

管理动态

深化医改 增强患者就医获得感

▲ 口述 / 首都医科大学附属北京天坛医院院长 王拥军 整理 / 医师报融媒体记者 杨瑞静

“能否持续提高患者满意度是医院开办是否成功的一个重要标志。”首都医科大学附属北京天坛医院院长王拥军用一句话，道出了医院管理的核心指向。

7月28日，国家卫生健康委以“推广三明医改经验、深化以公益性为导向的公立医院改革”为主题，召开新闻发布会，介绍北京市深化医改的有关做法。王拥军在会上表示，天坛医院按照“以患者为中心”的基本理念，不断改善患者就医体验，同时增加医务人员职业获得感。

这一切都依托于四大举措。《医师报》记者根据现场发言整理详情，以飨读者。

第一，及时回应患者需求与关切。医院设立接诉即办办公室，系统解决患者诉求，持续提升响应率、解决率和满意率，并主动治理、未诉先办；同时开通24小时人工服务热线，随时解答患者疑问，接收建议与意见。

第二，持续改善就医全流程服务。围绕就医全流程，系统梳理多维度、多部门问题清单，开展“暖心行动”，聚焦痛点堵点。建立一站式门诊服务中心、住院服务中心，实现业务通办；推行“全院一张床”模式，提高床位使用效率；实施“无感式出院结算”和智能集约化检查预约，显著缩短辅助检查等

待时间。

第三，以信息化手段提升患者服务。整合北京市统一挂号平台、微信小程序、自助机等线上线下号源，实行非急诊全面预约、分时段精准预约，保障号源供给；打通就医全流程线上服务，通过互联网医院实现线上复诊、药品配送，让数据多跑路、患者少跑腿；为老年患者保留人工“绿色通道”，确保服务普惠。

同时，为激发医务人员积极性，医院加大对医务人员的“投资”，优化内部绩效



分配机制，向儿科、精神心理科、感染科等患者需求高的学科倾斜；持续优化薪酬结构，依据岗位价值与责任权重科学核定薪酬标准。目前，天坛医院固定薪酬占比已超过总薪酬的50%，医务人员收入保障更加稳定。

数说医疗

据北京市卫生健康委消息，“十四五”以来，北京已先后建成安贞医院通州院区、友谊医院顺义院区、北京口腔医院新址等**9个**重大项目，政府累计投资超过**184亿元**，疏解中心城区床位2700余张。

截至目前，北京已经建成**62个**综合医联体，涵盖了**600多家**医疗机构。另外，建成了**122个**市级专科医联体，涵盖了**200多家**医疗机构，建成了“纵到底、横到边”的医疗服务网络。通过医联体建设，让优质资源扩容下沉和均衡布局。

声音

从科学角度讲，技术常有穷尽，我们能治好的疾病是有限的，但对患者人文关怀的抚慰是无穷的。

不同医院，医疗条件可能有差异，学科的发展会有不平衡，医务人员的服务能力、服务水平也可能有差距。但从医学人文关怀这个角度讲，每位从业者、每个医疗团队、每家医院，都可以形成自己的服务特色，并将这种特色和专长发挥到极致。

——中国工程院院士 董家鸿

学科建设

代华平：织密ILD规范诊疗网



代华平教授

医师报讯（融媒体记者 杨瑞静）中日友好医院呼吸与危重症医学科门诊外的长椅上，常年坐着拎着鼓鼓囊囊病历袋的人。他们大多从千里之外的县城或地级市辗转而来，病历本上写着“慢阻肺”“哮喘”“不明原因咳嗽”等诊断，却长期被进行性加重的呼吸困难所折磨。

这些患者的求医路，终点往往指向一组被称为“间质性肺疾病（ILD）”的复杂病症。

“ILD患者平均需等待19-20个月才能确诊。”中华医学会呼吸病学分会间质性肺疾病学组组长、中日友好医院呼吸中心副主任代华平指出，其中特发性肺纤维化（IPF）患者的诊

