

DRG点数付费对县域医共体建设效果的影响分析*

陆贝茵^①, 张涛^{①②}, 王小合^{①②}

摘要 目的:评价DRG点数付费对县域医共体建设效果的影响,以期为县域医共体建设提供依据。方法:选取金华市4个县域医共体和6家市级医院为研究样本,收集医疗服务量、医疗费用负担、医疗收入结构方面的数据,通过指数平滑法预测各测量指标2018—2020年的预测值,运用“投射—实施后”对比分析法比较政策实施前后各级医院测量指标的变化。结果:2019年县级医院平均门急诊量差异度为13.75%,乡镇卫生院平均出院量的差异度为23.08%;2020年县级医院、乡镇卫生院的出院患者平均医药费用差异度分别为-8.59%和-13.92%;2020年县级医院卫生材料收入占医疗收入的比例差异度为-24.86%。结论:DRG点数付费增加了县域内患者的就诊量、降低了住院费用,并优化了县级医院的收入结构,但县域内患者“趋高就医”的问题依然突出、对市级医院的控费效果也不明显,且药品耗材占比仍然较高。建议后续持续完善DRG点数付费的不足之处,强化医保支付方式在县域医共体建设中的引导性作用。

关键词 按疾病诊断相关分组;医保支付方式改革;县域医共体

中图分类号 R1-9; R197 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2022)11-0028-05

The Influence of DRG Point Payment on the Construction Effect of County Medical Alliance/LU Bei-yin, ZHANG Tao, WANG Xiao-he//Chinese Health Economics, 2022,41(11):28-32

Abstract Objective: It evaluates the effects of DRG point payment scheme on the construction of county medical alliance, in order to provide evidence for the construction and improvement of medical alliance. **Methods:** A total of 4 county medical alliances and 6 municipal hospitals in Jinhua were selected to collect data on medical service volume, cost burden and income structure. The predicted values of each measurement index from 2018 to 2020 were obtained through the exponential smoothing method. The comparative analysis method of “projection-after implementation” was used to compare the changes of measurement indexes of hospitals at all levels before and after the implementation of the policy. **Results:** In 2019, the difference in the average number of outpatient and emergency patients in county-level hospitals was 13.75%, and the difference in the average number of discharged patients in township hospitals was 23.08%. In 2020, the differences of average hospitalization expenses in county-level hospitals and township hospitals were -8.59% and -13.92%, respectively. In 2020, the proportion difference of sanitary materials in county-level hospitals was -24.86%. **Conclusion:** DRG point payment has increased the number of patients in the county, reduced hospitalization costs, and optimized the income structure of county-level hospitals. However, county-level patients' higher medical treatment is still prominent, the effect of cost control on municipal hospitals is not obvious, and the proportion of drugs and consumables is still large. It is recommended to continue to improve the DRG point payment scheme design and strengthen the guiding role of medical insurance payment scheme in the construction of county medical alliance and improve relevant supporting measures.

Keywords Diagnosis Related Groups; medical insurance payment reform; county medical alliance

First-author's address Department of Health Management and Policy, School of Public Health, Hangzhou Normal University, Hangzhou, 311121, China

Corresponding author ZHANG Tao, E-mail: lucky1230405@163.com

2017年,《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》(国办发〔2017〕32号)提出,探索县乡一体化管理模式三级联动的县域医疗服务体系。近年来,我国在县域医共体建设和实践上取得了一定的成效^[1],但仍然存在医疗服务行为不规范、牵头医院医疗费用增长过快、县域外就诊人数多等问题^[2]。为了更好地推进县域医共体建设,充分发

