

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.19.035

网络首发 [https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20210528.1323.002.html\(2021-05-28\)](https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20210528.1323.002.html(2021-05-28))

## 中低风险死亡病例医疗质量管理的效果分析

罗 瑶,何雅兰,李路萍,肖 伟,梁 超

(四川省宜宾市第一人民医院医务科 644000)

**[摘要]** 目的 探索中低风险死亡病例的管理方法,降低其发生率,保障患者安全。方法 利用病例诊断相关分组(DRGs)对 2017 年 65 179 份出院病例进行筛查,发现 38 份中低风险死亡病例并对其分析,通过加强病案首页管理及核心制度的落实、加快临床路径、多学科综合治疗(MDT)的开展等方面的管理,促进医疗质量改进。结果 2019 年出院患者死亡率 0.514%,中低风险死亡率 0.012%,较 2017 年出院患者死亡率 0.687%,中低风险死亡率 0.058%,降幅分别达 24.18%、79.31%。结论 通过管理有效降低了中低风险病例死亡率,保障患者安全。

**[关键词]** 疾病诊断相关分组;病案首页;填报规范;医疗质量;中低风险死亡

**[中图法分类号]** R197.323

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** 1671-8348(2021)19-3404-03

疾病诊断相关分组(DRGs)以主要诊断为主要分组依据,结合手术、操作等治疗方式,兼顾患者年龄、合并症、并发症、伴随疾病等影响因素,将同质病例分入若干诊断组进行管理的综合体系,被各国广泛应用于医保支付或医疗质量评价与管理中<sup>[1-3]</sup>。中低风险死亡率作为医疗安全评价的负性指标,表示该类患者病情并不严重,死亡的可能性较小,但患者最终死亡,常常提示临床诊疗过程中或(和)医疗管理中可能存在问题<sup>[4]</sup>。本文以 DRGs 监测某三甲医院中低风险死亡病例并作为研究对象,发现医疗管理和诊疗过程中的缺陷,进行根因分析,不断优化、完善医疗管理,降低中低风险住院患者死亡率,以保障患者安全。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

本文以某三甲医院 2017 年 1 月 1 日至 2019 年 12 月 31 日住院病历并经卫生管理部门 DRGs 分组监测发现的中低风险死亡病例为研究对象。

#### 1.2 方法

针对 2017 年住院患者的中低风险死亡病例,由各科室医疗质量管理小组讨论并提交质量分析报告,由病案统计编码组逐份审核、讨论住院病案首页及编码信息并提交质量分析报告;医疗质量管理部门组织全院专家组从医疗管理、病案书写等方面查找缺陷,分析根本原因并针对性制订管理方法。管理方法开始在 2018 年住院患者中实施,并 2019 年住院患者完全实施。对 2017 年、2018 年、2019 年数据进行对比研究。

#### 1.3 管理方法

##### 1.3.1 强化住院病案首页培训及质控

住院病案首页是患者住院期间诊疗经过的简要概述,其诊断及手术(操作)是住院病案首页的核心诊疗信息。病案首页信息是 DRGs 唯一数据来源,其质量直接决定着病例分组与评分<sup>[5]</sup>。医师填报质量及

编码水平直接决定住院病案首页质量。为此,(1)建立编码员到上级医院轮训的机制;(2)实行编码员专科化,每位编码员对应到某一个或几个专科;(3)定期或不定期对医务人员进行病案培训;(4)建立编码员疑难病例讨论机制;(5)加强住院病案首页质控;对相应问题反馈至临床科室整改;让医务人员及其编码员提升病案首页填写的规范性及相关知识掌握与应用能力,提升编码正确率。

##### 1.3.2 加强核心制度的落实

核心制度是确保医疗质量、规范诊疗行为、杜绝医疗事故发生的重点规范制度,是医疗质量管理的核心内容,也是医务人员在医疗活动中必须遵守的工作规则<sup>[6-7]</sup>。对此,本院为加强核心制度的落实、实施以下策略:(1)医务科定期开展医疗质量检查,重点检查核心制度落实情况;(2)医务科对每位死亡病例进行死亡讨论;(3)医务科对全院死亡病例全覆盖检查;(4)医务科不定期组织死亡病例质量分析会等多种方式,督促科室及医务人员不断加强核心制度的落实,降低医疗风险。

