◁医保管理▷

DRG付费下中医院BZ1病组费用超支原因及对策研究

徐峰[1,2]，唐菁[2]，李梦楠[3]，黄彦[1,2△]

1. 湖南中医药大学，长沙 410208；2. 重庆市中医院，重庆 400021；3. 重庆大学附属肿瘤医院，重庆 400030

【摘要】 **目的**　探讨疾病诊断相关分组（DRG）下中医院BZ1病组住院费用超支原因及影响因素，为中医院DRG运营提供支持。**方法**　采用描述性统计分析BZ1病组的分组情况、费用占比、主要诊断分布、费用盈亏；通过单因素分析和多元线性回归探究BZ1病组患者住院费用影响因素。**结果**　单因素分析显示，年龄、住院天数、主要诊断、DRG组别、是否实施中医临床路径、医保类型对住院费用的影响差异具有统计学意义（$P<0.05$）；多元线性回归分析显示，住院天数和主要诊断是住院费用的影响因素。**结论**　提高主要诊断正确率对解决病组费用超支问题有益，医保机构应考虑中医诊疗特色及BZ1病组患者的特殊情况，针对因患者平均年龄较大、康复类占比高导致平均住院时间较长，进而增加中医院医疗成本的问题，出台针对性支持政策，助力中医院DRG付费模式的探索。

【关键词】 CHS-DRG付费；中医院；BZ1病组；病组费用超支

【文献标志码】 A　　【文章编号】 1672-4232（2026）01-0080-04

【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2026.01.018

Study on Causes and Countermeasures of Cost Overruns for BZ1 Case Group in Traditional Chinese Medicine Hospitals Under DRG Payment

XU Feng[1,2], *TANG Jing*[2], *LI Meng-nan*[3], *HUANG Yan*[1,2]

1. *Hunan University of Chinese Medicine*, *Changsha 410208*, *China*; 2. *Chongqing Traditional Chinese Medicine Hospital*, *Chongqing 400021*, *China*; 3.*Chongqing University Cancer Hospital*, *Chongqing 400030*, *China*

【**Abstract**】 **Objective:** To investigate the causes and the influencing factors of hospitalization cost overruns for BZ1 case group in traditional Chinese medicine (TCM) hospitals under the Diagnosis-Related Groups (DRG) payment system, thereby providing support for DRG operations in TCM hospitals. **Methods:** Descriptive statistical analysis was used to examine the grouping status, cost proportion, distribution of primary diagnoses, and cost profit/loss for BZ1 case group. Univariate analysis and multiple linear regression were employed to explore factors influencing hospitalization costs for patients in BZ1 case group. **Results:** Univariate analysis revealed statistically significant differences in the effects of age, length of stay, primary diagnosis, DRG group, implementation of TCM clinical pathways, and insurance type on hospitalization costs ($P<0.05$). Multiple linear regression analysis identified length of stay and primary diagnosis as influencing factors for hospitalization costs. **Conclusions:** Improving the accuracy of primary diagnoses is beneficial for addressing cost overruns in the case group. Medical institutions should consider the characteristics of TCM treatments and the specific circumstances of BZ1 case group patients. In response to the prolonged average length of stay caused by older average age of the patients' and a high proportion of rehabilitation cases, leading to increased medical costs in TCM hospitals, targeted supportive policies should be introduced to facilitate exploration of the DRG payment model in TCM hospitals.

【**Key words**】 CHS-DRG payment; traditional Chinese medicine hospital; BZ1 case group; case group cost overrun

2009—2021年，中国卫生总费用从17 541.9亿元增长至75 593.6亿元，年平均增速为12%[1]，远超同期GDP增速。为控制医疗费用的快速增长，疾病诊断相关分组（diagnosis related groups，DRG）作为一种在控制医疗费用增长方面具有成效的医保付费方式在全国范围内推广。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》（医保发〔2021〕48号），旨在到2024年底实现全国所有医保统筹地区覆盖，2025年底实现所有符合条件的医疗机构覆盖，基本实现医保基金、病种全覆盖[2]。公立中医院作为国内医疗卫生体系的重要组成部分，采用DRG付费方式亦是大势所趋，但DRG起源于西方，是以“西医临床诊断+统计校验”为基础的病组聚合体系。对于其是否适用于我国特有的、具有中医诊疗特色的医疗机构仍存有争议[3]。因此，探索DRG下公立中医院病组费用情况，对DRG在中医院的应用具有重要意义。在重庆的CHS-DRG 1.1版本中，BZ1病组（神经系统其他疾患）作为内科组，根据有无并发症、合并症和年龄特征被分为BZ13、BZ15、BZ16三个DRG组，包含后

