

# 临床专科评价的 DRG 细化分组机制研究<sup>\*</sup>

——沈 婷<sup>1,2</sup> 于海跃<sup>1,2</sup> 钟力炜<sup>1,2</sup> 朱佳云<sup>1</sup> 张娴静<sup>3</sup> 李 群<sup>4\*</sup> 朱乐兰<sup>4</sup>

**【摘 要】 目的** 将细分后的 DRG 分组作为临床专科评价工具,为专科评价提供参考。**方法** 邀请 20 余名相关专家进行专题讨论,将 CHS-DRG 现有的 376 组 ADRG 组按国家《医疗机构诊疗科目名录》细分为 460 组,分入 42 个专科。**结果** 有 277 组归属唯一专科;有 57 组被拆分为两个专科;有 19 组被拆分为两个以上专科;另有 23 组不进行细分,其中 5 组在国家医疗保障局细分组方案中未见具体编码。**结论** 基于细分后的 DRG 分组,可准确归属专科并开展临床专科评价,有利于促进优势专科能力建设。依据不同专科特点,增加更具有针对性的考核要素,有助于进行精细化绩效评价。

**【关键词】** DRG;细分组;专科评价;专科建设  
中图分类号 R197.3 文献标识码:A

DRG Refinement Grouping Mechanism of Clinical Specialty Departments Evaluation/SHEN Ting, YU Haiyue, ZHONG Liwei, et al./Chinese Health Quality Management, 2024, 31(3): 12-14, 20

**Abstract Objective** The refined DRG group is used as an evaluation tool for clinical departments to provide reference for specialty evaluation. **Methods** More than 20 relevant experts were invited to have a thematic discussion, and 376 ADRG groups existing in CHS-DRG were subdivided into 460 groups, according to the national "Medical Institution Diagnosis and Treatment Subjects Directory" and grouped into specialties, which were divided into 42 specialties. **Results** 277 groups belonged to the only specialty; 57 groups were divided into 2 specialties; 19 groups were divided into two or more specialties; another 23 groups were not subdivided. Five groups did not had the specific code in the National Healthcare Security Administration subgroup plan. **Conclusion** Based on the refinement DRG group, it can be accurately classified into specialties and carry out clinical specialty evaluation, which is conducive to promoting the capacity building of superior specialties. According to the characteristics of different specialties, more targeted assessment elements could be added to help to carry out fine performance evaluation.

**Key words** DRG;Refinement Grouping;Specialist Evaluation;Specialty Building  
**First-author's address** Shanghai Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai, 200071, China

2019 年 10 月,国家医疗保障局通过大数据分析与统计学原理,制定并印发《疾病诊断相关分组付费国家试点技术规范和分组方案(CHS-DRG)》,2020 年 6 月又发布了 CHS-DRG 细分组方案(1.0 版本)<sup>[1]</sup>,形成 618 个细分组,为 DRG 付费改革推向纵深打下了坚实的基础。疾病诊断相关分组(DRG)涉及 3 个步骤:一是按照解剖系统分为 31 个主要诊断分类(Major Diagnostic Category, MDC);二是将 31 个 MDC 细分为基于 ADRG 376 组;三是根据病例个体特征、年龄、并发症及合并症,再细分为 DRG 618 组。DRG 本质上是一种疾病分类系统,也被视为病例组合方法<sup>[2]</sup>,其分组逻辑是将临床过程相近、资源消耗相当的病例分入同一组。近年来,我国已开始将 DRG 逐渐应用于医疗质量管理评

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2024.31.3.04

<sup>\*</sup> 基金项目:国家自然科学基金国际(地区)合作与交流项目(编号:72211530040);上海市医院协会医院管理研究基金(编号:X2020076);上海申康医院发展中心临床科技创新项目(编号:SHDC22021204)

沈 婷<sup>1,2</sup> 于海跃<sup>1,2</sup> 钟力炜<sup>1,2</sup> 朱佳云<sup>1</sup> 张娴静<sup>3</sup> 李 群<sup>4\*</sup> 朱乐兰<sup>4</sup> 通信作者:李 群

1 上海中医药大学附属市中医院 上海 200071 2 市级医院病种质量与安全研究中心 上海 200071

3 上海申康医院发展中心 上海 200041 4 上海市第一人民医院 上海 200080

价、医疗质量绩效评价等医疗管理领域<sup>[3]</sup>,但其应用在临床专科评价工作中的报道相对较少。而临床专科建设是医院发展建设的重要内容,是形成医院核心竞争力的根源,更是现代医院实现可持续发展的关键途径<sup>[4]</sup>。精准的临床专科评价能够指导医院管理者进行合理的专科建设,评估各专科间平衡发展能力,兼顾亚专科建设,促进专科人才培养、专科梯队建设、科研发展及新技术开展<sup>[5-10]</sup>。

