第三章　医院运营管理思路及创新

第一节　中、外医院运营管理模式概述

一、医院运营管理概念

医院运营管理（hospital operations management）起源于工业革命时期的生产管理，最早由泰勒的《科学管理理论》奠基，后发展为独立学科。其定义是对运营过程进行计划、组织、实施和控制，与产品生产和服务创造密切相关。医院运营管理则在此基础上具体化，以全面管理和业务流程管理为核心，以全成本管理和绩效管理为工具，涵盖医院内部各环节的设计、计划、组织、实施、控制和评价等活动，旨在科学配置医院人、财、物、技术等核心资源。

医院运营管理的作用包括实现经营目标、适应外部环境变化、支持领导决策、提升竞争力，其核心是资源利用最小化、技术知识利用最大化，并以患者为中心创造价值。我国公立医院运营管理强调公益性、整体性、融合性、成本效率和适应性，推动核心业务与运营管理深度融合。

二、我国医院运营管理模式发展历程

我国医院运营管理模式经历了4个阶段，即古代萌芽、近代正规化、计划经济模式和改革开放后的现代化阶段。

（一）古代萌芽阶段

中国是医院起源最早的国家之一。公元前7世纪，齐国设立残废院收容残疾人。此后，隋唐、唐宋时期出现“病人场”“病坊”等机构。历代王朝设有宫廷医药机构，如周朝的认证制度、秦汉的太医令、唐宋的太医署等。清朝设立太医院等机构，医学分科逐渐细化。

（二）近代医院的形成和正规化阶段

近代医院始于西方传教士建立的教会医院。1937年，英、美国基督教会和法国天主教会在华医院分别达300多所和70余所。同时，中国自办的医学院校和医院也逐渐

兴起，如中央医院（现北京大学人民医院）。此阶段医院分科化、正规化、普及化，多学科协作成为技术特征，医疗业务和管理制度化。

（三）中华人民共和国成立后医疗卫生事业的发展与进步

1949年中华人民共和国成立后，全面学习苏联，实行计划经济管理模式。其特点包括党的领导、全额补助、低收费标准和低工资政策，保障医疗服务的可及性和公平性。

在中华人民共和国成立初期，受经济发展水平的限制，政府对公立医院的投入不足，收费标准过低，导致公立医院普遍面临严重亏损的局面。1954年，原卫生部印发了《关于医疗机构收费问题的原则意见》，提出医疗机构销售药品可以考虑包装、运输、损耗、储备及因调剂投药所需劳务费用等因素进行加成收费，规定贵重药品加价率不得超过10%～15%，普通药品加价率可以适当提高。这一规定为后来60多年“以药补医”的政策奠定了基础，也一定程度地缓解了医院的经济压力。

1957年，全国县级以上医院数量达到4179所，拥有床位294 733张，医务人员总数为1 039 208名。这一时期，全国医院的面貌发生了显著改观，不仅体现在医院和病床数量的迅速增长方面，还表现在医院的组织管理、医疗技术、医疗作风等方面取得了显著的进步和发展。医院的管理水平逐步提高，医疗技术不断更新，医务人员的服务态度也得到了改善，为人民群众提供了更好的医疗服务。

20世纪70年代后，我国医院的功能逐渐多样化，成为集医疗、教学、科研于一体的医疗中心和培训基地。在这些大型综合医院中，高度专业分工日益明显，新兴学科和边缘学科纷纷建立，例如内科系统在原有分科基础上将心脑疾病的诊治细分成心血管内科、心脏外科、脑神经内科和颅脑外科等专业科室，其他如手外科、口腔颌面外科、耳鼻喉头颈外科、整形外科、美容科等也逐渐发展起来。在大型医疗设备方面，如CT、MRI、B超、同位素等检查设备和治疗设备不断更新换代，技术水平也突飞猛进，逐渐追赶世界一流水平。

