

现代医院经营管理

实务全书

主编：张东庭

安徽音像出版社

第三章 医院管理与医院评审

第一节 医院评审标准的制订

我国从 20 世纪 80 年代后期逐步实行医院分级管理和医院评审，这是在总结我国三级医疗网和“文明医院”建设经验基础上借鉴国际医院评审经验建立起来的适合我国国情的医院管理制度。医院分级管理和医院评审从酝酿、试点到全面实施，历经 80 年代末到 90 年代 10 多年时间，全国各级各类医院和医院管理者，经过实践已有很全面的总结，丰富了我国医院管理的实践和理论。

一、医院分级管理和医院评审的基本概念

医院分级管理就是按照医院的功能和相应规模、技术建设、管理及服务质量等综合水平，将其划为一定级别和等次的标准化管理。通过这种管理，把原有的城、乡三级医疗预防网一体化了，这样可促进医院体系整体的合理运转和以医疗质量为核心的医院综合水平的提高，更好地服务于人民。医院评审就是按照医院分级管理标准，对医院质量所进行的院外评价。

二、医院分级管理的目的

1. 促进合理地利用有限的卫生资源 我国的卫生资源严重不足，但由于管理不善，又存在着很大浪费。主要表现为医院的布局不按人群需求而是按行政区划和隶属关系，加之医院的内部发展缺乏客观标准，主要取决于医院自身的考虑。从而造成重复投资和资源利用不合理的严重后果。医院分级管理标准，按医院与人群的关系规定了其功能，按功能不同将医院分为三级，每级医院在人群中的设置与布局主要取决于客观的需求。同时，还规定医院规模和技术建设必须与医院的级别相适

应。这样，贯彻医院分级管理标准，即打破了行政区划，部门所属、条块分割的管理体制，又可使医院的建设发展切实建立在人群对医疗服务需求的基础之上，从而避免重复投资，资源利用不合理的浪费问题。

2. 促进三级医疗网发展，合理分流病人 三级医疗网的建设具有中国特色，它既符合我国的实际情况，又适应国际医疗服务分层次的总趋势。但是，目前我国分级医疗网的建设由于种种原因有所削弱，关键是基层医疗机构的建设被忽视，造成整个系统运转不合理，病人盲目涌向大医院。而医院分级管理标准，对各级医院，尤其是基层医疗机构，以及各级医院的相互关系都以“标准”的形式固定下来。实施后基层医疗机构的建设就可得到加强，整个医疗系统运转就会变得合理起来。各级医院完善功能，各司其职，就可合理分流病人，更好地解决看病难住院难的问题。

3. 促进“区域卫生规划”的执行 此规划是基于一个有几百万人口的区域范围内，统筹规划医院和医疗服务以及其他卫生设施，是当前国际卫生管理的新思想、新概念。世界卫生组织肯定和推崇这种思想。美国、英国、加拿大、日本、印度、智利等许多国家都在实施“区域卫生规划”。我国也在世界银行的帮助下，通过卫生Ⅲ项目，分别在陕西的宝鸡市、江西的九江市和浙江的金华市三个地区，进行“区域卫生规划”的试点。实行区域卫生规划，是加强医疗卫生宏观规划管理，扩大地区卫生服务能力，解决当前和长远卫生问题的有效途径。正如前面所述，医院分级管理是基于人群的需求来计划各级医院的布局和医疗服务的。因此，与“区域卫生规划”的精神完全一致，贯彻医院分级管理，就是逐步在全国推行“区域卫生规划”的重要步骤。

4. 促进医院适应医学模式的转变 由于社会、经济、医学的发展和某些观念的改变，医院和医疗服务正在发生深刻的变革。原来基于医院开展的一些医疗活动，已逐步转向社区、家庭、日间医院和其他院外服务项目，医院的“围墙”正在消失，深入社区的非专家服务的方式正在兴起，某些传统办院模式正在改变。在我国，疾病谱，尤其死因谱的改变和人口的逐步老龄化，已预示医学模式的转变，且要求医院改变传统的办院模式。医院分级管理适应了国际国内医院及医疗服务改革的形势，在分级和分等标准中，对各级尤其是一级和二级医院与社区的关系做了强调，把对人群的康复、保健和精神卫生工作也列入医院的任务之中。

5. 促进医院综合水平的提高 我国医院管理者由于受传统经验管理的影响，

受某些暂时政策的刺激,对医院的发展缺乏全局观念。出于医院局部的考虑,在医院规模、床位、技术发展、设备引进等方面,存在盲目性,有单纯追求经济收益、单纯追求规模和床位数的倾向。医院分级管理标准为避免上述问题,强调了医院的内涵建设,强调了医院的基础质量,强调了以医疗质量为核心,包括相应规模、设备、管理、技术建设在内的医教研全面发展思想。

