

全国高等医药教材建设研究会·卫生部规划教材

全国高等学校教材

供卫生管理类专业用

医院管理学

主 编 陈 洁
副主编 王 羽 胡 志

 人民卫生出版社

全国高等学校教材
供卫生管理类专业用

医院管理学

主 编 陈 洁

副主编 王 羽 胡 志

编 委 (以汉语拼音顺序为序)

曹建文 (复旦大学公共卫生学院)

林曙光 (广东省人民医院)

陈 洁 (复旦大学公共卫生学院)

马伟杭 (浙江省卫生厅)

董 军 (武汉大学政治与公共管理学院)

王 羽 (卫生部医政司)

郭 清 (杭州师范学院医学院)

王菊芳 (上海市第二医科大学研究生院)

耿庆山 (广东省人民医院)

王明旭 (西安交通大学医学院)

胡 志 (安徽医科大学卫生管理学院)

张鹭鹭 (第二军医大学卫勤系)

贾秀萍 (大连医科大学管理学院)

周子君 (北京大学公共卫生学院)

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

医院管理学/陈洁主编. —北京:
人民卫生出版社, 2005.3

ISBN 7-117-06617-2

I. 医… II. 陈… III. 医院-管理-医学院校-
教材 IV. R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 143218 号

医 院 管 理 学

主 编: 陈 洁

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E-mail: [pmph @ pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

印 刷: 三河市富华印刷包装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/16 印张: 21.5

字 数: 532 千字

版 次: 2005 年 3 月第 1 版 2005 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-06617-2/R · 6618

定 价: 26.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

全国高等学校本科卫生管理专业规划教材 出版说明

为适应我国卫生管理专业教学发展的需要,全国高等医药教材建设研究会和卫生部教材办公室组织编写了本套教材。本套教材编写以《中国医学教育改革发展纲要》和《关于“十五”期间普通高等教育教材建设与改革的意见》为指导,坚持“三基”、“五性”和“三特定”的原则,力图使学生掌握全面的卫生管理专业知识。2002年11月,成立了“全国高等学校卫生管理专业规划教材专家委员会”。“专家委员会”反复论证了卫生管理专业的“核心课程”和相应的教材建设。

“专家委员会”建议的全国高等学校卫生管理专业“核心课程”共13门,包括管理学基础、组织行为学、卫生统计学、流行病学、卫生管理运筹学、应用文写作、卫生事业管理、卫生政策、卫生经济、卫生法学、医院管理学、医疗保障、卫生管理信息等。本次编写8种教材,其余5种教材与预防医学专业共用。

本次规划教材共编写10种,除8种教材配套“核心课程”使用外,其余的《卫生监督学》(樊立华主编)和《卫生服务市场营销与管理》(梁万年主编)仍建议各院校根据课程设置选用。

全国高等学校本科卫生管理专业规划教材品种

- | | |
|-----------------|-------------------|
| * 1.《管理学基础》 | (张亮、王明旭主编) |
| * 2.《组织行为学》 | (陈力主编) |
| * 3.《卫生统计学》 | (方积乾主编,与预防医学专业共用) |
| * 4.《流行病学》 | (李立明主编,与预防医学专业共用) |
| * 5.《卫生管理运筹学》 | (秦侠主编) |
| * 6.《应用文写作》 | (邱心镜主编) |
| * 7.《卫生事业管理学》 | (梁万年主编,与预防医学专业共用) |
| * 8.《卫生政策学》 | (郝模主编) |
| * 9.《卫生经济学》 | (程晓明主编,与预防医学专业共用) |
| * 10.《卫生法学》 | (赵同刚主编,与临床医学专业共用) |
| * 11.《医院管理学》 | (陈洁主编) |
| * 12.《医疗保障》 | (王保真主编) |
| * 13.《卫生管理信息》 | (马进主编) |
| 14.《卫生监督学》 | (樊立华主编) |
| 15.《卫生服务市场营销管理》 | (梁万年主编) |
| * 为核心课程教材 | |

前 言

随着我国社会主义市场经济建设进程的不断推进,国内医疗市场的宏观与微观环境都发生了深刻的转变。加入 WTO,卫生体制改革风起云涌,要求医院管理者必须自觉适应、积极应对、充分把握宏观政策变化带来的挑战与机遇;群众对医疗服务的整体质量要求日趋提高,各类民营医院、外资医院大量涌现,多种所有制形式与经营方式并存,公平、竞争的医疗服务新体系将逐渐形成,市场竞争压力剧增,迫使医院管理者不能囿于传统的被动服务,必须面向市场、面向竞争,主动提供个性化和人性化的优质服务,以赢得市场。这些变化和发展昭示着国内医院管理职业化已是必然趋势,对加快医院管理学这门学科的发展创造了极好的机遇。

作为卫生管理专业的重要学科之一,医院管理学对卫生管理专业的教学及医院管理实践起着非常重要的作用。近年来,我国在医院管理方面积累了丰富的经验,医院管理学科的建设也取得了重大进展。国内部分医学院校或管理专业陆续开设了医院管理学课程,为培养适合我国国情的医院管理专业人才进行了开拓性的有益尝试。各院校在教学实践中编写了教学大纲和讲义,为医院管理学科的建设与发展做出了积极的贡献。

