

· 医院管理 ·

军队医院科室收容指标的统计口径对科室工作量评价的影响

章 丹¹, 刘玉秀², 张曙光¹

[摘要] 收容是衡量临床科室工作量的主要指标之一。本文分析了目前军队医院在用的医务统计模块,对科室下设多个病区的收容指标统计存在的缺陷,提出科室(病区)收容指标应按“门急诊入院人次+实际他科转入人次+他院转入人次-24小时内重复住院人次”统计方法。该统计方法可有效避免科室内不同病区反复转科以及长期住院患者中途人为反复办理出入院所导致的收容“虚高”问题,更客观地反映科室(病区)工作量实际状况。

[关键词] 卫生统计;收容量;统计口径;科室;工作量评价

[中图分类号] R195.1 **[文献标志码]** A **doi:**10.3969/j.issn.1672-271X.2014.02.036

收容是衡量医院收治规模的常用指标,是评价科室工作量的重要内容之一,也是医院对科室实施考核的惯用指标。我院自 2001 年使用“军字一号”系统以来,收容指标的采集一直沿用上级统一配发的医务统计模块(1.2.6),该模块对科室下设多个病区的收容指标的算法存在缺陷,不能真实反映科室(病区)的实际收治能力,影响了对科室工作量的客观评价。本文针对临床医疗的实际情况,分析了科室收容指标的几种不同统计口径,并提出建议性的修正算法。

1 科室收容指标的不同统计口径分析

1.1 当前军队医院在用医务统计模块的计算方法其科室收容按下列公式 1 计算:

$$\text{科室收容} = \text{门急诊入院人次} + \text{他科(区)转入人次} + \text{他院转入人次}$$

以我院 A 科为例,该科下设 A1~A5 五个病区,按公式 1 计算,2013 年 1 月该科共收治患者 675 人次,其中门急诊入院 442 人次、他科(区)转入 233 人次,分别占收容的 65.48% 和 34.52%。他科(区)转入人次占该科收容量的 1/3 以上,特别是 A1 和 A5 病区他科转入人次占收容比例更高,接近一半或超过一半。见表 1。

由于医务统计模块按科室下设病区的模式考核工作量,以病区作为计算收容的基本单元,只要病区有转入操作,则计入 1 次收容,故此类下设有多个病区的科室即使是本科内各病区的转入也被医务统计模块完全计入了科室或病区的收容,致使科室下设

病区的收容数重复统计而造成“虚高”。

表 1 2013 年 1 月 A 科各病区门急诊入院及他科转入人次情况

科室	门急诊入院		他科转入		他院转入		收容人次
	人次	占收容比(%)	人次	占收容比(%)	人次	占收容比(%)	
A 科	442	64.48	233	34.52	0	0.00	675
A1 病区	63	52.07	58	47.93	0	0.00	121
A2 病区	77	86.52	12	13.48	0	0.00	89
A3 病区	56	86.15	9	13.85	0	0.00	65
A4 病区	162	75.35	53	24.65	0	0.00	215
A5 病区	84	45.41	101	54.59	0	0.00	185

1.2 按科内病区实际转科人数的计算方法 一些大型科室,如上述 A 科,其下属的 A1 和 A5 病区为重症监护病房,由该科下设的多个病区按需共同使用。由于重症病人搬进、搬出监护病房频繁,加之科室内不同医疗组间借床现象普遍,因而由此产生的病区“转科”人次较多。但根据《医疗护理技术操作常规(第四版)》中明确“下列情况之一可以转科:①患者住院后,经查属于其他科疾病。②患者住院期间发生属于其他科的急性病变。③住院期间患者病情逐渐演变成以其他科疾病为主的病变且在本科难以诊治者”^[1]。按此标准,上述科室下设多个病区的“转科”并非真正意义上的转科治疗,不应计入科室或病区的收容,应按以下公式 2 计算:

$$\text{科室收容} = \text{门急诊入院人次} + \text{实际他科转入人次} + \text{他院转入人次}$$

按传统统计公式 1 的算法,A1 和 A5 病区他科转入人次分别占收容量的 47.93%、54.59%,但对转入人次进行区分后,上述两个病区的转入人次分别修正为 8 人次和 5 人次,实际占收容比分别降低至 11.3% 和 5.6%。相应,该病区的收容也分别

作者单位: 210002 江苏南京,南京军区南京总医院,1. 信息科,2. 医务部

通讯作者: 刘玉秀, E-mail: liu_yuxiu@163.com

减少了 50 人次和 96 人次,修正为 71 人次和 89 人次,较修正前分别减少了 41.3% 和 51.9%。见表 2。

表 2 2013 年 1 月 A 科各病区他科转入修正前后值对比

科室	修正前		修正后		他科转入修正前后差值	收容	
	他科转入人次	占收容比(%)	实际他科转入人次	占收容比(%)		修正前数值	修正后数值
A 科	233	34.52	22	4.7	211	675	464
A1 病区	58	47.93	8	11.3	50	121	71
A2 病区	12	13.48	1	1.3	11	89	78
A3 病区	9	13.85	1	1.8	8	65	57
A4 病区	53	24.65	7	4.1	46	215	169
A5 病区	101	54.59	5	5.6	96	185	89

