◁医保管理▷

基于间断时间序列模型测评DRG支付改革对R中医医院医疗服务绩效的影响*

赵冀校[1]，李瑞锋[1]，苏禹菲[1]，石泽华[1]，马爽[1]，于红伟[2△]
1. 北京中医药大学管理学院，北京 102488；2. 日照市中医医院，日照 276800

【摘要】 **目的** 分析DRG支付改革对R中医医院医疗服务绩效的影响。**方法** 收集2020年1月至2022年12月的三个维度九类指标的月度数据，采用熵权法测定各维度中二级指标权重，计算各维度的综合得分，运用间断时间序列比较改革前后的趋势变化。**结果** 在政策实施初期，医疗服务效率、医疗服务安全、医疗服务能力三个维度的综合得分均较改革前显著提升（P<0.05）。实施过程中，DRG支付改革对于医疗服务效率、安全、能力分别以2.2%、1.1%、0.3%的趋势增长，但医疗服务效率在实施前后增长幅度的差异无统计学意义（P=0.193）。**结论** DRG支付改革对R中医医院在医疗服务安全和能力方面具有较为显著的提升作用，对医疗服务效率的提升效果不显著，其适配性仍需系统性优化。

【关键词】 间断时间序列；医院绩效评价；DRG；高质量发展
【文献标志码】 A　【文章编号】 1672-4232（2026）01-0074-06
【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2026.01.017

Evaluation of the Impact of DRG Payment Reform on Medical Service Performance of R Traditional Chinese Medicine Hospital Based on Interrupted Time Series Model

ZHAO Ji-xiao[1], *LI Rui-feng*[1], *SU Yu-fei*[1], *SHI Ze-hua*[1], *MA Shuang*[1], *YU Hong-wei*[2]
1. *School of Management, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 102488, China*; 2. *Rizhao Hospital of Traditional Chinese Medicine, Rizhao 276800, China*

【**Abstract**】 **Objective:** To analyze the impact of DRG payment reform on medical service performance of R Traditional Chinese Medicine Hospital. **Methods:** Monthly data from January 2020 to December 2022 were collected for nine indicators across three dimensions. The entropy weight method was used to determine the weights of the secondary indicators within each dimension, and comprehensive scores for each dimension were calculated. An interrupted time series analysis was performed to compare trend changes before and after the reform. **Results:** In the early stage of policy implementation, the comprehensive scores for medical service efficiency, safety, and capacity in all the three dimensions were significantly higher than those before the reform(P<0.05). During the implementation, DRG payment reform led to trend increases of 2.2% in medical service efficiency, 1.1% in safety, and 0.3% in capacity. However, the difference in growth rate of medical service efficiency before and after the implementation was not statistically significant (P=0.193).**Conclusion:** DRG payment reform had a relatively significant enhancing effect on medical service safety and capacity in R Traditional Chinese Medicine Hospital, but its effect on improving medical service efficiency was not significant, indicating that further systematic optimization is needed to improve its adaptability.

【**Key words**】 interrupted time series; hospital performance evaluation; DRG; high-quality development

按疾病诊断相关分组（diagnosis related groups，DRG）是用于控制医疗费用增长、提升医疗服务管理的一种技术手段。作为国际公认的先进支付方式之一[1]，DRG通过聚焦“临床过程”和“资源消耗”两个关键维度，将临床过程相近和（或）资源消耗相当的病例分为一组，确保同组病例的资源消耗基础大致相同。不同组之间则依据“权重”进行区分，从而为不同强度和复杂度的医疗服务提供了客观、量化的对比依据，凸显同质性特征。通过这些指标，可以对不同医院治疗不同患者时产生的非同质性数据进行有效比较[2]，解决了医疗服务中难以量化与评价的问题。

医院绩效指医院在履行其社会职责过程中体现出的服务行为与运行结果，通常通过统计学等科学方法进行客观、公正的评价，评价维度包括服务量、诊疗活动的可及性与公平性、医疗资源配置效率以及患者满意度等[3]。构建具有平衡性、协同性和动态性的绩效评价体系，对于提升医院绩效管理水平具有重要意义。目前，应用于医院绩效评价的常见方法包括：以资源消耗为基础的相对价值比率、DRG、平衡计分卡、关键绩效指标法、目标管理法以及360度考核法等，各类评价方法的具体优势与局限详见表1。

