

## ◁ 人力资源管理 ▷

## 探索主诊医师负责制下构建“以质为先”的绩效分配模式\*

姜德超, 胡跃军, 章佳明, 邓炜珊, 李秋红

(中山大学孙逸仙纪念医院, 广州 510000)

**【摘要】** 目的 完善主诊医师负责制下以工作量及医疗质量为导向的绩效分配模式, 满足精细化管理需求。方法 将医院现行院科两级的绩效考评体系细化至主诊医师组, 以各医疗组医疗服务收入、加权手术量/DRG-总权重、医疗质量指标为分配依据, 规范科室内部二次分配过程。结果 试点科室实施主诊医师负责制后, 2024年工作量与医疗质量指标显著提升, 增幅远超非试点科室与全院平均水平。结论 实施该方案可有效调动医务人员工作积极性, 充分体现多劳多得、优绩优酬的分配原则, 同时有助于推动专科加强医疗质量管理, 提升科室管理精细化与规范化水平。

**【关键词】** 主诊医师负责制; 绩效分配模式; 医疗质量评价

**【文献标志码】** A **【文章编号】** 1672-4232(2025)06-0047-04

**【DOI编码】** 10.3969/j.issn.1672-4232.2025.06.013

**Exploration on the Construction of a "Quality-first" Performance Distribution Model under the Responsibility System of the Chief Physician/JIANG De-chao, HU Yue-jun, ZHANG Jia-ming, DENG Wei-shan, LI Qiu-hong(Sun Yat-sen Memorial Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510000, China)**

**【Abstract】 Objective:** To improve the performance distribution model oriented by workload and medical quality under the responsibility system of the chief physicians and meet the requirements of the refined management. **Methods:** The current two-level performance evaluation system of the hospital and departments is refined to the chief physician group. The distribution is based on the medical service income of each medical group, weighted surgical volume /DRG-total weight, and medical quality indicators, and the secondary distribution process within the department is standardized. **Results:** After the implementation of the chief physician responsibility system in the pilot departments, the workload and medical quality indicators in 2024 have significantly increased, with the growth rate far exceeding that of the non-pilot departments and the average level of the entire hospital. **Conclusions:** The implementation of this plan can effectively mobilize the enthusiasm of medical staff, fully reflect the distribution principle of "more work, more pay" and "better performance, better remuneration", and help promote the strengthening of medical quality management in specialized departments, improving the level of refinement and standardization in department management.

**【Key words】** chief physician responsibility system; performance distribution model; medical quality evaluation

近年来,我国持续深化医药卫生体制改革,“三医联动”不断推进。国务院及国家卫生健康委有关部门相继印发了《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》《关于加强公立医院运营管理的指导意见》等文件,明确提出公立医院发展方式从规模扩张转向提质增效,并要求运用各类管理理论和方法,整合业务数据和经济运行数据<sup>[1-2]</sup>。面对政策转变,如何通过精细化管理手段促进自身转型发展,是每家公立医院都需要思考的问题。目前中山大学孙逸仙纪念医院(以下简称“我院”)各专科业务结构相对稳定,核心业务量增长乏力,人力资源配置存在可优化空间,科内二次分配未打破职称职务壁垒。为提高医院精细化管理水平,提升医疗资源利用率,我院于2023年开始推行主诊医师负责制管理模式,经过一年多的试点探索,逐渐形成“以质为先,考核到组”的科内绩效管理模式。

主诊医师负责制是指由一名主诊医师(Attending)、一名专科培训医师(Fellow)及若干名住院医师(Resident)组成的医疗团队,全面负责患者门

诊、住院、手术、随访等医疗工作的全过程医疗管理模式,对学科建设、人才培养、医疗质量、绩效管理 etc 具有重要推动作用<sup>[3-4]</sup>。目前,国内已有多家医院成功推行主诊医师负责制,并总结了相关实践经验,如浙江大学医学院邵逸夫医院<sup>[5]</sup>、第二军医大学长海医院<sup>[6-8]</sup>、四川大学华西医院<sup>[9]</sup>、首都医科大学附属北京友谊医院<sup>[10]</sup>、华中科技大学同济医学院附属协和医院<sup>[11]</sup>等。近几年,国内部分医院也将主诊医师负责制应用到护理岗位管理与专科门诊管理<sup>[12-13]</sup>,或以其为基础创新医疗管理模式<sup>[14-15]</sup>。为配合院内主诊医师负责制工作的整体推进,医院同步优化现行绩效考核体系,现将我院在实践过程中遇到的一些问题与应对策略进行总结,以供其他医院参考。

