

组随机试验[J]. 中国输血杂志, 2024, 37(1): 43-50.

[9] MORAND C, COUDURIER N, ROLLAND C, et al. Prevention of syncopal-type reactions after whole blood donation: a cluster randomized trial assessing hydration and muscle tension exercise[J]. Transfusion, 2016, 56(10): 2412-2421.

[10] LISETTI C L, NASOZ F. Using noninvasive wearable computers to recognize human emotions from physiological signals[J]. EURASIP J on Adv Sign Process, 2004; 929414.

[11] HEALEY J A, PICARD R W. Detecting stress during real-world driving tasks using physiological sensors[J]. IEEE Transact Intell Trans Sys, 2005, 6(2): 156-166.

[12] FISHER S A, ALLEN D, DORÉE C, et al. Interventions to reduce vasovagal reactions in blood donors: asystematic review and meta-analysis[J]. Transfus Med, 2016, 26(1): 15-33.

[13] FRANCE C R, FRANCE J L, FRAME-BROWN T A, et al. Fear of blood draw and total draw time combine to predict vasovagal reactions among whole blood donors[J]. Transfusion, 2015, 56(1): 179-85.

[14] GONZÁLEZ D C, BATALLA M F, GONZÁLEZ S G, et al. Predictive tools in the care of blood donors: prevention of vasovagal syndrome[J]. Stud Health Technol Inform, 2018, 250: 174-177.

[15] BRUNSON D C, BELANGER G A, SUSSMANN H, et al. Factors associated with first-time and repeat blood donation: adverse reactions and effects on donor behavior [J]. Transfusion, 2022, 62(4): 1269-1279.

[16] ZHAO P, DONG D, DONG R, et al. Development and validation of a nomogram for predicting the risk of vasovagal reactions after plasma donation[J]. J Clin Apher, 2023, 38(5): 622-631.

[17] JIANG Y, LIN J, DING R, et al. A new risk predictive scoring system of vasovagal reactions in patients with preoperative autologous blood donation [J]. Transfus Apher Sci, 2023, 62(6): 103791.

[18] HASHIZUME T, KONDO G, ISHIMARU F, et al. Development and validation of a scoring system to predict vasovagal reaction upon whole-blood donation[J]. Vox Sang, 2024, 119(4): 300-307.

[19] MICHIE S, VAN STRALEN M M, WEST R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions[J]. Implement Sci, 2011, 6: 42.

[20] FRANCE C R, FRANCE J L, HIMAWAN L K, et al. Donation related fears predict vasovagal reactions and donor attrition among high school donors[J]. Transfusion, 2021, 61(1): 102-107.

[21] WANG H H, CHEN P M, LIN C L, et al. Joint effects of risk factors on adverse events associated with adult blood donations[J]. Medicine, 2019, 98(44): e17758.

(收稿日期: 2025-01-08 修回日期: 2025-06-16)

• 卫生管理 •

基于病案首页的腰椎间盘突出症患者住院费用影响因素分析及 DIP 改革效果评价*

张会会¹, 牛亚冬^{2△}

(1. 郑州大学附属郑州中心医院, 河南 郑州 450007; 2. 郑州大学公共卫生学院, 河南 郑州 450001)

[摘要] **目的** 探讨腰椎间盘突出症(LDH)患者住院费用的影响因素, 并分析按病种分值付费(DIP)改革对 LDH 患者治疗费用结构的影响, 为优化医疗费用管理、深化医保支付方式改革提供参考。**方法** 回顾性收集某医院 2020 年 1 月至 2023 年 12 月出院的 LDH 患者病案首页资料, 共纳入 2 388 例患者。采用非参数检验和广义线性模型分析住院费用的影响因素, 并比较 DIP 改革前后不同治疗方式的费用差异。**结果** LDH 患者次均住院费用为 19 029.50 元, 中位住院时间为 7.09 d。广义线性模型分析显示, 患者年龄、患者来源、是否合并慢性疾病、治疗方式及住院时间是住院费用的显著影响因素($P<0.05$)。DIP 改革后, 保守治疗、开放手术、微创手术治疗的次均费用有所下降, 且降幅差异有统计学意义($P<0.05$)。但不同治疗方式的费用结构变化差异较大。**结论** DIP 付费改革有效降低了 LDH 患者的住院费用, 但医疗服务费的下降、耗材费的增长提示 LDH 费用结构仍需进一步优化。

