

社会药店：有了政策盼资格

此前，商务部组织研究人员，在北京、上海等地社区医院进行调研并向国务院提交相关调研报告，尝试推动“医药分业”。差不多所有的社会药店老板都读出了一个利好消息，大致可以概述成：将剥离社区医疗机构药房，进行医药分业试点，社会药店有“蛋糕”吃了。

在试点区内，除了少量急诊药品外，区内所有的社区医疗机构在半年之内全部将药房剥离，由医院周边10家社会药店提供药品并承担药事服务功能。

蛋糕貌似就在嘴边，但想吃却不容易。对于社会药店来说，此次得到的不仅仅是从药房流出来的处方，还有来自各相关部门的种种限制。社保部门对于新增医保定点资格药店的限制就是典型的一个。

医保定点资格在社区医疗机构和药店之间分配不均被认为是近年来影响患者选择药店的主要原因。在北京5000多家药店中，医保定点药店只有100多家，并且，消费者通过医保在社会药店购药，必须持有纸质医院处方，而多数医院采用电子处方形式，即便要求医院打印纸质处方，医保目录内药品还要加盖医院的外购章，才可以在药店购买。程序的烦琐大大限制了药店接到处方的机会。此外，在药店买药的医保报销比例也与医疗机构有较大差异。

既然实行医药分开，让患者享有在药店买药和在医院同等的报销比例和流程，是试点后首先要解决的问题，但对于这个资格的获得，社保部门的限制却让社会药店的老板们心情不快，对于前景的判断也就显得颇多纠结。

医药分开“迷雾”下的药店之痛

■本报记者 张思玮

重重阻力并没有消减社会各界对医药分开改革的热情，因为药品这块“肥肉”足可以让诸多利益集团“垂涎欲滴”。

自1997年，我国首次提出了医药分开的设想后，时至今日，虽然多部门也接连出台不少“规划纲要”、“意见措施”，但仍没有太清晰的路径，反倒是有些“雾里看花”。

“如果不能切掉药品流通中医疗机构的利益链条，药品经费及用药的合理性、规范性就不可能完全实现。”接受《中国科学报》记者采访时，中国医药企业管理协会会长于明德表示，将医院药房的经营权与所有权都剥离出医院，使其同社会药店处于公平竞争的市场环境中，百姓才能切实地感受到医药分开带来的甜头。

药品加成不断升温

数据统计显示，2011年我国的卫生总费用高达22224亿元，其中，药品费用占卫生总费用比率一直维持在40%左右，远高于部分OECD（经济合作与发展组织）国家10%-25%的支出比例，药价虚高与大处方不合理用药等现象普遍存在，甚至部分药品的流通成本占药品终端售价80%以上。

在国外，一些医疗体制较为成熟的国家，基本都实现了医药分开，零售连锁店早已成为药品销售的主渠道。

早在2007年，中共十七大报告中曾明确表示，把医药分开作为医改方向实现四个分开之一，这也被诸多业内人士看做切切实实以药养医

重要“风向标”。

之后，有意闯入新一轮医疗卫生体制改革的商务部，在2010年5月公布的《全国医药流通行业发展规划（2011—2015年）》（征求意见稿讨论材料）中提出：社区医疗机构药房和现在的零售药店要一体化，有零售药店的地方，社区医疗机构不应再建药房。

不过，在今年5月，商务部推出正式的《全国医药流通行业发展规划（2011—2015年）》（以下简称《规划》），语气便稍缓和。

“不再强硬要求取消药房，而是建议在有条件的地区率先探索。”一位曾参与《规划》制定的人士表示，因牵涉多方利益，商务部也不会“莽撞行事”。

政策的“号角”吹响后，作为改革急先锋的上海、深圳、北京纷纷作出响应。

深圳通过了《深圳市2012年改革计划》，制订了一系列的公立医院改革措施，其中包括取消公立医院药品加成；北京选定朝阳医院和友谊医院启动医药分开试点工作；上海也将在今年下半年启动公立医院医药分开改革试点。

零售连锁市场的崭新机遇

诸多措施似乎让人们有理由相信，处方购买社会化有望成为现实。但社会药店能否肩负起此项重任，一时间成为业内讨论的热点。

参与金象大药房、国大药房等京沪两地大型药店调研的中国社科院经济所公共政策研究中心主任朱恒鹏向《中国科学报》表示，这些药店网点远多于社区医疗机构数量，药价多数低于医疗机构价，且昼夜经营更具优势，承接社区医疗机构药房应该没有问题。

