

# DRG 改革中医保机构的诉求对其行为的影响研究

方金鸣<sup>1,2\*</sup> 刘玲<sup>3</sup> 彭义香<sup>3</sup> 陶红兵<sup>2</sup>

1. 武汉市第四医院 华中科技大学同济医学院附属普爱医院 湖北武汉 430033
2. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030
3. 华中科技大学同济医学院附属武汉中心医院 湖北武汉 430014

**【摘要】**目的:对 DRG 改革中医保机构的诉求和行为进行调查,并分析其诉求对行为的影响。方法:通过问卷调查,对医保机构在 DRG 下的诉求和行为进行因子分析,分别提取了诉求和行为的公因子,通过线性回归,分析了诉求对行为的影响。结果:DRG 改革下,医保机构的诉求包括促进医疗机构服务能力提升、医保机构经办能力提升、医保机构的医疗评估能力提升、医保机构的监管能力提升四个方面。医保机构的行为集中于调整 DRG 政策、开展监督考核、与医方协商三个方面。医保机构的诉求侧重点决定了医保机构行为的重点方向。结论:DRG 改革下,医保机构的诉求和行为跟既往有所不同。通过了解医保机构重点诉求来判断其行为的重点方向,对于把握当地改革方向有着很好的预测作用。

**【关键词】** DRG; 医保机构; 利益诉求; 行为; 因子分析

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.10.006

## Research on the impact of demands of medical insurance facilities on their behaviors in the context of DRG reform

FANG Jin-ming<sup>1,2</sup>, LIU Ling<sup>3</sup>, PENG Yi-xiang<sup>3</sup>, TAO Hong-bing<sup>2</sup>

1. Wuhan Fourth Hospital, Pu'ai Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430033, China
2. School of Medicine and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China
3. The Central Hospital of Wuhan, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430014, China

**【Abstract】** Objective: To investigate the demands and behaviors of medical insurance facilities in the context of DRG reform, and analyze the impact of their demands on their behaviors. Methods: Via questionnaire survey, the demands and behaviors of medical insurance facilities in DRG were analyzed by factor analysis, and the common factors of demands and behaviors were extracted respectively. Then the impact of demands on behaviors was analyzed by linear regression. Results: In the context of DRG reform, the demands of medical insurance facilities included four aspects: promoting the service capacity of medical facilities, improving the case handling ability of medical insurance facilities, improving the medical care evaluation ability of medical insurance facilities, and improving the supervisory ability of medical insurance facilities. The behaviors of medical insurance facilities were mainly in three aspects: adjusting DRG policy, executing supervision and assessment, and negotiating with medical facilities. The focused aspect of medical insurance facilities' demands determined the key direction of their behaviors. Conclusions: In the context of DRG reform, the demands and behaviors of medical insurance facilities were somewhat different from those of the past. Judging the key direction of their behaviors by understanding their demands should provide reliable predictive information to help control the direction of local reform.

**【Key words】** DRG; Medical insurance facilities; Interest demands; Behaviors; Factor analysis

\* 作者简介:方金鸣(1983 年—),男,博士,研究方向为卫生经济学、博弈论。E-mail:fangjinming1983@126.com

按疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Groups, DRG) 付费,是根据患者的疾病特征(如临床诊断、疾病严重程度、并发症和合并症等),结合患者的个人特征(如年龄、性别等因素),把病人分入诊断相关的组别,再确定公立医院的补助金额。<sup>[1]</sup> DRG 凭借赋予各个疾病组不同的权重,使不同科室的疾病能够进行科学比较,不同医院可以进行横向对比,有效促进医疗机构之间的公平竞争,提高医疗质量和效率,提升医保和医疗机构的管理能力和绩效评价能力。<sup>[2, 3]</sup>