目前,各级各类医疗机构均不断更新专科质量控制指标,并应用大数据加强事中及事后管理。但大数据收集到的病例是否能够准确归属到正确的专科,直接决定着产生的结果是否有意义。根据 DRG 现有的逻辑关系,同一组的病例临床过程相近,资源消耗相当,包含了几个甚至多个临床专科,导致几个专科的病例混杂。运用现有 DRG 分组对临床专科能力进行评价存在一定缺陷。因此,本研究结合 DRG,尝试找到一种科学、合理的分组机制和方法,为临床专科评价提供更准确的数据,更好地指导临床专科提升医疗服务和医疗技术水平,为临床专科的管理和发展指明方向。

## 1 研究方法

首先,邀请上海市级医院具有高级职称的临床医师、长期从事病案管理的病案编码员以及长期从事医务管理的行政人员共 20 余名专家,多次进行专题讨论,将 CHS—DRG 现有的 376 组 ADRG 组按国家《医疗机构诊疗科目名录》进行细化切分,归集到专科。其次,由专家在《医疗机构诊疗科目名录》中选出目前上海市最常见的 42 个专科。将 376 组 ADRG 细分为 460 组,分

入这 42 个专科中,再经多次专家征询,反复核对,最终确定分组结果。ADRG 是按解剖系统及资源消耗类似进行分组的。目前,ADRG 一组中存在多个专科的疾病,因此根据其诊断及手术编码,进一步进行专科细分。需说明的是,虽然国家已推出了 CHS—DRG 1.1 版本,但上海目前仍使用的是 1.0 版本,因此本研究采用 1.0 版本分组方案。

## 2 结果

### 2.1 分组结果

(1)有 277 组归属唯一专科,有 57 组被拆分为两个专科。有以下情况:一为组内编码可同时归属于两个专科,如 ER3 组(肺水肿及呼吸衰竭)内的所有诊断编码既可以归属于重症医学科又可以归属于呼吸内科,因此,将 ER3 组同时标注为重症医学科和呼吸内科;二为组内编码可分为两个专科,如 HL1 组(肝胆胰系统的诊断性操作),组内大多编码归属于普通外科,有 6 个编码归属于消化内科。这些编码均为内镜下操作,目前各大医院均由消化内科实施,故归属到消化内科。因此,将 HL1 组拆分为 HL1—1 组(普通外科)和 HL1—2 组(消化内科)。

(2)有 19 组被拆分为两个以上专科。组内编码可分为 3 个专科,如 DA1 组(头颈恶性肿瘤大手术),DRG 是按部位进行分组的,头颈部的大部分手术属于耳鼻咽喉科,但口腔内的归属于口腔科,颈部淋巴结归属于普通外科。因此,组内大多编码归属于耳鼻咽喉科,还有部分编码归属于口腔科和普通外科。我们将 DA1 组拆分为 DA1—1 组(耳鼻咽喉科),DA1—2 组(口腔科),DA1—3 组(普通外科),以此类推。最多的一组,JJ1 组(皮肤、皮下

组织的其他手术),可细分为 8 个专科,分别为普通外科、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科、胸外科、血管外科、泌尿外科以及妇科。

(3)有 23 组不进行细分。原因包括:①症状类编码无需细分到专科,以此作为主要诊断的病例不进行专科评价,如 BZ1 组(神经系统其他疾病);②组内所有手术或操作的编码均已在其他组中出现过,均归入各专科,无需重复落组,如 VJ1 组(其他损伤的手术)。其中 5 组,分别是 TB1(精神病患者手术)、SB1(全身性感染的手术)、XJ1(其他接触健康服务的诊断伴手术室操作)、YC1(HIV 相关疾患的手术室手术)以及 ZZ1(多发性重要创伤无手术),因涉及的所有手术编码已在其他组内细分专科,因此,未将这 5 组再次进行细分。

### 2.2 分组后专科病例变化情况

按国家专科目录抓取数据时发现,上海市各市级医院上传的病案信息中专科口径不统一;较多病例没有细分到三级目录;较多科室出现收治非本专科的病例,这将直接影响专科评价结果。目前,根据 DRG 的细分组切分,根据 ICD 编码组成每个专科的编码,从而使专科定义更清晰,病种归类更准确。以上海市某三甲医院为例,将 2021 年全年的出院患者,按国家专科目录代码归属专科和使用 DRG 细分组编码进行归属专科进行比较。见表 1。

由表 1 可见,2021 年该院总出院人数 28 079 人次,DRG 细分组后的专科病例数量普遍多于按国家专科目录分的专科病例数量,按国家专科目录的学科代码归属专科出现病例总数缺失 5 527 例。可以看出,用国家专科目录的学科代码归属专科,会让很多病例无法归入到其应对应的专科。

