

◁人力资源管理▷

构建以病种管理为核心的临床医师业务能力评价体系*

刘潇潇,赵昂,陈善豪,曹卫军
(上海市肺科医院,上海市200433)

【摘要】 目的 构建以病种管理为核心的临床医师业务能力评价体系,并进行初步应用。方法 运用文献研究法和焦点组访谈法建立初步指标体系,运用Delphi专家咨询法和层次分析法修正体系,获得权重。结果 获得了由4个一级指标、4个二级指标、26个三级指标在内的临床医师工作业务档案库体系,初步应用后与医院现行临床医师聘任结果一致程度较高。结论 以病种管理为核心的临床医师业务能力评价体系对临床医生评价具有一定的创新性。

【关键词】 病种管理;临床医师;业务能力评价;指标体系

【中图分类号】 R197 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1672-4232(2024)02-0064-03

【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2024.02.018

现有的较为客观的临床医师工作能力量化评价方法多是以论文及课题数量、门诊量、出院人次、手术人次等作为评分依据,这种粗放的评价模式一方面偏重科研无法完全体现医师的临床工作能力,另一方面无法兼顾收治患者的难度以及广度,可能导致医师的临床能力无法提高,学科发展受阻,患者满意度下降^[1-2]。2021年,《关于深化卫生专业技术人员职称制度改革的指导意见》(人社部发〔2021〕51号)出台,指出要创新评价机制,破除唯论文、唯学历、唯奖项、唯“帽子”等倾向,建立完善临床医生执业能力评价指标,对临床医师进行科学公正的评价。因此,本研究基于现今医疗管理的趋势朝向循证医学模式、精细化管理发展,创新性地建立以病种管理为核心的临床医师工作业务档案库^[3],通过纳入符合本院实际的其他医师评价维度,全方位展现临床医师综合的业务能力^[4]。

1 研究方法

使用文献研究法设计以病种管理为核心的临床医师业务能力评价备选指标池,通过定性焦点组访谈法了解对具体指标的定性意见及体系应用模式,使用Delphi法对指标体系进行进一步调整并获得专家指标权重评分,运用层次分析法(AHP)对每一层次的指标赋予权重^[5]。

2 研究结果

项目组根据事先拟定的标准,邀请了医院管理类专家开展咨询。咨询专家年龄均为35岁以上,为本市

公立医院或卫生事业单位中层及以上干部,从事医政管理或卫生人才评价年限均在10年以上。共发放问卷11份,回收10份,有效问卷10份,问卷有效率100%。

邀请专家对初拟指标的重要性、导向性、可行性进行评分,范围1~10分,越接近10分,代表对应的指标越重要、导向性、可行性越好。

2.1 专家意见集中程度

专家意见集中程度反映专家对指标评分的一致性,用Kendall's W协调系数表示。Kendall's W协调系数取值在0~1,越高说明专家意见协调性越好,意见越一致。 $P>0.05$,说明专家在对应维度上的意见不协调; $P<0.05$,说明专家在对应维度上的意见协调。协调系数检验结果显示,指标重要性、导向性协调系数分别为0.218、0.352,系数在0.2~0.4, P 值均小于0.05,说明一致性程度虽一般,但可以接受;可行性协调系数为0.734,一致性较强。

2.2 专家指标定量意见

通过前期文献分析,完成指标的系统收集、筛选、界定,并初步拟定了临床医师工作业务档案库体系的基本框架,包括4个一级指标、4个二级指标、26个三级指标。10位专家对课题组初选的评价指标体系中各三级指标的重要性、导向性、可行性进行评分,其重要性、导向性、可行性平均分在7.5分以上的百分比分别为88.4%、96.2%、84.7%,其中“主要诊断ICD码种类数”重要性、可行性平均分均位列最末,且专家评分标准差较大,专家咨询后予以剔除。由此,二级指标“病种难度与广度”更名为“病种难度”。根据专家定性意见,二级指标“医疗质量与安全”下,外科应当同时纳入“手术患者并发症发生率”和“院感发生率”指标,因此当评价对象为外科医生时,三级指标总数仍为26个,“手术患者并发症发生率”和“院感发生率”共享总分值

*基金项目:上海申康医院发展中心医疗质量安全与医疗服务项目(SHDC12021627)

4.70分。

2.3 专家权重

由于一级指标“临床能力”和“加分项”下所属指标差异性巨大,两两比较式权重分析仅纳入一级指标“临床能力”下含的4个二级指标和14个三级指标。而一级指标“临床能力”和“加分项”,“加分项”下的“开展新技术情况”、“临床成果荣誉”、“指令性任务”的权重则请专家直接将百分制分值分配给对应指标,结合专家定性意见,最终确定“临床能力”和“加分项”分值配比为8:2,“加分项”下含三级指标分值配比为4:3:3(见表1)。