开展 DRG 改革试点工作,对于纠正医疗服务供方和需方的医疗行为<sup>[4]</sup>,体现医保管理的“控成本、降费用、保质量、提效益”的作用有重大意义<sup>[5]</sup>。然而,既往研究多关注医保支付方式改革对医疗机构和医务人员的影响<sup>[6-8]</sup>,少有学者关注支付制度对医保机构的影响。本研究立足于 DRG 付费国家试点的背景,通过问卷调查,分析医保机构在 DRG 改革中的利益诉求和行为,并对其相互关系进行分析。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究对象

调研地区处于中国的中北部,为全国 30 个 DRG 付费试点城市之一,该市于 2019 年初在全市 14 家二、三级综合医院开展 DRG 付费。调查组于 2020 年赴调研地区,向市医保局、市医保中心、区医保科的工作人员开展问卷调查,人员的纳入标准为:(1) 人员身份为相应医保部门的专职工作人员;(2) 在职在岗,工作年限不得低于 3 年,了解按项目付费和按 DRG 付费的区别;(3) 最近一次年度考核合格,能正常履职。

### 1.2 研究方法

#### 1.2.1 文献研究

通过使用文献荟萃法,对知网、万方、维普数据库中涉及医保、支付、利益相关等关键词的文献进行检索,剔除重复和非学术期刊文献,并阅读筛选内容高度相关的 511 篇文献,对其中涉及医保支付、DRG 改革中利益相关主体的典型文献进行内容分析,将文献中提及的医保机构的利益诉求和行为进行筛选、合并、去重,并结合 DRG 支付改革中医保机构的职责、角色和权利,初步建立问卷框架。

#### 1.2.2 专家咨询及信度分析

邀请 16 名医保、医院管理、卫生事业管理专家进行德尔菲咨询。专家分别来自于高校医学院、市卫健委、市医保局及医保中心、部省属医院的分管院长,专家均为副高级职称或副处级职务以上。通过两轮咨询后,专家组意见趋于一致。遂对问卷的条目进行了固定,包括医保机构利益诉求 22 个条目,医保机构行为 9 个条目,并进行了 30 份的问卷预调查,通过因子分析进行信度分析,发现问卷条目分组后,各组克隆巴赫系数均大于 0.7,霍特林  $T^2$  检验均具有显著性,表示各组内部一致性较好,问卷信度较高。

#### 1.2.3 问卷调查

问卷内容包括研究对象的基本信息和调研内容。基本信息包括性别、年龄、学历学位、专业技术职称等。调研内容包括医保机构的利益诉求和行为。问卷要求调查对象立足于 DRG 改革背景,站在医保机构角度对各选项进行评分。采用李克特 5 级评分,在利益诉求的调查表中,1~5 分分别表示从完全不关注到非常关注。在行为的调查表中,1~5 分分别表示从完全不可能到非常可能。

通过电子问卷平台设置问卷填写规则,以控制问卷的填写质量。由经过培训的调查人员对被调查人员进行宣讲和解答。通过现场手机扫描二维码发放电子问卷。被调查人员立足于所在部门岗位职责的角度,对各选项进行评分。共发放调查问卷 150 份,实际收回 138 份,回收率为 92.0%,回收问卷全部为有效问卷。

#### 1.2.4 统计学方法

通过问卷星提取 SPSS 数据库,使用 SPSS 25.0 进行分析,主要统计学方法包括统计描述,信度和效度分析、探索性因子分析、线性回归分析。

## 2 结果

### 2.1 医保机构的利益诉求

被调查人员对所有利益诉求的评分都较高,其中,得分最高的条目分别是提高信息化系统的智能化程度(4.43)、能加强对违反协议管理行为的监管(4.33)、提高医保基金的使用效率(4.29);得分最低的条目分别是医保专业人员数量增加(3.94)、促进医疗机构收治病人复杂程度提高(4.04)、促进医疗机构根据其功能定位拓展其业务范围(4.06)(表 1)。

