

# 新加坡医疗保健制度改革经验探讨

奕栋洪 杨波意

我国医疗保健制度改革历经十几年,少有进步,眼下正处于“深水期”。2016年下半年,笔者有幸赴新加坡考察学习,从新加坡现行医疗保障体系、医疗机构布局、医院人力资源管理、医院诊疗救治流程、医患整体满意度等几方面,实地感受了新加坡结合自身国情,优化医疗格局,充分发挥各级医疗机构阶梯式服务,实现民众健康效益最大化的经营业态。新加坡实行的是具有自身特色的公有制和私有制相结合、较能体现公平性和效益性双重目的的医疗保健制度。尽管新加坡的卫生体制和基础与我国有很大差异,但其医疗卫生改革的实践及成功经验有很好的借鉴作用。本次研究拟对新加坡医疗保健制度改革经验作一些介绍。

## 1 基本情况

新加坡国土面积约719.2平方公里,人口560万。地方小,人口密度大。新加坡卫生部的服务宗旨是让每个公民都能享受优质、负担得起的医疗服务。国家实行一级政府管理,医疗保健体系也是全国一盘棋,即由政府、市场、社会三方面共同参与。医疗保障方面,通过强制性保健储蓄、健保双全和保健金三大计划来保障民众就医。各级医疗机构根据民众就医情况落实政府津贴,提供优质医疗服务。政府每年在医疗方面的投入为政府财政支出的15%左右,政府津贴比例大致按公共医疗服务、私人医疗服务、社区医疗服务三个层面来配置。

1.1 公共医疗服务 包括公立医院和诊疗所。①公立医院服务:全国共有9家公立医院和8个专科中心,提供全国80%的中高级医疗服务。根据病房等级给予不同的津贴:A级,有独立房间、空调、电视,无津贴;B1级,有4张床、空调、电视,20%津贴;B2级,有6张床,65%津贴;C级,有8~10张床,80%津贴。②

公立诊疗所18家,提供全国约20%的初级医疗服务,享受政府医药费的50%津贴,18岁以下和65岁以上的公民可享受75%津贴。

1.2 私人医疗服务 包括私人医院和私人诊所。①私人医院共12家,约提供全国20%的中高级医疗服务,完全不享受政府津贴。②私人诊所2 000家,提供全国80%的初级医疗服务,完全不享受政府津贴。

1.3 社区医疗服务 包括社区医院、养老院、住家医疗等。①社区医院,为出院后慢性病病人提供中期康复医疗和护理。②养老院,给老人提供长期生活护理。③住家医疗,对行动不便的病人给予家庭医疗和护理服务。④其他服务,指社会力量承办的各种康复中心,如老人康复中心、失智老人护理中心、精神病护理中心、多动症儿童护理中心等。

社区医疗服务新加坡政府有更为细致的津贴政策,结合个人家庭收入明细和住院床位等级,分配缜密。对于不住院的社区医疗服务的津贴比例规定为:家庭人均月入不超过360新元的津贴75%,361~950新元的津贴50%,951~1400新元的津贴25%;对于住院的社区医疗服务的津贴比例规定为:家庭人均月入小于360新元的津贴为75%、361~550新元的津贴为70%、551~750新元的津贴为60%、751~950新元的津贴为50%、951~1150新元的津贴为40%、1151~1300新元的津贴为30%、1301~1350新元的津贴为20%、1351~1400新元的津贴为10%。政府将上述不同医疗保健机构分别划归两大保健集团:新加坡保健集团和国立保健集团。每个集团都形象地被比喻成“小星星围着大星星”,由多家私人诊所、社区综合诊疗所连着一家综合性的大医院,从南到北,根据地理优势形成几个“医疗联合体”。集团式的管理可以实现药品和医疗器械的集中采购,减少流通环节,并实行患者病历信息化,病人健康信息共享,避免重复检查和病史的不完整。

在提供医疗保障的同时,为了防止公共卫生资

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.05.017

作者单位:315012 浙江宁波,宁波市新鄞州区百丈街道社区卫生服务中心全科医疗部

源被滥用和提高医疗服务质量,政府采取公开医院账单和调查居民支付能力的举措。新加坡为全国一级政府精英治国,在高度网络信息化时代,全国公民和永久居民的个人收入和身份信息可以一查到底,这样有利于保障政府津贴的合理使用。

