

医保与国考视角下消化内科医疗服务结构调整分析

樊灏桢 王晓雪*

(内蒙古医科大学附属医院 呼和浩特 010000)

【摘要】目的：探讨DIP与DRG双考核体系下消化内科病种结构调整对医保基金运行、医疗服务能力及效率的影响。方法：选取某三甲医院消化内科2023-2024年5056例住院患者数据，对比结构调整前后DIP清算与DRG监测指标，采用基金运行（DIP支付率、住院人次人头比）、服务能力（总分值/权重、CMI、组数）及服务效率（平均住院日、均费、有效收入占比）三类9项指标进行综合评价。结果：2024年科室DIP结余增长390%，住院人次人头比下降6.7%；服务能力中DIP总分值提升21.7%，DRG总权重增长25.6%，但CMI值下降6-8.5%；效率指标显著优化：平均住院日缩短24.1%，患者均费降低30.9%，有效收入占比提高13.2%。病种结构上，操作组占比从34.59%升至43.41%，手术组从6.03%增至16.03%，内科组从59.38%降至40.56%。结论：消化内科通过增加内镜操作（EMR/ESD）和手术占比、减少化疗等保守治疗，显著提升医保结余能力和运营效率，但需平衡CMI下降的影响。建议通过诊疗路径标准化、参与病种分组优化实现医保结余与诊疗难度的动态平衡。

【关键词】按病种分值付费（DIP）；疾病诊断相关分组（DRG）；消化内科；病种结构；

Analysis of the Adjustment of Medical Service Structure in Digestive Medicine from
the Perspective of Medical Insurance and National Examination

Fan Haozhen Wang Xiaoxue*

(Affiliated Hospital of Inner Mongolia Medical University, Hohhot 010000)

[Abstract] Objective: To explore the impact of the structural adjustment of digestive diseases under the dual assessment system of DIP and DRG on the operation of medical insurance funds, medical service capabilities, and efficiency. Method: Data from 5056 hospitalized patients in the Department of Gastroenterology of a tertiary hospital from 2023 to 2024 were selected to compare the DIP settlement and DRG monitoring indicators before and after structural adjustment. A comprehensive evaluation was conducted using three categories of nine indicators: fund operation (DIP payment rate, hospitalization headcount ratio), service capacity (total score/weight, CMI, number of groups), and service efficiency (average length of stay, average cost, and proportion of effective income). Result: In 2024, the DIP balance of the department increased by 390%, and the proportion of hospitalizations decreased by 6.7%; The total DIP score in service capability increased by 21.7%, the total DRG weight increased by 25.6%, but the CMI value decreased by 6-8.5%; The efficiency indicators have been significantly optimized: the average length of hospital stay has been shortened by 24.1%, the average cost per patient has been reduced by 30.9%, and the proportion of effective income has increased by 13.2%. In terms of disease structure, the proportion of the operation group increased from 34.59% to 43.41%, the surgery group increased from 6.03% to 16.03%, and the internal medicine group decreased from 59.38% to 40.56%. Conclusion: Gastroenterology can significantly improve medical insurance surplus capacity and operational efficiency by increasing the proportion of endoscopic procedures (EMR/ESD) and surgery, reducing conservative treatments such as chemotherapy, but it is necessary to balance the impact of CMI decline. It is recommended to achieve a dynamic balance between medical insurance surplus and treatment difficulty through standardized diagnosis and treatment pathways and optimization of disease grouping participation.

[Key words] Payment by Disease Score (DIP); Disease Diagnosis Related Grouping (DRG); GI Medicine; Disease structure;

引言

医保支付方式改革与国家公立医院绩效考核（“国考”）共同构成公立医院运营的双重约束框架。在以内蒙古自治区为代表的DIP试点地区，医疗机构需同时响应按病种分值付费（DIP）的“医保经济杠杆”与按病组权重付费（DRG）的“国考质量标尺”。DIP以历史数据聚类形成病种分值库，强调疾病与操作的组合特征；DRG则基于临床相似性、资源消耗同质化原则分组，更关注病例整体难度。二者分组逻辑差异导致医院管理策略面临矛盾：DIP驱动医院收治“短平快”病种以扩大结余，而DRG要求提升CMI（病例组合指数）以优化国考排名。

消化内科作为操作依赖性强的学科，其内镜技术（如EMR、ESD）兼具高价值和低成本特性，在DIP/DRG分组中易出现支付标准与成本倒挂。本研究通过分析某院消化内科主动调整病种结构的实践，为科室在双体系下优化资源配置提供循证依据。

1.资料与方法

1.1 资料来源

根据DIP政策实施节点与实施范围，2023年末某三甲医院消化内科着手病种结构调整，重点增加息肉切除、结肠黏膜切除术（EMR）和直肠黏膜下剥离术（ESD）等内镜下



操作或手术,减少慢性病药物维持治疗等保守病种。本研究数据源于2023-2024年度DIP清算和DRG监测系统,5056例本地住院患者在两套分组器中的入组率均为100%。