*基金项目：日照市中医药科技项目（RZY2022A07）
△通信作者

表1　不同医疗绩效评价方法优缺点比较

评价方法	优点	缺点
相对价值比率	体现“多劳多得”绩效分配原则。	不利于成本管控和医保结算;存在过度医疗和医疗质量风险的隐患。
平衡计分卡	具有战略管理和绩效评价双重功能,体现战略性、协调性和平衡性。	评价体系具有一定的主观性,部分定性指标难以量化,缺乏客观性。
关键绩效指标法	指标具体、指标可度量,适于量化管理。	指标体系易机械化、执行不持续。
目标管理法	明确的目标作为考核标准,短期效果明显。	偏于经济指标,质控与社会服务指标权重较低,存在引导科室的趋利行为。
360度考核法	操作简单,考评结果较为全面。	开展评价所消耗的时间与费用较高,评价结果缺乏客观性。
DRG	医疗标准化,不同医疗机构间可以进行对比测评,促进资源有效利用。	实施难度较大,对于医疗信息化水平和病案数据质量要求较高,适用范围有限,只适用于临床科室和医疗机构间测评,不适用于医技等科室。

从本质上看,DRG数据指标是一套具有多用途的医疗管理工具,既可用于支付管理,也适用于预算控制和质量评价[4-6]。在当前实践中,通常的做法是将DRG体系指标纳入原有的绩效考核体系中,例如,引入DRG组数、权重、病例组合指数、时间消耗指数和费用消耗指数等关键指标,从能力、效率与安全三个维度对医疗服务进行综合评估[7-9]。医院可借助DRG数据测评临床路径的执行效果,分析时间消耗指数、费用消耗指数等指标的变化趋势,从而推动诊疗方案的标准化与规范化。该方法在优化医疗服务流程的同时,也完善了绩效评价体系,推动了医院绩效考核长效机制的构建与精细化管理的实现[10]。

目前,国内关于DRG支付改革政策效果的评估研究仍处于起步阶段,针对中医医院DRG支付改革的效果评价尤为鲜见。现有文献多集中于对单一指标的政策干预效果分析[11-13],尚缺乏从多指标组合维度开展的综合性测评。基于此,本文尝试运用间断时间序列模型,对某三甲中医医院(山东省DRG改革示范区先进医院)DRG支付改革的实施效果进行多维度测评,并据此提出针对性的优化建议,旨在为中医医院的高质量发展提供理论依据和实践参考。

1　资料与方法

1.1　数据来源

数据来源于山东省某市中医医院(简称R中医医院)的医院信息系统和第三方开发的CN-DRG平台数据库。时间区间为2020年1月至2021年8月和2021年9月至2022年12月。

1.2　研究方法

1.2.1　评价指标体系的构建。筛选DRG评价指标和国家公立医院考核指标重合的部分作为研究对象,同时考虑到改革前后评价指标的连贯性,综合专家讨论后最终选取医疗服务能力、医疗服务效率和医疗服务安全三个维度九类二级指标,其中“中治率”指“以中医为主治疗的出院患者比例”,在本研究中将其量化为中药饮片、中医医疗服务项目和中成药三项费用占总治疗费用的比例,是衡量中医医院发展质量的重要指标,更是中医药核心竞争力的体现,已在杭州等地开展实践应用[14]。运用熵权法测评二级指标权重后,依据月度数据重新计算各维度分数,应用间断时间序列模型评估DRG政策改革纵向效果(见图1)。

