

Practical Research on the Management Model of Chronic and Special Diseases in County-level Outpatient Clinics Based on DIP Payment

Jianqi Li Peng Tong Jie Jiang *

Medical Affairs Department, Ezhou Central Hospital Affiliated to Hubei University of Science and Technology, Ezhou, Hubei, 436000, China

Abstract

Objective: To explore the construction path and practical effectiveness of the management model for chronic and special diseases in county-level outpatient clinics under the Diagnosis-Related Groups (DIP) payment method, and to provide a replicable solution for “cost control and quality improvement” in primary medical care. **Method:** Taking the Chronic and Special Disease Management Center of Ezhou City as the research object, by establishing a “medical - medical insurance - pharmaceutical” three-medical collaboration mechanism, an intelligent service platform and a full-process supervision system, the health indicators, medical expenses and service satisfaction data of 300 patients with chronic and special diseases before and after the establishment of the center (January 2023 - June 2024) were compared and analyzed. **Result:** After the intervention, the compliance rate of physiological indicators of patients increased by 15.2% (75.3% vs 60.0%), the per capita outpatient cost decreased by 18.3% (1,245 yuan vs 1,524 yuan), and the expenditure of medical insurance funds achieved negative growth (-2.3% vs 12.8%). Patient satisfaction increased by 16% (92.0% vs 76.0%) ($P<0.05$). **Conclusion:** The “digital and intelligent supervision + three-medical collaboration” model under DIP payment can significantly enhance the quality of chronic and special disease management and the efficiency of medical insurance funds, and is in line with the requirements of the close-knit medical community system in counties.

Keywords

DIP payment ; county-level medical care; outpatient chronic and special diseases ; Intelligent supervision; collaboration among the three medical institutions

DIP 支付下县域门诊慢特病管理模式实践研究

李建琦 童鹏 江杰 *

湖北科技学院附属鄂州市中心医院慢特病管理中心, 中国·湖北 鄂州 436000

摘要

目的: 探索按疾病诊断相关分组 (DIP) 支付方式下县域门诊慢特病管理模式的构建路径与实践成效, 为基层医疗“控费提质”提供可复制方案。**方法:** 以鄂州市慢特病管理中心为研究对象, 通过建立“医疗-医保-医药”三医协同机制、智慧化服务平台及全流程监管体系, 对比分析该中心成立前后各300例慢特病患者的健康指标、医疗费用及服务满意度数据 (2023年1月—2024年6月)。**结果:** 干预后患者生理指标达标率提升15.2% (75.3% vs 60.0%), 人均门诊费用降低18.3% (1245元 vs 1524元), 医保基金支出实现负增长 (-2.3% vs 12.8%), 患者满意度提高16% (92.0% vs 76.0%) ($P<0.05$)。**结论:** DIP支付下的“数智化监管+三医协同”模式可显著提升慢特病管理质量与医保基金效率, 适配县域紧密型医共体制度需求。

关键词

DIP支付; 县域医疗; 门诊慢特病; 智慧监管; 三医协同

【基金项目】湖北省预防医学会卫生管理创新人才培育行动项目(项目编号: 2025SWGKY236) 鄂州市科技计划项目(项目编号: [2023] 23号)。

【作者简介】李建琦 (1985—), 男, 硕士, 中国湖北广水人, 副主任医师, 从事慢病管理研究。

【通讯作者】江杰 (1970—), 男, 中国湖北黄冈人, 硕士, 主任医师, 从事感染性疾病研究。

1 引言

随着医保支付方式改革深化, 按病种分值付费 (DIP) 已成为破解“过度医疗”“费用失控”的核心工具, 但现有研究多聚焦住院领域, 门诊慢特病管理如何适配 DIP 预付制仍存在理论与实践空白^[1]。县域作为分级诊疗“最后一公里”, 面临慢特病患者基数大 (占全国 60%)、服务碎片化、医保监管粗放等问题^[2-3]。本研究以鄂州市为试点, 构建“三医协同+智慧监管”的门诊慢特病管理模式, 探索 DIP 支

