

## ◁探索与研究▷

## 医改背景下“三医联动”优化临床路径管理体系的构建

李珍珍,赵素林,郑丹桂,徐乐加,曾汕,何虹<sup>△</sup>

中山大学附属第三医院,广州 510000

**【摘要】** 目的 构建医改背景下“三医联动”优化临床路径管理体系,评价实施“三医联动”措施后临床路径开展的效果。方法 收集本院实施“三医联动”措施前(2023年4—10月)与实施后(2024年4—10月)的临床路径入径率、完成率、变异率以及入径病种住院费用、药占比、耗材占比及平均住院日等相关数据,采用对比分析法,探究实施干预后对各项指标的影响。结果 在实施“三医联动”措施后,全院临床路径入径率显著提升(52.10% vs. 61.15%,  $P=0.008$ ),入径病种住院例均费用降低(17 752.44 vs. 16 943.86,  $P=0.014$ )、药占比下降(16.55% vs. 15.63%,  $P=0.020$ )、平均住院日缩短(6.81 d vs. 6.60 d,  $P=0.044$ )。结论 “三医联动”优化临床路径管理体系可以显著提高临床路径入径率,有效降低入径病种住院例均费用、药占比,切实改进临床路径管理的效果。

**【关键词】** 医改;临床路径;三医联动;住院费用;平均住院日

**【文献标志码】** A **【文章编号】** 1672-4232(2026)02-0011-04

**【DOI编码】** 10.3969/j.issn.1672-4232.2026.02.003

**Construction of an Optimized Clinical Pathway Management System under the Background of "Three-Medical Linkage" in Healthcare Reform**

LI Zhen-zhen, ZHAO Su-lin, ZHENG Dan-gui, XU Le-jia, ZENG Shan, HE Hong

The Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510000, China

**【Abstract】** **Objective:** To optimize the clinical pathway management system under the "three-medical linkage" framework in the context of healthcare reform and evaluate the effectiveness of clinical pathway implementation after the introduction of the "three-medical linkage" measures. **Methods:** Data related to the entry rate, completion rate, variation rate of clinical pathways, the average hospitalization cost, drug ratio, material ratio and average hospital stay of the diseases included in the pathways before and after the implementation of the "three-medical linkage" measures in the hospital were collected. Comparative analysis was used to explore the impact of the intervention on various indicators. **Results:** After implementing the "three-medical linkage" measures, the entry rate of clinical pathways in the entire hospital significantly increased (52.10% vs. 61.15%,  $P=0.008$ ), the average hospitalization cost of the included diseases decreased (17 752.44 vs. 16 943.86,  $P=0.014$ ), the drug ratio decreased (16.55% vs. 15.63%,  $P=0.020$ ), and the average hospital stay shortened (6.81 d vs. 6.60 d,  $P=0.044$ ). **Conclusions:** The clinical pathway management system optimized by the "three-medical linkage" can significantly increase the entry rate of clinical pathways, effectively reduce the average hospitalization cost and drug ratio of the included diseases, and truly improve the effect of clinical pathway management.

**【Key words】** medical reform; clinical pathway; three-medical linkage; hospitalization expense; average length of hospital stay

## 1 引言

近年来,随着我国医疗体制改革不断深入,临床路径作为提高医疗质量和效率的重要手段,在全国范围内得到大力推广。然而,在实际应用中存在一些问题,包括:(1)临床路径设计不合理。有些临床路径的设计可能缺乏科学性和实用性,无法满足患者的个性化诊疗需求,导致治疗效果不佳。(2)临床路径评估不全面。在临床路径执行过程中,缺乏全面的评估和监测手段,无法及时发现问题并调整

改进<sup>[1]</sup>。这些问题仅依靠医务管理部门和临床专科的力量难以有效解决,需要把临床路径与医保按病种分值付费(diagnosis-intervention packet, DIP)、临床诊疗指南、临床用药管理等进行有效整合。因此,医疗、医保、医药的联动管理十分重要。目前国家推行的“三医联动”综合改革是我国医疗卫生领域的一项重要改革措施,指的是医疗保障体制改革、卫生体制改革与药品流通体制改革的联动,即医保、医疗、医药的联动改革<sup>[2]</sup>。“三医联动”的本质是解决目前医改政策存在的碎片化问题<sup>[3]</sup>。在我国医疗业务呈现井喷式增长的同时,探索建立医疗机

