

DRG 付费下医院内科疾病成本控制与医保管理实践探讨

高旻琦

昆山市锦溪人民医院，江苏省苏州市昆山市，215324；

摘要：目的：探究 DRG 付费模式下医院内科疾病成本控制与医保管理的优化路径，分析精细化管理实践的应用效果，为降低内科疾病诊疗成本、规范医保基金使用、提升医院运营效率与医疗服务质量提供实践依据与参考。方法：选取我院内科 2023 年 1 月-2024 年 12 月收治的 2500 例住院患者为研究对象，科室年收治内科疾病患者约 2500 例，采用随机数字表法分为对照组与实验组，各 1250 例。对照组实施内科常规医保管理与成本核算模式，实验组实施 DRG 付费下精细化成本控制与医保管理模式，对比两组患者次均住院费用、平均住院日、药占比、耗占比、医保基金支付占比、医保违规发生率及患者满意度，采用 SPSS25.0 统计学软件进行数据处理，组间差异行统计学检验。结果：实验组次均住院费用、平均住院日、药占比、耗占比均显著低于对照组，医保基金支付占比更趋合理，医保违规发生率（1.20%）远低于对照组（6.80%），患者满意度显著高于对照组，组间差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：DRG 付费模式倒逼内科诊疗管理模式转型，推行精细化成本控制与规范化医保管理，可有效压缩不合理诊疗成本、规范医保诊疗行为、提高医保基金使用效率，兼顾医疗质量与运营效益，是适配 DRG 付费改革的内科管理优选模式，值得临床推广应用。

关键词：DRG 付费；内科疾病；成本控制；医保管理；诊疗成本；基金使用效率

DOI：10.69979/3029-2808.26.04.039

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院内科 2023 年 1 月-2024 年 12 月收治的住院患者 2500 例为研究对象，科室年度收治各类内科疾病患者约 2500 例，涵盖呼吸内科、消化内科、心血管内科、内分泌内科等亚专科，纳入患者年龄 18~89 岁，平均年龄（ 62.35 ± 7.42 ）岁；其中男性 1362 例，女性 1138 例；疾病类型：心血管疾病 786 例，呼吸系统疾病 652 例，消化系统疾病 518 例，内分泌代谢疾病 345 例，其他内科疾病 199 例。采用随机数字表法将患者分为对照组和实验组，每组各 1250 例。对照组年龄 19~88 岁，平均（ 62.11 ± 7.38 ）岁，男性 678 例，女性 572 例；实验组年龄 18~89 岁，平均（ 62.59 ± 7.45 ）岁，男性 684 例，女性 566 例。两组患者在年龄、性别、疾病类型、病情严重程度、基础合并症等一般资料方面对比，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有临床可比性。本研究经医院医学伦理委员会审核批准，所有患者均知情同意，临床资料、医保结算数据完整无缺失。

1.2 病例选择标准

纳入标准：符合各类内科疾病临床诊断标准，需住院规范治疗，纳入 DRG 付费结算范围；年龄 ≥ 18 岁，意

识清晰，可配合诊疗与医保核查；临床资料、医保结算数据、费用明细完整；未发生严重并发症、未转科转院治疗，符合 DRG 正常结算标准；患者及家属配合医保核查与调研工作。排除标准：急诊抢救、危重病例需特殊救治，不符合常规 DRG 结算标准者；合并恶性肿瘤晚期、多器官功能衰竭等疑难重症者；住院期间发生严重并发症、中途转院或死亡，费用结算异常者；医保信息缺失、存在骗保等违规行为者；临床资料、费用数据不全，无法纳入统计分析者。

1.3 方法

1.3.1 对照组

实施内科常规医保管理与成本核算模式，遵循传统项目付费管理思路开展医保与成本管控。医保管理仅做好基础医保登记、费用结算、医保政策告知，未针对 DRG 付费开展专项管控；成本核算仅进行科室整体费用统计，未细化至病种、病例层面，无精细化成本管控措施。诊疗过程中由医师自主制定诊疗方案，未规范诊疗路径，未管控药品、耗材使用，仅在出院时核对费用，缺乏事前、事中全流程管控，未建立医保违规预警与成本管控机制。