为了适应医院管理工作及教学改革的迫切需要,全国高等医药教材建设研究会、卫生部教材办公室组织编写了医院管理学的规划教材。本教材旨在全面、系统地介绍目前国内、外医院管理的内容,包括医院管理的外部 and 内部环境,结合国内医院管理的动态,如何在不确定的环境中,以务实的态度和方法,以病人为中心,加强医院的绩效管理,增强机构的核心竞争力,提供优质、高效、公平的服务,改善社区人群的健康水平。在当前改革开放,机遇与挑战并存的形势下,为适时调整医疗机构的经营策略与管理理念,强化机构的竞争优势,提供理论依据。

教材编写以现代管理科学理论和方法及国外医院管理研究的最新进展与成果为基础,密切结合我国医院改革和发展的实际,总结多年来医院管理学教学的经验,着重在于讲授有关医院管理学的基础理论、基础知识和基本技能,在内容上力求由浅入深,在文字上力求通俗易懂,体现理论联系实际。

本教材以公共管理专业卫生管理本科生为主要对象,也可以作为研究生及各级行政管理干部岗位培训的参考书。

医院管理学在我国还属年轻学科,涉及管理学与医学等广泛知识领域,尤其是待开拓的研究内容很多。由于编者理论水平和实践经验有限,书中错误及不成熟之处在所难免,诚恳希望国内外读者、学者、同道们批判指正,以便在再版时进一步补充与修改。

本书在编写过程中得到了广东省人民医院的大力支持。詹建湘和郭莉莉同志在本书的校对和中英文名词对照编写上做了大量工作,在此深表感谢。

编 者

2004 年 12 月

全国高等学校卫生管理专业规划教材 专家委员会

主任委员 毛磊

副主任委员 龚幼龙 文历阳

委员 (以姓氏笔画为序)

马进 方积乾 王明旭

任苒 张亮 李鲁

李士雪 邱祥兴 胡志

赵丽娟 梁万年 阎正民

景琳 程晓明 樊立华

目 录

011	.....	.....	1
011	.....	.....	1
第一章 概论	.....	.....	1
011	第一节 医院概述	.....	1
011	第二节 医院管理学概论	.....	4
011	第三节 医院的宏观管理	.....	8
011	第四节 医疗管理有关法律制度	.....	11
011	第五节 医疗服务领域的改革与发展	.....	18
第二章 医院领导和组织管理	.....	.....	22
011	第一节 医院领导	.....	22
011	第二节 医院组织管理	.....	30
011	第三节 医院人员编制	.....	34
第三章 医院文化建设	.....	.....	40
011	第一节 医院文化概述	.....	40
011	第二节 医院文化的结构与内容	.....	41
011	第三节 医院文化的功能与特征	.....	44
011	第四节 医院文化的建设与管理	.....	46
011	第五节 医院的形象塑造与品牌战略	.....	49
011	第六节 医院的精神文明建设	.....	51
第四章 医院人力资源管理	.....	.....	55
011	第一节 医院人力资源管理概述	.....	55
011	第二节 医院人力资源管理系统	.....	58
011	第三节 医院人力资源的激励机制	.....	64
011	第四节 医院人力资源管理相关政策	.....	68
第五章 医院财务管理	.....	.....	70
011	第一节 医院财务管理的基本理论	.....	70
011	第二节 医院财务管理的基本内容	.....	71
011	第三节 资金的时间价值和投资的风险价值	.....	74
011	第四节 医院资产管理、负债与净资产管理	.....	78
011	第五节 医院财务报告分析	.....	84
第六章 医疗服务质量管理	.....	.....	89
011	第一节 医疗服务质量	.....	89
011	第二节 医院质量管理	.....	91

第三节	医院质量管理体系	94
第四节	医院医疗服务质量的评审	98
第五节	医疗服务质量管理常用的方法	101
第七章	医疗管理	109
第一节	门诊管理	109
第二节	急诊管理	113
第三节	住院诊疗管理	119
第四节	临床科室管理	124
第五节	医技科室管理	129
第八章	护理管理	136
第一节	护理概述	136
第二节	护理管理的基本职能	139
第三节	护理质量管理	141
第四节	护理业务技术管理	143
第五节	护理成本控制与效益评价	145
第九章	医院感染管理	148
第一节	医院感染概论	148
第二节	医院感染的病原体与流行病学	150
第三节	常见医院感染的临床特征	152
第四节	医院感染的预防与控制	153
第五节	医疗废物管理	157
第十章	医院药事管理	160
第一节	概述	160
第二节	医院药事组织与药学技术人员	162
第三节	临床用药管理	165
第四节	医院药剂管理	168
第十一章	医院科教管理	172
第一节	医院科研管理概论	172
第二节	医院科研管理项目	174
第三节	医院科研管理基本程序	176
第四节	医院重点学科建设	180
第五节	医院医学教育管理	182
第十二章	医院信息管理	189
第一节	医院信息管理概述	189
第二节	医院信息系统	194
第三节	医院病案管理	200
第四节	医院统计	204
第十三章	医学技术评估	213
第一节	医学技术评估概述	213

