

临床路径的应用评价

李 娅, 邵小娟, 李 清, 胡 轲, 陈东风[△]

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所消化内科, 重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.12.043

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2011)12-1238-01

随着医疗卫生行为的标准化及规范化的完善, 临床路径 (clinical pathway, CP) 作为一种新兴的指导管理体系应运而生。自 20 世纪 70 年代起, CP 先后在美国、澳大利亚、英国、西班牙、日本等国家试点实施, 实施后效果理想, 人们意识到 CP 不仅仅是遏制医疗费用的不合理增长, 而且在一定程度致力于医疗体制的转型、医疗质量的改善、规范医疗行为、提高卫生资源的利用率^[1]。

1 概念及模式

1.1 概念 CP 的概念最早起源于 19 世纪 70 年代早期, Shoemaker 认为: “将医疗护理标准化是有益的, 可促进服务的完整性, 还能评估患者的病程及治疗的效果, 同时也是一种教育的工具”^[2]。

1.2 CP 的 3 种模式

1.2.1 模式 I 以单个病种或单个病例为对象, 临床专业人员遵循循证实践的原则, 实施统一的医疗行为, 对该病种或该病例进行医疗质量控制及医疗成本控制。

1.2.2 模式 II 对某个病种在住院诊疗期间, 按照事先制定好的该病种的医疗诊治流程表, 实施每日诊疗计划, 从而有计划地进行医疗行为及医疗成本控制。

1.2.3 模式 III 由专业的医务人员参与, 针对某个病种、某项治疗方案或某项手术, 制定出大家认可度高的诊疗路径, 按照其予以实施, 实施后评价路径效果, 按照循证实践的原则总结效果, 从而控制医疗费用和医疗成本。

2 国内外现状

2.1 国外现状 1985 年美国波士顿新英格兰医疗中心 (Boston New England Medical Center Hospital, NEMC) 率先开始实施 CP, 并证实 CP 在卫生系统的应用成功降低了医疗费用的快速增长, CP 由此受到了美国医学界的重视, 并不断发展成为既能贯彻医院质量管理标准, 又能节约资源的治疗标准化模式^[3]。继之澳大利亚和英国在 1989 年启用 CP; 20 世纪 90 年代中期西班牙、新西兰、南非、沙特阿拉伯等国家开始探索 CP 在各自国家的运用; 而后出现的代表国家有比利时、日本、新加坡、德国、南韩和厄瓜多尔^[4]。欧洲路径协会 (the European Pathway Association, EPA) 在 2004~2005 年所做的一份调查评估了目前 CP 的应用涵盖患者比例。据报道, 各个国家的 CP 应用普及率有较大差异。CP 的发展已有 20 年的历史, 名称有多种。例如, 临床路径 (clinical paths)、关键途径 (clinical pathways)、照顾图 (care map)、协作照顾 (collaborative care)、协调照顾 (coordinated care)、整合照顾 (integrated care)、预期康复计划 (anticipated recovery plans)/ 康复路径 (recovery paths) 等等, 但是最常用的名称是临床路径 (clinical pathways 或 clinical paths)^[5]。目前, 欧美等发达国家对于 CP 的应用多采用模式

I, 经过 20 余年的积累, 已经完成了由理论转化为实践的过程, 对象也由体检保健人员过渡到以单个病种或单个病例为对象, 实施统一的医疗行为, 对该病种或该病例进行医疗质量控制及医疗成本控制。

2.2 国内现状 中国台湾在 1995 年最先引进 CP, 1996 年进入内陆。1998 年以后, 北京、天津、重庆、青岛、成都和广东等国内一些城市的大医院相继引入 CP 的管理模式, 并开展了部分 CP 研究和试点工作。如北京协和医院开展了胆囊切除术、肺炎、充血性心力衰竭和经阴道分娩等 4 种疾病的 CP 应用研究^[6]。中国是发展中国家, 卫生资源相对缺乏, 同样面临着医疗费用上涨和医疗资源浪费的情况。目前中国多数地区在实施城镇职工基本医疗保险中, 采用按照人头定额的保险方式, 以及医疗保险消费采取定点医院后期结算的方式^[7]。对于中国医疗卫生机构试点实施的 CP 多采用模式 III, 虽然卫生部狠抓医疗卫生体系管理模式的改革和医疗费用的控制, 但仅有少数几家医疗卫生机构在实施 CP, 而更多的则正在试点或处于理论学习阶段^[8]。

