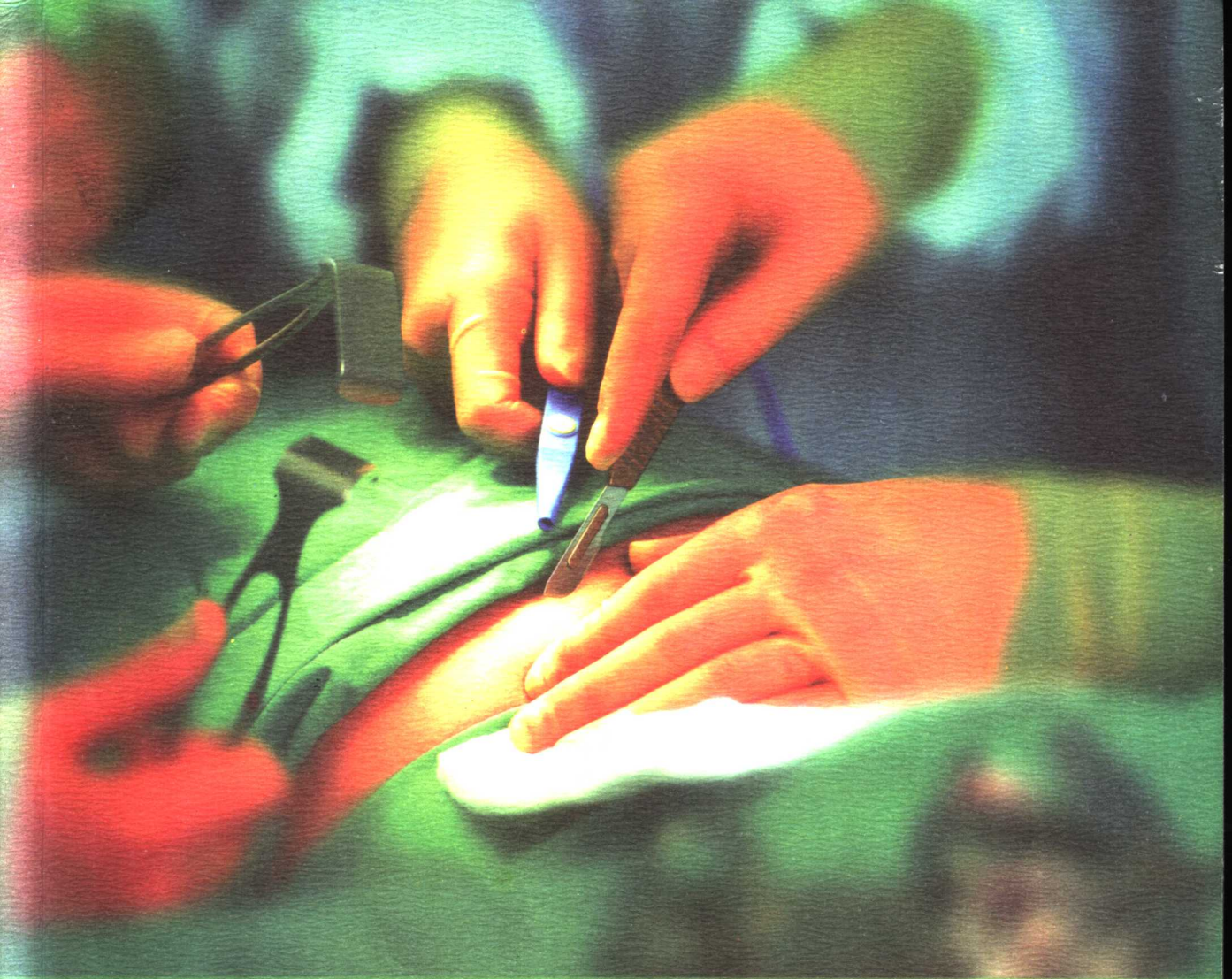




YIYUAN LINCHUANG LUJING GUANLI

医院临床路径管理

- 主 编 王天朝 吴昆华 郭 强
- 副主编 张有刚 唐建中 梁志松 刘云丽

云南出版集团公司
云南科技出版社



YIYUAN LINCHUANG LUJING GUANLI

医院临床路径管理

- 主 编 王天朝 吴昆华 郭 强
- 副主编 张有刚 唐建中 梁志松 刘云丽

云南出版集团公司
云南科技出版社
· 昆明 ·

图书在版编目(CIP)数据

医院临床路径管理 / 王天朝, 吴昆华, 郭强编. — 昆明: 云南科技出版社, 2006.2

ISBN 7-5416-2308-3

I. 医... II. ①王...②吴...③郭... III. 医院-管理-经验-昆明市 IV. R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 012486 号

云南出版集团公司

云南科技出版社出版发行

(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码: 650034)

云南福保东陆印刷股份有限公司印刷 全国新华书店经销

开本: 889mm×1194mm 1/16 印张: 14.25 字数: 270 千字

2006 年 3 月第 1 版 2006 年 3 月第 1 次印刷

印数: 1~3000 定价: 45.00 元

医院临床路径管理

主 编 王天朝 吴昆华 郭 强

副主编 张有刚 唐建中 梁志松 刘云丽

编 委 杨云昆 江晓云 徐 谦 李建军 刘乔保 黄元德
刘玉明 王 平 章时彦 王湘虹 吉爱华 李艳华
黄春涛 金丽芬 冯 雁 高志学 潘 华 莫一我
