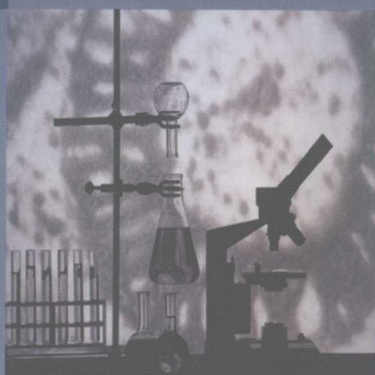


借

YIYUAN GUANLI XINLUN

医院管理新论

肖礼光 编著



中国财政经济出版社

7 R197.32
27

医院管理新论

肖礼光 编著

中国财政经济出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

医院管理新论/肖礼光编著. —北京: 中国财政经济出版社,
2005.1

ISBN 7-5005-7864-4

I. 医… II. 肖… III. 医院-管理 IV. R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 142569 号

中国财政经济出版社出版

URL: <http://www.cfeph.com.cn>

E-mail: cfeph@cfeph.cn

(版权所有 翻印必究)

社址: 北京海淀区阜成路甲 28 号 邮政编码: 100036

发行处电话: 88190406 财经书店电话: 64033436

北京市朝教印刷厂印刷 各地新华书店经销

850×1168 毫米 32 开 8.25 印张 194 000 字

2005 年 3 月第 1 版 2005 年 3 月北京第 1 次印刷

印数: 1-2000 定价: 15.00 元

ISBN 7-5005-7864-4/F·6907

(图书出现印装问题, 本社负责调换)

前言

十四年前，当我大学毕业分配到一家省级医院时，是它的行政性事业单位性质吸引了我。那时候，看病要找人，住院要托人，手术更要求人。垄断决定了一切。几年后，医院实行分级管理，我所在的医院被评为全国首批三级甲等医院。为了遵循上级卫生主管部门的指令，围绕创“三甲”，医院在医疗、护理、行政、后勤四大块上投入了大量的人力、物力，从CT、彩色多普勒等大型高尖设备甚至到焚烧炉样样俱全，不管是否需要，资源配置是否合理，反正都是国家的，谁也不会心痛。这就是那个时代医院管理体制的特征。也正是由于那些年医院在“婆婆”的怀中，滋生出了许多不良的习性，医务人员道德滑坡，药品回扣之风盛行，大处方、大检查比比皆是，“红包”更是习以为常。由于市场经济的转型打造了一批批暴富者。于是，脑体倒挂致使心灵的失衡，刺激和侵蚀了我们个别医务人员。职业道德和誓言被抛到九霄云外。谁能说这一切都是他们的错呢？这是社会经济转型的过程中不可避免的现象，国家当然是首当其冲的责任承担者。于是管理就成了主要的任务，从国家的宏观调控到地方政府，再到各级卫生主

管部门及医疗机构，都把医疗行业运营管理提到重要高度，从法制建设到管理体制可谓是年年出新招。《执业医师法》、《母婴保健法》、《消费者权益保护法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》等相继出台。医药分家，营利性医院和非营利性医院的划分等等，这一切都预示着医疗卫生体制改革的大潮即将到来。对这些令人炫目的举措，有的医院随波逐流，人云亦云；有的医院特别是民营医院大搞经营管理策略，引入MBA、设立营销总监、聘请咨询顾问机构、建立医院管理公司、收购、参股、托管、吸收外部资金进行品牌扩张……，一系列经营管理思路与方法有如行云流水，欲在市场竞争中抢得先机。

2003年，北京大学——辉瑞中国医院管理高级课程项目开业之时，国务院副总理兼卫生部部长吴仪发来了贺信，来自全国几十家国有医院和民营医疗机构的负责人成为了这个中国医院管理精英“俱乐部”的第一批成员和中国医疗卫生体制改革新思维“发源地”的首发阵容。它是在中国市场经济背景下，医疗卫生体制改革进行到眼花缭乱的时候，为急需学习国外医疗卫生机构长期实行的在财务、人力资源、市场开发、质量控制、危机管理等诸多方面先进管理方法和国际管理理念的医院现任高级管理人员量身定做的高级课程。

