

CHQIS医疗质量评价指标的筛选

■ 梁铭会^① 舒婷^① 王锡宁^① 马谢民^②

【关键词】 医疗质量 评价指标

【摘要】 通过文献研究, 确定CHQIS指标筛选范围, 包括6个大类, 44个小类, 730个单项指标 (其中有210个传统指标、520个新增指标)。在520个新增指标中, 筛选出219个有代表性的新增指标, 组织北京、天津、上海、广州、西安等地61个单位103名与会专家, 经过两轮名义群体法研究, 统计出重要程度大于等于80%的指标54个, 用于对北京市五家三甲综合医院2004年~2007年的病案首页数据进行监测分析和实证研究, 通过纵向院内比较与横向院间比较, 评价医疗结果质量, 为医院持续改进医疗质量提供基础数据和技术支持。

CHQIS medical quality evaluation index screening / LIANG Minghui, SHU Ting, WANG Xining, et al // Chinese Hospitals. -2009, 13(4):5-7

【Key words】 medical quality, evaluation indicator

【Abstract】 The screening scope of CHQIS is identified through literature review, including 6 classes, 44 sub-classes, and 730 indicators (210 old indicators and 520 new indicators). Among 520 new indicators, 219 will be selected as representatives. 103 experts from 61 places (including Beijing, Tianjin, Shanghai, Guangzhou and Xi'an) have been organized to hold 2 rounds of collective researches and select 54 indicators with importance above 80%, which will be used to conduct monitoring analysis and evidence analysis of case data from 5 third grade A class hospitals from 2004 to 2007. Quality of health outcomes will be evaluated through longitude intra-hospital comparison and transversal inter-hospital comparison, in order to provide basic data and technical support to sustainable improvement of health quality in hospitals.

Author's address: Hospital Management Institute, Ministry of Health, No. 38, Xueyuan Road, Haidian District, Beijing, 100083, PRC

卫生事业的可持续发展, 是构建社会主义和谐社会和全面实现小康社会宏伟目标中的重要组成部分。医院一直是我国医疗卫生服务事业的主体, 居民的医疗保健服务绝大多数是由医院承担的。为了建立和完善我国医疗质量保障和持续改进体系, 促进医院管理的科学化、规范化、标准化进程, 重新认识医疗质量评价的意义, 从关注评优奖惩到主要用于改进工作, 逐步转变医疗质量评价的观念, 迫切需要研究和建立一套科学的、全面的、既与国际接轨又符合我国具体国情的医院医疗质量管理与评价指标体系, 我们称之为“中国医疗质量评价指标体系 (China Healthcare Quality Indicator System, 简称CHQIS)”^[1]。

1 资料与方法^[2]

1.1 文献研究

通过中国期刊全文数据库 (CNKI)、中国科技期刊数据库 (维普全文数据库)、PubMed、OVID、Proquest等数据库检索自1989~2008年

有关医疗质量、医疗质量评价、指标体系建立等方面的文献, 检索词: 医疗质量、医疗质量评价、指标体系、评价指标体系, 其中有参考价值的文献800余篇, 并且在JCIA、ISO、QIP官方网站上检索相关文章; 另外结合当前医院管理的特点, 立足于现有卫生统计报表中的统计指标和中国医院协会医院评审标准中的指标以及卫生部《医院管理评价指南》中提出的指标, 初步确立医疗质量评价指标的筛选范围。

1.2 群体决策法 (group decision)

群体的定义是有两个以上的人组成的, 为实现特定目标而相互依赖、相互影响, 并遵守其成员行为规范的人群结合体。决策过程是寻求最佳解决问题方案的过程, 群体决策法由于集思广益, 提供了更加丰富的知识和解决问题的办法, 发挥了成员的创造性思维, 也体现了集体的创新与选择最佳的决策技术的过程。群体决策方法主要包括以下几种:

1.2.1 头脑风暴法 (brainstorming)。头脑风暴法又称为脑力震荡法, 含义是克

服互动群体产生的阻碍创造性方案形成的从众压力。其方法是利用一种观念形成的过程, 鼓励群体成员畅所欲言, 尽量构想出尽可能多的主意和方案以供下一步估量权衡用的方法, 不允许别人对这些观点加以评论。

1.2.2 专家决策法 (Delphi Method)。专家决策法又称德尔菲法, 是通过征求相关专家的意见而做出决策的过程。主要步骤是: (1) 确定问题, 通过一系列仔细设计的问卷, 要求成员提供可能的解决方案; (2) 每一个成员匿名地、独立地完成第一组问卷; (3) 第一组问卷的结果集中在一起编辑、誊写和复制; (4) 每个成员收到一本问卷结果的复制件; (5) 看过结果后, 再次请成员提出他们的方案。第一轮的结果常常是激发出新的方案或改变某些人的原有观点; (6) 重复4、5两步直到取得大体上一致的意见。

