

文章编号:1002-980X(2006)05-0053-06

药价昂贵:究竟谁惹的祸

李冬

(安徽财经大学 财政与公共管理学院,安徽 蚌埠 233041)

摘要:药品价格昂贵、药费负担沉重已成为制约和谐社会构建的严重社会问题,本文从表里两个层面分析了造成药价昂贵的原因和运行机理,指出药价昂贵的表层原因主要是药品收入加成制度滞后、医德医风滑坡、药品生产流通秩序混乱、政府价格管理失控和虚假药品广告泛滥,而深层原因主要体现为国家卫生资源总体匮乏、结构布局失衡、管理部门角色缺失和社会医疗保障体系的残缺不全。

关键词:医疗体制;药品价格;原因

中图分类号:F12 **文献标志码:**A

经过二十多年的改革开放,我国社会生产力水平大幅度提高,综合国力显著增强,城乡居民的生活水平也实现了由温饱到总体实现小康的历史性跨越。但是在我国社会经济发展总体形势看好的情况下,我们也真切地感受到,医疗卫生事业的发展却出现了偏差,近年来“看病难、看病贵”问题愈演愈烈,它严重滞后于经济和其他社会事业发展的步伐,与城乡居民日益增长的健康需求极不相适应,而在沉重的医疗负担中,药费支出又占了大头。卫生部长高强同志指出,与2000年相比,2003年卫生部门管理的医院药品收入增加占医院总收入增加额的38.7%;据2003年第三次国家卫生服务调查结果显示,由于高昂的医疗费用,我国有48.9%的城乡居民有病应就诊而不去就诊,有29.6%的城乡居民应住院而不住院。因此,认真研究药品价格居高不下的原因,深入剖析造成药品价格昂贵的运行机理,对于化解城乡居民的看病难题具有十分重要的理论意义和现实针对性。

一、造成药价昂贵的表层原因

(一)药品收入加成留用制度哄抬药价

为提高城乡居民的卫生健康水平、扭转缺医少药的落后状况,从上个世纪50年代开始我国实行医院药品加成政策。制定此政策的初衷在于一是以政

策补偿代替资金补偿,弥补医疗机构的政策性亏损,二是鼓励医疗机构努力增加服务量,解决城乡居民看病难问题。在计划经济体制时期,由于药品品种少,价格由政府直接控制,该政策对推动我国公共卫生事业发展起到了积极作用。但随着市场经济体制的确立,药品生产企业、流通企业逐步成为自主经营、自负盈亏的独立法人实体,追求经济效益最大化就成为其应有之义,在医药市场价格放开、价格确定机制发生重大变化情况下,药品品种越来越多,价格差距越来越大,同类药品价格可能相差十几倍,国家仍然沿袭药品收入加成留用的卫生经济政策,允许医疗机构以批发价格购入药品,按西药加成15%、中成药加成20%的药品零售价格出售给患者,就日益暴露出这种机制的弊端和危害性。

医疗服务市场涉及庞大的知识资源,需要动员与协调各方面的专业队伍,因此在医疗服务市场上就体现出极强的形式上的或是隐性的专业垄断性。医疗机构及医务人员是药品购买决策的“处方消费者”,患者是治疗方案和药品消费的“资金支付者”,由于患者缺乏选择医疗服务的理性常识,“用脚投票”的议价能力较弱,处于弱势地位,就形成了医疗机构及医务人员在利润空间千差万别的同质药品之间的选择上处于强势地位,拥有主导权。在医疗服务“处方者”引导“支付者”,“支付者”依赖“处方者”

收稿日期:2006-03-20

作者简介:李冬(1967—),男,山东济南人,安徽财经大学财政与公共管理学院公共事业管理系主任,讲师,在职研究生,主要从事公共事业管理研究。

参见高强同志2005年7月所作的《发展医疗卫生事业,为构建社会主义和谐社会做贡献》专题报告。

的情形下,“处方者”忽视甚至恶意侵犯“支付者”的利益,的状况就成为一种非常容易发生的现象。在医院的盈利与药品的价格和销量直接挂钩情况下,为增加医院的收入、提高医护人员的福利,医院药品加成导致的“以药养医”补偿机制必然诱使许多医生对患者小病大治,给患者开出许多不必要的贵重药品和大量使用抗生素药,造成“大处方、抗生素滥用、大检查”现象的广泛存在。

