

DRG改革背景下我国公立医院控费提质研究

王浩宇¹,周典^{1,2},周苑³,田帝⁴,吴焯⁵

1. 安徽医科大学卫生管理学院,安徽 合肥 230032; 2. 安徽医科大学第二附属医院党委办公室, 3. 医务处,安徽 合肥 230601; 4. 安徽医科大学第一附属医院医务处, 5. 人力资源部,安徽 合肥 230022

摘要:在医保支付方式深化改革的大背景下,疾病诊断相关分组(diagnosis related groups, DRG)作为医保改革的关键政策,在其推进落实的过程中如何体现出控费和提质的双重导向,公立医院如何解读与应对,已成为新时期医疗卫生领域的“必答题”。文章将多源流理论与标尺竞争理论有机结合,构建理论分析框架,定性推导出DRG控费提质双重导向在理论上的合理性和必要性,同时得到现阶段尚存在矛盾点的结论。通过医保、医管双视角,对DRG改革中控费和提质矛盾点产生的原因进行分析与细化,再提出对策建议,为进一步完善与落实DRG政策提供支持。

关键词:疾病诊断相关组;医保改革;政策分析;多源流理论;标尺竞争理论

中图分类号:R197.3

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2023)03-212-006

doi:10.7655/NYDXBSS20230303

2021年11月,国家医疗保障局印发《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》,正式拉开了疾病诊断相关分组(diagnosis related groups, DRG)改革的序幕。DRG作为深化医保支付方式改革的重要抓手,从医保支付控费和医疗质量管理两方面入手,倒逼医院主动进行控费,要求医院推动医疗质量稳步提升^[1]。随着DRG改革的深入,医院虽然在控费方面取得了阶段性成效,但在提质方面效果不佳,甚至出现负面影响,DRG导致的医疗服务提供不足、推诿患者等诊疗行为已成为各地、各级医院存在的共性问题^[2]。当前研究大多只关注DRG支付方式改革在质量或费用某一方面的效果评价,尚缺乏对控费提质这一现实矛盾背后原因的研究^[3]。因此,本文从现阶段DRG背景下医院控费和提质的矛盾表象入手,将多源流与标尺竞争理论有机结合,构建理论分析框架,对我国DRG政策的制定过程和原理进行梳理,论证DRG控费提质双重导向在理论上的合理性和必要性,探寻DRG政策执行过程中控

费和提质矛盾点产生的原因,以期为进一步完善与落实DRG政策提供决策支持。

一、DRG政策控费提质合理性和矛盾点的理论框架构建与分析

(一)基于多源流理论的DRG政策机制分析

多源流理论(multiple-streams theory)能够描述问题受到决策者重视并被纳入政策议程的过程,从而有效打开政策议程的“黑箱”,被国内外学者广泛地应用到医疗保险、环境治理和林业等政策分析领域^[4-7]。该理论认为在政策议程设置过程中存在三条源流,即问题流、政治流和政策流,当问题界定清晰、政策方案准备充分且政治动力充足时,三股源流会在政策之窗开启时迅速汇合,进而推动政策的建立与变迁。DRG作为医保支付改革的手段,理应具备控费功能,但在实际推行中却引发了控费提质间的矛盾,DRG政策制定过程即为“黑箱”。同时,DRG改革并非一蹴而就,其政策制定过程可看作是

基金项目:国家卫健委医院管理研究所项目“循证管理视角下医院DRG水平与医疗控费提质作用机制研究”(YL-ZLXZ22K001);之江实验室横向课题“面向新一代信息技术的多模态医疗大数据智能管理软件”(ZJGZSQ);安徽省高等学校科学研究重大项目“公立医院高质量发展背景下基于H-TOE模型的合理用药发展策略研究”(2022AH040158);安徽省教育厅高校协同创新项目“医联网环境下的全生命周期医疗健康大数据治理研究”(GXXT-2022-058);安徽医科大学医院管理研究所项目“医院高质量发展视角下临床路径与DRG协调发展策略研究”(2022gykj06)