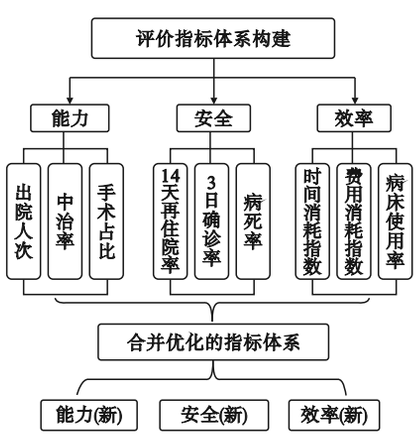


图1　评价指标体系的构建

1.2.1　熵权法。熵权法依据熵值来判断某个目标的离散程度,值越小表示其离散程度越大,表示其对综合评价的影响权重越大[15]。评定各维度指标的方向,分为高优指标和低优指标,其中高优指标即指标数值越高越好,对提高绩效有正向作用,反之低优指标是越低越好[16]。通过查阅相关文献并结合专家咨询法,整理2022年R中医医院的医疗服务三个维度的指标数据,分为高优指标和低优指标,采用熵权法分别计算三个维度中各指标权重系数,其中每个维度的总权重按100%进行计算。将高、低优指标分别依据公式(1)和公式(2)进行标准化处理,权重分析由SPSS 26.0完成,依据权重计算各维度的综合得分。

$$Y_{ij}=\frac{x_{ij}-\min(x_i)}{\max(x_i)-\min(x_i)} \quad (1)$$

$$Y_{ij}=\frac{\max(x_i)-x_{ij}}{\max(x_i)-\min(x_i)} \quad (2)$$

设定评价指标数为n(i=1,2,3,…,n,i为第i个

评价指标），评价单位数为m（j=1，2，3，…，m，j为第j个评价单位）。

1.2.2　间断时间序列模型。间断时间序列（interrupted time series，ITS）分析是一种准实验研究设计方法。该方法通过收集干预前后多个时间点的观测数据，分析干预实施前后的变化趋势，从而评估干预措施是否对研究对象产生显著影响[17]。间断时间序列模型被认为是评估干预措施纵向效果的较为严谨的准实验研究设计之一，广泛用于评估临床治疗、卫生服务以及政策实施等领域，评估干预措施对实践行为随时间变化的影响效果[18-20]。本研究采用卫生经济学中常用的分段回归时间序列模型，以干预措施实施时点为分界，采用分段线性回归对数据进行拟合，构建以结局变量为因变量的线性回归方程。该方法通过在时间序列模型中设定控制点，对比并检验干预前后结局变量在即刻水平（截距）和趋势（斜率）上的变化，从而科学评估干预措施的实际效果，具体模型构建如下：

$$Y_t=\beta_0+\beta_1\times time+\beta_2\times policy+\beta_3\times post+\varepsilon \quad (3)$$

其中，Y_t表示研究结局变量在时间t的取值；*time*为一个连续性时间变量，表示从观察期起点（本研究中为2020年1月）至第t月的时间序列；*policy*为政策是否实施的虚拟变量，干预前（即2021年9月前）设定为0，干预后设定为1；*post*为政策实施后的时间变量（干预前=0，干预后=干预后经过的月数。β_0是结局变量在时间为0时的估计值，即干预前的基线水平；β_1是政策实施前结局变量的月度变化趋势，即干预前的基线趋势；β_2是政策实施时结局变量水平相较于实施前的瞬时变化量，反映干预的短期效果；当β_2>0（P<0.05）时，表示干预后结局变量在短期内显著上升；β_3是政策实施后结局变量的月度变化趋势相较于干预前的变化差值，表示干预的长期效果；当β_3>0（P<0.05）时，表明干预后结局变量随时间上升的趋势增强；$\beta_1+\beta_3$表示干预后的总体趋势斜率（即政策实施后结局变量的每月变化速率）；ε为随机误差项。为检验时间序列中是否存在自相关性，本研究采用Durbin-Watson检验（D-W检验）。若相邻残差存在正自相关性，则D-W检验统计量（D值）趋近于0；若不存在自相关性，D值则接近于2。本研究以P<0.05作为统计学显著性水平的判定标准。

2　研究结果

2.1　熵权法计算各维度指标权重结果

在医疗服务能力维度中“中治率”指标所占权重最大，为52.83%；医疗服务安全维度中“14天再住院率”和“3日确诊率”所占权重较大，分别为45.53%和45.64%；医疗服务效率维度中“时间消耗指数”和“费用消耗指数”所占权重较大，分别为48.56%和48.23%（见表2）。