根据《中国卫生事业发展情况统计公报》指出:2001年卫生部门综合医院门诊医疗费中,药费占57.8%,住院病人医疗费用中,药费占45.5%;2002年,卫生部门综合医院门诊病人医疗费中,药费占55.4%,住院病人医疗费用中,药费占44.4%;2003年卫生部门综合医院门诊病人医疗费中,药费占54.7%,住院病人医疗费用中,药费占44.7%。据世界银行的报告显示,2003年,我国药品费用占全部卫生支出的52%,这个比例在大多数国家仅为15%~40%。

以江苏省为例,该省零售药品价格从1999年至2004年总体下降9.7%,但由于用药过多、档次过高等“大处方”原因,导致城镇居民人均药品支出依然增长了64.5%;2004年该省综合医院平均每诊疗人次药费为74.8元,比1999年增长20.8%;平均每位出院者住院药费2817.8元,比1999年增长48.5%,按二者各自的占比计算,平均增长幅度为37.2%,加上药价下降的9.7%,总增幅为46.9%。由此可见大处方给患者造成了沉重的经济负担和看病压力。

(二) 医德医风滑坡致使药品使用泛滥成灾

医务工作对从业人员的专业水平和职业道德修养都提出很高的要求。只有掌握着丰富的医学知识和专业技能的人员,才能从事医务工作;又因为医务工作的好坏与患者的生命和健康息息相关,就要求医务人员必须同时具备崇高的医德医风,古人曰:“无德不成医”。近年来一切向钱看、盲目追求经济利益的不正之风严重地侵蚀着医务界,部分医疗单位和医护人员的人道主义精神和“救死扶伤”的职业道德观念淡薄,单纯从经济收入出发,把医药卫生事业当作摇钱树,出现认钱不认人、以职谋私和缺乏社会公益心等错误观念和行。小病大治、简单病复杂治状况也一定程度上延长了诊治时间,提高了患

者用药的档次和剂量,使患者的药费花销昂贵起来;甚至出现部分患者不堪重负的状况,因病致贫、因病返困的现象时有发生。在安徽宿州市发生的造成9名患者单侧眼球摘除的“眼球事件”和在哈尔滨某医院发生的患者花费550万元医疗费用的“天价医疗事件”,都在一定程度上折射出医务人员医德医风滑坡状况。

(三) 药品生产流通秩序混乱,政府价格管理严重失控

我们知道,按一般市场经济规律,商品的价格受到供求关系的制约和影响,在供不应求的情况下,商品的价格就会上扬;反之,在供大于求的情况下,商品的价格就会下跌。然而在我国作为商品的药品在供大于求的情况下却出现价格攀升、越贵越好卖的反市场情况。为整顿药品生产流通秩序,抑制医药费用过快增长,早在2000年2月份,国务院体改办、国家计委、国家经贸委、财政部、劳动保障部、卫生部、药品监管局、中医药局等8部委就联合行文下发了《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》的文件,明确提出“力争在二三年内,初步建立起适应社会主义市场经济要求的城镇医药卫生体制与服务体系”。然而现实却是医药费用的过快增长,且在一定程度上有进一步恶化之势。究其原因,这与药品生产流通秩序混乱和政府药品价格的监督管理严重缺失是息息相关的。

1.“以药养医”运行机制催生“以医养药”的怪胎。医疗机构及医务人员为谋求利润最大化而开大处方、卖贵重药等畸形另类的“以药养医”行为,反过来刺激和拉动了药品生产、流通环节的价格不断攀升,并逐渐演化成了对药品生产流通环节的“以医养药”局面。这就在社会上造就出一个“中介掠夺层”,使得大量的公共卫生支出及城乡居民购买医药的资金流向医药生产企业、流通企业及相关利润集团,从而进一步加重了城乡居民的医药负担。

