

【地理位置】厂房位于渤海新区黄骅市科创产业园内规划路十一以东，中兴大街以西，地理位置优越，交通便利。
【面积详情】房源一：已经建成占地面积10000平方米，厂房5000平方米，分为两跨，跨度为8米，高度为12米，可安天车。配有3层办公楼共1000平方米。

【配套设施】水电齐全，厂区配有350千瓦独立变压器，餐厅、办公室、住宿……一应俱全。
【土地性质】正规园区，工业用地，可环评，可办照。
【适合行业】机械加工、设备组装等。
【租金价格】租金面议，欢迎有意者前来洽谈。
联系电话：010-82893226 13331080856

在生命的最后五个月，她不得不转院了7次 当慢性病病人，被医生劝出院

在生命的最后五个月，阿雅的母亲转院了7次。

2023年1月，一次感冒后，原本患有肺炎、在家休养的母亲病情急转直下，感到胸闷气短、呼吸困难，阿雅急忙联系救护车将母亲送入离家不远的北京某顶级三甲医院。

住院15天后，尽管母亲还无法脱离呼吸机，医生仍告知阿雅需要为母亲办理出院手续。此后，阿雅的母亲辗转于一个又一个医院，每次住院15天左右，就被要求出院。

起初，为了母亲能继续住院，阿雅也争取过，但主治医生说得很直白：“医保报销有规定，我也没办法。如果超支了，哪怕是院长都结不了账，您就别让我为难了。”

在母亲去世后，阿雅了解到，医生说的医保报销政策指的是，近几年大规模推广的DRG/DIP医保支付改革。“原来，医院衡量病人，不只有医疗指标，还有医院考核、经济效益和医保控费。”

“不成文的规定”

2016年10月，因频繁咳嗽，阿雅73岁的母亲确诊了特发性间质性肺炎。医生说，这是一种无法被治愈的慢性疾病，被称作“不是癌症的癌症”，“我妈当时肺功能还剩30%，没有特效药，说白了就是拖时间。”

2023年1月，阿雅母亲的病情开始“断崖式”恶化。“到了医院，血氧饱和度低到了80%以下，正常人是95%以上，我还在傻傻排队呢，急诊科医生直接冲出来把我妈推到了ICU病房抢救，5天后才转入普通病房。”

住院第15天，医生找到阿雅，告诉她病人目前病情稳定，可以出院了。医生的理由是医院病人多，容易交叉感染。

回家不到一个月，母亲病情再次恶化，“喘不上气，憋得慌”，血氧又掉到了70%。阿雅不得不再次将母亲送回上次就诊的医院。但这次，阿雅却遭到了医院的委婉“拒诊”。

“医生说如果进他们那，他们就要做气管切开手术送ICU，之后家属就见不着病人了，对彼此都不好。医生建议我们送到另一家医院去保守治疗。”

第二家医院接纳了母亲，但同样不允许长期住院。15天后，医生以“二级医院条件更好”让她们转去其他医院。

此时，阿雅母亲已无法自主呼吸，一刻也离不开医用呼吸机。每一次进出医院都像打一场仗，除了出入院手续、联系救护车、寻找接收医院这些麻烦事，最让她心疼的是老母亲受罪。

由于长期大剂量服用激素，阿雅母亲的骨头已异常脆弱，“打个喷嚏就可能骨折，每次给她都得小心翼翼，救护车路上一颠簸，我就紧张。”每次转院，阿雅都被要求签署免责声明，“相当于说死在路上算我的”。

她不愿意让母亲抱着一堆医疗器具奔波辗转。“用上呼吸机我妈的血氧都不到93%，

这么严重的病人为什么非让人转出来？”可是没办法，这次的主治医生跟阿雅关系不错，她说得很直白：“医保报销有规定，您别难为我了。”同病房的病人家属悄悄跟她说，这已经是“惯例”：“单次住院不能住太久，你可以试试先办出院再进来。”

