



基于主诊医师负责制的 REDEEM 医疗管理模式构建研究*

——董恩宏^{1,2} 杜永辉^{3,4} 蒋 锋^{5,2} 戴晓娜⁶ 韩允瑞⁷ 刘庭芳^{7*}

【摘要】 通过梳理我国三级查房制度存在的缺陷,在汲取主诊医师负责制优点的基础上,构建“重新赋权—双评价—双配套—双模式”(REDEEM)医疗管理模式,并从政府、医院、科室和主诊医师个体层面提出实施建议,以促进我国公立医院改革和医疗服务高质量发展。

【关键词】 主诊医师负责制;三级查房制;REDEEM;医疗管理模式

中图分类号:R197.1

文献标识码:A

Construction of REDEEM Medical Management Mode Based on the Attending Physician Responsibility System/DONG Enhong, DU Yonghui, JIANG Feng, et al./Chinese Health Quality Management, 2024, 31(1): 26-29

Abstract By combing the defects of the three-level ward round system in China, and drawing on the advantages of the attending physician responsibility system, the "Re-Enpowerment, Dual-Evaluation, Dual-Equipment, Dual-Model (REDEEM)" medical management mode was constructed. In order to promote the reform of public hospitals and the high-quality development of medical services in China, some suggestions were put forward from the level of government, hospitals, departments and individual doctors.

Key words Attending Physician Responsibility System; Three-Level Ward Round System; REDEEM; Medical Management Mode

First-author's address School of Nursing and Health Management, Shanghai Medical College of Health, Shanghai, 210318, China

1 研究背景

三级查房制度是我国医疗核心制度之一,成为我国医疗质量安全的重要组成部分^[1-2]。随着人民群众医疗消费需求的不断提高,三级查房制度在指导思想、具体形式和内容上已不能完全适应医疗发展新形势^[3-4]。通过梳理文献发现,三级

查房制度目前存在以下缺陷:层级责任不清^[5],容易产生行政主任干预临床的现象;绩效评价体系设置不合理^[6],“院—科”两层的现有绩效考核架构易导致责任不到人和医护不分家问题;绩效考核指标不够精细化^[7],医院资源的分配仅限于科室或病区内部,整体的医疗资源不能有效盘活,运行效率低下;医疗

服务模式单一,对医生专业教育不够充分以及培养对象有限等。相比之下,主诊医师负责制可以有力补充三级查房制度^[8]。主诊医师负责制是由1名主诊医师(具有副主任医师以上资格)、1名~2名主治医师、数名住院医师组成的医疗小组,全面负责患者从门诊到住院、手术、会诊和随访的全诊疗过程^[9-10]。主

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2024.31.1.06

* 基金项目:中国医学科学院中央级公益性科研院所基本科研业务费项目(编号:2020-RC630-001)

董恩宏^{1,2} 杜永辉^{3,4} 蒋 锋^{5,2} 戴晓娜⁶ 韩允瑞⁷ 刘庭芳^{7*} 通信作者:刘庭芳

1 上海健康医学院护理与健康管理学院 上海 210318 2 上海交通大学健康长三角研究院 上海 200030

3 临邑县人民医院 山东 德州 251500 4 清华大学医院管理研究院 广东 深圳 518055

5 上海交通大学国际与公共事务学院 上海 200030 6 浙江大学医学院附属第二医院 浙江 杭州 310009

7 中国医学科学院北京协和医学院卫生健康管理政策学院 北京 100730

诊医师负责制被认为是由主诊医师组全面负责医疗、教学、科研等工作的一种新的医疗服务模式^[11],它赋予主诊医师完全的医疗责任和患者诊疗权,变革了传统的院、科两级考核体系,将考核单位由科室细化到主诊组。此外,主诊医师负责制也是一种基于“榜样式”的医学教育模式^[12]。