2.繁重的监管任务削弱了职能部门的药价管理水平。改革开放以前,我国的医药产业比较落后,生产力水平较低,无法满足城乡居民的医疗卫生服务需要,存在着巨大的缺口。改革开放以后,随着我国经济地不断发展,城乡居民的生活条件和生活水平得到不断改善提高,对卫生健康的需求也与日俱增,给我国的医药产业带来了巨大的市场发展空间;同

薛兵,于英杰. 医疗服务费5年竟涨了72% 医改要让百姓认可[R]. <http://news.xinhuanet.com/fortune/2005-12/14/content-3920324.htm>.

时,由于医药工业具有投资少、见效快、获利高的特点,医药生产企业和流通企业得到了迅猛发展。截止 2004 年底,全国共计有 5071 家药品生产企业,其中有 3731 家药品生产企业通过了 GMP 认证,另有 1340 家企业未通过认证。药品批发企业有 12000 家,零售企业 12 万多家。在城市里常出现药店多过“米店”状况。由于医药企业数量多、规模小、地区分布散乱庞杂,增加了政府相关职能部门严格规范管理的运行成本和管理难度,常使监管工作处于贫于应付的状态,客观上给部分企业虚报药品成本、增加药品价格提供可乘之机。

3. 医药企业的违规操作加重了药价的砝码。医药行业所具有的专业性强、技术要求程度高的特点,使得主要从事药品价格管理的物价部门在专业人才、技术条件、检测设备等方面受到限制,管理难度加大,因而药品价格管理工作往往授权企业自主进行。在高额的利益驱动下,部分企业自主定价药品的价格批文和直接定价的药品价格不能体现其真实成本,虚报药品成本、增加药品价格,失去了定价的实际价值。据国家审计署对 5 家药厂 46 种药品的抽查显示,有 34 种药品成本申报不实,平均虚报 1 倍多;某企业生产的一种注射用针剂,实际制造成本每瓶 32.07 元,申报却达到 266.50 元,虚报 7 倍多。由于虚高的药品价格带来的高额利润,给药品生产和流通企业的不正当竞争提供了足够的利润空间,一些不法药商支付给相关医药职能部门人员和医务人员药品回扣费、赞助费、新药推荐费、公关费等就成了“公开的秘密”。2004 年初在浙江省瑞安市检察院抽查该市人民医院药品的过程中,发现该院 200 多名医生中,有多达 56 名收取了医药代表的回扣,总金额高达 110 多万元。

4. 瞒天过海耍花招,改头换面出“新药”。近年来,国家多次出台政策,进行药品降价工作,但收效不大。从 2005 年 10 月 10 日起,国家宣布进行第 17 次药品大降价,涉及 22 种药品、400 多个剂型规格,平均降幅 40%,最高降幅达 60%。然而,新一轮的“药品降价风潮”雷声大雨点小,不少降价药出现断货现象,“脱胎换骨”的同效药与国家的“降价令”玩起了猫捉老鼠游戏,使药品降价的“令箭”变成了一文不名的“鸡毛”,城乡居民并没有得到实惠。按现行药品的定价办法,国家批准的新药可以高于成

本定价,以鼓励研发新药。一些企业为了追求更大的利润,将一些廉价而疗效好的药品改头换面,按“新药”重新申报定价。改头换面方式多种多样,有的在不改变药品成分及含量的情况下,仅通过改变药品包装或者名称来提高价格;有的在药理作用及临床适应症没有任何改变的情况下,通过改变剂型、规格等达到提高药价的目的。企业和医院用同类“新药”替代降价药品,使替代药品泛滥成害,有的同类药品竞达数百甚至上千个产品。真可谓“道高一尺,魔高一丈”,让患者防不胜防,大上其当。

