

DRG支付方式下肺结核患者医疗质量评价指标变化的实证分析

唐丽莉¹, 杨薇², 潘韵芝², 王海燕², 胡一丹²

1. 苏州大学附属传染病医院计划财务部, 2. 药学部, 江苏 苏州 215131

摘要:为分析疾病诊断相关分组(diagnosis related group, DRG)支付方式对肺结核住院患者医疗质量评价指标的影响,通过间断时间序列回归模型进行回顾性分析。结果显示,DRG实施后,住院总费用、人日均住院费用、药品费用、用药品种数、住院天数显著减少。DRG的实施对耐药结核患者的干预效果尤为显著,医疗资源利用、医疗服务效率和医疗服务质量的各项指标均有了明显改善($P < 0.05$)。DRG支付模式推动了医疗机构转变服务模式,减轻了患者的经济负担。

关键词:DRG支付;肺结核;耐药结核;医疗质量;实证分析

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2025)03-286-007

doi:10.7655/NYDXBSS250096

2021年国家医保局发布了《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》,提出到2025年底,疾病诊断相关分组(diagnosis related group, DRG)/病种分值付费(diagnosis-intervention packe, DIP)支付方式基本实现病种、医保基金全覆盖。DRG支付方式是通过标准化支付机制,促使医院在治疗过程中更加注重成本效益和临床效果。当前随着DRG的不断推进,DRG付费方式在综合医院中的作用愈发凸显^[1],而在传染病专科医院实际运行中的付费效果研究较少,仍有待进一步的探索。

肺结核是一种由结核分枝杆菌引起的慢性传染性疾病。世界卫生组织(World Health Organization, WHO)发布的《2024年全球结核病报告》显示,2023年全球估算结核病发病数约为1 080万例,我国结核病发病数约为74.1万例,属于结核病高负担国家,结核病疫情仍然非常严峻。结核病的诊断与治疗成本较高,不仅加重了公共医疗保障体系的财务压力,也给患者个人带来显著的经济负担^[2-3],提升了患者完成规范化治疗的难度。DRG的实施可以有效提升结核病的诊疗效率和质量,减轻疾病负担,为我国结核病防控提供有力支持。因此,对

DRG实施前后肺结核住院患者的医疗质量评价相关指标进行研究,具有现实意义。

本研究收集DRG改革前后均因肺结核住院患者的病案资料,采用自身对照分析法,分析DRG实施前后医疗质量评价相关指标的变化,揭示DRG付费制度对肺结核治疗过程和医疗消费的影响,为医疗服务的优化提供依据。

一、资料和方法

(一)研究对象

本研究为回顾性研究,以2019年1月1日—2024年9月30日就诊于江苏省某三级甲等传染病专科医院肺结核患者为研究对象。纳入标准:①诊断为肺结核;②年龄>18岁;③在DRG实施前后均有就诊记录且就诊次数一致;④治疗方式不包含手术。排除标准:资料不全或关键数据缺失。

(二)研究方法

本研究根据《疾病和有关健康问题的国际统计分类(第十次修订本ICD-10)》及国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)细分组方案(1.0版),选取主诊断编码为A15或A16,DRG分组编码为

基金项目:苏州市呼吸系统传染性疾病预防医学中心(Szleyxzx202108);江苏省卫生健康委员会卫生健康经济管理研究课题“价值医疗理念下公立医院DIPDRG付费效果评价的探索与思考:基于苏州地区的实证分析”(CW202442)

收稿日期:2025-03-21

作者简介:唐丽莉(1979—),女,江苏苏州人,高级会计师,研究方向为卫生经济管理;胡一丹(1997—),女,江苏苏州人,中药师,研究方向为临床药学,通信作者,hyd69698120@163.com。

呼吸系统疾病及功能障碍 ES1 呼吸系统结核,以 2022 年 10 月 1 日为干预点,收集同一患者在 DRG 实施前(2019 年 1 月 1 日—2022 年 9 月 30 日)和 DRG 实施后(2022 年 10 月 1 日—2024 年 9 月 30 日)的病案首页信息。

间断时间序列分析(interrupted time series analysis, ITSA)是一种准实验研究设计,可用于评估医疗质量的改进情况^[4]。本研究采用间断时间序列分析方法评估 DRG 支付方式对医疗质量评价相关指标的影响。模型如下:

