



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12期
2012年9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“实现全民覆盖的方式——统筹”、“各国实现全民覆盖的案例”、以及“导致卫生利用低效率的十大主要原因”三大专题来探讨卫生筹资如何有效实现全民医保。

人物聚焦

新疆医科大学第一附属医院 温浩院长
厦门医科大学附属协和医院 陈元仲院长

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
澳大利亚医疗卫生财政体系

目 录

【医疗时讯】

北京医药分开改革试点效果超预期·····	1
南京两医院共建志愿者服务基地·····	1
山东鼓励优质资本参与公立医院重组·····	2
昆明三级公立医院实行总会计师制度·····	2
全国 240 家三级医院将重新定级·····	2
上海规定医患纠纷索赔超 3 万元不得私了·····	3
青海公立医院 9 月起“先住院后交钱”·····	3
北京 24 家大医院将改革护士管理方式·····	4
卫生部：争取实现 90% 病人看病就医不出县·····	4
NHS 考虑改革器官捐献系统·····	5
澳大利亚：实习医生面临学习困境·····	6
2018 年海湾国家医疗开销将增 2 倍·····	6

【人物聚焦】

新疆医科大学第一附属医院院长——温浩·····	7
厦门大学附属协和医院院长——陈元仲·····	8

【中外医院】

南昌大学第一附属医院·····	9
中南大学湘雅医院·····	9
奥地利维也纳总医院（Vienna General Hospital）·····	10
澳大利亚利物浦医院（Liverpool Hospital）·····	10

【热点聚焦】

卫生筹资——实现全民覆盖的道路（续）·····	11
-------------------------	----

【专家视角】

医保总额预付制改革的实践与成效·····	18
澳大利亚医疗卫生财政体系·····	25

【展会信息】

澳大利亚医院管理进阶培训项目·····	29
澳大利亚高级护理管理培训项目·····	30

北京医药分开改革试点效果超预期

7月1日，北京医药分开试点在北京友谊医院启动，该院1500余种药品全面取消药品加成。医药分开一个月后，次均医疗费用由450元下降到380元，次均药费的降幅也在30%以上，医药分开的改革影响了医生的行为和医院的药品供应导向，药品使用总量下降，药占比从原来的58%下降到50%以下。

同时，医院和医生的收益明显提高。北京友谊医院7月份的收益增长了160多万元，而支出降低了900多万元，该院实际收益增长了1000余万元。此外，专家工作负荷率从115%下降到85%，专家的服务技术价值得到进一步体现。

今年北京市还将有1~2家三甲医院进行医药分开试点，明年该政策将在北京全市医疗机构推开。

河南启动365个基层医卫建设项目

8月，河南省基层医疗卫生服务体系建设项目启动会上宣布，该省2012年中央新增投资卫生建设项目目前已全部启动。

此次共启动8个专项365个建设项目，包括建设15家县级医院、235个乡镇卫生院、7家儿童医院、11个全科医生临床培养基地、29个县级卫生监督机构、49个县级“120”急救指挥中心、15个重大疾病预防控制机构、2家艾滋病定点医院、1个食品安全风险监测系统和1个基层医疗卫生服务机构管理信息系统。

自2008年以来，该省已分6批安排基层医疗卫生服务体系建设项目6万多个，累计投资100多亿元，新增建筑面积达500多万平方米，添置各类医疗设备2万多台件。

青岛支付方式改革要实现两个全覆盖

8月，山东省青岛市卫生系统召开深化医药卫生体制改革工作电视电话会议。今年年底前，该市将全面推行新农合按人头、按病种、按床日、总额预付等综合支付方式，实现定点医疗机构与病种的两个全覆盖。

青岛市卫生局局长曹勇介绍，从前段时间该市开展门诊总额预付和住院单病种付费改革的情况看，门诊次均费用较去年同期有所降低，但住院次均费用呈上升趋势。为此，该市将加大对医疗机构总费用和次均（病种）医疗费用增长控制，以及个人负担控制的管理力度，规范医疗服务行为，严格控制住院医药费用。

南京两医院共建志愿者服务基地

8月，由江苏省南京市妇幼保健院和南京市胸科医院联合举办的志愿服务共建基地启动仪式在南京市妇幼保健院举行，这是南京市卫生系统首个志愿者服务联合共建基地。

据介绍，南京市妇幼保健院和南京市胸科医院各拥有一支志愿者服务队伍。为了建立志愿服务社会化运行模式，两院整合志愿者资源，形成新型医院志愿服务建设体系。联合共建基地启动后，两家医院的志愿者服务工作将向组织化、规范化、

事业化发展，并实现优势互补、资源共享。

山东鼓励优质资本参与公立医院重组

8月，山东省政府办公厅发布的《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的实施意见》提出，优先选择并支持具有办医经验、社会信誉好的社会资本通过合作、兼并、收购等形式，参与包括国有企业所办医院在内的公立医院改制重组。

《意见》提出，到2015年，山东省力争全省非公立医疗机构的床位数和服务量，占全省医疗机构的20%左右。允许具备医师职业资格的人员，在公立和非公立医疗机构多点执业；《意见》提出，鼓励和支持社会资本举办各类医疗机构，确保非公立医疗机构在准入、执业等方面与公立医疗机构享受同等待遇。

昆明三级公立医院实行总会计师制度

8月，云南省昆明市卫生局开始在全市三级医院实行总会计师制度，规定医院重大财务收支必须经总会计师审批并报单位负责人批准。

该市卫生局规定，医院总会计师可由院长提名，院党委班子投票，报市卫生局审批后由卫生局党委聘任；也可按《昆明市医疗卫生事业单位负责人公开选拔办法》，在符合条件的人员中公开选拔后聘任。聘任的总会计师享受副院长级待遇，聘期为2年。

全国240家三级医院将重新定级

近期，卫生部正在制定新的医院等级评审标准，将对2010年12月31日后评审新增的超过240家三级医院进行重审。此次医院等级评审思路将从重视规模扩张转向强调质量效益，从行政化的粗放管理转向信息化精细化管理。

卫生部医管司评价处处长刘勇表示，在三级甲等医院复审的基础上，将从中评选出100所国家级优质医院、300所区域级优质医院、500所区域级优质医院、500所优质县医院、预计今年10月份评出首批10所国家级特等优质医院。

卫生部将推4000亿医疗体系专项资金

8月17日，卫生部发布耗时三年完成的《健康中国2020战略研究报告》，其中明确指出未来将推出七大医疗体系重大专项，确定中国医疗卫生体系发展优先领域。卫生部表示，到2020年健康产业占GDP比重将较目前上升两个百分点，相应财政投入也将大幅增加。

七大专项主要包括基层医疗体系建设、心理疾病防治体系建设、基于网络体系的全民电子健康系统建设、慢性病及重大疾病的预防，以及大力发展民族健康产业等，资金总规模将达4,000亿左右。

上海“5+3”培养模式全国推广

8月，上海市召开的临床医学硕士专业学位研究生培养模式改革座谈会上，教

育部、卫生部明确：从今年起将在全国推广以临床实践能力为核心的“5+3”医学生培养模式。

上海市自2010年启动临床医学硕士专业学位教育与住院医师规范化培训结合的改革试验以来，在国内首次提出以临床实践能力为核心的“5+3”医学生培养模式，即5年临床医学本科教育，加3年住院医师规范化培养，构建了院校教育、毕业后教育和继续教育有机衔接的临床医学人才培养体系。

如今在上海，医学本科生毕业后，通过研究生入学考试和住院医师招录，即进入住院医师规范化培训基地，具有住院医师和研究生双重身份。毕业时，合格者可以获得研究生毕业证书、硕士学位证书、住院医师规范化培训证书和执业医师资格证书四证。

呼伦贝尔“工分制”考核基层机构绩效

8月30日，内蒙古自治区呼伦贝尔市海拉尔区积极探索建立“工分制”奖励性绩效工资考核分配制度，把职工工资中地方性津补贴的40%以及本单位的部分业务收入纳入绩效工资总额。

“工分”分为岗位业绩工分、效益工分和特定项目工分3个部分。岗位业绩工分针对每位职工岗位职责、工作数量、工作质量3个方面完成情况分别给予相应加分或扣分。职工效益工分由月底和年底的满意度考核决定，当月群众满意度90%以上的记50个工分，每下降1%扣5个工分；满意度在80%以下的不得分；发生群众投诉并查实的，扣除当月全部效益工分。特定项目工分是对在学术研究上做出一定成绩、年度工作全区领先者以及其他对海拉尔区基层医疗卫生机构发展有特殊贡献者给予的奖励性工分。

上海规定医患纠纷索赔超3万元不得私了

自8月30日起，由上海市司法局、卫生局、公安局联合发布的维护医疗机构秩序通告正式实施。通告规定，索赔金额超过3万元的医患纠纷，公立医疗机构不得自行与患方协商解决，双方可以前往所在区（县）医患纠纷人民调解委员会进行调解。任何单位和个人扰乱医疗机构正常秩序，公安机关将予以制止，拒不停止的将强制带离现场。

通告要求，医疗机构应建立专职负责投诉的部门，并设立专窗配置专职人员，及时处理患者投诉，并主动告知医患纠纷的解决途径和程序；医患纠纷人民调解委员会应坚持自愿、公正、及时、便民的原则，主动受理、调解医患纠纷，切实维护医患双方的合法权益。

青海公立医院9月起“先住院后交钱”

9月，青海省“先住院后结算”服务模式将覆盖省、州（地、市）、县（市、行委）公立医疗机构（含中医和民族医医院）和乡镇卫生院、政府举办的城市社区卫生服务中心。

服务对象为参加省内城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的住院患者；与用工单位签订医疗协议的工伤病人；“三无”病人；突发公共事件中需紧急救治的患者以及医疗机构认可的其他人员。

各级公立医疗机构在为患者办理住院手续时，将根据患者医保证（卡）、身份证或户口簿、低保证、五保证、重点优抚对象抚恤补助证等有效证件审核患者参保身份和救助对象身份，对符合条件的患者签订住院费用结算协议，并将相关证件交医疗机构保管，不需交纳住院押金即可入院治疗。

深圳公立医院医药分开两月 收入不减民众获实惠

深圳市 67 家公立医院、569 家社康中心自 7 月 1 日全面取消药品加成费用，成为全国第一个取消所有公立医院的所有药品加成的大城市。至 9 月 1 日，两个月的改革摸索，基本实现了公立医院合理收入不减少，市民普遍得实惠的目标，遏制过度医疗的作用逐步显现。

数据显示，两月来，全市公立医院每门诊人次费用 195.9 元，环比（7、8 月均值与 6 月相比，下同）降幅 2.1%；同比（与去年同期相比）降幅 4.3%；其中每门诊人次药品费用 74.3 元，环比降幅 13.0%，同比降幅 11.2%。全市社康中心每门诊人次费用 56.0 元，环比降幅 4.4%，同比降幅 4.9%；其中药费 26.4 元，环比降幅 16.7%，同比降幅 21%。

