医院管理学

顾问　钱信忠　●　主编　郭子恒

（第三版）

人民卫生出版社

高等医学院校卫生事业管理专业本科教材

各省市医院管理进修班通用教材

医院管理学

（第 三 版）

顾问　钱信忠

主编　郭子恒

副主编（按姓氏笔划为序）

才生嘎　白　东　刘振声　迟宝兰

陈仲武　陈春林　张　侃　裘　麟

编委

才生嘎　于湘水　于宗河　马　骏

王志明　王培生　毛树林　白　东

石　广　刘振声　刘铭仁　刘　铸

孙学俭　迟宝兰　肖十力　陈　洁

陈仲武　陈春林　陈培元　吴克清

严渭然　张一平　张　侃　张明昭

柴元瑞　姜绍志　徐健行　黄　龙

黄慧英　郭子恒　郭普远　钱信忠

裘　麟　冀　中

第二版执行编委

才生嘎　于宗河　白　东　刘振声

陈　洁　陈春林　迟宝兰　徐健行

人 民 卫 生 出 版 社

医院管理学
（第三版）

主　　编：郭子恒
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
E - mail：pmph @ pmph.com
印　　刷：河北省遵化市今日印业有限公司
经　　销：新华书店
开　　本：787×1092　1/16　　印张：43.75
字　　数：1022 千字
版　　次：1983 年 8 月第 1 版　2001 年 3 月第 3 版第 8 次印刷
印　　数：95 901 - 97 900
标准书号：ISBN 7 - 117 - 01441 - 5/R·1442
定　　价：45.70 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）

前　言

本书自1983年出版以来，先后两次印刷共发行了八万多册。被各高等医学院校及各地举办的医院院长培训班作为教材广泛采用，也受到广大医院管理工作者较高的评价。本书基本上反映了我国医院管理这门学科的学术水平，对我国医院管理学的发展作出了一定的贡献。

随着医院管理这门学科的进展，为使本书不断完善，进一步促进我国医院的科学管理。在卫生部医院管理研究所的支持和协同下，组织了有关专家及作者，在原书的基础上合理地调整了体系，充实了新内容，增加了二十多个新章节，增订和修改成为这一新的版本。本书的编写方针在总结我国医院管理经验的基础上，结合现代管理科学，适当吸收国外医院管理的理论和方法，内容力求有较好的系统性、科学性及实用性。

本书经卫生部批准为高等医学院校卫生事业管理专业本科教材；同时卫生部医政司推荐本书作为各省市医院院长培训教材；也是广大医院管理工作者、研究人员及卫生行政干部的专业参考书。为了适应高等医学院校专业教学的需要，本书附有教学大纲。

本书共八篇三十九章。“临床科管理”及“农村医院管理”作为附篇。并附卫生部《医院分级管理办法及评审标准》。

本书有错漏及不妥之处，希予指正。

编　者

1989年4月

目　录

第一篇　总　论

第一章　医院管理学概论……1
第一节　管理概述……1
第二节　医院管理及医院管理学的概念……4
第三节　医院管理学的研究对象、内容和学科体系……4
第四节　医院管理学发展概况……6
第五节　医院管理学的方法论及其基本指导思想……8
第六节　医院管理的职能……12
第七节　我国医院管理工作的基本经验……13
第二章　医院概论……15
第一节　医院的历史发展……15
第二节　医院的定义和类型……17
第三节　医院的性质和功能……18
第四节　医院工作的特点和工作方针……20
第五节　医院发展的趋势……22
第三章　医疗及医院体系的管理……26
第一节　医疗及医院体系……26
第二节　医院分级管理与医院评审……28
第三节　地区（区域）卫生事业发展规划及医院建设……31
第四节　医疗行政及医疗行政体系……41
第五节　医疗法规……44

第二篇　医院组织领导及人员管理

第四章　医院组织……47
第一节　医院组织的基本结构和原则……47
第二节　医院构成部门和机构设置……51
第三节　医院病床编设……57
第四节　医院管理职能机构的组织与工作……57
第五节　管理辅助组织……60
第五章　医院领导……62
第一节　领导学概述……62
第二节　医院领导体制……63
第三节　院长和院长负责制……67
第四节　科主任和科主任负责制……70

第五节　医院领导的知识结构与智力结构……71
第六节　医院管理人才的培训……74
第七节　领导工作方法……74
第八节　决策方法……80
第九节　计划方法……85
第十节　目标管理方法……88
第十一节　医院规章制度……89
第六章　医院的人际关系与公共关系……92
第一节　医院的人际关系……92
第二节　病人……94
第三节　病人的权利与义务……98
第四节　医院的公共关系……99
第七章　医院人员管理……103
第一节　人员管理的概念和内容……103
第二节　医院人员的知识结构和智力结构……103
第三节　人员管理的一般原则和方法……105
第四节　人才管理……106
第五节　岗前教育……111
第八章　医院人员编设……113
第一节　人员编设的意义和原则……113
第二节　我国医院人员的职类和职种……115
第三节　医院人员编配的基本方法……116
第四节　医院人员编制及人事制度改革的讨论……122
第九章　医院思想政治工作……129
第一节　思想政治工作的作用和特点……129
第二节　思想政治工作的任务和内容……132
第三节　思想政治工作的基本原则和方法……138
第四节　思想政治工作的组织领导……142
第十章　医务工作职业道德……144
第一节　医务工作职业道德的含义和特点……144
第二节　医德的基本原则与规范……145
第三节　医德建设在医院管理中的作用……148
第四节　医德教育……150

第三篇　医疗管理

第十一章　医疗管理和诊疗组织……152
第一节　医疗管理的概念和职能……152
第二节　诊疗组织……158
第十二章　住院诊疗管理……162

第一节　住院（病房）诊疗管理的任务、意义和特点……162
第二节　住院诊疗与病房组织……164
第三节　病人入出院管理……165
第四节　病房诊疗工作的业务管理……165
第五节　重点病人诊疗的管理……176
第十三章　门诊管理……181
第一节　门诊的意义、特点和任务……181
第二节　门诊的类型与规模……183
第三节　门诊诊疗组织与业务管理……186
第十四章　急诊医疗管理……200
第一节　急诊医疗体系概述……200
第二节　医院急诊的概念、任务和特点……201
第三节　医院急诊组织……202
第四节　急诊室(科)的管理……203
第十五章　护理管理……207
第一节　护理工作概述……207
第二节　护理管理的概念、意义、范围和特点……211
第三节　护理管理中的计划工作……214
第四节　护理管理中的组织工作……215
第五节　护理人员……218
第六节　护理服务质量评价……224
第十六章　医疗技术部门管理……231
第一节　医疗技术部门管理概述……231
第二节　药剂科管理……234
第三节　营养室（部）管理……243
第四节　临床检验科管理……248
第五节　临床病理科管理……253
第六节　输血科(血库)管理……258
第七节　功能检查及窥镜检查管理……262
第八节　放射诊断与放射治疗科管理……267
第九节　核医学科管理……271
第十节　理疗科管理……274
第十一节　手术室管理……277
第十二节　供应室管理……279
第十七章　康复医学与医院康复科(部)管理……283
第一节　康复医学概述……283
第二节　医院康复科(部)管理……286
第十八章　医院预防保健和社会医疗服务……293
第一节　医院预防保健和社会医疗服务的意义、指导思想和任务……293

第二节　预防保健工作的组织……295
第三节　预防保健工作业务范围及其管理……296

第四篇　质量管理

第十九章　医院业务标准化……305
第一节　医院标准化概述……305
第二节　医院业务标准化的分类和管理……307
第二十章　医院质量管理……312
第一节　医院质量管理的意义、概念和任务……312
第二节　医疗质量与工作质量……313
第三节　医疗质量控制与评价方法问题……316
第四节　质量管理的组织工作……321
第二十一章　医疗安全及医疗事故纠纷的管理……324
第一节　医疗安全管理……324
第二节　医疗事故的定性与处理……326
第三节　医疗纠纷……331
第四节　医疗事故纠纷的防范……333
第二十二章　医院内感染管理……336
第一节　医院内感染管理概述……336
第二节　医院内感染管理的组织领导与机构……340
第三节　医院感染的预防与监测……345

第五篇　医院教育、医学研究及技术建设的管理

第二十三章　教学与在职业务教育的管理……350
第一节　医院教学工作的组织与实施……350
第二节　在职业务教育……355
第三节　业务考核……364
第二十四章　医院医学研究的管理……369
第一节　医院医学研究的意义、任务和特点……369
第二节　医学研究的基本程序和方法……371
第三节　医院科研的组织与领导……374
第二十五章　医院技术建设的管理……377
第一节　医院技术建设的概念、内容及意义……377
第二节　医院技术建设的基本方法……377
第三节　专科技术建设……379
第四节　新技术建设……381

第六篇　医院信息管理

第二十六章　医院信息管理……383

第一节　信息管理的概念与医院信息的特点和作用……383
第二节　信息处理……386
第三节　医院信息分类及体系……388
第二十七章　电子计算机在医院管理中的应用……393
第一节　电子计算机概述……393
第二节　电子计算机在医院管理中的应用范围及作用……395
第三节　医院信息系统及其基本结构……397
第四节　医院信息系统的设计模式……400
第五节　医院信息系统的开发与管理……401
第二十八章　医院统计……404
第一节　医院统计的特点、意义与任务……404
第二节　医院统计指标……405
第三节　医院统计工作程序……409
第四节　医院统计常用的计算方法……415
第五节　统计表和统计图示法……420
第二十九章　病案管理……427
第一节　病案管理概述……427
第二节　病案管理组织……430
第三节　病案管理业务……431
第四节　医疗表格管理……443
第三十章　医学情报资料管理……446
第一节　医学情报管理……446
第二节　医学图书管理……450
第三节　医学摄影及其他声像资料的管理……458

第七篇　医院设备、物资及环境管理

第三十一章　医疗设备管理……461
第一节　医疗设备管理的意义、任务和组织……461
第二节　医疗设备装备管理……465
第三节　医疗设备使用管理……469
第四节　医疗设备维修管理……474
第五节　医疗设备研制……478
第三十二章　医院后勤设备管理……481
第一节　医院后勤设备管理的范围、作用和特点……481
第二节　供水、供电、供热管理……482
第三节　制冷、空调、净化及医疗气体的管理……487
第四节　通讯及声像设备管理……489
第五节　运输设备管理……490
第六节　洗涤设备管理……491

第三十三章　医院建筑管理……493
第一节　医院建筑管理的研究对象、任务和特点……493
第二节　医院建筑总体设计……495
第三节　医院建筑的部门设计……501
第四节　医院的改建、扩建与维修……519
第五节　国外医院建筑发展趋势……520
第三十四章　医院物资管理……525
第一节　医院物资管理的意义、特点和任务……525
第二节　医院物资的分类……527
第三节　医院物资的定额管理……528
第四节　医院物资供应计划管理……532
第五节　医院物资仓库管理……535
第六节　医院物资的节约和回收利用……543
第七节　医院物资管理的组织与领导……544
第三十五章　医院环境卫生学及环境管理……547
第一节　医院环境管理的意义、内容和组织……547
第二节　医院环境保洁及管理……548
第三节　医院饮用水卫生管理……549
第四节　污水、污物、尸体的处理……550
第五节　医院服装及被服洗涤管理……553
第六节　医院环境的绿化与美化……554
第七节　医院的劳动卫生与防护……555
第八节　医院噪声管理……557
第九节　医院标牌(信息导向标志)管理……558

第八篇　医院经营管理

第三十六章　医院经营与经济管理……559
第一节　医院经营概说……559
第二节　医院经营效果分析评价……560
第三节　医院经济管理的基本内容和原则……562
第四节　医院的经济核算与成本核算……564
第五节　医院经济责任制……570
第六节　医疗技术经济效果评价……573
第三十七章　医院财务管理……579
第一节　医院财务管理的特点、任务和基本观点……579
第二节　财务计划……581
第三节　资金管理……583
第四节　会计制度……587
第五节　财务监督……589

附　篇

第三十八章　临床科管理……591
第一节　临床科管理概说……591
第二节　内科管理……591
第三节　儿科管理……596
第四节　神经科管理……601
第五节　精神科管理……603
第六节　传染病科管理……608
第七节　皮肤科管理……612
第八节　外科及手术诊疗管理……614
第九节　麻醉科管理……620
第十节　妇产科管理……625
第十一节　眼科管理……629
第十二节　耳鼻喉科管理……632
第十三节　口腔科管理……634
第十四节　中医科管理……637
第三十九章　农村医院管理……643
第一节　农村三级医疗预防网……643
第二节　县医院管理……644
第三节　乡卫生院管理……650
附录一：医院管理学教学大纲……654
附录二：卫生部《医院分级管理办法(试行草案)》……661

第一篇 总 论

第一章 医院管理学概论

第一节 管 理 概 述

一、管理的基本概念

按照马克思的说法，管理是由许多个人进行协作劳动产生的，是为了组织共同劳动。马克思指出，管理“是一种生产劳动，是每一种结合的生产方式中必须进行的劳动”。（《马克思恩格斯全集》第25卷第431页）又说：“一切规模较大的直接社会劳动或共同劳动，都或多或少地需要指挥，以协调个人的活动，……。一个单独的提琴手是自己指挥自己，一个乐队就需要一个乐队指挥。”（《马克思恩格斯全集》第23卷第367页）这就是说，管理是一切有组织的活动的一个必不可少的组成部分，只要有多数人在一起共同劳动，有社会的生产，就需要人来组织和指挥，也就是从事管理。没有管理就无法进行社会生产活动。管理是社会生产力的重要方面，就是从这个意义上体现的。随着生产和科学技术的逐步发展和社会协作的不断扩大，分工也就日益精细复杂，组织管理也相应地从简单到复杂，由低级向高级发展。

管理已发展成为一门科学，本身有它的客观规律性。只有认识和运用这些规律，才能实行科学的有效的管理。所以可以说，管理是领导人用有关原理和方法，将大家的力量和活动引向共同目标的学问。

根据管理对象的不同，管理可分为许多方面，如社会管理、企业管理、科研管理、医院管理等等。它们各有其不同的特性，但各种管理具有共性。现从管理的共性出发着重讨论管理的基本概念。

对于什么是管理，说法不一，目前还没有公认和完备的说法。下面从几个方面来讨论和认识管理的概念。

管理的本质是什么？管理的本质就是放大管理系统的功能。任何管理都是对某一具体系统的管理，因此管理理论必然和系统理论相一致。系统理论认为大系统的功能大于各小系统功能的总和。因此，社会集体劳动生产能力超过个人劳动能力的总和，就起了放大的作用。放大的倍率则主要取决于管理功能的发挥。许多事例说明，在其他条件相同时，管理水平不同生产能力就大不相同。

管理所以能起系统功效的放大作用，在于系统中各元素间存在联系。事物之间的联系，本质上就是物质、能量和信息的流通。系统理论认为系统中的联系和发展是通过信息的流通促使物质和能量的流通。管理是通过信息（各种指令、文件、通知、规定等），促使能量和物质（人、财、物）进行合理的流通。所谓合理的流通，是指适合需要的流通方向、质量、数量（效率、准确性）的最佳配合。

因此，管理的目的便在于设法提高被管理系统的放大倍率。管理的关键就在于流通。

任何信息、能量、物质的流通被阻塞，或流通方向错误、速度缓慢、效率低下、准确性差等，都会使管理功效下降（即系统运行不良）。一般管理效能低下，根本原因往往在此。

管理的手段和工具是机构体制、管理人员、管理法规和管理信息。机构体制是使管理对象构成系统的手段，因此机构体制的组成是否合理，很大程度上决定管理效能。管理人员是管理工作中最活跃的因素。要搞好管理，首先要发挥各级管理人员的积极性、创造性，提高其管理水平。管理法规（政策），保证信息和人、财、物合理的流通，从而提高管理效能。信息是管理的最基本的工具。

管理的对象是系统的要素，包括人、财、物、时间、信息等。管理人员的思维过程主要是感受信息、判断和决策。感受信息指了解情况，获得情报资料，判断是经验、理论和现实情况的综合思维过程；决策是最后一步的判断，是根据信息和判断作概率的分析。

管理作用的发挥是通过管理的职能实现的。管理的基本职能是计划、组织和控制。控制包括检查、协调、指导和评价。

管理具有两重性质：一方面它具有与社会化大生产、生产力相联系的自然属性；另一方面它具有与社会关系、社会制度相联系的社会属性。

二、管理理论发展概况

管理理论是随着大生产而产生的，有近百年的历史。它经历了从经验管理到科学管理、又到管理科学几个阶段，学派繁多。归纳起来可分为古典管理学派（即“科学管理”）、行为科学学派和管理科学学派。三个学派是互相支持的，都对现代管理学思想的总体作出了贡献。它们相辅相成，构成管理学基础。管理学基础对医院管理学有指导意义。学习研究医院管理学，应具有管理学的基础知识。

（一）早期的管理理论

在十八世纪末的工业革命以后，工厂成为资本主义生产的主要方式，从而产生了工厂管理的需要。管理理论最早的代表人物是英国经济学家亚当·史密斯（Adam Smith，1725～1790）。他的劳动价值论，特别是分工的理论，对于资本主义的经济管理具有重大意义。这个时期主要特点是，资本家直接担任管理者，凭个人经验和意志进行管理，工人凭自己的技能和经验来决定自己进行生产的方法，生产效率是低的。这种做法还没有摆脱小生产的传统，所以又叫传统管理或经验管理。这种管理方式对当时生产力水平还是适应的。这个时期发展比较缓慢，大约经历了一百年左右。

（二）科学管理理论

从19世纪末到20世纪40年代，随着自由资本主义向着垄断资本主义过渡，传统管理已不能适应生产发展的需要，逐步发展到科学管理阶段。这个阶段的主要特点是，资本家与经营管理人员分离，出现了专业经理制，使管理向科学化、标准化发展而形成为理论。这个阶段的主要代表人物有美国的泰罗（F. W. Taylor，1856～1915）和法国的法约尔（H. Fayol，1841～1925）等人。他们主要研究解决的是生产组织方法科学化、生产程序标准化、提高生产效率等方面的问题。

用科学管理代替传统管理、创立科学管理理论体系的是美国的泰罗，西方称他为“科学管理之父”。他的科学管理制度称为“泰罗制”。泰罗是钢铁公司工人出身的工程师。他根据自己多年试验研究的结果，于1911年发表了《科学管理原理》一书。泰罗的科

学管理的特点是：注重研究提高生产效率，如增加生产速度，减少成本和疲劳。主要从生产作业上进行研究。如对生产操作三个方面的要素的研究。即：动作的研究，时间的研究和工序的研究。对动作的研究，他观察了工人生产时的每一个动作，哪些是必要的，哪些是多余的，哪些是错误的，然后规定出每项工作的最有效的标准动作，这就产生了劳动操作标准化管理制度。时间的研究，就是规定生产中每一标准动作的标准时间。后来产生了时间定额管理制度。工序的研究，就是对生产程序作合理的安排，后来产生了流水线作业法。此外，他还研究了生产中的人、设备、材料的活动关系和效率，研究了工具设备的设计，工具安放的合理位置和减少使用疲劳等。在这些研究的基础上，他又提出用生产量来决定工资，就是差别计件工资制。这些管理思想和方法，很大程度地提高了劳动生产率。用科学的方法，发展工作中各项要素，用科学方法培训工人，使计划者与执行者分开等等，才能提高生产效率。所以泰罗认为“一切管理问题都可以而且应当通过科学办法加以解决”。他提出的公式是“最小的劳动，取得最大的产值”，这是他的科学管理理论的核心。

泰罗制有两个明显的弱点：一是忽视了管理组织的作用；二是忽略了人的能动作用。列宁评述“泰罗制”说：“资本主义在这方面的最新发明——泰罗制——也同资本主义其他一切进步的东西一样，有两个方面，一方面是资产阶级剥削的最巧妙的残酷手段，另一方面是一系列的最丰富的科学成就，即按科学来分析人在劳动中的机械动作，省去多余的笨拙的动作，制定最精确的工作方法，实行最完善的计算和监督制等等。”（列宁选集第3卷第511页）泰罗的科学管理原理为管理科学的发展奠定了基础，是现代管理理论的重要组成部分。

与泰罗同时期的法国人法约尔，着重企业上层管理阶层和全企业的管理，着重管理组织、管理职能和管理过程的系统化的研究。他的理论弥补了泰罗的不足，对科学管理做出了重要贡献（参见第四章）。

科学管理的思想原理，主要应用于工厂、企业，也是早期科研管理、医院管理的理论依据。在本世纪初，美国医院开始引进科学管理的思想方法，对医院管理有较大的影响。当前，科学管理的科学化、系统化、标准化仍是我国医院管理的重要内容。

（三）现代管理科学理论

第二次世界大战以后，随着现代化大生产的发展和现代科学技术在生产中的广泛应用，管理学家发现，提高效率固然重要，增加经济效果在管理上更重要。前者注意生产速度，减少成本和疲劳，后者注意正确的方针政策。经营方针不对，再高的效率也无意义，也无法在竞争中取胜，这样就产生了如何达到好的经济效果而去加强管理的一套理论和方法。

在现代管理理论中，以西蒙（H·A·Simon）为代表的决策理论或组织理论学派影响最大。西蒙认为，现代企业的管理主要不是作业，而是决策。他提出，“管理就是决策”，决策是管理的关键，决策错了，管理效率越高越不利，所以必须有一套正确的决策新技术，选择最佳的可行方案。

现代管理科学显著的特点是：尽可能大量地引用科学技术最新成就，引用系统的概念，运用运筹学等数学方法，以及广泛应用电子计算机技术。管理科学在近一二十年来已形成一个综合管理概念，一般称之为系统工程。管理科学大致包括以下的概念、方法

和应用范围，如数理规划、排队论、库存论、生产计划、控制、质量控制、决策论、模拟学、网络分析以及管理信息系统等。管理科学另一个显著特点是重视人的作用和人才的研究。由于社会化大生产，机器代替了人的体力劳动，而复杂的机器设备又需要有技术的人去掌握，调动人的积极性、创造性才能充分发挥技术的作用，人的因素被看得非常重要。由此产生了"行为科学(behavior science)"。早期的行为科学学说是美国哈佛大学心理学教授迈约（G. E. Mayo，1880～1949）在30年代，经过著名的霍桑工厂试验提出来的。他认为生产不仅受到物理和生理因素的影响，而且受到社会的、心理的因素的影响。认为人的工作效率是能力和激励的函数，是根据能力×工作时间×工作热情来决定的。激励因素的基础是需要。他第一次将社会学、心理学引进管理。其代表作有《工业文明中人的问题》、《管理与工人》、《管理与精神》。行为科学的产生，给管理理论带来新的变化。过去管理以事物为中心，现在提出以人为中心的管理思想，强调引导、激发人们的积极性，使之纳入企业所需要的轨道。第二次世界大战以后，许多国家的企业开始从行为科学角度研究企业管理，很有成效。

现代管理科学中，如系统思想和方法、信息思想和方法等，已开始被医院管理所引用。医院管理与现代管理科学相结合，也是必然的发展趋势。

第二节　医院管理及医院管理学的概念

医院管理是一门科学，已逐渐被人们所公认。科学就是对客观事物发展规律的正确认识和总结。医院管理（hospital administration）就是按照医院工作的客观规律，运用有关理论和方法，对医院工作进行计划、组织和控制的活动，以提高工作效率和效果，发挥其应有的功能。

研究医院管理现象及其规律性的科学叫作医院管理学。

医院管理是一门应用科学，也是一门边缘性的学科。它既与医学科学相联系，又与社会科学相联系，并以它们为基础。医院管理学是管理学的一个分支。

第三节　医院管理学的研究对象、内容和学科体系

医院管理学的研究对象主要是医院系统及其各个层次的管理现象和规律。同时也要研究医院系统在社会大系统中的地位、作用和制约条件。

凡是一门科学都有其学科体系。学科体系又称作理论体系，就是该学科的有机组成和理论论述方法，这样便能明确学科的研究对象和范畴以及对象之间的有机联系，促进这门学科逐渐发展和成熟。

关于医院管理的学科体系，目前国内外还没有形成比较一致的意见。有的是以部门及科室来分类的，其特点是实用性强，但构不成理论体系；有的把医院管理分为行政管理、技术管理及经济管理，这种提法比较笼统，概念也不大清楚，不便于展开研究论述。

我们主张医院管理学可以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原理和医院概论等基本理论问题，也就是医院管理学总论。它的主要内容有医院管理学的概念、研究对象、学科体系、学科发展历史、医院管理职能、医院管理学方法论和基本原理（辩证唯物主义方法论和现代自然科学方法论——系统论、控制论、信息论在医院管理中的指导作用）。医院概论主要从社会角度

来研究医院这个特定系统的一般规律，所以也可以称作“医院社会学”。它的内容主要有医院的定义、类型、性质、地位、任务和功能、工作特点、工作方针、医院发展的历史和发展预测等。此外，还要研究医院体系（医院群）的管理，包括社区医院布局及发展建设规划、医疗法规、医疗行政、医院资金、医疗保障制度和医疗费问题、医院协作、医院人员配置、培训和医院工作监察、评审等。

应用管理部分则主要研究医院管理这个系统中相互有联系又有区别的各要素（即专业管理），也就是医院管理学各论。这些要素包括人的管理、事（医疗、技术）的管理、信息的管理、物资设备的管理、财的管理。由这些要素形成若干专业管理，每项专业管理又分为若干子系统（图 1-1）。

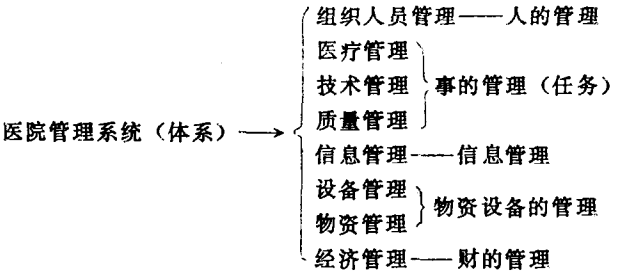


图 1-1　医院管理体系示意图

这种学科体系的优点是：使医院管理具有整体性、层次性，理论性及实用性都强，而不是各自孤立，就事论事。

组织人员管理的任务是，医院中有关体制、机构、人员的编配、职权的划分和调动人员积极性问题以及人员的教育训练、素质的提高等的计划和组织工作。

医疗管理的任务是，通过科学的组织、计划与控制，使医疗过程的诸要素——医务人员、医疗技术、医疗设备、医疗物资和医疗信息得到合理的结合，以提高工作效率，提高医疗质量和技术经济效果。其内容包括门诊管理、住院诊疗管理、护理管理、诊疗技术部门的管理、预防保健的管理等。广义的医疗管理包括技术管理和质量管理，狭义的医疗管理只指医疗实施过程的管理。

技术管理的任务是，对医疗工作中的技术活动（包括医疗实践中的技术活动和技术的发展与提高任务等）进行计划、组织、控制和发展与提高的管理，以不断提高技术水平和医疗质量。其内容一般包括医疗技术标准化管理、预防技术管理(医院卫生学管理)，新技术开发和技术建设的管理、科学研究的管理、技术训练和技术考核的管理等。

质量管理的任务是，研究医疗质量形成的规律，对医院各项工作质量和医疗质量进行计划，组织和控制以及评价的方法。

信息管理贯穿在各项专业及其互相联系中。作为一项专业管理，其任务是研究医院信息的特点、信息处理的方法、医院管理信息系统的建立和情报资料工作的管理（如医院统计、病案管理、资料管理等）。

设备管理的任务是，为医疗工作提供优良的技术装备，使医疗活动建立在最佳的物资基础之上。医院设备包括医疗设备、建筑设备和后勤设备。

物资管理的任务是，对医疗过程中需要的药品、器材、物品、燃料等的采购、储备、

使用等进行一系列组织管理。

经济和财物管理的任务是，进行经济核算和成本核算，以较少的财力物力发挥较大的医疗技术经济效果；降低医疗成本，避免浪费。管好用好资金，合理地组织收入和支出，保证医疗业务的开展以及发展业务的需要（广义的经济管理包括经济核算和财务、物资、设备以及劳动管理）。

医院管理系统内部各部分可以有各自的目标，但整个系统有一个总的目标，各部分的目标要服从于整个系统共同的总目标。系统内部必然有一个主体，它对总目标的实现起着主导作用。医院工作的主要目标是高质量地完成诊治疾病的任务，满足社会医疗需要。实现上述目标的主体是医院的医疗过程，以及为完成医疗过程所需的技术准备和质量措施。因此，医疗管理、技术管理、质量管理应是主体。组织人员管理、物资管理、设备管理和经济财务管理应围绕医院总目标，与医疗过程管理的这个中心联系起来并为医疗过程服务，从而构成医院管理的系统。

各项专业管理各有其特点，这是相互区别的一面；而另一方面它们之间又密切地相互联系，交叉和渗透在一起。如讲医疗管理就必然涉及技术、质量问题，涉及设备、药品、物资问题，也涉及人员组织和经济问题。讲经济管理也离不开物资、设备、人事组织（劳动管理）和医疗技术经济效果。这些在实际管理工作中也是相互交叉渗透的，这正是管理要素之间相联系的一面。我们研究医院管理应以整体出发，从综合的、分解的两方面进行研究。

第四节　医院管理学发展概况

医院的科学管理，开始于本世纪初，产生于美国。

在上一个世纪，欧美国家担当医院管理任务的人，大多是慈善团体理事会的干事（secretary），而医院的具体管理工作是在医院总护士长（matron）协助下完成的。医院的诊疗工作，是在外部开业医师的合作下进行的。公立医院（主要诊疗穷人、精神病人、传染病人）任命在职医师为医监或者医务长（medical super in tendent or mledical director），在干事的协助下对医院进行管理。

到了本世纪，由于医院的迅速发展，医院里医疗活动日趋复杂，要求医院管理者有一定的医学知识，同时也需要有财务经营管理知识，否则就难以胜任管理任务。因此，美国出现了需要对医院管理者进行专门教育的议论。同时，受科学管理的思想影响，早在1918年美国外科协会就开展了医院标准化运动，对不符合该协会标准的医院的医生不予承认会员资格。全美国受其影响，进行了适合于这一标准的设施改革。该协会活动调查委员会主席、医院管理教授麦克依陈（MacEachen 1881-1955年）于1935年发表了《医院的组织和管理》专著，开始形成医院管理学体系。这本书产生了很大的影响，至今仍具有指导意义。关于医院管理教育，开始时美国医学会组织了现职医院管理人员的讲习会。从1934年开始，美国芝加哥大学开设了医学管理课程。二次世界大战以后，很多大学设立此种课程，由大学培养医院管理专业人员。美国的医院管理学以及医院管理学大学教育的成果，引起世界各国的重视，许多国家都效仿美国的做法在大学设立医院管理专业讲座，大都设在公共卫生学院，并有逐步扩大为卫生管理学的趋势。

在日本，战后引进了美国的医院管理方法。1949年，厚生省成立了“医院管理研修

所”，负责医院管理教育，轮训医院管理干部。1961年改为“医院管理研究所”，进一步充实研究组织，成为医院管理的科研和教学中心。从1964年开始建立医院管理专修科，对医科大学毕业者进行为期一年的专业管理教育，培养未来的医院管理干部。此外，一些医科大学也相继增设了医院管理课程。有了这些教育机构，再加上医院管理研究工作的开展，教育与研究结合，促进了日本医院管理工作的进步和发展。另外，医院管理不仅是医院内部的管理工作，还应包括社会医疗组织和医疗管理的研究，美国正朝着这个方向发展，也将成为发展趋势。

我国医院管理工作，建国几十年来积累了丰富的经验。解放前，国内一些大城市的医院管理，主要是接受了欧美一些国家的管理方法。建国初期，50年代主要是采用苏联的管理体制和方法，如科主任负责制等。但在医疗技术管理方面，北京协和医院的一套医疗制度和常规仍有较大影响。这一时期虽然还未形成一套我国自己的管理经验，但医院发展是正常的，也是较快的。“大跃进”年代，医院工作虽有发展，但在“左”的思潮影响下，医院管理有些方面违背了客观规律，如挫伤了知识分子的积极性，违背了以医疗工作为中心，在科研、技术革新和西医学习中医方面的形式主义、浮夸风等，曾一度造成医院管理秩序的混乱。60年代初，为贯彻“调整、巩固、充实、提高”八字方针，总结经验教训，卫生部制定了医院工作条例和各种规章制度，贯彻知识分子政策和以医疗工作为中心、不断提高医疗质量的指导思想，医院正常管理秩序很快得到了恢复，医院管理学术活动也开始活跃起来。1963年总后卫生部主编的《军队医院管理》一书是我国第一部医院管理学方面的专著。卫生部也曾开办全国医院院长进修班，培养医院管理干部。我国医院管理工作出现了可喜的前景。可是，在“文化大革命”十年内乱中，管理科学被全盘否定，全国医院的管理工作也遭受到严重破坏。

粉碎“四人帮”以后，特别是党的十一届三中全会以来，党的工作重点转移到社会主义现代化建设上来，管理科学受到应有的重视。卫生部在全面总结建国以来医院管理工作经验的基础上，修改制定了《全国医院工作条例》，修订颁发了《医院工作制度及各级人员职责》等文件，对整顿医院工作起了很大的指导作用，也促进了全国医院的科学管理。

在教育培训方面，为了加强医院科学管理的需要，全国各地相继举办了各种形式的医院管理进修班，并在哈尔滨医科大学、北京医科大学、上海医科大学、同济医科大学、西安医科大学、华西医科大学及北京中医学院等院校及一些职工医学院开办了卫生事业管理专业（本科和专修科），系统地培养管理人才。

在学术方面，1980年11月中华医学会召开了全国第一届医院管理学术会议，同时成立了全国医院管理学会。这是我国医院管理史上的一个重要事件。各省市相继成立了医院管理学会，使我国的医院管理学术研究进入了有组织活动的时期。专业研究机构也开始建立，卫生部医院管理研究所已在筹办。它将成为国家医院管理学研究和培训的中心。地方的、高等院校的医院管理研究机构也相继出现。

在编著出版方面，一些省市先后编写了医院管理专著、讲义及论文汇编。辽宁的《医院管理学》，黑龙江的《实用医院管理》及天津的《现代医院管理》等著作，各有特色。卫生部委托北京医科大学组织全国有关专家编写的《医院管理学》（即本书第一版），反映了我国医院管理的学术水平，在全国产生了较大的影响。这些专著对发展我国的医院

管理学作出了贡献。此外，一些专业管理论著也相继出版，如《医疗事故纠纷的防范及处理》、《医院内感染及管理》、《医院人才管理学》、《医院护理管理》等。在学术刊物方面，1981年在黑龙江创办了我国第一个专业杂志《中国医院管理》。多年来，它推动了我国医院管理理论的发展建设，指导了管理实践。它举办的刊授教育，组织出版的一批医院管理学专著，如《医院管理学简明教程》、《医院管理基础》及《医院管理入门》等以及一些译作，对普及医院管理知识，繁荣学术作出了贡献。北京医科大学创办了以介绍国外医院管理为主要内容的《国外医学·医院管理分册》，它提供了国外医院管理信息，受到了欢迎。中华医学会于1985年创办了《中华医院管理杂志》，开辟了新的学术阵地，促进了学术的繁荣。

学术活动方面也较活跃，对理论研究探讨，如对医院质量管理、标准化管理、经济管理、医德医风管理、门诊急诊管理、病房管理、护理管理、医疗安全管理、设备管理、人事管理、计算机的应用、医院领导体制、工作特点、学科管理体系的建立、现代管理的应用以及医院改革等，都有一定的深度和广度。同国外学术交流也有发展。总之，在我国已出现一个对医院管理学习和研究的繁荣局面。当然，目前我国医院管理科学有待大力发展，许多理论问题有待我们进一步探讨。

第五节　医院管理学的方法论及其基本指导思想

一、方法论概说

方法论是指认识世界和改造世界的一般方法。每一门科学都有它的方法论，也就是总的指导思想和原则。

研究我国社会主义医院管理，必须从我国的实际出发，掌握有关社会科学知识、医学基本知识（包括基础医学、临床医学、预防医学和社会医学）和现代管理科学基本知识（如管理原理、组织原理、系统科学、数理统计等），并以这些为理论基础。此外，还要采取一般科学研究的基本方法。如运用调查的方法、综合的方法、统计的方法和实验的方法等，反对形而上学的方法，如形式主义、烦琐哲学等。

研究医院管理，必须重视和认真总结我国医院管理的实践经验，同时要研究现代管理科学在医院管理中的应用。

但研究国外一切先进的科学管理理论和经验，要注意两个问题：一是要符合国情，二是要符合实际。

二、医院管理学的基本指导思想

医院管理学首先应以辩证唯物主义世界观和方法论为指导思想，其次以三论（即系统论、信息论、控制论）及管理学原理等为基本理论，大体上有以下的观点：

（一）规律性观点

规律性观点本是马克思哲学的基本原理之一。马克思主义认为：规律是事物、现象或过程之间的必然的关系。规律是具有本质性的内部联系，规律也是现象间的必然的关系，是现象中的普遍的东西。

过去在医院管理中有的对按照客观规律办事的重要性认识不足，因此办医院往往不大考虑客观规律。正确的方针政策是反映客观规律的，往往具有巨大的指导作用，但方针政策的执行也要结合医院的实际情况和条件，才能取得满意的效果。管理作为一门科

学，本身有它的客观规律性。即存在不依人们意志为转移的客观规律和客观最优管理态。医院管理者的责任就是正确认识医院的医疗客观规律，掌握科学管理方法，使医院管理按最佳态运动和发展。管理者最容易犯的毛病是主观随意性，主观脱离客观，愿望脱离实际可能，以想当然代替客观实际。

（二）发展观点

发展观点也是辩证唯物主义的一个基本观点。唯物辩证法告诉我们，一切客观事物都是处在不断运动、发展、变化之中的。管理必须与不断发展变化着的客观事物相适应，并且促进事物向有利于管理的方向发展。管理的对象是一个发展着、运动着的事物，经常会有许多未知的新事物发生。对遇到的新问题、新事物，都首先要尽可能把它的性质、外延、内涵，来龙去脉，客观规律搞清楚。对事物本质的认识就是建立新概念的过程，叫作概念开发。高层次管理是建立在不断概念开发和更新概念基础上的。

发展观点强调管理上的动态性、灵活性和创造性，具有发展眼光，立志于改革。切忌维持现状、墨守成规、停滞不前、思想僵化。

（三）系统观点

任何管理都是对一个具体系统的管理。因此，管理科学必须按系统原理展开。医院管理也不例外。

医院是一个系统。所谓系统，一般地说，就是由相互作用和相互依赖的若干组成部分相结合而成为具有特定功能的有机整体。有各种各样的系统形态，总的可分为两大类：一类是自然系统，就是自然界本身存在的系统，如人体系统、海洋系统、生态系统等等；一类是人造系统，就是经人改造的或由人创造的系统，如生产系统、医疗系统、教育系统、军事系统等等。

作为一个系统，应具备以下的特征：

1. 集合性：系统起码是由两个以上可以区别的要素所组成。反过来说，一个系统可以分离出两个以上的组成要素。

2. 相关性：组成系统的要素是相互联系、相关作用的。

3. 目的性：人造系统都有其整体目的，没有明确目的系统是不应当存在的。医院系统的目的是医治病人，学校系统的目的是教育培养人才。

4. 整体性：系统是作为一个统一的整体而存在的，其要素是不能脱离其整体的。任何一个要素不能离开整体去研究，要素间的联系和作用也不能脱离整体的协调去考虑。研究任何事物的单独部分不能使你得出有关整体的结论。系统的功能应具有整体性。

5. 环境适应性：是指一个系统与外界的关系。任何系统都存在于一定的物质环境（更大的系统）之中，因此它必然与外界环境产生物质的、能量的、信息的交换，必须适应外界环境的要求和变化。能够与外界保持最佳的适应状况的系统，是理想的、有生命力的系统。

医院系统同样具有以上的特征。按照这五个特征建立起来的系统是合理的、完整的、科学的。

所谓系统的观点，就是把所研究的事物看作一个系统；系统的整体性、目的性和系统的最优化是系统理论的核心。所谓系统分析或系统方法，就是在掌握系统的概念、系统的特征、系统的基本组成、系统的基本形态的基础上，把对象当作系统来考虑、分析，

设计和运用，并按一定的程序和步骤展开的方法，以达到系统的最优化。

医院系统和其他系统一样，由若干要素所组成。医院是进行医疗活动的单位，它必须具有进行医疗活动所必需的医务人员、医疗设备和医疗物资等医疗要素；同时还要有反映这些医疗要素相互结合和运转的价值表现和信息表现。所以，医院系统是由下列基本要素组成（图 1-2）：

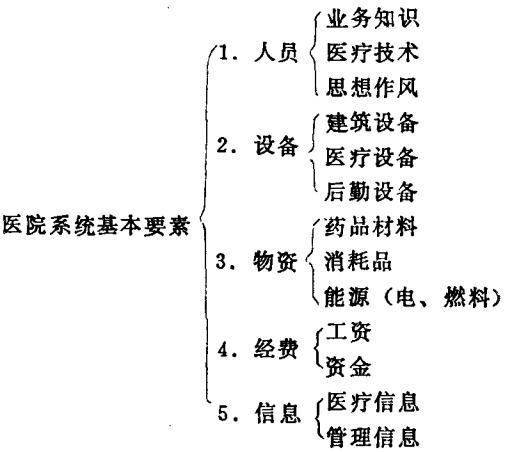


图 1-2　医院系统基本要素示意图

所谓要素就是组成系统并进行活动的基本的部分。我们所讲的系统是运行着的系统。五个要素不是孤立的、静止的，而是相互依赖、相互影响、相互流通的。系统的运行就是这几个要素间的流通。

在医院总系统中，各分系统之间相互作用、相互依赖的关系，就靠这几个方面的要素（归纳起来为人流、物流、信息流）的流通而体现出来的。

我们研究系统的要素，一定要认识到这些要素都是受到客观条件的制约，如：人员条件、技术条件、物资条件、经济条件、社会条件等。进行医院管理首先要认识这些制约条件，也就是从实际出发，从而能动地求得在制约的条件下系统的最佳运行。

医院系统和其他系统一样，按功能可划分为若干子系统（分系统）和下面更小的子系统，形成层次结构。划分子系统的目的，是便于分析研究各类子系统之间的关系，达到管理与控制的局部化、简单化。各子系统执行特定的功能，有相对的独立性。总之，任何系统都不是孤立的，它总是处在各个层次的系统之中。它在内部和外部都要进行物质、能量、信息的流通。因此，为了达到最佳化管理，必须进行系统分析，这就是管理的系统观点。

贯彻系统的原理应抓住以下的环节：第一，整体性。管理必须有全局观点，把系统作为一个整体看待，从整体上协调局部，形成一个管理体系。第二，目的性。不同系统有不同的目的。医院管理必须按医院的功能、特点办事。第三，层次性。系统各层次之间，应职责分明，各层作各层的事，才能达到有效管理。第四，最佳化运行。就是研究系统中物质、能量和信息的合理流通。

（四）责任制的观点

责任制的观点就是分工负责的观点。列宁指出“管理的基本原则是——一定的人对

所管理的一定的工作完全负责”。有分工才有责任，每个一定管理层次上的管理者所应该具有的职、权、责、利要统一，要分明。他有一定的职和权，这同时就决定了他负有一定的管理责任。而“利”是对管理者运用职权结果的一种奖惩，实质是对管理责任的评定和考核。职、权、责、利缺一不可，体现了责任制的全部内容。管理没有责任制，这种管理是低效能的。

（五）信息反馈的观点

任何系统的控制都是通过反馈实现的。一个控制指令发出去，系统运动到一个状态，调查了解这个运动的实际情况，对偏离指令的情况不断进行调节的功能，就是反馈。没有有效的反馈就无从进行管理控制。忽视管理中的信息和反馈，是官僚主义者的特点。管理是否有效，关键在于是否有灵敏、准确、有力的反馈。灵敏、准确、有力的程度是一种管理制度是否有生命力，或者一个管理功能单位是否有效的标志。这就是现代管理中信息反馈原理。要使反馈信息灵敏、准确、有力，就必须及时掌握各种信息，有高效能的信息分析系统，只有这样，才能决断有力，及时进行调节，达到管理的目的。

（六）封闭观点

封闭观点是指任一系统内的管理手段和管理职能必须构成一个连续封闭的回路，才能形成有效的管理运动，就是管理的自主、自律性。任何系统都与外部进行物质、能量、信息的交流，在系统内部都是一个相对封闭的回路，物质、能量、信息才能在系统内自律地、合理地流通。如人体系统、电路系统、管理系统莫不如此。因此，管理应该象一个框图，有明确的边界，明确的输入和输出。它的相对封闭性表现在一方面是指作为管理手段的管理法规、管理机构、管理人员和管理职能的计划、组织、控制等，都有不受外界干扰的相对独立权限；另一方面指管理运动要形成封闭的回路，不允许有干扰其正常运动和阻碍流通的内部因素存在。如岗位责任制是一个管理法，但如果不监督执行，执行好不好又没有明确的赏罚，这个管理法就不封闭，只是写在纸上的东西。又如，医院行政业务工作由院长全面负责，院长就必须有充分运用人财物等手段的管理自主权，否则就无法使这个医院高效能运转起来，这个责任制就不是封闭的。又如下达科研计划，应该将课题和人财物配套计划一起下达，才是封闭的。

（七）能级观点

作为管理手段的机构、法、人都是分层次的。高一级有高一级的能量，低一级有低一级的能量，各级发挥应有的作用，这就是能级观点。

实现能级原理要注意以下几点：第一，管理能级必须按层次具有稳定的组织形态。稳定的管理结构应是正三角形，上面尖，下面有着宽厚的基础。管理三角形应分为4个层次：最高层为经营层，第二层是管理层，第三层为执行层，第四层为操作层。各层次使命不同，标志四大能级差异，不能混淆。第二，不同能级应表现出不同的权力、物质利益和精神荣誉。这三者与能级相对应，才能符合封闭原理，使职、责、权、利达到一致。第三，各类能级必须动态地对应。就是要人尽其才，知人善任，使相应才能的人得以处于相应能级的岗位。人才不断流动是必要的。

（八）动力观点

管理必须有强大的动力，而且要正确运用动力，才能使管理运动持续而有效地进行下去，这就是动力观点。

动力有物质动力和精神动力。物质动力包括物质利益（物质待遇、赏罚）和经济效果。物质动力是基本的动力。精神动力包括思想政治工作，树立革命理想、抱负、事业心，精神鼓励（荣誉称号等），晋升考核、职称、学位等。精神动力往往具有巨大的威力，在特定情况下可以成为决定性动力。此外，信息也是动力，它可以推进赶学先进，是竞争的基础。

（九）重视人的因素的观点

在系统诸要素中人是最主要的要素。重视人的因素、调动人的积极性，已成为现代管理的一条重要观点。传统管理以事物为主体，现代管理则确认以人为主体。认为只有充分调动人的积极性、主动性、创造性，才能充分发挥现代技术和设备的作用，取得较大的技术经济效果，达到管理的目标。

要重视人的因素这一观点，在管理实践中则应注意以下几个方面：第一，重视激励人的积极性；第二，重视人才；第三，重视在职教育；第四，实行民主管理。

（十）社会化观点

社会化观点是指以下一种开放式管理思想：在党和政府的统一领导规划下，充分发挥社会主义制度优越性，打破行政隶属之间的界限和“大而全”、“小而全”的个体封闭式结构，通过一定的形式和原则，把各类医院组织成为一个有机的医院体系，进行分工与协作，充分进行人财物和信息的交流，最大限度地发挥医院体系的社会功能，以提高技术经济效果。如统一规划，合理布局，实行分级分工医疗，形成完整的地区医疗网；在专业技术人员管理上，实行交流、协作；在技术建设和医学科学研究上，实行社会化分工与协作，有重点的发展专科；在后勤及技术服务上如生活服务、器械维修、情报资料和大型精密仪器使用等，实行社会化、专业化管理。

（十一）有效的观点

管理必须有效。管理是手段、方法，不是目的。管理者通过科学的管理，求得最好的社会效果或者最大的经济效益，这才是管理的目的。有效，实际上是衡量判断管理好坏的标准。管理有效性的判定，主要不是管理者自己，而是社会实践，就是说管理效果的判定不在系统的内部而在它的外部。工厂管理的好坏是由产品的消费者来判定的，医院管理的好坏是由病人来判定的。管理的有效性，就是用尽可能小的投入，获得社会需要的满意的效果。所以对医院管理来说，提高医疗质量的观点、经济的观点都是和有效的观点统一的。以较小的人、财、物的消费，取得满意的医疗效果，是医院管理的目的。

（十二）经营的观点

随着我国有计划商品经济的发展，医院的经营管理也在由服务型向经营型转变。虽然我国医院的基本性质是不以盈利为目的社会主义卫生事业单位。但资金来源离不开国家的投资和补贴，所以它具有一定的福利性。医院除了靠国家的投资与补贴外，还要靠自身的有偿服务，以求生存，求发展。因此，它是一个具有相对独立的经营实体。打破“大锅饭”、不核算的弊病，才能提高医疗经济效果和医院的活力。要树立经营观点和与此同时存在的医疗市场观念和竞争观念。

第六节　医院管理的职能

管理的职能就是管理工作的要素，也是管理的过程。医院管理的职能由计划、组织、

控制与协调、指导与教育、发展与提高五个方面组成。

一、计划

计划是管理的首要职能。计划就是确定目标（短期或长期目标），提出实现目标的方法步骤，选定实现目标的手段。而目标有整个医院的目标和个别部门的目标。在制订计划和目标时，就要进行调查研究和预测，并在分析比较的基础上，作出最优决策。

二、组织

实现计划目标，要建立有效的、连续性的工作系统。这个系统包括体制机构的建立和设置，人员的选择和配备，规定职务、权限和责任，建立工作制度和规范。同时建立有效的指挥系统，使单位的工作，有机地组织起来，协调地发展。

三、控制与协调

计划执行过程（工作过程）必须在有控制的条件下进行。通过建立管理信息系统，进行反馈调节，了解工作实际情况，同原定目标、计划、制度、指令等作对比，找出偏差和问题，加以调节，使工作达到预期效果。所谓控制，包括检查、协调、评价，等等。

协调是另一种形式的控制。医院工作是“联合兵种作战”，领导者经常用会议等形式，调节各部门的工作，使之步调一致，密切配合。

四、指导与教育

指导者必须使其下属明确干什么，怎么干。充分发挥人的作用，激励职工的积极性、创造性；并进行培训教育，不断提高业务水平，更好地完成目标。

五、发展与提高

管理工作是一种创造性劳动，而不仅是适应性工作。创造性主要表现在如何提高所从事管理的系统的放大倍率。医院业务应客观地处在不断发展进步之中，才能不断提高医疗质量。管理的职能就在于促进医院业务的发展与提高。

进行医院管理工作，主要就是要研究和实施以上这些基本管理职能的理论、原则、制度和方法。

第七节　我国医院管理工作的基本经验

一、我国医院管理工作的基本经验

三十多年来，我国医院管理工作几经周折，在实践中积累了丰富的正反两方面经验。其基本经验大体上有以下各点：

1. 坚持医院为人民服务、为社会主义建设服务的社会主义方向。加强党的政治领导，加强思想政治工作，加强医务职业道德的教育，使建设社会主义精神文明与医院管理相结合。坚持医院的改革，在改革中求发展。

2. 办好医院必须依靠广大医务工作者，充分调动知识分子的积极性，重视专家和技术骨干的作用。要办好医院提高人员的素质是关键。

3. 必须按医院工作的特点和规律办事。医院工作必须以病人为主体，以医疗工作为中心，统筹安排好医疗和预防、教学、科研以及其他各项工作的关系，不断提高技术水平和医疗服务质量。

4. 办好医院必须加强科学管理，不断提高管理水平和工作效率。必须建立和健全以责任制为中心的各项规章制度和技术标准。多年来制定的各项制度和常规基本上是行之

有效的。

5. 办好医院必须注意技术建设。首先要重视科技进步和人才培养，建立一支成龙配套的、各级各类人员有合理比例的技术队伍。要重视设备的装备和更新。实行医教研三结合，坚持在职培训，结合临床开展科研，进行重点专科技术建设等都是成功的经验。

6. 医院必须按经济规律办事，重视经济管理，合理有效地利用卫生资源。

7. 实行以医院为中心扩大预防、指导基层、技术挂钩、城乡结合及城市划区分级医疗和医院分级管理制，扩大医院社会医疗预防服务，促进城乡各级医院的技术建设。

8. 以中西医两法诊治疾病，发扬我国两种医学的优势。

其他具体经验在各专业管理章中总结。

二、当前我国医院管理工作存在的主要问题

1. 领导体制上政医（企）不分、党政不分，既缺乏统一指挥，又缺乏民主管理，缺乏经营管理的自主权。在医院内部缺乏责、权、利统一的管理责任制。领导班子的智力结构不够合理，素质较低，特别是缺乏现代管理知识的训练。

2. 分配上的“大锅饭”，主要表现在医务人员的工资待遇低（特别是中青年医务人员），不能体现按劳付酬的原则。

3. 人事制度上的“铁饭碗”，表现在没有竞争和淘汰，人员不能流通，需要的进不来不需要的出不去，不能合理组合。职工队伍智力结构比例失调，相当数量的人员素质较低，特别是护理人员、医技人员和行政管理人员。

4. 经费不足。收费标准太低，国家对医院补贴又不足，耗费得不到合理的补偿。同时，又不讲经济核算，不计经济效果，浪费也较多。

5. 管理思想和方法落后，受小生产者思想影响较深，缺乏现代医院管理观念。如习惯于经验管理，家长式领导，不重视科学管理，不重视分工负责和民主管理，不重视人才和知识，不重视计划性和标准化管理，不重视信息，不重视护理工作，不重视预防，不重视医技部门及后勤部门的发展建设，等等。

上述问题就会使医院形成：在经营上缺乏活力，工作上缺乏效率，人员上缺乏竞争心，上进心，经济上缺钱、缺设备，医院越办越穷、破破乱乱，管理上落后。这些问题所形成的总的后果是：束缚了医院的发展，技术上进步慢，医疗服务质量不高，满足不了人民群众对医疗的要求。医院所存在上述问题不是孤立的现象，有其历史的和社会的原因。有宏观方面的问题，如国家的政策、体制、制度、财政状况及医学教育等，许多问题不是医院及卫生行政部门所能解决的，而有待于社会整体的改革。也有微观方面的问题，如医院的内部体制、机构、制度、经营方式等的改革和加强科学管理问题，加强和改善领导等问题。

白 东

第二章　医院概论

第一节　医院的历史发展

医院是医学实践的场所。研究医院的历史发展，不能不先回顾一下医学的发展。

医学是人类在长期与疾病作斗争的实践中产生和发展的。它的发展过程，受生产水平和生产力的制约，也与整个自然科学以及哲学思想发展有密切联系，大体上经历了以下过程：原始医学；古代希腊、罗马和中世纪的经验医学；近代实验医学和现代医学。古代经验医学持续时间很长，其代表人物主要有古希腊的著名医学家希波克拉底（Hippocrates，公元前460—377年）。他反映了古希腊思想家自发的辩证观点，从整体和统一的观念出发来认识人体和疾病现象，首创“四体液病理学说”。古罗马著名医生盖伦（Galen，130—200年），多年从事动物解剖，对医学发展作出了贡献。中世纪阿拉伯伟大医生阿维森纳（Avicenna，980—1037年），他的著作《医典》，对医学的发展影响很大。由于古代科学水平很低，无法正确解释人体的生理病理现象，医学只能停留在感性的直观和经验的水平上，也难免主观臆测的成分。

我国古代医学早在公元前5世纪就有名医扁鹊，最早运用望、闻、问、切四诊来诊断疾病。《内经》是我国最早的医学典籍，它的整体观念、阴阳五行学说、脏腑经络学说三者结合构成了辨证施治的理论体系。秦汉时期，临床治疗学有了新的发展，出现了药物学《神农本草》。特别是张仲景的临床治疗学名著《伤寒杂病论》，指导中医临床两千年之久。东汉末年外科方面的杰出代表人物华佗，创造了药物全身麻醉法，可施行腹部手术。两晋南北朝时期，王叔和的《脉经》，为脉诊奠定了基础。皇甫谧的《针灸甲乙经》，在针灸发展史上起了承前启后的作用。隋唐五代时期，名医巢元方撰写了《诸病源候论》，开创了病因病理学说革新的倾向，为不朽之作。药物学方面在公元659年撰成了世界上第一部药典《新修本草》。唐代伟大医学家孙思邈编成的《千金方》，吸取了古今中外医学成就，起到了继往开来的作用。他的著作为妇儿科奠定了基础。金元时期的寒凉、攻下、补土、滋阴四大学派，一直影响到近代。明朝伟大医药学家李时珍（1518—1593年）所著《本草纲目》，对药物学、生物学作出了伟大的贡献，影响及于全世界。

西方近代医学开始于“文艺复兴”以后。欧洲在16、17世纪到了封建社会后期。由于手工业工厂的出现，生产力的发展，封建关系的瓦解，推动了科学技术的发展，也促进了医学的发展，使医学摆脱了僧侣的统制，克服了唯心主义的束缚，使医学发展与当时的科学技术相结合，建立在分析实验的基础上。这时期医学代表人物有16世纪瑞士人帕拉塞尔萨斯（Paracelsus，1493—1541年）。他指出人体所完成的过程，是一种化学的过程，在医学和药物中开辟了化学连用的路子。16世纪比利时人维萨里（Vesalius，1514—1564年）创立了人体解剖学。17世纪英国医生哈维（Harvey，1598—1657年）发现了血液循环学说，确立了生理学。18世纪意大利病理解剖学家莫尔干尼（Morgagni，1682—1771年），从病理角度——病灶来解释疾病。19世纪德国病理学家

维尔啸（Virchow，1821—1901年）创立了细胞病理学。由于显微镜的改进，法国的巴斯德（Pasteur，1822—1895年）发现了细菌，奠定了微生物学的基础。这期间发明了听诊器、X线机、体温表，还有其他一些光学仪器的出现，以及临床化验方法的应用，使诊断学有了较大的发展。消毒、全身麻醉和输血技术，为外科迅速发展提供了条件。20世纪初抗疟和磺胺类药物以及青霉素的发现，大大提高了治疗效果。近代实验医学的发展，经16、17世纪的奠基，到18、19世纪的大发展，经过了三百余年的时间，人们借助于近代科学技术，在细胞水平上，对人体的结构和功能、对疾病的症状和机制，进行了大量的研究，积累了大量的临床和实验经验，大大地提高了人类同疾病作斗争的能力，加快了医学发展的步伐。20世纪第二次世界大战以后，特别是近二十多年来，由于电子、核子、计算机等最新科学技术进入医学领域，医学向微观和宏观两方面发展，多学科的互相渗透，产生了分子生物学、现代免疫学、遗传工程、病理生物学、生物物理学、生物医学工程等新兴学科，使医学迅速发展，进入现代医学阶段。现代医学突破了近代医学分门别类地对人体形态功能和疾病表现进行观察描述这一观念，开始进入更加高级的深入进行辨证综合研究的新阶段。

医院的产生和发展，是与医学的发展密切相联系的，也受到社会经济和科学文化水平的制约。医院发展的历史过程，大体上经历了古代萌芽时期医院、近代的医院和现代医院。我国在公元前7世纪春秋时代在齐国都城设立残废院；在公元2年汉朝建立最早的收容传染病的隔离院；东汉时建立了军医院，叫“庵芦”；元代军医院叫“安乐堂”；隋唐时代开始设立收容麻风病人的“疠人坊”；唐代宋代有为病残而设的“病坊”、“养病坊”、“安济坊”等，已有医院的雏形。清代鸦片战争前后，西方近代医学传入我国。1835年美国教会派传教医生伯驾（Parker），在广州设立教会医院（博济医院，参见陈邦贤《中国医学史》）。在国外，印度于公元前600年就有医院的雏形，收容贫病的人。在欧洲公元4世纪在罗马就有教会医院，属于修道院。在中世纪因疫病流行。相继建立一些收容传染病、麻风病的隔离医院。12世纪之初在英国伦敦有第一所医院。直到18世纪末才开始出现一些向近代医院过渡性质的医院。古代萌芽时期的医院，大约从奴隶社会晚期就有了，延续时间很长。在这两千余年中，个体医疗是社会医疗的主要形式。这是与古代经验医学发展阶段相适应的。古代萌芽时期的医院有以下的特征：第一，在当时它还不是主要的医疗形式，因此数量很少，也是不固定的，只是简单的集中收容病人的场所，医药条件差，只能说是医院的雏形，处于医院的萌芽时期，还不是科学意义上的医院。第二，当时传染病流行，举办传染病收容所可谓医院的重要起源。第三，它是对病残社会救济性质的“慈善”事业。有的是宗教寺院医疗组织。第四，应宫廷医疗或军事医疗的需要而产生。至于近代医院则是西方资本主义经济高度发展和科学文化高度发展，特别是近代医学发展的产物。有以下特点：第一，它已成为社会医疗的主要形式。尽管还有大量个体医疗存在，但无论从医疗技术水平、医疗能力和物质条件来说，医院都处于领先地位，个体医疗只能退居辅助地位。第二，近代医院适应近代实验医学的发展。实验医学的发展要求专业分科、集体协作医疗。因此，专科分工（但分科尚不细）、医护分工（但分工还不充分）、医技分工，集体协作医疗是近代医院的基本特征。第三，在医疗技术上一般以物理诊断、实验诊断、化学治疗及一般手术治疗为主要手段，在医学理论和实践上还处于机体、器官、细胞为主的宏观水平。第四，在医院管理上，主要是标准化科

学管理。我国当前的医院基本上处于近代医院或者近代医院向现代医院过渡的阶段。我国近代医院的建立，是从外国教会在中国各地设立一批教会医院开始的。在旧社会，直到解放前（1949年），全国共有各种医疗卫生机构3670所，卫生人员541240人，其中医院2600所，病床80000张，而且74.8%集中在城市，医疗费用昂贵，城乡劳动人民很少有条件进医院看病。解放后，在党和人民政府的领导下，不仅改造和发展了旧医院，而且陆续新建了大批医院，形成以医院为中心的城乡医疗网，在医院建设上取得了巨大成绩。目前(1987年)，全国共有医院6.04万所，拥有病床240.4万张，医务人员317.8万人。

本世纪70年代在欧美等工业、科技先进国家的医院，进入现代医院发展阶段。这是现代化经济科学技术文化发展的必然结果，特别是现代医学科学发展的必然结果。虽然，现代医院的发展还不够全面和充分，但也显示了医院发展的趋势。

以上的描述说明：医院的发展受社会经济、科学、文化的制约。医院的发展必须与医学科学技术的发展相适应，也可以说医学技术的发展是医院发展的基本因素。

第二节　医院的定义和类型

一、医院的定义

医院是以诊治疾病、照护病人为主要目的的医疗机构。医院的定义是：医院是对群众或特定的人群进行治病防病的场所，备有一定数量的病床设施、相应的医务人员和必要的设备，是通过医务人员的集体协作，以达到对住院或门诊病人实施科学的和正确的诊疗、护理为目的的医疗事业机构。

这个定义揭示了如下的含义：第一是医院工作所具的群众性。所谓“特定人群”指的是划定医疗范围，如军队医院、企业医院等。第二是医院与独立门诊部或其他医疗机构的区别主要在于有一定规模的病床设施，以收容住院为主要诊疗方式，并拥有相应的医务人员和必要的诊疗手段。第三是说明医院组织特点是专科分工和集体协作，强调整体的功能。第四是说医院的主要目的在于对病人实施诊疗和护理，但结合诊疗还有其他任务，如预防、教学、科研等。第五强调进行科学的、正确的诊疗，指出了医院的技术和质量应有的状态。第六说明我国医院的事业性质是不应以盈利为目的企业单位。

医院的工作对象主要是病人。医院对病人的生命和健康负有重大责任，所以构成一所医院必须具备一定的条件。按照医院的定义，构成一所医院应具备以下基本条件：

1. 医院以实施住院诊疗为主。一般设有相应的门诊部。

2. 应有正式病房和一定数量的病床设施。所谓病床设施是指正式病床及配套的被服、家具、器具等装备。医院应具备基本的医疗、休养环境及卫生学管理设施。关于构成医院的病床规模，我国尚无明确规定，从医院功能要求，一般至少应有20—30张。

3. 应有能力对住院病人提供合格的护理和基本生活服务，如营养饮食服务等。

4. 应有基本医疗设备，至少应设有药剂、检验、放射及手术、消毒供应等医技诊疗部门。

5. 有相应的、系统的人员编配。包括医务人员和行政、后勤人员。应配备有主治医师以上的责任医师、护理师、药师及其它合格的医、护、药、技人员。构成整体医疗功能。对一般急性病人或专科病人能够实施正确的处理。

6. 应有基本的工作制度。如查房、病历书写、医嘱、消毒隔离等医疗护理制度。能保证医疗质量和病人的安全。

二、医院的类型

医院有各种类型。大致可分为综合医院和其他类型医院。各类型医院见表 2-1。

表 2-1 医院类型

划分角度	类 型
收治范围	综合医院、专科医院、康复医院、儿童医院、中医医院、职业病医院
地区	城市医院（市、区、街道医院）、农村医院（县、乡、镇医院）
特定任务	军队医院、企业医院、医学院附属医院
所有制	全民所有制医院、集体所有制医院、个体所有制医院

注：上表中有的医院兼有几种类型

在我国社会主义制度下，各类型医院应形成体系，分工协作，并规定各类型医院所分担的任务。

综合医院是各类型医院的主体。综合医院一般是指：设有一定数量的病床，分有内科、外科、妇产科、眼耳鼻喉科等各种专科及药剂、检验、放射等医技部门以及相应的人员、设备的医院。为了满足综合医院的功能要求，一般认为至少应设有一百张左右的病床。综合医院采取对所有疾病进行诊疗的体制，但其重点是收治急性病。这样才能充分发挥综合医院的功能。现代医疗的特点是具有较高深技术的专科医务人员的协作诊疗；而病人是个整体，常常需要多专科的协作会诊、治疗。综合医院最易发挥这种功能。现在城市综合医院有以一二个有特长的专科为重点、重点专科和一般专科相结合的体制。这样既有利于加速专科建设，又能发挥院内多专科协作的优点，应该提倡。至于儿童医院、中医医院，实际上是儿童综合医院、中医综合医院。

各种专科医院在我国已较普遍地建立。如收治急性法定传染病的传染病医院，收治结核病的结核病院，收治精神病的精神病医院，以及妇产科医院、肿瘤医院、口腔医院等等。今后还应进一步发展。对于还有一些专科如骨科、胸科等，是普遍设立专科医院，还是在一些综合医院里作为一个重点专科发展，两者各有利弊。前者有利于集中人力、物力，发挥专科技术精度，而后者则兼有多科协作的优点。究竟如何考虑当视各地实际情况和人才条件而定。

我国目前各种类型的工业企业医院不少。这类医院多拥有一定的技术水平和较好的设备，发挥了很好的作用。但有的任务不足，应考虑向社会开放，以充分发挥作用。我国有些医院规模较大、技术力量较强，对规模较小、技术力量较弱的医院，进行技术指导，协助培养人员，接受疑难病症的转诊或会诊，帮助开展业务，城乡医院挂钩。这是一种社会协作医疗，对医院提高医疗质量、全面技术建设，有其重要作用。

第三节 医院的性质和功能

一、医院的社会属性

医院是医学服务组织，而医学科学技术属于生产力范畴。因为：

1. 从医院产生来看，它是适应医学发展和临床诊疗疾病的需要而建立发展起来的。

2. 从医院的社会功能来看，医院的主要功能是诊疗疾病，保障健康，归根结底是起保护社会生产力的作用。

3. 从医院组织结构来看，它是以医学发展水平和医疗实际需要为出发点的。医院的内部组织，诸如医学专科的建立、医务人员之间的分工、业务部门的设置，基本上是一种劳动组织，有其系统性、科学性和继承性。而这种劳动组织，按照列宁的观点属于生产力范畴。

二、医院的性质和在国民经济及在卫生事业中的地位

卫生部颁发的《全国医院工作条例》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。"这是我国医院的基本性质。

社会主义医疗事业的基本目的是最大限度地满足人民群众的医疗要求，保障人民健康。卫生事业（包括医院）是社会公益性事业，同时又是投资性事业（健康投资），不是以盈利为目的。但医院不是福利部门，而是相对独立的医疗经营实体。它是国民经济中向社会提供医疗保健服务的一个非物质资料生产部门。所以卫生事业在整个国民经济中应占有一定的比例，否则就会与国民经济的发展、与人民群众对医疗的要求不相适应。医疗是人类生活的基本需要之一。生产活动是人类社会的基本活动。医疗工作在为生产服务中与生产是互相促进的。而且医疗工作关系到人们的生老病死，关系到千家万户，关系到民族的繁衍昌盛。医疗工作发展程度也反映社会文明的进步程度。医疗卫生工作在整个国民经济发展中有其不可忽视的作用。

医院是整个卫生工作中的一个重要组成部分。目前全国百分之八十的医务人员在各级医院工作，可见我国绝大部分医疗工作是通过医院工作来进行的。医院工作在医疗工作中以至整个卫生工作中处于主要地位。搞好医院的管理、发展与建设，调动广大医务人员的积极性，使我国医院工作在社会主义现代化建设中起到应有的积极作用，是我们医院管理工作者的责任。

三、医院的功能

医院的功能也就是医院的任务。《全国医院工作条例》指出医院的任务是"以医疗工作为中心，在提高医疗质量的基础上，保证教学和科研任务的完成，并不断提高教学质量和科研水平。同时做好扩大预防、指导基层和计划生育的技术工作"。国外有的将医院功能分为照料病员、培养医师及其他人员、增进大众健康和推进医学的研究四点。

医院的基本功能应是：

1. 医疗：这是医院的主要功能。医院医疗工作以诊疗与护理两大业务为主体，医疗与辅助业务密切配合，形成一个医疗整体，为病人服务。医院医疗一般分为门诊医疗、住院医疗、康复医疗和急救医疗。门诊、急诊诊疗是第一线，住院病人诊疗是中心。

2. 教育培训医务人员及其他人员：医学教育有个显著的特点，就是学校只是医学教育的一部分，必须经过毕业后医学教育才能培养成为一个合格的医生。临床医学是实践医学，医师在医院以外不可能培养好。因此，对青年医务人员要严格训练，练好基本功；对中年医务人员应加强实践，专业培训，尽快成才；对高年医务人员要充分发挥其培养、指导下级医务人员的作用，还有知识更新问题，所以必须进行终身在职教育。对

护理人员也必须经过医院临床教育，对其他医疗技术人员也不能例外。医院必须具有对一切医院工作人员进行培养教育的功能。发挥这一功能才能不断提高业务技术水平，提高医疗质量。

教学医院还要承担临床教学的任务。

3. 开展科学研究：医院是集中进行医疗实践的场所。医院开展科学研究是提高业务水平的需要，医院又是发展医学科学的重要阵地。如开展新业务、新疗法，要先进行实验研究，取得成果，然后用于临床；对临床研究，往往能对医学发展作出贡献，提高医疗质量。医院在医疗实践中蕴藏着无数的研究课题。医院必须具有临床医学研究的功能。

4. 预防和社会医疗服务：医院不仅单纯为了治疗病人，必须进行预防保健工作，开展社会医疗服务，成为人民群众健康服务活动的中心。要扩大预防，指导基层，开展计划生育的技术工作，同时还要开展健康咨询、门诊和住院体格检查、疾病普查、妇幼保健指导、卫生宣教等业务。医院必须对社会保健作出自己的贡献。这是医院的功能之一。

以上四项功能不是各自孤立的，而是相互联系、相辅相成的。四项功能也不是并列的，而是以医疗为中心，医疗与其他三项功能相结合，围绕医疗工作统筹安排，才能全面完成医院各项任务。

医院任务从性质上又可分为经常性任务和发展建设性任务(常规任务与特定任务)。经常性任务如日常医疗工作、教学工作等是很重要的，是首先必须认真抓好的（包括数量、质量和经济效果)。对于经常性任务，主要是使之处于常规运行状态。领导者的主要精力应放在发展建设任务上，如加强科学管理、质量的提高、新业务新技术开发、科学研究、业务培训、设备更新、专科建设、扩建改建。要用发展建设性工作来促进经常性工作的提高。同时，逐步实现现代化建设实际上就是指抓好发展建设性任务。这两项任务是变化着的：发展建设任务完成到一定程度，就可以转入经常性工作。

第四节　医院工作的特点和工作方针

一、医院工作的特点

医院工作的特点反映医院工作的规律性。只有按照医院工作的特点进行工作，才能把医院办好。

医院工作的特点是：以病人为主要工作对象，组织医务人员以医学技术诊治疾病、照护病人，为病人服务。这是医院系统区别于其他系统的本质的特点。离开对病人的医学服务，就没有医院存在的必要。

由于以上的基本特点，在管理上必须注意以下几点：

1. 医院工作必须以医疗工作为中心。一切工作必须围绕医疗工作来进行。一切为了病人。

2. 医院工作的对象是病人。医院的各项工作关系到病人的安危。必须十分重视医疗质量。要有严格的质量要求（包括预防工作的质量，如防止院内感染，减少后遗症，尽量保持病人的生理、精神功能等)，不断提高医疗服务质量。提高医疗质量主要靠提高技术水平，提高管理水平，具有认真、负责、细致的医疗作风，讲求职业道德。

3. 医院工作的科学技术性强。医院以医学科学技术为诊治病人的手段，而病人又是十分复杂的机体。医务人员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，才能胜任医疗任务。现代医疗工作的科学技术性很强，而且新技术、新专业不断发展，要十分重视人才培训和技术建设。另一方面，必须重视技术设备的装备、更新和管理。

4. 医院工作由多种专业技术人员参加，是医护、医技分工协作的诊疗工作。医疗与后勤工作也要求密切配合。要注意加强整体协作。

5. 医院要对病人提供多方面的医学服务。医院对病人不仅提供诊疗服务，而且要科学地照护病人的生活，作好生活服务。实际上这是医学服务的一部分。如生活护理、精神护理、临床营养治疗，为病人创造一个整洁、安静、优美、舒适、安全的休养环境。这些主要由护理工作来完成，所需物资由后勤部门提供。

6. 医院医疗工作有其显著的随机性与规范性。病人的病情千变万化，各有其特点，因此，医疗工作随机性大。必须强调对每一个病人进行严密地、连续地观察，按照具体情况及时地作出分析、判断和处理。同时，在医疗工作程序上、技术操作上必须有严格的规范，一板一眼，一丝不苟。要全面地对待规范与随机、标准与非标准的关系。另外，随机性还表现在，对病人发病和就诊难以准确预料，不可能象工厂那样计划生产和规格一律。要有能够应付意外情况的能力。

7. 医院工作时间性强。对诊断、治疗抢救既要求及时性，又要求不间断地进行观察治疗。工作具有连续性，长年日夜不断。

8. 医院工作具有社会性与群众性。医院医疗服务面广，包括四面八方、各行各业、男女老少。医院应尽量满足社会医疗要求。另外，医院工作受到社会的各种条件的制约，搞好医院工作也离不开社会各方面的支持。

9. 医院医疗工作是脑力劳动，它主要是运用医学知识和技巧来诊治疾病，是一种复杂的创造性劳动。它不同于简单再现型的体力劳动，难以按机械的管理规范和简单的命令行事，其成果也难以用工时定额等加以度量。医院的脑力劳动更多表现在质的差异上，而质的内涵和外延都十分广泛，其成果往往是难于测定的。脑力劳动主要靠劳动者的积极性、主动性和创造性，这就要调动知识分子内在的动力（主要是为他们提供较好的工作条件和发挥业务专长的机会，给予学衔、职称、学术荣誉以及在工资待遇上真正体现按劳分配等）。进行医院管理必须注意这一特点。

10. 医院工作首要的是强调医疗效果，对病人要发扬救死扶伤的人道主义精神，不断提高医疗质量，按医疗规律办事。但医院又是不以盈利为目的相对独立的医疗经营实体，受有计划的商品经济的制约，所以同时也要按经济规律办事，讲求经济效果，在一定的方面但又不是在所有的方面用经济手段进行经营管理，调动各方面的积极因素为医疗服务，才能保证医疗活动正常地开展与提高。

二、医院的工作方针

工作方针是指在一定历史时期内为达到一定目标而确定的指导原则。确定我国社会主义医院工作方针，应从社会主义政治方向、服务方向、发展方向，依靠对象和国家的有关卫生工作方针来考虑。按照上述原则，试提出我国社会主义医院工作方针如下：

1. 坚持四项基本原则和改革开放的方针，加强社会主义精神文明建设，树立良好

的职业道德，全心全意为人民服务。最大限度地满足社会医疗要求，保障人民健康。

2. 为社会主义现代化建设服务，同时逐步实现医院现代化。

3. 以医疗工作为中心，不断提高医疗技术水平和医疗质量。

4. 团结和依靠广大职工，充分发挥卫生技术人员的主导作用，积极培养人才。

5. 扩大预防，指导基层，城乡协作。

6. 做好中医及中西医结合工作。

7. 加强经营管理，勤俭办医院。

第五节　医院发展的趋势

一、医院的现代发展趋势

研究这个问题应从现代医学科学技术本质进行分析，从我国的实际出发，找出有普遍意义的东西。

现代医院应适应现代医学科学发展，为病人提供较高水平、较高质量医学服务。它必须具有现代医学技术水平、现代设备水平和现代管理水平。

我国医院发展的趋势大体上是：

（一）建设具有高度精神文明的医院

我国现代社会主义医院，应具有较高的医学职业道德，以辩证唯物主义来指导医疗实践，具有全心全意为人民服务的思想，发扬救死扶伤的人道主义精神，一切为了病人，认真负责，一丝不苟的医疗作风。现代医院的院容院风，要体现心理因素和社会因素的要求。必须有优美舒适的医院环境和良好的服务态度，使病人有更多的安全感、可信任感和方便感。

（二）重视人的作用

重视人才，重视在职培训，具有一支掌握现代医学技术、现代医院工程技术和现代管理科学的队伍。

现代医院是医学技术水平较高的医院，首要条件就是要有掌握现代医学技术的人。重视人才、重视科技队伍的成龙配套（有合理的智力结构）、重视在职培训，这是现代管理思想的特点，也是现代医院的一个重要特征。

现代医院人员组编的特点是，人员比例趋于合理。主要是护理人员需要量大，人员结构也有变化，工程技术人员及技工增多，行政管理人员少而精，办事效率高。现代医学科学技术要靠人来掌握。因此，高度重视人的作用和人的积极性、创造性的发挥，是现代管理思想的特点之一，也是现代医院基本特征之一。

（三）设备、建筑条件与现代医学科学技术相适应

现代医院是具有现代技术装备，与现代工程技术相结合的医院。设备向精密化、细微化、高效化方向发展。这是为了与现代医学科技发展相适应。现代医疗设备诊疗手段发展迅速，设备更新周期缩短。但先进设备的装备，必须从医院的实际情况出发，讲求技术经济效果。加强设备维护，工程技术人员和生物医学工程人员进入医院，也是现代医院的一个特点。

现代医院房屋建筑的基本条件：一是要适应现代医疗、科研、教学活动和现代技术设备使用的需要，二是要适应卫生学管理的需要，三是为病人提供较高质量生活服务和

适应病人心理因素、社会因素的需要。现代医院建筑还要考虑时代的适应性，就是要预见到将来多种用途的改造，留有扩建的余地，以适应医院设备不断更新和新业务的开展。

（四）专业分科细和多学科协作

专业分科细是现代医学科学发展的必然趋势。要重视专科建设，使医院有专科特长，相对人力物力比较集中，可以发展较快，易出成果。

专业化分科是一个方面，多学科协作是又一个方面；是一个问题不可分的两个方面。一个是精度，一个是广度。现代医学要求精度和广度，这样医学科学才能迅速发展。如西欧、美国的心血管外科的发展很快，在一般综合医院里比较普及，手术数量大，安全性高，其原因固然很多，但专业化和多学科协作是其中的重要原因。如心外科的发展是心内科、病理科、放射科、检验科、麻醉科、手术室、血库和灌注技术等专业的通力协作、共同进步促成的。有关科室在设备上力求先进，技术上精益求精，积极主动高质量地完成份内工作，是共同进步的保证。没有专业就没有精度，没有广度也就没有真正的精度。现代医院的业务活动，就是建立在高度的专科分工和多学科密切协作的基础上的。管理协调工作也就随之复杂起来。

现代医院有关业务向中心化发展。如中心手术室、中心器械材料消毒室（包括手术器械）、中心实验室、中心检查室等。特别是主张对急、危重、大手术后病人进行集中治疗和抢救的监护中心。好处是有利于提高抢救水平，多种先进仪器可以集中使用，节省人力物力，也有利于积累经验、训练人员。监护中心的产生与医学的发展是分不开的。如心外科、器官移植等新手术的开展，术后情况错综复杂，变化快，对情况必须及时了解，对内环境的处理必须准确，传统外科护理已不适用。监护中心有其训练有素的专业医护人员及工程技术人员，有其先进的设备，以之对病人进行循环、呼吸、泌尿、代谢、血液各系统的监护，往往能达到预期的医疗效果。另外，在一个城市形成具有专科特长的各类医院体系，从而向社会化协作方向发展。

（五）临床与基础研究相结合，新学科、新技术对临床医学的渗透

临床工作密切地与实验室基础研究相结合是现代医院的又一个特点。因此，要求临床医师有较好的基础医学和实验研究水平。目前我国不少医院在临床诊疗和技术水平比国外现代医院并不差，但实验研究水平和条件往往不够。

新学科、新技术对临床工作渗透的结果，如对生命活动的本质进行微观的精细的分析研究，就产生了对疾病本质的新认识，促进了医学观点的变化。在现代医院里对这种渗透也有所体现。例如，过去以解剖学、病理学指导外科实践，后来进入生理外科学阶段，现在又进入以病理生物学概念指导临床实践，如认为病原菌和外伤本身并不构成疾病，而病原菌和外伤在体内引起反应，造成内环境紊乱，才是疾病的本质。那么在临床上及时准确地恢复患者内环境的平衡，才有可能使之痊愈。

（六）护理工作成为医疗工作的一支重要力量

护理工作的作用日益重要，是现代医院又一个特点。医护一般分工，但护理工作从属于医疗是近代医院的特点。现代护理学已发展为临床医学中的专门学科，内容日益丰富，对于提高医学服务质量，发展医学科学关系很大。现代医疗形成医护高度分工，护理工作处于相对独立的地位，组织上需要由护理部统一领导，形成体系，工作上以护理病人为主，协助医生治疗为辅。病房具体治疗观察工作主要靠护理人员完成。护理工作

责任重大，人员素质要求高，独立工作的护理人员要求受过中等以上的教育。护理人员编制比较大（国外一般认为护床比至少应为 1:2 以上）。

（七）把预防和危重病人抢救作为管理的重点

现代医院非常重视院内预防工作和急危重病人的抢救，一般作为两项要害工作进行管理。

社会主义现代医院，更应该重视贯彻“预防为主”的思想，这种思想包含两方面的内容：一是医院除医治病人外，还必须在社会预防保健工作上作出责无旁贷的贡献，这就是扩大预防的意思，如进行健康检查、疾病普查、保健咨询指导等。随着“四化”建设的发展，人民群众对卫生保健的要求越来越高，这方面任务将越来越重要。另一方面是医院卫生学管理，包括防止院内感染和环境管理等。要求从建筑上、设备上到医疗全过程中进行一系列的管理。在一定意义上讲，卫生学管理的程度，直接反映医院管理的先进程度，也是现代医院的一个标志。上述重点监护病房就是一种形式。

（八）发挥中医药的作用

中医药是我国特有的医学，它是一个伟大的宝库，这个宝库必将在我国现代医院中得到继承，并继续发挥它应有的作用。同时中医药也必然在与现代科学技术相结合中得到进一步发展与提高。

（九）管理科学化、系统化、信息化

现代医学技术精密、复杂、分工细、要求协作程度高。这就要求管理上的科学化、系统化、信息化。科学管理首先强调标准化管理。如规章制度严密，各项技术、质量要求形成标准，严格按标准、程序办事。科学管理还要求组织机构合理化，人员精干、称职，职责分明，效率高，工作按常规运行。系统管理主要是把医院作为一个完整的管理体系，强调以提高医院的整体性能来进行管理。信息是医院进行医疗活动和管理活动的最基本的要素。现代医院信息是很复杂的，只有对信息及时准确地收集、分析、处理才能进行有效的管理。所以现代医院要建立医院信息系统，而运用电子计算机处理信息是必然的发展趋势。

重视医学科技情报工作和医学图书资料工作，也是现代医院的一个特点。

现代医院的后勤工作是十分重要的一环，其工作复杂，技术性强，服务质量要求高。有以下特点：

1. 现代医院设备复杂精密，使用与维修技术性强，因此需要一定的工程技术人员进入医院。

2. 工作复杂，涉及面广，必须进行科学的组织和管理，非常讲究工作效率。

3. 服务质量要求高，工作量大。应有一定程度的机械化、自动化。

4. 生活服务应社会化，医院不能“大而全”。

5. 经济上必须讲究核算，讲求技术经济效果，以较少的投资取得较大的医疗效果。

综上所述，现代医院的基本特征是：

第一，医学专业化和综合化。就是在专业分工基础上的综合协作，既有精度又有广度，才能充分发挥现代医疗的功能。

第二，以病人为主体，进行高质量的医学综合服务，包括运用护理学、社会学、心理学、营养学、医院建筑学、设备学等技术和设施，为病人综合服务。

第三，经营管理的高效率化、中心化、机械化，提高技术经济效果。

第四，社会医疗保健中心化。运用预防医学和社会医学发挥社会医疗保健的功能。

二、医院现代化的意义和实现医院现代化的途径

（一）对医院现代化的认识

医院工作既要为四个现代化服务，本身又要向现代化方向发展，科学技术现代化包括医学科学技术现代化，包括医院现代化。实现医院现代化也是实现医药卫生工作现代化的一项重要内容。

在我国实现医院现代化，就大多数医院来说，不是短时间的事情。但是医院现代化建设当以现在为起点，立足现实，从我国国情出发，随着国民经济的发展而逐步发展，这是实现医院现代化的基本条件。卫生部门的各级领导和广大医务人员的积极努力，也是重要的条件。其中，现代管理思想和管理方法应该起到先导的作用。

医院现代化是我国医院发展的必然趋势。因为，现代化医院是经济和科学发展的必然产物，特别是医学科学技术现代化发展的必然产物。

（二）实现医院现代化的途径

医院的发展，必须与社会经济文化科学发展相适应，与国家四化进程相适应。从我国幅员辽阔、经济文化科学落后而且发展很不平衡这一情况出发，我国医院现代化的发展也会是很不平衡的。少数经济文化发达的大城市的少数医院，有较强的技术力量，只要能补充一些必要的设备，改善一下建筑条件（包括少数新建医院），加强管理力量，实现现代化是比较容易的。但对大多数中小医院，特别是边远地区医院来说，不但经济力量在短期内难予解决，技术力量的充实，更不是十几年内能够解决的。

实现医院现代化的条件，有社会和医院本身两方面的因素。从全局的（社会因素）角度来说，实现我国医院现代化取决于三个基本要素。即：专业技术和管理队伍教育训练程度、卫生经费的满足程度和现代医疗设备研制、生产供应能力。实现医院现代化的关键是人，必须培养一支又红又专的医疗技术和管理队伍。为此，一是要有高质量的在校医学教育；一是要有有效的在职教育，二者缺一不可。关于医疗设备，适当从国外引进一些先进设备是必要的但必须避免盲目性，并注意技术经济效果，主要还应靠自力更生，引进先进技术，立足于国内开发生产，依靠以国产的质量合格的设备为主来装备医院，才能实现我国医院现代化。至于医院建筑，国外现代化医院建筑有新建的，也有扩建改造的。我国开始也应以扩建改建为主，其中少部分新建的也以能满足现代医疗设备和对病人进行较舒适的医疗服务需要为基本标准，不一定追求那种过高的标准。

实现医院现代化，就医院角度来说，主要是提高两个水平，即技术水平和管理水平。从实际出发，有计划地、主动地、实事求是地进行技术建设，不断加强医院科学管理。对医院管理工作者来说，要树立现代化管理思想，掌握现代化管理方法，要具有发展的眼光，树立雄心壮志，从现实出发，立志改变我国医院的落后面貌，早日完成由近代医院向现代医院转变的历史使命，为实现四个现代化作出贡献。

白　东

第三章　医疗及医院体系的管理

医疗及医院体系管理，是指对一个地区（区域）范围内的医疗及医院从整体上所实施的管理。

一个地区或一个区域，按我国的行政区划来分，可以是一个省、一个市（地）、一个县（区）或一个乡（镇）。严格讲，一个地区或一个区域的医疗及医院体系的组成，应不受行政区划的限制。

第一节　医疗及医院体系

一、医疗及医疗工作的概念

（一）医疗

医疗是个专用名词，有其特定的涵义。

狭义讲，医疗是指医务人员运用科学技术，主要是医学科学技术诊治疾病的活动过程。

广义讲，医疗是指防治疾病，增进人类健康。因为现代的医学服务，已从治疗扩大到预防，从生理扩大到心理，从技术活动扩大到社会活动，从医院内扩大到医院外，形成了综合医疗的概念。所以，全面医疗服务应包括，预防疾病发生，对疾病进行诊治，促进病后机体康复等医学活动。

（二）医疗工作

医疗工作或称临床工作是一项医学实践，是一种特殊的职业活动。

1. 构成医疗工作要有三个基本条件：

⑴ 从事这种工作的人，必须是获得资格的医务人员，比如医生、护士等。

⑵ 工作对象主要是患病的人，包括个体或群体。

⑶ 是在特定环境条件下所进行的医疗活动，如固定的场所、必需的设备及药品等。

2. 医疗工作内容包括：接诊，采集病史，体格检查和实验检查，作出印象诊断（拟诊），制订治疗方案，实施具体治疗，观察病情演变，重复拟诊和明确诊断，制订治疗方案，实施新的治疗，促进机体康复，随访观察及出院后保健等。

3. 医疗工作的社会功能：正确认识医疗工作的社会功能，有助于摆正医疗工作的社会地位，动员社会力量兴办医疗事业，促进各级政府重视医疗工作，激励医务工作者和管理工作者增强职业责任感。医疗工作的社会功能主要是：

⑴ 维护和增进人类健康。人类的繁衍，个体的出生、发育、疾病、衰老、死亡，是一个自然过程。在这一过程中的每一个阶段或每一个环节，都需要医疗工作的参与和影响。所以，医疗保健已成为人类社会所必需的条件。

⑵ 保护和提高社会劳动力。作为直接为劳动力服务的医疗工作，它的作用就在于增进劳动者的体质，提高劳动者的生产能力，促进社会生产力发展。医疗工作的最佳效果是使病人重返社会创造物资财富和精神财富。

⑶ 补偿和调节社会功能上的缺陷。医疗参与社会活动，具有社会调节作用，如它可

以帮助个人或人群暂时离开所处的社会环境，摆脱精神心理上的不平衡状况等。

未来医疗需求有多样化、高层次的趋势，即人们不只需要诊治生物因素疾病，还需要诊治心理和社会环境因素疾病；不只满足于疾病的早期诊治，还需要病因预防和防止病后功能障碍和残废，恢复生理功能、生活和生产能力，得到完全康复；不限于到医院治病，还需要身边医疗，家庭医疗和自我医疗；不仅希望提供单一的临床服务，更渴望接受治疗与预防、生理与心理、机体与社会环境等全面系统的医疗服务。在这种趋势下，医疗工作的社会作用将会更加广泛。

二、医疗机构及医院体系

作为体系，应是有特定功能与结构的一个有机整体。

所谓医院体系，即是以诊治疾病为其主要功能，由不同层次的医疗机构所组成的整体。

所谓医疗机构（组织），一般是指以医疗工作为主要职能，以保障人类健康为根本宗旨，所组成的社会群体。按其主要职能分为：

1. 以诊治疾病为主要职能的医疗机构，如医院、门诊部。
2. 以疾病防治为主要职能的医疗机构，如妇幼保健院、结核病防治院（所）等。
3. 以康复疗养为主要职能的医疗机构，如康复中心（医院）、疗养院等。
4. 以院外急诊为主要职能的医疗机构，如急救中心、急救站等。
5. 以预防、保健、医疗综合服务的基层医疗机构，如乡、镇卫生院、厂矿卫生所等。

我国的医疗机构是以综合医院为骨干建设发展起来的。

为了使各级各类医疗机构的职能得到充分发挥，方便病人就近就医，提高城乡医疗机构的整体能力，我们按照特定的任务，把一个地区或一定范围内的城乡各级医疗机构分别组织起来，连接成网络，在所属卫生行政部门领导下，开展分级分工医疗服务，从而形成了我国特有的城、乡医疗预防网。我国的城、乡医疗预防网，是以医院为主体组织起来的，具有一网多用的综合服务功能。它既开展医疗服务，也开展卫生防疫、妇幼保健服务，实行以医院为中心，扩大预防，防治结合，防保结合，向人民提供不同层次的卫生服务。城乡医疗预防网内的医疗机构一般实行三级分工医疗服务，农村为县、乡、村三级医疗机构，城市为市、区、街道三级医疗机构，自上而下建立逐级指导关系，由下而上逐级接受会诊、转诊医疗，构成为我国城、乡医院体系。

三、医院三级预防中的地位

医院，就其性质而言，是治病防病的医疗预防机构。要求以医疗为中心，同时开展社会预防，通过预防医学研究，认识发病因素，提高诊治水平。日本学者高桥祺认为，医院工作的对象“现在已发展成为包括预防疾病及恢复病人健康，使之回到工作岗位上在内的医疗中心”。美国管理学家麦克依陈把增进人群健康作为现代医院四大职能之一，认为“今天的医院已不是单纯为了治疗病人，而且已成为进行预防保健等为大众健康服务的活动中心”。近年来提出的“三级预防”学说，也进一步阐明了医院在社会预防中的任务。一级预防或病因预防，即通过增进人群健康、加强防护措施，如免疫接种、制定卫生标准、卫生宣传教育、避免接触有害物质等，来达到防止发病的目的；二级预防或发病学预防，即指早期发现、明确诊断、及时制止疾病发展；三级预防或病残预防，即

防止后遗症、早期康复、监护慢性病、防止老衰等。三级预防学说，要求临床医师在日常医疗的各个环节中体现出预防观点，落实预防措施，完成预防任务；要求医院扩大服务范围，在三级预防中起到应有的作用，从技术上、配备上、管理上成为社会预防的指导中心。这是“扩大预防、以医院为中心指导地方和工矿卫生预防工作”的基本精神，也是现代医院发展的趋势。

第二节　医院分级管理与医院评审

我国开始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，又借鉴了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。卫生部已经组织制订了医院分级管理标准，北京、浙江、辽宁、吉林、河南等省市正在局部开展试评工作。

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中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、医院分级管理的作用

结合我国医院和医疗服务管理的实际，实行医院分级管理，可起到以下几方面作用：

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隶属关系，医院的内部发展缺乏客观标准，而主要取决于医院自身的考虑。这些都造成了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形势。但是，目前我国三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，各行其职，就可合理分流病人，从而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它卫生设施，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、日间医院和其它院外服务项目，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，囿于医院局部的考虑，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，强调了医院的基础质量，强调以医疗质量为中心，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. 有利于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，我国的医院也以分为一级、二级和三级三个级别为宜。医院的级别，依据地区的统一规划而决定。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。

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，引进高技术设备、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容

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) 医院文明服务；

(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。

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、预防、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现症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才的教学和承担省以上科研项目的任务；参与和指导一、二级预防工作。

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，主要内容应是：

(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、工作质量、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，应建立医院评审制度，以下介绍与此有关的三个问题：

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、护理和医院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，作出级别和等次评定结论，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，要与医院评定的级别、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。

第三节　地区（区域）卫生事业发展规划及医院建设

一、地区（区域）卫生事业发展规划

地区卫生事业发展规划是开展地区防病治病和医疗保健的依据。由卫生行政机关制订，报所属人民政府批准，再由卫生行政机关组织实施。医疗事业规划是卫生事业规划的一部分。各级医疗单位均要参与规划的制订和实施，也应了解制订规划的基本原则、

方法和程序。

（一）规划的主要内容

我国的卫生事业包括医疗、卫生防疫、妇幼保健、药品检验、医学教学和科研等项目。卫生事业发展规划应反映出均衡的卫生发展战略和整体服务思想，即应同步发展各项卫生事业，向地区居民提供全面的卫生服务。概括有以下内容：

1. 提高地区的规划与管理能力。

2. 改善与扩大卫生服务规划。包括：①疾病监测与疾病预防；②健康教育；③妇幼保健；④急诊医疗服务；⑤医院与医疗服务；⑥康复。

3. 发展卫生人力、即医学教育。

4. 加强设备管理与维修。

5. 卫生基本建设，包括建设项目及投资等。

（二）规划的主要依据

1. 地区内人群发病情况，疾病构成比等。

2. 疾病发生的自然环境及社会因素分析。

3. 地区内的防病治病能力，包括机构、人员、物资、财力等。

4. 2000年人人享有卫生保健的战略目标。

5. 未来预测，主要是卫生需求预测和医学科学发展动向预测。

6. 地、市区域内卫生事业规划人口数一般在100万人以上，县、区区域内卫生事业规划人口数一般在25万人左右，乡（镇）、街道区域内卫生事业规划人口数一般在0.25万至5万人之间。

（三）规划的程序与步骤

主要程序与步骤是：

1. 形势分析：规划应从形势分析入手，包括现状分析和对未来的预测。分析的目的在于找出本地区内的疾病、卫生服务及经费方面的主要问题。

2. 确定重点：即确定本地区的重点卫生问题及应给予优先重视的人群。对情况要尽力定量化。

3. 制定目标与指标：也就是要制订出可能达到的目标与指标。

4. 选择策略：要选择符合成本-效益原则的干预措施。如对疾病的防治、应强化预防措施，减少医疗机构负担。

5. 审定批准：经专家评议，报所属人民政府审定批准，方能组织实施。

6. 制定实施计划：实施计划必须明确，某一个项目在哪一级、由什么机构、用什么资源、在何年何时何地、用什么方法来完成。还要考虑部门之间与部门内部之间的横向联合及协作，人才规划及费用预算。

7. 监测计划的实施：在计划执行过程中，要通过监测来掌握工作进展情况、阶段性完成情况和经费使用情况，定期提出执行情况报告，发现问题，加以纠正。

8. 评价及计划的调整：评价包括对规划的适宜性、充分性、进度、效率、效果及其作用进行分析。评价应有可靠及敏感的评价指标系列。下列指标可供参考：

(1) 卫生政策指标：①地区政府领导人重视程度；②地区政府卫生事业预算经费充足程度；③资源分配的均衡程度；卫生事业规划组织机构和管理程序健全程度。

⑵ 相关的社会经济指标：①人口增长率及人口构成；②国民生产总值；③收入分配情况；④就业情况；⑤教育情况；⑥住房情况；⑦食品供应情况。

⑶ 卫生服务提供情况指标：①卫生服务拥有量；②卫生服务可及性，包括空间、时间上的可及性，经济上的可及性，文化上的可及性；③卫生服务利用情况；④卫生服务质量；⑤健康教育情况；⑥食品供应与营养情况；⑦供水卫生设施；⑧妇幼卫生；⑨计划免疫；⑩地方病预防与控制；⑪常见病及意外伤害的防治；⑫常用药物的提供；⑬转诊设施的可及性及地理分布。

⑷ 健康状况指标：①营养状况及社会心理状况；②婴儿死亡率；③儿童死亡率；④5岁以下儿童死亡率；⑤人均期望寿命；⑥孕产妇死亡率；⑦疾病死亡率；⑧总发病率；⑨伤残；⑩社会及精神幸福；⑪不同年龄结构所掌握的自我保健知识的水平。

二、医院发展建设

一个地区的医院发展建设，应纳入卫生事业规划中统筹安排。

（一）发展建设的几个方面

1. 医疗机构：主要是医院、疗养院、门诊部发展数量及其规模（含床位数及卫生技术人员数）。

2. 医疗机构的布局与分工：如按服务半径来调整网点布局，按整体服务和专业分工来确定各类医院比例及病床分布，即综合医院、专科医院、康复中心（医院）、疗养院、急诊急救中心（站）及基层医院等医疗网络如何配置等，做到合理布局及合理利用卫生资源。

3. 医疗机构的扩建与新建：凡属新建或扩建的医院，均应有可行性报告，说明新建或扩建的医院在任务上与区域内其它医疗设施及能力的关系，接收病人数量、医院专科程度、技术人员的工作能力及专科优势，设备需要情况及与本区域内的其它医院的协调情况，服务半径及服务人口，预测五年内的财务分析（业务开支、国家补贴及业务收入）。可行性报告要报主管卫生行政部门审核。

4. 医疗设施的购置、维修与保养。

（二）发展建设的重点

1. 根据等级原理，划分医院等级，制订医院技术分级标准，逐渐使医院分级从单一的行政隶属关系转向技术分级，形成合理的网点布局。

2. 根据整体服务的原则，发展综合医院为主，加强或建立重点专科，不新建或扩建专科医院。

3. 根据资源共享的原则，建立检验、影象中心，减少或避免重复投资。

4. 控制医院规模，放慢病床增长速度，一个医院一般限制在600张病床以内。

5. 扩大医院功能，加强社区服务，防止盲目新建或扩建医院。

6. 加强或兴建急诊及康复服务设施，充分考虑院前急救设施的建设。

（三）地区（区域）内病床及医务人员需要量核算方法

1. 基本核算方法：一个地区要设置多少医院病床，配备多少医务人员，主要决定于当地居民的医疗服务需要量、病床的工作效率、医务人员能提供的医疗服务量以及现行的保健制度。从理论上讲，可按下列公式计算：

$$\text{每千人口所需要的医务人员数} = \frac{\text{年内每千人口所需要的门、急诊人次数}}{\text{年内平均每名医务人员可提供的门、急诊人次数}}$$

$$\text{每千人口所需要的医院病床数} = \frac{\text{年内每千人口所需要的住院天数}}{\text{年内平均每张病床工作日}}$$

2. 医疗服务需要量的决定因素：一个地区居民的医疗服务需要量决定于该地区的人口数量，人口的性别、年龄及职业结构，发病率及疾病构成，居民的经济文化水平及医疗服务保健制度，地理及交通条件等因素。

(1) 人群性别、年龄因素：男女性别和年龄组人口的健康状况不同，其发病率、就诊率及住院率都不相同。一般讲，妇女就诊率及住院率高于男性，儿童及老年人的就诊率及住院率高于青壮年。

1986年全国9省市城市卫生服务调查结果，城市女性居民两周患病率为11.36%，高于9省市平均的男性两周患病率9.68%。分年龄组看，婴幼儿患病率较高，10～19岁组较低，以后各年龄组患病率随年龄而上升，60岁左右达到高峰后逐步下降，育龄期及更年期妇女患病率明显高于同年龄组男性居民患病率。

慢性病患病率的性别、年龄特征是女性略高于男性。各年龄组慢性病患病率随年龄上升而增加，80岁以上高龄老人慢性病患病率则呈明显下降趋势，中老年妇女的慢性病患病率明显高于同年龄组男性居民（见表3-1）。

表3-1 城市居民性别年龄组两周患病率（%）

年龄组	两周患病率			慢性病患病率		
	男	女	合计	男	女	合计
0—	15.39	15.46	15.43	3.34	3.38	3.36
5—	8.54	8.33	8.44	4.86	4.17	4.52
10—	4.54	3.88	4.21	3.96	3.38	3.67
15—	4.01	3.89	3.95	4.36	4.26	4.31
20—	4.71	4.78	4.74	6.03	6.77	6.40
25—	4.96	6.06	5.49	8.40	9.91	9.13
30—	6.75	9.01	7.84	13.43	16.38	14.85
35—	8.51	11.56	9.98	20.12	28.55	24.20
40—	9.54	14.53	12.05	27.06	40.93	34.03
45—	11.36	17.38	14.67	34.04	47.84	41.63
50—	14.50	18.83	16.84	45.34	52.50	49.15
55—	16.73	19.67	18.27	52.97	58.92	56.08
60—	17.70	19.34	18.53	53.36	59.44	56.45
65—	18.16	19.40	18.79	58.24	64.00	61.17
70—	19.60	17.71	18.67	62.99	64.95	63.96
75—	22.93	16.25	19.18	62.70	52.43	56.99
80(+)	13.07	12.60	13.14	32.09	34.22	33.30
合计	9.68	11.36	10.52	21.32	25.97	23.66

⑵ 人群发病率及疾病构成因素：发病率及疾病构成是影响医疗服务需要量的重要因素。在以急性传染病及其他急性病为主的地区或人群中，门诊人次比较少，住院天数比较短，所需要的门诊及住院医疗需要量就比较少。在以心血管病、肿瘤等慢性病为主的地区或人群中，由于每个病人的就诊次数多，住院时间长，门诊及住院医疗需要量就比较大。关于我国城乡居民的发病率及疾病结构的具体数据，可参考1986年9省市城市卫生服务调查的结果。在调查居民中，调查前两周患病率为10.52%。如按不同的城市分析，以中城市为低（见表3-2）。

表3-2 两周患病率与慢性病患病率的比较

	两周患病例数	两周患病率（%）	慢性病患病例数	患病率（%）
大城市	6 232	11.41	13 830	25.32
中城市	2 759	8.64	6 492	20.34
小城市	1 176	11.65	2 542	25.18
合 计	10 167	10.52	22 864	23.66

关于疾病的构成，在家庭调查的129种疾病中，按患病率的高低进行排列，在慢性病中按疾病系统分析，前五位的分别是：循环系统、呼吸系统、消化系统、运动系统和泌尿系统（见表3-3）。

表3-3 慢性病患病率按系统分析

顺位	疾病分类	病例数	患病率（‰）	（%）
1	循环系统疾病	6898	71.38	30.17
2	呼吸系统疾病	4054	41.95	17.73
3	消化系统疾病	4006	41.46	17.53
4	运动系统疾病	2598	26.89	11.36
5	泌尿系统疾病	684	7.08	2.99
6	传染病	615	6.36	2.69
7	神经系统疾病	497	5.14	2.18
8	精神病	464	4.80	2.03
9	血液造血器官疾病	396	4.10	1.73
10	眼病	386	3.99	1.69
	合计	20598	213.16	90.10

按病种分析，前12位分别是：高血压、慢性支气管炎、风湿性关节炎、冠心病、慢性胃肠炎、消化道溃疡、胆囊炎及胆石症、慢性肝炎、脑血管病、精神病、肺气肿、肾炎（见表3-4）。

在两周患病中，按系统分析，前5位依次是：呼吸、循环、消化、运动、传染病（见表3-5）。

表 3-4　慢性病患病率按病种分析

顺位	疾病名称	病例数	患病率（‰）	%
1	高血压	3510	36.32	15.35
2	慢性支气管炎	2617	27.08	11.45
3	风湿性关节炎	1791	18.53	7.83
4	冠心病	1150	11.90	5.02
5	慢性胃肠炎	1119	11.58	4.89
6	消化道溃疡	865	8.95	3.78
7	胆囊炎、胆石症	623	6.45	2.72
8	慢性肝炎	536	5.55	2.34
9	脑血管病	503	5.21	2.20
10	精神病	464	4.80	2.03
11	肺气肿	391	4.05	1.71
12	肾炎	385	3.98	1.68
	合计	13954	144.40	61.03

表 3-5　两周患病率按系统分析

顺位	疾病分类	两周患病数	患病率（‰）	（%）
1	呼吸系统	3989	41.30	39.26
2	循环系统	1512	15.64	14.87
3	消化系统	1177	12.18	11.56
4	运动系统	580	6.00	5.70
5	传染病	548	5.67	5.39
6	外伤	305	3.22	3.06
7	皮肤病	253	2.66	2.53
8	泌尿系统	182	1.88	1.79
9	眼病	166	1.72	1.63
10	神经系统	153	1.58	1.50
	合计	8865	91.74	87.19

按病种分析，前 12 位依次是：感冒、高血压、慢性支气管炎、胃肠炎、风湿性关节炎、外伤、冠心病、流感、消化性溃疡、扁桃体炎、脑血管病、肺气肿（见表 3-6）。

(3) 社会经济水平及医疗保健制度因素：社会经济及文化水平，居民所享受的医疗保健服务制度，对医疗服务需要量影响很大。一般讲，居民的医疗服务需要量随社会经济水平的提高而增加。在我国，享受公费医疗及劳保医疗的职工医疗服务需要量明显高于享受合作医疗的农民及自费医疗的居民。据 9 省市城市卫生服务调查，公费医疗组与劳保医疗组的两周就诊率与年住院率明显高于部分免费组，而自费医疗组居民的门诊及住院利用率最低（见表 3-7）。

表 3-6　两周患病率按病种分析

顺位	疾病名称	两周患病数	患病率（‰）	（%）
1	感冒	2828	29.27	27.82
2	高血压	695	7.19	6.84
3	慢性支气管炎	466	4.82	4.58
4	胃肠炎	407	4.21	4.00
5	风湿性关节炎	317	3.28	3.11
6	外伤	305	3.16	3.00
7	冠心病	283	2.93	2.78
8	流感	260	2.69	2.56
9	消化性溃疡	196	2.03	1.93
10	扁桃体炎	175	1.81	1.72
11	脑血管病	148	1.53	1.46
12	肺气肿	129	1.33	1.25
	合计	6209	64.25	61.07

表 3-7　医疗服务利用率按医疗制度分组（%）

医疗制度	两周就诊率	年住院率
公费医疗	15.74	6.18
劳保医疗	15.47	5.67
部分免费	13.98	4.38
自费医疗	11.89	3.10

此外，对某一地区（城市或农村、内地或边远地区）来讲，所需提供的医疗服务量还取决于当地的地理及交通条件，交通比较方便的城市不仅要为本地居民，还要为邻近地区的农民提供医疗服务。

某一医院的病床工作效率及医务人员所能提供的医疗服务则主要决定于医院管理水平、医务人员的业务能力及积极性。有关这方面的具体数据可以从当地各类医院的工作统计资料中找到。

3. 人口平均医疗设施的最低限度：这是指每千人口至少拥有的床位数，每一病床最少所需的建筑面积数及占地面积数，每一门诊人次平均建筑面积数，医疗用房平均单方造价数等医疗设施标准的制度化。我国现行的标准是：新建城镇每千人口设综合医院床位 5～7 张。新建工矿企业每百职工设综合医院床位 1.3～1.8 张。综合医院平均每床建筑面积 49～58m²，工矿企业职工医院平均每床建筑面积 41～48m²。一般综合医院每床用地面积 80～130m²，教学医院、有传染病区、有放射性或其他污染需要有隔离地带的建筑及有新的大型诊断治疗设施等，可以采用上限；当医院内设有护校、卫校及科研机构时，用地面积可适当增加。新建城镇的独立门诊部按每千人口就诊 24～28 人次计算，新建工矿企业的独立门诊部按每百职工就诊 6～7 人次计算，独立门诊部的建筑面

积按每一门诊人次平均 4～5m²计算。设简易床时，每床建筑面积 12～15m²。医疗用房的平均单方造价，一般以当地住宅造价的 150%～200%计算。综合医院中设有高压氧舱、医用加速器、医用电子计算机、体层扫描X线机、人工肾、同位素、放射治疗机和各种临床、基础实验室等新的大型诊断治疗设施的建筑面积及单方造价可另增。医疗设施的标准是随着国民经济的发展和人民生活水平的提高而不断地增长的。医疗设施标准的制度化，应该说是保障人民医疗需要的一个重要方面，也是社会医疗保障不可缺少的一项制度。

4. 计划一个地区卫生服务需要量的一般方法：计划一个地区需要的病床数时，可以先用抽样调查方法，了解各年龄组居民的住院率（包括每千人口中已住院的实际人数及已登记而尚未住院的人数）及当地人口的年龄结构，再结合当地住院病床的平均工作日来估计。

例如，通过调查知某地各年龄组居民的年龄构成及各年龄组居民的住院率如表3-8。

表 3-8　某地人口年龄结构及各年龄组居民住院率

年龄组（岁）	人口年龄结构	住院率（‰）
0—14	233	25
15—44	534	40
45—64	168	160
65岁以上	65	180
合计	1000	66

据表 3-8 所列，可估计出当地平均每千人口中的住院率为 $233\times25‰+534\times40‰+168\times160‰+65\times180‰=66‰$。

如该地平均住院日为 20 天，平均病床使用率为 80%，则可以估计该地每千人口所需要的病床数为：

$$\frac{20天\times66}{365天\times80\%}=\frac{1320}{292}=4.5（床）$$

如果该地住院天数中，29%在基层卫生院，35%在县医院，36%在城市医院，则每千人口病床数的分配：

基层卫生院为 $4.5\times29\%=1.3$ 床

县医院为 $4.5\times35\%=1.6$ 床

城市医院为 $4.5\times36\%=1.6$ 床

各类医务人员的需要数可用病床为计算单位，按平均每张病床所需要的医务人员数、医师数、护士数等推算。

5. 我国病床及医务人员的发展和需要量：建国三十多年来，我国卫生事业有很大发展，病床数及卫生技术人员数有很大增长。详见表 3-9。

但在同期，我国人口增长很快。全国人口数已由 1949 年的约 54167 万人，增加到 1982 年第三次人口普查时的 103188 万人，即三十多年中增加了 49021 万人，平均每年

表 3-9　我国病床及卫生技术人员的增长（1950—1980 年）

年	病床数（万）	增长倍数	每千人口病床数	卫生技术人员数（万）	增长倍数	每千人口卫生技术人员数
1950	11.9	1.00	0.22	55.5	1.00	1.01
1957	46.2	3.88	0.71	103.9	1.87	1.61
1965	103.3	8.67	1.43	153.2	2.76	2.11
1975	176.4	14.81	1.92	205.7	3.71	2.24
1980	198.2	16.61	2.02	279.8	6.37	2.8

增加 1508 万人。人口迅速增长，大大提高了医疗服务需要量。尽管三十年来病床数及卫生技术人员有很大增长，但按人口计算约每千人病床数及卫生技术人员数仍很低，远不能满足人民日益增长的医疗服务要求。1980 年我国平均每千人口的病床数仅 2 张，卫生技术人员仅 2.8 人，每千人口住院数仅 25 人。许多需要住院医疗的病人因病床少而住不进医院，大量肿瘤病人因不能及时住院而失去了早期治疗的机会。大批产妇因不能住院分娩而影响了产科服务质量。人口多，医疗需要量大，而病床及医务人员少，就医困难的矛盾很突出。

如果同国外一些国家相比，差距是很大的，如表 3-10 所列：

表 3-10　我国城乡卫生资源指标与部分国家地区的比较

卫生资源指标	9 省市城市平均值	10省（区）农村平均值	7 国12地区平均值
每千人口床位数	6.1	1.5	10.0
每千人口医师数	2.6	0.8	1.5
每千人口护士数	2.7	2.0	5.6
每千人口药剂师数	1.0	0.16	4.0
人均卫生事业费（元）	9.8	2.3	—

三十多年来人口出生率及死亡率下降，平均寿命延长，儿童比例下降，老年人比例上升，我国人口的年龄结构起了显著改变。

根据 9 省市城市服务调查的 96633 人中，男性占 49.68%，女性占 50.32%。按年龄结构分析，0～14 岁组占 17.52%；15～59 岁组占 69.31%，其中 20～29 岁组占 22.93%；60 岁以上的老年人占 13.17%。其中 65 岁以上的占 8.32%。上述结构同 1982 年人口普查资料比较，儿童偏低，青年偏高，老年人比重更高。表明我国城市老龄化趋势速度快、过程短。城市人口老龄化必将对城市医疗服务起重大影响。年青人多，表明 60 年代出生的人现已进入生育高峰期（见表 3-11）。

按照目前我国人口出生率及死亡率变动趋势预测，人口老龄化将进一步发展。人口年龄结构的这种改变，必然影响到疾病结构的改变和医疗服务需要量的增加。主要发生于儿童的传染病显著下降，而多发生于成年人及老年人的心血管病、恶性肿瘤明显增加。可以预计，随着人口老龄化程度的增加，心血管病、呼吸系病及恶性肿瘤病等疾病将越来越成为我国医疗部门所面临的主要问题，医疗服务需要量将进一步上升。同时，

表 3-11　两次普查人口、性别、年龄结构资料的比较

年龄组	1986年调查人口（%）			1982年普查人口（%）		
	男	女	计	男	女	计
0—	8.91	8.61	17.52	13.43	12.59	26.02
15—	34.40	34.91	69.31	34.93	31.70	66.63
60—	6.38	6.79	13.17	3.48	3.88	7.36
合计	49.68	50.32	100.00	51.84	48.17	100.00

随着社会主义现代化建设的发展，人民经济文化水平的提高，人民对医疗服务的要求，不论在数量上还是质量上，将进一步提高。为与国民经济及社会发展相适应，积极发展医疗卫生事业，增加病床及医务人员数量，提高医疗服务的数量与质量，以满足广大人民日益增长的医疗服务要求，将是我国今后一个时期内卫生事业发展的主要任务之一。

（四）社会医疗保障制度

医疗保障制度应由国家各级政府制定颁布，在我国则由国务院制定颁布，全国统一实行。有的国家是以法律形式规定的，纳入医疗卫生法规之中。

医疗保障制度有两方面的内容，一是指医疗保健费用的负担方式；另一是指人口平均医疗设施的最低限度。

1. 我国医疗保障费用的负担方式可概括为三种：

⑴ 公费医疗：又可分劳保和公费医疗两种。

① 劳保医疗：《中华人民共和国劳动保险条例》规定，从1951年起，对铁路、邮电、航运及工矿企业单位的工人、职员等实行集体劳动保险（简称“劳保”）。凡有疾病、负伤、生育等情况时，均按照一定条件和标准，由本单位在劳保资金内支付全部或部分用药费。他们所供养的直系亲属在患病或生育时，亦享受一定的劳保医疗待遇。

② 公费医疗：是对各级国家工作人员、革命残废军人、高等院校学生及退休和离休的公职人员等实行的一种免费保健制度。

⑵ 合作医疗：是在农村实行的一种自愿互助的医疗制度，参加者患病就医时可按规定得到医药费补助。资金来源一般由参加者和所在乡（镇）、生产组织共同集资，即按规定各交付一定比例资金〔乡（镇）、生产组织从公益金中拨出〕，集聚起来，单独建账，专款专用，合作医疗管理委员会集体管理。

⑶ 自费医疗：个人负担医药费。

2. 国外医疗保障费用负担方式有三种：

⑴ 社会保险形式：被保险者患病时由保险机构按规定交付一定比例的医药费。资金来源，一般是被保险者本人交付工资的5.5%左右，雇用者支付报酬的5.65%～13.5%，国家不提供经费。适用于工人、职员及民间工商业的被雇佣者。西德、法国等采用这种形式。

⑵ 社会保险与卫生保健服务相结合的形式：适用于全体居民。经费来源，由被保险者工资中缴付6.5～10.0%，雇佣者支付工资总额的10.6%，国家负担全部费用的15%～90%（国民保险服务费）。瑞典、美国、英国均采用这种形式。

(3) 卫生保健服务形式：即向全民提供免费医疗，医疗经费全部由国家负担，将居民的免费医疗作为卫生保健工作的一部分。苏联、朝鲜民主主义人民共和国即采用这种形式。

第四节　医疗行政及医疗行政体系

医疗行政简称医政，是指对医疗组织及医疗活动所实施的行政管理而言，它是卫生行政管理的重要组成部分。

一、医政管理对象

一般说，医政管理对象可分解为三部分：

1. 医疗组织：包括城、乡医疗机构和基层医疗组织、个体、集体和私营医疗院所，城、乡医疗预防体系的组织和建设，康复、疗养院所和急救、输血机构等。管理重点是网点布局、规模数量、专业结构、基本条件、技术建设等。

2. 医疗活动：包括技术活动、行为道德、医疗秩序等。管理目的是保证各类医疗活动按科学规律和规范要求正常运行。

3. 医疗市场：通过管理医疗市场为医疗单位创造良好的经营环境和竞争环境，同时利用市场机制调节医疗供求关系。

二、医政管理职能

概括讲，医政管理基本职能有五项。

（一）规划职能

抓规划，制订医疗事业发展目标以及实现目标的步骤方法，解决好发展战略问题。医政管理部门，应对所辖区域内的医疗事业发展有个通盘的考虑，怎样发展，朝什么方向发展，应实现哪些目标，要有战略性思考，有总体设计和具体安排。通过制定和实施发展规划，使医疗事业朝正确方向健康发展。

（二）组织职能

根据实现规划目标的客观要求，建立必要的医疗组织机构，审定新开办的组织机构，配备合格的工作人员，创造所需的工作条件，规定管理体制，确定责权关系等。

（三）规范职能

对各种医疗活动确定允许范围，明确可以怎样和不可以怎样。

通过抓规范，加强卫生法制建设，对医政管理对象的各项活动做出事先的、明确而稳定的规定，并用文件（最好用法规的形式）固定下来，从而使医政管理走上贯性运行轨道，减少随机性和随意性管理，使管理对象在明确的规范环境中自主管理、自主经营。

（四）指挥职能

根据国家方针、政策和工作计划安排，按照规定的体制和领导关系，对下级发出指示、命令，从而影响其行为，以达到某一目标。

（五）控制职能

对各项医疗活动进行必要的检查、监督，惩处违法行为，纠正违章现象，保证各类医疗活动符合规范要求，保证医疗活动健康运行。卫生事业的发展和各项医学活动是个运动过程，运行中时常会发生偏离目标或违背规范的现象，这就需要运用监督、检查、审计、信息反馈等手段加强控制，以保证医疗事业发展指向规划目标，各项医疗活动符

合规范要求。

三、医政管理基本手段

医政管理的基本手段主要有三种：

（一）行政手段

行政手段是最古老，也是最基本的管理手段。行政手段具有以下特点：

1. 集中统一：行政手段是集中管理和统一指挥所必须的手段，任何组织要统一目标、统一意志、统一行动就离不开行政手段。

2. 灵活具体：行政手段可以针对具体事物、特殊事物，一事一议一决，并可根据需要随时变更或补充，这是法律手段所办不到的。

3. 保密性好：运用行政手段进行管理，可根据实际需要，在一定时期或一定范围内秘密进行。

行政手段的缺点是稳定性、民主性、科学性较差，易产生长官意志、官僚主义、瞎指挥等问题。

（二）法律手段

法律手段是近代和现代社会管理的重要手段。法律手段具有以下特点：

1. 概括性：法律制约的对象不是具体的或个别的事物，而是抽象的、一般的，只要在法律适用范围内就普遍适用，并反复适用。

2. 规范性：法律在适用范围内，对各种行为做出规定，指出可以怎样做或不能怎样做，为人们的行为或组织活动划定允许范围。

3. 强制性：法律规范是由国家强制实施的，对于违法行为有明确严格的惩处措施。

4. 稳定性：法律具有相对的稳定性，一项法律颁发后，一般要延用多年，不宜频繁改动。

（三）经济手段

经济手段是运用经济规律和经济杠杆进行管理的一种方法，适用于具有经济活动的各类管理活动。运用经济手段进行医政管理，一方面是按经济规律办事，使经济活动摆脱各方面的干扰，由经济规律进行自动调节；另一方面是运用经济杠杆进行管理，通过调节经济利益，实施奖励或惩罚，来改变人们的行为或经济运行状况。

四、医疗行政管理体系

医疗行政管理机构是卫生行政机关的组织部分，是卫生行政机关管理医疗工作的职能部门。我国卫生行政机关的设置，是根据中华人民共和国组织法，按行政区划层次设置的，是隶属中央和地方各级政府领导下进行卫生行政管理的机构。这种设置常随情况的变化而变动。以下介绍的是最近的设置状况。

国家政府（国务院）机关设卫生部，卫生部内设防疫司、医政司、药政司、妇幼司、教育司、科技司、计财司、干部司、政策法规司、外事局等职能部门。

各省、自治区、直辖市政府机关设卫生厅（局），卫生厅内设防疫处、医政处、药政处、妇幼处、科教处、计财处、人事处、外事处等职能部门。

各省、自治区所管辖的市（地）、自治州政府设卫生局，卫生局内设防疫科、医政科、药政科、妇幼科、科教科、计财科、人事科等职能部门。

各直辖市和较大的省辖市、自治州所管辖的区、县（自治区县）政府设卫生局(科)、

卫生局（科）内设防疫股、医政股、计财股等相应的职能部门。

各县（自治县）的乡、镇政府不设独立卫生行政机关，有专人管理卫生行政工作。从国务院卫生部至乡、镇政府构成为卫生行政管理体系及医疗行政体系。

我国现行卫生行政机构及医政职能机构设置示意如图 3-1。

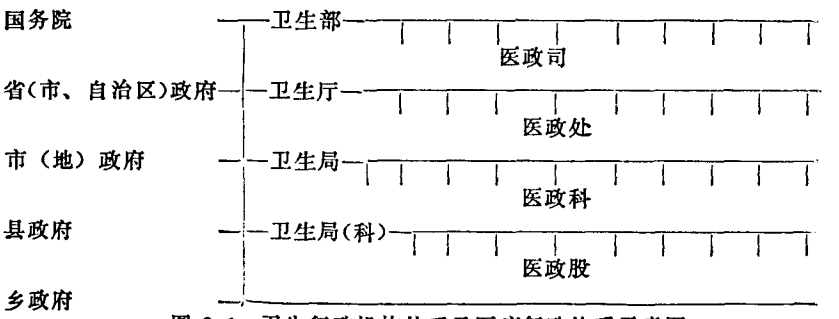


图 3-1　卫生行政机构体系及医疗行政体系示意图

要扩展医政工作系统。目前看，可朝两方面扩展：一是根据工作需要，组织有关专家建立参谋组织，以提高管理决策的思维能力；二是将医疗方面的学会、协会、“防办”等群团组织和事业单位组织起来，纳入医政工作系统，承办一些具体管理事务，以减轻行政部门的工作压力，使之集中精力抓好大政方针和全行业管理。

五、建立新的医政管理模式

建国以来，医政工作积累了一些适应我国国情的管理经验。

以卫生部医政司、省（直辖市、自治区）卫生厅医政处、市（地、自治州）卫生局医政科、县卫生科医政股以及乡、镇政府卫生助理为医政管理职能部门构成的医政管理体系，为医政管理效能的发挥打下了良好基础。

以综合性多科系优势的综合医院和具有专科特长的综合医院为骨干，实行大、中、小配套，建设基层医疗机构，使医疗机构网点布局比较合理，促进了城乡医疗预防网的形成，农村缺医少药状况有很大改善，对提高人民健康水平发挥了越来越大的作用。

允许国家办、集体办医疗机构和个体开业医多种形式并存，在全民所有制医疗机构占主体的情况下，充分发挥集体所有制医疗机构的作用，并把个体开业医作为辅助力量加以管理，加速了医疗机构的建设和发展。

在城乡还存在差别和广大农村严重缺医少药的历史条件下，分批分期建设三分之一的县的试点工作，逐步把县级医疗卫生机构建成农村卫生技术指导中心和培养人才基地，推动了农村卫生事业发展，加快了改变农村缺医少药状况的步伐。

把城乡医疗卫生机构组织起来，开展分级分工医疗，提高了城乡医疗卫生机构整体的防病治病能力，方便了群众就近就医。

卫生部制订并发布的《全国医院工作条例》和制订并试行的《医院工作人员职责》、《医院工作制度》等，形成了一套符合国情的具有法规性质的管理条例和制度，从而使医政管理朝着规范化和法规化方向迈进了一步。

但是我们应该认识到，随着政治体制和经济体制的大变革，随着政府工作职能的转变，都从客观上要求医政管理必须尽快建立起新的管理模式。

（一）变直接管理为间接管理

旧的管理模式，由于医疗行政机关的干预，医疗单位成为行政机关的附属物，没有管理、经营自主权。实践证明，这种直接的管理不利于发展医疗事业和加强医政工作，应转变为间接式管理。要简政放权，凡应下放的都要放给医疗单位，同时赋予相适应的责任。要按照所有权与经营权相分离的原则，扩大医疗单位自主权，使之成为相对独立的经营单位和利益实体。逐步将行政机关举办和经营事业的职能分离出去。

（二）变微观管理为宏观管理

医政管理环境和管理对象的变化，一方面使具体的微观管理难以继续下去，另一方面对加强宏观管理提出了迫切的要求。为此，我们应超脱具体事务，集中精力抓好宏观管理。

1. 抓规划，解决好发展战略问题。

2. 抓医疗体制改革，改革办医模式，使之与政治、经济体制改革和社会发展的大环境相适应；改革经营方式，增强医疗单位的自我发展能力；改革分配制度，打破大锅饭，提高医务劳动价值；完善医疗事业的结构与功能，使之在医疗市场环境中形成新的系统结构。

3. 抓法制建设，使管理对象在明确的规范环境中自主管理自主经营。

（三）变多元化管理为一体化管理

由于受旧体制的影响，目前的医疗格局基本是按行政区划和部门体制构成的医疗体系，按照封闭的、自给自足的模式设置医疗机构，搞独家办、小而全、综合化。这种状况不符合社会化分工协作的要求，不利于调动社会办医的积极性，卫生资源浪费较大，因而不适应商品经济环境和医疗市场机制。医疗市场的形成和发展，打破了独家办的单一模式，不断地改变着医疗格局和就医流向，冲击着旧的医疗体制和医疗网络结构，要求医疗组织在新的社会环境中构成社会化的系统结构。适应这一发展趋势，应树立社会化观念，实行多家兴办医疗机构，由“一家”统一行业管理。

第五节　医疗法规

一、医疗法规的概念

根据新宪法的规定，国务院制定的卫生方面规范性文件称为卫生法规。卫生部发布的卫生方面规范性文件称为规章。地方上制定的卫生法规称为地方性卫生法规。卫生法规不是法律。医疗法规是卫生法规的一部分。作为医疗法规有四层含义：

1. 医疗法规是国家各级行政权力机关制定或认可的，是共同遵守的通则，具有强制性。

2. 医疗法规调整的对象是因保护和增进人民群众身心健康、获得健康的后代而产生的社会关系。

3. 医疗法规是国家卫生工作方针、政策的具体化、制度化、条文化。

4. 医疗法规的某些具体内容是根据医学科学和生物科学的基本原理制订的，具有一定的继续性和普遍意义。

二、医疗法规的内容及名称

从国外许多国家所制定的医疗法规来看，包括范围和内容相当广泛。例如：

1. 朝鲜民主主义人民共和国“人民保健法”，包括人民保健的基本原则，完整、全

面的免费医疗制度，建立在预防医学方针基础上的健康保护等方面的法律规范。

2. 罗马尼亚大国民议会颁布的“保障人民健康法”，包括卫生组织及其职能、卫生人员、改善人民的健康状况预防疾病、医疗服务、自然医疗因子、生物制品、仪器、医学用品、药物、医学科研、医学法律活动等法规。

3. 日本有“日本厚生省设置法”，明确规定厚生省所辖事物的范围权限及组织机构；“公害纠纷处理法”，包括公害纠纷处理机构，处理程序，裁决等法规；以及“日本公害对策基本法”等。

4. “阿尔及利亚公共卫生法”，共计6卷，435条，对医疗卫生活动及其行政管理的诸方面，均以法规形式加以明确规定，做到有法可依，依法而行。

5. “法国公共卫生法”，包括地方卫生行政机构，卫生理事会和保健委员会，国立卫生研究所及国立公共卫生学校，都有法规条文：“公共医疗机构和某些社会性医疗机构人员总章程”（1974年10月22日第74—873号法律），对医疗卫生机构、建制规定、人员招聘、报酬、鉴定和晋升、纪律、岗位变动、退休金及社会保险，均做出了规定。

6. 苏联及各加盟共和国“卫生法规”（大纲），条文亦较详尽具体。

7. “美国国家环境政策法”等。

医疗卫生法规的名称，既要反映本法规、规章管理的内容，还要体现法规、规章的效力。我国现行的医疗卫生法规和规章的名称，有条例、细则、规定、决定、办法、意见、纪要、章程、原则、守则、规范、决议等。

建国以来国家卫生部先后编印了《卫生法令汇编》一、二集，1983年又出版了《中华人民共和国卫生法规汇编》。但总的来说，我国医疗法规尚不健全，只是刚刚着手建设。

加强我国医疗卫生法规建设，使医疗卫生行政管理有法可依，是搞好医疗卫生行政管理工作，促进卫生事业发展的重要课题。

三、医疗法规的制定

（一）制定法规的机关与权限

1. 国务院是最高国家行政机关，不是立法机关，它只能依据宪法和法律制订医疗卫生行政法规。国务院制定的医疗法规，其效力高于地方性医疗法规，地方性医疗法规不得与它相抵触。

2. 国家卫生部有权制定医疗规章。

3. 省、直辖市的人大及其常委会有权制定地方性医疗法规。

4. 省、自治区人民政府所在地的市和经国务院批准的较大的市的人大及其常委会可以拟订本市需要的地方性医疗法规草案，提请省、自治区人大常委会审议制定。这些市的人民政府可以制定规章。

（二）医疗法规制定程序

我国法律的制定，一般要经过法律草案的提出、法律草案的审查和讨论、法律草案的通过、法律的公布等四个程序。

医疗法规的制定，大体上也要经过上述四个程序。但国务院、卫生部发布的命令、指示、规定的制定程序尚不明确。

一项医疗法规公布后，应保持一定的稳定性和连续性。修改或废除已公布实行的医疗法规，也应按法定程序进行。一般来说，其修改或废除的权力属于原制定机关。

（三）医疗法规的实施

1. 实施的基本原则：以事实为依据，以法规为准绳，法规面前人人平等。

2. 法规效力问题：所谓医疗法规效力问题，系指它在什么范围（领域）、什么时间和对谁有效的问题，即在空间、时间和对人的效力问题。法规空间效力，一般是在制定和发布医疗法规的行政权力机构所管辖的区域内发生效力。如凡经国务院、卫生部发布的医疗法规或规章就在我国的全部领域内发生效力。医疗法规的时间效力，一般只能适用于生效后发生的事件或行为，不适于生效前的事件或行为。对人的效力问题比较复杂，原则上按我国法律规定执行。

3. 对医疗法规的解释：对医疗法规的解释权，原则上属制定和公布法规的行政权力机关。

（四）监督与处罚

1. 监督权问题：一般由国家卫生行政部门领导卫生医疗法规监督工作。国家卫生行政部门所属的医疗卫生事业单位具有行使监督的职权。此外，还有群众监督和社会监督。其基本方式是批评、建议、检举、控告和申诉。

2. 行使监督权的基本原则：有法必依，执法必严，违法必究。

3. 处罚：对违反医疗法规的当事人要依法给以如下行政的处罚和法律的处罚。

⑴ 行政处罚：行政处罚的对象是违反医疗法规所规定的义务当事者，包括公民、法人及其代表的处罚。

行政处罚由国家卫生行政部门或下属的法定事业单位依法裁决。

我国医疗卫生行政处罚的种类有：警告、罚款、没收、销毁、停产、停业整顿、吊销许可证、阻止染疫病人出入境、禁止某些行李货物进出口等。根据情况可以单处或并处。有些处罚要规定时限。

行政处分是行政处罚的一个组成部分，是对国家行政业务人员因工作过失所给予的纪律处分。纪律处分的种类分为警告、记过、记大过、降职、撤职、留用察看、开除。

⑵ 损害赔偿：违反法规的当事人或所在单位有损害赔偿责任，受害者可以提出赔偿要求，由各级卫生行政部门处理。当事人不服可以向法院起诉。赔偿包括医药费、误工工资、生活补助、丧葬费、遗属抚恤费。

⑶ 追究刑事责任：对违反医疗法规的直接责任者，已构成触犯刑律的，则由人民法院依法裁决。

陈春林　于宗河　徐健行

第二篇　医院组织领导及人员管理

第四章　医 院 组 织

第一节　医院组织的基本结构和原则

一、组织及组织管理概说

什么是组织？单个人工作时不需什么组织。需要两个人以上协同工作达到同一目的时，则对每个人的工作分工、联系方法、工作位置及职权等都须作出规定，这就是组织。凡是有协同工作的地方都需要有组织。一支军队、一个工厂、一个医院……都需有组织。组织工作有优有劣，其所产生的结果大不相同。

医院组织管理是运用有关原理和方法，研究医院组织的合理化和发挥工作人员的积极性，以提高工作效能。

组织是管理的基本职能。当医院工作的方针、目标、规划确定以后，关键的因素就是组织工作。组织管理就是研究医院系统的结构和人的管理，搞好组织管理就可提高医院系统的整体功能。组织管理在医院管理中有其重要意义。

医院组织管理的主要内容有：医院的组织机构、领导体制、人员编配、人才的选拔和培养、思想政治工作、医院伦理以及领导艺术等。

前篇介绍科学管理的产生和发展时，介绍了这方面的代表人物泰罗和法约尔。泰罗的学说，着重基层管理，关心的是作业方面的问题，他不重视管理组织和管理职能，叫作“作业水平”上的研究；而法约尔则从上层管理，以企业为整体的管理过程开始，使管理过程系统化，叫作“组织水平”上的研究。康门特利（Commentry）矿山公司因经营管理不善，行将破产。法约尔就任该公司总经理后，使该公司转亏为盈，业务上有很大的发展。法约尔认为，这一巨大成就，与其说应归功于他个人的才能，不如说应归功于他所运用的管理方法。法约尔在1916年发表的《一般管理与企业管理》一书，着重谈的是组织论方面的问题。他强调组织的根本原则是统一指挥、发挥集体协同力量去达到共同目标。他还提出了管理过程的五个部分即：计划、组织、指挥、协调、控制。他认为计划工作是最重要的管理职能。组织工作是人力物力，主要是人力方面的问题。组织建立起来以后，为了使组织行动起来，指挥的职能是必要的。他列举了一些有利于履行指挥这一职能的守则：①全面了解工作人员；②淘汰不能胜任工作的人；③充分了解组织与其成员之间的协议；④树立良好的榜样；⑤定期审查组织结构；⑥利用会议方式作出决议；⑦不要陷于琐碎事物；⑧在工作人员之间发扬团结、干劲、首创精神。一个企业要取得成功，协调和控制是不可少的，法约尔建议每周开协调工作会议。控制的职能是检查工作实际进展情况与原定计划、指示和规章制度是否相符合，找出偏差，加以纠正。

现代管理科学的组织理论是建立在系统科学和控制论、信息论的基础之上的。普通

系统论的创始者，奥地利学者贝塔朗菲，提出了组成系统的著名定律：整体（系统）的属性与功能大于各孤立部分(小系统)的总和。强调系统的整体性、目的性和最优化，即系统的功能和效果。要求建立组织机构符合系统原理。如整体分合原理（即系统的整体性、集合性和相关性)、反馈原理等。因此，现代组织要求建立精干有力的决策机构(即领导班子)、灵活而健全的反馈系统（即职能参谋部门和智囊机构等)、有效的执行系统（即业务部门）和监督系统。四位一体形成一个完整结构。

二、组织的原则

进行组织管理，做到组织化，使组织成为强有力的有机整体，就要遵守组织原则。组织的原则就是组织的基本规律。下面讨论组织的一些原则：

（一）专业化分工的原则

多数人为一个目的协调工作，就需要有分工。专业化分工可以提高效率和质量，专业化了的集体医疗，可以超越个人能力的界限。医院的优越性，就在于有专业化分工的集体协作医疗。

诊疗科目的细分是现代医学进步的结果。特别是在大医院，这种趋势正在增加。这种专科化是综合医院为了提高其功能所必需的发展过程。当然分工越细越要强调多科协作，因为病人是有生命的整体。

医院后勤各部门也同样应当实行业务专门化，积极地同诊疗部门协调一致工作。

（二）统一指挥的原则

组织理论强调：每一个工作人员只能接受一个上级的指令，并只能和这个上级联系，不能接受一个人以上的指令。这一条是组织的根本原则，“二元指令”，多头领导，就会破坏组织的原则，动摇组织的基础。

下级必须服从上级的命令和指挥，为了保证命令和指挥的统一，下级机构只能接受一个上级机构的命令和指挥；实行各级首脑负责制，避免无人负责现象；正职领导副职，在副职分管范围内授予必要的权限；要按管理层次逐级指挥和逐级负责，一般情况下不应当越级指挥。

（三）层次的原则

凡是组织都有层次结构。组织越大往往层次越多。层次是从上级到下级责任者的系列。指挥和命令必须通过组织层次逐层下达；下级的报告也要逐层上报。

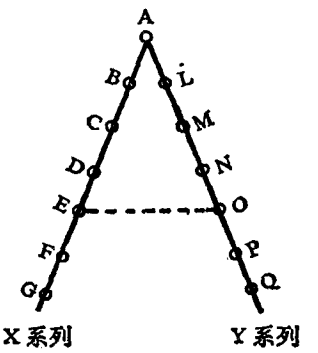


图 4-1 法约尔桥

在实际工作中常常有经常性的依靠其他部门协作和执行的情况。如按层次顺次上达到顶层，再由顶层向协作部门顺次下达时，则会影响工作的正常进行。这就需要考虑“法约尔桥”的原理（图4-1)，就是：一个系列有必要同其他系列联系起来进行工作时，就不必通过顶层来进行联系，可按事先给予的直线联系的权限，直接在系列的中部进行联系。如内科请外科会诊，就不必通过院长，按会诊制度直接写会诊单送外科即可。病房电灯坏了，不必通过科主任、院长、科长……，而按制度直接与总务科有关部门联系即可。

这种原理对业务工作的进行有很大的机动性，但必须按规章制度执行，不应滥用。如果上级事先不了解而随便搭上关系，就会使组织陷入混乱。

（四）职责与权限一致的原则

既要明确规定每一管理层次应负的管理职责，又要给予完成这一职责所不可缺少的管理权限。职责与权限必须协调一致，这也是组织原则之一。有权无责，会助长瞎指挥，有责无权、或权限太小，束缚了管理人员的积极性、主动性，实际上不可能负起应有的责任，使责任制形同虚设。如果上级掌握一切权限，要求他的下级只是按指示工作，或者空谈责任制，这是错误的，结果必然不好。上级只应掌握总的权限，其他权限必须分配给下级。集权必须与分权相结合，既要统一领导，又要分级管理。

不仅要明确规定各级职责和权限，而且必须使各级人员确切明白自己的职责和权限。这是很重要的。

（五）例外的原则

这一原则是由泰罗提出的。对于日常例行业务应制订常规措施和标准，尽量交给下级去处理，只有遇到例外的、特殊的情况时，才由上级亲自来处理。这种上下级之间的分工，叫作“例外的原则”。实行这一原则，有利于领导摆脱日常事务，集中精力研究和解决带有全局性的管理业务；又有利于调动下级的积极性。当然，上下级的合理分工，并不是对下级工作放手不管，而应加以必要的监督和指导；下级也应及时向上级报告工作。

（六）能级的原则和新陈代谢

每一级工作人员的工作能力都应该和他担任的职级相称，就是各个管理层次具有不同能级，才能形成稳定的管理层次结构，这是能级的原则。一个组织，其组成的人员应该经常有一定的流动。能够不断进行新陈代谢的组织，是个有活力的组织。

（七）有效管理范围的原则

每个管理者直接领导的下级人数有一定的限度，如：院长领导几名副院长，副院长领导若干名主任、科长，等等，人数多了或人数少了都有一定的弊病，这就是有效管理范围。国外管理学者有的主张上层领导所直接管理的人数最好少一点，一般以管 3～7 名为适合；下层作业层可根据工作性质而定，一般认为有可能管理 15～20 人。因为基层管理活动属于执行性工作，带有较多的日常、重复的性质。领导者的知识、经验和能力较强，或者下级独立工作能力较强的都可以扩大管理范围；否则则适当缩小管理范围。另外，管理范围与管理层次成反比，管理范围大，则层次可以减少；反之，则层次多，增加间接管理面，妨碍工作效率。按组织原则，组织层次少，命令路线越短越好。

三、组织的结构

组织的结构，就是体制要求。所谓体制就是机构设置和权力的划分。系统结构应具有稳定性、适应性。组织结构有以下一些形式。

（一）直线组织

直线组织是一种最早最简单的组织形式。这种组织形式，一切指挥和管理职能基本上都由行政负责人自己执行；或只有少数职能人员协助行政负责人工作，不设立职能机构。如图 4-2。

这种组织形式的优点是：机构简单，责任与权限明确，指挥统一。缺点是要求行政负责人通晓多方面的知识和工作能力，这往往是不易做到的。在规模较小业务比较简单的医院里还比较合适，而在规模较大、管理比较复杂的医院里，这种组织形式就不适用

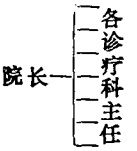


图 4-2 直线组织示意图

了。

（二）直线参谋组织（直线职能组织）

这种组织形式把管理人员分为两类：一类是直线指挥人员（line），他们拥有对下级实行指挥和命令的权力，并对该组织的工作负全部责任；另一种是直线指挥人员的参谋（staff）——职能管理人员，他们只对行政负责人起参谋助手作用，对下级机构只能进行业务指导，而不能对他们直接进行指挥和命令。这一组织形式的主要精神，是为了保证一个单位内有一个统一的指挥和管理，避免多头指挥和无人负责现象；同时，又有一套职能机构协助直线指挥人员的工作。如图 4-3：

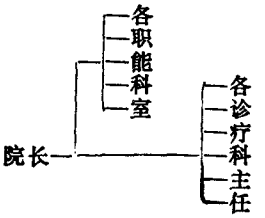


图 4-3 直线参谋组织示意图

参谋职能部门可以分为综合性的参谋职能部门和专门性的参谋职能部门。前者如医院办公室，处理的是全院性的涉及各个部门的工作，如调查研究、计划总结、文书档案、内外联系、对院长所管的业务提供建议等。医务处（科）虽分管医疗工作，因为医院基本业务是医疗工作，负责制订全院医疗计划、标准，掌握医疗动态，协调各医疗业务部门的工作，医疗内外联系等事项，起院长的“作战参谋部”的作用，工作有综合性；后者如人事科、财务科、医疗设备科等，就是这种专门性的参谋职能部门。性质是把本来属于直系组织各部门的同样业务集中，对直线组织部门提供专门服务，并对院长进行协助。

直线参谋组织形式，也存在矛盾。如职能机构之间，既有专业分工，必然带来协作问题，如协调配合不好，会妨碍工作正常进行。同时，各职能部门对各业务科室虽不能直接指挥，却可以在专业范围内对下级单位提出工作部署和要求，这些要求如果不能协调一致，会使下级单位无所适从，或妨碍中心工作的执行。因此，实行会议制度作为协调的一种措施是必要的。

（三）矩阵组织

这种组织形式，既保留了直线参谋组织形式，又有按规划目标划分的横的领导系统，也就是横向之间可以发生联系，增加了管理的灵活性。

现代医院应是既有直线参谋组织，又有横线联系的矩阵组织。如临床各科与中心化了的辅助诊疗部门，就是这种组织形式（见图 4-4）。

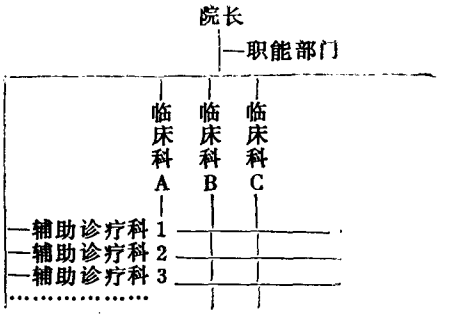


图 4-4 矩阵组织示意图之一

又如医院的科研组织，可以组成矩阵组织（图 4-5）。

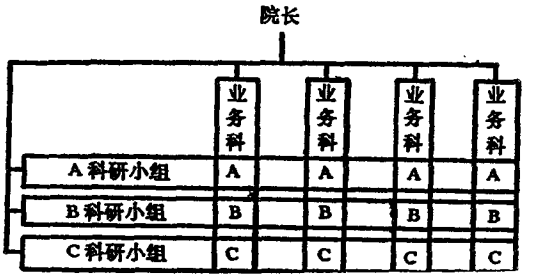


图 4-5 矩阵组织示意图之二

第二节 医院构成部门和机构设置

一、医院主要构成部门

医院主要构成部门，按我国的现状，一般可分为：诊疗部门、辅助诊疗部门、护理部门和行政后勤部门。

诊疗部门包括：内、外、妇产科等医疗科和急诊科、预防保健科。由这些部门进行住院、门诊、急诊和预防保健等工作。诊疗部门是医院主要业务部门。

辅助诊疗部门包括：药剂科、营养科、放射科、临床检验科、临床病理科、麻醉科、手术科、理疗体疗科、消毒器材供应室、功能检查及窥镜室等等。辅助诊疗部门以专门技术和设备辅助诊疗工作的进行，为诊疗工作服务。是现代医院组成的一个重要环节。

护理部门包括：临床护理（又分为病房护理、门诊护理）、保健护理和医技部门护理。在护理部统一领导下的护理工作体系。

行政后勤部门包括：各职能管理部门。是进行人、财、物保障的辅助部门。必须与诊疗及辅助诊疗部门密切联系协调成为一个有机整体。

日本高桥政祺在《医院管理入门》一书中论述，构成现代医院组织的有十个部门：诊疗部门、中心检查治疗部门、护理部门、药剂部门、营养部门、社会医疗服务部门、病史资料部门、事务部门（包括人事、财务、供应、文书等）、设备服务部门（包括房屋设备、水电热冷通讯设备和医疗设备的管理、运转和维修）、环境整备部门（包括室内外保洁、污物处理、被服洗涤供应和医院装饰美化绿化工作，是护理工作的辅助部门，

对加强卫生学管理有重要作用)。

二、医院组织机构设置的原则

医院组织机构包括诊疗科室、辅助诊疗科室和行政后勤职能科室。这些机构的设置，都应遵循组织的原则和系统的原理，以医疗为中心，从实际出发。

1. 业务科室的设置，主要从业务实际需要（包括病人的需求），上级卫生行政部门的统一安排，医院本身的技术力量和医院的业务发展规划为根据。随着医学技术的发展，医院细分专科有利于提高诊疗水平的质量。专科的建立也要从实际情况出发，要注意成龙配套，要考虑到其他有关专科及辅助诊疗部门能否协同配合。一般综合医院首先应该考虑的是加强与大量常见病诊治有关的科室，如普通内科、普通外科等。目前，医院的临床专科划分大体上有以下类型：第一，按治疗手段分科，如内科、外科、放射治疗科等，内科主要用药物治疗，外科主要以手术治疗。但随着医学技术的发展，这种传统的分科方法也有新的变化，如风湿性心脏病本来是内科病，由于心外科的发展，又成为外科治疗对象，等等。第二，按治疗对象分科：如妇产科、儿科、老年病科等。第三，按病种分科：如肿瘤科、结核病科、传染病科、精神病科、遗传病科、糖尿病科、计划生育科等。第四，按人体系统及器官分科：如眼科、神经科、口腔科、皮肤科、内分泌科等。还有打破传统内外科分科方法，按系统综合分科方法，如消化系科（包括内、外、病理、放射有关专业)、神经系科（包括内、外科有关专业）等。

医技诊疗科室发展较快，新设备逐渐增多，新业务不断开展。这些部门的设置应向中心化发展。各搞一套的分散作法不是现代医院管理方法。中心化管理，可以节约开支、提高设备利用率和提高工作效率和质量。随着临床、科研与实验室工作日益密切结合，医院应设置实验室机构。根据国内许多医院的经验，应设立中心实验室，或者中心实验室与必要的专科实验室相结合，以中心实验室为主的体制。

2. 关于职能管理科室的设置，应该以精干有力，减少层次，提高效能，有利于医疗、有利于病人为原则。但对“精简机构”不能只理解为人员和机构越少越好。而应从组织机构的科学性、合理性、提高工作效率出发。精减只应减掉冗员和多余的（包括可有可无的)、低效率的机构；而精干的人员必须保持，科学的、合理的机构不但不应减，必要时还应增加。例如：一所大医院，后勤工作担子是很重的。后勤机构如只设一个总务科，势必总务科长的管理范围很大，或者应增加管理层次，二者必居其一。管理范围大则难免顾此失彼，增加管理层次则降低工作效率。如果后勤部门分设几个科，如总务科（重点管房屋及设备运行和维修)、物资供应科（包括物资药械供应）和环境整备科（保洁、被服、绿化……）等，合理扩大行政后勤副院长管理范围，减少下级的管理范围和层次，则可能提高工作效率，而且人员也不一定需要增加。

三、组织图

将组织以图式表达出来就是组织图（organi zational chart)。一般有组织机构图、组织功能图及职位组织图。一般多把几种内容画在一起来表述。医院组织图表示医院管理程序、行政业务指挥体系。在医院组织管理中有其实际意义（实例见图4-6、7、8)。

四、医院组织机构模式

（一）我国医院组织机构一般模式

我国医院机构设置　几经变动，现在大体上已有个模式，但有些问题尚待讨论。我国当前医院一般模式，以500张左右病床的综合医院为例，组织机构图如图 4-6。

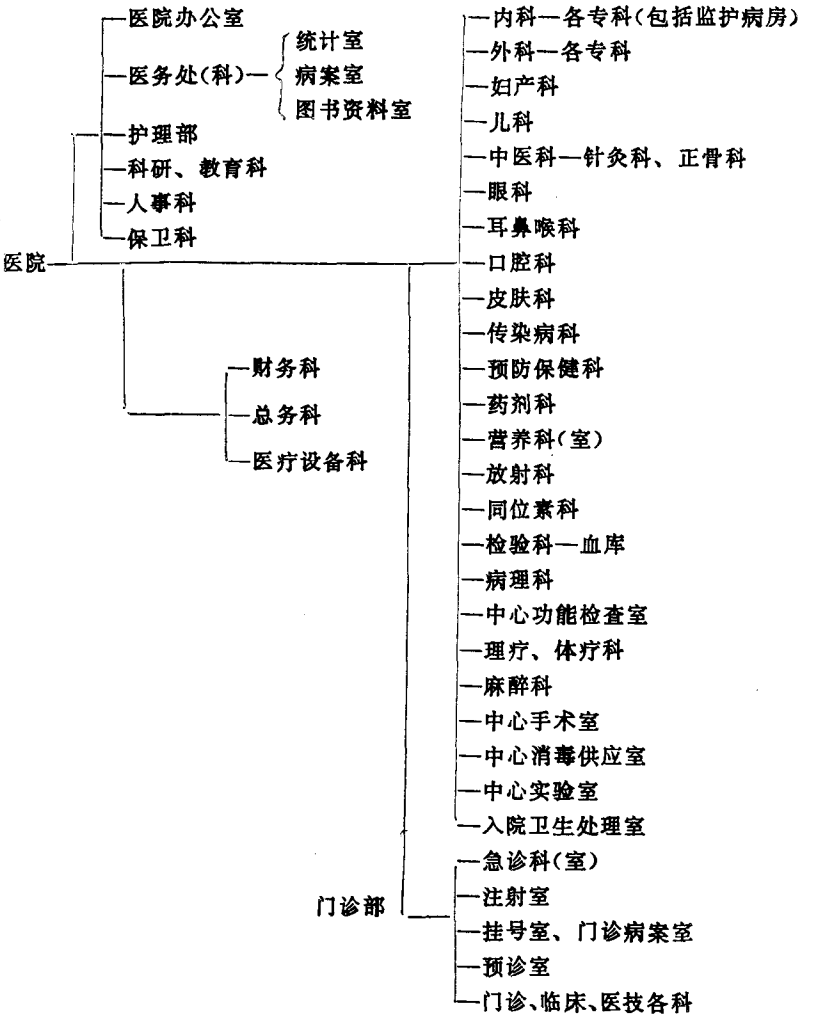


图 4-6　我国综合医院一般组织机构模式图

下面将国外医院组织机构情况举例作为参考。

1. 综合医院组织机构图（日本东京女子医科大学医院，图4-7）。

2. 教学医院职位图（日本北里大学附属医院，图 4-8）。

（二）职能机构设置模式

1. 第一种模式（图 4-9）

此种模式适用于规模较小医院。

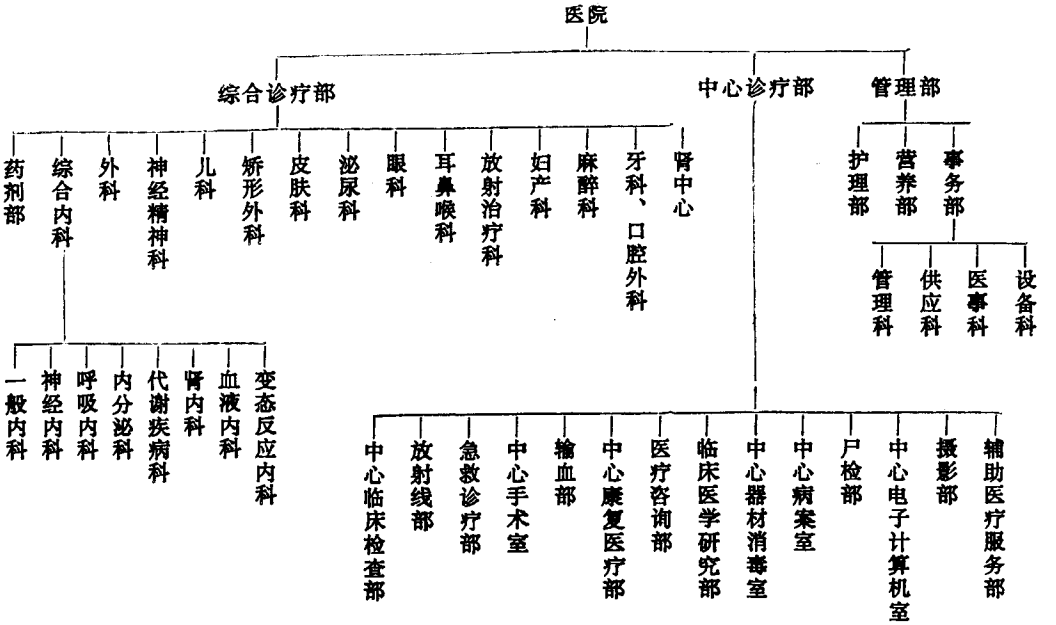


图 4-7　日本东京女子医科大学医院组织机构图

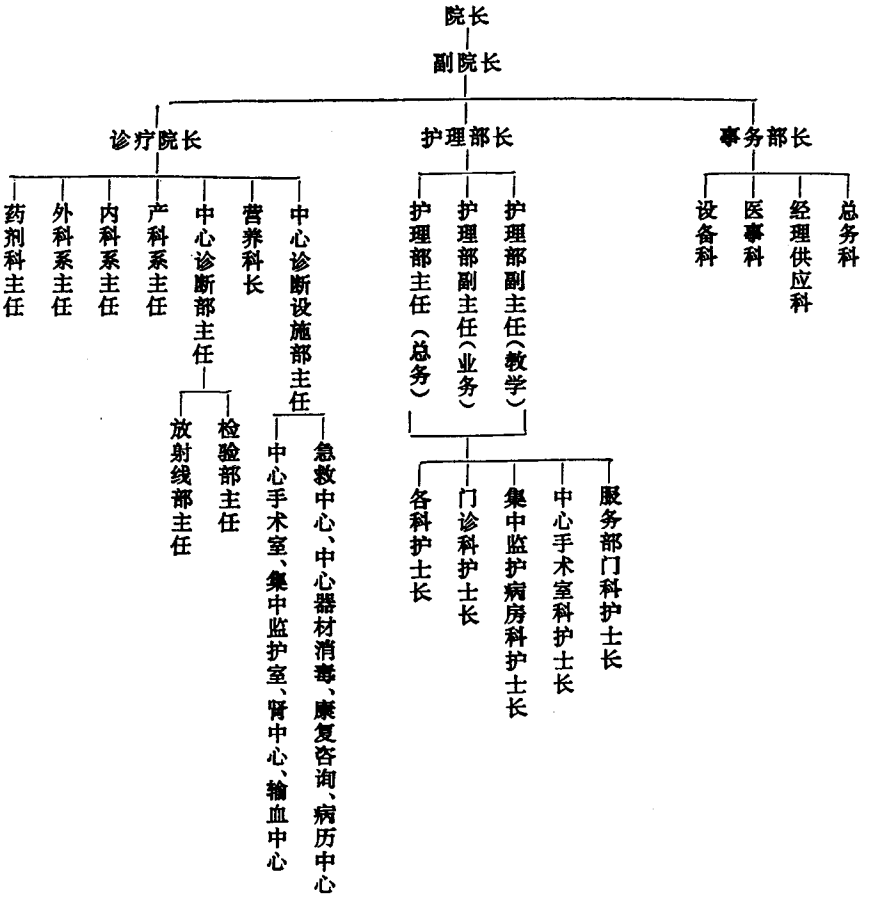


图 4-8　日本北里大学附属医院职位图

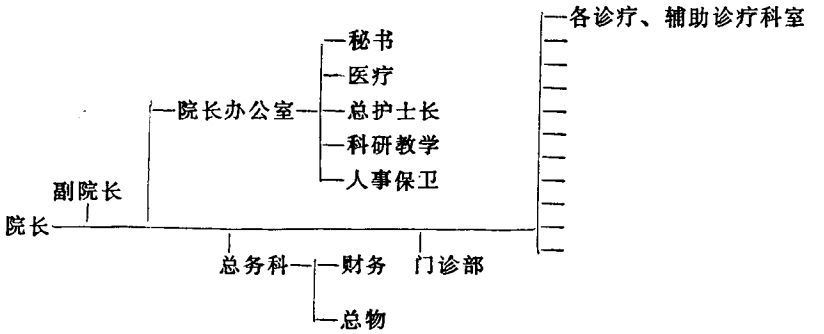


图 4-9　医院职能机构设置模式一

2. 第二种模式（图4-10、11）：

模式之一：

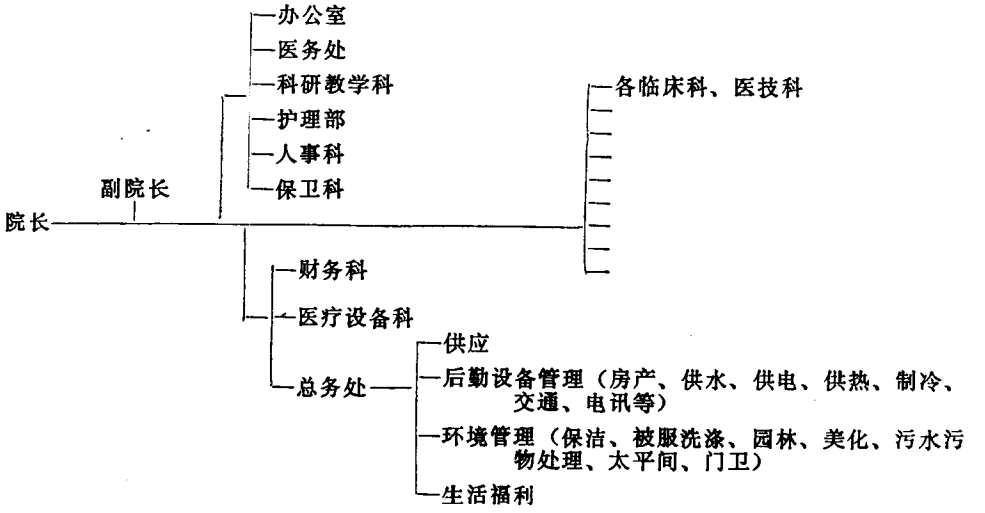


图 4-10　第二种模式之一

模式之二：

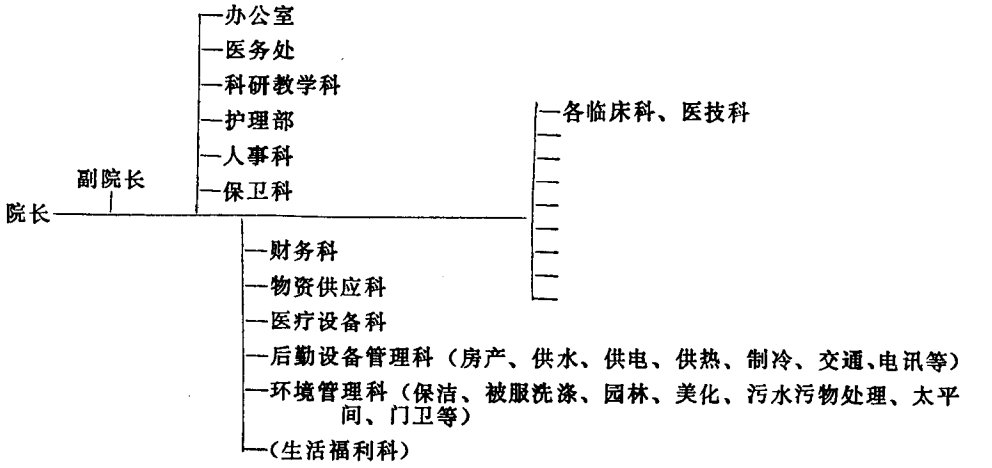


图 4-11　第二种模式之二

较大型医院适于这类模式。教学和科研任务重的医院，在医务处（或称医教处）内可设科研教学办公室（或科研教学科、组），亦可单设科研教学科。医疗设备应设部门专管。较大型医院后勤总务部门，可设总务处，处内按物资供应、后勤设备管理、环境管理及生活福利四种功能分工（模式之一）；亦可分设供应、后勤设备管理、环境管理及生活福利四个科，直接受行政副院长领导，优点是减少层次，功能分工合理，责任明确，提高效率。

（三）医院组织结构——一长三部制模式

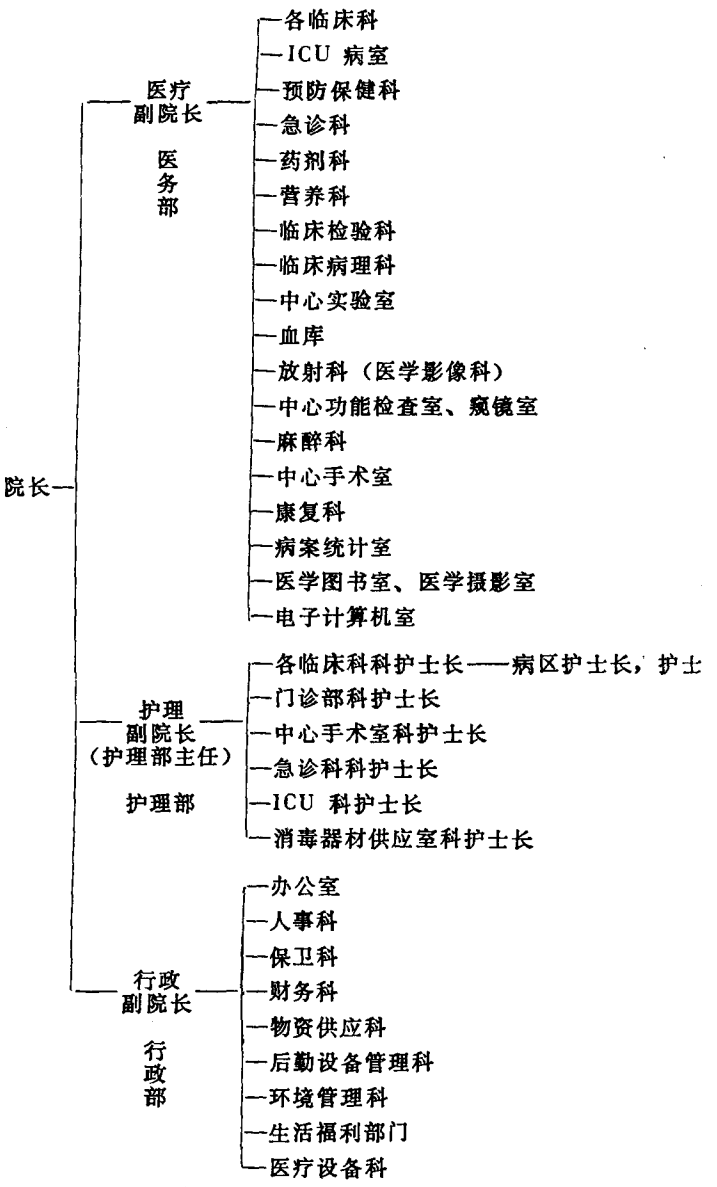


图 4-12　医院组织结构——一长三部制模式

一长三部制模式，在院长统一领导下，分医疗、护理和行政后勤三条线，三位一体

共同完成医院各项任务，几位副院长兼各部主任。此种体制层次少，分工明确，护理工作自成体系，较为适应现代医院管理（国外现代医院多采取类似体制）。

第三节　医院病床编设

一、病床编设

一个医院的病床床位多少，说明医院的规模和收容病人的能力；不一定能说明业务水平的高低。确定医院病床编设的原则，主要根据病人医疗的需要，根据医院本身的人员和设备条件，根据医院的业务建设规划，由上级卫生行政部门审定。

关于医院的规模，一般认为，城市综合医院一般不超过五、六百张病床为宜，病床少了有些专科不易展开，病床过少在经济上不合算。有重点专科发展需要的和教学医院、省市中心医院要求专科齐全些，床位可以多一些。但一般认为，超过一千张病床的较难于管理。有的病种单一，医疗需求量大的专科医院，如精神病医院，病床规模亦可大一些。

综合医院，分科病床编设，各科床位多少，大体上有个比例关系。根据我国的经验，各科床位占总床位的百分比见表 4-1。

表 4-1　综合医院各科病床编设比例表

科别	内科	外科	妇产科	儿科	中医科	传染结核科	眼科	耳鼻喉科	口腔科	皮肤科	合计
床位比（%）	30	25	15	10	5	6	3	2.5	1.5	2	100

注：产科的婴儿床和急诊科观察床位另外计算

表 4-1 只是个参考比例，具体要按各医院实际情况来定。有某些专科特长或发展某重点专科的医院，重点专科病床比例应加大，甚至可以占很大的比例。目前，我国产妇增多，医院产科病床非常紧张，在综合医院产科病床比例增加过多不大恰当，因为正常产妇不是病人。应考虑增设产院或妇产科医院。

二、医院门诊量与病床的比例

卫生部规定的《综合医院组织编制原则试行草案》（1978 年）规定医院病床数与门诊人次（日）比例以 1:3 作为正常比例界限，是符合我国实际情况的，比较恰当。国外有的文献认为：病床与门诊人次达不到 1:2 的比例，则病床就会收不满病人。当然医院开设门诊的目的，不只是为了病床收满病人，而是为了满足广大病人医疗的需要。目前我国实际情况是，在城市的较大医院里病床与门诊比常常超过 1:3，甚之达 1:4 以上，致使医院工作忙乱，难以应付，而不容易提高医疗质量，应研究改变上述现象。门诊主要是一般疾病较多，故应发挥基层医疗单位的作用，并加强医院与基层的联系，实行划区分级医疗。

第四节　医院管理职能机构的组织与工作

一、医院管理职能部门的性质、作用和组织原则

医院管理职能部门不是一级领导层次，它们的性质和任务是：对院长有关方面的管

理工作提供参谋和协助，并为业务部门服务；而无指挥命令的权限。但是，为了方便工作，提高效率，医院管理职能部门也可以在院领导授予的一定权限范围之内，对有关业务科室直接进行指示。这种方式有利于工作，并不违反统一指挥的原则，如图 4-13 所示。

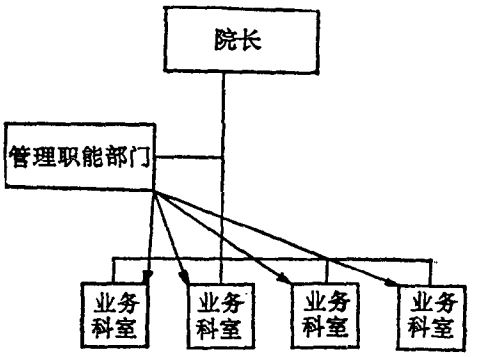


图 4-13　院领导授权给管理职能部门直接进行指示

管理职能部门是医院上下信息传递和人、财、物的保障部门。职能机构组织得合理，工作有效率，才能形成一个畅达、高效、有力的行政业务指挥系统，推动医院管理工作的前进。

管理职能机构的组织原则是：精干有力，并有适当的专业分工，管理范围和层次合理，有明确的职责和权限。应十分注重职能管理人员的素质，重视对他们的业务培训，以形成一个有较高水平的医院管理队伍。

各职能部门按专业进行分工，但也要注意部门之间横向联系、协调一致，才能形成系统功能。

二、医院管理职能机构的组织与工作

医院管理职能机构的设置不可能是千篇一律、固定不变的，而是因医院的规模而不同，随医院业务技术发展进步而变化。一般地说可分为医疗管理职能机构和行政后勤管理职能机构两部分。前者如医务处、护理部等；后者如院办公室、人事科、财务科、总务科等。现分述如下：

（一）医务处（科）

医务处是对全院医疗工作和医务行政工作实施组织管理的职能科室。医院的中心工作是医疗工作。良好而有效率的医务行政管理，对保证医院昼夜不停地进行医疗工作、完成医疗任务、提高医疗质量、加速医院技术建设，都起着十分重要的作用。医务处的主要任务是：①拟订医疗工作计划和总结；②规定并组织贯彻实施医疗工作制度、常规、标准，合理地组织调度医疗力量；③了解、检查、分析医疗动态信息，及时进行指导、协调（内外联系），使医疗工作达到应有的状态；④计划和组织科研和业务训练工作，计划和组织技术建设工作。

医务处工作技术性强、联系面广，应选拔通晓临床业务，善于组织管理的人选担任。工作应有明确的分工和协作，并经常深入医疗工作实际，抓好医疗组织管理、医疗技术管理和医疗质量管理。

在教学医院和规模较大的医院，为适应教学和科研工作需要而单独设立科研教育科，负责教学培训、科学研究和新技术开发工作的计划、组织和实施。

（二）护理部

护理部是负责全院护理工作组织管理的职能部门。护理部主任直接领导各科护士长。护理部主要任务是：制订护理工作计划；制定护理工作制度、常规、标准并组织实施，不断提高护理质量；合理地调配护理人员力量；对护理人员进行培训、考核、奖惩；搞好病房管理；保证昼夜不间断地对病人进行护理，并与医生密切配合共同完成医疗任务。

护理部成员应由精通护理学理论、技术，并有实践经验、有组织管理才能的护理人员担任。

（三）门诊部（门诊办公室）

门诊部是对门诊医疗（包括急诊、预防保健）、门诊医务行政进行组织管理的职能部门。有的作为医务处的派出机构，叫作门诊办公室。门诊部的主要职能，在门诊范围内大体上与医务处相同，但随着门诊体制不同而有差异。在以块块领导为主的门诊部，门诊部主任对门诊各科室有直接指挥的作用；在以条条领导为主的门诊部，则主要是起协调作用。但都要抓好以下主要工作环节：①门诊各科室人员的组织工作，以保证门诊、急诊人员一定的数量、质量和相对稳定；②抓好门诊、急诊医疗制度、常规、标准的管理，协调各业务部门之间的活动；③抓好门诊、急诊的质量管理。

（四）医院办公室

医院办公室是医院承上启下的综合办事机构。作为院长的助手，基本的职能是对医院内外上下管理信息的收集、整理、传输、反馈及贮存。主要任务是：调查研究，反映情况，计划总结，文书档案和内外联系。经常向院长提供决策所需的信息和方案，按规范处理日常事务及承办事项，组织、检查、了解院长决定的贯彻落实情况，组织安排各项行政会议，起草、收发、保管文件，对外联系和接待参观来访，协助起草工作计划和总结等。办公室与医务处的分工，前者是综合性协调管理，后者是医疗协调管理。

办公室的主要干部应由熟悉医疗业务，具有医院管理知识、专长于文笔、精通文档、有办事能力、熟悉有关方针政策的人选担任。

医院开展公共关系工作，在没有设立公共关系专业机构的医院，亦可由院办公室设专人分管此项业务。

（五）人事科

医院人事科是在院长领导下进行人事组织管理的职能部门。人事科的基本职能是：按照医院工作的特点，合理地调配人、了解人、安排使用人，做到知人善任，发挥人的作用。主要任务是，编制医院人员计划，掌管医院人员的调配、选拔、任免、培养、升迁，进行人员考核，评定劳动工资，管理人事档案，承办各项人事事务，对职工生活困难进行帮助，协同教育部门进行人员培训等。

医院人事干部应熟悉医院医疗业务，精通组织理论，熟悉医院组织的特点，具有人才学知识，熟悉党的干部路线及知识分子政策，党性强，思想作风正派。

医院的安全保卫工作，一般设在人事科内，较大型医院设保卫科。

（六）医疗设备科（医学工程科）

设备科是医疗设备及其他设备的供应和管理的职能部门，又是设备维修的业务部门。医院设备科的建立是由于现代科学技术的迅速发展，医院大型、精密医疗设备及其他设备大量增加，从而产生了加强设备管理的需要。

设备科的基本任务是设备的选购（包括计划、采购、验收入库等），使用管理（包括技术管理和财产管理）和维修保养三大任务，使医院设备保持最佳技术状态，充分发挥其效能和技术经济效果。有条件的还可以担任设备研制的任务。

设备科的人员应精通设备管理知识、医疗设备学、医院工程学知识，掌握设备信息。设备科应配备一定的工程技术人员和财会人员。

（七）总务处（科）

总务处是医院一个行政管理部门，也是医院后勤服务部门，其工作繁杂，在完成医院医疗任务中处于重要地位。其主要任务是：①房产和后勤设备管理，包括房屋、家具的管理和维修，水、电、汽、冷、交通电讯设备的运转和维修；②环境管理，包括保洁、被服洗涤、污水污物处理。园艺、门卫、太平间、防火等组织管理；③生活服务；④物品的采购、保管和供应以及财产管理。

总务处的干部应由熟悉医院业务，懂得医院工程技术及经济管理知识的人担任。总务处的领导，除上述要求外，还应具有较强的组织能力，有实干精神和科学的管理方法。总务处应配设电气、机械和建筑等工程技术人员（亦可由设备科技术人员兼任）。

总务处工作应有的良好状态是：工作人员有明确的为病人、为医教研工作、为职工生活服务的思想；有相应的业务能力；在后勤保障工作中有计划性、预见性、生动性、及时性；工作讲效率、讲质量；既保证医疗需要，又注意节约。

规模较大的医院，后勤工作任务繁重，为了提高效率，减少层次，明确责任，根据实际情况可将总务处分为几个管理部门，如房产设备管理科（工务科）、物资供应科、环境管理及生活福利科。

（八）物资供应科

医院工作所需的物资，包括药品器材、被服物品装备和燃料等。为了适应物资管理专业化的要求，科学地进行物资管理，把物资供应工作由原来的总务处、药剂科等分散管理改变为集中统一管理，较大型医院成立物资供应科是必要的（但在药品采购保管上是否应与药剂科分开，还有不同意见）。物资供应科的主要任务是：负责全院物资统一的计划、采购、保管和供应工作，保证医疗过程中物资耗费的需要。

物资供应科的干部应熟悉医院业务，具有物资管理及商品、财会知识。供应科应配设药剂人员。医院所需物资的种类、品种、规格繁多，工作人员应熟知各类各种物资性能、使用消耗情况；掌握物资流通过程的规律。物资供应科应有合理的储备和供应定额，有健全的物资管理制度。他们能主动有计划地、及时保证供给，而又不积压浪费，并讲求技术经济效果。

（九）财务科

医院财务科是进行财务管理的职能部门，有其相对的独立性。其基本任务是：①组织业务收入，编造预算；管好用好资金，控制开支，保证资金的需要；②健全会计制度，进行经济核算，以较小的开支取得较大的医疗效果，避免财、物的浪费；③进行财务监督。随着经济管理的发展，医院进行成本核算是必然趋势，因此对医院财务科人员财会业务水平要求越来越高，必须配备有称职的会计师和一定的人员编制以办理会计核算、会计分析和会计检查工作。

第五节　管理辅助组织

在职能科室之外，可根据需要设立各种管理委员会，作为管理辅助组织。它们的主要功能是：①部门之间横向协调；②参谋咨询；③民主管理、集思广益。它们对于组织和推动医院某一方面的管理起着重要作用。往往是职能部门所不能代替的。委员会（或“小组”）有的长期存在，有的是临时设立的。医院的各种委员会有：

1. 学术委员会：在院长的领导下，对医院技术建设、教育培训、科学研究、新业务开展、技术标准的规定、业绩考评等业务进行管理，并进行技术咨询工作。

2. 医疗事故鉴定委员会(医疗安全委员会)：鉴定医疗事故，讨论防止医疗不安全因素。此委员会功能亦可由学术委员会兼。

3. 药事管理委员会：审定本院用药品种，开展临床药学研究，管理药品的质量。

4. 病案管理委员会：拟定病案书写及管理标准，统一疾病及手术名称，审核医疗表格，检查分析病案质量。

5. 预防感染委员会：讨论拟定医院卫生学管理制度、标准，进行检查和监督。

6. 医疗监督委员会：由所在地区有关部门的代表和基层合同单位（包括工厂、饭店、学校、机关等单位）的人员组成。委员可持聘书可随时到医院各科室、部门检查工作，对医院医疗护理质量、服务态度、医德作风、收费管理等进行监督。医院对委员们提出的批评和建议要认真落实，并及时给以答复。

白　东

第五章 医院领导

第一节 领导学概述

领导科学是关于领导活动的性质、特点和规律的科学，它研究领导活动的一般过程和领导活动的结构等问题。领导活动的一般过程是指领导者的认识过程和实践过程，如调查研究、规划、决策、组织、指挥、监督、控制、教育、激励等；领导活动的结构是指领导体制，领导活动的诸要素（领导者、被领导者和客观环境）之间的关系以及领导者的素质和领导集团的结构。

领导科学是管理科学这个大门类的一个分支，它把管理科学中的领导活动、领导行为抽出来作为专门的研究对象。领导科学的基本任务就是提高领导者的素质和领导水平，使领导工作科学化。

领导艺术是建立在一定科学知识基础上的领导技能；是领导者在履行职能时，依具体情况确定工作方针、工作策略、工作重心、工作程序等等的各种技巧、手段和方法；是领导者德、才、学、识、经验的综合体现。领导艺术强调事物的特殊性、随机性、非规范化和综合转换。因此，它是各级各类领导才能的具体表现。它包括领导者本身的经验、判断力、直觉和创造力等，是一种非规范化的、灵活运用已有的社会知识，定性地、具体地分析判断复杂因素的综合才能，是领导者必备的本领。由于每个领导人所受的教育不同，心理特征不同、个人经验不同、运用知识的综合能力不同，运用领导艺术的效果会相差很大。领导艺术与领导科学是相辅相成的。领导艺术的内容主要有：

1. 运筹：运筹即谋划、策划和思虑。对领导者来说，运筹就是对领导工作的方针、重点、目标、程序等问题深思熟虑的过程。领导者的主要职责是制定目标并保证其实现。在实际工作中，会遇到许多难题需要领导者运筹帷幄，制定一系列策略予以解决。

2. 创新：领导艺术的一个极重要的特征是“创新性”，其中主要的是对已知的有效的管理手段的“综合转换”。因此，是否最大限度地利用新的管理手段进行领导活动，是区别“传统的领导艺术”和“现代领导艺术”的重要分界线，也是提高领导艺术的前提条件。

3. 因势：领导者要善于运用客观条件，包括国家政策、方针、组织内外环境和自然资源，以使能极大地提高领导的有效性。要设计良好的工作环境，就应该善于组织和发挥本地区、本部门的各种优势，否则就很难开创新局面。

4. 扬长：领导者要善于发挥主体优势，就是用人所长。善于发现人的长处是一种本领，充分发挥人的长处则是“艺术”。

5. 协力：领导者为使共同的事业目标得以实现，就要善于团结一切可以团结的力量，组织调动各方面的积极因素和发挥集体智慧，同心协力去奋斗。

领导艺术运用的要诀：

1. 通观全局：领导者要用全方位的眼光，观察和分析问题，并用纵横相联的方法解决问题。安排工作，制定目标，必须有通观全局的战略眼光，因为领导工作本身是一项

系统工程。

2. 抓住关键：在统筹全局的基础上抓住关键，也叫抓“中心任务”或“中心环节”。毛泽东曾说：“任何一级首长，应当把自己注意的重点放在那些对于他们所指挥的全局说来最重要、最有决定意义的问题或动作上”。从大量事物的复杂关系中判断出最重要、最有决定意义的东西，善于抓住事物的主要矛盾，是一种高超的领导艺术。

3. 运用象征：象征，是指用具体的事物或符号来表达一明确意义或价值，从而引导人们为实现一个共同的目标而努力。象征内容很广，如历史人物、典型人物、优秀文化、正确观念、基本价值观、共同目标等。象征，是一种无声的力量，具有巨大的导向和激励作用。象征已被国外许多大型组织的领导人广泛使用，认为这是“最高境界”的领导，又被许多管理学家认为“是日本民族成功的因素之一”。

4. 环境感应：人或组织（P）的行为（B），在一定的环境（E）作用下会发生迅速的改变，其函数关系表达式是：$B = F(E \cdot P)$

环境一般包括：物质环境、制度环境和人际关系环境。领导者要善于设计、改造和创造环境，增强环境对人们的感应力。

现代领导艺术的评价：现代领导艺术，是科学和经验、功效和价值、整体和局部、原则性与灵活性高度的统一。

评价领导艺术的主要标准有：

1. 效益标准：效益，是目的和效率的统一。效益的提高则要求领导者必须有政策水平、战略眼光、卓绝的识见力和运筹能力。目标不对，效率越高，损失越大。

2. 组织标准：组织内环境，包括人际关系、基本价值观、工作节奏、工作态度、荣誉感等，是领导艺术高低的“晴雨表”。

3. 信任标准：下级对上级的评价、信任度、威望等。

4. 行为标准：指领导方式、方法等的现代化程度，是否具有现代社会的基本特点。

领导是一种活动和行为，是人类社会活动中重要的不可缺少的一部分。领导活动包括领导者、被领导者和客观环境在内的一个完整的系统，它是三者相互作用的过程，即领导者运用组织赋予自己的权力，通过一定的手段，组织指挥人们实现一定目标的过程。

各行各业的领导尽管有所不同，但都有权力、责任、服务三位一体的共同特征。领导者要实施领导，必须有一定的权力。领导者就是由某一组织赋予他一定的权力并运用权力进行工作的人。“有职无权”是无法尽到责任和完成使命的。领导者担任某种职务，意味着他承担了某种责任，职位越高，权力越大，责任也就越大。一个领导者如果没有尽到责任就意味着失职。领导不仅意味着权力和责任，还意味着服务，也就是为人民服务，既要影响、指挥群众，又要对群众负责，为群众服务。

第二节　医院领导体制

一、领导体制之一般发展

领导体制是领导科学和领导艺术的根本问题之一，它的合理与否关系到领导效能，这里讲的是领导体制发展的一般规律。

对领导体制应从发展上看，它必须与生产力（包括科学技术）的发展相适应。从近代到现代，发达国家企业事业的领导体制大体上有以下几种：

（一）家长制领导

近代社会早期阶段，因袭着封建社会的家长制领导方式一小生产者领导方式。其特点是，领导者既是财产所有者——老板，又是经营管理者，凭领导者（老板）的经验和意志进行领导。这种领导方式在当时生产水平较低、规模不大的情况下，还是适应的。

（二）经理制领导

为了适应生产力和科学技术的发展，生产经营管理越来越复杂，从19世纪中叶起，产生了“经理制”的领导体制。经理一般是从那些具有某一方面专业知识又有经营管理能力的人中选拔出来。即经理是由“硬专家”（技术专家）转行的。资本家只拿红利而不直接管理企业，企业由聘用的经理来经营管理。其实质是财产所有权和经营管理权的分离。

（三）管理专家领导

随着现代化大生产的发展，现代科学技术与生产进一步结合，经营管理的作用日益增大，任务也日益繁重复杂。因此，只精通某一专业技术的“硬专家”就越来越不适应了。管理逐渐成为一门科学，从而以管理为专长的职业“软专家”就应运而生。他们是具有较为广泛知识的“通才”，因此能较好地发挥领导作用。

（四）集体决策体制

随着现代社会经济和科学技术迅猛发展，领导决策活动日趋复杂，专家个人能力往往不够了，于是出现了集体决策的体制。重大问题的决策经过集体共同讨论来决定，即形成决策系统，同时由智囊参谋系统和信息系统辅助，构成科学化集体决策体制。即由软专家为主组成的集体领导。

从以上领导体制发展情况，可以得到如下的认识：现代领导应是管理的内行；同时还应组成一个由领导班子为核心的，由专家和参谋咨询部门辅佐的科学化的集体领导体制。

二、各国医院院长权责类型

（一）医院院长的权限与责任各国有不同类型

1. 集权型，又称全权型（whole system）：此种类型院长对医院的医疗、护理和行政后勤工作统一领导，全面负责。我国医院基本上属于此类型，此外还见于其他社会主义国家、日本、第三世界国家以及欧美国家不少公立医院、军队医院。此类型一般要求院长是医师出身，善于组织管理，并由行政后勤副院长辅佐。此类型的优点是集中统一管理，有利于发挥医院组织整体功能。

2. 分权型，此类型又分为双权型（dual system）和三权型（tripartite system）：美国和西欧许多医院属于此类型。这种类型是医师组织与行政领导分权管理，或者是医师、护理和行政三者分权管理。院长只能领导医师组织以外各部分（或医师组织、护理组织以外各部门）。医师团及科负责医师有其自主性，由医师团代表与院长协商解决医院管理问题。此类型院长一般不是医师出身，主要任务是搞好医院行政经营管理。

（二）院长与副院长

实行院长负责制、副院长在院长领导下工作，但副院长的位置和权限有不同类型：

1. 第一种类型（图5-1）：副院长处于辅助的地位，在分管范围内向院长提出方案

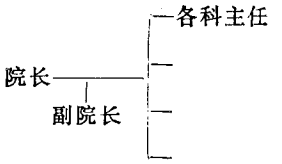


图 5-1　院长与副院长职权关系类型一

建议，按院长布置的工作督促检查。由院长直接指挥科主任；或者仅授与副院长某些必要的权力。这种情况，院长管理范围大，副院长责任小。适于中小型的医院。

2. 第二种类型（图 5-2）：这种情况副院长处于直线的地位。

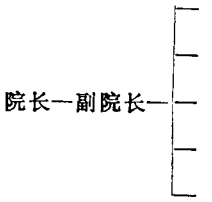


图 5-2　院长与副院长职权关系类型二

3. 第三种类型（图 5-3）：院长抓总的工作和领导协调各方面的工作。几名副院长在院长领导下各分管一方面的工作，对院长负责。这种情况适于规模较大医院。

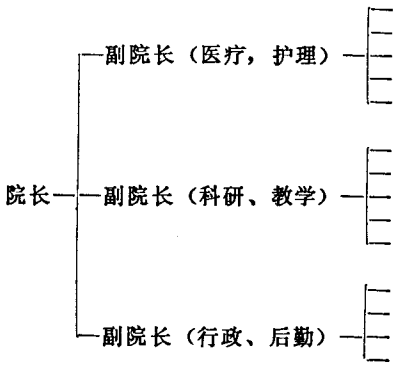


图 5-3　院长与副院长职权关系类型三

4. 国外医院情况举例：

⑴ 日本医院（图 5-4）：

⑵ 美国大型医院（图 5-5）：

美国的医院领导体制主要是分权型的，美国的医院管理主要是经营管理，所以把管理委员会和事务长所构成的管理系统列为直线地位，而把医疗护理委员会放在辅助的地位。我国则与此相反。

三、医院领导体制改革的基本原则

建国以来，我国医院领导体制几经变化，实行过党委领导下的院务委员会制、党委领导下院长分工负责制等。1982 年卫生部颁发的《医院工作条例》中规定医院实行“党

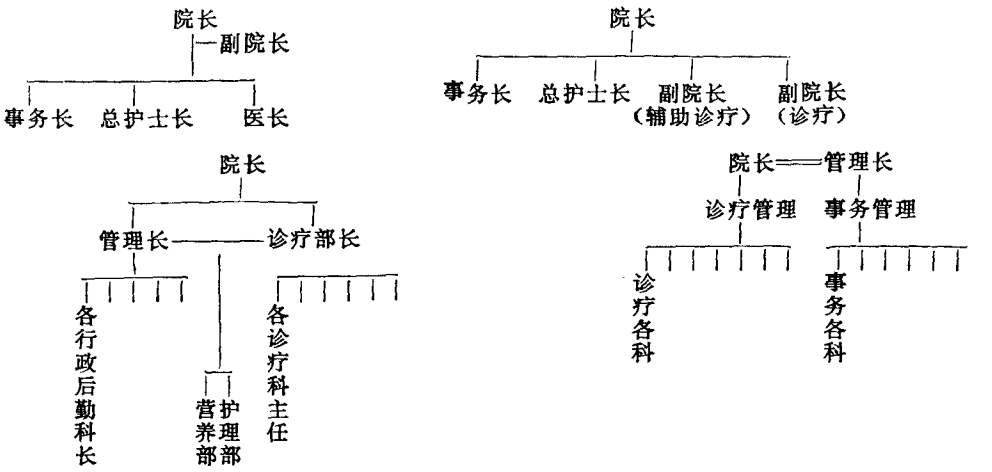


图 5-4　日本医院院长与副院长职权关系类型

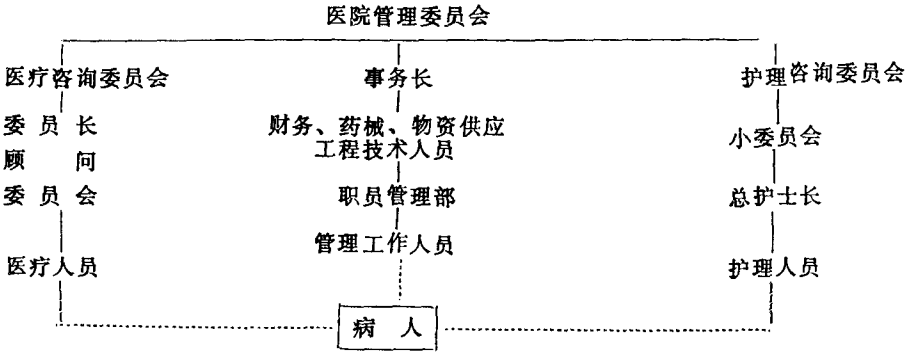


图 5-5　美国大型医院领导体制示意图

委领导下的院长负责制”的体制。近年来根据党政在职能上分开的要求实行“院长负责制”。对这种体制有的认为它体现了自主经营、统一指挥和责权一致的原则，有助于克服领导体制上的党政不分，责权脱离等弊端，有利于医院的科学管理。

医院领导体制改革的原则，按照科学管理的要求和我国的具体情况，应该注意以下各点：

1. 有利于加强和改善党的领导。党的领导主要是政治、思想和组织的领导、政治方向和方针政策的领导，党政应该在职能上分开。党的领导工作不能包办行政领导。

2. 对重大问题的决策，这里有两种情况，一种是实行“集体领导”，即对医院的大政方针及重大问题由这个集体进行决策，并对决策负责（一般是实行民主集中制），所谓集体就是一个有限人数组成的领导集团，另一种是实行首长负责制，即对单位重大问题先由领导集团成员集体讨论，然后由首长最后进行决策，并对决策负责。集体决策，可以提高决策的正确性，减少失误。

3. 决策的实施，不论是集体领导或个人领导，都必须由一个人负责，由一个人向领导集团或上级负全部责任。全责就必须授予全权，指挥一切（按领导层次指挥，集权与分权相结合）。决策的实施切不可由几个人负责，否则责任不清，等于无人负责。因此，决策实施负责人必须按人事管理程序有权选择副手及下一级负责人。

4. 领导和职工群众的关系。一方面是领导与被领导的关系；另一方面在体制上必须选择某种有效形式（如职工代表大会）充分表达职工群众的意志，参与管理，起监督领导的作用。但职工群众不能有决策权，否则就会破坏统一领导的原则。

5. 领导成员应该是单位中具有较高水平的管理专家，按照合理的智力结构组成。同时应有一定形式的“智囊团”、“思想库”参与决策和咨询。

第三节　院长和院长负责制

实行“院长负责制”是医院领导体制改革的一项重要尝试。为了进一步认识这一制度的利弊，现就院长负责制的概念、基本原则，院长的地位、责任与权限，院长和副院长的关系，院长、党委和职代会各自的职能和相互关系，院长的选拔原则和任免制度，院长的素质要求和领导制度等作如下的学术讨论。

一、院长负责制的概念和基本原则

院长负责制是医院的一种领导体制，其特点是：医院院长对医院相对自主经营管理，对医院工作全面领导、统一指挥并承担责任，对医院重大决策进行集体讨论，工作受上级行政部门领导。这种体制体现了集中领导统一指挥的原则，责权一致的责任制原则，自主经营的原则，民主管理的原则，对权力进行监督的原则，重大决策集体讨论的原则。这是一种比较合理的领导体制。

在实行院长负责制时，医院党组织要实行政治、思想和组织的领导作用。而职工代表大会起民主监督作用。要正确处理好党、行政和职工代表大会三方面的关系，充分发挥各自的作用。

实行院长负责制，院长具有对医院经营管理的自主权。上级行政机关要转变职能，“简政放权”，扩大院长的自主权。

院长负责制必须坚持集中与民主相结合，集权与分权相结合，统一指挥和集体决策相结合，院长责任制与各层次的领导责任制相结合的原则。避免个人独断专行“家长式”的领导作风。

二、院长的地位、责任和权限

院长是医院行政负责人，受国家委托负责医院的行政管理。院长在上级卫生行政机关领导下进行工作，对国家负责。院长是医院法人代表。

医院院长的主要责任是贯彻党和国家的路线、方针、政策、法规和上级指示；领导和协调全院医疗业务及行政后勤工作，以医疗为中心，统筹安排各项工作；完成医疗、教学、研究和预防保健任务；实行科学管理，不断提高技术水平和医疗质量；搞好医院经营，提高工作效率，降低医疗成本；搞好医院发展建设工作。

医院院长的主要权限是：⑴决策权。对医院工作的重大问题，经集体讨论后由院长作出决策。⑵指挥权。院长对医院医疗业务及行政管理工作实行统一指挥；对医院的人、财、物及设备有权统一支配。⑶人事任免权：对所属各级医务技术人员和中层以下（含中层）行政管理人员的聘用、解聘、任免，由院长提名，人事、组织部门共同考核；经党政领导集体讨论后，由院长任免。⑷奖惩权：院长可根据国务院奖惩条例的规定对职工进行奖惩、包括晋职晋级、记功嘉奖、记过、撤销行政职务、降职降薪，直至开除处分。

三、院长与副院长的关系

医院设置副院长，能够加强院长对行政业务工作的领导和指挥。副院长是院长的助手，在院长领导下分管一方面的工作，对院长负责。医院根据规模大小和管理工作的实际需要，设副院长1—3人。副院长一般按医疗、行政或医疗、护理、行政进行分工。教学医院及大型医院教学科研任务较重，亦可设一名副院长分管教学、科研工作。副院长在其分管工作中，受院长委托，行使院长有关职权，并对这部分工作所涉及的职能部门实施领导。副院长作为院长的助手，要为院长出谋献策。副院长对院长的决定有不同意见时，可以提出、保留或向上级反映，但在行动上必须执行院长的决定。院长应经常与副院长商量有关工作，交流意见；院长要支持副院长的工作，尊重副院长的职权和意见，必要时可以改变副院长的决定，但应通过副院长本人进行纠正。院长外出或因故不能执行职务时，由一名副院长代理院长职务（一般由医疗副院长代理）。按照医院的规模和实际情况，亦可不设副院长，或只设一名副院长辅佐院长工作，而由院长直接领导医务部主任、护理部主任和行政部主任。此种体制虽有利于院长集中统一指挥，但对规模较大医院显得领导力量薄弱。医务部主任、护理部主任及行政部主任亦可由分管之副院长兼任。此种体制有利于减少层次，提高效率。

四、院长与党委及职工代表大会的关系

医院党委（总支、支部）是中国共产党的基层组织，在医院实施领导，处于政治核心的地位，对业务领导起保证监督作用。医院党委（总支、支部）领导医院的思想工作和精神文明建设，抓好党的建设，参与人事管理，领导工会、共青团等群众组织。党委通过思想政治工作，加强党支部的战斗堡垒作用和党员的模范带头作用，保证医院任务的完成，保证院长行使职权。对院长执行党的路线、方针政策进行监督，坚持办院的社会主义方向。党委参与医院重大问题的决策，要了解行政业务工作开展情况，掌握行政业务工作中思想动态和政治方向。院长和书记在工作中要互相通气，从不同角度共同抓好医院工作。

职工代表大会（职工大会）是医院民主管理的基本形式，又是监督机构。职代会体现群众当家作主，集中群众智慧，参与医院管理，并对行政工作进行监督，维护职工合法权益。职工代表大会要支持院长行使职权。院长在工作中要依靠职工代表大会，并接受职工代表大会的监督。院长要定期向职工代表大会汇报工作。医院行政业务重大问题，如发展建设规划、年度工作计划和工作总结、主要规章制度、财务预决算等应提交职工代表大会讨论，提出意见和建议。职工代表大会对医院各级领导干部进行评议，必要时向上级推荐干部，或提出撤换干部、奖惩干部的建议。职代会协调院长与群众关系，教育职工服从院长的集中统一指挥，以主人翁姿态积极完成各项任务；并对职工切身利益有关的重大问题及生活福利事宜进行讨论和作出决定。院长负责制与职工代表大会相辅相成，互相支持，群策群力，共同办好医院。

五、院长的选拔、任免、考核、培训、奖惩及素质要求

全民所有制医院的院长，由上级行政领导机关代表国家任命或免职（包括聘任）。要结合民主推荐、民意测验等形式。副院长由院长提名，上级任免。

上级机关要按照考核标准采取自上而下、自下而上的方法，定期对院长的工作成效、组织管理能力、思想作风等进行考核。对不称职或不适宜担任院长职务者，及时进行调职（不必待任期满时算总帐），在动态中进行调整，不搞“终身制”。但要保持相对稳定，

以利培养医院管理专业人才。对院长亦可采用“聘任任期制”，任期一般以四年左右为宜，可以连任。此制度的优点是有明确任期目标责任，不搞终身制；缺点是，容易产生短期行为，不利于医院管理人才的稳定和培养提高。此外，院长的产生尚有招聘制和选举制。招聘制首先要提出招聘的基本条件，招聘对象可以在医院内部物色，也可以从社会上招聘（其他医院）。此种形式有利于人才脱颖而出，但必须结合上级部门的认真考察和了解，选举制亦应如此。

院长的素质对医院工作的优劣有重大关系，应按照革命化、年轻化、知识化、专业化的要求，结合医院工作的特点，按照德才兼备的原则和知识结构的要求，慎重地选拔。不要只按年龄、学历和职称“一刀切”。院长必须具有基本的政治思想素质：如拥护党的路线、方针、政策，勇于改革和创新，具有事业心和进取心，实事求是，处事公正，不谋私利，能团结人，知人善任，虚心好学，联系群众，能够听取不同意见，发扬民主等。院长必须具有一定的业务素质、受过高等医学教育，是医疗业务的内行；同时具有管理知识及医院管理实践经验，是医院管理的内行，有行政经营管理及组织领导能力。院长应年富力强，身体健康。

医务技术人员提拔为院长，原则上要先经过系统的管理知识培训，未经培训的要补课，3—5年应复训一次，逐步建立对医院院长医院管理知识培训、考核及考试制度。医务技术人员担任院长，一般不要兼任医疗技术工作，对兼任医疗技术工作的院长，必须将主要的时间和精力从事医院行政管理工作，医疗技术专家担任院长，也可以委托一位副院长抓日常行政工作。

为了鼓励院长作好工作，应建立对院长的奖惩制度。对认真履行院长职责，付出创造性劳动，加强科学管理，在医疗、培干、科研、预防及医院发展建设工作中作出显著成绩；经营管理有方，使医院医疗服务质量、技术水平、管理水平有显著提高，医院精神文明建设有显著成效者，给予奖励。奖励分为精神奖和物质奖。另外，对于严重失职，不负责任，在医院工作中造成严重损失者，或严重违反政策，违法乱纪者，给予惩处。对院长的奖惩由上级主管机关决定。

六、建立必要的领导制度

1. 实行院长负责制：要建立必要的领导制度以提高领导水平，如：为了使院长的决策更加符合实际情况，避免片面性和减少失误，应建立集体讨论医院重大问题的制度。可成立“医院管理委员会”（成员为院级领导、党组织书记、职代会负责人及有代表性的临床专家等），作为决策机构集体讨论医院工作重大问题，也可采取院领导办公会或院务会议的形式，主要由院级党政领导参加（按照会议内容亦可扩大到有关职能部门负责人参加），由院长主持，并对讨论的问题综合正确意见作出决定，并对决定负责。下列问题一般应集体讨论：医院发展建设规划、工作计划总结、人员编制、机构设置、规章制度、业务建设、一定范围以上的人事任免及调动、奖惩、人员培训计划安排、财务预算、大的开支、大型贵重设备购置、医院改建扩建、医院科研安排以及其他重大的事项。此外，还应建立院周会制度、行政例会制度。前者是业务协调性例会，传达布置行政业务工作，由院长或副院长主持，各科主任、护士长及职能科室负责人参加；后者是行政集体办公的性质，讨论日常行政工作，协调各职能部门的关系。会议由院长主持，各职能部门负责人参加。

2. 建立计划工作制度：院长领导医院工作必须有计划有目标。制订医院发展建设规划及中短期工作计划，带领全院职工为实现目标而奋斗。

3. 建立以院长为首的各级责任制：以工作细则等形式明确规定各部门、各级人员工作责任和权限以及奖惩办法。

4. 建立由院长统一领导的医疗、护理、行政三条线的行政业务指挥系统；同时建立院长深入科室、深入业务第一线调查研究制度。

5. 建立信息管理系统，以便及时掌握情况。

第四节　科主任和科主任负责制

一、科室、科室管理

医院科室主要是指临床医疗科及医技科室。科室是医院组织实施专科医疗技术活动的基本单元。它有相对独立进行专科医疗活动的一面，也离不开全院的相互配合和协调。科室是医院医疗活动的第一线。

医院管理可以分为院一级管理和科室管理两个层次，科室管理是医院管理的重要组成部分。

科室管理是以医疗管理为中心的综合管理，核心问题是提高医疗质量（包括医疗、教学、科研）。提高医疗质量主要靠科学管理和技术进步，二者缺一不可。科主任是科室管理有效程度的关键。

二、科主任的地位和作用

科主任是科室行政、业务负责人，在院长领导下负责本科的医疗、教学、科研工作（护理工作由护理部领导，由科护士长负责，密切配合科室的医疗工作）。医院实行院一级、科室一级两级领导体制，科主任是科室一级领导。

科主任工作的特点：科主任要亲自参加门诊、查房、会诊、手术、教学和科研等业务技术活动，一般应为学科带头人；另一方面又要组织领导本专科的医疗、教学、科研活动，领导本科行政业务管理工作。就是说科主任工作既有技术性又有管理性。所以，科主任不仅要有一定的专科造诣，又要懂得和善于管理的双重人才。

三、科主任的责任和权力

科主任的主要责任是：⑴组织专科医疗（诊断、治疗）活动，包括住院、门诊、急诊、预防保健等，并保证其质量，提高工作效率。⑵不断提高专科诊疗技术水平，进行技术建设。⑶领导团结全科医务人员，调动每个人的积极性，贯彻执行上级及院领导的指令、完成医、教、研任务。

科主任的主要权力是：⑴对本科行政、业务工作有决策权。⑵对本科工作有指挥权。⑶对本科人员有选择、组合、奖惩权。

四、科主任的设置、选拔、聘任、考核

科室设科主任一名，副主任1、2名，一般不超过3人。副主任在科主任领导下，可分管医疗、教学、科研工作。科室应设科秘书（专职或兼职），协助科主任处理科内行政事务，亦可由住院总医师担任。大型医院设相对独立的二级科室（如大内科、大外科下的专业分科），亦可各设科主任（教学工作由教研室协调）。

科主任由院长选拔和聘任。副主任由科主任提名，由院长聘任。科主任任期一般3

年以上，可连任。选拔科主任要慎重，一般应进行民意测验或由民主推选。科主任一般应由本学科带头人和专家担任。但临床技术专家不一定善于和适于担任行政管理工作，可选拔德才兼备、年富力强、在专科学术上有造诣，并善于组织管理的具有高级职称的医师（技师）担任。对科主任要立足于培养提高，要相对稳定，不要频繁更换，避免短期行为。但对于那些不称职的、经帮助也难提高的，要作果断的组织调整。

对科主任不但要定期考核其业务技术，还要定期考核其管理能力。

五、科主任的素质和知识结构

科主任的工作概括起来有两点，一是技术，二是管理。理想的科主任应是既具有较高的本专业理论和技术知识，又具有必要的管理专业知识，并使两者相结合；同时又具有较好的政治思想素质。

科主任在学术上能指导全科业务技术或能解决疑难问题。科主任掌握一些管理知识是科室管理的需要，是使科室领导由经验管理提高到科学管理所必须。因此，对科主任要进行管理知识的培训，如学习系统科学、管理原理、管理心理学、医院管理学等基本知识。

科主任的良好思想素质对管理效能往往有较大的影响。思想素质可以列出许多条，但下列素质对科主任更为重要：⑴公正、正派，一视同仁，不要亲一些人，疏一些人；⑵宽容，心胸宽阔，能团结大多数人；⑶民主，不独断专行，不以权压人；⑷善于联系群众，善于用人。

六、科主任工作要点

1. 抓主要工作。科室工作千头万绪，比较复杂，科主任要抓住主要工作，才能抓出效果，科主任的主要工作是：抓医疗质量，抓技术进步。

2. 工作有计划、有目标。

3. 抓规章制度、技术常规，并严格要求。主要抓各级人员责任制度、分工负责和主要医疗制度，如查房会诊、病例讨论、危重病人抢救及手术制度。

4. 抓人员合理组合。发挥每个人的作用。

5. 关心人，了解人，培养人，调动人员的积极性。

6. 抓质量管理，抓重点病人、抓医疗安全。

7. 抓学术活动、技术培训和科研，提高学术空气，使每个人都有发展、进步、提高的机会。

8. 建立科室领导小组。建立必要的会议制度。如科领导小组会议，集体讨论科室重大问题；科务会议，由全科人员参加，定期总结工作、布置工作，表扬好人好事等，至少一季度开一次。以及科室周会，上传下达，布置一周工作。

第五节　医院领导的知识结构与智力结构

一、医院领导的知识结构

作为医院管理人才——领导者，应具有广泛的知识和运用这些知识的能力以及品德素养，即知识结构问题，包括知识、才能和素养。

（一）知识、学问

知识包括书本知识和实践经验，应包括概念、理论、经验、情况、政策等方面。

概念、理论知识：包括基础文化、医学、社会科学、管理科学和医院工程技术等方面的基本概念、理论和知识，对医学要求熟悉，最好有一定的临床实践经验，但不一定是临床专家；对管理科学则要深入研究。

经验：指管理经验，这对领导者来说是非常必要的。因为“领导”不仅是一门科学，而且是一门艺术，单靠书本知识是不够的。判断是主观经验与客观现实的对比。因此，缺乏管理知识和经验的医务技术人员被选拔到领导岗位，或只具备低级管理经验的人员越级提拔后，都需经过培训并经过管理实践的锻炼。

情况：指管理所需信息量的储备，其中大部份应预先储备。

政策：小系统和大系统的联系及互相影响，往往用政策、法规的形式规定，管理者要有局部服从整体的基本观念，而只有具备一定的政策水平才能做到这一点。

医院领导一般应具有下列各方面的知识：

1. 基础知识：包括语文知识、外语知识、数学以及政治、历史知识等。

2. 医学知识：除了基础医学、临床医学基本知识而外，还应懂得卫生学、社会医学和医史学，特别要了解医学科学的发展动态。

3. 社会科学知识：掌握马克思主义基本理论是首要的，如哲学、政治经济学等。还要熟悉心理学、伦理学、社会学等基本知识，熟悉党的方针政策和卫生法规。

4. 管理科学有关知识：如管理学基础、组织理论、人才和人事管理理论、管理心理学和行为科学、卫生经济学、经济管理和财会管理、统计学和数理统计、电子计算机知识、现代自然科学方法论和系统工程基本知识、现代管理技术方法知识以及医院管理学等。

5. 医院工程技术基本知识：如医疗设备知识、医院建筑知识、医院机电设备知识、医院环境管理知识等。

（二）才能、见识

才能是运用知识的能力，核心是正确的思维方法。才能一般包括思维能力、表达能力和组织管理能力等。

1. 思维能力：包括分析判断逻辑推理能力，由现象认识本质、由结果找出原因的辩证思维能力；还包括创造能力、想象能力等。

2. 组织管理能力：包括计划能力、决策能力，即对成败得失的综合判断能力，魄力和随机应变的能力以及影响他人的能力等。

3. 表达能力：主要指语言表达能力、文字表达能力等。表达能力对管理人员来说，是重要的条件。

4. 人际交往能力：处理人际关系的能力是领导者必要的条件。

此外，作为领导者应该有见识，越是高层次的领导，对见识的要求就越高。所谓见识就是善于思考，有独到的见解，有预见性，有知己知彼、扬长避短的本领。见识的基础是知识和才能（包括科学的思维方法，如辩证的观点、系统的观点）。

（三）素养、思想品德

医院领导是集体的领路人，应具有良好的素养和政治思想品德修养。良好的素养和品德系从学习、实践锻炼中来，关于领导者的素养可以列出许多条，现仅提出以下几点：

1. 具有发展眼光，胸有全局。

2. 好学、有科学素养：好学是领导者的基本品质，不读书、不看报的人当不了好领导，不要求领导者精通多方面的科学知识，而要求其基本的科学素养。如善于运用辩证唯物主义的认识论和方法论观察处理问题；熟悉社会科学、自然科学的基本知识；了解系统论、信息论、控制论的基本理论；了解现代管理学；了解国内外医学科学技术发展动态，密切注意国内外政治、经济、科技、文化教育等的发展和动向等。具有这样科学的思维方法和较广的科学知识，才能高瞻远瞩，正确地进行分析判断，实施有效的领导。

3. 有事业心、进取心、责任感和创新精神：办好一个医院，领导者必须有强烈的事业心、责任感、进取精神和创造精神。要有奋斗目标，高标准，严要求。领导是创造性的活动，它总是以变革现状为前提的，没有创新，就没有有效的领导。

4. 实事求是，从实际出发：有效的领导必须实事求是，从实际出发，想大事，办实事。避免想当然和脱离实际，这就要有深入实际进行调查研究的作风。

5. 谨慎而果断：谨慎是说不要轻率地决定问题，否则容易朝令夕改，失信于民；果断是指领导决定事要有胆识和魄力，领导者的果断和魄力，对下属和群众完成任务的信心和情绪有很大的影响。

6. 民主作风：领导者要善于听取不同的意见，团结各方面的人。

7. 认真，有严密的科学态度。

8. 爱惜人才：关心人，团结人，信任人，宽以待人。

9. 工作处以公心，不谋私利。

二、医院领导班子的智力结构

上边讲的是医院领导者的个体知识结构，这里讲的医院领导群体的智力结构，就是领导结构。它包括专业结构、知识结构、年龄结构、智能结构和素质结构。领导结构是否合理，是单位能否兴旺发达的关键。

医院领导专业化是必要的，但专业化并不等于医学专家化，医学专家在医学上有一技之长，对医疗业务内行，从事医院领导工作较为有利，但他们并不一定具有组织才能，医院领导是否内行，主要的标志是他是否具有科学管理的知识和才能，以及必要的专业知识，即是不是医院管理的内行。领导年轻化是必要的，年轻人吸收新鲜事物快，有创见，有闯劲，适合于现代领导。因此，干部应不断新陈代谢；但年龄并不代表一个人的德才。从年龄结构来讲，老、中、青结合的班子，往往是合理的班子。

领导者应具备一定的知识、才能和素养，但从智力结构来讲，主要并不取决于个体的优秀，而是集体的最佳组合，人无完人，各方面都较理想的全才很少，但组合得好，互相取长补短，就可构成“全才”。应该是各种专业和才能、各种类型的人进行合理的组合。如从专业结构上讲。既有善于作思想政治工作的，又有精通医疗业务管理的，还有长于后勤经济管理的；从智能结构上讲，既有善于掌握全面和团结人的组织型的人，也有有远见、善于思考和计划的思维创造型人才，又有一步一个脚印实干型的人；从年龄结构讲，既有经验丰富的老同志，也有朝气蓬勃的中青年同志；从表达能力上讲，既有能说会道的人，又有长于写作的人。素质结构也不能忽视，如果一个班子内几个人性格、志趣、风格不同，也会因内耗而影响效益，甚至抵消力量。至于政治品质不好，玩

弄权术，拨弄是非的人，本事越大，所起的作用越坏，不能留在领导班子内。

第六节　医院管理人才的培训

培养医院管理人才，对于我国医院现代化建设，提高医院管理水平，发展社会主义卫生事业，有关键性的意义。

医院管理人员的成长，要立足于培养教育。医院管理人才成长的特点是：既需要进行系统的理论学习训练，又需要在管理实践中学习锻炼。理论学习是基础，但必须结合管理经验，才能成为较好的领导者。教育训练的内容，必须紧密结合医院管理人才知识结构的要求。教育训练的方法：第一自学。这是不可忽视的、有效的方法（最好是有指导的自学）。第二办医院管理进修班，轮训在职医院管理干部。第三在高等院校设立医院管理专业，进行系统的教育，形式、学制可以多样化。就全国和各省市来说，培养医院管理研究人员和教学师资是当务之急；就每个医院管理者来说，抓紧自学是一条实际的成才之路。

随着我国改革的深化，有计划商品经济的发展，医院经营管理显得十分重要。在医院领导结构中非常缺少既熟悉医院工作的特点，又具有现代管理知识，精通经济、财会知识，善于经营的专门人才。对这类人才的培养，应予足够的重视。

第七节　领导工作方法

一、医院领导的主要工作

医院领导的基本工作是规划、组织、调查研究、学习和决策。

（一）规划

无论是传统管理还是现代管理，规划在各项管理职能中总是处于优先地位，它同样是医院管理的首要职能。规划的好坏在很大程度上直接影响着管理效能。目标方向正确，工作效率越高，管理效能就越好；反之，目标方向错了，即使工作效率很高，也不能得到理想的管理效能，甚至成为负效管理。因此，对规划应持严肃认真的态度，科学地确定目标方向，作出切合实际的规划，是医院领导的第一件基本职责。

制定规划要注意以下三个问题：

1. 领导主持，统筹兼顾：规划是涉及全院性的大事，因此，必须由医院领导亲自动手制定。不能简单地委托不明瞭上级意图，不掌握医院全面情况的助手去制订。制订时要突出重点，分清主次缓急，同时，要统筹考虑医院系统各构成部分及其相互关系，按照它们之间的必然联系，统一筹划，合理布局，综合平衡。还要考虑医院系统同社会大系统、同国民经济发展的关系，从全局着眼权衡利弊。

2. 调查研究，瞻前顾后：制定规划一定要有细致周密的调查研究，这是制定规划的基础。要听取专家和群众的意见，注意搜集各方面有关的资料，认真地进行分析研究。对历史的正反两方面的经验教训要加以总结，发现其中的规律，对现状有一个综合的、本质的了解，对规划各因素自身的发展和变化有科学的预测。规划制定后，要进行综合评价。评价的重点是学术价值、技术经济价值和社会价值三个方面。对规划的目标及判断达到目标程度的各项数据指标，都要有明确的规定，不能含糊笼统。

3. 实事求是，量力而行：规划要从实际出发，量力而行。要研究医院有没有完成这

个规划的物质基础，包括人力、物力、财力、装备、时间和管理能力等条件。要注意把需要与可能结合起来，保证规划经过努力完全可以实现。还要注意扬长避短，发挥优势，趋利避害，量力而行同扬长避短有机结合，才是积极可靠的规划。

（二）组织

组织是指建立一个适当的工作系统，把医院的各个要素（人力、物资、资金、设备、任务、信息等）各个环节和各个方面，从劳动的分工和协作上，从上下左右相互关系上，从时间和空间的相互联结上，都合理地组织起来，形成一个有机的整体，使医院全体职工都为达到医院总目标而工作。从一定意义上讲，组织水平的高低，直接决定着医院的医疗服务质量和经济效益。

正确实施管理的组织职能，要解决以下三个问题：

1. 建立合理、精干的组织机构：现代管理认为，任何一个管理系统，都必须按层次具备稳定的组织形态，并且，各管理层次应具有不同能级，使相应才能的人处于相应能级岗位，实现动态的对应，以利于人尽其才，各尽所能，发挥最佳的管理效能。这是构成医院系统管理的主要条件。

2. 制订规范：就是建立规章制度和工作秩序，其中主要的是健全责任制。责任制是大生产的客观要求。列宁曾经指出："管理的基本原则，就是一定的人对一定的工作负全责"。现代医院各构成要素、各个环节、各个部门之间，存在着纵横交错、相互依存、相互制约的紧密关系。要实现有效的领导，就必须去进行周密的组织与协调，其最根本的则是健全责任制，使职工各就其位，各司其职，各尽其责，分工协作，使医院成为一个有机的整体，围绕医院的总目标与任务，有节奏地运转。健全责任制，要解决好两个问题：一是具体化问题，责任制并不是什么新东西，过去由于失之过于笼统，只有"定向"要求，缺乏"定量"标准，没有明确的可以考核、奖惩的指标数据，导致责任制建立容易落实难。责任制具体化，就要明确岗位职责，解决应该"干什么"的问题，还要解决"干到什么程度达到什么标准"的问题，形成"标准、考核、奖惩"三位一体的责任制。这样责任明确，要求具体、功过分明、有赏有罚，才能调动职工积极性，有秩序地组织好医院各项工作。有些实行经济管理的单位，试行岗位经济责任制，按责、权、利结合的原则，把岗位责任制与经济利益紧密挂钩，这样既调动了积极性，又提高了医疗服务质量和经济效益。二是协调关系，现代医院是集体协作诊疗，具有社会化大生产的特点。它打破了个体活动的方式向集体协作转化，从简单的协作向各学科大规模组织协调转化。任何一个高质量医疗效果的取得，都是医院各科室、各部门、各类人员协作劳动的结晶。不论哪个科室哪个部门哪一个人都不是孤立地在那里进行工作，而是作为医疗过程或工作过程的一个环节，彼此间存在纵横交错的紧密联系。组织管理就要搞好各个方面之间，如临床与后勤之间、临床与医技之间、各临床科室之间、医护之间的协调工作，以保证共同任务的完成。

3. 选人用人：这是关系到合理使用人才，发展人力资源的大问题，是搞好医院各项工作的决定性因素。选人用人要知人善任，就是任人唯贤、量才录用。用人最主要的原则是用人之长、避人之短，完人是没有的。医院领导必须对有关人员的业务特长、志趣、思想品德、学历经历等有比较全面细致地了解，尽可能按其所长安排恰当的工作，以期能充分施展才华，发挥优势。否则，用非所长，强人所难，必然影响积极性，造成

人才浪费。用人要使之有职有权有责，做到一是信任，二是严格要求，三是多鼓励，才能充分调动积极性。“生才之道，贵在培养”，要十分重视人才培养，培养人才不仅要根据目前的需要，也要考虑未来的长远需要。

（三）决策

决策是领导者的基本职能，只有科学的决策，才可能有高效能的领导。提高科学的决策能力，是提高医院管理水平的重要环节，也是检验领导水平的重要标志。有关决策的具体方法见本章第七节。

（四）调查研究

调查研究是医院领导的基本工作方法，“没有调查研究，就没有发言权”。医院领导只有深入医疗第一线，进行调查研究，掌握第一手材料，才能取得医院领导工作的主动权，更好行使各项管理职能。

1. 调查研究的基本内容：调查研究的内容是广泛的，包括：政治思想、医疗质量、服务质量、科技建设、仪器装备、人员培训、后勤保障、科室协调、制度执行以及指导基层、防病治病等各个方面。医院的中心工作是医疗，调查研究应围绕这个重点展开。如分析影响医疗质量的因素，可以从四个方面深入调查研究。即①政治思想：医院职工的政治觉悟，为病员服务的观念，医德观念，工作责任心、主动性、积极性等。②技术水平：医务人员具有的医学知识和掌握技术的熟练程度。③管理水平：健全的规章制度，良好的协同配合，行政管理及必要的人力配备等。④物资保证：医疗工作和病员生活必需的各种物资供应等。

2. 调查研究的基本方法：常用的调查研究的方法可以有以下几种：

⑴ 听取汇报：有两种形式，一种是听取院总值班和护理总值班的报告，及时掌握和了解每天的医疗护理情况，包括：住院和出、入院病员数，重危病员情况，重大医疗措施，医疗、行政上发生的问题等。另一种是经常性的科室向医院领导报告制度。

⑵ 统计分析：掌握系统的准确的统计数据，以便做到心中有数，预测未来，这是现代调查研究的基本方法之一。统计数据指标是反映医疗质量和工作效率的信息，医院领导不能片面追求指标数字，应该运用统计学的方法，科学地分析评定医疗质量和工作效率。

⑶ 亲自深入：方式可以有巡视检查、专题检查、参加重大医疗活动等几种。医院是个基层医疗单位。作为医院的领导对医院工作的情况应当有一个全面的和动态的了解，巡视检查、专题检查、参加重大医疗活动，都是医院领导的基本方法，特别是通过参加重大医疗活动，如参加抢救危重病人，可以从中了解科室之间、医务人员之间相互协作的问题，抢救药品、器械的供应，水、电、汽后勤保障等第一手情况，以便更好地研究和改进管理工作。

⑷ 开调查会：这是传统的调查研究方式，随着现代管理的日趋复杂，又创造了一系列科学的调查方法。

一种是“头脑风暴法”。即会议主持者并不指明会议的明确目的，而就某一方面的总议题要求与会者无拘无束地自由发表意见，会上不允许对别人意见进行批评，主持人不发表意见，以免影响会议的自由空气，而要不怀偏见地倾听、有目的的吸取领导所需要的东西。这种方法在寻找新观念和创造性建议方面十分有效。

另一种是“反头脑风暴法”。即会议首先明确列出某方面的问题，与会者不仅自己发表意见，而且可以针对别人意见进行评论，以寻找解决问题的有效措施。

还有一种“德尔菲法”（Delphi method），这是用于技术预测的一种方法。方法要点是：向有关专家提出所需要预测的问题，问题要提得明确，请他们书面答复；把收到的意见加以集中整理，并请身分类似的专家对这些意见加以评论和说明，然后把这些经过说明与评论的意见再送给有关专家。专家们的意见以不署名背靠背方式几经反馈之后，往往对所预测的问题意见渐趋一致。这种方法最大好处是：既依靠了专家，又避免了专家会议上对“权威”崇拜、碍于情面随大流、不能充分发表意见的缺点。

这几种方法在医院管理中，都可以结合实际加以应用。

（五）学习

现代科学技术和管理，都在日新月异地迅猛发展，新知识在急骤增长，知识陈旧周期急剧缩短，据统计，18世纪时知识陈旧周期为80到90年，19世纪到20世纪初期，缩短为30年，近50年来又缩短为15年，如今一些领域中的知识陈旧周期已缩短为5—10年了。

医学科学在其它自然科学推动下，也取得了迅速发展，如医学科学研究开始从细胞水平进入了分子水平，研究路线趋向于理性化，力图从更深的层次揭开各种疾病发生、发展及其转归的机理，并从中引出特效的预防和根治办法，大力探讨疾病防治和身心保健的新途径。又如工程学对医学的渗透，形成了新兴的生物医学工程学和医用电子技术而广泛应用于现代化的诊断、治疗、预防和监测。再如医学发展中分工越来越精细，综合趋向大大加强，已从单科突进发展为多科协同作战等等，这就给医院管理提出了新课题。

有人认为，现代管理的管理对象已从较早的管理理论认为的人、财、物三大要素，以后加上时间和信息成为五大要素，近来又加上士气和方法，发展为七大要素，反映了管理内容的新发展和复杂化。“无边落木萧萧下，不尽长江滚滚来”，可以说是各种知识动态发展的形象写照。因此，现代管理者都面临着一个知识更新的问题。现代医院的设备、技术都在不断更新，各种人员都具有越来越高的科学文化水平。医院领导作为一个现代管理者如果不具有广博的知识和管理能力，如何能有效地领导具有高知识水平的下属？如何才能在信息万变、错综复杂的情况，审时度势，不失时机地作出各种科学合理的决策，以有效地达到管理目标。因此，医院领导必须坚持不断学习，终身学习，吐故纳新，防止知识老化。只有及时掌握新知识、新思想、新方法，才能不断提高领导水平，解决新形势下出现的新问题。

学习不会耽误领导，俗话说，磨刀不误砍柴工。过去，我们许多医院领导忙于日常工作，很少有机会参加学习进修，势必影响管理水平的提高。医院领导应该理直气壮地把看书学习列入自己工作日程之中，不仅如此，上级领导部门还应该定期进行脱产轮训，给他们系统学习的机会。因为，只有坚持学习，才能使医院领导真正成为业务技术上的“行家”、经营管理上的“里手”，才能按客观规律办事，取得工作上的主动权。也只有学习，才能在实践的基础上总结经验，努力提高科学管理水平。总之，一个好的医院领导，不仅是工作上的带头人，而且应是学习上的带头人，才能带领职工把医院办好。

以上概述了医院领导的五种基本职责。规划、组织是根本性的工作，决策、调查研

究和学习是经常性工作。根本性工作做好了医院就有了明确的目标方向和正常的工作秩序；领导就能比较“超脱”，不沉缅于琐碎事务之中，就能深入实际，作些调查研究和看书学习，做出切合实际的决策。因而三项经常性工作也是锻炼和提高领导聪明才智的熔炉。有些领导成为忙忙碌碌的官僚主义领导者，其原因也在于没有抓好这五项基本职责。

二、提高工作效率方法

医院领导如何提高工作效率，这是一项十分重要的领导艺术，下面几点值得注意。

（一）领导者要做领导工作

领导者必须把自己的精力集中在作为领导的责任上，决不能分散能力，作不必要的消耗。管理是分层次的，不能越俎代庖，干扰下一层次的工作。医院领导，就抓各科室的科长、主任。不要过问再多，更不要直接去管某一个医生或护士。科室的工作应该由科室领导负责。医院领导和管理主要是协调关系，并给以监督和指导，帮助科室解决困难。随意干扰的后果，必然造成下级没有主见，没有责任感，反过来加重自己的负担，浪费自己的宝贵时间和精力。医院领导是运筹全面的组织者和指挥者，要经常考虑和解决事关大局的问题，而不能满足于自己的辛辛苦苦，不分主次的有一项做一项。这种颠倒主次，疏于职守的做法，必将大大降低领导工作效率。领导深入实际，作一些必要的具体工作，为的是掌握情况，发现问题，总结经验，指导全局，而决不是削弱领导。

作为医院的领导，浮在上面，不接触实际，做空头领导是不对的；但埋头事务，不抓大事，本末颠倒，也决不是好领导。事必躬亲是小生产的美德，却是现代领导所应力求避免的。

（二）调动下级的积极性、主动性和创造性

任何一个领导即使经验丰富，知识渊博，也要重视调动下级的积极性，孤家寡人是不行的。体力劳动可以按照简单的命令办事，医务劳动是创造性的脑力劳动，它主要靠医务人员运用掌握的知识和技术完成社会给予的任务，行政命令、外力强制是行不通的。因此，如何调动下级积极性、主动性和创造性，这是提高领导工作效率的一个关键。调动“三性”，首先是通过正确的规范来实现，同时，还需要一个良好的领导作风。实践证明，以下几点是一个有所作为的下级最受欢迎的领导作风：办事公正，赏罚分明；指令明确，决断及时；平时严格要求，出了问题领导敢于承担责任；言必信，行必果；不勉为其难，不要下级做力所不及的事，既用之则充分信任。

（三）提高会议效率

会议是互通信息的一个重要手段，是医院领导进行管理活动的重要方式。会不在多少，着重是效果，因而不能让会议占用了领导和下级的大量时间。医院领导应该主持开好院长办公会、院务会和院周会等，并成为必要的制度。

提高会议效率，要注意以下八个方面：①不开没有明确议题的会；②不开有许多议题的会；③不开没有准备的会；④不开可开可不开的会；⑤不要无关的人参加；⑥不要作离题的发言；⑦不要作重复性发言；⑧不要议而不决，决而不行。

（四）有效地利用时间

时间是一个常数，在一定的时间内办最多的事，是最大的工作效率。一个有效的管理者也必然是时间的珍惜者。然而，在实际工作中，时间最容易被人们所忽视，使时间

这个无价之宝失去计划和控制。有些医院领导者看来忙得不亦乐乎，电话、会议、文件、报表、来访等占用了大部分时间。固然这些都是外来因素引起的，但进而分析，很多时间浪费在内部原因上。如缺乏合理分工、分权，造成扯皮冲突；缺乏工作计划，增加了随机调度因素；缺乏工作重点，事无巨细，不分主次，都包揽在身等。医院领导要善于认识自己的时间，管理自己的时间，集中自己的时间，这是管理有效性的基础。对日常工作，如听取值班报告、参加重大医疗活动、召开会议、接待来访和进行学习与调查等建立一个工作程序，科学地安排时间。

还应该建立备忘录或工作日誌，要办几件什么事、什么时间办、什么时间完成、达到什么要求、如何落实、如何检查、评价以及下面有什么问题、有什么好建议等等，都可以写下来。文字可长可短，不搞文牍主义。对机关职能科室也应该这样要求，做工作要有布置，有评价，有反馈，有决策。

对上述的工作安排执行得如何，哪些是有效率的，哪些是浪费多余的，又有哪些“自由时间”，可以利用自己的记录进行分析，从中可以发现提高利用效率的线索，排除浪费，合并“自由时间”，以获得较长的连续性时间加以运用。总之，时间是最宝贵的资源，有效地利用自己的时间，是提高工作效率的有效途径。

（五）建立决策参谋机构

现代决策体制已向“谋”“断”方向展开，出现了“智囊团”、“思想库”、“咨询公司”一类的软科学研究机构。这些机构的决策分析人员，运用他们的智慧和专长，围绕设定的目标，进行科学的系统分析，综合研究，提出可行预测，帮助领导决策。“智囊团”等机构的重要作用，在发达国家已经得到社会公认，成为现代社会的重要组成部分。这是值得借鉴的，医院也应该重视参谋咨询机构的作用。重视和加强医院现有职能部门、学术委员会、以至学术团体等的建设，充分发挥其参谋作用，对一些全院性的重大决策进行深入研究，帮助领导做好决策工作，从而提高工作效率和管理效能。

三、医院系统的最佳运行和指挥调度

现代医院是一个完整的系统。运用系统理论，研究医院系统的最佳运行和指挥调度，对于提高医疗质量、工作效率和科学管理水平，避免管理工作的盲目性，加强医院现代化建设，具有十分重要的实际意义。

（一）医院系统的运行状态

医院系统基本上有两类运行状态，即常规运行状态和调度运行状态。常规运行状态是指在一定时间内变化不大的正常运行状态。它包括一切正常的医疗活动、支持活动和扩展活动。常规运行状态的维持，主要靠明确的职责分工、严密的规章制度、熟练的基本技能和良好的工作作风。调度运行状态是指在短时间内变化很大的运行状态。又可分为两类：一类是处理医院系统运行过程中突发情况的，称随机调度状态；另一类是计划调度状态，这是预先安排的计划内调度，这是为医院系统的提高和发展而存在的运行状态。

（二）系统的最佳运行和指挥调度

上面所述，医院有两种运行状态，那末，为了达到医院系统运行的最佳化，医院领导的精力应该集中于哪一种运行状态、又怎样处理两种运行状态之间的关系，而实现正确的指挥调度呢？这实质上是研究医院系统稳定性和医院系统的发展问题。

常规运行是医院最基本的运行状态，它是完成医院任务所必备的最基本条件。常规运行状态只需花费医院领导较少的精力，一般说，只需对常规运行中发出的反馈信息进行动态监视即可。但如果常规运行失常，医院管理工作就会处于不正常的被动局面，医院领导就有可能陷入事务而穷于应付。常规运行正常，日常的管理工作按惯例处理，医院领导可按“例外原则”集中精力研究处理重大决策性问题。医院领导务必不可忽视对建立医院常规运行状态重要性的认识，以免“因小失大”，不必要地浪费更多的时间和精力。

但医院管理满足于常规运行而不抓提高工作是一种停滞的观点，不能使医院前进，医院领导应该在处理好常规运行和随机调度运行的前提下，把主要力量应用于计划调度运行上。一般来说，这是发展医学科学技术，加强医院建设，提高医院系统的工作质量和效率的主要方法，因此它是医院领导的工作重点。

常规运行和调度运行这两种运行状态是相比较而存在的，并不是绝对的和一成不变的。常规运行状态中孕育着调度因素，调度运行状态中包含着常规因素，在一定条件下，两种运行状态可以互相转化。认识这种转化，对管理有特殊意义。医院领导可以利用条件，创造条件，促使其向有利于管理的方面转化。实现这种转化是一种指挥调度艺术。只有正确认识常规运行和调度运行状态对医院管理工作的不同意义，并努力处理好存在于它们之间的辩证关系，医院系统才能处于最佳运行状态。

基于上述的观点，在日常管理工作中，为维持医院系统运行状态的稳定，减少或避免两种运行状态关系倒置的机会，以下几项措施值得注意：

1. 加强维持常规运行状态诸因素的稳定性、可靠性。如健全岗位责任制和各项规章制度，建立起良好的工作秩序；培训教育各类人员掌握熟练的工作技能；坚持思想政治教育，增强医德观念，养成良好的工作作风等。

2. 各级管理人员经常深入科室、部门，及时掌握各种反馈信息。发现问题，及时处理，以使常规运行正常进行。

3. 发现同一类型的问题反复出现，而又没有减少趋势，就应设法将它转入某种常规运行状态，以减少调度运行次数。

4. 对常规运行状态中的问题，要抓住主要的，不要急于对一些细小、个别的问题进行频繁指挥调度。否则，调度扰动太多，有可能造成系统运行不稳定，产生更多的随机性问题。

5. 一般性的随机调度，可采取分工负责的方法，保证总调度核心不受干扰，以免整个系统失去控制，陷于混乱。

6. 根据分职分权的原理，应给以各子系统相应的调度权力，以减少指挥调度机构的忙乱。

第八节　决策方法

一、决策的概念

决策是人们针对需要解决的特定问题，提出两个以上可行方案，并从中选择出最佳方案的分析决断的过程。

决策是医院领导者的基本职能，它不仅是整个管理工作的前提，也是其他各项管理

功能的基础。在医院经营管理活动的始终及各个方面都贯穿着一系列的决策活动。例如：办院方针、工作规划、质量控制、人事安排、干部培训、财务预算、设备更新等等都要作出合理的决定即决策。决策是否合理、及时，对管理工作的成效关系很大。

决策作为管理的功能自古有之，历来的决策从本质上讲都是靠人的经验，即个人的阅历、知识和智慧，决策成功与否主要取决于领导者的阅历、知识、智慧和胆略，这叫做经验决策。从我国医院管理的现状看来，经验决策尚占主导地位。经验决策是与小生产方式相适应的，随着社会的发展，决策在现代医院管理中的作用越来越大，地位也越来越重要。进行决策时，必须从战略到战术，从宏观到微观，从医疗保健的经济价值到社会效果，经过周密的方案论证和各种技术经济的分析比较，作出科学的合理的决策。这一切都不是单凭个人的经验和智慧所能胜任的，靠个人“拍脑袋”、“想当然”，难免作出错误的判断，从而造成不良的后果。

二、现代科学决策的特征

现代科学决策的特征是：

1. 有合理的决策目标：正确的目标的确定，是科学决策的前提。决策是为了达到一个既定的目标，没有目标就无从决策，目标定错了，决策就失去了积极意义。合理的决策目标应满足需要与可能。如医院要开展某项专科服务或设立一个新的机构，首先必须预测一下社会的需求情况，病例来源有多少？预计达到的经济和社会效益如何？卫生资源能否满足新的服务项目开展的需要？进行必要的决策可行性分析，才能确定一个合理的决策目标。

目标必须明确而具体，具有可测量性、时间性和责任性。目标是在一定的环境和条件下，通过历史的调查、现状的研究及科学的预测，期望达到的具体结果。目标明确，决策的针对性就强，反之若目标含混不清，抽象空洞，则方案制定与选择都会无所适从。

2. 有三个以上的备选方案，进行比较选择：备选方案是带有概括性、典型性和代表性的可能方案。概括性是指所拟定的备选方案尽可能地包括了所有可能的方案，以免把好的方案遗漏。典型性和代表性是指每个备选方案各不相同，相互排斥，以便各方案之间进行比较与选择。如为提高医疗设备的完好率及维修能力，其备选方案可以有以下三个：⑴与生产该医疗设备的厂家或维修点订立长期的维修合同。⑵医疗设备有故障时请外单位协助检修。⑶培养自己的维修人员。以上三个备选方案各有优缺点，必须根据自己医院的实际情况选择决定，达到学术价值、经济价值和社会价值均为满意的标准。

3. 追求最可能的优化效应，选定优化方案：由于实现决策目标的种种客观因素如资金、人力、财力的不足，使选定的方案不可能是绝对的最佳方案。同时决策目标总是面向未来，而未来总是带有不肯定性，因此决策要承担一定的风险，只有通过方案的分析评估和论证，准确地权衡利弊得失，寻求最可能的优化效应，在比较中选取最满意地达到决策目标的方案。

4. 决策要不断地追踪、修改和调整：决策在实施的过程中，必须建立信息反馈的渠道，使决策者及时掌握执行情况，根据客观的内外环境变化，作出相应的修改和调整，决策是动态的，在反复的决策修正中逐步完善起来。医院例常的诊疗工作，可用规章制度来衡量和追踪检查执行的情况，随时依据反馈的信息纠正偏差，修正决策。当主、客

观条件发生重大变化，以致须重新确定目标时，进行追踪决策。追踪决策是指原有决策实施中发生了极大的变化，致使原有决策面临失败的危险，必须重新决策。追踪决策是一种战略转移，从回溯分析中正确地总结出失误的原因，找到有效的对策，使损失减少到最小程度，尽量获得更多收益。

三、决策的分类

1. 按目标的广度和深度可分为战略决策和战术决策：战略决策的目标所要解决的问题带有全局性，其影响重大。医院的战略决策就是经营决策，如医院发展方向、建设方针、长远规划目标等，常属于高层决策。战术决策的目标带有局部性、短期性，并为战略目标服务，如医院短期计划、人事调配、财务设备物资调度和安排等，常属于低层决策。

2. 按其目标性质可分为常规型决策和非常规型决策：常规型决策指例行的决策，又称程序化决策。这类决策通常有章可循，有法可依，决策过程的每一个步骤都有规范化的程序，这些程序可以重复地应用，以解决同类的问题。医院管理中大多数决策属于程序化决策，大量的按常规处理的业务，根据以往的经验，予以规范化，以后所有此类业务都照此办理，不需要一事一决策，这是一种重要的、常用的决策类型。非常规型决策是指偶然发生的非例行的决策，决策的难度较高，成功的把握不确定，要靠决策者的知识、经验、信念、才干去处理。如提拔领导干部、开展一项新的医疗服务项目、采购价格昂贵的仪器设备等，这类决策虽然在医院管理中占的比重不大，但往往是医院重大问题的决策，有其重要的意义。医院领导者应将主要精力集中在非常规型决策上，而常规型决策一般由管理人员按领导制定的章法进行。

3. 按其决策的条件与后果可分为稳妥型（确定型）、风险型、不确定型、竞争型等：稳妥型决策一般有把握实现，可靠性很大，但往往倾向于保守，是一种中等决策。对待稳妥型的决策，领导者应果断地下决心，尽全力去达到最佳的结果。风险型决策的可靠性较差，可能实现也可能受挫，但最好的决策常难免带有一定的风险因素。领导者在风险型决策中应注意选择最有希望的方案行动，留有余地并准备好应变的方案，尽可能通过试点，加强可行性研究。对于不确定型的决策，领导者应循序渐进，注意信息反馈，及时总结经验，以便随时修正决策方案。竞争型决策的特点是如何在竞争中获胜，知己知彼，扬长避短，以我之长，克敌之短，也是竞争型决策取胜的基本条件。从医院管理的决策方案分类来看，常见的是前三类即稳妥型、风险型和不确定型，在临床诊疗方案的决策中又常见风险型和不确定型，决策人必须对不同类型的决策，有相应的处理原则。

4. 其他：按决策目标多少可分为单目标决策、多目标决策和序列决策等；按决策者的分析判断方法不同，可分为定性决策、定量决策等，不一一详述。

四、决策的程序与方法

1. 确定目标：确定目标是决策的第一个程序，是科学决策的首要条件。首先，对现状和历史进行调查，全面积累数据，充分掌握信息资料。资料必须核实并作出对比分析研究，找到需要或标准与现实之间的差距，去发现问题，排列问题的轻重主次，找出关键性问题。其次，应用预测技术、环境分析、价值准则、智囊技术等一系列的决策诊断，确定一个定量化的决策目标。

科学预测对确定决策目标有着重要的作用。预测是对未来发展的预见，是一种有科学根据的最大概率，如在确定医院某医疗服务项目的决策目标时，必须预测医院所在地区的人口、经济、健康卫生、科学技术、卫生资源等内容。预测不仅要作出定性的判断，而且还要有定量的分析，有事件发生的概率估计。根据预测资料，了解服务对象的卫生需求情况及可以利用的卫生资源，按力所能及的原则，决定该医院某医疗服务项目的内容、范围和规模大小等决策目标。预测技术和方法，据不完全统计有一百种以上，其中最常用的是(1)类比性预测方法，又称类推法。即根据事物的相同性或相似性来类比推理。(2)演绎性预测方法，有趋势外推法、决策树法、计算机模拟法等。即根据历史、现状的趋势，一定的规律、原则或数理逻辑而进行的演绎推理过程。(3)归纳性预测方法，有德尔菲法、列名小组法、头脑风暴法等。即提出多种根据和可能性，经过分析综合，归纳成一致性的结论。