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 T_t + \beta_2 X_t + \beta_3 T_t X_t + \varepsilon_t$$

其中 Y_t 为因变量,表示研究指标在时间点 t 的观测值;回归系数 β_0 是模型的截距项,表示在 DRG 政策实施前的基础水平; β_1 为时间趋势的斜率系数,反映随时间变化的自然趋势; β_2 是干预效应的系数,反映 DRG 政策实施后的瞬时影响; β_3 为时间趋势与干预的交互效应,表示干预实施后的持续影响; T_t 是时间指示变量,根据入院时间创建,计算时间点 t 与研究开始时间点之间的差值; X_t 是干预指示变量,表示 DRG 政策实施的状态,实施后为 1,实施前为 0; ε_t 为随机误差项。

(三)观察指标

本研究观察的医疗质量评价指标包括医疗资源利用、医疗服务效率和医疗技术质量三部分^[5]。医疗资源利用指标包括住院总费用、人均均住院费用、药品费用、药占比、用药品种数;医疗服务效率主要包括住院天数;医疗服务质量包括严重并发症或合并症(major complication or comorbidity, MCC)发生次数、并发症或合并症(complication or comorbidity, CC)发生次数以及 30 天再入院次数。MCC/CC 的判定依据 CHS-DRG(1.0 版),根据同一患者在 DRG 实施前后的入院情况进行统计,若诊断中有 MCC/CC 记为 1 次,无则记为 0 次。

(四)统计学分析

采用 R4.4.1 软件对数据进行统计分析。一般资料(性别、年龄、医保类型、就诊次数)和疾病相关情况(是否合并 MCC/CC、30 天再入院)为分类变量,采用频数(百分数)进行描述统计,组间比较采

用卡方检验。采用 Shapiro-Wilk 检验以验证医疗质量评价指标是否符合正态分布。若符合正态分布,则采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;若不符合正态分布,则采用中位数(四分位数) $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示,组间比较采用 Wilcoxon 秩和检验,再通过间断时间序列分析实施前后相关指标变化趋势的差异, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一)患者一般资料

本研究共纳入 114 例患者,其中男性 78 例(68.42%),女性 36 例(31.58%)。年龄分布方面,<65 岁患者 67 例(58.77%),≥65 岁患者 47 例(41.23%)。医保类型以国家医保为主(91 例,79.82%)。就诊次数方面,1~5 次的患者占比最高(103 例,90.35%),6~10 次的 10 例(8.77%),>10 次的仅 1 例(0.88%)。在结核耐药性方面,耐药结核患者 14 例(12.28%),非耐药结核患者 100 例(87.72%)。入组患者在 DRG 实施前后各累计入院 175 次,DRG 实施后合并 MCC/CC 的患者较 DRG 实施前有所下降(61.14% vs. 68.57%),患者 30 天再入院占比也由 9.71% 下降至 6.86%,但差异均无统计学意义(表 1)。DRG 实施前后 MCC/CC 发生情况见图 1,其中肺炎、细菌性肺炎、血小板减少、肾功能不全、I 型呼吸衰竭、多浆膜腔积液诊断为 MCC,其余诊断为 CC。最常见的并发症为肺部感染,患者在 DRG 实施前为 80 例(45.71%),在 DRG 实施后下降至 57 例(32.57%),而细菌性肺炎患者由 4.57% 上升至 10.29%。

表 1 DRG 实施前后疾病相关指标变化情况 [n(%)]

指标	DRG 实施前	DRG 实施后	χ^2	P 值
合并 MCC/CC			1.80	0.18
是	120(68.57)	107(61.14)		
否	55(31.43)	68(38.86)		
30 天再入院			0.60	0.44
是	17(9.71)	12(6.86)		
否	158(90.29)	163(93.14)		

