

澳大利亚公立医院改革与管理经验

1. 澳大利亚公立医院的起源与发展

十九世纪早期，澳大利亚殖民政府通过资助医院来满足贫民的卫生服务需求，这些医院主要由慈善机构创办。十九世纪中叶以后，私人医疗保险事业逐步发展起来，并且以非营利的互助组织的形式运行。此后，公立医院迅速发展，面向穷人阶层。1901年宪法赋予各州卫生服务的职责，并认定只有联邦政府才有检疫权，所以在接下来的四十多年，联邦政府在卫生领域中除了某些公共卫生外，扮演着微不足道的角色。直到1921年建立了联邦卫生署，1937年全国卫生与医疗研究委员会建立后，联邦政府才逐渐涉及了卫生工作。

二战以后，联邦政府开始在卫生领域扮演重要角色。联邦政府在各州设立遣返医院，提供综合的健康保健。起初的许多服务退伍军人的福利，逐渐延伸至普通人群。1946年，澳大利亚政府通过了《医院保障法案》，联邦和州通过谈判达成为公立医院提供资金的协议，前提是对公立医院的病人不收取费用，旨在减小病人住院的经济负担。此后，Menzies首相领导下的自由联合政府在1953年通过了《全国健康法案》，其中包括四项卫生服务制度改革之一的医院福利计划（联邦政府资助州立医院），为医疗服务提供津贴。政党更迭，几经周折，经过多次修改的医疗福利计划（Medibank）终于在1975年被当时的工党政府通过，与医院相联系的是，如果病人在公立医院得到了全面和免费的治疗，联邦政府在和州政府谈判医院成本分担时是相对慷慨的。1984年，工党政府将Medibank改造为Medicare，规定所有纳税人都要缴纳健康专项税，但是全民免费享受医院服务¹。随着卫生体制改革的不断发展，公立医院的改革也随之进行，医院部门在结构、筹资和支付方式等方面经历了一些变革。

2. 澳大利亚公立医院现状

澳大利亚医疗服务系统由公立医院和私立医院两部分组成，公立医院占全部医院的72%，不仅数量多，而且规模大，年医疗费用占总的卫生费用的三分之一。在澳大利亚，医院常按所有者关系以及提供服务的性质来分类。按所有者关系分类，医院分为公立医院和私立医院，也有简单按照医院的管理董事会是否由卫生部长任命来判断是否是公立医院，这两种分类方法都不够准确，不能非常明确的划分出所有的公立医院。澳大利亚卫生与福利研究所（AIHW）把澳大利亚的医院分为被认可的公立医院、退伍军人医院、公立精神病医院和私立医院²。近年来，许多州政府鼓励个人拥有的私立医院提供公共医疗服务。因此，澳大利亚的公立医院应包括被认可的公立医院、退伍军人医院、公立精神病医院。³

在管理上，澳大利亚医院管理模式是董事会领导下的院长负责制⁴，董事会任命院长，院

长全面管理医院并对董事会负责，而董事长由州或领地卫生部长任命⁵。通常董事会负责管理的医院数在一家以上。在部分州，这些负责多个医院的董事会要负责管理所有提供公共卫生服务的机构以及代理区域卫生行政部门行使职权。而在其它州，董事会仅负责同一网络医院的管理，其余卫生部门仍旧负责监管本区域的医院和社区卫生服务机构。

澳大利亚对医院管理高层管理者有着严格的任职资格要求，院长是职业化的管理人员，专职从事管理，不涉及临床医疗工作。而医院下设的行政、财务、医务和护理等部门，也分别由专业人员负责管理⁶。

在投入机制上，澳大利亚采取了多渠道的投入机制⁷，主要有以下几个方面：第一，联邦政府用医疗保险经费，根据卫生保健协议以及其它相关因素核算并对医院进行拨款，这是目前公立医院主要的筹资渠道；第二，公立医院在完成联邦政府赋予的社会保险任务的同时，可以自主收治部分私人保险病人，作为医院筹资渠道的重要补充；第三，社会筹资；第四，院内兴办部分服务业等。总体来看，澳大利亚公立医院的筹资渠道是多样性的，一方面在某种程度上缓解了政府筹资的压力，另一方面，也使医院建立多元化、多样性的筹资机制奠定了基础。

3.澳大利亚医院改革的历史沿革

3.1 早期改革

澳大利亚早期公立医院的改革要追溯到十九世纪中叶，当时所谓公立医院其实是慈善机构创办的一些医疗卫生机构，主要靠各方捐赠维持生存。随后，殖民政府为了满足部分贫民的卫生服务需求，逐渐增加了政府投入。随着投入的增加和需求的增大，政府开始自己兴办医院。真正的医院改革是从上世纪 80 年代，随着卫生体制改革开始的。