付与基层慢病管理的融合路径,为县域医疗高质量发展提供实践参考。

2 DIP 支付下县域门诊慢特病管理现状

2.1 政策驱动与现实需求

美国 Medicare 的 ACO (责任医疗组织) 模式,实行预付制设计与风险共担机制,通过捆绑支付或按人头预付制,将医疗机构的收入与患者健康结局挂钩。这种模式要求医疗机构整合初级保健、专科服务与慢病管理,避免重复检查或无意义转诊,从而降低碎片化导致的费用超支^[4]。预付制需配套连续性服务整合,美国 Medicare 优势计划(如特殊需求计划 SNP)采用健康风险评估(HRA),根据患者糖尿病、心衰等慢性病风险分层,将高风险患者委托给专业健康管理团队。这要求医疗机构必须通过跨学科团队提供持续照护,否则难以实现成本控制目标^[5-6]。德国疾病基金通过按人头付费激励慢病管理模式:通过分级费率调整,对慢性病患者(如高血压、糖尿病)支付更高的人头费,以覆盖其长期管理成本。同时强制整合疾病管理计划,要求所有疾病基金必须为慢病患者提供结构化疾病管理计划,包括标准化诊疗路径、患者教育与定期随访。同时,参保人可自由选择基金,倒逼基金优化服务以吸引用户,形成“服务竞争→质量提升→控费增效”的良性循环^[7]。然而,国外模式依赖高度市场化的医疗服务体系,与我国县域“紧密型医共体”制度存在差异。国外以 DRGs 为主,DIP 本土化特性缺乏直接参考。《“健康中国 2030”规划纲要》^[8]明确要求“健全门诊慢特病保障机制”,但县域层面存在三大矛盾^[9]:一是传统按项目付费导致“激励错位”,医疗机构缺乏控费动力;二是跨部门协同不足,卫健、医保、医药数据割裂,重复检查、超量开药等问题突出;三是信息化支撑薄弱,80% 县级医院尚未实现慢特病全流程智能监管^[10]。

2.2 DIP 在门诊慢特病中的应用挑战

DIP 通过“病种分值×分值单价”实现预付制,但门诊慢特病存在“病种多、病程长、费用波动大”特点,现有分组方案未单独设置门诊病种,导致“住院化”倾向严重^[11]。研究指出任何一个慢病管理体系都需要有针对性地解决三大挑战:一是慢病服务的可持续性,二是慢病信息的完整性,三是慢病支付的可行性。我国应建立和完善慢病管理与服务标准,建立慢性病患者统一信息平台、加强患者健康数据的流程管理,加快慢病控制立法、建立全民健康的社会环境,加强多部门合作、培训基层卫生专业人员,进一步推进慢性病防治工作的完善与发展^[12]。近期研究显示自我国出台县域慢病管理中心建设政策以来,各地进行了积极探索,但机构名称、标准与规范尚不统一;县域慢病管理中心在协调县级医院相关科室方面正在发挥积极作用,但指导帮扶基层和上下协同工作有待加强,信息化互联互通水平有待提高^[13]。仍需进一步完善县域医共体医保支付政策、绩效考核与激励机制,提升信息化水平,进一步推进县域慢病管理中心

建设,将其作为统筹县域内外资源、防控重大慢性病的节点和枢纽。因此,构建“三医协同+智慧监管”的门诊慢特病管理模式,探索 DIP 支付与基层慢病管理的融合路径,是当前慢特病管理的必然趋势。

3 鄂州市慢特病管理中心的实践

3.1 管理中心构建

依据《“健康中国 2030”规划纲要》《中国防治慢性病中长期规划(2017-2025 年)》^[7]及鄂州市相关医保政策文件,以鄂州市医疗集团医共体为依托,成立鄂州市门诊慢特病管理服务中心(以下简称“中心”),设在鄂州医疗集团(鄂州市中心医院)。总体框架:“中心”医师为全市县域门诊慢特病患者提供“线上线下”看病就诊服务,按照三级医疗机构的医疗服务和药品监管保障标准,让患者享受到一级医疗机构的医保报销政策,全面促进“三医协同”。“中心”以“数字化、一体化、体系化”的运行模式,打通县域门诊慢特病管理全链条环节,实现患者就诊、医师处方、药师审核、医保智能监管和结算、药品保障、药学服务的“一站式”封闭运行,推进“互联网+医疗+医保+医药”在医保基金管理上的创新运用,以智慧医保智能监管系统设置门诊慢特病开药“事前”智能提醒,向开方医师推送患者既往用药情况的“事中”弹窗提醒,对就诊开药流程是否存在超量开药,重复开药,超病种开药等行为及时提醒和限制,帮助医师合理合规用药,实现门诊慢特病从事后向事中、事前环节的延伸全闭环监管。

