



澳中友好协会
Australia China Relationship Association

中外医讯

(内部赠阅)

澳大利亚澳中友好协会

支持单位:

上海威豪医疗科技有限公司

第13期

2012年11月刊

要目导读

卫生筹资——实现全民覆盖的道路 (续)

本期《中外医讯》继续从“筹资体系中固有的能促进效率的激励因素或削弱效率的障碍因素”、“卫生筹资系统变革中的目前、现状分析及所应采取的行动”二大专题来探讨卫生筹资如何有效实现全民医保。

人物聚焦

西京医院 熊利泽院长

中国医科大学附属第一医院 徐克院长

热点聚焦

卫生筹资——实现全民覆盖的道路 (续)

专家视角

上海仁济医院医保总额预付制改革的实践与成效 (续)

澳大利亚医疗卫生财政体系 (续)

目 录

【医疗时讯】

10 月起云南 9 县区公立医院取消药品加成·····	1
医疗收费票据明年起全程监管·····	1
北京将启动门急诊优质护理服务试点工作·····	2
南京：预约挂号 10 月覆盖高清电视用户·····	2
青岛突发事件心理危机分级干预·····	3
河南：组建专家库解决医疗纠纷·····	3
十二五规划：二级以上公立医院都设儿科·····	4
洛杉矶无医疗保险者获免费医疗·····	5
奥地利完成首例听觉脑干植入手术·····	5
英国：患者记录变革医疗研究·····	6
美国：有经验医生医病所花费用较低·····	6
澳州医生恐病人隐私受侵犯 拒签国防部新决议·····	7
澳大利亚首家全数字化医院将于 2014 年竣工·····	7

【人物聚焦】

西京医院院长——熊利泽·····	8
中国医科大学附属第一医院院长——徐克·····	9

【中外医院】

海南省农垦总医院·····	10
江苏省苏北人民医院·····	10
比利时鲁汶大学附属医院（Leuven University Hospital）·····	11
瑞典卡罗林斯卡大学医院（Karolinska University Hospital）·····	11

【热点聚焦】

卫生筹资——实现全民覆盖的道路（续）·····	12
-------------------------	----

【专家视角】

上海仁济医院医保总额预付制改革的实践与成效（续）·····	18
澳大利亚医疗卫生财政体系（续）·····	21

【展会信息】

2013 年澳中友好协会医疗交流项目·····	26
-------------------------	----

10月起云南9县区公立医院取消药品加成

《云南省县级公立医院综合改革试点实施意见》10月1日起施行。云南省16个州(市)的30个试点县(市、区)县级公立医院，全面取消药品加成政策，实行零差率销售。

意见规定，按照总量控制、结构调整的原则，实行“三降一消一升”，即降低药品价格、降低大型设备检查治疗价格、降低高值医用耗材价格，取消药品加成，提高医疗服务技术价格。

江苏试点省直管县卫生体制改革

江苏省卫生厅日前印发的《省卫生系统省直管县体制改革试点工作对接方案》提出，从10月1日起，该省在昆山、泰兴和沭阳3个县(市)进行省直管县卫生体制改革试点，旨在转变政府职能，减少行政层级，理顺条块关系，降低行政成本，提高行政效能，促进县域卫生事业发展，为公众提供更好的医疗卫生服务。

该省明确，试点县卫生局行使与市卫生局相同的行政管理权限，试点县卫生局直接接受省卫生厅业务指导。

我国拟对进口药品实施电子监管

10月8日，国家食品药品监督管理局拟对全国进口药品实施电子监管。目前，相关通知正在公开征求意见。

《通知(征求意见稿)》提出，境外制药厂商及其《进口药品注册证》载明的生产厂或包装厂均应加入中国药品电子监管网，取得密钥，指定代理机构可接受境外制药厂商的委托入网。进口药品实施电子监管的规定时限以其标示生产日期为准，但最终进口时限不得晚于2014年4月30日。

我国分阶段实施了药品电子监管，2007年10月，实现了对麻醉药和第一类精神药品的电子监管；2008年11月，血液制品、疫苗、中药注射剂和第二类精神药品等高风险品种药品也全部实施电子监管；2012年2月，国家基本药物实施全品种电子监管。

根据《国家药品安全“十二五”规划》，2015年年底前，我国将实现药品全品种全过程电子监管。

医疗收费票据明年起全程监管

10月10日，财政部和卫生部联合颁布《医疗收费票据使用管理办法》。《办法》明确，从明年起医疗收费票据管理将纳入财政票据管理系统，实现全程监管。《办法》将于2013年1月1日起实施。

《办法》所称医疗收费票据，是指非营利性医疗卫生机构为门诊、急诊、急救、住院、体检等患者提供医疗服务取得医疗收入时开具的收款凭证，是按照国家有关规定申请医疗费用报销的有效凭证。

医疗收费票据包括门诊收费票据和住院收费票据，一般应设置为三联，包括存

根联、收据联和记账联，各联次以不同颜色加以区分。医疗收费票据的规格、式样等由财政部商卫生部统一制定。门诊收费票据和住院收费票据应当按规定用途使用，不得串用。医疗收费票据由国务院和省级财政部门分别监（印）制。印制医疗收费票据应当使用防伪专用纸张，设置全国统一的防伪标识，套印全国统一样式的财政票据监制章。

北京将启动门急诊优质护理服务试点工作

今年内，北京市所有三级医院的七成病区将实现优质护理服务全覆盖，同时，将启动在大医院门（急）诊、手术室等开展优质护理服务的试点工作，护士将打破专业分工，对患者实行“包干责任制”护理。

10月，市卫生局副局长雷海潮称，到今年年底，100%的三级医院和区域医疗中心的二级医院优质护理服务要覆盖70%以上的病区，其他二级医院优质护理服务要覆盖50%以上的病区。下一步，病房外的其他医疗区域的护理服务也将向优质标准看齐。

南京：预约挂号10月覆盖高清电视用户

10月起，南京卫生与江苏有线云媒体电视合作，向市民开放“云媒体电视预约挂号”服务，超过60万户的江苏有线云媒体高清电视家庭足不出户即可预约全市各大医院的专家号。

南京市卫生信息中心主任殷伟东说，南京市预约挂号服务平台目前覆盖南京地区30家医院。下一步，该中心还将推动分时段挂号、社区预约等服务，使南京市民享受到多种预约途径、多种支付方式预约挂号服务的便利。现在市民在预约挂号后，还需要到医院门诊取号，才能进诊室看病。未来流程还将进一步简化，让市民网上预约、通过网银或银联支付挂号费之后，就可按约定时间直接进诊室看病。此外，南京市预约挂号平台还将逐步实现“电视遥控器银联支付功能”，即在电视遥控器上装一个刷卡器，市民可在家里用遥控器刷银行卡支付挂号费。

卫生部将探索试点老年长期护理模式

10月10日，卫生部疾病预防控制局副局长孔灵芝指出，随着中国人口老龄化进程加快，卫生部将开展试点，探索建立针对老年、慢病、临终关怀患者的长期医疗护理模式。目前，我国针对老年人的专业化医疗卫生服务尚未形成。

济南三年内将基本实现省内医疗费用异地即时结算

10月，《济南市卫生系统“十二五”期间深化医药卫生体制改革实施方案》正式出台。方案提出，济南市将积极探索在农民工集中的地区实现就地就医、就地即时结算，2015年基本实现省内医疗费用异地即时结算。

根据实施方案，2012年，济南新农合政策范围内住院费用支付比例达到75%左右。新农合最高支付限额达到15万元以上，门诊统筹覆盖所有统筹地区，支付

比例提高到 50%以上。将符合条件的村卫生室纳入新农合定点范围,使新农合门诊统筹基金用于村卫生室的比例达到 50%左右,并适当提高支付比例。

同时,济南市还将加快新农合信息化建设,依托市级卫生信息资源综合平台,逐步实现各统筹区域经办机构之间、各经办机构与各定点医疗机构之间的互联互通。积极探索在农民工集中的地区实现就地就医、就地即时结算。建立异地就医结算机制,2015 年基本实现省内医疗费用异地即时结算。

青岛突发事件心理危机分级干预

《青岛市卫生系统突发公共事件心理危机应急预案》10 月公布。该《预案》将心理危机应急干预分为四级,与突发公共事件的分级关联;将受灾人群大致分为五级进行干预;明确了各级的启动程序,操作性明显增强。

据介绍,新修订的《预案》以《青岛市突发公共事件总体应急预案》突发公共事件分级为标准,将心理危机应急干预对应分为四级,对特别重大事件、重大事件、较大事件、一般事件四级突发公共事件进行分级响应及干预。新《预案》根据人们遭受突发公共事件影响的方式(直接或间接),将受灾人群大致分为五级进行干预,干预重点从第一级人群开始,逐步扩展,一般性宣传教育要覆盖到五级人群。

河南:组建专家库 解决医疗纠纷

10 月,河南省高院聘请省内外 108 位医疗卫生专家组成了省法院司法技术专家库,这些专家将对当前存在的多头鉴定、重复鉴定等现象,以及为法官审核重大、疑难、特殊案件中的司法鉴定结论,从专业角度为法官提供较为权威、专业的咨询,增强法官审核判断能力,做出客观公正的审理,最大限度地维护当事人的合法权益。

