

## DRG 付费模式下临床护理工作现状及应对分析

王忠霞<sup>1</sup>, 黄振<sup>2</sup>, 王敏<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>临沂市肿瘤医院 山东临沂

<sup>2</sup>临沂市人民医院 山东临沂

**【摘要】**我国的 DRG 付费改革已经进入全面推进阶段, 作为医疗服务主体之一的临床护理领域, 还存在政策认知差, 护理服务评价指标、成本管理、绩效评价等与 DRG 付费模式不相匹配的严峻问题, 本文归纳了当前临床护理工作现状, 旨在探讨应对策略, 以期促进护理人员转变认知, 从实处改进护理服务及管理模式, 快速适应并推动 DRG 付费方式改革。

**【关键词】** DRG; 临床护理; 现状; 应对

**【基金项目】**山东省医药卫生科技发展计划: 基于 RBRVS、DRGs 及 KPI 的公立医院多维度绩效考核体系的研究 (202015021147)

**【收稿日期】** 2024 年 1 月 15 日

**【出刊日期】** 2024 年 2 月 22 日

**【DOI】** 10.12208/j.ijnr.20240041

### Clinical nursing work status and response analysis under DRG payment mode

Zhongxia Wang<sup>1</sup>, Zhen Huang<sup>2</sup>, Min Wang<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Linyi Cancer Hospital, Linyi, Shandong

<sup>2</sup>Linyi People's Hospital, Linyi, Shandong

**【Abstract】** Our country's DRG payment reform has entered a stage of comprehensive promotion, clinical nursing fields, as one of the main bodies of the medical service, there are still poor policy cognition, nursing service evaluation indicators, cost management, performance evaluation and DRG payment model do not match severe problems. This article summarized the current clinical nursing work status, aimed at discussing coping strategies, In order to promote the nursing staff to change the cognition, improve the nursing service and management mode from the current, quickly adapt to and promote the DRG payment mode reform.

**【Keywords】** DRG; Clinical nursing; Current situation; To answer

DRG 付费是当前我国医疗保险付费方式改革的主攻方向。2019 年北京、天津等 30 个城市开展模拟试点, 计划 2024 年底前在全国范围内全部推行 DRG 付费方式改革, 2025 年底前实现地区、病种、医保基金全覆盖。国内学者对 DRG 付费的研究大多集中在医院评估、疾病成本控制和绩效管理等方面, 护理方面涉及较少。临床护理是促进医院高质量发展的重要模块, 护理指标与患者住院日、资源消耗、不良事件发生率等密切相关。本文在文献研究的基础上, 参照临床实际, 对 DRG 付费模式下的临床护理工作现状进行综述, 并对现存问题做出应对分析, 以期使临床护士尽快适应全面推进的 DRG 付费方式改革, 促进 DRG 付费模式下护理专业的发展。

#### 1 DRG 付费的历史背景及相关概念

20 世纪 60 年代, 美国耶鲁大学的管理学教授 Robert Fetter 和护理学教授 John Thompson 为创建一种医院管理工具, 对临床过程及使用医疗资源相似的病人进行分组研究, 开启了美国的 DRG 研究。美国政府青睐其衡量医疗服务产出的功能, 于上世纪 80 年代开始应用于医保支付。

DRG 全称 Diagnosis Related Group, 是疾病诊断相关组的缩写, 根据病例的主要疾病诊断和手术操作, 结合合并症、并发症和年龄、转归等个体因素, 按照“临床过程一致性”和“资源消耗相似性”的原则, 将患者分成若干诊断小组打包付费, 目前全球使用 DRG 付费的国家已超过 40 个<sup>[1]</sup>, 是国际上最先进, 应用范围最

\*通讯作者: 王敏

广的医疗保险付费工具。

## 2 DRG 付费模式下临床护理工作现状

基于“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则, DRG 付费在病例组合的基础上进行预付费, 医院盈利不再与费用挂钩, 而是与成本挂钩。医院发展向以价值医疗为核心的质量、成本和效益型转变。DRG 付费系统的实施要求更高的护理质量和安全管理。护理工作不再只是护理病人的基本康复需求, 更应重视病人的疾病诊治过程, 与医生密切配合, 在做好成本控制、缩短患者住院时间的同时, 保证护理质量, 提高服务效率。我国 DRG 付费改革已驶进快车道, 作为医疗服务主体之一的临床护理, 仍存在以下问题, 难以匹配快速推进的 DRG 付费方式改革。

