

全国医院检验结果互认还有多远？卫健委的文件来了，它将影响几万家医院

换一家医院，就要重复做一次检查。从CT、B超到血项检查，各家医院互不相认……

2018年，发表在《中国公共卫生》杂志上的一篇文章《影像学重复医疗检查现状及对策分析》中指出：“影像学重复医疗检查发生率为41.82%”。那篇文章还援引了另一个2011年的数据：“经粗略估计，检查费在患者的医疗费用中所占比例达30%”。

医院检验结果不能互认，这是中国的医疗体系中广被诟病的一个问题，十几年来想解决却始终未能解决。

11月26日，卫健委医政医管局网站上发布了一份《医疗机构检查检验结果互认管理办法（征求意见稿）》。

“医疗机构检查检验结果互认要加速了”，一位三甲医院影像科主任评价道。

对于医院检查不能互通的问题，曾有媒体将其总结为：“不同医院对检查检验结果不能认、不敢认、不愿认”。

如果说“不能认”和“不敢认”是源于客观条件的限制，“不愿认”则是因为，目前的评估中，检查是作为医院的收入而非成本，医院不希望放弃自己的这个收入来源。

而在本次发布的《医疗机构检查检验结果互认管理办法（征求意见稿）》中，第三十五条指出：将检查检验结果互认纳入公立医疗机构绩效考核要求。

将检查检验结果互认纳入考核，并对医疗机构检查检验结果互认和资料共享情况进行实时监测。这一次，一项会影响中国1万多家公立医院，2万多家民营医院，以及数万所基层医疗卫生机构的变革也许真得开始了。

一、为什么不愿认？

关于检查检验结果互认的讨论由来已久。

早在2005年3月，两会期间，当时的惠州市政协委员黄琳提出了“推行医检报告互认制度”，其中明确提出：“各医疗机构的医检报告单互不通用，不利于资源充分利用，又增加患者负担，对医疗部门的形象亦有一定影响。”

同年，杭州、哈尔滨、河南等省份城市就开始了检验结果互认的尝试。2006年北京三甲医院也开始了试点。

一位退休的北京某三甲医院检验科主任告诉八点健闻，当时这种互认叫做“临床检验结果互认实验室”，也就是满足质量要求的几个检验实验室可以互认。主要集中在血常规、生化的部分结果，以及免疫的检查结果等。

时至今日，十六年过去了，试点互认的地区越来越广，涉及的检查项目也不断扩大，但是患者的感受却还是重复检查严重。

检查检验结果互认推行之所以这么难，“不愿认”是一个重要的原因。

艾力彼创始人庄一强告诉八点健闻，医疗机构的收入来源主要有三个——手术等医疗服务、药品，第三个就是检查。

近年来，药占比考核、取消药品加成、医保控费、带量采购，长期用来“养医”的药品收入已经基本没有了。药品零加成之后，对医疗费用有一定的调整，弥补了这部分。但是检查仍然是医院的收入来源之一。

国家医保局发布的全国基本医疗保险事业发展统计公报显示，全面取消药品加成之后，2018年，职工医保参保人员住院费用中，药品费用占比下降了3.1%，而检查治疗费占住院总费用的51.6%，同比增长了3%，而同期医疗服务设施费只增长了0.1%。

行业分析，医疗机构实际上是把药费的

损失转嫁到了检查费用上，改革预期的用医疗服务来弥补并没有真正落实。

北京鼎臣管理咨询有限责任公司创始人史立臣2015年就撰文指出，多做检查已经成了一些地区为对抗药占比等新政的一种拆解之法。他的一个亲戚就曾在一周之内，应医生的要求做了3次血糖、3次心电图。

不可否认，不愿互认、重复检查屡禁不止，与医院的经济收入有着千丝万缕的联系。

浙江某三甲医院主管信息的副院长张建（化名）告诉八点健闻，在医改完成医院收入结构调整之前，检验费在医院收入中占一定比例，医生诊疗费仍未提升。因此每家医院在执行结果互认的时候都没有积极性，因为检验项目数量减少会影响科室运营。

2021年9月30日，浙江省宣布全面推进医学检查检验结果互认共享。首批共享的项目设计93个检查类项目和180个放射类项目，几乎覆盖了所有临床高频检查检验项目。7月初已经开始试点的杭州市富阳区，试点1个多月就节约了300多万元检查检验费用支出，而这本来应该是医院的收入。

对此，庄一强向八点健闻指出，医院靠检查养医已经走不通了。“医院得转变整体思路，发展专科建设，提高医生的医疗技术能力，要靠手术等能体现医生专业知识含量的医疗服务，而不是依附在药品或者检查上面的附加值去创收。”