价值准则是评判决策目标合理性的基本依据。价值准则的指标一般有三类：(1)学术价值。如各项医疗服务性能指标及其与世界水平的比较，满足社会卫生需求的程度等。(2)经济价值。如医院基本建设投资、医疗成本、回收经济效益、回收周期等。(3)社会价值。如医疗服务对提高社会生产力及伦理道德等各方面的结果与影响。

确定价值准则的科学方法是环境分析，充分掌握国内外同类问题的现状及背景资料，同时应了解实现价值指标的约束条件，即各类卫生资源条件，决策权力范围以及时间限制等。

初步确认的决策目标，进一步运用智囊技术，如组织“专家论证会”，进行论证，最后确定目标。

2. 拟制方案：拟制三个或以上的不同备选方案，以提供达到决策目标的可供选择的有效途径，这是决策的基础。拟制方案必须运用系统观点，遵循“瞄准目标原则”制以及各方案之间“差异原则”。

拟制方案的方法很多，可广泛运用软科学的智囊技术，寻找和设计方案。如“头脑风暴法”、“哥顿法”、“对演法”等。前二种方法主要是通过会议形式，让参加者不受约束，充分发挥创造性思维，提出各种方案。第三种对演法，则是组织相互对立的不同方案之间的辩论，以求充分揭露各方案的不足，从而使方案趋向完善。

3. 方案的分析评估和选优：已拟制的备选方案可运用决策技术和可行性分析方法进行分析评估，使各方案的优缺点得以科学地表达，相互比较，进行优化的决策选择。决策的技术和方法主要有两大类：一类是“硬”技术即计量决策方法；另一类是软科学即主观决策方法。计量决策的方法主要是以数理统计及数学模型为基础的方法，如决策树法、经济效益分析法、边际分析法、线性规划等。例如以决策树法进行分析评估时，将各方案情况绘制成树状图，然后通过数学概率的计算，比较各方案的优劣。图5—6表示了心肌梗塞治疗方案的决策树示意图。

从治疗结果概率计算可见，心肌梗塞病人实行早期冠状动脉搭桥手术加上手术后失败的病人用药物治疗总成效率为60%。而早期用药物治疗加上药物治疗失败者实行晚期冠状动脉搭桥术的总成效率为44%。所以心肌梗塞病人应采用早期冠状动脉搭桥手术的决策方案为优。

成本-经济效益或经济效果分析法是优选方案的一种很好的方法。目前已被西方国

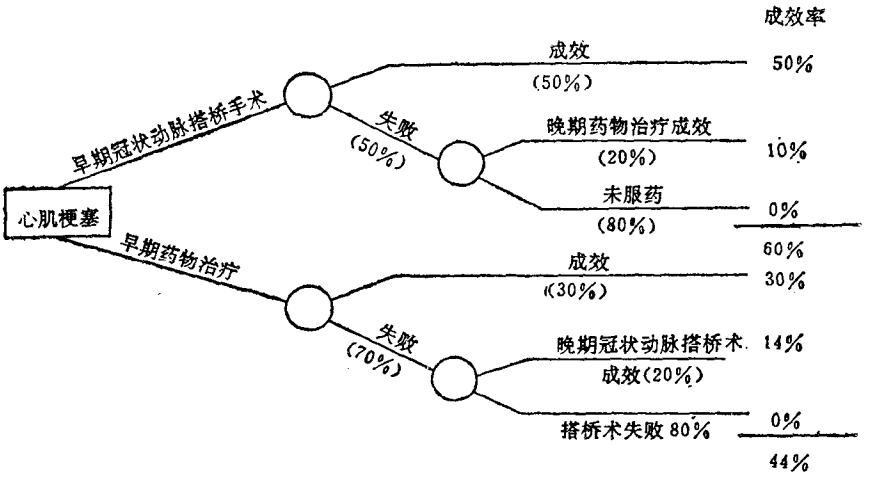


图 5-6　心肌梗塞治疗方案的决策树

家普遍采用，如现代医院管理中新药的使用、仪器设备的添置以及医疗服务项目的增设等。通过计算新增设的服务项目所花费的全部成本以及该项目方案为目标服务的最终效果或效益，即比较每个方案的投入与产出，来权衡各方案的优缺点。追求以最小投入、最大产出的经济效益观点，是医院经营管理决策的最基本出发点。当然从医疗效果的经济效益评估来看，不仅是考虑到把病人救活，延长了寿命，还要看生命的生活质量以及对社会生产力的贡献。

决策的“硬技术”方法虽然有定量化、数学模式化和计算机化的特点，但也有一定的局限性，如运用数学手段或电子计算机计算比较复杂，不易掌握，花费的成本较高，有些变量指标亦无法定量计算等。软科学的主观决策法则弥补了硬技术的一些不足之处，是直接利用人们的知识、经验和能力，是一种专家集体创造力的决策方法。比较常用的有德尔斐法、列名小组法、方案前提分析法、头脑风暴法与反头脑风暴法等等。

德尔菲法（Delphi method）即专家意见函询通查法。（见本章第五节）

列名小组法(nominal group technique methot)。被征询意见的专家按名单列入一个组，开会时先用书面写出自己的意见，然后由主持会议的人归纳汇编大家的意见，组织小组讨论。因为不公布讨论的问题或意见是谁提出的，便于消除与会者的顾虑，敞开思想谈论各自意见。

方案前提分析法（strategic assumption analysis method）是不分析方案本身的内容，只分析方案的前提能否成立，因为若方案的前提能成立，则说明方案的目标和方法是正确和可行的。

通过专家的分析评估和优选，各种方案和背景材料提供给领导决策人，领导者应该根据提供的信息资料，运用系统观点和科学的思维方法进行决断，选择最满意的方案或综合成一个决策方案。

4. 决策方案的实施：方案选定后，必须进行局部试验，以验证方案实施的可靠性。如果试点实施失败或发现一些重要问题应及时反馈修正原决策方案。如果试点成功可进入全面普遍实施阶段，在实施方案的过程中要继续运用信息反馈和追踪决策的手段，不断修正和完美决策方案。

第九节　计划方法

一、医院计划工作的意义

医院工作计划是医院在一定时期内，全面的或者某项工作的管理目标，也是医院管理活动的依据。所以说计划是医院管理的首要职能。医院计划工作的好坏，直接影响医院各项活动的开展，影响医院的发展，影响医院总目标的实现和各项任务的完成。医院计划工作还有以下的意义：

1. 与社会大系统保持动态的平衡，完成社会赋予的任务：医院作为一个系统，是社会大系统的一个局部。医院的存在与发展受社会大系统的依存和制约。医院计划工作，根据社会的需要和社会所提供的人财物诸要素条件，确立自己的目标与任务，使之适应社会的需要，而又不超越医院客观条件。应避免由于主观蛮干而作出不切合实际的决策。

2. 有利于医院的科学管理：医院活动是一个十分复杂的过程，医院的各项功能是由许多部门，许多人员集体劳动共同完成的。医院各部门之间互相联系，互相制约；各种专业人员分工精细，协作紧密。医院计划工作，把医院各个方面的工作有机地结合起来，把各种专业人员的活动合理地组织起来，保证医院在有控制的状况下有条不紊地运转，有效地完成医院各项功能。

3. 通过医院计划工作，能充分地利用医院人力、物力、财力，使医院各要素达到最优结合；同时，也充分发挥医院优势，发展业务技术水平，不断提高医疗质量。

总之，医院计划工作，通过对医院管理活动各个方面的协调和安排，充分发挥人财物的作用，在一定的劳动耗费条件下，尽可能取得最大的医疗效果。

二、医院计划管理的种类和内容

医院的计划按作用时间分，有长远发展规划和年度工作计划两种；按工作性质分，有全面工作计划和专项工作计划两种。

1. 长远发展规划：是指超过1年，在3、5年以上的计划。长期规划是为医院在较长时期内的发展方向、规模、速度和医疗技术水平而确立的一个较长时期内的战略目标，又叫远景规划，一般包括以下几个方面的内容：医院方向、发展规模、医疗技术发展水平、医学科研项目及重大新技术新项目安排、大型精密贵重设备添置、基本建设项目、职工队伍技术培训及思想建设、职工生活福利设施建设等。

长远规划有重要意义，列宁说："没有一个长期的旨在取得重大成就的计划，就不能进行工作"（《列宁全集》第81卷，第463～464页）。长远规划使人们的眼光不被限制在眼前。走出一步，使医院的工作有预见，使广大职工有明确的奋斗目标，成为推动工作的动力。

2. 年度工作计划：它是规定医院在计划年度内有关业务技术、后勤支持和思想政治工作等方面具体任务的计划。它综合全院各个部门各个环节的活动，是医院全体职工在计划年度内的行动纲领。一般确定一些统计指标来反映执行计划的动态情况。

年度计划与长期规划是相辅相成的。长期规划指明了方向，年度计划为长期规划铺路，逐步实现长期规划的任务。执行年度计划，应有季度、月度安排。

3. 全面工作计划：它包括医院全面工作的内容，主要有思想政治工作、医院年度的

各项指标要求、技术建设的措施计划、教育培训内容及要求、科研项目分阶段安排、提高医疗服务质量的主要措施及预期要求、后勤行政管理的经费开支、基建项目实施、福利工作等。

4. 专项工作计划：是指某一项专门工作的具体实施计划，如科研技术建设规划、基本建设规划等。专项计划是全面计划中某一部分的具体化，也可以是某一项临时任务的具体计划。

不同类型的医院承担不同的任务，因此，计划种类有共性之处，也有各自的不同侧重，医院计划种类大致如图 5-7。

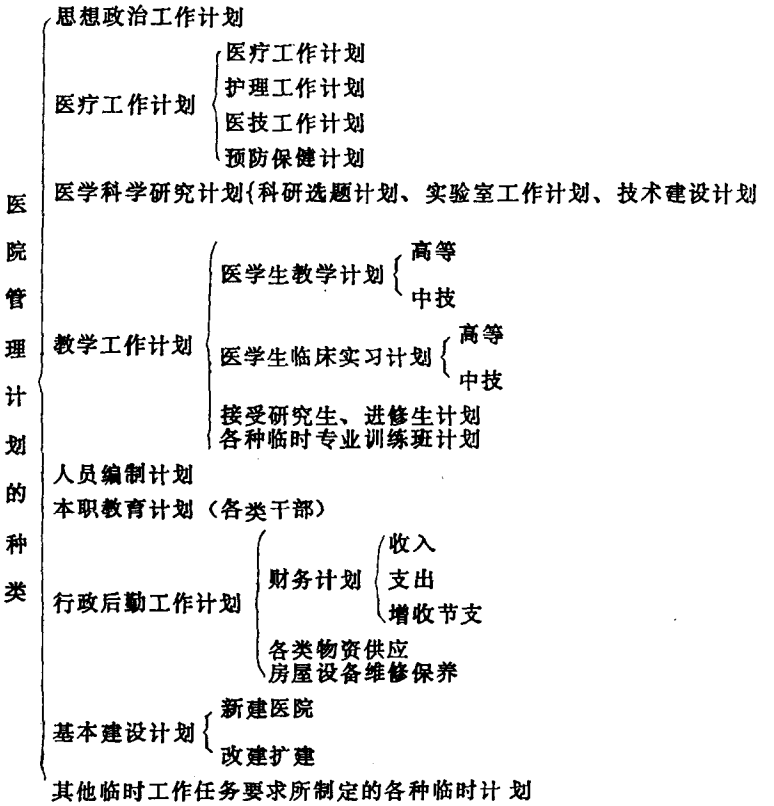


图 5-7 医院管理计划种类图

三、计划工作程序

医院计划工作应遵循 PDCA 循环管理的程序，分计划（plan）、执行（do）、检查（check）和总结（action）四个阶段。管理工作要推动 PDCA 循环的不断转动，做到大循环套小循环，小循环服从大循环，大循环通过小循环的运行，达到医院总目标任务的完成，PDCA 环每转动一次，工作就前进一步（PDCA 循环法详见质量管理章）。

（一）制订计划

制订计划是医院计划工作的首要工作，是实施 PDCA 循环管理的首要一环，应予重视。制订计划，总起来说，要把社会的需要（包括上级的指示）和单位的可能结合起来，一个有效的计划，一是要满足社会的需要，并能得到社会的支持。二是要客观分析

本单位的长处和短处，对人员状况、技术水平、物质条件等进行分析评价，做到扬长避短，发挥优势，在对外部因素和内部因素分析评价的基础上，统筹兼顾，明确重点，安排步骤，提出措施，制订长远规划和年度工作计划。

一项合乎要求的计划，必须包括下列内容：完成什么任务；要求达到的指标；完成任务的主要方法；执行任务的人力、物力和时间安排；执行计划的负责者和检查者。在重要的工作计划中，还要指明执行计划的指导思想和原则依据，并且尽可能预见到计划过程中可能发生的变化，确定相应的机动措施。

必须明确：医院计划本身就是各项工作的实践依据，不是对科室下达的原则指示，只有具体的工作计划才是切实可行的。因此，计划不能失之过简，像只有原则条文，没有具体安排，否则计划难以落实。

制订计划应注意的几个问题：

1. 要考虑医院计划的特殊性，表现在：

(1) 医院是一个随机服务系统，“选择性小，适应性大”。病员何时来，来多少，什么病，病情严重程度，需要进行什么检查和治疗，有多少病员需要住院等，事先都是不知道的。它受医院所在的地理条件、季节变化、社会信誉等多种因素的影响，工作量及任务不容易控制。

(2) 对疾病信息获取困难，病情变化急骤，诊断、治疗技术性强并受医疗条件及医务人员技术水平、工作责任心等影响。

(3) 临床各科收治病种不同，病情严重程度不同，因而住院周期、治愈率等各科不同，如儿科、产科周转快，内科周转慢。因此，指标要求不同。

(4) 医院人、财、物等约束条件多，可控成分少，目前医院缺乏自主权，主动回旋余地少。

这些特殊性，都必须在做计划时予以充分考虑，在制订工作效率和质量指标时不要死扣指标，不问具体情况一刀切，在制订事业发展计划时（如基建、增添大型设备、引进技术人员等）应得到上级的支持。为使计划较好落实就必须留有余地，情况发展或任务变动时，应及时调整。

2. 全面规划，抓住重点：医院的中心工作是医疗，因此计划要突出医疗这个中心。同时兼顾科研、教学、预防等各项工作，做到合理发展，紧密配合，相辅相成。

3. 群众路线，切实可行：计划要求交给群众讨论，发扬民主，使计划的执行有可靠的群众基础，重大计划要经上级审批。

（二）计划的实施

制订计划，是计划工作的开始，最重要的是在于组织计划的实现。这主要有两方面的工作，即计划的执行和计划的检查与总结。

1. 计划的执行：计划具有严肃性，一旦制订和批准执行，就要严格按照计划实实在在地干。有些计划目标，要层层分解落实到部门甚至个人，这些小指标是对部门，甚至个人进行检查考核的标准，这样形成上下有机联系的目标体系，以保证总计划目标的实现。执行过程中，要重视发挥信息系统的作用，注意运行控制和质量控制，发现目标偏差，作出及时反馈，调整不正常的运行。要做好指导和支援工作，做好思想政治工作，调动积极因素，进行人力、物力、财力、时间等条件的安排。

2. 计划的检查和总结：计划的实际执行情况如何，要进行检查，作出评价和判断。检查有各种方式方法。如日常检查和定期检查，全面检查和专题检查，还可以听汇报和深入现场检查，以及分析统计报表等。可以根据不同情况加以运用。通过检查，对实际执行情况与计划目标的差异要进行具体分析，找出影响计划实现的原因。当计划不符合实际时，就需要根据实际情况进行修改，使计划真正起到指导实际工作的作用。

工作结束时要进行总结，把成功的经验肯定下来，变成标准，作为以后再干的依据；失败的教训也要总结，也使它成为标准，防止以后再发生。没有解决的问题，应找出原因，为下一个计划提供资料，在这个基础上，组织下一个 PDCA 循环。

四、数学方法在计划工作中之应用

在计划工作中运用数学方法，可以提高计划工作的科学性，如线性规划技术、计划协调技术（PERT）和系统分析等都可以应用，这里不再赘述。

第十节　目标管理方法

一、目标管理的概念

医院目标管理是医院综合管理中的有效方法之一。它把医院一定时期的主要工作任务集中为几项目标，让医院全体人员参与目标制定，并层层分解落实，在工作中以目标定向，强调自我控制，各级都保证圆满完成自己的目标，从而提高医院的工作效率与工作质量，加快医院的建设与发展。目标管理是一种方法，也是一种先进的管理思想。医院管理者把主要的经营管理任务转化为目标，发动群众参与管理，充分调动医院人员的积极性。目标管理的重点对象是医院的中层管理人员。中层管理人员对目标的认识程度与努力程度，决定着目标完成的程度。因此，目标管理也是对管理人员的管理。

二、目标管理的提出与引入医院管理

目标管理最早出现于美国工业企业管理中。本世纪 50 年代，美国的经济发展很快，为了改善企业经营管理，美国以德鲁克为代表的管理专家提出了目标管理的设想，试图在企业中树立起方向一致的目标，减少内部的冲突和浪费，通过企业每个员工积极完成自己的分目标，来保证企业总目标的实现。60 年代传到日本，反响很大，在广泛应用中，目标管理的理论与方法进一步发展与完善。我国工业企业于 70 年代末，开始引进目标管理，现已积累了一定的经验。

目标管理在我国医院中应用比较晚。70 年代末，我国医院在克服脏乱差的整顿中，逐步提高了管理标准化的水平，并试行全面质量管理。而后，随着全国城乡改革的深入发展，医院逐步试行了管理责任制，调动了工作积极性，增强了医院活力。随着医院管理体制改革，试行院长负责制，医院管理人员的工作责任感与成就感不断增强，提出了医院与个人的目标，以加快医院建设。医院领导干部试行了任期目标责任制，医院管理人员与技术人员试行了目标责任制。在医院改革中，在实行管理责任制的基础上，目标管理被引进医院。

三、目标管理的基本模式与做法

目标管理的基本模式是：目标的制定与分解——→目标的实施与控制——→目标的考评与奖惩（如图 5-8）。这是目标管理三阶段，一个目标管理周期，也是目标管理的 PDCA 工作循环。基本作法是：

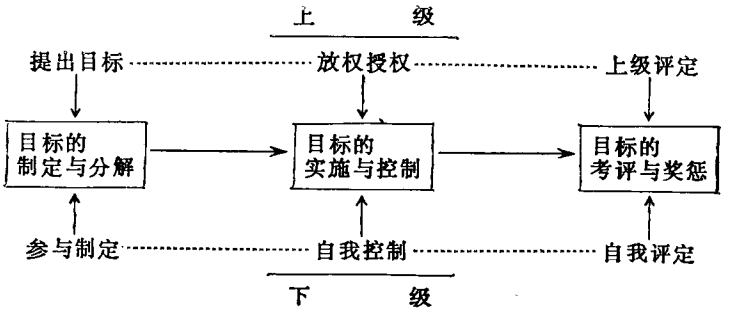


图 5-8　目标管理基本模式

（一）目标的制定与分解

制定目标是目标管理的开始。医院在一定时期内的目标，是根据医院的总目标提出的。医院的目标不宜太多，应抓住几项主要工作任务。为了使制定目标科学化，可以使用预测技术与决策技术，分析与目标有关的各种条件因素，做出比较满意的决择。定出的目标应进行量化和转化为易于执行、易于控制的目标值。

对已确定的医院目标应逐级落实，各职能部门及科室根据医院总目标制定本部门及科室应达到的具体指标及措施。按照医院→科室→班组→个人的层次，形成目标责任体系。目标逐级分解成指标，也包含着目标措施分解。上级目标的措施，就是下级的目标；下级完成了目标，也就从措施上保证了上级目标的实现。目标体系也就是目标措施体系。其次是人员责任分解。不论是落实到单位或个人的目标，都应明确目标的直接责任者与监督者，以便于检查与控制。第三是时间顺序分解。明确各项目标及措施的实施时间，排出先后顺序，使工作程序科学化，提高工作效率。

（二）目标的实施与控制

目标分解之后，上下级之间通过签订目标协议书、责任书、合同等形式，将目标的责、权、利关系确定下来，以利于具体实施。上级放权授权，下级承担目标责任。在整个实施过程中，以下级自我控制为主，充分发挥目标的指向作用与控制作用。上级定期进行阶段性检查控制，实行以自我控制为主并辅以横向协调控制，并注意医院各类工作的特点。如：临床科研目标，可以放手由题目负责人实施；临床医疗工作目标，则不可忽视经常的检查与控制。

（三）目标的考评与奖惩

对目标完成的程度应进行阶段性及期终考核评价。平时考评与期终考评相结合，考绩与考勤相结合，目标考评与岗位责任制考评相结合。在考评计分的基础上，按照规定奖惩兑现。要加重对目标绩效的奖惩。在考评过程中或考评结束，可举行目标成果发布会，吸引更多的人参加考评工作，并扩大目标绩效的激励作用。目标考评结束之后，应总结经验，提出改进意见，开始一个新的目标管理周期。

第十一节　医院规章制度

一、规章制度的重要意义

规章制度是用文字形式对各项劳动操作和管理工作的要求所作的规定，是人们在共同劳动中行动的规范和准则。规章制度是现代化大生产的必然产物，违反规章制度，就

会造成管理混乱，现代医院具有现代化大生产的特点，需要有严密、严格的规章制度。

医院规章制度是医院工作客观规律的反映，其中不少是属于工作内容、工作程序和工作方法的条理化、定型化。起着提高工作效率，保证医疗质量、防止差错事故的重要作用，是医院实行科学管理的基础。随着医院现代化程度的提高，医院的分工越精细，协作越紧密，规章制度也就显得越重要。医院全体职工必须自觉地尊重客观规律，认真地执行规章制度。

二、规章制度的分类

医院的规章制度种类繁多，各医院又不尽相同。1982年卫生部颁发“全国医院工作条例”七章三十条，同时颁发“医院工作制度”六十四条，“医院工作人员职责”九十七条。

（一）岗位责任制制度

这是规定医院各级组织，各类人员的职、权、责的制度（即担负的工作范围、应负的责任及相应的权力）。它保证医院各个部门，各个科室，各个人员按照明确的职责分工协作，建立起科学的、合理的、有效率的工作秩序，共同完成医院的目标和任务，防止无人负责、职责不清、互相扯皮等问题。

医院岗位责任制从工作岗位分有：

1. 各级领导人员责任制、职能机构、职能人员责任制：如院长责任制，各科室科长、主任责任制及各类职能人员责任制等。

2. 各类卫生技术人员和行政后勤人员责任制：如各级医师责任制，各班护士责任制，药剂、放射、检验及其他各医技科室各级人员责任制，后勤、供应各级人员责任制等。

从业范围分有：

1. 技术责任制：如医疗、护理、医技及总务后勤等各项技术责任制。

2. 经济责任制：目前尚在试行。

岗位责任制是各类规章制度的核心，是执行其他各类制度的保证，所以，要把建立健全岗位责任制作为加强医院管理的重要一环，做到事事有人管，人人有专责，办事有标准，工作有检查。

执行岗位责任制要建立考核制，用以检查各级各类人员执行岗位责任制的实践效果，判定优劣，给予奖惩。

要着重抓好科主任、护士长和主治医师的岗位责任制。医院的各项规章制度，在很大程度上要依靠他们去组织落实。通过他们抓科室其他各类人员的岗位责任制，各个科室和整个医院的工作就容易正常运转。

（二）医疗工作制度

医疗工作制度如查房制度、病历书写制度、手术管理制度、急症抢救制度、会诊制度、病例讨论制度、差错事故管理制度、交接班制度等。这些都是保证医疗质量的关键性制度。应该根据不同医院的具体情况，制定贯彻执行的具体内容和要求，做到人人皆知，层层重视。

（三）技术常规

技术常规是在医疗技术工作的程序、方法和质量等方面所作的规定。如医疗常规、

各种医疗技术操作常规、护理技术操作常规、各项医技科室技术操作常规等。

三、制度管理的基本要求

1. 加强思想教育工作：医院规章制度是在不断总结医院工作经验的基础上，按照医院工作客观规律制定的，它必然和小生产习惯势力有矛盾。所以，在执行过程中，必须加强思想教育，让群众懂得客观规律，充分理解执行制度的重要性、必要性。同时，领导要言传身教，以身作则，模范执行。

2. 严格管理，持之以恒：抓而不紧，等于不抓。制度定了，就要按章办事，一丝不苟，坚决杜绝有章不循的现象。建立制度不难，执行难，持之以恒更难。这里决定性条件是医院领导要严管、细管，凡医院领导严于管理的，执行就好，反之就差。还应抓经常性的检查评比。通过检查，可以总结经验，鼓励先进，鞭策后进，克服缺点，做到奖惩分明，促使人人自觉执行，使规章制度成为医院的法规，行动的保证，保证医院常规运行。

3. 各种制度力求相对稳定，不可多变。任何一项制度，只有被群众熟悉，成为习惯和养成作风之后，才能充分发挥作用。如果制度不能稳定下来，而是频繁变更，即使是合理的制度也常常不能取得理想的效果。当然，制度经过一段实践，随着情况变化，会出现一些不合理、不完善的地方，需要进行必要的修订。修订应坚持先立后破的原则，要经过调查、试点，再行推广。重要制度的变更应报请上级批准，否则容易造成混乱。

白东　才生嘎（第一节）　白东（第二、三、四、五、六节）　张一平　刘祯
严克安（第七、十一节）　陈洁（第八节）　王志明（第九节）　阎惠中（第十节）

第六章　医院的人际关系与公共关系

第一节　医院的人际关系

人际关系是社会关系的一种，是在社会生活过程中直接的可观察到的人与人之间的心理关系。人际关系的变化与发展决定于双方之间需要的满足程度。

医院工作是以医疗为中心，医疗工作又是由医院中各类医务专业技术人员协同配合进行的工作。病人一进入医院，就要接触问讯、预检、挂号、喊号、护士、医生、收费、药剂以及其他辅助医疗技术部门的各种专业人员，在这接触过程中，在病人与这些医务专业人员之间以及各专业人员之间，即产生错综复杂的人际关系。其中有医务人员与病人的关系，即医患关系，有医护关系，还有医、护、技的关系等等。

一、医患关系

医患关系不仅仅是医生与病人的关系，而应该是医院中各类各级医务人员与病人的关系，这是医院人际关系中的关键问题。

医患关系从医学技术角度看，也可以说是“内行”与“外行”的关系，因为医务人员是经过医学专业教学培养训练的、拥有医学专业知识和技能，在医学方面是“内行”；而病人则一般是没有接受过医学培训的“外行”，即使有的病人受过医学培训，但所患的病患也不一定就是他所熟悉的，相对说还是“外行”，因而病人需要求助于医务人员的专门知识和技术才能。但无论病人还是医务人员，他们有一个共同的愿望，就是治好疾病，恢复健康，这是医患关系的共同基础。也可以说，医患关系是建立在病人健康的恢复上，是以恢复病人的健康为基础的，这也是整个医学的本质所在。

医患关系的表现形式，虽然或多或少地有些经济关系、法律关系，因为病人看病要付钱，医患双方的人身安全均受法律的保护和制约，但最主要的表现形式是服务者与服务对象的关系，这是一种同志式的服务关系，是医务人员处于主动地位、引导病人在医疗上进行合作的关系，因而对服务者来说不仅要有优良的医疗技术和高尚的医德医风，还要从医学心理学的角度注意仪表、服装、语言、态度，做到全心全意为病人服务。要做到全心全意为病人服务，医务人员就需要从以下几个方面对自己提出严格的要求。

第一是责任感。这是在医务道德中起主导作用的情感，它不仅受“一切为了病人健康”的道德约束，而且受到制度、纪律乃至法律的约束。医务人员在诊断、治疗的过程中，必须认真细致、严谨周密，采取安全可靠的措施，实事求是、一丝不苟地杜绝一切由于责任心不强而造成的差错或事故。只要是病人医疗上的需要，还应做到不分上班下班、不分白昼黑夜、不分年节假日，随叫随到。为了挽救病人的生命，应该不计得失，一心以赴。

第二是同情心。这是一种扶难济危的人道主义情感。医务人员在这种高尚情感的驱使下，对病人的疾苦有着深切的同情，急病人之所急，痛病人之所痛，解病人之所需，以满腔热情对病人体贴入微。

第三是理智性。这也是医务人员职业道德的内容之一。一般来说，情感总是要受社

会因素的制约的。当医务人员在工作中不管遇到什么人，那怕是犯错误的人，犯罪分子或者是与自己有仇冤的人，都应当毫不例外地履行自己作为医务工作者的职责，给予适当的和必要的治疗，尽快解除病痛，满足病人的需要。这是医务人员所应当具有的理智情感。

从另一方面来说，在医疗工作中，由于医生同病人及其家属所处的位置不同，医学专业的水平不同，在具体治疗的处理上常常会出现矛盾，用一切都顺从或满足病人的方法来解决问题是不妥当的，甚至可能是有害的。医务人员应当坚持科学治疗的原则，哪怕是受到病人及其家属的误解也不能放弃原则。

另外，医务人员在面对不同关系、不同社会背景的病人时应一视同仁，正确处理亲疏远近的不同关系。

第四是亲情感。这是社会主义国家医务人员应有的一种亲人同志式的情感。白求恩同志说过，一个医生的责任，"就是使我们的病人快乐，帮助他们恢复健康，恢复力量。你必须把每一个病人看作是你的兄弟、你的父亲。因为，实在说，他们比你的父兄还亲——他是你的同志"。只有建立在这种情感基础上的医务人员，他们才能真正做到毫不利己，专门利人。

病人来到医院，通常都有要求治好病的迫切心理，希望医生能重视他的疾病，能理解他被疾病折磨的痛苦，他是信任医师、信任医院才来医院治病的。但是，由于医务人员工作繁忙，容易忽视病人的这种心理状态。这就要求医务人员克服客观困难，发扬人道主义精神，耐心、细致地关心病人、体贴病人、理解病人的心情，做到一切为病人着想，使病人在医疗过程中对医院产生信任感和安全感。医务人员如能够这样做，不仅不会增加自身的工作压力，反而可以使病人更好地配合治疗，提高医疗效果。因为医疗工作不仅要靠医务人员的努力，在某种意义上，病人的配合同样是至关重要的。因而医务人员对病人的态度、语言措辞都很重要，措辞不当往往会造成病人很大的痛苦。这种关系应该说不是正常的关系，如果发现有这种现象，应及时纠正，不然就会影响医疗效果，乃至酿成医疗纠纷。

二、医生与护理人员的关系

护理在医院中与医疗一样，都是专业性很强的工作。这就要求医护人员安心本职工作，有高度的事业心。

医疗和护理是临床医学不可分割的组成部分，护理学是伴随着临床医学的发展而产生的，是随着医学科学的进步而发展的。医生和护士是完成医疗任务的主要力量。一个医院的医疗质量和技术水平的高低，往往同医生、护士的事业心成正比例。医疗业务技术的熟练与精通，都毫无疑问地伴随着医生、护士的艰苦努力，而这中间也包含着医护的合作，相互传递信息，也就是说将密切观察病人的病情变化、病人的心理需要、医疗计划实施的效应等情况，经常、不断、及时地相互交流，虚心听取对方的意见和建议，共同为病人取得满意的医疗效果而辛勤劳动。这种关系是医生与护理人员在医疗事业上能够积极进取的一个重要表现。

我国自50年代始，护理业务在医疗工作中处于从属地位。护士在执行医疗辅助业务时成为医疗小组的一个成员，从属在以医生为核心的集体之中。护理工作是在科室主任负责下进行的。护理工作真正成为专业性的工作，乃是在医院组织结构系统确立了护理

部主任的体制，即按照护理部主任—护士长（科护士长）—护士等这一直系列组织系统来执行任务之后。护理专业以护理病人为其主要工作，执行医嘱也是护理病人的一个方面。自建立责任制护理以后，护士与医生一样分管一定数量的床位，实行按床位包干负责，医生从医疗专业的侧面全面负责病人的诊断、治疗工作；护士从护理专业出发，护理病人，执行医嘱，负责分管病人的打针、发药、巡回观察病情变化，基础护理等，全面、系统、严密地观察和护理病人，进一步密切了医生与护士的关系。对病人的医疗来说，诊疗与护理是不可分割的二个侧面，构成医疗工作的一个整体。但长期以来，护理工作常为一些事务性工作所替代，如记录病人的医疗费用、药品消耗等许多事务性工作，冲淡了护士的专业性业务。加之诊疗科室主任的全面负责还在继续，医生与护士的关系仍然是护士执行医生的医嘱，以辅助医疗为主体，密切配合，共同为病人服务的医护关系。如果护士过多地忙于一些事务性的工作，必然会减少直接为病人服务的时间，影响医疗过程中疾病变化、转归等信息的传递，也疏远了医护之间共同为病人医疗而应有的密切联系关系，在一定程度上会影响医疗效果，医院管理工作者应予以必要的关注。

三、医生与其他专业人员的关系

众所周知，医生是直接为病人进行医疗服务的，其他工种的工作人员则是围绕着医疗工作进行医疗服务，从形式上看医生的医疗工作是主体，其他则是辅助性质的。医生有权向辅助医疗部门的工作人员提出协同诊疗的指示，这是为了病人医疗的需要，是病人的需要，并不是医生个人的需要。对此，每一位医院工作人员都应有所认识而能正确对待。

临床医疗实践证明，辅助医疗部门的工作和医院后勤部门的工作也同样是十分重要的，必不可少的。如果没有X线、检验、病理的检查结果作指导，临床医疗工作就难免走向歧途，甚至迷失方向；没有后勤部门提供物资、设备保障，临床工作也将无法开展。因而临床医疗工作离不开辅助医疗，也离不开后勤部门的工作。同样，辅助医疗部门和后勤部门离开了临床医疗，其本身也就失去了存在的价值。辅助医疗部门和后勤部门不要形成错觉，认为自己的工作是为了医生的需要，因而有时就不能给予积极配合。医生也不要有高人一等的思想乃至形成习气，并以这种习气对待医院内其他工种的工作人员，导致与其他专业工作人员疏远，甚至直接影响医疗工作的正常开展。临床医生与其他专业的工作人员虽然各自在不同的工作岗位上，为病人服务的方式不一样，但基本目的都是为了解除病人的疾苦，所以他们之间的关系应该是平等的、融洽的。总之，医疗工作是一个整体，是由各个部门协同进行的。医院内的人际关系纵然错综复杂，但围绕着一个共同为病人服务的总目标，应该是非常协调的。

第二节　病　　人

病人是医院服务的对象。病人来自社会的各个方面，每一个病人都是社会中的个体，他们的社会教养、社会地位、社会经济条件等各各不同，原有的气质、体质以及神经类型、性格类型等也有很多个体差异。近二三十年来，心理学、医学心理学、社会学和医学社会学等行为科学得到很大的发展，也兴起了对病人的研究。目前医务人员对病人的研究，往往从病人发生的一系列临床表现中，判明疾病发生在人体的部位、损害的

程度、发病的原因和机理、发展过程及预后情况等的生理-病理学研究，这种研究，严格说是对“疾病”的研究，而不是对病人的研究。人的本质是社会的，是富于思维感受能力的，医务人员在研究疾病发生、发展过程的同时，要对病人这一特定人群，从个体上和群体上进行心理学和社会学的研究。

一、“病人”的概念和求医行为

（一）概念

“病人”（patient）这一术语过去通常用于指一个人失去健康的状态、患有某种病痛，影响正常工作、学习和生活。在英语中它与“忍耐”（patience）一词有关，指病人是忍受着疾病痛苦的人。现代则把“病人”一词用以指有求医行为或正处在医疗中的人。通常患病者要去寻求医疗救助，但并非所有患病的人都会去寻求医疗帮助而成为“病人”，也不是所有寻求医疗的人都是患病者。由于各种原因，“无病求医者”并不罕见，他们的求医行为往往是出自社会原因。

还有许多身患真正的疾病甚至严重疾病的人还会由于种种原因并没有去求医，他们并没有成为任何医生、任何医疗机构的“病人”。对于这种情况的客观分析有助于提高人民医疗保健事业的工作水平。使患有疾病的人都能得到医疗救助，使无病的人不去拥占医疗机构，这是社会主义医疗保健事业所要实现的目标。

（二）病人求医行为的分析

求医行为（medical help-jerking behavior）通常是指人们感到患有某种疾病或感到出现某种症状后，寻求医疗帮助的行为。按求医行为的态度可分为主动求医行为和强制性求医行为两类。前者是大量的正常现象，后者是被动求医现象，如对精神病病人，某些传染病人实行强制性求医以维持社会安宁或阻断传染病的蔓延。

影响求医行为的因素十分复杂，除来自社会的以外，主要是由于人们对病状的认识、感受以及病状的质和量。影响求医行为的因素有以下四个方面：

1. 该病状在特定人群中出现的频度，也就是说是常见的还是罕见的。
2. 该病状对一般人来说是熟悉的还是陌生的，感觉特异还是无所谓。
3. 该病状或该疾病的预后是易判断的还是难于估计的。
4. 该病状或该疾病给人的威胁是严重的还是不严重的。例如：一个人得了“感冒”，这病是很常见的、很熟悉的，很容易被认识的，疾病的时间过程是有限的，预后是好的，给人的威胁是不大的，因而常常不出现求医行为。又如一个人有“咯血”，此症是不常见的、不熟悉的，预后不易判断，令人感到恐惧，便常常导致求医行为。

求医行为还同病种、患病者的社会经济情况以及享受劳保、公费医疗与否，患病者的心理体验和生活经历等因素有关。通常社会经济地位高、患病率低、就诊率高，享受劳保、公费医疗者的就诊率也较自费者高，主观感觉异常具有焦虑恐惧心理的就诊率也高。

通常在求医行为之前有一个“自我诊断”（self-diagnosis）的过程。“自我诊断”为有病，于是去求医。一般人多数没有受过医学教育的培训，“自我诊断”常不客观，也许诊断有病太晚了，因而耽误了就医；也许太过于敏感，成为疑病，给自己和医疗机构带来不必要的麻烦。要使人们的“自我诊断”尽可能符合或接近客观实际，使真正有病的人能够及早去医疗机构寻求医疗帮助，必须在群众中普及医学卫生知识，同时各级医疗机构要为机关、学校、工厂等企事业单位工作人员分期分批逐步开展定期集体健康检

查，使人们不仅靠“自我诊断”去求医，而依靠体格检查的诊断去求医，做到早发现病人、早诊断、早治疗。

二、病人心理

（一）病人的心理需要

医院中的病人，会有许多共同的需要，诸如需要有清洁宁静的环境，有营养而可口的饮食，舒适的床铺，充足的睡眠，精良的医疗、护理技术，高尚的医德、医风，以及尽早明确诊断，及时有效治疗，从速痊愈康复等，这些需要都已为医院管理人员和医务工作人员所熟知，并已在一定程度上被重视。但是，病人的心理需要，医院管理人员和医务工作人员往往是不理解的，因而还没有得到应有的重视，其实这对病人的早日康复不无关系，因为人的本质是社会的，人的社会心理需要是不容忽视的。

病人的心理需要，大体上可分为五个方面：

1. 需要被认识、被尊重：每一个病人都希望被认识、被重视、被厚待，希望让人知道他的重要性，并以此得到较好的医疗和照顾。因此，医务人员必须对病人有礼貌的称呼，不能叫床号。叫床号，无意中使病人觉得他自己只是医院中的一个号码，或者只是一个典型病例时，会感到失去身份，自尊心受到伤害，对医务人员也会产生不信任，所以医务人员要关心病人，而不能只关心疾病，要帮助病人获得被尊重的感觉。尤其当疾病治疗渐有好转，病人精神较好时，喜欢与别人谈话，要和医务人员建立良好的关系时，要让他们有说话和被了解的机会，从而增强自尊心，增强对疾病治疗的信心。

2. 需要被接纳，需要有所属：病人入院以后，医院就成了他所生活的环境，病房中的医务人员和病友便成为一个新的群体。每一个病人都希望成为这个群体中受到欢迎的一分子。因此，把病人之间的关系和活动组织好，把医护人员和病人之间的关系和活动组织好，有利于病人适应这个新的群体，摆脱孤寂感，增强安全感，从而能以积极的心理状态接受医疗。

3. 需要提供信息和了解：病人入院，进入一个新的、陌生的环境，有很多情况不熟悉；病人患有诊断未明或比较严重的疾病时，更有很多事在担心。因此需要向病人提供有关医院生活制度的信息、有关诊断和治疗安排的信息、有关如何配合好医疗的信息、有关疾病预后的信息等。当病人对医院生活、疾病治疗过程和预后等有充分了解后，便会增加对战胜疾病的信心，对医院的信任也会增加，对医护人员的态度也会更谦逊、合作。即使对于不便告知病情的病人，也应采取适当的解说方法，使病人增强信心。此外，还要给病人一些国内、外和院内、外与病人有关联的或感兴趣的信息，使病人感到住在医院内犹如生活在一个大家庭中，能安心养病。

4. 需要刺激感和新鲜感：友好可亲的气氛，可以使病人对医院环境由惧怕变为有兴趣。然而，病房的生活环境又如此单调，整日在这一小天地中生活，日复一日，又可能转化为厌烦和无聊，因此，要根据病情、病人的具体情况和客观条件安排适当的文娱活动和力所能及的操作，特别对慢性病人更为需要。可使病人摆脱“百无聊赖、度日如年”的感觉，增强活力，配合医疗。

5. 需要安全感和早日康复：病人最根本最主要的心理需要乃是安全，不出意外事故，能早日出院，因此，任何诊断手段、治疗措施、饮食生活安排等，都要以和蔼可亲的态度向病人解释清楚，使病人感到他的医疗处置是最安全、有效的方案时，必然会感

到有希望、有信心，情绪稳定，主动配合医护人员作好医疗工作。

满足病人的心理需要，有利于取得病人的合作，和建立能治好病的信心。当病人感到医护人员都在欢迎他、了解他、尊重他、照顾他、帮助他时，他就会感到安全，感到有希望，感到有信心，他的精神状态会更自在、愉快而少有忧虑，他的身心便会得到更充分的休息，他在诊疗方面将会毫不犹疑地合作，疾病的复原自然会更快些。因而观察和满足病人心理上的需要对医疗工作是大有裨益的。

（二）病人的一般心理活动

人在患病情况下，不仅躯体有症状和体征，其认知能力、情绪状态、个性特点等心理现象都会有所改变。病人的心理活动，通常呈递进的趋势，最早出现的总是主观感觉方面的异常，由于病体反应和治疗需要改变了病人原有的生活规律，病人的心理活动便由外界指向转变为内在指向，主观感受和体验与正常时有了差异，出现对客观事物的错误感觉，甚至对美丽的颜色或悦耳的音乐也会感到心烦或刺耳。这样就容易引起情绪不佳，这种心境是具有感染性的，是一种比较微弱而持久的情绪状态，多表现为任性、抑郁、焦急、甚至吵嚷、哭泣等。由于情感脆弱，病人就会产生依赖性，甚至带点幼稚，过分要求别人给予关心、照料。而与之相拮抗的心理则是敏感的自尊心。本来自尊自强是不愿屈服的心理，是与疾病作斗争所必需的积极的意志品质，但因原先作为依靠者照料他人转变到被照料的地位，便感觉自我价值受到挫折，引起异常敏感的自尊心理，稍不如意即愠怒满腹，疑虑重重，其中既有对自己人格是否受到尊重的疑虑，也有对自身病情及治疗效果的怀疑，后者多表现为对医疗一知半解或半信半疑或曲解意思，乱作猜测，甚至陷入胡思乱想之中而惶惶不可终日。其发展便是焦虑恐惧、悲观失望和孤独感。在种种的心理活动中，真正起主导作用的是期待心理。这是走向未来的美好想象的追求，但处理不当，也很容易转为消极因素。一个人生病之后，希望获得同情和支持，期待着康复，往往把家庭的安慰、医生、护士的鼓励视为病情减轻，当病人看到医护人员以实际行动向病人所期待的方向努力，便会受到鼓舞，感觉病情果真有了转化。但有的病人所期待的目标是无事实根据的，所以往往会落空。一旦落空，病人会陷入迷惘之中，情绪消沉，精神崩溃，导致失助自怜，无可奈何。这种情绪多发生在患有预后不良或面临生命危险的病人身上。它是由于心理应激的失控，自我价值感的丧失，自信心的降低而造成的消极心理。多表现为无缘无故地大发脾气，发泄内心的怨恨，有时表现情绪木僵，麻木不仁。医务人员要努力改变病人的这种消极心理，激发病人的能动性，换转不良心境，给予心理支持。

在病人的一般心理活动中，还有一种习惯性心理，病人刚刚生病，往往一时承认有病，一时又常把自己当成健康人。这种心理状态乃是长期的健康生活的习惯定势造成的。可是当病人一旦适应了病人生活，又往往产生对疾病的习惯性，按时打针、吃药，按医嘱行事，成了自己的行为模式，总认为自己的病需要继续休养、治疗，心理上总感到“虚弱”。有些应该出院的病人不愿出院，应该上班的不能上班，就是转换不过心理上习惯了的那种多依赖、活动少、动脑少的病人生活模式。

对于这些病人常见的心理活动，在不同的个体、不同的疾病、不同的病程中各有侧重的反映。因此，在医疗实践中，要根据具体情况，进行具体分析，区别对待。

第三节　病人的权利与义务

病人作为医疗单位的服务对象，对服务者就拥有一定的权利，同时也相应地承担着一定的义务。医院工作人员应遵重病人的人格和权利，就是医院的责任。

一、病人的权利

（一）求治权

病人权利中最基本的一点，就是获得良好的诊治。不论其性别、国籍、民族、信仰及社会地位如何，也不论其病情轻重，都有权利得到医护人员耐心细致的诊治。病人的求治权包括几个方面：

1. 有效性及安全性：凡属病情需要，有助于改善健康状况的诊断方法、治疗措施、护理条件，病人都有权获得。医疗单位如因客观条件限制，无法满足时，应当在解释清楚的情况下，帮助病人及时转院治疗。避免延误病情等不应有的事故发生。

2. 环境：病人有权要求有一个清洁、安静的医疗环境，并获得诊治医生、护士的亲切照料。

3. 得知有关病情：病人有权利得知其有关的诊断、治疗及预后情况，负责其医疗的医生应运用能使病人正确理解的语言提供情况。如在医学上不宜告诉病人或当时尚未明确诊断，则应向病人家属或其单位提供情况。

4. 同意：使用手术、导管、内窥镜等诊治手段前，经治医生应尽可能清楚简明地向病人或其家属说清其成功的概率，对健康恢复的作用，可能发生的死亡、严重副作用以及或有替代方法的利弊等等，未经病人或其家属自愿的充分理解的同意，不能采用。病人有权了解负责执行此项诊疗措施的医生情况。

医院实施科研、教学计划影响病人的医疗时，应事先通知病人，取得病人的同意。

（二）拒绝治疗

病人在法律允许的范围内（精神病、传染病患者的某些情况属不允许范围）可拒绝治疗。当病人或其家属拒绝按职业标准开展的合理医疗时，医院在合理地通知病人后，可以中止与病人的关系，即自动出院。

（三）转诊与继续治疗

除病人已收到关于其转院及需要其他疗法的全面解释和其他医院已经接受转院请求者外，病人可不转院。病人有要求负责其医疗的医师或其代表告知关于出院后继续医疗有关事项的权利。

（四）保密性

1. 病人有权对接受检查的环境要求具有合理的声、象方面的隐蔽性。由异性医务人员进行某些部位体检、治疗时，病人有权利要求有第三者在场。

2. 期望慎重进行任何涉及其病案的讨论或会诊，不涉及其医疗的人不参加。

3. 其病案只能由直接涉及其治疗或监督病案质量的人阅读。在某些特殊情况下，须经医院领导同意后始能阅读。

（五）参与评估

病人在接受治疗的过程中，对施治单位各个环节的工作有权作出客观的、恰如其份的评价。

二、病人的权利和义务

（一）提供资料

病人有义务尽自己所知提供现病史、过去史、住院史、用药史及其他有关健康情况的准确而完整的资料。病人有义务向负责其医疗的医生报告意外的病情变化。

（二）听从医嘱

病人有义务遵照主要负责其医疗的医生的治疗计划，包括遵照护士及有关医务人员在执行医疗计划及执行主管医生的医嘱时或执行医院规章制度时的嘱咐。病人有义务恪守约定，如不能做到时应通知主管医师或医院。

（三）拒绝治疗

病人如拒绝治疗或不能遵照医嘱，则对其行动结果，由自己负责。

（四）支付医疗费用

病人有义务保证尽可能及时地支付其医疗费用。

（五）遵守医院规章制度

病人有义务考虑其他病人和医院工作人员的权利，有义务协助医院控制噪音、吸烟及探视人数。病人有义务尊重别人和医院的财产。病人有义务遵守影响病人医疗及行为的医院规章制度。

第四节　医院的公共关系

一、医院公共关系的意义、概念

公共关系（public relations，简称 PR 或“公关”）是一门应用科学。它是一种现代管理思想，也是一项经营管理实务。

随着医院经营管理发展的需要，公共关系这一管理职能必然要引进医院经营管理中来。

医院作为一个社会医疗服务组织，在它进行医疗服务的活动过程中，必然地要与其周围的社会环境，包括内环境、外环境，即内外、上下、左右各类组织和人群发生联系。如何使医院工作与周围环境相协调和适应，即求得公众对医院工作的了解、支持和合作，更好地满足公众对医疗的需求，使医院工作产生较大的社会效益，公共关系活动是必不可少的。实际上每个医院都在有意无意地进行公关活动。不过科学地、有组织有计划地开展公关活动，主动地改善自己的公共关系状态，会取得更好的经营管理效果。在一些发达国家已把公共关系列为医院管理的一项重要内容。如美国的医院普遍设立公共关系部，公关部长在医院大厅对病人笑脸相迎。公关人员在医院地位较高，参与医院的决策，专心致力于公关工作等。公关是基于现代民主意识，着眼于人的一种管理思想，强调的是双向沟通、对话和增进了解。公共关系不仅仅是一种宣传解释工作，更主要的是为适应公众医疗需要而改进自己的工作。所以说：“百分之九十靠做得好，百分之十靠说得好”。所以医院开展公关，可以增进服务意识，促进提高医疗质量，改善服务态度，建立新型的医患关系。公共关系实务是在公共关系理论的指导下，从实际出发运用一整套科学方法进行的管理工作，追求的是长远的目标，建立医院良好的声誉。与“拉关系”有本质的区别。

那么，什么是医院公共关系？医院公共关系，是指医院这一特定组织与社会公众

（内部的和外部的）之间的社会联系状态，反映社会公众对医院的认识、评价、支持与合作的程度和趋向。公共关系工作就是自觉的、有计划、有目的的、职能化的公共关系活动。医院公共关系活动可以增进医院与社会公众之间的相互理解、信任与合作，在公众中树立起良好的形象，为医院工作创造良好的社会环境。也可以用如下的定义来表述：公共关系实务是一种管理职能，以有计划地、持续地行动，通过对话、交流与沟通等方法，争取公众对医院工作的理解与支持。即：

目的：争取公众的理解与支持；

作用：发挥管理的职能；

工作方式：有计划地主动行动；

工作方法：对话、交流、沟通。

公共关系的职能是：掌握信息，宣传公众，双向沟通，树立形象，建立信誉。

二、公共关系意识

公共关系首先是一种思想或意识，其次是公关活动，通过公关活动达到良好的公关状态。英国贝逊管理学院公关系主任康菲尔说过："公共关系是一种管理哲学，即在所有决策和行动上均以公众利益为前提"。这种哲学或意识包括服务意识、质量意识、声誉意识、整体意识、团队意识、需要意识和沟通意识等。对医院来说服务意识和质量意识，就是树立"病人至上"、"质量第一"的思想，使病人和公众对医院有信赖感和安全感。这是医院公关活动最根本的目的。声誉意识、整体意识和团队意识就是力争医院服务达到第一流，维护医院集体荣誉感。需要意识就是要了解各类公众对医疗保健的不同需求，并满足这一需求。人们对医疗的需求不同于购买其他商品，虽然医疗费用是重要的生活问题，但本质上是满足治好病和保持健康的愿望，不是金钱所能代替的。沟通意识就是经常保持与公众（主要是病人）对话、交流，了解病人的要求和意见，并告诉病人应作些什么、医院能作些什么……。有了沟通意识才能产生交流活动，进而改善公关状态，使医院与社区居民心心相通，公关才有生命力。

医院开展公关活动，首要的是不断地对医院员工进行公关教育，在树立公关意识的基础上统一对公关的认识，明确每个人应该作些什么，只有在医院内部每个职工都能自觉地、积极地参与的情况下，医院的公关工作才能开展得好。如对病人亲切的姿态本身就是公关活动。方便病人就诊，为病人切身利益着想（精神的、身体的和经济上的），认真负责、一丝不苟的医疗作风……等。以及不断提高技术水平，提高诊疗能力都是医院公关工作的基础。

三、医院公共关系的对象

公共关系工作是针对一定的公众进行的，所以必须明确公共关系实务的对象。在此基础上才可以考虑通过什么渠道和这些公众沟通，以及采用什么方式能取得较好的沟通效果。

一个医院一般有下述的公众：

1. 本院全体职工成员。

2. 病人。病人有两类，一类是有组织的就医对象，如企业、事业、机关、团体医疗合约单位的干部、职工及其家属；一类是散在的居民；还有外地及农村来的病人。

3. 医院所在社区居民。

4. 医疗合约企事业单位及其中基层医疗保健单位。
5. 上级主管部门。
6. 同医院有关的各级各类政府机关。
7. 市政管理部门（如供电、供水、环保、绿化等）。
8. 兄弟医院及有关医疗预防业务单位。
9. 金融部门（银行）。
10. 药、械及物资供应部门。
11. 新闻传播界。
12. 其他。

病人：病人是医院最主要的公众。医院与病人的关系是医学服务的关系。所以高质量的医学服务，包括诊疗技术高超、护理周密、环境舒适、饮食满意、方便就医、收费合理，特别是疗效满意是医院公关的基础。病人对医院工作的评价和传播，胜似任何形式的宣传。也是医院最主要的公关工作。作好这一工作，不但是公关人员所重点关注，更主要的是需要医院全员的努力。除了医护人员在实施诊疗护理工作中与病人进行对话以外（包括入院时交谈，了解病人的需要和心理状态及出院前交谈，了解病人对医院工作评价和意见），工休座谈会、个别访问等形式进行沟通是可取的。

医院与社区的关系：社区是指医院所在区域和服务的范围。社区居民（包括有组织的企事业单位职工）与医院关系非常密切、没有这种关系则医疗经营无从成立。因此对社区居民情况必须有充分了解，基本点是医院如何适应地区的医疗保健需求，保持经常的对话。如作些地区需求调查，请进来有代表性的居民（企事业职工）15—20人座谈，听取他们对医院工作的希望，征求他们的意见和批评，时间半天，备茶点招待，院长可以退席。

医院与关联机关团体关系：医疗工作本身就具有公共性。医院与社会各有关机关团体密切往来，建立良好的公关状态有利于医院工作顺利开展。与医院关联的机关团体较多。如领导机关及各级政府部门，其中应注意搞好各级政府部门（如区、街、里弄的往来关系，主动地向他们汇报医院工作，听取他们的意见，建立相互支持的关系。有的大医院不注意低层次行政部门和左邻右舍的关系，是很不明智的。对医疗合约单位，特别是企事业单位中的基层医疗组织（如医务室、保健站），更应注意经常往来对话、亲如一家才行。对其他医疗卫生单位的关系也很重要，特别是与兄弟医院的关系，既是竞争对手，又要密切协作。不论对高一级或低一级的医院，都要建立不同要求的业务协作、相互支持的关系，这对取长补短、共同发展提高是至关重要的。

医院内部员工的关系：公共关系中，一个很重要的方面是内部员工关系。一般来说，公关的目标是："内求团结，外求发展"。如果医院内部不能团结一致，而是"一盘散沙"，那么，它们要很好地拓展工作，几乎是不可能的。所以成功的公关，不仅指在医院外部树立良好的形象，同时也指医院内部上下左右关系处于融洽的状态，这就要求公关人员注意"内求团结"的工作。增强团结的因素是多方面的。但为医院确定一个使每一个职工能实现的并乐于接受的共同奋斗目标（详见第五章目标管理方法节），同时要重视人，把人放在医院经营管理最主要位置上。而人的需要是多层次、并递进发展的。使人具有向心力的最好办法是使人感到有发展的余地。其次是职工要有一个共同的价值观。

价值观是“企（事）业文化”的核心。价值观可以用口号等形式表达，起凝聚力的作用。

四、医院公关组织与工作

（一）医院公关组织

公关在我国医院还是一个新事物。为了有效地开展公关工作，有条件的医院需要设立专职人员和机构。当然，开始也可以设兼职人员。如在院办公室设一名副主任专职或兼职搞公关工作。理想的是设立公关部，配备几名专职人员（如编写、调查分析、策划、组织、宣传等人员）。公关部最好在院长直接领导下工作，任务是计划、组织、协调内外公关工作。公关是一项专业工作，其人员需要经过业务培训，医院公关人员还要熟悉医疗业务知识。公关部负责人应具有较好的素质，如善于交际、头脑灵活、熟悉公关技术和方法，了解本医院各项工作概况等。

（二）医院公关工作任务

1. 制定医院公关工作计划。公关工作计划是一个目标体系，是公关工作取得成功的关键。医院领导在管理决策中必须考虑公关规划的目标。公关人员按规划要求进行具体工作，对全体职工来讲，是他们进行公关行动指南。公关规划的基本内容有：①评价公共关系状态；②确定工作目标；③确定公关所针对的公众；④选择适当的活动方式和沟通渠道；⑤提出开支预算；⑥定出评价公关工作效果的方法。

2. 建立并维持同院内外公众联系网。建立并维持同内外公众的联系网，是公关工作基本任务之一。这样的联系网是进行沟通所必须的，需要靠平时不断努力才能建成。

3. 随时了解内外公众的各种意见。这项工作必须经常化、制度化，而且必须了解到各种公众的各种意见，以便了解公众对医院的印象如何。

4. 选择适当的方式和渠道传播信息。判断对哪一些公众采用哪一种传播方式为最好。

5. 教育全体人员进行公关工作，所谓“全员公关”。一方面听取大家对改进公关工作的建议，另一方面使全体员工在同公众（主要是病人）接触中注意维护医院的形象。并使全体员工了解公关工作，同时知道应该怎么做。

6. 为管理决策提供参考意见。

7. 进行社会交往。

8. 处理医疗纠纷。

9. 接待、安排来访者、参观者及外事接待工作。

10. 了解医院基本情况、工作进展、发展目标、业务特色、典型人物及科研成果等信息。并编写成文稿。摄制、保存有关图片、录像带，设计各种宣传品。

11. 同新闻媒介保持联系。

12. 同主管部门、政府有关部门的人员保持联系。

13. 进行公关调查，评价本院在公众中的形象及公关状态。

第七章　医院人员管理

第一节　人员管理的概念和内容

人力是一种最重要的资源。完成医院任务，人的要素是第一位的。现代管理强调以人为中心，充分发挥人的作用。医院人员管理，就是为了更好的完成医院任务而充分发挥人力作用的管理活动。人力即劳动力，包括体力和智力两个方面。人力作用发挥程度，可以用以下的公式来表示：

人力作用发挥程度＝人力×人的思想意志＋组织管理

这里强调的是人的思想意志和组织管理的职能。

人员管理根本目的是人尽其才，知人善任。

人员管理的内容，狭义的人员管理指人事管理，包括人事任用、人事制度、人员编配、工资福利等。广义的人员管理还包括思想工作和在职教育训练工作。前者是调动人员积极性的动力，后者是智力伸延管理。

人员管理的内容和过程见表 7-1。

表 7-1　人员管理的内容和过程

调配管理	使用管理		伸延管理	异动管理
	劳动力消耗过程	劳动力补偿过程		
选人	工时考勤	工资待遇	教育	奖惩
任用	考核	生活福利	训练	晋级
配置	工作条件和环境			调动
授职				免职
				解雇
				离退休

医院人员智力结构比较复杂，科学技术性强，搞好人员管理除应具备有组织理论和劳动人事管理知识以及人才学知识以外，还应具备有医学知识并熟悉医疗工作规律和现代医院管理知识。

第二节　医院人员的知识结构和智力结构

一、医院人员的知识结构

进行人员管理，要了解医院人员（主要是医务人员）知识结构的特点。所谓知识结构，不仅指具有一定的知识，而且这些知识的各个方面需得构成系统，亦即存在必要的联系，这才具备了做出效果和贡献的智能。知识结构一般包括学识、才能、素质、品德、体质等几个方面。

（一）学识

学识指知识类别，知识的质和量。它包括书本知识和经验积累；对医务人员来说，可分为概念、理论、技术操作和临床经验。

概念指与本学科有关的各级层次的概念。基本概念清晰尤为必要。理论指学科各级层次的理论。基本原理、基本原则是理论的基础。医学理论包括基础医学和临床医学。医学是应用科学，临床技术操作熟练程度是很重要的；临床实践经验尤为重要。临床医生的学识水平，主要表现在实际临床诊疗效果上。

（二）才能

才能是指知识活化和运用的能力，包括：①临床能力：如对病例的实际处理能力，技术操作、手术操作能力；②思维能力：如分析、判断、创造、想象、探索、综合概括、逻辑推理能力；③自学能力：如阅读书刊、查找文献资料、运用工具书的能力；④研究能力：包括设计和实验能力；⑤表达能力：指语言、文字表达能力和教学能力。此外，对负责一个学科的高级医务人员来说，尚有计划能力、决断能力和管理指导能力等，这些也是胜任现代医学、教学、科研工作所必不可少的。

（三）素质

素质是个内涵很大的概念，这里只指天资、气质、智力类型而言。天资指思维的灵敏度、记忆力、理解能力等；气质指心理个性，如内向、外向、开朗、沉闷、急躁粗心、稳重细致等；智力类型如线性型（考虑问题直来直去）、系统型（善于思考，考虑问题较全面）、再现型（善于积累知识，善于模仿，重复无误地执行）、发现型（善于观察分析、发现问题、反馈灵敏）、创造型（善于创新、改革）等。

（四）品德

品德指政治观点（主要是世界观）、思想品质、医德素养、团结协作精神、责任心、同情心、事业心、探索精神、科学态度、认真细致的作风等。这些品德对医务人员都是很重要的。

（五）体质

体质包括脑力和体力，也是知识结构的一个方面。脑力和体力素质及强度——身心健康，是进行知识活动的物质基础。

以上五个方面是理想的知识结构，事实上每个人各有所长，各有所短。在人员管理中应从实际出发，取各人之所长，组成合理的集体智力结构。

二、医院的智力结构

知识结构构成个人的知识能力；而智力结构是指具有不同特点、不同水平的知识结构的人的集体结构。现代医院要求高度的集体智力活动，人们的智力如何有机而合理地组合，就是医院的智力结构问题。结构是每一个系统的构成形式，它是系统的数量和性质的集中表现，为使系统达到优化，就要重视结构的研究。要使医院的智力发挥最优效应，就要研究分析医院的智力结构，并从这一观点出发，对医院中各种智力活动进行组织、安排、协调，使之各就其所，各献其能，达到医院系统最优化的目的。

医院的智力结构是一个多序列、多层次、多要素的动态综合体，由五个方面组成：

（一）专业结构

医院由多种不同专业构成各种智力要素，各种智力要素按专业和职能之不同，形成一个合理的比例构成，这就是医院的专业结构。如临床诊疗院的专业结构。如临床诊疗、辅助诊疗、护理、工程技术、后勤保障、行政管理等各专业，它们又各自分为若干专业，形成医院专业结构。它们之间有个合理组合问题。

（二）知识结构

一个医院不可能、也不需要所有成员都具有同等的知识水平，如此则只能构成知识的平面结构，不能形成立体结构。合理的知识结构必须由初级、中级、高级（高级中又按知识的深度、广度分为若干个层次）各种水平的人员，按一定比例构成一个完整的结构，并随着医学科学的发展而不断地调整，使具有不同知识水平的人各尽所能，互相配合，构成一个动态平衡的有机体。

（三）年龄结构

医院人员的合理年龄结构应该是：具有丰富经验的老专家、年富力强的中年技术骨干以及朝气蓬勃的青年技术人员。即老、中、青按合理比例所组成的医疗综合体，并处在不断发展的动态平衡之中。一个社会、一个单位莫不如此。只有这样的年龄结构，才能按照人们的心理特征与智力水平，发挥其各自的最优效能。否则就会形成头重脚轻或者脚重头轻或者青黄不接的结构。

（四）智能结构

智能是指人们运用知识的能力，即认识力、想象力、理解力、判断力和创造力。智能结构是指具有不同特点和水平的见识与才能的人的配合而组成的集体（要强调“不同”和“配合”）。智能相当、智能特点相似的人往往配合不好；而不同智能，取长补短却往往能协调一致。切忌清一色、一刀切。

（五）素质结构

狭义的素质一般指天资、气质和智力类型，前面已谈及。一个合理而完整的智力结构，素质应是多种多样的，特别是智力类型的合理配合尤为重要。如善于实干的、善于思考的、善于创造的、善于计划组织的、善于表达交往的等等。

对于智力结构，要全面考虑，妥善安排，任何只从单向目标考虑问题，一刀切（如只考虑学历和年龄）的作法，都会违反结构的原则，而造成结构的失调。同时，一个合理的智力结构也不可能是一次成功的，而是动态的，在不断的调整中才能实现。关键还在于人员流动。

第三节　人员管理的一般原则和方法

一、人员的选拔

选人用人首先应该具有智力结构的观点，从医院的特点和实际出发，考虑需要哪种类型、哪种水平的人员，即根据智力结构的要求提出需要人员的质量和数量。在制订医院编制时，不应只考虑数量，而更应注意人员类别、水平等质量的要素。医院主要是知识劳动，而知识劳动质的差别更大。因此，医院主要负责人和人事主管必须深入研究本院人员的智力结构（医院各部门负责人也要研究本部门的智力结构）。除数量比例而外，还要研究专业、年龄、智能、素质等结构，既了解人员的学历资历，又了解其实际工作水平和专长；既了解个体作用又了解组合的作用，并不断进行调整。为此，在人员选拔时应根据单位的具体要求制订具体的人员选拔标准，也就是每个职位的主要的工作要求条件，然后根据标准鉴别人员。

二、人员的鉴别

人员的鉴别是一项复杂的工作，一般采用看人事档案、自我介绍材料（如简历、自传、自我鉴定、学术论著等）、考试、面谈（面试）、试用以及在实际工作中考察等形式。

通过这些形式了解选用对象的知识结构和政治情况、受教育程度、工作资历等。看档案材料和考试面试是目前初步鉴别人员的主要方法。人事档案应能反映知识结构的全面情况，目前不少医院已建立人员技术档案，以补充原人事档案之不足。考试只能是个补充手段，面谈是个重要方法。面谈事先应有所准备，如先看材料，查证有关背景等。面谈时着重了解工作经验、工作（技术）能力、工作成就、上进心、学术水平和成就、自我认识能力、特长和优缺点、抱负和对工作的设想等。试用是在工作中进一步鉴别，而在实际工作中考察是较深入的鉴别。

三、人员的任用

用人的原则是用人之长，避人之短，并且放在相应能级的岗位上。“人无完人，金无足赤”，这是客观规律。因此，人有其所长，必有其所短。选人用人应是在某一方面有所长的人，而不是在各方面都无大缺点的人。择人任事和升迁都应从一个人能做些什么、能贡献什么为基础，也就是如何发挥人的长处，而不是着眼于人的缺点和不足。因此，在分配工作时应注意扬长避短，尽可能照顾本人志愿。

四、人员的培养

人才都是教育培养的结果（包括自学在内）。因此，只知使用人而不重视培养教育，乃是不懂得用人之道。所以，在人员管理中把人员的培训叫作智力伸延管理。医学是一门实践性、探索性、学术性很强的科学技术，充分的医疗实践机会，结合上级医生科学的带教、严格的要求以及工作条件，对培养医学人才都是非常重要的。组织好毕业后教育和各种形式的在职教育是人员管理的重要内容。

五、人员的考核、晋级

人员的考核和晋级，有利于促进人才的成长和成为鼓励前进的动力。进行考核必须制订各类各级人员考核标准。考核标准一般分为业务水平、工作能力、劳动态度和贡献大小四个方面，标准应抓住要点并便于检验。人员考核的原则是以考核成绩为主，应经常进行，并与晋级相联系。结合人员考核应建立技术档案制度，考核方法应民主与集中相结合。晋级工作不应是平均主义的，或按年资一刀切，而应有竞争，以推动医、教、研工作的发展（详见第二十三章第三节）。

第四节　人 才 管 理

人才管理在医院管理中占有十分重要的地位。

人才是一个含义广泛的科学概念。一般说人才是指具有一定专业知识和专门技能的劳动者，凡是从实践中总结出了有一定系统的经验，学习成果超过了一般的水平，在劳动中对本职工作的规律有所把握、有创造能力、为社会作出一定贡献的都应该算人才。“行行出状元”，在医院里，不只从事医疗技术工作的人员中有人才，从事管理工作、政治工作、后勤工作的人，同样可以成为人才。人才不仅包括智能，还包括才干、道德和社会政治等因素。

人才对医院工作的好坏有重大影响。医院工作是以医务人员的科学技术才能为人民提供医疗保健服务的，医疗质量的高低直接取决于医院内部各种人才（不仅包括医疗护理人才，而且包括医技、后勤、管理、政工等各方面的人才）有机构成的综合效应，特别是取决于医院业务技术骨干的技术水平和主要管理干部的管理才能。这一批骨干人才

的水平，影响着医院其他人才的发挥，因而影响到整个医院的医疗质量。随着现代科学技术和医学科学的发展，人才对医院工作的意义愈益重要。一个医院必须拥有一批具有先进科学技术和创造能力的技术人才和懂得医学科学、具有高度管理才能的管理人才，才能办出成绩，才能建设好社会主义的现代化的医院。

正因为如此，要搞好医院管理，就必须十分重视人才的管理。这包括医院的领导者如何善于识别、培养、使用人才，使医院中一切可能成才的人都成为人才，使每一个人才都能充分发挥其才能，并把他们有效地组织起来，成为一个有机的群体，发挥其综合效应，向人民提供高水平的医疗保健服务。

一、人才的识别和选拔

要使用人才，首先必须善于发现人才、识别人才。识别人才并不是轻而易举的事，也不是每一个领导者和管理干部都能作到的。“千里马常有而伯乐不常有”，说的就是识别人才的困难。但是，识别人才也并非完全无规律可循。一般来说，识别人才大体可从纵向和横向两个方面去考察判定。所谓纵向，即专业人员在本专业范围内的专业知识、学识和智能，以及运用这些知识的能力。所谓横向，是指本专业之外的有关学识及人的素质（智力、气质、创造性等）、思想道德修养（政治品质、责任心等）和体质、年龄。对于各类不同专业人才的纵向识别，一般比较容易，可从各类人员的专业学历和经历中有所了解，对于不同专业的人才的具体要求，管理者还可以请教有关专家。而管理者特别应当研究的是从横向特征方面去识别人才。这种横向特征存在于各类专业人员之中，可按人才不同类型、特征，加以识别。

（一）人才的类型

1. 根据才能表现形态划分：有早熟型，其显露才能时年龄比较轻，这在艺术人才中较常见，在科技人才中较少见，在医学科学、医院管理人才中尤为少见。多才型，才能涉及的领域广泛，有多方面的贡献。多产型，能有大量发明创造或善于技术革新、改造等。

2. 根据人才的作用特征划分：再现型人才，指善于模仿、描述、重复无误地劳动的人才，或叫执行人才；发现型人才，指善于观察分析和发现问题，反馈灵敏的人才，又称反馈人才或监督管理人才；发明创造型人才，指善于推理、联想和综合，创造性思维比较强的人才，或称研究和革新人才。

3. 按人才能级划分：领导（综合管理）人才、反馈人才、监督人才、再现人才、创造发明人才等。

4. 按智能表达可分为：善于逻辑思维的“科学家型”人才和善于形象表演的“艺术家型”人才等。

（二）人才的特征

人才的特征很复杂，各专业的需求也不相同，没有统一的标准要求，只有适才适用的基本要求。例如体育人才需要体力和空间反应能力，艺术人才需要形象思维和空间表达能力，医学科技人才则着重于逻辑思维和创造能力的优势。一般地说，选拔医学人才，适宜于用“创造工程”的原理，按照创造过程的表达能力，进行观察，预测他的发展优势，加以识别和选拔。创造过程的能力表达基本可分为四个阶段。

1. 应用已有的知识、经验和情报来观察、剖析所要解决的问题的能力——目标分析发现问题的能力。

2. 为解决问题而产生的创造性思维和反复分析综合的能力——推理、联想提出新的思想、理论和设想的能力。

3. 实现创造性思维、使问题得到解决的能力——实现的能力。

4. 合乎实际、科学和逻辑的表达的能力。

以上四个阶段，是完成创造的必经过程，缺一则不能完成创造，亦即不可能成为一个独立工作的创造人才。现代医学中的问题比较复杂，大多不是个人或单项简单技术可以解决的，因此对高级的医学人才必须要求有比较高的创造力和管理控制能力。现代科学发展迅速，综合性强。在医学发展中，学科交叉和综合开发表现得十分突出，因此，对于高级的医学人才，必须特别强调利用情报、扩展知识和具有联合协作的控制才能。在选拔高能级医务人才（如主任医师）时，还要注意他是否善于联合协作，是否具备全面考虑问题和管理控制的能力。

上述人才的类型和人才特征的分析，是当前人才学研究中的一种观点，可以作为识别和选拔人才时的参考。

识别人才的根本标准是实践，即在实践中是否有独立分析问题和解决问题的能力，有没有创造力。因此，要注意两个问题：一是正确对待学历和资历。否认学历和资历的意义是错误的，只强调学历和资历也是不对的。学历和资历对一个人的成长有重要作用，应该重视。但是，资历和学历本身并不就是才能。单凭学历和资历取人，是形而上学的作法。二是要重视自学成才，鼓励自学成才。历史上没有受过正规教育而成为大才的人不胜枚举。在医院，一些专业训练不充分或没进过正规学校的人，只要自己勤奋好学，同样可以成才。医院领导要注意发现这样的人，并为他们的自学创造条件，凡成才者同样重用。这在当前医院专业训练不足或未受过专业训练的人员较多的情况下，尤有其现实意义。

在识别和选拔人才时，必须出以公心，敢于打破一些偏见的束缚，不以个人恩怨、好恶、亲疏决定取舍。对人要一分为二，不能求全责备。要反对论资排辈，敢于支持冒尖人才，真正做到不拘一格选人才。

二、人才的培养

优秀的人才苗子，要真正成才，必须进行培养。逆境出人才，是从逆境使人奋发自强这个意义上说的，作为医院领导的责任，则是给人才的成长创造顺境，千方百计进行培养，使之成才而不致夭折。

人才的成长需要有主观上的条件。主观条件，主要是个人的立志和勤奋；个人理想与社会需要相统一；善于协作，扬长补短；专攻与博学相结合。客观条件，包括家庭环境、学校教学等。但最主要的，一是实践，实践出人才，实践是人才成长的决定基础，这对医学人才的成长尤其重要。没有实践的锻炼，是难以成才的。二是社会制度的保证。人才不能完全靠自己设计自己，而是受着各种社会因素的制约，特别是社会制度的制约。我国的社会主义制度为人才的成长开辟了广阔的道路，但是，在实际工作中也有不适应的因素。社会制度对人才成长的影响不是抽象的，它通过有关的方针政策、人事制度、各单位领导在人才管理方面的水平而具体地表现出来。因此，医院的领导应当在人才管理中，充分运用社会主义制度的优越性，发扬社会主义的政治民主和学术民主，贯彻双百方针，为人才成长开辟道路。

在医院，要搞好人才的培养，除了掌握上述的一般条件外，还应当掌握医学人才成长的特点，有针对性地进行培养，以加速人才的成长。

医学（在医院主要是临床医学）人才成长的特点主要是：

第一，实践性。任何人才的成长都以实践为决定基础，医学人才的成长更其如此。一个刚从医学院校毕业来到医院工作的人，虽然他在学校学得了一些理论知识，接触了一点临床实际，但还不能说他已经是一名合格的医师，更不能说已经成为人才。因为，在校期间的学习不过是为未来的成长打下了一个基础，给了一些方法。要真正成长，还必须在临床实践中刻苦学习，细心体会。只有临床实践，才能使书本上的死的东西变成运用自如的活的东西，才能从自己的经验中学到书本上没有的东西，才能发现和解决所要研究的课题。离开临床实践，书本念的再多，也不能增长解决临床问题的能力，不能成为医学人才。根据这个特点，医院建立了严格的岗位责任制和其他一些规章制度，促使医务人员在实践中努力学习。这些制度常见的有：住院医师对病人负责制；实习医师长时间守护病人和亲自检验操作；医护人员密切观察病情注意病人饮食、动态和睡眠等的日夜定时巡回制；垂危病人特别医疗护理制；及时完整的病史、病程记录和严格的交接班制度；先进和完整的各种医疗常规；严格的各种查房制度；病例讨论制度和垂危疑难病人讨论；死亡讨论等。这都是促使医务人员接受专业知识再教育的重要措施。医院要给所有医师提供学习的场所，住院医师和年轻的主治医师在院内最好有专门的寝室，便于他们自学和随时观察垂危疑难病人，积累实践经验。

第二，晚熟性。医学人才成长的年龄，就多数人而言与其他领域的人才较相对后移。这是因为医学科学本身是一门实践性很强的科学，要成为医学方面的人才，不仅要很好地掌握基础医学和临床医学理论，尤其要经过较长时间的实践，取得比较丰富的经验，才能成熟。这个特点说明，医院领导在培养人才的时候，既不要急于求成，希望出现什么“神童”，又不要行动迟缓，贻误时机；这后一点尤其重要。对每一个医学院校毕业生来到医院工作的医务人员，都要及早考核、选拔、培养，使之尽早成才。否则，一旦错过时机再来培养，将会事倍功半，收效不大。

第三，群体性。这有两个方面的含义：一是说，医学人才的成才，就个人来说，不是孤立的，也不是只靠自己努力就能办到的。治疗一个病人离不开各有关科室和有关人员的协作，一个医学人才的成长，也离不开有关人员的支持和合作。虽然其他方面人才的成长也离不开他人的支持与帮助，但是，往往不象医学人才的成长过程那样显著。二是说，从一个医院的范围看，培养人才不能一花独秀，而应该是成批、成套的培养，百花争艳。例如外科，如果只有一、二名拔尖的外科医生，而没有麻醉科、手术室以及其他有关科室的相应人才与之配套，那么，这一、二名外科医生的才能也无从发挥。一个办得好的医院，人才必然是配套成龙，以群体形式出现的。因此，医院应当根据本院的任务、在一定时期（例如5年、10年）要达到的目标、社会经济文化发展的需要、本院人力、财力基础和今后的发展，来制订人才培养计划，使人才的智力结构、能级结构符合需要。

人才的培养，无论对一个人来说，还是对一个医院来说，都是无止境的。医院对医务人员，在他几十年的工作过程中，都要持续不断地进行培养。这也叫继续教育（终身教育）。例如，美国有些州规定，医生平均每年至少学习1个月，不学习不能继续行医。医药科学日新月异，医生如果不了解医药科学的新进展，误用过时药品等，是要负法律

责任的。我国近年来，已在广泛开展继续教育的措施，进行补新、补缺、补低学习，医院重视并建立了继续学习的制度。继续学习的时间大多放在业余时间，如夜校和其它业余学校、函授学校等，部分继续教育占用少数业务工作时间，但不影响正常业务工作，如电视学校，医生的专业自学、学术讲座和讨论等。选拔人才到外单位进修培养，虽有一段时间脱离了本医院的业务工作，但能够学习到国内外医学科学的新成果，对促进人才成长，提高本医院医疗质量都是很有作用的。

三、人才的使用和流动

人才的使用要合理，要人尽其才，为此，要抓好人员配备，使医院中的人才形成合理的系统的智力结构。要精干，切忌臃肿。十个人能完成的事，可以让九个人来完成，可以用挖掘潜力来解决少一个人的问题。但是，十个人能完成的事，切不可安排十一个人来做，多一个人，实际上多了一个障碍，使人松散懒惰。要象管理严格的手术台上、手术台下的人员一样，分工明确，各尽其责。

在医院人才结构上，还要注意配备人才的能级原理。一个系统内的专业人员，应按能级需要，选拔相应能级和特征的人才充任。对于偶尔需要，可以通过对外协作来解决的人才，不必设置专人，以避免人才和技术闲置。精干的人才结构，要按能级层次形成金字塔形梯队，低层次的人数多，越到高层次人越少，这样，不但结构比较稳定，而且容易建立权威。多头领导，“能人”过剩，层次不分或混淆，会阻碍人才成长，难以做到人尽其才，给工作带来不良后果。此外，人才的年龄结构也以正三角形或称金字塔形的结构为好。年老体弱的专家，一般不宜再担任医院和科室的领导职务，应多发挥他们在技术上的指导和顾问作用。

为了充分发挥每个人才的作用，医院的领导要知人善任，不可大才小用或小才大用。大才小用是压抑人才，小才大用，也是压抑人才，因为，它会影响一批人才不能充分发挥作用，危害更大。要防止产生这种现象，必须对医务人员进行经常地、严格地考核。有严格认真的考核，才能及时了解医院的人才状况，知道每个人的长处和短处，掌握正确使用的依据，同时发现人才苗子和人才成长中的问题，采取针对性的补新、补缺、补低等教育培养措施。考核必须严格，业务考核每年至少一次，作出书面评价，归入技术档案，作为培养、使用和提升的根据。考核标准必须规格统一，不能降低标准，制造假象。对于不合格的人员，可以重新分配工作或调到有适宜工作需要他们去做的单位去，或是进行补低、补缺教育。对于用非所学或用非所长的人，应重新分配适合的工作。医学专业人员必须符合医师管理、药政管理等国家法规的要求，适才适用。如果滥用不合格人员，科主任和上级医师、药师、技师、护士主任、护士长都有权抵制。由于滥用人员而造成的不良后果，应由任用者负责。

在人才使用上，一个重要问题是，要培养和用好一批学科领域带头人以及科室主任。对这样人才的选拔和使用，除了一般的德才条件外，还应注意他是否善于团结协作和有较强的组织能力。特别是科室主任，一定要选好用好，因为他直接影响到一个专业的人才的成长和医院工作的好坏。

人才的使用和人才的合理流动是密切联系在一起的。一个医院的人员不能搞成一潭死水，需要的人进不来，不需要的人又出不去。人才合理流动，是使人才适才适用的重要保证，这不仅对一个医院有益，而且，从全社会的角度看，也非常有益。因为，人才

流动可以促进人才成长，调整人才结构和加速科学技术更新，发展“远缘杂交”优势。为了保证医院各部门合理的智力结构，必须有经常的人才流动，如向新建扩建的医院或下一级医院输送人才，从外单位调进所需人员以及接受医药院校毕业生等。

人才流动的方法除组织调动以外，还有定期借用，业务协作，进修培训等方法。在人才交流中，对中年技术人员的专业培训，尤其要多下功夫，如请国内外专家讲学，办学习班、技术交流和安排出国访问、协作研究等，加强对中年人才的培训。

四、人才的老化与更新

妥善地解决人才老化问题，保持人才队伍合理的年龄结构，并使他们的知识不断更新，既是人才管理中的一个重要问题，也是发展医学科学的一个重要问题。

首先，要保持人才队伍年龄的合理构成。我国卫生技术人才队伍平均年龄偏高，青黄不接，老化现象严重。主治医师的年龄一般都在45—55岁左右，副主任医师以上人员的平均年龄更大，而且，往往是上下一般粗，不少单位主治医师的人数比一般医师还多。这是10年内乱造成的后果。这个问题迫切需要解决。除了依靠国家扩大医药院校招生数量，多分配一些毕业生以外，要尽可能抓好现有人员的培训，特别是专业训练不足的青年医务人员的培训。对科室主任，应选贤任能，不受年龄与资历的限制。要多给有能力的中青年医务人员创造学习和工作的条件，充分发挥他们的作用，使之尽快成长起来。

其次，要解决知识的不断更新问题。随着现代科学的迅猛发展，知识废旧率在不断增长。所有的人员，无论老年、中年、青年，不管现在已经达到了什么样的水平，都存在继续学习、不断学习，以更新知识的问题。医院的领导要采取各种办法，组织医务人员经常学习新的知识，使之跟上现代科学发展的步伐。

第五节　岗前教育

一、岗前教育的概念、目的和必要性

医院的岗前教育是指医院工作人员在走上新的工作岗位之前，就其即将履行的新的岗位职责，接受结合岗位特点的短期培训教育。它是在一定条件下的最基本的就职前的职业训练。这种职业培训不同于在职业务教育，它不是经常性的、持续性的，而是在即将就任新的职务前的一次短期培训，目的在于使受教育者对自己所处的环境，即将承担的工作特点有一个基本的认识和了解，以及需要适应新的工作岗位特点对自身应具备的严格要求，为在今后的工作中卓有成效地开展业务，打下一个良好的基础。

当前，各级医院对岗位教育的重要性，尚缺乏足够的认识，还没有能够很好地开展这项工作，以致使一些刚从医学专业学校毕业出来的医、药、护、技人员，虽然拥有一定的医学专业知识，但当他们走上医院工作岗位后，却茫无所措，一时无法有效地履行自己的职责；也有一些在资历才干和操作技能各方面都已具备承担新职责条件的工作人员，但不一定就能很好地处理新职责带来的一些新问题；也有一些拥有雄厚的医学科学知识、专业技术高明的医务工作人员，但不一定能够很好地为病人服务；所有这些只有对有关人员进行充分的岗前教育，才能使他们在准确把握自身工作性质的基础上，圆满地完成各项任务。

二、岗前教育的对象

岗前教育的对象是很广泛的，可以说对每一位即将走上新工作岗位的医院工作人员，

都要接受就职前的岗前培训教育。岗前教育的主要对象是：

1. 刚从高等医药院校毕业的大学生以及由中等卫生学校毕业的医、药、护、技人员，当其即将走上医院工作岗位前，医院及其即将所在的科室应有一定时间对其进行岗前培训。

2. 对住院医师、主治医师、副主任医师、主任医师和药剂、检验、护理、麻醉、医技、财务、后勤、设备等各类部门中的各级人员随工作变动而即将走上新的工作岗位的医院工作人员。

3. 即将走上各部门、科室领导工作岗位的人员，也包括即将走上领导工作岗位的医院新任院长。

三、岗前教育的内容

岗前教育的内容要具体而详尽，要根据即将就任的岗位工作特点，针对受教育者的具体情况，安排一定时间进行，各医院应根据医院特点制订具体详细的岗前教育培训材料，原则上教育内容应起到如下作用：

1. 要使受教育者对自己即将就任的新的医院有一个比较全面的概略了解，包括医院的院史、院容、院貌、院规和医院的性质、任务、特点、业务特色、组织体制及集体荣誉等。

2. 要使受教育者对自己即将就任的岗位要求有一个比较全面的了解，包括工作制度、工作纪律，诸如要按时上班；不能随便离开工作岗位；医务人员抢救病人时，必须在完成任务或告一段落后方能下班；因病、因事不能上班，须按院规办理请假手续；在岗位操作过程中损坏公物，要及时上报，并按院规赔偿或报废等。

3. 使受教育者在客观上掌握与自己职责范围有关的规章制度、操作规程、业务特点和人员环境，包括医学专科院校毕业生初到病房工作，必须服从上级医师（护士）的工作安排，要仔细观察病人，了解病情变化、饮食和思想状况，及时做好病史记录，认真正确地执行医嘱，参加重危病员的抢救值班，要在医疗实践过程中对病人体贴关心。

4. 要让受教育者在思想上明确自己即将就任的工作岗位所处地位的特定的职业道德、职业传统和职业价值、职业荣誉等，包括如何履行自己的职守，如何同病人、病人家属和医院其他工作人员之间建立良好、有效的合作关系，其中也包含着语言、态度、穿着、仪表以及医疗职业道德规范和保持职业荣誉等。

四、岗前教育的实施

由于岗前教育是一项常规性的管理工作，因而它的实施必须要建立制度、订出岗前教育的规范化文件，也就是说要做到制度化、规范化，无论何时、何地、何种情况，都要认真贯彻执行这一制度，要做到未经教育者不得承担新的岗位职责。

岗前教育的实施应根据不同的对象制定出相应的施教方案和内容。⑴对于由医学专科院校成批分配到医院工作的医学生、护、药、检、技等卫生人员的岗前教育可分两步进行，首先是医院负责人就单位基本情况作概括介绍，包括优良传统和集体荣誉感、职业荣誉感等方面。在医学生或中等卫生学校的毕业生进入具体科室（部门）后，再由科室负责人和上级医师（包括药、检、护、技师）就本部门的工作性质和特点，作进一步的培训教育，包括示范教育。⑵对个别工作升迁调动人员，则由上级医师或部门负责人按级进行教育，即一级教一级的教育方式，其内容以区别于原任工作的特殊性为主，并兼顾到新任工作的一般状况和应注意掌握的有关要素。

白东（第一～三节）徐健行、孙麦令（第四节）徐健行（第五节）

第八章　医院人员编设

第一节　人员编设的意义和原则

一、医院人员编设的意义

研究医院人员编设，就是应用现代医院的组织人员管理理论，确定各级各类人员合理编设的原则和方法。它是医院组织人员管理的重要组成部分，在医院管理工作中占有重要的地位。人（医院的工作人员）是构成医院的重要要素，是医院进行各种活动的基本力量，从这个意义上说，对医院的管理，主要是对人的管理。这就要求医院人员编设正确合理，配备比例适当，以保证医院各项任务的顺利完成，促进医院的发展。因此，研究医院人员的编设，制定一个好的人员规划，对医院的建设和发展有着十分重要的作用。

建国以来，我国政府有关部门曾于 1956 年和 1978 年，两次发布有关医院人员组织编制的原则，对我国综合医院的组织机构和人员编制，做了具体的规定，这对保证医院的正常工作和发展起了积极的作用。但是，随着医学科学的发展，新学科、新技术和新设备不断出现，随着专业分工和组合的不断调整以及管理系统的分化，医院的组织机构也相应地发生了变化，这些都对医院人员的编设提出了新的要求。因此，医院的管理人员，必须认真学习研究现代医院的组织管理原则，搞好医院人员的编设和规划，管好人，用好人，这是医院管理的基本内容和要求。

二、医院人员编设的原则

合理确定医院人员编设的根本目的，是为了完成医院担负的医疗、预防、教学、科研等各项任务，满足对病人提供医疗服务和生活服务的要求，保证医院工作的顺利开展。因此，在确定人员编设时，应遵循的主要原则是：

（一）功能需要的原则

医疗、预防、教学、科研是现代医院的主要功能。满足医院功能的需要，是医院人员编设的主要依据。因此，应区别医院的不同等级和任务、不同的专业、不同的功能、不同的条件，按实际需要进行人员编设。

（二）能级对应的原则

医院工作具有高度的科学性、复杂性和严密性。因此对各级人员的编配，必须严格遵循能极对应的原则，即每级工作人员的能力、资历、思想品质都应与他担负的职级相称。对此，应制定相应的法规，提出明确的要求。

（三）合理比例的原则

医院各部门之间，各职类、职种、职级之间，相互制约和依赖，客观上要求有合理的比例关系和合理的智力结构。如病床与工作人员之间的比例，临床科室与医技科室，医疗科室与后勤科室，设备与人员的比例以及医护之比、高中初级和各类人员不同层次之比等。只有按合理的比例进行人员编设，才能保证医院各部门、科室间的协调和工作状态的稳定。

（四）经营效能的原则

医院人员编配主要根据医疗工作的需要，也要考虑经济效能。比较合理的人员编配，进行优化组合，较大限度的发挥人力资源的效能，讲求技术经济效果。

（五）动态发展的原则

科学技术和社会的进步，不断为医院提供着现代化的技术、装备，改善着医院的条件；同时，医院在体制、制度、机构等方面正不断进行改革，因此，医院人员编设也要按动态发展的原则不断地调整，以促进医院的发展。有时还需要有“预见性”、“趋势性”的编制。

（六）人员流动的原则

合理的人员编配，必须在人员流动中才能实现。能出能进、能上能下，使医院有一定的人事自主权是必要的。

三、影响医院人员编制的因素

影响医院人员编制的因素很多，主要有：

1. 任务轻重：任务的因素是决定编制的主要因素。它不仅包括正常门诊工作量和床位数，还包括其他一些因素，如我国城市医院危重病人、疑难病人、急症病人集中，病床周转快，门诊人次与病床比例过高等，都属于影响编制的因素。

2. 专科特点：大型综合医院一般都有自己的专科特长，由于专科发展迅速，致使人员分工更加专门化，诊断治疗技术日趋先进与复杂，要求配备大量的多科系、多工种的高级专门人材。有的专科护理任务很重，要求编配较多的护理人员。有的科室需要昼夜连续工作，要求配套几套工作人员。总之，不同的专科对人员编设的要求有很大差异。定编时应按专科的不同特点，尽力满足专科发展的要求。

3. 人员素质：人员素质对编制的影响是不言而喻的。人员训练有素，编制可以少而精，从而会提高工作效率。素质不好，人员编制愈多，给组织管理带来的障碍愈大，效率愈低，工作愈混乱。因此，确定人员编设，一定要考虑人员的素质，既要严格要求，又要照顾实际情况，合理定编，促进工作。

4. 经常性院外任务：我国医院是社会主义卫生事业的一部分，因此，国家除给各级医院规定了医疗任务外，还规定了预防工作任务，指导下级医院和基层的任务，以及计划生育技术指导、体检、援外、保健等多项经常性的院外任务。确定人员编制时，应把这些任务考虑在内。

5. 工作条件：医院条件因素包括建筑条件、设备设施条件、自然条件等因素。集中式建筑可以节省一些人力，分散式建筑需要的人力则多些。设备的机械化、自动化程度愈高，操作人员就愈少，但维修人员则增多。自然条件也影响人员编设，如南方医院和北方寒带地区医院的后勤人员配备就有很大不同。

6. 管理体制：我国医院不仅有行政指挥系统，而且有党的工作机构，编设中必须适当编配。

7. 现行政策：我国医院现行的人事管理制度、工资制度、病事假制度、产假制度、计划生育假制度、退休劳保制度、在职培训制度、工作时间内的政治和业务学习制度等，是根据国家现行政策法令统一规定的。这些都是影响人员编设的因素，在定编时应考虑在内。

8. 社会影响：医院的工作效率和管理受社会各种条件的影响和制约，因此，在编

设中应从我国社会实际状况出发，考虑社会因素的影响，规划各类人员的编制。

第二节　我国医院人员的职类和职种

根据我国医院组织机构、体制、任务、职能分工以及医院现代化的要求，我国医院人员的职类大体可分为四类：即卫生技术人员、工程技术人员、工勤人员、党政管理人员。

一、卫生技术人员

卫生技术人员是医院的主体，是完成医疗任务的基本力量。卫生部1963年颁发了《卫生技术人员职务名称及晋级暂行条例》，1979年又重新颁发了《卫生技术人员职称及晋级暂行条例》（试行），规定我国卫生技术人员根据业务性质分为四类，即医疗防疫人员、药剂人员、护理人员、其他技术人员。医疗防疫人员（包括中医、西医、卫生防疫、寄生虫病防治、地方病防治、工业卫生、妇幼保健等）的技术职称为：主任医师、副主任医师、主治（主管）医师、医师（住院医师）、医士（助产士）、卫生防疫员（妇幼保健员）。药剂人员（包括中药、西药）技术职称为：主任药师、副主任药师、主管药师、药师、药剂士、药剂员。护理人员的技术职称为：主任护师、副主任护师、主管护师、护师、护士、护理员。康复人员职称为：康复主任医师、康复副主任医师、康复主治医师、康复医师及作业治疗师（士）、理疗学医师（士）、言语治疗师（士）。其他技术人员（包括检验、理疗、病理、口腔、同位素、放射、营养、生物制品生产等）的技术职称为：主任技师、副主任技师、主管技师、技师、技士、见习员。

行政职称有科主任、护理部主任、护士长。

教学医院的卫生技术人员，除授予医疗技术职称外，还授予教授、副教授、讲师、助教等教学职称。

二、工程技术人员

医院工程技术人员，是随着医院逐步现代化而增设的。他们的主要任务是：对医院建筑、装备、设施进行规划、选择、维护、监视和研制，以保证医院各种现代化装备与设施的正常运行。医院所需要的工程技术专业大体上有：生物医学工程、医疗设备工程、建筑工程、机械工程、康复工程、电子、供电和电器设备、水暖、制冷和空调、净化处理、电子计算机、医疗器械、核子设备、激光、计量等专业。其技术职称定为：高级工程师、工程师、助理工程师、技术员。

三、工勤人员

工勤人员（包括炊事人员）种类繁多，可根据实际需要设置。

炊事人员的技术职称是：一级厨师、二级厨师、三级厨师、炊事员。

四、行政管理人员及党群工作人员

行政管理人员是医院工作的指挥和管理人员。

设院长、副院长及行政科室的主任、副主任、科长、副科长、秘书、干事、管理员、文书、收发员、打字员、档案员、挂号员等。

医院管理是一门科学技术，其技术职称与医疗技术人员职称相同。

信息资料管理部门：统计人员职称有高级统计师、统计师、助理统计师和统计员。病案资料人员职称尚待拟订，目前一般设病案室主任、病案管理员、资料管理员、摄影技师、绘图员。图书室一般设图书管理员，大型医院图书馆按图书馆人员职称设职。

医院财务人员专业职称为：高级会计师、会计师、助理会计师、会计员。

党群工作人员按实际情况设定。

第三节　医院人员编配的基本方法

编配医院的各类人员，是在已确定的医院组织编制原则指导下，依据医院规模、专科特点、门诊工作量以及对该院编制影响的诸因素，通过直接的或间接的工时测定，推算出各类人员的编制数和编配比例。但由于医院工作环节多，互为条件的复合性劳动多，随机性大，信息不准确，因而至今尚没有最准确的一种计算方法，许多工种和部门仍然依靠经验和估计来确定编制。

一、确定劳动量的基本方法

1. 工时测定：是指对完成某项工作任务全过程的每一环节必须进行的程序和动作，所耗费时间来测定。工时测定是确定劳动量的最基本的方法。

2. 工时单位：是指完成某项工作任务所耗的平均工时，通常以分计算，称工时单位。

3. 工时单位值：每人每小时完成的工时单位称工时单位值，用工时单位/人·小时表示。工时单位值是分析人员劳动效率的单位值，理想的工时单位值为每小时45个工时单位，亦可认为每个人在每小时内有45分钟的有效劳动即为较理想的劳动效率。

4. 工时的测定方法：工时直接测定可按以下步骤进行：

(1) 首先确定被测定者能正确地、熟练地掌握测定项目的操作技术和方法。

(2) 列出所测项目的全部必需的操作步骤。

(3) 用秒表测定每一步所需时间（最好精确度达百分之一），每步骤所耗工时之和称为总工时。

(4) 根据个人经验或用不同时间反复测定，找出所测项目的误差的百分比加减。早晨测定值与午后疲劳时的测定值，工时就有一定差距。

(5) 有些操作人员，在被测时常常出现因精神紧张等因素而造成的误差。操作者对同一项目，同时集体操作测定工时，取其平均值。

现以尿镜检的直接工时测定方法步骤为例：

测定项目名称：尿镜检工时直接测定

时间：1982年3月15日下午2时

操作人员：检验士×××（熟悉该项目工作技术操作和方法步骤）

计时员：甲、乙

尿镜检的具体步骤和所测时间见表8-1。

本例未测清理工作台时间，如需要可测定镜检工作结束时，拿走用过的玻璃器皿所耗工时，如又耗1.00分，则为6.10+1.00=7.10分。

因下午2时测定加10%补偿疲劳时间为：7.10+0.71=7.81分。加操作人员的个人差异5%为：7.81+0.39=8.2分。

尿镜检实测工时为8.2工时单位。

对护理人员的工时测定，亦可参照上述办法进行。护士一日直接护理（以1名病人计算）的内容及所需时间见表8-2。

表 8-1　尿镜检步骤及所测时间

序　号	步　　骤	测定时间（分）
1	由冰箱取出样品	0.20
2	读化验单并登记	0.25
3	混匀样品	0.10
4	观察并记录颜色及外貌	0.10
5	取10毫升移入离心管	0.15
6	测定并登记比重	0.70
7	将样品放入离心机	0.25
8	离心（注：属机器运转不计在工时内）	
9	从离心机取出样品	0.15
10	将上清液倾入试管	0.25
11	将沉渣摇匀	0.30
12	显微镜检登记结果	1.50
13	将试纸浸入上清液测定pH、蛋白、葡萄糖并记录	1.50
14	检全部异常结果	0.25
15	倾弃尿液	0.20
16	签发化验单	0.20
		计6.10分

对一日机动、抢救、特殊护理及间接护理所需时间亦可测定，具体测定计算法从略。

5. 利用已测定平均工时表（或工时单位表）间接推算。在许多情况下，不可能把医院各工种每项业务活动都进行直接测定，应用最多的还是利用国家规定的标准工时表或其他单位已测定的工时表进行推算。如在多数综合性医院工作的每名住院医师，每日处理每名住院病人所耗工时大体为 30～40 分；每名医师处理每名门诊病人所耗时间，综合医院各科平均为 12 分；外科、皮肤科为 8.59 分；内科、妇产科、计划生育、眼科、耳鼻喉、传染、结核等科为 10 分；小儿科、中医科为 12 分；口腔科为 20 分。每名住院病人每日平均所需护理时间为：北京协和医院 1963 年测定为 2 小时 18 分；南京军区总医院 1957 年测定为 1 小时 57 分。南京护理分会 7 所医院 1980 年测定，直接护理工时分别为：一级护理病人每日所需护理时为 4.5 小时，二级护理为 2.5 小时，三级护理为 0.5 小时；间接护理：40 张床日均护理时间为 13.3 小时。这种现成的工时表，对每个具体单位和人不一定很准确，要注意对比、校正。

二、按工作量计算临床人员编制

（一）门诊各科医师编制方法

门诊医师实际工作时可按 6 小时计算，即每日实际工作时间为 360 分。用最佳工时单位测算亦为：8×45 工时单位＝360 工时单位。因为，不能 8 小时全部有效工作。

计算公式：

$$\text{某医疗科应编医师数}=\frac{\text{科日均就诊人次}}{\text{每名医师日均诊疗人次}}+\text{机动数（一般为 25\%）}$$

或用

表 8-2　1日直接护理的内容及所需时间（以1名病人计算）

常规护理内容	一级护理所需时间(分)	二级护理所需时间(分)	三级护理所需时间(分)
洗脸、梳头	12	6	
床头交接班（一日3次）	2×3=6	2×3=6	
晨间护理（包括皮肤、会阴护理）	30	20	
口腔护理（一日4次）	5×4=20	5×2=10	
饭前洗手（一日3次）	2×3=6	2×3=6	
开饭、喂饭	16×5=80	5×3=15	3
送水	2×3=6	2×3=6	
大小便护理	25	12	
输血、输液	10	10	
肌肉注射（一日2次）	2×2=4	4	4
送药、喂药	2×3=6	6	4
测量体温、脉搏、呼吸（4—6次／日）	3×5=15	3×2=6	6
接待新病人或术后病人	10	10	5
晚间护理	10	8	2
巡视病人	30	15	4
卫生宣教	—	10	2
总　　计	270分=4.5小时	150分=2.5小时	30分=0.5小时

说明，1.一级护理每半小时巡视病人一次，每次2分钟，一昼夜需96分钟。除治疗、护理接触病人外，尚需30分钟。

2.一级护理的卫生宣教、精神护理等可利用早、晚间护理和喂饭时间进行。

3.本表所示数字，系根据1980年江苏省调查7个医院非传染病成人病房的工作量求出的平均数。

4.本表原载于梅祖懿、林菊英主编的《医院护理管理》第26页（人民卫生出版社，1982年）。

$$某医疗科应编医师数=\frac{日平均诊疗人次所需工时}{每名医师日均诊疗工时}+机动数$$

举例：某医院内科日平均门诊量为300人次，已测知每小时每名内科医师可平均诊查6名病人，即每名病人平均所需时间为10分，求应配医师数。

按第一种公式解：

$$应编医师=\frac{300}{6\times6}+机动数=\frac{300}{36}+机动数=8.3+\left(8.3\times\frac{25}{100}\right)\approx10\text{名}$$

用第二种公式解：

$$应编医师数=\frac{300\times10(分)}{6\times60(分)}+机动数名=10名$$

（二）病房各临床科医师编制方法

计算公式：

某病房应编医师数=

$$\frac{编制床位数\times床位使用率\times每名病人每日所需诊疗时间(分)}{每名医师每日工作时间(分)}+机动数$$

举例：某医院全院编制床位500张，其中内科心血管病房编制床位50张，全院平均每名病人需诊疗时间为30分，心血管病房为45分，求该院和该科应编医师数。

$$\text{全院应编医师数}=\frac{500\times\frac{93}{100}\times 30(\text{分})}{6\times 60(\text{分})}+\text{机动数}=\frac{13.950}{360}+\text{机动数}$$

$$=38.75+\left(38.75\times\frac{25}{100}\right)\approx 48(\text{名})$$

$$\text{该科应编医师数}=\frac{50\times\frac{93}{100}\times 45(\text{分})}{360}+\text{机动数}=\frac{2092}{360}+\text{机动数}$$

$$=5.8+\left(5.8\times\frac{25}{100}\right)\approx 7(\text{名})$$

在上列计算公式中，机动数按25%计算，因全年各种例假、计划生育假、正常产假平均为90天左右。

我国医院平均床位使用率在93%左右。

住院医师日有效工作时间按6×60分计算。

（三）护理人员编制方法

公式Ⅰ：

$$\text{应编护士数}=\frac{\text{编制床位数}\times\text{床位使用率}\times\text{每名病人每日平均所需护理时间(分)}}{\text{每名护士每日工作时间(分)}}+\text{机动数}$$

举例：某科病房编制床位数为40张，已测知每名病人平均每日需护理时间平均为138分，求该科应编护士数。

$$\text{应编护士数}=\frac{40\times\frac{93}{100}\times 138(\text{分})}{360}+\text{机动数}=\frac{5,133.6}{360}+\text{机动数}$$

$$=14.26+\left(14.26\times\frac{25}{100}\right)\approx 17.83$$

应配17～18人。

公式Ⅱ：（按病房护理工作实际动态测算）该病房各级护理实际人数×各级护理

$$\text{应编护士数}=\frac{\text{所需时间}+\text{该病房间接护理时数(分)}}{\text{每名护士每日工作时间(分)}}+\text{机动数}$$

举例：某医院急腹症外科，编制床位为40张，调查时的护理工作状态是：一级护理病人6名，二级护理病人16名，三级护理病人18名，求该科当时应配多少名护士，才能正常完成护理工作。

应编配护士数（按工作状态）=

$$\frac{4.5\times 6+2.5\times 16+0.5\times 18+13.3}{6}+\text{机动数}=\frac{89.3}{6}+\text{机动数}$$

$$=14.88+\left(14.88\times\frac{25}{100}\right)=18.60$$

应配18～19名为宜。

除以上计算方法外，梅祖懿、林菊英主编的《医院护理管理》（人民卫生出版社，1982年）中还列举了根据分级护理所需时间求得工作量作为制定编制的依据的办法（见该书第27～29页）。

表8-3　根据工作量制定人员编制分类表（每病房以40床位计算）

病房工作量的类别	一级护理人数占病房床位%（病人数）	二级护理人数占病房床位%（病人数）	三级护理人数占病房床位%（病人数）	所需护士人数（N）
一	10(4)	30(12)	60(24)	10.99(N_1)
二	15(6)	40(16)	45(18)	13.39(N_2)
三	30(12)	40(16)	30(12)	16.99(N_3)
四	35(14)	50(20)	15(6)	19.39(N_4)

说明：1.根据分级护理工作量（见表8-2所列时间，再加上机动、抢救、特殊护理和间接护理所需时间）配备护士人数，统筹安排时应视病情轻重合理分配人力。
2.护士人数包括护理员在内，护士与护理员之比以3:1为宜。

表8-3中四种病房工作量的类别所需护士数（机动数按20%计算）的计算方法如下：

所需护士人数计算公式

$$\text{护士人数}=\frac{\text{各级护理所需时间总和}}{\text{每名护士每天工作时间}}+\text{机动数}$$

第一类工作量所需护士人数：

$$N_1=\frac{4.5\times4+2.5\times12+0.5\times24+13.3}{8}\times(1+20\%)=\frac{73.3}{8}\times120\%$$
$$=9.16\times120\%=10.99$$

第二类工作量所需护士人数：

$$N_2=\frac{4.5\times6+2.5\times16+0.5\times18+13.3}{8}\times(1+20\%)=\frac{89.3}{8}\times120\%$$
$$=11.16\times120\%=13.39$$

第三类工作量所需护士人数：

$$N_3=\frac{4.5\times12+2.5\times16+0.5\times12+13.3}{8}\times(1+20\%)=\frac{11.3}{8}\times120\%$$
$$=14.16\times120\%=16.99$$

第四类工作量所需护士人数：

$$N_4=\frac{4.5\times14+2.5\times20+0.5\times6+13.3}{8}\times(1+20\%)=\frac{129.3}{8}\times120\%$$
$$=16.16\times120\%=19.39$$

如由三级护理改为一级护理，增加4小时工作量，$\frac{4.5-0.5}{8}\times120\%=0.6$需增加0.6人。

由二级护理改为一级护理，增加2小时工作量，$\frac{4.5-0.5}{8}\times120\%=0.3$需增加

0.3人。

新收入1名一级护理病人，增加4.5小时工作量，$\frac{4.5}{8}\times 120\%=0.67$需增加0.7人。

各科制定编制时，可根据各级护理的病人数，按以上方法计算。

（四）医技科室卫生技术人员编制方法

公式Ⅰ：

$$某医技科门诊应编制人数=\frac{平均日门诊人次数\times 每人次门诊平均检查件数\times 每件所需时间(分)}{某医技科每人每日工作时间(分)}+机动数$$

公式Ⅱ：

$$某医技科住院应编制数=\frac{全院编制床位数\times 床位使用率\times 每名病人每日平均检查件数\times 每件所需时间(分)}{某医技科每人每日工作时间(分)}$$

注，每名病人每日所需工作指数为，
检验科，生化、血清、细菌、临床检验等工作件数。
放射线科，各种透视、各种摄影、放射治疗等人次。
药剂科，中西药处方调剂数、煎中药付数、制剂量。

举例：某医院日平均门诊工作量为1500人次，住院床位500张，门诊检验科工作量大约为门诊人次平均件数的40%，门诊每件检验平均所需时间为5分钟，病房患者平均每日每人为一件，每件平均所需时间为10分钟，求该科门诊、病房及全科应编制人数。

$$门诊应编检验人数=\frac{1500\times\frac{40}{100}\times 5(分)}{360(分)}+机动数=\frac{3000}{360}+机动数$$

$$=8.3+\left(8.3\times\frac{25}{100}\right)=10.38(人)$$

$$病房应编检验人数=\frac{500\times\frac{93}{100}\times 10}{360}+机动数=\frac{4650}{360}+机动数$$

$$=12.91+\left(12.91\times\frac{25}{100}\right)=16.14$$

该院检验科技术人员应编26—27人。

（五）工时单位编制方法

美国疾病检制中心实验室管理专家登肯和艾德库克介绍了用工时单位计算工作量，并进一步测算编制的方法。假如实验室与住院病人之比大体是恒定的，可以先统计一段时间病人标本件数，和实验室用去的工时单位数，求出每个病人所需实验室的工时单位值，进而算出编制。

$$公式：编制数=\frac{为住院病人提供的总工时单位}{实验室平均每人平时单位值+每日工作小时\times 年实际工作日数}$$

为病人提供的总工时单位 = 病人数 × 每个病人所需实验室工时单位

举例：某医院实验室，去年为全院住院 10000 名病人，提供了 100000 个工时单位，该实验室工时单位值为 35 工时单位/人·小时，如明年计划多收 7200 名病人，求应编制人数。

$$应编人数 = \frac{17200 \times 10}{35 \times 8 \times 270} = \frac{172000}{75600} \approx 2.28(人)$$

除直接从事检验工作的技术员外，还应增加辅助人员和管理人员。测算出技术人员与辅助人员、管理人员的比例，然后将三部分人员加在一起，才能得出检验科的人员编制。

第四节　医院人员编制及人事制度改革的讨论

一、国外情况

国外医院人员编制差别很大，随着医院的建筑、装备与管理的现代化，特别是服务内容的充实和提高，现代化医院人员编制比例较高，西欧与美国病床与工作人员比例大体在 1:2.5 左右。如瑞士日内瓦州医院有 1800 张床，工作人员总数为 3956 人，比例为 1:2.19；伯尔尼小岛医院病床 1059 张，工作人员为 2730 人，比例为 1:2.6；美国洛杉矶州医院病床 2500 张，工作人员为 6500 人，比例为 1:2.6。日本的医院病床与人员比例大体在 1:1.2 左右，如大阪大学附属病院病床 1000 张，工作人员为 1221 人，比例为 1:1.22；神户市立中央病院病床 1011 张，工作人员为 1237 人，比例为 1:1.22 左右。

欧洲国家编制比例高，主要原因是：

1. 现代化医院规模大，设备新，采用机械化、自动化设备，后勤管理和工程技术人员的编制较高，如日内瓦州医院总务和工程技术人员达 908 人。

2. 对病人生活护理水平高，注意病人精神、饮食、起居、环境、锻炼和职业等生活的各个方面，护理人员编制一般每张床配备一名以上。

3. 重视后勤工作，院内洗涤、消毒、供应、营养、维修等机构健全，平均每 2 张床编制有 1 名工人。

日本医院现代化程度也很高，但病床与工作人员比例较低，其特点是医生编制少，大体在 1:0.2 左右，护士编制在 1:0.5 左右，医护比例在 1:2～1:5 之间。编制较低的主要原因是：

1. 日本开业医和规模不大的医院技术力量较强，设备齐全，一般疾病在中小医院或开业医院可以解决。

2. 日本大医院主要解决一些疑难病，其门诊、急诊工作量和病床使用率较低。

3. 科研工作、学术活动大都在上班时间外进行。

4. 工作效率高。

5. 社会服务及时周到，医院大量后勤工作如洗涤、营养、卫生、设备维修工作靠社会服务承包，如神户市立中央病院，社会服务部门驻病院者常达 200 多人，所以医院总编制数较低，但实际需要人员也有上升的趋势。

国外医院对医院各类人员特别是卫生技术人员、行政管理人员的资历、技术能力的

要求极为严格。作为一名医师必须医学院毕业后，经过2—3年进修，再经国家统一考试合格才能承认其资格。取得医师资格后，再经3—5年专门培训才能成为专科医生或主治医生。对教学与科研人员要求更高，如有的国家规定，最低须具有硕士学位者，才能担任教学医院讲师，具有博士学位才能向国家申请科研题目和资助。对卫生技术人员，如护士、药剂士、放射线技术人员等都要求具有大学专科毕业水平，对工程技术人员、技术工人和管理人员都有严格的资历要求，以保证医疗、教学、科研和医院管理工作的质量和水平。

对医院人员管理，许多国家采取以下一些制度：

⑴ 合同制：许多医院特别是教学、科研部门，固定人员是少数的骨干，对多数人员包括一些教授和讲师都采取合同制，人员始终处于流动和不断选择淘汰状态，从而保证了工作人员的质量和效率，促进了医疗、教学、科研工作和各项服务工作。

⑵ 约聘制：如实行“客座教授”、“客座医师”制度。在日本大学，近年来还可以聘请开业医任教。有的采取兼职制，如大学教授兼任医院主任医师和研究室的负责人，从而充分发挥技术人材的作用，促进大学、医院和科研所相互间的知识交流与提高。

⑶ 表彰奖励制度：对有发明创造的、有科学研究成果的人，设立很多奖励制度，如奖金、奖状、学术荣誉头衔，以及在院校保留有重大发明创造的人的照片、传记等，在工资、职级和工作条件上，都有相应待遇，以激励人们努力工作，献身医学科学事业。

二、国内情况

我国现行医院组织编制原则，根据各医院的规模和负担的任务分为三类：300张床位以下的按1:1.30～1:1.40计算；300～500床位的按1:1.40～1:1.50计算；500床位以上的按照1:1.60～1.70计算。床位与医师之比为1:0.3左右，床位与护士之比为1:0.6左右，床位与医技人员之比为1:0.29左右。我国编制比例低于欧美，而高于日本（表8-4）。

国内外医院卫生技术人员配备比较见表8-5。

我国医院，特别是城市医院普遍感到任务重，编制紧张，其主要原因是：

⑴ 我国床位与人口比例低于发达国家。

⑵ 我国城乡医院之间技术力量与技术装备差距很大，而医疗收费标准相同（只住院床位费略有区别），因而病人都愿到城市医院就诊，急重症和疑难病病人大都集中在城市大医院。

⑶ 我国大医院门诊任务量与病床比一般在1:4～5左右，住院病床使用率在93%以上（见表8-6）。

⑷ 医院设备条件差，人工操作多，费人费时费力。

⑸ 院外任务多。

⑹ 工作时间内非直接医疗活动多，如政治学习、各种会议、业务学习、劳动等。

⑺ 科研教学占用工作时间。

⑻ 近年人员素质下降，人员构成比例失调。

⑼ 管理水平低、劳动效率低。

⑽ 现编制比例较低。

表 8-4　国内外医院总编制比较表

国　别	医　院　名　称	工作人员数	床 位 数	床位与职工比例
瑞　士	日内瓦州医院	3956	1800	1:2.19
瑞　典	乌卜沙大学	2500	1318	1:1.89
美　国	巴所罗妙中心	2800	813	1·3.44
美　国	洛杉矶州医院	6500	2500	1:2.60
日　本	国立癌中心	727	500	1:1.45
日　本	大阪大学附院	1221	1000	1:1.22
日　本	神户市立中央病院	1237	1011	1:1.22
中　国	国家编制标准	800—850	500	1:1.60—1.70

表 8-5　国内外医院卫生技术人员配备比较表

国别	医院名称	床位数	医师数	护士数	技师数	床位与医师比例	床位与护士比例	床位与技师比例
瑞士	日内瓦州医院	1800	364	2123	908	1:0.2	1:1.17	1:0.5
日本	国立癌中心	500	111	284	89	1:0.22	1:0.56	1:0.18
日本	国立循环器病中心	620	121	417	134	1:0.19	1:0.67	1:0.21
日本	大阪大学附院	1000	230 学院编60	500	140	1:0.29	1:0.50	1:0.14
日本	神户市立中央病院	1011	137	728	372	1 0.13	1:0.72	1:0.36
中国	国家编制	500	144—153	288—306	医技人员数 149—153	1:0.28—0.30	1:0.57—0.60	1:0.29—0.30

表 8-6　中国、日本几所医院的工作状态比较表

国别	医院名称	床位	日均门诊量	病床使用率（%）	平均住院日	病床与日均门诊人次比
日本	国立癌中心	500	543	82.2	53.4	1:1.08
日本	国立循环器病中心	620	419	68		1:0.67
日本	神户市立中央病院	1000	1500—1700	93	25	1:1.50—1.70
日本	大阪大学附院	1011	2375	71	30.5	1:2.34
中国	日坛医院	219	364	104.2	44.3	1:1.70
中国	阜外医院	342	418.9	82.3	40.8	1:1.60
中国	友谊医院	710	3000	93.7	18.1	1:4.7
中国	黑龙江省医院	580	3403	103	18.2	1:5.89

三、人事管理的改革

多年来，我国在医院人事管理上积累了不少经验，同时也存在一些需要改革的问题。主要问题是：用人单位在人事管理上的自主权太少，不能选择。“铁饭碗”既难鼓励先进，也难鞭策后进，人才不能流动，缺少竞争机制等。近几年来，有关部门和许多医院开始探索人事管理的改革，不少人提出了一些建议和设想，归纳起来主要有以下几个方面。

（一）扩大医院在人事管理上的自主权

医院可以在国家有关方针政策的指导下，制定人员规划，从实际需要出发决定增人或减人。可以决定本院各科室负责干部的任免，报上级领导机关备案。业务技术科室的领导职务也不是终身制，不应论资排辈，而应选贤任能，实行聘任制、招聘制、合同制等办法，作为组织分配制的补充。

（二）人员编制可根据需要定编制

应改变医院规模定编的传统作法，人员编制可以灵活一些。在确定医院人员编制时，不仅要考虑医院的规模，还应该考虑医院承担的任务量、技术水平、装备水平、管理水平以及专科特点等因素。

临床医师担当的床位数亦应按不同等级医院有不同的编制比例。

我国医技科室人员编制比例较低，其中高级技术人员编制比例更低。随着现代化仪器装备和专科建设的发展，检验、放射、理疗等专业人员中的高级技术人员需求量大量增加，应扩大这方面的人员编制。

医院工程技术人员必将伴随我国医院建筑和装备的现代化而相应增加。应按仪器设备的品种、数量、性能配备精密仪器、自动控制、电子仪器、电子计算机等方面的专业人员，并确定相应机构（如医疗设备科）和编制。

（三）提高对人员质量的要求

在医院的人员编制上，只注意数量是不够的，目前我国医院人员质量、素质较差是一个非常突出的问题。今后，除加强培养训练外，还应在人员管理上制订关于人员资历和技术能力的法规，逐步作到：医师（包括技师）应是大学本科毕业生。教学科研为重点的医院，教学、科研人员应具有相当学历、学衔。中级卫生人员，应是中等卫生学校毕业生，中级卫生人员未经大学专科以上学校深造一般不能晋升高级技术人员。同时，应鼓励自学成才，要为自学的人员创造学习条件。只要经国家考试合格，就应承认其资格，与正规学校毕业生同等对待。

（四）实行专业技术人员的合理交流

交流的形式，一是组织调动，将一个医院多余的专业技术人员，调到另一个需要这类人员的医院去，调剂余缺，人尽其才。二是聘请兼职。医务人员可以在完成本职工作任务的前提下，经过本单位领导批准，接受其他单位的聘请，承担技术指导、讲学、授课、参加科研工作等任务，并按有关规定得到相应的报酬。双方单位应签订合同，明确规定有关内容，履行聘用手续。三是借调。这个办法适于在本单位一定时期内没有工作任务，正式调出又有困难的人员。借人单位应与出人单位签订相应的合同，对有关问题（如借用期限、经济补偿等）作出明确规定。四是经上级主管机关批准，公开招聘急需的医务人员。应聘者考试合格后，原单位应予支持，对本单位并不急需的人员，可以允

许办理调动手续。对社会闲散人员应聘者，考试合格后，也可采取合同制的办法录用。双方签订合同，规定聘用期限、应完成的任务以及报酬、福利待遇等。

附录：我国医院现行的人员编制

根据国务院1978年公布的方案，对医院人员编制以及工作量计算和人员配备做了如下规定：

综合医院病床与工作人员之比，根据各医院的规模和担负的任务分为三类：

300床位以下的，按1:1.30—1.40计算

300～500床位的，按1:1.40—1.50计算

500床位以上的，按1:1.60—1.70计算

各类人员的比例是：行政管理人员和工勤人员占总编制的28—30%，其中行政管理人员占总编制的8—10%。卫生技术人员占总编制的70—72%，在卫生技术人员中，中、西医师占25%；护理人员占50%；药剂人员占8%；放射技术人员占4.4%；检验人员占4.6%；其它卫生技术人员占8%。具体编制可参照综合医院编制表（表8-7）。

表8-7 综合医院编制表

适用范围（床）	计算基数（床）	床位与工作人员之比	工作人员总数	卫生技术人员数	其中						行政工勤人员数
					医师 中医师	护理人员	药剂人员	检验人员	放射人员	技术人员其它卫生	
80—150	100	1:1.30—1.40	130—140	91—93	23—24	46—49	7—8	4—5	4	7—8	39—42
151—250	200	1:1.30—1.40	260—280	182—196	45—49	91—97	15—16	8—9	8—9	15—16	78—84
251—350	300	1:1.30—1.50	420—450	298—320	74—80	149—160	24—26	14	13—14	24—26	122—130
351—450	400	1:1.40—1.50	560—600	403—432	101—108	201—216	32—35	19	18—19	32—35	157—168
451—以上	500	1:1.60—1.70	800—850	576—612	144—153	288—306	46—49	27—28	25—27	46—49	224—238

组织编制原则还规定：

（一）医师和护理人员工作量

1. 每名门诊医师每小时门诊工作量（表8-8）

表8-8 每名门诊医师每小时门诊工作量

科别	各科平均	外科	皮肤科	妇产科	眼科	耳鼻喉科	传染科	结核科	内科	小儿科	中医科	口腔科
门诊人次	5	7		6						5		3

说明，1.医学院校附属医院每名门诊医师每小时门诊工作量各科平均为4名。

2.每名门诊医师每小时工作量，外科包括门诊小手术在内，眼、耳鼻喉科包括内眼检查、验光和门诊小手术在内。

3.以上工作量是对一般门诊的要求，对疑难重症和复杂的检查，不受此限。

2. 每名住院医师和护理人员担当病床工作量（表 8-9）。

表 8-9 每名住院医师和护理人员病床工作量

科别	每名住院医师担当床位数	每名护理人员担当床位数		
		日班	小夜班	大夜班
内科、外科、妇产科、结核科	15—20	12—14	18—22	34—36
传染科	10—15			
眼、耳鼻喉口腔科皮肤科	15—20	14—16	24—26	38—42
中医科	10—15	8—10	14—16	24—26

说明：(1) 医学院校附属医院每名住院医师担当病床工作量，各科平均为8～12床。
(2) 设神经内科、神经外科、胸内科、骨科和烧伤科病房的住院医师和护理人员应适当增加，可在本院人员中调配。

（二）临床科室负责人的配备

1. 科主任：25 张床以上的科设科主任，超过 40 张床的可增设副主任。门诊任务较多的科，病床虽少于 25 张床亦可设科主任。门诊及病床任务均较少的科，可由其它有关科主任兼任。

2. 主治医师：25 张床设主治医师，病床虽少于 25 张床，而门诊任务较多的科也可设主治医师。主治医师与住院医师按 1:3—4 配备，医学院附属医院按 1:2—3 配备。

3. 科护士长：各科护士长（助产士长），病床多的科，可设副职。

（三）护理人员和助产士配备

1. 护理人员包括护士和护理员，护士与护理员人数之比以 3:1 为宜。

2. 病房护理人员担当工作量不包括发药及治疗工作在内；为完成发药及治疗工作每 40～50 张床设护士 3～4 人。

3. 门诊护理人员与门诊医师人数之比为 1:2。

4. 住院处护理人员数与病床数之比为 1—1.2:100。

5. 急诊室护理人员数与病床数之比为 1—1.5:100。

6. 婴儿室护理人员数与婴儿床位数之比为 1:3—6。

7. 注射室护理人员数与病床数之比为 1.2—1.4:100。

8. 供应室护理人员数与病床数之比为 2—2.5:100。

9. 设有观察床的护理人员数与观察床数之比为 1:2--3。

10. 手术室护理人员数与手术台数之比为 2—3:1。

11. 助产士人数与妇产科床位数之比为 1:8—10。

12. 病房、门诊、住院处、急诊室、观察室、婴儿室、注射室、手术室、供应室等单位，每 6 名护理人员（助产士）增加替班 1 名。

（四）医技人员配备

1. 检验人员：检验师人数与病床数之比为 1:100—120，其它检验人员数与病床数之比为 1:30—40。血库人员数与病床数之比为 1:60—80。

2. 药剂人员：药剂师人数与病床数之比为 1:80—100。其它药剂人员数与病床数之比为 1:15—18。中药炮制、制剂人员数与病床数之比为 1:60—80。

3. 放射人员：放射医师数与病床数之比为 1:50—60，技术员人数与机器台数之比为 1.3—1.5:1。

4. 理疗人员：理疗医师人数与病床数之比为 1:100—150。其它理疗人员数与病床数之比为 1:50—100。

5. 营养人员：营养人员数与病床数之比为 1:100—130。

6. 病理人员：病理人员数与病床数之比为 1:100—130。

7. 麻醉人员：麻醉人员数与手术台数之比为 1—1.5:1。

8. 口腔科技术人员：根据实际情况编配。

（五）行政管理人员和工勤人员的配备

1. 书记、院长：

有 100—200 床位数的医院设 2—3 人。

有 300—400 床位数的医院设 3—5 人。

有 500 床以上的医院设 4—6 人。

2. 其它行政管理人员的配备：可根据医院科室设置和实际情况需要确定。

3. 病人厨工：按每人担负 25—30 张床计算。

4. 配餐员：按每人担负 40—50 张床计算。

5. 病房卫生员：按每人担当 20—25 张床计算。

6. 洗衣工：按每人担当 25—40 张床计算。

7. 其它工勤人员：可根据实际需要在工勤人员中调配。

王崇一　毛树林　刘铭仁　迟宝兰

第九章　医院思想政治工作

做人的思想政治工作，充分调动和发挥人的积极性，是医院管理的一个重要方面。

思想政治工作研究的对象是人的思想、观点、立场，人们的思想政治状况及其形成变化规律。研究的领域是对现实社会的人进行思想政治教育的手段及其规律；探讨如何在社会实践中，运用这些规律，协调人们的相互关系，把人们的思想行为引向发展社会主义事业需要的轨道，使之在正确思想的支配下充分发挥积极性和创造性。

我们党的思想政治工作的理论基础是马克思主义。在马克思主义基本原理的指导下，在长期的思想政治工作实践中，创立了思想政治工作体系和理论原则，这主要有：关于思想政治工作的作用和特点；关于思想政治工作的根本任务和内容；关于思想政治工作的基本原则和方法；关于思想政治工作的组织领导等等。

医院思想政治工作是我们党的思想政治工作的组成部分，必须遵循思想政治工作的总原则，但它又要着重研究在医院的特定条件下开展思想政治工作的规律。

第一节　思想政治工作的作用和特点

一、思想政治工作的作用

思想政治工作的作用表现在两个方面：它是一切工作的生命线，又是一切工作的保证。

（一）思想政治工作的“生命线”作用

所谓“生命线”的作用，是指党的思想政治工作对广大群众的引导作用和对其他各项工作的保证和服务作用。这主要表现在以下三个方面：

第一，思想政治工作为其他一切工作指明正确的政治方向，保证各项工作沿着社会主义道路前进。

第二，思想政治工作能激发和振奋群众的革命精神，保证全党和全国人民同心同德为实现党在社会主义初级阶段基本路线而奋斗。

第三，思想政治工作能防止各种非无产阶级思想对革命队伍的侵蚀，使广大群众的思想情绪健康向上，朝气蓬勃。

（二）思想政治工作的保证作用

所谓“保证”的作用，是指思想政治工作是建设社会主义物质文明和精神文明的根本保证。

1. 在社会主义物质文明建设方面：

⑴ 只有加强思想政治工作，才能保证各项建设任务的顺利完成。

首先，加强思想政治工作能够进一步端正人们的思想路线，自觉按照客观规律办事，以提高经济效益和社会效益。

其次，加强思想政治工作能够提高广大劳动者的思想政治觉悟和认识能力，自觉地把远大理想同当前的各项任务联系起来，努力完成各项任务。

第三，加强思想政治工作能够不断调整人与人的相互关系，团结一致、互助合作，

同心同德为实现四个现代化而奋斗。

第四，加强思想政治工作，能够逐步提高人们对改革性质的科学认识，清除“左”的或右的错误思想影响，打破不适应四化建设的老框框和传统观念的束缚，保证改革沿着党中央指引的方向顺利地向前发展。

⑵ 只有加强思想政治工作，才能保证生产力不断发展。

生产力包含两个基本因素，即物的因素和人的因素。而人的因素占有特殊重要地位，是生产力诸因素中起主导作用的因素。在生产力中人的因素分为两个方面：一是人的劳动技能，主要是指劳动者对生产、技术、操作等规律的认识和掌握的程度；二是人的劳动积极性，主要是指劳动者的思想觉悟、劳动态度、事业心和责任心等。这两者是互相影响、相辅相承的。人的劳动技能在生产力中起着重要作用。但大量事实证明，人的思想要素在生产力中占有头等重要的地位。思想政治工作是专门做提高人的思想觉悟和调动人们积极性的工作。只要人的思想觉悟提高了，生产积极性和主动性调动起来了，人们就会自觉地提高劳动强度和操作技能，就会积极学习科学文化知识，改进生产工具、革新工艺，采用新技术，改进劳动组织，参与经营管理，直至在生产劳动过程中作出重大发明创造，从而大大促进生产力的发展。

2. 在社会主义精神文明建设方面：在精神文明建设方面，思想政治工作的保证作用主要表现在：

第一，加强思想政治工作是建设社会主义精神文明的根本条件。因为以共产主义思想为核心的社会主义精神文明，不会自发地产生和发展，而是在共产党的领导下，通过艰苦的思想政治工作才能建设起来。

第二，加强精神文明建设的根本任务是培养和造就有理想、有道德、有文化、有纪律的社会主义新人。思想政治工作是塑造人们灵魂和培育新人不可缺少的重要环节，如果离开了它，就不可能培养和造就这样的新人。

第三，加强思想政治工作是保证社会主义性质的文化建设的根本措施。社会主义中国的文化建设，是在我党领导下的社会主义精神生产部门。思想政治工作的作用，就是保证党的立国之本的四项基本原则和走强国之路的改革开放总方针在这些单位中得到贯彻执行，以实现党的思想政治领导，使我们的教育、科学、文化事业都能保持社会主义性质和方向，更好地为社会主义现代化建设服务。

总之，思想政治工作历来是贯彻党的路线、方针、政策，完成党在各个时期任务的重要保证。现在，我国人民正在按照党在社会主义初级阶段的基本路线，以经济建设为中心，坚持四项基本原则，坚持改革开放，建设有中国特色的社会主义。为了推进这一宏伟而艰巨的事业，我们必须高度重视和大力加强思想政治工作。只有充分认识加强思想政治工作的极端重要性，增强做好新时期思想政治工作的自觉性，克服忽视、削弱甚至取消思想政治工作的错误倾向，才能把广大党员、干部和群众凝聚起来，振奋起来，自觉接受党的主张，明确党在新时期的总任务，掌握党的路线、方针和政策，激发“实现四化，振兴中华”的精神和主人翁责任感，以巨大的热情投入和献身于祖国的社会主义现代化事业。

二、思想政治工作的特点

（一）思想政治工作的基本特点

1. 思想政治工作是一门党性和阶级性很强的科学：思想政治工作这门科学是直接为实现党的思想政治领导和实现党的政治任务服务的，是为提高广大党员和干部的思想政治素质服务的，所以具有鲜明的无产阶级党性。它公开声明要用马列主义基本原理教育人、培养人，要把人们的思想逐步引导到无产阶级思想轨道上来，因此具有很强的阶级性。

2. 思想政治工作是实践性和群众性很强的科学：思想政治工作的对象是亿万实践着的人。这就决定了这门科学具有广泛的群众性和很强的实践性。从事这项工作，第一要面向群众，第二要立足于实践。

3. 思想政治工作这门科学是涉及到多种科学知识的综合性科学：我们党的思想政治工作，是建立在马克思主义学说基础之上，并与心理学、教育学、伦理学、社会学和管理学密切联系的一门综合性科学。它要求每个从事思想政治工作的同志，不仅必须学习和掌握马克思主义的基本理论，而且必须懂得其它相应的科学和多方面的知识，这样才能了解和掌握人们的思想和行为的活动规律，提高思想政治工作的理论和实践效果。

4. 思想政治工作这门科学是以理服人的应用科学：做思想政治工作的过程，就是运用马克思主义的普遍真理有针对性地说服教育、以理服人的过程，也是应用科学真理解决思想问题和实际问题的过程。因此，是把理论科学和应用科学溶为一体，着重于实际应用，以理服人的应用科学。

（二）医院思想政治工作特点

社会主义医院的性质、人员构成和它的任务，决定了医院思想政治工作除上述思想政治工作的基本特点外，还有它自己的特点，主要是：

1. 发扬救死扶伤的人道主义精神，全心全意为人民服务，是医院思想政治工作的核心：医院工作对象是渴望医护人员为他们解除疾病痛苦的病人。医院是为群众防病治病，保障人民健康的社会主义事业单位。医院要能最大限度地为病人解除疾病痛苦，不仅需要有先进的仪器设备，医务人员有精湛的技术，而且尤其需要具有高尚的道德品质、能够全心全意为病人服务的思想。因此，医院思想政治工作必须以发扬救死扶伤的人道主义精神，全心全意为病人服务作为核心，高度重视共产主义道德教育和医德教育，努力使每一个医务人员都能象白求恩那样，对病人满腔热忱，极端负责，对技术精益求精，把为病人服务、解除他们的疾病痛苦，作为自己最大的幸福。

2. 充分调动和发挥知识分子的积极性是医院思想政治工作的主要课题：医院是知识分子比较集中的地方。保证党的知识分子政策的落实，加强对知识分子的思想教育，充分调动和发挥他们的积极性，依靠他们办好医院，是医院思想政治工作的主要课题。

医院的思想政治工作，要为党的知识分子政策的落实扫清障碍。要宣传党关于正确对待知识分子的基本观点，有的放矢地做细致的思想工作，帮助那些对知识分子有不正确认识的同志，摆脱“左”的影响和小生产观念的束缚，认识到知识分子是工人阶级的一部分他们也是我们建设社会主义的依靠力量，是社会生产力的组成部分。同时，要加强和改进对知识分子的思想政治教育，帮助他们认识自己所承担的历史使命，逐步克服自己的弱点，努力提高思想政治觉悟。

在对知识分子进行思想政治教育的时候，要注意知识分子的特点，有的放矢，循循善诱。知识分子有学识，懂道理，对新事物敏感，关心政治，有较高的道德修养，上进

心强，要求别人了解他们、信任他们、尊重他们。这就要求医院的思想政治工作要有更高的水平。医院的领导和政工干部，要尽可能懂得一些专业知识，懂得医院管理，有比较广博的学识，和知识分子能够谈得拢。要善于和医护人员交朋友，平等相待，以诚相待，真心实意地依靠他们。要尊重他们，不伤害他们的自尊心，多启发他们自己学习、思索。还要注意到，不同年龄组的医务人员由于处于不同的地位，各有不同的需要和不同的思想活动特点。因此，无论在系统的思想政治教育，还是在日常性的思想政治教育中，都要有所区别，要有针对性。

3. 保证以医疗为中心的各项工作顺利开展是医院思想政治工作的落脚点：医疗工作是医院的中心工作，思想政治工作应当围绕这个中心来进行，并发挥它的保证作用。在内容上，要突出救死扶伤、人道主义、全心全意为病人服务的教育和医德教育；在方法上，要渗透到医疗工作的各个环节中去，紧密结合医疗实践来开展思想政治工作，不能脱离医疗实践搞“两层皮”；在工作面上，重点要放在医护人员上，但同时也要认真做好行政工勤人员的思想政治工作，使全院职工同心协力，团结互助，共同搞好医疗工作和其他各项工作。

4. 做好病人的思想工作是医院思想政治工作的重要组成部分：医院的工作对象是有理智、有感情、有着各种社会联系、既有物质需要又有精神需要的病人。人的心理状态对生理机能和病理变化都有很大的影响。因此，病人的思想政治工作主要是依靠医务人员来做。医护人员在治疗中不但要注意病菌、病毒以及有害的理化因素给人带来的疾病，而且要重视心理的作用，了解病人的思想、情绪、要求，解除他们的思想负担。要待病人似亲人，使他们感到亲切、温暖，并得到精神上的安慰。帮助他们了解所患疾病的有关知识（但不能违背保护性医疗的要求），尽快了解医院，熟悉医院规章制度，适应医院的环境，主动配合医疗护理，用革命乐观主义精神代替消极情绪。只有这样才能提高疗效，促进病人早日恢复健康。同时通过做病人的思想工作，又可以经常听取病人及家属的意见，不断改进医院工作。

第二节　思想政治工作的任务和内容

一、思想政治工作的任务

思想政治工作的根本任务是要用马克思主义教育和培养“四有”新人。用马克思主义教育党员、干部和广大群众，使他们成为有理想、有道德、有文化、有纪律的社会主义新人，提高全民族的思想道德素质和科学文化素质，以适应社会主义现代化建设的需要。目的是教育人们自觉地改造主观世界和客观世界，逐步树立正确的世界观和人生观，更好地参加改造客观世界的实践，现阶段就是参加建设有中国特色的社会主义的伟大实践。改造主观世界，有两方面内容：一是思想意识的改造，二是思想方法的改造。前者属于提高人们的思想觉悟问题，后者属于提高人们的认识能力问题。

思想觉悟问题，主要表现在有崇高的革命思想，高尚的道德品质，顽强的进取精神，饱满的政治热情，正确的理论观点，坚强的开拓意识。这是人们改造世界的动力。党的思想政治工作的一个直接目的，就是要帮助和教育人们具备上述优良思想素质。

提高认识能力问题，是改造世界观的一个重要方面，不可忽视。所谓提高人们的认识能力，主要是指提高人们用辩证唯物论和历史唯物论的思想方法观察问题，分析问题

和分辨是非的能力。所以这个能力也叫做辩证思维能力。做思想政治工作要紧紧抓住这两个提高。

医院思想政治工作的任务是，保证我党思想政治工作任务在医院里的贯彻落实，充分调动全院职工的积极性，不断提高医疗质量，胜利完成各项工作任务。

二、思想政治工作的内容

思想政治工作的内容基本上可以概括为二部分，一是系统的思想政治教育，一是日常性的思想政治教育。

（一）系统的思想政治教育

1. 进行社会主义初级阶段基本路线的教育：党制定了在这个阶段的基本路线，这就是：领导和团结全国各族人民，以经济建设为中心，坚持四项基本原则，坚持改革开放，自力更生，艰苦创业，为把我国建设成为富强、民主、文明的社会主义现代化国家而奋斗。为了使这条基本路线真正深入人心，落到实处，必须对党员、干部和群众进行社会主义初级阶段基本路线的教育。

⑴ 要通过教育提高人们对社会主义初级阶段理论的认识，清醒地判定我国目前的基本国情和在社会主义发展中所处的历史地位。在这个阶段，从社会主义性质来讲，我国社会已经是社会主义社会，我们必须坚持而不能离开社会主义；从发展程度来讲，我国的社会主义社会还处在初级阶段。在这个阶段，我们面临的主要矛盾是人民日益增长的物质文化需要同落后的社会生产之间的矛盾。解决这一矛盾的主要办法，是大力发展商品经济，提高劳动生产率，逐步实现四个现代化，并为此而改革生产关系和上层建筑中不适应生产力发展的部分。

⑵ 要通过教育加深人们对社会主义初级阶段基本路线的理解，牢牢掌握“一个中心，两个基本点”。这是引导我们顺利进行改革和建设的指针，是指引我们沿着正确道路不断前进的根本保证。

一个中心就是，要坚持以经济建设为中心，大力发展社会生产力。

两个基本点，一是要坚持社会主义道路、坚持人民民主专政、坚持中国共产党的领导、坚持马列主义和毛泽东思想这四项基本原则。它是我们的立国之本。只有坚持四项基本原则才能保证经济建设和文化建设的社会主义性质和方向，保证改革、开放和商品经济的健康发展。二是要坚持改革开放的总方针。它是我们要长期坚持走强国之路的基本国策。实践证明，改革是社会主义社会发展的重要动力，开放是实现社会主义现代化的必要条件。只有坚持改革和开放，才能进一步解放生产力，促进社会进步。

这两个基本点互相贯通、互相依存、统一于建设有中国特色的社会主义的伟大实践。坚持四项基本原则和坚持改革开放的总方针，其目的都是为了有个稳定的社会环境，保证和促进经济建设的发展。

2. 进行社会主义和共产主义理想教育：理想教育是思想政治教育的核心内容。所谓理想，就是人们对现实和未来有根据的科学向往和追求，就是人们向往和追求并为之而奋斗的目标。我们所说的理想，是社会主义和共产主义理想。建设具有中国特色的社会主义，把我国建设成为富强、民主、文明的社会主义现代化国家，这就是党在现阶段的奋斗目标和理想，也是全国各族人民的共同理想。实现“各尽其能、按需分配”的共产主义社会制度，这是将来的远大奋斗目标，即我们的最高理想。无论过去、现在和将来，

这个最高理想都是我们共产党人和先进分子的力量源泉和精神支柱。现阶段的理想和最高理想，都是共产主义理想不可分割的组成部分。现在，我们首先要为建设有中国特色的社会主义而奋斗。如果在这个现实斗争中不忠诚、不热情，那就是有意无意地背离共产主义理想，就不是一个自觉的共产主义者。同样，我们在为建设有中国特色的社会主义而奋斗的时候，绝对不能忘记共产主义的最高理想。

3. 进行共产主义世界观、人生观教育：世界观是人们对世界的本质及其发展规律的总的看法。马克思主义者认为，世界的统一性在于它的物质性，物质世界充满着矛盾，并在矛盾运动中发展、前进。物质决定精神，存在决定意识，精神和意识是物质和存在的反映，对物质和存在又有一定的反作用。在社会历史领域里，群众是历史发展的真正动力，人民群众生产活动的矛盾运动是社会发展的最终决定力量。每个人都有一个树立什么样的世界观的问题，都有一个随着实践的发展而不断改造世界观的问题。所谓人生观，是指人们对整个人生的根本观点，它要回答人为什么活着，人的一生怎样渡过才有意义。我们平常讲的幸福观、生死观、荣辱观、审美观、道德观、恋爱观等都是人生观的基本内容。由于人们对这些问题的回答不同，从而形成了不同的人生观。我们党所提倡的是全心全意为人民服务的人生观。这种人生观把人民的利益看得高于一切，自觉地为人民群众谋利益。如果个人利益同人民利益发生矛盾时，就以个人利益服从全体人民的利益，甚至牺牲个人的利益。这种人生观是最崇高的人生观，应当大力提倡。

帮助医院的职工树立共产主义世界观和人生观，最重要的是组织他们认真学习马列主义、毛泽东思想。要帮助医院职工提高学习自觉性。特别是在青年职工急剧增加的情况下，采取各种形式进行马列主义、毛泽东思想的灌输尤其重要。要针对不同的对象，采取不同的方法，提出不同的要求，坚持实事求是，理论联系实际的原则，一切从实际出发，学会用马列主义，毛泽东思想的立场、观点和方法分析问题和解决问题，这是我们党一贯坚持的思想路线。

在进行世界观、人生观教育的同时，还要鼓励医务人员认真学习自然辩证法。自然辩证法是马克思主义哲学的重要组成部分。它研究自然界发展的一般规律，研究自然科学的哲学问题和方法论。它给医务工作者提供正确的自然观、科学观和方法论，使之观察事物分析问题不致僵化，不致囿于一得之功、一孔之见，能够正确认识疾病发生发展的内在联系和本质。随着医学科学的发展，现代化的检查手段越来越多，这对诊断疾病十分重要，但同时也必须警惕机械唯物论的倾向，现代化的检查手段只有与医生对病人的直接观察相结合，才能发挥作用。帮助医务人员学好自然辩证法，可以使他们掌握强大的思想武器，使主观辩证法同客观辩证法统一起来，树立求实的科学作用，就能在医疗和科研工作中取得更大的成就。

4. 进行社会主义和共产主义道德教育：道德教育是人生观教育的重要组成部分。我们所说的道德教育，一是指社会主义道德教育，包括职业道德和社会公德教育等内容；二是共产主义道德教育。这两个方面都是共产主义思想体系教育的重要内容。进行社会主义和共产主义道德教育的目的，是为了在全国各民族之间、工人农民知识分子之间、军民之间、干群之间、家庭内部和邻里之间，以至人民内部的一切相互关系上，建立和发展平等、团结、友爱、互助、高尚的社会主义新型关系。在现阶段，我国普遍提倡的是社会主义道德，它的基本要求是爱祖国、爱人民、爱劳动、爱科学、爱社会主义。在

全社会普遍提倡社会主义道德的同时，还要认真提倡共产主义道德。共产主义道德是人类最高尚的道德，它的基本内容是克己奉公、助人为乐；毫不利己、专门利人；舍己救人，自觉献身。其核心是大公无私的共产主义精神。我们要制定各方面的道德规范，教育人们自觉遵守社会主义和共产主义道德，做一个有高尚道德的人、纯洁的人、有益于人民的人。

对医务工作者还要进行医德教育，医德作为一种意识形态，受着社会制度和阶级关系的制约，是随着社会历史的发展和医药科学的进步而不断充实发展的。社会主义的医德，是遵循共产主义道德的基本原则，结合医务人员的崇高职责而提出的职业道德。其基本原则是：忠诚于人民的健康事业，全心全意为人民服务，发扬救死扶伤的人道主义精神。医务人员的其他行为和规范，都是从这个基本原则派生出来的，都是这一基本原则的具体化和补充。树立良好的医德医风，对促进又红又专人才的成长、医药事业的发展以及对全社会的精神文明建设都有重要影响。关于医德教育的具体内容和要求，本书有专章论述。

医务工作者同时也是科学工作者，应该具有良好的科学工作道德。医务工作者学习、运用、研究医学科学的目的是提高我国科学水平、保障人民身心健康。当有的研究工作必须通过人体进行的时候，必须绝对保证安全、无害，并向受试者如实说明情况，取得同意，绝不允许拿病人练技术。在医疗工作和科学工作中，要大力提倡协作攻关、互相支持、团结合作的精神。

5. 进行爱国主义和国际主义教育：爱国主义，既是重要的政治原则，又是重要的道德规范，也是我们中华民族的优良传统。人们对自己的祖国的热爱、忠诚，对自己祖国命运的关心，是爱国主义道德感情的基本内容。

爱国主义在不同的历史条件下具有不同的内容，而且还具有阶级性。社会主义历史条件下的爱国主义的特点和内容是：首先，社会主义历史条件下的爱国主义是最高形式的爱国主义。社会主义制度建立以后，国家是人民自己的国家，人民成了真正的主人，国家机器不再是用作压迫人民的工具，而是创造和保护人民利益的武器。在这种新的历史下，爱祖国，既包括爱自己的国土、自己的人民、自己的民族文化、自己民族的优秀传统，也包括热爱自己的国家机器。其次，社会主义条件下的爱国主义，其中心点是对社会主义制度的热爱。在社会主义制度下，由于实现了生产资料公有制，个人、集体、国家的利益紧密联系在一起。有社会主义制度存在，才有祖国的强大，家庭的幸福和个人的光明前途。所以，爱社会主义制度，就成为社会主义条件下爱国主义的内容。再次，社会主义条件下的爱国主义带有巨大的建设意义。社会主义只有在比资本主义制度更高的劳动生产率的基础上，只有在建设高度的物质文明和精神文明的基础上，才能获得胜利。一个人是否真正爱国，首先就要看他是否真心实意地为四化出力，全心全意地做好自己的本职工作，是否有坚定的民族自信心。最后，社会主义条件下的爱国主义是和无产阶级国际主义完全一致的。无产阶级的国际主义，是关于世界无产阶级、劳动者的国际团结互助合作的思想，是以无产阶级的集体主义原则为基础的。它要求世界上一切民族的无产阶级联合起来，反对资产阶级剥削和民族压迫。无产阶级既是爱国主义者，又是国际主义者。

在医院进行爱国主义和国际主义教育，除了在理论上懂得什么是爱国主义和国际主

义外，还要抓好以下几个问题：

第一，要教育医院的职工特别是青年职工，学一点历史，特别是学一点鸦片战争以来的近代史。要教育医院职工深信没有中国共产党就没有新中国，坚信只有社会主义才能救中国。

第二，要把爱国主义精神贯穿到自己的工作中去。要竭尽全力做好本职工作，为社会主义祖国这座大厦添砖加瓦。

第三，要热爱中华民族的文化遗产。对医务工作者来说，就是要正确对待祖国医学遗产，积极发掘、整理提高，努力丰富和发展我国的医学科学，而决不采取民族虚无主义的态度。

第四，积极参加对外文化交流，特别是扩大同第三世界国家和人民的合作。我们每年向第三世界国家派出医疗队，接受外国留学生、进修生来华学习，这都是我们应该做的工作，每一个医务工作者，都应积极参加这项工作。

6. 进行坚持勤俭持家、勤俭办院、勤俭建国、勤俭办一切事业的教育和发扬艰苦奋斗的创业精神的教育，是医院思想政治工作的重要内容之一。我们提倡艰苦奋斗精神，是我们目前面临的困难和任务所决定的，更是由我国所处的历史发展阶段的特点和我们党在这个历史阶段要实现的目标所决定的。我国当前在经济建设方面还存在着许多困难，治理整顿、深化改革的任务很重。要压缩固定资产投资规模，控制消费基金的过快增长，过几年紧日子，需要全党和全国人民发扬艰苦奋斗精神。但这绝不是说提倡艰苦奋斗只是一种权宜之计。我国还处在社会主义初级阶段，生产力发展的水平还很低，经济基础和文化基础都相当落后，要在本世纪末达到小康水平并非易事，要在下个世纪中叶达到世界上中等发达国家的水平更是十分艰巨，除了长期艰苦奋斗，我们别无选择。

提倡艰苦奋斗，不仅对物质文明建设有重要意义，它本身就是精神文明建设的重要内容，是正党风、正社会风气的重要内容，是培育、造就亿万“四有”新人的重要内容。艰苦奋斗，表现出一种奋发向上、锐意进取的精神，一种不怕任何困难和压力的精神，一种为人民利益而乐于奉献的精神，这种精神体现了中国人民自立、自强、自尊、自信的民族自尊心，体现了中国工人阶级和各族劳动人民的本色，体现了中国共产党的本色和社会主义制度的本色。

我们所说的艰苦奋斗不是一个只限于生活范围的概念，而是一个贯穿于工作、生活的全过程的概念，是贯穿于人的全部实践活动的概念。要实现振兴中华的远大目标，我们在生活上发扬艰苦奋斗的精神，量入为出，克勤克俭，注意节约，反对浪费，是完全正确的。但是仅限于此还不够，还要在工作和改革开放的事业中发扬艰苦奋斗的精神，以自己的智慧和辛勤劳动，为祖国、为人民创造更多更好的物质产品和精神产品，促进生产力的迅速发展，促进社会的全面进步，促进人们物质文化生活水平的提高。

艰苦奋斗不只是对广大人民群众的要求，更主要的是对各级领导干部的要求。各级领导干部是否以身作则，对整个社会有极大的影响。我们党的历史反复证明，一个干部要得到群众拥护，一要自身艰苦奋斗，二要关心群众疾苦。如果领导者只是口头上说“艰苦奋斗”，而实际上却贪图安逸、追求享受，那么你讲的那一套有多少人相信呢？唯一的结果只能是助长腐败之风。因此，提倡艰苦创业精神，有助于克服腐败现象，有助于密

切联系群众。

治理整顿、深化改革，离不开艰苦奋斗。实现四化，振兴中华，离不开艰苦奋斗。中华民族的前途和命运系于艰苦奋斗。我国卫生事业的发展也离不开艰苦奋斗，因此要加强对医院全体职工进行发扬艰苦奋斗精神的教育。

医院在进行艰苦奋斗教育时，一定要与贯彻“勤俭办医院，树立全心全意为人民服务的医疗态度”医院工作的方针结合起来。医院工作的这一方针，是1957年第一届全国医院工作会议根据周恩来总理的指示而确定的。实践证明，这个方针是完全正确的。由于种种原因，这一方针没有始终一贯地坚持，因此有必要在医院工作人员中进行一次医院工作方针的再教育，以便继承和发扬我国医院工作的光荣传统，使“勤俭办医院，树立全心全意为人民服务的医疗态度”这一正确的方针在新的历史时期重新得到贯彻落实。

（二）日常性的思想政治教育

紧密结合现代化建设的实际和人们的思想实际，有针对性地，及时有效地搞好日常教育，是思想政治教育内容的重要组成部分，日常教育的内容很丰富，概括起来主要是以下五个方面。

1. 进行国内、国际形势教育：教育群众正确认识形势，对于积极正确地贯彻党的路线方针政策，完成党和国家的各项任务，增强对社会主义事业的信心，是非常重要的。为此，要定期向党内外群众讲解国内，国际形势，特别是经济体制改革和政治体制改革不断深入以后的新形势，回答人们思想上的疑虑，澄清一些不正确的认识。讲形势一定要注意实事求是，把真实情况告诉群众，既要讲好的方面，以振奋人心，又要讲存在的问题，以保持清醒头脑。

2. 进行正确处理国家、集体、个人三者利益关系的教育：在我们社会主义国家里，国家、集体和个人三者利益从根本上说是一致的，但也存在着矛盾。正确处理这些利益上的矛盾，就会调动各方面的积极性，推动社会主义建设的发展。为此，就必须努力做到：第一，要正确认识国家、集体、个人三者之间的利益关系，实行统筹兼顾的方针。第二，要以正确的态度对待三者之间的利益矛盾，坚持国家利益高于个人利益和集体利益的原则。第三，在保证国家和集体利益的前提下，要尽可能照顾群众利益，改善人民生活。

3. 进行社会主义民主，法制和纪律的教育：进行民主、法制和纪律教育，对于调动群众的积极性，巩固安定团结的政治局面，维护正常的工作、生产和社会秩序，有着重要的意义。社会主义民主的基本精神就是人民当家作主。政治体制改革的内容，就是要建立社会主义的民主政治，保证人民当家作主的权利。民主和法制、纪律不可分。社会主义法制体现人民意志，保障人民的合法权利和利益，调节人们之间的关系，规范和约束人们的行动，制裁和打击各种危害社会的不法行为，对腐败现象作斗争。纪律是一定社会一定组织的成员共同遵守的行为规则。

4. 进行革命传统教育，振奋艰苦创业精神：革命传统是革命先烈、革命先辈前仆后继、英勇奋斗的光辉事迹和革命精神，是我们党的优良作风和光荣历史。进行革命传统教育，就是继承、发扬这些优良传统的革命精神。随着社会不断前进，伟大而艰苦的革命战争年代离我们越来越远，如果不对新一代进行革命传统教育，革命先烈流血牺牲的

英雄事迹和革命先辈留给我们的宝贵精神财富就会被遗忘，就会使英烈和先辈们的大无畏精神的光辉形象在人们意识中逐渐消失，就会忘记我们党的优良传统和光荣历史。在新的历史时期，我们要采取各种有效形式和措施进行革命传统教育，使党的优良作风和革命精神代代相传。

5. 进行科学文化、业务知识、又红又专的教育：社会主义新人，既是有理想、有道德、有纪律的人，又是有文化、有知识、又红又专的人。所以，进行科学文化、业务知识和又红又专的教育，是思想政治工作不可缺少的重要内容。我们必须有计划有领导地通过轮训、培训、进修、刊授、函授、自学以及开办和选送到各种学校学习等形式，不断提高党员、干部和群众的文化素质和业务素质，使我国人民成为既有较高的思想政治觉悟，又有一定的科学文化知识的社会主义新人。

第三节　思想政治工作的基本原则和方法

一、思想政治工作的基本原则

思想政治工作最基本的原则是对人们进行教育工作、说服工作，而不是采取强制性的、压服的办法。医院思想政治工作也是这样。这是因为，思想政治工作要解决的是人们的思想问题，“凡属于思想性质的问题，凡属于人民内部的争论问题，只能用民主的方法去解决，只能用讨论的方法、批评的方法、说服教育的方法去解决，而不能用强制的、压服的方法去解决”。（毛泽东：《关于正确处理人民内部矛盾的问题》，人民出版社，第6页）从这样的总原则出发，思想政治工作的基本原则可以概括为以下几项：

（一）坚持理论和实践相结合的原则

理论和实际相结合，是马克思主义的根本原则，也是我们党的三大优良作风之一。理论和实际相结合有两层意思：一是坚持学习革命理论，掌握马克思主义的立场、观点和方法；二是坚持从实际出发，实事求是。就是说，革命理论要面向群众、面向实际，密切结合群众的思想和工作实际，解决群众的各种实际问题。这样，思想政治工作才能有的放矢，取得好的效果。要做到理论和实际相结合，最重要的一条就是实事求是，因人制宜，不回避群众最关心的实际问题。

（二）坚持发扬民主与集中指导相结合的原则

把党的民主集中制的组织原则运用于思想政治工作，是正确处理上级关系和领导与群众关系的准则。

首先，要发扬民主，教育者和被教育者平等相处，要尊重群众的民主权利，以平等的态度交流思想，交换意见，正面引导，说服教育。而决不能以教育者自居，凌驾于群众之上，板起面孔训人。

其次，必须充分相信群众，善于发动群众自己教育自己。由群众根据切身实践经验作出判断，常常比领导者的报告具有更大的说服力。

再次，要在发扬民主的基础上，加强正确指导，实行集中指导下的民主。实行这一原则的实质，就是要正确处理领导与群众的关系，做到领导与群众相结合，以便调动领导和群众两个方面的积极性。

（三）坚持思想政治工作结合经济和业务工作一道去做的原则

思想政治工作结合经济和业务工作一道去做，是根据马克思主义关于政治与经济的

辩证统一关系原理提出来的，也是我们党在社会主义建设中做思想政治工作历史经验的科学总结。事实上，干部和群众的许多思想问题，都是在经营管理、生产劳动和业务工作的过程中产生的。而检验思想政治工作的实践效果，主要看它是否促进了经济工作和业务工作。为了做到两者很好地结合，第一，要坚持思想领先的原则，积极主动地把思想工作做在前头。第二，要坚持为生产建设和业务工作服务的原则，把引导、保证和服务统一起来。第三，政工干部要主动深入经济、业务工作第一线，把思想教育渗透到经济和业务工作的各个环节中去。

医院的思想政治工作必须结合着各项业务工作一道去做，渗透到人们的各项活动中去，包括业务活动、社会活动、文化活动、直至家庭和个人生活等，这样才能真正发挥它应有的作用。要了解医护人员在抢救重危病人的时候，在治疗病人过程中出现曲折和复杂情况的时候，在做危险性较大的复杂手术的时候，在开展新技术、新疗法的时候，在外出会诊抢救和执行临时救灾任务以及出国、进藏的时候，在医疗工作中有突出成绩或者出现医疗差错和事故的时候，在和周围的医护人员、兄弟科室、行政管理及后勤部门发生矛盾的时候，在和病人发生矛盾或出现纠纷的时候，思想上可能出现或已经出现的问题，及时帮助解决，把思想工作做在前面。同时要抓好日常性思想政治教育工作。医院职工往往在住房、提职、工资福利、同志关系、干群关系、医患关系、家庭关系、邻里关系上遇到矛盾，产生一些思想问题。这些问题常常不是只靠作报告、上政治课所能解决的，思想政治工作人员必须善于及时做好细致的思想政治工作，解开思想疙瘩，使之心情舒畅，积极向上。

（四）坚持物质鼓励与精神鼓励相结合的原则

思想政治工作是调动人的积极性的工作。而驱使一个人产生积极行为的动力，离不开人们对一定的物质和精神需要的追求。坚持物质鼓励与精神鼓励相结合的原则，就是针对人们对这两个方面的需要而提出的。物质鼓励，就是运用物质利益的原则来满足人们一定的生理需要和物质要求，调动人们的生产、学习和工作的积极性。精神鼓励，就是运用表扬先进，给予荣誉等办法来激发人们的事业心，鼓舞人们上进，调动其积极性。物质鼓励与精神鼓励两者互为补充，相辅相成，缺一不可。否认物质鼓励的原则，不关心群众物质利益，会挫伤群众的积极性；只讲物质鼓励，不讲或少讲精神鼓励，将会导致“金钱万能”、唯利是图，使人们失去了精神支柱，走入歧途。

（五）坚持解决思想问题与解决实际问题相结合的原则

人们的思想问题往往同他生活中存在的实际问题联系在一起。因此把关心医院职工生活，作为思想政治工作的重要部分，这也是我们党的思想政治工作的一个优良传统和成功的经验。这项工作做好了，思想政治工作就会有更大的吸引力、凝集力和感染力。大量的事实说明，激发一个人产生积极行为的动力，离不开人们一定的物质和精神的需要和追求。我们对合理的要求，要认真解决，尽量为群众创造一个良好的生活、学习、工作环境和条件，对一些暂时不能解决的问题，不要乱许愿，而要向群众说清楚，使群众了解情况，共同克服困难。

在注意解决群众的物质利益的同时，要注意振奋群众的革命精神。精神和物质在一定条件下可以互相转化，这是马克思主义的一条基本原理。人是要有一点精神的，在改造客观世界的过程中，在大体相同的物质条件下，由于人们的精神面貌不同，必然会产

生不同的结果。要教育群众发扬艰苦奋斗，勤俭办一切的精神，要正确处理国家、集体、个人三者利益的关系，要使人们从所见所得的实际利益中，认识整体与个体发展的密切关系，使个人和集体能够经常保持一种内在的动力，并且尽力把个人动力和集体动力融为一体，使群众为统一的目标而奋斗。

（六）坚持身教同言教相结合，身教重于言教的原则

思想政治工作，经常大量的是做说服教育、以理服人的工作。但是，仅仅靠讲道理是不够的，必须把言教与身教结合起来。事实上，有些道理主要不是讲出来的，而是做出来的，这就要求各级领导和政工干部，必须重视身教，以自己的模范行动影响和教育群众。要求群众做到的，自己首先做到；要求群众不做的，自己首先不做。言行一致，这是党的领导干部和政工人员应有的本色。当然，我们在身教时，绝对不能忽视言传，如果见了群众不宣传，听到错误言论不批评，见了错误行为不制止，同样是不对的。

（七）坚持表扬与批评相结合，以表扬为主的原则

辩证唯物主义告诉我们，客观事务的发展总是不平衡的。在我们社会里，既有先进，也有后进；既有积极，也有消极；既有光明，也有阴暗。这就要求我们必须旗帜鲜明地表扬先进，鞭策后进，批评消极和阴暗面，切实把表扬和批评结合起来。这是思想政治工作有战斗力的重要标志。就一个集体来说，其进步面、积极面、光明面和正确面是主流，这就必须坚持以表扬为主的原则。这就一个同志来说每个人都有优点和缺点，应发扬优点、克服缺点，经过批评与自我批评化消极因素为积极因素。批评和表扬都要实事求是，都是为了教育人，调动人们的积极性，团结一致，搞好工作。

（八）坚持耐心教育与严格纪律相结合的原则

耐心地进行思想政治教育，是党的思想政治工作的优良传统。只有耐心地摆事实讲道理，关心人，体贴人，才能提高思想教育的效果。然而说服教育不是万能的，对那些严重违反纪律，屡教不改者就应该实行纪律处分。实行纪律处分，也是一种教育形式，是说服教育的辅助手段。正确的纪律处分，对于那些沿着错误道路滑下去的人来说，能起到悬崖勒马的作用，而对广大群众来说，防微杜渐，也是一种教育。

二、思想政治工作的基本方法

我们党在几十年的思想政治工作实践中，积累了不少成功的经验，形成了许多有效的方法。大体可以概括为以下十种基本方法：

（一）说服教育，以理服人

解决思想问题和认识问题，必须坚持说服教育、以理服人的方法。首先，说理要有针对性，注意因人施教；第二，要坚持“三不主义”，不搞“左”的一套；第三，要掌握说理的艺术，提高说理的效果；第四，要通过多渠道的协商对话，有的放矢地解决思想认识问题。实践证明，只有掌握了上述方法，才能使革命道理成为打开人们心灵的钥匙，真正做到以理服人。

（二）关怀体贴，以情感人

要使思想政治工作取得良好效果，必须做到情真理切，情理结合。否则，即使道理讲得再好，也不能打动人心。我们所说的“情”，主要是指有共同目标，共同理想的同志感情和朋友感情。要建立这种真挚感情，就要关怀体贴群众，密切联系群众，尊重信任群众，热情帮助群众，真诚爱戴群众。实践证明，“爱”是“情”的基础，“情”是爱的表

露。有了对群众的真诚热爱，才能同群众建立起深厚的感情，真正做到以情感人。

（三）树立榜样，典型示范

先进典型体现着时代的风貌，代表着社会主义事业的方向，是人们学习的榜样。为此，我们必须善于运用先进典型做思想教育工作。首先，要善于发现典型，培养典型，实事求是地宣传典型。其次，要以科学的态度对待典型，既要关心爱护先进人物，又要严格要求他们，使其健康成长，永远不脱离群众。再次，还要教育群众正确认识和对待先进典型，既要虚心学习先进，又要努力争当先进，形成学赶先进的局面。

（四）抓好中间，促进两头

抓两头，带中间，这是传统的思想政治工作方法。由于一个单位处于中间状态的人数往往比较多，所以思想政治工作必须抓两头带中间与抓中间促两头结合起来。这不仅符合着眼于教育大多数的原则，而且有利于打开思想政治工作的新局面。要做好“中间层”群众的工作，首先必须加深对“中间层”群众教育工作重要性的认识。由于他们平常不冒尖、不闯祸，既不像先进分子那样引人注目，又不像后进分子那样叫人操心，所以领导对这部分人容易忽视。其实，这部分群众人数最多，他们的思想情绪和觉悟程度，关系着整个职工队伍的素质问题。所以必须重视对他们的教育工作。其次，必须摸透他们的心理特点，采取恰当方式，促进中间层分化，向先进靠拢，从而壮大先进层，缩小中间层，影响后进层。

（五）帮助后进，促其转化

后进群众虽然所占比例小，但是绝对数不少，活动能量颇大，影响着“两个文明”建设和社会风气。为此，必须积极帮助后进群众，做好后进向先进的转化工作。首先，要采取正确的方针和态度，满腔热情进行帮助。其次，要有信心和耐心，深入细致地做思想工作。对他们的要求不能过高过急，不能因为出现“反复”就失去信心。要主动关心他们、尊重他们、严格要求他们，但绝不能歧视他们，要善于针对每个人的特点，运用其自身的积极因素克服其消极因素。

（六）掌握个性特征，一把钥匙开一把锁

一把钥匙开一把锁是我党做思想政治工作行之有效的方法。因为，它符合矛盾特殊性的规律，符合人们的个性心理特征。人的个性主要包括兴趣、习惯、智能、气质和性格五个方面，其中性格是个性的核心。性格是一个人在待人处事方面所表现的如何对人、对己、对事、对物的基本心理特征的综合。我们做思想工作，就要注意人们的性格，同时还要注意人们的气质、智能、习惯和兴趣，这样才能真正做到对症下药和一把钥匙开一把锁。

（七）掌握心理活动规律

人们的行为和表情是受心理支配的，而心理活动是由客观外界引起的，又会在人的行为和表情中表露出来。我们认识了客观外界、心理活动和行为表情的内在联系，就能通过仔细观察客观事物和人们表情行为的变化，了解人们的心理活动，掌握心理活动规律，增强思想工作的预见性和主动性。人的心理活动大体分认识、感情、意志三个过程，要掌握人们心理活动规律，就必须研究这三个过程的活动规律和每个人的心理特征。

（八）生动活泼，寓教于乐

生动活泼，寓教于乐，是增强思想政治工作吸引力和感染力的有效方法。所谓寓教于乐，是指要把思想教育与生动活泼、丰富多彩的教育方法、形式和各种文化娱乐、体育活动等结合起来，使人们在各种有意义的活动和文化娱乐中受到深刻教育，但必须防止出现趣味性替代思想性，乐中无教的倾向。

（九）自我教育，互相影响

自我教育是指党员、干部和群众自觉学习革命理论、自觉联系实际解决思想问题和改造世界观的过程。我们要引导群众善于自己做自己的思想工作。在自我教育中，自我修养，自我批评，自我反思是一种好方法，要大力提倡。在自我教育的同时，还要提倡互相帮助，互相影响，互相批评监督。广泛开展谈心活动，这是群众互相教育的一种好方法。实践证明，只有把自我教育与互相教育结合起来，才能使思想政治工作具有广泛的群众性。

（十）运用社会舆论力量，创造良好的社会环境

社会主义精神文明建设是一项全社会的工作。各行各业都要自觉地担负起精神文明建设的责任，为思想政治工作创造一个良好的社会舆论和社会环境。实践证明，健康的社会风气、良好的社会秩序、崇高的道德风尚、和谐的同志关系，既是思想政治工作成果的综合反映，又是卓有成效地开展思想政治工作的必要条件。两者紧密相联，互为因果。否则你在单位辛辛苦苦进行了理想教育，略见成效，可群众到社会上一接触不良现象，心一下子就散了。这是思想工作效果受影响的重要客观原因。所以，必须综合治理，造成良好的社会风气。只有全党、全社会一起努力，造成一种强大的社会舆论力量，形成一种健康向上的社会风气，思想政治工作才能卓有成效地开展起来。

第四节　思想政治工作的组织领导

一、建立精干的思想政治工作机构

医院思想政治工作党委要全面领导，建设一支精干的、专兼结合的思想政治工作队伍和精干的思想政治工作机构。我们所说的思想政治工作机构，主要是指党的工作部门，其中要特别加强党委的宣传部门和各基层党支部的建设。

按照革命化、年轻化、专业化、知识化的方针配备必要数量的政工干部，是建立和健全思想政治工作机构最基本的问题。目前医院政工干部队伍，从总体上说是一支较好的队伍。但是，这支队伍，无论从组织上和思想上，都存在着同新形势、新任务不相适应的状况，必须按照“四化”方针，调整政工干部队伍结构，选拔优秀人才，以提高这支队伍的战斗力。

二、建立群众性的思想政治工作网

思想政治工作是一项群众性的工作，靠一个部门或几个人是不行的，必须在党委的领导下，以党的组织、行政部门和工会、团组织等为基点，确定专职或兼职思想政治工作人员，形成上下联系、左右配合的思想政治工作网。

行政、医疗和其他业务部门，不仅要负责抓好行政和业务工作，还要负责抓好思想政治工作。这是新时期“两个文明一起抓”的战略方针所要求的。在党委直接领导下的宣传和组织部门和行政、医疗等其他业务部门应共同做好本单位群众的思想政治工作，这是结合行政、医疗等业务工作进行思想政治教育的重要组织措施，也是群策群力做思

想政治工作中一个重要环节。

三、思想政治工作制度

为了加强对思想政治工作的组织领导，提高思想政治工作的水平和效果，明确政工人员的职责，便于对政工人员进行考核，要建立健全以岗位责任制为中心的必要的规章制度。如会议制度、政工人员学习和培训制度、调查研究制度、思想分析制度、谈心制度、考核制度等。这样才能使思想政治工作科学化、经常化、制度化，使政工人员有章可循。当然，建立一些什么样的制度，制度的种类和内容，要从各单位的实际出发来制定，切不可搞形式主义、教条主义的东西，把生动活泼的思想政治工作搞得死气沉沉。

四、政工干部应具备的基本素质

思想政治工作队伍建设的核心问题，是提高政工干部的素质问题。首先是提高政治素质。所谓“政治素质”，主要是指政治立场、思想观点等基本条件。其中政治立场表现在：坚定不移地坚持党在社会主义初级阶段的基本路线，正确理解一个中心和两个基本点；百折不挠地执行党的路线、方针和政策；时时处处维护党和人民的根本利益，积极正确地同各种错误倾向进行斗争等。其中思想政治观点表现在：坚持社会主义和共产主义事业必胜的基本观点，坚持全心全意为人民服务的基本观点，坚持党的群众路线的基本观点等。

其次，必须具备高尚的品德素质，身教胜于言教。为了做好别人的思想政治工作，政工干部本身必须具有较高的道德品质和正派作风。要具备高尚的品德，必须具有正确的人生观，对于党员干部来说，就是要有共产主义的人生观，把党和人民的利益看得高于一切。这样才能做到大公无私、先公后私、公而忘私、毫不利己、专门利人；才能做到言行一致，表里如一、光明正大、谦虚谨慎、大度待人和积极正确地开展批评与自我批评。

再次，必须具有丰富的知识素质。政工干部具备丰富的科学知识，才能比较容易地了解和掌握人们心理和行动的活动规律，拨动人民的心弦，收到好的效果。要具备理论知识，就是要具有马克思主义哲学、政治经济学、科学社会主义和党的建设等方面的基本理论知识，要具备历史知识和当代世界政治、经济的基本知识；要具有我党关于思想政治工作的基本理论和实践经验的知识，以及与思想政治工作密切相关的马克思主义心理学、教育学、伦理学、社会学、管理学等方面的知识。

第四、必须具有较好的才能素质。才能素质，主要是指政工干部必须具有较好的说理才能、写作才能、组织才能以及科学的工作方法等。说理才能，主要是指要善于摆事实、讲道理、以理服人，善于进行宣传鼓动。写作才能主要是指文字表达能力，包括善于写作、善于运用文字形式进行思想教育等。组织才能，主要是指要善于组织和调动各方面的力量来开展工作的能力。科学方法，主要是指符合人们思想和行为活动规律的工作方法。

五、政工干部的培养和提高

政工人员的培养和提高，要坚持经常、定期的集中培训是加强政工队伍建设的重大措施。首先要认识到培训提高政工干部的重要性和迫切性。其次，要设立培训机构，建立师资队伍，编写培训教材，安排课程设置，制定培训制度，使广大政工干部通过各种途径和形式得到专门的培训和提高。要关心政工干部的成长，在组织制度上要保证政工队伍的稳定性，在医院政治体制改革中政工队伍的地位和作用不可忽视。

王文新　杜尚信

第十章　医务工作职业道德

第一节　医务工作职业道德的含义和特点

医务工作职业道德（以下简称医德）属于职业道德的范畴。

医德是调节医务人员与病人、医务人员之间以及医务人员对集体、国家之间的关系的行为规范总和，它对提高医疗质量、改进医院管理、发展医学、培养人才都有积极的影响。医德作为一种职业道德，是医务工作者在医疗保健实践中形成和发展起来的。医务工作者在自己的职业生活中形成了关心与爱护病人的道德心理、道德观念，承担了竭力挽救病人生命的社会义务。

在阶级社会里，医德作为一种职业道德，不能不体现阶级道德的要求，并受其影响。例如，巴比伦创业主制定的法典中规定：如果医生用青铜披针治上等人因而使其死亡，绳以断手之罪；如果死者是奴隶，则罚奴隶身价之半。印度摩奴法典规定：医生治疗病人造成事故时，要受罚金处分，其数目大小依病人的阶级而定。在封建社会中居统治地位的孔孟思想，对我国历代医德传统发生了深刻的影响，如把医学称为“仁术”，就是儒家的道德观念在医学中的体现。在资本主义社会，医务伦理道德中也反映了资本主义生产资料私有制的基本关系，医生和病人之间的关系也受金钱关系、商品关系的影响和制约。诊断、治疗、手术、护理、配药、化验等都离不开金钱的支配。虽然规定了医生对待病人应该人人平等和一视同仁等道德规范，但在实际上是不能完全做到的。因此，在阶级社会里，医德无法摆脱社会的局限性。社会主义制度消灭了剥削和压迫，开辟了医学真正为全体人民服务的道路，使医德升华到了一个新的阶段。

医德不仅受到阶级道德的影响，而且受社会公德的约束，体现社会公德的要求。它具有明显的继承性，每一个时期的医德都继承了历史上优秀的医德传统，并有所发展。如在中外的医德传统中强调：医者必须一切以病人的利益为根本。在这方面，我国古代传统的医德中，蕴藏着丰富的内容。如唐代名医孙思邈在《备急千金要方》中论述了医生的道德品质和医疗作风。要求医生“若有疾厄来求者，不得问其贵贱贫富。长幼妍媸，怨亲善友，华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想”，“勿避险恶，昼夜寒暑，饥饿疲劳，一心赴救”。古希腊医学鼻祖希波克拉底的著名誓言：“我一定尽我的能力和思虑来医治和扶助病人，而决不损害他们”，“无论至于何处，遇男或女，贵人及奴婢，我之唯一目的，为病家谋幸福……务期不陷于腐化和堕落”，成为西方医德的基础，影响非常深远，以迄于今。

随着生产和科学文化的发展，人类道德内容和水平也在不断丰富与提高，在此基础上，现代医学和医德都赋予了人的价值以崇高的意义。世界医学协会、世界健康组织以及国际医学科学组织委员会等组织制定了一系列医学伦理学文件、公约、宣言等，对医学道德规范作了许多规定和建议，体现了人类共同的精神财富。

我国社会主义历史时期的医德，不但继承了历史上医德传统中一切积极的内容，而且，由于它是建立在生产资料公有制的经济基础上的，反映了社会主义社会人与人之间的

同志式的平等的互相合作关系，在内容和水平上，都比以往的医德传统丰富得多，高得多。它是共产主义道德在医务工作职业生活中的具体表现，体现着为人民服务的精神和集体主义的原则。对工作极端负责任，对同志对人民极端热忱，对技术精益求精，救死扶伤、实行人道主义，揭示了社会主义时期医德的核心所在。今后，我国广大医务工作者在自己的职业生活实践中，将会不断丰富医德的内容，提高其水准，为保障人民的健康和建设社会主义精神文明作出贡献。

第二节　医德的基本原则与规范

一、医德的基本原则

关于社会主义医德的基本原则，即医德的核心和内容问题，是当前理论界研究的一个课题。目前，多数同志认为，用“救死扶伤，防病治病，全心全意为人民服务”这一内容作为社会主义医德的基本原则是比较恰当的。这是因为：第一，这一提法反映了社会主义医疗卫生工作的主要特点和医德的基本要求，即社会主义医疗卫生工作，是以防病治病的手段来为保障人民群众健康服务的。医德的最基本要求是处理好医务人员和病人之间的关系，在医疗服务中医务人员应具有良好的道德素养和医疗作风，能全心全意为病人服务。第二，这一提法继承了历史上优良的医德传统，突出的表现就是人道主义，就是同情关心、爱护病人的生命，这是古今中外医德传统的精华所在。第三，这一提法对医务工作者的职业道德水准提出了更高的要求，具有鲜明的时代特点。它要求医务工作者实行人道主义，以全心全意为人民服务作为最高的道德目标，这就集中概括了社会主义社会医德的特点，体现了共产主义的道德。自古以来，都把尊重、同情、爱护病人作为医德的基本内容；14世纪下半期提出了人道主义这一概念，要求尊重人的价值或尊严。但是，它在以往的社会形态里，都受历史的局限。只有在社会主义社会，才真正地实行人道主义，人民群众才能真正享受医疗服务的平等权利，才能在医务工作者和病人之间建立真正的同志式的平等关系。显然，这种新的道德境界，是以往的医德所不能达到的。

二、社会主义医德的行为规范

社会主义医德规范是医务工作者道德行为和道德关系的普遍规律的反映，是在医德基本原则指导下制定的具体行为准则，也是评价医务工作者行为是否道德的具体标准，反映了人民对医务人员行为的基本要求。

医德规范的内容，应具有协调性和进取性两个方面。

所谓协调性，就是通过行为规范的要求，协调各方面的关系，即协调医务人员与病人以及医务人员之间的关系，协调医务人员、医疗卫生事业与整个社会的关系，使这些错综复杂的关系围绕一个轴心促进病人健康的恢复，实现救死扶伤、防病治病的目标。

所谓进取性是指道德规范的要求总是高于一般人的思想和行为要求。社会主义医德规范是共产主义道德原则的具体体现，它要求医务人员具有崇高的理想，追求更高的道德境界，一言一行都力求有利于病人康复，为救死扶伤，实行人道主义而献身。

医务工作者服务的对象是人，其中大部分是病人。他的道德水准的高低，他的行为是高尚还是卑劣，是善良还是丑恶，是公正还是偏私，主要反映在他和病人的关系上。因此，医德规范首先应当在这方面规定医务人员的行为准则。当然，也包括调整医务人

员相互之间、医务人员与社会之间的关系的行为准则，因为，这方面的问题也直接或间接地影响到医患关系，从而影响到对病人的治疗。具体地说，做为医德规范应包括以下几点。

（一）尊重病人

尊重病人，是调整医患关系的主要道德规范。在社会主义社会里，人与人之间的关系是建立在生产资料公有制基础上的同志式的平等互助合作关系，人们在各自的工作岗位上，互相为对方提供服务，“人人为我，我为人人”。医患关系的性质也是这样，相互之间完全是平等的关系。要求医务人员尊重病人的人格尊严，对病人充满同情、爱护之心，满腔热忱地为他服务。应当象孙思邈所说那样：“皆如至亲之想”，充分理解病人的心理状态，处处替他们设想，细心照顾，体贴入微。要鼓励病人与疾病作积极的斗争。耐心倾听病人的意见和要求，即使对轻生的人、犯错误的人乃至触犯刑律的人，也不得侮辱其人格。嘲笑、挖苦、斥责病人，侮辱病人的人格，乃至视人为物，当作自己练技术的对象，随意处置等，对医务人员来说，都是很不道德的，应该受到良心和舆论的谴责。这样，病人就会感到医务人员可亲、可敬、可信，医患关系就会和谐融洽。

尊重病人还包括尊重病人的遗体，例如做尸体解剖，应当表现出十分严肃的态度。

（二）认真负责

对病人极端负责，是人民对医务工作者提出的根本要求，也是医德的重要规范。

医务人员肩负着维护人类健康的崇高使命，对本职工作是认真负责还是疏忽大意，关系到病人的生命安危，涉及到千家万户的悲欢离合。所以，认真负责这一规范在医德中占有特殊的重要地位。

要做到认真负责，首先要时刻想到病人的痛苦安危，把解除病人的疾苦作为义不容辞的义务与责任。

其次，在工作中严格认真，细致周到，一丝不苟，准确及时，不能粗枝大叶，敷衍塞责。为救治病人，要不计个人得失，既勇于承担风险，又不鲁莽从事。要尽自己的一切所能，使病人得到及时、正确的诊断治疗。

对病人是否认真负责，所带来的后果是很不相同的。认真负责，可以使病人得到正确的诊断和良好的治疗，迅速康复，转危为安；反之，则会延误诊断和治疗，甚至使病人伤残或牺牲，出现责任事故和差错。这在临床实践中是屡见不鲜的。所以，缺乏这种认真负责的精神，是不可能成为一个优秀的医务工作者的。

（三）刻苦钻研

刻苦钻研医学科学，对技术精益求精，这不仅是医务人员完成本职工作所必需的，也是对病人承担的一种道德责任。因为，一个医务工作者的医疗技术是否精湛，直接关系到医疗效果的好坏，从这个意义来说，是否刻苦钻研业务技术，在职业道德上对病人是负有责任的；仅仅把它看成个人进取心的强弱或勤奋与懒惰是不够的。所以，刻苦钻研是重要的医德规范。它要求医药卫生人员热爱医学科学和医疗事业，为了人民的健康，对医学科学技术具有强烈的求知欲望和刻苦钻研的精神，并把掌握的医学科学技术运用于医药卫生实践，除了掌握医学知识外，还应了解相关学科的知识，做到博学多闻。在知识上不断吐故纳新，主动吸收新理论、新技术，只有这样，才能不断提高医学科学技术水平，更好地为保障人民健康作出贡献。

一个人的知识总是有限的。在医疗实践中，有很多疑难病症是通过会诊解决的，如果不能虚心听取他人意见，就会贻误病情，甚至造成不可挽救的后果。因此，一方面要向书本学习，一方面要向同行学习，还要善于总结自己工作中的经验教训，在实践中增长才干。

（四）廉洁正直

廉洁正直是社会公德的要求，也是医德行为规范，是医务人员全心全意为人民服务的重要标志。它要求医务人员不循私情，不图私利，光明磊落，正直诚实。

把为病人诊疗疾病，视为自己的本分和应尽的职责。绝不允许利用手中的处方权、手术刀等作为个人谋取私利的手段来勒索病人，或循私舞弊，满足个别人的不正当的甚至是非法的要求，以换取个人的好处。把医患关系变成金钱关系，对于社会主义的医务工作者来说，是道德的堕落。

病人痊愈之后，为了表达自己的感激之情，常常向医务人员赠送礼品，医务人员应当婉言谢绝。

对自己的亲朋同事上级熟人，应与其他病人一视同仁，不予超出医疗需要之外的特殊照顾。同来诊的领导干部之间同样是医患关系同志关系，不可因病人职高位显而做超越医务人员职责范围以外的事，以求达到个人目的。

对自己工作中的失误、差错和事故，要如实报告，不能隐瞒，更不应诿过于他人；需要向病人说明的，应如实说明。一切医疗记录、检查数据必须如实记载和报告，不可弄虚作假。不允许剽窃他人成果，欺世盗名。对周围同志工作中出现的问题，要热情帮助解决。要勇于同各种不良倾向作斗争，说老实话，办老实事，当老实人。

（五）慎言守密

病人对医务人员关于自己所患疾病的一言一行都很敏感，常常因此而影响疾病的治疗。因此，慎言守密是一项医德规范。

医务人员对病情的解释、答复要简单明了，合乎逻辑，既不要因语言不慎造成病人不必要的误解和思想顾虑，也不要因顾忌有失而缄口无言。

医生为了有效地诊治疾病，需要了解病人的家庭史、个人史、婚姻史、个人爱好、精神状态等很多病人不能公开的秘密。医务人员必须心地纯正，有义务为病人保守秘密。决不能心生邪念，做违法乱纪的事，也不能把病人的秘密当作日常谈话的资料，广为传播，这是极不道德的行为。

要鼓舞病人树立战胜疾病的信心。对某些严重的疾病或目前还不能医治的疾病，应对病人保密，实行保护性医疗，以便减轻病人思想负担，使之更好地配合治疗。但对病人家属和单位领导应如实说明病人的病情及预后，并积极做好病人家属的思想工作，避免发生医疗纠纷。

（六）团结协作

团结协作，发扬集体主义精神，这是共产主义道德原则所要求的，也是医疗活动的集体性协作性所规定的。它是调整医务人员相互关系的道德规范。

现代医学的发展，使各专业的分工更加细致，医疗活动离开集体的努力和协作是无法进行的。因此，必须树立整体观念，发扬集体主义精神，摆正自己在集体中的位置，搞好团结协作。要互相尊重，互相支持，尽量把困难留给自己，把方便让给别人。不可

相互托诿，或利用本科室的某种特殊条件，刁难兄弟科室，破坏相互之间的正常关系，给病人造成困难，甚至影响对疾病的诊断和治疗，这是不道德的。

要尊重同行，互相学习，交流经验，技术公开。反对搞技术封锁，或打击别人、抬高自己。工作中发生差错事故时，要实事求是地总结经验，认真开展批评与自我批评，勇于承担责任。反对互相包庇或推诿责任，更不可幸灾乐祸，落井下石。

在处理本院和兄弟医院之间的关系、本院和社会上其他有关单位之间的关系上，也应遵循团结协作的原则。

（七）文明礼貌

文明礼貌是社会公德的要求，也是医务工作者在自己的职业生活中所应具有的道德风貌。

要文明行医、礼貌待患。语言要亲切、温和、文雅。不准在病人面前嬉笑打闹。在病人病故时，态度要严肃，对家属要表示同情和安慰。对病人特别是住院病人应称呼姓名和同志，不应以号码代替。青年医务人员对老年病人应有尊称。仪表要端正，服装要整洁大方。在所有工作场所都要保持肃静。对因公办事人员要亲切接待。在社会上，医务人员待人接物也要讲究文明礼貌，做精神文明建设的楷模。

第三节　医德建设在医院管理中的作用

一、良好的医德是搞好医院管理的伦理基础

首先，医务人员树立了良好的医德医风，就会感到自己所从事的职业是光荣的、重要的，自己的一言一行都和病人的安危相关，对病人承担着道德上的责任和义务。这种道德责任感成为一种内心的信念，就会促使自己热爱本职工作，时时处处以病人利益为重，表现出对医疗事业的忠诚和工作中的主动精神。从而使医院管理工作和医务人员的道德信念统一起来，保证医院管理工作顺利开展。

其次，医院制订的各项规章制度是进行医院管理的重要手段。而规章制度的贯彻执行，也要靠良好的医德来保证。对于具有良好的医德素养的医务人员来说，他会感到遵守和执行规章制度是自然的、理所当然的事，因为这是为了对病人负责。这种内在的动力，促使他们自觉遵守规章制度。就一个医院来说，树立了良好的医德医风，就会成为一种强大的舆论力量，促使医务人员自觉维护规章制度的严肃性和权威性，并在执行规章制度的过程中，表现出创造性和主动性，使规章制度不断完善。

再次，良好的医德，是医务人员抵制各种不正之风，同不良倾向作斗争的强大精神力量。一个医院，要树立良好的院风，单靠行政命令是解决不了的，还必须对职工进行深入持久的医德教育。因为良好的医德医风，作为舆论力量，作为医务人员在自己的职业生活中判断善恶、荣辱、美丑的标准，会使医务人员从崇高的道德信念出发，同各种剥削阶级的腐朽意识形态和形形色色的不正之风自觉地进行斗争，从而使医院正气上升，邪气下降，形成良好的院风。

二、良好的医德是提高医疗服务质量的重要保证

良好的医德医风对提高医疗服务质量的重要意义，可以从两个方面来阐明。

（一）人和技术的关系

技术是由人掌握和运用的。同样的技术，同样的设备，由于医务人员的思想觉悟和

医德修养水平不同，在医疗实践中所发挥的作用带来的结果也大不相同。常常可以看到，有的医务人员技术水平并不很高，但是他对病人认真负责，细心检查，遇到问题认真钻研，虚心求教，采取每一项治疗措施，都经过深思熟虑，因而很少发生漏诊、误诊，治疗效果也好。相反有的医务人员对病人缺乏同情心和责任感，粗心大意，敷衍塞责，操作粗暴，这样的医务人员即使技术水平较高，也常常出现责任性差错和事故，给病人增加痛苦，甚至造成伤残和死亡。还有的医务人员，遇到问题不去钻研，本来可以解决的也不去解决，影响治疗。有的怕苦怕累，随意对病人拒诊，使病人到处奔波，贻误治疗时机。有的拿病人练技术，硬干蛮干，不顾病人死活，等等，这都会对病人的治疗造成严重后果。某市6个市级医院1970—1979年522例尸体解剖中，证实由于医源性原因致死的有22例，其中，用药不当的6例，技术操作不当的11例，护理不当的5例，可以说无一例是纯技术原因造成的，都与医务人员的责任心不强有关。类似情况从反面生动地说明了搞好医德建设对医疗质量是何等重要。

（二）医务人员的医疗作风和服务态度对病人精神心理的影响

医学心理学和心身医学的研究成果表明：人们精神愉快，心理状态良好，疾病治愈就快。而病人的精神心理状态，与医务人员的医疗作风和服务态度有很大的关系。一个医德修养好，对病人满腔热情的医务人员，会使病人感到亲切温暖，增强战胜疾病的信心。正如马克思所说“一种美好的心情，比十付良药更能解除生理上的疲惫和痛楚”；反之，则会使病人增加对疾病的恐惧，甚至失去治疗的信心，精神萎靡，病情恶化。

三、良好的医德是协调医务人员互相间关系的纽带

现代化的医院是一个多系统、多层次的有机结构。医务人员相互之间以及各科室相互之间，由于各自所处的地位不同、条件不同，经常会发生一些矛盾，妨碍工作的顺利进行。出现不协调或发生矛盾的主观上原因主要是为病人利益着想不够，如互相扯皮，来回推诿病人，对兄弟科室提出的检查、治疗项目不予配合，后勤供应部门对医疗科室支持不够等，最后都是给病人带来不便和困难。从这个意义上说，都涉及到医德问题。因此，只有加强医德教育，使医务人员认识到互相协作和支持，是保证病人得到良好的医疗服务的需要，是全心全意为病人服务的体现，是一个医务人员应有的美德，他们才能自觉地互相支持，团结协作，千方百计，共同努力，为病人创造各种方便条件，保证医疗工作和谐一致地顺利进行。

四、良好的医德是加强精神文明建设的重要内容

加强共产主义道德教育，在社会主义精神文明建设中占有十分重要的地位。医院加强医德教育，树立良好的医德医风，既是对社会主义精神文明建设应尽的责任，也是加强精神文明建设的重要内容。

医务人员在自己的职业生活中，不但要接触大量的病人，而且要接触更大数量的病人的家属、同志和亲朋，在工作中表现出来的职业道德风貌如何，既直接影响到对病人的治疗和病人的心理，也对社会人群发生影响。因此，医院应当树立良好的医德医风，成为社会主义精神文明建设的“窗口”。医务人员讲究医德，文明行医，礼貌待患；在日常生活中，也同样严格要求自己，用共产主义道德指导自己的言行，这就用实际行动为建设社会主义精神文明作出了贡献。

医德建设问题，扩延开来说，还包括医院管理中一些道德原则问题，主要有以下四

点。

（一）实行经济管理与维护病人利益的关系问题

从根本上说，实行经济管理，组织合理收入，与病人的利益是一致的。但是，如果忽视社会主义医德的根本目的，单纯追求经济收入，就会出现给病人滥开检查项目、滥开药品，增加病人不合理负担的现象，甚至出现对个别急需抢救而又暂时无钱交费的病人拒诊的现象，违背经济管理的目的。

（二）对患有“不治之症”病人的治疗和弥留病人的最后抢救问题

有的疾病，如某些恶性肿瘤，现在还没有根治办法。从经济角度看，这类疾病的治疗是没有什么效果可言的。但从道德角度看，就应当尽力治疗，力求减少病人痛苦，延长生命。对濒临死亡的病人的最后抢救，也应尽道德上的责任。

（三）防止院内交叉感染问题

这个问题在不少医院都存在，致使病人住进医院，旧病未除，或旧病刚除，又染了新病，延长病人住院时间，增加病人痛苦，甚至造成伤残死亡。这首先是医疗管理问题，同时也是道德问题。因此，不只要从管理上解决这个问题，而且要从医德的角度重视解决这个问题。

（四）承担在社会上临时提出的重大急救任务问题

社会上经常发生肇事、火灾、水灾、地震等种种意外灾害，造成人民群众的伤亡，需要医院进行抢救。医院只要得知这种情况，就应立即行动。对发生在医院附近的灾祸造成的伤员，要立即组织人力无条件地进行抢救；对发生在其他地方的，应向所在行政领导机关争取参加急救；当兄弟医院要求支持时，应尽力支持。如果见死不救，或领导机关下达任务后态度消极，敷衍搪塞，这都是不道德的，应当受到舆论的谴责，乃至对医院领导给以处分。

综上所述，树立良好的医德医风，对于搞好医院管理，提高医疗服务质量，促进社会主义精神文明建设，都有重要意义。因此，医院的党组织和行政领导，应当高度重视和认真抓好医德教育。

第四节　医德教育

医德无论在医务人员的实践活动中，或在医院管理工作中，都有重要的地位。进行医德教育，就是要通过各种途径和方法，帮助广大医务人员树立起共产主义的医德医风，促进医疗工作更好地为病人服务，为社会主义现代化建设服务。

党的第十二次代表大会文件中指出，要在各行各业加强职业责任、职业道德、职业纪律的教育，并且高度肯定了各行各业制定职业公约、守则的活动。这些论述为我们加强医德教育和研究指明了方向。

近年来，各地医疗卫生单位在开展医德教育中，创造了许多良好的经验。从这些经验来看，加强医德教育应注意以下几个问题：

一、要摆好医德教育与建设社会主义精神文明的关系，寓医德教育于整个社会主义精神文明建设的各项活动中

医德是一种职业道德，职业道德是道德思想体系的组成部分，是精神文明建设的重要内容。这就要求医德教育，一方面，在精神文明建设中，要联系卫生战线的实践，抓

好医德教育；另一方面，在进行医德教育时，又不能局限于医德这个范围，要把医德提到精神文明的高度来认识。这样就能更好地帮助我们认清医德教育的性质和意义，把医德教育和建设社会主义精神文明的工作有机的结合起来。

二、必须把医德教育和共产主义人生观的教育结合起来

医德教育的实质，就是要把共产主义的思想原则，渗透到医疗业务中去，形成一种新的职业道德和作风。因此，在医德教育中，不能仅仅停留在说话和气、服务热心等一般问题上，而要引导医务人员认识到，两种不同的服务态度，实际上是两种不同思想体系的反映。我们今天所要树立的医德医风，是以共产主义思想为指导的，远不只是单纯地继承历代医学家的优良医德传统。只有这样，才能使医德教育达到更高的境界。

三、医德教育必须和实际相结合

这就是说，一方面要宣传本地区本单位的各种好典型，使广大医务人员近有所学，远有所追；另一方面要引导医务人员结合自己工作的特点，制定各种具体的规范、守则，提出具体的道德要求。不仅制定一般道德规范，还制定各种具体规范，如护士守则、检验人员守则、药剂人员守则、炊事人员守则等，使道德规范具体化，使各类人员都有所遵循。还可以经过一定的时间，发动医务人员在实践中修订、补充这些守则，使医德教育一步步深入下去。

四、医德教育应该循序渐进，长期反复地进行

医德教育不是讲二三次课，制定一个守则就能解决问题的。应该看到，医德修养境界是和医疗实践紧密相连的。有不少问题，如对病人的感情问题，医生的社会责任感的问题，需要长期的医疗实践，才能真正解决。因此，医德教育应当持之以恒，除了一定时期搞一些集中的教育外，应该结合医疗实践，随时随地进行，循序渐进，不断深化。

五、要发动群众自我教育、互相教育

医德教育可以组织有关人员，或者由领导动手，集中搞一些报告、讲座，组织一些讨论，这是完全需要的。但光靠少数人不够，应该具有广泛的群众性，发动广大医务人员，特别是老年医师和科室负责人言传身教，做出榜样，才能收到切实的效果。不能把多数人放到被动的受教育者的地位上去。还要发动全体医务人员自我教育、互相教育，把大家的积极性都调动起来。这样，就可以形成强大的舆论，使医德医风不好的人感受到舆论的压力，加快思想转化的过程。

关于医德的研究工作，在我国刚刚开始。这项工作不能只靠少数专门人员进行。医院是医德教育和实践的场所，也应是进行医德研究的基地。应从医德教育的实践中总结经验，对医德的内涵和外延、医德的范畴、医德与医院管理的关系、医德教育的原则和方法等，进行深入的研究，形成具有我国特色的医学伦理学体系。

杜治政　丁惠孙

第三篇　医疗管理

第十一章　医疗管理和诊疗组织

第一节　医疗管理的概念和职能

一、医疗管理的概念和意义

（一）医疗管理的基本概念

医院的医疗管理，是指对医院医疗系统活动全过程所进行的组织、计划、协调和控制，使之经常处于应有状态，并对变化了的客观环境有较强的适应性，达到最佳医疗效率和医疗效果的目的。

广义讲，医疗管理也包括技术管理和质量管理。

医院的医疗活动由院内和院外二部分组成。

医院外的医疗活动大多指的是社会医疗服务，主要是地段医疗，包括出院后随访、人群健康检查、疾病普查普治、妇幼保健、优生学服务、医疗咨询、家庭病床等内容。本章只重点研究院内医疗活动的有关问题。

医院内的医疗过程，应是从病人进入医院大门直至出院（离院）的全部过程。

医疗程序大体可划分为门、急诊→住院→康复→离院等几个阶段。

门诊是诊疗活动的第一线，进行一般的或初期的诊疗工作，解决大多数病人的诊疗问题。

急诊是诊疗和抢救急重危首诊病人，留察疑难和未脱离危险期病人。

住院是对各种复杂、疑难重症（包括急、慢性）病人进行全面系统地诊疗，是院内医疗活动的中心环节。

康复是对恢复期病人的诊疗，在我国医院现正在形成一个单独的诊疗阶段。

院内医疗活动过程及程序可参见图 11-1 。

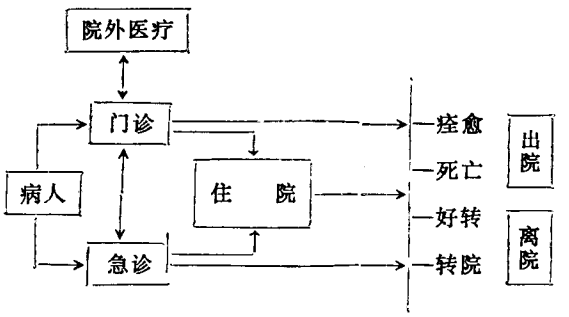


图 11-1　院内医疗过程和程序示意图

在医院里，医疗已不是个体或单项的技术实践活动了，而是一个有机协调的、自成独立系统的整体，即医疗系统参与和完成医疗活动全过程及其各个阶段。

所谓医疗系统，有它自身的结构与功能。医疗系统结构是指组成这个有机整体的各个部分、要素、成分相互结合的方式或构成的形式，以及要素之间形成的相互关系。医疗系统的功能，则是医疗系统在特定环境下所能发挥的作用或能力。

结构控制功能，功能又可促进结构的改变。如何通过对医疗系统内在结构及其内在关系的研究，选择最佳结构形式，使其功能全部发挥出来，是医疗管理的着眼点。也就是说，在组织管理医疗活动中，应当运用科学管理的思想和方法，合理地组织人力、物力，充分发挥医院现有技术、设备的效能，而取得最佳的医疗技术经济效果，则是医疗管理的基本目标。医疗工作量完成的多少、医疗质量的优劣、医疗技术水平的高低、医疗经济效益的大小，即是一个医院医疗管理水平的综合反映。

（二）医疗管理的作用

医院医疗管理的作用，主要有两个方面：

1. 医疗管理是完成医院任务的主要手段：医院的基本任务是医疗，即医治身心患病的病人，抢救伤害垂危的患者，提高人群健康水平，为社会物质文明和精神文明建设提供有创造能力的人力资源。而医疗任务主要靠医疗活动去实现。所以说加强医疗管理，提高医疗系统的能力，则是保证医院任务完成的重要手段。医疗工作是医院工作的中心。从这个意义讲，医院管理者特别是领导者就应该经常把注意力和主要精力放在医疗管理工作上，不仅直接指挥，而且要亲自参加管理实践。

另外，医疗任务完成的好与坏，不仅表现在数量方面，首要的是看它的效果如何。也就是说，第一位的问题是质量，是高效率、高质量的医疗效果。然而，高效率、高质量的医疗效果，需要有良好的医疗环境和医疗秩序。如果缺乏科学管理，便不会有正常的工作程序和有条不紊的工作秩序。无秩序无程序的医疗活动，当然不可能有高效率、高质量的医疗效果。还应该认识到，医疗效果的好坏，在很大程度上有赖于医疗系统结构中的各部分、要素及成分的构成是否合理和完善。比如说，医疗科室的设置及分科、分系、分专业的层次是不是实用，各类人员的组合及职阶的分工是不是合理，各种物资设备的装备及每种物资设备的使用是不是适应需要，以及上述诸因素相互之间连接的紧密程度、配合的灵敏程度和适应环境变化的能力等等，都直接影响着医疗效果。对此，如不从管理入手，不把管理贯串于医疗活动过程的始末，不通过管理加以组织、协调和控制，医疗活动是难以保持应有状态，当然也就不会产生出高效率高质量的预想目标。

2. 医疗管理是影响整个医院管理水平的中心环节：医院管理是个综合性管理，诸如人员管理、组织管理、物资管理、设备管理、经济管理、技术管理、质量管理和医疗管理等等，相互连接、相互制约、相互支持，构成医院管理总体，并按照一定的规律发挥其本身的效能。但在医院管理总体中，医疗管理是影响整个医院管理水平的中心环节。可以说，没有医疗管理，医院管理也就不复存在了。这是由于医疗活动在医院各项活动中所处的地位决定的。即医疗系统是直接运行系统，医疗工作是医院的中心工作，医院的其它各项工作都是围绕医疗中心工作的，服从医疗中心工作，保障医疗中心工作同步展开的。如果医疗管理不善，计划不周，活动不协调，目标不明确，甚至脱离正常轨道，违背固有的规律，其它各项管理就无所适从，就将意味着整个医院管理工作无秩序、无效率、无质量。如果医疗管理得好，无疑将会带动其它各项管理工作，使整个医院管理处于最佳功能状态。因此，医院管理者特别是领导者，不仅要认识到医疗管理的

重要作用，还要紧紧抓住这个中心环节，把医院管理水平不断地到新的高度。

（三）医疗管理基本原则

医疗管理的基本原则可以概括以下几方面：一是病人第一原则，即一切从病人需要出发，做到病人满意；二是安全有效原则，即把医疗质量放在首位；三是首诊责任制原则，即对首诊病人做到及时、认真、负责；四是重点加强原则，即对重点病人，如急症、重症、疑难症病人，做到重点保证。为此，在医疗管理过程中还应注意下述几点：

1. 医疗系统的结构应与功能相适应：根据系统论的观点，任何事物均要遵循结构与功能相适应的法则。医疗活动当然也不会例外。因此，在实施医疗管理过程中，必须严格按照这一法则，使医疗系统结构与其功能经常保持相适应状态。比如说，由于医院的规模大小不一，任务不同，所设机构、专业和设备、人力就不应该一样。县、市、省的中心医院，要为一个地区范围内诊治疾病疑难问题，还要指导下级，这里的医疗、医技科室就应该齐全，医疗设备就应该先进、配套，技术骨干人员就应该相对多一些。在一个具有专科特长的综合医院里，由于对有特长的临床业务科室要求他们所完成的任务高于其他科室，就要进行重点建设，实行医疗、科研、教学三结合，所开放病床数占医院病床总数比重较大，设备较先进配套，专业科系分工较细等等的管理办法，都是结构与功能相适应原则在医疗管理中的具体运用。

2. 医疗工作管理应与病人需要相适应：医院以医疗为中心，就是要以为病人的医疗服务为中心。所以，医疗管理的核心是病人，它的管理体制、管理制度、管理方式等都应该适应病人需要。这是我们各级医院在医疗管理工作中多年来所一贯实行的原则，并且积累了许多可贵的经验，诸如：门诊提前开诊，急诊24小时应诊，重症病人实行专医专护，开展地段医疗，建立家庭病床，城市组织分级分工医疗等等，都是从“一切为了病人”需要而形成的医疗管理制度。实践证明，这些制度完全体现了医疗管理与病人相适应的原则。因此才得以长期坚持下来。

3. 医疗技术力量的组合应与医疗活动中心环节的需要相适应：医院内医疗服务的主要方式是门诊医疗和住院医疗，故而就医院内医疗服务的总体来说，门诊医疗和住院医疗是影响整个医疗服务的量与质的中心环节。那么从技术力量的组合上就应首先满足门诊与病房的需要，如高年医师出门诊、主任医师定期会诊等，并能经常保持相适应状态。

就医疗技术活动而言，各级医师的临床诊疗活动，是决定医疗效果的关键。给各个临床工作岗位上配备相应数量的各级医师和专用设备，对保证医疗任务的完成至关重要的。

从医疗服务的对象加以研究，可以看到，在来医院病人中，初诊病人、急诊病人、疑难症病人和重危病人的诊疗效果，特别是重危病人抢救的成败，直接关系到医院医疗服务水平的高低，为此，适当集中医院的技术力量，优先保证这四种病人医疗上的人力、物力需要，不仅是病人的客观要求，也是医疗活动的规律性所决定的。

二、医疗管理的主要职能

医疗管理职能主要是制订医疗管理计划，合理组织医疗技术力量，制订各项医疗规章制度，做好医疗活动中的协调，检查评定医疗效果等。

（一）制订医疗管理计划

1. 制订医疗管理计划的必要性：医疗管理计划是实施医疗管理和评价医疗管理效果的依据，可使医疗工作有明确的奋斗目标，便于其他部门配合，避免盲目性，所以要认真做好。

2. 制订医疗管理计划的依据：制订医疗管理计划要有充分的根据，方能保证计划建立在可靠的基础上，并付诸实行。其主要依据有：①卫生事业方针、政策；②上级要求和指令；③地区医疗规划，社区或服务人群医疗服务要求；④医院总体规划确定的总目标、总任务；⑤门、急诊，病房及地段医疗的要求；⑥国内外医疗技术发展现状及趋向；⑦上年度计划执行情况；⑧目前医院的人力、物力和财力资源可供限量。

3. 医疗管理计划内容与要求：医疗管理计划是在医院总体计划下的局部计划，有一定的执行计划性质。

基本内容包括：门诊、急诊、病房、院外及医技科的医疗工作数量、效率及质量目标；新开展医疗项目的方向、规模，如建立哪些新的医疗专业、专科，病房的“三化”建设标准，重症监护病房的设置，预想解决几个医疗管理中的实际问题，如门诊“三长一短”，手术创口感染，技术力量的配备，如所需专业技术人员的数量、素质，物资设备的品种、规格，各医疗科室的计划治疗，完成计划的主要措施、步骤和执行计划的人力、物力和时间安排等。

医疗管理计划要求：应有长远的目标计划和近期的执行计划。制订计划时一定要从实际出发、实事求是，突出重点，任务具体，提出的目标应是经过努力可以达到的水平。在执行计划过程中，注意督促检查，分析限期完不成计划的原因，必要时可对原计划进行调整修订。计划指标的确定，要有科学性、统一性、可比性和适应性。由于医疗活动的各项指标数量化的难度较大，计划中所提出的指标，可以用绝对数或相对数表示，有的也可用文字说明。

4. 医疗管理计划的编制与实施：计划的编制程序应是自下而上，自上而下，上下结合。即首先自下而上地由有关医疗、医技科室拟订提出科室计划，尔后经过医疗管理职能机构平衡拟订全院性的计划，再自上而下地返回各有关科室讨论，并根据反映上来的意见再进行综合修订，最后经领导审定。具体步骤是：

(1) 制订任务目标：如年门诊人次、病床开放数等。制订任务目标，应在调查研究的基础上，把现有情况，上一个计划期的计划执行结果，目前的发展水平等，做为制订任务目标的依据。

任务目标确定之后，还应制订出完成任务的具体指标，其中包括数量指标、效率指标和质量指标。

医疗工作的各项指标，不应象企业生产指标那样硬性规定或照抄照搬其它医院的标准，医院间更不要强行统一。因为医疗任务完成好坏，除主观因素之外，受客观因素影响较大，可变因素也多，如病情的轻重、合并症的有无、工作量的大小等，虽都与医疗工作的数量与质量有关，但各家医院的差异很大，并且这些因素有时又难以预测，更不易控制，故既不便统一，亦不能作指令性规定。为了使各项指标对完成医疗任务起到一定的促进和指导作用，制订标准，借以达到科室统一、医院内统一，这还是有意义的。

(2) 测算需要：例如测算门诊需要量、病床需要量、技术人员需要量、物资设备需要量、资金需要量等。测算的方法要根据具体情况选定，如：

$$应设床位数=\frac{需住院人数}{病床周转率}$$

$$需要医师数=\frac{年计划门诊人次数}{每一医师年工作量}$$

(3) 核定现有条件：为使计划目标实现有较大的可能性，有必要核定实现计划目标现时所具备的能力。核定时要考虑原有基础，现时潜力，进一步发展的可能等。例如医疗技术人员的数量和质量，可开放的病床数，可提供的医疗器械、药品、物资数量等。

(4) 对需要与可能提供的条件加以平衡，最后确定计划目标。

目标计划审定后，应认真组织实施。执行目标计划的科室要制订季度、月份执行计划，明确执行计划责任者，注意督促检查，并把执行情况报告上级，还要对执行期计划做出客观评价。

（二） 合理组织医疗技术力量

合理地组织和调配医疗技术力量，是实现医疗计划目标的有力保障，也是医疗管理一项主要职能。

广义地讲，医疗技术力量包括参与医疗技术的人力和物力资源，这里只侧重讨论医疗技术人员的组织与调配问题。

其主要管理工作内容有：医疗组织机构的设置，医疗技术人员的配备、组合与调度，医疗技术人员的调整与排班，健全医疗指挥系统及精干高效的职能部门，做到灵敏有效地反馈。

1. 医疗组织机构的设置：医疗组织机构就职能分类，指的是管理职能机构和业务科室。

医务科、护理部、门诊部，既是医疗管理的枢钮，传递信息的部门，又是医疗管理职能机构，应设置合理，职责分明，精干有力，发挥效能。

业务科室一般分专科、专业、专病科室。

从时间上划分，有长期和临时性的医疗组织。临时性医疗组织，如临时抢救组、院外医疗指导组等。

医疗组织机构设置的基本原则应是：

(1) 根据医疗活动需要，保证医疗计划任务的完成。

(2) 减少层次，缩短指令下达和信息反馈距离，便于指挥效能最佳发挥。一般以二层为宜。尽量不要分出一个专业或一个专病科室就增加一个层次，使纵向不断延深，延长与院长之间的距离。而应适当横向扩展，从原属的科室分出，置于院长直接指挥之下。如从内科分出了老年病科，老年病科就应与内科平行置于院长直接领导之下。

(3) 所设机构要相对稳定，临时性机构不宜过多或频繁出现，减少随机调度次数，保持医疗活动常规运行。

(4) 成立新的专业科室必须具备应有条件，主要是应有一定数量的本科专业人才、所需的专用设备、适宜的房舍、能独立开展专业工作。

不要因人设事或为了人事需要而虚设机构。

(5) 所设医疗组织机构，要有利于相互间联系协作。既防止过于松散，也避免排列非常紧凑，各自分工不甚明确。

2. 医疗技术人员的配备与组合：医疗技术人员的配备与组合，包括全院、科室或诊治单元完成规定任务所需人员数量、素质、骨干及其工作时间和排班等的合理组织调配，广义讲还包括技术培训。

技术人员配备与组合的基本原则在组织编制中已有阐述，现只再强调几点：

(1) 应以岗位责任制为标准，即有岗就要有人。

(2) 要符合人员能级对应原理，就是把人员安排在相应层次的岗位上。

(3) 必须满足医疗任务所需要的各类各级人员。

(4) 有利于技术人员专业定向发展。

(5) 技术人员要专业对口。

(6) 一定数量技术骨干相对稳定，密度不宜过大。

(7) 注意各类各级及同类同级技术人员之间的人际关系。

(8) 尽量防止或避免频繁调动。

(9) 遵重技术人员的专业志向。

(10) 把具备条件的中年技术骨干推到学科领班人的岗位上去发挥作用。

3. 医疗技术人员的工作时间和班次：医疗技术人员的工作时间和班次安排，应考虑一个人的所在岗位的劳动强度（负荷量）和病人就诊规律。超过负荷限量就会没有效率，违反就诊规律容易发生医患脱节，带来不安全因素。目前惯例是8小时工作日，三班制，门诊提前开诊，急诊连续24小时应诊，住院病人昼夜有医护值班诊治。

4. 健全医疗指挥系统，做到灵敏有效地反馈（见组织管理章）。

（三）制订各项医疗规章制度

医疗规章制度具有一定程度的指令性质和法规性质，是从事医疗活动人员遵循的规范，是使各项医疗活动纳入常规运行的保障。它包括：以责任制为中心的医疗管理制度、各级人员职责、各种诊疗常规、各项技术操作规范等。

制订和颁布有关规章制度，按医疗管理权限划分，有部（卫生部）颁规章制度、地方卫生行政部门（省、市、区、地、县或部门）颁规章制度、院（医院内部）颁规章制度三级。卫生部颁布的规章制度对全国都有约束力，地方卫生厅（局）颁布的规章制度对所管辖的地区有约束力，医院颁布的规章制度只对本院有约束力。

就医院医疗组织管理而言，主要是组织贯彻执行上级颁布的规章制度和制订本院必须的规章制度，其注意力应放在贯彻执行上。贯彻执行各项规章制度是一项严肃的事情，应通过教育使所有医务人员必须做到，要有章必循，违章者追究责任。还要定期检查督促。但在执行中发现上级颁布的规章制度有缺陷或不完善之处，有责任逐级向上反映和提出改进意见。对上级制订颁布的规章制度无修改权。

在制订本院范围所必需的规章制度时，要注意如下几点：①不可与上级制订颁布实行的规章制度相违背或抵触；②要能成为上级颁布规章制度的补充，填补它的不足或空白；③避免规章制度烦琐多变，使人无所适从；④严格遵循医疗活动规律和医疗管理原则；⑤必须经过全院人员充分讨论；⑥诊疗常规和技术操作规范，应讲求标准化；⑦所制订的规章制度，应条理清楚，文字简练，一目了然，易于遵循；⑧有利于提高医疗技术水平、质量水平和管理水平；⑨具备广泛的约束能力，为多方面所实用。

（四）做好医疗活动中的协调

协调是医疗管理一项重要职能。协调也可以理解为调整，它既是保障医疗活动随时适应外界环境变化的手段，又是目标计划缺陷的一个有力补充。它的管理对象主要是协同调整医疗系统结构与功能间的对立统一关系，医疗系统各部分、要素、成分等诸因素之间的关系，医疗系统与其它系统的关系等。

协调的目的是使医疗系统的活动处于应有状态，维持常规运行，发挥最佳效能。协调不是连贯性的方法，而是一种随机性调度，故不可以把它任意频繁的运用。但由于医疗活动客观环境的多变性和难以预测性，在医疗管理实践中，充分利用和发挥协调职能的作用，来保障医疗工作的顺利进行，这是经常遇到的。特别是为了适应当前疾病诊疗所呈现出的综合性和多科协同性的这一特点，使一些病人在诊疗过程能够得到有关科室密切协作，避免拿病人“踢皮球”，而进行协调也是常常要采用的。然而，值得提醒注意的是，在运用协调职能时，一定要目的明确，掌握时机，减少或防止干扰医疗活动的常规运动，尽量通过协调把某一项活动纳入常规运行的轨道。

医疗活动中的协调内容是多方面的、多环节的，诸如：①社会对医疗需求的增加而进行工作量的再分配；②医疗任务量扩大或医疗机构的改革对技术人员的再组合；③医疗技术发展或新的学科的建立要求把业务科室再调整；④由于医疗业务工作或某项医疗活动必须加强科室间、部门间的协作；⑤开展新技术项目的合作攻关及互相支援；⑥危重病人的多科联合共管；⑦完成某项临时性任务的人力、物力应急性调配；⑧人际间关系的调节等。

协调的途径，可以采取组织措施，也可以协商，通过思想教育，或者建立一定的制度和加强技术培训等来实现。例如通过病例会诊制度、病例讨论制度、联合查房制度、医护交接班制度、执行医嘱制度等，进行医师间、医护间、医技间协调；医院领导通过定期召开协调会或专题工作会，来加强科室间、部门间的协作等，都是行之有效的途径。

（五）检查评定医疗效果

检查评定医疗效果是医疗管理的重要环节，是医疗管理的终末步骤，亦是科学管理的重要标志。

医疗效果是医疗管理效能的综合反映，所以医疗效果的检查评定对医疗管理具有很大意义。①可以检验医疗管理职能状态；②可以看出医疗系统功能发挥的水平，评定医疗工作是否完成预订的指标；③可以分析和找出管理上的缺陷和不足之所在，原因是什么；④可以进一步帮助我们找出医疗管理计划，协调和指挥工作方面的薄弱环节；⑤可以为下一个医疗管理计划的编制和执行提供有说服力的依据。

检查评定医疗效果，必须有统一标准，评定的指标要有可比性。具体评定内容方法和要求详见质量管理章。

第二节　诊疗组织

诊疗组织一般是指诊疗病人不同功能单元的组织形式和医疗技术人员能级结构。诊疗活动是以医师为核心多科专业人员协同进行的，所以诊疗组织实际上是一种多学科的技术协作体，通常包括临床科室和医技科室。

临床科室负责对病人直接实施诊断治疗。如按部门划分则有门诊部、急诊部、住院部、应急性院外医疗组及地段医疗等。

医技科室过去较长时期处于辅助诊疗地位，但由于医疗技术的日新月异，现代科学技术最新成果的不断引进，医技科发展迅速，已不限于为临床科提供诊疗依据，有的还直接进行诊疗工作，而且对提高医疗质量所起的作用日显直接和重要，越来越引起医院管理者的重视，成为当前医院建设的一个重点。

一、诊疗组织形式的新进展

随着卫生事业的发展，社会健康水平的提高，人群疾病构成的变化，医疗科学技术的进步，医院诊疗组织也在不断地改进。50年代初，我国大多数是综合性医院，临床与医技科多以发病器官、诊疗手段及诊疗对象的年龄划分科别，组成科室，如内科、外科、妇产科、儿科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、传染科、中医科、放射线科、药剂科、检验科、病理科、同位素科、理疗科、麻醉科等。进入50年代中后期，一些专科医院相继建立，如妇产医院、儿童医院、肿瘤医院、眼科医院、耳鼻喉科医院、胸科医院、骨科医院等的产生，诊疗组织开始出现按专业划分的苗头，医技科也有从原属大科衍生出个别专业的倾向，逐步向专业科发展。60年代初，尤其是近年来，诊疗组织日趋突破了原有形式和范围，重新组合，形成诊疗组织及诊疗设施中心化。当前进展的趋向是：

（一）日益专科（业）化

所谓专科（业）化的诊疗组织形式，表现为从原属的内科、外科、儿科、妇产科中，按疾病发生的组织器官所属系统，划分为专业性更精细更突出的专科(业)或专业组。如：内科分出了神经内科、心血管(心肾)专业组(科)、消化专业组(科)、呼吸专业组（科）、内分泌专业组（科）、血液专业组（科）等等；外科分出了普通外科（肝胆、胃肠）、胸外科、骨外科、泌尿外科、脑外科、整形外科、烧伤科等；妇产科分出病理产科、生理产科、计划生育组（科）等；儿科分出了儿内科（心肾、呼吸、新生儿组）、儿外科等。

诊疗组织的专科（业）化，有利于医疗技术人员专业定向成长为专门人才，有利于促进医疗技术和医疗质量水平的提高。

（二）出现了专系、专病诊疗组织形式

专系诊疗组织形式，即是以人体结构功能系统为界限，根据诊疗活动需要，实行多学科协同，而划分的诊疗组织，如神经系科（包括神经内科、外科）、心血管系科（包括心血管内、外科）、消化系科（包括消化内、外科）。

专病诊疗组织形式，是以一类病或一种病为界限，划分的诊疗组织，如肿瘤病科、老年病科、遗传病科、糖尿病专业组等。

在医技科也开始把功能同类的仪器集中，分别成立了超声诊断室（科）、CT检查室、导管检查室、电生理检查室、内窥镜检查室、放射免疫室等。

这种更加专业化的诊疗组织形式，除具有专科化的优点外，对科研工作也有推动作用。

（三）医疗设施中心化和诊疗组织中心化

诊疗中心化，是诊疗设施不断改革和临床医学科系日益精细，影响医疗体系发生变化的一个趋势。

中心化的表现形式，有侧重设备集中的诊疗设备中心化，有侧重诊疗组织专业化的诊疗组织中心化，或二者兼有的形式。

1. 医疗设施中心化：就是把面向广泛而精密程度又较高的医疗设施集中设置、集

中使用、集中管理，例如中心实验室、中心功能检查室、中心影象室、中心放射治疗室或导管检查室、电生理检查室、超声诊断室、窥镜检查室等。这种设施中心化的形式，国外相当普遍。国内有的医院也在试行。它的长处是便于共用、统管，为科研、教学提供条件，设备利用效率高，技术经济效益易掌握，有利于技术人员专业化。

2. 诊疗组织中心化：它的涵义是针对社会医疗需求和医学科学研究的需要，按疾病或疾病发展过程中的不同阶段，设置中心化的诊疗组织，对病人集中实施综合诊疗而言的。诸如：

⑴ 急救中心或医院综合急诊科等（见急诊科章）。

⑵ 康复中心或医院康复部。即是把所有康复期病人集中，进行分科诊疗和管理。

⑶ PPC（progressive patient care）护理诊疗组织形式。它是根据疾病演变过程中的不同时期、不同阶段及病人的机能状态，实施不同的诊疗护理，故也可理解为阶段性诊疗护理。国外将它分为6个阶段（等级）：

第一，危重症病人集中监护单元（ICU），后又分出急性心肌梗塞病人监护单元（CCU）、新生儿监护单元（NICU）、癌症监护单元（CICU）、病理产病人监护单元（OICU）等。

第二，一般重症病人诊疗护理，其对象多属经抢救而脱离危险期的病人，实施中等程度的诊治护理。

第三，生活可以自理病人的诊疗护理，即是指对有生活自理能力而又需要住院治疗或做某种特殊检查的病人，所进行的一般诊疗护理。

第四，长期诊疗护理，这是指迁延期病人需要长时期实施诊疗护理而言。

第五，家庭（或在家）诊疗护理，就是指病人出院后，还需要进行一个时期的家庭访视，做一些医疗指导。

第六，门诊诊疗，指对一些可以自己来医院门诊就诊的病人进行诊治和医疗咨询。

诊疗中心化的产生，提高了业务活动效率、设备利用率和经济效益；使医疗更加专业化，分工明确；可为多方面提供技术服务，便于集中管理；促进学科间协作，有较大的灵活性、共用性。但从管理上要加强协调。

⑷ 医学中心，主要是根据医疗、教学、科研需要组织起来的医院组群或研究中心。组群医学中心的范围规模较大，人力、物力雄厚，科室齐全，有独立发展条件，可以按人体结构系统对疾病实行多学科研究，便于更大领域协作攻关。为了便于医师开展临床研究，国内较大医院根据自己的专业特长，相继成立了各种临床实验室或研究室，配备一定设备及人员，开展研究工作成为临床专业研究基地。

⑸ 共管病人诊疗组织，见病房管理章。

3. 二者兼备的形式：如中心手术室。

二、诊疗组织设置的一般原则

诊疗组织属于医疗系统中的结构范畴，在医疗系统功能发生变化的情况下，将会刺激和推动它作相应的改变。所以，诊疗组织不可能是一劳永逸、固定不变的。当然，这种变化改革也要具备一定的条件，遵循一定的规律，依据某些基本原则。

1. 要从病人需要出发：诊疗组织的主要功能就是医治病人，所以当着病人要求有一定的诊疗组织为其提供医疗服务时，就应该考虑从诊疗组织上满足他们的需要。

2. 要适应医疗任务改变与扩大：医疗任务的改变也是经常发生的，为与之相适应，也有必要对原有诊疗组织做某些变动或设新的诊疗组织。

3. 要具备基本条件：改革原有诊疗组织，特别是增设新的诊疗组织，必须具备基本条件，其中主要是要有与诊疗组织功能水平相对应的类别、职别的医疗技术人员和物资设备。避免所设诊疗组织名存实无，既没有人，也缺乏设备；或者有人无设备，有设备无人，不能开展预定的业务工作。

4. 要适当考虑其它任务的需要：如科研、教学、院外医疗、指导基层等。

5. 要注意与先进医疗技术发展相同步：也就是说，所设诊疗组织，既要防止超越现时技术水平，又应尽量跟上现时技术发展的步伐。如有的医院设立了影象检查科，就是较为适时的。

6. 要有利于提高医疗技术水平、医疗质量水平和医疗管理水平。

三、医师等级和职责分工

医师是医疗指令（医嘱）的决策者和直接实施者，所以他们在诊疗组织中占有主导地位。

（一）划分医师等级的主要依据

按着系统的观点，层次与能级是相对应的。诊疗体系分层次，与之相对应的医师也要按照能级划分为等级，从而使每一层次的功能得以最佳发挥，这是划分医师等级的主要依据。

在划分医师等级时应注意，不要过多或过少，等级(职称)过少，层次也少，这样非但个人能力达不到所要求的限量，也不利于相互配合；等级（职称）过多，层次就多，职责分工不好划分，各自功能也不易充分发挥出来。

（二）医师等级和职责分工

我国医院现行三级医师制，有主任（副主任）医师、主治医师、住院医师。实行总住院医师制的医院，从住院医师中分出总住院医师；承担教学任务的医院，有实习医生，但他们都不列为独立的一级医师。

住院医师是诊疗病人的直接实施责任者，担负日常的诊疗工作，拟订诊疗计划，下达医嘱，书写病人诊疗记录，具体实施诊疗技术，按要求完成基础诊疗任务。他们约占医师总数的60％，对医疗效率和医疗质量的提高起很大作用，应重视对他们的培养，加强“三基”、“三严”训练，定期考核，帮助他们尽快成才。

主治医师是诊疗病人的责任者，日常诊疗中的决策者和住院医师的直接指导者。负责审定诊疗计划，决定医嘱，解决诊疗中的疑难问题，安排值班和技术操作(包括手术)实施者，指导住院医师。他们约占医师总数的20～30％，是诊疗工作的骨干，是保证医疗质量的关键，要注意培养提高他们，发挥他们的作用。

主任（副主任）医师，是诊疗组织中的指导者，疑难重症诊疗责任者，是本科（专业）的学术领班人，指导主治医师、住院医师，解决并决定急重疑难病症诊疗问题，开展新的医疗技术、新的医疗项目和科研工作。他们约占医师总数的10～20％，要让他们有充裕的时间从事提高工作。

住院医师、主治医师、主任（副主任）医师，在医疗工作中，是自下而上逐级服从，自上而下逐级指导的关系，要各自发挥应有的作用。　　黄慧英　陈春林

第十二章　住院诊疗管理

住院诊疗管理，包括病人在住院期间诊疗全过程的组织与管理，其中病房管理是主要的，所以本章将重点讨论病房管理问题。

第一节　住院（病房）诊疗管理的任务、意义和特点

病房是病人住院诊疗的主要场所，是医院的基本组成单位。

一、病房诊疗管理的任务和意义

病房管理不仅包括医疗、护理等技术工作的组织实施，也有行政和生活管理等，是一项细致而又复杂的工作。

1. 病房是住院病人接受诊疗的场所，是保证医疗质量的中心环节。医疗质量的高低虽与技术水平的高低有密切关系，但影响医疗质量的因素是多方面的，其中病房管理的好坏就是一个重要的因素，它不仅直接或间接地影响病人的诊疗效果，甚至决定着某些病人的疾病转归。

2. 病房是医师、护士等技术人员临床实践和医学生、护士生（包括进修人员）临床实习的学习场所，所以管理好病房也可为医务人员和学员提供有利于临床学习的好现场。

病房又是医院开展临床科学研究的重要场所。医疗工作与临床科研相辅相成互相促进，因此病房管理的好坏也可直接影响医院临床科研工作的开展。

另外，医院对住院病人的服务，不仅是医疗服务，还有生活服务。根据现代生物、心理、社会医学模式的理论，为了医疗工作的需要，应该给病人创造一个安静、舒适整洁的医疗生活环境，同时也要做好病人具体组织管理等工作。

总之，加强病房管理工作的目的，主要在于使病房保持一个有利于医疗、预防、科研、教学工作的良好环境，保证医疗、护理质量和工作效率的不断提高。住院诊疗是医院业务工作最重要的组成部分，医院的业务应把病房作为一个中心环节来展开。

病房各项工作的管理与病房诊疗管理是相辅相成的，不能截然分开。但病房诊疗管理应是病房管理工作的重点。病房诊疗管理主要是指对病房诊疗工作组织与实施的管理。

二、病房诊疗管理的特点

1. 病情的复杂性：病房病人的病情多较危重、疑难、复杂，尤其大城市大医院病房住院病人更为危重或疑难复杂。其主要原因是病情较轻、诊断易于明确、治疗比较简单易行的病人，一般均在门诊诊治。

大城市中的大医院较区、县、街道以及农村医院住院病人病情危重复杂，这是正常现象，由于我国每千人口医师、护士和病床数比例太低，因此，在大城市大医院中病情危重或疑难、复杂的病人更为集中。

病房内住院病人的病情也有相对轻重或简单、复杂之分。他们当中的疑难、复杂、急重症病人，成批工伤事故等病人诊疗工作的组织管理，特别是危重病人的抢救和监护，应视为病房诊疗管理的重点。

2. 诊疗的系统性：病人住院诊疗就使医院有可能考虑到诊疗工作的时间性、连续性

和计划性，系统地做好检查、观察、治疗等工作，以保证病房有较高的医疗质量。因此就必须也可能对病房诊疗工作的主要环节，如检诊、查房、会诊、病例讨论、治疗、病历书写、值班等工作，按照科学性、系统性的要求，以标准化为目标做好计划诊疗。

3. 工作的协同性：现代医院的病房诊疗工作，要由医护人员与医院其它各科工作人员共同来完成。随着医学科学的发展，临床研究越来越广泛深入，专业分工也越来越细，一个病人的诊疗工作可能需要几个专科的医生共同会诊协作完成。了解到病房诊疗工作具有协同性的特点，为使病房诊疗工作能高水平地常规运行，就必须经常注意做好医生之间、医护之间、医护技之间以及各类人员、各个科室或部门之间的协调工作。如有的医院制定了病房病人的共管制度，就是出于有的住院病人需要几个专科医生协同诊疗才能完成这样一个情况制定的。

4. 服务的综合性：病人在病房不仅接受各种诊疗，而且要以医院为家，在这里生活一段时间，因此医院对住院病人的医学服务，不只是限于医疗服务，还有生活服务等其它服务工作。特别是对病房住院病人的生活服务，不应该当作一般生活服务对待，而应当作整个医学服务的重要组成部分。从医学、心理学、营养学、卫生学等各方面来做好综合性的各项服务工作，以保证全面的及高水平的医学服务质量。

5. 住院病人心理状态的多样性：过去医务人员、医院管理工作者包括各级领导对疾病的研究较多，也很重视。但对病人研究却很少，常常被忽视。根据现代生物、心理、社会医学模式理论，对病人应更科学而系统地了解和研究，这是搞好病房管理的重要课题。病人的心理受下列因素影响。

(1) 医院环境对病人心理的影响：有人认为医院环境是一种很容易引起焦虑的环境，在医院里，每人处在丧失自主性，并可能丧失生命的威胁之下，私人隐私常被忽视。也有人认为医院环境是一种很能平息病人焦虑的地方。在医院中病人处在医护人员和医疗技术的帮助之下，感到生命有了保障，甚至仅仅住入医院本身就能使许多病人的病情缓解。上述两种说法似乎截然相反，其实反映出了各自观点的一个侧面。各医院各科室以至每个病房主管的医生护士是各不相同的，有的院容院风好，服务态度好，医院的建筑以至每个病房的陈设都注意到清洁、整齐、舒适、美观，包括墙壁的颜色、窗户的窗帘等都考虑到病人的心理反应，使病人进入医院这个病室，即有亲切感、舒适感、安全感、信任感。相反，有的院容院风差，病房脏乱，工作人员服务态度不好，就会使病人有生疏感、恐惧感、不安全感、不可信感。

(2) 病人对住院的心理反应及需求：病人住院要放弃他的生活习惯，中断他的工作，进入到一个陌生的病房环境，因而常常发生恐惧不安和焦虑，对自己疾病的诊断、治疗、预后都会有各种各样的担心。但由于其职业、性格、思想、文化、医学水平的差异及经历不同，不同病人对医院的心理反应和需求是不同的。有些人态度乐观，遇事镇静，生病住院的适应比较快，跟医护人员很合作；有些人比较悲观，遇事慌张，对诊断、治疗、预后都可能有这样那样的猜疑、顾虑，不易与医护人员合作。病人对医院的不适应有种种因素，有的病人不习惯医院的生活方式；有的病人不习惯远离家人；有的病人担心学习、工作的中断所带来的影响，担心生病给家庭经济带来的困难；有的病人受到特殊处理，例如隔离产生害怕等心理。虽然住院病人对医院的适应性各有差异，而几乎所有的病人对自己疾病的诊断、治疗、预后，以及医院、病房环境、主管的医生、护士都希望尽早

有较多的了解。

因此，每一个医院管理工作者，包括每一个医务人员都应该了解和研究住院病人的心理反应，在病房的建筑、陈设和管理方面，尤其服务态度、服务质量方面，尽力作到增强病人的安全感、舒适感、信任感、亲切感，从而使病人愿意以最大的毅力和信心与医务人员合作，战胜疾病，争取早日恢复健康。

(3) 对住院病人的具体组织管理工作，应针对住院病人的心理特点作好安排，如合理地安排病人的生活；有必要的宣教工作；严格执行探视、陪护制度，建立病人的行政生活管理组织；不断改善病房的服务条件；不断提高诊疗设备的现代化水平等。我国有的医院对医护人员在正确对待住院病人的心理反应及管理工作上明确制定了分段工作法，对入院初、术前、术后、恢复期、出院前各个阶段应作的工作和服务态度均有明确规定，这些都是从实践中探索出来的成功经验，应进一步总结和推广。

第二节　住院诊疗与病房组织

一、国外的住院诊疗与病房组织

住院诊疗是医院的主要功能。住院病人不是都以治疗为目的，那些需要做详细检查的病人也可以短期住院检查。国外医院住院诊疗与病房组织与我国情况不完全相同，如日本，据日本今村荣病院管理大系介绍，其病房的组成如下：

1. 按诊疗科分设病房：设有内科病房、外科病房、产科病房、儿科病房等。亦即诊疗单元病房。

各诊疗科的病房由各科医长管理，护理工作也由医长负责。

2. 按护理对象分设病房：按护理的特殊性划分，有明确的护理内容，又有专门的护理人员与设备。能够发挥护理功能的单位称为护理单元。病房护理如按此护理单元进行时称为护理单元病房。病房护士长是病房负责人。

一般病房可分为内科系统病房，外科系统病房，特殊病房则由传染病房、结核病房、精神病房、产科病房、儿科病房等组成。

3. 按功能分设病房：按不同的器官分科，而出现了消化器科病房、呼吸器科病房等。

除病房外，尚有健康检查室（人 dock）：以健康诊断为目的而设立的短期住院健康检查室，可称为“人 dock”。在日本最早成立“人 dock”的单位是东京第一医院（1954 年 7 月），这个名称即是当时的院长坂口康藏博士提出的。接着，圣路加国际医院等单位也相继成立了“人 dock”。

此外，还有专门检查胃的“胃 dock”，专门检查小儿健康状况的“小儿 dock”。

二、国内的住院诊疗与病房组织

(一) 简况

由于我国每千人口中病床数所占比例较低，故住院病人绝大多数均以治疗为目的。但近几年来也有少数医院在内科病房中开始短期收容少量以健康检查为目的的病人。

我国多数医院病房组成均由与本病房相应的医护人员和病人所组成，能够向病人提供全面的医学服务。每个病房单元通常也叫护理单元，它既按诊疗科划分也兼顾了护理对象分设病房，故全称应为“诊疗、护理单元病房”。近些年来，也有少数医院开始按功

能兼设了少数病房，如消化科病房、神经科病房等。

（二）病房单元的组成

1. 每个病房均是一独立单元：是直接与社会发生联系的一个基层单位。直接接受科主任与科护士长领导。有责任完成上级布置的各项具体工作。做好病人的组织管理工作。

2. 病房医护组成：每个病房一般设30～50张病床。一个护理单元，可分数个护理小组；根据拥有的主治医师可分1到数个由医师组成的医疗小组。

每个病房设1～2名护士长，有一名以上的主治医师，科主任指定一位主治医师为该病房负责人（有的医院称之为病房医师大组长），负责领导本病房的行政业务工作。实行科主任、科护士长领导下的主治医师、护士长分工负责制。

主治医师主要负责诊疗工作的组织与实施。

护士长主要负责护理工作及一般管理工作，包括病人的具体组织管理及生活服务等。

3. 诊疗护理单元病房的优点：此种病房组织既能发挥各专业医师在组织与实施诊疗工作中的作用，也能使各专业护理质量不断提高，护士长分管一般管理工作也减轻了医师们的一些杂务负担。

第三节　病人入出院管理

病人的入出院一律服从医嘱。病人入院途径是通过急诊室入院、门诊入院或外院直接转入。根据病情采取急诊入院、当日入院、预约入院及转院入院四种形式。不管哪一种形式，其手续都在往院处办理。

病人是否需要入院，以何种形式入院，由医师决定。如需要急诊入院，必须通过急诊室医师，转院入院必须经过转入院的科室会诊负责医师决定（一般由医务科派出主治医师以上的医师负责会诊）。

病人办理入院手续是住院处的业务。住院处应根据病人的性别、年龄、疾病种类、病情轻重、病人的要求以及医师的意见，安排入院时间、入院的先后顺序、病房、病室和病床。因此，住院处应经常正确地掌握病房空床数和现在住院病人数（要按科室、专业、病房、病室和病人之疾病种类、男女、病情轻重来划分）。在安排床位和决定先后顺序时，如发生矛盾，应协商解决，必要时医务科要帮助做好协调，以至仲裁决定。

病人出、转院由病房主治医师决定，主管住院医师下达医嘱，填好出、转院通知单，一并送交住院处办理手续后，病人方可离院。

第四节　病房诊疗工作的业务管理

病房的诊疗工作，包括检诊、查房、会诊与病例讨论、治疗、病历书写、计划诊疗、早会与值班、病人出转院、病人死亡处理、随访及其它内容。每项诊疗内容又有各自的程序。病房诊疗管理重点是通过组织、协调与控制，把各项内容及其程序有机地连接起来构成一个整体，使其经常处于良好状态，达到最优化。

一、检诊

检诊是病房医护人员对新入院病人进行初步的诊察工作。检诊的目的是为了了解病情、明确诊断、提出有效的治疗方案。对复杂、疑难病例经过检诊，也应提出初步入院

印象及治疗方案。检诊是医疗决策的首要环节，要求及时、认真、准确。

（一）检诊程序

1. 病人到病房后，护士要迅速安置床位，简单询问病情。首先要注意生命体征，进行体温、脉搏、呼吸、血压等一般检查，填写病历牌、床头卡，还应根据病情向病人介绍住院规则、病房生活制度和病房环境等有关事项。随后，通知主管住院医师接诊。如是重危病人，接到入院通知或病人一到病房，应立即通知主管住院医师、做紧急处理的准备或立即前往救治。

2. 主管住院医师接到病人入院通知后，应及时对病人进行检诊，做出初步诊断，及时下达长期医嘱和临时医嘱。如病人病情危重或为疑难病例，应立即报告上级医师，并陪同上级医师检诊。

3. 如同时有大批病人入院，科主任应组织全科医护人员分别进行检诊，并报告院领导组织全院有关人员协作诊疗工作。

（二）检诊内容

1. 采集病史：包括主诉、现病史、既往史、个人生活史、家族史等。住院医师要亲自采集病史，主治医师和主任医师应做好必要的审查、补充和修改。

2. 体格检查：对每个病人都必须进行系统的全面的体格检查。检查要按一定顺序，从上到下，从简到繁，从一般到特殊，对与现在症状及专科有关的项目要重点检查。检查时应认真细致客观，尽量减少病人痛苦。主治医师、主任医师应对住院医师的检查结果进行核对，保证体检结果准确可靠。

