

◁ 医疗管理 ▷

集束化管理在提高病床使用率中的应用

杨迎, 江小云

(德阳市人民医院, 四川省德阳市 618000)

【摘要】 病床使用率反映医疗机构工作效率与医院管理水平, 笔者通过查阅相关文献, 深入分析医院实际医疗水平、各科室疾病特点等情况, 归纳总结影响医院病床使用率的因素, 结合当前医疗政策和发展方向, 从缩短患者检查等候时间、减少疾病并发症、优化手术方式、落实分级诊疗等多方面制定集束化管理措施, 通过集束化管理后, 全院同期平均住院日缩短, 达到提高医院整体病床使用率的目的。

【关键词】 病床使用率; 平均住院日; 分级诊疗; 双向转诊; 集束化管理

【中图分类号】 R197 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1672-4232(2024)01-0064-03

【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2024.01.017

The Application of Clustered Management in Improving the Utilization Rate of Hospital Beds/YANG Ying, JIANG Xiaoyun (Deyang People's Hospital, Deyang, Sichuan 618000, China)

【Abstract】 The utilization rate of hospital beds reflects the work efficiency of medical institutions and the management level of hospitals. By consulting relevant literature, the authors deeply analyzed the actual medical level of hospitals and the disease characteristics of each department, and summarized the factors affecting the utilization rate of hospital beds. Combined with the current medical policy and development direction, the clustered management measures were designated from the aspects of shortening the waiting time for patient examination, reducing disease complications, optimizing surgical methods, implementing hierarchical diagnosis and treatment, etc. After the clustered management, the average hospitalization days of the whole hospital were shortened in the same period, and the purpose of improving the overall bed utilization rate of the hospital was achieved.

【Key words】 hospital bed utilization rate; average length of hospital stay; hierarchical diagnosis and treatment; two-way referral; clustered management

病床使用率是用于衡量医疗机构病床利用情况, 其值高低受病床设置数量、来院病人住院率、医疗水平与质量和医院管理水平等多种因素的影响。2020年, 我国卫生健康事业发展统计报告显示: 全国当前医疗机构病床使用率为72.5%, 其中, 公立医院为77.2%。与2019年同期比较, 医院病床使用率下降近11.1%(其中公立医院下降14.0%), 不排除新冠疫情期间各医院患者住院率降低, 从而影响床位使用率下降。同时, 2020年各医院出院患者平均住院日为8.5d(其中公立医院8.4d), 与上一年同期相比较, 各医院出院患者平均住院天数减少0.6d(其中公立医院减少0.7d), 一定程度上说明国家提出医院高质量发展政策以及新冠疫情期间医疗卫生机构对病区管控措施具有一定效果。研究医院是四川省一家公立三级甲等综合医院, 医院专业设置齐全、设备先进, 集医疗、教学、科研、健康管理为一体, 开放床位1 838张。回顾发现2020年前病床整体使用率稍低于国家病床使用率水平, 平均住院日天数较国家水平延长, 尤其是个别手术科室, 术后住院时间明显高于全国平均水平。而平均住院日的长短是反映医院的医疗工作效率及医院综合管理水平的重要指标之一, 以上数据一定程度上说明了医院在对病床管理与医疗服务效率上仍有较多需要改进的地方。为进一步提高病床使用率, 缩短平均住院天数, 医院组织多部门分析影响床位周转的因素, 并在2020年底制

定一系列管理措施, 于2021年初开始实施集束化管理。

1 科学合理设置考核指标

1.1 以政策和问题为导向

在国家2019年推出的《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》中, 明确要求了公立医院要逐步降低平均住院日, 在保障医疗安全质量的前提下尽量加快床位周转速度, 为更多患者提供及时有效的医疗服务。为积极响应号召, 医院对于病床使用率和平均住院日建立了相应的考核机制, 完善制度建设, 将指标分解至各科室, 并与各科室绩效直接关联。针对不同的科室特点设立专科性目标值, 根据各科室每月是否达标的情况实施绩效考核, 从而提高全院医务人员对患者平均住院日的重视程度。

