

## ·综述·

按病种付费在医院医疗管理及服务绩效评价中的应用现状<sup>▲</sup>

李文强 莫夏丽 李振洪 唐毓林

广西医科大学附属民族医院医务部,南宁市 530000

**【提要】** 按病种付费(DRGs)最初用于支付制度改革,随着DRGs支付管理逐渐成熟,DRGs应用范围也逐渐扩大。本文查阅了1980年以来的相关专著、文献,从DRGs起源及发展,以及在医院医疗管理、方面的应用进展进行综述,希望DRGs医疗服务评价指标能更好地融入医疗质量管理体系,对现有的医疗体系补充完善,以提升医疗服务质量和能力,实现医院高质量发展。

**【关键词】** 疾病诊断相关分组;医疗管理;绩效评价;评价指标;综述

**【中图分类号】** R 197.32 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1673-7768(2024)01-0078-05

由于各医院收治患者数量、病例类型、患者个体特征不同,使得各医疗服务提供者的医疗质量和技术水平的横向比较较为困难。传统的评价体系难以客观、准确地评价多样化的<sup>[1]</sup>医疗服务产出。按病种付费(diagnosis related groups, DRGs)实质是一种病例组合<sup>[2]</sup>,将临床过程或资源消耗相似的病例纳入一组,同组的病例直接比较,不同组的病例通过权重调整后再比较治疗结果(此过程为风险调整)<sup>[3]</sup>。DRG最初应用于医疗卫生机构收付费用和医保费用结算,后来逐步应用于医疗服务提供者之间医疗服务产出的评估,可较好地解决医疗服务产出在医院、科室、医疗组横向比较困难的问题。本文就DRGs起源及发展、在医院医疗管理方面的应用进行综述。

## 1 DRGs的起源和发展

20世纪60年代末,美国耶鲁大学开始研究DRGs<sup>[4]</sup>。因医疗经济逐渐加重,1983年美国实施了以DRGs为基础的针对老年医保患者的预定额付费制度(diagnosis related groups- prospective payment system, DRGs-PPS),随后西方工业国家开始实施DRGs支付改革,以减轻医疗经济负担。自20世纪80年代末,北京市医院管理研究所牵头北京地区10家三级综合医院开展我国首个大规模DRGs研究<sup>[5]</sup>,分析了医疗服务产出等相关指标,探索提高医疗服务质量的方法。此后因信息化程度不高、缺乏相关电子数据等因素,我国再未出现大规模DRGs研究。

二十一世纪初,为保障医疗保险基金的有效利用,控制医疗费用的不合理增长,胡牧团队在美国所有病人按病种付费(all patient diagnosis related groups, AP-DRGs)和澳大利亚澳大利亚细化诊断相关分组(Australia refined diagnosis related groups, AR-DRGs)的基础上,开展了对DRGs分组器的模仿和验证工作,为DRGs的本土化奠定基础<sup>[6-8]</sup>。同时,医疗机构信息化开始发展,特别是病案首页信息化解决了DRGs研发的难题,我国DRGs研究和应用得到迅猛发展。自2018年以来,政府政策推动导向明显。2018年12月,国家医保局启动DRGs付费试点报名工作,从理论研究、小范围实践过渡到国家层面全面实施DRGs工作。2019年5月,国家医保局等相关部委联合提出分步骤、分阶段完成DRGs支付改革工作,同时整合国内各DRGs版本,形成全国性的DRGs医保版,为付费改革工作铺垫。2019年6月国家医保局确定30个DRG付费国家试点城市,2020年试点城市全部进行模拟运行,2021年全国全面启动DRGs付费<sup>[9]</sup>。

## 2 DRG在医院及服务绩效评价中的应用

**2.1 改进病案首页数据质量** 病案首页是DRG基础信息、三级公立医院绩效考核、三级医院评审等各类评审、评估数据的重要来源<sup>[10-13]</sup>。李文强等<sup>[14]</sup>认为,病案首页数据,特别是其中的诊断、手术操作、患者个性特征等是进行DRGs的依据,而分组决定了权重费用,牵扯到医院、患者、医保各方利益,凸显了病案首页数据的重要性。袁向东等<sup>[15]</sup>认为,虽然病案首页填报数据质量较好,但不同单位的病案系统及疾病分类、手术操作分类代码版本不一致,造成卫健

