

美国失败化合物重生的启发

在美国,一个制药公司开发一种新药所要付出的时间是 14 年,在此期间要花费大约 20 亿美元,这笔账无论怎么算,都会让制药公司慎之又慎。

但是不能回避的现实问题是,并不是所有新药研发的结果都有 100%的命中率,总会有一些化合物最终并不能成功上市。

不过,最近美国国家卫生研究院推出了一项联合计划,将改变这些失败化合物的命运。在这项联合计划中,得到美国政府资助的科学家将对制药公司开发的 20 多个化合物开展临床试验,看看它们是否可以用于治疗此前没有考虑过的疾病。如果这些化合物被证明有效,它们的上市时间将被缩短,并且,拥有化合物所有权的制药公司将与

科研人员一起分享由此产生的利润。

当然,该计划的参与者全部是国际制药巨头,不过从某种程度来说,这无疑是政府、学术界、产业界共建的一种强大的创新和战略合作模式,并且未来可能达成商业开发和学术开发的共赢。

由此想到中国的制药企业所面临的研发风险问题。对于大多数中国药企来说,如果不能解决资金链风险和研发风险这些关键问题,恐怕很难潜心搞研发。并且针对研发风险本身,中国药企已经在广泛地与科研院所、研究机构合作,或者收购现有研发成果来降低风险,或许此次美国政府的共赢模式,多少能给中国药企一些启发。

民营医院：政策鼓励下再寻出路

■本报记者 刘畅

政策的频频给力,愈发让人觉得社会资本办医似乎是个“香饽饽”,但“吃到嘴里的人”却并没有太多的欢喜,甚至有些“灰心冷意”。

就在前不久,国务院又出台了《各地要尽快出台鼓励社会资本办医实施细则》(以下简称《细则》),其中专门提出要大力发展非公立医疗机构,给出了包括放宽准入范围等一系列措施的承诺。

但记者在实地采访中发现,为数不少的民营医院生存现状并不乐观。

前行,举步维艰

社会资本办医是我国改革开放的产物,也是医疗卫生体制改革的一个标志。改革开放以来,政府相继出台了社会资本兴办医疗机构的政策文件。从 1980 年到 2010 年,民营医院的地位逐渐完成了由“允许”到“鼓励”的转变,经营范围也由社区拓展到了全国。

2010 年,国办发 58 号文件《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》明确提出,公立医院改革也要鼓励社会资本规范参与;境外资本举办医疗机构由目前的限制类调整为允许类,逐步取消对境外资本举办医疗机构的股比限制,对外商独资医疗机构先行试点、逐步放开。这使社会资本办医有了“定心丸”。

据有关部门统计,截至 2011 年 11 月底,我国有医院 2.2 万家,其中公立医院约占 63%,民营医院约占 37%。而据中国新闻社披露的数字,我国包括民营诊所在内的民营医疗机构总数已经超过 14 万家。

中国医院协会常务副会长兼秘书长李洪山认为,和社会需求相比,社会资本办医在服务总量和服务能力方面,还有较大差距。民营医疗机构自身发展,依然举步维艰。

“尽管社会资本办医的政策环境愈来愈好,但有关部门对民营机构的认知不足,在政策执行中还存在着一些问题。比如民营医院在纳入医保定点医院时会遇到‘玻璃门’现象——看起来通透但实际不畅通,不能享受和

公立医院同等的待遇。”李洪山告诉记者。

据统计,北京市有近 1900 家基本医疗保险定点医疗机构,其中社会资本举办的医疗机构仅有 100 多家。

目光,应放得更远

记者从中国医院协会了解到,我国现有民营医院达到 8437 个。但从服务总量来说,其床位数、诊疗人次和入院人数,仅占全国医院的 10%左右。37%的全国市场占有率与 10%的服务总量是无法匹配的,社会资本办医还有很大的提升空间。

民营医疗机构作为公立医院的补充,应以“非基本”的高端医疗服务为“主战场”,但相当数量的民营机构是小诊所和专科诊所,提供不了高端医疗服务。即使是外商投资医院,也主要以口腔、眼科、妇科、整形美容、血液透析等专科诊所为主。

