

· 医院管理 ·

综合措施缩短平均住院日的效果分析

龚伟伟, 赵太宏, 肖雨龙, 业海燕

[摘要] 目的 观察综合措施缩短平均住院日的效果。方法 收集南京市第一医院 2015 年 9 月与 2016 年 9 月全院出院患者资料,按综合措施实施前后将前者设为管控前组,后者设为管控后组,比较 1 个月同期主要病种收治情况与相应住院日的变化,各住院日收治区间疾病病种收治情况,以及将住院日分为 1-10 d、10-20 d、20-30 d、30 d 以上 4 个住院区间,观察各区间收治人数的变化。结果 主要病种收治比例、疾病整体构成以及主要病种的平均住院日均无明显差异;管控后组住院日在 1-10 d 及 11-20 d 区间的人数及覆盖病种 741 (83.54%)、415 (46.79%) 较管控前组 714 (81.04%)、385 (43.7%) 明显增加 ($P < 0.05$)。结论 针对影响平均住院日的关键环节,分类施策,利用临床路径、多学科诊治、日间手术、医联体双向转诊等手段综合管理平均住院日管理有效。

[关键词] 平均住院日;综合措施;效果分析

[中图分类号] R197

[文献标志码] A

[文章编号] 1672-271X(2017)04-0421-03

[DOI] 10.3969/j.issn.1672-271X.2017.04.024

平均住院日是评价医院工作效率、评估有效利用医疗卫生资源情况的一项重要指标^[1]。缩短平均住院日,能够加速病床周转次数,提高病床使用率,不仅可降低患者医疗负担,同时可扩大医院病患的收治容量,促进社会效益和经济效益的提升^[2]。我院在平均住院日的管理,采取临床路径、多学科诊疗(multi disciplinary team, MDT)、日间手术、医联体双向转诊等综合措施缩短平均住院日,全院平均住院日由 2015 年 9 月的 9.2 d 逐渐下降至 2016 年 9 月的 8.8 d,现结合住院患者信息进行分析。

1 资料与方法

1.1 资料来源 收集我院 2015 年 9 月(综合措施管控前,以下简称:管控前组)和 2016 年 9 月(综合措施管控后,以下简称:管控后组)全院出院患者病案资料信息,包括基本信息、入院诊断、出院诊断、

ICD 编码、住院情况等信息。

1.2 研究对象 主要病种收治情况与相应住院日的变化;各住院日收治区间疾病病种收治情况:按照医院住院病种性质可大致分为常规病种,复杂手术病种,涉及多学科、专科病种,含有社会因素病种,将住院日分为 1~10 d、11~20 d、21~30 d、31 d 以上 4 个住院区间,观察各区间收治人数的变化。

1.3 统计学分析 采用 SPASS13.0 软件进行统计分析,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较使用 t 检验,构成比资料采用 χ^2 检验,非参数资料采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基本情况 管控前组住院患者共 5469 人次,涉及病种 881 个,平均住院日数为 (9.25 ± 6.71) d,管控后组月住院患者共 5625 人次,涉及病种 887 个,平均住院日为 (8.99 ± 11.20) d。同期平均住院日比较差异有统计学意义($t = 26.315, P < 0.001$),综合措施管控后患者总平均住院日数低于管控前。

2.2 综合管控措施前后主要病种排序及平均住院日比较 按主要病种收治人数占比排序,管控前后住院人次前 20 位的病种变化较小,其中管控前居于前 9 位病种情况的与管控后相同,说明同期比较主要收治的疾病无明显差异。按管控前主要病种收治人次排序,管控前居于前 20 位的病种与管控后同期比较,平均住院日无明显变化;仅 J20.9 病种,管控后平均住院日 $[(6.52 \pm 1.81)$ d] 较管控前 $[(7.46 \pm 2.00)$ d] 降低 ($P < 0.05$)。见表 1。

基金项目: 江苏现代医院管理研究中心立项课题(JSY-2-2016-061);江苏省医院协会医院管理创新研究课题(JSYGY-3-2017-10);2016 年度南京市医学科技发展项目(YKK16121);南京医科大学科技发展基金(2015NJMU063)

作者单位: 210006 南京,南京医科大学附属南京医院(南京市第一医院)医务处

通信作者: 赵太宏, E-mail: 48332583@qq.com

引用格式: 龚伟伟,赵太宏,肖雨龙,等.综合措施缩短平均住院日的效果分析[J].东南国防医药,2017,19(4): 421-423.