3 CP 实施过程中几个问题的思考

3.1 CP 的核心是循证实践, 基本服务理念是依法、以德行医, 但在中国并未正式立法 CP 的每一步实施计划都是经过专家精心设计, 在程序上和操作上不存在问题。在试点阶段, CP 的实施也都是经过严格地循证实践反复论证。CP 的服务理念是依法、以德行医, 初衷是致力于遏制医疗费用的不合理增长、一定程度上帮助医疗卫生体制的转型、医疗质量的改善、规范医疗行为、提高卫生资源的利用率。但 CP 在中国并未正式立法, 对于参与 CP 的医务工作者, 无明确法律法规保障自身利益; 对于参与 CP 的患者, 也没有法律保障, 不是合法的医疗改革制度, 自身利益也得不到保障, 更多的患者是采取观望态度, 不承认也不否认。CP 是否尽快立法, 成为 CP 开展实施的双刃剑。

3.2 CP 入选患者少、可操作性不强, 在一定程度上减缓了医疗卫生行业的发展速度 中国实施 CP 的对象是住院患者。实施者和被实施者的目标一致, 首先明确诊断, 然后在最短的时间内, 最快地实施诊疗及护理过程, 且最大限度地控制医疗费用。患者一旦进入 CP, 对于该疾病的治疗、护理、健康指导、费用及预后十分清楚, 每一个患者都会参与统一的诊疗计划。虽然卫生部声明 CP 仅仅针对单病种, 一旦发现合并其他疾病应立即退出 CP。但根据中国人口老龄化及疾病发生率逐渐老龄化的国情, 绝大多数患者本身并非仅仅患有一种疾病, 老年人更是高血压、糖尿病、心脏病等疾病的多发人群, CP 选择患者的范围狭小, 可操作性不强。而且 CP 在一定程度上束缚了临床医务工作者对该疾病的临床思维, 限制(下转第 1242 页)

[△] 通讯作者, Tel: 13883032812; E-mail: chendf1981@126.com。

时,往往以考虑本单位内部成员的男女比例、女性的生理特点、工作本身的性质、利益的最大化等因素,在招聘时更趋向于男性也就不足为奇了^[4]。而对高校来讲,招生、培养、就业是高校工作的三大环节。其中招生工作是学校的基础性工作,关系到学校教育、教学工作的良性循环,关系到学校办学结构、规模、质量、效益的协调发展^[5]，“就业是民生之本”，是最重要的一个环节,对一个学校来讲,学生的就业问题解决得好与不好关乎学校的生存发展。目前情况下,大学毕业生就业的市场化程度已经很高了,但招生、专业设置的自主化步伐才刚刚开始。从高校角度来看,在招生时能根据自身专业的性质特点进行自主招生非常重要。但目前高校的招生自主权一般要求的是具有超常创新和实践能力、或在文学、艺术、体育等方面有特殊才能、或综合素质名列前茅的应届高中毕业生,因可能会引起社会性别歧视的争议而不允许实行一定的性别比例调整。但随着高校逐步成为相对独立的市场主体,如果不能选择实现高校功能和市场需要的学生,学校的独立法人地位得不到体现,也为学生接受高等教育后留下了后遗症。因此希望国家在这方面能逐渐放宽政策,使大学能在确保学生成绩优秀的前提下,按照学校专业的特点招收符合自己定位的学生,全面衡量考生的资格,包括分数、能力、整体上应该是多少的男女比例等。

3.3.4 提高职业指导水平,注重性别差异指导 目前,地方医学院校就业指导力量比较薄弱,在师资队伍上以年级辅导员为主,结构单一^[6]。他们缺乏系统学习和专门培训,对男女大学生就业质量的性别差异认知不足,就业指导内容局限,忽视分

性别对男女大学生进行就业质量性别差异方面知识的教育和指导。地方医学院校要根据院校实际,加强职业指导师资的培养,在就业指导过程中应该正视事实、做到男女有别。除了对女大学生在就业技巧、形象礼仪、自身权益、实践能力等方面进行强化训练外,高校还要加强对劳动力市场的分析力度,建立女大学生人才库,保证女大学生的就业率及就业的可持续发展^[7]。

