

# 通过主诊医师负责制提升医疗质量管理水平\*

——熊瑶 邹伏英\*

**【摘要】** 主诊医师负责制是提升医疗质量和推进医院精细化管理的重要手段。以促进亚专业建设发展为目标,通过明确科主任责权、遴选诊疗组长、细化考核指标、强化信息化支撑等措施,推行主诊医师负责制下的诊疗小组工作模式。实践后,相比2019年4月—10月,2021年4月—10月医院门急诊工作量增加40.9%,出院人次增长17.9%,平均住院日由9.08 d缩短至8.67 d,学科综合实力不断增强,心血管内科CMI值由1.12上升至1.17,DRG组数由184个增加至223个。推行主诊医师负责制应重点关注信息化建设、责权分配、绩效考核等问题,以实现精细化管理,提升医疗质量管理水平。

**【关键词】** 医院;主诊医师负责制;疾病诊断相关组;精细化管理;医疗质量

中图分类号:R197.323

文献标识码:B

Improving Medical Quality Management Through Attending Physician Responsibility System/XIONG Yao, ZOU Fuying./Chinese Health Quality Management, 2022, 29(8): 25-27, 32

**Abstract** The attending physician responsibility system is an important means to improve the medical quality and promote the hospital fine management. Aiming at promoting the construction and development of sub-specialties, the working mode of diagnosis and treatment group under the responsibility of the leading physician was implemented by clarifying the responsibilities and powers of the department director, selecting the leader of the diagnosis and treatment group, refining the assessment indicators and strengthening the information support. After practice, from April to October 2021, compared with April to October 2019, the workload of outpatient and emergency services increased by 40.9%, the number of discharged patients increased by 17.9%, the average length of stay was shortened from 9.08 days to 8.67 days, and the comprehensive strength of the discipline was constantly enhanced. The CMI value of Cardiovascular Department increased from 1.12 to 1.17. The number of DRG groups increased from 184 to 223. In order to realize fine management and improve medical quality, the system should focus on information construction, responsibility and power distribution and performance assessment.

**Key words** Hospital; Attending Physician Responsibility System; DRG; Fine Management; Medical Quality

**First-author's address** Jiangxi Provincial People's Hospital, Nanchang, Jiangxi, 330006, China

主诊医师负责制又称医疗组长负责制,即由主诊组全面负责并开展医疗、教学、科研等工作的一种新型医疗管理模式<sup>[1]</sup>。医院科室管理由科主任负责制逐步转变为主诊医师负责制<sup>[2]</sup>。主诊组一般由1名主诊医师、1名主管医师、1名或多名经管医师组成。主诊医师查房制度

在增加查房频率、明确医疗责任主体、规范病历书写等方面能够有效地弥补三级查房制度的缺陷<sup>[3]</sup>。主诊医师负责制是优化医院服务流程和保障医疗安全的有效措施,但在责任权利、绩效考核、竞争协作等方面还存在问题<sup>[4]</sup>。本研究结合样本医院实际,提出以主诊医师负责制

为主导的诊疗小组工作模式,取得较好的管理效果。

## 1 主要做法

2019年4月,经前期调研及访谈20位科主任代表,样本医院共选取29个科室推行诊疗小组工作模

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2022.29.08.06

\* 基金项目:江西省卫生健康委普通科技计划(项目编号:20203070)

熊瑶 邹伏英\* 通信作者:邹伏英

江西省人民医院 江西 南昌 330006

式,共推选出108个诊疗组长,实施科主任领导下的诊疗组长负责制。

### 1.1 明确科主任责权

诊疗组长必须在科主任领导下完成各项工作,科主任有权决定患者的治疗方案,有权安排科内各项手术的主刀医师,对手术医师及其资质进行最终把关。为保证公平公正,规定科主任不得担任诊疗组长,但必须参与每个诊疗小组的医疗活动,每周进行全科大查房。诊疗组长必须将组内疑难危重病例提交科室讨论,并采纳科室集体讨论后的意见,确保医疗质量和安全。

### 1.2 诊疗小组设置要求

要求各科室根据医师数、亚专科设置、病床数等合理划分诊疗小组。 $\leq 14$ 张床,设1个诊疗小组;15张~29张床,设两个诊疗小组;30张~45张床,设3个诊疗小组; $> 45$ 张床的可安排4个诊疗小组。诊疗小组数可少于上述规定,但每个科室不可超过7个诊疗小组( $\geq 4$ 个病区的科室除外)。部分特殊科室(如急诊科、ICU)暂不设诊疗小组。每个诊疗小组必须由 $\geq 3$ 名医师组成。低年资医师须服从科室轮转安排,每季度轮转1次。