为避免暗箱操作,以后碰到医疗纠纷案件,需要专家们的意见,法院会采取随机摇号等方式从专家库抽取专家会检鉴定。

据悉,河南省法院率先邀请医疗卫生部门的专家参与成立河南法院司法技术专家库,这在全国法院系统还是首创。

江苏将推医院服务质量第三方评价制度

10 月,在江苏省“第三方评价体系在医疗行业中的作用”研讨会上获悉,今后江苏医疗卫生系统将全面推广“第三方评价”体系,以提高行风评价的客观性和公信力。

2011 年底,南京市卫生局经过调研论证,委托一家国际知名的第三方服务机构,对市属 10 家医院出院患者实施满意度调查。每月从出院病人中随机抽取 2,500 至 3,000 人,每年调查 3 万人。并于每月的 20 日前将出院病人信息转交患者满意度第三方调查机构。专业调查人员通过“12320”公共卫生服务电话与患者或患者家属沟通,对 19 个方面的满意度情况进行调查和评价。此举受到患者欢迎,也以倒逼机制促使医院不断提高服务质量。据统计,患者综合满意度得分从去年的 74.71 分上升到 86.68 分。

南京市卫生局局长胡万进表示，市卫生局将每月第三方调查结果进行排序、通报，并将其作为年底医护人员工资、奖金等绩效考核的重要依据，占绩效考核的分值的 25%。目前，“第三方评价”体系仅在南京市属医院中全面实施，下一步将在南京所有医院推广这一做法，并将在全省医疗卫生系统推广。

十二五规划:二级以上公立医院都设儿科

11 月印发的《卫生事业发展“十二五”规划》提出，将加强儿童医疗服务体系建设，加强省级妇儿专科医院建设，支持省、地市级医院儿科（专科医院）以及县级医院妇儿建设。与此同时，大力培养儿科医师等急需紧缺专门人才。

卫生部科教司司长何维透露：“在下一轮医改中，儿科学的发展将得到更充分的体现。我们将为我国三亿多儿童，尤其是占优势数量的农村儿童，提供诊断、治疗、预防的一揽子保健方案。”

安徽 21 试点县公立医院药品零差率

11 月 1 日起，安徽 21 个试点县的县级公立医院将实行药品“零差率”，而根据改革的时间表，其余 53 个县也将于一个月后实行这一政策，届时安徽民众均可在县级医院买到“平价药”。

安徽县级公立医院改革，不仅仅是药品更为便宜，护理费、大型医用设备检查、治疗费等也将相应调整。省医改办介绍，诊查费约占补偿额的 75%，按一定比例纳入医保支付政策范围，政府增加的投入约占补偿额的 25%，由省级财政按县级医院诊疗人次进行补助。

安徽省卫生厅要求，各试点县公立医院必须按照规定标准收取诊查费，同时做好医保支付系统与收取诊查费、提高医疗服务价格相衔接，保证老百姓能够及时报销相关费用。

福建新农合保障范围新纳入 6 类大病

自 2012 年 11 月 1 日起，福建在 2011 年全面提高农村儿童白血病和先天性心脏病保障水平的基础上，将终末期肾病、妇女乳腺癌和宫颈癌、重性精神疾病、耐药肺结核、艾滋病机会性感染等 6 类疾病纳入新农合参合居民重大疾病保障范围。

福建省卫生厅、民政厅、财政厅联合印发的《福建省提高农村居民重大疾病医疗保障水平实施方案（试行）》，明确了对重大疾病医疗费用实行定额控制，并由新农合基金、医疗救助基金与患者个人按比例共同分担。其中属于农村医疗救助对象的，新农合基金支付定额标准的 70%，医疗救助基金支付定额标准的 20%，个人自付定额标准的 10%。

海南：新农合定点医院造成不合理医药费支出将由院方承担

11 月海南省卫生厅下发《海南省新农合定点医疗机构管理暂行办法(试行)》的通知，要求定点医院单人次门诊处方用药量，急诊患者不得超过 3 日，省级定点医

疗机构自费药物应控制在 15% 以内，同级医院出具检查结果应互认不得重复检查，造成不合理医药费用支出的将由定点医院承担。定点医疗机构未严格执行患者参保身份核对规定，导致冒名顶替者冒领新农合即时结报资金和造成新农合基金损失，经查属实的，应当按骗取金额的 30% 扣减定点医疗机构补偿费用。

洛杉矶无医疗保险者获免费医疗

9 月 27 日，美国 Care Harbour 为 4,800 位没有医疗保险的市民提供内科、牙科与眼科的免费检查与治疗。在洛杉矶，约有 220 万人没有医疗保险，其中包括 22.7 万青少年。

奥地利完成首例听觉脑干植入手术

奥地利维也纳总医院 10 月 30 日宣布，维也纳医科大学首次成功完成了听觉脑干植入手术。

维也纳总医院发表声明称，这是一例跨学科手术，由维也纳医科大学神经外科主任和耳、鼻、喉科主任共同主刀。手术进行得很顺利，一周后患者便可出院。但声明也指出，接下来医生们还要不断对患者进行电流刺激试验，以优化患者脑干电极的位置，并对患者进行一系列的训练和调整，使其听力逐步得到修复。

医疗与手机结合，移动听诊器诞生

墨尔本大学的 4 名学生，包括 2 名华人留学生研制了一种新型的数字听诊器。这种听诊器可让发展中国家的孩子避开致命肺炎的夺命镰刀，这 4 名学生也因此成为 2012 微软创新杯澳洲区的奖杯得主。

每年约有 140 万五岁以下儿童死于肺炎。StethoCloud 的出现，让地理的距离不再是阻碍人们得到合理治疗的障碍，这款应用程序便成为了你的口袋医生。StethoCloud 的应用程序会引导用户采用合适的方法听诊病人的呼吸细节，用听诊器是诊断幼儿是否患有肺炎的有效方法。将听诊器的另一端插入手机的音频插口，然后将麦克风模块放在指定位置，麦克风会将呼吸的声音上传到服务器中，然后服务器会根据世界卫生组织的标准对声音进行分析，并将诊断结果传回。

目前，该团队在和澳洲皇家儿童医院做实地研究，配套的听诊器设备已经被送到加纳、马来、和莫桑比克的医院。移动技术的实现正为世界提供更多有实际意义的帮助。

美国 2200 家医院面临惩罚

美国医改要求联邦医疗保险（Medicare）执行一项降低出院后 30 天内再入院率的项目。2012 年 8 月 1 日，联邦医疗保险与联邦医疗救助服务中心（CMS）发布了该项目的细节，Medicare 将削减对 2200 多家医院的补偿，这大约占全美医疗机构的 2/3，削减比例可能达到 1%。CMS 为每家医院在 3 个领域的再入院率设定了基准，即心脏病、心力衰竭和肺炎。超过基准的医院可能在 2013 项目年中损

失 3 亿美元。

英国：患者记录变革医疗研究

英国医学研究最近的一项变革，给予学术专家和生命科学行业对英国国家卫生服务部约 5,200 万人健康记录的访问权，这是英国历史上的首次。

对 NHS 患者记录的研究首次揭示了镇静剂的危害，建立了高压电与儿童白血病之间的联系，证实了自闭症与麻疹、流行性腮腺炎和风疹三联疫苗并无联系，以及英国癌症存活率低主要归咎于诊断过晚，进而促使政府开展活动提高公众对早期症状的意识，目标是在 2012 年拯救 5,000 人。从 9 月起，全科医生将通过临床执业研究数据参与该项目。

澳大利亚：医生未能充分告知风险

一项对新南威尔士州、维多利亚州和昆士兰州将近 10,000 行医不当索赔的研究表明，医生未能告知患者可能影响生活质量的治疗风险，因为他们以为患者并不需要知晓或认为风险很少发生。

研究显示，医生通常关注并发症带来的及时结果，而非影响患者生活或工作的潜在长期结果。

英国医疗系统护士短缺

根据最新发布的工作力官方数据，自 2010 年 5 月以来，大约 5000 名护士和 3700 名医生离开了 NHS。数据显示，目前 NHS 的全职合格护士共 276,608 人，比联合政府两年前开始执政时少了 4,823 人。

贸易与劳工工会认为，人员流失的直接原因是医院一线临床服务的减少。而政府的卫生官员则辩解，NHS 整体的临床员工数量增加了 2,400 人。

美国：有经验医生医病所花费用较低

美国一项研究结果显示，治疗病人方面经验较少的医生要比有经验的医生所花费的医疗费用高。研究论文发表在了 11 月期的美国《卫生事务》杂志上。这是首个对医生特点和医疗费用之间的关联进行探讨的研究。

研究人员说，这些研究结果可能会对经验不足的医生带来明显影响。他们可能会因此被排除在以合同为基础的工作网络之外，或者不得不降低收费，因为私人保险公司和政府计划均倾向于回报那些收费较低却提供优质服务的卫生保健人员。

研究人员选取了 2004~2005 年间居住在马萨诸塞州的 100 多居民的商业健康计划理赔书，来为该州超过 1.2 万名的医生构建成本档案。研究人员对 600 种“医护片段”——包括一个病人的病情及疾病的严重程度——的成本均进行了评估，包括是否有按程序来产生这些成本。

与那些拥有 40 年以上行医经验的医生相比，行医经验不足 10 年的医生所产生的整体费用要高出 13.2%；行医经验在 10 至 19 年的医生高出 10%，行医经验

在 20 至 29 年的高出 6.5%，拥有 30 至 39 年行医经验的则高出 2.5%。

澳州医生恐病人隐私受侵犯 拒签国防部新决议

澳大利亚国家政府近期向该国国民健康保险体系（Medibank）划拨了 13 亿美元（约合人民币 81.2 亿元），用于澳大利亚国防部队在军事基地内外的医疗保健服务。但是，由于很多医生拒绝签署调整后的新协议，澳大利亚国防部队（ADF）人员将无法从这些医生处获得医疗服务。

