



南京市某三甲医院单病种付费现状及效果研究

印 瑜^{1,2}, 黄晓光¹

1. 南京医科大学医政学院, 江苏 南京 211166; 2. 南京市江宁医院医保办, 江苏 南京 211100

摘要:选取南京市某三甲医院2015年11月—2021年12月的病例和10个抽样病种,调查实施单病种付费前后整体住院费用和病种费用,探讨单病种付费方式的成效,为完善单病种付费及医保支付方式改革提供参考性建议。结果显示,实施单病种付费后,医疗总费用有所下降,统筹基金、个人支付均有所上升;费用构成上,药费、麻醉费上升,项目费、材料费下降,差异均有统计学意义($P<0.05$),说明单病种付费制度一定程度上减缓了医疗费用的增长,但对减轻患者个人负担的作用有限。应强化单病种控费,积极探索由单病种付费向按疾病诊断相关分组(DRG)付费的过渡,完善多种支付方式并存的付费制度。

关键词:单病种付费;按疾病诊断相关分组付费;支付方式;控费效果

中图分类号:R197.3

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2022)03-295-005

doi:10.7655/NYDXBSS20220315

单病种付费模式是指通过统一的疾病诊断分类,制定出每一种疾病的定额偿付标准,社保机构按照该标准与住院人次向定点医疗机构支付住院费用。自21世纪初单病种付费在我国初步尝试,逐渐形成了不同于普遍意义的、具有极强地域特征的独特按病种支付方式^[1]。随着按疾病诊断相关分组(DRG)付费和按病种分值付费(DIP)时代的到来,单病种付费对医疗机构的控费效果如何,以及其是否可以与DRG/DIP付费方式并存亦是研究的热点。单病种支付使得医疗资源利用标准化,即医疗机构资源消耗与所治疗的住院患者的数量、疾病复杂程度和服务强度成正比^[2]。多年来费用稳定、定价合理、医疗机构愿意使用的单病种付费,在一定程度上控制了医疗成本,提高了卫生资源的利用率。但在面对复杂疾病时,单病种覆盖范围较窄,控费作用有限^[3]。对此,2017年6月,国务院办公厅发布《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》(国办发[2017]55号),要求重点推行按病种付费,原则上对诊疗方案和出入院标准比较明确、诊疗技术比较成熟的疾病实行按病种付费。2021年6月,国务院办公厅印发《关于推动公立医院

高质量发展的意见》(国办发[2021]18号),要求“推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式,开展按疾病诊断相关分组付费国家试点,通过深化医保支付方式改革,激活公立医院高质量发展新动力”。

江苏省南京市在国家医改政策的指导下,2015年11月首批13个病种开始实行“总额预付”下的“单病种结算制度”,2017年1月新增25个病种,前后共计38个病种^[4]。本文以南京市某三甲医院为研究对象,从整体和病种两个方面分析实施单病种付费对医院产生的实际控费效果,分析支付方式的优势和弊端,提出完善单病种付费机制的建议,为进一步推动医保支付方式改革提供参考。

一、资料和方法

(一)资料来源

本研究的资料来源于南京市某三甲医院的医院信息系统(HIS),选取2015年11月至2021年12月所有实施单病种付费的住院病例13 586例。在南京市单病种范围内,选取调研医院实际开展诊疗量排名靠前且医疗信息完整的10个单病种付费病种(排名不分先后):阑尾切除术、腹股沟疝修补术、子

基金项目:江苏省卫生健康委员会科研项目“公立医院十四五高质量发展举措研究”(2021KF0048)

收稿日期:2022-03-25

作者简介:印瑜(1989—),女,江苏南京人,硕士研究生在读,研究方向为医院管理;黄晓光(1964—),男,江苏丹阳人,副教授,硕士生导师,研究方向为卫生经济,通信作者,xghuang@njmu.edu.cn。

宫良性肿瘤切除术、冠状动脉造影术、痔瘕手术、乳房良性肿瘤切除术、经腹腔镜胆囊切除术、下肢大隐静脉高位结扎+剥脱术、肺癌、慢性扁桃体手术。为确定本研究最小样本量,明确本研究的目的是探究单病种付费制度在实施前后的控费效果。根据分类变量的最小样本量计算公式,总体实施后费用下降率为75%,要求双侧检验为0.05,容许误差为5%。利用PASS 15.0软件计算得出本研究至少需要样本量为1 191例。以上述10个病种单病种付费实施前2年(2013年11月—2015年10月)的发生病例作为对照组,共1 727例;实施后2年(2015年11月—2017年10月)的发生病例作为观察组,共1 227例。对照组男性838例,占比48.52%,女性889例,占比51.48%;年龄20~97岁,平均年龄(49.42±14.31)岁。观察组男性610例,占比49.71%,女性617例,占比50.29%;年龄21~88岁,平均年龄(49.05±14.30)岁。两组性别、年龄等一般资料差异不显著($P>0.05$),对照组和观察组具有可比性。

