

## · 美国循证急诊医学教育 ·

## 美国急诊科标准质量控制的现状和未来发展方向

肖锋 美国急诊医学博士

患者的安全和医疗质量是我们为患者提供救治的基石。在美国大多数的医疗改革提案里都提倡提高大众对医疗质量了解的透明度<sup>[1-3]</sup>。医疗效果和对其治疗过程的衡量标准可以帮助患者以及保险公司对医疗机构进行选择,并为改善医疗质量提供准绳。笔者希望通过本文能有助于中国的急诊医生了解现阶段美国急诊医学质量控制的标准和未来发展方向。

目前,许多研究对急诊科医疗质量进行了报道<sup>[4-11]</sup>,特别是针对患者满意度和诸如等候时间<sup>[12-13]</sup>、患者紧急程度以及衡量医疗质量的工具的方面<sup>[14-19]</sup>。美国许多的医疗卫生机构都在积极地将上述手段整合到改善医疗质量的尝试中,并已取得了巨大的成功<sup>[20-22]</sup>。

对于急诊医学的实践,美国联邦政府较以往表现出了更大的兴趣。在 1997 年到 2007 年,急诊就诊所占比例从 352.8 人/千人增加到了 390.5 人/千人。每年急诊就诊人数的增加值几乎是人口增长预测值的 2 倍<sup>[23]</sup>。2010 年美国急诊总就诊人数约 1.4 亿人次,其中病情较重的患者占有很大比例。越来越多的人注意到急诊医学所面临的社会挑战已超越了急诊从业人员所能控制的范围。

## 1 质量标准监测的分类

在美国,医疗保险和医疗补助服务中心(CMS)决定医院以及医生要根据服务质量得到相应的报酬。他们通过三种主要的程序来施加他们的影响:医师质量报告制度(PQRS),门诊患者预付费制度(OPPS)以及住院患者预付费制度(IPPS)。医院需负责核心标准,即 OPSS 和 IPPS 的报告,而医生则需通过他们的结算公司负责 PQRS 报告。OPPS 和 IPPS 适用于所有的患者,不管是付款方是通过 IPPS 报告的住院患者还是通过 OPSS 报告的出院或转院患者。PQRS 的方式只包括住院和出院患者。

### 1.1 医师质量报告制度(PQRS)

2006 年税收减免及卫生保健法案倡导建立医师质量报告系统,其中包含从 2007 年报表周期开始,在覆盖的专业范围内,对为医疗保险受益人提供满意的质量评估统计数据的专业人员给予奖金的制度。CMS 的这一项目最开始叫

做医师质量报告试行草案(PQRI)或按绩效支付计划(P4P)。2011 年,这个项目更名为医师质量报告制度,这意味着这一项目不再是试点而是一种既定的制度。

基于医师质量评定标准很大程度上源于 AMA-PCPI(美国医学会医师技能促进协会)。目前 PQRS 的标准包括以下内容。

指标#28:对急性心肌梗死(AMI)患者在接诊时即服用阿司匹林;指标#31:卒中及卒中康复针对缺血性卒中或脑出血预防深静脉血栓;指标#54:对 >40 岁的非创伤性胸痛患者做 12 导联心电图检查;指标#55:对 >60 岁的晕厥患者做 12 导联心电图检查;指标#56:社区获得性肺炎(CAP)检查生命体征;指标#57:CAP 检查氧饱和度;指标#58:CAP 检查精神状态;指标#59:CAP 经验性使用抗生素;指标#76:预防导管相关性血流感染使用中心静脉置管规范;指标#91:急性外耳道炎进行局部治疗;指标#92:急性外耳道炎进行疼痛评估;指标#93:急性外耳道炎避免应用不当的系统性抗生素治疗;指标#187:卒中及卒中康复采用溶栓治疗;指标#228:心力衰竭进行左心室功能评估。2011 年,新的与急诊医学相关的 PQRS 衡量标准为第 91~93 条。

此外,就目前趋势看来,一些其他的 PQRS 将会逐渐被采纳。如:确认气管内插管的准确度;对女性腹痛患者行妊娠试验;对急性肺栓塞患者行抗凝治疗;对小儿按千克体重计算;对腹痛的孕妇进行胚胎超声定位;对 Rh 阴性孕妇可能暴露于胎儿血液的予以 Rh 免疫球蛋白;超声引导下进行颈内中心静脉穿刺等。