表 1 医保机构在 DRG 支付改革下的诉求

序号	医保机构诉求	最小值	最大值	均值	标准差
1	医保制度建设能力提升	3	5	4.20	0.698
2	医保专业人员数量增加	2	5	3.94	0.838
3	医保专业队伍能力提升	2	5	4.20	0.759
4	医保基金风险评估及防范措施加强	2	5	4.25	0.736
5	提高医保基金的使用效率	2	5	4.29	0.788
6	提高信息化系统的智能化程度	2	5	4.43	0.696
7	能加强对违反协议管理行为的监管	3	5	4.33	0.634
8	进一步规范医疗行为	2	5	4.25	0.695
9	促进参保人群的权益得到保护	3	5	4.16	0.656
10	医保对患者疾病负担评估更加准确	1	5	4.17	0.727
11	医保对疾病的严重程度评估更加准确	3	5	4.28	0.684
12	医保对疾病的资源消耗评估更加准确	3	5	4.28	0.662
13	医保对疾病的治疗效果评估更加准确	3	5	4.22	0.639
14	促进医疗机构医疗安全	2	5	4.17	0.706
15	能加强对违规诊疗行为的监管	2	5	4.20	0.719
16	促进医方严格执行收费标准	2	5	4.17	0.663
17	促进分级诊疗服务体系形成	2	5	4.07	0.734
18	促进医疗机构质量提升	2	5	4.16	0.699
19	促进医疗机构效率提升	2	5	4.12	0.738
20	促进医疗机构收治病人复杂程度提高	1	5	4.04	0.794
21	促进医疗机构根据其功能定位拓展其业务范围	2	5	4.06	0.725
22	促进医方对疾病诊断的真实规范	2	5	4.19	0.625

## 2.2 医保机构诉求的探索性因子分析

对问卷条目进行探索性因子分析,因子分析适用性检验结果为  $KMO = 0.847$ , 巴特利特球形度检验  $\chi^2 = 1745.823, P < 0.001$ , 提示本数据适合因子

分析,随后采用主成分法确定抽取 4 个因子,采用方差最大正交旋转法进行因子旋转,方差累计贡献率达到 78.72%,得到因子分析的成分系数矩阵(表 2)。

表 2 医保机构在 DRG 支付改革下的诉求的因子分析

医保机构诉求	成分系数矩阵			
	1	2	3	4
促进医疗机构效率提升	0.862	0.231	0.211	0.245
促进医疗机构质量提升	0.841	0.347	0.040	0.280
促进医疗机构根据其功能定位拓展其业务范围	0.775	0.265	0.295	0.295
促进医疗机构收治病人复杂程度提高	0.693	0.174	0.023	0.500
促进分级诊疗服务体系形成	0.662	0.201	0.410	0.164
促进医疗机构医疗安全	0.662	0.306	0.458	0.110
促进医方对疾病诊断的真实规范	0.583	0.469	0.141	0.367
医保专业队伍能力提升	0.145	0.798	0.260	0.300
提高医保基金的使用效率	0.383	0.766	0.237	0.180
医保基金风险评估及防范措施加强	0.164	0.762	0.312	0.413
提高信息化系统的智能化程度	0.375	0.753	0.273	-0.015
医保专业人员数量增加	0.164	0.638	0.170	0.453
医保制度建设能力提升	0.463	0.625	0.244	0.047
医保对疾病的资源消耗评估更加准确	0.156	0.371	0.859	0.141

(续)

医保机构诉求	成分系数矩阵			
	1	2	3	4
医保对疾病的严重程度评估更加准确	0.108	0.385	0.814	0.126
医保对疾病的治疗效果评估更加准确	0.266	0.355	0.726	0.271
医保对患者疾病负担评估更加准确	0.216	0.018	0.699	0.443
能加强对违规诊疗行为的监管	0.320	0.285	0.296	0.700
促进参保人群的权益得到保护	0.233	0.371	0.314	0.678
进一步规范医疗行为	0.508	0.341	0.086	0.630
促进医方严格执行收费标准	0.439	0.008	0.426	0.625
能加强对违反协议管理行为的监管	0.330	0.417	0.214	0.520