(二)研究方法

收集2015年11月—2021年12月实施单病种付费后的所有病例,描述分析医疗总费用、统筹基金支出、个人支付情况。对10个抽样病种的对照组与观察组进行比较,分析两组医疗总费用、统筹基金、个人

支付费用的变化,探讨单病种付费实施的效果。

(三)统计分析

数据采用EXCEL 2019进行初步整理,利用SPSS25.0进行统计学分析。针对10个抽样病种的观察组与对照组,采用相同病例入组标准(手术物价编码和医保类型)。由于医疗总费用呈偏态分布,采用中位数(四分位数)[$M(P_{25}, P_{75})$]进行描述,对两组相关因素比较采用Mann-Whitney秩和检验(Z 检验)进行差异性分析,双侧检验水平 $\alpha=0.05$ 。

二、结果

(一)实施单病种付费后的总体情况

医疗总费用方面,自2015年11月实施单病种付费后,医疗总费用总体呈上升趋势,2020年比2015年增加2 366.33元,增长率15.69%。2018年5月,医院所在区县与南京市职工医保合并后,纳入单病种例数及医疗总费用出现大幅度增长,医疗总费用在2018年前后的增长率有明显区别,2019年至2020年总费用增长速度有了明显的减缓趋势。随着单病种付费方式的推进,医疗总费用总体呈上升趋势,但增幅趋于平缓,2021年较2020年明显降低。统筹基金、个人支付方面,2015—2021年呈逐年递增趋势,见表1、图1。

表1 2015年11月—2021年12月南京市某三甲医院单病种付费分析 [M(P₂₅, P₇₅)]

时间	样本量(n)	统筹基金(元)	个人支付(元)	医疗总费用(元)
2015年11—12月	50	8 771.48(6 249.11, 10 980.94)	3 962.52(3 229.41, 6 094.58)	12 717.51(10 780.83, 15 385.33)
2016年	305	9 753.03(8 081.67, 11 796.92)	4 015.32(3 429.77, 4 748.17)	13 757.92(11 631.73, 16 426.28)
2017年	551	8 976.84(6 428.44, 11 922.99)	3 739.25(3 006.52, 5 091.37)	12 747.93(9 799.67, 16 563.07)
2018年	2 039	10 960.07(7 285.06, 14 454.28)	4 592.13(3 298.12, 5 867.32)	15 547.74(10 846.84, 20 178.17)
2019年	3 245	10 544.85(7 267.90, 13 782.95)	4 452.46(3 290.88, 5 748.90)	14 853.90(10 553.56, 18 777.51)
2020年	3 583	10 502.08(7 263.70, 14 149.94)	4 653.34(3 649.25, 5 965.91)	15 083.84(10 905.64, 19 629.30)
2021年	3 813	14 114.69(10 504.94, 20 152.84)	4 269.93(3 518.80, 6 295.41)	14 687.24(7 083.01, 14 688.96)
总计	13 586	11 349.15(7 887.47, 15 875.09)	4 545.79(3 435.49, 5 884.05)	13 603.77(9 283.71, 18 340.70)

