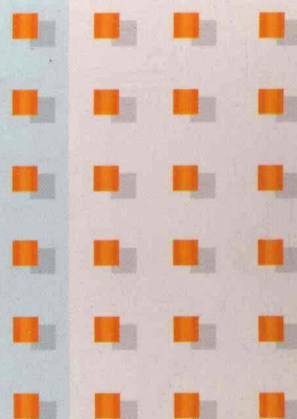


医院管理新编

NEW HOSPITAL MANAGEMENT

主编◎曹荣桂



北京大学医学出版社

R197.32
C131-3

医院管理新编

主 编 曹荣桂

副主编 张宝库

编 委 (按姓氏笔画为序):

于 冬 (中国医院协会医院建筑系统研究分会主任委员)

王吉善 (中国医院协会副秘书长、中国医院协会评价与评估部主任)

叶煜荣 (广东省中医院管理研究室主任)

石应康 (中国医院协会副会长、广东省中医院院长)

刘继同 (北京大学医学部公共卫生学院卫生政策与管理系博士)

吕玉波 (中国医院协会副会长、广东省中医院院长)

许树强 (中国医院协会医院经济管理专业委员会主任委员、卫生部中日友好医院院长)

张宝库 (中国医院协会副秘书长、《中国医院》杂志社社长兼主编)

张衍浩 (中国医院协会副会长、广东省医院协会会长)

李月东 (中国医院协会秘书长)

李包罗 (中国医院协会信息管理专业委员会常务副主任委员、《中国数字医学》杂志主编)

易利华 (无锡市第二人民医院院长)

郑雪倩 (中国医院协会医疗法制专业委员会常务副主任委员、北京市华卫律师事务所主任)

唐维新 (中国医院协会副会长、江苏省医院协会会长)

顾 均 (中国建筑标准设计研究院总建筑师)

曹怀杰 (山东省红十字会常务副会长)

曹荣桂 (中国医院协会会长)

梁铭会 (中国医院协会副秘书长、卫生部医院管理研究所所长)

程永忠 (四川大学华西医院院长助理、运营管理部部长)

董先雨 (中国医院协会副会长、山东省医院协会会长)

潘学田 (中国医院协会常务副会长)

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

医院管理新编/曹荣桂主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2009

ISBN 978-7-81116-712-2

I. 医… II. 曹… III. 医院—管理—研究 IV. R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 180557 号

医院管理新编

主 编: 曹荣桂

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京瑞达方舟印务有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 冯智勇 高瑾 责任校对: 杜悦 责任印制: 郭桂兰

开 本: 850mm×1168mm 1/16 印张: 44 字数: 1329 千字

版 次: 2009 年 2 月第 1 版 2009 年 2 月第 1 次印刷 印数: 1—2000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-712-2

定 价: 138.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

本书由
北京大学医学部科学出版基金
资助出版

前 言

医院管理学作为部门管理学的一个重要领域，与发达国家相比，我国起步较晚。党的十一届三中全会确定我国改革开放的大政方针后，现代管理科学理论被引入我国医院管理界，1981年我国先后成立了中华医学会医院管理分会（中国医院协会的前身），出版了数种医院管理专著，设立了医院管理研究机构，创办了医院管理专业期刊，一些高等医学院校也相继开设医院管理专业课程。改革开放三十年来，医院管理作为一门科学，受到了各级卫生行政部门和各级各类医院的高度重视，我国医院管理理论研究和实践探索都取得了显著的成绩。医学科学的飞速进步和管理科学的迅速进展，要求医院管理者必须时刻关注国内外医院管理研究成果，与时俱进地充实自己的管理知识，更新管理理念，规范管理行为，完善管理艺术。为了适应医院管理学科进展的环境，满足医院管理者的需求，我们组织国内部分医院管理学者和实际工作者编写了这本《医院管理新编》，拟结合医院管理学科进展，不定期修订再版。

医院管理学作为部门管理学，同样具有自然属性和社会属性、艺术性和科学性的二重性。因此本书与其他医院管理学专著不同，没有刻意追求学科的系统性，也没有面面俱到，而着重反映管理实践的进展。书中关于医院基本现代化建设、患者安全管理、医疗工作流程优化和临床路径、数字化医院建设、医院社会工作等内容具有一定的创新性。另外，在全书的各个章节中，我们都努力做到充分体现学科进展、密切结合我国国情、指导医院管理实践的原则。当然，国内外医院管理与改革进展迅速，尤其是新的医药卫生体制改革方案正在研究制订之中，限于篇幅和水平，不可能完全反映医院管理最新研究成果，好在国内诸多报纸、杂志，会及时报道相关信息，弥补这些缺憾。我们也诚挚地欢迎有识之士，对于本书的谬误和疏漏予以批评指正，以便再版时完善。

在本书即将付梓之际，应该感谢参与本书编写的各位作者，是他们的辛勤劳作，使本书的内容耳目一新；感谢北京大学医学出版社的编辑，是他们的精细加工和设计，使本书的形式新颖规范；感谢为本书的编写和出版作出贡献的所有朋友，是大家的共同努力，才使本书呈现在读者面前。

