

◁ 医保管理 ▷

按项目收费与按DRG付费:目标、分工、冲突与协同

郑大喜,李心怡

(华中科技大学同济医学院附属同济医院,武汉市 430030)

【摘要】 在按医疗服务项目收费、按疾病诊断相关分组(DRG)支付方式下,来自医保资金的收入是公立医院运营成本补偿的主要渠道。本文分析了按项目收费与DRG付费的预期目标、分工与冲突,回顾了国家层面DRG付费方式下新技术项目特例单议政策,梳理了典型地区新技术DRG除外支付、价格调整与医保支付协同的做法,获得了对其他地区协同推进价格管理与DRG付费的启示:加强成本核算,满足按项目收费和DRG付费标准形成对成本信息需求;坚持医保、医疗、医药协同发展,新增、调整项目价格和医保支付联动。

【关键词】 医疗服务项目价格;DRG付费;创新医疗技术;除外支付;激励

【中图分类号】 R197 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1672-4232(2025)04-0074-05

【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2025.04.020

长期以来,我国医疗服务价格成本补偿存在有形物消耗要素、轻劳务技术消耗要素,比价关系不合理,医疗服务项目价格实行属地化管理,不同地区之间价格项目数量、内涵、价格水平存在较大差异;价格调整周期长、频次低、幅度小、项目少,价格偏离成本和价值等问题,价格补偿仍有较大提升空间^[1]。新增医疗服务价格项目论证审批流程和周期长、准入节奏偏慢,大量临床已开展服务没有相应收费标准,影响技术创新^[2],迫切需要以临床需求为出发点,聚焦“高精尖”领域,发展新质生产力,优化新增项目立项审批流程,加快推动原创性、突破性前沿创新医疗技术研发、转化应用,激活公立医院高质量发展新动能^[3]。即使所有统筹地区按疾病诊断相关分组(DRG)付费,全面覆盖符合条件的住院费用,医疗保障部门在医疗服务上仍然有医疗服务项目价格管理职能。DRG付费的实施促使医院主动控制成本,调整优化医疗收入结构,这与医疗服务价格改革理顺比价关系、调整价格结构,合理补偿医疗成本的目标不谋而合^[4]。DRG付费按历史费用测算组别付费标准,而临床应用的新技术因缺乏成本和病例信息尚未纳入测算,DRG分组方案分组及其调整通常落后于临床实践,使用创新医疗技术造成的医疗费用增高部分,将由按项目付费时患者、医保基金共同承担转变为由医院承担^[5]。设定DRG付费方式下适宜支付策略,包括短期除外支付、长期调整病组权重等。建立医保诊疗项目评价规则和指标体系,立足基金承受能力,适应群众基本医疗需求、临床技术进步,调整优化医保目录,将临床价值高、经济性评价优良的诊疗项目纳入医保支付范围,形成医保和医疗系统分工协作机制^[6]。国家层面要求,新增医疗服务价格项目以技术准入为先,进行技术规范确认、立项和价格申报,加快新增医疗服务价格项目受理审核进度,加

强创新质量把关,支持基于临床价值的医疗技术创新,做好价格预期较高新增价格项目创新性、经济性评价;符合触发标准的,按程序落实医疗服务价格动态调整;在DRG付费方案中建立特例单议机制,支持创新医药技术及时进入临床使用。各地新增价格项目申请条件、支付评议规则、数量比例区别较大,迫切需要关注按项目收费与DRG付费方式改革目标不协调的地方,完善创新医疗技术支付办法,让定调价和支付协同。本文在分析按项目收费与按DRG付费目标、分工和冲突的基础上,梳理典型地区协调项目收费与DRG付费矛盾的做法、配套的价格改革措施,获得对其他地区做好新技术应用DRG除外支付、项目定调价联动医保支付,实现医疗医保协同的启示。