挥医保支付方式的杠杆作用,一些地区开始探索县域医共体按人头总额预付,从而促进分级诊疗格局的形成,但同时也存在推诿患者、医疗服务质量难以保障等问题^[3]。

2017年,《关于印发进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》(浙人社发〔2017〕108号)提出,积极探索点数法与按疾病诊断相关分组相结合付费。浙江省金华市创新性地将DRG付费与点数法付费相结合,形成了DRG点数付费。该付费方式根据预算总额和总点数确定实际价值进行费用拨付;经过一段时间的试点和过渡,2018年金华市的县域医共体实施按DRG点数付费。本研究以金华市县域医共体DRG点数付费为政策背景,评价该付费方式对县域医共体建设效果的影响,并分析其不足之处,以期为县域医共体的建设和完善提供参考。

* 基金项目:国家自然科学基金项目(71974050);杭州师范大学科研启动项目(4265C50221204120)。

① 杭州师范大学公共卫生学院卫生管理与政策系

杭州 311121

② “杭州师范大学——卫生健康科技创新与发展战略”浙江省软科学研究基地

杭州 311121

作者简介:陆贝茵(1998—),女,硕士在读;研究方向:医疗卫生政策与管理;E-mail: lubeyin1016@163.com。

通信作者:张涛, E-mail: lucky1230405@163.com。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究采用典型抽样的方式,选取金华市4个县域医共体(6家县级医院、22个乡镇卫生院)作为研究样本。另外,为了进一步分析对比县域医共体内外医疗服务量和医疗费用负担的变化情况,本研究采用目的抽样的方式选取了金华市6家市属综合医院作为对比样本。本研究采用自制的调查表,对样本医疗机构的医疗服务量、医疗费用负担、医疗收入结构方面的数据进行收集。其中,医共体内部医疗机构收集到2013—2020年的数据,市级医院收集到2015—2020年的数据。

1.2 指标筛选

基于数据的可得性和既往的研究结果^[4],本研究从医疗服务量、医疗费用负担、医疗收入结构3个维度评价DRG点数付费对县域医共体建设的影响。本研究在医疗服务量方面,选择平均门急诊量、平均出院量反映县域就诊服务量的变化情况;在医疗费用负担方面,选择每门急诊人次平均收费水平、出院患者平均医药费用来衡量医疗机构费用控制和患者就医负担的变化;在医疗收入结构方面,选择药品收入占医疗收入比例、卫生材料收入占医疗收入的比例两项指标。

1.3 统计分析方法

首先,本研究利用所收集到的各家医疗机构的医疗服务量、医疗费用负担、医疗收入结构相关指标的时间序列数据,为了直观简明地反映数据的一般情况和平均水平,将收集到的各样本医疗机构数据按市级医院、县级医院、乡镇卫生院分别取平均值;其次,采用指数平滑法对各测量指标进行预测;最后,运用“投射—实施后”对比分析法比较预测值与实际值的差异,从而判定政策产生的效果。

1.3.1 指数平滑法。指数平滑法是通过计算指数平滑值,对预测对象既往的时间数值进行加权平均,配合一定的时间序列模型,对现象的未来进行预测的一种方法^[5]。本研究采用指数平滑法,使用2013—2017年的

时间序列数据得到2018—2020年各指标的预测值;采用SPSS 20.0进行统计分析,运用指数平滑预测模型进行拟合分析,通过比较 R^2 确定最优模型^[6-7]。

1.3.2 “投射—实施后”对比分析法。“投射—实施后”对比分析法是将DRG点数付费政策实施前指标的变化投射到未来的某一时间点,将投射的结果与实际结果相比较得到其差值,差值即反映该政策的实施效果^[8-10]。本研究将2018年作为政策实施时间节点,政策实施后(2018—2020年)的数据作为验证数据,并将其与预测数据进行对比,采用差异度衡量政策的实施效果,差异度的计算公式如下:差异度=(实际值-预测值)/预测值 $\times 100\%$ 。