曹荣桂
中国医院协会会长

目 录

第一章 医疗服务体系、医院、医院管理者	1
第一节 医疗服务体系	1
第二节 医院服务及其特性	8
第三节 医院的经营环境	10
第四节 医院的社会责任	15
第五节 医院管理者	20
第二章 医院发展战略与基本现代化建设	27
第一节 医院发展战略思维	28
第二节 医院发展战略定位	47
第三节 医院发展战略主导	53
第四节 医院发展战略目标	66
第五节 医院现代化建设是实施医院发展战略的切入点	72
第六节 基本现代化医院的内涵	74
第七节 基本现代化医院的标准	86
第八节 建设基本现代化医院	91
第三章 医院组织构架与职能	96
第一节 组织构架与职能概述	96
第二节 行政体系机构与管理	104
第三节 医院组织结构与职能	112
第四节 医院经营机构与职能	116
第五节 科研、教学机构与职能	126
第六节 运营支持机构与职能	137
第七节 医疗服务体制改革与医院组织架构创新	152
第四章 医疗服务质量管理	167
第一节 医疗服务质量定义	167
第二节 医疗服务质量评估与监测	168
第三节 评估医疗服务质量的基本方法	175
第四节 医疗服务质量管理	183
第五章 医疗安全管理	205
第一节 医疗安全概念、发展和现状	205
第二节 医疗服务质量与患者安全管理的文化建设	236
第三节 未来医疗服务管理理念和模式	241
第六章 医疗工作流程优化和临床路径	247
第一节 流程优化概述	247
第二节 六西格玛流程优化在医院中的应用与实践	250
第三节 医院核心流程优化——临床路径	254
第四节 服务流程及内部流程优化	275

第七章 信息管理与数字化医院建设	304
第一节 医院信息化建设概论	305
第二节 管理变革对医院信息化的影响	314
第三节 医疗体制改革与信息化	324
第四节 管理信息系统	327
第五节 临床信息系统与电子病历	348
第六节 区域卫生信息化	355
第七节 HIT 新技术对医疗卫生信息化的影响	360
第八节 医学信息的标准化	369
第九节 医院信息化建设的投资效益	373
第八章 医院文化与品牌建设	377
第一节 医院文化及其功能	377
第二节 医院文化的内容	387
第九章 医院人力资源管理	412
第一节 历史、现状与发展趋势	413
第二节 医院人力资源管理理论概述	415
第三节 医院人力资源规划	417
第四节 医院岗位设置与管理	424
第五节 医院员工招聘管理	427
第六节 医院人力资源培训管理	430
第七节 医院员工绩效管理	433
第八节 医院员工薪酬管理	435
第九节 医院员工职业生涯规划	438
第十节 医院员工劳动关系管理	441
第十一节 医院人才流动管理	444
第十章 医院经济与财务管理	447
第一节 医院经济管理概述	447
第二节 医院预算管理	452
第三节 医院成本核算	462
第四节 医院资产管理	474
第五节 医院物价与收费管理	485
第六节 医院财务分析	491
第七节 医院绩效评价	505
第十一章 医院规划与建筑	513
第一节 医院建设前期规划	513
第二节 医院建筑规划	521
第三节 成功案例分析	542
第十二章 医院社会工作	559
第一节 西方医院社会工作历史与发展	560
第二节 中国医院社会工作历史与发展	568
第三节 医院社会工作者的职责与角色	573
第四节 医院社会工作实务模式与方法	587
第五节 医院社会工作与构建和谐医患关系	596

第六节	医院社会工作政策框架建设现状与发展方向·····	609
第十三章	医院管理相关法律法规·····	626
第一节	医院设置·····	627
第二节	医疗机构性质·····	628
第三节	医院法人·····	630
第四节	医疗机构劳动人事管理·····	633
第五节	医院经营·····	638
第六节	医院医疗管理中的相关法律问题·····	649
第七节	药品与医药器械的相关法律法规·····	671
第八节	医患关系相关法律法规·····	674
第九节	医疗纠纷处理·····	679
第十节	医疗执业环境·····	689

第一章 医疗服务体系、医院、医院管理者

目 录

第一节 医疗服务体系	1	三、我国医院发展面临的机遇和挑战	12
一、医疗服务的概念	1	第四节 医院的社会责任	15
二、医疗需求的变化	2	一、充分认识医院的社会责任，坚持正确的办院方向	15
三、整合性医疗服务体系	6	二、强化运行机制管理，走质量效益性发展道路	15
四、大中型医院在医疗服务体系中的职能定位	7	三、完善管理结构，建立科学决策的管理程序	16
第二节 医院服务及其特性	8	四、严格执行各项规章制度，提高职能部门监管和执行能力	17
一、无形性与易逝性	8	五、在实际工作中处理好几个方面的关系	18
二、专业性与伦理性	8	第五节 医院管理者	20
三、社会性与公益性	8	一、管理与医院管理	20
四、随机性与连续性	9	二、医院管理者	21
五、生产与消费的同一性	9		
六、广泛性与层次性	9		
七、异质性与不确定性	9		
第三节 医院的经营环境	10		
一、外部环境	10		
二、内部环境	12		

第一节 医疗服务体系

一、医疗服务的概念

1. 医疗服务是医院工作的体现

医疗服务是指医疗机构对患者进行检查、诊断、治疗、康复和提供预防保健、接生、计划生育方面的服务，以及与这些服务有关的提供药品、医用材料器具、救护车、病房住宿和伙食的业务。