第二节	功效与安全性的评估	216
第三节	技术经济学评估	219
第四节	伦理与社会影响的评估	222
第十四章	医院医疗设备与物资管理	227
第一节	概述	227
第二节	管理模式与管理组织	228
第三节	医疗设备应用质量管理	230
第四节	物资管理	238
第五节	质量与效益评估	240
第十五章	医院后勤管理	244
第一节	医院后勤管理概述	244
第二节	医院后勤管理体制与组织架构	245
第三节	医院后勤人才队伍建设	246
第四节	医院后勤设备与物资管理	248
第五节	医院建筑与环境管理	252
第六节	医院后勤管理体制的改革与后勤社会化	255
第十六章	医院风险管理	258
第一节	医疗风险管理概述	258
第二节	医疗事故管理	262
第三节	医患纠纷管理	266
第四节	医院危机管理	271
第十七章	医院预防保健管理	279
第一节	医学模式的转变和三级预防概念	279
第二节	医院预防保健管理与社区卫生服务概述	282
第三节	医院预防保健与社区卫生服务的任务	285
第四节	医院与社区卫生服务中心双向转诊系统	290
第十八章	医院经营管理	293
第一节	医院经营管理概论	293
第二节	医疗市场	295
第三节	医疗服务营销	297
第四节	医院成本管理	301
第五节	医院客户关系管理	304
第六节	医疗保险与医院经营管理	305
第十九章	医院绩效评价	310
第一节	医院绩效评价概述	310
第二节	医院绩效评价内容	315
第三节	医院绩效评价过程	320
第四节	医院绩效评价的相关政策	324
附录:中英文名词对照		328

第一章 概 论

第一节 医院概述

一、医院的定义

医院是以诊疗疾病、照料病人为主要目的的医疗机构。医院是运用医学科学和技术,对病人、特定人群或健康人群提供医疗、预防、保健和康复等服务的场所,备有一定数量的病床、医务人员和必要的设备,通过医务人员的集体协作,以达到保障人民健康的目的。

根据此定义,构成一所医院应具备的基本条件如下:

1. 应有正式的病房和一定数量的病床设施,有能力对住院病人提供连续合理、有效、科学的诊疗、护理和基本的生活服务。
2. 应有住院、门诊等多种服务方式。
3. 应有基本的医疗设备和设施,符合卫生学要求和满足病人的医疗保健需要。
4. 应有一定的诊疗组织形式,包括临床科室、医技科室、辅助科室等。
5. 应有相应的、系统的人员配备,包括卫生技术人员、行政和后勤人员,各类人员分工协作,共同完成整体组织功能。
6. 应有相应的工作制度与规章制度,包括组织制度、人事制度、医疗质量管理制度等。

二、医院的发展历史

医院的形成和发展,经历了一个漫长的历史过程。它的发展变化充分反映了医学科学技术的发展,又与社会经济、政治、文化发展变化紧密地联系着。医院形成与发展过程,大致可划分为四个阶段。

(一) 古代医院的萌芽时期

这个时期从公元前7世纪奴隶社会晚期到18世纪末叶。相应的医学发展时期为古代经验医学时期。医院首先起源于社会抚恤组织的建立。我国周代已开始起步。《管子·人国篇》记载:“入国四旬,五行九惠之教。一曰老,二曰慈幼,三曰恤孤,四曰养疾,五曰合独,六曰问疾,七曰通穷,八曰挤困,九曰接绝”。在这九件事中,特别是慈幼、恤孤、养疾和问疾都与保健工作有着密切关系。《后汉书》载延熹五年(公元162年),皇甫规征陇右时,因为军队中发生流行病,死亡的占十之三、四,皇甫规便将传染病患者安置在临时指定的庵庐中,使之与健康的士卒隔

离,并亲自巡视,给予医药。一般认为它是在军队中设立隔离病院之始。此后,有隋唐时代的收容麻风病人的“痲人坊”、唐宋时期有为病残而设的“病坊”、“养病坊”、“安济坊”等,元代军医院“安乐堂”。

在国外,公元前480年,希波克拉底首先开始用听诊诊治病人,施行外科手术,病人的病史记录也十分丰富,很多庙宇既是医疗的场所也是病人接受观察和治疗的场所。印度于公元前600年就有医院的雏形,在Asoka国王统治时期(公元前273年—公元前232年),印度的医院开始表现得象现代医院:他们遵循公共卫生原则,剖腹产有严密的观察制度,以保母婴健康。每十个村指派一名医生,负责人群的卫生服务需要。以老人和穷人为对象的医院由佛教寺庙修建。