对 PQRS 标准满意度报道的额外奖金和罚金明细见表 1。

表 1 PQRS 标准满意度报道的额外奖金和罚金明细

年份	奖金和/或罚金	公开报道
2010	完成报告给予 2% 奖金	提供满意报告的医生予以公示
2011	完成报告给予 1% 奖金	提供成功的报告的医生予以公示(至少当时有 3 项措施符合 80%)
2012-2014	完成报告给予 0.5% 奖金	2013 年,公示每个医生的表现
2015	对不报告者罚金为 1.5%	
2016	对不报告者罚金为 2%	

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2012.11.030

作者单位:美国巴蒂摩尔,马里兰大学医学院上切萨皮克医疗中心(Upper Chesapeake Medical Center)急诊科

此外, 2011 年伊始, 医生如果能与维持行医资格认证 (MOC) 实体合作, 并具备以下 2 个条件就有机会获得额外 0.5% 的奖励: 1) 作为医师或医院在 12 个月的报告期内圆满地递交 PQRS 所需的数据; 2) 参与 MOC 项目并成功完成 MOC 项目的实践评估。

## 1.2 门诊预付费制度 (OPPS)

医疗质量的评定标准可以源自个人、专业团体、学术机构, 而最近多源自咨询机构。大多数影响急诊医学的医院质量检测来自 OPPS 及其相关的数据报告项目——医院门诊质量报告项目 (OQR)。医院的 OQR 是按“2006 年税收减免及卫生保健法案”执行的, 它要求部分医院上报关于门诊设置中的医疗质量方面的标准检测指标。为了在 OPPS 制度下获得全额年度拨款, 医院必须满足 OQR 在管理、数据收集及提交, 以及数据可靠性方面的要求。医院若未成功参与 OQR, 则只能得到医院市场成本更新 98% 的拨款。

2011 年推荐的 OPPS 与现行的 11 项门诊质量标准诊疗措施相比没有任何变化。然而, 2012 年 CMS 在 7 个临床领域增加了 16 项额外的质量报告标准诊疗措施。这些标准诊疗措施中的 4 项对急诊医学有直接影响。OP-13 到 OP-15 已经通过 CMS 试用, 在 2011 年 4 月推广到相应的医院。

2011 年医院门诊 (HOP) 标准诊疗措施包括以下内容。OP-1: 接受纤溶治疗中位时间; OP-2: 30 min 内接受纤溶治疗; OP-3: 转运到另外的医疗机构接受急性冠脉介入治疗的中位时间; OP-4: 接诊时服用阿司匹林; OP-5: 做心电图的中位时间; OP-6: 预防性抗生素的使用时间; OP-7: 针对外科患者预防性抗生素的选择; OP-8: 针对腰痛行腰椎 MRI 检查; OP-9: 乳房 X 线摄影随访率; OP-10: 腹部 CT-使用造影剂; OP-11: 胸部 CT-使用造影剂。

2012 年度增加的与付款有关的门诊质量报告项目包括以下内容。OP-12: 具有卫生信息技术的医疗服务提供者通过电子化直接获取实验数据用于评估/认证电子病历体系作为独立的可搜索的数据; OP-13: 使用心脏造影对非心脏低风险手术进行术前风险评价; OP-14: 同时使用脑部和鼻窦 CT; OP-15: 急诊科使用脑部 CT 诊断非损伤性头痛。

2013 年度门诊质量报告项目支付决定增加的项目包括以下内容。OP-16: 急诊科急性心肌梗死患者或胸痛患者 (具有心脏胸痛可能) 在到达后 60 min 内获得心肌蛋白结果; OP-17: 随访问临床结果的跟踪; OP-18: 急诊出院患者从到达急诊科至离开急诊科的中位时间; OP-19: 出院患者获得具有规定要素的出院指导; OP-20: 从接诊到医生看患者的时间; OP-21: 急诊科-长骨骨折疼痛治疗的中位时间; OP-22: 急诊科-患者在医生看之前离开率; OP-23: 急诊科-急性缺血性或出血性脑卒中患者在到达 45 min 内接受头部 CT 扫描并得到结果。

值得一提的特别具有争议的标准诊疗措施是 OP-15, 在急诊科对非创伤性头痛进行脑部 CT。OP-15 将是第一项

尽管 NQF (国家质量管理委员会) 反对仍快速立法包含进入 OPSS 项目的标准诊疗措施<sup>[24]</sup>。美国急诊医师协会通过其质量和绩效委员会曾对于这一标准诊疗措施纳入的前所未有的途径及其可行性提出质疑。近期一项即将完成的全国范围内调查研究, 特对从行政报告获得的 OP-15 指标, 与通过真实病例分析得出的并且符合其他已有的 CT 用于非创伤性头痛的指南的实际临床数据进行比较。