3. 常规检查：包括血、尿、便和胸部X线透视，以及某些专科专业常规检查。

4. 特殊检查：特殊检查的范围很广，包括脑电图、脑血流图、心电图、心音图、心冲击图、超声心动图、心向量图、肌电图、超声波、基础代谢测定、肺功能测定、生化学、细菌、免疫学、放射线、放射性同位素、病理学以及各种内窥镜、CT、核磁共振、导管和手术探查等。是否要做特殊检查应根据病情而定。通过采集病史、体格检查和常规检查，可以确诊的则不必做特殊检查，以免造成浪费和给病人带来不必要的痛苦和经济负担。对于各种检查结果要有科学态度，不可孤立把某一项检查结果做为肯定或否定诊断的唯一依据。应当结合病史、体格检查及其它检查结果，全面考虑，综合分析，做出客观判断。常规检查与特殊检查是相对比较而言，有些特殊检查也可逐步成为常规检查项目。

（三）检诊注意事项

1. 对危重、急诊病人的诊断要分秒必争，遇有诊断不清时，应及时请示上级医师会诊，并一面抢救病人一面研究，防止延误抢救时机。

2. 对疑难病例要通过查房会诊、病例讨论、查阅文献资料等，反复分析研究，力求尽早明确诊断。

3. 对同时患有几种疾病的人，要分清主次，既重视主病，也不忽视其它疾病，从病人的全身情况考虑诊断治疗。

二、查房

查房是病房最基本、最重要的医疗活动，是一项基本的医疗制度，是提高医疗质量的重要环节，也是培养下级医护人员的重要手段，必须严格执行。

（一）查房的目的与要求

查房的目的在于及时了解病人的病情、思想、生活情况，进一步明确诊断，制定合理治疗方案和观察治疗效果，做好病人思想工作，同时检查医疗护理工作完成的情况和质量，发现问题及时予以纠正。还可结合临床医疗护理实践进行教学工作，培养下级医护人员。查房工作要求：

1. 各级医师查房必须按时，要严肃、认真、全面、细致、详细检查病人体征，重视病人主诉及思想活动，对病人热情亲切，避免有害病人的语言和行动。

2. 查房前要自下而上充分准备，查房中要自上而下严格要求。上级医师查房前，主管住院医师、有关护士或护士长应做好病历、X线片、检查报告及所需检查器械等各项准备，并做好病房整顿，保持安静、整洁。查房时主管住院医师报告病历，提出要解决的问题。查房后应将上级医师的意见和决定记录在病历上。

3. 查房要发扬技术民主，充分重视下级医护人员的意见；同时又要有集中，对病人的诊断治疗问题，经过讨论意见不能统一时，按上级医师的意见执行。

（二）查房的方式

查房方式有晨间查房、午后查房、夜间查房、急重危病人的查房和教学查房。

1. 晨间查房：分为住院医师、主治医师、主任医师查房。住院医师每天对所分管病人晨间查房一次；主治医师、主任医师每周定期（主治医师每周二、三次，主任医师每周至少一次）查房，对所分管的病房的新入院病人、危急病人及诊断不明确、治疗效果不佳的病人重点查房。护士晨间查房，可与医师同时进行，但护士长要组织护士每周至少进行1-2次护理查房，检查基础护理和专科护理操作技术的质量。

2. 午后查房：主要是住院医师对自己所分管的病人进行重点巡视，观察重危、疑难、发烧、待查、新入院及手术后病人的病情变化，检查当天医嘱执行情况及疗效，同时做好向夜班医师交待危重病人需要观察治疗的准备。

3. 夜间查房：是夜班医师对一般病人的夜间巡诊和对重危病人所进行的连续诊查工作。实行24小时住院医师负责制者，可由经治医师负责。遇到有病情发生变化时，应迅速采取紧急措施。对重大疑难病症自己解决不了的要请示上级医师会诊，研究诊治意见，同时对夜间所进行的诊疗工作做好病程记录和交班工作。

4. 急重危病人查房：可根据病情需要每日内进行数次，随时发现病情变化，及时采取有效措施，给以妥善处理。

5. 教学查房：对实习和进修的医生、护士可专门安排主要为教学目的的查房，结合临床病例进行讨论示教和讲课。

三、会诊与病例讨论

会诊与病例讨论是以解决复杂疑难病症诊断治疗为目的的经常性医疗活动。它能够集思广益，及时确定诊断并制定有效治疗方案。也是培养提高下级医护人员的重要手段。

一般认为，会诊和病例讨论活动组织得好，可以获得较好的诊疗效果，原因就在于协作诊疗能使医院诊疗系统的整体功能得到有效的发挥。所以应坚持经常并形成制度。

（一）会诊

1. 会诊形式：

⑴ 科内会诊：对象为本科内较疑难的病例。可由主管住院医师或主治医师提出，主

任医师或主治医师召集本科有关技术人员参加。由主管住院医师和主治医师报告病历并分析诊断、治疗情况，其他人员广泛讨论，明确诊断治疗意见。

⑵ 科间会诊：对象为病人病情超出本科范围，需要其它科协助诊疗者，目的是明确诊断，确定治疗方案。申请会诊由主治医师决定，主管住院医师填好会诊申请单，提出会诊要求和目的，送往会诊科室。应邀医师根据病情，安排前来会诊，但要在24小时内完成。如果遇自己解决不了的疑难病例，应及时请本科上级医师前来会诊。会诊时主管住院医师应在场陪同，以便随时介绍病情，共同研究讨论。

⑶ 全院会诊：对象为需要各科会诊的疑难病例。由主任医师提出，经医务科同意。一般应提前1—2天将会诊病例的病情摘要、会诊目的及拟请人员报医务科，由医务科确定会诊时间，并通知有关科室。参加会诊的人员应根据会诊目的要求，做好充分准备。会诊时一般由申请科室的主任医师主持，主治医师报告病历，院长、医务科长可酌情参加，必要时也可由院长主持，住院医师做会诊记录，认真执行确定的治疗方案。

⑷ 院外会诊：对象为本院不能解决的疑难病例。由主任医师申请，经医务科同意（必要时报请院长），并与有关医院进行联系，确定会诊时间及需要解决的疑难问题。会诊时由申请科主任医师主持，院长、医务科长酌情参加，主管住院医师做好会诊记录。院外会诊还可采取电话会诊或邮寄书面会诊等形式。

⑸ 急诊会诊：对象为病情发生紧急变化的病例。由主管住院医院医师申请，并在申请单上注明“急”字。特别紧急可用电话邀请，应邀医师要随请随到。因特殊情况不能前往时，也要派相应医师前往。会诊时申请医师必须在场配合会诊抢救工作。

2. 会诊注意事项：

⑴ 要严格掌握会诊指征，明确会诊目的，防止应当会诊而不及时进行或不经过必要检查和充分研究轻率邀请会诊。

⑵ 要提高会诊的质量，应邀会诊单位，要认真负责指派主治医师或有经验的专科医师参加。会诊时应仔细检查病人，认真讨论。会诊中遇有分歧意见时，一方面查阅资料，继续研究；另一方面申请科主任医师要独立思考，仔细研究会诊意见，制定治疗方案，在实践中逐步修改。

⑶ 会诊单要按项认真填写清楚，要做好全面记录，会诊讨论记录要分析整理。会诊记录与整理的材料，均应收入病历中保存。

（二）病例讨论

临床病例讨论是根据临床医疗或教学需要安排的，可分为疑难病例讨论、术前术后病例讨论、出院病例讨论、死亡病例讨论、临床病理讨论等。

讨论的目的要求不同，讨论的方式、内容、参加人员也不同。可定期或不定期召开，也可一个科或多个科联合举行，一般均由主任医师或主治医师主持，认真讨论，作好记录。

四、治疗

治疗的范围甚广，如服药、注射、手术、穿刺、理疗、放疗、护理、营养等。随着生物、心理、社会医学模式的提出，治疗疾病的方法已不能仅注意药物、手术等手段，还必须重视全面安排病人的精神、饮食、环境、消毒隔离、生活料理、体育锻炼、心理治疗等多方面的医学服务环节。整个治疗工作不仅需要本科医师护士分工合作，也需要

多科积极努力协作，有的还需要生物医学工程技术人员等参加才能完成。治疗是以医嘱为“指令”而组织实施的。医嘱是医师下达的关于诊断、治疗、护理工作的吩咐。病房中采取各种治疗方法，常以医嘱为依据。因此，医嘱已形成一种医疗制度，必须严格执行。

（一）医嘱种类

1. 长期医嘱：采用的治疗方法需要连续进行的为长期医嘱。制定长期医嘱要严格掌握病情，并根据病情变化及时更换。长期医嘱要抓住重点，不宜过多。

2. 临时医嘱：是根据病情需要及变化而采用的临时治疗方法。临时医嘱时间性强，要及时执行。主管住院医师要随时观察实施临时治疗后的反应。

3. 备用医嘱：多为夜间临时需要或出现某种特殊情况时所采用。备用医嘱要有特殊标志，并做好交接班。

（二）执行医嘱要求

1. 医嘱是关系病人生命安危的大事，不论下达医嘱或执行医嘱，都要十分严肃认真。医师下达医嘱后，应复核一遍。护士执行医嘱时要认真查对，严格遵照技术操作规程。实习和进修人员要在上级医护人员指导下进行操作，确保安全可靠。

2. 下达医嘱时，要按医嘱制度及医嘱格式认真填写，字迹清晰，如姓名、床号、病历号、药名及剂量、方法及时间均要填写准确。在执行时有不清楚之处要及时询问。

3. 查房后要尽早下达医嘱（一般在上班后 2 个小时内开出），以便执行者做好复杂处理的准备工作。下达医嘱应层次分明，内容清楚。转抄和整理时必须准确。医嘱一般不得涂改，如必须更改或撤销时，应用红笔填写“取消”字样，并签名。

4. 进行各种治疗、处置和理化检查要填写医嘱。紧急抢救和手术中急需下达口头医嘱，执行者在执行前须复述一遍，经另一人查对药物后再执行，并记录清楚，事后医师要及时补记，以防错漏。

5. 长期医嘱不应随便更改，也不应长期应用无效的治疗方法，尤其应用剧毒药、抗菌素、激素等，应经常检查疗效及药物反应。

6. 医疗科室的各种治疗方法，由于技术要求不同，执行者也要明确分工，如注射、输血、输液、吸氧、导尿、灌肠、绷带交换、标本采取等一般治疗技术由护士执行；较复杂的技术操作，如穿刺、封闭、牵引、固定、切开引流、洗胃、采取胃及十二指肠液、窥镜检查、心导管检查等，必须由医师和护士共同进行。放疗和物理疗法、同位素扫描等由主管住院医师或有关科室医师进行。

五、病历书写

病历是病人在医院中进行诊断、治疗经过情况的记录，是完整的医疗档案，是进行教学和科研工作的基本资料，也是医院信息管理最重要、最基本的资料。因此，必须重视病历的书写和保管工作，提高病历质量。

（一）病历书写要求

1. 病历书写的基本要求是及时、准确、清晰、完整，诊断治疗有据，保持病历的及时性、准确性、完整性。

2. 新入院的病人必须填写病历，内容包括：一般项目（姓名、性别、年龄、籍贯、住址、职业、婚姻及工作单位）、病历采写时间、主诉、现病史、既往史、家族史、个人

生活史、体格检查、化验检查、特殊检查、诊断分析（诊断明确者可免去此项）、初步诊断及治疗意见，最后书写病历者签字。有些病例的体格检查阳性所见可用画图或照相附病历最后，于初步诊断右侧。

住院医师书写较简明扼要的住院记录(住院志)。实习医师书写全面系统的住院病历，由住院医师修改并签名，修改过多时应重新抄写。以上均须于病人入院后24小时内完成。

3. 病程记录是病人病情变化、疗效观察的详细记载，由主管住院医师和值班医师按时准确书写。病程记录的内容：病情变化、检查所见、治疗过程和效果，上级医师对病情的分析及治疗意见，会诊讨论意见记录，各种重要检查处置经过及结果，重要疗法的观察，特殊处置的方法和时间等。一般病人2—3天记录一次，危重病人和骤然恶化的病人应随时记录，慢性病人至少每周记录一次，每月写一次阶段小结。新病人入院第一天的病程记录由住院医师或值班医师当日内或立即填写，扼要写明病情、诊断及处理意见。

4. 转科病人，应由转出科写出转科记录（转科志），接收科写转入记录（转入志），从院外转入的病人仍须填写新病历。医师换班或工作调动时，应写好交接班记录。

5. 病人在出院、转院或死亡时，住院医师应于24小时内完成总结，完整、准确地填好病历首页，主治医师审查签字后送交病案统计部门归档保管。不合要求的病历应限期补充修改后再入档保管。

6. 凡有药物过敏史者，应在病历显著位置注明过敏药物名称。

（二）病历质量检查

1. 各级医师要结合查房、会诊和病例讨论，对下级医师所写病历进行必要的检查，入档病历由各级医师审核，院长也要经常抽查病历，检查质量。

2. 要建立健全病历质量检查制度，经常开展病历质量检查评比活动，举办病历展览，组织医务人员互相观摩学习。

全院应设病历质量检查员，由医务科直接领导，每天检查出院或死亡病例之病历质量。各科每月至少组织检查评比一次，全院每季度或半年检查评比一次。

3. 开展病历书写的基本功训练，新毕业的医师和进修医师上班第一课首先是书写病历的学习训练。

六、计划诊疗

所谓计划诊疗，就是医师根据病人入院后的初步诊断及所能预测到的病情变化，设计拟定的一套诊治实施方案。这个方案还可依据病人病情变化、有关文献资料和临床实践经验，在实施中作必要的修正和补充，力求不断完善。

（一）计划诊疗的目的和意义

计划诊疗的目的，根本在于克服诊治过程中的盲目性，加强病人诊疗的计划性和目的性，提高医疗质量。其意义有：

1. 能结合每个病人的病情特点，做到有计划地诊治，目标明确，步骤清楚，方法具体，可避免检查治疗的盲目性。

2. 便于上级医师查房时解决关键性诊治问题和了解下级医师临床水平。上级医师查房看了诊疗计划即可对诊疗步骤和办法一目了然，并提出进一步处理意见或修改意见。

拟订一个诊疗计划，是医师运用所掌握的科学知识和临床实践经验的结果。上级医师通过诊疗计划，可了解下级医师业务水平，更好地指导下级医师学习提高。

3. 有利于上级值班医师处理及指导抢救危重病人。上级医师在处理及指导抢救危重病人时，除了听取值班住院医师病情汇报以外，还可以通过看诊疗计划表，较快地了解病情，确定抢救处理措施。

4. 可加快病床周转，提高病床使用率。计划诊疗要求在保证医疗质量的前提下，于最短时间内完成对病人的检查治疗工作，从而加快病床周转，充分利用开放病床，多收治病人，使等候住院的病人尽早住院。有了计划诊疗表，便于上级医师及上级卫生行政部门检查督促其计划完成。

5. 计划诊疗有利于培养年轻医师独立思考和分析问题的能力。由于要制定诊疗计划，住院医师也就必须动脑筋、查资料，才能提出诊断和鉴别诊断意见，订出切实可行的诊疗计划。

6. 计划诊疗体现了预防为主的观点。对疗程中可能发生的问题，提出预防性措施，把可能发生的意外及缺点消灭在发生之前。

（二）计划诊疗内容

内科诊疗计划包括入院诊断、确诊日期、预计住院天数、预计检查天数、检查项目及目的、申请检查日期、治疗计划、上级医师查房、病例讨论、各科会诊意见或小结等项目。住院医师接收新病人后，于24小时内完成住院记录并拟定诊疗计划，然后由主治医师审查，并提出修改或补充意见。各自签名以示负责。

外科诊疗计划包括术前诊断、拟行手术名称、麻醉选择、手术目的和适应证、术前特殊检查及准备、手术要点和手术中可能发生的问题及其对策。把计划诊疗的重点放在手术前准备及手术中、手术后可能出现的问题及处理办法上，这就要求医务人员根据病人的情况作出全面手术准备，保证手术效果，提高医疗质量。

（三）计划诊疗实施和要求

1. 要求主管住院医师对每一名入院病人均制订诊疗计划，填写诊疗计划表。

2. 主治医师负责审查诊疗计划，并提出修改或补充意见。

3. 上级医师查房及会诊时指示的诊疗意见，住院医师必须扼要记录在诊疗计划表上。

4. 建立、健全检查制度。各级医师查房时要认真检查诊疗计划表，安排是否合理、确切，并指导下级医师及时修改和补充。

院医务科、科主任、主治医师要建立定期、不定期的检查制度，组织各级医务人员结合病历书写检查，总结经验，指出存在问题，不断提高病历书写和计划诊疗质量。

5. 诊疗计划制订后，为保证按时完成计划，医务人员要注意采取以下措施：

对辅助检查，要及时申请，及时送单，按时送检，避免拖延时间。

有些检查治疗项目，须请兄弟单位协助解决的，要亲自联系，争取及早落实。

为了避免因拖延会诊时间影响诊疗计划完成，院内会诊要求应邀会诊人在会诊邀请单上签字，做到会诊人员和时间双落实。

及时做好该出院病人出院前的准备工作，包括思想工作，提前告知出院日期，请自费病人及时准备医药费等。

科里写出“进修人员须知”，详细介绍计划诊疗要求，使进修人员较快熟悉计划诊疗制度。

附：内、外科系统的诊疗计划表（式样如表 12-1、2）。

表 12-1　内科诊疗计划

门诊号____

（　年　月　日至　年　月　日）　　住院号____

姓名_____性别_____年龄_____入院日期_____预计住院天数_____

入院诊断_____预计住院天数_____

确　诊（　　年　　月　　日）

检查目的及项目	申请日期	完成日期	检查目的及项目	申请日期	完成日期	治　疗　计　划
						住院医师_____ 主治医师_____
上级医师查房、病例讨论、各种会诊意见或小结：						
月　日						住院医师_____ 主治医师_____
月　日						住院医师_____ 主治医师_____
月　日						住院医师_____ 主治医师_____

有的医院主张不设诊疗计划表，而采取加强病历书写，使诊疗计划的内容融合在病历书写中。优点是减少填表，有利于长期坚持。

七、早会（晨会）与值班制度

科（病房）早会和值班工作的基本目的都是为了保持医疗工作的连续性。

（一）科（病房）早会（也称交接班）

早会是医疗科室（病房）一天工作开始的例会。由主任医师（主治医师）主持，全体人员参加，值班人员报告病人流动情况和新入院、重危及手术、特殊检查前后病人的病情变化，时间一般不超过 15 分钟。必要时每周利用一次早会传达上级指示，小结和布置科内工作，时间一般不超过 30 分钟。

（二）各医疗科室都应建立健全值班制度

1. 实行昼夜连续值班制度，值班人员必须坚守岗位，履行职责，经常巡视病房，不得擅离职守，值班室应设在病房内的固定地点。

2. 值班医师负责全科的临时医嘱、急症手术、急会诊和危重病人的观察、治疗并记入病程记录。对新入院病人进行初步检诊，下达医嘱并立即填写第一天病程记录，扼要

表 12-2　外科诊疗计划及手术设计表

门诊号_____
住院号_____

姓名_____ 性别_____ 年龄_____ 术前诊断_____

拟施手术名称：　　麻醉选择：

手术目的和适应证：

术前特殊检查及准备：

手术要点和手术中可能发生的问题及其对策：

手术后可能出现的并发症及其处理：

护理要求：

上级医师查房、病历讨论、各种会诊意见或小结：

月　日	
月　日	
月　日	

病人家属或单位意见：

伤口愈合：Ⅰ Ⅱ Ⅲ类/甲乙丙级　　预计出院日期：

住院医师　　主治医师　　年　月　日

写明病情诊断和处理意见。

3. 值班人员要做好病房管理工作，遇有重大问题，及时向上级请示报告。

4. 危重病人要床头交接班，特殊情况要个别交接班。

5. 实行住院医师 24 小时负责制和总住院医师制的医院，医师值班制度可结合医院实际情况具体制定。

八、病人出、转院工作

（一）病人出院工作

病人出院由主管住院医师提出，主治医师或主任医师同意，即可办理手续。一般在出院前1—2日提出，由住院医师下达医嘱，填好病历首页和出院通知单。医嘱和出院通知单送交住院处。病人出院时，主管住院医师应向病人介绍出院后注意事项，并征求对医院工作的意见。

（二）病人转院工作

1．病人转院诊治，需严格按照上级卫生行政机构有关规定，逐级办理审批手续，并征得转入医院同意后再进行转院。

2．转院病人在途中有病情加重或死亡危险者，应先留院治疗，待病情稳定再行转院。

3．较重病人转院时应指派医护人员护送，并做好途中意外之防范。

九、死亡病人处理工作

病人经全力抢救无效而死亡后，负责抢救医师应认真检查其心音、呼吸、瞳孔和角膜反射等生命指征，确认死亡者，由值班护士进行尸体处理后，送太平间。

病人死亡后，应做好以下事宜：

1．将抢救详细经过和死亡前的主要症状和表现、死亡时间、参加抢救的人员准确地写入病历中。

2．填写好死亡通知单，送往住院处、医务处和家属各一份，并做好家属工作。

3．主管住院医院要在24小时内完成死亡病历总结，并经主治医师、主任医师审查签字。凡死亡病例，均应召开死亡病例讨论会。进行病理解剖者，应在解剖前作死亡病例讨论，提出对病理检查的特殊要求（如心血培养，脑、脊髓解剖等），待写出病理报告后召开临床病理讨论会。讨论记录由主管住院医师整理，经上级医师审查后归档保管。为了不断提高医学科学技术水平，应争取进行尸体剖检。

十、随访工作

随访工作实际是病人住院诊疗效果的信息反馈，对疗效的观察和医学科学研究都有意义，特别是对观察病人的远期疗效和转归意义更大。随访中还可对病人进行必要的保健指导。

随访工作做法和注意事项：

1．随访的病种和对象不宜过多，一般选择需要观察疗效或与科研有关的病种。应先制订随访计划，根据需要确定随访对象、数量、内容和标准等。

2．随访方式和时间应根据病种和科研要求而定。方式可分为门诊随访、通讯联系、家庭随访和住院检查，其中应以通迅联系为主要方式。故记录住址要详尽，最好有一个永久性通讯地址。

3．要有专人负责。随访工作是一项科学性较强的医疗科技工作，科内要指派专人负责。参加随访的人员要经过训练，做好组织和有关准备，定期随访，并要总结经验。

详见病案管理章。

十一、病房其它管理工作

下述各项管理工作的好坏，也常可直接或间接影响病人的诊疗效果，应予重视。但因在本节其它章节（质量管理、技术管理、护理管理等章）将详加讨论各有关方面问题，故本章只简要提及。

（一）病房标准化建设

1．病房管理制度化：为保证医疗、护理工作质量及生活服务质量，病房的各项工作均必须有科学管理制度，并要求全院工作人员尤其是医护人员严格执行。如：全院应定有统一的查房、处方、病历书写、病例讨论、会诊、手术管理、查对、交接班、危重病人的抢救、隔离消毒、探视陪住等制度。

2．医疗护理规范化：随着医药科学的不断发展和先进仪器的使用，诊疗手段日益复杂，从而要求医疗护理也要规范化。按照这些规范去做，就能减少随意性，保证医疗护理质量，提高工作效率。所以制定各种常见病多发病的诊断、治疗、护理规范（如：制定疾病的统一诊疗标准、诊疗常规等）是十分重要的。

3．技术操作常规化：医疗护理技术操作均应有一定科学操作程序，制订操作常规，否则可能影响诊疗效果，甚至造成差错事故的发生。如各种穿刺、造影、麻醉、无菌操作等，均必须按操作常规执行。

4．病房设置规格化：就是全院各病房的设备、室内物品和床位等，均应按照统一规格、统一陈设安排和建设，做到设备物品四固定（固定规格、数量、位置、负责人），使病房显得整齐、美观、大方、井然有序，创造一个好的环境，方便病人的诊疗及医疗护理工作。

（二）病房医疗质量分析

现行质量指标分析项目主要有：

1．诊断质量分析：入院的印象诊断与出院确诊符合率，临床诊断与尸检诊断符合率，疑难疾病会诊前后的诊断符合率，手术前后的疾病诊断符合率。

2．治疗质量分析：要对患各种疾病的住院病人，按疾病分类制定一个统一的疗效判定标准，才有可比性。

治疗质量通常是根据疾病的转归，分成治愈、好转、未治愈（如故）和死亡。

现行治疗质量评价指标，有治愈率、好转率、重病抢救成功率、病死率及安全的考核分析（包括医疗差错、事故的有无及多少），还应包括无菌手术一期愈合率、无菌手术化脓率、院内感染率、术后并发症发生率、输血及输液反应发生率等。

3．工作效率分析：有平均床位工作日，床位周转次数，病床使用率，收治病人的数量，各类工作人员的人数、比例、工作量。

上述质量指标常需综合分析，全面要求，不能过分强调某一单项指标，否则可能造成假象。

许多医院正在探讨、制订综合的医疗质量指标，这是质量管理中很重要的基础工作，应积极提倡。当前，我们要注意从以下四个方面来综合评价医疗质量，即：诊断是否正确、及时、全面；治疗是否有效、及时、彻底；治愈时间的长短；有无由于医疗、护理不当而给病人增加不必要的痛苦、损害和其它意外。

（三）病人的具体组织管理

作好病人的具体组织管理的目的，在于维持病房的正常秩序，指导病人生活作息，鼓励病人与疾病作斗争的信心，作到工休密切配合，提高医护工作效率，全面提高医学服务质量。

1．合理安排病人生活：病人每天睡眠和卧床时间不应少于11小时，其中应有午睡

2小时。要根据本科疾病的特点和病人的体力情况，关心病人的饮食和组织病人进行适当的文体活动，如户外散步，节假日联欢，并协助搞好病室卫生等。

2. 做必要的宣传教育工作：使病人保持积极、乐观的精神，在住院期间，自觉遵守医院的作息时间及各项规章制度，积极配合治疗，保持病房整洁、卫生和安静。

3. 严格执行探视制度和陪住制度：为了不影响病人的诊疗和休息，医院应统一规定探视时间。有条件的病房可设探视室。病人的陪护人员一般不应超过住院人数的5—10%。

4. 建立病人的思想生活管理组织：病人管理组织可以协助对病人进行思想教育与生活管理。定期召开工休座谈会，交换意见，增强团结协作，搞好病房管理。

（四）病房环境及设备管理

要保持病房安静、清洁、整齐，不断改善病房的服务条件，提高诊疗设备的现代化水平。

病房是病人集中之地，也是各种疾病易于传播的场所。要教育全院工作人员树立预防为主的思想，加强无菌观念。医护人员衣帽整洁，处置操作时戴口罩，严格遵守无菌操作原则，以防交叉感染。对器械、敷料、被褥、服装、空气、环境要定期采取有效消毒措施，病人食具要餐餐消毒。对传染病要有消毒隔离措施和严格的疫情报告制度。

为保持安静，医护人员应做到说话轻、走路轻、关门轻、取放物品轻、操作轻。合理安排病人医疗及其它活动时间。尽量避免或减少在病人睡眠时间进行检诊、处置。病室的床位和物品陈设，都要摆放整齐。墙上不得任意张贴、悬挂标语、图片等宣传品。病人应穿医院病人服，用医院被褥和生活备用品。病室应有清扫制度，经常保持卫生。

随着医院现代化建设，应不断改善病房服务条件和提高诊疗设备水平，逐步装设自动化和机械化设备，如中心供氧、吸引、空调以及有关监护、抢救等自动控制系统。

第五节　重点病人诊疗的管理

一、重点病人管理的概念及意义

重点病人系指住院病人中病情危重、疑难、复杂者以及成批伤员、英雄模范、著名人士等。在临床工作中需予以重点观察、诊治和院内外多科协同诊疗，加强管理这部分病人。

加强对重点病人的管理，特别是危重病人的抢救和监护，应视为病房诊疗管理的重点。

1. 复杂、疑难病人症状、体征常不典型或有多科疾患，易发生推病人或扯皮现象；危重病人病情变化快，可能骤然出现危及生命的症状，故对此类病人的组织管理水平，常常直接影响诊疗水平及抢救效果。

2. 成批工伤事故病人量大而又是突然意外，病人及其家属、单位均易焦虑、烦躁，医院各级领导必须加强组织管理，才能保证有较好的诊疗效果。

3. 重点病人的治疗效果，对社会上各行业、各部门的政治影响大，常可直接影响工人、农民、知识分子等的生产积极性。

4. 为杜绝事故、减少差错和医疗纠纷，必须加强对重点病人的组织管理。

二、如何加强对重点病人的管理

为加强重点病人的管理，逐步健全制度完善管理系统是非常重要的，主要应坚持落实四项制度。

1. 建立三级管理制度：即业务院长亲自抓，医务处主任重点抓，医务处专职干事和病房住院医师具体抓的三级管理制度。三级管理的具体职责是：

(1) 医务处专职干事：每天深入病房了解重点病人情况，参加重点病人查房、会诊及各种讨论，并征求病人意见，帮助临床医生及病人解决一些协调、支持等具体问题。建立专门的登记本和重点病人一览表，及时将重要情况向医务处主任以至直接向业务院长汇报。

(2) 医务处主任：每天听取专职干事汇报，并经常巡视重点病人。组织科间协作救治和会诊讨论。解决各科医疗工作中的困难，并随时向业务院长汇报重大情况。

(3) 业务院长：经常听取医务处主任和专职干事汇报，宏观控制并全面掌握全院重点病人情况；有重点地巡视重点病人；参加或组织指挥全院性重大抢救、各种临床讨论、会诊等；及时解决管理工作中的各种重大和特殊问题。

2. 各病房的重点病人日报制度：各病房住院医师对其分管的重点病人每日应填写重点病人申报表，对其中的危重病人还要及时填写病重通知单，必要时口头或电话向医务处报告重点病人的情况。

3. 院总值班夜间巡视制度：每晚院总值班者要了解和巡视重点病人之主要情况，及时解决工作中困难，组织必要的协作诊治，并在晨交班会上汇报重点病人的新情况。

4. 危重病人的抢救管理制度：见下文。

另外要求医技科室及总务部门配合做好重点病人的管理工作，如病房、药房及病人营养食堂要建立相应的病房、病床号、病人姓名牌等，优先保证重点病人的用药及伙食供应。

三、危重病人抢救及监护病房的建立与管理

1. 要建立危重病人抢救制度：危重病人抢救质量的高低，直接影响病人的生命安危，它是医疗的重点。因此各医院均必须高度重视，制定严格的危重病人抢救制度。

(1) 要求做到思想、组织、药品、器械四落实，各科均应建立、健全抢救组织。在院长领导下，建立、健全由各科正（副）主任医师组成的抢救网。

(2) 遇有需抢救的危重病人，主管住院医师或值班医师应立即填写“危重病人通知单”，及时送医务处和住院处，特殊情况可先电话通知，再补送通知单。住院处应立即通知家属或单位，如家属已在医院可请先签字，再送往住院处。

(3) 有条件的医院、科室要成立重症监护病房。

2. 重症监护病房（ICU）发展历史：重症监护病房有它本身的特定涵义。一般可理解为：把需要特别诊疗和护理的急重危病人，集中在一个专治的病区或病室，采用专门的诊疗技术和仪器设备，实施加强诊疗护理和监视的一种过渡性诊疗组织形式。它首先是从外科病区开始的。早在第二次世界大战前，欧美一些国家的医疗中心外科，为密切观察某些大手术后病人或危重病人，专门开辟了一个病区集中诊治上述病人，并加强医护力量进行监护，称为术后恢复室，作为暂时过渡的特别护理病区。到第二次世界大战期间，这种做法得到推广，内科为抢救心肌梗塞病人也另辟一个病区进行专门护理。1950年前后丹麦和瑞士等国家在脊髓灰质炎流行期间，为了更有效地监护呼吸麻痹病

人，把他们集中在一个病区进行气管切开后护理和人工辅助呼吸，收效甚大，取得了呼吸衰竭重点监护的宝贵经验。

50年代后期美国有些大医院着手建立监护病房，如 Marchests 纪念医院专门建立了监护病房，收治的对象扩展到颅脑损伤或其它严重创伤病人的监护，并逐步应用到婴幼儿或早产儿，甚至对胎儿的监护。目前由于电子仪器的飞速发展，各种监护仪器设备越来越复杂，不少监护病房管理已经趋势自动化。

自从1968年 Kirklin 和 Sheppard 等介绍应用电子计算机技术来监护危重病人以后，不少医疗机构已经应用计算机来迅速地反映病人情况而及时指导治疗，或结合自动控制设备进行治疗。这样，病人的病情恢复较顺利且迅速，并发症也少，比用一般仪器设备监护效果要好，危重病人抢救脱险的百分率也高，死亡率有所下降。世界各大城市的许多综合医院中已普遍开设了独立的 ICU 部门或科室：以美国为例，60年代时，城市医院设有冠心病监护室（CCU）或术后 ICU 的仅10%，床位总数少于200张。而到80年代初，设置 ICU 的医院已达90%，全美 ICU 每年床位增加4%，因此在美国平均每天约有42000位病人得到 ICU 方式的医疗服务。近年来美国一般病房与监护病房已逐渐形成了一个密切配合的总体。日本一些医院还进一步把急诊科与 ICU 合并，组成救命救急科（日本同道命之为：department of critical care medicine，CCM）。急诊室和救护车内都设有监护和复苏装备，并备有专职护理人员随时可用电击除颤抢救病人生命。各种监护方法相继产生，如无损伤性监护和遥控监护等，这些方法均能更好地为病人服务。

ICU 在我国出现较晚，70年代中期上海、北京、广州等地医院的心外科或心内科病房开始建立监护病室。以后其它省市医院临床科室、专业也先后建设各种类型的 ICU，但设备一般均还比较简陋，也缺少专门适合于重症监护的房屋结构。组织领导以及专业培训的护理队伍均有待进一步加强、提高。

3. 建立 ICU 的意义：ICU 是抢救和加强诊疗重危病人的一种先进组织形式，是现代诊疗技术的一个重要标志。对加速医院现代化建设和提高医疗质量均具有重要意义。

第一，把各科的重症病人集中在一起，加强医护力量，应用现代化仪器密切监护，连续监测各种参数，不间断地掌握病情变化，不仅能及时地发现潜在危险或心肺功能不全，包括危及生命的或导致残废的严重变化，做到及时处理，而且可以防止并发症，降低死亡率，有利于对重危病人的密切观察、护理和抢救。同时也有利于各专业科相互联合、协作诊疗，提高诊疗水平。国外有的把 ICU 称为“从纵的诊疗体制向横的诊疗体制的转变”或称“从以前的医师为中心的体制转换为以病人为中心的体制”。

第二，把现代化仪器设备、各种监护复苏装置集中使用，有利于提高使用效率，便于维修保管，促进医疗仪器设备及生物医学工程迅速发展。

第三，把医护人员集中于 ICU，固定或相对稳定较长时间，有利于积累经验和医护人员的训练提高，能加速人才培养。

总之，ICU 的建立与发展，必将带动医院中一般病房的医疗护理工作的发展和提高。ICU 是近代医疗和护理科学飞速发展的一个重要成果，要使医院现代化，提高住院诊疗质量，抓 ICU 的建设是一个极为重要的方面。

4. ICU 的类型：

⑴ 重症集中监护病房（intensive care unit,ICU）：这种病房具有综合性质。收容对象为经过集中抢救、治疗有可能恢复的各种急重症病人，如有休克、复合外伤、中毒和心、呼吸、肾功能衰竭等的重症病人以及大手术、新开展手术后早期的病人等。当病情缓解，可转入普通病室。

以后由于专业的分化，又分出以下各种监护病房：

⑵ 冠心病监护病房（coronary care unit，CCU）：收容心肌梗塞急性期或心肌梗塞先兆心律紊乱等病人。

⑶ 麻醉及术后监护病房：大手术、新开展手术的病人，在术后几天内可在术后复苏室集中治疗、护理，当停止补液、拔掉胃管或已脱离危险时可返回原病室。

⑷ 新生儿监护病房：收容新生儿急重症病人，包括早产儿，甚至胎儿的监护。

⑸ 肾透析病房：收容肾功能衰竭病人或肾移植病人做血透析。急性肾功能衰竭病人在肾透析病房治疗效果好。

还可以分出：呼吸监护病房、神经监护病房、创伤监护病房、烧伤监护病房等各类型的监护病房。

5. ICU 的设置、设备、组织和领导：ICU 应与邻近手术室、血库、放射科、检验科等部门有便捷路线相通。病房的入口外设有医师办公室、护士休息室、更衣室和家属接待室。这样便于呼应，利于抢救。

监护病房的床位数大约为全院总病床数的 3—4%，小规模监护病房可设 4—6 张床，最好不超过 10 张床。过于庞大难以管理，影响抢救效果。如需要更多的监护病床，应另设一组监护病室成为另一监护病房。各院各种类型的监护病房是集中设置或分属于各科，各有利弊，有待实践总结我国自己的经验。

ICU 应有专门完善的抢救诊治建筑设施、完善的监护复苏系统。监护病房的中心设中心监护控制台，上置中心控制示波屏和记录仪，可以轮流或同时显示诸病人的情况。某些医院的监护病床头端有特设的“监护室墙壁柜”，其中嵌装监护仪，并装有氧气供应设备、负压吸引头，电源及抢救柜，后者有分层抽屉，装有抢救药物、动静脉导管包、换药包、导尿包、静脉切开包、心脏按摩包、气管切开包、气管插管包、人工呼吸面罩、人工呼吸皮囊及连通管，还有血压表、听筒及各种消毒注射器（至少备有 1—2 日之用量）等用具，可以随时打开应用。每个监护床可配备一套监护仪。有些医院监护仪放在床头柜上或悬于墙上，其它用具放于橱内。此外，必须备有体外、体内除颤器和人工呼吸器、按摩起搏器等设备，随时可用来抢救病人生命。

监护仪可连续显示心电图、心率、血压、呼吸速率，根据需要随时记录。还可用固定示波和活动示波同时显示心电图，亦可作 24 小时连续监测记录。血液气体分析、氧张力、二氧化碳张力、酸碱度和心排血量等测量，最新方法可用电子计算机来表达，定期反映数据，如不正常可随时纠正或自动纠正。还可用数字及图表来显示，可以储存数据，亦可自动印出许多生化和外科方面的数据。静脉补液有调节滴速和控制容量并附有警报器的装置，对抢救危重病人非常有益。胸腔引流量、排尿量也设有监护。测温监护仪可连续记录或显示食管、肛门及皮肤温度。有些医院备有飘浮心导管，必要时可由静脉插至肺动脉测压力和心排出量，以了解心功能和作补液输血的参考。甚至备有辅助循环装置（主动脉内气囊反搏），气囊导管由股动脉插入。在监护病房中随时可以抢救心

力衰竭的病人。

要强调说明的是，上述设置装备应根据我国国情，结合所在医院的专业技术水平、经济状况，由少到多，由简到繁逐步添设与装备。

ICU 的工作应由专业医师具体负责领导。早期的负责人往往是外科医师或麻醉科医师，因为紧急抢救，需要立即作气管插管、人工呼吸或需作紧急手术，所以很自然地形成这种安排。一般来讲，可按监护病房的性质和专业的需要来定，如心外科术后监护病房由胸科医师负责，术后恢复室由麻醉科医师负责，冠心病监护室或全院综合监护室由内科医师负责，颅脑监护室由神经科医师负责。负责医师决定监护和抢救方案，病人收治和转出。由于工作紧张，需要调节，监护病房的负责医师工作半年至一年可予调换，其它科医师可相对稳定或轮流值班。护理人员是监护病房中的主要成员，应稳定队伍形成专业。设护士长 1—2 人，主持监护病房护理业务和一般日常工作。护理人员必须经过特殊培训，人数与床位之比例可为 1:1 或 2:1（包括助理护士在内），日夜三班，部分护理人员工作一个阶段也可轮换到一般病房。国外监护病房均设较多的护士，有的医院人数与床位之比可达 4：1，保证每床、每班有一名护士。

6. ICU 护理人员的培训和工作制度：

(1) ICU 必须拥有一支熟悉专业知识、掌握专业技术、能应用各种监护仪器设备的专业护理队伍。培训有两种类型：

一种是初级培训，使受训者熟悉一般心电图知识，常见心律紊乱知识，血液气体分析、酸碱度及水电解度平衡的概要，辅助循环的常识，并能熟练掌握呼吸道护理、气管切开并发症的预防、人工呼吸机的操作、心脏复苏方法步骤、体外体内电击去颤以及心脏按摩技术，熟悉常用药物的应用等。为期 3 个月。

另一种是专业提高，通过学习要求学员对以下专业基本理论和临床应用均能通晓和掌握，例如能熟练处理电解质紊乱以及早期预防和纠治室性早搏；避免室颤发生，一旦发生能于 2 分钟内用电击去颤，转复窦性心律，挽救危局，真正起到起死回生的作用。专业提高培训时间可数月至半年不等。

(2) 制度：ICU 必须建立一套严格的工作制度。首先要有严格的各种岗位责任制、交接班制、记录和资料保管制度，建立各种急重危症抢救技术操作常规和抢救程序。在 ICU 工作的人员，应有高度的责任心。

要制订严格的仪器使用、维修、保管和检查测试等制度。护理人员在交换班时应交待有关仪器的内容，如它的运转是否正常，灵敏度和准确性是否良好，特别是报警装置是否失灵，如发生故障应立即联系修复或调换。对贵重仪器更应爱护。医护人员应该做到既监护病人又监护仪器。

要严格执行消毒隔离制度。特别是有各种导管插入体内或做气管切开的病人，需要有消毒环境，有一套消毒隔离措施，按时对室内空气进行消毒。室内应保持一定温度和湿度，在使用通风或调温装置时，不应让灰尘进入室内。各种导管留置时间不宜过长，所有导管进入皮肤处可用消毒药膏涂抹，以保持伤口处消毒状态，避免感染。器械用过之后应立即消毒处理。进入 ICU 时应带口罩、帽子，穿拖鞋。除工作人员外其他人不得进入。

肖十力

第十三章　门诊管理

第一节　门诊的意义、特点和任务

一、门诊的意义

门诊是直接接受病人进行诊断、治疗和开展预防保健的场所，是医院工作的重要组成部分，是医院和病人接触时间最早、人数最多的部门；是对大量病人进行诊断、治疗的第一线。病人的绝大多数是在门诊治疗；只有少数病情较重或复杂的病人才需要住院诊治。因此，门诊工作对完成医院的社会职能具有重要意义。

另外，在门诊可以观察到轻症病人或住院前的早期症状，了解整个病程的发展，有利于教学和年轻医务人员的培养。

二、门诊工作的特点

（一）门诊工作是保证医疗质量的第一个关键环节

理想的医疗工作就是早诊断、早治疗、早治好。医疗工作有时限性，这不仅对急性病十分重要，就是对缓慢发展的疾病也很重要，任何疾病的治疗过分耽搁都会增加病人的痛苦和造成不良后果。病人到医院就诊，都要先经过门诊（或急诊）的检查。早期就诊是早期诊断的前提。影响早期就诊的因素虽然很多，但病人一旦就诊，能否做到早期诊断和及时治疗，其关键在于门诊的医疗服务。在门诊误漏诊断、延迟治疗，不可避免地在不同程度上会影响医疗的效果。

（二）在门诊医生用于诊断和治疗的时间短暂

病人在门诊停留时间不能很久。医生用于每一门诊病人的诊疗时间极为有限，有关病情的了解主要靠病人或陪同人的叙述以及医生自己短暂的观察。对病情了解观察的局限性不仅给诊断和治疗带来困难，而且使门诊的医疗活动限制在一定范围之内。对需要住院的病人来说，门诊和住院是医疗过程的不同阶段，互相延续，不可或缺。

（三）门诊是方便而又经济的医疗服务方式

门诊病人是定期或不定期到门诊来进行检查和治疗。尽管有时病人需要暂时离开劳动岗位，但基本上不脱离原来的生活环境，不住入医院。门诊和住院相比较，门诊所需要的人员编制、建设资金和医疗成本都低于住院部。门诊病人的经济负担也较轻，时间消耗较少。美国近 20 年来，医疗费用增加迅速。为了控制医疗费用的上涨，采取措施的其中之一就是把原来必须住院的病人改在门诊治疗和处理。就连一些外科手术也在门诊进行，术后观察数小时即行回家。在 1968—1978 年 10 年间，病床总数减少 17%，入院病人数增加 25.1%，而门诊人次竟增加了 68.8%（见表 13-1）。因此，门诊是既能达到医治疾病的目的，而又对病人生活影响不大和经济有效的一种医疗服务形式。

（四）现代医院的门诊工作由组织良好的医务人员集体来完成

随着医学的发展，临床研究越来越深入，专业分工越来越细。门诊工作由过去主要靠医生个人工作的形式，代之以由多种科室的技术人员相互配合、共同完成检查和治疗

表 13-1　美国医院病床数量及服务情况（1968—1978 年）

	1968年	1978年	变动%
医院（所）	7137	7015	-1.7
病床（千张）	1663	1381	-17.0
入院人数（千人）	29766	37243	+25.1
门诊人次（千人）	156139	263606	+68.8

注：引自：医院统计，1979年，AHA

的集体形式。尽管医生是医疗工作的核心，医生个人直接从病人获得的信息，与由其他技术人员利用现代技术和仪器设备而获得的信息相比较，前者的质量和数量越来越不能适应临床上的需要。借助于各专业的协同和依靠现代设备的趋势日益明显。客观的检查结果，往往成为决定治疗时的主要依据，现代的诊疗设备成为取得良好疗效的得力工具，且直接关系到医疗水平的高低。

为了保持医务人员的工作效率，充分发挥医疗设备的作用，一些辅助性工作如挂号、病案供应、收费、行政事务甚至清洁卫生等工作在门诊也都不可忽视。在门诊系统中，虽然任务、规模、专业设置和设备条件各不相同，但部门之间都必须按照一定的工作程序和制度协调进行。任何局部的停滞，都会影响到门诊的正常进行。这是现代医院门诊工作另一不同于既往之处。

（五）门诊病人量多而又集中

据卫生部 1985、1986、1987 年《中国卫生统计提要》，每 100 门诊人次中入院人次约为 1.9—2.0，其中县及县以上医院入院人次略高，为 2.19～2.23。除去复诊病人多次门诊的因素以外，在门诊进行医疗的病人数，仍多于入院病人数。另据美国 7000 多所医院的门诊人次和入院人次比为 100:13.57—14.19（见表 13-2）。门诊病人都远比入院病人多。大量的病人、病人陪伴者和医院工作人员聚集在门诊部进行检查和治疗，形成病人和健康人相混杂的人群。据调查，不包括工作人员在内平均每百人次门诊要有 298.88±23.2 人次病人及陪伴者进入门诊部的大门。门诊的人群流动性很大，具有公共场所人群聚集的特点。由于人群的构成以病人为主体，病种繁杂，病情各异，不仅容易造成病人与病人、病人与健康人之间的交叉感染；而且来诊病人由于疾病的痛苦、行动的不便、不熟悉医院的环境、不了解医院的工作程序以及拥挤嘈杂等因素，都会加重就诊过程中的不便和精神负担。

为了使在门诊活动的人们避免上述各种不利因素，医院管理者应在制订医院发展规划时，对门诊机构的地理位置、医疗能力的分级、专业设置、组织病人就诊和调节病人到院时间等进行细致的考虑，使大量门诊病人不致在一定时间内过度集中，这是在西方国家医院门诊管理中已经取得的经验，值得我们借鉴。

三、门诊的任务

门诊是医院的一部分。门诊的任务必须与医院总任务相适应。大体有以下几方面：

1. 负责卫生行政领导部门分配地区范围内病人的门诊工作。对病情不适于在门诊处置的病人，要收入院或转院治疗。

2. 承担责任地区范围内基层医疗单位转来病人的会诊。诊断明确后，如基层医疗

表 13-2　门诊人次和入院人次的比

资料来源	医院数量(所)	时间	门诊人次(万人次)(包括急诊)	入院人次(万人次)	每百门诊人次与入院人次比
中国① (其中：县及县以上医院)	59614 (11497)	1985	225226 (113730)	4331 (2539)	100:1.92 (100:2.23)
	59693 (11940)	1986	234909 (121825)	4467 (2662)	100:1.90 (100:2.19)
	60429 (12348)	1987	250000 (131000)	4884.9 (2894.1)	100:2.00 (100:2.20)
美国②	7156	1975	25484.4	3615.7	100:14.19
	7082	1976	27095.1	3677.6	100:13.57
	7099	1977	26377.5	3706.0	100:14.05
	7015	1978	26360.6	3724.3	100:14.13

① 引自《中国卫生统计提要》卫生部1985、1986、1987年资料。
② 引自，医院统计，1979年AHA

单位的技术能力和设备条件许可，应提出具体诊断、治疗意见，转回基层医疗单位治疗；否则，留在本院诊治，必要时转到有关医院。

3. 危重病人的抢救和治疗。

4. 负责责任区范围内基层医疗单位的业务技术指导，有计划地对基层医务人员进行培训，提高他们的医疗技术水平。

5. 对承担基层医疗工作的医院，其门诊部要在地段范围内组织好出诊和访视，做好防病工作。大型医院也要开展部分家庭病床，建立防治网点，配合有关部门开展普查普治工作。

6. 负责责任地区范围内或上级卫生行政领导部门分配的健康检查任务。

第二节　门诊的类型与规模

一、门诊的类型

可以从医疗分工级别、专业科室设置、就诊人的情况等三个方面划分门诊类型。

（一）按医疗分工级别划分的门诊

分级医疗是按照解决医疗问题的能力（包括技术和设备）划分医疗机构的级别。按照国际上通用的概念，最初就诊的基层医疗机构为一级；二级医院是提供绝大数量（包括重症病人）的门诊和住院医疗服务的机构。在医疗机构总体中所占比例较大，规模幅度也很宽。三级医院是指具有最高层次的医疗能力，技术队伍强大，科室设备齐全，并配有先进的医疗设备，基本上可以利用现代先进医学科学技术解决疑难重症病人的诊断和治疗问题，并能进行人材培训和开展以提高临床医学科学技术为目的的研究工作，是地区性医学中心。我国在城市和农村两种三级医疗预防网中各有三级医疗机构。如卫生部直属或省市卫生厅局所属医院、高等医学院校的附属医院相当于三级医院；市区属及县属医院相当于二级医疗机构；城市街道医院、门诊所及农村乡镇卫生院相当于一级机构。由于是按领导各医疗机构的政府级别加以区分，有时医疗机构的级别与其医疗能力并不相当，如某些省属医院、市级医院可能规模不小，设备良好，但医疗能力不足，达不到

三级医院的要求；农村三级机构的县医院也只相当于二级医院，不具备也不必追求达到三级机构水平。目前我国有卫生部正在制订医院分级标准，将有助于对各医院医疗能力的确定。门诊部是医院的一部分，门诊部的级别应与医院级别相适应。不设病床的医疗机构都属于一级机构。

（二）按医院科室设置划分的门诊

过去门诊有分科与不分科之别。我国现在已很少有不分科的门诊，只有最基层的医疗单位如医务室不分科室。综合性医院多按不同科室分设门诊，门诊科室的设置与病房要相呼应，少数科室可只有门诊，不设病房；有病房而无门诊的专业，要经适当的门诊部门筛选需要入院的病人。综合医院应按照疾病发生规律设置不同规模的门诊科别，如内科、外科、妇产科、小儿科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、皮肤科、中医科等临床科室，并配有放射线科、检验室、理疗室、同位素室、药房等医技科室。分科门诊，方便病人，有利于提供适当的医疗服务，是现代大多数医院所采用的门诊方式。

以某种病人（如妇女、老人、儿童等）或某类（系统）疾病（如结核病、传染病、精神病、肿瘤、眼、耳鼻喉、口腔等）命名的专科医院门诊部、诊所，常常围绕专科建立分科门诊，如口腔内科、口腔外科等。

除上述一般按临床科室分设门诊以外，近年来，为了解决某些疑难疾病的诊断和治疗，在某些大型医院里，从原有科室中又分化出一些新的专科门诊（或称专业门诊、专病门诊）。这适应了临床医学发展的需要，并推动其前进，对提高医疗服务质量有积极意义。

（三）按就诊人的情况划分的门诊

按照就诊人的健康情况及病情需要处理的迫切程度，门诊可以分为一般门诊、急诊和保健门诊三种。

一般门诊的对象是自觉（或他觉）躯体上、精神上有异常表现而来就诊的人，病情发展速度允许在通常门诊时间里从容检查和处置。

保健门诊是指对自觉健康的人进行预防性检查和卫生知识咨询指导的门诊，其主要的工作内容为定期健康检查、婚前检查、产前检查、防癌普查、防龋检查，以及婴幼儿保健工作。保健门诊已受到人民群众的欢迎，今后随着人民文化、经济生活的提高，对计划生育、优生保健等各种咨询服务将会日感需要。

急诊是专门接待病情紧急、必须及时医疗甚至抢救的病人；时间性很强，应昼夜24小时开放。（有关急诊问题，后面另有专章详述，本章从略）

一般门诊又可以按照挂号方法不同而分为预约门诊和非预约门诊。病人就诊时间规律，一般多是在上午来院。据统计，上、下午门诊人次数量比约为2:1（见表13-3），常造成门诊各项工作负荷时重时轻。采用预约挂号可以调节病人就诊的时间。

欧洲一些国家把门诊分成三类：预约门诊、非预约门诊和急诊，比较强调预约门诊方式。认为把诊疗所需时间间隔大体预计有两点好处，一是医务人员保持一定工作效率，二是可以尽量缩短病人候诊时间，减少候诊室的过分拥挤和病人之间交叉感染的危险。据欧洲北部和中部一些国家资料，预约门诊病人不能按时就诊的人数约占5%。

国内预约门诊多是诊后预约。即当门诊医生认为病人需要复诊时，嘱病人在当日离院前办理下次复诊的挂号手续。还有的医院实行电话预约挂号，由基层医务室代向医院

表 13-3　上、下午门诊人次数量的百分比

医　院　名　称	上午	下午
天津市河东区医院	67.3%	32.7%
杭州市第二人民医院	69.1%	30.9%

集体办理预约门诊手续，也能节约病人不少时间。

预约门诊的预约时间可以定日、定时、定分，大体按平均就诊效率顺序预约；也可按日预约。预约门诊的优点有：①病人挂号不必排大队；②病人可以计划安排就诊时间；③定时预约，病人可以在预定时间到科候诊，缩短候诊时间；④病人在医院内停留时间缩短，有利于门诊秩序和减少病人之间的交叉感染；⑤有利于医院组织门诊病人，调节门诊高峰时间。稳定诊疗时间可以保证医疗质量和发挥技术力量、医疗设备的作用。

其缺点是对那些既非急症、又迫切希望就医的病人不能立即满足要求。因此，即便广为实行预约门诊制度的西方国家，也要设非预约的即日门诊和急诊，以适应病人的需要。

一般门诊和保健门诊是在规定时间内应诊。时间集中，有利于各科室、各级医务人员的配合，有利于解决医疗上的问题。有的医院为了方便病人，实行门诊 24 小时开放，称为三班门诊，工作人员轮流排班。而大多数病人仍集中在日间来院，晚间门诊数量并不很多，市郊或农村医院更是如此。门诊时间内，为解决复杂的医疗问题，往往需要多科室协作，就要安排较为齐全的值班人员。当夜晚病人很少时，工作量不足，造成人力的浪费；否则许多检查、治疗和会诊还要预约到日间处理，徒然增加病人往返。为照顾只能下班以后时间看病的需要，可以按照病人数量的多少，采用延长门诊时间，增加星期日半日门诊或对具有困难的患者放宽急诊条件的限制等办法，基本上可以满足需要，不一定另开三班门诊。如在山区交通不便，也可根据病人集中来院时间调整门诊时间，以适应病人的需要。由于儿科疾病变化较快，儿童又没有自理能力，只有靠家长发现异常以后才能陪来医院，就诊规律与一般成人不同。不少医院儿科在下班后急诊和星期日门诊病人数量较多，甚至与平日门诊人数相近。因此，对儿科门诊时间应尽量放宽，儿科专科医院如能 24 小时开放门诊，就更为方便。

二、门诊的规模

门诊的规模一般以日门诊人次为指标。人们有了疾病，往往可自然痊愈，因而就诊人数低于实际发病人数。入院人数更少于就诊人数。其相互之间的关系，犹如塔形，逐层减少（见图 13-1）。保持门诊病人来源的基数是面向服务的人口数量。疑难重症病人经过逐级转诊，集中在上级医院。为解决更为复杂的医疗问题，上级医院不仅需要增设专业科室和医疗设备，而且要耗费更多的人力，在门诊数量相同的情况下，必须增加人员编制，扩大门诊规模。

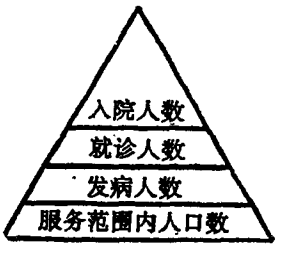


图 13-1　就诊规律图

门诊和住院相互密切联系，在确定门诊规模时，不能不考虑病床的设置数量。因此，

门诊规模不仅基于服务范围人口数，还要与病床保持适当比例，一般称之为日门诊人次与病床比。门诊人次多，需要入院的病人也多。病床应按比例增加。门诊病人中经过转诊的病人所占比例越大，疑难病人越多，需要入院的频率也越高。经过转诊的门诊人次占门诊总人数的百分比可间接反映门诊病人病情复杂程度。当病床数量不变，门诊人次数和经过转诊人次过多时必然形成病人排队等候入院的状态，而推迟治疗时间。城市大医院负有医、教、研的任务，为充分发挥医学专家的技术能力、先进医疗设备的作用以及培训专科医生的需要等，应多接受经过下级医院转诊的病人，而不应以一般病情的病人为主要服务对象，否则就失去了分级医疗的意义。特别是我国目前限于人才培训的周期和经济发展的速度，医学专家和先进医疗设备不可能很快增多的情况下，适当安排各级医疗机构的分工对我国卫生事业建设将会起到事半功倍的作用。病床数与日门诊人次数的比例多少合适，各国情况不同。一般认为日门诊人次与病床的比以 2—3.1:1 为宜。瑞士、西德、英国、日本、美国的门诊量都比较少，大体在 1:1 左右，甚至 0.5:1。

我国卫生部于 1978 年发布《综合医院组织编制原则试行草案》中制定人员编制时，日门诊人次与病床比按 3:1 计算。从国内 20 省、市、自治区的统计来看，大体在 2—3:1 之间，北京、天津、四川、上海、湖北、广东六省市日门诊人次与病床比高于 3:1（见表 13-4）。另据 1981 年统计国内 20 所高等医学院校附属 22 所综合性医院共有病床 14661 张，平均每日门诊 50636 人次，门诊人次与病床比为 3.45:1。城市大医院和教学医院的门诊人次数偏高，反映病人集中的趋势。

表 13-4　20 省、市、自治区医院日门诊人次与病床之比

省、市、自治区名称	日门诊人次与病床之比	省、市、自治区名称	日门诊人次与病床之比
北京市	3.8:1	浙江省	2.9:1
天津市	3.5:1	安徽省	2.3:1
上海市	3.2:1	福建省	2.2 1
河北省	2.7:1	江西省	2.3:1
山西省	1.7:1	山东省	2.4:1
内蒙古自治区	2.6:1	河南省	3.0:1
辽宁省	2.8:1	湖北省	3.1:1
吉林省	2.8:1	广东省	3.1:1
黑龙江省	2.3:1	四川省	3.4:1
江苏省	2.8:1	陕西省	3.0:1

第三节　门诊诊疗组织与业务管理

医疗工作是以医学科学技术为人类健康服务。诊疗组织必须有利于充分发挥医务人员智能作用。门诊是医院系统中的一部分，门诊又形成一个子系统。按照组织原理，任何两个事物组合起来，不一定等于两者简单相加，部分之和与总体不一定相等。门诊工作的成效与其组织结构关系至为密切。

一、门诊工作的基本要求

门诊工作是为门诊病人进行诊断和治疗的，医疗服务质量的高低，主要看能否早期正确诊断，及时妥当处理，从而取得相当现代医学水平的较好医疗效果。完善的门诊工作程序和良好的就诊秩序是保证工作顺利进行的前提，是发挥医务人员作用和医疗设备效能的必要条件。同时要为门诊病人创造良好的就诊环境，这里包括工作人员的热情耐心的服务态度，严肃认真的工作作风，要讲求工作质量，也要讲求工作效率。就诊过程力求简化，各部门工作相互之间要保持连续。在建立制度时，要注意到病人的方便，力争使病人不因非医疗原因在门诊停留时间过长，不因工作差错增加病人痛苦，不因来院门诊而感染其它疾病。

二、门诊就诊程序

（一）分诊

到医院来就诊的人之中，包括有病的人和健康的人。病人中的病情又有急、缓、轻、重之别，十分复杂，各不相同。很多初诊病人不了解自己病情属于哪一科的范围；以及现代医院门诊分科很细，病人自己难以准确选科就诊。有时要多次转科，增加了病人的不便和痛苦。其中患传染性疾病病人的活动，在门诊人群中可造成传染的威胁；因此，就诊程序以先分诊后挂号方为合理。日本为此设立医疗指导部或总预诊部指导病人选科。美国某些医院在门诊也设有类似的服务人员。这种对病人初步了解，分类指导，既有利于分科，避免浪费病人时间，提高医院工作效率，也能及早发现有传染性的病人，防止在门诊范围内的交叉感染，如果分诊与初检结合进行则更为理想。上海市杨浦区中心医院对全部门诊病人进行初检，据统计 1979—1981 年间共有门诊 1647468 人次，检出传染病人 28171 人次，传染病人检出率为 1.71%。以每日 1000 人次规模的门诊为例，检出 17 名传染病患者，从而保护了其余绝大多数病人和健康人，这种措施实属必要。但一般由于门诊数量太大，就诊时间集中，需要有足够人力和场地。因此，除小儿科及急诊室外，很多医院未能坚持全部分诊与初检。

（二）挂号

为了保持就诊秩序和建立必要的记录，门诊看病必须挂号。第一次来院就诊的病人要建立新病历，是为院初诊；已建病历的病人再次就诊为院复诊。院初诊数占每日门诊人次的比例各院不同，一般在 10%以上。某教学医院在全部门诊采用病历的情况下，1965 年院初诊略多于 10%。1980 年 1 月至 1982 年 4 月间，门诊总数为 1342976 人次，共新建病历 200281 份，即院初诊人次为门诊总数的 14.9%。确切的初、复诊概念应该以疾病为依据。有人主张，“任何一种急性病第一次来门诊部就诊时为初诊，应计算一例新病例。下次续诊时为复诊。同一病人患另一种疾病就诊时，应重新作为另一新病例的初诊。任何慢性疾病患者，无论何时发病，只要在本年度第一次来门诊就诊，均为初诊病人，以后在本年度内来门诊部诊治本慢性病，不论多少次数，均称作复诊病人”。如按病种区分，复诊约占门诊总数的三分之二。美国卫生、教育、福利部关于门诊机构计划纲要中按平均每名病人一年就诊 3.5 次预计，估算其复诊病人也在三分之二左右。在接受转诊、会诊数量多或服务对象流动性大的医院，其院初诊人次比例偏高；而地区性医院、企事业系统医院、基层医院，由于服务对象稳定，院初诊的人次较少。因此，院初诊只能反映病人流动情况，不能说明发病的规律。

为适应大量门诊病人来院时间集中的特点，当日挂号必须以最简方式快速完成挂号

手续。在不设专人分诊的医院一般由病人自己或其陪同提出就诊科室或专业。有时经挂号员简单询问后，代行分诊，协助确定就诊科室。挂号的功能有四：①代行分诊；②收取挂号费；③建立新病历或发出调用存档病历的指令；④建立就诊顺序并向病人交待候诊地点及大体就诊时间。

挂号是病人在门诊就诊前的手续。挂号排队时间过长，不仅对病人极不方便，而且易导致门诊秩序混乱。解决的办法除了有健全的管理制度、操作规程外，挂号效率必须与病人数量相适应。按照病人来院高峰规律，设置足够窗口进行挂号。开展预约挂号可以减少病人集中对挂号窗口的压力。有的医院采取按科分开挂号，有的将初、复诊窗口分开。分开挂号可以：①增加窗口数量；②把挂号人群分散到几个地方，减少集中；③初、复诊分开是把挂号手续繁简程度相近的病人分开挂号，提高挂号效率；④儿科、传染科病人分开挂号可以防止病人之间的交叉感染。

但分开挂号会增加病案传送的困难。

为使病人安心候诊，有的医院试行按门诊时间分段顺序挂号。如上午按8.00—、9.00—、10.00—、11.00—分成四段时间并依次排号。各段时间内挂号人数是根据出席门诊的医生人数和病人来院时间规律拟订。病人挂号后知道自己在某段时间内可以就诊。可以主动安排候诊时间安心等待，也减少候诊室的拥挤嘈杂。各段时间的挂号顺序号牌用不同颜色标志，便于病案室优先查找较早时间段的病案，使病案供应顺序合理，减少候诊时间。门诊各科室也易于区别各段时间病人的顺序。这在门诊人次很多，挂号数额不能满足病人需要而出现排队现象时，对保持门诊秩序方面有所帮助。但门诊人次要大体稳定，否则挂号数额或应诊医生冒多冒少，都无法做到计划分配时间。这种方法对于门诊数量不大，病人能够随到随看或候诊时间不长的门诊科室意义不大。

（三）候诊

病人挂号后，分别到各科候诊室候诊，等待病案室查找病案并传送到门诊科室。查找病案如人工操作约需10—20分钟或略长。依序就诊，要求尽量缩短候诊时间。如候诊时间在15分钟左右，病人不会感到很大不便。病案送到门诊科室后，门诊护士要将病案按次序与病人查对，简单了解病情和翻阅病案中记载近次就诊情况进行预诊。如测体温、数脉搏、量血压或开给化验单进行血、尿、便的常规检查。这样可以节省病人和医生的时间。护士还要经常巡视候诊病人，遇有急重病人优先安排就诊；遇到可疑传染病患者，要及时采取隔离措施，并报告医生给以处置或转科。病人就诊后对病情、检查及治疗前的准备，或对医疗中的问题存有疑虑时，门诊护士要给以解答、并协助办理预约检查、治疗和复诊手续。

利用候诊时间进行卫生宣传，可采用口头、图片、幻灯等形式。但不要因此破坏候诊室的安静的环境，不应因此而对某些病人产生不良刺激。候诊病人过多时，很容易形成拥挤嘈杂的场面。工作人员更要注意维持秩序，尽量保持安静。高声呼叫甚而利用扬声设备，使门诊环境喧嚣吵闹，影响诊疗工作，也加重候诊病人的烦躁心情。

（四）就诊

就诊是门诊的中心环节。门诊护士按顺序把病人分配到诊室（台）就诊。病人或陪同者叙述病情，医生询问有关病史后进行检查。门诊医生对疾病的初步判断称为“初步诊断”或“印象”、“臆诊”等不同名称。根据诊断向病人或陪同者简要交代病情，并提

出治疗意见，征得病人同意后，给以治疗（包括手术）或开给处方到药房取药。如诊断存有疑问，要请本科上级医生或有关科室会诊，必要时由会诊科室或医技科室协助进行特殊检查、治疗。病情不宜在门诊进行诊断、治疗的病人，应收入院。病史、检查结果、会诊意见、治疗措施、用药名称、剂量、方法以及病情变化等都要简明扼要记入病历。医生开给疾病诊断证明书要复写一式两份，一份存入病案保存，一份交病人到门诊部盖诊断章。统一盖章有利于保持诊断书的严肃性和防止滥用。

（五）医技科室的检查与治疗

医技科室配合临床科室对病人进行检查或治疗。如化验、X线、放射性同位素、超声波、心电图、脑电图的检查、理疗、人工肾透析、手术等治疗。一般常规检查或治疗可以即时进行，但某些较为复杂的项目，除病情紧急的病例以外，往往需要有检查、治疗前准备，如空腹、控制感染等要求。通常采用预约形式，预约时要向病人说明注意事项。一切检查、治疗、取药前要办理收费或记帐手续，各医院情况不一，具体办法不同，但应注意两点；一是严格财务手续；二是方法尽量简化，方便病人。国外有利用电子计算机储存病历、费用记帐、减少病人往返于医疗科室和收费处之间的次数，对门诊病人比较方便。

（六）离院、留观察室或入院

每次门诊从挂号、候诊到检查、诊断、治疗、取药后离开医院是一个完整的门诊过程。少数病人需要暂时留观察室观察，有的则需收入病房。病人再次复诊，如序进行，其程序如图 13-2 所示。

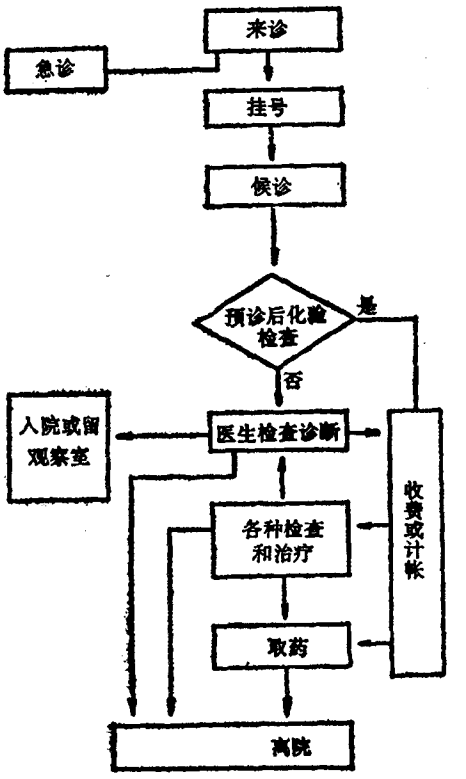


图 13-2　门诊程序图

门诊病人在医院内的等候时间远多于诊疗时间，是个难于解决的问题，称之为“三长一短”（挂号、候诊和等候取药、检查、治疗的时间长，就诊时间短）。有人曾分别做过调查。每名病人平均在门诊停留时间为 146 分和 102.89 分；其中医生直接诊察病人的时间，仅为 11 分和 16.95 分，各占在门诊停留时间的 7.5%和 16.47%。等候时间可达全程时间的三分之二（见表 13-5）。形成“三长一短”的原因有二：

⑴ 在一定社会人口中，医院总的数量少，门诊能力或某一环节能力不足，不能满足病人对医疗服务的需求。

⑵ 组织管理不当，医院不能充分发挥作用。如工作人员的工作效率不高，不能完成预期任务量，其结果与前者相同。即便医院和医务人员数量较多，若缺乏良好的计划，组织、管理工作，也能使“三长一短”的矛盾变为突出。例如在施行划区分级医疗制度

表 13-5　每名病人在门诊停留时间调查分析

调　查　者	陶　志		耿希晨、邹奉璋	
调查对象	一般医院		军医院	
平均占用时间	分	%	分	%
等挂号及挂号时间	13	8.9	9.93	9.65
候诊时间	86	58.9	43.92	42.69
医生诊察时间	11	7.5	16.95	16.47
特殊检查、治疗和取药时间	36	24.7	30.09	31.19
总计	146	100	102.89	100

较好的地区，各级医疗机构合理分工，充分发挥各自的技术力量和设备的作用，减少重复，提高工作效率。反之，基层任务相对为少，病人集中流向城市大型医院，大大超过负荷能力，势必要缩短医生诊察时间和延长病人在门诊的等候时间。即使在人力充足的情况下，计划组织工作也很重要，倘人力本已不足，组织管理混乱，必将加深这一矛盾。

日本学者三藤宽以每名门诊病人初诊占用诊疗时间为 15 分钟，复诊为 7 分钟编制门诊诊疗时间表，并提出等候取药时间限制在 30 分钟以内。其诊疗时间与我国情况大体相近，但等候取药时间以 30 分钟为限，未免稍长。有人主张门诊全程时间不宜超过一个小时。目前我国还有相当多的医院，病人在门诊停留时间需要 2 小时左右，甚或更多，亟待改进。

为了方便病人，有的医院在门诊服务台（或问询处）代为办理检查结果函告手续。凡化检、放射、病理等检查不能当日取得结果时，病人可在门诊服务台填写一张表格(如图 13-3)，以后由门诊工作人员从病历中抄出结果寄给病人。检查结果在正常范围内的，可以减少复诊，为病人节省了时间，也减少了医院不必要的门诊人次。为避免误解检查结果，函告可以限制在某些结果指标明确的检查项目，并由具有这方面知识的人员负责检抄报告。

三、门诊组织体制

门诊是由临床科室、医技科室和辅助科室组成。这些相互有关的科室，以对门诊病人进行检查治疗为目的而构成的整体。门诊的组织结构是门诊系统的构成形式。门诊是一般医院的主要医疗活动之一。为组织门诊医疗活动建立门诊部，设立门诊部主任统管门诊的组织、计划、督促检查等各项工作。门诊部主任受医疗副院长或门诊副院长领导。如无门诊部的医院，则门诊的组织领导工作由医务科负责。由于门诊工作量很大，涉及范围很广，平均每日门诊达 1000 人次左右，这就须设置门诊部或设置由医务科派出的门诊办公室，专门管理门诊事宜。在基层医疗单位不设病床或只有少量病床、而以门诊为主的独立门诊机构，称为门诊部、诊疗所或医务室等。这种独立门诊机构，由门诊部（所）的主任（所长）负责。

医院附设的门诊部，其领导体制大体可以分为两类。第一类是双重领导形式。门诊部主要负责门诊全面业务活动的计划、组织管理，督促检查各科室的门诊工作。凡在门诊工作的人员，都要接受门诊部主任和各科室主任的双重领导。在组织、管理方面要服

（正面）

病人姓名：	性别：	病历号：
送检日期：　　年　　月　　日		就诊科别

检查项目	结　果

（黑线以下结果由医院填写）

同志：

您在本院检查的结果如上

○属于正常范围，如无其他异常情况，不必复诊

○需要继续检查和治疗，请来院挂号复诊

祝

健康

医院门诊部

年　　月　　日

（反面）

收信人地址＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

贴　邮
票　处

收信人姓名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

××医院门诊部缄

图 13-3　检查结果寄报表

从门诊部统一安排，在业务领导和工作人员的考核由各科室主任负责。各科要有一名副主任分管门诊，派出医生、医技人员轮流到门诊工作。各科要指定一人在门诊负责，有的医院称之为“门诊组长”。在门诊部和科主任领导下具体负责本科室门诊的诊疗业务和行政工作。临床科室多为主治医师，医技科室也应是技术骨干，也可由分管门诊的科室副主任自己担任。门诊设总护士长（或护士长）在护理部主任和门诊部主任双重领导下总管门诊护理工作。各科视门诊护士人数多少，酌设护士长或小组长。门诊的注射室、治疗室、手术室和急诊室等处的护理工作，为便于配合多科室工作，可设护士长或委托

某科室门诊护士长代管，在门诊总护士长（或护士长）领导下工作。只有少数部门如挂号室、问询处、服务台等由门诊部直接领导。至于只有门诊不设病床的科室是否划归门诊部领导，则按医院具体情况而定。

第二类是强调门诊部领导的形式。即门诊部的人员组成，医、护、医技、收费等各类人员都由各科派出。在门诊部工作期间，门诊业务的组织管理和人员调动、考勤、考绩等都由门诊部负责。

比较上述两种类型：双重领导形式，由科室统一安排在门诊和病房的医、教、研工作，有利于①发挥科室技术力量和先进设备的作用，便于科室技术骨干会诊疑难病人；②对病人在门诊、急诊、病房以及出院后门诊复查等治疗和观察有连续性和系统性；③全面考核医务人员的工作表现，便于技术队伍的培养与成长。这种领导体制易于协调。有的医院采取强调门诊部全面领导的体制。凡轮到门诊工作的医生，其人数和各级医生比例，都要经门诊部同意；而且未经门诊部许可，科室不得安排他们做其他工作（如出差、开会、学习外语、实验室研究等），这样可以保证门诊医生的稳定，但由于和科室的分隔，失去上述科室领导的积极作用。这种管理制度是不够健全的，是不得已而采取的措施，不利于发挥各科室的技术领导作用。

为了合理地组织门诊工作，就以下几个方面进行讨论。

（一）关于门诊工作量的计算

任何工作都必须在保证质量的前提下计算工作量，医疗服务质量尤为重要，否则不仅会造成浪费，而且会增加病人的痛苦。

1. 个人工作量：医生的诊疗工作需要的时间与以下几个因素有关。①病情复杂及罕见的程度；②病人对医生的信任与合作程度；③就诊病人的初复诊比例；④各不同科室的专业要求；⑤医生的技术水平、操作熟练程度；⑥医生的认真负责、积极主动程度；⑦护理、医技人员的配合情况；⑧医疗设备情况。在病情相似，检查水平和治疗效果相仿的情况下，先进的医疗设备对检查治疗更为方便、准确、有效。但为更准确检查和更有效的治疗，其进行的程序也更复杂，当然也需要更多的时间。

医生工作量的计算，以每名医生在单位时间内完成门诊人次数做为基础。卫生部于1978年发布的《综合医院组织编制原则试行草案》中规定每名门诊医生平均每小时诊疗5人。医学院校附属医院每名门诊医生每小时门诊工作量各科平均为4人。各科工作内容不同，门诊人数略有差别（见表13-6）。日本学者山元昌之于1973年调查55所日本医院，每名门诊病人诊疗所需时间如按初、复诊比例折算，除个别科室外，与我国大体相近。单位时间内完成门诊人数，随着医学发展，会有所改变。在大量调查的基础上拟定单位时间工作量，有助于开展预约门诊和估计门诊需要医、护、技人员的数量。每一步诊疗过程，如病人叙述病情、对检查的反应、思考判断，以及说明诊断意见，交代治疗方案、预后等都要时间。如果病人数量过多或诊疗速度太快，没有必要的时间，就不能保证按操作程序进行诊断和治疗，难免降低医疗服务质量，甚而增加差错的机会。规定诊疗一名病人平均所需时间是保证医疗服务质量的必要条件。

护理、放射、化验、理疗、药剂等各种医疗技术人员以及挂号、病案供应、行政管理、清洁等都应有适当工作量作为参考。按卫生部规定，每增减门诊100人次，要增减工作人员5—7人。由于各医院情况不同，变异很多，各类人员可完成的工作量差别较

表 13-6　门诊医师工作量及每名门诊病人诊疗时间表

科别		卫生部（1978年）		山元昌之（1973年）			
		每名医师每小时诊病人数（人次）	诊治1名病人需要的时间（分）	每名医师每小时诊病人数（人次）		诊治1名病人需要的时间（分）	
				初诊	复诊	初诊	复诊
内科		5	12	3.33	6	18	10
传染科		6	10				
结核科		6	10				
外科		7	8.57	3	12	20	5
骨科				3	12	20	5
脑外科				2	6	30	10
成形科				3	5	20	12
泌尿科				2	4	30	15
妇产科		6	10	3	6	20	10
小儿科		5	12	3	6	20	10
眼科		6	10	2	6	20	10
耳鼻喉科		6	10	6	12	10	5
口腔科		3	20				
中医科		5	12				
皮肤科		7	8.57				
精神科				2	6	30	10
放射线科				2.4	6	25	10
麻醉科				4.61	12	13	5
平均	一般医院	5	12				
	教学医院	4	15				

大，如何计算方为合理值得今后研究。

2. 各临床科室门诊工作量的计算：临床科室的门诊人次数占同时期全院门诊总数的百分比可反映各科室完成门诊的情况，其计算公式如下：

$$某科占全院门诊百分比=\frac{阶段时间内某科门诊人次数}{阶段时间内全院门诊总人次数}\times 100\%$$

据卫生部（1986年）组织对全国9省市的23个城市中96所各级各类医院的调查及卫生部（1985年）组织对9省45县（区、市）农村医疗机构的调查，一日门诊病人按科别构成分析：内外科病人约占门诊总数的35%左右，儿科略多于妇产科。眼科、耳鼻喉科和皮肤科等专科门诊病人构成比在基层最少，随着医院级层的提高而逐渐增多。中医科门诊病人构成正与此相反（见表13-7）。专科医院的门诊构成各不相同自不待言，设有重点专科的综合医院，显然也不同于一般医院。北京市积水潭医院是以创伤骨科为重点的综合性医院，创伤骨科占门诊总人数17.31%，远大于其他医院。各科门诊的合理构成是按照就诊病人疾病构成比例配置门诊科室。某些面向服务范围很宽或城市大型

表 13-7　各科门诊构成百分比

科别	中国城市医疗服务研究（1986年）					全国农村卫生服务调查资料（1985年）	北京医学院第三附属医院（1977—1981年）	北京积水潭医院（1977—1981年）	耿希晨、邹奉璋资料
	省市级医院	市区级医院	县市级医院	街道医院					
				有床	无床				
内科　普内	18.06	21.36					26.6		
神经内科	5.03	0.86	24.37	26.18	24.79	28.25	3.53	23.98	31.41
	23.09	22.22					30.13		
外科　普外	7.75	11.09	12.81	11.0			9.29	6.69	
骨科	3.42	1.79	1.11	2.19		9.83	5.70	17.31	15.25
	11.17	12.88	13.92	11.66	13.19		16.34	24.0	
泌尿							1.35		
妇产科	5.24	8.08	6.68	6.19	5.24	6.55	8.15	6.96	8.93
儿科	11.94	14.26	12.87	13.01	23.56	8.04	8.50	—	10.82
眼科	9.64	5.18	4.27	3.67	0.64	2.82	7.50	5.25	7.53
耳鼻喉科	6.59	4.94	3.20	2.70	0.64	4.24	7.45	5.30	9.14
口腔科	5.25	5.92	6.54	4.60	6.62	3.14	6.20	6.66	8.53
皮科	9.07	6.56	2.18	3.27	1.92	2.49	8.60	7.65	8.38
中医科	7.72	9.68	14.97	13.15	17.36	22.30	4.27	11.78	
针灸科	2.87		3.93	5.63	3.26			2.60	
中医骨伤科		1.00	2.61	3.14	0.75			3.82	
传染科						1.65			
其他	7.42	9.28	4.46	6.8	2.03	10.69	2.86	2.00	
总计	100	100	100	100	100	100	100	100	100

的医院，其各科门诊构成比差别较大，这往往与各医院之间分工、专业设置和本地区医院分布的不同而有所差异。因此每个医院设置哪些专科、规模大小，都要在一个地区内通盘考虑。使各医院之间形成不同层次，各种专业互相配合的医疗网。

（二）门诊工作量的调节

一个医院或门诊部完成的门诊人次数量要与承担的社会医疗需要和自身医疗能力相适应，过多和过少，都要进行调节。影响门诊工作量的因素有以下几个方面：

⑴ 服务范围人口数、发病率以及到本级医院就诊率是决定门诊工作量的基础。

⑵ 医疗任务分级高，则面向更多的服务人口；疑难重症病人数量增加，则需要设置更多的特殊专业门诊；检查治疗项目多，操作程序复杂，平均处理每名病人所需要的时间延长。

⑶ 院内人员编制数量、技术水平和设备条件与门诊量要相适应。人员数量不足、业务能力太低或没有基本设备条件，都会影响门诊工作量的完成。

⑷ 门诊管理制度健全、井然有序，各部门之间分工合理、责任明确、协调合作，则有利于提高门诊工作效率；否则尽管人员多、设备好，也不能充分发挥人力、物力的作用。

⑸ 工作人员的积极性是十分重要的因素。有人研究，以一个人的能力定为100%，一般基本完成最低限额的工作，只需20—30%的力气，因而认为人的潜力很大。如果激励适当，可以把人的80—90%，甚至更多的能力调动起来。门诊医务人员潜力的发挥，应着重在提高医疗质量方面，不可过多增加门诊人次，否则难免降低医疗服务质量。

为了使客观医疗需要与主观医疗能力之间相适应，必须合理调节门诊工作量。一个医院不可能无限承担社会的医疗需要。一定规模的医院在人员、设备相对稳定的情况下，门诊工作量应控制在一个区限之内。间或大量超额完成门诊数量，时间不能持续太久，否则很难保证医疗质量。因此，凡门诊数量过大时，一方面应适当调整医疗服务范围或严格转诊要求；必要时应增加人员、设备，以适应过多的任务。门诊工作量在核准区限以内，有时也需要内部调整。科室内部的调节比较简单。如门诊、病房的分工与支援，在科室大小、人数多少不一的情况下，各有不同的措施，而门诊各科之间就比较复杂，在不同级别的医疗机构，支援范围也有差别。城市大型医院、专业分工很细，科室间也应互相了解，一旦遇到分诊不当或需共管病人时，也能对非本科病人给以基本正确的处理。尤其在大批急重病人的抢救时（如自然灾害、集体中毒）主动支援十分重要。但一般不宜经常以甲代乙，这样不能发挥专业所长而降低医疗服务质量水平。在接触病人较早的基层医疗单位就不能过分强调专业的划分，而要求医生有对各种疾病早期鉴别和初步处理的能力，相互支援也比较方便。

平均每名医生在单位时间内应诊人次与门诊医生出席人数的积是医生完成门诊任务的通过能力。护理、医技科室以及挂号、划价、收费、取药等部门的通过能力要略多于医生的通过能力。特别是初始与终末环节更为重要。如挂号、病案供应、化验检查的通过能力不足，病人要长时间排队挂号、等待病历和化验结果，这样必然会延长病人在医院停留的时间。药房通过能力不足，病人排队候药，也会延长病人在门诊因非医疗原因的停留。这都是门诊管理工作所力求减少的问题。

四、提高门诊工作质量和效率的基本措施与基本制度

（一）门诊量要相对稳定

门诊量是门诊规模的数量指标。完成门诊任务的物质基础是工作人员和医药器材等设备条件。因此，任务和条件二者必须适应。在一定条件下可能完成的门诊数量，其允许波动幅度不宜太大，估计在10%左右。虽然门诊工作的随机性很强，但就门诊病人总体而言，门诊量仍可以稳定在一个区限范围之内。当供求矛盾突出时，要另外设法调整，不宜无限增加门诊负荷，以保证医疗服务质量。

（二）要配备好人员

要配备数量适当、组织健全、技术良好、认真负责的医务人员。门诊医务人员的技术能力和数量是影响门诊质量的关键性因素。应建立门诊医生配备与轮换制度，包括下列一些内容：

⑴ 根据各科门诊量配备门诊医生。

⑵ 健全领导体制，除有副科主任分管门诊工作外，并配有由主治医师担任门诊组长。

⑶ 医生轮换要相对稳定，每期以半年为宜。

⑷ 主治医师与住院医师之比宜在1:2—3之间。

⑸ 主治医师要定期出席门诊，除会诊疑难病人外，要抽查门诊医疗质量。

⑹ 进修生和医学生毕业后第一年出门诊应有专人负责检查和指导。

此外，各临床科室之间，临床科室与医技科室之间的技术力量都要搭配适当，以便于互相补充和支持。

（三）要有必要的医疗设备

在医疗仪器日新月异的今天，设备条件在现代医学中往往占有决定性的位置。有些医疗设备在提高检查的正确度、治疗效果和工作效率等方面是必不可少的，因此要配备必要的医疗设备。

（四）要有良好的门诊秩序

为了保持门诊的良好秩序，有利于医疗工作的进行，必须尽量简化挂号、划价、收费等手续，并提高其效率。

（五）要建立岗位责任制和有关规章制度

要建立明确的岗位责任制、完善的医疗常规和操作规程以及各部门间的联系程序。还要建立下列一些工作制度：

⑴ 门诊病历制度：门诊病历是医疗工作的原始记录。凡来门诊看病的病人，不论初复诊，均应建立病案，并记录完整。全部病案都要科学管理和集中保存。通过查阅门诊病历以检查、评价门诊医疗质量，总结经验。门诊病历是教学和科研的基础资料，也是法律的依据。病历书写内容、方式要有统一要求，包括主诉、现病史、有关既往史、查体所见、理化检查结果以及印象、诊断等。各科检查报告单应按规定粘贴保存。随时记录病情变化、治疗措施、方法、剂量和治疗效应。每次医疗活动都要有经治医生的签字并注明日期。

门诊部和各科室负责门诊的主任要定时抽查门诊病历，评估门诊质量，改进门诊的工作。

病案传送必须由工作人员完成，不应交病人携带。否则容易丢失，有时还会使病人产生不必要的疑虑。

⑵ 门诊连续诊疗和上级医生会诊制度：门诊护士要尽量把复诊病人分配到上次门诊医生的诊室（台）就诊。凡门诊三次断不清或治疗无效时，应请上级医师会诊。每周科主任或负责门诊的主治医师要组织对门诊疑难病人的会诊，以期明确诊断和决定治疗方案。

⑶ 科室间会诊、转科与转院制度：根据病情需要，科室间可以会诊、转科甚或转院检查治疗。会诊、转科前经本科主治医师或高年住院医师同意。转科时，原接诊医生应把转科目的、要求详细记载在转诊单或病历上，必要时应随同病人前往，以便共同讨论诊断治疗意见。接转诊各科室也要认真负责，防止互相推诿。

⑷ 门诊消毒隔离制度：集中在门诊的病人在检查、治疗以及候诊过程中，容易相互接触，除对传染病人或可疑传染病人认真进行消毒隔离外，应注意对公共场所的空气、地面、墙壁、坐椅、推车、担架进行定期的消毒处理。

（六）要设置专科门诊

设置专科门诊是医学各学科深入发展和不断分化综合的产物，具有医疗与临床研究相结合的性质，它可以推进临床医学的进展和提高诊疗水平。一些大型医院或医学院校的附属医院已相继开设了专业和专病门诊（见表 13-8）。而这种专业、专病门诊，使大型医院得以发挥技术人才和先进设备的作用，部分满足了社会上的医疗需要，而受到各方面的重视。这些专门的门诊可称之为专科门诊和专病门诊。专病门诊明确以某一种疾病为治疗目标，范围较窄；但专科门诊与专业门诊的含意则没有本质上的差别，仅门诊要有一定条件。首先，客观上有急待解决诊断或治疗问题的病人，其次在主观上已具备设置专业门诊的必要条件。如：

⑴ 要有对原来科室医疗业务在理论和临床实践两方面都有一定水平的技术骨干做为学术带头人，并有由各级医师组成的技术队伍。

⑵ 要配备有较先进的设备。如检查、检验的仪器和治疗设备。

⑶ 要有专科的病历要求，检查、治疗常规和明确的诊断、治疗转归标准。

⑷ 要设有固定数量的床位。

表 13-8　部分医院专科(专业、专病)门诊开放情况

医院名称	日门诊人次数（人次）	门诊临床科室数（科）	开放专科（专业、专病）门诊数（种）	专科(专业、专病)门诊病人占门诊总数的%
首都医院	2500—2900		近70	30%
天津医学院附属医院	3000	14	59	15.5%
西安医学院附属一院	2123	16	22	
山东医学院附属医院	1925.98	13	53	
武汉医学院附属二院	3553	11	51	10.4%
中国医科大学附属一院	2987	11	71	85.0%
中国医科大学附属三院		12	20	10%
第四军医大学附属一院				69%

此外还要有较为健全的管理制度以保证专科门诊的工作，如出席门诊人员要有质量要求；门诊时间虽然可以每周设有若干次数，但必须固定；以及药品、设备、物资的保

证等。

专科门诊的设置有以下一些优点：

(1) 有利于解决专科疑难疾病，提高医疗质量：据天津医学院附属医院王金瑞等对该院专科门诊和普通门诊进行调查，从病历书写质量、三次门诊确诊率、诊断符合率和治疗好转率等几个方面看，医疗质量均有提高（见表 13-9）；并使某些病人获得及时、有效的治疗；并且也加强了门诊和病房在诊疗全过程的连续性，使病人在入院前和出院后都能得到较为细致的观察和妥当处理。

表 13-9　天津医学院附属医院专科门诊与普通门诊质量比较

门诊种类	病历质量% 优	良	中	三次确诊率%	诊断符合率%	治疗好转率%
普通门诊	13	82	5	32	80	34
专业门诊	58	40	2	95	99	80

(2) 有利于充分发挥各级技术骨干的作用，有利于干部的培养：不少医院的专科门诊都是由教授、主任亲自参加，可以比较集中地研究解决某些临床疑难问题，充分发挥技术骨干的作用。临床有所造诣的中年医师参加专科门诊，可以鼓励他们定向钻研和改变“重病房，轻门诊”的倾向。同时也为培养青年医生提供了新的临床基地。

(3) 有利于科学研究和促进专业的发展：专科门诊集中了技术力量和设备条件，吸引了病人，能在一段时间里积累更多的临床资料。不断总结经验，进行科学研究，推动专业的建设。专科门诊对负有提高任务和解决疑难病人的大型医院就更为重要。开放专科门诊应该从技术和设备等方面有所准备，对可能有的病人数量要进行预测。建立专科门诊必须从实际出发，考虑自己的条件和医院分工层次来设置必要的专业，否则不能提高诊断或治疗水平。不宜盲目增添设备造成浪费。在基层医疗单位，某些技术骨干也可在原有科室范围内分别对某专科有所侧重，虽非专科门诊，但由于病人相对比较集中，可进行观察和研究，对提高医疗质量也有好处。利用简单设备，取得较好疗效，受到病人欢迎和信任的医院，也是不乏先例的。

五、门诊环境要求

门诊的环境要适应接待大量病人的特点。病人来到门诊就医，已经感觉或怀疑自己健康出现异常情况，疑虑心理很难避免。门诊工作人员应该热情、和蔼，注意病人的心理状态，使病人感到医院处处为病人考虑，各项工作都是可以信赖的，这有利于增强病人战胜疾病的信心，也易于得到病人的合作。

(1) 门诊大厅入口处应设有服务台，指引挂号、候诊地点，解答病人有关办理手续中的疑问，并协助那些行动不便的病人挂号和就诊。门诊入口处要准备推送病人的担架车、轮椅，供病人在院内就诊时使用。

(2) 门诊入口处附近要设置门诊平面示意图，并用指路牌标明各科室分布部位。在楼梯、电梯和交叉路口处要标明由此前进可以到达的科室名称。有的医院在门诊通道地面上，用油漆划上宽约 5cm 的粗线，间断矢向示意，象轨道那样一直延伸到某些检查或治疗科室。如X线科、化验室、药房等。病人能沿着不同颜色的路线，很容易到达要

去的地方。

⑶ 有的病人心中烦躁、不安、厌恶杂乱和噪音，保持门诊的安静，对病人来说十分必要，首先工作人员要有低声说话、动作轻巧的习惯。尽量不采用扬声设备，随时劝阻破坏安静的行动，有时安静的环境可以无形约束某些人的放肆行为。

⑷ 为防止发生病人交叉感染，除在建筑设计时考虑合理布局和人流路线外，凡须隔离的地方、房间、用具都应予以标明。

此外，门诊大厅、通道、候诊室及检查、治疗室要色调柔和，照度适中，晦暗固然不好，光线过于强烈也使病人感到不适。墙壁上除有明显而又协调的标志以外，不宜随意贴纸挂牌。在大厅或候诊处可悬挂颜色柔和的艺术画面或卫生知识宣传图片。还可放置一些花草，美化环境。在北方严冬季节，室外一片枯草，室内的鲜花、绿叶则给人以生机的感受和鼓舞。在挂号、候诊、取药以及等待检查、治疗的场所，设有坐椅。要有部分设有扶手的长条椅凳。对不能支持稍久坐位的病人不无方便。

门诊各科室、部门的布局和设施还要适应大量人群的活动，各科室之间的距离越远，则病人在门诊的活动范围越宽，花费时间也越多，带来很大不便。若把病人往返频繁的部门位置，尽量靠近，可以减少因病人流动而造成门诊的混乱，有利于保持门诊秩序。此外如通道、大厅要宽敞，空气清新，室温合宜。需要有类似其他公共场所必备的安全出口、通风和空气净化设备、饮水处、洗手池、厕所、果皮箱、痰盂等设施，并经常保持可用、够用和清洁。

陈培元

第十四章　急诊医疗管理

第一节　急诊医疗体系概述

虽然本书主要论述医院管理学，但是就急诊来讲，由于急诊医疗体系(emergency medical service system, EMSS) 是当今国际上新出现的一种已被证明是有效的先进急诊医疗服务结构，所以讨论医院急诊必须从这个体系总的方面来论述。急诊医疗体系包括院前急救、医院急诊室和监护病室（或强化医疗病室）三个既各有独立职责和任务，又有相互紧密联系的部分，是一个有严密组织和统一指挥（就急诊而论）的急救网。

一、成立急诊医疗体系的目的和优点

目的是为急诊病人，包括危重急症病人提供快速和有效的急诊服务。优点是：

⑴ 从病人发病之初或遭受较重外伤之际，即可以在短时间内得到初步及时的处理或抢救，起到防止病变加重或伤势变剧的作用。

⑵ 将急诊病、伤人员经初步恰当处理后在监护下（并可继续维持治疗）安全送到指定的接收医院急诊室。

⑶ 以上两点属于院前急救，由全市急救中心（站）负责。急救中心（站）配备先进的通讯设备，每天 24 小时接收来自全城各处的急诊呼救信号(我国现已定为“120”)。然后经过储存在电子计算机中的资料处理后，立即指令病、伤人员所在区的分中心(站)派车到病、伤人员所在地区，进行必要的初步急救，并安全转送到指定的接收医院。

⑷ 医院急诊室与院前急救必须紧密联系，当中心（站）接到急诊呼救信号，并已派车出诊时，该区医院急诊室也已得到中心（站）的通知，作好接收病人或伤员的准备。全城事先应合理地划分好若干区，各区设有分中心（或站）。

⑸ 全城各有条件的医院均联络成网，就可以利用原有设备（可以更新或作必要添置）为救治病人之用。大大节省了卫生资源（经费）。

⑹ 由于我国目前合格医师短缺，1986 年，每 1000 居民为 0.7 名正规医师；因此不可能将这些医师分配到全国各大、中城市的急救中心。应加紧培训 1½～2 年制的“急救医士”(paramedics)，把他们分配到急救中心，承担现场急救、基础生命抢救(basic life support, BLS)，甚至高级生命抢救(advanced life support, ALS)；而把正规医学院校毕业的医师分配到医院急诊室或其他专科，这也是节省卫生资源（人力）的重要措施。

⑺ 因为有严密的组织，就有可能把危重急症或急性外伤人员从发病之初或受伤之际在现场施以恰当处理后，迅速安全转到接收医院的急诊室。既维持了生命，且可防止并发症。在急诊室进一步明确诊断和处理，根据病情或送手术室急诊手术，或送专科病室，或送重症监护病房（ICU)。较轻的可暂留观察，或带药回家继续治疗。

二、保证急诊医疗工作的质量

成立急诊医疗体系，并不等于一定能把这个城市的急诊医疗工作做好。应该订立考

核标准和急救条例（或法规）。急救中心（站）经常监督分中心（站）的工作，定期考核急救医士的成绩，并在一定时间后，进行轮流复训，更新技术。急救中心并有权检查急救网中各医院急诊室的工作。

由于以上所述的优点，急诊医疗体系已经成为当今世界各国建立或筹建的急诊医疗机构。

第二节　医院急诊的概念、任务和特点

医院急诊室（科）是急诊医疗体系的一个重要组成部分。凡是急性病（无论是传染性的或非传染性的）、慢性病急性发作、急性外伤、急性中毒等都属于医院急诊的范围。轻如一般感冒、发热、鼻衄、牙剧痛、皮肤摔伤等，重至急性心力衰竭、急性心肌梗塞、各类休克、复合外伤、乃至心脏骤停等，都是急诊室必须认真初步处理的对象。

几乎每一个医院急诊室都订有“急诊范围”，列举各类属于急诊范围的病、伤或某些症状。但是执行起来并不总是顺利的。挂不上门诊号的慢性病，如尿毒症、肝硬变、晚期癌症等多有到急诊室挂号的。如这些慢性病例有急的情况，急诊室必须给予处理，否则就应继续到各专科门诊诊治。也有因门诊时间已过，想检查一下的，或极少数为了取得当晚夜班假条的而不是有什么病症的人，也会到急诊室纠缠挂号。因为如果不掌握急诊标准，就会造成“急诊不急”，非急症病人和急症病人混在一起，显然会延误急症病人的及时诊断和治疗，同时也会影响值班医师细致观察和处理留观的急症病人。

属于危重症，需立即组织人力抢救的病人属极少数，但必须认真对待，及时组织抢救。平时急诊室的急症或外伤人员占大多数（约占95%左右），对急症病人，极不应掉以轻心，都需认真对待，否则就有可能漏诊、误诊或有可能发展到危重阶段。

有人由于对医院急诊缺乏认识，认为急诊室无关紧要。例如在60年代以前，心脏骤停的病人，除少数在手术室中可开胸进行心脏按摩（或可挽救），多数无法在现场或急诊室抢救。自从1960年 Kouwenhoven 等发表了胸外挤压可以抢救心脏骤停病人的论文，次年 Peter Safar 发表用口对口呼气的方法取代效力不高的人工呼吸法以后，他们两人把这两种方法结合起来，几经修改，成为目前世界通用的心、肺复苏术。但是这个问题决未停止发展，因为有专业的急诊医师深入研究这个复苏术，对于心脏骤停后，体内各组织器官的病理生理变化进行广泛研究，并取得了很大发展，反过来指导临床抢救技术。现在已形成了一个专门课题，即复苏学（resuscitology），是急诊医学的一门重要的课题。急诊医学本身也是近年才逐渐取得医学界承认的，美国医学会1979年正式承认急诊医学是医学科学领域中的第23门独立学科。我国中华医学总会于1986年12月在常委会上通过承认急诊医学是独立学科，并批准成立急诊医学专业学会。这是刚刚迈出的第一步，要真正成为一个独立的急诊医学学系，尚需建立一支有高速度、高效率、高度责任感的素质的，能全心全意为急、危、重症病、伤人员服务的急诊医学专业队伍，并做出成绩，这样这门新学科才能真正受到医学界和社会的重视，也就可以彻底改变对医院急诊室工作的浮浅和片面的认识。

医院急诊的任务主要有以下几项：

1. 接待各类急性病或慢性病的急性发作病人。
2. 给危重急症病人作出初步诊断，并给予适当处理，再根据病情分送专科病房或

监护室（强化医疗病室）。

3. 培训临床各科轮转的医师，但轮流换班时间不宜太短，理想的时间为住院医师4～6月，主治医师可适当延长。

4. 培训急诊专业护士，使他们熟练地掌握 BLS 和 ALS 技术，因为她们绝大多数是固定在急诊室工作的，是急诊医疗工作中的一支强有力的队伍。ALS 可以根据各院条件加以培训，如气管插管、复苏术、急性中毒病人的洗胃术、静脉插管输液、动脉取血、血气分析、心电监护等。

5. 培训急诊医学专业医师，主要来源于住院医师，或应届毕业的医师（但要送到有关科室轮训两年），或从急诊医学研究生中选拔。

6. 开展有关急性病的发病机制、早期诊断技术和早期有效的疗法研究。

7. 重点开展复苏学、休克、急性器官功能衰竭的科研工作，可以与其他有关科室合作。

急诊医学是现代医学科学的一个新的重要组成部分。虽然目前它的技术操作都是从各临床科室借用过来的，它的理论基础则是传统的医学理论知识，它的研究工作尚处在胚芽生长时期，但可以肯定它作为现代医学科学的一个重要组成部分，将会迅速发展和成长起来的。

第三节　医院急诊组织

一、急诊室（科）组织领导

医院要有一名副院长分工负责领导急诊工作，医务处或门诊部有专人负责督促、落实、检查急诊各项工作，主要临床科室要有一名科主任分工负责本科急诊工作，急诊室（科）应有固定的科主任或主治医师负责急诊室（科）的医疗抢救、技术培训、临床科研等各项工作。医院和各科室负责急诊工作的人员要经常了解急诊急救工作的动态和存在的问题，并及时研究解决。

二、急诊室（科）的指挥系统

为高效率、高质量地完成急诊抢救与常规业务，要建立和健全医院的急诊指挥组织系统。本组织由主管院长、医务处负责人、急诊科主任及护士长，各临床科室主管急诊工作的科主任及总住院医师组成。

重大抢救应由有关教授、科主任负责业务技术指导与把关，必要时应有院领导或医务处负责人员参加组织急诊临床医护人员顺利、有效地进行急救，甚至调动全院力量投入抢救。一般急救工作由急诊科与各有关科主任或总住院医师担任组织领导工作。

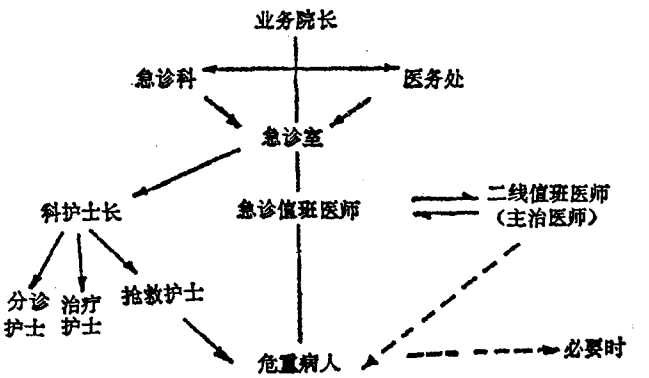


图 14-1　急救指挥系统示意图

急诊室（科）急诊急救指挥系统如示意图 14-1、2。

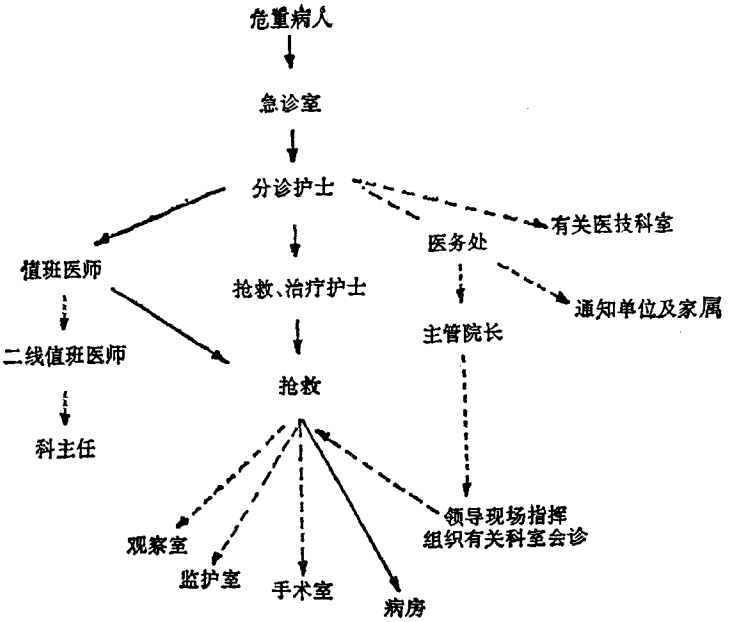


图 14-2　急诊指挥系统示意图

三、急诊室（科）的编制

必须选配责任心强、业务技术熟练、服务态度好的医护技术人员担任急诊工作。各临床科室分派参加急诊工作的医师要相对稳定 4—6 个月，特别是建立急诊科的医院要配备专职的科主任、主治医师和住院医师，以利与临床各科室共同抢救危重病人及完成急诊常规工作，也利于向专业方向发展，提高急诊急救的医疗质量。即使有了专职急诊科（室）医师，任何时候都应由各科派送医师来轮流值班，任何临床医师都必须有急诊的训练。特别是内、外科医师中，急诊专业医师与临床科室轮转医师的比率以 1:3～4 较适宜。

急诊室（科）护理人员的配备也需要根据每日所负担的急诊工作量、抢救病人的数量、急危重症的病情程度、观察床位数及每日观察病人数量来决定，并在实践中调整。

第四节　急诊室（科）的管理

一、急诊室（科）的结构与布局

医院急诊室（科）应独自成一区，占地要宽敞，空气要流通，光线要明亮、室温要适宜。儿科急诊要单设，以防交叉感染。医院急诊室（科）除有分诊台、抢救室和各临床专科的诊室外，尚需有挂号室、药房、收费处、化验室、X线室、心电图室、治疗室、医师与护士值班室、开水房、平车区、库房等用房，以上各结构应在同一层平面布局。

为了方便急症病人就医，急诊室（科）应设在医院第一层的一侧，门前有停车场便于急救车输送病人，急诊室（科）的标志要醒目，特别是要有路标指路，夜间要有灯光标志急诊室（科）的位置。

急诊室（科）有专用的出入门，走廊及前厅应宽敞，便于担架、平车、轮椅车出入

及停放。前厅要能容纳就诊前、后暂时停留的病人及家属。急诊分诊台应设在前厅明显的位置，便于病人就诊，也便于分诊护士迎接和初检危重病人。抢救室的位置应靠近急诊室（科）入口。

抢救任务较重的医院，有条件者应分别设内科系统抢救室和外科系统抢救室，每个抢救室除能放置各种抢救设备及物品外，还要能容纳同时抢救 2—3 个病人及参加抢救的医务人员的空间。CCU 或 ICU 应设在与抢救室同一平面（同一层）。内、外、神经科的急诊危重病人较多，此三科的诊室设在与抢救室同一平面（同一层）并靠近抢救室，以便专科医师及时应召到抢救室抢救病人。分科诊室应附设小手术室初步处理一般外伤、清创和缝合。

急诊室（科）还应附设一定数量的暂时输液区和短期系统治疗的观察床。大部分病人经治疗观察后病情好转与平稳时离院，部分病人需继续住院治疗，因此急诊室应有方便的通道与住院处、接诊室及病房相联。

二、急诊室（科）的工作特点

1. 医院急诊室应与院前急救中心（站）建立密切联系，均属急诊医疗体系的重要组成部分。

2. 急诊病人多属急症，危重病例也不少，因此急诊工作必须高速度、高效率。

3. 急诊医疗护理人员应有熟练的诊疗技术和一定的临床经验，工作要主动、热情、机敏、果断，具有高度责任感和一切为病人服务的素质。

4. 急诊诊疗工作应规范化、制度化、程序化，井然有序、忙而不乱。

5. 建立行之有效的呼叫及应召的急救组织系统，以保障在救治疑难危重病例、重大意外伤亡及事故或大规模抢救的情况下，及时调动医务人员，调拨急救物品，组织各科协作，共同完成急救任务。

6. 备齐必要的急救设备及药品，保障抢救中使用顺利、完好、齐全。

7. 急危重症病人多有家属或单位人员陪护，要维持好诊断秩序，保障诊室或抢救室忙而不乱。

8. 急救病人常涉及交通、治安等法律事宜，应及时与保卫、公安部门取得联系，对无亲属或单位人员护送者，应及时向院医务部门报告，并尽快设法通知病人单位及家属。

三、急诊医护人员的岗位责任及要求

（一）医疗

急诊的各班值班医师除了部分由急诊专科医师分担（目前尚缺条件）外，应由各科派出，根据每日工作量安排班次和医师人数。急诊值班医师应具有 2—3 年以上临床实践经验，掌握本科的诊疗上抢救技术，经审核后派至急诊室（科）工作，原则上应做到相对稳定 3—6 个月，离开急诊室（科）时应由急诊室（科）对其工作予以全面评定。

各科有一名主治医师或总住院医师与急诊专科高年医师共同协商，指导业务工作。工作量较大的科室应设立医师组长，联系有关事宜。对留观病人，每班住院医师观察病情不得少于 2 次，对危重病人应随时巡视并有记录，交接班时要互相交待清楚，做到掌握病情、诊断、治疗、护理四个方面的主要情况。各科间会诊应有完整记录，对危重病例或抢救病例，会诊双方应当面交换意见，确立诊疗方案。主治医师每天至少查房一次，

急诊科主任或专科高年医师每周至少查房一次。每月总结讨论有经验教训的病例或死亡病例1—2次。

（二）护理

急诊室护士应固定，培养其成为急诊专业护士。急诊室护士要掌握一定的各科急诊临床知识和经验，要具备一定的应急能力和基本技术，抢救操作要熟练，要掌握气管插管、心电图示波监护仪、呼吸机、洗胃机等抢救仪器的使用，熟知常用急救药品的药名、药理、剂量、用法、禁忌证及注意事项，掌握急诊常用化验正常值、各种治疗无菌操作技术，会护理危重病人的口腔与皮肤的卫生，掌握急诊分诊原则，鉴别分诊快而准。根据工作需要，为缩短候诊和诊疗时间，急诊分诊护士可依据病情协助代开三大常规化验单。在抢救病人时，按规定，有权调度医院有关人员来急诊参加抢救。

（三）其他

急诊室（科）应配备一定的护理员和清洁卫生人员，负责病人的被服、痰具、便器、床头柜、各项化验标本等物品的保管、更换、分送、消毒、清理、整洁等工作。清洁员专司急诊室（科）全部清洁卫生工作，分昼夜两班，以便保持良好的环境卫生。急诊观察室还应由营养部门分派配膳员负责病人的饮食工作。

四、抢救室管理

急诊抢救在医院急诊医疗工作中占很重要地位，不仅要求医务人员有熟练的业务技术，有高度责任感；还要有抢救室岗位责任制度，有常见急症的抢救程序和抢救常规，以及基本抢救设备和必备抢救药品。

抢救室应有足够的抢救空间，还要放置必需设备和各种抢救仪器，如心电图机、心脏示波器、除颤器、起搏器、麻醉机、气管插管及加压给氧设备、简易和自动呼吸器、气胸抽气机、洗胃机、超声波仪等，还要配备基本急救器械与检查器械。要有小型手术床及臂式无影灯，以便进行开胸、剖腹等紧急救命手术。

在医生来到抢救室之前，抢救室护士应根据病情需要及时给氧、吸痰、测量血压、建立静脉通路、进行人工呼吸、胸外心脏按压、止血等紧急处理，并详细记录病人到室时间、医生到达时间、抢救时间、每次用药时间、药物名称、用药剂量、病情变化、死亡或转入病房等，并紧密配合医师全力抢救病人。

五、急诊监护室的管理

急诊监护室要邻近急诊抢救室以便监护危重抢救病例。有的急诊病人由于其病情尚不平稳，难以马上转入病房或病房无床时，必须在急诊继续监护治疗。监护的项目主要有体温、呼吸、血压、脉搏、心率、心律、心电示波等，必要时也要做心电图、血气分析、中心静脉压、左心房压力、心搏出量、尿量、血电解质、肾功能等监测。医护人员应坚持和遵守岗位责任制度、每日查房制度、交接班制度、仪器检查使用保管制度等。根据病人病情确立抢救和监护方案，严密观察动态变化，做好收治和转出病人的各项诊疗记录。

六、急诊观察室的管理

观察室主要收留急诊已明确诊断，尚需短期治疗及观察或暂时住院困难的病人。如果属于恶性肿瘤、晚期肝硬化，尿毒症或传染性疾病等不宜收住观察室，如果病情需要留观可在急诊输液室治疗与观察，然后根据病情酌情收住院或转入康复医院或传染病院。

收入观察室的病人要登记，建立病历和医嘱单，值班医师和护士要主动巡视病人，并做好记录和病室报告，对病情平稳的病人每班至少要查房两次。对病情危重的病人要随时巡视，并按医嘱进行治疗和护理。主治医师每日查房一次，并随时应召参加抢救或咨询，科主任每周查房一次。主管医师负责向病人及家属交待留观，陪住以及有关制度。

留观时间一般在3—7天左右，最多不超过两周，出室的病人要与值班医师和护士办理离室手续。

邵孝铁　周玉淑

第十五章　护 理 管 理

第一节　护理工作概述

一、护理工作发展沿革

“护理”二字来源于拉丁语 nutricius，指养育、保护、营养、维持生命、照顾老幼弱病等而言。

护理可以追溯到古代，自从有了医学就有护理工作的内容。我国古代医学医、护、药是不分的，中医在护理上的知识均散见在历代文献和许多医学的经验中。常言有病要“三分治七分养”，这七分养就是对护理工作的高度概括。

近代医学的发展，对护理工作提出了科学的要求，从而开始对护士进行训练。随着医学的发展、近代医院的建立，医生护士有了分工，而护理逐渐成为一个专业。所以说护理学是随着医学发展而产生，随着医学进步而发展的。

护理发展成为一门独立学科是从19世纪中叶开始的。以英国妇女南丁格尔（F. Nightingale，1820—1910年）为代表开创了科学的护理专业。她在克里米亚战争中护理伤员获得成就后，于1860年在伦敦圣多马医院创办了世界上第一所正式护士学校，对护士的素质提出了严格的要求，培养了大批护理人才，从而奠定了近代护理专业的基础，推动了护理教育事业的发展。南丁格尔所处的时代，正值欧洲科学兴起的时代，她把当时所学的科学知识用于护理，使之成为一门专业，因而作出贡献。随着科学的发展和各国护理人士的不断努力，护理专业成为一门学科——护理学。

我国护理工作有它悠久的历史，但形成一门学科还是近百年的事。1884年在上海开办了第一所护士学校；1921年前北京协和医院开办了高等护士教育，为全国培养了师资和护理管理人才。许多教会医院也附设有护士学校，直到解放前夕共有180所护校。我们党一贯重视护理工作。1932年在国内革命战争时期，在江西开办护士学校，培养了战地救护的护理人员。1941年在延安成立护士学会，毛主席为护理工作者题词“护士工作有很大的政治重要性”，1942年又题词“尊重护士，爱护护士”。新中国成立后，护理工作有了较大的发展。1950年召开了第一次全国卫生工作会议即有护士代表参加，会上对护理事业发展，作了统一的规划。随着社会主义事业和医疗卫生事业的发展，护理队伍日益壮大。据统计1949年全国护士约3万人，1985年已达63万余人。广大护理工作者无论在政治觉悟、业务水平都有了较大的提高，对保障人民健康做出了贡献。十年动乱，护理事业受到极大的破坏，医院中制度废弛，护校停办，致使护理队伍青黄不接，后继乏人。党的第十一届三中全会以来，护理工作又得到了恢复与发展。1979年卫生部颁发了“关于加强护理工作的意见”和“关于加强护理教育工作的意见”两个通知，明确指出护理学是一门专门的学科，是医学科学的重要组成部分。并提出了各种加强护理工作和护理教育的措施。在全国各级医院贯彻后，护理工作有了明显的改进。卫生部在重新颁发的“卫生技术人员职称和晋升条例（试行）”中，对护士增加了护师、主管护师和主任护师的职称，表明护理学科与其它医学专科一样是一门逐步向高深发展的独立学科。

当前各医院护理指挥系统已建立健全起来，护理工作面貌有了初步改进。专业技术水平有所提高。1978年中华护理学会恢复活动以来，9年内召开了30次全国性学术经验交流会，掀起了广大护理人员学习和钻研业务的高潮。在《医学百科全书》内《护理学》列为专卷。这一切都标志着我国护理学科的新发展。

当前我国医院护士数量不足、护理质量不高是普遍存在的问题。直接影响到医疗质量、医疗技术水平和医院管理水平的发展与提高。因此，教育培训工作是我国护理工作的关键所在。为解决护士数量不足，首先必须扩大中等专业教育，同时大力开展在职护理人员的继续教育。为培养护理管理人才和提高、中专护校师资水平，目前全国已有13所医学院校办起了护理系，37所护理大专班。随着临床医学的迅速发展，对护理专业提出更新、更高的要求，必需发展护理专业才能适应我国现代医学科学的发展，适应医院现代化的需要。

二、护理和护理学的概念

（一）护理

护理是指对伤病员和老幼弱残的照料，满足人类生命全过程——生、老、病、死的护理需要，即维护身心健康、预防疾病、照料病人、指导康复。通常是指护理人员所从事的、以照料伤病员为主的各项技术工作，是医疗工作的重要组成部分。

1980年美国护理协会对护理下的定义是："护理是人类对现存的和潜在的健康问题反应的诊断和处理"。其含义是：护理所关心的现象是人们对现存的（如疾病状态）及潜在的健康问题的"反应"，并针对这些反应，运用一系列新的理论、概念、原则和程序，在观察收集有关问题的基础上，进行护理诊断，并采取相应的护理措施，并对护理效果进行评价。

护理按工作性质又可分为临床护理和预防保健护理。临床护理又包括基础护理和专科护理两部分。基础护理是临床护理的基本工作，是专科护理的基础，其操作一般包括：观察病情、监测病人生命体征和生理信息、采集临床检查标本、辅助进行各种诊疗处置、进行消毒隔离、照料病人的饮食和排泄、保持病人清洁、舒适和安全，保持病室环境、病床设施和医疗设备的整洁齐备、卫生保健和住院指导等。专科护理是指结合临床各专科特点进行的护理。

（二）护理学

护理学是一门在自然科学和社会科学的理论指导下的综合应用学科。基础医学、临床医学和预防医学以及有关的社会科学，如医学心理学、医学伦理学、医学社会学等是研究护理理论和进行护理实践的理论基础。护理学研究的内容包括护理理论、护理实践、护理教育、护理科研和护理管理等。护理实践又包括基础护理、专科护理、预防保健护理等。护理学的研究范围和其它学科一样是不断发展的，例如护理与医学或卫生保健专业之间的界限就是互相交叉的，并且不断导致了界限的延伸。护理学是医学科学的一个重要分支，它是为个人、家庭及社会健康服务的。

三、国外护理工作的进展

近年来国外护理工作有较大发展，主要有两个方面。一是护理学在成为一门独立的学科后，在哲理及概念上均有新的进展。随着医学模式从"生物"模式发展为"生物-心理-社会"模式，护理也不是仅作为生物系统的需要，或是仅限于按医嘱进行工作，

而是适应作为整体的人的健康需要，从生理、心理、社会及疾病几个方面全面估价病人，定出护理诊断，在护理实践中，实施对病人有意义的按程序进行护理，协助病人达到特定的健康目标，使病人得到心理、生理的内在平衡，即健康状态。现已逐步形成一套完整的理论体系。护理人员的功能和实践范围也随之扩大了，护理人员的社会角色也大大延伸了。另一方面的发展是护理工作的管理系统健全，护理专业人员数量大，技术水平高。从政府到医院都有较完整的护理组织机构，负责计划护理人员的数量、质量标准，护理教育及科研等的预算。很多国家均立有护士法，规定只有受过护校专业训练并经过国家统考取得护士执照者才能担任护理工作，并对护士的工作范围有明文规定。一些担任国家或州、市政府护理领导工作的人选都必须是具有一定学位和丰富护理经验的护理专家。各级医院均设有护理部，负责领导全院护理业务、行政管理、在职教育以及护理用物的计划、预算等工作。各临床科设护理督导员、负责指导病房护士长贯彻护理部的计划，搞好病人的护理、病房管理、教学及科研等工作。病房护士长直接受护理部的领导，护理部领导全院护理工作，自成体系，护理部有责、有权成为一个有效率的护理工作指挥系统。

在护理教育方面，多数国家护理教育制度从中级逐渐向中高两级发展，经高等教育毕业的护士可按其学历授以学士、硕士、博士学位。并根据不同资历、学位，担任不同职务。在护理教育的课程设置上，增设护理心理学、社会学、护理伦理学等社会科学课程，以适应护理学科的发展。对在职护理人员的继续教育也很重视，每年都有计划和预算，医院内有专门机构或工作人员负责此项工作。

我国护理工作的情况与国外相比有一定差距，但我国护理工作也积累了大量的实践经验，某些护理技术水平并不低，因此，我们需要不断引进国外先进护理理论与技术，同时也要重视国内先进护理技术的总结和推广。

四、护理工作的作用与特点

（一）护理工作的地位和作用

1. 护理工作在完成医疗任务中的作用：医院的中心任务是医疗工作。医生和护理人员是完成整个医疗任务的主要力量，他们从诊断和治疗疾病或健康问题的反应两个角度互相配合来完成医疗工作。没有高质量的护理，医疗任务就不能完成。护理工作要配合完成诊疗任务（包括辅助医生作诊疗处置和临床护理观察病情），还要完成与治疗密切相关的病人生活护理和精神护理。

良好的护理质量为正确、及时、全面的诊断、治疗提供了重要的依据。病人许多基础资料的取得，各项检查治疗方案在技术操作方面的实施，主要靠准确细致和熟练的护理技术来完成；同时护士运用所掌握的医学知识和护理学知识，通过周密细致地观察病情，进行思考、分析、判断，能及早发现病情的细微变化，从而不失时机地配合医生进行有效抢救治疗。大量事实说明，许多病情的早期表现或突然变化的第一手情况掌握在护士的手中。护理人员的责任心强、业务水平高、技术操作熟练，就可大大减少病人意外情况的发生。同时，良好的护理在解除病人痛苦、缩短病程、预防合并症等方面往往起着重大的作用。总之，在整个医疗过程中，护理工作起着重要的作用。

2. 护理工作在医院管理中的作用：病房和门诊是医院进行医疗活动的基本单位，是大量医护人员直接为病人进行医疗服务的地方。门诊和病房管理得井然有序，整洁安

静，各种设备用物保持在随时备用和性能良好状态，才能为病人创造一个良好的休养治疗环境，才能便于医护人员的工作，才能保证病人得到准确、及时而连续的治疗护理。护理工作在病房管理中处于主导地位，病房管理水平在一定程度上是一个医院管理水平的缩影。

护理人员约占医院职工总数的三分之一，占医院卫生技术人员的二分之一。由护理人员直接参加工作和管理的部门将近医院工作部门的四分之三。护理工作联系面广，与检验、营养、药剂及后勤等很多部门的工作相依存，病房管理质量与这些科室的工作质量也互相影响。良好的护理管理是搞好整个医院管理的基本环节。

3. 护理工作在医院卫生学管理中的作用：医院是多种病人集中接受诊疗的场所，因此容易造成交叉感染和污染环境的机会，给病人、工作人员和社会人群都会带来危害。要消除医院对社会的污染和防止院内感染。护理人员严格执行消毒隔离制度及无菌技术操作规程，有着十分重要的作用。此外，环境卫生、营养卫生、心理卫生等管理也主要依靠护理人员具体实施。

4. 护理工作在教学、科研及预防保健工作中的作用：医院是医学生、护生及各类医技人员实习的基地。良好的病房、门诊环境以及严格的教学制度，才可以为学生提供优良的实习场所，从而培养出合格的医护人员。而这些条件的取得，有赖于良好的病房管理，以及高质量的护理工作。

在临床科研工作上，同样需要医护密切协作，科研的原始资料更靠护士精确的观察和认真、准确的记录。实验标本更靠护士准确及时的采集。只有良好的护理管理，严格的操作规程，才能保证临床科研取得成果。

护士是医院中贯彻预防为主、开展预防保健、卫生宣教的一支重要力量。护士与病人接触频繁，通过候诊教育，出院前的指导，个别指导等方式宣传卫生常识和防病的保健知识，帮助病人培养良好的卫生习惯。

（二）护理工作的特点

1. 护理专业的自身规律性：医院护理工作有护理病人和辅助医生诊治的双重任务，而以前者为主。

在医院中，护士在医疗原则的指导下进行工作，而绝大部分工作是独立担当的。医院护理工作的内容与医疗工作的关系如图 15-1。

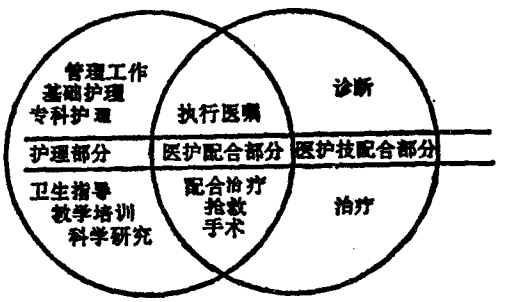


图 15-1　护理工作内容与医疗工作关系示意图

如图所示，护理工作既有辅助医生进行诊断治疗的一个方面，又有独立进行护理工作的另一个方面。如必须为病人创造良好的休养环境，安排好病人生活，保证病人清洁、舒适、安全和足够的营养，以使病人处于身心最佳状态的情况下接受检查和治疗。

护理工作是构成医疗工作的一大支柱，在医疗工作中的医生和护士是分工合作的。既有共性，又各有侧重。由于护理工作的对象是有病的人，而人是复杂的，人们有着不同的年龄、体质、个性、生活习惯、文化水平和经济状况等，而疾病也是复杂的，无论是病情轻、重，诊治方法，预后等都有各种不同情况。因此要使千差万别的病人恢复健康，绝非仅仅执行医嘱所能生效。护理人员要对病人的情况进行评估，做出护理诊断，

有针对性的制定护理措施，并有效的执行护理计划，对护理目标完成的效果进行评价。护理工作有很大方面是独立进行的，有其自身客观规律，必须通过护士的自身实践，才能充分发挥护理工作的作用。

2. 对护士素质要求的必要性：由于专业特点的需要，护理人员应有较好的素质修养。医院内护理的服务对象主要是病人。因此，第一，护理人员必须安心和热爱本职工作，具有人道主义精神，爱护病人，全心全意为病人服务。第二，护理人员对工作必须有高度责任感和严谨细致的工作作风，日夜严密观察病人，随时帮助病人。遇紧急情况，沉着冷静、机智敏捷地应付各种意外的变化。第三，在业务技术上精益求精，不断提高理论和技术水平；在工作上严格遵循正规操作规程，养成一丝不苟的科学态度。第四，护理人员不仅要保持病区环境的整洁、安静、舒适、秩序井然，而且要仪表整洁、举止大方、动作轻柔、语言优美。使病人感到亲切、信赖、安全并能充分合作。

3. 护理工作的科学性和服务性：

护理工作是专门技术，也是一门精神的艺术，科学性强，服务性也强。

4. 护理工作院内联系的广泛性：医院内护理工作联系面广，与医生、医技科室等各个部门都有密切的联系。特别是与后勤工作关系很密切。

5. 护理工作的连续性和性别特点：护理工作连续性强，妇女占绝大多数，工作24小时不能间断，担任夜班多，独立操作机会多，工作责任重，接触病人最密切，精神紧张，工作劳累，生活不规律。

护理工作的特点说明，各级领导应充分认识护理的规律性，有针对性的加强管理工作，既适当解决各种困难，保证护理人员安心工作，又不断提高工作效率和质量。

第二节　护理管理的概念、意义、范围和特点

一、护理管理的概述

护理管理学是管理学的分支。是微观的卫生事业管理学和医院管理学的组成部分，是管理科学在护理事业中的具体应用。

护理管理的任务是：研究护理工作的特点找出其规律性，对护理工作的人员、技术、设备及信息等进行科学的计划、组织、控制和协调，以提高护理工作的效率和效果，提高护理工作质量。所以，护理管理的目标是：①提供最良好的病人护理；②应用最有效的管理过程。

目前我国护理管理学面临的任务有：①总结我国护理管理的经验，上升为理论，并理论联系实际；②研究各国护理管理的经验和技能，引进、消化和提高；③建立具有中国特色的护理管理学科。

二、护理管理的研究范围

根据管理学的研究内容和特点，凡护理学研究的领域或凡护理实践所涉及的范围都是护理管理学的研究范围。在这些范围内护理管理作为一个活动过程，它的基本规律，（包括一般原理、理论、方法和技术）；它的基本职能都是护理管理学的研究内容。

美国护理专家 Barbara J Stevens 博士曾提出一个护理管理模型（见图15-2）。

这个模型明白的表示了护理管理作为一个过程所涉及的范围。护理实践、护理教育、护理科研、护理理论都是管理应考虑的部分。人物、空间、信息这些有用的资源作为管

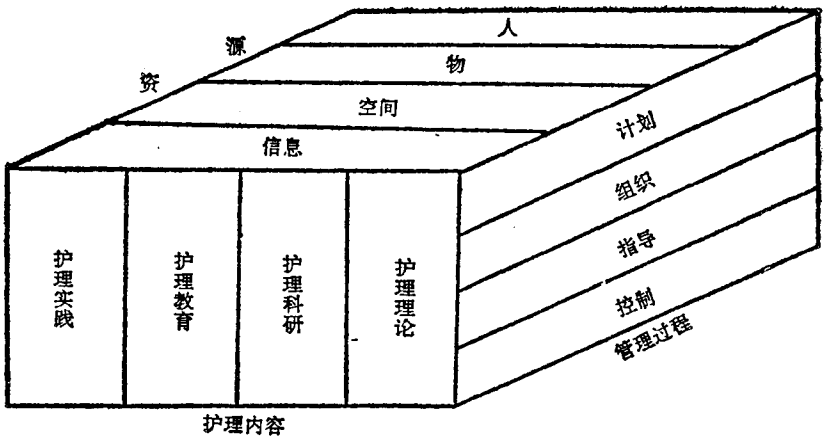


图 15-2　护理管理模型

理的要素来考虑。人的资源可包括工作人员的数量、类型和智力；物质资源可包括仪器、设备、物资和工程应用技术；空间资源包括建筑设计布局和规模；信息资源将提供社会和环境对护理服务的影响及反映等情况。

三、护理管理的特点

（一）护理管理要适应护理的特点

如前所述，护理作为独立学科有其自身规律性。要综合应用人的心理和生理相互关系的知识以及自然科学、社会科学、人类科学方面的知识帮助、指导、照顾人们保持或重新获得体内外环境的相对平衡，以达到身心健康，精力充沛；在医学模式的转变中，护理工作发展得更快，步子迈得更大，这些都要求在管理中应更加适应。例如对病人的分类和工作人员的分工以及培养训练方面都应适应整体护理的需要。护理专业对护理人员素质的特殊要求给护理管理工作提出了特殊任务和重要内容。护理工作科学性和服务性强，医院内外护理工作联系的广泛性，都要求管理中加强职能，也使多方面的沟通交往显得更为重要。护理工作的连续性和性别特点也给管理提出了特殊要求。

（二）具有综合性和实践性

一般管理学的原理是护理管理学的基础，而管理学是一门综合性的应用科学。影响管理活动的因素是多种多样的，要搞好管理工作，必须考虑到组织内部和外部多种错综复杂的因素，要应用多种学科的研究成果，例如经济学、心理学、行为科学、运筹学、系统工程、电子计算机等新成就。在护理管理中，来自系统内外的影响因素见图 15-3。

以上可见，护理管理要综合考虑多方面因素，综合利用各方面知识和理论。

护理管理的实践性表现为它具有可行性。其可行性标准是通过社会效益和经济效益加以衡量的。就是说，护理管理的理论应结合实践并能应用，才能真正发挥这一学科的作用，所以它是一门应用科学。国外护理管理的理论很多，发展很快。在研究和学习中，应结合总结我国的经验和实际情况，创建我国能应用的护理管理理论。

（三）管理的广泛性

这一特点是说，护理管理对护理工作所涉及的范围及所需要的资源都需要管理，例如：组织管理、人员管理、业务管理、质量管理、病房管理、门诊各部门管理、有关经

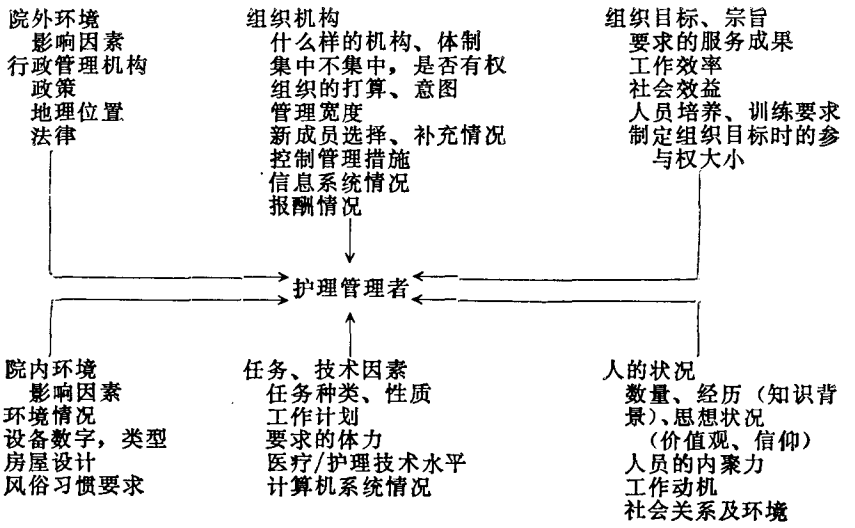


图 15-3　护理管理中的影响因素

济管理、科研管理、教学管理、行政工作管理等等。这就要求管理人员要掌握更多的管理理论和知识。

在护理工作中，进行管理活动的人员较其它专业更为广泛。在一个医院内，护理管理人员可以大体处在三个不同层次，她们处于不同的地位，担负不同的责任。上层主管人员，如护理部正、副主任，她们的主要职责是建立全院性的护理工作目标、任务和有关标准，组织和指导全院性护理工作，控制护理服务质量等。中层主管人员，如：科护士长，她们主要是组织贯彻执行上层管理部门提出的政策，指导其它护理管理人员的工作，以完成任务。下层管理人员，如病房护士长或护士小组长，他们主要是管理和指导护理病人的小群组。实际上，在护理中，直至每一位护士，都有参与管理病人、管理病房、管理物品或其它部门等职责，都要进行一定的管理活动。一般一个好的护理人员，都具备一定的管理经验和能力。护理管理的广泛性要求管理知识普及的更广泛。

四、护理管理的意义

（一）护理管理在医院工作中的重要作用

护理管理是医院管理的重要组成部分，从护理工作在医院的地位、作用和特点看出，良好的护理管理是搞好整个医院工作的重要的基本的环节，护理管理水平的高低很大程度上影响着医院管理水平的高低。

（二）护理管理与护理技术工作同等重要

管理是一种资源，可以利用和开发。护理管理是与护理技术工作同等重要的资源，二者是相辅相成的两个方面，缺一不可。在我国护理事业的发展中，护理技术水平的提高固然很重要，但护理管理的发展也是重要前提。

（三）护理管理亟待改造和加强

我国护理事业的管理，各层次许多还处于经验管理阶段。如：工作缺乏科学的计划；一些服务质量没有可考核的标准；人力资源的管理，有些不符合客观实际要求等。护理管理需要改造和加强，需要逐步提高到科学管理和现代管理水平，使之与护理事业的发展相适应。

第三节　护理管理中的计划工作

一、计划工作在护理管理中的意义

计划工作对护理系统的活动起着直接的指导作用。科学性、准确性很强的计划对工作将起到事半功倍的作用。在一些护理管理人员中，常常不重视计划工作，而是工作"推着走"，某些护士长没有长远和短期计划，每天处于忙忙碌碌的状态中，行动盲目，工作杂乱无章，结果会事倍功半。

计划工作可以确定工作目标和实现目标的途径。它有助于减少工作的失误，有助于护理管理人员把注意力集中于目标，从日常的事务中解放出来，有效地促进护理组织目标的实现。也可以用共同的目标来代替不协调的分散活动，合理的组织人力、物力，以目标、指标为标准，检查和评价下级完成工作的情况，以保证目标的完成。

二、计划的范围

计划的范围表示计划职能的宽度。在医院护理管理中，根据不同级别可分为高层管理者、中间阶层管理者和下层(基层)管理者，她们所需制订的计划范围不同见表 15-1。

表 15-1　医院里护理管理者计划的范围

最高层 (护理部正副主任)	中层 (科护士长)	基层 (病房护士长、护士组长)
做长期计划，在任务的基础上，做带有战略性的计划（如护士和可提供的护理的数量、类型等）	为实施上层计划制定方法、步骤及短时间所从事的工作计划	具体活动日程表、为管理和指导病人护理的每天或每周的计划

三、计划工作步骤

计划工作是一个动态的过程。其步骤大体如下。

1. 评估：包括采集资料、将资料分类、进行分析和解释，做出判断，指出需要解决的问题。

评估应了解有形的和无形的影响护理服务效果的因素。有形的如：建筑情况、工作范围、设备、费用、奖惩办法、政策、程序、统计数字、图表、报告等。无形的可以分为两类：一类是人的认识力，包括护理人员的知识、思考能力、计划和解决问题的能力。第二类是影响力，包括感情、情绪、态度等。

制定计划需要具体的、与护理服务有关的特定的信息，包括周围环境因素，有关制约的政策和标准、要求等。

2. 鉴别需要和重点：护理服务制订计划应注意两个方面的主要目标：①对所有的病人提供最适当的护理服务；②运用有效的管理程序提供护理服务。这一阶段的工作，首先应根据诊断出的问题列出需要。包括：需要做什么工作，达到的标准、指标有哪些？需要通过什么程序完成哪些任务。第二应根据已决定的需要做的工作安排先后顺序和重点。第三确定具体指标和执行程序。

3. 执行计划：计划中应包括可供选择的不同行动方案。应根据计划目标选择和执行最适合的方案，并且方案可同时采用两种。

4. 评价或控制计划：评价是控制计划结果的指导环节，贯穿在执行计划的过程中，

判断予定护理工作目标取得进展的数量和价值，在执行中发现问题及时纠正。

四、目标管理在护理管理中的应用

目标管理（简称 MBO）是很重要的计划工作的方法，是让单位管理人员和工作人员亲自参加目标的制定，在工作中实行自我控制并努力完成工作目标的管理制度。

MBO 应用在护理管理中是：配合组织系统将护理部整体的目标逐次的转变为各层次各部门各单位各个人的目标，建立护理服务或管理的目标体系，最后导致具体化的行为。

上、中、下层护理管理人员可相应制订出各层应完成的目标，规定出完成目标的时间要求，然后根据其完成情况检查和评价，分别给以奖惩。这样，护理管理人员可调动下级人员的积极性，并将主要精力投入协调等综合性管理活动中。但是，由于护理工作对象是病人，情况比较复杂，一些目标的制定和目标定量化有时比较困难。

在护理管理中，应用 MBO 应注意以下事项：

1. 护理部主任对“MBO”应有相当程度的认识。
2. 对各级护理管理和工作人员进行“MBO”知识的教育。
3. 组织内选择的目标要恰当。
4. 实施期间应定期开会，了解进展情况，并不断利用鼓励的办法激励下属。
5. 注意向护理人员说明 MBO 的目标；明确所涉及到哪些部门、病房；授予下属一定权力，明确各部门或病房之间的关系；明确各层护理管理者在 MBO 中的责任；设定实施 MBO 各阶段及时间表，以便定期检查和考核实施进度。详见第五章目标管理。

第四节　护理管理中的组织工作

一、护理管理体制

护理工作从属于医生诊疗是近代医院的特点。长期以来由于这样一种观念的影响，我国护理的独立管理体制一直没能形成。医院长期以来实行科主任负责制，护士长受科主任领导和管理，护理部有职无权的情况较普遍。为切实改善护理工作的领导和管理状况，适应向现代医院发展的要求，全国首届护理工作会议（1986 年召开）上提出了《关于加强护理工作领导，理顺管理体制的意见》。

卫生部在 1982 年公布的医院工作人员职责中已明确规定了护理部主任对各科护士长直线领导的体制。护理部主任直接领导各科室护理工作，各科科主任对护士长是业务指导关系。也就是医院护理自成体系，建立相对独立的护理工作领导指挥系统。这是护理工作体制的重大改革，对提高护理工作的地位和水平，发挥护理工作的作用，从而提高医疗工作质量有重要意义。

当前我国各医院都建立了护理部。护理部是在院长或分管护理工作的副院长领导下，负责组织管理全院的护理工作的职能部门，又是全院护理工作的指挥部门。在医院中作为职能部门，它与医务处、后勤部门互相配合，共同完成医疗、护理、教学、科研等工作；作为护理指挥系统，护理部主任通过科护士长、护士长三级负责制进行领导。规模较小的医院可设总护士长负责全院护理工作的领导。

说明：手术室、供应室、急诊室（科），这三个科室在目前我国医院大多设护士长

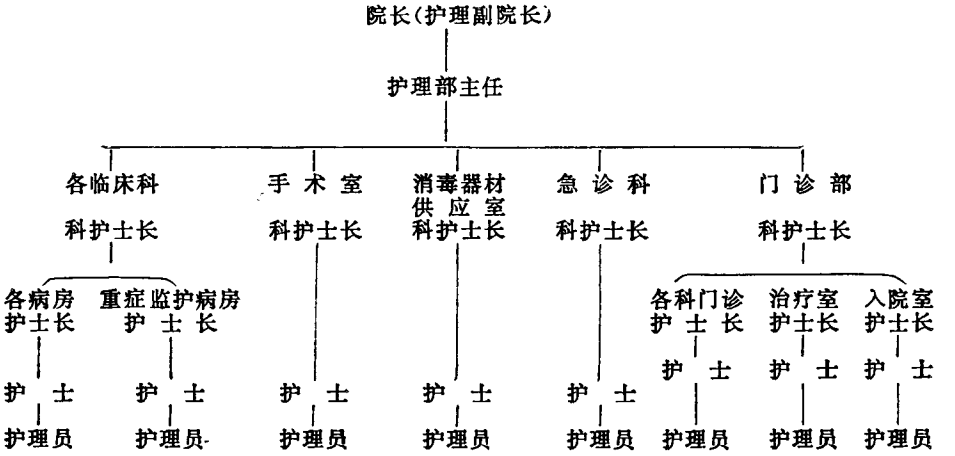


图 15-4 综合医院（500张病床左右）护理体制示意图

（与病房护士长平行），但随着业务的发展，这几个部门工作日趋复杂。为加强管理，有必要按医院具体情况考虑设科护士长。另外，全院性的重症监护病房（ICU）亦应考虑设科护士长。

二、护理部的组织与工作

护理部在分管护理工作的副院长领导下，负责全院护理人员的业务和行政管理工作。护理部在医院管理中，通过制定护理工作计划，制定统一的护理技术操作规程，疾病护理常规，确立各项护理质量标准，建立完备的各项工作制度，培训各级护理人员等措施来保证完成医院各项护理工作和不断提高护理质量。在管理工作中注意协调和处理好与医技科室及后勤部门的关系。

医院护理部应设护理部主任（总护士长），并根据医院规模和任务的大小，设1—2名副主任或护理干事，协助护理部主任工作。医院对护理部主任除明确其工作范围外，还应授予相应的权限，才能使其按护理工作的规律，充分发挥指挥效能。护理部在管理人事上，要有必要的自主权。负责院内护理人员的调配，并提出护理人员升、调、奖、惩的意见。

护理部主任应具有较高的护理业务技术水平，并有较强的组织领导能力，在业务上应相当于正副主任护师水平。护理部副主任和护理干事亦应具备相应的水平。在分工上可有所侧重，分别负责全院护理质量的提高；护理制度的贯彻；在职干部的培训和开展护理科研等工作，并充分发挥集体领导的作用。

护理部主任工作要有计划性，经常深入临床实际督导护理工作，高标准、严要求，树立一丝不苟的工作作风。护理部主任要经常教育全院护理人员热爱护理专业，培养良好的素质，关心她们的思想、工作和生活，充分调动护理人员的积极性。

三、护士长

（一）科护士长

科护士长是护理领导系统中的中层骨干力量，科护士长在护理部主任的领导和科主任的业务指导下，负责全科护理组织管理和业务技术管理工作，解决本科护理工作中的疑难问题和护理人员、护生的培养教育。科护士长应根据护理部工作计划，制定全科护

理工作计划并组织实施。经常深入病房督促检查工作以研究改进和提高科内护理工作水平。

科护士长的业务技术水平应相当于主管护师以上的水平。

（二）护士长

护士长是病房或其他护理单位护理工作的具体领导者和组织者，在完成病房管理和护理业务技术中，起着主导作用。护士长的思想觉悟、业务技术水平、管理水平都直接影响护理质量和医疗质量的高低。因此护士长不但要掌握熟练的护理技术和专业理论知识，还要具有一定的领导艺术和科学的管理方法，既敢于管理，又要善于管理，充分发挥人力、物力、财力和时间的最大效能，以保证护理质量的不断提高。

护士长在科护士长的领导下进行工作。护士长不但要根据科内计划制定本病房护理工作计划，并组织实施，还必须深入临床，检查护理工作质量，组织和参加危重病人的抢救工作，组织护理查房，参加疑难病例讨论，负责本病房的仪器设备、药品、被服等物品的清领保管等工作，并负责护生实习工作的安排。

四、护士长角色模式

护士长角色模式可以帮助人们了解护士长的功能，帮助新晋升的护士长解决角色认识问题，使之很快的适应新角色，从观念、态度、需要和期望等方面自觉锻炼和塑造基层护理主管人员自我形象。

根据护士长工作任务和特点，有的专家把它归纳和分类为三大类型十种不同角色。

（一）人际关系的角色

1. 领导者：领导和带领下属共同努力完成任务。对病房24小时工作负责任，主持病房各种会议，激励护理人员士气，带领护士提供高质量护理，考核工作人员效率，负责排班、教学等。

2. 联络者：建立联络和沟通网络。参加病房护理活动，代表病房参加有关病人护理的讨论会，与医生、其它医技人员、后勤等人员沟通联络。

3. 病房的象征：在处理病房行政业务中，护士长代表病房参加护理部或院方召开的各种会议，代表病房接待来访者，介绍环境与设施等。

（二）咨询的角色

1. 监督者：监督和审核病房的各项护理活动与资料。每天早晨护士长巡视病房，查对处理医嘱情况，了解护理人员技术操作是否正规，护理质量是否符合标准要求，参加查房，召开工休会，收集与护理患者有关的信息资料等。

2. 传达者：将有关病人护理的信息传达给护理人员，主持病房的各种会议，传达上级的文件、指示、命令、政策精神等。

3. 代表者：做为病房的发言人。代表护理人员与其它医务人员协商业务工作，代表患者，与护理人员沟通，以便解决病人的特殊需要与问题。

（三）决策的角色

1. 计划者：规划病房业务，促进病房进步与发展。制定年度计划和工作改进方案，协助护理人员制定和完成病人护理计划，制定修改病房有关规章制度和办事细则、护理人员岗位职责等。

2. 冲突平息者：病房发生冲突，护士长是调停人。有紧急情况发生，护士长应解

决问题。

3. 资源调配者：决定病房有关资源的分配。安排护理人力资源照顾患者；各种医疗器材、仪器、卫生材料、药品及文具等申请、领取、分配使用；对提供患者足够的人力、物力资源负有责任。

4. 协商谈判者：护士长有许多机会与他人进行正式、非正式的协商谈判。如：向直属上级申请调正或增派护理人员，协商增添医疗仪器，提出卫生材料、药品基数的补充，与医生谈判有关护理问题等。

此外，还有对护士长角色有其它分类方法，但大同小异。总之，护理管理者的基本职能是计划工作、组织工作、人员配备工作、领导指导工作和控制工作。

五、病房护理单元的组成

护理单元（nursing unit），是指以护理单位来划分病房，由一定数量的床位和护理组（nursing team）组成，与病房医师诊疗小组密切配合，是住院医疗的基本诊疗护理单位。一般一个护理单元就是一个病房单元。护理单元的组织形式体现了以护理为主的病房管理体系。

护理单元的设置，应以有利于病人的诊疗、护理工作的进行和便于管理为前提。一个护理单元一般以30—40张床位为宜。因为一个病房床位太多、过大，不便于对病人的护理，不便于对重病人的观察和照顾，也不便于病房管理。一个护理单元设几个护理组。一个护理组配备多少名护理人员，应根据收治病种的简繁和病情的轻重而有所不同。

由于护士女同志多，有其生理上的特点，再加上影响护理人员的因素很多，因此考虑人员编配时应有一定的机动数。

其他辅助人员如护理员等也必须根据工作量进行配备。

第五节 护理人员

一、护理人员和她们的不同角色职责

（一）我国护理人员概况

建国以来我国护理人员不断发展壮大，护士人数较解放初期增长20多倍，截止1985年，全国有护士63万多人，其中含护师以上人员6万多名。但仍与卫生事业发展的需求很不适应。

不同角色的护理人员随受教育程度不同，其职称、职责、任务也不同。我国现有护理人员职级、受教育基础及分工见表15-2。

（二）护理人员的不同角色职责

角色职责的概念是从行为科学引伸出来的。其含义是“在护理组织中，任何一个被委任的护理职位，组织给其确定的被期望的行为。”

在1982年卫生部制定的“医院工作制度与医院工作人员职责”中，在卫生部“卫生技术人员职称和晋升条例（试行）”中，对各级护理人员逐一做了职责的描述，这里不再重复。

有的医院又规定了具体的岗位职责。结合实际情况制定具体岗位的工作职责。是一项管理中非常重要的工作。用书面形式对有关护理人员所负责的工作任务、活动、作用和责任描述清楚，有利于明确责任，消除工作中的混乱。

表 15-2　我国现有护理人员职级、受教育基础及分工表

序号	技术职称	专业教育前基础	专业教育情况		工作范围	人数
			学历	学　制		
1	护理员	小学或初中毕业	无	短期培训（3个月～1.5年不等）	在临床协助护士工作	25万多
2	护士	初中毕业	中专	3年	临床护理（技术操作为主）	57万多
		高中毕业		2年		
3	护师		中专	中专后临床工作5年以上晋升的	临床护理 临床带教 护理管理	6万多
		中专后临床工作二年以上	大专	2年脱产或3年半脱产		
	护师（医学士学位）	高中毕业或中专后工作2年以上	大学	5年（目前有4年的）	临床护理（责任护士或护理的高技术岗位）护理管理护理教学（含临床带教）护理科研	
4	主管护师		中专、大专或大学	目前由护师晋升		
5	副主任护师		大专以上	目前由主管护师晋升		
6	主任护师		同上	目前由副主任护师晋升		

注，以上数字均为1985年计资料

（三）现代护理中护士角色的延伸问题

护理专业的发展，使护理工作范围不断扩大，护理的功能不断增加，从而使护理人员中出现了许多新角色。

护士角色的延伸主要方向是初级卫生保健和整体护理。国外新的角色有：

1. 初级卫生保健护士 (primary health care nurses)。
2. 责任护士 (primary care nurses)。
3. 临床护理专家 (clinical nurse specialist，简称 CNS)。
4. 护理开业人员 (nurse practitioners，简称 NPS)。

现代护理人员对一位病人来说已从单纯的疾病护理角色延伸为：病人的护理员(care giver)，观察员 (observer)；沟通联络员 (communicator)；教育人员 (educator)；支持者 (supporter)；保护者 (protector)；管理者 (manager)；专业人员 (proffessional) 等。

二、护理方式

护理方式是指用来对病人进行护理的组织形式，包括护理人员分工方法。护理方式，随医疗的进步和护理管理工作的演变而演变。现有五种不同形态的护理方式。依其演变过程，有个案护理、功能制护理、小组制护理、责任制护理及综合护理。这些不同方式，各有自己的理论和原则，各有优缺点，在结合实际应用时，应选择与所在单位性

质、规模、人员、经费及病人等实际情况相适应的方法。现就各种护理方式分述如下：

（一）个案护理（case method）

这是一种较古老的护理方式。其概念是：一个或几个患者所需的护理，完全经由一位护理人员完成。现个案护理经常用于 ICU、CCU；也适用于护生实习及私人护理方式。此方式中，护士有一定程度的自主性，护士可与病人直接交流。

个案护理的优点是：

⑴ 负责的护士可以把所需护理内容和方法协调起来；

⑵ 护患容易加深感情，关系融洽；

⑶ 职责、任务容易明确；

⑷ 责任明确，有利于增强护士责任心。

其缺点是：

⑴ 对病人的护理缺乏连续性；

⑵ 需要的人多，花费较大。

（二）功能制护理（functional nursing）

这是以工作为中心的护理方法。是以任务和所从事的活动为中心内容的统一的护理方式。每组承担的是一个特定的任务，如治疗、给药、生活护理等，是一种机械的固定分工。

功能制护理的优点：

⑴ 护士对所从事的活动技能、技巧熟练；

⑵ 效率比较高，可发挥每个护士的特长；

⑶ 节省工作人员、经费、设备、时间；

⑷ 便于做组织工作。

其缺点是：

⑴ 护理人员对患者的病情无法获得整体性概念，易忽视心理护理；

⑵ 分工很细，工作连贯性差；

⑶ 技术性工作重复进行，护理人员容易工作疲劳、厌烦，使对工作满意度降低；

⑷ 病人不明确负责护士是谁，无法获得高质量护理。

（三）小组护理（team nursing）

是由一个有经验的护士领导一班人对一组病人提供护理。小组一般 3—4 人，负责 10—20 人的护理，要求领班的护理人员具有一定的管理经验和技巧，小组成员可由护师、护士、护理员等不同等级人员组成。

小组护理的优点是：

⑴ 组内有一定权力对人员进行分派，小组成员同心协力，工作气氛好；

⑵ 对病人全面负责的连续性较好；

⑶ 工作有计划，成员有成就感，新来的护士也不会因工作不熟悉而情绪紧张；

⑷ 小组各不同级别护士，可充分发挥每个人的作用，利用各人才智，既经济又不枯燥；

⑸ 护士长可腾出时间做她应做、需做的事。

其缺点是：

(1) 组内工作人员的分工造成对患者照顾缺少所属感，责任感降低；

(2) 要求组长能力与技巧高。否则不能充分发挥大家的作用，患者也不易获得高质量护理；

(3) 对病人的整体性护理容易因小组成员有不同分工而受影响。

（四）责任制护理（primary nursing）

责任制护理是70年代美国明尼苏达附设医院开始使用的一种护理方式。其定义为：①是一种能提供病人整体性与连续性护理的体制；②责任护士提供从病人入院到出院的连续性护理，在病人住院期间24小时负责任；③是一种提供病人以协调性、个体性等护理服务的模式。

整体性：指护理评估与护理计划包含对病人的生理、心理、社会等问题，保持整体护理。

连续性：病人从入院到出院由一位责任护士负责全部护理活动的计划、执行与评价，保持连续性。

协调性：责任护士作为病人的代理人，负责协调病人与其它医务人员的沟通、联系。

个体性：病人及家属参与制定护理计划，并执行依据病人个体需要而制订的护理活动。

在责任制护理中，责任护士是主体，可直接向医生报告工作，并与其它医务人员、家属等沟通。一般一位责任护士，依能力差异，负责3—6位病人。责任护士不在班时，有辅助护士（或其它责任护士）代为负责。其它非责任护士的护理人员，都应按照该患者的责任护士所制订的护理计划，对病人进行护理。

在责任制护理中，护士长是咨询与协调者。她的责任是：①培养其它护士达到责任护士标准；②挑选合适的护士担任责任护士；③分配病人，使它得到合适的责任护理；④保证责任制护理工作落实。

责任制护理的权力路线图见图15-5。

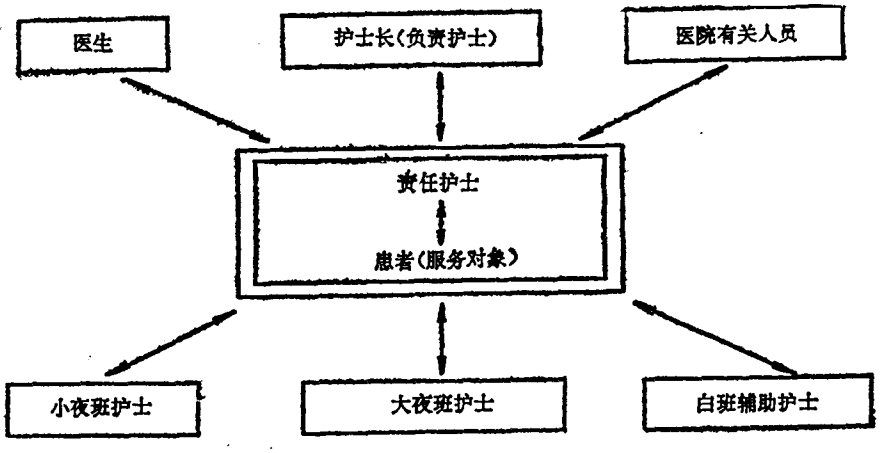


图15-5 责任制护理方式权力路线图

责任制护理的优点：

⑴ 护士的责任感增强。

⑵ 病人的安全感增加，有“我的护士”之所属感。

⑶ 护士有独立自主的护理功能，工作满意度增加。有机会表现其专业水平，能运用她的能力对病人医疗、身心各方面负责，有利于对病人和疾病的研究，使护士有广泛的兴趣，从而对工作环境有较多的满足感。

⑷ 处理病人问题更直接和迅速，也使护理工作连续性增强了。

⑸ 加强了病人身心整体护理，病人满意。

⑹ 有利于各方面的协作。如护士与病人，与家属及其他护士、医务人员沟通增加。

其缺点是：

⑴ 要求责任护士必须有良好的教育，有一定的水平和能力。而常常合格的护士缺乏。

⑵ 经费耗量大，人力需量多。培养一个责任护士比培养普通护士耗费多。

⑶ 有很多情况责任护士单独工作，与其它护士脱离，有时感到孤独。

⑷ 责任护士将分去护士长的一部分权力，有的护士长不愿意。

这里应注意：责任制护理与按程序进行护理不是一个概念。责任制护理是管理中护理分工的一种方法。按程序进行护理是以恢复和促进人的健康为目标进行的一系列前后连贯、相互影响的护理活动。这系列的活动包括评估、计划（包括诊断）、实施及评价四个阶段。责任制护理是以按程序对病人实施护理为基础的。

（五）综合护理

综合性护理方式，是近年发展的一种护理方式。其特点是将责任制和小组制护理融合起来，由一组工作人员一起护理 8—12 位病人，又具有责任护理的自主负责的精神，责任护士负责所有单元病人的整体护理计划（评估、计划、执行、评价），助理护士负责执行护理计划，给病人临床护理。护士长与每单元护理人员组织结构关系如责任制护理形态，护士长的角色只是咨询者、协调及激励者。负责维持好病房内 3—4 个分工合作的护理小单元，提供给患者质量高的护理。

各种不同的护理方式各有优缺点和适应的情况，在使用中应根据病人需要，本单位人员、设备等条件不同选择适宜的护理方式。

三、护理人员的合理编制

合理分工和配备适宜数量的护理人员，直接影响到护理质量。而配备什么水平的和多少数量的护理人员受很多因素的影响。主要影响因素有：

1. 病床使用率：如每日监护病房平均床位使用率，住院病人手术率，一、二、三级护理病人各占床位多少的百分率，这些都是人员编制及分工的影响因素，可协助预算所需工作人员数。这实际是确定任务的轻重，这是决定人员编制的主要因素之一。

2. 患者的护理需要：主要是指根据各医院护理部的目标和宗旨来决定的护理的质量标准和要求。

3. 护理人员的能力：人员素质对编制的影响是不言而喻的。人员训练有素，编制可以少而精，也会提高工作效率。素质差，护理人员能力低，编制愈多，给组织管理带来的障碍愈大，效率越低，工作越混乱。

4. 其他因素：除以上三项主要因素外，还有其它重要因素。如①工作条件：包括

建筑布局（集中式还是分散式）、设备设施条件（机械化、自动化程度）、自然条件（如季节影响、天气状况影响人群发病率不同）等。②现行政策：如人事管理、工资、病事假、产假、劳保、职工培训、工作时间内学习及不同人群医疗费用等各方面政策、制度，都影响人员编制。③社会影响：如患者的教育背景、医院间竞争、科技的进步、人为的或大自然的灾害及医院所在地居民经济状况、职业分布、人群年龄特征等。总之，在考虑护理人员合理编制与分工时应将各方面的影响因素综合考虑进去。

病人的护理需要依患者分类系统不同而不同，我国各医院目前以一、二、三级分级护理（见《护理学基础》有关规定）而划分患者。护理需要可按不同级别患者应在24小时内接受的直接护理和间接护理的人平均时数计算工作量，再根据工作量求出护士编制人数。因人员编制的方法较复杂，各医院一般现按卫生部1978年编制规定执行（详见林菊英、梅祖懿主编《医院护理管理》26～31页）。

四、病房排班

病房排班是护理基层管理者一项经常性的工作。应将工作任务、内容程序、人力和时间等因素通盘考虑，对护理工作做出系统、科学地安排。使护理人员明确职责、任务，护理工作效率不断提高。

病房排班的原则有：

1. 应有利于医疗、预防、教学、科研的顺利进行，统筹兼顾。

2. 充分掌握工作规律、分清主次缓急，全面安排。同时排班应使医生、护士、卫生员的工作不致重叠，互相干扰，应使护理工作既可保证重点，又照顾一般。

3. 保持各班工作量均衡，按工作量安排人力。使病人得到及时、正确的治疗和护理。

4. 应依不同病人及不同护理需要和人力情况，选择适宜的护理方式，既保证护理质量又能充分发挥各不同层次护理人员的作用。根据工作能力和身体条件适当搭配，也应有利于传帮带。

5. 应常备机动人员，在一定时间内保持人员稳定性，例如：夜班1周（或固定几天不变）制，便于护理人员熟悉工作，提高效率。

6. 为加强病房管理和业务指导，护士长一般不宜值夜班。45岁以上护理人员，由于身体条件较差，也不宜排夜班。应依具体情况而定。

7. 应保持公平原则，同时尽量照顾工作人员特殊需要。在排班前要有足够的时间让工作人员考虑个人意愿，排班应提前公布，以免排班后随意更换或有大的调整。

8. 遇有工作人员生病、有紧急事情或因患者病情需要时，应能做适当调整。

排班的方法因各医院组织机构、政策、工作目标及管理方式不同而不同。一般方式有：集权式：即病房护士长（或负责护士）排；分权式：护士长征求护士意见，请护士参与排；自我排班：护士协商或轮流排。一般采取4—8周一个循环的周期性排班方法，使工作人员熟悉排班规律及自己的值班与休假，以便事先安排和处理个人私事或与他人换班。工作时间有8小时或10小时制等，各有优缺点，应视实际情况选择合适的排班方法。

护理人员的训练与教育是人员管理工作的主要内容。我国前些年对护理队伍的管理和建设未加重视，致使护理队伍的业务、技术水平和素质较低，护理人才奇缺，护理工

作质量不高；目前，我国护理事业正处在发展、振兴、急起直追国际先进水平时期，加强护理队伍的建设、管理，培养和选择、训练和教育护理人员，不断提高队伍素质以提高护理工作质量迫在眉睫。

护理人员的训练与教育工作见本书第二十三章。

第六节　护理服务质量评价

一、护理服务质量评价概述

（一）概念

护理服务评价是护理管理中的控制工作。护理管理是由互相衔接、不断发展的三个循环过程组成，即计划、实施、评价。评价是一个重要的环节。

护理服务质量评价的含义是：判断预定护理目标取得进展的数量和价值的过程，它包括四个内容：制定目标、阐明目标取得进展的客观标准、测量与解释取得进展的程度以及对今后工作提出建议。

（二）目的

护理服务评价的总目的是保证和提高护理质量。具体可解释为：

1. 通过评价可以说明工作的价值，证明和使人确信已提供给病人有质量的护理。

2. 可以衡量工作目标是否达到，测量工作进展程度和达到的水平。

3. 说明护理服务是否按预定的方向进行。

4. 根据提供护理服务的数量、质量，评价护理需要满足的程度、未满足的原因及影响服务利用率的因素，为管理者作决策提供基础。

5. 评价指标和标准的确立是质量控制的主要形式。

6. 通过比较评价，可发现成绩、找出缺点和指出今后努力方向。

7. 提供护理人员继续教育的方向、内容等。

评价中应该注意：

1. 实事求是：评价结果应以事实为依据，证明提供的服务是确实的和适当的，应将执行情况与内部所定标准和要求进行比较。并且这些标准应是评价对象能接受的、明了的和实际能观察到的。

2. 评价标准应适当，对比时应注意可比较性。

二、护理服务评价的内容

主要内容是了解工作进展情况和测量工作取得的成就。进展（环节质量）评价适用于计划和实施阶段，成就（终末质量）评价是比较措施实施前后的变化，用于说明实施某一措施后的成效。护理服务评价的具体内容可分为：

（一）评价提供护理者个人情况及进行的护理活动

护理工作的任务和方式是多样化的，应用不同的方面去评价，如护理人员素质评价、护理服务行为评价、服务结果以及几者相结合的评价。

1. 素质评价：评价护理人员和与她所执行的任务有关的基本素质，如工作效率、计划和组织能力，对工作的适应性，工作习惯，工作态度、积极性、可靠性等。这种评价一般应多次反复进行，而不应一次评价后即做结论，同时应与其它评价内容综合考虑来进行。

2. 结果评价：评价是在护理人员服务结果的基础上进行的，指通过护理对病人的病情和健康所带来的结果，例如：症状和体征是否消失，精神心理状况如何等。常见的指标如某护士所负责的病人褥疮发生率、静脉穿刺一次成功率、一级护理合格率、医疗差错发生次数等。由于疾病和病人的临床服务结果取决于多种因素，有些结果也不是短期能反映出来的，对于大部分护理服务目标不容易具体确定，数量也不容易测量，因此在实践中服务结果的评价是比较困难的。

3. 行为评价：对护理人员护理服务中的行为进行评价，是注意护理人员现实做得如何，例如护理操作程序的执行是否符合标准、医嘱执行过程中是否有错误等。这种评价的好处是给工作人员以具体的标准、指标，使他们知道如何做是正确的和上级的期望是什么，有益于工作人员的提高。缺点是评价过程太费时间，并且评价的是较具体的行为，比评价素质范围小。

4. 综合性评价：是上述几个方面相结合标准的评价。现在多采用这种评价内容，只要与护理人员服务结果有关的行为活动都结合起来评价，如被期望达到的目标、行为举止、素质，被期望的工作具体指标要求等。一般以岗位职责描述的具体任务的执行情况作为基础，来进行评比。

（二）评价护理服务质量

是指评价对病人的护理服务的质量，评价护理服务工作适合于完成预定要求的属性，即病人所得到的护理效果的质量。质量评价的内容有三种主要类型：

1. 护理服务组织结构的评价（即要素质量的评价）：主要着眼于评价执行护理的基本条件方面，包括组织结构、设施、资源和仪器设备以及提供护理人员质量。这些内容是构成护理工作质量的基本要素，也是提供高质量护理的重要保证。具体可评价：

⑴ 环境：如病房单元是否安全、清洁、舒适。应制定具体评价标准，如室内温湿度、空气培养标准、病床是否清洁、是否结实等。

⑵ 人员配备是否合乎标准：如护士长是否根据病情需要合适的做出了人力安排，措施是否落实了。具体可有：责任护士管理病人的范围不能大于3—6个；一个病房的护理人员组成应合理，人员质量、资格应合乎标准等。

⑶ 器械设备是否处于正常的工作状态，应根据客观标准数据来测量。如氧气瓶内压力应不少于多少，湿化瓶内应有水；备用空针清洁并数量够用，吸引器污水瓶应保持干净等。

⑷ 病房结构、病人情况、表格记录情况是否合理：如护士站离重病人的距离多远，护理病历是否完整，各种护理记录是否健全等。

2. 护理过程的评价（环节质量的评价）：着眼于护理服务的情况，可以评价护理行为活动，评价各项管理工作、技术工作和思想工作对护理质量的保证。一般按护理的七项功能评价：

⑴ 正确执行医嘱方面做的如何：如是否按时执行，执行是否正确等。

⑵ 病情观察是否达到要求，并认真记录。

⑶ 对病人的管理：如生活护理、卫生学管理等。

⑷ 对与护理有关的其它部门的交往和对其它有关人员的管理情况进行评价。如与医技部门的交往、对配膳员、卫生员的管理等。

⑸ 护理记录书写情况：如护理病历、交班报告、体温单、医嘱单等。

⑹ 应用和贯彻护理程序的步骤、技巧，包括各项技术操作规程的执行情况。按程序护理内容的评价标准我国尚不健全，目前可参照美国护士联合会提出的《护理实践标准》进行。

⑺ 心理护理、健康教育情况。如术前病人教育、出院病人卫生指导等情况。

3. 护理结果的标准（终末质量）评价：是评价护理服务或护理行为的最终结果。评价护理的结果对病人的影响怎么样。如评价术后病人伤口的护理情况、是否干燥、感染，病人对护理服务的满意度等。由于影响病人后果的因素比较多，结果标准的选择和制定比较困难，有一些结果也不单纯说明是护理的最终效果，如住院天数缩短、症状减轻等。

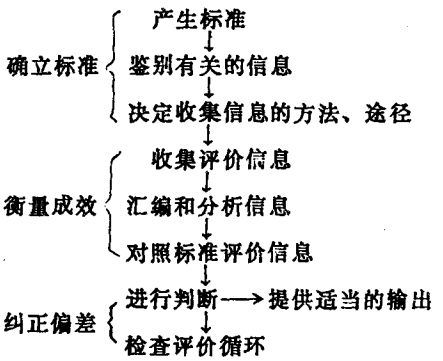
4. 结构、过程、结果相结合的综合评价：将以上评价内容结合起来，综合评价护理服务质量。

要素质量、环节质量和终末质量，一般采用三者相结合的评价。这三方面的质量是不可分割的整体，反映护理服务的全面质量要求。三者的关系应是：着眼于要素质量，以统筹质量控制的全局，具体抓环节质量以落实措施，以终末质量进行反馈控制。

三、护理服务评价的程序

评价工作是复杂的活动过程，也是不断的循环逐步提高的过程。一般的步骤可用表15-3。

表 15-3　护理服务评价的程序



（一）产生标准

评价标准的产生是关键步骤。评价标准一般由评价人员根据评价目的制定。理想的评价标准应是详细说明要求的行为情况或看得见的成果，就是标准要具体；被评价对象能做得到；能测量，可考察得出来；并且明白易懂，并符合实际情况，符合护理服务要求。

（二）鉴别和收集有关信息

如可以从病历记载中查出一些信息，也可从交班报告、医嘱执行记录本收集信息，可以检查实物，现场测量和观察等获取信息。

（三）收集到的资料与标准相对照

用收集到的信息与标准对比，完成了多少，没完成多少，结果怎样。

（四）判断技巧

评价的最终判断应是较为接近实际的数字，是对一个适当水平的描述。可以划分为：合格（或满意）不合格（或不满意）；也可划分为三个：优秀、良好、不及格，四个：优秀、良好、及格、不及格，或五个等级。各种指标特征都可统一成一种判断标准。可以把定性的标准转化成定量标准，统一做出判断。

（五）分析评价

这是指对评价的过程进行分析，看整个评价工作是否客观和适宜。可在每个标准循环结束时进行。如：看评价标准是否完整、合适；收集的信息是否可靠，方法是否正确；判断工作中前后使用的标准是否一致等。

（六）提供适当的输出

评价的目的是为了改进工作，增进提高护理质量和数量；所以评价的结果应充分利用，不应是形式主义的无效的评价。应提供适当的输出，把评价结果进行分析并交流给工作人员，对好的给予激励、表扬，差的应提出纠正方案，以改进护理工作。

四、关于评价组织

有计划和组织保证是护理服务评价的两个重要的前提条件。国外一些地区和医院有专设的评价组织，例如质量保证委员会等。长年的或定期的对服务质量进行评审。护理质量保证委员会一般由护理行政管理人员、护理监督指导者、护士长、护理教育人员、一般护理人员组成，下设办公室，有工作人员，可提供高质量的评价工作。

我国医院一般在护理部下设护理工作检查组织，有的是常设机构，有的是临时组成，一般由各科护士长参加评价检查，多为在自查基础上互评、互查，也有时为某种需要（例如评工资、晋升职称）组织评审组织。

目前我国正在组建不同级别的评审组织，以进一步完善我国医院（包括护理服务）工作质量的评审制度和组织机构。

五、关于护理服务评价的具体方法介绍

近年来评价方法不断增多，在此简介一二。

（一）护理评审

护理评审（nursing audit）是美国对护理质量进行评价的比较先进的方法，由Phaneuf 提出，又称为 Phaneuf 技术。其定义为“一个通过对护理程序的评估以评价护理质量的方法，它反映在出院病人的护理记录上”。这是基于护士的记录反映护理质量这个设想，评审着重于护士的记录。它的使用范围可以是病人住院某一阶段或某一项护理服务活动的片断的评审，也可以是对出院病人进行回顾性的全面的评审。评审的内容可以是结构评审，可以是对护理过程或护理程序执行情况的评审，也可以是对护理服务结果进行评审。

以评审护理程序的执行情况为例，评审的方法可简述为：

1. 建立合适的标准和指标：在我国按程序护理尚无统一的标准要求，各地区和单位执行的情况也很不相同，在评审中，可建立自己适合的标准。目前可参考美国护士协会提出的护理实践标准。有各科通用的一般标准，也有各专科具体标准，可由粗到细，由基础标准到专科标准，并相应制定出具体测量评价指标。应将护理程序中评估、计划、实施、评价的每步骤具体反映质量的指标列出来。

表15-4　某医院一般病房

评审项目		评估				计划								执行				评价				重新评估			
						护理诊断				护理措施															
		完成情况				完成情况				完成情况				完成情况				完成情况				完成情况			
		全部	部分	未完成	未做	全部	部分	未完成	未做	全部	部分	未完成	未做	全部	部分	未完成	未做	全部	部分	未完成	未做	全部	部分	未完成	未做
评估	病历首页项目记录①*		✓																						
	病史简要抓住重点②**		✓																						
	收集资料方法正确③**	✓																							
诊断	急重及主要难题放首位④																								
	应含需解决的主要问题**																								
	诊断用语准确⑤*																								
	与医疗诊治协调⑥**																								
护理措施	应含解决难题的必需措施*																								
	所订措施能落实*																								
	注明行动执行时间*																								
	措施与解决难题一致*																								
	与医疗措施协调⑥*																								
执行	执行情况及反映记在护理记录中*																								
	采取的行动与计划一致*																								
	按计划时间执行*																								
评价	应对每项诊断评价**																								
	应对照难题是否解决**																								
	内容描述客观、准确⑦**																								
重新评估	主要难题解决后应重新评估**																								
	是否及时重新评估⑧																								
	新重点问题应诊断**																								
	新订措施与诊断一致*																								
	停止原措施记录日期*																								
	护理计划单签名⑨**																								
	计	1	2	0	0																				
得分		77.7																							

护理病历评审表

出院小结			护理记录完成情况					评审小结		
项目		完成情况	项目		完成情况					
					全部	部分	未完成	未做		
小结	病人现状描述		按时完成首页病历⑩						护理程序 评估	77.7
	住院日期		按时定出护理计划⑩						诊断	
	出院日期		护理记录	按时做记录⑪*					措施	
	住院治疗方式			含病人主要状况*					执行	
	主要护理方式			含治疗及治疗反映*					评价	
	有无护理并发症			护理查房记录**					重新评估	
	疾病诊断			计录单项目齐全*					平均分	
出院指导	预防知识教育			签字*						
	服药指导		病历整洁完整⑫						出院小结得分	
	复查指导		计						记录完成情况得分	
	有关生活指导		得分						总平均分（后三项平均分）	
出院小结项目齐全										
责任护士签字										
护士长签字										
病历送病案室										
计										
得分										

病人基本情况：

姓　名____　性　别____

年　龄____　职　业____

病房号____　床　号____

住院病历号_____

入院日期_____

出院日期_____

入院诊断_____

出院诊断_____

负责护士_____

评 审 者_____

评审日期

注：△使用此表时，請在合适的空格內划“√”。

△项目：①带“*”号项目有两处或以上沒达到要求为部分完成，5处及以上为未完成，达10处为未做。

②带“**”号项目有一处沒达到为部分完成，2处为未完成，4处为未做。

③方法指：交谈、观察、体检、了解健康记录和实验报告。其中体检以3小项来做为1处沒达到要求。

④主要难题放在二位为部分完成，放在3位为未完成，4位为未做。

⑤指诊断应是病人难题，应尽量使用术语。

⑥指与医疗诊治不矛盾。在护理措施中还应包括执行医嘱。

⑦內容应为执行后反映。应尽可能使用客观检查指标及病人自身体验。

⑧有一次应评而3天未重评为部分完成，5天为未完成，达7天为未做。

⑨计划制订后和每重新评估一次，即应签名一次。

⑩首页及计划要求一般病人24小时內完成，急重者随时，如一般病人3天（急重1天后）內完成为部分完成，3天后（急重2天后）为未完成；1周后（3天）为未做。

⑪要求轻病人3天1次重病至少1日3次。轻病人有1次3天（重者1天）未记为部分完成；1周（重病2天）未记为未完成；10天（重病3天）未记为未做。

⑫指整份病历整齐、清洁，字迹清楚，无错别字，项目齐全。以上有5处不满足要求为部分完成，8处为未完成，15处为未做。

△得分计算方法：每项全部完成为3分；部分为2分；未完成为1分；未做0分。全部完成的总分为应得分。计算公式为：

$$所得分=\frac{实际得分}{应得分}$$。最后计算平均分。

“出院小结”一栏执行了即划“√”，每项1分，计算方法同上。其中“出院小结项目齐全”一项缺三小项为未完成。

2. 建立评审图表及确定资料收集方法途径：评审图表是评审的工具，应包括评审内容、标准及评审指标，并通过这一工具将评价结果反映出来。资料一般从责任护士所负责的病人的病历记录及有关护理记录（如交班报告本、护理查房记录、有关护理会议记录等）中收集。评审表举例见表 15-4。

3. 审查护理程序执行情况：由评审人员查看反映护理程序的病历和其它文字材料，作为护理质量的评价根据。

4. 将审查结果与标准、指标对照填入评审表，并计算出评审得分。

5. 做出适当判断，输出评审结果：在每份病例评审的基础上，将若干份评审结果综合分析，做出合适的判断。可以分析出存在的问题及原因，如护理程序执行中的某一项分数普遍偏低，则提示应加强对护理人员进行这方面的训练。这就是说，判断原因后提出改进工作计划，反馈给工作人员，完成评审的循环过程。反馈这一环节是非常重要的，它体现了护理服务评价的真正目的，但是在实践中经常被忽略，并且评审的结果常常不被充分的利用。

（二）临床护理工时单位（工时量）及服务质量管理方法

在《医院质量管理实用教程》（马骏主编，《中国医院管理》杂志 1987 年 4—5 期）中介绍了一种护理质量评定和管理方法。它的基本思想是："护理人员面对面对病人服务时间的多少（工时量的多少）及其服务效率的高低是决定护理质量的基本因素。"直接为病人服务的工时量及服务效率就是有效服务的工时单位（以一分钟为一个工时单位）。他认为：①临床护理有效服务工时单位多少及体现的护理周到、舒适、安全等质量要求，是保证护理质量的基本问题，应控制它。②保持足够有效的工时单位，才能使护一患之间进行感情交流，加强心理护理。③工时单位多少意味着临床护理的主动程度如何。主动护理是在技术、生活、心理护理中，根据病人不同需要，主动照顾病人，而不是被动听医生和病人、家属呼唤。

对临床护理有效服务工时单位有计算方法和标准值（如入院、出院、危重、Ⅰ Ⅱ Ⅲ级各种不同病人护理都有每日所需工时单位的标准值），有主动服务系数要求。根据这些标准，再根据临床护理服务实际测量出的工时单位数与之比较计算，对服务的质量进行评定，最后计算出服务质量总分。这种方法也需建立一系列质量控制制度，临床质量检查人员，每天检查评定，每次交接班评上班服务质量，认定服务工时，填工时量登记表，然后根据结果来改进工作。

杨英华　林菊英　顾美仪　严谓然　赵静轩　王海玲　张培珺

第十六章　医疗技术部门管理

第一节　医疗技术部门管理概述

医技科室亦称辅助诊疗科室，主要是指运用专门诊疗技术或设备，协同临床各科诊疗疾病的医疗技术科室。包括范围有：检验、放射、药剂、物理医学、核医学、功能检查、病理、病案、超声诊断、内窥镜、输血、手术、消毒、供应、营养等。按工作性质和任务可划分为以诊断为主的、以治疗为主的或重点是以配合诊疗供应为主的科室。从系统的观点看，医技科室是医院运行系统中的技术支持系统，即是以其专门技术职能对直接运行的系统实施技术支持的系统。个别科室技术力量及设备条件好，能独立诊断和处理病人，如理疗科亦可直接对外挂号门诊。由于科学技术的不断发展，上述所提到的医技科室范围是相对的，可根据需要而设置。

一、医技科室发展趋势

医技科室是医院的重要组成部分。它的设置规模大小和技术水平高低直接影响对疾病的预防、诊断和治疗效果，对医学科学研究和教学工作亦具有重要作用。所以，医院各级管理人员应认识到建设好医技科室的重要性。加强医技科室建设、改善诊疗手段是建设现代化医院的重要环节，应根据工作需要从人员、设备、科室组成三个方面做好相应的配套和安排。

近些年来，由于医技科技术发展很快，特别是医疗技术广泛地采用现代科学技术新成果，研制了大量新的医疗仪器、设备，因而逐渐代替了医疗手工操作的古老方式。在现代科学技术迅猛发展的影响下，医学领域里应用的专业技术设备更新换代的周期越来越短，有不少用于诊断、治疗的仪器几年之内就更新一代至几代。规格和型号的多样化，功能的多用途、多项目，技术效应快速、准确、超微量和无损伤，操做自动化、遥控化和电子计算机化，一种仪器设备的应用往往引进了多学科的技术新成果。

随着现代医疗仪器、设备的应用，医技科室的知识结构和人才结构也发生了明显的改变。从知识结构来说，已不只局限于一般的基础科学和应用科学，而是涉及到了许多边缘科学知识和技术，比较突出的如生物医学工程技术、电子计算机技术等。就人才结构而言，仅仅有临床医学、预防医学、护理学的技术人才，已远远满足不了技术要求，必须吸收大量的工程技术人才，才能保证医技科工作的顺利开展。

医学科学技术的飞跃发展，带来了临床医技各科的分工日益精细，趋向高度专业化、管理中心化；即在一个现代化的大型医院里，它的各种诊断、治疗设置形成了一个中心，称为中心诊疗部门。这种诊疗中心包括有放射、临床检验、手术室、电生理检查、血库、消毒、药房制剂等等，还有以理疗、体疗为主的康复中心也都集中由中心诊疗部门管理。日本在60年代就开始采用中央集中化及专业化的组织形式，将分散在各科的实验室集中到中央临床检查部。这种组织形式能集中人力和物力，节约开支，便于医疗、教学和科研。

二、医技科室的特点及其任务

（一）医技科室的特点

1. 业务工作面向全院各医疗科室：医院医技科室虽自成体系，构成医院的一部分，但无论从整体而言，还是从每一个独立的科室来讲，其业务工作大多是为各医疗科提供诊疗依据，直接为门诊、急诊和住院病人服务，有的也为全院的科研和教学服务。医疗科室对医技科室有较大的依赖性。医技科室的技术水平高低和工作质量优劣，是否准确、及时，可直接影响全院医疗、科研和教学工作的效果，那怕是一个具体的检查项目，亦可能关系到某一个临床科室的诊疗质量。

2. 为临床诊疗提供客观依据：医技科室主要是借助于专用仪器设备和专门技术，开展业务工作，为病人诊断、治疗提供客观依据。也就是说，医技科室的工作水平，在某种意义上取决于仪器设备的先进程度和技术人员的专门技术的知识能力，取决于仪器设备更新周期的长短和技术人员知识更新的快慢。尤其是处在科学技术迅速发展时代的今天，这一点更显得格外突出。

3. 仪器设备多、要求条件高、更新周期短：由于医技科室的业务工作都是通过掌握专门技术的人员应用专用仪器设备来完成，所以每一个科室或每一个专业均有各自不同功能的仪器设备，即便是同一专业同一功能的仪器设备，往往也是型号不一，形体各异，因而构成了医技科室仪器设备品种繁多、体积大小不等的特点。每一种功能或品种的仪器设备，还往往要求有特定的环境、房屋建筑和保养设施，要求有相适应的专门技术人员使用检修和管理。有些仪器设备，不仅精密度高，价格昂贵，而且特定的环境要求条件也很高，如果不能满足它所要求的必备条件，不仅功能得不到有效发挥，就是使用期限也会受到严重影响，而造成难以弥补的后果。

由于医技科室仪器设备多，精密仪器设备价格高，又多属固定资产，因此占用医院的固定资金比重较大；而在医技科业务活动中低值易耗品消耗比较多，因而占用流动资金的比重也较大；由于上述原因，医技科室物资管理直接影响着医院的业务收入和业务支出，是医院经济管理的重点环节。

在现代科学技术发展的推动下，医疗技术水平不断提高，新的仪器设备不断产生，新的检查治疗方法不断出现，医技科室的技术改进和仪器设备更新周期也随之缩短。医院管理者应注意上述这些特点，有计划地引进新技术，经常从人才和房屋建筑方面为其发展准备条件，并留有余地。

4. 业务技术标准化：医技科室的业务活动多数可以单项考核评价它的技术效果和经济效果，因此较容易做到技术经济指标数据化。精密仪器设备结构本身已经规定出它的功能状态和质量水平，有的还装有自动控制系统，所以只要满足仪器设备要求的基本条件，按操作规程运转，就可以完全达到应有的效果，做到技术标准统一化。

5. 各个科室专业性较强，多具有相对独立性：医技科室虽然作为构成医院整体的一个组成部分，但其所属各个科室都有各自的专业，都有相对的独立性，都有各自的特点和工作规律，要求它的工作人员也都具备一定的专业特长。这就要求医院管理者，不但要注意整体的共性，而且要考虑各自专业的个性，尤其要重视人才知识结构和专业特长。

（二）医技科室的基本任务

1. 为临床病人诊断治疗提供依据、提供药品器材，辅助临床诊疗工作。

2. 开展科学研究和技术革新。

3. 承担一定教学任务，培养专业技术人才。

4. 管理好专用仪器设备和需要特殊安全措施的各类物资，做好业务范围内有关物资的供应。

5. 制订各项技术操作常规、各类仪器设备保管保养制度和各种物资管理制度。

6. 经常向医护人员介绍新的诊治方法和新药物，解答院内人员的技术咨询。

7. 协助物资管理部门验收和测试专用仪器设备的质量。

8. 做好各项有害物质的无害化处理，严防损害病人和职工的机体。

9. 指导基层。

三、医技科室的管理要点

医技科室管理的主要环节：是抓好工作质量，抓好专用仪器设备的管理，抓好专业人才的培训和提高，技术标准化和技术经济指标数量化。其管理要点有：

1. 医技科室技术人员应由初级、中级和高级卫生技术人员及工程技术人员组成，各类各级技术人员应按专业分工和职级实行岗位责任制，技术人员要定向培训提高，做到专业化。

2. 建立健全各项规章制度、各项技术操作规程、各项工作质量评定标准，以实施技术标准化。

3. 大型、精密、贵重专用仪器设备，应建立技术档案，集中使用，专人保管，面向全院。建立仪器设备维修中心或设专职维修人员，维修老设备，改装新仪器，建立购置、折旧、报废、更新等制度。

贵重、有害、有毒等物资，应按有关规定，专人专柜保管，加强安全防范措施。

4. 各医技科室都要树立面向临床医疗的观念，并力争在新技术开展上走在临床医疗的前面。可把医技科室的业务工作划分为一般、紧急和特殊三类，并按质、按量地规定出不同的完成时间。注意协调医技科室和临床科室的关系，互相配合，不断提高诊疗技术水平。

5. 医技科室应加强经济核算。

大型精密仪器应规定折旧率，实行折旧提存。超过原定使用期仍保持性能完好者，可从超期使用的业务收入中提取奖金奖励保管、使用和维修技术人员。

医用卫生材料按科室实行“以收定销”或核定消耗定额管理办法，节约者有奖。

低值易耗品按科室建立“以旧换新”领用供应制度或“定额供应”制度，节约者有奖。

药品管理实行“金额管理、数量统计、实耗实消”，超额完成规定的技术经济指标者有奖。

6. 严格质量管理，试行单项质量考核办法。主要抓好以下几项工作：

(1) 建立科学的统计项目，以考核工作效率。根据不同的科室制订出工作量的统计项目。现在一些医院统计表中尚不能反映出医技科室的实际工作量及工作效率，应积极改进统计的项目内容。

(2) 各医技科室应逐步建立切实可行的单项质量考核指标。例如：

放射科应考核：诊断符合率（临床追踪符合率），照片与报告符合率，照像合格片

率及废片率。

检验科应考核：生化、微生物临检等检验项目单项质量控制情况。各项检验报告的质量评价（如书写清楚，不遗漏项目，结果准确）是否标准化等。

核医学科应考核：扫描图样合格率（包括数据、曲线、图形是否符合诊断要求），诊断符合率（甲亢、肝扫描的追踪符合率）。

病理科应考核：尸检率、切片合格率、病理报告合格率、石蜡切片与冰冻切片符合率、病理诊断准确率（临床追踪观察）。

(3) 病历及各种检查结果报告要求书写清楚，字体工整，文字简练。观察所见的描述要准确、科学。结果分析要求全面及符合客观实际，检查结果报告发出要求及时准确，资料登记保存要求及时、完好。

(4) 建立仪器设备完好标准。应规定仪器设备的完好指标项目。

(5) 制订采用新技术、开展新诊疗方法以及改革新仪器的经济技术效果评价标准。

(6) 做好以治疗为主的医技科的质量管理。其质量管理要求可参照临床各科室的质量管理。

7. 加强安全管理，按照有关政策法令和条例规定，严格安全管理制度。对有害、有毒及其它危险品，尤应认真采取防范对策，杜绝事故发生，保障安全。

以上是医技科室管理的基本点，适用于医技部门范围内的各科室。由于医技各科室均自成独立专业，各具特点，业务技术管理也各有不同，这里不便一一罗列，请详见本章有关各节。

柴元瑞

第二节　药剂科管理

一、医院药剂工作管理概念

医院药剂工作是医院工作的重要组成部分，政策性、学术性、技术性、实践性均很强，是维护人民健康、保障用药安全有效的重要环节。

药剂工作管理的基本概念是：药剂工作必须密切结合医疗、教学、科研的需要，提供预防、治疗、诊断所需的药品和制剂。遵循《药品管理法》规定，在进行组织、计划、协调、控制、监督等活动的过程中，运用现代管理理论，施行科学管理方法，制订各项工作规范，建立健全药品质量全面管理制度，培养提高药学人员素质，掌握药学科技理论，不断提高学科水平，应用先进检测技术严格控制药品质量，以达到用药安全有效和服务质量优良的目的。

二、医院药剂工作进展概况

随着卫生保健事业的发展，医院药学的理论与实践也有很大的发展和提高，解放前和建国初期，医院药剂工作仅限于按调剂常规调配制剂，制备制剂也多是定型品种。50年代到60年代中期，随着国民经济的恢复和发展，医院药剂工作的条件逐渐得到改善，调配方剂、制备制剂的品种、剂型逐渐增加，并开展了快速分析、热原检查、安全试验等药检工作，以控制药剂质量。配制新制剂，改变剂型，应用物理药剂学的理论指导配制技术，对制剂稳定性的研究广泛采用化学动力学原理与方法，解决了制剂技术和控制了制剂的质量，提高了制剂的稳定性和安全有效性。随着中医中药事业的发展，中西医

结合队伍的加强，许多医院的药学工作者从祖国医学中筛选确有实效的古方、验方，进行剂型的改革和从中药材中提取有效成分，并逐渐应用现代制药技术和设备，制备各种剂型的制剂，用于临床而取得显著疗效。

近20年来，在国外与医药相关的各种基础理论科学突飞猛进，药剂学的发展也十分迅速，随着生物药剂学、药物动力学研究的进一步发展，对药剂质量提出了更高的要求。评价药剂质量的标准，不仅要在制剂临床前考虑外观、含量标准、理化稳定性以及其他影响质量的各种因素，如释放度等，进行质量评价，而且还要在动物或人体以及临床上进行生物利用度研究，这是控制和评定药剂质量的一项重要依据。在制订给药方案方面，已开始应用药物动力学原理，通过一定的实验方法，测定药物的体液浓度，依据实验所提供的参数制订给药方案，对一些安全范围小、毒副作用大的药物和个体差异大的病人，进行治疗药物监测，使给药方案合理化、个体化，发挥药物的最大疗效，减少或避免药物不良反应，以达到用药安全有效的目的。近些年来国内外应用生物药剂学、药代动力学、临床药理学等，评价药剂质量，研究药剂合理应用，对开展临床药学实践与研究奠定了理论基础。

临床药学（clinical pharmacy)是60年代在国外逐渐发展形成的一门新兴学科，70年代国外一些国家已广泛开展，近10年来国内外对临床药学的研究和讨论已进一步深入，认为临床药学的兴起，是药学科学的重要发展，它以合理用药为核心，研究解决治疗用药的安全有效问题，从而使医院药学工作从研究调制剂工艺为主，发展到研究药剂的合理应用。

临床药学的概念为：药学知识密切结合临床，以病人为对象，研究药物在人体内作用的变化规律，以达到合理用药和安全有效地治疗疾病的目的。当前开展临床药学实践的主要内容有处方合理性的调查分析，临床药剂的选择和疗效改进，药品信息咨询，药物监测，参加制订合理用药方案，情报资料收集，现代药剂人员的培训等。

80年代以来，我国临床药学工作，在实践中已逐渐深入地开展，不少省、市、地区医院药师结合工作实际，积极努力创造条件，以不同形式，不同内容开展临床药学实践。

根据药物应用合理性的调查分析，发现不合理用药在某些地区占处方数的26%，以氨基糖甙类抗生素不合理使用的比例较高。如调查某医院1040例儿科住院患者中氨基糖甙类抗生素使用率为58.2%，其中不合理用药占74.4%，用量过大占24.2%，用量不足占8.5%，选用不当占55.5%，同类药物联合应用占11.8%。据调查我国后天性聋哑的病因，有37—60%与使用氨基糖甙类抗生素药物有关。

人类对药物不良反应的认识，是通过实践逐渐加深的。60年代发生的反应停事件，在西欧造成了近万名的畸形儿童，三苯乙醇在美国引起一千多例白内障和失明。对不良反应的监督是保障用药安全的重要措施。早在60年代，美国波斯顿药物监督系统调查报告，因药品不良反应入院的病人约占5%，其中3.6%死亡。长期住院病人发生药物不良反应占10—20%。近年来，据世界卫生组织统计，全世界有⅓患者的死亡与用药不当有关，如80年代美国用药不当引起疾病住院的病人占住院总人数的30%，其中约6%死亡，在我国近年来期刊上报道了大量的病例，卫生部正在北京、上海两地进行药品不良反应报告的试点，准备向全国推广。

药师进入病房参加查房，参与病案讨论，不仅对抢救危重病人、配合治疗、供应药

品起主动作用，而且也促进了药学技术的发展。如进行药物监测确定个体用药方案，北京协和医院发现支气管哮喘患者应用氨茶碱治疗后呈现哮喘持续状态，经测定血药浓度，确定为茶碱过量中毒，调整剂量后取得满意的治疗效果。药师进入临床，可以了解药品实际应用质量和需求等问题，把信息反馈回本科或有关生产部门，为采取措施提高药品质量和合理安排生产提供依据。

药物制剂近年来在运用新理论、新技术向高效、速效、定向、缓释、透皮吸收等方向发展。北京医科大学附属第三医院研制缓释钾片、缓释茶碱片等服用后，有较良好的血药浓度曲线，起延长疗效，减少服药次数，减轻毒副作用等效果。

为了加强和提高医院制剂质量，根据《药品管理法》规定，卫生行政部门在全国内进行了医院制剂的整顿和检查，验收核发医疗单位制剂许可证，要求医院制剂室必须按药厂 GMP 原则修建，设置净化装置，配备制剂、检验必要的设备，目前已有不少医院达到或接近此种条件，以保证用药安全有效。

药物信息和情报资料的收集、整理、利用、交流是医院药剂科的一项重要业务工作，有的医院创造条件建立药物情报资料室，收集国内外新药、临床疗效评价、药物相互作用、配伍变化、毒副作用、禁忌证以及中毒解救药物等方面的情报资料，进行系统整理，分类编目，向临床交流与咨询服务，较多的医院药剂科组织编写《药讯》传递药物信息，加强了医药之间的联系。

近年来在医院药学实践中，应用电子计算机已有良好的开端，一些医院应用微机管理药品、药物咨询和处理科研实验数据，此外 JHY 型临床用药监护仪，TDX 型血药浓度监测仪和不同型号的微机为开展临床药学、信息管理，提供了强有力的技术手段。

综上所述，临床药学为药物合理应用开辟了新的前景，它的重要作用已引起广泛重视，成为当前医院药剂工作发展的方向。

三、医院药事管理委员会

为了协调全院用药计划，监督合理用药和进行科学管理，根据卫生部颁发的《医院药剂工作条例》中规定：医院可根据自己的条件成立药事管理委员会，由分管药剂工作的院长或副院长、药剂科主任和各科有关业务负责人组成。

医院药事管理委员会的主要任务是：

1. 审定、监督本院用药计划；
2. 定期讨论全院基本用药品种范围，核定增添新药，淘汰疗效差的药品与制剂；
3. 负责指导、检查医生合理用药，并把合理用药作为考核医生的一项内容；
4. 研究解决本院医疗用药的重大问题；
5. 组织检查全院药品质量，包括合理用药、配伍禁忌、相互作用、药品管理，特别是对麻醉药、毒性药、精神药品、有效期药品等的管理；
6. 监督、评价药剂科配合医疗服务的质量。

四、药剂科的任务、组织、编制

医院药剂科是负责临床药剂工作、药事组织管理、业务技术实施的职能部门，在院长直接领导下，贯彻执行药政法规，对本院各科室违犯药品管理法的行为，有权监督并向院长所在卫生行政部门汇报。

（一）基本任务

1. 根据本院医疗、教学、科研需要，编造药品采购计划，供应质量合格的药品，做好药品贮存保管，帐卡登记，进销帐目统计表报，收发药品审核验收等工作。

2. 及时正确地调配处方，根据临床需要制备质量符合标准的制剂。

3. 科学地管理全院药品，对药品流通的各个环节，包括库外药品的质量管理，制订并严格执行岗位责任制，实行药品质量全面管理。

4. 配合临床合理用药，开展临床药学工作，建立药品信息系统，收集整理药品情报资料，宣传用药知识，与医护共同做好新药验证和临床疗效评价工作，收集药品不良反应，定期向卫生行政部门反映有关药品生产、流通、使用中的问题。

5. 密切配合临床需要开展药学研究工作应用新理论，新技术研究中西药新制剂，新剂型和药品合理使用的规律等。结合药剂管理实践，研究药事组织管理、职能管理、科技管理、信息管理等，以促进医院药剂工作向科学化、系统化、规范化发展。

6. 担负医药院校学生实习，药剂人员进修，和基层医疗单位药剂工作的技术指导。

（二）组织机构

药剂科应根据医院级别、性质、任务等实际情况设置专业组室。综合性医院内一般设有中西药调剂、中西药制剂、中西药库、药品检验等部门，为开展临床药剂的科学研究和临床药学实践与研究的需要，相应地增设药学科研实验室和情报资料室，为了搞好药品管理改革，应设经济管理组。

（三）人员编制

配备中西药学技术人员数量和药剂师、士的比例，应与医院规模、药剂科任务相适应。从事中西药剂的各级人员需经专业训练，熟练掌握现代药、传统药的基础理论知识，能胜任药剂科工作任务，执法的自觉性。非药学技术人员，不得直接从事药剂技术工作。

药剂科还应配备勤杂人员负责清洗用具、药瓶、消毒、蒸馏、中药粉碎、挑拣和其它勤杂工作，其编制按照实际需要另编。

加强医院药品管理。药品实行管理改革所需的财会统计人员，应另增编制，由财会、药剂两科按专业分工领导。

医院药剂工作，结合实际进行有关药剂的科学研究和开展临床药学实践与研究所需的药学技术人员，亦应纳入编制计划。1978年“现行人员编制方案”确定药剂人员占医院卫生技术人员总编制的8%，未包括药剂科研人员的编制。

五、药剂科的业务管理

药剂科的业务管理应以质量管理为核心。药品质量优劣，直接关系到医疗效果和患者生命安危，因此必须加强药品质量管理，把用药安全有效摆在首位，建立健全以岗位责任制为中心的规章制度，实行药品质量全面管理，组建以科、室、组为单位的群众性质量监督检查与专职检验人员相结合，对购入药品和制备制剂流通的全过程、各环节进行质量监督检查工作，切实把好药品质量关。并将可能影响质量的各科因素，控制在未形成的过程中，作到防检结合，从单纯的事后检查转向事先控制。制订并严格执行登记制度，加强数据管理，以作为考核岗位责任的依据，现将各室组的业务管理，分述如下：

（一）调剂业务管理

调剂工作是药剂科的第一线，是保证用药安全有效的重要环节，调配的药品是通过

医师处方直接为病人服务。须加强以下方面管理。

1. 审方、计价、调配、核对、发药等方面的管理。审查处方应严格执行处方制度规定，详细查对处方所列药品名称、剂型、规格、剂量用法等，如发现处方书写不清楚、用法用量不当，或有配伍变化与不良的相互作用、缺药等情况应与医生联系，不得自行更改或代用，控制麻醉药品、精神药品等应用，对超剂量的处方须经医生重签字，审方遇有其它事项应按照处方制度规定执行。处方计价必须严格执行国家统一规定牌价。

调配处方应遵守规程，遇有标笺模糊或药品变化现象，必须查询清楚方可调配。药品发出前须经第二人核对检查调配品种、数量、药品标笺、包装质量等，严防差错，调配人与核对检查人均须在处方上签名后方可发药。并向病人交待用法、注意事项，回答病人提出的问题并注意执行医疗保护制。

2. 建立药品分装室。对处方常用药品与医生协商品种、规格、数量，做好预包装工作，以提高调配工作效率，缩短病人取药时间。药品分装室必须配备熟悉调剂业务的药学人员负责管理，并制订药品分装制度严格执行。

住院病人用药，根据各医院具体情况，供应药品形式方法各有不同，总的原则是有利于病人及时用药和加强药品管理，以保证患者用药安全。

3. 加强差错管理。任何差错发生后，必须积极采取有效措施，千方百计进行纠正或补救，严格执行差错报告登记制度，严重差错和事故应组织有关人员讨论，吸取教训。

4. 加强处方管理。处方是调配发药的书面依据，也是统计调配工作量和药品消耗数量及其收入金额等的原始资料，发生药疗事故或经济问题时，又是追查法律责任的依据，因此处方必须妥善保管，每日进行分类统计登记数量，按规定年限保存，一般药品处方保存1年，毒性药品保存3年，麻醉药品处方单独保管，保存3年，精神药品处方保存2年。

5. 开展临床药学实践。调剂工作掌握大量处方及病人用药情况的第一手资料，根据处方调查病历，分析药品应用的合理性，收集整理药品应用于临床的实际疗效、不良反应、药品联合应用引起的相互作用等方面资料，进行分析总结以增强审查处方、咨询答疑的能力，并能为制订药物计划提供遴选、淘汰药物的依据。

（二）制剂业务管理

临床制剂必须紧密结合医疗、教学、科研的需要，制备药厂尚未生产，医药、药材公司不能供应的品种、规格的药品，不断研制新制剂、新剂型以满足临床的需要。医院自配制剂，必须向所在地区卫生局提出申请，经审查批准，核发“制剂许可证”后方可配制使用，自配制剂不得在市场上销售。

综合性医院的制剂室，一般分别设置灭菌制剂、普通制剂、中药制剂等制剂室，按不同要求进行管理。各制剂室必需具有能够保证药品质量的房屋、设备和卫生条件，根据制剂剂型与工艺流程的不同，对制剂室各操作间的布局必须合理安排，作到人员活动与配制原料、成品流向互不干扰。并按工序要求，把性质不同的操作，划分为不同区域，如一般工作区、洁净区、超洁净区、人员和物件出入的专用通道等；还应有防潮、通风、防尘等设备。配制输液剂必需具备超净条件。

加强制剂业务管理，应注意以下方面。

1. 配制各种制剂必须有详细的工艺规程、质量标准、批准手续、对制剂的质量要

求。收载药典或地方标准的制剂质量必须符合法定文献要求，药典或地方标准以外的制剂质量必须符合操作规程的要求，该操作规程由配制单位撰拟，经卫生行政部门批准。配制各种制剂均须符合“卫生标准”的要求。

2. 各制剂室必须建立健全以保证制剂质量的规章制度。由主管制剂室的药师全面负责所在制剂室的业务、技术和制剂质量管理，并负责制订各项工作管理制度和技术操作常规，审核制剂操作规程卡片，检查各项技术操作常规和各级岗位责任制的执行情况。

3. 配制各种制剂 必须严格执行操作规程及第二人核对和送检制度（包括半成品的检验）。制剂全过程中各环节的配制记录必须完整，对出现的各种异常现象应如实作详细记录。

4. 制剂经检验合格签发合格证后进行分装和包装工作，成品标笺必须符合法定标准，并严格执行分装、包装记录与核对检查制度。

5. 制剂用原料、辅料以及直接接触药品的容器和包装材料，必须符合药用要求。制剂中使用麻醉药品、毒性药品、精神药品时，按有关法规办理。

6. 制剂用水，根据各个工序按工艺要求制订水质标准，灭菌制剂用注射用水必须符合药典规定的质量标准。

7. 配制大输液，须报所在地区卫生局批准，同时报上级卫生局备案，按照国家标准和地方标准配制的制剂，须经院药事管理委员会或药剂科主任审定，并报所在地区卫生局备案。

8. 自配制剂的新品种报经所在地区卫生局初审后转报市卫生局审批同意，方可在本院进行临床研究。如需扩大至院外使用。由负责配制单位报批（注明临床协作单位）经批准后方可同时在有关协作单位进行临床观察。

9. 输液剂及其它灭菌制剂的新品种和稳定性不好的品种，应留样观察3个月至1年。

10. 按照“卫生要求”规定，制订并严格执行卫生制度。制剂人员应定期体检，并建立健康档案。制剂室内外卫生应有专人负责清扫消毒。按制剂室工艺要求配备专用工作服、帽、鞋、口罩，出入洁净区必须严格执行消毒隔离制度。

11. 制剂室负责人 应经常深入临床科室了解自配制剂的质量情况（如疗效、不良反应等），定期进行临床疗效评价、筛选和淘汰疗效不确、不良反应大的制品，并有完整记录。

（三）药品检验业务管理

药品检验室负责本院制剂质量检验和对药品质量监督检查，在药剂科的领导下受当地药检部门的业务指导，并定期向当地药检部门反映药品质量情况，出现重大问题时要及时汇报。

药检室须具有能够保证制剂质量检验的仪器设备，配备具有一定专业理论水平、熟悉业务的药师从事药检工作。并须注意以下方面。

1. 要求药检人员应以质量监督的观点，深入实际调查了解药品制剂质量情况，指导群众性药品质量监督工作，并密切合作，为推行药品质量全面管理发挥监督控制作用。

2. 自配制剂必须按规定的质量标准进行检验，并作出正确判断，如实反映检品质量。签发制剂合格证必须坚持原则，检验不合格的制剂不得用于临床，应协助分析不合

格的原因，深入实际了解工艺操作过程，必要时须作技术复核。在检验方法上应采用准确可靠、操作简便的方法。质量监测项目，除了鉴别检查、含量测定、生物试验等外，必须相应地有生物利用度、释放速率等检测。在监测手段方面除化学滴定外，必须向仪器分析方面发展。

3. 建立检验档案，检验记录是对检品检验过程中的操作及数据的原始资料，是分析质量判断结果所作鉴定的依据，应正确书写签名盖章，检验原始记录必须完整齐全，按年度装订成册，保存3年，有效期药品制剂保存至有效期后1年。临床对药品疗效评价和质量信息反馈、灭菌制剂留样观察记录、质量事故分析报告及返工处理等资料保存3年。

4. 精密仪器及其使用说明书，应有专人负责保管，制订并严格执行操作规程、使用登记、维修保养制度。

（四）药库业务管理

药库是负责本院防治疾病所需药剂（制剂用原辅料）、卫生材料、临床检验和科研用化学试剂等的计划、采购、供应和保管、分发等工作，药库购销金额占全院经费收支的比例很大，综合性医院一般为40—60%，是全院流动资金管理的重要环节，供应的药品不仅要及时，能满足临床需要；而且要做到无积压、浪费。资金周转要快，库存定额要符合国家规定，不超过月消耗量3倍的要求。药库业务繁多，是一项政策性、专业性、服务性很强的工作，因此，必须坚持“质量第一”的原则，增强法制观念，加强药品计划采购、验收入库、贮存保管、出库复核以及药品报损等方面的管理。

1. 制订药品计划必须了解掌握药品使用消耗规律，根据医院“基本药品目录”国内外药品市场信息，并以过去同时期药品消耗统计资料与季节性发病率、库存贮备定额等为基础。拟购新品种，应根据临床科室提出申请，经药剂科主任批准，报药事管理委员会审批后采购。

采购药品严格执行财会制度，药品质量必须符合国家药品标准或省、市药品标准。药品的包装与标签必须符合法定标准。新药须有国务院卫生行政部门的批准文号。已撤销批准文号的淘汰品种，过期失效、变质、被污染的药品以及不符合标准的药品，严禁购入使用，违犯者应负法律责任。

2. 购入药品必须严格执行质量验收制度，发现质量不符合标准、数量短缺等情况，应按规定办理退换或补充手续。

3. 药品保管，须按药品性质分类保管，合理、安全贮存，建帐立卡，出入有据，账物相符，定期盘点。做到经常检查，变质失效、霉烂、虫蛀的药品不得使用，应报请领导批准后予以核销。

药库须有符合药品质量要求的贮存条件，具备通风、干燥、避光和温湿度适宜等条件，对热不稳定的药品应冷藏。对有效期药品必须按照规定的贮存条件保管，对药品有效期限严加控制，以避免过期失效，易霉变、生虫、鼠咬的药品应有防范措施；易燃、易爆、易腐蚀、毒性药品以及其它危险药品等须在特殊隔离区设立仓库。并有防盗、防火、防自然灾害等安全措施。

4. 药品出库必须根据领药凭单，掌握“先进先出”、“近期先发”的原则，按批号先后顺序、药品效期时间分发药品，严格执行复核查对制度，详细点交，双方签字。

（五）特殊药品管理

《中华人民共和国药品管理法》将麻醉药品、精神药品、毒性药品及放射性药品列为特殊管理的药品，实行特殊管理办法，以正确发挥药品在诊断、治疗中的作用，严防因管理不善或使用不当而造成危害。

1. 麻醉药品管理：麻醉药品是指连续使用后易产生依赖性，能成瘾癖的药品。

麻醉药品包括：鸦片类、可卡因类、大麻类、合成麻醉药类以及卫生部指定的其他易成瘾癖的药品、药用原植物及其制剂。

麻醉药品只限用于医疗、教学和科研需要。设有病床、具备手术或一定医疗技术条件的医疗单位，可向当地卫生行政部门办理申请手续经上级卫生行政部门批准，核定供应级别后发给“麻醉药品购用印鉴卡”，按照麻醉药品购用限量的规定，向指定的麻醉药品供应站购用。

使用麻醉药品的医务人员，必须具有医师以上专业技术职务并经考核、审查批准。进行计划生育手术的医务人员经考核审批后，在进行手术期间有麻醉药品处方权。

医院药剂科，室、组，应有专人负责，专柜加锁，专用帐册，专用处方，专册登记。处方保存3年备查。

医生开麻醉药品应用专用处方，并记载病情或诊断意见。麻醉药品每张处方注射剂不超过2日常用量，片剂、酊剂、糖浆等不超过3日常用量，连续使用不得超过7天。调配或制剂使用麻醉药品，必须逐方（制剂/次）进行消耗登记，各室组负责麻醉药品管理人员，按麻醉药品分类进行收、发、存的数量统计，并制表报送药库负责人和药剂科领导，作为领取、核发麻醉药品的依据。

晚期癌症病人，因剧痛需麻醉药品止痛者，应严格执行“镇痛专用麻醉药品供应卡”制度的规定。麻醉药品处方一次最多不超过5日常用量，病人使用针剂，每次领药须用空安瓿换取，供应卡使用期限为1个月，过期后仍需使用，须按规定办理换卡手续。

医务人员不得自行开处方使用麻醉药品，利用职权营私舞弊，或滥用麻醉药品成瘾，违犯者，根据情节轻重给予行政处分、经济制裁或依法惩处，药剂人员有权拒绝配发违犯规定的处方，并向领导及时反映。

2. 医疗用毒性药品管理：医疗用毒性药品系指毒性剧烈、治疗剂量与中毒剂量相近、使用不当会致人中毒或死亡的药品。

毒性药品的管理品种，按卫生部规定西药有14种，中药28种，详见“医用毒性药品管理办法（草案）”。各省、市卫生行政部门可结合当地实际情况，增加管理品种，报国家卫生行政部门备案后执行。

毒性药品一律凭医生签字盖章的正式处方进行调配，药剂人员要加强监督检查，发现处方有疑问或字迹不清，须经医生重新审定后再行调配，每次处方剂量不得超过2日极量，配发毒性药品应向患者说明毒性作用及注意事项。毒性中药必须单包，注明品名、用法等，以免误用。处方中未注明“生用”的毒性中药应付炮制品，处方在取药后单独保存，逐月装订，留存3年备查。

毒性药品制剂的包装及标笺须有黑色“毒”字的明显标记，严防与一般药品混淆。毒性药品管理应建立专用帐册，专人负责，专柜加锁保管。收支帐目，定期盘点，做到帐物相符。临床科室备用毒性药品应限品种、数量以不误急用为原则。贮存药柜应有专

人负责管理。药剂科人员应定期检查使用。保管情况，如发现问题应及时查明原因。

毒性药品保管人调动工作，应办理交接手续，并由药剂科主任监交无误后方可调离。

3. 精神药品管理：精神药品系指直接作用于神经中枢系统能使之兴奋或抑制，且连续使用能产生依赖性的药品。

精神药品的品种，根据卫生部“精神药品管理条例（草案）”所列精神药品共计45种，详见（85）卫药字第27号文件，为了加强管理和便于使用，精神药品分两类，第一类精神药品处方每张不超过1周量，第二类精神药品处方，每张不超过2周量，特殊需要除外（如精神病癫痫等）。

卫生部、国家医药管理局关于安钠咖、强痛定、氨酚待因片、复方樟脑酊等精神药品有暂行管理法，对供应范围，须医疗单位申请、办理购用手续，审查批准，核定供应级别等有所规定，符合者发给“精神药品购用印鉴卡”。医疗单位可凭卡到指定的供应点按季度购用限量购买精神药品（见（86）卫药字第76号文件）。

医生处方量每张不超过3天常用量，其中氨酚待因片的每次处方量可扩大到5日量。处方留存2年备查。

精神药品须设专柜，指定专人管理，建立收支帐目，严格执行出入登记制度，定期盘点，做到帐物相符。精神药品的标笺上，应有明显标记，标笺显著地位应用红色标记“精”字。

4. 放射性药品管理：放射性药品具有放射性，含有放射性核素或标记化合物质称为放射性药品，可利用仪器探测其在体内的吸收、分布、运转及排泄等情况，以及反映脏器的功能状态及其形态，临床用于疾病的诊断，使用一定量放射性同位素进行照射能造成组织细胞的抑制或破坏，可用于治疗肿瘤，亦可用于治疗甲状腺功能亢进等。

放射性药品的质量标准，只限于中国药典和卫生部制订的两级标准。医疗单位必须加强质量与使用管理，制订并严格执行使用与管理制度，质量不合格和过期的放射性药品严禁使用。

（六）临床药剂科研管理

临床药剂的科研工作，应运用现代科技理论和技术，指导临床药剂实践和开展临床药学实践与研究，不断提高药学水平，增进药剂疗效，以保证患者用药安全有效，这是“维护人民健康”的要求，也是药学科学日益发展的需要。药剂科应相应地建立药学科研实验室，有组织、有计划、有目的地开展科学研究工作。

1. 科研组织管理：科研室应设置专职或兼职药学高级职称人员负责以研究课题为核心的组织管理工作，按照国家有关法律、法规的要求制订科研管理规章制度，健全管理规范，药剂科应组建科研领导小组，由药学高级职称人员组成，参与制订科研规划，确定课题、实验设计，进行技术论证、开题报告、科研总结等方面的技术活动。

2. 科研工作管理：

(1) 选题依据与开题报告：科研选题是科研工作的起点，关键性的第一步，必须明确研究课题的目的和内容。临床药剂的科研工作，应结合药学实践中存在的问题和配合医疗需要，搜集文献资料，进行综合分析，从中筛选课题。对拟选课题的实用性、科学性、可行性以及成果价值与效益等，须有充分估计。研究课题确定后应通过预备试验，为正式立题提出依据，在此基础上再制订科研计划，包括阶段性目标、最终目标、实验设

计、研究方法、步骤、计划进度及时间安排等。在完成科研设计后应履行开题报告和同行评议。根据评议意见修订科研计划，以充实提高科研实验设计的合理性科学性。

⑵ 科研总结与临床研究：

研究课题完成实验工作后，应以科学的态度进行整理分析实验资料，书写总结，向课题负责人、科研领导小组及研究室成员汇报。根据信息反馈进一步完善实验工作和书面总结，为使科研成果付诸实施，必须通过临床研究。制剂在临床应用前，须报经市卫生局或转卫生部审批同意后方可进行临床研究。

3. 实验工作管理：实验工作须按照科研计划有步骤地进行，并按规定要求书写实验记录，课题负责人应按科研计划检查执行情况，并从单纯的实验管理转向科学化管理。

实验工作记录是执行科研计划的书面资料，不仅反映实验工作的严密性、科学性，而且是执行法的依据，因此对实验记录的原始资料必须建档保存。

（七）医院药品管理改革

为了改进、加强医院药品管理，必须遵照卫生部、财政部《关于改进医疗机构药品管理的通知》的精神，以“金额管理、重点统计、实耗实销”代替长期以来实行的“以存定销”办法，是以货币形式来控制医院药品流转的各个环节，必须相应地建立药品管理制度，配备财会人员，负责药品金额管理、经济核算、财务监督，以提高药品管理水平和经济效益。

1. 加强各类药品和自配制剂的计价管理：配方销售的药品，是实耗实销的依据，按国家规定零售价计算，药库各类药品应按批发价计算，财务部门须根据“药品进销差价”核算药品加成率。在医疗服务中卫生部规定药品加成率为15%。药品的加成率符合国家规定，表明药品管理严密，药品加成率低于规定指标说明药品管理不善，应查明原因，采取措施。

自配制剂计价管理是制剂生产管理的重要环节，对中西药制剂的计价办法应严格执行国家有关规定。

2. 建立并严格执行药品盘点制度：药品严格执行盘点制度，能及时了解掌握药品储存保管情况，是加强药品管理的重要措施。对药库药品要实行每月定期盘点制度，做到帐物相符，库存贮备定额符合国家规定标准。各组室药品因调制剂工作量大，可实行季度盘点，有条件的医院可实行月盘点。对重点管理药品应逐方（制剂/次）进行统计，做到日结月清。

3. 加强数据管理：为了保证“金额管理”的顺利实施，对药品、卫材、化学试剂等的计量、计价及其记载金额的核算，必须数据正确。并按岗位责任考核奖惩，增强经济责任，只有在数据准确的基础上方能保证金额核算的准确性，正确反映药品加成率，以评定医院药品管理的经济效益。

王坤律

第三节　营养室（部）管理

一、营养治疗在医疗工作中的重要性

营养治疗（也就是饮食治疗）是应用科学的烹饪技术和调配方法利用食物中所含营养成分治疗疾病的一种科学。

我们祖先利用食物来促进健康、预防和治疗疾病，已有几千年的历史，并在历代医家名著中有专门论述，称为“饮食疗法”或称“食疗”。

食物所以能促进健康以及防治疾病，是因为它们含有促进健康的有效成份。祖国医学认为，各种食物有它的营养特性，在一般情况下，人体在一定幅度内能自动综合调节，但在患病时便有所特殊选择，而且提出当食物性质与疾病类型或与药物性味相矛盾时还应有所禁忌，这些与现代医学观点基本是一致的。

在现代医学中，饮食治疗已成为综合疗法中的重要组成部分。所谓饮食治疗，就是根据患者诊治疾病的需要，合理调配食物中所含营养素以及采用科学的烹调，使其在诊疗过程中起到辅助作用。俗话说“三分治七分养”，意思是说治愈疾病，三分在治疗七分在养生，后者也包含饮食治疗在内。

合宜的营养膳食不但营养素丰富，而且烹调适口，有助于增进食欲，恢复健康。饮食治疗的主要作用在于：

1. 调整营养的需要，能直接起治疗作用：如肥胖病人必须限制脂肪、碳水化合物的摄取，达到减轻体重的目的；糖尿病病人必须对碳水化合物加以控制；慢性肾炎病人必须采用少盐或无盐膳食等。

2. 能增强体力，为其它治疗创造有利条件：如外科手术前，宜采用高蛋白的食品，以保证手术效果，有利于早日康复。

3. 试验膳食可协助临床诊断：它用于有些疾病的病因检验和诊断，如在检验胃、肠道有无出血时，可采用完全不含铁质的膳食来检验大便中有无潜血。

4. 改变烹调方法和餐次有利于促进消化和吸收：例如胃、肠道疾病人不宜利用食物中粗纤维，在烹调时应去掉粗纤维；消化不良的病人，应将食物煮软，并采用少量多餐次的进食制度。

二、营养治疗的基本原则

在饮食治疗的实施上应按照以下原则：

1. 饮食治疗必需和一般护理、药物以及外科手术等治疗相配合。

2. 在采用饮食治疗时，必须使病人了解治疗的目的，相信为他制配的饮食的合理性与遵守饮食制度的必要性。

3. 治疗饮食的配制，应该经常变换花样或烹调方法，以促进患者的食欲。

三、营养室（部）的主要任务

1. 负责制订全院住院病人各种饮食制度，例如按具体情况采取下列几种制度中的任何一种：包伙制、半食堂制或两者兼有。普通饭可用食堂制，而半流质或流质以及其它治疗饮食采用包伙制或半食堂制等，以保证提供足够营养素含量，有利治疗。

2. 计算和制订各种饮食的营养价及收费标准。

3. 对住院病人及门诊病人进行营养宣传和教育工作，例如糖尿病、冠心病、肾炎、胆囊炎等在饮食上需要有所控制的病人，应在他住院期间指导他学习掌握与本人疾病有关的饮食知识，特别是对需要计算饮食量的糖尿病病人应指导他学会选择和计算食物营养价的方法。

4. 担任护士学校营养学教学工作，指导年轻医师和护士学习营养治疗学。

5. 对炊事员及配膳人员普及营养治疗知识。

6. 参加病房的营养治疗会诊，对有合并症的重危病人要能提出有针对性的饮食治疗方案等。

7. 开展营养饮食治疗研究工作，总结营养治疗的作用，通过观察病人健康的进展及查阅他的病历，检查对所提出的饮食治疗方案的效果，不断提高饮食治疗的科学水平。

四、营养室（部）组织形式及管理

（一）营养室（部）组织形式

营养室（部）属于医技科室，在医院是医疗部门的一个组成部分。营养部的管理体制目前有三种形式：营养部直接受院长领导；营养部为医务部门的一部分，与其它医技科室如化验室、药房、放射科等是平行的；还有一种是与医院总务科合并，受总务科领导。按照科学管理的要求，营养室（部）应是置于院长直接领导下的独立业务科室。实行科主任负责制。

根据营养室（部）的业务范围可划分为如下若干组：

1. 营养治疗组：由营养医师（士）和营养护师（士）组成。负责设计各种治疗膳食，计算膳食营养价，配制食谱，开营养处方，提出每日膳食制做计划，检验食品卫生，参加重点病人会诊，观察总结膳食治疗效果，承担医学生护生教学和进修人员培训。

2. 烹调组：可分为主、副食两部分，由厨师、厨工组成；或分为普食组、治疗膳食组和面饭组、肉菜组等。负责按营养处方要求加工烹调各类主副膳食。

3. 配膳组：由配膳员组成。按规定收取病人膳食通知单，床头预订膳食，汇总膳食份数，向病人分送膳食等。

4. 总务会计组：由管理员、会计、采购员、库房保管员组成。负责一般行政事务，如计算成本，管理帐目，掌握资金收入支出，采购食品、餐具，验收并保管好库房食品。

（二）各类人员职责

营养室（部）工作人员有：主任、营养医师（士）、护师（士）、管理员、采购员、保管员、会计、厨师（工）、配膳员等。

1. 主任职责：营养部主任应由营养医师担任。负责行政业务领导，制订本科工作计划，组织工作人员业务学习，担任医院附设的护士学校营养学的教学工作，参加各病房重危病人饮食治疗会诊，提出具体的治疗饮食方案和建议，考核科内人员的业务技术能力，对营养部的技术人员进行技术指导，检查厨房内各种治疗饮食的操作规程以及卫生制度的执行情况等。

2. 营养医师（士）或护师（士）职责：营养医师（士）或营养护师（士）是饮食治疗的具体设计者，其职责是：

⑴ 计算各种治疗饮食及一般普通饮食营养素的需要量。应计算出每份主要菜肴的标准量、调味种类用量、各该菜肴的营养素含量以及应收菜金等，例如高蛋白菜、贫血菜、少油菜等的标准用量及计价等工作，做到一切标准化，便于检查。如要做好这项工作，应与有经验的炊事员合作。

⑵ 计划食谱：应在 2 日前将食谱内容及收费数目定时送交病房配膳员进行预约。病人挑选之后再由配膳员送回营养部备餐。若有条件可计划出 1 周的食谱。

⑶ 统计各病房次日主、副食数目，交炊事班长制备。

⑷ 深入厨房检查各种膳食的技术操作、质量以及食品卫生制度执行情况。定出改进

意见。

⑸ 深入病房，对糖尿病人、肾脏病人和需要饮食控制的病人，以及代谢饮食，宣传营养治疗的重要性与知识等。

⑹ 培训炊事员掌握营养知识。

3. 管理员职责：规模较小的医院管理员、会计和库房保管可由1—2人兼任。主要负责会计、库房、粮票等一般事务的管理工作。

⑴ 购进食品的卫生、数量的检验，入库物资的验收等。

⑵ 管理粮票的收、支。

⑶ 结算伙食费的收、支，以收入指导支出，应做到每月收支基本平衡。

⑷ 监督厨房内的秩序，检查环境卫生。

⑸ 负责食品的保存及清洁卫生工作。

⑹ 协助营养医师或技术人员处理炊事人员在人事方面的问题，如替班、请假等。

⑺ 营养室（部）的财政工作应与医院总务科分开管理，最好专设会计一名。

4. 炊事人员职责：一个厨房需有多少炊事人员，和住院病人的人数、医院的性质有密切关系。至于炊事人员的任用除有健康的体格（须经体格检查）外，最好有熟练的技术和一定的文化水平，炊事人员的工作可分为下列几组：

⑴ 炊事班长：应有熟练的烹调技术和经验，有一定的营养治疗常识，联系群众好，技术民主，能带动小组工作。他的主要职责是制备治疗饮食及分发各组应用菜、肉等工作。

⑵ 副食组：应按病房饮食性质分组。例如儿科、手术病人饮食组的工作要求细心、细致；普通饮食组的工作量大，应由技术高明的炊事员担任。

⑶ 主食组：这是制备全院病人主食的炊事员组，他们技术好坏直接影响全院病人的饮食质量。该组人员应会制备各种面食，特别在北方吃面食的病人较多，如各种包子、饺子、馄饨、发糕、馒头、烙饼以及南方的特殊风味的点心等。

⑷ 替班炊事员：替班炊事员是替上述各炊事员例假及休息的人员，所以对他的技术要求是多方面的。替班既能炒菜也能做各种主食，这样才可以节省人力，尤其在一个病床较少的综合性医院里，炊事人员数目很少更需要如此。

⑸ 采购员：因采购的物资都与烹调的主、副食有关，最好由有经验的炊事人员担任。

⑹ 配膳员职责见后述。

五、营养室（部）工作制度

要把医院病人伙食搞好，除了全体工作人员有高度的工作热情及熟练的技术之外，还必须制定有关的规章制度来保证工作正常进行。

（一）饮食通知及改饭制度

1. 病人入院后病房护士应及时将病人饮食种类通知营养部，使病人到达病房后能按时进餐。

2. 可用选菜制的饮食种类规定为普通饭、无盐普通饭两类，其它治疗饮食不选菜，由营养部按病情需要配制。

3. 除上述两种饭可以选食外，其它如半流食、流食等可采用由营养部固定主副食的进餐券处理，以保证必要的营养成分的供给，其规定如下：

⑴ 新入院的及改饭的，当天不选菜。

⑵ 糖尿病及其它由医师固定膳食中某些营养成分的饮食也一律不能选菜。

⑶ 为保证病人的营养，半流质及各种治疗饮食不选菜。

4．病房营养护士及配膳员的职责（与营养部有关部分）：

⑴ 按时把病人选定的主、副食的统计单及改饭单送到营养部。

⑵ 把糖尿病及其它定量饮食病人的当日进食量的记录于次日早上班时送交营养部，以便计算病人实际摄取的营养成分，提供主治医师查房时参考。

⑶ 病人出院要及时通知营养部，如系选菜的，还应通知应退的菜肴，避免浪费。

5．病房改饭制度：为避免浪费及保证饮食质量，定时由病房通知营养部以便于制备。一般医院上午医师查房后，即时通知营养部较为方便。

6．重危病人照顾饮食：可由各科主治医师签字后照发，不能滥发，避免造成工作上的忙乱。

7．开饭时间应遵守病人的生活制度。

8．少盐饭需加食盐及酱油者，因病人用量不一，为避免差错，统由病房营养护士按规定发给病人。

9．手术病人应停食的，应事先通知到营养部，在可能范围内应预先通知手术后的饮食种类，使病人能按时进餐。

（二）饮食检查制度

所有治疗饮食在发出之前必须经过负责计划的营养医师（士）、护师（士）检查，以防出现错误。

凡是用治疗饮食的病人，如少油、无盐、少渣胃病饭，糖尿病饭以及代谢饮食等，须用特备的食具，标签上注明病房及床号，免得到病房后发错以影响治疗。若能使用烧印病房、床号的特备成套的搪瓷饭盒（钢精的不能烧字）就更为理想。这在治疗饮食多的病房是一种很重要的措施。这种烧字食具不但可使主、副食分发速度快，而且易于保温。

（三）营养室（部）的卫生制度

营养部的卫生制度是以保证病人饮食卫生为主要目的，应共同遵守。

在岗时间必须遵守的卫生规则：

1．分发主食要用清洁用具来取直接入口的食品，如蒸好的馒头、花卷等。

2．烹调副食时，必须用固定的食具品尝菜肴的咸、淡味道，不准直接用炒勺或手指尝菜。

3．盛过未加处理的生菜或生肉的餐具，不准再盛熟菜及已消过毒的生吃蔬菜及水果、熟肉等直接入口的食品。

4．大小便后必须洗手。

5．严格分开使用抹布和扫帚，擦炉台的抹布不准擦锅勺，扫地的扫帚不准扫炉台。

6．不准在炒菜时吸烟，以免烟灰落在菜肴上。

7．病人及病人家属不得进入操作间以防传染疾病。

操作间的卫生制度：

如有条件最好生肉、熟肉及蔬菜都有各自的操作间，以避免交叉污染；无条件的也

应分组操作，主要做到下列的卫生要求：

⑴ 要素饮食是近年来我国临床为重危病人常用的一种营养齐全、不需消化或很少消化、易被吸收的无渣膳食，它可以口服或管饲（鼻、胃、空肠造瘘等），对于制备它的用具的消毒，要特别注意。

⑵ 切生、熟肉必须严格分开刀、墩、菜板及盛具，已消毒处理的生拌菜也应与生肉分开放置。

⑶ 从外面买进的熟肉类，如熏鸡、香肠、酱肉等，必须加热后才能发给病人食用。

⑷ 鱼、虾、鸡、鸭等必须除去内脏的要与生肉（牛、羊、猪）类和蔬菜类分开水槽，也不能用同一个绞肉机，以免鸡鱼等内脏的虫卵等污染鲜肉类及蔬菜类。

⑸ 食物入库及冰箱以前必须做好卫生检查工作，库房禁放腐烂变质的食物。

⑹ 库房及贮藏室要经常保持清洁、通风、防潮外，还要做到无蝇、无虫、无鼠，具体内容详见物资管理章。

（四）其它制度

如学习、考勤、奖惩以及安全保卫等制度，可按医院具体情况自行制订，共同遵守，互相监督。

营养室（部）经营管理有关问题，可参见经济管理章基本原则要求。

区慧清

第四节　临床检验科管理

检验科（化验室）是利用物理、化学、生物学等方法，根据生理学、病理学、微生物学、免疫学、生物化学、寄生虫学等基础知识，对血、尿、粪便、各种体液进行检验，从而发现致病因素或病理变化的象征，阐明机体的功能情况，为诊断治疗提供客观依据的部门。

随着科学技术的不断进步、临床检验新理论、新技术、新方法得到了迅速发展，检验工作的地位和作用显著提高，已不只是指导医师的诊断和治疗，而且对认识疾病的演变和预后、对预防疾病均有着重要的作用。

1949年新中国成立时，全国有2600所医院，其中只有少数医院和较大型医院里设有检验科，病房中设小化验室，检验人员仅有2000多人，常规检验工作为低年资医师的职责。随着医疗卫生事业的发展，医疗机构迅速增加，医院检验工作也得到很大加强。据1987年统计，全国6万多所医院，其中1.2万多所县及县以上医院，普遍设立了检验科（室），城市街道和农村卫生院也设立了化验室或配备了化验员。检验专业队伍已扩大到14.5万多人。为加强检验工作管理，1982年2月成立了卫生部临床检验中心，相继已有28个省、自治区、直辖市，5个计划单列市及部分地市、县成立了临床检验中心，“三级检验工作网架”已初步形成。各级检验中心努力提高检验质量，先后开展了生化、微生物、临检、免疫等专业项目的室内、室间质量评价工作。1980年曾对74个省级以上医院的检验科进行了生化质量调查，及格率仅为31.9%；1989年对368个省级、地（市）级、县级医院进行了室间质量评价，及格率提高到86%，表明检验工作有了明显改进（国外每年仅以2%的速度递增）。为适应临床的需要，各检验科积极引进新技术，开展新项目。解放初期，仅能开展近百种，据1985年统计，目前开展的化验项目已达

到339种。为解决因检测方法而引起的测定误差，1987年卫生部委托卫生部临床检验中心、江苏省临床检验中心开展方法学研究，并组织编写“临床常规检验项目操作规范”，该书系统地向全国推荐那些操作方法简便、准确、快速和微量，又适合我国目前使用的仪器与试剂的检测方法，同时淘汰了那些特异性差的、陈旧的检测方法。检验教育也得到了较快的发展。1982年以前，无一所大专院校设立检验系或检验专业，1988年已有20多所院校建立并招生；原只有52所中等卫生学校设检验班，现已发展到了76所。1988年经卫生部批准，吉林医学院、湖北省药检专科学校举办了“检验专业证书班”，招收在职检验人员，毕业考试合格后，发给大专文凭。仅1988年一年，各省检验中心举办各种讲习班117期，共培训9700人次，大大提高了人员素质。为加强检验管理，1982年卫生部颁发了“全国医院工作条例、医院工作制与医院工作人员职责”，文中规定了检验科（室）的工作制度及各级检验人员的职责。1988年卫生部又下发了“关于临床检验中心管理的几点意见”，进一步明确了“中心”的性质、体制、编制及任务等，随后各级检验中心根据本地区的特点，制定了各级检验科的工作，业务、技术、人员培训等各项管理规定。这些都为检验工作的发展打下了良好的基础。

一、检验科基本任务

1. 及时准确地完成门诊、急诊、住院病人诊断治疗所要求的检验任务，从实际出发尽力开展新的检验项目。

2. 参加疾病普查、健康检查、妇幼保健、计划生育等各项检验，负责手术室、血库采血室、无菌制剂室、产房婴儿室以及门诊、急诊、病房等地方的空气和用物的细菌培养及消毒物品的灭菌效果鉴定等。

3. 承担高、中等医学院校教学任务的医院检验科，要负责实验诊断的教学与实习任务。有条件的检验科（室）可担负培养研究生、进修生的任务。有计划地组织培训在职检验技术人员提高业务水平。

4. 开展检验技术的理论与方法学的研究，配合临床科室开展对疾病诊断、治疗的专题研究等。

5. 对医院所在地区的基层检验科（室）进行技术指导、培训人员，以提高检验质量。

6. 对临床医护人员经常进行有关检验知识的宣传普及，介绍新开展检验项目的临床意义，提出标本要求等。

二、检验科工作特点

1. 检验科是为临床诊断治疗和科学研究提供准确数据的部门。检验科应与临床科室密切联系、互相配合、共同研究来不断提高检验质量，和开展新的检验项目，更好地为医疗、教学、科研工作服务。

2. 检验科工作质量不仅与管理、人员素质、方法学有关，而且还与仪器设备和试剂的质量有直接关系。因此，要保证检验质量，必须综合考虑上述因素，并提供必要的工作条件。

3. 检验工作经常接触具有传染性的标本和剧毒试剂以及强酸强碱等烈性溶液，所以必须注意安全管理，要特别注意实验室的布局并做好消毒隔离和防护工作，并注意预防感染和损害机体。要按制度、规程操作，防止发生各种意外。

4. 检验科是一个应用多种科学的特殊技术部门，由多种专业人员组成，如医学、生

物化学、化学、生物学、物理学专业人员等。在检验项目日益增多，分工日益精细的情况下，有些检验分析常常是几个工作人员分别在各个阶段共同努力的结果。因此要加强各专业人员团结合作，同时注意发挥各人的专业特长。

三、检验科组织形式与学科划分

一般综合医院普遍设有检验科，少数医院另设以科学研究工作为主的临床研究室或中心实验室，个别教学医院设以教学为主的实验诊断教研室。检验科内组织形式，原则上应根据医院的任务、特点、规模及现有条件，考虑今后发展趋势，选设分科专业实验室。目前国内医院检验科专业设置基本划分以下检验室：

（一）临床常规检验室

负责血常规、血液寄生虫、尿便常规检验，异常成分化学分析与显微镜检查，胃十二指肠液，脑脊液，胸、腹水等各种体液的理化检验。如果工作量大，亦可分设血、尿、便常规检查室和各种体液检查室等。

（二）生物化学检验室

负责对血液或其他体液成分，如糖类、脂类、蛋白质、尿素氮、肌酐、尿酸，各种离子如钾、钠、氯等的定量分析，各种酶类、激素、血液酸碱度（pH）与血气分析，肝、肾功能试验，体液中药物浓度的监测等。如果任务更大，亦可设生化科，下设一般生化室、肝（或肾）功能检验室、内分泌和酶学检查室、血气和离子检查室等。

（三）微生物学检验室

负责对临床标本进行致病菌分离培养与鉴定，细菌、药物敏感试验以及噬菌体、临床真菌、钩端螺旋体培养鉴定，个别实验室还做常见病毒的组织培养和有关病毒血清中和试验、血凝抑制试验等。

（四）免疫血清学检验室

免疫方面包括细菌免疫的玫瑰花结形成试验、淋巴细胞转化试验、体液免疫试验等，测定各种抗原抗体的双项扩散、对流电泳、火箭电泳、放射免疫、荧光免疫、酶标免疫及血凝试验等，血液方面包括各种凝集试验如伤寒、副伤寒、变形杆菌、布氏杆菌等，抗链球菌素“O”试验、C反应蛋白试验、妊娠免疫试验以及补体结合试验等。如果任务量大，微生物学检验室和免疫血清学检验室两室可合并改设微生物学科，进一步可分设微生物学检验室、病毒学检验室和真菌学检验室及免疫血清学检验室。

（五）血液细胞、体液细胞检验室

负责血液细胞形态学检验、溶凝血缘检验、异常血红蛋白检验、骨髓细胞计算及形态学分析、体液穿刺和脱落细胞形态检验等，或分设细胞形态学检验室、溶凝血缘检验室等。

检验科辅助人员可分配到各检验室，亦可单独建立一个室，如器材洗刷消毒室、精密贵重仪器室、试剂贮存保管室等。

近些年来，美、日等国医院的检查部有综合一起的趋势，即把检验科、放射科、病理科、心电、脑电、肌电、内窥镜检查室等部门合并集中，称为中心实验室或中央检查部。国外还有的医院把检验科内各专业分别独立成为一个科，如微生物学科、生化学科等，受院长直接领导。

目前，我国各医院趋向于将脑电、肌电、心电、超声波、内窥镜等诊查科室合并组

成功能检查科，它是与检验科并行的独立科室。

四、检验科技术管理

检验工作的目的是准确及时测出检验结果，尽早发出报告，使受检人能得到早期诊断和治疗。在技术管理上必须制定各种技术操作常规和工作制度，并且要求检验人员严格地自觉地遵守。现根据检验工作程序将主要环节的技术管理简述如下：

（一）申请检验的规则

1. 医生应根据病人情况，选择合适的检验项目，避免盲目乱开化验单。

2. 化验单应按规定格式逐项填写，字迹要求清楚，且须有医生签名方予接受。

3. 对紧急化验应注明“急”字，特殊检验项目应在规定的时间内送检或事先与检验科联系。

（二）检验标本的采集、送检、收验、保管和处理。

1. 标本的采集：

(1) 检验标本必须按照各种检验方法规定的要求进行。

(2) 细菌检验用的标本应以无菌操作选择适当部位采集。

(3) 生化标本，应用清洁干燥的容器收集，避免外界杂质混入。除特殊情况外，血液标本应于空腹时采取。须注意是否要抗凝剂和防止溶血，同时还应防止腐败变质。

2. 标本送检：标本采取后，应尽快送检，送检容器上应贴有检验单联号。

3. 收验标本：检验人员接收标本时，应认真查对，注意标本与化验单联号是否相符，化验单上所列各项是否填写清楚，采集的标本是否合乎规定等。

4. 保管标本：

(1) 凡是不能立即进行检验的标本，为防标本内各成分的改变或污染腐败，除特殊者外应保存在冰箱内。

(2) 检验结果特殊异常的标本，应暂为保存并及时主动与临床医师联系，以备需要重复检验时再用。

5. 处理标本：检验完了的标本，不论有无致病菌，均应采取适当方法消毒灭菌。处理标本必须经检验者许可，他人不得任意处理，以免造成不可弥补的损失。

（三）严格执行检验操作规程

1. 检验者须了解检验方法的原理、正常值（或叫参考值）、临床意义，熟记检验步骤，以及正确掌握操作中的注意事项。在工作中必须严肃认真，细致准确，一切操作都按规定执行。

