

市场说了算 药品价格改革方案即将正式出台

编者按

11 月 26 日,记者从获得的《推进药品价格改革方案(征求意见稿)》(下称《意见稿》)中确认,在国家发改委系统内部多轮讨论通过后,取消药品政府定价的文件已于 11 月 25 日开始在全国 8 家医药行业协会内征求意见,限时 48 小时。

《意见稿》的内容显示,药品价格改革的核心是,取消药品政府定价,通过医保控费和招标采购,让药品实际价格由市场竞争形成。从 2015 年 1 月 1 日起,取消政府原来制定的最高零售限价或出厂价格。其中,医保基金支付药品,由医保部门会同有关部门制定医保支付标准,也就是形成医保支付价;专利药品(包括医保目录外专利药品)、独家生产的中成药等市场竞争不充分的药品,建立多方参与价格谈判形成机制。

但由于方案主要从降低药价的角度来制定,缺乏配套的制度和措施,因而在实操层面上会面临不少问题,一些行业协会和专家对这一改革方案并不十分看好。

最后 23%药品放开 2700 余种药品有望市场化定价

■ 王蔚佳 报道

中国药品定价历史上最大规模改革即将尘埃落定,2700 余种国家定价药品有望实现市场化定价。

11 月 26 日,记者从获得的《推进药品价格改革方案(征求意见稿)》(下称《意见稿》)中确认,在国家发改委系统内部多轮讨论通过后,取消药品政府定价的文件已于 11 月 25 日开始在全国 8 家医药行业协会内征求意见,限时 48 小时。

最后 23%药品放开

“取消药品政府定价,通过医保控费和招标采购,药品实际交易价格由市场竞争形成。从 2015 年 1 月 1 日起,取消原政府指定的最高零售限价或出厂价格。”发改委在《意见稿》的第一页,明确给出了这一施行 20 年定价制度的最后期限。

突然公布的取消政府定价药品的明确时间表,彻底终止了此前关于它的种种猜测。“虽然是最后一轮征求意见,但从之前的吹风和市场发展环境来看,政府定价应该是确定要取消了。”中国医药企业管理协会副会长牛正乾表示。

这就意味着,占据中国庞大药品市场 23%份额的政府定价产品,将正式放开“计划”定价形式,交由市场决策。初步估算,这将涉及 2700 余种药品。

自 1996 年开始,中国对药品实行三种定价形式:纳入基本医疗保险报销目录的药品及少数生产经营具有垄断性的药品,实行政府定价或政府指导价——其中,由财政购买免费向特定人群发放的药品,实行政府定价,目前约有 100 种,占已批准上市药品数量的 0.8%;其他药品实行政府指导价,具体形式为最高零售限价,约 2600 种,占 22%左右。

除上述共 2700 种政府定价和政府指导价药品,其他 77%的药品此前已实行市场调节,由企业自主定价。

药价改革面临实操问题 业内并不十分看好

■ 顾惠忠 报道

11 月 25 日,国家发改委向 8 个行业协会下发了关于征求对《推进药品价格改革方案(征求意见稿)》意见的函。消息传出后,医药行业就像炸了锅一样。

从《征求意见稿》的内容来看,药品价格改革的核心是,取消药品政府定价,通过医保控费和招标采购,让药品实际价格由市场竞争形成。

从 2015 年 1 月 1 日起,取消政府原来制定的最高零售限价或出厂价格。其中,医保基金支付药品,由医保部门会同有关部门制定医保支付标准,也就是形成医保支付价;专利药品(包括医保目录外专利药品)、独家生产的中成药等市场竞争不充分的药品,建立多方参与价格谈判形成机制。

记者采访中了解到,由于方案主要从降低药价的角度来制定,缺乏配套的制度和措施,因而在实操层面上会面临不少问题,一些行业协会和专家对这一改革方案并不十分看好。

发改委单方面行动 能否得到呼应?