## 1.3 住院患者预支付制度 (IPPS)

同样的, 住院患者预支付制度介绍医院住院患者质量报告项目, 这一项目之前被称为医疗质量数据报告年度支付更新 (RHQDAPU) 项目。RHQDAPU 源自 2003 年的医保处方药促进和改善法案。这一项目授权 CMS 对能够成功报告制定标准诊疗措施的医院提高年度支付比例。最初, 对于没有成功报告的医院给予年度市场成本的减幅为 0.4%, 而 2005 年赤字减少法案将减幅增至 2.0%。

2012 年与急诊有关的变化包括将 AMI-1 标准诊疗措施 (在接诊时使用阿司匹林) 从列表中移除, 因为目前大多数的医院已能较好地执行这一标准诊疗措施。此外, PN-5c 指标 (入院 6 h 内对肺炎患者给予抗生素治疗) 也将被移除。2014 年, 入院患者从入院到离开的中位时间以及入院患者从确认住院到出院的中位时间这两个标准诊疗指标将发挥作用。在 2011 年, 根据 HITECH 法案, 医院若想获得能有效使用的奖励, 必须开始报告以下的指标。

2011 年医院住院患者 (HIP) 质量检测包括以下内容。AMI-1: 接诊时使用阿司匹林; AMI-8: 开始心导管治疗 (PCI) 术的中位时间; AMI-8a: 接诊 90min 内进行紧急 PCI; PN-3a: 转入 ICU 24h 内进行血培养; PN-3b: 入院进行初始抗生素治疗前在急诊科进行血培养; PN-5c: 入院 6h 内进行初始抗生素治疗; PN-6: 肺炎患者给予最合适的初始抗生素治疗; Stroke-4: 考虑组织纤溶酶原激活剂 (t-PA) 治疗。

2012 年剔除的标准诊疗指标包括: 剔除 AMI-1—入院使用阿司匹林“已达预期目的”; 剔除 PN-5c—初始抗生素时间选择。

2013 年没有与急诊医学有关的变化。

2014 年医院住院患者质量报告 (IQR) 项目加入的标准诊疗指标包括: ED-1 急诊科流程时间-患者从进入急诊科到离开的中位时间; ED-2 急诊科治疗时间-患者从确定住院到离开急诊科的中位时间。

## 1.4 国家质量认证委员会 (NQF)

追溯历史, 一项质量指标的最终是否被纳入 IPPS 和 OPPS, 是由一个 CMS 指定的组织确定的。国家质量认证委员会 (NQF) 成为了事实上的质量指标认证组织。此外, CMS 与 NQF 对鉴定和审查某项标准诊疗措施的设定签订协议。NQF 批准的门诊服务自愿报告标准 I 期和 II 期中与急诊科有关的标准诊疗指标如下, 其中最新一期已于 2011 年 1 月开始执行。

NQF 认证的门诊服务标准诊疗指标: 急诊和急症治疗  
I 期 (2008 年 10 月已完成)

1) NQF#495: 住院的急诊患者从到达急诊科到离开的中位时间; 2) NQF#496: 转院的急诊患者从到达急诊科到离开的中位时间; 3) NQF#497: 住院患者决定住院时间到离开急诊科的时间; 4) NQF#498: 从接诊到看到医生的时间; 5) NQF#499: 患者在医生问诊前即离开; 6) NQF#500: 重型脓毒症和脓毒性休克采用急救处理方案; 7) NQF#501: 气管内插管的确认; 8) NQF#502: 女性腹痛患者妊娠测试; 9) NQF#503: 急性肺动脉栓塞患者抗凝; 10) NQF#504: 对儿童按千克体质量计算;

II 期 (2011 年 1 月已完成)

1) ACP-002-10: 对腹痛的孕妇进行胚胎超声定位; 2) ACP-003-10: 对 Rh 阴性孕妇可能暴露于胎儿血液的予以 Rh 免疫球蛋白; 3) ACP-009-10: 急性外耳道炎应局部用药; 4) ACP-011-10: 急性外耳道炎, 使用系统性抗生素, 避免用药不当; 5) ACP-012-10: 分泌型中耳炎, 使用抗组胺剂和减充血剂, 避免用药不当; 6) ACP-013-10: 分泌型中耳炎, 使用全身性皮质激素, 避免用药不当; 7) ACP-015-10: 分泌型中耳炎, 使用系统性抗生素, 避免用药不当; 8) ACP-016-10: 内窥镜/息肉监视进行常规结肠镜随访; 9) ACP-017-10: 内窥镜/息肉监视, 记录有腺瘤息肉病史的患者常规结肠镜间隔时间, 避免不当使用; 10) ACP-019-10: 急诊科急性心肌梗死患者或胸痛患者 (具有心脏胸痛可能) 在入院 60 min 内获得心肌蛋白结果; 11) ACP-021-10: 急性缺血性脑卒中或出血性脑卒中患者在入院 45 min 内接受头部 CT 扫描或 MRI 检查并得到结果; 12) ACP-023-10: 长骨骨折疼痛治疗的中位时间; 13) ACP-032-10: 2 岁以上的急性外耳道炎患儿不进行系统性抗生素治疗; 14) ACP-035-10: 因晕厥入急诊科的患者检查心电图; 15) ACP-036-10: 因非创伤性胸痛入急诊科的患者检查心电图; 16) ACP-043-10: 超声引导下的颈内中心静脉导管穿刺;

