

DRG支付方式改革对医院病组结构的影响

杨喜旺 冯文

(北京大学医学部公共卫生学院,北京市 100191)

【摘要】 **目的** 分析疾病诊断相关分组(DRG)支付方式改革对医院病组结构的影响。**方法** 以某市唯一一家三级甲等医院作为样本医院,提取其2017—2019年及2021年依据国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)1.0分组方案入组的住院病例结算数据。分析4年间该院住院病例的基本情况。利用服务组合赫芬达尔-赫希曼指数(SPEC)描述该院的病组结构集中度;采用中断时间序列分析(ITSa)评估DRG支付方式改革前后该院SPEC的变化趋势。采用多元线性回归模型分析该院病组选择偏好的影响因素。**结果** (1)2017—2021年(不含2020年),该院的总权重、DRG病组数、病例组合指数均呈增长趋势。(2)ITSa结果显示,在改革前,该院的SPEC每月下降0.0002($P<0.05$),但改革后SPEC每月较改革前多增长0.0005($P<0.05$),即在改革后SPEC每月上升0.0003。(3)改革后,DRG病组权重每增加1,DRG病组占比增长率较改革前多增加6.114%($P<0.05$);DRG病组市场份额每增加1%,DRG病组占比增长率较改革前多增加1.066%($P<0.05$)。**结论** DRG支付方式改革使得样本医院收缩住院服务范围,病组结构更加集中,并且样本医院在改革后更加注重符合自身功能定位的高难度病组的发展。

【关键词】 疾病诊断相关分组;支付方式;病组结构;住院服务

【中图分类号】 R 197 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2024)06-0895-06

DOI: 10.11675/j.issn.0253-4304.2024.06.18

Effect of DRG payment method reform on hospital disease group structure

YANG Xiawang, FENG Wen

(School of Public Health, Peking University Health Science Center, Beijing 100191, China)

【Abstract】 **Objective** To analyze the effect of diagnosis related groups (DRG) payment method reform on hospital disease group structure. **Methods** Taking the only one class III level A hospital from a city as a sample hospital, the settlement data of hospitalized cases enrolled according to China Healthcare Security Diagnosis Related Groups (CHS-DRG) 1.0 grouping protocol were extracted from 2017 to 2019, and 2021. The basic conditions of hospitalized cases in the hospital during 4 years were analyzed. The service mix Herfindahl-Hirschman index (SPEC) was used to describe disease group structure concentration of the hospital. The interrupted time series analysis (ITSa) was employed to evaluate variation tendency of SPEC in the hospital before and after DRG payment method reform. The multiple linear regression model was used to analyze the influencing factors for disease group selection preference in the hospital. **Results** (1) From 2017 to 2021 (excluding 2020), the overall weight, number of DRG disease groups, and case mix index presented as an increased tendency. (2) The results of ITSa revealed that before reform, SPEC of the hospital decreased by 0.0002 per month ($P<0.05$), but after reform, SPEC increased by 0.0005 more per month than before reform ($P<0.05$), namely, after reform, SPEC increased by 0.0003 per month. (3) After reform, when the weight of DRG disease groups increased by 1, the growth rate of DRG disease groups' proportion increased by 6.114% as compared with before reform ($P<0.05$); in addition, when the market share of DRG disease groups increased by 1%, the growth rate of DRG disease groups' proportion increased by 1.066% as compared with before reform ($P<0.05$). **Conclusion** The DRG payment method reform makes the sample

第一作者简介:杨喜旺,在读硕士研究生,研究方向为医院管理、DRG支付方式改革。

通信作者简介:冯文,博士,副研究员、硕士生导师,研究方向为医院管理、医疗卫生行业管理、医院管理政策、DRG支付方式改革。

hospital shrinks the scope of inpatient services, and the structure of disease groups is more concentrated; moreover, the sample hospital pays more attention to the development of difficult disease groups in line with their own functional positioning after reform.

