

## ◁ 医疗管理 ▷

## 改善医疗服务背景下院前服务管理模式的构建

钟莉, 廖伟锋, 吴碧红

(中南大学湘雅医院病友服务中心, 长沙市 410008)

**【摘要】** 在改善医疗服务行动计划的指引下, 样本医院坚持以患者为中心, 在住院服务流程、床位精细化管理与服务模式创新等方面加大探索, 构建了以床位集中管理为核心的院前服务管理模式。通过实践, 在未增加住院床位的情况下, 2023年较2015年, 医院出院人次增长39.3%, 平均住院日下降2.72 d, 床位周转次数增长27.2%。由此可见, 院前服务管理模式在改善患者就医体验、缓解大型公立医院“一床难求”等方面起到了重要的促进作用。

**【关键词】** 医疗服务; 院前服务管理模式; 床位集中管理; 预住院

**【中图分类号】** R197 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1672-4232(2025)01-0049-04

**【DOI编码】** 10.3969/j.issn.1672-4232.2025.01.013

我国分级诊疗体系尚未完善, 优质医疗资源仍相对集中在三级公立医院, 而随着社会经济的发展, 民众对优质医疗服务有了更高的期待与要求, 从而引发医疗资源供需矛盾、医患矛盾加剧等一系列问题<sup>[1]</sup>。医院如何在固有规模和核定床位数的情况下, 通过调整床位结构、优化资源配置, 提高医院的整体运营效率, 切实解决人民群众“急愁难盼”的“住院难”问题, 是当前医疗卫生事业中关注的重点<sup>[2]</sup>。在连续6年两轮改善医疗服务行动计划的指引下, 国内各大医院开始探索床位集约式管理、推行预住院, 旨在优化资源配置, 改善患者就医体验。本文通过介绍湖南省某三甲医院院前服务管理模式实践, 以供业内同行交流与探讨。

## 1 院前服务集中管理模式的实践

湖南省某三甲医院是由国家卫生健康委员会直管、国家教育部直属全国重点大学附属的大型综合性三级甲等公立医院, 有编制床位3 500张。为切实解决患者预约“繁”、等床“烦”、住院“难”等问题, 医院于2014年12月率先在省内成立院前准备中心(以下简称“院前”), 对全院床位进行集约式统筹管理, 在住院服务流程、床位精细化管理与服务模式创新等方面加大探索与实践, 构建了以床位集中管理为核心的院前服务管理模式。

### 1.1 院前服务管理模式的构建

传统的各科室自行管理床位模式存在以下问题: 一是科室目标与医院整体目标不一致, 收治的病种不能助力医院高质量发展、提高三级公立医院绩效考核排名等; 二是即使能达到局部科室最优, 但从医院整体来看, 依然会出现科室“忙闲不均”的现象。因此, 医院应打破各科室独立管理的格局, 将全院床位进行集中管理, 利用“病床资源库存化”的思想达到病床资源整

体最优<sup>[3]</sup>, 确保床位既要“收满”又要“收好”。

### 1.2 院前服务管理内涵

院前服务管理是指以床位集中管理为核心, 通过信息建设、流程优化与资源整合, 将床位预约与安排、入院评估、预住院、健康宣教等系列服务前移至入院前关口, 达到改善患者就医体验、提升医院运营效率的目的。

### 1.3 院前服务管理三大目标

1.3.1 改善患者就医体验。优化入院服务流程, 对门诊就诊后需住院治疗的患者实行闭环式管理, 由传统的患者围绕临床科室和职能部门奔波的方式转变为由院前主动提供服务与管理, 减少患者往返奔波次数, 主动沟通并引导患者有序入院, 缓解候床期间的焦虑情绪, 提升就医获得感。

1.3.2 床位资源优化调度。重点聚焦各科室床位有效使用率, 通过科学有效的管理, 缓解不同治疗组、不同病种、不同性别、不同手术等资源不匹配现象; 打破科室“领地式”管理的壁垒, 重组多个科室间的病床资源, 提高床位分配效率, 缩短患者等待入院时间, 降低患者候床成本; 根据科室收治特点, 对患者入院指征进行把控, 减少无效住院, 提高医院整体床位有效使用率。

