

医院档案管理实务全书

YIYUANDANGANGUANLISHIWUQUANSHU

医院

吉林电子出版社

YIYUANDANGANGUANLISHIWUQUANSHU

RIP7.323/2223

医院档案管理实务全书

主 编 黄雨三 张 勇

(中 卷)

吉林电子出版社

第七章 病案分型医疗技术管理

第一节 重危病例率的应用

医院进行病例质量分析,主要是将每个病例的第一诊断疾病进行统计分析。从统计结果看,相同病种的各项统计结果差距很大,不仅转归结果不同,而且住院时间长短、医疗费用消耗差别也很大。其主要原因是病情轻重差别很大。病例分型管理按病情轻重进行划分,又按主要诊断病种进行归类组合,这样就非常有利于对医疗单位诊治各种疾病的“CD 型率”做进一步分析。医疗单位 C 型率的高低,体现了诊治复杂疑难病例的能力;D 型病例的多少,反映了医疗单位专科技术水平和救治能力的高低。

一、重危病例率概念与计算方法

1. 重危病例率(CD 型率)的概念 所谓重危病例系指在病例分型中的复杂疑难病例(C 型)和复杂危重病例(D 型)在住院病例数中所占的百分比,即 CD 型率。

各专科对复杂疑难重危病人的确认不够统一,分类参照的指标也不尽相同。因此,它给医疗管理工作带来了一定难度。从词义上来理解,“重危”指病情严重而危险。这里的“重”是从病情轻重程度比较而言。与病情单纯的病例比较,其病情复杂、疑难,伴随疾病较多,治疗矛盾比较大,即称为“重”。“危”系指有生命危险的病例。

病例分型系对住院病例病情用模糊的概念进行划分。它除了直接指导临床医疗工作、或明示医生需要采取哪些必须的治疗技术措施外,更重要的是从医疗管理角度强化规范医务人员医疗行为。比如,在临床上要求医生根据病情报“病重”和报“病危”有两个目的:一是向同行或上级报告,病人的病情出现“严重”或“危险”的情况,要引起高度重视,注意密切观察病情,做好救治准备;二是向病人家属发出通知,告知病人的病情“严重”或可能危及生命,使家属与医院形成共识,能够配合医院采取的各项必要措施。在实际工作中,医生往往因为忽视了报告程序,以至病人的病情已经发生变化,没有察觉或没有报告,贻误救治时机,引起医疗纠纷。对于医院管理者来说,病例分型有利于及时掌握病情重危信息,以便实时提醒医生对病人的病情变化予以关注和重视。这样,可能会减少许多不必要的纠纷发生,更重要的是有助于及时处置,提高医疗质量。

2. CD 型率 计算公式:

$$\text{CD 型率} = (\text{C 型} + \text{D 型}) / \text{病例总数} \times 100\%$$

3. CD 型率对临床工作的指导作用 ①有利于病种诊疗质量的科学评价;②对评价医疗单位的医疗技术水平有参考作用;③对临床分析同病种疗效有参照作用;④对病种医疗成本的核算与控制有指导作用。如测定了 40 所医院主要病种 CD 型率,经过分析可看出

不同规模医院病种危重率有差异:大医院病种 CD 型率高于中等医院,中等医院高于小医院。但常见多发病中的 CD 型率,中等医院高于大医院(表 7-1)。

表 7-1 各类医院地方病例相同病种 CD 率比较

ICD-9	疾病名称	大医院		中等医院		小医院	
		病例数	CD 率(%)	病例数	CD 率(%)	病例数	CD 率(%)
401	特发性高血压	1 465	79.7	644	77.0	—	—
070	病毒性肝炎	1 904	19.3	869	18.2	158	6.4
162	气管肺恶性肿瘤	1 783	65.8	218	46.8	—	—
250	糖尿病	910	77.5	318	73.9	—	—
571	慢性肝病肝硬变	812	60.7	632	47.0	—	—
434	大脑动脉闭塞	1 617	74.3	915	67.4	—	—
722	椎间盘疾病	1 140	21.4	1 140	21.4	31	3.2
465	急性上呼吸道感染	1 150	17.2	895	28.6	368	11.3
414	慢性缺血性心脏病	855	68.8	620	86.3	71	45.0

二、重危病例率在管理中的意义

1. 体现医院整体医疗服务水平 重危病人多,不仅反映医院医疗工作的负荷重,更重要的是反映医院医疗服务水平。医院重危病人多,有以下几个原因:一是地域偏僻,交通不便,医院数量少,重危病人就近择医;二是区域内医院数量多,但某医疗单位医疗服务质量信誉好、知名度高,前去就诊的重危病人多;三是疑难、重危病人不受地区条件限制,想方设法寻找医疗服务质量高、条件较好的医院治疗。由此可见,医院技术水平和医疗服务质量是吸引重危病人的重要因素。所以,医院重危病例率的高低,可以从一个侧面反映出医院医疗技术水平状况。

2. 体现医院专科技术水平 在医院内,如果某专科有技术特色,就可能吸引更多的病人来就诊。除常见多发病的诊疗技术特色可以吸引病人,疑难杂症的处置有专长特色同样可以吸引病人。而疑难杂症病例多为 C 型病例,说明 C 型率高的科室,专科技术特色突出;D 型病例为抢救病例,D 型病例率高的科室技术水平相对比较高。反之,CD 型率较低的专科,单纯普通疾病占的比例大,所以普通医疗技术的应用比较普遍,相对高新技术的应用较少,技术水平的提高和专科技术的发展也受到一定影响。