2.2　间断时间序列模型结果

依据各维度的指标权重计算得到各维度的综合得分X_1、X_2、X_3，分别将X_1、X_2、X_3代入模型（3）。

2.2.1　医疗服务能力变化情况。建立评价医疗服务能力维度的间断时间序列模型，由图2和表3分析可知，政策实施前，医疗服务能力斜率为0.017，呈上升趋势，差异具有统计学意义（β_1=0.017，P<0.001）；实施DRG支付改革政策的首月水平瞬时变化量为0.098，差异具有统计学意义（β_2=0.098，P=0.036）；从政策实施长期来看，医疗服务能力每月增加0.003（干预后趋势=$\beta_1+\beta_3$=0.003），增速减缓，差异具有统计学意义（β_3=-0.014，P=0.01）。D-W检验结果为1.72，表明不存在自相关。

2.2.2　医疗服务安全变化情况。建立评价医疗服务安全维度的间断时间序列模型，由图3和表4分析可知，政策实施前，医疗服务安全方面斜率为0.003，呈上升趋势，差异有统计学意义（β_1=0.003，P=0.043）；实施DRG支付改革政策的首月水平瞬时变化量为0.105，呈现明显的提升，差异有统计学意义（β_2=0.105，P<0.001）；从政策实施长期来看，医疗服务安全方面斜率为0.011（干预后趋势=$\beta_1+\beta_3$=

表2　熵权法计算各维度指标权重结果

维度	指标	指标方向	评价内容	权重系数（%）
医疗服务能力	出院人次	高优	一定时间内出院患者的总人次数	24.32
	中治率	高优	对主病、主证以中医进行治疗的病人数占全部收治病人数的百分比	52.83
	手术占比	高优	出院患者施行手术治疗台次数占同期出院患者总人次数的比例	22.85
医疗服务安全	14天再住院率	低优	出院后14天内再次住院的比例	45.53
	3日确诊率	高优	入院三日内得到确诊的出院病人数占同期出院病人数的比重	45.64
	病死率	低优	一定时间内患病的全部病人因该病死亡的比例	8.82
医疗服务效率	时间消耗指数	低优	治疗同类疾病所花费的时间	48.56
	费用消耗指数	低优	治疗同类疾病所花费的费用	48.23
	病床使用率	高优	每天使用病床与实有床位的比率	3.21

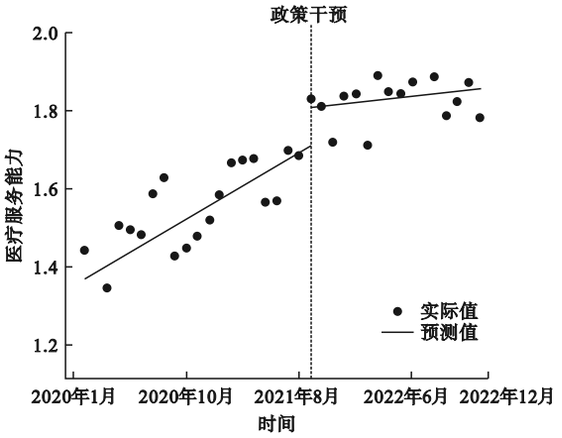


图2　2020年1月至2022年12月医疗服务能力变化趋势

表3　DRG支付改革政策实施前后医疗服务能力比较

变量	β	*SE*	*t*值	*P*值	95%*CI*	
					上限	下限
β_1	0.017	0.004	4.09	<0.001	0.009	0.026
β_2	0.098	0.045	2.19	0.036	0.007	0.188
β_3	−0.014	0.005	−2.73	0.010	−0.024	−0.004
β_0	1.370	0.055	24.99	<0.001	1.258	1.482

