

## ◁探索与研究▷

## 口腔专科门诊实施主诊医师负责制的可行性初探\*

于翠婷, 邓润智, 朱锋, 李艳芬, 谭葆春, 邵辰杰

(南京大学医学院附属口腔医院/南京市口腔医院, 南京市 210008)

【摘要】主诊医师负责制在我国实施以来,相关医疗机构在医患关系与医疗服务的改善、医疗效率与医疗质量的提高、组织结构与人力资源水平的优化、学科综合实力以及科室教学管理效果提升等方面已取得一定的经验与成果,在口腔门诊医疗质控方面,对核心制度的落实、人才储备以及学科高质量发展等也具有契合性。相关医院试点科室的初步实践也证明其在诊疗效率提升、医疗质量控制指标改善方面的作用。但在实施过程中仍需进一步重视科室行政管理组织体系、主诊医师的选拔制度以及绩效分配机制的构建。

【关键词】口腔专科;门诊;主诊医师;医疗质量

【中图分类号】R197 【文献标识码】B 【文章编号】1672-4232(2024)02-0016-05

【DOI编码】10.3969/j.issn.1672-4232.2024.02.005

国家卫生健康委于2022年6月颁布实施的《医疗机构门诊质量管理暂行规定》明确提出门诊质量管理是医疗机构质量管理的重要组成部分。与临床类别相关专业的门诊不同,口腔专科以“大门诊、小病房”为主要特点,构建符合专科特点的门诊质量管理体系的迫切性更为突出。主诊医师负责制是指由1名主诊医师(副主任医师及以上)、数名专科医师(主治医师及以上)以及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。主诊医师负责制起源于美国,20世纪90年代引入我国后许多医疗机构相继进行了实践探索<sup>[1]</sup>。笔者通过对口腔专科门诊诊疗特点与质控难点的分析,同时梳理国内典型医疗机构实施主诊医师负责制的效果,探讨口腔专科门诊实施主诊医师负责制的可行性与必要性,并结合口腔专科特点提出相关建议。

## 1 口腔门诊特点与质控难点分析

### 1.1 创伤性操作即时性与医疗服务效率提升的难点

口腔科门诊的诊疗行为大多为有创操作,这与其他科室门诊主要进行检查、处方带药大不相同。口腔有创操作基本当场就会发生,这主要与社会大众的就医习惯以及口腔诊疗行为的性质有关:一方面大众普遍对预约诊疗的接受程度不高,明确诊断后往往希望当场就能得到处理;另一方面处方用药对口腔疾病的效果不明显,往往需要有创操作类的治疗才能缓解患者的主观不适,例如急性牙髓炎患者疼痛感剧烈,只有

立即开髓才能缓解其症状。而且随着国民生活水平的提高,大众已经不再满足于基本的口腔诊疗服务。例如,越来越多的牙齿缺失患者倾向于种植修复,而非传统的活动义齿修复。同时口腔医疗美容类需求显著增加。但规范的口腔医师培养往往需要经历至少5年的高等院校医学教育、3年住院医师规范化培训、1~2年内轮转继续教育甚至是专科医师规范化培训等多个阶段。因此合格口腔医师的培养速率远低于口腔医疗服务需求的缺口,这就需要口腔专科门诊有必要寻求进一步发掘提升医疗效率潜能的措施。

### 1.2 诊疗过程独立性与医疗质量管理的矛盾

大多数口腔门诊患者从首次接诊到分次治疗、观察以及复诊等整个过程基本由同一名医师完成。因此,口腔门诊医师诊疗操作的独立性显著高于其他专科。口腔医师个人诊疗过程的独立性,给科室门诊质控工作的开展带来三个方面的难题。

第一,相互提醒与监督机制的缺乏。其他专业的有创操作大多发生在病区或者手术室,即便是门诊手术也基本以诊疗团队的形式共同实施,这很大程度形成了医务人员间的相互提醒与监督机制。上述机制的缺乏让科室缺失了一道自我纠错的程序。

