



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14期
2013年1月刊

要目导读

公立医院改革——医药分开之路

2012年是“十二五”医改规划实施的第一年，在新医改确定的目标原则和总体框架下，各地从实际出发，迎难而上，大胆试点探索，用中国式办法不断破解医改世界性难题。本期《中外医讯》将为您解读作为公立医院改革内容之一“医药分开”在各地实施和落实的情况。

人物聚焦

上海市第一人民医院 王兴鹏院长
遵义医学院附属医院 喻田院长

热点聚焦

公立医院改革——医药分开之路

专家视角

质量管理与风险防范的九个法则

“以病人安全为导向”的澳大利亚医疗流程与健康环境

目 录

【医疗时讯】

哈尔滨 360 万居民将享受“医疗云”	1
深圳市将设公立医院管理中心	1
北京市属医院全部划归医管局 真正实现管办分离	2
不同类别基本药物将有不同采购政策	3
厦门医改：取消优质病房 部分转为普通病房	4
港澳在内地办独资医院政策放开	4
上海：家庭医生制今年全面铺开	5
中医院“治未病”出管理规范	5
广东将放弃药品集中招标制 探索建立第三方交易平台	6
湖南斥资 300 亿元建健康产业集团	7
加拿大：医疗花费涨幅创新低	8
澳洲推出新型网络诊疗服务 可在线咨询	9
香港政府斥 700 万缓解急症室人手短缺	9

【人物聚焦】

上海市第一人民医院院长——王兴鹏	10
遵义医学院附属医院院长——喻田	11

【中外医院】

北京协和医院	12
新疆医科大学第一附属医院	12
芬兰赫尔辛基大学中心医院（Helsinki University Central Hospital）	13
新西兰米德尔莫尔医院（Middlemore Hospital）	13

【热点聚焦】

公立医院改革——医药分开之路	14
----------------	----

【专家视角】

质量管理与风险防范的九个法则	22
“以病人安全为导向”的澳大利亚医疗流程与健康环境	26

【展会信息】

2013 年澳中友好协会医疗交流项目	30
--------------------	----

哈尔滨 360 万居民将享受“医疗云”

2012 年 12 月，作为哈尔滨市首批启动的云计算应用示范项目，全市 360 万居民健康档案数据已经采集完成，他们将成为云计算医疗服务项目——“医疗云”的首批受益者。

项目建成后，“医疗云”将覆盖全市 3,915 家医疗卫生机构，为医生、居民和卫生行政管理部门提供一站式“医疗云”服务，实现居民与医疗机构之间、不同医疗机构之间、医疗机构与社会公共服务等相关部门之间的信息互通、共享。

深圳市将设公立医院管理中心

2012 年 12 月，深圳市宣布将设立公立医院管理中心，代表政府开办公立医院，并监管公立医院人、财、物的运行。该市卫生行政部门将不再开办公立医院，转而成为行业准入资格、服务标准的设定者和监管者。

据介绍，市公立医院管理中心为事业单位，接受卫生行政部门的行业监管和业务指导，配合开展公共卫生服务等工作，中心将成立决策监督机构。

北京：医院急诊不力将无缘等级评审

北京市卫生局 12 月 6 日印发《关于进一步加强医疗机构急诊工作的通知》，提出拒绝和推诿患者的医疗机构，不得参与医院评优和医院等级评审。对不能胜任和承担急诊抢救工作的医疗机构，卫生行政部门要重新审核其能力和级别，达不到要求的降级降等。

北京市卫生局提出，院前急救转送患者应遵循“就近、就急、就能力”的原则，并参考患者或家属的意见，保证患者在第一时间得到及时有效的治疗。开放急诊治疗的医疗机构必须接收院前急救转送的患者。北京市卫生局要求，二级以上医院必须设置急诊科，实行 24 小时开放随时应诊，保证为患者提供药学、检验、医学影像等及时连贯的服务。

南京公费医疗改革涉及约 20 万人

南京市政府 2012 年 12 月宣布，从 2013 年 1 月起将取消公费医疗制度。至此，江苏省 13 个地级市的公务员全部参加职工医疗保险。

此次南京市公费医疗改革涉及约 20 万人，所有机关事业单位人员将和企业参保职工一样，统一制度政策、统一参保缴费、统一缴费比例、统一待遇标准、统一经办流程、统一医疗服务。同时，根据国家和江苏省相关规定，参保单位可在参加职工医保外，另行建立单位补充医疗保险。

甘肃支持社会资本办医上规模

2012 年 12 月，甘肃省卫生厅下发《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》，提出重点支持社会资本举办高技术、高水平、有特色、床位在 500 张以上的综合性医院和床位在 200 张以上的专科医院。鼓励和支持境外医疗机

构、企业和其他经济组织与全省医疗机构、企业和其他经济组织以合资或合作形式设立医疗机构。

《意见》提出，全省各级卫生行政部门要保障社会资本举办的医疗机构在政策知情和信息、数据等公共资源共享方面与公立医疗机构享受同等权益。《意见》明确，鼓励社会资本举办中医医院、中西医结合医院、民族医院和中医特色专科医院。优先支持社会资本举办专科、医疗康复、护理、老年病等特色医疗服务机构。

万名护理人才培养项目惠及 3000 余人

2012 年 12 月，卫生部医政司主办的万名护理人才培养项目运行一年来，已培训三级医院护理管理者和护理骨干 3,000 余人。卫生部医政司副司长郭燕红提出，下一步，对县级护理管理人才的培训内容将与县级医院改革形势要求和重点工作相结合，对临床护士的培训由过去单纯培训护理技能，转向树立以病人为中心的服务理念，提高护士整体护理患者的意识和水平，培养临床实用型人才。

郭燕红介绍，2012 年是实施该项目的第一年。截至目前，该项目共培训三级医院护理管理者 840 人，县级医院护理管理者 1,518 人，县级医院专科护理骨干 875 人，共计 3,233 人，覆盖全国 300 多所医院。据介绍，2013 年，项目原则上将培养 3,600 名护理人才，其中包括新增加的军队系统培训名额 200 名。

青海 104 种疾病住院实现按病种付费

为合理控制医药费用，减轻群众就医负担，青海省出台《104 种单病种住院医药费用限额付费标准（试行）》，从 2012 年 12 月下旬起，在全省开展结节性甲状腺肿、胃十二指肠溃疡、食管癌、腰椎间盘突出症等 104 种单病种住院医药费用限额付费工作。该付费标准为试行价格，实行最高限价管理。

该省规定，患者在治疗过程中发生的费用，超过最高限价按最高限价收取，超过部分由医疗机构自行承担，不得向患者收取；未超过最高限价的，按实际发生费用收取。实行按病种付费的，不再按项目计价，但病人在治疗过程中出现并发症的，医疗机构可根据实际情况退出按病种付费管理程序。医疗机构按照相关卫生技术规定，制定具体病种临床路径并组织实施。

北京市属医院全部划归医管局 真正实现管办分离

2012 年 12 月，北京市卫生局公布了北京市人民政府办公厅关于印发《北京市卫生局主要职责内设机构和人员编制规定》的通知。其中提出，将划出举办北京市属医院的职能，举办市属医院的职责将交给市医管局。

北京市医管局于 2011 年 7 月挂牌运作，负责对北京市属 22 家三级公立医院管人、管事、管资产。市卫生局相关负责人表示，卫生局划出举办北京市属医院的职能，归市医管局所有，这是为配合公立医院的“管办分离”改革，卫生局将按照属地化和全行业管理的要求，强化对北京地区医疗卫生机构的统一规划、统一准入、统一监管职责，加强卫生发展规划、资格准入、规范标准、服务监管等行业管理。

新版药品 GMP 实施进入倒计时

全国新修订药品生产质量管理规范推进工作现场会 12 月在山西省太原市举行。卫生部副部长、国家食品药品监督管理局局长尹力表示，新修订药品生产质量管理规范实施已进入倒计时，血液制品、疫苗、注射剂等无菌药品的生产应在 2013 年 12 月 31 日前达到新要求，否则将一律停产。

二、三类医疗器械经营许可权可下放至市级

2012 年 12 月，国家食品药品监督管理局发布《关于加强医疗器械经营监管工作的通知》，要求各省级食品药品监管部门在做好第二类、第三类医疗器械经营企业许可下放工作时，确保管理规范落实到位，准入标准和要求不降低。

根据《国务院关于第六批取消和调整行政审批项目的决定》，第二类、第三类医疗器械经营企业许可可由省级食品药品监管部门下放至设区的市级食品药品监管部门。

《通知》要求，各省级食品药品监管部门要加强对调整后承担医疗器械经营企业许可受理、审批的食品药品监管部门的人员培训；根据不同类别医疗器械的风险程度和管理现状，科学合理地完善医疗器械经营企业的准入标准，合理配置监管资源，简化审批程序，提高审批效率。

全国首家大型公立医院主办的养老机构在重庆诞生

2012 年 12 月 15 日，由国家发改委批准的全国首家大型公立医院主办的养老机构——重庆医科大学附属第一医院青杠老年护养中心正式投入运营。

重医大附一院院长任国胜介绍，中心占地 773 亩，设有 3,000 个床位，于 2012 年 2 月开始试运行，目前已接收体验式入住的老人 70 多人。中心依托重医大附一院的资源优势，实现了医疗、护理、养老、康复的全程无缝连接，除了养老服务，入住的老年人还可以在中心享受到医疗、护理和康复的‘一站式’服务。

不同类别基本药物将有不同采购政策

2012 年 12 月，“巩固基本药物制度、促进合理用药”座谈会在广东省广州市召开。卫生部药政司相关负责人在会上表示，并非所有的基本药物都要通过“双信封”的市场竞价方式招标采购，诸如短缺品种、独家品种等还需要探索新的采购形式，以保证供应。

负责人介绍，相关部门将对基本药物进行分类，分别采用不同的采购政策。目前，基本药物定点生产的探索已经启动。工信部、卫生部、国家发改委、国家食品药品监督管理局四部门联合下发通知，先期选择 5~10 个用量小、临床必需的化学药品种开展试点。工信部消费品司医药处相关负责人介绍，定点生产启动前，工信部针对短缺药品的一项调研显示，产销量低、价格低是造成药厂放弃生产的主要原因。目前，试点品种正在确定中，有关部门将尽快予以公示征求意见。