[关键词] 病案首页; 腰椎间盘突出症; 按病种分值付费; 广义线性模型

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2025.11.040 **中图法分类号:** R197

文章编号: 1009-5519(2025)11-2711-06 **文献标识码:** C

腰椎间盘突出症(LDH)是一种常见的脊柱退行性疾病, 主要表现为腰痛、下肢放射痛及神经功能障碍

* 基金项目: 河南省高校人文社会科学研究一般项目(2025-ZDJH-100)。
△ 通信作者, E-mail: nyadong@126.com。
网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250925.0927.002\(2025-09-25\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250925.0927.002(2025-09-25))

碍,《中国卫生健康统计年鉴》显示,2020—2022 年椎间盘突出疾病出院人数达 256 万人次,其发病率随人口老龄化和生活方式改变逐年上升,且患者趋于年轻化,严重影响患者的生活质量和工作能力^[1]。LDH 患者的主要治疗方式包括保守治疗(中医、康复等保守治疗),开放手术治疗(如椎间盘切除术、椎间融合术),微创手术治疗(内镜下腰椎间盘突出术、椎间盘射频消融术等)^[2]。不同治疗方式的效果差异较大,住院费用常呈现右偏态分布,且受多种因素影响,如患者年龄、基础健康状况、住院时间等^[3]。按病种分值付费(DIP)作为多元复合式医保支付方式改革的重要举措,为医院管控医疗费用、提升运营效率提供了更精准、更有力的实现途径,其政策实施推动医疗机构将管理重心从规模扩张、粗放管理、收入导向向质量效益、精细化管理、成本控制转变^[4-5]。因此,探讨 LDH 的影响因素及 DIP 实施前后治疗费用的变化,对医院优化医疗资源配置、改善治疗效果及降低医疗成本具有重要意义。

1 资料与方法

1.1 数据来源 本研究采用回顾性研究方法,收集郑州市某医院 2020 年 1 月至 2023 年 12 月出院且主要诊断为 LDH(ICD-10 编码:M51)的患者资料。数据来源于医院病案首页系统,提取内容包括患者人口学特征、疾病特征及费用结构。其中,人口学特征涵盖年龄、性别、婚姻状况、医疗付款方式、患者来源及医保类型;疾病特征包括入院途径、是否合并慢性疾病、治疗方式及住院时间;费用结构分为医疗服务费、检查费、化验费、药品费及耗材费五大类。

研究医院自 2022 年 1 月起实施 DIP 改革,2020 年 1 月至 2021 年 12 月为 DIP 实施前阶段,纳入患者 1 164 例;2022 年 1 月至 2023 年 12 月为 DIP 实施后阶段,纳入患者 1 270 例。为保障数据质量,排除有缺失、不符合逻辑的病例,并对住院费用数据中的异常

值进行处理,采用 Z 分数标准化方法,将标准化值绝对值大于 3 的数据点定义为异常值并予以剔除。最终共纳入 2 388 例患者数据用于统计分析。

1.2 统计学处理 采用 SPSS 21.0 统计软件进行数据处理及分析。首先,对患者基本信息、疾病特征及费用结构进行描述性统计分析。住院费用数据经 Kolmogorov-Smirnov(K-S)检验显示不服从正态分布($Z=0.0180, P<0.001$),故采用中位数(M)及四分位距(IQR)进行描述。单因素分析采用非参数检验初步筛选住院费用的潜在影响因素。其中,性别、是否合并慢性疾病等二分类变量采用 Mann-Whitney U 检验;年龄、治疗方式等多分类变量采用 Kruskal-Wallis H 检验。采用广义线性模型(GLM)进行多因素分析,筛选具有统计学意义的影响因素。最后,采用 Mann-Whitney U 检验比较 DIP 实施前后不同治疗方式的费用结构差异。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 基本情况 对 LDH 患者的人口学特征及疾病特征进行分析,结果显示:患者中位年龄为 51.73 岁,中位住院时间为 7.09 d,次均住院费用为 19 029.50 元。在人口学特征方面,女性患者 1 233 例,占有患者的 51.63%;已婚患者 2 072 例,占比达 86.77%;2 275 例患者(占 95.27%)采用基本医疗保险作为主要支付方式;1 124 例患者(占 47.07%)来源于本地区域。在疾病特征方面,697 例患者(占 29.19%)合并高血压、糖尿病等慢性疾病;而 1 881 例患者(占 78.77%)来源于门诊就诊,治疗方式以保守治疗为主,共 1 291 例(54.06%)。见表 1。