许多医生表示，在 MHS 要求其签订的协议中，涉及付费制度的条文和某些其它条款可能侵犯病人的隐私。澳大利亚麻醉医师学会 ASA 主席 Richard Grutzner 说，很多麻醉师拒绝接受这项新的支付制度，因此，也不会向军方人员提供麻醉服务。他说，ASA 非常担心这项新体制可能影响高品质专科医疗服务的可及性。同时，导致医生担心的还有协议中的另一条款。该条款规定，ADF 有权收集军方病人的医疗记录和健康信息。这条规定明显违背了现有的医疗行业准则，这很有可能导致医患关系的紧张。

除麻醉医师外，不少整形外科医生也拒绝签署这项协议。但澳大利亚国民健康保险体系（Medibank）方面则表示，ADF 工作人员在调整后的体制下仍可接受高标准的医疗服务、及时的治疗与护理，同时保有选择医护人员的权利。

澳大利亚首家全数字化医院将于 2014 年竣工

澳大利亚首家全数字化医院将落户昆士兰州 Hervey Bay，这家医院隶属于 UnitingCare 医疗集团旗下，并得到了澳大利亚联邦政府以及健康与医院基金会（HHF）4,700 万澳元的资金支持，全部建设开支将达到 8,700 万澳元。

这家医院将于 2014 年 8 月竣工，设有 96 张床位。医院不仅有实体化的诊疗与手术设备，其信息化程度还将成为未来数字化医院的代表。通过先进的无线技术，医生和护士能够在医院的任何一处，诸如病床边、手机、电脑、护士站等，随时查阅患者所有的诊疗记录、放射与病理检查结果并做出相应诊断与处理，大大提高工作质量与效率。

西京医院院长——熊利泽

熊利泽教授，现任陕西西京医院（第四军医大学第一附属医院）院长，中共党员，主任医师、博士生导师，国家教育部“长江学者计划”特聘教授，国家杰出青年基金获得者。

1962年生，1980年考取第四军医大学军医系并入伍，1988年考取第四军医大学硕士研究生。随后，又相继在英国牛津大学、日本山口大学进修学习。

【专业成就】

- 在脑保护研究中，首次报告了高压氧预处理可诱导脊髓缺血耐受现象的产生，异氟醚、针灸和长时间吸氧等预处理可诱导脑缺血耐受，并探讨了部分可能的机制，研究论文被SCI收录5篇
- 在神经外科麻醉方面，提出静脉复合麻醉方法，在西京医院完成颅脑手术麻醉1万余例
- 在术后镇痛研究中，发现术后疼痛应激可显著影响神经、免疫、内分泌系统之间的双向调控，抑制机体免疫功能，确定了比较理想的药物配伍和药物剂量，实施“平衡镇痛”，达到了满意的镇痛效果
- 先后承担国家自然科学基金杰出青年基金、重点基金、国家科技重大专项课题、军队“十一五”专项等16项课题
- 获陕西省科学技术一等奖3项（其中2项为第一完成人），国家专利9项（其中8项为第一完成人）
- 在《麻醉学》（Anesthesiology）、《欧洲心脏杂志》（Eur Heart）、《卒中》（Stroke）、等国际权威杂志发表SCI论文97篇
- 主编或参编著作24部

【社会职务】

- 世界麻醉医师学会常务理事兼亚澳区秘书长
- 中华医学会麻醉学分会候任主委
- 中华医学会疼痛学分会常委
- 全国危重病医学专业委员会委员
- 陕西省医学会常务理事
- 《Anesthesia and Analgesia》（中文版）、《中华麻醉学杂志》、《临床麻醉学杂志》、《国际麻醉与复苏杂志》等专业杂志副总编

【荣誉奖项】

先后获得军队“科技银星”、“育才银奖”，“全国优秀共产党员”等称号。2003年，作为第四军医大学医疗队队长带队赴北京小汤山医院抗击非典，圆满完成任务，获全国优秀共产党员，并荣立二等功。

2011年，获国家科技进步一等奖1项，陕西省科学技术一等奖3项，军队医疗成果二等奖1项。曾多次带队执行救灾、演习等重大军事任务，荣获“全国抗震救灾模范”、“全国抗震救灾英雄集体”称号。

中国医科大学附属第一医院院长——徐克

徐克教授，现任中国医科大学附属第一医院院长兼党委副书记，中国医科大学医学影像研究所所长，博士生导师、享受国务院特殊津贴专家。

1954 年生，1982 年毕业于中国医科大学医疗系；1991 年在日本浜松医科大学进行研修，获得医学博士学位；1998 年当选为中国医科大学博士研究生导师。

【专业成就】

- 1999 年所主持的《布-加氏综合征及其介入治疗新技术》项目获得国家科技进步三等奖
- 在国内外率先开展了肝硬化的 TIPS 并用 SEEV 治疗门脉高压消化道出血，取得了良好的临床疗效，于 1995 年和 2000 年先后获得卫生部科技进步三等奖及教育部科技进步三等奖
- 2003 年所承担的《静脉狭窄-梗阻性病变综合性介入治疗的应用研究》获得辽宁省科技进步一等奖和中华科技进步二等奖
- 2005 年主持的《介入治疗与器材开发实验室》获得辽宁省和辽宁省教育厅重点实验室称号
- 2006 年带领的团队获得《辽宁省高等学校创新团队支持计划》，牵头的课题《外周动脉及主动脉疾患、静脉系统疾患影像诊断、介入治疗及中远期疗效研究》获得国家“十一五”科技支撑计划的资助，总金额 200 万元
- 2007 年带领的影像医学与核医学学科被教育部评选为国家重点培育学科
- 2008 年所主持的《静脉系统梗阻-高压性疾病（VOH）综合性介入治疗的应用研究》获得了国家科技进步二等奖
- 主编专著 3 部，参编专著 7 部，在放射学核心杂志发表论文近 250 余篇
- 先后获国家专利 4 项、主持完成和承担了国家“九五”科技攻关、国家自然科学基金等 20 余项科研课题

【社会职务】

- 北美放射学会会员
- 中华放射学会全国、辽宁省放射学会副主任委员
- 中华放射学会常务委员
- 辽宁省介入医学会、沈阳市放射学会主任委员
- 辽宁省医学会第五届理事会理事
- 辽宁省医师协会首届理事会、辽宁省医院协会首届理事会副会长
- 辽宁省介入治疗与器材开发重点实验室主任
- 《介入放射学杂志》主编、《中华医学杂志》、《中华放射学杂志》编委

【荣誉奖项】

先后获得“最具领导力的中国医院院长杰出业绩奖”、“全国医药卫生系统先进个人”、“全国优秀院长”、全国“五一”劳动奖章、“九五”国家重点科技攻关计划先进个人、“全国优秀科技工作者”、卫生部有突出贡献中青年专家等荣誉称号。

海南省农垦总医院

海南省农垦总医院始建于 1952 年，是一家集医疗、急救、教学、科研、康复、预防、保健、体检健康管理为一体的三级甲等综合性医院。2004 年 7 月，医院全面通过 ISO9001: 2000 国际质量管理体系认证，是海南省、海口市及各市县医保、新农合、城镇医保定点医院。

全院现有员工 1,888 人，其中高级职工 238 人，博士研究生 12 人，硕士研究生 78 人，博士、硕士研究生导师 6 人，获国家突出贡献、政府特殊津贴和海南省优秀专家及 515 人才 18 人。

海南省农垦总医院是由总医院和两个分院（东湖院区和海垦门诊部）三个院区组成，共开放病床 1,360 张。医院设有 36 个临床科室，其中微创外科、肾内科、妇产科是省的优势专科。微创外科使用的经内镜植入碘-125 粒子治疗消化道癌等多项诊断，治疗项目填补了海南省内镜微创技术的空白，达到国内领先地位。

医院先后被卫生部评定为“爱婴医院”、“国际紧急救援中心网络医院”；中华慈善总会指定该院为“国际微笑列车”唇腭裂矫治项目定点医院；同时，该院还是广西医科大学、海南医学院的教学医院。

近五年来，医院共获部省级、厅局级科技进步成果奖 30 余项，引进新技术、新项目 400 余项。全院交流科研论文 1000 余篇，其中刊登在省级、国家级杂志上 600 余篇。

江苏省苏北人民医院

江苏省苏北人民医院，暨扬州大学医学院附属医院、扬州大学临床医学院、扬州市红十字中心医院、卫生部国际紧急救援中心网络医院。医院成立于 1900 年，是目前江苏省扬州地区历史最久、规模最大、功能最全的一所三级甲等综合性医院，是该地区的医、教、研中心。

医院占地 8 万平方米，开放床位 1,800 余张。现有员工 1,987 名，其中，高级职称 375 名，医学博士 88 名、硕士 400 名，10 人享受政府特殊津贴，21 人被评为省、市中青年专家，有 80 多位专家在全国或省级各学术团体中任职。医院的图书馆拥有中外文图书 5 万余册、期刊 500 余种，可进行微机查询和光盘及网上数据库检索。

医院临床医技科室齐全，有省级临床重点专科 8 个，市级临床重点专科 16 个，国家级药物临床试验科室（专业）9 个，国家级内镜诊疗技术培训基地 6 个。现有国家级博士后工作站 1 个，医学博士、硕士培养点 20 余个，博士、硕士研究生导师 50 余人。2010 年，开展新技术、新项目一百多项，获市级以上科技奖 26 项。