沈晓梅 黄祖佑 章晓梅 薛元明 蔡春春 焦存仙
陈利馨 范 红 丁 里 刘 伟 张金黎 贾 玲
肖民辉 周乐今 范 洁 冯 丽 李永生 王昆华
李 利 赵建华 梅 妍 曹 萍 李 芹 张振勇
李洪荣 王彦昆 朱 军 赵 毅 杨昆宪 王 田
寿 涛 张 霓 杨同华 汤春辉 杨 雷 倪宁华

序 言

20 世纪 80 年代以来,世界上许多国家的医疗保健体系都经历了或正在面临着许多挑战。一方面,由于卫生服务技术和手段的丰富、疾病构成变化和人口老龄化带来的诸多问题、医疗保健需求不断增加、新药物及昂贵的高科技检查的使用等都使得医疗费用支出迅猛上涨;另一方面,不同医疗保健工作者、医院和地区之间所提供的服务存在着巨大的差异,其中有很大一部分原因可归结为不合理的医疗保健服务,它们包括因种种原因病人得不到应有的服务或服务过度、滥用各种卫生资源等等。面对这些挑战,一些国家积极寻找控制卫生费用的解决方法,如诊断关联组(Diagnosis related groups, DRGs)和按病种付费(Case-mix funding)方法的实施,使医疗费用增长的势头得到趋缓。然而新的问题接踵而来:在控制经费的同时如何规范服务,如何保证服务质量?医疗服务质量好坏的判断依据是什么?如何提供效果好而价格合理的医疗服务等问题提到了医疗管理部门和医疗机构的议事日程。

临床路径(clinical pathway)这一医疗管理办法的出现正是在这一背景下应运而生的产物。临床路径的研究和开发最早始于美国,至今美国近 60% 的医院都在使用临床路径,其涵盖的病种已从外科向内科、从急性病到慢性病、从大型综合医院向社区医院、从疾病管理到医院管理发展。近十年来临床路径在澳大利亚发展迅速,在英国、新西兰、新加坡、日本、中国的台湾和香港等国家和地区也开始发展并使用临床路径,大量的应用和科研成果证明临床路径对控制医疗费用、确保医疗质量具有很大的价值和效果。

