

任宝玲：医疗安全是医院的“生命线”

本报记者 张 琦

“以病人安全为目标,注重医疗质量的改善,降低医疗风险,这是台湾的医院在经历改革后注意的重点,也是医疗照护评审的核心目标。”5月22日,台湾医疗质量协会副秘书长任宝玲(医学管理硕士)详细讲述了台湾医院经营管理的重点,为内地医院规范、持续发展指明了方向。

拒绝“医闹”重在确保医疗品质
“台湾的医院也经历过不少‘医闹’事件,我认为,要想避免这种问

题,必须抓好用药安全,落实感染管制。”在台湾地区,为了确保医院用药安全,各医院专门设有公告墙,及时公布药品更换信息,医务人员必须每天关注公告墙,并在公告墙上签字确认已知晓该信息。为了区别相似药品,医院更是直接把相似的药盒钉在墙上,以方便医务人员区分。此外,台湾地区设立了第三方医疗质量监测机构——台湾医疗质量协会。该协会定期监测各医院护理人员是否落实“三查五对”,

核查急救车管制用药,并及时统计医院的给药错误率等。

“在台湾,多家医院可以互通患者曾经的就诊信息,这对于了解患者的病情十分有利。”任宝玲说,先进的计算机系统极大地降低了医务人员的用药差错率。该系统针对患者的年龄、身高、体重、曾经的开药记录和体检情况,自动检测患者是否重复用药,并设有药物剂量和药物交互作用机制,一旦出现给药错误或重复给药的状况,该系统便

会锁死并拒绝录入。

增强医患信任重在人文关怀
“医生,摸我前您洗手了吗?”让民众参与监督医院感染管制,这是台湾地区各级医院一大亮点。为了切实执行手卫生规范,台湾地区不少医院在病房前张贴标示;根据医务人员探查患者的具体时机(探查病人前、暴露病人体液风险后、接触病人后、接触病人周边环境后),在适当位置设置洗手台。

漫画解读取代文字指导用药,也是台湾医院人文关怀的一大表现。为了方便部分文化程度较低的人群安全用药,台湾医生在开处方药时,用漫画来告知患者如何用药、什么时候吃药、每次吃几粒药、饮食

禁忌等,一目了然。

善用“刹车”和“牵引”改善医疗质量
“医院质量的持续改善可以借鉴滚球理论”,任宝玲说,进行医学精英的标杆学习、改善医疗环境、建设优秀的医院文化、提升服务质量等是医院向前的动力。而一旦出现医疗事故或异常事件时,设立医疗异常报告制度、行政异常报告制度、医院内部审计制度等,则是各医院必需的“刹车器”。

任宝玲指出,医疗品质好似一颗球,正处在管理系统及标准化构建的斜坡上,“刹车器”可确保医院的品质不会下滑,利用牵引的力量推动医疗质量持续改善,才能达到理想状态。

陆彦明：现代医疗产业投融资方向及模式

本报记者 常 娟

“社会资本对医疗产业青睐度如何?为什么投资医院,如何投资医院,投资医院有哪些模式,如何退出?民营资本如何推动中国医院发展?”在2014中国(郑州)医院院长高峰论坛上,上海梵康医院管理有限公司总裁陆彦明(主任医师)分析了现代医疗产业投融资方向及模式。

投资医院前景广阔
为什么投资医院?因为医疗健康产业有很多鼓励政策,市场前景明朗。陆彦明解析,我国在经营性质、公立医院改制、外资限制、民营医院待遇、供应链发展、土地政策、资本政策、宏观政策等方面都鼓励社会资本投资医疗健康产业。

比如,经营性质上,社会资本可以按照经营目的,自主申办营利性或非营利性医疗机构,鼓励社会资本举办非营利性医疗机构,支持举办营利性医疗机构;鼓励社会资本参与公立医院改制,在公立医院资源丰富的城市加快推进国有企业所办医疗机构改制试点,国家确定部分地区进行公立医院改制试点;消除阻碍非公立医疗机构发展的政策障碍,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;逐步放开外资持股不得超过70%的限制,进一步放宽中外合资、合作办医条件;对出资金额非营利性医疗机构的非公有制经济主体的上下游产业链项目,优先根据相关政策给予扶持等。