<sup>△</sup>通信作者

构新的临床路径优化整合管理体系迫在眉睫。

针对我国目前的临床路径管理的痛点问题,本研究充分发挥多部门协调机制的作用,将临床路径管理与医疗管理相结合、与医保支付方式相结合、与规范合理用药管理相结合<sup>[4]</sup>,探索建立了一套新的医疗、医保、医药“三医联动”的临床路径协作管理体系,并对临床路径进行事前、事中、事后优化管理<sup>[5]</sup>。通过入径率、完成率、变异率、住院费用、药占比、耗材占比及平均住院日等指标对管理体系进行客观评估,以观察“三医联动”优化临床路径管理体系在临床工作中发挥的作用。

## 2 研究方法与技术路线

### 2.1 研究方法

本研究对中山大学附属第三医院临床路径的医疗管理、DIP控费管理、合理用药管理进行全流程监管,探索构建“三医联动”优化临床路径管理体系,评价实施“三医联动”措施后临床路径开展的效果。医院于2024年4月启动“三医联动”优化临床路径管理项目,选取2023年4—10月(开展前)及2024年4—10月(开展后)的全院临床路径数据,分别作为未入径对照组和入径干预组。医疗、医保、医药管理部门联动参与干预组患者的临床路径监管,并进行事前优化、事中监管、事后评估的全流程管理;对照组未进行任何干预。通过医院信息系统提取两组的临床路径入径率、完成率、变异率以及入径病种住院例均费用、药占比、耗材占比及平均住院日作为观察指标对临床路径管理效果进行评估。

### 2.2 技术路线

技术路线如图1所示。

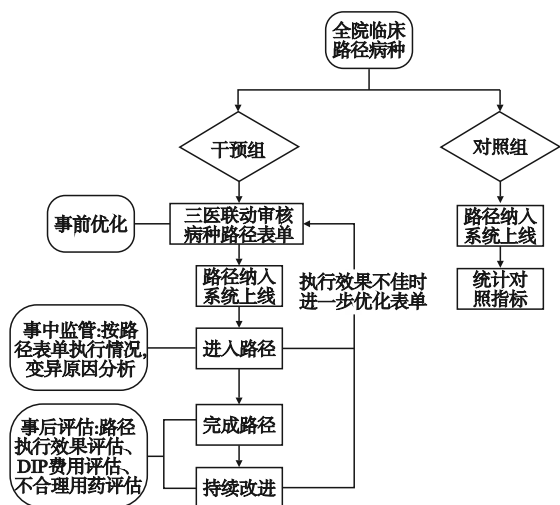


图1 “三医联动”优化临床路径技术路线图

### 2.3 统计分析方法

本研究采用SPSS 31.0软件进行数据分析。首先采用小样本Shapiro-Wilk检验对各项评价指标进行正态分布检验,并利用F检验进行方差齐性分析。对符合正态分布且方差齐的数据,以均值±标准差表示,并采用两样本独立t检验比较两组间差异;对不满足正态分布或方差不齐的数据,以中位数(四分位数间距)表示,采用非参数检验。以P<0.05为差异具有统计学意义的判定标准。

