

## · 医院管理 ·

## 医疗保险患者超长住院病例统计分析

戚苗苗<sup>1</sup>, 陈海云<sup>1</sup>, 刘玉秀<sup>2</sup>, 谢青<sup>1</sup>, 高晶<sup>1</sup>, 陈顺利<sup>1</sup>, 陈琳<sup>1</sup>

**[摘要]** 目的 超长住院病例对平均住院日影响巨大。在医疗保险体制下,合理控制住院日是抑制住院费用增涨、减轻患者经济负担的重要手段。通过对南京军区南京总医院医保超长住院病例进行统计分析,为合理控制平均住院日与医疗费用,提高医院社会与经济效益提供参考。方法 收集 2008–2015 年医保出院病案 68225 例。采用 SPSS16.0 软件对超长住院病例进行数据处理和统计描述,对住院费用的影响因素进行多元回归分析。结果 超长住院患者使得出院者平均住院日延长了 0.5 d。在患者个人支付费用中,超长住院患者自付费用和自理费用是非超长住院患者的 6 倍以上,不仅占用医疗资源,而且给患者造成沉重的经济负担。结论 通过加强医保规范化管理,减少与避免医疗缺陷。完善诊疗流程,控制不当住院日。加强重点科室与超长住院病例管理。推行双向转诊,完善支付政策等措施,减少和避免超长住院日发生。

**[关键词]** 超长住院日;平均住院日;医疗保险;医疗质量;伦理

**[中图分类号]** R197.32 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1672-271X(2017)03-0318-03

**[DOI]** 10.3969/j.issn.1672-271X.2017.03.025

超长住院病例对平均住院日影响巨大<sup>[1]</sup>。在医疗保险体制下,合理控制住院日是抑制住院费用增涨、减轻患者经济负担、降低超医保定额指标所致结算风险的重要手段<sup>[2]</sup>。文章拟通过对南京军区南京总医院医保超长住院病例进行统计分析,为合理控制平均住院日与医疗费用,提高医院社会与经济效益提供参考。

## 1 资料与方法

**1.1 资料来源** 全部资料来源于南京军区南京总医院医保信息系统,提取 2008–2015 年医保出院病例 68225 例。

**1.2 研究方法** 将住院日 $\geq$ 百分位数  $P_{99}$ 者定义为超长住院病例<sup>[3]</sup>。百分位数  $P_{99}$ 住院天数为 38d,住院日 $\geq P_{99}$ 的超长住院病例 683 例,占总出院人数的 1.0%。从医院信息系统中提取超长住院患者的相关信息,进行描述性统计分析,并以医疗费用为因变量进行相关因素的多元逐步回归分析。采用 SPSS16.0 软件进行数据处理和统计分析。

**基金项目:** 江苏省医学人文社会科学基金(JSYRKJ2014-B1-02)

**作者单位:** 210002 南京,南京军区南京总医院,1. 医保办公室,2. 医务部

**通信作者:** 陈琳, E-mail: chenlin\_yb@163.com

**引用格式:** 戚苗苗,陈海云,刘玉秀,等.医疗保险患者超长住院病例统计分析[J].东南国防医药,2017,19(3): 318-320.

## 2 结果

**2.1 一般资料** 683 例超长住院患者中,2008–2015 年分别为 108 例(15.8%)、128 例(18.8%)、130 例(19.0%)、101 例(14.8%)、61 例(8.9%)、48 例(7.0%)、47 例(6.9%)、60 例(8.8%)。其中男 404 例(59.2%),女 279 例(40.8%);年龄 22~95 (平均 61.3)岁;住院年龄 50~80 岁患者占超长住院患者的 65%。超长住院病例中,入院病情危重者 197 例(28.8%),一般患者 486 例(71.2%)。其治疗效果与非超长住院组比较,治愈、好转率(91.5%)低于非超长病例组(98.5%),死亡率(7.8%)高于非超长组(0.8%)。