云南省第一人民医院临床路径管理的实施始于 2005 年 4 月,涵盖了 22 个科室共 23 个病种。期间由于医院领导、相关职能部门、各临床科室以及云南省、昆明市医保管理中心高度重视和大力支持,已初步取得了一定的成效。现将我们的经验以及结合国内外相关进展资料汇编成此书,期望能对云南省乃至全国医疗界同行提供借鉴和参考。由于临床路径在我国尚未充分普及,经验不多,书中难免有诸多不足及缺点,欢迎各界同行给予指正。

编 者

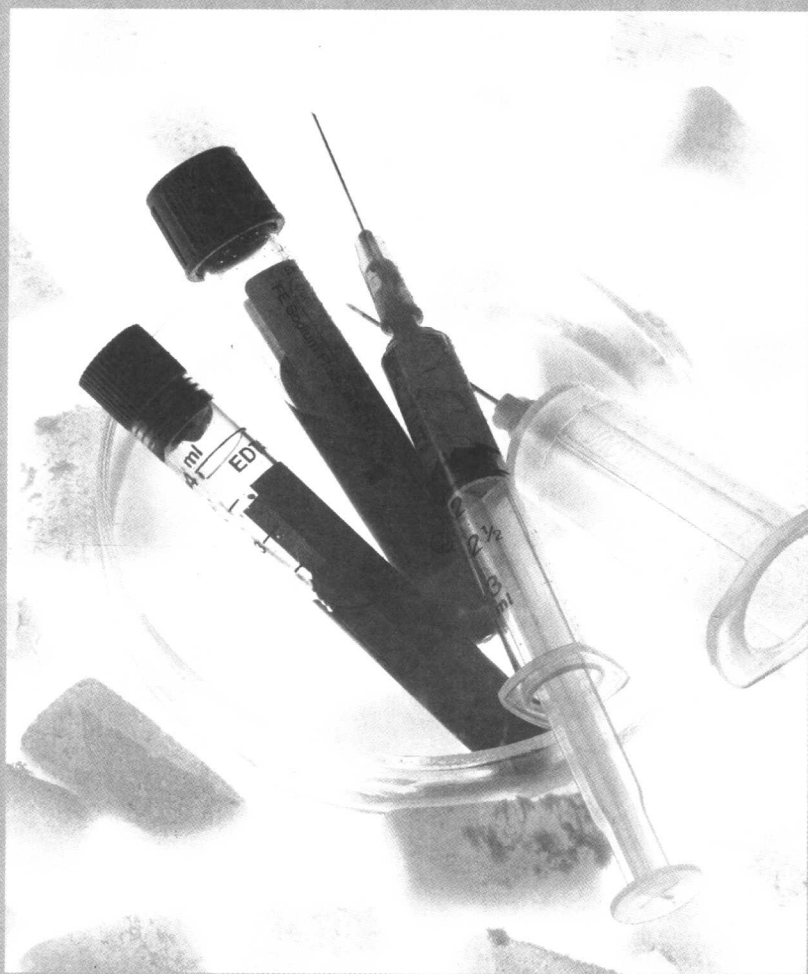
2005 年 12 月于昆明

目 录

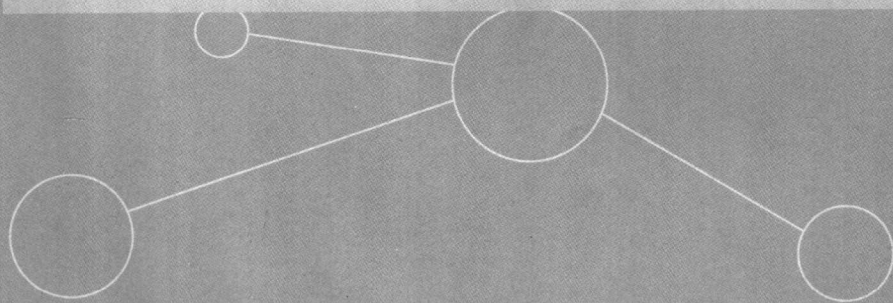
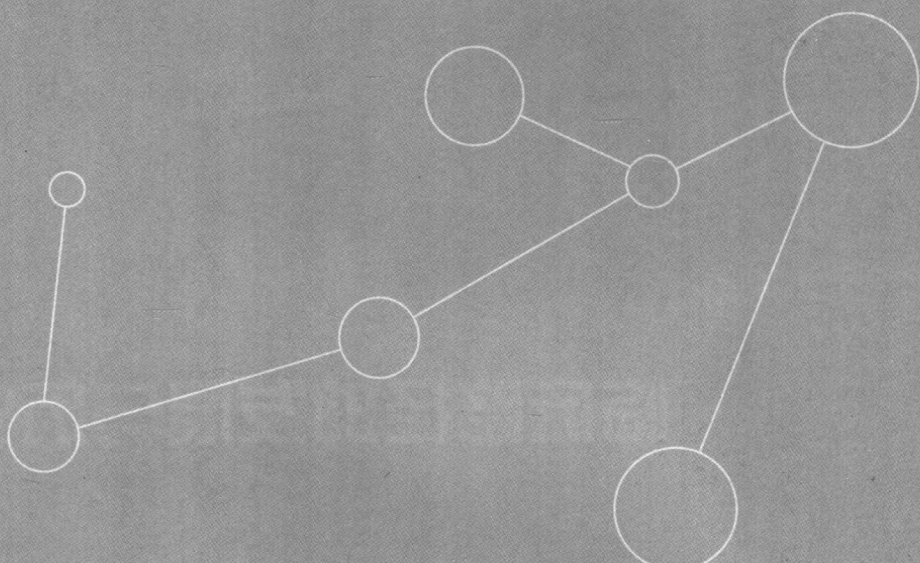
第一章 临床路径的发展与历史	1
第二章 我国医疗体制改革的目的、背景与实施临床路径管理的意义	5
第三章 临床路径的定义	9
第四章 实施临床路径管理的目的	13
第五章 临床路径的优点	17
第六章 临床路径制定的方法和步骤	21
第七章 云南省第一人民医院临床路径管理实施与经验	25
第一节 前 言	27
第二节 医院管理层达成共识,医院临床路径领导小组的建立	27
第三节 可行性分析	27
第四节 医院实施临床路径的目标	28
第五节 宣传、动员	29
第六节 选定病种	29
第七节 回顾、分析现行医疗实践	29
第八节 查阅文献	29
