



岳增文 编著

市场经济与 医院改革

本书运用市场经济理论，
针对新时期医院改革的热点、
难点问题，从理论与实践的
结合上进行了阐述

新疆科技卫生出版社(W)

科技兴国
改革引路

1999.1.18

《市场经济与医院改革》

编 委 会

主 任：石生智

副主任：何新建

编 委：（以姓氏笔划为序）

马迪戈 王万福 王志亭 王昌成

车选民 石生智 何新建 陈占诗

岳增文 姜文亭 徐诗源 蒋树儒

编 著：岳增文

序

尽管对卫生事业管理我算不上内行,但当作者邀请我为本书写个序时,我还是欣然同意了。因为我为作者在繁忙的工作之余取得如此丰厚的研究成果感到由衷地高兴。

江泽民同志在党的十五大报告中指出:“社会主义的根本任务是解放和发展生产力,中国解决所有问题的关键在于依靠自己的发展,改革开放是发展的强大动力。从现在起到下世纪前十年,是我国向第三步战略目标迈进的关键时期。在这个时期,能不能成功地建立起比较完善的社会主义市场经济体制,能不能保持国民经济持续快速发展健康,是我们必须解决好的两个关键性问题。”1997年1月15日颁布的《中共中央国务院关于卫生改革与发展的决定》中也明确指出。要“不断深化改革,到2000年,初步建立起具有中国特色的包括卫生服务、医疗保障、卫生执法监督的卫生体系……到2010年,要在全国建立起适应社会主义市场经济体制和人民健康需求的,比较完善的卫生体系,国民健康指标在经济发达地区达到发达国家的先进水平,在欠发达地区达到发展中国家先进水平。”面对这个宏伟目标和艰巨任务,在我国卫生

事业中扮演着重要角色的医院该怎么办？我认为适应市场经济形势，深化医院改革是唯一出路。小平同志多次讲过，“不改革就没有出路”，这已是被实践所证实了的真理。正是坚持了改革，我国的医院才在国家补偿不足的情况下，靠自我发展取得了如此辉煌的成就；正是坚持了改革，我国人民群众“看病难”的问题才得到了根本解决。

那么新时期医院改革改什么？怎么改？作者正是带着这些问题，运用市场经济知识和科学管理理论，结合我国医院的实际情况，针对新形势下医院改革面临的热点、难点问题，从理论与实践的结合上进行了阐述。本书具有较强的理论性、时代性、针对性和实用性，是值得军、地卫生行政和医院管理人员学习和参考的一本好书。

当然，由于作者水平有限，书中肯定会有一些不足之处，也希望广大读者批评指正。

for 1681
1999.1.18

（序言作者系新疆军区后勤部部长赵西乾少将）

目 录

1	十五大:医院改革再掀巨浪.....	1
1.1	医院改革的“三次浪潮”.....	1
1.2	20 年艰辛与辉煌.....	2
1.3	我国医院改革的基本特性.....	12
1.4	新时期医院改革的指导思想和基本原则.....	16
1.5	新时期医院改革的热点和焦点.....	17
1.6	新时期医院改革应注意的几个问题.....	23
2	医疗市场:医院大显身手的舞台.....	30
2.1	悄然出现的医疗服务市场.....	30
2.2	我国医疗服务市场的特征.....	32
2.3	医疗服务市场的作用.....	33
2.4	我国医院不能走市场化的道路.....	35
2.5	医院要学会在市场经济大潮中搏击.....	41
2.6	医院适应市场经济体制应注意的问题.....	47
3	医院性质:改革与发展的根本依据.....	51
3.1	医院性质历来是个敏感问题.....	51
3.2	我国医院性质演变的五个阶段.....	52
3.3	如何理解医院的公益性、福利性.....	55
3.4	界定医院性质的依据.....	57
3.5	界定医院性质的意义.....	59
4	医疗保险:医院面临的新课题.....	61
4.1	医疗保险基础知识.....	61