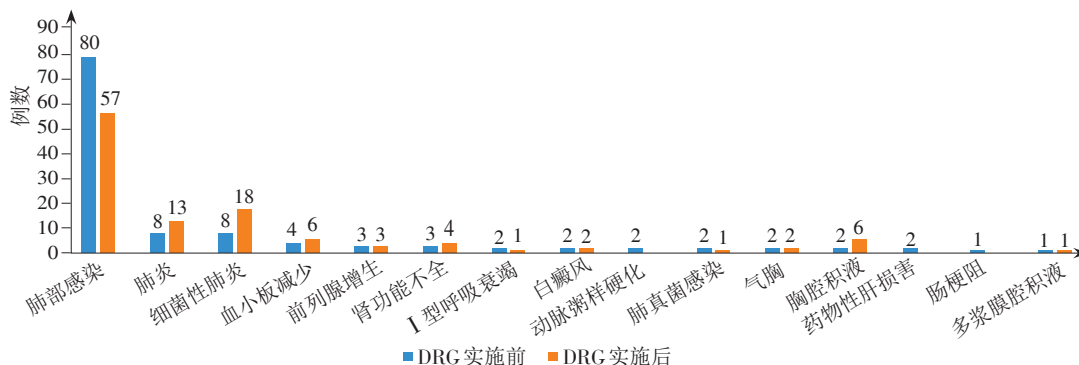


图 1 DRG 实施前后 MCC/CC 发生情况

(二) DRG 实施前后医疗质量评价指标变化情况

对 DRG 实施前后医疗质量评价指标进行 Shapiro-Wilk 检验,结果显示,除药占比服从正态性分布外,其余指标 P 均 <0.01 ,不符合正态分布。故除药占比采用 t 检验外,其余指标采用 Wilcoxon 秩和检验。DRG 实施前后住院总费用、药品费用、药占比、用药品种数、住院天数均有显著变化($P<0.01$),如表 2 所示。

(三) DRG 实施前后医疗质量评价指标的间断时间序列分析

DRG 实施后患者医疗质量评价相关指标 ITSA 分析结果如表 3 所示。时间效应方面,指标 β_1 无显著变化。政策干预效应方面,住院总费用($\beta_2=-5\ 839.76, P<0.01$)、药品费用($\beta_2=-2\ 866.98, P<0.01$)、用药品种数($\beta_2=-6.19, P<0.01$)、住院天数($\beta_2=-6.11, P<0.01$)显著减少,其他指标无显著变化。时间和干预的交互效应方面,人日均住院费用($\beta_3=-34.21, P=0.02$)显著减少,其他指标无显著变化。

(四) DRG 实施前后耐药结核患者与非耐药结核患者医疗质量评价指标变化情况对比

根据患者诊断是否为耐药结核病(drug-resistant tuberculosis, DR-TB),本研究将患者分为耐药结

核组和非耐药结核组。对 DRG 实施前后耐药结核患者与非耐药结核患者医疗质量评价指标变化情况进行对比分析,结果见表 4。耐药结核患者医疗资源利用、医疗服务效率和医疗服务质量的各项指标均有显著改善($P<0.05$)。而非耐药结核患者虽在住院总费用、人日均住院费用、药品费用、药占比及住院天数等指标上也发生显著变化($P<0.05$),但总体变化幅度低于耐药结核患者,同时非耐药结核患者的用药品种数、合并 MCC/CC 发生次数未发现显著差异。

(五) DRG 实施前后耐药结核患者与非耐药结核患者医疗质量评价指标的间断时间序列分析

DRG 实施前后耐药结核患者与非耐药结核患者医疗质量评价指标的间断时间序列分析见表 5 和表 6。

从时间效应方面看,耐药结核患者的药品费用($\beta_1=-411.30, P=0.02$)、药占比($\beta_1=-1.76, P<0.01$)、合并 MCC/CC 发生次数($\beta_1=-0.03, P=0.02$)显著下降,其余指标在 DRG 实施前后的时间趋势均无统计学显著性。而非耐药结核患者所有项目指标均无显著变化。

在政策效应方面,耐药结核患者的住院总费用

表 2 DRG 实施前后医疗质量评价指标变化情况

指标	DRG 实施前	DRG 实施后	检验统计量	P 值
医疗资源利用				
住院总费用[元, $M(P_{25}, P_{75})$]	15 855.23(11 823.76, 24 279.75)	11 202.82(6 923.24, 15 939.23)	21 277	<0.01
人日均住院费用[元, $M(P_{25}, P_{75})$]	1 079.78(926.35, 1 334.59)	1 151.37(916.96, 1 490.80)	16 389	0.26
药品费用[元, $M(P_{25}, P_{75})$]	5 885.71(3 469.98, 9 927.82)	3 135.71(1 872.85, 5 936.95)	21 540	<0.01
药占比(% , $\bar{x}\pm s$)	38.0 \pm 14.4	30.8 \pm 14.4	-4.68	<0.01
用药品种数[种, $M(P_{25}, P_{75})$]	20(14, 26)	17(10, 24)	18 730	<0.01
医疗服务效率				
住院天数[天, $M(P_{25}, P_{75})$]	15(10, 21)	9(6, 14)	21 548	<0.01
医疗服务质量				
合并 MCC/CC 发生次数[次, $M(P_{25}, P_{75})$]	1(0, 1)	1(0, 1)	14 175	0.15