表 1 两种专科归属方式下的病例数比较/例

学科	按国家专科学目录分科结果	DRG 细分后归属专科结果
普通外科	1 073	1 251
脑外科	6	273
泌尿外科	602	685
妇科	981	928
眼科	33	36
耳鼻咽喉科	395	608
骨伤科	1 855	2 861
心血管病科	2 115	2 125
脾胃病科	1 107	2 380
肺病科	743	1 970
脑病科	1 727	2 528
肾病科	893	881
内分泌病科	1 282	1 342
血液病科	1 711	1 298
风湿病科	484	1 168
皮肤科	29	61
肿瘤科	5 263	6 280
康复科	474	1 247
急诊内科	1 779	157
合 计	22 552	28 079

3 讨论

在已经确立 DRG 应用基础的前提下,将 DRG 作为评价工具,准确归属专科,并开展临床专科评价,其评价结果更为系统、科学、客观、准确,可为医院专科发展提供参考标准。目前,该分类方法已被应用于上海申康医院发展中心专科能力评价。随着 DRG 的进一步细分,完善涵盖“医院—专科—病种”的综合评价体系,有助于医院从不同角度了解专科发展情况,进一步优化专科布局。该方法不仅能够较为直观地展示临床专科的服务量和服务效率,还能客观反映临床专科的医疗质量与安全水平,达到全面比较临床专科专业技术水平的目的。这对医院医疗质量提升、临床专科均衡发展以及整体临床专科建设具有重要的指导意义<sup>[11-12]</sup>。

相比传统的专科评价,基于 DRG 细分的专科评价更加精准,可

为卫生主管部门和医院管理者在资源分配时提供可靠的决策依据。本研究结果(表 1)显示,传统学科代码归属方法让很多病例无法准确归入到其对应专科。究其原因,一是信息系统内的学科代码未细分到二、三级专科,有的甚至仅以一级学科(如内科、外科等)呈现;二是部分科室并没有完全按专科收治。基于细分后的 DRG 分组,按 ICD-10 编码归属专科,不但将错误归属的专科病例归属到正确的专科中,还将遗漏的病例全部归属到准确的专科中。全市实行统一的 ICD 诊断编码、手术操作编码和分组器,为市级医院医疗质量与促进平台的数据评价提供了保障。通过细分后的分组,借助市级医院医疗质量与促进平台对全市住院病例进行专科归属,并应用于专科评价,使所有住院病例准确归入正确的专科,从而揭示了医院专科分布情况,为医院管理层提供更为科学、精准的医疗管

理方向。同时,DRG 为各医疗机构之间、专科之间的医疗质量、工作效率、费用消耗的客观比较提供了科学方案。基于细分 DRG 后的专科分类,有利于医院管理层梳理自身技术领先或具有代表性的优势专科,扩大其规模,从而进一步提升优势专科的诊疗能力。

基于 DRG 的专科评价,既可以指导专科的合理分配,又可以完善医院内部结构调整。医院病种结构优化是一项重大而又具有重要意义的工作,通过减少收治权重较低的疾病,一方面,符合国家要求大型公立医院收治疑难危重疾病的政策方向,通过合理分流起到分级诊疗的作用;另一方面,对医院而言,无论是医疗效益还是医院技术水平都能够达到双提升效果。基于细分后的 DRG 分组,能够为建立更具有代表性的专科评价体系提供有力保障。只有每例出院病例准确归属专科,才能让专科数据更具指导性,进而使各医院准确找到自身目标。医院可以根据不同专科的特点,增加更具有针对性的考核要素,实施更为精细化的绩效评价<sup>[13-14]</sup>。另外,主要诊断、主要手术是准确入组 DRG,准确归属专科的基础。因此,住院病案首页信息的完整性、准确性直接影响 DRG 评价结果。医院各临床科室、医务管理部门应对住院病案首页的各个环节进行有效的监督管理<sup>[13]</sup>和考核培训<sup>[15]</sup>。

本研究存在一定局限:受专家参与人数以及应用时间的限制,细分后的 DRG 分组结果存在一定主观性。因此,在逐步推广应用的过程中,还需结合临床实际,纳入更多临床专家意见,进行动态调整并不断完善。这有助于提高评价的客观性和准确性,使之更好地适应医疗环境的变化。另外,基于 DRG 的专

(下转第 20 页)

参考文献

[1] 阚全程.加强大型公立医院内涵建设的思路与实践[J].中国医院管理,2014,34(6):64-66.

[2] 黄 东,张书宁,钱菊英,等.心血管内科临床专科能力建设探索[J].中国卫生质量管理,2023,30(6):29-32.

[3] 国务院办公厅.关于推动公立医院高质量发展的意见:国办发〔2021〕18号[EB/OL].(2021-06-14)[2023-08-08].[https://www.gov.cn/zhengce/content/2021-06/04/content\\_5615473.htm](https://www.gov.cn/zhengce/content/2021-06/04/content_5615473.htm).