### 1.3 诊疗组长选定及考核

1.3.1 遴选方法 担任诊疗组长条件:一是爱岗敬业,勇于奉献,医德良好,具有高度责任心,具有丰富临床实践经验;二是获得本专业副主任医师资格 $\geq 3a$ ,具有独立承担医疗诊治能力的在岗人员,退休返聘医师除外。

诊疗组长由医师个人向科室提出申请,科室根据申请者的行政职务、职称、学历等情况,择优推选提交至医务处。医务处将推荐名单初审后先提交医院医疗质量管理委员

会审核,再提交院长办公会讨论决定后进行公示。公示后如有异议,提出异议者可以书面形式向医务处申诉,医院将抽取专家对该科诊疗组长进行重新核准认定。

1.3.2 职责 诊疗组长职责要求:一是遵守国家及医院的各项规章制度和诊疗规范,积极参加院科培训及学习;二是协助科主任督促本小组成员落实医疗核心制度、关键绩效指标、科教研等工作;三是在科主任指导下,负责本组患者的医疗质量与安全管理工作,遇突发紧急事件及时汇报;四是积极配合科主任,培养本诊疗小组成员的团结协作精神,积极配合其他诊疗小组的医疗工作。

1.3.3 考核 诊疗组长考核设定单项否决指标和常规考核指标。单项否决指标是指一个考核周期内,经核实出现任何一种情况者,医院将重新认定诊疗组长资格。具体包括:I类切口手术患者预防使用抗菌药物比例超标者;非计划再次手术出现漏报者;发生一起医疗责任事故者;病历书写有重大缺陷者;拒绝实施下级医师轮转者;收受患者红

包或药品回扣,举报属实者;违反医院其他相关管理规定者。

围绕质量与安全、服务效率,坚持客观、公平、公正的原则,顺应三级公立医院绩效考核工作,2020年诊疗组长考核指标新增公立医院绩效相关指标,包括人均手术人次、人均四级手术人次、人均微创手术人次、次均费用等。常规考核指标共设一级指标2项,二级指标12项,总分100分,各项指标分值扣完为止。具体指标分值及考核细则见表1。该院每年度对内外科得分排名前3位的诊疗组长进行表彰;对得分排名后3位的诊疗组长酌情考虑更换。

### 1.4 诊疗小组工作模式特点

(1)以促进亚专业建设发展为目标。医院108个诊疗小组均以亚专业为划分依据,推行专病专治。例如,神经内科分为5个诊疗组,分别为脑血管病,神经系统感染及神经免疫性疾病,癫痫、眩晕症及其他神经系统疑难杂症,痴呆、肌病、遗传变性病,神经系统危重症疾病。通过细化分科能够有力推进专业学科发展。

表1 诊疗组长考核指标分值及考核细则

一级指标	二级指标	分值/分	细则
质量与安全(60分)	医疗核心制度	30	每违反1项扣02分
	病历质量	10	每出现1例丙级病历扣5分,1例乙级病历扣2分
	医疗纠纷	10	与科内其他诊疗组纠纷发生率相比,若高于科室平均值,轻微责任每起扣2分,次要责任每起扣5分,主要责任每起扣10分;若低于科室平均值则不扣分
	低风险组死亡病例	5	每出现1例扣1分
服务效率(40分)	信访投诉	5	1起有效医疗投诉扣05分
	诊疗组人均出院人次	8	与科室人均出院人次相比,每低于1%,扣02分
	CMI值	8	与科室平均值相比,每低于0.01,扣01分
	诊疗组人均手术人次	6	与科室人均手术人次、人均四级手术人次、人均微创手术人次相比,每低于1%,扣01分
	诊疗组人均四级手术人次	6	
	诊疗组人均微创手术人次	6	
	平均住院日	3	与科室目标值相比,每高于0.1 d,扣02分
次均费用	3	与科室平均值相比,每高于100元,扣02分	

注:内科无手术相关指标,人均出院人次、CMI值、平均住院日3项指标调增相应分值。

(2)绩效工作量核算到诊疗组。

强化医院信息系统(Hospital Information System, HIS)基础支撑功能,将全院诊疗组名单嵌入住院医生工作站。在病区为患者安排床位时,首选对应的诊疗组,以科室或病区为统计单元,实现精细化管理。通过 HIS 抓取相关数据,实现绩效点数核算到诊疗组。各诊疗组成本按工作量业绩占比或均分方式进行合理分摊。

(3)借助 DRG 进行管理改进。基于 DRG 系统分析 CMI 值、DRG 组数、低风险组死亡率、病种结构、时间消耗指数、费用消耗指数等相关指标,找出指标相对靠后诊疗组的薄弱环节,并针对性改进。