近年来，医院共举办了 33 项国家和省级医学继续教育项目，培训人数 3,605 人次，取得良好效果。获“全国文明单位”、“2011 年度全国改革创新医院”、“江苏省对口支援先进单位”、“江苏省实施患者安全目标先进单位”、“全国医院文化建设先进单位”等荣誉称号。

比利时鲁汶大学附属医院**(Leuven University Hospital, Belgium)**

比利时鲁汶大学附属医院（Leuven University Hospital）建于1976年，是欧洲最大的三所医院之一，以其高质量的跨学科研究，在国际学术界享有盛誉。

医院占地15万平方米，有1,000张病床，现有4,500名雇工（3,500名全职职工），医生278人，实习医生255人，护士和护理人员1,326人，辅助人员（检验方面）443人，行政人员1,198人。医院每年为成千上万的病人提供最好的预防，诊断，治疗，以及康复服务。

2004年的统计数据显示，该年收治急性病人住院30,578人次，平均住院天数8天；收治慢性病人22,160人次，一日住院人数达22,160人次，年门诊量45万人次，牙科门诊56,750人，208例移植病人等，总收入3.6亿欧元。医院设备先进，每年预算的5%会用于更新设备。医院设有董事会，有16为董事分别来自鲁汶大学医学院、本院医生和外部专家组成，下设医院管委会，全面负责医院运营工作。医院还活跃着一批60~65岁的义务工作者，他大部分是退休的义医务工作者，有自己的组织和标志，不提取任何报酬，每周工作四小时，为病人导医、拿药等。

此外，鲁汶大学附属医院在对未来的医师及专科大夫的训练方面更担任着重大的角色，同时也是重要的学术与医学研究的讨论中心。

瑞典卡罗林斯卡大学医院**(Karolinska University Hospital, Sweden)**

卡罗林斯卡大学医院（Karolinska University Hospital）是斯康底那维雅半岛最先进的医疗机构之一，也是瑞典最大的教学实习医院。

医院现有员工 14,500 名，其中医师 2,400 多名，护理人员 5,000 多名，研究人员 2,100 多名，实验技师 1,200 名，开放床位 1,600 张。

医院开业 365 天，全年无休，每小时进行七个手术，年门诊量超过 130 万人次。医院每年预算 103 亿瑞元（SEK），每年发表 5,000 篇论文，研究经费月 7 亿瑞元（SEK）。

医院有着斯康底那维雅半岛最大的急救和创伤中心，提供专科服务有：烧伤护理，高压氧治疗，及体外膜肺氧合治疗。该院的移植中心世界著名，包括肾脏，肝脏，胰腺，小肠，骨髓等器官移植，以及胰岛细胞移植。另外，该院拥有斯康底那维雅半岛最大的心血管病和呼吸道疾病综合中心，该院每年进行 1,700 台心脏手术，在这一领域有着领先优势。该院还拥有瑞典最大的传染病专科，为传染病（包括热带疾病），艾滋病和肝炎病患者提供 24 小时治疗。

医院是世界著名的卡罗林斯卡大学的附属医院，跟多家高校有着密切的合作，主要有瑞典卡罗林斯卡医学院、索德脱恩大学院、斯德哥尔摩大学和瑞典皇家理工学院。每年有超过 5,000 名卡罗林斯卡医学院的学生在卡罗林斯卡大学医院接受临床实习。每年该院还为数以千计的医生、护士和其他专业人员提供继续教育。

本期《中外医讯》继续从“筹资体系中固有的能促进效率的激励因素或削弱效率的障碍因素”、“卫生筹资系统变革中的目前、现状分析及所应采取的行动”二大专题来探讨卫生筹资如何有效实现全民医保。

卫生筹资——实现全民覆盖的道路（续）

第一部分 筹集卫生资源的主要方式

第二部分 消除获取卫生服务的经济风险和障碍

第三部分 卫生资源如何有效利用

一、导致低效率的主要原因

二、筹资体系中固有的能促进效率的激励因素或削弱效率的障碍因素

不同的卫生系统中对医院、医疗设施以及医生、护士、理疗师等实行的支付机制会有很大的差异，而且很多机制为低效率现象提供了动机。

1. 按绩效付费

美国目前已实施了 200 多项绩效薪酬方案，法国实施了一项全国性的方案，而西班牙和意大利则开展了地方级或小规模的试点项目。

评价认为这些绩效激励方案有效地提高了医生和（或）医院的绩效。但是，有证据显示，此类激励措施有时并不能改善卫生保健人员的绩效。即使其有时似乎产生了一些影响，但也是以未考虑其成本效益为前提的。

此外，关于绩效激励方案还存在两项问题需要进一步关注：

- 1) 如果同时分别、独立的实施几种不同的按绩效付费方案，则其结果很有可能是导致各项绩效激励方案之间的竞争。
- 2) 强调经济奖励可能会通过更加微妙的方式影响医务人员的行为，例如可能会使个别医务人员认为自己的能力受到了质疑，或者自己内心那种想要在工作中好好表现的愿望不被人欣赏或者遭到了拒绝。

2. 战略购买

1) 被动购买

按照传统做法，卫生服务提供者按照其所提供的服务获得补偿并且（或者）由中央政府根据上一年的预算向其他各级政府、部门和项目实施单位拨付预算。

2) 主动购买

对国民的健康需求以及其在各国之间的差异的审查来提高购买的质量和效率

3) 被动购买和主动购买之间不是一个简单的选择问题

各国需要根据其各自的对必要信息的收集、监控和诠释能力决定可以运作购买模式的范围，同时鼓励并执行相应的质量和效率标准。被动购买往往会导致效率低下。

此外，基于绩效的支付方式可以在主动购买模式下发挥其作用，如果这种支付

方式作为包含各种因素的整体措施的一部分来实施的话，可能发挥其更大的作用。

3. 体系割裂

最有效的卫生系统会避免在融资以及资金筹集和资源分配过程中出现管理体系割裂的问题。

体系割裂会限制融资体系中所必需的贫富之间以及健康与病患之间的交叉补贴的空间。体系割裂同样也会导致效率低下。同样的，在卫生系统其他方面（医院运营管理、药品和设备的配发、对实验室系统的支持等）的体系割裂现象也会导致不必要的浪费和重复。

4. 纠正不公平性

提高效率将会获得更好的、更具成本效益的健康结果，但仅凭效率的提升仍是不够的。因为卫生并不仅仅是人口健康的总体水平，而后者则是直接以诸如人口平均寿命等指标来表示的。卫生系统中有多个目标，这些目标之间有时还会存在相互竞争，如：提高总体健康水平，降低卫生不公平性，提高卫生系统对人们的需求和期望的反应性，以及保证卫生资金筹集过程中的资金公平性。

此外，至少需要对人口健康总体水平以及医疗干预覆盖率方面取得的进展进行评估，以检查卫生服务覆盖总体水平以及健康结果中是否存在不公平性。

第四部分 结论

一、可以实现全民覆盖的方式

1. 支付卫生服务的方式不应阻碍卫生服务的可及性
2. 扩大资金统筹范围，实行强制性预付费制度
3. 更加有效、公平地使用资源

二、卫生筹资系统变革的行动

1. 建立长远目标

鉴于各国选择的向全民覆盖过渡的道路肯定各不相同，因此，基于对现状的了解，确立对未来的构想就非常关键。

在限定的资源条件下，我们需要认识到：在实现全民覆盖的过程中，决策者还要在覆盖多大人口比例、覆盖何种服务、覆盖多少卫生费用方面进行权衡取舍。

2. 现状分析——了解起点在哪里

1) 基本卫生服务的可及性

很难直接测量卫生服务利用时的经济可及性，因此分析的重点一般集中在关键干预的现有覆盖水平。并对这些可能导致覆盖率较低的原因进行评估，特别是针对脆弱人群进行分析，同时评估筹资系统需变革到什么程度才能改善基本卫生服务对居民的可及性。

2) 经济风险保护的能力

- 在需要时有哪些资金可用？资金来源是什么？政府在其开支决策中给予卫生事业多大的优先权？

- 居民为卫生服务付现（如，患者直接支付）的金额是多少？经济风险保护和防止因病致贫有什么影响？
- 卫生系统还有那些筹资渠道，筹资是如何实现的，筹资额度是多少？（这使得我们可以对卫生筹资公平性进行分析）
- 哪些人处于统筹资金的覆盖范围内？使用那些服务？卫生服务费用覆盖的比例是多少？

3) 效率

- 卫生系统中有哪些主要的效率问题？产生了什么后果？起因是什么？

4) 卫生系统特征及能力

系统性描述从筹集和集中资金到利用资金为卫生服务付费或提供服务的所有举措，并将此类举措量化。该项工作不仅仅对资金进行跟踪，还要了解包括外部资金在内的所有资金如何在系统内流动，包括从资金源到最终使用的全过程，记录资金在何处以及以什么方式分散开来，政策工具在哪些方面以及以什么方式配合不当。还需观察治理举措，特别注意购买部门对谁负责，具体负责哪些事务。

（政府和非政府）卫生设施、（政府和非政府）医务人员及药物、技术等可用性、分布情况和使用模式。此项评估的结果决定了各种覆盖范围扩大途径的可行性。

5) 卫生系统以外的因素

- 人口增长率、年龄结构、地理分布和迁移模式、劳动力参与率、非正规就业的范围等人口统计变量，对需求增长速度和不同增收方法的可行性具有一定影响。
- 主要疾病问题和可能随时间发生变化，这可以引起扩大覆盖范围所需的成本也发生变化。
- 现有的社会保障网络可以降低（长期）疾病对经济方面的影响，也可以降低人们在使用卫生服务时面临的经济障碍。
- 对于公共部门管理和法律框架这方面来说，我们需要了解在现有法律法规的框架范围内，筹资系统有多少变革余地。