2. 医疗服务是医疗产出

医疗服务是医疗机构提供给市场的、用于满足人们医疗保健需要的、以服务形式存在的无形产品。包括医疗服务的实体及其质量，它们能够满足人们对医疗服务使用价值的需要。服务本身是无形的，但是通过病人疾病的发展情况及治疗

预后体现其价值。

3. 医疗服务是医院服务的核心

医护人员按照病人病情需要提供医疗活动，其中医护人员是医疗技术的提供者，病人是医疗效果的体现者，两者通过医疗过程由服务相连接。医疗服务从功能上包括挂号、收费、检查、配药、治疗、护理、卫生、饮食等；从内容上包括伴随疾病的预防、诊断、治疗、康复、预后等医疗活动的全过程。

4. 一个完整的医疗服务产品由三个层次构成

一是核心服务，核心服务即医疗护理服务，又称主体服务或者本质服务。二是便利服务，即

方便患者使用核心服务的服务,比如医院的挂号服务等。离开了便利服务,顾客就无法使用核心服务。三是辅助服务,是增加服务价值的服务,如一些医院实行的“一站式服务”等。缺少了辅助服务,服务产品将缺乏吸引力和竞争力。

当前,医疗服务越来越受到人们的重视,医疗技术和医疗服务已成为医院核心竞争力的两大重要组成部分。人们愈来愈清醒地认识到医疗服务的优劣将直接影响医院的生存和发展。

二、医疗需求的变化

(一) 患者需求的变化

1. 需求数量不断增加

据国家卫生部统计:1995年至2000年,全国医疗机构总诊疗人次增加不明显,平均为21.53亿人次。而2001年至2006年,全国医疗机构总诊疗人次从20.87亿人次增加到24.46亿人次,增长了17%。

1995年至2000年全国医疗机构入院人数从5033万人增长到5297万人,增长率为5.2%。而2001年至2006年全国医疗机构入院人数从5464万人猛增到7906万人,增长率为44.7%。

与此同时,我国综合医院医生人均每天担负诊疗人次由1995年的4.4增加到2006年的5.5,增长了25%;医生人均每天担负住院床日由1995年的1.5增加到2006年的1.7,增加了13.3%。我国医院、卫生院病床使用率由1995年的70.2%增加到2006年的77.9%,增加了7.7%。

我国卫生机构数由1980年的180 553个,增加到2006年的308 969个,增加了71%;卫生机构床位数由1980年的2 184 423张增加到2006年的3 511 779张,增加了61%。

卫生人员数由1980年的3 534 707人增加到2006年的5 619 515人,增加了59%。

由以上数据可见,患者对医疗卫生需求数量不断增加。

2. 质量要求不断提升

在医疗需求数量不断增加的同时,患者对医疗质量的要求也不断提升,希望得到更安全、更优质的医疗服务。因此,也造成了患者对医疗机构的选择趋向于大医院,形成了大医院人满为患、基层医院门可罗雀的现象。据国家卫生部统

计,1985年全国医疗机构总诊疗人次为24.11亿人次,其中各级医院占54.38%,卫生院占45.62%;2006年全国医疗机构总诊疗人次为24.46亿人次,其中各级医院占60.14%,比2005年增加了14.54个百分点,卫生院占29.64%,比1985年减少了15.98个百分点。

1985年全国住院人数为4331万人,其中各级医院占59.11%,卫生院占40.89%;2006年全国住院人数为7906万人,其中各级医院占70.35%,比1985年增加了11.24个百分点,卫生院占29.65%,比1985年减少了11.24个百分点。

3. 患者自我保护(维权)意识不断增强

随着科学的进步和社会的发展,患者自我保护(维权)意识不断增强。这是由于:

(1) 医学模式的转变促进了以病人为中心理念的树立。随着医学模式由生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转变,医患关系从传统的“主动-被动型”向“指导-合作型”和“共同参与型”转变,医疗服务也从以往的“以疾病为中心”转变为“以病人为中心”,这种转变体现出对病人的生命与健康、权利和需求、人格和尊严的关心和关注,体现了“以人为本”的医学人文精神。同时也建立和增强了患者在医疗服务中的自我意识和参与意识。

(2) 医疗卫生法律法规的不断建立健全,增强了患者的法律观念。《执业医师法》、《医疗事故处理条例》等法律法规的相继出台,为患者维权提供了可靠的法律依据。作为医疗卫生服务的消费者,病人比以往任何时期都更有组织,对医学也怀着更高的希望。消费者权益正在影响着包括医学在内的一切产业。

(3) 信息渠道的多样化提高了患者对医疗、法律知识的可及性和知晓程度。广播、电视、报纸、杂志,特别是互联网,使病人很容易接触到广泛的相关信息,关于自己的疾病甚至比医生知道的还要多。医学知识和法律知识的普及使患者自我保护意识不断增强。

有人说,20世纪是属于医生的,21世纪是属于病人的,病人将是21世纪医疗卫生服务的中心。由于患者自我保护(维权)意识不断增强,一个新的以病人为中心、医患共同决策的医疗服务模式正在形成。在这一模式里,医生的主