▲基金项目:广西壮族自治区卫生健康委员会计划课题(Z20200423)

通信作者:唐毓林

委或医保局接收到的数据信息出现丢失或偏差,导致病例分错组或不能入组,故必须确保病案首页数据符合上报标准。康娅等<sup>[16]</sup>通过DRGs分组器查找、分析缺陷病案,提升入组率,研究结果认为DRGs分组器作为病案首页缺陷查找工具,可以有效地提升病案首页数据的填写质量。因此DRGs的实施可让医疗机构主动或被动地采取各项措施提升病案首页数据的填写质量和上报质量。

**2.2 推动临床路径与DRGs协同互补** 临床路径,是指对某些疾病,以循证医学证据和指南为指导,以规范诊疗行为和控制医疗成本为目的,制定有严格工作顺序和时间的程序化、标准化的诊疗方案<sup>[17-18]</sup>,同时也是医疗质量管理工具<sup>[19]</sup>。(1)DRGs控制医疗成本:在项目付费制度下,临床路径制定者会面临一定的道德风险,部分医疗机构开展临床路径可能更多的是为了完成卫健委下达的临床路径覆盖率指标,缺乏内在动力。在DRGs定额支付条件下和规范诊疗、确保医疗质量的前提下,临床路径制定者向DRGs标准额度靠拢,削减非必要的服务项目,提供性价比高的“经济套餐”<sup>[20]</sup>。(2)DRGs规范临床路径诊疗行为:在DRGs条件下,有研究通过访谈或数据分析发现,过度压缩成本有引发医疗质量下降的风险,可能导致患者舒适度降低、疗效不佳、再次入院概率增大等<sup>[21-22]</sup>。临床路径可纠正DRGs可能出现的过度控费,从而影响医疗质量的问题。李超等<sup>[23]</sup>对比DRGs病组中入组(观察组)与未入组(对照组)临床路径的相关指标,认为临床路径作为医疗质量管理工具,可规范诊疗行为,以确保医疗质量。因此,临床路径与DRGs支付作为管理工具,可以互相配合互相促进<sup>[24-25]</sup>,在合理控费的同时规范诊疗行为,避免因过度控费而影响医疗质量。

**2.3 门诊医疗服务能力的评价** DRGs支付改革有效地遏制住院费用不合理上涨后,可能会出现医疗机构将住院费用转嫁到门诊的风险<sup>[26]</sup>,研究出一种适合门诊支付的工具显得较为迫切。美国引进门诊病例分组系统(ambulatory patient groups, APG),以控制门诊医疗费用的增长<sup>[27]</sup>。国内已在地方试点APG付费,如浙江省金华市实施医保门诊按人头包干结合APG点数法付费<sup>[28]</sup>,制定了门诊服务能力指标、门诊效率指标、门诊安全指标等,使实施绩效评价进一步科学、合理,提升门诊病案首页、门诊病历书写质量。傅新巧等<sup>[29]</sup>、张玉海等<sup>[30]</sup>研究一定时期内的门急诊病例,认为开展门诊病例组合评价、分析门诊医师接诊能力具有可行性。由此可以预见在全国实施