第九节 制定临床路径草案	29
第十节 临床路径的变异问题	30
第十一节 举办培训班,说明临床路径手册的使用方法	30
第十二节 预试验	30
第十三节 临床路径的正式实施	31
第八章 医疗质量控制在临床路径中的应用	33
第一节 质量控制在临床路径管理中的应用基础	35
第二节 质量控制在临床路径管理中的实际应用	35
第九章 临床路径实施过程中常见的困难	39
第十章 临床路径未来的发展方向	45
第一节 临床路径发展中存在的问题	47

第二节 未来的方向	48
第十一章 云南省第一人民医院临床路径实例	51
附表 1 云南省第一人民医院神经外科颅脑损伤临床路径	53
附表 2 云南省第一人民医院心血管科高血压临床路径	62
附表 3 云南省第一人民医院内分泌代谢科毒性弥漫性甲状腺肿临床路径	75
附表 4 云南省第一人民医院血液科急性白血病临床路径	99
附表 5 云南省第一人民医院口腔颌面外科先天性唇裂临床路径	129
附表 6 云南省第一人民医院痔瘘科环状混合痔临床路径	132
附表 7 云南省第一人民医院消化科急性胰腺炎临床路径	139
附表 8 云南省第一人民医院肝胆科单纯性胆囊炎并结石手术临床路径	180
附表 9 云南省第一人民医院胸外科肺癌手术临床路径	182
附表 10 云南省第一人民医院妇科卵巢畸胎瘤手术临床路径	209
附表 11 云南省第一人民医院神经内科大量脑出血临床路径	218
参考文献	222

