

临床医生视角下中医优势病种支付方式改革现状及可行性研究[△]

李祖兰*,周戈耀#,梅玉虹,毛佳(贵州医科大学医药卫生管理学院,贵阳 550025)

中图分类号 R95;R197.1 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2022)14-1671-06
DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2022.14.02



摘要 目的 从临床医生视角了解中医优势病种支付方式改革现状及可行性,为优化和完善改革实施方案提供参考。方法 自行设计问卷,采用简单随机抽样法,在贵州省中医优势病种支付方式改革试点医院抽取临床医生进行面对面的问卷调查。采用SPSS 20.0软件对问卷结果进行统计,并对改革可行性的影响因素进行单因素分析和多因素有序Logistic回归分析。结果 本次调查共发放问卷420份,收回有效问卷413份,有效率为98.3%。86.0%的临床医生认为本院开展此项改革具有可行性,81.8%认为试点医院遴选出的中医优势病种比较合理。改革后,分别有61.0%、58.8%的临床医生表示所在科室每日诊疗患者数及与患者沟通的意愿均增加;60.3%表示改革中遇到的困难与阻碍是中医疾病复杂多样,患者采用中西医结合治疗,难以用统一的疾病与手术代码进行正确编码;76.3%表示改革实施最大的优点是提高了医疗质量,54.2%表示最大的缺点是医生自主性受到过多限制。多因素有序Logistic回归分析结果显示,改革实施后诊疗服务变化(患者再入院率变化)、中医优势病种遴选的合理性、医疗费用是否降低、医患关系是否改善、是否促进分级诊疗是改革可行性的影响因素($P<0.05$)。结论 贵州省开展中医优势病种支付方式改革具有一定的可行性,但目前处于探索阶段,影响改革可行性的因素较多。建议今后在全省甚至全国推广时应注意遴选出更多、更合理的优势病种进行付费改革,进一步规范临床医生诊疗行为,控制医疗费用不合理增长,加强与患者沟通,提高中医疾病准确诊断率,对优势病种实施分级测算,促进医疗机构分级诊疗等。

关键词 中医优势病种;支付方式改革;可行性;影响因素;临床医生

Study on the current status and feasibility of payment reform for TCM dominant diseases from the perspective of clinicians

LI Zulan, ZHOU Geyao, MEI Yuhong, MAO Jia (School of Medicine and Health Management, Guizhou Medical University, Guiyang 550025, China)

ABSTRACT **OBJECTIVE** To understand the current situation and feasibility of payment reform for TCM dominant diseases from the perspective of clinicians, so as to provide reference for optimizing and improving the reform scheme. **METHODS** A questionnaire was designed by ourselves, and a simple random sampling method was used to select clinicians from the pilot hospitals of payment reform for TCM dominant diseases in Guizhou province to conduct a face-to-face questionnaire survey. SPSS 20.0 software was used for statistical analysis. The single-factor analysis and ordered Logistic regression analysis of multi-factor were used to analyze the influential factors of reform feasibility. **RESULTS** A total of 420 questionnaires were distributed in this survey, and 413 valid questionnaires were recovered, with an effective rate of 98.3%. Totally 86.0% of the clinicians thought that it was feasible for the reform to be carried out in their hospitals, and 81.8% thought that the selected TCM dominant diseases in the pilot hospitals were reasonable. After the reform was carried out, 61.0% and 58.8% of clinicians indicated that the daily number of patients treated in their departments and their willingness to communicate with patients increased, respectively; 60.3% indicated that the difficulties and obstacles encountered in the reform were the complexity and diversity of TCM diseases, for the treatment of patients with integrated traditional Chinese and Western medicine, which was difficult to use a unified disease and surgery code to correctly code; 76.3% indicated that the greatest advantage of the reform implementation was the improvement of medical quality, while 54.2% indicated that the greatest disadvantage was the excessive restriction of doctors' autonomy. The results of multi-factor ordered Logistic regression analysis showed that changes in treatment services (changes in readmission rate of patient), the reasonableness of the selection of TCM dominant diseases, and whether to reduce medical costs, improve doctor-patient relationship, and promote hierarchical treatment were the influential factors of reform feasibility after the implementation of reform ($P<0.05$). **CONCLUSIONS** It is feasible to carry out payment reform for TCM dominant diseases in Guizhou province, but it is still in the exploratory stage, and there are many factors affecting the feasibility of the reform. It is suggested that in the future, when promoting in the whole province and even the whole country, we should pay attention to

[△] 基金项目 贵州省医疗保障局委托课题

* 第一作者 硕士研究生。研究方向:医药产业发展战略。
E-mail:1813835596@qq.com

通信作者 教授,硕士生导师,博士。研究方向:医药管理。
E-mail:51605814@qq.com

selecting more and more reasonable dominant diseases for payment reform, further standardize the diagnosis and treatment behavior of clinicians, control the unreasonable growth of medical expenses, strengthen communication between clinicians and patients, improve the accurate

diagnosis rate of traditional Chinese medicine diseases, implement hierarchical calculation of dominant diseases, and promote hierarchical diagnosis and treatment of medical institutions.

