

公立医院DRG病组成本-效益分析探索*

徐庆峰^①, 武启峰^①, 赵晨^①, 杨阳^①, 刘法金^①

摘要 目的: 为适应医改变化, 提升医院精细化管理水平, 进一步强化业财融合, 为医院病种结构优化和专科发展方向提供参数依据, 为DRG预付费改革提供数据参考。方法: 运用作业成本法、项目叠加法和象限分析法, 开展基于DRG病组的成本核算与效益分析。结果: 生成院、科两级DRG病组及相关医疗、财务关键数据; 通过院级专科和DRG病组的象限划分区别优劣类型, 实施战略分析; 随着病种并发症和伴随症的发生以及严重程度加深, 住院平均天数、CMI升高, 病种效益下降。结论: 典型病组(专病)专科专治, 效益更具优势; 现行医疗服务项目价格与国家病种付费及分级诊疗改革方向存在差距; 对DRG病组效益分析、象限分析和收支来源进行解读, 呼吁杜绝医疗浪费、控制成本消耗, 促进临床诊疗与经济运营的结合, 获得临床科室的认可, 起到了为临床提示病种结构优劣调整和专科建设发展方向的作用。

关键词 公立医院; 按疾病诊断相关分组; 成本-效益分析

中图分类号 R1-9; F224.5 **文献标志码** B **文章编号** 1003-0743(2022)08-0083-06

Practice and Discussion on Cost-Benefit Analysis of DRG in Public Hospitals/XU Qing-feng, WU Qi-feng, ZHAO Chen, et al./Chinese Health Economics, 2022,41(8):83-88

Abstract Objective: To adapt to the change of medical reform, improve the level of delicacy management of hospitals and further strengthen the integration of operation and finance, so as to provide parameter basis for the structural optimization of hospital diseases and the direction of specialties development, as well as the data references for the reform of DRG pre-payment. **Methods:** It carried out cost accounting and benefit analysis based on DRG disease group by using methods of activity-based cost method, project superposition method and quadrant analysis. **Results:** The key data of medical and financial of hospital and department levels were showed. With the quadrant division of specialties and DRG, strategic analysis was given to conduct the strategy analysis. With the increase of disease complications, concomitant disease and its severity, the average length of stay in hospital and CMI increased, while the benefit of disease classification decreased. **Conclusions:** As a conclusion, the treatment of typical disease group is more effective and there is still a gap between the current pricing of medical services and the direction of the national hierarchical medical reform. The discussion is also focus on benefit analysis, quadrant analysis and sources of income and expenditure of DRG. In addition, it calls for the elimination of medical waste, the control of cost consumption and promotion on the combination of clinical diagnosis and treatment and economic operation, which plays a role in guiding the adjustment of disease structure and the development direction of specialty construction to a certain degree.

Keywords public hospital; Diagnostic Related Group; cost-benefit analysis

First-author's address Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou, 450000, China

Corresponding author LIU Fa-jin, E-mail: 191157075@qq.com

2019年,《国家医保局 财政部 国家卫生健康委 国家中医药局 关于印发按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知》(医保发〔2019〕34号)确定了30个城市作为DRG付费国家试点;2020年,《国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点城市名单的通知》(医保办发〔2020〕49号)将71个城市纳入了DIP病种付费试点;2021年,《国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》(医保发〔2021〕48号)明确指出,

2022—2024年,全面完成DRG/DIP付费方式改革任务,引导医疗机构改变当前粗放式、规模扩张式的运营机制,转向为注重精细化内涵式发展,注重成本管控治理,注重医疗服务技术价值。至此,国家深化医保支付改革方式全国落地,持续提速推行。河南省人民医院(以下简称样本医院)自2018年开始,在业内较早创新管理方法,开展基于作业成本法的DRG病组成本核算和效益分析,以期在未来竞争加剧的医疗市场中向成本要效益,向高效管理要效益,向优质服务要效益,建立可持续发展的、科学规范的临床诊疗模式,进一步降低医疗费用,减轻患者负担。

