

附件 2

巴中市哲学社会科学规划项目 结项申请书

立 项 编 号 BZ25YB143

项 目 类 别 一般课题

项 目 名 称 巴中市省级临床重点专科项目建设现状及分析的研究

项 目 负 责 人 杨颖超

所 在 单 位 巴中市中心医院

填 表 日 期 2025 年 10 月 11 日

巴中市社会科学界联合会 制

2025 年 3 月

声 明

本研究成果不存在知识产权争议；巴中市社会科学界联合会享有推广应用本成果的权力，但保留作者的署名权。特此声明。

成果是否涉及敏感问题或其他不宜公开出版的内容：是☒ 否☐

成果是否涉密： 是☒ 否☐

项目负责人（签字）

年 月 日

填 表 说 明

一、本表适用于巴中市社科年度规划项目、专项项目等结项申请。

二、认真如实填写表内栏目，凡选择性栏目请在选项上打“√”。课题申报信息无变更情况的可不填写《项目变更情况数据表》。

三、本《结项申请书》报送 2 份（A3 纸双面印制，中缝装订），并附最终成果打印稿（正文格式要求：主标题 2 号方正小标宋简体，其中一级标题 3 号方正黑体-GBK，二级标题 3 号方正楷体-GBK，三级标题 3 号方正仿宋-GBK 加粗，正文 3 号方正仿宋-GBK）。

四、所有结项材料须经所在单位审核并签署意见。县（区）申报者报送所在县（区）社科联审核后统一报送至市社科联，其他申报者可直接报送市社科联。

一、项目变更情况数据表

立项项目名称								
结项成果名称								
是否变更		A、是 B、否		变更的内容				
原计划成果形式				现成果形式				
原计划完成时间		年 月 日		实际完成时间		年 月 日		
项目负责人及参与人员变更情况								
原 负 责 人	姓 名		性 别		民 族		出生日期	年 月
	所在单位				行政职务		专业职务	
	通讯地址					联系电话		
现 负 责 人	姓 名		性 别		民 族		出生日期	年 月
	所在单位				行政职务		专业职务	
	通讯地址					联系电话		
原 参 与 人 员	姓 名	单 位			职 称	联系电话		
现 参 与 人 员	姓 名	单 位			职 称	联系电话		

二、申请人所在单位审核意见

（审核事项:1. 成果有无政治导向问题或其他不宜公开出版的内容；2. 最终结果的内容质量是否符合预期研究目标。）

签 章
年 月 日

三、县（区）社科联意见

（审核事项:1. 成果有无意识形态问题；2. 是否同意结项。）

单位（公章）:

负责人签字:

年 月 日

四、专家鉴定意见

(请在对应意见栏划“√”)

- 1. 成果有无意识形态方面问题： 有 ☐ 否 ☐
- 2. 是否同意结项： 是 ☐ 否 ☐
- 3. 鉴定等级：优秀 ☐ 良好 ☐ 合格 ☐

主审专家签字：
年 月 日

五、市社科联审核意见

单位（公章）：
年 月 日

最 终 成 果

巴中市省级临床重点专科项目建设 现状及分析的研究

——基于 DRG 指标的研究分析

【摘要】目的：评估巴中市省级临床重点专科项目的建设现状，分析存在的问题，为后续改进提供参考依据。方法：选取巴中市中心医院的 6 个省级临床重点专科建设项目和 6 个非省级临床重点专科作为研究对象，基于 DRG 指标的变化，对比分析其在医疗服务能力、服务效率与质量安全方面的差异。结果：在省级临床重点专科建设项目中，专科 A5 医疗服务能力最强，但多项指标呈下降趋势；专科 A4 综合能力提升最快；专科 A2 收治病种范围最广，但疑难重症诊疗水平仍有待提高；整体质量安全控制良好。在非省级临床重点专科中，专科 B6 在技术难度和重症收治方面表现优异。研究还发现，当前省级临床重点专科建设中存在病种结构不优、部分专科服务效率不高、质量安全管理仍需加强等问题。结论：巴中市省级临床重点专科建设在质量安全和技术基础方面取得了一定成效，但仍需着力优化病种结构、提升服务效率、强化质量管理等关键环节，推动专科内涵式发展，实现从高速发展向高质量发展转变。非省级临床重点专科中的优势科室（如专科 B6）应作为重点培育对象。建议通过明确核心病种与关键技术、优化全流程服务等措

