

秦立建 王震 蒋中一

药品零差价政策实施中出现的问题与对策

内容提要 药品零差价政策是政府为了降低医疗费用,切实保障居民生命健康的重要举措。然而,由于财政补贴负担等问题,药品零差价政策效果得以削弱。本文通过分析药品零差价政策的发展历程,深入剖析药品零差价政策运行过程中存在的问题,并提出相关建议。

关键词 药品零差价 新医改方案 基层医疗机构

实施药品零差价政策是新医改方案的重要工作,是我国建立国家基本药物制度的关键环节(王跃平等,2011)。药品零差价政策实施后,医疗机构的所有药品经过统一招标,按照进价销售给患者,由公共财政补贴药品的配送费用,以及医疗机构的药品销售利润损失。药品零差价政策的实施在一定程度上减轻了城乡居民的医疗负担,对于缓解“因病致贫、因病返贫”现象起到积极作用。然而,在运行过程中也出现了一些新问题。本文就药品零差价政策运行过程中遇到的新问题提出相应的政策建议,以促进新医改方案的实施。

一、药品零差价政策的发展历程

为了维护公立医疗机构的运行和发展,国家允许医院在药品进价的基础上,按照不超过15%的加成率出售给消费者,药品销售利润则留给医院(成刚等,2011)。在随后医疗机构市场化的改革过程中,各级医疗机构纷纷将销售药品作为增加收入的重要来源。医院平均60%的收入来源于药品销售,中等规模和比较小的医院,其药品销售收入占其总收入的比例甚至高达70%-80%(朱恒鹏,2007)。以药养医政策影响了医疗机构的公益性质,导致“看病难、看病贵”现象比较严重(王浩林,2012)。

为了切断医疗服务供方与药品销售之间的利益联系,北京市于2006年12月在全国范围内首先进行了“药品零差价”政策的试点。与该政策相配套的有三个政策,即基本药物制度、药品统一采购及配送制度,以及收支两条线政策。北京市政府制定312种基本药物,社区卫生服务中心(站)仅被允许供应基本药物目录内的药品。医疗服务机构按照药品的进价进行销售,政府按照药品进价的15%给予补贴。2009年8月国家发改委等9部委发布了《关于建立国家基本药物制度的实施意见》,要求两年内在全国基层医疗机构实施国家基本药物制度。随着国家基本药物制度的强力推行,药品零差价政策也于2011年底在全国基层医疗机构实施。

二、药品零差价政策运行中出现的问题

从实施以来,药品零差价政策对于降低医疗费用,保障居民用药可及性有着显著效果。然而由于财政补贴负担等方面的问题,药品零差价政策的施行效果得以效果。具体来说:

(一)药品零差价的财政补贴负担较重

药品零差价政策实施后,当地政府负责对医疗机构的药品零差价销售进行补贴。由于基层医疗机构的收入主要依靠

销售药品,所以,药品零差价补贴的金额巨大,需要大量的公共财政支出,政府财政无法长期负担。比如浙江省海宁市经济实力较强,位居全国百强县第22位,城乡居民的人均收入高于浙江省的平均水平。实施药品零差价政策之前,大多数社区卫生服务中心(站)的药品收入占总收入的比例达70%,有的达到80%以上。海宁市2009年全部社区卫生服务中心(站)的药品收入是1.86亿元,其中利润达到9400万元。而海宁市财政表示仅能够补偿500万元。实施药品零差价政策后,浙江省财政每年用于药品零差价政策的补偿费用需要100亿元以上,浙江省财政表示无力负担。

(二)极大降低了村卫生室的收入

新医改实施后,国家对农村医疗机构的补偿主要投向了乡镇卫生院,而给予村卫生室的补偿力度明显不够。比如安徽省,对于村级医疗机构医护人员的工资待遇为,每服务1200人口,省财政每年补贴8000元。依此计算,则村级医护人员的月工资为500元。新型农村合作医疗的网络维护费用,每月需要300元;新农合使用的电脑票据等,每月需要400元;村卫生室的电费月均为500元;相关部门如环保、物价、食品药品监督等的收费,平均每月近450元。以上这些费用,没有任何财政补贴,由村卫生室负担。而村卫生室进行规范化建设所需的资金,则采取以奖代补、或者定额补贴的方式予以部分解决,或由村医个人集资全额负担。建成运营后的村卫生室,由村医自负盈亏。村卫生室的运营比医改前更为艰难,加大了村医以盈利为就医导向的程度。