李洪山指出,这是因为这类机构较少会危及患者生命且与医保关系不十分密切,又有较高的社会需求,社会资本进入后盈利空间较大。

“其实,民营医院的眼光可以放得更加长远。从社会需求来看,我国老年人口众多,儿童医院总量极少,满足‘一老一小’的医疗需求,将成为社会资本办医的投资热点。”李洪山认为。

此外,在基本医疗领域,开设满足普通居民或外来人口医疗需求的社区诊所、门诊部,将与政府举办的社区卫生服务中心(站)形成互补格局。

国务院不久前印发的《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》提出,社会资本办医应该在机构数和服务效率上达到占医疗机构总数 20%的比例。到 2015 年,实现民营医疗机构的资源量和服务力量力争分别达到总量的 20%左右。

人才,民营医院死结

李洪山认为,如何吸引到优秀的医疗卫生人才,让医生的精湛技术成为医院的品牌,是社会办医的投资者、管理者需要认真研究的问题。

“人才,这是民营医院现在面临的最大死



CFP 供图

结!”北亚骨科医院院长肖正权对记者感叹道,人才流动和缺乏成熟的人才培养机制一直是民营医院的一道难题。

由于民营医院普遍没有大型医疗设备的持有资格,相关工作也难以展开,这直接导致了民营医院的经营困局。反观国营医院,即便规模再小,也可以轻松得到 CT 等大型医疗设备的持有资格。

1980 年,国务院批转了卫生部《关于允许个体开业行医问题的请示报告》,打破了国营公立医院在医疗卫生领域一统天下的格局,承认城乡个体开业行医的合法性之后,国家鼓励社会资本办医的政策相继出台。

然而几十年过去了,民营医院的医师编制问题依然没有得到解决,一旦医生离开公立医院就会失去公职,失去养老保险,失去科研课

题和评职称资格,失去参加各种科研学术活动的机会,失去以前累积起来的名望和地位。这些因素,导致医生不愿到民营医院行医。“即便开出的条件再优厚,也很难吸引到优秀的学科带头人,庙小难留佛。”肖正权坦言。

留不住人才,国家培养的博士生也招不到,人才队伍只能自己培养。肖正权告诉记者,北亚骨科医院实行师徒制,他刚刚收了 12 个徒弟,而在国内,有人才培养制度的民营医院不超过 1%。

培养一名合格的医师需要花费大量时间、人力、经费,但其为医院带来的长期价值是可观的,这点很多民营医院的管理经营者并未发觉。“有些民营医院总担心,培养出的人才会跑掉,宁可花大价钱去挖人,也不愿意培养自己的医师队伍。”肖正权说。

对话院长

西藏军区总医院院长李素芝：搭建与藏族同胞沟通的“桥梁”

■本报记者 刘畅

重视高原病

《中国科学报》:请介绍一下高原医疗工作中最常见的疾病有哪些?高原病主要包含哪些病种?临床救治的困难是什么?

李素芝:高原医疗工作最常见的是高原病。高原病是由于低气压、低氧综合作用于人体,引起的机体一系列适应性和损伤性变化,主要分为急性高原病、慢性高原病和高原缺氧高度相关性疾病三种。急性高原病包括急性轻型高原病、高原肺水肿、高原脑水肿;慢性高原病包括慢性高原反应、高原红细胞增多症、高原心脏病、高原血压异常相关性疾病,如通风、先心病、睡眠障碍等。

上世纪 80 年代,驻藏部队急性高原病的发病率高达 50%-60%,经过我院多年来的不懈努力,研制出抗高原反应特效药品“高原康胶囊”,使驻藏部队急性高原病发病率已经下降到现在的 2%-3%,连续 16 年没有一名官兵因急性高原病死亡。

在慢性高原病防治上,我院也进行了一系列科研攻关工作,研制出了“高红冲剂”等药品,解决了临床实际问题。

说到临床救治的困难,一是在急性高原病救治上,最重要的是“早”的问题。要早发现、早诊断、早治疗。但由于西藏交通不便,往往患者从出现症状到送到我院救治时,已经由急性高原反应发展到高原肺水肿甚至高原脑水肿,这就增加了急性高原病的救治难度,也严重影响了患者的预后;二是在慢性高原病救治上,由于患者始终无法脱离高原环境,边治疗边继续受高原低气压、低氧的损害,所以,在高原环境下治疗慢性高原病难度较大,相对治疗效果要差一些。

《中国科学报》:藏区民众普遍有宗教信仰,他们对现代医学是否有排斥心理?这个问题你如何看待?