除综合医院外，许多专科医院也相继建立，如传染病医院、精神病医院、结核病医院、口腔医院、儿童医院、肿瘤医院等。与此同时，中医学在这一时期也取得了长足发展。各省都建立了中医学院和中医研究院，招收研究生，培养了大批高级中医人才。省、市、县各级中医院的建立，科研人才的培养，以及中医剂型的改进，都推动了中国医学的发展壮大。这些成就不仅提升了我国医疗卫生事业的整体水平，也为后续的改革与发展奠定了坚实的基础。

（四）改革开放后医院的现代化发展阶段

改革开放之后，我国各行各业都发生了深刻的变化，公立医院作为医疗卫生事业的重要组成部分，也经历了天翻地覆的变革。1979年1月，时任原卫生部部长的钱信忠提出“要运用经济手段管理卫生事业”，开启了按经济规律开办和管理公立医院的探

索之路。1980年，国务院批准原卫生部《关于允许个体开业行医问题的请示报告》，中国民营医院开始迈出第一步，为医疗卫生事业的发展注入了新的活力。1985年，国务院批转原卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题》，提出“放宽政策，简政放权，多方集资，把卫生工作搞活”，公立医院的经营管理自主权不断放开。1992年，我国确立了建立社会主义市场经济体制的改革目标后，公立医院开始尝试现代企业制度的改革模式。

这些改革政策的实施，极大地促进了医疗卫生系统的思想解放，调动了医疗机构和医务人员的积极性，使医疗卫生事业进入了快速发展的轨道。

1997年，中共中央、国务院印发的《关于卫生改革与发展的决定》明确指出我国卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业，要求公立医院“建立起有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的运行机制”。这一文件为公立医院的改革与发展指明了方向，推动了现代医院管理制度的建立与完善。

很长一段时间，我国大部分公立医院没有成立运营管理统筹机构，运营管理的概念、工具和方法多是分散应用在医院各职能工作中。2004年，四川大学华西医院率先在内地引入医院运营管理体系，开启了国内公立医院运营管理创新探索之路。2005年9月，上海申康医院发展中心成立，中国公立医院开始探索管办分离的发展模式。上海市公立医院管理体制改革通过政府相关部门参与“申康”董事会，形成了多部门的联合治理机制，实质是对公立医院决策权、执行权和监管权的重新构建。“申康”作为非营利性事业法人，体现了公共部门治理的特征，明确了公立医院所有者和经营者的职能与权限。“申康”与市级医院的分权是在所有权和经营权分离范围内的公立医院自主化改革，“申康”和政府部门的分权则是法人化改革的探索。“申康”的设立为厘清管办分开和政事分开的思路提供了鲜活案例，也为其他地区的公立医院改革提供了有益的借鉴。

2009年，原卫生部印发《关于医师多点执业有关问题的通知》（卫医政发〔2009〕86号），多点执业开始“合法化”，促进了原本几乎被公立医院垄断的医师资源的流通，提高了医疗资源的利用效率。2015年，国务院发布《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号），全国各级公立医院开始推行分级诊疗，逐步推动优质医疗资源扩容和区域均衡布局，我国基层医疗机构的服务能力得到大幅提升，为实现“小病在基层、大病到医院”的合理就医格局奠定了基础。

2016年8月，习近平总书记在全国卫生与健康大会上强调要抓好建立现代医院管理制度建设，推动医院管理模式和运行方式转变，显著提高医院管理的科学化、精细化、信息化水平，规范医疗行为，不断提高服务能力和运行效率。这一指示为现代医院管理制度的建设提供了明确的目标和要求，促使医院在管理理念、管理方法和技术手段等方面不断创新和提升。

2017年7月，国务院办公厅印发《关于建立现代医院管理制度的指导意见》，强调

推动各级各类医院管理规范化、精细化、科学化，基本建立权责清晰、管理科学、治理完善、运行高效、监督有力的现代医院管理制度。这一文件的出台标志着我国现代医院管理制度建设进入了系统化、规范化的新阶段，为公立医院的高质量发展提供了制度保障。

