

口腔专科医院CHS-DRG模拟运行下 特色手术病例费用分析

吴易欣^①, 施祖东^①, 丁建芬^①, 宋颖^①, 王晓颖^①

摘要 目的:分析比较口腔专科医院DRG模拟运行中采用口腔颌面部游离/带蒂组织瓣移植修复术的入组病例的费用情况,为后续完善优化CHS-DRG分组方案提供参考依据。方法:选取北京市某三级甲等口腔专科医院2021年1月—2022年3月CHS-DRG模拟运行入组“DA1头颈恶性肿瘤大手术”“DG1腮腺及其他唾液腺手术”“DG2颅/面骨手术”的住院患者病案信息及DRG模拟运行数据。结果:3个组内行口腔颌面部游离/带蒂组织瓣移植修复术的费用明显高于未行口腔颌面部游离/带蒂组织瓣移植修复术的费用,差异有统计学意义($P<0.001$);以是否行口腔颌面部游离/带蒂组织瓣移植修复术为依据再次分组后,各细分组CV均降低且趋近于0,提示可按此规则分组。结论:以口腔颌面部游离/带蒂组织瓣移植修复术的手术术式作为分组依据,不限制主要诊断,独立设立DRG组,提高权重系数,重新测算支付标准。

关键词 按疾病诊断相关分组;口腔专科医院;医疗费用;游离组织瓣移植修复术;带蒂组织瓣移植修复术

中图分类号 R1-9; R197 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2022)11-0033-05

Cost Analysis of CHS-DRG Simulated Cases of Specila Operation in a Dental Hospital/WU Yi-xin, SHI Zu-dong, DING Jian-fen, et al./Chinese Health Economics, 2022,41(11):33-36,41

Abstract Objective: To analyze the costs of the enrolled cases using free oral and maxillofacial/pedicled tissue flap transplantation and repair in the DRG simulation operation of a stomatology hospital, so as to provide a reference for the subsequent improvement and optimization of the CHS-DRG grouping scheme. **Methods:** Selected from January 2021 to March 2022 in the target tertiary first-class stomatology specialist hospital in Beijing, CHS-DRG simulation operation was included in the “DA1 head and neck malignant tumor major surgery”, “DG1 parotid and other salivary gland surgery”, “DG2 cranial/facial surgery”, “Bone Surgery” inpatient medical record information and DRG simulation operation data. **Results:** In the three groups, the cost of “flap surgery group” was significantly higher than that of “no flap surgery group”, and the difference was statistically significant ($P<0.001$); the coefficients of variation after subdivided groups based on whether conduct the oral and maxillofacial free/pedicled tissue flap transplantation were decreased and tended to be 0, prompts can be grouped by this rule. **Conclusion:** Based on the surgical procedures of free or pedicled tissue flap transplantation and repair in the oral and maxillofacial region, the DRG group was established independently without limiting the main diagnosis, the weight coefficient was increased, and the payment standard was recalculated.

Keywords Diagnosis Related Groups; stomatological hospital; medical cost; transplantation of maxillofacial free tissue flap; transplantation of maxillofacial pedicled tissue flap

First-author's address Peking University and Hospital of Stomatology, Beijing, 100081, China

2009年3月,我国医药卫生体制改革的纲领性文件《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》出台,其中明确要求探索按病种付费方式改革。2019年,国家医疗保障局发布《关于印发疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点技术规范 and 分组方案的通知》(医保办发〔2019〕36号),标志着DRG支付方式改革在国家层面上全面启动。按照《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》(医保发〔2021〕48号)的相关要求,北京市医疗保障局发布《北京市医疗保障局关于开展国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)付费改革工作有关问题的通知》(京医保发〔2022〕10号)。该文件要求北京市2022年3月模拟运行中的66家医疗机构开始实际付费,逐步将医保支付方式改革向