【Key words】 Diagnosis related groups, Payment method, Disease group structure, Inpatient service

在医保支付方式改革后,国务院办公厅于2021年6月印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》,提出加强公立医院临床专科能力建设。随后,国家卫生健康委员会办公厅、国家中医药管理局办公室联合制定《公立医院高质量发展评价指标(试行)》,将“结构优化”作为评价公立医院高质量发展的维度之一,这凸显了专科优化和结构调整的重要性。2022年4月国家卫生健康委员会、国家中医药局联合制定的《关于在全国范围内持续开展“公立医疗机构经济管理年”活动的通知》明确提出,公立医院要着力推动“以业财融合为重点的运营管理建设”。针对医保支付方式改革和公立医院高质量发展,在制度层面上都提出公立医院应实行“精细化管理”,实现“提质增效”,推动分级诊疗。因此,在住院服务环节,制度合力是否能够推动公立医院向更符合自身功能定位的方向发展,是评价三医联动改革效果的关键点。

疾病诊断相关分组(diagnosis related groups, DRG)付费通过在区域内设定行业平均费用水平,使医院的运营策略从增加收入转换为控制成本,同时为公立医院统筹财务管理与业务管理提供管理工具和抓手,使得医院可以在病组层面进行服务结构的调整^[1-2]。我国西南某地级市于2021年1月开始实行住院服务医保DRG付费,R医院是该市唯一的市级三级甲等综合医院,承担着该市急危重症救治的关键任务。本研究分析该医院在DRG支付方式改革前后住院DRG病组结构的变化及其影响因素,在病组层面上探究医院专科化程度及其变化,从而为评价三医联动的效果提供依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源 本研究的数据来自R医院所在地级市医保DRG付费平台。收集该平台基于国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)细分组方案(1.0版)的城乡居民医保住院结算数据,共涉及30家二级以上公立医院(含妇幼保健院),时间跨度为2017年1月1日至2021年12月31日。为排除2020年疫情及防疫任务对住院服务的影响,剔除2020年全年的数据(该市2021年未有新发新冠病例);有6家医院(含妇

幼保健院)4年中由于未开展住院服务等原因,存在某一年数据缺失而被剔除。初步纳入病例共1 612 962例,其中R医院病例共186 834例。进一步筛选病例。纳入标准:病例数≥100例的DRG病组。由于MDCT(精神疾病及功能障碍)和MDCU(酒精/药物使用及其引起的器质性精神功能障碍)两个主要诊断大类实际按床日付费,因此剔除这两大类的病例。最终选定R医院260个DRG病组,纳入病例175 443例,占全院所有病例的93.9%;对应260个DRG病组的全市24家二级以上公立医院(包含该三级甲等医院)纳入病例1 485 152例,纳入比例为92.1%。

1.2 研究方法

1.2.1 DGR病组病例基本情况的分析:分析2017—2019年及2021年R医院的住院病例数、DRG病组数、总权重、病例组合指数(case mix index, CMI)。其中,总权重指的是各个DRG病组入组病例的权重之和;CMI是医院收治的所有DRG病组入组病例的平均权重,用于衡量医院收治患者的复杂程度和资源消耗。

1.2.2 DRG病组结构集中度指标:Farley等^[3]提出病例组合专科化,Zwanziger等^[4]采用研究市场结构的赫芬达尔-赫希曼指数(Herfindahl-Hirschman index, HHI)衡量服务组合集中度(service mix HHI, SPEC)。本文采用SPEC描述医院内部的病组结构,SPEC取值范围为0~1,取值越大,表示医院病组结构集中度越大、专科化程度越强,反之则越小。计算公式^[4]为 $SPEC = \sum_j P_j^2$ 。其中,j代表某DRG病组, P_j 是R医院所有出院病例中某DRG病例数的占比。

1.2.3 DRG病组结构集中度的变化分析:中断时间序列分析(interrupted time series analysis, ITSA)是一种评价干预效果的准实验研究方法,通过观察某措施干预前后多个时点上的数据,来分析干预前后结果变量的瞬时变化和趋势变化,从而评估干预措施的实际效果^[5]。因此,本研究采用ITSA评估DRG支付方式改革对于R医院DRG病组结构集中度的影响,其中以2021年1月为改革实行时点,2017年1月至2019年12月为改革前阶段,2021年1月至2021年12月为改革后阶段。基于ITSA得到模型,即 $SPEC = \beta_0 + \beta_1 \times t + \beta_2 \times I + \beta_3 \times t \times I + \varepsilon$ 。其中,因变量