1.2.3 名义群体法 (Nominal Group Technique)。名义群体在决策制定过程中限制讨论, 如参加传统会议一样, 群体成员必须出席, 但他们是独立思考的。它遵循以下步骤: (1) 成员集成为一个群体, 但在进行任何讨论之前, 每个成员独立地写下他对问题的看法。

① 卫生部医院管理研究所, 100191 北京市海淀区学院路38号

② 北京大学医学部, 100191 北京市海淀区学院路38号



(2) 经过一段沉默后, 每个成员将自己的想法提交给群体。然后一个接一个地向大家说明自己的想法, 直到每个人的想法都表达完毕并记录下来为止(通常记在一张活动挂图或黑板上)。所有的想法都记录下来之前不进行讨论。(3) 群体开始讨论, 以便把某个想法搞清楚, 并作出评价。(4) 每一个群体成员独立地把各种想法排出次序, 最后的决策是综合排序最高的想法。这种方法的主要优点在于, 使群体成员正式开会但不限制每个人的独立思考, 而传统的会议方式往往做不到这一点^[3]。

1.3 实证研究

以北京市5家三级甲等综合医院2004年~2007年连续4年的病案首页数据作为评价医疗质量的数据基础, 通过对医疗质量结果的统计分析做出评价, 分别统计各医院住院死亡率、手术死亡率、围手术期死亡率、抢救失败率、非计划再入院率、重返手术室率等指标。

1.4 质量控制

在应用名义群体法时, 审慎遴选专家, 保证专家在医疗质量评价的理论和实践领域有非常丰富的经验, 广泛征求相关领域专家的意见和建议, 对调查问卷的科学性进行验证。

利用Epidata 3.0建立相应的数据库, 对问卷进行双录入, 同时对问卷的逻辑错误进行修改和纠正, 保证录入质量。

使用SPSS 11.5软件对数据进行整理分析, 建立各医院出院病例及单病种的数据库, 对数据进行核对和质量控制, 对5所医院4年的病案首页数据进行分析, 利用已建立的质量评价指标体系中的部分指标, 进行统计分析。

2 结果^[4]

建立CHQIS指标筛选范围: 包括死亡、重返、不良事件、住院日、住院费、其它6个大类730个单项指标, 其中包括210个传统指标和520个新增

指标。见表1。

在520个新增单项指标中, 筛选出219个有代表性的新增指标, 组织北京、天津、上海、广州、西安等地61个有代表性的科研和医疗单位的103名资深专家, 经过两轮名义群体法, 对指标的重要性进行评价, 统计出重要程度大于等于80%的指标有54个。会后根据专家的建议和意见, 对指标体系进行总结归纳, 结合医院工作的实际

情况和需要, 最终形成用于实证研究的指标体系, 见表2。

利用筛选出的指标对北京市5所三级甲等综合医院(文中用A、B、C、D、E分别代表5所医院)2004年~2007年的病案首页数据进行监测分析, 进行实证研究, 5所医院均属于集医疗、教学、科研、预防于一体的大型三级甲等综合性医院, 其出院病例涵盖了大部分病种, 在规模、医疗技术水平

表1 CHQIS指标筛选范围

分类	死亡类	重返类	不良事件	住院日	住院费	其它	合计
传统指标	4	1	2	5	9	189	210
新增指标	68	76	208	24	21	123	520
单项指标合计	72	77	210	29	30	312	730

表2 实证研究指标体系

编号	一级指标	二级指标
1	住院死亡率 相关指标	1.1 住院总死亡率 1.2 “疾病诊断相关组”住院死亡率 1.3 “高死亡风险疾病诊断相关组”住院死亡率 1.4 “低死亡风险疾病诊断相关组”住院死亡率 1.5 关键病种住院死亡率 1.6 住院患者总抢救失败率 1.7 “疾病诊断相关组”抢救失败率 1.8 关键病种抢救失败率 1.9 手术患者总住院死亡率 1.10 “疾病诊断相关组”手术住院死亡率 1.11 关键病种/关键手术死亡率 1.12 手术患者“围手术期总死亡率” 1.13 关键手术“围手术期死亡率” 1.14 “高死亡风险疾病诊断相关组”手术住院死亡率 1.15 “低死亡风险疾病诊断相关组”手术住院死亡率 1.16 关键病种/关键手术的手术后抢救失败率 1.17 新生儿住院死亡率 1.18 根据出生体重四级分类新生儿住院死亡率 1.19 根据出生体重四级分类直接入院新生儿住院死亡率 1.20 根据出生体重四级分类转入院新生儿住院死亡率
2	重返相关 指标	2.1 重返手术室总发生率 2.2 24小时、48小时、72小时重返手术室发生率 2.3 重返手术室总死亡率 2.4 24小时、48小时、72小时重返手术室死亡率
3	不良事件 相关指标	3.1 手术部位感染率 3.2 NNIS风险指数0级、1级、2级、3级手术部位感染率 3.3 关键手术的手术部位总感染率 3.4 关键手术NNIS风险指数0级、1级、2级、3级手术部位感染率 3.5 手术医师关键手术NNIS风险指数0级、1级、2级、3级手术部位感染率 3.6 重症监护室中与使用呼吸机相关的肺部感染发生率 3.7 重症监护室中与使用中心静脉导管(CVC)相关的血液感染发生率 3.8 重症监护室中与留置尿管相关的泌尿系统感染发生率 3.9 重症监护室中与使用经外周中心静脉导管(PICC)相关的血液感染发生率 3.10 压疮总发生率 3.11 压疮I期、II期、III期、IV期发生率