2017年9月和2019年年底，全国公立医院分别取消药品和医用耗材加成，这是我国公立医院新旧运行机制转换的历史标志，意味着公立医院改革自此迈向高质量发展的新阶段。取消药品和医用耗材加成后，医院的收入结构发生了重大变化，医疗服务价格逐步理顺，医务人员的劳动价值得到充分体现，医院的公益性也得到了进一步强化。

2019年11月，为了贯彻落实《关于建立现代医院管理制度的指导意见》文件精神，推动公立医院运营管理科学化、规范化、精细化，国家卫生健康委员会下发《关于征求加强公立医院运营管理指导意见（征求意见稿）的通知》，广泛征求意见。2020年12月，国家卫生健康委员会、国家中医药管理局联合印发了《关于加强公立医院运营管理的指导意见》，对公立医院的运营管理工作提出系统性阐述和总体要求，并以此作为公立医院开展运营管理工作的纲领性文件。

三、国外发达国家医院运营管理模式概述

（一）美国模式

美国实行市场经济模式，医院管理套用企业管理模式，实行董事会制度，下设管理委员会，包括医疗执行委员会和行政执行委员会2个执行委员会，医院运营中各方面的问题一般先向相关委员会反映，由各委员会接受、整理、讨论、提出建议并上报院务会审议通过。同时，美国主诊医师负责制可以充分调动医师的主观能动性和积极性，而成熟的社区医疗服务网络可以解决大多数的常见病和慢性病，以竞争情报系统和电子人力资源管理为代表的美国医院信息管理也是全世界医院信息研发应用的领跑者。美国医院多数设立“首席质量官（chief quality officer，CQO）”，整体负责医疗质量的管理。

（二）英国模式

1948年，英国实行国民卫生服务制度（national health service，NHS），为全体国民提供广泛医疗服务，支付大部分或全部医疗费用，实行初级服务（全科开业医师提供）、地段服务（当地政府提供）和医院服务（专科医疗服务）三级服务体制。

英国医院的医疗技术人员均属于国民卫生服务体系的雇员，领取固定薪资，而且医院管理人员多具有管理专业背景；社会工作者则受雇于地方政府。医院院长负责全

面指挥，下设医务、人事、财务（司库）、护理部主任，其职能相当于美国的助理副院长。院长基本上都是管理专业毕业或经济、法学专业毕业并通过培训的专职管理人员，各部主任也必须有管理硕士学位或通过管理专业修学后才能担任。

（三）日本模式

日本实行“政府导向型市场经济”，在日本的国立医院中仅1/3左右收支接近平衡，其余2/3需要政府补贴专项拨款。1960年起日本推行全民医疗制度，强行人人保险，对大部分患者支付70%～80%医疗费用。对残疾人轮椅、自助装置、假肢等支付100%辅助费用。因此，医院一方面接受政府和兴办者的领导，另一方面受保险公司的影响较大。

在医院领导体制方面实行由院长、副院长领导下的诊疗部长、事务部长、护理部长组成的医院领导成员，或院长领导下的诊疗部长、助理医疗部长、事务部长、护理部长、研究部长、药剂部长和营养部部长7个部长的管理体制。

（四）法国模式

法国实行“混合市场经济模式”，医院属福利事业单位，管理体制与医疗保险体制相适应。公立医院面向低收入居民，私立医院面向高收入家庭。院长负责医院全面工作，一般设副院长4名，分别负责行政、财务、后勤和人事，下设若干个职能科室。医院设有院务委员会及医疗咨询委员会、急诊医疗委员会、安全保险委员会、技术协调委员会、卫生保险委员会、预防医学委员会等非常设机构，帮助院长发挥协调、咨询、监督作用。科室实行科主任负责制，全面负责科室的医疗、护理、教学和科研。科室设科护士长，各病区设病房护士长、护士，对病房实行包干制。