纵深推进。同时,该文件指出,分组方案覆盖376个核心疾病诊断相关组(adjacent diagnosis related groups, ADRG),通过数据验证与临床经验确定696个DRG细分组,其中647组实行实际付费,其余病组继续实行数据模拟运行。中医科、口腔科住院费用暂不纳入实际付费范围,继续实行数据模拟运行,说明目前CHS-DRG分组方案应用于口腔专业的实际支付体系尚不完善,分组规则尚不能适应口腔专业特色,需要数据支撑来进一步探讨论证。

1 CHS-DRG整体病例入组情况

本研究选取的北京市1家三级甲等口腔专科医院为样本医院,于2021年1月1日起实施模拟运行CHS-DRG。2021年1月—2022年3月研究期间样本医院共纳入DRG模拟运行病例2188例,其中入组病例2115例,未入组病例73例,入组率为96.67%。CHS-DRG入组病例覆盖47个ADRG组,其中外科组14组、操作组1组、内科组32组。入组病例中,外科组

① 北京大学口腔医院 北京 100081

作者简介:吴易欣(1986—),女,硕士学位,助理研究员;研究方向:医疗保险、医疗价格;E-mail:464851707@qq.com。

1 874 例，占比为 88.61%；操作组 17 例，占比为 0.80%；内科组 225 例，占比为 10.64%。接近 90% 的病例入组外科组，且主要分布在 5 个核心分组内，说明样本医院接诊患者病种较为集中、病例较多，加以数据分析有助于了解各组间及组内的差异，详见表 1。

表1 外科组各ADRG组入组情况及超支付标准比例

ADRG 编码	ADRG 名称	病例数 (例)	超支付标准比例 (%)
BB2	除创伤之外的其他开颅术	1	84.87
BJ1	神经系统其他手术	6	21.20
BY1	颅脑损伤	1	96.90
CZ1	其他眼部疾患	1	89.86
DA1	头颈恶性肿瘤大手术	304	-26.67
DB1	恶性肿瘤之外的头颈大手术	6	56.75
DB3	唇、腭裂修补术	128	29.10
DC2	耳部其他小手术	7	-31.18
DD1	鼻成型术	27	29.50
DD2	鼻腔、鼻窦手术	8	-14.47
DE1	咽、喉、气管手术	20	-122.91
DG1	腮腺及其他唾液腺手术	438	12.01
DG2	颌/面骨手术	675	-4.62
DJ1	头颈、耳、鼻、咽、口其他手术	252	2.23

注：超支付标准比例 = [(住院费用中位数 - 该组支付标准) / 支标标准] × 100%。

根据表 1 可知，入组病例数最多的前 3 个 ADRG 组分别为 DG2 组、DG1 组、DA1 组，在病例数超 100 例 ADRG 组中一些入组病例实际结算费用低于该组的支付标准，从而导致该组整体超支付标准较多，以 DA1 组、DG2 组为代表。本研究初步分析入组 DA1 组病例亏损较严重的原因可能与组内病例费用差异较大，部分行游离/带蒂组织瓣移植修复术引发住院时间较长，住院费用较高有关。

鉴于口腔专业还未实施 DRG 实际付费，游离/带蒂组织瓣移植修复术可体现口腔专业特色，经临床医师筛选发现 DA1 组、DG1 组和 DG2 组内行口腔颌面部游离/带蒂组织瓣移植修复术的病例较多，故本研究选取样本医院具有代表性的 DA1 组、DG1 组、DG2 组为研究对象，分析其患者的住院费用情况，比较 CHS-DRG 组内及组间的费用差异，旨在为后续 CHS-DRG 在口腔专业地推行应用提供实证参考。

2 资料与方法

2.1 资料来源

本研究资料来源于样本医院 2021 年 1 月—2022 年 3 月入组 DA1 组、DG1 组、DG2 组所有患者的 CHS-DRG 模拟运行结果及病案首页信息数据。

本研究以住院患者是否行口腔颌面部游离/带蒂组织瓣移植修复术（以下统称行皮瓣术）为依据，组内

再细分组并编码，手术编码规则以行皮瓣术为依据，主要包括编码为 86.70、86.71、86.72、86.74、26.49 的手术操作，各组行皮瓣术的分别编码为 DA1.1 组、DG1.1 组、DG2.1 组，其余病例对应编码为 DA1.0 组、DG1.0 组、DG2.0 组。

