◁医保管理▷

RC19病组结算情况分析与优化对策

罗石梅，周迎迎△
南通大学附属肿瘤医院（南通市肿瘤医院）医保管理科，南通 226361

【摘要】 **目的** 通过分析样本医疗机构恶性增生性疾患放射治疗（RC19）病组2024年医保结算数据，分析影响拨付的原因，为医院领导层提供决策依据及与医疗保障行政部门进行谈判的数据支撑，完善该病组的细分。**方法** 采用描述性统计分析及单因素方差分析，对RC19病组病例类型、不同病种病例拨付差额情况、住院床日数、并发症和/或合并症等进行分析，探索恶性增生性疾患放射治疗细分组。**结果** RC19病组高倍率和低倍率病例占比较高，不同病种间例均费用、住院床日数以及有无并发症和/或合并症病例间费用存在显著性差异。**结论** 医疗机构要与医疗保障行政部门保持良好沟通，不断完善病组细分，使分组更精准、更符合临床实际，使支付标准更加客观地反映医疗资源消耗水平。同时医疗机构需加强自身管理，合理管控医疗费用。

【关键词】 DRG付费；拨付差额；住院费用；RC19病组
【文献标志码】 A 【文章编号】 1672-4232（2026）03-0062-04
【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2026.03.014

Analysis of Settlement Situation for RC 19 Disease Group and Optimization Countermeasures

LUO Shi-mei, ZHOU Ying-ying
Medical Insurance Management Department, Nantong University Affiliated Cancer Hospital/Nantong Tumor Hospital, Nantong 226361, China

【**Abstract**】 **Objective**: To analyze the 2024 medical insurance settlement data of the radiation therapy for malignant proliferative disease (RC19) group in sample medical institutions, analyze the reasons affecting disbursement, provide decision-making basis for hospital leadership and data support for negotiation with medical security administrative departments, and improve the segmentation of this disease group. **Methods:** Descriptive statistical analysis and one-way analysis of variance were used to analyze the types of the cases in the RC19 disease group, differences in allocation of different disease types, length of hospital stay, complications and/or comorbidities, and explore the sub groups of radiotherapy for malignant proliferative diseases. **Results:** The proportion of high rate and low rate cases in the RC19 disease group was relatively high, and there were significant differences in the average cost per case, length of hospital stay, and cost per case with and without complications and/or comorbidities among different diseases. **Conclusions:** Medical institutions should maintain good communication with medical security administrative departments, continuously improve the subdivision of disease groups, make the grouping more accurate and in line with clinical practice, and make the payment standards more objectively reflect the level of medical resource consumption. At the same time, medical institutions need to strengthen their own management and reasonably control medical expenses.

【**Key words**】 DRG payment; payment of balance; hospitalization expense; RC19 disease group

随着医疗保障支付方式改革的不断深化与完善，国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）付费模式作为一项重要的医保支付方式，明确到2025年底覆盖所有符合条件开展住院服务的医疗机构。按疾病诊断相关分组（diagnosis related group，DRG）支付方式通过将住院患者的治疗过程按照疾病诊断、治疗方式和资源消耗等因素进行分组。样本医疗机构在2024年年终决算数据分析中发现，恶性增生性疾患放射治疗（RC19）病组的医保结算标准与临床实际消耗存在较大偏差。为进一步适应DRG支付方式改革要求，降低DRG结算负向差额，选择样本医疗机构2024年1月1日至12月31日DRG付费模式下RC19病组的病例作为研究对象，深入分析结算负向差额的关键因素，为完善DRG细分组、合理控费提供参考[1]。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究以样本医疗机构实施DRG支付方式改革第3年、纳入DRG结算的RC19病组病例为研究对象，收集住院结算日期为2024年1月1日至2024年12月31日的该病组病例的病种信息、医保结算信息、医院费用信息等。

△通信作者

1.2　统计学方法

利用Excel 2007的VLOOKUP函数功能,将医保结算反馈数据与院端DRG系统数据匹配,建立病组和费用结算数据库。由于样本医疗机构所在地区RC19病组不区分并发症和/或合并症,通过与病案系统导出信息关联,将病案首页上的次要诊断与国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)分组方案(1.1版)的CC(complication or comorbidity,并发症或合并症)和MCC(major complication or comorbidity,严重并发症或合并症)列表匹配,将一般并发症或合并症及严重并发症或合并症病例进行标记。利用PRISM统计分析软件进行数据统计处理,采用描述性统计分析及单因素方差分析,对2024年全年不同病例类型及不同病种的DRG结算情况及是否有CC或MCC等RC19病组拨付差额情况进行统计分析。利用Excel数据透视表功能对数据进行分类汇总,分类统计不同病种平均住院时长(即例均住院床日数)和例均费用。