在7世纪时,伊斯兰文明的一个突出贡献就是对医院发展的推动。罗马的军队医院和较少的宗教医院,无论从数量、组织和完善程度上都无法和伊斯兰的医院相媲美。在Mohammed时期,一个真正的医院系统出现了:不同的病区诊治不同的疾病,如发热、眼病、腹泻、伤口和妇产科病;即将康复的病人和重病人分开护理;病例的临床报告被用于临床教学。另外,对精神病人的医院(庇护所)较欧洲的早1000年。在中世纪,在巴格达、大马士革和开罗等地都有些著名的大医院。大马士革的医院和医学院有藏书丰富的图书馆。

而在欧洲,542年在法国里昂,641年在巴黎建立医院。医院当初兼做旅店,是患病的教徒、旅客和香客的医务所或避难所。在中世纪早期,医院的组织与工作都具有宗教性质,它的护理重于医疗,主要目的在于洗净病人的灵魂。此时的医院因其目的不同,名称各异,例如,照料病人者称医院,接收病人者称为收容院,收容穷人者称为济贫院,收容妇女及女孩者称为妇婴院。在整个中世纪,除在9世纪出现产科医院外,医院几乎不分专科。12世纪后,收容病人的机构进一步独立,正式医院开始兴起。欧洲的第一个正式医院是1204年建于罗马的圣灵医院(Hospital of the Holy Ghost)。14世纪后,欧洲麻风病人减少,许多麻风院逐渐改做普通医院,医生也逐渐由非神职人员担任,医院规模由中世纪初期一般只容十几名病人的小医院,发展到一些城市有最多达220张病床的医院。

由于欧洲文艺复兴,促使近代科学的形成与发展。相应的,医学科学由经验医学转变为实验医学,医学从宗教与神学中分离出来,出现了医学大发展时期:中欧和德国的医学繁荣,人体解剖作为一种科学问世,随后生理学、病理学、细菌学等相继建立,英国皇家内科医师学院、皇家科学院也相继诞生。医学的发展促进了医院的发展和医院管理的进步。由此步入由古代医院向近代医院的转型时期,新的医院大量的建立。1732年,英国医院的建立进入了高潮,总计建有115所医院,最著名的有Bristol医院;同时,医院将病人按疾病分类住院治疗,并提供质量较高的医疗服务。

在这个时期的医院有以下特征:第一,个体独立行医是主要的医疗形式,医院仅是医疗服务的补充,数量少,规模小,常不固定,条件差。第二,医院一般有隔离和慈善的性质,如传染病、麻风病人的隔离需要,军队受伤者的收治,以及社会残疾人员、贫困人员的慈善救治等。三是在欧洲的中世纪,医院具有明显的宗教色彩。在一千多年里,医院表现出逐渐发展的状况,但比较缓慢,尚不是科学意义上的医院。

(二) 医院的初步形成阶段

18世纪末叶至19世纪中叶,医院的发展是资本主义工业革命的一个写照。1789年,法国资产阶级革命的胜利,使社会生产力从封建制度的束缚下获得了解放。随着世界贸易的迅速发展,又带来了产业革命,即由手工业过渡到工厂机器的生产,极大地促进了社会经济和科学技术的发

展。加之城市人口的急剧增长和传染病的不断涌现,为近代医院的形成和发展提供了客观条件。在当时,法国的医生 Cabanis 发表了对巴黎医院的若干意见,提出了改善医院的必要措施。1803年,拿破仑颁布了医学教育和医院卫生事业管理的法律,医院事业由此得到了统一管理和改善,这标志着医院进入了初期形成时期。

这个阶段的医院,主要表现有以下几个特征:第一,城乡医院发展的不平衡性;第二,医疗技术手段的多样化和不完善性;第三,医院业务系统的逐步条理化和组织的不完善性。

(三) 近代医院的发展阶段

近代医院时期,是从19世纪中叶至20世纪中叶,大约经历了上百年时间。它是社会经济发展的必然结果,也是医学科学技术迅速发展的产物。社会经济的很大发展,不仅促使社会医疗需求增长而对医院建设与发展提出进一步要求,而且为近代医院的建设提供了必要的物质条件。医学科学在实验医学发展的基础上步入近代医学发展阶段:形成了基础医学体系;医学技术有了很大的进步,为临床的诊断提供先进的技术;如1889年临床实验室在医院首先设立,1896年第一次在医院使用X光片诊断疾病,1901年血型的发现为病人输血提供了安全保障,1903年,心电图第一次在医院用于诊断心血管疾病,1929年脑电图用于脑学神经疾病的诊断,以及对外科麻醉剂的不断改进等;在基本完善了消毒法之后,青霉素的发现与其临床应用,磺胺药的发现与应用,以及随后发展的抗生素药物等,为临床治疗提供有效的手段,19世纪中叶,英国的南丁格尔创建了护理学,使医院的医疗服务与生活服务结合起来而发展成为一个护理体系。

上述因素使近代医院具有以下特征:一是医院已成为社会医疗的主要形式,尽管还有大量的个体医疗存在,但后者已退居于辅助的地位;二是医院形成了专业分工(但分科尚不细)、医护分工、医技分工和集体协作的格局,相应建立了管理制度和技术性规章制度;三是以机体、器官、细胞为主的生物医学水平作为诊疗的理论基础,以物理诊断、实验诊断、化学治疗及一般手术治疗作为基本的诊断、治疗手段,围绕以疾病为中心展开治病防病工作;四是在医院管理上,主要是标准化管理。

