

基于患者视角的 DRG 支付负向医疗效应思考

洪岳森¹, 赵允伍², 王晓松², 王珩^{1,2}

(1. 安徽医科大学 卫生管理学院, 安徽 合肥 230032;
2. 安徽医科大学 第一附属医院, 安徽 合肥 230022)

摘要:探讨 DRG 支付方式带来医疗费用节约化、医疗路径标准化、医疗资源配置合理化的同时, 患者就医可能面临医疗质量水平降低、患者就医负担增加、医患关系紧张的问题。分析负向医疗效应成因并结合国家政策引导, 提出将价值理念引入医院运营、提升制度政策的适配性、彰显医务人员劳动价值、完善医患理论体系研究、完善监督质量控制等优化建议, 从而助力医保支付方式改革进程。

关键词:DRG; 患者; 医疗效应

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1009-4784(2024)03-0024-05

作为深化医保支付方式改革的聚焦点与重要工具, 疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Groups, DRG) 的改革和运行成效深刻影响着公立医院运营与发展^[1]。实践表明, DRG 在实施和运行过程中, 取得较大成果外仍然出现诸多影响患者就医的负面效应。如何立足于现行医疗卫生体制、顺应高质量发展趋势, 转变发展理念, 改革和完善 DRG 支付方式, 解决其产生的负向医疗效应, 发挥医保支付方式杠杆作用, 让公立医院回归公益性, 更好地服务群众, 增进人民健康福祉, 真正建立起以人为本的卫生健康体系成为一大现实难题。

目前, 由于医保改革路径主要为“自上而下”, 现有相关研究多从医疗服务供给侧的角度探讨 DRG 支付方式改革的利弊与成效, 很少有研究基于需求端分析 DRG 支付方式改革过程中的医疗效应。作为我国医疗事业建设真正的受益者和指向对象, 患者应更多被考虑进改革的进程中, 推动其利益与医院高质量发展、精细化管理和医保可持续发展融为一体。因此, 笔者立足于患者视角观察 DRG 支付方式实施后产生的医疗效应, 着重探讨其中负向效应产生的影响, 分析产生原因, 以期思考

与展望未来医保支付方式改革过程中立足于患者就医体验、医疗质量与效率所需考虑的优化方面及侧重点, 从而助力医保支付方式改革进程。

一、DRG 支付方式带来的医疗优化

(一) 医疗费用节约化

DRG 实施后能缓解医保资金支出压力, 减少患者的就医费用。先提供服务后给予支付的后付制度长期以来是我国医保支付的主要方式。后付制虽然刺激了医疗市场, 推动着医疗行业的技术进步, 一定程度上满足人民的医疗需求, 但不断上升的卫生支出给个体患者和国家医疗保险项目带来了沉重的经济负担^[2], 医保基金浪费现象严重。医院受经济利益的驱使可能出现道德风险, 诱导产生额外医疗项目。实施 DRG 付费后, 医院由原来以药耗和检查为主, 变成通过降低成本、优化流程来提高收入^[3], 医生从成本角度出发会减少不必要的检查和药物, 避免“过度医疗”的发生; 同时, 医院还会通过缩短患者住院时间、提高床位周转率来节约成本, 这些行为在很大程度上降低了患者的住院费

收稿日期: 2024-05-24

资助项目: 国家自然科学基金项目(72374004)

作者简介: 洪岳森, 男, 安徽医科大学社会医学与卫生事业管理专业 2022 级硕士研究生。研究方向: 社会医学与卫生事业管理。

通信作者: 王珩, Email: wangheng1969@163.com

用,减轻了患者的疾病经济负担。

(二)医疗路径标准化

DRG规范了临床路径,保障了医疗质量。作为预付制支付方式的一种,DRG即疾病诊断相关分组,其基本思想是将临床过程和资源消耗相当的病例组合为一个组别^[4],通过预先设定该组别的支付标准给予支付,即先给予支付后提供服务。为了适应DRG支付下不再按照实际花费进行付费带来的变革,医院需要针对患者的诊疗内容、方式、目标进行临床路径标准化,从而匹配付费的标准化。该举措能引起医疗机构与医生对医疗服务质量的重视,主动规范诊疗行为,力求用较低的成本、规范的方式实现最好的治疗效果,从而提升医疗质量的稳定性,促进医疗行为的科学合理化。