庄一强认为，这也是国家公立医院绩效考核的方向。“依附在那些有形的药品检查上面，等于医生是帮药厂打工，医生是帮器械厂打工。现在，说通俗点，就是要通过医生的手艺赚钱。”

全国医院检验结果互认还有多远？卫健委的文件来了，它将影响几万家医院

二、为什么不能认？

“想认却不能认”，概括了开展全国检查检验结果互认的另一重挑战——质量标准的统一。换句话说，此前推进结果互认工作的一大难点在于难以确保不同医疗机构之间结果的可比性。

2007年，北京刚开始推进检查结果互认时，“大家都认为，各家医院的检测系统不一样，是不可能互认的。检测方法不一样、仪器不一样、试剂不一样，结果怎么能一样？”北京某三甲医院检验科的医生向八点健闻回忆道，他曾深度参与了北京市医学检验质量控制和改进中心的工作。

张建还提到，由于检查方法、设备组的不同，不同医院的检查结果不可避免存有差异，而质量标准难以统一，就意味着A医院很难对B医院的检查结果放心——这是互认在过去十多年没有得到广泛认可的“难度最大的问题”。

而在中国，孱弱的基层医疗机构和不均衡的医疗资源无疑加剧了对其他医院检测结果的这种不信任，一位受访医生提到：“社区医院做的结果，你说三级医院是不是要认？”

本次《管理办法》中提到的互认范围和互认标示（HR），所针对的便是这个问题。

在北京，从2007年起，负责互认工作的专家组就达成了共识：实验室的同质化发展是推进互认工作的前提和保障。

在浙江省的实践中，参与放射检查互认项目遴选的浙江省人民医院放射科主任龚向阳介绍：为了避免不同诊疗水平医院之间“不能认”的尴尬情况，浙江省明确划分出互认范围：二甲及以上的医院互认，二乙及以下的医院互认，下级医院对上级医院互认，

医联体之间互认。

在上海的实践中，因为较好的实验室同质化发展和医院信息化水平，虽然实施的是较为柔性的以临床医生判断为主的政策，根据华山医院信息科主任黄虹的介绍，本地医院的互认率“超过90%”。

而在西南某省，则因采取了“重复检查费用由医院和医生来承担”的激进政策，在业内收获了不小争议。

对于检验结果互认的尺度把握，上述浙江三甲医院的副院长张建向八点健闻表示：“难度高的、复杂的检测，政策不敢开放，因为风险太大。”

也是因此，在互认的推进过程中，最先得到互认的，往往是检验科的一些标准的血液、体液等检测结果等用数值表示的项目，因为它们统一质量标准相对容易一些。

2019年起，京津冀鲁地区开展的区域内检验结果互认包含生化项目22项、免疫项目14项、血常规分析5项、凝血实验2项。而卫生部2013年印发的《医疗机构临床检验项目目录》含有1462项，三甲医院普遍设有其中的700-800项，其中，互认项目的占比往往不足5%。

然而，互认项目的绝对数量占比虽小，但北京某三甲医院检验科退休主任告诉八点健闻，被选定的项目涵盖了临床最基础的检验项目的近一半，它们都具有普遍认可的检测方法，且检测频率或价格较高。随着实际需求的变化，互认项目可能在今后继续增加，比如疫情之后，新冠核酸检测也被迅速纳入到互认项目之中。

此次征求意见稿也延续了这种逻辑，“拟开展互认工作的检查检验项目应当具备较好的稳定性，具有统一的技术标准，便于开展质量评价。”

此外，多位受访专家对八点健闻表示，检查检验结果互认是促进各级医疗机构质量控制管理水平的一个抓手。

在2007年，北京市医学检验质量控制和改进中心（下称质控中心）对全市医院地检验质量进行评估和考核，参加检查的105家二级医院中只有19家通过了考核，当时三级医院和二级医院的检验设备差距相当大。

不过，近些年，随着各级医疗机构的发展，实验室质量管理水平逐步提升，纳入互认范围的医院数量也逐步增加。

推广十几年来，北京在实验室质量控制方面还积累了很多经验，据知情人透露，北京质控中心开展实验室检查时，曾出现几家医院在完成样本检测后，互相“对答案、抄作业”的现象。为此，质控中心后来改为进行更加随机的飞行检查，并严格限制了发回报告的时间。

可以预见，此次公布的《管理办法》正式实施后，全国各地的实验室和影像科室质量检查将更加常态化，如何确保检查落到实处，避免走过场，也将成为各地质控机构的一项挑战。

而对参与检验互认的医院，尤其是二级医院而言，提高水平就成了刚需，庄一强提到：“设备不行可能就要换设备了，人员不合格就得请合格的人员来操作。”

