

普遍存在,医学科研成为工作或晋升的资本^[7],所以部分科研人员在申请课题时不结合临床需要,申请课题成功后不严肃、认真地完成课题,在发表几篇有助于晋升或能增加奖金却毫无临床应用价值、毫无成果转化潜力甚至毫无实际意义的论文后,草率结题。作者认为造成这一现象的一个重要原因是人才的激励机制出了问题。

一个对科研不热忱的人,为了提职称、涨工资,不得不逼着自己申报科研课题。这种“赶鸭子上架”的做法本身就是一个问题。对科研不热忱的人在科研过程中难免会出现不认真、不仔细、不负责的现象,而这一现象必将导致科研成果的不科学,会浪费大量的科研资源。而当科研成果来源不可靠、不科学时,如何能指望其能够成功转化成为对社会、对人类有益的产品?即使投入资金进行转化也不过是浪费人力、物力、财力。为了改变这一现象,使为了提职称、涨工资而申报科研课题的人员也能端正态度认真负责地完成科研课题,就不得不改变人才激励政策。故在转化医学研究机构建设中,如何建立一个有利于转化医学发展而又不陷于上面所述问题的人才激励机制是一个至关重要的问题。

2.2.3 建立信息交流平台 前面所述的信息共享平台主要是用于上级管理机构的信息和资源的共享,而此平台是主要用于专业性转化研究机构研究人员的交流。即时、畅通的交流除能避免重复研究外,也能使所有研究人员一起讨论研究进程,相互帮助解决研究中遇到的困难。

2.2.4 保证资金的投入 资金对一个机构的运转是至关重要的,没有足够的资金就没有好的设备,难以引进优秀人才,机构也难以正常运转。而要建立转化医学中心,推进转化医学的发展,资金的投入必不可少。美国就源源不断地投入了大量资金给其设立的临床与转化医学基金,英国等欧洲国家政府也投入了不少资金以推进其转化医学的发展。

在国外转化医学的发展中,很多转化医学管理机构是由政府牵头建立的,故政府投入了大量资金^[8],而下面的从事实际研究的机构的资金来源除了政府外还有其他机构,如各生物医

· 卫生管理 ·

药企业^[9]。然中国现阶段已建立的转化医学中心基本是由某医院或某研究院牵头,再联合其他医院或研究院建设的,其资金多来源于医院或研究院自身和其合作研究机构,故此转化医学研究中心的建设资金也同样可以寻求其他受益于转化医学研究成果的机构(如制药企业)的资金投入。

转化医学的发展在国内外已成为一种趋势,而转化医学中心的建立,无论是战略规划统筹管理层面上的还是从事具体研究的,都能极大地推进转化医学的发展,促使医学成果应用于临床,提高人类的身体健康水平。

参考文献:

- [1] 师少军,曾繁典.转化医学:基础研究与临床应用的桥梁[J].医药导报,2011,30(4):415-418.
- [2] 蔡红兵,李欣,孙学刚,等.加强推进力度,促进转化医学发展[J].南方医科大学学报,2011,31(5):741-743.
- [3] 詹文华.必须重视普通外科学中转化医学的研究[J].中国实用外科杂志,2012,32(1):9-11.
- [4] 王江.构筑转化医学研究体系,促进交叉学科蓬勃发展[J].科技传播杂志,2010(18):81.
- [5] 罗朝淑.转化医学:推进科研成果从实验室走向临床[J].中国社区医学,2012,3:135-137.
- [6] 张强.让科研为生命健康护航——第二军医大学大力发展转化医学启示录[N].科技日报,2012-4-29.
- [7] 黄敏.转化医学与医院科研管理[J].医学与哲学:人文社会医学版,2011,32(7):6-9.
- [8] 刘小荣,张笠.转化医学在国内外的现状[J].国际检验医学杂志,2011,32(18):2093-2096.
- [9] 陈发明,金岩,施松涛,等.转化医学:十年回顾与展望[J].实用口腔医学杂志,2011,27(1):5-11.

(收稿日期:2013-10-17 修回日期:2013-11-20)

病历档案的作用及在病案利用中存在的问题

杨巧¹,付敏²

(1.重庆市涪陵中心医院信息科 408000;2.重庆市涪陵区人民医院病案科 408099)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.08.039

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)08-0998-03

病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和,包括门(急)诊病历和住院病历。住院病历又分为运行病历和归档病历,一般习惯将归档病历即已经完成并进入病案室的病历称为病历档案。目前医院病历档案的利用率高,范围广泛,复印、复制量大,使之规范化、制度化,是病案管理适合新形势的必然要求^[1]。本文从病历档案及利用特点等,分析当前病历档案利用中存在的问题,并提出了一些改进措施。