3.2 三医协同机制设计

由鄂州市卫健委、医保局、医疗集团共同确定“中心”建设实施方案和运行模式。市卫健委明确机构性质及管理机制。医保局指导制定医保服务协议。医院负责慢特病患者的问诊、检查、检验、处方等诊疗服务工作,打通互联网医院线上平台医保报销流程,实现线上线下患者的药品供应、药品配送及患者咨询服务工作;合作药企负责药品医保结算。建立三方联席会议制度,优化服务流程,对不合理诊疗、不合理用药进行监管。

3.3 便民服务功能区

中心设置三大功能区:由门诊慢特病管理区(诊疗、续方、健康档案管理)、医保服务区(医保经办服务、医保政策咨询)、医药服务区(医保智能监管、结算、药学服务、药品保障、送药上门),配备就诊流程展示、医保政策宣传、就诊等候服务、健康管理教育等区域,实现诊疗、开方、审核、结算、取药“一站式”服务。

3.4 智慧化监管体系

构建“互联网+医疗+医保+医药”的一体化智慧服务平台,整合线上线下问诊、电子处方流转、医保结算等功能。通过智慧医保系统实现事前智能提醒、事中弹窗提示(既往用药情况)、事后审核追溯,对超量开药、重复开药等行为为实施干预。

3.5 研究对象

本研究已获得鄂州市中心医院伦理委员会的批准（审批号：2025-L-08）。选取中心建成前1年（2024年1月至2024年12月）就诊的300例慢特病患者为对照组，建成后6个月（2025年2月至2025年7月）内就诊的300例患者为干预组，病种包括高血压（40%）、糖尿病（30%）、慢阻肺（30%），按年龄（<60岁、≥60岁）随机分层抽样，确保代表性。纳入标准：确诊上述慢特病之一，完成至少1次随访，病历资料完整；干预组需接受中心提供的标准化管理（建档、定期随访）。排除标准：①未建立慢病建档；②未定期随访；③合并有多种慢特病；④治疗依从性差的。

3.6 观察指标

医疗服务质量指标：（1）生理指标达标率：提取最近3次随访的血糖（空腹≤7mmol/L）、血压（<140/90mmHg）、肺功能检测FEV₁/FVC改善值等数值，计算达标率；（2）并发症发生率：目标病种并发症的年新病例数/总患者数；（3）再住院率/急诊率：统计同一患者年度内非计划性住院或急诊次数（排除外伤、产科等非相关疾病）。

资源利用与费用数据：（1）人均门诊费用：统计年度内门诊总费用（药品+检查）/患者数；（2）医保基金使用效率：比较费用增长率（（当期费用-基期费用）/基期费用×100%）

服务体验数据：（1）患者满意度：采用结构化问卷（10分钟），采用门诊现场发放/电话随访（第三方机构执行），收集就医便捷性评价（1-5分）。

3.7 质量持续改进

定期监测生理指标达标率、并发症发生率及再住院率，统计资源利用与费用及服务体验数据，将数据纳入机构绩效考核。通过第三方调查针对性改进线上续方流程、药师咨询

服务等薄弱环节。加强DIP门诊适配性改革，推动“门诊病例分值付费（AOG, Ambulatory Outpatient Grouping）”省级试点，单独设置慢特病门诊病种组，结合病程、合并症动态调整分值权重。

3.8 统计方法

采用SPSS 26.0软件进行数据分析，计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较用 t 检验；计数资料以率(%)表示，比较用 χ^2 检验； $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 成效

干预组与对照组患者在年龄、性别、病种构成、病程、合并症等一般情况下无显著差异($P > 0.05$)，研究具有可比性。（表1）

患者健康指标改善

干预组生理指标达标率显著高于对照组（75.3% vs 60.0%， $P < 0.001$ ），并发症发生率降低（8.7% vs 14.3%， $P = 0.030$ ），再住院率下降（6.3% vs 11.7%， $P = 0.022$ ）， $P < 0.05$ 。亚组分析显示，糖尿病患者血糖达标率提升14.4%（72.2% vs 57.8%）、高血压患者血压达标率提升17.9%（90.0% vs 72.1%）、慢阻肺患者FEV₁/FVC改善值明显提升（8% vs 3%）， $P < 0.05$ 。（表2）