中国的近代医院是在鸦片战争之后出现的。1834年基督教美国公理会派遣第一个来华的传教医士派克于1835年11月在广州成立眼科医局。随着不平等条约的签定,列强在我国各通商口岸等设立的教会诊所和医院逐渐增多。据调查,1859年全国仅有教会医师28人;1876年已有教会医院16所、诊所24个;1897年教会医院60所,1905年达到教会医院166所、诊所241所,教会医师301人。这些医院和诊所分布在全国20余省,一般规模很小,设备简陋,人员不多,医疗水平不高,即使是正式医院,收容能力也极为有限。1937年,在华英美基督教会开办的医院共300所,床位约21000张;属于法国系统的天主教会在华开办的医院共约70余所,床位5000余张;另有小型诊所约600处。其中属于美国系统经营的医院约140余所,病床10000余张,约占50%,这还不包括美国洛克菲勒财团在北京直接投资经营的协和医学院和医院在内。英美系统的教会医院,在行政上受各教会的支配,但在中国境内的协调与医学交流上,则由中华医药传教会负责。1886年部分医药传教士在上海开会,决定组织中华博医会,1932年该会与中华医学会合并。

由中国自办而较有规模的西医医院为在南京设立的中央医院,抗战时内迁重庆,并在贵阳设分院,以及兰州与其他地区的大医院。据1937年统计:省立医院15所、传染病院3所、市立医院11所、传染病院6所、县立卫生院152所,1945年卫生署公布《公立医院设置规则》。据1947年统计,全国约有大小医院2000多所、病床约为90,000张左右,其中省立医院110所、市立医院

56 所、县立卫生院 1 440 所,此外还有一些传染病院、结核病防治院、精神病防治院、麻风病医院、戒烟医院。

新中国成立后,医院建设有了巨大的发展,全国医院面貌的改观不仅表现在上述医院和病床数量的迅速增长,还表现在医院的组织管理、医疗质量、医疗技术、医疗服务和医疗作风等方面显著的进步和发展。

(四) 现代医院发展阶段

两次世界大战以后,尤其是 20 世纪 70 年代以来,社会生产力得到空前的发展,科学技术日益发挥着第一生产力的巨大作用,带来医学科学和医疗诊断技术的日新月异,同时社会对医疗及预防的要求更高了。从而使近代医院向现代医院转变。主要表现为:医院功能多样化,大型医院正在成为集医疗、教学、科研为一体的医学中心和培训基地;大型医院内高度专业分工与多科协作化,新兴学科及边缘学科纷纷成立;医院设备走向自动化、小型化,电子程度日益增强,医院建筑不断改进;现代管理理论向医院管理的广泛渗透,使医院管理学应运而生并得到迅速发展。然而,由于社会卫生服务的供求关系日益尖锐,要求人们重新审视医学的目的,使医院管理及其发展受到严重的挑战。现代医院首先是在经济发达国家出现并开始发展的,在广大发展中国家,绝大多数仍处于近代医院或近代医院和现代医院部分特征并存的时期。

自 20 世纪 50 年代以来,我国医院建设以更快的速度发展。2003 年全国共有医院 17 764 所,比 1950 年的 2 803 所增加了 4 倍多;全国共有床位数 316 万张,比 1950 年的 11.91 万张增加了 25 倍多;医师人数达 187 万人,与 1950 年 38 万人相比,增加了 4 倍。大型医疗仪器设备更新换代加快,医疗设备明显改善。2001 年全国共有 800mA 以下 X 光机 29767 台,800mA 以上 X 光机 3093 台,CT4760 台,MRI714 台,这在很大程度上提高了诊疗水平。在大型医院专业分工与新业务的开展逐渐接近现代医院的水平。

第二节 医院管理学概述

一、医院性质、功能和特点

(一) 医院的性质

医院作为卫生服务体系的一个重要组成部分,体现了公益性、生产性和经营性等特点。

1. 公益性 医院是卫生服务体系的重要组成。卫生保健事业的社会公益性决定了医院的公益性。总的说来,无论是公立医院、非营利医院还是营利医院都是以治病救人之目的。

2. 生产性 医院不是纯粹的消费性服务,而是通过医疗、预防保健及康复服务,使病人恢复健康,增强体质,保障社会劳动力的健康,医学科学技术属于生产力的范畴,医务劳动以医学科学技术为手段来防治疾病,并在这过程不断发展这一科学技术,丰富和提高科学技术这一第一生产力。

3. 经营性 医疗活动需要人力、物力、财力的投入,必须讲究投入与产出的关系;医疗服务活动中存在着社会供求的关系,因此医院是具有经济性质的经营单位,除了要遵循医疗工作的内在规律,也受着商品经济价值规律的制约,存在着医疗服务市场的某些规律与特点。医院在市场竞争的环境中要求生存、求发展,就必须注重经营管理。