相对20年来中国其他行业经济体制改革的运营来讲，中国的医疗行业在经济转型时期是一个改革比较滞后的领域，体制上运营中都存在许多问题，在与世界经济接转过程中，非常需要了解外界同行的发展状况和先进经验，通过研读中国各行业经营体制改革的内在规律，为医疗卫生体制改革解惑，使其成为制度的“创造者”，进而推进中国的医疗卫生体制改革。这个课程不仅为学员提供了最优秀的专家，第一流的理念，而且为各医院提供了一个相互交流和学习的平台，许多实践中的个案和疑惑都可以在

这得到探讨。设置的课程有《医院运营管理》、《医院质量控制》和《医院战略规划和市场营销》，甚至还有《组织、产权与公有制企业改革》这样的理念性课程。

多年来，管理学教授不断地在辩论一个话题，管理到底是一门“科学”还是一门“艺术”。其实，管理既非科学亦非艺术，管理既是科学亦是艺术。和医学、法律、工程等类似，管理是一门实务。实务要有理论作基础，而理论必须是“科学”的产物，即它必须是严谨的，可接受测试的。然而实务包含了应用，应用是很实际的，而应用的对象是一些特定的、独一无二的个案，有赖于当事人运用其经验与洞察力。

要想成为一名合格的管理者，你必须学习一些基础理论。你必须知道做某些事情的原因，也要知道该做哪些事情，即“为何”、“何事”、“如何”这三大课题。

任何一个组织机构，不论是营利的企业还是非营利性医院，其管理若不能上轨道，很快就会衰亡。大多数企业衰败的最大原因就是不能持续创新，而多数创新事业被迫中止的最大原因，则是管理未上轨道。我们现在很多中小型医院之所以还能存活，只是因为在中国这个特殊的市场环境下，有其滋生的温床：或多或少的财政补贴、高额的药品回扣和低得可怜的一点医疗收入在维系着我们的生计。不过这种“好日子”还有多长呢？

随着市场在资源配置中的作用愈来愈大，中国加入WTO后，必须履行卫生行业开放的承诺。医疗卫生体制的改革进入了攻坚前的阵痛时刻，这与不久前我国的出版事业单位体制改革是一样的。生存和发展摆在了各级医疗卫生机构的面前。从近年来我国国有企业产权改革的历程中我们能够展望医院产权改革的模式与方向，虽然有诸多不明朗因素，但客观现实已经存在：患者越来越挑剔，市场竞争越来越激烈，环境变化越来越迅速……虽

然产权还不明晰，但医院作为一个独立的经济实体早已存在，虽然我们还不能从战略管理的高度去做空幻的设计，但作为医院管理者，我们应该有责任有意识去做好现实的医院管理，例如医院的核心竞争力、医疗质量控制、创新、医患互动、人力资源、品牌、营销、成本核算等等。

我们必须了解管理的规范化、系统化、科学化是目前医院面临的主要议题，而在每一项具体工作中，如何构思，如何设计、如何实施、如何结束、如何评价是医院专项工作管理的核心。惟有如此，即使不久的将来，医院管理体制改革像国有企业一样，凭借我们现有的良性经营，加上医院人才的优势，在竞争中就有生存的法码。目前人力资源已经是惟一有意义的资源，像土地、自然资源、劳力和资金这类传统的生产要素并未消失，但却成为附属资源。只要有知识，就可以轻易取得这类资源。医院就是一个这样的知识群体。任何时候医生都不会失业，医院也一样不会消亡。