北京 24 家大医院将改革护士管理方式

9 月，北京市卫生局发布《关于确定北京市护士岗位管理试点医院名单及有关工作的通知》。根据《通知》，包括北京协和医院、北京友谊医院、北京宣武医院在内的 24 家大医院将试点护士岗位管理改革。

试点医院将从原来的管护士，变成管护理岗位。护理岗位准入将打破护士学历、职称、工龄等限制，以能力水平为核心标准，护士通过培训上岗，人员能力与岗位要求相匹配。护士的绩效工资将与岗位级别、工作质量、工作时间等挂钩。根据《北京市护理事业发展实施方案》，到 2015 年，北京市注册护士总数将达到 8.5 万人，3 年内再增约 1.3 万人，使每千人口注册护士达到 4 人以上。

卫生部：争取实现 90%病人看病就医不出县

9 月 24 日，卫生部发布通知，要求深化城乡医院对口支援工作，进一步提高县级医院医疗服务能力，争取实现 90% 的病人看病就医不出县域等目标。

卫生部通知要求，三级医院与县级医院应建立更紧密联系，支援医院帮助受援医院研究制订发展规划，实行管理人员双向挂职，积极开展分级医疗和双向转诊，探索建立支援医院和受援医院合作共赢的机制。

卫生部要求加强对县级医院重点专科的扶持力度。支援医院和受援医院要根据受援医院近三年县外转诊率前 4 位的病种、国务院和卫生部要求纳入重大疾病医疗保障范围的 20 种重大疾病，结合医院发展需求，制订临床重点专科建设计划。

卫生部还要求，要按照病种分级诊疗和转诊标准，一般大病原则上尽可能在县级医院诊治，复杂疑难病例转诊到三级医院。受援医院要配合做好筛查与治疗等环节的衔接，加强对筛查异常和确诊病例的管理，保证确诊病例得到及时有效的后续治疗。

NHS 考虑改革器官捐献系统

英国国家卫生服务部（NHS）正在考虑对器官捐献的道德、法律与专业规则进行有史以来最大的变革。NHS 血液与移植中心网站在 7 月 28 日发布了一份在线调查，征求医疗界、科学界和公众对变革的意见。

该调查的项目包括：赋予英国 1910 万器官捐献注册者优先享有器官移植的权力；采用新技术来保存器官；为提供器官的重症监护室提供经济奖励；以选出体系替代选入体系，即除非人民明确表明不愿捐献器官，则被视为器官捐献者。

美国：医疗工程相关领域工资标准提高

8 月，美国卫生保健工程学会（ASHE）、卫生保健环境协会（AHE）及医疗设备管理杂志等机构联合开展了一项读者调查。结果显示，忽略采访者所从事的专业类别，平均工资水平比 2009 年的 9.1 万美元提升了 6%。

其中，医疗建筑与项目管理类人员平均工资较 2009 年的 11.2 万元提高了 7%，医疗设备管理、工程运维类人员较 2009 年的 9.6 万元增加了 4%，环境服务、物业保洁管理类人员则比 2009 年的 6.9 万元提高了 2%。约 31% 的管理层人员年薪比 2009 年增加了 25%，平均超过 10 万美元。约 300 名受访的管理层人员表示在过去 3 年中，平均年薪达到 16.7 万美元，处于行业收入的最高层。

欧洲：欧盟简化临床试验规则

欧盟表示，近年来由于管理成本翻倍，试验时间延长，欧洲各国进行的临床试验数量减少了 15%。研究组将此变化归因于费用增加以及欧盟规则限制过多。因此，欧盟在 6 月中旬倡议建立新规则，减少制药公司和研究者进行多国临床试验的困难。新规则引入了更加简单的信息提交系统，制药公司和研究者进行多国临床试验时只需提交一次信息，而非以往在各国都要重复提交信息。

德国《药品市场改革法》初见成效

德国 2011 年颁布了《药品市场改革法》，以防堵一些药企将旧药换上新名后高价出售。一年来，药商借“换名”大举牟利的通道被逐渐堵死。

《药品市场改革法》规定每种新药均需接受“医疗保健质量和效率研究所”的“前期效用评估”，只有被评估比现存的药物疗效更好后，新药才有涨价的机会。

在德国，药物有法定的医疗保险公司负责采购。按规定，如果新药确实可为患者带来更好疗效，价格将视与医疗保险公司的协商结果而有所上浮，如果新药与旧药并无本质区别，售价则按照已确定的参考价格执行。

德国最大法定医疗保险公司 AOK 9 月 27 日发布“2012 处方药”报告，在新法律生效一年后公布的“前期效用评估”结果，在 23 种新批准药物中，14 种药物被证实或多或少可带来更好疗效，9 种药物与现有同类药物疗效没有区别。

《药品市场改革法》得到了不少德国医学专家的认可，他们说通过前期评估，人们可对新药有着更清晰的认识，并非新药就是好药。

英国医生考核增加新标准

英国医学总会（General Medical Council）表示，医生每年将接受技术评估，确保他们的能力适合于执业。据悉，该年度评估将于 2012 年 12 月开始，此外，医生每 5 年还需进行更加综合的能力评估。医生们不但要达到临床标准，还需要跟上医疗领域的最新进展。患者的反馈也将纳入评估。迄今为止，英国医生的整个执业生涯并不需要进行任何正规的能力评估。

澳大利亚：实习医生面临学习困境

由于大部分公立医院中，医学生的数量迅速增长，远远超过医学教育者的数量，多数实习医生无法获得足够接触患者的机会。

在过去 10 年中，医学生的数量翻了一番，增长至 17000 名，但医院的培训资源并没有跟上。澳大利亚医学会指出，由于本国的医改更关注服务成本，而忽略了公立医院的培训成本，可能会加重这一问题。

2018 年海湾国家医疗开销将增 2 倍

沙特阿拉伯《利雅得报》8 月公布：调查显示，截至 2018 年底海湾地区国家在医疗方面开销将达到 1,330 亿美元，相比现今 460 亿美元的水准增长了近 2 倍。

调查显示，海湾地区国家加大医疗方面开销的原因可以分许多方面，其中人口急剧增长以及糖尿病，骨质疏松等由于生活形态改变而发生的疾病的增加是其中主要动因。

专家表示，海湾地区国家人口的急剧增长原因为迅速增加的海外劳工人口，本土公民平均寿命增加以及婴儿死亡率降低。同时，海湾地区国家的医疗水平在近几十年来也有了飞跃，其中每 1 万名海湾地区公民便拥有医院床位 19 个。而截至 2020 年底，海湾地区国家医生人数将达到 9.17 万，而如今海湾地区共拥有医生 8.3 万，护士 15.8 万，这也意味着每 100 个海湾地区公民将至少享有一个医生以及两名护士。

新疆医科大学第一附属医院院长——温浩

温浩教授，现任新疆医科大学第一附属医院党委副书记、院长，中共党员、主任医师、教授、硕士、博士研究生导师，享国务院特殊津贴。

1983年8月毕业于新疆医学院，1989年赴英国留学，获博士学位，1995年底完成留英博士和留法博士后的研究学习和工作后回国，主要从事肝胆包虫外科和器官移植的临床诊治、研究和普通外科学的教学工作。

【专业成就】

- 主持医院“肝移植”和“试管婴儿”两项重点项目均获临床成功，开创了两个全国首例（泡球蚴型肝移植和自体肝移植）、西北地区两个首例（维吾尔兄妹劈离式肝移植和活体肝移植）
- 2000年在全疆率先成功实施肝移植手术及胰肾联合移植，并启动成立自治区器官移植研究所和生殖中心
- 主持国际合作科研项目4项，国家九·五攻关项目2项，国家自然科学基金项目3项，国家留学生基金委成组配套项目（6人课题组），获得项目经费300多万元
- 发表SCI论文36篇，中英文225余篇，专著3部
- 国家发明专利和实用新型3项，指导博士后12人，培养博士生29人和硕士生32人

【社会职务】

- 包虫病国际联合会、英国皇家热带医学与卫生学会、美国纽约学会会员
- 新疆自治区科协副主席
- 新疆包虫病临床研究所、新疆器官移植研究所所长
- 省部共建国家重点实验室培育基地新疆重大疾病医学重点实验室主任
- 中华医学会外科学分会、器官移植分会全国委员
- 中华预防医学会寄生虫学分会副主任委员
- WHO专家组成员
- 《中华消化外科杂志》、《中华外科杂志》、《中华肝胆外科杂志》等杂志副主编、编委

【荣誉奖项】

2000年荣获“自治区科技进步奖二等奖”；2002年荣获“自治区科技进步奖三等奖”、“全国优秀医院院长”荣誉称号、自治区第七届自然科学优秀论文一、二等奖各一篇，以及“中国科协西部突出贡献奖”；2004年，获得“自治区科技进步一等奖”；2000~2004年，连续五年被评为“自治区有突出贡献专家”；2005年，又相继荣获“新疆医学科技奖一等奖”和“自治区先进工作者”荣誉称号。2006年，荣获全国五一劳动奖章、“中国医院协会第二届MTA医疗新技术管理奖”和卫生部授予的“全国卫生系统中青年特殊贡献专家”荣誉称号。

厦门医科大学附属协和医院院长——陈元仲

陈元仲教授，现任厦门医科大学附属协和医院院长，福建医科大学校长，福建省血研所副所长，中共党员、主任医师、博士生导师，享国务院政府特殊津贴。

1983年毕业于福建医学院，1992~1994年公派到法国巴黎医科大学进行博士课题研究，1995年获博士学位。

【专业成就】

- 在国际上首先报道：①IL-3是巨核细胞白血病的自泌因子；②TSP是巨核细胞生成的负调控因子，并发现TSP这种作用的功能基团；③白血病细胞存在多种细胞因子自泌(multi-autocrine loops)及正、负自泌因子调控网络失衡，这可能是阻断白血病细胞凋亡的新机制；④ITP患者存在血管内血小板破坏的机制；⑤类肝素物质(藻酸双酯钠)是巨核细胞生成的正调控因子
- 成人T细胞血病(ATL)的MIC综合研究、HTLV-I感染者T细胞激活研究、血小板减少症的血浆与血小板内bTG水平研究、血小板内bTG含量与血小板功能的关系研究等方面的成果均为国内最先报道
- 在细胞因子与造血调控、植物抗白血病有效成分、骨髓净化及白血病基因治疗实验等方面开展了有特色的原创性研究
- 在国内外重要学术刊物发表论文近90余篇，获国家科技进步三等奖1项、省科技进步一等奖1项、省科技进步二等奖3项、三等奖3项
- 获DEBIO-CCRF中国奖一项、申请及获中国发明专利六项
- 参编《内科学》及《血液实验学》