## 3 结果

### 3.1 “三医联动”优化临床路径管理体系的构建

3.1.1 事前优化,“三医联动”严格把关临床路径诊疗表单。(1)医疗管理部门优化路径表单:结合国家卫生健康委临床路径标准审核临床路径表单;指导临床专科对新增临床路径病种选择。包括:常见病、多发病;治疗方案相对明确,技术相对成熟,诊疗费用相对稳定,疾病诊疗过程中变异相对较少;结合医院实际,参照国家卫生健康委已制定的临床路径推荐参考文本的病种进行选择。(2)医保管理部门根据DIP费用结构指导路径设计:医保管理部门指导临床科室参照医保DIP分值和费用情况制定临床路径,并将病种的DIP分值和医疗费用结构等情况形成详细分析报告,反馈给临床科室进行针对性调整临床路径设计。(3)医药管理部门规范用药审核:参考国家版临床路径标准住院流程表单专家共识、《抗菌药物临床应用指导原则(2015年版)》《质子泵抑制剂临床应用指导原则(2020版)》以及药品说明书、疾病治疗指南及共识、相关循证医学证据、文献资料等,入径前对新增病种的路径表单根据路径规范用药标准进行严格用药规范审核,与临床医生沟通,制定形成符合医院实际情况的规范用药路径。

3.1.2 事中监管,病种上线入径,通过系统实时监控路径执行质量。(1)将符合主要诊断的患者纳入临床路径管理,医师根据路径表单开具医嘱。特殊情况下,如开具路径外医嘱或路径医嘱必选项目未执行,则系统弹出变异提示,填写变异原因后开具医嘱。(2)事中监管路径执行质量:系统对入径病种进行路径执行质量监管,通过监控入径完成率、变异医嘱率、变异原因分析指标来考核临床科室按照路径表单执行的情况。

3.1.3 事后分析,对路径执行效果进行评估。事后对路径执行效果进行数据分析,按每月、每季度

分析临床路径入径率、完成率有无提升,入径病种住院费用、药占比及平均住院日指标有无持续下降,科室临床路径个案管理员对路径执行效果数据进行分析总结,提出进一步整改意见。

3.1.4 持续改进优化路径表单。(1)加强医疗管理,严把路径准入关。密切观察病情变化,随时发现、处置、干预出现的异常情况,及时组织病例讨论,进行效果分析及评价,及时总结经验,完善临床路径流程<sup>[6]</sup>。(2)定期对临床路径管理的成本效益进行分析,结合DIP费用情况,发现存在的问题并及时调整,确保病种成本优化的持续进行<sup>[7]</sup>。(3)临床药师根据专项处方点评,评估不合理用药的改进情况,把存在的问题及时反馈至科室,进一步督促科室关注路径执行质量,对未按照路径表单执行的原因进行分析并提出整改意见,必要时进一步优化临床路径诊疗表单,形成PDCA持续改进的管理模式,即计划(plan)、实施(do)、检查(check)、处理(act)的循环改进模式。

### 3.2 临床路径执行情况评估

2023年4—10月及2024年4—10月全院临床路径平均变异率分别为7.80%、8.25%,变异率均控制在10%以内,且两组之间差异不具有统计学意义( $P=0.054$ ),可按预先设置的临床路径表单执行,确保了“三医联动”优化临床路径管理体系的可行性。

### 3.3 “三医联动”优化临床路径管理体系对临床路径入径率、完成率的影响

相比于2023年4—10月,2024年4—10月全院临床路径入径率从(52.10±6.22)%提升至(61.15±1.04)%,两组之间的差异具有统计学意义( $P=0.008$ );全院临床路径完成率较2023年同期上升约1.66%,增加幅度无统计学意义( $P=0.095$ )。具体情况见表1。

表1 干预前后临床路径入径率、完成率、变异率的对比( $\bar{x}\pm s, \%$ )

时间	入径率	完成率	变异率
2023年4—10月	52.10±6.22	85.09±1.41	7.80±0.52
2024年4—10月	61.15±1.04	86.75±1.97	8.25±0.29
<i>t</i> 值	-3.793	-1.814	-2.134
<i>P</i> 值	0.008	0.095	0.054

表2 干预前后例均住院费用、药占比、耗材占比及平均住院日的对比( $\bar{x}\pm s$ )

时间	例均住院费用(元)	药占比(%)	耗材占比(%)	平均住院日(d)
2023年4—10月	17 752.44±590.58	16.55±0.47	25.14±0.94	6.81±0.17
2024年4—10月	16 943.86±445.08	15.63±0.77	25.11±0.91	6.60±0.18
<i>t</i> 值	2.893	2.681	0.046	2.248
<i>P</i> 值	0.014	0.020	0.964	0.044