李素芝:在藏区,虽然目前广大藏族同胞防病、治病意识大有增强,但仍然有个别寺庙僧侣和藏族群众对现代医学存在排斥心理。治病算日子、手术求时间,患病后不去医院及时治疗,而是先求神占卜。

针对这种情况,医院结合藏传佛教博大精深理论体系,组织专家制作了《西藏地区常见



李素芝:汉族,山东临沂人,1976 年 7 月毕业于解放军第二军医大学,1976 年 10 月自愿进藏在边防团任军医,1978 年调入西藏军区总医院,现任西藏军区副司令员兼西藏军区总医院院长、主任医师、博士生导师,少将军衔。

先后发表有价值的学术论文 258 篇,获科技成果奖 35 项,开展新技术 150 多项。先后获得国家科研产品专利 1 项,国家科技进步奖一等奖 1 项、二等奖 2 项、三等奖 1 项;军队科技进步奖一等奖 1 项、二等奖 7 项、三等奖 9 项、四等奖 3 项;西藏科技进步奖一等奖 1 项等。还组织编写了《高原常见病防治手册》。

图为李素芝对藏族儿童进行先心病普查。陈辉摄

病、多发病防治常识》书籍及光盘,将常见病、多发病的防治常识和佛教的教义密切结合,使广大僧侣和群众易于接受。

在巡诊过程中,我院医疗队一方面大力宣传党的好政策,一方面通过精湛的医疗技术,让广大僧尼和群众看到现代医疗技术“手到病除”、“药到病除”的治疗效果。在医疗过程中,用良好的医德医风使患者产生信任感,用搭建便民帐篷等尊重藏族同胞生活习惯的方式使患者产生归属感,通过患者口口相传的方式,使寺庙僧尼和广大群众自觉相信现代医疗技术、自觉宣传党的好政策。

靠人才求发展

《中国科学报》:在你心中,有一张怎样的医院未来蓝图?我还注意到,近年来,西藏军区总医院的人才培养工作得到了快速发展。

李素芝:自从 1996 年当院长以来,我始终

关注、思考着医院建设发展的这一重大问题。当今医学科技发展日新月异,医院,特别是作为边远地区军队医院,要在激烈的市场竞争中立于不败之地,就应该牢记“姓军为兵”的本质,履行战备使命。

受西藏特殊地理环境和自然环境的影响,与全军其他总医院相比,我院驻地海拔最高,环境条件最艰苦,人才缺乏问题一直十分突出。

近年来,院党委始终坚持“用人才打基础,靠人才求发展”的建院思路,努力在求才、育才、爱才、用才、聚才上探索新思路、求得新突破。一是“送出去”培养、“请进来”育人、坚持联合办学、加强在职训练,化求才之心为育才之行;二是不拘一格重用人才、科学合理使用人才,化爱才之情为用才之行;三是靠政策储备人才、靠组织凝聚人才、靠事业留住人才、靠环境拴住人才、靠关爱吸引人才、靠英模影响人才,化敛才之意为储才之行。

经过多年的努力,医院聚集了一支学科齐

全、结构合理、梯次发展、德才兼备的人才队伍。

《中国科学报》:当下,医患关系备受关注,你对缓解医患关系有何建议?