3. 体现医院医疗工作管理状况 每个医院的 CD 型率是比较稳定的,在医院的硬件设施没有较大变动的前提下,相近年度的病例 CD 型率波动范围在 1%~2% 范围内,病例 CD 型率在某个医院的比例过高或过低,超出了可信值范围,就需要进行具体的调查分析。如果调查结果反映 CD 型率的高低与医疗单位的实际情况相符,则可以根据实际情况作出解释。如果 CD 型率的高低与医疗单位的实际情况不相符,则可能是医疗单位提供的基础数据不实,进一步追寻还可能发现深层的质量管理方面的问题。如病案首页数据不完整或漏填项目多,则 CD 型率可能偏低;医疗单位基础数据误填的较多,或某些规章制度

度执行不规范,即便 CD 型率高,也不能说明医疗单位的技术水平高,而只能反映出医院医疗质量管理方面存在问题较多。

4. 体现医院承担医疗任务的特点 比如在医院就诊的离退休人员较多,老年病人就多,医院的复杂危重病例比例就高。医疗卫生管理部门可以通过医院 CD 型病例所占比例情况,分析医院就诊病人结构,如果分析结果与医院承担医疗任务情况相符,有关数据就可信。如果与承担任务情况不符合,则有关数据的可信度就不高,需要从医院的基础管理或基础数据的录入环节分析查找原因。

5. 为医疗指标分析提供参考 在医疗指标分析中,如果不结合医院 CD 型率的情况分析,就缺乏评价意义和可比性。比如床位周转次数、治愈率、病死率、平均住院日、抢救成功率等都与收治病人的病情有关,重危病人多,则治愈率低;病人住院日短,病死率高或医院收治轻病人多都会体现床位周转次数多。D 型病例比例高,死亡病例数就多;B 型病例收治比例高,平均住院日会减少等等。如果管理者在医疗指标分析中不考虑病例分型提供的病例病情因素,面对许多指标,就很难对医院各科室的医疗工作进行客观的到位的管理和指导。由于具体指标不能表达明确的管理含义,指标导向性不强,误导的情况也会发生。比如强调缩短住院日,加快床位周转,临床可能会多收轻病人。强调提高治愈率,降低病死率,重危病人的收治就会受到影响。指标评价缺乏可比性,就不能充分调动医院内医务人员的工作积极性,管理的激励作用就要打折扣。

三、测定重危病例率可信值范围

1. CD 型率可信值范围的概念 在首次进行随机抽样的 40 所医院 50 万份病例分型大样本统计分析中发现:医院年度出院病人人数的多少,与医院规模有关。大、中、小不同规模医院之间的 CD 型率存在显著差异($P < 0.01$);相同规模医院之间的 CD 率及 3 个年度之间相互对比,均没有显著差异($P > 0.05$)。规模相同的综合医院(不含专科医院),CD 型率有基本稳定的数据范围。用 SPSS9.0 分析软件测定出这一区间值可称为“医院 CD 型率可信值参考范围”。

2. CD 型率可信值范围的作用和意义 测 CD 型率“可信值参考范围”可用于判别医院提供的基础数据是否在可信范围内,便于医疗卫生管理机构对可信值和超限值进行快速认定和提取,对超限数据的认定和分析可为医疗管理层及时发现基层医院情况提供咨询和帮助,对不可信数据的产生进行深入分析并提示深层管理问题,有利于医疗管理部门对医院管理工作加强指导和帮助。

3. 测定医院 CD 型率可信值参考范围的方法

(1) 资料概况

①资料来源:由某大单位卫生统计信息中心提供的 1996~1998 年共 760 个统计单位的病案首页资料。

②分类方法:按年度出院病人数划分医院规模。3 000 人以下为小医院;3 001~7 000 人为中等医院;7 001 人以上为大医院。

③应用软件:应用软件为 FoxPro 数据库软件研制开发的“病种病例分型质量费用管理系统”,统计分析软件为 SPSS 9.0。

④样本分布(表 7-2)

(2)测定结果:抽查 15 个大、中、小各类型医院病例首页样本,单位样本填写合格率平均 78%、最高 86%、最低 70%。因此,按百分位数法逐年确定各类型医院 CD 型率的参考范围:下限值为第 15 百分位数,上限值为第 85 百分位数。

①小医院 CD 型率可信值参考范围的测定(表 7-3)

表 7-2 1996~1998 年各类医院样本数分类

年度	小医院		中等医院		大医院		小 计	
	医院数	样本数	医院数	样本数	医院数	样本数	医院数	样本数
1996	76	141 135	105	516 028	72	705 506	253	1362669
1997	82	141 500	106	519 685	72	738 530	260	1399715
1998	73	120 333	100	493 118	74	811 328	247	1424779
合计	231	402 968	311	1 528 831	218	2 255 364	760	4 187 163

表 7-3 小医院 CD 型率可信值参考范围

年度	医院数	危重病例数	CD 型率(%)		CD 型率参考范围(%)	
			均数	标准差	下限	上限
1996	76	42 798	28.95	15.03	14.22	45.82
1997	82	44 229	28.96	15.86	14.25	45.97
1998	73	35 108	28.38	16.10	12.40	46.12
平均值	—	—	—	—	13.62	45.97

②中等医院 CD 型率可信值参考范围的测定(表 7-4)

表 7-4 中等医院 CD 型率可信值参考范围

年度	医院数	危重病例数	CD 型率(%)		CD 型率参考范围(%)	
			均数	标准差	下限	上限
1996	105	193 335	36.76	13.41	24.64	51.21
1997	106	197 127	37.60	14.12	25.23	49.12
1998	100	197 310	40.03	14.81	26.34	56.58
平均值	—	—	—	—	25.40	52.30

