

2008 版医院管理评价指南
2008 年医院管理年重点工作
质量管理 参考资料

Manual of Single Disease Quality Management

单病种质量管理手册

1.0版

卫生部医政司指导·中国医院协会编



科学技术文献出版社

中国质量万里行
中国消费者协会
中国医药质量管理协会

中国医药质量管理协会 中国消费者协会 中国质量万里行 联合发布

单病种质量管理手册

1.0版

中国医药质量管理协会 中国消费者协会 中国质量万里行 联合发布

中国医药质量管理协会 中国消费者协会 中国质量万里行 联合发布

2008 版医院管理评价指南
2008 年医院管理年重点工作
质量管理 参考资料

单病种质量管理手册

(1.0 版)

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

单病种质量管理手册:1.0 版/卫生部医政司指导·中国医院协会编.-北京:科学技术文献出版社,2009.1(重印)

ISBN 978-7-5023-6183-9

I. 单… II. 卫… III. 疾病-诊疗-手册 IV. R4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 166104 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话 (010)51501739

图书发行部电话 (010)51501720,(010)51501722(传真)

邮 购 部 电 话 (010)51501729

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail:stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 张金水

责 任 编 辑 张金水

责 任 校 对 赵文珍

责 任 出 版 王杰馨

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 北京高迪印刷有限公司

版 (印) 次 2009 年 1 月第 1 版第 2 次印刷

开 本 787×1092 16 开

字 数 261 千

印 张 15

印 数 8001~14000 册

定 价 30.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

序言一

医疗质量管理是医院工作的核心和永恒主题,是一个不断完善和持续改进的过程。为了加强医院管理,提高医疗质量,保障医疗安全,2008年医院管理年活动重点是按照我部《医院管理评价指南(2008版)》(以下简称《指南》)和《2008年—2010年“以病人为中心,以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动方案》有关要求,开展医院管理评价工作;活动目标是逐步建立和完善我国医院管理评价指标体系,探索建立医院管理评价制度和医院管理长效机制。

医院医疗服务质量管理是医院管理的核心内容之一,是以医疗服务过程的质量管理为基础的一项综合管理,医疗服务过程的质量定义为规范行为。为进一步提高我国医疗质量,提升医疗质量评价水平,强化医疗质量监管,结合我国医疗质量管理实际情况,借鉴国际上相同领域的先进经验,2008年将“六项单病种质量控制指标”作为医院管理年的重点工作之一,即是发病率和病死率较高的四个病种,急性心肌梗死、心力衰竭、社区获得性肺炎、缺血性卒中(脑梗死),以及两项手术“髋与膝关节置换术、冠状动脉旁路移植术”。通过评价病种诊疗过程的质量管理措施,开展横向对比、分析,并运用医院内外的信息资源,共同分享病种质量管理的先进经验,最终达到持续改进医疗质量、提升医疗服务水平的目的。

中国医院协会评价评估部在卫生部医政司指导与支持下,邀请专家及时编写了《单病种质量管理手册》1.0版,书中对每一个单病种的每一项质量控制指标的解释与计算公式、质量信息输入、评价分析流程都进行了介绍。目的是促进加深对单病种质量控制指标内涵的理解和应用,有力配合医院管理年的活动。

同时由卫生部医政司主办,中国医院协会承办的《单病种质量报告系统》即将开通,实现“六项单病种质量控制指标”网上直报,定期为参加网上直报的医院提供“单病种质量”与专家点评的信息。

希望各级卫生行政部门和医疗机构能够积极参加和利用评价系统这个交流平台,为建立我国医疗质量科学评价系统共同做出努力。

卫生部医政司 张宗久

二〇〇八年十月

序言二

卫生部卫医发(2008)27号《医院管理评价指南 2008 版》和卫生部卫医发(2008)28号《2008 年—2010 年“以病人为中心,以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动方案》文件中都将开展“单病种质量监控管理”作为医院管理年活动的重点工作。

中国医院协会(原中华医院管理学会)受卫生部医政司及北京市卫生局委托,自 2000 年起对北京地区部分三级甲等医院进行定期检查,至今已经历时八年。检查内容与项目几经修改完善,充分体现以“质量、安全、服务、管理、绩效”为主题,以“医疗质量、病人安全管理和持续改进”为核心。