施，持续提升临床专科能力。

【关键词】临床重点专科；疾病诊断相关组；医疗服务能力；服务效率；质量安全

临床专科是医疗机构服务患者的核心单元。加强临床专科能力建设，既是医院建设与发展的根本任务，也是提升医疗服务能力、推动公立医院高质量发展的重要抓手，对于构建优质高效的医疗卫生服务体系和切实保障人民群众健康具有重大意义^[1]。

2024 年 2 月，国家卫生健康委办公厅印发《国家临床专科能力评估办法（试行）》，构建了涵盖医疗服务能力、技术能力、质量安全和效率四个维度的通用评估指标体系。该体系将 DRG 相关指标，包括病例组合指数（CMI）、RW $\geq$ 2（或 3）的病例占比、时间消耗指数、费用消耗指数以及风险标化死亡率等，列为国家临床专科能力评估通用指标的重要组成部分。

疾病诊断相关组(Diagnosis-Related Groups, DRG)是用于衡量医疗服务质量效率以及进行医保支付的一个重要工具。DRG 实质上是一种病例组合分类方案，即根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素，将患者分入若干诊断组进行管理的体系^[2]。

本研究选取巴中市在建的 6 个省级临床重点专科，并与同期 6 个非省级临床重点专科进行对比，运用 DRG 核心指标开展分析，以期为我市临床重点专科建设的持续改进提供理论依据和政策建议。

1 资料与方法

1.1 资料来源

以 2022—2024 年巴中市获批的 6 个省级临床重点专科建设项目为研究对象，依次编号为 A1、A2、A3、A4、A5、A6；选取 6 个非省级临床重点专科作为对照，依次编号为 B1、B2、B3、B4、B5、B6。上述 12 个专科均隶属于巴中市中心医院。研究提取了 2022 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日期间上述专科出院患者的病案首页数据，数据源自“四川省卫生健康数据分析与决策支持云平台”。

1.2 评价体系

综合相关文献，构建基于 DRG 绩效评价体系时，主要包括了医疗服务能力、医疗服务效率、医疗质量安全三大维度^[3]。本研究以“医疗服务能力”“医疗服务效率”和“医疗质量安全”为一级指标，并选取 DRG 组数、CMI、RW ≥ 2 病例数占比、时间消耗指数、费用消耗指数和低风险组死亡率 6 个指标作为二级指标，构建绩效评价体系，详见表 1。

利用四川省 MS-DRG 分组器，从“四川省卫生健康数据分析与决策支持云平台”提取 6 项医疗服务指标数据，导入 Excel 进行整理与汇总，从省级临床重点专科建设项目、非省级临床重点专科两个方面，比较各组临床专科各项指标的变化，以分析省级临床重点专科的建设成效。计数资料采用绝对数及占比进行统计描述。

表 1 基于 DRG 指标的绩效评价体系

一级指标	二级指标	释义
	DRG 组数	覆盖病种范围，反映收治疾病的广度
医疗服务能力	病例组合指数（CMI）	收治病例的难度水平
	RW $\geq$ 2 病例数占比	收治疑难重症患者水平
	时间消耗指数	治疗同类疾病花费的时间
医疗服务效率	费用消耗指数	治疗同类疾病花费的费用
医疗质量安全	低风险组死亡率	疾病本身导致死亡率较低的病例死亡率，反映救治能力和质量安全管理水平