1 病历档案的特点

病历档案是患者在本次住院就诊中的疾病诊断、病情经

过、治疗、护理和疗效的记录,它客观地、完整地、连续地记录了患者的病情变化,诊疗及护理经过,是围绕一个患者的治疗过程所形成的全部文字、数据、胶片、图像等材料构成的一个立卷单位,是患者住院治疗记录形成的“案卷”^[2]。一个患者从入院到出院的所有材料构成一件病历档案。由此形成了病历档案独有的特点:(1)客观真实,是患者住院期间诊治全过程的真实反映。(2)病历档案产生和形成周期短,以患者住院治疗时间而定,一般三级医院平均住院日 11 d 左右,住院患者治疗终结即产生一份病历档案。(3)数量大,每一位住院治疗终结患者对应一份病历档案,以重庆市涪陵中心医院为例,2012 年开放

床位 1 018 张,病床使用率 119.94%,平均住院日 10.65 d,全年治疗终结患者 4.18 万人次,当年形成病历档案 4.18 万卷。截至 2012 年底,该院病历档案总量已超过 60.00 万卷。(4)病历档案连续性强,它不间断地收集和记录了患者住院期间疾病发生发展、检查治疗护理的相关材料。(5)参与病历档案形成的医务人员众多,不仅有直接参与治疗检查的医师护士,还有药师、技师、质控人员等,也有患者本人及家属。

2 病历档案的作用

2.1 病历档案是患者保存完整的就医资料。是患者再次就诊看病的重要历史资料,也是患者申请医疗鉴定、工伤职业病鉴定、保险理赔、民事诉讼等的重要依据。是医院及相关部门处理医疗事故纠纷、交通肇事、公检法部门办案、保险公司核保兑赔等的重要原始证据。

2.2 评价医院管理的重要依据。医院及医政管理部门通过查阅分析病案,考评医院执业状况、医务人员业务素质、诊疗水平及管理水平。

2.3 临床医疗工作重要的参考资料。医务人员通过同一病种病历档案的查阅、同一患者既往病历档案的查阅,总结有效的治疗办法,开展询证医学。

2.4 医院开展教学、科研的重要资料。通过典型病案的总结分析,开展临床教学,帮助医学生及医务人员提高医疗技术。医疗科研工作者以有关病历资料为依据,研究新药品、新材料、新技术,推动医疗技术的不断进步。

2.5 医保报账及按病种付费的主要依据。随着新医改方案的推进,要“建立科学合理的医药价格形成机制”、“研究探索按病种收费等收费方式改革”,我国正在探索并逐步推行按病种付费医疗费用预付制度,病历档案是按病种付费方式的基础^[3]。

3 病历档案利用

3.1 病历档案利用对象多。卫生部、中医药局 2002 年 7 月 19 日颁布并于 2002 年 9 月 1 日开始施行的《医疗机构病历管理规定》第 6 条规定:除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外,其他任何机构和个人不得擅自查阅该患者的病历。第 12 条规定:医疗机构应当受理患者本人或其代理人、死亡患者近亲属或其代理人、保险机构等人员和机构复印或者复制病历资料的申请。第 14 条规定:公安、司法机关因办理案件,需要查阅、复印或者复制病历资料的,医疗机构应当予以协助。从利用情况来看,院内利用主要集中于医疗质量管理、科研和感染控制,院外利用主要集中于患者自身、商业保险和社会保险,而且利用率也在逐年提高^[4]。陈冬连等^[5]研究分析 7 650 例来复印病历的人群构成中,患者本人占 27.12%,患者近亲属占 64.3%,患者的代理人及保险公司等代理前来复印的有 8.62%。

3.2 病历档案用途广。医务人员将病历档案主要用于管理、临床、教学、科研及患者的再次治疗等;患者及患者的近亲属、代理人是最大的利用群体,主要为患者服务。刘英等^[6]对 1 800 份病历复印原因进行分析,以医保报账为目的复印病历有 858 例(47.67%);病历复印目的位于第 2 位的是保险理赔,490 例(27.22%);第 3 位的是治疗参考,有 262 例(14.56%)。病历复印目的位于后几位的是伤残鉴定(86 例)、特殊疾病门诊(41 例)、交警部门解决交通事故(18 例),办理病退(14 例),办理遗产(11 例)、办理出生证明(10 例)、法院查询解决车祸案件(8 例),解决医疗纠纷(2 例),共计 190 例(10.55%)。直接