1 资料与方法

1.1 资料来源

DRG分组基于病案首页数据,样本医院自2015年引入DRG管理工具,在不断提升病案质量的前提下,将CMI、时间消耗指数、费率等指标应用于医疗质量控制和绩效考核,从而在患者收治质量、住院天数和患

*基金项目:河南省软科学研究计划项目(202400410156; 222400410278; 142400410169);河南省医学科技攻关软科学研究项目(RKX202002002; RKX202102014);河南省中医管理局研究项目(TCM2022026)。

①河南省人民医院 郑州 450000

作者介绍:徐庆峰(1976—),男,大学学历,高级会计师,财务部副主任;研究方向:医院财务管理、医院成本管理、医院经济运营管理;E-mail: 68797855@qq.com。

通信作者:刘法金, E-mail: 191157075@qq.com。

者费用控制等方面取得了良好的效果。近年来，样本医院持续致力于服务能力和服务效率的提升，病组数量稳中有升，CMI逐年递增，补充和完善了多项旨在提升病案质量的管理办法和方案。

样本医院在此基础上积极筹划，收集 2018 年住院病历样本 239 091 份实施 DRG 成本核算分组，最终入组 226 558 份，入组率为 94.80%。生成院级 DRG 病组 826 组、科室 DRG 病组 8 115 组、亚专科 DRG 病组 15 155 组。涉及临床一级部门 48 个，二级科室 133 个。2019 年完成院级、专科和亚专科三级 DRG 病组成本-效益分析。为进一步验证数据结果，由样本医院财务部门牵头组织培训经营助理人员，走进临床一线，开展 DRG 病组成本-效益分析宣讲活动，通过广泛调研、沟通，促进了财务、运营与临床业务的充分融合，取得了较好的成效。

1.2 成本核算与分析方法

1.2.1 DRG 病组分组规则。样本医院分组方法采用 CC2015 版本规则，疾病分类和手术操作分类分别采用 ICD-10 和 ICD-9-CM-3 编码。通过高效运营系统 (Operation Effective System, OES) 对目标数据进行分类加工，生成 DRG 病组费用、成本和 CMI 等。

1.2.2 DRG 病组成本核算方法。样本医院 DRG 病组成本核算采用自下而上的成本核算方法。简单讲就是从每病例成本计算，由每病例成本按制定的规则要求，归集形成 DRG 病组成本；而每病例成本则是由形成该病例费用的医疗项目 (医疗服务项目、药品项目、单收费材料项目) 实际成本汇总产生；医疗服务项目成本则是通过基于关键要素 (人力层次、人数、耗时、资源分享与独享等) 的作业成本法，由科室 (最小核算单元) 成本计算出科室项目成本，进而通过加权计算获得更高层级 (如一级科室、院级等) 的项目成本；科室 (最小核算单元) 成本以科室为对象，按照

一定的流程和方法，归集直接计入成本和计算计入成本，对不同服务性质科室成本，采用阶梯法逐级结转分摊，归集到提供医疗服务的部门。服务于项目成本的科室成本核算，以提供医疗服务项目的临床服务类和医疗技术类科室 (临床服务与医疗技术视为同一类，不再区分服务性质) 为最终成本分摊层级，以二级分摊成本剔除药品成本、单独收费材料成本后作为科室医疗服务项目总成本。综上，DRG 病组成本核算路径模型 (图 1) 及基本公式可以简单表述如下：某 DRG 病组成本 = \sum 该组每病例成本；每病例成本 = \sum 该病例医疗服务项目成本 + \sum 该病例单收费材料成本 + \sum 该病例药品成本；某科室医疗服务项目总成本 = 该科室总成本 - 该科室药品成本 - 该科室单独收费材料成本；病例药品成本 = 药品费用 + 药剂管理成本；病例单收费材料成本 = 单收费材料费用 + 器械管理成本。

1.2.3 DRG 病组效益的分析方法。本研究中 DRG 病组收益即病组收入减病组成本的差值 (结余)，涉及的收益率是指病组、科室的结余率，即收支结余与收入的比值。本研究中的效益分析从医院若干医疗管理维度或指标 (如住院天数、CMI、疾病严重程度等) 着眼，运用病组成本、效益结果，采用比较分析法对指标中不同层级成本效益进行了分析阐述，一定程度上揭示了病组成本-效益与医疗指标高低、疾病严重程度的关系。在院级、专科级 DRG 病组的科学规划方面，则运用象限分析法从医疗服务量和成本-效益两个维度进行了优劣势的比较。