KEYWORDS TCM dominant diseases; payment reform; feasibility; influential factors; clinicians

随着我国按疾病诊断相关分组(diagnosis related groups, DRG)和按病种分值(big data diagnosis-intervention packet, DIP)支付方式改革的大力推行,到2024年底全国所有医保统筹地区将全部开展DRG/DIP支付方式改革工作^[1]。然而无论是DRG还是DIP,都难以体现出中医的特色。2022年,国家中医药管理局根据国务院办公厅印发的《“十四五”中医药发展规划》政策文件,明确指出将统筹推进中医医疗服务价格改革,推动和完善中医药价格和医保政策,在DRG中推进中医优势病种收付费方式改革将成为今后的工作重点^[2]。中医优势病种是根据中医药优势突出、临床疗效确切、诊疗方案成熟、治疗费用稳定、风险可控、中医药治疗费用较低廉等原则遴选出的病种,中医优势病种支付方式改革(以下简称“改革”)就是将遴选出的中医优势病种实行按病种付费的一种医保支付方式^[3]。2021年12月,国家医疗保障局、国家中医药管理局发布的《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》明确指出,积极探索实施中医病种DIP付费,遴选中医病种,优先将国家发布的中医优势病种纳入按病种付费范围^[4]。目前已有广东、湖南、山东、安徽、浙江、江苏等省份对此项改革进行了试点实践,在降低患者就医费用、减轻医保基金支出负担、发挥中医特色优势等方面的实施效果均较为明显^[5-7]。但目前多数学者主要是从政策文本、中医优势病种本身及基于“新农合”医保数据分析等角度对改革实施的可行性进行了研究^[8-11],而专门针对中医诊疗服务开展的此项改革的可行性研究尚未见报道。临床医生作为改革落地执行的重要角色之一,其填写的中医病案首页、疾病诊断和手术操作等信息是保证中医优势病种能够准确入组并进行医保结算的关键,因此,研究临床医生视角下改革的可行性影响因素对我国建设符合中医特色的医保支付方式尤为重要。基于此,本研究对贵州省改革试点医疗机构的临床医生进行了问卷调查,并对改革可行性的影响因素进行分析,以期优化和完善改革实施方案提供参考。

1 资料与方法

1.1 调查对象

本研究以贵州省改革试点地区为调查范围,采取简单随机抽样法,于2021年6—8月在改革试点地区遵义市和黔南州抽取试点医院为受访医疗机构。其中,遵义市共抽取6家试点医院,分别为遵义市中医院、遵义市红花岗区人民医院、遵义市播州区中医院、遵义中医特色专科医院、凤岗县中医院及习水县中医院;黔南州共抽

取3家试点医院,分别为黔南州中医医院、荔波县中医院、瓮安袁庆礼中医院。以受访医疗机构的临床医生为调查对象,对其进行现场实地问卷调查。受访医生的纳入标准为:(1)临床科室医务人员,主要包括实习、规培、交流及日常坐诊的临床医生;(2)知晓科室改革实施工作的临床医生。排除因诊疗工作繁忙无法填写问卷或不愿配合完成问卷的临床医生。

1.2 调查方法

本研究采用自行设计的问卷调查表对调查对象进行现场面对面调查。查阅相关政策文件及文献资料,根据各试点地区上报给贵州省医疗保障局的改革相关工作资料与数据,对试点医院相关管理人员进行访谈后初拟问卷,然后邀请贵州省医保局专家、中医药管理局专家、中医临床专家对问卷内容进行论证与修改后拟定最终调查问卷。

问卷内容包括:(1)受访医生的基本情况(包括性别、年龄、学历、职称、工作年限、所在医院级别、是否参加过改革相关的知识培训等);(2)受访医生对中医优势病种遴选合理性的看法;(3)改革后诊疗服务变化情况(包括科室每日诊疗人数变化、患者再入院率变化、患者并发症发生率变化、次均住院费用和平均住院日变化等);(4)受访医生对改革的态度及评价(包括是否支持此项改革、改革是否可行、改革的优点及缺点);(5)改革实施工作中的困难与阻碍等。