注:提取方法为主成分分析法;旋转方法为凯撒正态化最大方差法,下同。

根据各因子的条目内容,将医保机构诉求的公因子分别命名为促进医疗机构服务能力提升、医保机构经办能力提升、医保机构的医疗评估能力提升、医保机构的监管能力提升四大类一级指标,其下包含 22 个二级指标,反映了医保机构的利益诉求。

### 2.3 医保机构的可能行为

医保机构人员对其机构行为的可能性进行评

分,得分最高的条目分别是调整 DRG 付费费率(4.29)、调整 DRG 病组权重(4.26)、对医院开展监督检查处(4.23)。得分最低的条目分别是制定支付规则时征求医方意见(4.00)、对医院进行绩效考核(4.14)、对容易降低入院标准的病组实行总额或点数法控制(4.17)、针对特殊病例协商独立支付(4.17)(表 3)。

表 3 医保机构在 DRG 支付改革下的机构行为得分

序号	医保机构行为	最小值	最大值	均值	标准差
1	调整按 DRG 病组付费的总额	2	5	4.20	0.797
2	调整 DRG 疾病分组	3	5	4.20	0.759
3	调整 DRG 病组权重	3	5	4.26	0.741
4	调整 DRG 付费费率	3	5	4.29	0.709
5	对医院进行绩效考核	3	5	4.14	0.713
6	对医院开展监督检查处	2	5	4.23	0.750
7	对容易降低入院标准的病组实行总额或点数法控制	2	5	4.17	0.785
8	针对特殊病例协商独立支付	2	5	4.17	0.804
9	制定支付规则时征求医方意见	2	5	4.00	0.924

### 2.4 医保机构行为的探索性因子分析

对医保机构行为的条目进行探索性因子分析,因子分析适用性检验结果为  $KMO = 0.889$ , 巴特利特球形度检验  $\chi^2 = 533.836$ ,  $P < 0.001$ , 提示本数据适合因子分析,随后采用主成分法确定抽取 3 个因子,采用方差最大正交旋转法进行因子旋转,方差累计贡献率为 83.39%,得到因子分析的和成分系数矩阵(表 4)。

根据各因子包含的内容,将医保机构行为的公因子分别命名为调整 DRG 政策、开展监督考核、与医方协商三大类一级指标,其下包含 9 个二级指标,反映了医保机构在开展 DRG 支付时不同的行为。

表 4 医保机构在 DRG 支付改革下的行为的因子分析

医保机构行为	成分系数矩阵		
	1	2	3
调整按 DRG 病组付费的总额	0.906	0.161	0.219
调整 DRG 付费费率	0.865	0.394	0.098
调整 DRG 病组权重	0.834	0.418	0.122
调整 DRG 疾病分组	0.825	0.382	0.253
对容易降低入院标准的病组实行总额或点数法控制	0.678	0.349	0.309
对医院进行绩效考核	0.348	0.834	0.227
对医院开展监督检查处	0.470	0.747	0.203
制定支付规则时征求医方意见	0.102	0.085	0.922
针对特殊病例协商独立支付	0.308	0.324	0.702

## 2.5 用线性回归模型寻找诉求和行为的关系

分别以医保机构行为的三个公因子为因变量,以医保机构利益诉求的四个公因子为自变量,通过绘制散点图和 Q-Q 图,判断自变量和因变量之间的关系,构建多重线性回归模型,筛选规则选择步进式。回归容忍度均大于 0.1,表明不存在多重共线性,由于因子得分是均数为 0,标准差为 1 的正态分布数据,数据具有等方差性和符合正态假设,且回归的标准化系数等于未标准化系数。

