



“辛苦一个月，科室倒贴钱” 一些医院为何拒收“复杂病人”？

“辛辛苦苦一个月，结果核算下来科室倒扣钱。”近年来，多省市改革按疾病诊断相关分组(DRG)付费后，医疗费用增长得到明显控制。但接下来出现新情况：部分医疗机构不愿收复杂病人了。“复杂病人需要处理的操作步骤非常多，对标DRG后费用明显超标。而根据现有医保规定，落到实际往往医生做了苦活还要倒贴。”业内人士吐露心声。

作为我国医保支付改革的重要内容，DRG付费该如何控制医疗费用过度增长之时，更好满足病人临床需求，提供更优服务？针对这一难题，记者近日深入采访求解。



医生正为患者进行手术治疗

DRG付费初衷旨在降低费用

什么是DRG付费？复旦大学医院管理研究所所长高解春教授为记者打比方：医保支付方式多种多样，就像“下菜馆”，医保后付制是“我请客、顾客买单”，总额预付制是“自助餐”，DRG付费则更像“多种价格的多种套餐”。

作为在美国实践40年的医保支付方式，DRG最早源于1967年的耶鲁大学，而今这种支付方式已遍及全球。DRG付费带来的最大改变是医疗费用显著降低、住院时间明显缩短，同时由于诊断和手术操作编码是DRG分组的基础，病历是编码的来源，可以引导管理者重视病历。

随着全球大数据的广泛应用，DRG结合大数据衍生出DIP(按大数据病组分值)付费，以期通过更精准数据模型实现科学分组。2021年国家医疗保障局发布《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》，明确从2022年到2024年分期分批完成DRG/DIP付费改革任务。

复旦大学公共卫生学院张璐莹副教授对此进行过研究并介绍：以冠状动脉搭桥为例，京版DRG权重费率为6.2，单位支付价格是1.43万元，支付标准就是8.866万元，结算时对医疗机构实行“结余留用、超支不补”。但如果患者自费比例超出上述部分，医保则不予支付。

医生除了会看病也要当会计？

降低费用之时，DRG付费的弊端在更广范围改革中渐渐显现出来。“部分医疗机构适应DRG付费规则后，为获得更多医疗补偿，衍生有别于传统按项目付费的医疗违规新行为。”一位业内专家透露，“传统按项目付费的方式中可能有虚假医疗服务、虚假住院、串换项目等。DRG付费背景下对诊断、手术操作等数据质量及编码要求更高。分解住院、高套点数、转嫁费用、诊疗不足、推诿患者等则成了新问题。”

推诿复杂病人便是其中之一。一家医院的医生

告诉记者：如今除了会看病，还要当会计。他举例，影像学提示病人有“社区获得性肺炎”，至于是否要诊断为重症肺炎，以往关系并不大，医生只要临床早期识别、措施到点即可。但试点DRG付费情况明显不同。DRG付费目录里，普通肺炎与重症肺炎对应的医保支付金额有明显差异，如果治疗下来对应DRG付费超标，医保支付金额超出部分医院自己承担，有的医院会将此“转嫁”给科室或医生个人。

上海市第十人民医院大数据中心工作人员也表示，“如果不规定临床路径，医生会把简单问题复杂化。如子宫肌瘤，要排除宫颈、子宫肌癌变，但医生可能将肿瘤标记物、宫腔镜的全套检查都开给病人；原本一些只需保守治疗、常规化疗就能解决的病症，也可能有医生开具核磁共振检查。”

怎样念好DRG付费这本“舶来经”

世界上没有完美的医保支付方式，每种方式都各有利弊。高解春直言：后付制会诱导需方消费，为支付方带来压力；总额预算会导致质量问题，个人满意度受影响，医院也可能挑选病人；DRG付费必须考虑到病家的公平性、供方的引导。

怎样才能让DRG付费最大化发挥优势、规避弊端？在专家看来，完善的编码法规是基础。上海市卫生和健康发展研究中心主任金春林表示，2021年5月国家医保局公布DRG分组，先划为26个主要诊断大类，再分到376个核心组，最后综合考虑病例的其他个体特征、合并症和并发症，细分为628个收费组。他同时透露，今年国家将出台2.0版本分得更细的DRG/DIP分类，新的分组数目分别增加到七八百组和九千多组。

保障医生劳动价值，医生是否应排除在DRG付费之外，同样值得关注。金春林认为，DRG作为病例组合确实具有控费效果，但鉴于医疗特殊性，更应关注医疗质量，实现“同病、同治、同价、同质”。专家同时强调，DRG付费之时关注医务人员劳动价值，建立医患信任，最终实现双方互赢。