2 分析与结果

2.1 院级 DRG 病组近半数亏损

院级 826 组 DRG 整体呈盈利状态，盈利 456 组，占比 55.21%，亏损 370 组，占比 44.79%，剔除单独收费材料的加成影响后，亏损组数超过盈利组，占比升至 50.24% (表 1)。进一步分析发现，亏损组药占比

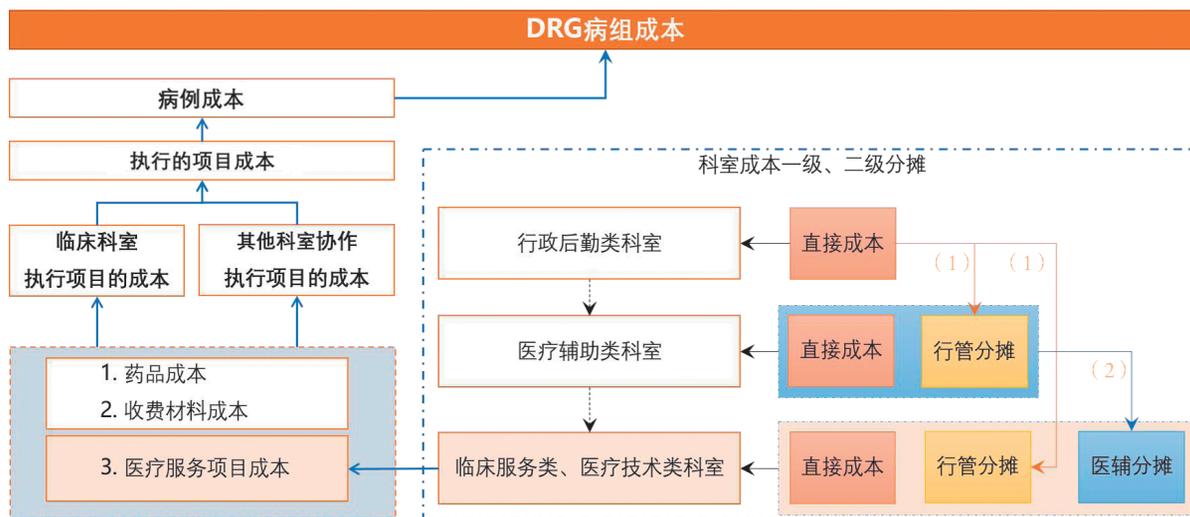


图 1 DRG 病组成本路径归集模型

表1 2018年院级DRG病组中单收费材料未剔除与剔除加成的盈亏情况

组别	未剔除单收费材料加成				剔除单收费材料加成			
	DRG组数 (组)	DRG组数占比 (%)	病例数 (例)	病例数占比 (%)	DRG组数 (组)	DRG组数占比 (%)	病例数 (例)	病例数占比 (%)
盈利组	456	55.21	155 168	68.49	411	49.76	122 176	53.93
亏损组	370	44.79	71 390	31.51	415	50.24	104 382	46.07

38.69%，较盈利组的31.55%，高出7.14个百分点，亏损组耗材占比14.65%，较盈利组的25.77%，又低了11.11个百分点（样本医院所在省份2017年8月取消药品加成，2019年12月取消耗材加成）。

从本研究结果来看，亏损组药品费占比大，材料费占比小，一定程度上说明了药品零加成后医疗服务项目价格调价补偿并未到位^[1]，部分病组需要靠单独收费的材料加成收入才能盈利；耗材零加成实施后，医院运营将面临更大的挑战。同时也提示管理者，在成本核算对象由科室转变为病种后，医院、科室盈利或亏损背后掩盖的真实动因随之显现，管控和调整的方向也由模糊逐渐清晰。