△通信作者

循环缺血、脑梗死后遗症/恢复期等中医院常见病种。本研究以重庆市某三甲中医院的BZ1病组患者为研究对象,对该病组患者住院费用结构和影响因素开展综合评价,了解该病组费用超支原因,为提高医院DRG运营成效提供证据支持。

1　资料与方法

1.1　资料来源

从医保两定保障信息平台提取重庆市某三甲中医院2024年7月1日至11月30日住院患者DRG分组结果详情,排除住院时间小于2 d和大于60 d的患者以及单议病例等非DRG付费管理的病例后,获得BZ1病组病例435例。再通过医院住院病案首页卫生统计报表获取病例特征信息,包含主要诊断、年龄、住院天数、住院总费用、中医类费用、中药费、诊断费等相关信息。其中诊断费=病理诊断费+实验室诊断费+影像学诊断费+临床诊断项目费,治疗费=手术治疗费+非手术治疗项目费,中医类费用=中医诊断费+中医治疗费+中医其他费,中药费=中成药费+中草药费。

1.2　统计方法

采用SPSS和Excel软件对数据进行统计学处理,费用影响因素分析采用单因素分析、多元线性回归分析。主要诊断分布、DRG分组及费用相关指标、各DRG分组费用项目占比、各DRG组盈亏情况采用描述性统计分析,$P<0.05$为差异具有统计学意义,其中CHS-DRG是按支付标准付费,超支病例即实际发生费用超过支付标准[4],超支额=实际住院费用-支付标准,医院医保结余率(%)=(DRG支付总金额-住院总费用)/住院总费用[5],DRG组内采用变异系数(coefficient of variation,CV)衡量组内同质性,CV=组内医疗费用的标准差/组内医疗费用的平均值,当CV≤1,认为分组结果好。

2　结果

2.1　BZ1病组基本情况

样本总计435例患者,10岁以下11例,其余均分布在28~92岁,平均年龄68.08岁,住院平均费用11 479.68元。具体分为以下3组:BZ13(神经系统其他疾患,伴严重或一般并发症或合并症)394例、BZ15(神经系统其他疾患,不伴并发症或合并症)38例、BZ16(神经系统其他疾患,年龄小于18岁,不伴并发症或合并症)3例。各组CV值范围为0.17~0.76,均小于1,故组内费用同质性较好,分组结果较理想(见表1)。

表1　调查医院BZ1病组费用相关指标

分组	病例数	DRG支付标准(元)	实际住院费用			平均住院日(d)
			均值(元)	标准差(元)	CV	
BZ13	394	7 947.02	11 736.06	8 972.55	0.76	11.82
BZ15	38	5 081.04	9 461.16	6 260.68	0.66	10.50
BZ16	3	3 551.45	3 376.30	570.32	0.17	5.00

2.2　BZ1病组费用盈亏情况

以DRG病组支付标准减去实际住院总费用即可得到费用差值[5],结果显示BZ1病组总费用差值为-1 658 800.80元,总亏损率达33.22%,其中BZ15组亏损率最高,达46.30%,其次为BZ13组,亏损率为32.29%,BZ16组结余5.19%(见表2)。

表2　调查医院BZ1病组费用盈亏情况(元)

分组	DRG病组费用总金额	住院总费用	费用差值	结余率(%)
BZ13	3 131 125.23	4 624 007.00	-1492 881.77	-32.29
BZ15	193 079.51	359 524.00	-166 444.49	-46.30
BZ16	10 654.35	10 128.89	525.46	5.19
合计	3 334 859.09	4 993 659.89	-1 658 800.80	-33.22

2.3　BZ1病组各项目费用占比

在BZ1病组中,住院费用占比最高项为诊断费,占比33.08%,其次为中医类费用,占比28.21%,第三为中药费,占比9.80%(其他费包含多种项目,故不参与排序),详见表3。

