

# 韩国的医疗旅游是怎样火起来的

2008年,医疗旅游产业开始在医疗界成为热点话题时,笔者有幸参加了“第一届首尔国际医疗服务产业论坛”,在会上聆听了美国环球健康管理公司以及新加坡Parkway健康管理集团副总裁等人的著名演讲,第一次接触到了“环球健康管理产业”的信息,对医疗旅游产生了浓厚的兴趣。

两年后,笔者赴日本留学,在研究生院里学习到有关韩国医疗旅游产业的内容。当了解到连日本也以韩国为榜样时,身为韩国人的自己也不禁吃惊于韩国医疗旅游产业的发展如此迅猛。

## 韩国政府力推医疗旅游产业

2009年1月,韩国政府发表的第17代新动力产业中,环球健康管理产业是高附加值服务产业的5个领域之一。从那之后,韩国医疗界对医疗旅游的关注度急速上升。

韩国政府特别积极地开展医疗旅游产业。为了激活环球健康产业,政府修订了医疗法,使得医疗机构接待外国患者以及中介的行为成为可能。主要的修订内容包括,导入以海外患者为对象的医疗签证制度,开始发放“医疗观光签证”,规定了接待外国患者的医疗机构、中介的登记要件。

自2009年10月以来,韩国的各地方自治体也试图通过激活医疗旅游产业,达到复兴地域经济的目的,从而规定了医疗旅游相关的地方条例。济州特别自治体和江原道以及仁川、大田、釜山、大邱广域等城市,还制定了建立医疗旅游支援中心及医疗旅游财团等条例。

2011年,韩国新建医疗机构内的旅游住宿设施的容积率放宽了20%;2012年,允许以外国患者为对象的院内售药,并设立医疗纠纷调解院处理外国人的医疗纠纷仲裁以及代理支付制度;2013年5月,放宽了对医疗签证的发放条件,可以对患者的同行人员(保姆等)发放医疗签证。此外,为了提高医疗旅游相关业务的专业性,韩国导入了“医疗旅游协调员”的国家执业资格认证。

韩国本身具备的医疗旅游市场的发展潜质,加上政府的积极推动,短短几年内韩国即迅速形成了有规模的医疗旅游市场。近年来,已有中国、日本及亚洲其他国家患者或医疗行业相关人员到韩国进行医疗旅游或者考察。其中,中国人的出访率最高,已达到年均90%以上的增长率,成为韩国医疗旅游的VIP国家。俄罗斯、蒙古虽然人数较少,但在持续大幅度增加。日本则因为日元贬值、东日本大地震以及核电站事故等原因,访问韩国人数未见大幅上涨。

2011年,出访韩国的医疗旅游客人达到了15.5万人。虽然成果显著,但是与将医疗旅游作为国家支柱产业的泰国(2010年156万人)、印度(2010年73万人)以及新加坡(2010年72万人)相比较,韩国的医疗旅游还处于初级阶段。韩国的下一目标是“2020年以前吸引100万名医疗游客”。

## 医疗机构的市场应对

医疗旅游开展初期,到韩国的外国患者都会选择由代理机构选定的医院,但最近,年轻的患者往往借助网络查阅公开信息,自己直接选择医院。为了应对这一变化,医院在品牌构建上下足功夫。为了增强患者的信赖感,医院对外宣传中会强调某一项的专业治疗水平、医生的经验和手术安全性,将医院规模、麻醉系统、卫生管理等要素运用在营销中,并寻求政府层面的支持。

韩国JK整形医院于1998年3月建院,在涉足医疗旅游之前,于2007年通过了ISO认证,在开始医疗旅游服务的同时被认证为“涉外医疗机构0001号”。韩国JK整形医院拥有为外国患者开设的多语言服务,外国患者专用的呼叫中心,以及专门的客服团队。“从机场到机场”的一对一专职客服人员不仅提供翻译服务,还提供包括诊疗、手术、快速康复、出院以及回国后的在线护理咨询等服务。其中“代办签证”服务、豪车接送服务、医院内提供的酒店式病房、外国患者专用的JK酒店住宿等,都是JK整形医院为外国患者特别开辟的服务领域。