单因素分析结果显示,患者年龄、性别、婚姻状况、医疗付款方式、患者来源、入院途径、是否合并慢性疾病、治疗方式及住院时间对住院费用均具有显著影响($P<0.05$)。

表 1 LDH 患者住院费用的不同影响因素基本情况

变量	项目	$n(\%)$	中位数(元)	四分位距(元)	U/H	P
年龄	≤40 岁	649(27.18)	11 230.02	13 293.89	36.624	<0.001
	>40~65 岁	1 198(50.17)	12 611.32	19 327.68		
	>65 岁	541(22.65)	12 652.67	29 281.89		
性别	男	1 155(48.37)	13 957.62	20 312.53	677 000.000	0.037
	女	1 233(51.63)	11 042.19	17 017.65		
婚姻	未婚	156(6.53)	8 031.40	14 169.71	17.386	0.001
	已婚	2 072(86.77)	12 676.43	19 312.44		
	丧偶	119(4.98)	10 280.37	25 591.83		
	其他	41(1.72)	9 861.20	10 470.71		
医疗付款方式	基本医保	2 275(95.27)	12 672.51	18 856.28	17.655	<0.001
	自费	87(3.64)	6 742.06	12 864.16		
	其他	26(1.09)	8 668.31	29 401.61		

续表 1 LDH 患者住院费用的不同影响因素基本情况						
变量	项目	<i>n</i> (%)	中位数(元)	四分位距(元)	<i>U/H</i>	<i>P</i>
患者来源	医院所在区	1 124(47.07)	10 578.55	11 922.61	225.746	<0.001
	本市其他区	843(35.30)	8 918.05	17 228.25		
	外省及本省其他地市	421(17.63)	25 825.43	28 115.90		
入院途径	急诊	468(19.60)	11 597.78	24 720.70	9.185	0.010
	门诊	1 881(78.77)	12 335.92	17 136.40		
	转入及其他	39(1.63)	22 608.24	33 362.48		
是否合并慢性疾病	否	1 691(70.81)	11 505.90	15 935.24	670 473.500	<0.001
	是	697(29.19)	14 212.33	28 020.71		
治疗方式	保守治疗	1 291(54.06)	6 506.36	4 374.48	1 681.982	<0.001
	开放手术	459(19.22)	38 749.31	34 414.33		
	微创手术	638(26.72)	22 055.41	14 467.82		
住院时间	<8 d	1 481(62.02)	8 376.13	13 273.58	359.300	<0.001
	8 ~15 d	723(30.27)	13 283.11	29 067.30		
	>15 d	184(7.71)	39 873.25	41 067.84		

2.2 GLM 分析 在单因素分析的基础上,采用 GLM 进一步分析不同因素对住院费用的影响。GLM 由 NELDER 和 WEDDERBURN 提出,能够有效处理非正态分布的数据。本研究采用 Gamma 分布与对数连接函数构建模型,模型拟合结果显示, $\chi^2=476.287$,Omnibus 检验 $P<0.05$,表明模型拟合效果

较好且差异具有统计学意义($P<0.05$)。患者性别、婚姻状况、医疗付款方式及入院途径对住院费用无显著影响;而患者年龄、患者来源、是否合并慢性病、治疗方式及住院时间对住院费用均具有显著影响($P<0.05$)。其中,治疗方式是影响住院费用的最主要因素。见表 2。