2 结果

2.1 总体情况

2.1.1 县域医共体各测量指标的变化情况。对于县级医院,在医疗服务量方面,2013—2019年金华市4个县域医共体内6家县级医院的平均门急诊量呈上升态势,2019年达到最高值,但在2020年显著下降;2013—2019年平均出院量一直逐年递增,2019—2020年有所下降。从医疗费用负担来看,每门急诊人次平均收费水平从170.33元增长至272.46元,一直呈现平稳增长的态势;出院患者平均医药费用总体上不断上升,在2019年略有下降。在收入结构方面,药品收入占医疗收入比例一直呈下降态势,2020年达到最低值;卫生材料收入占医疗收入的比例呈现波动变化,维持在8%~11%之间,2018年达到最高值后有所下降(表1)。

由于数据的可获得性,金华市4个县域医共体内22个乡镇卫生院仅收集到2013—2020年的平均门急诊量、平均出院量、出院患者平均医药费用3个指标。22个乡镇卫生院在2013—2019年平均门急诊量和平均出院量一直呈上升趋势,平均门急诊量增长较为平稳,平均出院量在2017年之后增长速度较快,但两者均在2019—2020年出现了显著性下降。出院患者平均医药费用总体上呈上升趋势,2017年以后变化趋于平稳(表2)。

表1 2013—2020年金华市医共体内县级医院各评价指标情况

| 年份 | 医疗服务量 | | 医疗费用负担 | | 医疗收入结构 | |
|------|----------------|---------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------------|
| | 平均门急诊量 (人次) | 平均出院量 (人次) | 每门急诊人次 平均收费水平 (元) | 出院患者平均 医药费用 (元) | 药品收入占医疗 收入的比例 (%) | 卫生材料收入占医 疗收入的比例 (%) |
| 2013 | 344 519.00 | 9 832.83 | 170.33 | 6 984.44 | 41.59 | |
| 2014 | 377 011.17 | 10 770.17 | 178.10 | 7 182.25 | 40.24 | |
| 2015 | 382 050.83 | 11 062.83 | 189.82 | 7 492.60 | 38.16 | 8.60 |
| 2016 | 358 359.00 | 11 657.33 | 204.28 | 8 020.66 | 36.52 | 9.85 |
| 2017 | 393 342.83 | 12 147.17 | 222.29 | 8 238.62 | 35.41 | 10.22 |
| 2018 | 416 889.33 | 12 971.67 | 231.58 | 8 577.75 | 34.01 | 10.72 |
| 2019 | 457 675.67 | 14 327.67 | 256.57 | 8 331.28 | 33.57 | 10.15 |
| 2020 | 377 243.67 | 13 084.33 | 272.46 | 8 625.21 | 31.26 | 10.10 |

注:2013—2014年卫生材料收入占医疗收入的比例数据缺失。

表2 2013—2020年金华市医共体内乡镇卫生院各评价指标情况

| 年份 | 平均门急诊量(人次) | 平均出院量(人次) | 出院患者平均医药费用(元) |
|------|------------|-----------|---------------|
| 2013 | 248 001.83 | 618.00 | 2 841.09 |
| 2014 | 295 253.17 | 634.83 | 2 996.79 |
| 2015 | 309 755.67 | 644.17 | 2 962.47 |
| 2016 | 326 362.00 | 713.67 | 3 256.43 |
| 2017 | 342 726.67 | 727.67 | 3 888.91 |
| 2018 | 376 418.83 | 823.50 | 3 846.15 |
| 2019 | 398 000.17 | 979.17 | 4 097.18 |
| 2020 | 356 273.83 | 857.67 | 3 866.96 |

2.1.2 市级医院各测量指标的变化情况。在医疗服务量方面,金华市6家市级医院的平均门急诊量和平均出院量在2015—2019年均呈上升趋势,但在2019—2020年显著性下降。对于医疗费用负担方面,2015—2020年每门急诊人次平均收费水平逐年增长,从234.97元增长至325.91元;出院患者平均医药费用呈现波动增加的趋势。从医疗收入结构上来看,2015—2020年药品收入占医疗收的比例从36.72%降至29.31%,总体呈下降态势;2015—2019年卫生材料收入占医疗收入的比例平稳下降,2020年略有回升(表3)。

