◁医保管理▷

以天津市某医院为例探究异地就医联网结算纳入DRG支付的意义*

张君△, 李雅红, 付子英, 井琨
天津医科大学第二医院医疗保险办公室, 天津 300211

【摘要】 **目的**　分析按疾病诊断相关分组(diagnosis related group, DRG)付费下, 天津市某三甲综合医院本市医保和异地医保患者的住院费用, 探究不同支付方式对住院费用产生的影响, 研究异地医保结算纳入DRG付费的必要性, 提出相关建议、思路。**方法**　选取天津市某三甲综合医院2023年1月至2024年1月本市和异地医保患者的住院费用, 提取患者的年龄、住院天数、住院费、药品费、耗材费等数据。使用SPSS 26.0统计软件进行数据分析。**结果**　异地患者费用普遍高于本市患者, 不同组别影响费用的因素也不相同。**结论**　DRG支付可以减少医疗资源消耗, 促使医院主动改革, 提升医保监管效率, 抑制不合理行为。强化异地分级诊疗, 避免医疗资源失衡导致的医保基金风险。

【关键词】 医保; 医院; 异地就医; 直接结算; 疾病诊断相关分组
【文献标志码】 A　【文章编号】 1672-4232(2026)03-0070-05
【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2026.03.016

Exploring the Significance of Incorporating Remote Medical Network Settlement into DRG Payment

ZHANG Jun, LI Ya-hong, FU Zi-ying, JING Kun
Medical Insurance Office, Second Hospital of Tianjin Medical University, Tianjin 300211, China

【**Abstract**】 **Objective**: To analyze the hospitalization expenses of inpatients with medical insurance from both local and non-local regions under the payment system based on diagnosis related groups (DRG) in a certain 3A comprehensive hospital in Tianjin. To explore the impact of different payment methods on hospitalization expenses, study the necessity of including DRG payment in the settlement of non-local medical insurance, and propose the relevant suggestions and ideas. **Methods:** The hospitalization expenses of inpatients with medical insurance from both within the city and from other regions in a certain 3A comprehensive hospital in Tianjin from January 2023 to January 2024 were selected. Data such as the patients' age, length of hospital stay, hospitalization cost, drug cost, and consumable cost were extracted. Data analysis was conducted using SPSS 26.0 statistical software. **Results:** The expenses of patients from other regions were generally higher than those of patients within the city. The factors influencing the costs varied among different groups. **Conclusions:** DRG payment can reduce the consumption of medical resources, prompt hospitals to actively reform, improve the efficiency of medical insurance supervision, and curb unreasonable behaviors. Strengthening the hierarchical diagnosis and treatment for patients from other regions can avoid the risks to medical insurance fund caused by the imbalance of medical resources.

【**Key words**】 medical insurance; hospital; seeking medical treatment in a different location; direct settlement; disease diagnosis related grouping

近年来, 人口流动逐步加快, 群众异地就医需求逐步被释放[1], 跨省就医直接结算已成为患者的刚性需求。根据国家医保局官网发布的统计数据, 全国住院费用跨省直接结算人数从2018年的132万人次上升到2022年的568.79万人次。2023年进一步上升至1 125.48万人次, 减少个人垫付1 351.26亿元, 较2022年增长97.87%、77.25%[2]。住院费用跨省直接结算已经成为医保基金的重要组成部分, 与医保基金的安全紧密相连。国家医保局发布的《关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》(医保发〔2022〕22号)中提到, 将异地就医人员纳入本地统一管理, 鼓励地方探索不同医保支付方式改革在异地就医结算中的应用。2021年11月国家医保局发布的《关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》明确了到2024年底, 实现支付方式改革全国所有统筹地区全部覆盖; 2025年底, 实现医疗机构全覆盖, 基本实现病种、医保基金全覆盖的总体目标。天津市于2021年试点按疾病诊断相关分组(diagnosis related group, DRG)付费。在改革实施过程中, 就医地通常对本地医保患者住院费用采用DRG付费方式结算, 而对异地医保患者住院费用则按项目付费方式结算。