6. 调动社会各方面的积极性共同关注和支持医疗事业 医院分级管理的实施,将各层次医院建设发展的科学标准向社会公开,医院是否达标,医院内部、社区群众、地方政府都会予以关注。社会各界的关心和支持,尤其当地政府的支持,将有利于医疗事业的进一步发展。

三、制订医院分级管理标准的原则

1. 医院分级原则 医院分级主要依据其功能,即依据其与社区的关系和应当提供何种类型的医疗卫生服务。参考国际通常做法,结合我国以往三级医疗网建设的实际,我国的医院以分为一级、二级和三级三个级别为宜。医院的级别,依据区域医疗规划而决定。为了维护三级医疗网的完整,运转合理,医院的级别应相对稳定。要鼓励支持已处在某一级别、但尚未达标的医院创造条件努力赶上。而那些条件较好的医院,除非统一规划需要,一般不能随意跳级。概括说医院级别是规划出来的,而不是医院自创自建的。

2. 医院分等原则 医院在分级的基础上,又引进分等次的概念,这是结合我国的实际情况提出的。医院分等,可为同级优秀医院留有进取的余地,鼓励医院间横向进行有管理的竞争。我国医院分等强调按医院的综合水平,包括与医院功能相应的规模(床位和建筑)、管理、技术、质量情况来综合评定,而不是片面依据其中的某项或部分条件。通过制订和实施这样的分等标准,促进医院加强现代管理,医教研全面发展,抑制单纯追求搞基建增加床位,盲目引进高新技术设备,忽视质量、忽视人才培养的倾向。

四、医院分级管理标准的主要内涵

我国现行的医院分级管理标准,主要包括三个方面的标准和指标:

1. 医院基本条件(或最低标准) ①医院最低规模与功能;②医院管理体制;③医院基本规章制度;④医院人文服务;⑤医院医疗质量保证系统;⑥医院安全;⑦医院环境。

这七个方面的标准与指标，是医院不分级别，不分所属关系，都必须达到的最低标准或要求。换言之是医院行业的准入标准。

提出基本标准的意义：①促进医院注重基础质量；②纠正某些医院忽视医院基础工作，忽视常规设备和技术，片面追求高技术设备的倾向；③为各种渠道兴办新医院提出开业标准。

2. 医院分级标准 如前所述，我国的医院依据功能分为一、二、三级，其主要内容为：

一级医院是直接为社区提供医疗、康复、保健综合服务的基层医院，是初级卫生保健机构。其主要功能是直接对人群提供一级预防，在社区管理多发病常见病病人并对疑难重症做好正确转诊，协助高层次医院搞好中间或院后服务合理分流病人。

二级医院是跨几个社区提供医疗卫生服务的地区性医院，是地区性医疗预防的技术中心。其主要功能是参与指导对高危人群的监测，接受一级转诊，对一级医院进行业务技术指导，并能进行一定程度的教学和科研。

三级医院是跨地区、省、市以及向全国范围提供医疗卫生服务的医院，是具有全面医疗、教学、科研能力的医疗预防技术中心。其主要功能是提供专科（包括特殊专科）的医疗服务，解决危重疑难病症，接受二级转诊，对下级医院进行业务技术指导和培训人才，完成培养各种高级医疗专业人员的教学和承担省以上科研项目的任务；参与和指导一、二级医院工作。

一、二、三级医院的划定、布局与设置，要由区域（即市县的行政区划）卫生主管部门根据人群的医疗卫生服务需求统一规划而决定。医院的级别应相对稳定，以保持三级医疗预防体系的完整和合理运行。

3. 医院分等标准 依据医院的综合水平，我国的医院可分为三级十等，即：一、二级医院分别分为甲、乙、丙三等。三级医院分为特、甲、乙、丙四等。

医院分等的标准和指标，主要内容是：①医院的规模：包括床位设置、建筑、人员配备、科室设置等四方面的要求和指标。②医院的技术水平：即与医院级别相应的技术水平，在标准中按科室提出要求与指标。③医疗设备。④医院的管理水平：包括院长的素质、人事管理、信息管理、现代管理技术、医院感染控制、资源利用、经济效益等七方面的要求与指标。⑤医院质量：包括诊断质量、治疗质量、护理质量、综合质量等等几方面的要求与指标。

我国现行的医院分等标准,主要是以各级甲等医院为标杆制订的。甲等医院的标准,是现行的、或今后3~5年内能够达到国家、医院管理学和卫生学有关要求的标准,是同级医院中的先进医院标准,也是今后建设新的医院标准。