### 3.4 “三医联动”优化临床路径管理体系对住院费用、药占比、耗材占比及平均住院日的影响

相比于2023年4—10月,2024年4—10月全院临床路径病种例均住院费用、药占比及平均住院日有所降低,其中例均费用经过“三医联动”优化干预后,由原来(17 752.44±590.58)元下降到(16 943.86±445.08)元,药占比从(16.55±0.47)%下降至(15.63±0.77)%,平均住院日从(6.81±0.17)d下降至(6.60±0.18)d,下降幅度均有统计学意义( $P<0.05$ )。至于耗材占比,则基本上没有变化,组间差异无统计学意义( $P=0.964$ )。具体情况见表2。

## 4 讨论

### 4.1 “三医联动”优化临床路径管理体系可确保临床路径执行质量

在临床路径管理系统中,临床路径表单包含了患者从入院到出院的所有诊疗活动。临床路径病种上线前,医疗、医保、医药管理部门介入审核表单中用药情况,与临床沟通后,临床医师按照审核后的表单执行路径,并确保在一定变异范围内(路径变异率<10%)运行。通过定期分析变异情况,判断其合理性,必要时对表单进行进一步优化。在管理过程中,持续性的指标动态监测与分析、有效的监督管理是关键所在,可使管理措施落到实处。

### 4.2 “三医联动”优化临床路径管理体系可有效提升临床路径入径率,降低平均住院日

提高临床路径入径率,有助于实现治疗及护理流程的标准化,及时精准把控治疗问题<sup>[8]</sup>,保证患者在就医时的人身安全和治疗过程安全<sup>[9]</sup>。对于医院而言,临床路径不仅是一套针对临床诊疗的操作范本,更是一个多部门、多学科共同参与的医疗管理项目,需要医院合理规划、优化流程,发挥多部门协调机制,建立有效的内部沟通机制<sup>[10]</sup>。与传统的基于PDCA循环的临床路径优化<sup>[6]</sup>相比,本研究通过“三医联动”模式,通过信息化的临床路径管理系统,由医疗、医保、医药共同对临床专科进行沟通指导,对临床路径进行事前优化、事中监控、事后评价全流程监管,进一步提升了临床科室对临床路径的

认可度。临床科室在制定临床路径的过程中从医院层面获得了多部门更有力的支持和协助,得以将标准化流程更广泛地推广到更多病种中,大大提升了全院病种的入径率。同时,随着临床路径的入径率提升,患者的住院流程更加标准化,出院时间得到更好的把控,平均住院日显著缩短。但在实际执行中,仍面临部门间职责边界模糊、沟通效率低下等难点。此外,也存在临床惯性思维阻碍、部分复杂病例难以纳入路径。对此,建议加强医务人员培训,建立典型案例库以增强路径适应性,并通过绩效激励机制引导科室主动参与路径优化。

#### 4.3 “三医联动”优化临床路径管理体系可有效降低例均费用、药占比等住院费用

在制定各病种临床路径表单诊疗计划时,临床药师从国家基本药品及国家集采药品是否优先使用、病种抗菌药物品种选择是否合适、预防使用抗菌药物时机及疗程是否合理、辅助用药使用是否必要、质子泵抑制剂使用是否合理等方面进行严格审核把关<sup>[11]</sup>。临床医生在临床路径执行过程中可以更好地对用药效果进行评估进而科学调整治疗方案,减少药物的错误搭配和因用药错误导致的医疗风险,进一步减少相关的医疗纠纷<sup>[12]</sup>。此外,减少高价药物的滥用,使药物的使用有章可循,患者就诊权益得到有效保障,医疗费用显著降低<sup>[13]</sup>。药物的合理使用通过临床路径规范诊疗模式予以保障,减少患者恢复延迟和资源的严重浪费,使患者获得最优质的医疗服务,其在规范医疗行为、提高医疗质量、控制医疗费用方面起到积极作用<sup>[14]</sup>。同时,将DIP融合到临床路径管理中可以构建个性化的临床路径、优化资源利用和费用控制、实现实时监测和反馈、提供决策支持并促进质量改进。通过对DIP数据的分析,可以评估不同临床路径的资源消耗和费用效益,从而优化资源的利用,控制医疗费用<sup>[15]</sup>。对于超过DIP支付标准的科室和病种,医保、医务、医药管理部门结合病种临床路径,进行各项费用分析并形成报告反馈回科室,持续优化DIP病种的临床路径,进一步降低住院费用<sup>[16]</sup>。但实际操作中,存在药品供应不稳定影响路径执行、DIP数据滞后导致调整不及时等难题。因此,建议建立药品供应预警机制,加强DIP数据实时监测,并推动医疗机构与医保部门数据共享,实现动态化费用管控。

