

广西重特大疾病医疗保障效果分析*

谢月英^①, 欧晏辰^①, 苏奕成^②, 吴彩媛^③, 黄惠^①, 容春梅^①, 宁婷^①, 左延莉^①

摘要 目的: 分析广西重特大疾病的医疗保障效果。方法: 采用描述性统计分析方法, 从不同地区和不同病种的医疗保障情况分析广西重特大疾病医疗保障效果。结果: 广西门诊特殊慢性病、大病专项救治的医疗总费用经基本医保、大病保险和医疗救助(以下统称“三重”制度)综合补偿后, 报销比例分别为79.23%和79.10%。广西各地区的门诊特殊慢性病、大病专项救治的医疗总费用经“三重”制度报销后, 比例范围分别在69%~87%和75%~83%。救治人数和救治次数较少, 但自付比例较高的病种有先天性唇腭裂、神经母细胞瘤等疾病。结论: 强化“三重”制度综合保障, 提高重特大疾病保障水平; 广西各地区应加快提升统筹层次, 提高信息化服务水平; 同时完善药品目录动态调整机制, 关注重点疾病保障工作。

关键词 重特大疾病; 医疗保障效果; 广西

中图分类号 R1-9; F840.613 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2022)11-0037-05

Analysis on Medical Security Effect of Catastrophic Illness in Guangxi/XIE Yue-ying, OU Yan-chen, SU Yi-cheng, et al./Chinese Health Economics, 2022,41(11):37-41

Abstract Objective: To analyze the medical security effect of catastrophic illness in Guangxi. **Methods:** The descriptive statistics method was used to analyze the effects of medical security for catastrophic illness in Guangxi from different areas and different diseases. **Results:** After comprehensive compensation of basic medical insurance, serious diseases insurance and medical assistance, the reimbursement rates of total medical expenses for outpatient service for special chronic diseases and special treatment of serious diseases in Guangxi were 79.23 % and 79.10 %, respectively. The reimbursement rates of the triple system for outpatient service for special chronic diseases and special treatment of serious diseases in each region ranged from 69 % to 87 % and 75 % to 83 %, respectively. The diseases with less number and frequency of treatment but higher proportion of self-paid are congenital cleft lip and palate, neuroblastoma and other diseases. **Conclusion:** It is suggested to strengthen the comprehensive security of the triple system and improve the security level of catastrophic illness. All regions should speed up the pooling level, improve the level of information service, and improve the dynamic adjustment of drug catalogue to pay attention to the protection of catastrophic illness.

Keywords catastrophic illness; medical security effect; Guangxi

First-author's address Guangxi Medical University, Nanning, 530021, China

Corresponding author ZUO Yan-li, E-mail: 53367690@qq.com

做好重特大疾病医疗保障, 是我国进一步减轻困难群众和大病患者医疗费用负担、防范因病致贫返贫的重要举措。2021年11月, 《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》(国办发〔2021〕42号)明确指出, 强化基本医保、大病保险、医疗救助(以下统称“三重”制度)综合保障, 统筹完善托底保障措施, 着力减轻救助对象门诊慢性病、特殊疾病医疗费用负担。2018年10月, 《广西壮族自治区人民政府办公厅关于印发进一步加强健康扶贫工作若干措施的通知》(桂政办发〔2018〕133号)提出, 2018年1月1日起实施住院和门诊特殊慢性病治疗兜底保障。2022年1月, 《广西壮族自治区人民政府办公厅关于健全广西重

特大疾病医疗保险和救助制度的通知》(桂政办发〔2022〕5号)提出, 聚焦减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担, 建立健全重特大疾病医疗保险和救助工作机制。

目前, 我国对于重特大疾病保障的研究主要集中在对重特大疾病保障的政策梳理分析^[1-3]、保障水平测度及适宜度等研究^[4-5], 部分研究更关注医疗救助的对象界定^[6-8]、政策梳理及效果研究^[9-10], 关于重特大疾病医疗保障效果的实证研究则相对不足, 重特大疾病的医疗保障效果如何, 是否有效减轻了困难群众的医疗费用负担有待进一步研究。本研究基于2018年1月—2020年10月广西建档立卡困难群众的门诊特殊慢性病救治资金统计数据和大病专项救治资金统计数据, 分析广西重特大疾病的医疗保障效果, 为促进多层次医疗保障体系高质量发展、提高重特大疾病保障水平提供参考。