**2.2 住院日分布** 超长住院组住院日中位数为 47 d。88.2%的超长住院患者住院日分布在 38~80 d。住院时间最长者 1070 d,患者因脑梗死昏迷长期住院,发生医疗费 45.5 万元。超长住院病例出院者总床日数占全部出院患者总床日数的 6.0%。占出院患者 1%的超长住院患者使全院总的出院者平均住院日延长了 0.5 d。见表 1。

**2.3 住院医疗费用与构成** 超长住院病例人均住院费用为 95 944 元,是非超长住院病例平均费用的 5.9 倍,但人均床日费用较非超长住院组少 125 元,见表 2。在超长住院病例住院费构成中,人均药费所占比例最高,为 55.5%,金额为非超长住院组药费的 7.6 倍,见表 2。

表 1 超长与非超长住院病例住院日与住院费用

组别	n	住院日(d)		住院费用(元)	
		平均住院日	出院者占用床日数	人均费用	床日费用
超长住院病例组	683	57.9	39 557	95 944	1656
非超长住院病例组	67 542	8.0	618 823	16 318	1781
合计	68 225	9.7	658 380	17 115	1774

表 2 超长与非超长病例住院医疗费构成

项目	超长住院病例		非超长住院病例		倍数比
	金额(元)	占比(%)	金额(元)	占比(%)	
药费	53 293	55.5	7015	43.0	7.6
治疗费	19 592	20.4	4900	30.0	4.0
化验费	5369	5.6	1133	6.9	4.7
床位费	3522	3.7	454	2.8	7.8
检查费	3600	3.7	774	4.7	4.7
其他费	3318	3.5	359	2.2	9.2
输血费	3143	3.3	106	0.7	29.8
放射费	2108	2.2	676	4.2	3.1
手术费	1999	2.1	901	5.5	2.2
合计	95 944	100.0	16 318	100.0	5.9

表 3 系统疾病构成与平均住院日

系统疾病	超长住院病例		非超长住院病例		倍数比
	例数(%)	平均住院日	例数(%)	平均住院日	
肿瘤Ⅱ	309(45.2)	55.1	23 267(34.4)	8.8	6.3
循环系统疾病Ⅶ	95(13.9)	68.1	11 118(16.5)	9.9	6.9
消化系统疾病Ⅸ	74(10.8)	56.7	6 574(9.7)	8.9	6.4
呼吸系统疾病Ⅷ	55(8.1)	59.9	3 579(5.3)	10.0	6.0
神经系统疾病Ⅵ	30(4.4)	60.0	1 600(2.4)	10.7	5.6
损伤,中毒ⅩⅦ	24(3.5)	56.0	2 370(3.5)	10.3	5.4
肌肉骨骼系统和结缔组织疾病ⅩⅢ	23(3.4)	58.4	3 046(4.5)	9.5	6.1
内分泌,营养和代谢疾病Ⅲ	18(2.6)	52.3	3 669(5.4)	10.4	5.0
血液系统疾病Ⅳ	12(1.8)	50.6	226(0.3)	10.9	4.6
其他	43(6.3)	59.2	12 093(17.9)	8.2	7.3
平均值	683(100.0)	57.9	67 542(100.0)	9.2	6.3