### 1.5 阶段性医疗指标 (Episodes of Care)

另一组即将影响急诊医学报销的质量指标包括新的阶段性医疗指标 (EOC) 模型。2010 年立法通过的患者保护和可负担医疗法案 (ACA) 包含了建立和测试医疗保健传递模型和支付改革的方法。主要目标是通过减少浪费消减开支和通过调整医疗服务提供者和医院的奖金来提高患者的保健效果。推荐的改革方法是基于“价值指导购买”范例, 而不是按照目前的根据服务量给予医疗服务提供者和研究所报销的服务费用支付体系。这一强制性全球支付体系改革将对能够完全管理某一特定阶段的患者的医院和医疗服务提供者给予报销。

阶段性医疗指患者因为某种疾病或诊断治疗性操作与卫生保健系统建立的所有关系。每一阶段根据患者治疗需要的特定预期的医疗保健资源产生一个总体的费用。各个

阶段有一系列随之产生的与质量指标和 (或) 临床指南有关的基于绩效的奖金或罚金。阶段性医疗试图考虑到所有临床有关的医疗服务, 对某一特定的疾病, 在确定的时间窗内以及跨越整个连续的医疗过程, 包括诊断和治疗、外科手术、辅助措施、实验室和药剂科的服务。目前至少有 5 个组织共同参与阶段医疗的实施, 而每个组织都有各自的关注点和方法。CMS 已经向各利益相关组织征求意见, 已建立阶段性医疗试点。私立组织包括 Prometheus 支付模型 (根据系统效果、利润、透明度、减少纠纷、优质服务、可理解性、持久性, 对医生费用进行改革)。此外, 美国医师专业委员会 (ABMS) 也在致力于他们自己的阶段性医疗评定方法的完善。常见的慢性疾病是医疗阶段试点项目最常关注的, 包括糖尿病、心肌梗死 (MI)、心血管疾病 (CAD)、充血性心力衰竭 (CHF)、慢性阻塞性肺病 (COPD)、哮喘和肺炎性哮喘的治疗。急诊医疗在阶段医疗中的作用还没有详细的阐述, 但是急诊医疗可能会收一次性的医疗服务费。

在 Robert Wood Johnson 基金资助下, ABMS 的研究和布鲁金斯研究所目前已联合建立了涵盖 12 个高影响力情况下的 22 个不同的标准诊疗措施检测规范。2011 年 3 月, 22 个标准诊疗措施中的 18 个提交到国家质量论证委员会。最终的标准诊疗措施已经在质量联盟指导委员会 (QASC) 的网上公布, 将由 NQF 继续进行两轮的审核: 心血管疾病和糖尿病, 然后是肺部疾病及其他。

阶段性医疗标准检测规范包括: 急性心肌梗死 (AMI) 到发病后 30 d; 急性心肌梗死 (AMI) 发病后 31 ~ 365 d; 糖尿病到 1 年; 慢性 CHF 1 年; 住院治疗 CHF 到 4 个月; 慢性心血管疾病到 1 年; 心血管疾病在血管再通治疗后到 1 年; 有或没有下背疼痛的急性/亚急性腰椎神经根病; 单纯非特异性下背疼痛 (急性和亚急性); 社区获得性肺炎住院治疗; 门诊治疗肺炎; 乳房活检前 60 d; 治疗新诊断的乳腺癌 15 个月; 结肠镜检查 21 d; 局部结肠癌治疗; 哮喘患者到 1 年; 稳定性慢性阻塞性肺病 (COPD) 1 年; 非稳定性慢性阻塞性肺病 (COPD) 1 年; 胃食道反流病治疗 12 个月; 胃食道反流病治疗 12 周; 门诊治疗急性/急性复发型鼻窦炎医疗阶段; 慢性鼻窦炎。