在目前形势下,尽管主诊医师负责制还不能完全替代三级查房制度,但是我们可以从现有三级查房制度下,借鉴主诊医师负责制的优势,进行医疗管理模式的探索性整合设计,来更好地服务医疗卫生制度,让老百姓享受到高质量的卫生服务。基于此,本研究在汲取主诊医师负责制优点的基础上,构建“重新赋权—双评价—双配套—双模式”(Re-empowerment—Dual—Evaluation—Dual—Equipment—Dual—Model, REDEEM)的医疗管理新模式,并提出该模式的实施建议,为我国公立医院改革和医疗服务高质量发展提供决策参考。

2 基于主诊医师负责制的 REDEEM 医疗管理模式

虽然三级查房制度和主诊医师负责制各有优缺点,制度实施背后存在医院管理体制和医师培养制度的客观差异。但从长远来看,主诊医师负责制将成为未来发展的趋势。因此,因地制宜,不断改进是主诊医师负责制成功的关键。基于此,本研究设计 REDEEM 医疗管理模式模型,架构如图 1 所示。

2.1 重新赋权(Re-empowerment)

赋权理论^[13]鼓励给个人或团体赋权,以期让他们获得权力和资源,以最大化发挥其作用。赋权理论不仅注重赋权过程,而且注重为被剥夺权利的个人或团体创造更多的机会获得权力和资源,从而促使其进行行

为的改变^[13]。赋权通过清除影响个体决定权和行动权的社会性或个别性障碍,增强个体运用权力的能力与自信,或者从环境向个体注入一定权力等方式,帮助人们获得决定权和行动权,从而实现个人抱负^[13]。根据此理论,本研究提出“重新赋权”的概念并运用到医院管理中,即:院级一方面行政赋权科主任,由科主任负责部门宏观层面的医疗、教学和科研工作,协调整个科室资源,鼓励科室团队建设、小组间合作和跨学科发展等;另一方面业务管理赋权科级下的诊疗组长,由诊疗组长进行医学、科研、教学和其他管理职能的实施。

2.1.1 行政赋权科主任 科主任具有以下职责:(1)医疗职责。负责制订科室医疗工作规范,综合管理科室医疗工作,负责医生排班、病例讨论、业务学习、处理医疗纠纷等;(2)教学和科研职责。负责制订部门学科建设规划,安排教研工作;(3)管理职责。负责制订科室业务发展规划,传达医院指示,协调各小组之间的关系,向上级汇报科室情况,评估诊疗组长能力,并负责科室奖金分配。同时,在遵从医院整体规划的前提下,将资深医生细分至亚专科和诊疗组,亚专科组长需做好学科建设,并负责亚专科的发展,还要对主诊医师诊疗组进行督导。

2.1.2 业务管理赋权诊疗组长 作为科室日常工作的负责人,诊疗组长对本组患者医疗全过程进行全面负责。他不仅负责医疗组的发展问题,同时也负责医疗质量和安全问题。

通过“重新赋权”,一方面,明确了职责分工,实现精细化管理;另一方面,通过科主任的宏观调控,可以避免各诊疗组对科主任管理地位的削弱,能够促进科室亚专科建设,规避学科建设的“木桶短板效应”,充分调动医生积极性,提高医院管理和运营质量。

2.2 双评价(Dual—Evaluation)

根据层级管理理论^[14],在组织管理过程中,需明确各职位的职责、权利和利益,各司其职,各负其责,严格按照组织程序进行。因为随着组织规模的扩大,人员的增加,当管理幅度增大时,就需要设置新的层级,使组织结构呈现“金字塔”式。借鉴此理论和现有层级架构,本研究提出打破传统“院—科”的粗犷式管理,实行“院—科—组”三层级精细化评价的思路。首先,在医院层面,确定全院主要诊疗组的设置方式、规则和统筹路径,实行分组管理,按照诊疗组分配整合医疗资源,实现资源集约化,避免团队管理混乱。其次,在科室层面,科(主任)级负责诊疗组长岗位设置规划,提出诊疗团队数量、编制申请;实行三级管理架构,由科主任领导,亚专业组组长监督,诊疗组长负责。最后,在诊疗组层面,进行主诊医师负责制的具体实施,优化医疗服务流程,改善患者就医体验。诊疗组组长负责组内患者住院全流程相关事宜,形成“一条龙”服务模式,为患者打造优良的医疗体验。