1 按医疗服务项目收费与按DRG付费的预期目标、分工

医疗服务价格项目是医院提供医疗服务时收取诊查、护理、手术、治疗等医疗服务费用的计价单元,是项目编码、项目名称、项目内涵、除外内容、计价单位、计价说明的集合体^[7]。在收费端,公立医院按所属医疗保障部门设立医疗服务价格项目、价格、实际开展频次收费,确认医疗收入。在支付端,DRG打包支付逻辑是对区域内住院病例医疗费用或疾病诊疗成本大数据,以统计学聚类方法形成随机标杆均值额度。按各DRG组权重、费率可计算各医院及各DRG组打包付费标准,按权重计算各医院总预期产出,按医保基金支付能力设定费率,规划医保基金使用,可激励供方控制同样产出(项目主要作用、预期效果、适用范围)的成本,结余部分形成医院盈余。按DRG付费适用于短期急性住院病例费用医保基金支付,在总额预算管理、协

议管理、数据规范采集、付费审核、月度预结算和年度清算、诊疗规范、病案管理、临床路径、成本核算、绩效考核制度安排下,医保基金不超支、运行更平稳高效,倒逼医院合理利用资源、规范诊疗行为,调整费用结构,缩短平均住院日、控制医疗成本,实现各方共赢^[8]。

2 医疗服务项目价格政策与按 DRG 付费方式改革的不协调之处

医疗服务项目定价和实际技术劳动价值不完全匹配,病例住院费用可能和真实资源消耗情况存在一定偏差,而医疗费用数据比医疗成本数据更易获取,DRG 付费方案往往按医疗费用历史数据法计算 DRG 基础权重,成本信息在医保支付上的应用不足,现行价格与价值背离通过医疗服务价格、项目执行数量共同形成的费用向医保支付传导,不以成本为基础的“价格-支付体系”导致 DRG 支付标准和医疗服务价值错位^[9]。DRG 病组支付标准测算主要基于历史次均费用,而非实际诊疗成本,导致一些病组的权重存在偏差,出现病组间权重倒挂等比价关系不合理问题的出现^[10]。DRG 付费按疾病严重程度、治疗方式相似性、资源消耗程度相近性对住院病例分类、均值定价,支付标准按既往 3 年病例费用或成本数据测算,同一统筹区内同病组疾病执行相同支付标准,引导医院加强控制成本,减少医疗资源非必要消耗,但未考虑医院间技术水平、成本差异和创新医疗技术应用病例增加的成本^[11]。DRG 付费基于历史费用数据测算病组权重,难以动态响应医疗服务价格调整,导致病组权重与调价后实际成本产生偏差。医保仍按调价前标准支付(支付额=病组标准-患者自负),当项目价格调增时,公立医院虽在收费端体现涨价,但医保支付端一旦不能同步补偿,可能形成成本补偿缺口,削弱公立医院收益和医务人员参与改革的积极性。因此,需要完善医疗服务项目价格调整和医保支付改革协同的制度设计,提高公立医院参与价格、支付方式改革的政策可获得性。DRG 付费“天花板”设定后,一定程度抑制收费较高的临床医疗技术创新动力。部分地区在措施中只简单提及对创新技术另行处理、适当补偿,缺乏清晰适用条件、范围、评审纳入 DRG 支付流程,未能平衡创新激励与医保基金使用效率^[12]。

3 国家层面对 DRG 付费方式下新技术项目特例单议的顶层设计

《国家医疗保障局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,附件:国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范、国家医疗保障 DRG 分组方案)指出:“已在医保经办备案的新技术项目,可申请暂先按项目付费执行一年后,再根据数据测算,修订该病种分组支付标准。”《国务院办公厅关于印发〈深化医药卫生体制改革 2024 年重点工作任务〉的通知》(国办发[2024]29号)明确指出:“研究对创新医疗技术应用给予在 DRG 付费中除外支付等政策倾斜。”《国家医疗保障局办公室关于印发按病组和病种分值付费 2.0 版分组方案并深入推进相关工作的通知》(医保办发[2024]9号)进一步要求:“用好 DRG 支付方式特例单议机制,保障复杂危重病例充分治疗、支持新药新技术合理应用。各地要规范特例单议标准、申报程序、审核流程、结算办法,发挥好特例单议作用。统筹地区应按季度或月组织临床专家对特例单议病例进行审核评议,按专家评议结果可实行项目付费或调整该病例支付标准,及时予以补偿。统筹地区定期公告各医院申请特例单议数量、审核通过数量。探索除外机制,对符合条件的新药耗、新技术在应用初期按项目付费或以权重加成等方式支持,后期积累足够数据后再纳入 DRG 付费。”