表3 2015—2020年金华市市级医院各指标变化情况

| 年份 | 医疗服务量 | | 医疗费用负担 | | 医疗收入结构 | |
|------|------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|-------------------|
| | 平均门急诊量(人次) | 平均出院量(人次) | 每门急诊人次平均收费水平(元) | 出院患者平均医药费用(元) | 药品收入占医疗收入的比例(%) | 卫生材料收入占医疗收入的比例(%) |
| 2015 | 668 892.17 | 28 182.00 | 234.97 | 10 582.19 | 36.72 | 13.05 |
| 2016 | 668 070.50 | 31 698.83 | 250.35 | 10 426.30 | 34.12 | 12.58 |
| 2017 | 682 306.17 | 34 240.00 | 266.85 | 10 399.29 | 32.12 | 12.24 |
| 2018 | 713 173.50 | 37 601.50 | 283.92 | 10 318.50 | 32.40 | 11.97 |
| 2019 | 771 817.50 | 40 611.17 | 295.07 | 10 543.41 | 31.75 | 11.04 |
| 2020 | 716 415.50 | 34 912.50 | 325.91 | 11 194.11 | 29.31 | 11.28 |

注:由于市级医院数据统计口径变化,故本研究仅收集2015—2020年数据。

表4 医疗服务量在各级医院的“投射—实施后”对比分析结果

| 医疗服务量及医院级别 | 2018年 | | | 2019年 | | | 2020年 | | |
|------------|------------|------------|--------|------------|------------|--------|------------|------------|--------|
| | 实际值(人次) | 预测值(人次) | 差异度(%) | 实际值(人次) | 预测值(人次) | 差异度(%) | 实际值(人次) | 预测值(人次) | 差异度(%) |
| 平均门急诊量 | | | | | | | | | |
| 市级医院 | 713 173.50 | 686 187.51 | 3.93 | 771 817.50 | 693 037.57 | 11.37 | 716 415.50 | 699 956.01 | 2.35 |
| 县级医院 | 416 889.33 | 393 804.62 | 5.86 | 457 675.67 | 402 335.94 | 13.75 | 377 243.67 | 411 052.08 | -8.22 |
| 乡镇卫生院 | 376 418.83 | 377 095.32 | -0.18 | 398 000.17 | 406 402.72 | -2.07 | 356 273.83 | 437 987.86 | -18.66 |
| 平均出院量 | | | | | | | | | |
| 市级医院 | 37 601.50 | 37 932.29 | -0.87 | 40 611.17 | 41 815.36 | -2.88 | 34 912.50 | 46 095.92 | -24.26 |
| 县级医院 | 12 971.67 | 12 843.17 | 1.00 | 14 327.67 | 13 504.69 | 6.09 | 13 084.33 | 14 200.28 | -7.86 |
| 乡镇卫生院 | 823.50 | 761.01 | 8.21 | 979.17 | 795.57 | 23.08 | 857.67 | 831.71 | 3.12 |

2.2 DRG点数付费政策“投射—实施后”对比分析

假设DRG点数付费政策不存在的情况下,采用指数平滑法对2018—2020年金华市县级医院、乡镇卫生院以及市级医院的各指标进行预测。并运用该方法的预测结果与实际结果计算差异度,差异度为正时,表示实际值大于预测值;差异度为负时,表示实际值小于预测值。

2.2.1 医疗服务量。研究结果显示,2018—2019年县级医院的平均门急诊量差异度最大,2019年达到13.75%,市级医院和乡镇卫生院的平均门急诊量变化与DRG点数付费实施前几乎吻合。该现象表明县级医院留住了更多的县域内门急诊患者。各级医院的平均出院量总体上均呈上升态势,但从差异度上来看,县级医院平均出院量增长幅度较市级医院明显,乡镇卫生院在2018—2019年的平均出院量迅速增长,差异度分别达到了8.21%和23.08%,则可以认为DRG点数付费实施后县域内住院服务量显著提高(表4)。