就取消政府定价后的监管措施,《征求意见稿》称,将从四个方面加强监管:一是完善药品采购机制;二是强化医保控费作用,医保部门要会同有关部门,做好医保、招标采购衔接配合,同步推进医保支付价格改革,实行总额控制基础上的按病种、按人头付费的复合型付费方式;三是强化医疗行为监管;四是强化价格行为监管。这四项监管措施中,属于发改委职能的只有一项,至今,社保部未明确接手医保支付价的制定职能。

而政府定价和指导价格,实行中央和省两级管理体制——即在上述定价范围内,属于国家基本药物及国家医保目录中的处方药,垄断生产经营的药品,由国家发改委定价,约 1900 种;属于国家医保目录中的非处方药,及地方医保增补的药品,由各省(区、市)价格主管部门定价,约 800 种。

按照《意见稿》提出的方案,本轮药品价格改革将主要分为五种形式,其中三类药品价格政策将发生变化。

“医保基金支付的药品,由医保部门会同有关部门制定医保支付标准,引导市场价格合理形成;专利药品(包括医保目录外专利药品)、独家生产的中成药等市场竞争不充分的药品,建立多方参与价格谈判形成机制;医保目录外血液制品、国家统一采购的预防免疫药品和避孕药具则通过招标采购或谈判形成市场交易价格。”

而一类精神、麻醉药品和低价药品仍维持目前政策不变——前者仍暂时实行最高出厂价格和最高零售价格管理;而低价药品按现行政策执行,继续执行日均费用上限标准控制。

冲刺 48 小时

此前一年内,关于药价改革的消息不断从各个渠道传出。10 月 27 日全国物价局长工作会议上,取消政府定价、放开血液制品等四大类产品价格等内容在会上正式讨论。

日前,新华社撰文《取消药品政府定价适逢其时》,被认为是官方定调这一改革的信号释放。

由于直接关系到药品核心的定价问题,记者获得的这份制药企业的“1 号”改革方案备受关注。由于相比以往的管理思路转变和大范围药品的价格松绑,这份最受市场关注的药价改革文件也被坊间评论为改革“步伐最大”和“远超预期”。

“我们正在收集企业关于这次改革的意见,目前看来,大家普遍比较关心下一步的

配套细则怎么制定,医保是不是能够顺利‘接单’。”直到 11 月 26 日 21 时,牛正乾表示关于这个药价改革新规的意见收集工作还远未结束。

因为拥有行业内全部“两会”代表委员,牛正乾所在的中国医药企业管理协会——这家拥有最多中国制药企业会员的行业协会,近年来在药价改革等诸多问题上曾多次上下传递意见。

但即便如此,对该协会来说,梳理成员企业的意见仍然是件繁重的工作。事实上,尽管《意见稿》已于 11 月 25 日开始在全国 8 家医药行业协会内征求意见,但很多企业是在 11 月 26 日当天下午才部分看到了这份《意见稿》,而对照企业动辄几百上千个药品权衡利弊,同样是件工作量巨大的事情。

按照发改委规定的时间,8 家协会汇总的意见需要在 11 月 26 日之前反馈给发改委价格司。这 48 小时的冲刺期,成为距离中国药品定价历史上最大规模改革尘埃落定的最后一步。

三部委博弈

紧张的 48 小时意见征求期限之外,对于发改委主动削减自己的定价权力,业界也表达了一些困惑。

“现在看起来是发改委一厢情愿的意思居多,人社部 and 卫计委都没说话。”有不愿透露姓名的上市公司负责人表示,“药价问题历来复杂,管不好就是众矢之的,人社部虽然负责医保基金,但也不会主动去接这么棘手的任务。”

按照发改委此次推出的方案,药品价格放开后,医保药品由医保部门接手,其核心就是制定医保支付价,医院采购时可谈判,给医院降价动力;专利药等竞争不充分的药品则引入多方谈判机制,以形成合理价格。