断周期甚至长达两年或更长。

“2016年时，要找到15家能较好诊断ILD的中心都不容易。”代华平清晰记得当时的诊疗困境。面对这样的现状，代华平多年来致力于推动ILD规范化诊疗体系建设。

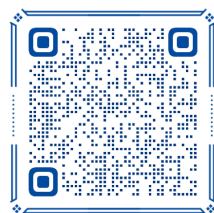
改变始于“聚沙成塔”的努力。2017年12月，中日友好医院牵头成立国家呼吸临床研究中心·中日医院呼吸专科联合体ILD协作组，通过继续教育、双向转诊、远程会诊等举措，将规范化理念向基层辐射。

2022年1月启动的“间质性肺疾病规范诊疗体系与能力提升建设”项目，成为规范化进程的“加速器”。该项目制定规范诊疗中心建设标准，涵盖平台条件、学科团队等具体要求，激发了全国医疗机构的参与热情。截至2024年，300多家单位申报，200余家通过评定，其中超过100家达到优秀水平。

规范化建设与临床研究形成了相辅相成的良性循环。在国家“十三五”“十四五”科技项目支持下，代华平团队搭建起全国ILD患者队列，为深化疾病认识、优化诊疗策略奠定基础。

从成立协作组到推进规范诊疗中心，从培养多学科团队到推动新药研发，中国ILD学科的发展围绕着“认识、团队、平台、规范”持续发力。代华平强调，这些工作都是基于我国地域辽阔、医疗资源分布不均的现状设计的，目的是让更多患者能在家门口享受到高质量的诊疗服务。

这一实践路径，或许正是ILD诊疗“中国范式”的雏形。



关联阅读全文
扫一扫

管理之我见

专管员就位就万事大吉？还差这三把“利器”

▲ 丽水市人民医院 徐存来 何婷

现在随着DRGS的条件越发复杂和严格，单单靠医院质管处或医保科一个科室的力量已经不足以管理全院各个科室的DRGS相关问题，设立科室DRGS专管员是一个较为常见的解决办法。但设立科室专管员就一定管得好DRGS吗？笔者认为这只是一个必要非充分条件。

设立科室DRGS专管员肯定是一个进步，但不一定能立竿见影，它取决于很多其他的客观条件：

条件一：DRGS专管员首先自己要有“屠龙刀” 现在DRGS标准的复杂程度已经超过了各个疾病的指南，是不可能记在脑子里的，在文件里面一个个查找相关疾病或者合并症对应的点数不仅费时费力，而且容易出错，迫切需要DRGS预测系统内嵌于医院HIS系统中，实时根据目前诊断预测对应DRGS点数，一次性把患者所有诊断都作为主诊断算一遍DRGS点数，然后进行排序的神兵利器来帮忙。

条件二：DRGS专管员要有“虎符” 想当年即使是三国演义里面的诸葛亮，初出茅庐的时候也指挥不动关羽和张飞，各个身怀绝技的大主任为啥要听你一个挂着DRGS专管员的住院医师的？如果听你的DRGS搞好了也是科室大锅饭平均分，搞差了也是科室大家一起背锅，那不如左耳进右耳出，反正弄不好也是你DRGS专管员的责任。配套计算到医疗组的绩效分配体系就是DRGS专管员的“虎符”。

条件三：给予DRGS专管员一定的政策倾斜 毕竟这是一个需要既懂临床，又懂DRGS管理，而且很有可能吃力不讨好的活，一般科室里真正的一把刀手术都做不过来，真正的科研一支笔，论文和课题都写不过来，真正会轮到DRGS专管员的还是低年资医师为主，而且真的绩效有困难，晋升有加分才是最重要的。

说到底，现在DGRS已经不是一个普通的统计指标，而是各个医院各个科室生死存亡的关键。国之大事不可不察，如果DRGS做不好，就像三国演义官渡之战里面被断粮的袁绍，本来的百万大军马上变成嗷嗷待哺的百万张嘴，又如何继续与病魔作战呢？

回音壁

《官方通报一起“医闹”事件！邓利强：拒绝“闹就能赔钱”！》

◎ 市民胡：从文内描述的“闹”的经过来看，似乎实际上是：先闹了医院，似乎没有被依据《治安管理处罚法》予以治安处罚！且还被公安组织双方“就死者善后及赔偿问题进行协商”。后来到政府门口“闹”，才是不可以的，《治安管理处罚法》才启用。

当地公安机关的处理，值得商榷：先闹医院那次，为何不治安处罚？如果那次就依法处置，还会有后续的闹县府么？