③大医院 CD 型率可信值参考范围的测定(表 7-5)

表 7-5 大医院 CD 型率可信值参考范围

年度	医院数	危重病例数	CD 型率(%)		CD 型率参考范围(%)	
			均数	标准差	下限	上限
1996	72	344 812	47.67	15.60	30.86	67.19
1997	72	368 091	48.36	14.71	32.69	65.74

年度	医院数	危重病例数	CD 型率(%)		CD 型率参考范围(%)	
			均数	标准差	下限	上限
1998	74	404 026	48.13	15.21	32.96	68.00
平均值	—	—	—	—	32.17	66.98

④各类医院 CD 型率可信值参考范围测定结果(表 7-6)

表 7-6 各类医院 CD 型率可信值参考范围(%)

医院规模	CD 型率均值	下限值	上限值
大	48.05	32.17	66.98
中	38.13	25.40	52.30
小	28.76	13.62	45.97

四、重危病例率超限值调查分析

采用 CD 型率可信值测定方法,进行 1998 年度 247 所医院病例分型的测试,发现有个别医院 CD 型率远远偏离同等规模医院 CD 型率的可信值参考范围。有 3 所小医院 CD 率比大医院上限值高;有 1 所大医院 CD 型率比小医院的下限值低;有 7 所小医院 CD 型率小于 10%。对这些 CD 型率与医院规模可信范围偏差较大的医院做了调查。通过调查分析,CD 型率偏离度的原因有以下几种情况:

1. 医院规模不大,但有多个特色专科,并在当地享有较高的知名度,重危病人较多。如新疆一所距乌鲁木齐市 500 公里的 200 床位医院,年收容病人达 6 200 余人,CD 型率达 85.22%,高于我们测试大医院的上限参考值。经调查该院烧伤整形和神经外科为特色专科,当地 80% 以上的专科病人来该院就诊,这两个专科危重病人占全院病人的 60% 以上。这是该院 CD 型率较高的主要原因。

2. 医院规模虽不大,但除有特色专科外,其承担的体系任务中老干部多,老年病多,重危病例高。如一所 330 床位的医院 CD 型率 82.66%,该院除矫形外科、脊柱外科、显微外科收治重病人较多外,还负责保障 16 个干休所的医疗任务,这是 CD 型率高的主要原因。

3. 因首页填写不规范或规章制度不落实,CD 型率测试结果偏高或偏低。如西北地区的一所中等规模医院,测试结果 CD 型率 72.54%,高于大医院 CD 型率的上限值。经调查该院重点专科骨科有 60 张床位,周转率并不高,无法解释 CD 型率高的原因。后来从该院统计员处了解到,该院手术后病人均入住 ICU 病房,首页中无此项目,2 000 多例手术病人均按特护标准收费。特护是判别危重病人的重要变量,因此,该院 CD 型率较高。还有一所大医院首页填写大部分有缺项和漏填的现象,因此该院虽是一所规模较大的总医院,但计算机测定该院 CD 型率仅为 24.9%,低于中等医院 CD 型率的下限值。

第二节 病例分型与医疗管理

一、病情分类与医疗处置方式

“病情”是疾病在病人机体上存在和演变综合体现,也是医务人员每天在病人身边巡诊、观察的主要内容。规范医生对病情的判断,有利于对医疗处置方式作出正确的抉择。医院管理人员熟悉和掌握病例分型方法,有利于在日常工作中更好地进行医疗管理协调、反馈和评价。为了避免管理者和医务人员对病例分型概念的混淆,需要进一步从3个方面来进行诊断、病情及转归的相关性分析。

1. 从医生角度分析病情与医疗处置方式的相关性 医生习惯于在接诊病人时考虑病人得什么病,给病人作出诊断,并依据第一诊断的疾病将病人收入相关专科治疗。对病人的病情判断,凭医生的经验和观察分析,很容易作出轻、重、缓、急的判定,如果医生判断是急症病人,会采取紧急措施处理;如果是危重的病人,会采取抢救的措施;如果是复杂疑难的病人,会很快组织会诊。这就是医生判断病情和医疗行为的相关性。医生对病情判断失误,往往会贻误诊疗时机,也是造成医疗纠纷的主要原因。

2. 从病人的角度分析病情与医疗转归的相关性 不同的病人虽第一诊断相同,但病情会有很大差异,如年龄、身体健康状况、发病时限、就诊时机、伴发疾病等都可能影响疾病的转归。不分析病情因素对治疗结果的影响,就无法解释患相同疾病但存在住院日长短不一、医疗费高低差距很大的原因。如果将病人病情与第一诊断疾病结合起来综合分析,评价治疗结果和医疗费用,更趋科学合理,也有说服力。

3. 从医学和管理不同角度分析转归与病情和诊断的相关性 从医学角度,临床医学专家要关注具体疾病诊断与病情的相关性,这样有利于分析病情、辨证施治、评估预后。而管理者要关注的是相同的第一诊断疾病为什么会出现不同的诊疗结果。如同样是诊断为肺炎的病人,为什么有的可以治愈出院、有的可能死亡。哪些结果与诊断和病情相关,哪些结果与诊断和病情无关。临床有的病例死亡,属于病情危重救治无效的正常死亡,有的属于医疗失误所致非正常死亡。凡与诊断和病情相关的属于自然的、正常的;否则就要从诊疗行为和其它方面分析原因。这就是管理者研究转归与疾病诊断和病情相关性的意义。管理者采取的对策是针对不同的病情,对医生医疗行为提出不同的规范要求;同时还要对医生采取的医疗行为进行评估,合理评价医生的检诊质量、效率、效益。