临床路径的发展与历史



第一章



第一章 临床路径的发展与历史

临床路径的概念最早源自于 20 世纪 50 年代工业集团化批量生产管理。其核心为规模化生产和成本—效益核算(cost-effectiveness),推行此管理的内涵在于提高生产效率,降低生产成本。

进入 20 世纪 80 年代以来,医疗体制改革受到世界各国政府的关注,大量争论的焦点集中在如何合理、有效地控制政府和个人的医疗支出并确保医疗质量这一对矛盾上。在发达国家这一矛盾具体表现为:患者对医疗服务的合理、有效和安全性的要求越来越高,调查表明公众对医疗实践活动及医师能力的质疑有增加的趋势;因医疗行为的疏忽或失误而导致的医疗诉讼案件不断上升,使医疗审计和风险管理越来越受到医疗机构的高度重视。消费者维权意识的增加,消费者权益保护法的立法与实施,使医疗品质的提升受到密切的关注。卫生服务技术和手段的增多、人口老龄化问题日益严重、卫生保健需求不断增加以及药物及辅助检查昂贵等都使得医疗费用迅猛上涨;另一方面,不同医疗工作者、医院和地区之间所提供的服务存在着巨大的差异,其中有很大一部分原因可归结为不合理的医疗保健服务,它们包括因种种原因病人得不到应有的服务或服务过度、滥用各种卫生资源等等。

分析其原因主要有以下几方面:首先,缺乏一个权威的医疗服务计划体系来规范医师的医疗行为,容易导致医师在医疗处置中重要步骤被遗忘或没有被执行,进而产生医疗事故与纠纷。其次,缺乏一个以循证医学为基础的医疗处置标准,使得医疗质量难以得到保证,费用难以估计。另外,医师与医师、医师与患者间缺乏足够的交流与合作。低年资医务人员在医疗实践活动过程中感到没有明确、规范的诊疗和处置措施予以遵循。以及由于对医疗计划和标准不明确,患者和家属不能积极介入到其治疗活动中,在慢性病占目前疾病构成中比例不断增大的情况下,对患者疾病的恢复极为不利。临床路径及其相关管理方法正是在此背景下孕育而生的。

1981 年美国联邦通过《综合预算协调法案》,首次提出了“诊断关联群(Diagnosis Related Groups)”的疾病分类方法,以及以病种或诊断为基准的政府付费方式(Casemix Funding),对控制医疗费用起到了很好的作用。澳大利亚维多利亚州于 1993~1994 年引入并实施了这一以病种或诊断为基准的政府付费方式,其它州随后相继跟进。至 1996 年全澳范围内的公立和私立医院都不同程度地实施了这一付费方式。这一政府付费方式的推出,对公立医院和私立医院的医疗活动都产生了巨大的影响和压力,纷纷在节

约成本上狠下功夫,以期找到解决办法。然而问题接踵而来:控制经费与规范医疗服务如何达到平衡,如何保证服务质量?所提供的卫生服务质量如何评估?卫生服务质量好坏的判断依据是什么?人们开始寻求既能提供有效而价格又合理的医疗服务的方法。

美国波士顿新英格兰医学中心(New England Medical Center hospitals) Karen Zender 等人最早制定出了第一部护理临床路径,揭开了临床路径应用的新篇章。在国外,护士负责记录、整理医师所开的医嘱,长期的工作使她们已熟记了医师的诊、疗常规,有时由于医师工作的繁忙而忽略了一些检查和处置步骤,此时护士即时提醒医师做出修正和补充。在此基础上,护士们整理出了一些常见疾病的诊疗常规,这就是临床路径的雏形。