(1) 改革的背景

80 年代以来，卫生体制改革已经成为一种全球的趋势，澳大利亚与其它国家一样，同样面临着居民医疗卫生服务需求增加，政府财政投入压力增大等问题。卫生服务费用增长较快，卫生服务效率过低，质量不高，可及性较差等促使政府及卫生部门致力于进行卫生体制改革。

澳大利亚公立医院提供大部分的住院服务。80 年代以来，三次重要的政府更迭对医院的数量、规模和病人结构产生了深刻的影响，同期，公立医院的床位数减少，而私立医院的床位数增加，医院机构越来越少，医院规模越来越大以及住院日显著减少造成医院总数的减少，住院急性病人增多⁸。

(2) 改革的内容

1) 管理体制变革

医院管理分权化。在澳大利亚，卫生体系权力分化并呈现多元化，所有公立医院均由州政府管理，根据澳大利亚卫生保健协议的规定，公立医院是州政府的一项责任，同时，列出了包括服务目标在内的许多条件和绩效指标，但在向医院分配资源方面赋予州政府很大的弹性，其关键性的条件是要求州政府向符合条件的人口提供免费的公立医院服务⁹。80年代中期，公立医院的管理大多从州卫生部门移交给了医院自治委员会，但各州和领地之间的设置有所不同。

卫生服务提供的混合制从以经济基础分流患者转换到按服务种类分流病人并提供服务。以前澳大利亚公立医疗机构面向穷人阶层，而私立医疗机构面向富人阶层，总体上看是按照经济基础来分流患者；而现在住院服务一般由公立医院提供，而初级卫生保健、社区卫生服务、老年人护理服务等均有私立机构服务，总体上看按照服务种类分流患者。

2) 补偿机制改革

①补偿渠道

在澳大利亚，筹资政策在很大程度上受联邦宪法的影响。1901年的联邦宪法规定医疗卫生服务由州政府负责而非联邦政府负责¹⁰，基于这个因素，每个州的医院发展情况也各有不同。

20世纪80年代，澳大利亚实行了强制性的全民健康保险计划，叫做医疗照顾制度(Medicare)。通过联邦政府和州政府的合作，从政府的总税收和其他收入计划中进行筹资。澳大利亚有一种卫生保健协议，用于州政府购买公立医院服务，按照和每个州签署的协议，联邦政府从税收中提取保险基金，为医院提供经费补助，补助强度根据人口数量及其增长率、老龄化程度等因素确定，而不是仅仅依据医院的实际预算。除了联邦政府依靠税收对公立医院进行筹资外，医院还不断拓宽筹资渠道，包括社会筹资，收治部分私人医疗保险病人等作为医院筹资的重要补充。

②补偿方式

早期澳大利亚公立医院以捐赠维持生存。澳洲的许多公立医院最初都是由慈善机构建立起来的。人们为医院捐钱、捐物以维持医院的生存。后来，随着医疗卫生服务需求的增加，政府为了保证这些公立医院能够继续生存下去，开始提供援助，在社区筹资的基础上给予医院一定的财务支持，逐渐形成了一种固定的补贴制度。全民健康保险计划实施后，政府对公立医院的支付方式从传统的固定补贴制度，改变为各种不同的供方支付方式：

总额预付制度。随着医学的不断发展，医院的日益复杂，其运行成本变的越来越高，政府对慈善机构的信赖度不断下降，开始创建政府办公立医院。此时公立医院的经费基本上取

决于财政部和卫生部的决定，主要根据上一年的实际支出，辅以计划增长率、通货膨胀率、新项目的开展情况等适当调整¹¹。卫生部与医院签订“卫生保健协议”，基于不同的绩效测量要素，联邦政府以总额预付的方式将资金支付给州政府，以购买公立医院服务，各机构自主经营管理。

按人头付费。总额预付方式引起了关于对联邦政府筹资水平是否合适的争论，大部分州政府总是认为对于不断增加的医疗费用，联邦政府的筹资水平不足。联邦政府改革支付方式，以人群为基础投资，如按人头拨付经费就是根据医院所服务的人口数进行定额资助，并按照区域内人群的年龄和性别等特征进行调整，但是这种方式适合于区域或者社区，对单家医院的补偿则可行性不高。

按服务天数付费。有些地方按照服务天数定额拨款，不同类型的人需要制定不同的资助标准。这种方式主要用于老年护理、康复和临终关怀¹²。目前，在公立医院已经应用不多。

按病种付费。澳大利亚自 1985 年开始试点美国的 DRG 支付方法，从政府的角度上看，该支付方法可以有效地缩短住院天数。在联邦支付的压力下，澳大利亚各州和政府开始对住院服务实行按病种付费。

