

在国际主流市场的主导地位越来越弱早已成为我国原料药企业的“鲜明特色”。而由此带来的产能过剩的价格战以及来自印度等新兴市场的挑战,更使我国原料药面临着市场需求和生产成本的双重压力。

同时,因原料药行业的部分领域进入门槛较低,一些企业便在利润的驱使下,采取扩大产能、压缩成本的模式,这就导致了产供严重失衡,使企业失去价格的话语权。

当然,原辅料、水电煤运等成本居高不下,也致使医药生产成本不断提高。特别是近几年,原料药企的人工费用持续上涨尤为明显。还有GMP改造给企业带来的成本压力也不容小视。

纵观我国医药产品领域,自主创新能力依然较弱,多数产品靠低成本进行国际竞争。据统计,我国制药工业97%均为仿制药,制药企业不是在某一点上发展自己的独特优势,而是做什么赚钱干什么。结果造成行业内互相厮杀,落得两败俱伤。

而纵观国外,仅以我们的近邻印度为例,情形已发生明显变化:印度药企在技术水平上已逐渐与我国企业拉开档次,抢占了国际市场先机。同时,印度还利用我国内外销产品的价格差,低价从我国进口优质原料药,再加工成下游产品与中国产品竞争。可以想见,未来数年,我国原料药业还必须承受来自印度的巨大压力。

县级医院靠什么摆脱“以药补医”

■本报记者 王璐 实习生 栾奕

2010年起,全国17个国家试点城市和37个省级试点地区进行了公立医院改革的尝试。两年后,根据国务院《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》的要求,在“十二五”期间要全面推进县级公立医院改革,于是在今年6月,国务院办公厅又印发了《关于县级公立医院综合改革试点的意见》,要在全国选择300个左右的县(市)进行改革试点,为2015年实现县级医院阶段性改革目标打好基础。

县级公立医院改革试点的启动,“以药补医”机制的破除是其中的关键环节。在近日召开的2012中国卫生论坛上,国务院医改办主任孙志刚认为,破解这一关键的难题,才能统筹推进管理机制、补偿机制、人事分配、价格机制等方面的改革工作。而各地的县级医院,也纷纷拿出了各自的改革经验。

“制度缺陷”是问题根本

随着医改的深入,媒体的关注以及社会舆论反映的问题越来越聚焦到公立医院上。中国卫生论坛专家委员会副主任饶克勤总结了目前公立医院所折射出来的主要问题:医院发展不科学、追求利润最大化、诱导消费、医患关系恶化等方面。

“就很多单个的医院来看,我们国家公立医院的工作效率可以说是全世界最高的,医务人员是最辛苦的,服务的价格是最便宜的。但几乎所有人都要问,我们的公立医院怎么了?”饶克勤认为,公立医院改革的本质是政府治理的改革,核心还在于制度建设层面。

有专家指出,对于改革之中的公立医院,目前政府财政投入过低,简单借用企业改革的经验;部分医院激励机制扭曲,导致一些从业人员行为的扭曲;监管缺失,按项目付费、以药补医、资源配置失衡等问题也同时存在。

对此,饶克勤认为,应该从五个方面进行制度建设:管办分离、支付方式改革、建立有序的医疗服务体系、完善政府职能和监管、建立和谐医患关系和良好的职业精神。

浙江:以“药品零差价”为抓手

地处东南沿海的浙江省,全省常住人口有

5442万人,国民生产总值为3.2万亿元。浙江省副省长郑继伟在论坛报告中指出,当地公立医院改革的总体思路是,以破除以药补医机制为切入点,同步进行四项改革措施。

到今年6月底,浙江全省已有31个县市区,共132家县级公立医院实施改革。在这次改革中,浙江省围绕该省的县级公立医院顶层设计、各部门协同作战,形成了五环联动的态势。

郑继伟强调说,药品零差价是浙江省公立医院改革的抓手。“我们一直强调零差价这一举措是公立医院改革拉开的序幕,不是改革的完成,更不是改革的全部所在,只是一个抓手。”

改革中,浙江省的县级公立医院严格控制药品收入在业务总收入占比,药品差价主要通过医疗收费价格调整和弥补。各地按照医疗费用总量控制、结构调整的原则,参考上一年度医疗机构药品差价以及药品招标价格下降幅度。重点调整手术费、治疗费、护理费、床位费、诊察费价格,护理费调价幅度为原标准的2-3倍。

一段时间以来,浙江省县级医院在医改中呈现了“两减”和“两增”的变化。“两减”是指药品费用和药品占比减少,“两增”是指病人服务量增加,医院总收入增加。郑继伟表示,改革过程中,调整医院收入结构,推进医保支付制度改革,财政投入也有不同程度的完善。这些体制机制政策重大变革,必将对卫生事业发展产生深远的影响。