厦门医改：取消优质病房 部分转为普通病房

2012年12月，厦门市物价局相关负责人表示，厦门将取消公立医院的优质病房，一部分优质病房转为普通病房，一部分改为特需病房。取消优质病房需要一个过渡期，预计月底前各个医院将完成整改。

优质病房取消后，两人间床位费由每床日平均140元降为50元；层流病房（即用于防治传染病的特殊病房）由每床日230元降为180元。据统计，调整后，厦门全市二级以上公立医院将因床位费降低，每年减少收入2,300万元以上。

山东四举措鼓励社会办医

2012年12月，山东省卫生厅出台4项举措，鼓励和引导社会资本办医。该省要求，到2015年，非政府办医疗机构床位数和服务量力争达到全省总量的20%左右。

这4项举措是：一是调整和新增医疗机构优先考虑社会资本，设立或指定专门服务机构，为社会办医提供政策咨询和服务。主动寻求有实力的社会资本，建设有规模、有质量、有品牌的非政府办医疗机构。二是支持医疗机构间的专业技术人才流动。在确保医疗服务质量的前提下，鼓励、支持政府办医疗机构执业医师选择非政府办医疗机构进行多点执业。三是保障非政府办医疗机构享有公平待遇。在安排医院评审、临床重点专科建设等重点工作时，将非政府办医疗机构一并纳入。四是强化对非政府办医疗机构的指导。指导非政府办医疗机构健全内部管理制度，加强医疗质量安全管理，加强药品、医疗器械、制剂使用监管。

湖南医疗纠纷可免费调解

2012年12月，湖南省政府就《湖南省医疗纠纷预防与处理办法》出台实施召开新闻发布会，明确了上述处理医疗纠纷的原则和路径。该《办法》将自2013年2月1日起正式施行。

《办法》突出了医疗纠纷的预防，强调应着力加强医疗机构医疗服务质量和管理水平建设，加强医患沟通，并对医患双方的权利和义务加以明确。和以往的医疗纠纷处理方式相比，《办法》在协商、行政调解、医疗事故争议行政处理、诉讼等途径基础上，新增了人民调解这一新通道。《办法》提出，县级以上卫生行政部门应当鼓励、支持医疗机构参加医疗责任保险，医疗机构不得因投保医疗责任险提高医疗收费标准或者变相增加患者负担。

港澳在内地办独资医院政策放开

自2013年1月1日起，将允许香港和澳门服务提供者在内地以独资形式，或与内地医疗机构、公司、企业和其他经济组织以合资或合作形式设置医疗机构。

根据卫生部和商务部的要求，港澳独资医院的《医疗机构执业许可证》校验期为3年，独资医院如发生医疗纠纷争议，依照内地有关法律、法规处理；独资医院的医疗收费价格和营利性独资医院的税收政策按照内地有关规定执行。

卫生部医政司有关部门表示,对港澳独资医院的设置标准仍按照之前要求执行。港澳独资医院的设立条件为:必须是独立的法人;符合二级以上医院基本标准;三级医院投资总额不低于 5,000 万元人民币,二级医院投资总额不低于 2,000 万元人民币。

福建扩大医疗资源总量 到 2015 年年均新增床位 8400 张

1 月 7 日,福建省政府办公厅转发省卫生厅等部门《关于加强儿童医疗卫生服务实施意见的通知》。根据《实施意见》,到 2015 年,全省二级及以上综合医院儿科床位数占医院床位总数的 10%以上,二级甲等中医院和三级中医院、中西医结合医院儿科床位数占医院床位总数的 5%以上,妇幼保健院儿科床位数占医院床位总数的 30%以上。

目前,福建省已按区域卫生规划要求,在人口集聚区新布局省立金山医院、福建医大附属第三医院、省康复医院等医疗机构;实施省妇幼保健院、省立医院、省老年医院、省人民医院、省肿瘤医院等改扩建项目。至 2015 年,全省医疗机构床位数将达到 15.2 万张,年均增加床位 8,400 张。

400 多种药品 2 月起降价

1 月 8 日,国家发展改革委发出通知,从 2013 年 2 月 1 日起调整呼吸、解热镇痛和专科特殊用药等药品最高零售限价,共涉及 20 类药品,400 多个品种、700 多个代表剂型规格,平均降价幅度为 15%,其中高价药品平均降幅达到 20%。

国家发展改革委有关负责人介绍,本批调价的化学药品,与 2011 至今已分四批调整的抗生素、循环、神经、激素、消化、抗肿瘤、免疫和血液等 8 类药品,属于同一轮次调价品种,大部分属于临床常用药品。国家降低这些药品的价格,可以有效减轻患者负担。

上海:家庭医生制今年全面铺开

1 月,上海市卫生局宣布,家庭医生制度建设 2013 年要在上海全市所有 17 个区(县)开展。上海市卫生局副局长黄峰平介绍称,上海市在试点的基础上,目前正制定在全市全面推广家庭医生制度的相关指导性意见。2013 年,家庭医生制度将在全市所有区(县)开展,并落实全市预约挂号平台对家庭医生优先开放,同时扩大与家庭医生制度配套的新农合支付方式改革试点。

截至 2012 年年底,上海市长宁、徐汇、浦东等 10 个市级试点区,共有 136 家社区卫生服务中心开展了家庭医生制度构建,占试点区内社区卫生服务中心总数的 93.7%;覆盖 2,277 名家庭医生,占试点社区临床医师的 47.4%;签约 161 万户家庭共 374 万人,占常住居民总数的 30.1%。

中医院“治未病”出管理规范

国家中医药管理局 1 月发布《中医医院“治未病”科建设与管理指南(试行)》,

要求中医医院“治未病”科的专职医护人员不少于6人，中医类别人员比例不低于70%，其中应有一名具有副高以上专业技术职务任职资格的中医执业医师。

该《指南》的发布，旨在规范建设、管理、发展中医“治未病”科室，让老百姓得到优质的服务。根据要求，“治未病”科医师应接受专门培训，熟练掌握常用健康评估技术、干预技术操作、常用的预防调养方案或高危人群中医预防保健服务技术指南等。

上海：医院必须安装防“统方”软件

1月，上海市卫生局向全市医疗卫生机构提出明确要求：二、三级医院必须于2013年3月底前全面完成安装防“统方”（即处方用药量统计）软件，以“制度+科技”监管手段，坚决遏止商业贿赂之风。

上海市卫生局有关人士介绍，为有效防范和治理医药购销领域“统方”商业贿赂，上海市卫生局于2012年按照卫生部提出的要求，部署各级医院积极探索安装防“统方”监管手段，至去年年底，全市已有71家医疗机构安装了该监管软件。其中，三级医疗机构20家、二级医疗机构41家、一级医疗机构10家，尤其是长宁区卫生系统16家医疗机构已全部安装防“统方”软件，投入安装经费近千万元。

广东将放弃药品集中招标制 探索建立第三方交易平台

1月15日召开的广东省卫生工作会议透露，广东决定改革药品集中招标制度，探索建立第三方医药全流程电子交易公共服务平台。

主管药品采购的省卫生厅副厅长陈祝生描述了新医药采购平台的大体构想：政府只进行价格限制，多少价格以内的各种药品都可以进去，不管是哪家厂，只要符合我国药品生产工艺规定，都可以进来和医疗机构或地区联合体去谈。改革后最大的不同是，政府将转变职能，不再参与医药采购过程，而以监管为主。

福建省属公立医院改革 推行绩效工资制度

1月，福建省出台的《关于进一步支持省属公立医院改革发展的若干意见》中提出，2013年6月30日前，福建省将重新核定省属公立医院机构编制，省属公立医院将把自收自支经费形式核定的人员编制改为按照财政核补编制进行管理，以充分体现公立医院的公益性。

根据《意见》，福建省属公立医院将实行按需设岗、竞聘上岗、按岗聘用、合同管理。对引进的国家“千人计划”、省“百人计划”人员，省属公立医院可直接聘任特设岗位，不计入单位岗位设置结构比例。《意见》提出，推进省属公立医院绩效工资制度改革，根据上一年业务收入总量并按照一定的增长比例，合理确定绩效工资总量。具体分配方案由医院自主决定。

全国13家大医院试点就诊“一卡通”

卫生部将于2013年3月底前，在全国13家大型医院试点发放使用居民健康

卡，并力争 2013 年下半年在所有三级医院推广。

据卫生部介绍，居民健康卡集区域卫生信息平台、居民电子健康档案和医疗机构电子病历于一身，可用于个人的身份识别、健康信息存储与更新，实现跨区域跨机构就医数据交换和费用结算等，是居民唯一的、全国通用的健康卡。它的推广，将使居民能随时掌握自身健康信息，在全国各级医疗卫生机构实现就诊“一卡通”，便于医生及时了解其既往病史、就诊、治疗和用药情况，避免重复检查、过度治疗，控制医药费用，此外还可办理医保费用结算等。

湖南斥资 300 亿元建健康产业集团

1 月，湖南省提出：将以长株潭地区为核心，建设集医、产、教、研、养功能于一体的湖南健康产业集团。

该省卫生厅厅长张健介绍，湖南健康产业集团为国有股份制企业，将实施国有资本控股、社会资本参与的合作模式。计划总投资 300 亿元，分三期实施，预计 5 年初具规模，10 年基本建成。湖南健康产业集团拟建设 6 大园区，包括高端医疗与康复园区、医学品牌企业创新园区、医学科技孵化园区、医学教育与科研园区、中医药发展综合改革试验园区，以及管理和服务配套园区，重点形成医疗器械、生物医药、中西药、健康养生养老四大产业体系。

上海力争 3 年实现医疗机构“临终关怀”服务全覆盖

被列为 2012 年上海市政府实事工程之一的“全市每个区设立一个‘舒缓疗护’病区”目标 12 月已全面完成。上海市下一步将全市范围内大力推广“临终关怀”工作，力争在 3 年内实施和达到全市所有社区卫生服务中心以及二、三级医院“舒缓疗护”等相关服务全覆盖，为更多的晚期癌症患者提供充满温馨的人文关怀。

据市卫生局 2012 年的统计数据显示：全市 17 个区共在 18 家社区卫生服务中心设立了“舒缓疗护”病区。项目总投入 2437.86 万元，设立舒缓疗护床位 226 张，已收治病房患者 377 人，提供居家舒缓疗护服务 115 人，舒缓疗护门诊服务 946 人次。病人对“舒缓疗护”的满意度达 99.39%，家属满意度 98.9%。

