

(试行)》中,职工的基础性绩效考核按照医疗、护理、药剂、医技、公卫、后勤 6 种岗位分别从工作纪律、作业作风、职业道德和履职情况 4 个方面进行标准制订;而科室服务质量评价又按照预防保健科、公共卫生管理科、(内科、中医科)、住院部护理部、妇产科、住院部护理部、理疗科、药剂科、医技、门诊护理部、手术室、村卫生室、财务科、总务科、办公室等 15 个类别从科室职能管理、基本医疗质量、满意度测评 3 个方面分别制定考核标准。按考核对象的职能和类别确定绩效考核标准,丰满和完善了绩效考核体系,增强了考核的针对性,强化了绩效考核在公共卫生服务管理上的导向作用。

**3.3 考核方法更注重服务对象的满意度调查** 考核方法从过去的定性为主向量化考核转变,考核方式包含了查阅资料、现场检查、调查访谈、座谈会等多种形式,对机构的工作数量、工作质量、满意度调查及机构发展的运行保障情况绩效考核更注重量化依据和评估的科学性。无论是政府对公共卫生服务机构还是公共卫生及基层医疗卫生事业单位内部的绩效考核,都把服务对象满意度测评作为重要内容。所占权重在 10%~20%,数据通过定期测评和不定期的抽查获取。绩效考核方法日趋完善,服务对象参与绩效考核,进一步凸显社会对公共卫生服务单位的公益性要求。

#### 4 进一步完善公共卫生服务机构绩效考核体系的建议

##### 4.1 设置第三方绩效考核评价机制,确保考核结果客观公正

既管又办的卫生主管部门行使考核评价权仍有“内部人”控制的嫌疑,如能实现管理和监督分离,则更能实现绩效考核对公共卫生服务机构公益性的促进作用。比如,成立隶属卫生部门的公共卫生服务管理机构,代表国家行使公共卫生服务机构的出资人和所有者职能,统筹管人、管事和管资产,而地方卫生部门负责城乡基本公共卫生服务的监督和考核。2005 年,上海市实施市级医院管办分开改革,成立上海申康医院发展中心,作为政府办医的责任主体,负责 23 家市级公立医院的重大决策、经营者聘任、考核、评估和监控,确保实现政府的办医宗旨和国有资产的安全有效运营。政府从繁琐的管理中抽身,重点做好监督工作。通过 5 年的运营,上海申康医院发展中心运营的 23 家公立医院公益性发展取得显著成效。此经验值得借鉴。或者,经由卫生行政部门领导、授权和业务指导,通过签订合同的方式确定第三方绩效评价机构。国外通常都有固定的机构,集中统一的部门对公共卫生服务工作进行评价,这样更

• 卫生管理 •

能体现考核评价的结果公正客观全面,避免了既管又办的考核主体缺位、越位、职能交叉不清等问题。

**4.2 依托公共卫生信息系统建设,完善日常考核监督机制** 新医改提出:要完善以疾病控制网络为主体的公共卫生信息系统,提高预测预警和分析报告能力;以建立居民健康档案为重点,构建乡村和社区卫生信息网络平台;以医院管理和电子病历为重点,推进医院信息化建设;利用网络信息技术,促进城市医院与社区卫生服务机构的合作。积极发展面向农村及边远地区的远程医疗。公共卫生服务所有工作内容都将在公共卫生网络信息平台上得到展示,数据随取随用。在公共卫生信息系统建设中融入日常考核监督机制建设,将使绩效考核日常化、数据化,更真实、客观、公正地反映我国公共卫生服务水平和质量,更充分地体现为人民服务的公益性。比如,向服务对象发放 IC 服务卡,每次享受完相应的公共卫生服务,服务对象通过 IC 卡便可将个人意见反馈到卫生信息平台,系统在考核周期内自动生成群众满意度和社会评价,数据直接而真实。

#### 参考文献:

- [1] 杜乐勋,张文鸣,王培舟,等.中国医疗卫生发展报告 NO4 [M].北京:社会科学文献出版社,2008:9.
- [2] 厉传琳,鄂琼,田丹,等.公立医疗机构公益性的内涵界定[J].中华医院管理杂志,2007,23(10):652-653.
- [3] 赵明,马进.公立医院公益性测度与影响因素研究[J].上海交通大学学报:医学版,2009,29(6):737-740.
- [4] 余园园,金苗苗,余震,等.基于公益性浅析公立医院绩效考核体系[J].中国医院,2010,14(5):12-14.
- [5] 杜书伟,郑大喜.公立医院的经济投入及其来源分析[J].中国卫生经济,2009,28(1):67-72.
- [6] 俞敏炎.公立医院绩效考核方案的模式探讨[J].中国医院,2010,14(8):35-36.
- [7] 张翠萍,曾绍文.对完善临床医生薪酬体系的思考[J].中国卫生经济,2009,28(8):49-51.
- [8] 李毅萍.建立公立医院绩效考核评价体系的探讨[J].中国卫生经济,2008,27(7):71-73.