##### 1.3.3 加快临床路径的实施

临床路径能细化每一步诊疗过程的步骤及诊疗工作,使临床诊疗工作更加恰当、有效、全面<sup>[8]</sup>。通过对临床路径信息化关键节点不断优化,将常见病、多发病、按病种付费目录、日间手术纳入临床路径管理范围,临床路径病种数达到 400 多个,管理率达到 50%以上;使随意处置有效减少,提升诊疗活动的规范性。

##### 1.3.4 加强 MDT 建设与管理

随着现代医学的发展,MDT 模式已成为国内外医疗的重要诊疗模式,促进了多学科协作,缩短了从诊断到治疗的时间,提高了诊疗效率及成功率<sup>[9]</sup>。本院不断完善 MDT 管理体系及管理制

训,不断提升医务人员对疾病的认识,提升综合诊疗能力,降低因医学专业精细化带来的负面影响。

### 1.3.5 加强医疗信息系统的建设

通过不断完善、加强医疗信息系统的建设,利用电子病历标准化、结构化的病历模板,对其病历书写格式进行规范,同时信息系统实现自动逻辑控制,特别是病案首页、手术及操作,降低医师填报数据的缺陷率,让编码员全面、详细了解患者诊疗活动的主要信息,提高编码的准确性及完整性。

## 2 结果

### 2.1 年龄分布

3 年共 69 份中低风险死亡病例,年龄 33~97 岁,平均 69.98 岁,30~59 岁 16 人,占 23.18%;60~69 岁 17 例,占 24.63%;70~79 岁 16 例,占 23.18%;80~89 岁 16 例,占 23.18%;90~100 岁 4 例,占 5.79%。

### 2.2 中低风险死亡病例的发生情况

经过一系列的管理,总死亡和中低风险死亡病例数及其死亡率呈逐步下降趋势。2017 年出院患者死亡病例数 422 例,死亡率 0.678%,中低风险死亡病例数 38 例,死亡率 0.058%,2018 年出院患者死亡病例数 425 例,死亡率 0.649%,中低风险死亡病例数 22 例,死亡率 0.033%,2019 年出院患者死亡病例数 379 例,死亡率 0.514%,中低风险死亡病例数 9 例,死亡率 0.012%,2019 年较 2017 年降幅分别达 24.18%、79.31%,见表 1。

表 1 2017—2019 年某院出院患者死亡情况

| 年份       | 出院患者数<br>(人次) | 总死亡    |        | 中低风险死亡 |        |
|----------|---------------|--------|--------|--------|--------|
|          |               | n      | 死亡率(%) | n      | 死亡率(%) |
| 2017 年   | 65 179        | 442    | 0.678  | 38     | 0.058  |
| 2018 年   | 65 484        | 425    | 0.649  | 22     | 0.033  |
| 2019 年   | 73 602        | 379    | 0.514  | 9      | 0.012  |
| $\chi^2$ |               | 17.400 |        | 21.715 |        |
| P        |               | 0.002  |        | 0.001  |        |

### 2.3 中低风险死亡病例科室分布

2017 年发生中低风险死亡病例的科室有 10 个,2018 年发生中低风险死亡病例的科室有 11 个,2019 年发生中低风险死亡病例的科室有 5 个,完全实施管理方法后发生中低风险死亡病例的科室数量明显减少。2017 年发生中低风险死亡病例数前 3 名的科室分别是呼吸科、心血管内科、神经内科,呼吸科从 2017 年 14 例降至 2018 年 5 例和 2019 年 4 例,其例数与当年总死亡例数的比值从 2017 年 3.17% 下降至 2019 年 1.06%,心血管内科从 2017 年 8 例降至 2018 年 1 例和 2019 年 0 例,其例数与当年死亡例数的比值从 2017 年 1.81% 下降至 2019 年的 0,神经内科从 2017 年 5 例降至 2018 年 3 例和 2019 年 1 例,其占比从 2017 年 1.13% 下降至 2019 年 0.26%,见表 2。

### 2.4 病案首页问题分布情况

对 69 例中低风险死亡病历首页分析发现主要诊断选择错误 11 例(20.37%),编码错误 9 例(16.67%),漏诊断 20 例(37.03%),漏手术及操作 14