第二,医疗质量安全核心制度难以有效落实。《医疗质量管理办法》以及实施要点(2018)规定的核心制度基本以病房诊疗活动为规制对象,例如三级医师查房制度、术前讨论制度、疑难病例讨论制度等事前与事中质控机制无法在门诊完全贯彻落实。其他相应的事后质控机制作用的发挥也不可避免地大打折扣。医疗质量安全核心制度、实施要求已经由部门规章及规范性文件确认,医院、科室无法落实可能面临行政处罚(处分),同时也让患者诊疗存在巨大的医疗安全隐患。

第三,年轻医师的培养与带教问题。住院医师以及实习医师、医学毕业生在病区的培养与带教通常从

\*基金项目:2021年度江苏省医院协会医院管理创新研究课题(JSYGY-2-2021-270);2022年度南京市卫生科技发展专项资金项目(GBX22302);南京大学医学院附属口腔医院“3456”骨干人才资助项目(0222M503)

管床、充当手术助手等活动开始。这也意味着其他专业年轻医师的培养与带教基本是以诊疗团队的形式开展。口腔门诊的诊疗环境有严格的院感防控以及患者隐私保护要求,诊疗区域相对封闭。口腔诊疗环节复杂,即便是一对一的培养机制下,上级医师或者带教老师也无法保证对年轻医师的全过程监管,这就产生了相关法律责任的难题。

### 1.3 技术要求全面性与诊疗科目细化的矛盾

口腔门诊医师技术全面性既是注册管理规范的规定,也是口腔门诊服务流程优化的要求。目前我国从事口腔诊疗医师能注册的执业范围仅有:口腔专业。根据《医师执业注册管理办法》对执业范围的定义“医师在医疗、预防、保健活动中从事的与其执业能力相适应的专业”,准予注册的医师应当达到执业范围要求的诊疗能力。但是根据现阶段卫生行政部门发布的《医疗机构诊疗科目名录》,口腔科有9个二级诊疗科目的医师应当注册为口腔专业。这也意味着口腔医师需要一定程度具备上述9个诊疗科目的基本诊疗能力。在医疗技术不断更新的时代,各诊疗科目间已经形成了“技术壁垒”,一个口腔医师不可能完全具备实施所有上述医疗技术的能力,这就导致了资质要求与实际能力不匹配的矛盾,进而带来实践中口腔医师义务履行不到位的问题。

## 2 主诊医师负责制的实施效果评述

通过检索并梳理近年来发表在期刊上的关于主诊医师负责制实施效果的文章,选取相关典型医疗机构的应用效果进行总结并简要评述。

### 2.1 医疗服务质量

现有发表的文献与主诊医师负责制有效提升医疗效率的结论基本一致,也有相关实证研究支持,例如中日友好医院、柳州市人民医院等医疗机构通过对比实施主诊医师负责制前后住院相关数据,发现平均住院日显著缩短、出院患者数量显著增加、床位周转率有效提升<sup>[2-3]</sup>。在医疗质量与安全方面,相关医疗机构的实施效果以及学者的观点不尽相同。例如江西省人民医院等医疗机构的管理者认为推行主诊医师负责制有利于提高病例组合指数(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<sup>[4]</sup>。中日友好医院等相关医疗机构的管理者认为主诊医师负责制能够弥补三级医师查房制度实施过程中,上级医师查房流于形式的现状<sup>[5]</sup>。但也有相关学者认为主诊医师负责制对医疗质量提升存在负面影响,主要原因在于主诊组之间工作量不均衡,差距趋于加大导致忙碌的主诊组无暇关心医疗质量的细节,容易出现医疗缺陷,同时组间