表1是安徽省肥西县严店乡三元村卫生站药品零差价前后收支情况。三元村卫生室是县政府实施的民生工程项目,县财政补助4万元,村医集资2.6万元。肥西县于2009年12月1日在全县所有的乡村医疗机构实行药品零差价政策(该县取消个体诊所和民营医院)。在政策实施前的2009年11月,三元村卫生室的村医每人月工资1057元,而2010年的1月,剔除村卫生室的运作费用之后,则人均工资下降为93元。这就迫使村医以盈利为导向,提高工资收入,并收回村卫生室的建设投资。课题组在安徽省、河北省和福建省等地的调研,也遇到了同样情况。

表1 肥西县严店乡三元村卫生站药品零差价实施前后运行情况 单位:元

项目	2009年11月	2009年12月	2010年1月
总计收入	9323	4869	5215
费用支出	5095	3598	4844
合计结余	4227	1271	317
职工人数	4	4	4
人均工资	1057	318	93

注:(1)费用支出项目包括药费、水电、车费等杂费开支、发展基金、福利基金;(2)自2009年12月1日起实施药品零差价政策。

(三)基层医疗机构的药品品种较少

2009年实施的《国家基本药物目录管理办法》规定,基

层医疗机构基本药物的品种为 307 种。实际上,我国地域广大,国家基本药物目录中的 300 余种药品,已经无法完全满足我国不同地区城乡居民的基本医疗需求,不利于基层医疗卫生防护网络的建设。据调查,国家基本药物规定的 307 种药品中,适合广西柳州市基层医疗卫生机构用药的只有 210 种。该市于 2010 年 7 月增补了 93 种药品,以儿科、妇科、慢性病等专科急需用药为主,缓解了专科用药紧缺的状况,但是仍然未能完全满足当地城乡居民的基本用药需求。

本课题组在调研中还得知,实施药品零差价政策之前,北京市亚运村社区卫生服务中心的日常用药有 1000 个品种,基本能够满足当地居民的需要。实施药品零差价政策时,该中心按照要求将药房的近 1000 种药品下架,换成基本药物目录内规定的 300 余种药物。城乡居民大部分医疗需求无法得到满足,导致社区医疗机构的病人被迫流向大医院治疗。实际上,亚运村社区卫生服务中心及其所属的社区卫生服务站,基本药物实施后,同期的门诊量同比下降了 15%-20%,而附近中日友好医院的门诊量却上升了 30%。

(四)集中药品招标抬高了基层医疗机构的药物采购价格

实行药品零差价政策后,基层医疗机构的药品必须经过集中招标才能获得。集中招标的方式不仅无助于降低药品价格,而且大幅度地提高了药品价格。经验研究表明,医院的卖药收益由四部分组成:政策规定的进销差价、药厂公开返还给医院的折扣(明扣)、医药企业和医院私下约定的折扣(暗扣),以及包括医生在内的相关人员拿到的回扣。药品集中招标只能减少政策规定的进销差价、药厂公开返还给医院的折扣这两部分回扣,无法消除医药企业和医院私下约定的暗扣、医生在内的相关人员的回扣。药品虚高的根源在于药品购销过程中医疗机构的双头垄断,而药品集中招标采购制度进一步加强了医疗机构的双头垄断地位,抬高了药品价格(朱恒鹏,2007)。

比如克林霉素磷酸酯是一种常用的消炎药。山东鲁抗辰欣药业有限公司生产的克林霉素磷酸酯注射液,规格为每支 0.3 克 2 毫升。在没有实行统一招标采购制度的山东省济南市某基层医疗机构,从济南市的医药批发公司直接进货,每支的价格为 0.6 元。该药品在北京地区的中标价达到 11 元,医院加上 15% 的利润加成,零售价为 12.65 元。此种药品在上海市的中标价是 12.8 元,天津市的中标价是 11.13 元,黑龙江省的中标价是 11.5 元,医院的零售价均超过 12 元。这种药品从出厂价到医院零售价的中间利润高达 2000% 以上,而用于各种回扣的金额达到 7 元多。