0.003+0.008=0.011),呈上升趋势,差异有统计学意义(β_3=0.008,*P*=0.005)。D-W检验结果为1.91,表明不存在自相关。

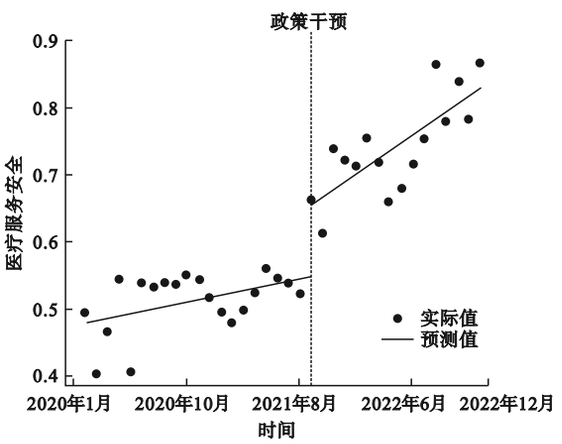


图3　2020年1月至2022年12月医疗安全变化趋势

表4　DRG支付改革政策实施前后医疗服务安全比较

变量	β	*SE*	*t*值	*P*值	95%*CI*	
					上限	下限
β_1	0.003	0.002	2.11	0.043	0.000	0.007
β_2	0.105	0.024	4.34	<0.001	0.056	0.155
β_3	0.008	0.003	2.98	0.005	0.003	0.014
β_0	0.479	0.023	21.16	<0.001	0.433	0.526

2.2.3　医疗服务效率变化情况。建立评价医疗服务效率维度的间断时间序列模型,由图4和表5分析可知,政策实施前,医疗服务效率维度斜率为0.017,呈上升趋势,差异有统计学意义(β_1=0.017,*P*<0.001);实施DRG支付改革政策的首月水平瞬时变化量为0.124,呈现明显提升,差异有统计学意义(β_2=0.124,*P*=0.001);从政策实施长期来看,医疗服务效率每月增长率为0.022(干预后趋势=$\beta_1+\beta_3$=0.017+0.005=0.022),但政策实施前后趋势变化差异无统计学意义(β_3=0.005,*P*=0.193)。D-W检验结果为1.69,不存在自相关。

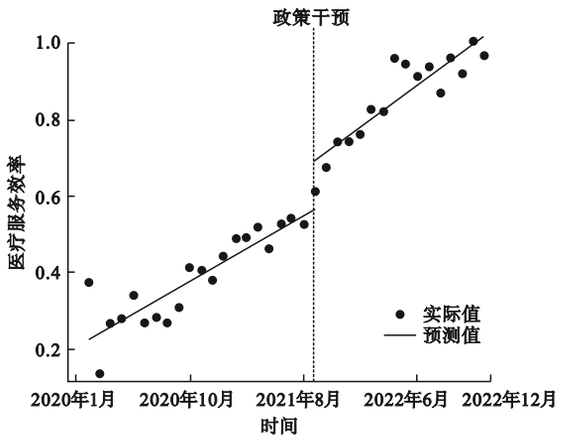


图4　2020年1月至2022年12月医疗服务效率变化趋势

表5　DRG支付改革政策实施前后医疗服务效率比较

变量	β	*SE*	*t*值	*P*值	95%*CI*	
					上限	下限
β_1	0.017	0.003	5.89	<0.001	0.011	0.023
β_2	0.124	0.032	3.85	0.001	0.059	0.190
β_3	0.005	0.004	1.33	0.193	0.003	0.013
β_0	0.226	0.038	5.99	<0.001	0.149	0.302

3　结论与讨论

3.1　DRG支付改革政策对于医疗服务能力提升的增速减缓

DRG支付改革政策对医疗服务能力提升的增速减缓,实施前后差异显著。其原因可能为,R中医医院在DRG支付改革政策的施行初期过度关注资源消耗,对临床诊疗的合理性与规范性重视程度不足,存在选择性收治患者、分解住院、低成本医疗技术替代高成本医疗技术等负向医疗行为。此外,医疗新技术与新产品的应用因超出DRG打包支付范畴而导致成本增加以及对医务人员的激励效果不显著等因素均是导致医疗服务能力提升增速减缓的原因,这与陈双慧等[21]的研究结果相一致。

3.2　DRG支付改革政策对医疗服务安全的干预效果显著

DRG支付改革政策对医疗服务安全的干预效果显著。依据DRG评价指标反馈结果,R中医医院开展的一系列举措取得了较为显著的效果。干预举措主要包括:(1)全面监测并完善医院质量与安全四级质量管理体系;(2)实行周度考核制度,即每周召开医疗质量安全评价会议,开展对非计划再手