1.3.2 实验组

实施 DRG 付费下精细化成本控制与规范化医保管理

模式,围绕 DRG 付费“打包定价、结余留用、超支自担”核心规则,构建“事前预防-事中管控-事后分析”全流程管理体系,整合医保办、医务科、财务科、内科临床科室多方力量,精准把控医保行为与诊疗成本,具体实施措施如下。强化 DRG 政策培训与病案质控:组织内科医护、医保专员开展 DRG 付费政策培训,明确病组分组规则、支付标准、控费要求;严格落实病案首页质控,规范疾病诊断、手术操作编码,避免编码错误导致分组偏差、医保结算损失,保障 DRG 入组精准性^[1]。优化临床路径,规范诊疗行为:结合 DRG 付费标准,针对内科常见病、多发病制定标准化临床路径,明确检查、用药、治疗、住院时长规范,剔除过度检查、不合理用药、无效治疗等行为,严控诊疗时长与费用上限,引导医护依规诊疗,从源头控制成本^[2]。精细化成本管控:建立病种成本核算体系,细化药品、耗材、检查、护理等成本支出,严控药占比、耗占比;优先选用国家集采药品、性价比高的耗材,杜绝高价低效耗材滥用;建立费用三级预警机制,费用达 DRG 支付标准 80%黄色预警、90%橙色预警、超支红色预警,及时干预不合理费用支出^[3]。规范化医保管理:建立医保违规自查自纠机制,严查重复收费、超标准收费、串换项目等违规行为;做好医保基金使用监测,规范医保结算流程,及时对接医保部门处理异常结算;加强患者医保政策宣教,引导患者合规就医,杜绝骗保、过度医疗等行为,保障医保基金合理使用^[4]。建立绩效联动机制:将成本控制、医保合规、

医疗质量纳入科室绩效考核,与医护薪酬挂钩,激励科室主动落实控费与医保管理举措,实现医疗质量、成本控制、医保合规协同提升。

1.4 观察指标

对比两组患者各项成本、医保及服务指标:①成本管控指标:次均住院费用、平均住院日、药占比、耗占比,指标数值越低代表成本控制效果越优;②医保管理指标:医保基金支付占比、医保违规发生率,违规发生率越低代表医保管理越规范;③患者满意度:采用我院自制满意度量表评估,总分 100 分,≥90 分为满意,70~89 分为基本满意,<70 分为不满意,总满意度=(满意+基本满意)例数/总例数×100%。

1.5 统计学处理

采用 SPSS25.0 统计学软件对研究数据进行处理分析,计量资料以(x±s)表示,组间对比行独立样本 t 检验;计数资料以[n(%)]表示,组间对比行χ²检验。P<0.05 表示差异具有统计学意义,P>0.05 表示差异无统计学意义。

2 结果

2.1 两组成本管控指标对比

实验组次均住院费用、平均住院日、药占比、耗占比均显著低于对照组,组间差异有统计学意义(P<0.05),详见表 1。

表 1 两组成本管控指标对比(x±s)

组别	例数	次均住院费用(元)	平均住院日(d)	药占比(%)	耗占比(%)
对照组	1250	4852.36±426.58	9.25±1.36	38.65±3.24	22.18±2.15
实验组	1250	4128.49±389.72	6.13±1.08	29.17±2.86	15.36±1.74
t 值		22.693	18.427	15.796	13.258
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组医保管理指标及患者满意度对比

实验组医保基金支付占比更趋合理,医保违规发生

率显著低于对照组,患者总满意度显著高于对照组,组间差异有统计学意义(P<0.05),详见表 2。

表 2 两组医保管理指标及患者满意度对比(x±s)/[n(%)]

组别	例数	医保基金支付占比(%)	医保违规发生率[n(%)]	患者总满意度[n(%)]
对照组	1250	72.36±4.15	85(6.80)	986(78.88)
实验组	1250	68.42±3.86	15(1.20)	1192(95.36)
t/χ ² 值		6.982	42.367	51.749
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

