

选题（20%）	说理（60%）	文笔（20%）	总分

作者：李闵涛

学号：1610306125

学校院系：北京大学公共卫生学院

提交日期：2020 年 12 月 19 日

“药品零差率”政策影响的经济分析

2018 年初，笔者无意中了解到一个颇为有趣的现象：在“药品零差率”政策落地后，亲戚去当地公立医院挂号开药时发现，很多药品的价格虽然有所下降，但奇怪的是，自己常用的一种药物已不再销售，亲戚多方打听之下得知当地仅剩部分私立医院与零售药店有售，且年末核查医保报销清单时，竟发现看病总花费要比以往高出一截。笔者后续逐渐了解到，“购药不得”，“花费更多”的现象并非个例，而是在亲戚的病友中较为普遍，且有病友反映，挂号的难度似乎比先前增加了，看病排队也更长了。

“药品零差率”不是压低了“虚高”的药价吗，怎么反而导致像亲戚那类患者的看病开销增加呢？“购药不得”与“看病更难”又是怎么一回事，和“药品零差率”有关吗？这些问题困扰了笔者许久。直到近来，徐高老师分析中国经济的一大核心思想给了笔者灵感：要抓住宏观经济现象背后的微观基础，尤其是“中国特色”的微观基础。于是笔者重拾先前的疑问，通过查阅相关文献资料，梳理了“药品零差率”政策出台的背景及缘由，并对“购药不得”、“花费更多”及“看病更难”背后的逻辑进行了简要分析。

1 政策出台背景

自 1954 年卫生部出台文件允许公立医院实行药品 15% 加成以来，“看病难、看病贵”的问题开始逐渐显现^[1]。2006 年前后，民间和学界就我国医疗领域的弊病展开了热烈的讨论，药品加成制成为了众矢之的。其中认可度较高的为“诱导需求”理论^[2]：如果将求医问诊、接受治疗的过程视为一场交易，则这场交易中医生凭借其专业知识而处于信息优势地位，且患者在病痛的折磨下保持理性变得困难，加之当下很多疾病没有统一的、具有法律效力的诊疗规范，部分医生可能会通过诱导需求来为自己谋利，形成道德风险。由于长久以来我国公立医院医疗服务定价由政府严格控制，很多服务项目是低收益的，而药品加成则为诱导需求创造了条件。在高利信号的驱使下，药物供应链上甚至形成了“药企至医院的合谋”，借由药品回扣的存在，使得药价层层抬高，并最终在很大程度上导致了“看病贵”的产生。于是 2009 年，国务院公布文件，强调新医改要推进医药分开。2017 年，《全面推开公立医院综合改革工作》颁布，要求全国所有公立医院实行“药品零差率”，购销西药不允许存在溢价。

2 为何“购药不得”

当购销药品已无利可图时，不难想到，一方面公立医院为了控制仓储管理费用的投入，有激励减少那些保存条件苛刻或是保质期较短的药品储备，考虑到无偿占用资金也是一种成本，某些具有替代性的高价药的购进量也可能减少、甚至会被完全取代。另一方面，“零差率”制度下，既往医生“多开药、开贵药”的激励自动消除，外加愈发严格的药占比管控，医院内部的药物需求缩减了，这将进一步促使公立医院的药物储备萎缩。

据报道^[3]，“药品零差率”于全国范围内实行前，公立医院终端的药品销售额占比约 7 成。在医药制造企业的第一大客户团体需求流失以及配套政策加持^[4]的大背景下，药物销售的另两大终端——零售药店及民营医疗机构，自然承接起了相当一部分从公立医院疏解而来的上游药物供给。有研究表明^[5-7]，新政策落地前后，民营医院收入结构的变化与公立医院呈现不同的态势，其药物收入占比下降幅度明显更小，部分医院甚至不降反升或是基本不变，行业研究的统计数据也显示^[8]，药品销售终端市场上，零售药店的市场份额在 17-19 年呈现加速增长的趋势。

3 为何“花费更多、看病更难”