表 3 DRG 实施前后医疗质量评价指标的间断时间序列分析结果

指标	β_0	β_1	P 值	β_2	P 值	β_3	P 值
医疗资源利用							
住院总费用(元)	20 548.16	87.57	0.18	-5 839.76	<0.01	-193.20	0.19
人日均住院费用(元)	1 391.36	5.84	0.35	333.47	0.07	-34.21	0.02
药品费用(元)	8 429.75	30.58	0.38	-2 866.98	<0.01	-125.01	0.12
药占比(%)	36.78	-0.08	0.32	-3.12	0.21	-0.24	0.22
用药品种数(种)	23.01	0.11	0.10	-6.19	<0.01	0.05	0.75
医疗服务效率							
住院天数(天)	16.74	-0.01	0.97	-6.11	<0.01	0.02	0.85
医疗服务质量							
合并 MCC/CC 发生次数(次)	0.65	-0.01	0.39	-0.07	0.40	0.01	0.36

表4 DRG实施前后耐药结核患者与非耐药结核患者医疗质量评价指标变化情况

指标	耐药结核患者		检验统计量	P值
	DRG实施前	DRG实施后		
医疗资源利用				
住院总费用[元, $M(P_{25}, P_{75})$]	26 200.92(16 954.14, 33 756.82)	7 310.12(5 752.89, 8 586.38)	1 048	<0.01
人日均住院费用[元, $M(P_{25}, P_{75})$]	1 230.63(958.93, 1 634.61)	1 027.42(859.52, 1 265.33)	360	0.01
药品费用[元, $M(P_{25}, P_{75})$]	12 179.65(8 876.75, 15 009.87)	1 770.27(705.08, 2 336.29)	1 044	<0.01
药占比(% , $\bar{x} \pm s$)	44.6±16.5	22.3±13.0	-5.95	<0.01
用药品种数[种, $M(P_{25}, P_{75})$]	20(14, 22)	8(4, 11)	1 014	<0.01
医疗服务效率				
住院天数[天, $M(P_{25}, P_{75})$]	21(13, 28)	7(6, 8)	978	<0.01
医疗服务质量				
合并MCC/CC发生次数[次, $M(P_{25}, P_{75})$]	0(0, 1)	0(0, 0)	432	0.04
指标	非耐药结核患者		检验统计量	P值
	DRG实施前	DRG实施后		
医疗资源利用				
住院总费用[元, $M(P_{25}, P_{75})$]	15 153.28(11 097.53, 19 904.73)	12 226.91(8 120.51, 18 724.61)	12 075	<0.01
人日均住院费用[元, $M(P_{25}, P_{75})$]	1 053.4(925.60, 1 321.75)	1 181.22(945.68, 1 624.10)	11 628	0.01
药品费用[元, $M(P_{25}, P_{75})$]	5 571.62(3 404.87, 8 040.86)	3 713.13(2 146.66, 6 879.13)	12 330	<0.01
药占比(% , $\bar{x} \pm s$)	36.7±13.7	33.3±13.9	-2.1	0.03
用药品种数[种, $M(P_{25}, P_{75})$]	19(14, 26)	19(12, 28)	10 384	0.49
医疗服务效率				
住院天数[天, $M(P_{25}, P_{75})$]	14(10, 20)	12(7, 15)	12 736	<0.01
医疗服务质量				
合并MCC/CC发生次数[次, $M(P_{25}, P_{75})$]	1(0, 1)	1(0, 1)	9 909	0.98

表5 DRG实施前后耐药结核患者医疗质量评价指标的间断时间序列分析结果

指标	β_0	β_1	P值	β_2	P值	β_3	P值
医疗资源利用							
住院总费用(元)	27 837.83	-25.78	0.94	-18 484.24	<0.01	-177.36	0.76
人日均住院费用(元)	1 234.60	-18.05	0.15	-45.76	0.82	2.43	0.91
药品费用(元)	9 549.60	-411.30	0.02	-5 853.80	0.03	183.40	0.54
药占比(%)	29.51	-1.76	<0.01	8.50	0.13	-0.35	0.58
用药品种数(种)	25.14	0.38	0.16	-12.94	<0.01	-0.96	0.04
医疗服务效率							
住院天数(天)	21.64	0.03	0.88	-13.34	<0.01	-0.13	0.74
医疗服务质量							
合并MCC/CC发生次数(次)	0.17	-0.03	0.02	0.42	0.04	-0.02	0.32