用于患者医保报账、保险理赔、治疗参考、伤残鉴定、特殊疾病门诊、办理病退、办理出生证明等共计 1 761 例,占 97.83%。

3.3 病历档案利用审批手续简单。《医疗机构病历管理规定》第 6 条规定:“因科研、教学需要查阅病历的,需经患者就诊的医疗机构有关部门同意后查阅”,对其他相关人员利用病历档案没有审批要求。《医疗机构病历管理规定》第 13 条、第 14 条明确规定,医疗机构受理复印或者复制病历资料的申请时,应当要求申请人提供包括患者、代理人、近亲属、保险承办人员、公安司法机关执行公务人员的有效身份证明、委托书及相关法定证明材料等。在实践操作中,只要已经进入病案室的病历档案,利用者按照规定提供相关证明材料,医院都按要求提供服务^[6]。

4 病历档案利用中存在的问题

4.1 病历档案利用记录不完整 随着信息技术在医疗行业的普遍应用,“县级医院能力建设”项目的实施,二级以上医院都建立了基于医院信息系统(HIS)基础上的病案管理系统,病案管理人员通过该系统完善病案首页内容,对病案进行编码、统计、分析等。该系统一般有病历档案借阅登记表,但主要是针对医务人员利用的,而对于医务人员以外的其他借阅人员没有建立这样的登记表,存在记录不完整的情况。一旦急需利用,就难以有效提供。

4.2 病历档案利用申请证明文件管理不善 2010 年 4 月施行的《电子病历基本规范(试行)》规定,医疗机构受理复印或复制电子病历资料的申请时,应留存申请人有效身份证明复印件及其他证明材料复印件。但据刘玉琦等^[7]对北京地区 45 家三级医院病复印申请材料的留存情况调查显示,8 所医院只审核申请人提供的材料,符合要求即提供复印服务,不留存任何材料,占 17.8%;35 所医院审核材料后对身份证复印后与其他材料一起保存,占 77.8%;2 所医院在审核材料后,使用信息化手段(照相、扫描)将所有材料以电子格式保存在电脑中,原件归还申请人,占 4.4%。利用申请人的法律文书管理不善,因利用病历档案带来的纠纷、法律责任就难以确定,增加了及时有效处理的难度。

4.3 病历档案利用登记方法原始 各医院一般采用借阅登记本的方式记录病历档案的借阅复印情况。一份病历可能多次、被多名医务人员、患者及家属等利用,不同时间利用其登记的位置不同,特别是保存时间较长的病历档案,其利用登记可能分散在若干个登记本中,甚至时间久远的登记本已无法查找。要了解每一份病历档案的利用者、用途、利用时间,统计分析病历档案的利用情况等,需要翻阅大量的登记本,且由于记录不完整而难以准确提供和掌握利用情况。

4.4 病历档案利用监管乏力 2010 年 4 月施行的《电子病历基本规范(试行)》第 27 条规定,医疗机构应当指定专门机构和人员负责受理复印或者复制电子病历资料的申请,并留存申请人有效身份证明复印件及其法定证明材料、保险合同等复印件。但对保存方式、保存期限等没有具体要求和规定。这就造成各医院对此重视不够,规定不一,监管不力。有的做了补充规定,列入了监管部门的监管职责;有的则没有做出规定,也没有列入监管部门的监管职责。

5 病历档案利用管理的改进

改进病历档案利用管理,必须制定与病历的记录、医务人员保存、传递、利用以及病案建立、保管、查阅、复制利用相对应

的可行性规章制度,做到有法可依、有章可循^[8]。

5.1 改进病案管理系统,完善利用记录 改进基于 HIS 基础上的病案管理系统,建立包括所有利用者在内的“病历档案利用电子登记表”。病案管理人员在提供服务的同时,在系统中录入患者姓名、身份证号、病案号、利用人、利用时间、归还时间、审批人、用途、利用方式(借阅、摘抄、复印复制等)、利用的内容、复制复印页数、经办人等,详细准确记录有关信息,自动生成病历档案利用报表。通过该报表,可以随时统计、追踪病历档案的利用情况及借阅状况等。

5.2 建立“病历档案利用资料袋” 建立“病历档案利用资料袋”,并在资料袋的封面印制病案号、患者姓名等基本信息。制作“病历档案利用登记表”,项目包括利用时间、利用人、用途、利用人与患者关系、身份证明材料、利用形式(借阅、摘抄、复印复制等)、审批人、复印复制内容等信息,装入资料袋中。该资料袋主要收集和保存利用时提供的证明材料,并与纸质病历档案在同一个卷宗内保存,保存期限与该份病历档案相同,有效解决了病历档案利用申请证明文件管理不善的问题。

5.3 推广应用条形码识别技术 通过医院 HIS 系统,将条形码 ID 号与病案号、患者姓名建立有效关联^[9],为每份病历档案打印惟一的条形码标签并粘贴在病历档案袋上。在提供病历档案利用时,通过扫描条码,自动记录借阅、归还、利用等信息,提高病案利用数据采集和信息处理的速度及准确性。