2. 操作前应仔细核对检验材料、检验项目、标签或号码有无错误，仪器和试剂是否适用。

3. 认真执行检验单审签和发出制度。检查结果得出后，应即时填到登记本上并填写检验报告单。检验报告单经消毒后及时发出。急诊或结果非常异常，遇有重要意义的检验结果（如血钾过低者）均应立即通知临床医师，不得延误。

4. 检验结果如有可疑，须将标本重复检验一次，核对检验结果是否正确。经核对仍未能得到肯定结果时，应将标本保留，以待继续研究，并向上级汇报，及时与经治医师联系，不发无把握的报告单。

5. 若检验结果与临床症状不符时，应与主治医师联系，可根据医师意见决定是否重

作。

6. 规定必须开展的质控项目、质控物需与其他标本一起操作，不得单独处理。若质控物测得值大于3SD时，需查明失控原因后，连同标本一起重做，直至达到质量要求后，才可发出化验单。

（四）测定方法的选择

1. 当某项检查有多种方法可供选择时，除考虑客观条件（仪器、试剂）外，应注意试验方法的准确度、灵敏度和精密度，同时对可能产生的干扰因素有较清楚的了解，再通过自己实验室重复实验，符合临床者方可采用。

2. 开展新的检验项目或采用新的方法，须进行一定的试验，经主任检验师批准，通知有关临床科（室），报院领导备案。引进新的检验项目或通过科研得到的新方法，均应有详细的记录资料和研究小结。以生化为例，符合下列条件方可正式使用：①与原法对照确有明显优点；②阴阳性标本对照，有一定的特异性、敏感性；③经一定例数的正常值试验，确定正常值范围及影响正常变动的各种因素；④重复试验结果相差很小；⑤回收试验合乎要求，回收率达95—105%。

（五）试剂的配制、校正和保存

1. 试剂的配制方法必须按操作规程进行，不得随意改变，如有改良或采用新方法，须经主任检验师批准后进行。

2. 新配的试剂要进行核对鉴定，如新旧试剂对照、阴阳性标本对照等。

3. 当量液要定期配制和校正。

4. 试剂瓶签一律用钢笔写清楚其名称、浓度、配制时间及有效期限，签面上要烫以蜡膜，以保护瓶签字迹。

5. 试剂保存方法按规定执行。如怕光照的试剂需放棕色瓶中，易氧化潮解试剂要严密封口，危险品及易燃品放阴暗处或沙土箱内，剧毒药放柜内加锁等。

6. 试剂配制后，应将所用试剂名称及用量等进行登记，对配制好的试剂要经常检查有无变质情况，如发现变质应立即重配。

7. 试剂盒的应用必须通过技术鉴定，且经有关部门批准的合格产品，使用时应按试剂盒使用说明制订操作规程，认真执行。

（六）培养基、抗原、诊断血清、菌种的制备和保管

1. 培养基要求准确，指示剂种类齐全，经过无菌试验及已知菌种的鉴定，认为合格者方可使用。

2. 各种菌液、血清及抗原，要求不过期、无杂菌及腐败自溶凝集现象，使用前要进行效价滴定，并按规定时间校正。

3. 用于血型鉴定的标准血清，要保证其效价，并定期对贮备标准血清进行滴定。

4. 溶血反应或血球凝集反应，要注意保持多次试验的重复性和稳定性所需要的条件，如对补体须在试验的当天做效价滴定等。

5. 实验室内贮存的菌种应责成专人负责保管，当分离菌种、试验对照或其他单位联系接种时均应按菌种管理规定执行。

五、实验室安全管理

（一）消毒隔离

1. 担任消毒隔离工作的卫生员（或清洁员）应熟练掌握各种消毒隔离方法。

2. 严格按规定处理各种检验器材。污染的玻片、器皿、吸管及注射器等，先放在消毒液中浸泡后清洗；被污染的试管培养皿、布类和其他玻璃器皿须高压蒸气灭菌后洗涤；污染的纸片宜焚烧，实验动物的尸体应投入焚烧炉焚毁或深埋地下。

3. 保持实验室内环境卫生。工作台要保持清洁，工作完毕后应认真清理，如有传染性物质洒于实验台面或地面上，应立即用消毒剂倒在被污染处，达到消毒效果后再拭净。

4. 要重视个人消毒隔离。工作时认真穿戴工作衣、帽子和口罩。吸量管要采用自动吸管或用橡皮球吸，不应用口吸，以防吸入病原体。在接种间工作时要穿隔离衣，工作完毕用消毒液泡手后，再用肥皂及清水洗净。

（二）安全措施

1. 剧毒药品及危险易燃药品应指定专人按有关规定管理，易燃药品必须远离火源。

2. 使用强酸、强碱和易爆性药品时，应特别注意防止发生爆炸事故，在研磨有毒药品时应戴口罩及防护镜，或在特制的玻璃罩中进行。

3. 产生毒性或腐蚀性气体的试验，应在通风橱内进行。带有腐蚀性的试剂，废弃之前先用清水稀释，然后再倒入下水道。

4. 在工作中要注意防止玻璃物品刺伤、针头刺伤、烧伤或吸入腐蚀性药品等。

迟宝兰　叶应妩

第五节　临床病理科管理

一、病理科的任务、特点及其发展

病理学是基础理论科学之一，着重研究疾病发生发展过程中机体的形态、机能、代谢变化及其内在联系，探讨病因和疾病发生发展的规律，指导病人当前的治疗，分析判断病人的预后，对临床医学的发展有着重要的作用。

近数十年来，病理学的研究除常规使用的光学显微镜检查外，又开展了电子显微镜和生物组织超薄切片技术，病理形态学的研究逐步深入到亚显微结构的领域，可以进一步阐明各种病变细胞的超微结构变化。同时，生物化学、组织化学、免疫组织化学及原位杂交等新的研究方法及实验技术也开始应用于病理学，能够更深刻地认识和阐明某些疾病的本质，使之进入一个新的发展期。

临床病理学的任务是应用各种病理技术观察人体组织的形态变化，配合临床各科进行疾病的诊断，它是临床诊断的重要基础和依据。

现列述病理科在医院中的六项任务：

1. 确定诊断：病理活体组织检查是诊断疾病最基本最确切的方法之一，但有一定局限性。以下几种情况往往使活检不能发挥应有的作用：

⑴ 取材不当：由于医师缺乏经验，未取到病变部位，不能作出确切的诊断，必要时应重新取材。

⑵ 取材局限：局部病变必须和病人整体联系起来，全面反映病变性质，才能得出确切诊断。

⑶ 非特异性病变：非特异性病变必须配合其他检查，结合临床表现作出符合或排

除某种诊断的结论。

因此，病理工作者要学会全面看问题，把活检看到的局部病变和病人的临床表现密切结合起来，才能作出确切诊断。同时，临床医师也应该具有必要的病理知识，互相密切协作。

2. 提供治疗原则：通过病理诊断弄清病变性质和程度以决定治疗原则，例如是炎症或肿瘤？是良性或恶性？是早期或晚期？明确后即可决定如何治疗及手术范围。

3. 判断疾病的预后：临床医师对病人病变的性质、诊断和类型明确后，即可判断疾病的病程和预后。

4. 探讨死因：病人死后进行全身剖验，全面观察各内脏病变并探讨死亡原因。

5. 开展科学研究：除认真研究各种疾病及肿瘤的生物发生学、形态特点等外，临床科室开展某些脏器移植、新疗法、新技术的动物实验，也应进行病理形态的科研工作。

6. 积累资料：病理工作可积累大量活检和尸解资料，收集少见疑难典型病例，保存某些照片、标本、幻灯及切片等资料，供医学生、护士生及住院医师、进修医师学习病理知识、从事科学研究及开展临床病理讨论会使用。

为了完成以上六项任务，现将病理科的主要工作具体说明如下：

1. 活体组织检查（简称活检、外检、病检或医检）：从病变或可疑病变部位取下小块组织，制成病理切片，观察组织的细胞形态和结构以确定病变性质，作出明确的病理诊断。例如患某种肿瘤病人，虽然临床医师进行了各种检查和鉴别诊断，有较大把握诊断为某种肿瘤，但在治疗前或手术前仍需病理活检的证实，这在许多医院中已成为常规。

(1) 穿刺检查：此法简单、快速，对病人损害小，有时能得到确切诊断。但取出的组织往往过小，且易被挤压而致组织变形，使检查受到限制，难以作出确切诊断。

(2) 脱落细胞学检查：包括涂片和印片两种方法。涂片主要用于空腔性器官，如消化道、呼吸道、阴道及子宫腔等，吸取其分泌液薄层涂片于玻片上，染色后观察其脱落细胞的形态特征。印片的应用较涂片少，多用于实质性器官或肿瘤，切开后立即印在玻片上，染色后进行观察。此法所得脱落细胞常较涂片为多，有时还可见到特有的组织结构，对病变的诊断有重要作用。

(3) 冰冻切片检查：多用于手术中，医师要求在 20—30 分钟内完成冰冻制片和诊断，以便决定下一步手术方法和范围，有时送检手术边缘的组织，以便确定手术范围是否恰当。

(4)石蜡切片检查：手术取下的活体组织，小如针尖的纤维支气管镜活体，大至整个器官和肿瘤均应将全部标本送病理科。由病理医师全面观察，适当取材，制成石蜡切片及染色后，观察其组织病理学变化，作出明确诊断。一般使用苏木素-伊红染色，必要时可用特殊染色如嗜银纤维等。

2. 尸体解剖（简称尸检或尸解）：对医院中的死亡病人进行体表及内脏各部分的检验。观察其肉眼变化及组织学变化，阐明病理性质，结合临床作全面病理诊断，找出死亡原因。尸解时临床医师可参加观看，提出病程中的各种疑问，从尸解所见对照死者生前各种表现，总结经验，探讨死因。通过临床病理讨论会，提高临床医疗质量和医疗水平。目前，尸检已是医院的重要工作之一。许多医学科学发达的国家广泛开展尸检，甚至作为法律规定下来，积累了丰富的资料。

3. 动物试验（亦称实验病理学）：某些医学科研机构及较大医院的研究室，均开展实验病理的研究，用以研究疾病的病因、发生发展及病理形态变化。各种新疗法、新技术包括内脏移植，及药物、激素及放射性治疗等在临床使用前，均应先用较多动物进行试验，用以分析对人体是否具有某种有害作用，取得实验性理论根据。此外，还可在动物体内复制某种疾病的模型，如肾炎、烧伤、高血压病等、研究这些病变的发生发展、治疗及预后。

4. 其他：除常规苏木素-伊红染色和光镜观察外，许多新方法和新技术已开始建立，如组织化学、组织培养、免疫荧光、细胞染色和放射自显影，以及电镜、扫描电镜、免疫电镜和分子杂交等新技术应用，可以更深入地了解细胞的细微结构，并将形态变化和功能变化紧密结合起来进行研究，使病理学进入一个崭新的阶段。

二、病理科组织

为了更好地完成医疗、教学和科学研究各项任务，病理科应该成为医院中的必设的业务科室。

（一）人员

病理科应有医师（士）、技师（士）和工人三类人员。

病理医师应是医学院校毕业，最好有内科或外科的临床经验，有较深的医学形态学基础，有一定外语水平。同临床科室一样，有主（副主）任医师、主治医师和住院医师三级。逐级负责病理标本的肉眼观察、病变描述、取材、诊断和会诊，参加病理讨论会、病例讨论会或医疗事故鉴定会。

技师（士）最低应是护士学校或卫生学校毕业或具备同等学历。应配备主管技师、技师及技士，分工负责尸检和活检的标本收取、登记、记录、切片染色、制作标本及填写索引卡片等工作。

工人一般负责处理活检及尸检的病理标本及污物、医疗器械及环境的消毒等工作。

（二）科室设置及设备

病理科最好建在手术室附近，至少在同一层楼。解剖室和太平间邻近，有门相通，便于运送标本和尸体。

1. 标本取材室：手术取下的标本首先送到此室。若不立即取材，应将新鲜标本用10%甲醛浸泡，盛器以广口瓶及带盖的缸、罐之类为妥，甲醛液量应以淹没标本为准。此室不应太小，并应与其它各室隔离，地面及墙面要便于冲洗消毒。取材台上设有上下水管，便于冲洗消毒。

2. 组织制片室（包括彼此相通的两室）：

⑴ 脱水包埋室：保持通风良好，应安装排风扇或空调器，使挥发性有毒气体迅速外逸，避免空气污染。室内放置脱水包埋的一切设备，有条件者可用自动脱水机进行脱水。

⑵ 切片染色室：主要设备为切片机和染色设备。切片机台一般放在窗前，光线充足，台面高低适当，便于伏案操作。染色台两个，一为苏木素-伊红染色台，一为特殊染色台，均需防酸防腐蚀的桌面。冰冻切片及染色的设备也可放此室内，故此室面积应稍大。

3. 诊断室：此室供病理医师观察切片、提出病理诊断及抄写报告用。根据医师人数分为数间，备有阅片台、切片柜和图书柜。光学显微镜由医师专用。切片柜存放每日

工作的切片，用后交资料室保管。图书柜中备有日常病理工作中需用的基本参考书和资料，便于医师随时翻阅参考。主任另有办公室。

4. 资料室：病理的各种资料，如装订成册的病理申请单，按年号排列的蜡块和切片，均应顺序放置于专柜，并在柜外注明年度及编号，以便查阅。

5. 标本陈列室：病理标本对医学院校及医院的教学、医疗、科研各方面均有重要指导作用，应在日常工作中积累各种典型病变及少见疑难病变的标本，按各系统病变进行分类，制成可长期保存的标本，展览陈列在标本架或标本柜里。

6. 尸体解剖室：尸检是病理工作的重要组成部分之一。解剖室最好位于楼房的一端，与医院太平室邻近或相通。光线充足，空气流通，地面及墙壁铺以便于冲洗消毒的瓷砖或水磨石，并在屋角设有下水口，便于积水排出。室内应有1—2个水磨石制的尸体解剖台，台面周边装有自来水管，便于冲洗解剖时污染的血迹。室内还有器械柜存放解剖后洗净消毒并磨利的解剖器械，大标本固定槽及天平磅秤等。为了让临床医护人员观摩解剖，台周应设多层看台。应有专用的更衣室、浴室、消毒准备室及标本存放室。

（三）仪器

病理科室最基本的仪器有：石蜡切片机、冰冻切片机或半导体切片机、光学显微镜、照相机、离心机、幻灯机、天平、木制烤箱、木制冰箱、防火设备。显微镜、切片机等仪器因使用量大，数年后精密度又减退，故应注意更新。有条件的可购买自动脱水机、自动磨刀机、显微镜摄影装置等仪器，以改善制片质量和劳动强度。此外，是否购置某些科研所需仪器，如荧光显微镜、超薄切片机及电子显微镜等，要视医院条件及科研开展的情况而定。

三、病理科业务管理

（一）工作程序

按工作类别叙述如下：

1. 脱落细胞学检查：病人的体腔液，如痰、尿、胸水、阴道分泌液以及乳头分泌液和胃液等，均可进行脱落细胞学检查。主要目的是检查肿瘤细胞。医师应在充分了解各部位正常脱落细胞的范围和形态以及恶性细胞特征的基础上进行检查。

2. 活体检查：门诊或住院病人的各种活体组织及手术切除标本均可送病理科进行检验。病理工作人员应有高度责任感，细致慎重地对待每一例标本，其工作程序如下：

⑴ 收验标本：首先核对申请单和标本附条上所写姓名、病历号、标本名称及实物是否相符，如有不符立即与临床送检医师联系。如标本已干枯或腐败应退回临床，不予接受，核对后符合要求的标本即可编号登记。如不立即进行肉眼检查的标本应固定于10%甲醛液中。

⑵ 肉眼检查和描述：肉眼检查前，首先了解申请单上填写的简单病历、手术所见、标本采取部位和检查要求，然后按不同器官的要求切开检查。对小块活体组织，应描述其大小、形状、颜色和质地，并加以记录。对切除的瘤块应了解其解剖学关系，测量长、宽、厚度，描述颜色、形状和硬度。

⑶ 制片组织的选择（简称取材）：小块活检组织可全部用以制片。较厚者用刀切开，厚度一般不超过0.3cm。如标本为骨组织或钙化组织，先进行脱钙处理。如为手术切除的大标本，应根据病变和解剖学关系在不同部位取材，注意所取部位，必要时可画一简

图标示说明。检查完每一标本后，用水将刀、剪、镊等器械及台面冲洗干净，避免污染。

(4) 制片：包括脱水、透明、浸蜡、包埋、切片等步骤，制成的玻片再进行脱蜡、染色、脱水、透明、封固等过程，病理制片始告完成。常规染色为苏木素-伊红染色，必要时再作其它特殊染色。

(5) 阅片：医师阅片前应首先了解申请单上的临床资料和肉眼描述，核对编号是否相符、组织块和切片数是否相符、切片内容和送检组织是否相符，如不相符应立即与技术人员联系。然后在显微镜下仔细认真地进行观察，确定诊断。如与病史和临床诊断不符，或有某种特殊发现，均应翻阅病历，了解病人情况，作出明确诊断。如遇困难则应翻阅有关参考书籍或会诊解决。如病人以往曾做过病理检查，应找出以往切片进行复查比较，明确先后发生病变的关系。

(6) 诊断报告：诊断报告单应字迹清楚，内容精炼，重点突出，诊断明确，并有医师签名和发出报告时间。诊断报告应一式两份，一份科内存档，一份送临床科室保存在病历内。诊断报告要求尽早发出，一般从标本收到之日起 4—5 天内发出，因故不能按时报告者，则应写“迟发报告通知单”送病房，说明迟发原因。

3. 尸体解剖：凡引起法律纠纷的尸体解剖应与公安局联系，由法医处理。医院病理科只处理医疗、教学、科研要求的尸检问题。

(1) 按照目前中国情况，尸体解剖要在取得家属或工作单位同意并签字后进行。临床医师对尸检申请单上各项内容也应认真填写。病理科收到以上两种材料后才能开始解剖。

(2) 病理医师在尸检前，应详细了解死者生前病史、化验结果、临床诊断、治疗情况、死因、病变演变过程以及临床医师要求解决的问题。

(3) 解剖医师和技术人员身穿隔离衣、戴口罩帽子和橡皮手套，按规定方法切开皮肤，取出内脏，根据各内脏解剖部位和特点进行检查，一一记录病变。

(4) 解剖结束后，胸、腹腔等因部分内脏被取出而形成空腔，应填塞易吸水物如锯末后，认真缝好皮肤切口，保护尸体外表完整，回复原有形状，洗净血迹，穿好衣服。

(5) 认真检查取出的内脏，在各内脏和不同病变部位取材，按活检所述过程制片，作出全面病理诊断和死亡原因的尸检报告。

（二）管理制度

1. 消毒制度：临床送检组织应放入装有 10%甲醛液的瓶中，既有固定作用，也有消毒作用。对结核、肝炎等容易传染的新鲜标本更应注意消毒，防止扩大污染，固定时间要适当延长。尸解室和活检取材室应安装紫外线灯进行消毒，解剖台、活检取材台及地面均应洗净后经常用 3%煤酚皂溶液（即来苏儿）消毒。活检、尸检后的内脏和污染应投入焚烧炉，不得随意丢弃。工作人员因接触有害气体及传染病，应按国家规定发给保健津贴。

2. 登记和回报制度：凡活检及尸检工作过程中需要进行登记和记录事项，均要求填写齐全、字迹要清楚，不得有错、遗漏或张冠李戴，防止一字之差引起严重后果。病理诊断应登记在索引卡片上，以备查阅。

3. 查对制度：病理科各级人员均应严格岗位责任制，从接收标本、登记、编号、取材、切开、染色、镜检、诊断等一系列工序，都要严格执行查对制度，杜绝丢失标本、错号与张冠李戴等问题，一旦出现差错事故，要按情节轻重加以检查和处理。

4. 仪器管理制度：某些精密仪器如显微镜、切片机等，应专人使用专人管理，他人借用必须经使用者本人同意或指导下进行。每次使用后均应保持清洁，注意维护，并定期检查和维修。

5. 资料管理制度：病理科资料对医疗、教学、科研均有重要作用，往往数年或数十年后，尚需要复查切片，会诊病人，对其病理变化提出动力学探讨。对某些病例的总结和科研工作也是必不可少的。故而凡活检、尸检及细胞学检查等书面资料，要按年度编号装订成册，作为永久性档案材料保存科内。

高慧珍

第六节　输血科（血库）管理

输血已成为一门独立的学科。输血开始于本世纪，近 20 年来，发展更为突出，如输血量猛增，采血量（单位）已多到占人口数的 5—10%。不少国家实现了真正的无偿献血，血液已被看作是国家的一种特殊宝贵资源，输血成为全社会关心的一项新兴事业。这些国家制订长远规划和年度计划，实行合理的有效的综合利用，建立各种专业性和学术性机构以促进输血事业的发展和学术经验交流。随着输血技术日新月异，血液及其制品的种类和质量不断增多和提高。免疫血液学的进展使输血更加安全有效。塑料输血器具的问世促进了血液成份制备和输血。血液代用品的研制亦取得了重要的进展。

现代输血事业由三部分相互联系的工作组成的，即：①以地区为单位施行的公民义务献血制度，保证充裕血源；②按照国家规划和客观需要，建立不同规模的输血机构（输血站、血浆蛋白中心等），负责采集、制备、储存和供应各种血液成分；③医院血库（或输血科、室）具体负责临床输血。

一、血库的组织和任务

（一）血库的组织与设施

1. 血库应配备专职或兼职医师负责全面技术工作，为完成任务还应配备相适应的技（护）师、技（护）士等，执行日常的血库业务工作。

2. 血库所需器材、设备、房屋等，应能适应所承担的任务。

3. 根据国家或省、市的输血规章制度和技术操作规程，制订实施细则，严格遵守，并且每年由血库医师组织修订一次。

（二）血库的任务

1. 随时满足临床对血液及其成分的需要，保证临床输血和病人的输血安全。

2. 已实行统一管理献血者的地区，医院血库不负责献血者的组织管理，未实行统一管理献血者的地区，医院血库应根据有关献血组织管理的规定，进行体检和组织献血者。

3. 根据医院的具体情况，制订全年和每月（或周）的用血计划。医院的用血量，因医院性质、病种、病情、手术以及医疗水平等情况而不同。每个床位 1 年平均用血量（全血）约为 5—15 瓶（每瓶 200ml），故应根据本院前 1 年用血统计，加上不足数和本年度估计增加数来制订用血计划。

4. 向血站领取血液及其制品，在医院内储存、分配、供应血液及其制品。要掌握医院用血规律，储备一定周转量的血液及其制品，保证随时满足临床需要，特别是满足手术和急症输血的需要。

5. 准确无误地做好血型鉴定和交叉配血试验。

6. 血库医师协同临床医师严格掌握输血适应证和禁忌证，确定血液品种和数量，分析研究和处理不良反应与并发症。

7. 做好各项记录、统计和总结工作，每月统计分析输血不良反应、并发症或事故，及时总结经验教训，改进提高输血质量。

8. 定期向医院院长和地方输血站汇报输血工作情况。

9. 开展业务学习和技术革新，不断提高业务水平，对医护人员进行有关输血工作的教育。

10. 做好药品、器材、仪器和设备的预算和领取，做好仪器设备的校正、使用和维护工作。

二、血库工作管理

（一）献血者

献血是每一个健康适龄公民发扬救死扶伤、实行人道主义的光荣职责，也是一项应尽的义务。献血者的主要来源和组织方式，以市或地区为单位，通过各级组织有计划地宣传动员和组织群众开展公民义务献血，这是解决医疗大量用血的有效方法，现已在一部分城市实行，全国将来应逐步实行。

血库必须严格执行国家规定的选择献血者标准、体格检查和血液的质量检查标准，以保证献血者和受血者双方的安全。每次献血都必须经过认真体格检查，合格者才能献血。决定献血者能否献血是负责医师的责任。

（二）采血

经批准或指定可以采血的医院血库，应具备下列条件：

1. 有适合采血的房间，包括采血室及其附属房间。采血室应远离污染源，如厕所、化验室、门诊、病房等。采血室的建筑质量相当于手术室的标准，不必分隔为内外间，其通风应良好，最好有无菌空调。

2. 采血器具必须是封闭、无菌、无致热原的。现代采血器的特点，是采血针管和塑料采血袋连结成一整体。当前，大多数医院使用的是含抗凝剂或血保存液的玻璃瓶和用乳胶管装配的采血针管两部分组成。禁止使用开放式采血器具。

3. 采血由经过训练的护士或相当人员严格按无菌操作法进行，严防细菌污染。采血期间应有医师在场，决定献血者是否适合献血，并处理采血中发生的不良反应和意外。

4. 采血前后要严密核对献血者与献血记录、瓶签、血标本签上的献血者姓名、编号和血型等，防止差错。遇有任何怀疑时，血液不得发出输用。

5. 采血后，血瓶要严密封口，并立即存入 4℃冰箱内。

6. 血瓶（袋）必须贴标签，标明献血者姓名、瓶号、血型、血量、采血日期、失效日期、抗凝剂种类和含量、保存温度等。标签最好用颜色区别血型，如A型黄底黑字、B型红底黑字、O型蓝底黑字、AB 型白底黑字，如不用色纸，可把血型按上述色标印出。

7. 采血完毕，应让献血者在原采血台上或平躺在备用的床上 10 至 15 分钟，使血液循环得到适当调整，减少采用后反应的发生。

8. 采血前要求献血者只进素淡饮食，献血休息后应进适当饮料食物或茶点。

9. 采血过程中及以后要密切注意不良反应或意外的发生，并作及时处理。

（三）血液成分

血液成分包括：红细胞成分、血小板、粒细胞、血浆和冷沉淀等。

（四）血液保存

1. 血库冰箱是保存血液的主要设备，最好是装有温度记录仪、循环空气的电扇和自动报警系统。如无自动温度记录仪，则须人工观察，每 6 小时左右记录一次冰箱温度。

2. 血库冰箱应专用，只存储血液及其制品。

3. 常规保存血液的温度是 4±2℃，冰冻保存某些血液制品（血浆、冷沉淀等）的温度是－20℃以下，最好是－30℃以下。

血液应按血型分类和按采血日期先后储存。

4. 抗凝剂或血保存液应据情选用，以 CPD 或 CPDA-1 为好。

5. 抗凝剂或血保存液应装入血瓶（袋）内消毒，不得在临采前加入。

6. 在保存期中，不得开启血容器的封口或针刺血容器破坏其密封性。遇特殊情况，须用针吸出血液作标本时，必须采取严格无菌措施，并在穿刺后立刻输用。封口已开启（无菌操作下）的血液，也应立刻输注。

7. 血液在临发出前，必须一直储存在 4℃冰箱内。

（五）质量管理

血库工作的质量管理包括人员、设备、试剂、血液及其制品等方面。

血库工作人员必须是经过训练、责任心强、经过考核认为合适的人员。血库应以岗位责任制为中心制订规章制度和操作规程，严格遵行。

血库的常用仪器设备，如消毒锅、冰箱、离心机、水浴等，领到后要进行验收和质量检查，以后定期校验，每次使用时，还须做必要的观察和记录。

血库日常使用的主要试剂有各种血清试剂（抗A、抗B、抗A＋抗B等）、抗球蛋白血清、蛋白酶等。对自制的或商品试剂，都应进行验收和质量检查，如混浊、颗粒、特异性、效价和亲和力等，每日工作前，还须做必要项目的质量考察，符合规定的才能使用。血液及其制品的质量控制非常重要，每种制品都必须有质量标准和鉴定方法等，以保证病人的安全。

（六）血液的领发和运输

领发血液制度必须认真遵守，以防发生错误。由医护人员填妥领血单到血库领血，由领发双方人员共同查对领血单、交叉配血试验报告单、血瓶（袋）签、血液外观质量，无误后双方签字，才可将血发出与领出。

向血站领血或医院之间血液调济，应由专人持清洁和保温的专用容器。如路途较远，还须准备冰袋放在保温箱内上层，使在运输途中保持箱内温度在 8 ℃以下。凡要运输的血液必须封口严密，有防震措施（防震车、血液装满到瓶颈）和冷藏设备。

发血时应按采血日期先后，先采先发，但对确实需要新鲜血者例外。

血液发出后，原则上不能退回。对因故未使用的未破坏封口并一直放冰箱内暂存的血液，应尽快退回。退还血，须经血库鉴定是否可以再用，对可以再用的血应在记录上注明原因，血瓶上安上标记，并争取尽早发出输用。

（七）记录和统计

血库必须建立完善严密的记录和统计制度，做到随时可查到需要的资料，包括献血者，实验室，血液及其制品的制备、储存和质量控制，以及临床输血时的不良反应和并发症等方面的资料。记录和统计是血库组织管理的重要组成部分，它要达到的主要目的是：组织管理好献血者；从采血到血液发出能有条不紊地进行；保持好的实验室工作质量；监督临床输血安全，防止差错事故；提高工作效率和质量；便利调查研究，总结经验；可以做到从献血者查对到受血者，从病人追查到献血者。

三、输血

（一）输血适应证和禁忌证

输血适应证应严格掌握，可输可不输者坚决不输，“安慰血”（如为安慰病人或家属进行不必要、无作用的输血）要尽力避免。成分输血是现代输血的方向，纯度和浓度高，疗效更好，一血多用，节约用血，针对性强，病人缺什么就补什么，并能避免由于输不需要的成分或输入量多而引起的副作用。

输血适应证从输血角度看，可归纳为以下几类：血容量减少，运氧能力不足，胶体渗透压不足，血小板和凝血因子缺少，细胞或体液免疫力缺乏、换血、换血浆、自身输血。

禁忌证：输血适应证不明确就是输血禁忌证，此外对急性肺水肿、肺栓塞、充血性心力衰竭、恶性高血压等禁忌输血。

（二）输血技术

目前，国内使用的输血器有开放式（吊桶）、封闭式和塑料的3种。塑料输血器只少数有条件城市制造和供应。当前应争取尽力采用由乳胶管和玻璃配件装配的封闭式输血器。开放式输血器应逐步淘汰停止使用。

输血器，也包括血袋和其他有关输血输液的器械，应由国家建立工厂生产和供应。那种分散的、由各医院自己小量装配输血（液）器具的方式，不能适应现代医疗和输血的需要。

输血途径主要是静脉内输血，动脉内输血只用于个别特殊病人抢救，骨髓内输血则更少用。

一般输血不必加温，只在快速大量输血、换血或有强冷凝集素时才加温。加温血液必须严格遵守操作规程，并有专人负责，以防血液过热输注后危害病人。

输血速度一般为4—6ml/分（15滴/ml），大量快速输血时例外，对有心肺功能障碍者，输血速度宜慢，每公斤体重每小时输入1ml。

输血量根据每个病人具体情况决定。失血量少于10%血容量时，不必输血。少于20%时，可输晶体液和胶体液（代血浆、血浆、血浆蛋白溶液或白蛋白等），超过20%，根据情况输浓缩红细胞、代血浆血（红细胞悬液）、半血浆血、全血、血浆、血浆蛋白溶液、白蛋白液等，使贫血和血容量都得到补偿。

领取血液后，应尽快输注（半小时内），不可在室温中久置，如因故不能在短时内输注时，应放4℃冰箱内暂存。输血时要在床旁认真核对配血报告单、血瓶签上的病人姓名、床号、性别、年龄、血型等应相符合，严防输错血。输血初期速度稍慢，如无不适，可再按需要速度输入。输血过程中注意观察，如发生不良反应或并发症，负责医师要立即进行诊断并作适当处理，对严重反应须通知血库共同检查原因，输血情况应在病历中

作相应记录。

大量快速输血时，必须有专人负责，严防输错血、循环负荷过度及空气栓塞的发生。

（三）输血不良反应和并发症

输血及其制品，如果质量不好或施行不当，将危害病人，引起不良反应和并发症，轻则增加病人痛苦，重则造成病人死亡。所以在决定输血前，必须认真权衡利弊，明确适应证，仔细选择血液及其制品的种类，保证血液及其制品的质量，决定输注量。在输血中严格遵守输血操作技术，密切观察输血不良反应和并发症，确保输血安全。输血不良反应和并发症主要的有下列多种：

1. 发热反应：是在输血过程中或完毕后，病人发生以发热和寒战为主要症状的不良反应。是最常见的一种输血不良反应。

2. 过敏反应：在输血过程中或之后发生以荨麻疹为主要症状的不良反应，严重的可发生过敏性休克，是仅次于发热反应的常见反应。

3. 溶血反应：是献血者红细胞在受者体内破坏，或反之献血者的抗体破坏受血者红细胞所引起的严重输血反应。

4. 细菌污染的输血并发症：是严重的致命的输血并发症，由于输注已污染并已繁殖细菌的血液所致。

5. 循环过度负荷：是由于输血容量超过受血者的循环负荷能力所致充血性心力衰竭。是一种少见但很危险的输血并发症。

6. 其他：有空气栓塞、肺微栓塞和代谢性输血不良反应。

7. 输血传播的传染病：输血传播的疾病中最突出的是输血后肝炎，危害较大的是乙型肝炎（HB）和非甲非乙型肝炎（丙型，NANB，HC）。在疟疾地方流行区，要注意防治输血后疟疾。

传播其他疾病，如黑热病、回归热、丝虫病等少见。

8. 主要输血不良反应和并发症的调查：每个血库应建立记录、报告、调查和评定输血不良反应和并发症的制度，特别是溶血反应和细菌污染。当输血不良反应或并发症发生时，护士应立即报告负责医师和血库。医师应迅速作出估计，分析原因和反应的严重程度，并不失时机地对病人施行适当的处治。血库医师接到报告后，要协同病房医师迅速进行调查研究，处治和采取预防发生类似反应的措施。

肖星甫

第七节　功能检查及窥镜检查管理

一、功能检查及窥镜检查的任务、种类及其发展

功能检查及窥镜检查，系指利用生物电描记、超声、心导管、内窥镜等仪器和检查技术，直接或间接地观察机体组织结构、电生理、血液动力学变化及脏器功能状态，取得各种参数或图象，并结合临床客观地判断各脏器的功能或组织结构之改变，达到对疾病作出明确诊断的目的。各项功能检查及窥镜检查直接地服务于临床工作，同时也是搞好临床科研工作必不可少的组成部分。

不同的脏器有不同的检查方法。随着物理学等科学技术的不断发展和进步，各种检查仪器和设备在日新月异，检查范围也随之不断扩大，使其在临床工作中所处的地位越

来越重要，成为医院中发展比较快的一个领域。现仅就目前临床上比较常用的项目分别简述如下：

（一）心功能检查

心脏的功能检查主要分三大类：

1. 记录心脏本身的运动机能：如各种心电图机是临床应用最为广泛的一种检查手段，它是通过记录心脏在活动时的生物电流的变化来发现心脏肌肉的病变。也有的通过换能器把血管及心脏搏动的机械能转换成电能并加以记录，如心电向量图仪、心音图仪、心尖搏动图，心动冲击图仪及颈动脉波图等。

2. 记录血液动力学的改变：心导管技术即是直接将导管放入心脏或大血管内，从而获得有关数据的检查方法。近年来，在心导管技术的基础上又发展起来冠状动脉及主动脉造影技术。它通过专用导管自冠状动脉开口处注入造影剂，使冠状动脉各级分枝显影，从而能详尽地了解冠状血管的解剖学改变，为诊断心脏血管疾患创造了有力的条件。

3. 记录心脏瓣膜及心壁等的解剖学改变：目前应用于临床较为广泛的是超声心动图和B型超声断层扫描仪。

（二）肺功能检查

肺功能检查是了解人体呼吸生理状况的重要手段，它使医师对呼吸系统疾病的病理生理加深了了解。早期的肺功能仅限于闭合气量测验等小气道阻塞的检查，目前已发展到使用自动化、微量化的血气分析仪器、电子肺量机、残气测定仪等现代化检查技术测验肺功能，其在临床上的应用亦不再局限于呼吸系统疾病，而是逐步扩展到胸外科、麻醉科、血液科、职业病、小儿科及环境卫生等领域内。临床较常用的有通气功能测定功能残气测定、分测肺功能测定、闭合气量测定、动脉血气分析等。

肺功能检查已形成专科设置，配备专门培训的卫生技术人员以及电子工程技术人员。

（三）各种内窥镜检查

现代应用的各种内窥镜均是具有精密、柔软、高性能特性的光学仪器，分硬式和软式两种。目前仅腹腔镜和膀胱镜仍为硬式，其余均已发展成为光学纤维制造的软式内窥镜，其中以消化道纤维内窥镜发展最快。自从60年代它们完全取代了古老的硬式胃镜以来，用于消化道的纤维镜种类日益多样化、多功能化，通过体外冷光源的使用，避免了光热对内脏的损伤。不仅可以直接看到病变的颜色、性状，还能在直视下取活检，得到病理的证实，可以拍摄各种彩色照片、电影或连接电视系统供多人观看。由于采用光导纤维技术，内窥镜在脏器内可以上下左右转动，消灭了盲区，从而达到准确诊断的目的。随着电子技术的不断进展，80年代初，第三代内镜——电子内镜在国外始用于临床。其基本原理与闭路电视相同，图像逼真，便于多人同时观看和用录相机记录，尤其有利于会诊和教学。目前电子内镜正处在不断完善和发展阶段，尚不能取代光导纤维内镜。

消化道内窥镜种类繁多，有食管镜、胃镜十二指肠镜、小肠镜、结肠镜、乙状结肠镜等。另外，在光导纤维内镜的基础上加上特殊装置，又相继产生了用于解决临床特定问题的各种特殊型内镜，如放大胃镜，可以放大35倍甚至更大倍数，便于对胃粘膜的细微结构进行观察；肠道子母镜，可以通过十二指肠钳道孔，送入更细的子镜，用以观察胆管内的病变，并可以送入肝内胆管；超声胃镜，可以对胃壁进行断层扫描，用以了解病变的侵犯深度及病变的解剖层次。

随着消化道内窥镜的发展，其他系统的纤维内窥镜亦相继产生，如纤维枝气管镜、纤维耳鼻喉镜、胆道镜、纤维腹腔镜、子宫输卵管镜等。

膀胱尿道镜应用于临床已有一百多年历史，是泌尿外科常规检查手段。多年来，其操作方法变化不大，但器械结构有所改进，其照明用光源由伸入膀胱内镜端上的灯泡改变为置于体多的灯泡通过光导纤维照明，既改善了照明度又可避免检查过程中因灯泡损坏进行重插所造成的不必要痛苦；一种新型的较细的可弯性膀胱尿道镜有取代金属内膀胱镜的趋势，但临床治疗工作，目前仍以硬性金属内腔镜为主。此外，始于20世纪70年代的输尿管肾镜技术，在我国北京、广州、哈尔滨等地已积累了较丰富的经验；经皮肾镜技术始于70年代后期，1984年我国开始应用，目前北京、广州开展较多，东北及江苏等地也已积极开展，是一项安全、有效和创伤小的检查技术。

通过内镜进行治疗日益受到重视，并已开展多种行之有效的治疗项目和不断完善的治疗技术，使病人避免了开放手术之苦。

消化道内窥镜在治疗中的应用，使某些病人避免了开腹手术的痛苦。例如通过内窥镜施行消化道肿瘤、息肉切除及电灼止血、食道静脉曲张硬化治疗、逆行胰胆管造影、十二指肠乳头肌切开取面、梗阻性黄疸内引流水等。同时，还可应用激光发生器，用石英光导纤维，将激光导入腔内进行光凝及切除；应用微波发生器，用导线导入腔内，进行微波凝固和切除。

泌尿系疾病经内窥镜治疗已广泛开展。如膀胱肿瘤切除及激光治疗、前列腺增生组织切除、尿道狭窄切开术、输尿管疾病治疗、肾结石直视取石、电切肾盂肿瘤及肾盂输尿管连接部狭窄切开等，均取得较好效果。泌尿内腔镜技术的进展，与临床超声、放射技术的结合，在一些疾病的治疗上改变了传统开放手术的概念，形成腔内泌尿外科这一新的学科。

（四）超声检查

超声检查是把现代电子技术、电子计算机技术与超声的各种物理特性结合起来，应用于临床医学的一种较新的诊断方法，具有无痛苦、定性较准确、可多次重复检查的特性，既便于随诊观察病情变化，又可用于疾病的普查工作。

超声检查自本世纪40年代始，发展迅速，在70年代初步形成了独立学科——超声诊断学，至80年代已发展成熟，并向分科方向发展，在医学影象诊断中占有十分重要的地位，已成为现代化医院的重要标志之一。

超声较X线能更好地显示软组织病变，也可观察脏器的动态情况，如心脏瓣膜的开闭、胎心的搏动等。因此受到医务界和患者的欢迎，在临床上的应用范围日益广泛。超声诊断学涉及内、外、妇、产、儿、眼、消化、心血管、内分泌、神经、肿瘤、老年医学等临床学科多种器官疾病。其适应证包括：颅脑、脊髓、眼和眼眶、腮腺、甲状腺、甲状旁腺、乳腺、心血管系统、纵隔和肺部、肝、胆、胰、脾、肾、肾上腺、膀胱、前列腺、睾丸、子宫、卵巢等。尤其是对肿瘤和占位性病变及许多常见病如肝硬化门脉高压、胆囊炎、胆石症等的诊断均很敏感、准确，而在心血管疾病和妇科、产科、计划生育等方面，超声已成为具有决定性意义的检查手段。常用的超声诊断仪有A型显示，适合于囊性占位性病变的探查、测量距离等；B型超声，可以直观脏器解剖结构，适合检查腹部脏器及心脏等；此外，还有混合显示、M型显示、超声多普勒检测等。现代超声

仪不断发展更新，主要是探头品种增加和质量的改进及近代电子技术、电子计算机技术的大量应用。例如采用高密度多晶片和面材多匹配层技术，设计出适合于临床需要的多种样式的探头，包括经食管、十二指肠、结肠、直肠、尿道的各种内腔探头。在仪器性能方面，还增加了多种生理参数的测定和复杂的心功能计算。1985年第四代最新超声诊断仪——美国 Acuson-128 电脑声象仪问世。其最大特点是有128通道的模拟/数字混合型电子计算机，亦称动态电脑声透镜装置。

同时，现代超声技术已不限于对疾病的单纯诊断，亦开始介入于疾病的治疗，如超声引导穿刺囊肿、脓肿的诊断治疗，肝癌或其他病灶硬化治疗及术中超声等。

（五）临床电生理学检查

临床电生理学检查是通过对脑、神经、肌肉生物电活动的检测研究，用以判断其机能活动、诊断神经系统疾病的一种无创伤性的科学。目前在临床应用的主要是脑电图、肌电图、脑诱发电位。

脑电图是大脑细胞集团的自发性、节律性放电活动的记录，是大脑生理机能的指标。它多用于神经内科、脑外科、精神科等，如痉挛发作、一过性轻型意识障碍、周期性头痛、脑外伤、脑肿瘤等。由于它对解剖学的异常程度尚不能准确地反映出来，故临床应用受到一定限制。也就是不能凭脑电图所见来确定临床诊断，一定要结合病史、神经系统检查以及其他临床资料综合分析判断，才能得出正确结论。

肌电图应用于神经、神经外科、骨、耳、眼、口腔、泌尿外科及运动医学等各类神经肌肉疾病的诊断与鉴别诊断，确定神经损伤的存在、部位及损伤程度，判断神经再生以估计预后，肌肉功能分析及制定正确的治疗方案。

脑诱发电位是和自发电位相对而言，是施以刺激后诱发而来，诱发电位分感应诱发电位和运动诱发电位两种。感应诱发电位系刺激周围感觉神经，因此又有体感诱发电位、视觉诱发电位及脑干听觉诱发电位等区别。运动诱发电位是80年代发展起来的新技术，即在大脑运动区给予刺激，以整体了解神经系统的电活动。脑诱发电位应用于神经内、外科，儿、眼、耳、骨科等，可为多种疾病的诊断提供客观指标。脑干听觉诱发电位可用于新生儿、幼儿昏迷的监护；体感诱发电位可用于神经外科、骨科手术的监护；对脊柱侧弯手术可提供手术疗效的判断指标；脑干听觉诱发电位加上脑电图等，可对脑死亡做出判断。此外，利用脑诱发电位的负成份测定，可对智能及精神心理学科提供客观的诊断依据。

二、功能检查及窥镜检查工作组织

为了充分发挥各种仪器的使用率，加强仪器的保管维修，更好地为医疗、教学、科研服务，把各个功能检查专业科的仪器设备相对集中，统一管理，在设置上形成独立单元（科室），这种管理上的中心化有助于功能检查技术的不断发展。但对那些与某一专业有特定关系或某一科系为主要服务对象的功能检查，附属于有关科室管理也是有益的。

功能检查及窥镜检查的组织管理，大致可分为四个方面：

（一）人员组成

应根据医院任务及设备等具体条件配备各类技术人员。

1. 诊断组：要求有一定临床经验及掌握有关基础知识的各级医师担任。专职医师负责临床诊断、教学、科研及培训等任务，可在全面掌握各种诊断仪器的性能及分析诊断

方法的基础上，重点精通一种检查方法，亦可增设兼职医师，针对某一项检查方法，定期参加诊断及会诊工作。人数酌情而定。

2. 技术组：配备技师及技士若干人，负责仪器设备的装配、维修、革新、资料整理、保管登记及专项测验的操作等，也可根据其本人的业务水平及工作能力填写检查结果的报告，经医师阅审签字后发出。如有可能，最好专人专机，分工负责，以利仪器设备的保管维修。

（二）室内设置

功能检查和窥镜检查项目繁多，仪器设备品种多样，各自对环境、空间的要求也有所差异，不拟一一介绍，只将一些基本要求叙述如下：

1. 检查多为贵重仪器，故要求房间应有足够的空间，光线充足，灰尘少，是地板地。室内应设有防尘、空调、水道等设备，要有温度湿度计、大气压力表。房间最好多个并排，以防止单一房间多种仪器的互相干扰。电生理检查室应远离放射线、理疗用的透热疗电疗机等设备以及磁场和电梯等，需有屏蔽室并铺绝缘地板。

2. 建立健全消毒清洁制度，检查室每日应进行清洁消毒。超声波室对肝炎病人探测后，必须及时更换检查床单，并用过氧乙酸洗手和擦洗探头，冲洗干净。一些无菌操作要求高的检查项目，如心导管检查，应备有紫外线灯，按手术室要求消毒。为了防止交叉感染，上消化道窥镜与下消化道窥镜检查应分室操作，如无分室条件必须集于一室者，应分床定床进行检查。

3. 各性质相近的功能和窥镜检查室，在条件允许的情况下，应尽可能集中在较近的范围内，以便管理。

此外，各检查科室要配备相应的仪器设备。配备情况，要根据任务和条件，酌情选用。

（三）资料保管

负责各种检查资料保管和借阅。可分设在各个专业检查室内。应设专人或指定兼职人员负责此项工作。

（四）仪器使用管理

全科人员均应对本科室的检查仪器的性能、特点、构造、安全使用方法有基本了解，并尽可能做到专人、专机，落实岗位职责。要制订严格的操作常规及定期保养维修制度，建立仪器档案。应该创造条件，由专门的工程技术人员组成仪器设备检修组，负责全院功能科室的仪器设备安装、检修工作。暂时不具备此条件，各科室亦应在技术人员内指定专人或有计划地培养1—2名工人负责本科室的仪器设备的安装与检修工作，以保证仪器设备的安全运转和延长使用寿命。

三、功能检查及窥镜检查业务管理

各项检查均是直接或间接为临床及教学、科研服务的，对待每一个病人每一项检查都必须严肃认真，准确无误。要制定适用于本科室范围的规章制度。所用各种仪器设备，必须严格按照要求依次开机或操作，保证安全。要合乎标准灵敏度，以得出可靠的检查结果。

1. 接待病人按顺序检查。对个别危重急病人，在允许的情况下，要耐心向待查其他病人解释原因后，可提前就检，以免贻误。检查前要查对姓名、性别、年龄、印象诊断

及临床要求等，以防止差误和遗漏特殊检查要求及必须的附加检查。

2. 要认真仔细地对所要求检查的部位进行全面探测和观察。

3. 检查记录要书写整齐清楚，项目齐全，数据测量准确，结论与分析相称，主次顺序分别，并登记注册。

4. 要制订报告审批签发制度。由医师或医士对报告进行逐项审查和修改，合格后签发。如有疑点可在各室内会诊或由上级医师参加会诊，并记明会诊参加人员以示负责。发出报告要查对，申请单、病史不全面的应在发出时进行补记。

5. 建立健全资料保管制度。对各项资料在登记后进行分类建卡，对内存资料数量应在封面标记，按编号顺序入档。所有资料不得个人外携。临床需要可按借阅手续登记，并按时收回验收。

6. 一些检查前需要病人协助配合的准备工作，应在预约登记时向病人讲清，最好印成说明书发给病人，如脑电图检查前一天，要洗净头发，不要搽头油或发蜡，癫痫病人应当在检查前3天停服抗癫痫药及镇静剂、安眠药等。

英立平　林三仁

第八节　放射诊断与放射治疗科管理

1895年11月8日德国物理学家伦琴教授发现X射线，数月后X射线即开始应用于医学。随着X线器械的发展，其应用范围也很快扩大到全身各系统的检查，逐步形成了放射诊断学。由于防治肿瘤工作的进展，放射线也被应用到治疗良性疾患，并相继用于治疗恶性肿瘤，又形成了放射治疗学。现就放射诊断及放射治疗的组织管理分别叙述如下：

一、放射诊断的组织管理

（一）放射诊断的任务

放射诊断是利用不同的放射线工具及技术，检查人体某些组织或脏器，用不同的图象形式记录下来，得到客观资料，再联系临床表现来解释这些图象的病理生理的性质，从而诊断疾病。放射诊断有以下一些任务：

1. 确定诊断或发现病变。

2. 根据病变的情况，如大小、范围、性质、有无合并症存在等，给临床医师提供有价值的资料，以便明确诊断，制订治疗方案，判断疾病的预后。

3. 在治疗过程中，可追踪观察病变的变化、发展过程，以便了解疗效，决定是否改变治疗措施。

4. 为健康检查、常规检查、集体普查、术前产前检查提供手段。

5. 对防痨、防癌、防尘等工作提供筛选检查，以便早期发现病变，作出早期诊断。

6. 用各种检查工具，如X线、超声、CT等作导向检查，配合临床进行穿刺、抽液、活检、摘除手术等。

7. 开展介入性放射学（interventional radiology）或称手术性放射学，此项工作是通过放射科工作人员，进行手术性放射学检查，在正确判断疾病性质、程度及部位后，可作某些狭窄的管道及血管的扩张术；通过肿瘤供血的血管有针对性地向病变区注入抗肿瘤药物；或对供血血管作治疗性栓塞；经导管对病变部位（如阻塞性黄疸的胆

道、脓肿区域等）作引流手术；或作经皮经管腔的血管成形术等。

（二）放射诊断的特点

1. 放射线有电离幅射作用，对人体有一定损害，因此应考虑采取防护射线损伤措施。

2. 放射科的设备都属大型精密仪器，一般结构复杂，自动化、遥控化、电子计算机化程度较高，故必须注意设备的维修保养，工作环境要求做到防尘、防湿、恒温。

3. 放射科要求有一图象及资料的贮存房间。

4. 放射科工作人员要求定期体格检查，并规定1年有4周的职业休假及一定的保健津贴。在编制上也要多于其它科组。

5. 放射科的设备在使用上都有一定的寿命，其性能也在不断更新，故有条件的医院争取及时设备的更新换代。

（三）放射诊断的发展

可分以下几个阶段：

1. 用X线机直接照射检查部位，用荧光屏直接观察或用胶片直接记录其图象。

2. 造影检查：它使用造影剂观察直接透视及照相所显示不出的部位，如胃肠道、支气管、血管、心脏、肾盂肾盏系统、胆囊胆道等。

3. 影象增强器发明后，使X线亮度增强数千倍。这样就可以减少了X线的剂量，提高了图象的质量，使X线诊断向前迈进了一大步。

4. 医学影象学阶段，70年代以后放射诊断出现了四个重要的发展，它们是：B-型超声的发明，电子计算机体层扫描（CT）的发明，介入性放射学的蓬勃发展以及磁共振成象仪（MRI）的发明。X线、B-型超声、CT、MRI的各种图象相互配合，相互补充，相互印证，使放射诊断的应用范围日益扩大，使诊断质量日益提高，至此它已越出50、60年代仅用X线检查的狭窄范围，而发展成一门新兴的医学影象学（medical imaging）。

随着B-型超声、CT与MRI参加到放射学的行列，一种新兴的放射学诊疗技术——介入性放射学也应运而生，并且发展迅速，富有强大的生命力，它不但具有诊断特性，更重要是具有治疗价值。放射科医生可以利用上述各种检查工具作导向工具，检查与治疗血管疾患、胰胆管病变、阻断肿瘤供血血管防止扩散，对狭窄的管道作手术性扩张以及各种成形术。

（四）放射诊断组织

这里包括：X线诊断、CT诊断二大部分，有的医院把B型超声诊断也放在放射诊断范围。因为在我国目前有磁共振扫描仪的医院较少，故没有把MRI包括在工作组织单位内。组织此科时，其人员可按照：一台机械配备1—2名医师与1—5名技术人员，其中包括：各级医师（士）、技师（士）、护师（士）和工程技术人员等。

（五）放射诊断管理

1. 放射诊断组成：

⑴ 诊断组：由各级医师组成，负责透视、胃肠造影检查及各种特殊造影检查的诊断以及教学、科学研究等工作。对主治医师以上的医师，应按呼吸、循环、消化、骨与关节、颅脑、五官、泌尿生殖系统等专业分工，这样有利于提高专业诊断理论水平。

⑵ 技术组：由各级技术人员组成，负责投照、暗室技术工作以及技术专业人员的培

训。

⑶ 维修组：负责仪器的安装、修配、检查、保养和管理，督促本科工作人员遵守技术操作规程和安全规则。

⑷ 登记组（包括资料管理）：负责各种X线检查的预约、登记、检查报告的发出、照片的借出、取回、索引编目、资料归档保管等工作。

⑸ 其它：根据工作需要应配备护理人员及卫生员，负责处理有关打针、消毒、换药、冲洗、灌肠、敷料以及全科卫生等工作。

2. 放射诊断工作规章制度：

⑴ 登记制度：包括登记、发报告制度，X线、超声、CT 资料的保管、统计报表、预约工作制度等。

⑵ 读片与评片制度：每日早晨在主任或主治医师主持下，由本科医师、进修医师等参加，进行综合性读片（X线、超声、CT 等），对当日或前日的疑难病例进行分析讨论，提出诊断或处理。同时在主任技师或主管技师主持下，由技师、技士、进修技师等参加，对照片的质量和技术上的问题进行评级，分1、2、3级及残片，对质量上存在的问题，提出改进意见并立即着手解决。

⑶ 诊断报告与审批制度：各系统的诊断报告内容应包括所见的描述和诊断两部分，图象的描述必须反映病变的真实性和其特征，言语要简明，字迹要工整清楚，结论应是影象表现与临床资料的综合分析。诊断报告的审批由主任或主治医师签发。

⑷ 追踪与质量评定制度：放射诊断医师与临床科医师应取得密切合作，对手术或临床证实的病例进行X线诊断对照，检验自己的报告是否正确，并进行评定。为了积累资料和总结经验，应将手术证实、有科研价值、总结经验教训的病例等重新分类编号保存，进行随访，并将随访结果登记在随访卡片上存档保存。

⑸ 设备维修与保养制度。

⑹ 误漏诊病例与手术证实病例的定期讨论制度。

⑺ 放射防护和保健制度。一切电离辐射经过人体后，可发生一定的生物化学变化。剂量越大，照射时间越长，距离越近，造成的损害越重。因此，对工作人员和病人要有一定的防护措施，放射专业人员有保健制度。

3. 设备：设备的数量、性能、类型与医院的任务、发展方向有直接关系。这里所提的设备是指有500张床的医院而言。

1000mA 透视、照像机（带增强管、电视设备及心血管造影附加设备）	1台
500mA 透视、照像机	1台
体层X线照像机	1台
300—800mA 胃肠造影机（增强及电视、遥控设备）	1台
200mA 透视、照像机	1台
间接照像机	1台
钼靶软线照像机	1台
30—50mA 床边照像机	1台
B型灰阶超声扫描仪	1台
全身电算体层扫描仪（CT）（根据条件）	1台

二、放射治疗管理

（一）放射治疗的发展梗概

可分为以下几个阶段：

“kV”级X线治疗阶段（1895—1950年）：此阶段X线机一般不超过400kV，所以叫做“kV”级X线治疗阶段。这一时期的主要成就证明X线可以治愈肿瘤，缺点是X线低能量，因而限制了治疗效果进一步提高。

“mV”级γ线、X线、电子线治疗阶段（1950—1966年）：^{60}钴治疗机、医用电子直线加速器的相继出现使放射治疗进入“mV”级阶段。由于能量提高，所以放射治疗效果获得了明显的提高。

高“IET”（线性能量转换）射线治疗阶段（1966年至今）：包括中子、质子、负π介子等。

放射治疗从“kV”阶段进入“mV”阶段，只是物理效应有所改善，而生物效应并未得到改善。采用高IET射线主要是在生物效应上得到改善。

几十年来放射治疗学的发展，使它已成为治疗恶性肿瘤的重要手段之一，大约有70%的恶性肿瘤需要进行放射治疗，所以它的设备与规模必须与医院的任务相适应。

（二）放射治疗组成

有条件时，放射治疗与放射诊断应各自建科，若条件不成熟也可暂时合为放射科。

放射治疗是由医疗组、技术组、物理维修组、追踪组、病房组、门诊组、放射物理室、放射生物室等组成。

（三）放射治疗各项制度

1. 查房制度：

⑴ 每周主任查房1次，全科医师与病房护士长、技术员组长参加，讨论门诊和病房疑难病例、典型病例以及死亡病例，对诊断治疗存在的问题，提出意见并即时解决。

⑵ 主治医师查房每周若干次，主治医师带领本组住院医师制订治疗方案，解决治疗问题。并选定主任医师查房病例。

⑶ 住院医师每天要巡视病房2次，即时解决治疗中的问题。

⑷ 门诊病人每周至少要看2次，其中1次作全身检查。

2. 摆位制度：放射治疗医师每周要下机房摆位1次，检查摆位的准确性，研究改进摆位技术。新病人第一次上机器，主管医师一定要与技术员一同摆位。

3. 病历与治疗单书写制度：病历书写应在24小时内完成。要求字迹工整、语言通顺、内容科学、逻辑性强。病人出院后要经主治医师、主任医师签字后方能送病案室。

各种治疗单方案设计要求按解剖部位书写。

4. 技术组检查讨论制度：技术组在组长带领下，每周检查治疗1次，并讨论在治疗摆位中出现的问题。

5. 物理室维修制度：每周进行机器小维修1次，每年大修1次，并定期做剂量测量，核对照射野等。

6. 追踪制度：对放疗病人要定期开展随访，以观察疗效并解决教学和科研资料的整理与收集工作。

7. 科室各种工作常规制度：为提高医疗、教学、科研工作质量，应建立健全各种常

见病的治疗、摆位、护理常规以及科内各组工作制度等。

（四）放射治疗设备

根据我国目前情况，放射治疗至少应包括以下设备：6MeV 医用直线加速器1台，或^{60}钴治疗机1台，深部X线治疗机1台，模似定位机1台，放射线剂量仪1台。

李松年

第九节　核医学科管理

一、核医学作用及特点

核医学是应用开放性（液态和气态）放射性核素进行疾病诊断的一门学科。本学科综合利用核物理、放射化学、药物学、精密电子仪器和医学的最新成就，已成为一百多种疾病诊断和治疗的方法。应用的领域几乎涉及所有脏器组织的功能检查和形态观察，特别是在内分泌疾病、心血管疾病、神经系统疾病和肿瘤诊断等方面，起着日益重要的不可取代的作用。随着放射性药物的不断增加、高级精密仪器的购置和电子计算机的广泛应用，核医学必将发挥越来越重要的作用，是现代化医院必不可少的学科之一。

本学科在管理方面有四个特点要加以考虑：

第一个特点是应用开放性放射性核素做为诊疗手段。如果不恰当地把放射性核素引入病人体内，将使病人受到不应有的放射性损伤。操作不当，将会使操作者（工作人员）遭受放射性损伤。放射性废气、废水和废物处理不当，将污染环境，使邻近的非放射性工作人员和居民受到放射性损伤。管理不善，造成放射源遗失，将会造成更严重的后果。

第二个特点是依靠大量精密电子仪器进行工作。现在的主要仪器为γ相机，SPECT（单光子发射计算机断层照相机）和放射免疫分析仪。

第三个特点是本学科大多数方法的影响因素较多或灵敏度很高，必须建立严格的质量控制，大部分方法缺乏特异性，所得数据和图象必须密切结合临床和其它检查结果加以分析判断。

第四个特点是本学科涉及物理、化学、电子学、数学和医学各个领域，要求知识面很广和各方面人员的密切合作。

二、核医学科工作组织

全科分为以下几组：

1. 甲状腺吸^{131}I功能组。
2. 放射免疫分析组。该组下设两个小组，即甲状腺有关激素测定及其它（包括血容量、红细胞寿命测定等）。
3. 心肾功能组。
4. 脏器显象组（扫描组、γ照相组和 SPECT组）。
5. 治疗组（或兼）。
6. 实验研究组。
7. 资料组。

各组每天同时或交叉工作，具体安排视病人和工作人员多少而定。为防护安全和避免放射性互相干扰检查结果，应严格按三区式分别进行工作。

每一组包括医师、技士若干人，各设组长1名，在上设主治医师和主管技师各1名，

协助主任全面主管有关技术、医疗和业务行政工作。

另设有仪器维修人员、卫生员（以清洗和处理污染器皿工作为主）、登记人员、防护人员（兼）等。必要时应有影像处理研究人员和放射性药师。

人员编配根据医院规模大小而定，仅就完成医疗任务（不包括教学和大量科研）而言，以每100张床位配备1～5名核医学工作人员为宜，医师与技士1:1左右。仪器的购置应与医院的医教研水平和需要相适应。

三、核医学诊疗业务管理

1. 经常进行医德、防护和安全教育。

2. 建立各个环节的规章制度：

⑴ 放射源的接收、登记、定期清点制度。

⑵ 放射性操作规程（见附件）。

⑶ 放射性测量和显像仪器使用规程，使用率和故障率统计。

⑷ 各种诊断检查和治疗的操作和报告书写常规。

⑸ 脏器显象双人核对签名制度。即显象剂强度计算、品种和病人姓名及申请项目须经2人核对签名，保证不给病人误用放射性核素和强度。

⑹ 放射免疫测量质量控制规定，包括操作技术考核、配药登记、平行管法、质量指标、质量图等。实行医师把关发报告制度。

⑺ 各级人员岗位责任制。

⑻ 主任医师、主治医师、住院医师的定期阅片制度和与有关科室的会诊制度。主治医师签发报告和按时发出报告制度。

⑼ 报告与图象和数据的符合率统计制度。

⑽ 主要病种的追踪制度（报告与疾病最后诊断的符合率）。

⑾ 药物反应紧急处理办法，包括注射药物后数分钟内不离病人和急救设备措施等。

⑿ 表扬批评、差错事故登记制度和处理制度。

⒀ 防护保健制度，包括放射性废物处理、放射性意外污染的紧急处理、定期环境污染探测和定期体检。

⒁ 治安保卫制度。

⒂ 病案和记录资料管理制度。

3. 加强制度执行情况的检查：主治医师经常检查，查房时抽查，季度重点检查，年中和年终评比时全面检查。

4. 定期组织业务学习活动，提高业务知识和技能。

四、开放性放射性操作条例

放射性操作时，要牢记对病人负责、对实验结果负责、对环境卫生负责，并在此前提下尽量减少不必要的照射。为此，必须加强责任心，熟悉工作性质，工作时精神集中、一丝不苟，以严肃认真的态度遵照下列规定进行，避免差错事故发生。

（一）放射性操作时要随时注意的几个环节

1. 注意取用放射性药物、化学用品和操作程序的准确性。取用放射性药物要坚持三核对：① 药量计算核对；②药物标签和外观的核对；③取量器皿刻度的核对。

2. 严防放射性交叉污染。

3. 充分利用时间、距离和屏蔽三要素进行外照射防护。

4. 若制作放射性针剂，严格按无菌操作进行。

（二）放射性同位素活性区和检查区

严禁吸烟、饮水、进食、哗笑，严禁私人会客和非有关人员进入。进入这些区域必须穿工作衣和工作鞋，下班时需洗手。

（三）操作前的准备

1. 熟练操作程序和操作各个细节，应达到背得熟练的程度。对曾经进行该操作的工作人员要求操作前复习，新工作人员需进行见习、冷试验。在考核合格后方能开始操作。从事多年放射性工作的人员开展新工作时，也需要进行冷试验。

2. 在准备室把所需物品排列在托盘内，并完成有关的非放射性操作（免疫组除外）。

3. 计算并核对放射源（详见专门规定）和化学试剂。

4. 做好操作中的防护设计和安排。

5. 穿戴防护用具，操作时三戴，即戴帽子、口罩和手套（不包括免疫组日常工作）。

进发生器室工作需加隔离衣（或袖套）。洗涤放射性物品时，加穿塑料（或橡皮）围裙和袖套。

操作扫描剂量时，戴铅眼镜，能量≤203H$_g$者，戴铅裙。

6. 开辐射监测仪备用。

（四）操作中

1. 放射性操作除血尿等样品操作外，皆在指定通风橱内屏蔽后进行（检查区通风橱内操作和贮存放射源不超过1mCi），除免疫日常操作外，必须在铺有吸水纸的托盘进行。

2. 操作 $Na^{131}I$ 和 $Na^{125}I$ 时，需开抽风机。操作 ^{131}I 的标记化合物和其它类放射性核素只在操作前15分钟开动抽风机，5分钟换气。

3. 凡需无菌操作者，操作开始前15分钟开紫外线灯消毒10分钟。

4. 核对放射源及转移器刻度，作到所取放射源种类和数量准确无误。

5. 严格规定具体规程又稳又快的操作，如：无菌操作，标记程序，等压取源。盛放射源的注射器排气时，针头前需插棉棍。放射源加热时不离入，严防溅洒。沾染放射性的针头、移液管头、镊子、棉棍、试纸等只能放在预先安排好的特定位置，不能碰触它物。

6. 充分利用长柄镊、钳，增加操作距离，尽量避免用手直接接触放射源的容量。但皆应以稳当不泼洒和操作时间不延长为前提。放射源容器移动时，需放在托盘内。

7. 放射性污染和未污染物严格分放在指定的容器内。

8. 凡进入通风橱内物品和已经接触过通风橱内物品的手套，皆应视为“沾染”者，除非经辐射仪探测表明无污染时，才能进行非放射性操作。脱带手套交替进行放射性和非放射性操作是正常和经常的事件，脱戴手套须注意防止自身污染。也可利用各种镊子或纸进行交替操作（净手用净把秒头镊，手套用秒把净头镊，另有无菌镊）。

9. 操作中遇有异常情况应立即解决，有异常沾污应立即适当处理，明显污染者（如泼洒、外溅等）应在处理时立即报告，并在处理后探测（详见专门规定）。

10. 操作过程中禁止哗笑，他人尽量不惊动操作者，当手持放射性物质时严禁惊

动。

11. 在各个主要放射性操作环节和可疑沾染时，进行手套和有关物品探测，若有明显沾染时应更换手套和物品，以免交叉沾染。

（五）操作后

1. 及时将放射源归回原处。

2. 及时将沾染物放入指定容器，按规定存放或处理（见专门规定）。

3. 及时将非沾染废物（经探测证实）放入指定容器。

4. 将一切用品（包括通风橱内者）回归原处。

5. 关闭通风橱门。

6. 探测手套、手和可能沾染的物品，探测后关闭仪器，进行必要的处理（见专门规定）。

（六）放射性操作室

应经常保持清洁，每日由专人进行湿式清扫1次，每两周大清扫1次，包括换纸、换小枕套、清理废物、换或加消毒液（新洁尔灭、碘酒、酒精）、补充用品，以及进行全面辐射和污染监测，若发现问题及时处理，并登记。

以上规定由科室通过执行，不得擅自变动，必要时需经科室讨论方得修改。科领导不定期和定期检查执行情况，互相监督。本规定执行情况反映科室每一工作人员的工作态度和工作质量，应进行表扬和批评。

潘中允

第十节　理疗科管理

一、理疗科任务、特点及要求

理疗科是物理诊断和治疗科室的简称。凡应用自然界的和人工的物理因子作用于机体，以达到治疗、诊断和预防疾病的目的，称为物理疗法（理疗）。由于近代理疗的发展扩大到大量物理因子的诊断范围，故有称之为物理医学的。在治疗方面主要研究各种物理因子的特性、作用机理、应用方法、治疗剂量、操作技术和临床应用。在诊断方面包括电诊断、光诊断、超声波诊断和其他有关的无损伤的诊疗方法。在治疗方面，根据所用的物理因子的特征又可分为：

1. 自然物理因子：如矿泉水、泥、海水、砂浴、气候、日光等。

2. 人工物理因子：如电、磁、光、声和温热等。

3. 运动机械刺激因子：如按摩、医疗体育等。

上述三方面在国外已经形成为疗养、理疗与体疗三门比较年青的学科。

苏联于十月革命胜利后开始发展理疗疗养事业。各高等医学院校的附属医院及各大型医院均有设备完善的理疗科，中、小型医院以及乡村医院中均按一定的标准建立相应的理疗科（室），各加盟共和国均设有理疗研究院或所，高等医学院开设理疗课。

美国于本世纪30年代前后，理疗科已独立建科，高等医学院校开设理疗课。40年代后期，有了专门培养理疗技术人员的学校，开始建立物理医学与康复或康复中心。有的理疗与康复门诊其建筑面积约占门诊总面积的五分之一，康复病床也占总床位的一定比例。较多的医疗、科研与教学机构中均有相应的物理医学与康复医学的组织。

瑞士、西德、英国等国家，对理疗、体疗和其职业训练都很重视。大医院都有完善的理疗科和职业训练部门，工作人员有专门训练机构。近几年来综合应用理疗、职业疗法、语言听力矫治、假肢、支具装配、康复医学工程的物理医学与康复或康复医学已被重视。目前各国普遍认为，现代理疗学、体疗学和疗养学，在疾病预防、治疗、诊断以及患者的机体康复中有着十分重要的作用，是医学综合治疗中的重要组成部分，尤其对疾病初期的预防及一些慢性病的康复治疗上更起着特殊性作用，是化学药物、生物制剂和手术疗法所不能取代的。

我国理疗事业是在解放后发展起来的，从无到有，从小到大，逐渐形成一门独立学科。全国建立了理疗学会，创办了理疗杂志，培养了一批专业队伍。部分地方或单位正在创造条件建立理疗科学研究所（室）或理疗、康复中心，在高、中级医学院校一般设有理疗教研组，讲授理疗专业课。

（一）理疗科任务

物理疗法在临床上应用日益广泛，诊疗效果良好，目前已成为现代化医院不可缺少的重要组成部分，各大医院都设有理疗科或室。大医院类型不同，侧重点也不完全相同。理疗科具体任务是：

1. 应用现代化理疗设备协同临床各科开展综合治疗，不断总结临床经验，提高治疗效果。

2. 开展各种有关物理诊断技术，协助临床各科进行疾病诊断，提高确诊率。

3. 探讨与研究物理疗法的作用机制。开展或创设新因子、新方法，扩大适应证，充分发挥它在康复医学中的作用。

4. 有教学任务的理疗科，应努力做好高、中等医药院校学生教学工作。有条件的单位应积极承担培训专业人员的工作。

（二）理疗科工作特点及要求

理疗主要以各种物理因子为手段达到预防、治疗、诊断疾病与恢复健康和增强体质的目的。理疗具有应用广泛、器械设备繁多、业务内容涉及面广等特点。因此，理疗科无论在建筑及设备要求上，还是科室设置和技术条件上，均应考虑到这些特殊要求。

1. 建筑要求：理疗科所在位置应根据医院主体建筑形式加以考虑。如集中式医院，最好位于门诊和病房之间的建筑物内；如分散式医院，理疗科可设在一个单独的建筑物里或置于门诊部内。

根据国内综合医院开展理疗工作情况的一些经验，理疗科（室）使用面积约占医院总面积的 3—5%（少数单位仅占 0.5%）。

从医疗上考虑，理疗科应包括：①诊察室。②医护办公室和教学示教室。③治疗室：根据条件可分电、光、声、磁、水、泥、蜡、按摩、体疗、中西医结合综合治疗室等。其中电疗按设备内容又可分为直流电及离子导入疗室、低中频电疗室、高频电疗室等。水疗室的设施除治疗室外尚须有更衣室、休息室等。④诊断室或功能检查室。⑤检修室。⑥候诊室。规模较大的医院或专科医院，理疗科要按特殊目的和要求设计，适当变化科内各部分比例，如医院以神经科或创伤骨科为中心，则要成立大型的体疗、水疗和职业训练方面的职业疗法室，假肢、石膏操作室及假肢锻炼室。在各病区和急诊监护病室要有相应的治疗室。今后的理疗科要按神经肌肉疾病、骨科、心肺疾病及小儿疾病的特点

来进行设计。

2. 设备要求：理疗科是应用多种现代化的理疗机械设备和技术进行诊治工作的，因此，设备条件应予保证，各种理疗机械购置、使用、维修、保管等工作应安排得当。对电、水、泥、蜡、体疗设备所要求的房屋建筑以至室内的安排均应有所满足。

3. 理疗科（室）人员组成：可按医院规模大小和实际工作需要以及业务发展情况确定。人员组成按卫生部规定设置，如有科研、教学和其他任务可考虑增加人员。

⑴ 理疗科各级人员组成：理疗科由各级医师、各级护理人员及各级理疗技术人员组成。

⑵ 工作量与人员配备：独立门诊可按理疗科日平均工作量配备人员，如日平均工作量35人次以上，考虑有1名医师，日平均工作量20人次以上有1名护士。

4. 对理疗人员的技术要求：

⑴ 医师：应有较全面的临床业务知识、较深入的医学基础知识、一定专业科学知识。

⑵ 护士或治疗技士：须有一定的医学基础知识、基础科学知识和理疗专业知识。

⑶ 技士：必须具备电子专业知识、一定的基础医学知识和排除机器故障的能力。

5. 理疗科（室）的工作量：

⑴ 医师每小时接诊4—6个病人。每日诊察病人15—30人次。

⑵ 护士每日同时操作机器5—6台，日工作量25—40人次。

⑶ 理疗科工作量计算：国内多数以治疗人次计量，少数以治疗部位或治疗时间计算（治疗单位）。

二、理疗科业务技术管理

理疗科工作重点是在门诊。

根据实际情况制订必要的管理制度和诊疗操作常规，以及安全卫生、防止交叉感染、登记统计、仪器保养和检修、各种物品供应保管、保证医疗质量和防止差错事故的查对制度等。科内要指定专人负责对各级人员培养提高。

业务技术管理如下：

（一）诊疗业务技术管理

1. 理疗医师要做好初复诊的工作和会诊工作。理疗医师接诊时，首先阅读病历了解病情和做一些有关检查，根据病情结合本科条件，确定理疗处方，并将理疗种类、部位、方法和疗程次数记在病历上，会诊的意见写在会诊单上。

2. 理疗科对临床科转诊病人，认为不适合理疗时，应向临床科说明原因或写在病历上，请患者再回原科处理。如双方意见有分歧时，则需经上级理疗医师会诊后再行决定。

3. 在理疗疗程中理疗医师应定期复查病人，将复查情况记在治疗单上，根据情况及时调整治疗方案。疗程结束时应详细检查病人，做出疗效判定。

4. 诊察室要建立会诊制度，对疑难病人应随时或定期请上级医师会诊。

（二）治疗业务技术管理

1. 理疗治疗由理疗技术人员或护士执行医嘱进行理疗处置。护士每日要做好开诊前后的各项准备工作。

2. 严格遵守各项物理治疗的操作常规和注意事项。

3. 治疗室护士随时向医师反映病人治疗情况，向技士反映机械使用情况。

4. 维护好医疗秩序和预约制度。

（三）检修室业务技术管理

1. 检修室的工作任务主要为保证各种理疗机械正常使用。因此技师、技士应经常深入治疗室巡视、维修、指导机械的使用，发现故障及时排除并作记录。应有定期检修制度。

2. 对各种仪器要建立设备档案，定时校验、测试，保证各项参数符合要求。

（四）仪器的管理及安全防护

1. 制定机器保养和检修制度，定期清拭机器内部，并有专人检测机器性能，保证日常工作顺利进行。

2. 在理疗科治疗室进行光疗、电疗时，必须保证用电安全。电源应设总电闸，有良好接地线，周围暖气、水管的金属物体要用本栅防护。

3. 操作者要在绝缘地板上工作，病人要在木床上接受治疗，正当治疗时不让病人触及任何有通电的物体。

4. 在病房或换药室内进行理疗时，病人可能位于金属床上，此时必须妥善安排，床上垫上用毛毡和敷盖橡皮布等加以防护。

5. 进行治疗前确保机器工作正常，治疗时注意观察情况，病人不可乱动。当机器发生故障或病人反应异常时应立即关闭机器，必要时可切断电源。

6. 检修机器尽可能切断电流，禁止任何非专业人员动用机器，每日进行操作前必须检查机器、导线、电极等，完整时才能使用。

7. 大型高频发生器须设于专门治疗室内。进行微波辐射时，工作人员不得长期停留于直接辐射区。治疗室的办公桌要远离发生器，工作人员定期进行体格检查。

最后，设有病房的理疗科，应按病房要求进行管理。

关于理疗科和康复科的学科及业务组织体制，我国学者观点尚不一致。这一节主要讨论理疗科的管理，第十七章讨论康复科问题。

柴元瑞

第十一节　手术室管理

一、手术实施及组织

手术工作是一项集体劳动，应该有严格的分工和密切的协调配合。在一般情况下，小手术需要 2 人；中等手术需要 3—4 人；大手术需要 6—7 人：包括手术者、第一助手、第二助手、第三助手、器械助手、巡回护士及麻醉师等。

手术者在手术前应对病情有充分的了解，对手术的方法和步骤有充分的准备，不但要掌握所施行的手术，而当临时发生变化需要改变手术方法时也能应付自如。手术者负有组织与指挥全部手术过程，决定操作的原则、方法与步骤，保证手术效果与病人安全的主要责任。

麻醉师保证麻醉适应手术的要求，严密观察并记录病人的呼吸、血压、脉搏等生命体征，必要时应监测心电图、中心静脉压、尿量、体温及其它特殊项目，遇有特殊情况

要与术者商讨手术的进行、停止或从简等问题。手术后应保证麻醉顺利复苏、保证呼吸道通畅、防止呕吐物吸入肺内及复苏过程中受压或坠床等。

其他人员必须听从手术者在手术台上的指挥，各司其职，不能有丝毫紊乱，任何一个人的失职或不按规程办事，就有可能给手术带来不良的后果。

二、手术室设置

手术室过去为外科的所属单位，目前均已成为独立的科室。有的附设有恢复室。

关于手术室的设计，要考虑到预防感染，还必须注意到地板、电气开关、电气插销等防爆装置。手术台数目前应按 25—30 张病床配备一台。

三、手术业务管理

（一）人员编制

手术室人员编制要根据医院的手术台数及手术种类来决定。眼、耳鼻喉科为 1 台 1 人，心血管外科一台配 3—4 人，普外、胸外、妇科、儿外、神经外科、骨科等为一台 2 人。两个手术台配备卫生员一人，三个以上手术台配备消毒员一人。手术室人员编制，还须根据手术台的使用率、急症手术数、大手术多少以及科研、教学任务加以适当考虑。

手术室应设科护士长或护士长一名（中心手术室还可增设副护士长 1—2 名），负责手术室具体业务领导及日常工作活动的安排。手术室的护士长受护理部主任领导，有的在麻醉科主任的领导下开展工作。但不管哪种形式，具体业务和工作活动还是由护士长安排。

目前现代科学技术发展很快，手术室的新仪器和电气设备不断增加，根据可能设专职技术人员，加强仪器的保养和维修。

（二）规章制度

由于手术室为各手术科共用，因此必须建立安排手术计划的制度。手术室可根据各临床科的床位数分别固定手术间，或固定手术日期。手术室护士每天到各临床科收取第二天的手术申请单，如有空余手术台时可通知别的临床科加以利用。同时安排好参加手术的护士，并要求去病房熟悉病人。

要使手术室的工作人员养成严肃、认真、一丝不苟的工作作风，做到有章可循，还应建立以下制度：手术室的一般规则，各级工作人员的工作职责，无菌技术和消毒常规，急症、抢救及查对制度，手术室的清洁制度，防止交叉感染的处理原则，特殊感染手术的处理原则，防止差错事故的制度，安全制度，药品管理制度，财产管理和借物制度，值班职责，参观制度等。

（三）组织分工

在手术台数多、人员多、手术种类多的手术室，可根据工作情况，把人员分成若干小组进行工作。一般分为巡回组、刷手组、器械组、敷料组，各组为期 3 个月轮换一次。

巡回组：每人有固定的手术室，做好手术及麻醉的准备工作，负责手术间的物品管理。病人进手术间后要了解病人的思想情况，做好解释工作，取得病人的配合；术中要保证病人的安全，防止压伤、灼伤；配合麻醉师观察病人病情变化，负责输液、输血、给药，动作要敏捷、快速、准确、无误；主动配合刷手护士，随时供应一切器械物品，

术前与术毕共同清点、核对器械、针、线轴、纱布等，并应有记录；督促检查手术间内人员执行无菌操作。

刷手组：根据手术情况，了解病情，做好台上的准备工作；集中精力，稳、准、轻、快地主动配合每一个手术步骤，保持器械台及手术野的清洁整齐；要严格遵守无菌原则，术前与术毕和巡回护士共同核对器械与敷料，核对无误后才能缝合切口；切下的病理标本或细菌培养取样要保存好，及时送至有关科室，切勿丢失或遗忘；术毕清洁器械，注意精密细小器械的保护。

器械组：对各种手术要做到心中有数，保证每日手术器械的供应；负责各种急诊、抢救、备用器械及针线、刷手刷子、各种引流管等的供应；负责器械的清洁、保管、维修，了解使用情况；对器械室物品的补充、增设以及贵重仪器发生损坏时，须随时与护士长联系；每季度末交接班时，对精密、细小及贵重器械要两人核对，并有签名。

敷料组：负责各种敷料的制作、折叠、打包、保管及消毒工作；保证每日手术敷料的供应；要定期检查高压蒸气锅的性能，确保消毒有效安全；要定期检查各种敷料的补充、修补、报销，并与护士长取得联系；护士长对消毒员的工作有指导和检查的责任。

卫生员组：负责手术室的清洁卫生，根据工作量可实行分工包干制；每日清点污衣裤、污单子、清洗帽子、口罩及拖鞋；负责接送病人，每日送标本、药单、取血及外出工作等事项。

要搞好手术室的工作，关键是护士长的技术水平、管理水平和领导艺术。护士长要在护理部主任领导下，负责本室的行政管理、护理工作和手术安排，负责安排本室人员的各项班次，检查督促各级人员执行规章制度及无菌技术操作的情况，组织手术室人员业务学习；定期考核，不断提高业务水平并改进工作。对重大手术及抢救工作，护士长要负责组织安排，并定期总结，向上级汇报。

衡量一个手术室的管理水平：①不能单求每日工作量，重要的是看配合手术的效果，并能迅速组织班子配合抢救工作；②手术室要有一套严格合理的规章制度和无菌操作规范；③物品齐全，供应及时，急症抢救物品能随时取用，确保性能良好，并不断采用新技术，以跟上国内外的先进步伐。

郑心芳

第十二节　供应室管理

供应室是医院内各种无菌器材和备品的供应单位，也是材料物资的分库。它担负大量医疗器材的清洗、包装、消毒和供应工作。供应种类多，涉及科室广，使用周转快，每项工作都直接关系到医疗、教学、科研的质量。如消毒不彻底可造成全院性的感染，供应器材不完善可影响诊断和抢救的进行。因此做好消毒供应工作是提高医疗质量，节约物资消耗，保障医疗安全的重要环节，也是整个医院不可缺少的组成部分。每个医院必须高度重视和加强管理。

医用器材的消毒、供应中心化，即是把全院各业务科室所需用的医疗器械卫生材料和被服装具等，统一灭菌消毒，统一供应，统一管理，实行灭菌供应作业中心化的管理形式，国外已很普遍。清洗、消毒和制作机械化、自动化也很广泛。供应设施管道化、自动化亦在许多医院里实现了，尤其新建医院的当时就有所安排。一次性使用物品，从

卫生材料已扩大到小型医疗器材。凡此种种趋向，医院管理者应认真加以研究，并从我国情况出发，来探讨适合的管理办法，以提高供应工作的水平。

一、任务及范围

（一）工作任务

1. 负责全院各科室常用无菌器材的供应工作。

2. 负责各种污染医疗器材的回收、清洗、包装、消毒、保管和加工制作。

3. 负责各种物资器材的请领、使用、登记、检查、维修、管理、报销工作。

4. 负责敷料的制作、准备、消毒和回收再利用。

5. 负责供应室制备的全部医疗器材敷料的消毒灭菌，协助科室进行消毒灭菌工作。

（二）工作范围

1. 供应方法：可根据各科室业务特点、任务要求以及所需新添供应品种进行定额供应和预约供应。如遇特殊情况（紧急抢救）供应室应千方百计满足要求。

2. 供应范围：目前，我国医院消毒供应工作，一般是采取分散与集中结合的方式，即除供应室集中供应外，有些部门如手术室、外科系统治疗室等，多有消毒设备，可自行消毒部分小件物品。但实行中心化消毒供应方式将是今后的发展趋势。其消毒供应范围可根据人员情况和工作需要适当确定。一般的供应范围是：

⑴ 各种注射器、静脉输液瓶、穿刺针及不同型号针头。

⑵ 各种器械包及治疗包，如导尿包、静脉切开包、外科缝合包、眼科缝合包、腰穿包、胸穿包、腹穿包、胃液分析包、扁桃腺止血包、乳突换药包等。

⑶ 各种所需消毒物品可由供应室发给一定基数（此基数保证 24 小时需要量），按时下收下送或到供应室进行交换。

⑷ 手术室、产房和烧伤病房所需大量无菌器材敷料，一般是由该科室自行准备、自行消毒或由供应室代为灭菌消毒。

二、供应室组织

（一）设置与布局要求

1. 供应室的建筑位置应充分考虑到环境清洁光线充足、供水供气和取送物品方便、与各临床科室相距不远的适中地方。

2. 各组房间的布局要求做到科学安排，其交换、清洗、包装、消毒、保管等各个环节应严格划分污染区、清洁区、未消毒物品存放区以及无菌物品贮存室，其工作流程应是强行通过式，消毒与污染物品不交叉递送迂回。设置与布局详见医院建筑章。

（二）人员组成

供应室人员组成可根据医院床位、门诊量的规模确定人员编制和工作方法。一般可设护士长、护士、卫生员、消毒员，各负其责。

供应室工作量大，任务较重，人员要求经过培训，有一定工作能力，能担负所任工作。不应把老、弱、病、残者做为主要工作人员。

护士长在护理部主任（或总护士长）领导下负责组织医疗器材敷料的制备、消毒、保管、供应和行政管理工作。护士、护理员及消毒员亦要有明确的分工各负其责，实行岗位责任制，认真执行无菌操作规程，定期做灭菌效果检测，保证消毒物品达到无菌要求。

（三）分工

供应室按不同物品处理要求，一般可分为交换组、空针及针头组、静脉输液组、治疗包及手套组、敷料组、消毒组等。其操作及要求如下：

1. 交换组：根据任务情况可设1—2人。室内有器械柜、货架、洗手设施和取消毒物品的持物钳、镊子等。室内应保持整洁，并设有紫外线灯定期进行消毒。

2. 空针及针头组：根据工作量可设3—4人，负责清洗、修整、包装各种注射器及各种穿刺针头。清洗室应设置水池、冷热水管和洗刷机械设施。有条件可装设自动化冲洗装置。

3. 静脉输液组：可设2—3人。负责拆洗、修整、制作、包装静脉瓶输血器等。室内必须清洁，避免尘埃飞扬，设紫外线灯定期做空气消毒。

4. 治疗包及手套组：可设1—2人。负责清洗、维修、制作、包装各种治疗包及各种型号手套。

5. 敷料组：可根据需要及人员情况安排数人。负责剪裁和制做各种敷料，要求各种敷料按规定指标剪裁，做到计划供应和量材使用，勤俭节约。

6. 消毒组：根据需要和灭菌器具的设备情况，可施行中心化消毒或部分消毒。对不同性质的物品可选择适用的灭菌方法。中心化消毒可以集中处理，节约能源，节省人力。

各组之间既有分工又有配合，共同完成任务。

三、供应室业务管理

供应室是有独立职能的医疗技术科室。供应室低值易耗物品种类多，涉及面广。因此，对各种医疗器材物品和敷料必须进行科学管理。树立严格的科学作风，自觉遵守各项规章制度。工作人员必须严格遵守技术操作常规，掌握有关的消毒方法及无菌操作技术，建立健全各项必要的规章制度，以保证所供应无菌物品的质量。

（一）消毒室工作原则

1. 消毒员应经严格的训练和掌握消毒技术后，方可独立进行工作。

2. 在进行消毒灭菌操作时，消毒员必须坚守岗位，不得擅离。

3. 对不同性质物品要分别消毒灭菌。严格掌握灭菌程序、压力、温度、时间，确保灭菌效果。

4. 必须严格区分消毒与未消毒区。未经许可任何人不准随意挪动物品位置。

5. 各科室送来消毒的物品，必须要有明确标记。

6. 定期做消毒灭菌的效果测定。一般可用药物溶点测定法或细菌培养法。

（二）传染病的处理原则

1. 以防止传染病的扩散，防止交叉感染为主要目的进行污染物品处理。

2. 科室发现传染病和疑似传染病时，应即时通知供应室，所用物品需在科室内经过初步消毒处理后，方可送回供应室进行交换。

3. 凡属厌气菌（破伤风、气性坏疽）及绿脓杆菌等特殊感染时，病人所用敷料应立即烧毁，其他物品器材首先高压灭菌后再进行清洗。

（三）查对制度

1. 交换物品敷料时需由双方当面清点品名数量是否完好，登记后填写换物卡片。

2. 准备器械包时需查对品名、数量、质量，回收器械包时需查数量、质量、有否破损及清洁处理情况。

3. 发放器械包物品敷料时，需查对名称及消毒日期。

（四）经济管理原则

1. 供应室所供应物品种类繁多，做好经济管理，树立勤俭节约思想，讲求经济效果，合理地使用物力是很必要的。

2. 应保证临床科室需用量，做出合理的消耗指标。总结盈亏，克服浪费。实行实耗实销的管理办法。

3. 做好物资管理。对物品请领、使用、保管、发放、报销等都要有严格手续。设立帐目，定期清查。

4. 各种物品器材敷料做到计划使用，精打细算，合理剪裁，科学制作，修旧利废。

孙慧琴　戴淑琴

第十七章　康复医学与医院康复科（部）管理

康复医学（rehabilitation medicine）是一门新兴学科，这门学科的兴起，为医学开辟了新的领域，使医学和社会、生产、群众生活的联系更加密切。现在，许多国家和地区的康复医学事业正在不断发展，尤其重视积极地采取多种形式培养康复医学所需的各项专业人才，这个经验对我国具有特别重要意义。英、美、加拿大、瑞典等国，康复医疗病床约占医院病床总数的1%左右。近年来，世界卫生组织（WHO）提倡康复医学和初级卫生保健（primary health care）相结合，发展社区康复（community-based rehabilitation，CBR），更为残疾人的康复，提供了一个较好的组织形式。我国现代康复医学事业方兴未艾，近几年，各级卫生部门在培养康复医学人才，探索创立具有中国特色的康复医疗组织形式，开展康复医学学术活动，加强国际间学术交流等方面，都做了不少工作。本章仅就什么是康复医学、医院康复科（部）（rehabilitation departmemt）管理的几个问题，做初步的探讨。

第一节　康复医学概述

一、残疾

康复医学是为残疾人（disabled）服务的一门学科，因而又有残疾医学（disability medicine）之称。

残疾人是指由于心理状态、生理功能、解剖结构的异常或丧失，而导致其部分或全部失去以正常人的方式从事某项活动的能力，因而在社会生活中难以充分发挥正常作用的人。据世界卫生组织对部分人口进行抽样调查的结果推算，全世界残疾人约5亿以上。我国1987年全国抽样调查的结果推算，仅五类六种残疾人就有5164万人，其中没有完全包括为数不少的老年病、慢性病的功能障碍者。

世界卫生组织对残疾的不同性质、程度和影响，划分为三个水平：

残损（impairment，有译为缺损、缺陷、损伤、功能障碍与形态异常）：是指心理、生理或解剖结构或功能上的缺陷或异常。是从器官或系统的水平的残疾而言。

残疾（disability，也有译为能力障碍、能力低下）：是指正常人本来具有可以完成的基本日常生活活动的能力，以及其他能力受到削弱的状态。这是从人类的个体水平上而言。

残障（handicap，有译为社会能力障碍，日本学者译为“社会不利”）：是指直接由疾病、外伤或残损、残疾引起的社会活动能力的障碍，包括职业能力的障碍。是从社会水平上的残疾而言。

世界卫生组织康复医学专家委员会对于上述划分为三种水平的定义，还提出了如下看法：

1. 残损和残疾可能是明显的，也可能是不明显的；永久的或暂时的；日趋严重的或逐渐好转的。认识这一点是很重要的。

2. 残障不一定是残疾造成的，有时残损也能造成残障，不一定非要经过残疾这一中

间阶段。

3. 除了由残损或残疾造成的个人因素外，社会和环境因素也能加重或减轻残障程度。

关于把残疾划分为三个水平的意义，可以理解为：第一，依此评价残疾的性质、轻重程度和发展情况对生活、劳动能力的影响，确定是否需要康复治疗，如何治疗和采取什么措施，能否参加劳动或工作，适宜何种职业等，为努力实现改善功能和回归社会创造条件。第二，要努力防止残损、残疾的发生。一旦发生，则应早期诊断、评价、早期治疗、早期恢复，防止病伤的发展，防止延误治疗、康复，以致“二次损伤”(secondary disability)，甚至成为残障。第三，恢复到一定程度的残疾者，在社会上能否发挥其能力，能否取得同正常人一样的工作或学习的机会，这和本人的文化水平、残疾程度有关系，但是在不同的国家和社会也是有差别的。如果在社会接受条件良好的情况下，即使是能力很低下的残疾者也能充分发挥其残存的能力（知识等），有可能在社会上度过有意义的生活。对于即使是病伤情况不可逆转的残疾者，也应当为他们进行自理能力的训练；需要时，尽可能地为他们装配假肢或矫形器等辅助用具以及职业训练，使他们“病而不残，残而不废”。对于难以自理生活或行动不便者，则尽可能提供便利的居住条件或交通工具，以弥补体力障碍。

上述关于残疾的三种水平的划分，也为康复对策提供依据。有的学者认为：一般地说，对于残损的康复处理，主要是治疗性质的；对于残疾则主要是发挥残存的功能，例如在必要时加用适当的辅助用具（如支具、自助具、轮椅等）；对于残障，则更多地需要社会或环境的改变，包括观念上的、物质上的、制度上的诸多方面。

二、康复医学

朴素的康复医学的理论和方法，在国内外都已经有悠久的历史，例如，我国在二千多年前，《内经》已有关于瘫痪、麻木、肌肉关节挛缩等功能障碍的康复医疗的记载。在国外，古埃及的壁画、古希腊名医希波克拉底（HIPPOCRATES，约公元前460—377年）的著作等，也都有关于康复医疗的记录。但是，在医学领域中采用“康复医学”这个名词，并作为一门学科兴起，则是20世纪才开始的。这门学科还在发展之中，学者之间由于各自的情况、经验和观点等不同，对于什么是康复医学，理解和阐释也不尽一致，这在科学发展进程中，特别是在创建初期更是难以避免的。各种观点都将在实践中受到检验。以下将讨论康复医学的涵义、服务对象、内容和方法。

（一）康复医学的涵义

1. 康复与康复医学：康复医学是康复学的一个重要组成部分，也可以说是康复工作的基础。康复是指综合地和协调地应用医学的、社会的、教育的、职业的和其他措施，对残疾者进行训练或再训练，减轻致残因素造成的后果，以尽量提高其活动功能，改善生活自理能力，使之重新参加社会活动。

康复医学则是为了达到康复的目的，侧重应用医学科学技术和康复工程等手段，努力做到早期诊断评价、早期康复治疗，早期恢复并且和社会康复、教育康复、职业康复相配合，借以改善，以至于恢复残疾者生理上、心理上的整体功能障碍，为重返社会创造条件。

2. 医学的康复与康复医学：日本有的学者提出，康复医学与医学的康复(medical

rehabilitation）是有区别的。认为：医学的康复是残疾人康复（恢复正常人的权利）的综合事业在医学上的一个侧面。就是说，它的对象广泛，而且在技术上只要对残疾人康复有利，无论手术或其它历来医学领域里使用的一切治疗方法都可应用。因此，所谓医学的康复是按照目的（残疾人的康复）和范围（医学领域）的规定，而不是学术、技术内容的规定。反之，康复医学（rehabilitation medicine）则具有明确内容的学术、技术体系，主要以运动障碍与高级脑功能障碍（失语症、失用症、失认症及其它因素的神经心理障碍）为对象，研究其损害的本质（残疾学）和治疗方法（治疗学）的一个新的医学专科。也有的人把这二者看做同一个概念。

我国康复医学事业创业伊始，理论上的准备和实践经验都很不足，康复医疗范围似以循序渐进为好，应当积极、稳妥地按照康复医学的特点，在实践中积累经验，深入钻研，逐步向深度广度发展；当然，并不排除应用一切医学手段和可能，努力为残疾人服务。

（二）康复医学的服务对象

康复医学的服务对象是残疾人和老年病、慢性病的功能障碍者，包括创伤、疾病、先天性和发育障碍所造成的残疾。各个国家和地区的情况不同，康复医疗的范围也有差别。比较普遍的康复医疗对象，多数与运动功能障碍有关，诸如：脑血管意外所致的偏瘫和其他残疾，脊髓损伤所致的截瘫、四肢瘫，脑性瘫痪，周围神经损伤，骨折，截肢，关节炎，手部创伤，颈椎病和腰椎病变，冠心病，慢性阻塞性肺疾患，脊髓灰质炎后遗症，等等。康复医疗范围有逐渐扩展的趋势。近年来，对于老年人的功能障碍、肿瘤、慢性疼痛、精神神经症（psychoneurosis）的康复医疗和研究，也为人们所关注。

（三）康复医学的内容

1. 残疾预防：进行残疾流行病学调查研究，残疾原因分析，提出预防对策和措施。这是康复医学的重点。

2. 残疾检查和功能评价：如电生理学检查（肌电图等）、运动功能测定、言语功能测定、日常生活活动能力的测定、心肺功能测定、临床心理学检查、职业能力测定等。

3. 康复治疗手段：包括运动疗法和传统的理疗如光、电、热等（在康复治疗中，应用运动疗法更多一些），作业治疗，言语治疗，心理治疗，假肢和矫形器装配，中医学的针灸、推拿、气功，以及必要的应用中西药物临床治疗手段等。

在康复医疗中充分发挥中医药学的作用，这对促进残疾者的功能恢复、丰富康复医学的内容、扩大康复医学的科研领域，都有重要意义。

康复医学是一门跨学科的应用科学，在理论上较重要的是以运动学（kinesiology）、神经生理学、神经心理学、生物物理学为基础；在康复医疗上则与其它各临床学科，如创伤骨科、神经科、老年病科、医学心理学、生物医学工程学以及社会医学都有密切联系，为尽可能地使残疾者全面康复、重返社会，创造条件。

（四）残疾预防

残疾不仅对患者及其家属带来不幸的后果，对国家和社会也是沉重的损失。现代康复医学尽管不断有新的进展，但是仍然有许多严重的或复杂的残疾问题不能解决，因此对待残疾，也必须坚持预防为主方针，努力减少残疾的发生；对于已经有功能障碍者，则应早期发现、早期治疗、早期康复，防止发生“二次损伤”导致病情、伤情的发展和

恶化。为此，首先应广泛深入地进行预防残疾的宣传教育，使人们知道发生残疾的原因、预防措施等，把残疾的发生、发展控制在最低限度。

造成残疾的原因是多方面的，诸如：①近亲结婚生育的先天性残疾；②先天性遗传；③营养不良、传染病、围产期保健差；④各种意外事故；⑤医源性残疾，例如滥用药品以及产科合并症的幸存者等；⑥老年病和慢性病，如冠心病、肺气肿、关节炎等。此外，战争带来众多的伤残则是显而易见的。由此可见，预防残疾涉及许多因素，需要得到全社会的重视和支持。随着人类社会的进步，可以控制残疾的发生和发展，但是在今天还不可能完全消除它。

预防残疾，需要和世界卫生组织提出的“2000年人人享有卫生保健”的目标结合起来，并且同推行初级卫生保健相结合，发展社区康复。

世界卫生组织提倡的三级预防是预防残疾的基础。

一级预防是指预防伤病的发生，包括健康教育、安全教育、优生优育、预防接种、经常锻炼、合理饮食、不吸烟、不喝酒等。一级预防是解决残疾问题最有效的方法。

二级预防是指残损一旦发生，只要可能，就要防止长期残疾的发生，这就需要提高早期发现率，从而进行早期有效的治疗。

三级预防包括以防止残损、残疾转变为残障或减少残障影响为目的所有措施。

第二节　医院康复科（部）管理

目前我国医院康复部门的情况庞杂，在不同的医院其组织结构、人员构成、工作内容以至于名称差别很大。大致情况有以下三种：第一种是：作为医院临床的一个科，配备有康复医师、以运动疗法（therapeutic exercise）为主要内容的理疗师（士）（physical therapist，PT）、护士，少数单位还配备有作业治疗师（士）（occupational therapist，OT）、言语治疗师（speech therapist，ST）等。这些人中，大多数是临床各科医师、护士等改换专业组成的，其中不少人曾经在国内外进修并接受一年左右的、较为系统的康复医学教育，他们除了做门诊工作之外，还为其他临床科提供康复医疗服务。有的医院还设有独立的康复病房。这种类型的康复科，一般根据本身的特长以专科的康复医疗为重点，例如老年病康复，心、脑血管病康复等。他们还承担了一定的康复医学教学和科研任务。第二种：是做为医院的一个医技部门，有理疗医师或康复医师、理疗人员、护士，为门诊和临床各科提供以传统理疗为主的服务项目，少数是以运动疗法为主，同时采用了一些其它的康复医疗手段。他们中间有些人员通过各种方式，学习了康复医学基本理论和技术。这种类型的“康复科”，有的也承担一些教学任务。第三种是：有的临床医师（创伤骨科、整形外科、内科、神经科等）结合临床医疗，也采用一些康复医疗方法。

以上三种类型中，目前以第二种居多。从发展前景考虑，第一种类型也还需要继续充实、完善、提高，向康复医学领域的深度广度发展。第二、三两种类型中主要是第二种类型，需要积极创造条件接受康复医学训练，使之向第一种类型转化。其中重要的有两条，一是观念上的转变，力求按照康复医学的基本理论、内容和方法，开展康复医疗工作，充分发挥康复医学的作用。其次，应当十分注意普及康复医学知识，开发人力资源，使这门学科为更多的医务人员所掌握和应用。

各个地区、各个医院的情况不同，需要区别对待，分别不同层次，提出不同要求。特别需要指出的是医院设康复科，重在内容而不在于名称。条件不具备时，不必急于设科。现试就一、二、三级医院设置康复科，在人员构成、仪器设备、业务管理等方面提出以下初步设想。

一、医院康复科的任务

康复科一般承担以下任务：

1. 提高康复医疗质量：遵守医德规范，为残疾人和功能障碍者提供优质服务，重点是为早期、急性期或手术后的残疾人进行康复医疗。

2. 开展健康教育：侧重宣传诸如残疾的原因和预防措施，社会、残疾人自己及其家庭如何正确对待残疾、积极参与康复工作以及了解康复医疗常识等。

3. 开展人员培训和科研工作：有条件的康复科应当承担康复医学人才培养工作，包括继续教育任务；并应结合康复医疗实际，开展科研工作。

4. 指导基层医疗卫生单位开展社区康复工作，并对地区性康复体系和康复医疗网络系统提供技术指导。

不同级别的医院康复科，具体任务可以有所区别。

二、医院康复科的业务技术人员构成、内部结构和仪器设备

原则上，对不同级的医院具体的要求有所区别，即使是同级医院，由于条件不尽相同也不强求一律。

（一）三级医院康复科

1. 业务技术人员的构成：三级医院康复科是高层次的康复医疗机构，承担着康复医疗、教学、科研三重任务，需要逐步配备康复医师、以运动疗法为主的理疗师(士)、作业治疗师（士）、言语治疗师、康复工程人员、临床心理治疗师、护士（师）、公共卫生护士（师）等。从我国的实际情况出发，需要有中医药和中西医结合人员。有的还需要特殊教育教师参与。

现在，康复医学领域中的理疗，一般是指运动疗法和其它理疗，而应用运动疗法更多一些。对运动疗法连同作业疗法，在人员培训和组成以及用具、设备、房屋规模等方面，都需要予以重点考虑。

护士接触病人最多，对于预防继发性残疾、废用综合征 (disuse syndrome)，对于观察病情、正确实施医疗程序和操作等方面都具有重要作用。因此，必须经过康复医学的知识训练和再教育，使之能够和 PT、OT 密切结合，圆满地完成任务。

康复工程也是跨学科的专业，内容广泛，是康复医疗的一个重要手段。目前可先从研制、装配假肢、矫形器入手，由简到繁，由少到多，逐步建设，也可以邀请有关工厂或研究所在医院设点，建立合作关系。

我国康复医疗所需的各项专业人员都十分缺乏，而需要量又很大。因此，即使是三级医院的康复科，也应当强调减少层次，提倡一专多能。康复医师这个层次，可由主任医师或主治医师担任，辅以住院医师，共同来完成门诊和病房工作。PT 和 OT 可以合而为一，统称康复治疗师（士）。有的专业人员可以聘请外单位专家兼职，不必都设固定编制。

2. 三级医院康复科的内部结构：康复科的内部结构，依其诊治病种、机构规模、技

术人员的数量和素质以及房屋建筑和设备等情况而定。三级医院一般包括以下几个部分：功能测定、运动疗法和其它理疗、作业治疗、言语治疗、康复工程心理治疗、中医（针灸和推拿）等。医疗诊察、护理和教学示教可参照其他临床各科。

3. 三级医院康复科康复医疗设备：康复医疗设备是指在康复医疗过程中所需的用具和设备，种类繁多，涉及面广，而科学技术在迅速发展，新的东西不断问世，除了一般医院的设备之外，常用的康复医疗用具和设备大体可分为两类：①诊断和功能评价用设备；②康复治疗用设备，包括中医治疗用具。

康复医疗设备的侧重点应放在功能评价、运动疗法和作业疗法以及康复工程等方面。康复医疗的服务对象是残疾者、老年病、慢性病的功能障碍者。传统的理疗一般不作为康复治疗的主要手段。需要时可参考一般医院的设备，但不宜太多。不要把传统的理疗，误以为就是康复医疗。

1981年世界卫生组织残疾预防与康复专题委员会在讲到康复医疗的技术问题时，提出了以下值得重视的一些看法："很久以来，一直在采用种种被动疗法和其它一些价值一般的疗法，例如浴疗和各种电疗、磁疗。由于康复工作人员都被分配去从事这些疗法，致使一些更为紧迫的主动型的有效疗法的人员不足。最近几年商业上追求利润，竞相推出了这些被动疗法的应用。委员会审议了这些疗效的科学证据和其中某些疗法引起组织损伤的危险性。鉴于它们即使有效，效果也只是一般这一事实，委员会建议在康复治疗中逐渐淘汰这些疗法，不再训练从事康复的医师和治疗专家使用这些技术，并不再从社会救济基金中支付这些疗法的费用，相反应该提倡主动训练技术和身体体质训练。

因缺乏有效的治疗而同意采用安抚或疗效一般的技术时，应竭力寻求化费低而且无副作用的方法。

许多发达国家中有一种倾向，他们将康复领域中的科技力量集中于发展诊断和治疗所需的复杂而昂贵的技术。委员会认为，应该重新审查这种将研究经费用于这方面的政策，并认为应把科技力量放到有益于大多数残疾者，例如发展简单有效的技术，以便帮助残疾者能以料理其日常生活。

配置康复医疗设备的原则：①要考虑服务对象、技术力量、场地和投资能力等客观条件，从实际出发，因院制宜，量力而为；②以实用为主，国内能生产、质量较好的，就不应进口，更不要被商业广告宣传所迷惑；③应选择性能好、精确度高、精巧、耐用的品种。

（二）二级医院康复科

这个层次的康复科，第一步可先设康复医师、康复治疗师（士）（即一人兼做运动疗法、一般物理治疗和作业治疗）、护士（师），而后逐渐充实其他专业人员，或者聘请外单位专业人员兼职。内部结构不宜强求分工过细。

康复医疗设备：可先设置量角器、握力计、二级梯、心电图机、肩关节训练器、腕关节训练器、踝关节训练器、手指训练器、股四头肌训练器、墙拉力器、肋木、平行杠、体操垫、姿势矫正用镜、铁哑铃、牵引治疗机、训练阶梯、轮椅、步行器、拐杖，作业治疗的日常生活活动的评价和训练设备，中医治疗用具如针灸，以及热包机、微波机、低频机、石蜡浴等。购置各项设备，提倡就地取材，量力而为。

（三）一级医院的康复科

目前，我国城市区一级医院的情况千差万别，不宜一概而论。有条件的县医院可以参阅二级医院康复科标准，逐步地把康复科建立起来，首要的问题是培养康复医学人才。对多数的县医院可以先采取由临床各科医护人员兼任，优先遴选内科、外科，特别是从事创伤骨科、整形外科、神经科、老年病科的医护人员，授以康复医学基本理论和技术的教育，逐步在实践中提高、深化。康复治疗室的设备，以常用的评价、训练用具为重点，诸如：握力计、体重身高计、日常生活活动评价和训练设备、肩关节训练器、腕关节训练器、手指训练器、墙拉力器、平行杠、牵引机、体操垫、姿势矫正用镜、轮椅、拐杖、步行器、针灸针、通用电疗机等。

三、医院康复科业务管理的其它一些问题

医院康复科的门诊、病房等管理工作，和其它临床各科相比较，既有相同之处，又有其特殊性，本文将侧重讨论其特殊方面的一些问题。

（一）关于康复医疗“综合小组”和社会工作者的设置问题

国外医院康复科、康复中心有组成康复医疗“综合小组”（team approach）的形式。这种组织形式是由腊斯克（Howard A Rusk）教授创立的。多数是由专长某一专科的康复医师主持，并配备有负责治疗该伤病的以运动疗法为主的理疗师、作业治疗师、言语治疗师、心理治疗师、假肢和矫形肢具装配师、护士（师）、社会工作者等组成，对残疾者进行评价和制订康复医疗程序。综合小组的优点是能较好地集中人才、技术，对所负责的残疾者进行积极的、整体的康复医疗。但需要人力太多，检查、处理有时会重复。我国康复医学人才奇缺，国情不同，实行什么组织行式值得研究。目前勉强推行综合小组，首先是难以组成队伍；即使在个别单位可行，普遍意义也是比较少的。但是，应当以康复医师为主导，并且和PT、OT 和护士等商议，发挥集体各有所长的智慧，这对于需要多学科共同为残疾人服务的康复医疗更为重要。

国外康复医疗机构包括医院康复科，多数设有社会工作者（social worker）的职务，他们起医院康复科与社会之间的桥梁作用，还承担一些技术性工作，诸如残疾人回家后，门户、居室、生活设施的改造、安排，以适应残疾人的需要。国外有专门培养这种人才的短期大学。我国既没有这个专业，现行一些制度也不同。因此，是否设置这个职务，也有待于实践中探索。

（二）关于残疾的评价和康复医疗程序问题

在康复医学领域中，评价是指为制订康复目标而收集、分析必需的信息、资料的过程。康复医疗中，评价是基础和前提，而又贯彻始终，只是病种、病程、部位等不同，具体项目和使用方法有所区别。评价和临床诊断也是有区别的。诊断是根据病、伤情况确定是什么病；评价则着眼于功能障碍。康复医学领域所说的功能，并不仅仅限于某一器官，例如心脏功能、关节活动度等，而是着眼于生理上、心理上包括个人日常生活活动能力、社会活动能力诸方面的总体。康复的目标不仅限于治愈病伤，更重要的是改善功能，为回归社会、恢复作为社会一员的平等权利创造条件。康复的一切措施（包括评价）都是围绕这一目标展开的。

评价的内容广泛，按其程序有：①判断残疾的程度；②分析残疾的原因；③确定康复医疗的方案；④判定治疗效果；⑤再评价；⑥职业能力测定等。

评价的项目如：①关节活动度测定；②肌力检查；③日常生活活动能力的评价；

④步态分析；⑤神经肌肉电图检查；⑥心理评价；⑦心脏功能检查；⑧肺功能检查；⑨神经心理学的检查（包括失认症、失用症的检查）；⑩言语能力检查；⑪偏瘫的功能测定等等。依残疾的种类、程度、部位不同，有目的、有重点地选择使用。评价的项目、内容和方法，有的有了新的发展，学者之间的看法也不尽一致。各个医院康复科可根据本身的技术力量和经济条件，由少到多，逐步购置有关设备，并要设计各项评价的记录表、卡片等备用。

如前所述，康复的目标，在于努力使残疾者改善功能，重返社会，病历的书写和临床一般的病历也有所不同，不仅要了解病伤的发生时间、损伤部位和程度，而且要详细了解残疾者的家庭、社会背景、生活起居、文化程度、职业能力等各方面情况。为此，需要设计、印制适合康复医疗使用的病历、记录等。

康复医疗程序是针对某种残疾的共同特点，而又是进行个体化的评价，并据此利用各种康复治疗手段，有计划、有步骤地进行的一种康复治疗流程。它大体上是按照残疾的发展过程分期进行的。通常包括：①按照专业化的记录项目进行评价；②依据康复治疗原则，按照残疾不同水平和时期，制订所要达到的具体目标；③康复治疗的具体方法；④定期的再评价，以判断康复治疗效果是否达到预期目标；⑤对预后的估计（包括职业能力测定）。

康复医疗程序依病种、病程和年龄有所不同，而且随着病情的变化，需要调整、完善。

（三）关于康复医疗专业人员的工作量问题

康复医疗专业人员的工作量涉及诊治对象的病种、病情轻重和病程，机构规模、房屋建筑和设备等因素，特别是人员的素质和管理水平。目前我国尚待调查研究，制定一个可行的标准。本文仅试举一些资料，供参考。

PT 的工作量，国外一般是一名 PT 配上一名助手，日工作量大致为 20 名病人。因为在康复医疗中，采用一般的理疗较少，以运动疗法较多，而且不少是“一对一”（即一名PT，指导、辅导一名病人进行训练），所需时间较长而且吃力。

国外，PT的日工作量（以运动疗法为主）：

1. 美国医院协会

PT	包括非专业的助手	日工作量
1	1	10—20
2	1—2	20—40
3	2—3	40—60
4	3—4	60—80
5	4—5	80—100

2. 世界物理联合会（World Confederation for Physical Therapy）

PT	PT实习生和非专业人员	病人数
2	2人以上	40

OT 的工作量，据美国的资料，对于重症或病情复杂的残疾者，一名OT，日工作量承担 10 名病人。而集体的作业治疗，10～20 名病人，一回有一名 OT 就可以了。也有学者认为，在治疗过程中的初、中、后期，工作繁简不同，计算 OT 的工作量也有所区别。

康复医师的工作量，据加拿大、法国的资料，一名经验较少的康复医师可承担 50 名病人，熟练的还可以多一些，他们都配备有熟练的医务秘书。这种工作量可能包括急性、慢性和轻重症具有康复治疗的对象，如果都是急性期或重症，恐怕就难以胜任。在国外的康复医疗机构中，还有一些兼职或专职的泌尿科、神经科、内科专科医师，也分担了一些诊疗任务。

以上各项专业人员的工作量，依诊治对象和管理方式不同，具体作法也是多种多样的。例如，日本有的学者认为，对脊髓刚损伤的新病例需要 24 小时的完全护理，每 10 名病人需配备医师 1 名、护士 5 名（其中 2 人为熟练的护士）。

英国Lodge Moor医院（脊髓损伤医院），有 20 床的病房配备 14 名护士（包括护校学员），在总数 60 病床中，有医师 3 名、PT 6 名、OT 4 名。H eidelberg 的脊髓损伤中心，60 名患者，配备了医师 3 名，护理人员 42 名，PT 16 名，OT6 名。即使这样，因为有颈髓损伤的四肢瘫痪患者，就是陈旧病例，也需要“一对一”的护理，他们还反映人员不足。

康复医疗对象的残疾种类和病程不同，所需要配备的康复专业人员也不一样。一般的说，以急性期和重症为对象的康复医疗机构中，各项康复专业人员所能承担的残疾者必然少一些，康复医师和护士需要配备多一些；而对恢复期的康复医疗对象，则需要较多的治疗师（士）和护士；对于长期照顾者，则以护理人员为主，如休养所（nursing home）等机构。

（四）关于医院康复科的建筑问题

医院康复科的建筑需要符合康复对象的特殊要求，也是管理工作上应当留意的一个问题，在高层次的三级医院，在新建、扩建、改建时尤应予以考虑。

康复国际协会（Rehabilitation International，RI）曾经提出康复设施的几项通用的标准，内容有：①康复建筑的正门，与地面高度相同，不用台阶，设置防滑的斜坡。②出入口，宽度为 80cm以上。③斜坡，室内室外均需有斜坡，斜度在7.5—4.5°之间。④通道的宽度 120cm以上（有的专家提出 2--3m）。厕所，宜设在便于使用的地点，外开的门、间壁、内部设有扶手。⑤如设电梯，入口宽度 80cm 以上。

此外，还可以考虑以下几点：①地面要平整，防滑，这对于老年病人居多数的疗区，更为重要。②在疗区中，尽量减少台阶、沟、门槛等障碍物。③走廊、楼梯两侧需要断面为圆形的扶手。楼梯每一蹬高度为 10—15cm。

以上各项，在新建、改建、扩建时，宜预作安排；建成之后，改就难了。

关于病房、运动疗法和一般理疗室、作业疗法室等的设计与施工需作专题讨论，本文只就若干特殊问题做简略的介绍。

1. 病房：除参照上述各项和需要符合一般医院的要求外，还要考虑：①单间和大间都需要。国外有的学者提出，鉴于重症残疾者多数需家属伴随照顾，以及使用轮椅的情况，4 名病人一室，这样病室的跨距以 6×6m 或 6×5.5m 为理想。②病室的门宜为

拉门，如为合页门宜安上玻璃，使里外都能看见。③病房的每个单元宜有活动或者娱乐室、用餐室，以便于残疾者活动，康复病房只做为寝室，而不宜让残疾者终日躺在床上。④截瘫、偏瘫病人厕所需用坐式，两侧安上扶手；因其排便困难等原因，便器的需要约为普通的1.5—2倍。⑤房屋内部的各种设施、家具的形式和位置等，也要适应残疾人使用的特点，例如柜、桌和卫生器具的选择和设置，应考虑坐轮椅者的高度较底、轮椅脚踏板前突等情况；截瘫病人使用的浴室宜用冷热水混合型水栓，以免烫伤瘫痪肢体；对上肢残疾者，水的把手宜为长把手形式等。

2. 运动疗法与其它理疗室：有条件时，宜分开设置。但也有合在一起的，河北省医院康复中心（即该院的康复科）就是二者合在一起，使用面积约180m²运动疗法的场所显得过小，易发生碰撞等问题，因而至少要有60m²左右的场地。一般的理疗可用布帘隔开，最好有妇女的专用角。运动法室取暖装置为20℃左右，一般理疗室的取暖则需23—25℃。运动疗法室的地板以木制双层为理想，对天棚中安置的吊钩、框架，以及较重的运动疗法用具，应当勤作检查，防止发生脱落或断裂。一般理疗的设备也需注意安全。

3. 作业疗法室：有集中在一处的。条件允许时，可分为木工、编织、陶瓷等几个部分。采用开放系统，以柜厨代替墙壁便于移动。为了避免某些作业尘灰、异味的影响，用墙壁隔开，此时，隔墙上可安装玻璃便于治疗士的监护，又可节省人力。

运动疗法和作业疗法的场所，均需通风良好，光线充足。对精细的作业，如剪纸、绘图等，宜用无影照明设备。

此外，在管理工作上，还有许多实际问题需要探讨，诸如关于如何选择病例，如何促进及时出院，以及住院病人的年龄、病种和病情不同如何安排病室等问题，篇幅所限，不赘述了。

医院设康复科，便于临床各科和康复医疗密切结合，提高疗效；可以避免重复购置医疗设备，节省人力、物力和财力。这种组织形式已经成为国际上的一种趋势。但是，在我国推行这种形式，由于客观条件的限制，将是一个漫长的过程，并非易事。当前，我们需要更新观念，充分认识康复医学在医学领域中的地位和必然趋势。把此项工作同卫生工作改革结合起来，支持康复医学事业的发展，特别要把培养人才放在首要地位。在制定卫生工作规划时，把建立医院康复科同社区康复、疗养、休养机构、家庭病床等统筹安排，各尽所能，互相配合。

陈仲武

第十八章　医院预防保健和社会医疗服务

第一节　医院预防保健和社会医疗服务的意义、指导思想和任务

一、意义

医院预防保健和社会医疗服务是医院基本功能之一，也是我国预防医学体系中不可分割的组成部分。在卫生部颁发的“全国医院工作条例”中明确规定：医院以“医疗为中心，在提高医疗质量的基础上保证教学和科研任务的完成，并不断提高教学质量和科研水平，同时做好扩大预防，指导基层和计划生育的技术工作”。因此以医疗为中心，扩大预防，放眼于社会，着眼于基层是医院的重要职责。

随着社会疾病谱、死亡谱以及病因学的改变，人们不仅要求治疗疾病，而且更加注意预防疾病和增进健康。医院扩大预防，不仅可以做到无病早防、有病早治，主动为病人或健康人服务，而且还可以防止急病慢化，有效地降低发病率，提高治愈率，降低死亡率。

医院面向基层，指导地方和厂矿的卫生工作，加强医院横向联合，不断提高基层医疗单位防病治病的水平，就能使大量多发病、常见病在基层解决，从而有利于合理利用医院人力物力资源，有助于医疗质量的提高和教学、科研任务的完成，有助于充分发挥医院的社会效益和经济效益。

做好医院内预防保健工作，可以防止医院工作人员中各种职业性危害，防止和减少医院内感染的发生，防止医院在诊断、治疗过程中的一切生物、物理、化学、放射等有害因素对外界环境的污染和对社会人群的危害。

二、指导思想

医院开展预防保健和社会医疗服务应以三级预防和初级卫生保健为其指导思想。

（一）医院三级预防

从本世纪50年代以来，按疾病的发生发展过程，对预防医学提出了三级结构的概念。医院应按三级预防理论指导预防保健和社会医疗服务工作。

防止疾病的发生、实行病因预防称为第一级预防。它是从病因着手制定预防措施，其对象是社会人群，其内容是初级保健。主要是通过保健活动来建立并维护有益于身心健康的自然和社会环境。第一级预防是预防医学的主干，是最积极的预防。

当人体已处于发病的潜伏期或前驱期，通过医疗手段对疾病做到早期发现、早期诊断、早期治疗，控制疾病的发展和蔓延，这是第二级预防。其内容有健康体检、群众自我健康检查，疾病普查普治，对普查疾病的早期合理用药、防止带菌、防止转成慢性及心理治疗等。

当人体已处于发病期，通过积极有效的治疗和抢救，减轻病人痛苦，挽救病人生命，防止病残的发生，促进病人的功能、心理康复，这是第三级预防。第三级预防是通过医院医疗活动实现的。

医院积极开展三级预防，预防疾病的发生，控制疾病的蔓延，减低其病死率、并发症和后遗症，是三级预防的主要任务。

医院预防工作的主要任务应是第二级预防和第三级预防。

（二）初级卫生保健

医院开展预防保健和社会医疗服务应以“2000年人人享有卫生保健”的全球战略为目标。加强和完善初级保健是达到上述目标的关键措施，也应是医院扩大预防的指导思想。

1978年召开的国际初级卫生保健大会，对初级卫生保健作了如下解释：“初级卫生保健是一种基本的卫生保健。它依靠的是切实可行、学术上可靠又受社会欢迎的方法和技术，是社区的个人和家庭通过积极参与普遍能够享受的，其费用也是社区或国家在各个发展时期依靠自力更生和自决精神能够担负得起的，它是社区和整个社会经济发展的组成部分，是国家卫生系统的中心职能和主要环节。它是个人、家庭和社区同国家卫生系统保持接触，使卫生保健深入人民生活与劳动的第一步，因而也是完整的卫生保健过程的首要因素”。按照以上解释可以认为：初级卫生保健是群众乐于接受、费用担负得起、人人普遍能享有的不可缺少的卫生保健，是基层的卫生保健工作，是卫生部门的基本职能，是各级政府的重要职责，是社会经济发展的组成部分。由于初级卫生保健是着重解决居民中存在的主要卫生问题，包括预防、保健、医疗和康复，因此至少应包括以下内容：①对当前的主要卫生问题以预防和控制的方法进行宣传教育；②改善食品供应和营养；③提供安全饮用水和改善环境卫生；④开展妇幼卫生保健（包括计划生育）；⑤主要传染病的免疫接种；⑥预防和控制地方病；⑦妥善处理常见病和伤残；⑧促进精神卫生；⑨提供基本药物。

医院要将初级卫生保健的任务纳入日常工作，纳入发展规划，作为预防保健工作的指导思想。

三、基本任务

（一）国外医院预防保健工作简况

医院预防保健工作和社会医疗服务的具体任务各国也不尽相同。例如英国对全社会居民实行免费医疗，费用由全国税收中支付。在每个地区设有各自的卫生保健机构，区内又设有保健中心，开展居民医疗保健服务。英国的医院及专科医院除进行一般的医疗服务外，还制定了国民保健服务制度，开展妇幼保健、学校保健、老人及残废者保健和精神卫生、助产、保健咨询、急救、预防接种、计划生育、健康调查等工作。在日本实行医疗保险制度，对精神病、结核病、麻风病、传染病、遗传性疾病实行国民医疗保险。一般保健服务内容有孕产妇、乳幼儿、老人等的健康检查，保健和营养指导，预防接种，健康管理、保健卫生教育等。在美国实行健康保险制度，开展医院外卫生保健和家庭卫生服务。苏联实行免费医疗，医疗工作分为地区和地段二种。地段医院负责传染病的隔离、卫生宣传，养老金、残废金、无人扶养人养老金管理等。罗马尼亚、南斯拉夫的各级医疗机构也都把预防保健作为一项重要工作内容。特别是对妇幼卫生、口腔卫生和传染病的预防给以高度重视。同时对工人作业环境的改善、职业病的防治、预防接种、普及卫生知识等也采取了相应措施。

（二）我国医院预防保健及社会医疗服务基本任务

我国医院中的预防保健工作和社会医疗服务的主要任务有：健康检查，疾病普查普治，计划生育技术指导，妇幼卫生保健（包括婴幼儿系统管理、围产期保健）和优生学，医疗、心理、健康咨询，家庭病床，老年保健，康复指导，医院管区的传染病管理，预防接种（我国部分省、市实行预防接种保险），食品卫生，学校和厂矿卫生，卫生宣传及职业卫生教育，爱国卫生运动的技术指导，非传染性疾病及精神病的防治等。

第二节　预防保健工作的组织

一、组织领导

医院的预防保健工作和社会医疗服务是全院性工作，涉及临床和医技等各科室。因此，应在院长的领导下，由预防保健科负责计划、组织和实施。医务处、门诊部、护理部、总务处等职能科室应积极协助此项任务的完成。

二、医院预防保健科职能及人员配备

预防保健科是应用临床医学和预防医学的理论和技术进行疾病防治的职能科室，具有行政组织和业务指导的双重职能。从预防保健和社会医疗服务的业务需要考虑，其人员构成除公共卫生医师和护士外，尚应有内科、儿科、妇产科等有关临床科室的医务人员。各类专业人员均应具有一定医疗预防业务水平和组织能力、身体健康、责任心强，热心于预防保健事业。

三、医院开展预防保健工作的形式

分院内保健和院外保健两种形式。

（一）医院内预防保健

除负责本院职工和家属的医疗保健外，还应对医院内隔离消毒、污物及污水处理、院内交叉感染、疫情报告、健康检查、疾病咨询、医院工作人员工作环境、劳动条件、卫生防护设备等进行监督和管理。

（二）医院外预防保健

我国目前大概有以下三种类型：

第一种类型是按卫生防疫部门的要求，由预防保健科在医院划分管区内开展传染病预防管理、预防接种、妇幼卫生、食品卫生、学校卫生、厂矿卫生、计划生育技术指导、卫生指导和卫生知识的宣传教育等。

第二种类型是预防保健科只担负一小部分地段预防保健任务，如只负责 1—2 个居民委员会范围的预防保健。目的是通过工作取得实践经验，以指导基层医疗单位开展此项工作。

第三种类型是医院不具体担负地段预防保健工作，而只对基层医疗单位进行业务技术指导。

根据三级预防概念，结合医院本身特点和医院预防保健工作的实践，我们认为医院外预防保健工作应根据医院分级分工的不同区别对待。中央级或省、市级医院的预防保健工作宜采用第二或第三种类型，并把工作重点放在指导基层防治工作上。区级或街道等基层医院可按第一种类型开展预防保健工作。

第三节　预防保健工作业务范围及其管理

一、健康检查与疾病普查普治

健康检查与疾病普查普治是医院医疗预防保健工作的重要内容。

（一）健康检查

是指对个人或集团人群进行的身体健康情况检查。目的是早期发现、早期诊断、早期治疗疾病，早期采取措施预防疾病。

1. 健康检查的方式：按健康检查的目的划分，一般包括预防性健康检查和定期健康检查。按检查对象区分，一般包括集体健康检查和个人健康检查。

⑴ 预防性健康检查：指就业、入学、入托、参军、出国等所进行的身体健康检查。预防性健康检查不仅可以早期发现潜伏在身体内的疾病，达到早期诊断、早期治疗的目的；而且还可以防止由于本身健康原因，而引起对其它人群的危害。对参加从事有害作业的人进行就业前健康检查，还可以防止由于接触劳动环境中有害因素而使原有疾病加重，或因对某些有害因素敏感而发生职业病。

⑵ 定期健康检查：是指按规定的时间间隔，定期地进行身体健康检查。定期健康检查可以早期发现病人，防止病人原有疾病的继续发展和新病例的继续发生，还可以发现其它慢性病患者及该作业的禁忌者，从而采取必要的防治措施。对从事与人群有密切关联的行业，如饮副食行业、集体食堂、托幼机构、奶厂、自来水厂等单位工作人员，定期进行健康检查，就可以防止患有禁忌证的人参加该项工作，从而免除了对健康人群的危害。

⑶ 集体健康检查：可在门诊或基层进行。检查前要做好准备和组织工作。组织有关临床医技科室学习健康检查标准，统一技术方法，确定检查项目，规定填表注意事项。检查后对发现的问题应组织分析讨论，根据病情决定是否复查或进一步检查，最后做出健康情况结论和处理意见。

⑷ 个人健康检查，可在门诊进行，亦可短期住院进行。随着人们物质生活和文化水平的不断提高和对健康要求的不断增长，住院健康检查将会占有重要地位。

国外把成人短期住院健康检查称为“(人用）干船坞”(human dry dock)。“干船坞”是检修船舶的设施，这里借用为收住短期入院进行健康检查的设施。内容以壮老年为对象，以早期诊断为目的，进行彻底地健康检查和对成人病（如高血压、心脏病、癌症等）作预防检查。“病房或检诊综合体制”如有2日“船坞”，6日“船坞”，1—2周“船坞”，还有门诊和忠告。故应指派具有丰富临床经验的高年资医师负责。

2. 要做好健康检查资料积累和分析工作：

⑴ 就业前健康检查资料，可以做为安排工作时的身体健康依据。

⑵ 可作为与定期健康检查进行动态对比资料。

⑶ 定期健康检查资料，可以做为是否适宜继续从事该工种的依据。

⑷ 可做为改善劳动环境必要性的依据，以及改善后效果评价指标。

（二）疾病普查普治

是指对社会某一人群的有关疾病，专门组织的医学检查，并对检查出的疾病给予相应的治疗。

有计划地开展疾病普查普治，不仅体现了党和政府对人民群众身体健康的关怀，而且可以了解和观察某一或某些疾病以及异常生理状况在人群中的自然分布频率，社会和自然影响因素发展趋势，为制订疾病防治规划提供依据。

疾病普查不仅可以早期发现各种常见病、多发病，而且可以早期诊断对人类危害较大的恶性肿瘤。及时进行普治和采取必要的预防措施，就能降低疾病的发病率，提高临床治疗效果，减少病死率。

疾病的普查普治可以是对社会某一待定人群进行全面系统的检查，如老年病、妇女病的普查普治。也可以是根据工作或科研的需要，对某种疾病进行的普查普治，如在学校中进行的龋齿、沙眼、近视眼、蛔虫病等单一疾病的普查普治。有时是为了建立生理标准，有助于临床而进行的普查，如老年人血液生化指标的测定，心电图的变化等。

为了保证普查普治工作的顺利开展和取得更好的效果，要切实做好普查普治准备工作：

1. 明确普查普治的目的、任务和范围：只有确定普查普治需要解决的目的、任务和范围，才能决定所需人力、物力和时间，有针对性地制定普查普治计划，提高工作效果和质量。

2. 拟定普查普治项目和表格：根据普查普治疾病的目的和要求，拟定普查项目和表格。统一诊断标准。对检查操作常规、表格填写方式等也都应有明确规定。并对参加人员要进行必要的培训。

3. 做好普查普治前的各种物资准备工作：如登记表、各种仪器、器械、药品等。

4. 做好普查普治的宣传教育：讲明目的及意义，争取各级领导的支持，作到家喻户晓，提高受检受治率。

5. 选定普查普治的方式：可采用深入基层，集中检查和治疗，这样方便群众，较少影响生产。必要时也可在医院门诊分散进行。

6. 做好普查普治的总结和随访工作：通过随访可研究发病原因，验证诊断是否正确，追踪患者病情变化，观察治疗后的近期和远期疗效，探索疾病发生发展规律，有利于不断提高普查普治质量。

二、指导基层

是指对下级医疗单位逐级进行的业务和技术指导。

有计划有目的对基层进行业务和技术指导，不断提高其防治水平，不仅使群众直接得到良好的医疗服务，方便群众就近就医，而且能充分发挥基层医疗单位的潜力和作用，有利于分级分工医疗服务制的巩固。指导基层帮助开展新的医疗项目，就能把大量的常见病、多发病解决在基层。对特殊疑难病例再通过会诊或转诊方式向上级医院介绍，就会相对缓和大医院门诊的压力，改变大医院挂号难、就诊难和住院难的状态，从而有利于大医院管理水平和医疗质量的提高，也有利于医院教学、科研工作的开展。

指导基层的方式有：接受转诊、疑难病例会诊，举办各种类型学习班，专题学术报告，临床病例讨论会，病理讨论，文献报告会，论文报告会，专家教授讲学，各科对口业务学习，或定期举行技术示范、技术表演以及指导基层开展科学研究，接受基层医务人员来院进修等。

目前有的医院，采取应聘选派具有丰富临床经验的医务人员和医技骨干到基层或挂

钩医院兼职的办法。兼职人员除承担基层一定量的日常医疗技术工作外，主要是对进行业务和技术指导。通过有计划地定期兼职轮换，不断地提高基层医务人员业务技术水平，就能充分发挥基层医疗单位的人员、床位、设备的作用，填补基层医疗单位的某些专业空白，帮助建立和健全各种规章制度，促进基层医疗单位管理水平的不断提高。

三、医疗咨询与健康教育

（一）医疗咨询

是指医生或医务人员对个人或家属提出的有关疾病和健康问题所进行的解答和医学指导。

随着社会物质文化生活水平的不断提高，人们不仅关心对疾病的认识，并对疾病的病因、发生发展规律、诊断、治疗、护理、预后、预防措施等提出咨询。而且将要把健康作为当前和今后自觉追逐的目标，成为人们愿意付出代价的一种更高级需要。对如何保证机体正常功能、增进健康、延长寿命等问题会更加日益关心。所以医疗咨询也是人们为了健康而要求实行的一种医疗服务方式。

医院可根据条件设立咨询门诊，对群众关心的医学问题予以解答和提出忠告。我国医院目前主要开展的有遗传咨询、心理咨询、儿童保健咨询、围产保健咨询等。医院各有关临床科室也可在门诊内选派具有一定临床经验的医务人员，担任本科范围的医学咨询。有条件的医院也可单独开设咨询门诊，负责解答各种医学和健康问题。

（二）健康教育

健康教育也称卫生宣传教育，就是通过卫生宣传教育把卫生科学技术知识和方法教给群众，以不断提高人民群众和全民族的卫生科学知识水平。卫生宣传教育是开展医院预防保健工作的重要手段和方法。是我国卫生工作的一项治本措施和基本建设，是建设社会主义精神文明和物资文明的一项重要内容，是社会主义卫生事业的一个重要组成部分。

医院卫生宣传教育工作的要点：

1. 普及性：宣传各项卫生工作方针政策，宣传先进的医学理论和方法，宣传普及医药卫生科学技术知识，介绍行之有效的各种卫生工作方法和群众创造出的先进经验等。

2. 针对性：根据不同的宣传对象，如不同年龄、性别、职业人群、文化程度等，不同时间、季节、地点等，宣传群众最为关心的卫生问题。

3. 科学性：宣传的内容要有科学根据，实事求是地反映客观现象，对所要说明的问题最好能引用自己调查或国内调查已证实的资料和数字。

4. 艺术性和趣味性：根据宣传对象的特点，使用群众喜闻乐见的方式，进行生动活泼、形式多样的宣传。

5. 思想性和实用性：只有在正确的思想指导下，对群众中存在的医学问题，提出切实可行的解决办法，才能收到最好的宣传效果。

医院的卫生宣传教育要有领导有计划地进行，由预防保健科会同医务科、门诊部、护理部等职能部门，负责计划和组织。可利用讲演、座谈、广播、黑板报、墙报、书刊、画册、照片、模型、标本、电视、电影等多种形式进行，开展门诊候诊宣传教育、住院宣传教育、地段宣传教育或根据需要走向社会进行卫生宣传教育等。

四、计划生育技术指导与优生学服务

（一）计划生育技术指导

医院应担负计划生育宣传及计划生育技术指导工作，主要任务如下：

1. 计划生育的宣传工作：宣传晚婚和计划生育对广大群众的生产、工作、学习、身体的有利方面，做好节育科学知识的普及工作，帮助群众掌握节育知识，选用适宜的节育方法。贯彻以避孕为主的方针，指导育龄夫妇因人而异地采用药物、工具或手术等方法落实节育措施。

2. 开展各种节育手术：严格执行节育手术常规，建立健全各种规章制度，严防各种事故发生，切实保证和提高各种节育手术质量。对避孕失败、计划外妊娠的也要尽早采取补救措施。

3. 大力开展计划生育临床技术科研工作，配合有关部门努力研制安全、高效、方便、经济的节育措施。

4. 培训基层医务人员：提高他们的手术质量，防止各种并发症的发生。做好对基层疑难病例的抢救与会诊，开展业务技术交流，推广新的技术方法。

5. 做好计划生育资料的统计分析和积累。

（二）优生学服务

是指利用医学科学知识和技术，使出生的后代成为优秀个体和健康儿童。

1983年英国科学家高尔顿首先提出和创立了优生学。其目的在于探索影响后代的各种因素，从体力和智力各方面改善遗传素质，提高人口质量。他认为："优生学不但考虑现存人类健康，还注意后代人、整个民族素质的改善，从而达到改善人类健康的目的。"

优生学分预防性优生学（负优生学）和演进性优生学(正优生学)。限制和防止有遗传性疾病或先天性疾病等严重缺陷儿的出生，属于预防性优生学。限制有害基因结合，减少、净化有害遗传基因，选择有利遗传基因结合，促进体力和智力上优秀个体的繁衍，属于演进性优生学和正优生学。二者的目的都是为了使后代避免遗传缺陷，提高人类遗传素质。

优生学服务在我国医院中还是一门新兴学科。开展的内容主要是预防性优生学，即如何防止和减少白痴、畸形胎儿等的出生。目前我国医院优生学服务主要有遗传咨询、产前诊断、选择性流产和妇幼保健等。

1. 遗传咨询（又称遗传学指导）：是医生或遗传学家，应个人或家庭的要求，就某种遗传性疾病或畸形是否出现，以及发生的概率等有关遗传方面的问题进行的解答。咨询内容一般包括该疾病的病因、遗传方式、严重程度、诊断、治疗、预后以及今后该疾病再发生的危险率等。

做好遗传咨询首先要明确遗传病的诊断，然后再根据其它的有关检查，做出关于婚姻、生育、中止妊娠、绝育等有关遗传指导。

2. 产前诊断(也称孕期诊断或宫内诊断)：是指在胎儿出生前，通过一些生物化学、生物物理或遗传学等方法来诊断胎儿是否患有遗传性疾病或先天性畸形，以达到早期采取防治措施的目的。

3. 选择性流产：一般是指对患有严重遗传病或先天性畸形的胎儿进行的人工流产。

我国医院门诊开展优生服务的工作程序是通过遗传咨询（或产前咨询）门诊，选择有高度风险的妊娠进行胎儿宫内诊断，发现异常者进行选择性流产及时中止妊娠。

开展妇幼保健，防止妊娠初期的各种病毒、细菌感染和某些营养素的缺乏，避免接触各种有害的化学物质、放射线以及滥用药物等，都是做好优生的有效措施。

五、家庭病床

是指医务人员在病人家中建立病床而进行的医疗保健服务。

建立家庭病床也应按医院分级分工的不同区别对待。区级和基层医疗单位开展家庭病床应建立独立的家庭病床科统一管理。划定出诊和家庭病床的地段范围和管理对象，建立管理家庭病床的各项规章制度，规定统一收费标准和收费办法，制订各科参加出诊和家庭病床工作的医务人员条件和轮换制度，建立统一的病历档案和内部会诊、转诊办法，定期地对开展家庭病床遇到的问题进行研究等。上级医院也可以从实际情况出发，开展各种形式的家庭病床，也可采用逐级指导的形式定期参加基层家庭病床的查房、会诊等。

开展家庭病床的主要优点有：

(1) 方便病人，使病人在自己家中即能得到治疗和护理。家庭环境和气氛有利于免除病人尤其是儿童因对医院环境的生疏而产生的不安心理。对慢性病、老年病、肿瘤病等病人建立家庭病床，可以减少其对治疗效果的疑虑及对预后的恐惧心理。也可以免除部分人因住院而引起对家庭事务的牵挂。

(2) 可以缓解医院病床紧张，缩短病人住院时间，加快病床周转，节省住院费用。

(3) 可以节省家属及单位因陪病人去医院而花费的时间、劳务负担和经济负担。

(4) 家庭病床可保证治疗连续性，保证医嘱顺利执行。有利于防、治、管相结合，使病人经常处于医务监督之下，体现了科学管理。

(5) 家庭病床有利于医务人员树立良好的医德和医风，对提高人民群众卫生防病知识也有促进作用。

家庭病床服务的对象主要有：

(1) 医疗服务管区内出院后仍须进行家庭医疗服务的病人。

(2) 某些慢性病，如：冠心病、高血压病、肺心病、脑血管意外、糖尿病、肿瘤、精神病病人以及佝偻病、贫血、营养不良，反复呼吸道感染、先天性心脏病等患儿。

(3) 某些传染病人，如：麻疹、痢疾、猩红热、病毒性肝炎等病人。

(4) 创伤骨科康复期病人、残废者、行动不便老年人，以及无人照顾的病人。

(5) 其它原因需要家庭医疗服务者。

服务内容有：

(1) 建立家庭病床病历，制定具体治疗、护理方案。

(2) 定时巡诊、查房、送医送药，提供各种必要的检查、治疗手段。

(3) 指导建立合理的生活、营养、运动等制度，以利促进机体的康复。

(4) 指导有关隔离、消毒等措施。

(5) 进行卫生防病保健知识宣传。

六、老年保健

是指对60岁或65岁以上老人采取的各种医疗预防保健措施。

目前我国65岁以上老年人已占人口总数的5%。如何使老年人身心健康，继续发挥他们的才智和专长，使其幸福、愉快地欢度晚年，是我国医务工作者的重要职责。

做好老年保健要注意以下几点：

1. 注意中年期疾病的防治：特别是与老年期关系较密切的，如高血压、动脉硬化、癌前病变等疾病防治。

2. 注意老年人个人保健及防护：如避免各种有害的精神刺激，避免长期精神过度紧张，培养乐观精神，注意劳逸结合、充足睡眠、合理营养、膳食平衡、不嗜烟酒、生活规律，注意个人、居住环境卫生，建立良好的生活习惯和爱好，适当参加文娱、体育活动，注意体育卫生，防止意外损伤等。

3. 定期进行身体健康检查：做到早期发现、早期治疗、早期预防疾病。

4. 积极对老年易患疾病进行防治：老年心脏病、高血压、心律失常、呼吸道感染、肺气肿、肺心病、慢性胃病、便秘、脑血管意外、震颤麻痹、精神异常、痴呆、糖尿病、前列腺增生、皮肤搔痒、耳聋、眼病、鼻出血、骨折、骨关节病、癌症等是老年常见疾病，要注意对其进行防治。

5. 开展有关老年保健宣传教育：开展各种形式宣传教育，提高老年人医学知识和老年病防治水平是做好老年保健重要措施。

6. 建立健全老年医疗保健机构：有条件医院应设立老年病科，建立老年病门诊、病房。社会福利机构应建立老人之家、老人公寓、老人活动站、老人日托所、老人俱乐部、老人大学、敬老院、养老院等。开展扶助性家庭服务、巡回餐车、为大小便失禁老人盥洗服务、夜间伺候，为身体残缺老人提供方面措施服务，开展家庭病床和多种自愿服务等。

七、地段医疗预防保健

属于一级预防范畴。医院除应直接担负一定范围的地段医疗预防保健任务外，主要应逐级指导基层和配合卫生防疫部门开展此项工作。

主要任务是：传染病预防管理、非传染病的防治、预防接种、妇幼保健、食品卫生、厂矿卫生、学校卫生等。

（一）传染病预防管理

传染病预防管理的主要任务是：迅速掌握疫情，及时处理疫源地，有效切断传播途径，保护易感人群，控制和消灭传染病的发生和蔓延。为了完成这些任务，医院及基层医疗单位和防疫部门，要做好如下几项工作：

⑴ 做好管区内传染源管理，做到早发现、早报告、早隔离、早治疗、早预防。要对我国规定管理的两类25种急性传染病，按各种不同传染病访视常规进行，进行家庭访视，必要时建立家庭病床。根据流行病学资料、临床表现、实验室及其它检查，对原疾病进行核实诊断，并进行相应的治疗和处理。根据不同传染病特点，做好传染源的隔离、消毒、护理等指导。对接触者要进行检疫，在检疫期间要根据接触者的具体情况进行医学观察、留验或卫生处理等，以便能在接触者中早期发现、早期诊断、早期治疗，以防止传染病的传播。

⑵ 要根据传染病的不同传播途径，制定相应的切断措施。指导基层做好饮食、水源、粪便等的卫生管理。指导消毒、杀虫、灭鼠等除害灭病工作。大力开展群众性爱国卫生运动。做好卫生防病的知识宣传，提高群众卫生知识水平。

(3) 要做好易感人群的保护工作，提高人群的非特异性和特异性防病能力。培养人们良好的卫生习惯，建立合理的生活制度和饮食制度，改善居住条件，加强体育锻炼，指导基层开展各种预防接种和预防投药等工作。

为了及时掌握疫情，分析疫情，有效地开展防疫工作，医院要切实做好传染病的疫情报告。预防保健科应组织有关单位，定期检查医院内有关传染病疫情报告情况，并要定期进行统计和分析。

（二）非传染病的防治

主要是指对人民身体健康危害最严重的疾病，如高血压病、冠心病、脑血管疾病、恶性肿瘤等疾病的防治。

本世纪初传染病是人类死亡率最高的疾病。但随着社会疾病谱、死亡谱的改变，以上几种疾病已是居民死亡的主要原因。因此，加强对非传染性疾病的防治，已是当前卫生工作的迫切任务。

对非传染病防治应注意：

1. 建立健全非传染病防治组织：充分发挥医院人力、物力、设备等优势，从预防医学角度出发，加强与基层医疗机构协作，建立健全非传染病防治网是做好防治工作的组织保证。

2. 做好疾病监测：开展非传染性疾病的流行病学调查研究和登记统计工作，了解疾病分布，进行“社会诊断”，确定有关致病因素或有利于健康因素，制定改善和保护人类环境措施。

3. 积极开展群众性防治工作：普及卫生防病知识，开展群众的自我保健和健康检查，早期发现，早期诊断，早期治疗。

4. 提高各级医疗卫生人员对非传染病防治水平：培养和巩固专业防治队伍，做好对非传染病的查、防、管、治、教、研等工作。

（三）预防接种

是指利用人工制备的某些生物制品接种于人体，使机体产生对某种传染病的特异性免疫，达到预防该传染病的目的。

预防接种的作用，主要是针对传染病流行的第三环节，既降低人群易感性的防疫措施。对某些以人类作为传染源的疾病，如天花、白喉、脊髓灰白质炎、麻疹等也能起到消灭传染源的作用。对其它一些传染病也可相应地降低发病率和死亡率。

医院开展预防接种工作的主要内容：对儿童要实行计划免疫，做好管区内散居和集体儿童机构以及重点人群的预防接种工作。及时指导基层处理好预防接种反应和异常反应，做好生物制品的运输和保管，努力提高各种预防接种的接种率和合格率，重点开展免疫效果观察，做好接种后的资料统计和总结工作。

医院开展预防接种的形式有：

(1) 医院中的预防保健人员，深入地段开展预防接种。

(2) 医院内设立预防接种门诊，建立计划接种卡片，接受一定范围的预防接种。

(3) 对基层预防接种进行技术指导，配合卫生防疫部门对发生的严重预防接种反应和异常反应以及注射事故等进行技术鉴定。

（四）妇女保健

医院的妇女保健任务主要是：开展和指导基层进行妇女月经期、孕期、产期、哺乳期、更年期的五期卫生保健，普及科学接生，建立母子系统管理的围产期医疗系统，开展常见妇女病的普查普治，研究降低孕产妇发病率和死亡率的措施和方法，对妇女的劳动保护制度提出合理建议，有计划地培训和复训妇幼保健专业队伍。

妇女保健的具体内容有：

⑴ 指导妇女月经期卫生，预防感染。加强经期劳动保护，防治各种月经失调。

⑵ 做好孕产期保健。做到早期发现孕妇，早期开展孕期保健，定期进行产前检查。按规定对孕产妇进行家庭访视。对孕妇的合并症进行及时和恰当的治疗和处理。对妊娠禁忌的内科合并症，也要及时采取防治措施。宣传和指导孕期卫生。做好遗传咨询和产前诊断，尽早发现遗传性疾病或先天性异常并予以相应处理。

⑶ 做好产期保健，保障分娩安全。要指导基层普及科学接生。预防感染和产伤、产时和产后出血的发生。做好对有合并症产妇的处理。不断提高接生质量，保证母婴安全。

⑷ 开展产褥期保健，按规定进行家庭访视，指导产褥期卫生和护理。预防子宫内伤口和乳腺的感染。防止感冒、中暑和煤气中毒的发生。指导哺乳期用药、避孕以及劳动保护等。

⑸ 做好更年期妇女的卫生保健、宣传更年期的生理卫生知识、指导更年期妇女的生活制度和身体锻炼，对症状严重的要给予相应的治疗和处理。

⑹ 开展妇女病的普查普治工作。医院要有计划地深入工厂、街道、农村，对已婚妇女进行定期的妇科检查。

⑺ 指导地方和厂矿开展妇女劳动保护。帮助制定妇女劳动保护的有关规定和条例，防止外界不良因素对妇女健康的可能影响，建立健全女工卫生室，大力开展妇女保健卫生宣传，不断提高妇女健康水平。

（五）儿童保健

开展和指导基层做好儿童保健工作的主要内容是：

⑴ 切实做好新生儿的卫生保健管理。新生儿的卫生保健管理要从孕末期做起。在婴儿出生前要指导孕期卫生，宣传科学育儿知识，指导正确育儿方法，做好新生儿出生的各种准备。新生儿出生后要按规定进行家庭访视，了解新生儿出生时情况，进行详细的身体检查，指导新生儿保暖和正确的喂养方法。宣传护理知识，预防新生儿时期的各种感染，早期治疗新生儿时期的各种疾病，努力降低新生儿时期的发病率和死亡率，保证新生儿的健康发育和成长。

⑵ 做好早产儿、低体重儿、体弱儿的专案管理。必要时建立家庭病床，采取各种措施预防各种感染性及营养缺乏性疾病，指导正确的护理和喂养方法，努力提高成活率，减少死亡率，保护他们的身体健康，促进其生长发育。

⑶ 开展婴幼儿和学龄前儿童的系统管理。建立管理卡片，开展儿童保健门诊，进行家庭访视，定期健康查体，开展计划免疫，培养儿童良好的卫生习惯，指导正确喂养方法，鼓励户外活动，尽早矫正儿童生长发育过程中的各种缺陷，防治婴儿时期的各种常见病和多发病。对佝偻病、营养性贫血、反复呼吸道感染、先天性心脏病等患儿要进行专案管理，并给予积极治疗，定期追踪观察，直至好转或痊愈。

⑷ 对集体儿童托幼机构进行业务指导。帮助建立健全各种管理制度，特别要加强对传染病预防管理，防止传染病的发生和蔓延，做好常见病的防治和缺点矫治，做好儿童入托前的健康检查和晨间检查。对有疾病可疑者，应及时隔离观察，以便早期发现及时治疗。定期对入托儿童进行身体检查和预防接种，督促检查有关隔离消毒、日常生活制度、环境卫生、伙食管理等情况。对参加托幼机构的工作人员定期体检，发现患有传染病时要监督调离。

（六）食品卫生管理

食品卫生管理是保护人体健康的预防医学科学。

近30年来，食品的污染和危害已不单纯是由细菌污染而引起的食物中毒。随着工业迅速发展而带来的各种化学毒物、农药、化学肥料、食品添加剂、霉菌及其毒素、饲料中激素和抗菌素等，都可能污染食品，而造成对人体健康的危害。其危害作用除引起急性中毒外，尚可引起慢性中毒、致癌、致畸、致突变等后果，甚至直接影响我们的子孙后代和民族的发达与兴旺，对此应予足够重视。

做好食品卫生管理，就是要提高食品质量，防止食品中有害因素引起的食物中毒、肠道传染病和其它疾病，增进人民的身体健康。

食品卫生管理除由卫生防疫站及其它专门机构进行管理外，医院应负责指导基层对管区内饮副食行业，集体单位食堂的食品卫生进行管理。要配合卫生防疫部门，根据中华人民共和国食品卫生法（试行），对食品原料、食品添加剂和食品包装材料，在生产、加工、收购、储存、运输、销售等过程的卫生状况进行监督，根据食品卫生标准和食品卫生要求进行卫生管理。要做好对从事饮副食行业、食品生产销售、水源管理、集体食堂、奶厂等工作人员进行就业前和定期的健康查体。

（七）学校卫生管理

医院预防保健科要配合卫生防疫部门和基层，指导管区内学校医务室或卫生老师，做好学生中常见病、传染病、寄生虫病的防治，培养学生养成良好的卫生习惯，开展新生入学查体和预防注射，对学校教育过程中的卫生、学生学习负担、作息制度卫生、教学工作卫生、生产劳动教育卫生、体育锻炼卫生、学校建筑和设备卫生等提出建议，督促学校爱国卫生运动和除害灭病等工作。

（八）厂矿卫生管理

医院中的职业病科和有条件的预防保健科，要指导配合厂矿医疗卫生机构，开展职工就业前和定期的预防性健康检查，对厂矿中的职业病患者进行诊断和治疗，对疾病的病因、发病机理进行探讨。配合卫生防疫部门和有关单位对生产劳动条件进行卫生监督，对生产工艺过程、劳动过程及生产环境中的有害因素进行调查并提出改进意见。对厂矿中防尘、防毒、防暑、防病、防伤、消除工业三废污染以及环境卫生和个人卫生提出建议和要求。

总之医院预防保健工作和社会医疗服务是医院工作的一项重要内容，对保障人民身体健康起着十分重要的作用。但如何结合医院特点更好开展此项工作，其范围、内容、手段、方法等我国尚无统一规定，有待我们在实践中不断探讨和总结。

刘胜文

第四篇　质 量 管 理

第十九章　医院业务标准化

第一节　医院标准化概述

一、医院业务标准化的意义

标准化是实施科学管理的手段。医院工作纷纷杂杂，大量的是一些复杂性、多样性、重复性和相关性的事物，因此，如何使之简单化、统一化，达到优化，以提高工作效率，是科学管理的一个重要课题。现代医院的工作分工细，协调性强，完成任何的医疗活动都是互相配合、共同协作的结果；而且技术问题、管理问题日益复杂。为了使各部门之间相互提供的条件符合各自的要求，使医疗活动遵守共同准则，把医疗工作各个环节的动作协调起来，把成功的经验和技术方法加以肯定和推广，使复杂的医疗技术和管理工作系统化、规范化、简单化，并建立起正常的工作秩序，借助于标准化方法是必不可少的。而且随着医院现代化的发展，标准化越来越重要；同时，标准化又是质量管理的基础。由于标准化具有先进性，简单性、规范性，又有可重复性、交换性、可比性、统一性等优点，它可以促进业务的发展、效率的提高、人力物力的减少，从而提高医疗质量，提高经济效益。

因此，标准化在医院工作中的重要作用是：①标准化是组织现代医疗的必要条件。现代医疗是以技术上高度统一与广泛协调为前提的，而标准恰是实现这种统一与协调的手段。这种手段之所以有效，除了它的科学性之外，还由于它是对人们活动的一种纪律约束。②标准化是实行科学管理的基础。标准化在现代科学管理中的地位和作用日益重要，表现为：标准为管理提供目标和依据。同时，标准化使管理工作规范化、程序化、科学化，保证医院整个管理系统功能的发挥，从而提高效率。③标准化是医院质量管理的基础。质量标准既是医院管理的目标，又是衡量医院质量的依据。医院医疗质量，归根结底取决于医院的素质，取决于工作质量保证水平。标准化不仅是建立医院质量保证体系所不可缺少的基础工作，而且贯穿于质量管理的全过程。④标准化能促进医院业务技术水平的提高。⑤标准化是减少浪费，节约人力物力的有效手段。标准化的重要功能就是对重复发生的事物尽量减少或消除不必要的劳动耗费，并且促使以往的劳动成果的重复利用。

二、国内外医院标准化概况

在医院管理中最早比较系统地使用标准化方法的是美国外科协会。该会于1918年即在全美国医院开展标准化运动。该会会员资格规定很严，要求入会者需提出手术记录，并规定了医院的设施和技术标准，对达到标准的医院所作的手术记录方予承认。为适应这一要求，医院均大力进行设施的改进和技术训练，推进了外科的发展提高，也带动了医院管理的发展与提高。近年来，有的发达国家相继制订医院工作标准，如美国医院评

审委员会（JCAH）制订的《美国医院评审标准》(Accreditation Manual for Hospitals)，旨在为美国医院管理工作制订各项业务工作质量要求及评审标准。该标准已在七千余所医院实行，具有法规性权威，对美国医院管理水平的提高有很大的促进作用。

我国医院标准化已有一定的基础，卫生部、各省市及各医院制订有各种制度、规范和技术常规，促进了我国医院管理水平的不断提高。但应该看到，我国医院目前标准化程度尚很低，对标准化的认识也尚有待于提高，方法上也有待于进一步探讨和使之逐步完善。

我国卫生部1989年制订并开始试行的《中国医院分级管理办法》，实际上是分层次的医院标准化管理。它从我国三级医疗体系出发，根据医院的不同功能，技术结构、也根据管理水平和质量状况，把医院分为三级十等。除了基本标准之外，还对各级医院都分别制订出评审标准，并组成各级医院评审委员会，在同级卫生行政部门的领导下，接受医院评审任务。一般三年为一周期。对不同等级医院给予不同的财政拨款及实施不同的医疗收费标准。此办法的标准合理制订及正确实施必定会促进我国医院的发展建设、提高医疗质量。从标准化角度来说，也是我国医院管理标准化的一大进步。

三、标准及标准化的概念

（一）标准

医疗技术标准是指：为了取得医疗技术最佳效果，依据医学技术和医疗实践的综合结果，在协商的基础上，对医疗技术中具有多样性、相关性的重复事项，以特定的形式和程序所作的统一的规定。

以上的定义说明：制订标准的目的是取得最佳效果，建立最佳秩序；制订标准的依据是科学性；制订标准的基本方法是民主性；制订标准的对象是具有多样性、相关性、重复性的事项；以及标准的本质特征——统一。

（二）标准化

标准化是指以制订标准和贯彻标准为主要内容的有组织的活动过程。就是说标准化是个制订标准、贯彻标准和修订标准的活动过程。而且这个过程是个不断提高、不断循环上升的过程。同时在标准化活动过程中，标准与非标准是可以互相转化的。客观事物发展了，突破原订的标准，又要制订新的标准（标准—非标准—标准）；或者把某项例外的（非标准的）或新的事物，经过实践，并且总结经验后，把它制订为标准，作为今后工作的规范（非标准—标准）。这就是标准化的相对性。

（三）标准化管理：

标准化管理也是制订标准、实施标准及评价修订标准的活动过程，和标准化是同一个概念。不过标准化管理一般是指，在医院管理中比较全面、系统地应用标准化方法进行管理。标准化管理是实施科学管理的一种重要方法，但不是一种独立的管理方法。必须与其他各项专业管理及其他科学管理方法有机地结合在一起，才能发挥其作用。

四、标准化的原则和形式

（一）标准化的一些原则

标准化总的方法论是辩证方法和系统方法。在指导思想上注意以下的一些基本原则：

1. 标准与非标准相互转化的原则：在实行医院业务标准化方法时，必须正确处理好

常例与例外、标准与非标准、共性与个性的辩证关系，不要绝对化。医疗技术是比较复杂的，病人的情况也千变万化，因此医生诊疗活动是一种创造性的劳动，而创造性劳动往往是非标准的；医生对每一个病人和一个疾病的不同阶段都要做出判断，因此又称作“例外的业务”。但“例外的业务”中也离不开诊疗标准和程序，这两者是有机结合在一起的，而且只有这种结合才能提高工作效率和质量。那种认为标准化管理可以包罗一切，或者认为在复杂疑难的诊疗业务中不需要和诊疗常规相结合的看法都是片面的。

2. 优化的原则：标准化的基本目的是达到最佳秩序，取得最佳效益，就是达到优化。存在着两个以上的方法、方案时，其中总会有比较好的方法和方案，或者在其中存在着优化的因素，这就要比较选择，并对其构成因素进行设计、调整，使之达到“满意”，这就是优化。这种优化是指按照特定的目标，在一定限制条件下的优化。

3. 效益的原则：标准化是为了提高效益，必须讲求效率和效果。不能为标准化而标准化。标准化是否成功不仅应从效果上来衡量，还要从提高工作效率，减少人力、物力、工时的耗费、降低成本上来衡量。通过简化、统一繁杂的事物、统一目标和协调行动从而来提高工作的效率和效益。不要把本来不很复杂的事物搞得比较复杂和繁琐，否则就会与标准化的原则相背离了。

4. 协调的原则：标准都不是孤立的事物，要有许多有关的标准互为条件、互为补充、互相协调，才能发挥标准化的作用。这就是标准化的系统性。

（二）标准化的形式

标准化有多种形式，如简化、统一化、系列化、互换化、组合化等。医院标准化常用的形式主要是简化、统一化。

1. 简化：在一定范围内缩减对象（事物）的类型、数目，使之在既定时间内满足一般需要的标准化形式。简化不是任意缩减，而是把握必要性和合理性界限。简化只是去掉事物中多余的、重复的、低功能的环节，使之更为精练合理。简化的目的是使事物的功能增加，性能提高，趋于优化。医院的医疗技术和管理活动日趋复杂，合理地进行简化可以提高工作效率。

2. 统一化：把同一事物两种以上的表现形式归并为一种或限定在一定范围内的标准化形式。统一化的目的是消除不必要的多样性，建立共同遵循的程序。统一化的实质在于使具有相关性的事物取得一致性；而简化着眼于精练。统一化要掌握时机和条件。如某种手术方式的统一，要看这种手术方式的发展是否已较理想，能否有效地代替其他方式……。统一还要掌握适度界限，即掌握统一的范围、程度和标准化的高低。统得过死、过多、过细，或者该统一的不去统一，都不会取得理想的效果。医院需要进行大量统一化工作，如概念、术语、代号、标志、陈设、医疗质量、诊疗方法、操作规程、管理制度等等。

第二节　医院业务标准化的分类和管理

标准化的分类，一般从性质上分可分为技术标准、经济标准和管理标准。按对象又可分为基础标准、方法标准、工作标准……。在实际分类上往往都交叉在一起。

一、医院业务标准分类

医院业务标准可分为医疗技术标准和医院管理标准两大类。

（一）医疗技术标准

医疗技术标准是对医疗技术活动中需要统一协调的事物制定的准则。它是根据医学科学技术发展水平和实践经验，针对具有普遍性和重复性出现的医疗技术问题，提出最佳的解决方案。这一类标准的内容和范围很广，项目繁多，各科交错，大体上可分为：

1. 医疗技术方法标准：这一大类多属于医疗技术活动中的一些原则性规定。如各种疾病的诊断标准（包括诊断要点和鉴别诊断等）、治疗原则（包括各种疾病治疗常规、处理原则、治疗方案等）、疾病转归判定标准（如治愈、好转、未愈、恶化、死亡等）、各科各种疾病护理常规、医疗事故判定标准、医疗表单标准、病历书写常规……，作为医疗技术工作中的原则依据。

2. 医疗技术操作标准：这一类多属于作业性标准，是实际的技术操作的程序要求和质量要求。通常称作技术操作常规，可分为：

⑴ 一般诊疗技术操作常规，为各科通用的，如各种穿刺技术、插管技术、封闭技术、引流技术、输血技术、复苏技术等。

⑵ 专门诊疗技术操作常规，一般有专职医务技术人员从事操作，如各项功能检查、内窥镜检查、导管技术、血液透析、心脏起搏技术等。

⑶ 专科诊疗技术操作常规，如各科的各种手术操作规程等。

⑷ 基础护理技术操作常规。

⑸ 专科护理及特别护理技术操作常规。

⑹ 医技部门各项技术操作常规。

（二）医院管理标准

为进行科学管理，合理地组织、协调医院各方面的工作而制定的各项管理工作准则，称作管理标准。它是组织和管理医疗经营活动的依据和手段。管理标准包括的内容广泛，主要有：

1. 医疗技术管理标准：医院各项诊疗、护理、医技部门工作制度，既是规章制度，又可看作是医疗技术管理标准。

2. 人员管理及业务训练标准：如人员编配标准、人员任用标准、各类各级人员业务技术训练考核标准、人事管理标准、医德及服务质量标准等。

3. 工作标准：实行责任制而建立的工作标准，如部门工作规范（办事细则）、岗位工作规范等。

4. 设备管理标准：设备的分类、装备、购置、使用、维修标准。

5. 物资管理标准：如储备定额、供应定额等。

6. 经济、财务管理标准等。

（三）质量评价标准

质量评价标准是为了医院质量管理的需要，用以检查评价工作质量和医疗质量的标准。包括工作质量要求（包括基础管理工作质量要求及工作过程质量要求）及质量评价的标准。往往以文字或标准值形式表达。如“医院及科室合格标准”、“医院评审标准”及“统计指标标准值”等。

二、标准分级

标准按其起作用的范围可以分为若干等级：

（一）国际标准

指由国际上权威组织制订，并为国际上承认和通用的标准。如世界卫生组织（WHO）制订的一些标准等。

（二）全国性标准

1. 国家标准：指由国家制订，在全国范围内统一的标准，代号为“G. B”。如安全、卫生、环境保护等方面的标准。

2. 部标准：主要指卫生部或其他主管部门批准发布的，在卫生系统范围内统一的标准。

（三）地方性标准

指地方政府及省市卫生厅局制订并批准发布的标准。

（四）医院标准

指各个医院自己制订、经院长批准公布的标准。

三、标准体系

标准体系是指与实现某一特定的标准化目的有关的标准，按其内在联系形成的科学的有机整体，或称标准系统。标准之间存在着内在的联系，相互依存、相互制约、相互补充，构成标准体系。我国医院标准体系，在医疗技术常规方面已有一定的基础，在管理标准方面尚待逐步建立。

四、标准的制订和修订

标准化过程包括制订标准、实施标准和评价修订标准三个阶段，而且是一个循环往复向高一级水平发展的过程，已于前述。标准的制订和修订是标准化活动中重要一环。制订了先进合理的标准，并通过标准的贯彻，才能使标准化医院医疗技术及管理中发挥其作用。

（一）制订和修订标准的原则

制订、修订标准的原则是：注意标准的先进性、合理性、现实性和配套性。只有先进性才能促进业务的发展提高，达到较高的水平和质量要求；只有合理性才能提高效率和效益；只有现实性才有实际贯彻执行的可能；只有配套性才能发挥标准化的整体作用。

（二）制订和修订标准的程序

制订、修订标准一般有下列步骤：

1. 组织标准制订工作组，提出工作计划或工作方案。

2. 调查研究，收集掌握国内外有关资料，并加以研究和论证。

3. 起草标准草案，广泛征求意见。

4. 组织标准草案审查，定稿，审批发布。

（三）编写标准的基本要求

1. 文字叙述要简明、准确、扼要、逻辑严谨、易懂。

2. 名词、术语、符号要统一。标准必须是科学的，数据准确，指标要符合统计学要求。

3. 要与国家和上级法令、法规及其他标准协调一致。

（四）标准的修订

标准的修订，首先要对标准进行评价，主要是在标准实践中加以总结；同时也根据

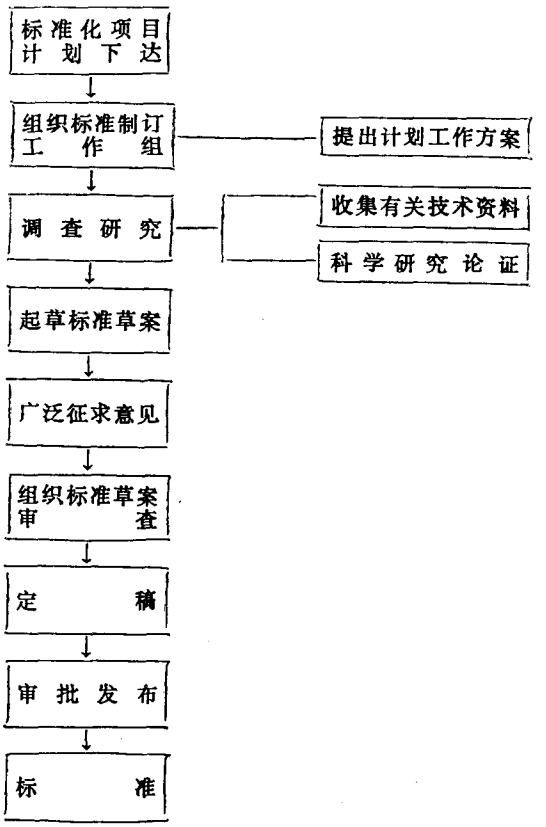


图 19-1　制订、修订标准一般程序

科学技术的进步和客观条件的发展，对标准进行修订、提高，其程序大体上与制订同。

五、标准的贯彻执行

标准的贯彻是整个标准活动中的一个关键环节。

（一）贯彻标准的一般程序

标准的贯彻工作，大致可分为下列步骤。

1. 提出计划或贯彻方案。

2. 准备工作。准备阶段很重要，不可忽略，准备工作大致有四个方面，即思想准备、组织准备、技术准备和物质条件的准备。

3. 实施。就是将标准在医院工作中贯彻执行。

4. 检查。

5. 总结。

贯彻标准需要经过计划、准备、实施、检查及总结各个阶段。它与“PDCA”循环有相似之处。贯彻标准的过程也是不断循环提高标准化水平的过程。

（二）医院贯彻标准的形式

大体上有以下几种：

1. 直接贯彻上级标准。如卫生部制订颁发的一系列的医院工作制度，职责、设备标准、人员编制标准等等，还有各省市卫生厅局颁发的一些制度标准。

2. 补充、配套标准。这类标准多为工作细则。当上级标准尚未配套或者过于原则，医院可以制订一些补充标准。这种情况较常见。

（三）由医院制订的标准

这也有两种情况：一是完全由医院制订的新标准，并且使之逐步完善，形成标准体系。二是把上级的标准有用的部分选出来，拿过来结合本医院实际情况，再重新制订为本医院的标准（复印成册），并逐步配套。这样，既保证了上级标准的贯彻，又切合医院的实际，而且也比较省时、省力。

（四）标准的法规性

标准的贯彻实施具有法规性的约束力，标准一经确定就必须认真执行，严格要求，不许各行其是。贯彻标准还要医院奖罚制度结合起来，奖罚分明。并注意抓好典型（科室、个人），带动一般。

白　东

第二十章　医院质量管理

第一节　医院质量管理的意义、概念和任务

一、医院质量管理的意义

质量管理是医院管理有机组成的一部分。它以其他各项专业管理为基础，又涉及到医院管理各个方面，是一项综合性的管理。医疗质量问题是医院管理的核心。

医院是以医疗技术医治疾病，为病人服务的机构，它的工作质量关系到病人的安危。由于医院工作的特点，决定了医院工作必须以病人为主体，以医疗工作为中心，不断提高技术水平和医疗质量，这就要求对医疗质量进行管理。提高医疗质量是社会主义医院管理的一项根本方针。医院的工作人员，必须树立全心全意为人民服务的思想，而“质量第一”的思想是为人民服务思想的具体体现。这是讲的质量管理的意义。

二、质量和质量管理的概念

（一）质量的概念

质量就是一种产品或一项服务工作的预定要求。预定要求就是该产品或服务项目的质量特性。

质量有主的客观规定性：①质量受客观因素的制约（如技术因素、经济因素、管理因素……）；②质量是可以分析、区别、比较、鉴定的；③质量有它自身形成的规律；④质量应有预定的标准，质量标准要符合客观实际；⑤质量有一定的范围。

（二）质量管理的概念

医院质量管理是指按照医疗质量形成的规律，对医疗质量进行计划、组织、控制，以保证和提高医疗质量的管理。首先要限定以什么质量为标准，然后按照这个标准进行工作，并检定工作是否合乎标准。这是质量管理的核心，也就是质量控制。所谓质量控制就是检测实际的质量结果，与标准作对比，并对其差异采取措施的调节管理过程。

质量管理的发展，开始是质量检验方法，基本上是事后的质量检查，判明产品或工作是否符合标准；后来发展到统计质量控制方法，用数理统计方法控制产品或工作质量，如“质量控制图”、抽样检查和“预防缺陷”的概念等。近些年来发展到全面质量管理阶段（即TQC），其特点是强调一系列的组织管理工作进行系统的管理，统计方法只是其中一种手段。认为质量有个形成发展的过程，各个环节互相制约，互相促进，不断循环，周而复始，一次比一次提高。全面质量管理就是管理所有这些环节的活动，形成一套管理体系和技术方法。

医院质量管理方法一般常用质量检验和统计质量控制方法。在医院质量管理中全面质量管理的概念和技术方法的具体应用，目前尚在探讨阶段。但系统管理的思想，即把医疗质量形成发展过程有关因素的各个环节全面进行管理的思想，是可以结合医院质量管理的实际发挥其作用的。

三、医院质量管理的特点和指导思想

医院质量管理必须从医院工作的实际出发，参照现代质量管理的一些思想和方法、

结合医院医疗工作的特点进行。

（一）为病人服务的思想

用医疗技术医治疾病，为病人服务，是医院工作的基本特点。医院质量是属于医疗服务工作质量性质，核心是医疗质量。医院各项工作质量，不论是直接的或间接的都是为病人服务。工业企业质量管理的“为用户服务”、“下一道工序就是用户”的思想，在医院“用户”就是病人。

（二）质量控制，预防为主的思想

因为医院服务对象是病人，任何工作疏忽和处理不当，都会给病人造成不良甚至严重的后果；同时医疗质量有其自身形成的规律，所谓“质量是设计和操作出来的”，应按照质量形成的规律进行管理，而不仅仅靠事后的检查评比，应强调质量控制，预防为主。

（三）系统管理的思想

医疗质量的形成是医院各方面工作综合的结果。系统质量管理就是将有关质量的相互联系又相互区别的诸要素全面进行管理，并进行质量反馈的动态过程。就是全过程的、全院性的质量管理。把全院每个工作环节每个人的活动组织起来，明确岗位质量责任，分工协作，共同保证与提高医疗质量。

（四）标准化、数据化

标准化是科学管理的基础。质量标准化是质量管理的基础工作，也是质量管理的依据，没有标准就无从进行质量管理。应把每个工作环节的质量要求及其检查评定制成标准，形成标准化体系，进行管理。制订质量标准应从客观实际出发，特别是医生诊疗工作是一项随机性很强的工作，每个病人的治疗对策不同，每次均需作出判断，有诊疗常规标准是必要的，但只能是诊疗疾病的基本程序和原则。这种医疗工作的特殊性不可不被注意。没有数量就没有准确的质量概念。现代质量管理要求“用数据说话”。分析判定医疗质量也应讲求数据化，多采用统计学的方法。

（五）科学性、实用性

质量管理必须讲究实际效果，在医院主要是保证和提高医疗服务效果。因此管理方法必须有科学性和实用性。科学性是指质量控制方法要从医疗工作实际出发，合乎医疗工作规律，反映事物的本质；实用性是指方法要可行，而且能见实际效果，要避免繁琐，力求简化，这样才能坚持下去，被人们所接受。

四、医院质量管理的任务

医院质量管理的任务是：进行质量教育，树立“质量第一”、一切为病人服务的思想，充分调动各部门和全体职工关心医疗工作质量的积极性；制订各项质量标准及质量目标，明确质量责任，运用一些科学方法，对病房、门诊、医技和后勤各方面质量进行控制，对质量的各项因素进行质量评价，并不断总结提高，以保证和不断提高医院的医疗质量，满足人民对医疗的合理要求。

第二节　医疗质量与工作质量

一、医疗质量与工作质量的概念

医疗质量就是医疗服务的效果。判定医疗质量应以“病例”为质量单元。临床医疗质量的基本要求是对病人实施正确、及时、完善的诊疗和护理，达到可能达到的医疗效

果。医疗质量一般包括：①诊断是否正确、及时；②治疗和疗程是否合理、有效，在诊疗过程中有无对病人造成超限度的损害、合并症和感染（医疗安全性），护理的周密性。广义的医疗质量还应包括：①医疗工作效率；②医疗技术经济效果，是指以较少的劳动消耗（包括活劳动和物化劳动）取得较优化的医疗效果；③对病人心理及其他医学服务满足程度，如营养、卫生、环境等。

全面的医院质量包括医疗质量和工作质量。医疗质量是医疗服务效果的评价，所以称作终末质量（就医院四大功能来说，医院的终末质量还有教学质量、科研质量和预防保健质量，这些也往往与医疗质量直接或间接相联系）。

工作质量又称环节质量[1]，是医院管理工作、技术工作和思想工作对医疗质量的保证程度。医疗质量取决于工作质量，它是医院各方面、各个环节工作质量的综合反映。

所以质量管理既要抓医疗质量，又要抓工作质量，通过工作质量来保证提高医疗质量。区别两个质量的意义在于，它有助于我们改进工作，提高医院管理水平，从而提高医疗质量。

二、医疗质量的要素

医疗质量要素是指形成医疗质量的基本因素。因素是多方面的，大体上可分为可控因素（管理因素）和不可控因素。不可控因素是指社会因素、医疗技术发展水平、条件因素和病人个体差异因素等，它不属于质量范围。这里谈的质量要素是指前者。明确质量要素的意义，是便于抓住质量问题的主要内容，形成质量管理体系的概念，以便全面实施管理与控制，医疗质量要素有以下 6 个方面，即 6 要素：①机构和人员组织配置的合理程度；②思想作风教育程度；③技术水平及业务训练程度；④规章制度、技术标准的健全程度；⑤设备的完好和先进程度；⑥物资、药品器材保证程度。

关于质量要素、环节质量与终末质量的关系是：着眼于质量要素，以统筹质量管理的全局；具体抓环节质量以落实措施，对质量实施控制；以终末质量进行反馈控制。

三、工作质量

工作质量是用以保证医疗质量的措施。为了便于在实际质量管理中抓好工作质量，我们可以把工作质量分为基础管理工作质量和工作实施过程的质量。现分述如下：

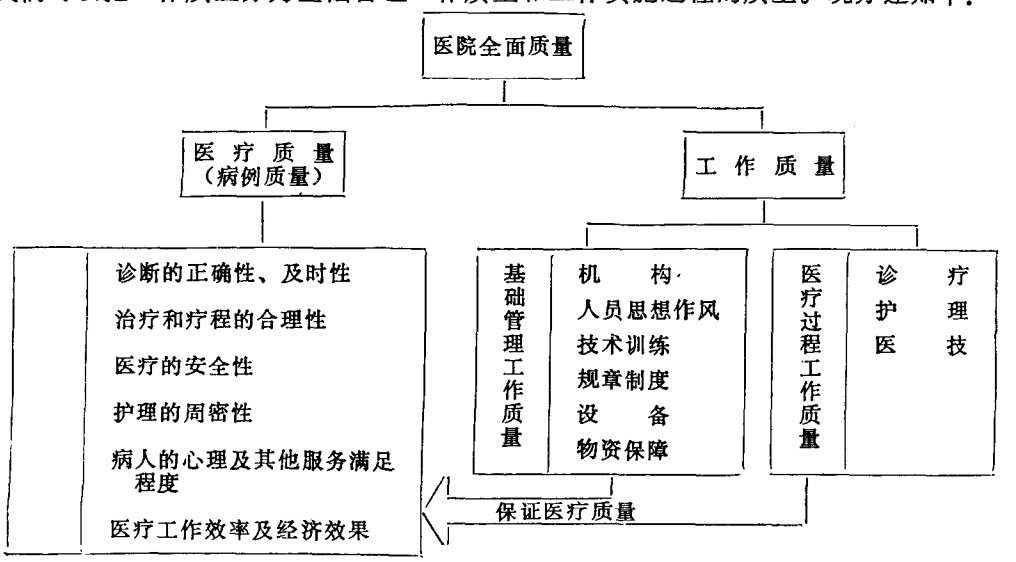


图 20-1

（一）基础管理工作质量要求

基础管理工作质量大体上包括：医院组织结构，人员配置和智力结构，思想工作和医德、医风教育，人员素质要求和技术培训，医院技术建设、规章制度、工作规范和技术标准的建立、健全，卫生学管理，设备装备状况，物资药械供应维修状况等方面。是质量要素的展开，也是医院保持常规运行的基本条件，又是质量管理的基本条件。大体上有以下的环节：

1. 合理地设置机构，按智力结构要求配置人员；明确各类各级人员的职、责、权、利，明确各岗位上的质量责任。

2. 加强思想政治工作，进行质量教育，树立良好的医德和认真负责的医疗作风。

3. 抓好技术培训工作，不断提高技术水平。医疗工作是一项技术性很强的业务，医疗质量很大程度上取决于医务人员的医学理论知识、临床经验和技术操作的熟练程度。各级各类人员必须达到一定的技术要求才能保证医疗质量（所以要制订各类各级人员技术培训计划及考核标准）。医疗技术水平低下，不可能有高的医疗质量，所以，医疗质量管理不能离开技术水平的提高。

4. 抓好技术发展工作，不断提高诊疗能力。要开展新的诊疗方法，加强专科技术建设，使诊疗能力不断提高，从而才能提高医疗质量。

5. 建立、健全各项规章制度和诊疗护理常规及技术操作规程。

6. 加强院内预防工作和卫生学管理，防止院内感染。

7. 医疗设备的合理装备、使用、更新和维护。

8. 组织药品、器材和物品的及时、合理供应。

9. 抓好后勤服务工作，包括水、电、热供应、冷供应、建筑管理、环境管理、安全管理……。

对以上各项基础管理工作的基本要求，均须制订评审标准（医院的、部门的），即工作要标准化，要按标准要求进行工作和进行评价。

基础管理工作的质量是受一定的客观条件限制的，主要要靠管理职能来逐步提高。医院进行质量管理，首先要着眼于抓好基础管理工作，这样，质量管理工作才有基础。

（二）医疗过程工作质量管理

在作好上述基础管理工作，达到基本条件的基础上，还要对工作过程的质量进行管理和控制。医疗过程工作质量管理是医疗质量管理的重点。

1. 临床医疗质量管理：临床医疗工作个体针对性较强，每一个病例的病情变化和个体差异都不相同，对其诊断、治疗和护理都有不同要求。因此，临床质量管理要适应这一特点，主要抓好病例质量。既要抓好常见病的病例质量，又要抓好疑难、急、危重及大手术等重点病例的质量，还要抓好医疗安全管理。病例质量主要反映在病历记录上，检查、评价医疗质量主要应以病历记录为依据（方法见下节）。

2. 医技部门医疗质量管理：医技科室较多，业务各异，质量要求也各有特点。其基本质量管理方法是制订质量标准及检查评价方法。质量检查评价要找出该科的工作质量管理点。所谓质量管理点就是一个部门或一项工作质量的关键问题要点，对质量管理点要加以重点管理和评价。例如：麻醉科工作质量管理点应是：①配合手术及时、满意，麻醉成功率高（各类麻醉成功率分别制订标准）；②麻醉并发症、麻醉死亡率、麻醉意

外及事故发生率都在标准以下；③麻醉记录质量（合格率）及资料保管良好（包括手术麻醉记录、术前会诊、术后随访记录等），设备保管完好；④麻醉技术水平及技术进步评价。又如血库工作质量管理点应是：①血液及血液储备能满足临床及急救的需要；②血液质量符合标准，如血液合格率、输血反应率（包括发热反应在0.5%以下，过敏反应在0.1%以下，溶血反应OD）；③标本质量合格；④无菌管理严密；⑤登记统计工作清楚准确（详见第十六章）。

部分医技工作可采取数理统计方法进行质量控制，如生化检验质量控制方法（见下节）。

3. 临床护理工作质量管理：临床护理质量管理比较先进的方法，是与实施责任制护理和“护理程序”方法结合起来。护理程序所要求的护理工作四大步骤，即：护理诊断、护理计划、护理实施及护理评价。这种方法个体针对性强，主动性强，质量责任明确，有质量目标，有质量反馈，是一个促进护理工作不断提高的工作过程。与现代质量管理思想方法是一致的。

关于护理工作质量评价方法见护理管理章。

4. 门诊、急诊质量管理（详见第十三、十四章）。

第三节　医疗质量控制与评价方法问题

为了对医院工作质量有效地进行控制，科学地进行评价，要研究和解决方法问题。关于医院质量控制和评价，国内外已有一些传统的方法；近几年来国内对此也有不少的探索和研究。总的来说还在探讨中，目前尚缺少较完善、较定型的方法。下面作些概略地介绍作为参考：

一、质量标准化方法

（一）标准化与质量管理

标准化与质量管理互相依存、互相促进，成为不可分离的现代管理手段。质量要求是标准内容的核心，没有质量要求，就不能形成标准。全面质量管理的过程，也就是标准化的过程，同时标准化也在推行全面质量管理中得以充分发挥作用。

前面谈过，质量管理方法的核心是，首先要限定以什么质量为标准，然后按照这个标准进行工作，并检定工作是否合乎标准。所以质量标准化不仅是质量管理的基础工作和依据，而且本身就是质量管理的基本方法。医院质量标准化体系是医院整个标准化体系中密不可分的组成部分。在实际管理中质量标准应纳入医院标准体系中。医院实施标准化管理才能使医院工作按照正常秩序高效率地运行，医疗质量才能得到保障；同时，有关质量的标准又是质量控制和评价的依据和科学管理方法。

（二）标准评审法

标准评审法是标准化管理的一种具体评比方法。国内有的采取百分（或千分或五分）标准评比法。就是对医院及各个科室的各项医疗工作制定合格的标准，按规定的分数定期进行检查评比。

前述美国医院评审联合委员会制订的《美国医院评审标准》（AMH），是对医院管理工作法规性的评审标准。其内容包括：病人的权利和义务，评审方法和程序，医院各部门、各项工作质量标准。此工作质量标准大体上包括以下内容：组织领导与人员素质

要求、教育训练、工作原则（方针）与步骤、设备与设施、安全与卫生、医学记录及质量控制与评价…。由医院提出评审申请，由医院评审联合委员会（JCAH）按标准进行评审，对合格者发给合格证书。一般3年评审一次。

我国卫生部制订的《医院分级管理办法》，是一种标准计分评审法（千分）。评审标准大体上有以下内容：医院规模与功能（包括病床、建筑、人员配备、机构及科室设置……）、技术水平（分科的）、设备状况、管理水平（包括管理体制、规章制度、人事管理、信息管理、预防感染、资源利用及经济效益）、质量保证、安全及环境管理及文明服务……。也由医院提出评审申请，由评委会按标准进行评审。

质量调查计分评审法也是标准评审法的一种。国外有人提出了一种调查医院医学服务质量的方法。调查内容包含医院的服务标准、装备标准、管理标准等执行情况和病人的反映、医生的反映等。把医院服务质量分为十几个方面，各方面列出若干个调查项目，总共为数百个调查项目，每个调查项目要回答“是”与“否”（不用统计指标），每个“是”得1分，“否”不得分，并总合实际得分算出百分率。此法适用一定时期对医院工作质量进行检查评价，也可作院间评比。此种方法易于被医护人员、管理人员和病人所接受。（参看 Anderson JR: The Road to Recovery p. 75）。

另外还有一种类似上法的质量标准项目计分评审法。此法适用于能制定“是”与“否”的具体质量标准的医疗服务项目，如病房管理质量、门诊管理质量等。计分方法也是“是”得分，“否”不得分，全部标准项目加起来就是总分，算出百分比。这种方法较为易行，也较为客观，但标准项目繁多时亦易流于繁琐。

二、医疗质量评价——病例质量评价法和统计指标评价法

医疗质量评价是个比较复杂的问题。医疗质量完整的评价内容应包括四个方面，即：①人的、物的结构上的评价（就是基本条件的评价）；②医疗行为过程的评价（就是医疗过程的评价）；③医疗行为结果的评价（即医疗效果）；④医疗行为对社会满足程度的评价（即社会效益）。临床医疗评价一般指②、③。所谓医疗评价（medcal audit）一般是指，由同行的医学专家，按一定的标准项目要求，对特定疾病的病人出院病历记录进行认真的审查，对医疗行为过程和结果进行评价。是同行评议的性质，目的是不断改善医疗工作的不足，提高业务水平。我国当前评价医疗质量多沿用统计指标评价方法。在国外一般使用两种方法：一为病例评价方法，一为统计指标评价法，二者往往并用。

（一）病例评价方法

医院的医疗质量就是每个病例的医疗效果，因此必须以病例（病人）的诊疗经过和结果作为评价医疗质量的依据。以病例为评价医疗质量的单元，是比较科学的方法。

病例评价方法，首先是美国外科学会的瓦德（Ward）和潘顿（Ponton）于1918—1928年开始研究并建立起来的。他们提出的以病历和其他医疗记录作为资料，按诊疗经过和结果来进行判断。将实际的结果与预计的合理的结果进行比较。因此，要求病历必须完整。评价项目包括以下各项：

⑴ 有无院内感染？

⑵ 对于患者的病情是否进行过讨论和会诊？

⑶ 有否合并症发生，这种合并症可否预防？

⑷ 诊断是否恰当？

(5) 临床诊断与病理诊断是否一致?

(6) 手术时有否把不该切除的正常组织切除了?

(7) 对照既往史、病情经过记录、手术记录，检查一下最后诊断有无错误?

(8) 死亡是否因术后处置和麻醉等技术失误造成?

(9) 有无尸检?

(10) 治疗结果是否与预想的一致?

(11) 其他医师和上级医师意见如何?

(以上项目适用于外科，只举例供参考，具体实行时应按实际情况订项目。)

通过上述检查审定诊断是否正确、全面，治疗是否正确，技术上有无错误。原则上对所有病例都要进行审定，检查方法有的各科设熟悉业务的医疗检查员或由病案委员会审定，日本的医院则为科主任审定。必要时应通过病例讨论会或病理讨论会进行客观地判断和评价。这种评价方法虽然对每个病例来说是事后检查性质，但从医院整体来说仍然起到质量反馈控制的作用；而且可以不断总结临床经验教训，一次比一次提高，使医疗质量循环上升，符合现代质量管理思想。以病历资料为检查评价依据，医师写好病历即可，不必填写多种专门表格，不增加医师工作负担。但这种评价方法有时也不大正确，如有时病人的最后治疗结果不是很清楚。如果认识这种局限性，这种质量评价管理方法对病人、对医师以及对医院都有莫大好处。是一种行之有效的，切合医疗工作实际的方法。

（二）统计指标评价方法

统计指标方法也是潘顿设计的，经麦克依陈（MacEachen）补充的。这种统计方法是从整体中抽出认为有异常的部分。因此，对于医疗指标应事先预定统计管理的界限，即规定标准值。如指标波动在正常标准值之内，则作为业务运行正常。如超出界限，则应分析追查原因（不能单凭这一点来断定质量问题）。我国目前尚无统一的、比较科学的医院医疗统计指标标准值，这是急待研究解决的问题。检查分析医疗质量包括诊断质量、治疗质量、疗程长短、有无对病人造成损害和医疗工作效率等，都可以通过相应的统计指标来表达，对质量管理工作提供良好的启示，起到质量信息反馈的作用。但医疗统计指标又有一定的局限性，往往是不大精确，需要进行统计分析。

运用统计指标方法，必须按照统计学的原则正确地运用统计资料去分析问题，除了要注意统计数据的真实性、完整性和准确性之外，还要注意统计数据的可比性和显著性。可比性是指现象之间必须有基本相同的条件，统计方法前后一致，才有对比的可能性。显著性是指进行对比时，要注意现象之间的差异是否有显著意义，而对统计上具有意义的数据，还需要分析其是否有实际差异，找出支持这种差异的实际理由。

关于医疗统计指标，美国的潘顿于 1928 年提出 9 项指标即：①床位使用率（标准值 85—90%；②平均住院日（标准值 6—10 日）；③转归统计；④死亡率（标准值 4%以下）；⑤尸检率（标准值 25%以上）；⑥并发症（标准值 4%以下）；⑦感染率（标准值 2%以下）；⑧不必要手术率（标准值 10%以下）；⑨会诊率（标准值 15%以上）。在 1962 年，美国 Megibony 补充到 20 项。如把死亡率细分为麻醉死亡率（标准值 1/5000 以下），术后 10 天内死亡率（标准 1%以下），分娩死亡率（标准 0.25%以下），新生儿死亡率（标准 2%以下）…。日本的三藤宽博士综合了各家的意见，提出了 13

项指标，与上述指标大同小异。

我国对医疗统计指标沿用已久，使用也较为普遍。存在的问题是：常用指标设置有的尚欠妥当（如入出院诊断符合率，总治愈率等）；常常把一些分析指标当作绝对指标来运用；没有规定标准值。

关于我国常用医疗统计指标的设置和标准值，尚待进一步研究。现参考国内外资料，设计我国主要医疗统计指标如下，尚不成熟供讨论参考：

1. 工作量统计：

(1) 门诊量及日平均门诊人次；

(2) 住院人数；

(3) 手术人次。

2. 转归统计：治愈、好转、无变化、未治、死亡。

3. 病床使用率：标准值 85—93%。

4. 病床周转次数：参考标准值 17—20 次（年）

5. 平均住院日：参考标准值综合医院为 15—20 日以内。

6. 医院死亡率：参考标准值为 4%以下。

7. 麻醉死亡率：参考标准值 0.02%以下。

8. 手术后死亡率（指术后 10 天以内）：参考标准值为 1%以下。

9. 分娩死亡率：参考死亡率为 0.25%以下。

10. 新生儿死亡率：参考标准值为 2%以下。

11. 尸检率：参考标准值为 10—20%以上（教学医院、省级医院适用）。

12. 会诊率（包括病例讨论）：参考标准值为占入院病例的 15%以上。

13. 无菌手术感染率（包括分娩）：标准值为 1—2%以下。

14. 手术合并症发生率：标准值为 3—4%。

15. 医疗事故发生数（分等级）。

除上述主要统计指标以外，还可派生出若干个统计指标（见第二十八章）。

三、计划诊疗、病种质量目标及预防缺陷质量管理方法

（一）计划诊疗方法

计划诊疗方法也可以作为病例质量管理评价方法的补充，结合在一起来进行，它是一种加强预见性，提高临床医疗质量的方法。

质量是设计和操作出来的。临床医疗工作虽然随机性强，每个病人的疾病变化都有它的特殊性，在整个医疗过程中病人病情变化往往是非常复杂的，但是现代医学有可能对许多疾病的发展变化作出预计，根据临床信息对病人的诊断治疗作出设计，以加强预见性、预定性、及时性、条理性、减少盲目和随意性，从而控制和提高医疗质量。但是临床医疗设计往往是多次性的，必须掌握这一特点。

计划诊疗方法的优点是：可以加强预见性，防止意外情况发生；对诊疗护理考虑比较全面，对病人观察比较严密，处理比较及时，促进医务人员结合临床实际钻研业务，提高技术水平；提高病历书写质量；及时总结临床经验，总之有利于提高医疗质量。

基本方法是：以医务人员的理论、技术水平和临床经验为基础，以诊断、治疗、预后判断等标准（或医护常规）为基本依据，结合病历书写制订诊疗计划。最好不另设表

格，以易于被接受和坚持，并使其落实。对每个住院病例都由主管医师制订，一般在入院24小时或两三天内完成，主治医师检查指导，按病情复杂程度有一次性计划和阶段性计划，对可能发生的意外作出预计。检查、治疗计划都要有时间要求。特别重要的是，计划要根据病情变化及时进行修订。护理计划可只限危重疑难病例，由护师制订，护士长审定。病人出院要作诊疗总结，进行质量评价，方法大体上同病例质量评价法。

（二）病种质量目标管理方法

这是一种对各科的常见病种有重点地选择几个病种，预先规定若干质量目标和质量措施，并定期抽样检查评定的质量管理方法。

（三）医疗缺陷控制方法

控制医疗缺陷也是临床医疗质量管理一个方法。首先要制订医疗缺陷判定标准，标准中分出缺陷种类，每种类缺陷分为重度缺陷、中度缺陷和轻度缺陷三级。医疗缺陷分类一般可分为：诊断缺陷、治疗缺陷、病历缺陷、抢救缺陷、手术缺陷、护理缺陷、感染缺陷和其他缺陷等。管理方法主要以病历为依据，出院时进行检查判定，另外可设缺陷登记簿进行登记。

四、病例分型分级质量包罗模型评价法和住院医疗全面质量管理方法

这种方法是天津医院管理研究班，引进现代质量学及工业全面质量管理思想和技术方法研究设计的。这种方法是以病例为质量单元。病例分型就是把病例分为“一般病例”、“一般急症病例”、“疑难重症病例”和“危重病例”四个型（病例分型反映病情轻重程度、技术复杂程度和时限要求）。分级就是把病例医疗质量分为优、良、中、低、劣五个级。分级的依据是按病例分型、医疗缺陷和医疗转归三者综合起来判定医疗质量的。其中医疗缺陷是主要的，把医疗缺陷分为五级。判定医疗质量采用医疗代用值方法，使之数据化。就是把病例分型（M），医疗缺陷（D）和医疗转归（T），三者综合起来设计数字模型和公式：

$$P=\left[1-\frac{M.\ D.\ T}{A}\right]\times 100\%$$

P：医疗质量代用值；A：未满足医疗质量最大值。

用这个公式来计算每个病例的医疗质量代用值，按百分数之大小来区分病例质量等级。并以优良病例率和低级病例率为控制指标，综合计算医疗工程能力。医疗工程能力就是优良级病例率和低级病例率的观察值与期望值的比值，也就是控制减少低劣病例的能力，采用管理图法控制优良级和低级病例率，即计算出优良级和低级病例的期望值规定上限下限划成控制图。以若干份出院病例为一组，计算其优良级病例率和低级病例率，划在图上，凡超出控制范围的差异，应采取措施，加以管理。目的在于提高优良级病例率，降低低级病例，杜绝劣级病例，提高“医疗工程能力”，对医疗质量进行控制。这种方法以检查控制医疗缺陷为关键性管理措施，以数理统计，管理图法为手段。

五、医学检验质量控制方法

质量控制的概念是指用数理统计方法研究在生产或工作过程中控制产品或工作质量的各种问题。它是运筹学的一个分支。

医院质量管理中应用质量控制方法，当前主要应用在检验生化质量控制方面，这是提高检验质量的重要的管理方法。医学检验全面质量控制包括影响检验分析结果可靠性

的各方面的因素（或各个环节），它是系统的、有起点和有终点的、以预防性质量控制为主的、而且具有有效反馈控制作用的科学管理方法。这种管理方法一般有“室内质量控制”，即实验室内部诸因素的控制；和“室间质量控制”，即一个地区或更大的范围内的各个实验室间的统一质量控制，以形成质量控制网。检验质量控制大体上包括以下内容：

1. 人的管理：检验人员要合理配备，使工作量与人员有适当比例。加强业务训练，使之达到一定的技术标准。建立岗位责任制，人员要相对固定。

2. 设备和药品的管理：主要是仪器的鉴定，检修、保管和试剂的标定，以保证性能准确和质量完好。以下几种仪器必须按时校准：天平、光电比色及各种光度计、恒温箱、玻璃量器等。对测定用的标准液要定期校正。

3. 操作技术的管理：选择并评价各种分析方法，方法必须可靠，即精密度好（方法重复性好，变异系数小）和准确性好。操作方法要统一。

4. 标本的管理：检验标本合格才能保证检验质量准确。一个是采取标本前病人应作必要的准备与配合（如饮食药品禁忌），一个是医护人员要掌握收集方法和初步处理方法。

5. 质控物质：将正常或异常质控样品与每天常规分析样品同时分析，以检查分析结果的误差情况。

6. 建立室内质量控制图：建立实验室内各个项目的质量控制图，目的在于不断发现和纠正系统误差（指有一定规律性的误差，偏高偏低是固定的），把偶然误差（指没有规律，没有定向的误差）缩小在一定允许误差范围之内，并绘制成图，每日所测项目结果不能超出图上允许误差范围，然后才可发出报告。当超过允许误差时，应及时采取有效措施。

7. 参加室间质量控制，室间质量控制的目的是在于校正各实验室结果的准确性，使各室间用同一样品对同一项目的测定结果数值接近一致，是一种实验室之间的结果比较。此种管理方法必须有行政部门参加的管理机构推动及发放质控物质，统计评价结果。活动方法由主管这项工作的实验室，下发质控标本，由有关实验室进行检查，写出报告，根据报告评定检验质量；还可以到各实验室抽样检查，并对实验室工作的各个环节作出评定。

第四节　质量管理的组织工作

一、重视质量教育，建立质量责任制

开展质量管理，要经常教育全体职工树立对病人负责和质量第一的思想，加强质量意识；并使每个职工明白有关质量标准和管理方法。有“质量始于教育、终于教育”之说，可见质量教育的重要。

要结合岗位责任制建立从部门到个人的质量责任制。责任制体现质量管理人人有责的全员管理思想，以便作到人人抓质量，事事讲质量，才能使质量管理措施贯彻落实。要尽量避免一事多方负责，有的工作需要几个部门，几个人共同完成的，必须分清责任的主次。

二、要有质量目标（计划）

质量管理是使质量不断提高循环上升的动态过程，所以必须有质量目标计划，才能

有目的的促进质量的提高，组织与协调质量管理活动的开展。

质量目标即一定时期内全院或某科质量管理要达到的水平或某一方面、某一项工作的质量要求。可以表现为达到规定的质量标准，也可以表现为达到国内外先进水平，也可以表现为提高医务人员的技术水平等。因此，质量指标、质量改进、医疗安全、新业务新技术的开展等都属于质量目标。质量目标尽可能数量化，质量目标有的是控制保证目标，有的是提高目标，以后者为主要内容。

质量计划工作运用 PDCA 循环法（计划——执行——检查——总结方法），即计划工作要经四个阶段为一次循环，然后再向高一步循环，使质量步步提高。

第一阶段：计划，即制订计划。

第二阶段：执行，即按计划分头实施。

第三阶段：检查，检查在计划执行中出现的情况。

第四阶段：总结，对出现的情况加以处理，对的肯定，不对的纠正并形成标准，以防止重复出现。没有解决的问题向下一个循环转移，作为下一次计划目标之一。

PDCA 循环法的特点：

⑴ 大环套小环，互相联系促进。全院是个大 PDCA 循环，各部门、各科室以及病区班组根据院或科室的计划制订自己的计划（P），逐步落实到个人。上一级 PDCA 是下一级 PDCA 的根据，下一级 PDCA 是上一级 PDCA 的具体化和贯彻落实。

⑵ 不断循环，上楼梯，转动循环一周，都实现一定的质量目标，达到一个新的水平，象上楼梯一样步步高。

⑶ 总结阶段是个关键。巩固成绩，纠正错误，提出新目标。

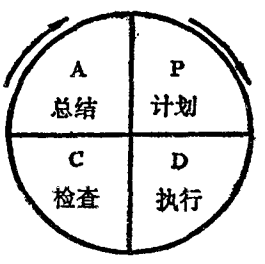


图 20-2 PDCA循环图之一

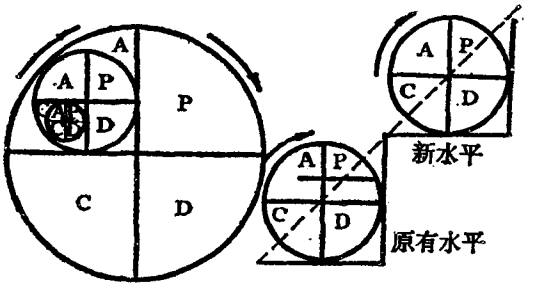


图 20-3 PDCA循环图之二

三、制订质量保证方案

美国医院评审联合委员会制订的《美国医院评审标准》中规定，医院必须制订质量保证方案（全院的、科室的），以便客观、系统地监督和评价医疗质量，研究和改善医疗质量。方案（计划）包括目的、组织、范围、监督评价及解决问题的方法。其范围包括，对临床科的监督评价（着重病历检查、手术病例复查、药物配制及使用的检查、使用血液的检查、使用抗生素的检查等），对护理部及各医技部门的监督评价及感染控制等。是一种医院质量保证体系，是医院质量管理的一种基本方法。

四、质量管理信息工作

质量管理要靠质量信息的流通和反馈，所以质量情报工作是很重要的。对统计工作、病案工作、技术情报资料工作以及反映质量实际情况的各种数据、情况、报表等要求准

确、完整、及时。

五、质量的检查和奖惩

对质量的分析检查是经常的管理活动。质量检查应注意运用科学的方法，如抽样检查法，PDCA 循环法，数理统计方法以及三步法（三步法就是解决质量问题要分三个步骤来进行；第一步解决现象问题，第二步解决原因问题，第三步解决根本原因问题。）等。

质量管理应与奖惩制度结合起来，有赏有罚才能调动广大职工的积极性。

六、质量管理的数理统计方法

在质量管理中一般应用的统计图表法有：分组法（分类法）、排列图法、要因分析图法（鱼刺图）、直方图法、控制图法（管理图）相关图法和统计分析表法等。其中在医院质量管理中常用的有控制图法和要因分析图法（详见医院统计章）。

马 骏 白 东

第二十一章　医疗安全及医疗事故纠纷的管理

第一节　医疗安全管理

一、医疗安全概念和医疗安全管理意义

（一）医疗安全概念

医疗安全概念，直观地讲为：病人在医院医疗过程中不发生允许范围以外的心理、机体结构或功能上的障碍、缺陷或死亡。若是反过来从不安全概念来认识安全概念，可能更易理解。

所谓医疗不安全，一般认为：病人在医院医疗过程中，凡是由于医疗系统的低能状态或医疗管理过失等原因，而给病人造成允许范围以外的生理、机体结构或功能上的障碍、缺陷或死亡，均属医疗不安全。

医疗安全或不安全，都是相对的，而且不同的时期、不同的主客观条件有不同的标准。譬如说：由于病人病情危重，限于当时的医疗技术水平和客观条件，发生难以预料的意外或难于避免的后遗症，就不能说是医疗不安全的结果。因此，在评价医疗安全与不安全时，不能超越当时所允许的范围和限度；在制订医疗安全标准时，应以时代所允许的范围与限度为依据。

（二）医疗安全管理意义

医疗安全是医疗质量高的标志之一，医疗不安全则是医疗管理水平低下的一个重要特征。

由于医疗安全管理不善或对策不力，致使不安全因素不能有效地控制，有效地排除干扰，有效地避免不良后果，而给病人造成不应有的痛苦、残废乃至死亡的情况，并非是偶有发生的现象。所以，加强医疗安全管理至关重要，意义重大。其意义有以下几个方面：

1. 没有医疗安全就不会产生高质量的医疗效果：医疗活动过程无非是朝着二个结果转化，一个是朝着好的方面转化，一个是朝着不好的方向转化。但不管是哪种结果，都是多种因素作用于医疗活动所引起的，其中医疗活动不安全因素的影响往往表现得十分明显，有的可能是构成不好结果的直接原因，引出轻病变重病，一病变多病，完整的机体变残废甚至死亡的严重后果。所以，可以认为，医疗安全与医疗效果是并存于医疗活动中的因果关系，没有完善的医疗安全管理，要想获得良好的医疗效果，几乎是不可能的。

2. 医疗安全可以提高医院经济效果：因为医疗不安全，会带来延长病人治疗时间和治疗手段复杂化，从而增加物资消耗量，提高医疗成本，增加病人经济负担，有时还要付出额外的经费开支。

3. 只有完善的医疗安全管理才能保证医院功能的有效发挥：医院是以治疗病人、保障人民群众健康为其根本任务。如果不能有效地发挥医院功能，以至连病人的人身安全都得不到保障，甚而增加整个社会的负担，那就与设立医院的目的相违背。医院这种低

能状态许多是医疗不安全的反映。因此医疗安全管理应该贯穿于医疗管理全过程，并列为医院管理的重要内容。

二、影响医疗安全的因素

影响医疗安全因素或称之为医疗不安全因素是多类项的，往往一项因素存在于多类因素之中，有时界线并不明显，把类别和内涵准确地划分出来，还有待进一步探讨。现初步将它分为如下几类：

（一）医源性因素

一般地讲，凡能构成医源性疾病的原因，均属医源性不安全因素。医源性不安全因素主要是指医务人员的言语和行为不当或过失而给病人造成的不安全感和不安全结果。其中医师的言语和行为不当或过失最容易构成不安全因素，其不安全后果也较为严重。其原因是医师直接给病人实施诊疗，一言一行对病人都会产生刺激，引起反应；而病人对医师也最信赖，甚至把自己的生命都寄托于医师身上。如果医师在诊疗过程中的言语行为，给病人以亲切、体贴、鼓励、开导，就可消除病人的焦虑、恐惧、敏感乃至绝望的心理状态，并产生希望，增强信心，积极同疾病作斗争。相反，医师的言行冷淡、粗鲁或者无意中让病人觉察到自己患的是“绝症”，这就会使病人增加思想负担，降低信赖感，丧失自信心，加剧病情恶化，有的还可能采取轻生。至于因责任心不强而发生医疗差错事故，不仅直接构成不安全，其后果也更突出。

所以通常认为，医务人员（包括管理人员）的医疗思想、医疗作风和职业道德修养，对医疗安全与否起着很大的作用，有时起着决定性作用。

医源性因素广义讲也包括医疗技术因素。

（二）医疗技术因素

医疗技术因素是指因医务人员医疗技术水平低下，经验不足或协作技术能力不高而对病人安全构成威胁。

所谓医疗技术，既指医务人员个人，也指诊疗组织集体，而关键还是诊疗组织集体的技术水平、实践经验和协作技术能力。这是由于医疗活动效果大多都是集体协作的结果。

因医疗技术原因而影响病人安全的现象是常见的。例如：由于技术操作引起的合并症目前尚未完全避免，由于技术原因临床上漏诊、误诊、适应证不准确而错开刀，由于协作技术能力低下本可以挽救的病人却丧生等等，均不乏其例。可见技术水平是一个很大的潜在不安全因素。当着开展一项新医疗技术时，这个因素所起的作用将会更加显著。

（三）药源性因素

用药不当、药物配伍不当或无效用药都可能给病人带来危害，形成药源性疾病，造成病人不安全后果。

药物治疗是医疗的主要手段之一。但几乎所有药物都有二重性，既有治病的一面，也有损害机体的一面。用药过失或无效用药均能产生不安全后果。不管这种后果是否表现出来或暂时没有表现出来，而实际是已构成了医疗不安全，有时还可能对下一代产生不良影响。例如，临床用药剂量过大、配伍禁忌或连续服用超过限量，常可导致产生不同程度的过敏、毒性反应、成瘾和对机体的不可逆性损伤，严重者引起死亡。有些药物的毒性作用不立即反应，而在远期表现出来，有的甚至在胎儿身上出现。

（四）医院卫生学因素

医院卫生学可以构成医疗不安全因素的内容是多种多样的，属于直接影响医疗安全的因素有：

1. 院内感染：特别是院内交叉感染，所造成的危害量大而面广，后果严重。诸如各种交叉感染、手术后感染、新生儿感染、输血输液感染等，都是医疗不安全管理的重要方面。

2. 环境污染：包括室内外的空气、地面、上下水等等的污染，都可能给病人带来威胁，影响医疗安全。就是室内的温湿度和噪音也是影响病人医疗效果的一个因素。

3. 食品污染：病人吃了被致病细菌或有毒物质污染的食品，就可能发生新的疾病。

4. 射线损伤。

（五）组织管理因素

思想政治工作薄弱、各项医疗管理制度不健全、业务技术培训抓得不紧、设备物资管理不善、防止环境污染的措施不力等，都可以成为影响医疗安全的组织管理因素。

其中，各项规章制度不健全，无章可循或有章不循，不认真执行技术操作规程，不认真执行各种查对制度，甚至玩忽职守，是目前医疗差错事故发生的主要原因，也是对病人安全的最大威胁。

其次，医疗设备因素亦不可忽视。医疗设备是医疗技术能力的组成部分。医疗设备品种不全、性能不良、规格不符又不配套，医疗物资供应数量不足、数量不好又不及时，都会降低医疗技术能力，影响医疗技术效果，有的直接危害病人机体，形成医疗不安全因素。例如，在使用电动仪器设备进行诊疗时，因漏电或电流强度超过限量而伤害病人的事例并非少见。

三、加强医疗安全管理的主要环节及其对策

医疗不安全因素固然存在，但不是不可以消除的；医疗不安全后果虽然很难杜绝，但绝非不可避免。关键是要从思想上重视医疗安全管理，抓住主要环节，对不安全因素采取有效对策，防范不安全事件发生，则是医疗管理者的责任。如：应坚持对医务人员加强思想教育和技术培训，特别是职业道德教育，帮助他们树立全心全意为人民服务思想，养成良好的职业道德，不断改进服务态度，时刻把病人安危放到心上，建立“安全第一”的观点。应有计划地对医务人员进行技术培训，首要的是抓好基本功训练；严格规定和执行各级医疗技术人员的职责和技术操作范围；注意加强医院卫生学管理；建立健全各项规章制度等。

第二节　医疗事故的定性与处理

医疗活动中的技术、服务、管理等方面的失误在医疗实践中时有发生，这些统称为医疗缺陷。医疗差错、事故与纠纷，均属医疗缺陷范畴。

医疗缺陷是医疗质量不高的客观表现，它反映出医疗服务体系处于功能不佳状态。构成医疗缺陷的有可控因素和不可控因素，不可控因素包括社会因素、技术水平因素、条件因素和病人个体差异因素等。医疗缺陷多发生在诊断、治疗、抢救、用药、手术、护理等重要环节上。而构成医疗事故当属重度医疗缺陷。

一、医疗事故的概念

医疗事故系指在诊疗护理工作中，因医务人员诊疗护理过失，直接造成病人死亡、残废、组织器官损伤导致功能障碍等情况。

但在诊疗护理工作中，虽有诊疗护理错误，但未造成病员死亡、残废、功能障碍的；或由于病情或病人体质特殊而发生难以预料和防范的不良后果，或发生难以避免的并发症，或以病人及其家属不配合诊治为主要原因而造成不良后果的均不属于医疗事故。

以上概念说明，医疗事故是特定的职业事故。构成医疗事故要有五个基本条件：

1. 医疗事故的行为人必须是经过考核和卫生行政机关批准或承认，并取得相应资格的各级各类卫生技术人员。因诊疗护理工作是群体性的活动，构成医疗事故的行为人，还应包括从事医疗管理、后勤服务等人员。

2. 医疗事故的行为人必须有诊疗护理工作中的过失。

过失，是指行为人由于疏忽大意和过于自信的两种心理状态所造成的危害结果。过失与故意的属性根本不同，医疗事故属于过失，不是故意。此外，尚有因技术水平和经验不足造成的技术过失，与疏忽大意和过于自信过失有所不同，在实践中有加以区别的必要。

构成医疗事故过失行为，必须具有违法性和危害性双重的特点。

违法性：在医疗事故中主要是指违反诊疗护理规章制度和技术操作规程。这些可以是成文的，也可以是约定俗成大家都在实践中遵循的。但违法并不等于犯罪，这点要正确的理解和解释。

危害性：是危害行为的基本属性。在实践中不能因为行为人有一般过失行为就与医疗事故关联，必须视其行为实际上是否造成了对病人的危害。

3. 必须是发生在诊疗护理工作中（包括为此服务的后勤和管理）。

4. 给病人造成危害的结果，必须符合“死亡、残废、组织器官损伤导致功能障碍”的规定。不及这种程度，不认定为医疗事故。属下列情况者应区别对待。

在胸腔、腹腔、盆腔、颅内及深部组织遗留纱布、器械等异物；开错手术部位，造成较大创伤；或造成严重毁容等，可认定为医疗事故。但反应轻微或体内遗留的异物微小，不需再行手术者；或异物被及时发现、取出，无明显不良后果者；均不能认定为医疗事故。

5. 危害行为和危害结果之间，必须有直接的因果关系，否则不能认定为医疗事故。在多一因果时，要具体分析各自原因的不同地位和作用：如分析病人死亡、残疾或功能障碍与疾病本身的自然转归有无密切关联。有时因疾病重笃、复杂或已处晚期，而责任者的过失行为只是处于非决定性的地位，甚至是处于偶合地位，这些都要作具体分析，尤其是在事故定性、定级和对责任者处分时要慎重判定。

二、医疗事故的分类与等级

（一）医疗事故的分类

国务院颁发的《医疗事故处理办法》中规定：医疗事故分责任事故和技术事故。责任事故是指医务人员因违反规章制度、诊疗护理常规等失职行为所致的事故；技术事故是指医务人员因技术过失所致的事故。

这种分类主要是从我国的实际情况出发而制定的。尽管在实践中两者多有交叉，但是依其所占的主要份量来进行分类，还是不难定性的。据此，医疗责任事故是指责任人

因违反规章制度、诊疗护理常规等失职行为为主要原因所致的事故。医疗技术事故是指责任人因专业技术水平和经验不足为主要原因导致诊疗护理失误所致的事故。

对医疗事故的定性，根据性质分成责任事故和技术事故。区分性质后不仅在处理上有轻重不同，更重要的是强调全心全意为病人服务，保护医务人员的积极性。责任事故的特点就是医务人员技术能力能够胜任，但是由于玩忽职守、违反操作常规或各种法规而产生的医疗事故，一般要负刑事和民事责任，在处理上较重。技术事故则是医务人员技术能力不高(或由于条件限制)，虽然尽了努力，技术上还是发生过失，造成医疗事故，一般对这种技术事故主要是总结经验教训，但有时也要负一定的赔偿责任。但在医院实际工作中造成事故的因素是异常复杂的，有时技术因素和责任因素交织在一起，因此对具体问题必须具体分析，如两种不同性质的问题混杂在一个事故中，只能从何者为主来判定。在不少案例分析中，常发生两种倾向：一为当事单位或个人有把大事化小的思想，即把责任事故说成技术事故，或把技术事故说成严重差错，以减轻责任。另一为当事单位对某个发生事故的医务人员无限上纲。本来是技术原因说成玩忽职守、个人名利……而加以重处。这两种倾向都应当避免。

有些医疗事故往往确实技术与责任因素并存的，此时应认真地科学地分析研究，找出主次。要强调造成后果的直接原因，如违反规章制度为直接的、主要的，而技术是间接的、次要的，就应认为是属于责任事故，或以责任为主的医疗事故。反之则属于技术性的，或以技术为主的医疗事故。但有些分析起来仍然还是很困难的，这是因为事故本身的性质有特殊性，缺乏一般事物所具有的决定事物的数量界限。对分歧较大的医疗纠纷，或定性困难，可报请上一级医疗事故鉴定委员会裁决。

当经过讨论鉴定后，死因仍不清楚时，不能定为事故。

(二) 医疗事故的等级

《办法》中规定：根据给病人直接造成损害的程度，医疗事故分为三级：

一级医疗事故：造成病人死亡的；

二级医疗事故：造成病人严重残废或者严重功能障碍的；

三级医疗事故：造成病人残废或者功能障碍的。

卫生部于1988年下发关于《医疗事故分级标准（试行草案)》本草案规定了一些具体标准。

医疗事故的分级标准必须以直接造成病人损害的程度为依据认定医疗事故的级别。

1. 凡行为人过失直接造成病人死亡的为一级医疗事故。但在医疗实践中，病人因病情重笃或疾病晚期衰竭濒临死亡，而行为人虽有过失，但属偶合因素，不能认定为医疗事故。

2. 二级医疗事故系指行为人过失，直接造成病人严重残废或严重功能障碍的情况。在卫生部规定二级又分为二等：

二级甲等医疗事故：如植物人；昏迷、临床确认不可恢复者；痴呆；严重智力障碍；双目失明；双手截肢；双足截肢；二便失禁，临床确认不可恢复者等等。

二级乙等医疗事故：如视力、视野较严重损害，丧失部分工作和生活能力；两耳全聋；误摘一侧肾脏；肾脏损害，临床确诊肾功能不全者；偏瘫，肌力三、四级者；脊柱侧弯50°以上；一肢截肢或功能全废；未婚或已婚未育男女生殖功能丧失（包括育龄妇

女子宫切除，其子女已亡者）等。

3. 三级医疗事故系指行为人的过失，直接造成病人残废或功能障碍的情况。三级又分两等。

三级甲等医疗事故：如视力视野损害但未丧失工作和生活能力；双目听力明显减退（在60分贝以上）；声带或喉部受损伤，对发音有明显影响；主要脏器功能有改变（有临床和客观检查指标），但不需要借助药物或器械维持的。缺失任何一手拇指等。

三级乙等医疗事故：如主要脏器受损后功能有一定改变，有临床症状和客观检查所见的，开错手术病人，手术部位或脏器，造成组织、器官较大创伤的；缺一足的全部足趾等。

三、医疗事故的处理程序

医疗事故原则上应由当事的医疗单位与病人及其家属根据《办法》的规定进行协商处理。实践证明，大量医疗事故经过双方协商能够得到解决。因此医疗事故发生后，医疗单位要首先进行认真的调查了解，做到事实清楚，责任分明，结论准确，处理得当。院方应诚恳地向病人或家属方面说明真相，进行劝慰，取得谅解和支持，做好工作，病人及家属和医疗单位对医疗事故或事件的确认和处理有争议时，可提请当地医疗事故技术鉴定委员会进行鉴定，由卫生行政部门处理。

若对医疗事故技术鉴定委员会的鉴定结论不服，医患双方均可在接到鉴定报告书之日起，15日内向上一级技术鉴定委员会申请重新鉴定。也可直接向当地人民法院起诉。

病人方面不服鉴定结论或处理，应诉对象为当事的医疗单位，卫生行政部门和医疗事故技术鉴定委员会一般不作应诉对象。

当事的医疗单位和医务人员不服鉴定结论，应向卫生行政主管部门提出不服理由，尽量通过行政手段解决。如对行政意见不服，可向上一级卫生行政部门申诉解决，或向法院起诉。

（一）医疗事故的鉴定

1. 医疗事故技术鉴定委员会：国务院《办法》规定由有临床经验、有权威、作风正派的主治医师、主管护师以上医务人员和卫生行政管理干部若干人组成。省、自治区、直辖市级鉴定委员会可以吸收参加。委员会人选，由卫生行政部门提名，报请同级人民政府批准。委员会的组成人数各地自行规定。由于医疗事故可发生各科室，医疗专业不同，故鉴定委员会应分别设立若干学科组。

2. 鉴定委员会的性质和任务：鉴定委员会在同级政府领导下，负责受理本地区医疗事故的技术鉴定工作。它是本地区医疗事故技术鉴定的唯一合法组织，只有它的鉴定结论才能作为认定和处理医疗事故的依据。司法机关认为该鉴定结论举证有困难时，可要求同级鉴定委员会复议或请上一级鉴定委员会重新鉴定。

各级鉴定委员会没有隶属关系，独立进行鉴定。其所作的鉴定结论在没有争议的情况下效力相同；需要重新鉴定时，上级鉴定委员会可以否定下级鉴定委员会的结论。

鉴定委员会有权要求医疗单位和当事医务人员、病人及其家属提供有关资料和作当面陈述，也有权直接进行调查、核实。发现资料不完整、不真实，有权拒绝鉴定。在遇到定性和等级判定意见难以一致时，可以暂时不作结论，待进一步调查、观察或核实后再作鉴定结论。

（二）医疗事故的处理

经过技术鉴定委员会鉴定确定为事故的，可根据事故等级、情节和病员的情况给予一次性经济补偿。其补偿费标准，由各省、自治区、直辖市人民政府规定。病员由于医疗事故所增加的医疗费用，由医疗单位支付。

《办法》中规定：对造成医疗责任事故的直接责任人员，医疗单位应当根据其事故等级，情节轻重、本人态度和一贯表现，分别给以行政处分：即警告、记过、记大过、降级、降职、撤职、开除留用察看、开除等。

对造成医疗技术事故的直接责任人员，医疗单位应责令其作出书面检查，吸取教训，一般可免予行政处分；对情节严重的但其中责任因素占有重要地位，也应当酌情给予行政处分。

至于医疗事故直接责任人系指：责任人的行为与病员的不良结果之间有直接的因果关系，是对不良后果起决定作用的人员。

要区分具体实施人员的直接责任与指导人员的直接责任。如果是具体实施人员受命于指导人员实施的行为，或在实施中实施人员提出过纠正意见，未被指导人员采纳而造成不良结果的，由指导人员负直接责任。如果实施人员没有向指导人员如实反映病人情况或拒绝执行指导人员的正确意见造成不良后果，实施人员负主要责任。

如果是具体实施人员提出了违反有关法规（含规章制度）的主张、做法，由于指导人员轻信，同意实施或者具体实施人员明知受命于指导人员所实施的行为违反有关规章制度，但不向指导者反映，仍然继续实施而造成不良结果的，则具体实施人员和指导人员都要负直接责任。

《办法》中规定：发生医疗事故或者事件后，丢失、涂改、隐匿、伪造、销毁病案和有关资料，情节较重的，对直接责任人员追究其行政责任；情节严重构成犯罪的，由司法机关依法追究刑事责任。

医务人员由于极端不负责任，致使病员死亡、情节恶劣已构成犯罪的，对直接责任人员由司法机关依法追究刑事责任。

至于“极端不负责任”“情节恶劣”的解释，目前还需要广大医院管理者和法学工作者密切结合探讨研究，以求得对责任人的正确处理。

四、我国建国后医疗事故处理的历史教训

解放后我国医疗保健事业不断发展。在加强医院管理的同时，也特别重视医疗事故的防范和处理，并逐步形成了适合中国国情的有关规定，并向法制化的方向迈进。回顾建国以来的近40年，医疗事故的处理走过一些弯路，大体可分为三个阶段。

（一）侧重法律裁决阶段（1950年至1959年）

这一阶段的特征是医疗事故往往直接由司法部门处理，经法律裁决。在这段时间里，尽管卫生行政部门制定一些条例和规定，但不少的医疗事故还是直接由法院处理，尤其是责任事故，不经医学技术鉴定作结论，法院就可以传讯医生、护士，按当时刑律类推给医务人员判刑。这样处理的结果带来两个方面的问题。一是未经医学技术鉴定，不注意医疗事故本身的特殊性，就难避免定性不准、处理过重；二是对医疗事故不问性质、情节就施用刑律，引起医务人员普遍产生“一脚在医院一脚在法院”的恐惧心理，所以当遇到抢救危重病人时，总是心有余悸，怕出了事故坐牢而不敢担风险，以至把病人转

院或推给上级医生了事。最终还是不利于病人，也影响临床医学的发展。

（二）卫生行政部门定性处理阶段（1959年至1977年）

发生医疗事故后，由当地卫生行政部门或上级出面解决，法院一般不受理，即使医院或家属向法院起诉也不受理。有的病人及家属到医院无理纠缠，打骂医务人员，扰乱医院秩序的现象发生时，司法部门也认为不便介入。而难以制止事态发展。特别是10年动乱期间，医疗事故时有发生，病人及家属要求赔偿，如得不到满足有的就采取过激行动，如停尸病房或医院大门口，干扰医院的正常活动。事实证明，由卫生行政部门一家来处理医疗事故存在很大缺点，主要是缺乏法制的权威性。

（三）十一届三中全会以后阶段（1978年以来）

医院工作对医疗制度、操作常规进行了整顿，首先整顿医院秩序，如北京市卫生局与公安局联合发布“维护医院正常秩序的规定”。卫生部对医疗事故与纠纷的定性、处理都进行了讨论，有的作了初步规定。以后根据卫生部的规定精神，黑龙江、西藏、新疆、青海、河南、陕西、甘肃等省、区都以省、区检察院、高级人民法院、公安厅、劳动局、民政局、卫生局联合发布“预防和处理医疗事故的规定”。辽宁省以省政府名义发出通知，上海则经上海市人大常委会批准执行“预防和处理医疗事故暂行规定”。对事故的概念、定性、事故等级的判定，事故鉴定程序、处理原则等等都作了明确规定。由于在医疗事故与纠纷上重新制定了法规，使在医疗事故与纠纷处理上向前迈进一大步。公检法部门开始受理此类案件。也有一些医院请律师任医院的法律顾问。这些都说明我国在处理医疗事故与纠纷的问题上，开始扭转单纯由卫生行政部门处理的局面。由于和法结合，使医院事故和纠纷的处理比较顺利，病人合法权益得到保障，无理纠缠的事件大为减少。

国务院颁布的《医疗事故处理办法》，这是我国解放后第一个由国务院发布有关医疗事故法规，对全国司法部门和医疗单位都具有约束力。这一法规的产生，标志着我国的医疗事故处理已进入法制阶段。

为进一步贯彻《办法》的正确执行，有不少问题尚需法学界和医学界共同认真研究解决。解放后我国对医疗事故处理的历史经验应当认真总结。目前在某些局部地区又在重演50年代已发生过的教训，即只依据法律条例判处，忽略医学的特殊性。尽管这是个别的地区，但连锁反应是很大的。处理医疗事故不可忽略医疗业务技术的特殊性。医疗工作是面对活人的工作，技术性很强，又有社会性，是比较复杂的。产生医疗事故的原因也是多方面的，不只是医务人员责任心问题，医疗设备条件、医务人员数量、技术水平、工作经验、医院制度、药品质量、医院管理等都与医疗事故的发生有直接关系。另外病人的社会因素，病情不可逆转的发展，病人的个体差异以及对疾病的发生发展规律有的还未被认识，医疗事故是偶犯还是履犯也应不同。因此处理医疗事故应该严肃，更必须慎重，也不能按一般企事业的责任事故处理。既要对病人负责保护人民健康，也要保护医务人员和促使医学科学的发展。

第三节　医疗纠纷

在日常医疗活动中，尽管医疗纠纷为数不多，但却很难杜绝。因此，如何对待和解决医疗纠纷，就成为医院管理中不可迴避的工作。

一、医疗纠纷的概念

医疗纠纷是指在诊断治疗护理工作中，医患双方对诊疗护理后果及其原因的决定上有分歧，当事人提出追究责任或赔偿损失，必须经过行政的或法律的调解或裁决才可了解的医患纠葛。

许多医疗事件是以医疗纠纷的形式出现的。医疗纠纷的情况相当复杂。从时间上说，多数发生在诊疗护理工作终结之后，但也有的发生在诊疗护理过程中。以内容而论，有的是在诊疗护理工作中医务人员确有失职行为或技术过失，导致病人发生不良后果，其中少数已构成医疗事故。但多数是无诊疗护理过失，或有诊疗护理过失但与不良后果无直接因果关系。

一般说，凡已形成医疗纠纷的，都直接或间接地涉及医患双方的权益问题，道德与法律问题，同时与医学发展相联系，并对医患关系产生影响。这些都说明，对医疗纠纷的处理具有很大的严肃性和科学性，研究如何正确处理医疗纠纷是十分必要的。

在现实医疗活动中，由于病人缺乏医学知识或个别人有个人目的，往往医院出了医疗事故或意外、差错、合并症时，病人或家属或所在单位都认为是医疗事故，因此也产生纠纷。但在医疗工作中确实发生了医疗事故，造成病人残废甚至死亡，但由于医院医务人员工作积极努力、语言和蔼，取得了家属及病人的信赖，即使是发生了事故，家属及病人也能谅解，甚至有的还感谢医务人员的辛勤劳动。因此医疗事故中不一定发生纠纷。而医疗纠纷不一定是事故。纠纷的发生，与医务人员的医疗作风，服务态度有很大关系。

二、医疗纠纷的原因

从大量的事实来看，构成医疗纠纷的一般规律是，大都发生在医务人员的服务态度不好，或有伤害、死亡等严重不良后果的病例中，纯属有意制造纠纷的案例是极个别的。

（一）有医疗过失直接造成不良后果发生的纠纷

此类纠纷多是由于对医疗过失不作实事求是的处理而引起的。如医务人员冒险去抢救一名危重病人，匆忙中出现失误，以致形成了差错事故。事后理应本着实事求是的态度，诚恳地向病人及家属检查错误，坦率地承担责任，取得他们的谅解。但有些处理这方面的管理人员却缺乏这种勇气，怕家属无休止地纠缠，怕影响医院的声望，致使病人及家属感到医院没有诚意解决问题，从而向上级行政部门或法院控告。

（二）有医疗过失未直接造成不良后果发生的纠纷

这类纠纷常是由于医务人员粗心大意、解释不周引起的。在日常医疗护理工作中对一些工作错误，应诚恳耐心地向家属或病人讲清楚，并承认错误，以取得他们的理解。

（三）无医疗过失有不良后果发生的纠纷

这类纠纷往往是因病人或家属对医疗后果不满并怀疑医疗护理工作有过失而引起的。因病人有不良后果，家属或病人认为这是医务人员造成的医疗事故，而形成医疗纠纷。

（四）其它原因引起的纠纷

1. 语言不当引起的纠纷：在医疗过程中，每个医疗单位的条件、设备和个人的技术水平等诸方面的因素不同，对一种疾病的认识能力和诊疗效果可能会有差异。如某种疾病在发病初期典型症状不明显，医师根据当时症状作出初步诊断是允许的。而病人经过几天治疗无效，又到另一个医院或找另一医师去就诊，此时典型症状比较明显了，医师

改变诊断也是理所当然的。如果第二次接诊的医师不加思索地讲些不妥当的话如“这个病很明显，怎么会诊断错了？”“你这个病早来看就没有问题，现在已经晚了！”等等，几句话就可能引起严重的后果。

2. 第三者挑拨引起的纠纷：有的医疗纠纷，是个别医务人员企图利用病人制造矛盾，达到发泄私怨的目的。如利用别人在医疗工作中出现的失误，无中生有地为病人及家属出谋划策等。

3. 医风不正引起的纠纷：社会上的不正之风也会影响医院，造成医风不正，并由此引起医疗纠纷的案例时有发生。如出于老同学、老同事、老相识的关系，开人情假、出具伪诊断证明书等。

4. 工伤事故、伤害案件转嫁成医疗纠纷：

医疗部门经常接待和处理因事故所致的外伤或内伤病人，这些病人的伤情好坏，直接关系到案件的处理。如医院出具的证明有讹，就可能把病人与本单位的矛盾转化为同医院的矛盾。

5. 服务态度生硬引起的纠纷：由于医务人员服务态度不好，对病人缺乏耐心、细心和缺乏同情心。有的医务人员不理解病人的焦虑心情，以致当病人询问病情时表现得极不耐烦，粗暴对待病人而引起纠纷。

第四节　医疗事故纠纷的防范

建国以来，各级卫生行政部门和医疗单位，都较为重视医疗事故纠纷的防范工作。相继通过制订医院工作条例、各项工作制度、各类人员职责以及有关的技术操作常规和质量管理标准；加强对医务人员思想教育和业务培训，不断提高他们全心全意为人民服务的思想和医疗技术水平；经常把医疗事故纠纷典型案例通报各地，教育医务人员对工作认真负责，对技术精益求精，努力避免和减少医疗事故纠纷的发生，均收到了良好的效果。但上项的原因分析说明，关于对医疗事故纠纷的防范工作，仍有继续加强的必要性和迫切性。

为使医疗事故纠纷的防范更加卓有成效，除以上经过实践验证确属可行的办法要毫不松懈地贯彻实施外，还应采取以下各项基本对策。

（一）全面提高医务人员素质

大量的事故纠纷案例，给医院管理者提出一个非常严肃而又紧迫的问题，这就是全面提高医务人员素质，是预防和控制差错事故的关键所在。根据有关方面对人才建设的预测，由于历史原因，在我国今后十年卫生队伍同样也要出现“低谷”、“断裂层”，所以全面提高医务人员素质，不仅是目前势在必行，而且也是未来的需要。

医务人员素质的提高，主要应从医德修养和业务能力两方面抓起，二者均不可偏废。

提高医务人员业务能力，关键是练好基本功，最重要是办好职工教育（成人教育），按各类人员的具体情况，分别因人施教，因地制宜，有组织有计划地进行。

提高医务人员思想政治素质，其中包括加强职业道德品质修养，对于预防医疗事故，与提高业务能力具有同样的重要性。在有些情况下，或者说在相同的技术条件下，良好的医德医风可能显得格外重要。事实也是如此，只要严格分析一下差错事故的原因，同医务人员负责精神毫无关系的可以说是为数甚少。因此，必须要像抓技术培训一

样抓好医务人员的社会主义医德教育与自身修养。

（二）迅速从传统的“生物医学模式”中解脱出来

沿袭了多年的生物医学模式对人们的束缚，尤其对医务人员的束缚是根深蒂固的。而这一传统的、生物医学模式的明显缺陷，是把自己服务的对象不是看成有病的人，在临床诊治中只着眼于生物因素在疾病演变中的作用，因而使临床思维带有很大的片面性，采用的医疗措施具有相当大的局限性，其结果往往不仅医疗效果不佳，而且常常出现医疗缺陷，有时还可能导致不良后果。

如前所述，发生差错事故与纠纷，除少数案例医务人员确有过失和病人或家属故意纠缠外，最多见的还是出于医务人员的服务态度不好和责任心不强。他们缺乏亲切、耐心、体贴、关怀、献身和救死扶伤的精神，不善于通过积极暗示以消除病人对疾病的恐惧和消极心理。医护人员如能耐心对待病人，在更广泛的心理、社会方面给病人以帮助和激励，如果都能这样做，不仅可以提高医疗效果，也可避免事故与纠纷的发生。

西方医学之父希波克拉底，早在公元前400多年就讲过，“医生认识一个病人是什么样的人，比认识是什么病更重要”。也就是说，了解病人的心理环境特性比认识疾病意义更大。他还曾指出，“医生的语言和药物是医生的两大法宝”。但现在不少医务人员，尤其是中青年医护人员，没有学过心理学、社会学，因而也就不懂得病人的心理，不懂得病人的经济条件、家庭关系、民族风俗、教育程度、人格个性等社会因素对病人和疾病的影响，当然也就不会把这些科学运用于医疗实践，语言这一治病法宝也便无从发挥作用了。

大量的临床实践都不同程度地揭示出，心理、社会因素在疾病发生发展过程中所起的重要作用。人们不从传统的“生物医学模式”中解脱出来，不在自己的头脑里迅速建立新的生物-心理-社会医学模式观，就很难适应当今和未来的临床，医疗事故与纠纷就可能呈现防不胜防的局面。为要帮助医务人员实现从生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转变，必须尽快给他们补上过去缺少的心理学、社会学和伦理学这一课，医学生要在学校里就学好这一课。

（三）尽快健全卫生立法

我国是十亿人口的大国，幅员辽阔，各地医疗条件、设备状况、管理水平等都有很大差异。没有健全的法制必然会产生对医疗事故定性不准、处理各异的状况。过去虽有医疗事故处理的有关规定，但由于管理人员的认识不同，执行起来出入很大。全国尚没有卫生立法，卫生部及各省市的规定也只限于卫生法规性质。医疗事故的定性处理，实际也只能是主要靠各级卫生行政部门酌情办理。在处理权限、处理程序上也没有一个适用全国的准则。因此正确解决医疗事故与纠纷的根本对策是医疗立法。党的十一届三中全会后，我国不少省市卫生行政部门与司法机关联合发布了行政法规，使医疗事故的定性、处理更具有法律效力和权威性，是处理医疗纠纷的主要依据。但是这些依据还有不少尚待健全之处，更缺乏国家正式立法。法律不健全，人们就无法可依。国务院颁布的《医疗事故的处理办法》是国家单项法规。因此，健全卫生医疗立法，应是当务之急。就目前医疗部门的现状来看，从国家立法机关制定颁布卫生医疗立法，国家机关制定发布卫生医疗法规直至医疗部门制定有关规章制度等，几个不同层次上，均有继续健全的必要。

法律是人们行为规范的准则，是由国家立法机关制定的。卫生医疗立法是医学与法律结合的过程。医学有它的特殊性、复杂性，而法律又有其自身的严肃性，有它的固有程序、规定。如何结合是一个亟待解决的问题。医要看到法的严肃性，法要看到医的特殊性，只有法与医结合才能使我国的卫生医疗立法日臻完善。事实上医学本身除有自然科学一面外，还有社会科学的一面。法学是社会科学。也就是说医学与法学应有机地协同起来。医学与法学在思想方法上也在不断相互渗透和汇流。只有医学与法学互相理解才能结合，卫生医疗立法才能完善实现。

要在广大医务人员中进行法制观念的教育。卫生部的条例规定，医院中的各种医疗制度、操作常规，从某种意义上也是一种法规。各类型医院首先要健全这些法规，教育广大医务人员养成自觉遵守法规的习惯。

刘振声

第二十二章　医院内感染管理

医院内感染管理是临床医学、预防医学、管理学中的边缘学科，是当前医院管理中一个重要课题。通过管理职能，使医院管理按照预防医学的规律正常运行，使环境保证医院病人、职工和社会人群不受环境中有害因素的侵袭和影响，并提高医疗效果。近二十年来，国际上发达国家医院感染管理工作迅速发展，医院感染管理医师学会的成立，医院感染管理杂志书刊的出版等都说明医院感染管理在医院管理工作中的重要地位。

第一节　医院内感染管理概述

所谓医院内感染，由于对感染认识的不同，医院条件的不同，其概念、定义的解释也不同。明确概念、定义是研究分析医院感染的前提。

一、医院内感染的概念、定义

广义的医院感染是指住院病人、医院职工、就诊病人、探视者或陪住者在医院内获得的感染性疾病。由于就诊病人、探视者、陪住者到医院时间短暂，感染因素多，其感染难于确定是否来源于医院，故实际上医院内感染主要对象是指住院患者和医院职工。

有的研究者认为医院职工和医院外的接触也较多，故院内感染的主要对象是住院病人。而且，也只限于住院病人有临床和亚临床的感染类型，携带病原状态和感染后遗症均不计入医院内感染。

就病人而言，医院内感染涉及三类病人：

1. 住院病人在住院时既未存在感染也未处于此感染的潜伏期，但在住院期间发生感染。带入感染属于社会感染，不计入医院内感染。

2. 病人系在过去住院期间感染，随后出院，在返诊时才发现感染，此种感染应列入医院内感染。

3. 病人在住院时已有感染，而住院后又感染了新的病原，同时临床症状恶化呈双重感染，这种感染往往需要病原证实。

目前对医院感染有不同的认识，大致有以下几种看法：

1. 医院内感染是病人在医院内获得的感染，这种感染包括住院期间出现或在住院后不久才出现的感染。但不包括病人在入院前已开始的或入院时已处于潜伏期的感染（即带入感染）。实际上，门诊也存在医院感染问题。

2. 世界卫生组织 WHO（1978 年哥本哈根）给医院内感染下的定义是："凡病人因住院、陪员因陪诊，或医院工作人员因医护工作被感染而出现具有临床症状的微生物性疾病，不管受累者在医院期间是否出现症状。"

美国疾病控制中心（CDC）则主张对潜伏期不明而出现症状都可认为是感染。

3. 流行病学词典(Last JM 主编，1983 年)一书关于医院内感染的定义是："在医疗机构中获得的感染，如果病人进入某个医院或其他卫生保健机构时未患某种病也不处于该病的潜伏期，但却在该院或机构中新感染了这种疾病，即为医源性感染。医院内感染包括在医院内获得的但出院后才显示的感染，也包括医务人员中的这种感染"。