表6 DRG实施前后非耐药结核患者医疗质量评价指标的间断时间序列分析结果

指标	β_0	β_1	P值	β_2	P值	β_3	P值
医疗资源利用							
住院总费用(元)	18 105.00	31.79	0.63	-944.06	0.65	-206.31	0.17
人日均住院费用(元)	1 391.92	6.46	0.35	525.35	0.02	-41.35	<0.01
药品费用(元)	7 216.50	12.61	0.72	-564.21	0.61	-132.70	0.09
药占比(%)	35.68	-0.07	0.42	0.38	0.88	-0.23	0.24
用药品种数(种)	22.89	0.09	0.14	-2.42	0.24	-0.01	0.93
医疗服务效率							
住院天数(天)	15.31	-0.04	0.45	-3.44	0.02	0.02	0.82
医疗服务质量							
合并MCC/CC发生次数(次)	0.74	0.00	0.86	-0.03	0.69	0.00	0.74

($\beta_2=-18\ 484.24, P < 0.01$)、药品费用($\beta_2=-5\ 853.80, P=0.03$)、用药品种数($\beta_2=-12.94, P < 0.01$)以及住院天数($\beta_2=-13.34, P < 0.01$)显著下降,合并MCC/CC发生次数显著上升($\beta_2=0.42, P=0.04$)。而非耐药结核患者仅住院天数($\beta_2=-3.44, P=0.02$)显著下降,人日均住院费用($\beta_2=525.35, P=0.02$)在干预后显著上升,其余指标未见显著变化。

在时间与干预交互效应方面,耐药结核患者药品种数略有下降($\beta_2=-0.96, P=0.04$),非耐药结核患者的人日均住院费用显著下降($\beta_2=-41.35, P < 0.01$),其余指标交互效应均不显著。

从间断时间序列分析上看,DRG政策在耐药结核患者群体中对医疗资源利用和服务效率产生了更加显著的影响,而非耐药患者的指标变化相对较小,干预效果不如耐药患者明显。

三、DRG的实施优化了结核病 医疗服务质量

(一)DRG政策实施对医疗服务质量有总体性提升

本研究发现,在医疗资源利用方面,DRG支付改革使结核病患者的住院总费用、人日均住院费用、药品费用和用药品种数显著减少,该结论与现有的心血管疾病^[6]、恶性肿瘤^[7-8]、中医^[9]等专科的DRG实施效果研究结论一致,体现了DRG政策的实施降低了患者的就医成本。同时也证明了DRG的实施使临床更加注重优化治疗方案,精简治疗流程,从而使患者受益。但本研究在药占比指标上的结论与廖藏宜等^[10]的发现存在差异,可能基于两个方面原因,一是当前结核病治疗主要依靠以利福平为首的一线抗结核药物的联合化疗方案,具有结核病病种的特殊性;二是在DRG实施后,国家集中带量采购政策也逐渐覆盖了抗结核药物,使抗结核药物的单价大幅下降。因此,未来在DRG权重设计时,也应考虑多重政策的叠加影响,如建立动态调整机制,将药品集中带量采购政策带来的价格变动纳入DRG政策的成本核算体系。

医疗服务效率方面,DRG实施后结核病患者住院天数显著减少,与当前DRG政策相关研究^[11-13]结论一致。这可能是由于DRG政策推动了医疗机构建立和完善标准化临床路径,强化院内多学科协作,从而提升了医疗资源的利用效率。DRG政策的实施促使医疗机构的诊疗模式向精细化转变,提高了诊疗服务能力,更加规范治疗用药,缩短了平均住院日,减少了患者的住院时间。