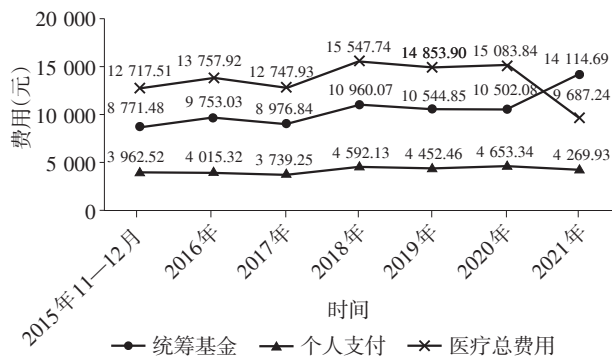


图1 2015年11月—2021年12月南京市某三甲医院单病种付费费用趋势分析

(二)单病种付费对照组与观察组比较分析

1. 两组医疗费用存在差别

对照组医疗总费用中位数为14 795.22元,观察组为15 737.45元,经秩和检验两组医疗总费用差

异有统计学意义($Z=-2.53, P<0.05$),在实施单病种付费后医疗总费用有所上升(表2)。

2. 两组统筹基金及个人支付变化

统筹基金差异有统计学意义($Z=-11.83, P<0.001$),观察组高于对照组。对照组个人支付中位数为4 413.64元,观察组为4 696.97元,两组个人支付费用差异无统计学意义($Z=-1.47, P=0.141$,表2)。

3. 两组各项住院费用变化

住院费用主要由检查费、项目费、护理费、材料费、药费、麻醉费等构成。经秩和检验可知,两组住院费用中的项目费、材料费、麻醉费、药费差异具有统计学意义($P<0.05$)。其中,药费对照组低于观察组,项目费对照组高于观察组,材料费对照组高于观察组,麻醉费对照组低于观察组。检查费、护理费对比后差异无统计学意义($P>0.05$,表2)。

表2 10个病种实施单病种付费前后主要指标情况

$[M(P_{25}, P_{75})]$

类别	对照组($n=1\ 727$)	观察组($n=1\ 227$)	Z值	P值
平均住院日(天)	6(5,8)	6(4,8)	-9.75	<0.001
医疗总费用(元)	14 795.22(10 127.8, 19 369.74)	15 737.45(11 134.92, 19 747.69)	-2.53	0.011
统筹基金(元)	10 320.39(6 788.48, 13 937.98)	10 876.28(7 413.73, 14 090.35)	-11.83	<0.001
个人支付(元)	4 413.64(3 124.53, 5 744.67)	4 696.97(3 694.40, 5 971.88)	-1.47	0.141
检查费(元)	1 340(1 067, 1 897)	1 320(947, 2 174.5)	-0.41	0.679
项目费(元)	820(582.1, 1 182.1)	682.9(503.2, 1 071.4)	-4.83	<0.001
护理费(元)	163.5(120.5, 226.5)	142.5(92.5, 231.5)	-0.71	0.478
材料费(元)	5 190.2(2 604.1, 7 489.5)	5 189.05(3 490.5, 7 705.04)	-8.87	<0.001
药费(元)	4 061.48(2 630.27, 5 608.28)	4 836.35(2 868.3, 6 643.82)	-2.07	0.039
麻醉费(元)	420(54, 420)	563(18, 563)	-6.80	<0.001

(三)不同病种之间住院相关费用的对比分析

对10个抽样病种的相关指标进行具体分析,不同病种实施单病种付费效果有差异。医疗总费用方面,8个病种间的差异有统计学意义,其中阑尾切除术、腹股沟疝修补术、子宫良性肿瘤切除术、经腹腔镜胆囊切除术、下肢大隐静脉高位结扎+剥脱术5个病种实施单病种付费后医疗总费用上升;统筹基金方面,8个病种间的差异有统计学意义,其中阑尾切除术、腹股沟疝修补术、子宫良性肿瘤切除术、冠状动脉造影术、腹腔镜下胆囊切除术5个病种实施单病种付费后统筹基金上升;个人支付方面,5个病种间的差异有统计学意义,其中子宫良性肿瘤切除术、冠状动脉造影术在实施单病种付费后个人支付有所降低(表3)。

三、讨论

(一)单病种付费制度控费作用有限

实施单病种支付后,总体上费用的增长速度得到了控制。研究表明,2015年11月南京市单病种付费实施后住院总费用呈上升趋势,2018年前后住院总费用的增长幅度减缓,2020年之后出现了住院费用的下降。抽样10个病种总体上医疗费用实施后上升,说明单病种付费制度虽有控费作用但效果有限。由于医疗服务中人员成本不断增加、技术提升和设备设施的改善,服务成本不断增长。单病种支付不是迫使医疗机构降低医疗费用,而是反映成本变动,是技术与医疗总费用增长之间的动态平衡工具,最终实现患者公平获得医疗服务资源。考虑疾病的复杂性以及不同病种之间的差异性,医院各科室成本支出不一,导致单病种付费对不同病种的控费效果迥异。统筹基金、个人支付费用观察组均高于对照组。总体而言,单病种付费通过定额支付方式将住院费用的上升控制在一定范围内,一定程度上达到支付方式改革的目的,有其存在的合理性,但其局限性也是显而易见的。总体上虽控制了住院总费用增长速度,但无法降低医保基金支出、减轻患者个人负担,无法真正意义上实现

