

# 从美国药品市场的分析, 对我国药品市场的思考

刘照元, 陈盛新, 顾文华 (第二军医大学药学院药事管理学教研室, 上海 200433)

**摘要** 通过对美国药品市场的分析, 得出美国药品市场体系具备以下特点: (1) 药品市场的形成与发展完全依赖于市场法则, 政府干预较少; (2) 药品市场的参与者多元化; (3) 减少药品市场日趋合理的利益化分配。以上几方面带来对我国药品市场的以下思考: (1) 药品市场供求失衡, 提示缺少有效的市场运行机制; (2) 培育专业化的市场中介组织, 降低药品商务交易成本; (3) 减少供应环节、完善物流配送; (4) 完善相应的法律法规; (5) 建立科学合理的利益分配机制。本文通过对美国药品市场的分析, 讨论如何进一步完善我国药品市场的发展。

**关键词** 美国; 药品; 市场; 思考

中图分类号: R97 文献标识码: B 文章编号: 1006-0111(2007)03-0174-04

自 20 世纪 80 年代我国实行改革开放以来, 我国社会经济逐步由计划经济向市场经济转变, 在这过程中, 我国的药品市场也逐渐形成和发展。目前, 我国已有药品生产厂家 4 000 多家, 药品批发企业 8 000 多家, 药品零售企业 12 万多家。药品生产总量已超过社会需求总量, 制药企业的开工率只有设计能力的 50% ~ 80%。由此造成我国药品市场虚假繁荣, 危机四伏的严重状况。例如, 我国制药企业存在着研究水平不高、生产低水平重复、竞争激烈; 批发企业存在着“多、小、散、乱”; 零售企业市场需求不旺, 亏损不少; 三甲医院药房市场需求过旺, 人满为患。由于药品市场不对称、不均衡, 出现药品供应链环节多, 物流成本高, 效率和效益低下, 流通秩序混乱。一方面多数药品严重供大于求, 产生不规范、不合法的营销行为, 造成药品费用上涨过快, 老百姓颇有怨言。另一方面, 少数药品因无利可图, 造成实际无货可供的缺货状态, 影响临床正常用药。

## 1 美国药品市场体系的特点

表 1 2004 年美国销售额前十位的药品生产企业

序号	企业名称	销售额 (10亿美元)	与去年比 (%)	市场份额 (%)
1	法扎制药	30.7	5	13.1
2	葛兰素史克	18.8	1	8.0
3	强生公司	16.2	7	6.9
4	默克集团	15.0	8	6.4
5	阿斯利康	11.3	12	4.8
6	诺华	10.2	7	4.3
7	赛诺菲安万特	10.0	13	4.3
8	安进公司	9.5	23	4.1
9	百时美施贵宝	9.2	-4	3.9
10	惠氏	8.2	11	3.5
	合计	139.1	-	59.3

资料来源: MSH health

美国是全球最大的药品生产和消费国, 以两位数的年增长率占据世界药品市场的半壁江山。2003 年美国药品市场销售额为 2 164 亿美元, 占全球药品市场销售额的 44%。药品流通作为药品市场的引擎, 已经相当成熟, 药品供应链体系也比较完善。其主要特点是:

**1.1 市场化** 所谓市场化是指药品市场的形成和发展完全依赖于市场法则, 而不是政府的干预。价格、利润、信息等要素决定了市场发展的轨迹。首先, 市场竞争造就了高度集中的药品生产、经营企业。由于医药行业是高风险、高回报的行业, 一个缺乏实力的企业很难应对市场可能出现的风险而生存下来。所以, 经过近十几年的大规模的并购, 美国少数大型跨国企业构成了当今品牌药品生产业的主体 (如辉瑞、默沙东和诺华)。按美国市场销售额的排序, 前 10 家企业的药品销售额占 2004 年全美药品销售总额的 60% 左右 (表 1)。同样的情况也发生在药品批发领域, 目前, 美国的药品批发企业数量由 1975 年的 200 多家, 减少到 2004 年的不到 100 家。批发企业的前三强 (麦肯逊, 基本健康和美国资源-伯根) 约占药品批发市场份额的 90% (图 1)。生产、经营企业的高度集中不仅提高了应对高风险的能力, 而且也有更大机会获得高额回报。其次, 优胜劣汰的市场机制促成了高效的流通渠道。大规模的兼并迫使药品批发业改变营利方式, 变传统分销业务为薄利多销, 提高配送系统效率, 如实行准时制 (just in-time), 注重资金效率 (如让利于及时付款的客户), 并将经营范围扩展到专科药店和疾病管理服务等领域。第三, 市场交易手段的现代化形成了高度发达的零售终端。在美国卫生系统中, 药品供应链的信息化程度最高, 几乎所有交易处理都已电子化。由于药店是供应链与消费者的接口, 这里产

