

高患病率、高死亡率、高负担的中国呼吸疾病流行现状已成为国家极为突出的公共卫生与医疗保健问题。这一严峻形势赋予了我国呼吸学界重大的历史使命，也为呼吸学科发展提供了极其宝贵的机遇。

然而，与现状相较，行业仍存在学科发展滞后、疾病防治能力薄弱、学术研究欠活跃、优秀人才吸引力不足、学科建制亟待完善。为此，王辰院士指出，呼吸人需要审时度势，认清并确定呼吸学科的建设与发展方略和路径。

2017 中国医师协会呼吸医师分会年会召开在即，医师报邀请多位呼吸领域专家，就现代医院管理、学科发展外部环境、科室文化与人才建设、行业规范等话题作讨论，以飨读者。

构建中国医院现代管理体系

▲ 中国工程院院士 中日医院院长 王辰



王辰 院士

以正确的义利观树立医院管理的原则

文化、学科、管理和人才四大要素构成医院的核心竞争力。医院的文化在院的管理、医院的发展中起决定性作用。医院文

化的核心是价值观。义利观体现医院的基本价值观。中日医院在业务和经营理念上始终强调的是正确的义利观：“先义后利，利

为义取，义利并举，行之长远。”如此，形成既能充分体现医院社会责任，又能形成医院长远、持续发展的良性机制。

创建专科医联体，实现存量医疗资源效益最大化

中国医疗资源有四大特点或曰问题：量不足（总量不足，特别是优质资源量不足），碎片化（缺乏科学体系和合理结构），不均衡（各地区差异巨大），非同质（不同级别、地区、医疗机构医生水平差异大）。由于以上特点，专科疑难危重患者就医难，获得高水平的诊疗难，而且，专科疑难危重症转诊路径不通畅。在现有医疗资源存量，包括专科医疗资源存量短期很难改变的情况下，如何解决这些问题？

为解决这一突出问题，中日医院提出“专科医联体”

的构想并积极付诸实践：充分发挥国内领军专科优势，推动专科资源统筹，建立有机协调的国家专科医疗体系，从医疗、教学与人才培养、研究三方面实现资源效益最大化，提高全国各级，特别是基层医疗机构对专科疑难危重疾病诊治能力与水平。在医疗上，以专科疾病的远程医疗和双向转诊为主要方式；在教学和人才培养上，以远程、网络教学查房、讲课，医生专培、专修、单修为主要方式；研究上，以基于标准化名词和格式化病例的真实世界大数据研究为主要方式。

构建因应于重大社会需求和解决关键医疗问题的现代学科群

策划好医院的学科建设与发展工作事关医院立身之本。中日医院明确提出“构建因应于重大社会需求，解决关键医疗问题的现代学科群”的学科建设指导思想与工作方针。要深刻认识到处理好综合和专科发展的辩证关系的重要性。明确提出要

处理好领军学科、优势学科、特色学科、一般学科的关系，鼓励所有学科发展向上，优者给予重点支持。没有综合，无以成就优秀专科；没有优秀专科，无以成就医院的综合实力、社会声誉与业界地位，也无以在医院中树立先进的学术和文化发展方向。

人文素养是任何管理都不能替代的

在医院质量管理上，永远要有慎独精神。人文素养永远是医务人员最核心的素养。医生和护士的角色是什么？是代表人类对患者健康和生命的照护者，而不仅仅是医疗技术的提供者。

任何管理，在人文素养面前都是初级的。目前，中国医院正处于体系再造的关键时间节点上。希望通过我们的努力，在年轻的中日医院建造出现代医院管理体系和模式。

（下转第 11 版）

医院管理要具有全球视野和历史眼光

在过去的三四十年间，中国的医院管理做出了很多的探索，取得了长足的进步，但是与先进国家相比，还是有很多做得不够的地方，国际上很多先进经验需要我们在今后的医院管理实践中借鉴，结合我国情况，建设中国

的现代医院管理体系。

中国医院如何基于不同的国情和不同的医疗系统，设计与建设出更好的医疗体系？如何在这个体系短期难于改变的前提下提升医院管理？这是当前面临的突出问题。当前，中国

的医院管理特别需要强调全球视野（global view）和历史眼光（historical vision）。这两者所体现的一横一纵的眼界，使我们能够因应历史，借鉴国际，对中国医院管理有更深刻的认识和把握，明确改革的方向和路线。

业务技术管理体系和经济运营管理体系构成现代医院管理的两大体系

何为现代医院管理体系，如何构建现代管理体系是中国医院需要思考的一个重要问题。

医院管理是最复杂的管理，其管理体系也最为复杂，必须有清晰、缜密、有逻辑关系、

富于可操作性的框架体系。现代医院管理体系包括两大体系：业务技术管理体系和经济运营管理体系。前者的职责在于管理医院的医疗照护工作，包括对医疗、护理、教育和科研的管理体系，直接对医院的学术、

技术、业务工作进行管理；后者的职责在于保证医院能够规范、优质、经济、高效地运营并为“顾客”，包括患者和医院中的医教研人员做好服务，形成医院内清晰有致、支撑保障有力的“服务链”。

建议取消“三级查房”制度 全面实行主诊医师负责制

我们应当深刻地检视中国目前被视为经典的医生对住院患者的诊疗方式，具体地说，主要指所谓“三级查房”制度。这种查房制度是不科学的，亦有悖于国际通行做法。这种制度导致的结果就是：医疗责任主体不清，将有经验的医师（“三级医师”——主任医师，副主任医师）“悬置”，既导致住院患者不能直接接受高水平医师的诊疗，又隔绝“三级医师”直接接触患者，影响其对患者的直接观察与临床经验积累，延迟年轻医师独立进行诊疗的年限，工作层叠，人员效率低下，对临床医师队伍的成長建设极为不利，会从整体上降低中国临床界的医疗能力。

中国的临床界甚至把住院医师作为住院诊疗中必备的层级，其实，住院医师只是在住院医师规范化培训基地中才有，主诊医师或主治医师才是真正面对患者的主体。我们的医疗职称体系也是扭曲的，分不清何为执业定位，何为学术水平标志，由此带来一系列问题。限于时间，在这里不作细致分析。

实际上，主诊医师（主治医师，Attending physician）负责制是国际上通行的做法。年资再高、再“大”的医师在临床上管病人时，其角色也是主治医师。若遇疑难病例，可以请长于此道的医师会诊。

与主诊医师负责制相匹配的

制度是全院护理垂直管理和全院床位统一调配，为主诊医师行医提供相应平台支持。因此，主诊医生负责制、护理垂直管理和床位统调形成相互支撑的管理体系。在此基础上，辅之以主诊医师所辖医疗组为医疗质量和效率计算单位，以护理单元床位使用率为重要依据的医生和护士绩效工资分配机制，会有效激发医疗效率和床位使用效率。中日医院自去年 8 月实行以来，取得了良好的效果，医疗效率获得较显著提高。目前，正在着力纠正主诊医师负责制中的“修正主义”现象，实化、细化专门成立的“床位调配中心”的运行机制和流程，动态予以完善。