DRGs改革成熟后,APG会成为医改方向之一。

**2.4 提高医院医疗服务质量** 传统的医院评价指标主要包括平均住院日、平均住院费用、死亡率等,但是各医院收治患者的类型、疾病的复杂严重程度各不相同。级别越高、知名度越高、医疗技术越好的医院,传统的评价指标可能会越“难看”,较难客观地在医院之间进行横向比较分析,因此基于传统的指标评价医院的医疗服务质量有一定局限性。而DRGs通过病例组合指数(case-mix index, CMI)进行病组风险调整,不仅考虑到疾病类型和复杂严重程度,也考虑到治疗方式和患者个体特征。因此将DRGs指标纳入现有的医疗质量考核体系,完善现有体系对医疗服务提供者的横向、纵向比较分析,实施有效的干预,可发挥医疗质量管理作用。实际应用中,可以将DRGs三个维度的评价指标继续细化分解,使其更加贴合医疗实际,如浙江省医保局于2023年3月16日发布《浙江省基本医疗保险DRGs点数付费评价暂行办法(征求意见稿)》,新增费效系数(相当于CMI标化的费用消耗指数)、药品消耗指数、耗材消耗指数、CMI标化的平均住院日、CMI标化的住院均次费用、零风险组等<sup>[31]</sup>。涂晓贤等<sup>[32]</sup>对本院不同年份的DRGs纵向数据进行对比分析,认为该方法有助于解决各职能主管部门协调运转不畅的问题,推动各职能科室联动,形成合力共同提升医疗质量。于鲁明等<sup>[33]</sup>、郭默宁等<sup>[34]</sup>通过DRGs评价指标,实现区域内不同医疗机构住院服务绩效横向对比,发现DRGs评价结果与传统评价结果有出入,分析认为DRGs评价指标更加客观。范宏茜<sup>[35]</sup>、石艺等<sup>[36]</sup>将DRGs工具运用到区域内的各医疗机构评价,有助于各医疗机构发现客观存在的问题,精准实施干预措施,提升医疗服务质量。在医院层面应用DRGs可以使医院在公益性、内涵质量管理水平、核心竞争力等方面同步得到提高,推动医院高质量发展,发挥公立医院的作用。

**2.5 助推临床科室的学科发展** 基于DRGs的评价指标也可用于比较临床科室、学科间的医疗服务质量,原理与医院间的比较基本一致。各临床科室的传统质控考核指标,如平均住院时间、病床周转率、病床使用率、危重抢救成功率等指标常常参照本科室近三年均值制定,没有考虑各科室间病种和诊疗方式的难易程度;对指标控制较好的临床科室,有鞭赶快牛的嫌疑,使临床科室质疑指标的公平性和科学性。而DRGs评价指标则较好地反映了各临床科室服务能力,如DRGs组数反映了临床科室、学科医

疗技术服务的广度,组内病例数反映了病种优势,有助于了解专业学科的优劣势。CMI反映了临床科室、学科收治疑难危重病例的收治情况,其他传统指标可以引入CMI进行校正,如费用消耗指数、时间消耗指数可以评价临床科室服务效率,以控制治疗同类疾病所花费用和时间。张会会等<sup>[37]</sup>以心血管内科建设为例,认为DRGs评价能推动学科病组结构调整,提升学科能力,应将DRGs评价体系纳入学科建设评价体系。何国斌等<sup>[38]</sup>对院内各临床学科DRGs指标进行分析、排名,明确各学科优势病组及业务发展情况,以DRGs评价体系为指挥棒,引导各学科从“数量取胜”向“质量取胜”转变。使用DRGs可以使可视的数据分析更加科学和全面,同时还能保证评价工作更合理。另外,分析科室数据可以了解哪一学科是就诊率最高的,从而发展该学科,还能找到自身发展中存在的问题,并及时解决,提高科室的效率、质量。

**2.6 调动主诊医师团队积极性** 主诊医师下的医疗组是医院医疗管理的最小组织单位,做好医疗组的管理,对于提高医疗机构的医疗质量、服务水平、医疗技术能力意义重大。医院主管部门通过DRGs指标对各医师组进行评价,能相对客观地反映各团队的医疗质量,找出薄弱环节并有针对性地采取有效措施,实施精细化管理,持续改进医疗质量。吴少玮等<sup>[39]</sup>、杨敏等<sup>[40]</sup>认为将DRGs难度、效率指标与医师组绩效挂钩,有助于调动医师组收治复杂疑难病例的积极性,医师组技术能力得到较大提升。王颖倩等<sup>[41]</sup>基于DRGs工具构建主诊医师团队的评价体系,既做好医疗成本的管控,又改善了团队的医疗质量。DRGs在主诊医师团队的评价应用是精细化管理的体现,使主诊医师团队的医疗质量考核更加合理、客观,可有效地调动主诊医师团队的积极性,为医院的发展提供持续动力。