### 2.5.1 以“调整 DRG 政策”为因变量的模型

以“调整 DRG 政策”为因变量的模型具有统计学意义, $F=12.134, P<0.001$ ,调整  $R^2=0.359$ ,纳入

模型的 4 个自变量中,有 3 个自变量对“调整 DRG 政策”有统计学意义(表 5)。医保机构对“医保机构经办能力提升”的诉求每提升一个单位,则医保机构对“调整 DRG 政策”的行为的可能性增加 0.446 个单位;医保机构对“促进医疗机构服务能力提升”的诉求每提升一个单位,则医保机构对“调整 DRG 政策”的行为的可能性增加 0.338 个单位;医保机构对“医保机构的医疗评估能力提升”的诉求每提升一个单位,则医保机构对“调整 DRG 政策”的行为的可能性增加 0.214 个单位。通过标准化回归系数看到,“医保机构经办能力提升”的诉求对“调整 DRG 政策”的行为影响要更大。

表 5 以“调整 DRG 政策”为因变量的多重线性回归结果

	B	S. E	Beta	t	P
医保机构经办能力提升	0.446	0.099	0.446	4.493	<0.001
促进医疗机构服务能力提升	0.338	0.099	0.338	3.404	0.001
医保机构的医疗评估能力提升	0.214	0.099	0.214	2.150	0.035
常数项	0.000	0.099		0.000	1.000

### 2.5.2 以“开展监督考核”为因变量的模型

以“开展监督考核”为因变量的模型具有统计学意义, $F=6.444, P=0.003$ ,调整  $R^2=0.198$ ,纳入模型的 4 个自变量中,有 2 个自变量对“开展监督考核”有统计学意义(表 6)。医保机构对“促进医疗机构服务能力提升”的诉求每提升一个单位,则医保机构对“开

展监督考核”的行为的可能性增加 0.327 个单位;医保机构对“医保机构的监管能力提升”的诉求每提升一个单位,则医保机构对“开展监督考核”的行为的可能性增加 0.237 个单位。通过标准化回归系数看到,“促进医疗机构服务能力提升”的诉求对“开展监督考核”的行为影响要更大。

表 6 以“开展监督考核”为因变量的多重线性回归结果

	B	S. E	Beta	t	P
促进医疗机构服务能力提升	0.327	0.113	0.327	2.907	0.005
医保机构的监管能力提升	0.237	0.113	0.237	2.106	0.039
常数项	0.000	0.112		0.000	1.000

### 2.5.3 以“与医方协商”为因变量的模型

以“与医方协商”为因变量的模型具有统计学意义( $P=0.037$ ),纳入模型的 4 个自变量中,有 1 个自变量对“与医方协商”有统计学意义(表 7)。医保机

构对“医保机构的医疗评估能力提升”的诉求每提升一个单位,则医保机构对“与医方协商”的行为的可能性增加 0.251 个单位。

表 7 以“与医方协商”为因变量的多重线性回归结果

	B	S. E	Beta	t	P
医保机构的医疗评估能力提升	0.251	0.118	0.251	2.126	0.037
常数项	0.000	0.117		0.000	1.000

从回归分析可以看到医保机构不同的利益诉求对其机构行为的影响,特别需要注意的是某些利益诉求对特定行为无影响。如对“医保机构的监管能力提升”的诉求,并不会引起“调整 DRG 政策”的行为的可能性增加;对“医保机构经办能力提升”“医保机构的医疗评估能力提升”的诉求,并不会引起“开展监督考核”的行为的可能性增加;对“促进医疗机构服务能力提升”“医保机构经办能力提升”“医保机构的监管能力提升”的诉求,并不会引起“与医方协商”的行为的可能性增加。