宁夏将调整 478 项医疗服务价格

2013 年 3 月 1 日起，宁夏将对涉及护理、床位、治疗、化验、检查、手术等六个类别 478 项医疗服务项目价格进行结构性调整。

经测算，此次结构性调整的医疗服务价格，将涉及全区医疗机构(县级以上医院)调价总金额约 3217.62 万元，上调项目 197 项，主要涉及护理、手术和中医类价格；下调项目 281 项，主要涉及检查及化验类价格。

台湾：改革医疗纠纷解决机制引发社会热议

为完善医疗纠纷解决机制，台湾有关方面正推动修改医疗法规，重点将去除部分医护人员在医疗纠纷中的刑事责任。这一举措近来引发岛内各界的热议。

据了解，目前岛内权威机构受托鉴定的医疗疏失案件每年超过 500 件。而依据岛内法规，一些被告的医师一旦败诉，往往会被判巨额赔偿甚至负担刑责。而根据目前台湾行政机构审查完成的医疗法规的修改草案，未来医护人员只有在故意（如明明能救、该救却撒手不管）或是开错刀、给错药等重大疏失、并致病患死伤，且非属特殊情况，才得担负刑责；同时将加强医疗纠纷调处机制，尽量导引以民事赔偿解决。

巴西：着手制定使用中药管理条例

2012 年 11 月，巴西《政府公报》刊登了国家卫生检疫局使用中药的管理条例草案，向全社会广泛征求意见。巴西国家卫生检疫局表示，条例草案公布后的 90 天内，普通民众和执业医师都可以对这部中药管理条例草案提出意见和建议。卫生检疫局将在征集各方意见的基础上进行研究，制定更为详细的管理条例。

为加强对中医中药的管理，巴西卫生检疫局开始着手制定管理条例，对使用中药治病进行规范化管理，同时加强对非法进口中药材的监管，并要求执业医师将使用中药时产生副作用的情况作为案例及时向巴西卫生检疫局报告。巴西卫生检疫局表示，迄今为止没有一家中国中药生产厂家在巴西卫生检疫部门登记，因此进口中药都是违法的，不得在市场上销售。

法国：为减少医患矛盾成立国家医疗事故赔偿办公室

2012 年 11 月，法国国家医疗事故赔偿办公室宣告成立。法国卫生部称，这是政府为维护患者权益，解决医患纠纷，减少医患矛盾而采取的一个重大举措。

法国卫生部长让-弗朗索瓦·马太在该办公室成立仪式上表示，国家医疗事故赔偿办公室的主要任务是处理、赔偿医疗行为和过程给患者造成的感染和伤害，卫生部希望这一办公室的成立能保障医疗事故受害者获得应有的赔偿，使法国目前业已紧张的医患矛盾得到缓解。

国家医疗事故赔偿办公室共有 21 名正式成员，他们分别代表患者、法国医院联合会、法国私人诊所联合会、法国国家疾病保险公司、法国国家健康行业中心以及法国卫生部下属的各有关局等群体和单位。该办公室主任克洛德·于里埃说，法国各地区委员会将逐步成立起来，其中大巴黎地区等 4 个地区的地区委员会将于今年内成立，政府对国家医疗事故赔偿办公室的投资额今年将达到 7,000 万欧元。

加拿大：医疗花费涨幅创新低

根据加拿大医疗信息研究所发布的年度花费数据，2012 年加拿大医疗总花费为 2,074 亿美元，其中包括 1446 亿美元的政府花费和 628 亿美元的私营保险商及自付花费；约占国民生产总值（GDP）的 11.6%。尽管花费仍在增长，但却是 20 世纪 90 年代以来增长率最低的一年，约为 3.2%。

世界首例肝移植合并心脏部分切除手术成功

瑞士苏黎世大学医院 2012 年 12 月发表公报说,该院为一名 22 岁女性肝病患者成功实施了肝脏移植合并心脏部分切除和组织修复手术,这在全球尚属首例。

苏黎世大学医院说,2012 年 4 月,医生在这名患者肝脏内查出一个直径 10 厘米的肿瘤,肿瘤已经侵蚀肝脏、下腔静脉、横膈膜和右心房,需手术切除肿瘤侵蚀的组织。9 月底,苏黎世大学医院约 20 名手术、肝病、麻醉、护理等方面的专家合作完成了这例耗时 11 个小时的复杂手术。首先切除肿瘤及其侵蚀的部分,然后给患者心脏移植一名捐献者的血管,修复下腔静脉和部分切除的右心房,再将患者姐姐捐献的部分肝脏移植到患者体内。

医院公报说,修复手术过程顺利,患者正在康复之中。患者康复后可以正常生活,从事体育活动,无需忌口。这一手术的经验可以惠及多脏器肿瘤患者。

澳洲推出新型网络诊疗服务 可在线咨询

2013 年 1 月,一项新技术将使忙碌的澳洲人足不出户就能看医生,并通过邮件收到医生处方。这项网络服务将使各地患者每天都能从数百个全科医生中挑选一个来进行预约咨询。随后,他们可以通过电脑、平板电脑或智能手机上的视频软件 Skype 来与医生会面,而医生处方也将被自动发送到药房或邮寄给患者。

通过建立在线就医预约服务网站 GP2U 与 Terry White 药房之间的新型合作伙伴关系,这种远程医疗技术能够减轻人满为患的诊所所承受的压力,也能帮助为人母亲的医生在家办公。虽然有些全科医生已经提供过视频远程医疗服务,但这是民众第一次可以预约素未谋面的医生并通过互联网获得处方。

香港政府斥 700 万缓解急症室人手短缺

为了让急症室医护集中精力在危急病人身上,香港医管局 2 月起将推行“急症室支援服务”计划,斥资 700 万元内部招募非急症室医护人员工余时到急症室,此计划先在 7 间医院:包括屯门医院、北区医院、大埔那打素医院、威尔斯亲王医院、伊利沙伯医院、联合医院和将军澳医院急症室试验,若成效显著,将扩至香港急症室医院。

沙特 2013 年将新建 19 座医院和 5 座医疗城

沙特卫生大臣阿卜杜拉拉比亚 1 月签署了价值 17.7 亿里亚尔(约合 4.7 亿美元)的新建吉达费萨尔国王专科医院和研究中心项目合同,该项目占地 200 万平米,包括一座 630 张病床的医院。

拉比亚表示,2013 年沙特卫生部预算达 1,000 亿里亚尔(约合 267 亿美元),将建设 19 座医院和 5 座医疗城。

上海市第一人民医院院长——王兴鹏

王兴鹏教授，现任上海市第一人民医院院长，医学博士、留德博士后，教授、主任医师、博士研究生导师，享受国务院政府特殊津贴。

1965年生，1987年毕业于南京医科大学医疗系，获学士学位；1992年获得上海第二医科大学消化病学博士学位；1996年6月获德国“洪堡奖学金”赴德国乌尔姆（UIm）大学内科从事博士后研究工作。

【专业成就】

- 在胰腺疾病领域的研究居国内制高点，系统研究并提出“肠屏障功能障碍在重症急性胰腺炎发病中的作用”新理论，并在全国范围内积极推广应用
- 负责起草了我国《急性胰腺炎诊治指南》、《重症急性胰腺内科诊治规范》、《慢性胰腺炎诊治指南》、《肠屏障功能障碍临床诊治建议》等重要学术文件，在全国范围内对相关疾病的诊治规范起到积极推动作用
- 先后获科研项目资助 20 余项，包括国家“863”专项基金，国家自然科学基金，教育部博士点专项基金，上海市科委重点课题，上海市卫生局重点课题，上海市科学发展基金项目，上海市人民政府“白玉兰基金”等
- 在消化疾病领域共发表学术论文 200 余篇，其中 SCI 全文收录 30 篇，申报国家发明专利 1 项
- 主编教材《现代胃肠病学高级进修教程》，获华东地区优秀科技图书二等奖

【社会职务】

- 亚太地区胰腺病学会、美国胰腺病学会委员
- 中华医学会消化病学分会常务委员
- 中华消化病学会胰腺病专业学组组长
- 卫生部《中国消化专科医师培养标准专家起草小组》成员
- 卫生部《卫生专业技术高级资格考试指导用书》消化内科分册编委会委员
- 美国《Pancreas》杂志编委
- 《中华胰腺病学杂志》、《国际消化学杂志》副总编辑、《中华消化杂志》常务执行编委、《肠胃病和肝病杂志》总编辑

【荣誉奖项】

1998 年荣获上海市医务青年管理十大杰出青年、共青团上海市新长征突击手；2001 年荣获上海市银蛇奖，上海市卫生局先进工作者，上海市卫生局行政记功；2002 年获第二届全国中青年消化学术论文交流“特等奖”；2004 年获教育部“新世纪人才支持计划”资助；2007 年获中华医学科技进步奖。

遵义医学院附属医院院长——喻田

喻田教授，现任遵义医学院附属医院院长，教授，硕士研究生导师、博士研究生导师，享受国务院特殊津贴专家。

1957年生，1983年获医学学士学位，1989年获得心血管外科麻醉硕士学位。目前是贵州省麻醉学术界、省内医药卫生领域学术带头人之一。

【专业成就】

- 从事“心血管麻醉与心肌保护”与“全身麻醉作用机制”的研究，解决了临床麻醉中大量疑难、复杂问题
- 在“非典”期间，针对医务人员进行气管内插管时感染 SARS 病毒的情况，发明了“烈性呼吸系统传染病气管插管隔离罩”，获得国家发明专利及新型材料专利
- 先后主持完成国家自然科学基金课题 4 项，以及“国家教育部骨干教师资助课题”、“贵州省重点科学技术项目”、“省优秀青年科技人才基金”等多项课题，成果获“贵州省科技进步成果奖”二等奖一项、三等奖等其他奖项
- 以第一作者或指导研究生在《Chinese Medical Journal》、《中华外科杂志》、《中华麻醉学杂志》、《中华胸心血管外科杂志》等刊物发表论文近 60 篇（国家级 40 余篇）
- 参编专著 2 部，全国研究生统编教材《医学科研方法学》1 部，全国本科统编教材《麻醉药理学》第三版及《胸科麻醉学》
- 其领导的实验室被评为“贵州省麻醉与器官保护重点实验室”
- 从事麻醉学科研、教学与临床 23 年，以高度的责任感与事业心，不断创新的思维能力，为贵州省教育、科研、高级人才的培养、以及医疗卫生事业的发展做出了突出贡献