**2.7 有效应对各类督导、考核、评审** 近来,国家卫健委在各类考核、评审中逐渐引入DRGs评价指标。国家《三级医院评审标准(2022年版)》明确引入组数、CMI、时间指数、费用指数、低风险组患者住院死亡数等作为医疗服务能力和医院质量的指标。为进一步推动公立医院高质量发展,国家医政司印发《公立医院高质量发展评价指标(试行)》,将低风险组病例死亡率、RW值、CMI值等作为医疗质量指数的重要指标;将时间消耗指数、费用消耗指数作为医疗服务效能评价指标<sup>[42]</sup>。国家三级公立医院绩效考核低风险组病例是运用DRGs分组器测算产生,抗菌药物使用强度、医疗服务收入占医疗收入比例、住院次均

费用增幅等指标均引入CMI值进行校正;三级公立医院绩效考核国家监测分析将组数作为诊疗服务范围,将CMI值作为疑难重症诊疗能力进行评价分析<sup>[43]</sup>。一般情况下,为迎接上级主管部门的评审、检查,医院会准备大量数据、材料;上级主管部门需要检查组、评审组到医院现场查看,核实材料真实性,双方均耗费了大量的时间、人力、物资资源,无法对医疗机构进行日常监测。而基于DRGs系统的病案首页可以成为医疗日常监测,其数据及评价更客观,具有可持续性。国家卫健委推动将DRGs工具融入现有考核体系的工作,是对现有考核体系的补充完善,能更客观、科学地反映医疗机构的真实情况,更好地提升医院医疗质量。

### 3 不足与对策

**3.1 不足** (1)DRGs应用受信息化水平的影响。DRGs的应用对医疗机构信息化水平提出了较高要求,需要将医疗服务与信息化技术深度融合。政府主管部门应用DRGs工具评价各医疗机构已较为普遍,但部分医院因经费或管理层重视不足,医院信息化程度不高,限制了DRGs在医院内部的应用,医院内部的评价尚未普及。(2)DRGs在实际执行过程中有“变形”的报告。网络曾经发酵“住院15天必须出院”的谣言<sup>[44]</sup>,表明在DRGs应用的背景下,临床科室和医师承受较大的指标考核和“亏损”压力,部分条例在执行过程中扭曲变形。

**3.2 对策** (1)提升医院管理者对信息化的认识水平,加大信息化建设力度。信息化水平是DRGs应用<sup>[45]</sup>、精益化管理、高质量发展的基础,提升医院管理者信息化认识水平,使医院重视信息化建设。加大信息化建设力度,并不只是加大经费投入以购买DRGs系统,更需要将DRGs信息体系融入现有信息体系,将信息技术与医疗业务深度融合。在DRGs信息体系建设全过程中,需要医务、质控、病案、信息、医保、财务、设备等各主管部门与临床科室互相配合,根据全院各科室分工分别进行多次培训,完善数据流程,规范数据填写,加强数据质控,让信息化技术满足DRGs管理的实际需求。陈彩霞等<sup>[46]</sup>认为,需要建立前置审核反馈机制开展督导、培训工作,规范数据源管理,确保DRGs指数与医院实际情况相符。周海龙等<sup>[47]</sup>认为,在现有信息系统基础上改造,实现DRGs平台与医院各信息系统的融合、互联互通,达到信息共享与业务协作的目的。蔡颀<sup>[48]</sup>的实践经验是,应在DRGs系统建设的全过程中对各岗位人员多