【社会职务】

- 福建省科协副主席
- 中华医学会理事
- 中国中西医结合学会血栓止血与血管生物学专业委员会副主任委员
- 中华医学会内科学会委员
- 中华医学会血液学会委员
- 中国医药生物技术协会理事
- 福建省内科学会、福建省血液学学会主任委员
- 《中华医学杂志》、《中华血液学杂志》、《中华全科医师杂志》、《内科理论与实践杂志》编委
- 《Acta Pharmacol Sin》《Bioelectrochemistry》、《中华内科杂志》等国内外重要刊物审稿专家

【荣誉奖项】

先后获得“全国首届百名优秀医生”、“全国卫生系统先进工作者”、“全国优秀医院院长”及“首届福建省优秀科技工作者”、“福建省卫生系统十佳先进工作者”、“福建省劳动模范”等称号。

南昌大学第一附属医院

南昌大学第一附属医院创建于 1939 年，是目前江西省规模最大、学科最全、病人最多、手术量最大的集医疗、教学、科研、急救和预防保健为一体的省直综合性三级甲等医院。

全院现有员工 3017 人，其中正高 169 人，副高 269 人，中级 646 人，初级 1094 人。医院拥有全省卫生系统高层次学术技术带头人 11 名，享受国务院特殊津贴 29 人，百千万人才工程国家级人选 1 人，百千万人才工程省部级人选 10 人，卫生部有突出贡献中青年专家 6 人，江西省突出贡献人才 2 人。

医院开放床位 2,500 张。2011 年门诊量 152 万余人次，住院病人 7.4 万余人次，手术 3.1 万台次，总工作量和人均工作量均居省内各大医院之首。医院拥有国家级临床重点专科 6 个，国家级诊疗中心 1 个，省级重点学科、领先学科 15 个，省级诊疗中心 5 个，国家药物临床试验基地专业 15 个，卫生部内镜专科医师培训基地 4 个。卫生部临床路径试点医院、优质护理服务示范工程重点联系医院。

医院建院以来，荣获三项国家发明奖、两项省科技进步一等奖，实现江西医学界国家 863 计划主持项目、973 前期项目、中华医学科技奖零的突破。拥有省高校重点学科 6 个，重中之重重点学科 1 个，省高水平学科 5 个，省级研究所 4 个，省级重点实验室 2 个，省科技创新团队 3 个。拥有临床医学一级学科科学学位和专业学位博士点各 1 个（均涵盖 17 个二级学科，15 个三级学科），博士后科研流动站 1 个。

中南大学湘雅医院

中南大学湘雅医院位于文化名城长沙，始建于 1906 年，是我国最早的西医院之一。现在是教育部直属重点中南大学附属医院和卫生部直管国家大型综合性公立医院，是我国重要的医疗诊治、医学教育和医学研究中心。

医院现有职工 2,154 人，其中副高职称以上人员 467 人，青年千人计划 1 人、长江学者特聘教授 1 人、长江学者讲座教授 4 人，2 人入选教育部“跨世纪优秀人才”、6 人入选教育部“新世纪优秀人才”支持计划。

医院设临床医技科室 51 个，编制床位 3,500 张，年门、急诊量 200 万人次，年住院病人 9 万人次，年手术 5 万台次。2010 年、2011 年，骨科学（含脊柱外科）、重症医学科、病理学、护理专科、麻醉学科、耳鼻咽喉头颈外科、神经外科、中西医结合脑病科、心血管内科、血液内科、口腔颌面外科等 11 个专业先后被列入国家临床重点专科。

医院每年开展诊疗新技术 100 余项。多项医学成果达到国际先进水平。近 3 年来，共承担重大医学科研课题和项目 700 余项，平均每两天中标一项以上，其中，国家自然科学基金课题、国家“863 计划”课题及国家“十五”重大科技攻关项目等达 70 项，这个成绩名列全国 6,000 多家医院前茅、全省医疗机构之首。

奥地利维也纳总医院（Vienna General Hospital, Austria）

维也纳总医院（AKH）又称维也纳医科大学附属医院，是奥地利规模最大、设备最先进的综合性医院之一，该院的移植科也是世界最著名的移植中心之一。

医院有着300余年的历史，并享有盛誉，著名的心理学家、精神分析学派的创始人佛洛伊德（Freud Sigmund）曾在该院做住院医师，重建胃肠道的毕氏手术也是该医院的 Theodor Billroth 教授创立的。医院的两幢22层85米高的医疗中心是维也纳的地标性建筑。

医院有员工 9,000 余人，其中医师约为 1,500 人，护士约为 4,500 人。医院编制床位 2,200 张，手术室 54 间。年门诊量 130 万人次，住院量 8.5 万人次，手术量 4.8 万余例，仅器官移植手术（如心肺联合移植、心脏移植、肺移植、骨髓移植、肝移植等）就有 1,400 余例。

同时，医院还肩负着医科大学 1 万余名医学生的临床教学任务。

目前该医院的肾脏移植在欧洲位居首位，每年实行肝脏、胰腺移植也位于欧洲前列，其心脏病中心为全球第五大心脏移植中心，第三大肺移植中心。世界范围内首次开展经皮导管主动脉瓣置换术，植入体积最小、重量最轻的心脏辅助装置。

2012 年 4 月，维也纳总医院的医学专家们成功地为一名 11 岁男孩安装了植入式骨传导助听器，这也是迄今世界上首例为儿童安装植入式骨传导助听器的手术。

澳大利亚利物浦医院（Liverpool Hospital, Australia）

利物浦医院是位于澳大利亚悉尼的西南地区的一所公立三级转诊医院，医院提供内科、外科、急救、重症护理、肿瘤科、心脏科、妇产科等服务。

医院是新南威尔士州主要的创伤外科中心，它的急症科包括 6 个创伤治疗室和一个儿童创伤治疗室，以及最先进的设备。医院也是澳大利亚新南威尔士大学西南临床学院的教学医院，并一直致力于各学科的教学和研究工作。

医院始建于 1958 年，卫生服务现有医院建筑融合了唐·埃弗雷特建筑（1975），罗恩·顿比尔大楼的学生和护理住宿（1979），亚历克斯·格瑞姆森（1983），卫生服务大楼（1992），西南部地区病理学服务（1993），卡罗琳·奇泽姆中心的妇女和婴儿（1994），癌症治疗中心（1995），脑损伤组单位（1995），临床大楼（1997）和精神卫生单位（2005）。

2010 年，医院投资 2.9 亿澳元对其进行改造，有将近 40 个部门都搬入了新的医疗大楼。截至 2010 年，医院开放床位 855 张，有 23 个手术室，60 间重症监护病房。

2002 年，西悉尼大学与悉尼西南地区卫生署共同合作建立了悉尼利物浦医院中医临床研究中心，这是全澳大利亚第一所设在政府医院内的中医药研究机构。它的工作目标是收集高质量的临床研究数据；侧重于中医药对内、妇科疾病的治疗与研究；为学生提供正规的中医临床实习条件。

本期《中外医讯》继续从“实现全民覆盖的方式——统筹”、“各国实现全民覆盖的案例”、以及“导致卫生利用低效率的十大主要原因”三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

- 一、多元化的各国国内筹资渠道
- 二、提高卫生投入在政府预算中的优先等级
- 三、国外财政援助

第二部分 消除获取卫生服务的经济风险和障碍

- 一、患者直接支付的问题
- 二、患者直接支付普遍存在的原因
- 三、免费政策的可行性
- 四、取消直接支付

五、统筹——实现全民覆盖的方式

1. 实现全民覆盖需要考虑的三个方向
2. 统筹的方式
 - 利用多种形式的预付费代替患者直接支付(最常见的是纳税和保险缴费的组合)
 - 将现有的集合基金合并到较大的集合基金内
 - 提高这些基金的使用效率
3. 各国案例
 - a. 泰国

2001年，泰国开始实行全民医疗保险改革之前已经运营了一些单独的计划：面向穷人的医疗福利计划、自愿医保卡计划、公务员医疗福利计划、面向正式行业的社会保险计划以及私人保险。

尽管20世纪90年代医疗保险覆盖范围迅速扩大，但是到2001年约有30%的泰国人口仍未被覆盖进来。政府还为参加公务员医疗福利计划的成员提供了补贴，相对于政府为针对穷人的医疗福利计划提供的补贴来说，这些补贴强度要大得多。事实上，这种做法加剧了社会的不公平。

之后，泰国政策制定者放弃以前的医疗福利计划和自愿医保卡计划，而将以前流向这些人群和公共医疗机构的一般预算收入建立了一个全国性的基金。因此该基金现在被称为全民医疗保险计划（之前被称为30泰铢计划）。

公务员计划和社会保险计划仍然是独立的，但是全民医疗保险计划仍然为接近5,000万人筹集资金，已经将未被医疗保险覆盖的人口比例从30%降至4%以下。

- b. 捷克

最初，捷克拥有几个医疗保险基金，但是只有其中一个基金承担起数量众多的老人和穷人的保险。2003年，捷克政府将风险公平机制扩展到所有这些采用强制预付收入的医疗保险计划。有效地将覆盖低风险人群的资金转移到覆盖高风险人群的基金。这次改革还建立了向保险公司高成本个案进行补偿的机制。

c. 墨西哥

一般来说，最初参与保险的人群试图争取更多的利益或减少缴费，而不是把保险范围拓展到其他人，尤其是扩展到那些无力缴费的人们。由于就业人群在经济上一般比其他人更稳定，这加剧社会的不公平。15年前的墨西哥正是这样，当时不同种类的保险基金覆盖了不同人群，每一个基金的福利水平都互不相同。这种安排不但不公平，而且是无效的、成本高昂的。这正是墨西哥近期改革中的基本考虑，墨西哥现在希望为最贫困的人提供更有用的保险。

d. 德国

德国，拥有世界上最古老的基于就业的社会医疗保险的国度也已增加了一般性政府收入在保险基金内的比重。这一举动是为了应对人口老龄化以及由此导致的与工资挂钩的医疗保险缴费规模不断缩小带来的种种挑战。德国还必须考虑2008年开始的全球经济危机对就业和缴费比例的影响。

之后，德国从一般性政府收入中拿出一些资金注入保险系统，将与工资挂钩的医疗保险缴费比例从15.5%下调至14.9%。

e. 中国

2009年4月，中国政府宣布到2020年将向所有城乡居民提供“安全、有效、方便、价廉”的卫生服务。如果得到彻底执行，那么这项改革将终结1978年推出的众多以市场为基础的医药卫生机制。

1978年之前，中国政府已经为所有公民提供了免费的基本卫生服务，但是1978年之后执行的以市场为基础的卫生体制导致患者直接支付大幅增加，1980年~2000年，患者直接支付在卫生总费用中的比例从20%左右提高到60%，让许多中国人不得不面对灾难性的医疗支出。这种市场机制还意味着医院不得不依靠患者的缴费来生存，同时迫使医生在开处方和开展治疗的时候考虑更多的是他们的创收潜力，而不是临床疗效。