### 1.6 地区化的急诊医疗标准检测指标

医疗保健的质量和花费是今天医疗改革运动的基本驱动力。地区化的急诊医疗服务是改善医疗同时更加合理使用医疗资源的一种政策选择。通过分析适当的质量指标的有效性和鉴定地区化急诊医疗服务指标中的差距, NQF 已经初步建立了地区化急诊医疗指标, 此项措施是为了在国家、州和地区层面上建立更为详细的系统性地区化的急诊医疗服务版图<sup>[25]</sup>。

北卡罗来纳大学已经为 NQF 组织编写了地区化急诊医疗的白皮书。ACEP 在此白皮书征求同意阶段已于 2011 年 8 月向 NQF 提交意见稿。

### 1.7 姑息治疗标准诊疗指标

临终关怀和姑息治疗服务为重症和生命晚期的患者提供身体上的、心理上的和精神上的关怀。这一项目帮助协调不同专科医生的医治方案以减轻患者的痛苦,并且帮助患者及其家属根据治疗目的作出不同的决策。

不幸的是,每年有一百多万人在没有享受过这样的医疗服务就过世了。他们中的很多人将承受更久而不必要的痛苦,并承担昂贵或无效的治疗。

每次住院,临终关怀和姑息治疗项目每次住院为医院节省 1700 至 4900 美元的费用<sup>[26]</sup>。更重要的是,通过临终关怀和姑息治疗,患者在其困难时期能够获得个体化的关怀照顾。

2011 年 7 月,临终关怀和姑息治疗指导委员会成立,旨在讨论设定影响急诊医学的 12 项新指标。

某些指标对医院来说好像只要做好记录即可(如急诊科入院患者从到达急诊科至离开的中位时间)。而其他一些指标的完善则需要付出努力,例如减少流程的时间(急诊科转运患者从到达急诊科至离开的中位时间)。这些指标会随时间改变,因此可能最有效的方法是建立一套记录指标和报告的程序,在 2012 年 1 月 1 日所有这些指标将开始实施,医院随后将进行报告,因此这个及时报告的程序改进机制摆在了各个医院领导者的面前。

## 2 2012/2013 年的新指标

2012 年 1 月 1 日起, CMS 开始致力于建立一系列急诊医疗需要收集和报告的新的指标。这些指标分为几个部分,包括急诊科接诊和入院患者有关的指标,患者治疗和出院有关的指标,患者接诊和转运有关的指标,患者未被接诊有关的指标。这些新指标是目前必须建立起来的。美国急诊医生学会通过和 CMS、联合委员会及其他管理部门举办绩效评估会议和随后的交流,致力参与了这些新指标建立。

以下是目前已发表的关于新指标的内容大纲。有些指标需要收集样本进行分析和报告。有些医院需要通过采样形式收集样本,但仍不能 100% 全部报告。这些指标中的大部分是 2011 年 11 月 1 日发布的最终规定,因此用来完成这些指标的时间很短<sup>[27]</sup>。

ED-1: 急诊科入院患者从到达急诊科到离开的中位时间

ED-2: 急诊科入院患者从决定住院到离开急诊科的时间

OP-18: 急诊科转运患者从到达急诊科到离开的中位时间

OP-20: 患者到达到诊断性评估(医生看患者)时间

减少患者在急诊科的滞留时间可以增加患者接受治疗的机会和提高医疗质量。减少滞留时间潜在的也能增加患者接受针对其状况的特定治疗机会和提供附加治疗的能力。近期,急诊科遭遇了严重的拥挤。尽管一度这一现象发生在大型的城市中的教学医院,目前已经扩散到其他城郊和郊区的卫生保健机构。根据美国 2002 年的调查发现,超过九成的大型医院急诊科运行刚好处于或超过了其能力范

围<sup>[28]</sup>。美国大约 1/3 的医院报道其一年中的救护车派出量有所增加,而超过一半医院报道其急诊科存在拥挤现象。近期的一项调查发现,4 成的医院领导认为急诊科的拥挤现象是劳动力短缺引起的<sup>[29]</sup>。急诊科拥挤可能会造成肺炎抗生素用药的延迟,这有悖于紧急治疗的理念<sup>[30]</sup>。对于非 ST 段抬高型心肌梗死患者,长时间急诊科滞留会造成指南推荐疗法使用的延缓,增加心肌梗死复发的风险<sup>[31]</sup>。急诊科拥挤和急诊资源需求巨大造成了许多问题,如救护车请求被拒,患者等待时间延迟,等候患者的痛苦增加,医疗环境拥挤和令人不快,和潜在的患者预后不良。当急诊科超负荷时,他们对于社区紧急事件和灾害的应急能力也将受到影响<sup>[32]</sup>。