### 2.1 护理人员对 DRG 付费的政策认知差

研究显示, 对 DRG 付费政策的良好认知, 是感知其功能和社会价值并规范诊疗行为的基础和前提<sup>[2]</sup>。护士对 DRG 付费相关知识的认知是指护士对 DRG 付费相关知识的了解和熟悉程度, 它对提高护理质量和降低护理成本, 使护理人力资源得到合理配置, 具有十分重要的意义。

2020 年, 杨巧, 陈登菊等人对重庆、新疆、陕西试点医院 2000 余人的调查结果显示, 医护人员整体对 DRG 分组和 DRG 付费知晓度不高。接受过 DRG 相关知识学习或培训的医护人员不到 26%<sup>[3]</sup>。张达、高广颖等对 CHS-DRG(全国医疗保障疾病诊断相关组)北京、青岛、济南 DRG 试点地区 330 名医务人员认知水平的研究表明<sup>[4]</sup>: 试点地区医务人员对 DRG 总体认知水平较差。陈艺<sup>[5]</sup>等人对 DRG 付费制度下护理人员的质性研究表明, 当前护理人员对 DRG 的重视程度不够, 工作积极性不足, 临床工作中也会面临成本控制与临床效果相悖的情况, 比如化疗患者, 是选择成本高但药物渗出风险低的中心静脉, 还是选择成本低但药物渗出风险高的外周静脉。护理人员通过对 DRG 相关政策的认知, 作出 DRG 政策的价值判断, 从而作出行为选择, 并形成相互响应, 认知是感受价值和行为产出的基础。护士的政策认知差, 对行为规范产生负面影响。

2.2 缺乏护理服务的有效评估指标, 护理价值感不高

作为住院服务的重要组成部分, 护理服务对病人的安全和医疗质量具有十分重要的意义<sup>[6]</sup>。研究显示, 护理质量对病人的结局有影响, 而病人住院费用的消耗直接关系到护理质量。严重并发症导致的术后患者死亡率、DRG 低风险病例死亡率和导管相关性血流感

染等均与护理质量相关。病人的安全与护理人员的配备有很大的关系, 同时护理人员的配备也影响了 DRG 的实行。护理人员对病人的平均护理时间与病人住院天数呈负相关<sup>[7]</sup>, 日护理时间平均每增加 1 小时, 预计住院时间缩短 0.5 天; 在 DRG 付费模式下, 没有客观的护理质量评价指标, 护理服务与其它服务捆绑在一起, 被包含在 DRG 付费中<sup>[8]</sup>。Welton<sup>[9]</sup>等学者认为, 护理工作劳动量的差异和护理资源消耗的复杂性不能通过 DRG 付费方式来体现<sup>[10]</sup>。

### 2.3 护理成本管理有待进一步提高

护理成本管理是为了计算总消耗, 对护理过程中发生的各种费用进行分配和归集。护理成本管理是制定价格, 并合理分配护理人力资源的基础。医院创收与资源消耗呈正相关的传统按项目付费模式, 使护理人员对费用管理缺乏自觉性。而成本管理是 DRG 付费模式下, 医院可持续发展的必要条件。协和医院在对相关群体不同疾病诊断的病例研究中发现, 护理成本以人力成本为主, 物品消耗相对人力成本占比较低。因而人员管理应该作为护理成本管理的重点。护理人力资源的合理配置和护理服务的效率的提高, 可使护理成本得到明显降低。以肠道外科为例, 术前内镜检查时, 护士在有效宣教的基础上, 帮助病人做好充分的肠道准备, 减少因粪便存留影响镜下内膜观察而引起的重复检查, 可以减少检查所需的物品消耗, 并提高检查效率。

### 2.4 临床护理工作与绩效考核失衡

国外研究显示, DRG 因缺乏有效的激励和补偿措施而降低了护理职业吸引力<sup>[12]</sup>。绩效考核作为一种重要的激励手段, 可以充分调动护理人员的工作热情。国内多采用护理分级的方式衡量护理工作量, 分配护理绩效, 但不同医生对护理分级的判断存在偏差, 护理分级并不能全面反映疾病严重程度和护理资源消耗差异。故护理分级不能反映护理人员的实际付出。

## 3 DRG 付费模式下护理人员的应对策略

3.1 多部门协同差异化培训, 提升护理人员对 DRG 付费认知

知信行理论认为, 认知是行动的前提。强化认知, 才能以积极的态度影响行为。护理人员作为医疗服务的主要提供者和 DRG 付费改革的实践者, 就要弄明白“为什么”、“是什么”、“怎么做”, 也就是为什么要实行 DRG 付费, DRG 付费是什么, 和 DRG 付费下该怎么做的问题。这就要求医保、财务和临床多部门协作, 针对门诊、病房, 手术室等护理人员进行差异化培训, 并且对护士长和普通护士进行分层级培训, 将 DRG