3) 运行机制改革

1996 年颁布了《工作场所相关法》实现了工业关系焦点的下移¹³，从中央层面决定酬劳下移到企业层面根据工作和工作条件进行协商。在此法律规定下，公立医院与其雇佣的医生签订合同，其合同条款、条件和支付费用在不同州之间存在差别。主要分为两类¹⁴：领薪的医务人员作为医院的雇员全职在医院工作，领取薪水；访问医护人员作为独立的签约者在医院工作，按服务项目付费或者按每周工作的时间段付费。

改进医院绩效管理。多数公立医院（除新南威尔士之外）是自主管理的自治组织。许多医院已经“重整”了患者管理并且实施了包括“连续质量改进”（CQI）和“全面质量管理”（TQM）在内的质量保证项目¹⁵。澳大利亚投入了相当大的精力提高医院技术效率，医院管理主要集中在微观经济改革。

3.2 近期改革

（1）公立医院近期改革背景

澳大利亚近期的卫生改革开始于 2007 年。近年来，澳大利亚卫生经费投入虽呈逐年上升的趋势¹⁶，但是国家仍然面临人口老龄化、慢性病负担加重、各级政府责任推诿、医疗卫生保健成本转移等压力的挑战。澳大利亚联邦政府强烈意识到，国家卫生体制存在结构性弊端，合理配置卫生资源，将有限的卫生资源用于改变卫生服务机构，投资社区保健比住院服

务、投资初级保健比急诊专科、投资预防保健比医疗更适宜和更具成本——效果，所以，他们提出“提高配置效率可提高整个生产力¹⁷”。从而，新的卫生体制改革开始了，公立医院的改革也随着卫生体制改革的开展而逐步实施。医院是澳大利亚卫生体系的中心部分，据统计，全国共有 750 家公立医院，500 家私立医院，其中 1 / 4 澳洲人就诊患者依赖公立医院的急诊。同样的非急诊服务，在医院急诊比在全科诊所就诊费用高出 4 倍，而且在医院急诊科就诊的病人中，部分并不是急症。另外，诸如肾透析、高血压、糖尿病的治疗等病种原本可以在社区得到更好的照顾和治疗。基于上述现状，部分州政府已经先后实施了一系列的慢性病项目干预措施来预防不必要的住院，但是，公立医院择期手术待床、急诊科排长队等矛盾仍很尖锐。

公立医院接待非急需手术的等待时间过长的的问题是一个政治问题，尽管在上世纪 90 年代利用私立医院分流了一部分患者，但澳大利亚公立医院的等待时间仍有所延长。州政府抱怨联邦政府应该增加资金以应对医院服务需求的上涨，而联邦政府则认为州政府应增加自身用于医院服务的投入。

（2）公立医院改革的目标和任务

联邦政府决定用四年的时间来解决公立医院的问题。改革的宗旨是通过加强社区卫生服务，减轻公立医院负担。通过改革达到减少可以预防的住院和非紧急事故及急诊的处置、减少择期手术的待床时间以及减少居民到医院求诊的次数和停留时间的目的。

（3）改革的措施

1) 管理体制的改革

重新界定各级政府的职责：制定政策，购买服务，调整卫生服务结构；联邦政府与州、区政府共同承担公立医院的资金支持，州区政府另外要负责公立医院医生、护士的临床培训。

联邦政府有权控制公立医院财政：联邦政府制定了《紧急卫生改革与投资需要协议》，决定从联邦基金划拨 25 亿澳元，重点投资初级卫生保健以减轻医院压力¹⁸。如果州、区政府直至 2009 年年中仍尚未执行《国家卫生改革计划》，公立医院财政将完全由联邦政府控制。

2) 监管机制改革

联邦政府要求州、区严格执行绩效报告制度，并以此作为基金下拨的依据。

3) 运行机制的改革

缩短择期手术候床时间：澳大利亚联邦政府投资 6 亿澳元用于缩短公立医院择期手术患者候床时间。

创建过渡性医疗床位：投资 1.58 亿澳元用五年时间创建 2000 张过渡性医疗床位，以

安排那些在医院等候老年保健床位的人。

4.经验总结

渐进式改革模式。总体上看，澳大利亚卫生体制的改革采取的是“渐进式供方改革”¹⁹。这种改革要求政府对卫生服务市场进行干预，以确保全民获得较为合理有效的卫生保健服务。过去几年中，联邦政府和州政府都在致力于寻求减少直接的卫生服务，增加资源性和营利性卫生服务提供者。