2.2 院级DRG病组并发症或伴随症严重程度对效益的影响

从成本-效益分析核算结果来看，随着是否伴有并发症或伴随症以及伴有严重程度的由轻到重、由简单到复杂，病组效益则由4.27%逐渐降至0.14%，呈反相关趋势，亏损病组占比由41.07%上升至51.65%，呈正相关趋势（表2）。上述结果至少说明两点：一是随着疾病诊治过程变得复杂和不可控，那么消耗的成本和付出精力与收益增长并未呈现正相关关系，单纯疾病诊治产生的效益优于伴有并发症或伴随症疾病；二是并发症或伴随症的发生，往往需要跨专业或多学科疾病诊疗，因此将占用更多的医疗资源，而实际效益并未体现，反映了项目价格补偿不足和相关医疗活动服务价格项目存在缺失。

2.3 院级DRG病组平均住院日对效益的影响

从平均住院天数维度统计分析，院级DRG病组在

剔除个别偶发因素和特殊值（比如住院1天和30天以上的病历，病历数小于10的病组，使用肿瘤化疗和放射疗法的病历等情况）后，按平均住院时长将院级病组分为4个阶段，一是3天及以下；二是4~9天；三是10~21天；四是21天以上。统计结果显示，随着每一阶段住院天数的增长，收益率随之下降，病组亏损占比呈上升趋势（表3）。数据直观体现了住院时间长短影响DRG病组效益，床位使用效率越高，效益越好。对管理者来说，有效控制住院天数，压缩患者诊疗等待时间，是对有限医疗资源的充分使用，是降低成本的有效途径。住院时间是DRG病组细分过程中的关键统计分类节点，对住院天数的控制一定程度上反映医院把握疾病诊治过程和效率的能力。

2.4 CMI对DRG病组效益的影响

CMI反映的是医疗服务提供单位（单元）收治病例的总体特征，收治病例技术难度越大、资源消耗越多，CMI就大；反之，难度低、花费少的病例占的比例高，则CMI就小^[2]。站在经济效益的角度，诊疗的病种构成越复杂，患者病情越严重，所需耗用的医疗资源越多^[3]，那么效益就应该相应越高，使两者呈现一定的正相关。但从样本医院数据统计结果上看并不相符。从样本医院133个二级科室CMI维度分析，按CMI由高到低分为“轻度（CMI≤1）、中度（1<CMI≤1.8）、中重度（1.8<CMI≤2.6）和重度（CMI>2.6）”4个技术难度层级。由表4可知，随着CMI层级越高，该层级亏损科室占比越大，收益率在“中度”和“中重度”层级达到峰值，“重度”层级收益率则严重下滑。这在一定程度上说明了现行医疗服务项目定价并不利于引导

表2 不同程度的并发症或伴随症DRG病组收益情况

并发症或伴随症程度	病组数(组)	病例数(例)	亏损病组占比(%)	病组收入(万元)	病组成本(万元)	收益率(%)
不伴有并发症或伴随症	280	93 540	41.07	150 975	144 527	4.27
伴有一般并发症或伴随症	218	54 687	42.66	115 650	112 831	2.44
伴有严重并发症或伴随症	182	24 297	51.65	68 260	68 162	0.14

表3 不同平均住院日的DRG病组收益情况

住院天数层级	病组数(组)	病例数(例)	亏损病组占比(%)	病组收入(万元)	病组成本(万元)	收益率(%)
3天及以下	31	13 918	25.81	11 382	9 620	15.48
4~9天	344	113 514	48.84	139 812	134 488	3.81
10~21天	260	51 884	47.31	185 091	181 915	1.72
21天以上	7	367	57.14	3 513	3 715	-5.74

表4 不同CMI层级的DRG病组收益情况

CMI层级	严重程度	科室数(个)	病例数(例)	亏损科室占比(%)	病组收入(万元)	病组成本(万元)	收益率(%)
CMI≤1	轻度	84	169 496	27.38	263 223	255 200	3.05
1<CMI≤1.8	中度	38	52 124	28.95	137 138	132 238	3.57
1.8<CMI≤2.6	中重度	6	3 683	50.00	25 718	24 801	3.57
CMI>2.6	重度	5	1 255	60.00	12 033	12 123	-0.75