“特别是非禁即人与混合所有制的相关政策,为民营资本注入医疗服务和公立医疗机构提供了积极信号。”陆彦明说。

据了解,2011年我国医疗健康服务市场规模达1万亿元,其中医疗服务市场规模8296亿元。从2011年到现在,我国医疗健康服务市场规模一直保持10%以上的增长速度。业内预计,今后5年内,医疗服务行业复合增长率将持续维持在26%以上。最近5年来,医疗服务行业特别是高端医疗服务行业的利润率均在30%左右。未来10年,医疗服务行业不仅仅是蓝海与朝阳产业,而且将是中国经济新的增长点。到2015年,民营医疗机构床位将占全国总床位的20%。

巨大的市场容量吸引着各路投资者的热捧。陆彦明举例说,2013年医疗投资并购案例及金额屡创新高,仅机构披露的就多达600多起,投资总额80多亿美元。医疗行业总融资额占各行业投资总额的39%。世界各国医疗投资总额超过1万亿美元。

“而这其中,中国医疗服务行业平均回报率22%,高于其他行业平均5.5个百分点。美国医疗行业已推出项目平均投资回报率为15%,其他行业平均只有5%。”陆彦明说。

同时,我国医疗服务行业发展还存在医疗资源供应不能满足人口及社会发展水平需要,人均医疗资源低于世界平均水平,医疗服务与药品之比过低(美国为8:1,我国为5:4)等,这也意味着医疗服务行业蕴藏着极大的发展机遇。

投资模式多元化
陆彦明认为,有对医院进行整

体投资,比如新建、并购(合资)、改制、托管的;也有对医院进行部分投资,比如学科建设、设备投资与租赁、科室托管、基建融资等。其中,按投资主体又分为投资公立医院和民营医院,公立医院投资可以参与公立医院改制、托管、参股合资等;投资民营医院需要拿地新建医院或直接并购。

对于医院而言,公立医院整体融资可以出让部分股份(部分所有权及经营权变更)、托管、参股合资;民营医院可以出让股份,转移控股权,也可以委托经营,出让经营权;还可采取设备租赁、融资租赁、重点科室合资合作、科室托管、基础设施融资等多种方式。

投资中需要注意哪些问题?陆彦明提醒,医院是事业单位,其举办权不等于所有权,不能用作投资出资,同时登记在医院名下的房产所有权不属于医院。

具体来说,事业单位的举办人为事业单位国有资产的主管部门,负责对所属事业单位的国有资产实施监督管理。因此,所谓的举办权,实际是指对所属事业单位国有资产处置的审批权。举办权不能等同于《物权法》中的所有权,也不能等同于《公司法》中的股权,不能用作出资。

“社会资本投资获得医院的净资产,不意味着获得医院的举办权。若计划变更,医院的举办人为医院管理公司,需要在协议中特别约定。”陆彦明说。

据了解,上海梵康医院管理有限公司投资公立医院时,通常会与政府达成一致:保持并购医院的公益性和非营利性属性不变;保持并购医院现有职工的身份不变;保持并购医院现有管理团队及员工队伍的稳定;保持并购医院总体薪酬水平不降低。随着目标医院经营业绩的提升,逐步提高员工的福利待遇;目标医院的服务价格按照当地物价部门核准认定的价格标准进行收费;适时下调药品和医疗服务价格,造福于民;抢救救灾、大病防疫方面听从当地政府的统一指挥。

“这些可以促进社会资本更好地参与公立医院改制。”陆彦明说。

另外,社会资本参与公立医院改制,还需注意人员安置问题。据陆彦明介绍,目前,社会上通用方法为以参与改制日期为分界线,对在此之前参与医院工作人员的采用老办法,对改制之后参与的新人采用新办法。也可以聘请专业机构测算,测算3类人员费用及在职员工退休费用。还有一种分类处理,可以“政府接收一部分、身份转换一部分、补偿一部分”。