【社会职务】

- 中华医学会麻醉学分会常务委员
- 中国医师协会麻醉学医师分会常务委员
- 国家自然科学基金、国家科学技术进步奖的评审专家
- 贵州省麻醉学会主任委员
- 《国际麻醉与复苏》、《中华麻醉学杂志》、《临床麻醉学杂志》等专业杂志编委
- 美国《ANESTHESIA AND ANALGESIA》（麻醉与镇痛）中文期刊编委

【荣誉奖项】

1999 年获贵州省总工会“五一”劳动奖章；2000 年获“贵州省先进工作者”；2002 年评为“贵州省优秀青年科技人才（跨世纪人才）”；2004 年评为“卫生部有突出贡献的中青年专家”、“省管理专家”、“黔中英才”、被国家教育部、人事部授予“全国模范教师”称号；2005 年获“全国先进工作者”（劳动模范）称号。

北京协和医院

北京协和医院是一所集医疗、教学、科研于一体的大型三级甲等综合医院，是北京协和医学院的临床学院、中国医学科学院的临床医学研究所，卫生部指定的全国疑难重症诊治指导中心一。医院始建于1921年，是中国最早承担干部保健和外宾医疗的医院，在中国乃至世界享有盛名。2006年7月，被中国奥委会定为“国家队运动员医疗服务指定医院”。

医院现有在职职工4,000余人，其中中国科学院、中国工程院院士6人；正副教授682人；博士生导师104人、硕士生导师214人；中华医学会、北京医学会及其它学会主任、副主任委员等60名，中文核心杂志正副总编及名誉主编60余人。

2002年，医院与邮电总医院合并重组，形成东单和西单两个院区，总建筑面积17余万平方米。通过学科规划和资源整合，初步形成东院以“大医疗为主体”、西院以“大专科、小综合”为特色的医疗格局。

医院共设临床、医技科室54个，开放住院床位2,000余张，国家临床重点专科14个、国家级重点学科20个、北京市重点学科5个；日门诊量1.2万人次，年出院病人6.8万人次，住院手术病人3.2万人次，平均住院日9.5天以下。

医院注重临床科学研究，近五年来医院承担国家级科研课题177项、省部级科研课题151项，其中国家自然科学基金资助131项；在国内外发表学术论文7500余篇。2010年，协和转化医学中心成立，《协和医学》杂志创刊。

新疆医科大学第一附属医院

新疆医科大学第一临床医学院始建于1956年，是一所集医疗、教学、科研、预防和管理为一体大型综合性医院。

医院现有员工4,600余人，其中，22人享受国务院特殊津贴，1人获得国际南丁格尔奖，2人被授予卫生部有突出贡献中青年专家，3人入选“新世纪百千万人才工程”，先后有7人被评为全国卫生系统先进个人，2人获全国“五一劳动奖章”，1人被评为全国优秀教师、全国高校优秀辅导员，自治区有特殊贡献专家10人，自治区教学名师3人。

医院开放床位2,700张，临床中心14个，临床医技科室95个。其中，麻醉科、专科护理、心血管内科、地方病-包虫病、重症医学科、普通外科、神经内科为国家临床重点专科。医院拥有国家级精品课程1个、国家级特殊专业1个，科技部省部共建国家重点实验室培育基地1个，博士学位授予点3个。

医院的国家级、省部级科研立项、科研成果、专利、SCI文章均居新疆医疗机构之首。近年来承担国家级科研项目25项，科研项目经费千余万元。2007年获中华医学科技二等奖1项、中华预防医学科技三等奖1项；2007年获863项目资助；2010年获科技部973计划前期研究项目1项；2010年获国家科技进步二等奖。

芬兰赫尔辛基大学中心医院

(Helsinki University Central Hospital, Finland)

赫尔辛基大学中心医院（HUHC）位于芬兰首府赫尔辛基中心的波罗地海，是芬兰规模最大的一所大学附属医院，也是赫尔辛基地区最重要的一所急诊医院，医院的许多专科都是唯一 24 小时开诊的。

医院现有员工 20,956 人，科室 60 多个，开放床位 3,412 张，年住院 10 万余人次，手术量约 6 万次，年收入约合人民币 150 亿元。

该中心医院承担大量全国范围内的疾病治疗责任，医院有专业性极强的技术和设备。在芬兰，赫尔辛基大学中心医院专门提供治疗唇裂、器官移植、婴儿开胸心脏手术及毒剧药信息中心示范服务。

医院院区内有近 30 余座建筑，全部由地下通道连接，总长度近 10 公里。赫尔辛基大学的医护人员在这一中心医院里进行教学和科研活动。组织本科生和研究生的教学并从事所有医学专科和大部分亚专科的研究。医院不仅是学生和医生的教学医院，而且其设备还用于其他卫生保健职业，每年为上千名学生提供临床实践的机会。

新西兰米德尔莫尔医院

(Middlemore Hospital, New Zealand)

新西兰米德尔莫尔医院是位于奥克兰地区、曼努考市的一所公立医院，隶属于当地的卫生局管理，为当地居民提供三级（医院和专科）护理以及其他卫生和社会服务。

医院始建于 1947 年，作为奥克兰医学院的南奥克兰临床学校，它也是新西兰最大的三级教学医院之一。医院的门诊科室有：康复治疗、神经科、内分泌科、普通外科、麻醉科、烧伤科、骨科、家庭暴力防治、血液科、传染病科、内科、妇产科、精神科、营养学科、口腔科、临终关怀科、放射科、呼吸科等。其中在骨科，颌面外科，整形外科，口腔科，一个烧伤治疗中心以及康复治疗，肾透析和新生儿护理方面非常突出。

医院共有员工 4,700 人，病床数 800 个，每年接受门诊患者超过 91,000 人，入院患者 354,000 人，每天接生新生儿超过 20 个。2006 年，医院耗资 7.2 亿新币建造了一个新的烧伤患者病房。作为全国烧伤中心，接收全国各地烧伤最严重，治疗最复杂的病患，以及每年接受当地将近 400 名烧伤患者。

2008 年，医院投资 6.4 亿新币开设了一个全新的重症监护病房，为目前新西兰最先进的。新建重症病房提供 18 张床位取代了原先的 7 张，每年能接受患者 1,000 名。

2012年是“十二五”医改规划实施的第一年，在新医改确定的目标原则和总体框架下，各地从实际出发，迎难而上，大胆试点探索，用中国式办法不断破解医改世界性难题。本期《中外医讯》将为您解读作为公立医院改革内容之一“医药分开”在各地实施和落实的情况。

公立医院改革——医药分开之路

一、各地“医药分开”的开展进程

❖ 浙江

2011年12月，“医药分开”率先在嵊泗、遂昌、龙游、桐乡、绍兴、乐清等6个县（市）的县级公立医院推行；

2012年底全省90个县（市）公立医院推开“医药分开”。

❖ 北京

2012年5月，北京出台《公立医院改革试点方案》，尝试探索公立医院医药分开；

2012年7月1日，友谊医院率先启动以“医药分开”为核心的综合改革；

2012年9月1日，试点推广到北京朝阳医院；

2012年12月1日，北京同仁医院、积水潭医院、天坛医院在同一天也开始推进医药分开试点；

2013年，医药分开改革将在全市市级医院全面推行，并逐步扩展至一、二级医院。

❖ 深圳

2012年6月7日，深圳市发布《公立医院医药分开改革实施方案》；

2012年7月1日，深圳市公立医院“医药分开”综合改革启动，并在医保参保人、医保药品目录范围内先行先试；

2012年7月26日，“医药分开”政策扩大到全市所有公立医院的全部就医人群、全部药品，对自费病人，医院直接按调整后的诊查费标准向病人收取。

❖ 上海

2012年12月12日，郊区四家新建三级医院（市六医院东院、瑞金医院北院、仁济医院南院以及华山医院北院）试点实行“医药分开”，迈出公立医院改革重要的一步：以破除“以药补医”为切入口，推进医药分开机制、药品采购供应机制等综合改革，建立以公益性为核心的公立医院运行机制的新思维与新模式。