在以上定义中不包括带入感染，即病人在入院前已开始的或入院时已处于潜伏期的感染。目前有人认为，在入院 48 小时后发生的感染算医院内感染。也有人认为 72 小时后发生的感染才算医院内感染。实际工作中如痢疾潜伏期很短，而肝炎潜伏期较长，因而以 48、72 小时等来划分显然是不实际的。其次，病人出院后不久发生的感染也算医院内感染，这个时间很难确定，况且病人出院后又无随访制度，出院后发生感染性疾病不再来本院看病或到其他医疗单位就诊，这样就很难统计和计数。

总的来说，医院内感染，结合我国实际情况，可定义为：凡是住院病人、医院职工在医院期间被感染所引起的任何显示病症的微生物性疾病，不管受累对象在医院期间是否出现症状，均称为医院内感染。

医院内感染分为两大类：

1. 交叉感染（也叫外因性感染）：是指从病人到病人、从病人到医院职工、从医院职工到病人的直接感染，或通过空气、物品间接感染人体。

2. 自身感染（也叫内因性感染）：是指病人自身抵抗力降低，对本身现有的细菌感受性增加而发病，如晚期再生障碍性贫血、白血病晚期病人等。

防止医院交叉感染是医院管理的重点。

二、医院内感染的现状

当前医院内感染已经成为一个重要的公共卫生问题，是当代临床医学、预防医学和医院管理学的一个重要问题。无论是国内、国外，虽然已对医院内感染加强了各种预防措施，但医院内感染率却仍在一个较高的水平上。据国外报道，医院内感染率约为 3—17%：美国报道为 5%，英国为 7.5%，比利时为 10.3%，瑞典为 17%。美国一个大学医院对医院获得感染性监测三年的结果分别为 7%、6%、6%，在三年监测期间内 54169 例住院病人中 3430 例发生医院内感染，感染率为 6.33%。

国外手术后感染率根据文献报道都较高，如加拿大 3276 例手术感染率 4.8—9.4%，美国 15658 例手术感染率 8.2%，7.5%不等。这些感染率发表的年份、手术方式、手术室条件、手术伤口的污染程度等均不明确。因此，还有必要按照一定的标准进行流行病学综合调查。

Polk 等人（1969 年）对消化器官手术 600 例患者于手术前定期投予预防用抗生素，术后每 6 小时投药两次，创面平均感染率为 7%。Altemeier 等人（1967 年）发表的报告指出，15000 例创面感染率是 7.5%，虽然广泛利用了有效的抗生素，但败血症的发生和死亡率均未减少。加拿大 Crase 等（1973 年）在 Foothill 医院进行了术后感染调查。调查方法是按照国家科学研究委员会的分类。结果一般外科的感染率为 6.8%，整形外科为 3.9%，各科平均感染率为 4.8%。其中洁净手术为 1.8%，次洁净手术为 8.9%，次污染手术为 21.5%。污染手术为 38.3%。经调查在住院后等候 14 天才做手术的患者的感染率就增加一倍。

新技术新疗法的开展，使医院内感染率增高。不少的先进的技术方法引进医院，各种监护仪、各种导管、插管，各种内窥镜，特别是一些高级、复杂的仪器，均需侵入体内，有的难于清洗、消毒和灭菌。如肾透析仪虽有清洗消毒方法，但造成感染机会较多。近年来随着血透析疗法的发展，透析设施和工作人员大量增加，因而透析室内防止感染成为重要课题。国外报道无论是透析的病人和医护人员乙型肝炎表面抗原(HBsAg)

阳性率都很高。如英国、日本、美国等报道肾透析患者 HBsAg 阳性率 13.3—88.9% 不等，工作人员的阳性率则为 1.8—100%不等。

器官移植是近年来医学中新开展的项目，由于此种手术影响机体正常防御机制，手术时间又长，难度又大，住院时间亦长，因此医院中的病原体感染的机率很高。国外某大学医院肾移植 224 例中有 35%病人发生尿路感染。美国Stanford报告心脏移植 121 例，其中 56%发生 1—2 种感染性疾患。其他如骨髓移植感染率也高得惊人。

1983 年卫生部根据世界卫生组织一些规定，调查我国部分医院感染情况。按全国地区分布共调查了 21 所医院，计 11295 例病人，医院内感染的发生率为 8.4%。各种医院内感染分布情况及某市部分医院工作人员感染情况见表 22-1，22-2。

表 22-1　我国 21 所医院内感染调查结果

科室	病房数	病人数	感染率%
产科	20	1279	8.1
妇科	20	925	7.4
儿科	19	1017	9.1
内科	20	2908	7.2
外科	20	2128	13.2
骨科	19	981	10.3
急救	13	331	8.5
耳科	19	548	4.0
眼科	16	397	0.8
其他	8	781	5.2
	174	11295	8.4

表 22-2　某市部分医院工作人员感染调查

医院	人数	传染病种	%
某医院	全院人数	肝炎史	23%
某医院三病房		肝病	33%
某医院肝炎组		肝炎	70%
某医院病理组		肝炎、结核	100%
某医院	1316	肝炎、结核病、慢性痢疾	25.7%
某医院	1501	肝炎、结核病、慢性痢疾	64.3%
某医院内科	167	肝炎、结核病	49.7%
某医院检验科	77	肝炎	50%
某医院儿科	56	传染病	51%

根据大量材料估算，我国医院内感染率在 5—18%之间。由于医护人员的业务水平不同、病种不同、医院条件、管理水平不同等原因，我国各地、各级医院的感染率差异极大。根据 1987 年 12 月全国医院管理学会与寄生虫传染病学会联合召开的第一次全国医院感染管理学术会议收到的论文来看，大部分城市大医院的感染率在 6—9%之间。

据上海华山医院1985年8月—1986年7月出院病人调查一年期间总计2454例出院病人中，总感染例次数为224，总感染率为9.1%。各科的感染率如表22-3所示。

表22-3 华山医院院内感染发生率调查（1985年8月—1986年7月）

科别	出院人数	感染例次数	感染率(%)
神经内科	240	29	12.1
神经外科	224	26	11.6
内科	592	56	9.5
外科	384	36	9.4
骨科	204	18	8.8
泌尿外科	183	16	8.7
传染科	260	22	8.5
皮肤科	151	12	7.9
五官科	216	9	4.2
合计	2454	224	9.1

湖南医科大学第一医院调查1987年8月20日—9月30日出院病人总感染率为9.06%（诊断标准参考美国标准）。北京协和医院于1986年12月1日—1987年4月30日对医院7个病房进行了医院内感染监测，医院内感染发生率为6.8%。遵义医学院附属医院对1985年2月—1986年5月当时住院1114例病人调查，共查出76例感染，感染率为6.82%。株州市第一医院1986年从5509份住院病历随机抽样调查中发现有436例感染，感染率为7.9%。

北京医科大学第三医院调查该院1984—1986年三年住院死亡病例423例中，发生感染168例，死亡病人院内感染率为39.72%。不同科别住院死亡病人院内感染率见表22-4。

表22-4 不同科别住院死亡病例院内感染情况

科别	死亡人数	医院内感染人数	死亡病例院内感染率
内	232	106	45.69
外*	95	34	35.79
儿	48	7	14.58
神经	28	7	25.00
皮**	14	10	—
妇**	5	4	—
其它**	1	0	—
合计	423	168	39.72

* 外科包括普外、泌尿、骨科。

** 因妇科、皮科、其它科死亡例数较少，故未做感染率的计算。

从以上国内、国外的医院感染情况来看，说明医院内感染在当前世界各国的医院管理中是一个十分严重的问题。

三、医院内感染管理的任务和意义

医院内感染管理的任务，就是要使来医院门诊及住院的病人的诊断和治疗正确、及时、有效，为防止医院内感染的发生，要全面加强消毒隔离措施；为创造适合医疗要求的生活环境，要全面提高医院内外环境的卫生学质量；为防止污染环境，对医院污水污物要严格加强管理；为保证职工身体健康，还要加强医院医务人员的自身保健；为提高医院感染的管理水平，要制定各项标准；为使医院感染的管理长期坚持下去，要考核、监测、评价形成制度化。

医院是为病人解除痛苦，使其尽快恢复健康的场所，医院中各级医护人员要发扬救死扶伤的精神，千方百计抢救病人，减少病人痛苦。但是，如果医院管理不好，给病人造成感染，则会延长病人的治愈时间，增加病人的痛苦以及经济上的负担，也会影响病床的周转率。严重的医院内感染常使病人所患的原发疾病不能达到预期的疗效，甚至导致难以治愈的后遗症或死亡。还可通过病人或医护人员或医院污物、污水把病源体带到家庭以至社会，造成广泛传播。据美国的一次不完全统计，住院病人中大约有5%发生医院感染，平均延长住院4～5日，每年大约有10万人死于院内感染，每年因医院感染估计多耗费20余亿美元。国外有人估计，按我国的感染率推算每年因院内感染多耗费100亿人民币。也有的估算我国因院内感染多耗费150亿人民币。这远远超出我国每年卫生事业投资。国内有人研究，因感染造成的住院日增加、费用增加等都是很可观的。

第二节　医院内感染管理的组织领导与机构

由于医院内感染管理工作涉及面广，特别是综合医院科室较多而且各自独立，而各临床科室、医技科室、总务行政都有感染管理问题。所以感染管理工作由一个科室、一个部门均难以取得满意的结果。设置医院感染管理委员会（或感染管理小组）建立专业机构，领导和协调有关工作，是搞好医院感染管理的关键。

一、建立医院感染管理组织，必须提高各级领导对感染管理工作的再认识

医院的消毒、隔离、预防交叉感染对医院管理者以及各级卫生行政部门来说没有人认为不重要，但对感染的管理工作抓得不得力，虽有客观原因，但当前对其重要性认识不足是关键，其中也有再认识问题。

（一）从医院内感染发生的历史来认识

在没有认识自然界微生物以前，因无预防对策，对医院来说这种院内感染是极其严重的。有人称医院为“死亡场所”。经过近百年来的研究和实践，产褥热原因的发现，细菌、消毒、抗生素等的发明，使医院内感染已不成为严重的问题。由于使用抗生素，细菌产生耐药，而形成医院菌株，用药后仍然继续感染，这样就迫使找新的抗生素。但是随着抗生素品种的增多和大量应用，产生的耐药性细菌也越来越多，从而使医院内感染情况更加严重。

（二）从医院感染的流行病学特点来认识

医院感染的流行病学特点，就其规律来讲，与社会上的流行病学的基本规律是相同的，即构成感染必须有传染源、传播途径和易感人群。但医院是一个特殊的社会环境，它本身就是一个易感宿主。在医院中每天来院门诊病人如传染病人按10—15%计，每天1000人次的门诊就有100—150名传染病人，而一个1000座位的公共场所（如电影院

等）则传染病人很少，因此医院是传染源密集的场所。已有大量调查材料证实，在医院内由于传染性病人多，病人呼吸出来的气体，接触物（如候诊椅、诊查床、血压表、门把手等）都有大量致病菌存在。其次由于医院中很多住院病人常有一种或多种防御能力被破坏或缺陷，而处于易感状态，他们是易感人群，因此医院中流行病学特点是与社会不同的。

（三）从医院感染当前存在的问题及其严重程度来认识

1. 病原体的变化：医院内的感染，所涉及的“病菌”很多，除细菌以外还包括细菌以外各种微生物（如病毒）在内。近年来医院病原体有着明显的改变，即革兰氏阳性菌造成的感染下降，而革兰氏阴性菌感染上升。

2. 多种、大量抗生素应用使病原体耐药性增强：应当强调，当前引起医院内感染的正常菌群，大多是对抗生素耐药的菌株。这种多耐药菌株形成以及正常菌群定植（colonization）即形成“医院菌株”，是现代医院内发生感染严重的重要环节。

3. 医院带菌者增加：当前医院中由于细菌耐药性增加及医院环境的影响，造成医务人员带菌者明显增加，这也是使医院内感染增加的原因之一。据苏联某医院医务人员（医师、护士、卫生员）调查，及我国北京、湖南等医院医务人员口腔带菌情况调查，发现带菌率在40—60%之间。这些医护人员不仅对病人是个严重威胁，同时还可将病原菌带到家庭及社会。

4. 医院治疗水平提高带来的问题：随着科学技术发展，大量的复杂的诊断治疗方法引进医院。各种插入性仪器如各种导管、各种监护仪、肾透析仪的使用，以及各种器官移植手术都使医院内感染率大大增加。

从以上情况可看出，医院内感染成为医院管理、医疗护理工作的一个难题。过去医院是“死亡场所”，而今医院又成为“危险场所”。这一切又促使各级管理工作人员及医护人员高度重视医院内感染的研究及管理。重新认识医院内感染的严重性及感染管理的迫切性。

二、医院内感染管理组织机构

目前各国关于感染管理组织机构的名称、性质、规模、具体任务不尽相同。但大体都是在院内行政管理层设置一个专门委员会。下设一个专业机构或专职人员。

（一）我国医院感染管理组织现状

我国医院感染管理只是近几年才开始，而最早建立感染管理组织机构也只是北京、上海等少数城市。据1986年4月调查12所重点医院表明上海、北京8所医院都建有感染管理机构，而天津、南京、沈阳的4所医院尚无专门感染管理机构。8所医院已建立专门机构的名称也不统一，有的称为消毒防病领导小组，有的称为防病领导小组，防止交叉感染领导小组。各小组没有专职人员，多为兼职。调查表明这些成员作感染管理工作的时间也很少，大部分成员仅用¼—¼或少于¼的时间，因此医院感染管理工作不能经常化、制度化，目前仍存在不少问题。医院感染管理工作的目标是降低在医院内发生的感染，概括为监察和报告，控制和预防。监察是指定期和持续的监测病人的感染、医院工作人员的感染和医院环境（包括各种器械物品）的污染。报告是使行政部门得到信息，并制定相应的处理对策，控制和预防感染的发生对人员进行培训，并实施感染控制方案和制定各种规章制度来控制感染的暴发流行等。但从调查情况看，当前，北京虽有

防止感染管理机构，但是主要任务仍然是加强消毒隔离、预防感染。目前的组织和人员安排远远不能完成上述两项任务。近一两年来山东、湖南、四川、安徽等省制定加强院内感染管理的规定，并要求建立感染管理组织机构。

1986年4月卫生部委托北京医科大学研讨医院感染管理，并制定了“关于重点医院建立感染管理机构的暂行办法”，这个办法对医院内应建立感染管理委员会(或医院感染管理小组)，组织的性质、任务和具体职责，机构人员组成，专职人员及其职责等都有了明确规定。这些医院在全国首先建立了医院感染的管理组织机构。在这个基础上，1988年11月底卫生部又制订了全国综合医院建立健全医院感染管理组织机构的规定。

（二）医院感染管理委员会的组成

医院感染管理委员会（或感染管理小组）是感染管理的关键环节，组织好感染管理委员会，对降低院内感染率起着决定性作用。委员会的目标是降低在医疗保健机构内住院病人和医院工作人员的感染。

委员会主任委员或副主任委员（组长或副组长）：主任（或组长）都由一名负责业务的副院长来主管。由于业务副院长承担全院的医疗护理管理工作（有的本人还有专业工作），不可能具有系统的感染管理知识，关键是感染的管理副主任或副组长。副主任有的专职、有的兼职从事医院感染管理工作，这些人必须具备感染管理知识。感染管理的副主任应由受过这方面训练的感染管理的医师或护师中来选拔。

感染管理委员会成员：应包括医务人员、护理人员、管理人员、微生物学检验人员和具有感染管理知识的医师、护师或护士。医务人员（医师）应对感染管理工作计划提出方向、方针、政策等，因在实际工作中，任何涉及医疗管理和治疗病人的决定，都需要有医师参加意见。护理人员在医院工作中护士和病人接触时间最久最密切。成员应选自护理部（主任或副主任）或护士长或与感染管理关系最密切的科室：如外科、重症监护病房等。预防保健科的代表是负责院内外预防工作。微生物检验人员在委员会占重要位置，因委员会的职能包括随时监测控制院内感染，监测的常规工作要靠微生物检验人员密切配合。医院管理人员处于协助实施计划和管理的措施，他们是协调各部门关系和实施计划的经济问题。感染管理的医师或护师（士）是负责感染管理计划的实施，同时也是委员会和全院各科工作人员的联系人。医院感染管理委员会组成见下表：

我国有关医院感染管理委员会或小组组成

医院感染管理委员会（或小组）
- 主任（副院长兼）
- 秘书（或设感染管理科）
- 预防保健科主任（副主任）（兼副主任）
- 护理部主任（副主任）（兼副主任）
- 医务处主任（副主任）
- 外科副主任
- 传染科医师
- 检验科医师（主任或副主任）
- 供应室护士长
- 总务科长
- 门诊部、儿科等部门酌情决定

美国医院感染管理委员会的组成

1. 大学医学中心

流行病学家
小儿科的代表或
微生物检验室主任
医务行政副科长
护理部主任
感染管理医师
外科护士长
麻醉学家
烧伤科主任
传染病医师
妇产科医师
外科医师
总务科长
职工保健科主任
特设委员：中心供应室、
营养部主任、药房主任

2. 大型地方医院（250张床以上）

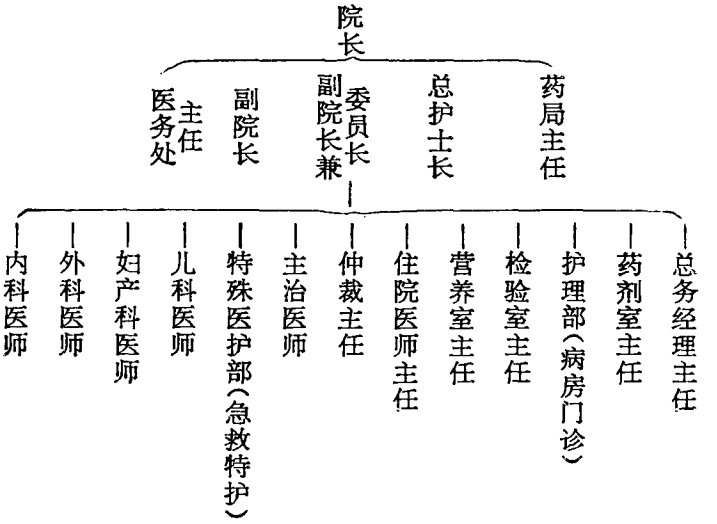
外科医师（主席及外科代表）
ICU病房护士长
助理科长
护理部副主任
手术室护士长
感染管理医师
化验室主任
内科医师
麻醉学家
新生儿科医师
妇产科医师
病理学家
传染病医师
特设委员：营养部主任、
总务科长、药房主任、
中心供应室主任、
职工保健科主任

3. 小型社、区医院或保健机构（100张床以内）

病理学家（主席及微生物化验室代表）
医务行政副科长
护理部主任
感染管理医师
内科医师
外科医师
传染病医师
特设委员：营养部主任、
总务科长、药房主任、
中心供应室主任

日本医院内感染管理委员会组成

（简称院内委员会）



（三）感染管理委员会的任务与职责

医院感染管理委员会的任务应根据国家制定的“传染病管理法”、“消毒管理法”以及其他防止医院感染的有关规定，制定全院感染管理长期规划和近期计划，结合本院的实际制定各项卫生学标准及管理制度；组建好本院有关临床科室及其他部门的感染管理监测网，负责院内感染发病情况的监测，及时发现问题提出对策；并考评感染管理效果，研究改进措施；委员会对新建设施进行卫生标准的审定；对本院有关人员进行感染管理业务培训，特别是每年新进入医院工作的医生、护士、工人等进行严格的岗前培训，并对各科室提出的有关技术咨询，按规定向卫生主管部门填报院内感染发病情况监测表，当医院发生暴发流行时，立即报告。

感染管理委员会使感染管理计划具有行政管理权力。在例会期间，是评议和建议机关。评议政策、协议和监测计划的结果并将建议提交有关部门。评议由感染管理医师（或感染管理护士或护师）等专职人员收集的各种资料。同时评议感染管理工作中的有关问题：

1. 监测资料　所有病人或职工方面的院内感染资料、环境监测和感染暴发的调查报告，均须经感染管理委员会评议，监测方法和资料搜集以后还应进一步讨论。

2. 评议各种规定和实施步骤　医院各科室、各部门根据院感染管理委员会的要求制定的感染管理规定和实施计划，均须委员会评议，批准或修改。

3. 评议各种准备下达的文件。从院方要下达的有关感染管理文件或感染管理计划均须经委员会评议。

在评议感染管理工作的成果规定和实施计划以及有关感染管理的文件之后，感染管理委员会应向医院有关部门或科室提出建议，这是委员会的主要职责，虽是建议，实际为决定，具有权威性，科室或部门必须执行。如拒不执行可建议有关部门给以惩罚。

（四）感染管理委员会办事机构和专职人员的职责

感染管理委员会的办公地点可设在预防保健科或护理部。有条件的医院可建立感染管理科。医院感染管理科是院感染管理委员会的办事机构。但它有一定的技术条件，与临床科室同等待遇。它除经常性制定计划督促检查计划执行情况开展工作外，还要汇总各部门汇集的资料，进行监测，进行分析，并向委员会汇报分析情况提出建议，协助院感染管理委员会安排月、季度会议等事宜。委员会（或小组）可设秘书一人由专职人员担任。感染管理科专职人员的职责首先拟定全院控制感染计划并具体组织实施；按上级或本院规定的各项感染管理制度，对本院有关部门定期监测、分析、报告发病情况；对院内感染流行及时调查分析、写出报告，并提出改进措施；对全院各科室的院内感染管理工作进行协调。对各科室提供业务技术指导和咨询。在完成上述任务的同时，有计划有步骤地开展医院感染管理的专题研究，推广新的消毒方法和制剂。

感染管理专职人员的管理水平、业务能力、主观能动性的调动直接影响院内感染管理的成效，是关键性人物，除了流行病学、传染病学、微生物学、护理学等专业知识外必须具备一定的管理知识。如：①规划工作：规划是管理工作的重要职能，有效地控制感染，必须制定切实可行的规划。学会调查研究、预测等方法。②组织管理工作：为了实现医院感染管理规划拟定的目标，必须设计和维持一种适应医院感染管理工作的组织结构，它是管理工作的基础。是感染管理系统有效地运转和实现目标的必要保证。③指

导、教育全院各类各级人员的感染管理工作。首先专职人员兼职人员的专业知识培训，其次是全院医护技根据不同的情况，分期分类的培训有关感染管理知识，特别是医院受感染威胁最大的部门的医护人员进行重点培训。对每年新来院的职工应有固定教材，经过岗前培训后再回自己所到的单位工作。④协调控制工作；在医院感染管理系统要不断的经常的协调与控制。如在完成感染管理工作中，对本系统中的客观制约条件、如人力、设备、物资、经济等要进行统一协调。控制工作是在日常工作中根据感染管理系统定期反馈的信息进行不断的分析，提出方案进行宏观控制，使感染率不断下降。⑤考评与奖惩：感染管理的考核与评价是感染管理系统指导和控制的主要内容。对每个阶段的感染管理工作作出应有的评价。对感染管理计划进行检验，以便为未来的工作提出指导。它要求在考评的过程中指标要客观，方法要可行，时间要恰当。根据考评结果必须给以奖励和惩罚，这是管理工作的最后环节，也是关键环节。奖励与惩罚都是在管理工作中的激励因素。

第三节　医院感染的预防与监测

医院内感染的预防是一项极其复杂的技术管理工作。它贯穿于整个医疗、护理、总务、行政等各项工作中综合性的管理工作。一个医院有无全面的感染管理措施，是衡量医院管理水平的重要标志。

一、医院内感染的预防措施

从流行病学观点来讲，主要是控制传染源、切断传播途径、提高患者的机体免疫力。

（一）医院内感染的传染源及其对策

造成医院内感染的传染源主要是感染的病人、职工、探视者和陪住者，以及感染的动物。对这些传染源要分别采取不同的措施。如感染的患者主要是早期发现、及时隔离。隔离是控制感染的基本措施。

感染病人的隔离，是把感染的病人活动限制到最小范围，这是对传染性病人及容易发生条件性感染的病人采取的最切实有效的措施。

进行隔离措施，必须同时有消毒措施。隔离与消毒往往是密切联系不能分割的预防手段。但对感染的病人首先是隔离。隔离是使消毒更有针对性和局限化。至于隔离的期限和方式，根据不同病种来确定。

控制传染源的传播必须有一整套的预诊、隔离、消毒等措施，特别是防止传染性病人带入医院，住院部要有接诊室、通过过道及卫生处理等。病区要有严格的消毒隔离制度。要加强对病人防病的宣传教育工作。

对感染的职工要严格控制进入食堂、婴儿室产房等重要部门。医院工作人员要定期检查身体，对带菌者要及时治疗。

对感染的探视者或陪住者的管理是较困难的。这些人是否带菌或患有传染性疾病，无法知道。对医院来讲控制这方面的感染源，最好是取消探视和陪住。但对病人情绪心理上的安慰，除直系亲属或朋友以外，医院医护人员很难满足，因此在一般情况下，应尽量减少陪住，并规定探视及陪住的具体办法，对探视及陪住加以限制。如规定探视时间、限制人数等。需陪住的病人要经一定的审批手续。

对感染的动物管理主要是加强卫生措施。医院中昆虫、虱蚤、蟑螂、苍蝇、老鼠等

均可引起院内感染，其中蟑螂、苍蝇等通过它的机械携带引起食物污染而感染疾病。老鼠是沙门氏菌污染食物的主要传染源。几年来，我国各城市不断有婴儿鼠伤寒流行。有的医院发生数十人感染、十几人死亡的严重感染事故。因此医院中的一切部门，特别是病房、厨房、库房等应防止昆虫、老鼠进入。在医院中消灭蟑螂、老鼠等传染源也是非常重要的工作。

（二）医院内感染的传播途径及其对策

医院内感染的途径主要是通过空气传染、接触传染、昆虫媒介传染。由于医院各种病人集中，传染病的病原体也集中，这样使传染的途径复杂化了。

医院如果管理不好，清洁、污染不分，各种消毒、隔离不严格，将会使各部门污染。根据不少论文报道证明，医院各部门经细菌培养结果表明有大量致病菌存在，如检验科暖箱把手、门把手、病房床栏桌面、门诊候诊椅、检查床、血压表等有多种致病细菌存在，这些部门的空气以及病人经常出入的急诊室、大厅、医务办公室的空气都被大量致病菌所污染；有的细菌数甚至大大超过了卫生标准。而绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌、乙型链球菌、绿色链球菌等均属致病菌或条件致病菌，这样严重的污染很易造成院内感染。

预防对策主要是切断传播途径，重点是加强消毒措施。消毒在医院中大体可分三类。①预防性消毒：对医院内环境及物品怀疑被污染的都要进行消毒，以预防疾病传播，如门诊诊查床、候诊椅等，隔离室专用检查用具等。②经常性消毒：主要是对病人的排泄物、呕吐物、分泌物、病房病人用的用具、医疗器械等均应定期或随时消毒。③终末消毒：传染病病人住院隔离期已过，病人转院、出院、死亡后对尸体及病人用过的衣物、床、房间进行彻底消毒，达到彻底消灭病原体防止再污染的目的。

对医院空气消毒最有效最经济的办法是通风。经过大量调查研究证实，通风时间在15分钟左右即可达到一定的效果。其他消毒有喷雾消毒、熏蒸消毒、紫外线消毒、空气净化等。

医院接触传染的方式是最多见的，通过接触传染而感染的事例在国内外报道很多。通过北京、山东威海市、湖南、鞍山等医院调查证明病人和医护人员的手是造成感染的关键。因此，医院工作人员的洗手与消毒是管理的重点。

预防接触传染的措施是多方面的，但最主要的仍然是消毒。如高压消毒、物体表面擦拭消毒、浸泡消毒、煮沸消毒、表面熏蒸消毒、冲洗等办法。目前国外许多经济发达的国家对一些医疗用具用一次即弃掉的办法，如对输液、输血装置、注射器、各种导管、手术手套、手术床单、手术衣等60多种器具采用随弃方式。

（三）对医院几个关键部门防止感染的措施

1. 门诊：门诊人多流量大，各种确诊或未确诊传染病的病人都要经过门诊。特别是儿科门诊病儿患传染性疾病比例大。因此门诊防止交叉感染的重点就是设立预诊室或预诊台，发现传染病及时转诊或指定地点隔离治疗，不再与其他病人接触。凡确诊传染病的诊室及用具及时消毒。一般诊室、大厅、候诊室、候诊椅也要定期消毒，门诊要有专职消毒员或由卫生员、服务员等兼任消毒工作。发现传染病应及时填写卡片，报告防疫部门，并及时登记。

2. 换药室：换药室必须有严格的无菌技术操作。有菌换药室与无菌换药室严格分开，两换药室之间一切物品不能混用。对隔离化脓伤口换药后所用器械应分别处理并防

止对其他处污染。换药的大夫、护士应先将无菌伤口换完后，再换感染伤口，以防互相交叉感染。室内一切无菌用品应定期消毒，如敷料罐、盐水棉球和其他用具。换药车及换药床、地面、桌椅等每日应用消毒液擦洗。室内空气应每日用紫外线照射。

3. 供应室：供应室人员接触传染病患者使用过的医疗器械时，应注意本身的卫生，如换衣服、洗手等。凡传染病人使用过的医疗器械，由病房或门诊送入供应室时，必须用鲜明标记的布袋包装。供应室接收此项器械后应立即进行单独消毒处理，以免与其他物品混杂。除一般常规消毒隔离制度外，对传染病人如传染性肝炎患者用过的注射器等应严加管理，不能和其他患者用过的器械混在一起清洗。在病房用后立即泡入消毒液中，经过一定时间后，再拿到供应室高压消毒，消毒后再涮洗清洁包好后，再高压消毒一次。对芽胞细菌或可疑芽胞细菌感染的物品应用间歇蒸汽无菌法消毒。供应室的建筑要求接收室与分发室分开，成不可逆行通过式。对供应室一般管理及消毒效果监测要按卫生部颁布的“供应室管理规则”办理。

4. 手术室：有上呼吸道感染的医护人员应尽量不参加手术，如必须进入手术室时须戴双层口罩。至于手术室的分区以及层流手术室请见医院建筑计划管理章。

5. 血库：输血员进行抽血前，还须再测体温和体格检查。凡有发烧、可疑黄疸等不能继续给血。抽血时应严格按消毒规定。血液必须置于冷藏保存，标明取血日期，过期即不能使用。

6. 婴儿室：工作人员除按手术室工作人员一般规定外，入室后先用肥皂刷手至肘上，然后用消毒液浸泡。非本室人员入室必须穿隔离衣，戴口罩和帽子以及换鞋等。每月紫外线外消毒一次，每月作一次消毒后细菌培养。每个孩子要有专用奶瓶。有脓疱及传染病的婴儿均应放入隔离室。每次换尿布洗手后再给婴儿喂奶或水。为预防鼠伤寒沙门氏菌感染要彻底灭鼠。

7. 重症监护病房（ICU）：重症监护病房中的病人要比住在一般护理病房中的病人受到更严重的感染威胁。除了病情严重需要比较经常、密切的护理外，这些病人还可能接受包括药物和仪器的多种治疗，这些进一步增加了感染的可能性；因此必须建立一整套严格的消毒隔离措施，如合理使用抗生素、严格消毒有传染性器械，限制探视者数量等。

8. 肾透析室：肾功能衰竭并有免疫抑制的透析病人，常常有受细菌和病毒感染的危险。透析室中病人以及工作人员受乙型肝炎表面抗原感染的阳性率高得惊人。因此要加强对这个部门的管理，如制定工作人员洗手、穿工作服、吃食物、饮水等方面的规定，制定仪器的操作和病人的管理常规等。

二、加强医院内感染的监测工作

（一）建立医院监测系统

面对医院内感染严重，各国都在积极地采取措施进行管理。有不少国家已经认识到需要有专门的信息系统，开始重视收集监测资料。医院建立感染管理组织机构后，在该组织的领导和指导下，要形成一个医院内感染的监督、监测系统。

监测是系统地收集、整理、分析及报告有关医院内感染的资料。开展医院感染监测工作，明确医院感染的重点区域、易感因素和主要病原菌、阐明其发病规律，是预防和控制医院感染的前提。因而，建立完善的适合我国国情的感染监测系统，是当前医院感

染管理中迫切需要解决的重要环节。

在医院全院范围内，按照医院感染管理体系，在各个部门如门诊部、住院部、医技等部门建立医院感染管理监测系统，并形成网络，还应选择部分病区对医院感染作连续监测。此监测系统的领导机构是医院感染管理委员会；具体工作负责人为医院感染管理（科、或办公室）专职人员。工作方法是在各病区兼职感染管理护士监督下，由住院医师报告登记医院感染事例，最后由专职人员复核确定。

住院医师全面掌握病情，对病人的原发疾病、基础情况、诊断计划、医疗操作及病情与恶化十分了解。因此，指定他们为医院感染报告人最为合适。且通过报告，能引起医院感染的警觉，促使改进工作方法，间接地起到控制医院感染的作用。如图 22-1 所示。

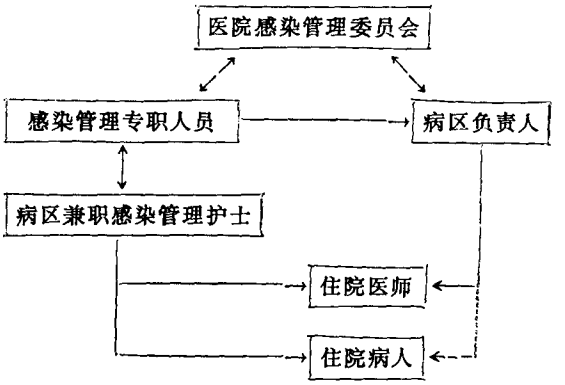


图 22-1　上海中山医院院内感染监测网

（二）开展医院内监测工作

美国有的州（如弗吉尼亚州立大学医学中心）早在 1973 年已经开始设立了全州的院内感染监测工作。这个中心每天从 50 多个医院收集有关数据，并进行分析。参加这个中心的各个医院每月都要送月报表，报告感染的例数及其有关材料，如医院规模和种类，全院感染情况，发生感染的科室，病原体种类，处理方法的种类，手术类别等。

1. 医院内感染监督、监测的内容及方法：感染监督、监测也应该是多方面的。医院感染管理的重点是新生儿病房、心血管病房、烧伤外科、移植外科、血液透析、ICU 等。按流行病学原理，应经常掌握的信息项目有：①传染源（人及环境），如受感染的病人、带菌者，医院器材等污染状况，对病原体的存在，特别是耐药菌的情况。②可能受感染的人，包括全院住院人数，最有感染危险的患者。③有感染危险的主要原因，如治疗、免疫抑制剂、抗生素、脏器移植、成形大手术等。还有长期住院的残废褥疮、恶性肿物的患者。易引起感染的环境因素，ICU、烧伤病房、病人居住过密，以及建筑条件等。以上这些项目从医院内感染的监督意义上来看，很有价值。

在医院感染监测中常用各种感染率进行分析。正确运用统计学方法分析感染发生在时间上、地区上、不同特征的人群中发病与不发病之间以及发病率高低之间的差异，从而找出其发病及流行原因，以便找出多种控制措施。

2. 对病人之间医院感染的监测：

(1) 定期监测法：医院感染管理人员经常地收集有关医院感染的各种资料，并根据这

些资料统计、列表，分析后上报院方。感染管理组织只有做好散发的监测工作，才能有效地控制医院内感染的暴发。

⑵ 现况调查监测法：现状调查可以提供有关医院感染的资料。这些资料对回顾性评价医院各科室感染情况也有一定价值。

⑶ 重点监测法：对上述各种特殊病房或感染高的病区经常按常规法监测。

⑷ 细菌培养监测法：此种方法对确定医院内感染及发现暴发流行方面有重要作用。测定出各病房、分离出各种致病细菌及其数的临界值，做为监测指标。当某病房送检的标本中查出某种细菌已超过其临界值时，就需要进一步调查。

3. 对医院工作人员的监测：医院工作人员可将社会上某些传染病传播到病区或直接传染给病人。同时他们与病人的接触或其他联系也可以从病人获得感染，并能在病人之间及工作人员之间进行传播，甚至又传到社会上去。因此对医院工作人员要定期体检，对要调入医院工作的人员或医院工作人员调到多发的特护病房工作时，要根据情况进行重点体检或复查，工作期间还要对他们继续经常监测。对医院营养室人员的粪便要定期检查，对其他重点区的工作人员也要每年检查二次粪便。

4. 对医院环境的监测：

⑴ 实验室监测：临床微生物实验室的工作是医院感染管理中的重要组成之一，实验室记录是重要资料数字。有条件的医院可专门建立实验室，无条件的医院可由检验科细菌组进行，但须明确职责。

⑵ 空气监测：定期检查医院有关部门的空气污染状况，并进行分析比较。

⑶ 物体表面检测：常用无菌棉拭子涂擦物体表面来监测。

⑷ 灭菌器的监测：各种灭菌器都要按规定时间进行监测，一般每周一次，观查其消毒的效果。

⑸ 其他：医院水的检测、设备器材检测等。

总之，在我国当前医院内感染是极其严重的，解决医院感染管理的关键是医院各级领导对感染的再认识。建立健全医院感染管理组织机构，积极开展院内感染的监测工作。使医院感染率降低到最低水平。

刘振声

第五篇　医院教育、医学研究及技术建设的管理

第二十三章　教学与在职业务教育的管理

第一节　医院教学工作的组织与实施

一、医院教学工作概述

（一）医院教学工作的内容、意义及必要性

医院教学工作是指有教学任务的医院担任的医学生、进修生、研究生及护士生等的教学工作。它不同于医学院所承担的教学内容，医院教学主要是临床教学，包括医学院校的临床课教学及临床实践教学。以床旁教学为主，使学生的基础知识与临床实践相结合，将书本知识与具体临床工作融汇贯通，在教师指导下参加临床实践，提高学生基本技能与基本操作的能力，为以后的临床工作打下扎实的基础。因此医院教学既有一定的理论性，更有实践性，着重理论与实践的结合。结合临床医疗实践开展教学工作，有利于医疗质量的提高、医疗工作的规范化、正规化和标准化，使各种临床资料更为完整；有利于临床科研工作的开展和医学人才培养。因此凡有条件的医院承担一定的教学任务是十分必要的，一方面满足国家和社会的需求，另一方面对提高医院的学术水平和医院工作的正规化建设颇有裨益。

（二）医院教学工作的组织领导

教学工作是临床教学医院一项经常性的重要工作，因此必须建立与医院教学任务相适应的领导体系，完善教学指挥系统，这是搞好医院教学工作的重要保证。

教学医院应有一名业务副院长分管教学工作，医务处或专设教学科为办事机构，设专职人员负责教学，各专业科室领导中有人分管教学，下设教学干事或秘书辅助科室工作。

根据医院教学任务，制订不同层次、不同要求的教学计划，交由负责教学的副院长批准，上报学校教务处并交各专业科室具体实施。专业科室可以根据教学任务的要求，由专人负责带教学或是成立专门的教学小组，以保证教学计划的执行。具体任务应由教学小组负责人进行安排，参加教学的人员承担。为保证正规的教学秩序，任何人不得随意更改教学计划和课程安排，医院应有教室、教材和必要的视听设备，以保证教学质量。负责教学的副院长和医务处负责教学工作人员要定期了解和检查教学工作情况，听取师生意见，及时改进，不断提高教学质量。并要根据教学计划的要求组织考试或考查，从多方面了解教学效果。

（三）医院教学工作的特点

1. 通过临床工作进行教学：医院教学必须有别于医学院校的基础课教学，医院教学应以医疗工作为中心，通过临床实践进行教学。在临床示教、查房、讲座和具体操作中，使书本上的理论在临床工作中得以理解和应用。在临床工作中，又将具体的症状、体征、各种临床检查和化验资料，融汇贯通于课堂教学并加以系统化、理论化，让学生

在具体的临床工作中不断提高。

2. 实践性：医院教学的最大特点就是床旁教学，在实践中学习，在工作中提高，不断增长分析问题和解决问题的能力。医院建立严格岗位责任制和其他一些规章制度，促使实习生、进修生、研究生和护士生在实践中努力学习。如实习医师应经常接触病人，在上级医师指导下进行各种操作，密切观察病情变化，注意病人饮食、睡眠等，定期记录病程，对危重病人应轮流守护，进行特别医疗护理，及时完成病志、病程记录和各种医疗常规，进行严格的交接班制度，这些都是在实践中进行教学的保证，必须严格执行。

3. 教师的兼职性：医院教学的教师是临床工作者，在开展日常的临床医疗工作的同时兼任教学工作。结合自己熟悉的专业，讲授临床医疗心得体会，教学内容亲切、生动，听者容易接受。这种教学方式，做到既是开展各种医疗特色的切合实际的临床医疗教学，又是实践与理论相结合的教学。

二、医学院校的临床教学

医院所承担的医学院校（高、中等）临床教学是指医学院校临床课教学及医学生的教学实习、生产实习。当医学生在医学院校完成基础课的学习后进入临床课程学习，开始即由医院承担教学任务，包括临床课程的讲课、讲座、示教、实习等。

医院参与临床教学是医学院校系统教学必不可少的部分，培养学以致用、能胜任实际工作人才的必然途径。同时亦有利于医院工作人员重视医学理论学习，有利于医疗业务水平的提高。

（一）教学体制及组织形式

医学院校临床教学有两种体制。一种是在医学院校内设置临床教研室，属学校相关系科或专业领导。有教学任务时，带领学生到医院进行教学。无教学任务时，则到医院相应科室参加一部分临床工作，但其编制在学校，组织上亦由学校系、专业、教研室领导。另一种体制是临床教研室设在医学院校附属医院内，由临床医师负责临床课的讲课、教学示教和医学生临床实习。为了使医院的医疗、教学、科研工作相互协调、相互促进，由医院医教处具体安排教学任务到有关教研室，对重要的教学课目，专门设立相应的教学小组。教学小组成员可根据教学任务多少，抽调临床医师定期轮换，使临床医师避免长期脱离临床，既可全面提高临床医师的教学能力，又有利于教学与临床相结合、有利于教学队伍的梯队建设。

（二）组织管理

医院临床教学由医学院校负责教学的院长和医院负责教学的副院长领导管理，由职能部门医教处或教学科具体管理，具体业务工作由教研室安排教学小组或参加教学工作的临床医师完成。一般由学校教务处将教学任务安排到具体的专业，如医学专业、护理专业、医院管理专业、检验专业等。然后再由各专业的领导将教学计划和要求下达到医院的医教处或教学科，由医院医教处教学科再将教学任务安排到各个教研室和临床科室。医院医教处或教学科受教学副院长直接领导，协调、安排好各项教学任务，并按照教学计划要求检查各教研室或临床科室完成教学任务的情况，并听取实习医师意见不断改进教学安排，不断提高教学质量。同时也主动征求临床教学医师对教学计划和学生学习情况的意见，向有关专业领导或大学教务处反映意见，以期完善教学计划的安排。在管好临床业务教学的同时也要管好学生的生活和政治思想等各方面的工作，经常深入学

生宿舍了解学习情况和生活情况，发现问题及时解决。要求临床医师，既要教好专业知识又要带好思想作风，在医疗实践中培养学生具有高超的医疗技术和高尚的医德医风。

为了方便医院对医学院校的临床教学，对实习医师应该尽可能在医院内安排食宿，还要特别关心学生的课余生活，临床教师应该深入宿舍了解学生的学习和生活情况，帮助克服学习中的困难，解决一些生活中的问题。

三、进修生教学

进修生教学是为在职各类医务人员在一定期间内，为了提高某项专业技术水平而提供的继续教育。其基本职能是使各级各类卫生人员有机会学习新知识和新技术，跟上科学技术的新发展，在形式上是在职脱产学习。它的特点是理论与实践相结合，强调学习的实践性，通常由技术水平较高的医院或专科举办进修学习，使学员受到与本职工作相应的基本技能、基本操作训练和基础理论培养。

（一）进修教学的组织形式

进修教学有很强的实践性。因此，医院的进修医学教育以临床实践为主，辅以临床的医学理论讲座。其组织形式常有：

1. 举办专科进修班：根据医院特色举办以某一专科为主要内容的专科进修班，进修内容可以理论学习为主，亦可以医疗实践为主。例如心血管病进修班，可以组织全市心血管方面有特色的医院联合讲课1个月，以后再分配到各医院的心脏科进修学习1年，其中心血管专科进修6个月，其他6个月学习心电图、心向量图和心导管、心脏科门诊。普内科急诊等，学年结束发给结业证书。

2. 开办短训班：短训班是以某一专科的某项技术为主的进修班，学习内容明确，要求学以致用，旨在技术推广。例如显微外科学习班，讲课内容都集中于显微外科内容。为期1个月，其间还可安排2次显微外科操作示教和实习，通过手术示教和动物实验使学员掌握显微外科的基本操作，回到各自单位后可自行开展显微外科技术。

3. 专项技术进修和专科进修：专项技术进修就是为了有的放矢地在短期内学会某项技术。根据特定医院的业务发展需要而进行专项技术进修。例如腹膜透析技术，则可到透析病区进修1—2月即可自行开展腹膜透析治疗。专科进修是根据进修生的培养目标进行，进修期多数为1年，以掌握某一科别的理论和实践，使其达到知识更新、技术提高的目的。

（二）进修教学的组织管理

进修教学由负责教学的副院长领导，医教处（或教学科）直接管理，每年由具体业务科室向院领导申报进修医师名额，经院领导批准后由医教处（教学科）组织考核，按规定录取进修生。一般按医院或科室病床数的1:8接纳进修生较为合适，进修生过多会影响本院住院医师的培养和医疗质量。进修医师一般为大学毕业后3—5年，经过考核具有一定的理论水平和实践经验，进修期限1年。至于专科进修班、短训班则按照办班要求收纳进修生。医院应以1年制进修生为主体，重点是培养某一科系方面的专科医师。各专科要在实践工作中提高进修生的水平，要注意组织定期的业务讲座，要安排好上级医师的指导和带教，防止单纯使用观点。医教处要定期检查进修生的医疗质量和服务态度，发现问题要及时与科室主任联系并且及时处理，不允许进修生单独值班，一定要有上级医师的指导和咨询。并且要定期召开进修生座谈会，征求进修生意见，加强进修生

的医德教育和思想工作。进修结束予以考核，并详细填写考核表，送交原单位。要关心进修生的学习和生活，帮助克服进修生在学习和工作中的困难。发生问题及时与进修生单位联系，及时解决。

四、临床研究生教学

（一）临床研究生的性质、种类和教学形式

临床研究生教学是适应我国医疗事业发展的需要，以临床实际工作能力训练为主培养高级医学科技人才为目标的教育领域。

这是一种新的培养制度，其培养目标、教育方式均不同于科研型研究生。临床研究生侧重于临床技能的训练，其教学的专业范围是根据国家医疗卫生事业建设的需要和现代科学技术发展水平以及临床各种专业上的要求来确定的。大体上同各学科或分支学科（专科）相当，随着新兴学科和边缘学科的发展，可开设新的专业或研究方向。

目前临床研究生培养可分为以临床实践工作能力训练为主的临床技能硕士、博士研究生与以临床实验研究能力训练为主的临床实验硕士、博士研究生。

临床研究生必须在有关专业科室的病房、门诊、急诊、临床实验室等第一线轮训，切实做好平时的工作业绩记录，包括门、急诊接诊病人数、病房所管床位数、收治新病人数、掌握病种数、参加诊疗操作和手术的类型及次数、参加重危病人抢救数、参加病例讨论数、学术活动的内容及次数等。业务上要求临床硕士研究生主要掌握本专业的坚实基础理论和系统的专科知识和技能，比较熟练地掌握一门外国语，能独立承担本学科临床医疗和实验室工作，并具有从事临床教学和临床医学科研工作的能力，在临床医疗技术上达到高年资住院医师的水平。临床博士研究生必须掌握本专业坚实宽广的基础理论和系统深入的专业知识，比较熟练地掌握第二门外语，有娴熟的专科技能，能独立处理一般疑难病症，具有独立从事专科科学研究和教学工作能力，在临床医疗技术上达到主治医师水平。

（二）临床研究生教学工作的组织管理

1. 临床研究生教学的组织原则：

⑴ 坚持德、智、体全面发展，根据系统的理论学习和科学研究工作相结合的原则制订培养计划。在培养过程中，临床研究生必须始终遵循密切结合临床医疗实践，进行临床技能和临床实验能力的训练。既要深入掌握基础理论和专门知识，又要掌握科学研究的方法和技能，具有独立进行科学研究和相应的工作能力。

⑵ 要贯彻因才施教原则，充分发挥导师和研究生两个方面的积极性，根据研究生的个人才能和特长，视其原有基础和具体情况，对研究生的学习项目、学习重点、时间和方式、毕业论文题目的选择和进行方式等作出不同的安排。导师指导与教研室集体培养相结合，教学医院中通常以“教研室主任—导师—主治医师以上人员”三级管理为多。导师多数是三级学科的专家，每个教研室都有一位主任专门分管研究生工作，负责总的安排轮训计划，安排专业课的学习，督促检查培养计划的完成情况，导师更注意教书育人，既重视学位课程学习，更强调临床实践教学，临床研究生的主要带教教师是各科室和病房的主治医师或副主任医师，主治医师以上人员是三级管理中极为重要的一个环节，且与研究生朝夕相处，是手把手带教研究生的主要导师。

2. 培养方案的具体安排：医院中临床研究生的硕士点和博士点，必须经国家教委

学位委员会批准后才能招收研究生，受训完毕后将授予相应的学位，受训时间通常为硕士研究生2—3年，博士研究生4—5年。

培训过程一般分两个阶段来完成。第一阶段通常用1年的时间进行系统的学位课程学习和必要的临床基本技能训练。第二阶段着重论文工作及教学实践。必修课程的学习以加强基本理论、基本知识和基本技能训练为主。

五、护士教育

（一）护士教育的意义和必要性

护理工作是医疗工作中不可缺少的重要环节，护士是受过护理专业教育或由护理员升任，掌握临床护理、病房管理知识和技能、并具有一般预防保健护理工作能力的卫生人员。搞好护士教育是提高医院服务质量、保证医院医疗水平的关键之一。

在临床医疗工作中，诊治和护理是两项联系最为紧密的技术活动。一个新病人入院，医嘱中不但有医疗处置，还有对病人护理的等级要求。近年来，临床医学的迅速发展，也对护理工作不断提出更新、更高的要求。因此要搞好护士临床教育并作为护校教学和护士在职教育的重点，有利于加强护理人员的基本功训练，并使之能不断适应临床医学日新月异的需要。

（二）护士教育的组织形式

1. 护校教育：举办护士学校，是医院护士培养的基本方式，也是医院护理力量的主要来源。护士学校大致可分三种类型：其一为独立的中等卫生学校护理专业，或中等护士学校；其二为大医院的常设护校即医院办护校；其三为各种医疗机构根据本单位对护理人员的需求情况举办不定期的护训班。

独立的中等卫生学校护理专业或独立的中等护士学校是护士培养的主体，但由于资金、师资和临床实习安排等多方面的限制，以及毕业生人数不能满足临床需要，目前，大医院内设护校(医院办护校)，此种培养方式比较适应临床护理工作的需要，发展较快。

2. 医院办护校：医院办护校即大医院的常设护校，它可以为护校学生在学习理论知识的同时，提供较为便利的临床学习机会，有助于护校学生迅速掌握实际工作中的技术操作方法，掌握所从事的每一项技术应遵循的方法、步骤和要领，明确工作中的程序要求和质量要求。护校学生在见习和实习过程中，还能帮助护理部门承担一部分初级护理工作，加强临床基础护理，同时也可缓解医院对护理人员的供需矛盾。

医院办护校的组织形式，通常为医院院长或护理部主任担任护校校长，各科病房负责医师、护士长兼护校教师及学生的生活、实习指导老师。学制一般为3年，属中等专科学校性质，接受初中毕业生进行专业培训。

医院办护校应当具备一定的技术力量和设备条件。举办护校的医院，为了能使护士生能够有充分的实习机会，需有相当数量的病床。护士生的教育，还需要主办医院的高、中级护理人员具有一定的阵容。医院病房管理、护理专业操作技术的正规化、规范化标准，以及医院的技术水平、医疗质量和严格、完善的规章制度，也是能否培养出合格护士的必要前提，此外还有仪器、设备、房屋等都是医院有否举办护校条件的审核内容。

（三）护理临床教育

护理临床教育的特点是实践性很强，它是护校教育和护士在职教育的重点，它使护理专业理论通过临床实践得以进一步理解和提高。各科护理人员的通用技术操作包括有

测温、测血压、各种注射、穿刺、插管、排痰、减压、吸入、采血、灌注技术等。通用技术操作是护理临床教育的初步，是每个护理人员都应具备的常规技能。在此基础上，专科护理人员还应进一步掌握一定的常用技术操作能力以及对危重、抢救或监护病人的护理技术。这些都是护理专业的重要内容，它必须通过临床医疗实践，才能逐步熟练掌握和提高操作水平。

护理临床教育的首要对象是护校学生和护校新毕业生。此外，医院管理工作者也不应放松对各种级别护理人员的临床教育，这样才能使医院护理工作不断适应临床医学的不断发展。尤其是对高级护理人员来说，不但应当具备相当的护理知识和技能，还应掌握一定的医疗知识，以防止医疗环节中由于责任心或其它特殊原因造成的意外差错，进一步发挥护理人员的主观能动性。

（四）护理教育的发展

目前国外的护理教育制度已从中等教育逐渐向高等教育过渡。经高等教育毕业的护士，可按其学历授予学士、硕士、博士学位，并根据不同能力、资历和学位，委任不同职务。我国近年来亦已开始对高等护理教育给予重视，并对中等护理教育毕业的护士通过教育、培训和考核，由中等晋升为高等。在职务上有护师、主管护师、副主任护师和主任护师。

第二节　在职业务教育

一、在职业务教育的意义和特点

医务人员在职业务教育是学校毕业后的继续教育，是一种岗位职务培训，是医学教育体系的重要组成部分。它的目的是通过教育培训，提高广大医务职工专业化、知识化程度，从而提高本岗位工作效率和质量。因而在职业务教育是开发智力、培养人才、提高在职医务人员的素质、增强他们工作能力的重要途径。抓好职工在职业务教育是发展医疗卫生事业的可靠保证，是医院现代化建设的客观需要，也是两个文明建设和改革、开放形势的客观需要。就医院本身来说，抓好在职业务教育，既能促进医疗质量的提高和医学科学的发展，也能使医院成为培养、教育、训练医务人员的重要基地。

一个医院医疗质量的高低受多方面因素的影响，其中主要的因素是医务人员业务技术水平的高低。而医务人员的业务技术水平，不仅取决于在校教育的质量，更主要的是取决于在职业务教育的质量。为能适应现代医学科学迅猛发展的需要，使医务人员的技术知识不断更新、医学理论与临床医疗实际密切结合、不断开展新技术，都不能离开或忽视全面的在职业务教育。

现代科学技术的迅猛发展，新学科、新理论、新技术的不断涌现，并不断向医学科学领域渗透，使医学模式转变到生物—心理—社会的新模式阶段。医学科学技术本身的迅速发展，也使知识更新周期急剧缩短，知识废旧率相应提高。面对着科学技术知识急剧增长的年代，每个医务人员无论处于何种地位，都必须不断学习，提高技术水平，及时更新知识内容。就是对已经接受过培训的人，在达到新的技术高度后，同样还要在新的标准下进一步提高，这样才能够不断适应形势发展的需要，跟上医学科学发展的步伐。

医务人员在职业务教育的重要意义，决定了它的特点。

（一）全员性

它的教育对象不是医护人员中的那一个特定范畴，而是所有正在医务部门从事医疗卫生工作的业务人员，年资短、经验少、技术水平低的年轻人要接受这方面的培训；年资长、经验丰富、已经具有相当技术水平的中年以上医务人员也同样要安排他们有适当培训的机会，两者之间的区别仅仅在于培训方向和内容的不同。

（二）延续性

所有教育对象都是在现有业务水平的基础上作进一步的提高，当接受培训人员得到普遍轮训之后，并不意味着这一工作的结束，而是新的、更高层次的教育的开始。

（三）针对性

在职业务教育的内容必须反映岗位的特点，符合岗位工作的要求，针对性要强。因此，当制定在职业务教育的内容时需要细致调查和了解不但要根据医疗工作的实际需要，还要根据各级各类医务人员的实际水平和实际业务能力来确定。既要注意“干什么学什么”，又要考虑“缺什么补什么”。除要针对个体对象的特殊性之外，还要针对全体对象的共同性。例如针对所有对象都是从事医务工作的这一共同性，就决定了他们共同缺少的是与医务工作不可分割的社会科学知识，以及对新学科、新设备及其新技术的全面了解和掌握。

（四）实践性

在职业务教育主要是以在职为前提的，并且对受教育者而言是以业务实践能力的提高为终极目标的。实践本身也是一种学习，这就确定了教育内容的基本方向就是学习与实用紧密结合、集中培训与边学习边实践相结合的教育方式。

（五）动态性

当代科学技术的发展极为迅速，新发现、新发明从出现到实际运用的周期日益缩短，知识量剧增，医学知识量约10年就要翻一番，边缘学科已大量涌现，因此在职业务教育规范不能一成不变，而要根据时代对岗位工作的新要求适时变动，不断更新。

了解了在职业务教育的意义和特点后，医院领导在制订医院工作计划时，应同时制定在职业务教育计划，并切实组织实施。在编制医院预算时，也要包括在职业务教育所需经费及人员编制。

二、在职业务教育的基本原则

（一）基本功训练与专科技术训练相结合

基本功训练是提高医务人员业务素质的重要环节，也是提高医疗质量和进行科学研究的先决条件，是培养实事求是科学态度的有效措施，也是搞好医院技术建设的基本要求。通过医疗实践，加深对理论的理解和熟练掌握技术操作，并不断学习新的理论和技术，都属于基本功训练。同时，要根据医院技术建设的实际需要，培养专科人才，加强薄弱科室，增设新的专业。这是医院技术建设中的关键性问题。

（二）普遍培养与择优重点培养相结合

要在普遍培训的基础上，搞好拔尖人材的选拔和培养。应提倡大力选拔和培养优秀人才。要因人而异，因材施教，有计划地选择重点培养对象进行专科进修，以便尽快地培养一批具有各种专科特长的技术骨干。

（三）当前需要与长远需要相结合

科学技术知识相互渗透已成为时代发展的必然趋势。不少新的科学成就被引进医学

领域，在医学领域中已出现了像电子医学、分子生物学、医学心理学、生物医学工程等一些新的学科。这就需要吸收及培养既懂得生物化学、生物物理、光学、核物理学、电子计算机等知识，又懂得医学科学的人材来发展新的医学领域。所以，对医务人员的业务教育，不仅要考虑当前工作需要，也要根据国内外医学科学发展动态，结合本院的长远规划制订培养计划，把当前需要和长远需要统一起来，全面安排。

（四）阶段性教育的内容与医务人员智能结构的不同层次相结合

某一层次的医务人员，一定要达到与之相适应的知识与技能，每一个层次均应有一定的规格和要求。不同层次、不同职称的医务人员，在知识和技能的范围和水平上有不同的要求；同一职称的医务人员，在知识和技能的范围和水平上，也有上限与下限的区别，这就使他们的智能结构呈现出不同的层次。例如，对住院医师与主治医师的要求不同；对主治医师，在他刚晋升这一职称时，和经过几年的学习、实践将要晋升为副主任医师时，在知识和技能的范围、水平上，也显然不同。因此，对医务人员的在职业务教育，就应当弄清不同职称的医务人员及同一职称但年资不同的医务人员的智能结构的不同层次，有针对性地进行阶段性的教育，以使教育内容和方法符合实际需要，收到应有的效果。

三、在职业务教育的基本内容

医务人员在职业务教育面临着业务技术水平不同的对象，这些不同层次的对象既具有各自不同的特殊性，又存在着相对一致的共同性。从普遍意义上的医疗或护理业务能力来说，各个层次的对象要求制订出相应的业务技术教育和培养内容；而从一些新兴技术、技能和学科来说，各个层次的医务人员又往往处于同知识水平上，例如电子计算机在医学领域内的应用，由于在相当一个时期内没有得到应有的重视，造成能够熟练运用或基本掌握这方面技能的业务人员相当缺乏，大部分医务人员，无论是中初级还是高级人员，对这一技术都知之甚少，甚至一窍不通，从而影响了这一新技术在医疗和护理工作中发挥其应有的先进作用。因此，业务教育既要随对象的不同而提出不同的要求，又要抓住不同对象的共同点制订出符合实际需要的可行性计划。总之，在职业务教育的内容必须反映岗位的特点，掌握好如下几个原则。

1. 层次性原则：即要按受教育对象的不同层次，制订不同的教育内容。

2. 实用性原则：即要根据不同岗位工作的需要，制订与之相适应的教育内容，做到学以致用。

3. 加强基本功训练的原则：要使医务人员具备扎实的基础知识、基础理论、基本技能等基本功。

4. 更新知识的原则：为医务人员掌握新的知识创造条件，以防止知识老化，从而使其适应现代科技迅速发展的形势。

5. 加深专科知识的原则：为培养有专科特长的技术骨干，对具有一定专业基础的医务人员组织专科进修，进行专科定向培养。

6. 理论与临床实践相结合的原则：对所学有关业务理论知识要能运用到实际工作中去，为提高医疗质量服务。

业务教育的具体内容应有一个基本规定。必须指出，随着医学科学的发展，各个阶段、各类对象的教育内容，必然需要作出相应的更新和补充，所以这基本规定也应随时

间作相应的调整，但在一定时期内它应具有相对的稳定性。下面所述的具体教育内容，是在当前医学科学发展水平上提出的，不是一个固定的模式，可供各医院制定教育计划时参考。

在现阶段，医务人员在职业务教育主要包括高等医学院校毕业生的毕业后教育和中、初等卫生技术学校毕业人员的在职业务技术教育二部分。对于在特定历史时期所造成的那些专业训练不足和未经专业训练的医务人员，如经过复训补课已达到与之相对应的大专院校毕业或中、初等卫生技术人员的水平，则可分别划归以上二部分人员对待。如未经复训或虽经复训补课教育，但未达到相应水平的，可根据医院的实际情况和需要，或重新复训补课，或调离医务技术岗位，以保证医院业务队伍的素质。

（一）高等医学院校毕业的卫技人员的在职业务教育

毕业后教育是由医学科学和医疗工作的特点决定的。医学科学特别是临床医学具有很强的实践性，医务工作者离开亲身实践积累经验和继续学习，不可能真正掌握这门科学。同样，医疗工作也要求每一个医务人员不但要有扎实的理论基础，而且要有丰富的临床实践经验。因此，一个高等医学院校毕业生，不可能独立解决临床医疗上比较复杂的问题，只有经过毕业后教育才能胜任。

毕业后教育分为三个阶段（三个层次），即基础教育、专科教育和继续教育。从总体上说，都要扎实掌握基本理论、基础知识、基本技能，不断积累实践经验，随时吸收新的知识，进行知识更新，研究医学科学领域中的新问题，促进医学科学的发展。在基础教育方面的要求，要着重抓好基本理论、基础知识、基本技能的教育和训练，打好进一步发展的基础。对专科教育方面的要求，要在继续打好基础的同时，着重掌握某一专业的理论、知识和技能，使之初步成为一名专科医（技、药）师。继续教育的要求，不仅要在本专业理论和实践方面继续钻研，逐步成为本专业的学术带头人，而且，尤其要着重吸收有关的新知识、掌握新技术，进行科学研究，为医学科学的发展作出贡献。

1. 基础教育（低年资住院医师教育）：这是整个毕业后教育的基础，一般需3年左右时间。在业务上总的要求是：打好基础，练好基本功。主管部门要为他们创造条件，实行有计划的轮转培训和理论学习，要求他们集中精力钻研本科知识；牢固地掌握本科的基本理论、基础知识、基本技能以及最需要的相关知识；学会科研工作的基本方法和技能，能部分担任实习医学生和中等专业学校毕业的卫技人员的小讲课并进行临床指导；养成良好的读书习惯，系统学习本科有关论著和书刊，完成上级医师指定阅读的文献；建立系统、分类的读书笔记和卡片；能运用一门外国语看专业书籍，并做部分笔译。在这3年期间，还要养成严肃认真的工作态度和一丝不苟的工作作风，能胜任和做好本职工作。具体内容是：

基本理论方面：结合本科日常的医疗工作，巩固有关的解剖、生理、病理及药理学等基本理论知识，树立消毒隔离及无菌概念，了解输血、输液、水、电解质平衡的基本理论及其适应证、禁忌证，了解常见休克、感染等病因、病理机制以及生理病理变化和表现，初步掌握常用麻醉基础理论、药理作用、使用方法、适应证、并发症、禁忌证，初步掌握重症危急病人的护理、抢救、营养、热量、维生素等补给的基础理论，能鉴别常见病多发病的诊断，并掌握其处理原则。

基本知识方面：熟悉院内有关常规制度和科内各种操作常规，能及时、完整、准确、

清晰地书写病历，掌握体格检查的基本步骤和方法，了解本科有关阳性体征的意义，熟悉与本科有关的各种理学诊断、常规检验、常用功能检查项目的临床意义，掌握本科常用药物、激素、抗生素、抗癌药及剧毒药的基本成分，药理作用、适应证、禁忌证、使用方法，掌握各种检验标本的采集、保存、送验方法。

基本技能方面：正确掌握急危重症病人的急救技术，如人工呼吸、心脏复苏、心内注射、静脉切开、输血、输液、血气胸引流、胃肠减压、导尿、各种常用检查器械操作技术。正确书写医嘱处方和各种通知单等，在上级医师指导下进行多种特殊检查和基本手术的技术操作等。

2. 专科教育（高年资住院医师教育）：一般是第四、五年的住院医师，可进入专业定向培养阶段。主要的培养目标是：巩固基础培养要求，确定专业发展方向，进一步熟悉本专业知识和技术操作，在医疗、教学、科研等工作的大量实践中提高和发挥专业特长。有条件的医院应有计划地让医师去上一级医院进修培养1年。通过专业定向培养，使能扎实地掌握本专业的基本理论和技能，熟悉本专业的科学成就和发展趋势以及与本专业相关的其他学科的基本理论知识；能独立完成本专业医疗工作；能指导低年资住院医师；在上级医师指导下能独立开展临床科研工作，进行资料分析，撰写论文和文献综述；能熟练地运用一种外国语阅读和笔译专业书刊；经过这一阶段的培训，成为专科医师。培训的具体内容。

基本理论方面：较全面掌握输液、输血的理论，对水、电解质、酸碱平衡的生理病理有较深的了解，对常见病、多发病、多种类型创伤（如烧伤、严重挤压伤等）、中毒的生理病理及处理原则有深入的了解。对休克、各种疾病的病因、病理生理及诊治原则有较全面的认识，对肿瘤发病、病理分型、诊治原则有较系统的了解。对本科罕见病种的分类、病理及诊治原则有一定了解。掌握常用药物包括抗生素、激素、抢救药物等的临床药理理论，基本上做到合理使用药物和血液制品。

基本知识方面：能系统地掌握本专业常见病、多发病的诊治知识，能掌握与本专业疾病有关的常用检查方法及其基础知识，并能作出初步鉴别诊断进行诊治，能担负本专业疾病的会诊。

基本技能方面：能独立抢救本科常见重危病人，熟练掌握急救技术和心脏复苏技术，在上级医师指导下能担负本专业范围内的疑难重危病人的诊治工作和较复杂的技术操作等。

这一阶段约需2年或更多一点时间，是毕业后在职教育的重点阶段，是人才成长的高峰期。在这一阶段，有的可能担任总住院医师。总住院医师由教研室或科主任择优选任。任期1年，在本科室上级医师领导下负责院内会诊，担任该科总值班，处理急会诊，并参加各专业有关活动，协助处理科内医疗、教学、科研方面工作，负责安排科内医疗业务工作，锻炼提高行政管理能力。经过基础教育和专科教育，会有一些人迅速成长，显露他们的才华，要注意发现这样的人才，进行重点培养，成为医院技术骨干的后备力量。

住院医师的教育前3年为基础教育，后2年为专科教育。

3. 继续教育（高层次教育）：这是毕业后教育中最为重要、时间最长的一个阶段，它持续到一个医务人员退休为止。在这几十年的时间里，教育内容必然会伴随着时间的

前进而有不同。总的来说，是要在熟练掌握本专业的理论和技能的同时，着重学习和掌握医学科学的新理论、新技术，更新知识，提高技能成为本专业的学科带头人，开展科学研究，撰写论文和专著，在发展医学科学方面有所成就。当然并不是所有的人都能达到这样的高度，但作为高层次教育的目标来说，应该提出这样的要求，而且必然有一些人能够达到这样的要求。

为便于掌握高层次教育的内容，下面按职称提出一些一般要求以供参考。对不同医院、不同专业，还应根据本专业的发展和本医院的实际情况制订出具体的教育计划。

⑴ 主治医师：通过5年严格的基础教育和专科教育训练，在业务上主治医师应具有相当深厚的专业基础知识，能诊治本专业疑难病症，能临床指导下级医师及进修医师，能熟练地讲授本专业全部课程，有一定的教育经验和科研能力。熟悉本专业最新成就和发展趋势，知晓与本专业相关的边缘科学知识，有一定的科研成果或创造，撰写论文、专著或教学讲义。

基本理论方面：系统地掌握本科有关疑难病症的生理病理理论和新的诊治方法，对本专业范围的疾病分类，发病机制和诊治方法方面，要熟练掌握近代医疗技术上的新技术、新方法、新进展，能独立解决医疗技术上遇到的临床复杂问题。

基本知识内容：能熟练掌握危急病人的有关急救技术，如心脏除颤、起搏、按摩、人工呼吸、心包穿刺、心内注射等技术，能处理各种休克、中毒、心跳骤停、严重创伤和有关本专业常见病的手术指征、手术操作和术后注意事项等。

⑵ 副主任医师、主任医师：至少需经5年严格的主治医师训练后，才能晋升为副主任医师，副主任医师再经5年临床工作后才能晋升为主任医师。他们对本专业的基本理论和医疗实践应有较深的造诣，能熟练解决本专业医疗上的疑难问题；掌握本专业国内、外新进展，吸收科学技术最新成果应用于临床实际工作，能组织和带领下级医师开展本专业科研工作，开展新技术，写出高水平的科学论文和专著，能担负和指导下级医师进行教学工作，能独立编写完整教材，有条件者应著书立说。能熟练应用2种以上外国语，翻译国外专业书刊资料。具有领导科室的行政管理能力。

关于中西医结合人才的培训：目前我国医学有两个体系，即中医理论体系和西医理论体系。已有三类医师人才，即中医医师人才、西医医师人才和中西医结合的医师人才。为实现医院现代化，一定要有中国自己的特点，除了吸取世界先进技术外，要充分发挥祖国医学的长处，挖掘祖国医学遗产。要重视中西医结合人才的培训。具体要求，本章不作论述。

对药剂师、检验师、技师等医技人员的在职业务教育，可参照上述原则进行具体安排。

（二）中等卫生技术学校毕业人员的在职业务教育

医疗单位中中等卫生技术学校毕业的人员，主要指护士、药剂士、检验士、放射技士、病理技士等医技部门的技术人员。

护理、药剂、检验、放射、病理等学科是医学的各个分支。他们有自己独立的学术领域，又要求有比较广泛的知识面。在职业务教育，应根据不同专业、不同年资，分门别类地进行多层次的教育和培训，使各级各类人员提高技能，各尽其职，全面完成有关专业的科学研究、科学管理、临床教学和临床实践任务。下面以护理人员为例，论述中、

初等各卫技人员的在职业务教育基本原则，供医院管理人员参考。

1. 护士的在职业务教育：一般可分三个阶段。

第一阶段（毕业后1—3年的护士）主要是巩固在校所学的知识，加强基本功训练，完成有计划轮转培训和初步定科。培训的基本要求是：巩固在校所学的基础理论及护理专业知识；初步掌握各科常见疾病的护理和一般医疗知识的运用；熟练掌握基础护理技术操作；熟悉分级护理及各项常规制度；学习护理心理学、伦理学以及社会学、美学的一般常识；学习一门外语，并掌握常用医学术语及简单会话。培训的主要方法是：在内、外、妇、儿等主要科室轮转；个人自学，以老带新，指定专人负责带教示范；进行床边教学、晨会提问，组织护理查房。轮转结束后，根据其业务水平、工作能力和表现分配工作，定科。

第二阶段（毕业后4—5年的护士）培训的基本要求是：定科，了解和熟悉本科的专业知识，熟练掌握专科护理技术操作及基础护理，能制订本科完整的护理计划；进一步学习有关的基础医学理论，了解所在科室的专科医药理论、护理理论及疾病防治知识；较熟练地配合抢救工作，掌握在紧急情况下的处理原则；能总结护理工作经验，并能指导护生进行临床实习及个案研究；能借助字典初步阅读本科外文书刊。培训方法主要是自学和有计划地讲课、组织读书报告会、参加学术活动等。并要求每人每年写出护理经验总结或论文1—2篇。

第三阶段（毕业5年以上护士）培训的基本要求是：熟练掌握本科护理理论、技术操作及基础护理；能独立解决本科疾病护理工作中的复杂问题；初步掌握基础医学理论和临床医学理论的基本内容；初步掌握护理管理、科研和教学方法，能配合科研工作，每年写出经验总结或科研论文1—2篇；能借助字典阅读外文书刊。培训方法，除自学外，可组织专题讲课，到上级医院进修，能力强、表现好的可选送到护师进修班培训。本阶段培训时间的长短可根据具体情况确定。

2. 护师的在职业务教育：基本要求是：进一步学习基础医学和临床医学理论；熟练掌握基础护理和专科护理技术，掌握危重病人的护理和急救技术；掌握各类病人饮食的特殊要求。学习管理学知识，能进行护理工作的组织管理；能参加对护士生的教学和护理学方面的科研工作，能总结经验或撰写论文；能阅读本科外文书刊，了解国内外本科护理学的进展情况。培训方法：自学、进修、参加专科学习班学习等。

3. 主管护师的在职业务教育：基本要求是：具有较全面的理论知识，通晓本科护理理论，深入掌握基础医学和临床医学理论；掌握本科疾病的诊疗原则，在某一系统疾病的护理方面有所专长，能解决本科护理工作中的疑难问题；掌握一门专业外语，了解国内外护理工作的进展情况；具有科学管理医院护理工作的能力；有教学、科研能力，能写出有一定水平的论文。培训方法除前面提到的以外，还可作专题考察和报考护理专业研究生。

4. 副主任护师及主任护师的在职业务教育：基本要求是：精通本科护理理论和全面的护理知识，对某一专科护理有较深的造诣；掌握与护理有关的医学基础知识和临床医学知识，能指导下级护理人员解决本科护理工作中的复杂疑难问题；掌握国内外护理科学的新进展，并不断吸取其成果应用于实际工作；对护理队伍的建设和管理有建设性的意见；能对护师、主管护师进行培训；能指导下级护理人员进行科研，写出较高水平

的论文或专著；熟练掌握一门以上外语。

护师、主管护师、副主任及主任护师可以是中等卫生技术学校毕业生，也可能是高级护理专业毕业生，但其技术水平均应达到业务培训要求的相应水平。

对初等卫生技术人员的在职业务教育，可根据在职业务教育内容的原则，从医院的实际情况出发，作出具体安排。

综上所述，在职业务教育中专业技术方面的内容，属于自然科学的范畴。然而，自然科学与社会科学是一个科学整体中有着千丝万缕联系的两个部分。所以，医务人员在职业务教育的另一重要任务，就是要开阔眼界，懂得一些社会科学知识。

作为医疗机构的业务技术人员，其直接的服务对象是人，这就不可避免地会在工作中遇到大量与医务活动密切相关的社会问题。然而长期以来我们却忽视社会科学同医学之间的紧密联系，不懂得医务人员了解并掌握一定的社会科学知识，并使之有机地同专业知识结合起来对提高医疗水平所能起到的积极作用，而这一点，在一些社会科学和医学都比较发达的国家却已经被证实是必不可少的。事实上，我们许多有成就的医务人员也早已自觉或不自觉地在工作实践中运用某些社会科学知识来研究问题、解决问题了。因为很多社会科学知识，本来就是从自然科学中总结出来的。如果我们的医务人员都能够在理论上进一步加强这方面的认识和了解，自觉地运用这些知识指导业务实践，则可能使他们在工作中得到事半功倍的效果。

以系统论为例，可以说明一些问题。

现代系统论的确立，标志着人们对于客观世界的认识正在从“实物中心论”向“系统中心论”转变。一个局限于“实物中心论”的医务人员能够深入地了解一个细胞或一个器官对一种特殊类型的刺激会有什么反应，但他很难弄清一定数目的不同刺激同时作用于一定数目的不同器官时，这些在人体系统中的不同器官将会一起作出什么反应，以及这些器官在由自然环境、社会环境等诸多因素构成的更为广泛的系统中的协调反应。而系统论的建立则有助于人们把握这些复杂事物的共同性。同时，系统论还有助于每个医务人员在分工精细的医疗岗位上，更为清楚地了解自己在医院系统中所处的地位和作用，从而自觉地协调起同其他岗位上的同行之间的默契配合。

至于其他社会科学学科与医学的关系，如统计学对于常见病、多发病的普查和慢性病患者的随机性调查作用；社会心理学同医学心理学的密切关系等，都是不言而喻的。因此，这些社会科学方面知识都应当充实到我们的在职业务培训的内容中去。

当然，对于医务工作者来说，学习这些浩如烟海的社会科学知识，不可能也不必要像专业人员那样进行深入的探讨和研究。我们提倡在医务人员中普及社会科学知识的教育，目的在于使每一个医务人员对这些学科的一些基本方法有所了解和掌握，并通过实际运用，逐步培养自己在处理业务技术问题时，具备更科学的思维方法。

四、在职业务教育的方法

（一）在职业务教育计划的制订

计划的制订可分两个方面：一是全院范围内总的计划，一是各科、个人的具体实施计划。医院和科室均应有业务教育的长远计划，一般为3—5年，近期计划约为1年左右。计划要结合实际，要有明确目标、培养方法和进度以及实施计划的措施。

全院性的总计划应根据医院总体的技术建设规划来制订，或者作为技术建设规划的

一个部分。业务教育训练计划应包括培养什么人才、用什么方法、达到什么要求，以及人才的选拔、调动、安排和配套等，都应该在计划中作出具体规定，还要对全院各级医师和各类技术人员的培养、轮转提出要求和打算，对全院性学术活动和基础理论技术训练做出远、近期的安排，例如计划要求在3—5年内加强某一专科的技术力量或开展某一新的专科，就必须把人选、实施方法等加以具体确定。每年的具体计划可由医务（医教）科（处）和人事部门根据总体规划来制订。

各科则应根据医院总的规划制订自己的业务训练计划，各科主任应根据本科人员的不同水平提出不同要求，既要强调从实际出发，因人施教，又应注意正规化，个人也应制订具体的学习计划。

各科每月的学术活动或专题训练项目必须有计划地排出日程表，以便有关人员作好准备。

各类计划中都应包括培养自学成才人员的安排。

在一般情况下，计划不应随便改变。如确因工作关系而需延长、缩短或改变计划内容，应由医各科（处）调整，报请院长批准。

（二）教育的主要形式

医院的人员是多层次、多科室、多工种的结构，应根据医院业务技术建设规划的实际需要，针对各级各类医务人员业务技术水平的现状提出不同的要求，采取不同的方式进行培训。在具体方法上要灵活多样，讲求实效。

1. 个人自学和导师制相结合：自学是在职业务培训的基础。自学者必须刻苦钻研，持之以恒，应有自学计划，按计划完成学习任务，并要建立读书笔记、文摘卡片、专题综述。领导要帮助创造自学的条件，建立导师制，指派导师给自学者以必要的指导，对于有培养前途的人才苗子，指定导师专门培养，实行传、帮、带。

2. 实践中学习：医学是实验科学，通过临床实践，加深对书本知识的理解，又可在实践中锻炼提高实际医疗技术工作能力，养成良好的医疗作风，对巩固基础和再提高都是十分有利的。为了帮助医务人员从实践中培养提高，可采用以下的教育形式。

⑴ 技术示范：有计划的组织有经验的卫生技术人员进行实际技术操作全过程示教，或制作科教电影、录象，开展影象教育。

⑵ 床边教学：结合查房、会诊进行有针对性的专题教学查房和病例分析，结合病人具体情况讲授有关理论知识。

⑶ 业务技术指导：组织高级卫生技术人员就某一项操作或某项技术要领进行面对面的带教。如急、重、危病人抢救、实验操作等。

⑷ 实行住院医师24小时负责制和总住院医师制，这是通过临床实践培养提高住院医师的好方法，使之能够集中时间、集中精力练好基本功，系统地学好基本理论，通过实际工作的锻炼，培训管理业务工作能力和组织工作能力。

⑸ 参加临床教学和科学研究：选派有一定能力的卫生技术人员参加一定的临床教学工作，或一个题目的研究，进行系统的理论学习和严格的科学训练。

⑹ 举办专题讲座：有计划地安排有关科目的学术理论专题讲座，必要时可请国内外有关专家讲学。

⑺ 开展临床病理讨论和死亡病例讨论会：医院可以根据具体医疗工作情况，组织

科室间或某一科的临床病理讨论和死亡病例讨论会，总结临床工作中的经验教训。

(8) 参观考察：根据需要选派业务水平较高的技术骨干，有目的地到外院或出国进行专业、专题考察或进行讲学、学术交流，考察先进技术，开阔眼界，提高业务能力和水平。

3. 轮训进修：举办进修班是目前各进修基地普遍采用的培训方式，由于进修班是根据特定对象和专业的要求组织的，各种专科或专题进修班都具有明确的特定目标，学制可长可短，从几天到几个月不等，一般不超过1年。开班上课期间多采取脱产或半脱产，或业余学习与脱产或半脱产相结合的方式来进行。一般均聘请本学科的教授专家任教，注意加强基础理论和新知识的教学，注意推广国内外先进技术，借鉴外国先进经验。这是我国卫生系统当前在职教育中十分重要的一种形式。

4. 带职脱产学习：这是一种类似全日制医学院校教学的培训制度。通常学制为2—3年。有：

(1) 卫生管理干部专修科：目标是使在职卫生技术干部、医院管理干部通过学习了解医学的最新发展，熟悉管理科学的基本理论和方法，培养具有社会主义觉悟，懂业务，会管理，能胜任本职工作的卫生技术管理干部。

(2) 护理专修科：培训对象是中等护校毕业，有3年以上护理工作经验，年龄在35岁以下的热爱护理专业的护理人员。

(3) 省（市）卫生职工学院：这是各省（市）医学教育的主要基地，通常是按照省（市）卫生事业的需要和各时期的主要任务来举办各种类型的进修班，可有计划的轮训卫生领导干部、医院管理干部和培训各类各级卫生技术人员。

5. 开展学术活动：要支持医务人员参加各医学专科学会开展的各种形式的学术活动（专业性讲座、专题训练等）。

各地中华医学会、护理学会、药学会及其所属的各专科学会，是开展学术活动继续医学教育的一支重要力量，通常通过组织各种学术报告会、讨论会、学术讲习班、国内外学术交流，定期出版各种学术性刊物，举办各种专业讲座、专题培训班等，提供医学情报，活跃学术气氛和传播新知识，推广新技术，为广大医务人员的培训、提高提供条件。

在职业务教育应该以在职为前题，也可辅以在职部分脱产教育，如选送一些人员参加业余医科大学、电视大学一业余卫生职工学院、函授医学教育和专科进修班学习等。

第三节 业务考核

为不断提高医疗服务质量，对医务人员定期进行严格有效的业务考核，可以了解医务人员的业务水平，激发其上进心，同时可以为各类医务人员的教育培训、资格认可、职称评定、聘任、晋升和人才流动的依据。因此，对各类医务人员进行业务考核已成为医院管理中的一个专门领域。

一、业务考核的概念和范围

业务考核就是对医务人员个人为执行特定专业活动所必需具备的能力作为量标，根据考核标准即考核法则，通过考试和现场观察，对被考核者所表现的行为进行测量，并作出定量的分析后，赋予应有的承认的过程。

医务人员的专业活动及其所表现的行为是多方面的，为便于考核和评定，一般应从下列三个方面考虑。①医学知识方面；②临床实践技能方面；③专业态度和处理人际关系的能力。通常把前者称为认知领域（cognitine domain）后两者称为非认知领域（non-cognitive domain）。在综合性业务考核中，不仅要评定被考核者的知识水平，而且要评定被考核者如何应用医学知识解决医疗实际问题的能力，熟练掌握操作和检查程序的能力，以及如何同病人、病人家属和其他医务人员建立有效合作，正确处理人际关系的能力等。尽管综合性业务考核通常包括专业知识和临床技能两部分，但在综合评分时，应考虑到医疗实践的特点，考核的重点应放在各类医务人员解决临床问题的能力上。例如美国医学考试委员会对第一年住院医生培训完毕以后进行的资格鉴定考试，基础医学知识、临床医学知识和临床技能三部分的计分数值分别定为1，2和3。

二、业务考核的分类

根据业务考核的目的及其管理职能和教育职能，通常可以分成三类：

（一）配置性考核（displacement）

这是在进入某一新的工作岗位前进行的，其目的是了解医务人员是否具备为完成某一特定专业活动所必需的知识和技能。例如新卫生人员进入某一科室前的录用考试、进修人员入学前的摸底考试等。从管理上说，这种考试对卫生人员进入工作岗位后的培养和使用具有指导作用。

（二）形成性考核（formation）

也可称为阶段性考核，通常是在培养和使用过程中进行，是按培养计划的要求分阶段进行的，其目的在于了解培养和使用的效果，判明个人的进步和存在问题，以便对培养方法和内容进行调整。如医院的年度考核等。

（三）总结性考核（summation）

一般是在某一培养计划完成时进行，其目的在于了解在职医务人员通过工作实践所完成的教育培训，是否已经达到了培养计划的预期目标，以便决定是否允许进入高一级培养或准予职务晋升。例如完成住院医师训练后的结业考试，完成临床研究生后的学位考试等。从管理上说，总结性考核对卫生人员的进一步培养和使用具有预测作用。

三、业务考核的实施原则

从业务考核的方法学来说，不论那一类的考核，在考核时都必须达到下列三个最基本的要求：①有效性：即考核方法和过程本身能对专业活动所必需的知识、技能和态度作出精确的测量。②普遍性：就是说以某一样本为基础的考核过程，其所获得的结果应能全面反映被考核者的总体能力。③适应性：也就是说，考核工具同被考核者的业务活动是一致的。因此，在设计医务人员的业务考核方案时，必须具备下述实施原则。

1. 综合性：由于医务人员的业务水平均通过他的认知领域和非认知领域所表现的行为来反映，因此，要全面衡量医务人员的总体能力，必须对知识、技能和态度进行全面考核。也就是我们通常所说的德才兼备的原则。

2. 有效性：即效度。由于医务人员的总体能力可以表现为不同方面，即使是同一方面，其表现的熟练程度也有明显的层次性。因此，对能力的不同方面和不同层次的能力应采用不同的测量工具，使考核工具能对被考核者进行有效的测量。例如传统的笔试和近年来广泛应用的多选题，用于测量认知能力是有效的，如果用来考核临床技能和人

际能力则是无效的。所以要根据考核目标选用合适的测量工具，使能有效地评定医务人员的业务能力。

3. 可靠性：是指考核结果的可重复性，就是说，一种测量工具由同一考核人员或不同考核人员在不同时间和地点对同一目标进行测量，均应得到相同的结果。

4. 复合测量：复合测量即对同一领域的能力，在可能条件下，要采用几种测量工具同时进行测量，则一种测量工具的缺点可以通过同时使用另一种测量工具而得到弥补。

5. 客观性：对医务人员进行业务考核，除本单位、本科室的专家外，还要聘请一定数量的院外专家参加，并在考核过程中注意防止考核人员中出现放宽评分标准、中趋性、成见效应、近似性和类比性等错误，得出公正的、客观的考核结果。

6. 反馈和调节：考核结果应向人事部门、业务指导者和被考核者提供反馈，要评定被考核者是否具有同将要担任的职务相一致的能力，还存在什么弱点和缺陷，以便为修订培养计划，组织继续教育和改进医院管理提供依据。

四、考核的内容和方法

业务考核的内容和方法，必须强调有效性。确定考核内容时应考虑到取样的合理性，如果考核内容能反映专业活动的最重要方面，就可以借少量样本对被考核者的相关能力作出有效的测量。一种有效的考核方法，不但能与考核目标相对应，考核结果还能预测到被考核者今后在相同条件下也能表现出相同的能力。

1. 自我鉴定：由被考核人员根据培养计划和本岗位的职责作自我鉴定，并提供能反映本人业务水平的各种依据，如医疗工作总结、论文、论著和译著、奖励和发明证书等。

2. 认知能力的考核：认知能力即知识水平，包括基础医学和临床医学理论知识、外语知识，通常采用各种形式的考试来进行。自50年代以来，由于日益注意到考核方法的客观性，以及由此而提出较高可靠性的要求，从而导致了医学多选题的广泛应用。目前，尽管医学界对这一新的考试技术尚持不同看法，由于这种方法比较客观，且有较好的内部一致性，故这种考试技术仍为各考试团体所采用。在美国、加拿大，许多医学考试专家还以多选题为基本模式，设计了一系列编成程序的改进型问答题或病人处理问题，以此来考核知识的应用能力。

3. 非认知能力的考核：非认知能力包括临床技能和同临床工作相关的人际能力与个人品质的考核，通常均采用现场考核（床边考试）和临诊表演的方法来进行，这种考核方法，必须要有统一的考核标准及为观察临床操作评分标准的考查表（Check list）或评分量表（rating scale）作为考核工具。

考查表是以医院的医疗常规或操作规程作为考核和评分的标准，把医疗实践中应当实施的程序依次列出来，然后按照常规，进行适当的分类，编制成供考核用的考查表，考核者只要按照这一考查表直接观察被考核者在考核过程中是否按预期要求表现出来，并把观察结果直接记录在考查表上，然后根据医疗常规，检查被考核者在考核过程中出现那些重要遗漏或错误，便可对被考核者的能力作出正确的评定，考查表主要适用于能按医疗常规进行分类标准化项目的考核。对某些不规定操作常规或没有规定操作规程的项目，可以制定评分量表来进行考核。评分量表的设计，不仅要象考查表那样，一一列出考核点，而且对每一考核点还要列出评分标准，主考人只要按照评分量表所列的考核

点，在现场进行直接观察，并按评分标准直接在评分量表上量分。总之，对非认知能力的考核，一般当考核项目可被详细地区分成更加具体的项目，并且可以按照医疗常规进行评定时，多采用考查表来评定。如被考核的项目没有规定操作常规，而临床实践中又可以用几种方法来完成，或者要求医务人员根据当时和当地条件作出改变时，多采用评分量表来评定。国外目前多主张根据考查表或评分量表的评定结果绘制个人能力检验图，对被评定者的能力从不同方面来展现。例如助产士，根据临床工作的职责范围，在产前保健中必须具备以下五个方面的能力，即作出正确的妊娠诊断的能力；过筛和识别高危病症的能力；向孕妇进行卫生教育的能力；对妊娠问题作出初步处理的能力和应用辅助检查的能力。当按照考查表或评分量表进行逐项考核以后，根据每一方面的得分，考核者便可方便地绘制出个人能力检验图，见图 23-1。

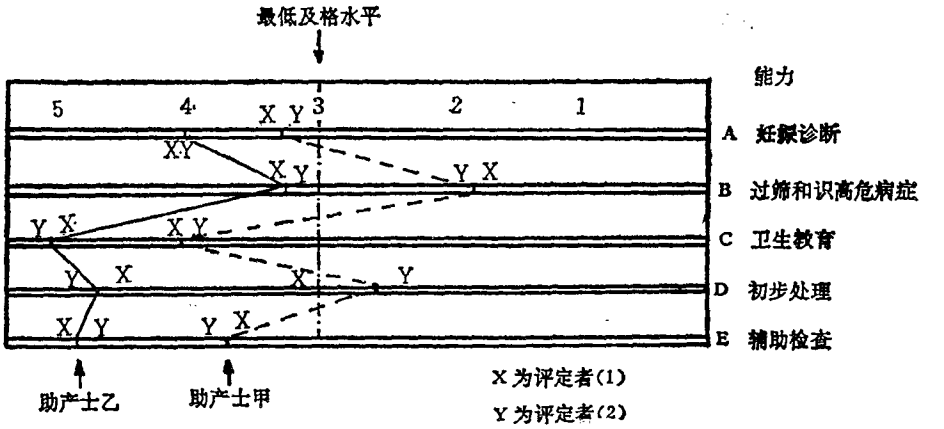


图 23-1 个人能力检验图*

* 本图引自 Katz F M, Assessing Health Workers Performance, WHO. Geneva, 1980。

对医务人员个人能力的综合性评价是一项非常严肃的工作，因此，在综合评价时，除配置性考核和形成性考核通常由本院或本部门的专家进行综合鉴定外，对总结性考核，特别是对以职务聘任或技术职称评定为目标的业务水平考核，国内外多采用由院内和院外专家所组成的同行评议（peer review）的方法，根据自我鉴定和考核结果，并比照职务聘任标准，对被考核者作出综合的评价。

五、业务技术档案

为使业务考核成为医务人员质量管理的一部分，把定期考核同医务人员的业绩联系起来，各医院应当建立医务人员的业务技术档案。

（一）业务技术档案的内容

业务技术档案应包括：①个人业务技术自传(格式由技术干部主管部门统一订立)：包括学历、资历、工作表现、奖惩情况等。②个人论著：主要包括学术论文、资料综述，经验总结，书刊编译、专著、论著，并应分别记载学术水平评价和受奖级别。③创造发明：包括重大技术革新，有价值的合理化建议，科研成果等。每项发明创造要附有技术鉴定和评级授奖材料。④考核评定：指对医务人员进行的定期或不定期的技术能力和理论知识水平的评定。⑤考试成绩：其中包括脱产或不脱产参加的学习班、进修班的考试成绩、鉴定等。

（二）建立业务技术档案的范围

凡具有卫生人员技术职称者，包括具有中专以上学历的或虽没有正式学历，但一向从事卫生技术工作的或因工作需要改任业务技术管理工作并有技术职称者，均应建立业务技术档案。

业务技术档案的管理范围，可按干部管理范围而定，但不论那一级管的技术人员，医院均应有一套完整的业务技术档案，做到心中有数，以利于医院技术队伍的建设。

（三）管理方法

建立技术档案后，要有专人保管，主管者要定期收集有关资料入档，入档的资料要正确无误。为便于统计还可建立卡片，一人一卡，把档案袋内内容浓缩在卡片上，便于查阅。

裘麟　张汝勇　董煜麟　徐健行　梅人朗　魏原樾

第二十四章　医院医学研究的管理

医学科学研究是医院现代化建设的基本任务。因此，要做到最优规划、最优决策和最优管理。

第一节　医院医学研究的意义、任务和特点

一、医院医学研究的意义

（一）是不断提高技术水平和医疗质量的需要

医院是通过医疗技术为人民服务的。医疗技术的先进与落后，诊疗水平的高与低，是衡量一个医院办得好与坏的基本尺度。要使医疗技术与医疗质量不断提高，重要的是有计划、有组织地开展科学研究，深入系统地总结自己的实践经验，加深对医学科学规律的认识，不断发展医学理论，开拓新的领域，攻克技术难关，扩大新的医疗技术项目，这样才能不断提高救死扶伤的能力和满足人民对医疗技术日益增长的需求。

（二）是培养医学人才和提高科学素质的需要

医院需要有在学校培养和医院工作实践锻炼的基础上，既掌握临床医疗技术又能从事科学研究工作的高级卫生技术人员。参加科学研究的作用就在于：巩固已有的理论知识，总结实践经验，扩大知识范围；掌握科学研究工作的基本方法、实验方法、思维方法和组织方法，提高科学素养；更重要的是养成刻苦钻研和敢于设想、敢于实践、敢于创新的精神，培养严肃性、严格性、严密性的科学作风。在较大的医院，尤其是教学医院都有培养大学生、研究生、进修生、以及留学生的任务，更具有开展科学研究的重要性和必要性。

（三）是继承和发扬祖国医学及加快中西医结合的需要

大力开展中医、中西医结合的科学研究，有利于继承和发扬祖国医学遗产，有利于开拓新的医学领域，有利于现代医学的创新和发展，有利于满足人民的医疗需要。在总结临床疗效的基础上，有条件的单位，要积极运用现代科学技术方法，进一步开展实验研究，阐明其作用原理，这样必将对世界医学的发展做出重要贡献。

此外，医院管理的研究也是医院科学研究的一个方面。探索总结我国医院管理实践经验，研究现代管理学的有关理论、方法和技术，结合我国实际情况，创造出具有我国特点的医院管理的理论和方法，以实现医院管理的现代化、科学化、最优化。

二、医院医学研究的任务

医院要开展以提高临床医疗护理水平为主的科研工作。同时，也要积极创造条件开展实验医学和基础理论的研究，引进国内外诊断和治疗的新技术，从而不断提高医疗质量和发展医学科学。

医院医学研究的主要任务，有如下几个方面：

（一）临床医学研究

1. 诊断方法的研究：诊断方法研究的目标，是向特异、无损伤、微量、准确、快速、简便方向发展，并且逐步实现诊断技术的机械化、自动化。还应强调在发展实验室

技术的同时，不应忽视对疾病临床表现的观察和研究，使实验室技术与临床观察紧密结合，以提高诊断疾病的水平，特别是早期诊断的水平。

2. 治疗方法的研究：治疗方法的研究，是临床研究的主要内容。目前基本治疗有药物、手术、放疗、理疗、体疗、精神心理治疗、营养治疗等。要积极探索安全、有效、无副作用的新治疗方法、新的药物和新的医疗仪器。同时也要通过研究，对已有的治疗方法进一步改进，提高疗效。淘汰确实无效或低效的治疗方法。

在我国，还要努力发掘、整理和提高祖国医学遗产，运用现代医学科学方法，对中医的基本理论和诊疗方法，以及对中西医结合的方法及其疗效，进行深入地、系统的研究，并使其研究结果符合定性、定量、精确、客观的要求。

（二）预防疾病的研究

现代医院已不是单纯治疗病人，而且成为社会预防保健活动中心。“三级预防”学说的提出，进一步阐明现代医院在社会预防中的任务。而医院的侧重点是在二级和三级预防，即早期发现、早期诊断、早期治疗、以及如何减少合并症、后遗症、防止急病慢性化。医院内感染的监控、消毒隔离、防止交叉感染，以及社会预防、保健等，都是医院预防研究的重要内容。

（三）基础医学研究

基础医学的研究对于临床医学的发展极为重要，如探讨发病原因和发病机理，阐明疗效机理等对诊断、治疗和预防疾病都极为重要。这些研究可为临床提供科学依据，推动临床医学发展。反之，临床医学也不断为基础医学提供新的研究课题，两者是相互依赖，相互促进的。然而，基础医学研究的难度较大，周期较长，需要有较好的实验条件，因此要根据本单位各方面的条件量力而行。

（四）医院管理研究

医院管理研究的主要内容，首先是认真地总结我国有史以来医院管理的成功经验及反面教训，把经验管理上升到科学管理，创造出适合我国国情的一套科学管理理论和方法。同时也要积极地吸收国外先进的理论和技术，如系统论、控制论、信息论以及预测技术，评价技术、管理技术、线性规则、最优化控制、电子计算机网络等，来提高医院的工作效率和管理水平。

三、医院医学研究的特点

1. 临床研究的主要对象是病人：因此必须以保证有利于病人治疗和病人安全，不增加病人痛苦为原则。有些研究必须在动物实验的基础上才能审慎地移用于病人身上。凡是新方法、新技术、新药物第一次应用于病人，事先要充分估计可能发生的不良反应，并有预防措施，以确保病人的安全。最后还必须经主管领导批准，方可实施。

2. 临床研究的不可控因素多：因研究的对象是病人，其干扰因素多种多样，难以控制，往往影响结果的分析。为了保证科研结果的准确性和科学性，一定要取得病人密切配合，并尽量减少病人的心理、生理等因素的影响。在研究设计上，对病例的选择、观察和随访的时间，对照组和随机化，均要符合实验设计标准化的要求。

3. 临床研究常常需要多专业、多学科的协作：如临床与实验室、临床与卫技科室（如化验、X线和各种功能检查等）、医生与护士等，都要密切配合，环环扣紧。因此，在课题研究实施前，必须要有统一的计划，统一的标准，统一的方法，分工明确，各司

其责，在进行中，要加强协调，定期讨论，发现问题及时解决，以保证科研工作的进展和质量。

4. 科研人员变动多，科研工作连续性差：因为医院医疗任务繁重，科研人员多是兼职，人员变动频繁，故常常影响课题研究按计划进度进行，甚至造成中断。因此，要处理好医、教、研三者关系，使科研人员相对稳定，这是完成科研任务的重要条件。

第二节　医学研究的基本程序和方法

医学研究的基本程序，是指一项研究课题从开始到终结所经过的步骤。根据科研工作的规律，对科研工作规定一个科学的、严密的程序和方法，是实现计划管理、确保课题研究有效进行的重要手段。因此，要求每个科研人员与科研管理人员都应熟悉和掌握它，并严格执行。医学科研的基本程序如下：

一、选定科研课题

选定科研课题是科研工作的第一步，也是科研工作成功与否的关键。只有课题选得准，才有可能取得成果，如选题不当，就会走弯路，甚至造成人力物力的浪费。

（一）选题的要求

1. 目的性：必须以严重危害人民健康的常见病、多发病和疑难疾病为重点，以提高医疗质量和发展医学科学为目的。防止为研究而研究，为论文而研究，盲目地追求“高精尖”和“赶时髦”。

2. 先进性：科学研究是创造性工作。一方面要引进、消化、吸收和发展新理论、新技术、新方法。另一方面要结合临床实践提出自己新的设想、新的见解，通过研究，建立新理论、新技术、新方法，开拓新的领域。防止一味追求文献报道和低水平的重复。

3. 实用性：医院的科学研究主要是应用性研究，必须重视实用价值。研究成果要求效果明显、方法先进、费用低廉，可以推广。有些理论性和探索性的研究也应进行，但必须有针对性，要以医学科学发展的需要为前提。

4. 可行性：选定科研课题必须从实际出发，实事求是，以本单位的人力、物力、设备和技术水平为依据，量力而行。

（二）选定课题时需做好的几项工作

1. 组织医务科技人员认真学习国家的方针、政策及当前的任务，明确科研服务方向。

2. 认真调查研究，摸清国内外有关的科技动态，经过综合分析，并通过预测，最后作出研究价值的评估。

3. 研究课题选定后，一般应先进行预初试验，以确定课题的可行性，为正式立题提出依据。

4. 做好开题报告，同时评议，以审定该课题是否具有立题的条件。

二、研究课题设计

课题确定后，是否能达到预期的效果，在很大程度上取决于科研设计。科研设计是整个研究工作的兰图，它集中体现了该课题研究人员的设想、构思和预测，用最经济的人力、物力，选择最有成功希望的方法和途径，以求达到最大的效果。科研设计的内容，一般包括以下几个方面：

（一）课题设计概述

包括研究的目的、意义；研究的预期结果；国内外对该项研究的动态和发展趋势。

（二）课题分项设计

1. 研究对象设计：如以病人为对象，则对病例选择、诊断标准、对照组的选择要求、各组研究对象的数量和分组等，均要进行周密的设计。

2. 研究步骤的设计：每个研究课题，一般分为四个阶段：

⑴ 准备阶段：包括调查研究、收集文献资料、制订标准、准备仪器等；

⑵ 预初试验阶段：按初步科研设计进行探索试验，以便了解方法的可行性与可靠性，根据初步试验结果，必要时对方案进行修改；

⑶ 正式试验阶段：按成功的设计方案进行正式研究；

⑷ 资料整理分析总结阶段。

3. 研究方法的设计：对课题研究的技术途径、手段和方法的设计，是决定课题是否成功的关键。研究方法力求先进、经济、有效、可靠。现代科学研究还必须重视数理统计方法，对某种研究方法产生的结果的误差（操作误差、仪器误差、样本误差等），通过合理设计和统计学处理，使其限制在允许的范围内。方法应经过考验，方法学与仪器设备都应标准化。最后，还需对研究结果的数据处理或数学模型作出具体设计。以病人为对象的研究，在设计时还要设法尽量减少对病人心理及环境因素的影响，并设法消除这些因素对结果的干扰。

4. 研究进度的设计：根据本单位的实际条件，作出每个阶段的工作量和所需时间的具体安排，确定合理、可靠的进度要求。进度尽可能具体，以便遵循和检查。探索性课题的进度可笼统些。

5. 课题协作的设计：几个部门或几个单位共同协作进行的研究课题，必须分工明确，在研究顺序、技术指标、研究条件、进度要求、分工关系、协作内容、成果及技术资料处理等方面，均应协调一致，并签订协作合同。

6. 研究条件设计：研究条件包括参加研究的人员、工作时间安排和保证；仪器设备、药品、试剂、物资供应、研究病床、动物品种、经费等。对这些条件的要求、规格、数量、解决的时间等都要提出明细计划，以便落实。

三、开题报告

凡是新开课题，在完成研究课题设计及预初试验后，均应履行开题报告，同行评议。通过同行专家的讨论评议，可以使科研设计更加完善、合理，也帮助领导在确定项目时减少片面性、盲目性和重复立题，把好选题关。

（一）开题报告内容

1. 研究者报告研究课题设计的全部内容及预初试验的结果，对课题的理论价值、技术价值、实用价值、技术价值、实用价值、经济价值等进行论证。

2. 对参加本课题的主要研究技术人员的配备及其业务能力作简要说明。内容包括：①简要资历、过去工作成绩；②业务专长，在研究过程中担负的任务；③对仪器设备、实验技术掌握的程度。

（二）同行评议内容

⑴ 对该课题的目的性、先进性、实用性和可行性的论证是否充分。

⑵ 研究方法、步骤是否得当。

⑶ 研究的条件是否具备。

⑷ 经费、物资概算是否合理、可能。

⑸ 预期结果能否实现。

凡属下列情况，该课题不能或暂时不能进行：

⑴ 在理论上或实用上没有重要意义。

⑵ 低水平重复性课题。

⑶ 对国内外情况了解的还不够。

⑷ 设计不周密、不合理、研究设想依据不足，研究方法及途径难以实现。

⑸ 关键性的条件在预期时间内不能落实。

四、研究课题的实施

研究课题一经上级批准后，应迅速组织实施。管理部门与课题负责人，根据批准的“计划任务书”或“合同书”，抓好组织、计划、措施三落实。在进行过程中，及时检查、督促，发现问题及时解决，力争圆满完成任务。具体要做好以下几点：

1. 明确分工，严格科研责任制：课题负责人对课题的实施及完成负有全责，要亲自参加全部或部分研究工作，特别是关键环节。要认真做好课题组的组织、指挥、协调和对课题组各个成员的考核。

2. 定期检查：除了自查外，医院要每季度或半年对计划执行情况进行一次检查。检查内容：①进度指标完成情况；②取得哪些重要的阶段性成果，有哪些重要进展，发现什么苗头；③存在什么问题和困难；④经费开支情况等。

在检查中发现比原计划有重大进展及新的苗头时，应采取措施加以支持，必要时争取增加经费指标。如发现原来的开题论证有较大漏洞，研究工作停滞不前，则应暂时终止原计划，重新审查原开题论证报告，以确定是否调整或撤消。对完成计划进展好的应给予表扬鼓励。对无故不完成计划与合同的，要取消条件支持或撤消计划与合同，必要时追查工作责任、经济责任、甚至法律责任。

3. 欲撤消或调整课题时，需报请学术委员会及有关上级业务领导部门批准，以体现实施计划的严肃性。

五、科研资料的整理和总结

在科研完成或告一段落后，课题负责人应迅速组织科研人员做好资料的汇总整理和分析总结。随着现代科学的发展，总结论文工作，已多采用电子计算机处理，用电影、电视、幻灯等记录实物的方法，反映科研工作的过程及其结果。为了做好科研工作的总结，必要时邀请科研管理人员或有关单位科技人员参加，集思广益、补遗和修正，以确保科研资料的科学性、完整性、准确性。每次研究结果（包括成功的和失败的），都必须写出学术总结报告或学术论文，并及时发表。在做好学术总结的同时，还应做好工作总结。

六、科研成果鉴定

凡在实践与理论上有创造的，具有一定科学水平和实用价值的新技术、新方法、新工艺、新器械、新药物、新发现等，经过实践考核和检验，证明其结论或结果是可以重复的，均可申请成果鉴定。在准备好各项技术资料及论文后，首先提请院学术委员会或

学术小组讨论通过，然后报请上级有关部门审批。正式鉴定时，参加鉴定的人选由组织鉴定的有关主管部门邀请，由被邀请的有关专家组成鉴定委员会或鉴定小组。鉴定会由专家主持，行政部门负责组织工作。鉴定会本着实事求是的精神和科学的态度对成果的先进性、科学性、实用价值等进行认真的审议和客观评价，最后可采用无记名评分法，作出鉴定的结论。

科研成果通过鉴定后，要积极推广应用。可通过学术交流，杂志发表论文、办学习班等方式加以推广，在实际应用中再不断改进和提高。

七、科技资料归档

科技档案是科研活动的真实历史记录。完整地保存和科学地管理科技档案，是科研工作的一个组成部分。科研人员要把科研资料的形成、积累、整理、鉴定、归档、修改、补充等工作，作为科研工作的一项任务，认真做好。

（一）立卷归档要求

1. 凡完成的课题，必须按课题建立技术档案，课题结束后，迅速组织有关人员完成整理归档工作。课题负责人是该课题建档归档的负责人。

2. 研究周期长的可分阶段归档，待课题结束后再综合整理归档。

3. 不论研究工作成功或失败以及因故停止，材料均应完全保存。

4. 技术档案必须做到完整、准确、系统、有签署、密级、保管期限等。

5. 在科研成果鉴定、推广、评奖时，应同时检查科技档案是否完整、准确，否则不予鉴定、推广和评奖。

（二）科研资料归档的范围

1. 任务来源类：计划任务书、工作方案、选题论证报告、课题协议书、合同、年度计划及执行情况、经费预决算。

2. 原始记录类：科研记录本、各种测试数据及分析、各种图表及照片、各种临床观察材料、各种化验报告、计算机程序、电子线路图、计算结果、全套技术图纸。

3. 成果鉴定类：课题简介表、成果送审表、成果报告表、鉴定证书、鉴定委员会名单、鉴定会议记录、鉴定委员会意见及评分、论文或著作、科技成果主要研究者登记表、课题组人员名单、科技成果推广情况表、科技文件材料登记表。

4. 成果奖励类：成果奖励申请表、上级批复、获奖照片及证件、奖金分配。

5. 成果推广应用类：各类报导、有关来往信件、讲座及学习班有关材料、用户反馈评价意见、技术转让合同。

第三节　医院科研的组织与领导

一、医院科研工作的组织领导

科学研究是医院一项经常性工作。因此，必须建立与医院科研任务与规模相适应的领导体制，完善组织管理系统，这是搞好科研工作并使其持续发展的重要保证。

医院应有一名业务副院长分管科研工作，科研科（科教科）或医务科为办事机构，各专业科室领导也应有人分管科研工作，大的实验室或中心实验室也可设正副主任，研究室设正副主任，研究组或课题组设组长。

为了发扬学术民主，加强学术咨询，医院应建立学术委员会或学术小组，负责审议

科研规划、评定科研成果、组织学术活动，提出对科技人员考核晋升的意见与建议等。该委员会或小组的人员组成，应以学术水平较高的专家、教授为主体，要吸收优秀的中、青年科技人员参加。

二、科研机构

在有条件的医院，可建立必要的、规模适当的科研机构，并做好“五定”（定方向、定任务、定人员、定设备、定制度）。医院的科研机构一般有以下几种：

（一）附设研究所

研究所是医院的大型研究机构，其规模一般在50人以上，组织管理上要有单独建制，有专用的设施和设备。多数科研人员是专职或以科研为主。但是医院的研究绝不可与医疗组织割裂，在体制上要由院长统一领导，其主要研究人员还必须兼做临床医疗工作和教学工作。

研究所的建立，要符合以下基本条件：

⑴ 有明确的方向、任务；

⑵ 有具有真才实学的学术带头人和一定数量的技术骨干、技术员、形成一个具有研究能力的班子；

⑶ 有开展科研工作的基础和成绩；

⑷ 有必备的科学仪器和实验场所。

医院的研究所一般应承担国家或本地区较重要的研究课题，并与医院的业务专长紧密结合，起到互相促进的作用。

（二）研究室

研究室是医院附设的小型研究机构，相当于专业科室。可设编制10—20人，至少有一半以上是专职或以科研为主。作为医院的研究室，也应具备研究所的基本条件，不仅能进行临床研究，而且必须具有实验研究能力，并有一定的专用仪器设备、科研病床及经常性科研经费。

一个医院不可建立过多的研究机构。因为研究机构过多，必然分散人力、物力、财力和领导精力，使医院负担过重，往往事倍功半，甚至流于形式。

（三）研究组

即课题组。它是根据科研任务的需要而临时组织的。参加研究组的人员可以不脱产，人员组成可以跨科室、跨单位。完成课题后，研究组就解散，这是各级医院一种主要的科研组织形式。

三、创造科研条件

积极创造科研条件，是完成科研任务的基本保证。还要合理地、有效地发挥各项条件的作用，使较少的人力、物力产生较大的效益。

（一）科研人员

科研人员的质量与数量，是关系到能否出成果的首要因素。对确有专长的专家教授，应积极创造条件，并配备助手，使其在科研和培养人才方面发挥作用。医院还要有目的、有计划地培养和造就一批科研骨干，通过实践和考核发现、选拔人才，使有研究才能的人充分发挥其聪明才智。对中青年科技人员，要加强科研基本功的训练和科研道德素质的培养。为了开展实验研究及新学科、边缘学科研究，还需不断吸收有关专业人

员（生理、生化、工程技术等）充实到研究工作中去。

（二）科研基地与场所

组成医学研究，除了临床之外，实验室的研究占有重要地位，因此要重视和加强这方面的建设。

1. 实验室

⑴ 实验室的任务：实验室主要担负专科或专题研究所需要的而医院的医技科室没有或难以建立的技术方法。尽量减少与医技科室重复的技术内容，以免造成人力、物力的浪费。

⑵ 实验室设置的形成：实验室的设置应本着有利于研究工作，又避免人力、物力的分散为原则。大的医院，可以采取集中与分散相结合的形式，以集中为主，即设中心实验室，大型通用仪器设备集中使用。根据重点专科发展和任务需要，也可适当增设专科实验室或专用实验室作为补充。一般医院以只设中心实验室为宜。

2. 动物实验室与动物饲养室：动物实验是医学科学研究常用的、而且重要的方法，新的手术方法的建立、新药的研究、疾病模型的制备等，都需要先在动物身上进行，尔后过渡到临床。一个医院的动物实验室及动物饲养室的设备条件和管理的好坏，是反映一个医院科研质量的重要指标。

⑴ 动物实验室：一般应包括准备室、手术室、观察室、药品器械贮藏室、办公值班室等。动物实验室应设专人负责，主要任务是协助安排全院的动物实验，做好实验前的准备工作，供应实验所需的药品器械，实验完成后的整理工作，实验动物的观察、护理，实验和观察记录的整理与保管等。

⑵ 动物饲养室：负责供应全院各部门所需要的科研动物，除了满足一般动物需要，还要设法供应某些特殊品种的动物。动物饲养是一门科学技术，要配备热心动物饲养工作，具备动物饲养知识、熟练掌握各种动物习性和饲养管理方法，繁殖育种技术，动物常见病的防治知识和实验前后的医疗护理技术等的技术人员。

3. 设置科研病房：重点专科应设置适当的科研病床，收治符合要求的病种，并建立详细的病例档案，以进行系统观察和研究。较多的是开设科研需要的专科门诊，以便选择、观察、随访研究病例，既有利于科研，也有利于提高医疗质量。

（三）科研设备

仪器设备是进行科学研究的必要手段。没有先进的技术手段，就很难取得突破性成果。因此，除了充分利用现有设备外，还要根据科研的需要，有计划地更新和添置一些先进的技术设备，逐步配套，但也要避免求大、求全、求洋。对仪器设备要重视科学管理，培养会使用与会维修的专业人员，最大限度地提高仪器设备的使用率与完好率。

（四）科研经费

科研经费是根据科研计划而核算的，各项预算都要有确切依据。科研经费专款专用，合理开支。使用要有专卡，注意节约，避免浪费。特别在购置大型贵重仪器设备时，必须预先做好调查研究，提出方案论证，严格审批手续，防止盲目的购置。

高恪　刘铸　徐健行

第二十五章　医院技术建设的管理

第一节　医院技术建设的概念、内容及意义

医院技术建设是指促进和加强医院医疗实践中的医学科学发展和医疗技术进步。包括人才培养、新技术应用和专科及重点专科建设等方面。

进行医院技术建设的目的，是为了使医疗技术向纵深发展，培养医疗科技人才、提高医疗服务质量，满足社会医疗需求，因而是医院业务管理的一个根本性的战略措施。

第二节　医院技术建设的基本方法

任何工作方法的制订，都是具有针对性的，即针对存在的问题，制订解决问题的方法。在医院技术建设的进程中，当前存在的问题主要来源于思想认识方面，诸如：对客观形势认识不足；对医学科学的飞速发展了解不够；对人民群众的医疗需求掌握不多；对医务工作者的期望知之甚少。针对这些存在的问题，提出如下基本方法。

一、认清形势，开拓眼界

现代医学科学技术有三个特点：①加速度发展；②高度分化与高度综合；③各学科之间广泛的交叉渗透。由于每门学科都是在相互间的紧密联系中向前发展的，而医学的发展也总是以其他科学技术的发展为其前提和条件，因此，现代科技的高度发展也就必然会带来医学科学的革命。如现代物理学、化学、电子学、材料学以及工程技术方面的新成就，促进了医学生物工程的革命。医用新产品、新设备、新工艺的不断出现，为临床医学增添了新的诊断和治疗手段，如医用电子仪器、医用激光器、人工器官等的更新换代；显微外科技术、断层扫描技术、超声成像技术、体外循环技术、超低温冷冻技术、免疫荧光技术、单克隆抗体技术等的广泛开展；电子计算机在医学领域内的日益普及；这些新技术、新手段使得检查方法趋向于快速、微量、特异和非侵入性，治疗措施趋向于多样、选择。

现代医学在微观方面已发展到分子水平、量子水平；在宏观方面已从个体、群体、环境发展到了宇宙空间。与之相适应，随着医学科学技术在微观与客观两个方面的迅速发展，医院的专业学科结构正在发生深刻的变化，在医院业务建设进程中，呈现了综合型科室向专科型科室转化的趋势，于此同时，某些有内在联系的专科或专业，在广泛协作、密切结合的基础上，又相互合并，建立为新型的综合性科室的趋势。同时，随着人民物质生活水平的改善和提高，群众对医疗卫生事业的要求已不再满足于单纯的“一根针、一把草”这样的简单普及，而是对如何能够健康长寿，如何能使疾病痛苦降低到最低水平寄于迫切希望。这就给各级各类医院提出了严峻而又艰巨的课题，要求医院有第一流的医疗技术和医疗态度。但是如何提高医疗服务质量、做好医院的技术建设这一问题，无论是认识上或是实践中都还存在着不少问题。应该看到，我国医学的现状与发达国家相比，有着相当大的差距。医院通过专科技术建设，建立一个个小专业，普遍开展新技术，有助于缩短这种差距。所以，加速医院专科技术建设，是加速医院现代化建设

进程的重要措施之一。在加速医院专科技术建设中，摆在我们面前的首要任务是：全面地了解现代医学科学技术在各个领域里的发展动态，结合我国医院的实际情况，积极引进并发展适宜性的新技术、新方法并应用于医疗实践。赶超世界医学先进水平，满足人民群众对医疗卫生保健的需求，这已成为医务工作的当务之急。

二、提高认识，一专多能

关于加强专科建设、提高专科技术水平，加速新技术、新方法在医学领域内的推广和应用问题，是多年来卫生行政主管部门和基层医疗单位反复强调和积极贯彻的重点。但是，由于一些决策者和部分医疗技术专家在认识上存在一些问题，以致这方面的工作进展迟缓，未能获得令人满意的成效。这些认识上的障碍有：

1. 对专科技术建设和新技术开展的重大意义认识不足，缺乏战略眼光。由于目前我国医务行政管理人员和医疗技术人员与全社会的人口比例甚低，业务活动比较繁重，使一些同志碌碌于日常事务性工作，并满足于维持业务开展的现有水平，无暇顾及或无心考虑长远的发展，缺乏积极培养专业技术力量的热情。

2. 对专科技术建设没有紧迫感和危机感。由于对国际国内医疗技术水平的迅速提高认识不足，对人民群众日益增长的医疗卫生需要了解不清，因而不懂得充分发挥和利用自己的技术优势，不善于及时吸收和引进先进的医疗新技术在医疗市场的竞争中建立自己的成功形象，更不知道运用竞争机制促进医院内部各科室各专业的发展和提高。

3. 对专科技术建设的利弊得失认识不足。由于医院管理工作者对技术建设的管理认识不足，往往是过多地强调技术建设中的偏差，因而多倾向于强调“多能”，而对“一专”则比较忽略，对技术建设在促进、提高医院医疗服务质量所起的积极作用在认识上也有差距。

面对这些问题，我们应该着重进行的工作是在主观上提高有关人员的思想认识水平，使之具备必要的战略眼光。医院的技术建设是使医疗卫生事业向纵深发展的必由之路。随着改革的深化，医疗卫生工作在普及的基础上，市场竞争必然日趋剧烈，而重点专科技术建设和新技术开展则是医院在医疗市场竞争中立于不败之地的基础，这同工厂企业必不可少的“拳头”产品具有同等重要的意义。

三、把握宏观控制和结构配套

通过十年改革的经验，人们已经普遍认识到在我国各系统各行业中普遍存在着现行体制和布局的不合理问题，这是我们进行各项改革难以把握宏观控制的症结所在。而缺少对宏观控制方面的把握，则又使我们工作科学化的努力难以实现。

从目前的普遍现象看，真正具备结构合理、优势突出、人员配套、设备齐全、可以提供优质服务的专科和有利于新技术开展的医疗单位明显不足。有些所谓的专科实质上是一个学科专业组，技术素质和设备条件均达不到专科要求。有些新技术、新方法虽已为一些医院所引进，但没有真正消化吸收，未能充分发挥作用，往往是设备引进了，人员培养了，却因为某一个中间环节不能与之相适应而徒劳无功，浪费了大量的人力物力。造成这种状况的原因除了存在着一些客观的制约因素外，缺乏科学的管理和管理人才缺乏宏观控制的意识。这不能不说是关键因素之一。

在固有体制下，专业学组在向专科过渡时，由于受自然形成因素和传统组合方式的影响，往往布局零乱，优势不集中，专科结构的综合配套不健全。在人员培养方面，由

于没有注重建科前期的系统管理，难免导致人员素质适应不了独立性专科的需要。在财政预算方面，由于对专科缺少宏观认识，经常使得资金浪费，不能用在刀刃上，在物质供应上，由于管理不善，相应物品、设备、器械不配套，造成顾此失彼，业务难以开展。

所有这些问题，都需要我们的管理人员在宏观上给予科学的调配。在进行专科建设和新技术开展的工作时，必须要掌握好如下几个原则：

1. 统筹规划：在指导思想上对专科建设的管理，必先要有一个长时间、多层次、全局性的统筹规划。

2. 调查研究：要根据医学科学发展的趋势和规律，医院的性质、任务、医院内部人、才、物等条件，科研基础和成果以及对医疗需求，分析医院内的优势、特长和薄弱环节。

3. 评估预测：在充分调查研究、摸清情况的基础上，做好对某一专科建设的评估和预测，防止不切实际或超出实际可能的发展。

4. 制定计划：明确发展的重点和目标，制订近期和远期规划、计划、进展和措施，防止无计划的盲目发展。

5. 实施方案：在全面分析、掌握各方面有利条件和制约因素的基础上，摸索出正确的发展规律，制订出一个科学的发展战略和尽可能具体详尽的可行性方案。

6. 坚持执行：经过充分调查研究、科学分析、评估论证基础上制定的发展战略和可行性方案，一旦被确认为合理的、符合客观实际的，就要坚持执行，不应再受到个人意志的左右，或为领导层次的更迭而影响其实施，否则把握宏观控制只能是一纸空文。

第三节　专科技术建设

一、一般专科的技术建设

（一）合理划分小专业

由于现代医学科学的纵深发展，临床上的分科越来越细，专业分工越来越多。以内科为例，在大医院，不但划分为心血管、消化、血液、呼吸、内分泌、肾脏、神经等专业，甚至肿瘤、肠道、肝炎、风湿病、高血压、结核病等疾病也独立成为一个个单独的专业。辅助医疗科室也越分越细，实验方法和手段深入到基因和分子水平，放射免疫、酶联免疫吸附测定和酶学检查技术可以测定体液中的微量物质，临床生化分析向超微量、高效能、高速度和自动化方向发展。心肺功能检查已分有心电图、希氏束电图、心向量图、超声心动图、心导管、心血管造影、肺功能、血液气体分析、支气管镜检查以及超声诊断、电子计算机X线体层扫描（CT）、核磁共振（NMR）检查，等等。这种日益精细的分工是医学科学向纵深发展的必然，是人类对人体构成、发病机理认识不断深化的判断，为诊断疾病提供了新的依据，为治疗疾病开辟了新的道路，这也是现代科学新技术、新方法在医学领域日益推广和应用带来的成果。从个体的专业技术人员来说，一个人的精力是有限的，医学领域内新课题的持续增多，使任何人都不可能精深地掌握所有的技术，也就是说，泛则难精，精则必专。因此，适当地、合理地划分小专业，对较快地提高专业技术水平，对结合临床实践开展科学研究，对总结经验、培养人才都有好处。但如何划分小专业才能是“适当”和“合理”呢？这就有一个因地制宜和具体情况、

具体分析的问题。

一般来说，人材集中的大城市大医院，在这方面具备较为充分的条件。那里技术人员阵容比较强大，有条件满足各个小专业所需要的业务水平高、工作经验丰富的技术骨干作为该专业的带头人，并能配备一套协助工作的业务班子。但也应当看到，大医院业务工作量大，后继力量是一个必须及时注意的问题。要防止因个别业务骨干的缺席而降低了这个专科的医疗水平。

另一方面，基层医院划分专业，不宜过细。因为基层医院无论是人才、设备还是经费，都不能与大城市的重点医院同日而语，分工过细，必然会造成力量分散，反而不利于医疗卫生工作的开展。再者，基层医院服务对象相对局限、分工过细，使医务人员接触的病例受到很多限制，不利于技术人才的成长和提高。因此，在基层医院应当更多地强调一专多能，即使在一定程度上划分了专业，也不应放弃这一原则。

（二）综合专业的设置

我们在认识到现代科学技术高度分化的同时，也不应忽视了它的横向联系带来的高度综合。当今任何一个专业要想孤立地发展已成为不可能。只有各方面紧密结合，广泛协作，才能获得共同的繁荣和迅速的发展。而这种协作发展到今天又出现了质的变化。根据专业之间的内在联系，现在又开始建立了综合性新型科室。如将心内科与心外科合并为心脏科；神经内科与神经外科合并为神经科；多专业结合的肿瘤科、中西医结合科或病房；放射、超声、核医学三位一体的影像科；理疗、磁疗、激光治疗、高压氧舱合而为一的物理治疗科；图书室、统计室、病案室、情报资料室合并的信息资料科，等等。这种在专业上相互配套，在技术方法上互相补充的内容兼并，不仅可以相互代替，减少重复检查；而且也有利于医疗、教学、科研工作的开展，有利于技术水平的提高，有利于减轻病人负担，有利于管理。

二、重点专科的技术建设

（一）重点专科的选择

在综合性医院中，科室设置较多，各科室要想同时发展，齐头并进，在现有的技术力量、医疗仪器、设备器材、房屋物资等条件下，是困难的甚至不可能的。只能先对有条件的专科进行重点建设，然后带动一般科室的技术提高。即在先发展一二个专科以形成本医院的特色之后，加强与重点专科有紧密联系、有协作关系的科室的建设。这就对医院的决策管理人员提出了这样一个课题，即如何正确选择重点专科建设的突破口。在重点专科建设的选择上，需要权衡考虑的问题有两个方面，即人才结构与区域性布局问题。

1. 人材结构：医院重点专科建设的人才结构要根据本医院现有的专业人才和近期培养人才的条件，包括与重点专科密切配合的有关辅助医疗部门的技术人才的条件，来确定重点专科建设的发展方向。在重点专科建设中，一个最基本的要素是技术人才，尤其是必须具有德才兼备、富有技术和行政管理能力的学科带头人，并配备以全套技术班子，形成最佳的人才结构，这样才能使重点专科建成后有效地开展业务活动。因此，针对有关科室和个人的特点，进行反复的科学论证，这就是专科选择的必备程序。在这里需要指出的是，应当注意到原有科室在抽调出一定的技术骨干后是否会影响正常业务活动的开展，要防止片面追求重点专科建设的形成，而导致原有正常业务质量的下降，甚

至部分业务工作的停顿，给群众防病治病带来不良影响。

2. 重点专科的区域性布局：由于医疗卫生工作是一项社会性的工作，发展何种专科便不仅是一个医疗单位的业务工作问题。我们在选择重点专科的发展方向时，既要从本单位的现有条件出发，而且要根据地区性医疗动态的统计信息作出全面的衡量，使之在医疗市场的竞争中具有立足和发展的实际价值及可能性。换句话说，就是要符合地区疾病发生、控制的需要，符合医院所在地区群众医疗卫生的需要，以便让有限的人力和物力发挥出更大的作用。

（二）重点专科的配套和以点带面

医疗工作是一个有机的整体，医院各科之间是相互联系、紧密配合和互相促进、相辅相成的。因而重点专科的存在不可能是一个孤立的现象，在某种程度上说，一个分工愈细的专业，它对其他专业的依赖性也就愈强。医院建设中的重点专科尤其如此。没有其他科室的密切协作和积极支持，重点专科的存在便会失去原有的意义。由此可见，我们在致力于重点专科建设的同时，对其他有关的专科和科室也要给予相应的关注，使其成龙配套，这样既能保证重点，又能带动一般科室同步发展，收到以点带面、以面促点的成效。从这一点上讲，我们在进行重点专科建设中，不仅要看到这些专科本身在医疗业务中所起的直接作用，还应看到其他专科对重点专科所起的协同作用，因此，在重点专科建设的进程中还应尽可能地加强有关专科的建设，发挥重点专科对其他科室所能起到的促进作用，在建设好重点专科的同时，把医院各方面的工作带动起来。

第四节　新技术建设

在各级医疗单位中积极有效地搞好新技术的建设，是提高医疗、科研、教学工作质量的有效措施之一。但各医院必须要弄清楚一个什么是“新技术”的问题。从狭义的范围来说，新技术就是在国内外医学领域里近十年来具有发展新趋势的新项目以及取得的新成果的新手段。而从广义的范围来说，新技术除了具有上述特点外，还具有一个更为重要的涵义，那就是在本地区、本单位尚未开展过的项目和尚未采用过的手段，都可视为新技术，而这些项目和手段在国内或国外的某些技术力量雄厚的大医院里早已不是什么新鲜事了。例如：体外循环手术、人工镫骨手术、免疫荧光技术、单克隆抗体技术等等，有些业务技术项目在大医院或专科医院开展已有几十年了，但在基层医疗单位则还是从未尝试过的新项目、新技术。因此，我们在开展新技术时，既要关注国内外专业理论、医学科学技术的进展动态和发展趋势，更要注意结合本院业务，侧重于特色。要根据技术、人员、设备等各方面的条件，选定新技术开展的方向和重点。

一、加强医技科室新技术的建设

随着现代医学的发展，临床专业的发展越来越依赖于医技科室检验手段的提高和完善，没有医技科室检验手段的发展，临床专业的发展就会受到限制，甚至完全停滞。在当今的医疗机构中，医技科室的技术水平和设备条件，在很大程度上反映了一个医院的技术水平和医院现代化建设的水平。因此，医院新技术的开展宜以医技部门开展新的检验项目为侧重点，对检验科、放射科、核医学科、超声波室、手术与麻醉科等医技科室开展新的操作技术给予相应的关注，及时添置和更新必要的仪器设备，培养后继人员，从而保证不断采用新技术，不断扩大服务项目，以满足临床的需要和为临床专业技术的

发展创造条件。

二、加速培养技术骨干

技术人才的培养是医院技术建设的基础。医院新技术的开展和能否适时地推广和应用，主要取决于技术骨干的质量和数量。因此，要搞好新技术的开展工作，首要的任务是培养技术骨干人才。除了充分发挥老的技术专家的技术特长外，还要尽量为他们配备助手，招收研究生，发挥老专家的传、帮、带作用。在临床医疗、教学、科研工作实践中，还要认真选拔思想好、事业心和钻研性强、基础理论比较厚实、业务能力与技术水平比较好的中青年医务人员进行重点培养，使其在较短时间内成长为本专业的骨干力量。关于这方面的内容，已于《在职业务教学》一节中详细论述，此处从略。

徐健行　高恪　刘铸

第六篇　医院信息管理

第二十六章　医院信息管理

第一节　信息管理的概念与医院信息的特点和作用

一、信息、信息方法与信息管理的概念

信息（information）是系统诸要素中最基本的一个要素。医院信息是客观存在，包括系统内部产生的信息，还包括院外环境产生的信息，构成医院的社会功能。它好比医院的神经系统，如果功能失调，就会使整体和局部控制不灵，不能很好地完成医院的任务。学习信息管理，可以使我们自觉地认识和掌握信息的规律，提高管理的科学性。信息管理是现代医院管理的客观要求。

信息又称情报，简单地说，就是指具有新内容的相互联系的消息。就一般意义说，信息是系统确定程度的标记（特殊程度、组织程度、有序程度）。信息是现实世界现象之间建立联系的一种特殊形式，是物质的基本属性之一，是现代科学技术的中心概念。比如情报、指令、文件、计划、指标、数据、标准、报表、体征、症状、医嘱、图象、报告、体温、血压等都是信息。我们常说的了解情况，情况就是信息。规章制度本身就是信息，又是信息流通的渠道。信息在医院医疗过程、管理过程中无所不在，是个活跃的因素。随着科学技术的发展，信息越来越复杂，在一定意义上讲，领导者或医务人员的水平高低，在于他掌握信息的能力。信息不全、不通、不灵，会直接影响到管理效果和医疗效果。

信息一般具有三个特性：第一，事实性，信息要反映客观事实。第二，滞后性，有了事实，而后才可能有信息。第三，不完全性，对信息必有取舍，分清主次，只有正确的取舍才能正确地使用信息。

信息的特征主要是：信息可以识别；信息可以转换、贮存、传递、提取、加工、变换；信息可以扩充；信息作为一种资源，可以共享。

信息方法，就是运用信息的观点，把系统看作是借助于信息的获取、传送、加工、处理而实现其目的性的运动的一种研究方法。它的特点是用信息的概念作为分析和处理问题的基础，把系统的有目的的运动抽象为一个信息变换过程（见图 26-1）。

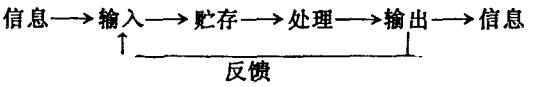


图 26-1　信息变换过程

并且认为，正是由于信息流的正常流动，特别是反馈信息的存在，才能使系统按预定目标实现控制。

信息管理，就是把管理过程作为信息的收集、处理的过程，通过信息为管理服务。也就是按照医院信息的特点，科学地处理信息，建立管理信息系统和情报资料工作的管

理，以开发信息资源，使信息为医疗及管理服务。信息管理是医院现代管理的客观要求。

管理信息系统，是一个由人、计算机组成的，能进行对信息收集和处理的体系，使信息全面为管理服务。任何医院都有信息的收集、加工和使用。但是有了计算机以后，管理信息系统的作用才能显露出来，计算机是医院信息管理的先进手段。开发医院管理信息系统的目的是充分利用院内外信息资源，提高医院工作效率。

二、医院信息的特点和作用

医院系统的信息，有医疗信息和管理信息两大类。没有信息，医生无法进行诊断治疗，领导也无从进行管理。医生诊断就是从病人身上获得尽可能多的信息，如问病史、体检、各种检查，据以作出诊断，然后决定治疗——决策，下达医嘱，处方，这些都是信息。诊断是治疗的依据，要获得诊断信息，就要着眼于信息源点。在人体这个复杂的系统中，就有若干个信息源点，如脉搏就汇集着大量的信息，从中可以窥测整体情况。血液是一种物质，在血管内流动表现出能量，又带着反映人体内部状态的各种信息，人体系统是很复杂的。医疗过程就是信息处理的过程，医疗信息的特点是：信息复杂，信息单位数目很多，获取信息比较困难，而且往往不大精确，因此判断处理上比较困难，往往需要较高的技术经验。判断信息量大，直读信息量小，对病人不能象机器一样拆开检修，只有在严格的指征下才能作一定的损伤性检查。临床上常遇到的“疼痛”这个概念，无客观判断标准。作为医疗效果的“治愈”本身也不是个精确的概念。检验、放射、功能仪器检查，一般说是客观标准，但有时也不一定，如同一个X线块影，几个医生可能诊断不一样。

（一）信息是医院管理的基础

在医院这个系统里，医疗经营活动中贯穿着人流、物流、信息流这三种“流动”。人流是指各级各类人员在医疗过程中有组织的活动，就是人力、技术转换为医疗效果。物流是指，在医疗工作中药品、器材等物资设备的消耗转化为医疗效果的运动过程。信息流是规定、指导医疗工作中人流、物流活动的一些原则、制度、标准、程序和伴随人流、物流而产生的大量数据、表单、记录等。人流、物流是医院活动的基本流程。但是要使人流、物流成为系统的、有序的、有组织的、符合客观规律的活动，达到较好的医疗经济效果，就必须加以科学地计划、组织和协调，这就要借助于信息的流通。医院的医疗经营管理过程，也就是信息传递和处理的过程。信息管理是医院管理的基础。医院信息又是医院管理必要的资源，医院在经营管理过程中，一切活动都离不开信息的支持。医院信息既是医院管理的对象，又是医院管理的手段。

（二）信息是医院工作计划和决策的依据

计划本身就是个信息，是从任务到实施的桥梁，是管理的首要职能。要使计划和决策符合实际，就必须有必要的信息作为依据。要掌握院内的信息，如有关实际情况、资料、工作经验和存在的问题等，还要掌握院外的信息，如上级指示、任务、方针政策、社会反映等，通俗讲就是要吃透两头，深入实际，调查研究，掌握内在的真实情况（信息），这样作出的判断和决策才可能是正确的。孙子兵法上说“知己知彼，百战不殆”，说的是重视信息，掌握信息，作为决策的依据，对领导者作出正确的判断是很重要的。下面举个医院管理的实例。德国汉诺威某医院，原来反映外科太忙，从上午7时到下午

3时半在动手术。他们用电子计算机计算各个医生作同类手术的时间差别，计算每种手术的平均时间，发现手术时间浪费一倍多。于是提醒医生注意合理使用时间，制订手术标准程序，规定每种手术最长和最短时间，改善护理等。结果不但克服了忙乱现象，在人员不变情况下，使手术平均每天增加40—50%；劳动价值收入增加37%。可见具备统计学、电算机等信息知识，善于应用信息管理，有利于提高管理效率和效果。这个经验在1979年国际信息系统会议上作了介绍。

（三）信息也是组织手段

组织是根据确定的目标，设立系统和有效的管理规范，建立均衡的职务划分，应用适当的方法使系统运转起来。诸如体制机构设置、人员编制计划、职责权限划分、规章制度的制订等都是组织工作，也都是信息。如用人问题，对一个人的情况了解，就是获得信息，才能恰当地安排工作。

另外，医院作为一个总系统，它又分为几个子系统，每个子系统中又设有一定科室部门和岗位。这些系统部门和岗位之间彼此是联系的。如何才能使他们有机地联系起来？就是要用信息把它们组织起来，处理好它们之间的关系，协调好它们之间的活动。这无论在管理活动中，还是在医疗活动中都是如此。如规章制度、职责、岗位责任制、各项业务标准、医疗护理技术规程等，都起着组织作用。

（四）信息是对工作过程有效控制的工具

控制是管理的职能，控制就是按规定的任务和目标，使医院医疗及各项工作按规定标准、规章制度、常规程序等有控制地运转。规章制度是信息流通的渠道。而信息反馈，不断进行反馈调节是达到控制的重要条件。

反馈，就是系统输送出去的信息（又称给定信息）作用于被控对象后产生的后果（真实信息），再输送回去，并对信息的再输出发生影响的过程。反馈方法，就是运用反馈的概念去分析和处理问题的方法，也就是一种用系统活动的结果来调整系统活动的方法。凡是使系统趋向于偏离目标的反馈作用，叫做正反馈，相反，使系统趋向于稳定状态的反馈作用，叫做负反馈。在控制系统中一般是用负反馈来调节和控制系统做合乎目的运动。信息反馈作用，就是系统自身不断进行调节的功能，使系统具有灵活性，保持稳定，以达到预定的目标。通常有两种不同调节方法，一是一次调节，一是反馈调节。前者如瞄准发射炮弹轰击固定的目标是有效的。如果目标突然变化就无法击中了，需要更灵活的调节方法，就是反馈调节。其特点是不断进行调节，贯穿于达到目标的全过程。虽然每次调节都有误差，但整个系统有很大的灵活性。这种反馈调节原理有很大的普遍性，如生物适应环境、人控制自身体温、人体的代偿功能等。这种原理对管理有重要意义，对一个系统的管理，如果信息反馈失灵，系统就不会稳定，就不能维持常规运行，也达不到较好的工作目标。所以，建立和保持有效的信息反馈系统，是信息管理中的重要问题。

“检查”职能，实际上是控制的一个方面。检查的目的，是衡量目前的成就，来促进工作的效能，以达到预定的目标，实际上是一种信息反馈调节。检查也就是取得工作实际情况的信息，加以衡量，给予促进。要衡量就必须有预定的计划、目标、标准和改善的办法。检查工作是管理工作方法之一，但不应占管理工作较大的比重，频繁的检查往往会影响工作的常规运行和造成为应付检查而进行的一些突击。管理工作应多放在工作

全过程的控制上。

例如：北京某医院，在医务处有专人每天到各病房了解重点病人（指危重病人、大手术病人、成批创伤病人等）收治及处理情况，向有关领导反映，及时采取指导、支持、协调等反馈措施，从而显著地提高了重点病人的医疗质量。

（五）信息是指导工作使系统协调运行的手段

医院工作比较繁杂，科室部门众多，如无密切协调合作，易发生脱节，步伐不齐，效率降低，使人流、物流不畅。领导者必须从整体角度协调各部门的工作，并对薄弱部门加以重点指导，使之围绕以医疗为中心，一环扣一环，有条不紊地运转。进行协调的基本条件一个是及时掌握情况，取得管理信息。一个是各部门之间信息通畅，这是信息管理又一个重要方面。

第二节 信息处理

信息处理，就是使信息在管理中发挥作用的方法。医院的诊疗和辅助诊疗部门是执行医疗信息的处理部门。职能管理部门和病案、统计、资料管理部门，都是管理信息的处理部门。

一、信息的种类

在医院管理中信息很多，按性质一般可分为两类。

1. 固定信息：是相当稳定的信息。如各项技术标准、规章制度、医护常规、设备档案、人事卡片、病案资料、收费标准、工资标准等。还包括一定时期内不变的信息，如计划指标、财务预算等。

2. 流动信息：是反映一个时期内医疗及其他工作变化情况的信息。如统计日报月报、会计报表等。

这两种信息都是进行信息处理所必要的。

二、信息处理的要求

要使信息能有效地发挥作用，在信息处理过程中必须符合及时、准确、适用和通畅的要求。及时，就是负责执行信息的工作人员要有时间观念。医疗工作，特别是急危重病人的处理，时间性是很强的，要求对信息迅速收集、加工、传输和反馈。管理信息也必须如此，如报表不及时，就无意义。准确，就是要求信息如实反映情况，否则就会贻误诊疗和工作，保证信息质量，就要建立一些查对制度和抽查制度、明确信息的含意、制订填报的标准等。适用，就是信息要有用，要符合实际需要，不搞繁琐哲学和资料堆集。这就要求信息工作人员对收集来的信息进行加工处理、去粗取精、去伪存真、由表及里，运用统计分析的方法（如相关分析、方差分析等），找出问题的实质。这样的信息才能对病人作出全面正确的处理，作为领导正确决策的依据。通畅，就是对医疗活动或管理活动产生的各种信息在流通过程中不梗阻。这就要有健全的规章制度和工作程序，有明确的岗位责任制，使信息的收集、加工、传输和反馈都能常规运行，这在信息管理上也是很重要的。

另外，凡是有信息必须有统计，所以信息管理必须有统计学知识，重视统计工作，才能提高科学管理水平。下面举一实例，某医院输血反应见表 26-1。

因缺乏统计知识，据此认为输血反应率明显下降，其实是错误的。一是两个季度具

表26-1　某医院输血反映率

	输血人数	反应人数	反应率%
第3季度	30	4	13.3
第4季度	36	2	5.6

体条件不同（气候对细菌生长影响大）缺乏可比性；二是经过差别显著性检验，两季反应率差别也无显著意义（计算小概率$p = 0.19$）。

三、信息处理的内容

信息处理一般包括收集、加工、传输、存贮、检查、输出六项内容。

1. 收集：就是收集原始信息，这是很重要的基础工作，原始信息的全面性和可靠性决定信息处理的好坏。

2. 加工：这是信息处理的基本内容。进行信息的分类、排序、计算、比较、选择、分析等方面的工作。这几项工作都根据管理任务的需要，通过加工提供管理者有用的信息。

3. 传输：通过传输就成了整个医院的信息流，这种信息流在部门之间的流动，就形成了医院的管理活动。信息在部门之间流动都是按照一定的制度程序进行的。如病房电灯坏了，按制度这个信息可直接流到后勤有关部门，有关部门按职责必须及时进行信息反馈（检修）。如果反馈失灵，则物流受阻，就影响医疗工作进行。

4. 存贮：经处理后的信息，有的并非立即使用；有的使用了，日后还要参考备查，这就要把信息贮存起来，如病案、资料、档案工作。

5. 检索：对贮存的大量信息，为查找方便，就要有一套科学的信息检索方法。如病案索引、资料文献索引等。

6. 输出：将处理好的信息，按照要求编印出各种报表文件。

四、信息处理的方式

医院的医疗信息和管理信息的传递，一般有四种方式：①文书；②口头；③声像设备；④电子计算机。

医院一般并用①、②两种方法，基本方法是以应用文书表单为主，而用口头（包括电话）补充文书的不足。用口头的方法，直接了当，可以迅速处理，但容易发生错误，文书比口头麻烦，但准确而且可以备查，特别是重要的医疗工作过程，必须要有完整的文书，可以利用作为病情分析处理的根据，可以作为评价医疗质量的依据，可以作为收费的根据，可以作为法律的根据，又可以作为科学研究的资料。

所谓文书是指各种申请单、报告单、联系单、诊疗处置单、诊疗记录、医嘱单(本)、各种单据报表等。对各种单据文书的设计，应以提高效率、减少工作负担，内容明确无误和责任分明为原则。对其格式、填写要求和传递方法，都应有明确的规定。

以上信息处理方式是手工处理方式。信息的收集、加工、传输、输出、贮存都用手工书写成口头及简单的计算工具来完成。

声像设备如电话、对讲机、呼叫设备等迅速方便，是医院信息传递不可少的工具；录音、录相、幻灯等亦常应用。

处理信息的第四种方法也是高级处理方式，是应用电子计算机。应用电子计算机在欧美医院已很普及，在我国目前只在少数医院应用。电子计算机进入医院参与一定范围的医疗和管理活动势在必行，预计将发展很快。

作为管理者，应该学习掌握这方面的知识。

第三节　医院信息分类及体系

医院信息可分成医疗信息和管理信息两大类。二者是密切关联交叉的，各自又分为若干子系统，构成信息体系。医院信息体系是客观存在，管理者认识它，并加以科学管理，以提高工作效率。

在医院信息体系的基础上，与应用电子计算机相结合便构成医院信息系统（hospital information system，即 HIS）。就是建立以电子计算机为中心的系统网络，把有关科室、部门通过计算机及其终端联系起来，以建立数据库为中心内容，作为贮存和交换信息的中心。可以随时输入、传输信息、动态地检索数据，提供各种报表单据，开发和共享医院信息资源，为医疗及管理服务，以提高医疗工作效率和实现医院管理科学化（关于计算机医院信息系统在下一章讨论）。

关于医院信息分类体系，尚无成熟模式，下面设计的体系，还欠完善，供讨论。

医院信息分类体系

一、医疗信息系统

（一）诊疗信息子系统

1. 临床检诊及病情观察——病史、主诉、症状、体征变化记录、诊断、会诊.病例讨论记录。

2. 临床检验、病理检查送检、报告及病理资料检索。检验信息（检验项目、标准值…等）。

3. 医学影像诊断申请、报告及检索。

4. 功能检查、内窥镜检查申请、报告及检索。

5. 药物处方（医嘱单）、药品信息（品种、作用、剂量、副作用、禁忌、协定处方、新药情报等），临床药学信息。药品检验标准及数据。

6. 手术单、手术计划（讨论记录）、手术常规、手术记录、麻醉记录。

7. 放射治疗申请、治疗处方及治疗记录。

8. 核医学检查、治疗申请、报告及检索。

9. 输血治疗申请、配血单、输血记录。血库信息。

10. 康复治疗申请、治疗处方、治疗记录。

11. 营养治疗饮食单（医嘱）、营养处方，饮食护理记录。营养信息（饮食种类、营养价等）。

12. 其他检查、治疗处方及记录。

13. 诊疗常规、技术操作规程。

（二）护理信息子系统

1. 医嘱处理——转抄医嘱、护理治疗记录（药疗及其他辅助医生诊疗）。

2. 护理病人过程中的护理信息流——生命体征记录、排泄、饮食、功能活动、意识

状态、心理状态等记录。护理诊断、护理计划、护理实施及护理评价记录。

3. 护理常规。

4. 病房管理动态表。

医疗流程及信息流程见图 26-2。

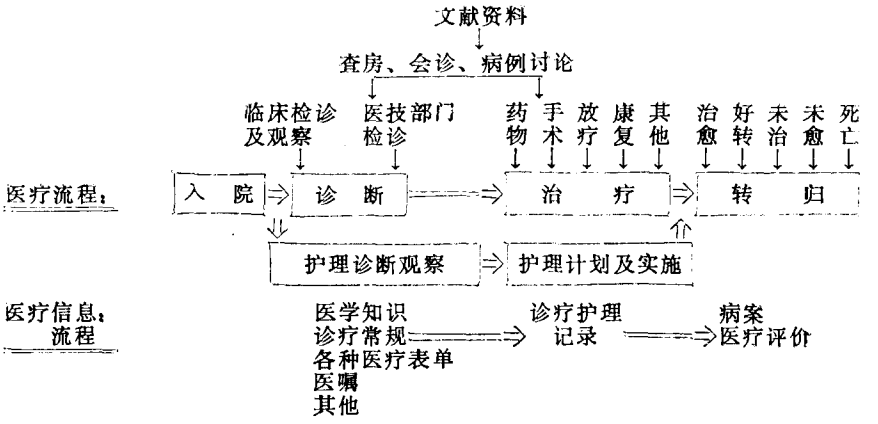


图 26-2 医疗流程及信息流程示意图

（三）科研信息子系统

（四）教学及培训信息子系统

（五）医学情报资料子系统

1. 医学图书文献资料。

2. 医学声相资料。

3. 病案。

（六）医学专家子系统

二、医院管理信息系统

（一）医院组织领导决策及文档管理信息子系统

1. 医院概况信息（历史和现状）。

2. 医院体制机构及组织图（机构图、职位图）。

3. 管理规章制度、规范、程序。

4. 各类、各级责任制度。

5. 医院发展建设规划、目标、工作计划、工作总结。

6. 医疗及人、财、物统计报表。

7. 国家政策、法令、上级文件、指令的传递、流通。

8. 医院领导工作决议、指令下达流通，上下左右信息流通渠道。

9. 管理决策有关信息的收集、贮存、分析、预测、咨询。

10. 公共关系往来信息。

11. 文书档案系统（收集、归档、检索）。

（二）人员管理信息子系统

1. 人员编制计划（数量、结构、分类、分级、分科的）。

2. 人事档案。

3. 人员名册（分类、分级、分科）。

4. 人员卡片（基本情况、知识结构）。

5. 人员现状及动态报表。

6. 人员智力结构分析表，人才结构分析。

7. 工资表。

8. 考勤表。

9. 考核表。

10. 人员调动、调配信息。

11. 职工保健信息。

（三）医疗管理信息子系统

1. 医疗工作计划及执行情况。

2. 医疗制度、标准、常规、程序及其实施情况。

3. 医疗组织及诊疗技术状况（开放床位、病区设置、专科设置、业务开展项目、诊疗能力，病房、门诊、医技部门人员配备、排班状况等）。

4. 医疗工作动态、病人动态。

5. 重点病人动态（疑难、危重、大手术）。

6. 医疗质量保证、控制、评价系统。

7. 医疗安全及院内感染监测。

8. 辅助诊疗动态（工作量、质量、与临床协调情况）。

9. 门诊医疗动态。

10. 预防保健及社会医疗服务信息。

（四）护理管理信息子系统

1. 护理组织体制。

2. 护理人员数量编配及智力结构状况。

3. 护理人事动态表。

4. 护理制度、护理技术常规及执行情况。

5. 护理工作动态。

6. 护理质量控制。

7. 护理技术训练计划及训练进程。

8. 护理业务考核情况。

（五）教学及业务培训管理信息子系统

1. 医学院校临床教学计划及实施情况（课堂、临床实习）。

2. 进修生、研究生教学计划及执行情况。

3. 在职教育训练计划及实施情况（分类、分级的）。

4. 业务考核表。

5. 人员技术档案。

（六）科学研究管理及医疗技术开发管理信息子系统

1. 科研规划及科研课题（分类、分科、分级）。

2. 科研进度信息。

3. 科研成果（分类、分级）。
4. 科研条件状况。
5. 本院技术现状及专科现状。
6. 国内外技术动态。
7. 医院技术建设发展规划及专科建设规划。
8. 新技术、新诊疗方法信息及开展计划。
9. 科技档案。
10. 学术活动计划、执行情况及效果。

（七）设备管理信息子系统

1. 医疗设备卡片（分类、分户），使用维护规程，维修记录及设备技术档案。
2. 后勤设备卡片，设备运行及维修情况。
3. 房产设备建筑图纸资料，房产卡片。扩建、改建及大维修记录。房产管理制度。
4. 医院建筑布局总体规划。
5. 设备信息及购置计划。

（八）物资管理信息子系统

1. 药品信息管理

(1) 药品采购计划、储备定额、供应计划。
(2) 药库管理：账目、消耗统计、金额核算、存量控制、失效预告等。
(3) 贵重药品、毒、剧、麻药品及特种药品存量及使用状况。
(4) 制剂管理：种类、数量、原材料及成品管理数据、成本核算、质量控制。

2. 物品信息管理

(1) 物品采购计划、储备定额、供应计划。
(2) 被褥、家具、物品库房账目、消耗统计及库存信息。
(3) 物品请领表单。

（九）财务管理信息子系统

1. 会计账目表单系统。
2. 财务预决算及收支报表。
3. 经济核算及成本核算系统。
4. 资金管理账目及报表。
5. 财务分析及财务监督信息。
6. 住院及门诊收费信息处理（计划、记账单处理、住院费用定期计算及结算等）。
7. 医疗收费标准。

（十）环境管理信息子系统

1. 卫生保洁标准及检查信息。
2. 污水污物处理系统数据。
3. 被服及医用布类洗涤量。
4. 环境美化、绿化设计。
5. 医院信息标志系统。

（十一）情报资料管理信息子系统

1. 病案管理：入出院登记、门诊病案、住院病案编号、分类、检索。

2. 医院统计程序及报表。

3. 医疗表单系统。

4. 医学图书期刊文献分类及检索。

5. 声像资料分类及检索。

（十二）经营管理信息子系统

1. 医院经营方针及经营决策。

2. 患者分析：门诊及住院量（分科），患者性别年龄职业统计，患者分布，疾病构成、费用负担构成等。

3. 工作效率分析：床位使用及周转、病人转归及住院日、设备利用状况等。

4. 药品、能源、物资消耗合理性分析，物价的预测。

5. 经济、财务效益分析：收入支出分析、成本分析、收费合理性分析、资金管理分析等。

6. 人员分析：人员状态、组合和工作任务的合理性、工资成本等。

7. 医疗市场分析：社区人口构成及人口动态，社区居民健康状况、疾病状况、出生及死亡状况、社区医疗保健需求及医疗供给状况、医疗市场调查与预测、社区对医院的评价及期望。

8. 经营效果分析评价。

白　东

第二十七章　电子计算机在医院管理中的应用

电子计算机应用于医学方面在国外是从50年代后期逐渐发展的。30多年来，计算机医学应用已成为一门新的学科——医学信息学（medical informatios），它的学科分支或主要应用领域已逐渐形成。大体上可分为医学决策支持、医学信息系统、医学研究支持系统、医学教育应用、护理应用、医学情报检索、医学图象及信号处理、医学仪器智能化及医院管理信息系统等诸方面。80年代以来，我国医学领域内计算机的应用研究也有了较大的发展。

随着计算机科学的发展，计算机日益成为人类从事医学研究和多种活动的强有力工具。广大的医院管理工作者、医院行政负责人，努力学习电子计算机科学和信息科学知识，对推进医院现代化管理是十分必要的。

第一节　电子计算机概述

一、电子计算机的主要功能

电子计算机的主要功能是扩展人脑信息处理的能力，其主要特点为：

1. 用于信息处理，把输入机内的数据、文字、图象和信号以数十万倍于人脑的速度进行计算、分析、处理，再把结果输出。

2. 能存贮大量数据、资料及程序，并能以数十至数万倍于人脑回忆和人工查找的速度极其准确地查出所需的资料。存贮于计算机内的资料可以随时复制，供许多用户共享。

3. 能极其严谨地按预先设定的条件进行逻辑判断，不受环境及生理、心理等因素的干扰。

4. 能按预定的顺序（信息处理的步骤）自动工作。

但是，我们也应看到，计算机应有其局限性。例如，它没有自我意识，只要机器出了故障或输入的数据出了差错，它就会得出错误的结果。所以，计算机必须在人脑的监控下进行工作。重大的决策，都应通过人脑的检查。

二、电子计算机系统的基本结构

电子计算机系统由硬件和软件两大部分组成。硬件指计算机的各种电气及机械部件，软件则指控制计算机运转的各种程序，二者缺一不可（见图27-1）。

1. 硬件：由中央处理机（CPU）、贮存器、输入设备和输出设备等四大部件组成。

中央处理机（CPU）：是计算机硬件的控制中心，它一方面控制着其余三类部件的工作，另一方面进行分析和计算。用大规模集成电路技术制成的CPU又称作微处理机，按其每次能处理的数据位数，可分为8位机、16位机等。

储存器：用于存放数据及程序，按其性能的不同，又可分为内储存器和外储存器两种。

内储存器：存取速度很快。主要用于存放本次运算的数据和程序。其缺点是关上电源后信息会消失。

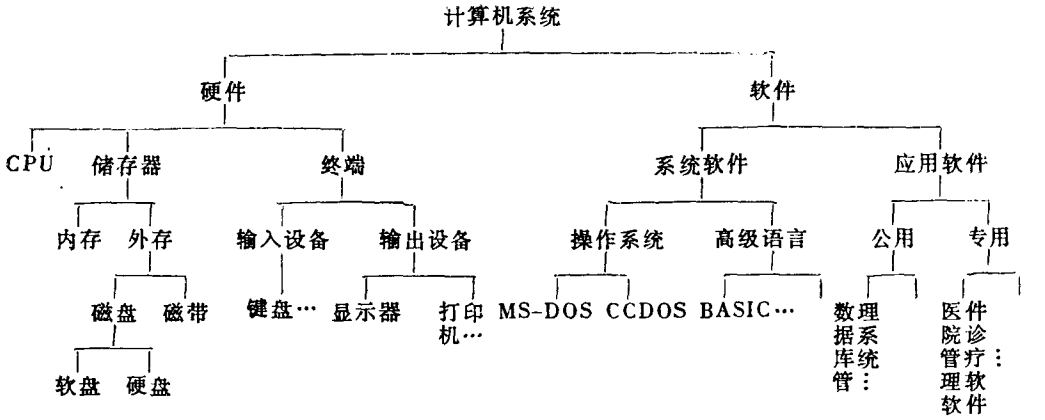


图 27-1 计算机系统的基本结构

外储存器：存取速度较慢，但信息能长期保存。故主要用于需长期保留的数据、资料和程序。常用的外储存器有用于存放使用频率较高的资料的磁盘和存放备用资料的磁带两类。磁盘又分为速度、容量都较大的硬盘和较慢、较小但也较便宜的软盘两种。

在 CPU 的控制下，内储存器和外储存器中的信息能方便地相互交换。储存器的容量单位常用的有KB（千字节）和MB（兆字节）。1KB大约能存放 1000 个字符，而 1MB大约能存放 100 万个字符。

输入设备：用于把数据和指令输入计算机。最常用的输入设备是键盘。

输出设备：用于把计算机的处理结果告诉用户。常用的输出设备有显示器及打印机两类。显示器类似于电视机，可以无噪音且快速地把结果显示在屏幕上；打印机类似打字机，可以把结果打印在纸上输出，便于存档。

把输入设备和输出设备结合在一起的复合外部设备叫终端。

2. 软件：分为系统软件及应用软件两大类。

系统软件：是用于保证计算机正常运行的程序。主要有用于管理及调度计算机各种硬件及软件的操作系统及用于把人们用高级程序设计语言编写的程序翻译成计算机能执行的二进制代码的高级语言处理程序两类。现已发展一批汉字操作系统及汉字高级语言处理程序，使计算机能处理中文信息。

应用软件：是为用户解决实际问题的程序。例如用于管理数据库的数据库管理系统，用于医院管理的医院管理系统等等。同一台计算机配上不同的应用软件，就可用于解决不同的实际问题，即可实现一机多用。

三、电子计算机的类别及发展趋势

1. 类别：按计算机的规模和结构特点来分类，大体可分为大型、中型、小型和微型机四类。

大、中型机：价格多在 200 万元以上，可带 200 台以上终端，2048MB 以上的硬盘。主要用于空间技术、军事、大型数据库、重点科研教学单位，银行及条件很好的大医院。

小型机：价格多在 50 万至 200 万元间，可带 200 台以下终端及 300—2048 MB 的硬盘，多用于一般大学、大公司及条件较好的大医院。

微型机：价格自3000至20万元，分低、中、高三档。

低档机为8位微型机，典型的有 AppleⅡ，中华学习机等。价格在1万元以下，只支持1个用户，带1—2个软盘，适用于较简单的管理项目，如工资管理、记帐单管理等。

中档机为16位微型机，典型的有 IBMPC/XT/AT，长城0520及长城286等，价格在1万至3万元之间，可配2个软盘及20—40MB 硬盘，也只支持1个用户，但可把多台中档机联接成网。适用于大多数医院管理项目。

高档机为16—32位多用户微型机，可接上3—8台终端，40—300MB 硬盘，价格自6万至20万元之间，适用于几乎所有的医院管理项目。

2. 发展趋势

微型化：电子器件的集成度越来越高。计算机体积越来越小。

巨型化：指计算机性能越来越强。现在微型机的性能已接近甚至超过小型机，接近大中型机性能的微型机也正在研制之中。

网络化：多台计算机可以联接成网。

联网之后，可以共享资源并有利于组成在统一控制下进行分散处理的大型应用系统。计算机网络分为远程和局部两类。远程网络各计算机间距离在几十公里以上，多用于若干单位的大中型机联网。局部联网的机间距离在数公里以内，多用于一单位内的若干微型机或小型机间的联网。局部联网的性能往往超过单台小型甚至中型机。

智能化：人工智能的研究正在深入进行，具有联想推理能力，配有知识库，并能识别自然语言及图象的第五代计算机正在开始研究。

第二节　电子计算机在医院管理中的应用范围及作用

随着计算机性能不断提高，价格不断下降，计算机已经在医院医疗、教学、科研，管理的各个方面得到越来越广泛的应用。在现代医院管理中，计算机已成为必不可少的强有力的工具。

医院的管理过程，实质上就是信息的加工过程。其目的是全面提高医院医疗、教学、科研的水平，为病人提供更多、更好的服务，提高医院效率，增加医院效益。这一切都是通过信息的收集、汇总、加工、分析、处理、决策的不间断的循环实现的。

计算机参与医院的管理过程，大体上可分为三个不同的层次：数据的收集过程；数据的集中加工、处理与分析过程和决策咨询与决策支持过程。一般说来，数据的收集过程与基层科室的事务处理活动相联系；数据的集中处理与分析过程与中层科室的工作任务相联系，决策，支持过程则与高层领导相联系。

图27-2反映了医院管理数据由低层到高层金字塔式的处理过程。

数据加工深度与信息量及信息价值的关系如图27-3。信息量超过一个阈值后是随加工深度的增加而减少的，而信息的价值却是随加深度的增加而增加。

医院基层科室每日每时都在进行着各种业务活动。计算机在基层科室的应用，一方面能提高业务活动的效率、减轻业务工作人员的劳动强度，同时也能快速、完整地收集各项业务活动的数据，并且把这些数据及时、准确地传递到上级科室。例如，住院处计算机系统在辅助进行病人入院登记，在院费用管理、床位管理和出院结算的同时，可以

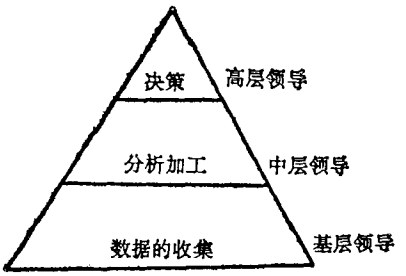


图 27-2　医院管理数据处理过程

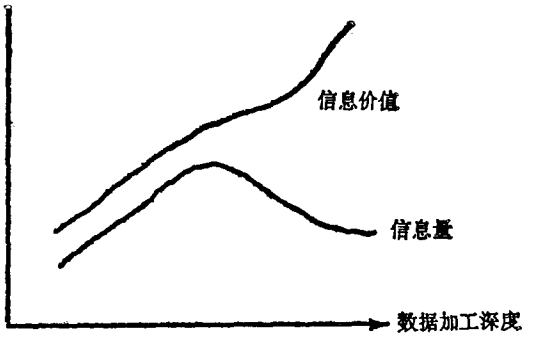


图 27-3　数据加工深度与信息及信息价值的关系

收集到病人的入、出院日期、床位占用情况、住院费用情况等等信息传递给医院统计室、医务处、财务科，供进一步加工利用。

医院中层科室计算机管理系统接收来自基层的大量原始数据，进行加工，处理与分析，包括分类、合并、纵横间的比较，趋势性分析，得出局部性的结论并把加工后的数据与结论传递给高级领导层。与此同时，中层科室计算机管理系统也可以辅助科室领导作出局域性的管理决策。例如药剂科的计算机系统就可以根据库存情况、市场情况和医生用药习惯的变化产生和修改自己的药品订货方案。

全院管理决策支持计算机系统接受中层科室传送来的经过初步加工的信息，从全院的角度对这些信息进一步深入、全面地分析，比较通过科学的教学模型和算法，得出一系列管理决策咨询性意见，供医院高层领导决策时参考。

目前发达国家现代化医院的业务几乎都有计算机辅助，它们新建立的医院管理信息系统的信息收集层与加工处理层的功能也已十分完善。美国已有各种医院科室应用的管理信息系统在市场出售。例如病房管理系统、药房管理系统、财务管理系统、病案管理系统等。但是，应该指出，真正实用的能够辅助医院高层领导人为管理好医院作出关键性决策的计算机管理软件还没有实现。这是因为一方面，计算机难以掌握影响医院运转的全部因素及其变化，另一方面，缺少相应的科学而且实用的数学模型与算法。

一般来说计算机可用于医院管理的下述方面：

1. 医院信息管理：计算机可储存医院中各类信息，例如病人病情、病案、检查结果、医嘱、业务开展情况、设备、人事、财务、总务、药库等方面的数据和资料。从计算机系统中查找资料十分迅速、灵活，而且各科室的人员在具备实用权限的前提下都能随意查询所需的资料，这就有助于全院范围的数据共享。

2. 自动数据处理：计算机能自动进行医院业务及事务方面的各种统计和计算。自动编制各种报表并进行各项自动管理，和人工处理相比，计算机自动数据处理具有迅速、效率高、准确可靠等优点，能把人们从烦琐、枯燥的计算及资料翻阅中解放出来，让他们能有更多时间从事数据及信息的分析、研究工作。

3. 辅助医疗质量监测及控制：由于病人的信息已储存于计算机内，可以用计算机不断地自动统计出以科、病区甚至以个人为单位反映医疗质量的各种指标(如诊断质量、确诊天数、疗效、住院天数、费用等)。供科室及医院管理人员参考，从而对医疗质量进行动态监测并及时加以控制。

4. 在医院各部门间进行数据通讯，自动把信息送到各有关科室。例如病人的一份医嘱可牵涉到放射、检验、营养、药剂、手术等许多科室。具备各部门间通讯功能的计算机系统，可把各项医嘱分别传送到有关科室，免除医务人员重复抄写、送递等工作，同时也减少了误差。各检查科室的报告及各科室的通知也可以及时地通过系统传送到病区。这样，全院信息通过计算机联结成一个整体。较易于实现全院性的各种统计、检索和分析。

5. 辅助诊断安排：门诊及住院病人要进行各种仪器检查往往需要反复排队；仪器的负荷也往时重时轻，得不到充分合理应用。若通过计算机系统实现了科室间通讯，门诊和住院病人可先在终端预约，住院病人要做的各项检查则可由诊疗安排子系统进行统一合理的安排，减少病人及各科室人员、仪器的等候时间。

6. 辅助医院管理决策：管理决策指有关医院管理工作方面的各种决定，例如科室、病区的增设或撤销、其规模的扩大或压缩、大型设备的购置、人员的增减、制度的改革等。一个正确的管理决策的制定，需要参考大量可靠的现在及历史的数据信息，需要对这些数据和信息进行深入细致的分析，需要对各项指标在各种决策作出后的可能变化做出较准确的预测。计算机系统中的管理决策支援软件能为医院管理人员提供上述帮助，辅助他们做出各合理的管理决策。

第三节　医院信息系统及其基本结构

计算机在医院管理中的应用是逐步深化的。早期多数用于相互独立的各单项的管理，例如医务统计、病案管理、工资管理等。随后，不少医院把同一科室的各个单项管理逐步组合成科室管理系统，例如放射科管理系统就包含了相互联系又有一定独立性的病人登记、报告生成、信息管理、材料管理、仪器管理等子系统。更进一步的发展是把各个职能科室的管理系统联系在一起，组成全院性的计算机管理信息系统。

全院性的计算机管理信息系统是医院信息系统（HIS）的一个重要组成部份。

医院信息系统是与医院各类信息交换有关的过程的总和，其主要任务是完成医院中各类信息的收集、传输、存贮、加工及使用，保证医院能高质量地完成它的医疗、教学与科研任务。医院信息系统包括了与上述信息处理过程有关的工作人员、机构、制度及用于信息处理的手段。计算机管理信息系统就是其中一个最主要的手段。不少文献所提的“医院信息系统”指的就是全院性的计算机管理信息系统，为方便起见，下文也采用这样的提法，但需再次强调，计算机系统只是完整意义的医院信息系统的一个组成部分。

一个完整的医院信息系统的基本结构如图 27-4 所示。图中每个方框代表一个职能单位，称模块。每个模块由若干个具备某项具体功能的系统组成。

从图 27-4 可看到医院信息系统由医学咨询信息系统和医院管理信息系统两部分构成。前者用于向医务人员提供与诊疗有关的信息和参考意见，后者用于辅助医院各类管理工作。下面对医院管理信息系统各个模块的构成和功能作进一步介绍。

1. 医学信息管理模块：用于管理与病人有关的各类医学信息。例如：住院及专科病案，住院病人病情、X-线、CT、超声、内窥镜、心电图、化验等信息。各类信息及管理软件各组成相应的子系统，各个子系统的信息又联结成综合性的医学数据库。本模

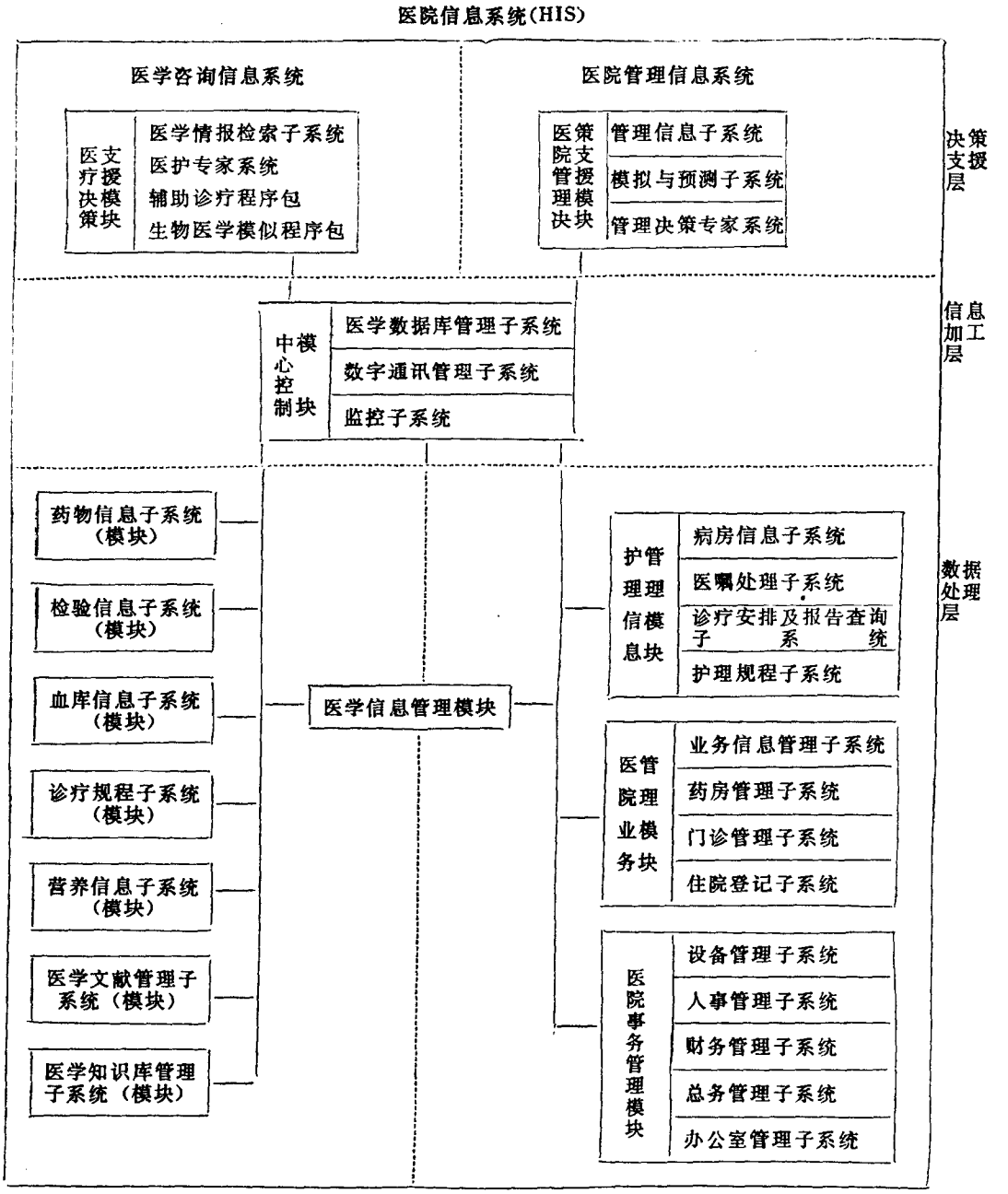


图 27-4　医院信息系统基本结构

块是医学咨询信息系统和医院管理信息系统共用的。医务人员可以很灵活地从其中查询信息。

2. 护理信息管理模块：包括以下四个子系统：

(1) 病房信息子系统：贮存当前本病区所有病人和病床的主要资料及动态变化。

(2) 医嘱处理子系统：输入当天病嘱，自动进行医嘱整理、护理计划编制、药费及治疗，诊断费计价，发出化验、检查通知。

(3) 诊疗安排及报告查询子系统：查询本病区病人到有关科室诊疗时间安排及检查结果。

(4) 护理规程子系统：查询全国及本院规定的各项护理规程。

3. 医院业务管理模块：用于对医院诊疗业务有关的信息及工作进行自动管理。有如下子系统：

(1) 业务信息管理子系统：具有业务信息管理、业务统计、医疗质量监测、诊疗安排等功能。

(2) 药房管理子系统：具有门诊预约及挂号、门诊病人登记和计费等功能。

(3) 住院登记子系统。

4. 医院事务管理模块：包括以下子系统：

(1) 设备管理子系统。

(2) 人事管理子系统：包括职工信息及保卫信息管理。

(3) 财务管理子系统：具有财务信息管理，帐目管理、经济核算、工资管理、记帐单管理及住院病人计费等功能。

(4) 总务管理子系统：具有后勤工作管理及材料库管理等功能。

(5) 办公室管理子系统：具有工作日程安排、文书处理、档案管理等功能。

5. 管理决策支持模块：包括有：

(1) 管理信息子系统：存有从上述各子系统中抽提的与管理有关的描述性及分析性信息。

(2) 模拟与预测子系统：可按本院当前及历史资料进行业务情况预测，也可建立全院及各科室某方面业务（或服务）情况的模型，进行某措施采用前后的业务（或服务）情况模拟及预测。

(3) 管理决策专家系统：配备有医院管理知识库，能根据上二子系统的信息提供管理决策的参考意见。

6. 中心控制模块：有三个子系统：

(1) 监控子系统：用于监测各模块子系统的工作情况，包括软，硬件是否正常运转、各站工作进度等。

(2) 医学数据库管理子系统：用于把各信息子系统的分数据库组成全院统一的医学数据库并对之进行统一管理。

(3) 数据通讯管理子系统：负责各部门通讯数据的收集及发送工作，并把与全院状态有关的信息进行抽提与加工，转至管理信息子系统。

医院管理信息系统的六个模块可分为三层次：

1. 数据处理层：包括前四个模块，都是与各科室信息管理有关的，其任务是收集数据并进行管理。

2. 信息加工层：即中心控制模块，其任务是把各职能模块联成网并把各模块中与全院状态有关的信息抽提，加工并转移至决策支持层。

3. 决策支持层：即管理决策支持模块。其任务是辅助医院管理人员做出正确的管理决策。

第四节　医院信息系统的设计模式

设计具有上述基本结构的医院信息系统可以有两类不同模式：集中式和分布式。

一、集中式医院信息系统

基本特点是集中控制，集中处理。以 1—2 台大中型或小型机为核心，主机、外贮存器及高速打印机等都安装在计算中心里，医院管理软件及数据也都集中于计算中心，从主机引出数十台终端至各科室。其结构如图 27-5 所示：

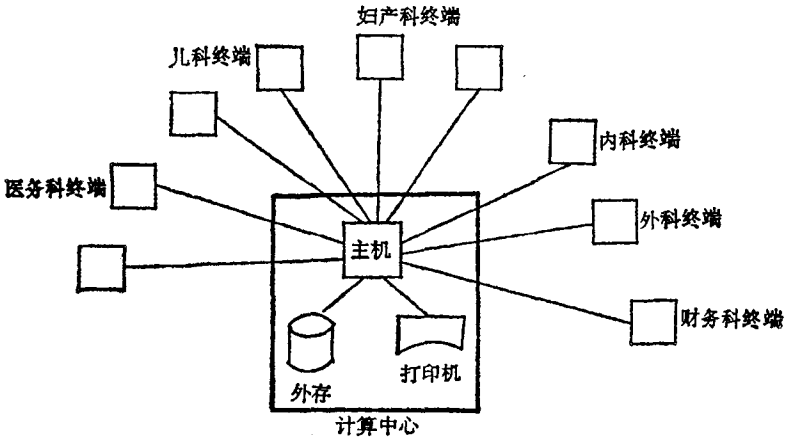


图 27-5　集中式医院管理信息系统

优点是集中式数据库系统从理论到技术上均已成熟，实现无太多技术问题。由于主要设备、软件及数据均集中于计算中心，管理较容易，数据通讯也易于实现，系统的整体性好。由于主机采用分时方法工作，外设也集中使用，故资源共享易于实现。

缺点是一次投资巨大，往往需 100 万元以上，终端超过 30 台以上时速度显著减慢；主机一旦出故障，全部终端都不能工作，而配备双主机系统则投资更大；完整的医院管理软件不易一次设计合理。试用中发现问题时往往需对整个系统进行修改，费时费事，不易成功；计算中心的人员编制较多，且大部分人需从事系统管理与维护，难以做进一步开发。

二、分布式医院信息系统

基本特点是集中控制，分布处理。各功能模块相对独立，各配备一至数台小型或微型机，每台计算机管理一至数个模块中各一至数个子系统。每台计算机称为一个工作站，每个工作站可带一或数台终端。各工作站可带有本站专用的小容量外贮存器(如软盘)和廉价的打印机。这些工作站分别安装在各科室。各工作站间通过计算机网络连成一体，并由中心控制模块（称为主站）统一调度、管理，使各模块组成一个完整的医院信息系统。大容量的外贮存器（硬盘）及高速打印机可接到网上，它们与主站一起安装在医院计算中心。各模块的专用软件和专用数据以及由该工作站输入的未经校验的公共数据均可存放于工作站的“私用”外存中；全院公共的软件和已校验的公共数据均存放于公共外存中。

分布式医院管理信息系统的结构如图 27-6 所示。

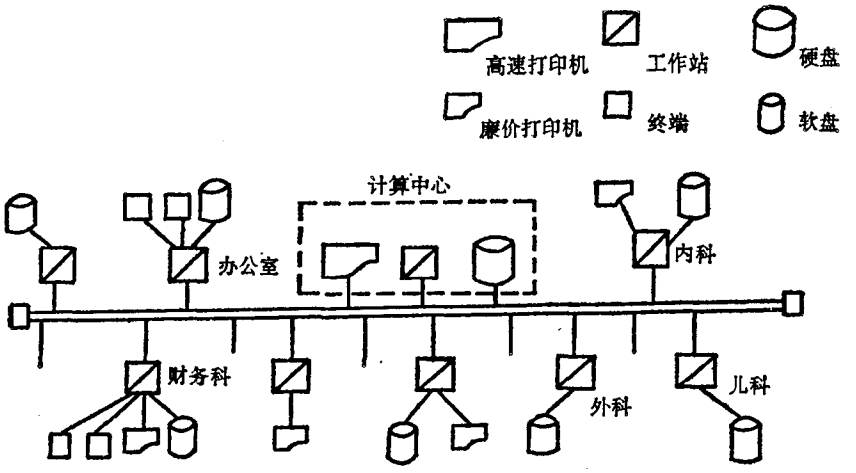


图 27-6 模块式医院管理系统

优点是可以从一台微型机或小型机开始，逐个模块、逐个子系统地分期分批发展。每次投资少。整个系统的规模也可视医院的具体条件而定。同时，可避免设备、资金的积压浪费，且可尽量选用当时最新、最便宜、最先进的设备。设计及修改较容易。各子系统的职能范围较窄，易于设计，可以单独地边试用边修改，直到满意为止。任一工作站出故障都不会影响其他工作站的正常运转，可以用任一机型相同的工作站暂代，整个系统不易停顿。计算中心条件要求较低，可减少工作人员。

缺点是分布式数据库的理论和技术还未成熟，如何把分布在各工作站的局部数据库组成一个对用户是统一的整体数据库，还是一个重大技术难题。而且，由于设备分散，故管理、维护、通讯及资源共享都较困难。

第五节 医院信息系统的开发与管理

一、基本条件

1. 领导重视：医院领导若不能正确认识高质量、高效率的信息管理对办好医院的重大意义，不重视医院信息系统的建设，那么，医院的计算机应用必然得不到足够的支持，许多工作将无法开展。

2. 数据和信息的规范化、标准化：各科室的数据信息需要逐步采用规范化、标准化的形式来表达，如标准化的计量单位、公式和医疗指标系统、统一的病名、药名等。混乱的数据和信息是难以用计算机管理的。为了能够和其他医院交换信息，应当尽量采用全国统一的单位、名称。

3. 各科室输入计算机内的数据要求准确和及时，否则，计算机就不可能提供可靠的信息。

4. 有一定的人力物力：随着微型机性能价格比越来越高（目前一万元左右就可购到一台可应用的计算机），这个条件绝大多数医院都可具备。但要注意，购置计算机只是开发和运行医院信息系统总经费的一部分，必需把系统建成后的维护及日常运行所需的开支（例如磁盘、打印纸、色带的消耗，外围设备的添置，设备的维修等）考虑在内，医院信息处理的总开支应占医院总预算的 1.5—2%。

二、开发步骤

不同医院在类型，规模、工作量、科室设置、管理制度及经济和人才条件等方面都会有许多差别，因而每个医院的信息系统都需要按自己的特点进行开发。

开发医院信息系统必需有计划，既要有近期计划也要有远期计划，切忌一哄而上，花费不少资金购回将来用不上或会被淘汰的硬件及软件；也要避免裹足不前、消极等待，它可延误时间，也影响医院管理现代化的步伐。

医院信息系统的开发需按系统方法进行，其一般步骤如下：

1. 系统分析：

(1) 系统调查：了解本院有多少类信息，以及需储存的数据量。数据量以MB（兆字节）为计算单位 1—个汉字按两个字节折算)，估计时需考虑有 3—4 倍余度，即把实估数乘以 4—5。数据量的估计对决定计算机规模、外存容量大小等有重要意义。

了解本院现在的信息处理具体流程，对原来信息处理方法的优缺点进行分析与评价，指出存在的主要问题及其对医院工作的影响。

(2) 提出拟建的医院信息系统的目标，可分近期、中期及远期目标。

(3) 对新系统的目标进行可行性研究并对它进行修改。

(4) 提出实现目标的各种可能的设计方案。

(5) 对方案的可行性进行研究。

(6) 选择一个最优的方案。

(7) 形成系统分析报告书，送交专家及院领导审定。

2. 系统设计：要针对近期、中期及远期目标分别进行一、二、三期工程的条件设计，对一期工程的设计要具体，要考虑到硬软件配置，系统结构及信息流程，各模块功能、运行环境、显示及报表格式、用户界面及相应的各项指标，所需机构、人员、制度等。二、三期工程的系统设计可较简要，重点在功能、环境及与其他模块的关系等，从而形成医院信息系统的总体规划。可到有条件开展二、三期工程时再进一步予以具体化。

系统设计阶段最后形成系统设计报告书。

3. 对医院管理制度及机构按总体规划逐步进行改革、调整。开始有计划地培训有关人员。

4. 根据系统设计书研制或移植相应软件，购置、安装及调试所需硬件。

5. 进行系统调试及中试。

6. 投入运行，在运行中对新发现的问题及时予以解决并逐步对系统进行优化，同时作好下一期工程开发的准备工作。

医院信息系统的开发工作应由专设的课题组负责。课题组应由院长直接负责，由一名具有开发医院信息系统经验的计算机专家任系统分析员，抓具体的技术工作。医院各科室领导及医护人员代表、程序员、操作员均应参加课题组。计算机人员是课题组中技术骨干，若本院无系统分析员及程序员，可聘请或邀请外单位的人员兼任，不能缺少。参加课题组的医院各方面人员不仅在系统调查中能提供医院的目前情况，而且在确定系统目标、对各方案作可行性研究并最后审定系统分析报告书中都起着关键性的作用，故并不是可有可无的陪衬，应定出确实合适的人选。

三、医院信息系统的管理机构

建成后的医院信息系统管理着全院各部门的信息，需有一个全院性的机构进行管理。

1. 可设立由院长直接领导的医院信息系统管理委员会。医院计算中心（或计算机室）是其下属的技术科室。

2. 医院信息系统管理委员会的成员有分工医院信息管理的副院长（任主席）、医院计算中心主任、各科室负责医疗或管理的一名副主任。管委会的任务是检查、督促、保证整个医院信息系统正常运转，为系统的优化及进一步开发制定计划和指标。医院计算中心主任兼任系统管理员，从技术上保证计算机管理系统的正常运行及日常维护工作，同时负责系统进一步开发的技术工作。

四、医院计算机中心（室）

1. 任务：

(1) 在技术上管理好计算机医院信息系统，保证其正常运转。(2)管理、维护全院的计算机设备及医用软件。(3)协助各科室开展计算机应用（医学数据处理、医学统计分析及计算机辅助诊疗）。(4)培训医院工作人员（包括护校学生）使用计算机。(5)开发医用软件。

2. 组织及机构：医院计算室（中心）的人员编制可视实际需要而定。一般计算机室可配备 2—4 人，计算中心可配备 5—10 人。

医院计算机室（中心）应当由下列三类人员组成：

(1) 医院信息处理技师（或医师），是受过专门计算机训练的医务人员、主要协助各科室开展医学数据处理、分析及计算机辅助诊疗等与医学关系密切的工作。

(2) 系统分析员及程序员：是计算机软件专业人员，主要负责各类医用软件的维护、推广及开发。

(3) 操作员：是受过计算机操作训练的专业人员，主要负责计算机医院信息系统的操作、系统管理及日常维护，同时负责大宗数据及程序的输入工作，对医院各类人员的培训主要由操作员负责。

最后，有两点需予以强调：第一点计算机是实现医院管理现代化的强有力的工具，但计算机作用的发挥要建立在医院科学管理的基础上，要明确地认识到有了计算机不等于管理现代化。第二点计算机在医院应用的最终目的是为医疗服务、为防病治病服务，为医学教学和科研服务。计算机在医院的应用无论从哪里起步，均要努力提高医疗质量，服务质量和工作效率，以取得社会效益和经济效益。否则，计算机在医院的应用就缺乏生命力。

郭昌谷　李包罗　王志明

第二十八章　医院统计

第一节　医院统计的特点、意义与任务

在现代医院管理中，选择最佳可行方案进行正确决策，是每一位医院领导者不容忽视的重要课题。“决策”离不开及时、准确的统计数据，医院领导应根据这些动态统计数据对医院各项工作进行分析，做出最后的决策，使它符合客观实践、正确可行。我国1984年1月正式公布了《中华人民共和国统计法》和《统计法实施细则》。作为医院领导者，必须责成医院各类工作人员执行《统计法》和统计制度，有效地、科学地完成医院各项统计任务，发挥医院统计工作在多层次决策和管理中的作用，以适应现代化医院工作职能和管理方法的转变，促进医院改革不断深化和顺利发展。

医院统计的基本任务是对医院的发展、资源的利用、医疗护理质量、医技科室工作效率和全医院的社会效益、经济效益等情况进行科学的收集、整理、统计和分析，提供信息，实行统计服务和统计监督的职能。医院领导必须重视医院统计工作，根据医院具体情况，严格按照现代化医院管理的需要，建立相应的医院统计工作制度，把医院统计机构建设成为具有统计信息、统计咨询、统计监督多功能的智力型的机构；建立健全医院统计组织，充实专业统计人员，特别应重视建立医院范围内的统计网络，使全医院各部门都具有完整的登记、统计制度和兼职管理统计的人员。全医院各部门都必须接受医院统计部门对医院统计业务上的协作和指导，以适应现代化医院管理的要求。

医院统计工作要努力实现“六化”目标（即统计指标完整化、统计分类标准化、统计调查工作科学化、统计基础工作规范化、统计计算和数据传输技术现代化、统计服务优质化），建立科学、完整的医院统计，积极创造条件加速推广电子计算机的应用，提高医院统计信息质量。

一、建立医院统计信息组织

医院统计机构和统计人员应实行统计岗位工作责任制，达到准确、及时、全面地完成医院统计任务。按照《统计法》，在医院各部门行使统计调查、统计报告、统计监督的职权，不受任何侵犯。医院领导应保证医院统计工作顺利发展，对医院统计机构在人、财、物方面给予认真的支持。医院领导应适时检查医院统计机构的工作情况，包括贯彻统计制度的情况、统计报表执行情况、统计干部的素质情况。对统计干部要定期进行考核、培训和晋升，不断提高医院统计信息工作的水平。

根据卫生部《全国卫生统计工作制度》的规定，医院应设立独立的综合统计信息科（室），医院专职统计人员配备300张床位以下的医院设2—3人；300—500张床位设3—4人；500—800张床位设4—5人；800—1000张床位设5—6人；1000张床设7人，结构按专职统计人员之配备不含病案管理人员和电子计算机专业人员，500张病床以上的医院设高级统计师、助理统计师和统计员。

二、医院综合统计信息科（室）的职责

1. 执行上级卫生行政部门制定的统计工作制度和向上级报送医院统计报表。

2. 建立健全医院各部门的登记、统计工作制度，有责任检查指导医院各部门登记统计的工作质量。

3. 及时收集、整理原始统计资料，准确、全面的向医院决策者反映统计信息，协调全院各部门的统计工作。

4. 对医院各项任务计划执行情况和医院管理情况随时进行统计分析，实行统计服务和统计监督。

5. 管理医院统计调查和各项基本统计资料，建立医院统计资料档案的保管制度。

6. 按规定的期限向医院领导、医院职能部门和上级卫生行政机关报送统计日报、月报、季报、年报、全年医院统计汇编、上级规定的《医院工作年报》、《卫生部门医院病人疾病分类报表》等各种报表制度。

7. 有针对性的深入医院有关部门，进行各种实际的专题统计调查，运用多种统计分析方法，向医院领导提交有关医院管理方面的医院专题统计分析报告。

8. 医院专业统计人员应适应现代医院管理的需要，须具备统计学的基本知识、卫生学的基本知识、医院管理学的基本知识和电子计算机的基本知识。应对医院统计人员进行各种专业知识的培训。专职统计人员要求相对稳定，不宜频繁调动工作岗位。

第二节　医院统计指标

医院统计指标是用统计指标从整体上将医院的任务、人员、设备、物资、经费等联系起来，综合反映医院工作的数量与质量，为医院经营管理提供所需要的信息。

医院统计指标以总量指标为主，辅以重要的派生指标，包括质量指标和效率指标。医院统计指标很多，应选出意义明确、确定性强、容易计算的指标组成医院统计指标。医院指标分任务、设备、物资、经费、人员和信息。其中任务的统计量最大，是医院统计工作的重点。现分述于下：

一、任务统计

（一）门诊统计

应以门诊实际工作日计算，门诊人次中不包括全身健康检查及辅助科室工作量。门诊科间会诊由邀请科计算门诊人次，被邀请科不得再重复计算门诊人次主要有：

1. 期内门诊总人次，其中有：初诊、复诊、优质挂牌门诊、孕期检查、产后检查等。

2. 日均门诊病人数。

3. 各科日均门诊人数。

4. 每小时平均门诊人数。

5. 门诊病人的来源分类统计。

6. 门诊医疗质量统计包括副主任医师以上的医师出普通门诊次数。

7. 门诊病历书写合格率＞90%。

8. 门诊处方书写合格率＞95%。

9. 门诊诊断符合率。

10. 门诊诊断疑诊率和门诊手术率等。

（二）急诊统计

1. 期内急诊人次数。
2. 期内各科急诊人次数。
3. 急诊工作日。
4. 日均急诊病人数。
5. 急诊抢救人次数。
6. 抢救成功人次数。
7. 急诊抢救成功率。
8. 急诊入院人次。
9. 入院人次。
10. 手术人次。
11. 急诊观察床数。
12. 观察床使用率。
13. 观察床周转次数。
14. 急诊救护车院前抢救人次数。
15. 出车辆次等。
16. 急诊病人疾病的前 10 位例数。
17. 急诊病人死亡谱的前 5 位例数应分别统计。

（三）病房统计

1. 全院实际展开病床总数。
2. 期内实际展开病床总日数。
3. 实际使用病床总日数。
4. 实际病床使用率。
5. 平均病床工作日。
6. 平均病床周转次数等。
7. 病人来源。
8. 病人身份。
9. 入院诊断与出院诊断符合率应＞95%。
10. 手术前诊断与手术后诊断符合率应＞95%。
11. 临床诊断与病理诊断符合率应＞85%。
12. 临床死亡诊断与尸检诊断符合率应＞95%。
13. 住院产妇死亡率应＜0.02%。
14. 出生活产婴儿死亡率应＜0.5%。
15. 病房抢救成功率应＞85%。
16. 住院死亡病人尸检率应＞15%。

（四）膳食统计

1. 住院病人在营养食堂就餐率＞90%。
2. 治疗饮食就餐率应是 100%。
3. 供应住院病人膳食时间准确率应＞95%。
4. 供应病人膳食的价格和膳食质量的合理性应达到 100%。

（五）护理统计

1. 护理技术操作合格率应＞95%。
2. 基础护理合格率应＞90%。
3. 一级护理合格率＞85%。
4. 供应消毒物品合格率达到100%。
5. 家属陪护率应＜5%。
6. 褥疮发生率应是零。

（六）手术统计

1. 手术总例数。
2. 手术分类统计。
3. 各种手术的分类比例。
4. 住院病人手术率（综合医院约30—40%）。
5. 手术前平均住院天数。
6. 无菌切口手术例数。
7. 无菌手术切口甲级愈合率（应＞97%）。
8. 无菌切口手术感染率（应＜0.02%）。
9. 手术并发症发生率。
10. 院内手术死亡率。
11. 手术麻醉死亡率（指术后10日内应＜0.02%）。

（七）疾病统计

只统计造成住院主要的一种疾病。有：

1. 住院病人疾病分类统计。
2. 病人出院时的转归情况，包括：治愈、好转、未愈、死亡。
3. 病人住院天数和平均住院天数。

（八）医技科室统计

1. 医技科室检查报告的准确率应＞95%。
2. 检查报告的误诊率应＜3%。
3. 报告的及时性应＞95%。
4. 设备的完好率应＞95%。
5. 放射线科X线检查阳性率应＞60%。
6. CT 检查阳性率应＞50%。
7. X线摄片甲片率应＞70%。
8. 超声检查诊断阳性率应＞20%。
9. 报告的科学性和准确性应＞95%。

二、设备统计

1. 医院占地总面积。
2. 平均每床占建筑面积应＞60m²。
3. 平均每床占病房的使用面积＞6m²。
4. 日平均门诊每人次占门诊建筑面积＞5m²。

5. 仪器设备台（件）数总数。

6. 100万元以上台数。

7. 10万元以上台数。

8. 万元以上台数。

9. 万元以下千元以上台数。

10. 仪器设备完好率应＞95%。

11. 单机使用日数、检查人次数。

12. 单机折旧费、修理费、材料费、人员费、水电费、以及其它费用等。

13. 仪器设备使用率和购进后未利用台数等。

三、物资统计

主要统计各类物资的入库、出库、消耗情况有：

1. 中西药品。

2. 卫生材料。

3. 被服布类用品。

4. 印刷品。

5. 办公用品。

四、经费统计

1. 医院业务总收入，包括门诊收入、住院收入、其他收入。

2. 总支出包括药费、卫生材料费、设备购置费、修缮费、人员费及其他。其派生指标包括：门急诊病人平均每次诊疗费、住院病人平均每天医疗费、单科住院病人平均医疗费、单病种住院病人医疗费、期内业务收入与业务支出盈亏状况、与上年度对比分析等。

3. 上级卫生机关拨款包括差额预算拨款和一次性拨款。

五、人员统计

1. 医院病床数与医院工作人员总数比。

2. 病床数与医师人数比。

3. 病床数与护士数比。

4. 病床数与技师比。

5. 主任医师与副主任医师、主治医师、住院医师比。

6. 营养师以上人员数。

7. 行政工勤人员占医院总人数的比。

8. 卫生技术人员数。

9. 其他技术人员。

10. 行政管理人员总数。

11. 工勤人员分类。

12. 按性别、年龄、学历、职称等项目的统计，计算各项的构成比。

六、信息统计

医院统计信息应包括：提供统计信息种类、份数、提供统计分析篇数、组织专题调查统计次数、法定报表合格率应达到100%等。内容有：

1. 医院图书资料统计，包括图书数、期刊数、藏书数等。

2. 医学情报资料。

3. 电教资料。

4. 医院病案统计，包括：新建病案总份数，累计实有病案份数、期内调阅病案份数、甲级病案份数（甲级病案率应>90%），病案遗失率应是零。

5. 医院统计。

6. 科研项目统计等。

第三节　医院统计工作程序

医院统计工作程序分三个步骤，即对统计资料进行收集、整理和分析。这三个步骤是相互联系的，都应注意准确、及时。

一、统计资料收集

这是统计工作的基础。是按照统计的任务和目的，运用科学调查方法，有组织地向各部门(科室)收集统计工作的原始资料。因此，必须在全院各部门建立相应的日常工作登记制度，统计工作人员有责任检查监督登记的数字是否准确、及时、完整。为便于检查原始资料的数字是否正确，可采用双轨制。例如：进行门诊统计，门诊挂号处要建立门诊各科挂号人次的登记和日报制度，门诊各医疗科建立诊治病人的登记和日报制度。又如：在住院处建立各科病人入院、出院、转入转出的登记和日报制度、病房各科也建立病房入院、出院、转入、转出病人的登记和日报制度；再如：在手术室建立每日手术的登记与日报制度，在病房也建立病人手术的登记和日报制度等，以便及时获得有对照的真实可靠的原始统计数据。双轨制收集统计原始资料是审核统计资料的一种方法。

全院有关科室除建立统计日报制度外，还要建立统计月报制度，月报的内容不仅限于若干项统计数据，尚须有“文字月小结”项目，包括：工作中有哪些成就、哪些革新和发展、存在哪些问题、病人有哪些反映、对工作有哪些建议和意见等。以及时发现问题，进行统计分析，获得准确、可靠的统计信息。

建立病人出院卡片的填报制度是收集住院病人治疗过程各项疗效指标的重要手段；每位病人出院时，由病房经治医师填写，每天由医院统计科专业统计人员到病房收取，并进行严格的审核后将出院卡片中的各栏目及时输入到电子计算机中存储，出院卡片应分类保存，是医院统计十分珍贵的历史资料。

病案是收集统计资料的主要来源之一，但不是医院统计的全部来源，因此医院统计应着眼于全院各部门、科室的统计资料，用足够的精力抓好全部统计资料的收集，才能在统计工作中获得依据。

统计资料的收集方法可以采取定期的、不定期的、全面调查的、抽样调查的、重要调查的多种方法进行。但不管用哪种方法，原始资料必须按规定的要求认真填写，并进行复核。

二、统计资料整理

收集到的统计资料是分散的零碎的原始资料，必须进行科学的分组、归类、汇总等加工整理，使资料系统化，以反映事物的规律性，这个过程就是统计资料整理的过程。统计资料的整理可分为四个步骤。

（一）审查资料

统计资料整理之前，必须进行审核，检查每份资料内容是否完整和准确，是否符合统计时间要求，检查的方法有：①逻辑检查，即从理论或常识上对调查资料进行检查；②计算检查，即检查各项统计指标在计算方法上有无错误。

（二）整理分组

即按项目的性质归纳整理，使资料系统化，反映事物的本质，以显示资料内部的规律性，得出正确的结论。分组是整理资料的关键，要求统计人员必须具有专业知识，设计出正确的分组体系，制定出适当的整理表格，并在整理过程中，严格按要求进行综合汇总。

（三）拟定整理表格

根据统计目的和要求设计拟定整理表格，在设计整理表格时，应注意到项目之间的相互关系，将关系密切的项目放在一起，以便表达。

（四）归组

小量资料可用划记法整理归组，数量大、层次多的资料可用卡片法归组，然后清点数据填入整理表格内。

统计资料的整理，应在日常统计工作中安排好工作程序，有计划的进行整理并及时记录在统计台帐中，要避免搞突击整理，这是做好医院统计工作的方法之一。

三、统计资料分析

统计数字有它的局限性，一般地说统计数字只能说明“是什么”而不能回答“为什么”。但可从统计数字中，观察到事物动态的差异，发现事物的矛盾及其根源，进行调查研究分析，才可以得到比较准确的结论，进一步找出解决矛盾的办法。这样的分析比较有说服力，能起到参谋指导的作用。

医院管理，必须从各个角度以多种因素的指标进行正确的判断和评价。运用统计资料分析医院工作，借以找出医院各项事物的相互依存关系和医院工作的客观规律，并为改进工作，提高社会效益和经济效益提供科学依据。所以应当研究如何运用统计方法，选择适当的统计指标，科学地、客观地检查评价医院工作质量、工作效率、存在的问题，以适应医院现代化管理的需要。

（一）统计分析方法

主要从五个方面进行。

1. 调查分析事物的相互关系：观察分析事物的相互关系，把握事物的发展规律，掌握工作的主动权。例如分析医院外科工作状况，应考虑外科门诊情况、外科病房床位开展与使用情况、手术室的设备条件、外科医师的技术能力和协调情况，麻醉科、手术室、血库及其他医技科室的技术力量、设备条件和配合情况等。均需通过统计分析发现问题，研究解决矛盾的方法，促进事物的转化，推动事物的前进，达到预期设想的效果。

2. 调查分析事物的构成：调查分析事物的构成、研究影响事物构成的诸因素、设法改变不利因素为有利因素是进行事物构成分析的主要目的。例如：从医院各类工作人员的构成中可以分析医院各类人员结构是否合理；又如，分析门诊各科病人人次构成，可以了解各科忙闲状况，有利于解决门诊“三长一短”的矛盾；从出院病人疗效的构成中可以分析医疗质量，包括诊断、治疗、护理、医务人员素质等。

3. 调查分析事物发展的动态：观察各不同时期统计指标达到的实际水平，用以分析不同时期医疗工作发展水平差距或比率关系。

4. 调查分析计划指标执行情况：制订计划指标须回顾本医院历史统计资料、参考国内外资料，并结合上年完成指标的情况，分析当前医院的中心任务、技术力量、设备条件、人员素质等诸因素，综合研究后制订出下一年度的计划指标。

计划指标是经过周密思考制订出来的，已经确定之后，执行中就应设法保证落实。并需要定期检查执行情况，如果检查发现计划指标落实的不理想，就须及时调整人力、物力或加强思想工作，动员有利因素促进计划指标的实现。在执行中有时还可能对计划指标作必要调整。以上均要求医院统计（信息）科（室）的统计工作人员从精确的统计数据中观察分析，积极提建议想办法供领导参考使用。

5. 使用综合对比的方法进行统计分析：多项统计指标进行综合对比，分析医院总体情况。例如，对医院各类工作人员数、入院出院病人数、实际床位使用率、床位周转次数、出院病人治愈率、好转率、病死率、平均住院日、手术例数、手术并发症发生例数、医疗事故、医疗差错发生例数等，综合起来观察分析一定时期医院工作的总体情况，或与上年同时综合指标对比分析，比较容易说明问题。

以上统计分析方法是比较常用和容易掌握的，近年来全国各医院都在应用经济管理的方法以加强医院的管理。统计工作如何将医疗质量与经济管理相结合进行分析，是医院管理形势发展的需要。尤其是研究各病种经过治疗的疗效情况、住院日数医疗费用等情况，成为医院科学管理质量控制提供有效的统计数据。

（二）医院工作状况统计分析

1. 医院工作质量分析：医疗质量是医院多种工作通过医疗实践取得的医疗效果高低、优劣的集中表现，是衡量医院办得好坏的主要标志，是医院管理的核心。

评定医疗质量，可从四个方面考虑，即诊断是否正确、及时、全面；治疗是否合理、有效、及时；治愈住院时间长短；有无给病人增加不应有的痛苦和损害。

⑴ 诊断质量分析：诊断是提高医疗效果的前提，有了正确的诊断，才能有正确的治疗。故诊断质量的高低是反映医疗质量的一个重要方面。可从以下六个方面衡量，即①门诊诊断与出院诊断符合率；②入院诊断与出院诊断符合率；③临床诊断与病理诊断符合率，死亡诊断与尸体检查诊断符合率；④手术前后诊断符合率；⑤病人入院到确诊的平均住院天数；⑥入院三日确诊率。

上述六项指标中，以③、④二项指标比较有肯定性的价值，但目前尸检率低，手术前后诊断符合率又局限于手术科室；其他指标更有其局限性，特别是收治疑难复杂病例较多的大医院及医疗水平特差的小医院，其门诊诊断受某些检查项目的限制，出院诊断又可能受诊断手段（水平）的限制，其符合率也就失去了意义。因此这些指标比较适用于在同一医院内对比较单纯的某一病种进行分年度对比。

此外，在分析指标时，不能只着眼符合率的高低，还要注意与之相关联的不符合（漏诊率、误诊率）的情况，以便找出诊断质量不高的原因，寻求提高诊断水平的办法。符合率、漏诊率、误诊率均按第一诊断计算，以促使医师认真努力作出正确的判断。“确诊”病例应区别情况，对诊断一目了然的疾病，表现不出诊断质量水平，如大部分骨折、烧伤和一部分皮肤病、创伤病人等，不须计算诊断符合率、入院到确诊的平均

住院天数和入院三日确诊率等；“需要确诊”的疾病，即一时搞不清诊断，需要观察、分析的才有诊断符合率、入院到确诊平均住院天数、入院三日确诊率等指标。

⑵ 治疗质量分析：治疗是否合理、有效、及时，一般通过下列指标反映出来：

① 治愈率：治愈率高低是反映治疗质量的重要方面，由于收容对象情况（病种、病情、病程、年龄、职业等）的不同，对治愈率的高低有很大影响，有些疾病不存在治愈问题，故仅凭医院总的治愈率高低，往往不能说明治疗质量的真实情况，故一般不使用它。对某种疾病的治愈率分析，尚可显示治疗结果的真正情况，也可进行医院之间治愈率的对比，但必须要有共同的治愈标准作为前题。

② 病死率：它受着收容对象情况的极大影响，收治疑难和危急重病人多的医院，其病死率必然较高；反之则低。故病死率有时是收容对象情况的表现，而不是治疗质量的表现。病死率低者不一定表示医疗质量高，病死率高者也不一定表示治疗质量低。故此，只作医院总的病死率分析，不能对医院治疗质量作出直接的、正确的判断，必须从多方面作具体分析，包括病种、病情、年龄、死因、死亡时间、治疗及时性、来院前的治疗情况，以及交通、文化、生活水平等。为弥补病死率的不足，可应用院内手术死亡率、院内麻醉死亡率、院内分娩死亡率、院内新生儿死亡率等统计指标进行分析。据《日本20年全国医院病死率分析》，日本医院的总病死率一般医院为3.5%，大医院为4%，超过该指标，提示异常，要作进一步分析，但并不以此作为评比指标。

③ 抢救重危病人成功率：它是衡量医疗质量、抢救水平、业务管理水平、科室间协作状态的指标。但目前该指标的概念比较模糊，对“抢救”“重危”的含义尚无统一标准，也在一定程度上影响了它的作用。

总之，对“治愈”、“好转”、“重危病人抢救成功”等概念要明确，标准要统一并严格掌握，否则统计的数值就失去分析对比的价值。凡统计指标出现升高或降低时，都要具体分析，以便进一步找出原因。就治愈率而言，不可能逐年有明显提高，出现上下波动倒是正常的。若无新理论、新疗法、新药物、新技术为前提，无缘无故出现治愈率的提高是不可信的，很可能把“好转”或把症状的一时消失视为“治愈”。此外，除对医院总的指标进行分析外，分科、分病种分析也是有意义的。如分病种统计病死率进行评价，可以了解医务人员的工作责任心，技术水平和设备条件，诊断治疗是否正确、及时、有效，医疗制度是否健全，以及抢救组织工作和管理水平等。

④ 治愈住院时间的分析：治愈时间的长短是诊断和治疗是否及时、正确、有效的综合反映。除全院各科总的治愈者平均住院天数外，分病种计算治愈者平均住院天数，对分析医疗质量更有意义。住院时间长短常受着病种、病情、医疗技术、管理水平等多种因素的影响。医疗工作检验实施较晚、医疗技术科室发报告不及时、未明确诊断、治疗方法有缺陷、已经治愈的病人未及时组织出院、手术病人术前住院时间拖长、收容大批慢性病人等，都会使住院时间拖长，故不能只根据平均住院天数的多少来判定医疗质量的高低。凡时间有明显延长或缩短者，就应进一步找出原因，如管理方面、收容对象方面、诊断或治疗方面的原因等。平均住院时间太长是个缺点，但过短也会给病人带来不利的影响。如果不是因为提高了医疗质量而合理地缩短住院天数，单是用提早让病人出院的办法缩短住院时间是不妥当的。

⑤ 给病人增加不应有的痛苦和损害的分析：在治疗过程中给病人增加了不应有的

痛苦和损害，是医疗质量不高的表现（当然程度和性质各有不同）。分析这方面的情况，是评定医疗质量的依据之一。常用的指标有：医疗差错发生率、医疗事故发生率、无菌手术化脓率、院内感染例数或率、手术后并发症发生率、输血（液）反应率、褥疮发生率、产妇会阴破裂率、产妇会阴切开率等指标进行医疗质量评价。

2. 医院工作效率分析：反映医院工作效率方面的内容很多，牵扯的面很广，诸如医院各类人员比例、人数与工作量是否合适，床位利用是否充分，重要医疗设备的使用是否合理等。而床位的利用情况，则是反映医院工作效率的重点指标。

⑴ 平均病床工作日：由于修理、消毒或其它原因，不能要求病床工作日一年达到365日。病床工作日过少，则说明病床空闲。病床空闲的通常原因是，如病床修理和消毒的时间长，病床调度不当，门诊与住院处及病房配合不好，各科病床分配不合理而又未能及时调整，收容住院标准过高，以及病人来源不足和季节的影响等。凡此种种原因，均要求医院领导采取必要措施。使病床得到充分利用。

⑵ 实际床位使用率：使用率高，表示病床得到充分使用；反之，则说明病床空闲较多。床位使用率一般为90—93%，如果超过则说明病床负担过重。

⑶ 病床周转次数：平均床位工作日和床位使用率，只能说明床位的一般负荷状况，还不能表示床位的工作效率情况。一个病人常年不出院，如从床位工作日和床位使用率方面来看是好的，没有一天空闲，但从病床工作效率方面来看却很不好。因此，分析病床工作效率时，还应注意床位周转次数。在一定时间内，周转次数多即周转速度快，病床利用情况好，病人平均住院天数少。在分析床位周转次数时，必须充分考虑医院收容对象、收容任务、医疗技术、医院管理诸因素的影响。如果收容慢性病人、重症病人、公费的工伤事故的伤员多，诊断治疗不及时、正确、有效，该出院的病人未尽快组织出院等，以致病人平均住院时间长，床位周转次数就少。如果床位周转次数过多，说明病人平均住院时间短，判断此现象是否合理，要结合分析收容对象和医疗质量指标。

⑷ 手术前平均占用病床日：它反映术前诊断、术前准备、手术室规模及管理、其他医疗技术科室的设备、物资供应和发报告时间等情况。此项指标可分病种统计。

3. 工作量及其比例情况分析：医疗工作量的计算单位主要为病床数、住院人次数、门诊人次数。通过分析病床、住院、门诊和医疗技术科室等方面工作量及其比例情况，能反映医院人力、物力和技术效能是否得到正常发挥。工作量愈多，表示完成的任务愈多；治疗的疑难病种愈多，表示发挥技术的效能越高。

⑴ 住院工作量及其比例情况分析：包括住院人数、各科住院人数构成比、住院疾病分类及其构成比。

住院人数说明医院是否正常地完成收容任务。正常收容人数＝实有床位数×正常床位使用率×正常床位周转次数（城市综合医院正常收容人数＝实有病床数×93%×24）。如果实际住院人数等于或高于正常收容人数，说明已完成或超额完成收容任务；如果低于正常收容人数，应找出具体原因。

住院疾病分类及其构成比，可以看出医院是否发挥了正常技术效能。所谓发挥正常技术效能，系指收治的病种及其数量同医院的技术水平是否相适应，是否保证急需和必需住院的病人得到及时住院等。一个技术条件好的医院，如果收容了很多一般慢性病人和轻症病人，占用了大量的床位，使较好的技术条件不能得到充分发挥。通过这一指标

的分析，对调整医院的收治病种和处理现有病人方面，提供了有价值的资料。

⑵ 门诊工作量及其比例情况分析：包括门诊人次数及各科构成比，门诊疾病分类及其构成比。卫生部规定城市综合医院床位数与门诊人次数比为 1:3，有的医院高达 1:4—5，说明门诊工作负荷过重。

⑶ 医技科室工作量及其构成比分析：主要是各医技科室工作量及其内部构成比（如手术室手术次数及大、中、小手术的构成比；药剂科的处方数及中西药处方构成比等）、同临床科室工作量之比（如门诊视透率、门诊处方率、门诊检验率等）。

（三）医疗仪器工作量分析

包括仪器使用率、仪器的工作日和展开率等。

（四）职工人数及其比例情况分析

主要通过下列指标来分析：职工总人数及各类人员数构成比；职工人数分别与床位数、门诊日均人次数、住院人数比；职工出勤率和病、事、产假率。职工人均工作量，医师可按每名住院医师负担的床位数、门诊医师每小时门诊人次数计算；病房护士按负担的床位数计算；医疗技术科室按每人负担的床位数计算，也可分别按每人每天的处方数、检验件次数、透视人次数、摄片次数、理疗人次数等来计算。

（五）医院经济活动的分析

1. 收入情况分析：

⑴ 业务收入总额及其门诊收入、住院收入、其他业务收入的构成比。

⑵ 门诊收入额以及其中挂号费、药品费、检查治疗费、输血费等构成比。

⑶ 住院收入额以及其中住院费、药品费、检查治疗费、输血费等构成比。

⑷ 自制制剂产值和利润率。

⑸ 药品、卫生材料的加成率、报损率、盘盈盘亏率、库存量。

⑹ 药品、治疗、化验、放射、检查等划价符合率。

⑺ 床日均业务收入数。

2. 支出情况的分析：

⑴ 医院支出总额以及其中人事费、药品材料费、设备费、管理费构成比。

⑵ 医疗成本费（药品材料费＋人事费＋医疗设备费、固定资产折旧费＋管理费）。

⑶ 药品（或卫生材料、医疗杂支、办公用品、水、电、燃料等）床日均消费额门诊人均消耗额。

3. 医疗费用分析：

⑴ 人均门诊医疗费及其挂号费、药品费、检查治疗费、输血费等构成比。

⑵ 人均住院医疗费、人日均住院医疗费及其住院费、药品费、检查治疗费、输血费等构成比。

⑶ 人日均治愈住院医疗费及其住院费、药品费、检查治疗费、输血费等构成比。

（六）提供统计分析形式

1. 定期分析：一般每月月终进行一次，由统计室将 1 个月全院主要情况写出统计分析报告，送医院领导和领导机关传阅。使医院领导及时了解到医院工作动态，便于研究解决工作中存在的问题。

2. 专题统计分析：应用统计数字不定期的集中分析一项主要矛盾，并提出解决矛盾

的建议和办法，专题统计分析选题得当，效果比较明显。

3. 统计简报：选择与全院人员和病人密切相关的内容，不定期的印发。统计简报的时间性较强，写统计简报要求动作迅速。因简报发布面广，应注意内容及其影响，有的内容不宜登简报上。例如，统计数字证实流感蔓延造成医院工作人员的因病缺勤率高，危害住院病人使病情加重情况，要全院积极采取措施，防止流感的蔓延。

4. 医院统计年度汇编：每年年终汇编一次，把全院各项数量的和质量的统计数据，统统编入全年统计汇编内。年度统计汇编既有现实参考意义，又是医院历史统计资料，对医院领导日常参考使用极方便，是医院统计科的一项重要工作，必须坚持年年编印，不可间断。

5. 统计反馈：统计室为了满足各科室、病房使用统计数据的需要，应主动建立“统计反馈”制度，即将经过统计处理好的各项统计指标，抄写在回报纸上，送交各科室、病房使用，达到大家报统计，大家用统计的目的。这种统计室主动帮助其他科室，又与各科室之间建立起良好工作关系的制度，有助于长期合作促进统计工作越做越好。

6. 统计橱窗：开辟统计橱窗，将大家比较关心的主要统计指标，绘制成统计图表，张贴在统计橱窗内，有助于互相比较学习，对指标后进的单位起到督促的作用。定期更新橱窗内的统计资料，还有助于大家都关心统计指标的升降，对医院科学管理起着监督作用。

第四节　医院统计常用的计算方法

医院统计，是以统计学基础理论应用于医院管理的应用性学科，其内容为：

一、统计中的几个基本概念

（一）总体与样本

1. 总体：根据研究目的而确定研究对象的全体，根据研究对象的多少将总体分为有限总体和无限总体两类。对于无限总体不可能直接研究总体情况，对于数量很大的有限总体不必耗费大量的人力、物力对所有的研究对象都予以研究，只需要采用随机抽样的方法对其中足够数量的样本进行研究，用以说明总体。

2. 样本：总体中用随机抽样方法抽取的有代表性的一部分。

（二）抽样误差

由于总体中存在个体差异，由抽样得到的样本指标不可能完全等于总体指标，这种样本指标与总体指标的差异，称之为抽样误差，抽样研究中抽样误差不可避免，但可以通过适当的统计设计，统计分析方法控制其大小。

（三）概率

表示某事件出现的可能性大小的数值，概率常在0和1之间。以字母P表示。在一定条件下必定要发生的事件称之为必然事件。其概率为1；在一定条件下，必定不发生的事件称之为不可能事件，其概率为0；在一定条件下，可能发生也可能不发生的事件称之为随机事件，其概率在0和1之间，概率越接近1，该事件发生的可能性越大；概率越接近0，该事件发生的概率越小。统计研究的多是随机事件，习惯上多以概率0.05和0.01作为小概率事件的界限，所谓小概率事件就是发生的可能性极小的事件。

二、统计数据的分类

统计资料一般可分为计数资料和计量资料两大类，医院统计中计数资料更为多见，介乎两类资料之间的还有等级分组资料，对于不同类型的统计资料，需采取不同的统计分析方法。

（一）计数资料

将观察单位按某种属性或类别的不同予以分组，各组所得的观察单位数，称为计数资料。例如将医院门诊病人分为初诊和复诊两组，所得各组的病人数。对于计数资料多用相对数分析，用卡方（χ^2）检验，二项分布等方法进行分析。

（二）计量资料

测定每个观察单位某项指标量的大小所得资料，称之为计量资料。对同一个观察单位测定其不同的指标，可得到一组数值单位不同的计量资料，如测定一个病人的血红蛋白（g），血沉（cm），红细胞数（个/mm^3）等，对计数资料可用平均数分析、t 检验等进行统计处理。

（三）等级分组资料

将观察单位按某种属性或类别的不同程度分组，所得各组的观察单位，称之为等级资料。如将医院手术病人切口愈合情况按甲、乙、丙分类，又如把出院病人按治愈、好转、未愈、死亡分类所得资料都属于等级资料，对等级资料可采用“非参数法”分析，如 Ridit 分析。

三、常用统计指标及计算

（一）绝对指标（总量指标）

是某一统计对象的总量和规模的绝对数值反映事物的实际水平，即在一定时间、地点、某一现象用统计调查和归纳方法直接得到的总量或规模，用绝对数表示出来的指标。绝对指标是计算其它指标的基础，它可以用来表示某一特定的时点数列。例如 1987 年 12 月 31 日的在编工作人员，为特定时间的绝对数。也可以表示某一段时期内某个现象的期间数列，例如 1987 年 1 月至 12 月门诊病人总数，为期间的绝对数。

（二）相对指标

是用来对两种以上的有关现象进行相互比较而经常采用的一种统计指标，它有两个作用：一是表示事物出现的程度；二是便于比较。相对指标通常有四种：

1. 频率指标（率、频度、频数）即通常所说的率，说明某现象发生的频度，依比例基数取 100、1000 不同，分别称之为百分率、千分率，对于极罕见现象，也可取 100000 为比例基数，称之为 10 万分率，原则上使算好的率至少保留一位整数。计算公式为：

$$\text{频率指标}=\frac{\text{某现象实际发生数}}{\text{某现象可能发生总数}}\times 100\%\ （或\ 1000‰）$$

2. 构成指标（构成比、结构指标）：表示某现象内部各组成部分所占比重或分布，常以百分数表示，有时也可以小数表示，各部分构成比的总和应为 1 或 100%。计算公式为：

$$\text{构成指标}=\frac{\text{某现象总例数内部分的例(次)数}}{\text{某一现象的总例数}}\times 100\%$$

3. 对比指标：说明两种现象之间的比例关系，常以百分数或倍数来表示。而甲、乙

指标数量可用绝对数、相对数或平均数计算公式：

$$\text{对比指标}=\frac{\text{甲指标数量}}{\text{乙指标数量}}(\text{或}\times 100\%)$$

4. 动态指标：按时间变化顺序排列起来的动态数列（包括绝对数、相对数或平均数），可分为时间断续列及时间连续数列，用以说明某现象的总量指标在时间上的变化和发展趋势。分析动态数列可以用绝对增长量、发展速度、增长速度。①定基比：基数是固定的，以某一年的数值为基准，然而将各年的数值和这个基准相比。②环比：将各年的数值与上年的数值相比，由于基数不是固定的，而是依次更换，故称之为环比。如表 28-1。

表 28-1　1965—1968 年某医院收治病人总数的变化

年份（年）	收治病人总数	绝对增长量		发展速度		增长速度	
		累计	逐年	定基比	环　比	定基比	环比
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1965	8000	—	—	100.00	100.00	—	—
1966	9980	1980	1980	124.75	124.75	24.75	24.75
1967	12410	4410	2430	155.13	124.35	55.13	24.35
1968	16030	8030	3630	200.38	129.27	100.38	29.27

5. 应用相对指标时，应注意：

(1) 分子、分母的选择要适当，必须根据统计目的选择适当的分子、分母。例如计算外科手术并发症发生率时，分子应是并发症发生次数，分母应是外科手术例次数，而不应当选用外科病人数，因为外科病人不一定都进行手术治疗。

(2) 分母不宜过小，分母过小所算得的相对指标常会给人以错觉，分母过小时宜用绝对数说明，例如治疗 4 例病人，其中 3 例痊愈，1 例死亡等。使用任何相对指标，如果无碍于保密，应把有关的绝对数也列出来，以表明这些相对指标是在多大的例数范围内计算出来的。

(3) 构成的比与率。构成比通常只能说明比重，不能说明频率，在医院的统计分析方面，一般只有病例数，而缺少相应的人口数，计算的是病例的构成比，而解释为“发病率”或“患病率”形成错误的概念。

(4) 计算观察单位不等的几个率时，切忌将几个率直接相加求其平均率。

(5) 用相对指标比较时，要注意各指标间是否具有可比性，决定相对指标高低的因素是多方面的，但重要影响因素应相同或相近，即在相同条件下进行对比。①指标产生时间、地点、条件和计算方法应该一致。②内部构成是否相同：两个总率比较，其内部构成不相同，对比时应分组计算进行比较。或计算标化率进行比较。

（三）平均指标

用于表示一组同质计量资料的集中趋势成平均水平，具有对一组变量值的代表性和典型性。常用的平均数有算术平均数、几何平均数和中位数。

1. 算术平均数：简称均数，用符号“$\bar{X}$”表示。均数的计算有：

(1) 直接计算法：多用于样本数小于30的情况（n＜30）即小样本，计算公式：$\bar{X}=\frac{\Sigma x}{n}$ 式中$\bar{X}$：平均数；Σx：样本值总和；n：样本数。如：10名病人的住院天数分别为25天、29天、34天、27天、28天、23天、22天、19天、20天、20天，求其平均住院天数。

$$\bar{X}=\frac{25+29+34+27+28+23+22+19+20+20}{10}=24.7$$

(2) 频数表法：多用于样本数大于30的情况（n＞30）即大样本，计算公式：

$$\bar{X}=\frac{\Sigma fx}{\Sigma f}=\frac{f_1x_1+f_2x_2+f_3x_3\cdots\cdots+f_xx_x}{f_1+f_2+f_3+\cdots\cdots+f_x}$$

式中：$x=x_1$、x_2、$x_3\cdots\cdots X_n$分别为频率表中各组段的组中值，即本组段的下限与相邻较大组段的下限相加除以2所得之值，即各组段中认为是最有代表性的值。$f=f_1$、f_2、$f_3\cdots\cdots f_x$分别为频率表中各组的频数。Σf：各组的频数的和，$\bar{X}$：算术平均数，$\Sigma f_x=f_1x_1+f_2x_2+f_3x_3+\cdots\cdots+f_xx_x$即每组的频数与该组的组中值乘积的和如：30名出院病人的住院天数分别为25，29，32，32，33，34，36，36，36，37，28，38，39，39，40，40，40，41，42，42，43，43，44，45，46，47，48，49，54，55天。求其平均住院天数。

频数表的编制：①求极距：找出最大值、最小值、极距，即最大值与最小值之差，本例最大值为55，最小值为25，则：极距＝55－25＝30。②确定组数和组距：组数一般定在8－15组，组数太少，计算出的均数误差较大，组数太多，则又过嫌麻烦，本例取10组。组数决定后，则组距相应也可定下来。组距＝$\frac{极距}{组数}$，本例组距＝$\frac{30}{10}=3$。③划记：将各变量记入各组，画出频数分配表。

应用平均数时应注意：①要在同质的前提下应用，不是同质的观察单位，算出的平均数是错误的。②总算术均数代表总的一般水平，而根据某分组标志，从中再分出一部分观察单位，可算出组的算术均数，组算术均数往往能够更具体地揭示事物某一局部的特征，以补充总算术均数。③算术均数适用于对称分布的资料，而对于其它非对称分布的资料需用其它统计指标来表示其集中趋势，如对于呈倍数关系的资料需用几何均数表示其集中趋势。

2. 几何均数

几何均数为倍数的均数，常以G表示，医院统计中多用于计算平均增长速度等，定义计算公式为$G=\sqrt[n]{X_1X_2X_3\cdots X_n}$。式中G为几何均数，$X_1X_2X_3\cdots\cdots X_n$分别为几个观察值。对数形式为$G=\lg^{-1}\left(\frac{\lg X_1+\lg X_2+\lg X_3+\cdots\cdots\lg X_n}{n}\right)=\lg^{-1}(\frac{\Sigma\lg i}{n})$

例如：某院5年病人总数的增长率分别为：124.75，124.35，129.17，130.22，123.45求其平均率。按定义式计算：

$$G=\sqrt[5]{124.75\times124.35\times129.17\times130.22\times123.45}=126.36$$

或按对数式计算：

$$G=\lg^{-1}\left(\frac{\lg124.75+\lg124.35+\lg129.17+\lg130.22+\lg123.45}{5}\right)=126.36$$

两式计算结果一致，即该院5年平均病人总数增长率为126.36%。

（四）变异指标

医学研究的对象是人，人的个体差异医学统计上称为变异。概括地说，变异就是在同质条件下的观察单位即其同一标志的数据间之差别。表示变异大小的指标有标准差、变异系数、极差、四分位数间距、方差等。而以标准差为最常用。

1. 标准差：表示平均每个变量值与平均数相差多少，在单位相同，均数相近的条件下，标准差越大，各个数据与均数分散程度越大，数据较分散，变异程度较大，反之，标准差越小，变异程度也越小。

⑴ 标准差的计算方法：①直接计算法，用于小样本资料。计算公式：$s=\sqrt{\frac{\Sigma(x-\bar{x})^2}{n-1}}$，也可用其推导式$s=\sqrt{\frac{\Sigma X^2-\frac{(\Sigma X)^2}{n}}{n-1}}$计算，后面的推导式在实际应用中更为简便，如计算前30名出院病人的住院天数的标准差，可算出 $\Sigma x=1.203$ $(\Sigma x)^2=1447209$ $\Sigma x^2=49585$ $s=\sqrt{\frac{49585-\frac{1447209}{30}}{30-1}}=6.81$ ②频数表法，用于大样本资料，计算公式为：

$$s=\sqrt{\frac{\Sigma fx^2-\frac{(\Sigma fx)^2}{f}}{f-1}}$$

式中：s：标准差

f：频数

⑵ 标准差的应用：①表示变量分布的离散程度，标准差较大，说明个体变异程度较大。②结合均数，描述正态曲线下，面积分布的情况，正态曲线是一条高峰位于中央，两侧逐渐下降并完全对称，两端永远不与横轴相交的钟型曲线，正态曲线下面的面积分布见图28-1。③应用于求正常值范围。在医疗卫生工作中，医务人员经常要应用各种医学检验指标的正常值，对健康人的一些生理、生化指标的观察值，如果它们是近似正态的，在求得均数和标准差以后，即可用上述估计变量值频数分布的方法。如计算均数加减1.96倍标准差的范围，在这范围内大致就包括95%的变量值，可作为95%正常值范围，其它的正常值范围可查表28-2。对其它偏态资料求正常值，不宜应用正态分布法，而宜采用百分位数法。④计算标准误，估计总体均数对不能或不必要调查所有总体观察单位时，采用抽样研究方法即随机抽取一部分作为样本，进行统计分析。这种从总体中随机抽取样本进

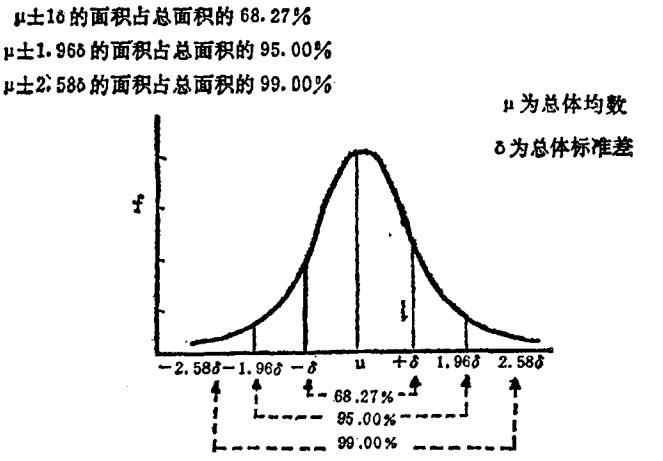


图28-1 正态曲线下的面积分布图

表 28-2　用正态分布法计算正常值范围的常用 t 值

		单侧下限	单侧上限	双侧
80%	正常值范围	$\bar{X}-0.842S$	$\bar{X}+0.842S$	$\bar{X}\pm1.282S$
90%	正常值范围	$\bar{X}-1.282S$	$\bar{X}+1.282S$	$\bar{X}\pm1.645S$
95%	正常值范围	$\bar{X}-1.645S$	$\bar{X}+1.645S$	$\bar{X}\pm1.960S$
98%	正常值范围	$\bar{X}-2.054S$	$\bar{X}+2.054S$	$\bar{X}\pm2.326S$
99%	正常值范围	$\bar{X}-2.326S$	$\bar{X}+2.326S$	$\bar{X}\pm2.576S$

行研究，用以推论总体的方法称为抽样研究方法。由于各个观察单位间个体差异的存在，样本均数与总体均数之间存在一定的差别，叫做抽样误差，计算各个样本均数间的“标准差”可以表示这个抽样误差的大小，这种样本均数间的“标准差”叫均数标准误，简称标准误。标准误可用来表示样本均数间的离散程度，从而说明样本均数对总体均数的代表性，标准误越大，则说明抽样误差越大，样本均数对总体均数的代表性越差，反之，标准误越小，抽样误差也越小，样本均数对总体均数的代表性越好。计算公式：$s_{\bar{x}}=\frac{s}{\sqrt{n}}$式中：n：样本含量，$s_{\bar{x}}$：均数的标准误，s：样本标准差。标准误除了可以表示抽样误差的大小外，还可以用来估计总体均数的可信区间，也就是按给定的概率确定的总体均数的范围，如总体均数的95%可信区间，是按概率 0.05 确定的总体均数的范围。它说明 100 次抽样中，有 95 次的总体均数落在此范围内。计算方法：总体均数 95%可信区间为$\bar{X}\pm t_{0.05(n')}s_{\bar{x}}$式中 $t_{0.05}$ 为统计学中自由度为n′。

第五节　统计表和统计图示法

一、统计表示法

统计表系用表格形式、清晰地、扼要地把统计数字编排在表格里，用以反映事物的现象和过程，统计表有便于阅读、分析、比较的优点。

（一）统计表的制作

统计表都有表头-纵标目、横标目。表头左侧为主语所在位置；右侧为谓语所在的位置；表头下面为表身，里面有纵横交错的线条。表身左侧有由体现主语标志的文字或数目字所构成的横标目，其右侧为体现谓语的数目字。统计表的外面上端都有表号和标题（表的名称），其下端有时有备注。划表时好象在写一个“干”字，“干”字的两横便是表头，一竖便是主语和谓语的分界线。

（二）制表原则

1. 简单明了，避免烦琐：一张表只能有一个中心，要分别说明几个不同问题者，分列几个表，避免臃肿。如内容过于贫乏不要勉强列表。

2. 项目排列要充分运用表格纵横交叉的形式，主语、谓语要划分清楚。

（三）统计表的内容

1. 标题：标题是表的名称，应用一句简明扼要的话标出，表的具体内容，使人一看标题就能了解表的用意。标题应置于表的上方。必要时，还应标出资料的来源、时间、地点。

2. 标目：统计表标目有三种：①纵标目，用以向下说明体现主语标志的意义。②

横标目，用以向右说明体现谓语指标的意义。③总标目，用以概括说明纵标目或横标目有共同性质和特征的内容，以便分析比较。

3. 统计表的格式和线条：①格式：表的格式采取横列，标目的文字也要尽量横写。②线条：统计表中的线条不宜过多，横线，只要上下边线和表头与表身的分界线，如果表头分层时，加1—2条横线。纵线，取消两侧的边线。表的左上角，一律不要斜线。③数字：数字是统计表的基本语言，列入表内的数字必须准确无误，同类数字精密度要一致，书写时应将上下位次对齐，小数点与小数点对齐，整数超过百位数者三位加一撇，没有数字的空格用“……”或“—”填充，表示并非数字遗漏。④备注：不是统计表必要的组成部分，遇有特殊情况须用备注方式加以注明时，应把备注写在表的下面。

4. 统计表示法的分类：①分组表示法：可以揭示事物的类型、结构、依存关系、规律性等。②动态表示法：是分析研究现象在时间上发展变化的趋势和规律性。动态数列可划分若干个组段，分别列出各组段的绝对数和相对数，便于分析。③对比表示法：对比现象的变化和内在联系。可用绝对数、相对数和平均数进行对比分析。在专题分析、检查计划完成情况，常用对比表。④平行数列表示法：是将某些独立的而且有相互关系的统计指标排列在统计表中，进行对比反映现象之间的互相关系。⑤依存表示法：用来反映现象之间的依存关系，即因果关系。统计研究的每一现象都是一定原因相互作用的结果，为了研究各种原因的影响情况，可按照一个标志（原因或结果），观察另一标志的变动，用来研究现象之间存在着依存关系的因素。⑥统计资料提要表示法：用于内容相当丰富的统计资料，为了给读者以概括的印象，将主要指标的数据和对比变化内容用提要的形式列入表中，便于宏观阅读分析。

二、统计图示法

统计图是用图的形态将统计资料形象化。利用线条的高低和面积的大小来代表数量，具有形象鲜明、内容生动、表现力强、通俗易懂、易记忆、富有鼓动性的优点，是统计工作者必须掌握的一门课程。

（一）绘制统计图的基本要求

1. 统计图形应根据统计资料的性质和分析目的来绘制各种统计资料的适用图形(见图28-2)。

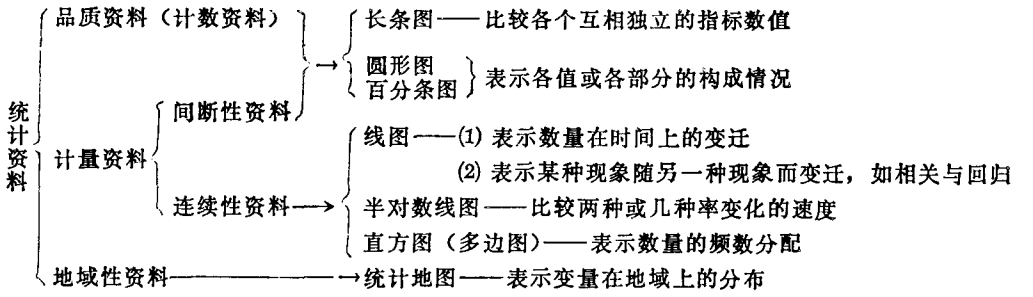


图 28-2 统计资料性质

2. 供群众阅读的统计图，要美观大方，表现生动。注意以图示内容的表达力为主。

3. 绘制统计图要求做到图示精密准确，必要时在统计图中将统计表同时列出。

4. 统计图标题应简明扼要地说明内容，并指明时间和地点。

5. 统计图的纵轴和横轴应有标目，并注明标目的单位。图中用不同的颜色或线条代表不同的事物时应有图例说明，图例位置要适当，摆在图域的外侧面。

6. 常用的图形有条形图、线形图、构成图、直方图、半对数图、统计地图和控制图等。绘制条形图时，条线一般不应折断；绘制线形图时，各点应当用直线相连，不应绘制光滑曲线。

7. 绘制统计图的数据应妥为保存，以便随时进行核对和审查。

8. 统计图内的尺度必须等距，具有一定的规律，间隔要宽松，设计要合理。横轴的尺度自左至右，纵轴的尺度自下而上。统计数值一律从小到大，纵轴尺度必须从 0 点开始（对数图、点图等除外）。

（二）常用统计图种类

1. 直条图（长条图）：用条的长短来表示数量的多少，显示它们的对比关系。直条图有单式、复式和分段三种。

单式条图见 28-3。

复式条图表示的资料是两个或两个以上独立的部分，见图 28-4。

分段条图表示事物的总体和其中的一部分的不同情况，如图28-5。

2. 直方图：用密集的直方图形的面积来表示数量的多少，以显示事物的分配规律。直方图见图28-6。

3. 多边图：是直方图的变形图，就是用每一组段的组中值为中点，将每一组组中值连接起来成为多边图。多边图比直方图容易比较，见图 28-7。

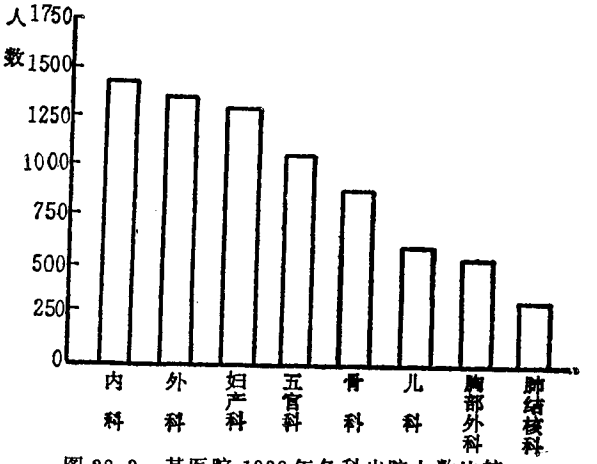


图 28-3　某医院 1988年各科出院人数比较

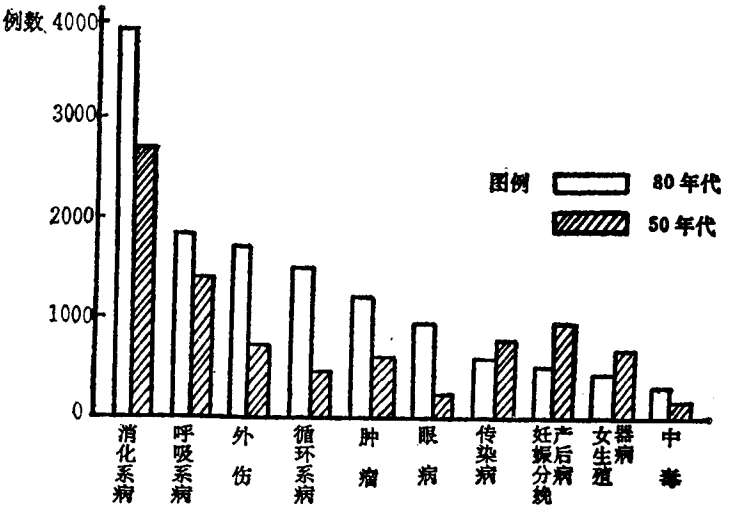


图 28-4　某医院 50 年代与 80 年代各科住院病人分类比较

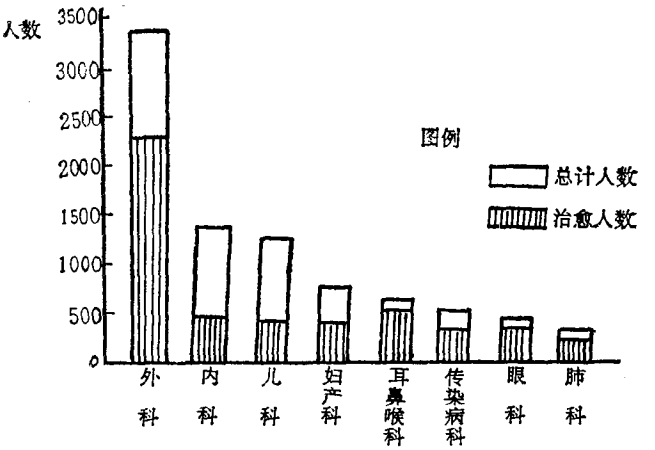


图 28-5　某医院1988年各科出院人数和治愈出院病人数比较

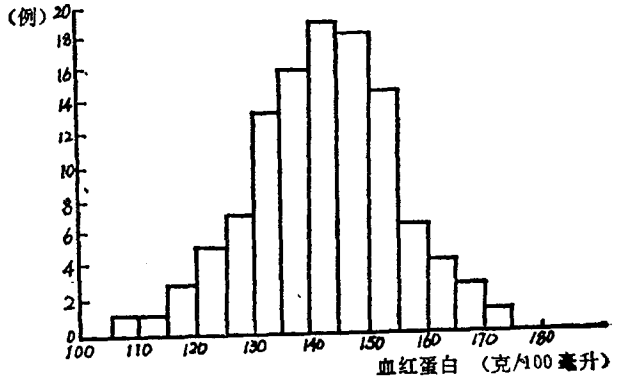


图 28-6　某市 110名健康男工人血红蛋白量的分布

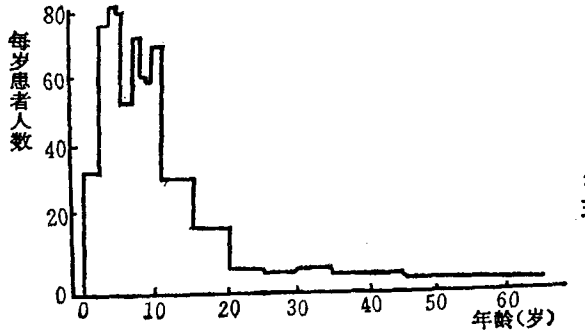


图 28-7　某地某年流行性乙型脑炎患者年龄分布

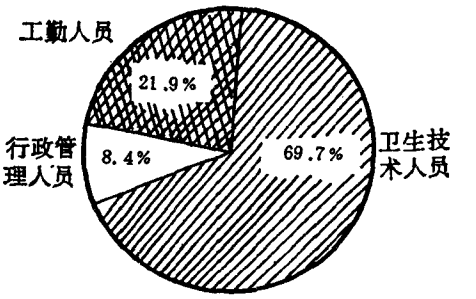


图 28-8　某医院职工各类人员的构成比(1988年底)