打出椎间盘突出专科牌的自生韩方医院以及推出韩医西医结合诊疗系统的广东韩方医院,都经常接待参观医疗机构以及体验治疗、参与韩流体验(模仿韩流明星化妆)、访问韩流地带及医疗旅游中心的国际游客。顾客除了访问主要的文化遗迹、参加名胜游外,还参加“走近韩方之旅”了解韩国医学精髓,带着对韩国医疗的美好印象回到自己的国家。

除此之外,釜山地区的医院还设计过一项体验活动,利用整形手术后四天三夜的时间,参加海上豪华客轮旅行来恢复身心健康。而位于安东的安东医院,开发了低成本的健康诊断与传统文化体验结合在一起“早安健康”游,成功吸引了众多外国患者。

## 亟待解决的问题

虽然外国患者的流入和诊疗收入在增加,但突然兴起的医疗旅游也对韩国政府提出了新的挑战。

首先是人才培养的问题。根据韩国政府的统计,为了达到“2020年吸引100万医疗游客”的目标所需要的专业人才约有11000人,其中包括护理人员5000名、医疗翻译人员4000名。为此,韩国需要制定培养标准,培养出合格的医疗旅游专业专业人才;建立专门的法律体系,规定医疗机构雇专业人才的义务,杜绝代理商担当翻译或非法滞留人员任临时翻译的现象。

其次是医疗旅游的持续性问题。医疗旅游的服务项目应不仅限于一次性、目的比较明确的顾客,还必须开发出能够与普通旅游相配合的服务产品,特别是针对能够进行正常旅游的患者设计出易被接受,且能成为旅游日程的一部分产品。

再次是非法代理商的存在和乱收费的问题应当优先改善。笔者认为,一旦能够解决这些问题,韩国医疗旅游产业就能够担当世界医疗交流枢纽的重任了。(据《韩国医院院长》,作者姜珠贤、林银华为大韩医院服务协调协会理事)

编者按

9月18~21日召开的中华医学会呼吸病学年会精彩纷呈,国内外的专家学者分别做了主题讲座,为观众呈现出业界的整体进展。本报特进行采访整理,以飨读者。

# 钟南山谈呼吸疾病

## 走向世界的中国慢阻肺研究

本报记者 刘旻

科学会特别会员钟南山教授,以“走向世界的中国慢性阻塞性肺疾病”为主线,向参加本次大会的全体代表、委员进行了一次关于慢性阻塞性肺疾病患者早干预、早发现、早治疗的大讨论。

首先,钟南山就中国控烟现状作了分析和总结。他表示,中国在控烟方面做了一些工作,取得了部分成效。但是,吸烟仍是我国慢性阻塞性肺疾病发病的主要诱因,控烟工作仍有大力改善的空间。

钟南山谈到,在现代医学模式指导下的慢性阻塞性肺疾病正在向着“5P模式”发展,即预测性(predictive)、预防性(preventive)、早干预(pre-symptomatic)、个体化(personalized)、参与性(participatory)

相结合的模式。其中,早期干预尤为重要。随后,钟南山以来自广东韶关的一项历时9年的流行病学调查研究结果为例,对关于生物燃料和吸烟的协同作用研究进行了部分总结。他说,研究显示,使用生物燃料烹饪者的慢性阻塞性肺疾病的患病率明显偏高,持续改善燃料和通风对慢性阻塞性肺疾病的新发及控制有明显效果。

在谈到慢性阻塞性肺疾病患者的临床症状表现时,钟南山说,2013年修订的慢性阻塞性肺疾病全球倡议,仅指出慢性阻塞性肺疾病的治疗目标主要针对症状,这一点明显不足。相当一部分早期慢性阻塞性肺疾病患者缺少明显的临床症状,在出现气促症状时,通常患者的肺功能已经下降超过50%。因此,慢性阻塞性肺疾病的早期干预应注重开展人群的肺功能状况监测,早期发现肺功能的持续下降,并加以干预。