## 1 模式构建

### 1.1 多部门协作,完善组织架构,配套管理措施

主诊医师负责制是指由医疗组全面负责患者诊疗全过程的医疗管理模式,推行该制度需要多部门在业务管理、流程优化、资源配置、绩效考核等方面协同配合。为此,医院成立主诊医师负责制工作小组,实行一

\*基金项目:中山大学孙逸仙纪念医院逸仙管理研究项目(GL2305)

把手负责制,院长、党委书记任工作小组组长,人力资源部为工作小组的协调部门,医务、绩效、信息等部门协同配合,为本项工作推进提供强有力的组织保障。工作小组成立后,通过专项调研深入科室走访,了解临床科室对本项工作的真实想法与实际需求,汇总形成问题清单。多部门联动立足于业务流程再造,以数据治理为抓手,逐步解决推进过程中遇到的问题。

在人员架构方面,每个“主诊医师—医疗组”由一名主诊医师、一名医疗组组长及若干名组员组成。每个医疗组负责5~10张床位,每个主诊医师负责管理1~2个医疗组。针对医疗组内不同岗位人员,人力资源部制定了准入条件,明确了岗位职责,并实施主诊医师竞聘制和退出机制。医务科同步推行床位弹性管理制度,实施急诊患者收治考核方案,制定院内手术分级目录。绩效管理科制定主诊医师负责制下的绩效考核方案,将现行考核体系细化到组。信息部门持续推进医院信息系统升级改造,保障相关管理制度有效落地。通过多部门合作,最大程度促进专科资源良性流动,实现对现有医疗资源的有效利用。

## 1.2 以医疗质量为导向,完善院内绩效考核方案

在现行院科两级分配方案的基础上,以“主诊医师—医疗组”的工作量及医疗质量为分配依据,构建主诊医师负责制模式下的绩效分配体系,包括考核指标与分配流程两方面内容。在组间绩效分配中,工作量指标的权重占80%,包括加权手术量(适用于手术科室)、疾病诊断相关分组(diagnosis related groups, DRG)-总权重(适用于非手术科室),以及医疗服务收入(不含药品、耗材、检查检验类收入)。其中,加权手术量/DRG-总权重、医疗服务收入的指标权重均为40%。医疗质量指标占组间绩效分配总权重的20%,包括出院患者手术占比、出院四级手术比例、DRG-CMI(其中CMI指case mix index,病例组合指数)、病床使用率、平均住院日等,见表1。科内二次分

配过程包括以下3个步骤:一是科室层面的公共组分配;二是以各组绩效考核指标值与人员职称/职务系数为依据的组间分配;三是依据岗位系数的组内分配。

## 1.3 细化考核数据,实现医疗组指标信息化提取

根据指标性质将其分为两大类:一类为工作量指标,可通过医院信息系统(hospital information system, HIS)直接提取,重点在于如何将底层数据按医疗组归集,如医疗组收治人次、医疗服务收入、实际占用床日数与出院患者占用床日数等;另一类为内涵式指标,该类指标的提取依赖于国际疾病分类(international classification of diseases, ICD)编码,需要将HIS中的医疗组信息与病案数据关联后提取,如各级别手术人次、手术/四级手术占比、DRG-总权重、DRG-CMI等。本研究通过医护工作站中的“医护分配”功能,记录患者当前所在医疗组及转组时间,提取各组收治人次、实际占用床日数、医疗服务收入等工作量指标。同时,将各组实际占用床日数与患者所在医疗组关联,而非与床位归属组关联,为后续实施床位动态调整机制奠定基础。