危重症患者在高级别医院诊治，与《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号）要求的“城市三级医院主要提供急危重症和疑难复杂疾病的诊疗服务”还存在一定的差距。

2.5 DRG病组成本核算对业财融合的促进

成本核算及效益分析与疾病诊断分组的结合，拉近了财务与业务的距离，使财务活动真正走进了业务过程。DRG病组成本核算更贴近诊疗服务的整个过程，也是围绕过程汇集费用（收入）与成本。病组收入和成本来源构成，相较于传统的科室成本核算路径更清晰，有利于财务与业务的融合。作业成本法下，医疗服务项目天然附有成本功能，所以在归集DRG病组收入的同时，也能随时统计相应成本。简单讲，某科室中DRG病组包含若干病例，病例包含若干医疗服务项目，医疗服务项目除本科室执行外，还有来自其他临床科室、医技科室协作的医疗服务项目，这在DRG病组收入、成本构成结构中可以很直观地看到。以样本医院甲状腺外科和重症中心为例，甲状腺外科DRG病组效益为盈利状态，重症中心为亏损状态，对比发现，来自本病区和协作病区的收入、成本差额均为负值，来自提供公共医疗服务的协作科室，如检验、影像、手术室等，收支差额均为正值（图2、图3）。该现象说明医疗过程中，病区承担着较大的成本，与病区成本相应的医疗服务项目收费明显补偿不足；具有集中服务功能的影像、检验、手术和介入科室，收益高于病区，显现出了共享平台的规模效益作用。

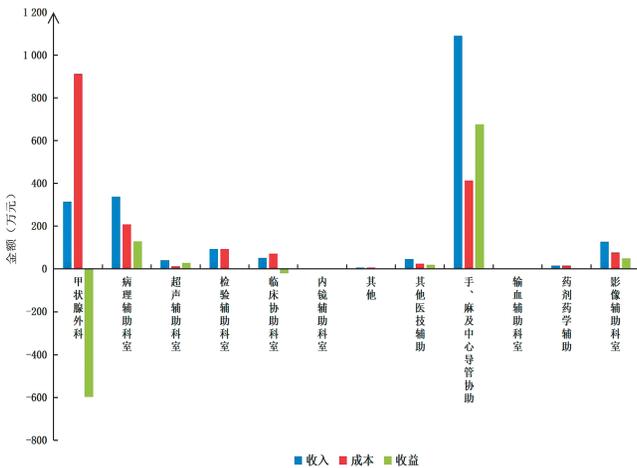


图2 样本医院甲状腺外科DRG病组收入、成本来源构成

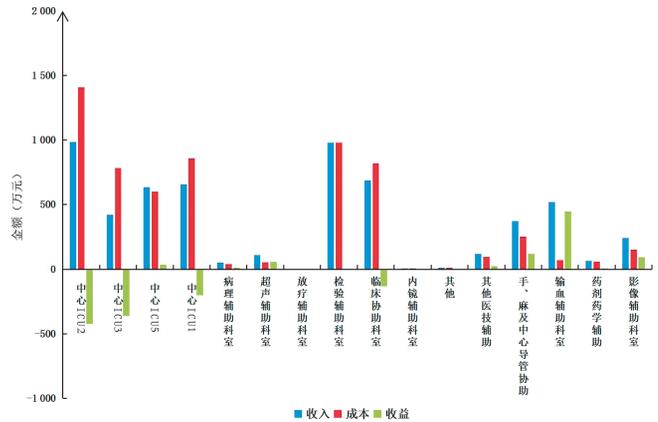


图3 样本医院重症中心DRG病组收入、成本来源构成

2.6 科室DRG病组象限分析，助力学科结构优化

运用象限分析法，从经济效益的角度区分病组优劣。以病组平均病例数和例均收益额作为纵横两个维度，将科室DRG病组区分于4个象限，从象限图右上逆时针旋转，依次是病例数量多、收益额高的“优势区”；病例数量多、收益额低的“重点区”；病例数量少、收益额低的“劣势区”和病例数量少、收益额高的“潜力区”（图4）。以甲状腺外科和重症中心为例，甲状腺外科病种效益优劣分明，优势区病组仅有3组：KR19、KJ19和KD13（图5），且病例数量占到了科室总量的61%，表明专科特色突出，潜力区的病组KD29，收益率达到了16.90%，病例数量在该区排在第一，那么甲状腺外科应考虑将该病组作为科室病种重点调整对象。重症中心病组整体亏损，病组在象限中的分布特点不突出（图6），那么重症中心可以通过象限分布，锚定优势病组，确立发展方向。通过象限分析（表5、表6），可以引导专科自我评价和纠正，推动成本的精细化管理，同时为临床科室提示病种结构调整和专科建设发展的方向。