中国医院协会学习借鉴国际上先进的质量管理模式与理念,结合对医院定期检查积累的经验,从 2006 年开始尝试我国单病种医疗质量管理的新模式,旨在通过选择代表医院医疗核心质量管理和监控的部分病种,促进医院整体医疗安全、医疗质量、医疗工作效率及费用控制等医疗管理综合水平的提高。由于目前我国针对单病种的质量管理只是刚刚起步,所设立指标还很不稳定,还要在质量管理的实践中,结合我国的具体国情,以规范临床诊疗行为为基点,以降低医疗服务成本、提高工作效率为目的,选择一些有特异性(不受政策及区域的影响,仅反映医疗质量)、普遍性(不论医院大小、类型)、代表性(每个指标均可反映某一方面的主要运行情况)、可操作性(可通过管理系统获得支持)的病种,经过长期观测和追踪,真正能够体现我国医疗机构质量管理和持续改进的综合水平。单病种选择和确立,依靠不断提高的诊断技术、规范的临床治疗、明确的临床路径及循证医学、流行病学和管理学理论支持。

在卫生部医政司的指导和支持下,2007 年在上年度单病种质量指标基础上,

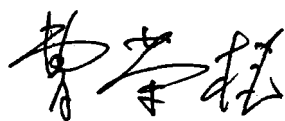
邀请专家讨论进行完善,拟定了急性心肌梗死、心力衰竭、社区获得性肺炎、缺血性卒中(脑梗死)四个病种,两项手术“髌与膝关节置换术、冠状动脉旁路移植术”的过程质量为主的评价标准(试行),将结构质量、过程质量、结果质量三者连贯进行,将医疗过程中的质量评价放在首位,用以评价临床医疗行为是否规范。运用该评价标准,对北京地区 16 所三级甲等医院进行再行试评,初步展现了各医院在同一层次上横向比较结果。为大型医院/三级甲等医院的质量监管提供了一个新的途径。

2008 年卫生部正式发布了“急性心肌梗死、心力衰竭、社区获得性肺炎、缺血性卒中、髌与膝关节置换术、冠状动脉旁路移植术”单病种质量控制指标,其目的在于规范临床诊疗行为,完善服务流程,促进临床服务质量管理的持续改进。

中国医院协会评价评估部邀请专家编写了《单病种质量管理手册》1.0 版,书中对每个单病种的每一项质量控制指标的解释与计算公式、质量信息输入、评价分析流程都进行了系统阐述,以利于医院的质量管理工作者加深对单病种质量控制指标内涵的理解,并付诸实践,为逐步建立和完善我国医院管理评价指标体系、探索建立医院管理评价制度和医院管理长效机制奠定基础。

单病种质量管理工作刚刚起步,尽管我们做了很大努力,但由于水平和时间所限,仍然会有不少疏漏和不当之处,欢迎读者批评指正。

中国医院协会会长



二〇〇八年十月

前 言

卫生部卫医发(2008)27号《医院管理评价指南 2008 版》和卫生部卫医发(2008)28号《2008 年—2010 年“以病人为中心,以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动方案》文件中,都将开展“急性心肌梗死、心力衰竭、社区获得性肺炎、缺血性卒中(脑梗死)、髋与膝关节置换术、冠状动脉旁路移植术”六个“单病种质量监控管理”列入重点工作。

中国医院协会(原中华医院管理学会)受卫生部医政司委托,自 2000 年起对北京地区部分三级甲等医院进行定期评价工作,以“质量、安全、服务、管理、绩效”为主题,以“医疗质量、病人安全管理和持续改进”为核心,以《医院管理评价指南》为依据,至今已经历时八年,检查内容及项目历经修改与完善,医院单病种质量评价工作大致经历了三个阶段。

2000—2002 年以传统质量指标,即床位使用率、周转率、平均住院日、治愈好转率、死亡率和单病种的平均费用等。在执行过程中发现:由于各医院的服务方式、技术与设备条件、服务对象、诊疗方法等方面差距甚大,很难用这些结果质量指标来评价医院。

2003—2005 年在上述单病种质量指标基础上增加了切口愈合率、择期手术前住院日、死亡率等,评价方式仍然停留在结果质量的阶段,很难深入到诊疗的过程(环节)质量评价。

