

# DIP 改革新形势下医院医保精细化管理探讨

柯双凤

咸宁市中心医院 湖北 咸宁 437000

**【摘要】**：按病种分值（DIP）付费改革作为医保支付方式的核心变革，以“总额预算下，按病种分值付费，月预结算、年清结算”机制重构了医院运营逻辑，倒逼医院从规模扩张转向内涵式发展。本文基于DIP改革的价值导向，系统分析改革对医院医保管理的冲击与现存短板，从组织架构、流程管控、技术支撑三个维度，提出“顶层设计-全流程管控-数据赋能”的精细化管理体系。通过建立跨部门协同机制、优化病种成本核算、搭建智慧监管平台等具体措施，破解成本核算粗放、合规风险凸显、数据孤岛等难题，实现医保基金高效利用与医院可持续发展的双向共赢，为DIP新形势下医院医保管理提供实践路径。

**【关键词】**：DIP改革；医保管理；精细化；成本核算；合规管控

DOI:10.12417/2811-051X.26.04.022

## 引言

《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》明确2024年底全国统筹地区全面推行DIP付费，标志医疗行业迈入“按价值付费”新时代。DIP以疾病诊断与治疗为核心分组定分，医保按分值支付，打破传统按项目付费“多收多得”机制。医院医保收入现依赖病种成本管控与诊疗规范，而部分医院管理粗放致亏损病种占比高、拒付率高。本文立足政策与实践，探讨构建医保精细化管理体系，兼具基金安全保障与医院竞争力提升价值。

## 1 DIP改革对医院医保管理的核心冲击

### 1.1 成本核算维度：从“科室级”转向“病种级”的精准化要求

DIP付费以病种为核心核算单元，要求医院打破传统“科室级”成本归集模式，实现“病种-术式-资源消耗”的精准匹配<sup>[1]</sup>。传统核算中，间接成本多按收入比例或人员数量分摊，未考虑不同病种的资源消耗差异，导致重症医学科等资源密集型科室成本被低估，普通科室成本被高估，无法为DIP病种盈亏分析提供有效数据支撑。同时，DIP支付标准涵盖患者从入院到出院的全流程成本，包括药品、耗材、检查、护理及管理费用，要求医院将成本管控延伸至诊疗各环节。成本核算的颗粒度直接决定医院盈利空间，若无法精准测算单个病种的实际成本与支付标准的差额，将难以制定针对性的成本管控策略，面临“结余流失”或“超支亏损”的双重风险。

### 1.2 合规管理维度：从“事后补救”转向“事前预防”的全流程管控

DIP改革强化了医保监管的刚性约束，“高编套码”“分解住院”“临床路径偏离”等行为将直接触发拒付或处罚。医

保清单作为DIP结算的核心依据，其主诊断选择、手术操作编码、耗材信息填报的规范性直接影响分值核算，某省2023年医保拒付金额中70%源于清单填写不规范。传统管理中“重结算、轻质控”的模式已无法适应改革要求，医院需将合规管控嵌入诊疗全流程。例如，主诊断选择错误可能导致病例归入低分值组，造成收入损失；过度使用高值耗材或非必要检查则会推高病种成本，超出支付标准形成亏损。此外，DIP支付标准动态调整，医院若对政策解读滞后，沿用历史数据制定管控策略，将进一步加剧合规风险与运营压力。

### 1.3 资源配置维度：从“经验分配”转向“数据驱动”的优化重构

DIP改革通过分值差异体现病种的资源消耗价值，倒逼医院优化资源配置结构。传统资源分配依赖行政指令或历史经验，导致高价值病种资源供给不足，低效病种占用过多资源。在DIP模式下，结余留用机制使医院更倾向于收治“成本可控、分值合理”的病种，这就要求医保管理与医务、护理、后勤等部门协同，基于DIP病种分值与成本数据，动态调整科室床位配比、设备采购计划与人力资源配置。例如，通过分析不同病种的床日成本与分值贡献，合理压缩低效病种的平均住院日，将床位资源转向高性价比病种；根据手术病种的耗材需求特征，优化采购流程降低耗材成本，实现资源利用效率与医保结余的同步提升。