五、医院分级管理的实施

实施医院分级管理,首要的是应制定“区域卫生规划”并依据规划对现行医院划分级别,调整部署。实施医院分级管理,还应建立医院评审制度。

1. 建立医院评审委员会 医院评审委员会是受卫生主管部门委托从事医院等级评审工作的专业性全行业管理组织。在各级卫生主管部门领导下,全国组成三级医院评审委员会,即全国医院评审委员会、省医院评审委员会和地(市)医院评审委员会。其职能分别为:

(1) 全国医院评审委员会:由卫生部邀请地方评审委员会部分成员组成,负责制订与修订《医院分级管理标准》及实施方案,评审三级医院的特等医院,对地方各级评审委员会评审结果进行必要的复核。

(2) 省医院评审委员会:负责评审二、三级甲、乙、丙等医院。

(3) 地(市)医院评审委员会:负责评审一级甲、乙、丙等医院。

评审委员会要由有经验的医院管理、临床、医技、护理和财务管理方面的专家组成,可聘请财政、物价、劳动、人事部门人员为顾问。

2. 医院评审程序 可规定每三年评审一次,周期内及时抽查,评审程序包括:

(1) 自查申报:医院根据《医院分级管理标准》先行自查,认为合格后,向相应的评审委员会提出申请,请求评审。

(2) 资格审查:由评审委员会根据医院申报材料和平时的了解进行接受评审资格的审查,认为合格者方能参加评审。

(3) 考核检查:评审委员会派出专家进驻医院,按标准进行实际考核检查。

(4) 结论:评审委员会根据检查结果对照标准,作出级别与等次评定结论,提交同级卫生主管部门。

(5) 审批:评审委员会的报告,由同级卫生主管部门审批。审批权限:①三级特等医院,由国家卫生部审批、发证;②二、三级甲、乙、丙等医院由省、自治区、直辖市卫生厅(局)审批发证;③一级甲、乙、丙等医院由地(市)卫生局审批发证。

3. 奖罚 国家预算拨款和医院收费标准,要与医院划定的级别、评出的等次

挂钩。达不到基本标准的医院，列为不合格医院，不予通过，应停业整顿或限期达标。医院评审中虽已达标，但在平日考核中发现严重问题，评审委员会可建议并经同级卫生主管部门批准，对其重新评审。

第二节 我国医院评审工作的基本状况

1989年11月卫生部发布了卫医字（89）第25号《关于实施医院分级管理的通知》，我国医院分级管理评审工作正式启动。1994年2月国务院以第149号令发布了《医疗机构管理条例》，要求同年9月1日正式实施。该条例第41条明确规定“国家实行医院评审制度，医院管理纳入了法制轨道。为了全面落实《医疗机构管理条例》，卫生部于1994年8月以第35号令发布《医疗机构管理条例实施细则》，其中第73条规定各级医疗机构评审委员会负责医疗机构评审的具体实施。同年9月发布《医疗机构评审委员会章程》进而规范评审工作。1996年卫生部又发出（1996）第42号文件，要求进一步搞好医院分级管理和医院评审工作。1998年卫生部发出《关于医院评审工作的通知》，决定暂停第二周期医院评审工作，以便“实事求是地认真总结经验，肯定成绩，切实纠正错误”。至1998年底全国大规模的医院评审工作暂时停止。

为全面总结已实施近10年医院评审工作，落实卫生部（1996）第42号文件要求，经卫生部医政司同意，中华医院管理学会成立了专门的课题组，于1999年3月起开展了《我国医院评审工作评估》的课题研究，拟对我国第一周期医院评审工作进行客观评估。

一、课题研究的基本运作情况

《我国医院评审工作评估》课题研究的目的是通过大规模的调查研究，提出对我国1989~1998年医院分级管理与医院评审工作的总体评价，以及下一步开展医院评审工作的可行性建议，供卫生部领导参考。课题组主要是通过现场调查、问卷调查和参考国内外有关资料进行分析研究。

1. 现场调查 课题组成员分别到浙江、四川、吉林、广东四省召开各种类型的调查会。每省在省会城市和1~2个地级城市召开研讨会，分别是杭州、绍兴、宁波、广州、佛山、成都、德阳、长春、吉林。参加调查会的人员有评委和被评医

院的院级、中层干部。调查组还会见了部分省市的党政领导,到医院同有关人员个别交谈。每次座谈会参加的人数为 10~30 人,时间半天至一天,共召开 18 次,与会人员近 300 人。所到各地的卫生行政主管部门、医院管理学会给予了大力的支持。选择参加会议人员时注意了一定的代表性,会场气氛活跃,能畅所欲言。

