

1 药价缘何“虚高”不下?

孙 铮 骆祖望 主编

# MBA

## 教学案例集

上海财经大学出版社

第一辑

79.23  
77

案例  
1

2

药价缘何“虚高”不下？



A1075073

3

## 图书在版编目(CIP)数据

MBA 教学案例集. 第一辑/孙铮, 骆祖望主编. —上海: 上海财经大学出版社, 2003. 5

ISBN 7-81049-911-4/F·790

I. M… II. ①孙… ②骆… III. 企业管理-案例-世界 IV. F279.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 022969 号

☐ 责任编辑 宋澄宇

☐ 封面设计 周卫民

MBA JIAOXUE ANLIJI

**MBA 教学案例集**

(第一辑)

孙铮 骆祖望 主编

---

上海财经大学出版社出版发行

(上海市武东路 321 号乙 邮编 200434)

网 址: <http://www.sufep.com>

电子邮箱: [webmaster@sufep.com](mailto:webmaster@sufep.com)

全国新华书店经销

上海第二教育学院印刷厂印刷

上海浦江装订厂装订

2003 年 5 月第 1 版 2003 年 5 月第 1 次印刷

---

787mm×1092mm 1/32 22 印张 259 千字  
印数 0 001—4 000 定价: 70.00 元(全 15 册)

# 《MBA 教学案例集》

## 编委名单

主编：孙 铮 骆祖望

编委：（以姓氏笔划为序）

丁邦开 王 玉 刘兰娟

孙海鸣 杨大楷 杨公朴

杨君昌 陈文浩 陈启杰

陈信元 张淑智 张 桁

颜光华 戴国强 冯正权

## 序 言

1

1991年,我国第一个专业学位——工商管理硕士学位(英文简称MBA)问世了。使我们感到荣幸的是,我校作为全国首批九所院校之一,率先在专业学位教育领域中进行了新的探索与实践。

众所周知,我国的MBA教育来自于欧美较为成熟的办学经验,因此具有鲜明的国际性特点。这里所讲的国际性,既表现在称谓上用统一的“MBA”的识别符号,更表现为办学目标、方向、内容和方法上都奉行一种“国际准则”。所谓“国际准则”,即大家都使用公认的“共同语言”。其中,案例教学便是最典型的一种“共同语言”。

关于案例教学问题,尽管在不同的国家或同一国家内的不同学派和学者中,对它的界定和认识有差别,但这些理论上和

序  
言

认识上的差别,并不影响案例教学在 MBA 教学活动中的必要性和重要性。

正是基于这样的认识,我校从 1991 年试办 MBA 项目以来,就在案例教学中进行了不懈的努力。回顾我校在 MBA 教学中案例建设的历史,大体上经历了三个阶段。第一个阶段,主要是引进国外、尤其是美国的案例进行教学,但效果不十分理想。因为一种管理行为的成功与失败,都是和一个国家或民族的文化紧密相联系的。上述做法使得教师与学生都深深感到“淮橘为枳”的苦涩。第二个阶段,主要是收集国内成功的案例组织教学,结果往往是这些案例被书架“留中”了。为什么呢?原因在于案例是中国化了,但与教材上的教学内容切入得不够紧密。

2

经历这两段曲折,使我们变得聪明起来了。从 2000 年开始,我们进入了 MBA 教学案例建设的第三个阶段。

在这个阶段中,我们以课程为出发点,组织案例建设的课程小组。由课程小组针

对本课程的教学实际提出需要匹配的案例,然后在全校乃至全社会征集案例。在征集过程中,既接受推荐案例,更欢迎根据具体要求编写的案例。为此,我校组织了专门的案例编审委员会,实行“双投”机制,即“投标竞选,投票选择”。所谓投标竞选,即对案例编写公开提出投标书,欢迎教学与实务界人士参与投标;所谓投票选择,即对投标书经过专家评估后,实行投票取舍制和对编写好的案例成果实行专家评审后的投票表决制。

这些做法不仅提高了案例编写的质量,也提高了案例的使用效率,从而克服了原来把编写案例当成“花瓶”的形式主义弊端。本期的案例集正是在这样的运作过程中产生的。

今天这个“媳妇”终于见“婆婆”了。我们希望各位“婆婆”来评头论足,从而使“未来的媳妇”不但更“好看”,而且更“能干”。谨此,我们需要感谢下列各位专家和学者,正是他们的负责精神和智慧,才使本案例