4. 圆图：用总的面积表示总体，用图扇形面积表示各部分。适用于组数不多的间断性资料，表示总体内各构成部分百分比。分单式圆图与复式圆图。

单式图见图 28-8。

复式图见图28-9。

5. 百分条图。凡能画圆图的资料，也可用百分条图来表示，见图 28-10。

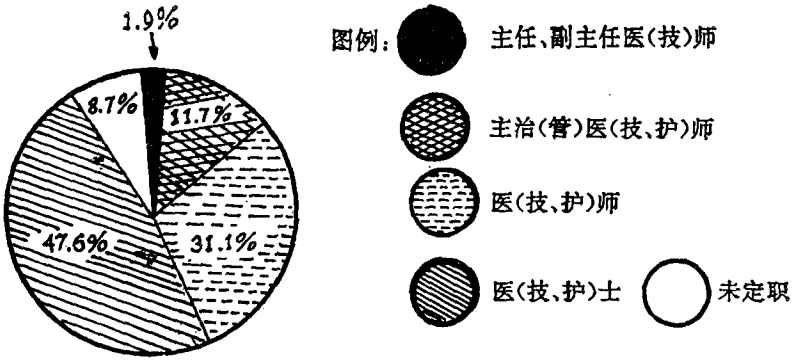


图 28-9　某医院卫生技术人员各级人员构成比(1988 年底)

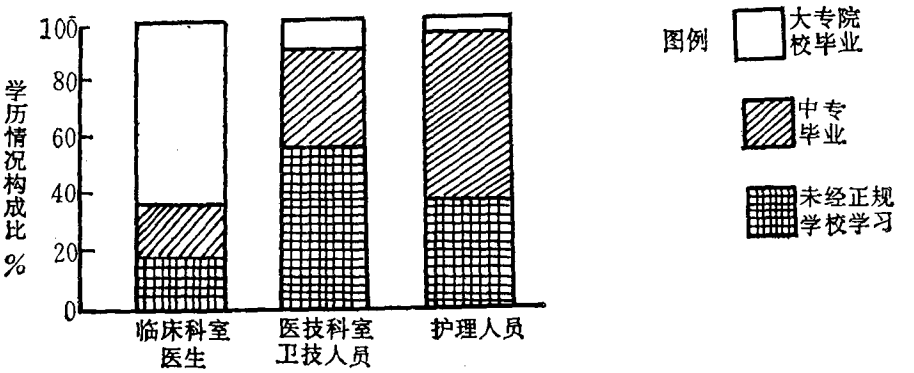


图 28-10　某医院卫生技术人员学历情况构成比(1988年底)

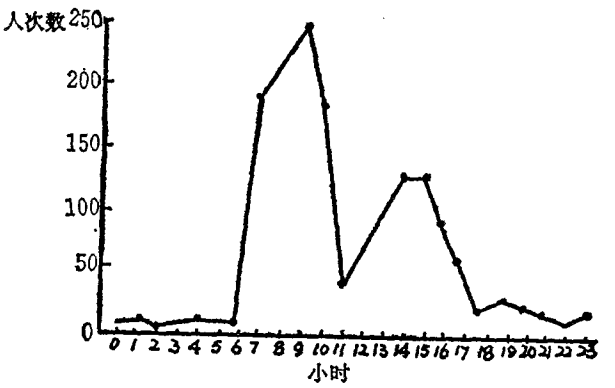


图 28-11　就诊者到达某医院门诊部的时间分布

6. 线图：用以表示一事物随另一事物（如时间）而变动的情况，见图 28-11。

7. 半对数线图：用来比较两种或两种以上事物的变化速度或在事物数量间相差较大时，普通线图往往难以表达或相互比较，这时可用半对数线图表示，见图 28-12。

8. 统计地图：用点、线、颜色、形象或其他符号等标志于地图上，以表示事物的地理分布情况，称为统计地图，见图 28-13。

9. 主次因素排列图(巴累托图)：系一种频数分布图(见图 28-14)，运用它可以找出

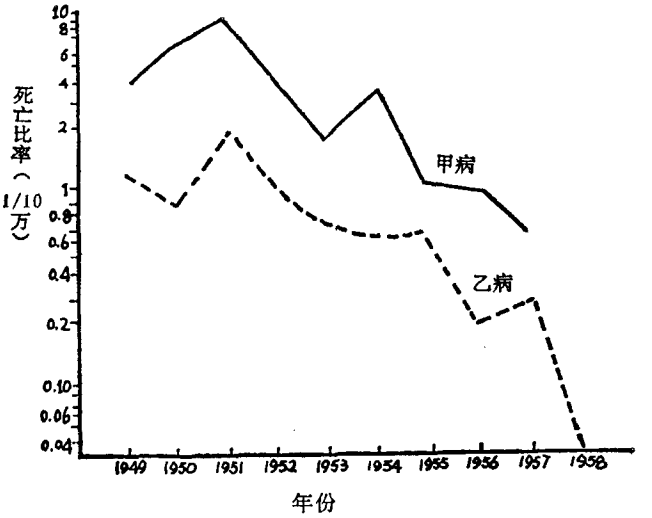


图28-12　某地 1949 年至 1958 年两种病死亡率比较

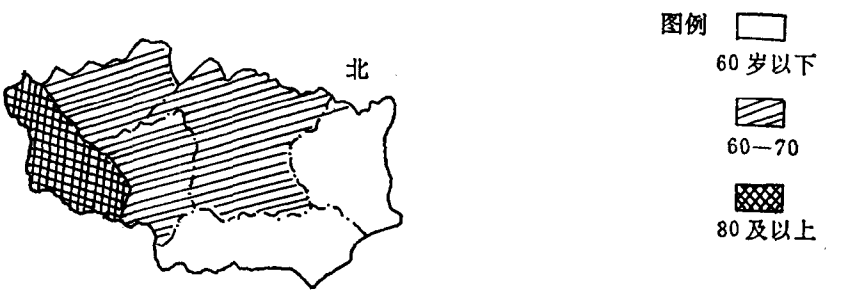


图 28-13　某省各专区恶性肿瘤死亡率(1/10万) 地方分布(1988年)

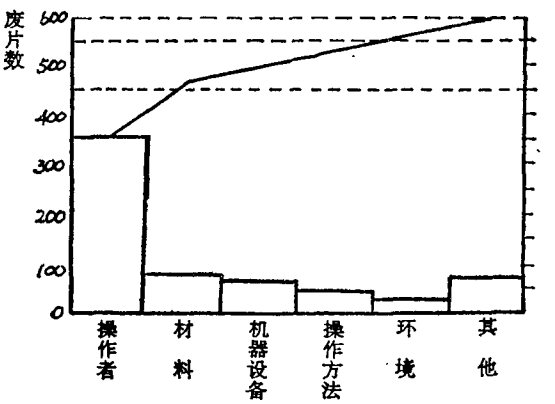


图 28-14　某医院放射科废片原因分析(1979年)

和表示“关键的少数和次要的多数”的关系，因此主次因素排列图是从影响工作(产品)质量的许多因素中找出主要影响因素的一种成效的、简单的方法，是选择管理工作中关键问题的一种有力工具。

10. 控制图（管理图）：在质量管理的常用统计工具中，控制图是核心。控制图的基

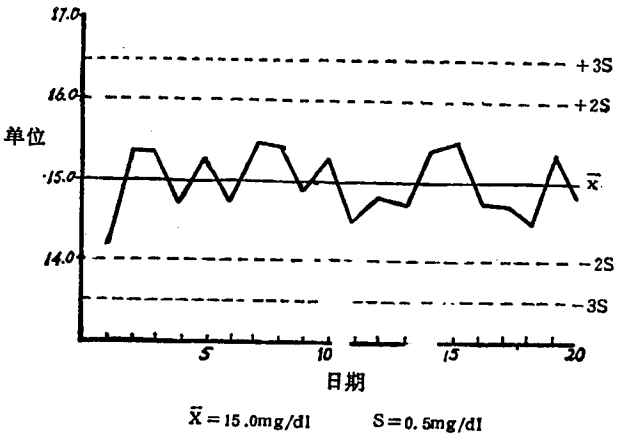


图 28-15 尿素氮质量控制图

本原理是取材于正态分布曲线的性质——正态分布曲线与X±3S 所围成的面积等于99.73%。控制图的种类很多，最常用最具有代表性的是均数控制图（$\bar{X}$图），见图 28-15。

沈震歧

第二十九章　病 案 管 理

第一节　病案管理概述

一、病案概念及病案管理教学

病案又称病历，病史。祖国传统医学称谓诊籍或医案、脉案。1953年经卫生部召开的医政会议定名为“病案”。国外称为医学记录（medicine record）或称健康记录（health record）。

病案就其字义来说，即是病人诊疗记录的“案卷”。比较完整的概念应该是，病案系医务人员记录疾病诊疗过程的文件，它客观地、完整地、连续地记录了病人的病情变化及诊疗经过，是临床进行科学诊断治疗的基础资料，也是医学科学档案资料。

病案是随着医学的发展而产生和完善的。病案管理是一门专业。美国于1928年即成立了全国性的病案协会，现有会员28000名。加拿大、澳大利亚、英国、荷兰等国也相继成立了全国性的病案协会。以后许多国家的病案管理人员倡导成立一个国际性的学术组织，讨论交流共同关心的问题，建立国际统一的疾病法，促进医学的发展。1952年在英国伦敦召开了第一次国际病案代表大会，1968年在瑞典斯德哥尔摩召开的第六次国际病案代表大会上正式成立国际病案组织联合会（International Federation of Health Records Organizations，简称IFHRD），至1984年共召开过9次代表大会。第十次代表大会于1988年10月23—28日在美国得克萨斯州达拉斯城召开。

国际病案组织联合会是非政府性国际性组织，和世界卫生组织有着密切的联系，许多活动都得到世界卫生组织的支持。IFHRO召开的大会经常有世界卫生组织的官员参加。该会的宗旨是加强交流各国的病案管理。按该会规定，只有成立了全国性协会的国家的病案管理人员才能被接纳为正式会员。如果没有全国性协会组织的病案管理人员个人申请，只能接纳为联系会员。会员国的资格须经执委会全体大会的⅔投票通过才能正式被接纳为会员国。

该会现有会员国17个，联系会员国17个，有联系会员22名，我国有2名。1980年世界卫生组织还为其成员国出版了一本《病案管理指南》。

国外病案管理专业教育发展迅速。国际病案组织联合会的会员国大多有正式学校来培养病案管理的专门人材。截至1985年不完全统计，国外建立的病案管理专业学校有200多所。美国有137所，其中培养高一级的病案管理员（medical record administrator）的学校有54所，学制一般4—5年，毕业后可得学士学位。培养低一级的病案技术员（medical record technician）的学校有83所，招收高中毕业生学习2年，相当大专水平。另有病案人员可参加的函授教育课，学完25门课程通过考试给予合格病案人员的资格。学员毕业后，还要再接受考试，才能获得美国病案协会发给的“注册病案管理员（RRA）”证书或认可的“病案技术员（ART）”的证书。以后每年还要再接受15个小时的再教育，技术员要接受10个小时再教育，以了解病案管理的新发展、新技术、新动态，否则就取消注册资格。

澳大利亚现有病案管理学校4所，学制3年，学员毕业后可获学士学位。设于悉尼市的坎伯兰卫生科学学院的病案管理学校，其教学课程设有信息系统（包括电子计算机应用），病案组织与管理，病案管理实习，医疗评价和病案室工作评价，基础医学和医学术语，行为科学，疾病与手术分类和疾病、手术索引，病案部门设计，病案专业教育及讨论，教学方法等。学校毕业生参加工作之后，每年要接受一定的专业教育，更新知识。

南朝鲜汉城医院每年都要招收大学生培训病案管理人员，毕业生为高级病案管理员，可担任任何医院的病案室的负责人。

由于病案在医疗、教学、科研工作中及医院管理方面具有重要作用，国外对于病案及其管理工作非常重视，病案工作人员很受尊重，病案室在医院内被列为重要部门。美国内科学会、外科学会、美国医院协会和医师协会组成的“美国医院评审委员会”（Joint Commission on Accreditation of Hospital, JCAH）制定的《医院鉴定手册》对病案书写及病案管理有着极严格的要求。规定各医院病案室的负责人必须由注册的病案管理员担任，病案室的工作经医院鉴定联合委员会检查，符合医院鉴定手册对病案管理的规定，才被承认为合格的病案室并发给证书。对于医院管理状况医疗质量的检查监督，也都以病案为中心进行。

澳大利亚政府规定每出院一个病人都要复写一份病案首页，美国规定每一出院病人填写一份病案摘要，报送政府卫生部门，做为统计和考察评定医院医疗质量的依据。恶性肿瘤病例、产科及出生婴儿还要另外填写专门报告送州卫生部。医院也根据病案资料开展分析研究，考核医务人员，评定医疗质量，提高管理水平。

我国已有不少省市或地区成立了病案管理学会组织，举办各种类型的讲习班，开展学术交流，提高了病案管理业务水平。1985年北京市崇文区卫生学校与北京协和医院病案科合作开设了我国第一个病案管理专业班，学习2年半，培养病案管理中等专业技术人员。这个专业班的教学得到了国际病案组织联合会副主席、澳大利亚坎伯兰卫生科学院病案管理学校校长菲利斯·瓦特森女士的关注和指导。开创了我国病案管理专业教育。1986年北京中日友好医院卫生学校也招收了一期病案管理专业学员。同年国家教委在高等医学院校组织建立病案管理专业，培养本科生的调查和论证会。我国的病案管理专业教育工作正在起步。

二、病案作用及病案管理意义和任务

（一）病案的作用

病案的使用价值主要有以下几个方面：

1. 医疗方面：病案是临床实践的原始记录，是病人的保健参考资料。是医务人员对疾病正确诊断和决定治疗方案所不可少的重要依据。

2. 教学方面：内容完整的病案，是临床情况有系统的真实记录，可反映出整个病例的全貌，尤其是典型病例和某种疑难或稀有病症的病案，更是生动的教材，它的示教意义有时远高于教科书和直接接触病人。医院定期组织病人病案讨论会，是对实习医师、住院医师最切实际的临床医学教育。

3. 科学研究方面：病案资料的积累可增强所获结论的准确性，扩大医学研究范围，促进医学科学发展。

4. 医院管理方面：病案是医院管理中重要的信息资料。医院内许多信息交流皆可从病案中取得，因此它是监督和检查医疗工作，进行科学管理的可靠依据。如病案记载对疾病的观察、所施医疗方法及其医疗效果，从而可以分析出整个医院的医疗工作效率和效果，以及医疗经验等等。真实完整的病案标志着医院工作人员的业务素质，为病人服务的态度和医疗业务水平。查阅一定数量的病案，可供考评医院服务质量、考核医师业务水平的参考。

5. 医院统计和疾病预防方面：病案是医院医疗业务统计的原始资料之一，是医疗业务活动数量和质量统计分析的可靠依据。根据疾病的分布和死因分析可供疾病防治、监测和领导检查工作参考。用病案做为统计的原始资料，不仅准确可靠，而且还可反馈对每个个案资料进行分析研究，显示了它与一般单纯统计工作不同的特点。

6. 历史资料：一个医院的病案客观地记录了这一单位的发展史。以北京协和医院为例，现保存着自 1914 年以来 70 余年的病案。这些病案记载了每个病人的疾病情况、诊疗方法和效果，这对于总结和了解 70 多年我国和世界医学科学的进展，各种疾病诊断治疗方法的改进，发展医学科学和人民卫生保健事业，无疑是宝贵的历史资料。病案做为一个整体，也反应了一定的社会历史状况，同时也是一部近代病案科学管理的发展史。

7. 法律方面：由于病案是病情和诊疗全过程的客观原始记录，有些医疗纠纷、伤残处理，诉讼案件以至某些个案调查，都要以病案记录做为评议、处理或判明责任的根据，所以具有重要的法律作用。

（二）病案管理的意义

病案管理就是用科学的方法，把医疗工作每个环节产生的大量信息资料进行全面系统地收集，并加以检查、整理、编号、登记、编制各种分类索引和有秩序的存贮，需用时可及时、完整、准确地提供，使资料的信息作用得到充分利用和发挥。所以病案管理是医院内重要的医疗信息管理。病案室即是医疗信息资料管理的职能部门。

病案内容各项资料完整，病人所做各项检验回报按时归入病案，病人可早日得到治疗。若管理不善，一个病人建立多伤病案，医师检查可能会按初诊病人处理，做很多重复检查，或失去前后对比，影响疾病诊疗。因此加强病案管理，对于提高医疗、服务质量、减轻病人负担、避免浪费都有重要意义。

（三）病案管理的基本任务

1. 负责集中管理全院病案。
2. 按时收取出院（包括死亡）病人的全部病案。
3. 负责出院病案的整理、查核、登记、索引编目、装订保管工作。
4. 负责临床、教学和科研以及个别调阅病案的供应和回收工作。
5. 负责办理院际病案摘录和经过医务处同意的来调接待工作。
6. 配合统计人员做好有关统计资料的整理分析。
7. 认真做好病案书写质量检查。
8. 切实做好病案贮藏室的安全和对病案内容的保密工作。
9. 根据医疗、教学、科研工作需要，配合做好随诊工作。
10. 负责医疗用表簿式样印刷前的审核工作。

11. 如门诊病案由挂号室负责管理时，挂号室应负责门诊病案的建立、供应、回收和保管工作。

12. 制定病案管理各项规章制度并认真贯彻执行。

第二节 病案管理组织

一、病案室

病案管理业务范围面向全院，并有其自身完整的专业技术，是医院内独立的科室，由院长或医务处领导。

二、病案室人员编配

病案室设主任1人，负责规划和处理本室工作。下设管理员若干人，分负各项管理工作。附国外几家医院病案管理人员配备一览表，供参考。由于病案管理工作有它的特殊性，确定编制时应考虑下述情况：

1. 根据医院病床数编设人员的同时要考虑病床周转、门诊人次等因素。

2. 根据医院的性质任务编设人员时，要考虑负有教学、科研任务的医院适当增加编制。

表29-1 国外几家医院病案管理人员配备一览表

医院名称	病床总数	年住院人次	日门诊人次	日病案周转份数	全院职工总数	其中：病案工作人员数
美国安得逊医院	1006张	12000人次		3600份		154人
加拿大多伦特医院	1000张	35000人次		4500份	3213人	115人(临时工3人)
澳大利亚皇家阿芙列德王子医院	1000张	55000人次	1000人次		4000人	55人
澳大利亚魏斯脱米德医院	850张	日均出院病人104名	500人次		3500人	54人
美国斯坦福大学医学中心	630张	23,500人次				53人
日本圣路加国际医院	360张				692人	12人外加临时工若干人

3. 根据病案数量、病案库房的大小、分散与集中等情况适当增补人员。

病案管理是一门专业性较强的管理科学。病案管理人员必须接受一定的专业教育，要具备病案保管、存贮、分类编目等专业知识，还必须掌握一定的生理、解剖、病理、细菌等基础医学和疾病分类的知识，会医疗统计、中文书写、外文打字等技能。随着电子计算机在病案管理中的使用，还必须学习掌握电子计算机技术。选用热爱专业、勤劳肯干、钻研业务、身体健康的人担任，并保持相对稳定。

三、病案管理委员会

有条件的医院可建立病案管理委员会，作为院长领导病案工作的专家参谋咨询组织，由院长、各临床科主任或高年主治医师、护理部主任、病案室主任等组成。业务院长任主任委员。定期或不定期召开会议，研讨有关病案方面的各项议题。诸如：①听取病案管理工作情况汇报。②听取对病案管理工作的意见和要求。③建议制定适应本医院病案管理系统和有关病案管理的一切规章制度，报院长审批后执行。督促指导病案管理工作。

④提出病案管理工作的改进意见。⑤拟定有关医疗及医疗统计的各种表格，审批这些表格的初印和复印。⑥讨论和确定疾病诊断和手术名称的统一命名，以及提出对临床医师在写好和用好病案方面的要求。⑦组织各种形式的病案质量检查。⑧在临床医师和病案管理人员之间发挥桥梁作用，以推进相互间的密切协作，促进病案书写和管理质量不断提高。⑨委员会每年向院长提出工作报告。⑩病案室在委员会指导下，具体执行委员会的决议，并经常向委员会报告病案管理工作情况。

第三节　病案管理业务

一、病案内容及其排列程序

（一）病案内容

病案一般由门诊病案和住院病案两部分组成。

门诊急诊病案包括首页、副页以及各种检查回报。各地保存形式不一，多以封袋或病案夹保存，有的采用硬卡式记录。

住院病案一般可分五个部分：

(1) 病人的鉴别资料（即病案首页）。

(2) 医疗部分：医师对疾病进行诊断治疗所做的各种记录。

(3) 检验记录：各种检查化验所做的检查记录和回报单。

(4) 护理记录：护理人员对病人的观察、处置、护理所做的各项记录。

(5) 各种证明文件：如手术报告、证明书等。

（二）病案的排列次序

病案记录的编排程序是按日期先后排列，翻阅时可顺序找到所需要的重点。但病人在病室治疗期间的程序与其出院后装订的程序几乎相反。特别是护理记录及医嘱部分。因为病人在治疗期间，医师所要参阅的是病人最近的病情及其医疗措施，故将最近期的部分记录放在上面。病人出院后病案装订系长久性的形式，故应依日期先后次序排列。

1. 病人在病室治疗时的病案记录排列程序：

(1) 体温表（按日期倒排）。

(2) 医嘱单（按日期倒排）。

(3) 治疗计划。

(4) 病历、病程记录、麻醉记录、手术记录（如为转科病人，则将转入科的病历、病程记录、麻醉记录、手术记录、手术后病程记录放在转出科的上面），依日期先后顺排。

(5) 各种治疗报告、会诊记录、X线报告、透视报告、超声检查报告、心电图、照片等，各依类别集在一起，按日期倒排。

(6) 检验记录单（二页以上者按日期倒排）。

(7) 各种化验回报，依日期先后从下而下的粘贴在化验报告粘贴页上，二页以上者依日期倒排。

(8) 病理检查回报依日期倒排。

(9) 治疗图表，包括整个治疗过程，各依日期倒排。

(10) 手术报告单。

(11) 住院病案首页。

⑿ 入院前门诊病案。

⒀ 行政文件、外来文件。

⒁ 护理记录。

2. 病人出院后病案装订时排列程序：

⑴ 目录页：包括诊断、手术、出入院日期等，由病案室填写，一次住院者可以省略。

⑵ 首页：包括姓名、性别、年龄、工作单位、住址等，由住院处或病案室填写，其它项目由住院医师填写。

⑶ 相片（集中按摄影日期先后放在此处）。

⑷ 住院前的门诊病案。

⑸ 病历：包括入院记录、病史主诉、现病史、过去病史、家族病史、地方史、婚姻史、体格检查、初步诊断、拟诊讨论。

⑹ 病程记录：包括治疗过程、进程记录，均按日期先后排列。其中有下列各项：病程记录、转科记录、会诊记录、X线报告、透视报告、超声检查报告、麻醉记录、手术记录、手术后记录、心导管检查报告、脑造影、内窥镜检查记录、出院记录、死亡记录、其它一切有关病程进展的记录。

⑺ 治疗图表：包括整个治疗过程，如糖尿病记录表、[illegible]血病记录表、物理治疗表等。

⑻ 治疗计划。

⑼ 化验检查记录。

⑽ 各种化验回报：按日期先后从上而下的粘贴并将结果书写于外露的右角上。

⑾ 病理检查回报。

⑿ 特别护理记录。

⒀ 体温脉搏表。

⒁ 医嘱单。

⒂ 入院证、尸体处置单、手术签字单等。

⒃ 护理病历、液体出入量记录。

⒄ 随诊或追查记录。

⒅ 来往信件、有关病人疾病治疗证明书。

⒆ 尸体病理检查回报。

排列编序是根据使用上的要求而制定的，在一个医院内必须明确规定排列次序。病案工作者整理出院病案时一定要按照规定的排列次序严格执行，以利查找。

二、病案编号系统

病案管理工作的首要问题就是要制定出适合本医院情况的病案系统和管理方法。系统的建立影响着管理方法。

病案系统可以分为整体制和分散制。但从医疗、教学、科研对资料使用的实际价值和病案管理工作的理论来讲，病案资料的积累应当采用整体制。因为它体现了在医学实践和医学科学研究中，是以一个病人为整体，而不是依据某一时期的诊治或某一局部疾患的诊治过程分类。

病案管理以编号管理较为简单、易行，有利于使用和便于管理，它易贮存，易检索，

适用于电子计算机处理。

(1) 编号系统有：一号集中制（简称一号制）：即门诊或住院病案统一使用一个编号。有条件的医院可将放射、病理、心电图号等均以病案号为基础统一编号，以保持病案资料的整体性和连续性。

(2) 两号集中制（简称二号集中制）：即门诊和住院病案分别编号，门诊病人使用门诊病案号，如住院时又给一住院病案号，其门诊病案并入住院病案内，原门诊病案号不再使用。病人出院后，来门诊复查或再次住院时，均使用住院病案号，以保持病案的完整性和连续性；但工作复杂，容易发生号数混乱。

(3) 两号分开制：即门诊、住院采用两种编号，分开管理，并采用互相摘要的办法，以保持病史资料的连续性和完整性。

三、病案存放

（一）按姓名集中存放

这种管理方法系以病案上病人的姓名为依据，以笔画的顺序、四角号码、注音字母、汉语拼音等的编排次序来固定病案的存放位置。前两种方法由于文字简化，使用上有一定困难。

这一方法可以免掉编号和姓名索引等工作，节省人力物力，工作简便敏捷，较适用于病人流动量小的门诊部或职工保健所，不适用于病人较多、病人流动性大的门诊或医院，尤其是负有科学教学任务的大中型医院。因为病人同名同姓者多，从病案架中不易查找，且病案发展迅速，随着存放面积逐渐扩大，查找病案活动范围也将日益扩大，所以很难做到敏捷迅速，满足多方面对病案使用的需要。

（二）按疾病分类集中存放

把病案按照疾病分类集中存放的方法，虽然便于研究人员从病案架上自行找取所需要的病案，用完后亦可自行送归原处；但对其它方面利用病案不便，而且并不能省略病案的编号、建立索引卡片等手段。因此必须要用更多的卡片登记才能保证找到所需要的病案，如遇一册病案上有三种主要诊断，就必须建立更多的卡片来指示这册病案放在哪种疾病中，因此此种方法多不被采用。

（三）按序编号存放

病案编号的目的是便于管理。大量病案利用编号法进行登记、编制索引、排架存放，是保证迅速、准确提供资料以及满足各种要求最简捷的办法。此法已被广泛采用。

（四）冠年编号存放

(1) 一般认为没有必要在病案号前加上字头或年代。如欲了解病案发展状况，只要把年末的病案号与年初新建的病案号对照。

(2) 冠年办法没有避免号数过大担负在没有启用编号之前就扩大了两位数字。

(3) 字头更换越多越会造成工作的混乱。连续填写使用病案号较冠年加字更为自然。

(4) 现国内外经常使用的数码，七位数字并不罕见。可分段书写、使用，更能减少使用中的差错。

（五）病案存放期限

根据卫生部《全国医院工作条例》规定：住院病案原则上应永久保存，门诊病案没有具体规定。

病案的保存期限，在技术先进的国家虽然广泛采用了缩微照相技术储存资料，但很大一部分人还是喜欢使用原始病案。美国及澳大利亚政府规定病案保存25—30年即可销毁，但许多医院仍然保存着大量的老病案。例如美国斯坦福大学医学中心为保存年代久远的病案，在距医院两里以外地区建造病案库房来保存着大量的老病案。从积累资料的观点出发，病案保留的时间当然越久越好。以北京协和医院的近70年病案来看，除了为医教研提供了大量丰富资料外，同时对研究近半个多世纪的医学发展和社会历史状况都具有参考价值。例如该院对子宫绒毛膜上皮癌诊断、治疗研究工作不断取得巨大成就的原因之一，正是由于病案室积累了大量病案，为之提供了可供研究的信息资料。然而，也不是所有病案都有同等保存价值，应当进行选择性的处理淘汰，或做缩微相片保存。如丘财康、王存柏这一类标志着医学进展的病案记录乃是医学史的珍贵资料，应当永久保存；有医疗教学研究价值的或某些伟人的病案应长久保存；至于某些确无参考实用价值的病案，做出登记后就可以销毁。但在决定处理之前，应采取筛选和过滤的办法，将近期又来复诊的病案挑选出来，妥善保存。

门诊病案有的保存10年或15年。国外规定15年。从医疗角度看某些疾病间隔15年，与当前疾病处理上确实关系不大。但有些病例的诊断治疗与当前的疾病关系密切，例如1938年在北京协和医院皮肤科门诊诊断为眶部血管瘤进行放射治疗的一位病人，于44年后的1982年肿瘤复发，病案人员找出了当年治疗的病案记录及当时病变部位的病理照片，皮肤科医师参考此病案记录，立即决定了治疗方案，这一案例提示我们，处理和销毁时也应采取选择和滤过的方法，硬性的以年度为界限进行处理比较缺乏科学态度。有些病案虽保存已满15年，但仍在继续进行复诊，类似此种病案仍须继续保存。

四、病案管理的基本方法

（一）病案的建立

为病人清楚、准确、完整地填写病人姓名以及有关项目而建立病案，是病案管理的第一个环节，其次要准确掌握病案号的使用，不重号，不漏号。同时要严格控制每一病人在院内只能建立一份病案。因此必须在病人建立病案之前，先按照病人的姓名及有关项目，查找病人姓名索引，确认其未建过病案再予建立，以杜绝一人建有两份或多份病案。

（二）编制姓名索引

编制病人姓名索引建立索引卡片是病案管理中最基本的工作。编排病人姓名索引的方法很多。常用的有汉语拼音、四角号码、五笔检字法等。只要确定编排原则，掌握方法，认真操作，核对无误后，使用、查找都可达到迅速、准确、简单易行的效果。

（三）登记工作

在病案管理工作中经常根据不同的目的和要求，对资料的内容进行选择性的或提纲式的摘记，形成系统的永久性资料，便于管理和应用。

1. 住院病人登记：是统计的原始资料。可根据病人入院时间查找病案，登记总目录可确切掌握住院病案全貌，对有些项目，查找极为方便；对诊断符合情况一目了然。其项目有病案号、病人姓名、性别、年龄、生日、籍贯、入院及出院日期、科别、病室以及其他按需要登记的项目，如出入院诊断、手术、治疗结果等。登记形式一般有书本式及卡片式，可根据采用的病案系统而定。见表29-2。

表 29-2　住院病人登记

住院号	病人姓名	性别	生日年龄	籍贯	职业	入院诊断	出院诊断	手术	出院情况	入院日期	科别病室	出院日期
1201	王　凯	男	26	江苏南通	工人	血吸虫病	同		未愈	1987-1-6	内8-2	1987-1-28
1202	刘小改	女	49	北京	农	卵巢囊腺癌	同	卵巢卵管切除	愈	1987-1-6	妇8-0	1987-1-19
1203	张佑和	女	36	天津	教员	腹痛待诊	胆道蛔虫		好转	1987-1-6	内7-1	1987-1-9
1204	姚　量	男	29	江西九江	木工	胃溃疡				1987-1-6	外7-2	
1205	罗定远	男	71	四川三台	退休	老年性白内障	同	冷凝摘除	愈	1987-1-6	眼6-1	1987-1-27
1206	苏继昌	男	47	北京	电工	股骨头骨折				1987-1-6	骨7-2	
1207												
1208												
1209												
1210												
1211												
1212												
1213												
1214												
1215												
1216												
1217												
1218												
1219												
1220												
1221												
1222												
1223												
1224												
1225												
389	李　宁	女	65	北京	主妇	脑出血	同		死亡	1987-1-6	神8-1	1987-1-6
574	余志礼	男	18	山东济宁	学生	急性白血病				1987-1-6	内8-3	

注：双线以上按编号顺序登记者为第一次住院的病人，用蓝色墨水登记。双线以下为再次住院病人，依入院日期用红色墨水登记。

2. 各科出院病人登记：系按住院病人出院时的科别、出院日期的先后登记，可按出院时间查找病案，并借以掌握住院病案的完成归档情况。主要项目有病案号、病人姓名、性别、年龄、出院及入院日期、科别、出院诊断等。见表 29-3。

表 29-3　出院病人登记　　科别

年　月　页

病室	病案号	病人姓名	性别	年龄	出院诊断	手术日期	手术	切口愈合	结果	费用		入院日期	出院日期	住院天数
										药费	血费计			

3. 死亡与尸体病理检查登记：这是统计的原始资料，也是病案管理工作中的一项永久性的登记。通过它可以掌握全部死亡和尸检的病案，并统计出医院内某一时期的死亡及尸检情况。若能将死亡诊断和尸检后的病理诊断一并登记，更可以得出临床与病理诊断的符合率，以了解医院的诊疗水平。医院领导也可以从一定时期的死亡病案中分析死亡原因，检查医疗工作质量。一般登记项目为病案号、病人姓名、性别、年龄、死亡日期、科别、死亡诊断、尸检日期、尸检号及病理诊断等，见表 29-4。

表 29-4　死亡及尸体病理检查病例登记

病案号	病人姓名	性别	年龄	死亡诊断	死亡日期	科别	尸检日期	尸检病理诊断	尸检号	备　注

4. 转科登记：为统计的原始资料，也可以作为提供病案的原始资料。如病人原转出的临床科要讨论该例病案时，可以从这项登记找出病案。主要登记项目有病案号、病人姓名、性别、入院日期、转出科别、转入科别、转科日期、诊断等项。

5. 诊断符合情况登记：既是统计的原始资料又可作为病案管理永久性的资料。通过它可以掌握入院、出院诊断的符合情况，了解医院或某位医师的诊断水平、业务能力，并可查找个案或某一时期的误诊漏诊病例，总结经验教训，也可用于考核晋升干部时参

考。一般登记项目为病案号、病人姓名、性别、年龄、入院日期、科别、入院诊断、出院日期、出院诊断、医师等。也可将门诊诊断、术后诊断、病理诊断一并登记，视要求和需要决定，见表 29-5。

表 29-5　诊断符合情况登记

科别

年　月　页

病案号	病人姓名	入院日期	出院日期	门诊诊断	医师	入院诊断	医师	术前诊断	医师	术后诊断	医师	病理诊断	医师	出院诊断

6. 病案首页的填写：这是病案管理的一项极为重要的工作，应由病案室设专人负责掌握病案首页的登记、检查、核对工作。

（四）病案整理工作

这一工作的主要内容是病案资料的收集、整理、编排、检查、装订、归档、排放等任务，还负责检查医护人员书写病案的质量，住院处、病案室所做登记工作的质量，是一项极细致繁重的工作。

为做好这项工作，一定要把好病案书写质量一关，敢于坚持原则、认真负责，要求填写项目准确、齐全，书写工整。这是一项复杂、细致的工作。

（五）疾病分类和手术分类索引编制

1. 作用：疾病分类和手术分类编目工作，是病案科学管理中的一项基本工作，是医学统计和卫生统计的基础工作，可为评价和反映医疗卫生事业的质量和发展提供统计资料。疾病分类常用的统计指标有患病率、发病率、病死率、因病缺勤率等。通过对疾病的统计，以评价医疗质量，了解发病情况，并为开展医学研究工作提供数据和资料。通过分类，资料积累集中，查阅方便，分析研究能获得较多数据，便于加工归纳。

2. 疾病分类方法：做好疾病分类编目，必须有统一的疾病名称，以科学的分类为依据。目前我国医院使用的疾病分法有以下几种：

⑴按美国医学会编《疾病和手术名称分类》一书（1959年周倬然、刘钰泉译本）编制索引：其分类法是以疾病所涉及的身体解剖部位及疾病原因为两个轴心的形式，形成一个完整的疾病诊断。全书解剖部位分为 11 大类，病因分为 13 大类，采用两组号码对疾病进行编码。一组号码代表致病因素，两组号码用连接号“—”联结一起，成为疾病名称的编码。如“肱骨骨膜炎，急性链球菌感染”其编码为 230.4—102。全书有一部完整的编码，但由于结构过于严谨和烦琐，编码位数可多达 10 位，给实际操作带来一定困难。1965 年美国医学会决定不再使用此书分类，而改用国际疾病分类法。

⑵首都医院（北京协和医院）1980 年编写《疾病分类及手术分类名称》一书分类法，该书分类以解剖系统部位为主，病因分类为辅，并以两个轴心的形式形成一个完整

疾病诊断。解剖系统将身体各部按解剖部位分为13大类，均设编码代号，如皮肤（1□□—），乳腺（12□—），视觉器官（2□□—）等等。这样每一疾病都可按其所侵犯的人体部位和系统器官编入适当的解剖部位。病因共分15大类，凡致病原因性质相近者均归入一大类内，如遗传、先天畸形、发育不良等均属第一类（A□□），发炎、感染及炎症后果等属于第二类（—B□□），其代码以英文字母表示。这样任何一个疾病，均按部位—病因（□□□—□□□）的分类法予以一个组号，组号后还可增加尾码，表明病患的具体部位和致病因素，如大腿挤压伤，其编码为08200—ELF70。

手术操作方法共分10类（—S□□），如切开术、修补术等，施行手术的部位统一使用疾病的解剖系统编号。

由于该书采用解剖--病因两个因素来表示一个完整的疾病诊断，它就不可避免地出现编码位数较多，细微编码难于掌握，要求每一个编目人员不仅要了解每一疾病发生的解剖部位，更要知道它的致病因素才能编号。又由于此书与国际间进行资料交流时还需对疾病进行国际疾病分类编码的转换，从而增加了工作量。

⑶ 世界卫生组织编《国际疾病分类》一书分类法：国际疾病分类方法渊源于1853年在布鲁塞尔召开的国际统计会议（International Statistical Congress）上提出制定世界范围使用的统一名称。在1855年的第二次大会上，英国的William Farr和瑞士的Marc Despine各自提出方案被综合成138个类目的分类表，并在大会上通过，以后又修改四次，德国的Jacques Bertillon编制的国际死亡原因分类表就是以此为基础。1893年Bertillon提出的国际死亡原因分类被国际统计机构所采用。自1900年法国政府组织了早期的每10年举行一次的国际性修订会议始，至世界卫生组织（WHO）1948年接管的第六次修订，规定出生死亡原因、死亡证明书的形式，充实发病和死亡的分类内容，开始生命和健康统计的国际合作，成为国际生命和健康统计的里程碑。从第六次修订本以后，除疾病死亡统计外，开始应用于疾病管理等方面，还应用于病案的索引、编制、检索、有关卫生服务的计划、检查和评价的统计。并自三位数字编码系统向小数点下发展。1975年的第九次修订本（简称ICD-9）充实了许多方面的内容，如神经系统、围产期情况、运动系统、外伤及中毒等。为了适于基层进行疾病统计工作，又以具有307个类目的基础类目表（basic tabulation list）中摘出56项制成简化的死亡类目表和疾病类目表。世界卫生组织曾提出在全世界范围使用国际疾病分类法进行疾病统计、病案管理的号召。目前世界卫生组织的成员国均已采用，并在有些国家已实现电子计算机检索。为了使我国的疾病分类和死因分类逐步实现国际标准化，便于国际间卫生统计信息交流对比，我国卫生部曾于1985年发出（85）卫计字第244号文件，决定在我国推广使用国际疾病分类（ICD-9）进行统计和医院病案检索。北京协和医院世界卫生组织疾病分类合作中心编译出版了中文本《国际疾病分类》第九次修订本第一、二卷。卫生部计财司、医政司又委托该院研制出国际疾病分类（ICD-9）和医院病案首页管理系统微机软件，1986年9月经卫生部司局级技术鉴定通过，并决定向全国推广应用。

国际疾病分类（ICD-9）共两卷，第一卷为《疾病损伤和死亡原因国际统计分类手册》，包括7项内容：①前言；②三位数编码的疾病分类类目表；③内容类目表与四位数亚目；④死亡原因的医学证明和分类规则；⑤特殊类目表；⑥疾病统计分类中若干名词

的定义和对有关问题的建议；⑦世界卫生组织关于疾病和死亡原因的命名规程（包括统计的编制和公布）。其主体是：内容类目表与四位数亚目”。这个表的目录共分17章，也就是把疾病、损伤和死亡原因分为17个部类，909个类目，三位数编码001—999（含91个空码）是ICD-9的基础编码，它只代表最多见的诊断记录，而不反应某个分类的基轴。后又将病伤分类在三位数类目后再加四位数亚目和第五数细目（0—9）并用圆点和前面三位数分开，以表明亚目和细目。例如：011肺结核病，011.0肺结核病，浸润型011.02肺结核病，浸润型，痰显微镜检查有结核杆菌。

ICD-9没有确定一个统一的分类基轴，只倾向于按病因分类，但却尊重医学记录的实际情况，所以它在一定程度上也对医疗保健工作的水平有所反映。ICD-9还有两个补充分类：损伤和中毒的外部原因补充分类，编码为E800—E999，共192个类目；影响健康状态和与保健机构接触的某些因素的补充分类，编码为V01—V82，共77个类目，做为外部原因和某些情况的补充分类。

第二卷为汉语拼音字母顺序索引，包括三个部分：①疾病和损伤性质索引；②损伤的外部原因索引；③引起中毒或其它有害数应的药物和其他化学物质索引。

索引是按汉英对照方式编译，按汉语拼音字母次序排列，每条索引后标明分类的编码。索引分类编码虽与第一卷一致，但其条目总数却超出手册的几倍，共有54000多条目的疾病、损伤、药物及化学物质等术语，包括大量在第一卷中未出现的诊断术语，汇集了多数国家和地区常见的诊断名称，包括某些有关的俗称、俚语。索引是第一卷类目表的必不可少的组成部分，是指导编码人员正确分类编码的必备工具。

为适应各个地区和各种专科不同的特殊要求，世界卫生组织还编印了《国际医疗操作分类》，以满足对外科和非外科医疗操作和手术分类的要求。此外还编印了《肿瘤学国际疾病分类》、《牙科和口腔科疾病分类》、《眼疾患分类法》、《损伤、能力丧失、障碍残废分类法》等作为ICD的补充分类。

利用ICD—9进行病案疾病分类编目工作的实践，证明ICD—9用于医学资料编目和检索，其优点是编码位数少，系统层次比较清楚而且实用，使用操作比较简便，易于培训编码人员掌握使用。不仅可以用于疾病统计、死因统计，也可以满足医疗、教学和科研等方面的需要。使用ICD—9编码是符合以最小的劳动取得最大效益的原则。

3. 疾病及手术分类索引目录卡片的编排方法：一般有卡片式、活页式和穿孔卡片式等，常用的为直立卡片式索引。这里仅简单地介绍一般常用的直立卡片式中的两种方式。

(1) 一式：按《国际疾病分类》第九次修订本一书编码顺序排列，排列方式如 图所示。

编码240—246为甲状腺疾患，240为单纯性及未特指的甲状腺肿，240.0甲状腺肿，特指单纯性。240.9甲状腺肿，未特指者。由于ICD—9编码一般由三位数或四位数组成，在设置指引卡时，编码即标明了其所包含的内容范围。一般按两级分类设置指引卡片即可。如在四位数编码后加入详细编码，可于四位数指引卡之后的右栏增加一级指引卡片。

疾病编目卡片可分为填表式和代号式两种。填表式都是根据各院需要事先印好的卡片，编目人员根据表格项目逐项填写。代号式多用空白卡片用打字机编制索引。其优点

是清楚、整齐，长期使用字迹清晰。见图 29-1。

240.0	单纯性甲状腺肿
1987	
142389	36F12W1A
143256	24F15W1A
151215	30M10W1A

图 29-1

说明：142389 病案号；36 年龄；M男、F女；12 住院日数；W科别（以汉语拼音字母代表，如W外科，F妇科，N内科等，亦可自行选定代号）；1 表示治疗结果（1 治愈，2 好转，3 未愈等）；A表示出入院诊断符合情况（A符合，B不符合）。索引卡片大小以 7.5cm×12.5cm为宜。

⑵ 二式：排列方法是按《疾病分类及手术分类名称》一书分类法，以疾病诊断名称的汉语拼音顺序排列。指引卡标以部位或病名，索引卡主题为疾病名称或手术名称按汉语拼音顺序排列。

索引卡内定期计入属于各该诊断或手术名称的病案号、年龄、性别、住院日数、治疗情况、诊断符合情况等项目。索引卡片大小以 7.5cm×12.5cm为宜。卡片排列保存于相应的卡片柜内。

疾病分类索引的编制，分为单纯索引、简单交叉索引及复合交叉索引。

单纯索引便于一般病案管理工作使用。其方法是每册病案内所列的各种疾病诊断，均按疾病分别编入索引卡片，各种疾病彼此没有联系。其优点是编目时手续简便，但这种方法提供病案时对某一疾病和某些病相关的病例往往不能具体指出，因此必须从大量病案中再挑选适用的病案，缺点是费时费力。

简单交叉索引除每一诊断编制索引卡外，另在第一诊断索引卡后增设同每个诊断互相交叉的索引卡片。其它诊断索引后增加与第一诊断交叉的索引卡片。

复合索引是不分主次要诊断，不论疾病诊断有几个，一律彼此互相交叉。如果一册病案有 6 个诊断，每个疾病索引卡后都要设有其它 5 个诊断的索引卡片。这种方法提供病案很具体，但在编目工作上负担太重，操作复杂，卡片膨胀很快，利用率不高。有些单位采用诊断编码的方法，在每一病例后用编码注明复合交叉的诊断，减少了卡片的膨胀。

目前很多单位结合疾病的特点，以单纯索引为基础，由负责医师鉴别确定某些必要的合并症，增加卡片进行简单的交叉，比较实用。电子计算机技术的使用为索引的编制创造了良好的条件。

4. 电子计算机的应用：电子计算机技术在医学领域及信息资料方面已得到广泛应用。1986 年卫生部在推广医院管理系统应用微机软件中，病案管理及疾病分类为六个软件模块之一。由北京协和医院负责研制的国际疾病分类（ICD—9）和医院病案首页管理系统微机软件，经该院实际运用，于 1986 年 9 月通过卫生部司局级技术鉴定，卫生部并发出（86）卫计字第 244 号《关于推广医院管理系统应用软件的通知》，向全国医院

推广。

这一软件包括了国际疾病分类（ICD）编码字库，病案首页的内容等32项功能，为适应科研对病案编目需要在原四位数编码后又扩展了两位编码，达到了一病一码的要求，有利于计算对某一具体疾病的检索。这一软件功能如下：

你对哪些项有要求，请做上标记(标记任意)：

ICD码	住院次数	诊断次序	诊断符合
转归情况	实验证实	手术否	尸检
手术码	手术次序	麻醉方式	切口情况
愈合情况	手术医生	手术日期	姓名
性别	出生日期	年龄	婚姻情况
籍贯	职业	民族	科别
病房	主治医生	住院医生	入院日期
出院日期	住院天数	入院诊断	付款方式

美国各医院病案管理使用电子计算机比较普遍，除病案疾病分类系统外，病人的姓名索引，入院、出院、转院系统，病案控制系统，赔偿系统等都用电子计算机进行管理。美国政府规定每一出院病人必须由病案管理人员填写一份病例摘要。

由美国7家电子计算机公司负责资料的贮存，每个月初将有关资料、统计数据反馈给各家医院。根据这张表格，医院和卫生行政部门可以取得很多重要的数据，实行有效的管理。其疾病诊断采用了国际疾病分类临床修订本（ICD—9—CM），为适合临床需要将疾病编码扩展到五位数。手术操作亦参照国际医疗操作分类进行了改编。美国出院病人的病例摘要表可供我们使用电子计算机进行病案管理作为参考。

（六）病案排架保管及供应

1. 排架病案必须经常有次序的入档保存，不错、不丢、不乱，为病案随时供应使用创造条件。病案的排列方法一般多采用：

⑴ 按编号系统排列法（序号排列法）：即按号数大小前后排列。这种方法简单易行，我国使用较为普遍。其缺点是错排的机会较多。

⑵ 尾号排列法：把病案按尾数排列，其排列形式是把病案号分作三段，第一段是末尾两号叫尾号，第二段是中间两位数叫中间号，第三段是最前面的数字称查找号。排列时以末尾两位数字按00—99分为100个组别排放，同一尾号的病案排架时再以中间号按00—99做为排列顺序，即00—00；01—00；02—00；直到99—00。分好尾号和中间号的病案插放时，再按查找号从00—99排列次序，如51—01—00；52—01—00；53—01—00。尾号排列的优点是发展的病案排列平衡，因用尾号排列，如使用一百分病案，它们平均分布在很多架子上，不是集中于一角，同时可以减少病案排架拥挤，大量倒架移动工作，便于分工负责。尾号排列每份病案排架清楚，可提高工作效率，减少工作差错。若在病案封皮上按不同的尾号饰以不同颜色的标志，还可进一步加速工作效率，杜绝差错。

此外尚有按疾病分类排架，以汉语拼音按姓名排架法等。这些方法存有大量病案资料时，远不及按编号法排架手续简便，查找迅速。

2. 保管：做好病案保管工作更重要一环是建立健全病案管理规则和使用制度，严

格执行病案供应使用的登记手续。病案供门诊使用或调离病案室都要认真登记，切实掌握病案的去向。退回的病案要逐份检查内容是否完整准确，对破损的病案和散在的单页要及时粘贴修补，消除借出时的登记。随时掌握病案的流动情况，才能为做好供应工作打下基础。

3. 供应：病案管理的目的是为了保证供应，使病案的作用得以发挥。

病案供应工作除根据各方面需要查找调出病案外，还包括供应登记、运送、回收、整理、粘贴化验回报及归档等项任务。此项工作工作量大，时间紧迫，程序和环节多，要做到病案供应及时、准确、全面，工作人员必须掌握病案管理的全面知识使病案管理井然有序、不丢、不乱。

（七）随访工作

随访是医院医疗、教学、科研活动中一项重要的工作。通过随访和病人保持联系，不断取得有关诊断治疗效果的信息资料，进行总结分析，从而达到提高医疗质量和发展医学科学的目的。

1. 随访方法：根据医疗科研任务的需要，一般有定期随访和专题随访。①定期随访：又称常规随访。由临床科室确定随访病例的种类范围，随访组的同志制定常规随访卡片、随访年月活动卡片。依据病种的性质按照规定日期随访（如每6个月、1年、2年）。②专题随访：又称临时随访。用于临床疗效观察，总结经验或进行某项专题研究，按医师设计要求进行随访，因此对随访的时间性要求较强，应在指定时间里对选定的一批病例普遍随访一次，限期完成。

2. 随访方式：一般为预约病人来院复查。在条件许可的情况下采取复查方式，有利于医师对疾病的具体了解，指导病人恢复健康，对于外地远路来院不便的病人，适宜采用文件的方式向病人调查。可根据不同病种制出专题调查表，按时投寄病人进行信访联系。如能到病人的单位或家庭访视，不仅能了解到病人的真实情况，也体现了在社会主义制度下广大医务人员对于患者的关怀照顾。

3. 随访工作程序：为了开展好随访工作，应建立必要的随访索引卡。随访卡片可由主管医师或随访人员填写，按规定随访日期排放，以便按时随访。收到病人回信时，应将回件连同病案一并交主管医师以供研究参考，确定下次随访日期，送还病案室。随访人员需将信件归入病案，随访情况摘要登记在随访卡片上，并注明下次随访日期，将卡片放入下次随访的月份内。如原件退回应再按其它地址寄发随访信。若原件未退回，又无回信者，应再发信催促病人回信。再得不到回音或病人已经搬迁，可通过病人的单位，当地卫生机构或公安派出所协助查访，以便获得新的线索进行随访。如得知病人已故，要记载在随访卡片内，通知主管医师做随访结束处理。随访结束时应将随访结果记录于随访卡片内，以便提供远期疗效和实际治疗的效果。对于来院随访的病人，医师和随访工作人员应热情、诚恳的接待，并以负责的态度认真解答病人提出的有关问题，争取病人与医院合作。

五、病案室建筑和设备

（一）病案室建筑

在拟定病案室建筑设计时，必须考虑下列各点：

1. 建筑地点要结合病案管理工作体系考虑如住院病案与门诊病案分开保管则门诊

病案室应靠近急诊室，住院病案室可靠近图书资料室或住院处。

2. 建筑面积：根据医院的床位、门急诊工作量以及医院的远景规划考虑病案及其索引卡片储存室、办公室、阅览室的建筑面积。估算每年实际出院病人数和门诊病案发展量考虑。一般医院大约每出院一万病人，约需病案架 $3m^3$，相当于 $5\times2\times0.3m$ 6 层病案架一只，占用房屋面积约 $5m^2$。（不包括索引卡片柜所占面积）。

3. 建筑形式：以上下两层为宜，上层设在一楼，下层为地下室。上层设置办公室、病案和各种索引、登记资料室、随访人员办公室、阅览室，房屋相通便于联系。挂号应设在大厅前面，门诊病案供应工作与挂号室相连。病人的姓名索引放在挂号室内便于门诊病人查号使用。要说明的是一个较大医院的上层病案储存室，应有容纳最近 5 年活动性病案的空间，至少须设两个以上的阅览室。

下层为地下室，最好与上层病案室设在同一垂直位置，可设自动升降机和楼梯上下相同。这是病案的储存库，存放至少 5 年以上活动性较小的病案。但这种活动程度须由上层容量决定。主要放置病案架。

4. 建筑要求：内部构造应注意光线充足、通风良好。有防尘、防潮、防火、暖气以及自动化传递病案设施。

（二）病案室的主要设备

1. 病案架：国外已有半自动和全自动查找和归档病案的设备。我国也有许多厂家生产金属制造的开放型和密集型的自动或手摇的病案架。为便于迅速查找供应，活动性强的病案最好用固定式开放型的病案储存。病案库房内为增加病案的储存量，存放活动性小的病案可采用活动式的密集型病案架。对于使用频繁的病案不适宜用密集型病案架储存。

2. 自动运输设备：工业较发达国家早在 30—40 年代开始设有利用压缩空气通过管道的输送系统。近来已用传带递送病案。如北京医科大学的附属医院先后安装了光电传送病案的运输设备，减轻了病案工作的劳动强度。

3. 电子计算机：利用电子计算机登记、索引贮存、检索病案，从而提高工作效率。较先进的国家电子计算机已成为病案室不可缺少的设备。

第四节　医疗表格管理

一、医疗表格作用

病案资料的组成来自临床工作的各种记录，其中包含着医疗护理、医技工作的各种信息。为了做好各项记录，并便于收集、管理、贮存和使用，根据需要记录的内容和要求，制定出各种不同形式的表格用来填写记录，是一种全面收集资料的较好方法，已被国内外病案工作广泛采用。医疗表格的作用主要有：

1. 记录：病案采用一定的表格来做记录，有助于全面完整地收集资料。特别是有些表格经过多年实践，历次修改，必要的项目均已列入表内，医务人员按照表格列入的项目逐一填写，既能保证医疗工作质量又可全面地收集资料。否则就往往容易漏项，影响医疗效果或造成病案资料残缺不全，降低它的价值。

2. 填写方便：由于制定的印刷表格，把需要记录的项目均已列出，填写方便，节省时间，提高工作效率。

3. 项目清晰：有些连续观察的记录，采用表格及图表形式，易于记录，使人一目了然，便于对比。

4. 易于统一标准：用统一表格填写记录，可以取得规范化的效果。资料的项目内容统一，标准一致，便于分析研究。特别是利用电子计算机输入贮存资料时，必须要有统一的程序记录。

5. 容易管理：使用统一表格，可使病案记录整齐划一，易于管理。但是也还应该认识到，由于表格印制都有固定项目，记录人经常是按表填写，不再过多地思考而受到一定的限制。随着医院科研工作的发展，和电子计算机的应用，在总结使用时对某些表格设计项目不够完整的还应进一步修改完善，充分发挥表格的优势。

6. 减轻书写病案时间：对表格的使用应结合临床各科的实际情况而定，如产科病案，项目比较固定，变动不大，偶有变动也不需要较多的文字说明，使用表格填写可减轻书写病案时间。但对病情复杂，变动大，涉及范围广的科室，就不宜采用表格来填写病案，以免影响病案质量及医师诊疗水平的提高。

二、医疗表格种类

医院内使用的医疗表格是多种多样的，常用的表格大致分为四类：

1. 诊疗记录：主要是医师询问病史和进行检查诊治的记录，如入院记录、病程记录、普通病历、出院记录、会诊记录等。这些表格仅固定一小部份格式外多用文字描述，力求简明、扼要、准确、可靠，以不影响医师对疾病的观察、综合分析、鉴别诊断的能力为原则。

2. 护理记录：国外医院一般都有详细的护理记录，记载病人的主诉、病史、病情变化、治疗措施等等。对病情记录的详细程度往往超过了医师的记载，是病案内很重要的组成部分。在中华护士学会的倡议下，很多医院已重视了护理记录。一般护理工作记录有：体温单、液体出入量、特别护理记录等。因其项目比较固定多用表格形式。

关于护士抄写医嘱的做法，不宜提倡。因为护士抄写医嘱等于要护理人员负责，一旦发生问题不好追究责任。还是由医师直接书写在医嘱单上为妥。

3. 各种检验记录：医院内检查治疗的项目很多，每项检查都具有专业性，其项目比较固定，如各种检查回报、心电图、纤维内窥镜检查记录等，可利用固定的表格填写。

4. 其他记录：如证明书、手术报告单、病案首页等，均可用固定表格填写。为了便于利用电子计算机储存信息，表格的设计应符合电子计算机的程序要求。如美国医院应用电子计算机进行病人姓名索引、病人入院、出院、转院系统、病案控制系统、疾病分类和手术操作系统、赔偿系统等。

三、审核各种表格设计的原则及注意事项

1. 内容类似可以代用的表格，应与表格设计单位协商，避免重复。

2. 在印制新制定的表格之前，最好有一段试用期。在试用期可刻蜡板油印临时性的表格，通过试用使其内容较为完善，再正式印刷，避免浪费。

3. 对每一新的表格设计，要切实注意记录的完整性和实用价值。复印的表格，在送出印刷前，应再征求有关科的意见，进一步完善。

4. 根据各种表格的不同使用情况，提出对纸张质量及大小规格和印刷字体的要求。

5．在表格中，对一些固定项目，如性别的男与女和婚姻状况的已婚与未婚者字样，以不印出为宜，最好只印项目，如性别二字，而留出空白供填写男或女，就不易出错。

6．凡医疗表格的表头都必须印有医院名称和表格的标题，左边留有一定宽度的装订线，病案号一项统一固定印在表格的右上角，其它各科室的编号，如X光号、病理号、心电图号等，不要与病案号并列印在右上角，减少和避免在填写病案号上的混乱。

7．每一种表格应有统一编号，经审核同意付印的新表格，应给予一正式编号，每一编号的表格应备有一份样品存查。

表格的审核是一项复杂的工作，掌握不好，会造成表格重复、混乱、浪费。表格的印刷应由病案室主管表格印刷人审核同意后，填写印刷表格申请单，由总务部门对外联系印刷。印刷表格申请单如表29-6。

表29-6　××医院　　编号……

印刷表格申请单　　年　月　日

申请单位		申 请 人	
品　　名		规　　格	
数　　量		用纸要求	
是否看样		使用日期	年　月　日
申请理由： 单位负责人：			
病案委员会 审 核 意 见			
主管意见		格 式 号	
用纸品名		校 对 人	
原纸数量		经 办 人	
交稿日期	年　月　日	印刷厂名	
印刷墨色		交货日期	年　月　日
装订要求		印厂经办人	
备　注			

马家润

第三十章　医学情报资料管理

第一节　医学情报管理

一、医学情报工作的概念

情报是为一定的对象服务的。在医学科学领域里，医学情报是为医务工作者传播、报导系列化的医学科学领域中的新的知识信息，并进行必要的预测和反馈。医务工作者猎取医学情报为的是战胜疾病，抢时间挽救生命，这就要求提供的情报具有很强的实用性与时间性。当今科学技术迅猛发展，与医学科学相互渗透，医学科技情报已成为一种普遍的社会需求。在医学科学领域，大量医学文献的涌现，使医学科研人员迫切希望在众多的、零碎的、分散在各种图书、期刊、声像等的文献资料中尽快获得对自己工作有借鉴、参考、促进作用的医学资料，但仅靠医务人员自己的精力去寻找，难以达到全面、快速的效果。情报系统、情报机构的出现，就为适应这一客观需要。因此在医学情报资料的搜集、分析、整理、加工方面要求传递时间快，知识面广，信息量大，内容可靠，准确度高，适于对象使用。情报的使用价值有大有小。使用价值的大小和所提供情报的类别、深度广度、精确度，以及接受情报的人的需求程度、理解能力、科技水平、实践经验等等，都有着密切的关系。对医学情报工作人员来说，要求在情报的搜集与分析、情报资料的形成和管理方面，采用科学的方法，以适合对象的现状和需要，产生最大的效应。

二、医学情报工作的社会价值和作用

（一）社会价值

医学情报工作的社会价值，就在于真正实现经过搜集、整理、加工的文献价值，即让文献在医学研究和临床医疗中充分发挥其应有的作用。医学情报资料部门所收藏的医学文献资料是一种医学信息。其信息的价值表现为实用性和时间性两个方面，两者分别是指获得的文献资料新颖、准确、实用和搜集快、整理快、传递快。“快”是信息社会的一大特点，“快”就能获得最大的价值。医学情报部门收藏的文献资料价值可分为输出价值和潜在价值。输出价值是处在流通领域的、被发现和利用的部分，实用性和时间性寓于其中，潜在价值则是指未被置入流通领域、未被发觉和利用的部分，情报部门不去开发，随着时间的流逝，就会失去价值，造成巨大的财富损失。文献资料价值的实现，归根到底在于利用，在于流通。有用的医学文献资料没有被医务人员所利用，这就变成了潜在价值。所以，通过医学情报部门的努力，多渠道、多途径地扩大流通，让潜在价值变为输出价值，更好地为医学科研和临床服务，让医学文献资料为整个医学领域共享，才能真正实现医学情报工作的社会价值。

（二）作用

医学情报是医学科学研究必不可少的重要依据。医学情报工作是搜集、整理、输送医学科学知识和最新医学研究成果及信息的媒介，是医学科研领域中的重要组成部分，它对医学科研的发展、繁荣一直到出成果，起到保障作用，具体表现如下：

1. 为领导部门制订规划、计划提供情报。

2. 为医务、科研、教学人员提供医学科研动向、发展方向。

3. 在规划和计划的执行过程中起到检查、反馈和预测的作用。

4. 为积累和编制医学文献资料发挥作用。

三、情报资料部门的性质与任务

（一）性质

医院情报资料科属于专业性业务部门，是依靠一批专门人才，包括情报管理人才、医学专业人才及其所掌握的专门知识，用科学的方法搜集、整理、保存和及时提供有价值文献资料的机构。在医学情报资料科统一管理下设病案室、统计室、图书资料室、科技档案室、声像室（包括：摄影、绘画、幻灯、录像、录音、缩微等）。医学情报资料应由具有较高情报管理水平、医学专业知识和外语水平的人担任科主任，归属医院的医务处或分管全院业务的副院长领导。

（二）任务

医学情报资料部门是交流医学情报的机构，它在医学研究、临床运用等服务方面起着“耳目”，“尖兵”和“参谋”的作用，它所担负的主要任务是：

1. 紧密结合本医院的医学科研方向与研究课题，负责搜集、整理、保管和提供国内外医学文献，为科研、临床服务。

2. 积极开展医学情报的调研和分析，系统地摸清本院各研究课题的国内外发展水平和趋势以及有关的指数、参数，不断地向医务人员和院领导提供分析报告和有科学价值的医学情报资料。

3. 编写本院科研动态及进行中科研项目的名称，对已经取得的科研成果，加以推广运用。

4. 参加本系统举行的医学科技情报的交流活动，及时宣传和报导国内外的最新科学理论和技术。

5. 帮助医务人员提高检索文献的能力。

四、情报资料的管理

（一）工作流程

1. 搜集：情报资料部门无论其规模大小，业务工作都是从文献搜集工作开始的。文献搜集是情报工作的基础。做好文献搜集工作，首先要确定本资料部门的收藏原则、收藏范围、收藏重点和采购标准；其次要了解本资料部门文献的收藏情况、动态、文献的种类与复本数，了解各类文献的利用率；同时还要了解并掌握各出版社的性质、出版计划等，在此基础上采取选购、订购、邮购、委托代购、交换、接收、征集、复制等方式补充和搜集文献。

2. 编目：各种形式的文献资料搜集以后，必须科学地、系统地加以组织起来，使之系统化，编制目录，以利检索。编目要求完整及标准化，以利资源共享。其过程：

⑴ 查重：通过查重区分出：复本文献，不同版本文献，新入藏文献等。分别不同情况进行加工。

⑵ 著录和标引：通过著录、分类标引和主题标引而获得一条通用款目，即将文献资料中的著录项目，按统一著录格式，著录到一张标准卡上。

(3) 标目加工：通过对通用款目的标目加工，产生出各种供排检用款目，如题名目录，就在通用款目上部注上题名。

(4) 组织目录：根据款目的不同种类有序地排列起来，一般采用字顺笔画排列法。

如果条件许可，以上各编目过程均可采用计算机进行，即对资料的题目数据或字段集合处理的过程，也就是将文献资料的著录项目记录在计算机可读载体上的过程。这些载体有磁带、磁盘、磁鼓等。一种文献只要著录一次，输入计算机后，在程序的控制下，就可以得到各种类型的目录。

3. 分类：它是按文献内容的学科属性或其他特征，把所收藏的文献予以一一揭示，并分门别类地将它们系统地组织起来的一种手段。其步骤如下：

(1) 内容分析：也称主题分析。包括：分析题名，详阅资料的内容简介，检阅目次，阅读序言，涉猎全文以及对著者情况的了解等。

(2) 归类：根据文献的内容归入最恰当的类。目前，国内一般采用《中国图书馆图书资料分类法》，其中R为医药卫生部门的类号。归类要求：确认文献，归类正确，前后一致，位置固定。

(3) 给分类号。

(4) 核对公务分类目录，给索书号。

4. 标引：它是把文献的专指性主题词和医学主题词表标引起来，按次序编排，成为揭示与报道情报资料的工具，从另一角度为读者的检索开辟了一条崭新的途径，在方便医务人员查找方面具有以下优点：①检索的直接性；②反映主题的灵活性；③字顺排列的客观性；④同主题资料的集中性；⑤适用范围的广泛性。

但是无论是分类还是标引都是图书情报资料部门中最为复杂的工作之一。长期以来，分类标引一直是靠人工操作，用智力进行判断，归类，既费事，又费时。随着医学科学技术的飞速发展和文献资料的急剧增长，医学文献资料的分类和标引工作变得越来越复杂和困难，因此，计算机自动分类标引已成为趋势，也就是在计算机的协助下，通过对文献正文的统计分析、句法分析和语义分析，自动标引出文献的主题，并将文献资料归入适当的类。

（二）情报的传递利用

对于所完成的研究成果，只有在得到合适的表述和有效的传播交流后，才能为人们所吸收、利用，才能体现出情报的真正价值。

1. 情报传递的类型：

(1) 多向主动传递，它的最主要形式是二次文献报导，也包括查阅目录卡片；

(2) 单向主动传递，它是情报中心在了解服务对象需要的基础上，千方百计地进行搜集、整理，并主动及时地向医务人员提供所需的情报，这是情报传递中的高级阶段。

(3) 多向被动传递，它的主要形式是情报资料室的文献资料的阅览和借阅服务。

(4) 单向被动传递，它的最主要形式是情报资料室开展的咨询服务。随着信息传播技术及设备的发展，无线电、电视、电话、电缆、激光通讯、卫星通信成为传播信息的工具，将加快情报传播的速度。

2. 情报利用：情报利用分为人工检索和电子计算机检索。无论人工或计算机检索，世界医学期刊的查找均可利用国际标准化检索工具“医学索引”（IM）。

（三）情报服务

1.“检索刊物”的收藏：医院情报资料室规模小，经费少，服务范围有限，可重视检索工具的收藏，如文摘型检索刊物则可简明扼要地揭示文献的中心内容，可省时。这是一种花钱少、收获大的文献情报源。

2. 医学情报定向、定题服务：这是在广泛调查医学科研的基础上，确定服务对象与范围。根据医学科研需要，提供对口情报服务，这样方法效果好，作用大，深受医学科研人员欢迎。它分为：

⑴ 定向服务，指情报人员围绕某个学科或专业，主动地定期编辑出版文摘、题录、译丛等。

⑵ 定题服务，指情报部门根据研究人员的专题要求，提供某一段时间内或最新的专题情报。进行定向、定题服务若能以综述形式提供情报，则效果更佳，但这种服务，要求情报人员具有较高的情报专业、医学专业和外语水平。

3. 编制索引，指导检索：以定向服务方式编辑出版的文献题录、文摘，或者以定题服务方式提供的专题文献、题录、文摘以及各种统计资料、典型病例等，都是与医院临床关系密切的重要文献资料。把这些资料累积起来，若干年后，就是十分珍贵的文献资料。为了更好地利用这些文献，应该编制一套索引，通常可分为分类索引和主题索引，前者以分类号先后次序排列，后者以主题开头字的字顺笔画排列。

（四）资料保管

1. 书刊资料的保管：它的保管措施主要有两个方面。一方面是在情报资料的载体上，采用持久纸印制，使知识载体具有持久性和耐用性（这不在本文论述范围），另一方面是在情报资料室内采取防护性措施，对资料进行保护，这方面工作可以通过以下三种途径进行。

⑴ 改善资料室的环境，使之同资料室的活动相适应。这主要是通过对室内的温度、湿度加以控制，对室内的空气进行净化，对窗户采用帘幕遮光或其他避光措施，以及防止火灾、水灾、偷盗等。

⑵ 以通光去酸、修复和装订等方法来延长情报资料的使用寿命。

⑶ 通过变换文献资料的物质形式，使文献资料的知识内容从一种载体转换到另一种载体，从而保存下来。

⑷ 情报管理人员应具备对各类资料损坏程度的鉴别能力，具备医学专业知识，这样可以从众多的情报中，判断哪些资料最值得优先保护，哪些资料没有保存价值，哪些资料可以任其自然淘汰。

2. 非纸型资料保管：

⑴ 胶卷（片）资料（包括缩微平片）的保管：一般将胶片放在塑料盒内，保持通风，存贮的环境条件应以 20℃和相对湿度为 45—50%为好，以防虫蛀和霉烂。

⑵ 照片资料的保管：将照片存贮在 18—21℃，相对湿度为 30%的环境中，可明显地延长照片的寿命。在平日的管理中，照片和底片应分开放置，避免底片受潮时同照片粘在一起，同时还能减少底片的磨损。

⑶ 声像资料的保管：录音磁带应保存在温度的波动小于±5℃，相对湿度的波动小于±10%的环境中；录像磁带，一般应在较低温度下存放，温度以 18—24℃为好，相对

湿度以50%±10%左右为宜。无论录音带还是录像带都不应存放在磁场和电场周围，并严格制定管理和使用时间，以保持声像资料的清晰度。

（五）现代化手段的建设

计算机操作是实现情报工作现代化的手段。情报资料的分类、编目、检索、流通及编制索引等都可由计算机完成。为了达到这个目的，在目前仍以手工操作为主的情况下，应为实现现代化手段，做好前期准备工作。

1. 文献资料的建设，即通过加工、整理，使其成为具有存贮价值的文献。

2. 数据准备，如题名的浓缩，主题词的确定等。

3. 分类和著录标准化，规范化。如使用全国统一的分类法，按标准著录格式统一著录。

4. 情报检索体系的建立。

5. 软件开发，即程序、操作系统的开发。

6. 确定计算机的服务方式。

7. 情报自动化理论的研究。

8. 操作和管理人才的培养。

现代医学情报工作的发展趋势是按专业实行网络化，通过医学情报网络与有关的情报中心密切联系，充分利用各方面的情报，实现资源共享，或通过电子计算机实现数据库共享。在欧美发达国家中，有的已建立了计算机医学信息网络系统，为医务工作者猎取医学情报资料提供了极大的方便。例如：美国马萨诸塞州医学会与BRS公司共同建立的电子资料信息中心，同麻省内150个图书馆，以及纽约的国家图书馆建立计算机网络系统，使该资料中心的服务对象，能在其医院、单位或家庭的（计算机）终端得到所需要的医学资料。目前，马萨诸塞州中已有40%的医师使用了联机网络系统。

第二节　医学图书管理

一、医学图书馆的性质、任务和特性

（一）性质

医院中的医学图书馆是医院的重要组成部分，图书馆的建设是一项智力投资，它所收藏的医学科技专业书刊和文献资料是医学知识和医疗实践经验的结晶，是医务人员和管理人员汲取医学知识信息的源泉。医务人员查找、利用医学图书资料于医疗实践，提高医疗、科研、教学和管理工作质量，追踪世界医学科学发展趋势，与医务人员各自的知识水平有关，也与医学图书馆所藏书刊的数量和质量及其流通利用情况有关。医学图书的最佳利用，对提高医务人员的业务技术素质和医、教、研管理工作水平有相应的促进作用。

（二）任务

医学图书馆主要以医学科学技术专业书刊资料为医院的医疗、教学、科研及领导者的决策服务，其基本任务是：

1. 收藏：医院的医学图书馆要根据医院医疗、教学、科研等任务，系统收集、整理、保管和提供国内外医学文献资料，特别要按本医院的学科重点和科研需要，有重点地收集和提供。

2. 采集：为配合医院规划以及医疗、教学、科研工作任务的完成，图书馆工作人员要按时了解各科室对书刊资料的需要情况，有系统地摸清各研究课题的国内外发展水平和趋势以及有关指标参数，及时采集有关书刊，进行整理加工，及时向科研人员和医院管理工作者推荐有科学参考价值的图书情报资料。

3. 编目：按照图书馆的工作规律，对书刊资料要有一套现代化的科学管理方法，有一套完整的分类编目体系，并能准备一套比较完整的题目索引，以便卫生技术人员和医学生易于查找所需要的医学资料。

4. 交流：为了共享国内外医学科学技术情报，弥补馆藏书刊资料的不全，充分发挥各馆藏书的利用率，要做好馆际协作和科技情报交流工作，做到资源共享和互通有无。

5. 供应：为加速图书的流通，提高书刊资料的周转，要做好书刊资料的供应和出纳工作，为读者提出的有关资料方面的咨询作出有价值的答复。

6. 辅导：要对不同的读者进行适当的辅导，如文献检索方法的辅导，可使有更多的读者做到自行检索文献，以扩大图书的流通利用率。

（三）特性

医院中的医学图书馆在规模上虽有大小的不同，在藏书范围上也有综合性和专科性的区分，但在其类型上又具有共同的特性。

1. 医学图书馆既是收藏、管理和传递文献资料的知识宝库，也是提取、研究和整理加工文献资料的服务中心。两者都是以书刊文献资料为揭示对象，服务于医药卫生人员。当前的趋势是图书馆工作情报化，图书馆要主动进行文献调查和有关的情报交流，为医院管理工作者的决策、为医药卫生科技人员从事学术活动提供有价值的参考资料。

2. 医学图书馆要突破单一的借阅形式，增加情报服务项目，尤其是开展定题跟踪、报导文献资料，编制期刊文献索引等等，做到服务方式多样化。

3. 医学图书馆收藏的文献资料大部分甚至三分之二是期刊，而书籍采购较少。这和一般图书馆的收藏状况恰恰相反。

4. 医学图书馆不仅重视期刊，更要突出一个“新”字。越近期的刊物，越受卫生科技人员所欢迎。

5. 医学图书馆的服务对象主要是医务人员和医学科研人员，其专业性强，馆藏资料中所占外文资料比重大。

二、医院图书馆的组织和管理

（一）组织

医学图书馆是医院中具有一定专业性质的组成部分。它面向全院，由负责业务、科研的副院长或医务处领导。其负责人应由具有较高文化水平和组织能力的图书管理工作人员担任。其人员编制应根据医院的规模而定，大致每百张病床设1—2名工作人员。规模较大的医院图书馆应配备医学专业、图书专业的毕业生，有助理研究员以上人员参加工作。医院图书馆工作人员必须具备一定的医学科技知识、图书管理知识，还必须具有较高的外语水平。还可根据需要分别配备担任复制、打字、编辑和其他工勤人员。

（二）管理

1. 图书馆工作流程：

⑴ 文献收集：医院中的医学图书馆不论其规模大小，文献收集是整个图书馆工作

的基础。图书资料的收集，应根据医院的性质、任务、经费、原有基础以及医院中医药卫生人员的需要，决定收集的内容、数量和范围，然后制定计划，既要贯彻勤俭办院的方针，注意避免订重，又要保证医院重点所需的医药卫生专业文献和声象材料的收集，对一些重要刊物应保持前后系统性、完整性和连续性，满足读者对文献的需要。此外还要了解并掌握各出版社的出版动态，书店发行计划以及书刊评价、广告等，然后分别采取选购、订购、邮购、委托代购、交换、征集、复制等方式不断地补充藏书。使医学图书馆的藏书适应医院医、教、研工作特点，形成本医院的特色。

⑵ 登录：这是一项必须进行的工作。可分为图书登录和杂志登录两种。图书登录又分为个别登录和总括登录。个别登录一般是按每册书进行的，每册书给一个号码，作为这册书的财产登录号，个别登录要将每册书的书名，著者、版本、书价、来源以及登录号码等逐项记入“图书财产登录簿”中。个别登录格式见表 30-1。

总括登录是按照每批收入图书的验收凭证，如收据、拨交和赠送图书的目录清单等，或者每批注销图书的批准文据，分别记录每批书的总册数，总价值，来源和去向，实际藏书量以及各类图书的入藏情况等。总括登录格式见表 30-2。

杂志登录，杂志收到后立即填写期刊登记卡。见表 30-3。

表 30-1　个别登录表格

年		个别登录号	书名	著译者	出版者	出版日期	单价	册数	入库验收人	注销登录号	备　注
月	日										

表 30-2　总登录表格

登记日期	总括登记号	图书来源	基藏图书总数		基藏图书分类					登记起讫号	备　注
			总数	杂志价格	基础医学	内科	外科	儿科	妇产科		

表 30-3　期刊登记卡

刊名			刊号 原版刊号
年　月　日	份　数	卷　数	期　号	备　注

期刊登录一般可按期刊名字顺序排列，也可按学科类别排列。中文期刊按汉语拼音字母次序排列，外文期刊按外文字母次序顺排。对逾期未到的期刊应及时追查，缺期应设法补齐，以便装订成册。

(3) 分类：对登录过的各种文献，根据一定要求和所选定的图书资料分类法，将文献分门别类地组织起来，将其内容相同者集中在一起，不同者区别开来。在内容上构成一个有条有理的逻辑体系。分类的基本要求是归类明确，排列清晰，位置固定，查找方便，使图书尽快地进入流通。

文献分类的作用是多方面的。它既可作为排列图书、编制分类目录和各种书目的依据，也可供有关统计、新书宣传、参考咨询、文献检索时使用，所以这是一项图书馆业务工作中很重要的一环。

国内图书分类法有多种，各医院应根据医学图书馆的具体情况，选用最合适的分类法，但选择分类法一定要慎重，选定后不宜轻易变动。目前医院图书馆大多采用《中小型图书馆图书分类表草案》或《中国图书馆图书分类法》。由于《中国图书馆图书分类法》列入的类目比较多，反映学科技术较新、较全、较细，因而适用于规模较大的医院图书馆。

在分类工作过程中，分类工作人员要对图书的学科内容，实际用途以及图书作者所阐述的观点，进行判别，然后将其纳入所采用的分类法体系中去。要做好这项工作，要求分类工作人员具有实事求是的工作作风，熟悉和掌握所采用的分类法以及一定广度和深度的医学专业知识。

(4) 文献标题：即文献主题，也就是图书资料研究，论述的对象来揭示文献的内容。因此主题法是图书馆中揭示和组织图书资料的一种手段，是根据图书内容所讨论的主题范围，以主题来揭示和组织图书资料的。主题是图书资料所阐明的主要问题和对象，用规范化的语言把主题揭示出来，这个规范化的语言就称之为主题词，由此可见主题法体系是建立在语言的基础上的。

(5) 著录：将图书的形式特征作必要的记录，要求能够依据该形式特征，准确无误地确认该种图书，以提供查找图书的准确线索。图书的形式特征包括：书名、著者、出版地、出版者、出版期、版刻、版次、页数、开本、装帧和价格等。把这些著录事项按照一定规则和形式组织成的一条图书记录，就称之为一条款目。

(6) 图书馆目录：目录是检索文献的工具。图书馆编目工作的基本过程是：先对图书进行著录，即制作各种款目，然后对各种款目进行组织，也就是把款目联接成一个整体。

目录的种类很多，按使用对象分为读者目录和公务目录；按编制方式分为分类目录、著者目录、书名目录和主题目录；按目录反映出版物的类型又可分为图书目录、期刊目录等；按目录的物质形态分为卡片目录、缩微目录、磁带目录等。医院图书馆由于任务和条件与一般图书馆不同。目录的种类和数量要根据各医院的专业特点和范围大小加以协调，使之互相联系，形成一个高效能的合理的目录体系。

(7) 藏书组织（包括书库划分、图书排列）：图书经过登记、分类、编目、著卡等工作程序后，便收进书库，进行收藏保管，通过保管避免丢失损坏，保持图书完整，使书刊资料充分发挥作用。医院图书馆一般把所藏的全部书刊资料划分为几个不同部分，例如图书与期刊；常用书刊与不常用书刊；工具书与参考书等。在划分藏书的基础上，组织成不同用途的书库。

图书进入书库，为了方便查找，图书必须做好排架工作。排架方法先按分类顺序排

列，再按分类号大小先后排列，分类号相同再按著者号次序排列，小者在前，大者在后，排列次序由左向右，由前往后，由高向低并需在每一层书格后面留有空位，以备增放图书。

采用不同的排列法就产生不同的排架号。排架号是排列图书的依据，它告诉读者，图书在书架上的准确位置。读者借阅图书就可利用排架号。排架号要打印在书标上，将书标贴在书脊的根部，供排架使用。

2. 读者工作：即开发利用图书资源的服务工作。

⑴ 发展读者：医院的医学图书馆要以本身所承担的医、教、研三大任务为出发点，或者按医院各科业务性质进行读者登记并发放借书证。在发证过程中，必须保证重点，使各科负责重点科研项目的专家能优先取得借书的权利，同时还要满足一般读者的需求。

读者登记，即填写读者登记卡。这是图书馆建立的一种读者档案，又是了解读者状况的有效措施，可根据读者姓名笔划字顺排列起来，以备查考。

通过读者登记可了解各类读者的阅读倾向和对文献资料的需求，掌握规律和特点。在基层医院图书馆经济、人员条件有限的情况下，使少量藏书发挥其最大的作用。

⑵ 流通推广和宣传辅导：读者对于文献资料的需求是无限的，而文献资料的内容和数量总是有限的。图书馆流通推广工作就是解决或调整有限的藏书和无限需求之间的矛盾。图书的流通推广包括：外借、阅览、复制、馆际互借、馆外流通等多种方式。图书馆在做好图书流通推广工作的同时，还应做好宣传辅导工作，其目的在于向读者揭示馆藏，使读者更好地利用藏书，提高藏书利用率。宣传图书常用方式有：新书通报、书刊展览、报告会、书评活动等等。

⑶ 图书情报工作：由于图书与情报两者有着密切的内在联系，医院图书馆虽不能像情报所那样开展情报调研、情报预测和情报分析等工作，但一定要开展情报服务工作，而不能把开展这项工作作为图书馆工作的额外负担。

医院图书馆开展情报服务工作主要可分两个方面。一方面是参考咨询，即请读者填写咨询课题，图书馆工作人员根据读者的研究课题来搜集、编制各种通报性和专题性的书目、索引、文摘等检索工具，供读者参考。另一方面是文献检索。开展这项工作的目的是节省读者查找文献资料的时间和精力。它可分为文献的外表特征和内容特征。外表特征包括：篇名（书名）、著者姓名、出版年月、出版地、出版者及文种等等。内容特征包括：文献所论述的中心内容属于什么学科分支，探讨的是什么主题等等。

三、医院图书馆的建筑

（一）建筑设计的依据

在拟定图书馆建筑的设计方案时，必须要考虑下列各个因素，以决定图书馆的面积。

1. 现有图书收藏的数量和预定每年新书增添的数量。

2. 基本读者人数。如医院图书馆主要服务对象是各科医务人员，要根据医务人员的总数来决定图书馆应保持若干座位。

3. 图书馆位置的选定，原则上一般应设在医院的中心位置，同时也要考虑环境清静。

4. 若经费许可，应考虑到20年以后所需扩充和发展的面积。

（二）家具、器材和设备

图书馆的总体建筑设计决定之后，下一步是规划所需的各类家具、器材和设备，这和建筑设计同等重要，两者必须同时规划。使各种器具，按放在最适当的位置，以节约空间，发挥其最大的效用。这些器具可分为：

1. 图书馆工作人员所用的各种傢具及器材，包括：桌椅、打字机、复印机、电话、书架、卡片箱和公文箱柜等等。

2. 书库设备包括各种书架、期刊陈列架、参考工具及索引文摘书架。一般标准书库的书架大多是钢制的，分为永久性（固定性）及活动性的，其深度通常是9吋。

3. 阅览室所用桌椅设备，主要考虑舒适耐用。可有不同类型，例如单人用的，4人或6人合用的。

4. 视听器材，包括各种不同型号的放映机、录音机、电子计算机、阅读机、缩微平片机等等。

（三）安全设施

图书馆必须备有防水、防火设备。在建筑图书馆时，最理想的书库墙壁应该用泥砖材料，书架应为钢制品，所有的电线要考虑防火安全，以免发生电线走火。其次是防水的浸害，若图书馆设在最低层，周围一定要有良好的排水设备。另外还要考虑书库地面承担重量的强度，地面强度至少要有每平方米承担150—200磅的承受力。除此之外，还要考虑防盗。书刊被偷或撕页是图书馆面临的最大问题。图书馆通常只设有一个读者出入口，现代化图书馆均采用电子侦测器。总之，图书馆是一个公共服务场所，而馆内又存有许多原版和珍贵书籍及手稿等，因此防卫和防偷窃是建筑设计中很重要的考虑因素。

（四）温度、湿度的控制

图书馆书库内温、湿度的控制与调节，对于各种类型知识载体的保护都是十分重要的。在确定馆内既适于图书保护，又适合读者和管理人员工作的最合适温、湿度，必须考虑以下因素：①有利于知识载体的长期保存；②不利于有害生物的生长和繁殖；③适应人们在馆内长期工作的需要。

（五）照明设施

图书馆的照明除了考虑灯光的柔和、适足、保护眼睛、减少视力疲劳，适应人们长时间阅读等因素外，还要重视光对图书的破坏作用。无论是自然光还是人工光，由于它们具有较高的能量，都会对图书造成危害。馆内防止光的危害可以从以下几方面着手。

1. 要控制自然光（特别是紫外光）直射射进书库，除了要考虑窗子的朝向外，还可以在窗外加遮阳设备，或者对窗玻璃进行特殊处理，如玻璃上加滤光片，涂紫外线吸收剂等。

2. 要减少书库内人工光源对图书的破坏。日光灯是将紫外光源转化成荧光的，所以日光灯光谱内含有较多的紫外线，书库内应禁止使用日光灯，而用白炽灯代替。

3. 馆内要有足够亮度，以利于读者看书学习。

四、医院图书馆的现代技术管理

图书馆自动化是随着计算机技术的发展而建立起来的。实现自动化目的是为了及时处理日益剧增的图书情报，提高图书情报的工作效率，迅速、准确地为读者提供图书情报。例如：在美国华盛顿国家医学图书馆，制成通过计算机与图像中的病人进行问答对

话的激光磁碟，为临床医师提供学习少见病与疑难病的诊疗方法。

当前，医学科学领域飞速发展，新的学科不断涌现，文献数量猛增，因此利用现代化技术管理医院图书馆势在必行。

图书馆自动化就是以计算机为主体，与通讯系统相结合，对图书馆工作各环节实现自动控制的过程。以下分别论述以计算机为主体的自动化在医院图书馆各环节中的运用。

（一）图书编目系统

计算机编目是对书目数据或字段集合处理的过程，也就是将图书著录项目记录在计算机可读载体上的过程。这些载体有磁带、磁盘、磁鼓等，就象手工编目必须记载在目录卡片上一样。一种图书只要著录一次，输入计算机后，在程序的控制下，可以得到各种各样不同类型的目录，如书名目录、著者目录、主题目录等等。

计算机编目一般可分为6步进行：

1. 收集书目数据（目录卡片）。

2. 编辑。

3. 键盘输入或穿孔卡片输入。

4. 计算机处理。

5. 存贮。即与原始输入书目数据反复校对，直至无误，最后将正确记录输入机读目录数据库内。

6. 用计算机打印出目录卡片或其他形式的目录。

（二）图书采访系统

图书采访工作是图书馆工作的重要组成部分，采访工作的好坏是决定图书馆藏书质量和数量的重要因素之一。因而图书采访系统的运行目的就是能在短时间内给采购人员采购图书提供各种必要数据，提高图书采购的效率。目前医院的图书馆计算机采访系统有以下几种功能。

1. 处理订单：计算机对每一份订单存贮和检索，并根据格式打印。

2. 组织订购目录：计算机编制出的各种订购目录提交给出版发行部门。

3. 对订购主文档更新：新订的记录不断增加，处理后所剩的记录不断减少。这个过程就是订购主文档的更新过程。

4. 进行资金帐目的处理。

5. 进行订购过程中各种数据的统计分析。

6. 检索功能。

7. 打印新书通报。

（三）图书流通系统

流通工作是图书馆工作中面向读者比较繁忙的一个环节，随着借书量的快速增加，手工管理就难以应付。此外，流通工作中大量有用数据，如拒借率、到馆率、各类读者对各类图书借阅情况等，用低效率的手工操作也是无法获得的。因此，建立以电子计算机为基础的自动化流通系统，对提高工作效率，改进服务质量是完全必要的。其功能有以下4类：

1. 图书出纳：

⑴ 能迅速查明违章读者。如借书证已挂失或注销；有过期书未还，已借书数大于

允许借书数等。

⑵ 查目。利用计算机从书名、关键词、作者或分类号的角度进行检索，代替手工查目录卡片。

⑶ 借书。对合法读者办理借书手续，对违章读者除拒绝借书外，还要告诉读者拒借理由。

⑷ 还书。计算机首先要查明所还书的编号与所借书编号是否相符。所还书如过期的要计算罚金，打印罚款收据。所借书过期未还，则打印还书通知单等。

⑸ 续借。凡能满足续借条件的给予续借，反之则拒借。

⑹ 预约。在预约文档中，为预约者建立包含被预约书、预约人和预约日期等信息的记录。

⑺ 借预约书。预约书只有预约人接到图书馆发生的预约通知后，才有权借阅，规定期内不来借书者，则取消预约借书权。

2. 咨询查找：

⑴ 查某书去向；

⑵ 查读者所借书的过期情况，打印过期书催还通知单；

⑶ 查某日借书情况；

⑷ 查某读者借书情况；

⑸ 查预约情况；

⑹ 查年借书数。

3. 统计分析

⑴ 藏书统计；

⑵ 图书馆读者统计；

⑶ 图书流通统计；

⑷ 动态统计。

4. 各种文档的建立、补充和修改：

⑴ 建立各种文档，如图书文档、读者文档等。

⑵ 文档的补充和修改，即对各文档中错误加以修改，对新记录加以补充。

（四）连续出版物系统

连续出版物是医院图书馆收藏中的一个重要类型。而且所占比例大，它又有与图书不同的特点，如订阅周期强，修改频率高，能反映一个学术团体、机构的研究成果等。这就决定了建立连续出版物系统的重要性。它具有以下 6 种功能：

1. 订购：包括选刊、查重、续订、打印订单和帐目估算等。

2. 验收和催询。

3. 编目与目录。

4. 流通查询服务。

5. 装订登记。

6. 财产登记和管理。

（五）编制索引系统

计算机编制索引是指用计算机对所给定的索引数据进行编辑，以某一款目元素为检

索入口，按一定顺序输出索引款目的过程。机编索引款目一般由索引标题、索引上下文、索引参照项3个部分组成。其编制方法有轮排法与截词法。

（六）情报检索系统

在图书馆自动化设计中，建立计算机情报检索系统，不仅是科学技术的发展对图书馆提出的要求，也是医院图书馆发展的必然趋势。情报检索系统的处理因类型而异，这里主要介绍情报检索系统处理的基本过程。

1. 情报的收集：使通讯线路的联机情报收集方法，用在数据领域和文献领域的情报收集中。

2. 情报的评价和选择。

3. 情报的整理加工：使之成为易于存贮和检索的形式。

4. 情报的存贮：按照一定规则将整理加工后的情报集积在存贮载体上。

5. 检索：根据自然语言或代码所表达的提问单，从存贮情报中很快地取出符合提问单的情报。

6. 复制、分发：对那些需要一次情报的医疗卫生技术人员，提供存贮一次情报的复本，并通过各种渠道，送发到他们手中。

第三节　医学摄影及其他声像资料的管理

随着现代科学技术的发展，医学声像信息资料在医疗、科研、教学等活动中的应用日益广泛，越来越发挥其重要作用。声像资料管理是医院信息管理中的组成部分。

声像资料包括医学摄影照片、绘图、录音带、录像带、幻灯片、电影等。其中一部分声像设备附设在各种仪器设备上，由有关科室掌握使用和管理，但大部分应由声像资料业务部门，统一进行管理。其人员编设及设备条件可以根据医院具体情况和业务需要逐步充实。

一、医学摄影

医学摄影在医疗及科研、教学工作中有重要作用。它不同于一般艺术摄影和新闻摄影，而是一项专门学问。在医疗工作中，它是进行诊断的图像信息，是诊疗工作的重要手段和依据；同时，它又是诊疗中的图像记录，成为形像病案资料。在医学科研工作中，它忠实地记录，反映医学研究的过程，并作为研究的客观依据，便于总结和交流经验、成果。在教学培训工作中，它是形像的示教材料。

医学摄影包括：

1. 标本摄影：分局部病灶或解剖标本和实验记录标本，目的是显示组织的病灶或解剖部位的异常，显示病因，证实诊断，记录实验结果等等。

2. 临床病例摄影：分为大体摄影和手术摄影。是作为病案资料的一部分，如病前病后、术前术后的对比，或记录治疗过程。

3. 内窥镜摄影：通过内窥镜进行摄影，作为诊断的辅助手段和记录，或治疗过程的记录以及作为教学资料。此种摄影由专业人员操作。

4. 示波器及显示图像摄影：用于记录心电图、超声诊断等等示波器波形及显示图像。

5. 显微摄影：分为电子显微镜摄影，光学显微镜摄影和手术显微镜摄影。

6. 资料翻拍及幻灯片摄影：如X线片翻拍及其他资料翻拍、复制及幻灯片拍摄和制作。幻灯片有黑白、调色、彩色三种。

医院应设立医学摄影室，配设摄影技术人员（规模较小的医院也可以兼职）。医学摄影室设暗房和摄影间等房屋以及装备必要的摄影器材、暗室设备。除中心摄影室而外，必要时也可以在有关科室和实验室设摄影暗房（如功能检查室、眼底照像室等），以方便工作。

医学摄影的基本要求和特点是：①忠实于原始资料；②以最佳效果表达原始资料的客观状态，绝不进行有可能造成失真的，任何艺术加工或人为的造型设计；③注重整个医疗研究过程中摄影的连贯性，条件的一致性，前后的可比性；④力求显示原始资料的最细致结构；⑤由于医疗科研资料最终有可能发表，故而应与制版效果一致考虑，不断探索最适宜的摄影条件；⑥医学摄影多为近摄和特写镜头，故应考虑装备适当的器材。彩色感光材料更能真实地表现人体组织。

医学摄影的业务管理：

1. 建立工作程序和基本工作制度。如备有申请制做摄影资料必须填写的申请单，建立登记制度等等，订立摄影及暗房工作技术操作规程。

2. 摄影录像等仪器属贵重器材。应专人保管和使用，珍贵摄影和录像机最好建立使用状况登记册，记录使用时间、用前状态、用后检查结果，使用人签名。消耗性材料要作好请领及消耗登记，注意节约。

3. 摄影资料的管理：①建立索引卡片。索引登记卡的目的是为了方便查找，卡片不宜过于繁复，但以能保证查找为原则。为此，必要的交叉索引仍需建立，如病历号索引卡、实验室顺序号索引卡。也可以以学科分类或病种分类。②摄影底片装入底片袋，分类编号归档。一般不外借。摄影底片、照片、幻灯片应分别保管。所有摄影资料均应归口由摄影室保管，不得由使用科室或个人分散保管，倘有必要由使用科室或研究人员留有复份，以备研究过程中查阅比较，摄影室亦应保存完整资料。摄影资料应注意安全管理，防湿，防火，防虫蛀，防丢失。对于重要的资料，特别是年代久远者，必要时考虑复制保存。

二、医学绘图

医学绘图以图画形式表现医学研究资料的具体内容，主要内容随所在医学专业单位需要而定，医学绘图虽不若医学照相那样具有最忠实于原始资料的特点，但由于它具有良好的示意效果，往往为医学摄影所不及，故有其重要性，特别在教学上，是重要的感性教具。

医学绘图的基本要求与摄影大致相同。对医学绘图人员的培养应予重视，虽然要注意提高其绘画艺术素养，但必须防止脱离医学绘图基本训练的轨道。着重提高其真实地再现科研实物资料的能力。

另外，医学绘图作品同样是重要的科研资料，需要妥善加以保管。

三、录像

彩色录像是70年代开始推广的一种较新的声像工具。目前已在医院的医疗、科研、教学中广泛应用。如X线图像、超声图像、肉眼及显微手术图像、纤维内窥镜图像、伽玛照像机图像以及 CT 图象显示管都可用录像记录。

录相机的基本装备是摄像机、录像机和监视器。摄像机可以单独使用，也可装在其他设备上使用（增加转换器可以录制内窥镜或显微镜图像）。录象录制可以立刻重放，也可以进行编辑加工。在录制图像时可以同步录音，也可以后期配音。彩色录像目前世界通用3种制式，我国采用 PAL 制。

贺孝国　徐健行　黎康　孙克文

第七篇　医院设备、物资及环境管理

第三十一章　医疗设备管理

第一节　医疗设备管理的意义、任务和组织

一、设备管理的意义

医疗服务不但依赖医务人员的知识、经验和思维判断，在很大程度上还要靠实验手段和设备条件。所以，为医务人员提供先进的必需的仪器设备，作为诊治疾病的工具，是提高医疗质量的物资基础和先决条件。

从发展医学科学的角度来认识，一个先进的科学技术成果，很快地被应用到医学上来，对于促进医学科学技术水平的提高往往起着决定性作用，例如电子技术、纤维光学、超声、激光、核物理、电子计算机技术的应用，使人们对人体和疾病的认识，在层次上已从整体，细胞水平深入到分子和量子水平，不但能做到定性、定量，还能定位。由于仪器设备在医学科学中的地位和作用，可以说设备也是医院现代化程度的一个重要标志。

我国各种类型的医院已经拥有大量的仪器设备，但就目前情况和发展趋势来看，这些设备的现代化水平较低，管理也不够完善。设备购置不当，设备状况不良，使用率和完好率不高的现象普遍存在，致使医院的卫生经济资源没有得到最优使用。因此，改变现有设备比较陈旧落后和不配套的现状，生产和引进先进的仪器设备，充分发挥仪器设备的效能，管好用好仪器设备，则是医院现代化管理的一个重要方面。

医院是一个系统，设备管理是医院管理系统的一个子系统，要处理好医院系统的常规运行，必须运用一系列科学管理的技术和方法，使设备管理系统处于良好的运行状态。现代化仪器设备的特点是：精密度高，价格昂贵，使用维修复杂，更新周期短，仪器安装和工作环境要求也高，就使医院设备管理更显得重要。

基于以上观点，医院设备管理不应该被认为只是一般买进来发出去的事务性工作，应当引起足够的重视。

二、医院设备管理的任务和内容

（一）任务

医院设备管理的任务集中在一点就是为医疗、科研、教学工作提供最恰当的技术装备，使医疗、科研、教学工作建立在良好的物质技术基础之上。简言之，任务有二：一是供应、二是管理。

这个总的任务可以具体化为四个方面：

1. 根据经济和实用的原则，正确地选购设备，为医院提供品种数量必需、性能精度适当的技术装备。

2. 建立健全规章制度，加强岗位责任制，做到供应及时，管理严格，使医院设备工作流程处于一个良好的状态。

3. 在保证供应和效益的基础上，充分发挥国家投资的作用，并合理使用设备，要

避免闲置、积压和浪费，千方百计地提高设备的利用率。

4. 保证仪器设备始终处于最佳的技术状态，做到：在用设备台台完好，在修设备台台修好”。尽快掌握引起设备的安装、保养及维修技术，及时解决备品配件的供应，千方百计地提高设备的完好率。

（二）内容

医院设备管理的内容，包括设备运动全过程的管理。

在设备运动的全过程中，存在两种运动形态：一是设备的物质运动形态，包括设备的选购、验收、安装、调试、使用、维修等。二是设备的价值运动形态，包括设备的资金来源、经费预算、财务管理、经济效益等。所以，医院设备管理既有经济管理又有技术管理，是技术和经济的结合，也就是物质运动形态和价值运动形态的结合。其内容既包括自然科学领域，又包括社会科学领域，是既临界于技术与经济之间的技术科学，又临界于技术之间的经济科学。现在国际上已开始把设备管理学作为一门新兴的边缘学科。

三、设备综合工程学

设备综合工程学（又称设备综合管理学，terotechnology），是欧美和日本等国家逐步发展起来的一门新兴科学，1970 年在英国首先提出来。

设备综合工程学有五个特点：

1. 追求最经济的寿命周期费用：寿命周期费用（life cycle cost）指设备一生的总费用，由设备的购置费和维持费两项组成。计算寿命周期费用，可以使用户和制造者都讲求在设备的整个寿命期内，所化费的费用最少。对于使用者来说，在选购设备时，不能只考虑设备的价格，而且应考虑使用期间的各种费用支出，即应当从设备寿命周期总费用的角度来评价。

2. 是关于固定资产的技术、管理、财务、经济方面的综合科学：它要求把技术、管理、财务、经济等方面综合起来对设备进行全面研究。从工程技术来看，现代化的设备综合了机械、电气、电子、化学、环保技术、安全技术等各种专门技术、为了把现代设备管好、用好、修好，就要求把各种专门技术从横的方向综合起来。设备综合工程学，就是以设备为研究和管理对象，把机械、电子、电气、化学等专门科学技术，在横向上联系起来的综合科学，或者称为多学科综合。在管理方面，就是在设备工作中运用 IE（经营管理），OR（运筹学）、QC（质量控制）、VA（价值分析）等管理方法，讲究经济效益，周密地计算各种与设备有关的费用。

3. 进行设备的可靠性、维修性设计：对于新一代设备来说，进行可靠性、维修性设计，旨在提高设备的可靠性、维修性，进而达到“无维修设计”的理想目标。对于大量现有设备来说，则是指进行减少设备故障时间的研究。

4. 以设备的一生为研究和管理的对象：运用系统的观点和方法来研究设备管理，提高各个环节的功能。

5. 是关于设计、使用和费用方面信息反馈的管理学：一般说来，它包括两种信息反馈。一是厂内的信息反馈，这是指设备在使用过程中，由使用部门记录，积累设备在使用过程中发现缺陷，由修理部门进行改善修理。二是厂外的信息反馈，这是指由设备使用企业记录和积累设备在使用过程中发现的缺陷，由设备制造企业在研制下一代新设备时，从设计，制造方面加以改革。因此，它要求打破设备制造厂、设备安装工程公司、

设备使用厂之间的界限，畅通信息反馈的渠道。

由上可见，设备综合工程学为解决使用现代化设备所面临的各种问题，提出了比较完整的经营理论和思想观点以及重要方法。

设备综合工程学在我国才开始引进，主要用于工矿企业，尚未涉及医院设备管理。但从以上所简述的五个特点看，在医院设备管理的长期实践中，都已联系到设备综合工程学的内容，有必要在总结经验的基础上，作进一步的探讨。

四、医院设备管理的结构和系统

国外医院对于设备的管理也有一些理论性的探讨。例如加拿大温哥华的皇家哥伦比亚医院介绍其设备管理的结构和系统，提出医疗设备的管理结构应是一个有组织的协作体，呈三角形结构，如图 31-1 所示。

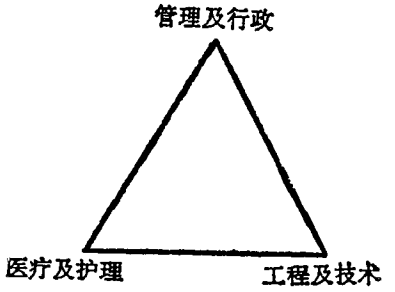


图 31-1　医疗设备管理三角形结构

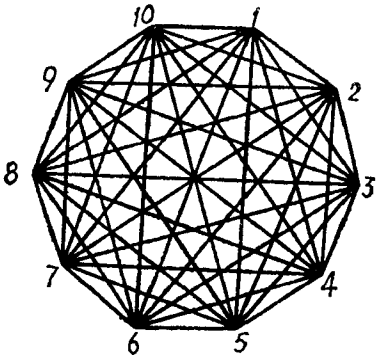


图 31-2　设备管理系统

在这个三角形的结构中，并以图所示的项目和相互关系，构成设备管理系统。

图 31-2 表明，在医院设备管理中有 10 个项目构成一个系统，而 10 个项目之间都有密切联系和相互反馈的作用。这十个项目及其包括的内容，依序号标明的纲目，解释如下：

1. 技术评价：即在决定购置一个设备以前，对这个设备本身进行技术上的评价，包括该设备的性能，是否过时，可靠性及成本效益。

2. 需求评价：再从需求的角度来进行评价，包括：临床的需求程度，有无其他可选择的代替办法，计划工作量，有无专业技能，有关的费用支出，有关的病人照顾，房屋空间的考虑。

其中“其他可以选择的代替办法”是指如果不购买这台设备，有无其他办法来解决临床的需要，例如协作共用等方法。“计划工作量”指购回这台设备预计有多大工作量，能不能吃得饱、预计使用率如何。“有关的费用支出”意即除购置设备主机附件所需费用外，还要包括与此项设备有关的费用支出，如试剂、消耗材料，保养维修费用，条件设施等费用。“有关的病人照顾”是指病人的因素，此设备对病人来说是否安全、舒适。

3. 优先次序评价：包括资金来源，需要的数目，机构的优先顺序。意指根据临床需要的数量，需要的科室单位，结合预算的多少，分别轻重缓急安排优先的次序。

4. 资金来源：包括政府、社会、私人捐赠、金融机构 4 个来源，国外医院的资金来源与我国的情况不同，可根据不同的渠道组织资金，开辟财源。

5. 购置过程：包括规格性能，技术和临床的评审、验收、财产清册及设备档案。

6. 维修程序：包括安全与性能保证，定期检查，维修与校准，排除故障的修理，

维修登记制度。国外设备的维修分两种方式，一是计划维修，每一台仪器每年检查2次，二是随叫随到地排除故障修理。

7. 临床应用：包括效能，准确性，安全性，设备的选择和正确使用。

8. 教育与训练：国外对人员培训十分重视，包括临床工作人员、工程技术人员和管理人员的培训，即使受过高等教育的人员，由于技术不断进步，新设备层出不穷，也需要进行新的培训。往往是利用新购设备的时机，由供货的公司付款，举办短期的培训班，抓紧培养操作和维修人员。

9. 程序的制订：包括维修程序、采购程序、临床工程程序、财产清册设备档案控制程序等。类似我国医院设备管理的制度建设。

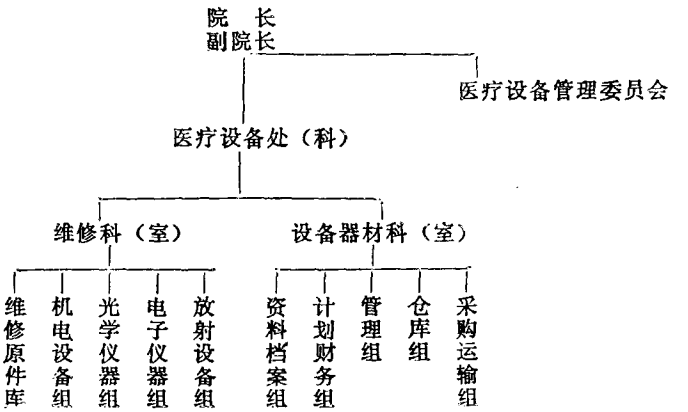
10. 技术转移：包括对医疗需要的反应，现代技术概念的应用，概念转为现实。意即设备管理部门的管理人员和工程技术人员密切与医务人员合作，把医务人员对于仪器设备的意见和要求和现代技术概念结合起来，与制造部门联系，建议他们研制生产。

以上10个项目构成了国外医院设备管理的系统，它涉及设备管理的各个方面，并阐明诸项目之间的相互关系，可供我国医院设备管理参考借鉴。

我国医院的设备管理，经过30多年的实践，也逐步地建立起较为适应国情的规章和制度，而且有自己的特点。首先它体现出我国社会主义计划经济的原则，大型仪器设备国家统一计划、购置和调配，优先增添常用设备，并尽量配套装备，强调社会效益为最高准则。在医院设备管理方面重点抓装备管理、使用管理和维修管理三个主要环节。有的医院设立起医疗器械管理职能科室、对设备实行行政领导、医护人员和管理技术人员的三结合、精密贵重仪器设备共同使用，专人管理，建立设备档案，初步有了一个管理体系的雏型，但还不够科学，利用率也不够高，有待进一步研究完善。

五、医疗设备管理的组织

现时国内各级医院医疗设备管理的机构设置不一，有的为总务科的一部分，有的设供应科，药械科，医疗器械科，器材科或设备科，有的在供应科，总务科之外又设生物医学工程科、精密仪器科，在职能上有的属于行政后勤，有的隶属于医疗技术。但一般认为设置设备科较为恰当，属医疗技术科室，而且，设备应与总务分开，设备器械也应与药品分开。此外，为对医院大型设备购置和规划进行论证评价，为院长决策提供参谋咨询，可设立以专家为主体的医疗设备管理委员会，它是民主管理的智囊群体机构，不是一级行政组织。其组织建议如下表：



这个管理机构具有以下一些职能：①计划，决策和评估；②资金筹集和运用；③选型，论证和采购；④仓库保管和分配发放；⑤设备保养和维修；⑥临床技术管理；⑦经济效益考核；⑧教育与训练。

第二节　医疗设备装备管理

一、医疗设备分类

本世纪60年代以后，医学领域中不断引进科学技术的新成果，促使医疗仪器设备产生了巨大变革。到80年代，常用的医疗设备大约已有500余种。为了分门别类作好科学管理，掌握医院设备概况，编制设备计划，设计新建医疗单位的装备方案，有必要建立一个全国统一的分类法。这个分类法要有一定的科学依据，并且有共通性、系统性和实用性，要求把每一件仪器都能够纳入一个目次之内，尽可能做到合理，普遍地为各家所愿意采用。本书提出一个如下分类方案，供讨论研究。

医院设备可分为三大类。即：诊断设备类、治疗设备类及辅助设备类。下面分别就其类别、特点及主要设备名称作扼要说明。

（一）诊断设备类

可分为8类：X射线诊断设备、功能检查设备、超声诊断设备、核医学设备、内窥镜检查设备、实验诊断设备、五官科检查设备及病理诊断设备。

1. X射线诊断设备：此类设备包括从5mA 到1500mA 的各型及各种专用的X线诊断机。

2. 功能检查设备：大体上分为生物电放大纪录仪器及非生物量检测放大纪录仪器两种。前者直接通过电极与生物体接触，如心电图机、脑电图机、肌电图机等；后者通过传感器的作用，如血压、血流、体温、脉搏、心音、呼吸、脉象等检测仪器。在此基础上发展了多导生理纪录仪、动态心电图机等。此外，呼吸功能测定仪、新陈代谢测定仪、测听仪等也都归入此类。

3. 超声波诊断设备：现时常用的超声诊断设备分为四种类型，即A型、B型、M型及超声多普勒检测仪。

4. 核医学设备：用于核医学临床诊断，大约可分为：脏器功能、脏器显象、体液流向测定和体液定量，以及体外测定体内微量物资等几个方面。主要有三种，即：

⑴ 脏器功能测定仪器：如甲状腺功能测定仪、肾图仪、肺功能测定仪等。

⑵ 核素闪烁扫描机（简称扫描机）。

⑶ 伽玛照像机和单光子发射断层扫描仪（SPECT）

5. 内窥镜检查设备：此类诊断设备包括光学纤维鼻咽镜、上颌窦镜、食道镜、支气管镜、纵隔镜、胃肠镜、十二指肠镜、胆道镜、腹腔镜、陷凹镜、膀胱镜、结肠镜、关节镜和脑室镜等。

6. 实验室诊断设备：此类设备包括的内容较多，可细分为以下三种：

⑴ 基本设备：如天平、显微镜、离心机、电冰箱、各种恒温箱、电导仪等。

⑵ 光电分析设备：包括光电比色计、分光光度计、紫外分光光度计、双光束分光光度计、荧光分析仪、火焰光度计、原子吸收分光光度计和层析法分析设备。

⑶ 自动化设备：可分为连续流动式自动分析仪、分立式自动分析仪、离心式自动

分析仪、免疫化学分析仪、血液 pH、血气分析仪、血细胞电子计数仪等六类，其特点是微量、快速、准确。

7. 五官科检查设备：指属于眼耳鼻喉科专用的诊断设备，如角膜显微镜及裂隙灯、眼压计、眼底照像机、前庭功能测定仪等。

8. 病理诊断设备：病理诊断多用形态观察，所以经常使用的仍是实验室诊断设备，但还有其专用的设备，如切片机、染色机、细胞离心机、自动脱水机、自动磨刀机等。

（二）治疗设备类

可分为10类：病房护理设备、手术设备、放射治疗设备、核医学治疗设备、理疗设备、激光设备、低温冷冻治疗设备、透析治疗设备、急救设备及其他治疗设备。

1. 病房护理设备：指病室的装备及病人护理用的设备，包括病床、推车、吸引器、氧气瓶、洗胃机、无针注射器等。

2. 手术设备：指手术治疗所需的设备，手术床，照明设备，手术器械和各种台、架、凳、柜，还包括显微外科设备。此外，手术室专用监护观测设备仍应归入各种相应的诊断设备类为宜，以免发生混淆。

3. 放射治疗设备：包括接触治疗机、浅层治疗机、深度治疗机、加速器、^{60}钴治疗机、镭或^{137}铯腔内治疗及后装装置治疗等。

4. 核医学治疗设备：治疗方法有内照射治疗、敷贴治疗和胶体治疗三种，都是以使用放射性同位素为主，所需的设备比较少。

5. 理疗设备：目前已有几十种，大体上可分为光疗设备，电疗设备，超声波治疗设备及磁疗设备4类。

6. 激光设备：医用激光发生器，目前常用的有红宝石激光、氮氖激光、二氧化碳激光、氩离子激光及 YAG 激光等。

7. 低温冷冻设备：在医疗上常把冷冻设备称为“冷刀”，目前使用的“冷刀”可大致分为半导体冷刀、气体冷刀和固体冷刀三类。

8. 透析治疗设备：目前常用的人工肾有平板型人工肾和管型人工肾两大类。

9. 急救设备：为心脏除颤起搏设备、人工呼吸机、超声雾化器等。

10. 其他治疗设备：如高压氧舱、眼科用高频电烙器、电磁吸铁器、玻璃体切割器、血液分成分离器等，属于各专科的专用治疗设备，如有必要，亦可单独分成一类。

（三）辅助设备类

包括消毒灭菌设备、冷制设备、中心吸引及供氧系统、空调设备、制药机械设备、血库设备、医用数据处理设备、医用摄影录像设备等。

分类法的应用，可用于财产的分类编号，现时采用的分类编码方法不一，均不够理想，建议使用四级编号法，即将全院固定资产分为款、项、目、节四级。“款”指财务上的会计科目（如机电设备款、医疗设备款、办公及事务用品款等）；“项”即指医疗设备的分类，可照上述分类法依次编号（如X线诊断设备为“1”，功能检查设备为“2”，病房护理设备为“9”；“目”指设备的具体名称，如X线摄影机、心电图机、^{60}钴治疗机，“节”指同一品名设备的序号，即第几台心电图机，第几名纤维光学胃肠镜。现举例如下：

2-1-1-10，表示医疗设备—X射线诊断设备

—X线摄影机—第 10 台。

2-2-1-15，表示医疗设备—功能检查设备

—心电图机—第 15 台。

2-13-8-4，表示医疗设备—理疗设备

—短波治疗机—第 4 台。余类推。

把这个编号登在帐卡的醒目处，并将这个编号冠以医院的简称，印在实物上（如："天医 2-1-1-10"），以资识别。应用上述分类法，可有利于医院设备的科学管理，并对于设备的检查，计划的编制，基本建设的设计，装备标准的制订，也有一定的参考价值。

二、医疗设备的装备原则

医院设备的装备管理指设备从落实资金和预算，查明需要，经过综合平衡，编制计划，再选型订货，直至设备到货为止这个全过程的管理。做好装备管理必须充分地进行调查研究，选取最优的装备方案加以实施，才能合理使用资金，为临床医疗工作提供最恰当的技术装备。

我国有各种类型各种规模的医院，各医院的任务，技术状况和条件不同，医疗设备也自然是不会完全一致。每一个医院怎样才能最优地使用资金进行装备，很难制定一个共同实施的装备标准。但是，在考虑医院设备的装备时，有两个原则应共同遵守，一是经济的原则，二是实用的原则。

（一）经济的原则

所谓经济的原则，即是按经济规律办事，讲就投资的经济效益和励行节约，降低成本，减轻病人经济负担。为实现经济的原则，关键是实行计划管理，用计划来组织、领导、监督、调节设备物资的分配供应活动。遵循有计划、按比例发展的客观规律和价值规律，使人力、物力、财力得到充分的有效的利用。

编制计划时，应当经常有经济核算的概念。首先考虑医疗，教学和科研工作是否确实必需，是否对病人确有好处，医疗上能不能取得效果，经济上能不能取得投资的效益。

经济还含有节约的意义。应尽量发挥已有设备的作用，加强使用管理和维修管理，并延长其寿命。不能由于搞大、洋、全或者管理不善造成浪费，加重病人和国家负担。要靠精打细算和增收节支来解决一部分设备购置资金问题。

（二）实用的原则

主要根据医院的任务、规模、人员技术水平和技术条件的现状，适当考虑将来的发展而定仪器装备标准。要本着医学技术全面发展，重点提高的精神，从需要和可能出发，分轻重缓急，统筹规划，分期分批地更新设备，逐步充实配套。

要从实用的原则出发，应注意到下列几个方面问题：

1. 优先考虑基本设备，其次再考虑高、尖、精的设备。基本设备是指诊断上和治疗上经常地大量地使用的设备，或称常规设备。譬如说显微镜或者光分析仪器还没有，就不必忙于装备自动化实验诊断仪器；如果心电图机还没有装备，则不必忙于装备多导生理记录仪。至于诊断设备和治疗设备二者孰先孰后，一般可先考虑诊断设备。

2. 要立足于国产仪器，适当引进国外新设备。如果国产设备的质量性能已符合目前的要求，应首先考虑装备国产仪器，这样一可以节省外汇和资金，二维修方便，三有利于我国医疗器械工业的发展。

3. 目前引进设备应以提高“技术精度”的关键性设备为主，而不宜追求减少“劳动密度”的设备。所谓“技术精度”指这种设备可以使医疗、教学、科研工作从质量上提到另一个高度。所谓“劳动密度”指需要很多的劳动力，譬如一套自动化输送系统固然方便迅速，而且可以节省人力，但是根据我国目前的情况，还不到投入大量资金去解决节省人力问题的时候。

4. 不必急于引进大型的、万能的设备。大型、万能的设备价格昂贵，保养维护条件要求很高，据了解不少医院也并未充分发挥其全部功能。例如装备了万能显微镜，但大部分时间仅用其普通生物显微镜的功能；又如自动生化分析仪，不必要求引进一次能做十几个检测数据的仪器，因为有一些数据，临床上并不常用，不如装备单项或几个常用项目的，这样投资少且实用性大。

三、医疗设备的选择和评价

设备选择是医院设备管理的一个重要程序，无论对新医院的基本建设或者老医院的设备更新都很重要。把计划、审批、选型、订货等工作程序统一由设备部门负责，从横向上把有关科室组织起来，按前述三角形结构的方式，对设备进行综合选择和评价，再由医院领导决定。

在选择设备时，必须充分研究下列因素：

1. 依据：购置设备时必须有医院的事业计划和财务预算作为依据，首先要有预算的依据。预算应与医院一个时期的规划——当年的事业计划相适应，即事业计划，财务预算和设备购置计划三者必须一致，互相衔接，避免在管理上生产混乱，更要防止在经济上既无预算又无计划，想到什么做什么，见到什么买什么。

2. 可能性：主要指资金来源，就是有经费（引进设备尚须有外汇额度，用汇指标）是否已经落实。我国医院购置设备的资金主要来自国家拨款和医院的业务收入，必要时亦可采取租货、货款或分期付款等方式取得资金。

3. 条件：指医院目前是否具备使用这一设备的条件，必须逐项考虑有无使用的技术力量？有无安装和维修的技术力量？有无房屋空间？如果条件既不具备，也没有创造条件的措施，则不应急于选购。

4. 需求评价：指购置此项设备是否合理？临床上为什么要购买？其需求的迫切性如何？有无其他可供选择的代替办法？譬如，内部有无潜力？能否将原有的设备修复使用？能否组织专管共用或协作共用？

根据追求最经济的寿命周期费用的原则，要考虑设备一生的总费用，除其本身的购置费以外，它的维持费（如能源消耗）、有关费用支出（如化学试剂）以及由于使用这台设备而产生的对病人照顾的费用支出，都要加以研究。

5. 技术评价：应评价该设备的成本效益，性能，是否过时；可靠性以及设备临床应用时的效能特点，自动化程度、准确性、精密度等一系列参数，还要考虑精度和准确性的保持性，零件的耐用性等。其中最主要的一点是看该设备的性能是否符合技术要求。

6. 选型：该设备是否国内已生产？其质量如何？如需引进，国外有哪些国家生产，罗列国别、厂牌、型号以及各厂牌型号的价格、比较各型的优缺点和价格，再在性能质量与价格之间进行权衡，选择价廉物美的设备。对于精度的选择，要从实际需要出发，不能盲目地追求高、大、精、尖，应讲求实效。

引进设备时，不要引进国外已经或者将要淘汰的仪器设备，注意化学试剂、消耗材料及零配件的补充问题，有时一台主机可能不贵，但不需长期使用国外厂家的试剂材料，因而每年都要花费不少外汇，增加了成本。

选型时应注意主机和标准附件是否完整，防止外商将标准件列入选订附件；对于选订附件要选准，哪些不需要订，哪些可以不订或暂时不订，既要避免因附件不全而不能立即投入使用，也要防止浪费大量外汇订购不必要的附件。

7. 维修性：或叫可修性、易修性。维修性影响设备维护和修理的工作量和费用。维修性好的设备一般是指设备结构简单，零部件组合合理，易于拆卸修理，零件互换性强。一般来说，设备越复杂、维护和修理的难度就大，还要有相应的维护和修理的专门知识和技术，对备品配件等物资器材的要求也高。因此选择设备时，要考虑到供方提供有关资料、技术、器材的可能性和持续时间。

为慎重起见，对大型贵重的仪器应作可行性研究和专题技术论证，写出论证书，必要时还可以组织同行评议，做好设备的选择工作。

设备的评价主要指设备选购阶段的经济评价。医院设备和工矿企业的设备有所不同，因为它没有明确的生产效率（例如每日若干吨），难以用设备的“系统效率”和“寿命周期费用”来定量地计算其费用效率。但是，医院设备的选购阶段，可以从两方面作出评价：

⑴ 评价设备购回后是否能充分发挥其功能？是否合理？是否有助于“技术精度”的提高？

⑵ 评价投资回收期，其计算方法可设想如下：

$$\text{设备投资回收期（年）} = \frac{\text{设备投资总额}}{\text{每年工作日数} \times \text{每日工作次数} \times \text{每次收费数}}$$

从式中可见，回收期越短，投资效果越好，由于科学技术的发展，设备更新的速度加快，对设备投资回收期也相应地要求缩短。

第三节　医疗设备使用管理

医院设备的使用管理，是指设备从到货起，经过验收入库，出库发放，财产帐目，技术档案，使用率调查等一系列程序，直至设备报废为止这一全过程的管理。购置设备的目的是为了使用，仪器设备只有在使用过程中才能发挥其作用。而且，在设备物质运动的全过程中，使用所占的时间最长，所以使用管理是一个重要的环节。这个环节的任务，可以概括为两个方面：一是保证设备的安全，包括数量上的准确性和质量上的完好性，以便完整地保持其使用价值；二是提高设备的使用率，充分发挥设备的医疗效果，追求更多的社会效益和经济效益。

医院设备的使用管理，包括下列一些问题。

一、管理思想

为做好使用管理工作，医院领导应经常对全院工作人员进行思想政治工作，并注意各科室部门之间的协调。

1. 医院设备是由医师、护士、医技人员使用的。因此要充分调动他们的积极性，增强其责任心，爱护公共财物，把设备管好用好。

2. 要破除小生产的习惯势力，反对科室或个人独占仪器，提倡专管共用，协作共用，提高使用率。

3. 要求设备管理人员牢固地树立为医疗、科研、教学第一线提供优良服务的思想和精打细算的精神，做好设备的使用管理工作。

二、制度建设

医院设备使用管理从工作流程来看，可分为下列一些程序：①到货；②验收（包括开箱，外观检查，实物点收，技术检验，核对入库）；③仓储（包括建帐，储存，保养）；④分配发放（包括分配计划，领用手续）；⑤在用设备管理（包括技术档案，操作规程，调配，组织共用）；⑥财产清点（包括盘点核对，盈亏调整）；⑦退库利用及调剂处理；⑧报废。为使这一流程的惯性运行处于良好状态，应当制订一系列规章制度，俾有遵循，犹如火车在轨道上安全正点地运行；要明确每一个岗位的责任，明确每一个程序的工作要领，除使用管理而外，并应包括装备管理和维修管理的内容。因之，建议制订以下一些规章制度：

1. 计划编制与审批制度；
2. 采购、验收及仓库管理制度；
3. 设备技术档案制度；
4. 仪器性能精确度鉴定制度；
5. 仪器使用操作规程；
6. 设备使用、维修、保养制度；
7. 大型仪器专管共用制度；
8. 设备使用人员考核制度；
9. 设备的领发、破损、报废、赔偿制度。

三、财产帐目

对医院现有设备要求数量准确，帐目健全，帐帐相符，帐实相符。一般是财务部门设医疗设备总帐，掌握总金额；设备部门设各级分类帐，是财务部门总帐的明细帐。所谓帐帐相符，即是设备部门的明细帐金额的和要与财务部门总额的金额相符。所谓帐实相符，即是随时清点实物，实物应与分类（或分户）明细帐相符。

国内医院一般都采用帐卡制，每件设备分类分户建帐定卡。凡在固定资产购进、调入或新制以后，即设立固定资产卡片帐。帐卡分“总卡”（红字印刷）及“分卡”（黑字印刷）两种。总卡列同一品名（即每一个“目”）财产的总数。例如全院有X线摄影机20台，其它计数量，会计金额在总卡上表示，总卡统辖本“目”以内所有分卡。分卡一物一卡，开成三份，一份“正本”，按物资编号分类顺序排列，即代替了分类帐，另一份“副本”，按科室单位分户排列，即代替了分户帐；还有一份“副本”是随物副本，随实物走，实物在哪里，这份副本即随着在哪里（即可能在仓库，也可能在各使用单位）。卡片上列有编号、品名。规格、数量、金额、特征、增减变化、财产变动情况。

按照这样的帐卡设置，可以随时看出：

1. 全院某一类、某一品名的设备共有多少，价值多少，及其分布状况。

2. 全院某一单位有哪些设备。而且，每一个单位把随实物发到该单位的卡片副本集中起来保存，就是该单位的设备帐目，随时可以按卡片清点实物，也可以随时与设备

管理部门核对帐卡，无需另外设立科室单位的设备帐薄。

设备部门除总卡分卡而外可另设一本按类别（到“项”一级）的多栏式流水帐薄，作为辅助登记，可随时结出“款”“项”的余额，便于与财务部门的总帐核对，并统辖本“项”以内所有的总卡。

每当设备财产有变动时，管理人员将三张分卡抽出交新领单位负责人。保管人签章，注明转移日期。于是，转出单位即解除责任；这样，即代替了销帐，转帐的手续，转入单位也毋须再建帐、记帐，可简化手续，节约人力、时间，而且帐目也十分清楚。

由于有总卡对分卡，辅助帐对总卡、财务部门对设备部门这三重制约，虽然使用了散页的帐卡也不致发生遗失错乱的情况。

四、技术档案

对于贵重精密的仪器设备，应建立技术档案。贵重精密仪器设备的划分可采用价格与精密度相结合的办法，一般是价值10000元以上的仪器，也可是在5000元以上的仪器，或价值虽不足规定的金额，但其精密度甚高，应特别注意保养的，亦可划入贵重精密仪器设备。

技术档案卡片（有些医院称之为：设备履历卡片）一式三份：

一份“正本”由设备部门保管，存入档案，袋内。保存这一仪器全部有关资料，包括购置过程中的文件、订货合同、验收记录、说明书、图纸、技术资料等，类似这一仪器设备的“人事档案”。

一份“维修副本”交专职分工的维修人员，记录仪器的重要特征和校验结果，基本测定数据，并在每次检修后作好维修记录。凡更换元件、改变线路则须详细记录，类似这一仪器设备的“病历”。维修记录有两种登记保存的方法，一是随档案卡的“维修副本”存维修人员手中，另一办法是随“精密贵重仪器使用维修记录薄”存仪器的保养人手中，每次维修后在这个记录薄上登记。

一份“使用副本”交使用单位仪器的保养人，主要记录仪器的情况，内部转移记录，以及交接时的检验记录。

为保持档案的完整，加强使用管理，对于每一件贵重精密仪器设立一本上述的“精密贵重仪器使用维修记录薄”，其内容为：

1. 封面。载明设备名称、编号、生产国别、厂牌型号、价格、使用单位及保养人姓名。

2. 精密贵重仪器管理制度。

3. 仪器设备操作规程。

4. 仪器使用情况记录表。每次使用以后，要逐项登记日期、用途、使用的技术指标、操作时间、实际使用时数、仪器状况、使用人签名后由保养人验收签字。

5. 仪器保养维修情况登记表。由仪器保养人负责保管，保养及维修人员填写。

此记录薄由仪器保养人负责保管，偏成第X册，每次该用新册时，应将旧册交设备部门存入档案。

上述保养人是仪器使用单位指定专职分工保管仪器的人员，负责管好仪器设备，特订操作规程，有权察核仪器使用人是否掌握操作技术，进行仪器的各级保养，并与维修人员密切联系，保证设备正常运转，处理设备报停报修事宜，并有权制止一切违反制度

的行为。

五、使用率

提高仪器设备的使用率，是充分发挥设备使用价值，减少设备资金占用比重，获得较好经济效益的一个有力措施，是仪器设备使用管理的一项重要任务，也是评价仪器设备管理优劣的一个主要指标。影响仪器设备使用率低的原因是多方面的，但目前的原因主要在于：

1. 部门所有制。即所谓设备归部门所有，其他部门概不能使用。部门所有制的根源在于小生产方式的习惯势力，喜欢“大而全”，“小而全”的自给自足。

2. 在设备装备阶段，缺乏调查研究，未进行评价和论证，审查时有盲目性或上级一笔批了算，以致买进后不适用。

3. 选型不对，主要附件不齐或仪器本身质量低劣。

4. 缺乏技术条件或房屋空间条件，购回无处放或无人用。

5. 科室使用人员与经济没有直接联系，只强调使用方法和爱护仪器，而不考虑经济效益。

针对以上情况，为提高设备使用率，可采取下面一些措施：

1. 成立中心实验室及各专科的检查室（如功能检查室，内窥镜检查室，超声波检查室等），集中仪器设备为全院服务。

2. 对仪器设备实行专管共用，协作共用或多机联用。

3. 规定设备的使用时间以小时/年（或周）为计算单位，低于这个值的应予调出。

4. 提高设备装备管理这一环节的机能，加强设备选择和评价工作。

5. 采用经济管理手段，把使用与经济效益挂起钩来。例如试行固定资产有偿占用以改革无偿占用这种“大锅饭”供给制的弊端；或者提取医疗设备折旧费，规定某一级医院，若干元以上的设备均提取折旧费，并对提取折旧费的具体办法。对折旧基金的管理及使用范围作出具体规定；也可以用计算投资回收期的办法进行单机核算，如投资回收期过长又无特殊理由即采取措施；还可以采取经济技术承包的办法，定额承包，超额计奖，以调动医务人员的积极性。

6. 定期进行使用率的调查研究，及时发现问题解决问题。这种调查是掌握情况的一个有效措施，但使用率的高低等级应有一个衡量的尺度，国内有的医院制订了下列分类标准，可供参考：

第一类　使用率高，其标准为：①设备的各种功能均得到利用；②使用机会多，实用收效大；③虽不经常使用，但在抢救工作中已发挥作用。

第二类　使用率一般，其标准为：①主要功能得到利用；②有一定的使用机会，也有一定的实用效果。

第三类　使用率低，其标准为：①主要功能未能充分发挥或使用机会少；②实用效果不大。

第四类　未使用，即根本未用。

但是，这种分类标准，只是一个定性的、粗略的标准，且不够明确。国内有的医院提出了一些计量的标准，现也介绍几种，供研究参考：

（一）计时法

1. 使用率高：大于 30 小时/周。

2. 使用率一般：20～29 小时/周。

3. 使用率较低：10～19 小时/周。

4. 使用率低：1～9 小时/周。

（二）计设备使用率法

$$\text{设备使用率}=\frac{\text{实际月诊治人次（或时数）}}{\text{日诊治人(次)数(或时数)定额}\times\text{月工作日}}\times 100\%$$

式中日诊治人数定额可根据设备的诊治能力，结合医院的实际情况，并参考历史的经验和统计数据来确定。

以上两种方法都从设备的时间和利用情况进行评价的。另外还有些医院从设备价值利用角度，反映占用在设备上的那部分资金的利用程度，但不能说明其使用效益。

总之，评价或考核设备使用率的指标（或标准）目前还没有一个公认为完善的科学的方法，尚有待于实践中进一步探索。以上介绍的几种办法都可以应用。

组织专管共用或协作共用是解决设备使用率不高这一问题的合理办法，但要注意创造共用的条件，诸如房屋、地点、时间安排等。至于哪些设备采取共用的办法，可视各医院的具体情况而定，譬如按设备贵重与精密的程度划分，若干元以上或精度达到某一级的，分别组织院级共用，或科级共用。在国外也实行这个办法，据美国国立卫生研究院介绍，一般价值在 1 万美元的仪器可由 1 名科学家使用，2—5 万美元的仪器由几名科学家共用，10 万美元以上的仪器则为一个地区共用。

六、教育与培训

过去长期以来没有培训专业的设备管理人员，缺乏一支专业队伍，是医院建设的一个严重缺陷。所以，培训设备管理人员，建立一支设备管理队伍，是医院现代化建设中所面临的一个十分迫切的任务。在国外也将教育与训练这一项目纳入设备管理的系统，包括行政管理人员的训练，工程技术人员的训练，以及临床工作人员在设备管理方面的培训。

设备管理人员的培训方式可以有三种，一是卫生行政部门与教学单位订立合同委托教学单位组织培训，二是由医院（或几个医院）自行培训，三是医学院校建立相关专业进行系统教育。学制建议相当于大专的二年制。学生来源可以从有高中文化程度的在职职工中选拔，也可纳入国家招生计划从应届大学招生中录取。

关于课程的设置，应考虑以下内容：政治、文理知识、医学知识、医疗商品知识、外语、管理学、经济学、财会知识、商业外贸业务、统计学、生物医学工程等，还可以安排一些参观和实习。

当前设备维修人员非常缺乏，现在国内有少数的中等专业学校进行专业培训，有个别高等院校已经开办生物医学工程专业，但从时间和数量上来看尚难满足需要。为适应目前形势，仍有必要选拔现有专业人员或从电子工业系统抽一部分力量办短训班培训人才。在国外亦有这种经验。例如加拿大的不列颠哥伦比亚大学即办了“生物医学计量及生物材料”训练班，宗旨是从临床角度探索生物医学测量的科学和技术，研究测量和治疗用的生物可容性材料，其课程设置有：医学仪器导论，传感器、生物电位放大信号处理，生物电位电极，生物医学电极，心血管测量及仪器，呼吸测量及仪器，神经，神经

肌及感觉器官的测量及仪器，用电安全，机械安全，材料。该班为大学毕业人员开办，学制 13 周，包括讲课和实习，据介绍培训的效果良好。

由于医院设备不断更新，要求临床人员接受新仪器设备的训练。国内外医院对这种培训都十分重视，未经训练的不准使用仪器，培训的方式多为短期训练，为节省经费，往往在购置新仪器时，要求供货厂方负责培训人员，临床工作人员可安排在这个机会中进行。

第四节　医疗设备维修管理

一、设备维修在现代医院中的作用及其组织

（一）设备维修的作用

医院设备在使用过程中，由于仪器设备本身（如寿命，易损件）或人为（如违反操作规程，粗暴操作，未及时进行保养，事故、病人不合作）或条件（如电源电压，温度湿度）等因素，常会发生故障或损坏而停止使用。尽管大多数损坏还不到完全报废的程度，但如不及时修理，使之正常运转，势必直接影响到病人的诊断与治疗。而且，由于医疗设备的价格一般都比较昂贵，多是单机开展工作，少有备用机，为使医院诊断治疗工作不致中断，必须以最快的速度、最好的质量将仪器修复。

（二）设备维修的组织

医院设备本身具有特殊性和复杂性，它的修理工作不能委托一个工厂的修理车间进行，同时它还具有迫切的时间性，往往要求随请随到。因此，医院不论其规模大小，均需有计划地培养和配备维修人员，建立一个专职的设备维修单位，归属设备管理部门。维修单位按其性质划分，可下设四个专业组：

1. 放射仪器组：维修X线、核医学的诊断治疗设备。

2. 电子仪器组：维修医用电子仪器，包括功能检查设备、超声诊断设备、理疗设备及一部分实验诊断设备。

3. 光学仪器组：维修纤维光学内窥镜、显微镜、眼科光学仪器、激光设备。

4. 机电设备组：维修医用机电设备，并为以上各组提供所需零配件和加工服务。

国内有些医院把维修人员分散到临床各科，专修该科的设备，这种方式在过去仪器设备比较少的情况下较为适用。但在目前，从医疗设备品种繁杂程度和分布科室的面来看，势必形成未配备人员的科室增添新设备无人管、新建科室使用仪器尚需专门配备维修人员。这样不但浪费人力，而且也由于人员分散，单独进行工作，不利于原材料的组织，供应管理，不利于测试仪器，工具的配备使用，更不利于维修人员协作、交流经验共同探讨问题。

维修业务除分组外，还应有明确的人员分工，最好实行包干制。分工可根据仪器设备情况和维修人员的数量，每个维修人员的技术水平和专长作全面考虑，不能强求一致。一般在人机比例高的情况下可以分得细些；若人机比例较低，则应分得粗些，实行按工种分类别包干；在维修人员不足的条件下，还可以实行按工种分工包干与按病区分片包干相结合的办法，即在横向上（每一病区科室）和纵向上（每一类每一台设备）都有维修人员包干负责。

（三）生物医学工程部

国外医院大都设有生物医学工程部门，有的称为临床工程部。在美国有300张床以上的医院必须设置生物医学工程部，还必须设置电气安全委员会。随着医院现代化进程，我国医院亦将逐步成立生物医学工程部，其任务可概括为：①负责医疗设备的维修；②仪器设备的检查和预防性修理；③对各科使用仪器设备实行技术指导和监督；④结合临床需要研制新设备，实行技术转移，对医疗的需要，应用现代技术概念作出反应；⑤技术培训；⑥协助设备管理部门和院领导审定、选购仪器，并负责仪器的验收和安装；⑦研究科技资料，对外咨询服务。

二、设备的保养和检查

设备的维护保养是设备自身运动的客观要求。设备在使用过程中，由于设备的物资运动，必然会产生技术状况的不断变化，必须做好设备的维护与保养，以随时改善其技术状况。

（一）设备保养

医院设备一般应实行三级保养制：

1. 日常保养（或称例行保养）：由仪器保养人负责，它的内容是：表面清洁，紧固易松动的螺丝和另件，检查运转是否正常，零部件是否完整。日常保养的项目和部位较少，大多数在设备的外部。

2. 一级保养：由仪器保养人按计划进行，主要是内部清洁，检查有无异常情况（如声音、湿度、指示灯等），局部检查和调整。

3. 二级保养：是一种预防性的修理，由仪器保养人会同修理人员共同进行，检查设备的主体部分成立主要组件，调整精度，必要时更换易损部件。

（二）设备检查

是对设备的运行情况，工作精度或磨损程度进行检查校验，针对发现问题，提出改进维护措施，有目的地做好修理前的各项准备，以提高修理质量，缩短修理时间。一般与二级保养结合进行。

从检查的性能来区分，可有两种性质的检查：一是功能检查，二是精度检查。功能检查指测定设备的各项功能是否符合仪器说明书和技术文件的要求。精度检查指测定设备的精度，特别是计量仪器，如天平、比色计、放射线量仪等，还需要定时地由国家计量部门来检查、鉴定。

欧美和日本的某些企业实行PM制，在我国医院设备的维修管理上亦可参考借鉴。PM制即生产维修制度（productive maintenance）。这个制度的特点是区别不同情况。突出重点设备，把重点设备的预防维修同一般坏了再修两者结合起来。这样做既保证生产，又降低维修费用，避免“过分维修”的现象。因为对所有的设备都普遍实行预防性维修会增加维修费用的开支。

采用这种PM制时，把医院所拥有的设备按重要程度进行分类。例如A类是非常重要的设备，叫做重点设备；B类是准备重点设备；C类是非重点设备。对A类和B类设备采取预防性维修方法，而对C类设备采取坏了再修的方法。一般来说，划归A类和B类的设备不宜过多。

平时的定期检查还应当特别强调设备的安全检查。包括仪器本身的安全性，用电安全和周围环境的安全。过去，在针麻仪，理疗仪器，电休克机、手术室麻醉机等仪器不

接地或接地不良等各种情况下，曾经发生过电击伤，起火等事故，应引起注意，防范未然。国外对医疗电气设备的安全十分重视，一般中型以上的医院均设立电气安全委员会。例如澳大利亚的标准协会即为管制医疗电气设备的专门部门，专门制订《澳大利亚医疗电气设备一般安全要求的标准与试验规格》，全文共分七章，详列使用医疗电气设备的安全要求，包括：范围和应用、定义、一般要求、预防机械失灵及电流中断的措施、预防电击危险的措施、防火和防热等。

国际上还有一个标准化的组织称国际电工委员会（IEC），下属技术委员会(TC)，专门负责制订医用电气设备的标准，我国也是IEC的成员国。国际电工委员会下属技术委员会（IEC/TC），对各种医用电气设备制订的标准已陆续翻译介绍并推广应用。目前，我国医院可根据国外资料，择其中最主要的并带普遍性的条款结合自己的经验，制订各医院的电气设备安全条例，包括接地、预防人体受伤，稳定测验、超负荷防护以及在危险地点使用设备的要领等各项条款。

三、设备的修理

设备的修理和设备的维护保养不能相互代替，因为两者的工作内容不尽相同。修理主要是修复和更换已经损坏的部件，一般在设备发生故障不能工作时进行。而维护保养则是处理设备运转过程中随时发生的技术状况的变化，如脏、松、漏、缺，修理主要由维修人员负责，维修保养主要由仪器保养人负责，三级保养时才由保养人和维修人员共同进行。

（一）修理类别

1. 小修理：工作量最小的局部修理。在设备所在地点更换和修复少量零件，或调整设备的结构，以保证设备能够使用到下一次修理。

2. 中修理：要更换与修复设备的主要零件，或数量较多的其他损坏部件，或校正仪器以恢复其精度，达到设备规定的技术参数。

3. 大修理：是工作量最大的一种修理，有时需要将设备全部解体、更换和修复全部损坏的零件、恢复设备原有的精度、性能和效率。

由于仪器设备的结构、性能、用途不同，这三类修理应包括的具体内容，要求不完全相同，甚至有很大的差别。

（二）修理方法

工矿企业的设备，采用计划维修法，医院可以参照。实施计划修理有三种方法：

1. 标准修理法（或称强制修理法）：是对设备的修理日期、类别和内容，都预先制定具体的计划，并严格照计划规定进行，而不管设备的技术状况如何。这种方法一般用于一些必须严格保证安全运转和特别重要，复杂的设备。

2. 定期修理法：根据设备实际使用情况，参考有关修理周期，制定设备修理工作的计划日期和大致修理工作量。其优点是有利于做好修理前的准备，缩短修理所占用的时间。

3. 检查后修理法：根据检查的结果和以前的修理资料，确定修理的日期和内容，此法比较简单易行。

医院设备的修理可采用后两种修理法。对大型贵重精密仪器采用定期修理法，对一般常用的设备采用检查后的修理法。

在设备修理时，根据情况可以采取比较先进的组织技术方法：

1. 部件修理法：即将需要修理的设备部件拆卸下来，换上事先准备好的同类部件。也就是用简单的“插入”办法。这类情况在医用电子仪器上比较普遍，现不少电子仪器都采用线路板插件，修理时查明故障，换上一块插件线路板即可。这种方法的优点是节省修理时间，但是一个医院要为各种仪器设备都准备一定数量的插件，占用的资金过多。

2. 部件修理法：此法的特点是：设备的各个部件不在同一时间修理，而是按照设备的各个独立部分依顺序分别进行修理，每次只修其中的一部分。其优点是由于把修理工作化整为零，因而可以利用节假日或非生产时间进行，增加了设备的工作时间，提高设备的使用率。这种方法适用于一系列构造上具有相对独立部件的设备，以及修理工作量大、修理时间较长的设备。

3. 同步修理法：是指将工艺上相互紧密联系的几台设备安排在同一时间内，实行修理同步化，以减少分散叉开修理所占的停机时间。在工矿企业中主要应用于流水生产线设备，在医院中譬如人工肾室，可将几台同型号的人工肾的主机辅机及配套设备安排在同一时间进行。

4. 计划协调技术（PERT）或称计划批审法：在国内外工矿企业中已经采用。即运用网络计划图来计划和安排某个修理项目的进度计划，把修理过程中的各个环节紧密结合起来，以节省修理的时间和费用。

四、维修登记制度

仪器设备在保养维护和修理后必须登记，包括：保存文字记录，记载修理日期，使用人主诉仪器故障现象，修理人所见故障现象，故障原因，排除方法，零件或电路改变情况，修复后的检验情况（如不能修复，说明其原因和建议），并由修理人和保养人签字。这样做可以保存完整的设备技术档案，便于以后的修理技术人员了解仪器设备的历史状况，也可以作为对使用人、保养人和维修人的工作考核依据。

国外医院对于维修登记制度较为重视，例如有的医院印制一种“请修和修理工作报告表”，包括下列一些内容：

1. 请修：填列单位，部门，设备名称，主诉故障等。

2. 工作报告：填到这次修理的工作性质，用在方格内划“X”的方法说明是验收或非定期维修（或检查），定期维修（或检查），临时发生故障检查，谘询，或者是其他情况如培训、设备评价、制订程序，行政/监督等。

3. 维修报告：说明故障原因，包括部件损坏，操作错误，校准，无明显故障；还有故障描述，包括机械的、电气的、电子计算机的、或是液动/气功装置方面的问题，也是在方格内划“X”的方法表示。

4. 预计停机时间。

5. 工作时间：包括日期、开始时间、常规工作时数，加班时数、运送仪器占用时间等项。

国外企事业管理往往使用大量表格、罗列各种项目，并有多份副本抄至各有关单位。这种办法是细致详尽、但也失之于繁琐。因此，我们仍主张在设备的档案卡片，或者设备的使用维修登记薄上、每次保养维修以后，随即进行登记，将来连同设备的使用

记录一并保存，归入设备档案，既达到有记录的目的，手续亦较简便。

五、设备维修的主要技术指标

设备维修和管理的成果表现在保持良好的技术状况上，设备的技术状况用设备完好率来表示。

通过现场实物调查，对设备完好状况逐一考核，在此基础上计算设备的完好率。并对设备状况不良以及已损坏设备不能及时修复的原因做分析，以便采取措施加以改善。

国内有些医院制定了一个考核设备完好率的标准，将设备技术状况分为四个等级：

1. 设备完好：性能良好，运转使用正常，零部件齐全，无明显磨损变形和腐蚀，仪表指示系统正常。

2. 设备基本完好：主要性能保持良好，运转基本正常，不经常出现故障，主要零部件齐全，虽有一定磨损、腐蚀，但不影响使用，仪表指示系统基本正常。

3. 设备情况不良：主要性能不良，常出现故障，主要零部件受损，使用受到影响，仪表指示系统有一定程度的失调，停机修理或待修，上述情况出现其一者。

4. 报废或待报废：已丧失主要性能，不能正常运转使用或受到严重影响，经常出现较大故障，主要零件不全，仪表指示系统失调。上述情况出现其一而又难以修复者。

通过上述调查、可以计算医院设备的完好率，其公式为：

$$\text{完好率} = \frac{\text{完好} + \text{基本完好}}{\text{总件数}} \times 100\%$$

对于设备状态不良的原因，亦可按：出厂质量低劣，缺少配套部件，使用操作不当，正常耗损，缺乏修理能力及其他等6条原因来进行分析。

这种调查应该定期进行，每年至少一次，根据完好率的调查分析，掌握医院设备的技术状况，反映设备维修管理的效果和存在问题，从而针对性地采取措施，尽量提高设备的完好率。

六、要培训适合医院工作的生物医学工程人员

提高设备完好率的关键措施是培训适合医院工作的生物医学工程人员。现在我国一些大学和医学院校生物医学工程系或专业的数学目标，偏重于培养学生从事研究和开发工作，而较少注意训练适合医院工作的工程技术人员。因此应着重发展一些2—3年的专科教育，在教学中要提高学生的动手能力和外语水平，并加强学校与医院、与工厂的联系，使学生能经常接触到医院实际。同时，还要在医院中明确规定生物医学工程人员在医院中的地位和作用，使培训的学生分配到医院中去以后能安心工作。这种培训工作已有少数地区的卫生行政部门开始注意并取得了好的效果，但就全国来看还远远不够，以致大量先进的仪器设备包括很多进口设备，由于缺乏相应的能够维护和管理这些设备的工程技术人员，而不能充分发挥作用，有些甚至闲置，这是一种浪费。

第五节　医疗设备研制

一、生物医学工程和医疗设备发展的趋势

生命是物质运动的最高形式，它的机理极为复杂，人类对生命，特别是对人类自身，虽有一些认识，但水平还很低。所以，各门学科与生命科学互相渗透以解决生命现象中许多疑难问题是当前科学发展的一个必然趋势，生物医学工程就是在这种发展趋势

中产生而形成的一门边缘科学。1978年，我国第一次生物医学工程规划会议上，对这门学科曾下了这样的定义："生物医学工程学是综合运用技术科学的相应理论和方法，深入研究人体结构的功能，以解决医学中有关问题的学科。"

生物医学工程的研究主要有两大方面：一是基础研究、二是应用研究。由于人体是一个复杂的机体，生物医学工程基础研究包括的内容非常广泛，它几乎涉及了自然科学的各个领域，包括生物力学、生物控制系统，生物质量传递，生物信息及其处理，生物医学材料、生物效应等各个方面。而生物医学工程的应用研究则与医疗设备研制与发展有着密切的联系，可以从应用研究发展的趋势看到近代医疗设备发展和研制的趋势。

生物医学工程的应用研究也就是研制发展诊断治疗用的设备。诊断治疗包括三个阶段，其中诊和断是两个不同的阶段。

我国和世界上许多国家都已建立了生物医学工程的专门机构、从事各种各样的研究。生物医学工程的基础研究促进了生物医学工程应用研究的发展、而生物医学工程的应用研究，又促进了医疗设备的研制，从目前的情况和发展的趋势来看，它有三个动向：

(1) 研制无创伤或尽量减少创伤的诊断和治疗设备。

(2) 医疗设备的电子计算机化，使诊断和治疗向自动、快速微量、准确的方向发展。

(3) 人工脏器、生物材料的研制。

近代医疗设备的发展，首推电子计算机X线体层扫描(computed tomography，简称CT或 XCT)，它是以最新的科学技术来充分地获得人体信息，并用电子计算机处理信息，重建人体某一断层的图象，而后作出判断的一个典型的例子。

CT 的发明，解决了多年来未能解决的密度分辨率、时间分辨率、空间分辨率等难题、使临床放射学发生了质的变化。大约在同一时期，B型超声也开始应用于临床，由黑白双稳定型、灰阶体层型发展到高对比实时超声带脉冲多普勒频谱分析，目前正朝着电子计算机超声体层扫描(简称 UCT)的方向迈进。还有放射同位素扫描和伽玛照像机的图象也大幅度地改善，应用范围日益广泛，并且也与CT技术相结合，将伽玛照像机获得的放射性信息，输给计算机处理，可大大提高诊断效果，称为放射性同位素电子计算机断层扫描（简称 RCT)。上述XCT、UCT、RCT三种手段愈向前发展，就愈显示它们之间的相互依赖，相互补充，相互印证的特点，从而产生了一门崭新的医学科学——人体影象学。

近年来诊断设备特别是图象技术尚在不断发展，其中有数字X线诊断（DR)；有不用导管术，只注射比衬药物即可借电子计算机处理获得血管影象的数字或血管影象装置（DVI或 DSA)；有被认为继 CT 以后最有发展前途，可以监视活细胞内所发生变化的核磁共振（NMR)；还有正电子CT扫描（PECT)，全息摄影，脑磁图等等。此外，利用病变部位温度变化来检测诊断疾病的红外线摄影（称为热图仪）已有商品问世。

由于电子计算机技术的发展，特别是微处理机的大量生产，不少医疗设备如自动化实验设备，功能检测设备等都广泛地装置了微处理机；生理功能测试仪器继续沿着取得信息加上电子计算机处理的方向发展；出现了微处理机控制的心电图、脑电图、动态心电图、渗发电位图、体表电位图系统，我国在胃电图的研制方面也取得了较大的进展。

治疗设备的发展，一是利用现代科学技术和设备来治疗疾病，二是人工脏器的研制。

放射治疗是治疗癌症的主要手段，目前已发展到中子治疗和 π 负介子治疗；近年来

又发展所谓治疗人类癌症的第四种有效手段，即外科手术切除，化学药物疗法和放射治疗之后的一种新方法，使用光敏药物（如血卟啉衍生物，HPD）加激光的方法。现时新颖的激光光源配合内窥镜，不仅可以诊断还可以用于治疗、各种光源的激光治疗仪也已广泛使用，并不断向更高的功能发展。

人工脏器也是生物医学工程基础研究与应用研究的产物。现在已经研制成功并在临床上应用的，有人工心脏及心脏辅助装置、人工心脏瓣膜、人工心肺、人造血管、人工肾、人工胰脏、人工关节等。英国有人宣称已试制人工骨，其功能与真骨相近似。

随着高分子材料特殊金属材料和生物陶瓷材料在医学领域内的应用和外科技术的提高，人工脏器研制的趋势是：①由代替部分机能到代替全部机能；②由短期使用到长期使用；③由大型体外式到小型携带式以至终身植入体内。

此外，正在研制的项目还有生物电控制的假肢、对盲人行走的引导装置、人工血液的研究也由血浆代用品进入血液代用品的阶段。

本世纪60年代以来，国外由政府、财团，基金会或者大企业提供巨额资金，导致大量生物医学、工程技术人才，从事生物医学工程的研究，取得相当大的成绩，使医疗设备在近20年来有了显著的发展。从以上简要的概述也可以看出，在我们面前，生物医学工程的应用研究正展示出一个广阔的前景。

二、我国医疗设备的研制和发展的途径

70年代后期以来，我国在电子，医用高分子、超声、纤维光学、激光、低温、红外线，核医学等科学技术的研究和应用也取得可喜的成果，试制成功了二百多种新产品，其中有直线加速器，头部CT，伽玛照像机，红外线热图仪、纤维光学内窥镜、人工肾、超声诊断仪、各种激光机等。但是，这些产品主要是国外产品的仿制品，我国独立研制的医疗设备较少，并在产品质量上尚有待改进和提高。希望我国医学界和工程技术界的人士通力合作，从我国具体情况出发，借鉴国外的先进技术，走出我国自己的生物医学工程应用研究的道路。

发展我国医疗设备研制的途径，首先是要大力培养生物医学工程人才，这是发展我国医学科学的一个战略措施，应引起国家教委、卫生部的高度重视。第二是国防工业“保军转民”的形势下，利用航天工业、电子工业、核工业等部门的技术人才密集，专业齐全，设备先进，有研制生产高精尖产品的丰富经验等优势，有领导有计划有步骤地组织一些工厂与卫生部、国家医药总局合作，开展研制工作。第三是充分发挥高等院校的科学技术力量，一方面加强基础研究，另一方面与临床密切结合，并注意专业医务人员对于仪器设备的意见和要求，把医学上的要求和现代技术概念结合起来，提出一些设想，建议工厂研制生产。第四是鼓励各省市成立地区性的医疗器械研究所，或者由大型医疗器械工业企业成立医疗器械研究所，筹集资金，组织人才，进行开发研究。

1987年5月，国务院电子振兴领导小组批准由卫生部、电子工业部等有关部门组成医疗电子设备专业小组，负责组织拟定医疗电子设备发展、装备的方针和重大措施，组织审议医疗电子设备发展规划中的重大项目，并对医疗电子设备的科研、开发、生产、应用进行统一协调。这个专业小组的成立，必将促进医疗电子设备的振兴发展，加速我国医疗设备研制和开发的进程。

李明璐

第三十二章　医院后勤设备管理

第一节　医院后勤设备管理的范围、作用和特点

医院后勤设备是保障医、教、研活动正常运转的基本条件，也是构成医院基础质量的基本要素。它不仅具有为医疗活动提供条件保障的一面，而且还有为病人和医院职工提供生活服务的一面，因此搞好医院后勤设备的管理，发挥后勤设备的功能和作用，使之更好地为医、教、研服务，为病人和医院职工服务，是医院管理的一个重要内容。

医院后勤设备的范围，主要有供水设备（包括上水、下水和污水处理等设备）、供电设备（包括变压器、配电、自备发电机组等设备）、供热设备（包括锅炉及其配套设备等）、供冷设备（包括制冷、空调及其配套设备等），其他尚有医疗气体、净化、通讯、声像、洗涤、交通运输等各项设备。

医院后勤设备的特点主要有：

1. 保障性：医院后勤是医院总系统中的一个子系统，为医疗业务活动提供条件保障，属医院的支持系统。因此医院后勤设备管理应树立整体性观念，即树立以医疗为中心的管理思想，把服务于医疗和病人的需要作为它的管理目标。

后勤设备保障性高，要能满足医院随机性、时限性、应急性特点的客观要求。从保障性高这一特点出发，在医院后勤设备管理上要求做到：①医院后勤各项设备的配置应与医院的任务、规模、科室设置和诊疗需要相适应；②医院后勤设备的配置除考虑保证正常需要外，尚应考虑应急储备条件，如应备有备用发电机组，备用上水、储水设施、备用锅炉等；③要有一支训练有素、既能保证设备的正常维修，又能作出快速反应投入急修的工程技术队伍，④应当建立和健全值班制度，严格岗位责任制，做到坚守岗位，随叫随到。

2. 技术性：要改变长期以来认为后勤部门是一个非技术性部门的陈旧观念。医院后勤设备具有较高的技术性、专业性。如医院的给排水系统、供电系统、采暖制冷系统、供氧供气系统、传呼系统、采光照明系统、空调净化系统、污水处理系统、交通运输系统、消防系统等各项设备管理，无不具有较强的技术性和专业性，它涉及到物理、化学、电子、电气、机械、建筑、自动化、卫生学等多种学科领域。因此要做好医院后勤设备的管理，如果没有一支多学科的工程技术队伍，是难以适应医院现代化建设的需要。从技术性这一特点出发要求医院后勤设备管理上做到：①要重视建设一支工程技术队伍。这支队伍在智力结构上要具有适应医院需要的各类工程师。在智能结构上要重视动手能力；在人员结构上要注意高、中、初比例适当，即不但要有高级工程技术人员，也要有各类中专、技校的中级技术员和各种工种的熟练工人，只有人员结构合理，才能做到人尽其才，才尽其用，发挥人力资源的整体效应；②要重视后勤设备的更新和改造，保证后勤设备技术的先进性，以适应医院业务发展的需要。

3. 安全可靠性：医院后勤设备影响面大，因此安全要求高。如用电安全、用水安全、用气安全、锅炉安全、交通安全、消防安全等。不仅关系到全院正常工作的运行，

而且关系到生命和财产的安全。从这一特点出发，在管理上要求做到：①必须树立安全第一的观念，制定安全操作规范，对新进人员要进行安全操作教育；②后勤各项设备的设计、安装、运行和维修，均应制定必要的安全标准；③要建立定期维修、检查制度，以保证各项设备的完好性。如建立设备的保养制度和“四定”制度（定岗位职责、定操作规程、定专人负责、定期检修）。

4. 经济性：医院后勤设备既具有生产性的一面，又具有消耗性的一面。要做到投入少，产出多，提高后勤设备的经济效益，应是后勤设备的一个管理目标。为此，要求做到：①要加强设备的计划配置和合理配置，避免由于配置不当而造成大机小用或闲置不用；②要充分发挥设备的潜力，通过对设备的技术改造或增加必要的附属设施，做到一机多用，挖掘设备的潜在功能，如锅炉系统增加余热利用的附属装置后，可以充分利用余热水，即可解决沐浴用水；③要重视设备的维护保养，定期检修，提高设备的自然寿命，使设备始终处于良好的技术状态；④要重视节约能源，节约燃料和原材料，节约业务费支出，尽可能地减少投入，降低医疗成本。

第二节　供水、供电、供热管理

一、供水管理

（一）给水

医院是一个用水量较大的单位，应设有完整的给排水系统。医院水的管理包括两个方面：①要保证为业务用水和生活用水提供合乎水质卫生标准的充分水量（*见表32-1）；②要对污水排放进行无害化处理，以免污染水源和环境，影响人群健康。

医院用水可按用途分别测算，业务用水一般按床位计算，宿舍、办公室一般按人数及卫生设施件数计算，也有把两者合起来统一计算者，一般按每床每日0.5～1吨计算，即500张床医院日用水量为250—500吨。随着目前医院大型设备的增加，自制大输液和动物饲养等因素，医院的业务用水量大幅度上升，可根据医院的业务发展和设备的拥有程度选取标准的上限。

自备水源的医院，应配备给水系统的系列设备如：

1. 水塔：水塔的容量主要根据医院每天最大用水量结合开泵次数而定，如最大用水量为200m³，每天开泵3～4次，则水塔容量可考虑50～60m³。水塔的高度应合适。过低，会影响距水塔远处或最高点的用水困难。过高，则造成耗电量大，浪费能源，而且使某些供水点压力过高，容易损坏机件，因此要根据实际情况进行计算，确定设计高度。不宜集中的可在医院高层建筑屋面上设置水箱，同时要考虑消防用水量。城市水压不够，要加泵保证供应。

2. 管道：常用管材，室外管道可用铸铁管，室内管道可用白铁管，即镀锌钢管、内壁也要镀锌，焊接钢管的耐压力在10kg/cm² 以内，钢管要求无裂纹，无未焊透的地方。白铁管镀锌层要牢固完整，没有铁锈，口径大小按用水量而定，一般用水量为10,000m³/月左右，500床以上医院给水管口径为六英吋，即150cm。以下有100cm、75cm、50cm，可根据医院的规模及用水量估测选用。整个管道系统尚应包括闸阀、止回阀、水表、浮球阀、水嘴等。

3. 水泵：是给水系统的动力设备，其作用是把水从低处送往高处和远处。水泵种类

很多，医院常用的有IS型、TSW 型离心水泵。可按水量、路程的要求，根据型号的系列选用合适的水泵。为保证医院用水不致中断，水泵和电动机应配备两套。

表 32-1　生活饮用水水质标准

编号	项　目	标　准	编号	项　目	标　准
	感官性状指标		20	四氯化碳	<3μg/L
1	色	<15度，不显其他颜色	21	苯并芘	<0.01μg/L
2	浑浊度	<5度	22	滴滴涕	<1μg/L
3	臭和味	无异臭异味	23	六六六	<5μg/L
4	肉眼可见物	无		毒理学指标	
	化学指标		24	氰化物	适应浓度 0.5—1.0 mg/L <1.0mg/L
5	pH	6.8—8.5	25	氟化物	<0.05mg/L
6	总硬度 ($CaCO_3$计)	<450mg/L	26	砷	<0.04mg/L
7	铁	<0.3mg/L	27	硒	<0.01mg/L
8	锰	<0.1mg/L	28	汞	<0.001mg/L
9	铜	<1.0mg/L	29	镉	<0.01mg/L
10	锌	<1.0mg/L	30	铬(大价)	<0.05mg/L
11	挥发酚类	<0.002mg/L	31	铅	<0.5mg/L
12	阳离子合成洗涤剂	<0.3mg/L		细菌学指标	
13	硫酸盐	<250mg/L	32	细菌总数	<100个/ml水
14	氯化物	<250mg/L	33	大肠杆菌	<3个/ml水
15	溶解性总固体	<1,000mg/L		放射性指标	
16	银	<0.05mg/L	34	总α放射性	0.1Bq/L
17	硝酸盐(以氮计)	<20mg/L	35	总β放射性	1Bg/L
18	氯仿	<60μg/L			

（二）排水

医院的雨水、一般污水要与有毒污水绝对分流，严格分开，后者必须经过处理才能排放。医院污水的排放量可按每床每日 0.5～0.8 吨计算来设计污水处理装置，一般污水处理的方法见第三十五章。

（三）给排水的管理要求

医院的给水要保证充分水量的供应，污水排放要保持通畅无阻塞，并符合卫生学要求。为此，在管理上要求做到：①院内供水系统要运转正常，保证 24 小时连续供水，生活用水要符合国家水质检验标准要求（表 32-1）。② 建立和健全供水系统的保养检修制度，随时检修溢漏水管，包括室外上下水管道的检修，室内卫生设备的检修，埋入暗管的检漏。水泵、电动机等动力设备要有专人操作和维修保养制度。③要加强节约用水的教育，制定节约用水的措施，减少浪费。④自建供水系统的医院，要保护水源的卫生定期检验水质。在水源（水井）周围 30～50m内无污水灌溉和农药施肥，无渗水厕所、渗水坑及污水管道通过。

二、供电管理

医院为一级负荷供电单位，用电量大，应有两路进线并有备用电源。并根据医院的规模和设备的拥有状况，计算出用电的负荷量，配置相应的变压器，一般每床按 0.5kVA 计算。近年来医院的空调设备和大型设备增长很快，这些设备的耗电量又较大，因而一般可按每床 0.5—1.2kVA 左右计算，医疗设备及空调设备较多的医院可取上限。同时在计算用电负荷配置设备时，应留有余地，以备医院的业务发展和新增医疗设备的需要。

（一）用电设备

医院应根据负荷量选择变压器，变压器室应在负荷中心。按每床用电负荷量计算，变压器的配备参考标准（见表 32-2）。

表 32-2　医院变压器配备参考标准

床位数	变压器电功率	台数
300床	320kVA	1
500床	560kVA	1
600床	620kVA	1
700床	760kVA	1
1000床以上	560kVA	2

500床以上医院可采用配较小电功率的两台变压器其用量不变

除配有变压器外，应有配电间，并安装配电装置，包括全部开关设备（隔离开关、刀闸、油遮断器、自动开关、熔断器）、测量用各种仪表（安计、伏计、瓦计）、仪器用及保护用的互感器、电抗器、避雷器等以及国家规定的各种保护装置及措施。

（二）用电管理要求

在用电管理中要把安全用电贯穿在管理的各个环节。

1. 医院应备有正常电话和备用电话，两路进线，并安装自动合闸装置，当一路电发生故障时，另一路可及时接通继续供电。有条件的医院尚可自备紧急供电系统，备有发电机组或蓄电池组，在电力中断期间至少应保证警报系统、紧急联络系统、出口标志及通道的照明，保证储存血液、骨骼和组织的部门以及产房、急症区、新生儿护理室、手术室、术后恢复室、真空吸引系统、医用空气压缩机、电梯（至少一部）、特殊病房等部门的紧急供电。

2. 医院内部安装的照明线路与动力线路，互相之间负荷应保持基本平衡。室外架线和室内布线，应考虑到避免对精密仪器电感应的干扰。

3. 对有些用电量大和用电质量要求高的大型设备，如大毫安X线诊断仪、CT、MRI 等，最好设置专用线路和专用变压器，力求电源、电压稳定。

4. 从病人安全考虑，对一些常用直接接触病人的诊断治疗设备，可考虑安装漏电自动保护装置。

5. 对全院电线应定期检查，防止破损和裸露。医院的各种仪器插座，应有接地线，以确保安全。

6. 医院的配电间一般与变压器连在一起。配电间要注意安全，其建筑材料要选用有防火性能，窗户应有保护网，网络不应大于 20×20mm，既可保持通风，又可防止鸟

类、鼠类等动物进入室内，地面要防止起灰。变电所要有专人负责操作和管理，操作电工必须有正式电工合格证，并经地区供电所的专门培训和考核。对变压器、配电装置等设备，应每年会同供电部门检修一次。

7. 对医院工作人员要经常进行安全用电的教育，建立安全用电制度，经常巡回检查使用部门用电安全，有无私拉线路、将各种电热器接在照明线上使用，以免由于电线负荷超量而引起火灾或其他供电事故。要禁止非电工人员自行装置电线、增添灯泡、改装插座、私换保险丝等。

8. 要保证医院照明用电，并根据各部门工作需要，提供相应的照明度（表 32-3）。

表 32-3 医院人工照明参考标准

部　门	全般照明(lx)	工作面综合照明(lx)*
手术室	100	2000—3000
各科诊定室、治疗室	100	500
实验室	100	500
病房	20	—
眼科病房	10	—
医护办公室	75	200
盥洗室	25	—
走廊楼梯	15—20	—
食堂、休息室	75—100	—
药房、化验室	50—75	300
图书馆	50	100
仓库	20	

* 国际TJ34-79。0.8m高为工作面。

三、供热管理

医院的供热设备不仅是为病人提供采暖，还为全院职工和病人提供饮用开水和医疗业务用热水以及蒸煮食物、蒸气消毒、烘干被服等用。医院热源供应主要通过锅炉产生热量，经供热设备系统供应全院。

（一）医院供热设备

医院供热源的主要设备是锅炉，因此医院的供热管理重点是对以锅炉为中心的供热系统的管理。

医院锅炉气吨位的配备，根据医疗、生活等每小时最大热量并计入同时使用系数计算，一般以每床 10—15kg/h 计算，即 100 张床配 1.0—1.5 吨半。除按标准配置外，尚应考虑配置备用锅炉，以备交替检修和冬季高负荷时同时使用。我国北方气温低、气吨位的配备标准，应适当提高（见表 32-4）。

除锅炉设备外，供热系统的设备尚应包括与锅炉配套的设备，如鼓风机、引风机、电动给水泵、蒸气给水泵、自动炉排电动机等。此外尚需配备水质处理的离子交换器、消烟除尘落灰器、消音设备、余热水利用装置、分汽缸、输气管道、散热装置和散热排管等设备，构成整个供热设备系统。

表 32-4　医院锅炉配备参考标准

床位数	气吨位	配备数(台)
100床	1　吨	二台(其中备用0.5吨一台)
200—300	2　吨	二台(备用一台)
300—500	4　吨	一台
	2　吨	一台(备用)
600—700	4　吨	二台
	2　吨	一台(备用)
800—1000	4　吨	三台(其中备用一台)

锅炉房的建筑应注意防火防爆要求，采用钢结构，有防火墙及棚顶，有足够的开窗面积和两个出入口。在布局上锅炉与锅炉之间，锅炉与墙壁之间的距离要保持在 0.8m 以上，烟囱应设在锅炉房后侧，高于临近建筑物。

（二）医院各科采暖要求

医院病人在接受诊治过程中，往往需要脱衣裸身，且其对气温变化的适应能力差，因此需要通过供热，保持一定的室温，以预防各种并发症的发生。各科病房对室温的要求见表 32-5。

表 32-5　医院几个主要部门冬季室温参考标准

各部门名称	室内温度(℃)	相对湿度%
成人病房、一般诊室	18—20	各科病房相对湿度保持在55—65%之间
儿科病房、妇产科病房、理疗室、X线室	20—22	
手术室、产房、婴儿室	22—25	
新生儿病房	24—26	
办公室、工作室、急诊室	16—18	

（三）供热和锅炉管理要求

1. 要选好司炉班班长：具体负责现场指挥，安排值班，检查督促司炉工按规程操作，及时处理问题。当班司炉工应负责锅炉的正常运行，注意保持连续进水，保持一定的水位、水温、压力。

2. 建立安全操作规程：锅炉是高温高压物件，必须严格岗位责任制和安全操作规程。在操作过程中，除严密注意连续进水和保持一定水温并使水循环始终保持在正常水位外，如遇有汽锅内压力过高致使安全阀自动开启、压力表超过规定限度，或水位过高而水位表又不能显示水位情况，或水位过低而采取进水措施仍然无效，或锅炉结构损坏、主要附属设备失灵等情况，应按停炉操作规范立即停炉，同时急报医院主管领导。

3. 建立检查制度：对锅炉的外部检查应经常进行，检查炉体及主要配件是否正常。全面检查应停火进行，检查炉膛有无损坏，水管、汽锅内部情况和各种附属装置是否正常，并进行耐压试验。

4. 建立定期检修保养制度：锅炉及其配件的检修在南方地区一般应于 10 月 1 日前

大修完工，北方地区寒冷季节到来较早，尚应提前，一般应于9月中旬大修完工。对室外输热管道的防寒保暖工作，也应在冬季到来之前完成。在正常采暖期间，应建立巡回检修制度，凡有漏气、漏水、管道阻塞等，应立即修理，给予排除。

第三节　制冷、空调、净化及医疗气体的管理

一、制冷与空调管理

合适的室温、湿度和气流速度，对于增进治疗效果和恢复病人健康关系很大，对于有恒温、恒湿要求的精密仪器的正常运行，也是一个重要因素。

（一）医院的供冷设备

医院供冷系统装置有两类：一是集中式供冷。适用于使用频繁而且时间又长的部门，如医院的手术室，几乎每天使用，而且使用时间长，次数多，以采用集中供冷为宜。集中式供冷配有压缩冷凝机组、蒸发器、冷却塔、输送管道、风机盘管、散热气、鼓风机等系列设备。配备冷气机的制热功率大小，按使用面积计算，集中式供冷，一般按每平方米100kcal/h 计算出需配何种热功率的冷气机。冷气机的制冷量分5万、10万、15万、20万 kcal等。二是分散式供冷。一般适用于部门分散、使用时间短或次数少的部门，可以按需开启或关闭，有利于节约能源。分散式供冷设备，一般采用窗式空调或立柜式空调。空调机热功率大小的选择，一般按每平方米150kcal 计算。

集中式供冷其冷气机的机型选择，一般选用冷水机组，医院可根据需要配备2—3台或者更多。在制冷剂的选用上，一般有两种：一是氨制冷剂。它的优点是价廉易得，单位容积制冷量大，缺点是有强烈的刺激作用，对人体有害，如有泄漏，会发出难闻的特殊气味，而且是可燃物，如空气中含有16—25% 容积的氨时，遇有明火，就有爆炸的危险，因而医院一般不采用。二是氟里昂制冷，它无毒、无臭、不着火、与空气混合不会发生爆炸，安全度高，适宜于医院应用。

（二）供冷部门

医院供冷的部门：手术室、婴儿室、产房、急诊抢救室、中暑病房、重症抢救室、监护病房、菌检室、血气分析仪器室、无菌制剂室、内镜室、同位素室、B超室、800mA以上X线室、暗室、CT 室、太平间以及有恒温要求的病房、仪器室等。

供冷开放。一般掌握当空气温度在25℃以上时。

（三）供冷设备管理要求

1. 要有专人负责。医院应配备具有专业知识的技工负责操作、维修和管理，确保安全运行。

2. 要制订操作规程。如机器的启动、停车等均应按操作规程办事。

3. 要重视日常检查和维护保养。如在机械运转过程中注意各种表压、水气、润滑、温度以及各种声响，电动机的电压、电流是否正常，冷却水的进入、排出温度，进水压力，冷水或盐水的进水、回水温度，冷凝器的分水进水口、出水口的温度、压力以及鼓风机轴承有否灰尘、油腻等，均应注意日常检查，做好维护保养工作。

二、净化设备管理

空气净化对手术室说来可以减少术后感染率；对白血病病房可以减少并发感染；对灭菌制剂室可以提高制剂质量；对菌检室可以减少杂菌生长，提高培养结果的正确性，

等等。因此，医院应创造条件配备空气净化设施。

（一）空气净化设施

有层流系统（分垂直层流和水平层流）、净化舱、小型简易水平层流净化室、空气吹淋式等，可根据用途设置。

（二）医院各科室的净化要求

国际洁净度有三个等级标准，分100级、10000级和100000级（表32-6）。100级的净化要求科室如医院中的细菌实验室，30000—60000级的净化要求科室如医院中的手术室，其他部门的净化要求为60000—300000级。

表32-6 国际洁净度级别标准

级别	0.5μm以上的尘粒数最大值个/呎³(个/L)	5μm以上尘粒数最大值个/呎³(个/L)	细菌数的最大值个/呎³(个/L)
100	100(3.5)		0.1(0.0035)
10000	10000(350)	65(2.3)	0.5(0.0176)
100000	100000(3500)	700(25)	2.5(0.0884)

（三）医院净化设备的管理

以水平层流系统为例，气流水平吸送，过滤器装于手术病人脚部一侧的墙面，回风口设在相对一侧近墙面的天花板上，每小时换气数十次至200次，空气的洁净度可达到100级。在管理上除要求对净化系统的设备注意日常维护保养外，尤应注意定期更换过滤板，否则细菌长期积聚粘附在过滤板上，容易造成细菌播散和污染空气。

三、医疗用气管理

（一）氧气

氧气是医院中常用的医疗气体，它用于病人的抢救和治疗，属一级气体，是一种助燃物。因此在管理上要求做到：⑴应设置专用的氧气瓶库房，该库房要满足消防要求，正在使用的氧气钢瓶，其安放地点要求在5—7m内无明火，并避免阳光直射和强烈碰撞。⑵如属集中式铜管输送供氧，要有专人负责，管理好负压室设备的正常运转和输气管道的消毒工作。真空吸引室的选点应考虑不影响病室的安静。⑶氧气是治疗必需的一种气体，因此要保持一定的储存量，对已用完的氧气钢瓶要及时调换，以保证医疗需要。

（二）氢气

用于某些设备的引燃，如气相色谱、火焰比色等，属一级气体，是一种易燃易爆物。其管理要求基本同氧气。氢气与氧气应分仓保管，库内明火不得入内，并要提防电火花的产生。

（三）氮气

主要用于制造混合气体，属三级气体，是一种惰性气体。保管无特殊要求，但也不得直接接触火源。

（四）二氧化碳气体

用于实验室，如细菌实验室。属三级气体，比较稳定，保管要求基本同氮气。

（五）混合气体

混合气体有二元混合与三元混合，可根据用途配方。保管要求根据配方所含成分而定，如以氧气为主要成分的混合气体，则其管理要求同氧气。

（六）氮气

医院中使用较少，一般用于工业及实验室，如激光器生产。属三级气体，管理要求同氮气。

（七）乙炔气体

用于原子吸收分光光度计、光谱火焰发生器以及气焊、气割等。属一级气体，易燃易爆，其保管要求基本同氢气。

（八）液氮

是一种易气化的液体，用于冷冻治疗、细胞储存等。其管理要求，应做到避热、避震、避阳光直射。

第四节　通讯及声像设备管理

医院是一个具有高度信息量的系统，通讯及声像设备是信息的载体。要充分发挥信息的作用，就应重视对信息载体的管理。

一、医院通讯声相系统

（一）电话网络系统

电话是医院通讯工具的基本设施。300床以上医院应设总机。交换机的容量应根据医院规模选配。交换机有3类：磁石交换机（目前基本淘汰），共电交换机、自动交换机（分切自动交换机、程控自动交换机）。目前一般医院使用共电交换机为多，使用程控自动交换机尚属少数。医院通过各个部门的电话分机，构成电话网络系统。

（二）电子音控对话机系统

也是医院的常规装置，用于各病区、供住院病人因治疗、护理需要与值班护士联系用。病房各护理单元设三联呼唤灯，病室门口和护士办公室或护士站设讯号灯。

（三）无线电呼叫系统

有条件的医院可以配备无线电遥控传呼，这对于需要组织医务人员投入抢救而医务人员又远离医院的情况下，可显示其作用，其有效传呼半径为30—50km范围内、建立无线电遥控传呼，应向无线电管理部门申请频道，并接受其管理。但如使用无线话筒，在院内500m范围内呼叫，则不需申请频道。

（四）闭路电视系统

为适应现代管理和信息传递的需要，安装闭路电视系统正在引起注意。闭路电视系统不仅可以用于手术示教，而且构成网络系统后，还可以用来进行电视会诊、重病监护、电视会议等，其缺点是监视范围受到一定角度的限制，因而较适用于需要监视而又比较固定部位的对象。

（五）复印复录系统

复印复录是医院信息系统中的文字和音响组成。其设备系列主要包括：①缩微系列，包括：翻拍机、冲洗机、出度显示仪、封套机、阅读放大复印机、拷贝机等；②常用复印系列，包括：复印机、传真机等；③复录系列，包括：消磁器、快速复录机、高级组合式音箱等。复录机数量的配备应视使用量而定，一般以每台每日复印800—1500

张给予配置。开机时间每天以5.5小时计算。低速复印机每分钟 A_4 复面14—20张，中速机每分钟 A_4 复面20—40张，高度机每分钟 A_4 复面40—60张。彩色复印机由于价格昂贵，从目前医院实际情况看，使用面不够广，一般医院不采用。

（六）摄影照相系统

（略。详见第三十章）

（七）液晶显示系统

目前医院各科门诊均由护士叫号。如采用液晶显示叫号，既可减轻声响，保持安静，又可减轻护士劳动强度。

二、通讯、声相设备的管理

（一）要配备相应的专业人员管理

医院的通讯、声像设备，涉及电子、无线电、电气、计算机、机械等专业知识，必须配备相应的专业人员进行管理。在技术岗位上操作的技术员和技术工人，均应进行专业培训，并取得合格证书才能上岗，以保证设备的安全运行。

（二）实行设备的中心化管理

通讯声像系统的设备，价格均较昂贵，宜集中使用，以提高设备利用率。如复印机、微机、摄象机、录象机等，应建立部门，实施中心化管理，为全院服务，充分发挥设备的利用率，节约设备投资，节约人力、物力和房屋的使用。

（三）建立岗位责任制，健全各项管理服务制度。

医院的通讯、声像设备是医院的动脉，应保持循环通畅。为此，应建立各级岗位责任制和各项管理制度。如电话总机应建立二班或三班值班制，以保证电话网络的通畅。

（四）加强维护保养，定期检修

对各种设备应建立三级保养制度，并注意防尘、防潮、防霉、防震、防碰击摩擦。有些设备应按技术要求保持恒温恒湿，如复印机保持16—20℃室温，相对湿度为80—85%。操作人员应严格按操作程序操作。

第五节　运输设备管理

医院运输管理的基本任务是保证医院的人流、物流畅通无阻，以保证医疗服务工作的正常进行。医院运输系统有平面运输、垂直运输、管道运输三种。

（一）平面运输

这是医院的基本运输形式。医院的车辆运输又分为业务用车辆和院外交通运输用车辆两类。院外运输用车辆按我国当前水平和能源的实际情况，一般省（市）级综合性医院可配救护车一辆、面包车、小轿车2—3辆、2吨、4吨货运车各一辆，地（市）级综合性医院，除适当控制轿车配备外，其他类型车辆均应配备；县级医院因无救护中心，而且郊县交通不便，救护车辆可比城市医院适当增配；医学院（校）附属医院因教学需要，可增配大客车。

院内业务用车辆有病历车、治疗车、抢救车、轮椅车、被服车、氧气车、保温车、开水车、污物车等，一般以病区为单位进行配备。

车辆运输管理要求：①要强化值班制度。医院的救护车及接送抢救人员和抢救物资的用车应实行“全天”值班，以备急用。②要强化车辆的维修保养，保证安全出车，完

全运行，以免发生临时故障，延误抢救时间。③要强化车辆的计划调度。分别轻重缓急，合理安排，提高出车率，保证车辆均衡运行，有计划地完成医院各项运输任务。④要强化优质服务，保证行车安全，出车及时，态度热情，服务周到。⑤汽油贮存地点，绝不能与车库连在一起，以防火灾而造成国家财产的损失。⑥院内业务用车具要强化日常维护保养，同时要做好清洁卫生和消毒工作。

（二）垂直运输

医院四层以上建筑，应配备电梯，手术室虽低于四层者也可配备专用电梯，以利手术病人的接送。医院电梯应做到人、物分开，清污分开。病人用电梯应选择慢速电梯，电梯内部面积：长不小于 2.5m，宽不小于 1.5m，以便病人担架车运送。另外应备有工作人员和物资运输的专用电梯。此外，医院还可根据需要配备送膳用电动升降机和箱式货运升降机以及手术室和血库送血用的小电梯等。

垂直运输管理要求：①电梯驾驶员应经专门培训，取得上岗合格证，才能单独值班驾驶。②医院应与电梯保养厂签订修理合同，以便发生故障时能得到及时修理，并建立定期检修制度。

三、管道运输

有条件的医院可配置管道运输装置，以代替人工输送，提高工作效率。管道运输应做到清污分开，以防止交叉感染。医院一般采用气送管道传递装置，用于传递病历、X线片、化验标本、药品等。但管道装置费用较大又易发生故障，目前医院采用较少。

第六节　洗涤设备管理

医院洗衣房的基本任务是为全院病人、工作人员和医疗业务用布类物件提供洁净的衣服和卫生敷料。

一、洗衣房的布局与设备

（一）布局

医院洗衣房以靠近锅炉房为宜，可缩短供热管道敷设路程，减少热能散失。附近有晒衣场地，可利用自然阳光节约能源。洗衣房的内部布局，可按工作流程，依次设有：污衣物接受间、消毒间、洗涤间、烘干间、熨平间、折衣间、修补间、清洁衣被贮存间、发放间等。

（二）设备

洗衣房的设备主要有：洗衣机、甩干机、熨平机、电熨斗、缝纫机等。配置的数量、规格视医院的规模和工作量而定。甩水后的烘干，一般不采取机械烘干，大都在烘干间装置蒸气盘管利用锅炉房供热烘干，晴天则利用天然阳光晒干。污衣物的消毒，一般采用浸泡和煮沸消毒处理。因高压消毒消耗热量太大，医院大都不采用。

二、洗涤设备管理要求

1. 要建立洗衣房设备的维修保养制度和操作程序：对机械每周检修一次，发生故障立即排除，重大故障要求在一周内排除。操作完毕，应切断机械电源进行清洁整理。

2. 医院洗涤应严格掌握传染与非传染分开：凡有接触传染的污衣物、被服、治疗巾等均应先行浸泡或煮沸消毒处理后，再单锅洗涤，以免病菌扩散，污染其他衣服。

3. 卫生教育与技术培训：对洗衣房工作人员应进行消毒隔离卫生知识的教育和消

毒技术的培训，使洗衣房工作人员均能熟悉和掌握各种敷料洗涤前的消毒技术，懂得常用消毒剂的种类、作用、原理、使用方法、适用范围，懂得常用药物（碘酒等）污染被服的处理方法，懂得被服增白的原理、作用和使用方法，不断提高洗涤质量，为全院提供符合卫生学要求的洁净衣被和卫生敷料。

魏原樾

第三十三章　医院建筑管理

第一节　医院建筑管理的研究对象、任务和特点

一、医院建筑管理研究的对象和任务

医院建筑就是适合医院医疗活动的房屋设备。现代医院建筑是民用建筑中功能要求最复杂的一种，目前已形成一门独立的学科——医院建筑学。医院建筑学是建筑工程学和医学科学、医院管理学相结合而发展起来的。医院建筑管理研究的对象主要是医院建筑的功能及卫生学方面的合理性，即医院建筑的特点和原则、建筑的合理设计（计划）、合理布局、合理使用，充分发挥医院建筑的效能，使之有利于医疗活动，有利于病人，有利于科学管理，以提高工作效率，提高医疗服务质量，为医院现代化发展创造条件。

医院建筑管理的任务是：根据医院的任务、特点和医疗技术发展的需要，对新建医院提出合理的计划和设计要求；合理地使用已建成的医院，对旧有医院建筑的改造和扩建进行合理的规划并合理地组织实施。

二、医院建筑的特点

（一）医院建筑是一个整体功能体系

医院按功能划分为若干部门和科室，如病房与门诊，临床与医技，医疗与后勤等。它们之间既有区别，又有机地联系在一起，形成一个整体医疗功能体系。医院建筑是完成医院功能的基本设备，必须也是一个与医院功能相适应的整体功能体系。因此，医院必须有合理的整体的建筑规划，充分考虑医院内部与外部的联系问题。医院建筑既要依据各个科室特点设计成有相应功能的科室，又要把各科室有机地联系起来，形成一整体，如外科及其他手术科室应该靠近手术室，内科门诊应靠近门诊化验室，儿科和产科要求有专用的出入口。这些都需要在设计中认真研究考虑(图33-1)。

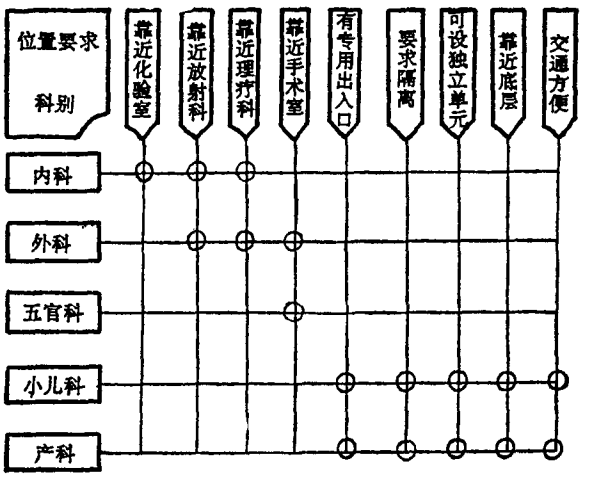


图 33-1　各科护理单元位置要求示意图

如医院为混合或集中式建筑，则要考虑门诊、病房共同使用的医技科室，应将之设于二者接近的地方，但又要考虑尽可能减少病人之间以及病房病人与门诊病人之间相互交叉。

近几年来随着科学技术的飞跃发展，医学领域出现了一些新的边缘学科，使用新科技成果的诊疗技术设备日益增加，建筑上都必须考虑合理安排。一般区、县医院也要根据发展相应地考虑使用新技术和新仪器的布置与布局。

医院除医疗任务外，还要承担教学科研任务，这也是医院建筑的功能要求。现在一些医院的研究室、教室、示教室、学生宿舍等与门诊部、住院部混杂，给医院管理增加了很多问题。由于学生多，噪声大，病人不能得到安静休息，病人哭闹也干扰学生上课和科研的进行。新建医院或改建医院，应当注意解决这类问题，教室、示教室要与门诊和病房分开，减少干扰，但二者也要便于联系。在建筑设计方面，还要充分考虑教学和科研用房面积和特殊要求。

现代医院除以上功能外，还有社会医疗服务、预防保健、康复等功能。因此在建筑时更应针对这些工作要求给以安排。

（二）医院建筑要符合卫生学要求和有良好的医疗环境

医院是病人集中的地方，特别是综合医院不同病科的各类病人都要到医院诊断或治疗，这就增加了他们受到传染的机会。

从流行病学角度来看，传染病构成流行传播要有三个环节，即传染源、传播途径、人群易感性。而医院中传染病病人就是传染源。由于医院人群非常密集，如建筑及管理不合卫生要求，可增加相互传染的机会，构成了传播途径。医院中的病人机体抵抗力低，易感染疾病，是易感人群。所以医院内具备了传染病流行的三个环节。

近年来一些医院交叉感染严重，除了管理不当外，很多与建筑不合理有着直接关系。医院建筑不合理，设计不完善，使得病人通过各种渠道（空气、医疗设备、交通路线、卫生设施、污水及污物处理等）接触病菌、病毒，从而发生交叉感染，医院就能成为社会上的传染源。医院建筑必须要合乎卫生学要求，这是医院管理中重要环节之一，也是医院建筑首要的原则。

清洁优美的环境，本身就是一种良性刺激，能提高人们的情绪和食欲。而病人更需要清洁而优美的环境。病人的机体多机能失调，需要“安静”这一生理性保护。健康人可以忍受的不良环境因素，对病人来说就成为重大负担，甚至可加重病情，导致治疗失败。住院病人不论成人或小孩，由于他们变更了生活环境和接触的人，又由于各种内在外在刺激的存在，很容易形成新的条件反射，常常有不安、害怕、寂寞、想家等心理，这对疾病的治疗是不利的。此外，医院建筑地址的选择十分重要。要考虑安静的环境，要远离工厂、体育场、火车站、污水处理厂等。并须注意当地的主风向，要避免煤烟灰尘、有害气体、噪声、嗅味等影响，最好接近树丛或公园绿地。医院内部还要有一定绿化面积，做到园林化，便于病人活动。

国外医院很注意病人的心理状态，如日内瓦老人医院考虑到老年人怕孤寂的特点，在设计上要求病室家庭化，病房内的窗台与病床一样高，病人在床上也可以看到窗外景色，室内灯光设计接近自然光，天花板淡棕色以减少病人单调感。有的儿童医院走廊布满儿童图画并便于儿童游戏。

我国医院病房建筑也要考虑病人的心理需要，必须十分重视建立良好的医疗环境——绿化、美化、安静、清洁、整齐、舒适，等等。这不仅是满足病人心理需要，而且有治疗功能，提高疗效。

（三）医院建筑要与医院工作日夜不间断的特点相适应

医院要日夜不间断地治疗或抢救病人，工作有连续性。例如，医院各个部门使用蒸气的时间和数量不同，因此在可能条件下，应根据使用情况分系统供气，尽量避免整个

医院合用一个供气系统，以免造成燃料的浪费。这在建筑时就要考虑到不同的供气系统，如：

1. 8小时工作的：洗衣房、门诊部、理疗等部门。

2. 间断工作系统：病人及职工厨房，可在上午5—7时，中午9—11时，下午3—5时供气。病房的消毒以及供应开水或热水，多在早5时半到6时半、中午10时半—12时、晚上5—7时；中心供应部的消毒一般在上午10时到下午4时左右。

3. 连续工作的：急诊室、入院处、手术室、产房、婴儿室等部门需24小时供气。

要有24小时连续供电。医院手术与抢救不能中断，可采取双线供电，或医院自己设有备用发电机。

（四）医院建筑要方便病人、方便医疗护理工作并有发展余地。

医院建筑要处处考虑病人的方便，同时也要考虑医护人员工作的方便，如科室的合理布局、病人流动路线、护理路线、病人的生活设施等。

由于现代仪器、设备产品更新换代快，新技术应用于医疗设备日新月异，因此医院建筑必须考虑新设备，仪器不断增加的需要。建筑时必须适应医疗与技术及设备发展的需要。医院建筑充分考虑发展余地，这也成为重要原则之一。

第二节　医院建筑总体设计

医院的基地选择、总平面设计和建筑组合，是医院建筑设计中影响全局的重要环节，对形成我国城乡医疗卫生网，创造医院内良好的医疗卫生条件，保护院内外环境不受污染以及医院建筑与使用的合理性、经济性等方面都起着重要的作用，因此做好医院建筑的规划是建好一个医院的首要任务。

一、基地选择

医院选址必须考虑以下几个问题：

（一）医疗卫生网点的规划与布局

为使医疗卫生事业更有效的为群众服务，必须在医疗卫生网点全面规划布局的统一安排下选择院址，这是一个基本问题。医院地址的选择除应符合城乡总体规划要求外，还应根据当地人口密度、患病率、服务半径、城乡发展、医院本身的任务与规模等因素加以研究与确定。

（二）交通等条件

医院是为病人服务的，必须交通方便，以利于病人就诊。应尽量利用城市已有的公用事业设施系统如道路、供电、煤气、电话和上下水道等等，以减少医院建筑投资。

（三）环境

在一般情况下，综合医院允许设在居民区内，但应远离托儿所、幼儿园、中小学等儿童密集地区，以免感染儿童。传染病院应设在居民区的边缘地带。综合医院如设有传染病区，则要注意卫生隔离和污水、粪便、污物处理等。要有合乎卫生要求的环境。

（四）用地面积

医院建筑应贯彻节约用地的原则。医院用地要满足日照和通风。需保证满足卫生隔离、交通等要求，还须提供必要的绿地面积，同时要根据医院的发展计划预留必要的扩建余地。我国虽规定一般综合医院用地面积为每床80-130m^2，但因医院的规模大小及

所在地区担负的任务不同，以及各城市具体条件不同等，各医院用地面积变化幅度较大（表 33-1）。

医院建筑用地是涉及面较广的问题，特别是城市用地紧张，投资巨大，近年来医院建设的实践经验表明，在城市建造医院，要满足建筑要求，又要节约用地，就必须提高医院建筑组合的集中程度，这是节约用地的有效措施之一。

国外医院用地的面积也是根据条件与可能确定的：有的国家医院占地很大，而某些国家城市用地极为紧张，每张病床用地面积则很低，如日本即是，参见表 33-2。

表 33-1　我国医院用地指标调查实例

医院名称	设计规模		医疗区用地面积（m^2）	
	床位数	门诊人次	总用地	平均每床
西安医学院附属一院	800		109200	113.2
南京鼓楼医院	500	2000	56973	114.0
上海闵行工农医院	420	900	34670	82.5
重庆医学院附属医院	400	800	52325	79.0
成都第三人民医院	360	700	18476	46.0
杭州第四人民医院	200	1000	21000	90.00
上海浦东中心医院	400	1000	25563	63.00
平　均				83.90

注：本表摘自国家建委和卫生部综合医院建筑标准

表 33-2　日本几个医院每张病床的用地面积（m^2）

医院名称	医院面积	床位数	每床占地面积
三井纪念医院	21284	370	57.5
虎门医院	19130	420	44.5
信州大学医院	24960	800	31.0
重大医院	51600	1212	42.5
日大板桥医院	42160	1205	33.3
北里大学医院	62997	860	74.1
东京女子大学医院（心血管）	11680	236	49.0
东京女子大学医院（消化系）	10889	275	36.0
平　均			41.0

表 33-3　综合医院平均每床建筑面积规定表

床位数	省医院及省属地（市）中心医院（m^2）	工矿企业职工医院省属地(市)医院县及乡中心医院（m^2）
50—100床		46—48
200—300床	51—53	43—46
400—500床	49—51	41—43

（五）建筑面积

我国目前医院建筑面积标准分两类，即省医院及省、地（市）中心医院为第一类；工矿企业职工医院、省属地（市）医院、县及乡中心医院为第二类。其规定见表 33-3。

大于 500 床的医院可参照 500 床的建筑面积标准。

医院附属医院可在上述基础上每床平均增加 4—5m²。

二、总平面设计要求

（一）医院建筑区域划分

也就是总平面设计是一项十分重要的工作，医院建筑的设计质量，不仅取决于单体设计而且取决于总平面设计。医院内单体建筑设计成功，并不是整个医院建筑设计成功。如医院总平面紊乱则意味着医院建筑设计存在着根本缺点，造成多方面的不良后果，并能导致医院以后的扩建困难，发展受限制，长期使管理上不合理：如各有关部门之间联系不便，交通路线迂回交错，需隔离的几个部分又互相混杂，影响工作效率，并可能污染环境，造成投资和设备上的浪费。因此无论新建、改建、扩建医院均须重视总平面布置。

（二）区域划分

1. 医疗区：即门诊部，住院病房及其附属建筑和医技部门。医疗区又可分为传染楼与非传染楼两个地区。行政办公室可单独设一个区，如门诊部、病房与行政办公室等均在一个建筑物内，则必须从建筑上分成两部分，使到医院联系工作的人和门诊病人不能来到病房，以保证病房的安静以及治疗的正常进行。在门诊与病房之间只建一个通道，以便有专人管理。

2. 后勤区：包括厨房、洗衣房、锅炉房、仓库、车库等，这些房间最好设在医院一侧或主要建筑的后面，但要临街，并有单独的出入口。

3. 职工生活区：工作人员的单身宿舍可设在医院地区内，但必须与医院保持一定距离，宜位于上风向，用绿化地隔开。而家属宿舍则不允许建在医院内，与之要有一定距离，并要有单独的出入口，否则会产生交叉感染，而且增加管理上的紊乱。区域划分首先要考虑卫生要求，便于管理。

（三）建筑物的出入口

医院的建筑物最好能连接两条道路，这是由于医院的出入口多所决定。

出入口：100 张床位以下的医院，一般至少应有两个出入口，一个供病人用，一个供工作人员或通往后勤建筑区用。100 张床以上的医院，须按其具体情况增辟出入口，如住院部设有产科、传染科、儿科都必须有单独专用的出入口。门诊部如有结核科、产科、儿科、急诊等，应备有出入口，特别是儿科要有预检室及隔离室的出入口。

综合医院出入口的数量与医院规模有关，出入口数量的实际使用效果，取决于其组合方式和布置方式（参见表 33-4）。

出入口的设置应结合外部道路考虑。

（四）交通流线及道路

综合医院内各建筑物之间和医院内外部之间存在着复杂的密切的联系。门诊（急诊）病人进入医院接受门诊或住院治疗，探视者入院看望病人，食物和医药品从外部运入医院，垃圾和尸体从医院运出，医院内各部分的关系、医院工作人员和培训人员在院内的

活动等，都按一定的规律与程序进行，形成医院中的各种交通流线（图 33-2）。

交通流线的合理组织，由总平面设计和单体建筑的功能分区、室内外通路和出入口的设置等多方面因素所决定。

表 33-4　综合医院出入口的组合方式

出入口数量	组　合　方　式
2 个出入口	第一种组合：1. 总出入口；2. 尸体出入口（由停尸房直接对外，平时关闭） 第二种组合：1. 医疗、探视者出入口（住院部出入口在院内另设）；2. 总务出入口（可兼尸体出入口）
3 个出入口	第一种组合：1. 医疗、探视者出入口（住院部出入口在院内另设）；2. 总务出入口；3. 尸体出入口 第二种组合：1. 医疗出入口；2. 探视者、总务出入口；3. 尸体出入口
4 个出入口	第一种组合：1. 门诊出入口；2. 急诊、探视者出入口；3. 总务出入口（可兼职工生活区出入口）；4. 尸体出入口 第二种组合：1. 医疗出入口；2. 住院探视者出入口；3. 总务出入口；4. 生活区出入口

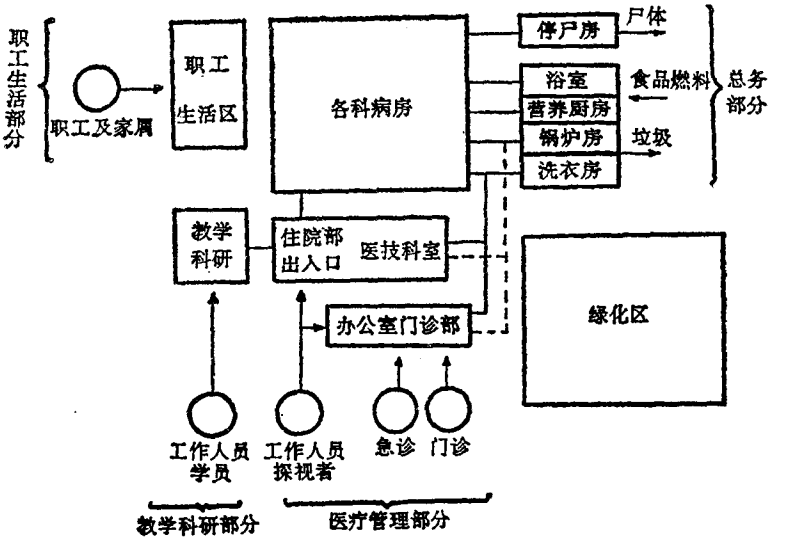


图 33-2　综合医院的交通联系

医院内交通流线和道路网的基本要求如下：

1。交通要便捷、明确、安全：在保证必要的卫生隔离的前提下，医院中彼此密切联系的各部分之间的交通线要尽量短，例如以下路线均应便捷：从医院的门诊入口到门诊部和急诊部；从门诊（急诊）部和病房到辅助医疗部分；从营养厨房到病房。病人使用的道路和出入口，更要明显易找。

2. 内外、洁污、隔离与非隔离等不同流线要分清：医院的对内和对外部分各自要有相对的独立性，既要联系又分隔，不要将门诊或急诊病人和救护车等引入病房区、总务区和职工生活区，不要将职工家属引入医院。医院中传染病区须有单独的道路系统，除非必需，一般人不进入该区。运送清洁物（如食物、药品、干净被服、已消毒的器械包、敷料包等）的道路最好与运送污物（如垃圾、尸体、污染被服、污染敷料等）的道路分开。

住院患者入院时必须经过卫生处理后才能到病房。住院患者自病房到医技科室诊断治疗时，如有与门诊病人有共用部分，必须在设计时认真考虑，充分利用空间时间，减少交叉感染的机会。医院由于卫生要求严格，洁、污路线要分开，一般可采取垂直交通（如电梯、吊箱、楼梯等）与平面交通相结合，在国外集中式建筑广泛采用电梯。

3. 在安排交通流线道路时，要尽可能保留完整的绿地，使绿地尽可能不被分割。

（五）日照和通风

日照和自然通风是有关医院微小气候的基本因素，直接影响到医院的医疗卫生条件，因此建筑物的朝向是很重要的。我国大多数地区，病人和医护人员都希望冬季室内有阳光照射，房间朝南已成为惯例。

各种建筑物之间的距离：为了有充分日照及便于通风，还为了避免各部门之间的相互干扰以及符合防火要求，各建筑物之间应有一定的距离。前后两幢房屋之间仍应遵守间距为高度 1.5 倍的卫生要求。

三、医院建筑组合形式

医院建筑组合形式可分为三种：

（一）分散式

住院部、门诊部及医技科室各布局于单独的建筑物内。这种形式在卫生及流行病学上是有优点的，各科可很好的隔离，能远离街道，避免噪声，但缺点也很多，如用地多，建筑费用高，设备重复，管理复杂，管线长。所以，普通医院特别是在城市用地紧张，一般多不采用。传染病院和结核病院仍可采用。

（二）集中式

医院所有各科室都配置在一个高层建筑物内，欧洲和美国许多国家都采用集中式。除了医疗用房外，病理解剖室、洗衣房、车库等地均在一个建筑物内。这种建筑方式容易违反基本的卫生要求。特别是传染科、儿科、产科不好处理，与其他科在一起，容易引起交叉感染。这种方式对建筑要求特殊高，设计者必须熟悉医院的使用功能和卫生防护要求，才有可能处理好。

（三）混合式

即按医院功能分区建筑，即门诊、病房、医技、科研教学、后勤供应等以走廊将其连成一体。此种形式较为合理，我国解放后大部分医院采用此种形式。

四、医院建筑设备

医院建筑设备包括采暖、通风、空调、电梯、给水排水、吸引与供氧、卫生设备等，是建筑工程中一个重要的组成部分。完善的建筑设备，可以改善房间卫生状况，给提高工作效率、提高医疗质量创造有利条件，并且有助于患者健康的恢复。

（一）采暖

由于病人的新陈代谢能力较弱，对气候的转变不易适应。病人在诊断治疗过程中，需要脱衣，有的病人（如烧伤病人）患处不能遮盖，因此要求室内温度波动不宜过大，各房间的室内温度比一般建筑要高（表 33-5）。

表 33-5　医院几个主要部门的室内设计温度表

各部门名称	室内温度（℃）	通风换气次数	
		进气（次/h）	排气（次/h）
门厅、办公室等	16～18	1.0	1.0
候诊室	16～20	2.0	2.0
浴室	22～26		自然通风
成人病房，一般诊室	20。		
儿科病房，理疗室，X线室	22		
婴儿室、产房、手术室	22～28	6.0	5.0
尸体解剖室	16	1.0	4.0
集中消毒室	16	2.0	6.0

医院采暖范围应因地制宜。根据国家规定，在气候寒冷的地方，整个医院都可采暖，在华南、华东、华中和西南地区可根据情况全年不采暖或部分采暖。

对于医院来说，以热水采暖为宜，因为从卫生学角度要求医院一昼夜室温波动不得超过 2～3℃，散热器表面温度不得超过 80℃，这样室内各部分温度均匀，使人感到温和舒适，即使灰尘附着在散热器上也不会产生有机物分解的臭味而妨碍卫生。

蒸气采暖，一般医院很少采用，可用于附属建筑。

医院早期采暖系统：综合医院里的某些部门要求连续供暖，有的要求采暖时间开始得早，停止得晚。这些部门最好采取单独的采暖系统。

（二）医院蒸气供应

医院中使用的蒸气压力一般约为 4～5kg/cm²。在医院里，蒸气的用途主要用于煮沸消毒器、蒸饭、蒸馏水、干式消毒器等。

在医院中多用高压蒸气设备进行医疗器械、敷料、培养基灭菌和衣物消毒之用。大型的还可作为病床和担架等灭菌消毒用。

（三）吸引与供氧设备

1. 吸引设备：吸引设备是供病房、急救室、手术室中吸痰液、脓液及血液之用。一般医院都采用移动式的吸引器。在一些有条件的医院采用集中吸引系统，其优点是使室内安静，管理方便。目前有的医院全院采用集中吸引系统，有的部分病房用集中吸引设备。

2. 供氧设备：氧气供应系统系抢救重危及呼吸困难病人的重要设备。目前城市医院大部采用局部供氧设备，即从氧气厂运来的氧气瓶用橡皮管和吸入器接通后供病人使用。

集中供氧是将数个氧气瓶连成一排，放在一个单独的供氧站内，由干管接若干支管到各房的氧气嘴上。有的医院自备制氧器由干管通往各病房。

（四）给水排水

1. 水质：医院中的冷热水供应是很重要的，水质应符合国家规定的《生活饮用水卫生规程》的要求。在城市中一般均能满足水质要求；在自备水源的地区必须有经常的水质检验和监督。

2. 用水量：医院各部门用水量因工作性质不同，用水量也有很大变化。如表33-6。

表33-6 医院用水量标准表

名　称	单　位	生活用水量标准（最高日）（L）
有盥洗室，浴室	每一病床每日	100—200
同上，且部分房间有浴盆	每一病床每日	200—300
所有房间均设有浴盆	每一病床每日	300—400
有泥疗、水疗设备及浴盆	每一病床每日	400—600
门诊部	每一病人每次	15—25

注：医院若为全天集中热水供应时，用水量标准可酌情提高35—50%。

根据国内外资料，一般医院每床每日用水量为1吨。国外有的医院每床每日高于1吨。

3. 排水：排除医院的污水（见污水处理）。但对其他如蒸馏器和空调机的冷却水，最好对排出的水加以利用。如其冷却水管径一般为25～32mm，耗水量一般约3吨左右。有的医院设有空调设备，如空气调节设备中冷却水管径20～40mm，其耗水量约1～8吨。对这样大量的冷却水应回收循环使用，或将这部分用过的水引至洗衣房作洗衣用水。又如营养室的排水设备，因厨房蒸馏废水和淘米池的排水，容易堵塞管道，故需特殊处理。一般在排水沟接入排水管之前，做一个沉淀池。沉淀池应经常清除。厨房内的排水管道比其他地方管道要粗些。

（五）电梯

由于医院多采用集中式建筑，交通路线要求严格，故多用垂直交通（电梯、楼梯）以解决洁、污交叉问题。

医院建筑在三层以上时，除楼梯以外，应设置电梯。

医院中，按用途常可分为病床电梯和杂用电梯。在国外许多医院为了防止交叉感染，病人到手术室有手术室专用电梯，血库有送血专用小电梯。

（六）防火

医院必须有安全防火设备，并有安全出口标志（按国家建筑消防规定）。

第三节　医院建筑的部门设计

一、门诊部设计要点

门诊部是综合医院中的一个重要组成部分。病人大量集中，建筑设计应特别注意方

便病人就医。应合理组织人流，避免内外环境吵杂及防止交叉感染。所以在设计时应从多方面考虑各种因素。

（一）门诊位置与平面布局要求

要方便就诊病人，应与城市规划交通相配合，门诊部最好与城市道路间有25—30m的绿化带，以减少灰尘及噪声，保持环境安静和清洁。医技科室设在门诊与病房之间，为两者服务。要合理组织人流，使病人从挂号、候诊、诊断、检查、治疗、取药等路线尽量缩短，力求各部分用房布局紧凑、合理。

内科在门诊病人中占比例最大，最好设在靠近门口或其他出入口处，尽量不使病人的流线往返重复。应避免诸如在门厅挂号，楼上化验，楼下取药，或远端取药，而有的药房先划价，在对面交费，又回来取药。这样一来一往增加流量。如门诊为1500人次，病人多往返一次则可成为3000人次，造成医院拥挤、混乱，也就增加交叉感染的机会。

从教学需要出发，门诊还要考虑学生使用的房间和示教室。

从病人流量来看，门诊病人的一般流程与各部分的功能关系见图33-3。

（二）门诊出入口

1. 一般病人出入口（主要出入口）：包括内、妇、中医、五官等科室病人出入口。门诊的主要出入口，占出入人数$\frac{2}{3}$以上。

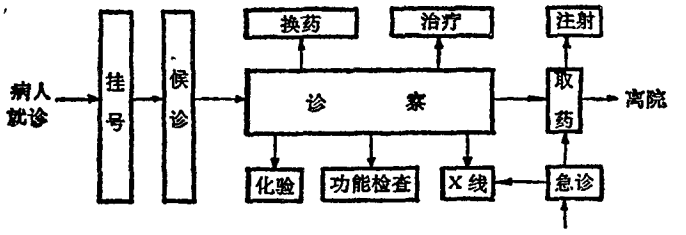


图33-3　门诊病人流程与各部分的功能关系

2. 急诊出入口。

3. 儿科出入口：儿童对疾病的抵抗能力较成人弱。门诊时如不予以严格隔离，往往容易感染其他疾病。因此门诊部必须设儿科专用出入口，使病儿与成年病人分道而行以达到隔离的目的。取药化验、X线检查等也不应与成人相遇。

4. 产科出入口：因产妇除有合并症者外，不属于病人，与其他病人混在一起会增加感染机会。在可能条件下可设单独的出入口。

5. 传染科专用出入口。

（三）门诊规模与门诊各部门组成

1. 一般门诊规模要根据服务地区的人数、居民平均就诊数、服务地址特点、医院技术力量等因素来决定。卫生部颁发的标准中规定独立门诊部，按每千人24～28人考虑。但这些必须要由城乡医疗网全面规划来确定。

门诊部规模要按：

每日门诊人次＝服务地区居民数×每千居民每日门诊人次

2. 各部门组成

一般综合医院的门诊部包括以下几部分：

(1) 各科室：内科、外科、妇产科、儿科、中医科、五官科、保健科、急诊室以及其他专门科室。有的医院根据分工及任务不同也可增设神经科、胸科等。一般综合医院门诊各科比例分配见表33-7。

以上分配表只供参考，因各地区和各医院任务不同，比例也不完全相同。

表 33-7　一般综合医院门诊各科比例分配表（%）

门诊人次	内科	外科	妇产科	儿科	传染科	中医科	眼科	耳鼻喉科	口腔科	皮肤科
300	25	20	8	12	4	8	6	8	5	4
900	23	20	8	12	4	8	6	8	6	5
1200	23	20	8	12	4	8	6	8	6	6
1500	25	20	8	12	4	8	6	7	6	6

⑵ 医技科室：药房、检验科、放射科、理疗科、功能检查科等，这些科室可根据医院的规模大小，可供门诊、病房共用，也可在门诊部增设一般常规化验室及放射科的透视室。

（四）门厅、候诊室、走廊、厕所等设计

门厅：门厅是门诊病人最集中的地方，也是病人进出的交通要道。由于病人集中，人员流动大，门厅的通风、采光必须按卫生要求进行设计。门厅面积按每天挂号人数的15%左右，每人占面积 0.5～1.0m² 计算。

门厅的设计可有一厅式，即挂号、取药、化验、候诊等均集中在入口门厅内。这种布置是利用挂号、取药人流高峰不同的特点，充分发挥门厅的作用。另一种为分厅式，在门诊部中分设两个以上的门厅，以减少入口门厅的负担，挂号与取药分设在两个厅内。

候诊室：一般候诊室的安排可有以下三种形式：

1. 集中候诊：利用门厅或大过厅兼做候诊室。这种形式节约面积，但有不可克服的缺点，如交叉感染严重，混乱，拥挤，使用不便，互相干扰，不符合卫生要求，一般不应采用。

2. 廊式候诊：把走廊加宽，安排候诊椅候诊。此种形式等候叫号比较方便，但是同样具有集中式候诊的缺点，虽然走道很宽，但有些病人来回串动，有些不能行走的病人躺在担架上又使整个走道十分拥挤和混乱，空气较为污浊，对防止交叉感染是不利的。

3. 分科候诊：是按科分别在各科室单独设候诊室。有些就诊人次较少，相互传染情况又不严重的科室，也可几个科室合并使用一个候诊室。分科候诊优点较多，候诊与诊室密切相联，病人就诊方便；能避免不同科室病人相互穿行和干扰，以减少交叉感染；把病人分散于各科诊室内，减少病人活动，还能保持门诊部的安静环境。近年来门诊量逐年加大，在分科候诊的基础上，也有厅廊结合的候诊（如北医一院新建门诊楼内、外、妇、儿等科），即护士把候诊病人安排在该科候诊厅，然后根据各诊室医生的信号再按次序叫病人到几号诊室门口的廊内等候。

厕所：由于门诊人流集中，流量大，必须设计足够用的厕所。但由于病人多，不易管理，极易造成全门诊空气污浊，最好把厕所设计放在门诊外部，只有少数必要的专用厕所设在门诊内。寒冷地区的厕所与门诊部的建筑物外侧以走廊相联。

（五）挂号、病案、药房的设计

1. 挂号室：一般都设在门厅一侧，病人一进门厅就办理挂号手续。也有的医院将挂号室建于医院入口处，以减少对门诊部的干扰，但传送病历不方便。

挂号室一般与病案室相连。窗口根据医院门诊规模而设。一般多为 2～4 个。

2. 门诊病案室：门诊病案室是医院的重要资料库，除了为每日医疗提供病历外，还

要为教学和科学研究提供资料。由于病历数增长很快，同时，保管的病历不是全都有科研或教学价值，病历也有重复。为了限制门诊病历无限制的增长，许多医院规定门诊病历保存年限。关于病历的传送，在国内大部分医院为病人挂号后即由病案室人员找出病历，再送至各科诊室，也有用吊箱传送者。国内已有用光电控制传送病历（北医一院的新建门诊楼），国外有的用气动传送病历。由于气动传送造价昂贵，在我国目前不宜提倡。病案室的建筑设计要求详见第二十九章病案室建筑和设备部分。

（六）各科诊室的设计

1. 各科诊位数：门诊各科诊位数，可根据门诊各科分科比例及平均每位医师诊察的人次来计算。

$$\text{各科诊位数} = \frac{\text{全日门诊人次} \times \text{该科分科比例}}{\text{每医师每日接诊人次}}$$

每一医师每日接诊人次可按各地区的调查统计数字平均得之，但因各科门诊病人治疗都有差异，也可参考过去国家规定的每科医师每小时诊病人次。

在教学医院或附属医院诊室位数及诊室的大小，都应根据教学任务适当增加。

2. 内科诊室：内科诊室在门诊病人中所占比重最大，同时内科病人病种复杂，往往还有一部分传染病病人在内。最好内科设在底层尽端靠近出入口的地方，以防交叉感染。又由于内科病人在确诊前治疗后常化验，内科门诊最好靠近化验室，以减少病人往返。

由于近年来内科又分为血液病、心血管病、内分泌病、呼吸系统病等许多专业，各专业又有许多特殊检查，如心血管病专业要附设心电图检查及各种心功能检查仪器等，在设计时都应当充分考虑。

3. 外科诊室：除外科专用诊室外还要有换药室及门诊手术室。大型医院除普通外科外，还设有各种专业，如胸外科、泌尿外科、骨科、烧伤外科等。除一般共用的换药室、治疗室、消毒室外还应有敷料准备室、石膏室、泌尿科检查室或膀胱镜室等。

4. 妇产科诊室：产科门诊主要是对产妇进行产前产后检查，计划生育手术、小手术等。产科就诊者多数并非病人。妇科病人诊察后则需治疗。因此，妇科、产科以分室设置为宜。中小型医院的门诊部一般均妇产合科，但要分室或分诊床。大型医院可将妇产分科设置，产科另设出入口，尽量减少与病人接触的机会。

妇产科宜设在底层的尽端。除设诊室外，并有检查、治疗、计划生育、专用化验、厕所等用房。

5. 儿科诊室：必须设置儿科初检和隔离室。儿科病人必须有单独取药窗口和专用化验室。

有些医院在设计时考虑安排单独出入口及相应的鉴别诊断用房，在管理时灵活掌握，在小儿疾病流行季节时开放使用，平时不用。

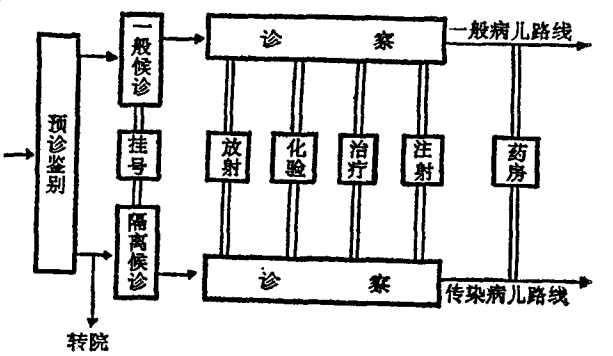


图 33-4 儿科门诊诊疗程序示意图

儿科门诊诊疗示意图（见图 33-4）。

据调查，儿科若仅单设出入口、预检室、隔离室，而挂号取药、注射、化验、放射

等各项仍与一般门诊合用，则还会造成小儿与成年患者相互感染的机会。若这些用房均单独设立，又会浪费大量人力和设备，只有大型医院才有条件考虑。有的医院只设内儿科，门诊内、儿科两科合并设置，在检查过程中，如发现有传染病患者应立即采取消毒隔离措施，避免传染病扩散。设置预检室（鉴别诊断室），分别组织传染与非传染的隔离就诊路线是完全必要的。儿科预检室可分设几个隔离室，如发现传染病即在此诊察处理。患者离开后，立即封闭消毒，另开放第二室作为预检室。此法不需另设隔离室。

大型医院儿科患者入口即进行预检，发现可疑传染病即分别到呼吸或消化系统传染病的隔离室。这些隔离室另有出口，不与一般病儿相遇。见图 33-5 。

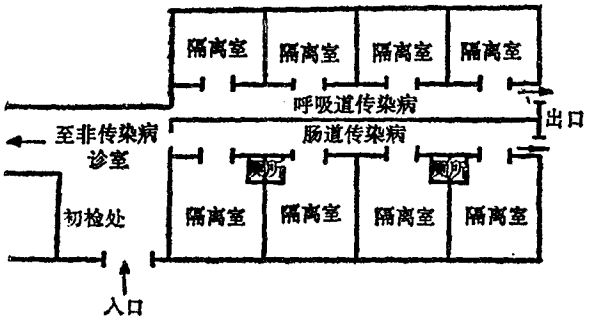


图 33-5　北京医科大学第一医院儿科门诊隔离室

6. 五官科诊室：五官科包括耳鼻喉科、眼科、口腔科。小型医院虽只设一科但各科都有本专业的特殊检查设备，如耳科的测听室、内镜室、手术室，眼科的暗室和视力检查等室，口腔科专用的诊椅以及上下水和电源等以及口腔材料和技工室。

7. 急诊室（科）：医院急诊室（科）是医院抢救急症病人重要部门。一般医院的急诊室（科）设在门诊部或门诊部相连。急诊室（科）要有明显标志，急诊病人病情严重，危急的较多。常有外伤、出血、昏迷等现象，常用担架、推车或救护车送来，陪伴人也多，有的病人需要紧急抢救或转院抢救，所以急诊室（科）人流比较混杂，必须有单独出入口。急诊入口处要有停车场，急诊室（科）的抢救室最好有直接通往外面的入口，急诊病人下车后，可以即刻进行抢救。急诊室（科）诊疗程序见图 33-6。

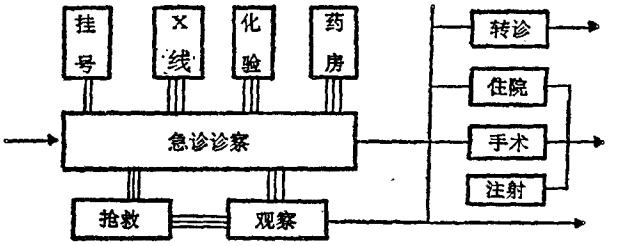


图 33-6　急诊室(科)诊疗程序图

一般大、中型医院的急诊室（科）常自成一独立单位。由于急诊病人需住院的情况很多，故急诊室（科）应接近住院部。

规模不同的医院，急诊室（科）各房间放置不同。有的仅设一间急诊诊室。大型医院急诊诊室可分为内、外、妇、儿等科诊室，有抢救室、治疗室、手术室、观察室等。

急诊观察室接待以下病人：一时不能确诊的病人；有传染病嫌疑的病人；垂危不宜移动的病人；不需住院暂时又不能回家的病人；应住院临时等床位的病人。

观察床位数应视医院规模、特点、交通等条件而定。目前国内除个别医院外一般都有观察室。观察床位差别极大，少则 2—3 张床位，多则 40—50 张床位。许多大城市医院由于观察床位加多，急诊室（科）分为两个组，一为急诊抢救组，一为护理组，或单独的护理单元。

国外医院急诊普遍建立独立的急诊科，该科有总值班室，与全市急救中心取得联系。当救护车接受运输抢救任务途中，即与有关医院值班室用无线电话取得联系，以便安排人力及床位。许多医院急诊科设两个入口，一为普通急症病人入口，一为救护车入口，以便及时抢救。

二、住院部设计要点

医院住院部是为门诊或急诊病人需住院确诊或治疗而设。这类病人一般病情都比较复杂或危重。如何保证这些病人进一步诊断和治疗，为他们创造舒适安静的环境，防止交叉感染，提高工作效率等，在医院建筑上都要加以考虑。

（一）入院部与出院部建筑设计

医院收容患者或患者出院时，必须对患者进行卫生处理。这种卫生处理的用房和设备在医院建筑时就要设计。一般集中在入院部进行。入院部有登记室、诊疗室、厕所、理发、淋浴和盆浴、更衣消毒等用房和设备。

患者出院要到出院部。患者出院卫生处理，一般都在各科分散进行，但办理出院手续应集中在出院部。现在有些医院出院病人与入院病人同在一起办手续，这不符合卫生要求。应当将办公室设于入院与出院之间，同时为入院与出院病人服务 （图 33-7）。

（二）病房建筑设计

病房是医院的重要组成部分，是住院病人得到诊断、治疗、护理及生活服务的场所。病房设计得完善与否，直接关系到医疗效果，所以在病房设计时对病房安静、清洁、日照和通风条件、室内装修和色调等都应认真考虑；其次要使医护人员工作方便，使护士走最少的路而病人得到最多的照顾；同时要避免交叉感染。病房与服务性用房，如营养厨房、洗衣房、供应室等要有简捷而方便的交通联系，要分清楚洁污路线。

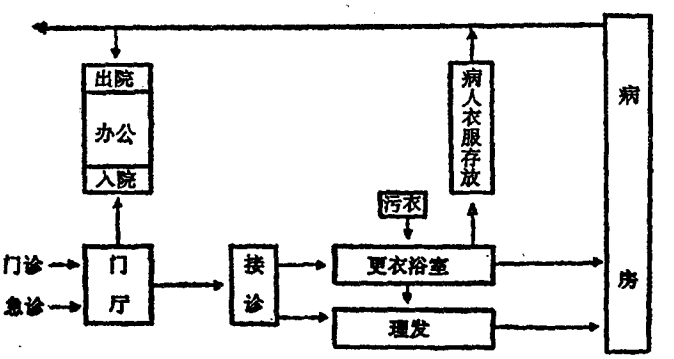


图 33-7　病人出入院和卫生处理程序图

1. 病床分配及面积：新建综合医院病床分配要根据国家规定 （表 33-8）。但由于地区不同，所承担任务不同，差异较大，特别是近年来各科又分为许多专业科，致使病床分配变动较大。

按卫生部新标准平均每床位占面积见表 33-9。

2. 病房护理单元的组成：护理单元是病房的基本单位，每个单元的病床数因单元的性质不同而有所不同。随着医学科学日新月异的发展，病房的分科也日趋专科化，所以护理单元的变化较大。一个大科包括几个护理单元，几个小科也可以共同组成一个护理单元。

护理单元的大小主要根据病种，并要便于护理工作，考虑人力和设备条件。我国目前有的单元有 60 床，一般在 30～40 床左右为适宜。如收容慢性病人的单元为 40～50 床，传染科、小儿科和烧伤科等以 30 床左右为一单元。

表 33-8　综合医院各科病床数分配表（%）

床数	内科	外科	妇产科	小儿科	传染科	结核科	中医科	耳鼻喉科	眼科	口腔科	皮肤科
100 300	30	30	10	10	10		5		5		
400	30	25	10	10	5	2	5	5	5	1.5	1.5
500	30	25	10	10	3	3	5	2.5	3	1.5	2

表 33-9　平均每张床位面积（新标准）（m^2/床）

	100床位	300床位	400床位	500床位
第一类医院	20.36	21.39	21.14	21.23
第二类医院	19.00	19.00	19.15	18.70

国外护理单元也不完全相同，有的40床，有的30床左右。苏联多为30～50床左右。近年来美国新建医院趋向于15床左右，这样可使病人得到更好的护理。

3. 护理单元的位置安排：为了方便病人，有利于提高医疗护理的工作效率，减少交叉感染，对每一护理单元位置安排及组合，必须考虑到各自的不同特点。一般情况下，为了儿童安全和避免感染，儿科和妇产科单元设在同一建筑物内。传染病房独立设置。有手术的科室以接近手术室为宜。同时还要考虑到科与科之间的关系，特别是和医技科室之间的关系。各主要单元的位置既要联系方便，又要避免穿行。为了方便病人，内科单元应接近检验科、功能诊断和理疗科。

4. 普通护理单元的组成及组合关系：普通护理单元包括病室、辅助医疗和服务用房，如护士站、医生办公室、治疗室、值班室、贮藏室、污衣污物投放室、配餐室、进餐室、浴室、厕所等用房，以及公共交通部分，如走廊、楼梯、电梯等。同时根据各科特点，设专用房间，如外科换药室、眼科暗室等。在教学医院还应设供学生做化验用的小化验室、示教室等。

护理单元组合形式，在我国主要是中间走廊式。这种形式优点为病室朝向好，医疗用房和辅助用房通风采光好。但交通线长，护理病人不方便。另外还有一侧走廊式，优点为病室朝向好，通风采光好，但面积大，安排床位少。

国外50年代开始研究如何减少护士劳动强度，减少护士路程时间，增加护士与病人接触时间，以提高护理效率，采用双廊式，在两条走廊中心为服务房间如护士站等，病室在两廊外侧。其优点为缩短走廊交通线，减少护士劳动强度，照顾病人方便，国外较多采用空调及人工照明的情况下可以广泛采用，否则一部分病室朝向不好，中间服务区照明通风均不好。我国也正在研究采用双廊式，如北京中日友好医院，北京医科大学附属人民医院已都采用双廊式。不用空调而采用开天井的办法，解决中间服务区照明和通风问题，但朝向不好问题仍不能解决。国外有人研究中间走廊式，由于交通线长，护士每天要跑路17到25公里，而双廊式则每天跑5公里路程。为进一步解决护士跑路问题及更好观察病人，以后又发展成三角式、田字式、圆形式等，这些都是从缩短护士交通

线，更好护理病人来考虑的。近年来国外如美国，采用放射式的护理单元，护士站设于中心点，使护士到各病室皆为等距离的交通线，护士可直接观察病人（图 33-8）。我国已有放射式护理单元，由于施工原因采用方形，护士站设于中心。

5. 病室设计：

⑴ 种类：目前在我国有单人、双人、3人、4人、6人、8人病室不等。有的旧建筑还有多人病室，多人病室相互干扰太大，多已不采用。在同一单元内，应有大小不同的病室，以安置不同病情和性别的病人。

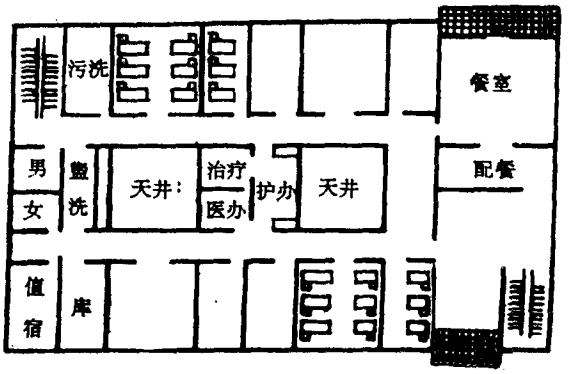


图 33-8 双廊式护理单元示意图

我国目前设计医院多采用3床、6床一病室，也有人主张4或8人一病室。每个护理单元必须设有2～3间重病单人病室，这点很重要，因为病人临危前的治疗抢救以及死亡都会影响其他病人，很多医院设单人病室，但在同一楼道内或在大病室的对面，对其他病人影响还是较大。

根据我们对1000病人的调查结果，90%的病人都希望住3人以下的小病室，我国规定6床室与3床室的比例为2:3。

国外新建医院的病室多趋向于单人病室和二人病室。他们认为单人病室不仅能使病人不受干扰和感到舒适，而且能最大限度地提高护理效率。同时，单人病室还可作为隔离病室，使疾病传染受到限制，也可以减少因每天要经常倒换床位而易发生的送药错误（有人调查统计每天最多移动可达6～9次）。美国哈佛大学新建720张床位的医院全部为1～2床病室。加拿大新建的渥太华综合医院70%为1～2床病室，其他为4人病室。

⑵ 病床使用面积：单床病室的使用面积一般为10～12m²；2床病室每床约为7m²；6床病室每床为6m²。国家规定6床病室为6m×6m，三床病室为3.6m×6m。

国外医院病床使用面积多少也不等。按日本医疗法规定，单人病室面积为6.3m²以上。美国有的医院病床使用面积较大，有的也很小。美国马西医院单床病室使用面积为24.5m²，而双床病室也为24.5m²，这是由于病房分等的结果。罗马的伊耐尔医院单人病室17.5m²，三人病室28.8m²。

⑶ 病室内布置及设备：我国医院除个别的以外目前一般均为一个病房单元共用卫生设备。每张病床应有床头柜、信号灯等设备。信号灯放在每一病床床头的墙壁上，病室门口的上方和护士站内。南京市中医院设计安装了晶体管床位号码器，我国已能制造对讲机，护士与病人可以直接对话，大大减少护士劳动强度，目前有的医院已经采用。

每一病室应有电插座，以便治疗抢救时接电源。室内的墙角最好做成圆角以避免积尘。

国外技术先进国家医院的病室内部设计多从病人需要考虑，尽量使之家庭化。单人病室或双人病室设有卫生间。在进行诊察和处置时，床间要用幕帘隔开。病床有车轮以便于移动。为了安放食品和衣物设置壁橱和床头柜。在病床背部的墙壁上安装电灯和能收放在墙壁内的电话、收音机以及护士对话系统、遥控电视、氧气、吸引器、血压表等。

⑷ 走廊及辅助服务性房间：护理单元走廊不宜过窄，这是由于担架车、送货车、配膳车及医疗查房等流动量大，一般要在 2.4 米以上。教学附属医院由于有学生来往，应当更宽些。

护士站：护士站的位置应设在护理单元的适中位置，让病人和护理人员都比较方便，减少跑路时间。我国一般设在北侧。护士站有敞式、半开敞式和封闭式三种，目前采用敞开式较多，有利于护理人员观察各病室病人活动和与各病室联系，同时采光通风均较好。但冬季较冷，影响医护人员工作。

治疗室：为每一护理单元所必备，作穿刺、导尿或其他治疗用。治疗室与护士站有门相通，治疗准备室可不向走廊开门。

卫生间及其设备：由于这些房间噪声大、气味重，处理不好会影响整个单元的清洁卫生。最常见的位置是在护理单元中间地位，有的在单元尽端或单元的突出部位。从使用来看，卫生间在单元中间的突出部位比较理想，对单元的卫生和管理都有利。

护理单元分为：①污染区：脏衣存放、垃圾、厕所等；②清洁区：治疗室和病房；③半污染区：护士办公室和走廊。

一般脏衣污物应当有单独的出口，如污物投放管道，脏衣投放管道。

6. 特殊病房：

⑴ 产科：产妇并非病人，但产后体弱又易感染，所以产科病房在隔离消毒、安静方面要求较高。其附设的产房、婴儿室，无菌要求尤为严格。

产科要有单独出入口和专用交通路线，减少感染机会。

产休室和一般病房差不多，但要有隔离的病理产房间。婴儿室正常婴儿一般约占 80%。产科各部位关系见图 33-9。

⑵ 儿科：儿科设在一层为好，便于设立单独出入口及单独入院处理。

由于儿童抵抗力弱，易感染，必须考虑到隔离问题。其次，儿童病情往往变化急剧，而又不能很好表达，因此要创造方便条件，使医护人员尽量有机会多看到病儿。这两个问题是儿科病房考虑的两个主要原则。

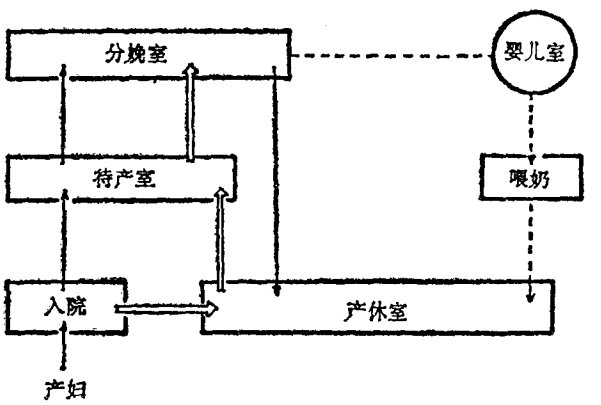


图 33-9　产科各部位示意图

儿科病房有自己出入院处及卫生处理室，至少应在一楼近病房入口处设一检查室，以便门诊转来病儿再受一次检查，防止将传染病带到病房。

儿科护理工作量大，所以儿科护理单元床位不宜过多，一般 30～35 床为宜。

护士站设在病房的中心地位，用玻璃窗相隔，以便观察。儿科还应设有儿童游戏室，供儿童活动。

⑶ 传染病房：主要指综合医院肠道及呼吸系统传染病的传染病房。一般大型医院必须另单建一幢病房，中小型医院可在建筑物的一端并设单独出入口。设办公室、化验

室、卫生通过室等。

传染病房可分为：①清洁区：医护人员工作场所，探视房间；②半清洁区：走廊；③污染区：病室、厕所、污衣处理。

建传染病房遵循以下两个原则：

① 应严格地分开清洁区与污染区。要求分清病人与工作人员及探视者的路线；分清食物、清洁衣物与剩余食物、用过餐具、污染的衣物等的运输线。

② 凡病人用过的餐具、污衣，必须经过消毒处理方可移出病房。从病房出来的一切排泄物及污水须进行消毒处理方允许流入下水道。

⑷ ICU、CCU、术后复苏病室：这是近年来医院建筑随着医学科学的发展而开始建立的特殊病室，在国外均列为常规。我国在很多城市医院都已开始设立 ICU、CCU 病室，目前以内科、心血管病最多。每一 ICU 单元以 6～8 床比较合适。ICU 病室可以有多床病室与单床病室。多床病室与护士联成一体，便于直接观察和抢救。多床病室应当在必要时用帷幕将各病床之间相互隔开，以避免各种干扰。每一床头壁上应有电插头。护士站位于可以观察、监视病人的地位。采用电子监护系统，在 24 小时内不断地监察并记录病人心率、血压、呼吸、心电等情况。

另外在手术麻醉后需要有复苏病室。

ICU 收治的病人身体衰弱，要避免感染，比其它护理单元卫生管理要求高。应将 ICU 设于手术室的平层，以便联系。

目前国外提出 PPC (progressive patient care) 先进的病人分段护理制度。它是根据护理工作需要及病人情况，按疾病程度将医院设施组织起来，保证每一种病人有符合要求的护理制度和方法。过去医院病房护理单元组织是按各科分设的，即内科、外科，等等。这种分法有严格的医学科学根据，但也存在一定的问题。因每一科室病房内都有轻重缓急，他们情况不同，需要护理不同，从护理上看未能得到最佳的效果。因此美国提出 PPC 原则。按 PPC 原则分为重症监护（加强护理）、中等护理、自我护理、长期护理等。ICU 又进一步扩大，除了 ICU（综合监护病房）外，以后又分化出 CCU（冠心病监护病房），NICU（新生儿监护病房），CICU（癌症监护病房），OICU（产科监护病房）等。现在美国有的医院（如马萨诸塞州综合医院）有几十个监护病房。大多数 ICU 都是 6—8 床位，但也有 20 张床位，甚至 40 张床位（如美国斯坦福大学医院）的。这些新进展是在医院建筑时要充分考虑的。

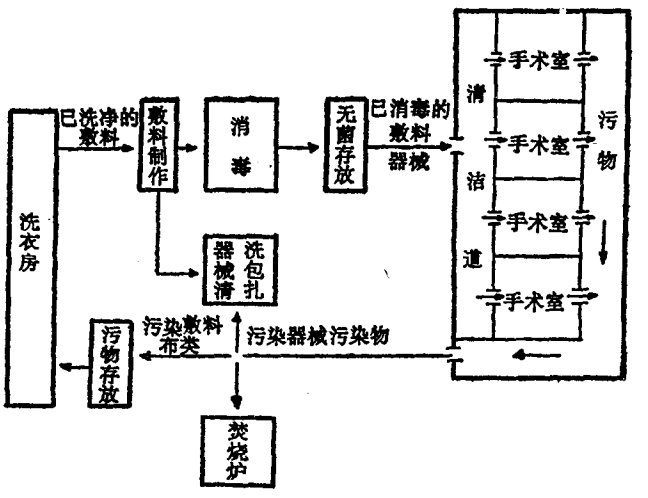


图 33-10 手术室洁、污路线分流及循环路线示意图

三、手术室建筑设计

（一）手术室建筑特点和要求

手术室是医院中对清洁和安静要求较高的部分，应位于病人不常去的部位，通常设在单独一翼，或专用一层（最好设在顶层）。手术室还应有方便的出入口和垂直及水平交通，以便与病房、门诊、急诊连系。