2　结果

2.1　病例类型分布及拨付情况

2024年样本医疗机构RC19病组病例为2 251例,总体拨付差额率为-5.17%。拨付差额率绝对值越高说明该病组实际发生费用与病组标杆值偏离度越大,绝对值接近0,说明控费做得相对良好,样本医疗机构77.08%的病例实际费用与地区标杆值接近[2]。但仍有22.92%的病例因为高倍率和低倍率、特殊情况折算点数导致医保结算负向差额比较大(见表1)。

表1　2024年样本医疗机构RC19病组结算病例类型及拨付情况

病例类型	发生额(万元)	结算额(万元)	结算差额(万元)	拨付差额率(%)
DRG付费	6 718.69	6 712.03	-6.66	-0.10
低倍率病例	255.50	210.77	-44.73	-17.51
高倍率病例	535.93	373.17	-162.76	-30.37
其他	1 411.63	1 164.51	-247.12	-17.51
合计	8 921.75	8 460.48	-461.27	-5.17

经进一步统计,鼻咽、下咽、口咽、喉恶性肿瘤高倍率达57.14%、食管恶性肿瘤高倍率达25.30%,骨继发恶性肿瘤低倍率达21.34%。查阅病历发现,高倍率病例中放疗联合其他治疗的情况较为常见(见表2)。

表2　同一病组不同病种间病例类型占比情况(%)

病种	高倍率占比	低倍率占比	正常倍率占比
鼻咽、下咽、口咽、喉恶性肿瘤(A)	57.14	2.86	40.00
食管恶性肿瘤(B)	25.30	2.03	72.67
胃恶性肿瘤(C)	12.90	3.23	83.87
肠恶性肿瘤(D)	12.61	5.04	82.35
前列腺恶性肿瘤(E)	12.20	2.44	85.36
乳房恶性肿瘤(F)	10.94	3.02	86.04
宫颈恶性肿瘤(G)	9.67	7.38	82.95
肺恶性肿瘤(H)	12.32	6.98	80.70
脑及脑继发恶性肿瘤(I)	11.83	7.10	81.07
骨继发恶性肿瘤(J)	4.60	21.34	74.06

2.2　RC19病组不同病种间存在差异

2024年样本医疗机构年终决算数据显示,RC19病组病例数排名前10的病种中有7个病种亏损,仅有3个病种盈余,总体表现为医保结算负向差额。不同病种间存在较大差距,例均亏损最多的是鼻咽、下咽、口咽、喉恶性肿瘤,其次是食管恶性肿瘤,例均盈利最多的是骨继发恶性肿瘤,其次是脑及脑继发恶性肿瘤。同一病组10个病种间医疗费用差异较大,平均值39 956元,标准差5 899.70元,变异系数(CV)值为14.76%,组内不同病种平均费用离散程度较高,接近15%(见表3)。

RC19病组各病种费用数据利用PRISM统计软件,采用单因素方差分析(One way ANOVA)比较不同病种间费用存在差异,经两两比较后,45个比较结果中有17个无统计学意义,20个有显著差异。A病种和J病种与其余9个病种的检验结果显示具有显著差异(P<0.05),B病种与其余9个病种的检验结果显示有7个病种存在显著差异(P<0.05)。

表3　2024年样本医疗机构RC19病组不同病种拨付情况(元)

病种	平均DRG结算金额	平均发生金额	例均结算差额
鼻咽、下咽、口咽、喉恶性肿瘤(A)	43 997	53 625	-9 628
食管恶性肿瘤(B)	39 369	43 338	-3 969
胃恶性肿瘤(C)	39 637	41 703	-2 066
肠恶性肿瘤(D)	38 087	40 301	-2 214
前列腺恶性肿瘤(E)	39 044	39 881	-837
乳房恶性肿瘤(F)	38 123	39 341	-1 218
宫颈恶性肿瘤(G)	35 822	38 196	-2 374
肺恶性肿瘤(H)	37 278	36 393	885
脑及脑继发恶性肿瘤(I)	37 333	35 555	1 778
骨继发恶性肿瘤(J)	34 784	31 227	3 557