术病例、纠纷病例、死亡病例的讨论，精准提升医疗安全质量；(3)在科室实施重点病例上报预警制度，随机抽取病历，由管床医生、质控员和医院专家共同对临床医嘱、合理检查、病历书写、护理管理、药品耗材使用等过程进行全面质控及点评，针对存在的问题及时进行整改。基于上述举措的全面推进，医院从问题源头疏解，系统性化解了可能存在的风险因素。

3.3　DRG支付改革政策对改革前后医疗服务效率提升的差异不明显

DRG支付改革政策改革前后医疗服务效率的提升差异不明显。DRG基于现代医学诊疗体系研发设计，通过科学分组合理配置临床资源，提高利用效率。目前，R中医医院开展针对中医诊疗的做法是：在原DRG分组支付的基础上，提高支付权重补偿中医诊疗部分的相关费用，虽有支付权重的倾斜，但缺乏对中医诊疗的正向激励措施，且测评指标中时间消耗指数和费用消耗指数的减少程度较低，进而导致改革前后的医疗服务效率提升幅度差异不显著，这与陈明波和梁沛枫[22]的研究结果一致。因此，DRG支付改革对于中西医融合运营模式的适配性仍需进一步探索。

4　政策建议

4.1　中西医诊疗融合助推医疗服务能力的提升

围绕测评体系的相关维度开展系统性研究，深入分析服务能力与其他医院的差异，充分发挥自身独特的优势。探索优化中西医融合诊疗方案以助推医疗服务能力的显著提升，其系列举措包括：(1)执行“中西医并重、中西医融合”的双轮驱动战略，推广“1(中医疗法)+1(西医疗法)>1(纯中医/纯西医疗效)”的理念，完成“六个一”(一个特色专病、一个团队、一个经方、一项外治技术、一个诊疗方案、一个临床路径)的专科建设任务，推行“经方+经术”的诊疗模式。(2)通过优化整合针灸、推拿等中医外治技术及中医护理资源，成立中医综合外治中心，搭建一个窗口接诊、多专业协同、一体化运行、规范化治疗的中医综合治疗共享平台。推行加速康复外科(enhanced recovery after surgery，ERAS)理念，深度融合中医药干预的康复方案，显著缩减平均住院日。(3)将中医经典、中医外治、中医护理、中医康复和中医治未病全面融入诊疗方案，促进中医经典学用转化、中医外治提质增效、中医护理去繁取精、中医康复与中医治未病理法同用的“五个全科化”由面及里的转变，进而提升中医药服务的广度和深度。充分发挥中医药的传统特色优势，利用资源优势，组织中医专家开展义诊活动，通过参与举办中医药文化节等系列活动，使群众享受到优质医疗资源下沉的红利，同时也感受到浓厚的中医药文化氛围，提升群众对中医药的认可度。

4.2　优化医疗服务流程助力“降本、提质、增效”

DRG政策是深化医院成本改革的主要方式之一。不同病组的差异化支付标准倒逼医院实施精细化管理，以确保在相应的支付标准内完成诊疗，及时修正调整相对亏损率高的病种，推行“全院一张床”的多学科协作理念，以期达到降本增效、提供优质性价比医疗服务的目标。其举措包括：(1)对DRG政策熟悉运用的程度决定改革推进速度，全院医务人员熟悉利用DRG评价指标提取科室运营的月度、季度、年度数据并展开层次分析，重点关注成本结构变动度等方面，厘清科室开展DRG支付改革的相关责任成本，构建DRG支付模式下的成本与医疗支付价格的比价关系分析体系，及时有效地进行动态调整；(2)组织多部门联合协作开展对临床科室病例点评活动，梳理DRG开展过程中遇到的相关问题，定期向R市医保局反馈医院运营数据，提出合理化建议：单独支付针对临床路径之外的新技术、新方案产生的费用，鼓励医院积极探索引进效果好的新方案、新技术；(3)推行首诊多学科会诊诊疗模式，以病人获得最适宜诊疗为出发点，减少重复检查和缩短术前等待时间，打破科室间壁垒，实行全院垂直化管理。

5　研究局限与展望

本研究选取R中医医院DRG支付改革政策实施前后(2020年1月至2022年12月，共36个月)的数据进行测评分析，数据样本量相对较小。此外，本研究仅分析DRG支付改革政策的初步效果，具有一定的局限性。今后将继续收集其他中医医院的相关数据，持续测评DRG支付改革政策的影响效果，提出合理化的建议。

参　考　文　献

[1] 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.