三、完善药品零差价政策的建议

针对药品零差价政策运行过程中存在的如上问题,可提出如下政策建议:

(一)允许基层医疗机构销售国家基本药物目录外药品

世界卫生组织(WHO)于 1977 年首次提出了“基本药物”(Essential Drugs)的概念。世界卫生组织提出的基本药物目录里共有 312 种药品,主要是为了满足极端贫困国家的基本医疗需求,那些国家基本没有药品生产能力。中国目前的经济发展状况与那些国家当时的情况有天壤之别,我国现在共有近 5000 家药品生产企业,生产能力非常充足,不存在常用药品短缺的问题。随着我国药品生产能力的增强,城乡居民用药的选择余地增加,城乡居民的医疗服务利用水平得到

明显提升。因此,应该允许基层医疗机构销售国家基本药物目录之外的药品,鼓励城乡居民使用基本药物,并提高医疗保险对基本药物的补偿比例。

(二)加强对村级医疗机构的财政补贴

村级医疗机构处于农村三级医疗卫生服务网络的底层,对农村居民的保健预防、疾病治疗和公共卫生服务等工作起着重要作用。但是,公共财政对村级医疗机构的投入非常有限,在村级医疗机构的筹资来源中,2006 年公共财政的投入只占 1.9%,基层医疗机构主要依靠自身的收入维持运行(林万龙,2008)。在新一轮的医疗改革中,各地对农村卫生工作支持的重点是乡镇卫生院,而对村级医疗机构的支持力度明显不足,村卫生室的运营比医改前更加艰难,加大了村医以盈利为就学导向的程度。因此,应该加强公共财政对村级医疗机构的投入,除了给予药品零差价补贴之外,更重要的是补偿村级医护人员的收入,以及村卫生室的水、电、计算机信息系统等的日常运行费用。

(三)改革医保付费制度

目前我国主要实行按服务项目付费的医保支付方式。这种方式的优点是操作方便,但其缺点是便于医疗机构通过诱导需求来增加收入。2011 年人保部公布了《关于进一步推医疗保险付费方式改革和意见》。根据《意见》,付费方式改革后,门诊医疗费用的支付将结合居民医保门诊统筹的普通开展,适应基层医疗机构或全科医生首诊制的建立,探索实行以人头付费为主的付费方式。这种付费方式依据医院或者医生服务人群的数量,规定每个被服务人口的收费定额,由医疗保险机构向医院支付一笔固定的费用作为购买医疗服务的总费用,医院在合同期限内提供规定的医疗服务,并且医院不能再收取任何额外的费用。按人头付费的优点非常明显,不仅能够促使医疗机构主动控制医疗费用,减少诱导需求,而且没有增加公共财政支出,没有降低基层医护人员的收入水平,保证了医疗卫生体制改革的顺利实施。

(四)切实加强药品招标采购

首先,建立全国药品招投标平台,将各省区药品招标的剂量、价格等信息在该平台予以公开。各个省区的中标价格可以在同一个平台上进行比较,促使药品生产厂家降低药品报价。其次,建立全国互联互通的药品商业贿赂不良记录制度。国外对药企商业贿赂的打击力度比较大,如德国规定,行贿药企不仅要缴纳行贿金额 5 倍的罚款,收缴违法所得,还将被驱逐出整个市场。最后,要加强药品生产和正常流通过程中成本的监督和审计,真正掌握药品的生产成本和流通成本,为药品集中招标工作打下坚实的基础。

参考文献:

- [1]林万龙.政策干预与农村村级医疗服务机构的发展[J].中国农村经济,2008(8)
- [2]朱恒鹏,姚宇,杜创.药品零差价制度应缓行[J].中国社会保障,2010(7)
- [3]王跃平,刘敬文,陈建等.深圳市福田区实施国家基本药物制度的实践与思考[J].中国卫生经济,2011(9)
- [4]王浩林.医疗费用价格与医疗卫生管理体制深化改革探讨[J].价格理论与实践,2012(1)

(作者单位:秦立建,安徽财经大学财政与公共管理学院;王震,中国社会科学院经济研究所;蒋中一,农业部农村经济研究中心)