与此同时,医保在确定支付价的同时,还要推行医保支付方式改革,实行总额控制的按病种、按人头付费等综合支付方式。



在业界的讨论中,有医药界人士说,药品价格改革方案是应该和招标制度、医保支付价格方案一起配套进行的,还要有公立医院改革来配合,目前的方案看到了发改委的放权,但仅对其他部门提出了方向,还缺少其他部门的呼应,是一个残缺的方案。

一些业内人士认为,残缺的方案就交给市场去运行是欠妥的。合理的决策流程应是以患者治疗结果最佳为出发点,而非单个部门匆匆拍板。另外的医药界人士担心发改委单方面的改革行动能否得到其他部委的呼应。

目前,多地主管部门正在进行的医保改革中允许医院通过二次议价、药房托管等获益,实际上背离了医药分离的原则。从这个方面来看,业界的担心是有道理的。

有了医保支付价为何还要招标?

华中科大同济医学院药品政策与管理研究中心研究员陈昊说,过去十数年间形成



业内分析称,发改委放权的话,医保支付价的管理只能人社部接,但医保支付是反腐重灾区,对人社部来说十分棘手。

再加上药品招标采购权力掌握在各地卫计委系统中,实际招标价格由它们制定,而这一制度在实施中积累的问题饱受诟病,对药价管理的继任者来说,民间对招标制度走偏的积怨和由其引发的问题也将有可能一并“迁怒”人社部。

另一方面,卫计委还负责对医院诊疗的监督,防止过度用药、过度检查等。最后对药品价格也会实施管控,一旦价格变动频繁或者提价较高,可以启动成本调查,对垄断等行为依法处罚。

“客观来说,这样的安排是对的,也是符合国际惯例的,谁埋单谁来干预价格,人社部作为药品采购方(应该负责)来谈判价格,但问题是,药价改革应该和医保支付改革同时推进,不然汽车的轮子大小不一样,是走不远的。”国药控股股份有限公司高级顾问干荣富称。

此前,关于城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗的“三合一”一直处于胶着状态,没有实质性推进,而这一问题被认为是直接关系药价改革的必要配套改革。

尽管国务院曾要求在 2013 年 6 月底前完成“三合一”,但至今,除少数试点地区外,在中国多数地区,三大医保制度中城镇职工医保制度、城镇居民医保制度仍由人社部统管;新型农村合作医疗由卫计委统管。付费归口的不同,直接影响了药价管理的诸多方面。

记者从正在广州召开的中国医药产业发展高峰论坛上获悉,药品“医保支付基准价”的探索是今年医改工作重点之一,部分地市已经开始试点工作。然而,对于如何衡量“基准价”,且如何制定这一标准,目前尚不明晰。

一些业界人士认为,既然有了医保支付价就不应该再进行招标。也有人建议,药价改革可不可以这样来:一、取消政府集中招标,由医疗机构成立全国性或区域性采购集团与药品企业直接谈判,每家医疗机构至少自由参加两个采购集团;二、政府只负责最高零售限价,这个价格由药企、医院、医保、分销商共同组成药事委员会通过谈判确定;三、制药企业给予采购集团和医院的返点透明化、合法化,从而治理医院、医生等的商业贿赂行为;四、制药企业向分销商、零售药店甚至个人销售药品的行为,均为市场行为,政府不得干预。

药品价格应有多个层次

福建三明正在试点基准价,这可看作一种医保支付价,其价格标准是以“国产仿制药最低价为标准”。因为国家卫计委对三明做法较为推崇,医药界担心未来医保支付价过度追求低价。即使专利药品、独家生产的中成药等市场竞争不充分的药品,在与政府谈判中也可能得到一个低价的结果。

英国对于原研药、创新药,给予高出同类药一倍价格的鼓励政策,目的是激励药企不断研制新药。同时,患者也有结构层次的问题,医疗过程中应准许不同层次的人使用不同的药。在当天的医药界讨论中有人建议,一些中高端的药品医保不能报销的或报销比例低的,引入商业保险去解决。利用现有三保,解决低端,实现低水平、广覆盖的中国梦。