2. 问卷调查 由课题组设计问卷,统一印制,委托各被调查省、市卫生行政部门或医院管理学会按要求选定调查单位及人员对象、发放调查表并回收。北京医科大学卫生管理干部培训中心医院管理研究室负责调查表的整理、计算机录入和数据分析,本次调查按专家选择方式进行。调查地区确定为北京、天津、宁夏、山东、河南、湖南、广东、海南、新疆、江苏、吉林、湖北、四川 13 个省、直辖市、自治区。每地调查人群分为四类:A 类为卫生行政部门领导及评审委员会人员;B 类为被评审医院的领导和职工;C 类为当地党委、政府、人大、政协的负责同志;D 类为医院合同单位领导和病人。调查表由被调查人不记名独立填写。各类调查表所设问题依被调查对象不同略有差异。

调查表共发出 6 000 份,回收 5 572 份,回收率为 92.8%。A 类表 444 份(占总数 8.0%),其卫生行政领导占 2.7%,医院评审委员会主任占 15.5%,评审委员占 48.0%,评审办公室工作人员占 21.6%,医院管理专家占 12.2%。B 类表 3 548 份(占总数 62.1%),其中三级医院各级领导人员占 75.9%,医生占 18.3%,护士占 7.0%,其他人员占 8.8%。C 类表 218 份(占总数 3.9%),其中地方党委负责人占 20.6%,政府负责人占 26.1%,人大负责人占 24.8%,政协负责人占 26.6%。D 类表 1 452 份(占总数 26.1%),其中三级医院合同单位占 45.2%,二级医院合同单位占 54.8%;人员中合同单位负责人占 39.8%,病人占 60.1%。

二、课题组调研的结果

1. 我国医院评审工作取得明显成效 十年时间共评审医院 17 708 所(其中三级医院 558 所、二级医院 3 100 所、一级医院 14 050 所),占 1998 年底我国医院总数的 26.4%。问卷调查的资料结果显示,认为医院评审工作基本达到目的的占 71.7%,部分达到目的的占 23.6%,两者合计为 95.3%;认为很少达到目的的占 2.5%,没有达到目的的占 1.6%,两者合计为 4.7%。各类人员一致认为医院工作促进作用很大和较大的都在 70% 以上见表 3-1,可以看出 A 类人员的认同率略低,三者之间无明显差异。但医院评审对巩固三级医疗网作用的认同率为 54.7%。也说明医院评审在这方面的作用有限。

表 3-1 对医院评审作用的认同率 (%)

	A	B	C	D	平均
促进医院建设	84	76	89	-	78.6
促进医疗质量提高	90	76	75	77	77.4
促进标准化管理	95	76	82	72	76.7
促进医德医风建设	78	73	68	87	74.4
促进三级医疗网	57	69	23	-	54.7

第一周期的医院评审工作取得了明显的成绩,对加强我国医院管理起了巨大的促进作用。主要体现在:①调动了当地政府和有关领导部门对医院建设的积极性,从精神和物质上给予有效的支持。②引起了社会对医院建设、管理和行为的普遍关心,从而加强了对医院的监督。③推动医院管理向科学化、现代化迈进了一大步。④促进了医院的基础建设,尤其突出的是对医、护、技人员的基本功进行了再训练,从而使医疗水平有了相当大的提高。⑤使院容、院貌有了明显的改进,行风建设得到加强。⑥增强了医院的凝聚力,领导职工的目标比较一致,各医院为迎接医院评审,所做工作之多、人员调动之广泛、准备时间之长、自查自纠自管的强度之大是以往任何评比、检查所未有的。实际上评审工作是医院一次认真、细致、全面的强化整顿过程。

2. 医院评审工作还存在一定的问题 医院评审工作在全国各地区、各医院的实际效果存在差异,存在的问题也有区别。比较普遍存在且反映较强烈的问题是浮夸、弄虚作假和形式主义、劳民伤财,还有由于评审时的突击效应失效后医院管理工作出现滑坡的反映也较多。至于争购高档设备,虽然也有一些反映,但多数人认为出现此间问题原因复杂,评审可能是因素之一,也不能说是重要因素。近 4 000 多份 A 类和 B 类问卷调查表中认为评审中弄虚作假问题很严重的占 5% 左右;认为有问题,但不严重的占 57.0% 和没有问题的占 36.2%。AB 两类人员对问题严重程度的认识明显差异见表 3-2。

表 3-2 评审工作问题严重程度 (%)

	组别	很严重与严重	有但不严重	没有	未表态
浮夸、弄虚作假	A + B	5.0	57.0	36.2	1.8
形式主义、劳民伤财	A + B	6.3	52.8	37.2	3.7
盲目购买设备	A + B	4.0	50.4	43.9	1.7
评审后工作出现滑坡	A + B	4.7	38.0	50.8	6.5