表3　调查医院BZ1病组各项目费用占比情况(%)

分组	诊断费	治疗费	康复费	中医类费用	西药费	中药费	其他费
BZ13	33.10	7.87	1.36	28.08	5.78	9.77	14.04
BZ15	32.58	9.20	0.16	30.51	4.14	10.34	13.07
BZ16	40.80	10.43	0.00	7.66	10.32	2.79	28.02
合计	33.08	7.97	1.27	28.21	5.67	9.80	14.00

2.4　BZ1病组主要诊断分布

435例BZ1组病例中共有27个不同的主要诊断,前五位主要诊断占比89.20%,分别为后循环缺血284例,占比65.29%,脑梗死后遗症40例,占比9.20%,脑梗死恢复期39例,占比8.97%,脑动脉供血不足14例,占比3.22%,发热性惊厥11例,占比2.53%,其余22个诊断具体分布情况详见表4。

2.5　BZ1病组患者住院费用单因素分析

由于本次纳入的住院患者产生的住院费用数据经正态性检验得知不满足正态性,故采用非参数检验分析各影响因素与住院费用的关系。结果显示,年龄、医保类型、主要诊断、住院天数、DRG组别以及是否实施中医临床路径存在统计学差异($P<0.05$),详见表5。

2.6　BZ1病组患者住院费用多元线性回归分析

以住院费用为因变量,对单因素分析有统计学意义的6个因素进行赋值,将多分类变量设置为哑

表4　调查医院BZ1病组病例主要诊断分布

主要诊断名称	例数(例)	占比(%)	排序
后循环缺血	284	65.29	1
脑梗死后遗症	40	9.20	2
脑梗死恢复期	39	8.97	3
脑动脉供血不足	14	3.22	4
发热性惊厥	11	2.53	5
脑出血后遗症	9	2.07	6
眩晕	5	1.15	7
脑出血恢复期	4	0.92	8
脑缺血灶	4	0.92	8
代谢性脑病	3	0.69	10
慢性缺血性脑血管病	3	0.69	10
脑血管意外	2	0.46	12
头晕	2	0.46	12
缺血性脑血管病	2	0.46	12
鞍区肿物	1	0.23	15
低血糖性脑病	1	0.23	15
淀粉样脑血管病	1	0.23	15
肺性脑病	1	0.23	15
痉挛性斜颈	1	0.23	15
手术后肢体功能障碍	1	0.23	15
血管源性脑水肿	1	0.23	15
一氧化碳中毒迟发性脑病	1	0.23	15
颈内动脉粥样硬化	1	0.23	15
颅内出血后遗症	1	0.23	15
脑动脉狭窄	1	0.23	15
脑肿物	1	0.23	15
周期性眩晕	1	0.23	15
合计	435	100.00	

表5　调查医院BZ1病组患者住院费用单因素分析结果

因素	例数(例)	构成比(%)	次均住院费用(元)	统计值	*P*值
性别				−0.572	0.567
男	210	48.28	11 639.41		
女	225	51.72	11 330.59		
年龄				13.307	0.010
≤65岁	135	31.04	10 870.99		
66~70岁	83	19.08	12 775.66		
71~75岁	83	19.08	10 446.36		
76~80岁	65	14.94	11 240.46		
≥81岁	69	15.86	12 579.99		
医保类型				−3.598	<0.001
城镇职工医保	340	78.16	12 147.67		
城乡居民医保	95	21.84	9 088.96		
主要诊断				65.059	<0.001
后循环缺血	284	65.29	9 667.83		
脑梗死后遗症	40	9.20	14 085.34		
脑梗死恢复期	39	8.96	17 835.23		
脑动脉供血不足	14	3.22	8 401.57		
发热性惊厥	11	2.53	3 929.52		
其他	47	10.80	17 620.49		
住院天数				281.488	<0.001
5 d及以下	78	17.93	5 429.29		
6~10 d	182	41.84	8 473.61		
11~15 d	99	22.76	11 192.75		
16~20 d	22	5.06	16 523.98		
21 d及以上	54	12.41	28 821.63		
DRG组别				12.467	0.002
BZ13	394	90.57	11 736.06		
BZ15	38	8.74	9 461.16		
BZ16	3	0.69	3 376.30		
是否实施中医临床路径				−2.226	0.026
是	199	45.75	9 459.01		
否	236	54.25	13 183.54		