(三)医疗资源配置合理化

DRG下从医保基金粗放式管理向精细化转型,医院更追求建立以效率和规范为基础的精细化管理模式^[5]。作为一种打包付费制度,DRG引导医疗机构根据患者的诊断结果和疾病严重程度进行医疗资源的分配,不同的医疗机构间的服务质量与项目费用变得可比,促进了医院优势学科的发展。医疗机构对利益的追逐转向对成本的把控,由无节制扩张向医院高质量发展转变,更加符合人民利益诉求,更能彰显医疗卫生事业宗旨。

二、DRG支付方式下患者面临的负向就医效应

DRG落地实施过程中由于涉及的利益主体众多,各因素间因果关系繁杂,可能会通过不同路径对患者就医产生截然相反的效应。这种矛盾性侧面反映了医保改革的艰难程度。而在DRG支付方式下患者所面临的负面医疗效应则有以下几方面。

(一)医疗质量下降

部分患者一定程度上面临“求医无门”,对于治疗成本高的重症及并发症较多患者而言,医院的收治意愿不高,医疗服务的供给不足程度随着患者疾病严重程度的增加而增加^[6],患者可能无法获取优质的医疗资源,错失及时救治的机会,健康不平等现象加剧;患者对于治疗方案和药耗选择范围变窄,特色化医疗服务需求无法充分满足;药品质量可能得不到保障,术后检测不足,护理质量下降,病

人病情复发可能性增加。

(二)患者就医负担增加

与DRG降费初衷相违背的是,虽然“过度医疗”的减少降低了患者的经济负担,但若这种医疗费用的降低以牺牲医疗质量或治疗行为不合规为代价,那么部分患者反而会面临就医成本上升的情况。上升的成本不仅包括用于支付医院项目产生的费用成本,同时包括损失的时间成本与相应的间接成本等。患者自费项目与外购药品变多,病情的反复及治疗周期的延长增加了患者心理压力及家庭负担;患者医保信息的缺乏增加了决策的不确定性及时间损耗。

(三)医患关系受到负面影响

DRG支付方式下的医患矛盾可能会增加,患者对医生和医院可能产生抵触心理,沟通交流弱化。有效沟通的缺乏导致医患间产生距离感、疏远感,医患关系会变得紧张^[7],对医务人员的不满和投诉可能变多,易产生信任危机;医疗纠纷变多,骗保等不良事件的产生对医院的声誉和社会形象造成损害。

三、患者面临的负向就医效应产生成因讨论

针对DRG下患者就医面临的负向医疗效应进行原因讨论,从而为DRG下优化患者就医提供政策建议。

(一)医疗质量下降成因分析

1. 控费压力过大。DRG支付方式根据往年各病组的情况提前设定费率,缺乏一定灵活性,同时大部分医院已将DRG纳入科室绩效考核指标,医生在收治患者时为避免超支风险,在收治病患时倾向于那些病程较短、临床症状较轻的病人^[8]。对于重症患者而言,减少了获得救治的机会。在治疗方案和药物选择方面,为了控制成本,医师可能会更倾向于选用基础的药物、低价值的耗材和保守的治疗手段。一方面,由于将新技术纳入DRG分组需要经过技术评估,耗时较长,疾病编码调整的滞后性导致新技术无法实时入组,进而对医疗机构的运营产生一定的压力,可能会导致亏损;另一方面,虽然高值耗材、进口药和创新药等特定药品可能会有更好的治疗效果,但是因其价格昂贵,医师通常会减少新药新技术在临床上的使用^[9]。病情复发可能

性增加原因在于出院标准的降低,为控制成本,医疗机构会尽可能缩短住院天数,提升床位周转率,但可能造成患者在尚未完全康复的情况下被迫“离院”。

2. 制度设计考虑范围不足。对于部分有中医需求的患者来说,由于目前 DRG 支付制度设计不完善,缺少中医诊断标准和中医特色治疗方式的补偿标准,中医特色不足,不能充分满足患者的医疗服务需求^[10-11]。同时,DRG 支付方式下,护理服务在整个体系中的作用被弱化,未被考虑进 DRG 考核和分析指标,护士大多被归为医疗卫生服务成本,护理质量下降,这也造成住院期间的患者恢复质量受限。

