

DIP改革新形势下基于CMI和RW的医保精细化管理策略研究

张文娟

连云港市第一人民医院，江苏 连云港 222061

DOI:10.61369/MRP.2025120020

摘要：在医保支付方式改革和公立医院绩效考核大背景下，剖析CMI和RW的内涵和临床指导意义对医疗机构做好精细化管理具有重要作用。本文通过梳理CMI和RW的内涵和外延，构建医疗机构在CMI和RW引导下的精细化管理思路，从专科能力评价、不同病种应对策略、亚专业组层级医疗组长能力评价三个层面探讨做好医保精细化管理的策略。

关键词：病例组合指数；按病种分值付费；精细化管理

CMI and RW-guided Strategies on Refined Management of Medical Insurance Under the Background of Payment Method Reform

Zhang Wenjuan

The First Peoples' Hospital of Lianyungang, Lianyungang, Jiangsu 222061

Abstract : under the background of payment method reform and national performance evaluation in public hospitals,it is of great significance to explore the connotations and clinical values of CMI and RW in the refined management of medical institutions.It reviews the connotations and clinical values of CMI and RW, comes up with the framework for the CMI and RW-guided refined management of medical institutions, and exploring strategies for fine management of medical insurance from three levels: evaluation of specialized competence, different disease coping strategies, and ability evaluation of medical team leader.

Keywords : case mix index; diagnosis intervention packet; refined management

DRG/DIP是支付方式改革的重要手段也是医疗机构的主要考核和管理工具。其相关的考核指标病例组合指数（CMI）和病种分值（RW）已应用于三级公立医院绩效考核、公立医院高质量发展和等级医院评审等考核指标中，倒逼医疗机构转变运营发展模式，进一步引导临床腾笼换鸟，调结构、降药耗、控成本、重诊治、轻检查、扩内涵、挖潜能、提质效，保持病人负担不增加，医保基金可承受，医院可持续发展。本研究根据CMI和RW值的内涵和外延，分析医院临床科室DIP指标运行情况，探讨医疗机构在追求合理CMI和RW的情况下做好精细化管理的思路和方法，为医疗机构的高质量发展提供参考^[1]。

一、基于CMI和RW的精细化管理思路

整病种收支结构^[4]，从而不断提高DIP结付比和CMI值（图1）。

CMI和RW是DIP的两大重要指标^[2]。RW即病种分值（分组权重），RW越高，反应该病种的资源消耗越高，那么补偿也会越高。CMI即病例组合指数，指医院的出院患者例均权重，跟医院收治的病例类型有关。如果一个医院收治疑难危重症的患者越多，则其CMI值越高。医院可以通过计算CMI值进行绩效分配和医疗管理。省级卫生行政部门利用各级医疗机构上传的病案首页信息用于医疗机构的绩效评价^[3]。计算公式为 $RW = \text{某病种组合平均费用} / \text{所有出院病例平均费用}$, $CMI = \Sigma (\text{某病种的病种分值} \cdot \text{RW} * \text{该病种病例数}) / \text{全部病例数}$ 。基于CMI和RW的精细化管理思路是：各级医疗机构要不断提高总量指数 ΣRW 的质量，调

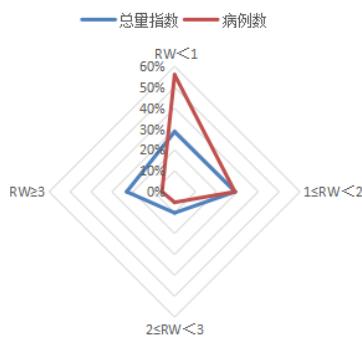


图1 总量指数质量分析示意图

基金项目：江苏省医院协会 现代医院管理研究中心医院管理创新课题（JSYGY-3-2025-307）；连云港市卫健委 卫生健康管理创新研究面上项目（M202501）；连云港市医院协会医院管理创新研究课题面上项目（LYX-M-202314）。

作者简介：张文娟（1989-），女，助理研究员，硕士学位，连云港市第一人民医院。

三级医疗机构应着力优化病种结构：一方面，通过推行日间手术、肿瘤门诊放化疗及分级诊疗，减少RW值低于1的病种比例；另一方面，在合理控制资源消耗的前提下，积极引入新技术新项目，提升四级手术及高难度手术比重，从而提高RW值大于2的病种比例^[5]。对于RW值大于3的高值病种，如未能纳入本地区DIP核心病种目录，需主动与当地医疗保障局协商沟通，最大程度降低补偿不足带来的运营压力。

二、资料与方法

本次研究选取连云港市某三级甲等医院作为样本医院，从连云港市两定机构医疗保障信息平台提取2024年1月1日至2024年6月30日DIP结算数据，融合病案首页相关数据，总计提取3500份病例。去除不合规异常病例，最终纳入有效病例3452例，有效率98.63%。

