

● 质量管理

# 质量控制一招搞定

## 基于 CCPC 的国际单病种质量管理实践

▲ 湖北省黄石市中心医院 余向东

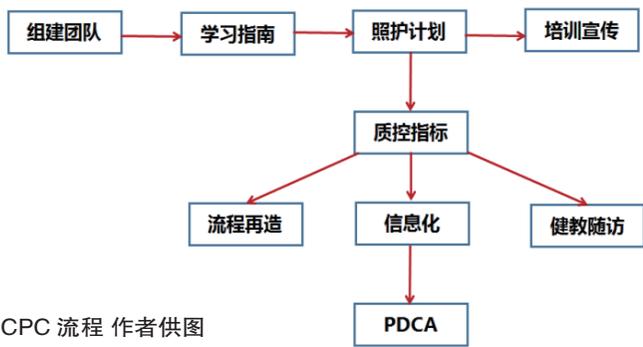
单病种质控与公立医院许多考核项目有关,例如等级评审。在《三级医院评审标准(2022年版)》中,第二部分“医疗服务能力与质量安全监测数据”的154条监测指标几乎都与病种质量有关。

在医院管理中,单病种质控的难点主要在于:

单病种质量以科室为单位,单兵作战,缺乏协作和整合;循证指南的遵循度不够;信息化不够,质量控制效率低;疲于应付海量的数据采集和上报,而疏于过程管理和流程再造。

以脑梗死为例,作为单病种,三甲评审只评价例数、平均住院日、均次费用和死亡率这四个结果指标,但神经系统疾病是18个重点专业之一,其脑梗死的质控指标有27个之多。这么多指标,仅仅数据采集和呈现就是极其繁重的负担,因为单病种所需要填报的信息中只有80%可以自动抓取,剩下的20%仍需要人工填报。

单病种质控往往聚焦于数据,殊不知,数据是结果的呈现,结果达成之前,肯定有艰难的、创造性的、丰富的、过程的付出,尤其涉及信息化支持、流程再造和资源组合。而这些,需要一个模型、一套方法和体系。



CCPC 流程 作者供图

### 组合资源 流程再造

2016年,湖北省黄石市中心医院引进CCPC(临床照护计划认证),它的基本精神是以组织和团队的力量,通过流程再造、信息化支持、使用质量工具等方法,最大限度地遵从国际指南。

首先,CCPC要组建一个打破科室界限的团队,除了专科成员外,还至少包括药师、心理师、康复师、营养师等辅助团队。这与传统医疗有本质的区别。

其次,CCPC要求照护团队的每一个成员,包括普通的护士,甚至包括院领导和职能部门,都要学习指南,这亦是本质的区别。

再次,把指南转化为医院的临床照护计划。照护计划是CCPC的灵魂,是对指南进行本土化改造,而不是指南的缩微或删节本。

最后,全面宣贯培训,从科室到全院、从员工到领导、从医院到社区到患者家庭,务必扩大知晓面。同时,为了实现照护计划,需要动用组织的意志和力量,组合资源,开发信息化工具,进行流程再造,运用质量工具,借助社区和家庭的支持等,使临床照护越来越符合指南的最佳证据。

### 有过程 有结果

以急性心肌梗死为例,医院成立AMI-CCPC团队,除了心血管专业医师和护士、介入医师,还包括了急诊、重症、心外科医师,以及营养师、康复师、心理师、药师。灵魂人物是项目主管和个案管理师,为项目“立法”,以个案为驱动,不断推进单病种的指南遵从度,从而改善疾病的结果指标。

在质控模型上,团队从质控指标库中选取四个作为PDCA

(计划-执行-检查-修正)改善指标,其他指标只做监控。任何医院或科室的资源都是有限的,不可能雨露均沾地改善所有指标。每年做好四个,几年下来,病种质量就会得到本质改善。

表示时间的数据必须真实可靠,这是质量控制的前提。为此,团队自主开发时间节点追溯系统,通过患者电子手环、PDA、墙上感应器等,自动获得患者和医生在任何节点的时间。

个案管理师是CCPC的灵魂之一。团队开发了个案管理系统,小组各个成员均可以在系统里看到患者完整信息。个案管理师则全面启动并监督团队成员的及时干预,判断他们是否遵从指南(照护计划),提醒成员需解决的问题,确保健康教育和随访的落实等。

有过程,才有结果。结果是,团队将D2B时间(即进医院门到实现球囊扩张的时间)从原来的112分钟降到60分钟。

国内单病种质控的重点在结果面,而CCPC却是从结构面到过程面、结果面全方位覆盖的一种系统的方法。总而言之,CCPC以国际指南为依据,以团队协作、组织资源整合、全生命周期健康促进、全过程质量控制为特征。基于循证理念和组织意志的单病种质控模式,值得借鉴和推广。