本研究将病案首页医疗费用信息进行分类：手术用一次性医用材料费、检查用一次性医用材料费、治疗用一次性医用材料费、介入用一次性医用材料费归入材料费，监护及辅助呼吸设备费、输氧费、麻醉费归入麻醉费，手术费、病理费等独立分类。

由于目前 DRG 支付标准是剔除高于医保基础标准费用的，鉴于本研究样本医院存在特需床位费，为了数据的公平性及准确性，下述文中住院患者病例的总费用为剔除床位费之后的总费用。

2.2 研究方法

使用 SPSS 22.0 统计软件，分别对病例进行组内及组间的费用差异比较，由于费用不满足正态分布，故使用中位数对数据进行描述，采用 Wilcoxon 秩和检验进行统计分析， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 行皮瓣术组与未行皮瓣术组的住院天数及关键费用指标比较分析

3.1.1 DA1 组入组患者数及费用情况。DA1 组共入组 304 例患者，住院费用中位数为 22 120.15 元。其中 DA1.0 组入组 173 例患者，占比为 56.91%，住院费用中位数为 13 024.05 元；DA1.1 组入组 131 例患者，占比为 43.09%，住院费用中位数为 65 973.44 元。DA1.1 组的平均住院日为 11.80 天，较 DA1.0 组多 4 天。在费用构成方面，DA1.1 组的总费用、手术费、材料费等各项费用均明显高于 DA1.0 组，且差异均有统计学意义 ($P < 0.001$)。DA1 全组内的 CV 为 0.84，按照是否行皮瓣术分组后，DA1.0 组的 CV 为 0.59；DA1.1 组的 CV 为 0.38，CV 减少，提示组内差异缩小，详见表 2。

3.1.2 DG1 组入组患者数及费用情况。DG1 组共入组 438 例患者，住院费用中位数为 8 501.76 元。其中 DG1.0 组入组 423 例患者，占比为 96.57%，住院费用中位数为 8 295.44 元；DG1.1 组入组 15 例患者，占比为 3.42%，住院费用中位数为 77 034.50 元，该组行皮瓣术的患者例数较少，但与 DA1.1 组相比总费用绝对值相差不大。DG1.1 组平均住院日为 12.60 天，较 DG1.0 组多 8.00 天，差异有统计学意义 ($P < 0.001$)。在费用构成方面，DG1.1 组的总费用、手术费、材料费等各项费用均明显高于 DG1.0 组，且差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。DG1 全组内 CV 为 1.19，CV 大于 1 表明组内差异性较大。按照是否行皮瓣术分组后，DG1.0 组、DA1.1 组的 CV 均小于 1，提示组内细分具可行性，详见表 3。

3.1.3 DG2 组入组患者数及费用情况。DG2 组共入组

表2 DA1组部分住院关键指标情况

组别	病例数(例)	住院天数(日)	住院费用中位数(元)	手术费中位数(元)	材料费中位数(元)	病理费中位数(元)	CV
DA1	304	8.80	22 120.15	6 832.95	5 186.67	2 060.00	0.84
DA1.0	173	6.50	13 024.05	4 098.40	2 842.32	1 530.00	0.59
DA1.1	131	11.80	65 973.44	30 072.20	18 910.69	2 550.00	0.38
Z		-11.901	-14.506	-14.517	-13.829	-6.549	
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

表3 DG1组部分住院关键指标情况

组别	病例数(例)	住院天数(日)	住院费用中位数(元)	手术费中位数(元)	材料费中位数(元)	病理费中位数(元)	CV
DG1	438	4.70	8 501.76	1 868.80	2 234.33	460.00	1.19
DG1.0	423	4.40	8 295.44	1 822.80	2 173.32	460.00	0.39
DG1.1	15	12.60	77 034.50	31 081.30	26 572.44	530.00	0.22
Z		-6.651	-6.583	-6.672	-6.510	-2.433	
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.015	