*基金项目: 天津医科大学2024年度医院管理创新研究项目(2024YG24)
△通信作者

天津市某医院是一所大型三甲综合医院，于2021年11月起实施DRG付费结算。本文对比分析了在DRG实际付费下，天津市某三甲综合医院同一时期内本市医保患者和异地医保患者的住院费用差异，探究不同支付方式对住院费用的影响，探讨将异地医保直接结算纳入DRG付费管理的必要性和可行性，提出相关建议，以期为异地医保直接结算全面纳入DRG付费提供参考与借鉴。

1　资料与方法

1.1　资料来源

本研究选取天津市某三甲医院2023年1月至2024年1月同一时间段内本市医保和异地医保直接结算患者的住院费用进行分析，剔除标准为：住院费用极端病例（住院费<1 000元或>15万元）、住院天数异常（60 d以上）病例。按照《国家医保局CHS-DRG 1.1版分组方案》的分组方式，提取患者的年龄、住院天数、住院费、药品费、耗材费、检查费、治疗费、手术费等数据。

1.2　研究方法

本研究使用SPSS 26.0统计软件进行数据分析。为了确保分析结果的准确性和有效性，在进行统计分析前，采用Kolmogorov-Smirnov检验（简称K-S检验）对各个指标数据进行正态检验，结果显示，各个指标的P值均小于0.05，即均不服从正态分布。因此采用Mann-Whitney U检验对比组间差异（检验水准a=0.05）。按DRG分组（外科/内科/操作组）对比了前10位病组的费用差异。

2　结果

2.1　异地医保与本市医保总体费用情况

本研究共纳入72 176份病例，其中，异地医保组11 877例，本市医保组60 299例。异地组总体平均年龄为60.31岁，本市组总体平均年龄为61.38岁，差异具有统计学意义（P<0.05）。住院天数方面，异地组平均为6.49 d，本市组平均为6.62 d，两者差异无统计学意义（P>0.05）。在总体费用、药品费、耗材费、检查费和手术费方面，异地组与本市组均存在显著差异（P<0.05），但在总体治疗费上，两者之间的差异无统计学意义（P>0.05）（详见表1）。

2.2　外科组不同医保类型患者费用情况

外科组异地医保患者与本市医保患者的住院天数相比，除LA19组和LB29组外，其余组别均具有统计学意义（P<0.05）。从费用差异来看，异地的总费用和检查费用显著高于本市，具有统计学意义（P<0.05）；LB29组、MB19组、RE11组和RG13组的异地药品费用均明显大于本市，而其余组别无统计学意义（P>0.05）；除了RG13组外，其他组别的材料费用存在显著差异，具有统计学意义（P<0.05）；治疗费用仅LA29组本市与异地治疗费用差异不显著，其余组别均具有统计学意义（P<0.05）；CB15组和RE11组异地和本市的手术费用差异显著，而其余各组的手术费用差异无统计学意义（P<0.05）。由于外科组在诊断和住院治疗中以手术为主，围绕手术产生的耗材及检查费具有差异，异地患者更多使用先进的技术支持，所需的手术植入物或其他材料的费用价格更高，进一步使得总费用、耗材费及检查费三者费用在不同医保类型中存在显著的差异（详见表2）。

2.3　内科组不同医保类型患者费用情况

内科组的住院天数在不同医保类型上整体呈现出较大的差异，反映了内科组对于异地医保患者在治疗流程和住院管理上与本市医保患者存在差异，可能涉及对病情的长时间观察；同时，不同医保类型对内科组的总费用、药品费、耗材费和检查费产生显著的差异影响，即异地医保中的总费用、药品费、耗材费和检查费普遍高于本市医保，表明不同医保类型的支付政策和支付标准的差异进一步加剧了费用的差异（详见表3）。