● 医疗服务

## 从权益入手 给患者超预期就医体验

▲ 湖南省妇幼保健院法制部主任 刘良  
湖南省妇幼保健院副院长 李博  
湖南省妇幼保健院党委副书记 朱丽琴

患者权益维护是改善患者就医体验的需要。一方面,患者相较于医院,是孤立个体,医院方是一个有强大组织机构、技术力量及专业人员的综合性组织,普通患者由于对医疗知识缺乏、对疾病恐惧,往往会认为自己处在弱势与被动的一方;另一方面,虽然医院方与患者之间是平等的民事关系,但由于医院的专业性、不可替代性以及我国医疗资源不均衡的现实情况,往往会形成“医疗机构>患者”的情形。

公立医院具有社会公益性,应树立以患者为中心的发展理念,主动开展维护患者权益,给患者超预期的就医体验。

如,根据医疗原则,一个人在心跳、呼吸暂停的情况下,医疗机构不能放弃对患者的抢救,尽一切可能进行救治。《中华人民共和国医师法》第二十七条指出,对需要紧急救治的患者,医师应当采取紧急措施进行诊治,不得拒绝急救处置。

因此,医院应当畅通危急重症救治绿色通道,强化急诊就诊、转运、会诊、住院、手术等流程,任何科室不得拒收急诊患者;对“三无”危急患者先救治再按流程处理;落实院科质量控制,病危患者强化科主任管理,住院死亡个案质控按“一例一报告,一报一质控,一控一评审”的原则组织实施。

又如,在慢病管理上,医院应当开展以随访为核心的院外服务,强化健康管理,探索互联网医院和延伸服务。在慢病管理和医养结合基础上,有效开展居家照护。

再如,投诉权是患者基于医疗服务合同关系享有的权利,患者有权对整个就医过程中的任何事项投诉。因此,医院需设立一站式投诉台,鼓励患者在院就诊期间对医务人员服务态度、服务质量等问题进行投诉,对医务人员过错、失职、违法造成的纠纷、差错、事故进行控告。

最后,医院也应当落实首接负责制,实施部门负责,开展投诉综合处置,建立投诉反馈机制和责任追究制。严格处理流程,分层次解决,统筹分析,奖惩兑现。

● 医保改革

# DRG/DIP 付费下 如何破解患者转科难?

▲ 武汉大学中南医院 李飞

目前,国内开展DRG/DIP付费的地方对于一次住院的定义基本都是将一个医保费用结算周期视为一次住院,并将一次住院诊疗进行打包付费。对于“一个医保费用结算周期内住院诊疗了多个疾病的患者如何进行费用支付?”成为大家讨论的重点,尤其是多学科会诊(MDT)与转科患者更为受到大家关注,甚至是一些医院出现了“MDT与转科患者受阻”的现象。

## 为何会受阻?

由于MDT与转科患者医疗资源消耗一般会高于治疗单一疾病的患者,所以容易超过DRG/DIP支付标准,出现DRG/DIP付费对比项目付费“亏损”的情况。甚至一部分医院将DRG/DIP付费对比项目付费“盈亏”作为绩效考核指标,导致临床医师出于“自我保护”不愿意进行MDT与接受转科患者。

“DRG/DIP支付方式改革的目的是改善医疗,而非改变医疗”。所以在笔者看来,作为医疗机构而言,要本着“治病救人、因病施治”的态度,科学规范地收治这一部分特殊的患者;而作为医保部门而言,也要给予医疗机构合理收治这一部分特殊患者的信心,从政策上给予一定支持。

相较而言,在重新定义“一次住院”与允许按一定比例的病例进行特病单议之中,笔者倾向于特病单议。因为从技术实现的难度而言也更容易实现,也可以引导医疗机构规范诊疗行为。MDT与转科患者在分组时,更容易获得合并症与并发症级别较高的DRG组/DIP病

## 如何解决受阻现象?

除此之外,医保政策也应当适度调整,给予一定支持。笔者认为要解决这个问题,保障医疗活动的正常开展,无非有两个办法。

**重新定义“一次住院”** 这一部分MDT与转科患者可以根据一定的规则,识别为多次住院,参与多次DRG/DIP分组,综合获得一个支付标准。

## 并非所有超支都是医方责任

种,也能解决一部分MDT与转科患者。

转科患者是必然会出现的医疗情形,MDT也有助于医院能力提升。无论医保政策是否给予这一部分MDT与转科患者的特殊病例支持,作为医疗机构而言,都因从患者病情实际出发给予规范化治疗,否则极

**特病单议** 允许这一部分MDT与转科患者超过DRG/DIP付费标准,只要临床诊疗过程规范、医保基金结算清单填报无差错,就可以按项目付费或者追加医保基金补偿。

部分地市对于特病单议局限为高倍率病例,但是我们要知道对于这部分特殊的患者也很有可能无法成为高倍率病例。

容易留下医疗安全隐患与医院发展弊端。作为医保部门而言,也需要考虑由于患者个体差异性、临床诊疗特殊性导致的医疗资源消耗过高的情况,并非所有的病例超支,都是由于医方导致的。一旦无法给予合理超支的病例足够的支持,或许反而会适得其反。