医疗费用控制效果

干预组人均门诊费用较对照组降低18.3%（1245元 vs 1524元），药品费用占比下降9.7%， $P < 0.001$ ，医保基金支出增长率从12.8%降至-2.3%。（表3）

服务效率与满意度

干预组平均就医等待时间缩短41.5%（38 min vs 65 min），线上续方占比增长54.3%，患者满意度评分显著提高（4.6分 vs 3.8分）， $P < 0.001$ 。（表4）

表1 两组患者一般情况比较

指标	干预组 (n=300)	对照组 (n=300)	P 值
年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	65.2 ± 8.7	64.8 ± 9.1	$t = 0.623, P = 0.532$
性别 (男, n/%)	147 (49.0%)	153 (51.0%)	$\chi^2 = 0.365, P = 0.551$
病种 (n/%)			$\chi^2 = 1.247, P = 0.543$
- 高血压	120 (40.0%)	118 (39.3%)	
- 糖尿病	90 (30.0%)	92 (30.7%)	
- 慢阻肺	90 (30.0%)	90 (30.0%)	
病程 (年, $\bar{x} \pm s$)	7.3 ± 3.2	7.5 ± 3.5	$t = 0.715, P = 0.481$
合并症 (n/%)	87 (29.0%)	93 (31.0%)	$\chi^2 = 0.452, P = 0.501$

表2 两组患者健康指标比较 [n(%)]

指标	干预组 (n=300)	对照组 (n=300)	P 值
生理指标达标率	226 (75.3%)	180 (60.0%)	$\chi^2 = 16.119, P < 0.001$
血糖 (≤7mmol/L)	65/90 (72.2%)	52/92 (57.8%)	$\chi^2 = 4.885, P = 0.027$
血压 (<140/90mmHg)	108/120 (90.0%)	85/118 (72.1%)	$\chi^2 = 12.525, P < 0.001$
FEV ₁ /FVC 改善值 ($\bar{x} \pm s$) (n=90)	0.08 ± 0.03	0.03 ± 0.02	$t = 14.713, P < 0.001$
并发症发生率	26/300 (8.7%)	43/300 (14.3%)	$\chi^2 = 4.733, P = 0.030$
再住院率	19/300 (6.3%)	35/300 (11.7%)	$\chi^2 = 5.210, P = 0.022$

表 3 两组患者医疗费用及医保基金使用情况比较

指标	干预组	对照组	差异 (干预组 vs 对照组)	P 值
人均门诊总费用 (元)	1245 ± 326	1524 ± 389	-279 (-18.3%)	t=-9.521, P<0.001
药品费用占比 (%)	42.6 ± 8.3	52.3 ± 9.5	-9.7%	t=-13.324, P<0.001
医保基金支出增长率 (%)	-2.3	12.8	-15.1%	—

表 4 患者满意度及分项好评率比较

指标	干预组	对照组	P 值
平均就医等待时间 (min)	38 ± 12	65 ± 15	t=-24.346, P<0.001
线上续方占比 (%)	63.0	8.7	$\chi^2=192.586, P<0.001$
患者满意度评分 (分, 5 分制)	4.6 (92%) ± 0.5	3.8 (76%) ± 0.6	t=17.742, P<0.001

5 讨论

5.1 实践优势与创新性

5.1.1 三医协同机制破解县域治理碎片化难题

县域慢特病中心的建设突破了“医保-医疗”二元割裂^[14-15]，通过“结余留用”激励医疗机构主动控费，印证了“服务单元重构理论”在县域的可行性。本研究构建的“三医协同”机制(卫健委、医保局、医院联动)明确了各方权责：医保局通过“结余留用+质量捆绑支付”激励医疗机构主动控费^[16]；医院依托智慧平台实现处方流转与实时监管；患者通过“线上线下一体化”服务提升依从性^[17]。这一机制突破了传统“医保-医疗”二元割裂，与美国 ACO 模式的“预付制+风险共担”理念相似，但更适配我国县域紧密型医共体制度。例如，德国疾病基金通过按人头付费激励慢病管理，而本研究进一步整合医药资源，增加互联网诊疗模块，实现“诊疗-结算-配送”闭环，药品费用占比下降 9.7%，印证了“服务单元重构理论”在县域的可行性。