生的账单信息便成为药品利益管理公司 ( pharmacy benefit management company, PBM )<sup>[1]</sup>、医疗补助制度 ( Medicare, Medicaid )<sup>[2]</sup>、政府机构及其他付费者计算药品费用的依据。其他信息, 不论是质量方面的 (如药物相互作用), 还是使用管理方面的 (如处方与药品目录是否相符), 可以在处方调配时从供应链的其他环节 (特别是 PBM) 传递到药店, 药店有义务根据这些信息采取适当行动。比如, 当医生处方与患者医疗计划的药品目录不符或有低价替代药品时, 药店应当与处方医生联系加以调换。

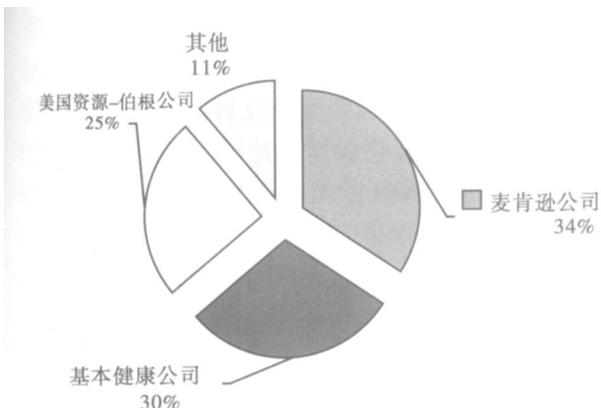


图 1 2004年美国药品批发企业市场份额

资料来源: GICS Sub- Industry Revenue Share

**1.2 多元化** 与美国医疗保障制度的多元化一样, 药品市场的参与者也是多元化的。除了与其他国家有共同的药品供应的提供方、受益方和支付方外, 美国的药品市场受到中介机构的广泛影响。这些中介机构包括慈善机构、非盈利保健机构、管理型保健组织 (如健康维护组织)、集团采购组织、药品利益管理公司等。这些中介机构由于在药品市场上占有一定的份额, 因此, 有条件与生产企业和经营企业谈判药品价格。中介机构的市場影响力主要表现在两个方面: 一是集团采购。根据《美国医疗卫生行业集中采购协会行为准则原理》的解释, 集团采购组织 (Group purchasing organization, GPO) 是以会员的名义与供应商签订合同的组织, 帮助医疗机构实现高质量和患者能够负担得起的医疗服务。GPO 是代表其客户 (会员医院和医疗系统) 实施药品、医疗器械采购的公司。目前, 在美国有 800~900 家 GPO (据估计, 大约有 200 多家 GPO 合同直接针对供货商, 其中 26 家 GPO 的业务是全国性的)。从 20 世纪 90 年代开始, 大量的医院纷纷加入名为综合供货网 (Integrated delivery networks, IDN) 的医疗采购系统。到 2005 年已有 90% 以上的医院成为该系统的会员。IDN 以其购买力为后盾, 直接向药品生产商、销售商采购。二是利润管理。药品利益管理公司

(PBM) 主要是对药品利润进行管理。这些公司的前身是处理保险索赔的公司和处方邮购公司。随着近年不断增长的医疗费用控制的呼声, PBM 成为介于保险机构、制药商、医院和药房间的经营管理组织, 它的目的在于对医疗费用进行有效管理, 节省支出, 增加药品效益。经过近 30 年的演变, PBM 已经从最初的账单管理机构发展为具备多种药品管理功能的复杂系统。除账单处理、保存和报告等最基本业务外, PBM 还向客户提供包括药品使用审查、疾病管理、咨询和协助客户药品福利结构等广泛服务, 其核心内容主要包括药品目录、药厂返款、药店网络、邮购服务、账单审核、普通药品和治疗替代品、以质量为中心的系统计划等。上世纪 90 年代期间, 大量 PBM 涌入市场, 经过兼并和重组, 到 2003 年以后, 市场已经基本被几家大公司控制 (见图 2)。