表 2 GLM 分析结果				
项目	<i>B</i>	标准误	95% <i>CI</i>	<i>P</i>
截距	11.227	0.139 2	10.954~11.500	<0.001
年龄(参照组为>65 岁)				
≤40 岁	-0.145	0.030 3	-0.204~-0.085	<0.001
>40~65 岁	-0.009	0.024 7	-0.058~0.039	0.709
性别(参照组为女)				
男	0.005	0.018 4	-0.031~0.041	0.786
婚姻(参照组为其他)				
未婚	-0.130	0.078 7	-0.284~0.024	0.099
已婚	-0.056	0.069 9	-0.193~0.081	0.426
丧偶	0.006	0.081 4	-0.153~0.166	0.939
医疗付款方式(参照组为其他)				
基本医保	0.009	0.087 3	-0.162~0.180	0.916
自费	-0.127	0.099 1	-0.322~0.067	0.198
患者来源(参照组为外省及其他地市)				
医院所在区县	-0.125	0.028 3	-0.180~-0.069	<0.001
本市其他区县	-0.112	0.028 6	-0.168~-0.056	<0.001
入院途径(参照组为转入及其他)				
急诊	-0.009	0.074 2	-0.154~0.136	0.902
门诊	-0.073	0.072 5	-0.215~0.069	0.316
是否合并慢性疾病(参照组为是)				
否	-0.097	0.021 6	-0.139~-0.055	<0.001

续表 2 GLM 分析结果

项目	<i>B</i>	标准误	95% <i>CI</i>	<i>P</i>
治疗方式(参照组为微创手术)				
保守治疗	−1.406	0.022 6	−1.450~−1.361	<0.001
开放手术	0.062	0.028 5	0.006~0.118	0.029
住院时间(参照组为>15 d)				
<8 d	−0.857	0.035 9	−0.928~−0.787	<0.001
8~15 d	−0.343	0.036 8	−0.415~−0.270	<0.001

注:*B* 为回归系数;95%*CI* 为可信区间。

2.3 DIP 改革前后不同治疗方式费用差异 在明确住院费用影响因素的基础上,进一步分析 DIP 改革对 LDH 患者费用结构的影响,其中不同治疗方式差异较大,LDH 保守治疗费用 6 506.36 元,远低于开放手术(38 749.31 元)和微创手术(22 055.41 元),采用非参数检验对保守治疗、微创手术及开放手术不同治疗方式 DIP 实施前后费用差异进行分析。

2.3.1 保守治疗 LDH 保守治疗的主要费用构成为药品费,其次为检查费和医疗服务费。DIP 实施后,LDH 患者的次均费用为 6 265.74 元,较实施前下降 495.95 元,差异有统计学意义($P<0.05$)。费用结构变化显示医疗服务费和药品费在 DIP 实施后显著降低($P<0.05$),而检查费、化验费及耗材费无显著变化。见表 3。

2.3.2 开放手术 DIP 实施后,LDH 次均费用的中位数从 43 468.95 元下降至 36 171.24 元,差异有统计学意义($P=0.007$),DIP 改革显著降低了开放手术

治疗的整体费用。从费用结构上看,检查费稍有增加,化验费、药品费均有所降低,但差异无统计学意义($P>0.05$),DIP 改革对检查费、化验费、药品费的影响有限。耗材费的中位数从 18 291.43 元下降至 15 053.77 元(降低 3 237.66 元),医疗服务费中位数从 9 336.30 元下降至 8 099.00 元(降低 1 237.3 元),其降幅较大且差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

2.3.3 微创手术 DIP 实施后,实施微创手术的 LDH 患者次均费用从 23 041.06 元降至 19 795.30 元,降幅显著,差异有统计学意义($P=0.049$),其中医疗服务费(降低 3 603.09 元)、检查费(降低 483.85 元)、药品费(降低 1 375.56 元)均显著下降,差异有统计学意义($P<0.001$);而耗材费增加 1 258.06 元,化验费增加 48.30 元,且差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。结果表明,DIP 改革显著降低了医疗服务费、检查费和药品费,但耗材费有所上升,需进一步优化管理。

表 3 DIP 实施前后 LDH 患者保守治疗费用差异(元)