### 3 讨论

#### 3.1 医保机构在 DRG 改革中的利益诉求主要集中于四个方面

医保机构的利益诉求包括促进医疗机构服务能力提升、医保机构经办能力提升、医保机构的医疗评估能力提升、医保机构的监管能力提升四个方面。

在促进医疗机构服务能力提升方面,医保机构在进一步规范医疗行为、促进医疗机构质量提升、促进分级诊疗、促进医疗机构效率提升等方面的诉求,跟既往研究类似<sup>[9, 10]</sup>,但本研究发现,医保机构在 DRG 支付能促进医疗机构根据其功能定位拓展其业务范围、DRG 支付促进医疗机构收治病人复杂程度提高、医保 DRG 支付更能体现医院的服务价值等方面等方面的诉求,在既往研究中未曾提及。可能的原因是,在既往按项目付费的制度下,医保部门缺少对医疗精细化评价的武器,只能以较为粗放的考核指标对医疗机构进行评价,不论是总额预付还是单病种的制度,对于医保来说,只是从费用总额或者费用结构上进行了考核,而对患者的实际情况和医方的医疗技术水平未能深入了解,无法顾及医疗机构的业务能力和价值。在 DRG 制度下,医保机构有了科学评价医疗机构的能力,也迫切希望能通过制度设计促进医疗机构服务能力的提升。

在医保机构经办能力提升方面,医保机构在提高信息化系统的智能化程度、医保基金风险评估及防范措施加强、提高医保基金的使用效率的诉求跟既往研究类似<sup>[11]</sup>,而本研究发现,医保机构也希望医保专业队伍能力提升、医保专业人员数量增加、医保制度建设能力提升,在既往研究中未曾提及。DRG 支付制度改革颠覆了传统的医保经办,需要医保机构更加了解

医疗业务内容,医保人员需要重新学习疾病分组、病案质量、费率计算等方面较为专业的内容,不断提高医保人员的素质,以适应新时代的变化。

在医保机构的医疗评估能力提升方面,尚未发现既往研究提及医保机构对疾病的资源消耗评估更加准确、医保对疾病的严重程度评估更加准确、医保对疾病的治疗效果评估更加准确等方面内容。在既往支付制度下,医保机构只能通过临床主要诊断、平均费用、平均住院日、总死亡率等平均值指标来粗略判断医院收治疾病的严重程度、医院的效率和医疗质量,由于平均值指标体系在科学性方面有所欠缺,往往与实际情况相差很大<sup>[1]</sup>,医方常常指责医保机构不专业,医保机构也不敢对医疗的专业行为进行过多评价。但在 DRG 支付制度下,医保机构通过疾病分组、疾病权重、医院 CMI 等指标对疾病有了更准确的划分,可以对医疗机构的服务内容进行准确判断<sup>[12, 13]</sup>,故而医保机构对医疗机构也会提出更高的要求。

在医保机构的监管能力提升方面,既往研究多提及严格执行收费标准、医保监督与检查更加有效、医保基金的安全性、医保基金使用的有效性<sup>[14]</sup>等方面,这与本研究的条目内涵相同,也证明了 DRG 改革中,医保机构对于提升监管能力的诉求会持续存在。

#### 3.2 DRG 改革下,医保机构的行为集中于三个方面

医保机构的行为集中于调整 DRG 政策、开展监督考核、与医方协商三个方面。在既往研究中,学者认为医保机构是付费改革的主要推动力量,会深度分析参与者利益的影响因素,权衡各方利益,完善相关制度安排和法律规范,加强监督与管理机制<sup>[15]</sup>,本研究结果与既往研究大致相同。

从具体行为来看,调整 DRG 付费费率得分最高,表明医保机构最有可能通过此行为来影响支付政策,这跟实际情况相符合,医保机构调整支付费率属于其内部的流程,是最容易实现的。“制定支付规则时征求医方意见”得分最低,表明医保机构采取该行为的可能性较低,说明了医保机构还没有认识到在 DRG 下与医方协商的重要性。从国外的经验来看,协商不够会导致两种情况的发生,一种医保机构在分组时过多依赖统计分析,而缺少临床依据,导致 DRG 分组不恰当。没有临床意义的分组使得疾病的具体内涵不清,导致医务人员无所适从。另一种是支付规则不符合临床需求,使临床医生无法获得合理利润,导致医生放弃某种技术或放弃对某种疾病