5. 地方保护主义“助纣为虐”。国家 2000 年出台的《关于改革药品价格管理的意见》指出:“除国家基本医疗保险药品目录中的甲类药品、生产经营具有垄断性的少量特殊药品的价格,由国家计委制定外,国家基本医疗保险药品目录中的乙类药品价格,在中央定价原则指导下由省级价格主管部门制定。国家基本医疗保险药品目录中的民族药价格委托省级价格主管部门确定。中药饮片、医院制剂的价格由省级价格主管部门确定管理形式。对已由政府定价的药品,价格主管部门要根据企业生产经营成本、市场供求及实际流通差率变化等情况及时进行价格调整。《药品管理法》第五十六条中规定:“依法实行市场调节价的药品,药品的生产企业、经营企业和医疗机构应当公平、合理和诚实信用、质价相符的原则制定价格,为用药者提供价格合理的药品。”由于地方在药品价格管理方面拥有较大的自由裁量权,导致一些地方政府为了获取更多财政收入、增加当地就业率、发展地方经济,一方面对本地区医药企业虚列的成本往往睁一眼闭一眼,推动企业用“高定价大折扣”方法打开市场;另一方面,通过多种方式提高外地药品进入本地市场的门槛,致使部分外地药品生产和流通企业采取不正当方法来进行药品营销活动,人为地提高药品的价格。最终形成的昂贵药价唯有城乡居民来承受和埋单。

(四) 药品虚假广告甚嚣尘上扰乱医药行业秩序

虽然《药品管理法》、《广告法》、《药品管理法实施条例》等法律法规对药品、医疗器械、保健食品广告的发布有明确具体的规定,但因为存在审批监管职能部门多、监管链条机制严重脱节等问题,往往导致“群龙治水,无所适从”。在现实生活中药品虚假广告居高不下,成为久治不愈的社会痼疾,严重破坏

参见高强同志 2005 年 7 月所作的《发展医疗卫生事业,为构建社会主义和谐社会做贡献》专题报告。

夏金彪. 中经时报:每年医药回扣超 7 亿 判刑能否杜绝? [R]. <http://www.people.com.cn/GB/news/37454/37462/3977150.html>.

了医药行业的正常秩序。具体表现主要有:一是未经药品监督管理部门审批擅自发布违法广告,二是将保健食品与保健药品相混淆,夸大功效,三是在广告中大量使用“药到病除”、“最先进科学”、“最高技术”等绝对化的语言,大量出现“无效退款”、“保险公司保险”、“服用一至几个疗程病症全无”等承诺字样,以及利用医药科研单位、学术机构、医疗机构或医生为产品的功效作证明和肯定等方式猛打广告;四是通过大众传媒进行处方药的广告活动。这在相当程度上扰乱了城乡居民寻医问药的正常秩序,增加了群众的经济和思想负担。

二、造成药价昂贵的深层次原因

(一)卫生资源总体匮乏卫生经费投入严重不足

我国有13亿人口,占世界总人口的22%,但卫生资源拥有量却十分匮乏,特别是优质卫生资源严重不足,成为长期以来存在的突出问题,卫生总费用仅占世界卫生总费用的2%。80年代以来,我国卫生总费用绝对值不断增长,已由1980年的132亿元增至2002年的5684.6亿元,人均卫生费用由1980年的13.4元增至2002年的442.6元,卫生总费用占GDP比重升至5.42%;2003年全国卫生总费用更达到6598亿元,占GDP的5.6%,达到发展中国家的较高水平。但在卫生总费用与人均卫生费用不断上升的同时,政府投入的卫生事业费相对下降,社会卫生投入也因受企业效益影响等因素而减少,居民个人卫生支出不断加大。上世纪七、八十年代,政府投入占医院收入的比重平均为30%以上,2000年这一比重降到7.7%,2003年抗击非典,政府投入大幅度增加,也仅占8.4%。从占卫生总费用的比例看,2002年政府投入15.2%,企业、社会单位负担占26.5%,居民个人卫生支出占58.3%;2003年政府投入也仅占17%,企业、社会单位负担占27%,其余56%由居民个人支付。与其他国家和地区相比,我国卫生总费用占GDP的比例存在着很大的缺口与不足。在欧洲发达国家,医疗卫生费用约占GDP的10%,其中的80~90%由政府负担;美国虽然是市场经济高度发达、医疗卫生服务高度市场化的国家,但政府卫生支出也占到整个社会医疗卫生支出的45.6%(2003年);即使与我国经济发展水平相近国家相比,泰国政府投入占56.3%(2000年),墨