费用结构	DIP 实施前(<i>n</i> =658)		DIP 实施后(<i>n</i> =633)		<i>U</i>	<i>P</i>
	中位数	四分位距	中位数	四分位距		
医疗服务费	1 461.80	1 661.60	1 143.50	1 351.10	173 453.5	<0.001
检查费	1 644.10	1 453.70	1 639.80	1 639.00	205 804.0	0.714
化验费	526.60	382.40	517.60	400.30	212 493.5	0.527
药品费	2 652.14	2 856.98	2 307.84	2 514.58	187 676.5	0.002
耗材费	30.08	53.61	33.59	56.19	213 978.0	0.393
次均费用	6 761.69	4 666.59	6 265.74	3 978.48	187 038.5	0.002

表 4 DIP 实施前后 LDH 患者开放手术治疗费用差异(元)

费用结构	DIP 实施前(<i>n</i> =200)		DIP 实施后(<i>n</i> =259)		<i>U</i>	<i>P</i>
	中位数	四分位距	中位数	四分位距		
医疗服务费	9 336.30	3 799.55	8 099.00	3 060.00	19 687.0	<0.001
检查费	3 034.85	2 077.25	3 063.40	2 190.30	26 042.5	0.919
化验费	931.70	703.80	824.50	700.40	23 569.5	0.098
药品费	8 461.90	5 274.06	7 555.24	5 724.50	23 656.5	0.111
耗材费	18 291.43	25 222.17	15 053.77	21 504.80	22 683.0	0.022
次均费用	43 468.95	34 628.89	36 171.24	29 704.45	22 114.0	0.007

表 5 DIP 实施前后 LDH 患者微创手术治疗费用差异(元)

费用结构	DIP 实施前(<i>n</i> = 268)		DIP 实施后(<i>n</i> = 370)		<i>U</i>	<i>P</i>
	中位数	四分位距	中位数	四分位距		
医疗服务费	6 797.70	4 440.25	4 194.61	4 741.00	37 451.5	<0.001
检查费	1 455.20	1 570.45	971.35	2 299.00	38 530.5	<0.001
化验费	437.60	400.10	485.90	415.40	54 484.5	0.033
药品费	4 962.03	4 188.99	3 586.47	3 555.12	38 346.0	<0.001
耗材费	9 372.35	2 647.02	10 630.41	6 355.17	61 509.5	<0.001
次均费用	23 041.06	10 844.16	19 795.30	15 228.26	45 057.0	0.049

3 讨 论

3.1 LDH 的影响因素 通过 GLM 分析发现,治疗方式是影响 LDH 患者住院费用的最主要因素,而患者年龄、患者来源、是否合并慢性疾病及住院时间也是显著影响住院费用的关键变量,说明 LDH 患者的住院费用不仅与治疗策略的选择密切相关,还受到患者个体化因素(如人口学特征、基础健康状况等)及疾病本身的病理生理特征的综合影响,这与相关研究结果基本一致^[6]。结果显示,LDH 早期的保守治疗费用仅为手术治疗的 17%~30%,因此建立 LDH 的早期预防机制至关重要,这不仅是落实健康中国战略的重要举措,体现医院在疾病预防、治疗和康复全周期服务中的核心作用,而且通过早期干预有助于降低 LDH 重症发生率,可有效减少 DIP 费用超支。医院可通过体检中心对 40 岁以上的患者开展脊柱功能评估的筛查,依托健康管理中心、联合社区服务中心对久坐职业人群、重体力劳动者等高危群体开展健康监测,并通过互联网、新媒体等措施进行定向宣教,做到疾病早发现、早治疗,有效避免病情进展至严重阶段再行就诊;通过新媒体等多种健康教育模式为 LDH 患者提供科学有效的围术期功能锻炼健康宣教,能有效提升患者锻炼依从性,提高健康知识知晓率,改善心理状态^[7-8]。针对合并慢性疾病(高血压、糖尿病等)的患者,慢病管理中心应积极采取个性化干预措施,降低并发症风险,从而缩短住院时间,避免院内交叉感染风险,同时有效减轻患者的经济负担。从长远来看,构建以预防为导向的医疗模式不仅能够显著提升患者的生活质量,还能优化医疗资源配置,为医疗系统的可持续发展提供有力支持,促进以治病为中心向以健康为中心转变^[9]。