2006 年在卫生部医政司的指导和支持下,深入学习国际上质量管理先进理念与方法,开始增设医院单项感染质量指标、ICU 质量指标,并且根据我国住院病人疾病种类特点,选择危害大、医疗资源消耗较多、可体现医院总体管理水平的、常见的、多发的“急性心肌梗死、社区获得性肺炎、髋与膝关节置换”三个病种的过程质量评

价标准,并在北京地区 10 余家三级甲等医院进行试点,获得大量质量基础信息。

2007 年在单病种质量指标试点评价的基础上,经过专家反复论证,最终选定出四个病种“急性心肌梗死、心力衰竭、社区获得性肺炎、缺血性卒中”、两项手术“髌与膝关节置换术、冠状动脉旁路移植术”的过程质量为主的评价标准(试行),进行再行试评,初步展现了各医院在同一层次上横向比较结果。单病种质量指标试点评价得到卫生部医政司的重视与认可。

为了进一步落实此项工作,经卫生部医政司同意组建的“急性心肌梗死、心力衰竭、社区获得性肺炎、缺血性卒中、髌与膝关节置换术、冠状动脉旁路移植术”六个单病种质量控制专家组已经完成,今后我们将通过专家组的检查 and 实践,不断地总结、修整与完善。为逐步建立和完善我国医院管理评价指标体系,探索建立医院管理评价制度和医院质量管理长效机制做一些有益的工作。

中国医院协会评价评估部在卫生部医政司指导与支持下,邀请专家编写了《单病种质量管理手册》1.0 版,为了加深对单病种质量控制指标内涵的理解和应用,书中对每一个单病种的每一项质量控制指标的解释与计算公式、质量信息输入、评价分析流程都进行了系统阐述。同时由卫生部医政司主办,中国医院协会承办的《单病种质量报告系统》也即将开通,实现网上直报,并定期为参加网上直报的医院提供“单病种质量”与专家点评的信息。

在此首先要对卫生部医政司王羽司长、张宗久副司长、周军副司长、赵明钢处长、郭燕红处长、焦雅辉副处长、陈虎等的帮助与指导表示诚挚地感谢!同时要对中国医学科学院北京阜外医院副院长杨跃进教授、北京天坛医院副院长王拥军教授等众多医疗、护理方面专家给予的全力支持和积极参与表示诚挚地感谢!

单病种质量管理工作刚刚起步,尽管我们做了很大努力,但由于水平和时间所限,仍然会有不少疏漏和不当之处,欢迎读者批评指正。

中国医院协会评价评估部 王吉善 张振伟
北京大学医学部医院管理处 李 岩
二〇〇八年九月

目 录

第一章 急性心肌梗死(AMI)	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 急性心肌梗死(AMI)质量控制指标	(2)
第三节 质量控制指标之解释与计算公式	(2)
第四节 质量指标评价与分析流程	(26)
第二章 心力衰竭(HF)	(38)
第一节 概述	(38)
第二节 心力衰竭(HF)质量控制指标	(39)
第三节 质量控制指标之解释与计算公式	(39)
第四节 质量指标评价与分析流程	(58)
第五节 《慢性心力衰竭诊断治疗指南》摘录	(68)
第三章 住院社区获得性肺炎(CAP)	(77)
第一节 概述	(77)
第二节 住院(成人)社区获得性肺炎(CAP)质量控制指标	(78)
第三节 质量控制指标之解释与计算公式	(78)
第四节 质量指标评价与分析流程	(94)
第五节 《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》摘录	(111)
第四章 缺血性卒中/脑梗死	(120)
第一节 概述	(120)
第二节 缺血性卒中/脑梗死质量控制指标	(121)
第三节 质量控制指标之解释与计算公式	(121)
第四节 质量指标评价与分析流程	(137)
第五节 量表	(153)

第五章 髌、膝关节置换术	(158)
第一节 概述	(158)
第二节 髌、膝关节置换术质量控制指标	(158)
第三节 质量控制指标之解释与计算公式	(159)
第四节 质量指标评价与分析流程	(172)
第六章 冠状动脉旁路移植术(CABG)	(185)
第一节 概述	(185)
第二节 冠状动脉旁路移植术(CABG)质量控制指标	(186)
第三节 质量控制指标之解释与计算公式	(186)
第四节 质量指标评价与分析流程	(196)
第七章 医院自我评价试用表	(206)
第八章 “单病种质量报告系统”网上直报简介与专家组成员名单	(219)
附录 中英文缩写对照	(224)

