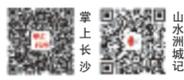


住院天数限制如何破?

晚报 大调查



责编/易勇
美编/王斌 校对/肖应林

● 长沙晚报调查组

“我已经转了4家医院了。”6月27日,在位于长沙的某三甲医院,来自益阳的陈先生无奈地对长沙晚报记者说。

陈先生刚刚从湘雅博爱康复医院转到这家三

甲医院,当天是在该院住院的第9天。在此之前,他在长沙某知名三甲医院住了7天。

对于病重的患者而言,能在医院接受治疗,是最让人安心的。然而,有的人似乎并未如愿。

像陈先生这样,不少需长期住院治疗的患者反映,入院治疗后,被医院告知最多只能住21天,之后

将面临强制出院或转院,想要再回到原来的医院继续治疗,需要两周的“中转期”才能继续入院治疗。这期间,患者坦言转院和出院过程中,不仅会影响治疗效果,还要承担每次住院后重复检查的费用。在患者口中,限制住院天数的是“医保政策”。

果真如此吗?长沙晚报记者展开了调查。



6月30日,几位市民正在长沙市某三甲医院办理进出院手续。长沙晚报全媒体记者 罗悦摄

破题 推动分级诊疗机制, 加强行业监管

为什么官方接到的投诉却又如此之少?记者调查时,不少人表示,医院现在也讲究“话术”,不会蠢到直接告诉你“是因为医保的原因”催你出院,而是会换另一种说法。而一些患者和患者家属由于受知识水平限制,对相关医保政策并不了解,从而在住院治疗过程中听从医院“规则”不断出院转院。

如何破解“住院21天就转院”困局?针对不同类型患者,长沙也在不断进行探索尝试——2022年6月,长沙市医疗保障局在全国率先开启“康复病组按价值付费”医保支付试点改革。患者可由入院时的DRG医保支付方式根据病情转为FRG医保支付方式(康复病组按价值付费)继续进行治疗。在这一模式下,患者可免去因康复医疗费用导致的各医院之间的周转,减少奔波,同时避免因长期康复导致的自付费用过高问题,更好保障了重症康复患者的权益。

改革方案中明确提出了“按价值付费”的理念,强调恢复患者的功能,鼓励医疗机构注重治疗效果。该项改革覆盖了完整的急性后期康复治疗周期,根据康复治疗的重点划分“恢复期”和“慢性期”两个阶段,采用按病例支付和按床日支付两种支付方式,借鉴国际经验设计了精细化的病例分组体系。

其中,还考虑了我国康复医疗的特色——中医康复,将其单独列为一类费用进行分组和支付。颅内出血性疾患、梗死型、颅脑损伤、颅内肿瘤术后、脊髓损伤、人工关节置换术后等15个病种纳入试点类别。湖南省人民医院、湖南省康复医院、长沙市中心医院等29家定点医院为改革试点医疗机构。

记者了解到,卫健委正积极推动分级诊疗机制、建设医共体,打通院间转诊通道,推动检查结果互认,降低患者就医成本,有望有效解决这一问题。

分级诊疗制度是我国深化医改的重要内容之一。分级诊疗按照疾病的轻重缓急及治疗的难易程度进行分级,不同级别的医疗机构承担不同疾病的医疗治疗,逐步实现从全科到专业化的医疗过程。

杨玲认为,在分级诊疗制度下,不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗,完善分级诊疗服务模式,能够方便人民群众看病就医。“大型医院主攻疑难杂症,治疗重大疾病,而慢性期、恢复期患者则向下转诊。”医疗机构可以借此推动检查结果互认,建立患者健康档案制度,推动分级诊疗建设等。医保部门则可以深化医保支付方式改革,推动DRG与适合康复治疗的医保支付方式相衔接。

作为医疗机构的监管部门,卫健委应该发挥作用,协助医院用好DRG病组管理工具,加强医院内部管理,改革医院内部绩效方案,推动医生合理诊疗、规范诊疗,让确实有住院治疗需求的患者不受困于相关规则。