1 资料与方法

本研究数据来源于广西全民健康信息平台, 提取2018年1月—2020年10月广西建档立卡困难群众的29种门诊特殊慢性病救治资金统计数据 and 24种大病专项救治资金统计数据, 包括救治人数、“三重”制度、个人自付等情况。采用描述性统计分析方法, 从不同地

* 基金项目: 广西自然科学基金项目(2018GXNSFAA138102); 国家自然科学基金项目(71864006); 广西医科大学特色新型智库调研课题项目(GXMUZK16); 广西高等教育本科教学改革工程项目(2022JGA155)。

① 广西医科大学 南宁 530021

② 广西壮族自治区疾病预防控制中心 南宁 530021

③ 广西医科大学附属肿瘤医院 南宁 530021

作者简介: 谢月英(1994—), 女, 硕士在读; 研究方向: 卫生经济与政策、基层卫生; E-mail: 1146902920@qq.com。

通信作者: 左延莉, E-mail: 53367690@qq.com。

区和不同病种的医疗保障情况分析广西重特大疾病医疗保障效果。

2 结果

2.1 总体保障情况

2018年1月—2020年10月，广西困难人群门诊特殊慢性病救治人数和救治次数逐年增加；医疗总费用合计为69 418.78万元，其中基本医保报销比例为68.07%、大病保险报销比例为7.69%、医疗救助报销比例为3.47%、自付比例为12.71%；基本医保和医疗救助报销比例逐年提高，大病保险报销比例有一定的升降波动，自付比例逐年降低。2018年1月—2020年10月，广西困难人群大病专项救治的救治人数和救治次数整体呈上升趋势；医疗总费用合计为109 142.28万元，其中基本医保报销比例为62.56%，大病保险报销比例为12.43%，医疗救助报销比例为4.11%，自付比例为9.76%；基本医保报销比例至2020年有一定的下

降，大病保险和医疗救助报销比例逐年提高，自付比例逐年下降（表1）。

2.2 不同地区门诊特殊慢性病医疗保障情况

2018年1月—2020年10月，广西门诊特殊慢性病救治人数较多的地区为南宁、玉林和河池。从保障结构看，各地区基本医保报销比例范围在62%~74%，大病保险报销比例范围在2%~12%，医疗救助报销比例范围在2%~5%，自付比例范围在9%~18%；各地区医疗总费用范围在550万~8 861万元，其中医疗总费用较高的地区为南宁、桂林和玉林（表2）。

2.3 地区大病专项救治医疗保障情况

2018年1月—2020年10月，广西大病专项救治人数较多的地区集中在南宁、玉林、百色和河池；从保障结构上来看，各地区基本医保报销比例范围在58%~67%，大病保险报销比例范围在6%~16%，医疗救助报销比例范围在2%~7%，自付比例范围在

表1 2018年1月—2020年10月广西困难人群重特大疾病医疗保障水平

人群与年份	救治人数 (人)	救治次数 (人次)	基本医保报销 比例 (%)	大病保险报销 比例 (%)	医疗救助报销 比例 (%)	其他比例 (%)	自付比例 (%)	医疗总费用 (万元)
门诊特殊慢性病								
2018	69 198	302 571	64.42	6.85	0.82	12.52	15.39	17 219.82
2019	180 805	800 289	68.85	8.75	1.60	7.26	13.54	28 061.23
2020	211 564	828 531	69.76	7.04	7.54	5.81	9.84	24 137.73
大病专项救治								
2018	20 298	73 773	61.99	10.20	2.31	14.80	10.69	33 153.61
2019	30 958	128 675	62.93	13.30	2.63	10.99	10.14	42 892.09
2020	24 860	97 953	62.64	13.53	7.82	7.68	8.33	33 096.57