西哥占33%(2002年),都大大高于我国的水平。总体地说,我国的政府投入在发展中国家属于中低水平,各级政府的可供财力同城乡居民健康需求之间的矛盾比较突出。由于政府投入水平过低,这在客观上就造成医院运行主要靠向患者收费,从运行机制上出现了市场化的导向。患者的医药交费,不仅要负担医药成本,还要负担医务人员的工资、补贴,还有相当部分的医药交费用来偿还医院靠贷款、融资购买的高级医疗设备、修建的病房大楼。

(二)卫生资源结构布局失衡,监管部门“自废武功”

根据我国经济发展水平和城乡居民的承受能力,医疗卫生资源配置应该是金字塔型,为广大城乡居民提供基本医疗卫生服务应是国家发展的重点,成为医疗服务的主体和基础,医疗卫生服务应该走低水平广覆盖的路子。然而我国的医疗卫生体系呈现倒金字塔型,高新技术、优秀卫生人才基本上集中在城市的大医院,医疗卫生资源配置存在着严重的不合理现象,政府投入上重医疗轻预防、重城市轻农村、重大医院轻社区卫生机构,医疗卫生事业发展走上了一条高水平、低覆盖的路子,造成农村和城市社区缺医少药,医疗服务公平性差效率低下。世界卫生组织(WHO)2000年评估称,中国卫生医疗的公平性在191个国家和地区中位列188位,倒数第4位;总体绩效评估,中国仅列144位。这既造成了城乡居民的看病困难,也增加了城乡居民的经济负担。

另一方面,80%的卫生资源集中在城市,而城市中近80%的卫生资源又集中于大医院;用于农村的比例,从1991年的20%降至2000年的10%,使得养活和维持小医院、农村医疗卫生机构的运作成为困扰地方政府和卫生行政部门的难题。“放水养鱼,放羊吃草,自给自足”成为其主要的政策管理趋向。在医改过程中,部分地方政府把医院一卖了之,将医院民营化,导致医疗机构的“国退民进”私有化浪潮;许多中小医疗机构和农村医疗卫生机构市场化倾向也愈演愈烈,或者承包给个人,或者将相关科室、部门租赁给社会人员及相关公司。卫生行政部门“甩包袱式”地放弃为公众提供公平医疗服务的应有职责,导致一些社会资金进入医疗领域追逐利润,高额收费。这既削弱了政府职能部门对医疗机构的监管力度,也使得城乡居民的药费花销居高不下。

中华人民共和国卫生部. 中国卫生统计年鉴[R]. 2004.

参见高强同志2005年7月所作的《发展医疗卫生事业,为构建社会主义和谐社会做贡献》专题报告。

(三) 卫生行政部门角色定位缺失, 医疗机构监管失控

我国卫生行政部门长期以来存在着管理行为混乱不清、角色定位严重缺失问题, 从而导致对医疗机构的监管失控。

1. 对医疗机构存在着重扶持、轻监管的倾向。卫生行政部门本应站在公众的立场、扮演为公众利益诉求和服务的角色, 然而实际的角色却是在投入上成为医疗机构事实上的“家长和守护人”, 把办医院当成己任, 扮演着“总院长的角色”, 成为医疗机构的投资主体。一些卫生主管部门热衷于帮助医院建大楼买设备, 搞“医院宾馆化”, 使医院医疗成本节节攀升, 最终只能通过滥用药物、乱收费和乱检查方式, 增加患者负担来“养活”医院。这样也造成在监管上的先天“底气不足”, 没有办法对医疗机构从严管理, 做到“执法(规)必严、违法(规)必究”。此外, 受办公经费、人员编制、机构定位影响, 目前各级卫生部门没有专门监管医院的机构, 也缺乏监管医疗机构服务行为的人才。