同时,以主诊医师负责制为核

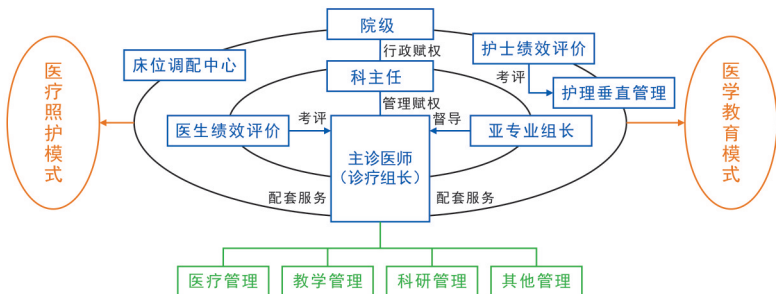


图 1 基于主诊医师负责制的 REDEEM 医疗管理模式架构

心,实施科室诊疗组的绩效考核评价机制。通过 HIS 采集相关数据,实现对诊疗组绩效的核算。根据工作量和绩效分配比例,合理分担每个诊疗组成本;借助 DRG 进行管理改进,分析 CMI 值、DRG 组数、低风险组死亡率、疾病类型结构、时间消耗指数、成本消耗指数等相关指标,识别薄弱环节,并针对性改进;外科考核使用手术难度系数(RBRVS),内科考核使用 CMI 值,进行科学化、精细化和动态化考核,提升诊疗组的工作积极性。

2.3 双配套(Dual—Equipment)

根据垂直管理理论^[15],在面对组织规模庞大和运行环境相对稳定的情况下,可以实施垂直化管理,提高组织运行效率。同时,根据扁平化组织管理理论^[16],可以通过减少经营管理层次,压缩职能部门和机构,裁减人员,减少中间经营管理层级,使组织快速地将决策权传递到操作层,提高组织运行效率。三级查房制度模式下,医护两条线统一管理可能存在各科室的床位、人力等资源还是围绕集体小单元进行配置,缺乏整体考量而导致资源利用不能最大化。基于此,提出“双配套”的垂直化和扁平化管理模式。

2.3.1 实施护理资源配置的垂直化管理 实施医护分开,护士单独考核。护理管理可以考虑实行院长领导下的护理部主任—科室护士长—护士长三级负责制,或总护士长—护士长两级责任制,统一人、财、物与责、权、利的一致性。每个护理单元可以建立独立的绩效评价体系,制定统一的护士绩效评价体系,并设置合理的绩效评价指标。

2.3.2 实施自我激励和评价的扁平化管理 通过打破传统“以床定岗”的限制,实施诊疗组成员自我激励的扁平化管理,以更好地发挥诊

疗组主观能动性。建议制定全院床位统一调配管理办法,取消固定床位管理制度,打破科室中间层的限制,由床位管理中心自由调配,以达到床位最大限度的利用。同时,诊疗组成员要有更多参与决策和解决问题的权力,从而承担更多责任。比如,可以通过建立床位共用平台,使诊疗组能够根据绩效考核结果调配全院的床位资源,实现床位资源共享的同时,发挥其主观能动性,最终提高运行效率。

2.4 双模式(Dual—Model)

医疗照护模式是一种医疗资源投入和产出的运行机制,包含组织架构、运营体系、管理模式、薪酬制度、人力资源结构等多种要素^[17]。医师是核心生产力代表,如何激发其医疗供给能力是研究医疗照护模式的关键。根据王辰院士提出的“大医学”“大卫生”和“大健康”理念^[18],目前医学属于“促、防、诊、控、治、康”六位一体的现代化整合型医疗健康照护体系的一部分,主诊医师负责制在这个体系中发挥着重要作用,它不仅仅是一种单纯的医疗制度,还要倡导其医学教育改革及示范的作用,促进仅关注个体诊疗的“临床医生”向既关注个体又关注人群,能够开展“促、防、诊、控、治、康”六位一体健康照护的“医生”转化。在此理念下,REDEEM 医疗管理模式下的主诊医师负责制突破了传统体制和利益束缚,变革传统的生产关系,通过赋能授权,激发以医师为核心生产力代表的生产潜力,打造出“高效率、低成本、高品质”的医疗生产模式,敏捷、有效地应对错综复杂的医疗环境,可以说是一种全新的医疗照护模式。