1.3 评价方法

通过“四川省卫生健康数据分析与决策支持云平台”中的“医院 DRG 绩效评价”模块，对住院病案首页数据进行分组计算。各项指标计算公式如下：

（1）总权重 = $\sum$ （某 DRG 组权重 $\times$ 该 DRG 病例数）

某 DRG 病例权重（RW）= 该 DRG 组病例的平均费用 / 区域内所有病例的平均费用

（2）病例组合指数（CMI）= $\sum$ （某 DRG 组费用权重 $\times$ 该 DRG 病例数）/ 总病例数

（3）RW $\geq$ 2 病例数占比 = （RW $\geq$ 2 病例数 / 总病例数） $\times$ 100%

（4）时间消耗指数 = $\sum$ （该医院各 DRG 组平均住院日 / 该地区相应 DRG 组平均住院日 $\times$ 该 DRG 病例数）/ 总病例数

（5）费用消耗指数 = $\sum$ （该医院各 DRG 组平均费用 / 该地区相应 DRG 组平均费用 $\times$ 该 DRG 病例数）/ 总病例数

(6) 低风险组死亡率= (低风险组死亡例数/低风险组总病例数)×100%

2 结果

2.1 医疗服务能力

2.1.1 DRG 组数

DRG 组数代表该临床专科收治病例的覆盖病例类型范围,用以评价医疗服务能力的宽度和广度,DRG 组数越多,该临床专科所提供的诊疗服务覆盖病种越广^[4]。

表 2 各组临床专科 DRG 组数比较结果

类别	编号	2022 年	2024 年	2024 年较 2022 年增长
省级临床重点专科 建设项目	A2	169	197	16.57%
	A5	198	189	-4.55%
	A6	189	179	-5.29%
	A3	107	100	-6.54%
	A4	74	85	14.86%
	A1	99	84	-15.15%
非省级临床重点专科	B1	287	300	4.53%
	B5	135	131	-2.96%
	B4	148	129	-12.84%
	B6	108	106	-1.85%
	B2	83	82	-1.20%
	B3	104	71	-31.73%

省级临床重点专科建设项目中,专科 A2 2024 年 DRG 组数最多,且较 2022 年增长最快;专科 A5 DRG 组数排名靠前,但 2024 年较 2022 年有所下降;专科 A4 DRG 组数最少但呈增长趋势;专科 A3、A1 2024 年 DRG 组数较 2022 年均出现下降。

非省级临床重点专科中,专科 B1 DRG 组数最多且保持增长,

其余专科均出现下降。

2.1.2 CMI 值

CMI 值代表该临床专科收治病例的技术难度^[4]，数值越高表明诊治难度越大，从一定程度上反映该专科的诊疗水平。

表 3 各组临床专科 CMI 值比较结果

类别	编号	2022 年	2024 年	2024 年较 2022 年增长
省级临床重点专科 建设项目	A5	1.43	1.16	-18.82%
	A3	1.01	1.02	1.71%
	A6	1.09	0.96	-12.08%
	A4	0.64	0.86	34.72%
	A1	0.84	0.75	-11.06%
	A2	0.72	0.65	-10.07%
非省级临床重点专科	B6	1.17	1.23	5.45%
	B1	1.00	1.06	6.59%
	B2	0.75	0.77	2.67%
	B5	0.77	0.73	-4.57%
	B3	0.56	0.56	0.02%
	B4	0.54	0.5	-7.41%

省级临床重点专科建设项目中,专科 A5 CMI 值最高,但 2024 年较 2022 年有所下降;专科 A3 CMI 值排名靠前,且持续增长;专科 A4 CMI 值增长最快;专科 A1、A2 CMI 值较低,且 2024 年较 2022 年呈下降趋势。

非省级临床重点专科中,专科 B6、B1 CMI 值位居前两位且持续增长,专科 B4 排名最低,且出现下降。

2.1.3 $RW \geq 2$ 病例数占比

$RW \geq 2$ 病例数占比是指疾病救治难度系数大于等于 2 的病例数占出院人次的比例,占比越大,收治的疑难重症患者比例

越大^{[5][6]}。

表 4 各组临床专科 RW≥2 病例数占比比较结果

类别	编号	2022 年	2024 年	2024 年较 2022 年增长
省级临床重点专科 建设项目	A5	25.14%	16.65%	-8.49%
	A6	6.95%	5.97%	-0.97%
	A1	2.58%	3.05%	0.47%
	A3	2.45%	1.61%	-0.85%
	A4	0.60%	0.65%	0.05%
	A2	0.67%	0.35%	-0.32%
非省级临床重点专科	B6	21.71%	23.70%	1.99%
	B1	8.36%	10.10%	1.74%
	B2	2.17%	1.68%	-0.49%
	B4	2.57%	1.66%	-0.91%
	B5	1.19%	0.74%	-0.45%
	B3	0.10%	0.04%	-0.06%