（五）德国模式

德国实行“社会市场经济模式”，社会保障体系完善。德国的医院管理是以市场需求为导向，以社会医疗保险制度为基础，政府对医院实行宏观管理，高度重视区域卫生规划，根据医学专科特点、社会服务需求和经济结构的原则将医院划分为社区服务医院、跨社区服务医院、中心医院和特级医院4个层次。在这种按服务人口数建立起来的“区域医院服务体系”中，特级医院床位数一般为1500床以上，服务人口120万～150万，主要是大学教学医院（相当于我国的附属医院）；中心医院一般为1000床左右，服务人口40万～50万；跨社区医院一般为400～600床，服务人口10万左右；社区服务医院提供普通医疗服务，一般为200床左右，服务人口约5万。

德国医院领导体制的最大特点是设行政院长、医疗院长和护理院长“三驾马车式”结构，医院不设职能科室建制，由3名院长在配有秘书的情况下分别承担各自的职责，其中行政院长是医院领导人和最高决策者，负责整个医院经营管理、人事、计划基建、

物资供应、经费预决算财务和院长间的协调；医疗院长负责医师诊疗工作，包括医技、药房、医学教育和科研，以及与开业医师的协调等；护理院长负责医院护理的组织领导。

四、医院运营管理的发展趋势

（一）深化以公益性为导向的公立医院运营管理

我国公立医院处于高质量发展阶段，需要坚持政府主导和公益性，优化医疗卫生费用补偿、医疗成本管理、医疗资源供给、医疗服务收益评价和综合监管机制，建立“维护公益性、调动积极性、保障可持续”的运行新机制。

（二）探索基于高质量发展的价值医疗导向型运营管理模式

在破除以药补医、以耗补医后，公立医院面临挑战。借鉴价值医疗理论，以患者健康需求为中心，探讨价值医疗导向型运营管理模式，提高医院运营管理水平，应对医改推进中的多重需求。在坚持公益性的前提下，借鉴现代管理理论与方法实施运营管理，是建设高质量发展医院的必由之路。

第二节　分级诊疗背景下医院资源配置方法

当前，国内公立医院普遍面临收不抵支的困境，持续良性运营面临严峻挑战。在这种背景下，亟须扭转重资源获取轻资源配置、重临床服务轻运营管理的倾向。建立分级诊疗体系是优化医疗资源配置、缓解“看病难、看病贵”问题的重要途径，也是实施健康中国战略的关键内容。2021年6月，国务院办公厅发布《关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号），明确提出力争通过5年努力，推动公立医院发展方式从规模扩张转向提质增效，运行模式从粗放管理转向精细化管理，资源配置从注重物质要素转向更加注重人才技术要素。这一转变将为提供优质高效医疗卫生服务、防范化解重大疫情和突发公共卫生风险和建设健康中国提供有力支撑。因此，按照分级诊疗规划，优化失衡的医疗卫生资源配置，提高资源配置效率，是实现医院高质量发展的重要动力源泉。

一、医院资源配置概述

医疗资源（medical resources）是指在一定时间和空间范围内，人类开展卫生健康活动所使用的社会资源，是卫生部门为整个社会及人群提供卫生服务的基础。2020年12月，《关于加强公立医院运营管理的指导意见》明确指出，公立医院的医疗资源包括

人、财、物、技术、空间、设施等。资源配置的原则主要包括以下几点。

1. 与经济社会发展相适应：资源配置需要与本地区经济社会发展程度匹配，避免资源浪费或不足。

2. 基于患者诊疗需求：资源配置应以人民群众的卫生服务需求为基础，避免配置不足或过剩，确保人民群众的健康需求得到满足。

3. 基于分级诊疗体系：根据分级诊疗相关纲领性文件进行针对性资源配置，优化医院资源配置，提升居民健康水平。

4. 基于标准配置：依据行政或行业配置标准进行资源配置，但需要根据技术、经济等变化及时更新标准，避免资源配置不合理。

5. 基于公平与效率：医疗服务是人的基本生存权利，公平性是医疗资源配置的重要原则。在考虑分配公平的同时，必须兼顾效率。

6. 基于运营能力：现代医院管理需要借鉴企业的专业化管理和运营管理，提升人力资源、设备、流程、成本、客户满意度等方面的管理能力，减少资源浪费，提高医疗服务效率和效果。