3. 财政评估

须对目前或者未来可用的卫生资金进行评估，这些资金可以来自政府、家庭、私营机构、非政府组织和外部合作伙伴，通过这种评估可以建立一套全面的卫生系统筹资框架。

评估内容应包括分析分配到各领域的公共资源的份额。政策、规划和预算之间缺乏连贯性是许多国家要解决的重要问题。各种分析性工具，有助于对整个卫生筹资体系进行梳理概括，促使卫生部门与财政或规划部门展开对话。

在有的国家，这一阶段工作将涉及与国际金融机构和外部合作伙伴之间的对话，以评估未来可能获得哪些资源，如何将这些资源输入政府和非政府参与机构。决策者还会考虑确定是否需要限制政府开支，如何提升开支限度等。最后，应考虑到不同资金源对卫生系统的补充作用。

4. 约束条件评估

- 1) 实现全民覆盖不只是一个技术问题；它体现了一个国家的社会凝聚力。促进采

- 纳实现全民覆盖目标的动力总是或至少部分是来自政治领域。
- 2) 卫生筹资系统对变革具有一定的抵抗性，部分原因是因为任何变革都会侵害重要利益相关方的权益。
- 3) 在基层，动力经常会转化为变革。基层卫生改革运动和民间社会团体可以是在国际、国内范围内实施变革的推动力量。这些团体与卫生部门之间的交流有助于推动卫生事业实现更宽泛的政治纲领，并保持这种局面。
- 4) 针对政治领域采取积极措施的做法已经在多个国家取得了不俗成果。倡导、交流和基于证据的辩论对于获得实现全民覆盖目标所需的政治和财政支持大有帮助。
5. 制定变革战略和目标

本阶段战略和目标的制定，必须以对筹资环境的形势分析和评估为基础。对可能发生的筹资情况做出形势分析和正确评估后，便可以开始启动战略制定过程中的技术工作（见表 1 技术决策），重点在于三个关键的卫生筹资阶段：筹集资金、集中资金、利用资金，确保卫生服务一直可用。

表 1：技术决策

首要目标	元素	决策
筹集足够的资金	充足性（该项内容与财政评估密切相关，部分行动会同时进行） 缴费的公平性 集资的效率 财务可持续性	1.选定由要求家庭承担的各种税收和（或）保险缴费组成的组合。决定国内其他任何提高卫生收入的机制——如企业捐款。目的是确保稳定、可预测的资金流流入系统 2.建立一套覆盖无缴费能力人群的机制。可以通过一般政府收入或通过提高有缴费能力人群的健康保险缴费额，实现交叉补贴，进而覆盖未缴费人群 3.实施科负担的家庭缴费体系 4.通过保证本应捐款的人确实捐款，提高资金筹集的效率 5.根据证据估算未来的（国内及外部）筹资潜力，并与估计的需求量和需求增长相比较
减少经济障碍	费用可负担性与服务可及性 融资的公平性	6.根据第一项决策，确立制度性和管理性举措，从各种来源筹集资金（借此降低直接付现费用高的国家对直接付现的依赖性） 7.确定向患者收费是否有助于服务质量的提升，如增加基础护理工资等。在取代患者直接支付时，不仅要取代本应筹集的总资金，还包括之前由患者直接支付承担的活动资金。为了满足预期的需求增长，还要筹集额外的资金。这种做法最大程度降低了以非官方途径取代官方付费的可能性 8.确定是否应针对某些人群或某些具体干预采取需求方面的行动（消费券、现金转移），以确保适当使用服务 9.尽快将向卫生系统缴费[税收和（或）保险] 转变为强制性义务。这就可以确保居民不仅只在担心患病时才缴费，而且在身体健康的时候也一直缴费。应避免出现允许居民退保的现象，因为这会缩小对穷人和体弱人群的覆盖程度 10.如果存在多个资金池，可通过将多个资金池合并为一个

		大规模资金池或通过实施资金池风险共担机制的方式，降低资金池的分散性，确保处于不同资金池覆盖下的人群得到平等待遇 11.规定哪些人有资格通过资金池获得服务，将提供哪些服务以及任何级别的共同付款。排出一份时间表，根据上文所述的财务可持续计划扩展这些参数 12.最大程度降低资金存储的分散性
合理地使用资源	融资的效率 公平地使用资源	13.设计、执行卫生服务提供者的付费机制，激励服务机构提高质量和效率 14.由于向服务机构付款的各种方法均有利有弊，因此要建立促进质量和效率提升的补充步骤。重要原则包括：消除浪费和腐败现象。设计成本效益高的药物选取、购买和供应链 15.决定如何在不同的卫生服务类型和不同的医护水平之间分配集中资源，且同时保证这种分配不会给不同水平的医护服务之间的协调造成障碍 16.开展战略性购买/承包，确保物有所值 17.决定是否有必要建立单独的卫生促进和预防资金池 18.定期监测资金使用的结果和效率 19.决定如何在不同地理区域分配集中资源，说明相关人口规模、相关收入/贫困程度、相关健康需求和服务供应成本方面不可避免的差异（如因人口密度低形成的差异） 20.确定覆盖范围和卫生成果中是否仍然存在筹资系统无法解决、要求在卫生系统其他领域（如卫生设施或人力资源分配）或其他部门采取行动的不公平现象。决定其他部门和民间社会组织如何以最佳方式为解决这些问题贡献力量，制定并执行联合解决方案

6. 实施——包括评估组织结构和规则

本阶段，有的国家只须进行一些小规模改变以维持成果；有的国家则必须实施改革，建立新的机构和组织。毫无疑问，立法有助于发展卫生筹资系统以实现全民覆盖，同时还有助于保护个人获得卫生服务的权利。

很多国家在此实施阶段面临的一项巨大挑战是，缺乏技术和组织能力。因此，这些国家有必要重新评估本国的教育和培训优先顺序，以发展必备技能，并制定策略吸引、留住来自国外的经验丰富的专业人员。筹资计划还必须提升服务供应的质量和数量，确保有适当的药物和技术可用。

7. 监测与评价

筹资系统不一定要对所计划的变革做出响应。重要的一点是，要准备好应对意外情况且能够快速做出调整。为了达到这一要求，决策者需要不断获得准确的情报。

在表 2 中，简述了在进行有意义的形势分析时所需的信息类型，其中很多信息涉及到这些可以使用的财政资源是被如何利用的。

接下来就是要对成果进行评估，一个国家要想确定其距全民覆盖目标是越来越

近还是越来越远，就必须实施成果评估。

表 2：对全民覆盖的监测

目标和行动	相关指标	解释
1. 筹集足够的卫生资金：待覆盖的人口、服务和费用比例是多少？是否可行？	1.人均卫生总费用 2.卫生总费用占国内生产总值（GDP）中的比例 3.政府卫生投入占政府总费用中的比例 4.政府卫生投入占国内生产总值的比例	1.必须与人口需求挂钩，但经估计，2009年低收入国家平均最低卫生需求为44美元，2015年升至60美元 2.该指标也反映出了资金的可用性，因为卫生总费用在GDP中所占比例一般会随着人均GDP 的增长而增加。世界卫生组织东南亚区域和西太平洋其余的国家为自己制定了4%的目标，不过这一目标可能不足以满足资金需求。全球约有40个国家人均GDP 在1000美元以下，这些国家达不到卫生支出的最低资金需求水平 3.该指标显示了政府对卫生的承诺。撒哈拉以南非洲国家为自己制定的目标是，将政府支出的15%分配给卫生领域。世界卫生组织东地中海区域的成员国正在讨论将政府支出中的8%分配给卫生部 4.该指标体现了政府为人民承担医护费用的能力和决心。如果该指标在GDP 中所占比例低于4%~5%，就很难接近全民覆盖目标，而且对很多中低收入国家来说，在短期内，即使想要达到4%~5% 的比例也只能是一种渴望，需要进行长期规划
2. 经济风险保护的能力已经达到什么水平、对弱势群体的覆盖达到了什么水平——覆盖了哪些人，卫生费用的覆盖比例是多少	5.卫生总费用中个人患者直接支付部分所占的比例、哪些人群受影响最大 6.每年因个人患者直接支付而导致家庭陷入经济困境的百分比，哪些人群受影响最大 7. 每年因卫生付现支出使家庭陷入贫困百分比，哪些人群受影响最大	5.经验证据表明，卫生总费用中个人患者直接支付部分所占的比例与灾难性医疗支出的发生率以及因病致贫发生率之间存在密切联系。如果卫生总费用中个人患者直接支付部分所占的比例低于15%~20%，灾难性医疗支出的发生率以及因病致贫发生率就非常小。许多国家的这一比例要高于此数据，世界卫生组织西太平洋区域的国家制定的目标为20%~30% 6.按理想状态来说，尽管上文第5项指标已经很大程度涉及到了经济困境，也还是应直接测量本条指标 7.参见第6项指标的解释
3. 资源利用效	8.仿制药品购买中位价格与国际参考价格比较 9.相对于药物和供应品方面的投入而言，公共开支中投入到固定成本和工资中方面的百分比	8.如果两者的比率高于1:1,就说明尚有压缩药品成本的余地 9.这一指标很难进行解释，不过当该百分比过高时多数国家都会察觉到——例如，没有足够资金买药时，就说明该百分比过高了。该指标反映的更多是资金的不足，而不是资金的低效率

