1. 临床路径管理的两大目标：（1）高入径率，（2）低变异率

若在难以降低变异率的情况下，二者之间存在矛盾。高入径率意味着，将更多单病种患者纳入临床路径的管理范畴，即患者个体因素，病情状况将更加复杂多变，势必会造成更高的变异率。反之，入径率越低，则入径患者的病情特征的相似性越高，患者病情更加稳定可控，变异率也由之降低。在DRG按病种付费改革的背景下，入径率越高，对患者的管理成本与医疗资源使用成本将有所下降，且临床路径能有效降低住院时长，从而提高床位周转率，收纳更多患者。但医院此时需承担由过度变异导致额外的医疗成本，部分患者由于变异率过高导致的诊疗效率降低。

因此，对于不同特征的疾病，入径率与变异率孰高孰低应略有偏差，设定合理的入径率与变异比率，平衡好二者关系，才能创造出更大的经济效益。例如，对于部分慢性疾病，此类疾病临床路径设置的时长一般较长，慢性疾病的治愈过程也相对缓慢，路径过程中出现的变异所造成的成本也相对较低，变异的出现对诊疗流程的影响较小，此时，适当提高患者入径率或许能提高医院收益；对于部分急性或重症病种，对诊疗时效性有严格要求，路径变异往往造成严重后果或较高的医疗成本，这类患者应当以低变异率为首要目标。

1. 在实际的临床路径管理过程中，变异率是重点关注的因素，入径率人为可控，但变异率受多方面条件影响。影响变异率的其中几个主要方面在于：

1.临床路径本身。变异率较高，多表现为临床路径中缺乏需要的医嘱，医嘱的涵盖范围有限，这可能是病情复杂多变导致的。若临床路径能得到优化，或临床路径医嘱的设置合理有效，那么将有利于在较高入径率的同时维持较低的整体变异率。

2.系统因素。如医院资源有限，但患者数量巨大，医疗资源无法按时满足患者需求所造成的等待时间延长，无法在规定时期内完成临床路径安排，包括检验等待，手术室排刀，床位等待等；因排班问题，导致特定时段无专门人员推进诊疗流程；设备故障；支持部门所导致的作业延迟等等。

3.与医务人员相关的变异。医务人员在治疗患者的过程中，由于原有医疗习惯，固有诊疗模式的限制，不能完全按照临床路径的有关程序完成临床路径；会诊延迟，执行延迟，医嘱延迟；临床科室和辅助科室医务人员对临床路径的理解存在较大的差异，医护人员之间沟通不良，科室之间协调不顺畅导致临床路径实施时间超出预期；在患者入院后，医生会根据具体病征和初步报告，对患者的疾病做出初步的病理诊断，根据诊断结果划分不同的临床路径，但部分医生可能存在经验不足，病理诊断与实际病症之间不相符。如果患者出现临床诊断和病理诊断不相符，需做变异处理。

4.与患者相关的变异。治疗过程中对治疗方案依从性差部分患者，特别是择期手术患者入院后有选择专家的意向，由于专家的时间有限，确诊后病人和家属坚持指定专家，导致术前等待时间延长手术后，部分患者要求在医院康复一段时间，不愿意在术后不拆线出院，人为拉长了住院时间。此外，部分患者对临床路径规定用药及治疗方法持怀疑态度，喜欢使用贵药和特效药物，导致患者的住院费用超出标准水平。患者自身病情的变化，入院时仍附带其他会影响路径的并发症等。

星期天下午 星期三全天和星期四上午

讨论的话两点，一方面是医院资源的特色，比如说医生的行为特征，医生在面对不同疾病情况下的诊疗效率，医生对某种诊疗方式的偏好情况；资源的特征，有多少资源，资源的利用率，资源的等待时长；科室之间的协作关系，不同科室之间协作效率差异的问题。可以作为统计特征。研究这些特征如何影响到医院的诊疗效率。所以怎么把这些特征统一起来，又怎么说明这些特征对临床路径的哪方面变异存在影响。这是需要从病历里挖掘出来的。

另一方面是诊疗知识对临床路径的变异的影响，包括知识推理，通过知识推理实现资源配置，表现在不同的诊疗方式之间是否可替代，不同诊疗流程的顺序是什么，是否可更换顺序，什么流程容易达到什么目标？根据不同的目标，推理出不同的诊疗路径，比如说风险最小，成本最低等等，就是说从知识图谱的角度，看看能不能对诊疗路径做出规划，包括提供顺序，所需支持的资源。这部分需考虑的就是，第一，如何获取诊疗知识，诊疗知识应该包括什么东西，这些东西里面的关系是怎么样的。这些关系能不能帮助我们实现推理，然后最后推理出来的东西，是否能支撑我们对临床路径做出优化，是否能根据我们具体的诉求，对临床路径进行改进