[2] 宋远斌，孟卫东，莫春妍，等.中医与西医的比较与联系[J].中医药管理杂志，2011，19(1)：15-18.

[3] 江其玟，焦梦悦，范若云，等.价值共创视角下公立医院绩效考核体系优化路径与实践[J].中国卫生经济，2024，43(2)：

69-74.
[4] 吴学智.医保DRG支付下的某三甲医院医疗服务绩效评价分析[J].中国卫生统计,2024,41(1):128-131.
[5] 谢海梅,公雪,王云红,等.DRG付费模式下评价及控制分解住院方法探索[J].中国卫生经济,2024,43(3):72-77.
[6] 吴军,郭瑛,高倩,等.DRG支付下医保基金智能监管研究:以江苏省张家港市为例[J].中国医疗保险,2024(1):82-88.
[7] 马亚峰.疾病诊断相关分组应用于医院绩效管理的实践与思考[J].中国卫生标准管理,2019,10(1):31-32.
[8] 刘佳,景晓琳,王浩,等.DRG支付方式下公立医院运营效率评价指标体系构建研究[J].中国医院管理,2023,43(11):24-29.
[9] 张驰,王孝勇,苏宝利,等.山东省某医院基于DRG神经内科服务绩效评价[J].现代医院管理,2024,22(3):63-66.
[10] 杨燕绥,胡乃军,陈少威.中国实施DRGs的困境和路径[J].中国医疗保险,2013(5):21-23.
[11] 谷成胜,石平,何明方,等.DRG支付制度下的临床路径实施效果评价研究:基于间断时间序列模型[J].中国医疗保险,2022(5):11-16.
[12] 季金凤,吴立宗,董超,等.DRG支付方式下医院运营现状分析:以山东省青岛市某民营专科医院为例[J].中国医疗保险,2024(1):89-94.
[13] 那春霞,王东子,刘之蕙,等.儿童阑尾切除术病组服务效率及费用结构的间断时间序列研究[J].中国卫生经济,2024,43(2):37-40.
[14] 章穗,张梅,迟国泰.基于熵权法的科学技术评价模型及其实证研究[J].管理学报,2010,7(1):34-42.
[15] 石连忠,梅彦,余震,等.杭州市DRG中医支付政策的实践探索[J].卫生经济研究,2021,38(12):16-19.
[16] 刘振临,许锋,田金,等.熵权法在手术无影灯技术评估中的应用[J].中国医疗设备,2015,30(1):106-108.
[17] 朱星月,林腾飞,米源,等.间断时间序列模型及其在卫生政策干预效果评价中的应用[J].中国药事,2018,32(11):1531-1540.
[18] 杨鹏,庞凡,赵清,等.基于间断时间序列模型的院前检查对平均住院日影响的研究[J].中国医院统计,2021,28(1):25-28,33.
[19] 王文娟,胡洋溢,和宇航,等.北京市DRG试点医院脑缺血性疾病伴重要合并症与伴随病药品费用的研究[J].中国卫生经济,2023,42(2):6-10.
[20] 袁姣,叶霖,陈训军,等.基于间断时间序列分析的紧密型医疗共同体卫生服务效率评价[J].中国医院管理,2021,41(12):69-72.
[21] 陈双慧,肖馨怡,吴海波.DRG改革背景下负向医疗行为的成因分析及治理策略[J].医学与哲学,2022,43(20):37-40.
[22] 陈明波,梁沛枫.中医医院开展DRG支付方式改革现状与思考[J].中国医院,2024,28(4):14-17.

收稿日期:2025-01-08
修回日期:2025-04-21　（编辑　曹晓芸）