4 典型地区在开展 DRG 付费方式改革时协同出台的配套价格管理措施梳理

4.1 典型地区创新医疗技术 DRG 除外支付的做法

为发展新质生产力,多个省份经申报材料初审、专家立项评审、征求社会意见、重要事项报告等程序,确定立项试行新增价格项目,试行期价格项目不纳入基本医保支付范围。新增价格项目试行期结束后及时开展真实世界数据评价,合理制定转正项目价格,综合考虑医保基金承受能力、参保人员负担水平,确定是否纳入医保支付范围。部分 DRG 付费地区已先行探索除外支付方式,出台了创新医疗技术配套支付规则:新技术除外按项目付费、核定付费权重或按实际费用折算成点数支付、新技术成规模独立成组或转正后纳入 DRG 结算等(见表 1 至表 3)。

哈尔滨、金华、安阳、合肥、儋州、西安、攀枝花、梧州、乌鲁木齐等 DRG 付费国家试点城市/示范点在按 DRG 付费结算实施方案中细化备案创新医疗技术项目和 DRG 分组、支付标准修订间的衔接:对近 3 年来医院按累计病例数逐例申报获批开展的新医疗技术,经专家论证评审,申请暂时按项目付费结算,或按合理医疗费用确定相应 DRG 组、调整系数/折算成点数,或在新技术稳定放量(积累一定病例和数据)后,按合理

表1 部分省份DRG付费方式下新技术除外按项目付费

省份	DRG付费新技术除外支付管理
北京	建立DRG付费新技术除外支付机制,及时完成形式审查、专家论证、数据验证,对符合条件(3年内在本市批准设立的新增价格项目,临床效果有较大提升,对DRG病组支付标准有较大影响、报定点医院累计本市基本医保参保人员病例≥15例,罕见病不受病例数量限制)的新技术费用,不计入DRG病组支付标准,定点医院申报单独支付(除外范围内诊疗项目在未来3年有效,市医保中心每年年终依据使用情况统一据实结算)。
江苏	对运用新医疗技术住院病例,采取特例单议机制结算。拟按特例单议机制结算的病例,由定点医院申报或设置规则按规定比例从DRG结算系统直接抓取,经办部门组织专家审核,符合特例单议的病例,合理费用可申请按项目付费结算。
河北	特例单议病例实行线上申报、专家盲审,由定点医院通过国家统一医保信息平台特例单议模块按每月10日前周期申报。因运用创新医疗技术、创新药品导致费用较高的病例,可申报特例单议。特例单议申报材料(以电子病历形式,通过数据接口上传)包括:病程记录;出院记录或死亡记录、麻醉记录、检查报告单;化验单、输血单、医嘱单;收费明细清单。医保经办机构对专家结论进行审核后,将最终审核结论推送至病例申报定点医院,每半年公告一次申请、审核通过情况。对医院申报的由其原创,并经省卫健委准许临床使用的原创新型医疗服务项目,或其他省份已开展、诊断或治疗疾病具有明显临床优势、经济优势,但本省尚未开展的引进型项目,即申请即受理即办理,支持医疗新技术发展和应用。
青海	对因新药耗新技术使用等不适合按DRG标准支付的病例,医院可自主申报特例单议,特例单议数量原则上为DRG出院总病例的5%以内。建立完善全省特例单议制度,规范特例单议标准、申报程序、审核流程、结算办法,发挥好特例单议作用。
重庆	在DRG付费下,探索对符合条件的新技术在应用初期按项目付费的除外机制,确定调整分组及支付标准或调整支付方式。