675例患者,住院费用中位数为11 019.68元。其中DG2.0组入组656例患者,占比为97.19%,住院费用中位数为10 934.63元;DG2.1组入组19例患者,占比为2.81%,住院费用中位数为59 766.07元,与DG1.1组相似。该组行皮瓣术的患者例数较少,但费用绝对值相差不大。DG2.1组平均住院日为10.80天,较DG2.0组多6天,差异有统计学意义($P<0.001$)。在费用构成方面,DG2.1组的住院费用、手术费、材料费等各项费用均明显高于DG2.0组,且差异均有统计学意义($P<0.001$)。DG2全组内的CV为0.82,按照是否行皮瓣术分组后,DG2.0组、DA2.1组的CV降低,提示组内细分具有可行性,详见表4。

3.2 行皮瓣术组的组间比较分析

由于3个ADRG组行皮瓣术病例的住院总费用构成具有相似性,故对3个ADRG组行皮瓣术患者的住院总费用进行组间比较。本研究共纳入行皮瓣术患者165例,分别纳入DA1.1组131例、DG1.1组15例、DG2.1组19例,可看出各组内行皮瓣术住院总费用相近,3组间CV差异较小,见表5。

4 讨论及分析

4.1 DRG组内行皮瓣术组与未行皮瓣术组的对比分析

结合研究结果得出:3个行皮瓣术组(DA1.1组、DG1.1组、DG2.1组)住院总费用明显高于组内未行皮瓣术组(DA1.0组、DG1.0组、DG2.0组),差异具有统计学意义($P<0.01$);从费用构成上来看,手术费、材

料费、病理费同样高于组内未行皮瓣术组,且差异均有统计学意义($P<0.01$)。究其原因有两点:一是与需行皮瓣术病例的口腔临床治疗特色直接相关。口腔颌面部获得性缺损与重建是口腔颌面外科专业的常见疾病。该病主要由各种疾病或损伤引起的口腔颌面部畸形或组织缺损,导致严重的功能障碍和外貌缺陷,需通过手术的方式对颌面部进行修复重建以达到缺损修复及功能恢复的目的^[1]。口腔颌面部游离/带蒂组织瓣移植修复术是治疗该病的主要手段,应用最多的是自体组织移植,临床上根据口腔颌面部缺损的部位、范围及大小等因素选择自体组织皮瓣供区,常见供区部位包括大腿、小腿、前臂、胸部等。对于病损切除彻底、复发相对较少、有重要器官外露以及受区和供区条件合适的患者需行即刻整复,涉及带蒂皮瓣移植的还需行血管吻合重建手术以确保移植皮瓣成活。对于部分恶性肿瘤转移可能性大的病例还需行颈淋巴清扫术以确保手术效果,降低复发风险。口腔颌面部游离/带蒂组织瓣移植修复术属于难度较大、风险较高、术式复杂的手术类型,根据临床实践经验此类手术普遍时间均在3个小时以上。行皮瓣术的患者绝大多数是受区与供区手术同时进行,参与手术的医务人员人力投入增加,术中资源消耗增多,并且术后皮瓣成活情况的监测与护理均增加了护理和治疗的成本,直接导致了行皮瓣术患者整体住院天数增加以及住院费用增长。二是与2019年北京市医耗联动综合改革手术项目

表4 DG2组部分住院关键指标情况

组别	病例数(例)	住院天数(日)	住院费用中位数(元)	手术费中位数(元)	材料费中位数(元)	病理费中位数(元)	CV
DG2	675	4.90	11 019.68	4 697.80	2 294.14	280.00	0.82
DG2.0	656	4.80	10 934.63	4 597.80	2 242.50	280.00	0.67
DG2.1	19	10.80	59 766.07	18 882.25	21 443.60	530.00	0.42
Z		-6.308	-6.933	-7.213	-5.833	-4.779	
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

表5 行皮瓣术组间住院费用比较分析

组别	例数(例)	均值±标准差(元)	中位数(元)	CV
DA1.1	131	68 131.65±25 992.67	65 973.44	0.38
DG1.1	15	77 579.77±17 247.48	77 034.50	0.22
DG2.1	19	55 151.93±23 344.37	59 766.07	0.42