二、病情变化相关因素分析

病情变化的因素很多,从病人、医生、管理者不同的角度对病人病情变化相关因素的认识和原因分析,有助于抓住病情变化的关键环节,加强医疗管理,提高医疗质量。

1. 从病人角度分析

(1)病人从发病到就诊的时间:这段时间越长,病情变化越复杂。因为,病人没有采取控制疾病发展的措施,可能由于就诊不及时而致病情加重。

(2)病人的体质:病人的体质强,抵抗力强,病情变化不显著;反之,病人体质弱,则病情发展快,病情变化较显著。

(3)病人的耐受力:病人的耐受力强,则病情发展程度常被掩饰;故在就诊时病情严重程度与病人一般情况不符,往往病情已经比较严重,病人一般情况还较好。如果病人耐受力比较差,则往往病情并不严重,但病人一般情况却较差。

(4)病人的经济条件:病人经济条件较好的,往往身体一不舒服,就能够及时就诊,病情可能没有演变到严重程度,就得到了及时诊治。反之,病人经济条件较差,有病不及时就医,一拖再拖,往往就诊时病情已经发展到比较严重的程度。

(5)病人的医疗保障条件:医疗保障条件较好的病人,因为每年有例行体检,往往能够早期发现病症;反之,不可能每年进行体检,往往在病症发展到中晚期才到医院诊治,此类病人到医院就诊时病情一般较重。

(6)病人的文化程度:文化程度较高的病人,接受卫生知识宣传教育程度高,比没有医学常识的人更重视保健,一旦生病往往能及时就诊;反之,文化程度较低的人接受卫生保健知识有限,对一些早期症状往往不够重视,一旦症状明显时,往往病情已经比较严重。

总之,医生接诊病人时,要特别关注老年人、文化层次较低的人、生活条件较差的人、耐受力较强的人以及经济比较困难的人。因为,在患同样疾病的就诊人群中,这部分病人的病情往往相对较重。

2. 从医生角度分析

(1)有经验的医生分析病情变化,不仅注重临床体征,更注重病人的全身情况,对病情的判断有预示性;采取的救治措施往往是有备无患或有先见之明。

(2)年轻医生对病情的判断,往往关注病人的自觉反应,能对病情作实时性判断,只要随时观察病情,往往不会延误救治。

(3)缺乏经验、又忽视了重要体征的医生,一般只关注诊断,对病情的判断比较滞后,往往当出现病情变化时会措手不及。

总之,年轻医生既要学习诊断疾病,更要学会观察病情,管理者要采取措施,引导医生,关注病情变化。

3. 从管理角度分析

(1)疾病正常演变引起病情变化:由 C 型病例变为 D 型病例,病情逐渐加重,并且病情的变化符合疾病演变过程。

(2)发生医院感染引起病情变化:由 A、B 型病例变为 C 型病例的病人,病情逐渐变化或突然加重,首先要分析有无医院感染因素,要分析找出病情变化的原因,并能使病情的演变得到合理的解释。

(3)医疗工作失误引起病情变化:由 A、B、C 型病例变为 C、D 型病例。病情突然变化,病情变化与病人主要诊断以及伴随病症的疾病演变过程不符合。对此,要分析并找到出问题的医疗环节,并对病情变化的全部过程作出合理的解释。

总之,医院管理者要学会对病情变化作出科学分析。注意总结并关注可能导致病情非正常演变的环节,防患于未然。

三、病情评估在质量管理中的意义

医生接诊病人时,病情评估非常重要。通俗地说,病情评估就是判断病人病情轻重程度。病情评估要注意什么问题和需要怎样通过采集病史资料加以综合判断分析,这是高年资医师非常重视的问题,而年轻医生却容易对此忽视。根据问卷、现场测试等调查分析,医生判断病人的病情一般只需要简单询问一下病史,再观察一下病人的表情和体态,即可作出基本判断。笔者曾将不同资历的医生分成2组做试验,每组面对一个来诊的病人,分别对其病情(不考虑诊断)作出判断,反应最快、所用时间最短的是年轻医生,所用时间不到2秒钟;时间超过1分钟的是高年资医生,平均为8.06秒钟。要求按“四型三线”方法进行判断,组间判断结果基本一致。当然这个判断完全凭医生的经验,这个试验说明了几个问题:一是判断病情并不复杂,很容易掌握要点;二是病情判断要点可以凭医生经验来总结;三是资历高的医生判断病情自拟的参照点较多,因此所用时间较长;四是不论年轻医生还是资历高的医生,尽管判断所用时间长短不一,但其结果基本一致。通过这个试验可以看出,在通常情况下,医生对病情资料采集点的多少,对病情判断影响不是很大的。所以,很多医生不太钻研病情判断的“学问”。但具体分析年轻医生与高年资医生在判断病情中的时限差别,可以看出经验丰富些的医生判断病情比较慎重。医生判断病情方面的经验比较多,如:①被救护车送来的病人,多半是重危病人;②被单位同事送来的多半是猝发病人;③由家属陪同来的多半是慢性病人;④自己走来的多半是一般病人;⑤晚上来医院看病的很少是慢性病人等。当然,判断病情也有许多特殊情况。比如有一位自己来就诊的病人,自述过去有胃病史,这次在上班工作时,喝了一点酒后感到“胃疼”,因身边没有治胃病的药,所以就来医院“拿点胃药”。但医生从病人苍白的面孔和手捂上腹部的痛苦表情,判断病人的病情不像他自己描述的那样简单,医生一方面嘱咐病人躺下来休息,一方面给病人做心电图检查,结果发现病人是急性心肌梗死。经过急救,病人转危为安。