## 2 医院医保精细化管理的现存短板

### 2.1 管理体系碎片化，跨部门协同机制缺失

医保精细化管理涉及临床诊疗、财务核算、医保结算、信息统计等多个环节，但多数医院未建立统一的管理架构，呈现“各自为政”的碎片化状态。医保科负责政策对接与结算申报，

财务科负责成本核算, 医务科负责临床路径管理, 各部门数据口径不一、职责边界模糊, 难以形成管控合力<sup>[2]</sup>。例如, 财务科核算的病种成本数据滞后 1-2 个月, 无法及时反馈给临床科室指导诊疗行为; 医保科发现的清单编码问题, 因缺乏与医务科的实时联动, 难以在诊疗过程中及时纠正。这种碎片化管理导致管控措施落地不畅, 无法适应 DIP 改革对全流程协同的要求, 制约了精细化管理的推进。

## 2.2 数据治理薄弱, 支撑能力难以匹配改革需求

DIP 管理高度依赖多维度数据的整合分析, 但医院普遍存在“数据孤岛”与“标准不一”的问题。HIS 系统、电子病历系统、医保结算系统、耗材管理系统之间接口不互通, 数据无法实时同步, 财务人员需手工汇总多部门数据, 不仅效率低下, 差错率高达 5% 以上。同时, 疾病编码、手术编码、耗材编码在不同系统中存在差异, 仅疾病编码标准化梳理就需耗费大量时间, 导致数据关联分析困难。此外, 多数医院缺乏专业的数据分析能力, 仅能实现数据展示, 无法构建成本预测、风险预警模型, 当某病种成本突增或分值调整时, 无法及时识别并采取干预措施, 数据价值未得到有效挖掘。

## 2.3 临床协同不足, 管控措施未嵌入诊疗核心环节

医保精细化管理的核心在临床, 但部分医院的管控措施与临床诊疗脱节, 导致“上热下冷”。临床医师对 DIP 政策理解不深, 仍存在“重疗效、轻成本”的观念, 偏离临床路径使用高值耗材或开展非必要检查的情况时有发生, 直接推高病种成本。同时, 科室缺乏专职成本管理员, 成本管控责任未落实到人, 医师不清楚所管病种的成本标准与盈亏情况, 难以主动参与成本管控。例如, 同一腹腔镜胆囊切除术, 不同医师的耗材成本差异可达 3000 元, 但因缺乏针对性的指导与考核, 这种差异长期未被优化。临床协同不足使精细化管理失去实践基础, 政策要求与实际执行形成“两张皮”。

## 2.4 管控流程断裂, 成本与合规未形成闭环

多数医院的医保管理仍停留在“事后补救”阶段, 未构建覆盖诊疗全周期的管控流程, 导致成本失控与合规风险频发。事前缺乏基于 DIP 支付标准的成本预算, 临床诊疗无明确的成本约束; 事中对耗材使用、检查开具等关键环节缺乏实时监控, “以领代耗”“过度医疗”等问题难以及时干预; 事后虽开展成本分析, 但未形成“问题定位-措施改进-效果评估”的闭环机制, 同类问题反复出现。例如, 某病种连续 3 个月超支, 但仅简单归咎于“耗材涨价”, 未深入排查临床路径执行偏差等核心原因, 导致超支问题持续存在。流程断裂使管理措施流于形式, 无法形成持续优化的管控能力。

# 3 DIP 改革下医保精细化管理的实践路径

## 3.1 构建一体化组织架构, 破解协同不足难题

成立由院长任组长, 医务、财务、医保、信息等部门负责

人为成员的“医保成本管理领导小组”, 下设办公室挂靠医保科, 明确三级管理责任。决策层负责制定“DIP 病种结余率不低于 10%”的战略目标, 审批重大管控方案; 管理层按职能分为成本核算组、路径优化组、合规监控组, 分别负责数据核算、流程规范与风险排查; 执行层在各临床科室设立由副主任兼任的“成本管理员”, 负责本科室病种成本日常管控与问题反馈<sup>[3]</sup>。制定《医保成本管理职责清单》, 将 23 项核心任务分解至各部门, 例如医务科牵头优化临床路径, 财务科负责病种成本核算, 医保科负责政策解读与清单质控, 通过责任闭环确保管控措施落地。