4.2	我国医疗保险的基本情况	63
4.3	我国医疗保险的核心制度——统账结合	67
4.4	医院在医疗保险中的作用	70
4.5	医疗保险给医院带来了什么	71
4.6	医院如何适应医疗保险改革	73
4.7	关于基本医疗需求	78
5	经营管理:走向市场的必备技术	81
5.1	医院经营管理的概念	81
5.2	经营管理与非经营管理的区别	83
5.3	医院经营机制	85
5.4	医院经营体制	89
5.5	医院经营管理的内容	92
5.6	医院经营决策分析	98
5.7	医院经营效益分析	104
6	股份制:医院公有制实现形式的探索	112
6.1	也谈医院的多种公有制实现形式	112
6.2	我国股份制规范及有关概念	114
6.3	我国医院能否引入股份制	119
6.4	我国医院股份制的现状	120
6.5	医院实行股份制的目的、范围及基本原则	124
6.6	实行股份制医院应处理好几个关系	126
6.7	推行医院股份制急需解决的几个问题	129
7	社区卫生服务:医院服务体系的大变革	134
7.1	发展社区卫生服务是时代的需要	134
7.2	社区卫生服务的基本概念	139

7.3	社区卫生服务的特点	140
7.4	社区卫生服务的模式	142
7.5	我国城市社区卫生服务的供求特征	143
7.6	现行医院结构和功能的弊端	149
7.7	医院如何开展社区卫生服务	152
8	ALOS:医院改革的突破口	159
8.1	将缩短 ALOS 作为改革突破口是明智之举	159
8.2	缩短平均住院日的意义	161
8.3	影响平均住院日的主要因素	163
8.4	平均住院日的标准制定和评估方法	166
8.5	缩短平均住院日的主要措施	170
9	医疗质量管理:医院改革的永恒主题	175
9.1	医疗质量管理的概念	175
9.2	医疗质量管理的起源与发展	178
9.3	新时期医院质量管理定位	180
9.4	健全医院质量管理体系	182
9.5	医院质量管理战略问题	183
9.6	新时期医疗质量管理面临的难题	185
9.7	医疗质量评价	189
9.8	建立跨世纪的医院质量工程	197
10	现代信息技术:医院腾飞的翅膀	203
10.1	“网络”悄然“入院”	203
10.2	远程医学给医院插上了翅膀	210
10.3	发展中的医院管理信息系统	220
10.4	卫生信息化的重大工程——金卫工程	224

10.5	医院将是一个“卡”的世界.....	226
11	以病人为中心:办院思想的重大进步	230
11.1	从以疾病为中心到以病人为中心.....	230
11.2	以病人为中心意义深远.....	231
11.3	以病人为中心的含义.....	234
11.4	如何做到以病人为中心.....	241
12	整体护理:护理模式新概念	245
12.1	整体护理的历史回顾.....	245
12.2	整体护理的概念及理论基础.....	246
12.3	整体护理与传统护理的区别.....	248
12.4	责任制护理与整体护理.....	250
12.5	国外整体护理的主要特点.....	251
12.6	开展整体护理应具备的条件.....	255
12.7	建立整体护理支持系统.....	257
12.8	护理程序.....	261
12.9	整体护理病房建设.....	263
12.10	整体护理表格的设计与应用	265
12.11	健康教育	267
12.12	整体护理的未来	268
13	医院形象:通向医疗市场的“护照”	270
13.1	形象——医院的“护照”.....	270
13.2	CI与医院形象	271
13.3	医院形象的涵义.....	274
13.4	医院形象的特性.....	275
13.5	医院形象的作用.....	276

13.6	医院形象识别系统.....	277
13.7	医院形象的策划实施.....	280
13.8	医院形象管理.....	290
14	管理创新:医院发展与进步的动力源	293
14.1	医院管理需要创新.....	293
14.2	医院管理创新的概念.....	294
14.3	管理创新在医院发展中的作用.....	295
14.4	医院管理创新的主要领域.....	298
14.5	医院管理创新的过程及模式.....	303
14.6	医院管理创新的主体.....	305
14.7	医院管理创新的原则.....	306
14.8	医院管理创新的条件.....	309

1

十五大： 医院改革再掀巨浪

1.1 医院改革的“三次浪潮”