(二) 医院的功能

随着医学科学的发展、医学模式的转变以及人民对医疗保健需求的深化,医院的功能已经逐渐从单纯的诊疗护理病人向疾病的预防和康复发展,从单纯的生物医学模式向社会-心理-生物医学模式转变。医院的主要功能包括医疗、预防、保健、康复服务,并承担相应的临床教学和科研等任务。

(三) 医院工作的特点

医院是以病人和一定社会人群为主要服务对象,是以医学技术为基本服务手段,服务目标是保证医疗质量和医疗效果,促进人民健康。医院的工作特点为:

1. 医院必须以病人为中心。保证医疗质量和医疗安全是医院生存的根本,是医疗管理的核心内容和永恒的主题。医院的所有部门都要以病人为中心,发扬救死扶伤、人道主义精神,强调医疗效果。

2. 医院工作的科学性和技术性。医学科学技术是医院诊治病人的手段,而人体又是极其复杂的机体,这就决定了医务人员必须具有全面的理论知识、熟练的技术操作能力和丰富的临床经验。医院工作兼有知识密集型和劳动密集型的双重特点。

3. 医院工作的整体性和协作性。医院必须遵循生物-心理-社会医学模式去开展工作,既科学分工又强调科学的协作,成为有机的整体。

4. 医院工作的风险性与规范性。医院工作关系到人的生命安全与健康,由于疾病种类繁多,病情千变万化,个体差异很大,疾病过程不尽相同,医学对许多疾病的认识还是有限的,所以,医疗活动中有诸多不确定因素,这就要求要严肃认真执行技术操作规程与要求,务必严格执行各项规范。将随机性与规范性有机统一起来。

5. 医院工作的时间性和连续性。时间就是生命,医院在诊断、治疗与抢救病人过程中要分秒必争;同时接受病人就诊、病情观察与治疗要求连续不间断,各种工作安排都应适应医疗工作连续性要求。

6. 医院工作的社会性与群众性。医疗服务面广、四面八方、各行各业、男女老少,医院应尽量满足社会医疗要求;同时医院工作受到社会各种条件与环境的制约,也离不开社会各方面的支持,必须做好公关工作,相互沟通。

(四) 我国医院的特点

1982年1月卫生部颁发的《全国医院工作条例》第一条指出:“医院是治病防病、保障人民健康的社会主义卫生事业单位,必须贯彻党和国家的卫生工作方针政策,遵守政府法令,为社会主义现代化建设服务。”

1997年1月15日,《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》明确指出:“新时期卫生工作方针是:以农村为重点,预防为主,中西医并重,依靠科技与教育,动员全社会参与,为人民健康服务,为社会主义现代化建设服务。”

按照卫生部有关文件规定,根据医院的功能、任务和提供的服务不同,我国医院的类别分为综合医院、中医医院、中西医结合医院和专科医院(如口腔医院、妇产医院、儿童医院、肿瘤医院等)等;医院的级别分为一级、二级和三级,医院的级别由当地《医疗机构设置规划》确定。

1994年9月卫生部下发的《医疗机构基本标准(试行)》规定,凡以“医院”命名的医疗机构,住院床位总数应在20张以上。一级综合医院住院床位总数20至99张,二级综合医院住院床位总数100至499张,三级综合医院住院床位总数500张以上。

1997年9月卫生部下发的《综合医院评审标准》对各级综合医院作了如下表述:

一级综合医院是向一个社区(人口一般在 10 万以下)提供基本医疗、预防、保健和康复服务的基层医疗机构。

二级综合医院是向含有多个社区的地区(人口一般在数十万左右)提供以医疗为主,兼顾预防、保健和康复医疗服务并承担一定教学和科研任务的地区性医疗机构。

三级综合医院是向含有多个地区的区域(人口一般在在百万以上)提供以高水平专科医疗服务为主,兼顾预防、保健和康复服务并承担相应的高等医学院校教学和科研任务的区域性医疗机构;是省或全国的医疗、预防、教学和科研相结合的技术中心,是国家高层次的医疗机构。

二、医院管理的定义

医院管理(hospital management)是按照医院工作的客观规律,运用现代管理理论和方法,对人、财、物、信息、时间等资源,进行计划、组织、协调、控制,以充分发挥整体运行功能,优化绩效的管理活动过程。

医院管理学是运用现代管理理论和方法研究并阐明医院管理活动的本质和规律的科学。医院管理学既与医学科学相联系,又与其他自然科学和社会科学相联系。它是管理学的一个分支学科,是一门应用科学,又是一门边缘科学。

医院管理学的学科体系,可分为综合理论和应用管理两大部分。综合理论部分主要研究医院管理的原理、职能、方法及医院概论等,即医院管理学的总论。应用管理部分主要研究医院系统中相互联系又有区别的各专业管理,即医院管理学各论。医院管理学的学科体系(图 1-1)。