2.4　操作组不同医保类型患者费用情况

操作组中，从住院天数差异来看，仅有FM39组在医保类型上存在显著的差异性，而其余组别均不具有统计学意义（P>0.05）。在总费用（除FL29组）、耗材费（除GK25）和检查费（除FN19和GK19）上，异地组普遍高于本市组，差异具有统计学意义（P<0.05）。然而，药品费和治疗费两组间整体无显著差

表1　异地医保患者与本市医保患者各项目情况比较

医保类型	病例数（例）	年龄（岁）	住院天数（d）	总费用（元）	药品费（元）	耗材费（元）	检查费（元）	治疗费（元）	手术费（元）
异地	11 877	60.31	6.49	21 380.11	3 622.30	6 901.55	4 414.60	2 171.25	2 949.81
本市	60 299	61.38	6.62	18 452.19	3 359.29	5 820.70	3 752.32	1 884.02	2 468.96
Z值		−16.055	−1.844	−15.640	−1.978	−6.571	−18.524	−0.484	−12.183
P值		<0.001	0.065	<0.001	0.048	<0.001	<0.001	0.629	<0.001

异。值得注意的是，大多数组别的手术费在两地患者间均无显著差异。可能与操作组本身手术的标准化临床路径有关，围绕手术操作的耗材费和检查费具有差异，手术费相对固定，医保类型和地区对药品费和治疗费的影响不显著（详见表4）。

3　讨论

3.1　异地就医直接结算现状分析

跨省直接结算的便利性加速了医疗资源吸收现象，统计该院数据显示，45%异地患者来自邻近省份（如河北），这种现象造成医疗水平欠发达地区医疗资源的浪费，同时，也会增加就医地的医疗负担，导致其医疗资源紧张，使得本就“看病难”的现象雪上加霜，也就形成了近年来异地就医直接结算患者激增的井喷状况。

现行按项目付费的异地结算模式缺乏费用约束机制。随着异地就医患者数量激增，医保基金使用大幅增加，异地医保基金使用效率低，浪费大，这加剧了医保基金精算不平衡，也增加了医保基金使用的风险与负担，因此医保支付方式改革过程中应该同时考虑异地医保支付方式的改革，实行支付方式一体化的探索。

3.2　不同结算方式下的费用差异分析

对比异地和本市费用数据，DRG 支付显著降低了医疗费用。对于内科组、外科组、操作组三个组

表2　外科组不同医保类型各项目情况

外科组	总例数（例）		住院天数（d）		总费用（元）		药品费（元）		耗材费（元）		检查费（元）		治疗费（元）		手术费（元）	
	异地	本市	异地	本市	异地	本市	异地	本市	异地	本市	异地	本市	异地	本市	异地	本市
CB15	132	861	1.81*	1.16*	9 273.49**	7 427.36**	3 922.93***	3 791.35***	1 582.81**	883.53**	464.83**	321.60**	268.08**	141.53**	2 855.57**	2 173.19**
CB33	73	605	1.93**	1.48**	11 188.54*	10 008.15*	189.87***	138.50***	4 509.48*	3 856.56*	876.01**	668.06**	223.97*	148.68*	5 192.06***	5 035.02***
LA19	176	652	8.63***	8.61***	43 323.22*	39 051.22*	761.90***	719.67***	18 632.56*	16 160.34*	8 373.96*	7 260.19*	1 656.20*	1 523.56*	12 690.62***	12 250.39***
LA29	265	1219	8.86**	7.81**	34 926.79**	30 608.14**	3 003.40***	2 332.02***	11 779.38*	9 586.22*	8 962.26*	8 177.72*	1 724.37***	1 449.39***	8 771.17***	8 053.12***
LB29	150	463	8.26***	8.26***	38 818.46*	34 873.42*	1 613.38**	1 626.44**	15 909.76*	13 485.76*	7 554.47*	6 509.08*	1 770.81*	1 675.30*	11 017.80***	10 486.08***
LC19	473	2 140	5.09**	4.80**	27 182.71*	24 383.90*	777.58***	637.95***	15 623.27*	13 894.94*	4 705.94*	4 001.92*	761.23*	668.59*	4 777.44***	4 646.87***
MB19	176	718	7.07**	6.97**	30 105.19*	26 958.71*	1 916.49**	1 824.41**	12 945.00*	10 909.46*	5 903.25*	5 120.44*	1 373.22*	1 238.48*	6 976.34***	6 887.35***
RE11	313	687	4.52*	3.75*	14 404.85*	12 287.25*	6 525.54**	5 983.26**	708.36**	623.35**	4 363.91**	3 283.54**	808.49*	706.15*	63.53*	30.14*
RG11	277	638	3.66*	3.03*	18 619.94*	14 186.84*	8 800.52***	7 766.35***	531.23**	428.88**	4 756.55*	3 724.17*	679.71**	561.05**	66.43***	35.56***
RG13	514	2 449	2.00**	1.70**	10 534.82*	8 950.27*	5 658.60*	4 989.66*	245.89***	197.52***	3 074.01*	2 640.68*	210.52*	183.28*	12.86***	5.28***