(4)实现全院床位统一调配。制定全院床位统一调配管理办法,由医院门诊一站式服务中心按专业相近、位置相邻、避免交叉感染的原则进行床位调配。原则上,手术科室、内科学室共同使用病区,以实现床位资源共享。

## 2 成效

### 2.1 医院总体指标变化情况

实施主诊医师负责制为主导的诊疗小组工作模式后,住院患者满意度和医务人员满意度得以大幅度提升,分别由 2019 年的 92.68%、89.27% 提升至 2020 年的 93.22%、98.94%。医疗服务质量有所改善,医院运行相关指标情况见表 2。2021 年 4 月—10 月相比 2019 年 4 月—10 月,门急诊工作量增加 40.9%,出院人次数增加 17.9%;平均住院日由 9.08 d 缩短至 8.67 d。

### 2.2 诊疗组间指标变化情况

推行诊疗小组工作模式后,该院学科综合实力不断增强,亚专业

表 2 实施主诊医师负责制为主导的诊疗小组工作模式后医院运行相关指标情况

时间	门急诊人次/万人次	出院人次/万人次	手术台次/万台次	平均住院日/d	CMI 值	DRG 组数/个	低风险死亡率/%
2019 年 4—10 月	403	4.97	1.40	9.08	1.10	670	0.26
2020 年 4—10 月	408	5.38	1.40	9.07	1.09	681	0
2021 年 4—10 月	568	5.86	1.53	8.67	1.10	692	0

注:为避免新冠肺炎疫情因素影响导致数据偏差过大,主要对比 2019 年和 2021 年数据。

表 3 实施主诊医师负责制为主导的诊疗小组工作模式后心血管内科各诊疗组 DRG 关键指标情况

亚专业	诊疗组	2019 年 4 月—10 月		2020 年 4 月—10 月		2021 年 4 月—10 月	
		CMI 值	DRG 组数/个	CMI 值	DRG 组数/个	CMI 值	DRG 组数/个
冠心病/胸痛	A1 组	0.98	64	1.01	56	1.02	80
	A2 组	1.02	54	1.02	48	0.95	24
	A3 组	1.03	62	1.03	72	1.03	89
	A4 组	1.04	49	1	58	1.03	55
	A5 组	1.03	55	1.06	52	1.03	75
	A6 组	1.05	49	1.1	66	1.06	71
起搏/先天性心脏病	B1 组	1.47	52	1.67	52	1.68	62
	B2 组	1.27	70	1.62	48	1.68	60
心率失常/房颤	C1 组	1.49	42	1.44	65	1.49	66
	C2 组	1.21	38	1.32	30	1.41	39
	C3 组	1.13	28	1.18	3	1.17	40
心血管内科		1.12	184	1.16	190	1.17	223

各诊疗组进一步细分,疑难杂症诊治能力得以提升。借助院内 DRG 平台,可实时监测同一亚专业的各诊疗组 CMI 值、DRG 组数、平均住院日、次均费用等关键指标,提高了医院精细化管理水平。以该院优势学科——心血管内科为例,其主要分为 3 个亚专业 11 个诊疗组。2021 年 4 月—10 月,心血管内科出院病例由 2019 年 4 月—10 月 8 627 人次增加到 11 111 人次,CMI 值由 1.12 上升到 1.17,DRG 组数由 184 个增加到 223 个,各诊疗小组 CMI 值及 DRG 组数总体呈现稳步上升趋势,见表 3。

## 3 讨论

### 3.1 信息化建设是推进主诊医师负责制的基础

完善的信息系统支撑是医院管理者及时、准确决策的重要保障。建议从患者入院、入病区、安排床位、转

科、出院等全流程环节,细化信息系统功能,同时与院内绩效点数平台对接,进一步明确各诊疗组工作量。实践过程中,该院诊疗组数据主要来自于院内 DRG 平台,该平台所有数据均以患者出院科室作为划分标准,但涉及转科患者,难免有失准确,下一步拟参照院内平均住院日分阶段统计规则,对诊疗组数据进一步细化,以供决策参考。

### 3.2 明确责权是推行主诊医师负责制的关键

明确区分科主任和诊疗组长的权利与职责,科主任和诊疗组长对科室医疗质量管理进行环节质控。规定科主任不担任诊疗组长,但科主任绩效考核与各诊疗组平均值挂钩,同时外科科主任严格把关科室手术,有利于科主任树立全局观念,统筹科室均衡发展。诊疗组长负责组内患者的医疗工作,科主任每周至少 1 次大

(下转第 32 页)