变量，以其为自变量进行多元线性回归分析，按α=0.05水准得到分析结果。结果显示，住院天数及主要诊断差异具有统计学意义（P<0.05），回归模型调整后的决定系数R^2为0.657，提示上述因素可解释65.7%的住院费用变异。经共线性诊断，所有方差膨胀因子均小于10，可认为不存在共线性问题。

3　讨论

3.1　提升主要诊断选择质量，助力DRG正确入组

表4显示，在435例BZ1病组患者中，后循环缺血的患者占比最高，为65.29%。主要诊断的正确与否直接影响入组是否正确，后循环缺血为常见的缺血性脑血管病，其后循环是指由基底动脉、椎动脉以及大脑后动脉组成的椎基底动脉系统，主要向脑干、小脑、丘脑、枕叶、部分颞叶及上段脊髓供血，导致后循环缺血的机制包括大动脉狭窄和闭塞引起的低灌注、血栓形成及动脉源性栓塞等[6]。在主要诊断选择原则中，如果病因诊断能够包括基本的临床表现，则选择病因诊断作为主要诊断[7]。在284例后循环缺血为主要诊断的病例中，发现不少患者同时还伴有椎动脉狭窄等并发症，故此类病例主要诊断是否选择后循环缺血还有待进一步分析，如不为后循环缺血，转为椎动脉狭窄，则DRG入组结果为BR29组，在重庆的DRG三级医院支付标准为10 393.4元，高出BZ13组支付标准2 446.38元。病案信息学第三版指出，后遗症的类目（如I69.–等）是用来指出不复存在的情况，是当前正在治疗疾病的原因。而主要编码要选择这个正在治疗的疾病，后遗症编码可作为附加编码[8]。故以脑梗死后遗症及脑梗死恢复期为主要诊断的79例病例主要诊断是否妥当亦有待商讨，若改为后遗症期正在治疗的偏瘫等诊断，入组和支付标准亦会随之变化。

3.2　中医院应重视与医保的中医特色补偿谈判

表3显示BZ1病组的患者住院费用构成当中，中医类费用和中药费的占比为38.01%，中医元素影响突出。研究表明中医院对住院患者通常采用中西医结合的治疗方式，“1+1”治疗方式的成本相比纯西医治疗方式通常更高[3]。而DRG病组费用短时间内并不会变动，故成本的增长必然导致费用的超支。长此以往，中医医院会减少中医治疗服务来降低成本，中医特色优势难以发挥。故中医医院应重视与医保机构之间的中医费用补偿措施谈判，寻求在病组费用上提升中医机构的标准，在补偿方案中加入“中治率”“中医政策系数”“中医优势病种”等指标来降低中医医院的费用亏损或完善DRG分组方案，增设更多且合理的中医病组，以此促进中医特色优势的发挥。