为R医院月度SPEC值; t 是时间序列变量; I 是干预变量,改革前记为0,改革后记为1; β_0 是截距项,表示SPEC的初始水平; β_1 为改革前斜率,用于表示改革前已有的月度SPEC变化趋势; β_2 为改革前后的SPEC瞬时水平改变量,即改革后回归方程在第1个观察时间点的预测值与改革前回归方程延伸至该观察时间点的预测值之差,反映改革的即时效应; β_3 为改革前后的斜率改变量,即改革前后两段回归方程斜率之差,反映改革的持续效应; ε 表示随机误差, $\varepsilon_t = \rho\varepsilon_{t-1} + u_t$,其中 $|\rho| < 1$, u_t 服从正态分布 $(0, \sigma^2)$ 。ITSA易受自相关的影响,故采用Newey-West检验对自相关进行校正;由于本研究采用月份数据,在校正时参考李洋等^[6]的研究方法,取自相关阶数最大值 $\text{lag}=12$ 。

1.2.4 R医院DRG病组选择偏好的影响因素分析:采用多元线性回归分析分析R医院DRG病组选择偏好的影响因素。(1)被解释变量的设置。以DRG病组占比增长率为被解释变量(Y),即R医院某年某DRG病组占全院住院病例数比例的环比增长率,在两年间的增长率越高,代表医院对该DRG病组的优先选择程度越高。(2)解释变量的设置。解释变量 X_1 为DRG病组权重,表示医院对不同疾病严重程度DRG

病组的选择偏好,高权重病组的诊治难度更大,更加符合R医院作为市三级甲等医院的技术水平、功能定位及发展偏好;解释变量 X_2 为DRG病组成本收益率,表示DRG病组诊疗活动的经济驱动力,是R医院在某DRG病组上付出单位成本所获得的医保补偿差额,成本收益率越高,经济效益越高;解释变量 X_3 为DRG病组市场份额,表示R医院某DRG病组在该市的竞争力,市场份额越高代表医院在该DRG病组的竞争力越强;解释变量 X_4 为某DRG病组住院率,用于控制流行病学因素;解释变量 X_5 为基于诊疗方式的DRG病组分类,将DRG病组分为操作、手术、内科三类,以“内科”为参照组,设置两个哑变量 X_{5-1} 和 X_{5-2} 分别对应“外科”和“操作”;哑变量 X_6 为改革效应,分为改革前、改革后,同时加入 X_6 与 X_1 、 X_2 、 X_3 的交互项,以分析改革是否通过影响 X_1 、 X_2 、 X_3 来进一步影响医院的DRG病组选择。由于DRG病组占比增长率是医院基于既往成本收益率、市场份额制定的运营策略,因此, t 年的 Y 对应 $t-1$ 年的 X_2 、 X_3 。变量赋值的具体情况见表1。模型为 $Y_t = \beta_0 + \beta_1 \times X_1 + \beta_2 \times X_{2(t-1)} + \beta_3 \times X_{3(t-1)} + \beta_4 \times X_4 + \beta_{5-1} \times X_{5-1} + \beta_{5-2} \times X_{5-2} + \beta_6 \times X_6 + \beta_7 \times X_6 \times X_1 + \beta_8 \times X_6 \times X_2 + \beta_9 \times X_6 \times X_3 + \varepsilon$ 。

表1 变量赋值情况

变量	公式	说明
Y	DRG病组占比增长率=(某DRG病组 t 年病例数占比-某DRG病组 $t-1$ 年病例数占比)/某DRG病组 $t-1$ 年病例数占比 $\times 100\%$	只有2017/2018年、2018/2019年、2019/2021年的3年增长率,为连续变量
X_1	DRG病组权重=该市某DRG病组次均费用/该市所有病例次均费用	采用该市2017—2019年数据计算权重,为连续变量
X_2	DRG病组成本收益率=(某DRG病组付费标准-R医院 $t-1$ 年某DRG病组例均费用)/R医院 $t-1$ 年某DRG病组例均费用 $\times 100\%$	DRG病组付费标准为医保补偿费用(计算方法:权重 \times 费率),用DRG病组例均住院费用代替成本;为连续变量
X_3	DRG病组市场份额=R医院 $t-1$ 年某DRG病组病例数/该市 $t-1$ 年某DRG病组病例数 $\times 100\%$	用于反映R医院某DRG病组在全市的市场份额,为连续变量
X_4	DRG病组住院率=该市 t 年某DRG病组病例数/该市 t 年年末常住人口数 $\times 100\%$	用于反映某DRG病组在某年的住院率,为连续变量
X_{5-1}	—	对应“外科”
X_{5-2}	—	对应“操作”
X_6	—	赋值“0”=改革前,“1”=改革后