同时郑继伟希望,在继续严格控制医药费用零差别模式的同时,合理降低药械集中采购价格。

陕西:从最薄弱处着手

医改是干什么的?医改怎么改?从什么地方做起?陕西省副省长郑小明说,这是他们在医改中首先遇到的要解决的问题。带着这个问题,陕西省从2008年开始,就逐步进行了大规模的实际调研,调研显示出两个突出问题,一个是在乡村基层出现“四个最”,另一个是在县级医院出现责任的误区。

郑小明提到的四个最是:首先是服务体系在基层最薄弱。村一级卫生服务网点是离农民最近的医疗点,承担预防、保健和治疗等职能,但是在陕西省,一个卫生试点都没有的村占到了11%;有卫生试点的村占80%-90%,但是其中达标的村子只有15%。

其次是看病贵的问题在基层最突出。主要是



医院药房里药剂师给患者拿药。

图片来源:黄河新闻网

药品贵、耗材贵、大型设备检查贵。

三是合格医生在基层最少,不仅数量不够,更为突出的是缺少合格的好医生。

四是医疗工作者的工资保障在基层最低。4年多的时间里,陕西省在广泛调研的基础上,从实践中逐步总结出了县级医院改革的目标,实现小病不出乡、大病不出县,90%病人能在县域内得到救治,并确定县域改革的基本思路。

“从我们调研的情况来看,医改一定要从实际出发,医改要从解决具体问题入手,医改要从最薄弱的地方做起。地方政府要在县域内把基本医疗作为公共产品向百姓提供,应该是公益性的,应该通过政府行为推进实行。”郑小明说。

谈到具体做法,郑小明介绍了对县域卫生所作的分为两个层次的改革。首先在乡和村解决看病和预防的问题。“为了实现这一目标,我们一共做了4件事,比如说完成村卫生室标准化建设。从2008年-2010年,对全省近3万村卫生室进行标准化建设,并选派村医,提高村医待遇。原来村医一个月120元,现在提高到每年1万元。”

镇江模式

在卫生改革的道路上,镇江市从1994年开始就迈出了改革的步伐,并被称为“镇江模式”。

谈到公立医院改革的体会,镇江市副市长胡宗元介绍说,上下联动是公立医院集团化改革的关键,医保联动是改革走向深入的抓手,防治结合是改革的内涵,以医未病为导向,深入开展健康促进、健康管理等健康行动,使群众少生病、不生大病。

据介绍,2009年11月以来,镇江市因地制宜,实施集团化模式,大力推进公立医院改革试点工作。实施集团化战略,创新管理体制和治理机制,完善区域运行机制,推进补偿运行机制,强化便民措施。

胡宗元建议适当控制医院规模,以构建布局合理、层次互补的医疗体系为导向,把公立医院发展思路由做大做强向做优做精转变,由追求规模扩张向追求内涵效率转变,同时给社会资本进入留下空间。

对话院长

广州暨南大学附属第一医院院长黄力:坚持公立性不动摇

■本报记者 张思玮

“别人在建高楼时,也许我们还在打地基,但是我们的观念要与别人在同一起跑线上,甚至更前……”广州暨南大学附属第一医院(又称华侨医院)院长黄力始终有一个梦想:力争在“十二五”期间,医院的整体医疗水平能跃居省内乃至全国三甲医院的前列。

特点并非优势

坐落在广州市天河区的华侨医院,可谓医改开放而生下的产物。

1981年,为顺承海外华侨及港澳台同胞回国就医之需,经时任全国人大常委会副委员长廖承志倡议,国务院特批在广州成立华侨医院。

当时,中组部调集全国一批知名专家到医院工作,华侨医院虽“出身高贵”,但一切也得从零开始。

建院30年来,广州华侨医院经历了创业、稳步发展和快速发展三个时期。“特别是最近5年,在各级领导的支持和关怀下,以及几代专家和全体员工不辞辛苦的付出,医院进入了快速发展轨道。”黄力告诉《中国科学报》记者,如今,一栋建筑面积在近8万平方米的医院新大楼即将投入使用,届时开放床位将达到1800张。

华侨医院能走到这一步,也许在别人眼里并不值得炫耀。但在黄力看来,却实属不易。

“因为华侨医院受侨办直接领导,而侨办既不属于教育单位,也不是卫生管理单位。所以,国家正常财务渠道卫生事业专项经费几乎到不了我们这里。”黄力说,在过去30年的发展过程中,华侨医院得到中央和省级财政资金的支持十分有限,基本是自力更生。