表3 2004年~2007年5所医院手术死亡率

医院名称	年份	手术病例	手术病例所占比例	手术死亡病例数	手术死亡率 ¹
A医院	2004年	16534	48.86	73	0.44
	2005年	16918	46.99	71	0.42
	2006年	16856	46.09	61	0.36
	2007年	18710	50.49	95	0.51
B医院	2004年	14330	52.09	108	0.75
	2005年	16692	51.65	88	0.53
	2006年	18169	54.47	132	0.73
	2007年	20613	57.88	154	0.75
C医院	2004年	21068	64.01	83	0.39
	2005年	16555	47.94	64	0.39
	2006年	24162	65.38	79	0.33
	2007年	28959	71.33	115	0.40
D医院	2004年	13429	65.18	208	1.55
	2005年	15677	67.24	194	1.24
	2006年	16633	68.19	201	1.21
	2007年	20917	72.60	211	1.01
E医院	2004年	11487	48.38	192	1.67
	2005年	14684	49.71	256	1.74
	2006年	18346	51.47	336	1.83
	2007年	19477	50.40	323	1.66

注：1.手术死亡率=手术死亡病例/手术病例（分子分母均去除“新生儿病例”）

和疾病严重程度上都具有可比性。对各医院4年间的住院死亡率、手术死亡率、重返手术室发生率、非计划再入院率、关键病种死亡率等指标进行纵向院内比较与横向院间比较的具体分析，通过对医疗质量结果的评价，可以发现治疗环节中的问题，为医院医疗质量的持续改进提供数据支持。以

手术死亡率为例，见表3。

3 讨论

本文筛选使用“住院死亡类指标”、“重返类指标”和“不良事件类指标”评价医疗机构的医疗质量，这些指标均为国际公认的评价医疗质量的重

要指标，这些指标已得到国内（北京、天津、上海、广州、西安等地）专家的论证。

本文采用基准比较（Benchmarking）的方法评价各医疗机构的医疗质量：纵向比较评价以年度为基准，横向比较评价以5所同地区、同类、同级别医院中上述三类指标相对最好的医院为基准。一、二级医院和专科医院可在同类医院、病种和诊疗操作上参照比较应用。

参考文献

- [1]卫生部医院管理研究所. 中国医院医疗质量评价指标体系建立及应用研究结题报告[R]. 2008:34-35.
- [2]王坤. 中国医院医疗质量评价指标体系建立及应用研究[D]. 北京大学硕士学位论文, 2008:12-14.
- [3]龚幼龙. 社会医学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000:86-87.
- [4]卫生部医院管理研究所. 中国医院医疗质量评价指标体系建立及应用研究结题报告[R]. 2008:34-35.

通信作者

梁铭会: 卫生部医院管理研究所所长
E-mail:liang2002@vip.sina.com

收稿日期 2009-02-01(责任编辑 邓雨珍)

“不良事件报告系统及单病种质量控制”培训班在京举办

本刊讯 近日，由中国医院协会评价与评估部举办的“不良事件报告系统及单病种质量控制”培训班在京举办，此次培训班分别对四个病种、二个术式做培训，以确保质量可靠。北京地区的十六所三级甲等医院近220余名医务科、护理部、病案科、心内科、心外科、呼吸科、神经内科、骨科等相关科室人员参加了培训。与往年相比，今年的填报工作更加信息化、计算机化、规范化。中国医院协会副秘书长、评价评估部主任王吉善主持会议，评价评估部副主任张振伟汇报了2007年度北京地区十六所三甲医院例行检查的情况，讲解了检查的方法以及如何在网上填报医疗安全（不良）事件以及单病种质量控制的评价方法。中国医学科学院北京协和医院病案科主任刘爱民，中国医学科学院阜外心血管病医院副院长、单病种“急性心肌梗死”与“心力衰竭”专家组和单病种“肺炎”专家组组长杨跃进，北京大学人民医院呼吸科教授高占成，三位专家为参会人员解答问题。

会上，中国医院协会为参会人员提供两个系统的FLASH操作演示的拷贝，使填报过程更简单化、易操作。评价评估部还为参加检查的医院每个科室配发一本《单病种质量管理手册1.0版》，以供专家学习和借鉴。