注：2020年仅为1—10月份；“其他比例”中的其他包括商业保险、临时救助、扶贫资金、慈善救治、政府兜底、医院减免等。

表2 2018年1月—2020年10月广西不同地区门诊特殊慢性病医疗保障情况

地区	救治人数 (人)	基本医保 报销比例 (%)	大病保险 报销比例 (%)	医疗救助 报销比例 (%)	其他比例 (%)	自付比例 (%)	医疗总费用 (万元)
南宁	49 186	71.22	11.49	3.94	3.40	9.94	8 860.13
柳州	37 796	66.18	2.09	3.53	13.41	14.79	3 336.82
桂林	32 114	69.90	7.78	2.38	7.40	12.54	7 356.91
梧州	25 322	69.49	9.70	4.21	4.55	12.04	4 902.76
北海	7 557	62.59	4.97	2.40	15.16	14.88	739.45
防城港	4 330	73.22	4.30	4.90	6.35	11.24	550.40
钦州	31 975	70.17	5.90	3.53	6.94	13.45	2 894.45
贵港	26 142	63.72	5.01	2.89	13.07	15.30	4 269.55
玉林	65 011	67.85	8.78	3.49	9.31	10.57	8 485.70
百色	41 003	68.72	7.57	3.15	7.50	13.07	5 807.71
贺州	31 666	67.89	9.39	2.92	6.80	13.00	6 544.85
河池	52 672	62.58	4.46	4.87	10.83	17.27	4 953.50
来宾	23 975	70.35	2.85	4.72	7.28	14.81	4 115.88
崇左	32 818	66.37	9.35	2.83	10.09	11.36	6 600.67

注：“其他比例”中的其他包括商业保险、临时救助、扶贫资金、慈善救治、政府兜底、医院减免等。

7%~12%；各地区的医疗总费用范围在911万~13 524万元，其中医疗总费用较高的地区为南宁、桂林、百色、贺州和河池（表3）。

2.4 不同病种大病专项救治医疗保障情况

2018年1月—2020年10月，广西大病专项救治人数和救治次数较多的疾病主要有白内障、慢性阻塞性肺气肿、终末期肾病、地中海贫血、乳腺癌等；排名前10的疾病救治人数共计69 023人，占总救治人数的90.68%，占总医疗费用的86.00%；“三重”制度报销比例超过80%的疾病有艾滋病机会感染、慢性阻塞性肺气肿、终末期肾病和血友病；救治人数和救治次数较少但自付比例最高的疾病为先天性唇腭裂，自付比例高达15.79%，自付比例超过10%的疾病还有神经母细胞瘤、尿道下裂、宫颈癌、耐多药肺结核、胃癌、淋巴瘤、白血病、肝癌等（表4）。

3 讨论

3.1 “三重”制度综合保障有效减轻患者医疗费用负担，但保障水平有限，制度合力未得到充分发挥

由表1可知，广西门诊特殊慢性病、大病专项救治的“三重”制度报销比例逐年提高，其中门诊特殊慢性病的增长速度高于大病专项救治的增长速度，自付比例逐年降低，截至2020年10月，广西门诊特殊慢性病、大病专项救治的自付比例分别降至9.84%和8.33%，均达到了《关于印发进一步加强健康扶贫工作若干措施的通知》（桂政办发〔2018〕133号）的文件要求。从保障水平上来看，重特大疾病医疗保障水平有限；2018年1月—2020年10月，广西门诊特殊慢性病、大病专项救治的“三重”制度报销比例分别为79.23%和79.10%，有学者认为基本医疗保险是我国多

层次医疗保障体系的主体，让其达到80%左右的份额是必要的，也是合适的^[11]。从保障结构上来看，基本医保补偿比例最高，居于主体地位，大病保险和医疗救助的补偿比例则相对较低，基本医保外的补充医疗保险发展缓慢，各层次医疗保障发展不平衡，医疗经济风险分散效率不高^[12]，制度合力未得到充分发挥。