表 4 不同系统疾病超长与非超长住院病例个人负担情况

系统疾病	超长住院病例		非超长住院病例		倍数比
	人均费用(元)	患者自付[元(%)]	人均费用(元)	患者自付[元(%)]	
肿瘤Ⅱ	96 876	26 656(27.5)	22 483	6 933(30.8)	4.3
循环系统疾病Ⅶ	123 237	33 143(26.9)	21 999	7 055(32.1)	5.6
消化系统疾病Ⅸ	105 143	25 796(24.5)	14 323	4 275(29.8)	7.3
呼吸系统疾病Ⅷ	137 602	30 473(22.1)	16 754	4 789(28.6)	8.2
肌肉骨骼系统和结缔组织疾病ⅩⅢ	59 867	21 201(35.4)	22 877	8 894(38.9)	2.6
损伤,中毒ⅩⅦ	84 986	25 118(29.6)	28 460	10 312(36.2)	3.0
内分泌,营养和代谢疾病Ⅲ	56 232	15 584(27.7)	10 921	3 668(33.6)	5.1
神经系统疾病Ⅵ	114 365	25 413(22.2)	16 825	5 858(34.8)	6.8
血液系统疾病Ⅳ	91 969	30 751(33.4)	12 958	4 334(33.4)	7.1
其他	68 418	17 987(26.3)	11 201	3 332(29.7)	6.1
平均值	95 944	25 290(26.4)	16 318	5 132(31.4)	5.9

2.4 住院疾病谱情况 超长住院病例中前 9 位系统疾病占全部超长住院病例的 93.7%,与非超长住院病例排位顺序基本相同。在超长住院病例中,肿瘤患者人数最多,占 45.2%。住院日为非超长住院病例的 6.3 倍;循环系统疾病患者住院日最长,平均 68.1 d,为非超长住院病例的 6.9 倍,其中脑梗死、脑出血患者占 60.0%;血液系统疾病患者平均住院日最短,为 50.6 d,是非超长住院病例的 4.6 倍,见表 3。

2.5 患者负担情况 超长住院病例中,应由患者支付的费用(25 290 元)占住院总费用(95 949 元)的 26.4%,低于非超长住院病例(5132 元/16 318 元)5.0 个百分点,人均支付金额是非超长住院病例的 4.9 倍。超长住院病例中,呼吸系统疾病患者均住院费用最高,是非超长住院患者的 8.2 倍。肌肉骨骼系统患者住院费个人支付比例最高,为 35.4%,低于非超长住院患者 3.5 个百分点。循环系统疾病患者个人支付金额最多,人均 33 143 元,是非超长住院患者的 5.6 倍,见表 4。

**2.6 住院费用多元逐步回归分析** 对超长住院患者医疗费用的影响因素进行逐步回归分析,统计结果显示,住院天数、是否手术与操作、输血情况、病危病重天数,以及抢救次数等,是影响超长住院患者医疗费用的重要因素( $P<0.05$ )。见表 5。

表 5 影响超长住院患者住院费用的因素分析

影响因素	回归系数	标准误	t 值	P 值
病危病重天数	0.007	0.001	11.913	0.000
住院天数	0.001	0.000	6.683	0.000
手术与操作	0.148	0.024	6.282	0.000
抢救次数	0.034	0.008	4.372	0.000
输血情况	0.050	0.024	2.098	0.037

3 对策与建议

从医院管理角度而言,超长住院日对平均住院日和医疗资源配置的影响巨大。本组统计结果提示,占出院患者 1% 的超长住院患者使得出院者平均住院日延长了 0.5 d。若将超长住院患者住院天数控制到平均值 9.7 d,医院可节约 32921 个总床日资源,增加住院收容 3106 人次。本组统计结果亦显示,在患者个人支付费用中,超长住院患者自付费和自理费用是非超长住院患者的 6 倍以上。因此,超长住院日不仅占用医疗资源,而且给患者造成沉重的经济负担。影响超长住院日的因素是多方面的,有疾病因素,亦有管理因素和政策因素。在医疗保险体制下,采取必要措施,合理控制住院天数,是抑制住院费用增涨、减轻患者经济负担、降低超医保定额指标所致医院结算风险的重要手段。

**3.1 加强医保规范化管理,减少与避免医疗缺陷** 有研究者认为,超长住院患者是医疗纠纷和医疗事故的主要原因<sup>[4]</sup>。加强医保规范化管理,重视医疗安全管理,坚持实施各病种的临床路径<sup>[5]</sup>,实现医疗管理制度化、医疗过程标准化和医疗行为规范化。及时发现医疗事故、医疗纠纷的苗头。严格控制医疗缺陷,减少杜绝发生。