1.3.3 医疗资源优化调度。整合病床、医护人员、手术室、检验检查室、管理流程等资源<sup>[3]</sup>, 在不增加医院资源的情况下, 采取调度优化手段, 使资源得到充分利用; 应用调度优化的基本原理和科学方法, 创新入院服务模式, 对医疗服务资源进行合理计划、组织和控制, 使各项医疗资源实现最佳的协调与配置<sup>[4]</sup>。

### 1.4 院前服务管理模式实践与创新

1.4.1 优化住院服务流程。据2016—2021年全国5次改善医疗服务行动计划数据显示, 住院患者最为不满的方面包括手续办理繁琐<sup>[5]</sup>。传统的入院流程需患者或家属自行前往病房登记预约床位, 期间的来回奔

波和电梯拥挤,严重影响了就医体验。院前通过信息手段实现“信息跑”代替“患者跑”,患者预约床位后,院前工作人员进行评估和宣教,患者只需按照宣教做好入院准备、等候入院通知即可。为满足患者多样化就医需求,设有自助预约和人工预约两个途径,包括自助机、住院证上二维码以及医院官方小程序预约三种形式。设置住院证的有效期为1个月,患者可在1个月内提交床位预约申请,逾期则需重新就诊。

1.4.2 床位管理“三精服务”。精细化管理是推进公立医院综合改革的必然要求,提升精细化管理水平是公立医院优化资源配置、提高运行效率、改善医疗质量与安全、提升患者满意度的重要途径<sup>[6]</sup>。院前基于临床科室的基本收治条件,结合个性化的收治要求,为全院86个专科245个治疗组打造“量身定制式”的收治原则,形成结构化、标准化的知识库,与临床科室、急诊科三方共享,实行同质化管理。收治原则在宏观方面包括各治疗组收治病种、入院前检验检查项目、相关准备事项,治疗方式与优先级别、危急重症患者收治路径与规则等;细节方面根据各病种的治疗方式、医生手术日、手术影响因素等制定个性化细则,如外科各类抗凝药物停药时间、基础疾病控制情况、月经周期等。在全面且完善的收治原则基础上,开展床位精细化管理“三精服务”,包括精准评估、精细宣教和精确排床。

精准评估的目的是为了避免因无效住院而导致的床位资源浪费。无效住院日是指不能实现诊疗目的、不能有效利用医疗资源的住院日<sup>[7]</sup>,如外科病区的患者因基础疾病控制不佳、处于生理期、未及时停止服用抗凝药物等原因导致入院后无法及时手术,即形成了无效住院,造成了医疗资源的浪费。院前从收治原则中提炼要点并形成个性化的专科评估问卷,患者在提交床位预约申请时详细填写评估问卷,即可同步完成入院前评估。

精细宣教包括候床期间注意事项、入院前准备、疾病宣教指导及居家健康指导等,通过患者共同参与的方式,提高入院依从性,且减少无效住院日的发生次数。院前为每个专科制定个性化的床位预约须知,主动为患者提供入院注意事项、检验检查时间节点等资讯,让患者可以有序安排入院前的工作和生活,并感受到人性化关怀服务。

精确排床是一项系统而灵活的工作。经过长期实践,整理形成相对固定的收治规律,并进行数字化转型,即运用信息化手段从临床指标、预期成效、学科价值和社会因素四大维度对患者入院优先级进行智能决策<sup>[8]</sup>,得分越高,优先等级越高。其系统性在于遵循危急重症患者及时收治、重点病种优先收治、一般病种依序收治的总体原则,有序安排患者入院。其灵活性体