以两定机构医疗保障信息平台DIP结算数据和病案首页的费用数据为基础，通过描述性统计分析各科室控制医疗成本的关注

点、重点干预病种、亚专业组层级医疗组长能力。

三、结果

(一) 各科室控制医疗成本的关注点分析

以某三甲医院H为例，医院选取CMI排名前十的科室，分析每个科室的ΣRW占比、高倍率病例占比、低倍率病例占比、平均住院日、药占比、耗占比、医保盈亏、结付比等主要指标^[6]。分析结果表明ΣRW占比较低的科室分别为运动医学科（3.65%）、甲状腺外科（2.79%）、神经康复科（2.60%）；医保结付比较低的科室分别为血管外科（86.92%）、神经外科（88.89%）、急诊外科（93.03%）；平均住院日较高的科室分别为神经康复科（17.8）、神经外科（11.51）、关节外科（8.42）、脊柱外科（8.16）；耗占比较高的科室分别为血管外科（17.8）、脊柱外科（11.51）、运动医学科（8.42）、关节外科（8.16）等，详见表1。

表1 CMI排名前十的科室主要指标运行情况

科室	CMI	Σ RW占比	高倍率病例占比	低倍率病例占比	平均住院日	药占比	耗占比	医保盈亏	结付比
脊柱外科	3.06	15.12%	2.43%	1.62%	8.16	12.13%	55.97%	+	106.60%
关节外科	3.04	11.99%	1.72%	4.6%	8.42	14.15%	50.45%	+	104.08%
运动医学科	2.19	3.65%	2.05%	3.42%	5.99	8.22%	51.7%	+	95.61%
甲状腺外科	2.12	2.79%	2.22%	1.48%	6.96	11.37%	22.09%	+	97.43%
创伤骨科	1.99	4.15%	4.55%	4.04%	6.91	14.5%	45.94%	+	97.89%
急诊外科	1.98	6.34%	4.85%	4.85%	6.39	13.04%	50.07%	-	93.03%
血管外科	1.8	5.09%	5.63%	6.88%	4.79	10.12%	70.08%	-	86.92%
神经外科	1.73	11.23%	12.31%	12.56%	11.51	37.13%	23.86%	-	88.89%
神经康复科	1.6	2.60%	0.56%	8.33%	17.8	15.97%	0.93%	+	104.66%
胸外科	1.55	5.76%	3.24%	2.16%	7.94	11.09%	39.88%	+	93.11%

(二) 重点干预病种分析

借助波斯顿矩阵和柏拉图对历史数据进行分析，能够筛选出各个科室应重点关注并干预的病种^[7]。以某三级医院H神经内科为例，构造神经内科病种分析矩阵图，第一象限即明星组，从第一象限中去掉低倍率病例病种作为科室的优势病种，分别为其他脑内出血、大脑半球的脑内出血，皮质下、脑炎、脊髓炎和脑脊髓炎-治疗性操作、未特指的脑梗死-腰椎穿刺术、吉兰-巴雷[格林-巴利]综合征-腰椎穿刺术、神经系统其他特指的变性性疾病。第三象限即瘦狗组，选取该组病例累计占比前80%的病种作为科室的劣势病种^[7]，分别为未特指的脑梗死、椎基底动脉综合征、未特指的短暂性大脑缺血性发作、帕金森病、其他周围性眩晕、晕厥和虚脱，其中未特指的脑梗死该组病种占比为43%，2023年上半年科室收治的未特指的脑梗死费用构成中，药品费占

比高达50.4%，是超支的主要原因，详见表2。



图2 神经内科病种分析矩阵图

表2 神经内科重点干预病种分析

病种编码	病种名称	病种分值	次均费用	累计占比	病种类型
I61.8C	其他脑内出血	201.87	19865.76		优势病种
I61.0C	大脑半球的脑内出血，皮质下	231.08	20721		优势病种
G04D	脑炎、脊髓炎和脑脊髓炎-治疗性操作	205.62	13448.49		优势病种
I63.9D002	未特指的脑梗死-腰椎穿刺术	181.83	17260.99		优势病种

G61.0D001	吉兰-巴雷〔格林-巴利〕综合征-腰椎穿刺术	184.01	17123.95	优势病种
G31.8C	神经系统其他特指的变性性疾病	160.44	13823.46	优势病种
I63.9C	未特指的脑梗死	97.49	11940.84	43% 劣势病种
G45.0C	椎基底动脉综合征	77.47	8406.72	65% 劣势病种
G45.9C	未特指的短暂性大脑缺血性发作	81.79	9684.89	72% 劣势病种
G20.xC	帕金森病	96.22	13800.83	75% 劣势病种
H81.3C	其他周围性眩晕	66.84	8640.89	77% 劣势病种
R55.xC	晕厥和虚脱	67.32	9745.7	81% 劣势病种

(三) 亚专业组层级医疗组长能力比较分析

以患者类型、成本消耗、医保结余为关键指标，在诊疗组层级实现对医生实际产出的客观评价^[9]。A组工作量不小，但是CMI低于科室平均水平，且平均住院日、药占比、高倍率和低倍率病例占比较高，医保亏损较多，有较大改进空间。B组CMI值偏低，