集得以顺利问世。

他们是孙铮、张淑智、杨公朴、颜光华、陈启杰、张桁、杨大楷、陈信元、孙海鸣、戴国强、杨君昌、丁邦开、刘兰娟、陈文浩、王玉、冯正权。

本案例集的出版,得益于熊诗平、金福林、何苏湘、宋澄宇、张有年的鼎力协助和指导,在此一并感谢。

骆祖望

2003年3月26日

## 反 常

改革开放以来,随着市场经济体制的不断完善,我国制药业的发展突飞猛进,药厂数目不断增加,从 20 世纪 70 年代中期的 100 多家增加到现在的 8 000 多家;医药工业总产值不断增长,从 1985 年的 145 亿元增加到 1997 年的 1 424 亿元,12 年间增长了 8.75 倍。医药行业的快速发展带来了医药产业的激烈竞争。

然而,反常的事情是,医药产业日益激烈的竞争并没有像经济学需求法则所描述的那样,“供给增加→生产者竞争→产品价格下降”;与竞争日益加剧相伴随的是,我国的药价反而飙升不止。药价的上涨带来了医疗费用的高涨。据有关部门对河北省 1 680 户城镇居民的抽样调查,1999 年城镇居民各项保健支出为 285.30 元,比

1995 年增长 1.44 倍,其中 1999 年城镇居民医药费支出为 259.06 元,比 1995 年增长 1.69 倍。远高于同期城镇居民可支配收入的增长速度。于是,“生得起病,吃不起药”这一现实,让手中较以往确实多了些钞票的老百姓不知所措。有的消费者曾感叹地说:“原来几块钱就能治感冒,现在要花 127 元。难道生活富裕了,病也跟着富贵了?”

药价攀升是由医药行业的过度竞争所致吗?根据经济学的一般原理,在一定技术条件下,企业的生产、销售都存在一个最优的规模。在我国,企业规模过小是不争的事实,比如说,现在化学制药企业就有 6 000 多家;合法的批发企业已超过 1.6 万家。但是,从国外情况看,美国作为世界上的制药大国,其所拥有的制药企业只有 200 多家,在药品流通环节,美国全国也只有 13 家药品批发企业;德国药品批发商只有 17 家,其中最大的批发商占市场份额的 90%。于是,通过国际比较,人们可能会得

出结论：价格飙升可能与医药行业过度竞争、企业没形成规模经济有关。但问题是，我国企业规模偏小的问题并不是近十几年才发生的事；再说，企业过度竞争只会造成价格偏低。看来仅仅从规模经济的角度解释药价的不断上涨是缺乏说服力的。

## 虚 高

问题在何处？针对药价不断攀升的现象，新华社记者冯瑛冰、崔军强、胡晓梦三人曾经做过一次药价的跟踪调查。他们调查的对象是江西萍乡制药厂生产的5毫升装盐酸环丙沙星滴眼液眼药水。他们跟踪调查发现，企业业务员从企业拿到滴眼液的价格每支在3元以下，按正常的工商让利率计算，批发商到手价每支在4元以下，零售商到手价在4.5~4.8元之间。但是，在记者曾经就诊的北京市方庄第一医院，

药价缘何『虚高』不下？

该家社区医院开出的价格是每支 15.7 元。由此看来,药价过高不是由生产成本过高所致的“实高”,而是一种商品价格严重偏离生产成本的“虚高”。即使把企业出厂价格作为药品的生产成本,它也不及最终销售价格的五分之一。某药业公司的一位销售经理甚至说:“现在卖的这些药实际成本只有申报价格的十分之一。”

由于体制的原因,我国目前的药品销售是与医疗服务混在一起“捆绑”销售的,因此,药价既包括药品价格,也包括医疗服务价格。但是,即便剔除药价中医生提供医疗服务所获得的服务收入,药价还是“虚高”的。“虚高”的实质在于一个“虚”字:价格与成本、价值严重背离。

对“虚高”的价格的形成过程进行分析是有必要的。我们可将药品的流通分为两个阶段。

第一阶段是“生产企业——医院”阶段。据冯瑛冰等三位记者报道,当医院收到药品时,药品价格除了包含正常的生产

成本外,还包括很大比例的销售折扣。在北京市药品销售中,医院渠道占总销售额的90%。因此,药厂和药品销售商在推销药品时把目光盯住医院,请吃、请喝、请旅游,送车、送钱、送设备。医院则越来越“狮子大开口”。据介绍,北京的大医院普遍要求批发商提前支付两到三年的药品折扣。有的医院的办公大楼、宾馆就是由药品的折扣堆积而成的。羊毛出在羊身上,药厂最终将大量的折扣加在药品价格上。