2.3　住院床日数对费用的影响

利用院端DRG系统,对入组RC19病组的病例按照不同的病种进行归类,组内不同病种间住院天数差异较大,鼻咽、下咽、口咽、喉恶性肿瘤住院时间最长,平均46.39 d,骨继发恶性肿瘤住院天数最短,平均24.82 d。根据统计,平均住院床日数与例均费用呈正相关,可见住院时长是影响住院费用的

重要因素（见表4）。

表4　不同病种住院例均费用和平均住院天数统计

病种	例均费用（元）	平均住院日（d）
鼻咽、下咽、口咽、喉恶性肿瘤（A）	53 625	46.39
食管恶性肿瘤（B）	43 338	43.73
胃恶性肿瘤（C）	41 703	37.45
肠恶性肿瘤（D）	40 301	38.82
前列腺恶性肿瘤（E）	39 881	36.22
乳房恶性肿瘤（F）	39 341	37.69
宫颈恶性肿瘤（G）	38 196	33.24
肺恶性肿瘤（H）	36 393	30.51
脑及脑继发恶性肿瘤（I）	35 555	27.59
骨继发恶性肿瘤（J）	31 227	24.82

2.4　并发症、合并症影响医疗费用

根据地区DRG细分组，RC19病组是不区分并发症和/或合并症，根据国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）细分组方案（1.1版ICD2.0）中CC、MCC列表，实际诊疗中无并发症和/或合并症的病例很少。根据样本医疗机构数据统计，全年的2 251例病例中，仅有4例无并发症和/或合并症，占总病例数的0.18%；伴一般并发症和/或合并症的病例数为1 557例，占总病例数的69.17%；伴严重并发症和/或合并症的病例数为690例，占总病例数的30.65%。样本医疗机构无并发症和/或合并症的病例数太少，统计分析代表性有限，但一般并发症和/或合并症与严重并发症和/或合并症的病例数都达到了一定的样本量，例均费用分别为38 023.77元和43 314.26元，相差5 290.49元。

3　讨论与建议

DRG支付改革包括分组和付费两方面内容，其中科学规范分组是重要前提，准确付费是重要保障[3]。分组的粗细设置是医保支付的核心技术问题，直接影响医疗服务的精准支付、临床公平性和管理效率。过于粗放的分组掩盖了资源消耗的差异，导致医疗机构在选择新技术、新药品时顾虑重重，抑制医疗技术的创新，也间接损害了患者的利益。医疗机构要在实践中不断分析，充分挖掘年终决算数据，对亏损多的病组进行深入剖析，明确亏损原因是分组不够精准还是医疗机构自身改革意识不强，为来年医院精细化管理提供方向，也为后续与医保管理行政部门沟通提供数据支撑和政策调整依据。

3.1　优化完善DRG细分组

RC19病组目前组内费用差异大，容易造成医疗机构选择轻症病人，推诿重症病人，或者减少医疗服务，转嫁医疗费用等[4]。建议恶性肿瘤放射治疗进一步细分组，实现分组与费用消耗的匹配，提高DRG分组规则在本地的适配性[5]。

3.1.1　部分病种单独成组。由于不同病种间的放射治疗时间消耗和费用消耗相距比较大且部分病种高倍率和低倍率病例集中度高，建议根据病种特征进一步优化细分组规则。样本医疗机构RC19病组病例数前10的病种，例均费用存在较大的差距，A病种和J病种与其余9个病种的检验结果均显示有显著的统计学差异，B病种与其余9个病种的检验结果有7个存在显著统计学差异，在细分组时，针对A、B、J三个病种，在其分组规则中增加“次诊断”作为入组条件的判断依据，通过次诊断筛选实现独立成组，使分组更趋合理。

3.1.2　增加放疗联合其他治疗病组。临床指南推荐，能够耐受放疗联合其他治疗的患者，同步治疗效果优于序贯治疗。随着诊疗技术的提升，放疗从传统的局部治疗升级为系统性抗肿瘤治疗，放疗联合化疗、靶免治疗已经成为目前治疗肿瘤的重要手段，建议增加放疗联合其他治疗病组，支持新技术的开展。