通过信效度检验对问卷的整体有效性和可靠性进行验证,结果标准化Cronbach's $\alpha=0.934$,说明问卷可靠性良好,问卷信度可接受;采用探索性因子分析法对问卷效度进行检验,结果KMO值为0.823, Bartlett's球形检验 $\chi^2=1\ 866.222(P<0.001)$,说明变量之间有明显的结构性和相关关系,问卷的结构效度较好。

1.3 质量控制

正式调查开始前,首先对试点医院的35位临床医生进行小范围的预调查,确保问卷准确无误后开始正式调查;并对调查员进行专业培训,确保其能熟练掌握问卷内容。现场调查中由调查员对问卷有疑问的受访者进行指导;收回的问卷由2名调查员进行核对、录入及逻辑检查。

1.4 统计学分析

使用EpiData 3.1软件进行双录入,采用SPSS 20.0软件进行统计分析。计数资料用“人数(占比/%)”表示,单因素分析采用 χ^2 检验,多因素分析采用有序Logistic回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 受访医生的基本情况

本次调查共发放问卷420份,收回有效问卷413份,有效率为98.3%。413名临床医生的年龄集中在18~44岁之间(91.0%),女性多于男性(266人 vs. 147人),大部分为大专/本科学历(372人,90.1%),初级及以下职称(303人,73.4%),半数以上受访医生工作年限在5年及以下(219人,53.0%),多数来自二级医院(291人,70.5%),仅有三分之一左右的受访医生(128人,31.0%)参加过3次及以上改革相关的知识培训。受访医生基本情况见表1。

表1 受访医生的基本情况

项目	选项	人数(占比/%)	项目	选项	人数(占比/%)
性别	男性	147(35.6)	工作年限	≤5年	219(53.0)
	女性	266(64.4)		6~14年	149(36.1)
年龄	18~44岁	376(91.0)		≥15年	45(10.9)
	45~59岁	36(8.7)	所在医院级别	一级	31(7.5)
	≥60岁	1(0.2)		二级	291(70.5)
	学历	高中/中专		19(4.6)	三级
学历	大专/本科	372(90.1)	是否参加过改革相关的知识培训	没有参加过	98(23.7)
	硕士及以上	22(5.3)		参加过1次	116(28.1)
	职称	初级及以下	303(73.4)	参加过2次	71(17.2)
中级		72(17.4)	参加过3次及以上	128(31.0)	
高级		38(9.2)			

2.2 受访医生对中医优势病种遴选合理性的看法

试点地区医保局上报给贵州省医疗保障局的改革工作资料与数据显示,遵义市遴选出的中医优势病种包括13个门诊病种和5个住院病种,黔南州则包括9个门诊病种和19个住院病种。绝大多数受访医生认为试点医院遴选出的中医优势病种比较合理(338人,81.8%),只有少部分人认为合理性欠佳(包括“一般合理”和“不合理”,75人,18.2%)。此外,前期访谈过程中了解到,试点医院的多数相关管理人员表示目前遴选并纳入改革的中医优势病种的患者依从性均较高,且经济优势突出,患者看病负担得到了减轻。但三级医院的部分相关管理人员及医生强烈反映由于来院就诊的患者病情复杂程度较高,目前纳入改革的能够体现临床医生医技价值的中医优势病种数量较少,目前的改革优势不明显(尤其是遵义市的部分三级医院)。

2.3 改革后诊疗服务变化情况

改革后,大多数受访医生表示所在科室每日诊疗患者数及其与患者沟通的意愿均有所增加,患者的再入院率、次均住院费用、平均住院日均有所减少;但也有半数左右的受访医生认为此项改革对患者并发症发生率、科室是否会选择不同病情的患者、为患者开展的辅助检查项目及将病情较复杂患者转诊的影响不大。改革后诊疗服务变化情况见表2。

2.4 受访医生对改革的態度及评价

受访医生对改革实施的看法中,213人(51.6%)表示支持开展此项改革,23人(5.6%)表示不支持,156人(37.8%)表示需长期实践后才能作出评价,另有21人

