

·国外康复·

美国康复医疗制度的演进对我国的启示

姜从玉¹

2009年7月—2010年1月期间本人受美国中华医学基金的资助,在纽约州立大学上州医学院附属医院进修学习,亲自参与美国康复临床医疗、科研和教学工作。进修学习期间重点咨询和了解美国康复分诊和转诊工作,以及美国医疗保险关于住院康复服务内容和准入条件。通过对这些问题的深入了解和探讨,可以了解美国康复患者是如何分层转诊,医疗保险是如何根据不同层次的康复需求提供相应的康复经费,以及这种监管措施是如何在改善患者日常活动能力的同时,控制不断高涨的康复费用。这种基于不同层次康复需求的分层转诊制度,以及医疗保险分层覆盖的支付体系,对我国目前所实施的医疗改革政策,可能会起到有益的借鉴作用。

1 概况

美国纽约州立大学上州医学院(SUNY Upstate Medical University)位于锡拉丘兹市(Syracuse),1872年建院,有近140年历史。医学院附属医院拥有372张病床,是一家三级医疗机构和地区医疗转诊中心,覆盖纽约上州地区17个县市的医疗服务。拥有一个近2800m²的康复医学中心,设有33张急性期康复病床,提供包括物理治疗、作业治疗、言语治疗和支具/矫形器为主要治疗内容的近36种特色康复服务项目或方案。

2 美国康复医疗分级转诊

在美国需要康复的患者,医疗机构会根据其具体病情、家庭支持程度、医疗保险覆盖程度和其他一些相关因素将其进行分层康复转诊,转诊机构包括:急诊医疗机构、急诊康复机构、亚急性康复机构、执业护理机构、长期照料机构,以及家庭和社区层面的康复。

2.1 康复机构分类

急诊医疗机构(emergency medical unit):是指急性发病后就诊医疗机构,康复医疗一般在此即开始,即其开展的早期床边康复治疗。急诊康复机构(acute rehabilitation unit):一般设在急诊医疗机构,接受病情稳定能主动参与每天至少

3h,每周5天的高强度康复训练的患者,训练后能够得到切实的功能提高。亚急性康复机构(subacute rehabilitation unit):接受病情稳定能够主动参与每天少于3h,至少1h康复训练的患者,且能得到切实的功能提高。

执业护理机构(skilled nurse facility):接受病情稳定的丧失独立日常活动能力的患者,可以是直接从临床急诊转诊过来,或急诊康复机构,或亚急性康复机构转诊的患者。这部分患者功能的改善不足以独立适应家庭或是社区的生活,须要在专业的护理机构待相当长一段时间。

长期照料机构(long term care unit):接受那些丧失生活自理能力,或植物状态的患者,为他们提供长期的日常生活照料。家庭或社区层面的转诊(home or community rehabilitation):是指那些功能恢复较好的有在家庭或社区独立生活能力的患者,他们可是从以上的各种机构里面转诊而来的患者,他们可以在家庭或社区层面接受居家的康复治疗,每周2—3次的由治疗师提供的上门居家式康复治疗。

2.2 康复分诊、转诊的流程

一般急性期患者入院,主治医师会根据病情需要开具康复治疗 and 康复医师会诊处方。康复医师会诊即是第一次分诊。此时患者若是病情稳定,能够承受每天3h,每周5天的康复训练,则转诊至急性康复病房;若是病情稳定,能够承受每天少于3h,至少1h的康复训练,则转诊至亚急性康复病房;若是植物状态或失去生活自理能力,则可转诊至专业康复护理机构或长期照料机构;若是病情稳定,不需要住院康复治疗即可恢复,则转诊至家庭和社区层面。

3 美国医疗保险对康复服务内容要求的变迁

3.1 2009年以前的康复服务内容和准入标准

美国1985年颁布实施了住院康复服务内容和准入标准。它对住院康复的管理起到约束作用,对控制康复医疗费用,起到了很大的作用。主要内容:①3h准则,即住院期间每天至少要有3h的康复治疗,可以是物理治疗、作业治疗、言语治疗,或它们的任意组合;②康复医师的诊疗;③康复护士的专业护理;④合理的多专业协作康复方案;⑤切实的功能

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.12.016

1 复旦大学附属华山医院康复医学科,200040

作者简介:姜从玉,男,主治医师,硕士;收稿日期:2010-04-02

提高;⑥合理的康复目标;⑦合理的住院时间。

3.2 2010年现行的康复服务内容和准入标准

2009年美国对住院康复服务内容和准入标准进行修订,修订后主要内容:(1)文案记录要求:①入院前筛查;②入院后康复评定;③个体化诊疗方案;④入院医嘱;⑤功能再评定。(2)住院康复服务内容和准入标准:①多项康复原则;②高强度康复原则;③主动参与原则;④康复医师诊疗;⑤多专业协作康复原则。(3)切实的功能提高。