1.2.5 稳健性检验:采用邹氏检验(Chow test)分析在DRG支付方式改革前后,DRG病组权重、DRG病组成本收益率、DRG病组市场份额3个特征是否对DRG病组优先选择度的影响产生结构性的变化,以2021年为截断点,验证多元线性回归的结果。

1.3 统计学分析 使用STATA 15.0进行描述性分析、

Kruskal-Wallis H 检验、ITSA、多元线性回归分析、邹氏检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。其中,计数资料以例数(百分比)表示,计量资料以 $[M(Q_1, Q_3)]$ 表示,多组间的均数比较采用Kruskal-Wallis H 检验。邹氏检验中,STATA命令为“chowreg”,选择“type(3)”进行检验。

2 结果

2.1 2017—2021年R医院住院病例及DRG病组病例的基本情况 R医院的住院病例数在2017—2019年呈现增长趋势,但在2019—2021年(不含2020年)呈现下降趋势,降幅为27.0%;2017—2021年(不含2020年),R医院的总权重、DRG病组数、CMI均呈增长趋势,其中总权重的增幅为28.0%,见表2。

表2 2017—2021年R医院住院病例的基本情况

年份	病例数(例)	总权重	DRG病组数(个)	CMI
2017年	42 941	51 954.02	211	1.21
2018年	46 116	58 420.21	249	1.27
2019年	49 923	65 944.32	253	1.32
2021年	36 463	66 512.06	259	1.82