医疗服务质量方面,DRG实施后肺结核患者合并MCC/CC发生次数未发生显著变化,与郭佳瑜等^[14]的研究结果一致。但也有研究报道^[11,13]DRG

政策的实施显著增加了MCC/CC发生次数。总的来说,DRG实施后,医院通过优化专科诊疗方案,调整费用结构,努力降低运营成本,提升了整体医疗服务质量。

(二)DRG实施后耐药结核患者受益更显著

耐药结核病是指结核分枝杆菌对一种或多种抗结核药物产生了耐药性。《2024年全球结核病报告》显示,我国每年新发耐药患者约2.9万例,位居全球第4位。耐药结核病的治疗成本远超非耐药结核病,给患者和社会都带来了沉重的经济负担。耐药结核病的治疗周期长、创新治疗药物价格昂贵,且具有复发率高、治愈率低的特点,使得医疗支出大幅增加^[15]。

本研究通过分别对耐药结核患者与非耐药结核患者在DRG实施前后医疗质量评价指标变化的分析,发现DRG实施后给耐药结核患者带来了更明显的受益,特别是在住院费用、药品费用、用药品种数和住院天数等方面。而非耐药结核患者的指标变化幅度相对较小,DRG政策在不同疾病群体中的效果可能具有一定差异,这也与现有文献报道^[16]一致。这可能是由于在DRG实施前非耐药结核患者就已纳入医院临床路径进行治疗,并且近年来诊疗方案稳定,未出现大幅调整,在DRG影响下指标变化有限。而对于耐药结核患者,医院在DRG实施前未进行系统的临床路径管理,在DRG实施后对耐药结核治疗临床用药路径进行了完善优化。药物治疗路径作为DRG体系的重要组成部分,具有规范临床用药、优化治疗流程的作用。研究显示,DRG支付背景下,强化临床路径管理,能有效降低住院费用和缩短住院时长^[17-18]。张宏亮等^[19]以急性白血病为例制定用法用量及使用疗程,林苡竹等^[20]在结肠癌根治术中的路径优化均表明,医疗机构通过修订专科临床路径,可细化诊疗流程,加强药品成本效益分析,促进临床合理用药,这可能也是DRG背景下耐药结核患者费用控制效果更显著的原因。

尽管耐药结核患者多数指标在政策实施后得到改善,但已有研究指出,在DRG政策背景下,耐药结核治疗由于所需的创新型药物价格高昂,对临床应用中的经济可及性提出挑战^[21]。医院可通过优化药品目录、完善药物遴选机制,针对性地对特殊病种药品的配置进行成本效益分析,以提升这类药物的临床可及性。具体做法包括根据DRG需求进行用药结构调整,积极开展药品临床综合评价^[22],结合国家药品集中采购政策,科学制定用药优先级等^[23]。与此同时,医保部门应充分考虑临床实际需求,通过制度联动为特殊病种的治疗药物合理使用与可及性提供更有力的支撑。

本文通过分析DRG实施前后肺结核患者医疗

质量评价指标变化,反映DRG实施后通过医疗机构愈加精细化的诊疗管理,给肺结核患者带来了积极的影响,直接减轻了患者的经济负担。但本文样本量相对较小,特别是耐药结核患者数量较小,导致研究结论具有局限性。希望本研究能为DRG政策的优化提供实证参考,使其在提升医疗服务公平性、效率与可持续性方面的作用日益显著。