医院管理是一门既要专业又需经验的学问，虽然现在国内还没有系统的医院管理学，但是借助企业管理悠久的历史经验和丰富理论，医院的管理一定有条可循。关键是我们的医院管理层有没有这个勇气、这份责任。权力与责任从来都是相连的。作为医院管理者来说权力就是管理医院，包括人、财、物所有方面，但责任是要让医院创造效益，让国有资产增值，让患者得到最好的医疗和服务，让员工有更好的福利。作为医院管理者，一定要转变过去类似行政职能部门的观念，要把自己当作仆人，主人就是要管理的医院，所以医院管理者首先要对医院负责。现在有很多医院领导是从临床上来的专家型管理者，在医疗技术上可能是一流的，但是对医院管理来讲也许会感到陌生甚至外行。不要紧，可以请教 MBA、高级会计师、营销策划专家，投资分析人员等。

你要做的就是发挥自己的强项，听取上述人员的意见，做出决策，检查决策执行情况，评估决策效能。作为医院领导，如果硬要去做自己不熟悉的事情，其实是一种不负责任，甚至可以说是一种残忍行为：它给人们带来希望，最后却让人们的希望落空。

二千多年前，希腊名医希波克拉底在其誓约里明言：“最重要的是，不存心为害”。不论医生、律师还是管理者，任何专业人员都不敢保证，他们所做的对顾客一定有益处，他们尽可能地朝好的方向尝试。不过他们能保证他们不会存心加害顾客，否则顾客一开始就不会信任专业人员。专业人员必须拥有自主权，不能受顾客的控制、监督和指挥，顾客必须信赖专业人员的知识及判断。

“不存心为害”，是职业道德的基本原则，也是公共责任道德的一个基本原则，我们要以这种心态去面对我们所做的每一件事，每一个人，无论你是医生、护士，还是医院管理者。

这本薄册子，名为医院管理，实际上不可能涵盖医院管理的所有，甚至可以说只是一小部分，意图为以点带面，抛砖引玉。虽然离开医院多年，理论的研究和商务活动占据了大部分时间，但我一刻也没有转移过对医院的关注，这当然主要归功于我原来医院的同事及卫生行政部门的朋友。他们给了我大量的信息和许多困惑的问题。我不是临床医学专业人员，所以对医院管理中涉及医疗技术和质量的问题谈得很少，大多是理论性的思考，零星而不成系统，对医院管理的实际不一定有作用。英国哲学家莱布尼茨说过“我思故我在”，这就是我与医院割舍不断的一个主要情缘。

这本书的写作要感谢的人很多，其中有很多原来医院的同事，还有北京大学经济学院的肖国亮教授，国务院机关事务管理局的王德博士，上海社会科学院法学研究所研究员、博士生导师

肖中华博士，南昌大学行政管理学系的刘湖北教授等，他们提供了许多素材及建议，同时也更加鼓舞了我今后对这一领域的关注。

作 者

2004 年 6 月于北京

目录

第一章 中国医院的社会历史角色	(1)
国民健康调查.....	(1)
医疗和社会保障体制的载体.....	(4)
作为福利的角色.....	(9)
医院角色的转变.....	(15)
作为社会机构的发展.....	(18)
医疗费用增长的“替罪羊”.....	(22)
 第二章 中国医院管理体制	(26)
市场经济体制下的医疗服务市场.....	(26)
政府在医疗卫生领域的作用.....	(28)
医院的市场错位.....	(30)
我国加入 WTO 以后医院的市场竞争形势	(31)
新时期医院面临的改革和挑战.....	(34)
我国医院分类管理制度的趋势.....	(36)
医院管理模式与资本运作.....	(40)
中国医院管理的职业化走向.....	(42)
告别专家当院长.....	(44)