收稿日期:2023-04-10

作者简介:王浩宇(1999—),男,安徽宿州人,硕士研究生在读,研究方向为医院管理与卫生政策研究;周典(1968—),男,安徽无为,教授,研究方向为医院管理与卫生政策研究,通信作者,ayfy_zhoudian@163.com。

问题流、政策流、政治流共同作用的结果。因此,本文根据多源流理论分析框架,从DRG政策入手,通过梳理DRG支付政策议程设置的问题源流、政策源流、政治源流及政策窗口的开启过程,揭示DRG政策的形成机制和目标。

1. 问题源流

问题源流用于解释社会现象被确定为社会问题的过程,即为什么有些社会现象可以引起政策制定者的关注,进而进入政策议程。在DRG支付政策发展与变迁过程中,医疗费用增长迅速,医保基金收支压力不断增大,医疗质量监管工具和指标体系不完善等问题,共同构成了问题源流。如何在有效遏制医疗费用不合理增长的同时,保证医疗质量的提高,成为我国医保支付改革中亟待解决的难题。

2. 政策源流

政策源流是指由政府官员、专家学者和相关利益集团等组成的政策共同体,针对某一问题提出政策方案和政策主张的过程。在DRG支付方式改革的过程中,专家学者的调研报告和学术成果为DRG政策窗口的开启提供了重要的支撑,在国家医疗保障局主导下统一的CHS-DRG版本,为DRG的全面改革提供了技术支撑。同时,政策源流存在渐进式完善过程,尤其是早期我国DRG试点城市的“试点效应”对政策源流的发展起到重要催化作用,为国家医保局DRG综合改革方案的全面推出奠定了坚实的基础。

3. 政治源流

政治源流是指对社会问题解决和政策议程设置产生影响的与政治相关的因素总和,在我国政治体制下,国民情绪和中国共产党的执政理念构成了DRG政策变迁中政治源流的核心要素。随着人民美好生活需要的日益增长,对卫生健康事业也提出了更高的要求,不仅要求看得上病,还要求看得好病,即在享受优质医疗服务的同时,又要追求医疗服务价格的公正合理。而“全心全意为人民服务”的执政理念决定了我国政府在政策制定过程中要充分考虑人民群众的需要,加速解决问题的进程,推动我国DRG政策的出台。

4. 打开政策“黑箱”

公立医院作为我国卫生服务体系的主体,在满足人民群众日益增长的医疗服务需求中发挥着重要作用。但是近年来随着医疗费用的迅速增长和人们日益增加的健康需求,减轻人民看病负担、提供优质的医疗服务已成为我国卫生体制改革亟待解决的问题。DRG作为医保支付方式,在我国早期的城市试点中已被证明是降低医疗费用、提升医疗质量的有力措施,DRG改革在切合群众需求的同时,又能够促进公立医院的高质量发展和医保基金

的平稳运行。当解决办法、问题与有利的政治力量相结合时,问题源流、政策源流和政治源流三流耦合,“政策之窗”开启,DRG支付方式改革最终尘埃落定。通过打开DRG政策出台过程的“黑箱”,可以看到问题源流决定了DRG政策出台的必要性,政策源流和政治源流决定了DRG政策出台的合理性,DRG政策控费提质的发展趋势与政策目标也随之浮现出来。

(二)基于标尺竞争理论的DRG定价机制分析

标尺竞争理论(theory of yardstick competition)作为一项重要的激励性政府规制工具,其核心思想是政府基于被管制者或购买对象同行的平均绩效来设定标尺,决定管制指标或购买定价。近年来被广泛地应用于医院成本与绩效、医保支付等医疗领域,成为政府对医疗行业价格管制的有效手段^[8-10]。DRG是通过基于不同医院的成本比较,确定医院成本的标准,其本质与标尺竞争理论核心思想一致。因此,通过运用标尺竞争理论推演DRG收付费的原理,就能从市场经济的视角厘清DRG与医疗费用、医疗质量之间的关系。具体推演如下:

