

临床路径实施过程中的质量控制与 可持续性改进策略*

金 晶¹ 陶红兵^{2**} 何光明¹ 黄维勤¹ 刘 燕¹ 郑 萍¹ 王凤玲¹ 曲 豪²

¹ 武汉亚洲心脏病医院 武汉 430022 ; 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 武汉 430030

摘要 通过对 223 例单纯性室间隔缺损(VSD)修补术病例的回顾性调查,对VSD临床路径实施质量的过程指标进行筛选。过程指标包括一级指标和每个一级指标对应的二级指标。根据过程指标对VSD的医疗质量进行实时控制,分析医疗缺陷发生的原因,同时针对原因进行改进,以采取相应措施控制质量缺陷和促进医疗质量的提高。

关键词 VSD,临床路径,过程指标,医疗质量

中图分类号 R197.323 文献标识码 A DOI:10.3870/YXYSH.2009.09.009

临床路径作为控制医疗成本及改善医疗质量的重要手段,被许多医院采用并取得了明显成效^[1]。笔者通过对武汉市某三级医院单纯性室间隔缺损(VSD)修补术临床路径实施中的质量控制过程指标进行筛选和标准化,并实际过程指标进行对比研究,进而提出临床路径医疗质量控制与可持续性改进策略。

1 资料来源与方法

资料来源。在2007年5月-2008年3月,对进入的单纯室间隔缺损(VSD)修补术临床路径病例中,随机抽取223份病例,收集这些病例在疗程、医疗费用、诊疗合理性的相关数据。

研究方法。文献法 查阅、收集有关临床路径方面的文献资料,以及对对象医院制定的有关临床路径的实施规范、规章制度。专家咨询法及专题小组讨论 通过专家咨询法及专题小组讨论,筛选单纯性室间隔缺损修补术实施临床路径的一级过程指标及二级过程指标,并确定相应的标准值及标准值范围,参与咨询的专家情况见表1。统计分析 使用 Excel 将资料录入,用 SPSS 12.0 软件对223份病例的疗程、医疗费用、诊疗合理性的相关数据进行描述性分析。

表 1 参与咨询的专家情况

项目	人数	构成比(%)
单位		
质控科	3	21.4
护理部	4	28.6
药剂科	2	14.3
心外科	3	21.4
财务处	2	14.3
合计	14	100.0
职称		
高级	10	71.4
中级	4	28.6
合计	14	100.0
学历		
博士	5	35.7
硕士	7	50.0
学士	2	14.3
合计	14	100.0
从事医院管理类别		
医院质量管理	3	21.4
医院护理管理	4	28.6
医院药事管理	2	14.3
临床医生	3	21.4
医院财务管理	2	14.3
合计	14	100.0

*卫生部立项课题:“基于临床路径的医疗质量目标管理的研究”,编号:2005146。

**通讯作者 陶红兵。

2 结果

2.1 VSD临床路径实施过程中的质量控制过程指标及标准值的初步确定

根据收集的VSD相关资料及文献回顾的结果,初步拟定VSD质量控制的指标体系,作为专家咨询的基础。该指标体系由3项一级指标、26项二级指标构成,具体如下指标。

医疗与药品费用 输血费、术前检查费、术中药费、术中手术费、术中处置费、术中麻醉费、术中药费、体外循环费用、术中耗材费、术后检查费、术后诊疗护理费。 疗程 术前待床天数、术中小时数、ICU 小时数、术后住院天数。 诊疗合理性:药品费用比(%)、检查费用比(%)、术中耗材费用比(%)、术前抗生素用药天数、术前抗生素用药种类、术后抗生素用药天数、术后抗生素用药种类、一级护理次数、特级护理小时数、血气分析次数、持续有创性血压监测小时数。

2.2 VSD临床路径质量控制指标及标准值的确定

将以上步骤制定的VSD临床路径质量控制指标体系,整理设计为专家咨询表。由专家“背靠背”填写咨询表,按照德尔菲法的要求,每次咨询均有详细的填写指南,并将上轮咨询应答情况反馈给参加者。共组织了3轮专家咨询。

2.3 第三轮专家咨询调整控制指标

第一、二轮专家咨询主要确定一、二级指标的认可。所以第三轮专家咨询只对确定的指标及涉及到的数据进行确定。根据3轮专家咨询的研究结果,重新调整了VSD临床路径质量控制指标(见表2)。

2.4 VSD临床路径过程指标的范围界定及与实际值的比较

在确定过程指标标准值范围时,根据医院医疗质量评价历史文件和专家评议的意见确定过程指标各指标标准值的范围,范围的界定原则上是以标准值的110%为上限,标准值的90%为下限。在此基础上,将单纯室间隔缺损修补术2007年5月-2008年3月的223例病例的中位数,与VSD临床路径医疗质量控制过程指标标准值范围比较(见表3)。临床路径实施过程中的实际术前检查费、术中药费、术后药费、术后检查费、术前待床天数和药品费用比(%)、术后药费和术后检查费均比标准值高。