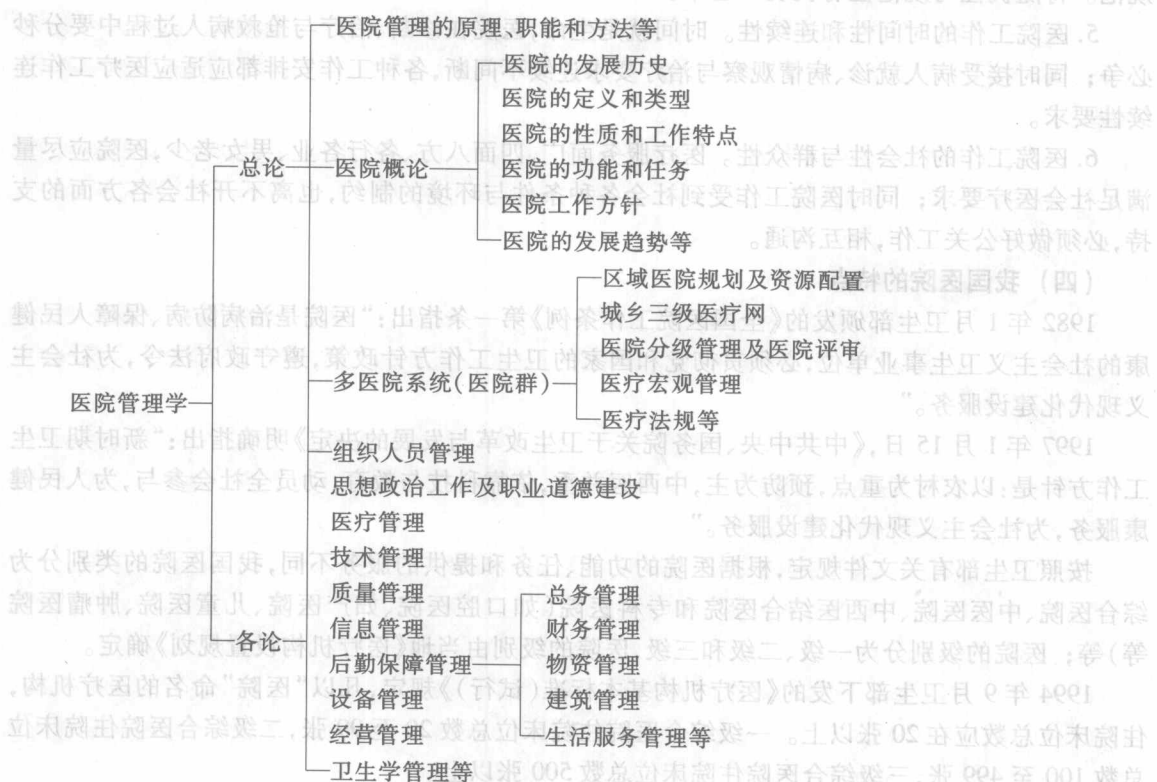


图 1-1 医院管理学的学科体系

三、医院管理的主要模式

医院管理模式(hospital management models),简单地说,就是医院管理的运作方式。各国的医院管理模式不尽相同,它与国家的社会制度、经济条件、文化背景、医疗保健制度、市场经济模式等因素密切相关。大体上,医院管理模式可分为以下几种情况:

(一) 美国医院管理模式

美国实行的是自由市场经济模式,以私有制为基础;在医院管理上也完全实行自由经济、自由经营、自由竞争,政府干预比较有限。

(二) 英国医院管理模式

英国既是一个传统的市场经济国家,市场机制完善,市场体系完备,它又是一个社会保障齐全的福利国家。英国实行国家卫生服务制度(National Health System, NHS),为全体国民提供广泛的医疗服务,支付大部分或全部医疗费用,实行初级服务(全科开业医生提供)、区域服务(当地政府提供)和医院服务(专科医疗服务)三级服务体制。

(三) 日本医院管理模式

日本在经济体制上实行的是以市场为基础的“政府导向型市场经济”,推行财产私有、契约化和风险自担的原则,政府进行有效的宏观调控,大力发挥民间团体的领导作用,并实行终身雇佣、终身教育、职工参与和提倡企业精神等激励机制,这些原则和机制都应用到医院管理之中。

(四) 法国医院管理模式

法国在经济体制上实行的是政府指导的“混合市场经济模式”,政府允许自由定价,但对一些行业包括国有医院的医疗服务等的价格和收费标准进行直接干预。1945年起就实行以《普及社会保障制度》为主体的社会保障体系,共有三个层次(即全面专门保障体制、义务性社会互助体制、社会援助和救济体制)和八大类(医疗、养老、工伤职业病、生育、残疾、死亡、孤寡、家庭负担)。法国的医院管理体制与这种由国家中央社会保障局所属的全国医疗保险体制相适应,决定医院属于福利事业单位,在服务方式和各种制度上充分体现服务病人和方便病人的宗旨。

(五) 德国医院管理模式

德国在经济体制上实行的是“社会市场经济模式”。这种经济模式既包括市场经济,又包括社会福利和国家政策干预,即通俗公式表示的“市场经济+总体调节+社会保障”。德国的医院管理是以市场需求为导向,以社会医疗保险制度为基础,政府对医院实行宏观管理,高度重视区域卫生规划,根据医学专科特点、社会服务需求和经济结构的原则将医院划分为社区服务医院、跨社区服务医院、中心医院和特级医院四个层次。