查阅相关文献最终将医保与医院维度下的基金运行、服务能力和服务效率二级指标纳入评价^[1-3]。由于DIP与DRG在成组规则上的差别,使得医院在服务能力指标上存在差异,分别列示比较。

1.2 评价指标

表1 2023年-2024年科室评价指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	内涵	测算方法
医保	基金运行	DIP支付率	反映DIP结余情况	DIP支付方式下的清算金额/基本医保统筹支出
		住院人次人头比	反映分解住院程度	出院患者人次/同期出院患者人数
医院	服务能力	DIP总分值(万分)	反映住院服务提供能力	Σ (某病例组合分值×该医院该病例组合病例数)
		DIP组数	反映医院收治病例覆盖疾病类型的范围	医院收治病例覆盖的DIP组数
		DIP病例组合指数CMI	反映医院收治病例难度	$CMI = \text{医院DIP病例的总分值数} / \text{医院的DIP总病例数}$
		DRG总权重	反映住院服务提供能力	Σ (某病例组合权重×该医院该病例组合病例数)
医院	服务能力	DRG组数	反映医院收治病例覆盖疾病类型的范围	医院收治病例覆盖的DRG组数
		DRG病例组合指数CMI	反映医院收治病例难度	$CMI = \text{医院DIP病例的总权重数} / \text{医院的DRG总病例数}$
		平均住院日	反映医院收治患者时间效率	平均住院日 = 出院患者占用总床日数/同期出院患者人次
服务效率	患者均费	患者均费	反映医院收治患者的资源消耗程度	DIP支付方式下的患者总费用/出院患者人次
		有效收入占比	反映医院剔除药品、耗材费用的收入水平	$(\text{DIP支付方式下的患者总费用} - \text{药品费用} - \text{耗材费用}) / \text{DIP支付方式下的患者总费用}$

2.结果

2.1 科室总体数据

2024年度科室除CMI值外总体呈正向变化。基金运行能力中,科室由DIP结余基本平衡转为结余,结余为2023年度的3.9倍;同时住院人次人头比下降6.7%,有效防范分解住院风险。服务能力中,DIP维度总分值与病种组数分别上升21.7%和17.12%,CMI下降8.5%;DRG维度下总权重增加25.6%,组数与CMI分别下降4.3%和6%。服务效率中,平均住院日和患者均费分别下降24.1%和30.9%,有效收入占比提升13.2%,患者负担减轻的同时实现收入结构优化。

难度,总体来看,学科特征决定科室病种绝大部分集中于RW≤1或分值<1000分的低难度病种,2024年低难度病种构成比增加、高难度病种构成比减少。DRG分组下,RW≤0.5的患者降低,主要与权重为0.37的化疗病种调整有关,0.5<RW≤1的患者增加,其他高难度病种分值均存在不同程度的下降。DIP分组下,分值≤1000分的患者由67.48%提高至73.56%,其他高难度病种构成比减少。

表2 2023年-2024年科室评价指标结果

三级指标	2024年	2023年	变动幅度
DIP支付率	结余	平衡	390%
住院人次人头比	1.19	1.28	-6.7%
DIP总分值(万分)	280	230	21.7%
DIP组数	561	479	17.1%
DIP病例组合指数CMI	0.97	1.06	-8.5%
DRG总权重	2253	1794	25.6%
DRG组数	132	138	-4.3%
DRG病例组合指数CMI	0.78	0.83	-6.0%
平均住院日	6.00	7.90	-24.1%
患者均费	8097.91	11713.55	-30.9%
有效收入占比	58.69%	51.85%	13.2%

2.2 病种结构调整变化

在DRG分组下,根据操作类别可以分为手术组、操作组和内科组^[4]。2024年,操作组的比例从34.59%上升到43.41%,手术组的比例从6.03%上升到16.03%,而内科组的比例则从59.38%下降到40.56%。科室病种结构调整主要集中在减少以化疗为代表的常见保守病种,并增加消化系统操作病种。2024年,消化系统手术的构成比为31%,而2023年这一比例为18.63%;恶性增生性疾病的化疗病种比例从9.11%下降至4.71%。

2.3 病种权重/分值分布

病种权重或分值直接体现病种的资源消耗水平和技术

表3 2023-2024年度科室关键病种构成

2024年			2023年		
DRG标识	权重	构成比	DRG标识	权重	构成比
消化系统其他手术,不伴并发症与合并症	0.65	23.14%	消化系统其他手术,不伴并发症与合并症	0.65	10.99%
消化系统其他手术,伴并发症与合并症	0.99	7.87%	恶性增生性疾病的化学治疗和/或其他治疗	0.37	9.11%
炎症性肠病	0.58	6.46%	炎症性肠病	0.58	8.14%
胃肠出血,不伴并发症与合并症	0.91	5.81%	消化系统其他手术,伴并发症与合并症	0.99	7.64%
恶性增生性疾病的化学治疗和/或其他治疗	0.37	4.71%	胃肠出血,不伴并发症与合并症	0.91	7.36%