相比之下,康复服务内容和准入标准的主要变化在以下四个方面:①入院前筛查;②入院后康复评定;③个体化诊疗方案;④住院康复服务内容和准入标准。

3.2.1 入院前筛查:入院前筛查需在入院前48h内完成,先前完成的筛查入院前仍需更新相关信息;筛查内容:先前功能水平、预计功能恢复程度、预计住院时间、并发症发生危险程度、需要康复治疗的功能状态、预计康复治疗措施、康复治疗的频率和持续时间,预计的出院目标和出院后康复计划。筛查应由有资质医师完成。筛查完成后由康复医师审阅并批准。筛查资料须保留在病历中。

3.2.2 入院后康复评定:入院后康复评定须在入院后24h内完成。内容:病史,先前的和现在的医疗情况和功能状态、并发症,预期的治疗过程;康复医师须对入院时的医疗情况和功能状态和入院前筛查中记载的相关内容进行比较,从而得出的确需要住院康复,并记录在病历中。评定资料须保留在病历中。若评定后发现功能状态过好,或是功能较差不能参与高强度康复训练,须立即被转诊至他处。保险最高可支付3天的临时处置医疗费用。

3.2.3 个体化的诊疗方案:个体化诊疗方案须在入院后4天内完成。方案内容:医疗预后、预期的干预措施和预后、预期的住院时间和出院目标、需要的康复项目、预计的治疗强度、频率和时期。康复医师需把上述内容归纳整理,并得出一个合理的适合患者的康复方案,记录在病历中。

3.2.4 入院医嘱和功能再评定:患者入院后,根据“付费-服务”原则,医师须诊疗并生成入院医嘱,医嘱须保留在病历中。医疗保险要求病历中须有功能再评定资料。

3.2.5 住院康复服务内容和准入标准:患者需多项康复治疗,且至少有一项是物理治疗或是作业治疗。患者要有至少每天3h,每周5天的多项康复治疗,或者是连续7天内至少15h的高强度的多项康复治疗。康复治疗须在入院后36h内安排进行。康复治疗须是“一对一”的康复治疗,群体治疗只能作为个体化治疗的辅助,因医疗方面的原因,可有短暂的康复暂停,但不能连续超过3天,医师须对此做出详细解释和记录。

患者主动参与高强度的康复训练,训练后得到切实的功能提高。另外,康复医师每周至少有3次面对面的康复诊疗。

患者需一个多专业相互协作的、高强度的、协调合理的康复诊疗方案。患者需要医师的康复诊疗、护士的康复护理、社会工作者或是病案管理员(或是两者)的协作,以及涉及患者康复的各类治疗师的服务。每周至少有一次由医师主持的小组会议,参会人员:康复医师、康复护士、社会工作者或是病案管理员,以及涉及患者康复的各类治疗师。康复方案一般是在入院后第一次小组会议中讨论并生成的。第一次会议须在入院后4天内完成。小组会议着重讨论和评估针对康复目标的功能改善程度,寻求解决阻碍功能改善的任何因素,重新评估原先设置的康复目标的合理性,进而修改和监督康复方案的实施。

3.2.6 切实的功能提高:通常住院康复目的是使患者在治疗结束出院时,能够安全地返回到家庭或社区环境中,因此住院康复病历中就应该标明预期功能改善的具体实质内容和改善程度,以及所需的预期时间。即和入院时评估的功能状态相比,这种功能的改善应该是持续的,可维持的,同时也是实用的。为了配合患者能够安全地返回到家庭或社区环境中这一终极目标,治疗的重点通常应从传统的以患者为中心的康复,逐步转变为患者/照顾人员的教育、耐用医疗设备的使用训练,以及其他的一些类似的康复治疗为主要内容,从而为患者能够安全出院回家或回到社区做准备。

4 美国康复医疗制度变迁的启示

我国各级康复机构的构建和服务尚且很不完善。在国家“十五”和“十一五”科研攻关期间,我国三级康复服务网络体系得到了长足地发展。目前三级医疗机构一般都设有康复科和(或)康复病房。然而,我国医疗保险管理机构控制医疗费用和规范医疗机构行为的能力较为弱小,主要表现在支付技术和手段的单一和落后。换言之,我国尚且缺乏有效的三级康复服务网络体系,灵活的康复分层转诊制度和合理的住院康复服务内容和准入标准等。

4.1 加强三级康复服务网络体系的构建

目前我国绝大部分三级医院和二级医院都设有康复科和(或)康复科病房,但由于康复宣传和教育力度尚且不够,医院其他临床科室对于康复的了解程度不够,造成部分需要康复的患者转诊困难。另外,我国尚且缺乏一批以亚急性康复为主的康复机构。对此,复旦大学胡永善教授主持国家“十五”攻关课题:“脑血管疾病三级康复治疗方”研究期间,对此作了较为深入的研究和推动,极大地推动了我国三级康复服务网络的构建^[1-3]。