第一章

急性心肌梗死(AMI)

第一节 概 述

“急性心肌梗死(AMI)质量控制”在卫生部卫医发(2008)27号《医院管理评价指南 2008 版》和卫生部卫医发(2008)28号《2008 年—2010 年“以病人为中心,以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动方案》文件中被列为重点工作之一。

急性心肌梗死(AMI)质量控制指标,是以规范临床诊疗行为,促进临床服务质量管理的持续改进为目的。

急性心肌梗死(AMI)是指由于冠状动脉急性狭窄或闭塞,供血持续减少或终止,所产生的心肌严重缺血和坏死。AMI 在中、老年多发,男性多于女性,亦可见于青年人;而且起病急,发病凶险,死亡率高,预后差,是冠心病极具危重的表现类型。AMI 发病后 6 小时内若不能有效地使梗死相关冠脉再通,则大面积($>40\%$)梗死者多会并发泵衰竭,包括心源性休克和左心功能衰竭。

据卫生部统计公报资料显示:在卫生部门城市医院住院病人前 10 位疾病(ICD-10)构成中,缺血性心脏病(Ischaemic Heart Disease)2006 年为第 10 位,构成 3.03%,2007 年上升为第 8 位,构成 4.06%;在 2007 年部分市县前 10 位疾病死亡专率及死因构成中,心脏病为第 3 位,死亡专率 100.61/100 000,构成 16.29%。是危害公众健康的常见病和多发病。

《医院管理评价指南》2008 版及 2008 年医院管理年活动方案的重点工作中要求:建立急诊“绿色通道”,科间紧密协作。建立与医院功能任务相适应的重点病种(创伤、急性心肌梗死、心力衰竭、脑卒中等)急诊服务流程与规范,保障患者获得连贯医疗服务。

AMI 质量控制指标解释与分析、计算公式、信息分析流程,主要根据国内外 AMI 诊疗指南和质量评价标准,以及历年北京地区部分三级甲等医院进行定期评价的资料,并结合我国具体情况,详述如下。

第二节 急性心肌梗死(AMI)质量控制指标

一、到达医院后即刻使用阿司匹林(有禁忌者应给予氯吡格雷)。

二、实施左心室功能评价。

三、再灌注治疗(仅适用于 ST 段抬高型心肌梗死[STEMI])。

1. 到院 30 分钟内实施溶栓治疗；

2. 到院 90 分钟内实施经皮冠状动脉介入(PCI)治疗；

3. 需要急诊 PCI 患者,但本院无条件实施时,须转院。

四、到达医院后即刻使用 β -阻滞剂(无禁忌证者)。

五、住院期间使用阿司匹林、 β -阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂/血管紧张素 II 受体拮抗剂(ACEI/ARB)、他汀类药物有明示(无禁忌证者)。

六、出院时继续使用阿司匹林、 β -阻滞剂、ACEI/ARB、他汀类药物有明示(无禁忌证者)。

七、为患者提供 AMI 健康教育。

八、平均住院日/住院费用。

第三节 质量控制指标之解释与计算公式

一、急性心肌梗死(AMI)质量控制指标的实施目标

1. 急诊科对拟诊 AMI 的患者应尽力争取在 10 分钟内完成心电图临床检查,即常规描记 12 导联心电图(疑下后壁心梗的患者,必要时应 18 导联心电图,即常规 12 导联加“V7~V9、V3R~V5R”)并进行分析。

2. 对诊断 STEMI 有适应证的患者在就诊后 30 分钟内开始溶栓治疗或 90 分钟内开始直接急诊经皮冠脉腔内成形术(PTCA)。

二、基本信息

住院号/急诊号/门诊号

到达急诊/门诊的时间(时、分)

患者居住地距离医院路程

1. 距医院 5km/或 10 分钟路程；

2. 距医院 10km/或 20 分钟路程；

3. 距医院 10km 以上/或 20 分钟以上路程；

4. 院内临床科室转来。

既往史:有无胸痛/冠心病史。

费用支付方式:社会保险、个人自负。

三、评价病例的 ICD-10 编码

急性心肌梗死(AMI)溶栓治疗(ICD-10)I21.0-I21.3,
导管介入(ICD-9-CM-3)