省级临床重点专科建设项目中，专科 A5 RW≥2 病例数占比最高，但 2024 年较 2022 年下降；专科 A6 RW≥2 病例数占比排名靠前，但略有下降；专科 A1、A4 略有增长；专科 A3、A2 2024 年 RW≥2 病例数占比均较 2022 年下降，且专科 A2 最低。

非省级临床重点专科中，专科 B6、B1 RW≥2 病例数占比最高，且持续增长，其余专科均出现下降。

综上，在医疗服务能力上，从 DRG 组数、CMI 值、RW≥2 病例数占比三个方面，省级临床重点专科建设项目中，专科 A5 在 CMI 和 RW≥2 病例数占比上表现突出，但在 2024 年出现下滑；专科 A4 各项指标均增长，能力提升最快；专科 A2 病种覆盖广，但疑难病例收治水平有待提升。非省级临床重点专科中，专科 B6 在 CMI 和 RW≥2 病例数占比上持续领先，甚至超过专科 A5，

展现出较强的疑难病例诊治能力；专科 B1 病种最多，综合能力提升显著。

2.2 医疗服务效率

2.2.1 时间消耗指数

该指数反映治疗同类疾病所需住院时间与区域平均水平的差异。时间消耗指数数值为 1，则代表与地区内平均水平相当；数值大于 1，则代表治疗同类疾病所需住院时间超过区域平均水平；数值小于 1，则代表治疗同类疾病所需住院时间低于区域平均水平。

表 5 各组临床专科时间消耗指数比较结果

类别	编号	2022 年	2024 年	2024 年较 2022 年增长
省级临床重点专科 建设项目	A1	2.07	1.75	-15.40%
	A5	1.25	1.21	-3.57%
	A4	1.3	1.17	-10.19%
	A2	1.11	1.11	0.00%
	A3	1.26	1.02	-18.67%
	A6	0.82	0.84	2.84%
非省级临床重点专科	B3	1.25	1.21	-3.25%
	B2	1.02	1.19	16.67%
	B6	1.1	1.08	-1.32%
	B1	1.09	1.01	-7.31%
	B5	0.98	0.93	-4.87%
	B4	0.81	0.79	-2.14%

省级临床重点专科建设项目中，仅专科 A6 时间消耗指数 < 1，低于区域平均水平；专科 A2 2024 年时间消耗指数与 2022 年持平，其余专科 2024 年较 2022 年有所下降，均高于区域平均水平。

非省级临床重点专科中，专科 B4、B5 时间消耗指数 <1 ，低于区域平均水平，其中专科 B4 最低；其余专科时间消耗指数 >1 ，高于区域平均水平。

2.2.2 费用消耗指数

该指数反映治疗同类疾病所需费用与区域平均水平的差异。费用消耗指数数值为 1，则代表治疗同类疾病所需费用与地区内平均水平相当；数值大于 1，代表治疗同类疾病所需费用高于区域平均水平；数值小于 1，则低于区域平均水平。

表 6 各组临床专科费用消耗指数比较结果

类别	编号	2022 年	2024 年	2024 年较 2022 年增长
省级临床重点专科 建设项目	A1	1.23	1.11	-9.91%
	A2	1.06	0.98	-6.80%
	A6	0.95	0.94	-1.03%
	A4	0.9	0.92	2.50%
	A5	0.9	0.9	0.23%
	A3	0.94	0.84	-10.31%
	B2	0.9	0.93	0.95%
非省级临床重点专科	B3	0.97	0.93	-3.97%
	B6	0.94	0.88	-6.05%
	B5	0.92	0.85	-7.03%
	B1	0.89	0.84	-5.15%
	B4	0.76	0.78	2.76%