在回答这一问题前，首先应明确“花费更多”与“看病更难”是否为普遍现象。国家统计局的数据显示，我国实际卫生总费用在 11-16 年的年均增长率为 11%，在 17-19 年为 9%，但“个人现金卫生支出/居民可支配收入”于 15 年开始呈上升趋势，这提示至少“药品零差率”未能解决“看病贵”的问题。卫生统计年鉴的数据表明，“年度门诊诊疗人次/执业医师人数”自 17 年起也略呈增加趋势，从侧面反映出“看病更难”可能确实存在。

于“花费更多”，笔者认为原因有多方面：首先，如前文所述，“药品零差率”促使产业上游药物供给从公立医院流向了零售药店及民营医疗机构，而后两者并未受到严格的价格管制。其次，配套的新医改政策设置了公立医院补偿机制，医生的技术劳务费用得到了提升，患者就医整体花费水平变化则因人而异、因病而异^[9,10]。此外，医疗的特殊性赋予医生以垄断的处方权，它使得药物销售与医生知识始终无法松绑，这一机制的存在很可能导致“药企医院的合谋”演化为“药企药店医院三方的合谋”，例如有报道显示^[11,12]，河北、山西等地实行“零差率”政策后，部分医院出现了医生直接告知患者去院外某零售药店购药的现象。

于“看病更难”，笔者认为其主要原因在于医生技术劳务价格的抬升为公立医院医生创造了新的获利渠道：通过减少开药、分解医疗服务促使患者看病次数增加，从而获得更多的医事服务费收入。另一种直观的想法是：更低的药品价格诱导了患者就医需求增加，然而考虑到医药卫生服务需求的刚性以及宏观数据显示出实际个人卫生支出并未降低，这一点似乎不具有足够的解释力。

2000 字

参考文献：

- [1]周悦,莫颖宁.取消药品加成后山东省公立医院医疗费用分析[J].中国医药导报,2020,17(26):193-196.
- [2]刘桂林.医生诱导需求识别研究进展[J].中国卫生质量管理,2020,27(06):50-54.
- [3]健康界.2017 年我国药品销售达 16118 亿元,公立医院增长 7% [EB/OL].(2018-03-26)[2020-12-18].https://www.sohu.com/a/226417213_139908

- [4]金圣珏,葛雪雯,毛如虎,等.处方外流发展现状及问题探析[J].中国卫生质量管理,2020,27(03):125-127.
- [5]杨大春.医改背景下中小型民营医院成本核算改进研究[J].营销界,2020(24):117-118.
- [6]赵晓娟,谢宇,李永斌,等.医保新政的政策逻辑及对民营医院的影响分析[J].中国卫生质量管理,2020,27(02):119-122.
- [7]医趋势.七大趋势,解读 2019 中国医疗大数据[EB/OL].(2019-12-16)[2020-12-18].https://www.sohu.com/a/360761971_120229638
- [8]新浪医药新闻.2019 三大终端六大市场药品销售额 17955 亿,公立医院份额最大[EB/OL].(2020-03-31)[2020-12-18].<https://m.cphi.cn/news/show-wiki-179024.html>
- [9]冯璐,王伟,聂雷,等.取消药品加成对省属公立医院运行的影响研究[J].中国医院管理,2019,39(09):9-11.
- [10]刘慧.基于取消药品加成背景下公立医院补偿机制研究[D].湖北中医药大学,2019.
- [11]健康界.2017 年医院将大面积推行医药“外包”[EB/OL].(2017-01-04)[2020-12-18]<https://www.cn-healthcare.com/articlewm/20170104/content-1009883.html>
- [12]医学界.医院里开药店,和医院没关系?[EB/OL].(2019-09-03)[2020-12-18].<http://news.39.net/yltx/190903/7439034.html>

WORD 批量转 PDF 工具-未注册 注册码购买 QQ: 3049816538(注册后本文字和以下内容消失)

成都购房咨询, 大专本科成都落户咨询, 成都社保代缴咨询 QQ: 3049816538

2000 字