2.2.2 医疗费用负担。从差异度上来看,2018—2020年市级医院和县级医院的门诊收费水平略有改善,但变化均不明显。2018年以后市级医院出院患者平均医药费用显著增加,2020年差异度达到10.67%;县级医院出院患者平均医药费用增速有所放缓,差异度为负,2020年为-8.59%;乡镇卫生院出院患者平均医药

费用在2018—2019年变化较为平稳，但在2020年差异度达到-13.92%。这可以认为县域内患者的费用负担有所改善（表5）。

2.2.3 医疗收入结构。总体上来看，药品收入占医疗收比例呈下降趋势，2019—2020年市级、县级医院药品收入占医疗收入的比例差异度均为正值，则说明DRG点数付费实施后未能显著降低医院的药品收入占医疗收入的比例。卫生材料收入占医疗收入的比例总体呈下降趋势，2018—2020年县级医院下降幅度明显，差异度分别为-5.15%、-17.59%、-24.86%；市级医院在DRG点数付费实施前后未有显著性变化（表6）。

3 讨论与建议

3.1 DRG点数付费提高了县域内患者的就诊量，但“趋高就医”的问题依然突出

本研究结果显示，DRG点数付费实施后医共体内医疗机构留住了更多的县域内患者，这主要表现在2013—2019年医共体内各级医院医疗服务量增长明显，与市级医院相比，县级医院的患者数量明显增长，乡镇卫生院住院患者数量也显著增加，这与张振等^[11]的研究结果一致。究其原因，主要是由于DRG点数付费通过“同城、同病、同价”调节了不同级别医

院收治患者的行为。2019—2020年各级医院的医疗服务量出现了显著性下降，这可能与2020年新冠肺炎疫情对医院的经济运行带来一定的冲击有关^[12]。本研究发现，乡镇卫生院平均门急诊量没有明显的趋势性变化，而市级医院平均门急诊量仍然居高不下，患者“趋高就医”的现象依然突出，一方面与市级医院在医疗资源、医疗人才等因素产生“虹吸效应”有关；另一方面表明DRG点数付费尚未有效从需方层面调节患者不合理就医行为，导致分级诊疗的效果有限。建议后续进一步强化DRG点数付费在医共体建设中的引导作用：一是调整不同级别医院的病种点数计分规则，适当降低三级医院轻症患者的计分权重系数，重点考核三级医院的CMI，促使患者合理分流；二是建立健全对医共体医保基金总额预算管理以及“结余留用、超支合理分担”的结算机制，驱使医共体成员单位分工协作，将患者留在基层医疗机构；三是探索基于家庭医生签约服务模式的按人头付费，激励医共体成员单位开展以居民健康为中心的整合型健康服务。

3.2 DRG点数付费降低了县域内患者住院费用，但对市级医院控费效果不明显

DRG点数付费是在总额预算下，主要住院医疗服

表5 医疗费用负担在各级医院的“投射—实施后”对比分析结果

| 医疗费用 负担及医 院级别 | 2018年 | | | 2019年 | | | 2020年 | | |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 实际值 (元) | 预测值 (元) | 差异度 (%) | 实际值 (元) | 预测值 (元) | 差异度 (%) | 实际值 (元) | 预测值 (元) | 差异度 (%) |
| 每门急诊人均 收费水平 | | | | | | | | | |
| 市级医院 | 283.92 | 284.37 | -0.16 | 295.07 | 303.05 | -2.63 | 325.91 | 322.95 | -0.92 |
| 县级医院 | 231.58 | 241.92 | -4.27 | 256.57 | 263.40 | -2.59 | 272.46 | 287.00 | -5.06 |
| 出院患者平均 医药费用 | | | | | | | | | |
| 市级医院 | 10 318.50 | 10 292.94 | 0.25 | 10 543.41 | 10 203.67 | 3.33 | 11 194.11 | 10 115.17 | 10.67 |
| 县级医院 | 8 577.75 | 8 639.06 | -0.71 | 8 331.28 | 9 028.46 | -7.72 | 8 625.21 | 9 435.40 | -8.59 |
| 乡镇卫生院 | 3 846.15 | 3 897.06 | -1.31 | 4 097.18 | 4 184.22 | -2.08 | 3 866.96 | 4 492.54 | -13.92 |