要作用之一是为病人提供可靠的、全面的信息并进行解释,提供可选择的、现行有效的服务,并协助病人进行选择 and 决策。

(二) 医疗服务利用变化

2003年9月卫生部在全国范围内开展的第三次国家卫生服务调查结果表明,我国城乡居民卫生服务需要量增加,但医疗服务的利用明显下降。

1. 城乡居民对医疗卫生服务的利用下降,有效需求发生转移。

调查地区两周就诊率与1998年调查结果相比下降了18.4%。由此测算我国居民年就诊人次数为47.5亿,与1998年相比减少了5.8亿人次。本次调查发现,患者中,去医疗机构就诊的占51.1%,自我医疗占35.7%,未采取任何治疗措施的占13.1%。也就是说,患者未就诊比例为48.9%(城市为57.0%,农村为45.8%)。

调查地区居民年住院率为3.6%(城市为4.2%,农村为3.4%)。与前两次调查比较,城市住院率呈现下降趋势,农村基本没有变化。调查发现,医生诊断应该住院治疗的患者而没有住院的比例为29.6%(城市为27.8%,农村为30.3%)。

居民对医疗机构的利用减少,有效需求发生转移。许多居民生病后不去医院就诊,而是到药店购药,采取自我医疗。本次调查显示,全国36%的患者采取了自我医疗。自我医疗的比例逐年增加:农村由1998年的23%增加到31%、城市由44%增加到47%。产生上述变化的主要原因如下:

(1) 医疗保障覆盖水平不高。调查发现城市享有城镇职工基本医疗保险的人口比例为30.2%、公费医疗4.0%、劳保医疗4.6%、购买商业医疗保险占5.6%,没有任何医疗保险占44.8%;在农村,参加合作医疗的人口比例为9.5%、各种社会医疗保险占3.1%、购买商业医疗保险占8.3%、没有任何医疗保险占79.1%。

(2) 医疗费用增加过快。过去十年,“看病贵”成为百姓关注的话题。从这次调查结果发现,医疗服务费用增长速度超过了人均收入的增长,医药卫生消费支出已经成为家庭食物、教育支出后的第三大消费。过去五年,城市居民年均

收入水平增长了8.9%、农村增长了2.4%,而年医疗卫生支出城市、农村分别增长了13.5%和11.8%。

(3) 低收入人群、贫困农村居民卫生服务可及性较差。“看病贵”对城市和农村低收入人群的影响更为严重。调查发现,患者未就诊、未住院的原因分析:未采取任何治疗措施的门诊患者中,38.2%是由于经济困难;应该住院而未住院患者中,70.0%是由于经济困难。城乡低收入人群应住院而未住院率的比例达到了41%,远高于一般收入人群。在部分边远地区,卫生资源不足,居民就医不方便,如贫困地区有18%的家庭距最近的医疗机构超过了5公里,有25%的家庭到最近的医疗机构的时间在30分钟以上。

(4) 居民健康知识增强、时间价值观念改变使更多的居民采取自我医疗。调查发现居民更加关注健康知识 with 疾病预防,对一些常见病和多发病,许多居民具备了一定的自我医疗能力。虽然对一些常见病采取到药店买药或者其他替代疗法是可行的,但同时也存在着风险,如疾病治疗延误、滥用药物等。

2. 城乡之间卫生服务利用的差异明显,城市或农村不同人群之间卫生服务利用的差异有扩大的趋势。

(1) 我国城乡之间居民卫生服务利用的差异明显。近年来,城市和农村在卫生服务利用水平上的差异有逐步缩小的趋势,如:城乡居民的两周就诊率在1993年分别为19.9%和16.0%,在2003年分别为11.8%和13.9%;年住院率在1993年分别为5.0%和3.1%,在2003年分别为4.2%和3.4%,但实际上是城市门诊和住院服务利用水平不断下降所引起的。城市和农村居民在利用卫生服务上仍然存在明显的差异。农民缺乏医疗保险,经济条件差是影响卫生服务利用的主要原因。

(2) 城乡不同人群之间卫生服务利用的差异在扩大。我们按收入水平分为五个收入组,结果表明不同收入水平居民之间的卫生服务利用差异明显,未就诊率、未住院率随着收入水平的提高而降低。从患者未去就诊的比例来看,1993年到2003年城乡居民未就诊率、未住院率呈逐步上升的趋势,收入越低的组,未就诊比例越高,未就诊增加的幅度越高,也就是说城乡卫生服务

利用率下降主要归因于低收入人群。

(三) 增进医疗服务体系的绩效

要满足我国人民对医疗服务日益增长的需求,就要增进医疗服务的绩效。

1. 提高医疗服务的公平性与可及性是增强医疗服务体系绩效的根本。

医疗服务的公平性实际上是健康的公平性。世界卫生组织(WHO)认为,卫生健康领域中的公平意味着生存机会的分配应该以需要为导向,而不是取决于社会特权或收入差异;应该是共享社会进步的成果,而不是分摊不可避免的不幸和健康权利的损失。具体而言,可概括为四个方面:一是健康公平,即公平最终应表现为人群健康状况的基本相似;二是卫生服务可及性公平,即保障所有人都能够得到最基本的医疗服务;三是实际服务利用公平,即具有相同医疗服务需求的人可以得到相同的医疗服务;四是筹资公平,指按照支付能力的大小支付医疗费用。