4.2 增加专业康复护理机构和长期照料机构

随着人口老龄化的出现,突出的人口问题就是高龄老人病后残疾缺乏专业的康复护理机构和长期照料机构来接纳他们。其实这些康复服务机构同时也可充当急性康复和亚急

性康复患者在回到社区前的一个过渡场所。这样可以缓解上级医疗机构的康复服务压力,同时也可优化康复医疗服务,最大程度节省医疗费用。

4.3 完善家庭和社区层面康复服务支持系统

患者回到家庭或是社区层面,往往缺乏有效社区康复机构对其后期康复的管理和支持。进而造成患者不愿意回到社区或家庭,在各个康复机构之间不停地转诊,从而造成医疗费用的浪费。另外,部分患者功能进入平台期,大量的康复也得不到切实的功能改善。若有比较完善的社区康复服务,患者可在家庭或社区层面接受维持性的康复训练,可节省大量的医疗费用。因此,加强家庭和社区层面的康复服务支持体系的建立是势在必行的。

4.4 构建和推动灵活的康复分层转诊制度

我国康复转诊制度非常不完善,很多康复机构的患者来源不足,很多临床科室的需要康复的患者,因医师的康复意识淡薄,或是因经济利益方面的考虑,不能将他们有效地转诊到康复机构。美国对康复实施不同的保险支付政策,从而引导各类康复机构迅速发展和完善,满足患者不同层次、不同治疗阶段的康复需求,也实现患者及时、主动、顺畅地分诊和转诊。因此构建和推动灵活的康复医疗分层转诊制度是非常必要的。

4.5 亟待建立具体住院康复准入/准出标准

我国康复机构的住院康复,至今没有统一的准入和准出标准,造成很多不是真正需康复的患者住在康复病房,而真正需康复的患者却得不到机会。美国医疗保险机构目前采用独立功能量表(function independent measure,FIM)来评估患者的功能恢复情况,以此来判断患者功能改善程度、预后,以及什么时候可以出院^[4]。复旦大学吴毅教授等设计的功能独立评定量表(function comprehensive assessment,FCA)是一个和FIM类似的评定量表,可以作为我国康复患者功能评估的依据^[5-6]。但FCA仅是评定量表,量表本身并没有设立一个具体的衡量标准指出患者达到什么样的功能程度可以出院,或是到达了什么功能程度保险可以覆盖,哪种程度保险不可以覆盖等。因此,建立我国具体的住院康复准入/准出标准,是非常紧迫。

4.6 提高医疗保险对康复医疗的覆盖程度

我国现阶段新的医疗改革政策要求健全基层医疗卫生

服务体系,注重预防、治疗和康复三者的结合。从而体现了我国必将加大医疗保险对康复的覆盖程度。然而,我国现行的保险支付政策并未将急性病临床医疗和康复医疗分开考虑,使得部分需要进行康复医疗的患者滞留在综合医疗机构的神经科或是康复科,不能及时实现院内转诊和上下转诊,造成患者因保险政策,得不到真正意义上的康复^[7]。另外,我国住院康复基本上实施按住院单元结算指标为基础的定额结算办法,忽视了康复患者功能改进和住院时间长的特点,造成分解住院现象严重,无效住院日延长,以及医疗资源的浪费等情况,同时医疗机构补偿不到位,患者接受康复治疗受到医疗保险政策制约较为明显^[7]。此外,目前我国很多患者无医疗保险,尤其是广大农村居民。

随着新的医疗改革时代的到来,建立科学的支付模式,对于提高医疗保险基金的利用率,实现医疗保险管理由规模粗放型向质量内涵型转变必将十分重要。根据新医改方案基本原则的要求,要从全局出发,兼顾供方和需方等各方利益。通过细化康复医疗的服务内容和准入标准,建立科学的医疗保险支付方式来促进医疗机构根据市场需要自主调整、发展和完善,实现患者合理、快速分流,进而提高医疗保险对患者康复医疗的覆盖程度,解决结构性看病难的问题,都将十分重要。

参考文献

- [1] 胡永善. 中国脑血管病后三级康复治疗的研究 [J]. 中国临床康复, 2002, 6(7): 935.
- [2] 胡永善, 吴毅, 姜从玉, 等. 脑卒中患者规范化三级康复治疗模式探索[J]. 中国临床康复, 2004, 8(19):3850—3851.
- [3] 姜从玉,胡永善,张新谊,等.脑血管病三级康复治疗数据库系统应用介绍[J].中国康复医学杂志,2008,23(3):273—275.
- [4] 吴毅, Peter Esselman. 功能独立性评价量表作为康复治疗前后和随访的功能评价指标[J]. 现代康复, 2001,5(8):5—6,9.
- [5] 胡永善, 吴毅, 范文可, 等. 功能综合评定量表的研究:(一)量表设计[J]. 中国康复医学杂志, 2002, 17(1): 35—38.
- [6] 范文可, 胡永善, 吴毅, 等. 功能综合评定量表的研究[J]. 中国康复医学杂志 2003, 18(6):325—329.
- [7] 孙燕, 励建安, 张晓. 美国老年人住院康复医疗支付政策与启示[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(8): 747—749.