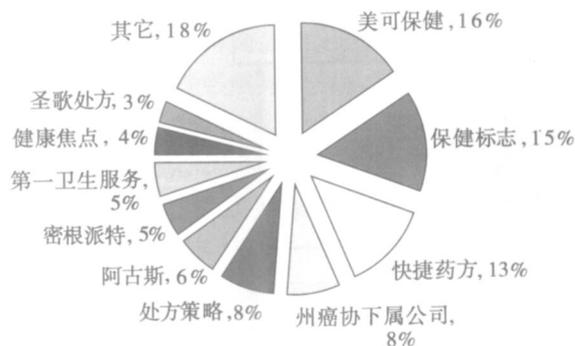


图 2 2005年第一季度 PBM 处方药市场占有份额

资料来源: AISH ealth

**1.3 利益化** 美国药品流通市场经过几十年的发展, 形成了错综复杂的流通网络结构, 药品流通过程中的物流、资金流、信息流不仅涉及到生产企业、批发企业、零售企业, 还与保健维护组织 (Health Maintenance Organization, HMO), 集团采购组织 (Group Purchasing Organization, GPO), 美信医药国际连锁 (Medicine Shoppe), 药品利益管理公司等中介组织有着密切的利益联系 (见图 3)<sup>[3]</sup>。市场竞争和合作双赢策略影响利益的分配。

美国药品生产企业一般通过需求预测、竞争分析和市场开发成本等数据, 确定出“批发购入成本 (wholesale acquisition cost, WAC)”, 作为批发企业采购产品的基线价格。WAC 确定后, 平均批发价格 (average wholesale price, AWP)、零售牌价 (retail list price, RLP) 随之由生产商或价格目录印刷公司加以确定。

AWP 可被政府和私人的第三方付费者用作付款基线价格, 也可被私人购买者 (如医疗计划、PBM、自保险雇主等) 用作与生产企业谈判的基线价格。

品牌药品生产商通常在 AWP 或 WAC 上给予一定比例的折扣, 购买者一般能以 3% ~ 40% 的折扣购入药品, 具体比例取决于其购买力。普通药品的价格谈判则更为激烈, 变化也快, 有时甚至每天更新。最常见的折扣和返款形式有: 按市场份额追溯返款 (retroactive rebates based on market share)、销量折扣 (达到预定销售量后才开始享受的折扣)、及时付款折扣等。对于某些政府医疗保险计划 (如 Medicaid 和退伍军人管理局) 所采购和分发的药品, 执行特殊规则, 享受最优惠的价格。

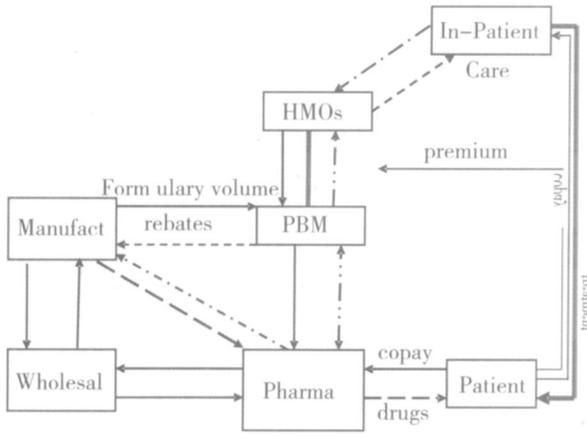


图3 各利益集团之间的关系

—— Contract - - - Information ····· Payment = = = supply

美国药品批发企业从生产企业购进品牌药品的采购价格相当统一, 一般是一定折扣的 WAC, 包括销量折扣、及时付款折扣和近效期药品折扣。批发企业然后将产品销往其终端客户, 通常是药店, 价格为 WAC 加双方协议的比例。而普通药品的购入价格差别很大, 主要取决于某种药品的竞争程度、批发企业扩大市场份额和增加销售量的能力。