身处湖南的刘凰也熟悉这一“惯例”。2020年，她外公的喉部因恶性肿瘤每个月都会出血，疼痛难忍。可每次送外

生政策与管理学系讲师崔斌，长期从事医疗保障政策研究，现为国家医保局DRG付费国家技术指导组成员，DIP付费国家技术指导组专家。

据他介绍，过去医保和医疗机构结算时，是按医疗服务项目付费。做了多少检查、治疗，医保就报多少，项目越多，医院收入越高。尽管医生看病比较自由，但也容易造成过度医疗，浪费医疗资源。

而改革后的DRG/DIP支付



医院走廊的病人



阿雅的母亲患有特发性间质性肺炎

公去医院，医生都以“未达到住院标准”拒绝收入院，最多将外公安置在急诊病房，做简单的止血、止痛、消炎处理。

医生也说得很直接：“如果我们每个月都收同一个病人入院，又不做大的治疗，医保查到肯定会问责，整个科室都会受罚。”

医保改了啥？

医生们提到的医保政策，正是近年来大规模推广的DRG（疾病诊断相关分组付费）/DIP（按病种分值付费）医保支付改革。

DRG起源于上世纪80年代的美国，后来澳大利亚、法国、德国等国家纷纷效仿。2019年以来，国家医保局先后在100多个城市推行DRG和DIP付费试点改革，要求2024年底，医保支付改革覆盖全国所有统筹地区。

北京大学公共卫生学院卫

则是按病种付费。简单一点讲，把诊断相似、治疗手段相似、费用相近的患者，划分成一个病组（种），再制定一个相对固定的病种支付标准，类似于买卖中的“打包一口价”。

病种支付标准则是根据各地过去三年这一病组（种）里，患者的平均治疗费用来确定的。这个支付标准再扣除病人自费的部分，就是医保基金支付给医院的报销额度。

比如，医生给患者诊断为阑尾炎，采取手术切除治疗，假设对应的病种支付标准是5000元，5000元减去应患者个人负担的1500元，医保支付给医院3500元。如果医院实际总花销4000元，则结余1000元归医院所有；但如果医院实际花了6000元，超出的1000元需要医院自付。

“大数据告诉我们，一个地区、同一类疾病、同一种治疗手段，治疗费用应该是差不多的。同样治疗阑尾炎，有些医

院只花2000元，有些医院要花2万元，这就不合理，应该遵循一定的临床规范，减少治疗随意性。”

“DRG/DIP改革的根本目的，是引导医生看病更规范、更精细，提高医保基金的使用效率，减少浪费。”崔斌解释道。

医保改革下的医生

随着医保改革全面铺开，“医院还不敢不敢收危重病人”“医院会不会催着病人早出院”，民众的担忧也越来越多，国家医保局多次出面回应。

今年4月，医药服务管理司司长黄心宇在新闻发布会上提到，对于一些医疗机构以“医保额度到了”的理由强行要求患者出院、转院或自费住院，群众可向当地医保部门举报。

阿雅和刘凰都没投诉过医生，她们知道医生也没办法。浙江某大型三甲医院的内分泌科住院医师夏夏透露，他的科主任就明确表示，“收起同情心、共情力，拒绝慢病和重病患者”，要求首诊医生在办理住院时，提前算好患者花销会不会超标。

科室把医生划分成若干责任小组，谁收的病人超支了，谁所在的小组就要为此负责。超额的钱由科室承担部分，医生和主管护士也要承担部分，“整个科室的奖金，还有其他同事的职称评定都受影响。所以，谁收治了超标患者，就会被整个科室嫌弃”。

夏夏介绍，因为治疗费用超标，他每个月都会被扣2000多元的绩效。“刚入职前几个月，每月绩效只有几百元，根本养活不了自己。年轻医生被‘捶打’多了，就不得不学会心硬。”