注：*为 P 值小于0.001，**为 P 值小于0.05，***为 P 值大于0.05。

表3　内科组不同医保类型各项目情况

内科组	总例数（例）		住院天数（d）		总费用（元）		药品费（元）		耗材费（元）		检查费（元）		治疗费（元）		手术费（元）	
	异地	本市	异地	本市	异地	本市	异地	本市	异地	本市	异地	本市	异地	本市	异地	本市
BR23	105	872	12.55**	11.60**	15 488.42**	13 443.86**	7 325.84**	6 304.96**	681.25**	638.01**	4 432.23**	3 707.32**	1 336.54**	1 381.21**	12.57**	13.30**
ES31	158	2 816	12.40*	11.31*	18 363.57**	16 576.98**	6 082.87**	5 045.65**	1 259.53**	1 216.29**	4 871.76**	4 183.61**	4 623.43***	4 517.72***	29.56***	22.60***
ES33	86	1 145	12.36*	10.49*	14 578.83*	13 025.23*	4 644.41*	3 896.15*	906.09**	881.09**	4 435.90*	3 800.23*	3 366.96*	3 044.71*	26.05***	16.63***
ES35	71	665	9.62*	7.90*	11 402.15*	9 146.74*	3 157.60*	2 437.42*	794.61***	613.65***	4 178.96*	3 311.12*	2 263.01***	1 827.78***	10.00***	7.20***
KS15	71	582	11.87**	10.58**	9 790.82*	8 541.68*	2 606.86*	2 139.22*	555.79**	500.55**	4 370.82*	3 733.08*	1 439.80*	1 252.89*	6.97***	30.95***
LR11	81	702	12.57**	11.14**	23 415.51*	20 881.61*	7 978.68*	7 022.46*	2 503.75*	2 413.86*	5 398.08**	4 682.46**	4 545.12*	3 972.22*	435.39**	241.99**
LR15	118	734	10.64**	9.60**	15 713.64*	13 848.56*	5 131.08*	4 384.54*	1 158.59*	1 129.31*	5 840.07*	4 892.76*	2 047.51**	1 954.68**	142.54***	158.40***
MR15	95	531	4.04***	3.07***	12 327.07***	8 834.85***	943.31***	415.58***	2 983.23***	2 027.22***	5 347.75***	4 481.34***	840.22***	628.20***	1 588.06***	922.15***
MZ15	192	718	3.63*	2.83*	8 068.29*	6 948.71*	291.11*	183.39*	1 460.66*	1 322.65*	4 802.19*	4 132.62*	800.76*	598.51*	444.57*	424.58*
RU13	226	784	4.30*	3.72*	9 170.90*	8 034.54*	4 245.08*	3 561.23*	537.83*	546.73*	3 056.23*	2 507.21*	709.55*	562.98*	25.31***	46.26***