参考。值得注意的是,参与本研究的专家均来自山西省,有一定的地域局限性,后续研究将扩大专家地域范围。另外,本研究指标体系中体现眼科特色的指标较少,这与指标的可操作性有关,下一步可结合眼科日间手术实践,对指标体系进行实证研究并不断完善,从而促进眼科日间手术的全面高质量发展。

#### 参考文献

[1] 蒋丽莎,马洪升.日间手术评价与监控指标初探[J].华西医学,2019,34(2):202-205.  
 [2] 徐 莉,倪如暘,陈 莹.眼科日间手术的实践与效果分析[J].中国病案,2020,21(2):54-56.  
 [3] 姚 远,许 宏,张 璇,等.应用改良 Delphi 法构建医疗安全(不良)事件管理指标体系[J].中国卫生质量管理,2021,

28(1):9-14.  
 [4] 胡俊杰,陈为年,黄茂勇.高职院校基层行政人员专业能力指标体系构建:基于改良式德尔菲法的研究[J].高等职业教育探索,2020,19(2):46-54.  
 [5] 中国日间手术合作联盟 译. LEM-OS P, JARRETT P, PHILIP BK. Day Surgery Development and Practice[M].北京:人民卫生出版社,2016:358-359.  
 [6] 朱燕刚,张鹭鹭.医院药品处方合理性评价体系构建及其分析研究[J].中国卫生经济,2010,29(1):39-41.  
 [7] 焦岳龙,陈万里,余 飞.基于层次分析法的公立医院公益性评价指标体系的构建[J].中国卫生资源,2020,23(3):248-253,264.  
 [8] 余 进,陈维进,王 弘,等.层次分析法在确定评估体系指标权重中的应用[J].中国医疗设备,2013,28(12):44-47.  
 [9] 王 莹,孙 辉.基于德尔菲法的日间手术评价指标初探[J].中国医院,2021,

25(5):18-21.  
 [10] 杨 玲,黄小龙,罗 旭,等.国内外日间手术发展现状与思考[J].中国卫生质量管理,2020,27(4):33-37.  
 [11] 朱 辉,余 飞,范理宏,等.高质量发展形势下研究型医院评价指标体系构建研究[J].中国医院管理,2022,42(4):66-69.  
 [12] 任宝珠,张文光.眼科日间手术中心护理安全管理评价指标体系的初步构建[J].护理研究,2019,33(16):2849-2853.

#### 通信作者:

董 魁:山西医科大学公共卫生学院副教授,山西省眼科医院质控办主任  
 E-mail: sxdongkui@163.com  
 李建涛:山西医科大学公共卫生学院硕士生导师,山西医科大学管理学院副院长  
 E-mail: sxmuljt@126.com

收稿日期:2021-12-06  
 修回日期:2022-05-30  
 责任编辑:黄海凤

### (上接第 27 页)

查房,有权指导患者诊疗,负责并把关科室总体医疗质量与安全。

### 3.3 推行主诊医师负责制有助于提升医疗质量

以诊疗组为单位,加强医疗质量管理,包括病历质控、核心制度落实。医院医疗质量督查结果由原来通报至科室改为通报至诊疗组。因此,推行诊疗小组工作模式,可促使各诊疗组高度重视医疗质量,有利于提高 CMI 值、疑难危重患者比例、甲级病案率、抢救成功率、患者满意度等医疗质量和关键技术指标,促进亚专业快速发展。

### 3.4 下一步发展方向

兼顾“三级查房制度”下的主诊医师负责制,建议将主诊医师的条件设定为副高及以上医师职称<sup>[5]</sup>,

有突出才能的主治医师也可破格担任诊疗组长,但需有高级职称者或科主任负责把关。实行主诊医师负责制后,诊疗组长权责明确,医院管理模式更加合理。明确主诊医师权力的同时,强调科主任把握科室发展的总体方向,如学科发展、教学任务、科研创新等<sup>[6]</sup>,诊疗组长以管理诊疗组为主,科主任充分发挥在医疗、管理、科研、绩效等方面的指导作用,同时需正确处理好科室竞争、绩效考核公平性、诊疗组间协作、人才培养等方面的问题,从而保障主诊医师负责制良性有序运行。

#### 参考文献

[1] 邓志锋,胡九东.大型综合性医院实施主诊医师负责制的探讨[J].解放军医院管理杂志,2016,23(3):231-233.  
 [2] 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.  
 [3] 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.  
 [4] 莫嫣婷,马刺芳,吴国安.主诊医师负责制的中文文献研究[J].中国病案,2020,21(8):70-72,88.  
 [5] 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.  
 [6] 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.

#### 通信作者:

邹伏英:江西省人民医院医务处处长  
 E-mail: zoufuying1786@126.com

收稿日期:2021-09-27  
 修回日期:2022-03-23  
 责任编辑:黄海凤