

缩短平均住院日缓解住院难问题

——PDCA 循环在平均住院日管理中的实践应用

宋 静¹, 孙晓阳¹, 陈小飞¹, 李 燕¹, 王振宇², 万 彬³

(1.南京医科大学附属淮安一院医务处, 江苏 淮安 223300; 2.南京医科大学第一附属医院医务处, 3. 医保办, 江苏 南京 210029)

摘要:降低平均住院日,可以有效减轻患者经济负担,提高卫生资源的利用率。文章主要对某医院运用 PDCA 循环进行平均住院日管理的过程进行研究,主要包括制订平均住院日管理计划,检查、总结计划的执行情况,运用多元线性回归的逐步分析法对平均住院日影响因素进行研究,最终提出针对性的持续改进措施,以期不断降低平均住院日,缓解住院难问题。

关键词:平均住院日;住院难;戴明环

中图分类号: R197.3

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2014)04-311-003

doi: 10.7655/NYDXBSS20140412

平均住院日是指一定时期内每一位出院患者平均住院时间的长短,是一个评价医院效率和效益、医疗质量、技术水平和管理水平的综合指标。某医院通过多种途径降低平均住院日,使医院在实现资源成本最小化的同时降低患者经济负担,同时,缓解大医院住院难问题,促进医疗卫生事业和谐发展^[1]。

PDCA 循环(图 1)又叫戴明环,由美国质量管理专家休哈特博士首先提出,经戴明采纳、宣传,获得普及,从而也被称为“戴明环”。PDCA 是英语单词 Plan(计划)、Do(执行)、Check(检查)和 Act(处理)的第一个字母,PDCA 循环即按计划—执行—检查—处理顺序,不断循环往复地进行科学管理。运用 PDCA 对平均住院日进行科学的管理,能够明显降低平均住院日,加快患者周转,一定程度上缓解住院难问题。本文结合某医院 2011~2013 年平均住院日管理为例,分析 PDCA 循环在平均住院日管理中的实际运用。

一、计划(P)

PDCA 的第一步“P”即计划。2013 年年初,该院

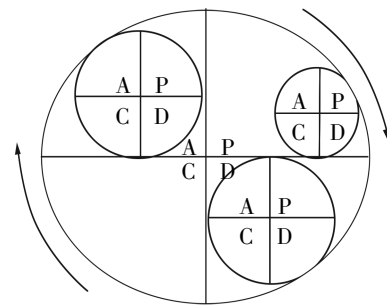


图 1 PDCA 循环

确定全院平均住院日目标值为 10.5 天。该目标值是根据前 3 年该院临床各科室的平均住院天数,结合南京医科大学第一附属医院、镇江一院等三级甲等综合医院平均住院日目标值进行科学、合理制订。在制订该院平均住院日目标值之后,将目标值分解,具体到每个科室(表 1)。为了达到管理目标,该院将平均住院日纳入医疗质量管理与绩效考核指标,制订奖惩计划。

二、执行(D)

PDCA 的第二步“D”即执行计划的过程。该院依

基金项目:南京医科大学哲学社会科学项目(2013NJZS54)

收稿日期:2014-06-30

作者简介:宋 静(1985-),女,江苏灌云人,实习研究员,研究方向为卫生事业管理;孙晓阳(1960-)男,江苏淮安人,博士生导师,主任医师,研究方向为医院管理,通信作者。

表1 2013年该院各科室平均住院日目标值(天)

科室	目标值	科室	目标值
肾内科	14.8	产科	6.1
血液科	17.8	儿科	9.6
中医科	16.2	眼科	8.5
心内科	9.6	骨科	13.0
放疗科	30.0	妇科	8.5
风湿科	13.3	康复科	30.0
皮肤科	9.1	口腔科	9.1
老年科	19.3	肝胆外科	11.0
泌尿外科	11.2	内分泌科	12.2
肿瘤内科	14.5	烧伤整形科	15.0
新生儿科	11.0	神经内科	13.6
呼吸内科	11.0	甲乳外科	9.5
心胸外科	16.7	重症医学科	15.4
胃肠外科	11.5	消化内科	9.5
耳鼻喉科	7.2	神经外科	20.0

照年初制订的平均住院日管理计划进行日常管理,执行情况良好(图2)。2011年该院平均住院日为14.63天,2012年下降至11.5天。2013年下降至10.8天,虽然未达到10.5天的目标,但与2011年相比下降幅度为26.2%,管理效果显著。该院在日常管理中,每月将平均住院日纳入绩效考核。同时,根据平均住院日控制的实际情况,不断调整、缩短各科室平均住院日标准,如此循环往复,逐步降低,以达到国家规定的三甲医院管理水平。