5.4 加强病历档案利用监管 医院要根据有关法规,建立病历档案利用申请人有效身份证明复印件及其他证明材料复印件的保存方式、保存期限的制度规定;建立病案利用情况每月报表制度;明确监管部门的职责任务,医务科定期检查病历档

案依法提供利用情况及留存的申请人的有效身份证明复印件的保存情况,随机调阅库存病历档案,检查是否按规定提供利用,其利用情况与利用记录、利用申请人的有效身份证明复印件等是否符合规定,是否保存完整等,纳入病案科的目标管理考核,与病案管理人员绩效挂钩。

参考文献:

- [1] 李军,邢珺,周晓玲. 病案管理规范化之思考[J]. 中国病案,2010,11(6):11-12.
- [2] 丁丽. 浅谈病历档案的特点与管理[J]. 晋东南师范专科学校学报,2004,21(1):91-92.
- [3] 朱锦丽. DRGs 与医院病历档案管理[J]. 兰台世界,2012(14):17-18.
- [4] 刘根茂. 医院病案利用分析[J]. 中国档案,2013,2:55.
- [5] 陈冬连,朱艳艳,苏静,等. 7 650 例病历复印现状分析[J]. 中国病案,2011,12(10):8-9.
- [6] 刘英,冯怀志,王江,等. 1 800 份病历复印原因及分析[J]. 西南国防医药,2011,21(10):1137-1138.
- [7] 刘玉琦,田焘,徐志伟,等. 病案复印申请材料留存方式的调查[J]. 中国病案,2012,13(5):4.
- [8] 明书玲. 关于做好病案管理工作的几点认识[J]. 黑龙江档案,2012(1):106.
- [9] 李海燕,何建梅,李凤君,等. 建立数字化病案管理系统的实践[J]. 中国病案,2011,12(11):17.

(收稿日期:2013-10-08 修回日期:2013-12-12)

数字对象惟一标识符

数字对象惟一标识符(digital object identifier, DOI)是对包括互联网信息在内的数字信息进行标识的一种工具。在传统的出版物中,书刊、磁带、光盘都有国际标准编号(ISBN、ISSN、ISCN)及其条形码,作为出版物的惟一标识。这些标识使出版物得到有效的管理,便于作者查找和利用。而网上的文档一旦变更了网址便无从追索。数字信息标注 DOI 如同出版物的条形码,是一个永久和惟一的标识号。随着时间推移,数字对象的某些有关信息可能会有变化(包括存储的物理位置),而 DOI 可使使用者直接由此链接到出版商的数据库、文献、摘要甚至是全文,识别码可以直接指引到出版物的本身,使国内外各种来源、不同物理地址的各种类型的学术信息实现互链互通。DOI 是一个可供全球期刊快速链接的管理系统,整个系统由国际 DOI 基金会(IDF)进行全球分布式管理。随着 DOI 的普及,可以借助其进行相关的科研评价,分析高被引频次作者、单位和论文的相关信息,了解各个领域学术研究的热点、影响和趋势,以及研究者在本研究领域的影响力及最新研究成果。中文和外文资源,一次和二次文献,科技文献和数据通过 DOI 可实现动态的、开放式的知识链接,整体上提高中国精品期刊在国际上的影响度和显示度,最终推动并建立一个与世界接轨的、永久的、开放互动、成员主动参与、覆盖主要学术领域的知识链接系统,推动数字期刊的发展和繁荣。

为了实现中国医学会系列杂志内容资源的有效数字化传播,同时保护这些数字资源在网络链接中的知识产权和网络传播权,为标识对象的版权状态提供基础。实现对数字对象版权状态的持续追踪,自 2010 年开始,重庆医学杂志纸版期刊和数字化期刊的论文将全部标注 DOI。DOI 标注于每篇文章页脚注的第 1 项。由重庆医学杂志编辑部为定刊载的论文标注 DOI。

参照 IDF 编码方案(美国标准 ANSI/NISO Z39.84 - 2000)规定,重庆医学杂志标注规则如下:“DOI:统一前缀/信息资源类型. 杂志 ISSN. * * * * - * * * *. 年. 期. 论文流水号”。即:“DOI:10.3969/j.issn. * * * * - * * * *. yyyy. nn. zzz”。

重庆医学杂志标注 DOI 各字段释义:“10.3969”为中文 DOI 管理机构分配给重庆医学杂志杂志的统一前缀;“j”为 journal 缩写。代表信息资源类型为期刊;“issn. * * * * - * * * *”为国际标准连续出版物号(ISSN);“yyyy”为 4 位出版年份;“nn”为 2 位期号;“zzz”为 3 位本期论文流水号。