1.3 按去除 24 小时内重复住院人次的计算方法

在工作中我们发现,部分科室对住院时间长的病人中途定期办理 24 小时内重复住院,即病人不走甚至不用挪床,仅是工作人员在电脑上办一次手续,办理出院后又再办理入院。上述行为,不但增加了科室的收容,也提高了科室的医疗效率指标值,但这些指标并不能客观地反映科室的实际收治能力,科室并不能以此更好地体现诊治水平,医院也不会因此而产生更好的收益,同时也增加了病案管理的难度。

人为地办理 24 小时内重复住院与医院的科学管理不相适应,与国家医疗保障政策相违背,应予以制止。2012 年的军队等级医院评审将伤病员出院后 24 小时内再住院率作为医院考评的核心指标,考核时检查组自带提取语句并明确地方伤病员出院后 24 小时内再住院率应低于 1%,每高于标准值 0.1% 扣 0.1 分,最多扣 2 分^[2]。如果在收容量中去除 24 小时重复收容人次,A1 病区实际收容减少 1 人次,A 科实际收容减少 1 人次。

2 修正后的统计方法与传统统计方法收容量差异比较

传统统计方法因科内病区“转科”和 24 小时重复统计等因素,不能准确反映临床科室的实际收治水平,严重影响了统计数据真实性,影响了院领导和科主任对科室实际医疗情况的分析和掌握^[3],应采用修正后的统计方法,其计算方法为以下公式 3:

$$\text{科室(病区)收容} = \text{门急诊入院人次} + \text{实际他科转入人次} + \text{他院转入人次} - \text{24 小时内重复住院人次}$$

采用修正后的统计方法,按公式 3 计算,1 月 A 科收容量为 463 人,比传统统计方法(公式 1)计算

减少 212 人次,具体见表 3。

表 3 2013 年 1 月 A 科各病区收容修正前后值对比

科室	门急诊入院人次	他科转入人次	实际他科转入人次	24 小时内重复住院人次	修正前收容值	修正后收容值	差值
A 科	442	233	22	1	675	463	-212
A1 病区	63	58	8	1	121	70	-51
A2 病区	77	12	1		89	78	-11
A3 病区	56	9	1		65	57	-8
A4 病区	162	53	7		215	169	-46
A5 病区	84	101	5		185	89	-96

3 讨论

传统的医务统计模块中收容的算法不能客观评价医院以及科室收治能力。一方面,由于科室下设病区的模式,使大型科室收容量包含了许多病区间非实际转科的人次,无法反映各病区以及科室的实际收容状况,造成了收容指标的“虚高”。另一方面,有些科室或病区为提高收容、“美化”指标,玩起了“数字游戏”。无需病人挪动,只要轻点鼠标,即完成了同一病人的出院并再入院,轻松实现了收容的“无意义”增加。

上述无论是主观的人为周转还是大型科室(病区)内非实际转科的客观事实都不符合医疗护理技术操作常规的要求,均与医院的科学管理相违背。国家卫计委以及总后卫生部均在医院等级评审的相关检查标准中将 24 小时内再入院率作为评价医院的核心指标之一,并且明确在评审后的日常监测中要关注住院 18 种重点疾病的 2 周与 1 个月内再住院例数、平均住院日、平均住院费用等等,以反映这些重点疾病的住院伤病员医疗质量与安全情况^[2]。人为周转不但造成了收容指标的虚高,无法反应实际情况,还有可能导致上述需监测的指标严重偏离“医疗安全”的轨道。

鉴此,建议上级卫生管理部门,修改更新医务统计模块,升级设计相关统计软件^[4],升级后的软件要具备设置多种计算口径,根据不同的目的采用不同的算法。医院管理部门,要将病人入出管理纳入日常监测考核的内容,出台引导和规范科室病人入院管理的规定,并明确相关的惩治条款^[5],严格控制无谓的“数字游戏”。本文虽只是就收容一个指标进行了讨论,但实际工作中与之相关的许多统计指标,如平均住院日、床位周转次数等都要做相应的矫正^[6],均需考虑科室(病区)间非实际转科所

带来的影响。医院统计工作者也应恪守职业规范、发挥职能作用,做好日常数据监测,严格把好数据质量关,建立和完善数据质量考评体系^[7],主动定期统计分析医院内重复住院人次,发现潜在问题,分析存在问题,并提出合理化的建议,为医院科室正确合理决策提供有力的数据支持。

【参考文献】

- [1] 中国人民解放军总后勤部卫生部. 仲剑平. 医疗护理技术操作常规[M]. 4 版. 北京:人民军医出版社,1998:39.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 医院评审暂行办法[S]. 2011.