又如有个女病人,来门诊时说自己有慢性阑尾炎,经常右下腹痛。这次又发作了,想开点“消炎药”。医生在认真询问病史时,没有忘记问女病人的月经史,病人承认月经“不准”,医生在给这个病人做了B超检查后,确诊这个病人不是阑尾炎,而是“宫外孕”。

通过医生们的经验性描述可以看出,临床工作时间长的医生描述的病情“丰富多彩”。他们的经验总结是:看病最怕先入为主,只想搞清病人得的是什么病,又极易忽略了重要的体征。临床工作中发生的医疗纠纷和差错事故,属于疑难复杂危重病例的较少,反而常见多发病出现问题较多,原因就是医生忽视了病例病情的特殊性。

医生在对病情认真分析时,诊断疾病和判断病情同样重要。虽然判断病情并不很难掌握,但如果忽视了对病人病情的判断,可能会导致不规范的医疗行为。不规范的医疗行为会影响病人的预后,甚至危及病人的生命。医生的诊疗行为是根据自己的思维分析结果采取的。医生的思维判断能否正确,一是需要慎重,二是需要提示和引导。病例分型管理方法为正确分析病情、引导医生科学分析和思维判断,提供了新的管理思路和实际操作手段。

四、病例分型与疾病转归

1. 病例分型与疾病转归的相关性

(1)病例分型与疾病转归有内在关系:住院病人主要疾病演变过程是有规律的,结合病人的具体情况,对病人转归不难作出判断。如主要诊断是上呼吸道感染,分型是A型,转归“治愈”,这是符合疾病演变过程的。如果转归“死亡”,就不符合病情演变过程。如果同样诊断,分型是“C型”或“D型”,就可以作出解释,说明病人病情复杂,虽然是上呼吸道感染,但有很多伴随疾病,病情危重,就可能有生命危险。

(2)用病例分型分析判断转归的合理性:如果病例分型是B型,单纯急症病例,转归结果“未治”,说明医疗行为有严重缺陷;如果是“C型”,转归“未治”,可以解释疑难复杂病例,因技术问题未治,不属于医疗行为管理范畴;如果A型病例,转归“未治”,住院日很长,结算时医疗费很多,就不合理。因此,要重点分析主要诊断疾病“未治”,而伴随疾病治疗过程所用的医疗费较多的病例。这样的情况说明两点:一是主要诊断是否恰当值得商榷;二是医疗行为不规范。

(3)病例分型和转归与主要诊断和治疗方案的一致性:如治疗方案是手术,但主要诊断是内科疾病,这样就不一致。如果病例分型是D型,治疗方案中没有抢救治疗的有关措施,说明病例分型与治疗方案不一致。如果主要诊断是“癌症”,病例分型是C型,转归是“治愈”,也不符合逻辑。因为复杂疑难的癌症是很难治愈的。

(4)病例分型和转归反映主要诊断必然结果:病例分型和转归与主要诊断有必然的逻辑关系。如果转归与病例分型的逻辑关系不相符,说明其中必有问题。可能是主要诊断不够确切;也可能诊疗环节有不到位的问题;还可能有不规范的医疗行为。如诊断急性阑尾炎B型,转归结果“死亡”,就可能有医疗行为不当的问题;如果是CD型,则可以分析病人有其它严重的并发症导致病人死亡,而非医疗行为有差错。又如诊断肺心病C型,转归“好转”、“未愈”甚至“死亡”都有可能,如果“治愈”,倒不符合这种病的发展规律。

2. 病例分型与预后判断分析 病例分型有利于帮助医生对病情的分析判断,也有利于对疾病的转归情况进行科学分析和预测。从表7-7可看出某医院消化科512例病人的治愈率是45.31%,其中单纯急症病例治愈率为78.57%,而D型病例治愈率为7.69%。19个死亡病例均为D型病例。

表7-7 某医院消化科各型病例转归情况

病例分型	病例数	比例(%)	治愈数	治愈率(%)	好转数	好转率(%)	未愈数	死亡数
单纯普通(A)	102	19.92	46	45.10	51	50.00	2	0
单纯急症(B)	56	10.94	44	78.57	12	21.43	0	0
复杂疑难(C)	328	64.06	140	42.68	181	55.18	4	0
复杂危重(D)	26	5.08	2	7.69	5	19.23	0	19
合 计	512	100	232	45.31	249	48.63	6	19

通过病例分型对疾病转归进行预测,可以提示如下:

(1)单纯急症的 B 型病例治愈的可能性高,一般治愈好转能接近 100%,不应出现未愈病例或死亡病例;

(2)单纯普通 A 型病例,治愈好转率能达到 90% 以上,未愈病例不应超过 8%,不应出现死亡病例;

(3)复杂疑难 C 型病例,治愈率较 AB 型病例低,未愈病例可以超过 10%,住院期间病情变化可导致病人死亡;