表2 改革后诊疗服务变化情况

选项	人数	占比/%
您所在科室的每日诊疗患者数	减少	22 (5.3)
	增加	252 (61.0)
	没有影响	139 (33.7)
您所在科室是否会选择患者	收治更多轻症患者	45 (10.9)
	收治更多疑难重症患者	89 (21.5)
	没有影响	279 (67.6)
您所在科室为患者开展的辅助检查项目	减少	115 (27.8)
	增加	98 (23.7)
	没有影响	200 (48.4)
您与患者沟通的意愿	减少	12 (2.9)
	增加	243 (58.8)
	没有影响	158 (38.3)
您所在科室的患者再入院率	减少	181 (43.8)
	增加	71 (17.2)
	没有影响	161 (39.0)
您所在科室的患者并发症发生率	减少	168 (40.7)
	增加	46 (11.1)
	没有影响	199 (48.2)
您认为患者的次均住院费用和平均住院日	减少	188 (45.5)
	增加	69 (16.7)
	没有影响	156 (37.8)
您所在科室将病情较复杂的患者转诊的现象	减少	129 (31.2)
	增加	72 (17.4)
	没有影响	212 (51.3)

(5.1%)选择了“其他”。关于改革开展的可行性,355人(86.0%)认为本院开展此项改革具有可行性,53人(12.8%)认为可行性一般,5人(1.2%)认为不可行。其中,认为改革可行性一般或不可行的原因中,占比最多的是“改革的实施使诊治流程变得复杂,医疗质量降低”,其次是“信息系统不健全,病案管理和疾病编码混乱”。各项原因分布情况见图1。

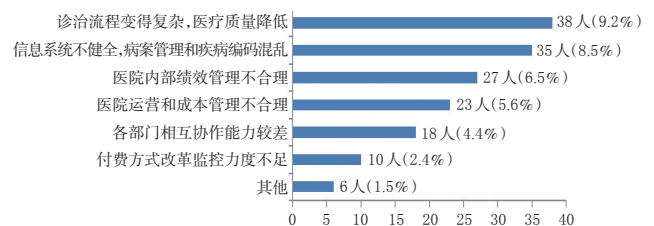


图1 受访医生认为改革的可行性一般或不可行的原因

对于改革的优点,大部分受访医生认为改革提高了医疗质量、降低了医疗费用、提高了医院运行效率等(图2)。对于改革的缺点,一半以上的受访医生认为其自主性受到过多限制,其次为收入和工作积极性有所降低(图3)。