在提取内涵式指标中的各级手术人次时,通过将病案数据与HIS医疗组信息进行匹配,利用患者病案号、住院次数、手术日期、主刀医生等唯一性较强的字段,统一抓取各系统数据。在提取DRG指标时,依据各组收治同一患者的费用比例分摊患者相对权重;同时,为避免CMI值因病例数分摊不当而偏低,对入组病例数也采用相同的分摊逻辑。通过上述方法,实现考核指标按组统计、按月计算,反馈试点科室的组间绩效分配比例,用于科内二次分配(见表2)。

## 1.4 以点带面,循序渐进,总结推广试点科室经验

医院选取泌尿外科、神经科、血液内科、甲状腺外科和普通妇科5个科室作为首批试点科室,试点实施主诊医师负责制下的绩效分配模式,并对试点科室数据进行全方位测算与反馈。通过一对一沟通方式,向

表1 主诊医师负责制模式下的绩效考核指标体系

科室类别	维度	指标	权重(%)	说明
手术 科室	工作量 指标	1. 加权手术量	40	根据手术级别计算加权手术量,四级手术权重为5,三级手术权重为3,其他手术权重为1。 考核剔除药品、耗材、检查检验后的医疗服务收入,间接考核药、耗占比,引导优化收入结构。
		2. 医疗服务收入	40	
	医疗质量 指标	3. 出院患者手术占比	20	采取综合评分的形式,对各医疗组服务能力与运行效率进行考核,动态调整指标权重与考核标准,聚焦专科业务发展,关注病种收治结构。
		4. 出院四级手术比例		
		5. DRG-CMI		
		6. 病床使用率		
		7. 平均住院日		
非手术 科室	工作量 指标	1. DRG-总权重	40	根据收治患者的相对权重计算DRG-总权重,反映各医疗组的住院服务总产出。 考核剔除药品、耗材、检查检验后的医疗服务收入,间接考核药、耗占比,引导优化收入结构。
		2. 医疗服务收入	40	
	医疗质量 指标	3. DRG-CMI	20	采取综合评分的形式,对各医疗组服务能力与运行效率进行考核,动态调整指标权重与考核标准,聚焦专科业务发展,关注病种收治结构。
		4. 病床使用率		
		5. 平均住院日		

表2 主诊医师负责制试点科室某月份各医疗组指标考核结果

核算单元	医疗组	医疗服务收入		加权工作量		医疗质量评分		组间绩效比例(%)
		指标值(元)	贡献率(%)	指标值	贡献率(%)	指标值	贡献率(%)	
试点科室1 (手术科室)	A组	475 011	36.46	278	33.05	114	27.21	33.25
	B组	324 834	24.94	266	31.63	97	23.13	27.25
	C组	287 263	22.05	140	16.65	100	23.81	20.24
	D组	215 580	16.55	157	18.67	109	25.85	19.26
	合计	1 302 688	100.00	841	100.00	420	100.00	100.00
试点科室2 (非手术科室)	A组	98 969	38.07	48.76	37.35	115	38.33	37.83
	B组	84 490	32.50	43.15	33.05	100	33.33	32.89
	C组	76 495	29.43	38.64	29.60	85	28.34	29.28
	合计	259 954	100.00	130.55	100.00	300	100.00	100.00

相关人员开展方案宣讲与数据解读,分析数据背后潜在的业务流程问题。针对试行期间暴露出的问题,及时跟进并解决,同时根据反馈意见完善工作方案。在试行过程中设置数据对比期,追踪改进效果,依次推动各科室落实方案,总结试点科室经验并进行推广。

## 2 主要成效

在既往以科室为单位的绩效考核机制下,医务人员对自身劳动付出所获得的回报缺乏直观感受,普遍缺乏主动了解院内绩效考核导向与意义的动力,也对科室内部不同医疗组之间的工作差异缺乏清晰认知。主诊医师负责制的推行有效解决了上述问题。经过一年多的探索与推进,医院试点科室人员的工作积极性明显提高,在工作量与医疗质量方面取得显著提升:在工作量方面,试点科室在2024年试行期间的医疗服务收入较2023年同比增长4.73%,收治住院患者的DRG-总权重同比增长13.40%,手术科室加权手术量同比增长32.88%,均远高于非试点科室和医院同期的平均增长水平;在医疗质量指标方面,试点科室2024年试行期间的出院患者手术占比为84.78%,出院四级手术比例为63.45%,DRG-CMI值为1.24,较2023年同期明显提升,且增长幅度远高于非试点科室和医院的平均增幅(见表3)。