表2 部分省份DRG付费新技术核定付费权重或按实际费用折算成点数支付

省份	DRG付费新技术除外支付管理
天津	建立诊疗项目类、其他高端医疗类DRG除外支付机制,分批次完善除外支付范围目录,建立动态调整机制,对因政策调整、价格大幅变动、除外支付有效期满等情形不再适宜纳入除外支付范围的建立退出机制。诊疗项目类同时满足情形:3年内在本市批准设立新增价格项目、已取得国家医疗保障局医疗服务项目分类与代码、临床效果较传统有较大提升或技术创新、对所在费用病组或相关DRG病组支付标准有较大影响。高端医疗费用包括情况:特需医疗服务类(特需床位费)以及直接导致自费率超过60%的医疗服务项目等。
浙江	符合条件的创新医疗服务项目经医院申报、形式审查、专家论证、审核确定后,可纳入DRG点数付费3年退坡激励范围(激励系数分别为1.0、0.8、0.6),同时满足以下条件:四年内本省批准设立的新增医疗服务项目,取得国家医疗保障局医疗服务项目分类与代码,在操作途径、操作方法、诊疗方式、解剖部位、适用范围等方面有明显的技术创新,临床效果较临床主流使用的医疗服务项目有较大提升,费用超过DRG病组均费的50%,申报定点医院一年内累计本院基本医疗保险参保人员住院病例达到15例及以上,罕见病治疗药品和医疗服务项目不受上述病例数限制。对高端新技术,适当延长退坡时间、提高激励系数。

表3 部分省份DRG付费新技术成规模独立成组或转正后纳入DRG结算

省份	DRG付费新技术除外支付管理
上海	DRG支付对创新药械倾斜支持,提高新技术应用病例支付标准。新技术应用高倍率病例不设控制比例,成规模新技术应用可独立成组;稳步扩大本市医疗服务项目和医用耗材医保支付范围,优先覆盖创新药械。
海南	合理设计DRG医保除外支付机制,鼓励新技术开展;对符合特病单议的病例合理补偿,对于成规模新技术应用可以独立成组。
重庆	为支持定点医院对新技术的应用,对获新获批试行价格的医疗服务价格项目单独按项目结算,待其正式转常规后次年纳入DRG结算。

DRG分组(按临床过程、资源消耗纳入已有分组或新增分组)打包付费,并相应纳入年终清算,以支付标准支持新技术应用。

4.2 典型地区医疗服务价格调整与医保支付政策协同的做法

为理顺比价关系,优化价格结构,北京、上海、山东、江苏、安徽、湖南、江西、云南、广西等地结合年度公立医院医疗服务价格调整综合评估结果、本省医保实际,组织公立医院参与调价项目遴选和报价,经履行成本价格调查、严密测算、专家论证、征求意见、重要事项报告等程序,按启动条件触发调价,项目价格调整后,医保支付标准同步相应调整,调价后项目大多由基本医保报销。

5 对其他地区协同推进医疗服务价格管理与按DRG付费的启示

医疗和医保是卫生健康领域两个子系统,目标和运作不完全一致,但二者协同互动,才能更好结算费用、共享结余、分担风险^[13]。尽快补齐短板,建立公立

医院成本信息定期报告制度,建立配套的医疗服务价格形成与动态调整机制;建立医疗服务价格改革和支付方式改革的协同联动推进机制,防止支付与成本脱离造成公立院收入结构失衡,促进医疗服务体系的健康发展。在“成本-价格-支付”三维决策体系下,医疗和医保只有协同发展,控制成本,才能为符合预期目标的服务行为和产出合理定价、补偿、支付^[14]。结合DRG清算结果,针对性调整部分亏损组手术、治疗、护理等项目价格,优化相关DRG组权重,使疑难重症权重更高;建立新技术短期除外支付、长期DRG权重费率调整支付机制。

5.1 加强成本核算,更好满足按项目收费和DRG付费标准形成对成本信息需求

5.1.1 做好新增医疗服务价格项目成本测算,平衡劳务价值和设备物耗贡献。统一设计新增医疗服务价格项目成本测算样表,明确参与完成项目劳务、基本物质资源消耗、固定资产折旧、管理费分摊计算公式、取数来源。参考《全国医疗服务项目技术规范(2023年版)》(国卫财务发[2023]27号)中的项目要素,将技术、风险要素纳入医疗服务项目成本测算,使定价充分

考虑医务人员技术价值,考虑技术溢价、风险溢价,真实反映医疗服务技术劳务价值、风险程度^[15]。基于价值定价方法合理定价,为有显著临床疗效的重大创新技术设定溢价规则^[16]。