支付方式改革的目的。

(二)单病种付费无法实现医疗价值的转换

抽样病种研究结果显示,实施单病种付费后药费上升,然而2012年7月药品实行零差率,虽然取消了药品的加成,但传统的“以药养医”现象依然存在。研究显示项目费实施后下降,说明体现医务人员价值的费用没有得到凸显,费用结构上无法真正实现医疗价值的转换。

(三)单病种付费无法减轻患者个人负担

研究结果显示,抽样的10个病种中,只有子宫良性肿瘤切除术、冠状动脉造影术个人支付费用在实施单病种付费后有所下降。2015—2021年,单病种病例逐年递增,2018年市区医保合并后,入组病例大幅增加,相应医疗总费用及统筹基金呈现增长态势,个人支付总体上升。由于采用单病种定额支付后,一定程度上控制了医疗总费用的不合理上涨,参保患者在结算时根据医疗总费用的一定比例进行支付,但随着医保基金负担加重,国家医保局出台医保限定支付范围政策,缩小医保基金使用范围导致患者个人支付比例上升,因此无法减轻患者医疗费用的支付压力。

四、建议

(一)强化医院内单病种成本核算

成本核算可以提高医院管理水平、增强核心竞争力^[5]。单病种付费对各病种的控费效果不同,考虑各科室成本支出存在不同程度的差异,医院应加强各科室成本核算意识。可采用作业成本法(基于活动的成本管理)对医疗服务中所消耗的人财物进行成本核算,既要考虑普遍性也要兼顾特殊性^[6],制定出针对不同病种的成本核算方案,以医疗服务价格改革为杠杆,提升医院精细化管理水平。

(二)科学制定定额标准

单病种付费标准的测算一般是以实施前的历史费用数据为依据,可能存在价格本身不合理且定价方式单一的问题,又长时间未作出调整,原有的定额标准已无法适应升高的单病种住院费用,医院

表3 十个病种实施前后指标变化情况

[元, $M(P_{25}, P_{75})$]