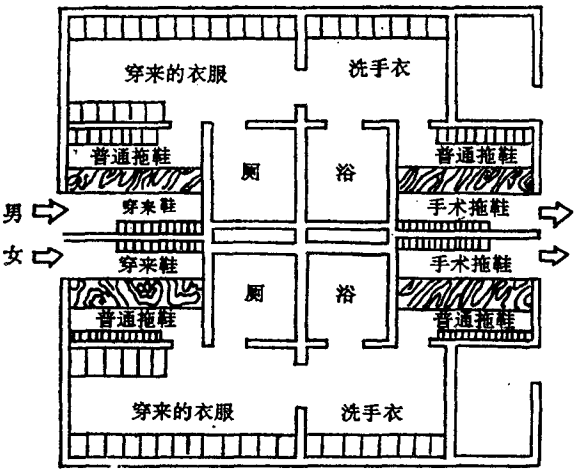


图 33-11　手术室卫生通过室平面示意图

手术室的设置要满足不同性质手术的要求。一般外科手术分三种：

1. 无菌手术：如甲状腺切除术、脾切除术、疝修补、非开放性骨折等，手术间这种手术的全过程均在无菌状态下进行，通称无菌手术，也叫一级切口手术。

2. 污染手术：肺、胃肠和阑尾部位的手术，在手术过程中的某个阶段，有被污染的可能。此种手术也叫二级切口手术。

3. 感染手术：脓肿切开引流及开放性骨折的手术。手术部位已有感染形成，此种手术也叫有菌手术。

因此，手术室要分有菌、无菌两种。污染手术可与无菌手术混用，但术后要彻底消毒。感染手术不应放在无菌手术区内，应另设置。进入无菌手术室，必须通过卫生处理，即通过卫生通过室进行处理。出入路线和内部布置都要分清洁区及污染区域（图 33-10，33-11，33-12，33-13）。

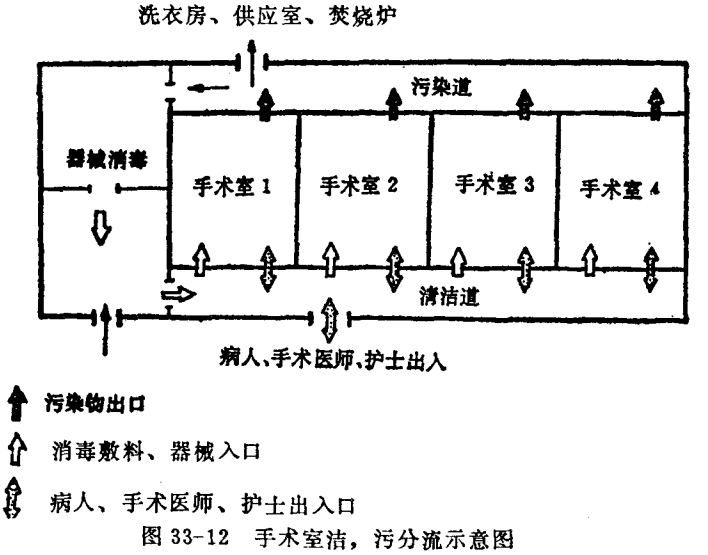


图 33-12　手术室洁，污分流示意图

（二）手术室的规模

手术室的规模与医院的性质和类型有很大关系。根据国内外的统计，一个医院所需手术间数与其病床总数之比为 1:50—60，其与外科床位之比则为 1:20—25。

正确估算新建医院手术室的间数是比较困难的，因为影响手术间数的因素很多，而且医院的情况也各异。

（三）手术室房间组成

手术室有以下几个部分：

1. 卫生通过室：进入手术室的医生、护士或参观者换鞋、更衣、淋浴的部位，应设于手术室入口处。

2. 手术部分：包括手术室和直接为它服务的辅助用房，如洗手室、无菌贮存室、临时消毒室等。

3. 供应部分：手术室的器械、敷料可由中心消毒器材供应室负责供应。也可以在手术室设供应组，自行清洗消毒所用的器械和敷料。

图 33-13　医务人员换鞋过程示意图

4. 其他部分：医护办公室、值班室、麻醉室、石膏室、内镜检查室、污物存放处、推车存放处等。

5. 手术室教学用房：过去建筑多采用手术看台，为医学生教学用，目前可采用闭路电视教学，效果比手术看台为好而且较为经济。

（四）手术室的分区

手术室分区一是为了控制无菌的范围和无菌的程度，二是为了减少各区之间干扰，应将手术室划分为若干区域。分区的方法，是通过设置一定的隔断来实现的。

手术室可划分为手术准备区、手术区、供应区；就无菌程度又可划分为有菌区及无菌区，前者包括更衣部、石膏室。供应区内部也可划分为已消毒区和未消毒区。准备区也可划分为接收区、办公区和贮藏区等。但整个手术室应首先分为两大区，一是清洁区，二是污染区。清洁区，包括敷料室、器械室、办公室等，以及无菌区和无菌净化区（包括手术室和洗手间）。其他各区则因其性质而决定归属。在平面布置时应将灭菌净化区放在最里面，其次无菌区，清洁区在无菌区外面，污染区在最外面。

手术室的各部门排列顺序见图 33-14。

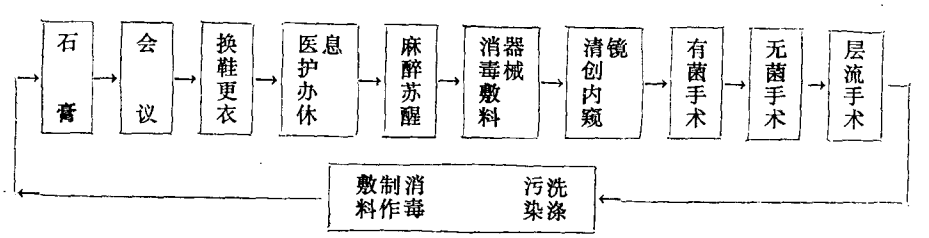


图33-14　手术室各部门排列顺序示意图

（五）手术室出入口处理

医护人员和病人进入手术室时，有其不同的卫生通过处理，因此出入路线应分开。医护人员进入手术室时，虽经换鞋、更衣等过程，但不甚严格，如在换鞋处，清洁鞋、污鞋踏在同一块地方，清洁拖鞋也就受到了污染。又如运送病人的担架车，由手术室出

车至病房，再将病员推到手术室，担架车就由清洁区到污染区，受到污染后又回清洁区，这就可能污染了手术室。这些不仅在管理制度上而且在建筑设计方面都要改进。医护人员流程如图 33-15 所示。在换鞋的前室地面上用木踏板分两种鞋的放置地带，可避免洁、污鞋混杂。医护人员换上普通拖鞋后，有可能去厕所或浴室，此拖鞋可能被污染，故应再换上手术室拖鞋后才能进入清洁区。

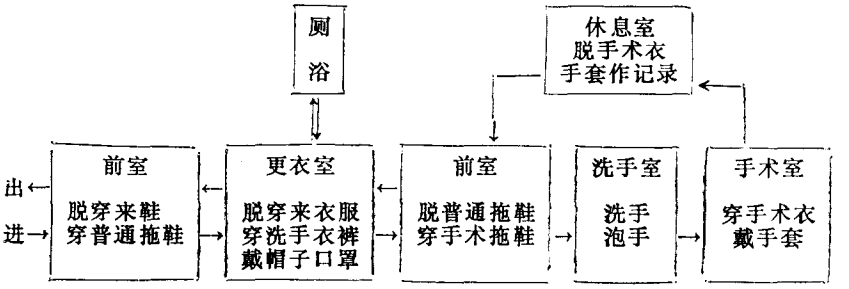


图33-15　医护人员无菌手术流程示意图

要做手术的病人在手术前一天，应做好清洁准备工作。手术当天由病房担架车送病员至手术室入口处，换上手术室担架车，再进手术室。手术室入口处做成一个窗口，病房来的担架车停在窗口处，手术室担架车停在窗口内，病员躺在担架车上的一个带轮床上，将床滑过窗口，滑在手术室担架车上。国外也有在手术室入口处划红线、蓝线的办法，不使病房担架车越过红线，将病人移到蓝线内的手术室担架车上。以上的处理给医护人员增加麻烦，但可保证手术室内部不受污染。

（六）手术间内部设计

根据手术的大小设有大小不等的手术间。单床小手术间的使用面积为 3.7×5.7m，单床中手术室的使用面积为 5×5.7m，单床大手术室使用面积为 7.3×5.7m。规模大的手术室最好有一间使用面积为 42m² 以上的手术间，以进行需要体外循环的心脏手术等大型手术。

手术室内温度冬季不低于 23℃，夏季不应高于 26℃，相对湿度为 55～60%。在选择手术室的采暖与空调方式时采用专线采暖。

手术室地面和墙面要采用可冲洗的材料，油漆到顶。墙面及屋顶的交接处应做成圆角，这样既不易积尘土，又便于清洁。

手术室要设备两套供电系统，最好有自用发电设备。墙壁上应设有足够的电源插座，每个插座上分别设有自动短路装置，以免一处短路，而影响整个供电系统。

（七）手术室的空气净化

为了提高手术质量，手术室除保持恒温恒湿外，还要求严格控制室内尘埃和微生物，以减少手术过程中病人感染。目前采用的净化措施，是在通风设施中使用高效能特种过滤器，此种过滤器将空气过滤并合理分布空气，尽可能把手术室中活动的悬浮物清除。根据国外资料报道，经过高效过滤器过滤的超净空气，其洁净度可达 99.98%。

手术室的细菌随着灰尘、敷料、皮屑在手术室内浮动。还有从衣服、口罩、病人身上来的灰尘可以接触伤口，这些都容易使病人发生感染。恰当流速的层流，使手术室内的气流分布均匀，不产生涡流，并能将微粒尘埃通过风口带出手术室，没有浮动的尘埃，

就基本杜绝了手术室内细菌传播的媒介。回风送入空调箱过滤处理，再经过高效过滤器超净系统，循环使用。

层次分两种：①垂直层流：是将高效过滤器装在顶棚中，整个顶棚是过滤层，气流垂直下降，回风口设在除外墙及门口外的所有靠地坪的墙面。②水平层流：是将高效过滤器装在手术病人脚部一侧的墙面，水平吹送，回风口设在相对一侧近墙面的顶棚上。

国外资料认为，利用层流空调方式的洁净手术室，每小时换气500—600次，感染率可以接近甚至到达零。层流空调手术室在国外已开始普及。层流手术室见图33-16。

图33-16　垂直层流手术室净化过程示意图

近几年来层流手术室又有新发展。过去这种手术室所用的无影灯与非层流手术室无影灯没有区别，最近认为无影灯也影响气流，会产生旋涡，改为十字形无影灯，同时在十字形之中心设有一可喷出正压的经高效过滤空气的管口，直喷到手术野上，以减少或不产生旋涡。这样就更减少了手术污染机会。

四、医技部门建筑设计

医技科室是为住院和门诊病人进行诊断、治疗、配发药、供应消毒器械和敷料等的部门。包括放射科、理疗科、检验科、血库、药房、中心供应室等。这些部门的具体内容和医疗设施，与医院的规模和技术力量有关。

医技科室可分两部分，一为属于对住院病人、门诊病人进行诊断和治疗的部分，如检验科、理疗科和手术室等；一为属于医院内部工作的，如中心供应室、药剂的制剂和制药等，这些部门病人不能进入。

医技科室与病人及护理人员的关系见图33-17。

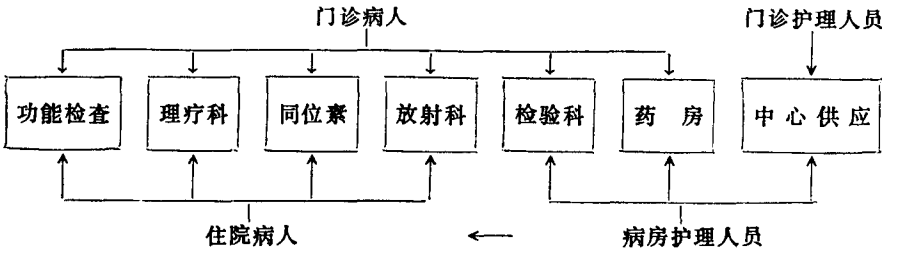


图33-17　医技科室与病人及护理人员关系示意图

（一）中心消毒器材供应室（简称中心供应室）

中心供应室是为全院各科室所用的医疗器械和敷料等集中进行洗涤、制作、消毒、贮存、分发的部门。它对全院医疗工作质量影响较大，如很多输液反应都是因供应室工作存在问题而发生的。若器械敷料供应不及时，洗涤制作消毒不符合要求，治疗包的内容有差错等，则将影响全院医疗抢救工作，甚至造成医疗事故。建筑设计要为其提高工作效率与工作质量创造条件。

位置：要设在全院医疗组成部分的适中部分，最好接近手术室、外科、产房和门诊，可设在住院部和门诊部中间。环境要能形成一个相对独立的区域，以便组织内部工作流水线，避免外人干扰。为了避免发生已消毒的物品器材受到污染，路线应采取强制通过方式，不准逆行，即从一端进入未消毒的器材，另一端发出已消毒的器材。

供应室要靠近锅炉房，以便于供应高压蒸汽，又要采光通风良好，还要能避免烟尘污染。

完备的中心供应室，应包括接收、洗涤、敷料、制作、已消毒无菌贮藏室与发放室和工作人员更衣休息室。床位少的医院，上述用房可适当合并，但要保证必要的条件，即不准逆行。中心供应室的功能关系见图 33-18。

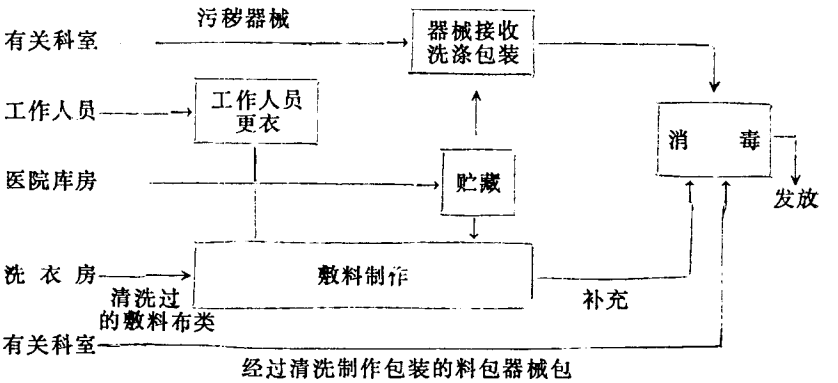


图33-18　中心供应室功能关系示意图

北京顺义县医院中心供应室位置及流程均比较合理，如图 33-19 所示。

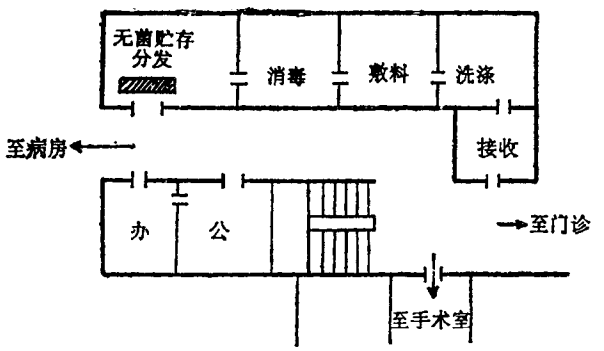


图 33-19　北京市顺义县医院中心供应室布局示意图

（二）放射科建筑设计

在综合医院中，放射科有X线诊断部分和治疗部分。放射科门诊工作量远远超过住院工作量，其位置应设在门诊或病房、门诊之中间。大医院可在门诊部另设胸透室，以减少放射科人流。放射科最好设在一层（最好设在一尽端），以避免交通干扰和便于布置，减少病人交叉感染，利于保持科内安静和机器设备的保管。

放射科的建筑设计，要考虑适应扩建的需要。特别是规模较大的医院，一次建成就十分完备是不大可能的，新的设备不断出现，扩建的可能性大。设计时必须考虑要留出

一定的空地，以便扩建后仍与原有部分保持良好联系，形成一个整体。

放射科建筑设计还要考虑两个问题：①射线防护问题。放射诊断治疗要求根据所用电源电压大小以及放射量来安排与设计房间的大小及防护墙的厚度。房间要大以预防二次线，办公室要远离这些地方。楼上如有房舍还要考虑对楼上的射线影响问题。②干扰其他用电仪器的使用问题。放射科所用电量较大，一般几十千伏，最多200kV以上，如深部治疗机，透视也要60～80kV的电压，可能对周围用电发生干扰。对灵敏度大而用电量小的精密仪器，使用大电量的X线机时就会干扰这些仪器的使用。

（三）同位素室（核医学科）建筑设计

应用同位素诊断和治疗，越来越广泛。同位素室的位置最好建立在人迹较少的地段，并处于病房和生活区的建筑物的下风向。高活性同位素周围防护地带不能小于12m。

如采用混合式建筑形式，最好将同位素设在底层，以便于排水而减少污染机会，也方便运输。具体组合关系见图33-20。

一般医院常将同位素诊断、治疗和实验集中在一处布置，但要严格按“三区制”划分：

(1) 污染区：包括高活性放化室、低活性放化室、病房、洗涤室，病人浴室和厕所等。

(2) 中间区：功能测定室、扫描室、卫生通过室、计量室。

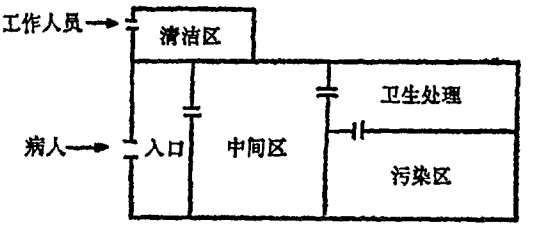


图33-20 同位素室功能组合关系示意图

(3) 清洁区：病人候诊登记、接诊、工作人员办公室、药品、仪器修理等。

防护设备有通风柜。通风柜的污染气体排出口要高出临近建筑屋顶3—4m。高活性区的各室应根据放射源的种类和强度，建立不同要求的防护。如果是外照源，要建20cm厚的钢筋混凝土防护墙。

考虑同位素室建筑时，除有卫生通过室、同位素贮藏室、分源室、洗涤室等以外，还必须有污物贮存室和污水处理室。应根据使用的同位素半衰期的长短和每日用水量建设足够的污水贮存池，进行无害化处理后才能排入公共下水系统。

（四）镭、钴（^{60}Co）治疗室、直线加速器治疗室建筑设计

镭、钴（^{60}Co）直线加速器都是治疗肿瘤的大型设备，肿瘤专科医院或有肿瘤科的医院都要使用。应用镭治疗，以妇科用得最多。

镭治疗室主要包括备镭室、操纵室、上下镭手术室、病房及护士站等。备镭室的设计主要注意安全防护。洗镭的下水口要有密封过筛口，以防洗镭时发生漏出事故。

钴（^{60}Co）治疗室最好在单独的建筑物内，在设计时要严格按国家有关规定。钴（^{60}Co）治疗室不设窗户，采用机械通风等。

直线加速器治疗是以电子束形式或产生高压X线来治疗某些疾病，可治疗深部肿瘤。直线加速器所产生的射线能量很大，防护层也要很厚，故应与其他建筑物分开，单独建筑。

（五）营养室建筑设计

营养室的位置应当靠近病房，如离病房过远则增加运送困难，且不易保证病人得到热饭。因此在条件许可时，可设在主楼地下室中，但必须有良好的卫生设备和排气设备，

否则油烟气味和热气等进入病房，并且食品易受污染。这种方式在地面条件极差时采用。一般医院的病人厨房采用独立建筑用走廊与厨房相连。

营养室经常有蔬菜、粮食和燃料等运入，有垃圾和煤渣输出，因此对院外联系须方便，最好设专用出入口。目前营养室有三种形式。

1. 集中式：统一由一个厨房制做，供应所有住院病人的主副食，直接送给病人，或经病房配膳。如床位多，食物经过加热，则病人吃得很不可口。

2. 分散式：可设几个厨房，分别供应各科室病人主副食，一般在床位多的医院采用，优点是与病房楼距离近，运送饭食方便，不需要再加热，口味好些，缺点要增加面积、人力和设备。

3. 混合式：主食由一个厨房统一供应，副食统一由厨房加工，分送到各科或各层楼再烹调。这种形式适用于床位多的医院。可避免一次烹调太多而影响质量，亦可缩短距离，使病人得到热的、可口的饭菜。但须各科或各层有煤气设备，还须解决好通风排气。所需面积、人力及设备亦相应增加。

营养厨房的工作人员要有卫生间，最好为通过卫生处理间。

（六）理疗科建筑设计

理疗的种类很多。常见的有：光疗、电疗、水疗、蜡疗、泥疗及体疗。也有将体疗分开，单设体疗室。理疗科的规模，取决于医院的性质和任务。

理疗科同时服务于门诊与住院病人。据统计门诊病人约占85%。因此考虑理疗科的位置时，以方便门诊病人为主，适当考虑住院病人。从防止交叉感染角度考虑，理疗科应设在建筑物的尽端。这样可以避免外部交通干扰，也便于管理。

光疗与电疗是使用率最高的约占理疗量的55—65%，因此在平面布置上应靠近理疗科入口，光疗和电疗用电量大，要考虑用电安全及远离水疗室，最好为木板地。蜡疗室需有准备室，进行蜡加温和制作工作。水疗室需设有更衣室、休息室和淋浴室和盆浴室。水疗分有全身浴、坐浴、针浴和直喷浴等。

（七）检验科建筑设计

检验科的任务主要分析检验人体的血液及体液、排泄物和人体组织等标本，为医师临床诊断提出科学依据。

检验科同时为门诊病人和住院病人服务。其位置要求介于门诊和病房之间，因住院病人检验标本在病房内采取，由医护人员送检验科，而门诊病人需病人亲自前往检验科。中小型医院检验科多设在门诊部，并靠近内科。较大型医院检验科可设于门诊部与住院部之间，也可设在住院部内，在门诊部另增设常规化验室，解决门诊病人的一般化验需要。检验科也要求设在尽端，自成一独立单元，这是防止交叉感染的重要措施。

检验科有标本采取室、临床检验室、生化检验室、血清检验室、细菌检验室、培养基室、洗涤室、消毒室等。这些单位除了根据其本身工作的特点设计外，其污水和标本不能直接流入下水道，必须经过消毒措施后再流入公共下水道。此点在设计中必须认真考虑。

（八）血库建筑设计

有些医院由检验科负担血库的工作。血库要求无菌，而检验科是有菌的地方，要保证血库不受污染是在设计中要注意的问题。同时血库与急诊和手术室联系要方便。可采

用垂直联系（如设专用电梯或吊箱）。国外有的医院血库还有到手术室的专用电梯。

血库各室功能关系示意见图 33-21。

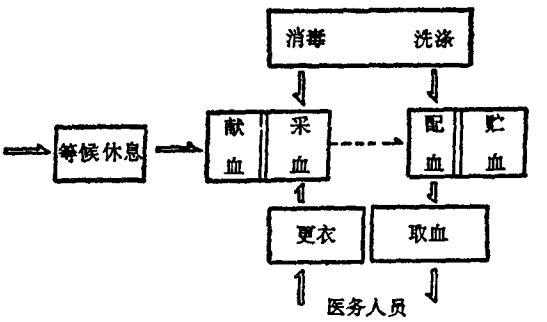


图 33-21　血库各室功能关系示意图

（九）病理科建筑设计

一般医院都将病理检查室与尸体解剖室分别设置。尸体解剖室设于医院的一角或与太平间设有一个建筑物内。如两者合建在一个建筑物内，必须远离病房。

尸体解剖室的下水必须经过消毒措施后，再流入公共下水道内。要有工作人员的淋浴更衣设备。

（十）药剂科建筑设计

药剂科是供给门诊和住院病人用药的部门。药剂科房屋设计的是否合理关系到工作效率，甚至影响药品质量及医疗效果。药剂科的规模应根据医院规模、药品来源与医疗技术设备条件、使用单位要求等诸因素综合考虑和全面安排。

西药部绝大部分为成药。有条件的医院则自制大量输液用液体，自制制剂等。

西药部的重点是洗涤及消毒。西药各室功能关系见图 33-22。

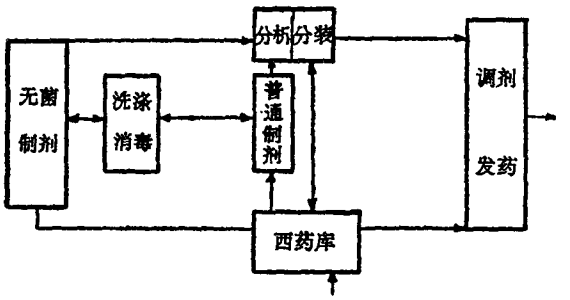


图 33-22　药房西药部各室功能关系示意图

无菌制剂室要求保持严格无菌，生产输液过程中有一定工艺要求。位置宜隐蔽，避免与交通走廊直接联系，特别应与人流较多的场所完全隔离。无菌制剂室必须与洗涤消毒室相联，并有玻璃传递窗相通，以便可随时传递瓶子等用具。污药瓶洗冲消毒过程见图 33-23。

中药部的中药品种繁多，其中一部分为制药厂制成、批发而来的成品药，较大量的则为生药。须根据医师处方，称配各味药，煎成药汁以供服用。另外，还有丸、散、膏、丹的炮制。

中药部要有中药生药库（要有足够的面积和空间，注意防霉及虫蛀、鼠咬）、堆晒场、整理加工室、制作室、成药库、调剂发药室、抓药机房、煎药室等。不少旧医院设计时都未考虑中药部，因而现有中药部大多数安排在破旧的房室中，房间分散，使用不便。新建医院必须根据中药部的特点来设计。

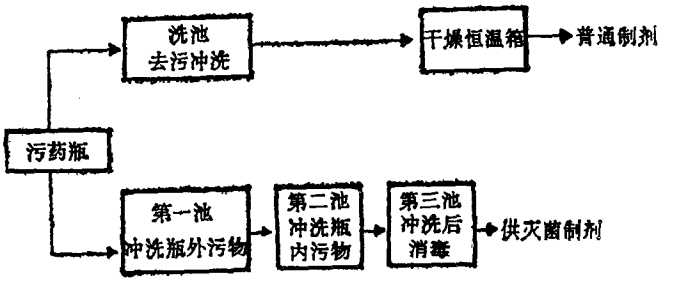


图 33-23　污药瓶洗涤消毒过程

五、行政后勤用房建筑设计

行政用房的设置，主要应考虑对内对外联系方便，并有单独出入口，以便于管理和避免与病人交叉感染。一般设在门诊部楼上，或在门诊部与病房之间。不能使上下班及来访者通过病房和门诊。

后勤用房应设在病房区一侧或后面，与病区保持一定的距离，以免后勤的嘈杂声影响病人，但又要联系方便。

（一）洗衣房建筑设计

医院里每天都有一定数量的污衣、被单和其他医疗布类等需要进行消毒、洗涤、熨烫和折叠。医院用的衣、被褥有特殊卫生要求。因此，医院均需设有合乎标准的洗衣房。

洗衣房应有下列要求：①生产设备必须达到消毒衣物的目的。②保证衣物处理的连续性。避免污衣与洁衣有相遇和接触的可能性。③湿衣与干衣要分开。

洗衣房要有污衣接受室、洗刷室、消毒室等（图 33-24）。污衣最有效的消毒是高热煮沸，可达消毒效果。

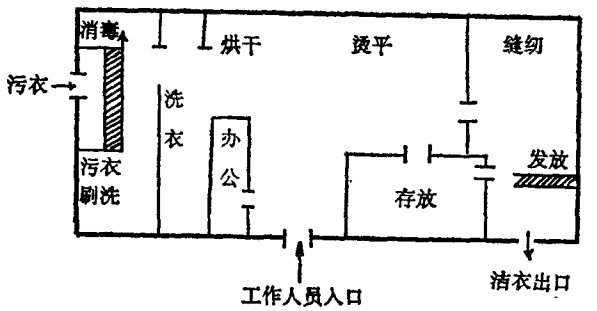


图 33-24　洗衣房各部位关系示意图

（二）太平间建筑设计

不论什么医院皆需设有太平间或叫停尸房。太平间的位置应设在较隐蔽的地方。不在病房及职工宿舍的视线之内，同时要考虑死者家属来太平间的路线，要避免领尸时哭声影响病人。因此一般以独立之建筑为好，周围用地绿化适当隔离，并有单独出入口。

（三）锅炉房建筑设计

锅炉房是全医院的中心热力供应站，位置应选择全院主要建筑物附近。但还要注意避免对绿化、卫生隔离的影响。同时要在主建筑物的下风向。最好有专门出入口，以便运送燃料和送出煤渣。要有堆煤场及出渣场。

一般医院锅炉房的低压蒸气用来供暖和烹调，高压蒸气用来消毒及其他特殊需要，并供医疗及生活用热水。

第四节　医院的改建、扩建与维修

一、医院的改建与扩建

旧医院或已建成的医院，往往随着城市的发展以及周围环境、交通条件、服务范围、任务等的改变，以及医疗水平和医疗设备的飞速发展，其原有的医院建筑常常必须改建或扩建。

1. 改建或扩建医院，必须结合城市总体规划，根据医疗网的布局，从原有的基础及实际情况出发，重新规划医院发展的总体设计，有主有次，逐步实施。制定规划时应对医院的最终发展规划、装备水平和技术经济条件等作全面分析，尽可能预见到发展所需要解决的问题，争取做到统一规划，一次设计，分期实现。为应付某些捉摸不定的情况，规划还应留有回旋余地，便于根据情况的变化作灵活修改。

由于经济投资有限，满足不了医院的需要，甚至相差很远，有的地方形成“投资不

多，年年有”，在医院改建扩建上就出现“见缝插针、零扩碎改”的散、乱局面，破坏了医院交通路线，给管理造成极大困难，使医院今后的发展受到限制。因此，改建扩建要避免乱拆乱建，不要盲目地搞“见缝插针”，医院改建扩建必须长远规划与分期施工相结合。

2. 改建扩建应尽量利用原有建筑，合理设计布局，并进行一些必要的翻改，必须使新老建筑形成统一协调的有机整体。

在平面组合上，应从全局着眼，处理好各部分及其相互间的功能关系，解决好扩建中出现的新问题。改建扩建必须利用原有建筑合理设计，全面布局，以节约资金，并使布局合理化。

3. 改建扩建中更重要的是要重视基础科学和医技科室的发展，医学科学的发展必须和基础医学相结合。随着医学科学技术现代化，各种新的检验方法及仪器不断出现。据调查，某医院检验科工作量自 1958 年以来，平均每 5—6 年工作量增加一倍。如肝病检查 1958 年以前只有少数几种检查方法，而现在有近 30 种检查方法。其他科室也有同样情况。

4. 改建和扩建尽量要减少对医疗业务的影响。改建扩建范围应尽量集中，先建后拆。国外有很多旧有医院，有的是 100 多年以前的老建筑，但内部布局合理，设备现代化。

二、医院建筑的维修

新建医院或旧医院在房屋使用上都有维修问题，在医院管理工作中应列入日常工作计划。

1. 维修要与医院改建扩建相结合：由于当前医学科学发展快，分科细，无论新建医院或旧有医院都在不断地改建、扩建、再分配。由于医院建设速度赶不上医学技术发展的速度，国外有的新建医院一二十年来都在不断扩建改建。因此维修工作必须与改建扩建相结合。医院要有一个房屋管理的全面规划。在维修管理上要制定房屋管理条例，建立档案卡片，建立使用管理责任制，并教育职工不准私自改变原建筑结构，需要变更原建筑结构的必须与医院全面规划相结合。

2. 要经常维修：新建医院特别是旧有医院都要进行经常性维修，有的进行周期性大型维修。近年来我国新建不少医院，但过二、三年后这些医院就变得破烂不堪，与旧医院无大区别，有的东拆西改，墙皮脱落，墙角毁坏，等等。医院要有维修计划，建立维修队伍。全院还要建立维修标准。如房屋屋顶不漏，不渗水，天棚与墙保持无坑、无洞、无发霉脱落现象，门窗保持完整，室内地面平整。医院每年还要有一定的维修费用。

3. 其他维修：医院上下水、供电、供气等是保证医院正常运转的重要环节，因此必须给以重视。在新建医院的过程中，医院总务人员、各种技术工程人员应与建筑工人共同安装，熟习图纸。医院建成后，总务部门应保留一份图纸，维修人员要熟习上下水、供电、供气的管线铺设情况，便于检修。除随时检修外，还要每年定期检修，确保全院管线正常运转、畅通无阻。

第五节　国外医院建筑发展趋势

由于近 20 年来现代科学技术、医学科学技术、医疗设备和建筑材料等的发展，设置的专业越来越多，设备越来越精，医疗质量和服务质量愈来愈高，医院建筑发生了一

系列变化。现代化医院要进行一些高难度的和特殊的医疗工作，因此在医院建筑中各部门之间要在布局上有明确的分区和组合，同时要考虑今后的发展和变化。过去医院的概念只是治病救人的地方，而现代医院除医疗工作外，还是教学、科研和保健活动的中心，为增进人们的健康而服务。国外的现代医院已应用先进的电子技术和医疗器械，这些仪器和设备直接改变了医院的平面设计。国外医院建筑的发展趋势是通用性和灵活性，以适应医院功能的需要，适应医疗技术发展的需要。有两个基本点应加以考虑，即考虑病人的需要和工作效率的提高。

国外医院建筑有以下几个特点：

（一）保证有良好的秩序

医院内的部门多，内部的人与物的流动对医院内部环境有很大影响。在如何使医院内部秩序井然，如何减少交叉感染等方面已有许多研究和进展。例如，在建筑上利用各种条件减少各部门的穿越交通，使各种流程组织合理。为了有良好的秩序，60年代起发展信息诱导图标，这种图标对部门多、人和物流动较大的医院极为适用。信息诱导图标就是对医院各功能、部门尽量用图象显示，便于病人寻找方便。如口腔科门上有一牙齿的标志；眼科门上有一眼的标志；候诊室画一人坐在椅子上，使病人一目了然。许多医院为了使病人容易找到各部门，在一进大门的门厅的墙上或问事处的附近墙上写出各部门的名称及所在层数，用不同的条形色彩标示，该色条由墙上顺延到地，从地上一直引到部门所在的位置。

采用这些方式可以方便病人，美化环境，创造良好的医院秩序。

（二）护理单元的发展

护理单元是病人与医护人员共同向疾病斗争的重要部门。过去强调朝向、通风、采光、日照等因素，使护理单元为长条形的有单走廊的护理单元。而现在由于医疗技术和建筑设备的现代化，使护理单元出现了双廊、三角形、圆形、方形、方圆形以及放射形等多种形式。这不仅大大减少了护理的劳动强度，还能够更好的监护病人。

国外医院的护理单元，除了给予病人以治疗护理外，如何使病人在生活上、生理上与心理上不感到与自己正常生活有明显的不同，已受到普遍重视，从而要创造出一种舒适、亲切、类似家庭的环境，这已成为建筑中主要注意的问题。

考虑到医院中的病人症状不同，个人生活习惯又互有差异，国外有人研究病人生活行为与护理单元设施等，来考察其间的因果关系。例如，通过对病人洗脸、刷牙、大小便等的研究，考虑在多床病室各床之间用帘子隔开，以后又在多床病室内设立卫生间。结果发现多床病室附设卫生间仍会干扰病人的休息和睡眠。为了解决这一问题，美国和欧洲目前新建的医院绝大多数采用小病室，即二床及一床病室，并附设卫生设备，有的还有便盆自动冲洗设备及消毒设备。

（三）重视医院环境及医院色彩

医院的室内外环境条件及其质量，对病人迅速恢复健康，减少相互感染有着重要影响。

由于“医学模式”的转向，国外对医院的环境有着深入的研究及改进。医院环境的美化、绿化，不但给病人以精神安慰，而且对病人治疗也有直接或间接效果。

医院的色彩是构成医院环境的一个部分，对病人直接或间接地起着影响。

在我国古老的医书中，就有观察绿色树木治疗疾病的记载。国外，在本世纪40年代末期已开始重视医院色彩研究，并认为色彩有医疗价值、实用价值和心理价值。有人研究，病室采用冷色（如浅蓝、淡绿、淡紫等），能使慢性病人安静下来。而对康复病人可以使用一些暖色（如米黄、浅黄等）。

建筑物的内外装饰、色彩和职工服装的色调等，对心理不正常和精神不正常的患者来说，影响也很大。色彩和联想（情绪）有一定的关系（如表33-10），红黄系统的色彩具有刺激性，绿蓝紫系统的色彩则给人以恬静之感。

表33-10　色彩和联想（情绪）的关系

红　色	（血）热情，活泼
红黄色	（蜜柑）快活，爽朗
黄　色	（月）希望，光明
绿　色	（绿叶）安息，和平
蓝　色	（海）恬静，冷淡
紫　色	（葡萄）优美，温厚

引自日本三藤宽资料

从生理上看暖色有刺激肾上腺、胸腺、甲状腺的内分泌作用，可以提高乳汁的分泌，促进创伤愈合，兴奋神经。与此相反，冷色可以刺激脑下垂体，使乳汁分泌下降，拖延创伤治愈，对神经起镇静作用。

国外还有人研究病房颜色的刺激和安抚作用。一般认为红、黄、橙为刺激色，适用于冬季或精神不振的病人，而灰蓝色为安抚色。

白色是医院一种传统的使用色彩，它主要体现卫生、清洁、明亮，等等，但也有一种使人严峻、冷淡的感觉，对于病人不利。因此美国旧金山医院采用绝大多数病人喜欢的颜色，取得了良好的效果，自此，医院逐渐采用非白色的色彩。

医院的环境色彩除了病室内的墙以外，由于病人仰卧时正面对着顶棚，因而对病室顶棚色彩也要加以认真研究。病室中的一切用具，如床头柜、小桌、窗帘、电话等，最好也采用一些能反映家庭、旅馆风味的色彩。色彩处理得好，可以使病人感到是生活在友好、亲切和家庭环境中，从而感到愉快，此外，在医疗中也能提高工作效率和保证安全。

医院的走廊和楼梯间在缺乏光线的情况下可以采用暖色，使之有阳光感。

总之，医院色彩应用的好坏，对整个医院所形成的气氛以及对病人、工作人员、家属、亲友的影响都很大。医院色彩对病人的心理与生理均有影响，科学地加以应用可取得良好的环境卫生效果。

（四）医院的新装备与新设备

由于诊断的装备与设备不断地充实和更新，医院建筑应适应这一特点。例如，在国外手术室、抢救室和病室的各种电、水、气插头都按在墙上和房顶上。手术室用X线机、手术显微镜、麻醉机等都吊在手术室顶棚上，免得手术台周围拥塞，从而提高工作效率。又由于国外医疗器械更新换代快，一般每3—5年换一次，新建医院时要预留空间。必须在医院内有一定可以灵活及备用的空间，否则建筑就会永远跟不上形势的发展。

（五）机械化、自动化、电气化问题

国外60年代初，为了减少不断增长的医疗护理费用，同时更有效地提高工作效率，改进服务工作，医院管理人员与建筑师、工程师开始把工业企业生产和管理中的一些具体方法运用到医院建筑和设备上去。这样就逐步使医院实现机械化、自动化、电气化。表现在下述方面：

1. 物品供应：医院内物品供应是一个很复杂的工作，如对物资（药品、衣物、病床、床垫）、医疗器械、敷料等的清洗、消毒和再供应都采用机械化流水线操作，大部作到机械化或半机械化。

为了缩短交通路线，避免交叉感染，采用垂直交通如用电梯、吊箱或气动传动管道传送X线报告、通知单、处方、病历等。

2. 食物处理：食品中的面包，乳品、水果、糕点的贮藏以及各种餐具的清洗都全部或部分采用机械化、自动化或半自动化。

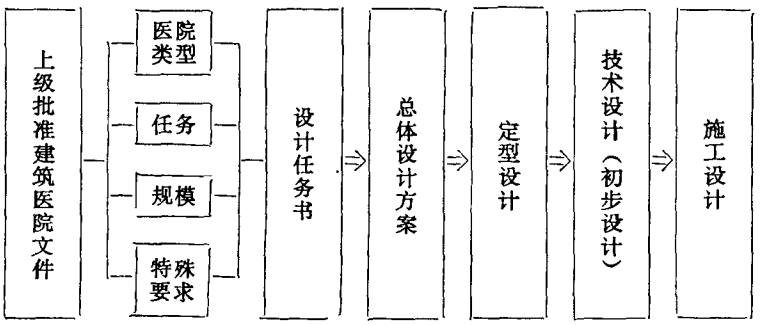
3. 通讯设备：护士与病人之间、护士与各部门之间、部门与部门之间采用对讲装置。病人床头有小麦克风可与护士直接通话。许多医院有工作人员呼叫系统。电视应用也很广泛，如进行卫生宣教、教学示范、护理人员观察及监视病人等。

4. 其他：如电子计算机的广泛应用，应用全院空调设备与自动门（光电或电动控制），还设有自动报警系统与自动灭火系统等。

由于医院设备及各种管道多，国外医院建筑有设备层，有的多层楼房中间设一、二两层设备层，有的医院每层楼房都另设一层设备层，有的医院每层楼房都另设一层设备层。

附录　医院建设基本程序

根据上级的规划和布局的要求编制计划任务书，选定建设地点，经上级批准后，进行勘察设计。初步设计经过批准后才进行施工设计。在上级批准建筑医院文件后，医院即组织医护人员、医院管理人员与设计工程人员结合研究设计任务书。设计任务书是根据上级下达文件确定的医院类型、任务、规模、特殊要求、面积指标、总投资等编写的。



根据经验，在制定设计任务书、总体设计方案，定型设计阶段，医院管理人员与医疗技术人员，无论在人力与时间上，都要与设计人员结合，多次讨论。定型方案决定后也有少部人员与工程人员结合，以监督、检查、及时改正设计中的问题。

设计任务书一般应包括以下内容：

1. 建设的目的和根据；

2. 建设的规模和任务；

3. 建筑的内容与要求，其中有：

(1) 门诊各医疗科室占门诊任务量的百分比及其对房舍使用上的要求和为完成门诊医疗任务所必需的辅助房间。

(2) 病房各区各科占总床数的百分比，组成每个病房单元的床位数，房舍使用上的要求。

(3) 医技科各科室的任务量与工作特点，对房舍使用上的要求。

(4) 行政办公室用房有关的房舍要求，例如领导体制，职能科室的设置。

(5) 总务供应系统所需房舍及其使用上的要求。

(6) 科研教学用房要求。

4. 建筑地点。

5. 人员编制及培训计划。

6. 主要装备。

7. 投资估算。

刘振声

第三十四章　医院物资管理

物资管理也是一门科学。医院物资管理所研究的对象主要是物资在医院内的流转过程和科学管理，包括编制物资计划，物资的采购、运输，物资的验收入库、保管发放、统计核算，物资的节约使用、综合利用和组织领导等。

第一节　医院物资管理的意义、特点和任务

一、医院物资管理的意义

对物资的科学管理，是充分利用各种物资资源，发挥资金效用，提高经营管理水平，获取最佳技术经济效果的一个有效途径和重要手段。特别是随着医院经营管理的不断深化，医疗成本收费的逐步实行，物资种类的日益增加，医院的物资管理工作不仅愈来愈复杂，而且将愈来愈重要。

（一）物资是医院各项业务活动的重要基础

医院的各项业务活动过程，是使用和消耗各种物资的过程。也就是说，医院的每一项业务活动如果没有物资做基础，是难以开展的。所以，只有搞好物资管理，为各项业务活动提供必需的物资，才能使医院完成工作计划建立在可靠的基础之上。特别是在医疗活动中，由于物资供应不上，不仅会影响工作，还可能给病人造成严重后果。无疑这也要求把物资供应工作管理好。

（二）物资管理是取得较好技术经济效果的重要条件

医院物资大多是商品。购置各类物资资金占年总支出费用的比重很大，库存价值占医院流动资金的比重亦很大。物资管理搞得好，会带来物化劳动耗费的节省，医疗成本会相应下降，资金效用会得到充分发挥。所以，物资供应是否及时，品种是否对路，数量是否充足，质量是否合格，性能是否完好，以及物资验收、保管的好坏，即各种物资在医院内流转过程中的每一个环节，都直接或间接地影响着医院的技术经济效果。例如：在保证业务活动正常进行的前提下，如果采用效能高、价格低、较耐用的医疗器械设备，并保持经常处于良好运转状态，充分合理使用，可以降低成本中的折旧费；减少药品、卫生材料和水、电等物资消耗，可以降低成本中的业务费支出；物资储备数量愈低，流动资金周转就越快，占用资金的数量就越小。因此，要取得最佳的技术经济效果，改善医院的经济状况，提高物资管理水平是一个重要方面。

（三）物资管理科学化是医院管理科学化的一个重要环节

从系统的观点来讲，物资管理属于医院系统中的支持分系统，是运行分系统的支持力量。物资管理系统能否正常运转，关系到医院整个运行系统能否保持常规运转状态。所以搞好物资科学管理，是实现医院科学管理的重要一环。

二、医院物资管理的特点

医院的物资管理工作同其他部门的物资管理工作，有相通之处，亦有不同之点。主要特点是：

（一）应急性比较强

医疗工作的成败，往往在几小时、几分钟甚至数十秒钟就可显示出结果，这在重危病人身上表现得尤其突出。医疗工作的这种急迫性，要求物资供应工作必须有应急性。为要做到应急，关键是注意两点，即及时供应和建立物资保险贮备。就是对医疗需要的物资，要按所需的品种、质量、数量准时供应，首先保证抢救医疗急需。要做到及时供应，就必须建立应急物资的保险贮备，不仅全院性的库房里有，还应给需要的科室提供一定数量的贮备，如急救器材、药品等等，使之有现存的物资提供。同时还应该做到重复使用的物资经常处于应急备用的良好状态，避免在使用中发生故障。

（二）物品种类繁多

据不完全统计，一个600张病床的医院，按品名分大约有4000余种，其中：固定资产中的医疗器械约560种，家具约360种，被服用具约30种；低值品中的医疗器械用品约550种，家具备品约130种，被服用品约30种，包括其他物资约计千余种；各种材料中的中药约900种，西药约1100种，卫生材料约80种，低值医疗材料约100种，修缮材料约800种，缝纫材料约20种，其他材料约100种。另有燃料、水、电、车辆等尚未统计在内，还没有把每一品种的物资按规格再细分，如果那样，品种数就更多了。不仅如此，有些物资消耗量也相当大，有的物资几乎是随购随消耗，保管周期十分短暂。面对医院物资管理工作的这一特点，起码应该做好这样几件事：

⑴ 要有一个科学的物资分类方法，以便分门别类地加以管理，做到井井有条。

⑵ 要配备有足够的管理人员，特别是要有一些熟悉物资管理或具备某类物资管理、维修、保养技能的专业人员。

⑶ 要为物资管理提供必需的设施和条件。如：①应建设可容纳和保管各类物资的库房。②应提供保管各类物资所必需的设施。如由于各类物资的功能、自然属性、理化性质、形体、原材料、价值、安全性、供应渠道、运输方式等不同，所要求的管理设施和环境条件也当然不同。有的要有遮光和散热设施，有的要有防寒和防潮设施，有的要有防震和防光辐射设施，有的要有防尘埃和防挥发设施，有的要有防虫蛀和防鼠咬设施，易燃易爆物品要有安全设施，贵重物资要特殊保管，凡此种种，均应创造相应条件。

（三）管理技术要求高

医院所需要的物资，大多数是半成品、成品或配套设备，各类物资管理都具有一定程度的技术性。而其中属高精尖医疗仪器和建筑、管理设备，虽然数量不大，但配件多，组装复杂，精密度高，使用期限长，技术性又很强，保管条件也非常严格。因此，管理技术要求高，尤其是维修保养技术要求更高。有的要懂光学技术，有的要懂电子学技术，有的要懂声学技术，有的还涉及技术科学的边缘知识和电子计算机技术，有的要建立使用保管档案。特别是随着技术科学日新月异地发展，医院设备更新周期越来越短，新技术将被不断引进，因此要有一批专门人才从事医院物资管理工作。

（四）使用维修分散

医院物资大量的是分散使用和消耗在各科室及各部门，一次性消耗物资少，重复使用的物资多，使用单位也要进行管理。由于各科室和各部门的工作性质不同，任务量不同、坐落位置不同，需要的物资品种、数量、规格就不同，供应的方式也不同，从而表现出极为分散的特点。这个特点要求物资管理工作，应该统一领导、统一计划、统一调配、统一供应、统一管理制度，还应允许一些科室有一个临时贮存物资的小库房，有较

适宜的院内物资搬运工具，建立下送、下修、下检、下收责任制，避免机械设备停转，减少物资积压浪费。

（五）占用资金比重大

据统计，1980年全国医疗机构的药品、材料支出占总支出的46.5%，而固定资金所占比重则更大，有的一套大型设备就价值百万元以上。为了提高医院资金的利用效果，一方面必须减少医院物资占用的资金在医院资金总额中的比重，另一方面又要加快流动资金的周转速度和提高固定资金的利用率，讲求经济效益。为此：

1. 要充分发挥现有固定资产的效能，注意固定资产中大型设备的维修保养，提高完好率；减少设备闲置时间，提高使用率；也要合理地提存折旧基金，使设备更新有资金保证。

2. 要节省药品、材料等物资消耗，加速流动资金周转，实行消耗定额、贮备定额和计划管理，达到花相同的钱，办更多的事；或办相同的事，花较少钱的目的。

三、医院物资流通顺序和物资管理基本任务

（一）物资在医院内部的流通顺序

购置—入库 ⟨ 库存管理 / 使用单位领用——使用单位管理

（二）医院物资管理的基本任务

1. 按计划所需物资的品种、数量、质量和期限，保证供应。

2. 节约物资资源，防止损失浪费，降低物资消耗，提高物资利用率，使有限物资发挥更大作用。

3. 加速物资的周转，提高物资供应工作的经济效果。

4. 编制物资供应计划，防止盲目采购供应。主要是做好计划、采购、保管和供应。

第二节　医院物资的分类

一、医院物资分类意义

科学地合理地划分医院物资类别，对于正确选择物资品种，制定物资消耗定额，编制物资供应计划，搞好物资的仓储运输和日常供应工作，进行物资统计核算，均有实际意义。

二、医院物资分类方式

医院的物资分类大体有如下几种方式：

1. 按物资所处的流通状态分为：库内物资和库外各个岗位上流通的物资两种。

2. 按物资的功用分为：医疗系统中有药品、卫生材料、各种橡胶制品、塑料制品、玻璃制品、金属制品、医疗器械及各种表册等；总务系统中有水暖、电气、交通工具的零件和被服装具、基建材料、燃料等；生活系统中有生活用具和粮菜食品等。

3. 按物资价值分为：固定资产、低值易耗品、药品和材料。

(1) 固定资产：通常是把单价在20元以上的一般设备或单价在50元以上的专业设备，耐用时间一年以上的各类财产划归固定资产。对单价不足20元或50元，但耐用时间一年以上的大量同类财产，亦应按固定资产管理。

固定资产包括：①房屋和建筑物附属设备。②专业用设备：医疗器械，医疗仪器和

制剂设备。③一般设备：办公业务用的设备，家具，交通运输工具，通讯设备，文体设备，被服装具，劳保用品，图书、杂志及其设备。④机械设备：锅炉、发电机，洗衣机等。⑤其他。

固定资产的特点是：在业务活动中可较长期的发挥效能而不改变原有的物资形态。

关于固定资产的分类，国家卫生部正在按照物资的基本属性和用途制定统一标准。

⑵ 低值易耗品：凡不同时具备固定资产两个条件的作为低值易耗品管理。

低值易耗品包括：医疗用品，办公用品，卫生维修工具，棉布用品，炊事用具，其他。如零星小型手术器械、注射器、吊筒、口表、肛表、医用剪、镊、钳、电筒、喷雾器、热水瓶、工作帽、套袖、三角巾和炊事用锅、碗、盆、碟、刀等。

低值易耗品的特点是：价值较低，易于损耗，更换频繁。但有的在使用过程中经常需要修理，报废时有残值。

⑶ 药品：包括中药、西药。

中药：饮片、丸、散、膏、丹、粮、油、贵重药品及剧毒药品等。

西药：针剂、片剂、粉剂、酊、水、油、膏及麻醉剂，其他。

⑷ 材料：医用及卫生材料，包括医疗材料、化学材料等。如各种敷料，化验试剂、针管、放射材料、牙科材料、医用记录纸，医用手套及胶管等。

⑸ 其他材料：如①维修材料：塑料，木材，钢材，水泥，油毡，水暖器材，灯泡，车辆修理配件等。②缝纫材料：布匹，棉絮，针织等。还有③五金材料、消毒材料及其他杂品等。

4. 按物资本身及原材料的自然属性分为：金属及金属制品，木料及木料制品，玻璃及玻璃制品，塑料及塑料制品，棉布及棉布制品，粮菜油及食品，化工油质物品，燃料，水泥及水、电等等。

5. 按我国现行的物资管理体制可分为：

⑴ 国家统一分配物资，简称统配物资。

⑵ 国务院各部分配的物资，简称部管物资。

⑶ 地方平衡物资，一般分省（直辖市、自治区）、专区（或省辖市）、县三级管理。

这些分类方式在物资管理中均有各自的用途。如按物资本身和原材料的自然属性划分，便于编制物资目录，采购和运输保管；按物资价值划分，便于制定物资消耗定额，核算成本，确定资金定额；按国家现行的物资管理体制划分，便于同社会上物资供应渠道对口，向上级物资管理部门提出申请物资需要量，等等。

第三节　医院物资的定额管理

物资定额管理，是医院物资管理的基本原则，亦是医院物资管理各项工作的基础和主要依据。

一、医院物资消耗定额管理

（一）概念

所谓物资消耗定额，在医院里一般是指在一定的医疗技术和组织形式下，完成某项医疗或其他任务所合理消耗的物资数量标准。

（二）制订物资消耗定额意义

(1) 是确定物资需要量，编制物资供应计划和核算成本的主要依据。

(2) 是合理利用物资和节约物资消耗的有效措施。

(3) 是实行限额发放物资、监督合理使用物资的可靠办法。

(4) 是评价节约物资优劣的先决条件。

（三）制订物资消耗定额的一般原则

医院所消耗的物资，大量的是成品和成套物资，仅有少量是原材料，故在制订物资消耗定额时难度较大。自从开展经济管理以来，在实行“五定一奖”的基础上，各地医院都在积极努力研究物资定额管理问题。如对卫生材料和办公用品，医疗科室实行按床位定消耗定额，以支定收或以收定销；低值易耗品，劳保被服，实行计划领用，以旧换新或定额领发，金额管理，实耗实销；对固定资产主要是大型医疗器械，实行折旧和大修理基金提出和留用制度，等等。尽管这些方法还不够科学，但毕竟是一个良好的开端。为了使物资消耗定额管理在医院真正实行起来，真正发挥它的积极作用，首先介绍一下制订物资消耗定额的一般原则，即：①要先进：就是在保证和提高医疗工作和其他各项工作质量的前提下，做到物资消耗最低而又足够使用。②要合理：即所制订的定额，应是有科学依据的，切实可行的，经过努力可以达到的水平。③要使用部门与物资管理部门密切配合制订定额标准。否则，使用部门只从需要考虑，不注意物资供应的可能性与经济性，往往出现所需物资品种规格与市场不对口，不易采购，定额指标不易实现。

（四）制订物资消耗定额的几种基本方法

1. 技术分析法：这种方法比较科学准确，但工作量较大。

2. 统计分析法：根据医院过去物资消耗的统计资料，考虑计划期内技术条件变化等因素，确定消耗定额。采用这种方法要有详细可靠的统计资料。

3. 经验估计法：根据医院以往的实际经验，参考有关技术文件和实物，结合计划期内技术条件变化情况，制订物资消耗定额。这种方法简便易行，但科学性较差。

（五）目前医院物资消耗定额指标的几种概算方法

制订物资消耗定额应有定额指标，医院物资消耗定额有的可以资金（价值）作为消耗指标。

1. 全面定额管理，是指对低值易耗品或卫生材料的全部实行定额管理。有的提出可以床位与门诊人次之比 1:3 作为一个计算基数，在一定时间内（年度），以实支出的经费为依据，算出定额指标。其计算公式：

$$\text{一个病床工作日物资消耗或使用的指标} = \frac{\text{年度内实支出金额}}{\text{年度内病床工作总日数}}$$

2. 单项定额管理：对消耗量较大的低值品或卫生材料，可实行单项定额管理，计算公式同上项。

3. 药品：实行“金额管理、数量统计、实耗实销”的办法。

4. 固定资产：建立固定资产折旧和大修基金提出留用制度。年折旧额、年折旧率和年大修理基金提存率计算参见第三十六章。

5. 耗煤量定额指标：可以每张病床月（季）平均耗煤量或每平方米采暖面积月（季）平均耗煤量为指标。

$$\text{采暖耗煤量} = \frac{\text{月(季)耗煤总量（吨）}}{\text{月（季)供应采暖总面积}(m^2)}$$

$$\text{医疗耗煤量} = \frac{\text{月（季）耗煤量（吨）}}{\text{医院病床开放总数(床)}}$$

医疗用煤系指消毒、制剂、洗衣或特殊医疗需要。

6. 耗水量定额指标：可以每床日（月）平均耗水量为指标。

$$\text{耗水量} = \frac{\text{日（月）耗水总量（吨）}}{\text{医院病床开放总数（床）}}$$

（六）医院物资消耗定额组织管理

医院各种物资消耗定额确定之后，必须通过组织管理使之真正落实。

⑴ 加强领导，集中统一管理，院长要亲自审定物资消耗定额指标。

⑵ 医院各职能科室，特别是物资使用、管理和财会部门，要密切配合，具体分工，明确职责。

⑶ 建立健全必要的管理制度和凭证，其中主要是管理责任制度、考核评比制度、监督检查制度、报废制度和奖罚制度。

⑷ 做好物资统计分析工作，经常进行物资节约考核，充分挖掘物资潜力，减少消耗，防止浪费。

二、医院物资储备定额管理

所谓医院物资储备定额，一般可理解为为保障医疗、科研和教学任务的完成而制订的物资储备数量标准。有单项指标和综合指标。可用实物表示，也可用周转天数表示。

（一）医院制订物资储备定额的意义

⑴ 医院所需要的各种物资，都是分期分批采购，陆续消耗的。为保证医疗工作连续进行，就要经常有一定数量的物资储备。

⑵ 物资储备定额是编制物资供应计划和核定流动资金的主要依据。

⑶ 可根据物资储备定额监督和掌握物资库存动态和库房建筑面积。

⑷ 按物资储备定额来调整各项技术经济指标。

（二）物资储备形式

医院应有如下几种物资贮备形式：

1. 经常性储备：指用于经常周转的各种物资的储备。这种储备的物资库存量是经常变动的，总是波动在最大和最小量之间。

2. 保险储备：即在进货发生误期的情况下，也能保证业务活动不间断而建立的物资储备。这种储备形式对医院来讲特别重要，但对于比较容易补充和供应情况十分正常的医疗活动需用物资，也可不建立这种储备。

3. 季节性储备：多由于自然条件影响物资供应而建立的物资储备。这类储备一般只限于某些特定物资，要求均应在发生供应困难之前储备好。如中药材市场供应的季节性很强，就应在收获季节做好必需的储备。

（三）物资储备定额主要计算方法

确定物资储备定额，主要依据物资周转期和周转量这两个因素。其主要计算方法：

1. 经常储备定额计算公式：

$$某种物资的经常储备定额=\frac{供应间隔天数}{}+\frac{某种物资使用前的准备天数}{}\times\frac{平均每日需用量}{}$$

$$平均每日需用量=\frac{全年计划需用量}{全年日历日数}$$

2. 保险储备定额计算公式：

保险储备定额＝保险储备天数×平均每日需用量

3. 季节性储备定额计算公式：

季节性储备定额＝季节性储备天数×平均每日需用量

4. 最高储备定额计算公式：

最高储备定额＝经常储备定额＋保险储备定额＋季节储备定额

5. 最低储备定额：保险储备定额即是最低储备定额。

6. 平均储备定额计算公式：

$$平均物资储备定额=\frac{经常储备量}{2}+保险储备量$$

平均储备定额，一般是用作确定计划期末物资储备量和核定流动资金需要的依据。

（四）物资储备定额管理基本原则

1. 应按每一物资品种、规格分别确定储备定额。如果物资品种规格繁多，有的物资按品种、规格分别制订工作量过大时，也可按物资的“小类”或“组”制订，如卫生材料和有的低值品等。

2. 制订物资储备定额标准，既要从保证医疗业务活动正常进行出发，又要使物资储备压缩到合理水平，不应“宽打窄用”、“备而不用”。

3. 实行专业管理与群众管理相结合。

4. 当库存物资超过最高储备时，就应停止进货；如果超储过多，必须立即处理，避免物资积压。当库存物资降到最低储备时，应设法积极组织进货，及时加以补充，防止影响医疗等业务工作。

三、物资节约定额管理

有了物资消耗定额，还可根据消耗定额制订物资节约指标，并把节约指标落实到科室去，按照节约指标的完成情况，确定奖罚标准。

有物资消耗定额的节约指标计算公式：

节约量＝（上期实际单耗量－计划期物资消耗定额）×计划期任务量

没有物资消耗定额或单耗考核有困难的节约指标计算，可参考下面公式：

$$节约量=\left(\frac{上期实际物资消耗量}{报告期实际业务收入}-\frac{计划期物资消耗量}{计划期业务收入}\right)\times计划期任务量$$

对于有些不适用上述方法计算节约量的物资，还可按节约措施实际情况计算节约量。例如对余热的利用，一般是以余热产生的每吨蒸气按节约 70kg 标准煤计算。

第四节　医院物资供应计划管理

一、编制物资供应计划的准备工作

（一）做好思想准备

首先要重视这项工作，认识到计划的重要性和严肃性，把物资供应计划纳入医院总体计划之中。认真执行勤俭办事业的方针，厉行节约，反对浪费。

（二）做好资料准备

⑴ 查阅国内外物资目录，重点是查阅有关医疗仪器设备目录，其中包括国内产品目录，进口产品目录、地方产品目录、市场价目表、交通运输方式、价目和路线表等资料。

⑵ 掌握医院内部各科室物资需求计划，需要的品种、质量、数量资料，维修部门物资消耗和备品定额等资料，财会部门经济核算指标及资金周转方面有关资料等。

⑶ 整理研究物资统计资料，主要有医院历年物资消耗定额和物资储备定额，上年度物资实际消耗量和期末库存量，物资供应计划执行情况等。

（三）正确选择物资品种

⑴ 要保证满足医疗、教学、科研及维修所要求的技术条件。

⑵ 选用的物资品种和规格首先立足于国内，最好就地就近购置。

⑶ 尽量采用货源充足、价格低廉的物资。

⑷ 优先利用标准化的物资，尽可能减少物资的品种规格。

⑸ 有较高的利用率。

（四）编制和修订好医院所需物资目录

所需物资目录是合理选择所需物资品种、编制供应计划的重要依据。

所需物资目录应列明物资的种类、编号、名称、规格、型号、技术标准、计量单位、计划价格、可代用的物资名称和型号等；列明哪些是属统配物资、市场采购物资等。

由于物资品种规格和供应条件经常变化，对原来的物资目录应及时审核修订。

二、物资供应计划的编制

有年度、季度和月度计划，本段讨论的是年度计划。年度物资供应计划是向国家或上级提出物资申请量和作为物资平衡和分配的依据，属目标计划。所以各科室应在主管副院长亲自领导下，提出需要计划，物资管理部门负责编制，提交财务部门审核是否超出财务计划，然后报请院长审定。有的还需报请上级卫生行政部门批准。所制订的物资供应计划，要在经费允许的条件下，能适应市场情况，重点保证医疗、教学和科研需要，避免物资积压浪费，减少固定资金占用比重，加快流动资金周转。

物资供应计划的编制程序和方法简要介绍如下以供参考：

（一）确定物资需要量

物资需要量是按每一种类和每一品种规格的物资分别计算。其计算方法有二：

1. 直接计算法：根据计划任务和物资消耗定额计算。计算公式：

$$\text{完成某项任务对某种物资的需要量} = \text{计划任务} \times \text{单项任务物资消耗定额} - \text{废品回用量}$$

2. 间接计算法：按着一定的比例和系数，确定各种物资的需要量。

⑴ 按每千元业务收入计算物资需要量，计算公式：

$$\text{某项任务对某种物资的需要量} = \frac{\text{报告期完成该项任务耗用某种物资总量}}{\text{报告期该项任务业务收入总金额(千元)}}$$

⑵ 按计划期任务比报告期任务增长系数计算物资需要量。

计算公式：

$$\text{某项任务对某种物资的需要量} = \frac{\text{计划任务量}}{\text{上期实际（预计）任务量}} \times \text{上期实际（预计）所耗物资总量} \times (1 - \text{计划期该种物资的节约率})$$

这种方法主要适用于那些没有消耗定额的物资和在开始编制计划进行框算时使用。

（二）确定物资储备量

确定物资储备量，就是在分别确定计划期初和计划期末的储备量基础上，求出在计划期内应当增加或减少的物资供应量。计划期初的物资储备量就是报告期末的物资储备量，它是根据实际盘点和预计确定的。计划期末的物资储备量，是根据计划年度第四季度的任务情况和下年度期初的任务需要预测出来的。

为准确地测算出物资储备量，应首先确定各种物资的储备定额。

（三）编制物资平衡表，确定物资申请量

编制物资平衡表，就是将计划期对物资的需要量和物资的资源量进行综合平衡。

计划期的物资申请量可用以下公式计算：

$$\text{计划申请量} = \text{物资需要量} + \text{计划年末储备量} - \text{计划年初储备量} - \text{医院内部其它资源}$$

物资申请计划的基本表式如表 34-1。

表 34-1　物资申请计划的基本表式

物资品称	计算单位	上年预计消耗量	年初库存预计	计划需要量	年末储备量	其他资源	申请分配表					备注
							全年	一季	二季	三季	四季	
甲	乙	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

三、物资供应计划的组织实施

组织实施的基本步骤大致是：编制季、月执行计划，组织订货、采购，签订和管理订货合同，选择合理的供货方式等。

（一）编制季度、月度物资供应执行计划

季度和月度计划应在年度物资供应计划确定后的基础上，结合当季当月情况编制，作为订货、采购和组织发货的依据。把所需要物资的品种、规格、日期、数量具体化，并组织落实。对属于国家分配的物资，要编制订货明细表，作为向供货单位订货的依据。对非分配物资，其供货来源也应组织落实。

月度执行计划比季度执行计划更要具体化，既要把国家计划分配的物资精确地计算出来，又要把非计划分配物资详细地加以计算和平衡，根据定货合同具体确定本月计划

的进货量，计算好采购到货时间。

（二）组织订货和采购

订货和采购是落实物资供应计划的一个实际步骤，目前我国医院物资来源及采购途径主要有：

⑴ 从国家计划分配物资中获得，一般是通过订货会议、定点供应和直接调拨等方式落实。

⑵ 大部分是通过市场采购和加工订货取得。

⑶ 通过调剂协作取得。

采购工作是采购员的职责。供应计划确定后，采购员应根据计划内所需要物资，对货源进行调查，特别要注意摸清大型医疗器械的生产厂、产品型号、规格、质量是否符合要求。如因货源等问题须变动供应计划，应请示物资管理部门和财务部门审核批准，避免盲目采购。

采购时要把住质量关，选优采购，按计划及时采购。

医院加工订货的物资种类和数量虽然不多，但都是属于重要物资，如锅炉、水暖、电气配件、劳保用品、玻璃器材、医疗仪器等。对以上物资加工订货时，要对使用要求及其产品性能、规格、型号、生产厂进行资料考察，并根据考察结果与有关使用科室共同协商选择。

（三）签订和管理订货合同

物资订货合同是医院和供货单位双方签订的，是保证物资供应计划实现的一种经济手段。

物资订货合同的具体内容：

⑴ 供应物资的品种、规格、质量与技术要求。

⑵ 供应物资的数量。

⑶ 供应物资的交货时间。

⑷ 物资的包装和包装物的回收。

⑸ 物资的运输。

⑹ 物资的价格和货款的结算。

⑺ 物资的验收。

⑻ 不执行合同应负的经济责任。

⑼ 其他，如合同的有效日期、合同的份数、合同的修改与撤销等。

合同的修改，必须经供需双方协商。重要物资订货合同应报上级物资主管分配部门和上级卫生行政主管部门批准。

（四）选择合理的供货方式

目前国内的供货方式主要有送货制和提货制两种。

1. 送货制：由供货单位将物资直接送到医院里来，基本程序是：

⑴ 按期编制月度运输计划。

⑵ 办理托运、请车、装车、查验、结算清单等一切发货手续。

⑶ 发货后将验收单、合格证等收货手续单据寄交医院。

⑷ 医院拿到收货凭证后，去所在地车站或码头提货。

2. 提货制：由医院去人到供货单位所在地提货，基本程序是：

⑴ 向供货单位交付货款，取得提货凭证。

⑵ 凭提货证向供货单位提取物资。

⑶ 运输问题由医院自行负责。

（五）物资调剂

为了使多余的物资不造成积压，不足的物资得到及时补充，要打破单位或科室所有制的界限。单位之间或医院内部，都应本着互相支援并在自愿互利的原则下，互通有无，调剂余缺，串换品种规格，解决急需。这样可以充分挖掘物资潜力，加快物资周转，减少物资积压，弥补供应计划不足，调节物资供需之间的平衡。在物资调剂中，必须实行等价交换的原则，互相支援，搞好协作。

第五节　医院物资仓库管理

一、医院物资仓库种类及仓库管理基本要求

（一）仓库种类

计有医院物资仓库、现有药品库房、器械库房、被服家具库房、主副食品库房、易燃易爆及放射性物资危险品库房、建筑维修材料库房、总务库房和科室的备品小库房，等等。医院物资仓库规格极不统一，数量甚感不足，而且在建院时也很少把仓库按规格要求设计建筑起来，做到合理建筑，合理使用。加之对库房的管理亦缺乏科学性，物资乱堆乱放，甚至有些贵重物资购进之后露天放置，严重影响使用寿命。所以，医院仓库管理工作非常薄弱，急待加以解决。为了使医院物资仓库管理逐步走上正轨，把仓库分类的方式介绍如下，供作参考。

1. 按储存物资划分：有综合性仓库和专业性仓库。综合性仓库储存多种多样的物资，如总务库房等；专业性仓库只储存一类物资，如药品库。

2. 按仓库结构特点划分：

⑴ 特种仓库：储存特殊保管的易燃物品、剧毒药品、放射性物品，如医院的汽油库。

⑵ 封闭式仓库：储存贵重物资和易受雨、雪及温湿度影响的物资，如医疗器械库房。

⑶ 半封闭式仓库：为有顶无墙仓库，储存易受雨雪但对温湿度变化影响不大的物资，如医院的修缮用木材、钢材库房。

⑷ 露天仓库：储存不易受气温及雨雪影响的物资，如煤场。

3. 科室小型备品库：储存一些日常需要或定期更换的物品。

了解一下物资仓库种类，可根据需要建筑不同种类的库房，分类保管各种物资。

（二）仓库工作内容

仓库工作内容主要有：入库物资的验收，库存物资的保管、维护保养、物资的出库发放、物资的核算和物资的盘点等。概括起来就是对物资的收、存、管、发、查等业务。

（三）仓库管理基本要求

⑴ 做好验收工作，保证入库物资的数量和质量。

⑵ 妥善保管，保养维护，避免短缺变质变形。

(3) 收发要手续简便、迅速、准确，做到快收、快发、无差错。

(4) 面向医疗、教学、科研业务第一线，送货上门。

(5) 帐物清楚，帐物相符，资料完整齐全。

(6) 资金定额上仓库，实行岗位责任制。

(7) 降低保管费用，充分利用仓库容积，合理堆放物资，最大限度地发挥仓库设备的作用。

(8) 保障物资安全，做好防火、防水、防盗、防变质、防损坏。

(9) 注意保持库房清洁卫生。

二、物资验收入库管理

物资入库程序：接货一验收一办理入库手续。

(一) 接货

接货工作要求准确、及时，责任清楚。接货方式有：

1. 到供货单位提货：提货时要当场检验物资的性能、规格、质量和数量，做好验收记录。

2. 库房内接货：保管员或验收人员接货，接货时应直接与送货人办理接货手续，当面验收，做出验收记录。如有缺少、损坏、受潮、变形等情况，应填写记录，送货人签章证明。

3. 到车站、码头取货：取货人取货时，应根据运单及有关资料，详细核对品名、规格和数量，检查包装及封印是否完好，有无沾污、损坏、散包、进水、受潮、水渍、异状等现象，如有应作记录，然后办理取货手续。

(二) 验收和入库

1. 物资验收入库前准备工作：

(1) 根据到货物资的性能、特点和数量，确定存放货位、垛形和保管方法。

(2) 准备好堆码、苫垫和运输装卸工具。

(3) 备好需用的检验工具，做好校验。

(4) 对危险品应准备好防护设备。

2. 物资验收一般要求：

(1) 要准确：对入库物资，要详细检查是否与订货合同或协议书、供货单位的质量合格证、装货箱、发货明细单等文件或凭证相符。

(2) 应及时：按期完成验收工作，保证及时入库。

(3) 注意提出索赔：如发现物资不合规定要求，数量或质量不合格，应在规定期限内向供货单位提出索赔。

3. 验收方法：

(1) 质量检验：根据物资的性质不同，有以下几种：①经验鉴别；②量衡；③化验；④试用。

凡经质量鉴定的物资，应做好检验记录。

(2) 数量点收：根据物资的特点、来源和包装情况点收，其方式分：①全部点收；②抽点。

4. 填制收货单：经检验后的物资，要填制购入物资验收单（表 34-2），方可存放入

库。

收货单一式三联，一联留仓库，登记物资明细帐和物资吊卡；一联交医院物资管理部门，核对购物合同和发票；另一联送交医院财会部门，通知物资验收入库，作物资收入核算的依据。

表 34-2　购入物品验收单

19××年×月×日

购入部门：　　第×号

编　号	名　称	规　格	单位	数量	金额		备　注
					单价	总价	

会计×××　保管员×××　经办人×××　记帐×××

5. 验收中发现问题的处理：对不合格或错发部分作成记录，向供货单位提出交涉。

如发现数量不符而其损失或溢余在规定磅差范围内的，可按实收数量验收入库。超过规定磅差的损溢数额，在验收记录中说明具体情况，提交医院物资管理部门处理。

三、仓库物资保管

妥善保管，防止短缺、变质、损坏和规格杂乱。做到便于检验，便于清仓盘点，便于发放，注意安全。

（一）库内物资管理要点

1. 管理专职化：实行专人专库管理，建立健全责任制、手续和凭证。

2. 货位固定化：可按品名或规格设位置，也可按目录设位置，顺序排列，对号入座，有帐有卡，帐、卡、物相符。

3. 存放合理化：精密仪器设备和贵重物资专库加锁，小件物资也要一律入库，大批物资分批整齐存放，易燃易爆、剧毒药品、化学品要专人专库分别按规定保管，新旧物资严格分开。

4. 计量标准化：医院建筑材料和布类等大宗物资要定量、定码、定垛，一般物资分堆、分层、分垛、分摞、分捆、分仓、分串、五五成行，便于点数。

5. 库容整齐化：经常清扫，保持整洁。

6. 防害经常化：做到防火、防盗、防冻、防腐，防范灾害性事故。

7. 设施规格化：货架、容器、表册等的式样、颜色、形体、规格应统一。

（二）库内物资保养维护

库内物资要经常保养维护。

1. 影响物资变质的因素：

(1) 自然因素：如空气、温湿度、日照时间，虫害、鼠咬，风暴、大水、地震等等。

(2) 物资本身的理化因素：物资的理化性质是物资发生质变的根本原因，故应根据物资的理化性质来决定其保养方法。

2. 物资维护保养基本要求：

(1) 保养场所要适应储存物资理化性质的要求。

(2) 做好码垛和苫垫，堆放注意通风、防潮，对怕潮或有害气体浸蚀物资须密封保管。

(3) 温湿度要求较高的物资仓库，如西药库、食品库等，应备有调节控制温湿度设施。

(4) 保持库内外环境清洁，无杂草，无垃圾，无虫害、鼠害。

(5) 定期检查，随时掌握质与量的变化，了解影响原因，及时采取措施加以消除。

(6) 包装损坏要修复或调换，锈蚀要擦拭，受潮要干燥，渗漏要修补加固，注意预防。

(7) 对接近失效期的物资，如过期药品、试剂等，要在物资卡上涂有特殊标记，并通知有关科室尽快请领出库。对积压物资要及时提出报告，加以处理。

四、物资的发放管理

(一) 物资发放一般原则

(1) 实行下送制度。

(2) 先收先发。

(3) 限期发放有保管期使用的物资，避免变质作废。

(4) 对回收复用的物资，应做到先旧后新。

(5) 属零星物资，要分斤破两，用多少发多少，杜绝浪费。

(6) 有些物资要以旧换新，节约使用。

(7) 实行限额发放物资，节余退库。

(8) 建立健全出库手续，仓库物资私人不得外借。因公借用，要有审批手续。

(二) 物资发放方式

通常是采取送货制或领货制，其发放的方式有：

1. 限额送货：对有消耗定额的物资，如卫生材料、办公用品、中西药品、医患被服、装具等，可实行按计划、定期、整批或分批送货上门。

2. 预约送货或随要随送：对没有消耗定额的物资和临时急用物资，可根据实际需要规定限额指标，实行预约送货或随要随送。

3. 直接送到用货科室或工作现场：按其计划规定的用货数直接送到用货单位或现场。

4. 科室小仓库代管：一些日常需用更换的物资，如医患被服等，可按一定的限额发放，使用科室指定专人保管，定期换补。

应建立严格的物品领发手续，如属固定资产，使用科室要填写“领物单”（见表 34-3），做为领物凭证。

(三) 物资的退缴

退缴物资范围：

(1) 工作任务完成后所节余的物资。

(2) 改变工作计划不再需用原领的物资。

(3) 规格、质量不符或错发的物资。

(4) 尚有利用价值的废旧物资。

(5) 拆卸报废设备或建筑材料尚可利用的物资。

仓库对退缴的物资，同样应认真验收，办理入库手续。物品退货单如表 34-4。

表 34-3　领物单

19××年×月×日

使用部门　　第×号

编　号	名　称	规格	单位	数量		金额		备　注
				申请数	实发数	单价	总价	

主管×××　记帐员×××　保管员×××　使用部门主管×××　领取×××

表 34-4　物品退库单

退还日期：19××年×月×日

退还科室：　　第×号

编　号	名　称	规　格	单　位	数　量	物品现状	备　注
退库原因： 退还科室保管员×××　经手人×××						

库房负责人×××　记帐×××　验收人×××

五、仓库物资的盘点

经常盘点库存物资数量，检查库存物资质量和库房保管条件，是保证库存物资完好，把多余物资调剂给需要科室，充分发挥物资效能的有力措施。

（一）物资盘点主要内容

⑴ 检查物资的数量与帐卡是否相符。

⑵ 检查有无积压的呆滞物资。

⑶ 检查物资质量有无变化，保管条件是否合适，仓库安全措施符不符合要求。

（二）物资盘点方法

⑴ 全面盘点：通常在年终进行。

⑵ 轮留盘点：是在年度中间有计划进行的经常性盘点。要求一般物资一年盘点一至数次，贵重物资一月盘点一次，有保存期限或逾期变质物资及时盘点。

⑶ 重点查点：指根据季节变化或某种特定目的而进行的盘点。有节假日前的安全检查，霉雨季节前后质量和保养条件的检查，夏季前怕热物资的防热措施检查，冬季前的冬防措施检查，自然灾害预报时的紧急检查，临时发现问题而决定的重点查点，等等。

（三）盘点过程中主要注意事项

⑴ 发现帐实不符的物资，应切实查明盘盈、盘亏的数额和原因，并编制物资盘点盈亏表（表 34-5）。

⑵ 凡属物资的合理损耗，可填制物资报销凭证，经上级批准后在物资帐中转销。

⑶ 查出物资霉烂变质或毁损，要确定变质或毁损程度及原因，向上级报告。

表 34-5　物资盘点盈亏表

仓库名称　　年　月　日

物资编号	物资名称及规格	帐存		实存		盘盈		盘亏、毁损		原　因
		数量	原价	数量	原价	数量	原价	数量	原价	

（有关人员签章）

六、医院几种主要物资管理基本要求

（一）药品、药库管理

药品、药库管理，要从全院范围需要出发，及时、准确供应医疗用药和原料药品，保障特殊性质药品（如剧、麻、毒、贵重药品和易燃易爆药品）及药库的安全，药库药品的收支必须以帐册或卡片表示，药库内药品、材料的购进、发出均要用规定格式的凭证办理手续。

1. 药品采购：严格药品采购制度，坚持按批准计划采购，每月购药金额不应少于库存定额标准的$\frac{1}{3}$或上月药品卖钱额。注意新药药效评价、药物剂型改革等情报，根据安全有效的原则，遴选临床必需的药物，保证临床用药，提高医院购入药品的临床效果。注意药品的消耗量、购入量平衡，避免药品积压，影响流动资金周转速度。坚决杜绝药品采购中的不正风气。

2. 药品入库：要健全药品入库手续。严格执行验收制度，以购药凭单为据，清点数量，检查质量，注明有效期限，写入库凭单，登记数量入库。建立有效期药物登记本或一览表。

药品验收应注意如下事项：

(1) 贵重药品，毒、麻、限、剧药品，易破碎、短少、霉变、挥发药品，全部验收。

(2) 对盒装注射药，如发现有水渍或可疑破损现象时，应逐支验收。

(3) 属贵重药品、易燃易爆药品、散装药品、须冷藏药品，要立即验收入库。

(4) 验收期限自发货单到后，不应超过 3 日。

(5) 药品入库后，按发货单登入药库保管帐内，并将有关凭证迅速报送医院财会部门。

3. 药品出库：出库业务包括下帐、结存、药价通知、清点、复核、药品分装、中药材的加工包装等。药库要以用药单位编制的出库药品申请单为据，并经复核无误，方能写出库单注帐付给。药品出库应注意如下事项：

(1) 供需双方当面查点药品质量、数量，确认无误方可领出。对药品的规格、数量如有更改，发药人应在领药凭单上注明，并在更改处签字。

(2) 不准发放失效期药品，应先进先发有期限的药品，先发期限最近的一部分。

(3) 药品出库后，应立即根据合法凭证，在保管帐上的发出栏内登记，按结存数量

与药品核对，定期与会计表细帐核对，保证帐物经常相符。

4. 药库药品保管：一般多采用分类、定位、按规格排列保管。即按剂量统一编号，分类定位，按规格排列，药品定位签上应注明品名、规格、剂型、包装、单价(批号价)。有的实行四号定位法，即根据药库空间、药物性质及剂型等条件，把存放地点划分库房号、排位号、层次号、序位号，用活动座标标志，这样可使药库库房整齐卫生，数量品名一目瞭然。药库药物保管应注意如下几点：

(1) 对光和热不稳定的药品，应分藏于冷库或暗室，温度约在15℃较为适宜。如无暗室可放在光线不易直射的地方，并有遮光设施。如无冷库亦可放于冰箱内（2—10℃)或暗凉处。

(2) 怕潮湿的药品，应放在干燥房间内，或严密包装，相对湿度以不超过60—70%为宜。必要时也可在库房内放置一些干石灰、无水氯化钙等吸湿剂，紧闭窗门防潮气侵入。堆放的中药材垛码应有一定间距、行距，稍离地面和外墙，避免直接接触。

(3) 易燃易爆易腐蚀药品，原则上应按理化性质分类，单独放在危险药库内保管。易燃药品和易腐蚀性药品，包装应密封，温度不超过25℃，相对湿度不超过70%。易爆药品药库要远离火源，与周围建筑物的距离不少于25米，相对湿度不低于75%，温度不高于30℃。氧气瓶应放在热源2m以外，火源5m以外的地方，不应受粉尘污染及日光直射。禁止与氧化剂、酸类、碱类、易燃药品同库。有强烈挥发性气味且对人体有害的药品，亦应以单独库房存放，或与其他药材分放。

(4) 需要密闭贮存的药品，应特殊存放保管。如为防止尘埃或异物混入，凡对氧、水分较稳定的药品，可放在密闭的纸盒或木箱内贮存；为防止药品风化、潮湿、挥发，有的应密封或溶封及严封贮存。

(5) 在低温下易变质的药品，应采取保温措施妥善贮存，尤其是北方地区更应引起重视。通常的办法是库房内应有暖气设备，室温保持不低于2℃，药品存放不与地面或外墙接触。

(6) 为药材收发和管理方便，最大的药材货位应在搬运方便的地点，收发频繁的药品其货位应在库房出入口处。

(7) 注意药库安全，防止灾害事故发生。特别要有防火、防盗、防水淹措施，也要注意防虫蛀、鼠咬。注意安全操作，应有安全用具，如搬运分装易腐蚀性药品时，应带防酸手套或防护眼镜。搬运易爆药品时，要防止撞击或震动。

5. 配方室药品管理：应实行金额管理、数量统计、实耗实销的原则，即以金额控制配方室药品，毒、麻、限剧、贵、缺药品随调随统或先统后调，明确药品消耗途径，分别作药品消耗明细表。

（二）营养室库房物资管理

营养室库房包括：主食库、副食库、冷藏库、蔬菜库房等。库内物资有粮、鱼、肉、蛋、调料、蔬菜、食用油、餐具等。主副食品中有生食、熟食、成品、半成品，其管理的一般要求是：

1. 库房物资应做到：入库清楚，出库明确，每月盘点一次，帐物相符，出入库单须带金额。

2. 食品采购应做到：计划、及时、适量、新鲜、优质、卫生。

3. 食品储存应做到：生熟食分库、分容器，成品、半成品及鱼、肉、蛋等要冷藏，防蝇、防鼠设备好。

（三）家具管理

医院家具分通用家具和医疗专用家具两类。

1. 采购和加工定货：医院家具设计及选购时应具备：

⑴ 便于消毒清扫，不搞雕刻贴面，无底坐围裙，四腿裸离地面。

⑵ 做到整齐，同类家具规格、式样统一。

⑶ 色调适合，以淡色为宜。

2. 管理与使用：医院家具属固定资产，应分类编号，木制者订号牌，铁制者打钢印。建立家具帐，会计有总帐，使用科室和物资管理部门分别建卡片帐，有编号、购置（自制）时间、使用单位、维修记录及签字等项。各科室应指定专人管理，破损及时申请维修。

（四）被服装具管理

被服装具包括病人寝具、衣服、工作人员劳保服装、医疗用敷料、手术衣等。

1. 管理程序：购置—加工—洗涤—平整—批发。

2. 管理要求：

⑴ 实行定额管理，实耗实销，报废品以旧换新。

⑵ 建立管理帐目，商品购置入库后由物资会计凭入库单记材料帐，加工成品后凭成品入库单记成品帐，成品出库后日报记固定资产总帐。

⑶ 自制加工时，按成品规格提出材料计划申请出库。制成品要计算出成本价，填写入库单。按入库单可做加工工作量统计。

⑷ 布料采购由专人负责，应严格出入库手续，防止霉烂、虫蛀及鼠咬。

⑸ 凡要增加数量及品种，由各使用科室提出申请，领导批准。

（五）车辆管理

1. 应建立健全如下管理制度：

⑴ 车辆调度及用车审批制度。

⑵ 车辆保养制度，明确初驶车保养项目，行驶车保养项目，定程保养项目，季节转换保养项目。

⑶ 车辆修理制度。

⑷ 车辆检查制度。

⑸ 登记统计制度。

⑹ 私人用车收费制度。

2. 实行责任制管理：

⑴ 单车定额加奖办法：即根据车辆新旧状况，大修时间定出储备公里数，行程公里定出耗油量、定出小修费用。以此为三项基本定额，把节省的油、机修费、超出行程公里都分做为奖金，如有肇事，酌情扣除奖金。

⑵ 实行单车核算超收奖励。

3. 建立车辆技术档案：每台车应建立“车历记录簿”做为技术档案管理。

车历记录内容：车辆简历，更换驾驶登记，车辆初驶完成情况登记，车辆工作与燃

料消耗综合统计，技术检查记录，车辆保养小修记录，车辆大修记录，随车工具附件检查登记，轮胎登记，事故情况登记，特别登记。

（六）医疗器械管理

参见第三十一章。

第六节　医院物资的节约和回收利用

提高物资利用程度，减少物资消耗量，可以在不增加或少增加物资消耗总量的条件下，扩大服务项目，增加收入，为医院发展提供财力、物力资源。所以，节约物资和利用废旧物资，是医院物资管理部门的一项重要任务，亦是整个医院的一项重要工作。

医院节约物资的主要做法：

（一）编制好物资节约计划

在编制物资供应计划的同时，也要编制好物资节约计划，确定各种物资的节约指标，并要落实到科室去。

（二）认真做好物资流通中每一个环节上的节约工作

医院物资管理部门应在管理物资的全过程中，把住每一个环节的物资节约关，如健全岗位责任制，做好物资运输、保管、发放等流通环节上的物资节约，不断降低物资储运损耗，均可从各个环节中把物资节约下来。

（三）注意广泛使用代用材料

在不影响医疗、教学、科研工作的前提下，广泛采用代用材料是节约物资的一个良好途径。代用材料的一般要求是，可用资源多的材料代替资源少的材料；用价值较低的材料代替价值较高的材料；用边角余料代替整料；用非金属材料代替金属材料；用国内出产的材料代替进口材料。这样可以扩大材料资源，减少贵重、稀缺物资的损耗，降低成本，增加经济收入，改善医院的物资设备条件。

（四）经常清仓查库

物资超额储备，形成物资积压呆滞，就会降低使用率、占用许多资金，积压时间长了还会变质损坏，造成物资损失浪费。通过清仓查库，把积压的物资利用起来，充分挖掘物资潜力，既可保证医院各项业务活动需要，又可把多余物资支援外单位，使有限物资发挥更大的效用。

（五）搞好废旧物资的回收和利用

废旧物资是指在医院各项业务活动过程中产生的边角余料、废品、报废的机器、工具和劳保用品等。回收利用则是把这些废旧物资回收后，经过加工改制或再利用，使之重新发挥作用。

废旧物资是指医院在医疗、教学、科研和其他的业务活动中，一些机器设备、仪表、配件、工具及其他低值易耗品等，由于使用磨损而丧失原有使用价值，或尚有一定使用价值但已不适应原来技术要求而被报废或更换下来的物资。把这些废旧物资及时进行回收、修理，并重新加以利用，可使物资变无用为有用，变小用为大用，做到物尽其用，就可获得在等量的物资中产生节约的效果，提高物资的利用程度，降低物资消耗费用。这是节约物资的又一个重要途径。

凡要报废的物资，应办理报废手续，由申请报废科室填写财产物资报废单（表 34-

6)，提出报废原因，经领导批准方能报废，并从帐内注销。

表34-6　财产物资报废单

19××年×月×日

第×号

名　称		单位		原价	
型号、规格		数量		使用部门	
报废原因					
审批部门			单位意见		

第七节　医院物资管理的组织与领导

对于物资管理工作，也需要设置管理职能机构及领导指挥体系。

一、管理体系

目前，我国县以上医院的物资管理，多数实行院、科二级分口管理，即在院长领导下，对于分设总务科、药剂科的医院，由药剂科管理中、西药品、医疗器材及卫生材料等物资，其余物资归属总务科管理；对于设立供应科的医院，由供应科管理医疗器材、卫生材料、低值材料、医疗用布、劳保用品、被服、医用家俱、办公用品、医用表簿、清扫用具及杂物，由药剂科管理中、西药品，其余物资归属总务科；对于设立器械科的医院，由器械科管理大型医疗器械，余者同上；至于食品，均由伙食科管理。总的趋向是越来越分散，也就是分口计划，分别采购，分设仓库，分头管理。这种管理方式的缺陷是：

(1) 体系不健全，不便于指挥效能的发挥。

(2) 容易产生计划重复、采购重复、运输重复，库房容积不能充分利用，难以统一调配，物资积压浪费，物资利用率低，影响资金周转速度。

(3) 不利于制订全院性的物资消耗定额和贮备定额，不利于统筹全院性物资节约计划，不利于全院性物资统计分析，给全院性经济管理和成本核算带来不少困难。

(4) 分头管理，分口设人，人力重叠，不利于管理人员专业化，也不利于有计划按专业培养物资管理人才。

从系统观点来认识医院的物资管理要自成独立的体系。要统一领导，统一管理，统一计划，统一调配，统一核算。这一体系的纵向是院长领导下的物资管理职能科室负责制，分二级层次；横向是以物资流通程序为依据，在第二层次设立若干具体管理岗位，通过各个岗位的工作，保证物资流通经常处于良好的运行状态。这个系统的构成示意图见图 34-1。

对图 34-1 需要说明的是：

(1) 图 34-1 所标示的是医院物资管理体系，不是物资管理体制。具体管理体制，或说隶属关系和职能科室的设置归属，要视医院本身的实际情况而定，无须强求一致。物

资管理职能科室主要负责计划、采购、保管、核算及回收利用。对于设总务科的医院，全院物资也包括药品，归总务科统管，药剂科为使用消耗单位；对于设供应科（物资管理科）、总务科和药剂科的医院，全院物资也包括药品，归供应科（物资管理科）统管，其他两科亦为使用消耗单位。凡此等等，中心思想是不宜分口多头管理物资供应工作。

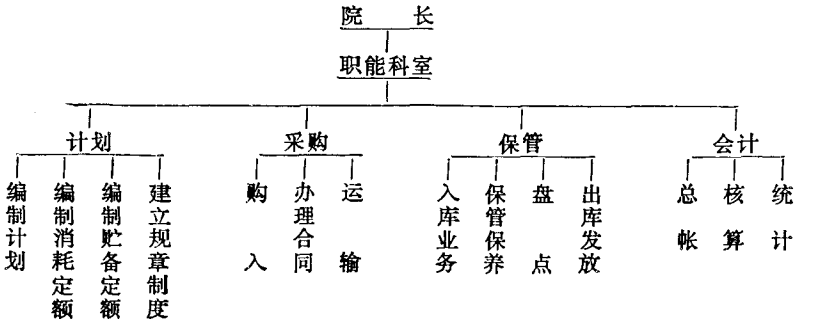


图 34-1 医院物资管理示意图

⑵ 会计业务应与医院财务科建立监督指导关系，具体业务纳入全院财务工作计划之中。

⑶ 全院的物资要有集中的仓库，对物资实行分类专库保管保养。

⑷ 各科室所需要的物资，分别向物资管理职能科室提出申请计划。物资管理职能科室根据消耗定额和有关规定，向需要科室供应所需物资。

二、人员配备

应根据物资流通环节的业务范围所要求的条件，并朝着专业化方向发展配备人员。

1. 计划业务：应配备具有医学临床知识、懂得物资管理科学、有一定物资管理实践、能统筹全局的人员。

2. 采购人员：应配备熟悉物资管理知识的人员，该员应了解医院所需物资的国内外产、供、销行情，有一些对外贸易常识，会查阅物资目录资料，能掌握物资搬运技能，工作认真、勤奋。

3. 仓库保管人员：应配备熟悉并掌握物资保管业务、会保养维修一定类别的物资、工作细心勤奋，责任心强的人员。

4. 会计人员：应配备掌握财务工作业务、懂得经济核算业务、会统计分析物资管理业务、工作责任心强的人员。

要提高物资管理水平，重视和加强物资管理人员的培养工作，使每一个岗位上都能有一定数量的专业化人才，这无论是对现在和将来都是需要的，可以说对将来比现在更有用。

三、建立健全管理制度

（一）建立岗位责任制

医院物资管理人员应有健全的岗位责任制，各负其责，各尽其职。

⑴ 供应人员应负责组织医疗器材、敷料的制备、登记、保管和供应，应做好物品回收和修旧利废、物品的请领报销、检查物品使用情况等项工作。

⑵ 计划工作人员应负责编制物资供应的年、季、月度计划，指导院内各科室的物资

使用保养，组织废旧物品回收变价，防止损失浪费。

(3) 采购人员应负责采购，计划用款，做好物资采购用款申请报销工作，履行验收入库手续，做到钱、物、凭证三对口，保证急需物资供应。

(4) 仓库保管人员应做好保养、维修工作，定期盘点，建帐建卡，使帐物卡相符，要验收入库物资，防止物资积压、浪费、变质，要送货上门，计划供应。

(5) 会计人员应负责建帐、核算及物资统计工作。

（二）建立物资统计分析制度

物资统计的任务是：正确统计物资收入、消耗和库存量及其变动情况，分析物资储备对业务工作保证程度，研究物资收、支、存的平衡关系，制定和检查物资供应计划。物资统计主要采用实物量核算，有时还要计算物资的货币量。

物资供应原始记录和统计报表编制程序如图 34-2。

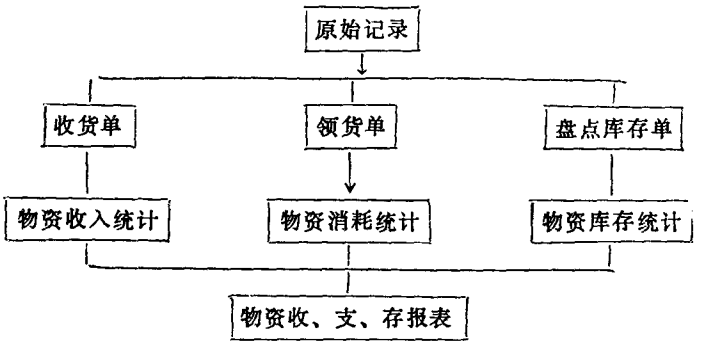


图 34-2　物资供应原始记录和统计报表编制程序示意图

物资统计分析项目包括：

(1) 物资收入量统计及分析；

(2) 物资消费总量统计及分析；

(3) 物资库存量统计分析；

(4) 物资综合平衡统计。

（三）建立检查评比制度

应建立健全物资管理评比制度，定期或不定期检查物资供应情况、仓库物资保管情况、物资采购情况、物资消耗情况、对医疗工作保证程度等。检查要规定具体内容，评比要有统一标准。

（四）建立奖罚制度

对有成绩者表彰，有贡献者鼓励，立功的受奖；违者罚，发生事故者追查责任。要以精神鼓励与物资奖励相结合。

陈春林　孙学俭

第三十五章　医院环境卫生学及环境管理

第一节　医院环境管理的意义、内容和组织

医院环境卫生学是研究医院环境与人群健康关系，重点是研究医院环境中的各种有害因素，如物理因素、化学因素、生物因素等对病人、医务人员及社会人群的危害及其预防措施的科学。研究利用医院环境中有利因素和控制不利因素，防止疾病，增进健康、提高医疗效果，是医院环境卫生学的主要目的。

医院环境卫生管理是运用环境卫生学原理采用行政的、法律的、经济的、教育的和科学技术的各种手段，为达到上述目的而进行有系统的管理。

一、医院环境卫生及其管理的意义

（一）有利于病人恢复健康的重要条件

合理的医院设计、科学的医院管理、适宜的微小气候、安静美观无噪音的场所、完备的室内卫生设施，如采暖、通风、照明、消毒灭菌条件，以及科学的膳食等，对促进病人康复和提高医疗质量都是必需的。

（二）防止院内感染发生

医院内存在着各种传染源和大量抵抗力低下的易感人群，医院特定环境为生物因素，如细菌、病毒、寄生虫等提供了各种侵入途径，而导致了院内感染的发生。但良好的医院环境卫生及其管理，可以消除病原微生物的生长和切断对人体的侵入，从而防止院内感染的发生。

（三）保障医疗安全和防止社会公害

医院环境卫生及其管理、可以防止和减少医院内各种化学、物理等因素对病人、医务人员的危害，尤其可以防止各种有害物质，如化学制剂、放射性物质、污水，等对社会引起公害。

（四）预防为主，提高社会与经济效益

防止疾病传播，提高人群健康水平，是医院精神文明与物质文明建设的重要内容，是贯彻预防为主方针、提高社会与经济效益的重要途径。

二、医院环境管理的内容

医院环境管理的主要内容有：

1. 制定各项医院环境卫生学标准，考核评价卫生学管理效果，依据国家颁布的有关法规、指令、政策等实现监督。

2. 制定医院卫生学管理规划，并组织实施，不断提高医院内外环境卫生质量，提高医疗、护理、康复效果。

3. 制定严格消毒隔离制度，污物、污水处理制度，采取科学措施，防范医院有害因素对环境的污染，减少公害，防止院内感染，保护医患及社会人群健康。

4. 做好病人生活卫生和心理卫生管理，尤其要做好医院高危人群及易感人群的管理，如重危病人、手术病人、使用激素类病人、化疗及老幼病人等的卫生学管理。

5. 加强医院职工的劳动保护，进行医疗作业劳动卫生监督。

6. 开展医院环境管理研究，不断提高医院环境管理水平。

三、医院环境管理的组织

医院环境管理是在院长指挥下，实行科室责任制。预防保健科是医院环境管理的职能部门，负责计划、组织、实施、监督、指导和评价。医院医务处、门诊部、护理部、总务处等部门，应分别对所属医院环境进行责任管理。医院预防院内感染委员会由上述部门负责人组成，为防止院内感染及环境卫生学管理提出卫生学标准、管理策略、评价卫生管理效果等。

第二节　医院环境保洁及管理

医院良好的环境卫生取决于医院的院址选择，医院建设的总体设计是否符合卫生学标准。良好的环境布局、适宜的地段自然条件以及建筑物的科学布局是保障医院环境卫生的先决条件，也是医院环境保洁的基础。

医院环境的保洁，不仅具有美学上的意义，即整洁美丽的医院环境可以给人以视觉上的享受；而且具有卫生学的意义，因为医院是病人汇集的场所。病人、医院工作人员、探视家属等人员流量大，出入频繁，各种污物、疫弃物为各种病原微生物提供了良好繁殖栖息场所，不做好医院环境保洁，极易造成院内感染的发生和流行。所以，已把医院保洁列为评价医院文明建设的主要内容。医院环境保洁分外环境及室内环境的保洁。

一、医院外环境保洁

医院外环境的保洁要求专人负责管理，并制定个人分片保洁管理责任制度和保洁标准，定期进行监督检查，创建清洁、优美、文明的医院环境。具体要求如下：

1. 坚持每日定时清扫制度，经常保持医院外环境整洁，防止“脏、乱、差”。

2. 防止空气污染，坚持湿式清扫，庭院清扫必须在早晨上班前进行，严禁在医院内焚烧树叶、纸屑等。

3. 清扫地面，清除痰迹、污物废弃物和污物、积水，制止随地吐痰和乱扔、乱倒废弃物。

4. 按照园林部门和医院特点规划布置医院绿化，管理好医院树木花草、水池和绿化设施。

5. 禁止在医院内乱堆杂物、乱摆摊子、乱停车辆、乱搭乱建、乱贴乱挂，制止扰乱社会秩序行为。

6. 划定专门地点存放垃圾，禁止在垃圾容器内倾倒污水、粪便和渣土。按有关规定，妥善处理易燃、易爆、剧毒、放射性废弃物以及动物、人截除脏器肢体等。

7. 对医院环境易受病原微生物污染地段要定期消毒处理。

8. 根据有关规定，对破坏医院环境保洁者，如随地乱扔瓜果皮核、冰棍纸棒、废包装物、烟头、纸屑等废弃物者除批评教育外应令其就地清除，并给予一定处罚。

二、医院室内环境保洁

医院室内环境是病人、医疗、护理、康复、生活的重要场所，良好的室内环境，如适宜的小气候，光线充足，空气清新，安静整洁，谐和的颜色装璜等，对病人均是良性刺激，可使中枢神经系统处在正常状态，提高机体各系统的生理功能，增强机体抵抗力，

防止院内感染的发生和流行，从而有利于医护质量的提高和病人身体的早日康复。

医院室内环境的保洁，要求医院建筑有良好的规划设计，符合卫生学要求的建筑面积，合理的区域划分、建筑物出入口、交通道路及流线，以及良好的日照通风。

此外，从广意上来讲还要求：

1. 医院病房环境不宜过于拥挤，应按要求设置病床数，保持一定的床间距离，以便于病人的隔离和消毒。

2. 室内应有适宜的小气候。冬暖夏凉，必要时应有采暖、通风、防寒、隔热等设施。

3. 病室内应干燥，防止潮温。

4. 室内阳光充足，采光和照明良好。

5. 空气清洁，避免室内外污染源对室内空气的污染。

6. 环境安静，减少噪音，保证病人休息和睡眠。

7. 创造条件，配备足够的卫生设备和上下用水，以便于室内清洁卫生。

8. 防止病媒虫害的侵扰，杀灭蝇、蚊、蟑螂、老鼠等，防止疾病传播。

9. 建立建全室内清洁卫生制度，定期监督检查：

(1) 建立每日清扫保洁制度，医护人员和卫生人员应根据自己的分工，每日负责清扫自己的责任区。每个责任区应有专人负责，责任明确、便于检查监督。

(2) 严格划分医院清洁区、半清洁区、污染区、各区物品应严格分开，禁止互相混用。污染物品未经消毒处理不得带入半清洁区与清洁区。

(3) 卫生用具如拖把、抹布等，应按病种固定使用，用后消毒。

(4) 无菌操作的室内环境和空气应保持清洁，在病室内进行治疗、换药时室内不要扫地或做晨间护理，减少人员流动，防止尘埃飞扬。

(5) 严格遵守隔离消毒制度和无菌操作制度，做好病区的预防性、经常性和终末性消毒。

(6) 定期对病房、门诊室内空气、环境、器械物品进行致病微生物检查，并对消毒后效果进行检查。

(7) 要求病人、工作人员遵守个人卫生，定期沐浴，保持服装清洁整齐，经常修剪指甲，养成工作前后洗手的良好习惯等。

第三节　医院饮用水卫生管理

充足的水量、符合卫生学标准的水质，不仅可以满足医务人员及病人的需要，而且在保证医疗用水，维持个人卫生，改善环境卫生，防止公水污染及院内感染的发生，促进病人的康复等方面，都有十分重要的意义。

一、医院饮用水的基本卫生学要求

1. 感官性状良好，外观对人体的感官无不良刺激、透明、无色、无臭、无异味，为饮用者所采用。

2. 流行病学上安全，水内不含有病原体和寄生虫卵，不致引起公水传染病和院内感染的发生。

3. 水中化学物质不会使水的感官发生恶化，也不致直接危害人体健康。

4. 水量充足使用方便。

二、我国规定《生活饮用水卫生标准》

医院生活饮用水包括城市公共集中给水、自备给水、分散式给水。1979年在中华人民共和国环境保护法（试行）中对《生活饮用水卫生标准》有规定，见第三十二章。

三、医院饮用水消毒处理

为使医院饮用水质符合细菌学标准，经沉淀和过滤后的水，还必须进行消毒处理。常用的消毒方法有：

（一）物理消毒

1. 煮沸消毒：是最简便而效果最可靠的饮用水消毒方法。水加热到70℃数分钟可杀灭肠道传染病的致病菌。当水加热到100℃沸腾时，就可杀灭芽胞。

医院应保证病人的开水供应，对重症及行动不便病人应按时送水，门诊病人口杯应严格消毒，或采用一次性废弃用水杯。

2. 氯消毒：有效氯具有杀菌作用，常用氯制剂有液态氯、无机氯制剂和有机氯制剂三种。

⑴ 常氯消毒：是目前常用消毒方法，适用于水源卫生防护情况较好、水质澄清、没有严重污染的情况下的常规消毒。要求加氯量范围在1—3mg/L，不超过5mg/L。加氯后经一定的消毒时间（常温15分钟，低温30分钟），水中维持总余氯量在0.5—1.0mg/L。多用于自来水厂、医院井水、缸水消毒。

⑵ 超氯消毒：加氯量是常氯消毒的10倍或以上。余氯可达1—5mg/L。适用于紧急情况下或地面水有严重污染时。

⑶ 折点消毒法：常用于较大自来水厂的饮水消毒。

3. 碘、溴消毒：运用于紧急情况下，一时性饮水消毒或用于医院赴野外小集体或个人饮水消毒。

其他如臭氧消毒、二氧化氯消毒、银消毒、紫外线消毒、高锰酸盐消毒、脉冲消毒、超声波消毒、离子消毒等，在医院饮水消毒中不常用。

四、医院食具消毒

医院住院病人食具和门诊如口腔科、放射科等用杯应严格进行消毒。常用消毒法有：

1. 煮沸消毒：此法简单可靠，适合于各种餐具消毒，要求餐具在沸水中煮3—5分钟，预防病毒性肝炎须煮沸15分钟以上。煮沸时注意餐具直立放置，水应浸没餐具以保证消毒效果。餐具消毒后应注意抹布的消毒以防再次污染。

2. 蒸气消毒：蒸气消毒一次餐具量较大，适用于病房集中消毒。但应注意保证蒸气的温度和消毒时间。有实验证明，流动蒸气90℃，10分钟可杀灭鼠伤寒杆菌、福氏痢疾杆菌、大肠杆菌、梭形变形杆菌等。

3. 洗烫消毒：运用于医院某些炊具消毒。

4. 化学消毒：漂白粉液、高锰酸钾、碘、过氧乙酸、次氯酸钠等消毒，只运用于不宜采用加热消毒餐具及临时用消毒。

第四节　污水、污物、尸体的处理

一、污水处理

医院污水的水质成分较复杂，水质指标的波动也较大，就是污染物的种类及其浓度

而言与一般城市污水相近。但由于医院自身的特点，医院污水不经处理即行排放，势必会影响和污染环境，造成对人民身体健康的危害。

（一）医院污水的排放量及来源

1. 生活污水：来源于医院办公室、宿舍、浴室、厨房等污水及天然雨水，这类污水性质与居民生活污水相似。

2. 含病原体污水：来源于病房、诊疗室、手术室、化验室、病理解剖室、厕所等，污水含有多种病毒、细菌、寄生虫卵，是医院污水重点处理对象。

3. 含放射性污水：主要来源于医院诊断、治疗、科研中使用的短半衰期放射性同位素，如同位素室、化验室等。

4. 有毒污水：主要来源于临床检验，药物制剂，含有废试药、消毒洗涤剂、有机溶剂、酸碱和重金属等有毒污水。医院污水中一般有机物质约占污染总量的60%，不溶解物质约占40%。医院排放污水量估计与耗水量相近，也有人主张排水量等于耗水量的80%。通过对北京市二十几个市区级医院和兰州、成都、武汉、沈阳、大连等地医院的调查，各医院的耗水量每张病床约为1000L/日左右，（包括门诊、理疗用水在内）可别医院可达2000L/床·日。郊区医院一般为700L/日左右。近年来，国外有人提出高级医院耗水量为1000L/床·日。

（二）医院污水的净化处理与消毒

医院污水的净化处理就其工艺流程来说一般可分为一级处理、二级处理与三级处理。医院污水的净化处理也可提高消毒效果，节省消毒剂的使用。

医院污水的一级处理也称机械处理，是指经过过滤或沉淀方法去除污水中悬浮物、有机物、病原体的净化方法，如设置化粪池或沉淀池。经一级处理一般可去除悬浮物40—70%，有机物25—40%，细菌2.5—7.5%，病毒3%。

二级处理也称生化处理，是利用生物氧化法净化污水。其原理是利用需氧微生物群自身新陈代谢过程，使污水中的有机物分解、氧化或无机物，除去污水中溶解的胶状有机物和病原体，使污水得到净化。此法常用的建筑物有曝气池、生物滤池、生物转盘、生物接触氧化池、氧化渠等。经二级处理可去除有机物50—80%，细菌90—95%，病毒90—96%。

三级处理，即应用过滤、混凝、活性炭吸附、离子交换等物理化学净化方法，使之无害化。三级处理只用于排放条件要求很高的医院的污水处理。

医院污水经净化处理后，只能去除部分的致病微生物，因此尚应进行消毒处理。污水常用的消毒方法有：

1. 加热消毒法：此法消毒彻底，可用于少量污水的消毒，但此法浪费能源，费用高，产生臭味大，不宜常规采用。

2. 紫外线消毒法：设备操作方便、卫生，没有往水中加入化学物质的问题。但此法对水质要求高，一般消毒效果不理想，故不常用。

3. 臭氧消毒法：消毒效率高，无残留物二次传染，操作简单，原料来源方便，但设备投资费用较高。本法是一种有前途，较理想的消毒方法。

4. 加氯消毒法：目前常用的有液氯及次氯酸钠二种。液氯价钱便宜，使用方便，但此法毒性较大，管理不妥，缺少防护措施，易发生危险，次氯酸钠消毒效果可靠，设

备使用安全，经常维持费用不高，可在医院中推广使用。

5. 辐照消毒法：如用^{60}钴辐照消毒，效果可靠安全，不受温度、酸碱度、压力等因素影响，在一般情况下不会产生二次放射性污染。但此法投资大，安全防护要求较高。辐射来源有限制，单位处理费用高。

6. 其他化学消毒方法：如氢离子浓度、二氧化氯、碘和溴、重金属离子等。

医院污泥因含有大量病原体，不能直接用于施肥或随便废弃，应采用高温消化。如太阳能、高温堆肥、化学或放射等方法处理。

医院放射性污水，可采用储存衰减法处理，使其自行衰变。待符合规定排放标准后，方可排放。医院常用的放射性同位素，可储存于地下专用衰变水池内，贮存时间为10倍于半衰期。如果放射性污水浓度很低，水量很少，也可用稀释法处理。当放射性污水浓度很高，放射性半衰期很长，不宜用贮存法和稀释法处理时，可用蒸发法、离子分离法或聚沉淀法浓缩处理。

（三）医院污水排放标准

参照有关规定执行。

二、污物处理

医院污物主要指固体污物，来源于病人医疗和生活活动。大致可分为二类：

1. 有机垃圾：包括建筑残渣、碎砖、破瓦、燃料灰烬、街道尘土以及各种医疗生活废品等。

2. 有机垃圾：除包括食堂剩余菜根、菜叶、动物骨角、蛋壳、鳞毛、植物枝干、树叶等外，具有卫生学和流行病学意义的有机物还有检查病人的各种标本废弃物，含有浓血污染的污物，以及摘除脏器、肢体等。此类有机物除具有不良的外观和腐败放出的恶臭外，尚含有大量的病原菌和寄生虫卵等。医院的有机垃圾往往成为病原传播的疫源地和卫生害虫的生繁殖地。处理不当时可引起空气、水源、土壤的污染，极易造成院内感染的发生和流行，对社会人群也会带来极大的危害。

医院污物的收集和处理：应无机垃圾与有机垃圾分类收集。无机垃圾应有专用地点存放，并做到随时清除。医院生活有机垃圾和医疗有机垃圾也应分类收集。要求专人、定时、定点收集。收集容器要求结构严密，防止蝇、鼠等卫生害虫孳生繁殖，也应防止雨雪的渗入。存放容器应结实、轻便、耐用、内壁光滑、便于搬运和消毒。医院中有机垃圾可采用再燃式焚烧炉焚烧。我国生产的2DC和2F-Y型再燃式焚烧炉，具有外形美观，结构紧凑，燃烧室各有自动点火装置，使点火、供油、测温、控温等实现自动控制，这样既操作方便，又有安全可靠，性能稳定等的特点。

再燃式焚烧炉的工作原理是，被焚烧物首先在第一燃烧室燃烧，所产生带有不完全燃烧产物的烟气，进入第二燃烧室进行第二次燃烧。可彻底烧毁各种病菌、病毒、寄生虫卵等，并可消除各种臭味。该炉回放配备了空气预热器，部分热能得到回收利用，提高了燃烧效率、并提高了排烟系统的使用寿命。

三、尸体管理

太平间是医院暂时存放病人尸体的场所。为了表示对死者的尊重，对死者亲友感情上的慰藉，减少和防止不应有损坏和差错的发生，应加强管理。

（一）医院太平间选择

太平间及运输尸体的路线，应尽可能设于患者活动范围及可视范围以外的地区，设在远离生活区较隐蔽的位置，可用假山、树林或其他建筑物与病人活动区隔开。以免由于死者的悲痛，悼念影响医院及居民医疗及生活的正常进行，造成对住院病人不良的心理影响。但应与病房区或急救区有平坦小径或道路、以便尸体运输。有条件医院，可在太平间或附近设立尸体解剖室、便于死后做病理解剖。太平间院内宜栽种花草及树木，使环境优美雅静，并应有一定停车场地。

（二）太平间设备要求及管理

1. 太平间的设备，要求简学、适用，便于清洗、隔离和消毒，室内布置应肃穆整洁，门窗、通风口应有防鼠、防蝇设备。

2. 太平间应有防腐、冷冻设单，以防尸体腐败。尸体冷藏箱5.5℃，放入37℃尸体后，10小时内达到3.5℃。

3. 太平间内的尸体冷藏箱，一般以每100张病床设4个尸体位置即可。具有传染性尸体，进入太平间前应先进行消毒处理，然后放入单独隔离间或柜，运出后应进行终末消毒。

4. 送入太平间的尸体要求衣着整齐，符合卫生要求、不应有活物污染。凡经解剖尸体，送入太平间时亦应要求衣着整齐，面容端正，清洁，外形应与解剖前基本相同，不得有开放创口和外溢体腔内容物。

5. 建立健全太平间管理制度，尸体管理应有专人负责，实行24小时值班制，保证随叫随到。建立接运尸体制度、存放尸体制度、收费制度、清洁卫生消毒制度、冷藏机械操作制度等。

6. 为防止尸体存放、转送时差错的发生，应建立严格的核对制度。尸体应附死者姓名、性别、年龄、科别、疾病诊断、单位及家庭住址等。家属亲友探望，应有工作人员在场，领取尸体时应有住院处通知单并签字。

7. 制订太平间工作人员守则。太平间工作人员应做好个人卫生防护，防止自身感染，同时也要教育工作人员不得借工作之便谋取私利。

为便于死者亲属向遗体告别，太平间可设灵堂和接待室，以便安排死者亲友悼念，休息，尚可提供寿衣，花圈等服务。

第五节　医院服装及被服洗涤管理

医院工作人员服装即是防护服装，也是职业标志服装。我国卫生部和轻工业部于1983年5月10日对《医院职业服装管理》做了暂行规定。要求医院职业服装做到严肃，庄重、整洁、美观、大方、合作，既要符合消毒隔离，防止交差感染，有利于保护病人和保护医务人员的原则，又必须标志明显，便于区别，以利于岗位责任制的贯彻。要求服装颜色以白色为主，个别工种可配以蓝色或其他浅色。医疗、护理、医技、工勤人员，冬夏装应各备2—3套，帽子3顶，口罩4个。行政管理人员，冬夏装应各有2套，帽子2顶，口罩2个，以便于更换洗涤。各类服装均应实行以旧换新，调离收回制度。衣料选择要根据工作需要和实际条件而定。原则上，冬夏装应分别选用厚、薄不同面料，以保证洗后浆烫平整。各类人员服装力求做到冬季每周至少换洗一次，夏季每周至少换洗2次，特殊情况应随时洗换。医务人员工作时，一律按规定穿工作服。戴工作帽、护士穿工作鞋。

穿着工作服装不准外出上街，不准回家，不准进食堂、浴室、理发室，不准穿着进食、吸烟，不准代替其他劳动服装使用，不准敞怀和佩带装饰品（少数民族有佩戴首饰习惯者可例外）。医院工作人员不准留长发和长指甲，戴圆帽应将发收入帽内，戴燕帽发长不得过肩。工作时间禁止穿硬底鞋。进行无菌隔离操作员应按常规要求，另行穿戴防护性衣帽、口罩和鞋。

病人服装要求应参照工作人员服装规定。

病人入院后，除要更换病人衣服外，病床应更换洗涤后的被套、床单、枕套等。应每周更换 1—2 次。污染时应随时更换消毒。外科手术后病人应更换清洁衣物，以防感染发生。

工作人员服装，被服等，应与病人分开洗涤。医院病人污衣与净衣等也应分开收集，运输、清洗和消毒。医院污衣的清洗点须在指定地点进行，以防污染病房。具有传染性衣物应单独收集，装入不透水袋中，并要求先消毒再洗涤。病房棉被、褥、枕心等应定期拆洗，有污染时应随时拆洗消毒。工作人员要做好个人防护，处理污衣及大班前要用肥皂流动水洗手或用药物浸泡消毒。

第六节　医院环境的绿化与美化

医院环境的绿化与美化，不仅为病人创造幽美、清新、舒适的环境，有助于病人早日恢复健康，而且对于减少和防止空气污染、净化空气、预防院内感染的发生也有重要意义。

医院环境的绿化与美化除院址选择符合环境卫生要求外，整个建筑群也应有合理安排，并与周围环境和谐统一。明亮而柔和的色彩、医院建筑设计的艺术加工、花草树木的绿化、山水亭台的合理布局等，都将为病人提供最佳的治疗、休养、康复场所。

医院环境应先绿化后美化。绿化本身就会起到美化作用，医院应根据所处地带、气候环境、院落大小、建筑布局，因地制宜地绿化。一般要求医院绿化面积应占总面积的 5%左右。为更好发挥医院的绿化卫生效果。医院树木中常青树应占⅓左右，选用树种首先要适地、适树，然后选用抗污染、净化空气能力强的树种，再结合功能要求进行绿化。如医院主要道路宜选用树干直、叶密荫浓的落叶树以形成林荫路。病区房前室后则可用灌木作基础栽植，既安全又不影响采光。作为隔离或屏障可采用常绿树，作为观赏则宜采用花果美观或叶色多变的观赏树木。树冠大而枝叶茂密的树木宜种植榆树、洋槐，生长较快树木可选择杨、柳、榕树等，春季发芽较早而秋季落叶较晚，对有害气体烟尘抵抗力强，可选择枫树、杨树、圆柏、紫藤等，果树可起到春天赏花、秋天看果的作用，松柏树木在冬季可显示强大的生命力，给病人以战胜疾病的信心和力量。

医院环境的绿化具有重要的卫生学意义，它可起到改善医院的微小气候、净化空气、减少噪音，对病人身心健康起到积极作用。

一、绿化可改善微小气候

调节气温：由于植物不断吸收热量和叶面大量蒸发水分，可使附近气温下降，一般夏季绿化地带日间气温可低于非绿化地带 1—3.5℃。

提高相对温度：由于叶面水分的蒸发对气温有调节作用。一般绿化地带白日可比非绿化地带相对温度提高 12—14%。

减低风速作用：成片的树木能减低风速，树林对风速的影响范围约为树高的10—20倍。

林冠：有减轻太阳辐射作用。

二、绿化可净化空气

树木可吸收大气中的二氧化碳，放出氧气，对空气中有害气体如二氧化硫等也可起到吸收作用。

绿化的地面不仅可以减少尘土飞扬，而且可以净化空气中的尘埃。一般来讲树叶和树皮愈粗糙，枝叶愈茂密，除尘作用愈显著。大约每平方米的绿化植物可滞留1.5—10g 尘埃、由于尘埃的净化也相应降低了空气中细菌的含量。

树林可产生各种挥发性物质——植物杀菌素等，杀灭细菌，如溶血性链球菌、舍黄色葡萄球菌，甚至结核杆菌。植物杀菌素对人的心血管及交感神经系统也具有良好的作用。

树木可以清除大气中的放射性物质，对噪音也具有吸收和反射作用。一般来讲绿化密度愈大，枝叶愈茂密，降低噪音的效果愈好。

三、绿化对机体有良好的作用

绿化对人们的神经系统有良好的镇静作用。绿化能减弱日光、风沙和噪音等不良刺激因素的影响、加之绿化空气中负离子数字可改善机体各系统的生理机能，绿化地带植物色彩、芬芳的气味、安静凉爽的环境、柔和的光线等，对人的心理可以起到调剂和镇静作用。

医院绿化各种树木应有合理的布局，绿化同时要美化。如树木可成片成行或排列成不同的几何图形，有目的间种，高低搭配适当，扬长避短，相辅相成。医院可根据自身条件种植树木成林，辟为幽静休养区；也可根据现有条件布置成各有特色的休养小区。草坪假山、花园藕塘，喷泉绿篱，山水亭台，相映成趣。

有条件医院可设花房，自行培育各种鲜花盆景、美化环境。医院候诊大厅、病人休息室、餐厅、会议室摆设鲜花盆景，不仅可使室内清新雅致，而且也有益于病人恢复健康。

不同鲜花不仅可使病人赏心悦目、陶冶性情，而且也有益于疾病恢复，促进疾病康复。鲜花颜色对人影响不同，如红、橙、黄等颜色往往给人以热烈兴奋、温暖的感觉；青、绿、蓝、白等颜色则会使人感到清爽、肃穆和宁静。实验证明浅蓝的花朵，对发高烧的病人具有良好的镇静作用，紫色的鲜花可使孕妇心情恬静，红色鲜花能增加病人的食欲，赭赤色鲜花可提高血压，绿色花叶可保护眼睛。不同花香，不仅沁人心脾，而且能唤起人们美好的记忆与设想，促进身体的康复。病人经常处在百花争艳、姹紫嫣红、优美芬芳、宁静安逸的环境中，可使皮肤温度降低，呼吸脉搏平稳，心脏负担减轻。

盆景是无声的诗，立体的画，挺茂自然，飘逸豪放，虬曲多姿，苍古雄奇，老干蟠枝，古雅洒脱，层次分明。伸屈自如的盆景可使人心池神往，浮想翩翩，有益于病人身心健康的恢复。

第七节　医院的劳动卫生与防护

医院工作人员的劳动卫生

医院工作人员的劳动卫生是研究医院环境及其作业条件对医院工作人员健康的影响，提出改善劳动条件、预防职业性因素疾病的发生，减轻疲劳，提高工作效率。

医院工作人员包括医务人员和辅助医务人员以及其他人员。

医务人员和辅助医务人员，由于其自身职业特点，常易发生下列几种疾病。因此有针对性地采取有关措施，注意劳动卫生与劳动防护，才能保障其健康。

1. 传染病和寄生虫病：医院是各种病原微生物汇集的场所，医护人员在其职业活动中，易遭受到各种细菌、病毒感染而发病。常见疾病有病毒性肝炎、病毒性心肌炎、肺结核、细菌性痢疾等。

2. 接触性皮炎：特别是由于药物和消毒剂引起的过敏性皮炎。

3. 由电离放射引起的疾病：医院中各种高频射线的广泛应用，如电离辐射、红外线、紫外线、X线、γ射线、使放射科、理疗科、同位素科的工作人员，易发生电离放射引起的疾病。

4. 化学因素所致疾病：医院中检验科、药房制剂室、口腔科技术人员往往由于接触有害化学物质，当防护不当时，易造成各种疾病，如口腔医师工作中接触汞，要预防慢性汞中毒的发生。

5. 慢性疲劳：医护人员处于临床第一线，医疗护理工作繁忙，精神长时间处于紧张状态，有时被迫工作体位持续很久，脑力、体力消耗较大。医院工作时间性连续性要求严格，夜班频繁，值班日以继夜，节假日也得不到很好的休息，再加医院环境照明、噪音等因素均易导致慢性疲劳。

6. 其他：由各自劳动条件所致疾病，如口腔科医生长期性站立，保持同一姿式工作而致颈部、背部和腰部疾患；由于喷水冷却牙钻或涡轮型牙钻病人口腔液体飞溅而致感染；长期牙钻噪音引起听觉与心理改变等。

其他人员如住院处、接诊室、洗衣房、消毒工作人员及某些工种的工作人员，往往易接触各种细菌、病毒污染的物品和必要的消毒剂也易患上述疾病。电工和机械维修人员在维修，保养、检修工作中也会接触到电离放射的危害，但接触时间、频度远低于有关专业人员。医院工程人员及后勤人员由于自身工作特点也较易发生各种外伤和操作事故等。

防护措施：

1. 建立健全医院内各种隔离消毒制度，配备足够的隔离消毒器械物品，防止医院内感染的发生。

2. 教育工作人员严格遵守各项防护制度及国家规定的各种剂量标准，提供符合标准的卫生防护器材。防止物理，化学因素疾病的发生。

3. 改善医院劳动环境和条件，创造适宜的微小气候，如良好的通风，适宜的温度，控制噪音，合理使用颜色和装饰，开展必要的文娱体育活动，保证一定营养膳食等。

4. 保证医院人员定编，正确组织工作流程，合理安排工作、休息、夜班时间，防止过度疲劳。

5. 加强宣传教育工作，使工作人员重视劳动卫生，个人保健和安全防护工作，防止意外事故发生。

6. 对医院易感人群开展疫苗接种。

第八节　医院噪声管理

医院极其需要安静而舒适的环境，加强噪声管理有着十分重要的意义。所谓噪声是指凡与环境不协调的声音、使人们感到吵闹或不需要的声音。如果超出50分贝（dB）即可引起病人烦恼及其它心理，生理变化。我国对医院，疗养院等安静区环境噪声标准建议值，白天为45分贝，夜晚为35分贝。一般来讲在35—40分贝是病员比较理想的声级范围。

一、医院噪声来源

1. 医院附近交通噪声：如医院院址选择不当，靠近车站，码头，机场等，则受交通运输发出噪声影响较大。一般重型车辆，如载重车辆，公共汽车、拖拉机的噪声，在距车辆7.5m测试，声级约为89—92分贝；轻型车型，如轿车、吉普车噪音约为82—85分贝。车辆鸣笛声，电喇叭为90—95分贝，汽喇叭约为105—110分贝。

2. 医院附近社会噪声：如邻近产生噪声的工厂、施工单位、家庭社会产生的各种噪声。

3. 医院内产生的各种噪声：如医院各种推车，污物车等所产生的噪声。医院建筑物及家具，如关门声，移动桌椅，搬动病床所产生的噪声。医务人员高声讲话，操作、甚至穿硬底鞋产生的噪声。病员，探视者谈话，呻吟等噪声。以及医院各种机械，如鼓风机、离心机、稳压器等产生的噪声等。

二、医院噪声分类

医院噪声大致可分四类：

1. 过响声：如各种机械运转时产生的噪声。噪声可以是稳态噪声，如机运转噪声的强弱随时变化不大的噪声。也可以是无规律噪声或周期起伏的噪声，此类噪声可使病人不安宁，长时间甚至可引起病人头痛、恶心、听力减退等。

2. 妨碍声：有的声音虽不太大，但可妨碍病人的休息、交谈或睡眠、甚至可掩盖病人发出的不易查觉的危险信号。

3. 不愉快声：医院产生各种难听的声音，如医务人员硬底鞋，物品碰撞声，车辆刹车声等。

4. 无影响噪声：在日常生活中人们习以为常的声音，如风声，电风扇发出的嗡嗡声等。但对轻敏感病人也会产生不良影响。

三、噪声对人体的不良影响

噪声属于感觉公害，对人体可产生各种不良影响。

1. 神经系统：噪声是一种恶性刺激，长期作用于中枢，可使大脑皮层的兴奋与抑制过程平衡失调，条件反射异常，脑血管张力受到损害引起神经衰弱综合征。可产生头痛，头晕、耳鸣、精神烦躁、易怒，同时噪声对睡眠质量与数量影响也较大，连续性噪声可使病人多梦，熟睡时间缩短。突然性噪声可使病人惊醒，一般来说40分贝的连续噪声可使1%的人睡眠受到影响，70分贝则可影响50%，而突然噪声在40分贝可使10%的人惊醒、而60分贝则可使70%的人惊醒。而睡眠是保证人们健康的重要因素，对病人尤其重要，它不但可使病人新陈代谢得到调节，大脑得到休息，而且可以促进病人生理和心理过程康复。

2. 心血管系统：噪声可使身体植物神经系统功能发生紊乱，肾上腺素分泌增高，产生心律不齐、心跳加快，血压升高、情绪恶化，对高血压病人或血压波动较大的病人以及心脏病人影响较大，可促进病情发展或恶化。

3. 消化系统：噪声可引起胃肠功能障碍、胃液分泌异常，约1/3病人胃酸分泌升高或降低，胃蠕动减弱，也可引起食欲不振等，对胃肠病人影响更大。

4. 血液系统：可使白血球，嗜酸白血球升高，淋巴细胞开始升高，继而降低。

5. 听觉，视觉：噪声使听觉疲劳，严重时可引起听力损伤、甚至耳聋。对视力清晰度和稳定性，以及暗视应光感度等均会产生不良影响。

6. 其它：对基础代谢、免疫力、内分泌、皮肤温度、皮肤电阻等均会产生一定影响。

四、医院噪声管理

医院噪声应采取综合措施进行管理。

1. 医院院址选择应远离车站、码头、机场、工厂等噪声源。医院病房区及休养区禁止重型卡车，拖拉机驶入，医院与外界应有一定防护带，绿化带或围墙。

2. 医院停车场远离病区100米以外，院内禁止鸣喇叭。

3. 医院易产生噪声部门，如汽车场，洗衣房，铁木工室等应远离病区。病区内如需用各种动力设备，应选用噪声小的，并要加强维修，防止机体松动，并应在机体碰撞处加衬垫及采用隔离罩隔离噪声源。

4. 为控制噪声的传播和反射，有条件医院可采用各种吸声、消声、隔声、隔振等设备和装置。

5. 医院应制定各种防止噪音制度和措施。如教育医务人员自觉做到“说话轻，走路轻、放物轻、操作轻”禁止医务人员在医院内穿硬底鞋，防止各种医源性噪声。做好护理和生活服务，减少陪住率，加强对探视人员管理，保持病区安静，对医院内一切有声响的物品和设备，如信号铃，电话铃、开水炉应进行研究和改装，各种车辆要定期维护，保养和加油，防止噪声产生。

第九节　医院标牌（信息导向标志）管理

医院部门组成复杂，科室分工较细，而医院又是对外服务的开放单位，为了来院人员及方便病人就诊，医院必须设立各种标牌标志，起信息导向作用；同时也是一种建筑装饰，起美化医院环境的作用。

医院标牌大体上可分以下几类：

1. 医院总平面图或门诊、病房各科室分布指示牌（总的和各楼层的）。设在门诊部或住院部大厅处。从中可以找到去处。

2. 指路牌类。包括导向牌、楼层牌、安全出口牌等。

3. 科室、病区标牌类。设在门诊科室，各病区及各医技科室的入口处。

4. 房间牌。标明各房间的用途；另外，房间编号牌也属此类。

5. 床号牌。

6. 其他标牌。如要求安静、禁止吸烟等。

医院标牌应统一设计和制作。要统一字体和色调，讲究美观，淡雅、醒目。尽量采用国际通用标志。目前多采用有机玻璃材料制作。

第八篇　医院经营管理

第三十六章　医院经营与经济管理

医院经营与经济管理的基本要求，是将医院作为相对独立的经济实体，按照经济规律的要求，来进行经营与管理，求得经济效益与社会效益的统一。近年来，我国卫生界在这方面作了许多探索和改革，但人们的认识不一致，实践经验还不充分，有关政策也不完善。因此，本章只能就现有的认识，对全民所有制医院的经营与经济管理问题作一些探讨。

第一节　医院经营概说

一、医院经营问题的提出

一般地说，研究经营，必然要研究投入与产出、供给与需求的关系，要研究市场机制等。我国的医院，是实行救死扶伤、以保障人民健康为宗旨的带有福利性质的社会主义卫生事业单位，它不以赢利为目的，医疗服务过程中所耗费的资源，也不是全部靠业务收入来补偿。

但是，医院同样存在使自己的活动合理化和效率化。从这个意义上说，也就存在经营问题。

我国社会主义全民所有制医院，从经济角度看，是医疗服务生产单位和经济实体。它通过防病治病，参与劳动力的生产和再生产，同社会生产有直接的联系。医务人员提供的医疗服务，是“同生产行为不能分离的”特殊产品，即表现为医疗服务形式的劳务。医院为了向社会提供医疗服务并使之持续不断地进行，必须占用和耗费一定量的生产资料和劳动力，在医疗服务过程中消耗掉的物化劳动和活劳动必须及时得到补偿。补偿的来源，一是国家预算拨款，二是医院业务收入。近年来，后者所占的比重越来越大，某些医院甚至主要是靠业务收入来维持医疗服务再生产的。这必然要求医院扩大服务，搞好经营，努力以收抵支，争取收支平衡。

从医院与其他单位之间的关系以及内部分配关系来说，由于我国社会主义经济是公有制基础上的有计划商品经济，上述关系都必须通过商品货币关系来实现。医院同国民经济其他部门和单位之间、医院相互之间相互提供产品（物质资料与劳务）时，必须借助商品货币关系。医院在向劳动者提供医疗服务时，也要从对方取得一定的货币收入。在分配关系上，医院职工的个人消费品是按照按劳分配原则来分配的。在国家同医院，国家、医院同医院职工之间，存在着物质利益关系。必须按照客观经济规律，处理好这种交换关系和物质利益关系，研究按劳分配的具体形式，以使医院的医疗服务活动能够正常进行，使国家、医院、医务人员的利益得到兼顾，更好地调动医务人员的社会主义积极性，为社会提供最佳的医疗服务。这也要求医院努力搞好经营。

从国家卫生资源的投入和利用来说，我国中央和地方财政每年给医院相当数额的预算补贴，加上医院本身的业务收入，这就要求医院计算它的耗费与所得之间的关系，必

须取得应有的医疗技术和社会效果，搞好经营管理。

医院除了经济收支方面的经营管理外，还有大量的其他方面的管理活动，如内部机构设置、人员结构、房屋及设备等各种医疗活动必需的物质手段设置的合理性、各项效率和质量指标的合理性及实现情况等，都存在如何充分发挥其效率的问题。所以，我国全民所有制医院必须搞好经营管理。

在强调医院经营的必要性的同时，必须指出，不能将医院经营与企业经营同样看待。这是因为，我国的医院具有福利性质，宗旨是为全社会提供优质医疗服务。贯穿医院经营活动始终的，是必须坚持全心全意为人民服务的原则。医疗事业具有社会性，它的存在是和人类的存在与发展直接相关的。因此，医院经营必须考虑自身特点，不能简单地模仿、搬用企业经营制度和方法。

二、医院经营应当坚持的几项原则

（一）必须坚持医院的社会主义方向，坚持为全社会提供优质医疗服务的宗旨

经营本身不是目的，而是更好地提供医疗服务的手段。医院经营必须有利于保护人民健康，有利于保证卫生工作任务的落实，有利于医药卫生人才的成长，有利于促进卫生事业的发展。

（二）正确处理社会效益与经济效益的关系，力求二者统一

医院经营必然要讲求经济效益，努力做到少投入，多产出，通过增加收入来扩大医院经营规模和改善职工生活待遇。但是，医院为了增加收入，很可能人为地增加供给、制造需求，提供“过度服务”。增加经济收入不等于提高经济效益，更不一定与社会效益相统一。因此，医院经营必须妥善解决好经济效益与社会效益的关系，力求两者统一。

（三）要有强有力的内部监督和约束机制。这包括进行职业道德教育，提倡高尚的医德医风和奉献精神；强化管理，搞好内部环境，对各项业务技术指标、经济指标、效率指标以及劳动纪律、文明服务等进行严格考核；经济指标在全部各项指标中的地位要安排适当，不能用经济指标代替一切；等等。

从宏观上看，医院经营离不开国家的管理调节和相应的政策指导。例如医院布局，各类、各层次医院的结构，投资使用方向等，都需要国家统筹安排；另如科学的医疗收费制度和合理的收费标准，也需由政府主管部门来制定和实施。

第二节　医院经营效果分析评价

一、进行医院经营效果分析评价的意义

医院经营效果分析评价也叫做经营诊断。医院经营效果分析评价（经营诊断）指的是：为使医院经营合理化、效率化，而对医院的全部经营活动进行的分析评价，包括客观上医疗机构及其功能的合理性、效率性；内部管理（业务技术、行政后勤）的合理性、效率性；经济和财务活动的合理性和效率性的分析评价；肯定经营成功的经验；指出经营中存在的问题、缺陷及其原因；提出改善经营的措施。

医院经营效果分析评价工作，对于改善医院经营，促进医疗卫生事业的发展，有重要意义。

第一，它使医院经营活动更加自觉，有利于提高经营水平。医院经营管理是一门科学，实际管理工作十分复杂，遇到的问题很多。但长期以来，对经营管理中出现的问题

和困难，一般只能从经验上去分析，从工作总结的角度去研究，往往找不到症结所在，也缺乏量的分析，因而不够科学。而进行经营诊断，则是由院内外（主要是院外）专家进行，有科学的理论和明确的范围，有定性的分析也有定量的分析，可以确切找到问题所在，产生问题的原因，同时提出明确的对策。显然，这对提高医院经营水平，是十分有益的。

第二，它有利于提高医院管理干部队伍的水平和素质。我国医院的管理干部中，真正系统学习过医院管理科学的并不多。他们进行工作，大多凭实际经验。经验是宝贵的，但并没有科学化、理论化。解决这个问题，除了系统培训外，进行经营诊断也是重要环节。通过经营诊断，可使他们科学地回顾自己的工作，从中学到更实际的经营管理知识。这对提高他们的水平和素质是十分重要的。

第三，它可以使卫生资源得到更有效的利用。我国是发展中的国家，人口众多而卫生资源有限，如何有效地利用现有卫生资源，避免损失浪费，显得十分迫切。通过医院经营诊断，可以对卫生资源的投入和使用是否合理进行分析，做出评价，从而给国家卫生行政部门进行决策提供科学依据。它与事前的论证工作相辅相成，十分重要。

二、医院经营效果分析评价的范围和主要内容

经营诊断的范围和内容，包括以下三个方面：

（一）医疗服务能否满足需求

就一个地区（如一个省、一个市或一个县）来说，指医疗服务的供应能否满足有支付能力的需求，卫生资源的利用状况如何，医疗机构的布局、结构是否合理和有效。

具体地说，有以下一些内容：

本地区现有医疗机构的布局、结构、能力、利用状况（效率），协作状况；

本地区对医疗在质和量上现实的需求状况，现有医疗服务供应能够满足的程度，能够利用的卫生资源量，如何使用可利用的卫生资源来满足需求；

影响需求的因素的分析：本地区经济、自然和社会条件、人民生活水平、文化水平、人口状况及其分布，交通条件，医疗和社会福利制度状况；等等；

从经济上看，现有卫生资源使用的合理性、效率性。

上述分析，可以从两个角度来进行：

一个是本地区政府有关部门从客观上研究决策和管理的角度进行分析。

一个是医院对自身的经营状况进行分析评价时，把本院作为本地区医疗机构的有机组成部分，放在总体中、联系中进行分析评价。

（二）医院内部管理的分析评价

主要内容是：

各医疗技术科室和行政管理机构设置的合理性及其效率，各部门、机构相互间的协作状况；

从完成医疗任务的状况，分析各个部门的工作量及其效率；

分析患者人员构成、所患疾病种类及性质，本院提供的医疗服务是否满足了需求，即容纳数量、适用的医疗技术水平、各项医疗技术指标、器械设备房舍等物质条件、就医方便程度、服务态度、职业道德状况等等；

本院各类人员（技术人员、管理人员、后勤及其他辅助人员）的构成、素质、能力、

发挥作用的状况，各个不同部门的人员配置、任务饱和度、工作效率，人员教育和培训；

医院领导者的管理理论水平及其实践的分析，办院方针的分析；

患者的要求、期望；

内部管理方式和规章制度的合理性；等等。

（三）从经济角度对医院收支、资金运动和财务状况的分析评价

主要内容有：

收益分析和评价：这里是指对医院业务收入状况的分析，包括收费标准（价格）的合理性，收费的合理性——患者支付的检查费、药费、各项治疗费用是否必要与合理，有无漏收、错收，患者欠费状况，医院其他各项非医疗收入状况；

费用分析评价：提供医疗服务所支出的费用是否必需和有效，医疗活动的成本分析，管理费用的水平和有效性；

各类物资设备的管理状况，使用状况的分析；

资金管理和运动状况的分析；

从经济角度看，医院的规模、效率是否合适等等。

上面列举的方面和内容不尽全面，而且它们也是动态的、变化的。医院经营诊断，可以是全面综合分析，也可以就某个或某几个方面来进行。

第三节　医院经济管理的基本内容和原则

医院经济管理是医院全面科学管理的重要组成部分，它与医院业务技术管理、行政管理等相辅相成，具有不可替代的作用和意义。

一、医院经济管理的基本内容

为了深入研究这个问题，使其具体化并且有普遍意义，有必要从全民所有制医院的总体上，从宏观的角度，按照马克思主义的再生产理论，来分析和研究医院经济管理中的一些问题，然后再来研究医院经济管理的基本内容。

（一）从宏观看医院经济管理

1. 医疗保健事业在国民经济中的比例问题：医疗保健事业作为向人民群众提供医疗保健服务的消费服务事业，直接参与和影响社会劳动力及人口的生产与再生产，在国民经济中占有重要地位。因此，它客观上要求在国民经济中占有相应的比例，以满足人民群众对医疗保健的需要。我国长期以来，医疗保健事业在国民经济中没有达到应有的比例，远不能满足人民群众日益增长的需求。因此，应当调整医疗保健事业在国民经济中的比例，加快发展速度。

2. 医疗费用的补偿：医务人员在提供医疗保健服务时，要消耗物化劳动和活劳动。消耗的劳动应该而且必须得到补偿，才能使医疗保健服务在原有规模上重复进行，即进行简单再生产。随着经济的发展和人口的增长，人民群众对医疗保健服务的需求在数量上不断扩大，在质量上不断提高，因此还要投入发展基金，增加积累，才能使医疗保健服务在扩大的规模上进行，即进行扩大再生产。而医院目前的费用补偿来源，一是靠业务收入，二是靠国家预算拨款补助。医疗收费标准在总体上低于医疗成本，国家预算拨款补助又很少，两项合计不能补偿全部劳动消耗，致使医院长期亏损经营，更谈不上增加医院自身积累。这种状况应当改变。

3. 医疗保健事业的简单再生产与扩大再生产、内涵的扩大再生产与外延的扩大再生产：按照马克思主义的再生产理论，扩大再生产应当在搞好简单再生产的基础上进行，卫生事业投资应首先用来满足简单再生产的需要。在进行医疗保健事业扩大再生产时，应该强调内涵扩大再生产为主，即主要用于现有医院的挖潜、革新和改造，充分发挥现有医院的能力，然后再安排必要的新建医院的需要。这在我国当前情况下尤其必要。

当然，我们强调和重视内涵扩大再生产，并不排斥外延扩大再生产的必要性。尤其是对我国医疗保健事业来讲，在国家财政状况允许的条件下，增加卫生事业投资，建设新的医院，增加病床数量，亦是非常重要的。

从总体上研究医院的经济管理，无论是对卫生行政领导机关，还是对医院的领导都是有意义的。从医院来说，它可以使医院的领导能够从更广阔的背景上和更高的角度上分析和处理各自医院经济管理中的问题，提高管理水平。

（二）医院经济管理的基本内容

1. 实行各种形式的经营管理责任制：实行经营管理责任制，主要是要按照经济规律的客观要求，妥善处理国家、医院和个人之间的物质利益关系，贯彻按劳分配原则，调动医院职工的积极性，更好地完成医疗及其他各项任务，为人民群众提供数量更多、质量更高的医疗保健服务。国家对医院定任务、定床位、定人员、定业务技术指标、定经费补助，扩大医院自主权，医院对国家承担责任，以责定利。在医院内部，对各科室下达各项业务技术指标，建立健全岗位责任制，进行考核，依据任务完成情况，确定奖惩。

2. 实行经济核算和成本核算：要从医院的实际情况出发，建立切实可行的经济核算制度，促使医院合理地使用人力、物力、财力，讲求技术经济效果，努力降低消耗，少花钱，多办事。

3. 搞好财务、药品和各项财产物资的管理，努力增收节支：要健全财务管理制度，制定各项经费开支定额，节约开支，杜绝浪费，保证业务工作的需要。对药品实行“金额管理，数量统计，实耗实销”的管理办法，防止损失浪费，实现药品加成率指标。对卫生材料、办公用品、水、电、燃料等，要根据不同科室的不同情况，定出合理的消耗定额，进行金额管理。要加强财产物资的管理，作到帐物相符。固定资产的管理要落实到科室和个人，搞好维修保养，提高医疗仪器设备的完好率和使用率。

4. 讲求医疗技术经济效果，搞好技术经济效果评价：这些内容，后面将详细讨论。

二、医院经济管理的基本原则

医院在实行经济管理的过程中，应注意遵循以下一些基本原则。

（一）必须坚持医院的社会主义方向

医院是为满足人民群众的医疗保健需要而提供劳务的社会主义事业单位，它不是盈利机构。救死扶伤，实行人道主义，全心全意地为保障人民的健康服务，是医院的根本宗旨。这一宗旨体现了我国医院的社会主义方向。经济管理是实现这一宗旨的重要手段。因此，经济管理中的一切办法，一切活动，都必须服从这一宗旨，围绕这一宗旨来进行。必须防止片面追求经济收入的错误倾向，既要组织合理收入，又要因病施治，做合理检查，实行合理用药，尽可能减轻病人的痛苦和经济负担，争取最佳的医疗效果。否则就会偏离医院的社会主义方向。

（二）必须按经济规律办事

实行经济管理，就要研究在医院经济活动中发生作用的经济规律，自觉地按经济规律办事。这些经济规律主要有：

1. 社会主义基本经济规律：社会主义基本经济规律决定了医院一切经济活动的主要过程和主要方面，要求医院努力采用先进技术，搞好科学管理，扩大服务范围和项目，提高工作效率和医疗质量，尽可能满足人民群众不断增长的医疗保健需要。

2. 价值规律：它是商品生产和商品交换的经济规律，这一规律要求医院实行经济核算和成本核算，劳动价值得到社会承认，劳动耗费实现合理补偿。

3. 社会主义节约原则：它要求医院对各项开支精打细算，努力降低消耗，少花钱多办事，以尽量少的消耗取得尽量大的效益。

4. 物质利益原则：它要求各种经济活动与物质利益相联系，使劳动者从物质利益上关心国家计划任务的完成；要求正确处理国家、集体、个人之间的物质利益关系，使三者得到兼顾。医院经营管理责任制体现着这一原则的要求。

5. 按劳分配原则：这是社会主义的个人消费品的分配原则。它要求多劳多得，少劳少得，不劳动者不得食。既反对绝对平均主义，也反对分配不公、差别悬殊。

（三）必须正确处理国家、医院和职工个人之间的利益关系

只有正确处理国家、集体和个人之间的利益关系，整体利益和局部利益、长远利益与目前利益之间的关系，才能发挥各方面的积极性，使社会主义事业顺利发展。只讲国家利益和集体利益，不顾劳动者个人利益，或只顾个人和小团体的利益，忽视国家的利益，这两者都有片面性。总的原则是，国家应该关心医院和个人的利益，医院和个人则应自觉地服从国家的利益。当着国家的利益同医院和个人的利益之间、医院的利益同个人的利益之间、全局利益与局部利益之间、长远利益同眼前利益之间发生矛盾的时候，后者必须服从前者。也只有这样，才能从根本上保证人们的个人利益和本医院的局部利益。

第四节　医院的经济核算与成本核算

一、医院经济核算的意义和特点

医院实行经济管理，就必须进行经济核算，它是经济管理的重要内容，也是提高经济效果的有效方法。所谓经济核算，就是利用价值形式通过记帐、算帐的办法，对医院医疗保健劳务生产过程中的劳动消耗和劳动成果进行记录、计算、分析、对比，以求用较小的劳动消耗取得较大的经济效果。

医院实行经济核算，是实现社会主义节约原则的要求。节约是社会主义经济的基本原则之一，经济核算是贯彻节约原则的重要保证。在社会主义医院中，有着国家拨入的资金和自身的业务收入，运用和消耗着相当数量的人力、财力、物力，因此，必须实行经济核算，对医院各项开支精打细算，力求降低各项消耗，实现节约的原则，搞好医院建设。

医院实行经济核算，是价值规律的要求。从理论上说，医院一方面需要对其医疗服务中所耗费的社会必要劳动量进行精确的计算；另一方面在同其他单位或个人之间发生经济联系时，应当实行等量劳动相交换的原则。因此，有必要进行经济核算。

医院实行经济核算，是医院经济管理的重要内容，也是提高医院科学管理水平的要

求。医院只有实行经济核算，对医疗业务过程中的劳动消耗和劳动成果进行记录、计算、分析、对比，才能发现医院管理工作中的薄弱环节，从而把医院管理工作越做越细，越做越好，使医院管理水平不断提高。

但是，社会主义医院不同于从事物资资料生产的企业单位，因而医院经济核算具有不同于企业经济核算的特点：

第一，医院实行经济核算，利用货币价值形式，对医疗业务活动中的物化劳动和活劳动的消耗进行核算，主要目的是合理使用医院现有人力、物力、财力，努力降低各种消耗，争取最佳的医疗技术经济效果，以满足人民群众不断增长的医疗保健需要，而不是为了盈利，也没有向国家上缴税金和利润、为社会提供积累的任务。

第二，医院实行经济核算，既要讲究经济效果，更要讲究医疗效果，这就必须运用各项技术经济指标。但是，由于医务人员的劳动是“产品同生产行为不能分离”的劳务；医疗活动受诸如气候、季节、疫病流行、意外事故等客观条件的影响而复杂多变；患者的病情千差万别，即使是同一病种，其治疗手段、治疗费用和治疗效果，也会因人、因时、因地而异；各级各类医院的科室设置、装备条件等等也参差不齐，差别甚大。因此，医疗耗费效果往往难以精确计算和衡量，建立医院经济核算的指标体系格外显得困难。

第三，由于社会主义医院不以盈利为目标，也无向国家上缴税金和利润的任务，因而医院不象企业那样，在一定的实物指标基础上，可以把利润作为中心环节来带动整个经济核算。目前医院经济活动的矛盾暴露得还不够充分，医院经济核算在价值形态方面究竟抓哪一个中心环节，尚待实践和探讨。

因此，必须具体分析和正确认识医院医疗活动和经济活动的特点，并在此基础上逐步加强医院经济核算。

二、加强医院经济核算的基本要求

近几年来，在加强医院经济管理过程中，逐步摸索了一些行之有效的经济核算方法和具体制度，例如“定额补助”的医院资金核算；“金额管理、数量统计、实耗实销”的药品核算；“以收定销”的卫生材料核算；以及对医院制剂室等部门实行单独核算等等。但是，总的来说，医院的经济核算制尚未配套成龙，还存在许多薄弱环节，必须逐步加强。

首先，要逐步健全核算制度。不仅要进行医疗技术效果的核算，而且要进行经济效果的核算；不仅要进行劳动消耗的核算，而且要进行资金占用的核算。关于科室、班组是否进行经济核算问题，目前认识尚不一致。多数认为，医院可以作为核算单位，后勤部门的一些单位可独立核算，部分医技科室亦可进行核算，但医疗科室不宜作为相对独立的核算单位。

其次，要建立医院经济核算指标体系。医院实行经济核算制，必须凭借各项指标，对医院工作进行考核和分析。科学而完整的医院经济核算指标体系，是搞好医院经济核算的重要环节，必须根据医院的特点逐步建立。

再次，在核算方法上，要加强计划管理。医院应依据国家下达的任务，参考有关历史资料，考虑医院内外部条件，制定计划，明确目标。在执行计划过程中，要通过核算来反映和监督医疗业务活动的进行；在医疗活动完成后，要利用经济核算资料对其结果进行检查，分析差距，发现问题，查明原因，制定改进措施。同时要加强会计、统计工

作，做好原始记录，掌握经济信息，加强各类核算数据的管理和分析。

三、医院的资金运动和提高医院资金利用效果

医院要实行经济核算，必须研究医院的资金运动过程和努力提高资金利用效果。

（一）医院资金运动

医疗服务活动反复进行过程中，价值形式的变换转化，表现为医院的资金运动。

我国卫生系统的医院，除某些单位自产少量成药、制剂等以外，一般不从事物质资料的生产，医院资金主要来源于国民收入的再分配，具体有三部分：一部分是医院为社会成员提供医疗服务后，向服务对象收取医疗服务费，形成医院劳务收入；另一部分是医院在提供医疗服务过程中，零售药品和卫生材料取得的加成收入。以上两部分合称医院业务收入。还有一部分是国家财政拨款，包括医院业务收入与各项支出相抵后不足部分的补助（现在采取定额补助的制度），以及大型设备购置、大型修缮等多种专项资金拨款。

工交系统开办的企业医院，除对社会开放而取得医疗业务收入外，还直接从企业纯收入的初次分配中取得一定量的资金补助。

在医疗服务劳动的准备、发生和补偿等不同阶段，医院资金依次变换其职能形式，循环不已。医院资金周而复始，不断反复的运动，称为医院资金周转。医院总资金的不同构成部分，在医疗服务活动全过程中发挥不同的作用，并采取不同的价值转移方式。医院总资金可以按照价值转移方式的不同，划分为固定资金和流动资金两部分。

医院固定资金是以房屋建筑、器械设备、被服家具等实物形态存在的那部分资金。其实物形态称医院固定资产，它在相当时期的医务劳动过程中可多次使用，并逐渐磨损，但在使用价值完全消失前，基本保持原有实物形态；其价值则在长期、多次医务劳动过程中，按其实物形态的磨损程度，逐渐地一部分一部分地转移到医疗服务中，并通过医疗业务收入（或国家补助）逐步得到补偿。

为了保证医院固定资产经过一定时期的磨损后，能在实物形态上得到替换、更新，使医疗服务活动在原有规模上重复进行，必须从医院业务收入（或国家补助）中把固定资产的价值转移部分，分期分批地提取并积存起来，这部分资金称为固定资产折旧基金。为保证固定资金的正常使用，还必须同时提取大修理基金，折旧和大修理基金是固定资金周转过程中游离出来的相对独立的资金，其实质是固定资产的价值转化形式。

医院流动资金是以药品、卫生材料、低值易耗品和水、电、煤、油等物质形态存在的那部分资金。它的实物形态在医疗服务活动过程中一次全部消耗，与此同时，其价值也一次全部转移到医疗服务中去，并通过医疗业务收入（或国家补助）一次全部地取得补偿。

医院预付职工工资（包括工资附加和津贴等）的那部分资金，是按照社会主义按劳分配原则而支付的劳动报酬。从价值转移方式来看，它也是在医院提供医疗服务后，从医疗业务收入或国家补助中一次全部地得到补偿。因此把预付劳动报酬资金划归医院流动资金。

从价值转移的不同方式来考察医院资金的构成，对于认识资金运动的规律，探求加速资金周转的途径，具有重要意义。

（二）提高医院资金利用效果

在医院为社会提供医疗服务总量既定的条件下，资金周转加快，标志着医疗服务过程中，资金占用量的减少和节约。为了提高资金利用效果，花相同的钱，办更多的事，或者办相同的事，花较少的钱，就必须努力加快资金周转速度，以提高医院资金利用效果。

资金周转速度一般以一年内资金周转的次数来表示。医院资金周转速度的快慢，主要取决于固定资金和流动资金在资金总额中的比重和两部分资金的各自周转速度。

1. 提高医院固定资金的利用效果：固定资金一般周转较慢，流动资金周转较快，如果固定资金在医院总资金中所占比重大，医院总资金周转速度就慢。为了提高医院总资金的周转速度，首先要尽可能减少固定资金的占用，提高固定资产的使用率。

医院固定资产在使用过程中不仅发生有形损耗，而且发生无形损耗。所谓有形损耗是指医疗器械设备等在医疗服务中由于被使用而正常磨损，或者由于闲置不用，受自然力侵蚀而损耗。所谓无形损耗是指医疗器械设备因劳动生产率提高而价值下降，引起原有的同类型、同效能设备的价值相应贬损，或者由于科学技术的进步，效能更高的新型医疗器械设备的发明与投产，使原有的效能较低的设备贬值。了解和分析固定资产的损耗状况，有助于我们采取措施提高固定资产的使用效果。

第一，要充分发挥现有固定资产的效能，作到物尽其用。医疗器械设备在医院固定资产中占有相当比重，一方面要加强保管和维修，提高设备的完好率；另一方面要组织好医院内部和外部的专业化协作，减少设备闲置时间，提高设备的使用率。那种把医疗设备当作“科室所有制”甚至个人的附属物，妨碍医疗设备充分合理使用的现象，必须坚决克服。

第二，折旧基金是固定资金的转化形式，合理提存折旧基金，科学有效地使用折旧基金，是提高固定资金利用效果的一个重要方面。因此，必须科学地测定固定资产磨损程度，合理预计固定资产使用年限，及时提取并积存折旧基金，以保证固定资产的更新改造。医院在使用折旧基金时，要从实际出发更新医疗器械设备，力求技术适用，经济合理，反对贪全求洋，避免闲置浪费。

多年来，由于片面理解卫生事业的福利性质，不搞清产核资，不计有形和无形损耗，不提折旧和大修理基金，使医院固定资产的维修和更新缺少资金保证。目前，医院正在通过试点，建立折旧和大修理基金的提取和留用制度。

折旧基金提存额、折旧率和大修理基金提存率的计算公式如下：

$$\text{年折旧额} = \frac{\text{固定资产原值} - \text{预计残值} + \text{预计清理费}}{\text{固定资产预计使用年限}}$$

$$\text{年折旧率} = \frac{\text{固定资产年折旧额}}{\text{固定资产原值}} \times 100\%$$

$$\text{年大修理基金提存率} = \frac{\text{预计全部大修理费用总额}}{\text{固定资产原值} \times \text{固定资产预计使用年限}} \times 100\%$$

医院在确定折旧额、折旧率时，需注意两个问题：一是医院现有固定资产长期帐实不符。帐面原值大大低于实际价值，若按帐面原值计提折旧，不足以补偿固定资产的实际损耗。因此，折旧率宜适当高一点。二是医学科学技术发展日新月异，预计医疗设备使用年限时，不能只算有形损耗，而要同时考虑无形损耗。如果不合理地拉长固定资产

预计使用年限，必将阻碍医学科学技术的进步。因此，折旧率也宜适当定高一点。根据典型调查资料测算，目前我国医院固定资产综合折旧率定为5%～8%比较适当。

折旧和大修理基金是维持医院在原有规模上重复进行医疗服务的补偿基金，原则上应当留归医院使用。但是，由于各医院固定资金占用量多少不等，固定资产磨损程度和更新状况也不相同，因此，卫生事业主管部门可以从各医院折旧基金中适当提成，集中统一使用，调剂余缺，以长补短，在整个医疗卫生系统中有计划有重点地使用折旧基金，以更好地提高固定资金的利用效果。

2. 提高医院流动资金的利用效果：影响流动资金周转的因素很多，包括提高医疗技术、加快床位周转、扩大门诊服务、节省药品材料消耗、及时清理病人欠费等等。其中，管好药品采购、储存和销售，加快药品材料的资金周转，尤为重要。

四、医疗成本核算及医疗成本构成

对于企业来说，成本核算是指依照一定的原则，以生产经营活动成果的特定内容为对象，分别各项耗费的经济用途（成本项目），采用科学的计算方法，按规定的计算时间，通过企业生产经营费用的汇总（归集）、分配、再汇总、再分配的程序，以确定各该对象的总成本和单位成本的一系列方法与程序。

在医院，为了用尽可能小的劳动耗费取得尽可能大的技术经济效果，也需要对医疗服务过程中的劳动消耗进行计算。其中，最主要的是计算医疗成本，进行医疗成本核算。

医院在进行医疗服务过程中，一方面消耗了一定的物质资料，即耗费了一定量的物化劳动（可用C表示）；另一方面消耗了医务劳动者（包括医院全体医、护、员、工等）的脑力和体力，即耗费了一定量的活劳动（可用V＋M来表示）。

医务劳动者的活劳动包括两部分：一部分是用于补偿自身劳动力再生产的必要劳动，或称为自己的劳动（即V＋M中的V）；另一部分是提供给社会的剩余劳动，或称为社会的劳动（即V＋M 中的M）。已消耗的医务劳动资料的物化劳动（C）和活劳动中相当于工资费用的必要劳动（V），这两部分劳动的货币表现就是医院的医疗费用，也就是医疗成本（可用C＋V来表示）。

医疗成本具体由下列五项费用构成：

1. 工资费用：包括职工标准工资、工资附加、各项津贴和福利费等。

2. 业务费用：包括药品卫生材料费，小型器械零配件购置费，一般维修费，煤、电、水、油费以及被服洗涤、业务印刷等杂费。

3. 管理费用：包括办公费、差旅费、邮电费等各项公务费用。

4. 折旧基金：包括固定资产折旧基金和大修理基金等。

5. 其他费用：包括房屋租赁费、药品盘亏和降价损失等费用。

为加强医院成本管理，各项费用可以按经济内容和经济用途分类核算。

按经济内容分类，就是把费用划分为若干要素，把经济性质相同的全部费用归类，不论其具体用途和发生地点。例如工资费用，不分医生护士的工资和行政管理人员的工资，都归于一类。这种分类法可以反映医院在一定时期内各类耗费的性质和数量，用以考察医院总资金不同构成部分的周转状况，分析比较医院在各个时期的医疗费用支出水平，努力降低成本。

按经济用途分类，就是按照各项费用的具体用途和发生地点加以归类，确定若干成

本项目，例如把直接从事医务活动的人员的工资同管理人员的工资分开，前者归“直接劳务费”项目，后者归“管理费”项目。这种分类法可以确定所发生的费用同各项医疗服务活动的关系，据以计算医疗单位成本，对于分析成本升降原因，挖掘内部潜力，监督费用开支，具有重要作用。

两种分类方法是从不同角度反映医院的成本费用，各有所长，相辅相成。随着经济管理实践的进展，需要逐步建立一整套医疗成本项目，以加强成本管理。

按照医疗成本的概念，医疗成本的范围必须是在医疗服务过程中消耗的物化劳动和活劳动的部分，不能把不属于成本范围的开支也列入成本。在实际计算医疗成本时，医院退职和退休人员工资、病人医疗欠费和减免部分、医疗事故赔偿费等等，都不应列入成本。其他如超支的基建费、附属机构的开支等，都不属于医疗成本范围。

还应划清本期成本和下期成本的界限。本期发生或支付的医疗费用摊入本期成本，但是，有些在本期支付的费用，要到后期才能消耗掉，如一次性大批购买低值易耗品、印刷品、冬季取暖煤炭等，应按实际消耗情况分期摊入成本；也有虽尚未支出但应计入本期成本的份额。这些都应划分清楚，否则，将会影响医疗成本的真实性。

五、医疗成本核算的意义及降低医疗成本的途径

医疗成本是医院管理的一个综合性指标，搞好成本核算，加强成本管理，是提高医院经济效益的关键之一。

首先，医疗成本是反映和监督劳动耗费的工具，进行成本核算可以正确而及时地反映医疗费用的发生情况，使医院职工、特别是业务技术人员树立“费用观念”，对医疗服务中各项费用的性质、用途、数量及效果等，逐步做到心中有数，自觉减少耗费，厉行节约，勤俭办医院。对于医院领导来说，可以通过不同时期实际成本的对比，实际成本与计划成本的对比，来分析研究医院经济管理的状况，找出进一步降低医疗成本，提高经济效果的途径。

其次，医疗成本是医院资金运动的信息。进行成本核算和成本分析，可以使我们经常注意调节固定资金和流动资金在医院总资金中的比重，尽可能发挥固定资产的效用，加速流动资金的周转，开辟医院合理生财、聚财、用财的正确途径。

再次，医疗成本是补偿医疗耗费的尺度，因而也是制订医疗收费标准的依据。一般情况下，商品出售价格的最低界限，是由商品的成本价格规定的。从理论上说，这一原则对社会主义医院提供的医疗服务同样适用。医疗耗费需要通过向服务对象收费或其他途径得到补偿，医疗收费标准应当以医疗成本为依据。如果收费标准低于医疗成本，而国家补助又不足以补偿的话，必然造成医院亏损经营。搞好成本核算，可以为制订合理的医疗收费标准提供客观依据，保证医疗耗费的必要补偿。

总之，医院应将医疗成本核算作为医院经济核算的中心环节，寻求各种途径，千方百计地降低医疗成本，提高经济效益。

医疗成本的升降，受医院内外多种因素的制约，就医院内部来说，降低医疗成本的途径主要有以下几个方面：

第一，提高医院劳动效率。医院的劳动效率主要通过一定时期内为社会提供医疗服务的质量和数量来反映。医院大力开展全员技术培训，提高医疗质量和改善服务态度，提高治愈率和床位周转率，扩大服务项目和增加门诊人次，同时建立多种形式的责任制，

定员定任务，就可以有效地节约医疗成本中的工资费用，从而降低成本。

第二，充分利用原有设备和节约物资消耗。尽量采用效能高、价格低而又耐用的医疗器械设备，注意保管和维修，充分合理使用，可以降低单位医疗成本中的折旧费；节约药品、卫生材料与水电等消耗，可以减少医疗成本中的业务费支出。随着物化劳动耗费的节省，医疗成本自然相应下降。

第三，调整医院内部结构，加强全面科学管理。医院劳动效率的提高和劳动耗费的节约，都离不开医疗服务过程的最佳社会组合。医院要优化各部门和各类人员结构，特别是调整医、护、工比例和高、中、低卫生技术人员的比例，搞好专业分工和协作。要大力精简行政管理机构，减少非医疗业务人员，提高劳动效率，节省管理费用的开支，从而降低医疗成本。

在医疗收费标准已定，国家补助额不变和医疗服务量正常的情况下，医疗成本的不断下降，意味着医院亏赔额相应减少或结余额相应增大。某些经济管理水平较高的医院，其个别医疗成本如能降低到社会平均医疗成本以下，则结余额将更大，结余的资金留归医院使用，是对医院和职工的一种物质鼓励，有利于医院发展和增进职工福利。但是，降低医疗成本归根到底是为了提高医疗服务水平，要正确处理降低成本和提高质量的关系，绝不能为了降低成本、增加结余而影响医疗质量、损害病人利益。

第五节　医院经济责任制

一、医院经济责任制的基本内容

医院经济责任制，是在国家计划指导下，对医院的医疗任务和经济活动进行管理的一种制度。它要求医院努力完成国家下达的医疗任务，并结合医疗任务的完成情况承担一定的经济责任；国家赋予医院必要的经营管理权，并给以应有的经济利益。在医院内部，建立严格的岗位责任制，明确每个职工的责任，制定合理的定额和考核指标，把他们的劳动成果同他们的物质利益直接联系起来，作到责、权、利的统一，正确处理国家、医院和个人之间的物质利益关系，增强职工的主人翁责任感，调动他们的积极性，更好地为人民群众提供医疗保健服务。

实行经济责任制，对国家和医院之间的关系最基本的要求是，医院要在国家统一计划指导下，对国家承担责任，保证完成各项任务指标；国家相应地扩大医院在经营管理上的自主权；依据医院完成任务的情况决定奖惩，正确处理国家、医院和个人之间的物质利益关系。使医院成为责、权、利统一的相对独立经营的单位。

第一，医院对医疗、教学、科研等各项任务的完成，向国家承担责任。医院必须完成国家下达的医疗和教学、科研、预防、计划生育技术指导等方面的任务，扩大服务范围，提高劳动效率和医疗服务质量，接受上级行政领导机关按各项规定的指标进行的检查考核。这是医院要向国家承担的主要责任。同时，也要按照有关规定，组织合理收入，杜绝损失浪费，进行经济核算，增收节支，用尽可能小的劳动耗费，取得最佳的技术经济效果。在经济上也要对国家承担责任。

第二，医院要有在国家计划指导下的经营权。可以在保证完成国家计划规定的任务的前提下，独立自主地制订自己的计划。在人事上，医院有权根据需要采取适当的方式（如招聘制、合同制等等）择优录用所需人员，调整医院各类人员的构成和技术人员的

智能构成，决定职工的奖惩、晋升直至辞退或开除。对编余人员有权另行安排工作。在财权上，医院有权独立核算，有权形成和使用医院的基金。上级主管机关和财政部门应当加强审计、监察，但不要代替医院当家。在物资上，医院有权支配、处理自己的物资，有权选择适用技术、更新设备。医院的自主权与国家的计划指导是辩证的统一。扩大自主权的目的，是充分发挥医院的积极性和主动性，能够对国家承担责任，保证国家计划的完成，并不是要脱离国家计划的轨道自行其是。

第三，要把国家、医院和职工三者经济利益结合起来，使医院职工从物质利益上关心医院的劳动消耗和医院服务效果。在国家预算补助额既定的条件下，医院经营得好，节约了开支，增加了合理收入，有了结余时，把结余款首先用于医院更新改造，其次用于职工集体福利，然后用于发放职工个人奖金，使国家、医院、个人的利益得到兼顾。

责、权、利三者之间，责是核心。因为，实行经济责任制的根本目的是，调动医院广大医务人员和全体职工的社会主义积极性，提高医院科学管理的水平，力求以尽可能小的劳动耗费，为人民群众提供更多更好的医疗保健服务，促进社会主义现代化建设。医院自主权的扩大程度和范围，是根据医院对国家承担的责任来确定的；离开责任，谈不上权利。医院和职工所得到的利益，也是根据所承担的责任实现的情况而确定的，任务完成得不好，责任没有承担起来，利益也无从谈起。这是卫生行政领导机关和医院的干部群众必须明确的。

实行经济责任制，对医院内部来说，主要是明确每个科室和每个职工的职责，严格考核，把劳动贡献与个人收入挂起钩来，激发职工的主人翁责任感，调动他们的积极性和主动性。具体内容主要有以下几项：

第一，医院要从各科室的实际情况出发，向各科室下达各项任务的数量指标和质量指标，并考核指标完成情况，以此确定奖惩。科室领导对此承担责任。各科室要建立严格的岗位责任制，做到分工清楚，责任明确，任务落实。后勤部门有条件的单位，可实行多种经济指标管理责任制，独立核算。

第二，组织好各科室、各部门之间的协作关系。医院向各科室下达各项任务指标时，要使之互相衔接，密切配合。有条件的医院可以组织各科室之间订立互保合同，把医疗服务过程中各科室之间的协作关系规范化。

第三，严格考核，以责定利。根据各项指标的完成情况来确定奖惩。奖金数额要体现劳动贡献的差别，多劳多奖，少劳少奖，使奖金真正成为超额劳动的报酬，从物质利益上调动医院职工的积极性。

医院实行经济责任制，是医院经营管理方式上的大的改革，牵涉的问题很多，无论采取那种具体形式，都要十分注意这样几个问题：

第一，医院和企业不同，不能把企业的具体做法照搬到医院来。医院是社会主义的卫生事业单位，它向人民提供的是医疗保健劳务而不是有形的物质产品，它不以盈利为目的，相反还需要国家预算拨款给予补助。这决定了医院经济责任制的特殊性，切不可把物质资料生产部门实行经济责任制的具体形式和办法简单地搬用到医院来。

第二，各种不同类型的医院情况各不相同。综合医院不同于专科医院，教学医院不同于一般医院，同一类型的医院，相互之间也各有不同。由于社会人群发病情况不同，病人病情轻重和疑难复杂程度不同，两所医院即使门诊量、病床使用率、治愈率等相同，

实际工作量也不一样。至于医疗效果和质量更难以制定确切的客观指标。因此，每一个医院都要从自己的实际出发，研究如何实行经济责任制，不能照抄照搬别的医院的具体做法。

第三，要正确处理医疗效果、医院的经济效果和社会的经济效果的关系。我国医院的社会主义性质，从根本上决定了医疗效果、医院的经济效果和社会的经济效果必须统一，也能够统一。因为，医院实行经济管理和经营管理责任制调动了医务人员的积极性，促使医院合理使用人力、物力、财力，少花钱多办事，努力扩大服务范围和服务项目，提高医疗质量，这就表现为医疗效果的提高。而扩大服务范围和服务项目，减少损失浪费，增加了医院的收入；表现为医院经济效果的提高。同时，提高医疗质量，扩大服务范围和服务项目，使得过去不能及时得到诊治，不能及时住院治疗的病人，有一部分可以及时诊治和住院，及时恢复健康，这就在一定程度上缓和了医疗保健事业满足不了人民需要的紧张状况，并为整个社会修理和恢复这部分劳动者的劳动能力，增加了有效工时，避免了集体和个人部分财与物的消耗，体现了社会经济效果的提高。只要正确地实行经济管理和经营管理责任制，必然会出现这样的结果。但是，如果盲目追求增加经济收入，多发奖金，就会给病人开列不必要的检查项目和不合理的用药，甚至滥开贵重营养药品，拒绝收治某些收不抵支的病种和病人。这不但增加了病人的痛苦和负担，而且造成社会财富和卫生资源的浪费，这是医务工作职业道德和医院的社会主义性质所不容许的。因此，医院决不能单纯以经济收入来评价工作状况和管理水平。医院一般不宜向医疗业务科室下达经济收入指标。在对医院工作进行考核时，还要注意检查服务态度，检查是否合理用药、合理检查。总之，不核算的弊病必须革除，为人民服务的宗旨必须坚持，医疗效果、医院的经济效果和社会经济效果必须统一。

二、考核奖惩和奖金制度

实行经济责任制，必须制定明确的考核指标，依据考核结果，以责定利，确定奖惩。卫生主管部门要根据事先规定的各项考核指标，对医院的医疗、预防、教学、科研等各项任务的完成情况，医疗质量、服务态度以及经济效果等进行全面考核。在医院内部，医院对科室、科室对个人，也要根据不同科室或不同工作岗位的具体情况，按照医院工作人员职责规定的内容，制定具体考核指标，进行考核。

对于医院的全面考核，主要包括医疗业务和经济效果两个方面。从医疗业务方面看，考核指标有：门诊工作量、病床使用率、病床周转率、诊断符合率、治愈率、抢救成功率、无菌手术感染率、差错事故和陪住率等。同时，还要考核医院开展预防、科研、教学（包括本院医务人员的培训提高），对基层卫生工作的指导和计划生育技术指导的情况。

从经济效果方面看，考核指标主要有：病人费用负担水平（平均床日费用、每名住院病人平均费用、平均门诊人次费用）、药品加成率、划价符合率、设备使用完好率等，还要考核挂号费、检查治疗费、医用材料费等的收缴情况，门诊和病房消耗定额，卫生材料、水、电、燃料、办公用品的消耗定额以及废品回收，修旧利废等情况。对执行规章制度、各项技术操作规程、服务态度、劳动纪律、卫生状况等也要进行考核。

医院要从实际出发，制定比较先进而又可行的各项定额指标，把各项指标按照不同科室、部门的实际情况，分别落实到科室、部门或个人，以便进行考核。在制定各项考

核指标时，要注意以下几个问题：

第一、各项考核指标既要先进，又要留有余地。要参照本院历史资料，本地区主要医院的先进水平和本院近几年的实际情况，制定出绝大多数人经过努力能争取达到的指标。指标定得太高，多数人积极努力仍然达不到，会挫伤群众的积极性；指标定得太低，又起不到鼓励先进，促进多数的作用。

第二、要防止片面追求经济收入和滥发奖金的错误倾向，不准给病人开列不必要的检查项目，不准开“大处方”。对医疗科室和后勤供应部门要分别提出不同的要求。医疗科室的一切活动，都要服从于提高医疗服务质量；而每一项医疗任务的完成，都是多科室、多群体协作劳动的结果。因此，对医疗科室不应下达业务收入指标，但要提出节约开支的指标。医院后勤科室中的一些单位，如制剂室、洗衣房、食堂等，可以实行企业化管理，下达明确的经济指标和利润提成规定，并单独核算。对医技科室，也要从实际情况出发提出相应的要求。总之，指标的确定和考核，都要服从于提高医疗服务质量和合理扩大数量。

第三，不断完善指标体系。目前有不少指标只是分析指标，如门诊工作量、病床使用率、病床周转率、诊断符合率、治愈率等等，其量与率变动范围很大，不仅难以反映不同类型和规模的医院的实际工作状况，而且对同一类型和规模的医院，也难以确切反映和比较。因为，这些指标的数量显示与其实际内容并不完全一致，特别是评判医疗质量和效果的指标更难以制定。因此，在运用现行指标时，一定要认真分析被考核单位的实际情况。今后，要在实践中逐步完善合理的指标体系。

医院普遍实行奖金制度，应当明确，工资是实现按劳分配的基本形式，奖金只是对超额劳动的报酬和鼓励，是按劳分配的必要补充形式。分配制度改革的重点，应着眼于改革工资制度以及人事劳动制度。

在实行现行的奖金制度时，应注意以下几个问题：

第一，奖金的发放必须以超额劳动为依据，严格考核，多劳多奖，少劳少奖，该罚必罚，真正起到奖勤罚懒的作用。对不同的科室，要区别情况，提出不同的标准，不要造成分配不公。

第二，要提倡顾全大局。奖金总额应有所控制。个人奖金的数额一开始不宜定高，应力求随着工作数量的增加和质量的提高，奖金逐步有所增加，使之起到激励因素的作用。如果开始定高了，以后又不得不减下来，职工的积极性就会受到挫伤，奖金非但不能成为激励因素，连维持因素的作用也达不到。

第三，要把物质鼓励与精神鼓励结合起来。要加强思想政治工作，提倡共产主义的劳动态度，反对“一切向钱看”，把职工的政治荣誉和物质利益同他们对国家的贡献密切联系起来，提高职工的思想觉悟和道德水准，促进精神文明建设。

第四，既要有综合奖，也要有单项奖。医院可以根据不同时期需要解决的不同问题，设立不同的单项奖，引导和鼓励职工去解决这些问题。对有特殊贡献的人，随时可以给予物质和精神鼓励。

第六节　医疗技术经济效果评价

一、讲求医疗技术经济效果的意义

医疗技术经济效果，简单地说，就是医疗实践中费用和效用的对比关系。

费用，就是支出或耗费，如资金的支出、物资和人力的消耗等。效用，在医院就是指医疗效果，反映医疗保健服务满足人民群众需求的程度。

医院讲求医疗技术经济效果是十分必要的。

第一、技术与经济既互相联系，又互相制约。医疗保健服务总是借助于一定的技术来进行的。正确地使用这些技术，其消耗的资源就比较少，获得的经济效果就比较大；反之，则消耗大而效果少，甚至事与愿违，得不偿失。比如在技术决策上，如果忽视了经济条件对技术的制约作用，不适当地采用某种技术，其结果不但在应用上不可行，而且在经济上也不合算，社会效果也不会好。因此，我们在研究医疗服务的效果时，既不能离开经济的合理性而孤立地讲求技术效果，也不能离开技术问题而片面地讲求经济效果，而必须同时兼顾技术和经济两方面，对技术措施和技术方案的经济效果进行比较和分析，讲求技术经济效果。使我们在医疗保健服务中所采取的技术措施和方案以及实行的技术政策，都有利于增进人民健康，促进经济和社会的发展。

第二、社会主义医院必须体现社会主义基本经济规律的要求。讲求技术经济效果，力求使有限的经济资源发挥最大的效果，直接体现了社会主义生产的目的。同时，人民健康水平的提高，又是进一步发展社会生产力，繁荣社会主义经济的重要条件。从这个意义上讲，讲求医疗技术经济效果，又是保证社会主义生产目的得以实现的手段之一。

第三、社会主义医院必须考虑价值规律的要求。在有计划的商品经济的现实条件下，无论个人保健需要的满足，或是医院的各项消耗的价值补偿和实物替换，都要经过市场交换来实现。医院所提供的服务只有为人民大众所接受，符合社会需要，它的劳动耗费才能得到补偿；相反，如果把社会需要置于脑后，采用不必要技术，势必导致服务越多，社会财富的浪费就越严重。因此，医疗技术工作，必须落实到向人民大众提供更多的适合需要的医疗保健服务上；而以较少的劳动消耗，提供较多的适合需要的医疗保健服务，是体现经济效果的重要指标。从这个意义上说，价值规律不仅鞭策着个别医院不断提高技术水平和服务质量，改善经营管理，使个别劳动耗费低于社会平均水平，争取最佳的个别经济效果；而且还决定整个卫生部门的经营管理，必须以全国或地区范围的分工和协作为前提，在考虑提供什么样的服务，服务量多大，在哪里设置服务机构，以及怎样组织服务等问题上，都着眼于十亿人民的需要，以技术经济效果的大小为决策依据，以期取得最佳的社会经济效果。

二、医疗技术经济效果的概念和内容

经济效果，就其一般含义来说，是指社会生产和再生产过程中，劳动占用和劳动消耗同劳动成果的比较。占用和消耗同量劳动，劳动成果多、质量好，经济效果就大；劳动成果少、质量差，经济效果就小。其核心内容是节约劳动时间。

医疗技术经济效果，是指医院在为社会提供医疗服务过程中劳动占用和劳动耗费同得到的医疗保健效果的比较，它要求以尽可能少的劳动占有和劳动消耗量，取得最佳的医疗保健效果。

医疗技术经济效果包含的内容很多，可以从不同的角度去评价。例如，从全社会的角度，研究投入医疗机构的经济资源，对改善人民的健康状况，取得多大的效果，带来多大的经济收益；研究社会用于防治某种疾病的费用，对该种疾病发病率的下降，治愈

率和好转率的提高以及死亡率的下降，能产生多大的效果，等等。这里探讨单个医院医疗技术经济效果的内容和评价问题。

（一）医疗保健服务与提供这种服务时所耗费的劳动的比较：这种比较，一方面要对医疗保健服务中心的活劳动耗费和物化劳动的耗费分别考察，具体表现为参与医疗保健服务的各项费用水平，包括药品材料、燃料及动力、固定资产的折旧和大修理费用等物化劳动的耗费。另方面，又要把上述两项耗费综合起来，同医院所提供的一定数量的医疗保健服务相比较。医院在提供某种医疗保健服务时耗费的劳动越少，所提供的服务越多，经济效果越好；反之，经济效果就差。

（二）劳动占用与医疗保健服务的比较；医疗服务总要借助于一定的建筑物、仪器和设备等等，占用一定数量的物化劳动。但在一定时期内，社会分配给医院的物化劳动量总是有限的。某个医院、某项医疗保健服务多占用一些物化劳动，就会使别的服务项目少占用一些物化劳动。因此，在医疗保健服务过程中，如果能减少物化劳动的占用量而不减少服务的供给量，就可以把节省的物化劳动用于其他方面，以便提供更多的保健服务来满足社会需要。

评价劳动占用的经济效果，要注意劳动占用量与劳动耗费量之间的数量关系。一般说来，占用仪器设备的多少，是从劳动占用的角度来考察的经济效果。占用的仪器设备多了，一方面可能导致工作效率的提高和卫生材料消耗的节约，因而使活劳动消耗率有下降的趋向，另一方面，因占用较多的仪器设备而在卫生保健服务中有较多的磨损，又使单位劳务的物化劳动消耗率有增加的趋向。这样，我们在评价经济效果时，就要看上述两种趋向那一种占优势而定。

实际提供的医疗保健服务量与合理利用资源所能提供的服务量的比较，国家给一个医院的人力、物力、财力在合理使用时所能提供的医疗保健服务数量，与医院实际完成的医疗保健服务量是不一致的。将二者加以比较，就可以看出资源利用的经济效果如何，促使医院更加合理地利用资源，提供更多的医疗保健服务。

（四）资源的不同使用方向所带来的不同经济效果的比较。一个医院在一定时期内所拥有的资源（人力、物力、财力）量是一定的，这些资源按什么比例用于不同的科室，发展不同的专业，采用不同的技术，所带来的经济效果是不一样的。例如，是拿出大量资金购置尖端设备，修建高级病房，还是用于购置一般设备，建筑普通病房，经济效果并不一样。当然二者并不是截然对立的，要做具体分析。单个医院很难孤立地做出评价，必须全面考虑医院所在地区的社会需要，才能做出正确的评价。

（五）同一种疾病的不同治疗方案的经济效果比较。对同一种疾病，常常有几种不同的治疗方法，可以制定不同的治疗方案，这就需要进行比较，选择耗费最少而效果最好，或效果相同而耗费较少的方案。

（六）对采用新技术、新设备的经济效果评价。随着科学技术的进步，新的医疗技术和器械设备不断出现，一个医院在当时当地的具体条件下，应该采用何种技术和设备，就需要进行技术经济效果的评价。这是医院经常遇到的问题。一般应从以下三个方面去分析。

1. 技术的先进性评价：技术是指具有某种功能的物质装备，进行某种活动的手段和方法，以及劳动者对这些装备和方法的操纵、运用能力的总称。不能抽象地评价某种技

术的先进性，只能在一定的时间、空间条件下来说明某种技术的先进性。比如有一种新技术，体现了当今世界医学科学的最新成就，在一定时期内，在其他条件的充分配合下，它比以往的一般技术更能达到低消耗、高效益的目的，那么，这种技术是先进的，也是适宜的。但若这种新技术过于复杂，投资太大，推广使用的条件暂时还不具备，这种技术的先进性受到客观条件的限制而不能充分发挥。在这样的条件下，这种先进技术却是不适宜的技术，如果贸然采用，经济效果肯定不好。另有些一般性技术，乃至古老的传统技术，费用低，效果好，这样的技术也是可取的，因为它在此时此地是一种适宜技术。这说明某种技术的先进与否都是有条件的、相对的，任何一种技术，都有其先进性一面，也有其局限性一面。因此，我们所讲的先进技术，是指适用的先进技术。所谓适用，一是适合于改善医疗保健服务的需要；二是适合于本院技术经济状况；三是这种技术的应用，真正能给广大人民带来更大的效益。

2. 技术的经济合理性评价：在医疗保健服务中采用何种技术，并不取决于人们的主观愿望，而只能由本院现有的人力、物力、财力，以及技术和管理水平等客观因素来决定，而且，只有这些因素的正确结合，才能带来较大的经济效果。所以，我们不应超越本单位客观条件的限制，去片面追求最先进技术，而应当在可供选择的各种类型的技术中，采用劳动耗费较少，经济效果较大的项目。

3. 技术后果的危害性评价：本来，医疗技术是造福于人类的。但由于医疗技术多种多样，人们的体质、患者的病情也千差万别。因此，医疗技术的应用，就有不同的成本和效益，如果在医疗保健服务中忽视了上述种种差别性，就很可能对服务对象施行不必要的检查和处置，产生带有危害性的技术后果，或是使患者增加痛苦，或是引起不必要的费用负担，或是导致某些医源性疾病的发生，以至意外死亡等。进行技术后果的危害性评价，主要是研究某些技术的应用对接受这种技术服务的人们是否有益，或是否有害。如果接受某项技术服务，将不可避免地承担一定风险的话，则力求把这种风险减少到最低限度。

三、提高医疗技术经济效果的途径

评价医疗技术经济效果的意义，就在于找出影响医疗技术经济效果的因素，寻求提高医疗技术经济效果的途径和措施。

影响医疗技术经济效果的因素较多，它们从不同的方面，在不同程度上制约着医疗技术经济效果的大小。正确认识制约医疗技术经济效果诸因素的积极作用和消极作用，力求在实践中趋利避害，是提高技术经济效果的根本途径。

（一）技术经济管理水平

技术经济管理包括许多内容，其中最有决定意义的是技术决策前的技术经济论证。每项投资，每个重要技术行为的采取是否符合社会需要，是否经济合理，能否取得最大的医疗保健效果，在决策前都必须进行技术经济论证工作。过去人们一般只注意到医疗保健服务开始后的经营管理，不太注意技术服务前的科学论证。而要真正按科学规律办事，掌握医疗保健服务的主动权，就必须从服务开始前的技术经济论证抓起，使技术决策建立在稳妥可靠的科学论证的基础之上。不然的话，势必造成严重后果。

（二）投资使用方向

投资的使用方向，就一个医院来说，是指在一定量投资的前提下，按什么样的比例

分配和使用。这里包括合理确定用于维持原有服务规模和扩大服务范围的投资比例；用于尖端技术建设项目和常规技术建设项目的投资比例；用于主导科室、部门和辅助科室、部门的投资比例等。在一定客观条件和一定量的投资的情况下，用于上述种种方面的投资，是有一定的数量界限的。在确定投资使用方向时，把握这个客观数量界限的准确程度如何，对于投资效果有重大影响。如果对这个界限把握得好，把资金投到刀刃上，就可以使同量的劳动耗费，取得最大的医疗保健效果；反之其效果就比较差。

（三）医疗经济资源的利用程度

在既定的医疗保健标准和既定的医疗服务质量下，随着医疗经济资源利用程度的变化，会相应发生大小不同的技术经济效果。就一个医院而言，假定医疗经济资源在它那里得到最好的利用，即选用的技术方案最佳（技术类型合适，技术标准先进，协作条件具备），因而卫生材料消耗最少，设备和资金占用量最低，其他费用也最省，那么，这一技术方案的劳动耗费，由于资源利用的节省而相应下降，在所提供的医疗保健服务的数量和质量不变的条件下，自然就显示出最佳的技术经济效果；反之，其效果就较差。

值得注意的是，同一种医疗资源常常不只有一种用途，一种用法，因而就存在对多种用途、用法的优选问题。以药物为例，药物是医疗保健服务所不可缺少的手段，但并非在任何情况下都能药到病除，更不是用药越多越好，因为，由患者的病理生理特点所决定的总的用药量及其在各个阶段的用药水平是有一定限度的。而且这种限度，不仅因人而异，还因其他条件不同而有相当的差别。因此，掌握适当的给药量，讲求适当的用药时机和用药方法，才能使单位药品消耗，取得最大的医疗效果。同时，加强对医疗器械的管理和维护，力求提高设备完好率和设备利用率，并合理地用于不同的服务对象，才能取得最佳的技术经济效果。

（四）服务质量的优劣

一个医院医疗服务质量的优劣，通常表现在以下三个方面：(1)各个单项服务（包括诊断、治疗）能否有效地提高人民的健康水平；(2)各科室和相关部门是否配套协调，给人民以最大的方便；(3)所采用的服务方案在技术上是否先进而适宜，经济上是否最合算。

上述诸因素都直接影响医疗技术经济效果。假设某医院所提供的服务是优良的，首先，它有效地提高了当地人民的健康水平。由此使社会的损失工时减少，有效工时增加，从而使社会总产品也增加。这就意味着以同量的劳动耗费，获得更多的使用价值。其次，由于科室和行政、后勤等部门配套协调，相互衔接，在技术上也是适宜和先进的，因而人民群众在医疗方面一旦有了需要，就可以较快地得到满足而不费周折，这又意味着以同量的劳动耗费，获得更多的使用价值。再次，由于服务质量优良，可以避免技术失误而造成的人力、物力、财力的浪费，这又意味着以较少的劳动耗费，取得了同等的使用价值。总结果都会导致医疗技术经济效果的提高。反之，如果服务质量低劣，则又从两个相反的角度导致医疗技术经济效果的降低。

值得注意的是，不必要医疗技术的采用，是导致医疗服务质量低劣的一个重要原因，应当尽力避免。所谓不必要的医疗技术，是指那些容易给服务对象增加开支和风险，而又不能获得相应利益的检验和处置。不必要医疗技术之所以被采用的原因，常见的有以下几种：(1)某些医务人员从狭隘的利益出发，或因个人兴趣所驱使，或想猎取若干临床数据，而不顾实际需要采用某些诊疗技术；(2)某些医务人员责任心不强或技术水平不高，

从而在服务过程中不加分析地采用“常规处理”；(3)某些医疗机构从小团体利益出发，为了增发奖金，刺激医务人员滥开检验单和“大处方”等；(4)迁就患者或其家属的不合理要求，也会采用不必要医疗技术。总之，针对上述原因，采取有效措施，尽量避免采用不必要的医疗技术，对于提高医疗服务质量具有重大意义。

医疗卫生服务质量的低劣，不仅在量的方面影响技术经济效果的大小，而且可能在质的方面使某项服务的技术经济效果化为乌有，甚至成为负数。例如，采用某项未经确证的医疗技术，导致一系列医源性疾病的发生或意外死亡，这就只有劳动耗费，没有使用价值，根本谈不上什么技术经济效果。

综上所述，影响医疗技术经济效果的因素是多方面的。大力提高医院的经营管理水平，保证卫生投资的使用方向正确，努力实现医院布局的合理化，充分利用卫生资源，不断提高服务质量等，都是提高医疗技术经济效果的主要途径。

姜绍志　杜乐勋　蔡仁华

第三十七章　医院财务管理

财务管理是医院经济管理的一个重要方面。因为医院的一切医疗保健服务过程，同时也是物资资金消耗过程。一方面，医院执行医疗保健任务，进行预防与治疗活动；另一方面，它同时要消耗掉一定的活劳动（医务人员的劳动）和物化劳动（药品、卫生材料、动力、仪器设备、房屋建筑），并占用一定的资金（药品材料的储备）。医院看病、治病的“生产”过程（即对作为生产力主要因素的劳动力的维护过程），也是资金、物资、设备、劳动的消费过程，而这些消费，最终都要以货币形态反映到财务帐簿上来。医疗过程的最终目的是提高医疗效果，减轻人民的负担，增进人民的身体健康；财务管理的最终目的，是以较小的消耗取得较好的经济效果和医疗效果，二者的最终目的是完全一致的。由此可见，要办好医院，必须对财务工作予以足够的重视。

第一节　医院财务管理的特点、任务和基本观点

一、医院财务管理的特点

医院的资金来源分两部分：一部分资金是由公费医疗、劳保医疗、合作医疗、自费医疗所组成的业务收入，目前在全国的医院中，这一部分资金占相当大的比重。另一部分资金是医院以收抵支以后，支大于收的不足部分，由国家拨给的预算补助。目前全国的医院中，国家的预算补助小于业务收入。在财政预算管理中，医院属于差额预算管理单位。

由于医院资金的形成，既不同于企业财务管理那样要求自负盈亏，以盈利为考核指标进行独立核算，也不同于其他事业单位那样只有少量的业务收入，主要靠国家预算拨款的收支核算。因此与企业和其他事业单位相比，既有共同的财务会计职能，又有核算对象的差异和资金运动的内容与过程的差别。所以分析医院财务管理的特点是有重要意义的。下面简略叙述医院财务管理的特点。

（一）医院虽是社会主义卫生福利性质的事业单位，但也要象企业那样加强财务管理

我国医院的主要任务是为社会提供预防、保健、治疗、康复等卫生保健服务，其目的是为了增进人民的健康。它虽然也有收入，但不以盈利为目的，不向国家交纳税金和利润，相反国家还要拨给补助。这说明医院具有社会福利性质。但是，医院在提供社会医疗保健服务的同时，要消费活劳动与物化劳动，在货币形式上是消耗资金。为了维持医疗保健事业的正常运转，必须使所消耗的劳动，从价值上得到补偿，并能适应发展的需要。因此，应该象企业那样进行经济核算，讲究生财、聚财、用财之道，在收费标准与国家补助两个方面努力寻求合理的补偿办法。

（二）医院财务工作的服务性

医院对人口的生产、种族的繁衍，对解除人民疾病痛苦保障人民健康，发挥着很大的作用，在物质文明与精神文明的建设中，占有特殊的位置。这种特殊性，是通过完善的医疗保健服务而体现出来的。因此，医院财务管理，除了发挥其反映、监督、预测、

决策的职能以外，必须摆好服务与监督的关系，必须从病人医疗需要出发，以提高医疗质量为前提，既要注意经济效果，更要注意医疗效果。

（三）医院财务工作的群众性

医疗服务过程与物资消耗过程是密不可分的，医院的医、护、后勤、供应人员，每天要在医疗及工作过程中直接经手物资消耗，一部分医疗收费记录划价也由医护人员经手，物资使用得是否得当，经济效果好不好，他们最有发言权。同时，病人在接受医疗服务时，也同样存在物资使用的问题，医院财务工作如脱离这两部分群众，就无法做好工作，因此医院的财务管理，既要重视专业队伍的作用，也要强调群众理财的作用。

（四）医院财务工作的随机性

医疗工作虽有其固有规律，但也有随机性的特点，病人来院就诊的时间和数量都难以预料，每个病人也千差万别。反映在财务上如门诊、住院量难于准确计划，每个病人收费数额差别也较大。其他如自然灾害的发生、某种传染病的蔓延与传播、工伤事故的出现，必须及时组织抢救队伍，或者派出医疗队外出工作。为了应付这种带偶然性的随机事件，医院财务管理应注意安排足够数量的医疗器械、药品材料的储备和一定数量周转金的储备，以应急需。

（五）医院技术性强而且不断发展提高

随着医学科学的发展，病人对医疗服务质量要求越来越高，医院的技术设备将越来越复杂。医院财务工作要认识和适应这一特点，并应在可能条件下积极促进技术建设的实现，在技术建设中发挥财务管理的职能作用，既要注意解决一般装备的更新，又要适当购置大型设备。在购置大型设备中，既要考虑医学科学发展的需要，也要考虑技术经济效果。对不同等级、不同任务的医院各自的重点需要或医院内重点专科的发展，还应予优先安排。

二、医院财务管理的任务

医院财务管理是医院工作的重要组成部分，也是整个国家预算体系的有机组成部分。医院资金的安排和使用，直接关系到贯彻执行党和国家有关的方针、政策，也直接关系到医疗卫生工作的建设，以及全院工作人员的生活。所以概括起来，医院财务管理的任务应该有以下四点。

（一）积极组织业务收入，正确编造预算，努力保证资金需要

业务收入是医院资金来源的重要部份，政策性比较强。医院在组织这部份收入时要严格按照国家规定的收费范围与收费标准，做到该收的不漏收，不该收的不错收。同时要充分挖掘潜力，扩大服务项目，增加收入。

国家财政对医院采取“全额管理，定额补助，结余留用”的预算管理办法。在国家预算中，只反映对医院补助的部份，医院的业务收入不列入预算。但是，为了加强对医院收入与支出情况的全面管理与监督，采取了全额管理的方式。医院在编制预算时，要将业务收入与预算补助全面编入，要坚持勤俭节约的原则，坚持需要与可能相结合的原则，坚持量入为出的原则。应当瞻望事业的发展，预测经费前景，保证资金需要。

（二）严格控制支出，加强经济核算，保证事业计划的完成，讲求经济效果与医疗效果

医院财务管理，应通过记帐、算帐、报帐工作，及时、正确、全面地反映资金活动

情况，合理地安排资金使用，保证医疗保健工作正常进行。检查预算执行情况，分析考核经济效果，检查资金使用中的薄弱环节，限制资金浪费，堵塞漏洞。注意资料积累，提供确切可靠数据，参与经济决策。

（三）严格执行财务规章制度，监督资金与财产物资的保管与使用

执行规章制度，是进行有效财务管理的重要手段之一。上级所颁发的规章制度，是带有指令性的文件，是开展财务活动的规范和准则，必须坚决贯彻执行。近几年来，情况变化很大，有些规章制度已显得不够合理，但在未修订之前，仍应按原规定执行，不得擅自变动。

财务工作应该监督财产、物资的保管与使用，制定适于本单位情况的管理制度，以保护国家财产的安全。

（四）加强财务监督，向违反财经纪律的行为作斗争

医院的财务监督是对医院各种财务活动进行检查和监督，并且通过财务活动对医院业务活动进行检查和监督。医院财务部门必须依靠领导对贯彻财经纪律和财务制度的情况（包括违反价格规定的乱收费）进行经常性的监督与检查，各级领导应该支持财务部门的监督与检查，不允许有打击报复的行为。

（五）为医疗服务，保证各项业务工作正常进行

医院财务管理工作坚持为医疗服务的观点，就是要千方百计地组织收入、筹划资金，支持业务科室及后勤供应部门的工作，协助他们改善工作条件，使医院能够有效地为人民提供医疗保健服务。

财务管理工作要正确处理服务与监督的关系。应以服务为主，通过服务实行监督。以服务为主，并不是资金给的越多越好，无视国家的财务规章制度，任意扩大开支范围和提高开支标准，是财务工作所不允许的。当群众有些要求不符合规章制度不能解决时，应该宣传解释，讲清道理。

第二节　财务计划

一、财务计划的意义

我国的医疗卫生计划是国民经济计划的一个组成部分。包括：医疗卫生事业计划、基本建设计划、劳动工资计划、干部培训计划、设备购置计划以及财务计划。它们以医疗卫生事业计划为中心，组成一个有机的计划体系。

医院的财务计划，是以统一的货币形式编制的综合性计划。它确定医院在计划期内医疗保健活动所需的资金数额、来源和周转速度，医疗保健过程中所必需开支的费用及其水平、以及增收节支数额。财务计划通过业务收入反映医院业务与行政管理水平，通过预算差额补助反映医院与国家的关系，通过业务支出反映资金对业务支出的保证程度以及节约或浪费情况。因此，检查与分析财务计划的执行情况，对指导医院的财务活动，搞好医院管理，有重要意义。

二、编制财务计划的依据

编制财务计划，必须有充分的政策依据和经济依据，这主要有以下几个方面：

(1) 党和国家的路线、方针、政策、法令和上级关于编制财务计划的指示和规定。

(2) 社会经济情况以及疾病发展趋势对医疗保健事业的需要。

⑶ 各种有关资料，如最近几年医疗卫生统计资料、会计资料以及资源利用与消耗资料等。

三、财务计划的编制

短期计划，如一年的计划亦称预算的编制。它包括以下内容。

（一）收入

1. 门诊收入：根据本地区疾病发生形势的预测以及本院所能承担的能力而确定的门诊工作日来计算的门、急诊的各项收入。计算公式为：全年门诊工作日（按实际开放门诊天数计算，开放半天门诊时，按半日计算）×平均每天计划门诊人次数×平均每门诊人次收入数＝全年门诊收入预算数。

2. 住院收入：根据计划期日开放病床数，按其使用率计算从住院病人那里得到的除饭费外的全部收入。计算公式为：开放病床数×病床使用率×全年病床工作日（全年日历日计算为365天或366天）×平均每一住院日收入数＝全年住院收入预算数。

3. 制剂收入：制剂室制成的药品材料按批发价交药房使用后，作为其销售收入，减去其原材料等消耗及包装成本即为制剂收入。

4. 其他：包括固定资产变价、进修费、废品回收等收入。

以上3、4项参考以前年度执行情况，结合预算年度的变化而编列。

（二）支出

1. 人员经费：工资、补助工资、职工福利费三个项目，根据劳动工资计划、其他有关资料及以前年度执行情况，结合预算年度的变化而编列。

2. 公务费：根据总务部门及政工部门（指宣传学习费）提供的资料，与历年的支出对比分析，结合预算年度业务变化情况，在节约的原则下编列。

3. 设备购置费、房屋修缮费：

⑴ 大型设备购置、大型房屋修缮费：根据院长批准的总务后勤部门有关科室提出的项目编列。但必须注意考虑：①业务上是否必需；②人员、房屋及技术条件是否具备，材料及施工力量是否落实；③外汇及货源情况如何；④是否符合节约原则。

⑵ 一般设备购置及零星修缮费：根据以往年度执行情况，结合预算年度的房屋、设备增减变化情况编列。

4. 业务费：

⑴ 医药卫生材料费：包括中药、西药、血液、X线材料、化验材料及一般卫生材料等费用，一般与业务收入中的门诊收入、住院收入及制剂收入有一定的比例。因此，编列此项支出时，除有关库房及药库提供资料外，尚需按门诊、住院、制剂收入的一定比例来进行对比。其中药品（中药、西药）支出是本目开支的主要部分，还须通过药品支出与药品收入的对比来检验加成率执行情况。

⑵ 水电燃料及其他消耗性开支：根据业务部门和总务部门提供的资料，结合往年支出情况及今年业务量发展趋势编列预算。

5. 其他费用：参照以前年度开支情况及预算期变化情况编列。

四、预算的管理

（一）预算的约束力

预算一经上级财政部门下达，分配方案经医院领导批准，即成为以货币形态表现的

各项管理决策，各级管理部门必须按照执行，这就是预算的约束力。

（二）分工负责，科室核算

分工负责是按照预算项目分到各职能科室管理，如业务收入分别由门诊部及住院处管理，药品进销由药房管理，工资由人事部门管理，设备购置由设备科管理，修理费与材料供应由后勤部门管理。根据谁花钱谁负责的精神，各职能科室应制定责、权、利相结合的经济责任制，财务会计部门对它们的预算执行情况负有监督检查之责。

科室核算是按各项费用发生的环节，根据谁消耗资金谁负责的精神，制定各项费用定额，按各业务科室进行核算。对医疗科室，现在只是规定了低值易耗品、卫生材料等的消耗定额，没有核算成本。因此这里所说的科室核算，并不是把科室作为核算单位，即真正意义上的科室经济核算。尽管如此，实行这种办法仍可使日常的消耗与各种医疗技术工作结合起来，调动各业务科室合理使用资金的积极性，有利于考核其技术经济效果。

（三）进行财务分析

财务分析是预算管理不可缺少的环节。开展财务分析的目的，在于检查预算贯彻和执行情况，从中找出管理工作中的经验和问题，及时采取有效措施。改进财务管理工作。在医院财务管理中，预算、核算和分析三者之间是缺一不可的有机整体。

财务分析是将一个时期本单位的业务情况、统一核算、会计核算所反映的数据加以分析归纳、整理和记录，从量的方面进行对比、分解和综合。它的作用是：

1. 结合医疗卫生事业计划的进展分析预算的执行情况，检查预算完成的程度，是否和事业计划完成程度相一致，分析不一致的原因，从而揭露矛盾，改进工作。

2. 挖掘内部潜力，促进业务发展，揭示人力、物力、财力没有充分得到利用的情况及原因，找出差距，提出增加收入，节约支出的建议。

3. 不断认识和掌握财务活动规律。通过财务活动的分析，结合有关历史资料，研究医院的业务、人、财、物四者之间的关系，从中发现其内在联系和各自发展的规律，以便自觉地按照这些规律指导工作，以最合理的人、财、物的消耗，取得最好的经济效果。

4. 调整预算，提出新的改进办法。一般在经过3个季度以后，根据预算执行情况和新发生的问题，提出改进办法，编列调整预算。

第三节　资金管理

一、资金的构成及其相互关系

医院从它建成投入使用起，就拥有一定数量的财产和货币资金，构成了医院资金的总额。

医院的资金来源有上级主管机关拨给的预算资金，有通过医疗保健活动而取得的业务收入，还有历年资金的结存等，这些从不同途径取得的资金就是资金来源。

按照国家规定，用这些资金支付使用的各种费用开支，就是资金运用。

资金来源与资金运用相抵以后，医院资金必须有所结余，这就是资金结存。

资金来源，资金运用与资金结存三者之间存在着固有的平衡关系，即：

资金来源－资金运用＝资金结存

同时，三者在运动中呈现了循环关系。下面的示意图表示了医院资金的形成、分配

和使用中周而复始的过程（见图 37-1）

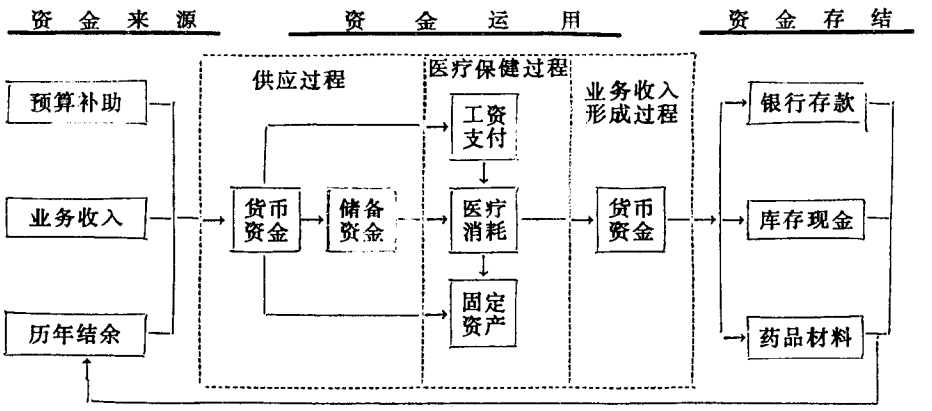


图37-1 医院资金运用示意图

资金来源一般以货币形态出现，表现为银行存款增加。

资金运用沟通于三个环节：

1. 供应过程：将货币形态转化为以实物形态出现的储备资金，用药品与材料物资投入医疗。

2. 医疗保健过程：在这个过程中要消耗活劳动和物化劳动，具体表现为工资支付、药品材料和固定资产的消耗等。

3. 业务收入形成过程：通过医疗成果，组织以货币形态出现的业务收入。

资金结存也是以货币形态与实物形态分别出现的，其结存数额又作为资金来源投入下一期的资金运用中。

二、资金来源的形成

（一）国家预算补助

我国医院采用差额预算补助的管理形式，医院以自己的业务收入抵补支出，支大于收的差额由国家预算拨款补助。补助的形式一般有以下三种：

1. 定项补助，结余留用：定项补助，就是根据单位业务及其收支情况，确定一个或几个支出项目列入国家预算，由国家拨款。补助项目各地不同，有的补助人员经费，有的补助大型设备购置和修缮费。国家补助以后，其他的支出由医院收入抵补解决，在执行过程中，一般不办理追加、追减、年终超支不补，结余留下年使用。

2. 定额补助，结余留用：定额补助就是按照特定的计算单位（如以床位为单位）计算的补助定额作为补助总数，列入国家预算，由国家拨款补助。年终结余留下年使用。

3. 定项与定额兼而有之。

（二）业务收入

医院资金另一主要来源是以公费医疗、劳保医疗、合作医疗、自费就医所组成的业务收入。

医院在组织业务收入中，必须严格遵循国家所规定的收费标准与收费制度，加强管理，不错收不漏收，组织合理收入。

由于我国医疗收费标准偏低，又未能做到随物价上涨而适时地上调医疗收费，致使

医院的各种消耗不能完全得到补偿，造成资金周转困难。如果能实行不含工资的医疗技术成本收费制度，将对医院资金收入是一项改革，通过这一改革，医院资金短缺状况可以有所改善。

三、货币资金的运用

（一）现金

严格按照现金管理规定使用现金。达到支票起点或异地公对公结算不得使用现金，每日库存现金不得超过批准的限额，注意现金保管的安全。

（二）银行存款

是医院的主要货币资金，存款数额必须保证有足够付款能力，一般应等于医院暂存款加工资周转金（约为1个月的工资总额）。

（三）暂付款

属于临时借支以后检附单据报销的款项，包括公务、业务性质的暂借款和差旅费。应加速报销缩短借款期限。此项流动资金占用应根据单位情况核定定额。

（四）病人欠费

指病人因经济情况不好暂时不能全部偿还的医疗费用。可建立预交金制度或分期还款办法，减少这部分欠费。同时，应加强病人在院期间费用的催交，减少内欠。

病人欠费占用的医院资金金额，可按住院总收入的比例，核定定额。

不能收回的病人欠费呆帐，可用上级拨给的病人清理欠费专款解决。

（五）储备资金

1. 药品材料：为医院经营活动的主要材料，金额大数量多，应由医院药剂科负责统一管理，既要保证供应又要注意加速周转，建立合理的储备定额，一般以3个月的消耗量为合适。

2. 其他材料：包括医疗及办公用品、修建材料、缝纫材料，都应在购入时按库存材料处理，根据采购所需时间及消耗数量建立储备定额。

四、固定资金、流动资金、专用资金

搞好固定资金、流动资金和专用资金的核算，是医院财务管理的重要内容。但是，长期以来医院财务管理上往往不单独进行固定资金和流动资金的核算与管理，而只进行其物质形态——固定资产、低值易耗品、药品、材料的核算（作为流动资金组成部分的工资亦单独管理和核算），这对于医院资金的管理不利，似应在上述管理与核算的基础上，进行固定资金、流动资金的管理，分析其运动过程，提高资金利用效率。至于专用资金的管理，一般都按要求进行的。

（一）固定资金的管理

第一，要保证固定资金的完整无缺。为此，必须健全固定资产管理制度。对所有的固定资产都要设帐立卡详细登记，并正确及时反映各种固定资产增减变化和分布情况，对固定资产的调拨、转移、报废和盘亏盘盈，都要按有关规定处理，以便进行监督和管理。

第二，要合理使用固定资金，努力提高固定资金的利用效果。为此，应缩减非业务经营用的固定资产的比重，扩大业务经营用的固定资产的比重，使固定资金更多地用于卫生保健服务。对积压和闲置不用的固定资产，应通过扩大业务范围使之投入使用，或

外调到需要的单位，以减少固定资金的占用，充分发挥固定资金的利用效果。

第三，正确计算和提取折旧基金。固定资产在使用过程中会逐渐磨损，发生有形损耗，最终报废无用。固定资产还会发生无形损耗，如医疗卫生器械设备因劳动生产率提高而价值下降，引起原有同类型、同效能设备的价值相应贬损；或由于科学技术进步，效能更高的新型器械设备投入生产和使用，使原有的效能较低的器械设备贬值，这都是无形损耗。无论是有形损耗还是无形损耗，都要求有计划地进行固定资产更新。因此，就要提取固定资产折旧资金，即固定资产在使用过程中因损耗而转移到产品（卫生保健服务）中的那部分价值。多年来，医院不提折旧和大修理基金，使固定资产的更新缺少资金保证。近几年来，一些医院正在建立折旧和大修理基金的提取和留用制度。一般认为，我国医院固定资产综合折旧率为5—8%比较妥当。

（二）流动资金的管理

流动资金管理的基本要求是：流动资金必须实行计划管理。要在国家计划的领导下，根据单位承担的任务性质和任务数量，合理确定该单位的流动资金数量（流动资金定额），尽量减少流动资金占用，并按计划使用流动资金。这可促使医院合理地形成和节约使用流动资金。

流动资金不能用于基本建设和其他开支。我们的经济是有计划的商品经济。国家资金的使用，有内在的比例关系。如果挪用流动资金进行基本建设，就会使药品器材的采购供应受到影响，妨碍卫生保健服务的顺利进行。而且，还会增加计划外基本建设影响计划内基本建设的顺利进行。这是流动资金管理必须注意的问题。

流动资金的运用必须同卫生保健服务的过程相结合。也就是说，不能打乱流动资金的周转过程，如随意预收、预付贷款等。因为，预付贷款等于流动资金被其他单位占用，预收贷款则占用了其他单位的流动资金。其结果都会影响流动资金的正常周转和卫生保健服务的顺利进行。

加速流动资金周转，是流动资金管理的重要内容。加速流动资金的周转，可以缩短流动资金在卫生保健服务过程中的占用时间，从而减少流动资金占用量，提高资金使用效果。周转速度越快，完成既定卫生保健服务所需要的流动资金就越少，资金使用效果就越大。

为了加速流动资金周转，应做好以下几个方面的工作：

⑴ 组织好货源，保证卫生保健服务所需要的药品、材料、低值易耗品、煤、油等有稳定的货源。

⑵ 组织好运输，减少货物在途时间。

⑶ 减少药品、材料等物资在单位内流转环节，缩短流转时间。

⑷ 合理安排库存，严格定额管理，减少资金占压。

⑸ 及时组织资金结算工作。

（三）专用资金的管理

专用资金是指从特定来源形成的具有专门用途的资金，主要有：

1. 集体福利基金：从医院实行经济管理增收节支的结余中，按一定的百分比提取的部分。这项基金应由院长掌握使用，但必须按照国家规定开支，一般用于建设幼儿园、托儿所、浴室、理发室以及举办家属统筹医药费等。

2. 职工福利基金：按国家规定的提取办法，根据工资总额或职工人数提取的职工福利基金，用于解决职工生活困难。一般由人事部门掌握，按国家规定范围开支。

3. 科学技术三项费用：指新产品试制费、中间试验费和重要科学研究补助费。在医院里主要核算重要科学研究补助费，此项资金由上级专项拨款。科研是医院主要任务之一，应加强核算管理，按研究室分户核算其消耗性开支和大型设备购置费，检查设备利用率和完好率是否达到要求。还应创造条件试行科研责任制，课题招标，建立经济考核和奖惩制度，以提高科研的经济效益。

第四节 会计制度

一、会计制度的原则

会计是管理经济的工具。会计制度就是用系统的方法组织会计学的各部分和有关原理，把它们变成一个完整的体系或结构，作为贯彻党和国家有关方针、政策的工具与处理会计工作的准则和依据。

会计制度的基本原则是：

（一）统一领导，科学严密

国家制定计划有统一的要求、统一的方法和统一的口径。因此，在一个地区制定会计制度时，其核算组织和方法，例如会计科目、报表格式必须一致，以保证会计资料的统一性，便于各主管部门对其所属单位的会计资料进行审核、汇总、比较和利用。

在方法上必须科学、严密，防止出现漏洞。系统内各个系统间，例如明细帐和总帐、钱与帐以及帐与物之间，要能起到互相牵制、互相核对的作用。

（二）适合需要，简便迅速

会计制度要根据单位的大小和业务繁简而有所不同，但必须能反映本单位管理决策所要达到的目标，如医院经济管理增收节支结余数分配情况等。同时，在满足需要的前提下，具体手续还应力求简便易行，不要繁琐复杂，造成会计处理拖延时间，影响会计信息的及时性。

（三）突出重点，便于检查

核算对象中需要重点突出的，应在制度中加以规定。例如，为了核算与检查医院的药品加成率执行情况，必须把业务支出中的中西药品和业务收入中中西药的核算范围和口径明确规定清楚，以便于检查和考核。其他需要重点检查与考核的，如大型设备购置与大型修缮开支，关系到资金支出与核算，也应重点规定下来。

（四）相对稳定，不断改进

作为一种制度应有相对的稳定性，在一个时期内基本不变，以便总结经验。因为变动太快，会使基层感到无所适从。但也应该随着社会经济的发展，新技术、新方法的产生，不断改进、不断完善。

二、会计制度的基本内容

（一）医院会计工作的基本任务

贯彻党和国家的方针、政策和“会计人员职权条例”，通过核算了解和监督医院财务管理的情况。

（二）组织机构和人员

卫生部规定，县以上医院要单独建立财务机构，医院财务科（室、组、股）应作为医院的一级职能科室，在院长的直接领导下，办理医院的会计，出纳，门诊收费，住院结算和财产、药品、材料等核算，进行财务监督检查工作。

要充实财会人员。应有足够的人员办理医院的会计核算、会计分析和会计检查。在确定财会人员编制的时候，还应当考虑他们参加学习和深入现场调查研究所需要的时间。财会人员要认真执行党的路线、方针、政策，廉洁奉公，自觉抵制不正之风，维护财经纪律。

随着医院经济管理、成本核算的开展，对财会人员的业务水平要求越来越高，因此必须配备一定数量的受过大专教育的会计师。一般财会人员的学识水平应具有相当于高中毕业的文化程度，至少经过一定时间的专业学习，初等数学考试及格，能写机关应用文，懂得会计核算的基础知识，财会计算技术要达到要求的水平，业务上要熟悉财务会计制度，并按照要求能按时完成分给的工作。

医院应创造条件，培训财会人员，提高他们的理论水平和解决实际问题的能力。

（三）会计核算形式

会计核算形式是帐簿组织、记帐程序和记帐方法互相结合的方式。它确定医院会计核算的原则。会计核算形式主要包括以下几个方面：

1. 记帐方法：采用以资金活动为主体的“收付记帐法”或者其他记帐方法。

2. 会计科目：统一标定总帐会计科目，各单位不得自行变动。

3. 会计帐簿：根据核算形式的不同，帐簿也不一样，但医院至少必有：

⑴ 库存现金日记帐；

⑵ 银行存款日记帐；

⑶ 总帐；

⑷ 往来款项明细帐；

⑸ 业务支出（收入）明细帐；

⑹ 固定资产明细帐；

⑺ 库存材料明细帐。

4. 会计凭证：凭证的种类、审核、整理、传递、登记和保管归档。

（四）会计核算对象

以货币计价的医院全部财务事项，按“权责发生制”或“收付实现制”进行核算。

（五）会计报表和分析

包括月报、季报和年报，按规定的要求，完整、正确、及时地填报并进行分析。

（六）会计监督与检查

监督与检查的对象是医院所有管财管物的地方。检查时，应明确定出检查的要求、方法，及时作出结论，并提出改进工作的建议。

（七）会计交待

财会人员交接工作时，要严肃认真地办理交接手续。

三、国外医院会计工作的一些情况

国际上一般认为医院是非盈利组织。所以，起初采用政府会计的原则。政府会计属于消费会计，只核算预算资金，不核算损益。但医院主要是为病人检查、治疗，这种服

务伴随着一定的消耗和开支，是有成本价值的。为了适应医院经营性质和工作范围的复杂性，国际上从30年代起就主张医院采用企业会计的原则。

国际医院协会第四委员会（负责医院会计和财务）1933年第三次会议的报告中发出的以下建议，至今仍然是国际上承认的医院会计原则：

1. 医院应分科室核算，建立收入支出帐户。

2. 各科室应根据工作性质确定成本，进行核算。

3. 医院财务必须按统一掌握预算的原则进行指导监督。

4. 会计核算必须采用权责发生制，不能采用收付实现制。

5. 严格区分资本收支（capital receipts and expenditure）和经营收支（maintenance income and expenditure）。

6. 按规定编报定期财务报表。

7. 归集收入，支出帐户，把一定时期的财务状况，列入资产负债表。然后结合成本计算其他有关资料，编造报表，使之能在国际国内与各医院进行比较。

在美国医院是非盈利组织。根据1979年的一个统计材料，美国约有7100所医院，其中850所为私人医院，其规模都相似，每所约有70张床；2650所为地方、州及联邦政府医院；3600所为非盈利、非政府医院。1972年会计师协会的卫生保健协会委员会，发布了医院审计手册，作为检查医院财务报表的依据。手册中规定了医院必须采用的会计原则和财务报表标准。医院采用基金会计（fund accounting）的原则，核算折旧和收支结余，基本类似企业的会计原则。

日本于1948年施行了医疗法，该法规定医院为医疗法人，必须按时提交决算。经过15年对医院财务经营管理的研究和改进，于1963年厚生省（即卫生福利部）承认医院必须采用企业方式的标准会计科目原则。后于1965年发表了“医院会计制度”，主要精神是按照企业方式核算资产、负债、费用及损益，但还应考虑到医院的特点。

四、我国医院会计工作的现状和发展

我国医院现仍执行财政部制定的1966年1月1日起实行的“行政事业单位会计制度”。医院规模、任务及业务范围近年来迅速发展，卫生经济学的理论已进入医院领域。过去“左”的思想片面地强调医院是福利事业，收费越低越好，不讲成本核算，越办越穷。事实证明，医院必须实行经济核算与管理，医院既是社会主义卫生事业单位，又是经营与服务单位。医院为病人治病，伴随着活劳动和物化劳动的消耗，是有成本的，消耗的劳动应取得相应的补偿。所以要核算成本，逐步制定合理的收费标准，保证医院医疗服务活动的顺利进行。

今后，应单独建立医院会计制度，把固定资产支出和费用支出分开，增加折旧。成本和增收节支结余帐户，基本上应向企业的会计原则发展，以适应医院经营管理日益复杂的需要。但同时也要考虑到医院是非盈利组织，不能和企业完全一样。

第五节 财务监督

财务监督是医院财务管理的重要职能之一。只要有财务管理就必然有财务监督，监督寓于管理的全过程之中；加强了财务监督，也就加强了财务管理，提高了管理水平。因为，财务监督的作用，首先不是限制，而是促进，目的是更好地为医疗服务。但并不

是说财务监督可以代替财务管理，财务管理好，并不等于财务监督可以不要了；反之，财务监督好，也不等于财务管理不需要改进与提高了。这是因为，二者的目的虽然一致，但各自的侧重面与方法并不完全一样。

财务监督自始自终贯穿在财务管理工作中，从会计事项发生之前的预算编制过程，到会计事项发生之中的动用资金、审核凭证、报帐记帐、编制报表过程，以至会计事项结束以后的经济效果的考核过程，都存在着财务监督。

财务监督的形式有定期的与不定期的，有全面的与专题的，有专业性的与群众性的，方式方法很多，究竟采用哪一种形式，要根据监督的内容与要求而定。

医院财务监督的内容有以下五个方面。

一、对预算编制与预算分配的监督

其内容有预算的编制是否符合党的方针政策；是否符合医院计划的安排；业务收入是否打足；预算分配是否贯彻了勤俭办一切事业的方针；有无积压浪费。

二、对业务收入方面的监督

其内容有收费标准是否符合规定；药品加成率完成的程度；该收的是否漏收；不该收的是否误收；收入是否都有凭证；手续是否清楚等。

三、对业务支出方面的监督

其内容有支出凭证是否合法；各项支出是否符合规定；有没有扩大开支范围提高开支标准的问题；办理支出是否按计划执行；有无铺张浪费；挥霍国家资财、损公肥私、假公济私、贪污盗窃行为；物资采购上是否符合社会集团购买力的规定；有无盲目采购；造成积压浪费情况等。

四、在资金使用方面的监督

其内容有库存现金是否有白条顶库、非法挪用；以各种方式套取现金的现象；核定的库存量是否超过；有无私设小钱柜；财产物资保管是否得当，有无丢失、损坏、破损、浪费现象；固定资产的使用率是否达到预期要求等。

五、其他方面的监督

其内容有雇用临时工有无计划，手续是否符合规定；零星基建面积是否经过批准，有无违章建筑的问题；有无违反制度搞非法收入，挪用公款，多吃多占，甚至贪污、盗窃国家资财的行为。

财务监督发现问题以后，应及时向单位领导汇报，采取促进、限制、指导、干预等手段，支持与促进事业的发展，解决财务工作中的具体问题，同时也要制止违法乱纪、破坏公共财物的问题发生，保证财务工作的社会主义方向。

医院财务监督内容广泛，政策性强，因此必须依靠领导的支持、帮助与指导。

张鹤祥　刘佩珂　赵元桐

附　篇

第三十八章　临床科管理

第一节　临床科管理概说

一、临床科的概念

医院临床科又称医疗科或直接诊疗科，是医院医疗工作的主体。它是指直接对病人实施专科的诊断、治疗、护理并帮助指导病人早日康复的所有医疗服务部门的总称，通常分为内科、外科、妇产科、儿科等专科。有些科室虽然也直接接触病人，但仅负责某个方面的检查或治疗，并不参与整个的诊断、治疗及康复的全过程，如检验科、医学影像科、放射治疗科等，此类部门称为医疗技术科或称间接诊疗科。根据服务对象的不同情况，临床科进行工作的方式有门诊、急诊、住院及康复、社区家庭医疗等。

临床科在医院两级管理的体制中处于第二级地位（“作业层”）。在医院整体配合下完成医疗服务工作。设科主任负责领导全科的医疗、教学、科研及行政管理工作。医疗管理是医院管理的核心，而临床科的管理又是医疗管理的主体，因此搞好临床科的管理，在医院管理中具有关键性作用。

二、临床科的功能

临床科的服务对象是病人。它的基本功能是临床医疗，即对病人进行诊断、治疗和护理。此外尚有临床科研、临床教学（或培训）及疾病的预防等。

临床医疗工作不仅是对疾病的诊断治疗，还必须开展疾病的预防工作，尽量做到早期诊断、早期治疗，将疾病控制在发病前期（即控制疾病的发病危险因素），同时还要开展康复工作，防止严重合并症及残疾的发生，帮助病人尽可能恢复生活能力和工作能力，就是说，目前临床诊疗的功能比过去有所扩大。

临床科研、临床教学或培训工作无疑将有助于医学水平的不断提高和加速医学人才的培养，因此应给予足够重视。

三、临床医疗工作的特点及管理要点

临床医疗工作的特点是：由临床医护人员运用医学及护理学的理论和技术，在有关科室的支持协作下，通过门诊、住院等形式，直接对病人进行诊断、治疗及护理全过程的医疗服务。因此，它的工作具有较强的科学技术性、协作性、规范性、个体针对性和服务性等特点。管理上要着重抓好技术进步、工作规范、整体协调、医德医风及质量保证等要点。核心问题是医疗质量。既要抓好基础工作质量，又要抓好每个病例的医疗质量（详见有关章节）。

陈增辉　齐家纯

第二节　内 科 管 理

一、学科进展的特点

内科的基础理论和检查方法（询问病史、体格检查、病历书写等）对临床各科都是

通用的，因此，内科又被认为是临床各科的基础。同时，内科与基础医学各学科又有着广泛而密切的联系，各基础学科的基本理论与技术都首先在内科领域内得到广泛的应用，而各基础学科的不断发展又大大促进内科诊疗技术水平的提高。

近年来，内科的进展很快，对于许多疾病的病因和发病机理的认识已日益明确和深化，在诊断技术和防治方法上也有了很大的更新和发展。

1. 疾病的病因和发病机理：近年来，由于遗传学、免疫学、内分泌学和物质代谢研究等方面的飞跃进展，使一些内科疾病的病因和发病机理得以进一步阐明。运用现代的实验方法和手段，深入到基因和分子水平来认识遗传性疾病和与遗传有关的疾病；对自体免疫性疾病、原发和获得性免疫缺陷病及免疫机制障碍在肿瘤发病过程中所起的作用等方面，由于免疫学的发展，而丰富了上述诸方面的免疫过程和发病关系的认识，同时也发现了越来越多的疾病与免疫过程有关；组织激素，如消化道激素、前列腺素、心钠素等的发现和研究，不仅为某些消化系统、循环系统疾病的发病机理和治疗探索开辟了新的途径，而且对了解其他疾病的发病机理也具有较为广泛的意义；由于染色体显带技术的应用，已发现多种遗传病和免疫病新的综合征，对原有疾病也作了新的分类。

2. 疾病的检查和诊断技术：由于放射免疫、酶联免疫吸附测定和酶学检查技术的建立及完善，目前已可以测定体液中的微量物质。单克隆抗体的制备成功，为诊断学和实验医学提供了新的有效手段。临床生化分析向超微量、高效能、高速度和自动化方向发展，出现了多道生化分析仪，从而为临床诊断提供了可靠的帮助。心、肺、脑的电子监护系统提高了抢救危重病人的成功率。纤维内窥镜及电子内镜的不断改进，扩大了内窥镜的用途，提高了对消化道、呼吸道、泌尿道疾病的早期诊断和确诊率，并且，目前已将内窥镜较广泛地应用于治疗，如取异物、结石、高频电流电凝止血及息肉切除等。放射性核素检查的新技术已广泛应用于内科各系统疾病的诊断。超声诊断的无创伤性检查技术、心导管检查技术、血管造影、电子计算机X线体层扫描（CT）及近年来出现的核磁共振检查手段，提高了诊断的准确性。电子计算机的广泛应用，对诊断、治疗、科研等方面均有很大的帮助。

3. 疾病的预防和治疗：药理学关于受体学说及受体阻滞和神经递质的研究，导致从发病机理的角度研制新药，提供治疗新方法，如肾上腺素能 β-受体阻滞剂、H_2 受体阻滞剂、多巴胺能受体阻滞剂等，在临床上都获得了可靠的治疗效果。应用细胞动力学和分子药理学的原理指导化学疗法，已显著地提高了对白血病及其他癌肿的治疗效果。在免疫活性细胞研究的基础上，出现了免疫工程在治疗上的应用，按其疾病的性质，给予相应的免疫治疗。人工肾的临床应用，使肾功能严重衰竭病人的生命明显延长。埋藏式人工心脏起搏器向微型、长效能源和程序控制方面发展，使心脏病人可以正常生活和工作。

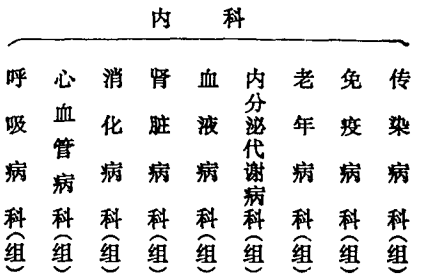
二、组织形式及学科划分

（一）组织形式

内科疾病种类繁多，临床征象尤为复杂，许多疾病的病因和发病机理仍然不十分清楚，这些都给诊断带来许多困难。随着医学科学的发展和现代化检查技术的应用，对疾病的认识在不断深化，内科工作范围也随之在不断扩大。作为一名内科医师，已经不可

能对每一系统的内科疾病都有较深入的了解，为了适应内科临床工作，一般设置以下几个部门或亚科，以便更好的进行工作。

在较大的综合医院中，内科的组织形式如下：



（二）学科的划分

随着医学科学的飞速发展和各种诊疗技术的现代化和专业化，内科分科的发展日趋精细，正朝着以某一个系统甚至以某一疾病为一个独立学科的方向发展，大多数医院内科已逐渐分化出不同的分科，如循环科、呼吸科、肾脏病科、消化科、血液科、内分泌科、代谢科、老年病科、急救医学科等。临床上分科精细是医学发展的必然趋势，分科精细和专业化，不能认为是知识和技能的专一化，而是在雄厚的基础上的拔高。内科分科的划分，可以使我们对疾病的认识更加深入，大大提高对疾病的诊治水平。从宏观上看，它将推动整个医学科学向前发展。

各科根据条件和需要，设有各自的专科实验室、检查室和治疗室。这些科室的建设是提高医疗技术水平不可缺少的部分。

循环科：设有心电室、心功能检查室，进行心电图、希氏束电图、心向量图、超声心动图等检查；设心导管检查室，进行心导管检查及心血管造影等；心脏病监护室使用心脏监护系统，配合心血管造影及心脏电生理检查，对急性心肌梗塞及严重心律失常病人进行抢救治疗。

呼吸科：设有肺功能、血液气体、支气管镜检查室等，对呼吸衰竭病人，使用人工辅助呼吸器装置等有关抢救器材进行治疗。

消化科：设有实验室，进行生化、脱落细胞、活体组织等检查；设内镜检查室，进行纤维胃镜、十二指肠镜、小肠镜、结肠镜、腹腔镜、纤维内镜下逆行胰胆管造影（ERCP）、超声内镜等检查。此外，还有X线、超声等检查。在治疗上可在内镜下进行高频电流息肉切除、电灼止血、激光止血及硬化剂注射等。

肾脏病科：设专科实验室进行肾脏免疫学检查、肾穿刺肾活组织免疫荧光检查、尿蛋白分析等；透析室对慢性肾功能衰竭病人进行血液、腹膜等透析治疗。

血液科：设血液化验室，进行骨髓细胞学检查、血液凝血机制及溶血方面的检查。此外，还设有免疫实验室、细胞培养室，开展骨髓移植。

内分泌科：设专科实验室进行内分泌激素的测定，免疫学和放射性核素检查。

三、业务管理特点

业务管理是提高医疗质量的保障，可以使科室在医疗、护理、科研、干部培养中充分发挥技术力量，有效地利用仪器设备，高质量、高效率地实现医疗质量指标。

（一）诊断工作

诊断是治疗的基础，没有正确的诊断就不可能有合理有效的治疗，甚至会发生医疗差错与事故。正确的临床诊断是制定治疗方针、判断预后和实行预防措施的重要依据。因此，诊断在内科医疗工作中占有相当重要的位置，也是在内科业务管理中应该首先注意的问题。

1. 内科诊断的方法和原则：确定正确的诊断，一般要经过调查研究，搜集资料；分析综合、作出诊断；反复实践、验证诊断等三个步骤。

⑴ 临床资料的收集：

① 询问病史：通过医师问诊，详细了解疾病的发生、发展情况，然后经过分析、综合、全面思考、提出临床判断，这是诊断的主要线索和依据。

② 体格检查：医师通过望、触、叩、听诊等检查方法进行全面身体检查，结合病史做出临床诊断。正确的体检结果要求医师具有丰富的医学基础知识（机体的解剖形态、生理功能、病理改变）和反复的临床实践。

③ 实验室检查：是通过细胞学、生物化学、微生物免疫学和寄生虫学等检查技术对病人的血液、体液、分泌物或脱落细胞等标本进行化验检查，以获得病原、病理变化及脏器功能状态等资料，结合病人的临床表现和其他检查资料，对疾病作出判断。因此，实验诊断是疾病诊断的重要组成部分。

④ 特殊器械检查：是借用各种仪器器械对机体脏器进行检查和测定内脏的功能等；通过这些检查以扩大和加深医师对疾病的感性认识，以帮助对疾病的诊断。

⑵ 综合分析，初步诊断：综合前面所搜集的一切临床资料和检查结果，抓住各种临床表现的共性和特殊性，进行归纳、分析，根据医师的临床经验和医学理论知识，提出其相互间的内在联系、发生和发展的规律性，分清主要和次要矛盾，再通过反复的临床思维过程，将其归纳成为有系统的概念，加以判断，最后作出较为正确的初步诊断。这也是诊断和鉴别诊断的一般过程。

⑶ 验证诊断：初步诊断提出后，还需在医疗实践中反复验证它是否正确。符合疾病本质的才是正确的诊断，按其治疗可以收到预期的效果。

疾病的本质总是通过各种症状、体征和各项检查结果，从不同的方面表现出来的，必须实事求是，全面调查研究、搜集系统的、可靠的临床资料，避免片面性和局限性，通过反复临床实践，及时补充或更正初步诊断，使诊断更符合客观实际，直至最后确定诊断。

2. 决定诊断质量的因素：

⑴ 准确、完整的资料：病史和检查资料是进行疾病诊断的重要依据和基础。临床资料的准确性和完整性将是影响诊断质量的重要因素。

详尽、细致的检查是提高诊断准确率的基本保证，应该按其疾病发展的基本规律，尽量进行全面检查，以获得完整的临床资料。除此之外，有些疾病不一定在首次检查中全部出现有诊断意义的结果，必须在疾病的整个发展过程中反复检查，方可使医师逐渐认识其全貌。

临床资料的准确性是保证诊断质量的关键。临床医师必须有实事求是的科学作风，注意采集病史、体格检查及其他有关检查的准确性，保证送检标本的质量符合检验的要

求，这些都直接影响到诊断的可靠性。

⑵ 临床医师的基础理论水平和医疗实践经验：临床医师是否具备一定程度的临床基础理论和医疗实践经验，是决定诊断质量的重要因素。要求医师必须熟练掌握基础理论包括基础医学（如生理、生化、病理、免疫等）及内科理论知识，这样才能较完整的去收集临床资料，并对已获得的临床资料进行正确的分析、判断。

临床经验是在接触病人的临床实践中不断积累而来的，临床上误诊和漏诊的主要原因之一是缺乏临床经验。临床医师在临床实践中应不断总结经验、善于总结经验，掌握正确的科学的临床思维方法，具备严谨的科学态度，根据所得资料，实事求是的去分析、综合、推理和判断，作出合乎客观实际的结论。

⑶ 严密的查房制度和疑难病例讨论制度：查房是医疗工作中最基本、最经常、最主要的医疗活动之一，是提高医疗质量的重要环节，也是培养医务人员的重要方法。实践证明三级医师查房制度是保证医疗质量的可靠制度。各级医师查房应有不同要求和达到不同目的，上级医师查房时要求做到自下而上的充分准备，自上而下的严格要求，确实起到指导作用。查房应及时、按时，以便病人尽快得到正确的诊治。

对疑难病例及死亡病例应及时进行病例讨论，组织有关人员参加，这既解决了病人的诊治问题，又可提高医疗质量，而且也是培养医师的一种有效措施。

（二）治疗工作

治疗工作是临床医疗工作中重要的组成部分，是在正确诊断的基础上解除病人的疾苦，挽救病人的生命。只有正确的诊断，而没有合理有效的治疗，则会给病人造成严重的不良后果。临床上往往通过治疗，观察疗效来验证诊断的正确与否。

人是一个统一的整体，在内科疾病的治疗中，要有整体观念和辩证观点。某些疾病表现为某一脏器的损害，但却可引起全身性反应，因此，在治疗中须注意全身情况。某些疾病在病程中的不同阶段，治疗的重点可能不同；某些疾病比较复杂，多个矛盾并存、或原发病与并发病并存，在治疗中就须抓主要矛盾，针对危害性较大的方面进行治疗。

内科治疗一般分为病因治疗、对症治疗、综合治疗、预防治疗等，治疗措施可按病情灵活选择。

药物治疗是内科疾病治疗的重要手段，但由于药物本身存在着药效作用和副作用，因此，必须严格地掌握适应证和禁忌证，合理应用药物。为了提高治疗效果，不仅要重视药物的疗效，也要重视机体自身修复的能力，特别强调综合性治疗，包括精神、饮食、休息、护理等辅助治疗以及中西医结合治疗。

（三）护理工作

医疗和护理在医治疾病的过程中是不可分割的有机组成部分，两者互相依存、互相影响、互相促进，需要紧密配合与协作。护理水平的高低，直接影响医疗质量，甚至影响病人的生命安危，因此，要求护理人员在执行医嘱及护理技术操作时，应该及时、准确、可靠，要减轻病人的痛苦，防止合并症的发生。对病人还应该进行预防保健知识的指导。

（四）临床科研工作

临床科研工作是内科业务管理中的重要方面之一，它的进展状况，常常是学术水平高低的重要标志，也在相当程度上反映出医疗水平的高低。医疗工作和科研工作是相互

促进的关系，不注意临床资料的收集和整理，临床科研工作无从下手；而不注意临床科研工作，不总结经验以指导临床工作，则医疗水平也不能得以提高。临床科研工作的目的是提高医疗质量和培养人材，所以，要从实际出发，针对医疗工作繁忙、人员交替变换频繁、兼职多的特点，结合人力与设备情况，有组织、有目的、有计划地开展临床科研工作，但绝不能因为科研工作而影响临床医疗工作。

（五）工作质量的检查

评定内科工作质量的好坏，须从各方面作全面考核，其重点有以下几个方面：

1. 病历质量检查：内科基础医疗质量的优劣集中反映在病历上，病历书写的整洁性、完整性、思想性、科学性以及诊断是否正确、及时，治疗是否及时、合理、有效，科研资料是否完整，都直接反映内科医疗质量水平和业务管理水平。

2. 医疗指标检查：包括诊断符合率、床位周转次数、治愈率、好转率、病死率、疾病确诊时间、治愈时间及交叉感染发生率等。对上述医疗指标的意义，绝不能单纯从数字的高低来评定医疗质量的好坏，而应作具体、细致的分析，在与有关资料对比时，应找客观条件相同者作为对照，进行对比，只有这样，才能有意义。

3. 医疗技术发展和科学研究：包括专业技术的发展和实验室工作。主要指开展了哪些新技术、新项目，取得了哪些成果，学术活动开展情况，卫生技术人员的专业技术水平提高情况等。