(收稿日期:2012-03-13 修回日期:2012-07-21)

## 临床路径管理在中小城市医院中的应用

王丽莎

(新乡医学院管理学院法学教研室 453003)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.32.043

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2012)32-3453-03

临床路径管理是深化医药卫生体制改革的重要内容,已成为医疗管理模式发展进步的必然趋势。它的核心是将某种疾病或手术所涉及的关键性检查、治疗护理等活动标准化,确保患者在正确的时间、正确的地点得到正确的诊疗服务,以使患者获得最佳的服务并减少康复的延迟和资源的浪费,有效控制医疗费用的无效支出。由于我国地区发展差异较为明显,中小城市医疗机构中实行临床路径管理刚刚起步,还有不少问题需要研究和解决。

### 1 临床路径管理的发展现状

1996 年临床路径管理引入我国大陆地区,第四军医大学、四川华西医院、华西科技大学第一附属医院在引进初期就尝试应用了这种模式,如今已取得一定成果,平均住院日呈下降趋势,药占比也有明显下降。自 1998 年以来,北京、天津、重庆、青岛、成都等国家的大型医院相继开展了部分病种临床路径的研究和试点<sup>[1]</sup>。经过近 20 年的推广,该模式在一些发达地区医院和发展较好的医院已初步取得成效。经卫生部对部分试

表 1 心内科 ST 段抬高型心肌梗死临床路径管理(卫生部抽样调查结果)

临床路径试点单位	平均住院日数(d)			平均住院费用(元)		
	CP 前	CP 后	变化情况	CP 前	CP 后	变化情况
北京大学第三医院	12.08	9.71	-2.37	65 526.00	51 075.50	-14 450.50
北京市仁和医院	10.63	12.48	1.85	20 974.00	22 650.00	1 676.00
大连市中心医院	10.13	9.75	-0.38	35 963.00	37 210.94	1 247.94
吉林省人民医院	15.70	14.00	-1.70	46 426.00	46 732.00	306.00
浙江省人民医院	17.05	16.69	-0.36	54 862.00	56 012.00	1 150.00
郑州大学第一附属医院	11.00	11.00	0.00	71 001.56	47 526.21	-23 475.35
云南省第一人民医院	9.77	11.25	1.48	30 844.80	36 784.50	5 969.70

点医院某些专业临床路径开展情况的调查发现(郑州大学第一附属医院心内科临床路径数据资料),临床路径管理的开展已经取得了初步成效,以 ST 段抬高型心肌梗死为例,在应用临床路径管理后,平均住院日和住院费用都有所下降,见表 1。

目前,在全国实施临床路径管理的 162 家医院中,三级医院有 112 家,占 69.6%;二级医院 48 家,占 29.8%;一级医院 1 家,占 0.6%。在这 162 家医院中,部属医院 12 家,占 7.7%,省级医院 57 家,占 35.4%;市级医院 73 家,占 45.1%;县级医院 12 家,占 7.7%。162 家医院中,省市级医院占 80.5%<sup>[2]</sup>。由此可见,临床路径发展的主要趋势是向全国范围推广,而中小城市则是发展的主要地区,中小城市医院占了试点医院的大部分。从进入路径的病种选择上看,有 77.2% 的医院开展病种数为 1~5 种,开展病种数达 100 种以上的医院仅占所有试点的 2.4%。可见,绝大部分医院的发展病种比较单一,纳入病种数少,仍处于初步实验阶段。

## 2 临床路径在我国中小城市发展中的问题

临床路径在我国开展虽已取得一定的成果,但仍处于起步阶段,其运行机制与我国国情有不适应之处。除了缺乏政策支持、管理体系建立不健全、缺乏规范化流程等共性问题外,中小城市医院因其自身特殊性,表现出了不同于大医院的特殊问题。

**2.1 部门配合不协调** 临床路径的开展会使患者的就医旅程穿越医院内的各种专业或卫生服务机构间的壁垒,而一些中小城市医院存在各个职能部门间各自为营,沟通不足,支持协调不到位的现象,从而会导致出现手术不能按期安排、药品断货、手术器械损坏维修不及时等现象,以至于不利于工作的顺利实施<sup>[3]</sup>。临床路径对于多数中小城市医院来说,就是一种单纯的医疗行为,大多由医务科监督管理,下发到各个科室由医生执行。护理工作的管理层对临床路径几乎没有涉及,临床路径在实际的应用过程中也都由医生承担。然而,临床路径的开展仅依靠医生的力量是不能顺利完成的,它需要与多部门建立良好的合作关系,尤其要加强医护间的协作。