5.1.2 做好现行医疗服务项目价格动态调整,推动区域、学科、机构、项目间比价关系理顺。搭建医疗服务报价与分析平台,实时抓取医院医疗服务价格项目例数、各类项目收入等监测指标。经综合评分分数达到触发标准的,启动调价,按规则和程序受理公立医院在成本核算基础上提出的拟调整价格项目和幅度建议。统一设计公立医院申请复杂型项目报价建议样表,以区域内样本医院项目成本为基础,按控制总量、项目定价成本与价格对比差率,遴选项目,确定调整幅度。优先将技术劳务占比高、价格明显低于价区平均水平、比价关系不合理、成本和价格严重偏离项目纳入调价范围,将调价空间用于提高技术劳务占比高的医疗服务价格,降低设备物耗占比高的检查检验项目价格,支持儿科、产科、中医发展。

5.1.3 以医疗成本计算 DRG 权重,让付费标准反映医疗服务真实成本结构。DRG 有效运行依赖于合适的成本核算体系,以确保各 DRG 组内成本的同质性。建立 DRG 成本核算体系、成本信息数据库、数据分析方法,依此调整相应 DRG 组支付标准,修正分组,在应用中不断加以完善。统筹推进 DRG 成本核算,建立区域内 DRG 病组成本核算平台,真实反映成本与资源消耗,为新技术应用导致的异常费用病例支付标准测定提供有力支撑^[17]。公立医院要按真实、准确核算成本,编制医疗服务项目成本报表、DRG 成本报表并对外报告成本。医疗保障部门有责任指导、规范公立医院成本核算精细化实践,为自愿参与价格成本数据抽样的公立医院提供必要的支持,筛选成本核算样本医院,将成本信息应用在项目定价、医保 DRG 付费标准确定上。建立以成本为基础的价格-支付体系,解决价格、支付与价值背离问题。按自下而上法核算的 DRG 成本具有精细化特点,可追溯性强、应用范围广,兼具院内运营管理与院外 DRG 支付的双重应用价值^[18]。按成本效益原则,发掘具有技术价值优势的诊疗项目;调动临床对病组内医疗服务项目甄别筛选价格偏离成本项目积极性,突出临床对价格动态调整的主动权^[19]。

5.2 坚持医保、医疗、医药协同发展,新增、调整项目价格和医保支付配套联动

5.2.1 将符合条件的新增医疗服务项目按程序纳入医保支付范围,满足群众对新技术医疗需求。科学适宜的定价与支付机制是影响新医疗技术广泛应用的重要因素之一^[20]。对具有突破性的创新技术,在价格准

入阶段的试行期间收集真实世界成本证据,为医保支付决策提供依据。适应技术快速发展,综合考虑临床价值、价格、医保基金承受能力,将临床必需、疗效确切、费用适宜、患者获益明显的转正价格项目纳入医保支付范围。遵循临床必需、疗效确切、价格合理、基金可承受,适度支持创新技术,动态调整基本医保医疗服务项目目录。创新医疗技术临床指南制定、立项定价、医保支付目录准入评审,需要厘清现有医疗技术和创新医疗技术在经济影响、社会适应性等方面的差别,以卫生技术评估提供安全性、有效性和经济性、社会伦理适应性方面的循证支持^[21]。卫生技术评估通过结合临床试验结果与新增项目试行期真实世界数据,对创新技术进行系统监测与价值评估,为其推广应用的定价机制调整和附条件立项提供决策依据,考量新技术准入对成本效益、预算影响,按对比现有医疗技术溢出价值调整支付标准。在 DRG 偿付系统中为创新医疗技术建立“临时性支付-补充性支付-打包支付”模式^[22]。