36.01 单支血管经皮腔内冠脉成形术,未使用溶栓;

36.02 单支血管经皮腔内冠脉成形术,使用溶栓;

36.04 由冠状动脉内血栓溶解剂直接由冠状动脉注射、输注或导管插入;

36.05 多支冠脉球囊血管成形术;

36.06 非药物洗脱冠脉支架置入;

36.07 药物洗脱冠脉支架置入。

参 考 资 料

1. 医院管理评价指南 2008 版. 卫生部卫医发(2008)27 号文件.
2. 2008—2010 年“以病人为中心,以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动方案. 卫生部卫医发(2008)28 号文件.
3. 急性心肌梗死诊断和治疗指南. 中华医学会心血管病学分会. 2001.
4. ST 段抬高心梗治疗指南. 美国心脏病学会(ACC)/美国心脏学会(AHA). 2004.
5. 质量手册. 2.4b 版、2.5 版. 美国医院联合评审委员会(JCAHO). 2008.
6. CMS 中心/国家医院质量激励示范(HQID)项目概述及一年调查结果. 美国 CMS 中心/医院联合评审委员会(JCAHO). 2006 年 4 月.
7. ST 段抬高心梗治疗指南(更新版). 美国心脏病学会(ACC)/美国心脏学会(AHA). 2007.
8. 阜外心血管内科手册. 杨跃进, 华伟. 北京:人民卫生出版社, 2006(1)P123.
9. 心血管疾病介入诊疗技术管理规范. 国家卫生部 卫医发[2007]222 号.

冠心病急性心肌梗死(AMI)质量控制指标-1

指标代码:AMI-1。

指标名称:到达医院后即刻使用阿司匹林(有禁忌者应给予氯吡格雷)。

对象选择:全部住院治疗的冠心病急性心肌梗死(AMI)患者。

设置理由

1. 冠状动脉内斑块破裂诱发局部血栓形成是导致 AMI 的主要原因。在急性血栓形成中血小板活化起着十分重要的作用,抗血小板治疗已成为 AMI 的常规治疗,溶栓前即应使用。阿司匹林、氯吡格雷或(和)噻氯匹定是目前临床上常用的抗血小板药物。

2. 阿司匹林:在出现 STEMI 之前没有服用过阿司匹林的病人,必须咀嚼服用阿司匹林。首次剂量应为 162mg(Ⅰ类推荐,证据级别:A)至 325mg(Ⅰ类推荐,证据级别:C),一般使用 300mg。虽然一些临床试验在最初给药时使用的是肠衣阿司匹林,但非肠衣阿司匹林剂型可以在口腔中更快吸收。

3. 发生 STEMI 后不管是否接受再灌注治疗,除口服阿司匹林以外,每天加服氯吡格雷 75mg(Ⅰ类推荐,证据水平:A),氯吡格雷的治疗时间至少为 14 天(Ⅰ类推荐,证据水平:B)。

指标类型:过程质量。

表达方式:比率提高。

信息采集:追溯性调查急诊病历与住院病历中相关信息。

分子:到院即刻使用的例数。

病例范围:全部。

除外病例:阿司匹林禁忌。

1. 阿司匹林过敏。
2. 到达医院时或到达医院后 24 小时内活动性出血。
3. 华法林或 Coumadin 作为预防用药。
4. 医师记录显示不给予阿司匹林的其他原因。

信息要点:到达医院后,在心电图确认为冠心病急性心肌梗死(AMI)之后立即使用阿司匹林,除阿司匹林禁忌者外(目标 10 分钟之内),给予所有患者嚼服阿司匹林 300mg;住院之后 100mg/d;对有阿司匹林禁忌及消化性溃疡、消化道出血者,立即给予氯吡格雷 300mg 嚼服,次日 75mg/d;或其他具有同类疗效的药物。

分母:全部 AMI 无阿司匹林禁忌证的住院例数。

病例范围

全部是以 AMI 作为第一诊断的患者病例。

年满 18 岁及以上的全部 AMI 住院病例。

除外病例

住院 24 小时内出院的病例。

住院 24 小时内死亡的病例。