退出方式

如何撤出投资医院?陆彦明认为,医疗集团境内退出方式主要有IPO(向社会首次公开发行股票),将资产出售给上市公司或参与上市公司重大资产重组退出等方式。

其中,通过IPO、现金收购的方式退出的投资者,通过医院IPO和现金出售给上市公司的方式实现退出,多见于投资民营专科医院案例。“因为医院在举办时即为营利性医院,因此在IPO时,不会出现收购的医院部分已完成‘转性’、部分未完成的情形。”陆彦明说。



百余名与会代表午餐时间集体吃盒饭

聂伟：医师多点执业是医疗资源最佳配置方式

本报记者 文晓欢

“我个人认为,医疗资源的最佳配置方式就是医师多点执业。任何事情,人的问题都是核心,必须把医生解放出来,不然医疗服务、医疗质量等都是空谈,没戏。”2014中国(郑州)医院院长高峰论坛上,郑州大学医院管理研究所所长聂伟(管理学博士,副教授)畅谈实行医师多点执业的必要性。

“三医”理论核心是医生
“医疗、医院、医生,这是我个人总结的‘三医理论’。”聂伟说,“在这3个要素中,医生是核心。”

如何让医生、病房、医疗设备充分发挥作用,这是市场经济背景下医生、病人、投资者共同关心的问题。推行医师多点执业,正是要用市场的规律来解决问题。

纵观国内各级各类医疗机构临床人员的比例,基本上都高于75%,但是在美国一些地方的医疗机构,临床人员只占9%,行政后勤人员超过一半。之所以会有如此大的差别,原因

便在于对资源配置方式的认识相差甚远。

最近聂伟到台湾长庚医院参观时看到,但凡有医疗事故,当地从来不允许医生参与医疗事故的处理。因为按规定这不属于医生的职责。而且,一个好医生会配好多助理,如行政助理、医务助理等,以便协助医生处理日常事务,医生可以全身心地投入临床。在美国,目前运行的“医生机器人”有1200台。

另外,聂伟认为,新加坡是医院、医生、医疗资源配置最好的国家之一。

聂伟认为,推行医师多点执业势在必行。这是解决看病难的需要,是优质医疗资源发挥作用的,是优质医疗资源发挥最佳效益的需要,是解决基层高水平医生缺乏的需要,是促进民营医疗机构健康发展的需要。

为何多点执业雷声大雨点小
国内医师多点执业,喊了很长时间,鲜见落地。《中华人民共和国执业医师法》规定医生只能在一个地点执

业。这样看来,法律层面的问题是首先需要解决的问题。

医师多点执业难以推行的原因还有以下方面:一是现行人事制度是单位所有的事业编制,不利于医师多点执业局面的形成。二是社会保障制度不完善,医师多点执业有顾虑。三是现有的学术制度不利于医师离开原有单位成为自由人。四是医院管办不分,公立医院垄断医疗市场。五是现行的医生薪酬制度不合理。六是各种医疗机构运行方式和绩效评价不一致,形成不公平竞争,严重影响基层和民营医疗机构的效益。

解决上述问题,需要深化公立医院改革,实现管办分离;公立医院全面执行以资产为纽带、企业化管理的医院管理和运行模式;改革分配制度,使基层和绩效高的医生受益;医生全部成为社会人——自由职业者;改革学术制度,使各种医疗机构人员的学术权利同等,基层和社会资本举办的医疗机构的从业者不受歧视。

3项措施规划医疗服务体系

“打造科学医疗服务体系,首先需要强调的是科学规划。”焦雅辉说。

据了解,我国有医疗机构设置规划指导原则,但目前已经远远不能满足需求。“公立医疗机构怎样布局,比如在特定区域,需要多少家三级医院、多少家二级医院、多少家基层医院、多少家民营医院,这些都是规划中需要重点考虑的问题。”

“有了科学规划之后,需要考虑控制公立医院的单体功能。”焦雅辉介绍,“现在医院的单体功能出现了很多问题,比如大型公立医院‘虹吸现象’严重,病人蜂涌而入,下级医院人才不断流失;县级医院发展存在人才瓶颈,人才流失严重。这其中一个重要原因在于按照1994年颁布的医疗机构设置标准,我国没有对三级医院床位设置进行明确的限定。”