❖ 宁夏

2008年，银川市第三人民医院试点取消药品加成。

❖ 芜湖

2007年底，芜湖市启动医药分开改革，成立药管中心，将市属8家公立医院的药剂科划归其下管理；

2011年，芜湖市启动医药分开二次改革，实行药品零加成销售。

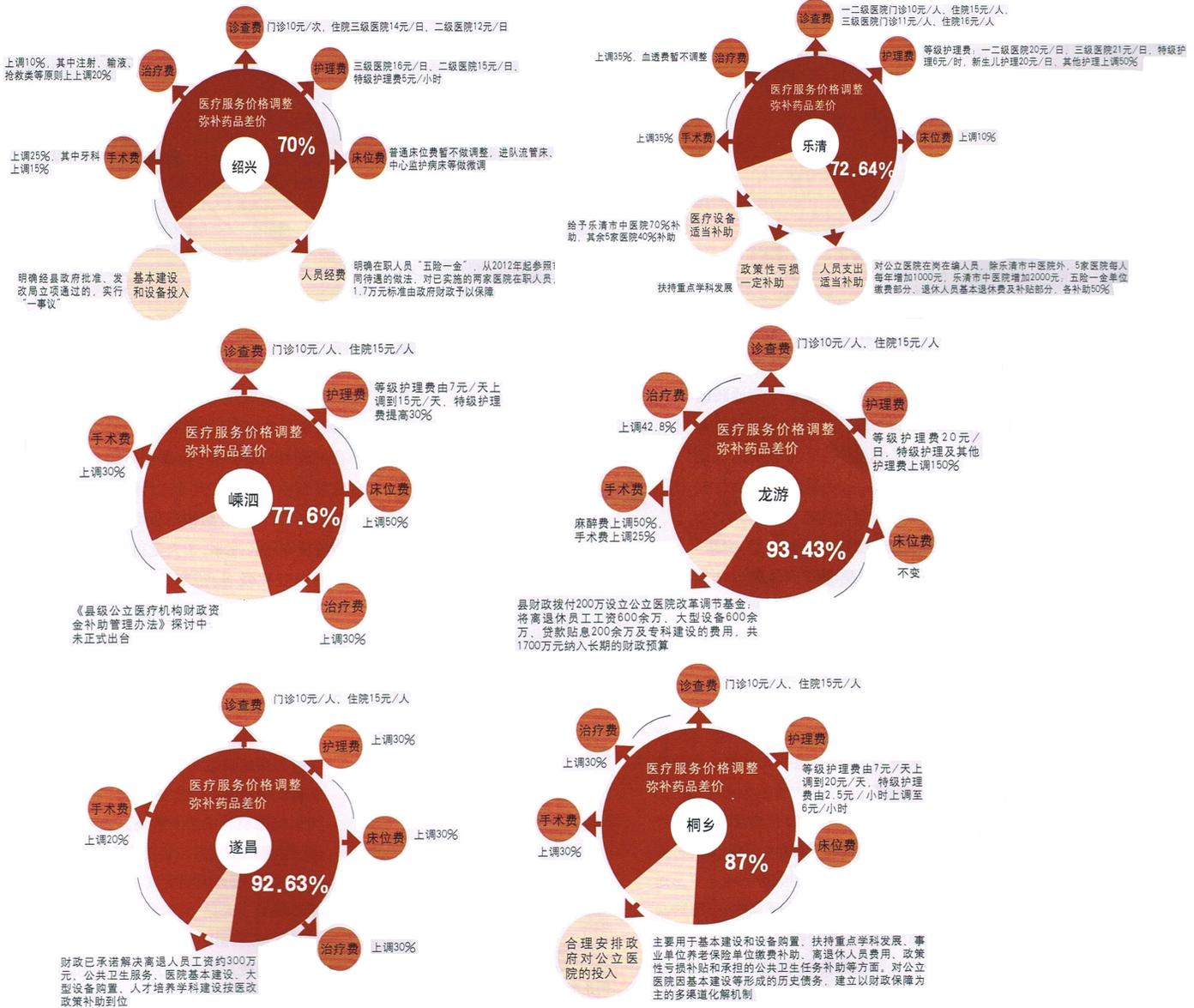
二、各地“医药分开”的实施内容与实施成效

❖ 浙江

(一) 实施内容

该省同时采取医疗服务收费价格调整、支付制度改革、增强财政投入、加强药品总量控制及医院加强内部控制以降低运行费用等五项措施。

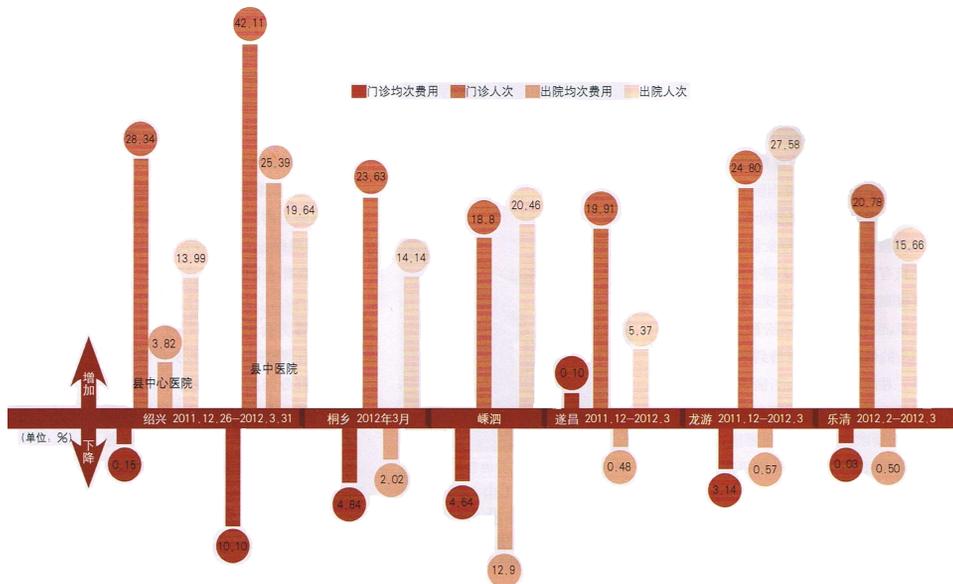
浙江省6个试点县(市)“一减一调一补”政策图:



一减一调一补: 即减少药品费用, 调整医疗服务收费, 适当增加财政对公立医院改革的投入

(二) 实施成效

浙江省6个试点县(市)门诊人次、门诊费用、出院人次、出院均次费用增减示意图:



❖ 北京

(一) 实施内容

- 1、取消药品加成、挂号费和诊疗费，全部药品实行进价销售
 - 2、设置医事服务费，实行分级定价：普通门诊、副主任医师、主任医师、知名专家门诊的医事服务费标准分别确定为 42 元、60 元、80 元、100 元
 - 3、医保定额报销：按照“保基本”的原则，门诊医事服务费由医保定额报销 40 元
- 2013 年，北京市属 21 家大医院有望全部进行试点

(二) 实施成效

1、患者负担减轻

试点医院的门诊药占比、次均费用、次均药费和住院患者例均费用等指标均得到了不同程度的下降，且趋势平稳、效果持续，实实在在减轻了患者的负担。

如北京友谊医院医药分开试点改革 4 个月监测数据表明：医保患者药占比从 77% 下降到 64%，门诊医保患者次均医疗费用由 450 元下降到 380 元，降幅达 16%；门诊医保患者自付费用由 176 元下降到 103 元，降幅达 41%；住院医保患者例均医疗费用由 18,608 元下降到 16,174 元，降幅达 13%。北京朝阳医院与今年上半年相比，医保患者药占比从 70% 下降到 58%，门诊医保患者次均医疗费用由 394 元下降到 358 元，下降了 9%，门诊医保患者自付费用由 185 元下降到 106 元，下降 43%；住院医保患者例均医疗费用由 17,830 元下降到 15,466 元，下降 13%。

2、医务人员的劳动价值得到体现，医院收益得到了提高

试点医院都按照医药分开整体方案和北京市医管局绩效考核的要求建立了新的绩效考核体系，贯彻了“多劳多得、优劳优得”的原则，友谊医院和朝阳医院医务人员绩效工资较改革前均将增长 30% 以上，并通过控制成本和不合理医疗费用，医院收益均得到不同程度提高。

3、患者满意度提高，患者就医得到有效引导

试点医院的问卷调查都显示：85% 以上患者能接受医事服务费的价格，82%

以上的患者对医生的服务能力满意，并认为看病沟通时间比以前长了。改革后，一部分常见病有效引导到了普通门诊就诊，专家挂号难问题得到了一定缓解。

❖ 深圳

（一）实施内容

- 1、允许公立医院门诊患者凭处方到药店购买药品；
- 2、在社区健康服务中心统一实施 10 元/人次的一般诊疗费；
- 3、在香港大学深圳医院试行全科门诊打包 130 元的收费标准；
- 4、探索药品采购制度改革

1) 实行集团式采购

由深圳市公立医院管理部门制订全市公立医院采购药品目录，以广东省药品统一采购中标目录和中标价格为基础，对进入深圳公立医院的药品实施二次遴选；与中标药品供应商进行价格谈判，代表全市所有公立医院实施集团式采购，并实行统一配送，从而降低药品入库价格。

2) 实施“厂院直销”

由市公立医院管理部门选取试点单位，探索建立医院与药品生产企业之间的直销渠道，以此减少流通环节，降低采购价格；或者以不高于广东省同品规药品集中采购中标价格为前提，参照周边地区中标品种和中标价格进行采购。

截至 2012 年 6 月底，深圳社会医疗保险参保总人数达到 1120.94 万人，医保药品目录范围内药品种类数为 2,962 种，医保定点医院数为 123 家，其中公立医院 66 家，社会办医院 57 家。

（二）实施成效

7 月 1 日~14 日，66 家公立医院医保参保人的每门诊人次费用 214.4 元，环比下降 11.9 元，降幅 5.3%；其中药费 94.2 元，下降 15.9 元，降幅 14.4%；医疗费用 120.1 元，增加 4.0 元，增幅 3.4%。

改革实施两周以来，公立医疗机构每诊疗人次药品费用下降，过度用药行为逐步得到遏制，社区首诊量比例有所提高，群众得到了实惠。医保定点医院取消药品加成政策，预计一年可直接减轻参保人自付费用 2.09 亿元，其中门诊费用 1.99 亿元，住院费用 0.1 亿元；基层医疗机构取消药品加成政策，实施一般诊疗费，一年可减轻市民医药费用 1.17 亿元，其中药费 1.03 亿元。

❖ 上海

（一）实施内容

上海以破除“以药补医”为切入口，推进医药分开机制、药品采购供应机制、投入补偿机制、医保支付机制、监管评价机制、医务人员薪酬机制等综合改革。

1、六院东院的具体措施包括四大方面：药品零加成的同时提高医疗服务价格；医院联合集中采购；优化药房经营管理；以及规范医院诊疗行为。

2、仁济南院与上药股份和国药控股签订“药品供应链服务外包相关协议”，两家药企未来将负责仁济医院南院所有药品的采购、储存和销售，医院将不再从药品的供销

过程中获得任何收益。而华山医院北院也与上药股份签订了相关合作协议。

3、药不养医,回归本色

在这 4 家三甲医院里, 药房收益已经从医院运营中删除, 取而代之的是社会化管理的新探索。仁济南院、市六东院、瑞金北院和华山北院的药品物流均由医药公司负责, 医院负责药事服务和药事管理。

(二) 实施成效

推行闵行模式:

1、一道减法: “药房革命” 斩断灰色利益链

在古美社区卫生服务中心, 自动给药机实现病人刷卡自助取药, 而当给药机中的药品接近下限时, 供应商能通过系统知悉, 及时补货。据此, 医院药师得以专注于提供药学服务, 确保病人获得个性化用药安全指导。

2005 年, 闵行在古美社区卫生服务中心试行药品供应链一体化协议, 将医院药房的信息管理系统与流通企业整合——这被业内称为闵行“药房革命”的原点。借助信息化系统, 闵行再造了药品供应流程。