表4 2023-2024年度科室病种难度分布

权重或分值	DRG		DIP	
	2024年构成	2023年构成	2024年构成	2023年构成
RW ≤ 0.5 或分值 ≤ 500分	13.69%	14.03%	14.96%	13.34%
0.5 < RW ≤ 1 或 500 < 分值 ≤ 1000分	72.08%	68.49%	58.60%	54.14%
1 < RW ≤ 1.5 或 1000 < 分值 ≤ 1500分	7.46%	10.07%	10.69%	16.01%
1.5 < RW ≤ 2 或 1500 < 分值 ≤ 2000分	5.02%	5.66%	8.22%	7.64%
RW ≥ 2 或分值 ≥ 2000	0.89%	1.84%	6.64%	8.88%

3. 讨论

3.1 优化病种结构，兼顾医保与国考

本研究证实消化内科通过“增操作、减保守”的结构调整可实现医保结余与效率提升，但分组不同导致提高国考CMI值、扩大医保结余规模的侧重点存在差异。DRG病种“消化系统其他手术，伴/不伴并发症与合并症”下涉及106个不同的DIP病种，EMR/ESD等内镜操作分值（400-2300分）显著高于保守治疗，成为结余关键来源。DRG病种“恶性增生性疾病的化学治疗和/或其他治疗”下涉及16个不同的DIP病种，包括静脉注射化疗药物、抗肿瘤免疫治疗、分子靶向治疗和静脉输液港植入术等操作以及操作的组合（500-2400分），其中静脉输液港植入术属于DIP下的结余优势病种。对于同时面临两套分组模式的DIP试点省份和地区，在病种结构调整时需平衡好医保结余与国考CMI，建立“基础病种保量+优势病种提质”双轨制，并推行重点病种MDT模式：联合外科、介入科提升复杂病例占比。

3.2 管理关键病种，标化诊疗模式

诊疗规范化、标准化是适应支付方式改革和国家公立医院绩效考核的重要课题。同一病种下不同医疗组间存在的诊疗路径差异、药耗使用效率分化问题^[1]，导致成本与疗效不匹配，影响医疗质量同质化水平，更直接关联医院运营效益。为解决“一病多医”的问题，需从DIP管理的最小功能单元——病种和主诊医师出发。科室对构成比最大且亏损的关键病种进行诊疗效率综合评价，以平均住院日、患者例均费用和有效收入占比三个指标综合评价诊疗效率，打造医师示范标杆，推动形成“规范诊疗—成本可控—疗效提升”的良性

循环，使得胃肠出血、急性胰腺炎、肝硬变和内镜下十二指肠乳头肌切开取石术等病种次均费用降低1000-3000元，费用消耗指数低于全市水平，对于扩大DIP结余优势具有重要作用。

3.3 参与外部治理，改善病种分组

DIP病种分组的产生以诊断和操作历史数据穷举为基础，特色医疗技术的精准支付依赖于主动参与外部治理。经颈静脉肝内门体静脉吻合术（TIPS）手术在DRG下入组胰、肝切除和/或分流手术，2023年在DIP下只能进入综合病种组，支付标准仅为2.7万；2024年肝硬变下的TIPS手术可单独入组，支付标准提高至11.6万，但其他诊断下的TIPS手术仍然入综合组。在医保基金收紧的大背景下，本地支付点值下降达21%，对于资源消耗程度高的病种，容易产生患者自费费用超过支付标准、导致医疗机构全额垫付医保支出并向医保基金返款的情形，科室可积极参与DIP病种目录库的制定和辅助目录矫正的规则反馈，改善病种分组与支付。

4. 结论

消化内科在DIP/DRG双体系下通过病种结构调整，实现了医保基金结余增长与医疗服务效率提升，但需警惕CMI下降对国考排位的潜在影响。未来应动态平衡结余与难度，在维持内镜操作规模优势基础上，发展高CMI值病种；深化诊疗标准化，以病种和医师为单元控制成本变异；积极参与分组优化，推动新技术合理入组。

参考文献：

- [1]冯旅帆，徐嘉婕，唐密，等.医保视角下DRG实施效果评价指标体系构建研究[J].中国医院管理，2025，45（03）：72-77.
 [2]刘佳，景晓琳，王浩，等.DRG支付方式下公立医院运营效率评价指标体系构建研究[J].中国医院管理，2023，43（11）：24-29.
 [3]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发国家三级公立医院绩效考核操作手册（2019版）的通知（国卫办医函[2019]492号）
 [4]姚岚，程卫珍，何碧霞，等.DRG付费对消化内镜中心运行效能的影响研究[J].医院管理论坛，2025，42（03）：31-33+92.
 [5]温小飘，韦威全，唐剑.DRGs在消化内科主诊组医疗服务绩效评估中的应用[J].现代医院，2020，20（04）：551-554.
 第一作者：樊灏楨（1995-）：男，汉族，硕士研究生，内蒙古医科大学附属医院，住院医师，硕士研究生。
 *通讯作者：王晓雪：中级职称，硕士研究生。
 基金项目：DIP付费实施效果分析及对公立医院精细化管理的探讨（2022NYFYTS026）