## 2.2 基本流程处理不当

**2.2.1 执行路径日期不确定** 一些患者入院时疾病症状不明,病因待查入院。在入院 1~2 d 后明确病因,才能够选择所入路径,这样就使入路径的时间难以界定。如果入院初进行检查的时间以及费用也算入路径,那么临床路径的时间、费用控制会受到很大程度的影响,而且也不符合规范的临床路径管理流程。如果不算入路径内容,这几天的入院记录又是确实存在

的。有些医院为了避免这种情况就会让患者草率地入路径,这样又会增加变异率,影响医疗质量的评估。入路径日期的这种模糊界定会影响临床路径管理的精确度。

**2.2.2 入路径病种难以选择** 部分试点医院试点病种入径率低,变异和退出病例较多,这跟试点病种选择不当有一定的关系,恰当的选择试点病种对开展好试点工作是尤为重要的<sup>[4]</sup>。以郑州大学第一附属医院心内科临床路径开展情况为例,从入路径的 8 个病种来看,各个病种的完成例数、退出率和变异率都有很大差别,不稳定型心绞痛介入治疗的进入例数多,但退出比率也相对较大;急性 ST 段抬高性心肌梗死介入治疗的进入例数适中,退出率也较低;而急性左心衰竭则根本没有进入例数(表 2)。那么,在进行入路径病种选择时就应该选择那些进入例数多又不容易出现退出的病种,像急性左心衰竭这样不入路径或入路径例数很少的病种,在进行临床路径病种选择时就应该将其排除,以保障临床路径管理的完成率。

表 2 路径进入、退出、变异和完成情况(2010 年 3~12 月)

病种	进入例数 (n)	退出例数 [n(%)]	变异例数 [n(%)]	完成例数 (n)
不稳定型心绞痛介入治疗	836	369(44)	315(46)	467
急性非 ST 段抬高性心肌梗死介入治疗	39	12(31)	19(70)	27
慢性稳定型心绞痛介入治疗	29	13(45)	12(75)	16
急性 ST 段抬高性心肌梗死介入治疗	42	10(24)	21(66)	32
持续性室性心动过速射频消融	14	6(43)	1(12)	8
持续性室性心动过速 ICD 植入	18	12	4(67)	6
病态窦房结综合征临床路径	43	23	5(20)	20
急性左心衰竭临床路径	0	0	0	0

注:郑州大学第一附属医院心内科临床路径数据统计。

在个别的中小城市医院,管理层为了完成临床路径任务或者单纯追求入路径的病种数及进入例数,会给临床医务人员制定量的要求,致使临床工作者为了完成任务会实行宽进严出的政策,将符合疾病又无特殊情况的患者全部纳入路径管理。这样盲目地追求数量,会影响路径开展的质量,也会导致退出病例增多。另外,很多人院患者不是因为单一病因入院的,如因骨关节炎入院的患者,还可能患有糖尿病。两方面病情都需要控制,那么该走哪个路径就很难抉择了。而且,内科患者中的

很多老年人,心肺功能都有问题,除了第一诊断,还有第二、第三诊断等。因此,要纳入临床路径分路径,操作起来就很困难了。

**2.3 基础设备配置不健全** 大型、先进的设备能够提升辅助科室的检查能力,在较短时间内为患者提供满意的服务,缩短大型检查醒目的预约时间,从而进一步缩短患者平均住院天数<sup>[5]</sup>。中小城市医院因其地域、资金、政策支持等多方因素,在基础设施建设上会落后于大型医院。就拿心血管专业来说,大型医院一般都配置有数台血管造影仪、射频消融仪、血管内超声、超声多普勒机、CARTO 三维标测系统、主动脉内球囊反搏泵、高压注射器、呼吸机、麻醉机等。而在中小城市医院,普遍使用的只有监护仪、心电图机这类基础检查设施,高端的检查设备数量都有限,不能保障多例检查同时进行,有时甚至会延误某些患者的检查。而临床路径又对完成治疗的时间有严格的要求,这样的情况就会影响路径的进程。而这也是由于中小城市医院的特点出现的不可避免的问题。

**2.4 信息化程度低** 大多数中小城市医院信息化程度较低,信息系统建设及基础设施建设相对滞后<sup>[6]</sup>,临床路径表单、医嘱处理等仍然是手工操作,给医护人员的日常护理工作增添了不少工作量,使部分医护人员对试点工作存在抵触情绪,而且也不能满足开展临床路径的需要。部分试点医院虽然将临床路径表单、医嘱等维护到 HIS 工作站中,但由于不能进行全流程的电子化操作,也不是真正意义上的临床路径信息化管理。

临床路径管理作为对医疗活动诊疗过程的精细化管理,需要通过计算机手段实现行为规范监控预警,减少医疗差错的发生,避免制定与执行时的随意性,监督检查执行步骤及不足,及时调整,确保患者的医疗安全。而信息化平台的功能之一就在于程序设计、流程实施以及流程控制。信息化平台的建设是实施临床路径工作的有力支撑。

