

DIP 支付环境下医院医保精细化管理的探索

张思艳 李占娟 冯云螭

云南省文山壮族苗族自治州人民医院, 云南文山, 663099;

摘要: 目的: 探讨文山州 2021 年 7 月启动 DIP 支付改革背景下, 医院医保精细化管理的实施路径与成效, 为同类医院适配改革、实现高质量发展提供参考。方法: 以文山州某三级综合医院为研究对象, 选取改革前 (2020.07-2021.06) 与改革后 (2021.07-2023.12) 医保管理相关数据, 构建 “组织保障 - 病种管理 - 成本控制 - 信息支撑 - 人员培训” 五位一体精细化管理体系, 对比分析改革前后医保合规、医疗质量、运营效益核心指标变化。同时考虑改革前后数据统计期间差异 (改革前 1 年, 改革后 2.5 年) 及病例数翻倍的影响, 客观评估管理成效。结果: 实施后, 2021 年 6-12 月仅 1 例未入组, 其余年份入组率达 99.9%; 医保违规扣款金额逐年下降, 拒付率降至 1.2%; 次均住院费用年均增长率从改革前 18.36% 降至 16.31%; 住院患者治愈率、核心病种临床路径入径率提升, 患者满意度略有上升。结论: DIP 改革倒逼医院管理转型, 系统化精细化管理体系可实现医保基金安全、医疗质量与运营效益协同提升, 尽管受病例数倍增及统计期间差异影响, 仍为西部少数民族地区医院适配改革提供有效路径。

关键词: DIP 支付; 医保精细化管理; 支付方式改革; 医院运营; 文山州

DOI: 10.69979/3029-2808.26.04.014

医保支付方式是医疗服务市场的核心调控机制, 直接影响医疗资源配置与医院运营模式。按疾病诊断相关分组 (DIP) 支付以 “疾病诊断 + 治疗方式” 为核心, 将临床路径相似、资源消耗相近的病例归为一组打包付费, 彻底打破传统按项目付费 “多做项目多收费” 的利益驱动模式, 成为国家医保局推动医疗保障高质量发展的核心改革方向^[1]。文山州作为云南省医保支付改革重点区域, 于 2021 年 7 月正式启动 DIP 改革, 截至 2023 年底已实现 193 家住院定点医疗机构全覆盖, 统筹区 DIP 结算病例达 97.04 万条, 改革覆盖广度与深度持续提升^[2]。在 DIP 支付环境下, 医院收入不再与服务项目数量直接挂钩, 而是取决于病例分组合理性、治疗效率及成本控制水平, 这对传统 “事后审核、被动合规” 的医保管理模式提出严峻挑战^[3]。本院作为文山州唯一一所三级甲等综合医院, 同步参与 2021 年 7 月启动的 DIP 改革, 初期面临病种分组偏差、成本核算粗放、医保与临床协同不足等突出问题, 且需适配文山州西部边疆民族地区医疗资源分布不均、医保基金结构特殊、患者疾病谱独特等区域特点^[4]。基于此, 本研究通过构建并实施医保精细化管理体系, 系统探索 DIP 支付模式下医院的适配路径, 同时兼顾改革前后病例数翻倍及统计期间差异对研究结果的潜在影响, 为同类

医院改革实践提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究选取本院 DIP 改革前 (2020.07-2021.06) 与改革后 (2021.07-2023.12) 的医保结算、医疗质量、成本核算、患者满意度等相关数据为研究资料。改革前纳入住院病例 62223 例, 改革后 134031 例。医院设 40 个临床科室、12 个医技科室, 改革前后人员配置、设备水平、诊疗范围无显著变化, 具可比性。同时收集文山州医保改革政策文件等区域数据, 作为横向对比依据。

1.2 方法

1. 精细化管理体系构建: ① 组织保障: 成立院长牵头的 DIP 运行分析管理小组, 统筹多部门协同; 各临床科室设 1 名 DIP 医保质控员和 1 名兼职医疗服务项目收费管理员, 负责政策传达、病案首页质控、医疗服务项目收费及成本管理; 将入组准确率、医保结算清单上传准确率等 DIP 相关指标纳入科室质量考核。② 病种管理: 入院 24 小时内运用 DIP 分析系统开展 DIP 分组预判与分析; 建立出院病例编码审核制度, 确保编码与诊疗实际一致。③ 成本核算: 以 DIP 组为单元,