## 3 总结与讨论

### 3.1 数据的准确归集是考核方案有效落地的基础

数据的准确归集是本职工作推进的重要保障。一方面,通过对入院、转科以及转组流程进行优化,精确统计患者住院期间转科转组过程产生的医疗业务量。另一方面,通过对手术过程信息流的优化,重塑手术医嘱开立、手麻系统确费、手术信息确认流程,确保手术关键环节信息的真实性,准确核算跨组手术量。同时,增设“主刀医疗组”字段,该字段的优先级设置高于系统填写的医疗组信息。通过判断主刀医生所属医疗组与系统记录医疗组之间的关系,最终确认跨组手术量应归属的主诊医师组。

此外,在推进过程中,注重通过数据结果倒推前端流程优化。为保证工作量统计的准确性和规范性,医院在办公网设置医疗组变更审批流程,原则上医疗组变动经审批后应在次月生效,避免出现当医疗组成员月中变换组别时,基于“主刀医生—主刀医疗组—医疗组工作量”的统计逻辑,误将该部分工作量归入人员原有医疗组的情况,减少工作量主体归集差错问题。结合临床科室实际工作需求,在工作统计过程中增加医疗组生效时间这一判断逻辑,通过与手术时间比对,明确手术工作量归属,尽可能避免月中人员变动对数据结果造成影响。

表3 2023—2024年试点与非试点科室工作量及医疗质量指标同期变化情况

科室类型	年份	工作量指标			医疗质量指标		
		医疗服务收入(万元)	DRG-总权重	加权手术量	出院患者手术占比(%)	出院四级手术比例(%)	DRG-CMI
试点科室	2023年	4 218.63	12 262.91	10 948	75.59	53.73	1.16
	2024年	4 418.13	13 906.07	14 548	84.78	63.45	1.24
	增幅(%)	4.73	13.40	32.88	9.19*	9.72*	6.58
非试点科室	2023年	49 488.20	125 410.69	68 971	52.42	31.78	1.30
	2024年	50 874.41	136 860.50	73 717	54.64	30.82	1.34
	增幅(%)	2.80	9.13	6.88	2.22*	-0.96*	3.01
全院合计	2023年	53 706.82	137 673.60	79 919	54.24	34.19	1.28
	2024年	55 292.54	150 766.57	88 265	57.08	34.75	1.33
	增幅(%)	2.95	9.51	10.44	2.84*	0.56*	3.32

注:\*占比增幅的单位为百分点,其余数量增幅的单位为百分比。

### 3.2 以组为单位的考核机制适度激发职工积极性

在实施主诊医师负责制绩效分配模式后,试点科室医务人员的工作积极性得到有效激发。以“主诊医师—医疗组”为考核单元,使得主诊医师及组内成员在本组医教研工作中的主动性得到提升,考核数据细化到组则能有效根据考核结果精准定位业务流程问题,为组内管理提供明确方向。试行初期,部分医疗组考核结果较不理想,通过与绩效管理科一同分析问题产生原因,明确本组的竞争优势与改进重点,进而通过加强组内人员培训与管理等方式,优化收治流程,在医疗服务量与医疗质量方面均出现明显改观。

本方案实施后,临床科室整体更加关注自身运营情况,主动与医院运营管理部建立联系,协助专科开展分析改进工作。通过分析病种技术难度与效益效率,为科室提供以病种为抓手的精细化运营管理思路,充分挖掘自身业务潜力:一方面,临床科室始终注重学科建设类等高技术难度病种的收治,守好公立医院公益性底色;另一方面,推动科室积极开展日间诊疗服务,扩大日间手术服务范围,利用日间诊疗平台收治术后需定期随访、接受靶向治疗或免疫治疗的患者,提高住院医疗资源利用率。同时,持续开展专科运营宣讲工作,帮助科室树立降本增效的运营理念,严格把控人员成本,着力提升人均医疗服务收入。通过以上措施,本年度试点科室在服务质量与医疗质量方面均实现大幅提升,且增幅明显优于全院平均增长水平。