零售药店可根据其对某药品的销售 and 市场份额占有能力, 与药厂谈判折扣和返款额; 药店与 PBM 谈判加入其药店网络和偿付费率, 偿付费率一般按药品成本加调配费计算。当药店对某种药品的销售量达到预定目标时, 药厂会给予销售量折扣。加入 PBM 的药店网络, 使药店的收入来源和顾客数量有了保证。在合同中, 零售药店必须接受规定的处方药品价格计算公式。对于品牌药品, 价格计算公式一般是药品 AWP 减去谈判议定的比例再加调配费; 对于普通药品, 价格计算公式可以按品牌药品方法确定 (适用于竞争较小的品种), 但更常见的是参照最高允许成本 MAC 确定的。

规模较小的药店可以直接从批发企业购药, 但价格会显著高于大型零售药店, 或者加入集团采购

组织 (GPO)。作为 GPO 的成员, 小药店可以集体与批发企业甚至生产企业谈判价格折扣, 有的 GPO 还能通过获取生产商的返款而进一步降低成本。GPO、DN 的成员从会员费或药厂的返款中得到利益<sup>[4]</sup>。

PBM 在药品最终价格谈判中发挥着主要的作用。PBM 与医疗计划签订合同, 为其管理处方药品费用。合同在付款方面通常有三个基本元素。第一, PBM 收取他们所提供服务的报酬, 这些服务包括账单审核和疾病管理等。第二, PBM 通常承担一定操作风险, 包括客户服务 (如药店数量充足性、报告及时性)、临床质量测评 (如防止不合理用药的人数)、费用管理技术 (如普通药品替代品牌药品的数量) 等。第三, PBM 也保留由他们与生产商谈判取得的部分返款。PBM 通常不承担药品的所有保险风险, 即不对药品单价、药品用量或者患者类型做出担保。

## 2 对我国药品市场的启示

### 2.1 药品市场供求失衡, 提示缺少有效的市场运行机制

供求法则告诉我们, 市场需求和市场供给决定市场价格。虽然, 这是指完全竞争的市场, 但当需求和供给失衡时, 药品价格就会失控。因为药品市场相对来说是一个具有某种垄断性的市场, 特别是卫生服务的提供方身兼需求方和供应方的双重角色, 主导着药品市场的走向。当药品市场失衡时, 这种主导力就更强。因此, 政府应当首先设法平衡药品市场的需求。方法有: 一是提高进入药品市场的技术壁垒, 淘汰过剩的药品生产和经营企业。与美国的 400 左右的制药企业、50 多家批发企业相比, 目前, 我国 5~6 万家零售企业, 医药企业必须向集约化、规模化、市场高度集中的方向发展。对现有的药品生产、批发、零售企业进行整顿, 暂停审批和登记新设药品企业, 鼓励知名度高、信誉好的企业跨地区发展, 以减少中间环节, 降低药品流通费用和销售价格, 逐步培育出中国药品市场的大型制药企业、批发企业、大型零售药品连锁企业, 使其市场占有率达到 50% 以上。二是严格规范药品注册审批制度, 杜绝审批腐败。我国药品审批制度仍然存在不少问题, 新药不新, 一药多名, 加上信息不对称, 造成了严重的药品市场混乱。三是加强药品定价制度。《药品管理法》规定, 我国药品价格实行政府定价、政府指导价和市场调节价的制度。由于生产企业借助审批制度的缺陷, 通过申报新药的方式规避了政府定价和政府指导价的法律规定, 使得我国药品定价制度失去其优越性。因此, 应该借鉴发达国家的合理

定价制度,对药品定价实施听证或参考定价制度,以其达到定价公正、公开、透明。所谓参考定价是指一个新上市的药品应该具有与已上市同类药品的可比价格。这样就可杜绝企业为药品营销预留操作空间的做法。

**2.2 培育专业化的市场中介组织,降低药品商务交易成本** 20世纪 90年代起,我国实行药品集中招标制度。药品招标代理机构是一种属于供方控制药费的中介机构。但由于目前我国招标中介机构极不规范,靠出售招标文件、乱收专家评审费、中标服务费、药品质量检验费、场租费、磁盘费、网上招标培训费等方式设租,不仅不能控制费用增长,反而增加了流通成本。因此,建立和发展我国有效的药费控制机制来抑制日益增长的药费十分必要。结合我国国情、借鉴美国作法,健全供方费用控制和建立医生、需方费用控制的专业化的中介机构<sup>[5]</sup>,成为我国药品供应当中的润滑剂和推动力。如医院和医药公司可以联合成立联合药品采购组织,集体采购药品;行业协会可以成立有效的专业化管理、协调组织,对供方、医生、需方实施行业监督,给生产、批发与零售企业提供市场信息、售价方案,从而实现最优化合理的药品费用体系。