中国政府采取了一些措施来解决这些问题。2003年，中国推出了新型农村合作医疗计划，以此来满足农民的看病需要；2007年，在79个城市开始了试点推行城镇居民基本医疗保险计划。这些计划是中国最近医药卫生体制改革的核心。

中国政府的目标是降低对患者直接支付的依赖程度，到2011年将参加正规医疗保险的人口比例从2003年的15%提高到90%，并逐步扩大卫生服务获取途径，提高经济风险保护的能力。

f. 美国

美国最近的医疗卫生筹资改革的目标是到2019年让之前没有医保的3,200万美国人参加医疗保险。为了实现这一目标，美国将实施多项策略。例如，私营保险公司将不能够以健康状况为由拒绝参保申请人，并且低收入个人和家庭将得到保费

补助。

g. 韩国

韩国从 20 世纪 60 年代初开始致力于实现全民覆盖的目标。早期投资着重于建设基础设施，然而 1977 年在韩国高层领导人大力支持下，与之相关的计划显著扩大。最后稳步拓展以雇主为基础的医疗计划，从员工超过 500 人的企业开始执行，然后逐渐把企业链条延伸到仅雇佣 16 名员工的企业，最近延伸到那些只有一名全职员工的企业。1981 年公务员和教师被纳入该计划内，他们在提高其他民众的参保意识上发挥了重要作用。这反过来又对 1988 年韩国政府将实现全民覆盖目标列为政治议程的核心起到了推助作用，当时社会福利纲要是总统竞选的核心议题。

1989 年，医疗保险范围拓展到剩余人口，即穷人、自由职业者和农民。从那时起，筹资体系开始寻求扩大提供的卫生服务范围和提高卫生费用覆盖比例。

h. 加纳

1957 年独立后，加纳通过初级卫生保健机构网络为本国人民提供卫生服务。医疗卫生体系的资金来源是一般税收以及一些外国捐助者的捐赠。卫生服务都是免费的。

由于加纳的经济状况在 20 世纪 80 年代持续恶化，作为国家机构改革的一部分，加纳放开了医疗行业，私营卫生服务提供者数量的急剧膨胀，同时为了分担政府医疗机构的费用推出了向使用者收费，这两种因素共同导致卫生服务的利用率急剧下降，尤其是穷人对卫生服务的利用率。那些倾尽自己的财富而寻求治疗的人们常常因此而遭受经济困难。

最近，由于加纳试图扭转这些发展趋势，自费支付在医疗支出总额中的比例已经开始下降。这个下降的过程是从免除了治疗麻风病和肺结核等某些疾病的治疗费用以及疫苗接种和产前护理的费用开始的。加纳还免除了极低收入人群的治疗费用。2004 年该国推出了全民医疗保险计划，到 2009 年 6 月，67.5% 的人口已经参保。2005~2008 年，全国门诊患者数量增加了 50%，从大约 1,200 万增至 1,800 万人次，而住院人数增加了 6.3%，从 80 万增至大约 85 万人次。

目前，全民医疗保险计划内的每个区域互助医疗保险计划有效地构成了一个独立的风险统筹基金。因此，分散性和持续性一样仍然是该国面临的问题，但是加纳致力于纠正过去几十年里脱离实现全民覆盖目标轨道的问题。

第三部分 卫生资源如何有效利用

在同等资金投入情况下，某些国家已经实现了比其他国家更高水平的覆盖以及更好的健康结果，而就同一资源的利用效果而言，各国实际实现的效果与其可能实现的效果之间有时仍存在着较为巨大的差距。图 6 中对此做出了说明，图中显示，即使是在卫生总费用接近的国家之间，其在专业卫生人员接生的比例方面仍存在较为显著的差异。

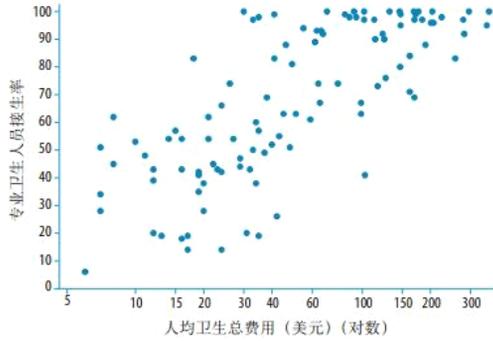


图 6：低收入和中等收入国家中按卫生总费用水平的专业卫生人员接生比例

最近有数据提供的年份(每个点代表一个国家)

对于那些努力向全民覆盖这一目标靠拢的低收入国家来说，尽管筹集更多资金是至关重要的，但使可利用资源发挥最大效率也同样重要。

一、导致低效率的主要原因

1. 药品

药品占全球卫生投入的 20%~30%，在中低收入国家中略高，因而构成了卫生服务费用的主要部分。国际参考价格是在购买洽谈中十分有用的一个出发点。

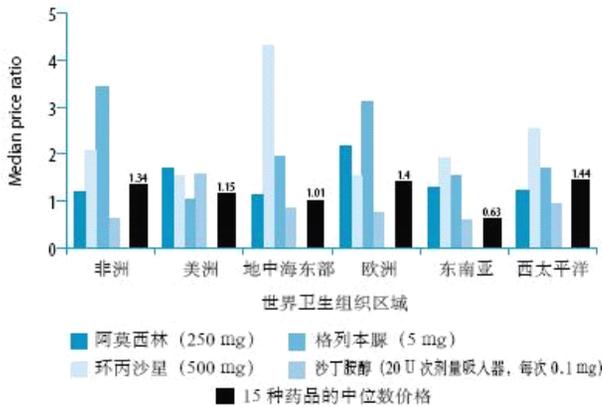


图 7 按世界卫生组织不同区域的公共部门仿制药品购买价格中位数价格比率 a

据近期的一项药品价格研究显示(图 7)，在美洲、东南亚以及东地中海等世界卫生组织区域，公共部门购买仿制药品的价格接近国际参考价格，而在非洲、欧洲和西太平洋区域，政府在其需要支付价格的基础上平均额外支付了 34%~44%。

2. 服务效率

近期一项对 300 多个针对卫生服务效率和生产力研究的回顾分析中发现，医院的平均效率约为 85%，这就意味着医院还可以在同等成本下实现 15%的效率提升，或在同等服务水平下降低 15%的成本。

公立机构和私立机构提供服务的相对效率报告：

公立机构和私立机构(营利性或非营利性)在卫生服务提供领域所扮演的相对角色随着时间在不断发展，并且持续引起了意识形态方面的激烈争论。最终，经验性证据可以帮助确定什么类型的机构在提供特定服务时是最具效率的。

现有的大多数研究都集中关注医院的效率，在撒哈拉以南的非洲地区，有 45%~69%的政府卫生费用流入了医院。Hollingsworth 最近对有关效率提升措施的 317 份文献进行了 meta 分析认为，“公立机构提供的服务可能比私营机构的效率更高。”然而，据国家性研究的结果表明，所有制对效率所产生的影响是混合的。Lee

等人认为美国的非营利性医院比营利性医院的效率更高。而另一方面，瑞士医院的效率水平并不受所有制的影响。有研究发现德国的私立医院在技术层面上的效率低于公立医院，但也有另一些研究得出了相反的结论或者未发现两者之间的差别。

很少有研究对低收入和中等收入国家的公立和私立卫生机构之间的相对效率进行比较。Masiye 在其报告中指出，私立医院对赞比亚医院的效率产生了显著的积极影响（即私立医院的平均效率为 73%，而公立医院的平均效率为 63%）。

这说明，在各个国家之间笼统地讨论哪一种所有制模式是最好的，这是不可靠的。同时，有证据表明平均效率水平要大大低于其在所有不同类型医院的实际水平。无论在何种所有制下，任何医院都可以通过减少浪费和实施具有成本效益的医疗干预来提高效率。而为了确保实现这一目标，需要有强有力的政府领导和管理来制定并实施具体的操作细则。

3. 卫生干预措施

目前还没有一条基本原则用来判断一个国家的哪些干预措施是最具成本效益的，而是综合考虑该国的价格水平、疾病模式以及覆盖水平等因素。

从前者向后者的资源转换是实现更高效率的途径。有研究将特定疾病综合症或状况下的干预现状与一组潜在地更适当的干预措施组合进行了比较。（见表 1）

表 1：严格评估医疗干预的潜在收益

研究项目	货币单位 *	获得 1 年健康寿命的成本 *		
		实际综合值	理想综合值	改善空间 (%)
赞比亚抗疟疾药物治疗 ^[58] (每治愈 1 例病例的费用)	US\$	10.65	8.57	20
泰国疾病与伤害预防 ^[59]				
心血管疾病预防	BHT	300 000	2 185	99
道路交通伤害预防 (酒精)		6 190	3 375	45
道路交通伤害预防 (头盔)		1 000	788	21
爱沙尼亚酒精和烟草控制 ^[60]				
酒精	EEK	2 621	893	66
烟草		292	247	15
尼日利亚神经精神干预 ^[61]				
精神分裂症	NGN	37 835	26 337	30
抑郁症		210 544	67 113	68
癫痫		104 586	62 095	41
酗酒		13 339	10 507	21
酗酒		20 134	10 677	47
澳大利亚精神健康保健方案 ^[62]				
精神分裂症	AU\$	30 072	17 536	42
情感性精神病 (任何种类)		196 070	107 482	45
焦虑症 (任何种类)		20 463	10 737	48
酒精类精神病		15 184	9 130	40
酒精类精神病		97 932	53 412	45
宫颈癌护理和预防 ^[63]				
高收入地区 (EurA)	£	4 453	3 313	26
中等收入地区 (WprB)		3 071	1 984	35
低收入地区 (ScarD)		421	355	16

表 1 中有表明，在当前支出的 16%~99%（视情况而定）所获得的健康收益是相同的，而由此节省下来的费用还可以通过其他途径为健康改善作出重要贡献。

在优先实施具有成本效益的干预措施的国家，可以实现约 20%的效率提升。很明显，不同国家最具成本效益的干预措施也不同，但是在低收入国家，多数最具成本效益的干预措施，如孕产妇和新生儿的预防性保健和治疗或者基本的儿童疫苗接种等，尚未得到充分的实施，而此类国家也因此付出了巨大的生命代价。