3 讨论

笔者主要根据VSD的实施过程,来构建临床路径质量控制的过程指标体系。由结果可以看出,临床路径实施过程中,

表 2 临床路径过程指标

一级指标	二级指标	中位数	标准差	最小值	最大值
医疗与药品费用	术前检查费(元)	726.00	232.44	362.00	1828.60
	术中药费(元)	510.18	414.69	18.90	3781.30
	术中耗材费(元)	5579.60	1446.65	751.00	8310.36
	术后诊疗护理费(元)	2188.08	483.00	46.00	4264.00
	术后药费(元)	161.19	374.71	4.30	2165.20
	术后检查费(元)	978.00	280.24	140.00	2010.00
疗程	术前待床天数(天)	5.00	1.83	2.00	15.00
诊疗合理性	药品费用比(%)	3.96	2.82	0.82	21.02
	检查费用比(%)	8.88	1.35	5.50	13.07
	术中耗材费用比(%)	29.17	5.08	7.82	40.69
	术后抗生素用药天数(天)	2.00	1.87	0.00	11.00
	特级护理小时数(小时)	23.50	2.68	14.00	46.00
	血气分析次数(次)	6.00	2.04	3.00	21.00
	持续有创性血压监测小时数(小时)	20.00	8.63	11.00	92.00

表 3 临床路径过程指标化值与实际值的比较

一级指标	标准值范围	实际值	二级指标	标准值范围	实际值
医疗与药品费用	14911-18225	19255.10	术前检查费(元)	582.2-723.8	726
			术中药费(元)	306-374	510.18
			术中耗材费(元)	5021-6136	5579.6
			术后诊疗护理费(元)	1660-2028	2188.08
			术后药费(元)	51-62	161.19
			术后检查费(元)	586-717	978
疗程	8-12	13	术前待床天数(天)	0-3	5
诊疗合理性			药品费用比(%)	2.0-3.0	3.96
			检查费用比(%)	7.0-9.0	8.88
			术中耗材费用比(%)	26-37	29.17
			术后抗生素用药天数(天)	2-4	2
			特级护理小时数(小时)	18-30	23.5
			血气分析次数(次)	3-6	6
			持续有创性血压监测小时数(小时)	10-20	20

大部分过程指标的实际值超出过程指标的标准值范围。根据 VSD 临床路径实施中的影响医疗质量的关键指标的实施效果和专家讨论意见,提出质量控制与可持续性改进的策略。

3.1 加强临床路径知识宣传

应加强临床路径知识的宣传,使参与临床路径实施的医护人员理解并掌握临床路径的理念和要求,真正做到在实践当中贯彻执行临床路径的诊疗步骤。术前检查费用超出标准值范围,尽管和标准值范围相比超出部分较小,而术后检查费用与标准值相差较大,大部分是由于医护人员的不良诊疗习惯引起,即在长期医嘱中执行的检查项目没有及时停止,而导致术后检查项目的过度执行。医院管理者应根据这种情况对医护人员进行及时教育,避免类似情况的再次发生。术后诊疗护理费为2188.08元,而标准值范围为1660-2030元。术后诊疗护理费超出标准值范围的部分,可能原因是医护人员实施了较高级别的护理。医院管理者应加强监管,采取措施,使医护人员严格按照临床路径中的诊疗规程开展诊疗护理。在术中

没变异的情况下,术中药费高出标准值范围,说明在手术过程中,医生可能没有遵循合理用药的规范,有意或者无意地开出大处方,导致患者术中药费超出正常水平。针对这种状况,医院管理者应对术中药物处方加强监管,严控处方的平均费用。

3.2 加强临床路径科室间的信息共享

临床路径的实施是系统工程,需要外科病区、麻醉科、手术室和 ICU 等多个部门的紧密协作,否则,无效住院日的延长,不仅影响了床位的周转,延长了病人的住院时间,而且增加了病人的住院费用^[2]。临床路径的实施,需要参与临床路径各相关科室的理解沟通和协调配合。因此,医院管理者要整合、购置相应的医疗仪器设备,明确相关科室及相关人员在临床路径实施过程中的职责。VSD 临床路径的实际术前待床天数为5天,而术前待床天数的标准值范围为0-3天,术前待床天数的普遍延长可能是由于医院手术室等待或检查化验结果未能及时反馈引起。那么医院的管理者就应该考虑添加手术室设备,提高手术室利用效率、加强临床科室与各医技科室