2. 医疗机构隶属关系庞杂, 增加了卫生全行业监管难度。一方面受计划经济体制影响, 当前公立医院等卫生机构设置条块分割、部门分割, 布局上有省属、市属、区属及社区卫生机构, 有社会办、企业办、部队办卫生机构, 卫生部门管理的医院仅占全国医院总数的 51%, 由于医疗机构的行政隶属关系各异, 就造成了卫生全行业监管的难度。另一方面, 我国目前对医疗机构实际上是按照所有制分类, 把公立医院都定为非营利性, 把社会办医院都定为营利性, 全国 2003 年公立医院占医院总数的 96%, 社会办医院仅占 4%。但事实上公立医院绝大部分都在追求营利, 又享受免税和政府补贴。而社会办医院既要缴税, 政府也不给补贴。这在制度设计上放松了对公立医院的监管, 限制了民营医院的发展, 也加剧了公众看病难、看病贵的不利状况。

3. 药品集中招标采购问题突出, 价格管理混乱。为进一步规范药品购销行为, 减轻社会医药费用, 我国自 2000 年 7 月起开始推行药品集中招标采购工作, 将县及县以上人民政府、国有企业(含国有控股企业)等所属的非营利性医疗机构 80% 以上的采购品种纳入药品集中招标采购工作之中, 实践证明, 药品集中招标采购工作收到了阶段性成效。但也暴露

出不容忽视的问题。

(1) 药品价格管理混乱。由于招标的时间、招标的品种和范围的差异, 使得即便采购同一厂家的药品, 不同系统医疗机构的中标价格不一致情况也普遍存在, 从而造成药品的零售价格差异悬殊, 患者并没有明显地感到药费下降。

(2) 多家机构参与管理, 效率低下。目前, 我国县及县以上公立医院共达 16 万余家, 各地在开展药品集中招标采购工作时, 政府很多机构如监察、纠风、物价、经贸、卫生、工商、药监、中医药等部门都直接参与其中, 各司其职, 齐抓共管, 形成对药品集中招标采购全方位、全过程监督的整体合力。但在实际操作中, 诸多部门的介入存在很多问题: 每次进行药品集中招标采购, 众多部门都要派专人参与并监督整个过程, 从编制招标文件、公告、投标、开标、评标、公示、签订合同到执行合同结束, 大约需要 1 年零 3 个月时间, 手续繁杂、工作量繁重、投入巨大; 各部门人员都是临时抽调兼任, 挂名的很多, 开展实际工作的很少; 各部门之间的沟通、协调少, 开始时谁都想管, 但真正遇到问题需要处理时, 却又谁都不想管, 相互推诿。因此, 卫生行政部门主体角色的缺失, 造成管理不到位, 成效不显著。

(四) 社会医疗保障体系残缺城乡居民负担沉重

作为维护社会稳定的减震器, 医疗保障体系的作用十分重大。虽然我国目前已初步建立起城镇职工医疗保障体系, 然而覆盖面狭窄, 受益人群太小。2003 年底, 全国参加基本医疗保险人数达 10902 万人, 其中参保职工 7975 万人, 退休人员 2927 万人; 到 2005 年 7 月, 城镇职工参加基本医疗保险的约有 1.3 亿人, 享受公费医疗的职工约有 5000 万人。从参与人员结构来看, 基本医疗保险制度主要覆盖的是国有企业、机关事业单位的职工; 而大量的其他类型企业的职工、非正式就业(灵活就业)人员、城市弱势群体(低收入或下岗、失业职工, 残疾人和孤寡老人, 进城的农民工, 较早退休的“体制内”人员等)以及农民却没有被制度所覆盖。尽管全国从 2003 年起开展了农村新型合作医疗试点, 约 1.6 亿人参保, 但一般每人每年仅 30 元, 筹资力度小, 保障力度不大。据 2003 年第三次国家卫生服务调查结果显示, 目前有 44.8% 的城镇人口和 79.1% 的农村人口