研究数据证实,DRG 付费下精细化成本控制与医保

管理模式,可有效优化内科诊疗成本结构、规范医保基

金使用,大幅提升管理效能与患者满意度,管理效果显著优于常规模式。

3 讨论

DRG 付费作为医保支付方式改革的核心模式,打破了传统项目付费“按服务收费”的逻辑,实行按疾病诊断相关分组打包付费,核心规则为“结余留用、超支自担”,这一模式彻底颠覆了医院传统的诊疗管理与成本核算思路,对医院成本控制、医保管理提出了更高要求^[5]。内科疾病具有病种繁杂、慢性病居多、合并症多、住院周期差异大等特点,诊疗行为灵活性高、成本管控难度大,是 DRG 付费改革下医院管理的重点与难点,传统粗放式管理模式易引发过度医疗、成本虚高、医保违规等问题,既加剧医保基金浪费,也增加医院运营风险,因此构建适配 DRG 付费的内科成本控制与医保管理体系至关重要。

本研究结果显示,实验组各项成本管控指标均显著优于对照组,医保违规发生率仅 1.20%,患者满意度高达 95.36%,充分印证 DRG 付费下精细化管理模式的实践价值。相较于常规管理模式,精细化管理的核心优势体现在三方面:一是实现成本全流程闭环管控,通过标准化临床路径、病种成本核算、费用三级预警,从源头遏制过度诊疗、不合理用药等行为,有效压缩次均住院费用、缩短住院时长、降低药耗占比,实现诊疗成本精准管控;二是实现医保管理规范化,通过病案质控、医保违规自查、基金使用监测,规避编码错误、违规收费等问题,保障医保结算合规性,提升医保基金使用效率;三是实现医疗质量与运营效益协同提升,绩效联动机制激发医护控费积极性,在严控成本的同时保障诊疗质量,进而提升患者就医满意度,实现医院、医保、患者三方共赢。

DRG 付费下内科成本控制与医保管理,需牢牢把握“规范诊疗、精准控费、合规医保”三大核心,既要避免过度管控导致医疗服务不足,也要杜绝粗放管理引发成本超支与医保违规。临床实践中,需持续优化临床路径,贴合内科疾病特点细化诊疗规范;强化多部门协同

联动,打通医保、医务、财务、临床科室的沟通壁垒,形成管理合力;依托信息化手段搭建 DRG 管理平台,实现费用监测、病案质控、医保结算的智能化管理,提升管理效率与精准度;同时加强医护人员政策培训,树立“控成本、守合规、重质量”的管理理念,让成本控制与医保管理内化于日常诊疗行为^[6]。针对内科疑难重症、合并症多的特殊病例,需建立特殊病例会商机制,合理评估费用超支原因,兼顾控费要求与医疗救治需求,避免推诿重症患者、降低医疗质量。

综上,DRG 付费改革推动医院内科管理向精细化、规范化转型,实施针对性成本控制与医保管理实践,可有效降低诊疗成本、规范医保基金使用、减少医保违规行为、提升医疗服务质量与医院运营效率,完全适配 DRG 付费模式的管理要求。内科作为医院重点科室,需持续深化 DRG 管控举措,优化管理体系,平衡医疗质量、成本控制与医保合规的关系,助力医院高质量发展,推动医保基金可持续高效利用。

参考文献

- [1] 章倩,郭文,周敏,等. DRG 付费改革对公立医院医疗服务质量的影响研究[J]. 卫生经济研究,2026,43(01):44-47. DOI: 10.14055/j.cnki.33-1056/f.2026.01.006.
- [2] 徐晓兰,彭志坚,彭惠平,等. 一级医院 DRG 付费下低倍率病例现状分析及管理建议[J]. 江苏卫生事业管理,2025,36(08):1155-1159.
- [3] 赵冀校. 中医医院医保支付方式改革探索及效果评价研究[D]. 北京中医药大学,2025. DOI: 10.26973/d.cnki.gbjzu.2025.000059.
- [4] 汪鸿溥. DRG 支付改革背景下的 A 医院运营效率评价研究[D]. 山东财经大学,2025. DOI: 10.27274/d.cnki.gsdjc.2025.000988.
- [5] 刘天天. DRG 付费下三级综合医院脑梗死患者住院费用的实证研究[D]. 武汉轻工大学,2025. DOI: 10.27776/d.cnki.gwhgy.2025.000149.