### 2.1 OP-19: 出院患者收到具有规定要素的出院指南

这一指标用于评价不论年龄大小,从急诊科或医院出院时收到出院指南中至少包含了所有规定要素的患者比例。出院指南是和患者诊断、治疗以及与患者或护理人员商谈和最终提供的医护计划有关的一系列核心的标准化数据元素,这些记录在患者离开急诊科时通过打印生成或提交电子格式。

在患者离开急诊科时提供详细的出院指南是为使患者能够在出院后的自我护理以及遵从出院后的治疗计划有所准备。出院指南能确保患者在不同地区或同个地区不同层次医疗机构转运时的医疗协调性和连贯性。已有许多研究表明,不同医疗场所甚至同一医疗机构内转运的不协调,包括较高的医院重复收治率、医疗失误率、重复服务率和医疗资源浪费<sup>[33]</sup>。

出院指南是一个新名词,之前被称为出院说明。因此,急诊科使用的软件中可能需要做相应更改,或者需要将急诊科张贴的复印资料重新打印。大部分急诊科已经完成了这一要求,除了在药物整合的领域。这需要在大部分急诊科推行新政策,可能还需要软件升级。

急诊科出院指南规定内容包括:出院时的主要诊断或主诉;急诊科就诊时进行的主要操作和检验;患者注意事项;随诊计划(或说明无需随诊),包括随诊的主要医师或健康保健专家或指定的场所;患者在离开急诊科后需要服用的新用药和曾用药的变化列表,包括每种药的规定和执行剂量(或预期用药时间)和用药说明。

急诊科应该是获取药物整合数据的可行场所,可是操作起来却非常困难。急诊患者通常无法准确说出他们在服用什么药物,许多患者在离开急诊科时没有担保,这些先天性因素和额外数据造成对急诊科的需求会对其运行造成负面影响,最终导致医疗服务的延时。

### 2.2 OP-22: 患者未被接诊即离开(患者未收到医师/高年资护士/助理医师的评估即离开急诊科的比例)

2011 年,OPPS 将采用图表抽象指标 OP-22 即患者未

被接诊即离开最终确定下来。这一指标也被批准成为 NQF 项目“国家急诊医疗自愿报告标准”的一部分 (NQF # 0499)。这一指标评估急诊科患者未经医生评估即离开比例,反映了急诊科的拥挤程度和缺乏及时救治的能力。在 2012 年 OPPI 提议的规程 (76FR42315) 中提到,跟 2013 年支付决定一同开始,医院需要每年从质量网络的网站上通过网络表格提交这一指标整合的分子和分母计数。这一推荐程序有别于其他图表抽象指标的收集,因为它无需医院提交患者病情轻重相关的信息,也无需每季度提交数据。因此,这一推荐程序被认为可以减少这一指标数据收集和提交的负担。

不遵循医嘱 (AMA) 的患者是一个法律问题,与拒绝给出一个解释非常清楚的医疗服务有关,此类患者需要急诊科领导队伍给予特别的关注。不遵循医嘱的患者的数量和比例不作为 CMS 绩效指标中的一部分。

### 2.3 2012 年 CMS 章程与小型或独立型急诊科有关的附加元素

如医院不是全天 24 h,一周 7 d 均有医生在院内值班,必须在急诊科中醒目的位置张贴告示,告知所有进入急诊室的患者该医院不是全天 24 h,一周 7 d 均有医生在岗,并告知患者在医院没有医生在岗的时间段内,如何满足患者对紧急医疗的需求。

## 3 局限性

医院报告指标并非在一日建立起来,而是在按照一个增量有序的几年过程中不断进行着。这些指标是自愿报告的。然而,2003 年的医保处方药改进和现代化法案为提供质量数据的合格医院提供了一项新的强大的刺激。这项法案规定如果医院不上报绩效数据,在 2005、2006、2007 财政年度其每年的支付额度将减少 0.4%。因此,必须认识到目前医院是根据报告支付而非根据绩效支付,这两种方案有着显著的区别。

美国医学会有一个委员会主要关注按绩效支付或改进质量。每一个成员组织都致力于将循证的临床指南纳入质量指标,或建立之前没有的指南。然而对不同医学专家制定的质量指标存在各种挑战。例如,因为亚专业高度细分,某一质量指标只能涵盖 10% 到 20% 的医学专业。

临床实践指南是建立质量指标的基础,然而由于种种原因,如责任方面或缺乏适当的支持证据,不是所有的医学专业团体都建立了实践指南。同时,由于某些医学专业的特性,没有随机对照临床试验数据存在而无法建立该领域的实践指南。

## 4 未来发展方向

2011 年 3 月 31 日,CMS,美国卫生部的下属机构,在可负担医疗法案下提出了新的规程用于帮助医生、医院和其他医疗服务提供者,通过可信赖医疗组织 (ACOs) 更好