现在资源调配、模式创新、替补机制、分时段入院等四个方面:(1)资源调配。根据科室候床人数、性别、诊断、治疗方式等进行调配,当科室不同治疗组间候床人数不均时,在征得患者同意的情况下,调配至候床人数少的治疗组;科室男女患者候床人数不均时,通知病房及时调整男女床位比,确保均衡收治;收治同病种的科室间候床人数不均时,进行科室间床位的统筹调配,及时进行合理分流。(2)模式创新。根据不同科室的特点,创新个性化收治模式。以妇科为例,患者需满足月经周期合适、无明显手术禁忌症、手术排程等要素方可有效入院并及时手术<sup>[9]</sup>。院前每月制定患者收治计划表,结合以上五大要素,提前预安排合适的患者,让患者有充裕的时间做好入院准备工作。该模式实现了床位资源、检验检查资源、手术资源的有效整合和高效使用。以急诊科为例,院前每日将科室出的第一批床位无条件优先分配给急诊患者,急诊患者遵循病情轻重缓急原则有序安排入院,通过院前、急诊科、病房三方的密切配合,急诊绿色通道得到了有效疏通。(3)替补机制。根据科室床位规模及实际情况,常规每个科室提前预备1~3名患者作为备选。每日上、下午定时追踪当日待入院患者,发现爽约、不能及时赶到等情况时,通知备选患者或按照就近原则及时替补。对于计划入院已行预安排的患者,在入院前1~2d进行追踪回访,降低爽约率。(4)分时段入院。根据患者到达医院时间、科室空床释放时间等,以短信提醒的方式为患者安排合适的入院时间段,减少扎堆办理入院的现象发生。对于需空腹采血的患者,特别是糖尿病患者,优先安排最早批次入院,防止患者出现低血糖反应。尽量避开科室大查房的时间段安排患者入院,为医务人员提供安静的查房环境。

1.4.3 创新服务模式。有学者研究表明,医生明确诊断时间过长、患者完善术前相关检验检查结果耗时长、手术排程受限等原因均能导致无效住院日的发生<sup>[10]</sup>。样本医院走访调研发现,大部分择期手术患者入住病房后,需等待3~5d才能接受手术治疗,是导致平均住院日延长的重要因素。为此,样本医院向湖南省医疗保障局申请并获批成为省内首批开展预住院试点单位。预住院是近年来兴起的一种入院新模式,主要针对的是诊断明确、病情相对稳定,符合住院手术指征的择期手术患者,通过为其办理预住院手续,提前将以往需在住院期间完成的术前检验检查提前至门诊完成,正式入院后,该部分费用可纳入住院费用进行医保结算。根据湖南省医疗保障局的批复,试点期间预住院有效期为2d。

国内的预住院早期大多以日间模式为主<sup>[11-13]</sup>,由于各省医保体制的差异性,部分省份不支持预住院期

间检验检查等费用的报销,因此,大部分医院的预住院模式主要应用于自费的患者;对于医保患者,存在预住院期间因各种突发状况而不能正式入院,导致医院预住院患者医保费用被核减的风险,这也是阻碍国内医院广泛采用预住院模式的主要原因之一<sup>[14]</sup>。为避免以上风险,样本医院对预住院流程(见图1)和管理均进行了优化。通过信息系统改造,在门诊与住院之间创建中间地带,让患者的预住院费用可在正式入院时转入总费用,或无法转为正式入院时退回成为门诊费用。管理方面,院前对预住院患者进行闭环式管理,及时追踪患者术前检验检查完成情况并进行初步评估,做好宣教指导。为使固有的医疗资源达到最大化的利用,临床科室可根据实际情况,采用“普通入院+预住院”或“普通入院+预住院+日间手术”等多种入院模式并行的方式收治患者。