5.2.2 建立医院从短期除外支付到转入长期按 DRG 付费阶段准入条件、申请审批衔接机制。对具有临床重大突破、治疗效果显著提升、病例平均治疗费用显著高于相应 DRG 病组付费标准、缺乏历史付费数据的创新医疗技术,经医院申报(说明项目创新程度、累计开展病例例数、价格、预期例数、预期总费用、适用范围、成本效果),由医保经办机构组织专家按真实世界成本费用数据进行论证,审核通过后,年度清算豁免退出 DRG 组病例总费用,按3年时限、创新技术平均病例费用超过 DRG 付费标准比例或病例数阈值,在 DRG 组体系外按项目付费。新技术转归定价、在多家医院广泛普及后,病例费用趋于稳定放量,收集短期除外支付期新技术积累治疗效果、费用消耗、历史病例数据,评估使用新技术后病例费用、成本、对应 DRG 组支付标准,将新技术纳入 DRG,以除外支付补偿和权重、费率调整、DRG 组别增减,将新技术囊括进常规 DRG 组内标准,转到长期支付机制,消减医院可能的超支顾虑,平衡费用控制与创新激励^[23]。做好创新医疗技术 DRG 付费准入,以退坡激励使新增项目由短期支付向长期支付过渡^[24]。

5.2.3 现行医疗服务项目价格动态调整与医保支付同步到位,稳定调价预期。按医疗服务价格动态调整评估结果,达到启动条件的,在总量控制范围内突出重点,有升有降全面落实动态调价。定期开展医疗服务价格动态调整评估,结合本地经济发展水平、医疗技术进步程度、承受能力,兼顾省际间比价关系,加强区域间横向比较,协同保持合理比价。推动回报率偏高的大型仪器设备等辅助诊疗检查检验类项目价格水平适

当下调,价格明显低于周边省份,在全国处在偏低水平、体现技术劳务价值的诊查、护理、临床诊疗、手术、中医等项目价格有序上调,支持短板学科发展,解决部分项目价格与价值偏离问题,逐步理顺医疗服务比价关系,保持经济发展水平相近、医疗发展水平相当、地理区域相邻周边省份价格水平合理衔接。医疗服务价格调整与医保支付政策同步出台、同步实施、同步跟上、互相支持,调价项目按现行医保诊疗项目医保支付政策执行,推动医疗服务体系健康有序发展^[25]。按医疗服务价格调整和住院资源消耗情况对病组影响,联动调整DRG付费标准,医保支付政策协同跟进衔接,分担费用增长,减轻患者负担^[26]。

总之,为推动新质生产力发展,对已纳入医保支付范围的创新医疗技术转归项目,进行额外筹资,不挤占原DRG预算,短期单独除外按项目据实付费;新技术经过2~3年除外支付运行,完善循证医学证据、增量成本-效果比资料,监测成本-效果、成本-效用、成本-效益数据,按临床价值、成本、创新性准入条件,遴选具有显著临床效果、较高成本和创新性医疗技术,将费用基础转换为成本基础,调整更新已有病组权重、费率、新增DRG组别。按新技术的费用对已有病组影响分类处理,如果新技术对已有分组费率影响较小,可直接纳入已有病组付费;若新技术对已有组别费率影响较大,先在DRG体系外短期临时单独支付,积累数据后再纳入长期打包支付常态化结算。当创新性治疗方式在区域内形成规模经济时,会以规模效应降低DRG病组成本。在采集医院合理成本基础上,按统计学方法,形成地区内社会平均成本,按成本制定基准付费标准,按医院级别、不同医院病种构成、疾病平均严重程度等差异设置调节系数,使付费标准反映疾病治疗实际成本。医保经办机构可按公立医院申报病例数据,将符合条件的标识申报为特需医疗服务,相关病例费用不纳入DRG医疗总费用年度清算,而对于优质优价需求病例,同样由于DRG/DIP付费模式下医疗机构成本管理的需要,在支付方式改革中注意在保基本与部分患者体验优质优价需求间寻求平衡。