1.2 结合数据监测分析

借力信息系统收集既往各科室平均住院日数据, 由病案管理科对病床使用率和平均住院日进行统计分析, 发现各科室平均住院日与日间诊疗、单病种管理、临床路径等之间的关系, 针对特殊疾病、重点部门、关键环节、具体问题进行分析, 找出可控因素进行针对性改进。根据2020年监测数据发现, 医院同期平均住院日高于四川省平均住院日的科室有: 康复医学科、胃肠

外科、肝胆外科、乳腺外科、烧伤整形科、心身医学科、内分泌代谢与老年病科、肿瘤科、儿科。

1.3 科室疾病特点及实际诊疗存在的问题

根据各科室疾病特点和实际诊疗情况及文献研究^[1]表明:平均住院日影响力最大的因素为患者住院期间是否存在转科环节,例如康复科病人多为他科转入并长期住院理疗;其次分别是患者是否经历抢救流程、年龄大小、病例疑难复杂分型和病情危重程度、是否有手术并出现术后感染等。对于转科这种可控的影响因素,应当把患者转科作为重点环节解决,严格转科条件,会诊时尽量准确全面地评估患者病情,明确患者当前最需解决的问题,确需转科的,转入科室要与转出科室沟通并熟悉病人的病情,提前制定相应的诊疗方案,做到让患者早诊断、早治疗、早出院。另一方面,调查期间发现各科室患者收住院的指针把握不严,其中康复医学科、呼吸内科、全科医学科等科室主治及以上职称的医师出门诊的比例不够高,因此,强化医院门诊、急诊的首诊确诊率,争取从源头上减少住院患者转科的发生是当务之急,同时要根据病情危重程度及病例疑难分型及时合理地收治到对应科室,做到早诊断、早治疗。

1.4 病例组合指数(CMI)的影响

患者疾病复杂疑难程度是影响平均住院日和床位周转率的重要因素,病例组合指数(CMI)是目前国际上通用的评价医疗服务技术难度水平的重要指标之一,可以反映各科室收治患者疾病的疑难复杂程度。因此,分析各科室CMI,从该维度个性化制定各科室考核指标。文献研究表明,CMI与各科室的住院时间消耗之间呈正向变化关系,即相对简单的病例所需治疗时间相对较短,而病情越复杂严重的病例所需的治疗时间通常越较长(排除放弃治疗自动出院的)。借鉴相关文献中提出的疾病诊断相关分组(Diagnosis Related Groups, DRG)标杆法,运用信息系统,通过大数据分析,将收治疾病的危重疑难复杂程度,以各临床科室CMI和RW分值为载体,纳入各科室平均住院日的量化考核,并进行目标值的测算,具体计算通过时间基础率来设定不同科室的最佳平均住院日。其中,时间基础率^[2]是指单位CMI所消耗的平均住院时间,时间基础率与效率成反向关系,其越高表明单位CMI所消耗的平均住院时间越长,效率越低;反之则表明效率更高。最佳平均住院日是指在收治与本科室同等难度病例的情况下,使用设定的时间基础率与科室CMI的乘积。避免传统的经验管理与“一刀切”的考核方式,而是根据临床的实际情况设定考核目标值;同时,通过与设定的CMI、平均住院日进行对比分析,针对性地提出将本院科室病床使用率和平均住院日目标值分类,避免过分控制在效率难度水平方面已经做的比较合理的科室平均住院日,重点降低医疗服务效率难度水平

相对较差的科室,尤其是对于本院以康复业务为主或基础疾病复杂、免疫力低下的科室以及外科手术科室,手术方式以及难易程度在一定程度上与医院感染的发生有关系,术后感染通常会延长患者的住院时间^[3],需要充分考虑其难度系数对住院时间的影响。根据《国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)分组与付费技术规范》文件,明确指出康复病例不适用DRG付费及相关指标^[4],因此,医院不能以牺牲医疗质量换取平均住院日的缩短,要充分体现科学合理、易被工作人员理解接受的管理原则。