目前,我国在健康公平方面仍存在着城乡卫生资源配置结构不合理、卫生服务利用不公平、医疗费用负担不公平等问题。据卫生部门统计,占全国近70%以上的农村人口仅拥有全国大约40%的卫生资源,而占全国30%左右的城市人口却拥有全国60%的卫生资源。全国47%以上的大中型医疗机构和49%以上的卫生技术人员集中在城市,而在广大农村,到1996年,无医疗点的行政村仍占总数的10%左右,相当部分农民甚至还难以享受基本的医疗保健。根据世界银行报告,1993年中国城市人均卫生支出是乡村人均卫生支出的4倍。为改善这一状况,2006年1月9日卫生部等七部委局联合下发了《关于加快推行新型农村合作医疗试点工作的通知》(卫农发〔2006〕13号),同时启动《农村卫生服务体系建设与发展规划》;2006年2月21日,国务院正式发布了《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》(国发〔2006〕10号)。文件提出了推进城市和农村两个卫生服务体系的工作部署,即:一是加快推进农村卫生服务体系和医疗卫生基础设施建设,健全县、乡、村三级农村医疗卫生服务体系和网络,逐步建立符合国情、适应农村经济发展和农民对医疗需求的新型农村合作医疗制度。二是加快构建以社区为基础的新型城市医疗卫生服务体系;通过调整城市

医疗卫生资源、加大政府投入、加强人才培养、完善服务功能,逐步实现小病不出社区、大病才上医院。两个文件的出台为我国医疗卫生体制改革明确了目标,指明了方向。是党中央全面分析面临的新形势、新任务,准确把握我国经济社会发展的阶段性特征做出的一项重大战略决策。为逐步建立广大群众和农民可及的医疗保障制度奠定了基础。

2. 提高医疗服务的质量 and 安全性是增强医疗服务体系绩效的关键。

医院是以提供医疗服务为主要目的的专业性服务组织,其专业的特性主要体现在专业性、复杂性、相互依赖性、不确定性和高风险性。由于具有上述特性,医院时刻面临着医疗质量和患者安全的严峻挑战。

(1) 提高医疗质量与患者安全意识。强化医疗质量管理、确保患者安全已经成为医疗卫生行政主管部门、医院行业协会、医院管理工作者和广大医务人员的共识。从国家层面看,2005年初,国家卫生部决定在全国开展“以病人为中心,以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动,以全面提升医疗服务质量;从行业层面看,中国医院协会为贯彻医院管理年活动部署,积极开展医疗质量、患者安全相关的学术交流和继续教育活动,拟订医院管理质量标准 and 规范,实施医院质量督察和评价;从医院层面看,我国各级医院不断建立质量保证体系,确保患者安全。

(2) 建立健全法律法规 and 标准规范。近年来中国政府、卫生行政部门制定了一系列法律、法规、部门规章 and 标准规范,为医疗质量和患者安全提供了有力的保证。相继颁布 and 实施了《中华人民共和国执业医师法》等五部卫生方面的法律;《医疗机构管理条例》等七部行政法规;《医疗机构管理条例实施细则》等十一个部门规章;《医师定期考核管理办法》等十五个规范性文件。这些法律、法规 and 标准规范是确保医疗质量的法律依据,也是医疗机构及其医务人员的医疗服务行为的准则。

(3) 不断完善管理方法和手段。一是医院分级管理和医院评审。1994年2月国务院发布了《医疗机构管理条例》,该条例明确规定“国家实行医疗机构评审制度”,1989年11月至1998年8月,我国全面开展了医院分级管理和医院评审

工作。目前,我国一些省、自治区、直辖市在总结以往医院分级管理和医院评审的经验的基础上,结合本地医院管理实际情况,按照本地区医院评审标准,继续施行医院评审。二是医院服务社会评价。医院社会评价是通过社会调查机构等“第三方”科学、公正地测评医院社会满意度指数,为医院管理者和行政主管部门了解医院服务质量提供量化依据,有利于医院自觉接受社会监督,强化服务意识,树立“以人为本”的患者满意观念。三是开展大型医院定点定期检查。中国医院协会受国家卫生部医政司及北京市卫生局委托,自2001年起对北京地区部分三级甲等医院进行定期检查,检查内容以“质量、安全、服务、管理、绩效”为主题,以“医疗质量、病人安全管理和持续改进”为核心。定点定期检查不但有利于医院持续改进,也有助于卫生行政主管部门掌握医院质量管理的实际情况,增强行业监管的针对性。四是颁布和实施患者安全目标。中国医院协会根据开展医院管理评价与重点大型医院年度检查工作的实践,结合卫生部2005年以来开展医院管理年督查工作情况和《医院管理评价指南》的内容,学习参考国际联合委员会(Joint Commission International, JCI)等一些国家医院行业管理组织提出的“患者安全重点目标”,颁布了《中国医院协会2007年度患者安全目标》,以促进医院质量与安全管理持续改进。五是吸收和运用先进管理思想和技术。我国一些医院吸收JCI、ISO质量标准的思想,建立符合医院工作实际的医疗服务质量管理体系。通过确定过程、展开过程、验证过程、改进过程,控制环节质量,解决医院质量控制的难点,医疗服务质量、病人满意度及社会满意度均显著提升。