省级临床重点专科建设项目中，专科 A1 费用消耗指数 >1 ，虽 2024 年略有下降，但仍高于区域平均水平；专科 A2 费用消耗指数由 2022 年高于区域平均水平，下降为 2024 年低于区域平均水平；其余专科均费用消耗指数 <1 ，低于区域平均水平。

非省级临床重点专科中，各临床专科均费用消耗指数 <1 ，

低于区域平均水平，其中专科 B4 始终保持最低。

综合来看，在医疗服务效率上，省级临床重点专科建设项目中，专科 A6 服务效率最高，专科 A1 最低；非省级临床重点专科中，专科 B4 服务效率最高。多数专科仍需优化流程、缩短住院时间。

2.3 质量安全

低风险组死亡率是指疾病本身导致死亡概率极低的病例死亡的概率，即往往不是疾病本身所造成死亡，提示临床诊疗服务过程中存在失误与偏差，或者存在人为主观原因所造成的统计错误^[4]。该指标数值越低，代表质量安全管理越好。

表 7 各组临床专科低风险组死亡率比较结果

类别	编号	2022 年	2024 年
省级临床重点专科建设项目	A1	0	0
	A2	0	0
	A3	0	0
	A4	0	0
	A5	0	0
	A6	0	0
非省级临床重点专科	B1	0	0.158
	B2	0	0
	B3	0	0
	B4	0	0
	B5	0	0
	B6	0	0

省级临床重点专科建设项目中，2022、2024 年均未发生低风险组死亡病例。

非省级临床重点专科中,2022 年无低风险组死亡病例,2024 年专科 B1 发生 1 例,死亡率为 0.158%,分析发现与高龄术后 VTE 相关,提示需加强围手术期管理。

3 讨论

本研究基于 DRG 指标对巴中市省级临床重点专科建设项目进行了系统评估。评估发现,在省级临床重点专科建设项目中,专科 A5 医疗服务能力最强,但多项指标呈下降趋势;专科 A4 综合能力提升最快;专科 A2 收治病种范围最广,但疑难重症诊疗水平仍有待提高;整体质量安全控制良好。在非省级临床重点专科中,专科 B6 在技术难度和重症收治方面表现优异,可作为创建省级临床重点专科的重点培育对象;专科 B1 在质量安全方面还需加强。该评估揭示了当前建设中存在的主要问题,并为后续改进提供了方向。建议从病种结构、服务效率、质量安全、区域协同等多方面综合施策,推动临床专科实现内涵式发展,更好地满足人民群众的健康需求。

3.1 存在的问题

(1) 病种结构不优。部分科室为追求服务量,过度收治轻症患者,导致疑难危重患者收治比例下降,CMI 值与 $RW \geq 2$ 病例数占比相应降低。

(2) 服务效率不高。专科 A1、A2 等时间消耗指数与费用消耗指数仍处于较高水平。

（3）质量安全管理需加强。尽管低风险死亡病例发生在非省级临床重点专科，但仍提示全院各专科需持续巩固医疗质量安全核心制度，特别是手术科室应强化围手术期的规范管理。

3.2 建议

（1）优化病种结构，明确专科发展定位

省级临床重点专科应进一步明确发展定位与建设方向，聚焦疑难重症，确立核心病种，严格控制常见病、慢性病及无严重并发症的轻症患者收治比例。通过进修学习与“柔性引才”等方式，积极拓展新技术新项目，围绕核心病种与关键技术打造专科特色，推动技术创新与疑难重症诊疗能力提升。立足创建省级区域医疗中心及国家临床重点专科的目标，坚持“以患者为中心，以疾病为链条”，优化资源配置，发挥多学科联合诊疗优势，组建重大疾病专科群，努力建设成为本地区相关疾病诊疗的优势或特色专科。

（2）提升服务效率，优化全流程管理

围绕“入院前—住院中—出院前—出院后”全流程，系统提升服务效率。拓展专病专症门诊、医护联合门诊等服务模式，构建覆盖医、护、技、药全链条的门诊特色服务体系，优化门诊结构，避免低内涵规模扩张^[7]。推行预住院模式，在入院前完成必要检查，有效缩短平均住院日。积极发展日间手术，提高床位周转率；将轻症患者逐步引导至门诊、日间病房或医联体基层单位，为重点病种收治释放空间。加强临床路径与单病