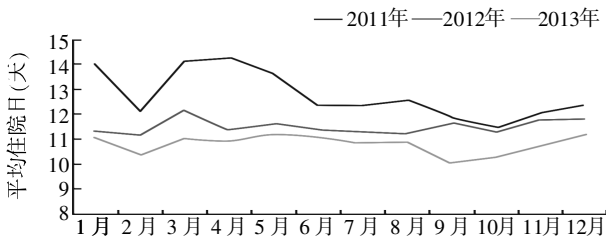


图2 某院2011~2013年平均住院日

三、检查、分析(C)

PDCA的第三步“C”即检查、反馈。根据PDCA循环要求,通过不断追踪检查,发现影响平均住院日的因素很多,给管理带来了一定难度。本文运用SPSS17.0统计学分析软件,以平均住院日为应变量,可能的影响因素为自变量(包括出院人数、术前平均住院日、三四级手术例数、周转次数、床位使用率),进行多元线性逐步回归分析,评价各影响因素与平均住院日的相关程度,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。通常在有统计学意义的前提下,标准化偏回归系数的绝对值愈大,说明相应自变量对应变量的作用愈大。由表2可以看出,在影响平均住院日的因素中,住院天数超过30天的患者人数影响最

大,然后依次是周转次数、术前平均住院日和床位使用率,三、四级手术比例对医院平均住院日没有显著影响。

表2 平均住院日影响因素多元线性回归分析结果

变量名	偏回归系数	标准误	标准化偏回归系数	t值	P值
住院超30天人数	0.013	0.001	0.675	9.347	<0.001
周转次数	-1.068	0.183	-0.352	-5.847	<0.001
术前住院日	0.497	0.164	0.220	3.029	0.005
床位使用率	0.012	0.005	0.139	2.303	0.028

(一)术前平均住院日

部分住院患者的诊疗方案必须待影像或检验、检查结果出来之后才能确定。医技科室服务能力高低决定患者等待报告结果的时间。医院“影像存取与传输系统(PACS)”、检验科“实验室信息系统(LIS)”的应用等,直接决定着术前平均住院日^[2]。该院2011年术前平均住院日为3.1天,2013年术前平均住院日降至2.2天,下降了40.9%(图3)。由表2看出,术前平均住院日与平均住院日的下降有一定关系($\beta = 0.497, P < 0.05$)。

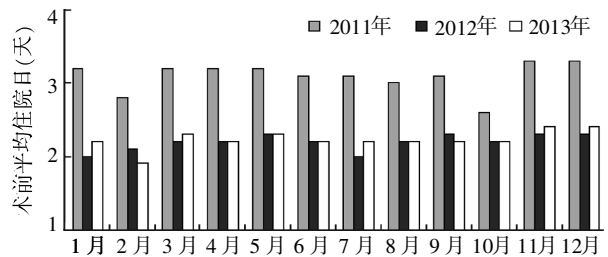


图3 某院2011~2013年术前平均住院日

(二)住院超30天患者人数

由于住院超30天患者多为交通事故、工伤及公费医疗等患者,部分患者的医疗费用由第三方支付,小病大养,住院时间动辄数月,该类患者平均住院日管理难度较大^[3]。虽然他们人数占总出院人数的比例不高,但对该院近三年相关数据做多元线性逐步回归分析,住院超30天患者人数明显影响患者的平均住院日($\beta = 0.013, P < 0.05$)。该院对住院超30天患者进行严格管理,人数稍有下降,具体见图4。

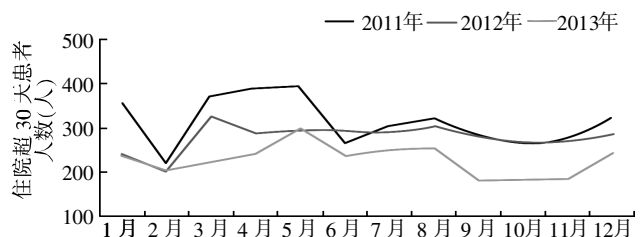


图4 某院2011~2013年住院超30天患者人数

(三)三、四级手术比例

2011~2013年该院三、四级手术比例逐年增加(图5),但多元线性回归分析显示,在最终影响平均住院日的因素中并没有三、四级手术比例这一因素,说明其与平均住院日长短并不明显相关。