4. 提高效率的潜在收益

1) 表 2: 按照成本和国家收入分类的潜在收益增加空间

收入类别	潜在收益增加比例范围 (占卫生总费用的百分比) *	人均潜在收益增加量 (US\$) ^a		总人口潜在收益增加量范围 (US\$10 亿)	
		均值	范围	均值	范围
人力资源				563	110 - 851
高收入	8 - 16	492	78 - 629	499	79 - 639
中等收入	7 - 14	14	7 - 48	61	29 - 206
低收入	8 - 15	2	1 - 5	3	1 - 6
药品				115	24 - 193
高收入	2 - 3	93	14 - 122	95	14 - 124
中等收入	2 - 5	5	2 - 16	19	9 - 67
低收入	3 - 5	1	0 - 2	1	0 - 2
医院				287	54 - 503
高收入	3 - 8	233	30 - 325	236	31 - 330
中等收入	5 - 11	11	5 - 39	49	23 - 168
低收入	4 - 9	1	1 - 3	2	1 - 4
卫生系统漏洞				271	51 - 468
高收入	3 - 8	221	28 - 310	224	29 - 315
中等收入	5 - 10	10	5 - 35	44	22 - 150
低收入	5 - 10	2	1 - 3	2	1 - 4
干预组合				705	141 - 1 094
高收入	10 - 20	602	95 - 774	611	96 - 786
中等收入	10 - 20	21	10 - 70	89	43 - 299
低收入	10 - 20	3	2 - 7	4	2 - 8
总计				1 409	282 - 2 188
高收入	20 - 40	1 204	189 - 1 548	1 223	192 - 1 573
中等收入	20 - 40	42	20 - 140	178	86 - 599
低收入	20 - 40	7	3 - 13	8	4 - 17

从表 2 中可以看出，低收入国家通过提高医院或医务人员效率每年可以节省 12%~24% 的卫生费用，从而释放更多的资源以扩大潜在的经济风险保护或者现有的服务。

2) 黎巴嫩的改革：提高卫生系统效率，增加卫生服务覆盖，降低自付金额

1998 年，黎巴嫩卫生费用占其 GDP 的 12.4%，比东地中海地区的任何其他国家都要多。其中自费支付比例占卫生总费用的 60%，这一比例也是该地区最高的，从而对低收入人群构成了一个重要障碍。由此，卫生部实行了一系列的改革措施来提高公平性和效率。

此次改革中的关键环节包括：改造公立机构初级卫生保健网络，提高公立医院的服务质量，促进医疗技术以及药品的合理使用。其中，最后一项包括增加有质量保证的仿制药品的使用。卫生部还试图通过卫生和生物医学技术国家监管机关和医院评审制度，并且通过与私立医院开展合作在指定价格下提供特定的住院服务，从而进一步增强其领导水平和管理职能。卫生部还建立了一个数据库来监控公立和私立医疗卫生机构的服务提供情况。

通过改进初级和三级水平公立医疗机构卫生服务质量已实现了利用率的提高，尤其是对穷人而言。卫生部作为日益重要的服务提供者如今能够更好地与私立医院洽谈服务购买价格，并且可以使用数据库来跟踪各类医院服务的单位成本。

自 1998 年起，该国民众尤其是穷人对疾病预防、健康促进及治疗服务的使用率已有所提高，其健康结果也随之得到了改善。通过减少药品方面的支出结合其他增效措施已使该国的卫生费用占 GDP 的比重从 12.4% 下降到 8.4%。自费支付占卫生总费用的比重也从 60% 下降到 44%，从而增强了经济风险保护水平。

附表：导致低效率的十大原因

低效率源	导致低效率的常见原因	解决低效率问题的途径
1.药品：仿制药品使用不足，药品价格过高	对药品供应链中的代理商、医生和配药员控制不足，仿制药品的有效性/安全性较低，历史处方形态和低效率的购买/配送系统，药品征税，药品过度加价	改善处方规范、信息、培训和实践操作。就仿制药品的替代要求、允许或提供奖励。基于对各类购买方案开展成本和效益评估结果，来开发主动购买模式。确保购买和招标过程中的透明度。免除药品税收。控制过度加价。监控并公开药品价格
2.药品：使用不合格和假冒伪劣药品	药品监管结构/机制不完善，购买制度薄弱	加强药品生产过程中的质量标准的实施，进行产品检验，通过供应商资格预审改进购买制度
3.药品：不合理和低效用药	医生激励措施不合理和不道德的推销行为，消费者的要求/期望，对药品的治疗效果认识有限，不完善的监管框架	将处方开具和配药职能分开，规范药品的促销宣传活动，改善处方指导、信息、培训和实践操作，向公众传播信息
4.医疗卫生产品和服务：过度使用或提供设备、检查和诊疗措施	医务人员诱导需求，按服务项目收费的支付机制，诉讼担忧（防御性医疗行为）	改革激励机制和付费结构（例如，按人头收费或按疾病诊断相关分组收费），制定并实施临床指南
5.医务人员：不适当的或昂贵的人员组合，医务人员没有积极性	遵照预定的人力资源政策和程序，来自医疗专业的抵抗，固定的/无弹性的合同，薪资较低，徇私聘用	开展需求导向的评估和培训，调整薪酬政策，实行弹性的合同和（或）与绩效挂钩的薪酬，通过职能转换和其他途径实现技能和需求的匹配
6.卫生服务：不适当的住院人数和住院时间	缺乏替代性的医疗护理机构，出院动机不足，对最佳治疗措施的了解有限	提供替代性的医护服务（例如日托服务），改变对医院服务提供者的激励诱因，提高对高效住院服务的认识
7.卫生服务：不适当的医院规模（基础设施利用率低）	用于协调控制的管理资源水平不足；有些地区医院和病床数过多，而有些地区却不够。这往往反映出卫生服务基础设施的发展缺乏良好的规划	将投入和产出估计纳入医院规划中，做到管理能力与规模的匹配，减少过剩床位和设施，将病床使用率提高到80%~90%（同时控制住院时间）
8.卫生服务：医疗过失以及不理想的医疗服务质量	对临床护理标准和协议的认识和应用不足，缺乏临床指南，监管不足	改善医院的卫生清洁标准，提高医疗护理连贯性，开展更多的临床审计，医院绩效监控
9.卫生系统漏洞：浪费贿赂和欺诈行为	资源分配规范不明确，缺乏透明度，问责制和管理机制不健全，薪酬过低	加强监管/治理，包括实施严格的处罚机制，评估透明度/发生腐败的可能性，开展公共支出跟踪调查，推广实施行为准则
10. 卫生干预措施：低效的策略组合/不当的策略水平	对高成本、低效性的干预而非低成本、高效性的干预提供资助。医疗护理水平之间，以及（或者）疾病预防、宣传和治理之间的不平衡	开展定期评估，并将有关卫生干预、技术、药品和政策选择的成本和影响的信息纳入政策制定过程中

（未完待续……）

医保总额预付制改革的实践与成效

上海交通大学医学院附属仁济医院 李卫平

一、医院概况

(一) 医院规模

- 东西南北四个院区，上海市肿瘤研究所
- 核定床位：1400 张（东、西）+600 张（南）
- 42 个临床业务科室
- 职工 2960 人，医生 855 人，护士 1112 人
- 正高职称 150 人，副高职称 280 人
- 博导 71 人，硕导 145 人中心改革

(二) 学科分布

- 3 个教育部重点学科：消化内科、心内科（心血管病）、神经外科
- 5 个卫生部临床重点专科：消化内科、消化内科重点实验室、产科、心内科、神经外科
- 5 个国家“211 工程”三期：消化内科、神经外科、妇产科、泌尿科、风湿
- 3 个上海市重点学科：消化内科、风湿科、影像医学与核医学
- 2 个上海市教委重点学科：妇产科、肿瘤科
- 2 个上海市医学领先学科/ 1 个重中之重临床重点学科：风湿科、麻醉科、临床肿瘤重点学科（2012）

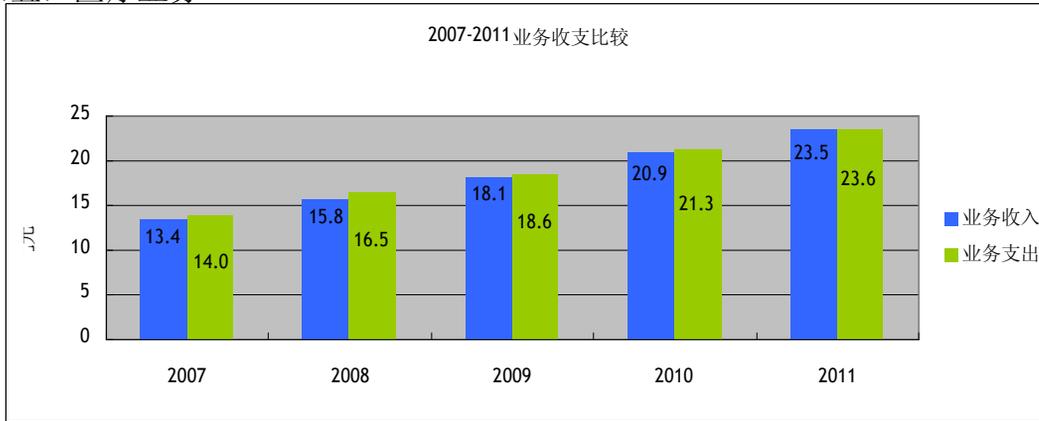
(三) 医疗平台

- 3 个上海市临床医学中心：上海市消化内科临床医学中心、上海市风湿病临床医学中心、上海市重中之重临床医学中心（消化学科）
- 2 个上海市临床质量控制中心：上海市消化内科临床质量控制中心、上海市血液透析质量控制中心
- 5 个市级研究所：上海市肿瘤研究所、上海市消化疾病研究所、上海市风湿病研究所、上海市男科学研究所、上海市颅脑创伤研究所
- 上海市产科心脏病监护中心
- 上海市危重孕产妇会诊抢救中心
- 上海市人类精子库

(四) 科研平台

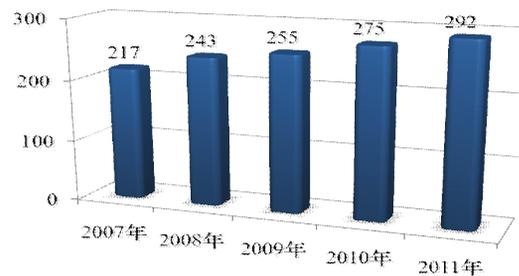
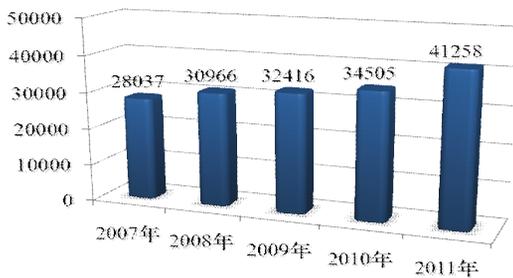
1. 癌基因及相关基因国家重点实验室
2. 卫生部内科消化重点实验室
3. 国家中医药管理局中医药科研实验室（三级）2 个：肾脏专业、麻醉专业
4. 上海市妇科肿瘤重点实验室 1 个（上海市科委）
5. 人类重大疾病组织标本库 1 个（上海市科委）
6. 国家药物临床研究机构 1 个（18 个专业）（卫生部、国家药监局）
7. 上海交通大学 MED-X 仁济医院临床干细胞研究中心