若医院的利润为 π ,则有:

$$\pi = [P - C(Z)]Q(P) - Z + T$$

式中, P 为边际成本决定的医疗产品价格; $C(Z)$ 为医院努力后降低的单位成本; $Q(P)$ 是医疗产品的需求函数; Z 是医院为降低成本而进行的努力; T 是政府提供给医院的补贴。则社会福利最大化的目标是:

$$\max W = \int Q(P) dp + [P - C(Z)] \cdot Q(P) - Z$$

根据社会经济福利最大化原则进行求解,得出以下最佳规制

$$\begin{cases} P = C(Z) \\ T = Z \end{cases}$$

但是,由于医疗行业存在信息不对称,如果政府不知道医院降低成本程度的函数 $C(Z)$,就达不到上述最优结果。在此情况下,标尺竞争模型引入同行平均成本和平均努力程度作为参照,将医院 i 的某DRG病种的成本和补贴按同类医院的平均值确定,即

$$\begin{cases} C_i = \frac{1}{N-1} \sum_{j \neq i} C_j \\ Z_i = \frac{1}{N-1} \sum_{j \neq i} Z_j \end{cases}$$

i 代表被管制医院的某DRG病种, j 代表除了处在同级别的其他医院的同一DRG病种, C_i 表示医院 i 以外的其他医院该DRG病种费用的平均成本, Z_i 表示医院 i 以外的其他医院为降低成本而采取的平均努力程度。通过把其他医院某DRG病种成本和努力程度作为一种比较尺度,用以确定医院 i 某DRG病种的成本,就能产生最优结果。即

$$\begin{cases} P_i = C_i = \frac{1}{N-1} \sum_{j \neq i} C_j \\ T_i = Z_i = \frac{1}{N-1} \sum_{j \neq i} Z_j \end{cases}$$

对此医院*i*某DRG病种的利润函数为:

$$\pi_i = [C_i - C(Z_i)] \cdot Q(C_i) - Z_i + Z_i$$

从利润函数可知,若 $C_i - C(Z_i) > 0$, 则 $\pi_i > 0$, 即医院某 DRG 病组能够盈利, 此时医院会积极开展此病种, 并且能够达到 DRG 控费提质的目的; 若 $C_i - C(Z_i) < 0$, 政府补贴 Z_i 没有弥补医院该 DRG 病组的亏损, 则 $\pi_i < 0$, 即医院某 DRG 病组不能盈利, 此时医院为了达到收支平衡, 就可能通过减少必要的检查和治疗方式来降低自身成本 $C(Z_i)$, 或可能通过推诿病情严重的患者来降低服务数量 $Q(C_i)$ 避免亏损, 进而导致医疗质量的下降。

由于医院之间管理水平的客观差异, 临床执行水平和相关配套系统的建设差距, 再综合患者个体病情的复杂性, 部分医院短期内无法适应 DRG 支付的相关政策, 可能会出现上述 $C_i - C(Z_i) < 0$ 的情况。在此情景下, 医院通过减少患者的诊疗服务或者拒绝接收病情严重的患者等形式以降低成本, 但在降低成本的同时也降低了医疗服务质量, 导致 DRG 改革过程中出现了控费必然降质的现象。

(三) DRG 政策控费提质合理性和矛盾点

在上述的理论框架分析中(图 1), 本研究通过对 DRG 行政机制与市场机制之间制度嵌入性的探索, 论证了 DRG 控费与提质双属性要求的合理性和必要性; 但发现在 DRG 实施中医院存在控费的同时存在降质的选择方向, 两者存在一定矛盾和冲突。