据了解,部分医疗机构可能会为完成“平均住院日”“次均费用”等其他方面的考核指标而设置一些比较粗放的管理措施。国家医保局将会同卫生健康部门指导地方切实加强对医疗机构的培训和监管,督促其为人民群众提供合理的医疗服务。同时,提醒参保人在遇到此类损害医疗权益的情况时,及时向当地医保部门反映,相关部门将严格按照医保定点协议对医疗机构进行处理。

调查组成员:胡建红 梁瑞平 李霞 罗悦

患者

陈先生转了4家医院,每转一次就要重做一次检查

“只要你没有生命危险了,即便是再复杂的疾病,大医院也不会让你住很久,不可能治好才出院,必须转院。”陈先生因肺部感染在其所说的大医院治疗后,想等可以拔管后再出院,但医院表示不行。

“在大医院,转为常规治疗后,每天治疗花费相对较低,可能对于医院来说没有效益。”陈先生认为,目前各大医院效益急速下滑,快速周转床位可能是提升医院效益的一个有效方式。

“我已经转了4家医院了。”让陈先生感受最深的,是每转一次医院,就要重新做一次检查。这次转院到这家三甲医院,刚住进来,陈先生就被医院告知可以“住一个星期”。然而,即便是刚刚从另一家医院出院,但两家医院间检查结果互认,在这家三甲

医院,陈先生依然花了两三天的时间重新做了一整套检查,花费约4000元。

“一个星期的住院时间根本不够恢复治疗。”陈先生希望等恢复到能正常吃饭时再出院。

“外地的可以住21天。”陈先生的家属告诉记者,这个规定是医院告诉他们的,记者随后走访多个病房,这一规定在很多患者口中得到了证实,不少患者都有几次的转院经历,对此他们习以为常。在6楼的高依赖病房(一种介于普通病房和重症监护室之间的医疗单元,用于治疗需要中度监护和治疗的患者)里,记者看到一位已经住满20天的患者,将于次日转去其他医院过渡。患者家属告诉记者,他们想继续住下去,但是由于医院规定,只能无奈转院。

外地网友称爷爷肺癌住院13天被强制转院

被迫转院的经历,网友吐槽的也有不少。

网友“汽电棚改户”在某网站发帖讲述:“我哥66岁,有医保,今年一月检查出肝癌晚期,在长沙某知名三甲医院做介入治疗,因身体虚弱无法进行下一阶段,医院要求出院。在家7天因肝腹水无法排出再次求助120入住长沙某医院。2月26日入院,29日医院就要求出院,百般千般恳求,医院要求按医保规定3月4日必须出院。”

这种在患者尚未痊愈的情况下,患者不得不反复办理出入院手续,或转院继续接受未完成治疗的现象,在其他地方也存在。

江苏南京的网友“最后的午餐”向长沙晚报记者讲述了她爷爷的遭遇。今年2月,她的爷爷入住江苏省南京市高淳区某公立医院,经检查被诊断为肺癌。在住院到第13天时,被医院告知出院,“医生说治不好,到了第13天就一直让我们搬出去,当时爷爷精神还很好,我们不愿意出院。”“最后的午餐”称

也有病重住院50多天未被催出院的

记者了解到,也有部分患者在医院住院时,并未遭遇“住院21天被转院”的情况。

58岁的王先生告诉记者,至少他是没经历过这个情况。王先生家中三位老人都逾八

十高龄,近几年来,经常需要住院康复治疗,其中一位老人病重时住院时间长达50多天,同样住在三甲医院,从未被医生催促出院。“真是那样的病情来了,医生不会催出院

“医保政策”旨在提高医疗效率,并非针对患者

为什么“住院21天就转院”成为很多患者口中所称的医院规定?“医保政策”真的限制了患者的住院天数?记者调查中,除了听到这一普遍说法外,还出现了另一种说法,称“由于DRG医保费用限制,当遇到费用超标的患者时,科室甚至医院可能需要承担个人超支费用,不得已以各种理由催促病人出院。”

真是如此吗?