## 2 个案探讨

以“后港综合诊疗所”为例。后港综合诊疗所是一家国立健保集团下属诊疗所,约有170名工作人员,包括医生、护士、营养师、实验室技术人员、药剂师及行政后勤人员等,是一家可根据民众不同年龄和收入分配享受政府医药费津贴的公立医院,所承担的医疗保健功能相当于我国的社区卫生服务中心。下面从诊疗环境、就医渠道、急救措施、保健特色、内部分工、资源配置等六个方面简要谈谈。

**2.1 诊疗环境** 后港综合诊疗所整体布局合理,空间宽敞,采光充足,院内绿化盆栽随处可见;待诊区还兼有休闲功能,咖啡店、西式餐饮甜品店都有入驻;医院内的药房就如药店,患者可以随意在药品超市选取非处方药,处方药品放在药品超市旁边相对封闭的药房里,由医务人员负责配取,药物均可拆零重新包装,甚至精确到每餐每次剂量的药物小包装,这样既节省药物资源,又能更好地改善服药准确度,从而大大提高患者依从性。相比于我国的社区卫生服务中心,后港综合诊疗所布局更合理,环境更舒适,进入医院都感觉不到医院的气氛;处方药物的使用更经济科学。

**2.2 就医渠道** 后港综合诊疗所和我国的社区卫生服务中心一样,承担着民众的基本医疗服务和公共卫生两大基本功能。就全科诊疗而言,医院分为普通诊疗区和家庭医生慢病诊疗区。普通诊疗区是以单次救治为主的诊疗区域,为一般民众而设,主要看诊急性多发病常见病,无须通过预约渠道。由于多为临时起病,只须现场排队取号等候诊治。家庭医生慢病诊疗区为长期需要家庭医生负责自身健康的民众设置,主要负责民众的长期、连续、综合、照顾式的医疗服务,每次就诊需预约,进院后按预约信息不必等候较长时间,主要负责患者整体的身心健康,多为慢性病患者设置。相比于我国社区卫生服务中心,后港综合诊疗所更能体现患者的主动选择性,医疗资源分配不浪费,基层医院门诊设置更能体现医患共同参与的模式特点,这也是我国目前基层医疗工作探索的方向。

**2.3 急救措施** 后港综合诊疗所内没有输液室,不

开放输液治疗,在特定诊室内设有一间急诊室,放置院前急救设备和急救药品。新加坡整体医疗布局大多为附近的多家私人诊所,一家综合诊疗所,一家社区医院,一家综合性大医院和数家老年活动中心、养老院、托老所等组成递进式保健圈,形成了医疗保健功能全覆盖,并且急救网络完善,急救车上配置齐全,急诊转诊路径明确,相对而言综合诊疗所的院前急救压力不大。目前国内大医院已经撤销门诊输液,只预留急诊和住院输液治疗,基层社区卫生服务中心输液治疗还有待进一步规范。

**2.4 保健特色** 后港综合诊疗所的全科医生实际工作是门诊医疗,除了普通预约门诊外,全科医生在取得家庭医生资格后可以组建自己的家庭医生服务团队,开设家庭医生预约门诊,有营养师、护理人员、康复师、健康管理师等共同为预约门诊患者提供个性化的医疗保健服务。不同病人类型的综合诊疗所的门诊费不同,新加坡公民最低,其次是永久居民,非居民最高。不同病人类型的综合诊疗所的门诊费的津贴也不同,成人新加坡公民费用津贴为50%,乐龄人士/儿童津贴为75%,永久居民的津贴为25%。外籍人士则不享受津贴。如果是家庭医生预约门诊,其门诊费是普通门诊费的4~5倍,这也是团队诊疗服务区别于普通门诊的主要经济指标。后港综合诊疗所的全科医生大概每天接诊患者50~80名左右,患者首次就诊必须在基层医院,否则会影响其医疗费报销比例。除医院系统为民众提供医疗服务外,新加坡政府加强了民众的健康教育,禁烟、健康饮食等各类宣传随处可见,还成立了保健促进局,专门进行社会健康宣传和宣教。新加坡的综合诊疗所主要负责院内和门诊过程中的健康宣教,而民众整体的社会健康保健宣教工作则由专门的保健促进局负责。这一做法值得我国社区卫生服务中心在承担基层健康教育、健康管理方面借鉴。