于是，有乐观人士开始大胆预测，医药分开改革逐步实行之后，零售连锁市场有望迎来一轮新的市场扩容机遇。

“首先受益的将是在北京、上海等社区医疗服务开展较好地区的零售连锁店，预计这两个地区药品零售市场有望迎来50亿元和20亿元的扩容。”一位证券公司医药行业分析员直言不讳。

但也有人士对此表示出担忧。

“药店从业人员专业水平较低，如何能保证用药安全呢？”湖北黄冈市中心医院药剂科主任王树平给记者算了这样一笔账：目前我国共有执业药师20余万名，其中大部分在医疗系统执业，而截至2010年底，全国已有近40万家零售药店。“实现40万家零售药店一店一执业药师的目标，恐在一段时间内都难以实现。”

由此看来，药师队伍建设已经成为医药分开的必要前提之一，也被视为药房社会化突破口。

“这一问题主要集中在中小型的社会药店，大型连锁药店在药师配备上通常比较好。”上海医药商业协会副会长曹伟荣说，目前上海已有执业药师3000余位，普通药师9000余位，“这个人数足以保证连锁药店全天有合格药师为患者提供药事服务”。

此外，在硬件方面，大型连锁药店同样实力雄厚。“先进的冷链管理系统甚至比一些大型医院的条件都好。”北京医保全新大药房总经理李庆福还觉得，在大多数情况下，消费者在药店得到的药学服务要多于医院药房。

“在医院仅限于发药的时候有药师把关。而药店售药则是需要把售前、售中、售后的用药指导都做好。”李庆福说。

对话院长

第三军医大学大坪医院院长周林：

细节为尺 铸就品质



周林：1981年9月入伍，1986年第三军医大学医学本科毕业。获国内医学博士学位，在美国进行过博士后研究，现任第三军医大学大坪医院院长、野战外科研究所所长，主任医师，教授，大校军衔。

先后承担国家、军队和重庆市重要科研课题6项，在国内外发表论文30多篇，获重庆市科技进步奖二等奖2项，军队科技进步奖三等奖1项，主参编《实用战伤救治》、《战伤自救互救手册》等专著5部。现任清华大学经济管理学院医疗管理中心委员，中国医院协会会员、中国医师协会医疗风险管理专业委员会常委、中华医学会管理学会重庆分会副会长、中国医院管理杂志编委、创伤外科杂志副主编等，2010年被中国医院管理学会评为优秀医院院长。

图为周林看望术后的先心病患儿。

■本报记者 张思玮

从重庆江北机场驱车约40分钟，才能到达市区，一路高低起伏的路况诠释着这座山城的含义，道路两旁郁郁葱葱的树木，仿佛让人置身于天然的森林氧吧。

已经是下午四点，记者来到第三军医大学大坪医院、野战外科研究所（以下简称“大坪医院”）门口，这里依然是人来人往，一片繁忙。“如果你上午来的话，人会更多。”作为全军唯一院所合一医疗机构，大坪医院院长周林告诉记者，近几年，医院的门诊人数、住院人数连年攀升，医教研各项指标已跃居军地医院的前列。

在周林看来，这些发展成就的背后，是源于医院制定并贯彻了正确的建院理念。“医院就好比一艘巨型轮船，正确的建院理念如同茫茫大海中的一盏航灯，指引轮船沿着正确的航道行驶，最终才能顺利抵达目的地。”

律制治院树“标尺”

2008年12月，周林被任命为大坪医院院长。上任伊始，他并没有从细枝末节入手，而是频繁地召集医院核心管理层进行论证和调研，最终委托从医院几十年的办院实践和院所集体思想智慧中，凝练出“政治建院、律制治院、人才强院、技术立院、学术兴院”的办院建所理念。

“对担负特殊职能任务的军队医院来说，政治建院必须摆在首位，姓军为兵的服务宗旨在任何时候都不能有丝毫的动摇和放松。”周林表示，任何事情都要以法律和制度为依据，靠自我约束只能起到引导辅助作用。

鉴于此，医院花了很多时间，悉心地把与医疗教学科研相关的法律条文全部收集起来，并委托给法律机构，分析摸清哪些是医疗行为中最容易出错的环节，哪些重要内容是亟须完善的补充。