李素芝:西藏无小事。作为白衣天使的医生、护士如果和患者发生纠纷,将严重危害医疗行业的形象,在藏区,更有可能危害民族团结。

近年来,随着人们法律意识的不断增强和病人对医疗服务期望值的增加,医疗纠纷呈现上升趋势。我认为,作为一线工作的医护人员,要正确处理医患关系,一是要端正医德医风,牢固树立爱伤意识;二是要增强沟通能力,耐心对病情做好解释,对患者和家属做到以心换心;三是要提高医疗技术,增强对危急重症情况的处理能力和对病情发展的预见力。

在地处少数民族地区的我院,由于医生、护士要直接面对藏族同胞,我院还大力培养、引进藏族医生、护士,作为与藏族同胞沟通的“桥梁”。同时号召大家学习藏语,以增强同藏族同胞的沟通能力。

观察家

■王树平

据媒体报道,继深圳、上海本月先后宣布将启动“医药分开”改革后,北京也将选取友谊医院为试点,试图切断医院收入与药品销售间利益关系,从而取消药品加成以降低药价。同时也取消挂号费、诊疗费,转而建立医事服务费制度。

北京市医改办主任韩晓芳介绍,此次试点医院的医事服务费按医师取级确定,分别为每人每次普通门诊 42 元、副主任医师 60 元、主任医师 80 元以及知名专家门诊 100 元。并将医事服务费纳入医保报销范围,由医保定额支付每人每次 40 元。

也就是说,如医保患者选择普通门诊就医,只需自费 2 元;如选择知名专家门诊,则需自费 60 元。

北京市医改办称,若该项措施顺利实施的话,80%以上的普通门诊医保患者每诊次平均减少个人支出 11.45 元,再加上取消药品加成带来的药品降价,以及过度医疗行为减少,患者负担预计将明显降低。

但笔者心中仍有几点疑问:第一,我们要关注的是“养医”问题。将现有的挂号费、诊疗费和 15%的药品销售加成全部取消,按照总量“平移”原则改收医师服务费,目的还是为了“养医”。

实际上,医改仍然还是停留在“以医养医”代替“以药养医”上,充其量只是医疗收入结构的调整。由医保定额支付每人每次 40 元,这基本是不可能在全国实现的。

国家会拿出这么多的钱投在医疗上吗?而对于患者来说,有北京医保的可以报销 40 元,外地患者呢?看病还没吃上药,就先掏 42-100 元,这些人的“看病贵”不是依然存在吗?

第二,实行“以医养医”之后,药品价格能真正降下来吗?绝对不能!随着药品“零利润”、“医药分开”的推行,从而更有利于医药行业趁废除“以药养医”之机,获得药品销售利益最大化。

医药行业存在一个普遍现象:对于药品价格虚高和药品销售回扣,几乎没有一家药企主动站出来进行抵制。而是集体上书国家有关部门,反对继续降低药品价格。

他们一方面激烈地反对“以药养医”,一方面又不去坚决地抵制“以药养医”,这种看似矛盾的做法,到底是因为什么?道理很简单,在虚高药品价格方面,他们不是受害者,而是受益者。他们起劲地声讨“以药养医”,是为了从医疗机构口中“夺食”,获取更大的药品销售利润。

想一想,医院实行药品零利润后,药品仓储、养护、转运、药品调剂等涉药成本谁来出?医院完全可以将药房社会化。这样一来,通过商业手段,诱使医师开大处方、高价药,提高药品销售业绩更容易。

现在一些大医院周围药店林立的现象,就是基于此。结果,药品销售利益与医疗机构形式上剥离了,药品价格还是降不下来。“看病贵”依然存在,而“养医”的资金缺口,则由政府去买单。

第三,收取医事服务费,实行药品销售零利润,医院收入和药品价格、用量将没有关系,药品销售完全可以社会化。那么医院的用药管理该怎么办?

药物治疗是医院临床的重要组成部分,不合理用药造成的不良后果是医疗过程中必须关注的问题。医药分开会使刚刚起步的临床药学服务工作遭到毁灭性打击,医院药师为患者提供全方位药学技术服务的责任也没有了,受害的还是患者。

特别是一些需要严格监管的药品,它们的使用管理问题也不可忽视。比如麻醉药品和一类精神、终止妊娠药、医用毒性药品等,在医药分开后该如何管理,也是问题。

主编:王璐 编辑:张思玮
Tel:(010)82614170 E-mail:kxjk@stimes.cn