注：*为 P 值小于0.001，**为 P 值小于0.05，***为 P 值大于0.05。

表4　操作组不同医保类型各项目情况

操作组	总例数（例）		住院天数（d）		总费用（元）		药品费（元）		耗材费（元）		检查费（元）		治疗费（元）		手术费（元）	
	异地	本市	异地	本市	异地	本市	异地	本市	异地	本市	异地	本市	异地	本市	异地	本市
FK39	41	261	8.61***	7.12***	77 876.26**	70 010.30*	2 166.84**	2 047.31**	66 667.22**	60 006.14**	3 009.57**	2 567.79**	2 450.07***	2 125.46***	2 598.07***	2 470.53***
FL19	40	281	5.90***	5.61***	92 732.60*	84 719.26*	1 679.65***	1 662.55***	81 087.48*	73 688.09*	3 748.20*	3 207.81*	1 304.33***	1 226.34***	4 447.86***	4 476.95***
FL29	35	137	3.97***	3.97***	60 442.01***	52 628.71***	959.22***	909.79***	50 932.59**	44 079.52**	2 540.94*	2 034.86*	981.37*	969.89*	4 471.38***	4 307.49***
FM19	374	2 272	5.07***	5.13***	27 999.66*	24 999.30*	2 327.21***	2 267.55***	14 444.14*	12 043.68*	2 734.00*	2 291.93*	1 430.32**	1 412.80**	5 557.58***	5 439.26***
FM29	100	761	4.96***	4.77***	27 489.55*	24 762.25*	2 387.53***	2 323.72***	15 484.08*	13 407.90*	2 799.76*	2 314.83*	1 374.96***	1 351.31***	4 056.85**	3 915.65**
FM39	596	3 009	4.25*	3.56*	10 488.60*	9 440.58*	1 156.09*	1 107.55*	2 946.89*	2 463.74*	3 018.25*	2 414.17*	585.94*	572.88*	2 495.19**	2 489.29**
FN19	20	104	15.75***	12.63***	76 733.54**	61 712.98**	8 149.15**	5 112.30**	49 046.67**	41 951.37**	6 015.30***	4 960.70***	5 236.40***	4 434.81***	6 663.24**	3 941.19**
GK19	16	54	10.06***	10.13***	25 728.18**	22 571.55**	2 694.74***	2 530.74***	7 781.66**	6 356.09**	5 795.69***	4 976.76***	1 709.25***	1 665.81***	5 580.99***	5 419.72***
GK25	25	192	4.44***	3.99***	10 230.36**	8 597.93**	854.04***	799.25***	1 375.50***	997.72***	2 941.04*	2 162.92*	878.04***	617.66***	3 500.68***	3 563.46***
GK35	226	1 338	3.92***	3.91***	10 102.52*	9 038.79*	885.52**	876.90**	2 045.87*	1 670.09*	2 453.37*	1 780.50*	422.45*	366.47*	3 681.00***	3 689.61***