接下来，周林要求医院的每次周会，都要安排一堂有关医疗法规制度的讲座，目的在于让医务人员尽快提升依法从医的意识，在保护自身的同时更好地服务患者。

如今，这项制度已风雨无阻坚持4年，医患纠纷明显下降。特别是2009年，医院没有发生一起突出的医患纠纷。

当然，周林心里也很清楚，任何一项制度都不是一成不变的，需要不断地修整、完善。“我们可以先组织小范围的研讨，然后再试行一段时间后，及时地总结经验教训，一旦时机、环境成熟，便可以在全院进行推广。”

人才强院事业兴

如果配套制度的建立是为医院发展搭建框架，那么人才的培养使用，在周林看来，才是驱动

医院前行的不竭动力。

为实现人尽其才，才尽其用，周林把人才分为三个层次：领军人才、拔尖人才和优秀中青年人才。并且还分别给每类人才匹配可观的资助经费。

“经费完全归个人在学术研究方面自由支配，既可用于课题研究，也可用于出国学术交流。”周林鼓励有能力有潜力的人才“走出去”，放眼世界学新知长本领。

滴水穿石，功到自然成。如今，大坪医院已形成了以1名中国工程院院士领衔，有2位长江学者、3位“973”计划首席科学家和5位杰出青年基金获得者等英才聚集的人才群体。并且，医院几乎所有学科都建有博士后流动站，先后取得了以国家科技进步奖一等奖为代表的400多项成果。

培养人才的最终目的，是让优秀人才能够最大程度发挥其关键作用。周林尝试以“组合拳”的方式推行薪酬人事制度改革。“打破大锅饭，提升技术含量，高度强度大的一线医护人员的薪酬补贴。医院绝对不是养懒汉的地方，所有的人都要凭本事吃饭。”

之后，他和同事们着手人事改革，建立公开打擂公开竞聘科室领导的机制，特别注重对中青年科室主任的选拔培养。“科室主任、机关科长好比上下级联系的一个‘关节点’，院长抓好了这些‘关节点’，管理就容易多了。”2009年，医院集中

调整了500多名科室正副主任，提拔了一批理念新、有闯劲、能力强的年轻人。

“当时，有些员工思想观念转变不过来，甚至还有人找我‘理论’。”周林还是顶住各种困难与压力，下定决心坚持走下去。如今，科室的发展实践证明这是正确的，“因为绝大多数人都能感受到制度的优越性”。

注重内涵铸品质

周林觉得，科学的制度建立、优秀的人才保障是医院的两个重要砝码，医院要朝着优秀的方向发展，还需要提升内涵品质。

“品质兼有质量和品位的双重含义，医院在追求品质的同时，不仅需要医疗安全保障，还必须体现人性化服务。”在周林的倡导下，大坪医院对相关工作人员都统一了着装，即便是清洁工也不例外。

“我们还特别推行爱心卡制度。”他介绍，在大坪医院，每位患者住院时，都会获得一张写有医护人员姓名、联系方式、投诉电话等内容的爱心卡。“将医生姓名公布给患者，医务人员会严格自律；同时，还可以建立患者与医生的长久联系，拉近医患的距离。”

周林还规定院部领导和机关每周必须参加科室交班，并且要求科室用英文交班。“我也是随

机决定去哪个科室看看，不给他们准备的时间。”

在探视制度上，结合临床医疗实际，周林也作出了调整，规定患者家属在上午诊疗查房时间内一般不做探视。“这样是为了给患者提供安静舒适的治疗环境，规范诊疗秩序，以加速患者康复，减少医疗差错。”

此外，周林非常注重履行军队医院的社会责任，践行为人民服务的宗旨，除了每年经常到西南边防一线连队送医送药巡诊和保障体系部队医疗外，还联合其他机构启动了“爱助童心3000”计划、重庆市青少年近视眼防控工程等爱心公益活动。

“今后，我们还将陆续开展脑中筛查、乳腺癌和前列腺癌防治等项目。这些爱心公益活动不仅让边远少数民族地区的群众和患儿受益，还能净化医务人员的心灵。”周林说。

将近4年的院长工作，周林带领大坪医院创造了品质的飞跃。但他说，医院的工作和标准没有最好，只有更好。工作之余，周林会独自乘坐医院的观光电梯来到医疗楼顶层，眺望奔腾而来的长江与嘉陵江，欣赏百舸争流、潮涌两江的美景，心中思索着医院未来的发展之路——如何建设成为与世界接轨又富有特色的一流智慧院所。