运用Yaahp软件中的群决策功能确定各指标初始权重系数、归一化权重。为便于赋分,将以上权重归一化后化为百分制分数,具体见表1。

使用一致性指数CI检验各指标的相对优先顺序有无逻辑混乱,一般认为,当CI<0.10时,可以认为无逻辑混乱,即各项权重可以接受。经检验:本研究CI小于0.10,权重系数符合逻辑。有一位专家部分指标权重数值有缺项,但经Yaahp软件中一致性检验,认定矩阵一致性比例合格,项目虽有残缺但处于可接受范围。

2.4 应用预评价

为探索拟建立的医师档案库与医院现有临床医师评价方法及结果的差异,选取2022年参加医院高级职称聘任答辩的某内科学室7名参评医师进行预评价。预评价医师扣分项(患者满意度测评、医疗质量考核、

有责投诉或医疗事故负非完全责任)均为0,无医疗红线行为(重大医疗事故负完全责任者;参加院内重大抢救或院内外重大会诊不及时或有推诿,造成重大影响者;节假日值班、备班未按医院规定在岗在位,造成重大影响者;未按医院规定,私自诊疗区域接待药械企业代表,违规收受红包经查实者)。

此次在进行预评价时,请相关科室协助提供2021年度数据进行试算。扣除目前仅可计算至医院层面的“低风险组病例死亡率”的6.38分,满分94.62分,7位内科医师预评价总分及院内聘任结果见表2。可以看到,预评价与院内聘任结果一致程度较高,而医师A与医师E相比,预评价评分较低,但实际通过了院内聘任,究其原因,发现两医师在定量指标得分差距不大的情况下,医师A在指令性任务项(重大医疗卫生救援任务)中表现突出,因此可能导致在现场聘任时具有较大优势。

3 研究结论

3.1 病种指标与医疗业务指标相结合较为科学

建立了以DRGs相关指标为基础的临床能力指标体系,纳入加分项、扣分项、医疗红线评价维度后^[6],专家对指标的重要性、导向性、可行性评价较高,表明体系建立的前期准备工作较为全面,纳入指标较为科学。一是在不同维度下纳入了低风险组病例死亡率、CMI(病例组合指数)、疑难病种比例(内科)等病种相关指

表1 临床医师工作业务档案库指标体系及权重

一级指标	二级指标	三级指标	归一化权重	分值	数据来源	评分方式	
临床能力 (0.800 0)	医疗工作 量0.192 6	门诊人次0.500 0	0.096 3	9.63	病案首页匹配	按照权重赋分,以同科室同级 别医师均值为参照,达到均值的 “限值A”倍数者得满分(或在 合理范围内),与均值每超过/差 距“限值B”扣除相应分数	
		出院人次0.500 0	0.096 3	9.63	病案首页匹配		
	医疗费用 及效率 0.084 7	住院均次药费占比0.273 8	0.023 2	2.32	病案首页匹配		
		住院均次耗材费占比0.298 4	0.025 3	2.53	病案首页匹配		
		平均住院日0.204 0	0.017 3	1.73	病案首页匹配		
		住院均次费用0.224 7	0.019 0	1.90	病案首页匹配		
	医疗质量 与安全 0.237 9	重点病种死亡率0.169 1	0.040 2	4.02	病案首页匹配		
		手术患者并发症发生率(外科)/ 院感发生率(内、外科)0.197 4	0.047 0	4.70	内科:相关科室提供		
		非计划再次手术率(外科)/7天 再入院率(内科)0.155 0	0.036 9	3.69	内科:上海市DRGs 数据管理平台		需手工计算到治疗组
		术后诊断符合率(外科)/出院诊 断符合率(内科)0.063 9	0.015 2	1.52	内科:病案首页匹配		权重赋分
		重点病种抗菌药物使用强度0.146 6	0.034 9	3.49	相关科室提供		医疗业务报表(治疗组)
		低风险组病例死亡率0.268 0	0.063 8	6.38	上海市DRGs数据管理平台		目前仅可获得医院层面数据, 不参与预评价
	病种难度 0.284 8	CMI(病例组合指数)0.500 0	0.142 4	14.24	上海市DRGs数据管理平台		需手工计算到治疗组
		三、四级手术比例(外科)/疑难 病种比例(内科)0.500 0	0.142 4	14.24	内科:病案首页匹配		权重赋分
加分项 (0.200 0)	/	开展新技术情况0.400 0	0.080 0	8.00	相关科室提供	根据项数、级别、完成人次赋分	
		临床成果荣誉0.300 0	0.060 0	6.00	相关科室提供	根据成果级别、奖项名次、完 成人次赋分	
		指令性任务0.300 0	0.060 0	6.00	相关科室提供	根据是否达到指令性任务认定 条件赋分	
合计			1.000 0	100.00			

表2 7位内科医师预评价得分

医师	预评价得分(分)			院内高聘		评价结果 一致性
	临床 能力	加分	总分	临床业绩 (换算至80分)	聘任 通过	
A	64.62	12	76.62	78.00	是	不一致
B	73.27	15	88.27	80.00	是	一致
C	72.38	12	84.38	80.00	是	一致
D	69.94	10	79.94	80.00	是	一致
E	68.38	9	77.38	80.00	否	不一致
F	55.67	10	65.67	64.00	否	一致
G	53.37	12	65.37	63.46	否	一致