采用“作业成本法”归集分摊成本；依托州药品耗材集中采购平台，实行“阳光采购+用量管控”；动态监测次均费用、耗材占比等指标，干预不合理增长。④

信息化支撑：应用DIP分析管理模块，实现分组预判、成本核算、合规预警；深度集成文山州医保政策规则库，构建“政策解码-数据校验-风险预警”全流程智能管控机制，对诊疗行为、收费项目等进行实时扫描，精准识别并预警违规风险；对接州医保局结算清单上传模块，实现数据按时按质按量上传。⑤分层培训：针对不同岗位开展差异化培训，累计32场次；通过案例研讨、区域交流、临床咨询等形式，提升全员DIP管理能力。

2. 实施步骤：分三阶段推进：启动阶段（2021.07-12）完成组织架构搭建、人员培训、信息系统初步升级及基础数据台账建立；完善阶段（2022.01-12）优化诊疗路径与成本核算方法，强化信息化预警功能；深化阶段（2023.01-12）细化疑难病例分组策略，建立优势病种参考目录，加强院区协同与经验推广。

1.3 判定标准

医保管理指标：包括DIP入组率、病种覆盖率、医保违规金额、医保拒付率、医保基金结算率，参考文山州医保局DIP结算标准与考核要求。

表1 改革前后医疗质量指标对比[%]

时间	住院患者治愈率	核心病种临床路径入组率	并发症发生率	患者满意度
改革前（2020.07-2021.06）	84.19%	57.14%	0.79%	89.32%
改革后（2021.07-2023.12）	86.20%	59.77%	1.09%	96.75%
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 运营效益指标优化结果

次均住院费用增速放缓，技术劳务性收入占比提升，耗材费用占比等指标改善，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ），具体数据见表2。

表2 改革前后运营效益指标对比

时间	次均住院费用	次均住院费用年均增长率	耗材费用占住院总费用比例	技术劳务性收入占比	医院利润率
改革前（2020.07-2021.06）	11689.58元	-6.98%	18.36%	32.64%	4.8%
改革后（2021.07-2023.12）	11068.73元	-6.02%	16.31%	35.24%	2.77%
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

支付方式改革以“按组付费、超支不补、结余留用”为核心机制，从根本上重塑了医院利益驱动模式，推动医保管理实现三大关键性转变^[5]。其一，管理目标从传统的“规模扩张、数量增长”转向“质量优先、效益提升”，要求医院在保障诊疗质量的前提下，精准

控制医疗成本，实现“提质降本”的协同发展；其二，管理范围从“事后审核、被动合规”延伸至“事前预判、事中控制、事后评价”的全流程管控，覆盖入院诊断、治疗方案制定、耗材使用、出院编码等诊疗链条，任何环节的不规范均可能影响医保结算与运营效益；其三，管理主体从医保部门“单一负责”转向多学科联动，需医保、临床、财务、信息等多部门协同发

展。医疗质量指标：包括住院患者治愈率、核心病种临床路径入组率、并发症发生率、患者满意度，依据《三级综合医院评审标准（2020版）》制定。

1.4 统计学方法

运营效益指标：包括次均住院费用增长率、技术劳务性收入占比、耗材费用占比、医院利润率，按照医院财务制度与医保支付政策设定评价标准。

采用相关统计学软件进行数据处理，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，改革前后对比采用t检验；计数资料以[n（%）]表示，对比采用 χ^2 检验；以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 医保管理指标改善情况

实施后，仅2021年6-12月1例未入组，其余年份DIP入组率达99.9%，病种覆盖率95.3%；医保违规扣款金额逐年下降，拒付率降至1.2%，基金结算率93.1%。

2.2 医疗质量指标变化

改革后住院患者治愈率、核心病种临床路径入组率、患者满意度均提升，并发症发生率略增，各项差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ），具体数据见表1。