2009 年, “药房革命” 在闵行区区属医疗机构推开。统计显示, 闵行公立医院药品采购成本从改革前的 8.2% 降低到 4%, 仅相当于全国平均成本的 35%。改革七年, 闵行区已为群众节省医疗费用 4 亿多元。闵行区卫生局相关负责人称, 这场“药房革命” 不仅降低了药品供应成本, 还控制了医疗卫生领域的腐败滋生, 引导医院尽力走出“以药养医”的怪圈。

2、一道加法: 绩效改革让医生“阳光地获取报酬”

五年前, 闵行区卫生局对所属单位建起全新的考核体系, 医院收入与药品销售量脱钩, 而与医疗质量、效率挂钩。闵行区开始实施卫生经费统筹, 将原区镇两级卫生事业经费全部统筹到区财政专户, 根据各医疗卫生单位绩效考核结果进行下拨, 政府补偿与绩效考核直接挂钩。

如今, 闵行居住着 243 万常住人口, 每人有张健康卡; 闵行区近 5000 名医务人员, 每人有张绩效卡。看病必须“两卡合一”: 居民刷健康卡, 存储从出生到死亡的“电子病历”; 医务人员刷绩效卡, 工作量都被记在卡里, 与收入直接挂钩。两张卡, 完全调动起医务人员的“生产力”。

3、精细计算: 监管平台让政府投入“明明白白”

医务人员收入增加与闵行区政府加大卫生经费投入不无关联。2012 年, 闵行区卫生事业经费统筹 5.3 亿元, 较 2011 年增长了 15%; 公共卫生经费投入从 2010 年的 9.07 千万提高到 2012 年 1.34 亿; 公共卫生经费从 2005 年的按户籍人口人均 20 元, 提高到 2012 年的按常住人口人均 55 元的标准。加大投入确保百姓切实感受到医疗改革的成果是第一步, 如何确保对政府卫生经费投入的有效监管, 闵行推进着更深刻的医改转变——将卫生管理模式从粗放式转为精细化。

❖ 宁夏

银川的试点首先去掉了药品加成, 医疗服务收费也同时降级, 医生实行全额工资财政补助政策。然而, 由此也产生了医院亏损的局面。

因此，银川市在 2012 年制定了《银川市属公立医院绩效考核财政经费补助管理办法（试行）补充规定》。通过经常性补助，也就是按照人均医疗标准进行定期补助，以及按照就诊人次进行补助，还有按药占比控制率等方式进行补助。这样做，一方面消解了医生医药牟利的冲动，另一方面促进了服务质量的改善。

《办法》从“事业发展性专项补助”政策入手，对医院进行了“封顶”式的补助。如以银川市第三人民医院 2011 年取消药品加成以及服务费造成的损失为基数，来制定定额补助标准，而且一定三年不变。换句话说，该医院 2011 年由于医改政策损失了 580 万元，那么就以此“封顶”，以后三年都以此标准给予补助。以便抑制医疗资源被过度使用造成的制度缺陷。此外，如果医院无法通过政府的考核，下一年度的补助标准将被核减。

❖ 芜湖

自 2008 年开始，“芜湖模式”实施 3 年让利患者 1.6 多亿元。通过医药分开 3 年，医院和药剂科与药品的利益链已基本切断，药房回归医院更多是从开展药事服务和提高医疗质量的角度考虑。

第一次的医药分开改革，虽然最大限度地切断了医院与药品供销商之间的利益链，但没有从根本上切断医务人员与药品供销商之间的利益链。因此，芜湖启动了医药分开的二次改革，取消药品加成、实行药品零加成销售。

2011 年 10 月 1 日，芜湖市及市辖 4 县 16 所公立医院的药品全部实行零差率销售。公立医院将通过 3 种渠道进行补偿：

1、医疗价格的调整

大型设备检查价格下调 25%，技术服务收费适当上调，增收药事服务费，并纳入医保报销范围，门诊按每名患者每日诊次开具处方收取 1 元，住院患者每床每天 2 元。这样一来，增加的收入相当于医院原先加成利润的 2%。

2、重塑药品流通方式

通过再造与供应商链接的物流管理体系，向企业收取“增值服务费”，补偿医疗机构因取消药品加成销售带来的经济损失。

3、政府补上剩余的差额

在 3 种补偿渠道中：“增值服务费”占据核心位置。

根据芜湖市药品医用耗材管理中心统计，医药分开二次改革交出了漂亮的数据。截至 2011 年 12 月底，市属 8 家公立医院药品销售总额达 1 亿元，直接让利百姓 1420 万元，招标间接让利 2007 万元。两项合计，共让利 3427 万元，月均减轻群众药费负担 1142 万元。与 2010 年第 4 季度相比，实施药品零加成政策后，市属 8 家公立医院就诊人次和业务收入分别增长 20.86% 和 10.38%，而人均药品费用下降 18.1%。

延伸：医药分开体制在国外

❖ 美国

美国的医药分开，并不是所有药房均从医院独立出来，医院还会保留住院药房，

急诊药房。比如美国，仍然有 25%左右的药师在医院工作。医师可以通过这些药房熟悉药品，也可以通过医药代表了解药品，这样的医药代表才能真正成为学术代表。当然，多数医师还会通过网络和书籍、杂志补充相关药品知识。所以在美国，药师是一个公众信任和尊敬的职业，而医药代表从事的是学术活动，多数药厂凭借其创新药物给自己树立国际竞争力。

❖ 德国

德国的药房与医院完全剥离，医生开处方，患者到药店买药。医生的处方权和药店的售药权严格分离，以此杜绝医生滥处方权、与药商共谋的情况

❖ 韩国

2000 年以前，医院和医生的一半收入来自配药，药品支出在卫生总支出中的占比也较高。韩国政府为此强推医药分开政策，关闭了医院的门诊药房。然而，医疗费用非但未减，反而增加，最终导致医疗保险严重赤字，濒临破产。这一始料不及的结果，简直让韩国政府大跌眼镜。政府为了安抚医生，决定提高门诊费，门诊费短时间内曾一度提高过五次，比过去一年上涨 48.9%，仅门诊费上升一项，就占医疗保险财政赤字的 45.8%。

❖ 英国

英国的“医药分开”非常有特色。一是分级就医。英国国家医疗服务体系实行分级制，社区全科诊所、综合性全科医院和教学医院所提供的医疗服务“互补交叉”。二是医药分开，诊所和医院都不卖药。三是见方售药。在英国，药都是通过国家检验的，否则不能在药店出售。药店卖药须凭处方（感冒药、咳嗽药、眼药等常用药除外），不见处方，药店无权售药。

❖ 法国

法国式医药分开，是患者买药便利、自由，这是给患者的最大好处。法国人不管生大病小病都看私人医生，医生开完处方，病人就到街上的药房取药。如果需要住院，在医疗费用上更不必担心。法国的医疗制度有个特点，即病人病得越重，享受的保险范围越多，医院护理和治疗也更为具体。

这种模式，让医生与药方无法挂钩，只根据病人的病情开药，且大多数开的是某一科的常用药，药品也多数是国家规定的统一价，患者买着放心。当然，也存在不便之处，比如打针。患者先拿方子去药店买针剂，如果私人医生没时间，只要把药剂拿回家放冰箱，之后再与大夫另约时间，这样及时性稍差。

❖ 澳大利亚

在澳大利亚，实行医药分开，且规定非常严格，有关法律明文规定，任何医院和诊所不能向病人卖药，不得经营任何药品。私人诊所同理。病人需要的主要药物都要凭医生的处方到药店购买。

澳大利亚还实行“药品补贴计划”（PBS），目的是让所有人都能买得起药。政府每年公布一次 PBS 的药品目录，凡退休者和领取社会救济者（包括子女）在购

PBS 范围内药品时，不管药品实际价格多少，每张处方付费 2.6 澳元，当年支出超过 6404.2 澳元时，可领取一张免费卡，凭卡在当年免费购药。对其余人（包括不参加医疗保险的人）每处方付费 16 澳元，不足 16 澳元按实际药价支付，当年药费支出超过 312.3 澳元时可申请优惠卡。这个计划确保人人都可以买得起基础的必需药品，大约 75% 的处方药物都是由药品补给计划（PBS）资助的。

❖ 瑞典

瑞典在医疗制度改革前，医生总给患者开大药厂生产的昂贵药品，如今，政府卫生部门在公费医疗药典中不断增加替代药物的数量和品种，鼓励医生在保证疗效的前提下，尽量给病人开价格低的药。尤其实行医药分开后，医院没有了药房，病人持处方到外面的药店买药，医生开哪种药、哪个厂家生产都与医院的经营和医生的收入没有丝毫关系。而且瑞典医生的高收入，一定程度上抑制了医疗腐败的滋生，所谓高薪养廉。

❖ 日本

1992 年开始，日本逐步将药店从医院剥离，作为独立的行业扶植发展。在此基础上，由政府来规定药品的基准价。1990 年，日本全国共有药店 3.6 万多家，到 2009 年 3 月已发展至 5.3 万多家。在政府的协调下，大部分药店从出售非处方药的小店，成长为具备出售各处方药资质的大店。1992 年，日本厚生省颁布了药品定价计算公式。这个公式根据每两年一次的药品市场调查数据，计算出市场公定价，并且针对每一款药品制定新的政府基准价。然后设定一个浮动百分比。经过简单的计算后，市场公定价的误差不能超过政府基准价的浮动百分比限制，否则就是违法。

❖ 巴基斯坦

在巴基斯坦，政府医院完全由政府拨款，不以盈利为目的，医务人员享受国家公务员的待遇。同时，巴基斯坦实行医药分开，政府医院除了使用免费药物外，是不得经营药品的。当然，政府医院免费提供的药品种类极为有限，有些病人必须到药店去买药，但到药店买药也花不了多少钱。

巴基斯坦的药店分成平价药店和营利药店两种，平价药店的药品全部来自政府出资的药厂，虽然没有什么名贵药物，但药品种类齐全，价格也极为便宜。

巴基斯坦的医疗制度之所以取得好的效果，主要在于较好地贯彻了公平和效率的原则，既通过政府投资使得政府医院和平价药店稳定运转，又给私立医院和营利药店提供了广阔的发展空间，最终使富人和平民享受到各得其所的医疗服务。