医保政策调整,不只涉及药企、医院,更涉及全民。对于这个重大政策调整,主管部门不能单纯地从降低药价这个角度去制定方案。

药价松绑背后: 医与药的关系

■ 闫鹏飞 报道

“不管药品价格怎么改,药品价格要达到一个很低的水平是不可能的。”在药价松绑消息疯传之时,广东省卫计委巡视员廖新波就撰文定了个调。

11 月 15 日,国务院总理李克强主持召开国务院常务会议,部署加快推进价格改革。此次国务院常务会议也恰是药价松绑的背景。

对于医药方面,李克强有这样一段表述:公立医院医事服务费价格确实太低,但药价虚高现象仍然存在,因此,要通过改革,逐步理顺这种不合理的价格机制。

这段话涉及到“医”和“药”两个层面,除了此次国家发改委印送的《推进药品价格改革方案(征求意见稿)》中也提到的药品价格方面调整,还涉及到医疗服务未来或交由市场定价,让医疗服务者的劳动价值得到体现。

在近期举办的第九届中国健康传播大会上,原国家卫生部部长高福明确表示,不赞成在当前这个情况下特别是在医疗机构创收机制还没改革之前放开药品价格。而廖新波定调的原因,就包括医疗价格问题、医院收入问题等。

近日,国家卫计委旗下《健康报》刊登的卫生发展研究中心研究员傅鸿鹏的观点则说明了其中的缘由,以药补医机制直接影响药价,药品是治疗疾病的手段之一,其价格不是孤立的,必然受到医疗服务补偿机制的影响。在以药补医机制下,中国药品价格构成要素比其他国家均多了一个组成部分。

傅鸿鹏称,价格形成机制存在内在冲突,集中采购环节可以起到抑制药品价格的作用,但医院加成率控制却起到推高价格的作用,两者内在冲突。医疗机构采购环节同样受以药补医机制影响,缺乏控价动力。

此次国家发改委印送的《推进药品价格改革方案(征求意见稿)》提及的监管措施包括,做好医保、招标政策间的衔接配合,建立节约采购成本收益归医院的机制,促进医疗机构主动压低成本,引导市场价格合理形成。

这或许让业内联想到医院对药品的再压价,即医院再要求药厂在招标价的基础上去压价。这可能给医院带来一些补偿,但医药企业对这种再压价,是有抵触情绪的。

《推进药品价格改革方案(征求意见稿)》也涉及了医事服务,即强化医疗行为监管,但是只是提到了医疗服务价格控制的问题,如,医疗机构要严格执行明码标价和医药费用明细清单制度,通过多种方式公示医疗服务和药品价格。

很显然,其中未说医疗服务补偿问题。现在主流观点的逻辑很简单,中国的医疗服务价格一直是被压低的,医生劳动收入无法在薪酬上体现,不得不通过药品增加回报,比如大处方、大检查等,而就算药价市场化,仍然会倾向大处方的做法,药价的问题难以解决,如果不能提高诊疗费用,药价改革就无法真正进行,但提高诊疗费用目前尚没有眉目。

傅鸿鹏在此问题解决上有着自己的思路,他建议,理顺医疗技术服务价格,从源头破除以药补医机制,以药补医根源在于对医疗技术服务按低于成本定价,以物价部门开展价格改革为契机,理顺医疗技术服务价格。

在医院方面,傅鸿鹏表示,从市场结构上,短期内看应设置医事和药事服务费,取消医院药品加价率管制政策,医院从药品获得部分返利与破除以药补医机制并不冲突,核心在于:返利的规模不应成为医院补偿的主渠道;对返利的处理和使用应阳光公开,纳入预算或统一管理,而不是进入个人口袋;对医院的支付方式和绩效考核上,获得返利应有助于提高医院绩效。长期看应推进医院住院与门诊系统的分离,彻底改变医院同时是零售终端的双重身份。

廖新波也有自己的建议,政府要保持公立医院的公益性,就必须把医护人员养起来(当然这不是惟一的路径),并且根据自己的财力把医院建设好,保证基本医疗的提供。