2.7 DRG病组专科优势举例

2.7.1 以高血压病组FT21、FT23、FT25为例（表7）。高血压科在高血压诊治方面能力强于内分泌科。由表7统计数据显示，高血压科诊疗效益远高于内分泌科，在诊治效率方面也优于内分泌科。经调查研究，高血压科在高血压诊治方面资源充足、优势突出，针对诊治的病种资源利用率高，能够轻松地转化为效益优势。所以，专科发挥自身特长，加以充分利用，能够获得更好的效益。

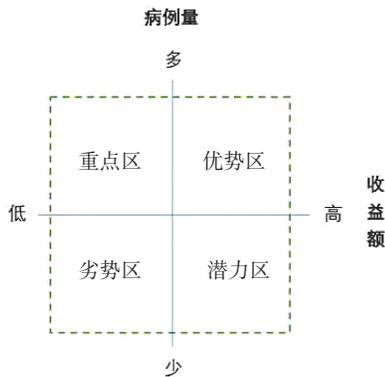


图4 象限分析维度

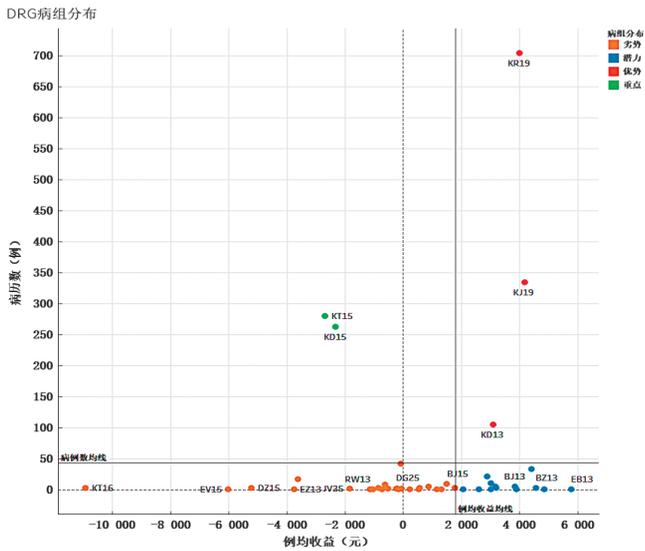


图5 甲状腺外科病组分布

表5 样本医院甲状腺外科 DRG 病组象限分析

象限	病组定位	病组特点、趋势	发展方向与管控措施
第1象限	优势区	专科特色突出	持续加强, 保持发展势头
第2象限	重点区	病种重点突出, 但消耗较大	分析原因, 加强管控, 精准施策
第3象限	劣势区	病组较多, 亏损严重	发掘临界病组, 管控成本, 逐步提升病组效益
第4象限	潜力区	病例较少, 例均效益较好	抓重点病组 KD29, 稳步拓展, 进入优势病组

表6 样本医院重症中心 DRG 病组象限分析

象限	病组定位	病组特点、趋势	发展方向与管控措施
第1象限	优势区	病组较多, 病历占比较大	挖掘专科特色病组, 优化资源, 确立发展重点
第2象限	重点区	病例较多, 全线亏损	加强成本管控, 积极争取政策支持
第3象限	劣势区	例均亏损较大	管控成本, 选择引领行业、技术领先的病种发展
第4象限	潜力区	例均效益较好	挖掘特色病组, 优化外部环境, 争取优质资源