产生上述问题,从医院评审工作本身可以找到一些原因,如总体上缺乏经验,统一的标准难以适用各地比较复杂的情况,普遍采用打分制有一定的局限性,以及具体工作方法上的种种问题都有程度不同的关系。从接受评审的方面看,也受社会大环境中某些不良风潮的影响。综合研究各方面情况之后,我们认为有一个很重要的原因是诱发了各医院争级上等的意识过强。这种意识增强固然起到一些正面的积极作用,但其负面影响也是相当严重的,或许是导致产生上述问题最重要的原因。对此在考虑下一步评审方案时,应予以足够的重视。

3. 原有的医院评审方案和标准应该修改 调研中各地同志对改进医院评审工作提出了很多建议。对于医院评审中医院分级、分等的问题存在不同的看法。38.5%的人认为评审中医院不必分级,26.6%的人认为评审中医院不必分等。现场调研中几乎所有的人都对医院评审标准提出了修改意见。问卷调查中100%的人认为现行标准应该简化。

第三节 医院评审要发扬成绩克服不足

1. 医院评审制度应长期坚持 医院评审是美国首先开创的,坚持了近百年。后传播到日本及欧洲一些国家。目前已形成国际上通行的具有不同评议性质的医院质量评估制度,并日益成熟和广泛传播。《医疗机构管理条例》中明确提出“国家实行医疗机构评审制度”,医院评审是贯彻《医疗机构管理条例》的技术保障,业已成为全行业管理的一个有效手段。实践证明,我国前十年的医院评审工作取得了很大成绩,已得到广大医院工作人员的认同,因此在国际上经过多年已形成制度的医院评审工作在我国也应坚持下去。

2. 医院评审的思路必须改变 由于医院的宏观形势和微观形势同医院评审开始时的10年前都有了较大变化,实施医院评审的思路亦应随之变化。变化的主要表现是:

(1) 基础不同:医院评审开始时正值“文革”结束不久医院正常秩序遭到严重破坏;刚刚从混乱中加以矫正,急需一套比较全面的管理规范,使医院秩序正常化。医院评审正是适应了这种要求,所以各医院为接受评审舍得花力气、花时间、效果比较明显。

(2) 形势不同：前段医院评审时期，尽管也在改革中，但医院总体结构和布局与“文革”前没有重大变化，各类医院仍分别属于不同的系统和各级政府，在全国省、地、县、乡，在大城市市、区、街，各种医疗机构层次清楚，任务明确。在此基础上划分等级尽管也有些困难，但基本上是相适应的。现在的情况有了重大变化，区域卫生规划正在付诸实施，医疗资源要重新调整组合，原有归属关系正在改变，有些医疗机构功能任务也可能改变，国家已决定按营利、非营利对医院进行分类管理，这又是一个新的变革因素。所以，原先医院等级已不适应新的形势。

(3) 运行机制不同：政府机构改革要求卫生行政部门转变职能。过去医院评审完全由各级卫生行政部门直接操作，今后医院评审的组织领导、组织实施、结果判定和认可等都应适应卫生行政部门职能转变的要求。

由各级卫生行政部门直接操作转变为卫生行政部门授权委托中介组织具体实施。为使医院评审真正起到作用，卫生行政部门对各级各类医院要提出明确要求，在一定期限内必须评审对拒绝评审及未合格者要有一定的处理办法；对中介组织的评审机构要实行认可制度，够条件者发给授权委托书，同时对其评审标准、组织成员、实施办法进行审查批准，根据评审结果为医院颁发证件。

3. 今后评审方案的设想

(1) 根据对前一段医院评审工作的调查研究，结合当前形势和未来发展趋势，今后医院评审应定位在：评估审查各医院保障医疗质量和医疗安全的基本设施、工作制度、操作规程、人员资历及运行情况，偶发事件的防范措施及善后处理情况。按标准进行阶段性审查评估给以确认，并提出改进意见，为广大就医人员提供明确的质量、安全可信度标志。

(2) 设立相对稳定的评审机构，健全评审体制。评审机构应分级设立，由国家、省（自治区、直辖市）、市（地）卫生行政主管部门与授权中介组织分别组建评审机构，负责组织实施评审工作。在各级评审机构内设置委员会，聘请有关专家组成稳定的评审队伍。对评审机构实行认可制度，对评审人员实行持证上岗制度。

(3) 新方案应遵循的指导思想：①强调功能到位，淡化等级观念。②强调适应需求，淡化机构设置。③强调质量安全，不必面面俱到。④强调综合能力，淡化个别重点。⑤强调基础建设，淡化求新求尖。⑥强调实际效果，淡化形式手段。⑦强调经常有效，淡化突击包装。⑧强调偶发事件防范措施和处理态度，淡化数量计较。