注：*为 P 值小于0.001，**为 P 值小于0.05，***为 P 值大于0.05。

别,费用差异也不同。对外科组DRG支付方式更明显地体现在耗材费、检查费。对于手术的病人,在临床路径相似的前提下,异地患者围绕此次手术所做的检查会更多,手术优先使用新技术,选择非集采耗材。按照DRG支付的本市患者会选择相对价低的集采耗材,导致本市患者的耗材费及检查费明显低于异地患者,但药品费、治疗费、手术费、住院天数整体变化不大,次均费用的增长在一定程度上受耗材费增长的影响[3]。内科组体现在药品费、检查费有所差异,治疗费等整体并未发生明显变化。异地患者的住院天数总体高于同组本市患者,医师收治异地患者并不需要因为DRG支付而过多考虑住院时长,随着住院时长增加,异地患者药品费也同时增高,患者出于自身或者病情需要住院期间的检查费也相对本市患者更高。操作组体现在异地患者的耗材费、检查费总体高于本市患者,这与外科组情况类似,患者愿意多做检查实现体检目的,住院天数、治疗费和药品费等变化不大。综上说明:DRG改革对合理控制医疗费用具有明显优势,但对费用结构的优化作用有待进一步加强[4-5],医疗机构更多的是通过调整药品费、耗材费、检查费来优化住院费用,但体现医务人员劳动价值的治疗费、手术费并没有明显差异。DRG支付优化了临床路径,规范医师诊疗行为,减少非必要诊疗项目,有效避免资源浪费,减轻了医保基金和参保人的负担。按项目付费方式则容易诱发过度医疗行为,增加医保基金和参保人的负担。

数据显示,异地患者的费用增多更多地体现在药品、耗材等医疗成本,对于医院增加的只是成本支出,体现医务人员价值的治疗费、手术费等并没有太多变化,对异地患者实行DRG支付可以使医疗机构更加精准地实现主动的精细化管理,在节省医保基金的同时,也降低了医院的成本支出,也更能规范医院药品耗材管理。

3.3　基金监管面临的挑战

目前异地就医采用“就医地目录、参保地政策、就医地管理”的管理模式,参保地医保部门与就医地医保部门和定点医疗机构之间缺乏统筹联动和有效监管。就医地医保部门在日常检查、专项监管等工作中也容易存在一定的空白,对就医地而言,开展异地就医监管需要增加监管成本,同时又缺乏异地就医监管激励机制,就医地医保部门对异地结算费用只能按照项目审核方式进行拒付管理,这也形成了监管部门需要按照DRG支付和项目支付两套审核方式进行监管,增加了监管负担,导致跨省异地结算就医地监管存在动力不足、监管力度不够的问题。而参保地医保部门对异地费用也只能“照单支付”,导致医保基金合理使用监管缺失,增加了医保基金的支付负担,造成医保基金浪费。

3.4　异地患者个人负担加重

对于异地就医患者,过高的医疗费用必然导致患者的个人负担增加,按项目付费方式结算,存在过度医疗的风险很大,医院可能存在扩大医疗费用的倾向,这就增加了患者本次住院的不必要支出。项目付费是事后再进行的医保补偿支付方式,很难有效控制费用,这也是造成异地医保患者费用高于本市患者的根本原因。

4　建议

DRG支付是减少医疗资源浪费的医保支付方式,也是规范医生诊疗行为和衡量医疗服务质量的管理工具[6]。DRG支付可以减少诱导需求,将医疗费用控制在一个合理的范围内,采用DRG支付方式,倒逼医院主动革新,补齐异地医保管理的一块重要短板,主动将异地医保患者的粗放型管理转变为精细化管理,减少不必要的医疗费用,减少医院成本支出,降低医保基金风险,减轻患者医疗负担。在医院成本管控方面,促使医院转变观念,将医院发展重点由粗放扩张转变为精细化管理,严格管理药品、耗材等成本的支出,促进医院高质量发展。

统计本研究的住院数据,异地患者来自邻近省份占比高,外科组和非手术室操作组病人占全部异地患者的72.25%,说明异地就医更多地是希望选择医疗质量更优质的医疗资源进行手术及操作治疗。异地医保患者外科组和操作组次均费用高于本市医保患者,主要受耗材费高的影响较大。因此,建议分阶段推进DRG支付在异地就医的全覆盖,先试点覆盖京津冀地区前10位DRG外科或操作病组,考虑支付标准按不超过本地DRG支付的1.1倍设定。对于医院管理应以耗材管理为抓手,把高值耗材管理与降低成本、提高效益、保障患者安全结合起来,通过精细化管理最大限度提升高值耗材管理效益[7-8]。以DRG支付方式改革为动力,紧跟国家政策,强制使用集采耗材,建立异地高值耗材管理清单,将耗材使用情况纳入科主任绩效考核管理,定期反馈,对费用异常的科室及时约谈,进行警示惩罚。内科组由于异地患者住院时长高于本市患者,导致次均费用和药品费较高,应合理控制不必要的住院日,降低药品费,减轻患者的住院负担,提