3.1.3　细分并发症与合并症组。在DRG支付模式下，并发症和/或合并症的存在势必需要医疗消耗，这是影响DRG分组、医保支付及医疗质量的核心因素。恶性肿瘤放射治疗的患者多数存在并发症和/或合并症，这部分患者通常需要更多的检查、用药、监护、住院时间，医疗资源消耗更多，建议恶性肿瘤放射治疗能够区分并发症和/或合并症严重程度[6]。

3.2　加强自身管理，合理管控费用

无论DRG分组是否适配医疗费用消耗的实际，在DRG支付方式改革背景下，常态化监管医疗费用使用的合理性是每个医疗机构必须做到的。医院在完善DRG管理机制，建立三级医保管理网络的同时，也要加强药、耗、新技术新项目的合理使用，科学缩短住院床日数，合理控制医疗费用，规范诊疗行为。

3.2.1　部门协同，开展处方点评和病例分析。通过临床药师开展处方点评，指导临床安全、有效、经济、适宜使用药品，尤其是费用高的肿瘤治疗的新特药品，充分发挥临床药师对合理用药的指导作用。医务、医保、药学等部门联合与各临床科室共

同分析医疗费用高的病例,及时梳理病组现状,收集分析医疗、医药、医保中存在的问题,提出改进办法,提升临床合理用药、用耗意识,控制医疗费用不合理增长,推动医保支付方式改革的顺利开展[7]。

3.2.2　提升意识,转变观念,采取适宜技术。DRG支付方式改革的主要目的是引导医疗机构改变粗放式、规模扩张式运营机制,向内涵式发展,更加注重内部成本控制,更加注重体现医疗服务技术价值[8]。医院医保管理部门要加强DRG支付方式改革的政策宣传和解读,改变传统按项目付费模式下以服务数量为导向的管理理念,让临床理解改革的目的和方向,主动配合改革。样本医疗机构作为本地区具有一定影响力的肿瘤专科医院,作为本地区的放射治疗质控中心,拥有比较先进的放射治疗技术,因无论采取何种放射治疗技术手段,该病组费用标准不作区别,在这种情况下,医院在不影响医疗质量的前提下,应选择经济合理、适宜的放射治疗技术,避免出现先进技术的不合理使用,导致费用不合理增长[9]。

3.2.3　科学缩短住院床日数,提升医疗效率。住院床日数长短与医疗费用高低呈正向相关,缩短住院床日数可以控制医疗费用。在保障医疗质量、医疗安全的前提下,缩短住院床日数,加快病床流转,提高科室收治患者的能力。一方面减少等待时间。通过流程再造、信息化建设等,对病情轻、无需紧急处理的患者在正式放射治疗之前通过预住院的形式完成必须的检查和制模。另一方面减少并发症、合并症的发生。持续统计、分析、监督并发症与合并症的发生与管理,对出现并发症和/或合并症导致重要不良后果的病例进行院级讨论整改,提升医疗资源配置效率与医院精细化管理水平[10]。

参　考　文　献

[1] 林启桐,艾斌,陈宁宁,等.CHS-DRG付费模式下某病组患者超支因素风险模型建立与验证[J].中国医院,2025,29(6):48-51.

[2] 周道亮.DRG支付方式改革下的病组拨付差额分析[J].现代医院,2023,23(8):1234-1236.

[3] 谢冰珏,余颖,唐路,等.基于决策树模型的DRG优化分组探索:以新生儿疾病外科组为例[J].卫生经济研究,2023,40(2):47-51.

[4] 林茂伟,余丹.医保支付方式改革协商谈判与争议处理的框架研究:以厦门市为例[J].中国医疗保险,2023(11):98-102.

[5] 谭博文,张伟,蒋祎.DRG高倍率病例住院费用结构及影响因素分析:以重庆市某三级医院为例[J].中国卫生事业管理,2025,42(5):520-525.

[6] 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.

[7] 王晓曼,周琼,朱海珊,等.医保支付方式改革背景下公立医院存在的问题及对策[J].医学与社会,2018,31(3):50-52.

[8] 秦永方.解密DRG/DIP付费机理及分值法[J].中国医院院长,2023,19(5):86-88.

[9] 黄柳.DRG支付改革中的临床药师担当[J].中国医院院长,2022,18(23):78-79.

[10] 张晓利.攻坚平均住院日,打好这套组合拳[J].中国医院院长,2022,18(14):84-87.

收稿日期:2025-04-13
修回日期:2025-07-05　　(编辑　曹晓芸)