地为患者协调医疗服务。可信赖医疗组织为在不同医疗场所如医生办公室、医院、长期护理机构治疗患者的医生创造激励机制。医疗共享储蓄计划将对低消耗但又能满足质量标准并且将患者利益放在第一位的 ACOs 给予奖励。

有提议将质量指标扩展到治疗指标程序之外,特别是增加预后指标的数量。效益指标和患者医疗体验指标必须严格规定,以保证最终的数据能够真实反映向患者提供的医疗服务的质量。

CMS 提议要增加使用既对质量改善非常重要又能减少报告负担的指标,如通过临床数据登记处、所有付款人索赔数据库和/或电子健康病历数据库上报,因为这些指标通过这些机构更容易实现。但是目前,通过电子健康病历报告指标的广泛使用可行性越来越小。此外,使用临床索赔数据,预后指标常常不能足以评价医疗服务的质量,因为医疗决策过程的细节和内容无法通过这一机制获得。

CMS 打算在 2013 至 2015 年这 3 年间对支付决策增加一些新的指标,这让医院以及急诊医师和其他临床医师对新的报告要求有所期待,也将相应调整政策。

急诊医疗效率需要更多的指标。美国的急诊科常常挤满了很多已经入院的患者 (通常称为暂留者)。这些患者通常使用了急诊患者需要的医疗空间和资源。许多完善的研究已经报道证实了在急诊科暂留的住院患者影响了急诊的其他过程,如止痛药物使用时间,未被接诊即离开患者数量,以及转运患者从到达急诊科到离开的时间。

应对急诊出院后 72 h 内再次进入同一家医院或其他医院急诊科进行治疗的患者进行关注,因为患者这次就诊的症状/情况可能会有很大的变化。

## 5 结论

标准质量指标的报告对于急诊医疗的实践和报销不断产生着重要的影响。与医生相关的指标主要关注特定医疗环境下的临床治疗,即将推出的医院相关的指标中绝大部分关注急诊科的生产力,治疗的及时性和影像学的使用问题。构建在基于价值购买和贷款支付范式上的医疗阶段指标随后即将来临。

### 参考文献

- [1] Epstein AM. The outcomes movement—will it get us where we want to go [J]. N Engl J Med, 1990, 323 (4): 266-270.
- [2] Starr P. The framework of health care reform [J]. N Engl J Med, 1993, 329 (22): 1666-1672.
- [3] Schiff GD, Bindman AB, Brennan TA. A better-quality alternative. Single-payer national health system reform. Physicians for a National Health Program Quality of Care Working Group [J]. JAMA, 1994, 272 (10): 803-808.
- [4] Bursch B, Beezy J, Shaw R. Emergency department satisfaction: what matters most [J]. Ann Emerg Med, 1993, 22 (3): 586-591.
- [5] McMillan JR, Younger MS, DeWine LC. Satisfaction with hospital