(4)复杂危重 D 型病例,治愈好转率较低,一般不超过 30%,病死率较高。

第三节 病例分型与专科技术建设

一、病例分型与专科病种质量管理

1. 病种病例综合质量管理 各个专科技术水平是收治病种病例诊疗质量的重要保证。对专科病例分型分布情况的分析与评价,是专科技术管理的重要内容。单纯分析专科收治病例数的多少,单纯分析医疗指标,或单纯分析专科主要病种,都很难评价专科整体技术水平。专科技术水平综合分析是质量管理的重要内容,也是专科技术建设的一项重要内容。如依据重危病例(CD 型病例)比例高低,可以分析医疗技术的投入和卫生资源的消耗;依据医疗指标的治愈率和病例转归,结合病例分型,可以比较客观地评价病例医疗质量和病种诊疗技术方案;依据住院病例费用消耗情况,结合病例分型,可以评价病种病例医疗消费的合理性;依据病种病例医疗消费和转归情况的综合分析,可以测算病例医疗质量效益比,为筛选适宜医疗技术提供参考数据。某医院年收容病人 14 000 例,病种有 584 种,复杂疑难危重病人占 44.5%。现例举部分专科病种分析如下:①神经内科病种分析:收治病种 86 种,收治病人 878 例,CD 型病例率 51.37%。其中单纯普通病例 350 例,占该科收治病人数的 39.86%;单纯急症病例 77 例,占 8.77%;复杂疑难病例 369 例,占 42.03%;危重病例 82 例,占 9.34%。分析神经内科以收治复杂疑难病例和单纯普通病例为主。②神经外科病种病例结构分析:收治病人 679 例,有 57 个病种,CD 型率为 85.27%,其中 A 型 64 例,占病例总数的 9.43%,含有 27 个病种;B 型病例 36 例,占 5.3%,有 11 个病种;C 型病例 298 个,占 43.89%,有 39 个病种;D 型病例 281 个,占该科收治病例数的 41.38%,有 30 个病种。从以上病种病例结构分析,可看出神经外科收治复杂重危病例占大多数。③普外科病种病例结构分析:收容病人 1 358 例,共有 121 个病种,CD 型率占 53.46%,其中单纯普通 A 型病例 485 例,占收治病例数的 35.741%,含有病种 82 个;B 型病例 147 例,占 10.82%,有病种 33 个;C 型病例 676 例,占 49.78%,有病种 74 个;D 型病例 50 例,占收容数的 3.68%,含有 24 个病种。分析普外科以收治复杂疑难 C 型病例和单纯普通 A 型病例为主。

某医院心肾科高血压病例分型医疗费用情况见表 7-8。

表 7-8 某医院心肾科高血压病例分型医疗费用情况(元)

病例分型	例数	医药费 上限	药费上限	检查费上限	治疗费上限	日均医疗费	日均药费	日均治 疗费
均值		7 878	3 980	973	3 085	252	108	102
A 型	21	3 213	1 375	726	1 546	130	42	42
B 型	5	1 285	964	798	405	163	64	65
C 型	43	7 941	4 883	952	2 222	217	100	76
D 型	9	22 127	7 920	1 744	12 290	701	302	356

2. 病种病例质量管理的方法 病种病例质量管理,对优化病种质量标准、规范医疗处置方式、强化质量意识、提高诊疗技术水平有重要意义。专科病种病例质量管理不仅要包含常见病、多发病,还要包括疑难、危重病,这样才能提高专科整体医疗质量管理水平。病种病例质量管理的方法主要有:

(1)将专科收治病种按病例数排序:对主要病种的住院流程、诊治特点、转归状况等因素进行调查、分析,制定质控标准。以常见、多发的专科病种为主,统计平均住院日、平均医药费用;以疑难、危重病为主的病种中,制定质控标准,使病人的每一住院日都成为“有价值作业”的诊治流程,通过病例分型,较客观地反映每一类病种的严重程度,对预后、治疗难度、服务强度与资源消耗制定详细的实施方案。

(2)管控项目应能客观反映质量内涵:实行病种病例质量管理,进行病种质量评价,反映不同病种诊治中的难度,将治愈一个普通病种病例与治愈一个危重疑难病例的质量差异区分开来,就能较切实地反映了医务人员的医疗质量水平。

(3)实现数据引导实时控制管理:病种病例质量管理方法要长久坚持,取得管理成效,还要进一步优化管理手段。逐步从终末质量管理过渡到数据引导的实时管理。依靠人工检控的方法一是操作程序复杂,二是人为因素影响较多。管理人员将用过多的精力去检测和核查,时限性强的质量问题,往往又延迟反馈。所以,应用先进的数字化管理技术,是提高病种病例质量管理成效和信息化管理水平的关键。

二、专科技术发展基本要素管理

专科技术发展基本要素包括人、技术设备、信息、管理等,但主要是人——医务人员和病人。医务人员是技术的载体,病人是医务人员技术服务的对象。医务人员的专业水平、技术素质、掌握高新技术的能力(掌握仪器设备以及高新技术操作熟练程度等)构成了医院或专科的技术平台。对医务人员的技术培养,从研究专科疾病的有效治疗方法、改进技术保证措施、减轻病人痛苦、提高疗效、缩短住院日、降低医疗成本诸方面入手,都可以促进专科技术的发展。

1. 技术发展管理要素

- (1)引进先进技术,鼓励技术创新;
- (2)引进技术人才,提高人才素质;

- (3)分析病种病例结构,鼓励重危病人收治;
- (4)分析病种病例费用结构,降低药费含量,增加技术含量;
- (5)激励医务人员,挖掘技术潜力;
- (6)倡导优质、低耗、高效;
- (7)充分发挥仪器设备的技术效益。

2. 技术发展管理措施

- (1)明确发展总目标,达到人人皆知,具体目标责任到人;
- (2)安排人员进修和培训;
- (3)总结评价每个人的工作数量质量;
- (4)对 A 型住院日超长病例要加强质控(分析住院日超长的原因);
- (5)对 B 型病例加强入院初期阶段质控(分析前期措施是否得力);
- (6)对 C 型病例加强住院全程质控(分析主病与伴随疾病处理是否得当);
- (7)对 D 型病例注意病情转化期质控(分析病情转化的原因)。

3. 技术发展管理方式

(1)自我管理:提倡医生行为自控,采用提示管理手段,用数据引导约束,规范医疗行为;

(2)重点培养:选拔素质较好的技术苗子,送出培训,拜师带徒,重点培养,加强专科梯队建设;