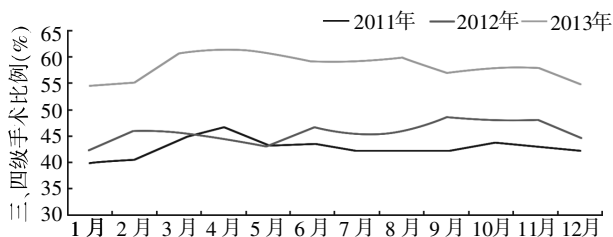


图5 某院2011~2013年三、四级手术比例

(四)病床使用率与床位周转次数

病床使用率和病床周转次数则是衡量医院工作效率和管理质量的重要指标。在住院需求人数较多的情况下,床位使用率较高时,会促使医生加快患者周转,缩短患者平均住院日。通过表2得出,床位使用率与平均住院日存在明显的回归关系($\beta = -0.012, P < 0.05$),病床周转次数对平均住院日也有明显影响($\beta = -1.068, P < 0.05$)。

(五)双向转诊

双向转诊的畅通可以有效降低平均住院日。但“转上容易转下难”的困境长期存在,康复期患者“压床”较为明显,从而延长了各大医院的平均住院日。该院近两年双向转诊人数稍有增加,2011年下转人数为24人,2012年为128人,2013年1~9月下转209人,虽然呈递增趋势,但数量仍然较少。

四、处理措施(A)

PDCA循环的第四步“A”为处理。该院严格按照PDCA循环的要求,在平均住院日的日常管理、检查结果的基础上,针对平均住院日的影响因素,采取针对性的处理措施。

(一)纳入科主任综合目标责任制,定期考核

医院把缩短患者平均住院日作为减轻患者住院负担、提高患者满意度的重点。为此,该院将平均住院日纳入科主任综合目标考核内容,与科主任签订目标责任书,每年进行年终考核。对各诊疗组平均住院日按月进行考核,并与经济利益适当挂钩,按照既定的平均住院日奖惩计划对各诊疗组进行管理。同时,相关职能部门对平均住院日进行实时监控,严格控制加床数,提高病床周转率,保障患者安全^[4]。

(二)医技科室优化诊疗服务流程,缩短术前平均住院日

加强医技科室信息系统建设,提高PACS、LIS

等信息系统的工作效率,尽量保证临床科室能够及时预约、检查和领取报告单,缩短平均住院日。同时,相关管理部门进一步优化诊疗服务流程,使患者入院后能够得到尽快诊断、治疗,保证临床日常诊疗工作高效运转,缩短术前平均住院日。

(三)规范诊疗,加强住院超30天患者管理

医院要求各科室对住院超30天患者进行登记、汇总,分析住院时间较长的原因,是否存在过度诊疗现象、服务流程是否合理。职能部门对住院超30天患者进行严格监控管理,避免不必要的医疗卫生资源浪费,降低平均住院日。

(四)合理控制病床使用率与床位周转次数

一个医院或一个科病床使用率长期过高或过低,可能是病床设置与医院任务不相适应,应考虑调整。病床使用率过低说明空床较多,可进一步充分利用;使用率过高说明床位负担过重,病房管理难度加大,影响医疗、护理安全。病床周转次数与患者类别有关。慢性病患者、重症患者多的科室病床周转较慢,急性病患者、轻症患者多的科室病床周转快。所以,要将病床使用率和周转次数控制在合理的范围内,三甲医院合理的病床使用率应该在85%~93%,不是越高越好,也不是越低越好。

(五)加强双向转诊管理,进一步提高下转率

双向转诊已在全国各大医院推行多年,通过医疗联盟,双向转诊网络等方式,成立双向转诊服务中心,开通网络远程会诊、网上转诊、转诊绿色通道,尽管如此,却一直存在“转上容易转下难”的困境^[5]。为了进一步提高下转率,该院与部分社区卫生服务机构、乡(镇)卫生院签订双向转诊协议,建立与基层医疗机构的双向转诊工作制度和联席会制度,完善转诊服务流程。

参考文献

- [1] 王振宇,冷明祥,万彬.不同支付方式对患者平均住院日及医疗费用的影响[J].医学与社会,2012,25(7):63-64
- [2] 薛丽,李达.术前平均住院日影响因素分析[J].华南国防医学杂志,2013(6):433-435
- [3] 张磊.“平均住院日”制度致急诊压床[J].中国卫生,2013(8):107-107
- [4] 冷明祥,陈国华,程向前,等.基层医疗机构绩效参核机制创新效果探析[J].南京医科大学学报:社会科学版,2014,14(2):83-85
- [5] 李燕,宋静,孔德香,等.新医改下大型综合医院新型住院难问题研究[J].南京医科大学学报:社会科学版,2012,12(6):447-449