参 考 文 献

- [1] 林燕羨,刘宝.我国新增医疗服务价格项目管理现状与对策研究[J].中华医院管理杂志,2021,37(11):878-882.
- [2] 吕兰婷,蒋昌松,胡邱铷,等.医疗服务价格管理现状、问题及发展建议[J].中华医院管理杂志,2023,39(7):486-492.
- [3] 丁宁,胡豫,张义丹,等.新质生产力助力公立医院高质量发展的路径分析[J].中华医院管理杂志,2024,40(9):651-656.
- [4] 林振威,吴风琴,程斌,等.医疗服务价格改革与DRG付费改革相互关系研究:基于某三甲医院住院患者结算清单数据[J].中国医疗保险,2024(3):29-33.
- [5] 李慧榕,林敏,王桂松.DRG付费下医疗新技术补偿支付设计探讨[J].中国医疗保险,2023(4):50-54.
- [6] 许光建,乔羽堃.我国医疗服务价格调整与医保支付方式改革的联动机制研究[J].中国卫生政策研究,2021,14(5):8-14.
- [7] 王晓昕,张媚,许敏,等.基本医疗服务价格的经济学特征及政策启示[J].中国卫生经济,2021,40(6):36-39.
- [8] 隋晓敏,王骁,严波,等.DRG支付方式改革对医院运营管理影响研究[J].中国医院,2024,28(5):17-20.
- [9] 肖蕾,张媚.面向决策应用的公立医院成本核算机遇、挑战及策略研究[J].中国卫生经济,2023,42(1):73-76.
- [10] 郑秉文.中国医保支付体系改革25年:成就、问题与展望[J].社会保障评论,2024,8(3):75-89.
- [11] 于婷,严波.DRG付费方式下公立医院结余分析与运营策略研究[J].中国医院,2022,26(10):64-66.
- [12] 李水娥,丁锦希,李佳明,等.DRG创新除外机制的关键问题研究[J].中国医疗保险,2023(4):41-48.
- [13] 鲍玉荣,英立平,唐斯斯,等.系统论、博弈论及协同论视角下医疗与医保体系的关系及优化建议[J].中华医院管理杂志,2021,37(8):627-630.
- [14] 牛亚冬,张亮,张翔,等.医保系统和医疗系统协同发展探讨:目标、分工与协作[J].中国卫生政策研究,2023,16(10):35-40.
- [15] 李利平,徐芳会,侯准科.技术、风险要素在医疗服务人力价值测算中的应用研究[J].中国卫生经济,2019,38(1):67-70.
- [16] 王海银,丛郅萱,彭颖,等.我国新医疗技术的定价及支付优化策略探讨[J].中国卫生质量管理,2020,27(1):105-108.
- [17] 毛强,阳坤,雷鹏.DRG付费模式下我国各地特殊病例支付政策的分析[J].中华医院管理杂志,2025,41(3):203-209.
- [18] 封厚利.自下而上的DRG成本核算方法应用实践与分析[J].中国医院,2023,27(10):88-93.
- [19] 任毅,李风芹,于蔚,等.DRG支付方式下医院成本管理特征、路径选择与策略[J].中国卫生经济,2020,39(9):84-87.
- [20] 吕兰婷,胡邱铷,王知.医疗服务价格项目创新准入方法和路径[J].中国医疗保险,2024(1):50-57.
- [21] 严俊涛,夏宇,魏艳,等.卫生技术评估推进我国卫生健康新质生产力发展的路径探析[J].中华医院管理杂志,2024,40(9):657-661.
- [22] 李伟,任雨青,丁锦希,等.德国DRG医院偿付系统中创新产品支付模式分析[J].中国医院,2021,25(12):40-42.
- [23] 胡宏伟,郭宏旺,睦旭东.多元视角下DRG除外支付机制探析[J].中国医疗保险,2022(10):54-57.
- [24] 冯逸佳,张璐莹,李骄阳,等.我国DRG/DIP付费下创新医疗技术支付机制政策分析[J].中国卫生政策研究,2024,17(9):1-5.
- [25] 吴静娴,何荣鑫,王雪,等.“三医”联动视角探究我国公立医院医疗服务价格改革[J].中国卫生经济,2016,35(7):44-46.
- [26] 王绪,吴婧文,肖丽,等.医保基金战略性购买实践中价格联动及动态调整机制研究:以眉山市为例[J].中国医疗保险,2023(6):93-98.

通信作者:郝大喜(1977-),男,硕士,初级会计师;研究方向:医院价格管理。

收稿日期:2024-09-09

修回日期:2024-11-21

(编辑 曹晓芸)