(五) 医疗业务



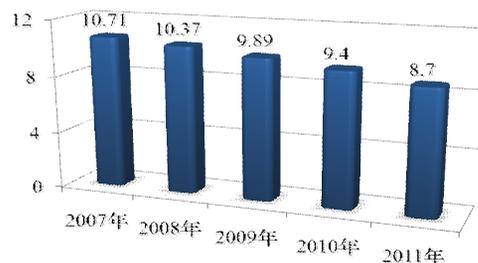
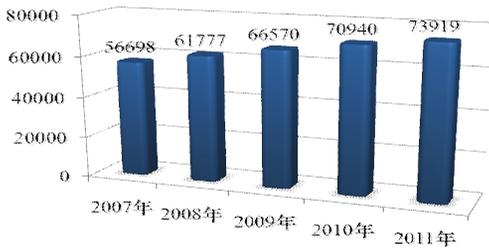
手术例数

门急诊人次
(单位: 万人)



出院人数

平均住院天数



(六) 管理成效

- 连续六年在上海申康医院发展中心院长绩效考核中取得 **A** 等
- 2009 年参加上海市医保总额预付制的试点工作，取得初步成效
- 获得“2010 年度全国医院医管理先进单位”荣誉，是上海唯一获此项殊荣的医院

二、医保总额预付制改革背景

(一) 现状

1. 原有医保支付制度（按服务项目付费），内在机制容易诱导医疗服务需求，导致过度医疗和医疗费用快速增长。
2. 十五、十一五期间，医院外延扩增式的发展，致使医保费用总支出每年以两位数比例递增。
3. 本市三级医院医保总量指标及实际完成费用增长的情况（见图 1）
4. 本市三级医院医保总量指标及实际完成费用增长比率的情况（见图 2）

5. 十一五期间上海地区生产总值 (GDP)、人均可支配收入增长比例 (见图 3)

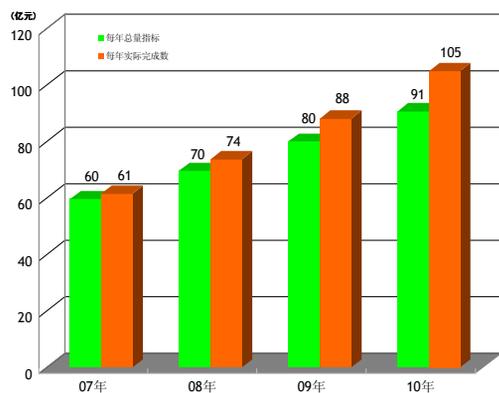


图 1

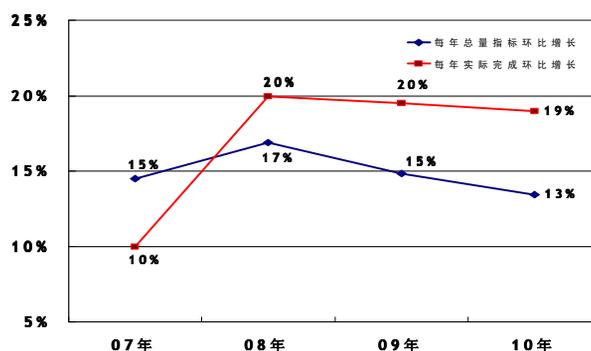


图 2

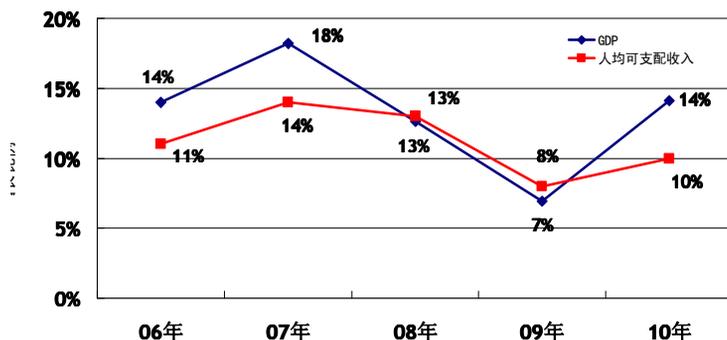


图 3

(二) 医改总的方向

1. 中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》提出：完善医药卫生四大体系、着力抓好五项重点改革。
2. 设定总体目标：提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。

(三) 支付制度改革的目标与任务

1. 2009 年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》：“强化医疗保障对医疗服务的监控作用，完善支付制度，积极探索实行按人头付费、按病种付费、总额预付等方式，建立激励与惩戒并重的有效约束机制。”
2. 2011 年 6 月人社部《关于进一步推进医疗保险支付方式改革的意见》：支付方式改革的任务目标：“结合基金收支预算管理加强总额控制，探索总额预付。在此基础上，结合门诊统筹的开展探索按人头付费，结合住院门诊大病的保障探索按病种付费。”
3. 卫生部、中央编办、国家发改委、财政部、人社部《关于公立医院改革试点的指导意见》：“积极探索实行按病种付费、按人头付费、总额预付等方式，及时足额支付符合医疗保障政策和协议规定的费用；落实医疗救助、公益慈善事业的项目管理和支付制度；完善补充保险、商业健康和道路交通保险支付方式，有效减轻群众医药费用负担。在加强政府指导，合理确定医疗服务指导价格，合理控制医院医药总费用、次均费用的前提下，探索由医院（医院代表）和医疗保险经办机构谈判

确定服务范围、支付方式、支付标准和服务质量要求。”

（四）小结

1. 在“医改”的系统工程中，医保支付制度被当成平衡各方利益的杠杆和工具
2. 医保支付制度改革受到政府、经办者和专家学者的高度关注
3. 医保支付管理改革是医保经办机构控制费用上涨的重要政策依据和管理工具
4. 医保支付制度成为破解公立医院改革的一个关键点和突破口

三、医保总额预付制的实践

（一）指导思想

1. 结合《上海市公立医院改革试点实施方案》：“合理控制医疗费用”是上海市公立医院改革试点工作的关键举措和重要任务之一
2. 结合《上海医改近期重点实施方案》：合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，杜绝乱收费、分解收费，减轻居民负担
3. 结合市卫生、医保、发改、财政《关于 2010 年加强本市医疗机构医药费用控制的若干意见》：落实具体控费举措
4. 结合医院“十二五”发展规划“转型提升”的指导思想：将控制费用与规范医疗行为，提高内涵质量相结合

（二）实施目的

以医保总额预付制试点工作为抓手：

1. 优化服务流程，提高服务质量，全面提升医院专业化、信息化、科学化、精细化管理水平
2. 提供适宜技术，提高医疗资源使用效率
3. 将医疗费用增长控制在合理区间，减轻病人负担
4. 转变机制，完善制度，充分调动医务人员积极性

（三）主要举措

1. 规范医疗行为、加强单病种质量管理、深入开展临床路径工作
2. 加强药物合理应用和专项治理
3. 规范收费行为和物价管理
4. 加强设备和一次性、高值耗材管理
5. 加强信息化建设，为控费提供有力的技术保证

（四）2009 年全市率先开展医保总额预付制改革试点——实施方案

1. 统一思想
2. 明确责任
3. 确保服务：保证服务质量与服务人次，不得推诿医保患者
4. 预算分解：年度总预算—季度预算—月度预算
5. 严控“占比”：耗材比、药占比
6. 全程监管：月考核、季通报、年清算

（五）具体做法：加强药物合理应用和专项治理

1. 加强药事管理

- 药品管理实行“一品两规”已九年
- 严格执行新药论证制度，优先考虑国内知名品牌，确保药品质量
- 对特殊使用抗菌药物、抗肿瘤药、高价药品、异常用量药品、辅助治疗等药品重点进行同比、环比监控
- 临床药师参与患者治疗，确保用药合理性

2. 严格控制药占比，2011年 38.85%，位于全市 10 家市级综合性医院第三位（由低至高，数据来源于“上海申康医院发展中心”绩效简报）

3. 规范抗菌药物使用

- 建立完善抗菌药物临床应用技术支持体系
- 严格落实抗菌药物分级管理制度
- 定期开展抗菌药物临床应用监测与评估
- 落实抗菌药物处方点评制度
- 抗生素种类降低到目前 49 种

项 目	2012上半年	2011年
住院患者抗菌药物使用率	↓ 50%	60%
住院患者抗菌药物使用强度	↓ 59DDD	66DDD
I类手术抗生素使用	↓ 35%	58%
限制类或特殊类抗菌药物病原体送检率	↑ 72%	68%