在制定平均住院日考核标准过程中,要充分结合各科室CMI的实际情况基于专科收治病种的特点考核住院日下降达标情况,通过科学的集束化管理,包括优化入院流程、缩短不必要的等候时间、规范医务人员诊疗行为等措施,真正提高病床使用率,提升医疗服务质量。将全院平均住院日目标值科学合理地分解到科室层面,进行个性化调整与考核。

2 根据影响因素,制定管理措施

平均住院日是指在设定的一段时期内出院的患者平均住院时间的长短,是出院患者占用总床日数与出院总人数之比。在运用5W1H方法^[5]进行数据监测分析查找原因发现:病情危重延长住院时间一方面在于病人自身因素,如年龄、基础疾病和疑难复杂程度等,为不可控因素;另一方面在于医院客观环境影响,包括医院感染发生,等待检验检查的时间长,并导致术前准备时间延长;医生负荷重;病人的住院标准和出院指征把控不严格,使一部分可以在门诊治疗的患者住院占用床位资源,或部分患者已经达到出院指征仍然滞留在院,或部分术后患者病情已经稳定可以转至下级医院或社区中心进一步康复,但因为缺乏有效可行的双向转诊制度或合适的医疗机构仍继续占用医疗资源;未全面实行单病种收费,临床路径达标率过低;部分需反复化疗的肿瘤病人占用大量床位资源;手术间不够用,导致手术患者在住院等待时间长等多种因素^[5]。基于上述影响因素,建立持续质量改进小组,包括医院领导与部分职能部门负责人,相关医技科室及部分临床科室负责人,建立科学合理、标准的持续质量改进模式,借鉴目前医疗机构广泛运用的呼吸机插管相关性肺炎集束化管理(VAP bundle)^[6],制定并开展针对性的集束化管理。

2.1 开设入院准备中心

入院准备中心为患者提供院前检验检查“一站式服务”,实现全院“一张床”统筹安排。一方面可以缩短患者入院前检查检验术前等待时间,通过对检验科、病理科、影像科及核医学科等平台科室全流程追踪调研,

充分掌握人财物配置及工作饱和度;另一方面实行住院床位统筹管理并制定预约入院流程,通过全院床位共享,实行病床跨科使用制度,解决“一床难求”的问题,掌握各科室日常运转中的阻碍因素并及时解决,降低住院患者等待时间;同时患者预约过程中,经过准备中心工作人员复核,也间接降低患者因门诊医生收治偏差而在入院后进行转科的几率,有效提高病床使用率。2020年底医院率先在妇科、肝胆外科等科室试行入院前检查检验模式,各部门运转配合顺畅。2021年在全院实行非急诊患者均需预约入院政策。

2.2 积极开展日间手术和日间化疗

实施日间手术和化疗有利于缩短部分手术科室的平均住院日^[7]。对于肿瘤科、胃肠外科、肝胆科、乳腺科等需反复化疗的肿瘤患者,实行入院前一天进行化疗前检查,无异常情况则第二天正式住院化疗,结束后24h内出院;同时针对甲状腺手术、疝气手术、静脉曲张及乳腺结节微创等手术归纳为日间手术,术后24h内出院,特殊情况不超过48h,在门诊进行换药、复诊等处理,明显缩短住院天数,同时追踪术后恢复及感染情况。

2.3 加强医院感染的监测与控制

大数据显示医院感染是延长患者住院时间的重要因素之一^[8],控制医院感染势在必行。回顾近5年各科室医院感染水平,分析医院感染患者的平均住院天数,对重症监护室、康复科、胃肠外科、血液科等医院感染发生率高的科室以及涉及手术切口感染的骨科等外科科室进行重点监测和电话随访,院感专职人员及时反馈当月医院感染情况,针对因为医院感染而延长住院时间的病例,科室院感小组组织医生、护士及职能部门工作人员进行讨论,分析原因并制定对策。同时开展日间手术的科室自行追踪日间手术患者术后恢复及感染情况,临床科室每月统计院感例次数并上报医院感染管理科。