沟通联络。

3.3 根据相关指标加强药物的规范化使用

药物在患者的疾病治疗过程中起着重要作用。加强药物使用的规范化管理,对临床路径的顺利实施、患者的早日康复有着密不可分的关系。术后药费的偏高,部分是由于病人病情的加重而引起,部分是由于医护人员不合理的用药习惯引起。针对这种状况,医院管理者应结合医学专家意见,考虑制定单纯性室间隔缺损修补术后可能出现的不同的加重症状的诊治策略,尤其是药物的使用原则和规范。药品费用比(%)的标准值范围为2.0-3.0,说明药品的费用在VSD治疗所需费用中占的比重不是很高,但实际药品费用比(%)为3.96,而这一

个实际费用比为中位数,这说明VSD患者中至少有一半以上的药品费用比超标。这可能是因为临床路径的实施过程中,医护人员没有完全按照临床路径的要求来选择合适的药物为患者治疗。因此,医院管理者应加强临床路径的实施过程中的用药规范化管理。

参考文献

- [1]陶红兵,郭石林,陈璞,等.临床路径的实施对医疗费用控制的影响研究[J].中国卫生经济,2008,27(2):63-65.
- [2]王曙红,黄伦芳,罗万俊,等.临床路径在室间隔缺损修补围术期病人中的应用[J].护理学杂志,2003,18(5):341-342.

Process of Quality Control and Sustainability Strategy Research on Implementation of Clinical Pathway

Jin Jing et al

Wuhan Asia Heart Disease Hospital, Wuhan, 430022

Abstract According to the retrospective survey of 223 cases of ventricular septal defect repair. The process indicators include first level indicators and secondary indicators responded to every first level indicator. Based on the process indicators, the control strategies are implemented to analyze the reasons of the defects and to continuously improve the medical quality.

Key words VSD; Clinic Pathway; Process Indicators; Medical Quality

(收稿日期 2009-06-17; 编辑 吴仲明)

(上接第17页)

门组织的特征之一,为政府和社会监控创造了良好的条件,也为保证其公益性打下了良好的基础。为了使医疗机构信息披露得到落实,有必要从立法层面上建立公立医院强制信息公开制度,要求其及时准确地披露有关信息,包括医疗质量、医疗服务、重大人事变动、经营决策、经营绩效、收益分配和债权债务等。

3.4 推进医疗卫生体制配套改革

实现公立医院公益性涉及到众多配套改革,如医疗保障制度改革、医疗机构分类改革、医院人事和收入分配制度改革和药品流通领域改革等。当前需要解决两个突出的问题:一方面要加强医疗保障体系建设,强化经济调控手段。在建立和完善居民医疗保障体系之后,政府筹集到的医疗费用会大量增加,真正实现购买医疗服务的职能,从而掌握监管医疗机构的指挥权,实现与香港医院管理局类似的控制职能。另一方面要加大财政投入,消除公立医院逐利动机。国内外的经验表明,政府保持对医院的适当补贴,是保障其公益性的必要手段。因此在今后的改革中,政府应逐步加大对公立医院的财政投入,使之形成合理的补偿机制,消除其过度逐利动机,

最终强化其公益性。

参考文献

- [1]刘继同,郭岩.卫生事业公益性与福利性定性的本质区别是什么[J].中国医院管理,2007,27(8):4-8.
- [2]厉传琳,鄂琼,田丹,等.公立医疗机构公益性的内涵界定[J].中华医院管理杂志,2007,23(10):652-653.
- [3]邓琳.卫生部承认目前医院公益性淡化[N].北京现代商报,2006-05-12.
- [4]冯显威,黄严.公立医院产权制度改革理论与模式分析[J].医学与哲学,2005,26(5):18-20.
- [5]冯蕾.“港式”管办分离——访香港医院管理局专业事务及运作总监张伟麟医生[J].中国医院院长,2006(16):26-29.
- [6]邓国胜,纪颖.从治理模式看公立医院改革——以无锡市为例[J].国家行政学院学报,2007(2):70-73.
- [7]俞可平.治理与善治[M].北京:社会科学文献出版社,2000.
- [8]郭国庆,刘彦平.国外非营利机构的发展及其管理趋势[J].北京行政学院学报,2003(4):50-54.
- [9]黎民.公共管理学[M].北京:高等教育出版社,2003.

An Approach to the Achieving Mechanism of Strengthening Social Responsibility of Public Hospital

Xiao Jingjing et al

School of Political Science and Public Management, Wuhan University, Wuhan, 430072

Abstract This paper firstly discussed the mechanism of public hospital in taking social responsibility and found that it was absence through the analysis of the hospital reform effectiveness. Secondly, built the mechanism based on the theory of Non-Profit Organization. Finally, some count-measures in strengthening social responsibility of public hospital were proposed.

Key words Public Hospital; Social Responsibility; Third Sector; Non-Profit Organization

(收稿日期 2009-04-27; 编辑 吴仲明)