种管理，规范诊疗行为，提升住院效率。优化出院流程，强化主动随访，深化延续性护理服务。以专科联盟为纽带，畅通双向转诊渠道，实现医院—社区—家庭有序衔接，保障服务连续性，全面提升区域整体服务效率。

（3）加强质量安全管理，筑牢患者安全防线

坚持以《医疗质量管理办法》为根本，严格执行医疗质量安全核心制度，构建患者安全文化。持续夯实十八项医疗核心制度，强化关键环节与行为管理，提升过程质量。建立围手术期风险管理清单，重点防控手术并发症，有效降低低风险组死亡率，实现服务能力与质量安全同步提升。强化专科自我管理，推动临床医师遵循诊疗指南、操作规范与行业标准，对存在问题及时分析并针对性改进。通过提升质量管理的科学性、精细化和规范化水平，切实筑牢医疗安全防线，实现医疗质量的持续改进。

（4）促进区域医疗资源协同发展

作为巴中市医联体及紧密型城市医疗集团的牵头单位，巴中市中心医院应充分发挥临床重点专科的引领作用，通过城市医疗集团、专科联盟等模式，将专科能力建设与基层服务发展有机结合。逐步构建层级清晰、权责明确、分工协作的区域诊疗机制，为网格内居民提供涵盖疾病预防、诊断、治疗、康复、护理与健康管理的一体化、连续性医疗服务。此举不仅可提升

专科对区域内疑难危重患者的救治能力，也有力促进区域医疗资源的协同发展与整体效能提升^[8]。

4 结语

本研究基于 DRG 指标，系统评估了巴中市省级临床重点专科项目的建设成效，揭示了在病种结构、服务效率及质量安全等方面存在的问题。据此，提出了以优化病种结构、提升服务效率、强化质量安全为核心的改进方向，旨在推动临床专科从规模扩张转向内涵式发展，从而持续提升医疗服务能力，更好地满足人民群众的健康需求。由于巴中市省级临床重点专科项目正在建设中，涉及临床专科的资源整合等问题，后续对专科建设、技术突破与创新基础、人才梯队建设、专业影响力等指标，将持续关注。

参考文献

[1] 国家卫生健康委. 关于推动临床专科能力建设的指导意见
[EB/OL].(2023-09-15)[2024-01-01].<http://www.nhc.gov.cn/xxx/xxx/202309/xxxxxxxxxxxxx.shtml>.

[2] 国家医疗保障局办公室. 关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范和分组方案的通知[EB/OL]. (2019-10-16)
[2024-01-01].http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/10/24/art_26_1877.html

- [3]崔昌进. 基于DRG指标的湖北省67家三级综合医院医疗服务绩效评价研究[D]. 湖北医药学院,2023.
- [4]李梦涵,于婷婷,王一杰,等. 基于DRGs应用综合医院省级临床重点专科管理的评价[J]. 现代医院管理,2022,20(1):18-21. DOI:10.3969/j.issn.1672-4232.2022.01.005.
- [5]张明,徐新灏,方鹏骞. 高质量发展背景下国家临床重点专科评价体系优化策略研究[J]. 中国医院,2023,27(8):19-21. DOI:10.19660/j.issn.1671-0592.2023.08.06.
- [6]余木兰,李爱玲,黄莉. 运用DRG指标评估泸州某三甲医院专科建设成效[J]. 江苏卫生事业管理,2025,36(2):162-165. DOI:10.3969/j.issn.1005-7803.2025.02.002.
- [7]陈欢欢,丁玺鸣,江蒙喜. 公立医院临床专科高质量发展内外联动机制研究[J]. 中国医院管理,2025,45(1):20-24,32.
- [8]陈婷,王晓龙,方鹏骞. 区域性临床重点专科建设促进紧密型城市医疗集团发展的动态路径分析[J]. 中国医院,2023,27(10):23-26. DOI:10.19660/j.issn.1671-0592.2023.10.06.