表6　调查医院BZ1病组患者住院费用多元线性回归分析结果

项目	*B*	*SE*	*β*	*t*值	*P*值	共线性诊断	
						容差	VIF
常量	8 770.33	1 234.802	–	7.103	< 0.001		
年龄(以≤65岁为参照)							
66~70岁	–835.901	776.581	–0.037	–1.076	0.282	0.683	1.465
71~75岁	–994.691	766.310	–0.044	–1.298	0.195	0.701	1.426
76~80岁	–475.864	830.199	–0.019	–0.573	0.567	0.726	1.378
≥81岁	83.084	811.029	0.003	0.102	0.918	0.724	1.381
医保类型(以城镇职工医保为参照)	–251.395	670.512	–0.012	–0.375	0.708	0.828	1.207
主要诊断(以其他为参照)							
后循环缺血	–3 377.079	964.347	–0.183	–3.502	0.001	0.302	3.316
脑梗死后遗症	–2 367.517	1 159.141	–0.078	–2.042	0.042	0.567	1.765
脑梗死恢复期	–673.699	1 151.631	–0.022	–0.585	0.559	0.587	1.703
脑动脉供血不足	–1 912.778	1 652.304	–0.038	–1.158	0.248	0.747	1.338
发热性惊厥	–4 893.734	2 134.297	–0.087	–2.293	0.022	0.566	1.766
住院天数(以5 d及以下为参照)							
6~10 d	3 204.853	746.458	0.180	4.293	< 0.001	0.469	2.133
11~15 d	5 747.172	842.377	0.274	6.823	< 0.001	0.510	1.963
16~20 d	10 419.899	1 325.537	0.260	7.861	< 0.001	0.753	1.327
21 d及以上	22 147.517	999.146	0.831	22.166	< 0.001	0.586	1.708
DRG组别(以BZ13为参照)							
BZ15	–1 556.463	934.131	–0.050	–1.666	0.096	0.914	1.094
BZ16	–1 428.356	3 563.265	–0.013	–0.401	0.689	0.731	1.368
是否实施临床路径(以否为参照)	111.167	659.925	0.006	0.168	0.866	0.588	1.701
R^2值			0.657				
调整R^2值			0.643				
*F*值			6.928，*P*< 0.001				
*D-W*值			0.832				

3.3　缩短住院天数，寻求DRG支付政策调整

多元线性回归分析结果显示，住院天数对住院费用存在影响。在435例BZ1病组患者样本中，平均住院天数为11.66 d，平均年龄为68.08岁，60岁及以上的老年人多达347人，占比79.77%。而老年患者多具有并发症或合并症，客观上存在诊断难和治疗费用高的情况[9]，表3的住院费用占比当中，诊断费占比第一亦印证了诊断难的问题。而诊断难在客观上则会导致平均住院天数拉长，研究表明，随着住院天数的增加，消耗的医疗资源越多[10]，住院费用自然上升。而中医医院患者群体中康复类、老年患者占比较高[11]，住院天数长难以避免。因此，在中医DRG支付标准尚不完善的情况下，这种患者群体特征所衍生的结果必然是中医医院成本增加，显然不利于中医院的收支平衡，如果医保机构在DRG政策层面对中医院不进行相关调整，久而久之中医院亏损必然加重，且对老年患者群体的就医疗效也会产生不利影响。故一方面中医医院需提升自身医疗技术，将无效住院时间缩短，提高病床使用率，控制医疗费用的增长；另一方面，重视与医疗保险机构建立有效的沟通机制与谈判机制，推动构建结余共享机制，促进医保机构、中医医院及患者三方达成共赢[3]。

参　考　文　献

[1] 彭浩然.医保支付方式改革与健康中国建设[J].中山大学学报(社会科学版),2023,63(2):14-22.

[2] 李可望,孟晓微,王婷,等.我国DRG支付方式改革问题与对策探讨[J].中国医院,2024,28(9):2-6.

[3] 朱小颖,田侃,方鹏骞,等.我国中医医院DRG付费若干问题与对策探讨[J].中国医院,2022,26(5):10-12.

[4] 李宁,张春艳,颜龙,等.CHS-DRG付费下超支病例分析及对策[J].中日友好医院学报,2024,38(3):179-181.

[5] 李音,冯迟.基于CHS-DRG分组的子宫肌瘤患者住院费用分析[J].中国病案,2024,25(10):78-82.

[6] 舒忻,秦绍林,张允岭.后循环缺血性眩晕早期识别的研究进展[J].北京医学,2021,43(6):546-548,551.

[7] 徐峰,李梦楠.异常子宫出血主要诊断选择与ICD-10编码分析[J].中国病案,2025,26(1):38-40.

[8] 刘爱民.病案信息学[M].北京:人民卫生出版社,2023:125.

[9] 张英强,吴欣,李静,等.DRG支付制度改革对老年患者就诊费用的影响与政策建议[J].中国医院,2024,28(5):55-58.

[10] 朱燕,李建平,刘雪琴,等.新疆某地区三甲医院老年患者住院费用影响因素分析[J].中国病案,2024,25(11):54-57.

[11] 孙渤星,何晶,王羽洁,等.某中医医院DRG运营管理效果分析[J].中国卫生统计,2022,39(6):902-904.

收稿日期:2025-02-25
修回日期:2025-03-17　　（编辑　曹晓芸）