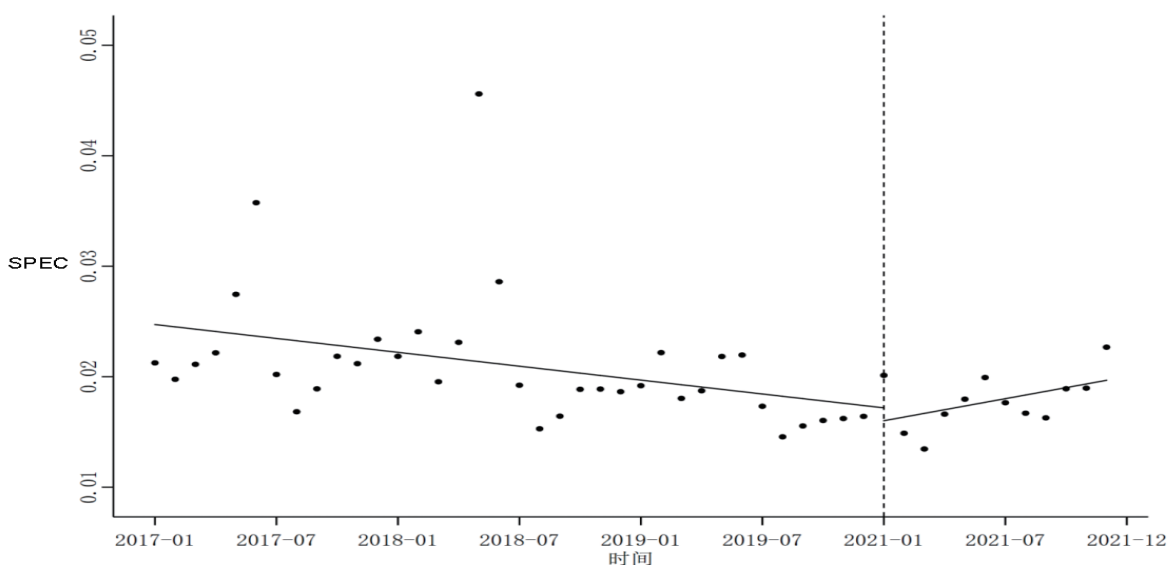


图1 DRG支付方式改革前后R医院的SPEC变化趋势图

2.3 R医院DRG病组选择偏好的影响因素

2.3.1 被解释变量及DRG病组相关解释变量的基本情况:4年的DRG病组权重及DRG病组住院率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),而DRG病组占比增长率、成本收益率和市场份额的差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 改革前后R医院DRG病组结构集中度的变化情况 ITSA结果显示,在DRG支付方式改革前,R医院SPEC每月下降0.000 2($P<0.05$)。在改革前后,R医院SPEC的瞬时水平改变量差异虽无统计学意义($P>0.05$),但改革后SPEC的趋势改变量有统计学意义($P<0.05$),SPEC每月较改革前多增长0.000 5,即在改革后SPEC每月上升0.000 3,见表3及图1。

表3 R医院SPEC的ITSA结果

变量	参数估计值	t值	P值	Newey-West检验的标准误
β_0	0.024 9	17.740	<0.001	0.001 4
β_1	-0.000 2	-3.820	<0.001	0.000 1
β_2	-0.001 2	-0.820	0.415	0.001 4
β_3	0.000 5	4.700	<0.001	0.000 1

2017—2019年R医院DRG病组成本收益率中位数均为负值,2021年其中位数达13.51%;R医院各DRG病组市场份额则呈下降趋势,从2017年的22.56%下降至2021年的13.13%,降幅为41.80%,见表4。

表4 被解释变量及DRG病组相关解释变量的基本情况 [$M(Q_1, Q_3)$]

变量	2017年	2018年	2019年	2021年	H值	P值
DRG病组占比增长率(%)	—	-1.82(-32.47, 43.10)	-0.16(-15.38, 24.30)	-9.12(-47.10, 44.00)	6.030	0.049
DRG病组权重	1.15(0.80, 2.07)	1.10(0.73, 1.80)	1.10(0.73, 1.84)	1.10(0.73, 1.84)	2.210	0.530
DRG病组成本收益率(%)	-2.07(-18.42, 19.65)	-0.35(-16.04, 20.90)	-4.28(-18.30, 12.78)	13.51(-1.16, 36.53)	72.858	<0.001
DRG病组市场份额(%)	22.56(11.63, 38.19)	19.27(10.06, 32.33)	20.03(12.18, 34.32)	13.13(7.23, 24.47)	45.183	<0.001
DRG病组住院率(%)	0.012(0.005, 0.041)	0.014(0.005, 0.041)	0.014(0.006, 0.039)	0.012(0.006, 0.032)	0.719	0.869

2.3.2 影响因素分析结果:经分析发现DRG占比增长率的标准差较大,离散程度大,因此去掉了8个DRG占比增长率大于1 000%的DRG病组(标准差从425.47降到101.14)进行回归分析。回归分析结果显示,在改革前,DRG病组权重每增加1,DRG病组占比增长率增加6.218%($P<0.05$);DRG病组成本收益率每增加1%,DRG病组占比增长率增加0.396%($P<0.05$);DRG病组市场份额每增加1%,DRG病组占比增长

率下降1.156%($P<0.05$)。在改革后,DRG病组权重每增加1,DRG病组占比增长率较改革前多增加6.114%($P<0.05$);DRG病组市场份额每增加1%,DRG病组占比增长率较改革前多增加1.066%($P<0.05$)。根据标准化回归系数的绝对值,在改革前后,DRG病组市场份额均是影响R医院DRG病组选择的最重要影响因素,见表5。

表5 多元线性回归分析结果

变量	回归系数(95% CI)	SE值	标准化回归系数	t值	P值
DRG病组权重	6.218(2.864, 9.573)	1.709	0.179	3.640	<0.001
DRG病组成本收益率	0.396(0.058, 0.735)	0.172	0.111	2.300	0.022
DRG病组市场份额	-1.156(-1.691, -0.622)	0.272	-0.235	-4.250	<0.001
DRG病组住院率	-30.255(-91.758, 31.247)	31.325	-0.037	-0.970	0.334
诊疗方式(对照:内科)					
外科	-44.979(-74.292, -15.667)	14.930	-0.201	-3.010	0.003
操作	-39.120(-71.11, -7.131)	16.293	-0.159	-2.400	0.017
是否改革	-29.644(-57.074, -2.214)	13.971	-0.140	-2.120	0.034
DRG病组权重×是否改革	6.114(0.306, 11.922)	2.958	0.114	2.070	0.039
DRG病组成本收益率×是否改革	-0.113(-0.816, 0.59)	0.358	-0.015	-0.310	0.753
DRG病组市场份额×是否改革	1.066(0.150, 1.983)	0.467	0.179	2.280	0.023
常数项	72.290(39.886, 104.695)	16.504	—	4.380	<0.001