医保总额预付制改革的实践与成效（续）

上海交通大学医学院附属仁济医院 李卫平

- 一、医院概况
- 二、医保总额预付制改革背景
- 三、医保总额预付制的实践

（九）具体做法：加强信息化建设，为控费提供有力的技术保证

1. 抗菌药物分级管理

代码	职称
01	主任医师
02	副主任医师
03	主治医师
04	医师
05	医士
06	主任药师
07	副主任药师
08	主管药师
09	药师
10	药士
11	主任护士
12	副主任护士
13	主管护士
14	护士
15	护士
16	主任技师
17	副主任技师
18	主管技师
19	技师
20	技士
21	一般操作员
22	主管检验师
23	检验师
24	检验员
25	麻醉师
26	药剂员
27	高级工程师
28	中级工程师
29	工程师

职称—可使用抗菌药物范围

使用范围

全院 门诊 住院

10101-青霉素类[药品]

10102-头孢菌素类[药品]

10103-其他β-内酰胺类[药品]

10104-氨基糖苷类[药品]

10105-四环素类[药品]

10106-氯霉素类[药品]

10107-大环内酯类[药品]

10108-林可霉素类[药品]

10109-其他抗生素类[药品]

10110-磺胺类及相关药物[药品]

10111-喹诺酮类[药品]

10112-其他抗微生物药[药品]

10113-抗结核药[药品]

10114-抗麻风药及辅助用药[药品]

10115-抗真菌药[药品]

10116-抗病毒药[药品]

10117-驱植物药[药品]

10118-抗爱滋病药[药品]

10119-多肽类抗生素[药品]

10120-氨基糖苷类[药品]

10199-其他[药品]

10201-抗疟药[药品]

10202-抗利什曼原虫药[药品]

10203-抗吸虫药[药品]

10204-抗丝虫药[药品]

10205-驱肠虫药[药品]

10206-抗黑热病药[药品]

10207-抗阿米巴及滴虫药[药品]

10208-广谱抗吸虫及绦虫药[药品]

10299-其他[药品]

10301-镇痛药[药品]

10302-解热镇痛抗炎药物[药品]

10303-抗炎镇痛药[药品]

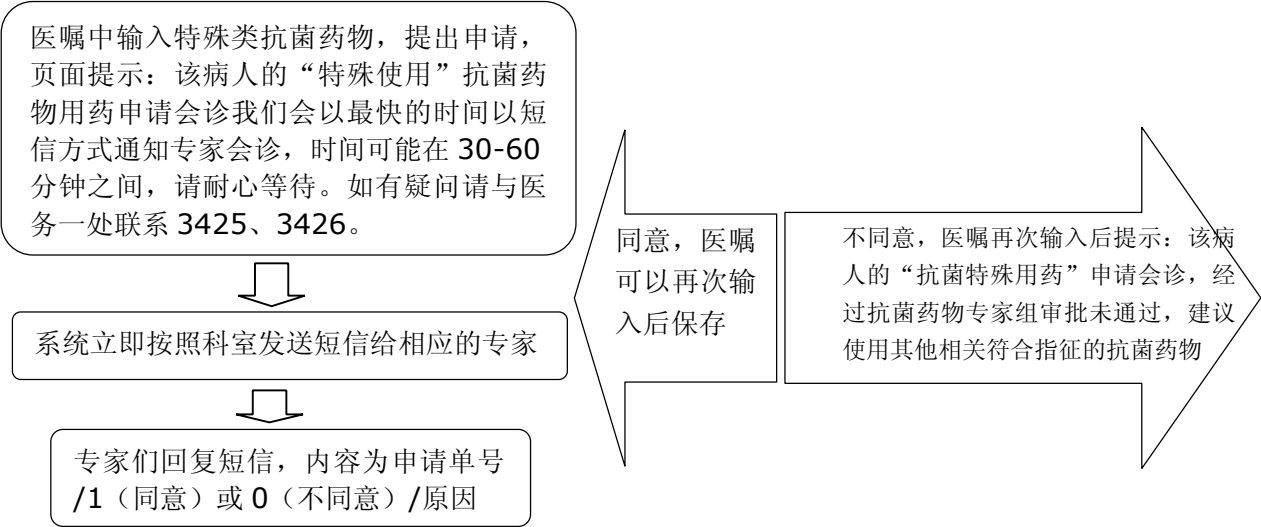
10304-抗癫痫药[药品]

全选

全清

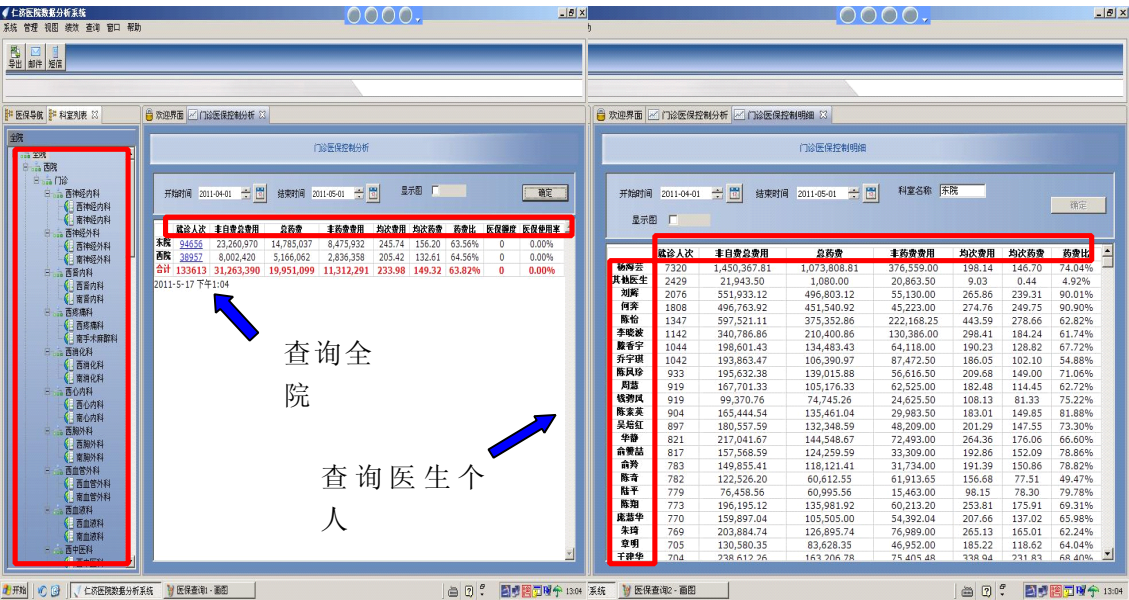
反向选择

- 2. 抗菌药物监管
- 3. 特殊类抗菌药物审批流程



(十) 具体做法：加强信息化建设，为控费提供有力的技术保证

- 医保查询管理系统



(十一) 具体做法：控制费用的同时，优化服务流程，保证服务质量

- 1. 开展普通门诊分时段预约：缩短病人就诊等候时间，（解放日报重点报道）
- 2. 推行“先诊疗、后付费”模式：“自助挂号”和“银医合作一站式预储值自助收费”，减少往返
- 3. 参与上海信息预约平台，每周提供 250 个专家号源
- 4. 门诊便民服务中心：提供一站式报告查询、检查预约等服务
- 5. 开展急诊分级分诊管理、畅通重症分流绿色通道，完善急性创伤急救流程：上海市新三年公共卫生计划之一
- 6. 加强肿瘤规范化治疗，逐步推广“日间化疗”（筹备日间化疗病房）
- 7. 保证服务人次、结余医保费用

	2009		2010		2011	
	全市	我院	全市	我院	全市	我院
	三级医院	三级医院	三级医院	三级医院	三级医院	三级医院
医保	超额		超额		超额	
超额	10.23%	-250 万	3.19%	-2501 万	3.06%	-5096 万
	2009 年我院		2010 年我院		2012 年我院	
医保		同比		同比		同比
门急诊	151 万人次	上升	159 万人次	上升	173 万人次	上升
人次		7.6%		5.31%		8.67%
医保		同比		同比		同比
住院	3.39 万人次	上升	3.55 万人次	上升	3.76 万人次	上升
人次		7.7%		4.81%		5.78%

四、发展方向

（一）预付制实施三年的不足之处

1. 无法从制度上预防推诿病人（表面现象降低了费用，内在实质无法体现收治病情的轻重）；
2. 无法从制度上确保医疗质量及重返率；
3. 无法对医院收治病种的结构区别考核，特别是对重大疾病、重大手术率进行特别考核并奖励；
4. 无法从制度上与医生服务质量挂钩，研究在预付制下按医生绩效付费-PFP（Pay-For-Performance）

（二）支付方式改革的一般发展趋势

1. 由后付制向预付制发展；
2. 单一支付方式向混合（组合）支付方式发展；
3. 合理选择支付方式，有针对性制定监督管理和考核措施，即以投入管制向以结果为基础的复合产出购买；
4. 按病种或诊断相关分组（DRGs）付费是住院患者支付方式发展的方向；
5. 计算机信息技术的使用，变繁为简

（三）国内外医疗费用支付方式改革的启示

支付方式改革核心是平衡各方利益，在控制费用增长同时保证医疗质量，实现支付制度改革的目标。

1. 强调政府在支付方式改革过程中的责任，重点是对医院和患者利益的平衡；
2. 推动医疗费用支付方式由后付制向预算制和混合支付制的转变；
3. 绩效指标管理，确保医疗质量，规范医疗行为；
4. 健全对医疗服务供方有效的激励和评价机制；
5. 引导医疗机构资源调节和配置，促进医疗机构健康发展