图 4：抗菌药物使用情况

4. I 类切口手术（乳腺、甲状腺、疝气）控制预防性抗生素使用后对住院平均药费的影响（见图 5）

5. 三种 I 类切口手术预防性使用抗菌素平均费用（见图 6）

6. 三种 I 类切口手术围手术期抗菌药预防使用率（见图 7）

7. 三种 I 类切口手术围手术期预防性使用抗菌药物平均费用（见图 8）

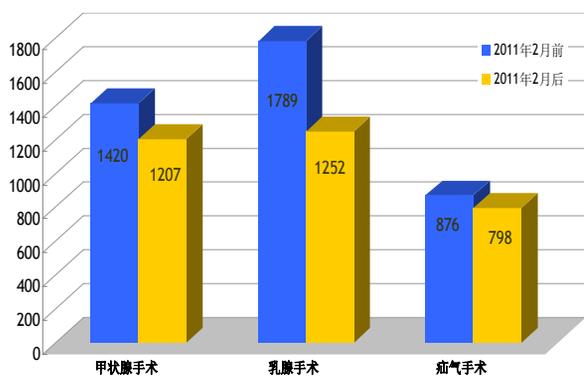


图 5

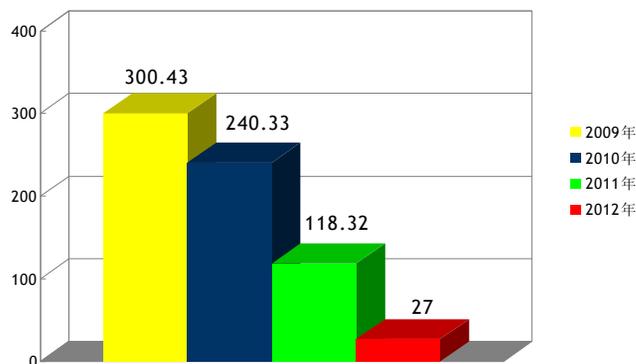


图 6

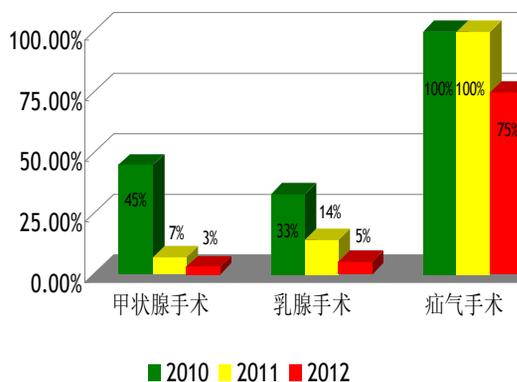


图 7

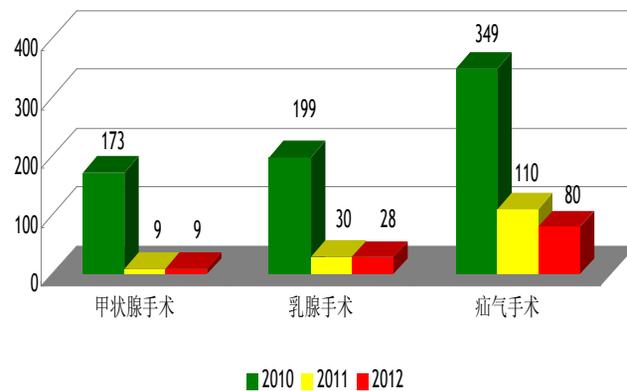


图 8

(六) 具体做法: 规范医疗行为、加强单病种质量管理、深入开展临床路径

参加卫生部试点专业、试点精神

神经内科	6个	脑出血、短暂性脑缺血、癫痫、重症肌无力、多发性硬化、格林巴利综合症
妇科	5个	子宫肌瘤、卵巢良性肿瘤、宫颈癌、输卵管妊娠、子宫平滑肌瘤
产科	3个	早产、顺产、剖宫产

自行开展专业、病种

消化科	4个	肝硬化腹水、轻症急性胰腺炎、胃十二指肠溃疡、溃疡性结肠炎
泌尿科	6个	腹腔镜肾癌、显微镜索静脉曲张、膀胱肿瘤、前列腺增生、输尿管结石、肾结石
普外科	2个	直肠息肉、急性阑尾炎
神经外科	6个	创伤性急性硬膜下血肿、创伤性闭合性硬膜外血肿、大脑中动脉瘤、高血压脑出血外科治疗、大脑半球胶质瘤、大脑凸面脑膜瘤
血液科	3个	特发性血小板减少紫癜、急性早幼粒细胞性白血病(初发、完全缓解)

.....

1. 规范试点工作流程

- 明确诊断, 规范入径标准
- 规范临床路径变异和退出处理
- 合理检查、治疗、护理
- 加强护理宣教、随访
- 推进电子病历和单病种质量管理体系应用
- 定期评价, 持续改进

2. 推广日间手术: 74种手术种类、占手术量25%, 并逐年递增

- 2006年起全面开展日间手术, 缩短平均住院天数, 减少住院费用
- 规范日间手术病种, 明确手术指征, 严格手术资质准入, 加强术后观察, 建立完善的出院随访制度
- 格式化病史模板, 规范病史书写
- 配套管理、考核、激励政策

(七) 具体做法: 规范收费行为和物价管理

1. 严格执行医院财务制度和物价收费制度
 - 严格医疗服务和收费行为，杜绝任何形式的违规违纪收费项目
 - 历次物价大检查中均未发现严重违反财务和物价政策的现象
 - 收费项目公开、透明，各病区严格执行“一日清”费用查询制
 - 设立专职物价员，定期对物价工作进行自查自纠
2. 加强对自费药物和自费耗材使用的监管：自费比例维持在较低水平

2011 年度全院医保病人	金额	比例
总费用	1,089,317,089	100.00%
医保负担	753,570,039	69.18%
病人负担	335,747,050	30.82%
其中：分类自负	183,589,901	16.86%
自费项目	152,157,149	13.96%
2011 年度全院非医保病人	金额	比例
总费用	1,005,678,657	100.00%
可报费用（即医保范围内的药品与耗材）	594,986,780	59.16%
自费项目	410,691,577	40.84%

（八）具体做法：加强设备和一次性、高值耗材管理

1. 高值耗材在卫生部集中招标目录中进行采购，并严格按照卫生部招标价格进行收费
2. 今年配合上海市医保局相关改革措施，高值耗材统一采用新医保代码，并且严格在上海市医保局有编码的耗材目录下进行采购和收费
3. 科学合理的配置医疗设备，规范收费

（未完待续……）

澳大利亚医疗卫生财政体系

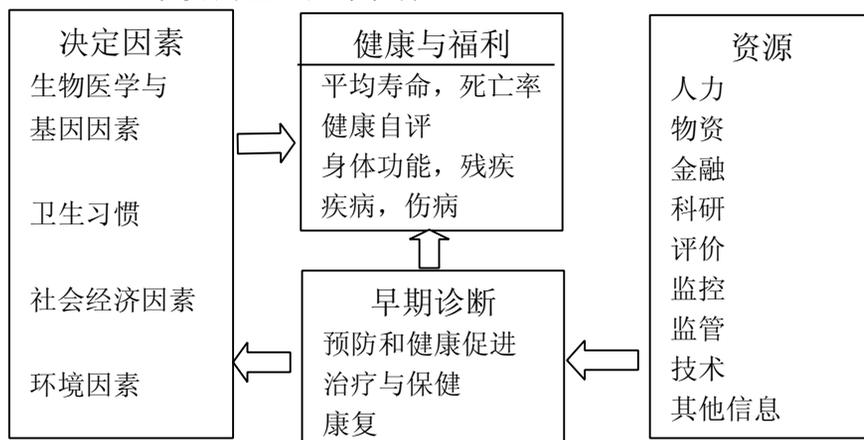
澳大利亚医务管理学院 国际事务部主任

Mary Potter Forbes

一、我们对澳洲卫生服务的了解

- 澳大利亚医疗卫生经费是多少？
- 至 2007-2008 年度，十年来医疗卫生支出和资金来源的趋势是什么？
- 何方提供资金并用于何种医疗卫生服务？
- 澳大利亚人均医疗卫生花费是多少，特殊人群和特殊疾病上的花费是多少？
- 在不同医疗卫生服务和医疗基础设施上的经费支出为多少，哪个部门可以使用医疗卫生经费？
- 个人医疗保险的贡献是什么？

(一) 2010 年澳洲卫生基本框架



(二) 澳大利亚简介

2008 年，澳大利亚的出生率达到 1.97，创 1977 年以来最高。平均寿命继续增加，澳洲男性平均寿命达到 79.2 岁，女性平均寿命达到 83.7 岁。有 800,000 澳大利亚人寿命超过 80 周岁（占总人口 3.7%）；其中近 2/3 是女性。

基于 2007 年人均 GDP, 澳大利亚在世界经济合作组织中排名第十二位。2007 至 2008 年度，医疗卫生支出占总 GDP 的 9.1%，达到 103,000,000 澳元或人均 4,874 澳元。

附表 1: 1997-2008 年卫生总支出、GDP 及年卫生支出占 GDP 的比例

Year	Total health expenditure (\$ million)	GDP (\$ million)	Ratio of health expenditure to GDP (per cent)
1997-98	44,802	577,373	7.8
1998-99	48,428	607,759	8.0
1999-00	52,570	645,058	8.1
2000-01	58,269	689,262	8.5
2001-02	63,099	735,714	8.6
2002-03	68,798	781,675	8.8
2003-04	73,509	841,351	8.7
2004-05	81,060	897,642	9.0
2005-06	86,685	967,454	9.0
2006-07	94,938	1,045,674	9.1
2007-08	103,563	1,131,918	9.1

附表 2: 1997- 2007 年, 经合组织国家人均卫生支出在 GDP 中占的比例

Country ^(b)	1997		2002		2007	
	Health-to-GDP ratio (per cent)	Per person (A\$)	Health-to-GDP ratio (per cent)	Per person (A\$)	Health-to-GDP ratio (per cent)	Per person (A\$)
United States	13.4	5,353	15.1	7,307	16.0	10,352
France	10.2	2,938	10.5	3,915	11.0	5,113
Switzerland	10.0	3,757	10.9	4,922	10.8	6,272
Germany	10.2	3,185	10.6	3,936	10.4	5,095
Belgium	8.3	2,599	9.0	3,598	10.2	5,105
Austria	9.8	3,189	10.1	4,096	10.1	5,343
Canada	8.8	2,841	9.6	3,854	10.1	5,531
Denmark	8.2	2,719	8.8	3,613	9.8	4,987
Netherlands	7.9	2,529	8.9	3,796	9.8	5,449
Greece	8.4	1,787	9.1	2,633	9.6	3,872
Iceland	8.1	2,790	10.2	4,229	9.3	4,713
New Zealand	7.3	1,785	8.2	2,468	9.2	3,564
Sweden	8.1	2,491	9.3	3,614	9.1	4,719
Australia^(c)	7.6	2,371	8.6	3,398	8.9	4,732
Norway	8.4	3,102	9.8	4,863	8.9	6,763
Italy	7.7	2,281	8.3	2,979	8.7	3,814
Spain	7.3	1,715	7.3	2,338	8.5	3,793
United Kingdom	6.6	1,964	7.6	2,935	8.4	4,249
Finland	7.6	2,120	7.8	2,873	8.2	4,033
Slovak Republic	5.8	744	5.6	978	7.7	2,208
Ireland	6.4	1,843	7.1	3,172	7.6	4,862
Hungary	6.8	896	7.6	1,493	7.4	1,971
Czech Republic	6.7	1,217	7.1	1,601	6.8	2,309
Korea	4.3	822	5.3	1,336	6.8	2,397
Poland	5.6	657	6.3	982	6.4	1,470
Mexico	4.8	537	5.6	783	5.9	1,169
Japan	7.0	2,237	8.0	2,864	n.a.	n.a.
Luxembourg	5.6	2,603	6.8	4,129	n.a.	n.a.
Portugal	8.0	1,566	9.0	2,220	n.a.	n.a.
Turkey	3.1	330	5.9	647	n.a.	n.a.
Weighted average^{(d)(e)}	9.6	2,725	10.7	3,722	11.3	5,213
Median^(d)	7.7	2,259	8.4	3,075	8.9	4,481

二、政府提供了什么卫生服务

- 所有的澳大利亚公民可以在公立医院享受到免费的医疗卫生服务。
- 澳大利亚全民医疗保险包括了医生的诊费，但是医生可以收取高出病人必须支付协定费用的额外诊费或者病人可以选择更换医生。
- 医院部分医生是授薪医生，而另一部分医生的薪水是由政府保险支付，被称为 VMO's(出诊医生)。
- 澳大利亚有一种药物福利计划——用于支付绝大多数的处方药。