**2.3 减少供应环节、完善物流配送** 在美国,药品从制药厂商到最终的患者手中,时间非常短暂,这完全依赖先进完善的物流配送系统。而我国的配送系统相对比较落后,配送时间较长,物流成本高,我国的药品流通费用在 15%,而美国不到 4%,这与我国 6~20个药品供应环节有较大的关系。从我国现状看,解决供应环节多,物流成本高的问题,就应打破企业间的界限,在全国按照行政区域划分为若干个大区,建立医药物流中心和电子商务交易平台,以满足各地区不同药品连锁企业的需要,如珠江三角洲物流区、长江三角洲物流区、以北京为中心的华北物流区、以西安为中心的西北物流区、以郑州为中心的中原物流区、以武汉为中心的中南物流区、以重庆——成都为中心的西南物流区,这种布局有利于最终在全国形成一个医药物流网络体系,加之采用现代网络通讯技术,能为医药物流效率的提升提供一个强有力的平台,同时加强了用户与供货方、供货方与供货方之间的信息联系,从而达到提高服务水平、适应市场需求的目的。

**2.4 完善相应的法律法规** 我国十分重视对药品流通领域的管理,先后出台了一系列相关的法律法规,对维护药品流通秩序起到了重要的作用。但现

行的法律法规也存在许多不完善的地方,政府部门依法进行监督管理的难度较大,而企业在实施过程中也往往无所适从。例如,没有对销售人员违规处罚的具体规定;缺乏药品生产、经营企业兼并、联合、合作或成立合作组织的管理规定;缺乏专门针对药品生产、经营企业网上进行药品交易的具体规定;没有专门针对药品零售连锁企业的管理法规体系等<sup>[6]</sup>。故应结合我国国情,完善现行的法律法规,增订一些适用于药品流通领域的新法规,形成适用于药品流通领域各行业的较为成熟的法律体系,以保证我国药品流通市场的健康发展。

**2.5 建立科学合理的利益分配机制** 我国药品毛利的分配格局大致为:生产企业一般为 30~40%,批发企业 30%,零售企业或医疗机构药房高于 40%,与美国生产企业的 76%,批发企业的 4%,零售企业的 10%相比,差别显著。合理的利益分配机制有助于卫生资源得到合理配置和利用。我国药品利益分配的不合理必然导致药品流通市场的源头对药品生产企业,缺少资源、缺乏活力,从而危及我国药品政策的实现。因此,改变利益分配不合理的格局,将利润真正归于药品生产企业,用于新产品开发,从而提高我国医药企业的整体竞争力是发展药品市场的重要举措。只有这样,才能形成一个良性循环的药品供应链体系。实施科学合理的利益分配是一个长期的过程,需要市场和宏观两方面调控,一方面促进我国医药产业向集约化、规模化、市场高占有率方向发展,另一方向完善我国药品物流体系,减少物流成本,最后要制定出符合我国国情的药品流通政策,规范药品流通市场,监督药品流通行为,使药品供应链更趋科学合理。

#### 参考文献:

- [1] Stephen J Williams & Paul R. Tomens 卫生服务导论(第 6版) [M]. 北京:北京大学医学出版社,2004年 6月.
- [2] 张奇林. 美国医疗保障制度研究 [M]. 北京:人民出版社,2005年 8月.
- [3] 刘奇. 美国药品联合采购组织 [J]. 中国药房. 2002, 2(11): 36.
- [4] Lawton RB, Mark VP. Integrated Delivery Networks A Detour On The Road To Integrated Health Care? [J]. Health Affairs 2002 21(4): 128.
- [5] 刘显玉. 药品费用三方控制的国际经验 [J]. 上海医药. 2004 25(11): 493.
- [6] 宿凌,杨世民. 我国药品流通领域现行法律法规的剖析 [J]. 中国药房. 2003 14(3): 188.