

公立医院医疗费用和医用卫生材料使用控制中应用临床路径的探讨^{*}

隋东明¹,安力彬^{2△},李文涛¹

(1. 吉林大学公共卫生学院;长春 130021;2. 大连大学护理学院,辽宁大连 116000)

中图分类号:F224.5

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)26-3539-02

解决“看病难、看病贵”是新医改的主要目标。在高额住院费用的病例中医用卫生材料费所占比例仅次于药费,是医疗费用居高不下的原因之一^[1-2]。因此,卫生材料的使用控制已成为降低医疗费用的关注点。临床路径(clinical pathway,CP)作为一种新型管理模式,在控制医疗成本、降低医疗费用等方面受到国内各医院的高度评价及社会的广泛关注^[3-4]。本文主要探讨临床路径的执行能否控制某些单病种卫生材料的使用,降低卫生材料费用。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究资料主要来源于某大型综合性三甲医院。该医院于 2011 年开展临床路径。按照国际疾病分类(ICD-10)编码的同种疾病,从医院病案室及信息中心收集 2010 年与 2011 年急性阑尾炎、成人社区获得性肺炎患者信息,按照临床路径筛选标准选择符合入组条件患者。将 2010 年患者纳入对照组,2011 年患者纳入 CP 组,对两组患者入院到出院的病案资料及医疗费用清单进行比较分析。研究中所涉及医疗服务费用的收费标准参照《吉林省医疗服务价格(试行)》(吉发改价监联字[2006]1507 号)所规定的收费价格;卫生材料为医院统一公开招标采购,两年内品种和价格均无变化。

1.2 病例情况 对照组急性阑尾炎患者 122 例,其中男 78 例,女 44 例;年龄 10~68 岁,平均(29.72±10.29)岁;疾病亚分类:单纯性阑尾炎 7 例,化脓性阑尾炎 111 例,阑尾周围脓肿 4 例。成人社区获得性肺炎患者 105 例,其中男 48 例,女 54 例;年龄 17~76 岁,平均(43.73±11.28)岁。CP 组急性阑尾炎患者 66 例,其中男 43 例,女 23 例;年龄 9~69 岁,平均(29.78±10.82)岁;疾病亚分类:单纯性阑尾炎 3 例,化脓性阑尾炎 60 例,阑尾周围脓肿 3 例。成人社区获得性肺炎患者 50 例,其中男 27 例,女 23 例;年龄 18~75 岁,平均(44.18±11.34)岁。两组急性阑尾炎患者与成人社区获得性肺炎患者的年龄、性别及疾病亚分类比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.3 统计学处理 采用 SPSS15.0 分析软件对医疗费用的影响因素进行了描述性统计分析和非参数检验。分别比较 CP 开展前后两病种患者医疗总费用和卫生材料费控制的差异性,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者住院医疗总费用情况比较 CP 组的急性阑尾炎和成人社区获得性肺炎患者的住院医疗费用较对照组患者明显下降($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者住院医疗总费用情况比较(元)

组别	<i>n</i>	最小值	最大值	中位数	偏度系数	峰度系数	平均值	<i>Z</i>	<i>P</i>
急性阑尾炎									
对照组	122	3 094.63	29 848.83	11 425.36	1.420	3.270	11 559.25	-0.66	<0.05
CP 组	66	4 088.45	28 349.47	10 965.76	0.410	1.030	10 919.81		
成人社区获得性肺炎									
对照组	105	1 016.72	23 058.99	9 862.29	1.065	1.266	10 369.26	-0.86	<0.05
CP 组	50	1 223.91	259 958.90	10 802.42	0.119	-0.712	9 919.45		

表 2 两组患者急性阑尾炎医疗费用类别比较(元)						
组别	<i>n</i>	治疗费	手术费	卫生材料费	检查费	药费
对照组	122	301.23	669.91	3 912.05	706.29	3 890.91
CP 组	66	222.23	1 346.46	3 175.42	612.88	3 361.52
<i>Z</i>		-7.56	-11.34	-4.02	-0.45	-5.56
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者急性阑尾炎医疗费用类别比较 CP 组的急性阑尾炎和成人社区获得性肺炎患者的医疗费用较对照组患者明显下降($P<0.05$),两组患者急性阑尾炎医疗费用类别比较

见表 2;两组患者成人社区获得性肺炎医疗费用类别比较见表 3。

表 3 两组患者成人社区获得性肺炎医疗费用类别比较(元)

组别	<i>n</i>	治疗费	卫生材料费	检查费	药费
对照组	105	315.32	1 648.43	987.69	5 677.93
实施 CP 组	50	252.10	1 395.38	1 022.14	4 826.24
<i>Z</i>		-3.92	0.76	0.62	-3.61
<i>P</i>		<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

^{*} 基金项目:吉林省发改委科研项目(JF2012C006-4,3J112P283428)。 作者简介:隋东明(1971—),在读博士,副主任护师,主要从事社会医学与卫生事业管理方面的研究,现在吉林大学第一医院工作。 △ 通讯作者,Tel:15843012366;E-mail:anlibin2001@163.com。

表 4 CP 组两病种的实际费用中位数与测算费用比较

费用类别	急性阑尾炎			成人社区获得性肺炎		
	测算费用(元)	中位数(元)	增长率(%)	测算费用(元)	中位数(元)	增长率(%)
检查费	1 103.00	612.88	−44.44	924.00	1 022.14	10.62
治疗费	206.46	222.23	7.64	369.20	252.10	−31.72
手术费	2 246.43	1 346.46	−40.06	—	—	—
卫生材料费	3 272.22	3 175.42	−2.96	1 960.80	1 296.25	−33.89
药费	4 260.16	3 361.52	−21.09	6 699.10	4 826.24	−27.96
医疗总费用	11 930.99	10 965.76	−8.80	11 281.20	10 802.42	−4.24