(六) 新加坡医院管理模式

新加坡推行的是政府宏观调控的市场经济模式,在文化价值观上一方面接受市场经济价值观的冲击,另一方面又竭力保持东方文化的价值观。新加坡医院分为国家津贴医院和私立医院,政府对国家津贴医院补助约占医院总支出的58%,公立医院收费标准由政府定价。从1985年起,新加坡政府为了改善公立医院管理不如私立医院的现状,实行“重组计划”(restructure program),将卫生部直属公立医院转变为私人有限公司管理体制,卫生部派员参加公司董事会,原股权由国家卫生保健局管理,但医院则全部按私人企业管理方式管理。医院管理体制由董事会委派行政总监全权负责,行政总监一般由非医务人员的企业专家担任。

(七) 中国医院管理模式

党的十一届三中全会以来,在改革开放政策的指引下,医院在筹资来源、领导管理体制、财务管理、职工奖金等方面不断发生变化,就是逐步从计划经济向商品经济又向市场经济体制过渡,使医院从纯福利型转变为体现政府福利政策的公益性事业单位;从政府唯一拨款转变为多渠道多形式办医;从全部为公立或集体医院转变为多种所有制形式医院;从不重视职工的责权利转变为各种形式的责任制和激励措施;从不重视经营管理转变为重视医院的生产性、经营性和效益性;从单纯医疗服务机构转变为重视扩大预防和区域卫生规划;从单纯的基本医疗服务转变为在保证基本医疗的前提下出现多种形式的特需服务;从医院单纯完成医疗服务转变为同时兴办第三产业以提高医院的自我补偿能力;从单一办院体制和安于“铁饭碗”、“大锅饭”转变从多种办院体制并存竞争增效。总之,通过改革使医院得到显著成效和较大发展。

第三节 医院的宏观管理

国际上卫生管理模式主要有四种:财政预算管理、自主化管理、公司化管理和私有化管理。四种运行管理方式在决策权的分配、收入来源、剩余索偿权的分布和社会责任等方面具有不同的特点(图 1-2)。

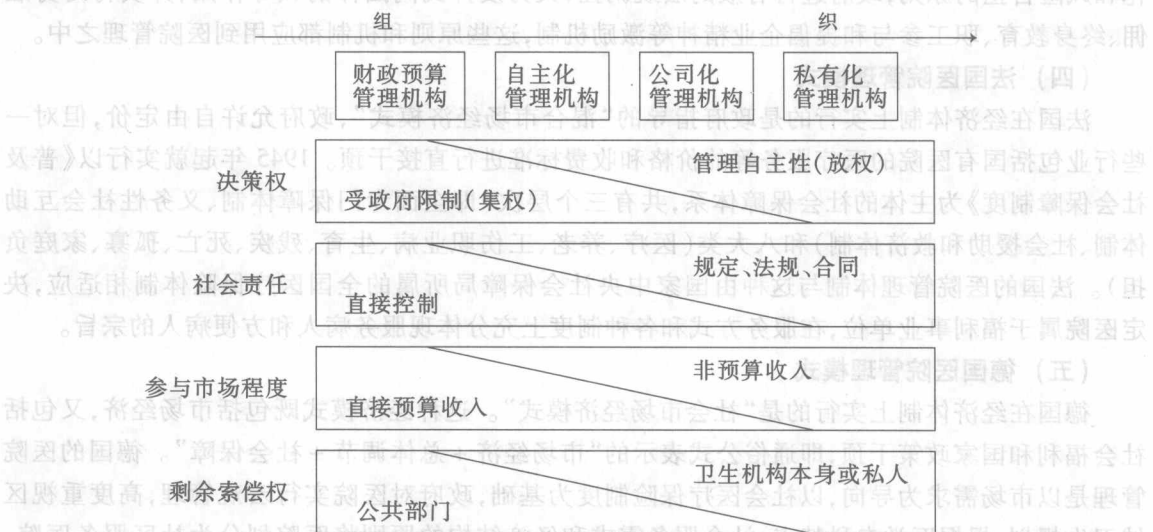


图 1-2 四种卫生管理模式

财政预算管理模式下的卫生机构往往被政府的等级制度和条条框框控制着所有的决策;收入由政府决定,靠财政直接拨款,“超收”属于公共部门,“超支”也由财政弥补,其剩余索偿权是公共部门;政府决定其所提供的服务。

自主化管理模式下的卫生机构,日常决策权由政府下放到机构;机构保留收入的范围有一定的扩大,可以通过节约成本与改进服务获得节余,机构成为不完全的剩余索偿人;政府和机构之间达成协议,细化完成其社会功能的责任。

公司化管理模式是在通过公有制确保其社会目标实现的同时,模拟私人公司的运行。机构的管理决策权比自主化机构更大、更持久;机构对其财务负完全责任,拥有更多的剩余索偿权;