二、医院人力资源配置

医院人力资源是指医院中拥有一定知识、技术、专长的人员的总和，其通过智力和体力劳动为医院目标的实现贡献力量。在医疗市场竞争中，人才竞争是关键。医院人力资源可分为卫生技术人员、行政后勤人员、科研人员、教学人员和工勤技能人员五大类。

（一）合理配置人力资源的重要性

1. 决定医疗运转效率和质量：人力资源是医疗业务的核心，直接影响患者的就医体验和生命健康。

2. 解决当前人事管理问题：当前我国医院人事管理存在水平低、制度僵化、绩效评估体系不健全、保障制度不合理、薪酬分配体系不科学等问题，这些问题大多与人力资源配置的科学合理性密切相关。科学配置能够优化管理，提升整体效率。

3. 提升组织竞争力：合理配置人力资源能够促进人员合理流动，减少工作矛盾，激发员工积极性，提升员工整体素质，从而增强医院的组织竞争力。

（二）配置方法

1. 工作负荷法：这是一种定量分析预测法，最初用于根据工作量确定人员数量。具体方法是通过历史数据计算某一特定工作的单位时间工作量及工作负荷，再根据未来目标计算总工作量，从而确定所需人力资源数量。该方法适用于工作量明确的岗位。

2. 业务分析法：根据医院过往业务量及年平均增长率预测未来业务量，进而确定

人力资源配置数量。该方法适用于业务量增长较为平稳的医院。

3. 作业时间分析法：通过测定某岗位中每一作业步骤所需时间，得出岗位作业时间总量，结合岗位工作情况，确定所需人员数量。该方法适用于作业步骤清晰、工作可量化的岗位。

4. 弹性调配法：以患者服务需求为导向，根据不同时间段患者数量变化弹性配置人员，减少人力资源分配不均的现象。该方法常用于护理岗位。

5. 人岗匹配法：根据“岗得其人”“人适其岗”的原则将人员安排在最匹配的岗位上，实现“人尽其才”。通过分析岗位特征和人员素质，寻求最佳匹配，提升组织效能。

三、医院床位和空间资源配置

床位是反映医院医疗服务提供能力的核心指标，也是确定公立医院人员编制、划拨卫生经费、分配设备和物资的重要依据。床位配置和利用效率直接影响医院的运营能力和社会服务能力。

（一）医院床位和空间资源配置的重要性

从国家对三级公立医院的定位看，医院应鼓励科室重点收治急危重症和疑难复杂疾病，促进新技术发展和学科建设，适当降低对床位周转率和利用效率的要求。然而，从社会效益角度看，为收治更多患者，应侧重支持床位利用效率较高、周转较快的科室。因此，医院需要根据国家政策要求和自身实际情况找到平衡经济效益和社会效益的关键点，兼顾质量和效率，实现床位的合理有效利用，提高医疗资源使用效率和患者满意度。

（二）配置方法

1. 本量利分析法和病床使用率：本量利分析法以变动成本为基础，以边际利润为核心，分析成本、业务量和利润之间的关系，为医院经营决策提供依据。病床使用率是一定期间内实际占用床日数与实际开放床日数之比，反映床位负荷情况和利用效率。医院可根据床位紧缺程度分配新增床位，原则上仅对床位短缺的科室进行分配。

2. 病例组合指数（CMI）：是DRG指标中的核心指标，反映科室收治病例的难易程度。研究表明，CMI值应作为床位数量的关键指标，指导床位配置。

3. 黄金分割率：是自然界的普遍规律，被广泛应用于科学研究。医院信息系统数据的高度可利用性和共享性使科室床位配置的预测成为可能。由于床位的历史利用情况对未来的床位分配决策具有重要战略意义，可利用黄金分割率，按照“着眼近期、兼顾过去”的原则，将近期数据和历史数据分别赋予权重0.618和0.382后参与计算。

4. 边际贡献和空间负荷法：边际贡献是从销售收入中减去变动成本后的余额。空间负荷法是通过计算特定空间的单位时间工作量及工作负荷预测未来目标所需的空间资源数量，为医院空间资源配置提供依据。