医院管理体制借鉴（中国台湾）	（ 47 ）
第三章 医院经营发展战略	（ 51 ）
经营管理与战略管理	（ 51 ）
医院经营发展战略定位	（ 53 ）
医院经营发展战略要素	（ 55 ）
医院核心竞争力	（ 56 ）
提升国有医院核心竞争力的途径	（ 59 ）
医院营销	（ 62 ）
新形势下医院营销战略	（ 64 ）
医院的股份制改造	（ 68 ）
集团化——医院产权制度改革的尝试	（ 69 ）
医院的经营与创新	（ 76 ）
非营利性医院的经营	（ 78 ）
以病人为中心的医疗服务模式	（ 81 ）
“优质、高效、低耗”的医疗管理模式	（ 89 ）
第四章 医疗护理质量意识	（ 93 ）
医疗价值的构成及其规律	（ 93 ）
“零缺陷”的医院质量管理“模式”	（ 95 ）
医疗质量意识	（ 97 ）
护理质量观	（ 99 ）
护工服务社会化	（ 101 ）
医院的社会医疗卫生服务	（ 103 ）
医院标准化管理	（ 105 ）
医院的风险管理和危机处理	（ 108 ）

第五章 医患互动	(114)
医患互动的角色.....	(114)
医患互动的背景（一）：医院管理体制与市场经济 之间的矛盾.....	(116)
医患互动的背景（二）：医患双方认知差异	(118)
架起医患关系沟通的桥梁.....	(119)
积极推行医患沟通制度.....	(122)
以医患沟通促医疗质量.....	(125)
 第六章 医院人力资源管理	(128)
医院资源.....	(128)
医院人力资源.....	(130)
医院人力资源岗位的设定.....	(131)
医院人力资源管理的现状.....	(132)
医院人才资源流失的原因.....	(134)
医院人才资源开发途径.....	(137)
基层医院人才问题.....	(139)
医院院长应有的素质和能力.....	(142)
医院管理干部的综合素养.....	(143)
医院薪酬管理设计.....	(143)
附：卫生事业单位人事制度改革配套文件（一） 卫生事业单位内部分配制度改革的指导意见	(150)
卫生事业单位人事制度改革配套文件（三） 卫生事业单位工作人员考核暂行办法.....	(156)

第七章 医院文化与医德建设	(163)
医院文化概念.....	(163)
医院文化的基本内涵.....	(164)
医院精神.....	(167)
医院形象.....	(168)
院长是医院文化建设的旗手.....	(170)
如何做好医院宣传工作.....	(171)
医德评价.....	(173)
医德规范.....	(177)
医德修养.....	(179)
医院的道德建设.....	(179)
 第八章 医院后勤、成本核算、信息化	(184)
医院后勤社会化改革.....	(184)
医院后勤改革的误区.....	(185)
医院后勤服务社会化的难点.....	(186)
医院后勤服务社会化实施方式.....	(188)
借鉴：上海市医院后勤改革的模式.....	(192)
医院成本核算.....	(194)
医院成本核算的现状.....	(195)
医院成本核算的目的.....	(197)
医院成本管理的分类.....	(200)
医院成本核算的原则.....	(202)
医院信息管理.....	(202)
医院信息系统（HIS）管理的目标.....	(206)
信息系统中的成本核算.....	(208)

附：医院信息系统（HIS）组织构建图	(211)
第九章 医患纠纷的处理及医疗损害赔偿	(212)
医患法律关系	(212)
医患之间的合同法律关系	(217)
医患纠纷的成因	(220)
医疗纠纷的特点	(221)
医患纠纷解决的途径及适用法律	(224)
医患之间法律观念的差异	(227)
医疗纠纷的防范	(230)
医疗损害赔偿的原则和范围	(233)
精神损害赔偿	(245)
参考文献	(250)

第一章

中国医院的社会历史角色

国民健康调查

国民健康是指一个国家或地区全体居民的整体健康水平。可以说，它是以人的生理表现为基础的社会现象。在旧中国，我国国民健康状况十分低下。“东亚病夫”的讥称曾是我国人民长期的巨大耻辱，这是对一个民族的羞辱，这也是一个民族的政治、经济、文化落后的悲惨表现。

评价国民健康状况通常利用若干统计指标。许多统计指标与国民健康在一定程度上都有关系，但是，最常用的指标有人口死亡率、婴儿死亡率、孕产妇死亡率和平均期望寿命，以及死亡原因等。