参考文献

- [1] 王浩宇,周典,周苑,等. DRG改革背景下我国公立医院控费提质研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2023,23(3):212-216,252
- [2] XU C H, XIA Y Y, HU D M, et al. Financial burden of tuberculosis patients-China, 2020[J]. China CDC Wkly, 2023, 5(12): 266-270
- [3] 康宏云. 2012—2020年山西省耐药结核病流行状况及患者经济负担研究[D]. 太原:山西医科大学,2023
- [4] PENFOLD R B, ZHANG F. Use of interrupted time series analysis in evaluating health care quality improvements[J]. Acad Pediatr, 2013, 13(6 Suppl): S38-S44
- [5] 王昊晟,李恒,李国红,等. 现代医院医疗质量综合评价理论及指标构建研究[J]. 中国医院管理,2019,39(6): 38-40
- [6] 王玲玲,王晓楠,王真明,等. DRG付费方式和临床路径管理对脑梗死患者住院费用影响的联合作用分析[J]. 中国卒中杂志,2025,20(2):253-260
- [7] 闫彬,王成亮,赵耀伟,等. 基于双重差分模型的DRG医保支付方式改革对于山西省肿瘤患者医疗费用的影响分析[J]. 中国卫生统计,2025,42(2): 258-262
- [8] 王爱敏,陈朝晋,王目君,等. DRG支付政策实施前后宫颈癌住院患者医疗费用对比分析[J]. 协和医学杂志,2024,15(5):1077-1082
- [9] 吴琼,张自严,冯丹,等. DRG改革对中医医院中医药服务的影响——基于间断时间序列分析[J]. 中国卫生事业管理,2025,42(1):74-78
- [10] 廖藏宜,荆欧杰,惠文. 医保DRG付费改革对医疗服务价值的促进作用——来自H市的证据[J]. 财经问题研究,2024(11):89-103
- [11] 林振威,吴风琴,程斌,等. DRG绩效改革下医院精细化管理实践与思考[J]. 中国医院,2024,28(3):15-18
- [12] CHEN Y J, ZHANG X Y, YAN J Q, et al. Impact of diagnosis-related groups on inpatient quality of health care: a systematic review and meta-analysis[J]. Inquiry, 2023, 60: 469580231167011
- [13] 胡筱筠,吕静静,崔永春. DRG支付方式对肺癌住院患者医疗资源利用和医疗质量的影响[J]. 协和医学杂志,2024,15(5):1059-1068
- [14] 郭佳瑜,应晓华. DRG付费改革对佛山市某区公立医院肺炎住院患者医疗质量的影响[J]. 医学与社会,2024,37(3):132-136
- [15] LI S C, WANG R, YANG Y, et al. Analysis of drug resistance in pulmonary tuberculosis patients with positive sputum tuberculosis culture in NorthEast China[J]. Front Pharmacol, 2023, 14: 1263726
- [16] 闫晓婧,聂文娟,刘海燕,等. 肺结核患者住院费用影响因素与按疾病诊断相关分组方案研究[J]. 中国防痨杂志,2023,45(11):1084-1089
- [17] 王玉廷,阳文琳. 公立医院DRG临床路径管控方案探索及效果评价[J]. 卫生经济研究,2024,41(7):71-75
- [18] 何霜霜,幸海燕,杨雪,等. DRG付费系统下医院合理用药管理新模式探索[J]. 中国药业,2022,31(20): 14-17
- [19] 张宏亮,章忠明,陈凤磊,等. DRG背景下基于循证药理学制订药物治疗临床路径实践探索[J]. 中国医院,2022,26(2):16-18
- [20] 林苡竹,梁红梅,刘雅娟. 支付改革背景下结肠癌临床路径优化及效果研究[J]. 卫生经济研究,2024,41(9): 38-43
- [21] 胡广宇,陈吟. DRG付费下抗耐多药结核创新药物的医院经济可及性研究[J]. 中国医疗保险,2024(12): 89-94
- [22] 戴泽琦,景城阳,吴雪,等. 国内外药品临床综合评价指标体系研究的系统评价[J]. 中国循证医学杂志,2023,23(7):776-782
- [23] 张煜,白兆石,吴楠,等. 诊断相关分组付费下奈妥匹坦/帕洛诺司琼用于预防卡铂化疗相关性恶心呕吐的药物经济学评价[J]. 中国医院药学杂志,2024,44(8): 956-960

(本文编辑:姜鑫)

The empirical analysis of changes in medical quality evaluation indicators for pulmonary tuberculosis patients under the DRG payment system

TANG Lili¹, YANG Wei², PAN Yunzhi², WANG Haiyan², HU Yidan²

1. Department of Financial Planning, 2. Department of Pharmacy, Affiliated Infectious Disease Hospital of Soochow University, Suzhou 215131, China

Abstract: To analyze the changes in healthcare quality evaluation indicators for hospitalized tuberculosis patients under the diagnosis-related group(DRG) payment system, this study conducted a retrospective analysis using an interrupted time series regression model. The results showed that following the DRG implementation, the total hospitalization costs, average per-day hospitalization costs, medication costs, number of prescribed medication varieties, and length of hospital stay all significantly decreased. The intervention effect of DRG was particularly notable among drug-resistant tuberculosis patients, with significant improvements in indicators of healthcare resource utilization, service efficiency, and quality of care ($P<0.05$). The adoption of the DRG payment model has promoted healthcare institutions to transform their service delivery models and alleviated the financial burden on patients.

Key words: DRG payment; pulmonary tuberculosis; drug-resistant tuberculosis; quality of care; empirical analysis