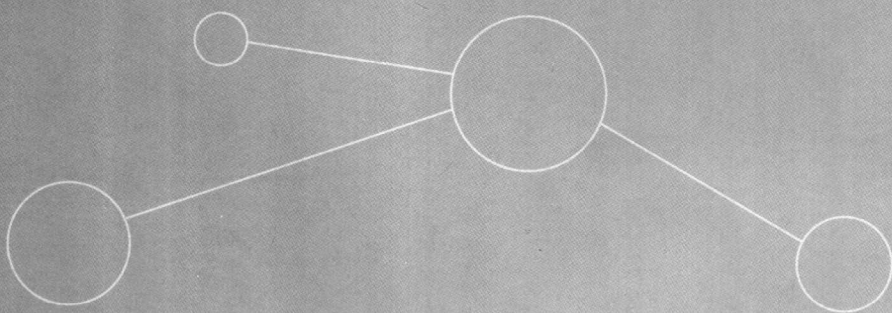
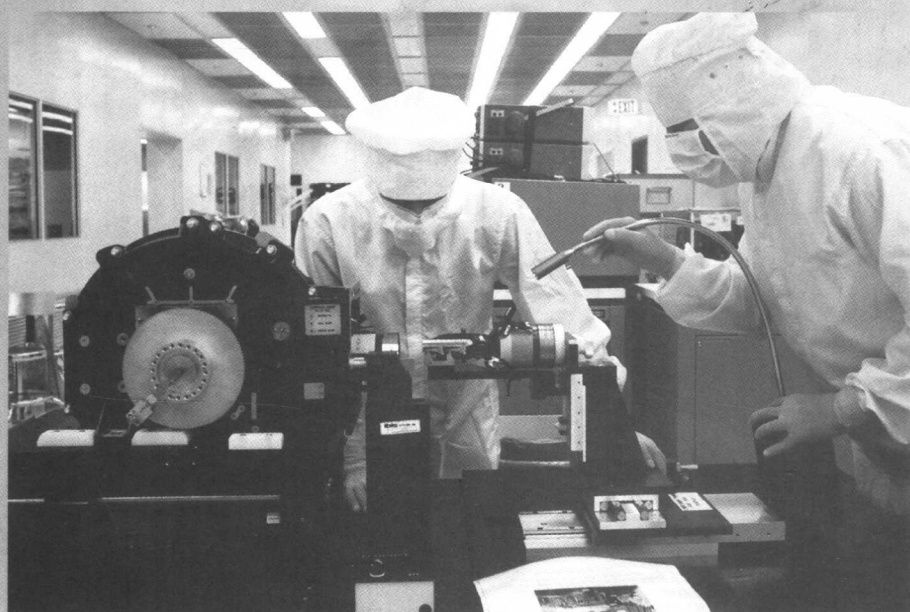
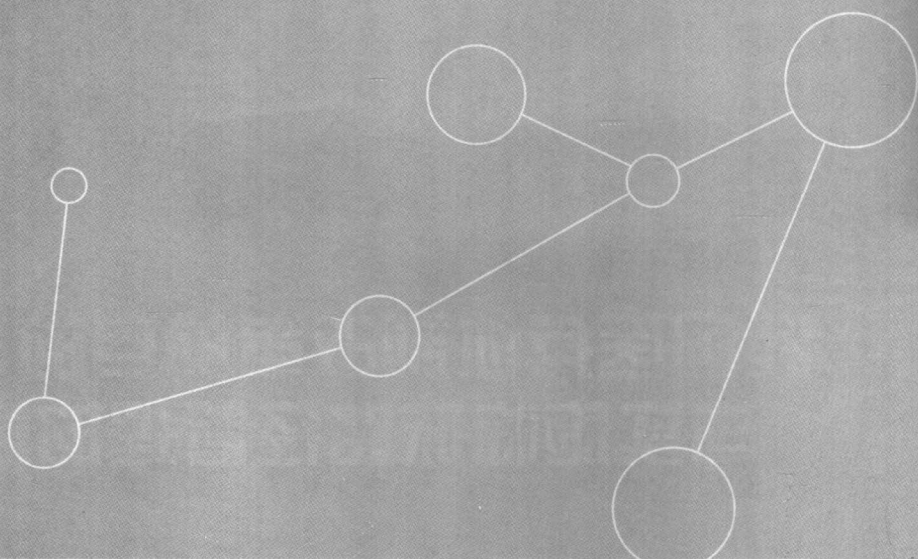
1984 年美国 Rhode Island 医院的一些内科医师制定出了供医师使用的临床路径,至 1993 年共开发出 25 个内科临床路径和 50 个外科临床路径。