4. 基础护理质量：指医嘱执行、病情观察、医疗护理、灭菌观念、病房管理等，这些都可反映护理质量的水平，直接影响医疗效果。

5. 执行规章制度情况：指各项规章制度是否认真执行，在职责范围内是否尽职尽责，服务态度是否认真负责，科室管理是否合理等。

6. 医疗事故差错情况：医疗事故差错可以反映管理和技术水平，应了解其内容、性质、发生情况以及为防止发生所采取的措施。

刘新光　张树基

第三节　儿科管理

一、学科进展的特点

儿科学就是研究自胎儿至青少年这一时期有关防治疾病、促进健康的一门综合性医学。小儿时期的特点是体格、组织器官、心理和精神状态均处于不断生长发育过程中。小儿不是成人的缩影。儿科学的任务就是要不断总结临床实践和实验室研究的成果，结合我国具体情况，提高保健和疾病防治的质量，降低病死率，减少发病率，改善体质，为提高中华民族和世界人民下一代健康水平作出贡献。

由于儿童保健事业迅速发展，广大城乡儿童免费实行计划免疫，从而有效地控制了一些小儿传染病，在防治小儿常见病多发病也取得显著成绩，采用中西医结合的治疗也获得了进展，特别是在婴儿腹泻、小儿肺炎、乙型脑炎等方面效果尤为显著。

目前儿科更进一步形成了各种儿科专业，如儿童保健、新生儿学、呼吸病、消化病、心血管病、血液病、肾脏病、神经病、精神病、内分泌病、遗传病、代谢病、传染病等。儿外科也形成新生儿外科、骨科、泌尿外科、心血管外科等专业。各专业又互相渗透形成了许多边缘科学，如围产医学就是儿科和产科共同开辟的一个新的医学领域。围产医

学的水平，已成为衡量一个国家医学卫生水平的重要指标之一。

中华医学会第九届全国儿科学会常务委员会通过，全国成立了10个学组。现将儿科各专业的进展作简要叙述。

（一）儿童保健

围产期保健、佝偻病及营养性贫血防治、提高母乳喂养率、婴幼儿强化食品研究等都取得一定成绩。修改国外多种智能筛查方法及发育量表，并进行了标准化。

（二）新生儿疾病

国内很多单位已建立适合我国国情的重危新生儿抢救室。以便对高危儿进行连续监护及有效抢救。降低新生儿死亡率已取得显著成果。

（三）传染及消化系统疾病：乙肝疫苗已应用于临床，但目前多限于阻断母婴传播。小儿感染性腹泻病原的研究，证明除致病性大肠杆菌外，空肠弯曲菌、沙门氏菌等也是重要病原之一，秋季腹泻的病原主要是轮状病毒。现已生产了供诊断轮状病毒用的试剂药盒供应。

（四）呼吸疾病

小儿病毒性肺炎的病原研究证明我国北方主要为腺病毒，有3、7、11、6等型，其次为合胞病毒；南方则以合胞病毒为主，腺病毒少见。国内已有20余处开展了免疫荧光技术，快速诊断病毒性肺炎。少数单位用单克隆抗体检查腺病毒有极高的特异性。小儿呼吸衰竭的治疗，尤其是机械通气治疗取得了一定的经验和体会。小儿支气管哮喘治疗包括中西医结合治疗取得较好的疗效

（五）心血管疾病

能反映当代小儿心血管专业水平的主要是先天性心脏病诊断、治疗与预防工作。70年代以来我国一些大城市已开展了婴幼儿先天性心脏病的诊治工作，包括新生儿时期的根治手术治疗。由于非侵入性检查方法及新技术的应用以及检查仪器的不断发展，使先天性心脏病的诊断发生了巨大的变化，如超声心动图、核素心血管造影、数字减影造影、CT 和核磁共振等。尤其是超声心动图在近年来发展迅速，近年来超声彩色多普勒血流显像的新技术应用对先心病的诊断开辟了新的途径。小儿病毒性心肌炎、心律失常和心力衰竭的研究都取得了一定成果。

（六）肾脏疾病

对小儿泌尿系统疾病发病情况进行了大范围地调查研究，为进一步防治小儿肾脏病提供重要依据。近年来由于免疫学实验室工作的开展，使肾脏病的诊断有较大提高。难治性肾病综合征的治疗、预测肾病的疗效反应和预后转归都取得一定经验。电视监视下肾穿刺、变形红细胞光染法检查对肾脏病病理分型及血尿的诊断，提供了有价值的依据。

（七）血液病

近10年来我国小儿急性白血病完全缓解率、生存期和5年持续缓解率均有很大提高。北京市儿童医院的小儿急性淋巴细胞性白血病5年持续缓解率达50.6%。少数单位已初步开展小儿白血病的骨髓移植治疗。缺铁性贫血的群体防治工作、弥散性血管内凝血、特发性血小板减少性紫癜等研究，都取得一定的成绩。

（八）神经系统疾病

小儿癫痫、智力低下、脑性瘫痪和神经系统遗传代谢病等研究都取得很大的成果。

癫痫机理、病因及癫痫药物动力学研究提高了癫痫完全控制率。制定了小儿癫痫分型、治疗方案以及高热惊厥的诊断标准。

（九）内分泌疾病，遗传性、代谢性疾病

小儿糖尿病的治疗及先天性甲状腺功能低下症的筛选检查等都取得一定成绩。近年来我国在染色体疾病的研究做了大量工作，积累了不少经验和资料。对群体遗传病已进行了一些调查。不少单位开展了遗传咨询和羊水染色体检查。近年来全国大协作筛选检查了苯丙酮尿症的发病率。

近年来免疫学、核医学、分子生物学、电子医学、生物工程学、生物遗传工程技术和电子计算机技术在儿科学领域的广泛应用，必将促使我国儿科保健事业迅速发展。

二、组织形式及学科划分

儿科组织形式及管理要符合下述要求。

（一）儿科工作的对象和特点

儿科的服务对象，从胎儿起直到青春期儿童，整个阶段都处在不断生长发育过程，故不论在解剖、生理生化、病理、营养代谢、免疫等方面或在诊断、预后、治疗和预防等方面均与成人有许多不同。

不同年龄阶段的小儿各有不同特点。为了保健和疾病防治的需要，一般将小儿时期划分为以下各期。

胎儿期：从妊娠至出生为止。

新生儿期：自出生后结扎脐带时起至生后 28 天。

从孕期满 28 周（有人提早到满 20 周）到生后 1 周（亦有人推迟到生后 4 周），通常称为围生期（或称围产期）。

婴儿期：自出生后 28 天至 1 周岁。

幼儿期：自 1 周岁后至 3 周岁。

学（龄）前期：指 3～6 岁（或 7 岁）。

学龄期：一般是指自 6～7 岁至 11～12 岁。

青春期：指女孩从 11～12 岁至 17～18 岁，男孩从 13～14 岁至 18～20 岁。

（二）诊疗组织专科（业）化、中心化

随着现代医学的发展，儿科诊疗组织发展的趋向是专科（业）化和中心化。专科（业）化：有利于医疗技术人员专业定向成长为专门人才，有利于促进医疗技术和医疗质量水平提高。如儿内科出现各种专业分支如新生儿和围产、心血管、血液、神经、呼吸、消化、肾脏、内分泌、遗传代谢、精神、传染等专业。中心化：提高了业务活动效率、设备利用率和经济效益，便于集中管理，促进专业间协作。如小儿重症监护单位（pediatric intensive care unit, PICU）、新生儿重症监护单位（newborn intensive care unit, NICU）等。

儿科为临床科室负责对小儿直接实施诊断治疗及保健工作。如按部门划分则有儿科门诊（包括急诊）、儿科病房（住院）及儿科医技科室等。

1. 儿科门诊：在综合性医院的儿科门诊，应遵循加强消毒和传染病预防隔离，控制交叉感染，有利于重病患儿抢救。儿科门诊的设置、设备、室内温度和器械规格应适于小儿特点。

⑴ 预诊室（甄别检查室）：预诊室应设于儿科门诊的入口处，应有两条分开的通道，分别通向挂号室（或候诊室）和传染病诊察室（或隔离室）。就诊小儿均须在此处作甄别检查，如发现有传染病（或疑诊者），应立即送往隔离室。预诊室应保持适宜温度，通气良好，有消毒措施，如有紫外线灯管。

⑵ 候诊室：应由老护士管理候诊，负责分诊及测量体温、体重和身长工作，负责解答患儿家长有关门诊就诊事项等。护士还要经常巡视，遇有危重病儿应优先安排就诊或转送重症抢救室。

⑶ 普通诊室：普通诊室应互相分开，隔音良好，室内设备如诊察床、阶梯橙等应适宜小儿使用。有条件者应设立各种专业门诊如血液病、肾脏病、心血管病、神经病门诊等。

⑷ 重症抢救室：室内设备应有各种急救器械、药品和监护仪器等。

⑸ 门诊观察室。

⑹ 传染病诊察室（或隔离室）：应根据传染病流行情况按病种设置隔离间，每一诊室为一隔离单位。诊室房间不宜过大，室内应有消毒设备如洗手、污物处理等。隔离间应分别设有出口。传染病诊察室应设有独自处置室、观察室、取药和检验室等。

⑺ 保健诊室：小儿保健诊室的工作任务是根据小儿生长发育的特点，进行预防保健指导，增强体质，促使儿童正常发育，健康成长。具体工作内容包括护理、营养、教养及体格锻炼的指导，以及传染病的管理和预防接种等。

2. 儿科病房：

⑴ 普通儿科病房：病房房间光线要充足，通气良好，电源、暖气、窗均应装有安全设备。病室之间的墙壁最好是透明玻璃，有利于观察各病室的患儿病情。

应按年龄及系统疾病分配病房或病室，便于管理。

⑵ 新生儿病房：专为收治生后 28 天之内的患病新生儿。室内光线充足、空气新鲜，室温应保持适宜温度。为了避免空气污染，须设有空气调节器。

⑶ 重症监护室（病房）。

三、业务管理特点

儿科业务管理必须结合不同年龄阶段生理、病理特点进行。

1. 病房环境管理：对病室的清洁卫生、整齐、安静等均应有具体要求。病室的温度与湿度的要求根据不同年龄而有所不同：

⑴ 病室温度：

未成熟儿	24—26℃	新生儿	22—24℃
婴幼儿	20—22℃	儿　童	18—20℃

⑵ 病室湿度：

未成熟儿	60—65%	新生儿	60—65%
婴幼儿	55—60%	儿　童	55—60%

2. 合理的生活制度：根据不同年龄、不同疾病和病情的要求安排患儿的睡眠、活动、饮食和遊戏。这一切都由护理人员进行指导和照料。

3. 小儿饮食管理：根据不同年龄和疾病情况，建立小儿饮食管理制度。首先应满足营养需要，其次就是根据患儿诊治疾病的需要，合理调配食物中所含的营养素及烹调来

协助治疗疾病。必须建立配膳室及饮食管理制度。护理人员应按医嘱要求配膳，不得随意更改。各种乳品、代乳品必须有固定专人负责管理和配制，配制时间应固定。

4. 安全管理：病室设备力求简单安全。暖气、电插座、电源、窗均应有安全设备；热水瓶、刀、剪、药品等要放在小儿拿不到的地方。病床要有护栏，工作人员离开小儿床位时必须将床栏拉好。防止意外伤害。

5. 防止交叉感染和建立消毒隔离制度：小儿对感染性疾病有易感性，应严格执行各项管理、消毒隔离工作制度，防止交叉感染。除重危病儿或特殊情况外，不应有家属陪住。不得进入新生儿病室内探视。需喂母乳的小儿，经医务人员许可后按规定时间进入哺乳室喂奶。病房须建立消毒隔离制度，如呼吸道隔离制度、胃肠道隔离制度、严格隔离制度、终期消毒制度、病室空气消毒法（乳酸、紫外线）、污物处理法等。患儿个人清洁卫生完全由护理人员负责进行或指导，包括洗澡、洗脚、洗臀部及会阴、剪指甲等。

6. 设置重症监护单位：小儿疾病大多发病急，病情变化迅速，危重症多。凡危重病儿以及产科转来的高危儿（一般是指产前或产时遭到危害的异常儿）均应转入重症单位（ICU）观察、治疗，以便保证连续不断地监护及有效地进行抢救。ICU 的建立对儿科有特殊重要的意义。

在儿科 ICU 可分为新生儿重症监护单位（NICU）和小儿重症监护单位（PICU），现重点介绍 NICU。

NICU 的组织及人员配备：一般 ICU 中护士与病儿的比例为 2—3:1，医师与病儿的比例为 1:2。应有专业医师（新生儿专家）负责领导，24 小时都应有新生儿专业医师、住院医师在病房。每个病儿都有三班特护，每一班次 3 个病儿至少有 1 个护士。危重病人抢救时，除专业主治医师或主任参加外，并有儿外科、心血管、神经等医师进行必要的会诊或定期观察。

病房的设施：监护病房应有空气调节设备，气体的流量要求每小时使室内空气更换 15—20 次。室内宜保持恒温（24—26℃）。每张病床除管道式氧气及吸引器外，还应设有多个插座以备使用各种监护仪器、呼吸机、暖箱等。

病房的仪器设施：NICU 收治的病儿呼吸系统疾患约占 70—80%，其次为心血管疾患及重症感染症等，因此除一般应配备基础急救器械、检查器械及急救药物等外，必须具备下列仪器：

① 呼吸监护方面：由于 NICU 中呼吸系统疾患占大多数，故呼吸监护更为重要。应配备心肺监护仪、喉镜及气管插管、复苏仪、血气分析仪、经皮测氧及二氧化碳装置、辅助呼吸器、测氧仪、给氧气罩及床旁X线摄片机等。人工通气的方法应包括有持续正压通气（CPAP）、间歇正压通气（IPPV）、呼吸末正压通气（PEEP）及间歇命令通气等。

② 循环监护方面：除心电图及心肺监护仪外，血压的监测可用多普勒血压计或 Dynamap 电子超声血压监测仪。必要时可在血管内插入导管安装上换能器直接监测中心静脉压或动脉压。心脏起搏器、同步心律转复器、除颤器及床旁超声心动仪均为必备仪器。

此外，远红外线抢救台，新生儿蓝光暖箱及头颅B型超声诊断仪亦属重要必需的设备。

李万镇

第四节　神经科管理

一、学科进展的特点

神经科是一门新兴的学科，在本世纪初，神经科的诊治范围主要限于脑血管病、神经系统炎症、肿瘤和变性病。对许多疾病缺乏认识而将它们列入“不治之症”。随着基础医学和临床医学的迅速发展以及各种现代化医疗、诊断仪器的问世，使神经科的业务范围大为开阔，由于各种免疫技术的进展，发现多种神经系统疾病和肌肉疾病与自身免疫有关，如多发性硬化、重症肌无力等，由于肌电图、各种诱发电位及组织病理学检查技术的进展，发现多种内分泌、代谢性疾病可合并神经系统病变如糖尿病、甲状腺机能亢进等。由于生化学、分子生物学和遗传学的进展，发现许多遗传代谢病，其中多数侵犯神经系统，是由各种酶的先天缺陷引起，如溶酶体病、线粒体肌病等，可测出所缺陷的酶，并进行替代疗法。目前这方面的研究工作已进入分子水平，利用各种先进技术可作出缺陷基因的定性，从而对许多遗传性疾病找到根本治疗的方法。由于神经心理学的进展，通过对语言障碍、智能、行为障碍的研究，正在深入探讨大脑各部位的功能特点及其相互联系的规律。

各种现代化医疗、诊断技术如CT扫描及核磁共振成像的问世，对神经系统疾病的定位甚至定性诊断无疑是一次重大的革命。例如对脑血管病、颅内占位病变和脊髓病变的定位和定性有时起到决定性作用，为早期诊断和及时治疗提供了可靠的信息。又如遥测脑电图仪器的应用，对各种癫痫的发作类型和发作规律作出正确诊断，并可通过录相，对癫痫的分类作出准确判断，还可对各种抗痫药物的疗效进行科学的评价。

二、组织形式及学科划分

综合医院中，神经科须有病床、门诊及研究室。

（一）病房的设置

神经科的服务对象中有相当数量的瘫痪病人，包括偏瘫、截瘫、单瘫，不同程度的意识障碍或器质性精神障碍、言语障碍，抽搐发作，以及高颅压等，病人不能自由行动随时可发生意外，因此，病房须设在第一层楼，楼道宜宽敞，病床之脚安装轮子，便于搬运病人。半数以上的病床须有床档以防止病人坠床。每张床应可调节成半卧位或坐位，旁边安有活动餐桌，便于病人在床上就餐。有条件者应具备自动翻身装置。床头应有呼唤信号装置或对讲机便于随时和医护人员联系。每间病室内应有中心吸引-供氧接头。病室宜分普通病室、重病室、抢救室、监护室。普通病室设6—7张床，重病室设2—3张。监护室内宜有空调，设有颅内压、血压、呼吸、心率监护仪及血气分析设备。

神经科床位约占综合医院总床位数的4—6%。每一住院医师负责6—10张床位为宜，设住院总医师一名，负责病房医疗质量及病房管理。主治医师负责15—30张床为宜。另有副主任医师以上1人负责病房的医疗质量。护士人数宜略多于其他病房。如以40张床为例，则需护士14—16名，包括护士长一名。助理护士或护士4—6名，以协助护士喂饭、洗脸、翻身、帮助大、小便等工作。

（二）门诊

神经科检查病人的项目较多且较复杂，医生诊治病人的时间较长，平均每小时以4—5人次为宜。主治医师有指导进修医师及住院医师工作的任务，诊治病人数应略少

于住院医师。主治医师和住院医师的比例为 1:3。

因神经内科门诊服务对象多数为脑血管病、癫痫、头痛、神经痛、神经官能症及继发于其他科疾病的神经系统并发症等。可开设专病门诊，如癫痫门诊、肌病门诊、脑血管病门诊、神经心理学门诊、新药观察门诊等。必要时可开设咨询门诊及心理治疗门诊，还应设有门诊治疗室。

门诊护士以 2--3 人为宜，负责分诊、预约各种检查、巡回和治疗等。

（三）急诊

神经科急诊除其他科的急诊会诊外，多为急性脑血管病，各种不同原因引起的意识障碍、瘫痪、抽风、呼吸肌瘫痪及癔病等，急诊数量仅次于内科，而且有较强的季节性。须有专职急诊医师以及高年资医师负责指导急诊医师工作，包括疑难病的会诊讨论。急诊室除有气管插管、人工呼吸器、高压给氧等抢救设备外，应设神经观察床位。因神经科急诊病人多数不宜当时搬动。

（四）研究室或实验室

神经科的研究室或实验室，可根据条件及需要建立电生理室、神经病理室、神经心理室、神经生化、免疫室、脑血管病实验室、动物实验室等。研究室人员可由临床医师兼任或设专职研究人员，其中最好包括基础医学的研究人员，有利于临床与基础相结合。研究室应有一定数量的技术员，要求具有中专以上水平。

（五）教研室

教学医院中神经科需有独立的教研室，各级教学人员由临床医师兼任，并设教学辅助人员 1 名，兼任教研室秘书。

三、业务管理特点

神经科的病历书写是保证医疗质量的基本环节。神经科病历要求除按教学医院中的一般要求外，应严格按照神经系统基本检查项目进行，不得漏项。尽管有了现代化仪器的辅助检查如头颅 CT 及核磁共振成象等，但仍须依靠基本的神经系统检查，结合临床表现，才能作出正确诊断。包括定位诊断及定性诊断的分析及拟定诊疗计划，必要时画出定位诊断的解剖图。由住院总医师及主治医师定期进行病历质量检查。

神经科除贯彻主任、主治医、住院医三级查房制以外，主治医师查房，要求训练住院医师对定位诊断和定性诊断的分析规律，掌握传统的神经系统疾病的诊断思路，这是保证年轻医师理论联系实际的思维方法。有医学生参加时，更应按教学查房的水平进行。主任查房应侧重解决疑难病的诊断和处置，并介绍国内外新动态。

神经科的护理工作质量常常是关系到疗效成败的关键。例如急性脑血管病已进入恢复期，如不能帮助病人及时翻身、拍背，必然发生褥疮和肺部感染，最后难免死于合并症。又如对高颅压的病人，其病情变化迅速，如不能及时发现神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸的变化，必然会丧失抢救时机而导致病人死亡，因此要求每班护士均有自己的岗位责任制。对瘫痪病人坚持每 2 小时翻身、拍背一次，帮助排痰。对呼吸道梗阻或呼吸麻痹而作气管切开的病人，护理时应严格无菌操作，严防交叉感染。对重危病人应随时观察神志、瞳孔及生命体征的变化，及时将病情变化向医师报告。护士长应对各班护士工作进行检查，严格差错，事故登记，奖惩分别。

陈清棠

第五节　精神科管理

精神科是一门古老的医学，也是一门年轻的医学；他既是自然科学，又与社会科学密切相关；它与其它临床各科有比较明显的不同，因此，其管理具有特殊性。国外近年来建立了管理精神病学(administrative psychiatry)，是一门专门研究精神病医院行政管理的学科，是社会精神病学的一个分支。

一、学科进展的特点

精神科历史渊源流长，早在公元前5世纪，古希腊希波克拉底就提出了躁狂、忧郁、癔病等精神病名称。公元10世纪在阿拉伯国家就有精神病院的雏形，但治疗方法则厥如，唯有用捆绑、关押、火烧及放血的办法对待。直到一百多年前，法国比奈医生（Pinel，1745—1826年）提出以人道主义来管理精神病人后，精神病患者才从锁链中解放出来，但也只有采取收容和隔离的办法消极对待。自本世纪50年代精神药物问世后，才有了比较好的治疗办法。于此同时，国外提出尊重精神病人以及精神病房从闭锁管理转为开放管理后，精神科管理工作才有了个飞跃。

近年来医学模式从单纯生物医学模式向生物、心理、社会模式转变；加之科学技术突飞猛进，精神卫生工作也面临了新的挑战，现在已把“精神病学”改名为“精神医学”，扩大了精神科的内涵，精神科的管理工作，也随之任重而道远了。

我国精神病学也有悠久的历史。《灵枢》中有癫狂专篇记载，《素问》中提出了用生铁落、针刺等治病。但由于受到医巫不分的影响及社会上对精神病人的歧视与偏见，对精神病的诊治和研究进展缓慢。至鸦片战争前后，西方医学传入中国。1898年在广州有了中国历史上第一个精神病院。以后北京、沈阳、苏州、上海等地相继成立了精神病院。但对医院管理很不重视。解放后才提出病房开放管理，重视防治工作。刑法上还订立有关法律条文，保护精神病人权益。全国各地都成立了精神病防治院。精神科的管理工作正在不断完善。

二、学科划分及组织形式

精神科是医学科学的一个分支。与其他各临床科室的不同点，主要在于精神病的病因很大程度上与精神因素有关，其临床表现主要为大脑功能紊乱，精神活动异常；其防治方面，除了药物等治疗外，还非常需要心理治疗，因而除医护人员外，还需社会各方面的配合协助。精神科医护人员除需懂得精神科专业与心理学学识外，还要有各种医学知识及比较广博的社会科学、自然科学常识，才能处理各种复杂的精神病医疗问题。由于精神病患者缺乏自知力，否认有病，常拒绝就医；病人有幻觉妄想者可兴奋躁动，毁物杀人，及自伤伤人等；在生活上需特殊照顾，医疗工作需家庭社会各方面的配合支持；有的则涉及升学、就业、婚姻及法律等问题。凡此种种，均迥异于其他临床科，因此，精神科的设备与管理与其他各科亦有所不同，必须独立设科或设立专科性医疗机构精神病防治院。

精神科与其他各科又有千丝万缕的渗透关系。

精神病病人除可同时患有其他内、外各科疾病外，精神疾病常与其他各科疾病互为因果，如慢性精神病病人，倘长期囿于斗室，缺乏营养，不讲卫生，常易发生结核病、皮肤病、神经炎等；而有些疾病，如癌症、伤残、聋哑及各种慢性病患者，可出现许多

心理障碍或精神症状。也有在计划生育、外科手术、正常怀孕分娩等情况下可产生各种精神障碍。

许多精神疾病与躯体疾患有关。如因内分泌、内脏器官、代谢障碍等疾病而发生的精神病，称为器质性精神病。例如肝脑病者，可出现迟钝或兴奋等症状，有些慢性肝脑病变者因人格改变或智能障碍，也可送到精神病院治疗。又如妇女在产褥期间，由于内分泌或感染等原因，可出现精神分裂症或情感性精神病之症状，而送至精神病院住院。在精神病院女性住院病例中产后精神病例占 2—8%。

精神与神经科之间的关系尤为密切。如癫痫，上述两科均可治疗。至于由脑部病变所出现之精神障碍，称为脑器质性精神病，如脑肿瘤约有 70%的病人可出现精神症状，急性者呈意识障碍，慢性者有遗忘综合征。有些脑瘤病例早期没有神经系体征，仅有精神症状，而被误诊为精神分裂症、癔症等而送到精神病院，这就需要精神科与神经科会诊，以明确诊断。所以精神科管理人员，不但要了解精神科的独特性，更要了解与其他各科相互渗透的关系，以免处理业务管理工作时犯片面性。

精神科的组织形式有两种。一种是设置独立的精神病专科医院，这在国内现行体制中较为普遍；另一种是于综合性医院内设置独立的精神科。近年来国内外一些学者认为后者较前者为佳，因精神科与其他临床科关系密切互有渗透，设置于综合性医院内在诊断治疗等方面对病人更为有利。在医院管理方面也可节约人力物力与经费开支。

对精神病专科医院，国外主张根据精神卫生及适合病人心理，已趋向小型化、家庭化、社会化。医生护士不穿白制服，而改在胸前佩以小花来识别；病人也不穿统一的病人服装；病室布置一若家庭；室内外鲜花绿草，美观舒适，除个别病人外，采取完全开放管理，假日可请假回家，使病人置身其间，似乎不在医院，更没有一般精神病院的严肃紧张气氛。工作人员与病人一起在餐室就餐，生活融洽，有助于建立工休感情。种种设施与措施，不仅方便病人，使家属放心，更有利于精神科的治疗特点。国内有些带康复性的精神病疗养机构已在试行开放式管理，效果良好。

为适合精神科的治疗特点，精神病专科医院的名称以不用“精神病”字样为宜，避免引起病人的反感，对治疗不利。

过去认为为便于管理，避免影响城市安宁等理由，主张将精神病专科医院设置于郊外地区。实践证明，这既不利于病人就诊，家属探望，而且更使病人与社会隔绝，产生孤独心理，不利于恢复。

精神病院范围不宜过大，省、市级专科医院病床宜设在 500 床位以下，区、县级医院病床不宜超过 100 床位（不包括慢性疗养病床）。设于综合性医院的精神科的床位更不宜过多。医院宜有较宽大的活动场所，以有利病员游息。院内外环境应绿化，保持整洁，是为管理工作的重点之一。

人员比例：适当的工作人员人数有利于医院内惯性运行与调度运行，其中医护人员更不宜过少。一般治疗性床位，以 1:1—1:0.8 为宜；慢性疗养为主者，则 1:0.5 左右。注意避免机构重叠，职责不清。行政领导人员要深入第一线，培训各类各级专业人员，提高医务人员业务水平，及时加强与充实第一线的力量，体现医院以医疗为中心，一切为病人服务的管理思想。

精神病专科医院的组织机构，除与综合性医院相类同者外，重点介绍适应精神科特

点的有关精神科专科医院的科室设置。至于综合性医院内的精神科，可根据具体情况参照精神病专科医院来设置。

（一）防治科

精神病院的防治科是一个非常重要的科室，受院长及市、区精神病防治领导小组双重领导。市级精神病院的防治科，除负责本院防治工作外，还有指导区、县精神病院防治科及基层防治机构业务的任务。主要工作有：

1. 调查统计所属地区、单位精神病发病情况，提出防治措施。

2. 贯彻预防为主方针，做好精神卫生宣传工作。

3. 做好精神疾病的三级预防宣教工作，即预防精神疾病发生；早期发现、早期治疗争取良好疗效；预防复发及做好已患病者的康复安排，减少疾病导致之精神衰退和能力丧失。

4. 协助组织精神科的各类工疗站、日托站、康复站、监护车间、重返社会学习班及病人自助协会等，以充分调动病人及恢复期病人的积极性，有利于社会安定。

（二）社会服务部

精神科很多涉及社会心理问题，社会服务部应结合医疗围绕病人需要，做好各种社会工作，如调查、核实、了解病史材料，为病人与家庭、单位、社团间矛盾排忧解难等。

（三）心理咨询部

国外在本世纪初已有各种心理咨询工作。国内近年来随着精神卫生工作的深入与发展，各地均已开展心理咨询工作，但发展很不平衡。心理咨询内容主要对各种心理问题、心理障碍的咨询；精神病病人康复咨询及指导心理治疗等。心理咨询对象，有青少年、学生、妇女、老年。专科心理咨询，如犯罪、学习、升学、就业、性问题等。方式有通信、门诊、专栏及现场指导等。

（四）心理治疗部

又名精神治疗部。这里不仅为精神病病人提供各种心理治疗，也为他们重返社会作好准备。工作内容主要有工疗、娱疗、行为治疗、音乐艺术治疗、生物反馈治疗、系统脱敏、代币奖惩、气功太极拳、职业培训等等，我国的心理治疗比国外的心理治疗范围广、内容新。

（五）特种病房

根据常规运行与惯性运行相结合的精神，可设中医、中西医结合、肝炎、结核、老年、儿童、神经症、心身疾病、精神外科等病房与门诊。门诊部可设观察病房。

（六）司法鉴定部

随着法治逐渐完善，各种民、刑事案件中涉及精神病人的责任能力等问题愈来愈多，所以精神病院应设精神司法鉴定机构专门负责解决上述问题。

（七）病史资料部

精神科的病史资料常涉及病人隐私，有高度保密性。因此，除上级司法机关备正式公文来借阅外，绝对不许外传，即使为科研需要调用，亦要按借用制度办理，所以要设专门保管病史的机构，并制定有关借阅制度。

（八）各种科研科室

根据具体条件与需要，为提高与发展精神卫生医学，可设必要的与临床医疗相结合

的科研科室。但需强调科研必须结合临床需要，为临床服务。

三、业务管理要点

精神科的业务管理特点，必须强调科学性、人道主义与法制观念。

（一）抓好医德教育

由于精神病病人多为神志不清、抗拒医疗、生活需要别人照顾的病人。冲动伤人及自杀问题在精神病病人中比较突出，因此精神科的护理工作特别重要。工作人员中如有污蔑、辱骂、殴打、变相体罚病人或猥亵奸污女病人者，均属犯罪行为。医院领导必须经常深入第一线注意防范，并及时结合具体事例，展开全心全意为病人、待病人如亲人的医德教育与法制宣传教育。此外，精神科工作人员不安心本职工作又较别科多见，领导人应以身作则，与他们开展谈心活动，并尽量协助解决他们的实际困难。实践证明，医院领导人与第一线工作者的经常接触，搞好团结，对他们的负性情绪能起积极调整作用。

（二）医院建筑设施

要适合精神病人的心理特点，建筑的外观要庄严大方，内环境要宽广安静，陈设要简单坚固，这是基本要求。病房可分大病房、小病房。大病房中每4个病床围以矮木板，病人感到有“自我小天地”的安全心理。护士办公桌宜放在病房中间；办公室则贴邻病室，位置稍高，隔以不碎玻璃，以便随时居高临下，观察病房且一目了然。小病房专为重点隔离病人之用，除病床外别无陈设，门口开一小洞，可随时观察室内动静，以免发生消极意外。

白天，病人不宜卧床，除病情需要外，鼓励去活动室或户外活动。活动室宜宽畅，设有画报、收音机、电视机、乒乓球台及打牌用方桌等。同时活动室亦可作为餐室应用。

病人不宜在病室内会客，宜另设舒适的会客室以接待家属。

病室的门如有条件，白天可开放；但办公室等宜随手关门。整个精神病院病房，应有统一门锁。每个工作人员有钥匙，但务必妥为保管。窗可用垂直式，中间有直轴，可左右旋转，使窗之空隙减小，头不能钻出去，并使病人无“铁窗”之感。

病室墙壁可用淡黄色或淡绿色油漆，色调宜使病人感到安宁舒适，亦便于洗涤。如有条件，可设粉红色热色色调的病房，以收住抑郁症的病人；而兴奋躁狂的病人宜住冷色色调墙壁的病房。室内可配以塑料花或鲜花。各病房陈设不同，避免单调划一。

（三）安全措施

病房中绝对不许携入刀、剪、绳等可供病人自伤之器物。病房厕所、门角，是最易发生病人上吊、自尽的场所，故厕所门不可关锁。如因需要而将病人约束保护时，应严格执行保护制度。每一被保护的病人只能独住在一个独单病房内，除有寸步不离的护理人员在旁外，一个单独病房内，决不允许有二个被保护病人同在，以免发生意外。病人和工作人员均不宜穿硬底皮鞋。工作人员的手指甲必须剪短，以免无意中损伤病人。如有条件，病房宜设闭路电视及警报电讯系统。总之，整个医院设施需强调安全第一，但决不能形成关押复旧。

（四）其他业务管理中注意事项

除因特殊情况，如伤害别人、严重自伤者，可按手续强迫其住入精神病院外，一般病人住院需得其家属及单位同意，以免引起不必要的纠纷。

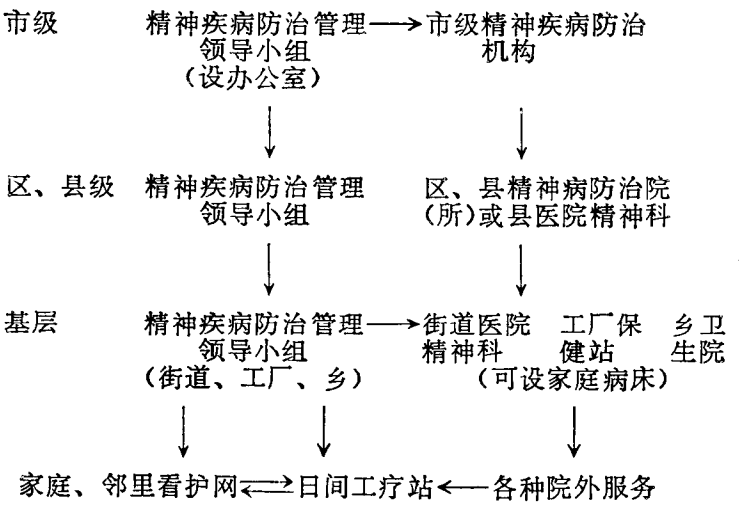
精神科工作人员的服装与举止，必须庄重和蔼，年轻医护人员在异性病人面前尤要注意自重。

工作人员的私人情况、家庭住址，不得在病人面前谈论，以保护工作人员的安全，使医疗工作顺利进行。

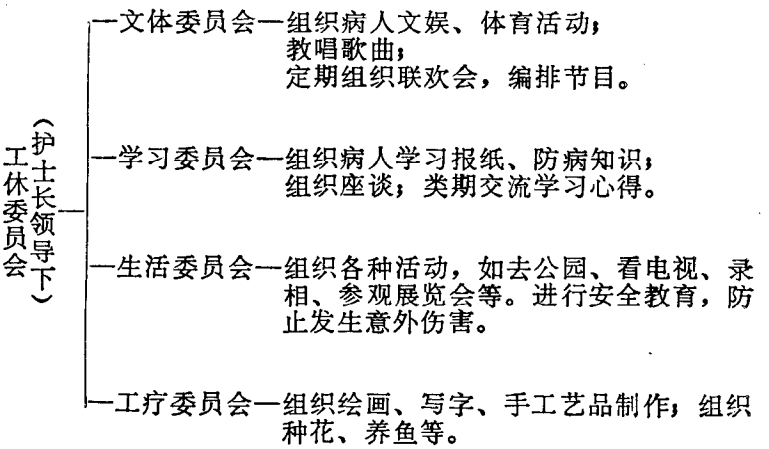
对病人的病史材料严禁作为谈笑资料，应注意保密；发病期间病态言行，不得宣泄嘲笑。必须尊重精神病患者的人格尊严。

苏　复

附一　我国精神病防治管理体系



附二　精神病防治科病人的组织形式



第六节　传染病科管理

一、学科进展的特点

随着现代科学的飞速发展，一些新的特异性强、敏感性高的检测方法的应用以及使用一些新的防治方法，均大大促进传染病诊断及防治工作的进展。

（一）国内一些常见传染病的进展

1. 病毒性肝炎有：①甲型肝炎：可用免疫电镜、酶联免疫法（EIA）或放射免疫法（RIA）检测急性期病人大便中的 HAV 或 HAV 抗原。用 HAV 的 cDNA 作为探针，以分子杂交法检测病人大便中的 HAV-RNA。用胎盘球蛋白和丙种球蛋白均有较好的预防效果。疫苗正在研制中。②乙型肝炎（简称乙肝）：以分子杂交法检测血中及组织内的 HBV-DNA。是一种灵敏性和特异性很高检测方法。预防乙肝国内已应用血源性 HBsAg 疫苗，预防效果很好。近年来已研制成基因疫苗，免疫效果和血源性疫苗相似。应用乙肝高价免疫球蛋白（HBIg）和乙肝疫苗联合预防母婴传播，效果最好。其次为单用乙肝疫苗。③非甲非乙型（NANB）肝炎：可分胃肠道传播及非胃肠道传播二类。胃肠道传播 NANB 肝炎类似甲型肝炎，经粪口传播，可呈水源性暴发流行。一般不转为慢性。而非胃肠道传播 NANB 肝炎则类似乙肝，经血液及生活上密切接触传播。易转为慢性。④J 型肝炎（δ 肝炎）：都发生在 HBV 感染的病人。在国内呈地方性流行，四川等地 δ 肝炎病毒的感染率较高。

2. 感染性腹泻：对红霉素、庆大霉素等治疗有效。病毒性胃肠炎常见由轮状病毒引起，是婴幼儿秋冬季腹泻的主要病原。

3. 流行性出血热：为流行性出血热病毒引起，为 RNA 病毒。传染源主要为野鼠及家鼠。传播途径是通过麻鼠尿、粪、唾液等排出病毒，经吸入（气溶胶）、污染饮食、皮肤粘膜损伤及虫媒途径感染健康人。诊断可用间接免疫荧光法检测特异性 IgM 抗体。亦可检测特异性 IgG 抗体。

（二）一些新传染病的发现

近 10 多年来不断发现一些新的传染病，如艾滋病、军团病等。艾滋病（AIDS，全名获得性免疫缺陷综合征）根据 WHO 报告，世界上已有 138 个国家发现本病。主要流行于美国、西欧、非洲、海地及日本等地区、国家，我国已有个别发病的报告，发病者为来自欧美国家的外籍华人和西方旅游者，以及因使用进口第Ⅷ凝血因子而感染的本国人。本病的病原已确定为人免疫缺陷病毒（human immnue deficiency virus，HIV）。主要侵犯人的辅助性 T（Tn）细胞，而使细胞免疫功能发生缺陷。临床主要表现为各种严重机会性感染如卡氏肺囊虫性肺炎、EB 病毒和巨细胞病毒感染、真菌和弓形体感染等，并可发生肿瘤如 Kaposi 肉瘤等，常因感染不能控制及全身衰竭而死亡。本病通过性行为、注射及输入污染血制品等途径而受染，亦可由母婴传播，尤其是同性恋和药瘾者更易发病。诊断根据典型临床表现，血中淋巴细胞和 T_n 细胞减少，T_n/T_s（抑制性T细胞）≤ 1 及 HIV 抗体阳性。目前尚无特效治疗，发病后病死率很高。预防可用检测 HIV 抗体，发现受染者进行隔离及监护、杜绝不正当的性行为、血制品严格检查及管理等。

（三）传染病诊断技术的进展

传染病的诊断方法和技术向着早期、快速、特异性及敏感性高的诊断方向发展。对于快速病原体检查，除一般涂片染色检查外，开展了特异性、敏感性很高的免疫电镜法及直接免疫荧光法。此外还开展一些新的、敏感性极高的免疫学检测法，如酶联免疫吸附法（ELISA）和放射免疫法（RIA），检测特异性抗原和抗体。由于抗原在疾病早期即可出现，故检测特异性抗原是早期诊断的方法，此外，检测特异性 IgM 抗体如乙脑特异性 IgM 抗体、抗-HAV IgM 抗体、抗-HBcIgM 抗体等，常用作早期及现症病人的诊断方法。近年来，由于单克隆抗体技术的发现和应用，使免疫学检测方法的特异性和敏感性大大提高。应用分子杂交技术检测病毒的特异性 DNA 是目前最敏感的一种检测方法。

（四）传染病的一些新的防治方法

近年来，一些新的高效、速效、广谱及低毒的抗生素不断研制成功，如半合成的青霉素类及头孢菌素类抗生素的出现和应用，使细菌性疾病得到有效的控制。一些新的抗病毒药的合成，对一些病毒病取得较好的疗效。如阿糖胞苷、无环鸟苷等对疱疹病毒感染效果较好。干扰素有广谱抗病毒效果。一些新的高效、广谱抗寄生虫病起了重要的作用。如吡喹酮对吸虫（血吸虫、华支睾吸虫、肺吸虫等）及绦虫、囊虫病等均有很好的疗效。丙硫苯咪唑（albendazole）也是一种很好的广谱抗寄生虫药，对肠道蠕虫病如蛔虫、钩虫、鞭虫、蛲虫等及绦虫、囊虫、旋毛虫及华支睾吸虫等均有良好的效果。接种疫苗是预防传染病的重要、有效措施。近年来由于分子生物学的迅速发展，一些基因工程疫苗和合成多肽疫苗已经研制成功并开始应用，此类疫苗安全，且能大量生产供应。广泛应用以后，为控制病毒性传染病的发生和流行，将起到巨大作用。

二、传染病科的组织设置及形式

传染病科在综合医院中是院长领导下的一个临床诊疗科室。由主任统一领导，并向院长负责。设副主任若干人，协助科主任分管科内一个或数个方面的工作如医疗、教学、科研、干部培养等。传染病科一般设立传染病门诊及传染病房。有条件单位可成立传染病实验室或研究室，从事有关传染病的实验室检测及实验室研究。

（一）分诊室

在医院门诊入口处，单独设立分诊室，对内、儿科（至少是儿科）病人进行简单的问诊和检查，检出传染病人，让其至传染病门诊诊治，以免造成普通门诊病人的交叉感染。

（二）传染病门诊

根据不同季节、地区及传染病流行情况分设不同传染病诊室。可按常见传染病设立诊室，如病毒性肝炎诊室、肠道传染病诊室、麻疹诊室、猩红热诊室等。其它少见传染病可不单设诊室，有一共用诊室，用后可经消毒处理后再用。

此外，尚可开设传染病咨询门诊，解答及指导病人及其亲友提出的有关传染病发病及防治等问题。

传染病门诊应单设挂号、病案、收费处、药房、化验室及治疗室等，并应建立相应的工作制度和消毒隔离制度。

（三）传染病房

综合医院特别是县级以上的综合医院，应争取设置传染病房，以便减少医院内交叉

感染及防止传染病传播至院外。

传染病房床位的设置应依据医院的规模（包括床位数）、任务及当地传染病流行情况。一般占医院病床总数的5—10%。传染病房应单建于离普通病房较远的场所（40—50m以外），一般每一病室设病床2—3张。应按不同病种分病室，同一病种收容在同一病室。不同传染病应按不同方法消毒隔离。病房中应设有一定数量能严密隔离和呼吸道隔离的病室。

传染病房应严格区分清洁区（指值班室、更衣室、配膳室、库房等）、半污染区(指医护办公室、治疗室、消毒室、走廊等）及污染区（指病室、病人厕所及浴室、污物处置室等），应订立相应的消毒隔离及工作制度。

三、传染病科业务管理的特点

传染病科的管理特点主要是严格执行消毒隔离和传染病报告制度。

（一）严格执行传染病报告制度

这对防疫机构正确估计、预测疫情、及时采取预防措施和对疫源地进行消毒等都有很重要的意义。对拟诊传染病报告，应在明确诊断后，作订正报告。如发现漏报，应及时补报。

（二）隔离

隔离对确诊或拟诊传染病人必须隔置于特定场所，使其和其它病人及健康人分开，防止传染病的传播。

1. 严密隔离：用于甲类传染病：鼠疫、霍乱、天花和一些传染性强烈的传染病如炭疽等。隔离的方法：

⑴ 病人应单住一室（同一病种可同住一室），门窗不得随意打开。病人不得擅离病室。

⑵ 工作人员进入病室应穿戴好隔离衣、帽子、口罩及隔离鞋。离开病室时，应脱去隔离衣、帽子、口罩及洗手，并在洒有消毒液的擦鞋垫上擦拭鞋底，并随手关门。

⑶ 病人的分泌物、排泄物及用品必须进行严格消毒后才能拿出室外。

⑷ 工作人员手指皮肤有破损时，应戴手套或暂停护理此类病人。

⑸ 病室每天用紫外线进行空气消毒1—2次，或用0.5—1%过氧乙酸或0.2%漂白粉澄清液喷雾消毒。

⑹ 如有条件，病室内应设厕所及浴室，以免病人外出。

⑺ 病人出院或死亡后，病室及室内物品必须进行终末消毒。

2. 呼吸道隔离：用于呼吸道传染病：如白喉、百日咳、流行性感冒、流行性脑脊髓膜炎、流行性腮腺炎等。

⑴ 同一病种病人同住一室，病人不得擅离病室。

⑵ 工作人员进入病室必须穿戴帽子、口罩及隔离衣。

⑶ 病人的食具、痰杯及呼吸道分泌物，必须进行消毒。

⑷ 病室每天用紫外线空气消毒1—2次，或用0.5—1%过氧乙酸或0.2%漂白粉澄清液喷雾消毒，消毒后应进行通风。

⑸ 如有条件，病室内应设厕所及浴室，以免病人外出。

3. 消化道隔离：用于消化道传染病：如伤寒及副伤寒、细菌性痢疾、病毒性肝炎、

脊髓灰质炎等。

(1) 最好能同一病种收住同一病室。

(2) 工作人员密切接触病人时，应穿隔离衣、带帽子及口罩。进入病室时应穿隔离鞋。

(3) 病人的用品、食具、便器、排泄物、呕吐物均须消毒。

(4) 病室应有防蝇及灭蝇设施。

4. 接触隔离：用于破伤风等。

(1) 按消化道隔离方法。

(2) 工作人员手有皮肤破损时，应暂停接触此类病人。

(3) 病人用过的敷料、棉球等均应焚毁。污染的用品应予消毒。

5. 虫媒隔离：用于虫媒传染病：如流行性乙型脑炎、疟疾、丝虫病、斑疹伤寒、回归热、黑热病等。应防蚊、灭蚊、灭虱、灭蚤及消灭白蛉等。

除建立上述隔离制度和方法外，全体工作人员应牢固树立消毒隔离观念，自觉遵守消毒隔离制度，熟练掌握消毒隔离知识、方法和技术。非传染病房的工作人员进入传染病房应遵守消毒隔离制度。病人入院后，应由护士详细介绍病房消毒隔离制度，在指定范围内活动，不能随意串病房或至不该停留的地区。病房的污物、污水及粪便必须进行严格消毒后才能向外排放。病人病愈出院时，须进行卫生处理、淋浴、更衣。入院时的衣服及住院时的用物必须经过消毒后始能带出院外。病人家属原则上不能陪住。探视病人应遵守探视制度。

（三）消毒

1. 目的和意义：消毒是清除或杀灭人体表面及其周围环境中的病原体，防止疾病的传播。消毒是预防传染病的重要措施，通过切断病原体的传播途径，控制传染病的发生和流行。

2. 消毒的种类

(1) 疫源地消毒：是对传染源存在的场所及其排泄物、分泌物和受病原体污染的物品进行消毒。又因其消毒的方式不同分为：

① 随时消毒：指有传染源存在时的消毒措施。如对传染源的分泌物、排泄物、污染的物品及病室进行随时消毒。

② 终末消毒：是指病人病愈出院或死亡后，对疫源地进行最终彻底消毒。病室可用过氧乙酸 3g/m^3，密闭薰蒸 90 分钟，开窗通风半小时，或用甲醛 10—20ml/m^3 及高锰酸钾 5～10g/m^3 混合，密闭薰蒸 12 小时后，开窗通风。

(2) 预防性消毒：是指可能有病原体存在时所作的消毒措施，预防传染病的发生。如食具消毒、饮用水加氯消毒、饮水煮沸、牛奶加热消毒、住室通风或消毒等。

3. 消毒的方法：应根据病原体的抵抗力、消毒对象不同等因素，选择高效、速效、低毒、简便、价廉的消毒方法。常用的消毒方法有：

(1) 物理消毒法：有机械方法（如洗刷、通风戴口罩等）、日晒、紫外线、煮沸、流动蒸气、高压蒸气、干热、红外线及微波等消毒法。

(2) 化学消毒法：是应用化学消毒剂使病原体的蛋白质发生凝固而死亡。常用的化学消毒剂有漂白粉、煤酚皂液（来苏液）、甲醛（福尔马林）、过氧乙酸、乙醇(酒精)、新洁尔灭等。

斯崇文

第七节　皮肤科管理

皮肤病学是研究和防治发生在皮肤上疾病的一门学科。皮肤病学与临床各科尤其是内科系统有密切的关系。在一个综合性医院中，皮肤科是必不可少的，它的门诊量可为全院门诊量的8—10%。

一、学科进展的特点

（一）皮肤病学的发展

其发展与基础研究的进展息息相关，由于皮肤位于全身体表，便于观察，因此在皮肤科学发展的早期，十分注重形态学的描述，许多疾病的命名也是基于形态学的改变。现在，皮肤科工作者已不满足于对形态的观察。近30年来免疫学的迅速进展使免疫皮肤病学成为皮肤病学的一个重要分支，并在阐明变态反应性皮肤病和自身免疫性疾病的发病机制上取得了突破。电子显微镜及细胞培养等技术的出现亦使皮肤病理学深入到对超微结构的观察及细胞生物学的研究。此外，生物化学、遗传学及分子生物学等的进展也对皮肤病学的发展起很大的推动作用。

（二）皮肤病病种繁多，但治疗手段贫乏

许多皮肤病的诊断虽一目了然，但治疗却没有办法。目前这种情况正在改变，这首先与对病因、病机的逐渐阐明有关。如50年代前系统性红斑狼疮、天疱疹、类天疱疹的死亡率很高。随着皮质类固醇及免疫抑制剂的应用、血浆交换疗法等的出现，这些病已由不治之症成为可治之症了；其次是皮肤科不断吸收近代科学的新成就，开展了新疗法，如60年代问世的激光技术以及液氮冷冻、黑光治疗目前已在皮肤科得到了广泛的应用。

（三）皮肤病学的发展与社会进步、人民生活水平密切相关

解放后，采取了有效的措施，控制了性病和麻风病的流行。到了60年代，性病已很少见了。随着人民生活水平的提高，各种营养不良性皮肤病几乎绝迹，某些感染性皮肤病如皮肤结核、头癣等的发病率大大下降。目前，群众对皮肤保健和美容的更高要求，增加了对脱发、色素斑、白癜风等皮肤病治疗的重要性，促进了皮肤美容技术、皮肤整形外科及化妆品的发展。80年代后性病又有增多的趋势，正是目前防治工作的重点。

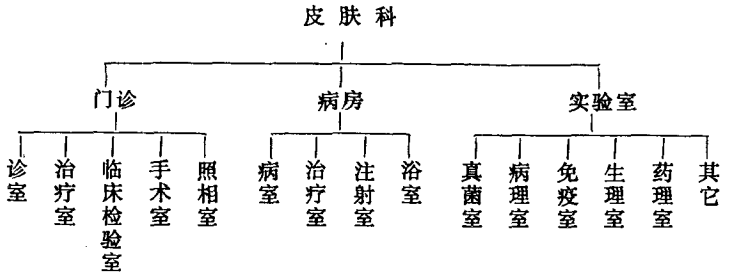
（四）中西医结合有力地推动了我国皮肤病学的发展

已探索出许多治疗皮肤病的有效方法。

二、组织形式及学科划分

（一）组织形式

一个大型综合医院的皮肤科一般包括门诊、病房及实验室，如下图所示。



（二）学科划分

随着科学研究的进展，在大型综合医院中，皮肤科正在向专业化方向发展。

1. 专业门诊：根据科室的技术力量、研究课题等设立专业门诊，如银屑病门诊、肢原病（包括红斑狼疮、皮肌炎、硬皮病等）门诊、皮科中医、大疱病门诊、色素病门诊、皮肤肿瘤门诊及性病门诊等。专业门诊的建立也将有助于长期慢性疾病患者的系统治疗。

2. 小儿皮肤科：小儿皮肤病十分常见，夏季可占皮肤科门诊量的20—30%。小儿易哭闹、易感染传染性皮肤病。因此有条件的应单设小儿皮肤病诊室。

3. 皮肤外科：包括手术、冷冻、激光、电灼、电凝、皮肤磨削术等。有些面部整容手术及毛发移植等也在皮肤科进行。

4. 麻风：对麻风病的防治主要由各级皮肤病防治所（院）担负。综合医院应能发现散发及流窜的病例，转送至专门医院治疗。

5. 性病：近年来淋病及梅毒等性病在我国某些地区又有新发病例出现，为此卫生部于1986年7月在京成立了卫生部性病防治研究咨询委员会，并成立“全国性病防治中心”，在全国先建立10个性病监测防治点。为此我科亦在1986年建立性病专业门诊，专人负责对性病的确立诊断、登记管理、治疗及追踪观察等工作，并对患者作有关性病的宣教。

三、业务管理特点

皮肤易受到外界因素的刺激，又经常反映出机体内部的疾病状态。对皮肤病人诊断及处理的特殊性决定了业务管理的特点。

（一）门诊

是科室的第一线，也是重点。

1. 诊室：为便于对病人暴露的患处进行肉眼观察，诊室应宽畅、采光好、有适宜的室温。诊桌上应备有放大镜、玻璃压诊器、压舌板及刻度尺等供检查时用。应该有供检查性病及麻风患者的小诊室。有条件最好设小儿诊室。

2. 治疗室：许多皮肤病的治疗是以外用药为主，有的经过简单处理就可治愈。皮肤科的治疗范围很广，治疗手段也很多。包括：

各种注射、肌肉、静脉、皮下、皮内注射及皮损内部注射等。

换药：大多为有菌创面的换药，如有明显糜烂渗出创面或小腿静脉曲张性溃疡的换药。

手术：取皮肤组织作病理学检查(常用环钻法和刀切法)、体表肿物切除、磨削术等。

小治疗：如传染性软疣的挤疣，寻常疣的刮除，酒渣鼻的切割疗法等。

特殊治疗：电凝、电灼、电解、冷冻、激光、新针治疗等。

理疗：黑光照射、紫外线（中波）照射、音频治疗、磁疗及药洗等。

浅部放射线治疗及放射性同位素^{32}磷、^{90}锶治疗。

治疗室规模应根据开展项目、设备条件而定。其中有的治疗可归理疗科或放射科。

3. 临床检验室：皮肤科某些检查是检验科不能胜任，而又为诊断所必须。可包括：

真菌检查：各种浅部真菌如头癣、手足癣、等，深部真菌如孢子丝菌病等的镜检及培养。

细菌检查：如淋球菌、麻风杆菌等的检查。

螺旋体检查：如暗视野显微镜检查梅毒螺旋体。

细胞学涂片检查：如肿瘤细胞涂片、疱病时涂片检查棘层松解细胞。

组织病理学检查：可由医院病理科统一承担。有条件时由皮肤科承担更为适宜。

免疫病理学检查：主要是免疫荧光检查，对胶原病及大疱病的诊断很有帮助。免疫酶标技术等也是很有前途的。

特殊的血清学检查：主要是红斑狼疮、天疱疮、类天疱疮等各种自身抗体的检出。这些检查也可以由医院检验科承担。

皮肤试验：包括斑贴试验、皮肤划痕试验等用于检测变应原；还有结核菌素试验、植物血凝素（PHA）皮试等测定机体的免疫功能。

皮肤生理功能测定：如皮肤温度测定，毛细血管镜检查。

滤过紫外线灯（武德氏灯）检查：用于头癣、花斑癣、红癣等的检查。紫外线灯检查应在暗室进行。

4. 照相室：对典型病人的皮损及时照相，不断积累资料，这在教学医院尤为重要。

（二）病房

皮肤病患者的床位数应占全院总床位数的2—3%为宜。若病床数少，不能独立成为一个病房，则以归入内科病房为宜，因为皮肤科与内科系统有密切的联系。

1. 病室：以小病室为宜，有的皮肤病如大疱型药疹、天疱疮等，常需全身暴露治疗，犹如烧伤患者的处理。病室中应有活动翻身床，室内有紫外线灯供消毒，有良好的照明及取暖设备。有的皮肤病如胶原病常合并有内脏损害，病房中应配备心电图机、吸痰器及必要的抢救设施。

2. 治疗室：主要供患者上外用药。住院病人的皮疹常全身泛发，室内除有良好的照明及取暖设备外，在一侧墙上应有大镜子，以方便患者自行上药。治疗室尚可配备紫外线治疗机等。病房中还应准备湿敷垫、湿敷盆、支被架等供患者使用。

3. 浴室：应有淋浴及盆浴。盆浴可作药浴。

（三）实验室

根据科室的力量及科研课题而设。可以有真菌、皮肤病理、皮肤免疫、皮肤药理、皮肤病生理及皮肤生化室等。实验室可兼作临床检验工作。因此像真菌室、病理室以设在门诊或门诊区附近为宜。

朱学骏

第八节　外科及手术诊疗管理

一、学科进展的特点

外科学随着整个医学的发展不断取得新进展。外科学的进展又促进了整个医学的发展。医用电子仪器、新的医疗器械、医用材料、生物医学等研究成果都为外科学发展创造了条件，使外科学近年来有了迅速的发展，外科领域不断扩大，新技术、新疗法不断出现。一些原来属于内科治疗范畴的疾病，现在变为以手术治疗为主，一些新的外科专业又不断在形成。

外科学的发展和基础医学的关系极为密切。从历史上看，外科学的发展首先是由于

解剖学有了成就，现在对任何手术方法的改进和新手术的设计仍然要以解剖学为基础。微生物学的建立和发展，使外科有了整套的消毒灭菌和无菌技术，至今仍在不断地完善。现代麻醉生理学、麻醉药理学的发展使得手术范围能安全地向身体各个部位扩大，使手术能最小限度地扰乱生理状态，手术变得更安全。病理生理方面的研究成果，改变着临床上的治疗方法如治疗十二指肠溃疡已不单纯应用胃次全切除，同时可采用迷走神经切断术。免疫学的发展、免疫抑制药物的应用，使器官移植进入了一个新纪元，成为20世纪临床医学中的重大成就。

新的医用电子仪器和先进的医疗器械在外科的应用，极大的促进了外科的发展。如近年来出现的光学纤维内窥镜、电子内窥镜，提高了对某些外科疾病的认识，70年代初应激性溃疡发病率明显增多，就是借助于内窥镜作出明确的诊断。它不仅有助于发现早期微小胃癌，通过内窥镜还可进行一些治疗，如切除息肉、电凝止血、药物止血、奥狄氏括约肌切开取出胆石。通过纤维十二指肠镜做逆行胰胆管造影，对多种胆道和胰腺疾病都有诊断意义。

超声波在外科诊断方面的应用也日益广泛，对肝胆系统、泌尿系统某些疾病的诊断都很有帮助，对小肝癌的早期诊断更有其价值。在B超指引下可准确地取活体或行穿刺引流。

选择性动脉造影是近年来发展的诊断技术也可用来进行治疗（即介入性放射学），如注入药物治疗出血、注入栓塞物品使血管栓塞或使肿瘤坏死，也可用充气的气囊扩张狭窄的冠状动脉或肾动脉，减少或代替了手术治疗。

放射性核素、CT已成为现代外科常用的诊断技术。CT对脑外科疾病的诊断和定位更是不可少的，增加了手术的准确性和安全性，改善了预后。核磁共振成像也已成为诊断外科疾病的先进工具。

手术显微镜和特殊精细的显微手术器械使得显微外科技术有了迅速的发展。许多基层医院都成功地做了许多断肢、断掌和断指再植和移植手术。有了显微外科吻合小血管的技术，就可以将大块组织和皮肤、肌肉、骨骼的综合组织进行移植。显微手术技术还可以应用于神经吻合、神经移植淋巴管吻合和小管道（输精管、输卵管、小儿的输尿管、胆道）的吻合，在小器官的移植方面起了显著作用，以及使原来某些无法手术治疗的疾病得到了功能上的恢复。外科在许多方面的发展是离不开显微技术的。

由于血管吻合技术的成功，离体器官能保存活力以及免疫抑制药物的应用，70年代以来器官移植有了相当大的发展，80年代发展的更快，不少国家都建立了器官移植中心或成立了多国性的移植登记调度中心。肾移植已有10万例以上，1年存活率达到95%，我国肾移植已有数千例。肝移植于1963年在美国取得成功，现已超过数千例，有的术后存活已在10年以上，不但能正常生活，还可工作和生育，肝移植现已成为一种有效的治疗方法。心脏移植开始于1967年，已进行了千例以上，术后1年存活率可达88%。胰腺移植在全世界已有600例以上，但手术还不定型，我国同济医科大学已做数例。肺移植、心肺移植仍在临床试验阶段，此外，甲状旁腺移植、肾上腺移植、脾移植都有报道。另一类移植技术是细胞移植，如骨髓细胞移植、胰岛细胞移植、肝细胞移植也已临床应用或在研究应用中。

随着基础医学、生物医学工程的发展，高分子合成材料的研究，出现了各种适合放

入体内的人工组织和人工器官、部分地代替器官的功能，如人工心脏、人造心脏瓣膜、人工关节、人工皮肤等，有的已应用多年，有的正取得新进展。在体外代替部分器官功能的有人工肾、人功肺、人工胰、人工肝。人工肾早已应用了多年。

为减少手术后死亡和术后并发症，许多现代化医院都设立了麻醉恢复室和重症监护病房（ICU），这是近年的一个发展趋势，它可以集中先进的监护仪器和有经验的医护人员，对疑难重危病人进行严密观察，及早发现手术后并发症，及时处理，使外科的医疗质量有了明显提高，据文献资料，可减少1/3术后死亡率。

外科各专业不断采用新手术、新疗法，对许多疾病的治疗取得了更好的疗效，不胜枚举。突出的，如对恶性程度很高的原发性肝癌，以往平均生存仅3—5个月，现在5年生存率可达25.8%，小肝癌的5年生存率为60—70%。许多恶性肿瘤由于早期诊断和采用以手术为主的综合疗法，5年生存率都有明显提高。大面积烧伤的治疗水平居于国际领先地位，近来又创用“微粒皮”植皮法，既节省了宝贵的自身皮又缩短了手术时间，术后瘢痕也较平整。泌尿外科新近发展出了“腔内泌尿外科学”，并用体外碎石代替了大部分手术。中西医结合治疗急腹症、胆石症、肛肠疾患、骨折等的疗效都有新的提高。

在我国比较薄弱的外科基础理论研究，近几年已得到重视，结合临床的实验外科有了新的进展，这必将有助于我国外科学开创新局面。

二、学科划分与组织形式

外科学的发展使得专业分工越来越细，在以往多年的发展中已形成了许多独立的专科。现在各专科中又有新的专业在形成，相信在今后的年代中，外科的分支将会进一步增多。

（一）外科学科的划分

1. 普通外科：是外科的基础，它包括的范围较广。其特点是病人多、病种杂、疑难重危病人多，抢救工作任务繁重，工作比较紧张，医护工作人员也较其他科多，对青年医师的基本训练任务也重。在教学医院，普外的教学任务最重、学生人数多。医院管理工作人员应根据上述特点，将普通外科作为重点建设的对象之一。

目前，在某些医院中，普通外科又分出肿瘤外科、肝胆外科和血管外科。

2. 骨科：在工伤、车祸较多的现代生活中，骨科对创伤的防治有其特殊的重要地位，如何取得最好的疗效，遗留最小的病残率，是骨科医师经常面临的问题。骨科病人住院时间长、卧床病人多、护理任务重、功能恢复要求高，它与整复外科、神经外科、显微外科技术关系密切，这是骨科管理中应注意的一些问题。

有些医院在骨科中又分出手外科，有的按解剖部位或不同病种又分成若干专业(组)。

3. 胸部外科：或称胸外科、胸科。有的医院将先天性、后天性心脏病，大血管和心包疾患等单独成为心血管外科，或在胸科内成为独立的专业组。心、肺等手术一般都是大手术，危险性较大，但急诊手术少，多为选择性手术，应当也有可能作好充分的术前准备。良好的麻醉、稳准轻快的手术操作、认真细致的术后护理、防止院内交叉感染，对胸科都是十分重要的。

4. 麻醉科：麻醉是手术治疗的组成部分。麻醉不仅是为了手术时止痛，还应尽可能减轻手术和麻药所带给病人的生理功能扰乱，使其影响减少到最小程度。麻醉医师要

以对病人全面负责的态度去做麻醉，以保证手术安全和效果良好。它的专业范围现在已扩大到急救复苏、监测治疗、危重病例抢救和慢性疼痛的治疗等。不少医院都已都建立了独立的麻醉科，有的院校还成立了麻醉学系。麻醉和手术必须互相配合、交换意见、协同共事，共同为病人取得最佳手术效果，建立这种良好的合作关系是外科管理工作中必须注意的一个问题。

5. 泌尿外科：在我国，肾上腺外科也列入泌尿外科工作范围。泌尿外科在诊断和治疗方面，除使用外科一般的方法以外，常需要一些特殊的检查和治疗器械，使它较早地成为外科的一个独立分支。

6. 整复外科：或称整形外科。整复外科以组织移植为主要治疗方法，对人体某些部位畸形或组织缺损进行修复，以改进形态和恢复生理功能，对某些外伤可减少残废或减轻致残程度。

颌面外科或颅面外科是从整复外科中发展的专业，美容外科也日益成为人们生活的需要。

7. 神经外科：由于神经组织在解剖生理上的特性，需要特殊的检查方法和手术技术，因而形成了一个外科的独立专科。CT 和核磁共振等无损伤性脑成象技术的发展，显著提高了脑外科的诊断水平和对疾病的认识。显微外科技术的应用又扩大了手术指征和治疗范围，使神经外科处在一个迅速发展的阶段。

神经外科急重病人多，病情变化快，病死率和病残率较高，护理任务重，在管理工作上应注意这些特点。

8. 小儿外科：小儿解剖生理有和成人不同的特点，某些疾病又是小儿所特有，因此小儿外科早日独立成为一种专业。另一方面，它又有许多和成人相同的外科疾病，应和外科各个专业保持密切联系，必要时互相配合协作。同时，它和小儿科也有着很密切的关系。

9. 烧伤科：无论平时或战时，各种原因引起的烧伤比较常见，一般估计平均每年烧伤发生率为总人口的 0.5—1.0%，其中约 1/10 需住院治疗。烧伤治疗需要一些特殊设备，如隔离室、浸浴槽、翻身床、自动调节的恒温室、监护病房、皮库等。大面烧伤的急救，医、护任务重，创面换药工作量大，照顾病人营养、翻身等护理任务重，伤员情绪波动大，应针对这些特点作好管理。

（二）外科的组织形式

外科的组织形式和医院的规模、任务、外科的床位数、专业医师配备的状况以及医院、外科本身的发展历史等因素都有关。基层医院外科常不分专科或专业划分不严格，而统称外科。在规模较大的医院，可根据工作任务的要求，病种的多少等具体条件设立部分专科，专科属大外科范围。目前国务院学位评定委员会将外科和麻醉科定为二级学科，外科其他专业科定为三级学科。

外科床位较多的医院，专科设置和医护人员均较多时，有的单位外科分为外一科和外二科以便加强管理，一般是以普通外科为主成立一科，其他专业合为另一外科。也有将某个专科从大外科划出，直属医院领导，或以某个专业为主成立专科医院，或独立的研究机构。

各地、各医院对某些专科和与其关系密切的科室组合，作法不一。如神经外科有的

属于大外科，有的和神经内科合成一个单位（科）。小儿外科也是这样，有的和儿科在一起，有的属于外科。

外科各专科发展迅速，专科成立较早，独立性较强，有利于提高医疗水平和学术水平，但作为外科医师应具有较广的理论基础知识和临床技能，对青年医师的培养应注意打好基础，各专业的外科医师都应经过普通外科的基本训练和与其关系较密切的专科的轮转培养。因此，外科的组织形式应考虑到这种需要。教学医院担负着本科生、研究生、进修生的教学任务，外科的组织形式还应适应教学的需要。现在，一般以大外科为二级学科，专科为三级学科是适合当前任务需要的较好组织形式。随着学科的发展，组织形式也必将会有相应的改变，以促进外科学的发展和更好地完成医疗、教学、科研和培养干部的任务。

三、业务管理特点

外科业务的特点是以手术作为主要的治疗手段，因此对外科的业务管理除了一般临床科室所共有的业务技术管理、质量管理以外，应是围绕手术的管理。

外科病床数一般占综合医院的$\frac{1}{4}$—$\frac{1}{3}$，其病床使用率和周转率都比非手术科室高，急重病多，病情变化快。手术尤其是大手术直接关系到病人的安危。手术的效果常是立竿见影的，诊断是否正确、手术是否恰当都显而易见；因此外科对手术的管理有特殊的重要性。

手术治疗要求集体协作，不仅是同台的术者、助手、麻醉师、器械护士和台下巡回护士的协同动作，而且和病房术前、术后的各项工作都紧密相关。术者固然起着关键作用，但他要靠集体准确无误的协作。因此，外科必须有严密的组织，各有分工，各司其职，而又相互紧密配合。都要有良好的医德作风，对工作必须严格要求，任何疏忽大意都有可能造成不可挽回的损失，对此必须有明确的认识。

手术管理有术前、术中、术后三个环节。应把它们看作一个整体，那个环节都不可忽视，手术才会有良好的效果。近代外科手术疗效取得显著进步，一方面是手术技术的改进，同时也是由于术前准备（包括诊断）和术后处理上的进步，使手术更安全，术后合并症减少，缩短了术后恢复期，从而提高治愈率，降低死亡率。

（一）术前准备

所有手术都要作术前准备，急诊手术更要争取时间尽快地作好术前准备。

1. 心理上的准备：术前病人常会有许多关于治疗上的问题，尤其是对大手术更会有许多顾虑。外科医师应针对病人思想作必要的解释，给以安慰，消除不必要的顾虑，使其增加恢复健康的信心。同时取得病人和家属的信任和配合。讲解病情要实事求是，认真负责，各级医护人员的解释要一致，以免增加病人的顾虑。

2. 术前应完成所有必要的检查，尽可能明确诊断，只有正确的诊断才能有正确的治疗方案和取得良好的手术效果。

3. 做好术前讨论或小结：术前小结包括诊断、手术适应证、手术方式、麻醉方法、术中可能出现的问题和对策、手术后应注意的问题等。哪些病例需要进行术前讨论，应由主治医师作出决定，新开展的或复杂的大手术、疑难病例、需要多方面配合的手术都应有术前讨论，年轻医师、初次担任某种手术的术者也应有术前讨论。

4. 做好手术安排：应明确规定各级医师的手术范围，超过规定范围时应由科主任

批准。每周进行哪些手术应事先作好安排，有计划地进行，不随意改变，否则影响病房工作秩序，容易发生差错事故。手术安排应大小手术搭配，复杂与简单手术交替进行，这样有利于安排术后护理，手术者也可得到充分的休息和做好术后的观察和处理。

5. 手术前晚应全面检查一次准备工作。如皮肤准备做得如何，是否配血，术前小结是否已填写等。病人有无发热、来月经、手术有无必要延期等。术者在术前必须亲自检查过病人，对手术方法和步骤应做必要的复习和思考。

6. 术前的其它准备：对术前病人应给予热情细致的照顾，告诉患者术后深呼吸、咳痰的必要性，保护伤口的方法和必须严格按医嘱饮食。术前至少戒烟1—2周，练习能在床上大小便。去手术室前应排尿、摘下假牙等。

（二）术中管理

1. 无菌技术管理：参加手术的所有人员都应严格遵守无菌原则，按照手术室的规章制度进行手术。

2. 手术过程中的管理：手术是集体劳动，既有明确分工又有良好的配合和默契。手术者是整个手术的指挥者，对病人安全和手术效果负主要责任；第一助手既要听从手术者的指挥，又应提出必要的建议；第二、三助手和手术护士各有分工，不能从个人爱好随意操作。术中除必要的讨论和教学需要，不任意交谈，保持手术间的肃静，尤其当病人清醒时。术中出现意外情况或术者处理无把握时，应及时请示上级医师协助处理。互相配合不佳时，不要大声斥责埋怨，影响手术进行。在保证手术质量的前提下应缩短手术时间，长时间的麻醉和手术，对病人生理干扰大，手术创伤也加重，故无论手术大小、难易，都应集中精力以求缩短手术时间，但绝不能单纯追求缩短手术时间。手术完毕缝合切口前，要认真清点手术用品和器械，遇有数目不符时，医护必须配合仔细寻找，直至查清为止。

（三）术后处理

正确的术后处理可减轻病人的痛苦和不适，并可预防和早期发现、及时处理术后并发症，使手术取得良好效果。

送患者入手术室后，病房即应准备好术后所需的各种用品。如麻醉尚未完全清醒，应设专人守护，防止呕吐误吸或堕床。按医嘱和护理常规的要求严密观察病情，防止出血、窒息和休克等严重并发症。术后24小时内伤口疼痛最重应给以止痛镇静药。协助病人翻身，鼓励咳嗽，保护伤口、防止感染，注意口腔护理、饮食和补充营养。鼓励患者早日离床活动以预防或减少并发症，如发生难以避免的并发症，注意做好病情解释工作。术后还应指导病人做功能锻炼，恢复体力。必须有随访制度，以观察长期疗效，了解手术质量以提高医疗水平。

评定医疗质量是比较复杂的问题，有许多评价方法，但都需要用科学的态度，仔细积累原始资料，使医疗质量评价建立在可靠数据上。

评价外科医疗质量和水平其主要指标就是手术效果。评价的基本项目应包括：(1)无菌切口感染率；(2)诊断符合率；(3)术后并发症发生率；(4)手术死亡率；(5)平均住院日等。可选择大、中、小各类典型手术进行以上几项的统计。以常见的、病例数量较大的手术作为指标更易于和国内外类似资料作对比，看出医疗水平的高低。如普通外科可选疝修补术、阑尾切除术、胃大部切除术或癌瘤根治切除术等。虽然由于患者年龄、性别

组成不同，病情轻重不同，肿瘤类型不同等各种因素的影响，很难有完全可作对比的临床资料。但仍然可以说明一些问题。如果一个单位的外科能籍助几种典型手术的统计数字，说明手术的近期和远期疗效，那至少可以说明对业务技术的管理是有一定的水平。

才文彦

第九节　麻醉科管理

临床麻醉的基本任务是确保病人在无痛和安全的条件下顺利地接受手术治疗。随着麻醉基础理论研究的进展，临床麻醉水平也显著提高，使麻醉的内容大大充实，工作范围不断扩大。不仅在手术室内承担重任，而且将急救复苏知识和技术应用于临床，承担了急救复苏、疼痛治疗、重症监测与治疗等工作，形成专门学科——麻醉学科。

一、工作任务、业务范围及发展

（一）工作任务及其业务范围

1. 临床麻醉：为确保手术病人安全无痛，必须掌握麻醉基础理论，熟练地应用各种麻醉技术操作，熟悉各种病情手术的特点。麻醉前应正确判断病情，制定麻醉方案，为手术操作创造良好条件，防止麻醉手术过程中可能发生的问题，作好麻醉前各项准备工作。按麻醉操作规程实施麻醉，使病人术中无痛、安定、肌松、无不良反应。麻醉期间严密监测、调整和控制病人的各项生理功能，包括循环、呼吸、水电解质、体温等。注意防止麻醉并发症和后遗症的发生。因为任何麻醉技术，麻醉药物和手术刺激对病人生理功能都有一定影响，麻醉者应采取措施，使其对生理的扰乱减少到最低限度，保证病人手术安全。手术结束后，麻醉作用尚未完全消失，病人保护性反射尚未完全恢复，常易发生呼吸和循环方面的并发症。需要严密观察，及时处理防止发生意外或麻醉并发症和后遗症，应逐步建立麻醉恢复室以密切观察麻醉病人至苏醒。

2. 参与临床治疗：麻醉参与有关治疗工作，有疼痛治疗，即对各种慢性顽固性疼痛或病理性疼痛都有较好的疗效，如恶性肿瘤的疼痛、三叉神经痛、组织慢性损伤所致的疼痛等。有条件的医院可建立疼痛诊疗专设机构，由麻醉科负责管理。此外，为新开展的手术及有关治疗创造条件。如各种内窥镜检查术、造影术、显微外科、术后镇痛以及呼吸治疗和呼吸器的应用等。

3. 急救和复苏：麻醉专业知识和技术已在急救和复苏中发挥了重要作用，成为麻醉专业的重要任务之一，麻醉不仅局限于手术室内，而且扩大到各临床科室。复苏术已成为临床各科室抢救重危病人的重要方法。麻醉医师成为复苏抢救的组织者是专业复苏组织的主要成员，同时对社会复苏组织负有训练和指导工作的任务。

4. 重症监测和治疗：对重危病人进行严密的监测和及时的治疗，可明显提高对重危病人治疗的效果。麻醉医师在工作中积累的监测手段、急救技术和处理重危病人的经验都已成功地应用于重危病人的治疗中。如气管内插管、机械通气、血气监测、循环监测等。重症监护病房（ICU）是现代麻醉科室的重要组成部分。

5. 担负教学：教学医院应成立麻醉教研室(组)，负责医学生的讲课和实习，按教学大纲完成教学任务。有条件的医院应招收麻醉研究生，同时担负培养麻醉专业人员的任务，提高麻醉专业人员的理论和技术水平。

6. 科学研究：麻醉学是在加强临床和基础理论研究的基础上成长起来的。由于麻醉

基础理论研究的迅速发展，诞生了许多分支学科，这不仅丰富了麻醉学的内容，指导临床麻醉实践，提高麻醉水平，也促进了基础学科与临床的紧密结合。所以，必须重视麻醉学的理论研究，阐明麻醉理论，提高麻醉质量，为有关临床医学提供理论基础，如呼吸生理学、麻醉药理学等。

（二）发展趋势

麻醉学的发展同各种手术新技术的发展是分不开的。外科的发展促进了麻醉的改进，而麻醉每前进一步，都推动着外科手术范围不断扩大和改进。低温麻醉、控制性血压麻醉等的开展，使麻醉时主动控制病人生理功能成为可能。随着肌肉松弛剂的临床应用，术中呼吸管理技术的要求也较高。新药、麻醉器械和麻醉技术的创新，扩大了麻醉的业务范围。基础理论研究和大量电子监测仪器的新进展，麻醉学和基础医学各科紧密结合；诞生了一系列分支学科，如麻醉生理学、麻醉药理学及麻醉生物化学等。随着外科专业的发展，又产生了小儿麻醉专业、老年麻醉专业、胸科麻醉专业、颅脑外科麻醉专业、心血管外科麻醉专业等，进一步丰富了麻醉学的内容。麻醉学在医学发展中已日益处于重要地位。

麻醉学发展的特点：

1. 业务范围的扩大促进了麻醉专业的分工和同其它临床专业的结合：麻醉学已逐渐形成了许多分支学科。在临床麻醉学基础上产生了复苏、疼痛治疗和重症医学，麻醉专业不仅承担临床麻醉任务，并参加有关科室的诊治会诊，管理疼痛治疗门诊和重症监测治疗室。麻醉各分支学科与其它临床医学专业及基础医学相结合，组成了具有多学科理论与技术的综合性学科，如心血管麻醉、麻醉生理学等，由此不断充实和丰富麻醉学的内容。

2. 麻醉技术的改进：现代化的监测系统可连续地显示麻醉及重危病人的生理生化数据的变化，监测和控制病人的各项生理指标（定量），对于调整和控制病人的生理功能，提高麻醉质量和安全性十分重要。电子计算机的应用能准确及时地以数据显示病人的生理变化，如呼吸及循环功能数据的自动显示、血气分析和生化检查数据、体液丧失程度的判定等。现代化设备的采用必将进一步推动麻醉学的发展。

二、麻醉科组织

（一）机构和职责

应根据医院的性质、规模大小和工作量的不同，设立麻醉科、麻醉教研室（组）或麻醉组。但因麻醉业务范围已扩大，因而麻醉组已越来越不适应工作。一般来说，麻醉科可设立如下机构：

1. 麻醉准备室：进行麻醉前及治疗前的准备工作，主要是麻醉用具和药品的准备。

2. 麻醉恢复室：由麻醉医师和护士管理，使病人安全度过麻醉恢复期。

3. 麻醉器械室：保管麻醉器械和各种仪器。

4. 重症监测治疗室（ICU）：麻醉科管理的 ICU 主要收治外科重危病人、麻醉意外、循环骤停、休克、呼吸衰竭和药物中毒等病人，进行严密监测和及时治疗。床位数因所承担任务而异，一般设 3—5 张病床为宜，配备各种监测仪器。监测项目根据具体条件定，一般包括：心电图脉搏、动脉血压、中心静脉压（CVP）、肺动脉压（PAP）、肺毛细血管楔压（PCWP）、心输出量、体温、呼吸功能、血气分析、血液化学检查等。

医师与床位数比例一般为1:2—3。护士与床位数比例2—3:1。最好配备1名呼吸治疗员，负责呼吸器的调试和维修。1名技师负责仪器的使用和维修。

（二）人员

医院麻醉科应是独立科室，在院长领导下工作。其组成应以各级麻醉专科医师为主体，由护理人员协助执行任务。对麻醉专科医师应比一般临床医师有较高的要求，培养年限也需较长时间。

麻醉人员的编制，人员与手术台之比为1.5—2:1。有教学、科研任务的另加编制。

（三）设备装配

器械：普通麻醉机（其数量与手术台比例为1:1）、多种气体麻醉机、人工通气机、人工心肺机、全麻用具（包括麻醉喉镜和气管内插管等）、椎管内麻醉用具、血压计及直接测压装置、降温及复温设备等。

监测仪器：监测仪（包括心电图示波、测压和记录装置）、心输出量测定仪、除颤器、起搏器、肺功能测定仪、血气分析仪、无创血氧饱和度测定仪，呼吸气体分析仪、体温监测仪、神经刺激器和神经肌肉传递监测仪、脑电图机等。

电子计算机在麻醉科的应用已日益增加，主要用于资料管理、病情监测与分析、统计分析和科学研究等方面，有条件的单位应配备。

（四）药品

各种麻醉剂和麻醉辅助用药，各种复苏急救药品，根据具体情况及时引起麻醉新药。

三、业务管理

（一）主要程序

麻醉科接到手术通知单后，总住院医师根据手术种类、病人状况和麻醉医师的技术水平，妥善安排。负责麻醉医师到病房详细了解病情、手术方式，制定麻醉方案，做好麻醉前准备工作。麻醉期间严密观察病人，并及时治疗。术后应随访病人，检查有无麻醉后并发症或后遗症，并作相应治疗。

（二）麻醉前病例讨论和准备

麻醉前病例讨论是保证病人手术安全的重要一环。手术前一天由主治医师和总住院医师主持讨论，负责麻醉医师报告病人的疾病诊断、拟行手术方式、病人的全身状况、主要治疗过程、麻醉史、药物过敏史以及其它特殊情况，估价病人对手术和麻醉的耐受力，选定麻醉方法、制定麻醉方案、讨论麻醉中可能发生的问题及相应的处理措施。

根据术前讨论的意见，负责麻醉医师进行全面的麻醉前准备，包括术前用药、麻醉器械、麻醉药品、必要的监测仪器和特殊的准备。手术当天仍应进行一次全面检查，做到万无一失。

（三）麻醉管理及记录

麻醉管理在麻醉中居首要地位。由于麻醉过程中病人生理变化非常迅速，要求麻醉医师必须在短时间内，能分析判断出病人各种病理变化，并及时处理。因此麻醉者应有高度责任心和丰富的理论知识，切不可有一点疏忽大意。一旦稍有差错，轻则出现险情，重者可导致病人生命危险。麻醉管理主要有：

⑴ 保证麻醉适应手术的要求。

⑵ 严密观察并记录病人的呼吸、血压、脉搏等生命体征。必要时应监测心电图、中

心静脉压、尿量和体温。对重危病例应连续监测肺动脉压、肺毛细血管楔压、心输出量以及动脉血气分析。

(3) 控制和调整病人的生理活动，如术中呼吸管理、体外循环、控制性低血压、低温麻醉等。

(4) 防止和处理麻醉和手术对病人的生理扰乱，管理好术中输液、输血、调节酸碱平衡。遇有特殊问题可提示术者注意，并商讨手术停止或从简等问题。

(5) 记录手术主要步骤及病人术中反应。

(6) 详细记录麻醉用药和其它处理。

（四）麻醉登记和麻醉病历书写

进行麻醉登记和建立麻醉病历，对于总结经验，提高麻醉质量有着重要意义。麻醉病历内容应包括：临床诊断、所施手术、术前检查、特殊检查和治疗；麻醉前的估计及术中主要注意事项；麻醉选择和麻醉过程；经验及教训；随访结果等。

（五）事故、意外、差错及合并症的防范和汇报制度

在麻醉过程中，因操作、管理或药物处置的错误，而造成的病人死亡、残废或组织器官的损伤者为麻醉事故。如因麻醉者工作不负责所致为责任事故，如系麻醉者的技术水平限制所致为技术事故。

麻醉意外系指病人在麻醉期间，由于药物的特殊作用、病人的特殊生理改变、麻醉处理遭遇困难、手术不良刺激等所引起的意想不到的一些问题。轻则影响麻醉和手术的顺利进行，重则危及病人的生命。

由于违反规章制度、操作常规而给病人增加一定痛苦、浪费药品、损坏器械或发生某些错误而被纠正，未构成事实，但性质严重者均为差错。

并发症指在按常规操作的麻醉过程中，因操作或药物直接引起的疾病或综合征。

发生事故或差错的主要原因有思想重视不够、准备不足、缺乏经验以及其它特殊情况。为防范以上问题的发生，主要应注意以下几方面：

(1) 严禁工作失职，术中应集中精力，坚守岗位，密切观察病人的变化，随时记录病人各种生命体征及变化，并迅速判断其临床意义。疑有意外发生之先兆，立即妥善处理。

(2) 麻醉前应正确判断病情，做好麻醉前准备，所施麻醉不应超越各级医师的技术水平。麻醉医师在工作中遇到技术困难时，切勿草率从事，应及时请上级医师协助处理。重症病例或开展重大手术，必须由主任参加讨论，制定方案。

(3) 严格执行各种麻醉方法的操作常规，常规是经验的总结，随着麻醉的不断发展，应不断加以修订和补充。

(4) 严格执行用药时的核对制度。麻醉期间使用多种剧毒药品，且多由静脉注射，用量也较大，麻醉医师必须熟悉各种药品的性能、副作用、使用方法及其相互作用。使用时应与护士密切配合，并进行严格核对。

(5) 定期检修各种麻醉器械和仪器，术前应严格检查以免发生故障。术中使用多种电器时，应严防触电、爆炸事故的发生。

(6) 术中、术后发生的重大问题，均应立即向主治医师或主任汇报，及时采取措施进行处理。医疗事故、麻醉意外、差错和严重并发症，应在全科内讨论，并向医务处汇报。

（六）临床工作质量考核

1. 麻醉质量的判定：应对具体病人具体分析。选择性手术与急诊手术、一般病人与重危病人、无合并症与有严重合并症病人都应区别对待。但一般来说，衡量一次麻醉的质量可从以下几方面看：麻醉诱导是否平顺，如硬膜外阻滞麻醉的穿刺，置管及诱导期有无特殊周折；气管内麻醉诱导插管时是否顺利等；麻醉是否适合手术要求；麻醉期间病人生理指标维持是否稳定，如果不稳定能否及时纠正；麻醉时有无差错、意外及后遗症等。

2. 麻醉合并症及后遗症的发生率。

3. 差错、意外及事故的发生率、麻醉死亡率（指与麻醉处理有直接关系者）。

4. 麻醉方法的改进和技术引进。先进的麻醉科不应是墨守陈规，而应结合我国具体情况引进先进技术和设备。

5. 麻醉病历质量及资料保管。

6. 科研成果及论著。

7. 教学任务的完成。

（七）会诊制度

麻醉科参加医院内、外各临床科室的会诊。主要涉及急救复苏、呼吸管理和治疗、休克的治疗、麻醉处理和疼痛治疗等方面。普通院内会诊由总住院医师或主治医师负责，必要时可请上级医师或主任提出会诊意见。院内急会诊由值班医师负责，必要时可请上级医师指导。院外会诊应经医务处同意，由科主任委派主治医师以上的医师出席。

（八）干部培养

科主任负责全科各级医师的培养工作，须有规划，明确任务，并有一定的检查考核。

住院医师于第一、二年间主要是做麻醉临床工作，掌握常用麻醉的操作方法、麻醉管理技能、麻醉一般理论。第三年学习有关内科或外科临床，重点是心血管和呼吸系统。第四年返本科进一步学习临床麻醉，参加一些特殊麻醉管理、危重病人的麻醉，并深入学习麻醉理论，查阅国内外文献。第五年可任总住院医师，全面掌握本科各种麻醉方法、疑难病例的麻醉、特殊麻醉方法，必要时请上级医师指导，并训练科室管理技能，如人员安排、医疗管理、行政管理等。

主治医师除临床工作外，应在主任指导下承担临床科研项目、写论文或文献综述，同时担任教学工作。

（九）医学生教学及进修专业医师的培养

由一名副主任医师或主治医师（副教授或讲师）负责教学工作，担任医学生的授课任务，按统一教学大纲进行备课。在主治医师指导下，高年住院医师参加医学生见习和实习工作。

教学医院可举办麻醉专业进修班，以临床实践为主，兼学理论。

（十）业务学习和科研

由一名主治医师负责科内业务学习，内容有交流临床经验、重要病例讨论、本科论文介绍、读书报告、文献综述、麻醉新药及新技术介绍、科研开题报告会等等。一般以每周安排1次为宜，其中病例讨论可每月安排2次，主要讨论疑难病例、有重大合并症的病例。凡手术后24小时内死亡病例，不论与麻醉有无直接关系，都应在1周内进行全科讨论，以便总结经验，吸取教训，不断提高麻醉水平。凡科内重要病例讨论，仅作

为业务学习内容，讨论发言和结论均不可作为法律依据。

科研计划由科主任同有关人员制订，实验开始前应在本科做开题报告。实验过程中应有检查，及时发现问题。实验结果应在科内报告，并存入科研档案。

杨拔贤　谢　荣

第十节　妇产科管理

一、妇产科的现状与进展

妇产科学是一门独立学科，分为妇科学和产科学，近年来随着现代医学科学的迅猛发展，围产期保健工作的加强，对高危孕产妇和胎儿、新生儿提出一整套科学管理和先进检查及监护措施，有些阴道式难产手术已逐渐为剖腹产所代替，常见的妊产期合并症如妊娠高血压综合征、流产、早产、胎位异常等均得到及时发现和治疗，大大降低了孕产妇死亡率、围产儿死亡率。近年来在妇科肿瘤方面已应用生化、免疫学理论来探讨癌瘤诊疗的新方法。除绒癌用化学疗法有进展外，用免疫、内分泌理论研究卵巢癌的治疗也有了新进展。近年来计划生育方面的进展尤为迅速，最常用的宫内避孕器的形态和质地也有很大改进。金属环的电子或半导体探测仪研制成功，代替了X线探测方法，使用方便，并避免了探测而致的X线危害。输卵管结扎手术除采用腹部小切口扎管术外，还开展了粘堵手术。人工流产电吸已取代了过去的刮宫手术。

在妇产科领域内还广泛开展了新技术——超声波的诊断，尤其是B型实时超声诊断技术对提高某些妇产科疾病的诊断，如妇科良性、恶性肿瘤、宫外孕、前置胎盘等起了重要作用，还可较早地发现胎儿发育有无异常和胎儿宫内情况，已成为妇产科重要的监测手段之一。另外，腹腔镜、宫腔镜的应用提高了腹腔内、宫内疾病的诊断准确率，还开展了如激光、冷冻治疗外阴疾患、宫颈糜烂等新疗法。

二、妇产科的任务和特点

（一）妇产科的任务

总的来说其任务是保护妇女和婴儿的健康，可分为以下几个方面。

1. 从事妇幼保健的宣传工作，在群众中大力普及妇幼保健知识，预防疾病的发生。

2. 宣传计划生育知识，开展避孕节育的技术工作，研究安全、准确、有效、适用的避孕技术。

3. 保障孕妇安全顺利地渡过妊娠与分娩，对孕妇进行定期的产前产后检查，做好孕期和产后的保健指导，尽早发现异常及时处理。

4. 保护胎儿在妊娠和分娩过程中的安全与健康，掌握胎儿在子宫内生长情况，及时识别异常情况，给予妥善处理，做好对新生儿的监护工作，早期发现、及时诊断和治疗新生儿疾病。

5. 预防和诊治女性生殖系统和与之有关的疾病，保障妇女健康。

6. 从事妇产科基础医学和临床医学的教学工作和科学研究工作，培养新生力量，不断壮大妇产科专业队伍，为发展学科作出贡献。

（二）妇产科的特点

1. 妇产科的设置与装备，除门诊、病房和其它科室具有相同点外，还必须设待产室、分娩室和婴儿室。各室的专业范围不同工作人员的专业技能也不同，如分娩室应是助产

专业，而婴儿室则是护理专业，因此在人员配备、业务管理和对卫生技术人员的业务技术要求上也应有所区别。

为适应计划生育工作的需要，妇产科还应有从事计划生育工作的特殊设备，如门诊须有计划生育手术室，病房如有条件应设置计划生育病房或在妇科病房内兼设计划生育受术者的休养区。

为适应妇产科学科发展，有条件医院可在门诊除设置妇科门诊、产科门诊外，应设置相应的专业门诊，如高危产科门诊、早孕和遗传咨询门诊、妇科内分泌门诊和妇科肿瘤门诊等。

一般说来，妇产科的诊断都要通过阴道做内诊检查或双合诊检查，因此诊室宜隐蔽，除医护人员外，无关人员不宜入内。

2. 产妇临产和分娩是一个复杂过程，常可遇到某些意外，如突然休克、子宫出血等。因此除要求妇产科医师迅速做出正确的诊断外，应有相应的化验室设备和血库设备。

产科床位具有周转率快、使用率高的特点，因此，床单、被套应有足够的数量更换，而且急症多，夜间忙，日常工作常规常被打乱，因此在卫生技术人员编制、人员安排、力量搭配上均应按此特点作相应配备。

分娩后的产妇（产褥妇）经过分娩的劳累，体力非常疲惫，需要恢复，因此室内应空气新鲜，温度适宜，被褥柔软清洁，并有热饮、热食的方便条件，食物质量宜易消化而富有营养，上述这些均应有特殊安排。

3. 妇科探视可参照外科系统病房管理，产科探视产妇家属除看望产妇外，对新生儿也非常关心，但新生儿抗病能力特弱，应谢绝亲属探视。产科探视应限制人数（每次至多 2 人），其次不宜时间过长。另外，为了保护孕产妇健康，对家属携带的食物应经过医护人员检查认为无害时方可食用。

4. 妇产科中正常产和计划生育受术者，在医疗护理方面与一般人有着不同的要求。产科中常有合并内科疾患的孕产妇，如心脏病、高血压等。而妇产科疾病又多以手术治疗为主，故具有外科特点，而胎儿和新生儿的监护又有儿科的特点，所以妇产科的业务技术管理具有一定的复杂性和特殊性。

三、妇产科的设置与装备

（一）门诊

妇产科门诊经常接待急诊分娩的产妇或失血休克的病人，故应设在距分娩室和手术室较近的地方，并应分设：

1. 候诊室：可容适量人数的流动候诊，室内尚须分设分诊台、服务台、呼号指示灯及候诊椅。

2. 产科诊察室：接待正、异常产妇的产前检查及处理，兼做急诊室。产妇多的应分设急诊室、普通产前检查室、高危孕妇产前检查室。

3. 妇科预诊室：作为一般病人采集病历及外诊检查使用。根据门诊量可设 1—2 间或数间。

4. 妇科内诊室：如有两个妇科预诊室，可设在两个预诊室之间，并与各诊察室直接通连，适置内诊台、器械台及其它附属设备。

5. 治疗室：供妇产科门诊综合治疗用。承担器械、用品的准备，简易的治疗（宫颈

电烙或冷冻方法），换药、切开和各种注射（包括静脉滴注），室内设内诊台、器械台、诊察台、器械柜和其它抢救用品。必要时还可开展一些妇科理疗项目，包括针灸疗法、耳针治疗等。

6. 急诊抢救室：接待急、重休克等病人的抢救处理。室内设治疗台，配备麻醉机、输血和补液全套设备、急救药品等，急重病人少的也可和急诊室合用。

7. 特殊检查室和化验室：有条件的可设阴道细胞检查室、阴道镜检查室、超声波检查室、内分泌检查室和染色体检查室。如在综合医院，血、尿常规化验可在医院化验室进行。

8. 计划生育门诊：应包括诊察室、手术室、术后休息室、洗手室、手术器械准备室、卫生室等。

⑴ 诊察室。

⑵ 休息室：有适量的床位，供计划生育受术者术后休息用。

⑶ 手术室：即计划生育小型手术室（人工流产、放环、取环）。

⑷ 洗手室。

⑸ 手术器械准备室。

（二）分娩室

应分设待产室、分娩室、隔离分娩室、洗手室、更衣室、准备室、办公室、仓库、厕所、淋浴室等，最好有空调设备。

1. 待产室：凡临产的产妇已进入分娩第一期，均应送入待产室观察待产。室内设适量的待产床位、床头桌等，且应在室内一侧另设病人专用厕所。

2. 分娩室：凡即将分娩的产妇，可由待产室转入分娩室接产。室内设适量产床（根据分娩数多少而定，可按每月分娩数 50 个左右设一张产床）、操作台及其附属设备。室内消毒隔离应与手术室同。为重危产妇做临时开腹手术，室内应有开腹手术的全套设备和抢救药品器材。

3. 隔离分娩室：产妇比较集中且有条件的医院应设隔离分娩室，作为有传染病的产妇分娩之用。用后该室内物品应能做到彻底消毒。

4. 洗手室：能容纳 2—4 人同时洗手，最好是设在分娩室之间。

5. 准备室：为分娩室做器材擦拭、敷布叠包、待送消毒等准备工作用。

6. 更衣室。

7. 监护室：在产妇多或有条件的医院应考虑设有B型超声仪、分娩监护仪、新生儿监护仪及多导生理监护仪（抢救重危病人时可监护病人血压，脉搏等）、气管插管等抢救设备。应有空气调节器的设备。

（三）婴儿室

地点应与分娩室接近，并应设在向阳房间。应分设工作人员办公室、健康婴儿室、早产儿及高危儿室、病婴隔离室、调乳室及母亲哺乳室。

1. 工作人员办公室：可设在 3 个婴儿室之间，墙壁镶有大型玻璃，便于在办公室内直接监护各室新生儿。

2. 健康婴儿室：除设适当数量的婴儿床外，并应设婴儿淋浴装置及其它附属物品。

3. 早产儿及高危儿室及病婴隔离室：是为了适应早产儿、高危儿各自的生理、病理

特点和需要并防止疾病交叉感染而分设，应各为一室，如婴儿数量不多，早产儿与高危儿可并为一室，各室内除设有适当数量的婴儿床外，均各设有一定数量的暖箱、治疗用具、抢救药品等，有条件的应设新生儿监护器等。

4. 调乳室：为婴儿配奶及煮奶用，室内应设有冰箱、工作台、热源及水池等。

5. 母亲哺乳室：供产妇哺育婴儿用。

婴儿室除配齐护理人员外，应设兼职及专职儿科医师（或妇产科专职婴儿室医师）各一名。婴儿室应有空气调节设备。

（四）病房

妇科病房与产科病房应分设。妇科病房内应包括计划生育休息区，如计划生育手术数量多的医院可考虑分设计划生育休息区或另设病房。

四、妇产科业务技术管理

（一）妇产科一般管理

因服务对象均属女性，尤其是属于生殖器的生理、病理变化，故在医院机构的设置上要适应妇女的特点，如各检查室、处置室及手术室等均不应与外界环境直接连通。

妇产科工作人员，必须有尊重妇女的品德、有严肃文明的工作作风，还要善于理解不同女病人的心理状态，如生孩子的心理与做人工流产、绝育病人的心理不同，患有肿瘤的病人手术前的恐惧心理等。体贴安慰、解除各种思想顾虑、待病人如亲人才能取得病人的充分信任。男医师进行内诊时应有第三者在场。

妇产科检查均须脱掉下衣，将下身完全裸露，故检查室、处置室、手术室及分娩室等均应保持适当温度和充分光线。

妇产科虽属一独立科室，有其专业的特点，但在生殖系统的生理、病理改变上是和机体的整体有密切关联的。如在产科方面，常因全身性疾病影响妊娠过程，反之亦可因妊娠促进或导致全身疾病的发生与发展。妇科某些疾患又常与外科特别是腹部外科以及内科一些疾病相混淆，必须加以鉴别。另外还要和一些科室密切协作，新生儿的监护与治疗与儿科休戚相关；妊娠高血压综合征、妊娠合并慢性高血压、慢性肾炎时要查眼底须和眼科协作；常见的外阴疾患，又与皮肤科、口腔科发生关联；因此，作为一名妇产科医师，必须树立整体观念。除应全面系统了解与掌握妇产科专业知识外，还必须了解各种疾病的发病原因与各科的联系，不断学习更新知识，综合考虑分析，才能做出正确的诊断。

（二）妇产科管理的特殊要求

妇产科就其专业来说，所涉及的学科较多，已如前述。就其服务对象来说，也有其特殊性，有相当数量“病人”本来不是什么病态，也必须来医院门诊或住院，如要求计划生育的妇女、产前检查和正常产的妇女等，一方面妇产科病人又有病情急、变化快的特点，因此医院管理上有其特殊性。有条件的综合医院应将产科（生理产科和病理产科）、妇科、计划生育的病房分开。妇科和计划生育病人出入院管理与其它科室基本相同，有条件医院可在妇科门诊中加设术前后门诊，对准备入院手术病人进行复查，做术前化验和特殊检查如心电图等，以便入院后缩短术前准备时间、缩短住院日，提高周转率。产科方面产前有合并症的根据病情提前入院，一般产妇正式临产后入院。为提高产科质量，必须教育医护人员认真、细致观察产程、准确记录、及时发现异常以及准确迅速处理。

产后指导产妇加强乳房护理、定时喂奶。新生儿定期注射卡介苗，减少臀红、眼炎、预防交叉感染。妇科病人有相当多是肿瘤病人，大部分需要手术治疗，一部分病人还需要进行化疗，故饮食方面也应有特殊的照顾。

周世梅

第十一节 眼科管理

一、学科进展的特点

（一）广泛引进现代科学的新成就

1. 激光技术：自1960年激光器问世，最先应用激光技术于医疗方面的是眼科。目前，固体、液体和气体激光器均已应用于眼科临床，如红宝石激光、二氧化碳激光、Nd:YAG 激光、染料激光、氦-氖激光、氩激光和氪激光等。

⑴ 激光用于眼科诊断方面：如用氦-氖激光干涉测定仪预激白内障的视功能、激光全息照相术用于拍摄全眼三维图象等。

⑵ 激光用于眼科治疗方面：如利用激光热效应封闭视网膜裂孔、光凝糖尿病眼底、治疗血管瘤、封闭新生血管、利用激光冲击波效应做虹膜激光切开、滤帘切开、晶体囊膜切开和玻璃体前部机化膜切开术等。

2. 超声技术：

⑴ 超声用于诊断方面：采用 A-Scan 超声诊断仪测量眼轴长度、前房深度、晶体厚度或用于诊断眼内肿瘤、异物等；B-Scan 可对各型眼内肿瘤、眶内肿瘤、视网膜脱离、低钾时眼肌状况的评价等作出良好的判断。

⑵ 超声用于治疗方面：超声乳化白内障的手术装置可使手术切口大大缩小至3mm左右；还可在 B-Scan 引导下进行针吸眼内活体取材和取非磁性异物。

3. 电子技术：用于诊断的有视网膜电流图象检查仪、眼电图仪、视觉诱发电位仪和电眼压计等，用于治疗的有电炽透热仪和低视力助视器等。

4. 断层扫描技术：大大提高了眼内、眶内和颅内占位性病变的诊断准确度。

5. 荧光造影技术：对眼底病的诊断提供了很大的帮助。

6. 电子计算机技术：某些检查仪与电子计算机联用（如自动验光仪），可迅速提供为临床诊断和治疗所需的复杂数据，为早期诊断和及时治疗创造了条件。此外，近年来采用电子计算机按图象数字转换程序法（image processing technique）来精确测量视乳头杯/盘比作为追踪青光眼的重要参数，现已应用于临床。

7. 深低温冷冻技术：可用于治疗某些眼部肿瘤、新生血管和青光眼等。

8. 新的光学检查仪器：如镜面反射显微镜（角膜内皮镜）、双目间接眼底镜、带加压器的三面镜、四面房角镜、手术用的接触镜、激光用的接触镜和眼底检查用的接触镜等。

（二）普遍开展显微手术的新技术

显微手术问世以来，使眼科手术得到了划时代的提高，眼科手术的效果明显增强。

1. 手术器械及材质的进展：为行眼部显微手术专用的眼科手术显微镜、同步冲洗/吸取系列机、玻璃体切割器、超声乳化器、钻石手术刀；为显微手术使用的纤细剪刀、牙镊、结扎镊、针持以及10-0至11-0的尼龙单丝缝线和针锋锐利的铲形缝针等都相继问世。

2. 手术方法的进展：

⑴ 白内障手术：采用现代白内障囊外摘除术及同期后房型人工晶体植入术已成为白内障手术的首选方法。

⑵ 角膜手术：由于显微手术的开展和角膜贮存液的改进等因素，使穿透性角膜移植术的成功率大大提高，适应证也不断扩大。此外，各种角膜屈光手术也风行于世。

⑶ 青光眼手术：当药物及激光手术不能控制眼压时，多采用小梁切除术；但对先天性青光眼则多行直视下房角切开术和小梁切开术。

⑷ 玻璃体切割术正在深入开展。

⑸ 视网膜脱离手术方法中增加了玻璃体腔内注入膨胀气体及眼内光凝封孔等技术。

（三）新的药物在临床的应用

近年来，新的 β-肾上腺素能阻滞剂如噻吗心安已成为治疗青光眼的一种常用药物；新的免疫抑制剂环孢霉素A为治疗眼部免疫性疾病提供了一种有力的武器；眼内手术时应用平衡盐水和透明酯酸钠等制剂，减少了角膜内皮的损伤，使眼内手术的疗效明显提高。

二、组织形式与学科划分

（一）组织形式

眼科实行科主任负责制。科主任统一领导全科的全部工作，科副主任协助科主任完成科内的任务并分管部分工作。

眼科分病房、门诊和实验室三部分：

1. 眼科病房：病房设病房医师组长（由主治医师以上高年医师担任）及病房护士长（一般由主管护师担任），均直接向科主任负责。

⑴ 病房医师组包括以下人员：副主任医师（副教授）、主治医师（讲师）、住院医师（助教）和进修医师等。根据各自的岗位职责共同完成病房所承担的医疗和临床研究任务。教学医院还要完成教学和其他科研等任务。

⑵ 病房护士长负责全病房的管理和护理业务工作，根据眼科病人的特点实行分级护理制度。病房还配备一定数量的卫生员，负责病房的卫生、饮食和杂务工作。

2. 眼科门诊：眼科门诊分门诊医师组与护士组两片，分别由门诊医师组长和门诊护士组长负责。

⑴ 门诊医师组长由主治医师以上的高年医师担任。门诊医师组包括参加门诊的各组医师、临床研究生、进修医师、技师和技术员等，分别参加门诊的普通门诊、急诊、专业门诊、专家门诊的诊治任务。

验光室配备一定数量的验光师、验光士，专司验光之责；门诊技术员参加门诊的各项检查工作，如查视野、测眼压、配戴角膜接触镜、电眼压描记、眼底照相、激光治疗等，由门诊医师组长领导。

⑵ 眼科门诊护士组长一般由主管护师或高年护师担任，负责门诊的服务台、视力测试室、注射室、治疗室、手术室等处工作，门诊的护理人员分别承担以上各处的工作。

3. 眼科实验室：眼科实验室设置的规模依据各专业组的情况而定。实验室的负责人由科主任兼任，根据需要配备一定数量技术员，各专业组的医师参加实验室的工作。

（二）学科分工

近年来，由于新技术、新疗法的大量引入和新业务发展的需要，眼科已逐渐形成了更细的专业分工。

按病种分工，有青光眼专业、角膜病专业、色素膜炎专业、眼底病专业、眼外伤专业、白内障（包括人工晶体）专业、眼神经病专业、斜视弱视等眼肌病专业；按专业性质分工有眼病理专业、眼生化专业、眼免疫专业、眼遗传学专业、眼电生理专业、眼屈光专业、眼超声专业，眼成形专业等。

眼科专业的设置应根据各医院的具体条件来决定，这些条件包括物质条件(如经费、仪器、设备、实验室等）和人员条件（如人员数量、学科专长、学术水平等)，各医院可依照自身的条件和学科特点从小到大，从少到多逐步建立和发展各学科专业组。相信随着眼科学的进一步发展，会有更多、更细的学科专业组的划分和建立。

三、业务管理特点

眼睛是人体的重要视觉器官，组织结构精细复杂，而且也是人的容貌标志，比起身体其他脏器有其特殊性。在治疗眼病时不仅需要注意恢复眼睛的视觉功能，同时还需考虑其美容方面，故要求眼科的医务人员应对病人具有高度的责任心与同情心，具备良好的专业知识和工作能力，此外还应有熟练、精细、轻柔的操作技巧，只有如此才能使病人获得最佳的治疗效果。

眼科工作的特点决定了眼科管理上的特殊性，它除了需具备与其他科室同样的医疗手段与步骤外，还具有其自身的业务管理特点。

（一）眼科门诊

1. 合理配备门诊医务人员：眼科门诊是眼科病人就诊的第一线，大部分眼科病人均在门诊进行诊治，故眼科门诊必须配备一定数量具有较高水平的医师，以保证门诊工作的医疗质量。

眼科门诊其他岗位（包括服务台、治疗室、注射室、手术室和验光室等）的医务人员均需是经过眼科专业训练的护士或其他专业人员，具有一定的眼科专业知识，否则难以很好完成各岗位的任务。

2. 要严格贯彻执行眼科所制订的各项规章制度、医疗护理常规和技术操作常规，以确保医疗质量。

3. 建立眼科门诊的工作程序：眼科门诊的工作程序是：病人最先到服务台，经过接诊、分号、去视力检查室查视力，然后去诊室接受医师在明室和暗室检查。检查后或去药房取药，或去治疗室进行治疗，或预约特殊眼科检查，如验光、查视野、查三面镜或房角镜、荧光造影、眼底照相等，或预约门诊手术治疗，或收入病房治疗。

4. 避免交叉感染：检查病人或进行治疗前医护人员必须洗手，门诊手术必须严格遵守无菌操作。门诊治疗室、注射室、手术室内的药品和敷料必须定期更换。

（二）眼科病房

1. 收入眼科病房的病人，病情多较急重，病房医师必须及早根据诊治常规进行诊治，遇有疑难、复杂病情应立即向上级医师报告，必要时请科主任或教授会诊。

2. 眼科病房应建立术前讨论、疑难病例讨论、业务学习等制度。

3. 眼科住院病人视力多有障碍，往往生活不能自理，所以护理任务重，治疗处理多，需要护理人员加强护理和病情观察。

4. 眼科手术病人最怕发生眼内感染，往往因感染不易控制而造成失明，所以眼科病房的工作人员一定要严格执行消毒隔离制度，防止手术污染或交叉感染。

吴静安

第十二节　耳鼻喉科管理

一、学科进展的特点

耳鼻咽喉科学近年来的发展，导致业务领域逐步扩大，特别是头颈外科的开拓和耳科学各分支学科的创立更显突出。

（一）耳科学方面

耳外科方面，随着手术显微镜等先进手段的推广应用，使得传导性聋的手术治疗获得较满意的效果。治疗感音性聋的电子耳蜗埋植也开始应用于临床。听力学已建立起系统的测听方法——纯音测听、声阻抗测听、语言测听，并建立了脑干电反应测听的方法，向测听客观化发展。随着社会老龄化和生活水平的提高，配带助听器的需要将日益增长，须由兼具医学与电子学知识的专门技术人员来管理这项工作。近年来，耳神经外科学的发展比较突出，经内听道、经迷路及迷路后乙状窦后入路的听神经瘤手术，获得了保存面神经功能并在早期病例保存听力的良好效果。迷路后及乙状窦后入路的手术，在治疗血管压迫神经引起的半面痉挛、顽固性眩晕和耳鸣以及三叉神经痛等病症方面，由于创伤小、术后合并症少，受到了患者的欢迎。耳神经学的发展，建立了系统的前庭功能检查法。眼震电图学也成为小的学科分支，对鉴别中枢及末梢前庭疾患起了重要的作用。美尼尔氏病诊断技术的提高、采用中西医结合方法治疗的探索、以及内淋巴囊减压术、分流术、前庭神经切断术等外科技术的应用都获得了较好的效果。

（二）鼻科学方面

由于免疫学的进展，使变态反应性鼻病在分类治疗及局部用药方面都有了一些新进展。

（三）喉科学方面

喉癌的治疗方面，由于诊断技术的提高，早期病例的发现及手术技术的改进，使得彻底切除肿瘤并保存喉功能的各种类型喉部分切除术日益完善。同时，全喉切除术后各种类型喉功能重建手术的运用，使多数喉癌患者在治疗后能够不同程度地恢复语言功能。

（四）头颈外科方面

进展比较突出。头颈肿瘤外科手术的技术，随着诊断技术的提高和手术技术的进步，近十余年来有了迅速的发展。颅面联合进路、颅底暴露手术、颈廓清手术、咽及颈段食管的重建以及头面部乃至口颊部的大块缺损应用肌皮（骨）瓣一期修复手术，加上显微外科的应用，使得头颈部肿瘤手术后一期进行功能及外形的修补成为可能。

此外，耳鼻喉科对颞骨内面神经走行段的手术治疗，已扩展到颅内段的神经血管减压、面神经的全程减压、面神经与副神经或面神经与舌下神经的吻合，以及面神经麻痹后各种成型手术的开展，使面神经的功能检查及面神经功能恢复手术已列为耳鼻喉科学中的一个专业分支。这些领域的进展，要求专业医生重新学习。

二、组织形式及学科划分

（一）组织形式

综合性医院耳鼻咽喉科应分为门诊、病房两部分，由主任医师或副主任医师分别担任门诊、病房的医师组长，负责处理日常的医疗工作。并建立实验室，配合临床研究。

1. 门诊：设候诊室、诊察室、隔音室、前庭功能检查室、内窥镜室、治疗室、处置室、手术室、观察室、抢救室。

⑴ 诊察室：室内除装备有一般的检查、治疗器械外，有条件的还应装备手术显微镜、光导纤维内窥镜等。由于学科发展的需要，应设立听力、前庭、头颈肿瘤、变态反应鼻病、嗓音、语言康复、听力康复等专业门诊。

⑵ 门诊手术室和抢救室：应设在诊察室近旁，以便于开展门诊手术。对耳鼻喉科的急诊如喉梗阻、气管异物，必须迅速进行抢救和处理。

⑶ 处置室：解决门诊的一般医疗处理，如上颌窦穿刺、鼓膜穿刺、鼻甲烧灼、冷冻治疗、激光治疗和吸入装置等。

2. 病房：应设置病室、检查室、治疗室（有条件时应分别设污染伤口及清洁伤口治疗室），并设置简易手术用显微镜。抢救室应备有喉镜、气管镜、喉插管等，以便及时对喉梗阻、气管异物患者进行抢救。如有条件，可设置 2—3 张术后监护病床，以便密切观察颅面、颈胸、颈腹联合术后的病人。

（二）学科划分

根据学科发展的需要及各专业分支学科的特点，在住院医师、主治医师普遍培养的基础上，主治医师在工作 2—3 年后可适当固定专业组。专业组的划分及人员安排，可根据学科发展的特点及任务而定，可包括耳外科组（其中有耳神经外科）、听力组、前庭及眩晕组、鼻科及变态反应鼻病组、头颈外科组（内含喉显微外科），并可根据情况设立嗓音医学组及成型专业组。耳科组统管听力、前庭、耳外科、耳神经外科，头颈外科组统管咽喉外科、肿瘤外科、嗓音医学及成型专业组，这样就有利于各专业组之间的有机配合和协调工作。

三、业务管理特点

1. 耳鼻喉科诸器官为深在的腔洞，且具有重要的生理功能，喉梗阻、气管异物及耳源性颅内合并症常能危及生命。因此，耳鼻喉科医生应熟练地掌握局部解剖学知识及检查技术，操作要准确细致。科室领导应委托专人负责培养住院医师及进修医师，定期考查。经考试合格后，方可独立对患者进行检查及治疗。

2. 急诊抢救要求分秒必争。有急诊病人时应随时接诊和进行急救处理。要严格执行值班制度，保证值班医师24小时在班，而且还应有经验丰富的医生担任第二线值班。为接受喉梗阻、气管异物等危急病人的抢救任务，于急诊室、抢救室应常备必需器械以应急需。同时，对病人应有高度的同情心责任感，有过硬的抢救技术，全体抢救人员应互相协同配合，负责医师及时地临场指挥抢救，这些对成功地进行抢救工作都是十分必要的。

3. 手术是治疗耳鼻喉科、头颈外科疾病的重要手段，因此对手术的管理应视为本科管理的重要环节。其具体要求是：

⑴ 建立各种类型手术的责任制，做好手术的分级管理：由于耳鼻咽喉各器官部位深在，解剖结构复杂，与颅脑、眼及重要的血管神经相邻，稍一不慎即可造成严重的并发

症。因此手术者必须掌握有关的解剖知识，必须具有稳准、精巧、细致的操作技术，这就须要严格训练，要有个循序渐进的提高过程，并制定各类型手术的责任制。

第一二年的住院医师，应学习和掌握扁桃体挤切术、剥离术、气管切开术、鼻甲部分切除、鼻息肉摘除、上颌窦根治手术，由主治医师及住院总医师负责技术指导及把关。

第三四年的住院医师，除上述手术外，应学习并掌握鼻中隔矫正、简单乳突凿开、乳突根治、筛窦开放、气管镜、食管镜取异物，由主治医师负责技术指导。

主治医师应学习与掌握鼓膜修补、鼻侧切开、全喉切除、气管镜取异物，由主任及副主任医师负责技术指导。

⑵ 进行术前讨论，做好术前准备：主管医生及术者，术前必须认真检查病人，完善术前化验及各项检查，核实诊断、手术部位、姓名、年龄等，并由上一级医师检查核对。中小型手术由主治医师查房，进行术前讨论；大型手术经主任查房，做好术前讨论。

⑶ 术后医疗随访及正确的术后护理十分重要。必须责任明确：大手术由主管主治医师负责，住院医师执行；中小手术由主管住院医师负责并执行。新开展及疑难大手术由病房医师组长负责，应做到注意观察和掌握病情变化，预防并及时处理术后并发症及各种意外情况。

⑷ 为了不断地总结经验教训，提高医务人员的水平，应认真组织术后讨论。讨论内容包括适应证的选择是否适当？手术操作是否正确？手术中成功的经验与失败的教训是什么等。

郭　敏

第十三节　口腔科管理

一、学科进展的特点

（一）口腔学科现状

口腔医学是20世纪初期才在我国逐步发展起来的，解放以来有了较大发展，专业人才也迅速增长。口腔病非常普遍，病种繁多，病因和发病机理复杂。龋病、牙周病、口腔肿瘤、涎腺疾患、粘膜病等均是危害人民健康的严重问题。世界卫生组织已把龋病排在心血管病和癌症之后，列为重点防治的第三位疾病。我国现有口腔医师与全国人口之比为1:10万，加上中级口腔人员也不过是1:5万，而发达国家则是1:2000（美、日）或3000（英），这与人民群众对防治口腔疾病的迫切要求是很不适应的。

为了实现世界卫生组织提出的“2000年人人享有卫生保健”的目标，除了动员各方面力量，贯彻“预防为主”的方针，在群众中进一步普及口腔卫生知识，多层次、多渠道、多形式的培养口腔保健人才外，还需加快口腔基础理论的研究步伐，多出、快出成果。

近年来，我国在口腔科学各领域广泛应用了核磁共振、CT、颅面三维立体摄影、激光全息照相、电子计算机、电镜及免疫等先进技术和方法，使一些研究成果居国际领先地位，一些已达到或接近国际先进水平。如用高分辨电镜技术作微晶体观察以及采用透射电镜、能谱分析及偏光显微镜观察龋的形成及再矿化现象的研究；口腔鳞癌单克隆抗体 ASC_6 的研制成功；单克隆抗体对牙周病组织T细胞亚群的免疫组化分析；利用激光全息照相、立体测量对矫治生物力学及模型测量的研究等。尤其值得提出的是，我国

在颌面部癌瘤切除后缺损的修复和器官再造方面居世界领先地位。在科研中重视祖国医学遗产的继承与发扬也具特色，如对口腔粘膜病的实验研究就是采用现代科学手段，发挥中医辨证论治的优势，对发病机制进行研讨，并取得较大进展。

基础研究目的在于提高临床诊治疾病的水平。如羟基磷灰石人工骨、生物玻璃陶瓷人工骨、骨形成蛋白及异体、异种骨的基础研究及临床应用研究，证明我国在骨代用品材料的研究与应用已进入一个新阶段。微波局部加热及加热联合化疗治疗口腔颌面部恶性肿瘤的实验及临床应用研究，口腔癌前病变阻断的实验研究，口腔鳞癌细胞核 DNA 倍体的分析及颈淋巴结造影和印片细胞学检查等，对诊治口腔颌面部恶性肿瘤提供了新信息、新途径。

（二）口腔科学的特点

口腔病发病是非常普遍的，最近的调查资料发现我国自然人群口腔病患病率高达60%以上。不少口腔疾病是全身疾病的局部表现，如血液疾患在口腔粘膜及牙龈所引起的出血、糖尿病人的牙周疾患等。而口腔局部病变又常引起全身性疾病，如慢性根尖病可致心内膜炎、肾炎等。因此，口腔科医师不仅需要掌握本专业知识，还应了解有关的整体医学科学知识。口腔医学是以生物学与理工学为基础的，口腔科医师不仅对疾病要作出诊断，还要在经过正规训练的护士、技术员的密切配合下，进行各种处置与手术。口腔颌面是全身重要器官之一，治疗时不仅要去除疾患，还要恢复其正常功能，并保持和恢复良好的外形，因此要求具有较高的整形基本技术，并具备特殊的基本技术。

二、学科划分与组织形式

（一）学科划分

随着学科的发展，口腔科学的专业划分也越来越细，可分成口腔内科、口腔颌面外科及口腔矫形科。口腔内科以诊治牙体、牙周及口腔粘膜疾患为主；口腔颌面外科主要诊治口腔颌面部的炎症、损伤、肿瘤及畸形等；口腔矫形科除牙体、牙列的缺损或缺失修复外，还包括矫治牙颌畸形的口腔正畸专业。近年来，随着群众对美容要求的提高，相应增设了四环素牙及着色牙的治疗、成人外科手术正畸等美容新项目。

（二）组织形式

综合医院口腔科是一个独立的科室，担负着医学、教学、科研及预防的任务。

1. 医疗方面：分门诊与病房两部分，但工作重点在门诊。

⑴ 门诊结构与设备要求：门诊包括诊疗室、技工室、手术室、X线室及消毒室等。

① 诊疗室：布局要合理，需有明亮、安静、舒适的环境，良好的水电供应系统及必要的防护措施、辅助设施。

1）诊疗室内每台综合治疗台及手术椅占地面积以 9m²左右为宜。每间诊室内治疗椅不宜过多，一般以 2—4 台为宜。台间可加隔板，以避免相互干扰，保证治疗效果。

2）诊疗室内应安装流水洗手设备，供医护人员洗手，防止交叉感染。

3）口腔内科诊室需有密闭的银汞合金调拌室，并要有良好的通风设备，以尽量减少室内空气中汞含量，保障医护人员身体健康。

4）诊疗室内除综合治疗台（含高速涡轮车钻）、升降手术椅外，还应有超声波洁牙机、激光治疗机、冷冻治疗机及冷光灯等。小型器械除口镜、齿科镊、双头探针、弯盘及口杯外，还需有各型钻针、充填器械、牙髓及牙周治疗器械，各型拔牙钳、铤，高压

注射器及一般手术器械，各式技工钳、卡环钳、蜡刀、石膏刀等等。

② 矫形技工室：应单独设立焊接室、单体制作室、托牙打磨抛光室、塑料热处理室、烤瓷室及高频铸造室等。各室均应有良好的排气设备，以免危害工作人员健康。设备除功能齐全的技工桌外，还应有压冠机、磨光机、高频真空铸造机、自动喷砂机、烤瓷炉、电解抛光机等。

③ X线室：应有牙科X光机、体层平展X光机、腔内X光机等，并应配有暗室供洗片用。X光室必须有完善的安全防护措施。

⑵ 病房：口腔科病房床位可与五官科或外科病床在一起，也可单独设立，视医院的规模与条件而定，一般每百张病床设2—3张即可。病房设有换药室、治疗室、手术室，每室均应有专科设备。

2. 预防方面：宣传口腔卫生，提高人民群众的口腔卫生知识水平是一项重要的工作任务。除在门诊诊疗工作中进行宣教外，还应抽出一定人力、物力到基层单位（尤其是托儿所、中小学）进行普查、防治及宣教工作，以降低龋病、口腔癌瘤等病的发病率。

3. 教学方面：综合医院口腔科多承担医疗、卫生、儿科等专业大学生或中级卫生学校的授课任务。根据教学大纲，重点介绍口腔医学概况、口腔保健、口腔常见疾病、系统病与口腔关系等内容。

4. 科研方面：科研应结合本医院及本科室特点，对临床病例进行观察、统计与总结，有条件的单位还可着手基础理论方面的研究。

三、业务管理要点

（一）口腔门诊的管理

1. 口腔门诊定员：因口腔科医疗任务主要在门诊进行，而每项治疗又都较繁杂，故医护人员比以2:1为宜。除医师、护士外，还要有进行放射、矫形技术工作的技术员。

2. 门诊由主治医师以上人员负责组织门诊医疗工作，并承担技术指导、干部培养及业务学习等工作。

3. 门诊工作定额：口腔治疗工作较复杂，在保证医疗质量的前提下，以每小时诊治2—3个病人为宜。口腔医疗工作劳动强度大，因此，每日继续门诊时间不应超过6—7小时。

4. 门诊设护士长负责全门诊护理工作，需熟悉口腔科业务。根据任务配备护理人员，带领护士作好开诊前的准备工作。开诊后配合医师准备诊治器械、调制递送药品材料及病人就诊前后的处置。要有计划地安排门诊设备的维修与保养，消毒器械，请领、制备及保管药品材料等。

5. 口腔门诊的消毒与隔离：口腔科医师每处理一个病人都直接与病人口腔接触，因此必须做到衣、帽及口罩的洁净与整齐，每处理一名病人都要认真洗手，以免造成交叉感染。口腔科病人使用的器械必须每人一套，用完必须消毒后再用，严禁连续使用。对不同的器械可采用不同的消毒方法，但要求严格可靠。

（二）病房管理特点

1. 口腔科的住院病人绝大多数是口腔颌面外科病，只有少数的口腔内科病人需要住院治疗。

2. 病房要重视换药室的工作，因换药在治疗口腔颌面部疾病中占有重要位置，换药

不当就可能造成不良后果。如因换药不及时或因无菌观念不强，造成再感染，使疗程延长甚至手术失败；腮腺手术后未经良好加压包扎，则易致涎液潴留；面、颈部游离植皮病人过早换药，可使皮片撕脱等，因此必须熟悉并严格执行术后换药制度及注意事项。换药工作必须由熟悉病情的医师亲自换药，对一些主要的手术病人，上级医师应会同住院医师共同换药，并加以指点以培养年青医师。换药器械一人一份，分别打包、消毒，无菌与感染者要分开，以防交叉感染。

3. 颌面外科医生要熟练掌握并正确运用基础理论知识，如无菌操作、消毒观念、休克急救、水电平衡、输血输液及抗生素的正确应用等。还要掌握一般外科及整复外科的基本技术，如切口剥离、缝合、包扎、组织和器官移植等。

4. 口腔病房护理：由于口腔颌面部手术的特点，必须注意呼吸道的通畅、术后出血等变化。颌面外科手术病人多采用全麻，因此，有条件者可设全麻术后苏醒室，由专人集中护理，室内应备有抢救药品、氧气、气管插管、吸引器、同步呼吸器、喉镜等，以备急用。

5. 口腔病房住院病人的饮食：因口腔科病人多为咀嚼器官或其邻近器官的病变，会直接影响进食而不是不思饮食，如不注意可致水盐代谢失调、饥饿性休克、营养不良等，对疾病的治疗与机体的康复是极为不利的。

杨宗萍　张仁德

第十四节　中医科管理

一、中医工作的基本方针

中国医药学是我国的传统医药学，是我国人民几千年来同疾病作斗争的经验总结，它有自己的理论体系和丰富的实践经验，是我国宝贵文化遗产的一个重要组成部分。在历史上，它对中华民族的繁衍昌盛作出了巨大的贡献，对世界医学的发展也产生过重大的影响。但近百年来，在半封建、半殖民地的旧中国，中医中药事业遭到了严重的摧残。解放后，党和国家十分重视中医工作，把团结中西医作为我国卫生工作的一项重要政策。1958年毛泽东同志指出："中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高"。1982年12月，将发展我国传统医药以法律的形式载入我国的宪法之中。1985年6月中共中央书记处关于卫生工作的决定中指出："根据宪法'发展现代医药和我国传统医药'的决定，要把中医和西医摆在同等重要的地位。一方面，中医药学是我国医疗卫生事业所独具的特点和优势，中医不能丢，必须保存和发展。另一方面，中医必须积极利用先进的科学技术和现代化手段，促进中医药事业的发展。要坚持中西医结合的方针，中医、西医互相配合，取长补短，努力发挥各自的优势"。

党的中医政策的基本要点是：努力继承、发掘、整理、提高中国医药学；团结和依靠中医，发展和提高中医，发扬中医的特色和优势；组织西医学习和研究中医，实行中西医结合；采用先进科学技术，实现中医现代化；有计划按比例地发展中医和中西医结合事业，并为其发展与提高创造良好的物质条件；保护和利用中药资源，发展中药事业。总之，党的中医政策是保护和发展中医中药事业，实行中西医结合，继承发扬祖国医学遗产的政策。

二、医院开展中医工作的意义、任务和内容

我国有一支中医中药的力量，这是我国医药卫生事业的一大特点和长处，这支力量不仅分布在中医机构，各综合医院的中医总人数也是相当可观的。在有些综合医院中还相对集中了不少西学中的医生从事中医工作。综合医院开展中医工作，充分发挥这部分中医药人员和西学中人员的作用，是贯彻执行党的卫生工作方针和中医政策的重要体现，也是办好医院的一个重要条件。

综合医院建立中医科，中医参加医院工作已有30多年的历史，它是医院的一个重要组成部分，积累了不少经验，取得了很大成绩。中医科担负着大量的医疗任务，治好了不少疑难重症，深受人民群众的欢迎。许多中医科承担医学院校教学、西学中教学和实习，接纳进修学员、招收研究生等教学任务，为国家培养了大批人才。有的对名老中医的学术经验通过临床实践进行了整理，编写出版了一批医案、医话和学术专著。有的还开展了中医和中西医结合的科研工作，做出了成绩。

事实证明，综合医院中设立中医科，是人民医疗保健事业的需要，是继承发扬祖国医学的一项重要措施。中医科的建立和发展，逐步形成了具有我国特点的医疗保健组织形式，对于团结中西医、实行中西医结合，起到了促进作用。因此，综合医院开展中医工作有着重大的意义，中医科的地位和作用与西医的临床科室同样重要，是综合医院不可缺少的一个重要科室。医院领导对此应给予高度重视，把中医科的工作列入议事日程，并要有一位院长分管中医科的工作。每年要全面系统地进行一次研究检查，对工作好的要表彰鼓励，后进的要具体帮助，特别是在物质条件上积极给予支持，使中医工作不断得到改进和提高。

综合医院开展中医工作的主要任务和内容为：

1. 完成中医门诊、病房的医疗任务，并不断提高医疗质量。
2. 抓好中医药人员的业务培训与提高工作，完成各项教学任务。
3. 认真总结老中医的学术经验。
4. 积极开展中医药的科学研究工作。
5. 积极开展和协助其它科室开展中西医结合工作。

三、综合医院中医药工作的组织

（一）体制和科室设置

综合医院均应设立中医科。中医科在诊断、治疗、护理、病历书写、病房管理等各个环节要发扬中医特色。在科室设置上，要根据实际需要和中医队伍的专长，开设多种专业性中医科室或诊室，如针灸科、正骨科、按摩科、痔瘘科。有条件的还可以开设中医儿科、妇科、眼科、外科及其它专病诊室。

中医科除开设门诊外，应设置病房。中医床位一般应占医院床位总数的百分之五，有条件的可以达到百分之十。

中医病房要以中医诊断治疗为主，同时亦应采用现代医疗技术设备进行检查诊断，并可根据自己的专长选择收治病种，要积极创造条件收治急重症病人，通过临床实践，探索中医药治疗急重症经验，研制抢救急重症的中药制剂。从一切有利于病人出发，在抢救急重症中，必要时也可借助于某些西医西药。

中医科在保证医疗任务的同时，要认真搞好中医教学，努力完成医药院校学生、研究生、进修生等教学任务，培养中医药、西学中和护理等人才。

为了加强中医的科研工作，有条件的综合医院要为中医科建立研究室，为他们提供现代科学技术和手段，为开展中医临床和基础理论研究创造条件。

中药的供应和质量保证对中医疗效关系甚大。要建立和办好中药房（包括中药制剂室）中医科和中药房要密切合作，对临床验证有效的方药，要在保证和提高疗效的基础上进行中药剂型改革，研制安全有效的药品。

中药房的工作是一项技术和体力劳动较强的工作，医院应努力创造良好的工作环境和设备条件，保护工作人员的健康。

（二）中医药人员

中医药人员技术职称的评定，应以他们对中医药理论的掌握程度和运用中医理、法、方、药处理病症的实际本领来衡量，实行同行评议。对他们业务考核的主要内容是中医药知识和实际工作能力。在政治、学术、职称晋升和工资福利待遇上，要做到中、西医一视同仁。

对现有的中医药技术队伍中业务素质较差者，应制订具体培训计划，提高他们的中医药技术水平。凡未取到医士职称的人员，不给予处方权。对他们通过培训和技术考试、考核仍不合格的，应调整做别的工作。

护理人员要做到相对稳定，要努力提高他们的中医护理知识。

（三）中医的继承与提高

在综合医院的中医工作中要重视中医的继承与提高。对于学术经验丰富的老中医，要选派得力助手，做到人员固定、时间保证、任务落实，通过定期参加门诊、查房、会诊等形式，尽快把他们的学术经验继承下来。对有条件的老中医，要鼓励他们著书立说，带好接班人。对于老药工的技术和业务经验，也要认真予以继承。

对基础理论比较扎实和临床经验比较丰富的主治中医师和中医师，要鼓励他们进一步学好中医，钻研中医药学术。在学好中医的前提下也要为他们创造一些学习现代自然科学和现代医学的机会，增进他们继承发扬祖国医药学的科学知识，培养他们的科研能力，使之尽快成为学术带头人。

对中医理论基础较差，临床经验不足的中医师及中医士，要普遍为他们创造学习中医的条件，在系统掌握中医药基础理论、基本知识和基本技能的前提下，可让他们选择专科定向发展。

中医学之所以经久不衰，至今仍为广大人民群众所欢迎，并引起国际上的重视，关键在于其独特的疗效。但是随着时代的进步和现代医学的迅猛发展，对疗效的要求已愈来愈高，因此在综合医院中从事中医药工作的各级人员都应努力钻研业务，积极进行科研工作，不断提高治疗的效果。在有条件的综合医院中，还应努力使中医的诊疗工作逐步实现现代化。

四、中医药的业务管理

（一）中医病房医疗管理

中医病房应由中医科独立管理，以便系统观察病人的治疗效果。实行住院医师、主治医师、主任医师（科主任）三级负责制或住院医师、主治医师两级负责制。住院病人应有固定的医师（士）负责管理，定期组织有经验的老中医查房、会诊、指导疑难、危急病症的诊治。

要建立体现中医理法方药、辨证论治特点、又吸收了西医长处的中医病历。建立健全各科规章制度和技术操作规范，逐步制订各种疾病的中医诊治标准和适合于中医特点的各项医疗统计指标。

（二）中医护理工作

中医病房的护理工作，要努力发掘中医药学护理知识，进行辨证施护，同时也要吸收西医护理的长处。护士交班日志要尽量采用中医病名和术语。

各级护理人员都要努力学习中医护理知识，提高护理水平，逐步制定具有中医特点的常见病和急重症的护理常规。要重视中医的食疗、气功、太极拳等，配合临床治疗。

护理工作实行护士、护士长、科护士长三级负责制，或护士、护士长两级负责制，护理人员要严格执行医嘱和各项规章制度。

（三）中医门诊管理

要加强门诊工作，组织有经验的中医参加门诊。要建立健全各项规章制度，简化手续，方便病人就诊。重视疑难病的诊治，必要时进行会诊，不断提高门诊医疗和服务质量。门诊病历亦应力求完整，体现中医辨证论治的特色，并把病历书写作为中医技术考核的一项重要内容。

（四）中药房的管理

加强中药管理，抓好验收、贮存、炮制、配方、煎药等几个环节，严格执行中药炮制规范、煎熬操作规程、配方复核和药库保管等制度，防止虫蛀鼠咬、霉烂变质保证药品质量。毒麻药品必须专人管理，确保安全。贵重药品要建立健全保管、领发制度。对危急病人的抢救用药要设法保证，及时供给。

（五）中医与其它科室关系

中医与各西医科室要团结协作，相互学习，彼此支持。各西医科室要积极支持中医科室管好病房，中医科亦应支持和促进其他科室开展中西医结合工作。

五、中西医结合工作

（一）中西医结合的意义

中医学和西医学是在不同的历史条件下发展起来的，分别受当时的社会经济、生产水平、科学技术和哲学思想的影响，从理论体系、概念术语到诊断和治疗的方法都有很大的差别。但是，它们的研究对象是相同的，都是研究人的生命现象和疾病的发生、发展，研究如何维持健康和预防、治疗疾病。因此，中西医学又是可以结合的。

中医和西医之间学术、诊疗上的互相渗透、互相吸收就是结合。从自然科学和医学发展的历史来看，各门学科、各个分支和各个学派，都是互相渗透、互相吸收的。我国自古以来曾多方面吸取了外来的医药知识和经验，特别是印度医学和阿拉伯医学的某些优点。例如传入了印度的眼科技术，采用了阿拉伯的医疗经验和方药，尤其在药物学方面从国外输入了不少新的药物，如沉香、苏合香、诃黎勒、犀角、乳香、没药、血竭等。这些外来的知识、技术、经验和方药成为我国医药的组成部分，使祖国医药学更加丰富多采。另一方面，我国医药学对于世界医学甚至其它科学的发展也有过重大的影响。例如阿拉伯医圣阿维森纳的《医典》吸收了中医脉学等内容。达尔文的生物进化论在其形成的过程中，也受到包括李时珍《本草纲目》在内的有关生物学著作的影响。至于近代西方医学的产生，则是古希腊、罗马的医学在文艺复兴以后，运用自然科学的新成就，

始其跨出了崭新的一步。这些事例都说明，中医和西医在向疾病作斗争的过程中，必然会逐步融汇贯通，这是客观事物发展的辩证法。

中西医学互相渗透、互相吸收。就是要取长补短，不断创新。两者各有所长，各有所短。西医是随现代自然科学的发展而发展起来的，它运用了现代科学知识和技术，偏重于分析的方法，注意实验研究，从不同的层次研究了生理活动和疾病过程，观察得比较细致、准确、客观。但由于着重于对局部的研究和了解，所以有时容易出现对局部考虑较多，对整体注意不够的倾向。中医从整体观念出发，对人体的生命活动，对疾病的发生、发展和转归，对药性和药理作用等的认识，都初步贯穿着矛盾统一的整体观，在治疗方法和临床经验方面也有许多独到之处。但由于历史条件的限制，当时几乎没有实验的自然科学，因而中医不可能把对生命活动和疾病本质的了解建立在实验的基础上，从而影响了其进一步的发展。西医的优点，正是中医的不足。中西医之间互相吸收、取长补短。可以丰富医学理论和发展医学科学，所以中西医结合的过程是一个不断创新的过程。它必然会对医学发展做出贡献。

中西医结合方针是从我国既有中医又有西医的实际情况出发，根据人民防病治病的需要而提出的。从提出中西医结合方针30年来，在党的正确领导和广大医务工作者的积极努力下，中西医结合工作有了很大的发展。目前全国已有西学中高级医师4000多人。一些经验丰富的西医专家、学者，越来越多地重视中医、学习中医、积极参加中西医结合的研究工作。他们取中医、西医之长，进行预防、医疗、科研实践，取得了不少可喜的成绩。中西医结合治疗某些急腹症、骨折、骨关节及软组织损伤、心血管病、脑血管病、急性感染疾病及肛肠疾病等，都取得了比单独用西医或中医更为满意的效果。中西医结合创立的针刺麻醉及对针麻原理的研究，不仅成功地把针刺镇痛效应应用于复杂的外科手术，而且导致生理、生化方面某些新的发现。在用现代科学知识和方法探索阴阳、脏象、经络、气血学说等中医基本理论方面，积累了大量实验资料，并在科研思路和方法上也取得了一定的经验。在中药的研究方面，也不断有新的发展。我国医学在世界上占领先地位共有5项：断肢再植、烧伤、骨折、急腹症和针麻、最后3项都是中西医结合的成果。1979～1982年卫生系统获国家发明奖共22项，其中中西医结合占7项；到1984年底卫生部评出甲、乙等成果奖共1605项，其中中西医结合成果有256项，占16%，实践说明，中西医结合的方针是完全正确的，应当坚定不移地加以贯彻。

（二）中西医结合的途径

中西医结合是一项长期艰巨的任务，要经历一个由简单到复杂，由初级到高级，由量变至质变的发展过程。中西医结合的途径是多种多样的，从目前的研究情况看来，中西医结合可以从下列几方面进行。

1. 辨病与辨证：辨证论治是中医的特点，所谓“辨证”，就是通过望、闻、问、切四诊检查了解病情，以中医的理论为指导将所获得的材料进行分析研究，确定疾病的性质及病位，据以制定治疗方案。这种辨证，体现了中医的整体观，重视人体内在抗病能力，强调具体情况具体分析，但不够细致、确切。西医主要是运用现代科学方法和仪器对局部的器质和功能变化进行定性、定量和定位的检查分析，诊断比较明确，治疗针对性强，但对整体有时重视不够，如将中医和西医的长处有机地结合起来，相辅相成，并据此制定出合理的治疗方案，则可以提高疗效。

2. 调动内因和控制外因：中医和西医在防治疾病方面都考虑到内因和外因。中医长于调动人体内存的抗病能力，特别是非特异性的抗病能力，通过相应的药物或针灸、按摩、气功等动员体内各种积极因素，间接消除病因，提高机体的适应性，起到治病作用。西医则长于调动人体特异性的免疫能力和控制疾病的外因。把二者有机地结合起来，就可以提高防病治病的效果。

3. 基础理论上的结合：中西医在理论上的结合是一项艰巨的工作，但只有用现代科学的知识和方法探讨中医基础理论，加深对中医理论的认识，才能使中西医学在理论上融汇贯通，并有所发展和创新。

（三）综合医院中中西医结合工作的任务、内容和方法

中西医结合工作的开展需要有中医和西医两方面的基础。一般说来，中医和西医的水平越高，团结合作越好，就越能多出成果，越能出水平较高的成果。综合医院既有西医的基础，又有中医参加工作，部分医院还有一定数量的中西医结合医师或西学中人员，故都不同程度地具有开展中西医结合工作的基本条件。从二十多年来的实践看，有许多重要的中西医结合的成果就是在综合医院中做出的。开展中西医结合工作，不仅不影响其承担所在地区的医疗保健任务，而且有利于提高服务质量。因此，综合医院应重视开展中西医结合工作，尤其是已经做出一定成绩的单位，更应进一步加强，使中西医结合的预防、医疗、科研工作出现一个新局面，对促进我国医药卫生事业的发展做出更多的贡献。

综合医院中中西医结合工作开展的关键在于医院领导的重视。领导应把开展中西医结合作为贯彻执行我国医疗卫生工作方针的大事来抓，要把它列入领导的议事日程，进行具体的安排和部署，并经常督促检查，认真帮助解决工作中的实际问题。在人力、物力、财力等各个方面提供必要条件。

在开展中西医结合工作中需要着重解决下列问题。

1. 加强中西医结合队伍的建设：鼓励具备条件的西医人员参加西医离职学习中医班。鼓励和组织那些学识渊博、经验丰富、热爱中西医结合事业的西医专家学习研究中医。加强中西医之间的团结协作，充分发挥中医人员在中西医结合工作中的作用。对于从事中西医结合的西学中人员，要注意采取各种有效措施，不断提高他们的中医和西医学术水平，以适应工作发展的需要。

2. 认真解决中西医结合基地：有条件的综合医院可建立中西医结合研究所或中西医结合科室。对于综合医院中有条件的西医科室，特别是科室的业务领导人掌握了中医专业知识、热心于中西医结合事业，又有一定的西学中人员和设备条件，院领导上要支持他们开展中西医结合工作。综合医院中医科如有一定数量的西学中人员，在发扬中医特色的前提下，也要开展中西医结合工作。在一般综合医院中要鼓励在临床上应用中西医结合的方法诊疗疾病，并注意总结经验。

3. 积极开展中西医结合的科学研究工作：这是加快中西医结合的关键。主要应从临床实践着手，用现代科学方法对疾病进行详细的临床检查，做出确实可靠的诊断，实事求是地从临床病例中做出疗效的总结，通过广泛的临床实践认真地进行研究，总结出疗效高、重复性好、经得起实践检验的治疗规律。在总结临床疗效的基础上，有条件的单位要进一步开展实验研究，阐明其作用原理。对于基础理论的研究更应给予足够的重视。对于已有的中西医结合成果，要注意交流和推广。　　谢竹藩　陈婉芬

第三十九章　农村医院管理

第一节　农村三级医疗预防网

一、农村三级医疗预防网的构成

农村三级医疗预防网是由县属医疗单位、乡（镇）卫生院、村卫生组织及个体开业诊所构成。

县属医疗单位一般设有县医院（县第一人民医院）、县中医院，有些县设有县二院、县三院、县传染病院等医疗机构。

乡（镇）卫生院一般设有乡（镇）卫生院或中心卫生院。

村卫生组织举办形式多样，名称各异，有的称卫生所，有的称医疗站，有的称防治站等。目前农村个体开业诊所已成为三级医疗预防网的重要补充，而且有继续发展的势头。

此外，农村企事业单位所属的医疗组织也是农村三级医疗预防网的组成部分。

二、农村三级医疗预防网的功能

农村三级医疗预防网是农村医疗卫生工作的组织形式和物质基础，主要具有以下功能：

（一）医疗功能

农村三级医疗预防网的医疗功能一般分三级。

初级诊疗：为患者提供最初的诊疗服务，使疾病得到及时的处理和初步的治疗。初级诊疗服务主要由村级卫生组织提供。

二级诊疗：患者经初级诊疗后，需要进一步诊断治疗而村卫生组织无力承担时，就要由上一级医疗单位提供第二级医疗服务。二级诊疗主要由乡（镇）卫生院提供。

三级诊疗：经乡（镇）卫生院诊疗后，需要进一步诊断治疗而乡（镇）卫生院无力承担时，就要由县级医疗单位提供第三级医疗服务。

（二）预防保健功能

县、乡、村三级医疗卫生组织都具有预防保健功能，越是基层这一功能越强。县级医疗单位的预防保健功能主要表现为完成分担区域内的预防保健任务，开设保健门诊，提供保健服务，开展计划生育技术指导工作等。乡（镇）卫生院即是农村预防保健网的中间环节，又是基层单位，负有组织指导村卫生组织开展预防保健工作的职能，同时又要亲自动手开展许多预防保健工作。村卫生组织是农村预防保健工作的最基层，负有开展全村预防保健工作之职能。

随着农村医疗需求结构的变化和医学模式的转变，农村三级医疗网的预防保健功能将逐步增强。

（三）培训和指导功能

农村三级医疗预防网中，上级医疗单位负有培训和指导下级医疗单位的职责。县级医疗单位除完成院内任务外，有责任对乡（镇）卫生院，进行培训和指导；乡（镇）卫

生院除完成院内工作外，有责任对所在乡（镇）的村卫生组织进行培训和指导。逐级培训和指导应从实际出发，符合下级单位的工作特点和实际需要，讲求实效。培训指导方法可灵活多样，可以采取举办各种学习班，进行对口进修带教，定期会诊和技术操作示范，派技术小分队（组）到基层巡回指导，组织学术讲座和开展学术交流等措施。

三、农村三级医疗预防网的任务

（一）村卫生组织主要任务

1. 宣传和执行国家的各项卫生工作方针、政策、法规。
2. 开展上级布置的各项卫生防疫工作。
3. 开展上级布置的各项妇幼保健和计划生育技术指导工作。
4. 开展常见病的初级诊断治疗工作。
5. 宣传卫生科学知识，开展健康教育。

（二）乡（镇）卫生院主要任务

1. 贯彻执行国家的各项卫生工作方针、政策、法规。
2. 协助乡（镇）政府制定和执行全乡（镇）的卫生工作计划。
3. 开展上级布置的各项卫生防疫工作。
4. 开展上级布置的各项妇幼保健工作和计划生育技术指导工作。
5. 开展农村常见病、多发病的初级和二级诊断治疗。开展一般的急症抢救工作。
6. 宣传卫生科学知识，开展健康教育。
7. 指导村卫生组织开展业务工作，培训乡村医生和卫生员、接生员。

（三）县级医疗单位主要任务

1. 开展农村常见病、多发病和一般疑难危重病人的诊断治疗和抢救，发挥全县医疗中心作用。

2. 指导下级医疗单位开展医疗工作，培训下级卫生单位的卫生技术人员，发挥全县医疗技术培训中心作用。

3. 开展医学科学研究，引进推广新技术，发挥全县医疗科研中心作用。

4. 开展分担区域内的卫生防疫、妇幼保健等工作。

第二节　县医院管理

一、县医院工作特点

县医院是全县的医疗中心、医疗业务技术指导中心和医疗教学科研基地。加强县医院的管理和建设，对提高全县医疗业务技术水平具有十分重要的意义。为此，应将县医院的发展建设列为全县卫生事业发展的重点。

县医院地处农村县镇，由于它所处的地位、服务对象、服务空间与城市医院不同，因而其工作具有以下特点。

（一）服务对象多是农民

农民患者多为自费医疗，经济收入较低，在检查和治疗方面必须考虑到他们的经济承受能力。农民的生活方式和风俗习惯有别于城市，这给县医院在医疗秩序、卫生环境、治疗膳食等方面提出了许多管理上的问题。

（二）服务空间较大

县医院的服务空间一般同所在县的地域是一致的，较大的县拥有百万人口，方圆数百里，服务空间之大，服务人口之多，使县医院的医疗工作十分繁重，急重症多，门诊病人中的住院率高。

（三）就诊具有季节性

县医院的就诊人数受季节性影响较大，农忙时病人减少，急、重症比重大；农闲时病人增加，轻病、慢病患者多。由于就医者多为远路乘车而来，因而县医院每天上午9—10点为门诊高峰，而到下午就诊者则明显减少。

（四）急救任务较重

由于农村乡、村医疗组织技术水平和物质条件较差，急诊抢救能力很低，因而全县范围内的急诊抢救任务主要靠县医院来完成，致使县医院急救任务尤其是院前急诊任务繁重，即是全县的急救中心，又是抢救治疗基地。

（五）临时性工作多

由于县医院地处县镇，又是全县的医疗中心，因而其临时性、社会性活动较多。包括各种会议保健服务、计划生育、医疗技术鉴定、各种征招体检、巡回支农等，这给县医院管理增加了许多随时性因素。

（六）综合性比较强

县医院综合性较强表现在两个方面：一是全院工作综合性强，即要抓好医疗工作，又要抓好培训、指导和科研等工作；二是医疗工作综合性强，全县各种疾病都要靠县医院诊治，这要求县医院科室要齐备，技术要全面，能够适应全县各种疾病的诊疗要求。

二、县医院组织机构

县医院规模应根据全县人口、经济、交通等情况和实际工作需要确定。县医院的组织机构本着减少层次、精干有力、发挥效能的原则，设置以下机构。

（一）行政后勤部分

规模较小的县医院可设院办公室、财务股、总务股。院办公室中可设文书、人事秘书、总护士长、医务干事。医务干事主管统计室、图书室、病案室。

规模较大的县医院可设院办公室、医疗预防保健科（股）、总务科（股）、财务科（股）、伙食科（股）。院办公室设文书档案、人事秘书、行政干事。医疗预防科（股）配备医务干事、保健干事、总护士长，设统计室、病案室、图书室。

（二）门诊部分

可根据门诊工作需要设内科（包括肠道门诊），外科（含门诊手术室、敷料更换室），儿科、妇产科（含计划生育指导室），中医科、五官科、口腔科、急诊科（含观察室）、理疗室、注射室、挂号收费室等。

（三）住院部分

可根据病房工作需要设入出院管理处、内科、外科、儿科、妇产科、传染科、中医科、五官科等。

（四）医技科室部分

可根据医疗工作需要设检验科（包括病理室、血库）、放射线科、手术室、供应室、营养室、功能检查科（包括心电图室、超声波室、内窥镜室）等。

三、县医院人员配备

县医院人员配备可依据《综合医院组织编制原则试行草案》的标准，但考虑到县医院临时性工作多，培训指导基层任务重，执行上限为宜。按照这样的想法，200张病床的县医院可配备280名职工，其中卫生技术人员201人，行政工勤人员79人。卫生技术人员中治疗人员49人，护理人员97人，药剂人员16人，检验人员9人，放射线人员9人，其它16人。300张病床的县医院配备420名职工，其中卫生技术人员310人，行政工勤人员110人。卫生技术人员中治疗人员80人，护理人员160人，药剂人员26人，检验人员14人，放射线人员14人，其它26人。

四、县医院技术建设

县医院的技术建设，应根据全县医疗工作的实际需要和技术经济条件的可能，由各县自行确定。技术建设的指导思想，要以全县范围内防病治病最迫切需要解决的技术问题为出发点，把重点放在常见病、多发病、地方病的诊疗上，同时注意基本技术的建设和专科建设，还应加强薄弱环节的工作和开展新技术。由于各县的具体情况不同，因而各县医院的技术水平不宜搞统一标准。根据卫生部1980年《关于当前加强县医院工作的几点意见的通知》和近年来县医院的技术发展状况，提供以下要求供参考：

内儿科：能对常见病、多发病和一般疑难急重症进行诊断、治疗和急救。

外科：能处理烧伤、颅脑外伤、张力性气胸、骨折和脱臼复位，开展胃肠、胆道、胰腺等腹部手术。有条件的可开展泌尿、胸科手术和某些显微外科手术等。

妇产科：能对难产、大出血进行急救，能开展剖腹产、子宫切除、膀胱阴道瘘修补术，有条件的可开展盆腔肿瘤根治术等。

耳鼻喉科：能开展食道和气管异物取出术、扁桃体切除术、鼻息肉摘出术、副鼻窦引流术、乳突根治术等。

口腔科：能拔牙补牙、颌骨骨折处理、颌下腺及腮腺良性肿瘤切除术。

眼科：能做青光眼、白内障等内眼手术。

放射线科：能开展胃肠、胆道造影，泌尿系及支气管造影，腹膜后充气造影，椎管造影、脑血管造影和各部位断层摄影等。

检验科：能开展生化、细菌、酶等检查，有条件的可开展血液气体分析，免疫及骨髓象等检查。

病理科：能开展涂片、组织切片病理检查和尸体解剖检查。

功能检查科：能开展心电图、超声波、基础代谢、肺功能测定、内窥镜检查，有条件的可开展脑电图、同位素检查等。

五、县医院医疗装备

县医院的医疗装备，应根据各自医疗技术活动的实际需要和技术经济条件之可能予以确定。由于各院的规模、技术水平、业务重点和经济条件存在差异，因而其医疗装备必须因院而宜。下列方案仅供参考。

县级医院装备方案（草案）

器械 \ 医院规模 数量	300床	200床	100床	器械 \ 医院规模 数量	300床	200床	100床
普通病床	248	163	80	超声心动图	1	1	
万能床	40	25	15	除颤起搏器	3	2	1
骨科床	10	10	5	心导管检查全部装置	1		
翻身床	2	2		磁带录象器	1		
便器推送车	8	6	3	冠状动脉造影装置	1		
搬运担架车	9	6	3	中心监护装置	1	1	
注射车	8	6	3	自动呼吸机	6	4	2
敷料车	8	6	3	纤维气管镜	1	1	
氧气桶	24	16	9	纤维食管镜	1	1	
氧气流量计	18	12	7	纤维胃镜	1	1	1
体重身长计	8	6	4	纤维十二指肠镜	1		
吸引器	18	10	7	纤维结肠镜	1	1	
器械柜	20	12	8	乙状结肠镜	2	1	1
显微镜	10	7	4	纤维腹腔镜	1	1	
荧光显微镜	1	1		肺活量计	2	2	1
心电图	6	4	2	自动全能肺功能测定仪	1		
超声雾化器	4	2	1	高频电刀	1		
电子眼底镜	1			小型电刀	1	1	1
电冰箱	9	7	5	腹水浓缩回输器	1	1	
干燥箱	6	4	3	泌尿检查治疗台	1		
人工肾	1			高压灭菌锅	5	3	2
透析器	1	1		电动止血带	2		
膀胱镜	2	1		氧气车	18	12	7
冷光源膀胱镜	1			麻醉机	3	3	2
空气麻醉机	2	1	1	丝状尿管扩张器	1		
小型X光机	1			小儿麻醉机	1		
万能手术床	5	3	2	麻醉喉镜及插管	4	2	2
无影灯	5	3	2	空气调节器	2	1	1

医院规模 / 器械 数量	300床	200床	100床	医院规模 / 器械 数量	300床	200床	100床
器械台	5	3	2	复苏装置	1	1	
升降台	5	3	2	双人双目手术显微镜	1		
侧照灯	2	1	1	半导体体温计	1		
低温冰箱	1			手外手术器械	1	1	1
鼓式取皮机	1			妇产科手术器械	4	3	2
滚轴取皮机	1			眼科手术器械	2	1	1
自动异体皮取皮机	1			耳鼻喉科手术器械	2	1	1
普外手术器械包	8	5	3	口腔科手术器械	2	1	1
骨外手术器械包	2	1	1	电动钻	1	1	
矫型外手术器械包	1			风动钻	1	1	
微血管外手术器械包	1			电动骨钻	1	1	1
脑外手术器械包	2	1	1	万能产床	2	2	1
胸外手术器械包	2	1		妇科检查床	5	4	2
泌尿外手术器械包	2	1		人工流产吸引器	3	3	2
心血管外手术器械包	1			婴儿保温箱	3	2	1
胆道外手术器械包	2	2	1	超声多普勒诊断仪	1		
肛肠外手术器械包	1	1	1	分娩监护仪	1		
婴儿体重身长计	1	1	1	新生儿监护仪	1	1	
难产手术器械包	2	1	1	电烧灼器	1	1	1
小儿监护仪	1			四用检眼镜	1	1	
兰光治疗机	1			耳鼻喉科综合治疗台	1	1	
超声透热箱	1			电测听	1	1	
裂隙灯显微镜	2	1		牙科综合治疗机	5	3	2
手持式电磁石	1	1		牙科治疗椅	5	3	2
屈光计	1	1		滑轮钻	2	1	1
镜度计	1	1		打磨机	2	2	1
眼镜箱	1	1		牙科X光机	1	1	1
白内障手术器	1	1	1	溶金器	2	2	1
白内障冷冻器	1	1	1	技工器械	3	2	1

器械 \ 医院规模 数量	300床	200床	100床	器械 \ 医院规模 数量	300床	200床	100床
角膜移植器	1			台式电钻	2	2	1
电子验光仪	1	1		简易综合治疗机	2	2	2
三用激光治疗机	1	1		油泵椅	2	2	1
眼球突出计	1	1		自动洗胃机	1	1	1
脑电图机	1			急救车装置	1	1	1
脑血流图	1	1	1	紫外线治疗机	1	1	1
基础代谢机	1	1		红外线治疗机	1	1	1
超声波诊断仪	2	1	1	微波治疗机	1	1	1
彩色扫描机	1	1		超短波治疗机	1	1	1
自动定标器	1	1		超声波治疗机	1	1	1
$\alpha\beta\gamma$三用闪烁探头	1	1		激光治疗机	1	1	
污染检测仪	1	1		400mA以上X光机	1	1	
甲状腺吸碘扫描	1	1		200mA以上X光机	2	2	2
回旋加速器	1	1		移动式X光机	1	1	
肾图仪	1	1		软X光机	1	1	
自动脱水机	1	1		软片干燥箱	1		
酸度计	2	2	1	恒温箱	3	2	1
火焰光度计	1	1	1	切片机（病理）	1	1	
75型分光光度计	1	1	1	半导体冷冻切片机	1	1	
电泳仪	2	1	1	万能显微镜	2	1	
水浴箱	2	1	1	塔式蒸馏器	2	1	1
白细胞自动计数仪	2	1	1	万能粉碎机	1	1	1
血小板自动计数仪	1	1		大输液自动流水装置	1	1	1
万分之～分析天平	1	1	1	自动洗瓶机装置	1		
电光阻尼分析天平	1			打片机	1	1	1
血氧分析仪	1	1		糖衣机	1	1	1
721分光光度计	1	1		旋光计	1	1	1
血液分离器	1			电光分析天平	1	1	1
大型离心机	1			电光分光光度计	1	1	1
浊度比色计	1	1		液相层析仪	1	1	1
微型震荡器	2	1	1	密闭无菌柜	1	1	1

六、充分发挥业务技术指导中心作用

指导基层是县医院一项经常性工作，认真做好这项工作，对提高全县医疗业务技术水平具有重要意义。充分发挥县医院业务技术指导中心作用，应做好以下几项工作。

（一）明确指导职能

卫生行政机关，应对县医院指导基层的职能做出明确具体的规定，使这项工作制度化。有了明确的规定，就要教育全院职工，明确县医院是全县的医院，是全县医疗网络的中心，做好全县医疗工作是县医院应负的责任，通过教育使之成为自觉的行动。

（二）建立指挥系统

指导基层是一项很繁重的工作，要保证经常性抓下去，并且抓紧抓好，必须建立领导指挥系统。该系统可由院长或分管业务工作的副院长直接领导，由医疗预防科（股）具体负责，各医疗、医技、后勤部门的领导也应参加。领导指挥系统的职责是制定指导计划、落实具体措施、组织人力物力、指挥日常工作。

（三）制定指导计划

制定指导基层工作计划，首先要进行调查研究，搞清全县医疗业务技术现状和发展方向；然后根据需要和可能制定指导工作方案，明确指导内容、目标、措施和方法，最后组织人力、物力实施指导工作计划。

第三节　乡卫生院管理

乡（镇）卫生院（含中心卫生院）是农村三级医疗预防网的中间环节，是本乡（镇）社区内的医疗卫生中心和业务技术指导中心。办好乡（镇）卫生院，对保障全乡人民健康，促进社区经济发展具有十分重要的意义。

一、乡卫生院工作特点

（一）服务空间和对象特定

乡卫生院一般设在乡（镇）所在地，每乡（镇）一所，基本为本乡服务。乡卫生院的患者主要是农民，其次是所在乡（镇）企事业单位的职工。

（二）医疗业务活动综合

乡卫生院是医疗、预防、保健活动的综合体，向全乡居民提供全面的初级保健服务，同时还要协助乡（镇）政府管理全乡的卫生事业。一方面要认真做好院内的治疗工作，另一方面要面向全乡开展卫生防疫、妇幼保健、爱国卫生运动、计划生育技术指导、地方病防治、医疗市场管理等工作。治疗工作一方面为所在乡镇的初诊患者提供初级诊疗服务，另一方面为周围各村的转诊患者提供二级诊疗服务。治疗工作的病种为全乡的常见病、多发病。

（三）工作季节性明显

乡卫生院的工作具有明显的季节性，这是因为农业生产具有季节性，人群发病也具有季节性。由于受季节性影响，农忙时就医者减少，农闲时就医者增多；传染病、流行病高发季节防治任务很重，而平时防治任务较轻。适应季节性特点，乡卫生院应统筹安排人力、物力和工作时间，使工作有调不紊地进行。

二、乡卫生院组织机构

乡卫生院的组织机构设置，应以减少层次、精干有力、提高效率、综合服务为原

则，根据本单位医疗卫生工作的实际需要来确定。由于乡卫生院的规模差异悬殊，因而其组织机构设置也应各异，但总的指导思想是机构力求精简，人员要一专多能，乡卫生院可设专（兼）职正、副院长1—2人，院长下设医疗、防保、后勤三个组。医疗组下设门诊、观察病房。门诊、观察病房根据需要和可能设相应的医疗、医技科室。防保组负责全乡（镇）卫生防疫、妇幼保健、医疗市场管理等院外卫生工作。后勤组负责行政、财务、总务等行政勤杂工作。

三、乡卫生院人员配备

乡卫生院的人员编制，应根据所在乡（镇）的人口、服务半径和防病治病任务的实际需要确定。1979年《全国人民公社卫生院暂行条例（草案）》中规定："现阶段原则上可按每千人口设1.3名工作人员和一张病床的比例计算。公社人口很少的卫生院、公社范围较大而又居住分散的山区、海岛、少数民族地区的卫生院的规模和人员编制，可高于这个比例。"考虑到目前乡卫生院医疗工作量下降，业务收入减少，经济困难加重，今后一段时间里不宜盲目扩大编制，增加人员，而应将提高人员素质做为工作重点。

由于乡卫生院规模小、人员少，不能搞过细分科，而业务技术活动又具有综合性、多病种的特点，这从客观上要求其卫生技术人员要一专多能，成为通科人才。目前乡卫生院的这样人才较少，不适应一专多能综合服务的要求，今后应对现有人员进行通科培训，同时也应积极创办"乡村医师"专业教育，为农村基层卫生单位培养适合基层工作特点的通科人才。

四、乡卫生院技术建设

目前乡卫生院突出的问题是人才缺乏、卫生技术人员素质差、业务技术水平低，因而其技术建设重点应放在培养人才，提高技术队伍素质上。随着农村卫生需求的变化和医学模式的转变，乡卫生院的职能应逐步由以医疗为主转变为以预防保健为主，中心任务是开展社区初级卫生保健。为此，乡卫生院应增强预防保健功能，建设成为本乡（镇）的初级卫生保健中心。

为了有利于较疑难患者就近治疗，减轻县医院的压力，提高所在区域的医疗水平。每个县应根据人口分布、地理位置、交通等条件，着重建设好3—5个卫生院，具备较全的医疗科室和较高的技术水平，能够解决一般乡卫生院解决不了的医疗问题。使之成为一个片的医疗中心和技术指导中心。也可根据实际需要和技术可能，发挥优势和专长，建设小专科，在某一病种上成为医疗中心。

五、乡卫生院医疗装备

乡卫生院的医疗装备，应根据各院业务技术活动的实际需要确定，不宜搞统一标准。下列装备方案仅供参考。

乡（中心）卫生院装备方案（草案）

器械名称	乡中心卫生院装备数	乡卫生院装备数	器械名称	乡中心卫生院装备数	乡卫生院装备数
电动洗胃器	1	1	针麻仪	1	1
同步呼吸机	1		高压消毒锅(立式)	3	2
吸痰器	4	2	高压消毒锅(手提)	1	1

器械名称	乡中心卫生院装备数	乡卫生院装备数	器械名称	乡中心卫生院装备数	乡卫生院装备数
心电图机	1	1	氧气瓶	5	2
脑血流图仪	1		氧气瓶车架	3	1
超声波诊断仪	1	1	胃肠减压器	2	1
万能手术床	2	1	乙种刀包	1	
万能产床	1	1	丙种刀包	1	1
妇科检查床	1	1	普外刀包	2	1
九孔无影灯	1—2	1	妇产科刀包	2	1
侧灯	8	4	上腹手术包	2	
四轮担架车	1	1	计划生育刀包	10	5
闭式麻醉机	1	1	骨科刀包	1	
空气麻醉机	1	1	手术器械台	2	1
器械柜	6	3	超声雾化器	1	1
升降台	1—2	1	五官综合治疗机	1	
敷料柜	2	1	五官科椅	1	
电动吸引机	2	1	牙科综合治疗机	1	1
脚踏吸引机	2	1	牙钻（台式）	1	1
电烧灼器	1	1	牙科椅（油泵）	1	1
婴儿体重计	1	1	牙科椅（简易）	1	1
身长体重计	1	1	打磨机	1	1
五官检查器	2	1	治疗镶装器械(各)	1	1
喉镜	1		显微镜	2	1
五官科刀包	1		电动冰箱	2	2
袖珍检眼镜	1		电动干燥箱	2	1
视野计	1		电动干热恒温箱	1	
角膜裂隙灯	1		水浴恒温箱	1	1
电动离心机	1	1	铅屏风	2	1
光电比色计	1	1	观片灯	2	1
分析天平1/万	1	1	电热蒸馏水器	1	1
微型震荡器	1	1	树脂柱	1	1

器械名称	乡中心卫生院装备数	乡卫生院装备数	器械名称	乡中心卫生院装备数	乡卫生院装备数
电泳仪	1		真空泵	1	1
血球分类计数器	1	1	打片机	1	1
X光机(200mA)	1		压盖机	1	
X光机(100—50mA)	1	1	药物粉碎机	1	1
铅房	1	1	糖衣机	1	
铅椅	1	1	紫外线治疗机	1	1
摄片架	1	1	红外线治疗机	1	1
铅盒	1	1	超短波治疗机	1	
洗片桶	3	2	超声治疗机	1	1
洗衣机	1		棉球机	1	1
甩干机	1		救护机	1	

马爱群

附录一

医院管理学教学大纲

本教学大纲适用于卫生管理专业本科班学习“医院管理学”。总学时为120，其中理论课78学时，课堂讨论及医院管理现场见习42学时。卫生管理专业大专班及医院管理干部岗位培训教学，可参照本大纲，适当增减时数。本教学大纲中教学要求分为两个层次，A内容必须熟练掌握。B内容属于一般了解。教材使用增订第二版的“医院管理学”，因该书既作为教材又兼作院长和医院管理人员参考工具书，内容丰富，篇幅较多，所以本教学大纲附上按教学内容有关的书本章节目录，便于学生对照选读。

一、总　　论

学时安排：理论课3学时，见习课4学时

主要内容：1. 医院管理学及医院概论（见第一、二章）。

2. 医院及地区医疗保健体系的管理（见第三章第1—3节）。

教学要求：

A. 医院管理学的研究对象、内容和学科体系，医院的性质、特点、任务和工作方针，医院在地区医疗体系中的作用和任务，扩大医院的预防保健和社会医疗服务的功能，由单纯的院内服务到院外服务，实现以医院为中心的地区医疗保健计划。

B. 医院发展史和发展趋势。现代化医院的基本特征。

复习思考题：

⑴ 为什么医院管理学是一门独立学科？学科学术体系特点？试从医院管理学的基本原理对指导医院科学管理的实践意义出发，论证医院管理学是一门应用科学。

⑵ 现代医院的功能是什么？试探讨医院在防治传染病、慢性病、提高居民健康水平和地区医疗保健中的作用。

二、医院组织、领导及人员管理

学时安排：理论课15学时，讨论课6学时。

主要内容：

1. 医院组织及机构设置（见第四章）。
2. 医院领导体制及领导干部素质（见第五章第1—4节）。
3. 医院领导工作内容及方法。包括目标管理、计划与决策、思想政治工作与医德教育、医疗行政与法规（见第五章第5节、第九、十章、第三章第4、5节）。
4. 领导艺术（见第五章第7节）。
5. 医院人员智力结构与编配（见第七章第2节及第八章）。
6. 医院人员管理（见第七章第1、3、4节，第二十三章第三节）。
7. 病人及医院的人际关系和公共关系（见第六章）。

教学要求：

A．医院组织、机构设置及病床编制的原则和基本形式，各职能科室及管理督促部门的划分、性质、作用和组织原则。领导体制的分型和选择。医院目标管理、科学决策和计划管理的意义和实施方法。医院政治思想工作与行政法规管理的特点和作用。医德的概念、原则和规范，领导艺术与领导科学的关系。领导成员的素质和才能要求，领导成员及医院人员智力结构的编配的基本根据和原则，吸收各种交叉学科人才来源。人员管理的目标、方法及人材使用、培养、考核的标准依据，注意发挥学科带头人的作用。

B．各种组织机构模式及各类领导体制的比较。院长负责制与院级机构简政放权、党政分工的体制改革。人员编配的基本方法。病人及医院各级人际关系的处理。

复习思考题：

⑴ 如何建立合理的医院组织管理体制？

⑵ 院长、科主任及各级行政干部的选拔标准？如何加强领导干部的素质修养和才能锻炼？

⑶ 你对现行的领导体制、领导干部素质及领导工作方法有何意见？请应用管理心理学及行为科学的工作方法，提出医院领导工作改革和改进的意见。

⑷ 医院各级人员的数量和素质要求是什么？目前的差距和今后努力的方向？

⑸ 在人才管理制度上进行改革的关键问题是什么？如何才能进行科学的人才管理？

⑹ 如何建立合理的医患关系？医务人员之间的关系？领导与群众关系及对外关系？

三、医疗管理

学时安排：理论课 15 学时，讨论课 3 学时，实习课 8 学时。

主要内容：

1. 医疗管理概论（见第十一章）。
2. 住院诊疗管理（见第十二章）。
3. 门诊管理（见第十三章）。
4. 急诊管理（见第十四章）。
5. 护理管理（见第十五章）。
6. 医技部门管理（见第十六章）。
7. 康复医疗管理（见第十七章）。
8. 中医科和中西医结合科管理（见第三十八章第 14 节）。
9. 预防保健及社会医疗服务（见第十八章）。

教学要求：

A．医疗管理的概念、作用和基本原则。主要职能诊疗组织的设置原则。医疗科室和其他职能部门的密切协作配合。住院治疗、门诊、急诊工作的组织体制、任务、业务管理的类型与特点。急救医疗的概念和体系，急诊科（室）的建设和管理，重症病人的监护。医疗技术部门的管理性质、任务、特色、人员编制、组织及业务管理的基本要求和主要环节。护理管理的意义，护理组织管理技术管理的特点、合理化的护理体制和护理程序。康复医疗概念及康复医疗在保健工作中的地位。中医工作的基本方针及中医中药管理的特殊性。

B．诊疗组织形式的进展。各职能部门诊疗组织体制的特点比较。门诊工作量计算方法。地区急救医疗中心及急救网络的建立和规划制定。医技科室发展趋势。各种护理体制的比较。家庭病房和社会医疗联合体的形成。

复习思考题：

⑴ 如果你是一名分管医疗业务的副院长或者医务处（科）长，你将如何合理地组织医疗管理？采取哪一种诊疗组织形式？

⑵ 合理的科学管理对提高医疗工作效益可起什么样的作用？

⑶ 提高门诊工作质量和效率的基本措施与基本制度？

⑷ 现代急救医学的定义是什么？现代化的急诊科与传统的急诊室有何差别？你认为中国式的现代急救医疗工作应如何组织和建设？

⑸ PPC 原则及 ICU、CCU 的含意和职能？

⑹ 试述护理工作在医疗中的地位和作用？在医院管理工作中，怎样发挥和支持护理工作？

⑺ 如果你是放射科主任，你将如何做好放射科的管理工作？如何为临床医疗服务？

⑻ 你对康复医疗重要性的认识？如何发挥康复医疗在医疗保健工作中的作用？如何加强康复医疗管理？

四、医院质量管理

学时安排： 理论课 12 学时，讨论课 3 学时

主要内容：

1. 医院质量管理概论（见第二十章第 1 节）。
2. 医疗质量管理方法（见第二十章第 2—4 节）。
3. 医院业务标准化（见第十九章）。
4. 医疗安全管理概论（见第二十一章第 1 节）。
5. 医疗事故及纠纷的管理（见第二十一章第 2 、 3 节）。
6. 医院感染的管理（见第二十二章）。

教学要求：

A．医院质量管理的重要性，医院质量管理的概念、原则和任务。形成医疗质量的基本要素。质量管理的目标、范围、基本环节和重点科室。医疗质量控制和质量评价的基本技术方法，医疗业务标准化的分类及质量管理指标的确定。保证和提高医疗质量的组织保障体系和主要措施。医疗安全管理的意义、概念和影响因素，有效地控制各种影响因素，加强医疗安全管理的主要环节和对策。医疗事故及医疗纠纷的定性、处理标准及防范措施。预防院内感染管理的定义，重要意义和任务，从流行病学角度分析院内感染的因素、途径，预防对策和监测措施。

B．医疗质量与工作质量的相互联系与区别。全面医院质量控制体系。几种医疗质量管理方法的优点及局限性比较（质量检验方法、统计指标质量控制方法，全面质量管理方法及按病种质量目标管理方法）。医疗安全与医疗质量、医院社会、经济效果之间的关系。院内交叉感染的危害性。

复习思考题：

(1) 控制医疗质量的关键要素是什么？医疗质量管理的指标如何确定？

(2) 医院标准的分类及其制订、实施、评价修订的步骤和原则。

(3) 写出1—2个案例来说明医疗事故的定性、处理及防范措施。

(4) 试制定预防院内感染的方案。

五、医院教学、科研及技术建设的管理

学时安排：理论课6学时

主要内容：

1. 医院教学的内容和管理（见第二十三章第1、2节）。
2. 医院科研的管理（见第二十四章）。
3. 医疗技术建设的管理（见第二十五章）。

教学要求：

A. 教学、科研在医院工作中的地位。医院教学工作的任务。实习的医学生、护生、研究生、进修生、在职职工的继续教育和毕业后教育等各类教学工作的内容和要求。医院科学研究的方向、任务、特点和组织领导，医学科研的基本程序和方法。新技术开发和建设的重要意义和管理要点。

B. 医院教学、科研、医疗三者的相互关系。医院的新技术开发利用，必须注意成本-效益分析，达到社会效益和经济效益并举。

复习思考题：

(1) 我国医院教学及科研工作的现况是什么？存在什么问题？如何加强管理？

(2) 试举例说明医院技术建设的成本-效益分析结果？

六、医院信息管理

学时安排：理论课9学时，讨论课4学时，见习课4学时

主要内容：

1. 医院信息管理概论（见第二十六章）。
2. 电子计算机在医院管理中的应用（见第二十七章）。
3. 医院统计（见第二十八章）。
4. 病案管理（见第二十九章）。
5. 医学图书及情报资料管理（见第二十九章）。

教学要求：

A. 信息、信息方法和信息管理的概念。医院信息的特点信息流的流程图及信息在管理中的作用。信息处理的内容、要求和方式。电子计算机医院管理信息系统的基本结构和设计方案。医院统计工作的任务、内容、步骤方法及意义，医院管理工作常用的统计方法与指标。病案管理的作用、组织体系、内容和方法。疾病和死因的分类原则及病案管理中的应用。

B. 医院信息的分类、资料来源，医院信息管理系统的设计及电子计算机的应用。其他医学情报资料图书和技术档案的管理。医院统计工作及病案管理工作的现代化途径，人员的编配和要求。

复习思考题：

(1) 我国医院信息管理系统的现状？存在问题？未来展望如何？

(2) 做好医院统计工作应收集哪些信息资料？应注意哪些关键环节？

(3) 举例说明按疾病分类进行病案管理的方法？

七、医院后勤管理

学时安排： 理论课 9 学时，见习课 4 学时。

主要内容：

1. 医院设备管理（见第三十一章）。
2. 医院建筑管理（见第三十三章）。
3. 医院物资管理（见第三十四章）。
4. 医学环境卫生学管理（见第三十五章）。

教学要求：

A. 医疗仪器设备管理的意义、任务和组织体制，从宏观及微观角度如何理地购置、分配、使用、维修、更新仪器设备的科学管理方法，考核和评价设备利用、维修情况的各类指标及标准的确定。制定仪器设备管理的各项政策。医院建筑的总体和部门的确定。制定仪器设备管理的各项政策。医院建筑的总体和部门设计必须符合功能、管理和卫生学要求的基本原则。按照医院发展规划，提出医院改建、扩建的建筑要求，并进行卫生学审计，医院后勤及物资管理的任务、内容、特点、原则，各类物资供应计划及定额管理的制定及计算方法，物资仓库管理的主要内容和基本要求，物资的节约和回收利用。医院环境卫生学管理的主要内容和方法，防止三废污染环境的主要环节。

B. 医疗仪器设备的分类，发展趋势，设备在医疗工作中的地位、作用。设备的成本核算方法，成本-效果和成本-效益的经济分析方法，更新周期换算。现代化医院建筑的发展趋势，医院建筑的管理程序。医院库存管理。污水、污物及尸体的处理方法，后勤各级人员的编配。

复习思考题：

(1) 请根据科学管理的原理，提出合理地购置、使用、维修医疗设备的各项管理政策？

(2) 使用各种仪器设备的特殊检查费用的制定依据是什么？

(3) 试述我国医院建筑存在的问题和今后努力的方向？

(4) 医院后勤物资管理工作的内容、特点及基本要求是什么？

八、医院的经营与经济管理

学时安排： 论理课 9 学时，讨论课 6 学时

主要内容：

1. 医院经营与经济管理概论（见第三十六章第 1 、 2 节）。
2. 医院经济核算与成本核算（见第三十六章第 3 节）。
3. 经营与经济效果分析与评价（见第三十六章第 3 节）。
4. 医院财务管理（见第三十七章）。

教学要求：

A．医院经营管理和经济管理的概念、基本内容、原则和特点。商品经济条件下医院的经济性质及经营模式。医院经济核算的特点、基本方法和实行的条件。医院成本核算的意义、任务及医疗成本的构成，降低医疗成本，提高社会-经济效益的途径及措施。医疗技术经济效益的概念、评价的内容和意义。医院财务管理的特点、任务及基本观点，医院财务计划，资金构成，来源及运用，财务管理及审计工作方法。

B．各种类型的医院经营管理方式比较、分析。医院经济责任制的基本内容、性质和存在的问题。医疗技术的几种经济效果评价方法的比较分析。医院经济管理与医疗质量控制及社会效益与经济效益的关系。医院的会计制度、会计核算的基本知识。财务预算的编制和管理。

复习思考题：

⑴ 我国现行医院经营模式的优缺点？结合我国改革、开放政策、提出宏观控制、微观放活的医院经营模式？

⑵ 医院经济、财务管理的特点是什么？医院会计制度的原则是什么？

陈　洁

学生对课堂教学的评价

填写须知：本表格设计是为了给教师、教研室和系主任、学校教务处和今后的学生反馈对课堂教学的评价信息。其中第1—4和第6道问题的回答结果，由电子计算机分析和小结，并把结果信息提供给所有的学生和教职员工。在学生取得该学科考分后，此问卷表格转给教师。学生填写完成此问卷后，由学生班长或课代表送到学校教务处，或者放在系办公室。

学生本人情况：

学习水平：

大专班□　　本科班□

岗位培训班或讲习班□　　硕士研究生□

其他□

课程要求：

必修□，按等级记分□，学分□

选修□，及格不及格□，旁听□

课程情况：

系部_____专业_____

学科名称_____

教学年度_____

问卷：

1．按您的判断，这门课介绍的方法和理论概念是有用的吗？（请在下面的内容上圈上一个号码）

没有很大用处：1 2 3 4 5 6 7 8 9：高度用处

∧

满意

2. 这门课的教学效果好吗？

不是很有效：1 2 3 4 5 6 7 8 9：高度有效

满意

3. 这门课的教学速度是太慢，太快或大致合适？

太慢：1 2 3 4 5 6 7 8 9：太快

满意

4. 在这门课教学过程中，您每周平均化多少小时在课外复习和预习？

＜1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12＞12

5. 请发表一些关于这门课的重要特征方面的见解。例如：内容、组织、材料、教员、外请的教员、助教、声像教育、学分。如果您需要发表更多的意见，可以写在本表格的反面空白处。

a．优点_____

_____

b．缺点_____

_____

c．对改革的建议_____

_____

6. 您对这门课程的总印象是什么？

不好：1 2 3 4 5 6 7 8 9：好

满意

7. 您作为本学科的一个学生，认为这门学科是否有用？教师是如何教导您的？请发表一些见解？

_____

_____

_____

附录二

卫生部《医院分级管理办法（试行草案）》

第一章 总 则

第一条 为改善与加强医疗卫生工作的宏观管理，调整与健全三级医疗预防体系，充分合理地利用卫生资源，提高医院科学管理水平和医疗卫生服务质量，更好地为保障人民健康服务，特制定本办法。

第二条 建立医院评审制度。根据医院的功能、任务、设施条件、技术建设、医疗服务质量和科学管理的综合水平，对医院实行分级管理。

第三条 医院的设置与分级，应在保证城乡医疗卫生网的合理结构和整体功能的原则下，由卫生行政部门按地方政府“区域卫生规划”统一规划确定。

第二章 医院分级与分等

第四条 医院按功能、任务不同划分为一、二、三级：

一级医院：是直接向一定人口的社区提供预防、医疗、保健、康复服务的基层医院、卫生院。

二级医院：是向多个社区提供综合医疗卫生服务和承担一定教学、科研任务的地区性医院。

三级医院：是向几个地区提供高水平专科性医疗卫生服务和执行高等教学、科研任务的区域性以上的医院。

企事业单位及集体、个体举办的医院的级别，可比照划定。

第五条 各级医院经过评审，按照医院分级管理标准确定为甲、乙、丙三等，三级医院增设特等，共三级十等。

第六条 在卫生行政部门的规划与指导下，一、二、三级医院之间应建立与完善双向转诊制度和逐级技术指导关系。

第三章 医院评审委员会

第七条 医院评审委员会是在同级卫生行政部门领导下，独立从事医院评审的专业性组织。

第八条 医院评审委员会分为部级评审委员会、省级评审委员会、地（市）级评审委员会三级。

1. 部级评审委员会：由卫生部组织，负责评审三级特等医院，制订与修订医院分级管理标准及实施方案，并对地方各级评审结果进行必要的抽查复核。

2. 省级评审委员会：由省、自治区、直辖市卫生厅（局）组织，负责评审二、三级甲、乙、丙等医院（包括计划单列市的二、三级医院）。

3. 地（市）级评审委员会：由地（市）卫生局组织，负责评审一级甲、乙、丙等医院。

各级评审委员会要定期向同级卫生行政部门提交工作计划和工作报告。

第九条　评审委员会由同级卫生行政部门聘请有经验的医院管理、医学教育、临床、医技、护理和财务等有关方面专家若干人组成，其成员必须作风正派、清廉公道、不徇私情，身体健康，能亲自参加评审工作。

评审委员会下设办公室，负责日常工作。

第十条　各级评审委员会要制定工作章程，建立和完善工作制度。要严格遵守国家法律及有关廉政建设、勤俭节约的规定。

第四章　评审程序

第十一条　自查申报。各级医院应根据医院分级管理标准先行自查，认为符合标准后，填写《医院评审申请书》一式数份，向相应的评审委员会提出申请。

第十二条　资格评审。评审委员会根据申请书对医院的申请及时进行初审，确认参加评审的资格。

第十三条　考核检查。医院评审委员会对医院实行平时有重点的抽查和周期评审相结合的考核检查。日常考核结果作为周期评审的一部分。周期性评审时应根据评审标准结合自报材料进行实地考查，包括听取汇报、与管理人员讨论、全面检查、抽查、回顾性调查、接待院内外来访等方式，最后采取评分或数学模型办法对医院作出综合评价。评审过程中，医院应向评审委员会提供所需要的各种真实资料和情况。

第十四条　评审结论。评审委员会应对被评审医院作出级别和等次的结论，并提出正式报告呈报同级卫生行政部门。

凡申报三级特等医院者，应先报省级评审委员会通过三级甲等医院的评审，然后由省级评审委员会根据评审结果决定是否推荐其到部级评审委员会参加三级特等医院的评审。

第十五条　审批。依据评审委员会的报告及评审结论，由相应级别的卫生行政部门审定批准。

各级医院的审批权如下：

1. 三级特等医院由卫生部审批；

2. 二、三级甲、乙、丙等医院由省、自治区、直辖市卫生厅（局）审批；

3. 一级甲、乙、丙等医院由地（市）卫生局审批。

第十六条　申请复审。医院对评审结论有不同意见，可在接到评审结论的正式通知一个月内向评审委员会请求复审。凡要求复审者，必须提出充分的理由和依据，经评审委员会研究并报同级卫生行政部门决定是否复审，复审只限一次。

第十七条　评审费。申请评审（包括复审）的医院，应缴纳评审费。评审费标准由各省、自治区、直辖市卫生部门报物价部门核定。

评审费收入只能用于开展医院评审活动的正常支出。

第十八条　评审周期。每一评审周期为三年。医院应在评审周期结束前十八个月提出申请，呈报资料。评审委员会接到申请后，在本评审周期结束前三个月完成评审。

第五章 评审结果

第十九条 经过评审的医院，由审批机关发给全国统一格式的证书，并由发证机关按年度公布评审结果。

第二十条 实行医院分级管理后，医疗收费应按评审结果有所区别。各地可根据国家价格改革的统一部署，结合本地区实际情况，按医院级别，在近一、二年内可先试行对门诊挂号、住院床位收费适当拉开档次。具体调整意见和收费标准由各省、自治区、直辖市卫生、物价部门制定。

第二十一条 各级医院评审委员会与卫生行政部门对存在较多问题的医院应提出限期改正的意见或对其重新评审，对连续三年不申报评审或不符合基本标准的医院，一律列为等外医院，由同级卫生行政部门加强管理，并根据情况予以整顿乃至停业。

第六章 附 则

第二十二条 各省、自治区、直辖市卫生厅(局)可根据本办法制定实施细则。目前尚不具备条件参加全国医院统一评审的贫困地区，可参照本办法制订地区性标准和实施办法，暂不参加全国统一评审。

第二十三条 中国人民解放军系统医院，按总后卫生部部署实施分级管理与评审。

第二十四条 本办法的解释权在国家卫生部。

综合医院分级管理标准（试行草案）

医院分级管理标准是我国医院实现标准化管理的客观依据。实施医院分级管理，可加强医疗卫生服务的宏观管理和医院微观管理的双重机制，完善各级医院功能，健全巩固三级医疗预防体系，更好地发挥整体效应，达到充分合理利用有限卫生资源，促进科技发展，加强医德医风建设，不断提高医疗质量，更好地为人民健康服务。同时还可调动各方面的积极性，支持医疗卫生事业的发展。医院分级管理是医院管理体制的一项重大改革。

《综合医院分级管理标准》是从我国的实际情况出发，以现代科学管理的理论为指导，总结我国三级医疗卫生网建设和创建“文明医院”活动的经验，由卫生部医政司组织十一省、市及中国医学科学院、北京医科大学等单位经过充分调查研究和论证起草的。现将有关问题说明如下：

1. 各级医院基本标准：本标准是各级医院都必须达到的标准，也是医院开业资格的认定标准。基本标准单独考核评定，与分等标准考核打分分开。如达不到“基本标准”的要求，不予通过，定为不合格医院，新申请开业的医院则不予批准。

2. 各级医院分等标准：根据任务和功能的不同，把医院分为三级，即一级医院、二级医院和三级医院。还根据各级医院的技术水平、质量水平和管理水平的高低，并参照必要的设施条件，分别划分为甲、乙、丙等，三级医院增设特等。

3. 评审判定标准：在数学模型评分办法建立前暂采取千分制办法评定。在评审中，合格医院按所得总分的分数段来评定等次。

甲等：分等标准考核须达900分以上（含900分）。

乙等：分等标准考核须达750分至899分（含750分）。

丙等：分等标准考核在749分以下。

三级特等医院除达到三级甲等医院的标准外，还必须达到特等医院所必备的条件。

4. 医院评审申请书：是医院向评审委员会申请的必备手续，也是评审委员会认定医院评审资格的主要依据。要求各医院必须严肃认真，实事求是地逐项填写、申报。

5. 标准的其他有关附件：是标准的具体指标、要求和考核检查要点等的说明。

这次所形成的《综合医院分级管理标准》还很不完善，只能作为草案在全国试行。希望各地在试行中对本标准提出修订意见，使之逐步完善。

卫生院、基层医院（一级医院）标准

一级医院是直接向具有一定人口（≤10万）的社区提供医疗、预防、保健和康复服务的基层医疗卫生机构，是在我国实施初级卫生保健，实现“人人享有卫生保健”全球目标的基层医疗机构。

一级医院基本标准

本标准是审定一级医院资格的必备条件，达到本标准合格线才能参加等级评审。

基本标准包括以下七个方面：

一、医院规模

应具有与一级医院功能、任务及管理要求相适应的医院规模。

1. 病床数不得少于20张。如果不足上述限度，必须做出合理解释。

2. 病房每床单元必备设施达到规定要求（见附件六）。

3. 每床建筑面积不少于45平方米。

4. 病床与医院正式职工人数之比为1:1—1.4。

5. 卫生技术人员占全院职工总数之比为80—85%（非卫生技术人员，不得从事医疗、医技和护理技术工作）。

二、医院功能与任务

一级医院应承担本社区的各项医疗卫生服务和一定的卫生行政管理工作。

（一）预防保健

1. 做好社区卫生防疫工作，包括计划免疫、传染病、寄生虫和地方病防治，在上级卫生防疫部门指导下，实施卫生监督管理工作。

2. 积极开展妇幼保健工作，开展妇女、婴幼儿多发病的普查普治，开展婚、育、产系统保健，推广科学接生等工作。

3. 做好计划生育手术和技术指导工作。

4. 采取多种形式开展健康教育，针对危害社区人群健康的因素，普及卫生知识，提高人群的自我保健能力和整体健康水平。

（二）医疗服务

1. 完成社区内常见病、多发病的门诊、住院（含家庭病床）诊治任务，进行急、重、危病人的维持生命体征的救护，并组织转诊。

2. 向群众普及急救知识与技术，院内医务人员必须掌握有效的徒手心肺复苏术。

3. 根据条件开展社区康复医疗、精神卫生服务、慢性非传染性疾病的人群防治。

（三）卫生行政管理

1. 在当地政府和上级卫生行政部门领导下，依据当地社会经济发展规划，协助制定和实施社区的初级卫生规划。

2. 配合有关部门动员组织群众开展爱国卫生运动，逐步改善社区卫生状况。

3. 贯彻执行国家各种卫生法规，对社区内有关行业实行监督管理。

4. 负责村级卫生组织和个体开业医的管理和技术指导，培训乡村医生、卫生员和接生员。

三、医院管理

医院应有健全的管理体系，有相应的制度、措施、监督、考核与评价。有人分工负责行政管理、业务管理和思想政治工作。

（一）必备制度

根据1982年卫生部发布的《全国医院工作条例、医院工作制度与医院工作人员职责》有关规定，结合医院实际，必须认真制订和严格执行各项规章制度，主要包括：

1. 医院工作制度。除一般医院工作制度，应包括妇幼保健、卫生防疫、家庭病床工作制度，指导乡村医生等工作制度。

2. 各级各类人员岗位责任制。

3. 各项技术操作规程。

4. 职工继续教育制度。

（二）信息管理

1. 按卫生部《卫生统计工作制度（试行）》的规定配备综合信息管理专（兼）职人员。

2. 对信息及时收集、储存、分析、反馈与利用，且有成效。

3. 有图书管理制度，订有适量的医学图书和期刊。

（三）财务管理

1. 设有财务机构或专职财会人员。

2. 会计凭证、帐簿、报表符合会计制度。

3. 建立会计档案和管理制度。

4. 会计监督审计制度健全，严格遵守财经、物价纪律，不准乱收费。

（四）设备管理

1. 设专人或兼职人员对全院设备进行管理。

2. 有医疗设备保管、使用、保养、定期维修制度，保证医疗工作的需要。

3. 对重要设备建立档案。

（五）总务管理

1. 一般物资实行定额管理，有健全采购、验收、入库、发放、报废等制度。

2. 主动、及时为全院服务，保证水、电、被服、膳食供应，各种设施及时维修。

（六）建筑管理

1. 医院建筑符合卫生学要求，对旧建筑有维修制度，对不合理建筑有改造计划。

2. 不得使用危房，尤其不得在危房中从事医疗活动。

四、质量管理

（一）有专（兼）职人员负责全院质量管理，建立健全逐级质量保证体系。

（二）有全院质量管理方案，并认真落实。

（三）院内感染的控制：

1. 控制感染组织应符合1988年卫生部《建立健全医院感染管理组织的暂行办法》的规定。

2. 有全院性控制感染方案。

3. 建立严格消毒隔离和传染病登记报告制度与无菌操作规定。

4. 有院内感染控制教育制度，医护人员必须树立无菌观念和进行正确的无菌技术操作。

5. 有合理使用抗生素的管理方法。

6. 有特殊区域（如手术室、治疗室、供应室、分娩室等）的保洁措施。

7. 消毒供应室应达到卫生部《医院消毒供应室验收标准（试行）》的要求。

五、思想政治工作与医德医风建设

1. 贯彻执行党的路线、方针、政策，党政工团齐抓共管，制定有关思想政治工作和医德医风建设的计划，并组织实施。

2. 具有思想政治工作管理体系和相应的工作制度。

3. 认真贯彻执行《医务人员医德规范及实施办法》，开展和坚持岗前教育制度。

4. 建立群众监督制度。

5. 根据调查，患者、社区或合同单位对医院的满意度达到规定。

6. 有健全的廉洁行医措施。

六、医院安全

1. 建立健全医院安全保卫管理制度，并有专人或兼职人员负责。

2. 制订平时的和紧急情况下的安全管理方案，并定期检查。

3. 有对高压力系统、手术室、放射室、配电室等高危设备与区域的特殊安全管理措施。

4. 配备必要的消防设备。

5. 有剧毒、麻醉、精神药品管理制度，并严格执行。

6. 照明系统发生意外情况时，有安全的替代光源，保证应急的需要。

七、医院环境

1. 重视医院清洁卫生，有保洁制度及措施，有专人负责。

2. 门诊、病房等医疗区禁止吸烟。

3. 重视院内绿化，有与医院占地相适应的绿化面积（包括室内外花木种植、立体绿化）。

4. 对污物、污水进行无害化处理，处理后符合卫生学标准。

5. 门诊噪音不高于50分贝，病房、手术室噪音不高于38分贝。

6. 手术室全般照明为100米烛，工作面综合照明2000—3000米烛。

一级医院分等标准

本标准是一级医院建设和发展的标准，也是其水平和质量的评价依据。

一、科室设置

科室设置应与一级医院的功能、任务和社区实际需要适应。

1. 临床科室：应设置内科、外科、妇产科、急诊室。有条件者设儿科、五官科、中医科、家庭病床科（组）等。

2. 医技科室：应设置药剂室（含调配室）、化验室（检验中心有统一安排者可不要求）、放射室、手术室、处置室、供应室、病案统计室、图书室等。

3. 行政科室：设置院办公室（负责医疗、护理、人事、秘书、保卫、财务、后勤工作等）。

4. 预防保健（科）室：设置卫生防疫室、妇幼保健室（含计划生育技术指导）。

二、人员配备

要达到基本要求中病床与人员的比例。其中各类人员的比例如下表：

各 种 人 员

行政工勤人员%	卫生技术人员%	其中各类卫生技术人员					
		中西医师<士>%	护理%	检验%	放射%	药剂%	其它%
15—20	80—85	38	38	4	4	8	8

其中分工从事预防保健人员占卫生技术人员的25%以上。

三、技术水平

技术建设要从实际出发，能开展社区各科常见病、多发病的诊治，一般危重病人的救护服务。基本要求：

（一）医疗

1. 急诊医疗：

对社区内急诊病例能24小时应诊（包括出诊）。

2. 内、儿科：

正确处理常见病，并能对疑难病症进行恰当处理与转诊。

能对循环、泌尿、呼吸系功能衰竭、急性中毒和休克及其它一般急危病人作出初步诊断并进行维持生命的抢救处理。

掌握当地传染病的治疗和消毒隔离技术。

3. 外科、妇产科：

能对外科急腹症做出临床诊断和及时、正确的处理。

能开展一般上腹部手术。

能完成外科的止血、缝合、包扎、骨折固定等处理。

能完成生理产科、部分常见病理产科的处理及剖腹产手术。

4. 五官科：

能诊断治疗本科常见及部分急症。

开展防盲、防龋、防聋工作。

5. 中医科：

能辨证施治内、外、妇、儿科的常见病与部分疑难杂症。

开展针灸、按摩等。

6. 护理：

熟练掌握各种疾病的护理，严格执行各项技术操作规程。

做好病房管理和分级护理，正确书写五种护理表格（体温单、医嘱单、医嘱记录、护士交班、护理记录）。

7. 医技科室：

能开展心电图、超声波检查。

能开展血、尿、便常规检验和部分生化检验。

（检验中心化地区，有关安排要有合同）

能开展透视、摄片、一般胃肠道造影等检查。

（二）预防保健

1. 能开展计划免疫、疫情处理，对“两管五改”进行技术指导。

2. 能开展围产期保健、儿童系统保健，掌握计划生育四项技术。

3. 能开展社区慢性非传染病防治、老年保健、精神卫生和社区康复医疗。

（三）教学

1. 能对乡村医生、卫生员和接生员进行培训。

2. 能接受卫校学生部分临床实习。

四、医院管理

1. 院长应熟悉一级医院的管理，经过医院管理专业短期培训。

2. 医院有长远发展规划和具体实施步骤。

3. 医院职工对院领导的工作满意度≥80%。

4. 社区、合同单位和病人对医院满意度≥80%。

5. 信息管理：

掌握人群各种传染病发病情况，建立健全传染病登记报告制度。登记合格率≥95%，漏报率≤0.5%。

做好医院统计工作，配备统计人员掌握社区人口、生命、疾病（多发病、慢性病、地方病）的动态资料，及时分析和提出对策；按规定及时准确完成各种卫生统计报表。

建立病案管理制度，有专人或兼职人员负责，逐步按国际疾病分类（I、C、D）进行管理；要求门诊有病历，住院书写完整病历；按标准书写，甲级病历≥80%，杜绝丙级病历。

五、主要科室基本设备详见（附件七）。

六、各项统计指标

1. 入院诊断与出院诊断符合率≥85%

2. 手术前后诊断符合率≥95%

3. 门诊转诊率≤20%

4. 单病种治愈好转率：与同级医院相比，在平均水平上
5. 单病种病死率：与同级医院相比，在平均水平下
6. 单病种重危病人抢救成功率：与同级医院相比，在平均水平上
7. 住院病人转院率≤3%
8. 护理技术操作合格率≥85%
9. 昏迷、瘫痪病人褥疮发生次数：0
10. 院内感染率≤7%
11. 无菌手术切口感染率≤1%
12. 一人一针一管执行率100%
13. 常规器械消毒灭菌合格率100%
14. 病床使用率≥60%
15. 年病床周转次数≥32次
16. 平均住院日　6天
17. 门诊处方合格率≥98%
18. 门诊病历书写合格率≥90%
1　住院病历书写合格率≥95%
20. 甲级X光片率≥40%
21. 护理五种表格书写合格率≥85%
22. 二级以上医疗责任事故发生次数0
23. 设备利用率≥80%
24. 特殊诊断设备检查阳性率≥20%
（主要指B超）
25. 0～7岁儿童建卡率　农村≥98%
城市100%
26. 麻疹活疫苗接种率　农村≥90%
城市≥95%
27. 脊髓灰质炎活疫苗接种率　农村≥90%
城市≥95%
28. 白百破疫苗接种率　农村≥90%
城市≥95%
29. 卡介苗接种率　农村≥90%
城市≥95%
30. 四苗全程覆盖率　农村≥85%
城市≥92.5%
31. 妇女病查治率　农村≥60%
城市≥90%
32. 围产儿死亡率　农村≤20‰
城市≤10‰
33. 产前检查率　农村≥80%

城市≥95%

34. 新法接生率≥95%

35. 产后访视率　农村≥70%

城市≥80%

36. 卫生技术人员三基考核合格率 100%

37. 急救物品完好率 100%

38. 基础护理合格率≥80%

39. 一级护理合格率≥80%

一级医院分等判定标准

医院应对其建设、管理、技术水平、工作质量、文明服务、成本效益等定期进行自我评价，并制定改进措施。地（市）医院评审委员会对医院质量按本标准进行院外评价。根据评审结果将一级医院分为甲、乙、丙三个等次。

一、一级甲等医院

医院建设成绩显著，科室设置、人员配备、管理水平、技术水平、工作质量和医院基本设施等综合水平，经考核达到900分及以上。

二、一级乙等医院

医院建设成绩尚好，其科室设置、人员配备、管理水平、技术水平、工作质量和医院基本设施等综合水平经考核检查达750～899分。

三、一级丙等医院

医院建设有一定成绩，基本标准考核合格，但与分等标准要求尚有较大差距。经综合考核检查在749分以下（含749分）。丙等医院应有切实可行的改进措施和发展规划。

二级医院标准

二级医院是向多个社区（其半径人口一般在10万以上）提供医疗、预防、保健、康复服务的卫生机构，是三级医疗卫生体系的中间层次。

二级医院基本标准

本标准是审定二级医院资格的必备条件，达到本标准合格线者才能参加等级评审。

基本标准包括以下七个方面：

一、医院规模

应具有与二级医院任务、功能、技术水平及管理要求相适应的医院规模。

1. 病床不少于100张。
2. 每床单元必备设施达到规定的要求（见附件六）。
3. 每床建筑面积不少于45平方米。
4. 每床病室净使用面积不少于5平方米。
5. 日平均每门诊人次占门诊建筑面积不少于3平方米。
6. 病床与医院正式职工人数之比为1:1.3～1.5。
7. 必须配备具有国家认定资格的卫生技术人员。卫生技术人员占全院职工总数不

少于75%。

二、医院功能与任务

（一）医疗卫生服务

对社区能提供全面、连续的医疗护理、预防保健和康复服务。

1. 承担地区（地、市、县）内的常见病、多发病和较疑难病症诊治任务；抢救急危重症；接受一级医疗卫生机构的转诊。

2. 开展日常院前急救；承担灾害事故的现场急救，迅速组织配套的急救队伍接收成批病员进行院内急救。

3. 开展健康教育，掌握社区内的疾病动态。参与社区内预防保健和康复服务工作。

（二）与医疗相结合开展教学、科研工作

1. 能承担基层医疗单位中各类卫生技术人员的进修、培训和本院职工的在职教育。

2. 能承担中等卫生学校临床教学及中等以上医学卫生学校学生的临床实习任务。

3. 能承担省或市级科研项目。

（三）指导基层

与有关部门协作指导地区内基层医疗卫生单位做好社区医疗、预防保健、康复和精神卫生等工作。与一级医院建立经常性的业务关系，开展双向转诊，帮助开展新技术，解决疑难问题和培训卫生技术及管理人员。

三、医院管理

医院应有健全的管理体系，有相应的组织机构、人员、制度、措施、实施方案及其考核与评价办法。

（一）组织管理

必备的有：

1. 行政管理组织

2. 医疗、预防、教学、科研管理组织

3. 护理管理组织

4. 财务管理组织

5. 总务保障组织

6. 思想政治工作和职业道德教育管理组织

7. 必备委员会

（二）制度管理

根据1982年卫生部发布的《全国医院工作条例、医院工作制度与医院工作人员职责》的要求和有关规定，结合医院实际，必须认真制订一整套切实可行的规章制度，并有相应的教育、执行、监督、检查、考评和奖惩办法。必备制度应包括：

1. 医院工作制度

2. 各级各类人员岗位责任制

3. 各项技术操作规程

4. 职工继续教育制度

（三）行政管理

1. 有健全的行政管理组织，有一名院领导分管行政工作。

2. 有远期发展规划、年度工作计划，季度安排和完成计划的进度、指标、措施、步骤、以及检查总结。

3. 医院有各项行政管理工作制度，并组织实施。必备的制度有：各项会议制度、院总值班制度、医疗行政查房制度、文书档案管理制度。

4. 有群众来信来访登记、参观访问、医院大事记录。

5. 院领导要经常深入科室、社区了解情况，征求意见，改进工作。

（四）医疗管理

1. 有健全的医疗管理组织，人员配备合理，有相应的工作制度，有一位副院长分管医疗工作。

2. 制订切实可行的全院医疗建设规划和工作计划并组织实施。

3. 有健全的医疗工作制度、切实可行的技术操作规程和医疗护理质量标准。

4. 建立健全医疗质量管理组织，定期活动，对医疗、护理、医技质量进行监督、检查、评价，并提出改进意见。必备的质量管理组织有：医疗护理质量管理委员会、药事管理委员会、院内感染控制委员会、病案管理委员会。

5. 加强业务人员的技术培训、考核，建立卫生技术人员业务技术档案。

6. 非国家认定资格的技术人员，不得直接从事医疗医技和护理技术工作。

（五）护理管理

按《护理管理标准及评审办法》的有关要求管理。

（六）教学、科研管理

教学：

1. 有健全的教学管理组织，有一名院领导分工负责教学管理工作。

2. 有切实可行的教学规划和工作计划，并组织实施。

3. 有健全的教学工作规章制度，做到有监督、有检查、有评价。

4. 有相应的教学设施与设备。

5. 卫生部认定的“教学医院”，按卫生部《全国高等医学院校教学医院工作暂行规定》（待发）进行管理。

科研：

1. 有专（兼）职人员负责科研管理并有相应的工作制度。

2. 建立科技人员、科研成果档案。

3. 有鼓励开展医学和管理科研办法。

（七）信息管理

1. 有健全的信息管理组织和有关工作制度。

2. 应设立图书馆（室），并且有足够数量的医学图书和期刊。

3. 有处理医疗、管理和图书情报信息的专职管理人员。

4. 院内各部门提供的信息应真实、完整、准确，并及时分析、反馈与利用。

（八）计量管理

根据《中华人民共和国计量法》，医院必须加强计量工作管理。

1. 有负责计量管理工作的部门或人员。

2. 建立有关计量管理制度，主要包括：

⑴ 计量管理办法；

⑵ 计量人员岗位责任制；

⑶ 计量器具周期检定制度；

3. 采用国家法定计量单位。

4. 在用强制检定计量器具均应进行周期检查。

（九）财务管理

1. 设有财务机构，人员编制合理，职责范围明确，并有健全的岗位责任制和工作制度。

2. 设有专（兼）职收费管理人员，严格执行医疗收费标准，实行明码标价，接受群众监督。

3. 会计凭证、帐簿、报表符合会计制度。

4. 建立会计档案和管理制度。

5. 有健全的财会监督制度，对违反财经、物价纪律现象应及时严肃处理。

（十）审计管理

1. 设有与财务机构相平行的审计机构或者职级相应的审计人员，人员编制合理，并具有一定的审计专业知识。

2. 对财务收支及有关的经济活动实行经常性审计监督。

3. 对资金财产的安全、完整以及各项内部控制制度的健全、有效，进行监督检查。

4. 经常检查、评估资金、财产的使用效益并提出改进建议。

5. 无重大损失浪费、贪污盗窃和严重违反财经法规事件。

（十一）设备管理

1. 有健全的管理组织，实行计划管理。

2. 万元以上大型精密仪器购置要有适宜性和可行性论证，进货要验收，使用有专人保管。

3. 医疗设备有定期的保养、维修与更新制度，保证医疗工作需要。

（十二）总务管理

1. 有健全的总务管理机构、岗位职责和工作制度。

2. 一般物资实行定额管理，有健全的采购、验收、入库、发放、报废等制度。

3. 主动、及时为全院各科室特别是临床科室服务，做到三下（下收、下送、下修），保证三通（水通、电通、气通），不发生两漏（漏水、漏电），做到两满意（职工、病人满意）。

4. 有意外情况下的供电措施，确保临时照明。

5. 救护车配有基本设备、药品，随叫随到，保证医疗、抢救和转送病人的需要。

（十三）建筑管理

1. 医院的新建、改建和扩建，要经过可行性论证，适应总体发展规划，资料保存完整。

2. 新医院选址、布局、设计要合理，符合建筑规范及卫生学要求。

3. 医院各部分（门诊部、住院部、医技科室、手术室、消毒供应室、急诊科（室））的建筑布局、人物流向合理。室内采光、色彩设计符合卫生学的要求。

1. 医院旧建筑有维修计划及预算，并认真执行。不得在危房中从事医疗活动。

四、质量管理

（一）医院应有切实可行的质量管理方案。

（二）有院、科两级质量管理组织。

（三）质量管理的重点是：医疗、护理、医技、教学、科研和病案质量等。

（四）有质量教育、监督、检查和评价制度及改进方案。

（五）院内感染控制

1. 控制感染组织应符合1988年卫生部下发的《建立健全医院感染管理组织的暂行办法》的规定。

2. 有全院性控制感染方案、对策、措施、效果与评价。

3. 建立严格的消毒、隔离和传染病登记报告制度。传染病房的设置应符合卫生学要求。

4. 有院内感染控制的在职教育制度，医护人员必须树立无菌观念和进行正确无菌技术操作。

5. 有合理使用抗生素的管理办法。

6. 有特殊区域（如手术室、消毒供应室、产房、婴儿室、新生儿病房、治疗室等）的保洁监控措施。

7. 现场检验要达到规定要求。

五、思想政治工作与医德医风建设

1. 具有强有力的思想政治工作管理体系和相应的工作制度。

2. 制定有关思想政治工作和医德医风建设的计划，并组织实施。

3. 贯彻执行党的路线、方针、政策，党政工团齐抓共管，做好全院职工经常性思想政治工作，定期组织学习，进行研究分析总结。

4. 认真贯彻执行《医务人员医德规范及实施办法》，有医德教育措施，严格实行岗前教育制度。

5. 建立有效的群众监督和严格的考核奖惩制度。

6. 患者、社区或合同单位对医院的满意度达到规定要求。

7. 有健全的廉洁行医措施。

六、医院安全

1. 有医院安全保卫管理组织。

2. 有健全的医院安全保卫管理制度、措施及实施记录，并定期对安全管理进行评价。

3. 对易发生危险的设备及要害部门有特殊的管理措施，如高压氧仓、氧气供应室、危险品仓库、同位素室、配电室、手术室、细菌室等。

4. 消防设备齐全、标志醒目，定期检查更换，使用方便。

5. 紧急状态时有与外界联络的可靠方式。

6. 严格执行剧毒、麻醉、精神药品管理制度。

7. 照明系统发生意外情况时，有安全可靠的非开放替代光源。

七、医院环境

1. 院内应整洁、卫生，有健全的卫生检查、评比制度，并有专人负责。

2. 污水、污物、放射性物质、有毒气体排放及消烟均应符合环保部门有关规定。

3. 医院环境幽静美观，有与医院占地面积相适应的绿化地带。

4. 病房秩序良好，做到整洁、安静、舒适、安全，室内细菌含量符合卫生学标准。

5. 门急诊、病房等医疗区禁止吸烟。

6. 室内采光、色彩设计符合卫生学要求。

7. 门诊噪音不高于 45 分贝，病房、手术室噪音不高于 38 分贝。

二级医院分等标准

本标准是二级医院建设和发展的标准，也是其水平和质量的评价依据。

一、科室设置

科室设置应与二级医院的功能、任务、规模相适应。

（一）职能科室

院办公室、政工科（含人事、宣教、保卫）、医务科、护理部、门诊部、预防保健科、信息科（室）（可含图书、病案、统计）、总务科、医疗设备科（组）、财务科。

（二）临床科室

1. 一级科室

应设急诊科、内科、外科、妇产科、儿科、眼科、耳鼻喉科、口腔科（以上三科也可合并建科）、皮肤科（可并入内科或外科）、传染科、康复科、理疗科（可根据情况与康复科合并，但不能相互替代）、家庭病床科、中医科。

2. 二级专业组（室）

⑴ 内科：应有 3 个以上专业组（室）。根据实际情况从呼吸、消化、心血管、血液、内分泌、泌尿和神经内科等专业中选设。

⑵ 外科：3 个以上。可从腹、骨、胸、泌尿和神经外科等专业中选设。

⑶ 妇产科：妇科、产科专业必设。

⑷ 儿科：儿内必设。有条件的单位可设小儿外科专业。

3. 重点专科（组）

⑴ 全院至少应有 1 个重点专科（组）。

⑵ 重点专科（组）的发展，应依据区域内服务人群的实际需要，由区域内卫生行政部门统一规划，由医院负责组建。

⑶ 重点专科（组）条件：

学科带头人应具有副主任医师以上职称，并具有相应专业技术水平；专业人才形成梯队；

技术水平在卫生区域范围内居领先地位；

有一定数量病床和必要的仪器设备；

有切实可行的专业发展规划。

4. ICU 与 CCU

⑴ ICU：内、外科必备

⑵ CCU：全院至少有 1 个

（三）医技及其他业务科室

药剂科（须建制剂室）、放射科、检验科、功能检查科（室）、病理室（科）、营养室（科）、手术室、消毒供应室、预防保健科。

二、人员配备

医院应配备与其功能、任务相适应的技术力量。各级技术人员的资历、职称获国家认可。人员构成比例符合下列要求：

1. 医师与护士之比为1:2。

2. 主任医师、副主任医师、主治医师和医师之比为1:2:4:8。护师以上占护理人员总数≥20%。

3. 临床营养师至少1人。

4. 工程技术人员（技师以上）适量。

三、管理水平

医院应强化科学管理意识，各级管理人员应具有相应管理知识和技能。医院领导班子的结构要合理、职责要明确、责权要相称、工作要协调。院长和副院长还应满足下列要求：

1. 全面了解二级医院业务，具有三年以上二级医院工作和一年以上科室管理经历。院长和业务副院长应具有中级以上卫生技术职称，分管行政和后勤的副院长应具有初级（师）以上技术职称。

2. 上岗前经过医院管理专业培训，能掌握医院管理的一般原理、原则和一些重要方法（规划、决策、授权、项目论证、质控图等）。

3. 能运用上述原理和方法，结合本院具体情况设计并组织制订医院发展规划、实施方案和年度计划。

4. 经常深入科室了解情况，并能充分利用信息资源作为决策的依据。

5. 注意公共关系，能争取地方政府、各界人士、社区群众对医院的理解、关怀及支持。

6. 医院职工对院长和院领导班子的结构、合作和工作效率满意度≥80%。

四、技术水平

医院的技术水平应与其功能、任务相适应，并符合下列要求：

（一）临床科室

1. 一级科室主任或学科带头人应具有副主任医师以上技术职称，非重点二级科室主任应有主治医师以上技术职称。

2. 能成功地开展《附件一》所要求的诊疗技术。

（二）医技科室

1. 科室主任应具有中级以上技术职称和相应专业技术水平。

2. 能成功地开展《附件二》所要求的检测项目。

（三）重点专科（组）

1. 能熟练地开展《附件一》所列之专科诊疗技术。

2. 能接受其他二级医院转诊，解决较疑难的诊疗问题。

3. 科研意识强，有专业开拓精神，每年都有新进展或新成果。

（四）预防保健和社会医学服务

医院预防保健和社会医学服务，是现代医院的基本功能之一，是全院性工作，应搞好这方面的工作，并达到较好水平：

1. 指导基层，取得实效。

2. 能开展多种形式健康教育并有效果评价。

3. 能开展心理卫生、遗传咨询等门诊服务。

4. 开展家庭病床服务。

5. 预防保健科能指导社区预防保健并参与院内环境管理和医院感染控制。

五、信息管理

医院信息工作必须与医疗、预防、教学、科研和管理工作相适应。要做到：

1. 及时、准确、全面地完成规定的各种卫生统计报表。

2. 能开展社区内人口动态和就诊病人的疾病发生动态的分析并提出对策。

3. 能根据需要，开展慢性非传染性疾病的登记监测工作。

4. 能开展医疗质量和成本效益分析工作。

5. 能开展有关医院管理、药物、仪器设备及临床医学（含护理、医技等）的中文情报工作。

6. 能开展信息资料科学分类、编码和索引编制工作。

7. 能充分发挥各类情报和统计资料的效用，做到利用情况有记录、有评价、有改进措施。

8. 有条件的单位能应用计算机进行信息处理。

9. 应设立医学图书馆（室），具有足够的医学专业图书和期刊。

六、教学、科研

（一）教学

1. 有切实可行的在职职工在职教育规划。

2. 能承担部分大学本、专科医学生的临床实习任务。

3. 有一定比例的中级以上职称的专、兼职带教人员。

4. 能承担基层单位的中级卫生技术人员的进修和培训工作。

5. 有备课、评教评学和检查性听课制度，有基本的教学设备，病种和病人数量能满足临床教学需要。

6. 如被认定教学医院，应符合《全国高等医学院校教学医院工作暂行规定》的要求。

（二）科研

有科研意识，有一定的科研能力，取得相应的科研成果，并达到以下要求：

1. 能坚持科研与临床相结合的正确方向。

2. 在评审前三年内，国家级杂志发表论文≥5篇。

3. 在评审前三年内获省级以上科技进步成果≥1项。

七、医疗设备

医院应具有与其医疗、护理、预防、教学和科研相适应的仪器设备。

1. 常规设备齐全。

2. 专科设备适宜。
3. 大型设备有成本效益分析。

八、各项统计指标

1. 门诊诊断与出院诊断符合率 ≥90%
2. 入院诊断与出院诊断符合率 ≥90%
3. 手术前后诊断符合率 ≥95%
4. 临床与放射线诊断符合率 ≥90%
5. 临床病理诊断符合率 ≥90%
6. 入院三日确诊率 ≥95%
7. 门诊收治待诊率 ≤5%
8. B超检查阳性率 ≥30%
9. 大型X光机（500MA 以上）检查阳性率 ≥60%
10. 临床化学室间质评实验室年平均每次 VIS<150
11. 临床化学室内质控各项 CV 值在允误差范围内
12. 细菌质控：参加
13. 尸检率 ≥10%
14. 单病种治愈好转率≥平均值（与省内同级医院相比）（下同）
15. 危重病人抢救成功率 ≥80%
16. 病房抢救成功率 ≥84%
17. 无菌手术切口甲级愈合率 ≥97%
18. 单病种病死率 ≤平均值
19. 住院产妇死亡率 ≤0.02%
20. 活产新生儿死亡率 ≤0.5%
21. 单病种术后十日内死亡率 ≤平均值
22. 麻醉死亡率 ≤0.02%
23. 门诊处方合格率 ≥98%
24. 门诊病历书写合格率 ≥90%
25. 住院病历甲级率 ≥90%
26. X光摄片甲级片率 ≥40%
27. 护理技术操作合格率 ≥98%
28. 基础护理合格率 ≥90%
29. 特护、一级护理合格率 ≥90%
30. 五种表格书写合格率 ≥98%
31. 常规器械消毒合格率 100%
32. 责任制护理病区数 ≥10%
33. 陪护率 ≤8%
34. 住院病人就餐率 ≥80%
35. 治疗饮食就餐率 100%
36. 病床使用率 适宜范围 85～90%

37. 平均住院日 ≤18天
38. 病床周转次数 ≥20次/年
39. 副主任医师以上出门诊 ≥2次/周
40. 医疗仪器设备完好率 80%
41. 院内感染率 ≤8%
42. 无菌手术切口感染率 ≤0.5%
43. 昏迷、瘫痪病人褥疮发生数 0
44. 传染病登记报告漏报数 0
45. 年一级以上责任医疗事故发生数 0
医疗事故正确处理率 100%
46. 每百张病床年严重差错发生数 <1
47. 年意外事故发生次数 0
（含火灾、爆炸、房屋倒塌、造成工作人员人身伤害者）
48. 平均单病种医疗费用 ≤平均值
49. 平均每门诊人次医药费用 ≤平均值
50. 卫生技术人员三基考核合格率 100%
51. 一人一针一管执行率 100%

二级医院分等判定标准

医院应对其建设、管理、技术水平、工作质量、文明服务、成本效益等定期进行自我评价，并制定改进措施。省（市）医院评审委员会对医院质量水准按标准进行院外评价。根据评审结果分为甲、乙、丙三等。

一、二级甲等医院

医院建设成绩显著，科室设置、人员配备、管理水平、技术水平、工作质量和技术设施等按分等标准综合考核检查达到900分及以上。

二、二级乙等医院

医院建设成绩尚好，其科室设置、人员配备、技术水平、工作质量、技术设施等按分等标准综合考核检查达到750～899分。

三、二级丙等医院

医院建设有一定成绩，基本标准考核合格，但与分等标准要求有较大差距，按分等标准综合考核检查在749分及以下。二级丙等医院应有切实可行的改进措施。

三级医院标准

三级医院是国家高层次的医疗卫生服务机构，是省（自治区、直辖市）或全国的医疗、预防、教学、科研相结合的技术中心。

三级医院基本标准

本标准是三级医院的必备条件，达到本标准者才能参加等级评审。

基本标准包括以下七个方面：

一、医院规模

应具有与三级医院功能、任务、技术水平及管理要求相适应的医院规模。

1. 病床编设不少于500张。

2. 每床建筑面积不少于60平方米。

3. 每床病室净使用面积不少于6平方米。

4. 日平均每门诊人次占门诊建筑面积不少于4平方米。

5. 每床单元必备设施达到规定的要求（见附件六）。

6. 病床与医院正式职工人数之比为1:1.5～1.7。

7. 必须配备具有国家认定资格的卫生技术人员，卫生技术人员占全院职工总数不少于75%。

二、医院功能与任务

（一）医疗卫生服务

三级医院应提供全面、连续地医疗、护理、预防、保健和康复服务。

1. 服务半径应足够大，20%地年出院病人应来自医院所在地（市）或省（市）之外。

2. 应在综合性医疗服务的基础上，提供高水平专科服务。并应承担驻地社区内常见病、多发病的诊治任务。

3. 开展日常院前急救，参加当地急诊医疗网，承担意外灾害事故的现场急救，能迅速作出应急反应，迅速组织配套急救队伍，并能接受成批伤病员进行院内急救，医护人员人人掌握徒手心肺复苏技术。

4. 参与社区预防、保健和康复服务工作。

5. 结合科研、教学，开展或参与主要慢性非传染性疾病（心、脑血管疾病，恶性肿瘤）的流行病学调查和防治工作。

（二）教学、科研

1. 应有切实可行的教学、科研规划。

2. 应有称职的教学人员和适宜的教学设施。

3. 能为国家培养临床各类专业的中高级人才，能培养本科生或研究生，并承担二级医院各科技术骨干的临床专业进修。在教学中对预防医学、初级卫生保健的内容能作出适当安排。

4. 能承担国家、省（自治区、直辖市）科研课题。

（三）对下级医院进行业务技术指导

与指定的一、二级医院建立经常性技术指导与合作关系，开展双向转诊，帮助开展新技术、新项目、解决疑难问题，培训卫生技术和管理人才。

三、医院管理

医院应有健全管理体系，有相应组织机构、人员、制度、措施、实施方案及其考核与评价办法。

（一）组织管理

必备的管理组织：

1. 行政管理

2. 医疗、预防、教学、科研管理

3. 护理管理

4. 财务管理

5. 总务保障

6. 思想政治工作和职业道德教育管理

7. 必备委员会

（二）制度管理

根据1982年卫生部发布的《全国医院工作条例、医院工作制度与医院工作人员职责》的要求和有关规定，结合医院实际，必须认真制订一整套切实可行的规章制度，并有相应的教育、执行、监督、检查、考评和奖惩办法。必备制度应包括：

1. 医院工作制度

2. 各级各类人员岗位责任制

3. 各项技术操作规程

4. 职工继续教育制度

（三）行政管理

1. 有健全的行政管理组织，有一名院领导分管行政工作。

2. 有远期发展规划、年度工作计划，季度安排和完成计划的进度、指标、措施、步骤和检查总结。

3. 医院有各项行政管理制度，并组织实施。必备的制度有各项会议制度、院总值班制度、医疗行政查房制度、文书档案管理制度

4. 有群众来信来访登记、参观访问、医院大事记录。

5. 院领导要经常深入科室、社区了解情况、征求意见、改进工作。

（四）医疗管理

1. 有健全的医疗管理组织，人员配备合理，有相应的工作制度。有一位副院长分管医疗工作。

2. 制订切实可行的全院医疗建设规划和工作计划并组织实施。

3. 有健全的医疗工作制度、切实可行的技术操作规程和医疗护理质量标准。

4. 建立健全医疗质量管理组织，定期活动，对医疗、护理、医技质量进行教育、监督、检查、评价，并提出改进意见。必备的质量管理组织有：医疗护理质量管理委员会、药事管理委员会、院内感染控制委员会、病案管理委员会。

5. 加强业务人员的技术培训、考核，建立医务人员业务技术档案。

（五）护理管理

按《护理管理标准及评审办法》的有关要求管理。

（六）教学、科研管理

教学：

1. 有健全的教学管理组织，有一名院领导分工负责教学管理工作。

2. 有切实可行的教学规划和工作计划，并组织实施。

3. 有健全的教学工作规章制度，做到有监督、有检查、有评价。

4. 有相应的教学设施与设备。

5. 卫生部认定的“教学医院”，按卫生部《全国高等医学院校教学医院工作暂行规定》（待发）进行管理。

科研：

1. 有专（兼）职人员负责科研管理并有相应的工作制度。

2. 建立科技人员科研成果档案。

3. 有鼓励医学和管理科研的办法。

（七）信息管理

1. 有健全的信息管理组织和有关工作制度。

2. 应设立图书馆，并且有足够数量的中、外文医学图书和期刊。

3. 有处理医疗、管理和图书情报信息的电子计算机技术及专职管理人员。

4. 统计部门提供的信息真实、完整、准确，并及时分析、反馈与利用。

（八）计量管理

根据《中华人民共和国计量法》，医院必须加强计量工作的管理。

1. 有负责计量管理工作的部门或人员。

2. 建立有关计量管理制度，主要包括：

(1) 计量管理办法

(2) 计量人员岗位责任制

(3) 计量器具周期检定制度

3. 采用国家法定计量单位。

4. 在用强制检定计量器具均应进行周期检查。

（九）财务管理

1. 设有财务机构，人员编制合理，职责范围明确，并有健全的岗位责任制和工作制度。

2. 设有专（兼）职收费管理人员，严格执行医疗收费标准，实行明码标价，接受群众监督。

3. 会计凭证、帐簿、报表符合会计制度。

4. 建立会计档案和管理制度。

5. 有健全财会监督制度，对违反财经、物价纪律现象应及时严肃处理。

（十）审计管理

1. 设有与财务机构相平行的审计机构或者职级相应的审计人员，人员编制合理，并具有一定的审计专业知识。

2. 对财务收支及有关的经济活动实行经常性审计监督。

3. 对资金财产的安全、完整以及各项内部控制制度的健全、有效，进行监督检查。

4. 经常检查、评估资金、财产的使用效益，提出改进建议。

5. 无重大损失浪费、贪污盗窃和严重违反财经法规的问题。

（十一）设备管理

1. 有健全的管理组织，实行计划管理。

2. 万元以上大型精密仪器购置要有适宜性和可行性论证，进货要验收，使用有专

人保管。

3. 医疗设备有定期的保养、维修与更新制度，保证医疗工作需要。

（十二）总务管理

1. 有健全的总务管理机构、岗位职责和工作制度。

2. 一般物资实行定额管理，有健全的购入验收、入库、发放、报废等制度。

3. 主动、及时为全院各临床科室服务，基本做到三下（下收、下送、下修），保证三通（水通、电通、气通），不发生两漏（漏水、漏电），做到两满意（职工、病人满意）。

4. 有意外情况下的供电措施及确保临时照明。

5. 救护车配有基本设备、药品，随叫随到，保证医疗、抢救和转送病人的需要。

（十三）建筑管理

1. 医院的新建、改建和扩建要按总体发展规划，并进行可行性适宜性论证，资料保存完整。

2. 新医院选址、布局、设计要合理，符合建筑规范及卫生学要求。

3. 医院各部分（门诊部、住院部、医技科室、手术室、消毒供应室、急诊室）的建筑布局及人、物流向合理。室内采光、色彩设计符合卫生学的要求。

4. 医院旧建筑有维修计划及预算，并认真执行。不得在危房中从事医疗活动。

四、质量管理

（一）医院应有切实可行的质量管理方案。

（二）应有院、科两级质量管理组织。

（三）质量管理的重点是：医疗、护理、医技、教学、科研和病案质量管理等。

（四）有质量教育、监督、检查和评价制度，及改进方案。

（五）院内感染控制

1. 控制感染组织应符合1988年卫生部下发的《建立健全医院感染管理组织的暂行办法》的规定。

2. 有全院性控制感染方案、对策、措施、效果与评价。

3. 建立严格的消毒、隔离和传染病登记报告制度。传染病房的设置应符合卫生学要求。

4. 有院内感染控制的在职教育制度，医护人员必须树立无菌观念和进行正确无菌技术操作。

5. 有合理使用抗生素的管理办法。

6. 有特殊区域的保洁监控措施，如手术室、消毒供应室、产房、婴儿室、新生儿病房、治疗室等。

7. 消毒供应室应达到卫生部《医院消毒供应室验收标准（试行）》的要求。

8. 现场检验要达到规定的要求。

五、思想政治工作与医德医风建设

1. 具有强有力的思想政治工作管理体系和相应的工作制度。

2. 制定有关思想政治工作学习和医德医风建设的计划，并组织实施。

3. 贯彻执行党的路线、方针、政策，党政工团齐抓共管，做好全院职工经常性思想政治工作，定期组织学习，进行研究分析总结。

4. 认真贯彻执行《医务人员医德规范及实施办法》，有医德教育措施，严格实行岗前教育制度。

5. 建立有效的群众监督和严格的考核奖惩制度。

6. 患者、社区或合同单位对医院的满意度达到规定要求。

7. 有健全的廉洁行医措施。

六、医院安全

1. 有医院安全保卫管理组织。

2. 有健全的医院安全保卫管理制度、措施及实施记录，并定期对安全管理进行评价。

3. 对易发生危险的设备及部门有特殊的管理措施，如高压力系统、高压氧仓、氧气供应室、危险品仓库、同位素室、配电室、手术室、细菌室等。

4. 消防设备齐全，标志醒目，定期检查更换，使用方便。

5. 紧急状态时有与外界联络的可靠方式。

6. 严格执行剧毒、麻醉、精神药品管理制度。

7. 照明系统发生意外情况时，有安全可靠的非开放替代光源。

七、医院环境

1. 院内整洁、卫生，有健全的卫生检查、评比制度，并有专人负责。

2. 污水、污物、放射性物质、有毒气体排放及消烟均应符合环保部门有关规定。

3. 医院环境幽静美观，有与医院占地面积相适应的绿化地带。

4. 病房秩序良好，做到整洁、安静、舒适、安全，室内细菌含量符合卫生学标准。

5. 门急诊、病房等医疗区禁止吸烟。

6. 室内采光、色彩设计符合卫生学的要求。

7. 门诊噪音不高于45分贝，病房、手术室噪音不高于38分贝。

三级医院分等标准

本标准是三级医院建设和发展的标准，也是其水平和质量的评价依据。

一、科室设置

医院科室设置应与其功能、任务、规模相适应。职能科室的设置应符合精简、高效的原则，适应管理工作的需要。业务科室应在区域性卫生规划的指导和综合性发展的基础上，加强专科建设，实行二级分科，突出专科优势。

(一) 临床科室

1. 一级专业科室

设有急诊科、内科、外科、妇产科、儿科、中医科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、皮肤科、麻醉科、理疗科、康复科或老年病科、肿瘤科、家庭病床科、介入性放射科。

2. 二级专业分科

(1) 内科：分设消化、循环、呼吸、神经、血液、泌尿、内分泌等专业科室。

(2) 外科：分设腹外、心胸外科、神经外科、泌尿外科、骨科、烧伤、整形外科等专业科室。

(3) 妇产科：分设妇科、产科、计划生育等专业科室。

⑷ 儿科：分设新生儿、儿内、儿外等专业科室。

⑸ 其他：必设 ICU 病房（室）、CCU 病房（室）。

（二）医技科室及其他业务科室

应设药剂科、影像诊断科、检验科、核医学科、营养科、病理科、物理诊断科、内窥镜室、手术室、消毒供应室、病案室、统计室、图书室、预防保健科。

（三）重点专科

1. 全院应有 2 个以上重点专科。

2. 重点专科条件：

⑴ 学科带头人具有主任医师职称；

⑵ 专业水平居国内先进行列；

⑶ 专业人才形成梯队；

⑷ 具有 20 张以上床位，有开展本专业医疗、教学、科研所需的配套设备（包括设备中心的有关设备）。

二、人员结构

医院应配备与其功能相适应的技术力量，卫生技术人员及其他专业技术人员结构必须满足下列要求：

1. 医师与护士比为 1:2

2. 主任医师:副主任医师:主治医师:医师比为 1:3:5:7，护师以上占护理人员总数≥30%。

3. 临床营养师以上职称人员≥2 人。

4. 工程技术人员（技师、助理工程师及以上人员）占卫生技术人员总数≥1%。

5. 各一级科室和重点二级科室主任必须是主任医师，一般二级科室主任应为副主任医师。

医学院校附属医院以及承担国家教学、科研任务的医院，按卫生部 1979 年《关于综合医院编制》规定，适当增加人员比例。

三、管理水平

三级医院必须实行科学管理。各级管理人员应具有与其管理职责相应的管理专业知识和技能。医院院级领导班子要做到：结构要合理、职责要明确、职权要相称、工作要协调、效率较高。院长和副院长还应满足下列要求：

1. 全面了解三级医院的业务，具有中级以上卫生技术职称，三年以上三级医院工作和一年以上科室管理经历。

2. 上岗前经过管理专业培训，掌握较系统的医院管理原理、原则和重要方法。

3. 能设计和组织制订医院综合发展规划、项目规划、年度工作计划，并能组织实施。

4. 能了解国内外医院管理动态，充分利用有关信息资源，作为管理构思和决策的参考及依据。

5. 具有承担医院管理教学、科研和指导管理学员实习的能力。

6. 注意公共关系，能争取地方政府、各界人士、社区群众对医院的理解、关怀和支持。

四、技术水平

三级医院要具有与其功能相适应的医、教、研全面发展的基础水平，能接受二级以上医院的转诊，能正确处理复杂疑难病症，有二个以上重点专科水平进入国内或国际先进行列。

（一）临床科室（详见附件）

（二）医技科室（详见附件）

（三）重点专科

1. 学科带头人在国内具有一定的知名度。

2. 能熟练地开展（附件一）所要求的诊疗技术。

3. 能开展实验室研究。

4. 有部（委）、省级以上科研成果（见科研项）。

5. 有国际间的学术交流。

6. 每年在国家级学术刊物发表的论文≥2 篇。

（四）预防保健和社会医学服务

医院预防保健和社会医学服务，是现代医院的基本功能之一，是全院性工作，并达到较好水平：

1. 指导基层，取得实效。

2. 能开展多种形式健康教育并有效果评价。

3. 能开展心理卫生、遗传咨询等门诊服务。

4. 开展家庭病床服务。

5. 预防保健科能指导社区预防保健并参与院内环境管理和医院感染控制。

五、教学、科研

（一）教学

按照《全国高等医学院校教学工作暂行规定》，建立完善的教学管理组织，并达到以下要求：

1. 能承担医学大专院校的临床教学和实习任务。

2. 有研究生（硕士、博士生）教育，有继续教育的制度、计划。

3. 教学经费使用合理。

4. 教学队伍结构合理、教授、副教授、讲师、助教之比为 1:2:4:8。

5. 有备课、评教评学和检查性听课制度。教学资料（电化教学教材、自编统编教材等）、教学设备（仪器设备、图表、标本、模型、实验动物等）以及所提供的教室、示教室、病种、病人数量均能满足临床教学的需要。

（二）科研

1. 有科技档案、科研档案、科研计划、成果、档案管理。

2. 在统计年度内，国际论文≥1 篇；国家级论文≥10 篇；参加或参与国际学术交流≥1 次；主持全国性学术讲座≥1 次。

3. 按评审前三年统计，有国家二级以上科技进步（成果）奖≥1 项；部（委）、省三级科技进步（成果）奖≥2 项。

4. 参加科研课题设计并参与实际研究的中青年人员获奖人数≥30%。

六、医疗设备

1. 医疗设备应与其功能相适应，三级医院应具有其所开展的医疗、教学、科研所必需的基本设备，常规设备必须配套完好，有健全的资源共享和提高效率的中心化利用形式。

2. 抢救室、ICU、CCU 病房（室）、手术室、消毒供应室、X光室、化验室、病理室、功能检查室、窥镜室及重点专科，要具有保证完成医、教、研任务的基本设备，并达到有关规定的标准。

3. 对大型设备应进行成本效益分析，并采取相应的改进措施。

七、信息管理

医院信息工作必须与医疗、预防、教学、科研和管理工作相适应要做到：

1. 及时、准确、全面地完成规定的各种卫生统计报表。

2. 指导基层开展社区内人口动态和就诊病人的疾病发生动态的分析。

3. 根据需要参与并指导基层开展慢性非传染性疾病的登记报告监测工作。

4. 能开展医疗质量和成本效益分析工作。

5. 能开展有关医院管理、药物、仪器设备及临床医学（含护理、医技等）的中外文情报工作。

6. 能开展信息资料科学分类、编码和索引编制工作。

7. 能充分发挥各类情报和统计资料的效用，做到利用情况有记录、有评价、有改进措施。

8. 能应用电子计算机进行信息处理。

9. 应设立医学图书馆（室），具有足够的中外文医学专业图书和期刊。

八、各项统计指标

1. 入院诊断与出院诊断符合率 ≥95%

2. 手术前后诊断符合率 ≥90%

3. 临床诊断符合率 ≥90%

4. 二级转诊病人重点专科确诊率 ≥95%

5. CT 检查阳性率 ≥60%

（附有病例分析报告）

6. 大型X光机检查阳性率 ≥50%

7. 核磁共振检查阳性率 ≥70%

8. 临床化学室间质评实验室年平均每次 VIS<120（三级特等医院 VIS<80）

9. 临床化学室内质控各项 CV 值在允许误差范围内

10. 细菌质控

11. 尸检率≥15%（新生儿尸检除外）

12. 单病种治愈好转率（在同级医院中）处于较高水平

13. 危重病人急诊抢救成功率 ≥80%

14. 危重病人病房抢救成功率 ≥84%

15. 无菌手术切口甲级愈合率 ≥97%

16. 同一病例一周内再住院率（检查时确定病种，同级医院比较）处于较低水平

17. 单病种病死率低于同级医院平均值
18. 住院产妇死亡率 ≤0.02%
19. 活产新生儿死亡率 ≤0.5%
20. 单病种术后十日死亡率 低于规定病种平均水平
21. 麻醉死亡率 ≤0.02%
22. 门诊处方合格率 ≥95%
23. 门诊病历书写合格率 ≥90%
24. 甲级病案率 ≥90%
（无丙级病案）
25. X光摄片甲片率 ≥40%
26. 五种护理表格书写合格率 ≥95%
27. 护理技术操作合格率 ≥98%
28. 基础护理合格率 ≥90%
29. 特级、一级护理合格率 ≥90%
30. 常规器械消毒合格率 100%
31. 开展责任制护理 ≥20%
32. 陪护率 ≤5%
33. 治疗饮食就餐率 100%
34. 住院病人就餐率 ≥90%
35. 院内感染率 ≤10%
36. 无菌手术切口感染率 ≤0.5%
37. 医疗事故发生次数 0
38. 医疗事故、严重差错定性处理正确 100%
39. 昏迷和瘫痪病人褥疮发生数 0
40. 年意外事故发生次数 0
（含火灾、爆炸、建筑物倒塌、患者人身伤害等）
41. 病床使用率 ≥85%—≤93%
42. 平均住院日 ≤20天
43. 病床周转次数 ≥17次/年
44. 副主任医师以上人员出普通门诊 ≥2次/周
45. 完成指令性任务 100%
（含抢救、援外、支边等）
46. 万元以上医疗设备、仪器完好率 ≥95%
47. 万元以上医疗设备、仪器使用率 ≥30小时/周
48. 医务人员三基考核合格率 100%
49. 急救物品完好率 100%
50. 一人一针一管执行率 100%

三级医院分等判定标准

医院应对其建设、管理、技术水平、工作质量、文明服务、成本效益等定期进行自我评价，并制定改进措施。省（市）医院评审委员会对医院质量水准按标准进行院外评价。根据评审结果将三级医院分为特、甲、乙、丙四个等次。

一、三级特等医院

医院建设成绩卓著。其总体水平居国内领先行列。部分专业能体现国际或当代医学发展水平，完全达到三级甲等医院标准的要求，另外还应达到以下要求：

1. 各临床学科综合水平在国内处领先地位，能接受其他三级医院的转诊。

2. 至少一个以上重点专科跨入国际先进行列并具有一定影响。

3. 具有与世界卫生组织或国外学术机构合作的学术中心。

4. 在同一评审周期内，承担2—3项部级以上科研项目，至少获一项二级以上国家级科研成果奖。

5. 能培训主治医师以上的进修人员，并具备培养博士和博士后的能力。

二、三级甲等医院

医院建设成绩显著，科室设置、人员配备、管理水平、技术水平、工作质量和技术设施等，按分等标准综合考核检查达900分及以上。

三、三级乙等医院

医院建设成绩尚好，其科室设置、人员配备、技术水平、工作质量、技术设施等，按分等标准综合考核检查达750—899分。

四、三级丙等医院

医院建设有一定成绩，基本标准考核合格，但与本标准要求尚有较大差距。按分等标准综合考核检查在749分及以下。三级丙等医院应有切实可行的改进措施。