例(25.93%)。

表 2 中低风险死亡病例科室分布情况[n(%)]

| 科室     | 2017 年   | 2018 年  | 2019 年  |
|--------|----------|---------|---------|
| 呼吸科    | 14(3.17) | 5(1.18) | 4(1.06) |
| 心血管内科  | 8(1.81)  | 1(0.24) | 0       |
| 神经内科   | 5(1.13)  | 3(0.71) | 1(0.26) |
| 普外科    | 3(0.68)  | 1(0.24) | 0       |
| 消化内科   | 3(0.68)  | 2(0.47) | 0       |
| 骨科     | 1(0.23)  | 3(0.71) | 1(0.26) |
| 口腔颌面外科 | 1(0.23)  | 0       | 0       |
| 全科医学科  | 1(0.23)  | 0       | 0       |
| 烧伤整形科  | 1(0.23)  | 0       | 0       |
| 胸外科    | 1(0.23)  | 0       | 1(0.26) |
| 妇科     | 0        | 1(0.24) | 0       |
| 内分泌    | 0        | 1(0.24) | 0       |
| 神经外科   | 0        | 3(0.71) | 2(0.53) |
| 血液科    | 0        | 1(0.24) | 0       |
| 重症医学科  | 0        | 1(0.24) | 0       |

## 3 讨论

基于 DRGs 能解决医疗服务中因不同病种、不同专业、收治病例等差异难以有效比较等问题<sup>[10]</sup>,其正在被各国广泛应用于医疗质量评价与管理中。国家医疗保障局不断推进 DRGs 付费制度的落地,近年来越来越多的医院将 DRGs 运用于医疗质量管理与绩效中<sup>[11]</sup>。DRGs 能从医疗能力、服务效率、费用控制、质量安全等维度对医疗服务质量进行评价,其中中低风险死亡病例作为负性指标,是医疗质量管理部门重点关注及重点改进的指标。

### 3.1 评价指标需注意的事项

#### 3.1.1 病案首页质量

医师是病案首页信息填报质量的第一责任人,其填报质量直接关系到病例分组及评分结果。从研究中发现 11 份病案首页主要诊断选择错误,导致病例分组错误,进而分到中低风险死亡病例组,34 份病案首页漏诊断、手术及操作,进而影响该病例 CMI 值;因此,提高医师对病案首页填报质量重要性的认识至关重要,将 DRGs 作为科室、医师绩效考核的重要内容,让医师被动提升填报质量转变为主动提升填报质量,以保障病案首页数据的准确性、完整性、规范性。

#### 3.1.2 年龄因素

据国家卫生健康委员会发布的《2018 年我国卫生健康事业发展统计公报》显示我国居民人均预期寿命 77 岁。本研究中 69 个中低风险死亡病例中年龄大于 77 岁有 25 人,占 36.23%,其中 90~100 岁共 4 人,占 5.79%;一定程度上反映中低风险死亡病例的评价标准中,年龄在医疗服务过程中对诊疗难度的影响未完全体现。

#### 3.1.3 DRGs 分组器筛查能力

日常病历检查及医疗纠纷发现,部分中低风险死亡病例未被纳入 DRGs 的中低风险死亡病例组。因为部分病例由于费用、住院时间异常,导致无法分组,存在未被筛查的情况,因此医疗质量管理部分有必要将死亡病例全部纳入日常监管,及时发现问题。

### 3.2 加强培训

临床医学知识是疾病编码工作的基础<sup>[12]</sup>,大多数编码员缺乏医学知识,影响其编码的准确性。基于此,可让编码员到临床科室轮训、定期参与临床科室业务培训,让编码员迅速了解、掌握常见疾病的基础知识及手术、操作步骤,不断提升编码员医学水平。

### 3.3 加快 DRGs 的推进工作

DRGs 付费是国际上比较先进的医保支付与管理的工作,而 2020 年 5 月 20 日国家医疗保障局公布了 38 个医疗保障 DRG 付费的试点城市,这也意味着“病组点数法”付费改革正式开始。在此情况下,医院及医务人员应该主动、积极地参与 DRGs 相关工作中来,发现日常工作中的缺陷及薄弱环节,及时完善日常管理工作;同时将 DRGs 作为科室、医务人员绩效的重要参考指标,充分调动科室及医务人员积极性,有效降低成本、提高服务质量。

### 参考文献

- [1] 王颖倩,汤小波,何纪毅,等. 基于 DRGs 平台的主诊医师团队医疗质量评价研究[J]. 中国卫生质量管理,2019,26(2):36-39.
- [2] 邓静. DRGs 系统用于医疗质量负性事件管理与评估[J]. 中国医院,2019,23(5):54-57.
- [3] 张丽敏,杨建玲,胡怡,等. DRGs 在医疗质量评价及医院管理中的应用[J]. 中国卫生质量管理,2019,26(21):53-57.
- [4] 王萍,刘宗兰,陈旭辉,等. 分析某院入组低风险

死亡原因改进工作质量的研究[J]. 中国当代医药,2019,26(8):168-171.