也许前方的路还很漫长，但周林很清楚，其实路就在脚下。

观察家

■武洁

2011年，姚凤柏出现咳嗽、咽痛和胸闷症状，黑龙江牡丹江第一人民医院诊断其为左肺中心型肺癌，医生建议做切肺手术。该院邀请北京医生李康对其实施手术后死亡，而李康已离开医院。事后检查发现死者无癌细胞。有录音显示，就诊医院的医生承认李康索要万元红包。（5月28日《京华时报》）

检查发现无癌细胞，竟死于癌症切肺手术，不仅白白挨了一刀，连命都丢了，这样一起医疗事故，本已相当骇人。不过，比医疗事故本身更骇人的，恐怕是其幕后的交易，就诊医院的医生已承认手术医生索要万元红包。那么，这起无癌细胞的癌症手术，究竟是简单的医疗事故，还是以癌症治疗之名，行“谋财害命”之实，也就难怪乎引发舆论哗然了。

的确，对于这位患者而言，掏了“红包”却遭遇要命的手术，并死于子虚乌有的“癌细胞”切除，恐怕没有比这更悲惨的事儿了。而如此情形，也极易让人们联想起当下的各种过度治疗，医疗机构为了

实现收费和获益，原本没有必要的检查与治疗，都纷纷被包装上场。那么，无癌细胞的癌细胞切除手术，如此无中生有的手术，会不会是“过度治疗”的升级版，这台要命的手术究竟是缘于治疗的需要，还是出于利益诉求，也就难免令人怀疑。

不过，事后检查发现死者无癌细胞，固然说明存在误诊，但假如仅凭事后检查来判断诊断手段的合理性，的确也有“事后诸葛亮”之嫌。事实上，对于医疗诊断而言，本身

其实有其不确定性。有资料显示，医生的诊断有三成是误诊：门诊误诊率为50%；住院做过各种检查后的误诊率为30%。即便在美国，误诊率也高达15%~40%。可见，在医疗诊断过程中，误诊很难完全避免，却是个不争的事实。而从患者出现咳嗽、咽痛和胸闷的症状持续一个多月，拍X光片显示肺部有阴影，被怀疑是肿瘤恐怕并不能说是有意误诊。不仅如此，手术与诊断毕竟不完全是一回事，甚至是医疗分工中的两个行当，诊断团队与手术团队，尽管需要精诚合作，却毕竟术业有专攻，从这个意义上说，无癌细胞只能说明诊断有误，却不能就此得出手术医生明知患者无癌却为了利益而昧着良心切除患者的好肺。至于所谓红包，固然饱受诟病，不过，一位工作已近20年的胸外科专家，主刀手术近1000例，其中重大疑难手术100余例，这样一位专家为了一台手术专程从北京远道而来，获得一些回报，恐怕并不能说特别过分。

当然，这起医疗事故的确暴露出对于医生兼职的监管盲区与由此而导致的医疗乱象。事实上，允许医生多点执业，固然有着优化医疗人才配置的良好初衷。但是，既然事关健康与生命，医生兼职的前提，其实必须以病人的利益为中心，因此也就需要有健全与完善的监管制度。即便在医生兼职合法的许多发达国家，也同样有着严格的管理。在美国，医院在聘请兼职医师时，要经过医师协会的批准，医师协会会对该医院的技术力量、医疗设备等方面进行相关调查，达到要求的才会获准聘请兼职医师。医师协会则对兼职医生的资格设定一个标准，建立兼职医师随访机制，随访的内容包括对每个兼职医师的治疗成功率、死亡率 and 并发症率统一考评，假如不合格，医师协会可随时取消其兼职资格，从而保证兼职医师的医疗质量。同时，国外相对完善的医疗与保险制度，能够从法律上堵住医生兼职的各种漏洞。

相形之下，国内的医生兼职，往往因为缺乏起码的监管规则，因而也就难免乱象丛生。以报道中这起医疗事故为例，当地医院做前期诊断和病理分析，只邀请大夫去做手术，几乎是医生兼职过程中相当普遍的分工模式，但手术与诊断环节的断裂与隔离，注定会放大甚至令风险失控。

从这个意义上说，经历过大风大浪的名医，却在兼职这条阴沟里翻了船，与其归咎于医德或是能力，毋宁说暴露出国内医生兼职行为的失范。而只要相关的监管迟迟不到位，医生兼职的乱象恐怕要比“乌龙手术”更危险。