3. 提高卫生资源的使用效率是增强医疗服务体系绩效的保障。

长期以来,我国投入到公共卫生、社区及农村的卫生资源极其有限。因此,加大社区卫生投入,改善社区医疗条件,不仅可以缓解大医院的就诊压力,解决群众看病难的问题,而且可以提高卫生资源使用效率,减少资源浪费。

《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》中指出,社区卫生服务是城市卫生工作的重要组成部分,是实现人人享有初级卫生保健目标的基础环节。大力发展社区卫生服务,构建以

社区卫生服务为基础、社区卫生服务机构与医院和预防保健机构分工合理、协作密切的新型城市卫生服务体系,对于坚持预防为主、防治结合的方针,优化城市卫生服务结构,方便群众就医,减轻费用负担,建立和谐医患关系,具有重要意义。并提出了到2010年,全国地级以上城市和有条件的县级市要建立比较完善的城市社区卫生服务体系。具体目标是:社区卫生服务机构设置合理,服务功能健全,人员素质较高,运行机制科学,监督管理规范,居民可以在社区享受到疾病预防等公共卫生服务和一般常见病、多发病的基本医疗服务。

国家卫生财政投入方向准确,将能大大改善卫生资源配置和使用效率,财政补助重点在于保医院基本装备,根据不同层次医院有所侧重,提高医院财政资金使用效率。随着经济的发展,医疗水平越来越高,公共财政用于居民健康的程度必然越来越高,政府应该拿出更多的钱用于医疗公益性的投入,而不是说社会越发展,公共健康问题也越应该由个人来解决。更不能把公益性的责任转嫁给医院和医疗服务者,让医院和医疗服务者用远远低于其劳动价值的价格向社会提供服务。这种价格被严重扭曲的服务,不但损害了医务人员的利益,同时也必然会产生服务黑市、药费虚高等价格补偿现象,最终也会损害广大人民群众的根本利益。

(四) 医疗专业从细分到整合

随着医学科学的不断发展,临床分科越来越细,专业越来越窄,有的医院除设有一级临床科室外,还有二级分科,有的甚至细分到只是针对某个器官、某项技术等等。在社会分工多样化、精细化的今天,医疗机构的细分也是必然的,这有利于对各专业疾病进行深入研究和提供专业化治疗。但是,是不是分科越细越好呢?随着在临床分科不断细化,一些弊端也逐渐凸显:

1. 分科过细不利于树立整体观念和坚持以病人为中心。

按身体不同部位的疾病进行分科,不仅影响了对病人整体的治疗,还会给病人带来极大的不便。现在患者就医是心脏病归心脏科管,脑血管病归神经科管,内分泌疾病归内分泌科管,康复归康复科管,心理疾病要去看心理门诊,形成了“铁路警察各管一段”、“各扫自家门前雪”的行

医模式,容易使医生只看局部而忽略整体,只看疾病而忽略病人。同时,也使病人在就医时无所适从,有时看一次病要挂好几个号,奔波于不同的科室之间,甚至是最终未果。特别是国内多数大型中医院的临床科室设置,也是分科越来越细,每一科室仅研究五脏之一或六腑之一,详其一而必略其余。长此以往,必定会束缚医生的整体观念,有悖于传统中医的思辨方式。

2. 分科过细束缚了医生整体素质的提高

由于分科越来越细,一些医生的能力越来越局限。例如,有些医院取消了大内科,取而代之的是呼吸内科、消化内科、心内科、肾内科……长此以往,呼吸内科的医生可能对消化系统疾病了解不够,肾内科医生可能不会看心内科的疾病,等等。疾病虽然表现在局部,但其实是全身性的,没有扎实的大内科知识,医生是看不好病的。而这种过细的分科,使医生减少了更多的学习和实践的机会,影响了其跨学科的能力和整体素质的提高。从长远而言,也不利于科学的进步和发展。

3. 分科过细增加了成本、浪费了资源。

由于每个科室都要“麻雀虽小,五脏俱全”,所以易形成重复建设、重复投入,也无形中增加了对医生的需求,提高了人工成本。如果这些科室之间不能“资源共享”,且“供大于求”,则又造成了资源浪费。同时,患者因重复就诊、重复检查,还增加了经济负担。

总之,医学发展的目的,是为人类健康服务。片面强调分科,显然偏离了这个主旨。临床分科不是越细越好。人体是一个整体,过度“破碎化”的专业化无助于人类所面对的纷繁复杂的医学难题的解决。系统生物学、物理学与化学、计算机科学、信息科学、工程科学的发展都应融合到生命科学的研究与实践之中,重视生命科学的复杂性和整体性已成为21世纪医学发展的趋势。因此,医疗专业又从细分逐渐走向整合。各种临床中心的出现,患者就医的“一站式”服务,著名心血管疾病专家胡大一教授倡导的“生命网”模式都说明了这一点。