## 3.2 打造全流程管控体系, 筑牢成本与合规防线

以 DIP 病种为核心, 构建“事前预算-事中管控-事后分析”的全流程体系。事前基于历史数据与支付标准, 测算各病种成本阈值, 将预算分解至科室与医师; 制定《DIP 病种临床路径表》, 明确各病种的检查项目上限、耗材使用标准与住院日期间, 超路径诊疗需提交书面说明。事中依托信息化工具实时监控, 对耗材“以领代耗”现象推行条码扫码出库, 确保消耗数据与成本核算一致; 医保清单实行“医师填报-科室审核-医保科终审”三级质控, 重点核查主诊断选择与手术编码准确性。事后每月开展病种盈亏分析, 针对亏损病种召开专题会, 从路径执行、耗材使用等维度排查原因, 形成“分析-改进-反馈”的持续优化机制。

## 3.3 搭建智慧数据平台, 强化管理技术支撑

整合 HIS、电子病历、医保结算等多系统数据, 构建“医保智慧管理平台”, 实现数据“一次采集、多方复用”。平台核心功能包括三方面: 一是成本核算引擎, 采用“直接成本追溯+间接成本阶梯分摊”模式, 将药品、耗材等直接成本直接计入病种, 管理费用等间接成本按“工作量”“检查人次”等资源动因分摊至科室再到病种, 确保核算精准性; 二是实时监控模块, 设置成本阈值预警与合规规则预警, 当病种成本超支付标准 10% 或出现无指征检查时, 自动向科室成本管理员推送预警信息; 三是数据分析模块, 生成“科室-病种-医师”三维盈亏报表, 支持多维度查询, 为管理决策提供数据支撑。同时开展编码标准化治理, 统一疾病、手术与耗材编码, 消除数据壁垒, 提升数据利用率<sup>[4]</sup>。

## 3.4 建立激励约束机制, 激活临床参与动力

将医保精细化管理指标纳入绩效考核体系, 权重不低于 20%, 形成“激励与约束并重”的导向。考核指标包括 DIP 病种结余率、临床路径执行率、医保清单合格率等, 对表现突出的科室与个人给予多重激励: 医保结余留用资金中提取 50% 用于科室奖励, 其中 30% 直接发放给医师; 将成本合规表现与职称晋升、评优优先挂钩。同时建立负面清单制度, 对清单填报错误导致拒付的, 扣减相关医师绩效; 对“分解住院”“高编

套码”等违规行为，除追回医保资金外，给予通报批评与经济处罚<sup>[5]</sup>。通过分层培训强化全员意识，对管理层开展政策与战略培训，对临床医师重点培训路径执行与成本管控技巧，每年累计培训不少于40学时。

#### 4 结语

DIP改革绝非单纯的支付方式调整，更是推动医院管理模式变革的“指挥棒”，核心在于实现医疗服务价值与医保基金

效率的统一。医保精细化管理是医院适应改革的核心抓手，需突破传统碎片化管理，以一体化架构、全流程管控与智慧平台为支撑，将成本与合规要求嵌入诊疗各环节。这既需顶层系统规划，也需临床主动参与，更依赖技术有力支撑。未来，医院应以“价值医疗”为核心，持续优化管理流程，用精细化手段破解运营难题，在保障医疗质量的同时实现医保基金与医院发展的双向共赢。

#### 参考文献:

- [1] 牛春梅,孔超丽,李睿琪,等.公立医院内部审计助力医保DIP支付改革精细化管理[J].行政事业资产与财务,2025,(18):122-124.
- [2] 周芳.新形势下医院医保规范化管理的实施路径探索[J].中国标准化,2025,(10):224-227.
- [3] 郭秀会,李海琦.在医院医保工作中采取精细化管理措施的效果分析[J].中外医药研究,2025,4(04):163-165.
- [4] 舒丽.DIP改革新形势下医院医保精细化管理探讨[J].中国产经,2022,(22):97-99.
- [5] 黄迪.DIP改革新形势下医院医保精细化管理研究[J].投资与合作,2022,(06):157-159.