表6 医疗收入结构在各级医院的“投射—实施后”对比分析结果

| 医疗收入结构 及医院级别 | 2018年 | | | 2019年 | | | 2020年 | | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|
| | 实际值 | 预测值 | 差异度 | 实际值 | 预测值 | 差异度 | 实际值 | 预测值 | 差异度 |
| 药品收入占医疗 收入的比例 | | | | | | | | | |
| 市级医院 | 32.40 | 31.30 | 3.51 | 31.75 | 29.73 | 6.79 | 29.31 | 28.23 | 3.83 |
| 县级医院 | 34.01 | 33.82 | 0.55 | 33.57 | 32.44 | 3.48 | 31.26 | 31.11 | 0.48 |
| 卫生材料收入占 医疗收入的比例 | | | | | | | | | |
| 市级医院 | 11.97 | 11.84 | 1.10 | 11.04 | 11.47 | -3.75 | 11.28 | 11.11 | 1.53 |
| 县级医院 | 10.72 | 11.30 | -5.15 | 10.15 | 12.32 | -17.59 | 10.10 | 13.44 | -24.86 |

务按疾病诊断相关组付费、长期慢性病住院服务按床日付费等，之后根据其预算总额和总点数确定实际价值进行费用拨付。金华市县域医共体通过DRG点数付费，充分发挥了医保支付方式的杠杆作用。本研究发 现，DRG点数付费降低了县级医院和乡镇卫生院的人均住院费用，一定程度上改善了患者的费用负担，而市级医院的人均住院费用并未得到显著控制，这与苏岱等^[13]的研究结果一致，可能是由于实施DRG点数付费后，县域医共体对患者起到了分流作用，通过转诊到市级医院就诊的患者病情复杂程度提高，进而导致消耗了更多的医疗卫生资源^[14]，同时医务人员可能将住院患者的病情向更高支付标准的疾病诊断相关组进行了转移，出现了“低码高编”现象，提高了费用支出^[15]。因此后续需持续完善DRG点数付费政策，最大程度地规避“低码高编”行为：一是简化诊断入组流程，清晰界定每个疾病诊断组的入组标准及边界、诊断编码的变动和调整诊断编码需有病程记录并定期审查^[15]；二是提高医务人员对“低码高编”行为的认识，定期组织培训，树立规范诊疗行为的意识；三是完善智能监管系统，借助信息化手段在医疗服务决策过程中对医务人员予以提示，促进规范医疗。此外，本研究还发现，DRG点数付费对门诊费用控费效果不明显，目前在DRG基础上结合点数付费方式的实施对象仅为住院医疗服务，未涉及门诊医疗服务，因此未来需进一步探索适用于门诊医疗服务的支付方式。

3.3 DRG点数付费实施后县级医院收入结构有所改善，但药品耗材占比仍处高位

本研究结果显示，DRG点数付费实施后县级医院收入结构有所优化，主要表现在2018年后县级医院卫生材料收入占比显著下降，县级医院进一步降低了耗材的虚高价格，一定程度上减轻了患者的就医负担，这与胡佳等^[16]的研究结果一致，可能是由于DRG通过定额预付，控制了医疗服务过程中的不合理费用；而DRG点数付费并未显著降低医院的药品收入占比，可能的原因是：药品收入占比作为当前公立医院改革的重要指标，在2018年之前就已经出现了显著的趋势性变化，而在2018年之后的变化并不明显^[17]。降低药品耗材占比是破除“以药补医”机制和推进公立医院高质量发展的重要指标，可以有效地为医疗服务收入腾出空间^[18]。根据《浙江省推动公立医院高质量发展实施方案》（浙政办发〔2021〕74号）的文件要求，2025年医疗服务收入占比应达到35%以上。金华市在县域医共体建设的过程中，药品耗材结构虽有所优化，但其占比仍然较大，建议后续进一步控制药品耗材占比：一是以慢性病、常见病为重点，推进药品耗材集中带量采购常态化、制度化，优先使用中选的药品和耗材，将采购和使用中选的药品和耗材情况纳入绩效考