5.1.2 数智化监管实现全流程质量控制

针对县域信息化薄弱的痛点，鄂州市构建的“事前提醒-事中弹窗-事后审核”监管体系，有效减少超量开药、重复检查等行为。本研究在建立慢特病管理服务中心的基础上，探索以“数字化、一体化、体系化”的运行模式，打通门诊慢特病服务和管理全链条环节，实现患者就诊、医师处方、药师审核、医保智能监管和结算、药品保障、药学服务的“一站式”封闭运行，推进“互联网+医疗+医保+医药”在医保基金管理上的创新运用，以智慧医保智能监管系统设置门诊慢特病开药“事前”智能提醒，向开方医师推送患者既往用药情况的“事中”弹窗提醒，对就诊开药流程是否存在超量开药，重复开药，超病种开药等行为及时提醒和限制，帮助医师合理合规用药，实现门诊慢特病监管从事后向事中、事前环节的延伸全闭环监管，显著提升服务连续性与目录适配性。与传统事后监管相比，该模式将监管节点前移，类似美国 Medicare SNP 计划的健康风险评估 (HRA) 分层管理，但通过实时数据交互提升了干预精准度。线上续方占

比达 63.0%、就医等待时间缩短 41.5% 的结果，证实数智化赋能可同步提升效率与依从性。

5.1.3 DIP 支付与门诊慢特病管理的深度融合

现有研究指出 DIP 在门诊领域存在分组粗放、激励错位等问题^[18]，有必要进行支付方式的改革，探索按人头付费、按病种付费等复合支付模式，建立与服务质量挂钩的激励机制^[19-20]。而本研究通过“病种分值动态调整+质量挂钩支付”，实现人均门诊费用降低 18.3%、医保基金支出负增长 (-2.3%)，且生理指标达标率提升 15.3%。这一“控费提质”双重成效，为 DIP 改革中“门诊-住院差异化分组”提供了实践参考，与叶冬炜等提出的“DIP 需兼顾费用控制与质量提升”结论一致^[21]。此外，采用“互联网+医疗+医保+医药”的一体化智慧服务平台，实现诊疗、开方、审核、结算、取药“一站式”服务，显著提升患者就医体验。

5.2 实践局限与挑战

5.2.1 研究设计与样本代表性不足

随访时间仅 6 个月，可能未能捕捉慢特病长期管理效果(如并发症发生率的年度变化)；样本局限于鄂州市，其“城乡医保一体化”基础较好，而经济欠发达县域可能面临信息化投入不足、基层编码能力薄弱等问题，存在“高套分值”风险^[22]。

5.2.2 DIP 门诊适配性仍需优化

当前湖北省 DIP 目录未单独设置门诊病种，导致部分慢特病患者被迫“门诊转住院”。鄂州市明确提出以“AOG 支付方式改革省级试点”为主线，推动医保支付方式创新，这与国家 DRG 改革方向高度契合。尽管本研究通过智慧平台缓解了这一问题，但缺乏统一的门诊病种分组标准，可能影响跨区域推广。

5.3 优化路径与推广建议

5.3.1 完善 DIP 门诊支付政策

实施动态分组与分值调整，参考德国疾病基金“分级费率”经验，针对高血压、糖尿病等慢特病单独设置门诊病种组，结合患者病程、合并症动态调整分值；积极探索 AOG 支付方式改革省级试点，采取复合支付模式试点，对

高风险患者增加人头付费权重,覆盖长期管理成本。

5.3.2 构建区域协同推广机制

第一、分层推广策略,在经济发达县域可直接复制“三医协同+智慧监管”模式;欠发达地区优先建设低成本信息化模块(如电子处方流转),逐步推进全流程监管;第二、跨区域联动,借鉴鄂州市“武汉都市圈服务互通”经验,建立省级慢特病管理联盟,共享分组标准、监管规则与优质医疗资源。

综上所述,基于DIP支付的慢特病管理模式通过“顶层设计-智慧赋能-全流程监管”路径,有效提升了医疗质量、控制了费用、改善了患者体验。建议在推广中结合地方实际优化支付政策与信息化支撑,为县域分级诊疗提供实践参考。