质量管理与风险防范的九个法则

广州南方医科大学附属南方医院 耿仁文

一、21 世纪美国医疗服务的改进目标

- 安全
- 有效果
- 以病人为中心的医疗
- 及时地提供医疗服务
- 高效率的医疗
- 服务公平

二、我们面临的问题

(一) 大环境变化已非我们的想象

- 1、医学科学医疗技术的日新月异
- 2、慢性病、老年人群的增加
- 3、社会期望增高而引发的压力
- 4、信息网络背景下医学知识的传播

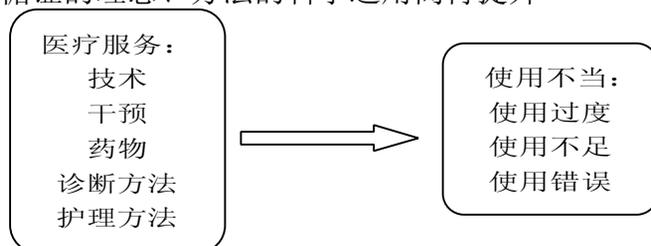
(二) 医疗系统的复杂性难以驾驭

- 1、医疗服务本身所具有的特殊性
- 2、信息技术普遍应用 (多样性、多变性、不稳定性)
- 3、服务对象的差异
- 4、医疗服务个体的独立性

(三) 医疗服务观念和应对举措的相对滞后

- 1、对病人安全关注度不够
- 2、基于副反应和并发症的应对流程不畅
- 3、对差错的惩罚有时运用不当
- 4、安全隐患事件的非公开讨论

(四) 循证的理念、方法的科学运用尚待提升



三、质量管理与风险防范的九个法则

(一) 法则之一: 理念为先, 事故是可以预防的

1、海恩法则: 每一起严重事故的背后, 必然有 29 次轻微事故和 300 起未遂先兆以及 1,000 起事故隐患

- 1) 事故的发生是量的积累的结果
 - 2) 再好的技术, 再完美的规章, 在实际操作无法取代人自身的素质和责任心
- 2、那些看似不可预测的事故甚至灾难, 可以把损失降到最小吗? YES!

- 1) 日本: 是世界上地震频发的国家之一, 但死亡人数很少
- 2) 墨西哥: 7.2 级地震, 死亡 2 人
- 3) 智利: 8.8 级地震, 死亡数百人

✓ 面对可能的滑坡：有预警、有标记、有监控、有演练、有电话、有排险……

3、医疗质量与安全管理的文化理念

- 1) 相信医疗意外可以预防
- 2) 营造医护工作人员的关心氛围
- 3) 建立倾听患者疑虑的制度
- 4) 分析医院及每一位患者存在的安全风险
- 5) 始终坚持医院系统的改进
- 6) 避免对医护人员不恰当的指责和惩罚

(二) 法则之二：预防重于亡羊补牢

1、哲学常识告诉我们：事物运动都是有规律的，这些规律又是可以被认识和运用的
 风险表达式： $R = f(P * C)$

R——风险； P——不利事件发生的概率； C——不利事件发生的后果

2、知道了才能想到，想到了才能做到，做到了才可以避免

抢救设备设施的电池更换；无痛胃肠镜检查时，增加什么样抢救药物；双源 CT 检查时的心血管事件的应急……

(三) 法则之三：研究“系统问题”，系统地研究问题

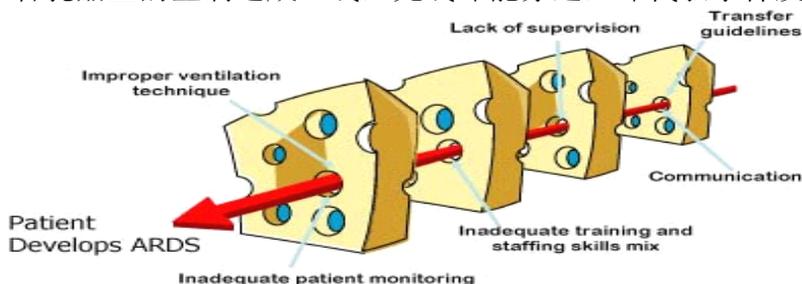
1、联盟法则：两个或两个以上的个体，为了实现同一目标而实行的相互联系的行为

- 1) 大系统、小系统
- 2) 不同专业、不同岗位

要管好系统中的每一个流程，使所有的环节都有相关标准化的科学流程，并使所有活动都要按要求有序地进行。

2、Reason 的瑞士奶酪模型

每一片乳酪代表一个环节，亦可视为一道防线，乳酪上的空洞是此环节可能的失误点，若乳酪上的空洞连成一线，光线即能穿过，即代表事件发生。



事故通常都是由一系列的流程和一系列的人员的错误积累才出现的。

3、案例：急诊科护士打针所发生的过敏性休克

- 1) 背景：一位感染的成年人，有青霉素过敏史
- 2) 过程：医生诊断为“急性化脓性扁桃体炎”，开青霉素处方→护士 A：接处方让病人家属取药→药师：核对方，发药→ 护士 B：帮助护士 A 执行医嘱，发生过敏性休克

✓ 有些缺陷，是多个不同的因素叠加产生的（心理、生理、思维方式、环境等等）

4、案例：合肥市第一人民医院预防手术部位的错误

针对手术部位和体表标识

- 1) 术前：手术医生与患者共同确认及核对
- 2) 手术室护士在接病人时，与病房护士、患者进行三方核对
- 3) 麻醉开始前：四方核对（手术医生、麻醉师、手术巡回护士、患者）
- 4) 麻醉诱导后、切皮前，再次三方确认（手术医师、麻醉师、巡回护士）
- ✓ 确保在正确的时间对正确的患者行正确的手术
- 5、预防医疗缺陷，也有规律可循
 - 1) 相对高风险的专业、学科
 - 2) 高风险的诊疗措施
 - 3) 某些疾病本身的常见并发症、罕见并发症
 - 4) 院内感染最易发生的场所
 - 5) 哪些时间段，哪些类型的缺陷更易发生
 - 6) 哪些人群、最易发生哪类的事情
 - 7) 在您的执业中，哪些是“小概率、高死亡率”的问题（如孕产妇羊水栓塞）

（四）法则之四：做好事情的第一步

- 1、多米诺骨牌效应：当第一张牌被推倒时，其后的每一张牌将相继倒下
- 2、案例：某住院患者，入院后医生开单查血常规和血 K、Na、CL，护士采血后送检，结果是血 K12.9mmol/L。病人并无高 K 症状，无输注含 K 液体，也与病情不符。后经细查，是病人同时采集两个血标本，因生化管中的血不够，护士擅自把血常规管中的血倒入生化管中，因血常规管中加有 EDTA-K2 抗凝剂，故导致检测结果不准，血 K 偏高。随后立即重新采血，血 K 为 4.0mmol/L 为正常。

如果医生没有经验，对结果不质疑，依据首次检测结果进行相关治疗，那么后续的所有用药、治疗均将出现错误。

（五）法则之五：关注并管住细节

- 1、木桶原理：又称短板理论，指一只木桶盛水的多少，并不取决于桶壁上最高的那块木块，而恰恰取决于桶壁上最短的那块

2、案例

- 1) 50 亿分之一的差错：2002 年浙江舟山出口的冻虾仁被欧洲商家大面批量退货，并且要求索赔，导致养殖户蒙受巨大损失。原因是欧洲当地检验部门从 1000 吨出口冻虾中查出了 0.2 克氯霉素，即氯霉素的含量只占总量的 50 亿分之一。而氯霉素的来源是手工剥虾壳的工人用含氯霉素消毒水泡手止痒，导致最终退货及赔偿。

✓ 任何麻痹和对细节的忽视都会带来难以想象的后果！

- 2) 一男婴，2 个月，按正常免疫时间前往医院口服脊髓灰质炎减毒活疫苗（糖丸），孩子服用期间有轻度肛周感染及低热，家长未主诉，医生未询问。服用后孩子出现不良反应，致不可逆的全身性小儿麻痹。

医学院校相关教科书上关于糖丸禁忌症的描述：一般无特殊禁忌症。发烧、感染、急性传染病、免疫缺陷症、接受免疫抑制剂治疗者及孕妇忌服；对发热、急性疾病、慢性疾病活动期和重度腹泻的儿童应缓用；对牛奶过敏者应慎用。

✓ 此类不良反应的发生机率仅为 250 万分之一！

(六) 法则之六：减少简单地就事论事

1、住院总为什么不在工作岗位上？医院规定担任住院总期间必须 24 小时在岗在位，但医院没有住院总如何安排回家及休息的相关规定

2、要制定配套有衔接的制度体系

1) 制订制度：科学/人性化/可操作

2) 执行制度：“刚性法则”

3、要有分析问题的科学方法

(七) 法则之七：不间断地培训

1、系统性培训/基础

2、终身学习/继续医学教育

3、临床思维能力

4、持续的临床实践活动

(八) 法则之八：让医者“在状态中”、让患者“知情”

1、案例：

2008 年，南昌市某医院，患者杨某待产入院。次日由于护士的差错，误将本该给其他患者注射的缩宫素注射在了她的身上，致使其产生激烈缩宫反应被紧急送入手术室剖宫产。新生儿此后又因一系列并发症被迫转院抢救，转院当天杨某收到了孩子的病危通知书，新生儿存在脑病、胃溃疡、肺炎、黄疸等疾病。

据医院调查，5 月 8 日上午，主管医生在护士站口头嘱咐护士给 26 床刘某打针。然而，护士连续高负荷值班，极度疲劳下把主管医生说的“给 26 床打针”，听成了“给 6 床打针”，结果出现了意外。

✓ 深层次的原因是医院管理的问题

(九) 法则之九：从错误和教训中获得真知

1、临床医生在诊疗活动中经常会遇到的问题

明确诊断且实施措施的病人为什么不见疗效？诊断是否有问题？

- 评估是否有出入？

- 治疗的大方向与细节？

- 是否诊疗本身带来的问题（如用药）？

- 是否还有尚未发现的重要问题？

2、案例：凯尔西的执着——“反应停”事件

- 1962 年 8 月 2 日肯尼迪总统授予凯尔西总统勋章

- 完善现代药物审批制度

- 理性思维/批判精神

✓ 她以一人之力避免成千上万的畸形婴儿在美国诞生

3、好的质量和医疗安全是医院的生命线

- 靠正确的文化理念 - 靠科学的做事方法

- 靠完善的规章制度 - 靠每一位员工的责任心

“以病人安全为导向”的澳大利亚医疗流程与健康环境

澳大利亚威豪医疗建筑设计集团 资深顾问

Ian Forbes

一、什么是导致改变的因素

- (一) 国际上对治疗性医疗服务成本的关注
- (二) 早先对于治疗或“下游”干预的关注—从致病的角度来看
- (三) 预防是关于降低风险或“上游”干预—但致病学同样也是
- (四) 需要把关注重心转向安东诺夫斯基“有益健康模型”或促进身体健康的活动