兰树敏, 郝芳, 肖林添. 医疗机构药品集中招标采购问题探讨 [R]. <http://www.china-pharmacy.com.cn/bbs/disppbs.asp?boardID=17&ID=8563&page=1>。

参见《中国社会保障状况和政策白皮书》。

没有任何医疗保障,基本上靠自费看病。由于没有医疗保障体系支持,低收入家庭在很多情况下的应对办法就是有病不医,结果小病拖成大病,大病导致进一步贫困,因病致贫、因病返贫的农村居民占贫困人口的二分之三。此外,我国已经步入老龄化社会阶段,60 岁以上的老年人口达到 1.34 亿,占总人口的 10.2%,并以每年 3% 的速度增长。如何化解老龄人口看病吃药费用居高不下也成为日益迫切的社会问题。

参考文献

[1] 高强. 发展医疗卫生事业 为构建社会主义和谐社会做贡献

- [R]. <http://www.moh.gov.cn>, 2005 - 08 - 03.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中国卫生统计年鉴[R]. 2004.
- [3] 吴厚新. 香港地区医疗卫生服务现状与启示[R]. <http://www.dss.gov.cn/Article-Print.asp?ArticleID=82304>.
- [4] 薛兵, 于英杰. 医疗服务费 5 年竟涨了 72% 医改要让百姓认可[R]. <http://news.xinhuanet.com/fortune/2005-12/14/content-3920324.htm>.
- [5] 中共中央宣传部理论局. 理论热点面对面[M]. 北京: 学习出版社, 人民出版社, 2005.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 2003 年中国卫生事业发展情况统计公报[R]. 2004.
- [7] 中华人民共和国药品管理法.
- [8] 中华人民共和国价格法.
- [9] 关于城镇医药卫生体制改革的指导意见.

Why Creates the Drugs Price to Stay at a High Level Originally in

L I Dong

(School of Finance and Public Administration, Anhui University of Finance & Economics, Benbu Anhui 233041, China)

Abstract : The drugs price expensive, the drugs expense burden is heavy has become the serious social question which the influence harmonious society constructs. The article has analyzed the drugs price expensive reason and the movement mechanism from two stratification planes, pointed out the drugs price expensive surface layer reason mainly is drugs income addition system backwardness, doctor the occupational ethics landslide, drugs production circulation disorder, the government price administration out of control and the false drugs advertisement is in flood. The deep level reason mainly manifests for the national health resources overall deficient, the structural configuration is unbalanced, the control section role flaw and social medical service safeguard system incompleteness.

Key words : medical system; drugs price; reason

(上接第 41 页)

但很少考虑可能发生的损失和后果。一旦金融风险暴露,特别是到期无力兑付,就会引起民众不满,从而影响社会安定。

参考文献

[1] 伍志文:中国金融脆弱性分析,经济科学,2002 年第 3 期

- [2] 黄金老:金融自由化与金融脆弱性,北京:中国城市出版社,2001 年 9 月
- [3] 陈华 伍志文:银行体系脆弱性:理论及基于中国的实证分析,数量经济技术经济研究,2004 年第 9 期.
- [4] 孙立坚:再论中国金融体系的脆弱性,财贸经济,2004 年第 3 期.
- [5] 向新民:金融系统的脆弱性与稳定性研究,北京:中国经济出版社,2005 年 6 月

A Research on the Financial Frangibility of China's Finance Reform

SONG Jian-zhong¹, HAN Ying², QI Yong-xing³

(1. Institute of Economics, Tsinghua University, Beijing 100084, China;

2. College of Management Science, Inner Mongolia Polytechnic University, Huhehot 010062, China;

3. Business Administration Department, Inner Mongolia Finance and Economics College, Huhehot 010060, China)

Abstract : The financial frangibility is the problem which deserves a scientific and proper reorganization in China's finance reform. By solving the problem, financial risks can be well resolved, and financial crisis can be avoided. This paper focuses on the definition, basic point views, root and external characteristics of financial frangibility in China's finance system, trying to offer a comprehensive solution.

Key words : Finance reform; Financial frangibility; Financial risks; Finance system