表7 相同 DRG 病组在不同专科的效益分析

病组编码	病组名称	科室	病例数 (例)	平均住院日 (天)	例均收入 (元)	例均成本 (元)	例均收益 (元)	收益率 (%)
FT21	高血压, 伴有严重并发症或伴随症	内分泌科	470	9.0	11 449.30	10 734.57	714.73	6.24
		高血压科	502	10.0	11 426.00	9 680.07	1 745.94	15.28
FT23	高血压, 伴有一般并发症或伴随症	内分泌科	54	8.7	11 944.55	10 859.82	1 084.74	9.08
		高血压科	1 286	8.3	9 626.34	7 670.15	1 956.18	20.32
FT25	高血压, 不伴有并发症或伴随症	内分泌科	292	8.5	10 871.81	10 307.70	564.10	5.19
		高血压科	879	6.3	7 426.81	5 954.34	1 472.47	19.83

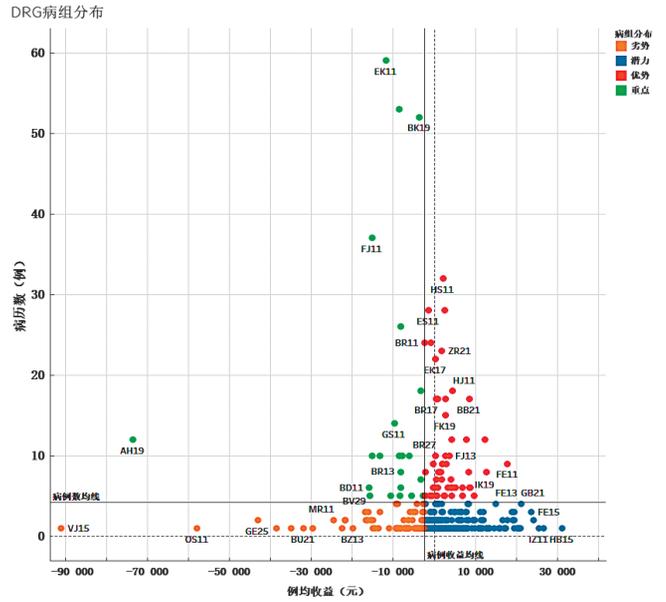


图6 重症中心病组分布

2.7.2 以放疗科放疗、化疗病组 RV19、RC29、RU14、RU12 为例 (表 8)。上述病组中 RV19 和 RC29 是放疗科的专科特色。由表 8 统计数据显示, 放射治疗方法和化学治疗方法在放疗科的使用, 在效益结果上呈现出了较大差异, 更具专科特色的放射治疗病组盈利效率具有明显优势, 而化疗病组出现亏损。结合相近的肿瘤内科数据, 经分析研究, 样本医院进行整合同类资源, 成立了肿瘤诊疗中心, 以共享平台的方式统筹调配资源, 有效利用平台发挥其规模效应。

表8 放疗科典型 DRG 病组效益分析

病组编码	病组名称	病例数 (例)	平均住 院日(天)	例均收入 (元)	例均成本 (元)	例均收益 (元)	收益率 (%)
RV19	恶性增生性疾病的放射治疗	172	34.6	45 011.41	35 002.26	10 009.15	22.24
RC29	恶性增生性疾病的放射治疗及/或其他疗法	1 110	34.8	44 005.07	32 629.30	11 375.76	25.85
RU14	恶性增生性疾病的化学及/或免疫治疗(7天内)	625	4.0	10 357.23	10 506.03	-148.80	-1.44
RU12	恶性增生性疾病的化学及/或免疫治疗(30天内)	161	11.3	15 766.56	16 250.44	-483.88	-3.07

3 探讨与结论

DRG/DIP 预付费是大势所趋，病种预付费的实施，能有效控制医保基金支出无序增长，防止按项目后付费制下的“资金穿底”窘境。医院靠增加医疗服务项目数量提升收入的时代即将成为历史。DRG/DIP 支付改革倒逼医院转变传统管理理念，要以提升医疗质量、提高运营效率为根本，充分运用现代医院体系治理的方法和工具，逐步实现医院由粗放扩张型管理向节约精细化管理模式的转变^[4]，从而推动医院管理的高质量发展。本研究结合样本医院近年来的工作实践和管理经验，主要有以下3点建议和体会。