竞争会引发科内合作交流的减少,不利于整个科室医疗服务能力的提高<sup>[6]</sup>。

### 2.2 医患满意度

主诊医师负责制在提升患者满意度方面的效果较为显著。上海市第十人民医院、首都医科大学附属北京地坛医院等多家医疗机构通过对比实施主诊医师负责制前后患者满意度,发现患者满意度提升效果明显<sup>[7-10]</sup>。在医师满意度提升方面,首都医科大学附属宣武医院2016年对该院主诊医师负责制实施前后满意度的调查发现,主诊医师负责制下医师对整体工作的满意度也有一定程度提升,其中“充分发挥自己的能力”、“自由运用专业知识和判断力”、“有机会以自己方式处理事情”三个条目的满意度提升明显<sup>[11]</sup>。主诊医师负责制一定程度上打破了“论资排辈”和“唯职称论”的传统,注重实际业务能力,这提高了中青年骨干医师参与的积极性;同时各级别医师按照真实贡献参与绩效分配,打破了“吃大锅饭”的现象,让薪酬更体现公平性。但也有相关学者的研究发现主诊医师负责制在提升医疗效率的同时,也加大了医师的工作负荷,引发了影响一线医生满意度的担忧<sup>[12]</sup>。

### 2.3 人事管理体系

主诊医师负责制给科室层面组织结构带来较大的变革,科内形成了科主任—主诊医师的二级管理体系。从目前文献资料以及医疗机构实践结果看,医院管理者倾向于其“双刃剑”的属性。主诊医师负责制人员配置更为灵活。主诊医师并非行政职务,医院设置的数目以及任命、解除的方式更为灵活,对人事管理的影响较小。例如相关医院在主诊医师负责制试点过程中发现某些科室改善并不明显,可以根据实际情况选择终止<sup>[13]</sup>。而且主诊医师负责制“按需定岗,按岗招人”以及主诊医师与其团队成员实行“双向选择”的特点,医院的考核自主性较强,部分医疗机构实施末尾淘汰制。但同时相关学者也提出主诊医师负责制科主任与医疗组长因职能划分而不可避免产生矛盾,主诊医疗组长在行政、人事、绩效分配等方面分享了原属于科主任的权利。同时在科主任选择独立带组情况下,科主任“既是裁判员又是运动员”,难以保障实质的公平,这些都是引入主诊医师负责制亟需考虑的问题。

### 2.4 学科建设

现阶段大部分的文献都提到了主诊医师负责制对学科建设的负面影响,主要在于:(1)主诊医师负责制往往导致医疗组内过于强调临床业务而轻视学科建设,重短期利益而轻人才培养。(2)主诊医疗组可能会形成利益团体,不利于科室整体的发展<sup>[1]</sup>。但也有医疗机构不同意上述意见,例如四川大学华西医院通过实施科主任领导下的主诊医师负责制,使得该院试点的主诊医师负责制对其国家临床重点专科获批数以及

亚专科建设数的增加具有推动作用<sup>[14]</sup>。济宁医学院附属医院通过实施主治医师负责制为核心的医疗运行模式,在人才培养、平台成果及学科建设水平方面均有显著成效<sup>[15]</sup>。笔者认为科主任领导下的主治医师负责制减轻了科主任的临床管理工作压力,使其能专注于科研、教学以及学科建设等方面的工作,促进科室高质量发展。同时,科室可以结合本专业的专病特点以及发展前景,让不同主诊医疗组承担不同专病的技术革新,促使学科纵深发展,为亚专科的建立提供必要条件。

## 2.5 科室教学管理

科室教学管理也是主治医师负责制争议较多的一个方面。许多学者对主治医师负责制片面追求医疗效率忽视对年轻医师、医学生指导表达了担忧。但也有一部分医疗机构管理者认为,主治医师负责制对科室教学管理有较大的推动作用,例如有文献指出,实行主治医师负责制教学管理后,带教教师的量化考核结果与管理前比较有明显提高<sup>[16]</sup>。主治医师负责制以团队的形式开展诊疗活动,诊疗过程相互融合,对外承担集体责任,上级医师不得不对下级医师进行监督与指导。同时内部职责分工明确,主诊团队内部沟通效率显著提高,年轻医师有更多机会参与疑难病例的讨论,有利于诊疗思维的培养。