次开展 DRGs 信息化培训,以确保 DRGs 系统符合医院个性化需要并得到有效的运用。(2)继续细化支付政策及完善支付方式。医保部门和医院在制定 DRGs 相关政策或评价时,应多考虑各方面的情况,细化考核指标及支付政策,针对不同患者的特征区别对待。如浙江省医保局于 2023 年 3 月发布《浙江省基本医疗保险 DRGs 点数付费评价暂行办法(征求意见稿)》<sup>[31]</sup>,同一疾病结算后的功能障碍者转康复治疗 and 肿瘤患者转放化疗治疗不列为分解住院,将 DRGs 应用的相关政策更加细化,更贴近医疗规律;同时医保支付方式应更加灵活,以适应各患者不同的病情和实际情况。谭清立等<sup>[49]</sup>研究指出,按项目付费更有利于疾病严重程度较高的患者,DRGs/病种分值付费(diagnosis-intervention packet, DIP)更有利于疾病严重程度较低的患者,应对支付方式进行完善,项目付费和 DRGs/DIP 付费可以互相配合使用。

#### 4 展望

DRGs 支付方式改革自 2021 年开始在全国全面铺开,公立医院的绩效考核日益深化。新冠疫情后,国家卫生主管部门出台公立医院高质量发展政策,公立医院面临前所未有的挑战和机遇,政府运用 DRGs 工具对医疗机构实施管理将成为日常,医疗机构务必实施精细化、精益化的管理,寻求信息技术和数据手段运用 DRGs,实现不同医疗服务提供者之间的纵向、横向比较分析,发现差距、薄弱点,提质增效。同时也可以预见,待全国住院 DRGs 支付改革成熟后,门诊 APG 将会成为下一个改革方向,两者共同推动医疗机构高质量发展。

#### 参 考 文 献

- [1] Bala MV, Zarkin GA. Application of cost-effectiveness analysis to multiple products: a practical guide[J]. *Am J Manag Care*, 2002, 8(3): 211-218.
- [2] Roger France FH. Case mix use in 25 countries: a migration success but international comparisons failure[J]. *Int J Med Inform*, 2003, 70(2/3): 215-219.
- [3] Iezzoni LI. Risk adjustment for measuring health care outcomes[M]. 3rd ed. Chicago, Ill.: Health Administration Press, 2003.
- [4] Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, et al. Case mix definition by diagnosis-related groups[J]. *Med Care*, 1980, 18(2 Suppl): iii, 1-iii, 53.
- [5] 黄慧英. 诊断相关分类法在北京地区医院管理中的可行性研究[J]. *中华医院管理杂志*, 1994, 10(3): 131-136, 149.
- [6] 何凡, 沈毅, 刘碧瑶, 等. 浙江省住院病人病例组合研究[J]. *中华医院管理杂志*, 2006(7): 460-464.
- [7] 王少利, 胡牧, 杨芳, 等. 北京三所三甲医院循环系统住院病人 DRGs 分组及质量评价[J]. *中国医院*, 2006, 10(7): 33-37.
- [8] 徐勇勇, 张音, 潘峰, 等. 基于我国病案首页的病例组合方案与病例组合指数[J]. *中华医院管理杂志*, 2001, 17(1): 34-36.
- [9] 国家医保局, 财政部, 国家卫生健康委, 等. 关于印发按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知(医保发〔2019〕34号)[EB/OL]. [2019-05-21]. [https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2019-10/12/content\\_5438769.htm](https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2019-10/12/content_5438769.htm).