此外,生产与教育结合理论^[19]中,教育被视为“提高社会生产”的一种方法,基于此,医疗也是一种生

产活动,必须与医师教育和培训相结合。REDEEM 医疗管理模式对医疗教育培训体系重新梳理,可以与住培、专培制度有机衔接,让规培结业后的年轻医生担任主诊医师,独立诊治患者,这样主诊医师可以全面、全权、全责、全过程负责患者医疗工作,患者也能获得高效、优质、连续的医疗照护。同时,医院可以通过主诊医师来培养住院医师和实习医学生,帮助年轻医生建立清晰的职业发展路径,这种模式既有利于年轻医生成长,又有利于中高年资医生业务水平的提升,有助于形成科学的医疗行业人事制度以及生产关系^[20]。因此,它还可以作为一种全新的医学教育模式。

3 思考与建议

3.1 REDEEM 医疗管理模式具有一定适用性和可行性

REDEEM 医疗管理模式是针对目前三级查房制度出现层级责任不清晰、绩效考核不合理、配套管理不优化和医疗服务模式单一这几个核心问题,从赋权理论、层级管理理论、垂直化和扁平化管理、教育生产理论等出发进行科学设计和架构构建,具有一定科学性。REDEEM 医疗管理模式结合主诊医师负责制的优点,对医疗质量安全核心制度中的三级查房制度目前实际碰到的问题进行深度解析,综合设计而构建,而且国内已有部分医院在三级查房制度基础上引入主诊医师负责制^[6],并取得一定效果,说明此模式具有一定的适用性和可行性。

3.2 实施 REDEEM 医疗管理模式的建议

3.2.1 政府把握供需趋势,优化专科医师规范化培训制度 首先,政府可以通过问卷和访谈调查,明确对主治医师,特别是住院医师等专

科医师定期和专门培训的必要性。确定被调查者最需要的主诊医师培训内容和专业技能,尽可能向之提供所急需的知识,满足其对培训工作的基本需求。其次,优化现有医师规培和专培体系,针对性调整原有体系中缺乏和重复的内容,使规培和专培更有针对性。最后,发挥专业学会自治的力量,成立专门的主诊医师负责制行业协会,并引入第三方,设立主诊医师资格认定的专业评估机构,制定主诊医师负责制准入和退出的行业标准。

3.2.2 医院做好卫生人力发展规划,建立主诊医师优秀人才训练体系 医院要优化现有人才存量,建立主诊医师及诊疗组长的科学遴选体系和准入退出机制。应根据主诊医师和诊疗组长实际工作绩效,对之进行周期性考核和动态管理,决定是否继续聘用;重视医院层面的管理作用,制订高标准的标准化培训和轮换计划,监督诊疗组上级医生对住院医师的各种医疗技术操作培训^[21]等,在存量基础上扩大增量,加强内部“造血”,奠定主诊医师人员基础力量;努力铺垫主诊医师负责制的实施土壤,制定一系列管理制度,包括主诊医师的培养、资质认定、岗位聘任、临床授权、绩效考核等,做好配套保障工作。

3.2.3 科室重点着力于主诊医师负责制的绩效考核和质量监督 科室通过科学放权,配合医院做好行政管理和业务管理的精细化工作;重点抓好科室的绩效考核和质控监督,可考虑适当引入医疗责任保险,以减轻医院、科室、医师个人医疗的风险压力。同时,重点做好主诊医师负责制的绩效考核工作,借助医院信息系统和 DRG 医疗系统,引入 RBRVS 和 CMI 值考核体系,实现主诊医师负责制的精细化、科学化、动态化考核目标^[22]。

3.2.4 主诊医师提高业务水平的同时,加强团队协调能力 作为 REDEEM 医疗管理模式的一线主角,主诊医师要苦练“内功”,提升业务能力,全面负责组内的医疗活动,带领主诊组完成各项诊治工作,疑难危重病例则要求提交全科讨论,保证医疗服务的连续性、及时性和完整性。同时,主诊医师不能忽视对住院医师和实习医师教学能力的培养以及指导研究生进行科研等,并增强管理能力、协调能力、合作能力和教学能力,能够将各部门各专业人员整合为一个密切合作的团队,为患者提供优质的医疗服务。