## 3 主治医师负责制与口腔门诊质控的契合性分析

### 3.1 口腔门诊提高医疗效率的有效途径

主治医师负责制提升医疗效率的作用主要在于:(1)人员沟通成本的降低以及自主性增加,主诊医疗组内各级医师职责与分工明确,诊疗决定权得以下放,科主任仅在特殊情况下出面协调,流程更为简化。(2)医疗组间形成了全方面的竞争,一方面,同一科室的主诊医疗组收治病种大部分相同,无形中构成了同质化竞争;另一方面,不同组间的医疗效率指标以及医师的薪酬可以直接对比,主诊医疗组长有竞争压力,会不断激发团队工作的积极性。上述因素使得医疗效率能够不断提升。

主治医师负责制能够提升患者满意度的原因主要在于:(1)主治医师负责制践行的是“让患者选医生”的理念,患者选择主治医师前信任感已初步建立。(2)主治医师负责制强化了门诊接诊、住院手术到康复出院以及定期复诊整个过程中的医患沟通,这也加深了患者对主诊团队的信任感。

### 3.2 门诊落实医疗质量安全核心制度的现实要求

3.2.1 建立适合门诊的质控管理体系。口腔门诊医师独立性较强,现有院科二级负责制无法真正适用于门诊质控。在科室医师人数具有一定规模情况下,科

主任不可能面面俱到,科室质控事中、事后监督机制缺失。因此门诊在科室层面需要建立更为立体的质控管理体系:一方面,从管理学的角度上看,扁平化的管理组织内部沟通协调性较差,较多适用于创新要求不高的劳动<sup>[17]</sup>。口腔诊疗行为灵活性高,医师自主性较强,需要将管理幅度控制在合理范围内。另一方面,目前实施的院科二级负责制本质上是在医院层面给科室放权,主治医师负责制是在科室层面的进一步放权。该体系将质控关口前移,由主治医师对整个团队的诊疗方案负责,既发挥了团队的能动性,也压实了质控责任,更符合门诊质控管理的要求。

3.2.2 落实门诊三级医师制度的需要。三级医师查房制度是医院通过对各职称医师定期参加查房次数的要求,使得患者在院期间的一切诊疗活动在三级医师共同负责和检诊的保证体系中进行,其既是医疗质量安全核心制度,也是科内年轻医师培养途径<sup>[18]</sup>。口腔门诊科室在诊疗过程中无法落实三级医师制度,如果仅在形式上划分了若干诊疗小组,无法做到权、责、利一致,无法形成各级医师间自发的监督与指导机制。主治医师负责制通过主治医师主导、团队共同参与的理念,组内成员都参与到患者的诊疗活动中:主治医师统筹团队所有接诊患者的诊疗活动,把关疑难复杂病例的诊断与治疗;高年资医师发挥经验优势,将主要精力放在年轻医师指导、诊疗方案的确定、关键环节的技术把关以及终末的效果评价;年轻医师参与患者的首次接诊、常规技术的开展等,上述诊疗分工事实上填补了三级医师查房制度留下的空白。

3.2.3 落实口腔医疗技术分级管理的要求。手术分级管理制度按照手术风险程度、复杂程度、难易程度和资源消耗不同,对手术进行分级管理,保障患者的安全。手术分级管理制度的核心环节是根据医师的实际能力分别授予相应的手术权限,定期评估、动态调整<sup>[19]</sup>。但绝大多数口腔门诊有创操作尚未归为“手术”级别,如果口腔门诊只对“手术”级别的有创操作进行分级授权,则其他医疗技术就不能加以有效监管,医疗安全无法保障,这也与《医疗技术临床应用管理办法》的要求相悖。与此同时,口腔医师在接诊前无法预知患者的疾病以及需要实施的医疗技术,现有模式下接诊后发现超过了自己的手术权限,只能让患者重新挂号分诊,显然容易引发医疗纠纷。这就需要一种科内转诊机制对患者进行妥善处理。主治医师负责制下一个团队中,各级医师各司其职,能够完成患者的科内转诊,防止了医疗纠纷的发生,落实了医疗技术分级管理的要求。