核、并作为医保资金拨付的重要依据；二是调整医疗服务价格，提高技术劳务价值高的医疗服务项目价格，持续降低药品和高值医用耗材的价格水平，推动医院收支结构的不断优化。

参 考 文 献

- [1] 牛亚冬, 张亮. 县域医共体的发展现状与问题分析[J]. 中国卫生经济, 2020,39(2):22-25.
- [2] 陈雯, 李锦汤, 李萍. 广东省阳西县紧密型县域医共体医保支付方式改革分析评价[J]. 中国医疗保险, 2021(10):51-55.
- [3] 张源, 谭卉妍, 吴洋, 等. 我国基本医疗保险支付方式存在的突出问题及对策[J]. 中国卫生经济, 2015,34(3):23-25.
- [4] 农圣, 黄二丹, 江蒙喜, 等. 医保打包支付与医共体协同改革监测指标体系的逻辑关系分析[J]. 中国卫生经济, 2021,40(7):33-36.
- [5] 张博文. 选取SPSS中较优指数平滑预测模型的研究——以日照港为实例[J]. 商, 2015(2):236.
- [6] 马赫, 尹文强, 吴倩倩, 等. 关于“全面二孩”政策实施效果的研究——基于指数平滑法和“投射——实施后”对比分析法[J]. 卫生软科学, 2019,33(5):21-25.
- [7] 孙葵, 尹文强, 黄冬梅, 等. 分级诊疗制度下乡镇卫生院医疗服务承载力分析[J]. 中国卫生经济, 2018,37(4):57-60.
- [8] 郝模. 卫生政策学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [9] 高奇隆, 孙雪珊, 魏景明, 等. 义乌市完善职工医保个人账户政策效果的评价研究——基于“投射—实施后”对比分析法[J]. 中国卫生政策研究, 2019,12(10):8-14.
- [10] 张权宇, 杨玉洁, 李星, 等. 北京医耗联动综合改革的效率与可及性评价[J]. 中国卫生政策研究, 2021,14(1):24-28.
- [11] 张振, 李祥飞, 龚超. 我国部分地区紧密型县域医共体内医保支付方式改革效果研究[J]. 卫生软科学, 2022,36(6):74-80.
- [12] 肖志明, 冯鲜妮, 刘桂林, 等. 新冠肺炎疫情对医院主要业务指标的影响及应对策略探讨[J]. 现代医院, 2021,21(12):1907-1909.
- [13] 苏岱, 李浩淼, 陈迎春, 等. 三明市公立医院支付方式改革效果评价[J]. 中华医院管理杂志, 2017,33(4):271-274.
- [14] 袁波英, 林凯, 董恒进. 县域医共体建设对县级公立医院运行的影响——以浙江省为例[J]. 中国医院管理, 2020,40(2):26-29.
- [15] 李浩, 陶红兵. 基于诊断编码信息传递环节构建低码高编风险因素分析框架综述[J]. 中国卫生经济, 2021,40(12):31-36.
- [16] 胡佳, 朱晓丽, 郑英, 等. 福建省尤溪县医保支付方式改革及效果研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019,12(5):25-31.
- [17] 胡广宇, 刘立煌, 吴世超, 等. 基于间断时间序列分析的DRG-PPS改革效果研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019,12(10):23-28.
- [18] 朱磊, 鲁惠颖. 医药价格联动改革对公立医院收入结构的影响分析[J]. 医院管理论坛, 2021,38(4):9-12.

[收稿日期: 2022-08-16] (编辑: 彭博)