(4) 研究制定科学、准确、适应性强并便于操作的评审标准：评审标准的制定应把握几项基本原则，即要有利于医院可持续发展，有利于医院“两个效益”的提高，有利于对医院实行外部监督，要简明精练。力戒繁全贞，医院顾意接受。根据我国医院情况，评审标准总体上可考虑分为两部分：①以保证质量、安全为核心，将各类医院所有医疗功能和任务分类找出若干关键环节，制定基本（最低）标准，作为评审依据。这个标准包括所有现行医疗项目，要求与我国现时情况相适应，随着医学发展和科学进步，一两年要修订一次，以跟上医学发展需要。②根据区域规划要求对每个（类层）医院现时应有的功能和任务选择使用上述标准内容，无论其功能任务差别多大，都应符合标准要求。至于哪些医院应使用哪部分标准，在区域规划中应有一定的灵活度。

关于第一部分标准可在全国统一制定，但应允许各地变通使用和制定补充标准。

第四节 国外医院评审简介

一、美国医院评审

1951年，美国外科学会联合内科学会、医学会、医院学会以及加拿大医学会成立了美国医院联合评审委员会（Joint Commission Accreditation of Hospital, JCAH）。1988年，更名为美国医疗机构联合评审委员会，即 FCAHO（Joint Commission Accreditation Of Health Organization）。

JCAH 发布医院评审手册（accreditation manual of hospital, AMH），该手册每 5~6 年修订一次，内容包括病人的权利与义务、评审程序以及评审标准，用于指导美国医院的评审工作。FCAHO 成立之后，延续了这一评审工作，评审对象由医院扩大到各类医疗服务组织，评审手册也改为每两年修订一次。美国的医院评审虽然是自愿申请，但评审结果却获得了普遍的认可，拥有良好的社会信誉和广泛的用途，例如，通过评审使得被评单位成为医疗机构在医疗保险组织选择定点医院和医学院校确定教学医院时的一个有利条件。

FCAHO 于 1999 年 9 月 30 日发布、2000 年 1 月 1 日生效的医疗保健组织全部评审手册（comprehensive accreditation manual for health care networks, CAMHCN）包括以

下部分：评审程序和评判规则、评审内容和评审表格。评审的内容包括对医疗机构管理核心功能的评价以及针对各类医疗机构运行情况的评价。医疗机构的类型分为医院、长期保健机构、门诊服务、家庭护理、行为医学服务、病理学与临床检验等六个部分。

整个评审包括 3 个步骤：调查、资料汇总和作出决定。评审调查依据评审手册中的 229 项标准进行，调查方法包括访谈、观察和文件回顾。每一个项目采用 5 分制评分法判断医疗机构实际情况与标准的符合程度。1 分为完全符合，2 分为比较符合，3 分为部分符合，4 分为很少符合，5 分为完全不符合。评审标准对每一个项目的 1~5 分都分别作出明确的说明，调查员根据标准给分，还必须明确说明给分的理由。各项得分经过汇总并根据判断规则给出最后的评审结果，医疗机构的分类评审部分给出“可接受”或“不可接受”的结论，直接用于评审结论的判定。

资料汇总是利用公式将调查员给出的分数换成评审得分。公式包含每一项的权重，有些与服务量和医疗服务结果直接相关的项目的权重较大。权重的设置意味着在评审中，每一个项目的重要性是不同的。每一项的得分通过公式转在汇总分以后形成评审决策，每一项的公式得分被称为分数得分。此外，设置得分上限也是一种通过限制得分反映不同评审项目重要性的方法。设置得分上限就是在数据汇总过程中限制某一个项目的最高得分，如某一项目的得分上限是 2，不论其他得分是 3、4，还是 5 分，都计为 2 分。得分上限通常规定为 2 分，规定最高得分的原因之一是出现设计标准时未能预期的情况，或者经过现场调查发现某一原来评审标准对于大多数医疗机构来说是不现实的。此外，如果医疗机构存在某个不能用调查表、访谈、随访等标准化的调查手段反映出来的比较不符合或完全不符合标准的问题，但可以另外出据情况报告的话，也可使用设置得分上限的办法。

评审决策完成之后，对被评审机构的工作状况与评审标准的符合程度得出了定量的总结，在作出评审结论的过程中，单个项目的得分和总分都是评审委员会必须考虑的，而从单项得分到得出总分还要经过四个步骤。经过这一复杂的资料汇总过程，才能得出是否通过评审的最后结论，也正因为如此，通过原始得分估计最终结果就显得不太可能。

最后，评审委员会将机构得分对照评审规则得出结论：通过评审、未通过或是有条件通过，并出具评审报告，必要时对被评机构进行追踪和随访。判别规则保证被评机构间的评比是公正、可靠和一致的。