参考文献

- [1] 谢 波.循证医学与三级医师查房制[J].中华医院管理杂志,2006,22(5):325-326.
- [2] 吴沛新,王 辰.主诊医师负责制在我国医改背景下的探索与实践[J].中华医院管理杂志,2021,37(6):501-504.
- [3] 连 斌,陈羽中,钟海忠,等.大型综合性医院实施主诊医师负责制的实践与体会[J].中国卫生质量管理,2005,12(2):10-12.
- [4] 朱 敏,陈羽中,连 斌.主诊医师负责制的应用环境分析[J].中国卫生质量管理,2005,12(2):5-6.
- [5] 颜勇卿,葛志斌,胡素佩,等.带教老师对住院医师规范化培训制度和师资能力认知的调查[J].中华医院管理杂志,2021,37(7):599-604.
- [6] 应娇茜,李 静,王晨曦,等.三级查房制度与主诊医师查房制度的比较分析[J].中国卫生质量管理,2021,28(2):3-5.
- [7] 李 伟,余 华,马岳峰,等.对三级查房制度的几点认识和思考[J].中国医院管理,2003,23(4):28-29.
- [8] 刘文生.三级查房制 VS 主诊医师负责制[J].中国医院院长,2017(17):32-34.
- [9] 熊 瑶,邹伏英.通过主诊医师负责制提升医疗质量管理水平[J].中国卫生质量管理,2022,29(8):25-27,32.
- [10] 邢晨伟,王清江,盛伟琪.基于多层神经网络算法的主诊医师岗位核定研究[J].中国卫生质量管理,2022,29(4):46-49.
- [11] 周 昀,程永忠,李为民.四川大

学华西医院主诊医师负责制的探索与实践[J].中国卫生事业管理,2018,35(11):816-818.

[12] CRAIG MS. William osler: a life in medicine[J].The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 2001, 3(3):145.

[13] 李立宏,付国强,任 彬,等.临床科室赋权管理方式改革提升医疗工作人员工作满意度的机制研究[J].转化医学杂志,2021,10(3):159-162,169.

[14] 章培峰,陈 华,顾圣华.分组分层级管理在骨科管理质量持续改进中的应用[J].中医药管理杂志,2020,28(12):162-163.

[15] 胡玉婷.垂直管理在医院妇产科护理中的应用[J].中医药管理杂志,2019,27(9):91-92.

[16] 覃学军.医院金字塔管理模式与扁平化管理模式的结合管理分析[J].中国卫生产业,2020,17(1):42-43,46.

[17] 严 妮.基本医疗服务的属性探究:基于公共产品理论及其边界[J].卫生经济研究,2017(9):3-8.

[18] 王 辰.做“大医学、大卫生、大健康”的倡行者——王辰院士在协和医学院2022届毕业典礼上的讲话[J].中国医学人文,2022,8(8):5-8.

[19] 皮埃尔·布尔迪厄,J.-C.帕斯隆.再生产一种教育系统理论的要点:教学方法及理论[M].北京:商务印书馆,2021:36.

[20] 吴少玮,余晓云,贺 哲,等.主诊医师负责制下医疗组管理制度的实施策略与思考[J].中国医院管理,2022,42(1):57-59,63.

[21] 郝 晋,王力红,李小莹,等.某三甲医院主诊医师负责制实施前后医生工作满意度比较研究[J].医学教育管理,2016,2(2):469-474.

[22] 张 岩,李东霞,张 键.基于RBRVS的主诊医师绩效薪酬分配应用研究[J].中国卫生经济,2021,40(12):91-94.

通信作者:

刘庭芳:中国医学科学院北京协和医学院卫生健康管理政策学院医院领导力与管理学系创始系主任

E-mail: liutingfang@pumc.edu.cn

收稿日期:2023-05-19

修回日期:2023-11-08

责任编辑:黄海凤