考虑到中国的实际情况,钟南山认为,在不具备肺功能仪的基层单位,

使用廉价的峰流速仪可有效进行慢性阻塞性肺疾病筛查和肺功能的监测作用。

钟南山强调,慢性阻塞性肺疾病应当早发现、早治疗,社区干预很有必要。“近期国内外发表的多项研究结果都表明社区干预可以有效地降低慢性阻塞性肺疾病的危险因素,显著减轻肺功能下降。而TASCS研究(茶碱和皮质类固醇治疗慢性阻塞性肺疾病)则通过观察低剂量皮质醇和茶碱对于慢性阻塞性肺疾病患者的干预效果,体现出慢性阻塞性肺疾病治疗个体化的重要性。”钟南山说。

在发言的最后阶段,钟南山还引用我国呼吸病学研究学者谢海南的一项研究结果——“补肾益气颗粒或补肾防喘片对慢性阻塞性肺疾病有一定的治疗效果”,来表明中医药在治疗慢性阻塞性肺疾病领域所取得的进展。“中国慢性阻塞性肺疾病研究正在走向世界。”钟南山用这句话结束了他的发言。

## 创新与转化医学是临床学科重中之重

本报记者 刘旻

与以往的历年年会不同,今年的中华医学会呼吸病学年会首次开辟了人文专场。从顶级专家参与、会场多次加座、人口外堵得水泄不通的场面,足可以看出医学人文当前的受关注度。

人文专场的第一位主讲嘉宾钟南山教授的《学科建设中的体会与思考》讲座更是引起了与会代表、特别是青年代表的广泛热议。

“创新与转化医学是医学临床研究与学科建设的中中之重。”钟南山说,创新绝不是一种个人行为,而是将个人的发现或发明变成

论文或研究,在形成新的创意后引发他人的引进和仿制,进而产生社会及经济效益的一个过程。

随后,钟南山以2010年诺贝尔生理学/医学奖获奖者、“试管婴儿之父”罗伯特·爱德华兹攻克试管婴儿难关、破解生育繁衍难题为例,进一步说明医学创新的重要性。

在他看来,医学创新的全过程应该是实验研究、创意/理念/技术的产生、临床诊疗及预防实践以及临床诊疗及预防所产生的成果,通过规范的指南和产品,进一步转化为临床成果,并反哺临床的一个转化医学过程。

在完成这个过程之后,转化医学又以新的经验开展新的循证,并再次反哺临床基础研究,形成医学与临床的有效互通及转化。

“现代临床医学专家的成熟模式,应当由只重视基本临床培训或只重视专项课题研究的临床型,向临床研究及专项课题研究相辅相成的两栖型过渡。”钟南山说,“此外,完善了基础研究、临床医学、医学统计、网络平台、数据库、产学研一体化的临床学科建设模式,才符合现代医学发展的趋势。”

# 90岁呼吸科教授追念先师

## “他教会了我做人做事”

本报记者 张晓华

我国老一代肺病学家,早在20世纪60年代就对慢性支气管炎与肺气肿患者进行肺功能测验,并为呼吸衰竭的诊断和治疗奠定了基础。李华德说,老教师教会他最重要的首先是做人做事,其次才是专业。

## 晚上的梦也要记下来

“先师严肃甚至苛刻,说一是一,说二是二,认为对的事就会坚持到底。”李华德说。老师做学问的专注与严谨,给他留下了深刻的印象。李华德由于个子高,爱随手把眼镜放在高处,并忘记地方,有时会让科室同事跟着一起找。

吴绍青见了之后告诫李华德:“医学是一门严谨而复杂的学科,当个好医生,生活中也必须有条有理,丢三落四这种毛病普通人可以有,医生坚决不能有。什么容易忘,就要把它死记着,服掉。”吴绍青建议李华德,晚上有的梦也要记下来,因为有些白天冥思苦想得

不到答案的问题,梦里会有灵感出现。

## 桌子上从不放茶杯

老师虽然严厉,但是处处以身作则,什么事情都是自己做榜样,从来不拿自己做不到事要求别人。

有一次,吴绍青到李华德的办公室时,见李华德桌子上放了一杯刚泡好的茶,就问:“你不是说忙吗,你还有时间喝茶吗?”李华德听了后想,老师未免管得太多了,喝茶也管,就不信老师自己不喝茶。