2.3.3 稳健性检验结果:邹氏检验结果显示,DRG病组权重、DRG病组成本收益率、DRG病组市场份额对R医院DRG病组选择偏好的影响在改革前后存在结构变动($F=4.852, P=0.001$;对数似然比=19.361, $P<0.001$),提示多元线性回归结果具有稳健性。

3 讨论

3.1 DRG支付方式改革改变医院盲目扩张的运营策略 我国公立医院存在医疗资源重复配置、机构错位发展的问题^[7],三级医院的服务范围过宽,存在承担大量与其功能不匹配的常见病、多发病的问题^[8]。公立医院的高质量发展不能脱离经济运营状况,国家卫生健康委员会和国家中医药管理局先后联合印发《关于加强公立医院运营管理的指导意见》和《关于在全国范围内持续开展“公立医疗机构经济管理年”活动的通知》,明确提出公立医院要加强运营管理。按DRG付费标准进行定额付费的付费机制意味着医院通过规模扩张、过度医疗增收创收的时代已经结束。本研究结果显示,在改革后SPEC每月上升0.000 3,即样本医院的DRG病组结构集中度呈现上升趋势,提示DRG支付方式改革促进了样本医院

的住院病组聚集,推动医院住院病组结构的集中化发展。本研究多元线性回归分析结果显示,改革后,DRG病组市场份额对DRG病组占比增长率的影响较改革前有所增强,提示样本医院在改革后缩小对低市场份额DRG病组的扩张程度,提升优势DRG病组的诊疗活动,不再盲目扩大业务范围。

3.2 DRG支付方式改革推动医院回归功能定位 既往研究表明,DRG支付方式改革会促进基础病组的病例从三级医院下沉到二级医院^[9]。还有研究表明,在实行DRG支付方式改革后,三级医院的三、四级手术占比增加,而二级医院则出现下降的趋势^[8],这一结果从不同角度证实DRG支付方式改革能够推动医院回归自身的功能定位。但是三、四级手术和微创手术更针对外科业务,本研究引入的医院DRG病组结构集中度指标SPEC可以用于分析医院总体住院病组结构的变化。本研究样本医院作为该市唯一的市级三级甲等综合医院,提供疑难重症诊疗是其社会责任和社会使命。本研究结果显示,在实行DRG支付方式改革后,DRG病组权重越高,该DRG病组占比增长率越高($P<0.05$),说明DRG支付方式改革使得该医院提高对高难度DRG病组的关注程度,逐步回归其功能定位。

3.3 医院管理与医保管理在病组层面实现汇聚与融合 DRG病组分类系统为医院评估自身的业务能力和经营能力提供了标准化工具,使医院可以在病组层面进行运营管理,精细化运营管理得以落脚。有学者认为,医院可以利用DRG病组服务量及权重来明确控制成本的重点及重点干预的病组^[10],也可以通过DRG病组的盈亏情况和服务量来确定优势病组和潜力病组^[11]。本研究结果显示,在改革前,DRG病组占比增长率会随着DRG病组成本收益率的增加而增加($P<0.05$),即样本医院会增加成本收益率为正的病组病例占比;在改革后,DRG病组成本收益率对DRG病组占比增长率的影响并无统计学意义($P>0.05$),说明在医保支付方式改革期间,样本医院在选择DRG病组时,对DRG病组成本收益率这一指标有了新的考量。医院运营管理必然要考虑病组收益,本研究样本医院所属地级市与全国很多地方一样,采用历史数据进行DRG病组权重和费率测算。但是在医改推进的过程中,医疗服务价格改革、药品与高值耗材集采等政策,对不同病组费用水平的变化会产生不同的影响。因此,在区域层面,需要在总体历史费用的测算之外,依据作业成本法拆分住院费用,按“医疗”“护理”“医技”“药耗”“管理”分为5类,参考临床路径、专家意见及政策导向,评估不同病组各部分费用的比例,根据医改政策,在测算过程中进行结构调整,为医院校正诊疗行为、专注提供技术服务提供更加客观的标准,也便于医院进行技术服务的成本核算,实现有效控费和高效运营。

