

杨辉，澳大利亚 Monash 大学



扫描二维码
查看原文

【关键词】 全科医生；全科医疗服务；住院服务；慢性疾病；卫生经济政策；卫生服务管理

住院服务是医疗服务的一个重要内容。对于危重急症、严重创伤、手术治疗等威胁生命的情况，需要通过住院服务解决问题。一个国家或地区必须配备住院服务资源，通过医学技术密集服务化解危机、挽救生命。不过对普通人而言，住院可能不是一件好事，其意味着会给患者及其家庭带来一系列身体、心理、经济等不良后果^[1-2]。除了医院获得性感染这个显而易见的问题外，住院导致的医疗费用激增也是需要关注的问题。因为老年人是住院服务的主要使用者，所以老龄化社会更关注这个话题。

健康的医疗服务系统的特征之一是医院与社区服务之间的关系。各国的医疗系统分成两大类：以医院为中心的医疗服务和以社区/全科为中心的医疗服务。优秀的全科医学和基本医疗服务，可以减少不必要的住院。深圳罗湖医改的目标中，有明确宣称的三个字：少住院。少住院这个亮点值得将住院人次数的增长作为“业绩”的医院细细体会。

少住院并非是一刀切地限制住院。该住院的一定要及时住院，并让患者得到优质的住院服务；而不该住的或可以不住的，就一定要想办法避免。少住院不应只是个政策愿景或口号，应该是可以测量的评价指标。用事实证据说明减少了多少本可以避免的住院，希望其是一个国家或地区卫生经济政策和卫生服务系统管理的结果指标。

◆ 可避免的住院——高质量卫生服务系统的指标

良好的初级保健可改善人民健康，减少健康方面的社会经济不平等，使卫生保健系统以人为本，同时使卫生保健资源得到更好地利用^[3]。

随着人口老龄化的加剧和社会进步，慢性病也如海啸般袭来，不仅影响人们的福祉，也影响医疗服务的提供和支付系统。有不少慢性病已经有了比较好的预防和治疗证据基础，其中大部分针对慢性病的治疗和管理行动是通过基本医疗卫生服务（初级保健、全科医学）提供，通过个人、家庭和社区参与来实现的。基本的健康和医疗服务是首要的健康和医疗服务。一个高性能的初级保健系统，通过提供方便、可及、公平和高质量的服务，可以减少慢性病患者的急性病情恶化，进而减少住院。

扎实和有效的全科医学服务系统，能让很多患者免遭住院的痛苦和困扰。可避免的住院（也称潜在可预防住院）是初级保健质量和可及性的标志，也是区域卫生服务系统绩效的标志。当然减少住院并非是每个利益相关者都乐见的，可以理解的是每个人的站位不同，导致了对减少住院的看法不同。

◆ 什么措施助力可避免的住院实现？

可避免的住院/潜在可预防住院是指通

过基于社区的预防服务（例如疫苗接种）或适当的疾病管理（例如感染治疗或慢性病管理）可以避免的住院治疗，并非所有的预防和基层医疗措施能明显地贡献于可避免住院。

可避免的住院最大风险因素是年龄和贫困，当然种族、到医院的距离、农村、生活方式和气象因素以及获得初级保健的机会也很重要。英国研究者 10 年前的报告显示，在降低入院率的服务方面，有证据表明受教育程度、自我健康和疾病管理、身体锻炼和康复、远程医疗服务等，对避免某些患者的住院（主要是呼吸系统和心血管疾病）是有效的。专业的心力衰竭服务和临终关怀服务也可减少入院人数。

然而，并非所有医疗措施和政策有益于可避免的住院。研究证据表明，病例管理、专科诊所、服务途径和指南、药物审查、疫苗项目和社区医院等，似乎并不能助力可避免的入院。没有足够的证据证明协调的全系统服务、急诊干预、服务连续性、家访或按绩效付费计划等对减少住院有助力作用^[4]。