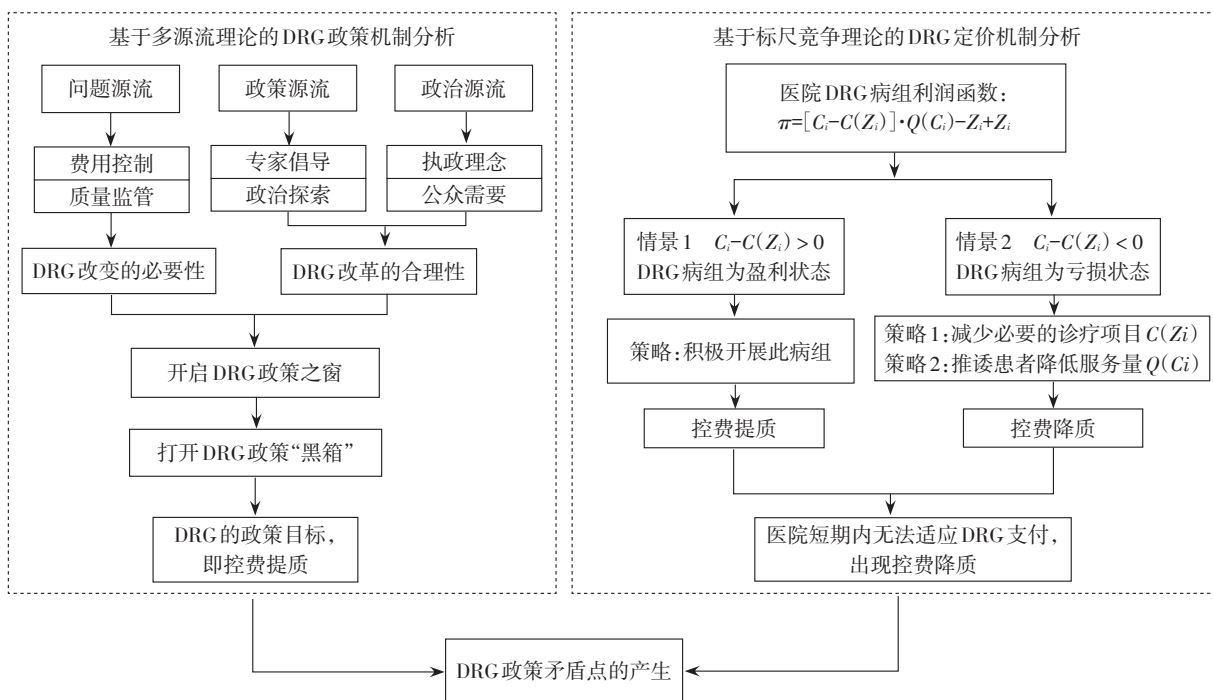


图1 DRG 政策控费提质合理性和矛盾点的理论分析框架

二、医保、医管双视角下 DRG 政策控费提质矛盾点剖析

通过以上对 DRG 政策的梳理, 可以看出 DRG 具有控费和提质双重属性。即 DRG 作为一种医保支付方式和医院精细化管理工具, 要求医院通过医保基金的“控费”, 达到服务和管理的“提质”。而医管理方和医疗服务提供方作为 DRG 支付改革的主要利益相关者, 因立场、视角等各方面的差异不可避免地会产生一些具有分歧性的观点, 从而影响 DRG 政策控费提质目标的实现^[11]。本研究结合在 DRG 推行过程中暴露的实际问题, 尝试从医保支付

和医院管理两个视角对 DRG 在控费和提质上的应用和矛盾点进行深入的剖析。

(一) 医管理视角下 DRG 控费提质矛盾点的剖析

从医管理范畴来看, DRG 支付体系改变了传统医保支付中“同病不同价”的弊端, DRG 付费政策给出既定病组的权重、费率, 在一段时期内, 每个病组确定了相对固定的支付标准, 能够在一定程度上规范医疗行为, 倒逼医院主动控制成本。但适应临床业务开展、体现医务人员劳务价值的医疗服务价格动态调整机制尚未有效建立, 部分医院得不到合理的补偿, 导致医院运营和管理成本压力加大^[12]。

在多方协商谈判治理机制和配套措施尚不成熟的当下,过于严苛的费用限制可能会导致医疗机构的生存发展环境更加恶劣,造成医疗机构的逆向博弈,如简化服务、推诿或拒收患者等,进而导致医疗服务质量的下降。由于DRG处于改革初期,新型有效的监管体系尚未建立起来,医保部门尚缺乏精准、高效的监管手段和标准化的监管机制,与此同时,简化服务、推诿患者等损害医疗服务质量的行为具有较强的隐蔽性,医保传统监管手段对这些行为难以识别,医疗机构的这些负向医疗行为尚未被完全遏制。