支付方式的改革是一个系统工程，需考虑改革实施的支撑体系的影响。

（四）我院新设想

1. 以信息化为契机，以医保预付制为抓手，全面提升医院质量、安全、服务；
2. 今后医保预付制工作不仅要考核每个科室完成的医保总量，更要考核完成的质量，进一步关注医疗质量和服务的提升，体现出我们三级综合医院水平；
3. 在完成目前卫生部要求上传 18 病种和手术基础上，我院根据上海市三级医院复评审的要求，制定了 71 个重点病种和 123 个重点手术；
4. 在考核重点病种和重点手术的基础上，研究预付制下按医生绩效付费-PFP（Pay-For-Performance）付费方法对科室和医生进行考核

澳大利亚医疗卫生财政体系（续）

澳大利亚医务管理学院 国际事务部主任

Mary Potter Forbes

一、我们对澳洲卫生服务的了解

二、政府提供了什么卫生服务

三、谁为急性医疗服务买单

四、政府为老年人提供了什么保健服务

五、澳大利亚的医疗卫生服务收入从何而来

六、澳洲人如何获得卫生服务

（一）全科医生是病人转去专科医院治疗的把关人——第一个治疗点

（二）澳大利亚联邦政府会支付全科医生的账单——他们也可以收取额外费用

（三）公立医院和紧急救护服务对于澳大利亚公民和其他或批准的居住者都是免费的——一般的税收收入承担了大部分这笔支出

（四）公民可以按个人意愿购买个人保险，其将被允许：

1. 去私人医院进行治疗
2. 可以选择私人医生进行治疗
3. 享受一系列附加服务，比如综合健康保健服务。

七、澳洲政府承担多少医疗费用

（一）联邦政府资金

（二）向各州和地区支付医疗经费比例

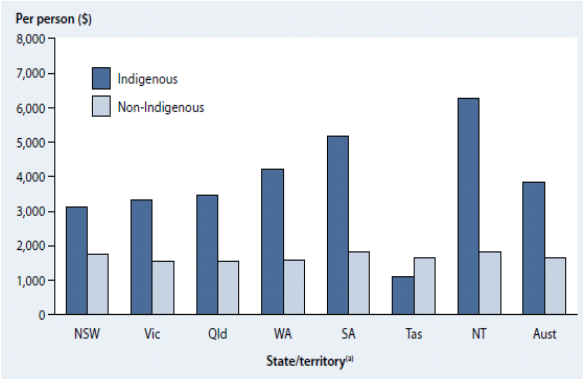
1. 公立医院服务（2007-08 年度占 39.1%），公共卫生活活动占 60.2%，例如染病防治和健康促进运动。主要方式为：

- 1) 澳大利亚卫生保健协议(AHCAs)
- 2) 公共卫生成果资助协议
- 3) 向公立和私立医院的门诊病人提供高度专业化的药物

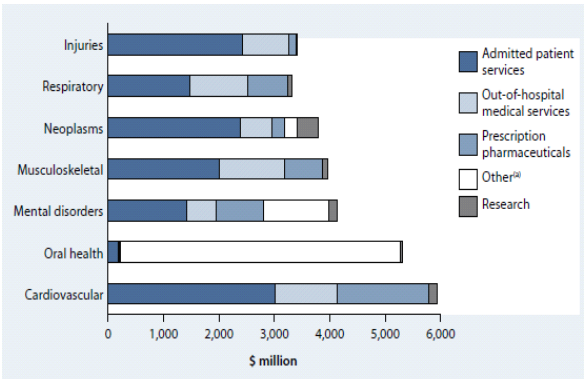
2. 私立医院——通过个人医疗保险费来补贴个人医疗保险基金，占总资金的 31.3%

八、澳洲人口位置及医疗保险

- 澳大利亚的人口分布在沿海几个主要城市。
- 对于每个州而言，让这些人口获得医疗卫生服务的成本是一个主要考虑的问题。
- 乡村社区是由其他地区的医生搭飞机过去进行服务。
- 飞机在紧急情况下将病人转送至主要医疗中心。
- 多功能服务中心提供老年护理，社区护理和公共卫生服务，但没有医院。
- 医生资源匮乏是一大问题。
- 许多偏远地区的原住民社区条件和社区服务非常差。



2006-2007 年土著人、托雷斯海峡岛民及非原住民在医疗服务上的人均支出



2004 年 5 月各类卫生服务项目在疾病（从众多疾病中选择出的部分疾病）治疗上的支出

九、其余政府承担多少医疗费用

（一）州政府和地区政府

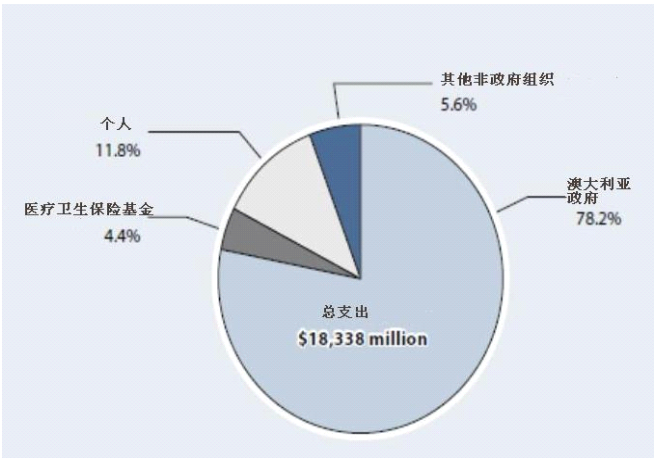
州政府和地区政府在 2007 - 08 年度提供的资金为：

- 1. 社区卫生服务（占这类服务总资金的 81.8%）
- 2. 病人转送（64.7%）
- 3. 公立医院服务（53.7%）
- 4. 公共卫生活动（33.5%）

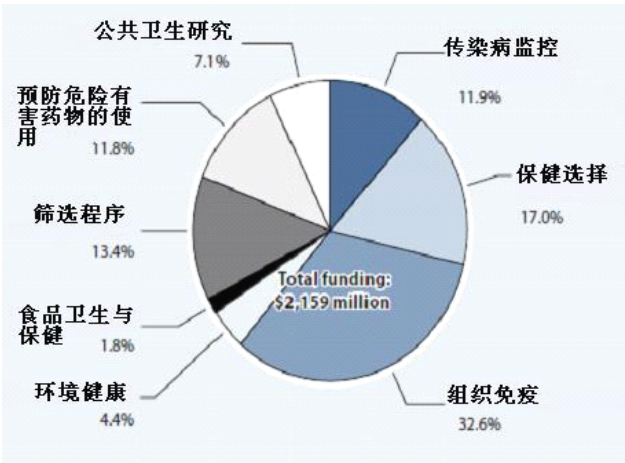
（二）非政府组织资金

由公民个人支付的开支为：

- 1. 牙科服务（\$4.8 亿）
- 2. 交通和工人意外伤害保险（\$7.1 亿）
- 3. 药剂业和普通医生支付余额（\$17.4 亿）



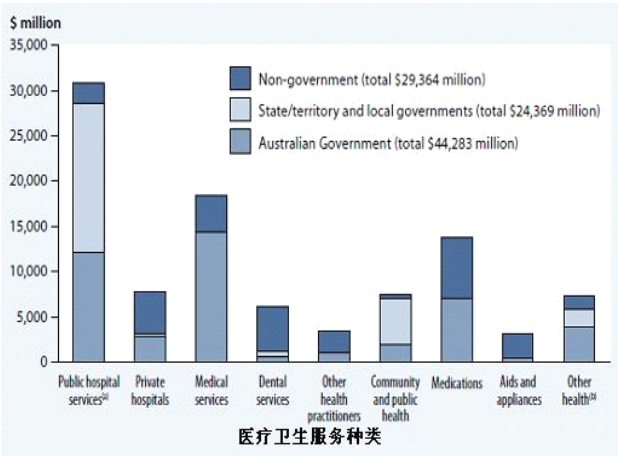
2007 年 8 月通过各种资金渠道的经常性医疗服务费用支出



2007 年 8 月政府在公共卫生活动上的支出

Service	Major city	Inner regional	Outer regional	Remote and very remote	Total
Admitted patient ^(b)	1,311	1,428	1,468	1,723	1,369
Medicare	753	661	576	409	710
PBS pharmaceuticals ^(c)	312	346	318	243	318
Total	2,376	2,436	2,362	2,375	2,397

2007 年 8 月按照澳洲标准地理划分，人均在卫生服务上的支出



2007 年 8 月由各种医疗服务及多渠道
资金支付的经常性健康支出

Disease group and sex	Age group (years)										85 and over	Total
	0-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84			
Cardiovascular												
All persons	10	7	14	36	85	229	533	1,091	1,718	1,858	291	
Male	11	7	14	37	94	276	652	1,333	1,990	2,195	322	
Female	8	7	14	34	77	183	414	861	1,511	1,699	261	
Neoplasms ^(a)												
All persons	32	18	28	44	88	188	353	656	831	755	186	
Male	32	19	22	30	61	134	350	732	1,115	1,157	183	
Female	33	18	33	59	116	241	356	584	613	567	189	
Musculoskeletal												
All persons	15	27	46	71	119	207	373	612	777	611	194	
Male	16	28	53	76	125	190	327	513	652	561	169	
Female	15	26	40	67	114	224	419	705	872	634	218	
Nervous system ^(b)												
All persons	73	49	41	57	80	115	168	339	643	731	134	
Male	81	49	36	51	73	111	163	330	664	854	125	
Female	64	48	47	63	86	119	174	347	627	673	143	