到今天临床路径在国外发达国家已经有了 20 多年的发展历史。大量的研究证明,临床路径管理对确保医疗质量、控制医疗支出具有良好的效果。临床路径的研究和开发最早始于美国,至今美国近 60% 的医院都在使用临床路径,其涵盖的病种已从外科向内科、从急性病到慢性病、从大型综合医院向社区医院、从疾病管理到医院管理发展。近十年来临床路径在澳大利亚发展迅速,在英国、新西兰、新加坡、日本、中国的台湾和香港等国家和地区也开始发展并使用临床路径。临床路径在中国大陆还处在概念引进、开发和研究的起步阶段。

我国医疗体制改革的目的、背景 与实施临床路径管理的意义



第二章



第二章 我国医疗体制改革的目的、背景与实施临床路径管理的意义

以人为本,全面、协调、可持续发展,全面实现小康社会是中共十六届三中全会提出的科学发展观,它对我国改革发展和现代化建设具有深远意义。

20世纪90年代以来,随着我国国民经济持续、快速发展,城乡人民生活水平的改善,对医疗服务的要求有了很大的提高,具体表现在对医疗机构的就医环境、医护人员的素质、医疗质量、高科技诊疗设备的配置、后勤服务等方面都提出更高的要求,以大城市为中心的医疗机构有了长足的发展。但负面影响也随之而来,据卫生部统计2001年我国卫生医疗总费用达5150.3亿元,占当年GDP的5.35%,其后并以每年约10%的速度增长。而在卫生医疗总费用的构成中,个人支出占了60%。政府投入的比例由1991年的22.8%降至2001年的15.5%,社会投入比例由38.4%降为24.0%,而个人医疗支出由38.8%上升至60.5%,个人费用从345.2亿元增至3113.3亿元,至2001年的10年中增长了8倍。以上数据表明,在医疗费用中,政府投入只占1/6,而且增长慢,支出比例最大的是个人,占总量近2/3,增长最快,反映了政府投入不足,个人负担加重。目前城乡居民尤其是中低收入者,医疗费用过高,不堪重负,已成为生活中的后顾之忧,群众“看病难、看病贵”的矛盾比较突出,如何有效控制医疗费用的过快增长已成为我国医疗体制改革的重要问题之一。

在改革的现阶段,随着社会主义市场经济体系的逐步建立和制度完善,政府对医疗机构的宏观调控逐渐加强。如医院等级评定和审核、盈利和非盈利医院的划分、对医疗项目和药品的限价、单病种管理(对部分疾病费用总额控制)试点等管理办法的出台,促使医院加强全面管理,合理并有效地利用有限的卫生资源,以循证医学为基础保障医疗质量,提高医院的竞争力和可持续发展能力,真正提升医院的社会效益和经济效益,成为了医院必须面对和解决的课题,也是医院生存和发展的基础。同时,如何建立一个符合我国国情的高效、优质、与国民收入相适应的医疗体系亦是政府制定医疗体制改革策略的关键所在。

目前在我国,经过56年来经济和卫生事业发展的积累,我们已拥有了一支高素质的医疗卫生队伍,建立了具有一定规模的医疗卫生服务体系;中国已成为世贸组织的一员,对外医疗合作与交流日益增多,为在我国实施临床路径管理打下了良好的基础。

另一方面,为解决群众“看病难、看病贵”的问题,政府颁布了新的非赢利性医疗机构医疗服务价格收费标准,云南省及昆明市医疗保险管理中心 13 个单病种管理办法的出台,为医院的生存和发展构成了巨大的压力,医院借鉴和利用国外成功的临床路径管理经验势在必行。

临床路径的定义



第三章