但耗占比和平均住院日均较高。C组CMI较高，但平均住院日也偏高。D组在平均住院日、高倍率、低倍率病例占比、药品和耗材费占比、医保结余都较优于其他三个医疗组。通过医疗组的横向对比，可识别各团队医生的优势领域和薄弱环节，为精准管理干预提供依据^[9]，详见表3。

表3 H医院某科室各医疗组收治患者情况

医疗组	病例数	CMI	Σ RW 占比	药占比	耗占比	平均住院日	高倍率病例占比	低倍率病例占比	次均结余
A诊疗组	292	1.37	35%	41%	17%	10	16%	9%	-1812.92
B诊疗组	171	0.84	37%	17%	42%	9.53	6%	2%	-1795.14
C诊疗组	134	1.93	21%	26%	25%	10.61	7%	3%	-412.28
D诊疗组	56	1.53	6%	22%	24%	8.5	4%	4%	-264.26

四、讨论与建议

(一) 动态调整病种分值标准是实现DIP付费工作规范化、精准化的基础

DIP支付方式改革与医疗服务价格动态调整、药品耗材集中带量采购政策紧密结合^[10]。具体体现在DIP病种分值标准应随着政策的出台而进行动态维护，同时兼顾危急重症、合并症、诊疗方式、康复、中医等服务需求^[11]，进一步细化病种及分值，解决病种入组错误、费用标准不足、新增病种、未入组病种等问题，更贴合临床真实情况。

(二) 上下联动，加强事前、事中和事后的全方位管理

通过提高病案首页填写质量、临床路径精准管理、病种结构调整、扎实推进信息化建设等手段，做到事前、事中和事后的全方位管理，形成由医务、医保、病案、药学、设备、信息、财务等多方参与、协同治理的MDT新格局^[12]。成立质量安全管理组、临床路径管理组、医保结算管理组、信息技术管理组4个专业

组，在事前，对全院各专科分层级的开展全院培训、专项培训及入科培训，针对运行情况就各专科特点、优势及短板进行详细解读，并与当地医疗保障局积极沟通病种分组情况。在事中，通过智能监管预警，提高病案首页精准填写和病种入组提示^[13]。在事后，规范上传医保结算清单，对医保经办机构回传数据开展即时核查与分析，并将结果及时反馈至相关临床科室，做好无法入组病例及异常病例的分析与反馈。

(三) DIP支付改革与医保基金安全高效利用、医疗行为稽核监管相结合

面对医保支付方式改革和国考双重压力，医疗机构需要通过动态调整实现精细化管理升级，方能达成公立医院高质量发展目标。改革初期，在年度总控预算的基础上，应尽可能按季度计算分值及预算点值进行结付，医院可以根据运行结果及时调控干预^[14]。稽核监管应转向以DIP规则监管为主导，防止高套分值、分解住院、低标准入院、推诿重症、降低服务质量等新的违规问题，有效结合医保信用管理，促进高质量持续开展DIP工作。

参考文献

- [1] 傅卫,江芹,于丽华,等.DRG与DIP比较及对医疗机构的影响分析[J].中国卫生经济,2020,39(12):13-16.
- [2] 赵颖旭,江芹.美国Medicare住院支付改革的经验借鉴及对中国的启示[J].中国卫生经济,2013,36(6):95-97.
- [3] 李超,赵东辉.病种分值付费背景下医院提质控费管理实践[J].中国医疗保险,2021(7):73-75.
- [4] 于保荣.DRG与DIP的改革实践及发展内涵[J].卫生经济研究,2021,38(1):4-9.
- [5] 刘敬,钟碧霞,伍敏婧,等.基于按病种分值付费的医院管理实践[J].现代医院,2021,21(09):1410-1412.
- [6] 莫陶欣,王丹,杨煦,等.基于DRG s肿瘤专科医院精细化管理探讨[J].中国卫生质量管理,2018,25(02):16-19.
- [7] 杨业春,李美坤,林忻,等.“按病种分值付费”控费效果研究[J].卫生经济研究,2021,38(6):36-39.
- [8] 张天一,李阳,陈洁.北京市医耗联动综合改革对某三甲公立医院医疗收入的影响分析[J].卫生软科学,2021,35(01):16-18.
- [9] 蔡进,谭剑,康静.基于波士顿矩阵的公立医院科室业务发展战略研究[J].医学与社会,2019,32(5):47-51.
- [10] 陈继芳,白丽萍,谭卉妍,等.广东省按病种分值付费实践及对医院医保管理的启示[J].中国医院管理,2022,42(03):63-66.
- [11] 陈曼莉,赵斌.实行按病种分值付费制度的实践经验及启示[J].中国卫生经济,2017,36(03):38-41.
- [12] 谭清立,刘思妍,柳丹玲,等.按病种分值付费对医生行为的影响—基于实验经济学[J].中国卫生政策研究,2021,14(09):14-18.
- [13] 焦之铭,王芋予,冯占春.我国实施按病种分值付费方式(DIP)的SWOT分析[J].卫生软科学,2021,35(09):45-49.
- [14] 王斌斌,肖锦铖.我国医疗保障基金监管现状研究[J].卫生软科学,2022,36(05):3-7.