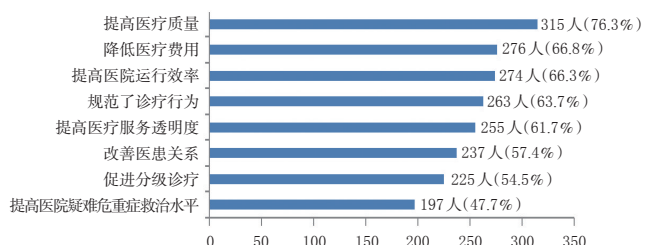


图2 受访医生对改革优点的看法

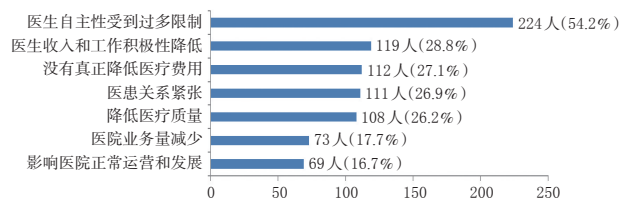


图3 受访医生对改革缺点的看法

表4 改革可行性影响因素的单因素分析结果

自变量	选项	人数	构成比/%	您认为改革开展是否可行[人数(占比/%)]		χ^2	P
				一般/不可行	可行		
性别	男性	147	35.6	29(19.7)	118(80.3)	6.109	0.018
	女性	266	64.4	29(10.9)	237(89.1)		
年龄	18~44岁	376	91.0	46(12.2)	330(87.8)	10.695	0.003 ^a
	45~59岁	36	8.7	12(33.3)	24(66.7)		
	≥60岁	1	0.2	0(0)	1(100)		
学历	高中/中专	19	4.6	7(36.8)	12(63.2)	11.026	0.003
	大专/本科	372	90.1	45(12.1)	327(87.9)		
	硕士及以上	22	5.3	6(27.3)	16(72.7)		
职称	初级及以下	303	73.4	29(9.6)	274(90.4)	19.174	<0.001
	中级	72	17.4	18(25.0)	54(75.0)		
	高级	38	9.2	11(28.9)	27(71.1)		
工作年限	≤5年	219	53.0	20(9.1)	199(90.9)	11.748	0.003
	6~14年	149	36.1	26(17.4)	123(82.6)		
	≥15年	45	10.9	12(26.7)	33(73.3)		
所在医院级别	一级	31	7.5	3(9.7)	28(90.3)	14.722	0.001
	二级	291	70.5	31(10.7)	260(89.3)		
	三级	91	22.0	24(26.4)	67(73.6)		
您对中医优势病种遴选合理性的看法	合理	338	81.8	13(3.8)	325(96.2)	163.277	<0.001
	一般合理	69	16.7	40(58.0)	29(42.0)		
	不合理	6	1.5	5(83.3)	1(16.7)		
您对改革实施的看法	支持	213	51.6	14(6.6)	199(93.4)	24.087	<0.001
	不支持	23	5.6	8(34.8)	15(65.2)		
	需长期实践后才能作出评价	156	37.8	32(20.5)	124(79.5)		
	其他	21	5.1	4(19.0)	17(81.0)		
改革后科室每日诊疗人数变化	减少	22	5.3	8(36.4)	14(63.6)	23.410	<0.001
	增加	252	61.0	20(7.9)	232(92.1)		
	没有影响	139	33.7	30(21.6)	109(78.4)		
改革后科室患者再入院率变化	减少	181	43.8	14(7.7)	167(92.3)	20.168	<0.001
	增加	71	17.2	21(29.6)	50(70.4)		
	没有影响	161	39.0	23(14.3)	138(85.7)		
改革提高了医疗质量	是	315	76.3	30(9.5)	285(90.5)	24.090	<0.001
	否	98	23.7	28(28.6)	70(71.4)		
改革降低了医疗费用	是	276	66.8	26(9.4)	250(90.6)	14.733	<0.001
	否	137	33.2	32(23.4)	105(76.6)		
改革提高了医院运行效率	是	274	66.3	26(9.5)	248(90.5)	13.990	<0.001
	否	139	33.7	32(23.0)	107(77.0)		
改革改善了医患关系	是	237	57.4	22(9.3)	215(90.7)	10.443	0.002
	否	176	42.6	36(20.5)	140(79.5)		
改革规范了诊疗行为	是	263	63.7	25(9.5)	238(90.5)	12.353	0.001
	否	150	36.3	33(22.0)	117(78.0)		
改革提高了医院疑难危重症救治水平	是	197	47.7	19(9.6)	178(90.4)	6.038	0.016
	否	216	52.3	39(18.1)	177(81.9)		
改革促进了分级诊疗	是	225	54.5	20(8.9)	205(91.1)	10.880	0.001
	否	188	45.5	38(20.2)	150(79.8)		
改革后医生自主性受到过多限制	是	224	54.2	40(17.9)	184(82.1)	5.897	0.016
	否	189	45.8	18(9.5)	171(90.5)		
改革后医生收入和工作积极性降低	是	119	28.8	24(20.2)	95(79.8)	5.194	0.028
	否	294	71.2	34(11.6)	260(88.4)		
改革后医院业务量减少	是	73	17.7	16(21.9)	57(78.1)	4.555	0.041
	否	340	82.3	42(12.4)	298(87.6)		

注:受篇幅所限,表中仅列出有统计学意义($P<0.05$)的自变量;a:采用Fisher's确切概率法

2.5 改革中遇到的困难与阻碍

多数受访医生表示在改革中遇到的困难与阻碍主要是中医疾病复杂多样,患者采用中西医结合治疗,难以用统一的疾病与手术代码进行正确编码;其次是信息系统建设滞后,信息系统中缺少对应的疾病与手术操作编码。改革中遇到的困难与阻碍见表3。

表3 改革中遇到的困难与阻碍

选项	人数	占比/%
中医疾病复杂多样,患者采用中西医结合治疗,难以用统一的疾病与手术代码进行正确编码	249	60.3
信息系统建设滞后,信息系统中缺少对应的疾病与手术操作编码	202	48.9
改革相关知识培训效果差	171	41.4
中医病历缺乏结构化的通用模板,诊疗中填写混乱	168	40.7
受传统手写及中医疾病特点影响,难以规范病案的书写行为	147	35.6
其他	104	25.2

2.6 改革可行性的影响因素分析

2.6.1 影响改革可行性的单因素分析

以性别、年龄、学历、职称、工作年限、所在医院级别、是否参加过改革相关的知识培训、对改革的看法、对中医优势病种遴选合理性的看法、改革后诊疗服务的变化情况、改革的优点及缺点等因素作为自变量,以“您认为改革开展是否可行”为因变量进行单因素分析。结果显示,是否参加过改革相关的知识培训、改革实施后诊疗服务变化情况(患者并发症发生率、次均住院费用和平均住院日变化)、改革实施的优点(提高了医疗服务透明度)、改革实施的缺点(降低了医疗质量、没有真正降低医疗费用、导致医患关系紧张、影响了医院正常运营和发展)这些因素差异有统计学意义($P<0.05$),其余因素的差异均有统计学意义($P>0.05$)。结果见表4。