3.4 DRG支付方式改革应关注区域内医院间的协同作用 DRG支付方式改革通过对不同级别、类型的医院设置差异化支付费率,以优化医疗资源在各医院的配置,实现区域内各医院的分工协作。本研究结果显示,在改革后,样本医院的DRG病组结构集中度和CMI呈现上升趋势,说明样本医院在改革后更加注重符合自身定位的高难度病组的发展,且收缩服务范围,病组结构更加集中。但在注重“大专科”发展趋势的基础上,医院还应契合所服务区域内的医疗服务需求,确保总体的诊疗业务能满足居民基本医疗服务需求^[11],实现区域内各个专科的均衡发展。因此,DRG支付方式在引导各级医院进行符合其功能定位的诊疗结构调整的同时,还需要评估各类疾病在区域内总体的医疗服务可及性,通过提高区域内弱势专科病组的权重和费率来推动相应业务发展,实现区域内医疗服务的协同发展。

3.5 小结 DRG支付方式改革是基于既往区域内数据DRG组内平均费用进行定价,之前成本控制较差

的医院将会面临极大的运营压力,导致医院加强成本管理。本研究通过研究某三级甲等医院的DRG病组结构变化发现,在DRG支付方式改革所带来的运行压力下,该医院的发展方式从规模扩张转变为收缩范围集中经营,同时更加关注市场份额较大的DRG病组及高难度病组。

DRG支付方式改革,特别是医院某个专科方向的成长与发展,需要人员能力、设备条件和患者需求等多种因素的契合,也还需要更长时间的追踪和观察。而本研究中改革后阶段的时长仅为改革启动后的1年,观察时间较短,尚不足以说明医院在改革过程中发生的长期变化。同时,在DRG支付方式改革期间,医院DRG病组结构容易受到推诿重症患者、分解住院、高靠编码等不良医疗行为及医院领导者的个人特征等因素的影响,因此,今后仍需要开展质性研究以丰富和量化所得结论。

参 考 文 献

- [1] 李雅琳,曹雪苹.从DRG看云南省二三级医院的发展情况——基于2015-2019年云南DRG数据平台的实证分析[J].卫生软科学,2021,35(11):19-22.
- [2] 朱培渊,王 珊,刘丽华.DRG支付方式改革在公立医院的实施路径探讨[J].中国卫生经济,2018,37(5):32-35.
- [3] Farley DE, Hogan C. Case-mix specialization in the market for hospital services[J]. Health Serv Res, 1990, 25(5): 757-783.
- [4] Zwanziger J, Melnick GA, Simonson L. Differentiation and specialization in the California hospital industry 1983 to 1988[J]. Med Care, 1996, 34(4): 361-372.
- [5] 徐 阅,刘黎明,程 薇.基于间断时间序列的北京市冠心病住院费用变化研究[J].中国卫生经济,2021,40(9): 53-57.
- [6] 李 洋,于石成,金承刚,等.两组中断时间序列设计及其分析方法[J].中华流行病学杂志,2019,40(9):1159-1163.
- [7] 张彦生,王虎峰.基于分级诊疗的公立医院功能定位探究[J].中国卫生经济,2017,36(9):14-17.
- [8] 李星蓉,高广颖,胡星宇,等.分级诊疗背景下北京市三级医院诊疗病种构成现状与功能定位适配性分析[J].中国医院,2021,25(9):37-40.
- [9] 林晓江,郑云蒸,洪东世,等.DRG支付改革促进分级诊疗的探索——基于温州市开展基础病组“同病同价”支付的实践[J].卫生经济研究,2021,38(12):22-24.
- [10] 廖藏宜,林 敏.医保DRG/DIP付费下的医院运营管理策略[J].中国医院院长,2023,19(Z1):88-91.
- [11] 朱 武,陶红兵,许亦群,等.DRG在深圳市某区临床重点专科评估中的应用[J].中国医院管理,2021,41(2): 33-38.

(收稿日期:2024-03-10 修回日期:2024-05-13)