(二)患者就医负担增加成因分析

1. 治疗周期间接变长。虽然 DRG 本意是提升床位的周转率,减轻患者负担,但在实际操作过程中医院若采取分解住院的措施会使得同一病例可以进入多个疾病组进行结算从而增加收入,抑或提前安排患者出院以控制成本。这种重复入院行为使得患者获得医疗服务的时间成本增加,治疗周期延长,程序变得烦琐复杂,患者产生的心理压力会随之逐渐增大。患者家庭会花费更多人力及时间照顾病人,家庭负担同样变重。医院为分散风险,可能进行费用转移,诱导患者自费购买相关服务项目和药品,患者自费比例上升^[12]。部分患者在恢复不理想的情况下会寻求康复或护理机构的帮助,同样增加了开销。

2. 医保信息不对称。在医保信息的获取方面,DRG 支付方式改革仍然处于实践探索期,医保报销政策及医院规定各地不尽相同且不断修改完善。患者处于信息弱势方,存在对医保文件不熟悉、规定不清晰的情况。病人及家属需花费一定时间与精力了解医保报销相关政策,信息的偏差增加了患者相关决策的不确定性,时间损耗增多。

(三)医患关系紧张成因分析

1. 医务人员工作压力上升。DRG 支付方式改革后临床医生的工作量显著增加,临床路径不断优化、医疗程序化和标准化的提升,使医生在提供医疗服务的同时需要考虑患者的治疗方案是否符合要求,对费用进行把控。同时医生还需承担病案填写的责任,改革后病案填写的内容增多,医院对于填写的时限性和内容一般都设立了相关标准和要

求,医生还需花费额外的时间和精力掌握 DRG 病案首页填写的规则,避免入组时产生问题^[13]。相关培训与考核增多,许多医院将医保结算情况和病案填写的质量与绩效奖励进行挂钩,医生会更多考虑个人收入情况,在收入压力下产生负面医疗行为。与病人交流方面,医务人员还需负责部分对患者解释和宣传政策工作。DRG 产生的一系列“增压”效应使得医生在工作过程中容易产生职业倦怠,降低个人的判断能力,弱化和患者的沟通交流,使其对医生的不满与投诉增多,造成信任危机。

2. 医保负面事件增多,社会关注度上升。医院拒绝收治的行为会使患者产生误解,有损医院形象。同时,患者在治疗效果不佳的情况下会产生对治疗方案的不信任感,治疗方案选择权的丧失更会加剧医患间的矛盾,导致患者对医生和医院产生抵触心理。部分患者实际就医情况与收费项目存在不符^[14]。收费情况的不合理、不透明使得病人易对收费标准进行质疑,产生医疗纠纷。医院的逐利行为可能产生与患者合谋骗保,虚构住院行为^[15],损害了医保基金的可持续利用。当前监管部门对该类违法违规行为处罚力度日益加大,同时社会对于医疗负向事件的关注变多,相关新闻报道传播速度变快,此类不良事件的产生会对医院声誉和社会形象造成严重损害。

四、DRG 下患者就医优化措施相关思考

2021 年 11 月,《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》提出,要建立完善核心要素管理与调整机制、健全绩效管理与运行监测机制、形成多方参与的评价与争议处理机制、建立相关改革的协同推进机制。结合 DRG 下患者就医负向效应成因探讨,可发现患者就医效应优化重点在于让医院回归本质,以人为本;提升医院控费要求与标准的弹性空间,缓解制度设计与临床实际间的冲突,提升协同能力;完善医患关系理论研究,兼顾医务人员与患者感受;重视过程管理与医疗质量检测,多方监督。

(一)价值理念融入医院运营体系,提质增效

积极推动价值理念融入医院运营管理体系。价值医疗的核心围绕医疗质量,主张在兼顾成本控制的同时全面提升医疗服务质量,而非单一的健康结果和单一的医疗成本^[16]。价值医疗内涵对于

DRG支付方式改革实施具有指导借鉴和纠偏意义,避免医院陷于无限制追逐降低成本的误区,忽略以人为本的精神内核。将价值理念由医疗项目设计、药耗的选用向后延伸到医院管理制度、医务奖惩体系构建等,贯穿医院整体。打造相适配的医院文化与氛围,坚持医院公益性,坚持以患者为中心的服务理念,不断提升医务人员职业道德品质,增强荣誉感,以思想引领促优化,提升服务品质,树立群众满意信任的医院品牌与标杆,提升患者就医感受。