- [5] 梁莘. 规范住院病案首页信息管理与质量控制对 DRGs 分组的作用[J/CD]. 心电图杂志(电子版),2020,9(1):139-140.
- [6] 徐娟,唐艳艳,潘振宇,等. 我国三级综合医院医疗质量安全核心制度演化进程[J]. 中国医院管理,2017,37(11):37-39,42.
- [7] 郑锴,郝峰. 基于管理风险控制体系的医院核心制度建设研究[J]. 中国医院管理,2015,35(12):24-26.
- [8] 侯占辉. 实行临床路径管理对医生诊疗行为影响的研究[J/CD]. 临床医药文献电子杂志,2018,5(86):107.
- [9] 陈秋菊,梅天舒,刘燕,等. 基于 MDT 模式的急诊脑卒中信息化平台构建及应用[J]. 上海护理,2020,20(4):53-56.
- [10] 邓静. DRGs 系统用于医疗质量负性事件管理与评估[J]. 中国医院,2019,23(5):54-57.
- [11] 苗丽琼,山德生,陈晋,等. DRGs 评价指标在医疗绩效管理体系中的应用[J]. 中华医院管理杂志,2015,31(9):693-696.
- [12] 曹蕊,蔡秀芝,张宇,等. 基于 DRGs 理论规范编码及病历书写质量的成效分析[J]. 中国医院管理,2018,38(7):39-41.

(收稿日期:2021-02-24 修回日期:2021-04-06)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.19.036

## 2015—2019 年上海某三级综合医院临床试验严重不良事件特征分析\*

孙秀秀<sup>1</sup>,袁素维<sup>2△</sup>,李恒<sup>3</sup>,龚轶钰<sup>1</sup>

(1. 上海市第六人民医院科教处 200233;2. 上海市儿童医院/上海交通大学附属儿童医院院长办公室 200062;3. 华东政法大学公共卫生治理研究中心,上海 201620)

**[摘要]** **目的** 分析上海某三级综合医院报告的临床试验严重不良事件(SAE)的特点,为降低医院临床试验风险提供实践依据。**方法** 收集某三级综合医院 2015 年 1 月至 2019 年 12 月接收的所有临床试验 SAE 报告,按照受试者特征、注册类型、上报科室、临床试验分期、SAE 类型、与药物/器械的关系判定等情况进行统计分析。**结果** SAE 受试者 168 例主要集中在 40~<70 岁中老年人群(113 例,67.3%);男性发病率略高于女性(56.5% vs. 43.5%);70.8% 的受试者有合并症。上报科室主要集中在肿瘤科(49 例,44.1%)和心内科(31 例,54.4%)。SAE 最主要的类型是导致住院(131 例,78.0%),49.4% 的 SAE 与研究药物/器械的关系为无关。不同 SAE 注册类型发生 SAE 的受试者年龄、上报科室、试验分期、是否为预期事件及与药物/器械的关系判定结果存在显著差异( $P<0.05$ )。**结论** 临床试验 SAE 风险管理需要结合受试者情况和不同项目特点进行精准管控。

**[关键词]** 临床试验;严重不良事件;三级综合医院;特征分析;上海

**[中图分类号]** R197.3

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** 1671-8348(2021)19-3406-03

根据我国《药物临床试验质量管理规范》(2020 版)的相关定义,严重不良事件(serious adverse e-

\* 基金项目:国家自然科学基金青年项目(72004136);上海市软科学研究计划项目(18692112105);上海市第六人民医院院级课题(院-1675)。 作者简介:孙秀秀(1988—),初级,硕士,主要从事医院临床试验管理研究。 △ 通信作者,E-mail:yuansuwei@sju.edu.cn。