2.6.2 影响改革可行性的多因素有序Logistic回归分析

将“您认为改革开展是否可行(赋值:不可行=1,一般=2,可行=3)”作为因变量,将上述单因素分析结果中有统计学意义的变量设为自变量进行多因素有序Logistic回归分析。多重共线性检验结果显示,容忍度为0.394~0.916,均大于0.1,可认为自变量不存在多重共线性;模型拟合信息的 χ^2 为198.940,自由度为32, $P<0.01$,通过显著性检验;平行线假设检验结果 χ^2 为24.174, $P=0.838$,通过平行线检验。

回归分析结果显示,改革实施后诊疗服务变化情况(患者再入院率变化)、中医优势病种遴选的合理性、医疗费用是否降低、医患关系是否改善、能否促进分级诊疗是改革可行性的影响因素($P<0.05$),详见表5。

表5 改革可行性影响因素的有序 Logistic 回归分析结果

自变量	选项	β	SE	Wald χ^2 值	P	OR(95%CI)
改革后科室患者再入院率变化	减少	1.432	0.644	4.949	0.026	4.189(1.186~14.799)
	增加	-0.231	0.735	0.099	0.753	0.749(0.188~3.352)
	没有影响 ^a					1.000
您对中医优势病种遴选合理性的看法	合理	1.224	0.522	12.431	<0.001	3.401(1.223~9.462)
	一般	-2.338	1.256	3.467	0.063	0.097(0.008~1.131)
	不合理 ^a					1.000
改革降低了医疗费用	是	1.481	0.572	6.705	0.012	4.398(1.443~13.496)
	否 ^a					1.000
改革改善了医患关系	是	1.133	0.438	6.677	0.010	3.105(1.315~7.335)
	否 ^a					1.000
改革促进了分级诊疗	是	1.551	0.578	7.197	0.007	4.718(1.519~14.655)
	否 ^a					1.000

注:受篇幅所限,表中仅列出差异有统计学意义($P<0.05$)的自变量;SE:标准误;OR:比值比;CI:置信区间;a:对照组

3 讨论

3.1 改革后中医疾病的准确诊断显著降低了患者的再入院率

本研究结果显示,改革后,受访医生所在科室每日诊疗人数有所上升,且单因素分析结果发现,每日诊疗人数越多,则改革的可行性越高($P<0.05$)。结合本课题组的访谈结果,这可能与试点医院纳入改革的中医优势病种是患者依从性较高、经济优势突出、能够降低患者经济负担的病种有关。另外,回归分析结果显示,改革后,患者再入院率是否减少是改革可行性的主要影响因素($OR=4.189$),该结果与赵绍阳等^[12]研究相似,说明改革后相关病种的诊疗效果明显,患者疾病复发率降低,这可能与改革后临床医生为提高中医优势病种正确入组率,在诊疗过程中更加重视对疾病的准确判断,从而有针对性地对患者进行治疗有关。

3.2 遴选合理的优势病种有助于改革的实施

回归分析结果显示,当前遴选出的中医优势病种是否合理是改革可行性的主要影响因素($OR=3.401$)。目前贵州省的试点医院已根据政策要求在本市市级、县级公立中医医疗机构范围内,对近3年中医疾病患者的病案首页数据进行了测算,根据中医药优势突出、临床疗效确切、诊疗方案成熟、治疗费用稳定、风险可控、中医药治疗费用较低廉等原则遴选出不少于10个中医门诊优势病种和5个中医住院优势病种进行医保付费改革,该遴选原则与山东省、河北省及安徽省基本一致^[5-7],与福建省和浙江省有细微差别^[13],但总体上相差不大。另外,笔者通过访谈发现,部分受访医生认为当前遴选出的中医优势病种虽较为合理,但数量较少,尚需纳入更多能够体现临床医生医技价值的优势病种。2022年3月,国务院办公厅印发的《“十四五”中医药发展规划》也明确指出应将更多的中医优势病种纳入按病种付费范畴^[2]。可见,今后试点医院还应增加更多体现医生技术价值等的优势病种数量,以提高临床医生工作的积极性。此外,由于中医优势病种的遴选工程巨大,需要大

量资源与强劲的行政手段进行干预,因此探索科学、适宜的优势病种评价方法也十分必要^[14]。建议试点医院可尝试利用大数据工具、人工智能等方法,从“患者、医生、医保”及“中医、西医、中西医”等不同角度建立评价体系,以开展对中医优势病种的全面评价。