归纳而言，最主要的是基本医疗/初级保健的各种措施：（1）减少和管理疾病的危险因素，（2）疫苗接种，（3）口腔健康检查，（4）性健康检查，（5）产前护理，（6）对感染的诊断和治疗处方，（7）生活方式干预以延缓慢性病的发展，（8）管理慢性病以减缓进展和减低并发症风险，包括支持自我管理^[5]。

◆哪些慢性病有避免住院的潜力？

经济合作与发展组织（OECD）关注 3 个疾病：哮喘，慢性阻塞性肺疾病，充血性心力衰竭。哮喘症状通常是间歇性的，通过缓解用药可逆转，通过预防用药可预防，通过哮喘行动计划可妥善管理。慢性阻塞性肺疾病是进行性疾病，主要影响当前或既往吸烟者，戒烟是一线和最重要的干预措施，也有各种缓解症状和控制炎症的药物。充血性心力衰竭是一种严重的疾病，常由高血压、糖尿病或冠心病引起。

2009—2019 年许多 OECD 国家的哮喘入院率有所下降，特别是捷克、韩国和芬兰。OECD 国家平均慢性阻塞性肺疾病入院率从 2009 年 194/10 万人下降到 2019 年 171/10 万人，下降幅度最大的是英格兰、立陶宛和爱尔兰。2009—2019 年 OECD 国家的充血性心力衰竭入院率也有所下降，奥地利和立陶宛下降幅度最大。这些入院率下降在一定程度上代表某些国家基本医疗服务上的进步，但仍有明显的改进空间^[6]。

澳大利亚的研究者发现，15 个住院中有 1 个（住院人次的 6.6%）是可以避免的。澳大利亚的卫生和福利研究所（AIHW）对 23 个病种进行分析^[5]：疫苗可预防的肺炎和流感、其他疫苗可预防的疾病（不含乙肝）、口腔疾病、尿路感染包括肾盂肾炎、蜂窝组织炎、耳鼻喉感染、抽搐、癫痫、坏疽、穿孔/出血性溃疡、盆腔炎症性疾病、非疫苗可预防的肺炎、慢性阻塞性肺疾病、充血性心力衰竭、缺铁性贫血、心绞痛、哮喘、1 型糖尿病并发症、2 型糖尿病并发症、高血压、支气管扩张、风湿性心脏病、营养缺乏。其中，最常见的可避免住院的原因是慢性阻塞性肺病，占可避免住院的 10%。疫苗可预防的肺炎和流感以及充血性心力衰竭占住院治疗时间的大部分。在所有可避免住院中，老年人占将近一半（46%），儿童占八分之一（13%）。弱势群体如土著人的可避免住院是其他人群的 3 倍。社会经济状况越差，可避免住院越多，因此这个指标有助于识别不同群体之间的差异以及了解健康不平等。

需要注意的是，在国家间或地区间进行住院率的直接比较是要非常慎重的。可避免住院率高的国家或地区，不能断然推断这个国家或地区的初级保健质量差。这是因为住院率高或低还有很多其他的因素，比如疾病的患病率或发病率、医院住院资源的规模、医院管理如平均住院日、医疗保险政策、住院病种编码等。

研究可避免住院，不是否定住院服务的重要性，而是表明早期预防、基本医疗和健康管理可能阻止患者病情恶化到住院的程度。不是所有的住院是可避免或可预防的，有些住院对某些病种或病程而言是有利的。在分析和使用可避免或可预防住院的时候，应该注意到这些因素。一般来说，在控制其他因素后，对某地区或某医疗集团病种住院率的前后自身比较，是比较可行的方法。

◆可避免住院具有学术研究价值

所谓具有学术价值，是指可以通过研究和争辩使得事实和意义更明朗、观点得到充分呈现，并可能生成新的假设来指导对事物的理解和深究。我的老师曾经告诉我：“你的研究问题一定是要有嚼头的”。

可避免住院的思想是明确的，不过数字上的“少”，并不一定意味着实际意义上的“好”。首先，学术上对可避免住院尚缺乏一致的定义。以往的研究简单地认为其是“不需要医院服务就能解决的疾病”，比如门诊服务敏感性病症列表（ACSC）^[7]或者初级保健敏感病症（PCSC）^[8]。然而，是否住院与初级保健是否强大两者之间，并非只是 A 与 B 这样的简单归因关系。