四、医院物质资源配置

医院物质资源包括医疗设备和耗材资源。物质资源配置是指医院管理者对医疗设备和耗材资源的使用做出的统筹安排。在一定时期和范围内，医院的可用资源总是有限的，因此必须对医疗设备的购置顺序做出取舍和安排。

（一）配置的重要性

医疗设备资源配置体系的建立旨在让设备的“投入”与“产出”比例更加合理，提高医疗设备的投资效益，节约采购资金，减少不必要的损失和浪费。

（二）配置方法

1. 项目经济评价法

（1）非贴现分析：包括投资回收期法（payback period，PP）和投资收益率（return on investment，ROI）。PP通过计算设备投资回收时间评估投资效益；ROI则通过计算设备年净收益与投资总额的比率评估设备的经济效益。

（2）盈亏平衡分析：根据年度正常业务量、可变成本、固定成本及收费水平等数据计算保本点业务量，评估设备的经济效益。

2. 综合效益评价法

（1）经济效益分析：采用纯收益率法、ROI、PP等方法分析设备的经济效益。纯收益率是指设备纯收入在毛收入中的占比；ROI反映设备年净收益与投资总额的比率；PP则通过计算设备投资回收时间评估效益。

（2）社会效益分析：设备的社会效益是指设备为国家、社会、人民带来的除经济效益以外的利益。通常通过社会影响力、使用饱和度、检查阳性率、新技术应用、教学及人才培养、科研成果、疗效等指标进行综合评价。

（3）Kraljic矩阵：是一种二维分类矩阵，通过评估采购耗材的利润影响和供应风险判断耗材采购属性。利润影响包括产品增值、原材料总成本占比及产品收益等方面的战略影响；供应风险则涉及市场复杂性、技术创新、原材料更替、市场门槛、物流成本及供应垄断等因素。

（4）PDCA循环模式：是全面质量管理的思想基础和方法依据，分为计划（plan）、实施（do）、检查（check）和处理（act）4个阶段。通过循环管理，实现耗材资源的持续优化配置。

第三节　心内科案例阐释门急诊管理

门诊和急诊是医院医疗服务的重要组成部分。门诊是患者就医的第一站，承担着疾病咨询、诊断、治疗、预防保健等职能；急诊则专注于急危重症患者的救治，是医院应对突发疾病和紧急情况的关键部门。

东莞市人民医院心血管内科作为广东省“十四五”临床重点专科，不仅在心血管疾病的诊断与治疗方面处于省内先进水平，还在门诊和急诊（胸痛中心）管理方面积累了丰富的经验，形成了高效、规范、人性化的门急诊管理模式。

一、门诊管理的特点和功能

（一）心血管内科门诊的特点

1. 门诊人流量高，手术量大：年门诊量10万人次，住院量6500人次，介入手术量超6500台。

2. 病症范围广，病情变化快：由于心脏的特殊性，常见心绞痛、高血压、心律失常、心力衰竭、期前收缩、心肌梗死、心肌炎等心血管疾病，其发病突然，病情变化快，猝死率极高。

3. 急诊手术多，对诊治时间要求极高：心血管内科医师需要随时准备冠脉介入急诊手术。对于急性心肌梗死的患者，要争分夺秒地进行血供重建。

（二）心血管内科门诊管理的总体目标与理念

心血管内科门诊以“专业救心，竭心护航”为服务使命，致力于为患者提供快速、有序、安全的医疗服务。科室通过优化门诊流程、强化信息化建设、提升服务质量和进行精细化管理，实现了从患者挂号到离院的全流程高效管理。

二、门诊管理的具体措施

（一）优化门诊流程，提升患者就医体验

1. 分时段预约挂号：科室推行分时段预约挂号制度，患者可通过多种渠道（如医院官网、微信公众号等）提前预约挂号，减少现场排队时间。

2. 多学科协作门诊：针对复杂心血管疾病，科室设立了多学科协作门诊，由心血管内科、心脏外科、影像科等多学科专家共同出诊，为患者提供一站式诊疗服务。