整体调整有关,手术类项目考虑到体现医务人员劳务技术价值,因此对于难度较大、风险较高、术式复杂、时间较长的手术项目计价方式、计价单位、项目价格做了较大调整^[2]。

从CV角度分析,按手术操作细分出行皮瓣术后,3个组内的CV均小于未进行细分组时,提示组内细分后差异减少。整合关键指标差异比较结果,提示行皮瓣术患者应与未行皮瓣术患者区别开,单独成组具有可行性。

4.2 各组间行皮瓣术组的对比分析

临床中常见的导致口腔颌面部后天畸形或缺损的因素主要包括肿瘤、损伤及炎症。其中,肿瘤是近年来颌面部获得性缺损或畸形的主要病因之一,多见于良恶性肿瘤,少数为先天性肿瘤,如颌骨囊肿;损伤主要以外伤引发的颌面部软硬组织缺损为主^[1]。

结合本研究结果来看,行皮瓣术病例数最多的集中在DA1组,患者为131例,占本研究所有行皮瓣术病例的80%;15例病例入组DG1组,主要诊断集中于腮腺部位的良恶性肿瘤,可与头颈部恶性肿瘤诊断同属肿瘤这一诱因;19例病例入组DG2组,诊断主要为外伤导致的颌面骨损伤。3个组内行皮瓣术组的总费用、手术费、卫生材料费绝对值差异较小,并有相似的费用构成结构;且CV比较接近,均小于0.5,提示3个行皮瓣术组间差异不大,从数据结果也印证了临床的实际情况。

鉴于将3个行皮瓣术组整合成组的CV与单独成组的3个CV的数值比较后差别不大,且DG1.1组与DG2.1组的病例数较少(不足20例),提示可将3个ADRG组中行皮瓣术的病例合并成同一组。

5 建议

5.1 以游离/带蒂组织瓣移植修复术为分组依据独立成组,逐步细化完善CHS-DRG分组方案

口腔医学作为独立的一级学科,颌面外科专业分类较细,部分细分专业可能与其他专业存在重叠或交叉,若主要以病例数来决定分组规则,很多体现口腔专业特色的临床疑难技术会因病例数未达到单独分组基准线而归入其他专业DRG组,无法体现口腔专业的临床实际情况。口腔颌面部游离/带蒂组织瓣移植修复术体现了口腔颌面外科特色及技术难度,应用比例是反映医疗机构口腔癌相关疾病临床治疗水平的重要指标,该手术难度系数较高,治疗效果好,是否行皮瓣术直接影响手术的难度及费用。

按现规则运行的结果来看,由于未将行皮瓣术区分分组,导致口腔颌面部缺损重建需游离/带蒂组织瓣移植修复术的病例亏损严重,自体组织皮瓣移植面积越大,手术难度越高,手术时间越长的病例亏损越严重,这不利于学科的良好发展,也无法调动医务人员积极性,易发生分解住院或推诿疑难重症患者的现象。

DRG分组方案源于临床,要根据临床疾病特征、医生诊疗手段的特点进行分组,需要贴近临床情况,按“临床过程相似,资源消耗相近”原则分组^[3]。建议在MDCD分类下,不限制主要诊断的基础上,将手术操作属于口腔颌面部游离/带蒂组织瓣移植修复术的手术编码作为分组依据,单独成组,并考虑技术难度、资源消耗等因素提高疑难危重疾病的权重系数,增加支付标准,避免因权重系数设置发生推诿重症患者的现象^[4]。

5.2 加大宣传培训,逐步提升医患双方对DRG支付管理的认知程度

医患双方作为诊疗服务过程的参与主体,对医疗服务费用收付方式的认知程度直接影响DRG工作的推行。医务人员作为医疗服务的直接提供者,在CHS-DRG推行中扮演着重要的角色,认知及重视程度直接影响DRG分组结果。张达等^[5]通过对CHS-DRG试点地区医务人员认知情况调查发现,医务人员整体认知水平不如预期,其中病案人员对DRG的认识相对较高,医护对DRG的认识水平不理想,尤其是对DRG核心指标及分组依据理解程度有待提高。