三、整合性医疗服务体系

随着人们对医疗、保健需求的日益增长,片段化的医疗服务已经无法满足大众的真正需求,

而且是医疗费用急速增加的重要原因。医疗服务正由专业细分走向整合,由机构化走向体系化。因此,医疗机构整合成为发展趋势,建立整合性医疗服务体系将是提高医疗服务水平和资源使用效率的重要途径。建立整合性医疗服务体系的目的,就在于为病人提供整体化的、连续的、无缝隙的医疗服务,使其在适当的时间、适当的医疗护理机构获得最适当的治疗与护理,既使资源得到最充分的利用,同时使病人获得优质的医疗服务。整合性医疗服务体系可包括医疗服务机构整合、医院科室整合、医疗服务项目整合等。使资源的应用得到最高的效率,同时人们亦可获得好的医疗和护理。

(一) 医疗机构整合

是指由数个医疗机构,战略性地联合资源以达到资源共享、优势互补、互相合作、减少浪费,从而提高服务效率和服务水平的目的。医疗机构整合有横向整合、垂直整合,或二者兼有的整合。横向整合的主要优势是在市场占有率、规模、资金的投入及信息共享等方面具有优势;纵向整合主要是从提供医疗服务的供应链方面进行优势互补,合理配置以利用已有的医疗资源。如医疗集团、医疗服务共同体等,是将一定区域内的三级医院、二级医院及社区卫生服务中心整合为一体。三级医院是共同体的中心医院,主要承担疑、难、急、重症的诊治与研究 and 处理突发公共卫生事件;二级医院主要定位于常见病、多发病、普通慢性病的诊治和康复治疗;社区卫生服务机构则坚持六位一体的功能,实现全人群、全生命周期、全方位的健康服务。三级医院与二级医院及社区卫生服务机构之间实行双向转诊。三级医院的专家可与社区全科医生组成疾病管理团队,共同为所辖社区的慢性病患者提供统一接诊程序、统一检验质控、统一诊断标准、统一治疗原则、统一康复计划的医疗卫生服务。社区病人如需到三级医院就诊、检查,可在社区进行预约,简化了挂号、排队等程序。

(二) 医院科室整合

传统治疗模式是按照治疗手段分成内科和外科,但实际上一个疾病可能需要多种治疗手段,从而使一些病人辗转于内、外科之间,这无论是从方便患者就医、降低医疗费用、减少医疗程序方面,还是从充分利用医疗资源、降低人力成本

等方面看,都存在着弊端。医院的科室重组则是实现以上目标的重要途径,在这方面,一些医院进行了有益的尝试。通过科室整合打破内、外科界限,由内、外科医生组成的治疗团队,建立按系统疾病进行治疗的新医疗模式。例如,肾内科与泌尿外科组合形成泌尿系统疾病病房,神经外科与神经内科组成神经疾病病房,心胸外科与心血管内科组成心脏疾病病房等。又如,一些医院整合组建的心脏中心、呼吸中心、消化中心也有异曲同工之处。

首先,科室整合有利于真正做到以病人为中心,它破除了以医生为中心、科室为中心、医院为中心的传统思维模式、行为模式和管理模式,真正做到以疾病为中心,然后延伸到以病人为中心。例如,一个癫痫病人,到医院就医,接待他的应该是一个癫痫病治疗小组,这里的医生包括神经外科医生、神经内科医生、伽玛刀医生等,他们对这个病人进行综合评估,然后确定当前认为最佳的方案和治疗流程。这样有助于病人的整体治疗,避免了不必要的重复,保证了质量、提高了效率、降低了成本。其次,科室整合有利于重组医疗资源,做到资源共享,降低人力资源成本,提高了医疗技术水平和医疗服务质量,避免因科室效益等问题而出现的“抢病人”、“推病人”等不良竞争,增强了医院的核心竞争力。

总之,科学地进行科室整合是医院管理新的探索,也给医院管理者和医护人员的业务技术全面性提出了更高的要求,同时会产生新的问题和困难。

(三) 医疗服务项目整合

随着医疗机构的整合和医院科室的整合,医疗服务项目的整合也成为趋势。如建立医学影像中心,将螺旋CT、核磁共振仪、血管造影机、数字胃肠造影机、数字X光机、B型超声仪等设备整合一体,并通过现代化影像存储传输系统将CT、核磁、血管造影、放射等图像在线存储,进行计算机网络化管理。各种检查资料汇集一体,医务人员可随时调用,进行会诊。既有利于提高诊断水平,又简化了繁琐的检查流程。又如内镜中心,可整合胃镜室、十二指肠镜室、结肠镜室、支气管镜室、胆道镜室、输尿管镜及膀胱镜室、内镜清洗中心等。检验中心可整合临床、病理、遗传、生化、免疫、分子生物学、微

生物、微量元素、自身免疫等实验室,为全院甚至跨院、跨地区提供服务。

医疗服务机构整合、医院科室整合及医疗服务项目整合等形成了整合性医疗服务体系,这种医疗机构间、学科间的整合与合作,多学科的交叉融合必将极大地推进医学技术的发展和进步。

四、大中型医院在医疗服务体系中的职能定位

医疗服务体系是在不断变革中发展形成的,建立符合中国国情的医疗服务体系,也必须在现有的医疗服务体系上不断完善、不断创新。医院是社会组织系统的重要组成部分,随社会组织系统的产生而产生,只要有社会发展就必然有医院的发展。国内外的实践证明,不论是城市还是农村,作为卫生体系中的主体,各级医院的职责和作用是不可替代的。