3.3 医疗费用的降低促进了中医医疗控费目标的实现

控制医疗费用不合理增长,进一步提高基本医疗保障水平,努力实现患者负担能减轻、医保基金可承受、中医优势能发挥,是此项改革的主要目标^[15]。本研究结果显示,医疗费用是否降低是改革可行性的主要影响因素($OR=4.398$),这与杨勇等^[16]研究结果一致。可能原因是自试点改革工作开展以来,试点地区医疗保障部门要求必须建立中医药支付方式改革试点工作的监督指标体系和效果评价机制,强化监督评价结果应用,加强对临床医生诊疗行为的监管,这使得试点地区在合理控制医药费用、促进医疗机构提高服务质量及服务效率方面效果显著;同时,既往研究也指出,优势病种实施按病种付费不仅可以规范医生的医疗服务行为,还可以有效引导其控制医疗费用的不合理增长^[17]。可见,临床医生作为中医医疗服务的主要提供者,根据患者病情,提供相应类型和数量的诊疗服务对医疗费用的影响较大。为进一步减少诊疗过程中“大处方、泛耗材、滥检查”等不规范的诱导需求行为,建议试点医院可以将控费措施体现在对临床医生的考核方式上,促使其在诊疗中医疑难杂症时站在患者的角度选择成本较低的治疗方案,降低医疗成本,减轻患者负担,最终达到医疗控费目的。

3.4 良好的医患关系有助于提高中医疾病的准确诊断率

良好的医患关系是医疗服务活动顺利开展的必要条件,疾病的准确诊断和治疗方案的合理性都会受到医患关系的影响^[18]。回归分析结果显示,医患关系是否改善也是改革可行性的主要影响因素($OR=3.105$),58.8%的受访医生表示改革实施后其与患者沟通的意愿有所增加。原因一方面可能与改革要求临床医生准确诊断中医疾病,从而增加优势病种入组率有关;另一方面可能与改革实施后医院更加重视“以患者为评价对象的绩效考核思路”来对医生医疗服务质量进行总体评价有关^[19]。中医疾病多以“混、杂、乱”为主,临床医生要想对患者疾病进行准确判断,与后者进行有效沟通十分重要。冯玉等^[20]研究指出,中医诊疗主要依靠“望、闻、问、切”,问诊是实现医患共同决策的有效方法,即医生通过问诊可以对疾病的发生、发展、变化等情况进行深入了解,帮助医生对疾病进行准确判断;同时,通过问诊还能让患者感受到医生的人文关怀,使患者切身参与疾病诊疗过程,对自己的疾病充分了解后会更加配合治疗,从而帮助改善医患关系。此项改革的实施有效促进了医生与患者之间的沟通与交流,提高了对患者疾病的准确判断,同时也提高了中医诊疗服务质量。

3.5 优势病种分级测算有助于促进医疗机构分级诊疗

回归分析结果显示,改革能否促进分级诊疗是改革可行性的主要影响因素(OR=4.718),与高萍^[17]研究中得出的积极推进中医按病种付费可以有效促进医疗机构分级诊疗工作开展的结论相似。这可能是由于试点医院在实施改革时为了引导患者“小病在基层、大病往高层级医院就诊”,对优势病种的医保支付施行了阶梯调控管理有关,即试点医院为促进分级诊疗,对优势病种的分值按照不同等级的医院进行分配,对于基层医疗机构能够诊治的常见病、慢性病等病种的分值高于三级医院,而对于基层医疗机构没有能力诊治的疑难重症病种,三级医院分值高于基层医疗机构。本研究中,试点医院纳入改革的优势病种为患者依从性较高的常见病和慢性病,有利于基层医疗机构的发展;而对于收诊较多疑难重症病种的三级医院来说,由于当前改革处于试点阶段,且纳入改革的优势病种并不多,三级医院在此项改革试点中还未见到明显优势。为促进分级诊疗,建议首先进一步强化不同等级医院病种付费定额按梯度划定的原则,加大各级医院收治的病种差异,细化各级医院的入组标准,如按病情严重程度进一步细化同一病种下的分组标准,或者针对三级医院增加合并症、疑难重症等标准;其次,针对三级医院收治的中医疾病特点,建议相关部门结合临床医生的反馈,根据实际情况和基金承受能力,合理调整增加中医优势病种数和待遇享受次数,以促进各级医院进行分级诊疗^[21-23]。