(二)医院管理视角下的DRG控费提质矛盾点的剖析

从医院管理范畴来看,在实施DRG支付之前,我国医院的医保支付方式普遍是按项目付费的后付制支付方式,医院获得的收入和补偿以服务量为主,导致大多数医院的管理者和一线科室医生对医疗服务项目的成本关注不足,医院普遍存在成本核算粗糙、成本意识淡薄、精细化管理水平落后等问题^[13]。实施DRG支付后,医院获得收入只能根据DRG分组对应的金额确定,超出DRG支付定额的医疗费用只能由医院自身承担,医疗服务的收支风险转移到了医院自身。DRG支付方式的变革对医院的精细化管理水平提出了更高的要求,在倒逼医院主动进行控费的同时,要求医院积极探索成本和质量新路径。公立医院面对医保支付逻辑的转变,无法在短时间内从粗放的管理思维中转变出来,所面临的经济压力及管理难度越来越大^[14]。医院为了做到收支平衡,防止亏损,可能会产生过度缩减成本以扩大医保基金结余的动机,出现了减少患者必要的诊疗项目,将住院费用转移到门诊费用等现象,造成医疗服务不足,从而降低医疗质量。

三、促进DRG政策控费提质落实的对策建议

通过上述对DRG控费提质矛盾点的剖析,可进一步明晰现阶段DRG改革背景下控费提质矛盾点产生的原因,具体而言:一是DRG本身的局限性,其定价机制就决定了部分医院短时期内无法适应DRG改革;二是简化服务、推诿患者等损害医疗服务质量的行为具有较强的隐蔽性,同时相应的监管体系尚未建立起来;三是公立医院面对医保支付逻辑的转变,无法在短时间内从粗放的管理思维中转变出来。鉴于此,为应对DRG支付改革带来的挑战,本研究立足于现阶段DRG改革实践,为破解控费提质的矛盾难题提出以下对策建议。

(一)建立DRG动态调整机制

根据前文运用标尺竞争理论对DRG定价机制进行分析时发现,DRG是基于不同医院的成本进行比较进而实现对医疗服务的定价,但是由于不同医

院之间存在客观上的地域性、等级性等差异,以及主观上的管理水平、临床执行水平等差异,部分医院短期内无法适应DRG支付的相关政策。因此,在DRG改革过程中,医保部门应在综合考虑医保统筹区内不同医疗机构之间存在差异的基础上,建立分类管理、医院参与、科学确定的DRG分组相对权重和支付费率动态调整机制,不断优化DRG病组支付标准,在引导医疗机构控费提质的同时,确保医疗机构能够得到合理补偿。与此同时,医保部门应定期开展对DRG分组效能和DRG执行效果的评价,重点剖析医院DRG亏损病例和特议病例产生的原因,实现对DRG病组的持续优化。

(二)完善DRG医保监管体系

相关研究证明,在DRG改革初期,医院经济运营压力明显增大,医疗机构较容易发生逆向博弈行为,进而造成医疗质量的下降^[15]。防止亏损、追求经济利益已被证实是驱动医疗提供方发生负向医疗行为的主要动机,此时加强监管力度、提高监管效能从而增加医院负向医疗行为成本,是遏制这一现象的有效治理手段^[16-17]。医保部门作为支付方和监管部门,应完善现有医保基金监管体系,加大对医疗机构和医生医疗行为的监管力度,改变以往“重医院指标轻医生行为”的监管方式,将监管范围向医生行为端延伸。在此过程中可以充分利用近年来沉淀的DRG大数据,建设医疗行为数据库,实现对诊疗过程中不合理用药、分解住院、诊疗项目减少等医疗行为的量化和识别。对DRG付费全流程实行多维度监管,监管指标在保留按项目付费部分指标的同时,要与时俱进地纳入跟DRG相关的指标,如高低倍率病例占比、病组优化结构等,通过观察各指标值的变化对医疗机构DRG执行过程中损害医疗质量的违规行为进行风险预警,必要时给予行政处罚。

(三)加快DRG管理思维转变

国家从制度上要求医院驱动成本和质量提升,并实现精细化成本管控和医疗质量提升,因此“控费提质”成为医保支付方式改革背景下医院高质量发展必须解决的重要问题^[18]。对公立医院而言,既要保证自身具有一定福利性质的社会公益事业的属性,又要在DRG的浪潮下做到收支平衡,再叠加上医疗技术的飞速发展和患者需求的不断提高,新时代公立医院所面临的经济压力及管理难度越来越大。这就导致有部分医院在试点推行DRG的过程中,“简单粗暴”地将控费和提质看作一对矛盾体甚至视为对立面,但控费和提质实则是医院高质量的一体两翼,应协同作用、螺旋上升^[19]。为应对DRG支付改革带来的挑战,医院自身应主动厘清DRG与控费、提质的关系,转变传统管理思维,