减少可避免住院的一个假设，是当下的住院资源的管理和使用不是最优的，本可以在基本医疗服务层面可以解决的问题，被入住院“社区患者”占用了本应给急症问题服务的昂贵资源。这种情况并非在所有的医疗服务系统中存在。那么在我国住院患者中，有什么病和多少人是可以在不住院就能解决的呢？医院收“社区患者”的动机是什么呢？住院资源是否能满足“应该住院患者需要呢？”

减少可避免住院的第二个假设，是当下的基层/全科医疗服务能通过 3P3C 的服务给不需要住院的人提供更好的医学专业服务。这种情况也不是所有医疗系统具有的。目前有些系统是因为基层能力不足、预防不到位，而把患者“推到”医院里去的。那么我国目前的基层医疗服务能在多大程度上提供公平和可及并有治疗的服务呢？有多少疾病是可以通过人群预防和社区基本医疗服务能解决的呢？

住院途径也是一个重要的因素。住院大致分急症和择期两大类，患者通过自己去急诊、救护车送达、医生转诊这三种途径。然而“收住院”的决策在不同国家或地区的系统之间是不同的。急诊除了“五色捡诊分类”外，还可以通过临床上可预防、可转移、不必要对患者进行分类；其他途径入院也可以采用类似的分类法。

可避免住院也与姑息照顾（缓和医疗）有关。这不仅涉及到基层医疗，且更多地与社会对疾病和死亡的认识、生前预嘱、文化传统有关。然而，无效/无益的住院（已知住院医学干预对患者的疾病没有医学意义上的收益）与有效/有益住院之间并非泾渭分明，即便是无救/无治的患者住院也可能存在传统伦理道德和社会心理上的意义。

以上这些考虑，是在解释可避免住院时应该注意到的，提高对可避免住院数据增减的解释的合理性。

◆关于医院出院率

这是一个经典的医院统计指标，在统计上，出院率是比入院率更准确的数据。在使用和比较这个指标的时候，应该首先

比较细致地理解这个指标的含义，不宜简单地拿几个国家或某些地区/省间的数据进行对比。

比如 2022 年 OECD 各国的出院率从高到低排列，最高的是保加利亚（26.3%），然后是德国（21.8%）、奥地利（20.9%）、澳大利亚（17.7%），最低的是墨西哥（3.0%）、哥斯达黎加（4.1%）、智利（7.4%）、加拿大（7.6%）等^[9]。从定义上看，OCED 对出院率的定义是一致的，分子是指至少在医院住院 1 晚的患者，不包括日间（不过夜）的患者，分母是每 10 万居民，不过可以折算成百分比。

具体在澳大利亚，医院出院率比较高是一个长期存在的现象。这并非是其统计上的与众不同，而是因为医院资源供应和使用上的特点。首先，澳大利亚的平均住院时间是非常短的。在 OECD 国家，澳大利亚的平均住院时间短居于第三（平均 4.6 d），仅次于新西兰（4.4 d）和土耳其（4.4 d）。OECD 中平均住院时间最长的是日本（16 d），其次为葡萄牙（9.2 d）和俄罗斯（9.1 d）^[10]。澳大利亚这样短的住院时间，可以让病床资源得到更多地使用。能实现非常短的住院时间，前提是很好的亚急性服务和社区的基本医疗服务，以及社区大量的志愿者和邻里互助组织。澳大利亚出院过程的一个最重要内容，就是与社区基层和康复机构的无缝连接，从而保证患者安全，短住院也可以让患者更满意。