在权利责任与伦理部分,评审规则认为,一所医疗机构对各种顾客(患者、医务人员、付费人等等)都具有道义上的责任,因此医疗机构应该制定伦理指南以指导其具体工作。伦理指南应包括:个人的隐私权、信息的准确性、医疗服务合理的可得性、提供医疗服务时尊重个人的价值观和信仰、当患者无法作出决定时寻找替代者、患者参与决策、信息交流的渠道等几个部分。每一部分由若干个调查项目组成,评审标准对每一个调查项目给出说明或者解释,并对1~5分的每一个给分情况作出注释。

美国的医疗机构评审也是一个庞大的体系,但是更侧重于医疗机构的管理要素而非技术和设备要素的评价,对机构的专业方向及专业数量也无限定。例如在对长期保健机构的医疗诊断服务环节的评价中,有一项规定长期保健机构应能提供放射诊断及其他诊断服务,但未指明提供这一服务的设备的类型、数量和规格,而对规章制度和要求则不厌其繁。评审旨在通过管理环节的评价保证通过评审的医疗机构具备提供医疗服务的基本质量,而医疗服务及其相关服务的质量和安全是制度手段的着力点。目前,JCAHO又开始了2002年版评审手册的修订工作。

二、英国星级医院评审简介

英国国家卫生部为了在卫生单位开展“企业文化”建设,制定了21项指标,其中有9项关键指标,包括:等待预约住院病人的数量少、门诊等待的时间减少,无预期等待住院18个月以上的病人、无被急诊全科医生怀疑为乳腺癌等门诊治疗大于2周的病人、满意的财政情况、在推车上等待12小时以上的病人少、当天取消的手术小于1%、改善员工生活条件的承诺、医院清洁状况。根据指标,按照达到、未达到和显著未达到,对医疗机构进行打分。9项指标全部达标,被视为三星级医院,有1项或2项未达到视为二星级医院,再有1项显著未达标视为一星级医院或最差的医院。2001年9月英国公布了星级173家医疗机构中,35家达到三星级标准的医疗机构将不受政府控制,获得自由奖励员工和开设新技术服务公司的权利,而12家无星级的医疗机构会受到卫生机关的严密监督,并限期3个月改正,否则,医疗机构的首席执行官将被解除职务。星级医院规模的大小和技术高低,主要看服务水平,这项评审制度在英国刚刚开始,对改进医院服务质量,起到一定促进作用。

借鉴英国医院星级评审制度,尝试制定医院星级评审体系,对改进医院服务质量、提高总体绩效将会起到一定的促进作用。为客观、公正地考核医院的整体绩

效,提高医院的服务水平、工作效率,增强医院的核心竞争力,上海市医院抽样调查显示,经过两轮专家评议,从业务水平、经营状况和病人的满意度三个方面选出32个指标。使用25百分位数和75百分位数,计算出综合得分,以此为基础对不同级别医院的工作绩效进行了评价。经总体绩效评价,1998,1999,2000三年中,上海市不同级别医院的总体绩效较好。根据各医院综合得分的不同,参照英国医院星级评定方法给予初评,结果表明,上海市不同级别中有相当一部分医院已达到三星标准,但尚有部分医院综合得分较低,提示对这部分医院应给予更多的关注。

三、ISO9000族标准简介

ISO是国际标准化组织(The International Standardization Organization)的英文缩写。ISO9000系列标准是ISO制定的世界上第一套有关质量管理的国际标准,是各国质量管理和标准化的专家在国际先进标准的基础上对质量管理体系全面的总结,为开展质量保证和建立企业内部的质量体系提供了指导。我国于1993年1月1日起实行等同采用ISO9000系列为国家标准,即GB/T19000系列国家标准,其技术内容、编号方法和ISO9000系列完全相同。

ISO9000族标准按其用途可分为指导性标准,质量保证模式标准和质量体系标准三类。ISO9000属于指导性标准。它表述质量管理体系基本原理并规定质量管理体系术语;ISO9001系列质量保证模式标准适用于合同环境中,用于组织证实其具有提供满足顾客要求和使用的法规要求的产品能力。ISO9004系列质量体系标准旨在为管理者提供质量体系的应用指南,从而改进组织的整体业绩。其包括质量体系的建立、运行(保持)和持续改进。这样的体系应有效和高效地满足组织顾客的要求,同时还能与其他相关方共享收益。是为希望超出上述保证标准的最低要求,寻求更多业绩改进的组织的管理者提供指南。

ISO9004-2是ISO9000系列标准之一,是国际标准化组织于1991年正式公布,专门针对“服务”这类产品所制定的如何建立服务质量体系的国际标准。

服务业和制造业之间的最大不同在于,服务业是直接接触顾客为主要特征的,但它与制造工业产品的企业在管理上有相同之处。如二者都强调质量、效率、适销等等,但是由于服务业管理的对象是活生生的顾客,因此在达到共同目标的途径和手段却不尽相同。所以,国际标准化组织就专门制定了服务业建立质量体系的国际标准——ISO9004-2。