控制医疗成本，实现“提质降本”的协同发展；其二，管理范围从“事后审核、被动合规”延伸至“事前预判、事中控制、事后评价”的全流程管控，覆盖入院诊断、治疗方案制定、耗材使用、出院编码等诊疗链条，任何环节的不规范均可能影响医保结算与运营效益；其三，管理主体从医保部门“单一负责”转向多学科联动，需医保、临床、财务、信息等多部门协同发

力,打破传统部门壁垒,形成管理合力^[6]。

对文山州医院而言,DIP改革还需应对西部边疆民族地区的特殊挑战:区域医疗资源分布不均,基层服务能力薄弱;医保基金中医疗救助占比高,政策适配要求更高;药品耗材集中采购降幅显著(药品平均降幅54%),需同步优化采购与使用管理。此外,本研究存在改革前后统计期间不对等(1年vs2.5年)、病例数翻倍(62223例vs134031例)的特殊条件,虽导致2022-2023年医保违规金额阶段性上升,但经标准化数据处理与精细化管理干预,2023年违规金额回落,整体降幅79.1%,彰显管理体系韧性。本研究构建的“五位一体”精细化管理体系,正是基于这一变革需求与区域特点形成的针对性适配方案,有效破解了改革初期面临的病种分组偏差、成本核算粗放、协同不足等问题。

精细化管理体系的核心实施路径各有侧重且相互支撑^[7]。组织保障层面,通过成立院长牵头的运行分析管理领导小组、设立科室医保和医疗服务价格管理员,构建“统筹-执行”二级管理网络,有效激发全员参与积极性,破解“被动合规”困境^[8]。病种管理层面,以“事前预判、事中规范、事后审核”的闭环模式,显著提升编码准确率(从87.3%升至98.6%),为医保精准结算奠定基础。成本控制层面,采用“作业成本法”实现精准核算,结合文山州集中采购政策优化药品耗材管理,使耗材费用占比下降2.05个百分点,既降低患者负担,又规避组内成本超支风险。信息化支撑方面,受技术条件限制,目前采用“人工+大数据分析”自查自纠模式,虽暂未达成全流程实时智能预警,但通过政策规则库深度嵌入实现风险前置识别,结合大数据批量筛查与人工精准核验的协同机制,2023年累计避免潜在违规金额156万元,后续将进一步推进信息系统升级,完善实时预警功能;分层培训则从能力层面赋能管理,32场次专项培训全面提升不同岗位

人员的DIP管理能力。

该管理体系还具备显著的区域推广价值。文山州作为西部少数民族地区,其DIP改革实践面临的资源分布、基金结构、患者需求等特殊性与同类地区具有共性。本研究构建的精细化管理体系充分考量这些区域特点,通过标准化流程与个性化适配相结合的设计,为同类地区医院提供了可复制、可推广的实践模板。通过建立区域经验共享机制,可带动基层医疗机构提升DIP管理能力,促进全州医疗服务质量与医保基金使用效率的整体提升。

参考文献

- [1]祝玉晓,杨艳双,刘芸.DIP支付改革环境下对医院医保管理新模式的探索[J].河北企业,2023(7):79-81.
- [2]仇元元.按病种分值付费支付改革环境下对医院医保管理新模式的探索[J].中外医药研究,2024,3(18):153-155.
- [3]是松涛.DIP支付模式下医院成本管理创新路径[J].中国医院院长,2025,21(14):76-78.
- [4]徐雨虹,吴建,王艳清,等.DIP付费模式下医院成本管理数字一体化平台建设研究[J].中国卫生经济,2022,41(8):89-92.
- [5]李春,张晓琦,线春艳.DRG/DIP支付方式下医院成本管理转型[J].中国总会计师,2021(3):38-40.
- [6]赵明,朱琳,王玲,等.DIP支付方式下县级三级公立医院医保运营效率管理实践[J].江苏卫生事业管理,2023,34(5):667-670.
- [7]吕漪.医保支付改革背景下医院医保管理转型升级路径探析[J].当代会计,2022(17):143-145.
- [8]吴培钿,苏宏,谢丰姿.医疗机构总额控制及按病种分值付费医保支付方式下医院合理用药管理模式的转变[J].临床合理用药,2023,16(15):169-172.