如果说 1978 年党的十一届三中全会使中国医院改革掀起第一次高潮，1992 年小平同志的南巡谈话将医院改革推向了第二次高潮，那么，毫无疑问，1997 年 5 月召开的党的第十五大必将把我国医院改革推向第三次浪潮。

党的十五大是在改革开放和社会主义现代化建设发展的关键时期召开的一次承前启后、继往开来的大会；是高举邓小平理论伟大旗帜，坚定不移地沿着党的十一届三中全会以来的正确路线前进的大会；是动员全党和全国各族人民团结奋斗，把建设有中国特色的社会主义伟大事业推向 21 世纪的大会。江泽民同志指出：“社会主义的根本任务是解放和发展生产力，中国解决所有问题的关键在于依靠自己的发展，改革开放是发展的强大动力。从现在起到下世纪前十年，是我国向第三步战略目标迈进的关键时期。在这个

时期,能不能成功地建立起比较完善的社会主义市场经济体制,能不能保持国民经济持续快速健康发展,是我们必须解决好的两个关键性问题。为此,必须在转换经济体制,优化经济结构,发展科学技术以及提高对外开放水平等方面取得突破性进展。”江泽民同志这一重要指示,也给深化医院改革指明了方向,提出了任务,它必将加速和推进医院改革的进程。

在十五大召开前夕,于1996年12月29日召开的全国卫生工作会议以及1997年1月15日颁布的《中共中央国务院关于卫生改革与发展的决定》,高瞻远瞩,勾划出了“七五”期间的卫生事业改革与发展的蓝图以及2010年的远景目标,为医院改革鼓劲加油,指出了前进的方向。如果说前两次改革主要在医院内部作文章的话,那么第三次改革将会在外 部与内部相结合上做文章;如果说前两次改革主要是围绕医院管理制度与方法进行的话,第三次改革将深入到所有制问题;如果说前两次改革医院主要站在局部利益上思考问题的话,第三次改革要求医院必须站在整体利益上思考问题;如果说前两次改革是为了解放生产力的话,那么第三次改革将从解放生产力进入到调整生产关系。……我相信,第三次改革,必将使中国医院的改革发生巨大的变化,必将在中国医院改革与发展的历史上画上浓重的一笔。

波涛汹涌,勇立潮头奋力搏击者,前面是一片光明;谗诺不前,怕丢了命,怕湿了鞋,必终被波涛吞没。

1.2 20年艰辛与辉煌

从1978年12月召开的党的十一届三中全会,到1997年5月党的十五大召开,20年间,我国的改革开放取得了举世瞩目的成就,但是改革作为推动人类历史发展的社会问题,它既是一个不断

革故鼎新的发展过程,又是一个充满复杂矛盾的曲折过程。医院改革的历史也证明了这一点,20年的改革历程中,有艰辛,更有辉煌。这艰辛,同行的是成就与发展;这辉煌,也并存着困难与矛盾。

1.2.1 20年的主要成就

(1)通过治理“脏乱差”、“创文明、上等级”,提高了医院管理水平

开展以治理“脏乱差”为重点的创建文明医院活动对医院管理水平的提高所发挥的作用,已载入我国医院发展的历史史册。

医院分级管理是在创建文明医院成绩的基础上,吸取国外区域卫生发展规划和建立医院的评审制度的经验后采取的深化医院改革的重要步骤。1986年开始酝酿,1987年卫生部率团访美考察并进行可行性研究,1988年在大连、吉林市讨论起草暂行办法,开始在北京、辽宁、吉林、河南、浙江试点,1989年11月卫生部正式发布,根据“积极稳妥、因地制宜、循序渐进、由点到面”的方针扩大试点面,1991年和1992年6月分别在唐山、佛山召开现场会。医院分级管理对于提高医院整体效益和社会功能,避免改革中出现宏观管理失控和微观管理失衡具有重要意义。

(2)通过加强医院管理和医疗价格改革,使医院长期补偿不足现象开始扭转

如果说以治理“脏乱差”为重点的创建文明医院活动拉开了医院改革的“序幕”,那么“五定一奖”则是我国医院改革的“敲门砖”。过去,医院长期被当作纯福利单位,“独家办、大锅饭、一刀切、不核算”的弊端严重,缺乏自我发展的活力。1979年卫生部推广了黑龙江省延寿县和吉林省德惠县医院的经验,提出了加强经济管理和开展增收节支的要求,下达了文件,将已实行了30年的医院“包工资”办法改为按编制床位数实行“全额管理、定额补助、结余留用”