### 3.3 门诊科室谋求高质量发展的现实途径

口腔门诊医师常规工作时间诊疗任务繁重,诊疗空间相对独立,夜间也需参与急诊、各种会诊排班,工

作之余很难有机会相互交流。学科发展需要科室以国家区域医疗中心建设、重点专科评审标准为参考,实现技术进步、科研能力提升、骨干人才贮备。科主任领导下的主诊医师负责制通过以下两个方面促进口腔门诊学科建设。(1)缓解科主任工作压力。科主任领导下的主诊医师负责制极大地减轻了科主任作为临床专家的工作量,从而能够有精力布局科室科研、教学以及人才培养。而且科室考核主诊医师实质上也是进行骨干人才选拔与培养的方式,科室在潜移默化中完成了骨干人才贮备,取得了社会效益。(2)促进门诊科室亚专科的发展。门诊科室在划分为多个主诊医师诊疗团队后,科主任在保证常规病种同质化诊疗的基础上,可以根据科室的发展让每个主诊医师团队主攻不同的疑难病种。各主诊医师组为提升竞争力,也会主动进行医疗技术创新,进而推动亚专科的形成。

### 3.4 科室人才培养与贮备的有利举措

主诊医师负责制给有志于成为科室管理者的临床专家表现的舞台,获得宝贵的管理经验,提升个人的威望。临床专家转变为合格科室管理者不可能一蹴而就,个人的学术威望并不必然能够转化为凝聚力。统筹团队医教研的领导能力,需要在实践中步步为营,逐渐提升。尤其是作为科室掌门人的科主任,更需要长远的大局观,在自我提升的同时,要让团队中的其他成员变得更优秀,提升科室的整体水平。门诊诊疗的独立性极大地限制了口腔医师向上级医师学习的机会,不利于诊疗思维的建立。而且口腔医师需要有口腔全面的诊断能力以及特殊情况下的急救能力,仅靠个人自学根本无法实现。主诊医师负责制通过住院医师—主治医师—主诊医师的逐级培养模式,明确分工的同时,更是带教责任的明确,更符合门诊医师培养的特点。主诊医师的表现作为选拔后备人才的依据。

### 3.5 主诊医师负责制在试点科室的实施效果分析

3.5.1 试点科室基本情况。南京大学医学院附属口腔医院牙周病科从2022年开始正式实行临床分组试点工作,根据个人报名、科室成员意向性选择、职能科室及院领导审查等环节确定两位诊疗组长,采用双向选择的形式组建2个主诊医师团队。基本情况:A组18人,高级职称5人,中级职称6人,博士7人,硕士11人(博士在读2人);B组17人,高级职称6人,中级职称5人,博士6人,硕士11人(博士在读3人)。

3.5.2 实施前后诊疗效率对比分析。该试点科室在实施主诊医师负责制后,椅均接诊人次较同期增加2.2人次;人均每日接诊人次增加2.3人次;平均候诊时间减少2min;患者满意度得分增加0.27分,因此,主诊医师负责制试点以来,该科室的诊疗效率提升明显,满意度也有明显提高(见表1)。

3.5.3 实施前后医疗质量控制指标对比分析。该试

表1 试点科室主诊医师负责制实施前后  
诊疗效率及满意度对比

年度	诊疗 人次	椅均接 诊人次	人均每日 接诊人次	平均候诊 时间(min)	满意度 得分
2022年	69 208	9.2	11.3	28	98.9
2021年	69 154	7.0	9.0	30	98.7