并且,由于当时国家只给华侨医院500张床位的规模,这在一定程度上也限制了医院的发展。

但即便是在当时仅仅4万平方米的规模上,华侨医院在近5年却实现了总收入翻两番的惊人业绩。“当然,这离不开我们在前两个阶段打下的良好基础,同时也与调整发展思路,优化内部结构等措施有密不可分的关系。”黄力说。

与具有悠久历史的中山大学附属第一医院相比,广州华侨医院并不具备良好的历史传承。“我们医院是集五湖四海的学术思想、文化于一体,但却没有形成自己的传承文化。”黄力直言



学术名片:

黄力 广州暨南大学附属第一医院(华侨医院)院长,现任中华医学会儿科学分会委员、中华放射学会神经专业组副组长、中国抗癌协会神经肿瘤专业委员会委员等职务;还担任《中华放射学》、《临床放射学》等多家专业杂志的编委。

对中枢神经系统影像诊断有系统深入研究,特别是在脑缺血性疾病、脑肿瘤性疾病方面进行了深入探讨,形成了鲜明的学科特点。近5年来在国内外专业杂志发表论文30余篇,主编、参编专著5部。主持多项省、部国家级课题,其成果:fmri在脑缺血性疾病及相关脑退行性病变中的应用研究获得2008年广东省科学技术进步奖三等奖。

不讳。

“所以,只能说这些是我们华侨医院的特点,但并不是优势,或许可以说是我们的劣势吧!”半带幽默的语言,体现的是黄力对医院整体情况的把握。

调结构 建平台

如果说医院的“天生缺陷”无法回避,那么后期的调整则显得尤为重要。

华侨医院走过了30年的风风雨雨,的确有一些学科也走进全国、省内的前列。但黄力认为,医院在整体规模上仍需要花大力气去建设,特别是一些高端技术、名医培养以及学科指标性建设等方面。

如今,站在“十二五”这个关键的节点上,黄力经常把建设“两个大楼”挂在嘴边。“第一个大楼就是我们即将投入使用的新大楼;而第二个大楼是‘学术大楼’。前者侧重空间,后者更强调内涵。”

黄力心里十分清楚,提升医院的学术影响力,绝对不会像盖大楼那么简单。“也许你资金充

足,各项规划手续都弄好,就可以盖楼。但建设良好的医院学术氛围,却不是一朝一夕的事情。”

其实,早在做华侨医院副院长的时候,黄力就考虑过这件事情。“那时候,引进人才几乎都不敢想,能留住现有人才就已经很不容易了。”

现在新大楼即将启用,黄力认为有“底气”谈人才培养的事情了。“没有梧桐树,怎能引来金凤凰?”

而人才引进后,医院最需要做的事情便是提供人才成长的土壤。自去年开始,华侨医院每年都把业务收入的1%-2%作为科研人才基地学科建设的专项经费。

此外,每年医院都会安排医生、护士到国外交流学习,带回国外先进诊疗思想的同时,也传播了医院的声誉。每周,医院还会组织一些学科带头人在医院内部进行交流,把医生自己成长的目标同医院学科发展相结合,进而实现协同效应。

当然,也有人把医院提升学术建设认为是发论文。对此,黄力表示,医生的首要职责就是看病救人。“再会写漂亮文章的医生,如果连基本临床都不懂的话,也不能称之为合格的医生。我们

期望医生的科研思想来自临床,最终能服务临床。”

公益性优先 兼顾各方面协调发展

“医院的发展政策、资金、技术固然重要,但坚持正确的办院方向,兼顾各种医疗资源的协调发展是医院现有体制下的经营之道。”谈到如何保持公益性的同时兼顾各方面协调发展时,黄力如是说。

比如,医院在学科建设上,黄力主张有所为与有所不为。“我们的腹腔镜外科全国有名,很多北京、上海大医院的医生都过来观摩,这就是我们的品牌。”

此外,黄力还非常重视对医疗市场的拓展。“现在各大医院都是人满为患,我们尝试与周边的中小医院建立联系,扩大医院的外围影响力。同时,优化自身的分配和激励结构,这样才能保证在比人差的空间和硬件条件下,实现快速增长的目标。”

对于近期相关试点医院实施的“取消药品15%加成,解决看病贵”措施,黄力并不看好,“最终效果可能是微乎其微”。以华侨医院为例,每年的药品采购量是2亿-3亿元左右,加上15%的提成后,如果是2个亿就约多出3000万。

“这貌似是一个不小的数字,但是如果医院每年的诊疗量在100万人次左右,平均到每个人只有30元。显然减掉15%提成后,对缓解病人看病贵作用不大。”黄力觉得,以取消药品加成缓解看病贵的措施,或许只是个美丽的传说,治标不治本。