3.2 不同地区的医疗保障水平存在差异

从医疗费用上来看，各地区的医疗总费用存在差异，主要集中在救治人数较多的地区。从保障结构上来看，各地区的基本医保、大病保险和医疗救助补偿比例均存在差异，其中大病保险补偿比例的地区差异最大；各地区的自付比例也存在差异，如在门诊特殊慢性病的救治中，自付比例最低的地区为9.94%，最高的地区为17.27%；在大病专项救治中，自付比例最低的地区为7.41%，最高的地区为11.47%，有一半的地区自付比例高于10.00%。上述情况可能的原因：一是受不同地区的自然环境、经济发展状况、生活环境等因素影响，居民健康状况不同，重特大疾病的发病率和患病病种存在差异；二是各地区基本医疗保险属市级统筹，保障水平区域性差异较大；三是与“一站式”结算系统不完善有关，部分救助数据未得到及时录入和更新，基本医保、大病保险和医疗救助等系统未实现数据有效共享、互联互通^[13]，导致部分地区的自付比例较高。

3.3 慢性病和大病患者得到基本救治，部分疾病医疗保障水平相对不足

由表4显示，广西29种门诊特殊慢性病患者和24种大病专项救治患者得到基本救治，一些常见病、多发病，如白内障、慢性阻塞性肺气肿、终末期肾病、地中海贫血等救治人数最多，医疗保障水平也较高，自付比

表3 2018年1月—2020年10月广西不同地区大病专项救治医疗保障情况

地区	救治人数 (人)	基本医保 报销比例 (%)	大病保险 报销比例 (%)	医疗救助 报销比例 (%)	其他比例 (%)	自付比例 (%)	医疗总费用 (万元)
南宁	7 940	62.38	14.77	3.79	8.84	10.23	13 104.45
柳州	6 777	65.19	12.94	4.09	10.37	7.41	7 853.65
桂林	6 242	66.30	13.20	2.49	8.39	9.61	11 453.82
梧州	4 577	61.71	12.23	4.03	14.16	7.87	6 400.24
北海	1 342	61.87	15.09	3.68	10.65	8.71	1 341.61
防城港	613	64.85	9.79	5.02	9.44	10.89	911.24
钦州	2 099	62.80	9.25	3.05	14.74	10.16	2 577.52
贵港	5 658	62.86	8.98	3.42	14.06	10.68	6 695.49
玉林	8 122	65.18	12.43	3.47	11.14	7.79	9 489.36
百色	9 316	62.62	13.17	4.82	9.48	9.92	11 081.60
贺州	6 161	58.97	14.82	4.19	11.41	10.62	11 503.71
河池	8 688	59.76	10.24	6.39	12.13	11.47	13 523.02
来宾	3 675	64.76	6.05	5.29	13.01	10.88	4 722.57
崇左	4 906	60.64	13.81	3.08	12.95	9.52	8 483.98