**2.5 内部分工** 后港综合诊疗所各类人员配备齐全,医院管理人员与专业人员相对独立,有专门的行政管理人员做总裁和总经理等,有医生组成专业管理委员会,分工明确,每名医生都配有专门的工作助理,负责电脑输入病例信息,协助执行医嘱等诊疗工作;病患宣教和慢病指导由团队护理负责实施,院内的高级护士可以开限定范围内的慢病处方,大大减少了医生的专业外琐碎工作。病人医疗信息通过软件系统可以全国查询,双向转诊有了信息化保障,基层首诊既有政策支持又有网络支持,更有基层医生

工作的专一性支持。相比而言,我国社区卫生服务中心的人力资源配置不到位,基层医生工作琐碎(如医生经常兼做文书,社工等工作),没能很好地落实专业人员做专业事,也有些医务专家被行政职务占用了太多时间。他们的做法也值得借鉴。

2.6 资源配置 后港综合诊疗所医疗资源配置合理,虽然社区综合诊疗所就诊的患者能报销80%左右,但公立医院门诊预约时间太长,而私立门诊虽然不能用医保,全靠自费,但它的优点在于不需预约便可直接就诊,服务热情周到,因而大部分病情较轻的门诊患者有80%还是通过市场机制自然分流至私立诊所,充分实现了医疗资源使用的最佳配置。

### 3 结语

近年来,民众对新加坡综合诊疗所的整体满意度调查情况如下:宏茂桥70.80%,武吉巴督83.00%,蔡厝港82.00%,金文泰90.00%,后港77.70%,裕廊77.70%,大巴窰86.20%,兀兰79.20%,义顺85.00%。尽管这个满意度调查结果并不完美,但客观实在。新

加坡人力资源配置到位、内部分工科学、服务理念先进、整体医疗环境优良、民众法律意识强、执法部门执法严格,这都是民众健康高标准服务的重要元素。

我国地域辽阔,人口众多,不同地区差异大。如何建立符合我国国情的医疗保健制度,新加坡经验只可参照不可照搬,需要相关部门在认真调研基础上拿出切实可行的方案。

### 参考文献

- 1 陈伟玲,李翠兰,宋丽萍,等.国内外全科医学教育模式对广州全科医生培养的启示[J].全科医学临床与教育,2014,7(4):361-363.
- 2 欧阳波,张为佳,张秀英,等.关于新加坡医疗卫生体制的思考[J].中医药管理杂志,2012,8(8):707-709.
- 3 孙杨杰,邓剑伟.新加坡社区医疗卫生服务的经验及其启示[J].福建行政学院学报,2015,2(2):34-38.

(收稿日期 2017-02-17)

(本文编辑 蔡华波)

## ·消息·

### 《全科医学临床与教育》杂志关于各种欺诈信息的严正声明

近期接作者反映有人假冒《全科医学临床与教育》杂志进行欺诈活动,现已查明。网上搜索的投稿网页均为假冒网站,对此《全科医学临床与教育》杂志社做如下声明:

1.《全科医学临床与教育》杂志社未授权给任何单位和个人代理征稿。《全科医学临床与教育》杂志官方网站:www.zhqkyx.cn/www.qkyxlcjy.cn,官方电子邮箱:quankeyixue@hotmail.com/zjquankeyixue@163.com。官方电话:0571-86006390。在线投稿系统已正式启用,欢迎广大作者使用。

2.录用稿件交纳费用必须到邮局办理汇款手续,如有人通知向个人卡号汇款,定是诈骗行为。

3.作者对稿件如有何疑问,请及时与编辑部联系。本刊地址:杭州市庆春东路3号,邵逸夫医院内,《全科医学临床与教育》杂志编辑部,邮编:310016,电话:0571-86006390。

请广大作者明鉴,谨防上当受骗。《全科医学临床与教育》杂志社保留追究侵权者法律责任的一切权利。特此声明!

《全科医学临床与教育》杂志社