(二)提升制度政策的适配性,协调院内冲突

医保改革是一个不断修正调整的动态过程,制度设计能否基于岗位实际很大程度上影响DRG相应作用的发挥。医院内部的各部门医保分工不同,缺乏统一配合的方案,需要统筹DRG推进^[17]。不同科室所面临的实际情况不同,对于药耗选用,病种报销标准、新技术应用等相关细则的设计需经过多部门协调,设立专门部门发挥解疑和上传下达作用,帮助院内领导层吸收基层岗位意见优化决策,构建一个联系多主体,切合各方需求的常态、动态机制,做到资源能共享、意见能反馈、矛盾能化解,进而降低院内矛盾衍生的院外冲突。

(三)彰显医务人员劳动价值,弹性化管理

为缓解DRG实施后对医务人员产生的额外压力,医院需加强基层医务人员的情感支持与人文关怀,推动绩效考核体系匹配医保改革进度。将护理等岗位纳入DRG考核范围,重视护理康复作用,立足于各岗位工作量实际,避免过度将医保支付盈利要求与绩效挂钩,构建能够体现医务人员知识价值和劳动技术含量的薪酬体系,利用医保支付的经济杠杆,充分调动人员积极性,形成良好的激励、约束机制^[18]。推出详细的病案填写指导手册,精简医保相关信息申报与审核流程,优化电子病历系统和自动化工具,提高工作效率,减少额外工作压力。治疗方案选择方面,在规范临床路径的基础上要体现灵活性,允许例外情况出现,对于不满足DRG支付的新技术、新业务,需要设置专项资金并通过相应奖励条款促进新技术的进一步发展,鼓励医务人员开展医疗创新,持续修订相关标准,满足群众日益增长的多元化医疗需求。

(四)完善医患理论体系研究,重视患者需求

医患关系的逻辑关系研究存在局限性,过于追求单一的患者满意度结局指标,无法全面反映医患关系的复杂性和多维度特性。对医患关系复杂性

的理解不够全面,难以揭示其深层次的逻辑和机制,过于局限于“医-患”二元视角^[19]。应推动理论体系的研究,涵盖医患互动、医疗纠纷解决、医疗就诊心理机制等,从而指导实际医务工作。重视患者就医配套需求,打破DRG信息壁垒,为患者提供DRG的分组情况、各组的平均费用、报销比例等信息的便捷查询服务,透明化账单,减少患者质疑。重视健康咨询、康复指导、心理疏导等组外配套服务,防止组内标准的就医路径过于机械化带来的医患感情交流不足。

(五)完善监督质量控制,信息化预警

推动相应法律法规落地实施,实现全方位、全流程、全环节实时智能监控审核,有效识别欺诈骗保的违法行为^[20],明确惩治措施。对于药品与医疗耗材质量加大监管力度,保证患者用药安全。完善医疗质量考核体制机制,更新医疗质量考核评价指标,突出医疗全过程的质量水平,严格保证治疗路径标准化。在对医疗行为的监督方面,对重点科室重点项目加强巡查,关注其专业技术操作、诊疗流程、患者安全等方面。加强院内管理和第三方监督,应对低码高编、分解住院、挑选病人等负面行为。院内外要充分合力,设立患者投诉反馈渠道,联合患者支持组织,发挥社会监督作用。

综上所述,我国医保支付方式改革正进入加速“扩面”阶段,DRG付费改革最终影响的是整个国家的医疗卫生体系和群众的健康利益。为此,应保持医院公益性的本质,提升制度的适配性,协调多方利益,兼顾医务人员与患者感受,完善监督体系,从而打造一个以人为本、多方协同、标准规范、管用高效的医保支付机制。

参考文献:

- [1]朱佳英,高奇隆,任晋文,等. DRG支付在公立医院高质量发展中的功能探析[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(12): 57-61.
- [2]杨晶. DRG付费对医疗服务提供者行为的影响[J]. 中国医院院长, 2023, 19(1): 83-85.
- [3]冯芳龄,胡希家,叶向明,等. DRG与DIP助力公立医院高质量发展的政策内涵及改革实践:“DRG及公立医院高质量发展研讨会”综述[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(8): 35-38.
- [4]周鹏飞,李运明,杨孝光,等. 国内外DRG研究应用概述和医院开展DRG付费方式改革的作用及存在问题探讨[J]. 卫生软科学, 2023, 37(2): 6-10.

(下转第32页)