### 3 对策及意见

**3.1 完善配套政策和制度** 政府要加强对中小城市临床路径管理工作的重视,加强组织领导,完善相关的配套政策,比如加强医疗保险制度建设,完善补偿机制,增加中小城市临床路径投入等来辅助协调好临床路径工作的开展,并联合有成功经验的大型医院做好对临床路径的技术指导,保证临床路径工作的有序开展<sup>[7]</sup>。建立医院临床路径管理领导小组、指导评价小组、科室实施小组,逐级管理并制定各级医务人员工作职责,临床路径管理员职责等,使责任到人,职责明确。建立科室临床路径文件体系,规范临床路径的文件记录,使每一例临床路径都有证可循,使临床路径管理的资料收集工作简单易行。同时,临床路径具有多学科探讨、多部门协作的特征<sup>[8]</sup>,需要加强医院内各科室之间,医务、护理、医技各专业之间,医务人员之间及管理者与医务人员之间的沟通与协作。

**3.2 选择合适的病种** 中小城市医院由于医疗水平、医疗设备的限制,不可能对卫生部发布的所有疾病都开展临床路径管理,而是应该依据卫生部已发布的病种临床路径范本,结合自己医院服务区域疾病种类特点、诊断治疗技术水平和用于诊断治疗的仪器设备及药品耗材情况,遵循循证医学原则,确定完成临床路径标准诊疗流程需要的时间,制订适合自己的工作流

程表,选择常见病、多发病,治疗方案相对明确、技术相对成熟、诊疗费用相对稳定、疾病诊疗过程中变异相对较少,能够按临床路径设计流程和预计时间完成诊疗项目的病种纳入临床路径。

**3.3 加强信息化平台建设** 中小城市医院应当尽快建立一个标准通用的临床路径信息体系,使其对每个临床路径都能进行集中、统一的管理以改变传统的手工操作模式,同时,又由于临床路径涉及诊疗、手术、护理、宣教等多项工作,所以需要建立一个完整的信息系统与医院的各信息系统相连接,促进信息的交互共享,进行全流程的电子化操作。对患者信息、检查化验、医嘱护理等与医院信息系统(HIS)/影像信息系统(RIS)/实验室信息系统(LIS)/电子病历(EMR)等系统进行集成,支持患者的临床评估和路径引入<sup>[9]</sup>。这样,通过对每个临床路径节点的费用控制,就方便了医疗事务管理、历史管理以及综合统计分析,实现真正意义上的临床路径信息化管理。随着电脑技术的普及,中小城市医院加强信息化平台建设是急需且可行的。

**3.4 明确临床路径的法律属性** 目前,由于临床路径的开展处于试点阶段,相关的医患纠纷尚不多见。但是,必须防患于未然,明确临床路径的法律属性只是卫生部出台用于规范医疗收费行为,供各地医院参考应用的指引性文件。因此,临床路径只是具有技术性的指导文件,是可以根据患者病情来进行调整和灵活适用的,医院不应机械加以执行。由于患者病情存在人体差异和疾病的特殊,治疗同一种疾病,即便医生所采取的诊疗行为一样,所达到的效果也不尽相同。要考虑到患者的客观情况,在临床路径的指导下,发挥医生的积极性和主观能动性,这才是临床路径管理内在要求的实现。

### 参考文献:

- [1] 王若乔,叶志霞. 临床路径研究现状与展望[J]. 解放军医院管理杂志,2009,16(2):125-126.
- [2] 陶红兵,刘鹏珍,梁婧,等. 实施临床路径的医院概况及其成因分析[J]. 中国医院管理,2010,30(2):28-30.
- [3] 霍天琪,新峰,韩杰,等. 临床路径管理试点工作实施现状分析[J]. 中国医院,2011,15(2):2-5.
- [4] 韩璐. 临床路径管理还能做得更好[EB/OL]. (2010-11-23)[2011-12-14]. <http://www.jkb.com.cn/document.jsp?docid=168578>.
- [5] 范理红,谭申生. 临床路径在全院主要病种中的实施价值[J]. 中国医院管理,2009,29(6):43-44.
- [6] 张帆,刘本禄. 临床路径在我国医院管理中应用的现状与展望[J]. 中华医院管理杂志,2004(7):410-411.
- [7] 付敏. 临床路径管理的探索与实践[J]. 江苏卫生事业管理,2011,22(2):58-59.
- [8] 陆栋定,吴雁鸣,徐德志,等. 临床路径的历史与现状[J]. 中国医院管理,2003,23(7):17-19.
- [9] 朱婷,王天朝,谢颖夫,等. 新医改下公立医院信息化临床路径管理初探[J]. 卫生软科学,2011,25(5):310-312.