众所周知,在由基层医疗单位、二级医院和三级医院构成的医疗保健体系中,不同级别的医院和诊所之间存在着有机的联系。基层医疗机构负责社区的健康人群、高危人群的健康管理与常见病的第一线诊疗以及住院病人回到社区后的长期康复管理。二级和三级医院主要负责复杂和疑难病的诊疗,应基层的要求进行适时的会诊和接纳转诊的住院病人,并承担对基层医生定期进行继续医学教育培训工作。因此,以社区为基础的“正三角形”医疗保健体系被认为是理想的保健体系。在“正三角形”医疗保健体系中其宽大的底部是可以被群众广泛利用的、立足于社区、提供基本医疗保健和公共卫生服务的城市社区医疗机构或者是农村卫生院和卫生所;中部是二级医院和其他能处理需要住院的常见问题的机构,例如老年护理院、妇幼保健院等治疗性机构;顶部是处理疑难问题的三级医院。由此可见,在两个医疗服务体系中,医院处于龙头地位,责任重大。医院除了完成自身的二、三级医疗、教学、科研等基本职责外,还要承担双向转诊、对口支援基层医疗机构和乡卫生院、派遣医师到基层服务、全科医师培养等任务。大中型医院要主动适应新形势,抓住时机,力争有所作为,在运行机制、服务模式、竞争方式等方面实行战略性转变。

(贾晓莉)

第二节 医院服务及其特性

医院是以诊治疾病、护理患者为主要目的的医疗机构,是对公众或特定人群进行疾病防治和保健康复的场所。医院以病人和一定的社会人群为主要服务对象,以医学技术为基本服务手段,以满足医疗保健需求为主要服务内容,以蕴涵生命健康和安全的医疗产出和非物质形态的健康服务为主要服务形式。医院服务,从内涵上看,包括技术性服务和功能性服务;从外延上看,可分为疾病诊疗康复服务、亚健康人群的保健服务、健康人群的疾病预防服务等。医院服务是一种特殊的公共产品,医院是产品的提供者,医务人员是产品的生产者,病人是产品的使用者,社会是产品的受益者。

作为典型的服务单位,医院服务与其他服务又有着本质的差异。医院服务的特性有以下几方面。

一、无形性与易逝性

医院服务在本质上是一种行动、过程和表现,不是实物。医院服务很难向病人进行具体展示,医院服务的需求和供给是同时显现的。因此,医院服务尤其是急诊服务具有地域性。医院服务很难用专利等手段加以保护,新的服务项目可以轻易地被仿效。未接受服务的患者很难感知和判断其质量和效果,对医疗服务质量进行客观评估,往往根据医务人员、服务设施和环境等有形线索来进行判断。患者为了减轻医疗服务的风险,通常相信亲朋好友的推荐、医院在社会上的声誉以及他们自己的过去的就诊经验。

医院服务不是有形产品,不能被储存、返修或返工。医务人员的技术、技能不实际操作,就会生疏荒废。医院的服务能力不及时应用到诊疗服务之中,不转化为实实在在的服务,就没有价值,就意味着资源流失和浪费。这要求医院在对医疗需求进行科学分析的基础上,合理确定医院的适宜规模,配备医务人员、医院设施和医疗设备。

二、专业性与伦理性

医院服务是知识密集型产品,是多种思维劳动的综合产物。由于医院服务关系到人的生命安危,所以法律上规定只有具备专门的知识、受过专门训练的医疗专业技术人员和具备法定条件的医疗机构,才能作为医疗服务的提供者或经营者。

由于绝大多数患者不具备医疗专业知识,很难对自己的医疗需求、服务内容和服务质量做出科学的判断,不得不依赖医疗专业技术人员的专门知识和技能。医院服务的提供者完全可能操纵患者的医疗需求,甚至可以创造医疗需求。医务人员与病人在对疾病的认识程度上极度不对称,医务人员在心理上具有绝对优势。提供者可以利用技术上的垄断地位和需求者的紧迫需要而单方面决定服务的内容和服务质量。另外,患者在疾病的诊治过程中需要把自己的身体的隐秘部位暴露给医务人员,把自己的一些隐私告诉医务人员。所以,医院服务具有很强的伦理性。医院服务的专业性和伦理性,要求医院的医务人员要树立以病人为中心的理念,发扬救死扶伤、人道主义精神,及对医疗事业无私奉献的价值观念,具备高尚的医德情操和道德素养。

三、社会性与公益性

医院肩负着重要的社会功能,医院的服务具有社会性。医院的功能,不仅仅体现在诊治某个病人的个体效果,重要的是要看它的社会效果。医院的社会功能主要体现在:(1)维护和增进人类健康。人类的繁殖、出生、发育、疾病、衰老、死亡是一个自然过程,这一过程日益需要医疗活动的干预和影响。所以,医疗保健已成为人类社会生活中必不可少的条件。(2)保护和增强社会劳动力。医疗的最佳效果是使病人重返社会,参加精神文明和物质文明建设。医疗工作是直接为生产力的基本要素之一劳动力服务的,它的作用只对劳动者的自然属性发生作用,不直接影响劳动者的社会属性。(3)社会适应不良的调