### 3.3 信息化建设水平是限制管理手段提升的瓶颈

在当前高质量发展政策背景下,将考核单元细化至“主诊医师—医疗组”,完善以工作量及医疗质量为分配依据的绩效评价模式,目的在于寻求恰当的路径将医改政策传达至每一位医务工作者。随着医改工作推进的逐步深入,公立医院需树立新的运营管理理念以适应改革要求,而信息系统建设则是落实新发展理念的重要抓手。本项工作在指标提取及医疗组信息维护等方面,均有赖于完善的医院信息系统。如果院内信息化建设水平较低,相关工作则难以开展与推进。例如本次研究在提取合理用药指标时,由于现有系统在医嘱层面无法录入医疗组信息,导致抗菌药物使用强度指标未能被纳入,对考核指标体系的全面性造成影响。另一方面,如何通过信息化手段帮助主诊医师全面及时地了解本组的工作情况,也是下一步要重点改进的方面。

为解决信息化瓶颈制约问题,我院目前在推进新院区建设的过程中,采取全面更换信息系统的方式对其进行全方位改造:首先,将医疗组信息录入功能细化

至最小信息产生单元,实现医嘱层面考核指标的提取;其次,在新院区系统部署中引入院内病案编码系统,将编码操作适当前移,结合院内系统可灵活改造的特点,在病案系统中增加设置医疗组字段,实现手术工作量的直观提取;同时,将医疗组考核数据嵌入到医院现有商业智能系统,按月反馈试点科室测算结果,帮助临床科室及时了解本组工作量情况。接下来,医院人事、医务、绩效、信息等部门将展开进一步合作,根据当前规划持续推进此项改革。

## 参 考 文 献

- [1] 佚名. 国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2021(17): 174-178.
- [2] 佚名. 关于加强公立医院运营管理的指导意见[J]. 中华人民共和国国家卫生健康委员会公报, 2020(12): 193-196.
- [3] 曹秀堂, 姚伟, 刘广东, 等. 主诊医师负责制管理模式及其应用[J]. 中国医院, 2010, 14(4): 2-3.
- [4] 杨志平, 罗旭, 孙庆文. 主诊医师负责制在国内的实践与研究进展[J]. 中国医院管理, 2007(7): 13-14.
- [5] 陈正英, 王劲, 王家铃. 如何完善实施主诊医师负责制[J]. 中华医院管理杂志, 2002(5): 40-41.
- [6] 李静, 陈羽中, 连斌, 等. 大型综合性医院实施主诊医师负责制的探讨[J]. 中华医院管理杂志, 2004(7): 4-7.
- [7] 项耀钧, 连斌, 徐斌, 等. 大型综合性医院实行主诊医师负责制面临的难点与对策[J]. 中华医院管理杂志, 2004(7): 11-14.
- [8] 方国恩, 陈羽中, 连斌, 等. 大型综合性医院主诊医师负责制绩效考核探讨[J]. 中华医院管理杂志, 2004(7): 7-9.
- [9] 周响, 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.
- [10] 张凡, 孙树学, 兰茜, 等. 基于主诊医师负责制的住院绩效考核模式探讨[J]. 中国医院管理, 2015, 35(7): 62-64.
- [11] 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.
- [12] 冯晨秋, 张文馨, 郑智, 等. 主诊医师负责制护理组岗位管理模式的应用效果[J]. 中日友好医院学报, 2024, 38(3): 154-157.
- [13] 于翠婷, 邓润智, 朱锋, 等. 口腔专科门诊实施主诊医师负责制的可行性初探[J]. 现代医院管理, 2024, 22(2): 16-20.
- [14] 董恩宏, 杜永辉, 蒋锋, 等. 基于主诊医师负责制的REDEEM医疗管理模式构建研究[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(1): 26-29.
- [15] 李耀, 初翠英. 主诊医师组模式下公立医院绩效分配方案探讨[J]. 中国研究型医院, 2023, 10(2): 28-32.

通信作者: 胡跃军(1981-), 男, 本科, 会计师; 研究方向: 医院运营管理、绩效核算、成本分析。

收稿日期: 2025-02-13

修回日期: 2025-03-03

(编辑 徐佳)