综上所述,“三医联动”模式在临床路径管理中展现出一定的优势,但需正视实施过程中的难点。对于其他医疗机构,可借鉴本研究构建多部门协同机制,结合自身实际建立差异化的临床路径管理体系;同时,注重信息化平台建设与数据共享,强化人员培训与激励,在保障医疗质量的前提下,实现临床路径管理效能的最大化。

#### 参 考 文 献

- [1] 甄昌浩,胡岱君,王爽. 公立医院实施临床路径存在的问题与对策[J]. 中国农村卫生事业管理, 2017, 37(11): 1330-1331.
- [2] 徐尚华,董四平,蒋凌,等. 医疗保险支付方式改革背景下地市级三级甲等医院院内“三医联动”工作机制探索[J]. 华西医学, 2023, 38(12): 1885-1889.
- [3] 张元明. 三明市医改与DRG收付费改革的经验总结[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(1): 16-19.
- [4] 肖红军,万红慧,肖海燕,等. DRG/DIP支付方式改革下三级公立医院内部协同治理的实现路径[J]. 中国医院管理, 2025, 45(3): 11-14.
- [5] 周澜,张娟,娄璟菁,等. 按病种分值付费下医院运营管理实践与思考[J]. 现代医院管理, 2025, 23(1): 20-23.
- [6] 王飞,张春燕,席辉,等. PDCA循环在提高临床路径覆盖率中的应用[J]. 中国卫生产业, 2019, 16(23): 1-2.
- [7] 陈维雄,林雯琦,欧凡,等. DIP与临床路径对医疗资源消耗影响的实证研究[J]. 中国医疗保险, 2021(3): 56-61.
- [8] 赵璐. 医院信息化建设对临床路径入径率的影响[J]. 中国管理信息化, 2024, 27(17): 111-113.
- [9] 曹庄,曹人元,孙焕征,等. 医保DRG/DIP付费视角下医院信息化建设现状与实践[J]. 中国数字医学, 2023, 18(2): 7-11.
- [10] 马利,熊珊,张磊,等. 推动临床路径管理的影响因素及对策分析[J]. 现代医院管理, 2024, 22(3): 85-88.
- [11] 池春茗,潘柳婵,寿建顺,等. 基层医院实施临床路径前后对抗菌药物合理使用的影响研究[J]. 中国社区医师, 2018, 34(3): 9, 11.
- [12] 李润刚. 药师临床用药干预与合理用药的作用之几点不同见解[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(50): 293-294.
- [13] 刘丹,黄亮,张川,等. 药学人员参与临床路径作用的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2018, 18(3): 294-299.
- [14] 高恒,刘伟,王赛花,等. 基于临床路径的公立医院次均费用控制[J]. 江苏卫生事业管理, 2023, 34(9): 1267-1270.
- [15] 宁蕾. DRG与DIP融合下的医院临床路径的设立及效果研究[J]. 中国卫生标准管理, 2024, 15(13): 43-46.
- [16] 谢志兰,吴新飞,杨青,等. 基于临床路径的DIP病种成本管理研究[J]. 现代医院, 2023, 23(9): 1384-1386.

收稿日期: 2025-04-03

修回日期: 2025-06-13

(编辑 曹晓芸)