联邦和州政府之间的力量权衡。早期联邦政府在卫生领域中扮演者微不足道的角色，随着联邦政府在卫生服务整体协调中作用的充分发挥和不可替代，联邦政府开始成立各种机构，逐步深入卫生领域，直至扮演重要角色。由于宪法授权以及它所有的“财政权”，联邦在卫生政策制定和筹资上处于领导地位，也成就了其在整个卫生领域的地位。另外，在对医院补偿程度的问题上，一直是联邦和州政府谈判不休的话题。

职能划分逐渐清晰。澳大利亚三级政府均对卫生服务承担必要的责任，从职能上看有显著差异。联邦政府主要承担公立医院的筹资和资金的分配，州政府和领地政府主要承担卫生服务的管理和提供。地方性政府承担补充性公共卫生工作。

筹资控制医院成本。澳大利亚政府为公立医院和大多数社区卫生保健服务机构确定年目标工作量及其总额资金预算。政府通过筹资控制医院成本，改善社区卫生保健服务。

支付方式激励卫生资源合理使用。经过多次公立医院支付方式改革，实行按病种收费（DRG）比按项目付费、总额预付等方式有利于激励医院合理使用卫生资源，从而提高卫生资源的利用率。

公立医院发展趋势。澳大利亚的医院正在寻找出路，以通过市场力量尽可能缩小开具账单的滞后和床位过剩。医疗政所群体正在城市地区兴起，并逐渐与公立医院相脱离，他们宁愿选择与私营直接返还相联系的费用。所以，寻找公立医院的发展方向将是未来公立医院改革的重点。

¹ 石光，李明柱. 澳大利亚与新西兰的卫生改革. 中国卫生资源. 2001，4（2）：95-96

² Bloom AL, The funding of private hospital in Australia, Australia Health Review, 2002; 25(1): 19.

³ 透视澳大利亚各类医院的管理和运作. 高黄明，倪建，陈英. 国际医药卫生导报.

⁴ 苏维，裴丽昆. 从中澳两国医院管理者的差异看职业化管理. 中华医院管理杂志.2008，21（8）：563-566

⁵ 透视澳大利亚各类医院的管理和运作. 高黄明，倪建，陈英. 国际医药卫生导报.

⁶ 陈传民. 澳大利亚的医院管理. 中国当代医院管理. 2006，4（1）：93-95

⁷ 吕美行. 市场经济大环境中的医院经营管理——考察澳大利亚医院的体会. 江苏卫生事业管理. 1994，5（4）：220-222

-
- ⁸ 石光, 李明柱. 澳大利亚与新西兰的卫生改革. 中国卫生资源. 2001, 4 (2): 95-96
- ⁹ 饶克勤. 国际卫生体制比较对我国的经验借鉴[R]. 北京:卫生部政策法规司, 2006.
- ¹⁰ Ian Forbes, 王斌, 徐凌忠等. 谈澳大利亚卫生保健系统筹资和付款的运作方式. 中华医院管理杂志. 2002, 18 (9): 572-574
- ¹¹ 朱志忠, 武广华, 刘朝杰. 澳大利亚公立医院的资助方式. 中国卫生经济. 2006, 25 (9): 79-80
- ¹² 朱志忠, 武广华, 刘朝杰. 澳大利亚公立医院的资助方式. 中国卫生经济. 2006, 25 (9): 79-80
- ¹³ 饶克勤. 国际卫生体制比较对我国的经验借鉴[R]. 北京:卫生部政策法规司, 2006.
- ¹⁴ 饶克勤. 国际卫生体制比较对我国的经验借鉴[R]. 北京:卫生部政策法规司, 2006.
- ¹⁵ HilllessM, Healy J. Health Systems in Transition (Australia) [M]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2001.
- ¹⁶ Australian Bureau of Statistics. National health survey 2004—05, 2006.
- ¹⁷ 王倩云, 鱼敏. 澳大利亚卫生体制改革趋势. 中国卫生事业管理. 2008, 3: 211-213
- ¹⁸ 王倩云, 鱼敏. 澳大利亚卫生体制改革趋势. 中国卫生事业管理. 2008, 3: 211-213
- ¹⁹ 石光, 李明柱. 澳大利亚与新西兰的卫生改革. 中国卫生资源. 2001, 4 (2): 95-96

欢迎您搜索微信公众号：医管界（ygj301）并关注医管界(ygj30)！
医管界致力于医院经营管理科学化，打造医院经营管理共享平台！
做百年医院，就上医管界！

1. 对话框回复“PPT”领取3000套高大上的医院经营管理PPT模版
- 2.对话框回复“医学”领取508G（6750个）医学视频+文档
- 3.对话框回复“直播”听线上课程
- 4.对话框回复“公开课”参加线下课程
- 5.对话框回复“品管圈”领取品管圈资料