病种	实施前(n_1)	实施后(n_2)	Z值	P值
阑尾切除术($n_1=222, n_2=194$)				
总费用	10 381.82(9 169.54, 12 025.04)	11 867.25(10 550.97, 13 269.26)	-7.02	<0.001
统筹基金	6 600.58(3 493.12, 8 013.85)	8 718.29(7 462.51, 9 606.11)	-9.33	<0.001
个人支付	3 235.19(2 660.84, 6 387.51)	3 370.47(2 974.19, 3 811.08)	-0.08	0.994
腹股沟疝修补术($n_1=41, n_2=60$)				
总费用	11 145.75(9 804.06, 12 678.42)	13 931.37(11 385.13, 15 337.51)	-4.16	<0.001
统筹基金	6 755.84(3 817.81, 8 478.70)	8 984.91(7 310.00, 10 478.80)	-4.19	<0.001
个人支付	3 380.41(2 894.82, 7 838.70)	4 797.38(3 829.24, 5 225.48)	-1.84	0.066
子宫良性肿瘤切除术($n_1=41, n_2=49$)				
总费用	11 176.81(9 263.78, 13 970.24)	9 371.84(7 597.46, 11 905.64)	-2.14	0.032
统筹基金	6 184.13(4 021.47, 8 115.27)	3 999.71(3 381.37, 4 476.31)	-4.31	<0.001
个人支付	14 292.61(12 746.21, 16 679.70)	3 314.72(2 757.08, 9 369.07)	-1.97	0.049
冠脉造影术($n_1=359, n_2=36$)				
总费用	10 548.24(5 174.72, 12 472.08)	9 829.24(7 702.76, 10 271.99)	-3.45	0.001
统筹基金	8 829.24(7 702.76, 10 271.99)	6 660.86(5 588.70, 7 857.29)	-5.21	<0.001
个人支付	2 225.61(1 907.95, 2 642.94)	2 646.97(2 294.84, 3 052.70)	-6.21	<0.001
痔瘘手术($n_1=311, n_2=284$)				
总费用	6 178.09(4 937.24, 10 515.99)	6 240.97(5 111.04, 8 920.76)	-0.83	0.407
统筹基金	3 878.99(3 013.55, 7 347.69)	2 179.22(1 611.58, 3 687.62)	-1.99	0.047
个人支付	2 179.22(1 611.58, 3 687.62)	12 619.62(10 987.28, 14 263.15)	-7.91	<0.001
乳房良性肿瘤切除术($n_1=378, n_2=213$)				
总费用	8 361.56(6 455.76, 9 913.31)	11 771.57(10 561.84, 13 004.29)	-0.01	0.995
统筹基金	3 626.29(3 020.52, 6 660.16)	11 274.01(10 033.08, 12 465.19)	-0.17	0.865
个人支付	11 274.01(10 033.08, 12 465.19)	8 859.73(7 316.78, 9 814.48)	-1.80	0.071
经腹腔镜胆囊切除术($n_1=121, n_2=176$)				
总费用	2 709.80(2 315.50, 3 103.35)	4 134.42(3 546.84, 4 637.68)	-9.88	<0.001
统筹基金	6 3219.29(55 788.22, 75 717.84)	49 517.78(43 908.97, 60 155.33)	-10.96	<0.001
个人支付	49 517.78(43 908.97, 60 155.33)	14 174.64(11 631.38, 16 967.74)	-4.01	<0.001
下肢大隐静脉高位结扎+剥脱术($n_1=108, n_2=77$)				
总费用	11 630.33(10 136.78, 12 931.58)	8 394.07(7 366.95, 9 833.23)	-5.00	<0.001
统筹基金	8 394.07(7 366.95, 9 833.23)	3 141.90(2 627.37, 3 741.62)	-1.54	0.124
个人支付	3 141.90(2 627.37, 3 741.62)	10 381.82(9 169.54, 12 025.04)	-9.27	<0.001
肺癌($n_1=62, n_2=83$)				
总费用	10 381.82(9 169.54, 12 025.04)	6 600.58(3 493.12, 8 013.85)	-5.88	<0.001
统筹基金	6 600.58(3 493.12, 8 013.85)	11 145.75(9 804.06, 12 678.42)	-6.93	<0.001
个人支付	11 145.75(9 804.06, 12 678.42)	6 755.84(3 817.81, 8 478.70)	-0.87	0.386
慢性扁桃体切除术($n_1=84, n_2=55$)				
总费用	6 755.84(3 817.81, 8 478.70)	11 176.81(9 263.78, 13 970.24)	-5.10	<0.001
统筹基金	3 380.41(2 894.82, 7 838.70)	6 184.13(4 021.47, 8 115.27)	-5.50	<0.001
个人支付	3 380.41(2 894.82, 7 838.70)	4 384.19(3 182.30, 6 705.04)	-1.23	0.220

在实际付费中收不抵支,容易亏损,影响改革的积极性,更容易导致潜在的医疗风险,降低医疗水平。为此,医保部门应当充分尊重各方专家意见,结合当下医疗服务价格的变化、医院员工薪酬的变化以及先进治疗手段的引入等情况^[7],制订科学的定额标准,根据实际情况动态调整和予以补偿。

(三)加强科学化的临床路径管理

制定科学标准的临床路径直接关系到按病种付费的实施效果,是按病种付费的技术基础。临床路径针对特定病种各个环节的医疗服务,制定有顺序、有时间要求的诊断和治疗计划,能有效减少资源浪费^[8]。当前很多医院停留在控制总体费用的层面,并没有深入规范临床路径管理^[9],导致部分医院

为了控制费用而忽略医疗服务质量。因此,基于临床路径的单病种付费,应将焦点放在最重要和最复杂的程序上,如治疗、医学检查等^[10]。严格落实临床路径的管理,促进医疗同质化,并严格落实到医疗过程中,规范医生的诊疗行为。

(四)完善单病种付费,积极探索复合型支付方式改革

研究显示,单病种付费一定程度上减缓了医疗费用的增长,规范了医疗服务行为。但是在一些疾病存在并发症的情况下,单病种付费不能对医疗总费用形成有效遏制^[11],同时其存在覆盖病种少、实施过程中缺乏临床路径规范、定额标准不合理、打击医疗机构积极性^[12]等弊端,故而由单病种向DRG