- [10] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见(国办发〔2019〕4号)[EB/OL]. [2019-01-30]. [https://www.gov.cn/zhengce/content/2019-01/30/content\\_5362266.htm](https://www.gov.cn/zhengce/content/2019-01/30/content_5362266.htm).
- [11] 国家卫生健康委办公厅, 国家中医药局办公室. 关于启动 2019 年全国三级公立医院绩效考核有关工作的通知(国卫办医函〔2019〕371号)[EB/OL]. [https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2019-09/16/content\\_5430153.htm](https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2019-09/16/content_5430153.htm).
- [12] 国家卫生健康委办公厅. 关于印发国家三级公立医院绩效考核操作手册(2019版)的通知(国卫办医函〔2019〕492号)[EB/OL]. <http://www.nhc.gov.cn/cms-search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id=63feeb5dae7c4125a06d31f3600c0bc8>.
- [13] 国家卫生健康委. 关于印发《三级医院评审标准(2022年版)》及其实施细则的通知(国卫医政发〔2022〕31号)[EB/OL]. [https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-12/18/content\\_5732583.htm](https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-12/18/content_5732583.htm).
- [14] 李文强, 危华冰, 莫夏丽, 等. 住院病案首页主要诊断及主要手术填写的质量改进[J]. *中国病案*, 2020, 21(9): 8-10.
- [15] 袁向东, 旋妮玲, 陈志添, 等. 基于 DRGs 的住院病案首页数据质量改进实践探索[J]. *中国医院管理*, 2019, 39(3): 42-43.
- [16] 康娅, 闫学丽, 杨晓雨, 等. DRG 付费体制助力病案首页质量控制[J]. *现代医院*, 2021, 21(12): 1883-1885.
- [17] 张潘, 冯佳佳, 张瑜, 等. 我国公立医院临床路径开展及管理情况分析[J]. *中国医院管理*, 2019, 39(2): 41-43.
- [18] 姚红, 魏东海, 叶广锋, 等. 临床路径试点观察: 病种选择、平均住院日、平均住院费用: 大学附属医院实施临床路径试点调查分析[J]. *中国医院*, 2012, 16(3): 36-39.
- [19] 国家卫生和计划生育委员会. 医疗质量管理实施办法[EB/OL]. <http://www.nhc.gov.cn/wjw/c100022/202201/922894b1072d4a8a91249407fea2471e.shtml>.
- [20] 杨棋, 庚硕, 刘瑾, 等. 公立医院 RBRVS 与 DRG 管理工具结合应用的思考: 基于绩效管理视角[J]. *卫生经济研究*, 2021, 38(3): 57-58, 62.
- [21] 范晓琪, 宋多, 王智帆, 等. DRG 付费对医生行为和医疗质量的影响研究: 以踝关节和脊柱融合术为例[J]. *中国卫生质量管理*, 2022, 29(8): 46-49.
- [22] Zhao CR, Wang C, Shen CW, et al. Diagnosis-related