—:表示无数据。

2.3 CP 组的实际费用中位数与测算费用比较 CP 组两病种的实际费用中位数与测算费用比较普遍下降,见表 4。

3 讨 论

3.1 国内有研究显示,卫生材料费用占医疗总费用的比例仅次于药品费用比例,是医疗费用的主要影响因素^[5],在高额住院费用构成比例中占第 2 位,某些医用材料费甚至占到手术费用的 60%以上^[6-7]。从目前政府管理政策层面看,药品与卫生材料的管理方式是不同的:随着国家医改政策的完善,医院已经取消药品加价率以期降低医疗费用;而大部分卫生材料在使用过程中,因涉及医院的物流成本,国家政策允许加价收费以补偿医院的消耗成本。卫生材料费用利润空间的存在也成为医院在管理上难以割舍,而管理部门又必须加强控制的矛盾焦点。医院作为消费的最终环节,如何合理调节与控制卫生材料的成本支出成为亟待解决的现实问题。

3.2 临床路径通过程序化、标准化的诊疗计划来规范疾病治疗的流程,通过减少不必要的检查和治疗,规范诊疗、护理行为,避免了传统路径的随意性,提高了各种费用、预后等因素的可评估性,使患者能够从低廉费用中获得最快的康复,最大限度减少资源浪费^[8-10]。目前我国应用临床路径的医院多为各省市的大型综合医院,而且进入临床路径的病种多以外科手术疾病为主^[11-13]。本研究结果显示,急性阑尾炎和成人社区获得性肺炎两病种开展 CP 后,在治疗方案、抗生素用药、术式选择等方面都进行系统化、程序化的规范,减少了不必要的支出。故按照医疗费用类别进行分类比较发现,开展临床路径后两组患者的治疗费、卫生材料费和药费明显下降。而急性阑尾炎的手术治疗过程中,由于术式的规范选择,使得开放手术和腔镜手术中某些特殊卫生材料的使用大大减少,手术相关费用明显下降。本研究结果进一步表明 CP 可在临床管理工作及费用控制方面发挥监管和控制的作用。

3.3 通过临床路径控制医疗卫生材料费用应该在宏观的卫生政策上进行引导,需要通过卫生行政管理部门行政命令来贯彻执行,并开展有效的监督管理。此外,政府对卫生材料费用利润空间应根据医疗单位的规模与性质给予明确的规定,避免盲目的加价及不合理的加价。医院还要在卫生材料准入、招标采购方面加大管理力度,从入院源头降低价格;在临床使用方面不仅要做到知情同意,更应该加大健康宣教力度,让患者更全面、更真实地了解如何选择适合自己病情的医用卫生材料,避免因信息不对称,导致患者被诱导消费,或产生“从众心理”而选择高价卫生材料。

3.4 卫生技术评估是政府进行卫生政策制定的良好依据,是通过运用循证医学和卫生经济学的原理和方法,在伦理、临床安全有效性、经济效益等层面对卫生技术进行的系统评价。各级决策者可借鉴 CP 的管理思路,利用卫生技术评估方法,结

合不同病种病情需要,为合理处理医用卫生材料所带来的医学技术进步与医疗质量及医疗费用关系,以及科学制定卫生材料临床使用规范和操作指南提供依据^[14-15],避免卫生材料的过多和过度使用,进一步控制医疗费用增长。

参考文献:

[1] 庞宇,杨建南. 高额住院费用病例费用及基本特征分析[J]. 医学信息,2008,200821(4):495-498.

[2] 陈祝萍. 新灰色关联法对高额住院费用的影响因素分析[J]. 中国病案,2010,11(6):36-38.

[3] 王力红,仇叶龙,李小莹,等. 北京市某三级综合医院实施临床路径对住院费用的影响[J]. 中国医院,2012,16(4):23-25.

[4] 齐雪然,张振忠,赵琨,等. 不同级别医院临床路径实施效果评价研究:基于第三方点上评估结果[J]. 中国卫生经济,2012,31(8):69-72.

[5] 刘媛媛,崔壮,李长平,等. 两种灰色关联法对心绞痛患者住院医疗费用影响因素的分析比较[J]. 中国卫生统计,2012,29(4):551-552,555.

[6] 郑凤,赖瑞南. 163 例高额住院费用病例分析[J]. 卫生经济研究,2011,287(5):25-28.

[7] 严娟,张建军,陈葵,等. 完善特殊医用材料医保结算管理探索[J]. 中国医疗保险,2010(6):35-37.

[8] 叶俊,刘松林,黄长进. 临床路径管理系统在医疗质量控制中的应用[J]. 中国药业,2012,21(21):40.

[9] 王丽莎. 临床路径管理在中小城市医院中的应用[J]. 重庆医学,2012,41(32):3453-3455.

[10] 蒲亨萍,汪晓媛,杨平,等. 临床路径护理电子表的设计与应用探讨[J]. 护士进修杂志,2012,27(19):1741-1742.

[11] 宋守君,邓国志,石斗飞,等. 临床路径实施前后医疗费用对比分析[J]. 中国医院统计,2012,19(2):88-91.

[12] 郭武栋,赵琨,宋文舸,等. 临床路径信息系统管理软件的开发与应用之案例分析[J]. 中国卫生经济,2011,30(7):22-24.

[13] 李莉. 临床路径在护理管理中的应用[J]. 中国实用护理杂志,2012,28(8):15-17.

[14] 韩胜昔,叶露. 卫生技术评估及其为决策服务[J]. 医学信息学杂志,2013,34(2):1-5.

[15] 康艳. 卫生技术评估发展现状及未来方向[J]. 医学信息学杂志,2013,34(2):6-9.