按项目付费是以医疗服务价格项目为核心,项目越多收费越多,医患双方主要关注的是诊疗服务项目的数量和价格,对诊断、编码关注较少。而DRG支付后主要诊断、手术操作是分组及支付的关键因素。因而需要加大社会面的宣传力度,让越来越多的患者了解DRG付费的基本原理,强化住院诊疗服务整体费用的意识。

医务人员应加强专业培训,转变思维定式,从以往只关注每个诊疗项目调整到关注整体诊治操作过程,有助于规范医务人员的诊疗行为,提高病案书写质量。只有医务人员将疾病诊断和手术操作的名称按要求填写准确后编码员将它们转化为相应的编码,才能使病例归入相应的病组,并且对应相应的支付标准^[6]。

5.3 引入谈判环节,建立常态化监测和动态调整机制

DRG分组方案的制定是一项专业性、技术性很强的工作,需要临床数据的验证支撑,以及各类别专家的技术产出。对于医疗机构提出的建议,可通过专家论证等形式讨论其合理性、必要性及迫切程度,同时应建立医疗机构与医保管理部门之间的谈判机制^[7]。医院应收集CHS-DRG付费过程中存在的问题,建立数据监测、信息反馈, (▶▶下转第41页▶▶)

的重特大疾病保障政策,做到因地制宜、精准施策,提高地区医疗保障水平。此外,可依托全国医疗保障信息平台,以信息系统互联互通为手段,加快推进“一站式”服务、“一窗口”办理,提高信息化服务水平^[17-18],推动基本医保和医疗救助服务融合,实现有效的层次内部与不同层次之间的医保信息有序共享。

4.3 完善药品目录动态调整机制,关注重点疾病保障工作

建议相关部门在关注常见病和多发病的同时,重点关注发病率不高但疾病负担较重的重特大疾病,瞄准重特大疾病治疗用药需求,及时将一些临床必需、治疗效果好、个人负担较重的药品纳入医保药品目录,完善药品目录动态调整机制;各统筹地区可根据经济发展水平和基金承受能力,探索建立罕见病用药保障机制^[19]。此外,可考虑通过优化筹资结构、拓宽筹资渠道、取消重特大疾病封顶线、提高补偿比例等措施^[5, 20-21],分阶段多举措提高重点疾病保障水平。

参 考 文 献

- [1] 孙潇臻. 基于国际经验比较的重大疾病保障制度完善与思考[J]. 金融经济, 2019(12):131-132.
- [2] 徐伟, 马丽, 高楠, 等. 日本重大疾病保障制度经验借鉴及启示[J]. 中国卫生经济, 2017,36(5):93-96.
- [3] 沈华亮. 深圳重特大疾病医疗保障机制建设成效及再思考[J]. 中国医疗保险, 2017(2):22-26.
- [4] 李丹, 江姗姗. 重大疾病医疗保障水平的测度[J]. 统计与决策, 2019, 35(15):112-115.
- [5] 詹长春, 王凌杰, 郑珊珊. 农村居民重大疾病保障水平适宜度研究[J]. 中国卫生经济, 2020,39(4):40-43.
- [6] 姚强, 谢佳, 孙菊. 重特大疾病医疗救助因病致贫对象界定的理论与方法探析[J]. 中国卫生经济, 2017,36(3):33-36.
- [7] 朱铭来, 胡祁. 中国医疗救助的对象认定与资金需求测算[J]. 社会保障评论, 2019,3(3):132-46.
- [8] 孙菊, 谢佳, 姚强, 等. 我国重特大疾病医疗救助因病致贫对象界定方法研究——基于湖北省M市实证[J]. 中国卫生政策研究, 2017,10(4):1-7.