3.2 DIP 改革的有效性 不同治疗方式结果均显示,DIP 付费改革的实施显著降低了 LDH 患者的次均费用,这一变化一方面与医院优化资源配置、实现医疗服务的提质增效措施密切相关,如医院通过优化诊疗流程、大力推广日间手术、对手术室进行科学排程等措施,LDH 患者的中位住院时间由 DIP 实施前 7.84 d 缩短至 DIP 实施后 6.41 d。同时,医院通过建立标准化诊疗路径,开展科学的成本管理^[10],如通过减少高值耗材的使用、不必要检查等措施,实现了费

用的有效控制,减少了不必要的医疗支出。研究也显示,DIP 的实施能激发科室管理动能,医务人员通过开展多学科联合诊治、关注并发症预防等方式主动参与医疗质量管理过程控制,进一步提升服务效率^[11]。研究医院通过聚焦围术期关键节点,完善术前评估、建立术中预警机制、开展并发症院内讨论追踪,DIP 改革后 LDH 手术并发症发生率下降 0.05 个百分点,有效减少高倍率、超高倍率 DIP 病例的产生。DIP 改革的实施有助于推动医疗机构从“规模扩张”向“提质增效”转变,而次均费用的降低直接减轻了患者的经济负担,提高了医疗服务的可及性和公平性,也有效缓解了医保基金的压力。

3.3 精细化管理的必要性 研究显示 DIP 在控费方面取得了初步成效,但具体来看,不同治疗方式下的费用结构变化存在显著差异。在采用微创手术、开放手术治疗方式中,体现医务人员劳动价值的医疗服务费均有所下降,且下降幅度较大;而在微创手术中 DIP 改革后耗材费有所增加,反映出医院费用结构仍需进一步优化。特别是在药品、耗材“零加成”政策下,药品、耗材已成为医院的直接成本支出,这对医院的运营管理提出了更高要求^[12]。因此,医院必须通过精细化管理,建立药品、耗材使用的动态监控机制,管控 LDH 手术患者的诊疗成本,以获得预期的医保支付效果。同时,医院需要探索合理的激励机制,通过增加中医康复等治疗方式,提高医疗服务收入占比,更多的体现医务人员技术和劳动价值,以促进医疗服务的可持续发展^[13]。

本研究通过分析 DIP 实施前后 LDH 患者的费用结构变化,反映 DIP 实施对医疗费用控制的实际效果,但由于数据来源于单一医疗机构,仅分析了 DIP 实施前后 2 年内的费用变化,且次均费用的降低与国家组织的药品和耗材集中带量采购大幅降低药品和高值耗材的价格也有一定关系,未能评估其综合效果及对医疗质量的影响。未来研究可进一步探讨 DIP 改革对患者预后、医疗质量及医生行为的影响,为政策优化提供更全面的依据。

参考文献

[1] 中国康复医学会脊柱脊髓专业委员会基础研究与转化学

组. 腰椎间盘突出症诊治与康复管理指南[J]. 中华外科杂志, 2022, 60(5): 401-408.

[2] 中华医学会骨科学分会骨科康复学组, 中国康复医学会脊柱脊髓专业委员会腰椎研究学组. 老年腰椎间盘突出症诊疗指南[J/CD]. 中华老年骨科与康复电子杂志, 2021, 7(3): 132-139.

[3] 李建华, 何刚. 老年腰椎间盘突出症手术患者住院费用及影响因素分析[J]. 航空航天医学杂志, 2024, 35(1): 40-43.

[4] 王建华, 李云峰, 胡伟, 等. 社会网络法分析国内按病种分值付费研究热点及趋势[J]. 中国医院统计, 2024, 31(3): 236-240.

[5] 吴月苹, 牛亚冬, 张亮, 等. 按病种分值付费背景下医疗机构运营策略述评[J]. 中国卫生经济, 2023, 42(6): 66-69.

[6] 郎海鹰. 3 520 例腰椎间盘突出住院患者费用及其影响因素分析[J]. 中国病案, 2024, 25(5): 71-74.

[7] 寇贤丽, 李晓萍, 杨彦平. 4R 健康教育模式对老年腰椎间盘突出症患者围术期功能锻炼依从性的影响分析[J]. 甘肃医药, 2024, 43(1): 80-83.