参考文献:

- [1] 石彤,王献蜜.大学生就业质量的性别差异[J].中华女子学院学报,2009,17(6):68-73.
- [2] 邓丹,钟晓妮.某医科院校2006年本科毕业生就业影响因素分析[J].医学教育探索,2008,7(2):203-205.
- [3] 西蒙波娃.第二性——女人[M].桑竹影,译.长沙:湖南文艺出版社,1988:495-496.
- [4] 徐丽梅,苏庆伟.积极探索女医学生就业途径[J].卫生职业教育,2007,25(4):25-26.
- [5] 黄晓林.医学院校阳光招生工作初探[J].重庆医学,2009,38(20):2640-2641.
- [6] 朱玲.浅议大学生就业中的性别差异[J].法制与社会,2009,31(6):229-230.
- [7] 胡莹,商虹.大学生就业中的性别差异与生命关怀[J].学校党建与思想教育,2009,19(1):75-76.

(收稿日期:2010-10-28 修回日期:2010-11-17)

(上接第1238页)

了临床发散思维,限制临床医务工作者自身发展及该疾病领域的科学研究、探讨,使医疗卫生事业停滞不前,没有新发现,没有新探索。而另一方面,进入CP使得临床医务工作者对CP的认识度及认可度不高,认为其缺少个性化医疗,实施时责任心降低,可能出现将所有同病种患者相同看待,不进行个体化分析,一味地按照CP执行诊疗活动,而忽略即使是相同疾病、相同治疗、相同护理的患者也会有治疗效果的不同差异。本院消化内科作为重庆市首批CP试点单位,选择十二指肠球部溃疡和结肠息肉这2个消化系统常见疾病入组CP,但是经各方面多方努力,自愿参与CP的患者仍较少。自2010年8月开始,仅完成2例CP,回访得知1例患者对于CP治疗认可度不高,认为相同的治疗却花了更长的时间。分析原因:(1)患有十二指肠球部溃疡或结肠息肉的患者,绝大多数合并慢性胃炎或慢性肠炎,不能入组CP,流失大量病源;(2)患者和临床医生对CP的理解和认可度不高。因此,可得出结论,CP在遏制不合理医疗费用的同时,也在一定程度上限制了临床医生对疾病的发散思维,遏制了医疗卫生事业的发展,违背了保障医疗质量的初衷。

3.3 CP可适当控制医保费用,但在一定程度上违背了以患者为中心的医疗模式 中国目前处于发展中,国民素质修养有待提高。而CP对于参与实施的患者诚信度要求高。实施CP的前期准备工作,并没有要求参与路径的患者签署有效的法律文书,即使签署也无法律效力,这使得患者本身可以在治疗到其认为满意的阶段单方面停止CP实施,这使得CP无法再继续下去,导致失败。这种情况虽占少数,但也具体。参与CP的

患者在参与的同时要求进行其他检查项目,如医生同意患者要求,就必须退出CP;如医生拒绝患者进行该项工作,则容易引起纠纷或投诉,这也在一定程度上违背了以患者为中心的医疗模式。

参考文献:

- [1] 齐德广,秦银河,李书章,等.临床路径应用于剖腹产手术效果分析[J].中国医院管理,2003,23(5):28-29.
- [2] Stapleton JF, Segal JP, Harvey WP. Clinical pathways of cardiomyopathy[J]. Circ Res, 1974, 35(2):168-178.
- [3] Greenfield E. Critical pathways: what they are and what they are not[J]. Journal of Burn Care & Research, 1995, 16(2):196-197.
- [4] 李明子.临床路径的基本概念及其应用[J].中华护理杂志,2010,45(1):59-61.
- [5] 张力斌.临床路径的组织实施[J].中国医院管理,2003,23(11):23-24.
- [6] 刘雁斌,孙阳,李学旺.实施临床路径 保证医疗质量 降低医疗费用[J].中国医院,2002,6(12):39-40.
- [7] 马骏.临床路径备要[M].天津:科学技术出版社,2006:4008-4016.
- [8] 邹婧瑜,苏维.临床路径的发展与应用现状[J].现代预防医学,2008,35(23):4610-4612.

(收稿日期:2010-10-09 修回日期:2011-01-29)