4 结语

本研究调查了贵州省试点医院临床医生对中医优势病种付费方式改革的态度和开展现况,结果显示,改革后,大多数受访医生表示所在科室每日诊疗患者数及其与患者沟通的意愿均有所增加,患者的再入院率、次均住院费用、平均住院日均有所减少,此项改革具有一定可行性,但由于目前处于探索阶段,影响改革可行性的因素较多。建议今后在全省甚至全国推广时应注意遴选更多、更合理的优势病种进行付费改革,进一步规范临床医生诊疗行为,控制医疗费用不合理增长,加强与患者沟通,提高中医疾病准确诊断率,对优势病种实施分级测算,促进医疗机构分级诊疗等。本研究也存在一定的局限性,例如仅从临床医生视角对此项改革开展的可行性影响因素进行了探索,可能对影响改革开展效果的评价和影响因素的研究不够全面;另外,目前改革试点范围小、实施时间较短,这可能也会对研究结果产生影响。今后将在试点改革成熟后扩大样本量,增加研究对象的丰富性,以期为进一步完善中医优势病种支付方式提供参考。

参考文献

[1] 倪铭.多地明确医保支付方式改革三年行动计划:上市公司积极布局 DRG/DIP 领域[N].中国证券报,2022-01-13(A05).
[2] 王琦.《“十四五”中医药发展规划》的五大亮点[J].江苏

中医药,2022,54(5):9.
[3] 林奕,王学谦,赵晖,等.中医优势病种评价的方法学探讨[J].中医杂志,2021,62(19):1663-1667.
[4] 徐婧.国家医疗保障局、国家中医药管理局联合发文推动医保支持中医药传承创新发展[J].中医药管理杂志,2022,30(1):176.
[5] 罗乃莹.山东威海探索符合中医药服务特点的医保支付方式[J].中医药管理杂志,2019,27(23):15.
[6] 张欢.河北省全面推广按病种付费方式的几点建议[J].管理观察,2018(32):172-173.
[7] 陶群山,魏骅.安徽省中医药按病种支付方式改革效果分析[J].锦州医科大学学报(社会科学版),2019,17(6):25-31.
[8] 黄成凤,申丽君,杨燕绥.价值导向型医保付费政策效果探讨:基于柳州市中医优势病种的实证分析[J].卫生经济研究,2022,39(5):37-41.
[9] 孙立明.关于中医优势病种研究的评述和建议[J].中华中医药杂志,2022,37(3):1271-1273.
[10] 季聪华,郭清.基于循证医学的中医优势病种评价标准思考[J].中华中医药杂志,2022,37(1):277-280.
[11] 张弘,丁科,谢俊明,等.“疗效价值付费”下的中医优势病种 DRG 付费方案探索[J].卫生经济研究,2021,38(12):75-76,79.
[12] 赵绍阳,臧文斌.多任务视角下质量监测对公立医院医疗服务质量的影响[J].经济评论,2020(6):109-124.
[13] 艾贺玲.中医按病种付费分析与未来发展政策建议[J].中医药管理杂志,2022,30(4):1-3.
[14] 刘应科,孙光荣.中医优势病种的认识及发展建议[J].湖南中医药大学学报,2022,42(3):498-503.
[15] 胡家林.黔南州:中医优势病种可纳入医保[J].当代贵州,2021(14):52-53.
[16] 杨勇,满晓玮,尹学琚,等.医疗保险支付方式改革下中医按病种付费的可行性与问题研究[J].中医药管理杂志,2018,26(24):1-4,40.
[17] 高萍.具有中医特色的按病种付费初探[J].中国卫生标准管理,2019,10(22):14-17.
[18] TAO S Y, LIU C J, WU Q H, et al. Developing a scale measuring the doctor-patient relationship in China from the perspective of doctors[J]. Fam Pract, 2022, 39(3): 527-536.
[19] 赵浴光,邱永强.三级甲等医院绩效评价对患者满意度的影响研究[J].中国医院管理,2020,40(8):64-67.
[20] 冯玉,史少华.传统中医诊疗模式下的医患关系研究[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(10):163-166.
[21] XIAO Y, WU X H, CHEN J, et al. Challenges in establishing a graded diagnosis and treatment system in China [J]. Fam Pract, 2021, 39(1):214-216.
[22] 王碧艳.医保支付方式改革下病种点数法对我国分级诊疗的影响[J].中国医院管理,2020,40(2):18-20.
[23] 徐伟,郝梅,杜珍珍.总额控制下按病种分值付费的实践与思考[J].中国药房,2016,27(6):721-723.

(收稿日期:2022-04-22 修回日期:2022-06-28)

(编辑:孙冰)