二、以人为本的医疗服务

- (一) 整个环境都涉及在内
- (二) 我们要关注的不仅仅是医院的治疗
- (三) 医院已经开始从医学模式转向以人为本的服务
- (四) 医学模式寻求的是对患者的控制/管理
- (五) 社会需求是更多的个人控制/管理
- (六) 社会需要医院员工、家庭和其他人员都参与进来

三、安全建造设计的内容

- (一) 建筑提供了一种以人为本的方法/途径-包括了医院员工、患者和来访者
- (二) 在设计中体现了技术层面的观点
- (三) 在设计中体现了社会心理学上的内容—必须要减轻压力
- (四) 设计要能使员工、患者和来访者之间更多的沟通和可见性/可视度

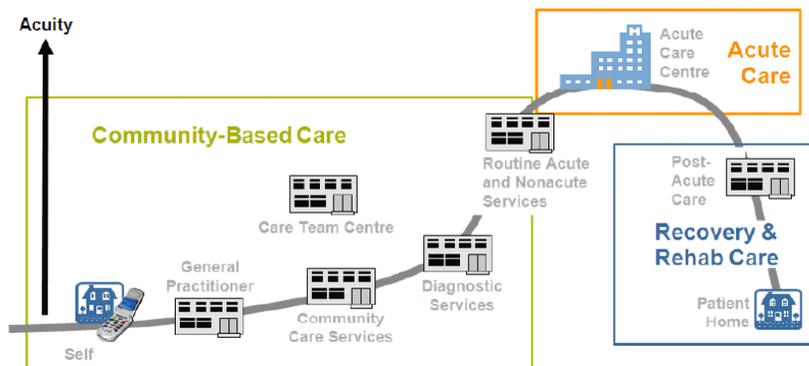


图 1 整个卫生系统的设计图模型

四、澳洲人护理背景类型

- (一) 病情的轻重缓急决定了医疗服务的类型
- (二) 医疗服务的类型决定了我们在哪里提供服务
- (三) 医院以往是应对单个事件-内科、外科、生产、诊断
- (四) 如今的医院有很多“常客”每次都是同样的目的而来

五、专业设计所涉及内容

- (一) 设计中采用“有益健康模型”的观点

- (二) 创建促进健康生活方式
- (三) 建筑为建筑中的人带来安全
- (四) 确保医疗管理各方面高效运转
- (五) 创造健康积极的环境（生理、心理以及社会层面上）

六、为以人为本的设计理念寻求解决方式

- (一) 综合医疗机构是可变的动态的工作场所
- (二) 这些条件包括变化速度快，临床操作范围更大（这产生了更“少见”且不安全的事件），还有使用新技术的医疗团队的整合/结合
- (三) 设计需要为工作场所的可变性和独特性留出余地，这样可以使临床治疗有不同变化
- (四) 了解具体医疗程序的临床路径可以知道必须要提供什么空间
- (五) 设计的过程就是检验所有的选择，直到找到一种解决方案才作出决定
- (六) 当医疗团队指出建筑空间存在的问题，设计师能够找到方法改善，这时就有了“创新”

七、数字技术是否有帮助？

- (一) 数字技术使员工能够更好的获得信息
- (二) 数字化放射科使更多的人能够看到文件
- (三) 无线通讯系统使信息的收集和汇报更为分散化
- (四) 电信技术使医院间可以实现实时数据交换
- (五) 通过 skype 等视频会议系统改善了沟通

八、设计

- (一) 在建筑中合理安排看诊和治疗区域
 - 1、员工办公室应该与标准门诊大小一样，并且需要有足够的电源插座和数据接口
 - 2、必须要考虑到需要哪些特殊设备，该设备是否永久性的安放在一个或多个房间，或者是可移动的
 - 3、会谈室（看诊室）要与治疗室/咨询室有不同的设备装备
- (二) 医院的医护管理：新护理模型需要灵活空间
 - 1、设计要体现“宽松合体”的理念-蓝色空间
 - 2、易于在未来作出变动的支持性空间
 - 3、空间必须能够在使用过程中做到自我控制
 - 4、要做到这一点，非常重要的因素有：为使病人入眠要降低噪音，路线标识的可识别性/容易辨认，音乐、艺术以及情感的支持
- (三) 医院中的社会有什么变化？“有益健康”的思路需要以人为本的空间设计
 - 1、安全就是建造一个能够减少患者压力的地方—让患者有熟悉的感觉
 - 2、大型医院都有路标一条街-就像购物中心的感觉
 - 3、室内装修方案为所有可入住区域带来光明-舒适无压力
 - 4、病人只需最小范围的移动就可得到治疗
 - 5、重点放在安全护理、控制感染、员工的职业健康与安全、工作区域设计、开放的

交流空间

(四) 对刺激大脑设计的研究

设计要能创造恢复性环境——减少压力；为感官而设计；为情感和积极的体验而设计；为社会交流而设计；为积极正面的刺激而设计，从而促使我们的大脑中的注意力系统能够很好的发挥作用

(五) 选址的根据

- 1、试验表明选址不当会导致入住病人的压力
- 2、长期的压力会产生社会心理/心理方面的不良影响
- 3、设计计划的目标应该是减少压力和正面积积极的刺激
- 4、很多人都曾经发表过有关通过良好的设计促进健康方面的文章
- 5、研究者一寻求发现行为触发机制-结果他们通过调节外界环境来改变行为

(六) 生育病房的案例研究

1、助产士们所做的研究和文献表明：

- 很多女性并不能够获得必要的产科医疗设施；
- 她们希望控制温度、光线尤其是来到病房的人；
- 并不希望换房间生产或使用分娩池；
- 与在家或在助产士分娩中心生产的女性比较起来，在医院生产的女性得到的必要的帮助设施更少；
- 如果有完善的设施，很多女性更愿意自然分娩。

2、生育病房的评估：

主要依据生育病房设计空间评估工具，目标是减少生育的医疗化。一个理想的病房要有四个关键因素：

- 影响恐惧心理升级的因素； - 设施本身；
- 病房的美学因素； - 病房的关键支持因素

(七) 急诊部门案例研究

- 1、过度拥挤现象的泛滥与利用率降低相关
- 2、要等很长时间才能得到治疗
- 3、优先治疗分类时间太短便让患者离开急诊部门
- 4、针对病人数量意外剧增的情况能作出反应的医护人员数量
- 5、应对流动问题是急诊部门研究文献的一个主要内容
- 6、信息通讯技术对于节约患者转科室时间来说是十分关键的
- 7、急诊部设计的问题
 - 1) 该设计是否能够提供高效的病人流动
 - 2) 工作区域、物品供应、药品的安放地点是否使医护人员的活动量最小化
 - 3) 工作区的设计是否使医护人员的交流沟通和视线交流最大化
 - 4) 急救科人员能否每天根据病人的需求增加或减少而不引起不必要的排队等候或低效的医患配比
 - 5) 信息通讯技术能否在必要的时间和地点提供数据和结果

九、医院设计中的新想法

(一) “有益健康”的思路需要热情洋溢的空间—结合有效的引导—减少压力

(二) 提供宁静无压力的空间—允许社交互动

(三) 病人接触的到花园，在生理上、情绪上及心理上都是一种帮助

(四) 辅助空间需要自然的光线及开阔的视野—这有助于昼夜节律

(五) 医疗设施中的艺术性：医疗场所的艺术设计对于医护人员和患者来说都有着极大的社会心理学意义

(六) 医疗设施中的音乐

音乐的影响表现在：

- 积极意义上的分散注意力； - 刺激安多芬的分泌； - 减少皮质醇；
- 减少药物的使用、压力和焦虑； - 有助于儿童睡眠； - 提高身体机能；
- 改善医疗体验，降低对疼痛的感知

(七) 开发天然色彩调色板

(八) 设计过程中的利益相关方

- 1、在设计过程成多学科共同协调合作是至关重要的
- 2、诊疗设施的使用者也需要为设计方案提供帮助意见
- 3、通用的指南和做法并不一定适用于当地或具体的事件
- 4、创新来自对现有思维方式的挑战—设计团队能够拿出他们的解决方案

(九) 自然光与色彩有提神的功效

- 1、个人的生物节律是受到光线影响的
- 2、高龄人士往往会有视力障碍-这影响到色彩和形式
- 3、过强和过弱的光线都有害
- 4、在创新中使用中庭、自然采光和天窗
- 5、调整和控制光线的能力是非常重要的，电子系统可以起到帮助作用

(十) 环境可持续性设计——能源与环境已成为设计的中心

- 1、雨水收集与污水/生活废水的循环利用
- 2、太阳能热水及发电
- 3、现在医院也开始了绿色星级评定（环保节能建筑）
- 4、选址与房间朝向从而实现能源控制
- 5、工程设计中的控制系统——建筑信息模型
- 6、使用 100%新鲜的通风空气和冷梁技术

十、结论

- 1、如果对物理环境合理的规划，它将成为“非药理”治疗工具
- 2、构成环境可持续性设计的元素都是好的设计原则
- 3、目标是维持安全以人为本的设计-建筑要有利于员工、患者和公众
- 4、我们需要把所有利益相关方都纳入管理设计的过程

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. 澳中医院建设研讨会暨第九届世界设计与健康大会 2013 年 7 月 澳大利亚
2. 澳中地区医疗管理及服务研讨会 2013 年 5 月 澳大利亚、新西兰
3. 2013 澳中医院论坛（中国）暨第七届中澳医院论坛 2013 年 6 月 中国
4. 第十二届澳中医院论坛（布里斯本） 2013 年 12 月 澳大利亚

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、12 月
澳大利亚 14~21 天；新加坡 14 天；香港 10 天
2. 高级护理管理培训 2013 年 4 月、10 月 澳大利亚 14 天
3. 全科医师及康复医疗培训 2013 年 8 月 澳大利亚 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 |

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