的新办法,这开始打破了医院习惯于“等靠要”吃国家大锅饭的局面。各地在“五定一奖”试点中注意改变职工吃医院大锅饭的状况,吉林市四院实行了“五挂一联”;哈医大附属一院实行了“定额目标管理、全面质量控制、逐级分层包干、超额节约提成”的双百分计奖法;中国医科院协和医院实行了“国家补助、定额包干、业务增收提成”的办法;吉林省人民医院将 13 项业务项目通过成本核算落实到各科室,采用“按计划成本管理,以实际工作量计算补贴,超亏不补、减亏留用”的办法。“五定一奖”提高了人们加强经济管理的观念,提高了效益,增加了收入,增强了活力。现在,医院大部分支出已靠自身业务收入来补偿,国家补贴一般仅占职工工资额的 40% 左右。可以这样说,医院有 20 年后的今天,是与当时跨出“五定一奖”这一对于医院改革具有历史意义的一步是分不开的。

若将“五定一奖”比为医院改革的“敲门砖”,那么医疗价格改革则可喻为医院改革的“阀门”。国务院国发(1981)25 号文件批准卫生部《关于实行两种收费标准的报告》,则是第一次使这一“阀门”有了松动。1985 年以前,各省、市、自治区均按照文件精神调整了医疗收费标准。1986—1987 年间,卫生部组织了部分省市进行某些项目医疗成本核算的调查。1990 年以来,部分省市又调整和开放了部分医疗价格,吉林、甘肃、黑龙江等省实行了按医院等级收费。

加强经济管理推进了医院财务制度的改革。1989 年执行新财务管理办法和会计制度后,医院财会从“事后算账型”变成了适应现代化管理需要的国际通用的“核算管理型”,进一步发挥它在医院计划、控制、分析、预测、计奖、考评中的作用。

(3)通过改革管理体制和转换经营机制,增强了自我发展的活力。

改革管理体制和转换经营机制是医院改革的中心环节。各地

试行了院长负责制、干部聘任制、职工合同制，改革劳动人事和分配制度。1980年，中山医科大学附属肿瘤医院就试行了院长领导下的“不脱产秘书制”；深圳牙科中心实行了仅一名院长一名秘书的领导体制；秦皇岛市医院最早进行了院长民主选举；广东湛江、黑龙江绥化、湖北广济、内蒙古乌兰察布盟、秦皇岛海港医院等较早就实行了干部聘任制。但较完整并对国家具有指导意义的是1984年8月卫生部批转协和医院的“协和经验”。在1985年8月由《中国医院管理》杂志社主办的“全国医院体制改革学术讨论会”上，有近200篇论文对医院体制改革问题作了比较深刻的阐述。

各地通过推行以责、权、利相结合的多种形式的责任制、承包制，逐步建立起自主管理、自主经营、自主分配的经营管理体制。临床、医技科室基本上实行了技术经济责任制，后勤科室实行了承包责任制，行政职能科室普遍实行岗位责任制，以后又发展为综合目标管理责任制，但各地形式不尽一致。沈阳、齐齐哈尔市实行了“三制一体”，将院长负责制、承包责任制、目标管理责任制融为一体。有的医院实行浮动工资、结构工资、岗位技能工资，使分配注意向业务技术第一线，向技术复杂、劳动强度大、工作艰苦的岗位倾斜，拉开分配档次；有的试行各种补贴、工资、奖金全浮动或部分浮动；有的对技术人员实行聘任双轨制，采取平聘、高聘、低聘、不聘等不同办法，允许老、残、病、弱人员提前退休；有的实行“一院两制”，沈阳市大东区1987年将3家集体街道医院租赁给个人经营。各地的集体所有制医院，根据“独立核算、自负盈亏、按劳分配、民主管理”的原则试行“以收定支”或“以支定收”的经营管理方式。