(3)数据引导:采用历史数据,生成调节指标,作为参照值提示引导;

(4)质量反馈:定期分析病例分型数据,对照指标和排序讲评,选择重点问题分析,针对超限不合理的病例进行剖析。

4. 管理效果和标志

(1)改变病例构成:进行同期对比分析,病人数量呈上升趋势,CD 型率比例增高;

(2)病例费用降低:采用适宜技术,与病种同型病例比医疗费用降低;

(3)病人满意度提高:对出院病人满意度调查,进行对比,有所提高;

(4)费用结构合理:药费比例逐渐降低,检查费基本持平,治疗费合理提高;

(5)淘汰的技术增多:引进和开展新业务,新技术增多,陈旧的技术设备逐渐淘汰,且更新率加快;

(6)整体效益提高:设备利用率提高,人员绩效水平提高,社会信誉好并且经济效益提高。

5. 科室领导管理行为特征 可分为专业技术型、经验管理型、科学管理型等 3 类。

(1)专业技术型:重技术轻管理,落实医疗规章制度认真,医疗质量意识强、科研学术氛围浓,但不注重做人的思想工作,对效率和卫生经济意识比较淡薄。

(2)经验管理型:担任科室领导时间比较长,有比较丰富的工作经验,有一定的威信。对专业技术很重视,对医疗质量管理标准和医疗安全工作比较关注,满足于医疗工作正常运转,管理以求稳为主导思想,以经验性管理替代科学管理,质量效益观念比较陈旧。

(3)科学管理型:有较高的专业技术水平,善于学习和掌握先进的科学管理知识,重视以人为本的管理思想,能够运用科学管理知识和数据分析本科管理与建设,研究激励和调

动人的积极性。在质量管理中能够接受合理医疗消费的新观念,并采取有效措施主动控制不合理的医疗费用。现代管理意识和行为经济意识很强。

6. 提高管理功效的要素

(1)组织问题:科室领导不可能都是最优秀的,但应该是称职的,应力求正副主任的最佳搭配,产生最大管理合力和工作效能;

(2)重视培训问题:科室领导管理行为包含了领导行为,所以要求管理人员要有很强的事业心和良好的素质。管理科学随时代进步而发展,管理知识和管理技能培训必须是经常性的,不能一劳永逸。

(3)研究方法问题:管理效能低下的原因很多,研究并采用科学方法是提高管理功效一个重点。关键是要抓主要矛盾,在共性中找出个性,在一般中找出特殊,这样才能突出重点,抓住关键,见到实效。

7. 提高管理功效的方法

(1)组织调整:对不称职的管理人员要采取组织措施予以调整。

(2)知识培训:进行管理科学知识培训,是提高管理功效和科学管理水平的关键。设备是人操纵的,管理思想陈旧,人的积极性不能充分调动起来,先进的设备也难以发挥较大的效益。

(3)建立程序:程序就是步骤、方法和规则。软件程序有问题,就可能出现错误和运行不通。质量管理亦是如此,凡是医疗环节质量出现问题,必然是医疗工作程序上出现问题。

(4)分工协作:在明确职责的前提下,科室领导之间要配合默契,对待下属要避免有亲疏之分。

(5)定期评价:工作评价要用客观数据证明,以避免盲目性和随意性。评价都具有导向性,要注意不能使受表扬者感到孤立,也不能让受批评者感到无地自容或丧失信心。

(6)换位思考:要实现管理目标,首先要站在对方考虑问题。考虑对方的反应、感受、接受程度、反感程度、反感的原因、对利益影响及影响程度、缓和方法与缓和步骤等等。当把这一切想清楚的时候,就形成了比较完善的管理方案。换位思考是避免主观片面的一种有效方法。

(7)承担责任:提高管理功效要求科室领导要承担管理责任。有“职”无“责”的内在原因是责任心不强,外在原因是职责不清。职责不清的原因,是上级越俎代庖养成下级管理依赖思想,以致逐渐淡化了科室领导的工作责任心。

(8)激励创新:管理工作要避免墨守成规。管理与经济发展关系密切,人的思想行为随着经济发展步伐加快也会发生变化。固守一成不变的思想模式,就很难解决面临的复杂问题。管理手段和管理方法必须创新,才能适应发展变化的形势。鼓励管理思想和管理方法创新是现代医疗技术发展的保证。

(9)严格管理:“严格管理”并不仅指发生问题后的批评与处罚。“严格”体现在管理过程中,即运行过程的严密、执行标准的严谨、要求与回复的衔接、评价的客观和公正。

(10)量化管理:量化管理(quantitative management)是以前科学、定量的优点逐步替代以往的“经验管理”或“定性管理”。用数据说话,要成为科室领导管理的基本方法

三、病例分型与技术特色管理

1. 什么是专科技术特色 所谓专科技术特色系指某一专科技术在当地具有领先地位,在专科疾病检查、诊断、治疗技术上有独特之处。形象地讲是 12 个字:“人无我有,人有我特,人特我精。”病例是专科技术的载体,它能反映医疗技术效益的优劣。病例分型管理可以从 4 个方面来体现专科技术特色:

(1)对常见病(A型),要在降低医疗成本上形成优势,可以吸引更多的病人。常见多发病在诊断治疗方面已经形成常规,突破的可能性不大,对这部分疾病的诊疗以实现质优价廉为重点;病人对这些疾病的诊疗,主要侧重医疗成本的对比,所以管理重点应该在降低医疗成本上下工夫。