- emergency department as a function of patient triage [J]. *Health Care Manage Rev*, 1986, 11 (3): 21-27.
- [6] Krishel S, Baraff IJ. Effect of emergency department information on patient satisfaction [J]. *Ann Emerg Med*, 1993, 22 (3): 568-572.
- [7] Linn LS, Ware JE, Greenfield S. Factors associated with relief from chest pain following emergency care [J]. *Med Care*, 1980, 18 (6): 624-634.
- [8] Karcz A, Holbrook J, Auerbach B, et al. Preventability of malpractice claims in emergency medicine; a closed claims study [J]. *Ann Emerg Med*, 1990, 19 (8): 865-873.
- [9] O'Leary MR, Smith MS, O'Leary DS, et al. Application of clinical indicators in the emergency department [J]. *JAMA*, 1989, 262 (24): 3444-3447.
- [10] Pierce JM, Kellerman AL, Oster C. "Bounces": an analysis of short-term return visits to a public hospital emergency department [J]. *Ann Emerg Med*, 1990, 19 (7): 752-757.
- [11] Gratton MC, Salomone JA 3rd, Watson WA. Clinically significant radiograph misinterpretations at an emergency medicine residency program [J]. *Ann Emerg Med*, 1990, 19 (5): 497-502.
- [12] Thompson DA, Yamold PR. Relating patient satisfaction to waiting time perceptions and expectations; the disconfirmation paradigm [J]. *Acad Emerg Med*, 1995, 2 (12): 1057-1062.
- [13] Mowen JC, Licata JW, McPhail J. Waiting in the emergency room; how to improve patient satisfaction [J]. *J Health Care Mark*, 1993, 13 (2): 26-33.
- [14] Hansagi H, Carlsson B, Brismar B. The urgency of care need and patient satisfaction at a hospital emergency department [J]. *Health Care Manage Rev*, 1992, 17 (2): 71-75.
- [15] Nelson CW, Niederberger J. Patient satisfaction surveys: an opportunity for total quality improvement [J]. *Hosp Health Serv Adm*, 1990, 35 (3): 409-427.
- [16] Geigle R, Jones SB. Outcomes measurement; a report from the front [J]. *Inquiry*, 1990, 27 (1): 7-13.
- [17] Albright JM, Panzer RJ, Black ER, et al. Reporting tools for clinical quality improvement [J]. *Clin Perform Qual Health Care*, 1993, 1 (4): 227-232.
- [18] Harvaves JL, Palmer RH, Zapka J, et al. Using patient reports to measure health care system performance [J]. *Clin Perform Qual Health Care*, 1993, 1 (4): 208-213.
- [19] Nelson EC, Batalden PB. Patient-based quality measurement systems [J]. *Qual Manag Health Care*, 1993, 2 (1): 18-30.
- [20] Lammers JC, Cretin S, Gilman S, et al. Total quality management in hospitals: the contributions of commitment, quality councils, teams, budgets, and training to perceived improvement at Veterans Health Administration hospitals [J]. *Med Care*, 1996, 34 (5): 463-478.
- [21] Service you can bank on. Different levels of service and better communication are the key to improvement [J]. *Int J Health Care Qual Assur*, 1995, 8 (4): 22.
- [22] Using patient input in a cycle for performance improvement [J]. *Jt Comm J Qual Improv*, 1995, 21 (2): 87-96.
- [23] Tang N, Stein J, Hsia RY, et al. Trends and characteristics of US emergency department visits, 1997-2007 [J]. *JAMA*, 2010, 304 (6): 664-670.
- [24] American College of Emergency Physicians [EB/OL]. [2011-11-11]. <http://www.acep.org/Content.aspx?id=82861>.
- [25] National Quality Forum. Regionalized Emergency Medical Care Services (REMCS) [EB/OL]. [2011-11-11]. [http://www.qualityforum.org/Projects/n-r/Regionalized\\_Emergency\\_Medical\\_Services/Regionalized\\_Emergency\\_Medical\\_Care\\_Services\\_\(REMCS\).aspx](http://www.qualityforum.org/Projects/n-r/Regionalized_Emergency_Medical_Services/Regionalized_Emergency_Medical_Care_Services_(REMCS).aspx).
- [26] Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, et al. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs [J]. *Arch Intern Med*, 2008, 168 (16): 1783-1790.
- [27] Center for Medicare and Medicaid Services. Final changes to the hospital outpatient prospective payment system and CY 2012 payment rates [EB/OL]. [2011-11-11]. <https://www.cms.gov/HospitalOutpatientPPS/HORD/itemdetail.asp?filterType=none&filterByDID=-99&sortByDID=3&sortOrder=descending&itemID=CMS1253621&intNumPerPage=10>.
- [28] Emergency department overload; a growing crisis. Results of the AHA survey of emergency department (ED) and hospital capacity. Chicago, IL: American Hospital Association. 2002. [EB/OL]. [2011-11-11]. [www.hospitalconnect.com/aha/press\\_room-info/content/EdoCrisisSlides.pdf](http://www.hospitalconnect.com/aha/press_room-info/content/EdoCrisisSlides.pdf).
- [29] U.S. Government Accountability Office (GAO). Hospital emergency departments: crowding continues to occur, and some patients wait Longer than recommended time frames. GAO-09-347, April, 2009. [EB/OL]. [2011-11-11]. <http://www.gao.gov/new.items/d09347.pdf>.
- [30] Pines JM, Localio AR, Hollander JE, et al. The impact of emergency department crowding measures on time to antibiotics for patients with community-acquired pneumonia [J]. *Ann Emerg Med*, 2007, 50 (5): 510-516.
- [31] Schull MJ, Vermeulen M, Slaughter G, et al. Emergency department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction [J]. *Ann Emerg Med*, 2004, 44 (6): 577-585.
- [32] Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes [J]. *Acad Emerg Med*, 2009, 16 (1): 1-10.
- [33] Mahoney D. Care transitions emphasized; measures could ease ED care transitions. ACEP News? December 2009. [EB/OL]. [2011-11-11]. [http://www.acep.org/MobileArticle.aspx?id=47234&coll\\_id=613&parentid=740](http://www.acep.org/MobileArticle.aspx?id=47234&coll_id=613&parentid=740).

(郑辛甜 李辉 译, 邵菊芳 肖锋 校审)  
(收稿日期: 2012-06-30)  
(本文编辑: 郑辛甜)