可尝试将循证思维应用到医院费用和医疗质量管理过程中,以循证手段支持DRG支付方式改革,积极探索医疗费用和质量协同发展模式及均衡点。

(四)优化DRG控费提质路径

在控费方面,医院要加强成本管控意识,以临床路径为抓手优化诊疗服务流程,结合自身临床路径实施的历史效果评价,构建详细、符合医疗机构实际情况且具有较强操作性的临床路径表,实现对临床路径的优化。对于亏损的DRG病例,医疗机构应主动开展临床路径和医疗费用结构优化研究,通过对临床路径结构和病组费用结构历史数据的分析,寻找最佳的临床路径和药物或耗材的选择,实现有效控费^[20]。与此同时推动医院强信息化建设,不断完善医院信息系统,为医院管理者、各层面员工提供相应的医保数据分析,为各级决策提供数据支撑,使DRG成本管控工作做到数据化、精确化^[21]。在提质方面,目前医院普遍存在“重控费,轻提质”的现象,因此,医疗机构首先应加强对医疗质量的监管,其监管指标应由从重点关注医疗质量结局指标向关注入院诊断、临床治疗、出院诊断以及治疗效果等诊疗全过程的医疗质量指标转变,不能因过度追求控费和盈利能力而忽略诊疗过程中的医疗质量。其次,医务人员作为医疗质量的“守门人”,其绩效考核方式不应仅限于科室业务收入等维度,医疗机构要积极探索并建立以医疗质量为导向,与DRG付费模式相匹配的绩效考核和分配机制,将DRG和医疗质量等相关指标纳入考核,将奖惩落实到病区、治疗组、个人,充分调动医务人员在DRG改革中的积极性,促进医务人员医疗行为的规范化。

综上所述,在推进我国DRG改革的进程中需重点关注医疗费用和医疗质量协同发展问题,在对医疗费用进行控制的同时,要对DRG政策可能产生的医疗服务提供不足和医疗质量下降等负面影响保持高度的敏感性。医保部门和医疗机构应逐步探索并形成以临床路径和临床实际为依据的DRG分组,完善医疗服务定价机制,从而实现医疗费用与医疗质量之间的平衡发展。

参考文献

- [1] 董乾,房耘耘,石学峰. DRG对医疗机构运行状况的影响研究[J]. 中国医院, 2021, 25(12): 69-71
- [2] 宋源,戴小喆,王轶,等. DRG成本数据在公立医院运营管理的运用探索[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(5): 71-73
- [3] 周苑,周典,田帝,等. 基于CiteSpace软件的国内外DRG研究可视化分析[J]. 中国医院管理, 2022, 42(10): 1-4
- [4] (美)约翰·W.金登. 议程、备选方案与公共政策[M]. 丁煌,方兴,译. 北京:中国人民大学出版社, 2017: 3-83
- [5] HUBER-STEARNNS H R, SCHULTZ C, CHENG A S. A multiple streams analysis of institutional innovation in forest watershed governance[J]. Rev Policy Res, 2019, 36(6): 781-804
- [6] 郭甲嘉,沈大军. 国家公园体制背景下中国自然保护地体系变迁——基于多源流理论分析[J]. 生态学报, 2022, 42(15): 6430-6438
- [7] 刘婷,李俊华,宋宇. 多源流视角下我国3岁以下婴幼儿照护服务政策的实施条件分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2022, 22(5): 443-448
- [8] SHLEIFER A. A theory of yardstick competition [J]. RAND J Econ, 1985, 16(3): 319
- [9] 辛冲冲. 纵向财政失衡、FDI竞争与医疗卫生服务供给水平——兼论标尺竞争机制下地区间的策略性行为[J]. 财贸经济, 2022, 43(1): 59-75
- [10] TANGERÅS T P. Yardstick competition and quality [J]. J Econ Manag Strategy, 2009, 18(2): 589-613
- [11] 刘瑶瑶,周典,田帝,等. 医保、医管双视角下DRG在公立医院高质量发展中的协同效应探究[J]. 中国医院管理, 2022, 42(10): 5-8
- [12] 江芹. DRG收付费政策设计与实施中的经验及启示[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(1): 6-11
- [13] 夏培勇,童杨. 医疗服务项目成本核算若干问题思考与建议[J]. 中华医院管理杂志, 2020, 36(5): 370-374
- [14] 韩莉莉. 医保支付方式由后付制向预付制改革对供方医疗服务行为影响的机制和发展路径[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(3): 21-27
- [15] 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
- [16] 程斌,朱兆芳,崔斌,等. DRG付费模式下医保基金监管机制探讨[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(9): 33-36
- [17] 崔斌,程斌,朱兆芳,等. DRG付费模式下的医保基金监管指标体系构建[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(9): 29-32
- [18] 冯芳龄,胡希家,叶向明,等. DRG与DIP助力公立医院高质量发展的政策内涵及改革实践——“DRG及公立医院高质量发展研讨会”综述[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(8): 35-38
- [19] 王轶,唐忻,戴小喆,等. DRG付费体系下医院成本控制思路与关键点[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(5): 74-78
- [20] 田帝,周典,周苑,等. 临床路径管理与DRG支付方式改革协同关系研究[J]. 中国医院管理, 2022, 42(10): 13-17
- [21] 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