“这个话题在住院科室的医护人员中最有得聊”

记者介绍了患者确实需要继续住院治疗,且住院费用已经超过DRG病种支付标准的情况。“不会因为收治了一位超过病种支付标准的病例,而影响患者的正常治疗。在实际的诊疗过程中,病人该报多少还是报多少,该怎么治疗还是怎么治疗。”

对于这个话题,医生应该最有发言权,医生怎么说?

记者就这一话题进行调查采访时,听说记者来意,长沙某三甲医院的一位原科室主任果断拒绝采访,他告诉记者:“这是一件很

“平均住院日”考核标准并未限制患者住院天数

刘慧谈到了DRG支付中,医保部门对于病种超过DRG支付标准一定金额的时候,可以通过申请高倍率、特病单议等多元化支付途径,缓解医院承担的经济压力。杨玲认为,医保支付方式改革后,促使医生对于疾病的诊疗更加规范化,医院管理更加精细化。

记者了解到,为防止过度医疗,卫生健康行政部门对医院有“平均住院日”等考核,这是对三级尤其是三甲医院的核心考核数

据之一,也是医院在平衡患者病情和出院时间的重要考量。对医院的相关考核标准是否会造成本地患者住院治疗需求与相关要求不符合的因素?

对此,长沙市某三甲医院医生回应称,这种考核是对整个医院的平均情况做出的考量,不针对单个患者,也并未对病人住院有限制。“医院以病人实际治疗为主,不能降低服务质量,或者是让病人提前出院,必须

医院给出的说法是:“制度变了,如果不及时出院,医院要被罚钱,想继续住下去可以自费,而继续住院自费需要花费上万元。”被强制转院后,几经波折,她的爷爷转院到另一家肯接收的医院,在这家医院住了17天。

河南信阳的胡女士也有类似经历。胡女士因脑梗入住信阳市某公立医院进行康复治疗,住了十几天就被医院以“医疗费用已超过封顶的9000元”为理由催促出院。想要继续住院则需要先出院再办理入院手续。

的王先生说。

肖女士去年底在湖南中医药大学附属第一医院做手术,住院一个月,也未遇到“住院21天就转院”情况。

6月26日,长沙某三甲医院医保科科长刘慧(化名)接受了记者的采访。她告诉记者,他们医院没有遇到这种情况。“我们也遇到过需要住院治疗很长时间的危重病患者,其治疗花费已经超过DRG均值,但由于医保并未限制住院天数,如果单个患者住院治疗的花费超过了医保均值,超出部分费用由医院承担,并不会让科室或医生承担超出部分,以‘医保政策’为名来催促患者出院。”

敏感的事情,没有哪个主任会讲这件事。”

正因为,记者不得不采取暗访形式,在承诺“一定不会透露哪家医院、哪个医生”后,调查才得以继续。记者分别联系了长沙4家三甲医院来自不同科室的共7位医生进行了解。

某三甲医院外科主任告诉记者,“这种情况外科少见,内科遇到的这种情况比较多。”

这一说法在某三甲医院主任张医生处也得到了证实。但他不愿多讲,只讳莫如深地说:“这个话题在住院科室的医护人员中最有得聊了,尤其是规模较大的科室。”

是达到出院征指才能出院。”该指标的考核是为了促进医院通过加强内部管理,优化工作流程,保证医疗服务质量,来降低住院天数,提高服务效率。

是否存在把DRG的单个病例亏损分摊给医务人员的情况?刘慧表示,“其他医院我们不了解,但至少我们医院自DRG支付方式执行以来,由于医保政策宣传到位,没有出现这种情况。”

监管

“不允许因为医保的原因, 赶病人出院”