- [3] 杜德洁,谢 秦,张卫红,等. 医院质量管理数据利用的难点[J]. 解放军医院管理杂志,2011,18(12):1161-1162.
- [4] 杨文宏,王大勇,王小峰,等. 某区部队卫生信息系统建设现状分析与对策措施[J]. 东南国防医药,2012,14(5):475-476.
- [5] 杨国斌. 军队医院等级评审迎评工作中应把握的几个问题[J]. 东南国防医药,2013,15(2):187-189.
- [6] 陈 红. 医院医疗指标应用及质量控制思考[J]. 东南国防医药,2013,15(2):196-197.
- [7] 黄 海,余燕华,王蜀燕. 军队医院加强医疗质量管理建设的思考[J]. 华南国防医学杂志,2012,26(2):169-171.

(收稿日期:2013-10-04;修回日期:2014-02-12)

(本文编辑:史新中)

(上接第 198 页)

或者其他碱性冲洗液作为关节镜手术时的冲洗液清除关节内的,甚至关节镜器械难以清除的尿酸盐结晶^[12]。以 5% 碳酸氢钠溶液作为关节镜冲洗液具有药理安全保证:①碳酸氢钠溶液为临床使用药物,本身可进行静脉输注治疗;②患者使用止血带止血,患肢血液循环阻断,且术毕用生理盐水再次冲洗干净关节腔,排出残留碳酸氢钠,即使少量吸收,亦不会产生危险;③碳酸氢钠作为冲洗液在骨科早期感染伤口的应用已有报道,有研究表明其在人体感染伤口组织中冲洗应用最长时间可达 1.5 个月^[13],无造成损害报道。

术中观察到:与生理盐水冲洗相比,5% 碳酸氢钠溶液冲洗能够大量清除关节腔隙内的尿酸结晶,有效减少残存;术后尿酸结晶溶解实验也证实:尿酸结晶在碳酸氢钠液中溶解反应较生理盐水中明显。术后 7 d 抽取关节液检查证实 pH 值酸度及尿酸结晶较前者明显减少;患者 Lysholm 膝关节功能评分及短期疼痛 VAS 评分明显改善($P < 0.05$)。

需要强调的是:虽然关节镜下清理术能够达到迅速、有效缓解症状,改善关节功能的目的,但痛风属嘌呤代谢异常所致的全身性疾病,而关节镜手术只是针对患病关节的局部治疗,因此并不能代替药物治疗及饮食控制。故而对痛风性膝关节炎,应采用关节镜局部治疗和系统的药物治疗相结合,同时注意控制饮食的综合治疗措施,方可真正获得很好的疗效。

经验表明:5% 碳酸氢钠溶液关节镜下冲洗治疗痛风性膝关节炎能够安全、有效地清除关节腔内的尿酸结晶,最大限度地减少残存,保护关节内软骨、韧带、半月板等组织,减轻关节症状,降低复发可能,

有助于缓解疼痛,改善关节功能。

【参考文献】

- [1] Tausche AK, Jansen TL, Schröder HE, et al. Gout-current diagnosis and treatment[J]. Dtsch Arztebl Int, 2009, 106(34-35):549-555.
- [2] Kang EH, Lee EY, Lee YJ, et al. Clinical features and risk factors of postsurgical gout[J]. Annals of the Rheumatic Diseases, 2008, 67(9):1271-1275.
- [3] 张卫红,王莉军. 关节镜下行膝关节炎治疗的护理[J]. 东南国防医药,2004,6(2):122.
- [4] Briggs KK, Lysholm J, Tegner Y, et al. Reliability, validity, and responsiveness of the lysholm knee score and tegner activity scale for patients with meniscal injury of the knee[J]. J Bone Joint Surg Am, 2004, 86-A(6):1139-1145.
- [5] 卢欣欣,于兰贞,魏代艳. 疼痛评估现状及新进展[J]. 中国实用护理杂志,2006,22(10):57-58.
- [6] 王 昆,朱 蕾,曾 春,等. 关节镜治疗持续性膝关节炎的临床研究[J]. 中华关节外科杂志(电子版),2008,2(4):450-453.
- [7] 王 玮,庄小强,金先跃,等. 关节镜手术治疗膝关节炎(附 15 例报告)[J]. 微创医学,2006,1(2):129.
- [8] 张 敏,陈元庄,黄远翘. 关节镜术诊治急性期痛风性关节炎[J]. 临床骨科杂志,2002,5(1):54-55.
- [9] 吴镇权,张 广. 痛风结石手术治疗效果评价[J]. 中外健康文摘,2008,5(8):126-127.
- [10] 肖 颖,张思容,唐志宏,等. 膝关节液 pH 值与痛风结晶的形成[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2011,15(26):4857-4859.
- [11] 田春福. 体外冲击波碎石术结合碳酸氢钠溶石治疗尿酸结石(附 20 例疗效观察)[J]. 黑龙江医学,2007,31(6):442-446.
- [12] 杨键午,唐志宏. 痛风性关节炎外科治疗进展[J]. 医学综述,2010,16(12):1828-1830.
- [13] 杜永成,王业华,张子龙,等. 碱化冲洗液治疗股骨骨折术后早期感染[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2010,31(4):537.

(收稿日期:2013-10-12;修回日期:2014-01-09)

(本文编辑:潘雪飞)