点科室在实施主诊医师负责制后,全科抗菌药物使用率下降3.44个百分点;门诊病历合格率增长1.40个百分点;处方点评合格率增长1.43个百分点,每万诊疗人次纠纷例次下降0.14例(见表2)。进一步分析该院牙周病专业的专科质控数据,牙周炎治疗好转率提升0.37个百分点;牙龈炎治疗好转率提升0.14个百分点;牙龈瘤治疗后复发率下降1.12个百分点;游离组织移植存活率提升1.98个百分点;牙周治疗后出血率下降了0.56个百分点(见表3)。因此,试点科室实施主诊医师负责制后,常规质控指标和专科质控指标均有不同程度的改善。

表2 试点科室实施主诊医师负责制前后  
常规医疗质量控制指标数据对比

年度	抗菌药物使 用率(%)	门诊病历 合格率(%)	处方点评合 格率(%)	每万诊疗人次 纠纷数(例)
2022年	7.96	97.60	99.63	1.45
2021年	11.40	96.20	98.20	1.59

表3 试点科室实施主诊医师负责制前后  
专科医疗质量控制指标数据对比(%)

年度	牙周炎治 疗好转率	牙龈炎治 疗好转率	游离组织移 植存活率	牙龈瘤 复发率	牙周治疗 后出血率
2022年	91.42	95.69	94.29	0	4.76
2021年	91.05	95.55	92.31	1.12	5.32
标准	≥90.00	≥95.00	≥90.00	≤10.00	≤10.00

## 4 口腔专科门诊主诊医师负责制实施要点

主诊医师在口腔专科医院试点,多方面体现了他的先进性和科学性及较高的契合性,具有应用及推广的可行性及价值,但适用仍需进一步结合口腔特点,并解决国内文献报道中相关学者以及医疗机构已经发现的问题。

### 4.1 科室行政组织管理关系

主诊医师负责制弱化了科主任在行政、人事、绩效分配等事务上的权力,可能造成科主任与主诊医师之间的矛盾。目前科主任领导下的主诊医师负责制有两种实施方式:科主任作为主诊医师单独带组;科主任不单独带组的“自由主诊”,其收治的病人随机分配到科内主诊医师医疗组。笔者认为科主任自由主诊更符合口腔门诊的特点,理由主要有:(1)主诊医师负责制并

不能否定院科二级质控体系,科主任仍是科室质控的第一责任人,主治医师不是行政职务,仍应当在科主任以及质控小组的管理下开展诊疗工作。(2)考核的公平性。科主任如果单独带组,意味着在考核中其既是运动员也是裁判员,考核结果的公平性难以保证。(3)科主任自由主诊能够对科内主治医师团队进行监管,其作为主治医师参与各团队的诊疗工作,可以掌握各主诊团队的真实情况并予以指导<sup>[20]</sup>。而且各主诊医师团队间为了提高医疗效率和经济效益,可能会出现争夺、推诿病人,减少合作的情形,科主任需要及时出面协调。

#### 4.2 主诊医师选拔以及团队建立

医院应当明确设置主诊医师的选拔标准。主诊医师原则上应当是具有高级职称及丰富临床诊疗能力的专家。特别优秀的高年资主治医师在特殊情况下也应当予以考虑。主诊医师的选拔实行竞聘上岗,由本人提出申请,医务部门考察其实际诊疗能力,同时结合其他职能科室、科主任的意见,初定候选人名单,最终由医疗质量管理委员会审议通过。

医疗组团队组建采取亚专科发展需求与双向选择相结合<sup>[21]</sup>,各层级医师的人数需要结合科室实际的诊疗特点予以确定,如果主治医师无法招募足够的成员,其失去主治医师的资格。下级医师没有被任何主治医师团队选择,则自动递补进入最低一级的医师级别,或者可能被调入其他工作岗位。入院不满3年的年轻医师不参与双向选择,在各主诊团队间轮转。规培医师、医学毕业生、实习医师的分配由科室协调决定<sup>[22]</sup>。