2004 年 5 月按年龄、性别、疾病群体
分配的人均卫生支出

Year	Government			Non-government	Total
	Australian Government	State/territory and local	Total		
1997-98	2.6	57.0	59.7	40.3	100.0
1998-99	4.4	36.5	40.9	59.1	100.0
1999-00	1.2	46.0	47.2	52.8	100.0
2000-01	4.0	37.8	41.8	58.2	100.0
2001-02	2.2	40.2	42.4	57.6	100.0
2002-03	1.8	39.2	41.0	59.0	100.0
2003-04	2.4	28.7	31.1	68.9	100.0
2004-05	2.8	36.4	39.2	60.8	100.0
2005-06	2.0	40.9	42.9	57.1	100.0
2006-07	2.0	38.8	40.7	59.3	100.0
2007-08	1.9	36.2	38.2	61.8	100.0

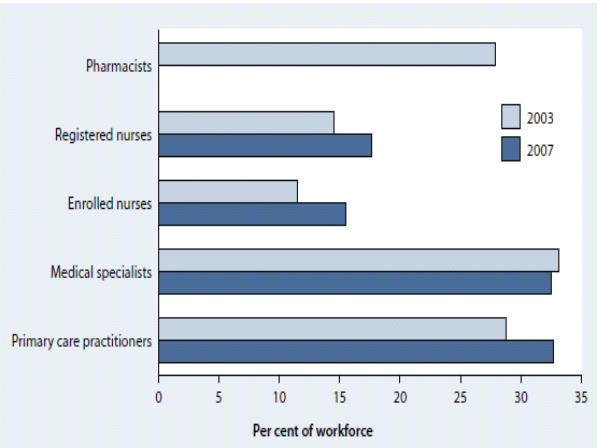
1997 到 2008 年，由各渠道资金支付的
主要卫生费用

Year	Employed in health services industries ('000) ^{(a)(b)(c)}	All employed persons ('000) ^{(b)(c)}	Proportion of all employed persons (per cent)	Civilian labour force ('000) ^{(c)(d)}	Proportion of civilian labour force (per cent) ^(c)
1988	523.6	7,366.0	7.1	7,932.2	6.6
1993	563.9	7,644.8	7.4	8,589.0	6.6
1998	615.6	8,572.4	7.2	9,300.5	6.6
2003	708.5	9,464.9	7.5	10,060.9	7.0
2008	825.0	10,740.3	7.7	11,210.7	7.4
2003 to 2008 increase (per cent)	16.4	13.5	..	11.4	..
1998 to 2008 increase (per cent)	34.0	25.3	..	20.5	..

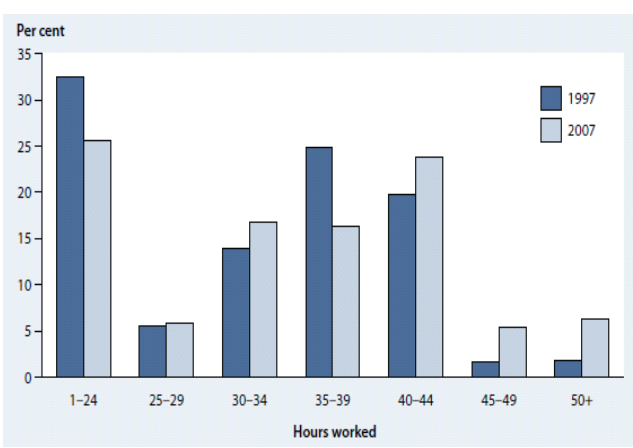
1988 至 2008 年，
受雇于卫生服务产业的人

Occupation	2003			2008			Per cent increase in numbers, 2003-2008
	Number	Per cent female	Per cent aged 55 years and over	Number	Per cent female	Per cent aged 55 years and over	
Generalist medical practitioners	34,500	36	21	42,000	41	22	22
Specialist medical practitioners ^(a)	17,000	*27	30	24,700	32	*18	45
Medical imaging workers	10,500	58	**8	13,300	68	*13	27
Dental practitioners	8,800	*26	*15	11,100	*22	*32	26
Dental associate professionals and assistants	23,900	87	*5	23,200	89	**6	-3
Midwifery and nursing professionals ^(b)	184,300	92	13	199,500	91	18	8
Enrolled and mothercraft nurses	24,100	92	*11	29,600	92	21	23
Nursing and personal care assistants	64,000	81	16	73,800	82	20	15
Pharmacists	15,700	49	*22	19,200	68	*23	22
Physiotherapists	11,000	73	**5	16,400	72	*16	49
Psychologists	13,100	70	*19	21,700	80	*24	66
Other allied health workers ^(c)	25,800	72	*8	29,200	68	*16	13
Complementary therapists ^(d)	14,500	78	*9	23,400	72	*13	61
Social workers	12,600	78	*9	17,000	80	*14	35
Other health workers ^(e)	73,500	61	10	110,600	64	16	50
All health workers	533,400	75	13	654,800	75	18	23
All other occupations	8,931,500	43	12	10,085,500	43	15	13
Total all occupations	9,464,900	45	12	10,740,300	45	15	13

2003 和 2008 年，从事卫生职业的人



2003 年和 2007 年 55 岁以上
从事医疗、护理、制药的职工比例



1997 年和 2007 年比较，在职护士
每周工作时间

Occu- pation/ year	Australia		New Zealand		Canada		USA		United Kingdom	
	Number	Rate	Number	Rate	Number	Rate	Number	Rate	Number	Rate
General practitioners ^(b)										
2003	27,834	1.4	3,006	0.8	32,088	1.0	281,957	1.0	40,007	0.7
2007	31,533	1.5	3,195	0.8	34,401	1.0	290,791	1.0	43,640	0.7
Medical specialists										
2003	23,985	1.2	2,873	0.7	34,061	1.1	409,916	1.4	89,480	1.5
2007	30,555	1.4	3,357	0.8	37,404	1.1	441,443	1.5	107,930	1.8
Dentists										
2003	9,666	0.5	1,582	0.4	18,265	0.6	173,574	0.6	n.a.	n.a.
2007	10,404 ^(c)	0.5 ^(c)	1,877	0.4	19,201	0.6	179,594 ^(d)	0.6 ^(d)	25,512	0.4
Nurses										
2003	195,975	9.9	36,514	9.1	269,154	8.5	2,929,020	10.1	604,598	10.2
2007	212,480	10.1	41,980	9.9	297,388	9.0	3,187,580	10.6	610,957	10.0

2003 年和 2007 年相比，在部分经合组织国家工作的卫生专业人士的数量和比率

十、医疗卫生改革的新方向

- （一）太多的资金来源导致麻烦——接待病人效率不高和因为技术差距造成浪费。
- （二）联邦政府同意直接承担医院成本的 60%，但是资金将由州政府管理。
- （三）采用标准化分配系统按病种分组 (DRG)。
- （四）联邦政府将继续鼓励和扶持个人保险计划，从而减轻公共系统负担。
- （五）建立国家医疗卫生绩效框架来追踪医疗卫生系统的绩效指标。
- （六）正在建立的数据库会更好地了解卫生系统成果。
- （七）对健康存在危险的因素重点增加经费支出：吸烟，肥胖，非法药物，性传播疾病和卫生管理。



- （三）护理寻求庇护者产生的成本会造成麻烦。
- （四）联邦政府会继续强调创建一个更为有效的医疗卫生系统。
- （五）由于老龄人口容易摔倒，所以需要控制因受伤产生的医疗成本。
- （六）数据采集会更好地了解卫生系统成果。
- （七）国家宽带的发展和数字访问将改善偏远社区难以获得医疗保健的窘境。

2013 年澳中友好协会医疗交流项目

一、澳中医院论坛及相关研讨会

1. 2013 医院建设与管理研讨会 2013 年 5 月 澳大利亚 8 天
2. 澳中地区医疗管理及服务研讨会 2013 年 6 月 澳大利亚、新西兰 10 天
3. 2013 澳中医院论坛（中国）暨第七届中澳医院论坛 2013 年 6-7 月 中国
4. 第十二届澳中医院论坛（布里斯本） 2013 年 11 月 澳大利亚 8 天

二、专题培训

1. 中国医院高层管理进阶培训 2013 年 3 月、6 月、9 月
澳大利亚 14~21 天；新加坡 14 天；香港 14 天
2. 全科医师及康复医疗培训 2013 年 8 月 澳大利亚 21 天
3. 高级护理及管理培训 2013 年 4 月、10 月 澳大利亚 15~21 天
4. 中医药管理培训 2013 年 8 月 澳大利亚 21 天

三、专题考察

1. 澳大利亚

- | | | |
|-----|---------------|---------------|
| 专题： | * 社区卫生服务与老年护理 | * 药品监督管理 |
| | * 公共卫生应急管理 | * 临床技能培训与继续教育 |
| | * 医院信息化建设与管理 | * 医学科研成果转化及管理 |
| | * 护理职业教育 | * 实验室生物安全 |

2. 美国、香港

- | | |
|-----|----------------|
| 专题： | * 公共卫生应急管理 |
| | * 医院信息化与智能医疗物流 |

四、国际医疗学术及管理会议

1. The 9th Design & Health World Congress & Exhibition 2013
2013 年第九届世界设计与医疗大会
布里斯本 7 月 10 日- 14 日
2. International Congress of Pediatrics 2013 (ICP)
2013 年国际儿科协会大会
墨尔本 8 月 24 日- 29 日

如需详情，可咨询澳中友好协会上海代表处。

编发：澳大利亚澳中友好协会上海代表处

网址：<http://www.acbcg.com>

电话：021-54070485 传真：021-54070471

地址：上海市华山路 2108 号汇银广场北楼 2302 室

邮编：200030