的权重、费率、付费标准等基础培训和医院与患者结算、医保基金与医院结算培训等分类别实施,使护理人员明确工作目标,抓住关键环节。作为科室管理者,护士长收集护士在科室运行中遇到的 DRG 付费问题,在做好科室护士培训的基础上,主动反馈给医保科。医保部门也要下沉科室,把 DRG 付费政策宣传做好。多部门通力合作,边学习边实践地做好持续改进,优化工作流程,提高服务质量和工作效率。

### 3.2 精进管理模式,健全护理质量评价机制,提质增效

归根到底,医疗机构与 DRG 付费政策之间的主要矛盾,是落后的管理理念与先进医保支付方式之间的矛盾。在 DRG 付费模式下,缩短住院时间和提高床位周转率,使出入院评估、病历书写、健康教育、终末消毒等护理工作量大。传统的按床位护士比例配置护士和按护理级别计算护士工作量,已经很难适应 DRG 时代护理质量和安全的需要。护理质量的提升依赖精细的护理管理。国外有学者以治疗干预评分系统为工具,测量 ICU 护士的工作量与疾病严重程度的关系,以探索计算护理成本的方法。

以资源消耗相似的原则匹配护理资源,既有利于成本管理,又可以量化护士的工作量,在物品、时间消耗等方面提供绩效考核的依据。

### 3.3 优化护理临床路径,强化成本管理

临床路径是一种包含质量保证、循证医学、整体护理和持续质量改进等内容的诊疗标准方法,护理临床路径使临床护理活动标准化,降低了护理过程的随意性,减少了资源的浪费。临床护理路径可对护理行为进行有效的规范,对护理成本进行控制。

### 3.4 加强护理队伍建设,提升护理服务能力

#### 3.4.1 加强护理信息化和经济学研究,增强成本核算能力

护理信息化建设是建立和分析护理数据,优化护理程序,提高护理质量的重要前提。我国护理信息化建设相对滞后,目前尚无统一的护理电子病历书写规范,和数据共享平台。有学者提出,DRG 付费模式下可开发应用临床护理分类系统。

#### 3.4.2 加强病案首页质控和电子病历书写规范。

DRG 付费的主要依据是病案首页,循证的重要依据是电子病历。出院病历质控工作一般由护士承担。护理人员要确保病历首页的诊断信息准确无误,包括直接影响 DRG 分组和 DRG 付费的主要诊断、其他诊断以及并发症。保持与医生的良好沟通,保证病历资料的

准确、一致。通过学习,提高对 DRG 付费的理解,达到病历质控要求。

## 4 小结

DRG 付费模式为临床医疗提供了明确的评价指标,有效降低了住院天数和住院成本,护理模式却没有相应的改变,缺乏有效的评价指标和与之匹配的绩效分配方式,护理人员应转变认知,通过学习赋能,提高服务能力,精进管理模式,强化信息利用和成本核算能力,只有在医护一体,提质降本增效的基础上,提高患者满意度,才能真正实现医-保-患三方共赢,促进 DRG 付费的和谐推进。

## 参考文献

- [1] 张俊俊,肖黎,黄梅香,等.美国 MS-DRG 分组规则的剖析和启示.中华医院管理杂志,2022,38(08).
- [2] 程国良,姜立艳,王勇,等.临床医师对 DRG 付费方式改革认知及需求情况调查[J].中国医疗保险,2021(1): 66-68.
- [3] 杨巧,陈登菊,张伟,等.医疗机构人员对 CHS-DRG 付费的认知现状及学习需求[J].医学与社会,2022,35(5):96-101.
- [4] 张达,高广颖,田佳帅,邓茜,李星蓉,胡星宇.试点地区医务人员 CHS-DRG 认知水平研究[J].中国卫生经济,2022,41(4): 30-34.
- [5] 陈艺,陈登菊,符美玲,杨巧,张伟,赵庆华,肖明朝.DRG 支付制度对护理行为影响的扎根理论研究[J].护理学杂志,2022,37(21):57-61.
- [6] McHugh MD, Aiken LH, Sloane DM, Windsor C, Douglas C, Yates P. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. Lancet. 2021;397(10288):1905-1913.
- [7] Pitkääho T, Partanen P, Miettinen MH, Vehviläinen-Julkunen K. The relationship between nurse staffing and length of stay in acute-care: a one-year time-series data. J Nurs Manag. 2016;24(5):571-579.
- [8] 王奕又,陈隽,张志媛,邢宝心,赵冰洁.基于病组间相关性指标的护理项目定价合理性研究[J].中国卫生信息管理杂志,2022,19(4):594-603.

**版权声明:** ©2024 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**OPEN ACCESS**