第二个出院率高的原因是人均拥有的病床数较高，比如德国的人均病床数是加拿大的 3 倍。加拿大出院率很低，这与其人均床位资源供应较少有直接关系。

再有就是人口老龄化因素，日本的出院率在 OECD 中是较低的，但平均住院时间是最长的。日本的系统比较特殊。另外老龄化程度与住院病种有关。所以老龄化带动的对住院服务的需要量增加，而老年人是住院服务最主要的人群。同时，医学技术发展，区域医疗资源安排和配置，都会影响出院率。有些老龄化国家的出院率反而下降，很可能是医学科学进步使得日间手术增加，而减少了隔夜住院的患者。

最后，就是国家内的住院率也可能很不同，比如地区间、城乡间、社会阶层间、医疗保险间等。各国间比较的时候，仍需注意各国在统计上的具体细节，比如日本、智利、挪威、斯洛伐克、美国等，他们的住院率中是包括一部分日间住院的。有些国家的出院率分子里，不包括健康的新生儿，比如澳大利亚、奥地利、加拿大、智利、爱沙尼亚、芬兰、希腊、墨西哥、挪威等。有些国家的出院率统计中未包括所有医院，比如墨西哥、新西兰和英国只包括了公立医院。有些国家的数据里包括了急诊和精神病住院，比如爱尔兰。有些国家的出院统计不包括长期服务和亚急性康复等服务，比如加拿大和美国。我国的出院率指标也有些特殊情况的影响，比如医保政策的影响等。

因此这些因素都会影响出院率指标，当然也包括对可避免住院/潜在可预防住院的分析。因此对不同国家的这一指标不能简单地直接拿来作比较，必须要对不同国家的情况作深入了解后再考虑该如何进行比较。

我们在评价医疗系统绩效的时候，可以看医院住院服务利用的需要和需求是否得到了满足，同时，也可以看减少了哪些和多少本可以避免或预防的住院情况。

参考文献

- [1] CARABALLO C, DHARMARAJAN K, KRUMHOLZ H M. Post hospital syndrome: is the stress of hospitalization causing harm? [J]. Rev Esp Cardiol (Engl Ed), 2019, 72 (11): 896-898.
 - [2] KRUMHOLZ H M. Post-hospital syndrome—an acquired, transient condition of generalized risk [J]. N Engl J Med, 2013, 368 (2): 100-102. DOI: 10.1056/NEJMp1212324.
 - [3] STARFIELD B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012 [J]. Gaceta Sanit, 2012, 26: 20-26. DOI: 10.1016/j.gaceta.2011.10.009.
 - [4] PURDY S, HUNTLEY A. Predicting and preventing avoidable hospital admissions: a review [J]. J R Coll Physicians Edinb, 2013, 43 (4): 340-344. DOI: 10.4997/jrcpe.2013.415.
 - [5] AIHW. Disparities in potentially preventable hospitalisations across Australia: Exploring the data 2020 [EB/OL]. [2023-09-18]. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/7c417f64-c52c-4b94-bf49-1f8aad9b3c1e/Disparities-in-potentially-preventable-hospitalisations-across-Australia-Exploring-the-data.pdf?inline=true>.
 - [6] OECD iLibrary. Avoidable hospital admissions. [2023-09-18]; Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/eeae3eb-en/index.html?itemId=/content/component/eeae3eb-en>.
 - [7] PURDY S, GRIFFIN T, SALISBURY C, et al. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians [J]. Public Health, 2009, 123 (2): 169-173. DOI: 10.1016/j.puhe.2008.11.001.
 - [8] BOOKER M J, SHAW A R G, PURDY S. Why do patients with 'primary care sensitive' problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature [J]. BMJ Open, 2015, 5 (5): e007726. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-007726.
 - [9] OECD Data. Hospital discharge rates Total, Per 100 000 inhabitants, 2022 or latest available [EB/OL]. [2023-09-18]. <https://data.oecd.org/healthcare/hospital-discharge-rates.htm>.
 - [10] OECD Data. Length of hospital stay Acute care, Days, 2022 or latest available [EB/OL]. [2023-09-18]. <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm#indicator-chart>.
- 引用本文：杨辉. 好的全科医疗服务能让多少人避免住院 [J]. 中国全科医学, 2024, 27 (7): 前插. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2024.A0010.