三、为什么不敢认？

医学检验结果互认十多年间迟迟未能推进，很大阻力来源于责任划分不清晰，医生“不敢认”。

如果其他医院检查结果有误，产生医疗事故后谁来担责？

武汉一位病理科医生曾表示，其所在医院有临床科室医生因采纳了其他医院错误的病理检验结果，导致患者手术方式错误，

最终吃了官司。

11月26日，医政医管局发布的《医疗机构检查检验结果互认管理办法》（征求意见稿），终于确定了医疗损害的责任主体，即“医疗机构出具错误检查检验结果导致医疗事故，依法依规承担相应责任”。

开放医疗与健康联盟（OMAHA）副秘书长徐美兰认为，明确责任主体是此次文件的重大突破，各地互认工作推动起来会更容易。

张建则认为，该文件的责任划分过于简单，无法应对临床复杂的诊疗情况：“卫健委的文件是否会被法院采信，仍是未知数。此外，医疗纠纷责任认定非常复杂，如何证明错误检验结果和医疗事故之间的因果关系？如果两家医院针对患者同一疾病做了不同检查，出现问题后分别承担多少责任？占比谁来认定？”

此外，互认数据医院之间“只有使用权，无所有权”，也可能导致权责混乱。医院如何保存其他医院的病案结果，并在日后证明检查结果的来源，同样是个技术难题。

还有多久才能实现检查结果互通？

虽有种种障碍，面对医保资金穿底风险，带量采购、DRGs控费等政策组合拳轮流出击，“以检养医”的局面同样难以维系。

面对十多年未能互通的检查数据，国家卫健委下达了“最后通牒”。

2020年12月31日，国家卫健委联合8部委颁布了一份重磅文件——《关于印发进一步规范医疗行为促进合理医疗检查的指导意见的通知》，明确要求2021年6月底前，紧密型城市医疗集团和县域医疗共同体内要实现检查资料共享和结果互认。

文件发布后，各地纷纷加快步伐。在浙江，此前关于检查互认的理念提出已超过5年时间，但一直未能真正落地。今年6月底，作为卫生健康领域“数字化改革”的重大应用场景，浙江省卫健委提出要求：2021年初步实现全省范围内的检查检验互认共享。

“之前5年多一直没有实现，现在要在半年之内完成，对我们来说压力确实非常大。”龚向阳向八点健闻表示。

张建介绍，目前浙江省三级医院、省级医院的检查结果互认已打通，接下来会着力区域共享。

“由于各地医疗水平、检查水平不一，京津冀、上海、江苏、浙江等各地都出台了互认标准。最终目标是在全国范围内打通互认，这需要满足检查检验均质化，有统一的评估标准，统一监管。”张建说。

庄一强预测，广东、浙江、江苏、福建等经济发达的省份在两三年内可以实现省内互认，边缘省份则需3-5年。省内打通后，国家再统一各省的标准，最终实现全国互认。

当检验像药品一样成为运营成本，公立医院的检查功能或逐渐被剥离，利好第三方检测机构。

庄一强介绍，香港所有公立医院已实现了检查数据共享，并非每家医院都设立有检验中心，一些拥有实验室的医院甚至可以检查别的医院送来的样本。“主要因为香港的医院不靠检查赚钱。”

徐美兰表示，检查结果互认对第三方检测机构的发展非常有利。

“目前国家和省级层面都明确，只要符合标准的机构都可以纳入互认范畴。在未来，更多患者可能会选择第三方机构进行检测。”徐美兰说。

美林贷款

Marion Mortgage LLC

诚实 敬业
经验 丰富
客户 至上

NMLS#176854

Yue(Jill)Zhou NMLS#281400 Sr.Loan Officer 571-432-5811(C) jzhou@marionmortgage.com

Jia Yu NMLS # 2017104 loan officer 571-207-5811(C) jia@marionmortgage.com

Mark Shankle NMLS #1047216 loan officer 703-424-0750 (C)

Triet Le NMLS #2094471 loan officer 571-249-3321(C)

Ha Chu Processor 540-208-8006(C)

黄捷 博士 Jayie (Jenni) Rowe NMLS#177851 President 571-934-8000(C) jrowe@marionmortgage.com

Hard Money Loans, Fix Up, Condo Investment, Business to Business Only 民宅 (包括FHA贷款)、商业、土地及建筑贷款

MC-2854 NMLS ID #176854 MB 11096 www.nmlsconsumeraccess.org

5-106

Tel: 703-830-6680(O) 703-830-6681(O) Fax: 703-830-6682

地址: 14637 Lee Highway, #103 Centreville, VA 20121

http://www.marionmortgage.com