次日一早,他拿钥匙打开吴绍青办公室的门,想看看他到底喝不喝茶。结果,老师桌面上没有茶杯,抽屉里没有茶叶,原来他办公时非但不喝茶,连水都不喝。“从这天起,我在医院也没有再喝过茶,只喝冷开水。”李华德说。

## 教人该怎么跨出第一步

在李华德选择从事呼吸科时,这个

学科刚刚起步,属于较冷门的小科室,并不被人看好。他选择呼吸科考虑的是“大科竞争激烈,前途难以把握,不如安安稳稳地待在小科室”。当吴绍青问他为什么选择呼吸科时,他回答:“宁愿在小河里做条鱼,强于在大海里做只虾。”吴绍青却哈哈大笑,说李华德想错了。

“大科是充分发展了,小科还在成长。我们应该想着如何把小河变成大江,让大江通往大海,去开发尚未开发的广阔土地,松土、施肥,把荒地变成良田,做个开拓者。”吴绍青谆谆地开导李华德。

一席话,让李华德暗自汗颜,觉得自己“小聪明,没有志气”。他的思路也从此豁然开朗,积极地践行着开拓者的道路,在呼吸科领域打开了一片天地。

“一个好的老师,能打开一个人的思路,触动一个人的心灵。”李华德说。在场的年轻医师听得热血沸腾。

## 社区群防群治有待加强



钟南山在中华医学会呼吸病学年会上发言

作为今年中华医学会呼吸病学年大会发言部分的首位主讲嘉宾,中国工程院院士、中华医学会会长、国际胸

本 报 讯 (记者 张晓华)“河南的空气质量这两年在全国排名都很靠后,对呼吸疾病的影响也比较大。”9月18日,前来郑州参加学术会议的我国著名呼吸病学专家钟南山在接受记者采访时表示,呼吸疾病防治面临着新形势,只有靠社区预防和群防群治才是解决的根本办法。

钟南山说,河南处在中原地区,人口密集,近两年来空气质量一直不佳,环境因素尤其是对慢阻肺的发病率比较明显。他在参加学术会议时,多次了解到河南慢阻肺的发病率呈上升趋势。除此之外,河南的食管癌、肺癌发病率也都偏高。他认为,解决这一现状,需要建立更好的预防和早期治疗机制,其中特别是社区预防和群防群治,希望能进一步加强。这次到郑州参加中华医学会呼吸病学年会,钟南山希望在会议上呼吁加强社区的群防群治,以更好地防控呼吸疾病。



资料图片

年逾九旬的复旦大学附属中山医院呼吸科老教授李华德,9月18日晚在讲台上坚持站了半个多小时,充满深情地追忆先师——我国著名的老一辈肺病专家吴绍青。这是中华医学会呼吸病学年会开幕式上的动人一幕。

为了教育与激励年轻医师,今年的呼吸病学年会上特意新增了追念先辈的环节。90岁的李华德老教授坚持要站着并且不要人搀扶,用近40分钟时间表达对先师的感念。他的老师吴绍青是

为医务人员铺设好职业发展阶梯,建立科学的人才评价机制,是推进公立医院人事制度改革的关键。而改革医务人员职称评聘制度恰恰是一个有力的切入点。如何进一步完善这项制度,发挥评价机制的激励作用,本文作者对此给出了思考和建议。

## 弊端:易造假、难分类、不好管

难以反映人才的实际能力  
我省卫生高级专业技术职称评审的主要标准是申报者发表论文的刊物级别、篇数,出版专著的数量和字数,开展科研课题的数量和级别,带徒的数量和时间,以及专业技术工作经历等。这些材料通过个人申报、行政管理人员审核、专家评审的方式评定;申报主任医师还要经过简单的面试。目前科研论文和课题挂名、造假等情况严重(如多数在核心期刊发表的临床类科研论文存在实验研究方法表述/设计不当、统计学方法使用错误等情况),科研课题与临床工作严重脱节,加上一些申报者编造虚假带徒带教材料和专业技术工作经历,使得评审者难以对申报材料真实性或者“睁一只眼闭一只眼”,造成最终评审结果难以真实反映人才的实际能力。  
不能适应不同层级医疗机构对人才的评价

