社会发展水平的药品价格作为制定药品支付标准的参考。