但毕竟目前国内的任何一所公立医院,政府都没有实施完全性拨款,多数都是人员的差额拨款,而这就势必导致医院要想获得生存,要有一个额外的渠道。

黄力认为,降低药品价格应该在药品流通环节做文章。“我有时候特别困惑,为什么我们医院不能直接与厂家联系,必须要通过药品流通公司呢?如果把药品的中间环节去掉了,让价格回归到最初药品出厂的合理利润水平,也许药价就真的会降下来了。”

“不管未来怎么改革,坚持公立医院的公立性坚决不能动摇。”黄力对华侨医院的未来之路充满希望。

观察家

自2009年开始,我国启动新一轮医改,首要目标就是缓解“看病贵”的顽疾。其实,在此之前,为解决“看病贵”的问题,政府曾多次强制性药品降价,但基本上是治标不治本,被降价的药品往往改头换面后,重新粉墨登场。

新医改中,政府思路作出了改变,全民医保大幅度推进,政府要为百姓的医疗支出买单,控制药价只是控制医保成本的一个手段,政府支出如何运作才是医改中最主要的方面。支付方式及对象的变化给整个医药行业带来了前所未有的机遇和挑战。

全民医保是通过医疗保险制度来实现的。在我国,医疗保险资金的管理由政府主导,主要分为城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险、新农合三种,分别覆盖18%、14%、62%的人口,再加上公务员和军人的医保,共覆盖了97%的城镇人口和96%的农村人口。

应该说,这三种医保就基本囊括了所有的民众,基本实现了全民医保。城镇职工医保可报销的药物对应国家基本医疗保险药品目录,因报销比例不同又分为甲类与乙类目录;新农合和城镇居民医保可报销的药物对应国家基本药物目录。

目前国家基本医疗保险药品目录中共有2151个药物,基本药物目录中有307个药物,基本药物目录中的药物在甲类医保目录中都可以找到。三种医保在门诊费用、住院费用、大病费用方面的报销比例也不相同。城镇居民与新农合的覆盖率都很高,覆盖大部分的城乡居民,但支付标准却较低,住院费用和大病费用的报销比例在50%左右,而且还有报销上限。

在“十一五”期间,随着三种医保大幅度推进,我国医药行业进入了飞速发展,就医人次和住院人次都大幅攀升。但这也意味着,国家只有在“十二五”期间进一步深化改革,推进产业升级,医药行业或许才能保持“十一五”的增速。

从卫生费用占GDP的比例来看,中国在医药行业的投资和消费方面还有很大的上升空间。以2010年的数据来看,中国卫生总费用只占GDP的4.3%,而WHO的最低标准是5%,美国高达16.1%。另外,在中国,政府补助占卫生总费用比例只有10%-20%,也远低于世界平均水平。

因此,继续加大政府在国民医药方面的投入是未来的方向。

笔者预计,资金来源问题必定是在推进政府支出的过程中首当其冲。因为城镇职工医保近年来支付增长已经屡屡超过筹资增长;在新农合与城镇居民医保方面,地方政府是资金投入的主体,要提高报销比例和上限,地方政府就必须拿出大笔钱来,而且随着人口老龄化,地方的财政负担会越来越重。

可不巧的是,当前地方政府的财政收入开始遭遇瓶颈,过去以卖地为主的土地财政走到了尽头,而新的模式还在摸索中。所以短期内由政府买单的医药行业的投资和消费难有大的增长。

全民医保制度除了资金来源之外,在移动性和公平性方面也面临一些问题。当前的医保资金由社保基金机构管理,不同的省有不同的社保基金机构,这些机构负责医保资金的筹集和报销。但由于各家地方医保管理机构是独立运行的,再加上中国户籍制度的障碍,流动性人口在跨地区看病时很难得到报销,医保覆盖的只是原地不动的人。

同时,由于地方政府运作各地的医保,造成收入水平不同的地区享受不同的医保服务,有着不同的报销起点、比例和上限,在社会公平性方面带来了新的问题。

所以说,全民医保表面看来已经实现,但要真正解决“看病贵”这个问题,还需要政府拿出魄力,想出办法,在正确的道路上继续推进改革。

笔者建议,在城镇职工医保方面,中国可以更多地引入商业保险机构,特别是在推进金融改革的大背景下,商业保险机构或许能够更好地配置资源,使医保基金实现更加合理的利用。商业保险机构能对医疗机构形成监督,更加有效地控制医疗成本。保险机构医疗产品的多样化也能给老百姓更多的选择,在一定程度上减轻国家负担。

全民医保实现了吗

■郭建福