2.4 临床路径与DIP付费结合

积极开展单病种付费,结合DIP付费,职能部门参与并指导临床科室合理运用临床路径^[9],规范诊疗流程,通过路径偏差及时发现、分析原因,并对当前医疗行为进行整改,科室工作人员之间要相互配合,规范诊疗行为,使患者达到同质化管理,针对临床路径偏差或中断的病例,及时分析总结,合理设置、调整临床路径,进一步缩短平均住院时间,提高病床使用率。

2.5 贯彻落实双向转诊制度,形成分级诊疗模式

目前受多方因素影响,我国双向转诊制度收效甚微^[10],但不可否认其重要性和实用性。医院在意识到术后患者康复所需时间远超手术时间,且康复期间对于技术要求远低于三级医院水平后,通过评估周边社区医院的医疗水平并对其医务人员诊疗操作进行培训,达标后与本地区社区医院签订双向转诊协议^[11],

目前仅有胃肠外科,后期将陆续推进其他科室与社区医院签订转诊协议,并不断帮扶周边社区医院,提高基层医疗机构诊治水平,减轻医院收治压力,缩短平均住院日,提高床位周转率,减少患者手术等待时间,进一步提高床位利用率。

通过上述集束化管理后,2021年全院平均住院日缩短为7.8d(2020年同期为10.2d),较管理前同期平均缩短2.4d;2021年全院实际病床使用率合计为93.3%,这与目前国内公立医院的平均病床使用率相符合,且呈上升趋势。同时统计发现日间手术后出现的医院感染率较既往传统住院手术感染发生率低,改善手术方式一定程度上可以降低医院感染的发生,从而缩短患者住院时间^[12]。因此也验证了集束化管理在提高医院病床使用率中的应用具有可行性,后期医院将从各科室特点、患者需求、社会发展要求(如新冠疫情的影响和变化趋势)等方面出发,进一步探索提高床位使用率的影响因素,完善集束化管理措施,并争取政府相关部门的支持,促进社会、医院、患者“三赢”,满足当地患者对医疗资源的需求。

参 考 文 献

- [1] 刘昊,徐家骅,张海莹,等.实施集束化管理缩短平均住院日[J].现代医院管理,2021,19(4):53-55.
- [2] 袁磊,陈子华,黄耿文,等.基于DRG精准制定科室平均住院日目标的实践与评价[J].中国医院管理,2021,41(6):34-38.
- [3] 孔向红,何超,项燕.缩短平均住院日与提高医院效益[J].中国医院管理,2002(10):16-17.
- [4] 宁世伟,张瑞迪,张丽华.临床科室平均住院日目标值个性化调整路径探讨[J].中国医院管理,2022,42(1):53-56.
- [5] 章成国,曾勇,王跃建,等.应用PDCA缩短平均住院日[J].中国卫生质量管理,2018,25(3):1-3,8.
- [6] Wang C, Jiang W, Yang K, et al. Electronic monitoring systems for hand hygiene: systematic review of technology[J]. J Med Internet Res, 2021, 23(11):27880-27880.
- [7] 苏智军,林家荣,王友羲,等.新医改形势下平均住院日管理的实践与探讨[J].中国医院管理,2018,38(10):72-73.
- [8] 郝秋星,武迎宏.医院感染对平均住院日的影响及管理对策[J].中华医院感染学杂志,2011,21(20):4301-4303.
- [9] 徐雪慧.临床路径管理对患者平均住院日的影响因素分析[J].中国卫生质量管理,2016,23(5):49-51.
- [10] 刘朝杰.双向转诊机制的实现[J].中国全科医学,2006(15):1221-1223.
- [11] 阮陆宁,甘筱青.双向转诊的关系契约[J].南昌大学学报(理科版),2012,36(3):296-300.
- [12] 宇应涛,王磊.影响医院平均住院日的因素分析[J].中国医院统计,1999(1):36.

通信作者:江小云(1974-),女,本科,副主任医师;研究方向:医院感染管理。

收稿日期:2022-10-28

修回日期:2022-12-19

(编辑 曹晓芸)