的治疗,故而在制定分组规则和支付规则时,医保机构征求临床医生的意见对于推动改革进程有着极其重要的作用。

### 3.3 医保机构的不同诉求对机构行为有较强的影响作用

本研究发现,医保机构的利益诉求决定了其政策执行时的重点方向。当医保机构的诉求主要集中于医保机构经办能力提升时,机构采取调整政策的可能性增加。当医保机构对促进医疗机构服务能力提升的诉求提升时,采取调整政策、监督考核的可能性增加。当医保机构对医保机构的医疗评估能力提升的诉求提升时,采取调整政策、与医方协商的可能性增加。当医保机构对医保机构的监管能力提升的诉求提升时,采取监督考核的可能性增加。这在既往研究中尚未发现类似结果。

学者赵斌通过研究国内多地的 DRG 试点情况,发现各地虽然都在试点 DRG 支付改革,但各地医保机构会根据当地医保基金收支、经济水平和医疗水平的实际情况来决定其政策执行的主要倾向。<sup>[16]</sup>通过本研究发现,医保机构的不同诉求对机构行为有较强的影响作用。通过了解医保机构的利益诉求来判断医保机构的政策行为方向成为可能,对于把握当地医保部门在 DRG 改革中的倾向提供了一个方法。

**作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。**

#### 参 考 文 献

[1] 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.

[2] Davis C K, Rhodes D J. The impact of DRGs on the cost and quality of health care in the United States [J]. Health Policy, 1988, 9(2): 117-131.

[3] Averil L R, Muldoon J, Vertrees J, et al. The Evolution of Casemix Measurement using diagnosis related groups (DRGs) [R]. 1998.

[4] 刘芬, 孟群. 某市 DRG 支付方式改革试点实践与成效评估 [J]. 中国卫生统计, 2018, 35(4): 491-495.

[5] 乐虹, 陶思羽, 殷晓旭, 等. 面向“三医”联动的三明医改管理体制及运行机制研究 [J]. 中国医院管理杂志, 2017, 33(4): 247-251.

[6] 方金鸣, 陶红兵. 基于博弈理论的 DRG 支付制度对医疗机构诊疗行为影响分析 [J]. 中国卫生经济, 2021, 40(3): 5-8.

[7] 张馨元, 韩优莉, 薄云鹊. 由后付制向预付制转变对医生行为影响的实验研究 [J]. 中国卫生经济, 2020, 39(4): 28-32.

[8] Cheng S H, Chen C C, Tsai S L. The Impacts of drg-based payments on health care provider behaviors under a universal coverage system: a population-based study [J]. Health Policy, 2012, 107(2~3): 202-208.

[9] 刘凤屏. 基于建立现代医院管理制度下公立医院利益相关者及其利益诉求的研究 [D]. 南昌: 江西财经大学, 2018.

[10] 赵宁. 契约式社区医疗服务的利益博弈与优化策略研究 [D]. 南昌: 南昌大学, 2018.

[11] 黄茜. 长沙市基本医疗保险支付方式改革研究 [D]. 长沙: 湖南大学, 2019.

[12] 郭默宁, 郑建鹏, 邓小虹. 北京市远郊区县中心医院住院服务绩效评价 [J]. 中华医院管理杂志, 2011, 27(11): 873-876.

[13] 杜圣普, 金昌晓, 周瑞, 等. DRGs 病例组合指数在医院绩效考核中的应用研究 [J]. 中华医院管理杂志, 2011, 27(11): 876-878.

[14] 贺睿博. 整合型支付对县域连续性服务作用机制研究 [D]. 武汉: 华中科技大学, 2019.

[15] 薛秦香, 苏敏, 石福妹. 新农合单病种定额付费中的利益相关者分析 [J]. 中国医学伦理学, 2015, 28(6): 902-904.

[16] 赵斌. 中国原生的 DRGs 系统——病种(组)分值结算 [M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2019.

[收稿日期:2021-09-02 修回日期:2021-10-12]  
(编辑 赵晓娟)