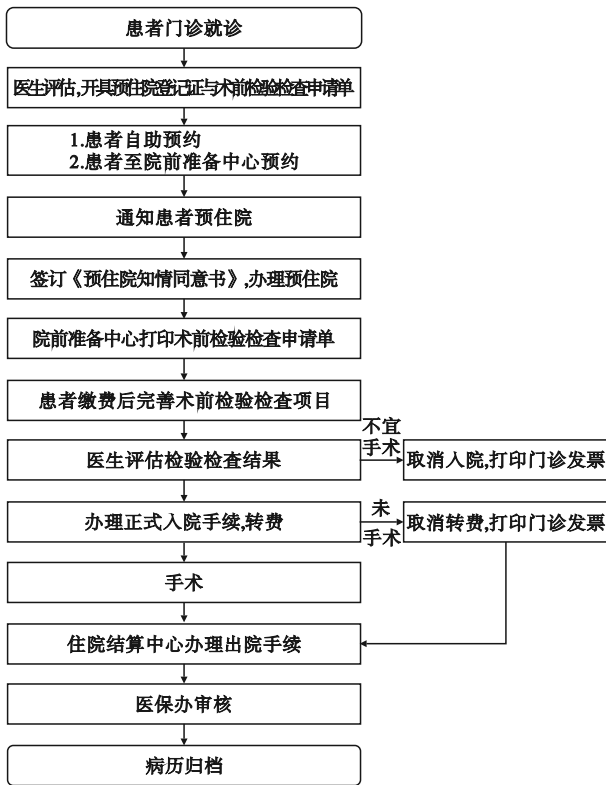


图1 预住院流程图

## 2 院前服务管理实施效果分析

### 2.1 全院出院人次、平均住院日、床位周转情况

在未增加住院床位的情况下,2023年较2015年,医院出院人次增长39.3%,平均住院日下降2.72d,床位周转次数增长27.2%(见表1)。2020年受到了新冠肺炎疫情的较大影响,因此数据不甚理想。

### 2.2 床位自助预约率

患者于1个月内随时随地进行床位预约,无需再

表1 2015—2023年出院人次、平均住院日、床位周转次数的比较

年份	出院人次(人)	平均住院日(d)	床位周转次数(次)
2015年	114 657	10.05	37.20
2016年	123 519	9.58	40.24
2017年	130 248	9.31	41.88
2018年	138 101	8.83	44.13
2019年	151 790	7.87	47.35
2020年	124 932	7.94	37.40
2021年	160 288	7.33	47.05
2022年	155 604	7.42	45.90
2023年	159 727	7.33	47.31

反复奔波预约床位,减轻了排长队引发的情绪焦虑,入院流程得到有效改善。2023年,院前床位预约15.08万人次,其中自助预约12.75万人次,自助预约率为84.55%。

### 2.3 妇科、乳腺外科、耳鼻喉科实践数据分析

2.3.1 妇科预安排模式数据分析。选取实施前(2017年1—12月)的626例择期手术患者作为对照组,实施后(2018年1—12月)的864例择期手术患者作为观察组,对比两组平均候床天数和平均住院日。采用SPSS 20.0软件进行数据分析,对照组平均候床天数(24.14±28.19)d,观察组平均候床天数(15.60±17.41)d,差异有统计学意义( $t=6.741, P<0.05$ )。实施前平均住院日为7.95d,实施后为6.47d,下降1.48d。

2.3.2 乳腺外科和耳鼻喉科预住院模式数据分析。选取2020年9—12月乳腺外科、耳鼻喉科通过预住院模式分别收治的77例、169例患者为实验组,同期两个病室通过普通住院模式分别收治的77例、169例为对照组,比较两种入院模式下的候手术日天数与住院天数的差异,两组患者在年龄、性别、病情、手术前常规检查治疗及手术方式等方面,差异无统计学意义,均 $P>0.05$ ,具有可比性。采用SPSS 21.0统计软件进行分析,乳腺外科平均候手术日对照组为(6.08±2.09)d,实验组为(2.84±1.85)d,  $t=10.15, P<0.01$ ;平均住院日对照组为(12.56±3.15)d,实验组为(8.14±4.16)d,  $t=7.40, P<0.01$ ,两组数据差异均有统计学意义。耳鼻喉科对照组平均候手术日为(4.96±1.91)d,实验组为(3.24±1.57)d,  $t=8.85, P<0.01$ ;对照组平均住院日为(9.98±3.81)d,实验组为(6.69±2.45)d,  $t=9.36, P<0.01$ ,两组数据差异均有统计学意义。

## 3 讨论

### 3.1 院前服务管理模式具有推广意义

国家卫生健康委、国家中医药局联合印发《改善就医感受 提升患者体验主题活动方案(2023—2025年)》,院前服务管理模式完全符合文件中提出的“鼓励开展

预住院,缩短患者术前等待时间”和“通过建立患者入出院服务中心,优化入出院流程来改善入出院服务”<sup>[15]</sup>等工作要求。2020年1月,样本医院“预住院管理”荣获国家卫生健康委办公厅2018—2020年全国改善医疗服务先进典型通报表扬;2021年11月,湖南省卫生健康委发文推广院前服务集中管理模式,同时依托样本医院设立“湖南省院前服务集中管理示范基地”,并承担起全省院前服务集中管理实践基地建设的培训、指导和验收工作,截至目前,湖南省内共21家单位开展了院前服务。