“长沙市从目前投诉反映的情况来看,这种现象是少数的。如果疾病没有规范治疗完就说因为医保政策原因让患者出院,一旦发现,我们会按相关政策和医保协议进行处理。”长沙市医疗保障局医药服务管理处处长龙飞告诉记者,医保部门对长沙市全区域医疗费用总额控制,对于700多种病组设定医保支付标准,是为了激励和引导各级医疗机构进一步规范医疗服务行为,控制医疗费用不合理增长,但在执行的过程中,确实有少数医生出现偏差的情况发生。

“不允许因为医保支付方式改革的原因,赶病人提前出院。”龙飞表示,对DRG支付方式改革,部分医疗机构有误解。以普通阑尾炎腹腔镜手术为例,三级医院13138元的支付标准,是一个平均值。也就是说,这是根据历年的数据科学测算的。但这只是一个均值。10个病例里,可能5至7个低于13138元,但也有超过了13138元的。“极少数医疗机构特别是民营医疗机构为追求经济利益,过度市场化。”龙飞认为,在执行层面,个别医疗机构把“平均线”改成“封顶线”的做法,是错误的。

龙飞表示,“出现这种情况,还有一个原因,是医疗机构对医生的政策宣传没到位有关。在管理上,这是一个过程。庞大的医护人员队伍,难免有个别医生不熟悉情况。”

龙飞告诉记者,医保部门已加大政策宣讲力度,去年11月份起,市医保局局长每个月都在调研,逐家与医院负责人见面、与医生代表开座谈会。

这还只是加大政策宣讲、加强监管的举措之一。龙飞向记者展示了一份2023年7月下发的《关于进一步做好DRG支付方式改革医疗机构配套工作措施的通知》,通知要求医疗机构确保DRG支付方式改革在院端真正落实、落地、落细,包括加强院内相关培训、普及DRG支付方式改革工作理念、准确理解DRG付费原理和有关政策规定,正确解释政策和引导患者等。

长沙市医保局和各个医疗机构签订的医保服务协议里也明确提出:医疗机构不得以医疗保障政策控制医疗费用、医保支付方式改革,限定医保用药范围、对平均住院日和次均费用等指标考核为借口,推诿参保人员住院、门诊治疗,减少参保人员的医疗服务,催赶参保人员出院、转院或要求参保人员自费住院。

“当然,对于患者的投诉,我们也要理性地看待。毕竟也有可能不会出现这样一种情况:医患矛盾转嫁到了‘医保’。”龙飞举例说,个别患者经救治后,已经达到出院标准,但还想继续住院。而在资源紧缺的大医院,做不到让康复期很长的患者继续治疗。龙飞的这一观点,与记者采访的一些医生的说法一致。他们认为,床位有限,如果等所有康复患者完全康复后再出院,那等待救治的重病患者就住不进来,这也会导致医疗资源的不公平。

记者了解到,“把均值作为额度、以额度为由催赶病人”等情况将是医保基金监管的一项重要内容,对违规行为将予以严肃处理。长沙市医保局相关负责人表示,长沙医保参保人员如果遇到此类情况,可拨打市医保局稽核部电话0731-84425247,进行医疗机构违规投诉举报。

与医药服务管理处在同一楼层办公的基金监管处也有对外公布的医保投诉电话0731-82116109,记者前往采访时,工作人员正在接听患者投诉,并非耐心地宣讲政策。记者在现场见证,近20分钟的时间里,双方一直在沟通中。中途对方不小心断了电话,铃声刚响一声,工作人员又耐心地继续接听。

说到关于“住院天数”的话题,该处室工作人员告诉记者:“目前接到患者关于这方面的投诉量很少。”去年长沙市按DRG支付方式的住院患者逾160万人次,而该处接到反映“医院因医保的说法不允许继续住院”的投诉只有3起。遇到查实的投诉怎么处理?“首先当然是通知医院,让病人继续住院治疗。”