- [9] 胡闰虎, 王兆仑, 贾常离, 等. 湖北省两市不同模式重特大疾病医疗救助效果分析[J]. 中国卫生经济, 2022,41(3):36-39.
- [10] 徐伟, 杜雯雯, 耿成亮, 等. 青岛市大病医疗救助政策实施效果评估[J]. 中国卫生政策研究, 2017,10(4):14-7.
- [11] 许飞琼. 中国多层次医疗保障体系建设现状与政策选择[J]. 中国人民大学学报, 2020,34(5):15-24.
- [12] 董克用, 郭珉江, 赵斌. “健康中国”目标下完善我国多层次医疗保障体系的探讨[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(1):2-8.
- [13] 谢月英, 左延莉, 赵越, 等. 2017—2019年广西贫困人口大病保险及健康扶贫的实施效果研究[J]. 中国卫生经济, 2022,41(2):28-32.
- [14] 王雪峰, 辛艳姣, 蒋俊男, 等. 重特大疾病医疗救助不同模式下“健康扶贫”效果研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019,12(6):52-56.
- [15] 杨浩, 郑先平. 补充医疗保险对低收入家庭重特大疾病风险分担效果研究[J]. 现代预防医学, 2021,48(9):1618-1621.
- [16] 徐文娟. 我国重特大疾病医疗保障制度研究[D]. 北京: 中央财经大学, 2019.
- [17] 朱碧帆, 唐密, 徐嘉婕, 等. 上海市困难对象医疗费用负担与救助效果研究[J]. 中国卫生经济, 2020,39(8):31-34.
- [18] 范力丹. 健康扶贫背景下农村贫困人口医疗保障现状及对策研究[D]. 南宁: 广西医科大学, 2019.
- [19] 辛艳姣, 蒋俊男, 王雪峰, 等. 健康扶贫下重特大疾病医疗救助不同救助方案效果分析[J]. 中国卫生事业管理, 2019,36(8):592-594,619.
- [20] 尹航, 林闽钢. 弱势群体医疗救助实施效果评估——基于“城乡困难家庭社会政策支持系统建设项目”调查数据的分析[J]. 社会保障研究, 2017(1):57-64.
- [21] 黄秀芹, 陈民, 孔旭辉, 等. 新农合重大疾病保障及大病保险政策实施效果分析——以泰州市某三级综合性医院为例[J]. 卫生软科学, 2016,30(10):14-16,20.

[收稿日期: 2022-08-21] (编辑: 彭博)

(◀◀上接第36页◀◀)

以及发现医院运行中各类问题的常态化机制,充分考虑医务人员的技术劳务价值,合理测算支付系数,为疑难杂症、危重症等疾病的权重设定留出空间。医保部门动态调整CHS-DRG分组规则,不断完善细化CHS-DRG支付体系,让该支付体系更好地发挥管理作用,规范诊疗行为,力争公平合理地对医疗服务进行定价和支付,从而推动医疗机构临床的良性运行。

参 考 文 献

- [1] 张震康, 俞光岩. 口腔颌面外科学[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2007:295-298.
- [2] 张振忠, 陈增辉, 李敬伟. 2012年版《全国医疗服务价格项目规范》修订原则及思路[J]. 中国卫生经济, 2013,32(2):5-7.

- [3] 于丽华. 医改政策环境下医疗机构实施DRG的思路和策略[J]. 中国卫生经济, 2022,41(1):12-16.
- [4] 玄律, 程超, 郑杰. 北京市CHS-DRG付费改革实践及CHS-DRG付费国家试点技术方案特点分析[J]. 中国医疗保险, 2020(9):36-39.
- [5] 张达, 高广颖, 田佳帅, 等. 试点地区医务人员CHS-DRG认知水平研究[J]. 中国卫生经济, 2022,41(4):30-34.
- [6] 于丽华, 江芹, 张振忠. DRG收付费改革下医疗机构流程优化探讨[J]. 中国卫生经济, 2021,40(4):17-20.
- [7] 许欣悦, 高广颖, 唐传骥, 等. 同台双侧手术的疾病诊断相关分组支付探讨: 以下肢静脉曲张为例[J]. 中华医院管理杂志, 2021,37(3):199-202.

[收稿日期: 2022-08-25] (编辑: 彭博)