升医疗机构的经济效益，产生社会效益，实现医疗机构、患者与社会的“三赢”[9]。

对异地医保患者实行DRG支付方式，就医地监管部门按照DRG监管模式统一监管，运用国家码等统一医保数据，优化医保监管方式，提升监管效率，降低监管难度。通过充分应用医保大数据挖掘技术，建立医保安全和数据模型，实现了医保数据质量的提升和监管水平的精细化[10]。同时增大处罚力度，对违规情况采用公开通报、疑点数据核查、追回资金等手段进行监管。对于年度累计违规严重的，暂停异地医保联网结算资格。完善医保基金监管体系，从内部治理、外部监管、审计飞检等多角度来改善。DRG支付也会带来高编高靠、分解住院、诊疗不足及住院人次异常激增等风险，构建双责任主体审核机制，由就医地负责实时审核诊疗合规性，由参保地通过国家平台进行费用合理性追溯核查。完善DRG智能监控系统，动态调整知识库，充实病种临床路径规则。精算高编高靠筛查算法，建立分解住院的识别模型，抑制不合理行为。

对于参保地，要继续强化分级诊疗制度，在方便患者异地就医的同时严格监管。异地就医患者只需要通过网络平台进行备案即可到异地就医直接结算，这种模式方便了患者，但在提高异地就医便利性的同时，仍需进一步强化分级诊疗管理。对于可以在当地治疗的疾病，应通过提升患者在当地的报销比例等倾斜政策，鼓励异地患者理性选择就医地，避免医疗资源过度失衡，降低医保基金使用风险。

参　考　文　献

[1] 王煜昊，徐伟，许正圆，等. 江苏省三市不同类型跨省异地就医人员就医行为、医疗费用分析[J]. 中国卫生经济，2021，40(6)：23-27.

[2] 国家医疗保障局. 2023年医疗保障事业发展统计快报[EB/OL]. (2024-04-11)[2026-03-12]. http://www.nhsa.gov.cn/.

[3] 陈颖，王峰，孔晴宇，等. 医改政策对医院住院费用的影响分析[J]. 中国卫生质量管理，2019，26(3)：30-32，36.

[4] 李文瑾，续晓方，田立启，等. 基于DRG的乳腺癌手术患者住院费用及影响因素分析[J]. 卫生经济研究，2021，38(6)：76-79.

[5] 张雅莉，荆媛，姚魏紫，等. 基于DRG的剖宫产病例分组效果与费用结构分析[J]. 卫生经济研究，2020，37(7)：37-40.

[6] 吴烨，周典，田帝，等. DRG与DIP医保支付方式的融合发展模式探究[J]. 中国医院管理，2022，42(10)：9-12.

[7] 周传坤，刘晓华，吴昕霞，等. 我院实施医用耗材精细化管控实践[J]. 中华医院管理杂志，2019，35(1)：73-76.

[8] 王宗定，罗丽，夏爱琼. 医疗机构耗占比管控的政策[J]. 中国研究型医院，2018，5(2)：8-10.

[9] 袁磊，陈子华，黄耿文，等. 基于DRG精准制定科室平均住院日目标的实践与评价[J]. 中国医院管理，2021，41(6)：34-38.

[10] 杨红燕. 数字化时代的数字医保：内涵、价值、挑战与治理思路[J]. 华中科技大学学报(社会科学版)，2021，35(2)：17-24.

收稿日期：2025-05-15
修回日期：2025-08-05　　（编辑　曹晓芸）