锐评

复杂病人被拒 不应是医保初衷

近来多省市改革按疾病诊断相关分组(DRG)付费后，医疗费用增长得到明显控制。

过去单纯按项目付费，意味着项目做得越多，收费也越多，尽可能让患者多做检查和多用药，成为医院增收的惯用手段。按疾病诊断相关分组(DRG)付费则不同，这种付费方式具有费用包干性质，患者的检查和用药越多，医院的利润反而越低。这项改革可以让一些医生从过度诊疗的实施者，变成过度诊疗的反对者，对治理过度诊疗有釜底抽薪之效。

另一方面，这种医保支付方式的改革，可能导致科室亏损。因为同一分组里的疾病将得到额度相同的医保付费，但疾病处于同一分组的两名患者，所需诊疗或许大相径庭，科室可从普通患者身上赚取相应利润，但复杂病人检查多、用药多，科室就可能出现较大的亏损面。为了避免倒贴和尽可能多赚，就会出现科室挑选患者的现象。

患者病情不管简单还是复杂，都应得到合适的诊疗。参保者没病时缴费，患小病时小用，患大病时大用，才能最大限度地发挥医保共济保障的作用。病情越复杂和危重，报销的范围和金额就越大，这是基本常识，也是参保者感到安心的最大理由。如果医院拈轻怕重，或明或暗地拒收复杂病人，这与医保制度的初衷相背离。

有亏有赚，是按病种付费的常态，医院对此应该有所预见。医院不应该在个案上片面地看待盈亏，对单个病人合理的亏损要给予理解，不能存在追求稳赚等想法，甚至以可能亏损为由拒收复杂病人。

医保支付方式改革势在必行，不能因为出现问题而畏缩不前，导致改革半途而废。同时，医院的观点也值得倾听，说明改革细节设计还需继续完善。当务之急是深入到分组付费的每个细节，进一步优化改革举措，并对医院营收状况展开细致的跟踪和分析，从而不断优化规则。

所以，医保支付方式改革要秉持循序渐进的思路，尚未成熟之处不妨放慢脚步。宁可改革的进度慢一些，也不能让患者普遍付出代价，更不应让原本需精心诊疗的复杂病人，因改革细节设计不合理而成为牺牲者。

综合上观新闻、红星新闻

厦门招聘无编制教师 因报考人数不足取消

4月26日，“厦门教师招聘因多岗位取消编制导致无人报考”冲上热搜。

据报道，厦门市翔安区教育局于近日发布的《关于公开招聘骨干教师(2024年4月)取消及减少部分岗位的通告》，称该地区教师招聘过程中，资格初审通过人数与岗位拟聘人数比例达不到3:1，原则上取消该岗位招聘。

据统计，此次累计取消11个教师岗位，原计划招录23人；减少6个岗位招聘人数，累计减少招录10人。涉及初高中语文、数学等多个学科。

从招聘的简章来看，录取后的拟聘人员，用人单位将依据《事业单位人事管理条例》等文件与之签订聘用合同。业内人士分析，招聘遇冷或与编制被取消有关。翔安区教育局也确认，本次招聘采用参聘制，确实无编制。

锐评

除了打破“铁饭碗” 还要打破应聘者顾虑

长久以来，教师编制作为职业安全与稳定性的象征，对求职者具有不可小觑的吸引力。此次厦门教师招聘事件公众热议的背后，一方面是厦门市作为副省级城市，经济发达区，招聘竞争因报考人数不足取消考试。另一方面也透露着社会人士对教师岗位去编化的深层忧虑。

其实，教育岗位去编化已不是新鲜事了。教育部官网显示，此前，浙江、江苏、四川等地均在开展员额制改革试点工作，通过合同制、企业化管理教师，建立健全教师进入退出制度。

此改革的出发点是为构建更为灵活的教师聘用、退出机制，释放出更多的资源用于教育改革和发展。同时，激发教师的工作积极性，提高教育系统的竞争力。尽管如此，这一举措仍不可避免地给教师行业的从业者带来了顾虑。

连骨干教师招聘都没有编制了，普通教师的编制岗位是不是也会越来越少呢？聘用教师的待遇，虽然是参照事业单位在编人员，但非在编人员不仅会担心保障不如在编，同时也会担心学校只签短期合同，合同期结束就被辞退。

此次厦门教师招聘遇冷表明，取消教师编制实行员额制，恐怕还有很多工作要做。教师编制岗位减少后，需思考如何提高教师职业本身的吸引力，对于“合同教师”，是否可以先设定长期合同、提供竞争力的薪资福利、开辟明确的职业晋升通道等，让教师看到个人发展的广阔空间？

教育改革的推进，不仅要打破“铁饭碗”，还要打破应聘者的顾虑，应切实保障教师的待遇与权利，提升教师职业的吸引力，才能激励教师树立终身从教的职业理想，提高教师的职业荣誉感。

据封面新闻