标,在资源消耗的基础上实现临床医师关于临床诊治能力的评价^[3];但是,如果纯粹以体现临床诊治水平的指标对医师进行评价,并不利于医院内部精细化管理和学科水平的提升,且缺乏对负性事件的约束,其导向性也令人忧心^[7]。因此,在已经确定了核心病种指标的情况下,结合本院实际情况确定了加分项和扣分项,使建立伴随个体医师成长的工作业务档案库成为可能。二是考虑到内、外科室的差异,体系中设置了并行指标,如非计划再次手术率(外科)和7天再入院率(内科)作为同一层面参与权重赋分。表1中可以看出,预评价与本院院内现行聘任结果一致程度较高,但受限于技术手段,目前尚无法完全获取体系中个体医师指标数值。而目前院内高级职称聘任细则中临床定量指标数据所占比重不大,且赋分方式较为粗糙,这有可能是两方评价结果出现不一致的原因。待后续实现以定量数据考核个体医师时,有可能会进一步导致两方结果出现进一步差异。

3.2 提升信息化建设水平,促成体系全面落地

从各二级指标权重分析结果来看,与设想结果一致,从医疗工作量0.192 6,医疗费用及效率0.084 7,医疗质量与安全0.237 9,病种难度0.284 8,医疗质量与安全、病种难度权重最大,体现了三甲医院收治疑难危重的功能定位。对档案库进行试运行,指标获取来源不一,部分指标目前仍尚难以落实至个体医师头上进行评价,另有部分依托于上海市DRGs数据管理平台的指标仍需进行进一步数据处理以获得治疗组/医师层面数据。《国家卫生健康委办公厅关于进一步完善预约诊疗制度加强智慧医院建设的通知》(国卫办医函[2020]405号)指出要以“智慧管理”建设为手段,进一步发挥信息技术在现代医院建设管理中的重要作用,建立医疗、服务、管理“三位一体”的智慧医院系统。因

此,借助信息手段,建立整合平台实现数据的自动抓取,将极大地促成后续体系的全面落地应用,提升医院管理精细化水平^[8]。

3.3 体系应用方向展望

未来体系期望从不同维度开展应用。在横向评价中,通过建立同科室不同医师在不同评价维度的得分分布^[9],了解不同医师在同一评价维度的得分差异,以确定各维度下的先进典型,通过模范带头作用提升全科室医师综合业务能力;对个人来说,也可以帮助了解个人业务能力强弱项,以进行针对性业务培训,提升业务能力;对不同医师之间,通过建立评分机制,实现同科室同级别的临床医师之间的业务能力客观可比^[10]。在纵向评价中,通过体系应用得到同一临床医师在不同时期的业务能力评分动态变化数据,建立个体医师的动态成长机制,以对个人职业规划作出指导。

参 考 文 献

- [1] 贺哲,翁雨雄,夏家红,等.基于DRG的临床医师医疗能力评价体系构建及应用[J].中国卫生质量管理,2022,29(10):58-61.
- [2] 洪建娣,傅强.公立医院高层次人才引进的战略思考和路径选择:基于双因素理论和社会认同理论[J].中国医院管理,2018,38(12):91-92.
- [3] France FHR. Case mix use in 25 countries: a migration success but international comparisons failure [J]. Int J Med Inform, 2003,70(2/3):215-219.
- [4] 王哲,李云霞,陈巍,等.建立公立医院临床医师评价体系实践与思考[J].中国医院,2020,24(9):39-41.
- [5] 吴小姣,陈哲,谭春蕾.基于层次分析法的三甲医院临床医师综合评价指标体系研究[J].中国病案,2015,16(9):53-55.
- [6] 刘智勇,袁玉堂,王珺,等.社区全科医师电子健康档案系统使用行为与工作绩效关系模型研究[J].中国卫生统计,2018,35(2):232-236.
- [7] 付航,袁素维,姚瑶,等.我国公立医院临床医师绩效评价指标的文献研究与评价[J].中国医院管理,2019,39(5):51-53.
- [8] 孙荟,张娟,陈皓阳,等.综合性三甲医院青年医师评价指标体系构建研究[J].中国卫生事业管理,2022,39(7):500-504,517.
- [9] 叶秀峰,徐洪斌,陈斌.基于DRG的临床医师水平能力分级分类考核评价研究[J].中国医院管理,2021,41(9):42-44.
- [10] 贾媛,王晨,郑陆林,等.国内临床医师绩效评价的关键问题确认分析[J].中国医疗管理科学,2022,12(1):35-40.

通信作者:曹卫军(1971-),女,博士研究生,主任医师;研究方向:医院管理。

收稿日期:2023-05-24

(编辑 徐佳)