新中国成立后，我国国民经济快速发展，各项社会全面进步，特别是基础教育和初级卫生保健在很大程度上得到了普及，人民生活水平有了巨大提高，广大群众健康明显改善，人

口死亡率、婴儿死亡率和孕产妇死亡率下降，平均期望寿命有了较大提高。

人口死亡率是某地某年内平均每千人口中死亡的人数。1949年新中国成立时，我国人口死亡率20‰以上，20世纪50年代以后，我国人口死亡率一直稳步下降到10.8‰左右。尽管1959—1961年三年时期该指标曾一度上升，但在此之后便继续稳步下降，20世纪80年代后基本保持在6‰多一点，人口死亡率是人群死亡水平的总度量，它在一定程度上反映了社会人群健康状况的重大变化。

婴儿死亡率是某地某年内未满一岁的死亡人数与活产婴儿数的比值。有资料表明，在1949年新中国成立前婴儿死亡率高达200‰。1958年19省市统计说明，婴儿死亡率已下降到80.8‰。1975年该指标进一步下降为47‰，1981年为34.7‰。

婴儿死亡率是一项特殊的死亡率，它不仅反映那些直接影响婴儿健康的因素（如腹泻、呼吸道感染、营养不良等），还反映母亲的产前产后保健水平、婴儿保健水平、环境状况等。婴儿死亡率不仅是一项评价婴儿健康状况的指标，而且是评价整个人群健康水平及其社会经济条件的指标。

孕产妇死亡率是某地某年内每出生1000名活产婴儿的孕产妇死亡人数。孕产妇死亡是指妇女在妊娠期、分娩期及分娩后42天内的死亡。在新中国成立前，我国孕产妇死亡率为1500/10万，是当时重要的死亡原因之一。新中国成立后，我国重视发展妇幼保健事业，积极推广科学新法接生，孕产妇死亡率迅速下降，仅约为61.9/10万。

平均期望寿命是同时出生的一代人全部死亡为止每个人可能活的平均年龄。它是寿命表的主要指标之一，也称平均寿命或平均预期寿命。在新中国成立前，我国平均期望寿命仅约35岁；

解放后，全国人口平均期望寿命不断稳步提高。1957年全国平均期望寿命提高到57岁，1975年进一步提高到65岁，1981年第三次全国人口普查显示，平均期望寿命已达67.9岁。

在我国平均期望寿命提高的同时，世界人口平均期望寿命从20世纪50年代的47.5岁增加到20世纪80年代的63.9岁。其中，发展中国家的平均期望寿命从20世纪50年代初的42.2岁增长到61.5岁，而发达国家的平均期望寿命从66.0岁增长到74.0岁。由此可看出，作为发展中国家，我国在这一时期平均期望寿命的提高已显著高于世界平均水平。平均期望寿命是反映人群死亡和健康水平的综合性指标，通常被认为是反映生活水平的一个重要指标。若要延长平均期望寿命，就要采取措施减少各个年龄组的死亡率，其中降低婴儿死亡率是非常行之有效的办法。我国人口死亡率、婴儿死亡率、孕产妇死亡率和平均期望寿命等国民健康指标，已跃居发展中国家的前列。

在我国城乡居民疾病发生率逐步降低的同时，疾病构成和死因构成也发生了重大变化，这些都是国民健康水平提高的重要标志。传染病、寄生虫病的发病率和死亡率显著下降。古典型霍乱、鼠疫、黑热病、回归热、斑疹伤寒等传染病已基本消灭，白喉、猩红热、伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、脊髓灰质炎、麻疹等传染病已得到有效控制。结核病已基本得到控制，据部分城市资料统计，结核病患病率下降了70%，病死率下降了90%以上。寄生虫患病率也明显降低；例如，血吸虫病曾严重威胁我国人民健康，20世纪50年代患者曾有千万之多，经过广大卫生人员的不懈努力，到20世纪80年代初患者仅有几十余万。

我国人口主要死亡原因发生了历史性的变化。在50年代，我国人口主要死因是呼吸系统疾病、急性传染病、心脑血管疾病、消化系统疾病，以及结核病等。到20世纪70年代，我国前