### 3.2 院前服务管理模式可助力分级诊疗

2022年11月,湖南省卫生健康委医政医管处印发《全面推进院前服务集中管理实践基地建设工作方案》,目标是推进医联体、医共体内统一“住院床位池”的建立,进一步畅通双向转诊渠道。样本医院就如何以院前服务管理为切入点来落实分级诊疗,并做了以下思考:一方面是依托现有的湖南省院前服务集中管理示范基地和湖南省医院协会院前服务管理专业委员会两个平台,建立以省内各级医院院前准备中心为中转站的转诊协作网,统筹分流和追踪转诊患者,实现全程连续化管理服务。另一方面是运用院前服务管理模式下的转诊联动破解疾病诊断相关分组控费问题。将“早发现、早识别、早干预、早转诊”的理念融入医疗联合体建设中,针对合并多种基础疾病的疑难重症患者,先在下级医院进行术前基础疾病控制后,再转至上级医院进行手术,术后在健康状况允许的情况下,及时下转回原医院进行术后恢复治疗,此举可将紧密型医疗联合体的功能落到实处<sup>[16]</sup>,有效推动分级诊疗落地。

## 参 考 文 献

- [1] 王权.“十四五”期间我国卫生服务需求与供给预测分析[D]. 济南:山东大学,2022.
- [2] 陈力苗.基于“全院一张床”的公立医院绩效管理新模式研究[J].经济研究导刊,2024(7):135-138.

- [3] 侯玉梅,王冬梅,刘晓允,等.医院病床资源调度优化研究现状及展望[J].数学的实践与认识,2019,49(15):1-15.
- [4] 徐藤瑗.基于多患者类型的医疗检查预约调度策略研究[D]. 北京:北京理工大学,2018.
- [5] 刘远立,孙静,赵鹏宇,等.全国进一步改善医疗服务行动计划第三方评估调查(第二轮)[J].中华医院管理杂志,2018,34(2):89-92.
- [6] 马才辉,王川,秦天悦.提升公立医院精细化管理水平的实践与思考[J].中国卫生标准管理,2021,12(18):166-168.
- [7] 李刚,陶红兵,吴姝德,等.三级综合医院患者无效住院日识别指标体系研究[J].中国卫生质量管理,2017,24(3):18-21.
- [8] 申文武,廖成成,罗利,等.大型综合医院患者分层级入院优先级决策的评价指标体系构建研究[J].现代预防医学,2018,45(8):1424-1427.
- [9] 邓姣,吴碧红,廖伟锋.集约式床位管理在大型三级甲等综合性医院妇科的应用探讨[J].中国医疗管理科学,2023,13(4):22-27.
- [10] 魏威,李刚,吴姝德,等.三级综合医院患者无效住院日影响因素研究[J].中国卫生质量管理,2017,24(4):21-24.
- [11] 潘辉,余健新,茹志娜,等.广州某医院手术科室开展预住院方式的实践[J].中华医院管理杂志,2021,37(3):229-231.
- [12] 徐建平,胡小云,徐立红,等.基于失效模式与效应分析联合流程分析法的预住院流程再造[J].中华医院管理杂志,2023,39(5):387-391.
- [13] 王平鲜,唐萍,唐嵘,等.基于预住院模式对平均住院天数影响的研究[J].现代医院,2021,21(12):1889-1892.
- [14] 刘同柱,赵昕昱,童贵显.我国医院预住院模式研究现状与对策[J].中国医院管理,2018,38(7):26-28.
- [15] 玖九.改善就医感受新方案强调加强医疗机构人文建设[J].中国卫生人才,2023(7):4-5.
- [16] 谭敏,李霜,赵凯,等.价值医疗理念下某三级甲等医院预住院模式实践探索[J].中国医院管理,2022,42(11):56-58.

通信作者:廖伟锋(1978-),女,硕士研究生,中级;研究方向:医院管理、医患关系管理、住院管理。

收稿日期:2024-04-22

修回日期:2024-07-03

(编辑 曹晓芸)