表 1 综合措施管控前后收治人次前 20 位病种及平均住院日比较

病种	管控前		管控后	
	<i>n</i>	平均住院日 ($\bar{x}\pm s, d$)	<i>n</i>	平均住院日 ($\bar{x}\pm s, d$)
I25.1	427	8.03±5.47	430	8.20±12.59
Z51.1	283	7.67±6.54	274	6.99±3.57
E11.9	198	8.88±2.93	189	8.58±2.44
I63.9	131	10.00±5.84	102	10.98±6.98
N13.2	101	5.82±2.48	74	5.26±2.55
G45.0	81	8.09±3.25	109	8.38±6.40
J98.4	80	12.89±12.27	88	13.28±17.81
J15.9	66	9.26±3.92	67	9.04±3.47
Z51.8	65	6.14±3.00	59	6.24±2.18
J20.9	54	7.46±2.00	64	6.52±1.81
E11.7	48	9.83±2.75	52	9.67±3.491
N40.x	48	9.29±3.68	52	8.54±2.97
G81.9	44	17.52±6.38	38	17.42±5.34
K35.9	42	5.81±3.28	42	4.38±1.168
K80.0	42	8.10±4.77	62	6.13±2.052
N39.0	41	9.00±5.45	44	7.98±3.12
Z47.0	40	8.30±3.75	52	7.08±2.67
O80.0	37	4.97±1.92	24	5.37±2.65
K40.9	36	5.39±3.04	37	4.81±2.63
J03.9	34	5.91±1.68	30	6.10±1.626

2.3 综合措施管控前后平均住院日区间内各病种构成情况比较 管控前后各统计区间病种构成比差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 综合措施管控前后平均住院日区间病种构成比比较 [$n(\%)$]

平均住院日区间	综合措施管控前	综合措施管控后
1~10 d	714(81.04)	741(83.54)
11~20 d	385(43.70)	415(46.79)
21~30 d	166(18.84)	159(17.93)
31 d 以上	37(4.20)	31(3.49)

3 讨论

3.1 结果分析 上述结果可以看出,综合措施管控平均住院日前后比较,主要病种收治比例、疾病整体构成并无差异;主要病种的平均住院日比较中,仅个别病种住院日比较有差异;从住院时间区间分析,住院日在 1~10 d 区间的人数及覆盖病种综合措施管控后比综合措施管控前明显增多,有显著性差异。可以得出以下结论:①在平均住院日降低 0.4 d 的背景下,全院的主要病种收治构成无显著性变

化,无明显的疾病收治难度选择性降低;②主要收治病种平均住院日未出现较大变动,提示医院总体疾病诊治未出现明显变化;③住院日在 1~10 d 以及 11~20 d 的出院人数及占比增加,同时 21~30 d 的出院人数及占比减少说明原本住院日需 21 d 以上的病种在 1~20 d 内完成,分析住院日由长日区间向短日区间流动与临床路径的开展相关,其中 1~10 d 出院人数的增加还与日间手术的开展相关;④31 d 以上住院患者的减少与医联体双向转诊措施的开展有关。

3.2 综合缩短平均住院日措施与体会

3.2.1 临床路径规范常规病种诊疗行为 临床路径是近年来医疗体制改革的重要方向之一^[3]。近一年来,我院新增临床路径 100 余种,共开展实施临床路径近 200 种,全面覆盖各科室常规病种,完成临床路径占出院患者比例约 35%~40%。2016 年 11 月起开始实行的《医疗质量管理办法》中将临床路径定义为医疗质量管理工具之一,而缩短平均住院日正是临床路径工具目的之一^[4]。医院通过临床路径的规范化诊疗,有效整合诊察、治疗、护理等各项医疗行为,通过临床路径快速通道、诊疗模块等,缩短路径病种诊察诊疗时间、术前平均住院日。我院临床路径管理下全体病种平均住院日较非路径管理病种低 1~3 d,通过临床路径实现检验检查优先、诊疗程序固定、治疗手段接续,将绝大多数临床路径病种控制在 10 d 以内。通过临床路径变异原因分析,不断查找影响平均住院日的关键环节,尽力缩短原住院区间在 20~30 d 的临床路径病种。

3.2.2 日间手术增加手术患者床位周转 医院科室尤其手术科室往往“一床难求”,而导致此现象的往往是择期手术患者的术前检查等待和术后观察。然而对于一些病情确诊、病情稳定的患者,这样的等待无疑是占用和浪费医院资源,导致床位周转慢、使用率下降。我院根据医疗保障能力,将白内障、疝气、膀胱镜检查、输尿管拔出、内固定取出、疼痛神经阻滞治疗纳入日间手术管理,通过门诊预检,术后随访等工作,使这些原本需要 3~5 d 住院日的病种逐步压制在 24~48 h 内完成。日间手术的开展有效且明细地降低平均住院日,但还需注意以下方面确保医疗安全:①有效的日间手术管理团队;②严格的病例准入机制;③密切的术后随访。