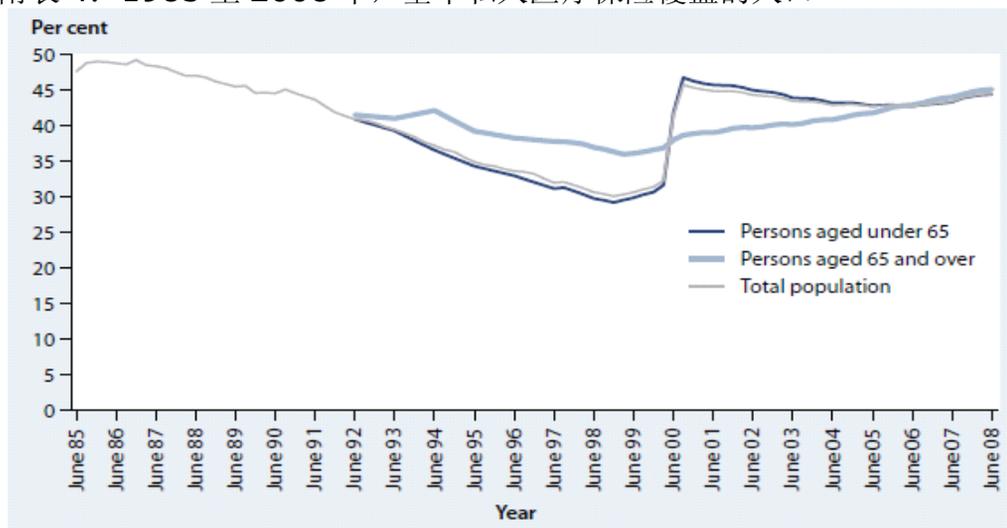
附表 3: 1997-2008 年来自广阔渠道资金的卫生总支出占卫生总支出的比例、

Year	Government			Non-government			Total	Total
	Australian Government ^(a)	State/territory and local	Total	Health insurance funds	Individuals ^(a)	Other		
Per cent								
1997-98	42.1	25.3	67.4	9.5	16.3	6.8	32.6	100.0
1998-99	43.3	23.7	67.0	8.0	17.3	7.8	33.0	100.0
1999-00	44.3	24.9	69.2	6.9	16.7	7.3	30.8	100.0
2000-01	44.4	23.3	67.7	7.1	18.0	7.2	32.3	100.0
2001-02	44.0	23.2	67.2	8.0	17.5	7.2	32.8	100.0
2002-03	43.6	24.4	68.0	8.0	16.7	7.3	32.0	100.0
2003-04	43.6	23.6	67.2	8.1	17.4	7.3	32.8	100.0
2004-05	43.8	24.0	67.7	7.7	17.4	7.1	32.3	100.0
2005-06	42.8	25.3	68.0	7.6	17.4	6.9	32.0	100.0
2006-07	42.0	25.8	67.8	7.6	17.4	7.2	32.2	100.0
2007-08	43.2	25.5	68.7	7.6	16.8	6.9	31.3	100.0
Amount (\$ million)								
2007-08	44,773	26,379	71,152	7,862	17,416	7,133	32,411	103,563

三、谁为急性医疗服务买单

- 医疗卫生支出的 2/3 由政府承担——1/3 由私营部门承担。
- 澳大利亚联邦政府承担公共医疗卫生账户 2/3 的支出，州政府和地方政府承担剩余的 1/3。
- 澳大利亚联邦政府主要通过 2 项计划对医疗卫生做出贡献：
- 医疗保险——用于支付医生和其他专业人员的薪水；
- 药物福利计划——用于支付绝大多数的处方药。

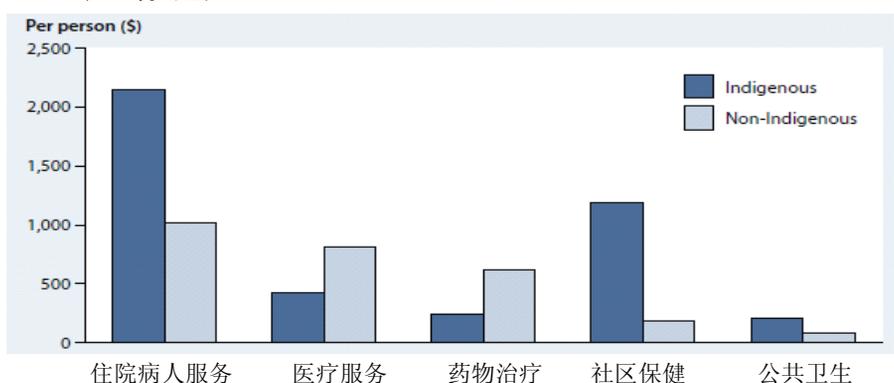
附表 4：1985 至 2008 年，基本私人医疗保险覆盖的人口



附表 5：2005 至 2008 年，各州及领地的人均卫生支出

State/territory ^(d)	2005-06	2006-07	2007-08	Average annual growth rate 2005-06 to 2007-08 (per cent)
New South Wales	4,292	4,448	4,613	3.7
Victoria	4,255	4,374	4,513	3.0
Queensland	4,003	4,255	4,492	5.9
Western Australia	4,210	4,413	4,677	5.4
South Australia	4,389	4,488	4,840	5.0
Tasmania	4,045	4,225	4,630	7.0
Northern Territory	5,417	5,571	5,981	5.1
Australia	4,242	4,409	4,613	4.3

附表 6：2006-2007 年土著人、托雷斯海峡岛民及非原住民在部分卫生服务上的人均支出



四、政府为老年人提供了什么保健服务

- 澳大利亚联邦政府以个人为单位为公民支付养老费用。
- 符合资格的公民才能享受老年护理并给予八大类的护理。
- 根据每个公民需要照顾的程度费用会支付到养老院。
- 大多数州并没有设立很多养老机构，而是留给私人养老院提供护理服务。
- 一些州偏远地区的私人养老院无法维持经营，由政府直接提供养老服务。
- 退休之家全部是由私人提供——由一般的公寓组成。

五、澳大利亚的医疗卫生服务收入从何而来

- 联邦政府收取所得税并分配给各个州作为医疗卫生经费。
- 州政府将一部分税收的 25% 分配给医疗卫生服务业。
- 州政府承担医院护理，社区护理和二级护理费用。
- 医院的资金来源于平日收入。
- 一小部分资金来源于对个人收入 1.5% 的征收。
- 对于没有个人医疗保险的高收入者额外征收 1% 所得税。
- 这一政策市支鼓励采用个人保险来减轻公共卫生系统的负担。

附表 7：2007-08 医院分布及各分布平均支出

Region	Public and private hospitals	
	Separations (million)	Expenditure per separation (\$)
Major cities	5.12	3,651.62
Inner regional	1.52	3,887.49
Outer regional	0.74	3,965.07
Remote	0.12	4,328.61
Very remote	0.08	4,422.33
Total separations/average expenditure	7.60	3,759.35

附表 8：1997 至 2008 年的年度卫生通胀率

Years	Health inflation ^(a)	General inflation ^(b)	Excess health inflation
1997-98 to 1998-99	2.5	0.1	2.5
1998-99 to 1999-00	2.4	2.1	0.3
1999-00 to 2000-01	3.9	4.9	-1.0
2000-01 to 2001-02	3.3	2.8	0.5
2001-02 to 2002-03	3.5	3.0	0.6
2002-03 to 2003-04	3.5	3.5	—
2003-04 to 2004-05	4.2	3.8	0.4
2004-05 to 2005-06	4.0	4.6	-0.6
2005-06 to 2006-07	3.3	4.6	-1.2
2006-07 to 2007-08	2.9	4.4	-1.4
	Average annual growth rate		
1997-98 to 2002-03	3.1	2.5	0.6
2002-03 to 2007-08	3.6	4.2	-0.6
1997-98 to 2007-08	3.4	3.4	—

(未完待续……)

澳大利亚医院管理进阶培训项目

主办单位：澳大利亚澳中友好协会

拟培训目标：

围绕解决医院管理工作中的主要领域，通过赴澳大利亚就医院的经营策略与规划、医院质量管理与流程优化、医院人力资源管理与绩效管理、医院文化构建、医院财务管理、医疗风险管理、医院领导能力与艺术等进行模块课程的培训，帮助医院中高级管理者掌握良好的专业管理知识、开拓思路，改变管理思维习惯，提高综合管理方法，从而建立长效、良好的医疗氛围。

拟培训形式： 课程、座谈交流、答疑、实地拜访
每次每班培训 20 人左右（不超过 25 人）

拟培训时间： 14~21 天

学员构成： 医疗卫生职能部门管理人员
二级及以上医院中高级管理人员
医学院校医院管理部门高层
医疗系统后备管理干部梯队

拟培训专题： 澳大利亚医疗保健体系
澳大利亚医疗相关法律
澳大利亚公立医院管理体系及其运作
澳大利亚私立医院体系
医院策略规划与经营
医疗质量与病人安全体系
医院质量管理与流程优化
澳大利亚医疗卫生财政政策
医疗绩效评估
医疗风险管理与评估
医院信息化建设与管理
医院人力资源管理（医事人员的专业性及内部训练规划）
医院高效执行力的构建

项目特色：

- * 颁发澳洲知名大学的培训结业资格证书
- * 资深教授传授医院管理新知
- * 理论结合实践，注重医院管理工作的主体把握与细节处理
- * 建立海外交流平台，分享医院管理心得体会
- * 为进一步医院中长期进修奠定基础

拟行程路线： 上海-悉尼-布里斯本-黄金海岸-墨尔本-上海

澳大利亚高级护理管理培训项目

主办单位：澳大利亚澳中友好协会

拟培训目标：

为适应“十二五”时期卫生事业发展对护理发展的要求和总体规划，围绕解决护理管理工作中的主要领域，通过赴澳大利亚进行护理管理的短期系统培训课程，开拓管理人员思路，改变管理思维习惯，提高综合管理理论与管理方法。

拟培训形式：课程、座谈交流、答疑、实地拜访

每次每班培训 20 人左右（不超过 25 人）

拟培训时间：15~28 天

学员构成：各二级以上医院的护理部主任

各三级医院的护士长

各医院护理管理的后备干部

拟培训专题：

澳大利亚医疗管理体系

澳大利亚医疗投诉管理

澳大利亚护理管理与分级管理制度

澳大利亚护士资格考评制度

澳大利亚护理教育体系

澳大利亚医疗质量管理

护理管理信息化建设

护理与病人安全管理

护理质量控制和持续改进体系

护理服务体系的建设与标准

专科护理（内外科综合护理、综合性急症病护理、急救与重症护理、妇产科护理与儿科护理、精神心理护理、肿瘤护理）

预防与控制医院感染

人力资源与绩效管理（护士配置、准入制度、调配制度）

拟行程路线：上海-布里斯本-黄金海岸-悉尼-上海

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