[4] 国家卫生健康委.“十四五”国家临床专科能力建设规划[EB/OL].(2021-10-18)[2023-08-08].<https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-10/18/5643488/files/b4c3c635db9743adbf93c0aaa553bdae.pdf>.

[5] 国家卫生健康委办公厅.关于印

发公立医院高质量发展评价指标(试行)操作手册(2022版)的通知:国卫办医函〔2022〕335号[EB/OL].(2022-09-29)[2023-08-08].[https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-12/23/content\\_5733223.htm?eqid=c4d86de9000158560000006648024c8](https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-12/23/content_5733223.htm?eqid=c4d86de9000158560000006648024c8).

[6] 董 婷,喻 丹,吴珊珊,等.“双一流”建设背景下高校附属医院学科建设探索[J].中华医院管理杂志,2022,38(7):530-534.

[7] 马丽春,刘 鹏,应娇茜,等.国家临床重点专科建设与竞争力提升[J].中国卫生质量管理,2017,24(1):19-22.

[8] 国家卫生健康委.郭燕红:以专科为抓手,全面提升医疗技术能力和医疗质量水平[J].医师在线,2018,8(20):3.

[9] 景新颖,黄 欣,张 宁,等.北京市推进学科建设在某口腔医院的方法与实践[J].中国医院,2023,27(4):82-84.

[10] 黄 强,吴思思,詹 兰,等.以公共科研平台及临床学科研究室建设促进医院学科发展[J].中国卫生质量管理,2020,27(2):13-15.

[11] 谭 敏,欧阳斌,赵 凯,等.高质量发展背景下医院学科体系协调发展实践与思考[J].中国医院管理,2022,42(4):45-48.

[12] 郭敬鹏,冯国斌,刘艳亭.信息化视角下专科智慧医院建设策略[J].中华医学图书情报杂志,2022,31(9):76-80.

通信作者:  
郑兴东:上海市第一人民医院院长  
E-mail:xdzheng10@163.com

收稿日期:2023-09-01  
修回日期:2023-12-18  
责任编辑:黄海凤

(上接第 14 页)

科分类,目前只应用于住院患者,门诊大量的病例尚无法纳入。

参考文献

[1] 国家医疗保障局.国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)细分组(1.0版)[Z].2020.

[2] 顾 昕,吕 兵,赵 明,等.浙江 DRG 付费体系建设:国家医保改革战略的“重要窗口”[J].中国医疗保险,2021(6):39-45.

[3] 邓小虹.北京 DRGs 系统的研究与应用[M].北京:北京大学医学出版社,2015:3-5.

[4] 刘广东,吴佳佳,曹秀堂.加强临床重点专科建设的实践与思考[J].中国医院,2013,17(1):17-19.

[5] 郭默宁,李 宪.浅析 DRGs 应用于医院绩效评价的基本条件[J].中华医院管

理杂志,2011,27(11):870-873.

[6] 莫陶欣,王 丹,杨 煦,等.基于 DRG 肿瘤专科医院精细化管理探讨[J].中国卫生质量管理,2018,25(2):16-19.

[7] 李梦滢,孙志成,唐 尧,等.基于 DRG 的公立医院临床路径管理体系建设[J].卫生经济研究,2022,39(2):67-69.

[8] 姚 超,石 佳,刘寂华,等.与 DRGs 结合的临床路径管理效果评价[J].中国医院管理,2018,38(11):35-36.

[9] 吴镒娅,张丽华,刘 艳,等.基于 DRG 的公立医院精细化成本管控实践探讨[J].中国卫生质量管理,2023,30(1):39-43.

[10] 何 琼,刘晨红.DRG 支付改革形势下的医疗服务行为持续改进[J].中国卫生质量管理,2023,30(8):68-70,74.

[11] 安宁波,汤嘉军,付 恒,等.临床重点专科绩效评估指标体系构建研究[J].中国卫生事业管理,2018,35(8):569-572.

[12] 曾慧慧,蒋荣猛,马旭东.我国单病种质量管理历史沿革及思考[J].中国卫生质量管理,2021,28(10):21-23.

[13] 高景宏,王琳琳,马倩倩,等.精准医疗领域大数据分析面临的挑战[J].中国医院管理,2022,42(2):60-63.

[14] 张钰婉,谈在祥.DRG 支付背景下公立医院运营管理问题与对策研究[J].中国医院管理,2022,42(1):49-52.

[15] 罗明薇,谢世伟.基于 DRG 的攀西地区三甲医院住院服务绩效评价研究[J].重庆医学,2020,49(12):2043-2045,2051.

通信作者:  
李 群:上海市第一人民医院医务处处长  
E-mail:qunli70@126.com

收稿日期:2023-09-22  
修回日期:2023-12-13  
责任编辑:黄海凤