(本文编辑:姜鑫)

(下转第252页)

Domestic and international studies on the burden of depression:A bibliometric analysis

YANG Changjie, FU Zuqiang, GU Aihua

School of Public Health, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

Abstract: Depression is a major global health challenge affecting millions worldwide. We evaluated the research status of depression disease burden by searching articles published between 2013 and 2022 in the Web of Science Core Collection and CNKI. We analyzed 6 828 English articles and 38 Chinese articles using CiteSpace and VOSviewer. Our study aimed to explore current trends, regions, institutions, authors, journals, keywords, and co-citations in this field. Our findings show that depression research in China is still at the initial stage, while it has reached a high degree of maturity in other countries, especially in Europe, America, and Asia. The United States dominates this field, as 80% of the top ten authors and 40% of the top ten institutions come from this country. Its number of related institutions, professional researchers, and high-impact journals exceeds that of any other country, making it a global leader in the depression research. Our analysis of keywords and co-citations revealed that popular topics in depression research include developing and optimizing screening tools, the relationship between psychological distress and depression, the correlation between depression, and chronic diseases and the treatment and management of treatment-resistant depression. Our study provides valuable insights into current trends and hot topics in depression research, which may inform future research directions aiming to alleviate the burden of depressive disease.

Key words: depression; disease burden; visualization analysis

(上接第216页)

Analysis of contradictions and countermeasures of cost control and quality improvement of public hospitals in China under the background of DRG reform

WANG Haoyu¹, ZHOU Dian^{1,2}, ZHOU Yuan³, TIAN Di⁴, WU Ye⁵

1. School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032; 2. Office of Party Committee, 3. Department of Medical Administration, the Second Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230601; 4. Department of Medical Administration, 5. Department of Human Resources, the First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022, China

Abstract: Under the background of deepening medical insurance payment method reform, diagnosis related groups (DRG) are the key policy of medical insurance reform. In promoting its implementation, how to reflect the dual orientation of cost control and quality improvement and interpret and respond to it in public hospitals have become the “required question” in the new medical field. This paper organically combines the Multiple-Streams theory with the Yardstick competition theory to build a theoretical analysis framework, which qualitatively deduces the theoretical rationality and necessity of the dual orientation of cost control and quality improvement of DRG while concluding that there are still contradictions at the present stage. Through the detailed correspondence of DRG reform from the perspectives of medical insurance and medical management, this paper analyzes and refines the causes of contradictions and then proposes corresponding countermeasures to support further improvement and implementation of DRG policy.

Key words: diagnosis related groups; reform of medical insurance; policy analysis; Multiple-Streams theory; Yardstick competition theory