参考文献

- [1] 张进,余红星,王明举,等. DIP支付背景下医保结算清单管理的探索与实践[J]. 中国卫生信息管理杂志,2024,21(6):857-862. DOI:10.3969/j.issn.1672-5166.2024.06.011.
- [2] 孔凡心,杨敬宇,闫宣辰,苏彬,陈蒙恩,岳文静,魏学焯,从天珍.我国城乡居民门诊慢特病医疗保障研究热点与趋势分析[J].中国全科医学,2024,27(27):3401-3402,3410.
- [3] 李慧慧,向晨,张治国. 我国职工基本医疗保险门诊共济保障下门诊慢特病保障政策比较分析[J]. 健康发展与政策研究,2024,27(5):396-402. DOI:10.12458/HDPR.202406013.
- [4] 崔文彬,黄丞,刘向容,等. 我国公立医院医保支付制度改革进展及建议. 中华医院管理杂志, 2016, 32(10):769-772.
- [5] Yang, C. C. (2020). Health Expenditures and Quality Health Services: The Efficiency Analysis of Differential Risk Structures of Medicare Accountable Care Organizations (ACOs). *North American Actuarial Journal*, 25(1), 94-114
- [6] Cao, Ying et al. "Assessment of Differences in Inpatient Rehabilitation Services for Length of Stay and Health Outcomes Between US Medicare Advantage and Traditional Medicare Beneficiaries." *JAMA network open* vol. 3,3 e201204. 2 Mar. 2020.
- [7] Neumann, Anne et al. "The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in Germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (EVA64)." *BMC psychiatry* vol. 18,1 139. 18 May. 2018.
- [8] 平措卓玛,嘎玛仓决.2015—2020年西藏自治区常住居民4类慢性病早死概率及“健康中国2030”指标达标分析[J].中国慢性病预防与控制,2023,31(10):790-792.
- [9] 湖北省人民政府办公厅关于印发湖北省防治慢性病中长期规划(2017-2025年)的通知[Z].湖北省人民政府公报,2018,(05):50-57.
- [10] 尹娜,叶伟坚,张国良,等. 基于医防融合的慢病患者管理SOP的构建与实践. 国际医药卫生导报, 2024, 30(20):3497-3502.
- [11] 童平,缪佳庆,杨莉,等.DIP支付方式下精细化医保管理实施效果研究[J].中国医院,2025,29(04):58-60.
- [12] 马晓玲.完善慢病管理体系[M]//飞利浦(中国)投资有限公司,中国医药集团有限公司,中国国际经济交流中心,中国卫生健康发展评价报告(2022),北京:社会科学文献出版社,2022:147-166.
- [13] 张艳春,张丽芳,秦江梅,等. 我国县域慢病管理中心建设政策与实践进展[J]. 卫生经济研究,2024,41(12):32-36.
- [14] 张玉姝,陈一凡,邹作丽,等.DIP付费下医保基金监管方法与实践[J].中国医院,2025,29(04):49-52.
- [15] 翟勋,陈穗,官月嫦,等. 医保业务下放定点医疗机构门诊特殊慢性病的医保管理效果[J]. 中国卫生标准管理,2025,16(10):112-115. DOI:10.3969/j.issn.1674-9316.2025.10.027.
- [16] 谢桦,崔欣,应晓华,等.医保支付方式的改革与发展——基于大数据的按病种分值付费[J].中国医疗保险,2022,(11):123-128.
- [17] 宁艳阳.关于紧密型县域医共体医保总额付费的几点讨论[J]. 中国卫生, 2024, (10): 52-55.
- [18] 孙晓媚.山西省基本医保门诊慢特病保障的现状、问题与对策[J].经济师, 2024, (11): 265-266.
- [19] 张玉姝,陈一凡,邹作丽,等. DIP支付方式改革对医疗机构的影响研究[J]. 中国医院管理,2025,45(1):51-54.
- [20] 童平,缪佳庆,杨莉,等. DIP支付方式下精细化医保管理实施效果研究[J]. 中国医院,2025,29(4):58-60. DOI:10.19660/j.issn.1671-0592.2025.4.13.
- [21] 叶冬炜,王莉,刘叔文.基于双重差分法评价按病种分值付费(DIP)实施效果[J].卫生软科学,2023,37(04):71-74.
- [22] 宋桂杭.区域总额预算下开展紧密型县域医共体打包付费的思考[J].中国医疗保险, 2022, (11):50-53.