折扣之外还有回扣。三位记者报道,据业内人士透露,与药店零售相比,医院开药的中间环节要复杂得多。一般情况下,商家聘请医药代表或业务员,由他们负责向各医院进行“公关”。一所医院需要攻下的关口至少有:医院负责人、负责进药的主管和经办人、相关科室负责人和医生。每个关口都要暗地里“奉送”一定的回扣,从2%到15%不等。这是绝对“保密”的,但又是公开的,“药价”因此进一步“肿大”。

那么,在我国现行的药品价格管理办

法下,折扣、回扣是如何进入药品价格之中的呢?在目前的价格管理办法中,计委、物价局往往限制了批发企业的进销差率和零售单位的批零率。对此,医院、企业自有对策。一方面,企业可以在账目上虚列成本,将回扣、折扣计入销售费用等成本项目;另一方面,企业往往在发票上开具虚假价格。就折扣来讲,如果生产企业或批发企业销售给医院的药品价格为 80 元,但发票上可能为 100 元(折扣 20%),医院的零售价为 120 元,名义上医院是在 100 元基础上加价 20%,但实际上是在 80 元基础上加价 50%,折扣、回扣巧妙地进入了价格,并且提高了药价基数。

再来看第二阶段,即“医院—病人”阶段。在这一阶段中,医生将药品卖给病人。从合理的角度讲,这时的药价应该由批发价、合理的批零差率构成。现行的医院管理体制是“医与药不分家,以药补医”,也就是说,医院如果光医疗,不卖药,医院的日常经费就不够,必须用卖药的钱贴补医

疗。有人主张,药品价格中应包括医生合理的医疗服务价格,这个观点值得商榷,即便如此,现在这方面的费用也打得过多了。

## 症 结

有人认为,药价的攀升与药品市场化程度不断加强、药品价格审批权由中央下放到地方是分不开的。在1990年以前,国家一方面对药品生产、流通各环节的利润率进行控制,规定出厂批发利润率5%,零售利润率为15%;另一方面,国家将药品审批权严格控制在自己手中。但是,在1990年后的几年里,随着药品审批权由中央下放到地方,政府依靠审批控制药价的工具开始失灵。地方政府着眼于自身的利益,对违规行业睁一只眼闭一只眼,出现了“竞争愈演愈烈,药价不降反升”的怪现象。

但这不是问题的症结，真正的症结是，由于医疗领域是一个特殊行业，药品及医疗服务是一种特殊商品——一种需求弹性很小的商品，一般人不会因为药价高而有病不治。也就是说，消费者在消费这些商品时，不会像消费苹果、桔子那样，通过“以脚投票”的方式对过高的价格作出反应。于是，即使医院之间由于利益冲突而存在竞争，但是，竞争主要不是药品价格的竞争，而是医疗质量等方面的竞争，病人一般都相信医生开出的处方，有的甚至认为药价越贵，效果越好，再加上大多数病人的医药费用是可以报销的，对药品价格的上涨也就听之任之了。大多数病人对药品的知识较少，对其成本更是无从知晓。药商就想设法通过药价“虚高”的方式攫取消费者剩余。这一情况因信息不对称而加剧，一方面，居民很难像了解其他商品价格那样，通过报纸电台等媒体广告来了解医疗服务这种特殊商品的价格；另一方面，绝大多数医院仍然以传统方式来经营，不像企业和商

场那样把各种医疗服务的价格明码标出，广大居民不能清楚地了解药品价格。中国经济景气监测中心曾对北京、上海、广州三个地方的 900 余名拥有城市常住户口的居民进行调查，结果显示：高达 85.4% 的人表示并不清楚医院、医疗服务的价格。在这样的情况下，医院就可能将药价进一步抬高，而消费者拿着高价的药单，只能雾里看花。

## “消肿”

针对药价“虚高”不下，老百姓苦不堪言的情况，国务院、国家计委及其他药品管理单位决定对“虚高”的药价进行“消肿”。2000 年 2 月，国务院办公厅转发了 8 个地方政府有关部门联合制定的《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》；7 月，《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》、《关

药价缘何“虚高”不下？