据悉,近期我国将要出台文件,对三级医院的规模上限做出明确规定。“根据调查统计,全国三级医院床位上限规模基本在2800~2900张之间,所以新规规定三级公立医院的单体功能床位不能超过3000张。”焦雅辉透露说,“而且随着分级诊疗制度的建立,公立医院的规模越大,成本会越高。”

第二个措施是促进健康养老类医疗机构的建立。国务院相关文件已经有明确规定,也有很多政策鼓励社会资本进入该领域,但社会资本投资的兴奋点集中在公立医院改制,对于健康养老类医疗服务基本处于观望状态。对于养老机构、临终关怀机构、康复机构的建立,还没有实质性的推进。这也是打造医疗服务体系必不可少的一环。第三个措施是优化医疗服务网

诊实现。

分诊治疗即明确不同级别医院的功能定位,同时出台一些措施来促进不同级别医院落实功能定位。特别是针对三级医院或二级医院“抢病人”的问题,焦雅辉透露,国务院最近要出台相关措施,若二级医院能够达到三级医院的医疗服务能力,就按照三级医院来管理;若三级医院经过抽查没有达到相应标准,就降为二级医院,以此来迫使三级医院提高医疗服务“含金量”。

双向转诊的建立需要经济方面的引导。“经济手段主要是分级财政、分级定价和分级支付。”焦雅辉说。现在我国已经实行不同级别医疗机构分级定价、分级支付,但级差太小。“比如二级医院报销70%,三级医院报销60%。所以要实现双向转诊,需要进一步拉大分级定价、分级支付的差距。”

困扰双向转诊的另一个问题是从上级医院向下级医院转诊困难,原因在于从三级医院到二级医院需要重新办理入院手续,有一个起付线的限制。据了解,现在国家卫生计生委正在同相关部门协商,对医疗集团或医联体整体打包定价,其内部双向转诊取消二次起付线限制。

要形成急慢分治格局,首先要建立坚实的医疗服务体系。“现在有些地方正在探索,比如一些医疗机构探索医养结合的模式。”焦雅辉说。

推动上下联动。比如一些大型医院和社区建立联动关系,通过上下级医疗机构联动发挥大医院作用,来促进分级诊疗的形成。

促进防治结合。据了解,现在很多医院已经承担了这样的任务,如急性传染病的医疗救治、慢性非传染性疾病诊治、健康教育等任务。



焦雅辉



聂 伟



陆彦明



任宝玲

本版图片均由史尧摄

焦雅辉：建立分级诊疗制度势在必行

本报记者 常 娟

“分级诊疗制度是推动医改的重要措施和手段。看病难、看病贵,主要原因在于没有形成有效的分级诊疗制度。科学合理的分级诊疗制度建立之日,就是医改成功之时。”国家卫生计生委医政医管局医疗资源处处长焦雅辉(社会医学与卫生事业管理博士)如是说。

分级诊疗势在必行

据了解,我国现有城市医院超过2万家,县级医院6000~7000家,基层医疗卫生机构90多万家。单从数量来看,我国拥有世界最大的医疗服务体系,但就质量和人口基数而言,我国医疗资源还存在不足。最明显的表现是医疗资源分配不均,约80%的优质医疗资源集中在大城市,大城市80%的医疗资源集中在大中型医院。

“每天到北京就诊的患者就有80万人。患者都蜂拥到优势医疗资源倾斜的‘北上广’,自然感觉看病难、看病贵。”焦雅辉说。

要改变这一现状,关键在于形成有效的分级诊疗制度。“分级诊疗可以用24个字概括,即‘基层首诊、分诊治疗、双向转诊、急慢分治、上下联动、防治结合’。”焦雅辉说。

分级诊疗具体概念及政策

具体来说,基层首诊,即看病到社区。为了推动基层首诊的实现,除了培养全科医生、发展医联体这些方法,国家还将出台措施鼓励有资质的医生开办个体诊所,弥补基层医疗机构诊疗能力不足的困境。同时将二级以上医院检查和检验科室对社会开放,即要办独立的检验中心、影像中心、病理中心,要么依托二级以上医院检验科、影像科,向辖区内的基层医疗机构开放,同时支持检查检验结果互认,逐步提高基层医疗能力,全力推动基层首