注：“其他比例”中的其他包括商业保险、临时救助、扶贫资金、慈善救治、政府兜底、医院减免等。

表4 2018年1月—2020年10月广西不同病种大病专项救治医疗保障情况

疾病名称	救治人数 (人)	救治次数 (人次)	基本医保报 销比例 (%)	大病保险报 销比例 (%)	医疗救助报销 比例 (%)	其他比例 (%)	自付比例 (%)	医疗总费 用 (万元)
先天性唇腭裂	83	85	43.74	3.73	7.62	29.13	15.79	44.67
神经母细胞瘤	31	57	44.98	23.71	3.55	13.02	14.74	59.52
尿道下裂	144	165	46.31	6.42	4.60	30.19	12.47	141.21
宫颈癌	1 239	2 571	51.84	18.65	3.72	14.70	11.09	2 452.90
耐多药肺结核	237	391	63.53	5.06	6.56	13.89	10.95	111.68
胃癌	1 186	2 712	56.44	15.72	3.96	13.01	10.87	2 448.86
淋巴瘤	366	1 068	51.46	20.51	3.55	13.68	10.80	986.48
白血病	1 070	3 354	47.65	20.40	3.32	17.82	10.80	3 939.29
肝癌	2 256	5 759	52.78	19.11	4.12	13.26	10.73	4 623.00
脑卒中	1 468	1 939	65.13	9.12	5.00	10.05	10.70	1 357.57
食道癌	448	916	54.02	19.20	4.27	11.90	10.61	1 193.48
乳腺癌	3 562	13 488	54.77	17.48	3.85	13.32	10.59	6 788.72
先天性心脏病	1350	1 706	48.95	17.82	4.34	18.45	10.45	2 012.49
结直肠癌	2 097	5 384	56.65	16.90	3.93	12.22	10.31	4 877.67
艾滋病机会感染	130	151	62.58	12.96	4.75	9.43	10.28	137.99
急性心肌梗死	1 046	1 391	54.08	20.10	3.34	12.47	10.01	2 215.40
尘肺	551	661	58.50	9.30	5.47	16.82	9.91	395.33
骨肉瘤	68	154	50.07	22.25	3.18	14.62	9.89	163.73
肺癌	1 530	4 051	56.15	18.51	4.18	11.31	9.85	3 758.70
慢性阻塞性肺气肿	15 992	37 309	69.37	6.37	4.30	10.52	9.44	9 013.86
白内障	23 748	27 111	66.16	2.48	5.37	16.61	9.38	14 930.97
终末期肾病	10 017	151 735	68.51	12.70	3.38	6.08	9.34	38 768.51
地中海贫血	7 003	36 203	59.43	10.88	5.75	14.63	9.31	7 734.62
血友病	494	2 040	63.71	14.01	5.40	8.60	8.29	985.65

注：“其他比例”中的其他包括商业保险、临时救助、扶贫资金、慈善救治、政府兜底、医院减免等。

例均低于10.00%，患者的疾病经济负担得到了极大减轻；部分疾病的医疗保障水平相对不足，如先天性唇腭裂、神经母细胞瘤、尿道下裂等疾病救治人数和救治次数较少，但个人经济负担却较重。这可能与医保目录调整滞后有关，根据国家医保目录纳入情况，我国医保目录涵盖的恶性肿瘤病种较少，且大多数医疗资源主要集中在高发癌症上，对于低发病率的重特大疾病关注度相对较低，部分疾病的常用药、必要药未能及时纳入药品目录，导致部分疾病的自付比例较高。

4 建议

4.1 强化“三重”制度综合保障，提高重特大疾病保障水平

目前，我国主要是“三重”制度共同在保障重特大疾病中发挥作用，基本医保居于主体地位，但从基本医保现有的筹资和支付结构上来看，基本医保的保障能力存在下降风险，部分地区已出现基金赤字^[12]，基本医保的可持续性受到严重挑战。因此，建议我国在发挥基本医保主体保障功能的基础上，进一步增强大病保险减负功能，提高重特大疾病医疗救助水平，在

救助资金可承担范围内通过降低起付线、提高报销比例、合理确定封顶线等倾斜性政策措施^[14]，提高重特大疾病保障水平；同时，通过建立慈善参与激励机制、加快发展商业健康保险、扶持引导开展职工医疗互助等渠道，积极引导社会力量参与重特大疾病保障^[15-16]，促进“三重”制度综合保障与慈善救助、商业健康保险等协同发展、有效衔接，构建高质量、可持续、有效率的多层次医疗保障体系。

4.2 提升统筹层次，提高信息化服务水平

医疗保障体系统筹层次的提升，是解决区域间医疗保障不平衡、不充分问题最直接、最有效的方式。当前，我国基本医疗保障体系以市级统筹为主，统筹层次较低，部分地区还停留在县级统筹。提高统筹层次已成为大势所趋，部分省份已探索开展了省级统筹。因此，建议各地区在积极探索省级统筹时，总结地方统筹经验，稳步提升统筹层次，促进政策规范统一和待遇保障公平，进一步缩小各地区间保障水平差异，增强制度的公平性和可持续性。各地区应根据本地区的医保基金和重特大疾病发病率情况，建立相应

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)