- group (DRG)-based case-mix funding system, a promising alternative for fee for service payment in China[J]. *Biosci Trends*, 2018, 12(2): 109-115.
- [23] 李超, 窦婧婧, 宋景晨, 等. DRGs-PPS 付费下临床路径在合理控费中的重要作用[J]. *中国病案*, 2020, 21(9): 43-46.
- [24] 田帝, 周典, 周苑, 等. 临床路径管理与 DRG 支付方式改革协同关系研究[J]. *中国医院管理*, 2022, 42(10): 13-17.
- [25] 莫夏丽, 黄鹏, 李红, 等. 基于疾病诊断相关分类付费的临床路径研究应用概述[J]. *内科*, 2021, 16(4): 504-506, 516.
- [26] 廖藏宜. 后 DRG 时代门诊医保付费方式的改革趋势[J]. *中国人力资源社会保障*, 2021(4): 59.
- [27] New York State Department of Health. Ambulatory patient Groups (APGs)--Ambulatory Care Payment Reform[EB/OL]. [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/rates/apg/](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/rates/apg/).
- [28] 金华市医疗保障局, 金华市财政局, 金华市卫生健康委员会. 金华市医疗保障局 金华市财政局 金华市卫生健康委员会关于印发金华市基本医疗保险门诊付费办法(试行)的通知(金医保发(2020)86号)[EB/OL]. [http://ybj.jinhua.gov.cn/art/2020/12/28/art\\_1229154580\\_1715133.html](http://ybj.jinhua.gov.cn/art/2020/12/28/art_1229154580_1715133.html).
- [29] 傅新巧, 袁莉, 万杰, 等. DRGs 原理在门诊医疗服务能力评价中的应用[J]. *现代医院*, 2020, 20(3): 344-346.
- [30] 张玉海, 徐勇勇, 刘丽华, 等. 门诊病人治疗与处置的病例组合研究[J]. *中华医院管理杂志*, 2001, 17(10): 591-593.
- [31] 浙江省医疗保障局. 关于公开征求《浙江省基本医疗保险 DRGs 点数付费评价暂行办法(征求意见稿)》意见建议的通知[EB/OL]. [http://ybj.zj.gov.cn/art/2023/3/16/art\\_1229228999\\_46943.html](http://ybj.zj.gov.cn/art/2023/3/16/art_1229228999_46943.html).
- [32] 涂晓贤, 杨菁, 胡志坚, 等. 基于职能 MDT 理念的 DRG 绩效评价体系构建[J]. *中国卫生标准管理*, 2022, 13(19): 58-63.
- [33] 于鲁明, 谷水, 王文凤, 等. 基于诊断相关组的北京地区部分医院主要疾病住院服务绩效评价[J]. *中华医院管理杂志*, 2015(7): 509-515.
- [34] 郭默宁, 刘婉如, 仇叶龙, 等. 2014 年北京市基于 DRGs 的住院医疗服务绩效评价方法与应用[J]. *中华医院管理杂志*, 2015, 31(11): 840-842.
- [35] 范宏茜. 基于 DRG 的医院绩效评价及医疗服务质量分析[J]. *医学信息*, 2021, 34(7): 31-34.
- [36] 石艺, 忻红玉, 刘海云, 等. 云南省三级医院基于 DRGs 的医疗服务绩效评价研究[J]. *中华医院管理杂志*, 2014, 30(3): 217-220.
- [37] 张会会, 焦婷婷, 韩玲, 等. DRG 评价方法在综合医院学科能力建设中的应用研究[J]. *中国数字医学*, 2020, 15(6): 118-120.
- [38] 何国斌, 郭佳奕, 袁坚列, 等. 基于 DRG 的临床学科高质量发展运营分析[J]. *中国医院*, 2023, 27(5): 9-12.
- [39] 吴少玮, 余晓云, 贺哲, 等. 主治医师负责制下医疗组管理制度的实施策略与思考[J]. *中国医院管理*, 2022, 42(1): 57-59, 63.
- [40] 杨敏. DRG 管理思路下主治医师组医疗服务评价指标体系研究[D]. 广州: 南方医科大学, 2020.
- [41] 王颖倩, 汤小波, 何纪毅, 等. 基于 DRGs 平台的主诊医师团队医疗质量评价研究[J]. *中国卫生质量管理*, 2019, 26(2): 36-39.
- [42] 国家卫生健康委办公厅, 国家中医药管理局办公室. 关于印发公立医院高质量发展评价指标(试行)的通知(国卫办医发(2022)9号)[EB/OL]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3594q/202207/3324136282364655baa64f6e84fe0792.shtml>.
- [43] 国家卫生健康委办公厅. 关于 2021 年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析情况的通报(国卫办医函(2022)386号)[EB/OL]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3594q/202212/f40bfe4606eb4b1d8e7c82b1473df9ae.shtml>.
- [44] 国家医疗保障局. 国家医疗保障局对十三届全国人大五次会议第 6976 号建议的答复(医保函(2022)253号)[EB/OL]. (2023-03-04)[2023-04-15]. [http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/3/4/art\\_110\\_10232.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/3/4/art_110_10232.html).
- [45] 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.
- [46] 陈彩霞, 罗湘, 熊昊天, 等. 信息源数据规范管理在 DRG 实践中的应用[J]. *中国卫生经济*, 2022, 41(1): 76-79.
- [47] 周海龙, 王贺男, 江芹, 等. C-DRG 数据信息流程及信息系统建设探索[J]. *中国卫生经济*, 2021, 40(4): 24-26.
- [48] 蔡颀. DRG 收付费改革下医院信息化支撑实践总结[J]. *中国卫生经济*, 2022, 41(1): 68-71.
- [49] 谭清立, 刘思妍, 柳丹玲, 等. 按病种分值付费对医生行为的影响: 基于实验经济学[J]. *中国卫生政策研究*, 2021, 14(9): 14-19.
- (收稿日期: 2023-04-27 修回日期: 2023-12-11)
- 引用本文: 李文强, 莫夏丽, 李振洪, 等. 按病种付费在医院医疗管理及服务绩效评价中的应用现状[J]. *内科*, 2024, 19(1): 78-82.
- DOI: 10.16121/j.cnki.cn45-1347/r.2024.01.15