## 需求

我国医疗机构分为三级医院、二级医院、一级医院,三级医院主要承担疑难复杂危重疾病的诊疗,二级医院承担一般疑难复杂疾病和常见病多发病的诊疗,一级医院承担一般常见病和诊断明确的慢性病的诊疗及患者管理。

同样是三级医院,省级医院、市级医院、区级医院对卫生高级专业技术人才的质量要求大不相同。如某省级三甲甲等医院在招聘主任医师时,要求招聘对象具有长期相关专业临床科研工作经历,具有先进的工作理念、丰富的工作经验和团队合作精神,熟练掌握相关领域先进技术,主持省级以上课题研究,并以第一作者在国内一级杂志发表相关文章3篇以上。而某地市级三甲甲等医院在招聘主任医师时,仅要求招聘对象具备国家规定的相关执业资格,具有三级医院3年及以上工作经历。

限制了更高层级的职业追求  
按照广东省卫生高级专业技术人员评审条件,本科生毕业后6年可以考取主治医师,再工

作3年可以考取副主任医师,之后再工作3年可以考取主任医师。也就是说,顺利的话,一名医生在36岁时可以评上主任医师。对于绝大多数医生来讲,获聘主任医师已经到了其职业阶梯的顶峰。在基层医院,很多医生获聘主任医师以后,逐渐失去了追求更高医疗技术、科研成果的积极性。这是对人才资源的极大浪费。

增加了管理难度和职工内部矛盾  
如深圳市市属公立医院的在编医生中,具有副高以上专业技术资格的人员占50%左右,但获聘的人员仅占一半。再加上事业单位工作人员职务“能上不能下”的制度弊端,使每年空缺的卫生高级专业技术工作岗位寥寥无几,很多获得资格的人员因长期未被聘任而闷闷不乐,很多优秀人员的积极性备受打击。有些占用高级职位的人员并不能适应岗位要求或工作不负责、不认真,使有资格而未获聘的人员获得感待遇不公;一些临床科室的高级专业技术人员扎堆,“谁也瞧不起谁”,造成科室内耗,不

仅难以形成可持续发展的学科团队,也难以维护和谐的工作环境。

## 建议:下放权力、重视需求、细化等级

下放高级卫生专业技术职称评审权  
一个医生的专业技术水平如何,只有本单位或者周围同行最清楚。以省为单位开展高级专业技术职称评审,评审专家对被评审的对象无法一一了解,完全依靠其上报的申报材料或者简单的面试论英雄,到头来只能是“拍脑袋”。建议改革以省为单位的高级专业技术人员评价制度,将这一评价权交给地方的医疗行业协会,由行业协会组织评审。

应与用人单位实际需求相结合  
一家医疗机构需要配置什么样的工作岗位,选拔什么样的人到这个岗位工作,只有本单位最清楚,也最在乎。因此,高级专业技术职称的评审工作应与用人单位的实际需求相结合。香港大学深圳医院打破国内传统事业单位的岗位管理和人员聘任制度,将专业技术人员岗位分为顾问

医生、副顾问医生、住院医师;这些岗位均由医院采取公开、平等、竞争、择优的原则,由医院从院内外公开招聘人员。这种管理模式打破了评聘分开造成高级专业技术人员扎堆候岗的困局,使得医院能够根据每一个岗位的工作要求,聘用与职位设置相匹配的人才。

创新医务人员技术等级评价体系  
医疗人才的专业技术能力并非仅仅区分为主任医师、副主任医师、主治医师、医师这4个层级,而应进一步细分和细化;也不能以其在某个岗位或某一段时期的工作表现去评定其终生职业价值。建议将医疗人才评价制度与医务人员绩效考核工作结合起来,由医院根据每一个医务人员资历、实绩、医德、影响力、贡献度等综合因素,定期核定其实际职业价值,作为其岗位入职、续聘,以及绩效工资分配的基础要素,以此解决唯职称、唯学历、唯年资的医疗人才评价问题,发挥医疗人才评价在激励医务人员持续提升医疗技术水平中的重要作用。(据《健康报》)

# 职称评聘为何让医生闷闷不乐