



全球外科2030

能一致使用安全、负担得起的外科和麻醉科服务的核心监察指标

指标	定义	原因	数据源	负责单位	详程	目标
一、外科和麻醉科服务的成熟度						
急切的基本手术治疗的供应	能在2小时内到达能提供剖腹生产、剖腹术、开放性骨折处理（Bellwether 手术）的医疗设施的病人数目占总人口的比例	所有人都该获得急切的基本手术治疗。Bellwether手术的施行情况能有效预测其他基本手术的完成度；产子的并发症能在2小时内发展成死亡	医疗设施纪录和人口统计数据	卫生部	政策和规划应针对人口密度、交通、医疗设施供应的情况	于2030年，各国的外科和麻醉科服务至少达到八成的覆盖率
外科专科医生密度	每100000人中就职于外科专科、麻醉科、妇科医生数目	医疗方面的人力资源是外科和麻醉科服务的重要要素	医疗设施纪录、训练部门和发牌部门的数据	卫生部、教育部	改善人力分配、训练、保留医疗政策	于2030年，全部国家中每100000人至少有20名外科、麻醉科和妇科医生
二、外科和麻醉科服务的实行						
手术容量	每年每100000人在手术室进行手术的数目	每年完成手术的数量反映手术需求的解决情况	医疗设施纪录	医疗设施、卫生部	政策和规划应注重在已解决和未解决的手术需求	于2020年，全球八成国家能跟进各自的手术容量；于2030年，则全部国家能跟进手术容量；并应达到每100000人有5000项手术的目标
围手术期死亡率	于手术室内接受手术并在出院前死亡的病人数目，除以完成手术数量的总和，以百分比表示	外科和麻醉科的安全是服务的综合部份，围手术期死亡率包含在手术中及手术后死亡的人数	医疗设施纪录和死亡登记	医疗设施、卫生部	政策和规划应重视外科和麻醉科的安全，同时看重手术容量	于2020年，全球八成国家能降低各自的围手术期死亡率；于2030年，则全部国家能降低该死亡率。于2020年，检视全球的数据并定下2030年的全国性目标
三、外科和麻醉科服务的影响						
防止贫困性医疗开支*	因外科和麻醉科服务的用者自付开支而有可能导致财政贫困，但受到经济援助的家庭比例	数以百万的人每年因进行手术而处于财政危机中，这是一项世界银行的全球健康覆盖目标的外科版本	人口调查、医疗设施纪录	财政部、世界银行、世界卫生组织、USAID	政策应注重付费系统、保险覆盖范围、公私营服务的平衡	于2030年，对因外科和麻醉科的贫困性医疗开支有百分百保障
防止灾难性医疗开支†	因外科和麻醉科服务的用者自付开支而有机会导致灾难性财政状况，但受到经济援助的家庭比例	数以百万的人每年因进行手术而处于财政危机中，这是一项世界银行的全球健康覆盖目标的外科版本	人口调查、医疗设施纪录	财政部、世界银行、世界卫生组织、USAID	政策应注重付费系统、保险覆盖范围、公私营服务的平衡	于2030年，对因外科和麻醉科的灾难性医疗开支有百分百保障

医疗单位应每年纪录手术供应、人力资源、手术容量和围手术期死亡率等数据。经济保障指针应根据世界银行和世界卫生组织的全球健康覆盖中的经济保障措施。以上指标在同时使用下能提供最全面的数据，独立的指针不能反映外科和麻醉科服务全面充份的评估。USAID = US Agency for International Development. 这报告的讨论部份列有公平的分层制度。*贫困性医疗开支是用者自付情况下需付的金额，而该金额会导致用者财政贫困或使财政更为贫困。†灾难性医疗开支是用者自付情况下需付的金额，而该金额是高于家庭基本生活需要的开支的四成。

GS2030

Translated by: Andrew Lee Chung Ho & Aswan Tai



基础建设		
组成部份	建议	评估方法
外科设施 设施成熟度 输血设施 服务和转介系统	<ul style="list-style-type: none"> 追踪外科设施的数量和分布 通过中央购买大纲的协议书，并把订货的工作下放 装备一级医疗设施以应付剖腹术、剖腹生产和开放性骨折的治疗（Bellwether 手术） 规划国家血液的供应 通过提升社会到三级医疗服务的流程以减少程序阻碍 考虑社会融合、转介准则的转换、转介的物流、对积极响应医疗服务和对社会有贡献的人士提供保障，来制定转介制度 	<ul style="list-style-type: none"> 能在2小时内抵达一级医疗设施的人口比例 世界卫生组织医院评估方法（如：结构、水电、氧气、外科仪器和供给、计算机和网络等方面的评估） 符合手术安全标准的医院比例 血库分布、捐血率
劳动力		
组成部份	建议	评估方法
外科、麻醉科、妇科医生 专职医疗人员（护士、营运经理、生物医学工程师、放射科、病理科和实验室技术员）	<ul style="list-style-type: none"> 按人口和国家需要建立训练和教育策略 乡村计划应纳入外科和麻醉科训练课程 建立一套内容恰当的外科发牌和认证条件给所有外科医疗人员 按人口和国家需要来订立勤杂人员的训练和教育策略 投资医疗管理人员的专业训练 建立有关生物医学仪器的训练课程 	<ul style="list-style-type: none"> 外科、麻醉科、妇科医生的人口密度和分布 外科、麻醉科、妇科医生毕业生和退休人士的数目 获授权的外科训练课程比例 医疗分工情况或获授权的护士课程和医疗服务提供商的数目 存在吸引和挽留人手的措施 护士和提及的勤杂人员包括营运经理、生物医学工程师、放射科、病理科和实验室技术员的密度和分布
服务		
组成部份	建议	评估方法
手术容量 系统协调 素质和安全	<ul style="list-style-type: none"> 所有一级医院应提供剖腹术、剖腹生产和开放性骨折的治疗（Bellwether 手术） 组织包括公私营和非政府组织的医疗提供单位的国家医疗架构，以需求促进和非政府组织的合作来增加手术容量 优先处理医疗管理训练 优先处理素质的改善进度和成效检讨 促进远程医疗，建立交流系统网络 促进应用远程医疗、临床协助和教育的交流系统网络 	<ul style="list-style-type: none"> 提供Bellwether手术的外科医疗设施比例 每年进行的手术数目 与外科和麻醉科相关的围手术期发病率和死亡率 存在交流系统网络
财政		
组成部份	建议	评估方法
医疗融资 分配预算	<ul style="list-style-type: none"> 全民医疗保险包含基本手术项目 使用单一高风险池，减低用者的费用 透过国际医疗账户追踪外科金钱流向 在价值为先的准则下用风险池的资金进行购买 	<ul style="list-style-type: none"> 国内生产总值中的外科开支 国家医疗预算中的外科开支 外科用者自付的开支 外科的灾难性和贫困性开支
信息管理		
组成部份	建议	评估方法
信息系统 科研计划	<ul style="list-style-type: none"> 发展完善的信息系统以监管手术疗程、费用、成果和发现缺点 最先了解、管理和资助针对地区需求的外科研究 	<ul style="list-style-type: none"> 拥有信息系统以促进外科和麻醉科的监管和问责 配置高速网络联机的医疗设施比例

以上各个外科服务有关的部份应包括在更宏观的国家医疗系统改善措施之中。