3.2.3 MDT 提高复杂病种诊疗效率 三级综合医院收治的不可能完全是常规病种,更多地是涉及多学科专业的复杂疑难疾病。MDT 是疾病诊疗的需要,同时也是专科学科发展的必然要求^[4-5]。我院

从 2015 年以来逐步开展 MDT 工作,陆续建立肿瘤、骨质疏松、急性脑梗溶栓、深静脉血栓预防、放射性粒子诊疗、呼吸睡眠暂停综合征、急慢性疼痛治疗等 10 余个 MDT 专项管理小组。为提升 MDT 管理效率,根据疾病特点以及医院人力资源分布,形成学科领袖型、专业讨论型、技术管理型、流程协作型等各种多学科管理模式。我们跟踪近 100 例 MDT 诊疗中,约 1/3 病例通过讨论更改原治疗手段,约 1/2 病例明确下一步诊察评价项目。我们认为相较于普通会诊,优良的 MDT 讨论制度有以下优势:①有效缩短会诊等待时间;②发挥多专业性优势,避免某项无意义的诊察结果导致的再次等待时间;③大幅提升科室复杂疑难疾病的诊疗能力。数据分析显示,综合措施管控前后 21~30 d 住院区间的病例数减少,而 11~20 d 住院区间的病例数增多,说明 MDT 在复杂病种、涉及多专科病种的收治方面起到积极作用。

3.2.4 医联体双向转诊调整优化住院患者结构

由于疾病因素、社会因素、个人因素等综合影响,医院有一些肿瘤晚期、康复恢复、慢性疾病的患者,这些患者无明显治疗手段或仅常规治疗但无法脱离医学观察。以往医院只能通过私人关系、科室渠道安排到下级医院,所以常造成“想收的收不进、想出的出不了”,无诊疗价值患者压床严重,医院收治结构不合理,重负在身。我院从 2014 年起开展市域内医联体工作,陆续与 3 个区府签订院府合作协议,开展 2 个紧密型医联体(联合病房)。以院府合作、联合病房为载体,有效的分流了我院长期压床的慢性病、肿瘤晚期、康复患者;同时通过双向转账,吸取医联体内的各种诊疗复杂疑难患者,优化了医院收治结构。数据显示,综合措施管控前后,超过 30 d 住院日的患者明显减少。

4 结 语

平均住院日是反映医疗资源利用情况和医院总体医疗服务质量的综合指标^[6],是集中表现医院

管理、医院效率和效益较重要而敏感的指标^[7]。如何在保证医疗质量与安全的同时缩短平均住院日,是医院管理者必须充分重视和着力解决的问题,考验着医院管理者的智慧^[8-9]。综上,平均住院日的管理是一项综合工程,在管理中要针对影响平均住院日的关键环节,分类施策,利用临床路径、多学科诊治、日间手术、医联体双向转诊等手段综合管理平均住院日。另外,科室层面管理中,设定监控指标是必要的,但不能唯指标论,一味地压低科室平均住院日对科室发展是不利的,应分析科室疾病构成,梳理疾病诊疗经过,切实增强疾病诊疗水平,提升科室间协作能力,将科室平均住院日维持运行在合理区间。

【参考文献】

- [1] 李劲松,徐卫国. 综合性医院合理缩短平均住院日的措施探讨[J]. 中国医院,2008,12(10):20-22.
- [2] 汪雅璇,李 书,郭亚楠,等. 基于合理平均住院日的我国医院资源优化配置研究与预测[J]. 中华医院管理杂志,2016,32(5):365-368.
- [3] 张灿灿. 临床路径规范凸显患者安全——解读《临床路径管理指导原则(试行)》征求意见稿[J]. 中国卫生,2009,10:48-49.
- [4] 国家卫计委. 医疗质量管理办法[EB/OL]. <http://www.jsyxh.org/default.php?mod=article&do=detail&tid=994579>.
- [5] 刘 正,王贵玉,王锡山. 行医原则与多学科诊疗模式的思考[J]. 中华结直肠疾病电子杂志,2014,31(1):52-54.
- [6] 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):60-62.
- [7] 赵玉沛. 重视胰腺癌的多学科诊疗[J]. 中华外科杂志,2016,54(11):1707-1708.
- [8] 邓雨珍. 缩短平均住院日[J]. 中国医院,2009,13(12):1.
- [9] 赵先柱. 国内医院缩短平均住院日的研究现状[J]. 中国医院管理,1997,2:23-25.

(收稿日期:2017-03-01; 修回日期:2017-04-17)

(本文编辑:刘玉巧)