(2)对急症(B型)病人,要在提高效率上下工夫。一是缩短术前住院日;二是缩短平均住院日;对这部分病人多收快治,也能形成专科优势。

(3)对复杂疑难病(C型),要在诊断治疗上有突破,一个专科哪怕只有 1~2 种疑难病的诊断治疗有独到之处,即可形成专科特色。对这一类型的疾病不可求种类多,要求种类少、数量多。即一个科室 C 型病例种类越少,数量越多,专科特色越显著;反之,即便 C 型病例在科室所占比例较高,也不能形成专科特色。

(4)对危重病(D型),要在抢救成功率上有所突破。抢救成功率越高,技术优势越显著。

2. 筛选特色病种的方法

(1)分析本专科一定时期内收治的病种病例。选择本专科常见病、多发病,病种覆盖面要占本科病例的 50%~55%。其中疑难病种,约占本科住院病例数的 15%~20%;心肺脑复苏的危重病种,约占住院病例数的 5%~8%;常见多发病,应占住院病例数的 30%以上。较少的病种,不列入病种质量管理范畴。

(2)按病种病例数降序排列,选择前 10 种确定为本科常见多发病。从近 3 年排序前 10 位的病种中选 3 年连续出现的相同病种,将这些病种 3 年病例数分别累加后再进行排序;将排序情况与最近 1 年排序对比(剔除与最近 1 年不相同的病种);参照最近 1 年病种病例数降序排列情况,依次选出本科的特色病种。实际筛选特色病种的步骤是:①筛选病种:选连续 3 年病例数多的病种,可按病种病例数降序排列:第一年前 10 位病种是:A、B、C、D、E、F、G、H、I、J;第二年前 10 位病种是:B、A、C、D、E、I、G、N、M、S;第三年前 10 位病种是:B、A、D、C、F、E、M、L、Y、S。②剔除病种:凡不是连续 3 年出现的病例数较多的病种均须剔除:如剔除 F、G、M、N、S、I、J、L、Y、H。③按病例数排序:将 3 年连续出现的相同病种病例数累加后,按降序排列,即 $B > A > C > D > E$ 。④确定特色病种:参考最近 1 年的病种排序,确定特色病种。如选择 B、A、C、D 作为特色病种(剔除 E 的原因是从最近 1 年病种排序情况分析,E 的病例数呈下降趋势,故不作为本科特色病种。(以上举例说明所用英文大写字母仅作为某个病种名称的代表,用于说明方法,没有其它含义。)

(3)分别选择特色病种中的 B 型病例,统计这些病种的平均住院日和术前平均住院日,然后设定这些病种的效率目标值,作为努力方向。

(4)分别选择特色病种中的 C 型病例,然后将治愈率高的病种排在前面,分析筛选在

治疗方法上有可能突破的病种,并研究治疗方法的突破点。

(5)分别选择特色病种中的D型病例,然后将好转率高的病种排在前面,分析筛选在抢救成功率上有可能突破的病种,应研究抢救措施的突破点。

3. 制定达标方案 在综合分析筛选专科特色病种的基础上,研究制定每个病种的具体达标方案,确定目标值。使全科人员明确目标,熟悉操作方案,有目的地收治这些病种。定期总结技术达标进展情况,修订措施。每年筛选1次,每1次都要将排在后1位的病种剔除。因为这些病种不会形成专科特色,不能作为下1年度的目标。经过2~3年的持续努力和剔选,最后剩下3~4个病种。从这些病种的诊断治疗方法上形成本院、本专科的特色。它不仅能够吸引更多的病人,医院和专科的技术特色将逐渐形成。

第四节 病例分型与医疗行为规范

各项医疗管理活动中,人的行为规范是管理工作的核心。病例分型管理对规范医疗技术行为起到积极作用。下面从理论到实践探讨规范医疗行为的思路、方法和途径。

一、行为学原理

1. 人类行为基本概念 行为是人类日常生活中所表现的一切动作。

关于人类行为的定义,心理学家克特,勒温曾写成如下公式: $B = F(P \cdot E)$

式中:B—行为;P—一个人内在心理因素;E—外界环境的影响(自然、社会)。上式表示行为(B)是个人(P)与环境(E)交互作用所发生的函数或结果。

人类行为共同特征:一是发生的行为:即指人类的行为是自动发生的而不是被动的。外力可能影响他的行为,但无法引发其行为,外在的权力、命令无法使一个人产生真正的效忠行为。二是有原因的行为:即指任何一种行为的产生都是有其起因的。遗传和环境可能是影响行为的因素,同时外在条件亦可能影响内在的动机。三是有目的的行为:即指人类的行为不是盲目的,它不但有起因而是有目标的。有时候在别人看来是不合理的行为,对他本人来说却是合乎目标的。四是持久性的行为:系指行为指向目标,目标没有达成之前,行为是不会终止的。也许会改变行为的方式,或由外显行为转为潜在行为,但它还是继续不断地向目标前进。五是可改变的行为:即指人类为了谋求目标的达成,不但要常变换其手段,而且其行为也是可以经过学习或训练而改变的,人是具有可塑性的。

人的行为的基本单元是动作。所有的行为都是由连串的动作所组成的。比如:医疗行为包括接诊、问病史、查体、化验、开处方、抢救、手术、急诊、会诊等医疗活动。管理的重要任务之一,就是要了解、预测与控制一个人在什么时候可能从事什么动作(动作的发生);同时要了解是什么动机或需要能在某一特定时间唤起某个动作或引导其采取某个动作。

2. 行为的规范 所谓行为规范,是指人们行为的标准或规则。法规就是规范行为的标准。所谓法的规范性,是指法所具有的规定人们的行为模式和指导人们行为的性质。法所规定的行为模式包括3种:①人们可以怎样行为(可为模式);②人们不得怎样行为