**3.2 完善诊疗流程,控制不适当住院日** 诊疗流程对住院日的影响受到国内外管理者广泛关注。Panis 等<sup>[6]</sup>研究认为,不适当住院日与医院流程有关。完善诊疗服务流程,提高辅诊科室运行效率。缩短术前平均住院日是提高医院绩效管理水平的的重要手段和措施<sup>[7]</sup>。加强超长住院日构成比例高于全院平均水平科室的管理。

**3.3 加强重点科室与超长住院病例管理** 加强超长住院日构成比例高于于全院平均水平科室的管

理。制定合理的临床医疗操作流程和出院标准。科室医疗质量控制小组定期对超长住院患者病情进行讨论,研究治疗方案和应对措施。医院医政管理部门加强超长住院日监控。通过目标考核,缩短不适当住院日。同时要严格控制某些科室出现住院日“假缩短”的现象<sup>[8]</sup>。

**3.4 推行双向转诊,完善医保支付政策。**本研究资料显示,在超长住院病例中,肿瘤患者最多,占 45.2%。循环系统疾病患者住院日最长,平均 68.1 d。其中脑梗塞、脑出血患者占该系统疾病的 63.2%。除外患者疾病因素对住院日的影响,在医疗体制和医疗政策因素方面,双向转诊制度是平均住院日最大的影响因素<sup>[9]</sup>。而医疗保险的存在弱化了患者付费意识<sup>[10]</sup>,一定程度上推动了超长住院日的发生。因此,卫生行政部门应制订并实施双向转诊制度。建立以社区为平台的康复保健、技术性护理及医疗支付等后续卫生服务模式。解决老年患者、慢性病患者、晚期肿瘤患者的就医问题。医保管理部门不断完善医保支付政策,引导参保人群理性就医<sup>[11]</sup>,从而达到有效利用卫生资源,减少和避免超长住院日发生。

【参考文献】

[1] 季聪华,许秀娟. 超长住院患者对出院者平均住院日的影响分析[J]. 中国卫生统计,2004,21(3):181-182.  
[2] 陈琳,林梅,茅建华,等. 医保定额结算方式对平均住院日的影响[J]. 东南国防医药,2014,16(1):43-45.  
[3] 陈倩,刘平,林玲. 某院 2005 年超长住院日患者情况分析[J]. 中国医院统计,2006,13(4):368-369.  
[4] Kossovsky MP, Sarasin FP, Chopard P, et al. Relationship between hospital length of stay and quality of care in patients with congestive heart failure[J]. Qual Saf Health Care,2002,11(3):219-223.  
[5] 曹荣桂. 医院管理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:156-339.  
[6] Panis LJ, Verheggen FW, Pop P. Tostay or not to stay. The assessment of appropriate hospital stay: a Dutch report[J]. Int J Qual Health Care,2002,14(1):55-67.  
[7] Lagoe RJ, Westert GP, Kendrick K, et al. Managing hospital length of stay reduction: a multihospital approach[J]. Health Care Manage Rev, 2005,30(2):82-92.  
[8] 吕世伟,王杰宁,李堂林. 应用病例分型法分析住院日超长病例[J]. 解放军医院管理杂志,2004,11(1):38-40.  
[9] 赖伟. 国内外平均住院日比较与分析[J]. 中国卫生质量管理,2010,17(3):21-24.  
[10] 徐清云,刘丽萍. 医保患者医疗费用情况及影响因素分析[J].中国医院管理,2009,29(3):22.  
[11] 陈琳,茅建华,刘玉秀. 医保患者住院医疗费用支付结构与影响因素分析[J].医学研究生学报,2014,27(7):728-732.

(收稿日期:2017-04-07; 修回日期:2017-05-10)  
(本文编辑:刘玉巧)