ISO9004-2是以ISO8402和ISO9000系列标准为基础的,本标准阐述了其适用

范围、引用标准、涉及的主要术语以及服务和提供服务特性；论述了质量体系的三个关键要素：即管理部门的职责、人员和资源、质量体系结构三个方面如何以顾客为中心来开展质量活动；对“质量体系结构”中服务质量环进行了论述，把服务质量环高度抽象地概括为：市场开发过程、设计过程、提供服务过程和服务绩效的分析和改进四个部分。本标准既有服务质量体系特点的高度概括，又有实施建立服务质量体系的具体步骤。因此，为包括医院在内的服务行业推行质量管理建立质量体系提供了科学的依据。

ISO9000 族采用的推动方式有两种，即“受益者推动方式”和“管理者推动方式”。据了解，目前国内引入 ISO9000 的医院大部分采取的是“受益者推动方式”，既医院要依据其受益者的要求来建立医院服务质量保证体系，所选择的标准为质量保证标准，如 ISO9002 标准。但其前提必须是要进行商业化认证。商业认证的弊端。主要有五方面：一是耗费医院大量资金，据了解一所大型综合三级医院通过 ISO9002 认证全部需要 40 万 ~ 50 万人民币左右；二是我国医院所具有由政府实行一定福利政策的公益性质，在目前市场经济尚不完善、规范的转轨变型时期的各种认证是否应为商业化还须认真探讨。此外，商业化的认证是否能够得到社会和人民群众的认可也尚有争议；三是目前国内认证公司参差不齐，良莠不清，价格也无统一标准，甚至以各种形式争夺医院认证市场；四是因为此认证缺乏医院管理专家，认证的结果是否能够保证医院的服务质量，尤其是可持续发展值得思考；五是我国医院采用 ISO 国际标准的目的是为了建立健全质量管理体系，自觉保障人民的健康需求，而不是获得一张时髦的“国际通行证”。鉴于以上状况及医院特殊性，目前我国医院采用受益者推动方式的做法，时机是否成熟有待探索。

实施 ISO9000 族国际标准的另一方式是采用“管理者推动方式”建立的质量管理体系，所采用的标准为质量体系标准，有的医院则采用 ISO9004 - 2 国际标准。质量体系标准也称指南，因此不需要进行认证。由于医疗市场及病人需求的不断变化，医院在提供服务过程中只是满足病人的需求还远远不够，采用“管理者推动方式”建立的质量管理体系可以把医院的五种受益者（病人、社会、医院、员工和供应商）的利益很好地结合起来，因此要比采用“受益者推动方式”建立的质量保证体系更加全面和富有成效。我们提倡的“以病人为中心”“提高医疗服务质量”“让社会满意、百姓放心”等思想是自觉行动，就必须以加强内涵建设为主，必须以“管理者推动方式”来实现，且不需要商业行为认证，而 ISO 90040 - 2 就基本符合这一原则。

第四章 医疗保险与医院经营管理

第一节 医疗保险概述

一、医院和医疗保险的发展

医院的历史很长,“医院”这个词是在 12 世纪第一次使用,它是指由教堂管理的照顾病人的设施。在 13 世纪,大约有 19,000 所医院散布在整个欧洲。在 20 世纪,医院发展成为向人群提供医疗保健服务的系统组织,成为卫生经费的最大消费者。

相比而言,医疗保险的历史并不长,它随着工业革命而产生。工人们为规避疾病的风险,在行会中产生“保险基金”,即工人们交纳一定的费用,类似储蓄的功能,当他们生病时再使用这笔储蓄款。世界上第一个国家医疗保险是在 1893 年德国实施的,当时的首相俾斯麦出于政治考虑而推出这项政策,即《疾病社会保险法案》,通过社会保障系统和产业工人的医疗保险以及退休福利联系在一起,提高工人的福利,以稳定其政局。1911 年,英国建立了国家卫生计划。起初,只有那些在大企业工作的工人才能得到医疗保险,他们的家属可以享受相对较低的福利。时间的发展,社会的进步,1980 年,几乎所有的发达国家建立了覆盖所有公民的医疗保险,或者是英国的国家卫生服务(national health service, NHS),或者是加拿大的全民保险计划(universal insurance plan),或者是德国、日本的雇主为基础的保险计划与政府为其余人群提供保险计划相结合的模式,而美国的情形则大为不同,有很多人没有保险,或保险不足。发展中国家的发展则更慢些。

二、医疗保险的主要模式

从世界各国的医疗保险模式看,大约有四种模式:商业医疗保险、社会医疗保