多位医生表示，病人实际花销超过报销额度的情况并不少见，在手术操作少、疾病报销额度较低的科室尤为严重。

华中地区某地级市三甲医院医生飞飞所在的老年病科就是其中之一，“老年人基础疾病多，一个肺部感染就可能

导致心衰、呼吸衰竭，需要综合治疗，而DIP付费是根据主诊断和主要技术操作（比如手术）来决定的。很多老年病没有什么技术操作，报销额度很低，实际花销经常超标，只能医院承受亏损。”好在，她的医院目前还未从明面上扣除科室和医生的工资、奖金。

事实上，不光医院对病床周转率、医疗花销有要求，如果患者住院时间长、费用高，医保部门也会找上门来。

果要是华东地区某地级市三甲医院呼吸与危重症医学科的主治医师，据她介绍，如果病人住院超过30天，医保部门会反复核查病历、医嘱，要求医生说明原因。

“每个病历多少都能查出点问题，因为治疗难免有大夫的主观判断。拿我们呼吸科来说，病人肺部感染，需要做痰培养，但有些病人咳不出痰，查不出细菌。对危重病人，我们会根据经验使用高级抗生素，但光看化验报告是无法支持这一行为的。医保核查时只

看纸面上的东西，‘既然细菌阴性，为什么要用这个药？’”

多重压力之下，“劝患者早日出院”“劝退慢重症患者”成了很多医生不得不为的无奈之举。

“有的医生又看病又当会计”

改革的磨合崔斌曾参与四川、云南、陕西等多地医保付费改革的政策设计、运行监测和效果评估。据他观察，医保改革之后，确实存在部分医院亏损、医生又看病又当会计”等现象。

在他看来，这不完全是DRG/DIP的“锅”。“DRG/DIP给出的病种支付标准，不是最高限额，实际花销是允许超过额度的。原则上，有超支，自然也会有结余，总体上是能平衡的。医院简单粗暴地‘一刀切’，不允许超支，是对医保政策的片面理解。”

“造成亏损的原因有很多，比如病案编码是不是准确，有没有纳入合并症，各地DRG分组是否有足够的区分度，住院临床诊疗方案是否最优；更重要的是，DRG/DIP的系统复杂而庞大，医院应该有专门的运营部门来做精细化管理，而不是让医生算账。如果还是粗放式管理，亏损是必然的。”

更重要的是，医保部门、卫健部门和医院，要协同配合。临床要理解、运用好DRG/DIP系统，临床的合理需求也要及时反馈到医保政策中。而现在，不少地方的医保部门和医院还处于“斗智斗勇”的磨合状态。

比如，医生飞飞下诊断时会反复斟酌，“某个严重肺部感染的患者实际花了8000元，肺部感染的DIP报销额度是4000元，更细分的革兰阴性细菌性肺炎的报销额度是7000元，那我们就会选后者，让医保回款更多，医院亏损更少”。

又比如，与“劝超支病人转出院”相对的，医生夏夏透露，由于当年的实际支出费用会影响第二年的报销额度，因此，为了不让下一年度的额度减少，对于花费少、想提前出院的病人，他们会马上劝住。

不过从整体来看，医保改革已初有成效。今年6月，南京市医保局宣布，2023年南京市医疗机构结余15.4亿元，省人民医保局等例均化费用同比下降。崔斌也展示了一组数据，某省会城市2023年的职工医保年度个人自付费用从2021年的5300元下降至4400元；居民医保年度个人自付从2021年7900元下降至6400元，参保人的住院个人负担明显减轻。

但崔斌也承认，“DRG/DIP更适用于急性短期住院患者，住院动手术很快就能好，对于肿瘤晚期这类慢性疾病，更适合在康复中心、护理院住院，使用床日付费、项目付费等支付方式，但目前国内在慢病康养这方面还相对欠缺”。

（应受访者要求，阿雅、刘凰、飞飞、夏夏、果果均为化名）
据央视