#### 4.3 多维度绩效分配机制的建立

绩效分配对于主诊医师团队各项职称作用的发挥至关重要。绩效分配既不能维持“大锅饭”的现状,也不能完全按照工作量的比例,因诊疗工作的特殊性,中青年医师口腔门诊的工作量会高于高年资专家。但是高年资医师在年轻医师培养、疑难病例的处置以及医疗纠纷处理等隐性的付出较多<sup>[23]</sup>。笔者建议建立多维度的绩效分配机制,以工作量为基础,以医疗质量、工作效率、服务态度、医疗技术难度等为重要内容进行考核,兼顾公平的分配制度,充分体现高技术、高责任、高风险岗位的劳动价值<sup>[24]</sup>。同时,医院全成本核算后的绩效主要应当由主诊医师分配。同时为了赋予科主任监管的权利,科主任也应当授予一定比例的分配权,具体比例可以根据科室的规模、效益等因素综合确定。

### 参 考 文 献

- [1] 莫嫣嫣,马剡芳,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.  
[2] 任在方,张秀伟,张春瑜,等.主诊医师负责制对医疗效率的影响研究[J].中国医院,2021,25(1):80-81.

- [3] 卢晓君,陈新林,刘文,等.创新主诊医师负责制,突破质量瓶颈[J].中国医院院长,2023,19(6):78-81.  
[4] 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.  
[5] 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.  
[6] 徐僖,胡馨予,钱翠玉,等.主诊医师负责制的实践与探讨[J].医院管理论坛,2020,37(7):36-37,53.  
[7] 王辰昊,费鸿翔,李琳.主诊医师负责制助推患者满意度提高[J].中国医院院长,2021,17(17):74-75.  
[8] 朱校峰,李民.360度绩效反馈联合综合指数法评价主诊医师负责制管理模式[J].健康之友,2020(23):290.  
[9] 周运翱,吴国安,孟开.某专科医院实施主诊医师负责制效果评价[J].中国病案,2016,17(3):24-27.  
[10] 费鸿翔,王辰昊.“支部宣传委员”主诊医师负责制助推患者满意度提升[J].中国医院院长,2022,18(12):76-77.  
[11] 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.  
[12] 戴伟利,郭玉红,刘东国,等.主诊医师负责制实施过程中的问题思考[J].中国医疗管理科学,2016,6(6):31-34.  
[13] 吴少玮,孙晖.主诊医师负责制下某医院临床科室医疗组现状与分析[J].中国医院管理,2019,39(7):34-35.  
[14] 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.  
[15] 蒋歆昶,方玉凤,刘霞,等.基于科研带头人和主诊医师负责制模式的医院学科建设实践探索[J].中国医院管理,2022,42(7):53-55.  
[16] 刘宁宁,白涛,孙立忠.浅谈主诊医师负责制背景下心外科研究生的培养[J].医学教育管理,2016,2(6):760-763.  
[17] 王关义,高海涛,张铭.管理学原理[M].北京:经济管理出版社,2009:36.  
[18] 刘文生.三级查房制 vs 主诊医师负责制[J].中国医院院长,2017(7):32-34.  
[19] 邵辰杰,邓润智,闫翔,等.三级医师检诊制度对口腔全科医师培养的必要性分析[J].中国卫生事业管理,2019,36(6):446-448,458.  
[20] 王雪云,周学健,王方方.浅析医院核心制度下推行主诊医师负责制的问题与建议[J].现代医院管理,2021,19(4):60-63.  
[21] 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.  
[22] 许心周,杨晓龙,易利华.主诊医师负责制的精细化管理探讨[J].中华医院管理杂志,2015,31(5):353-356.  
[23] 王莉,周保利,徐建立.主诊医师负责制模式下副主任医师绩效考核分析[J].中华医院管理杂志,2016,32(2):141-144.  
[24] 郑寒星.主诊医师负责制优化问题研究[J].文化创新比较研究,2021,5(3):165-168.

通信作者:邵辰杰(1989-),男,硕士研究生,助理研究员;研究方向:医师法。

收稿日期:2023-02-27

修回日期:2023-04-04

(编辑 曹晓芸)