或DIP付费过渡是未来医保支付方式改革的方向,单病种付费推行过程中存在的问题亦可为DRG或DIP付费提供参考性建议。当然,单病种付费实行多年,其付费方式简单,方便管理^[13],有利于强化医保基金收支预算^[14],在各地有很好的实践操作经验积累。对于支付方式改革的建议是,针对病案基础薄弱地区可完善单病种付费方式、扩大病种覆盖,逐步实现向DRG或DIP付费过渡。对经济基础好、医疗质控水平高的地区,实行分病种付费方式。并发症少的常见病,使用单病种付费更为简单高效,可以不用全盘纳入DRG或DIP付费体系,同样也能够起到很好的控费作用^[15]。对治疗过程中出现并发症的复杂疾病,可实行DRG或DIP付费,强化病案质控,完善病种退出机制,提高区域预算水平。不同的支付方式都有其利与弊,根据不同支付方式的优缺点,趋利避害,探索出因地制宜的支付方式是目前医保支付方式改革的重要目标。

参考文献

- [1] 崔晴川,王朝昕,蒋炜. 我国单病种支付方式改革十年发展的系统回顾及效果评价[J]. 中国循证医学杂志, 2016,16(9):1104-1111
- [2] 杨之光. 医保单病种支付方式分析和支付标准预测——基于大连市医疗保险支付实例[D]. 大连:东北财经大学,2017
- [3] 张毓芯,田先玉. 单病种结算实施现状与建议[J]. 人力资源管理,2018(10):359
- [4] 杨月艳,季亚男,张蓉虹,等. “单病种付费制”对医院的影响[J]. 江苏卫生事业管理,2018,29(4):416-418
- [5] 帅维,华伟,李少品,等. 单病种定额付费在肿瘤专科医院的运行效果分析[J]. 中国肿瘤,2019,28(5):348-352
- [6] 周海平. 基于作业成本法的医疗服务项目成本核算探索[J]. 中国卫生资源,2015,18(2):130-132
- [7] 朱建永. 单病种付费改革背景下医院绩效管理新思路[J]. 西藏民族大学学报(哲学社会科学版),2019,40(2):149-152
- [8] 刘健坤. 观察临床路径管理在单病种付费中的应用效果[J]. 时代金融,2016(21):297,308
- [9] 曹乔,谭婧,王雯,等. 成都市单病种定额付费实施效果分析:基于双重差分模型[J]. 中国循证医学杂志, 2018,18(8):807-811
- [10] 陈焱秋,张冬儿,唐文熙. 基于文献计量分析的我国单病种付费模式及效果研究[J]. 中国医院管理,2020,40(2):5-7
- [11] 李变成,陈希娟. 新医改背景下单病种付费存在的问题及改进策略[J]. 决策探索(下),2021(4):81-82
- [12] 梁秀林,侯红英. 再谈单病种付费改革的问题与对策[J]. 中国卫生经济,2018,37(10):28-29
- [13] 黄洁仪. 总额控制下的病种分值付费和单病种付费支付方式比较[J]. 广州医药,2020,51(1):78-81
- [14] 陈蕾,张绍峰. 江苏省13个地级市城镇职工医疗保险单病种付费实施现状[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2018,18(1):14-16
- [15] 廖藏宜. DRG付费下单病种存在的必要性[J]. 中国人力资源社会保障,2021(7):58

(本文编辑:姜鑫)

Study on the current situation and effect of single disease payment in a grade A tertiary hospital in Nanjing

YIN Yu^{1,2}, HUANG Xiaoguang¹

1. School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166; 2. Medical Insurance Office, Nanjing Jiangning Hospital, Nanjing 211100, China

Abstract: Retrospective analysis was carried out to select the cases and 10 sample diseases from November 2015 to December 2021 in a grade A tertiary hospital in Nanjing. This paper discussed the effect of the single disease payment method based on the investigation of the overall hospitalization expenses and disease expenses before and after the implementation of the method to explore the effectiveness and provide suggestions for improving the reform of the single disease payment method and the medical insurance payment method. The results showed that after the implementation of single disease payment, the total medical expenses decreased, and overall fund and individual payment have increased. In term of cost composition, drug and anesthesia costs increased, while project and material costs decreased. All results were of statistical significance ($P<0.05$). The single disease payment system slowed down the growth of medical expenses to a certain extent, but it has limited effect on reducing patients' personal burden. We should strengthen the control of single disease expenses, actively explore the transition from payment by single disease to Diagnosis-Related Groups (DRG), and improve the payment system in which multiple payment methods coexist.

Key words: single disease payment; Diagnosis-Related Groups; payment method; cost control effect