邓小平同志南巡谈话后，各地在转换经营机制方面又有了新发展。浙江医科大学附属二院于1992年7月、河北省中医院在同年8月提出了不再要国家差额补贴“断皇粮”的大胆举措（现在看来这种做法值得探讨）。山西省人民医院提出了将医院转变成经营

服务型的措施。广东省卫生厅在总结深圳试办经营型医院经验的基础上,在惠州、东莞、汕头、广州等地扩大试点面。他们将医院划分三类,对福利型医院实行高补贴、低收费;对经营型医院实行自主经营、自负盈亏,在低补贴或不补贴的前提下放开价格;对混合型医院在保证做好基本医疗服务,保证基本价格稳定的基础上放开部分项目的价格。“广东经验”是对完善医院多元化补偿机制的一个重大突破,有的省市进行了仿效。

业余服务和多层次服务既满足了不同层次的医疗需求,缓和了“看病难”的矛盾,也增加了医院的效益。1986年上海第二医科大学新华医院率先开展“业余手术”,金山县中心医院推出了“点名手术”、“点名就诊”。现在,专家门诊、特约会诊、特约出诊、特殊护理、母婴同室、康乐待产、温馨病房、临终关怀、戒毒等特需医疗服务和美容、整畸、药膳、减肥、健美等非医疗性服务已成为许多医院改革出台的重要措施。山西省眼科医院推行全程优质服务,允许病人“三挑”,实行“服务全包”。北京市近年来开展为病人导医,代预约挂号、交费、取药,代办住院手续的“全程特需服务”。

(4)通过多形式、多层次、多渠道集资办法,使医院建设有了较大的发展

坚持以全民所有制为主体的多种结构成分并存的所有制结构,实行多形式、多层次、多渠道办医,对于改变长期依赖国家、“独家办”的封闭型办院模式向多元化办院模式转化具有积极意义。20年来医院这方面的成绩有以下特点:

①由集资办乡镇卫生院发展到集资办大医院。如广东医学院附属医院集资6970万元建起5.8万平方米的医院建筑,使病床数从400张增加到1100张。

②由地方、企业捐资扩大到个人集资。例如1993年5月开诊的浙江省平阳县红十字会儿童医院就是由16名个体医集资280

万元建成的。

③由国内集资扩大到国外和港澳台捐资，这方面广东、福建、浙江等省步子较大。例如1983年香港杨志云先生向中山市人民医院赠资建造2万平方米的病房大楼；1985年包玉刚家族捐助了500万港元建造宁波镇海医院龙赛大楼；1988年重庆市四院引进外资450万美元；1989年香港实业家邵逸夫爵士捐资7000万港元和400万美元，在浙江省政府相应配套下新建浙医大附属邵逸夫医院，建成后由美国罗马琳达大学医学中心委派院长和科主任管理5年，成为建国后首家由外国人管理经营的全民制医院；1990年台湾王惕吾先生赠资1000万美元新建浙江东阳市急救中心和巍山医院；福建省利用华侨捐资建造省侨兴医院、石狮市华侨医院、安溪县铭选医院等。

(5)通过建立医疗协作联合体等扩大社区预防保健，扩大了医院的社会功能

“预防为主”是我国卫生工作方针的重要内容，医院是“三级社会预防”的重要环节。为了适应医学模式转变和实现医院服务的“五个转移”，各地医院在改革中建立家庭病床和医疗联合体，将重视预防和发展康复医学提高到医院扩大社会功能和重视社会道德责任的高度来认识。

家庭病床工作天津市开展最早，接着北京、上海、黑龙江等14个省市发展较快，1983年就超过10万张，1987年达83万张。牡丹江市对家庭病床工作制度、医生守则等制定了一整套规范化、制度化的管理细则。医疗联合体的雏形最早始于1978年黑龙江省卫生厅对哈尔滨市各类医院加强专科技术中心建设的调查酝酿，1983年，8所省市医院与35所职工医院正式组成了医疗联合体。到1986年6月，全国已有联合体984个。其形式多样，有城乡联合，跨系统、跨地区联合，也有跨省市联合；有专科、专病联合，也有各