3.1 实施成本管控与核算，完善制度体系

样本医院是国内最早开展全成本核算的医院之一，有着良好的数据基础，近年来，在成本管理方面也有一定的实践和探索。如样本医院适时开展病种成本核算及效益分析和制定成本核算制度，是对医院精细化管理理论和实践的补充及拓展，能为医院专科布局和病种结构调整提供丰富的数据并指明战略方向；连续3年实施成本管控年活动，开展横到边、纵到底的管控体系建设，横向从医、教、研、后勤、装备、采供和信息等方面全方位排查，堵塞“跑冒滴漏”，节省成本，纵向以预算、成本核算、关键医疗指标、设备效益分析等关键环节为核心，细化数据颗粒度，探析问题精准度，为设备配置、预算管理、成本管理等制定管控制度积累了数据和实践基础。

3.2 科学规划临床路径标准，规范病案管理

临床诊疗活动具有复杂性和多样性，同样的疾病可以使用不同的治疗方法。科学规划临床路径就是要在医疗质量、效率和经济效益方面都要兼顾，在特殊诊疗条件下，非标准路径的诊疗方式也是允许的，规划临床路径标准要杜绝走进“一概而论”的误区。分析可知，临床科室提升诊疗技术和质量，规范临床操作，控制并减少并发症发生，能够提升经济效益；控制并压缩住院天数，提高床位周转，能够提升经济效益；集中、共享优势资源，发挥平台规模效应，能够促进经济效益提升。

DRG/DIP 分组结果主要由病案首页的主诊断和手术操作决定，病种分组结果关系着医院的收入多少，错误分组也将面临医保严厉处罚的风险，所以病案首页信息的完整和准确至关重要，病案首页信息填写和

质控必须是常抓不懈的工作。

3.3 启动财务运营思维转型，深化业财融合

在医院财务工作的诸多转型中，有一种提法是“由核算会计向管理（决策）会计转型”，但实际工作中，找到起管理作用的这个点并不容易，所以转型效果并不明显，分析其原因是与业务脱节，财务工作与业务工作之间没有连接的契合点。而DRG支付改革，却为深化业财融合提供了契机。样本医院自2018年起，通过开展病种成本核算及效益分析切实体会到，要做好这项工作，需要财务深入了解临床工作、需要财务与临床共同协作^[5]，主要表现在6个方面：第一，财务人员需要深入学习DRG/DIP分组原理，熟悉主要评价指标及作用；第二，财务人员需要了解病案管理工作及病案首页信息构成及逻辑关系；第三，财务人员需要熟悉成本对象性质，熟悉成本、收入的来源和计算方法；第四，财务人员需要经常走近临床，了解医疗项目服务和操作过程，广泛与临床、医技、护理等一线人员探讨项目实施的关键作业环节；第五，能够组织专家论证确认项目作业（即确定物耗、人耗、时耗和协作关系），具备开展病种成本核算与分析的条件；第六，培训人员走进临床，讨论病组构成和优、劣势分布，探索降本增效途径。

总之，样本医院通过DRG病组成本-效益分析，为医院管理者、临床管理者、财务工作者，从一个全新的视角，提供了新的管理思路。在深化医改的过程中，医院推动运营精细化管理的举措，也将有利于控制运营成本，降低患者费用，起到促进患者分流，支持分级诊疗的作用。

参 考 文 献

- [1] 刘雅娟,倪君文,黄玲萍,等.基于DRG的医院病种成本核算实践与探索[J].中国医院管理,2019,39(8):54-56.
- [2] 邓小虹.北京DRGs系统的研究与应用[M].1版.北京:北京大学医学出版社,2015:13.
- [3] 刘文奕,刘强,李创,等.基于C-DRG的住院患者临床诊疗工作研究[J].中国卫生经济,2020,39(2):39-41.
- [4] 徐庆峰.浅谈公立医院成本核算与全成本核算[J].行政事业资产与财务,2011(20):59-60.
- [5] 杨逢玥.我国公立医院开展DRGs成本核算的探索[J].中国总会计师,2018(10):142-143.

[收稿日期:2022-06-03] (编辑:彭博)