[8] 丁燕, 杨春梅, 邹丹, 等. 微信新媒体在腰椎间盘突出症患者围术期健康教育中的应用探讨[J]. 现代诊断与治疗, 2024, 35(1): 127-130.

[9] 健康中国行动推进委员会. 健康中国行动(2019—2030 年): 总体要求、重大行动及主要指标[J]. 中国循环杂志, 2019, 34(9): 846-858.

[10] 戴石元, 聂钊, 沈权平, 等. DIP 付费改革实施前后住院费用分析及医疗服务绩效综合评价[J]. 中国医院统计, 2024, 31(4): 278-280.

[11] 张慧敏, 张成, 孙娜, 等. 医保 DIP 实施对骨科手术质控指标的影响[J]. 现代医药卫生, 2023, 39(19): 3403-3406.

[12] 廖藏宜, 史佳璐, 葛惠雄. 当前公立医院运营困境与应对策略[J]. 中国医院院长, 2024, 20(5): 36-39.

[13] 张世冉. 医保支付方式改革背景下医疗住院费用影响因素研究——以两种病种为例[D]. 南昌: 江西中医药大学, 2023.

(收稿日期: 2025-02-26 修回日期: 2025-06-29)

• 卫生管理 •

基于 PDCA 循环的医院新文化建设实践与思考

朱之兵, 胡 庆, 李飞辉[△], 徐亚男, 周亚雯
(重庆医药高等专科学校附属第一医院, 重庆 400060)

[摘 要] **目的** 探索 PDCA 循环在医院文化建设中的应用, 为医院文化建设提供新的思路和方法, 助推医院高质量发展。**方法** 以 PDCA 循环理论为研究框架, 通过问卷调查法开展现状分析, 用鱼骨图、柏拉图找出主要影响因素, 实施针对性措施, 循环推进医院文化建设。**结果** 经过持续改进, 87.02%(979/1 125)的调查对象认为医院的文化是以患者为中心, 77.07%(867/1 125)的调查对象认为医院的文化品牌具有较明显的特色, 71.38%(803/1 125)的调查对象认为医务人员的相关权益得到有效保障, 文化调研指标改善明显。**结论** 通过 PDCA 循环系统的推动和持续改进, 医院以患者需求为导向的文化建设得到了加强, 医院文化特色逐渐鲜明, 关心关爱医务人员的文化氛围进一步巩固。

[关键词] 医院文化; 文化建设; 高质量发展; PDCA 循环; 鱼骨图; 柏拉图

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2025.11.041

中图法分类号: R197.3

文章编号: 1009-5519(2025)11-2716-04

文献标识码: C

医院文化是医院核心竞争力的重要组成部分, 随着医疗技术的进步和患者需求的多样化, 医院不仅需要提供高质量的医疗服务, 还需要在文化建设上不断创新, 以促进医患关系和谐, 提升医疗服务质量, 增强医院可持续发展能力。医院文化泛指医院主体和客体在长期的医学实践中创造的特定的物质财富和精神财富的总和^[1]; 包括精神文化、制度文化、行为文化和物质文化^[2]。2021 年, 国务院办公厅出台《关于推动公立医院高质量发展的意见》, 指出建设公立医院高质量发展新文化, 新文化的内涵包括三个方面: 患者需求文化、医院特色文化、关爱职工文化^[3]。PDCA (Plan-Do-Check-Act) 循环是一种科学的管理方法, 将其引入医院文化建设中, 有助于系统化、持续化地推

进医院文化建设的改进和优化。在国外, PDCA 循环已广泛用于医院文化建设领域, 如通过 PDCA 改善医院安全文化、组织文化、文化评价以及文化信息化建设等。国内 PDCA 循环主要集中于医疗质量管理、护理管理等领域, 在医院文化建设中的应用研究相对较少。为探索 PDCA 循环在医院文化建设中的应用, 为医院文化建设提供新的思路和方法, 作者开展了基于 PDCA 循环的医院新文化建设实践与思考。

1 对象与方法

1.1 研究对象 本文以某三甲综合医院为研究对象, 研究 PDCA 循环用于医院新文化建设的过程及取得的效果。

1.2 研究方法 (1) 采用 PDCA 循环理论作为研究