

关于康复医疗服务体系建设的若干问题

北京康复医学会 王茂斌

1 卫生部关于康复医疗服务体系建设的相关政策

2012年3月21日,全国康复医疗工作会议在京召开。这是卫生部首次召开的专门研究、部署康复医疗管理与发展的工作会议。会议深入贯彻“十二五”时期卫生重点工作和医药卫生体制改革规划要求,落实2012年全国卫生工作会议精神,围绕《“十二五”时期康复医疗工作指导意见》,总结我国康复医疗工作取得的成绩,认清形势,明确任务,统一思想,对“十二五”期间全国康复医疗重点工作进行了部署。卫生部副部长马晓伟同志出席会议并做重要讲话,他认为,改革开放以来康复医疗工作取得了长足的发展,成绩显著。目前,我国康复医疗机构和康复专业人员队伍发展迅速,康复医疗服务网络已初具规模。康复医疗服务手段和内容不断丰富,康复医疗管理架构、政策架构已基本建立^[1]。马晓伟副部长指出,康复医疗是医疗服务的重要组成部分,在医疗服务体系建立和完善过程中发挥着重要作用。当前,发展康复医疗工作面临着三个有利条件:一是党和政府、社会各界日益重视康复医疗服务。2009年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》和《中华人民共和国国民经济和社会发展第十二个五年规划纲要》均对发展康复医疗提出要求。二是经济社会发展催生康复服务需求。随着我国经济水平的提高和老龄化进程日益加速,康复医疗服务需求巨大,康复产业发展前景可观。三是,公立医院改革为加强康复医疗工作提供重要支撑^[1]。

马部长指出:“十二五”期间康复医学发展的三项基本任务是:第一,建立完善康复医疗服务体系,逐步实现分级医疗和双向转诊。要明确不同层级康复机构的功能定位和主要任务,科学规划,康复医疗机构分工协作,落实分级医疗和双向转诊,建立分层级、分阶段的康复医疗服务体系。加强康复医院建

设,鼓励社会资本进入康复医疗服务领域。第二,规范机构建设和服务行为,提高服务能力。卫生部已陆续出台了包括综合医院康复医学科和康复医院在内的机构建设标准、指南,还将印发技术规范、质量控制标准等文件。各级卫生行政部门和康复医疗机构应当按照文件的要求加强机构建设,确保服务的基础质量,并尽快开展康复医疗服务质量管理与控制工作。第三,加快队伍建设和人才培养,着眼学科长远发展。“十二五”期间,卫生部也将逐步建立康复专业人员培训制度,开展康复治疗师培训工作。各省要根据本地区实际,制定康复治疗师培训计划,依托省内康复医疗机构逐级开展培训,争取到2015年底完成全国所有在岗康复治疗师的培训^[1]。

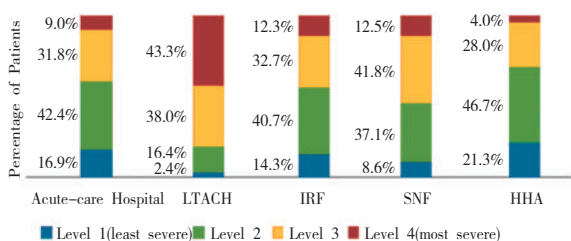
2 美国目前的康复医疗相关服务体系情况

在建立和完善我国康复医疗体系建设方面,我们既要学习发达国家的先进经验,又要根据国情,走具有中国特色的发展道路。美国应用DRG和FIM这两个数据系统,对有关医疗机构和康复机构进行了许多有关医疗体系建设方面的研究工作,这些数据值得我们研究和借鉴。

美国研究者将医疗过程分为五个阶段:①短期急性期医院(short term acute-care hospital, STACH);②长期急性期医院(long-term acute-care hospital, LTACH);③住院康复机构(in-patient rehabilitation facility, IRF);④高水平的护理机构(skilled nursing facility, SNF);⑤家庭健康照顾机构(home health agency, HHA)。在短期急性期医院之后的所有医疗过程被统称为“急性期后医疗”(post-acute care, PAC)。我国目前急性期医院平均住院日应在10天之内(美国7天之内)。我国的综合医院康复医学科相当于美国长期急性期医院;平均

住院日为30天(美国14—21天);康复医院或二级医院相当于美国住院康复机构:平均住院日3—6个月(美国根据不同性质住院时间不同);护理院:同属于长期照顾机构,相当于美国高水平的护理机构(高级护师有处方权);社区-家庭的医疗康复相当于美国家庭健康照顾机构,同属终身健康照顾性质。不同严重程度的疾病患者在各种医疗服务机构中的分布情况见图1。2009年康复医疗服务机构数量、相关患者数及医疗支出情况见图2。

图1 不同严重程度的疾病患者在各种医疗服务机构中的分布情况



Source: Analysis of the 2008 100% Medicare Standard Analytical Files by The Moran Company.
Note: SOI is measured by the 3M APR-DRG Grouper.

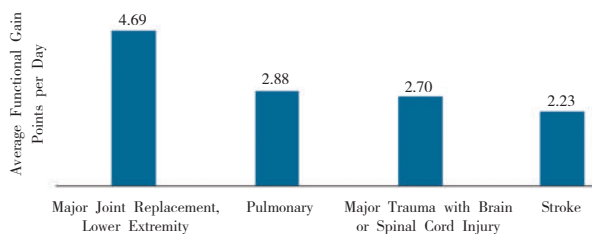
图2 2009年康复医疗服务机构数量、相关患者数及医疗支出情况

Facility Type	Number of Facilities(2009)	Number of Beneticiaries Treated(2008)	Estimated Medicare Spending(2009)
Long-term Acute Care Hospital	432	115000	\$4.9 billion
In-patient Rehabilitation Facility	1196	332000	\$5.7 billion
Skilled Nursing Facility	15053	1.6 million	\$25.5 billion
Home Health Agency	10422	3.2 million	\$18.3 billion
Post-acute care accounted for approximately 12% of all medicare spending in 2008.			
Source: Medicare Payment Advisory Commission.(June 2010). Dasa Book: Healthcare Spending and the Medicare Program. Washington,DC.			
*Data from Medicare Payment Advisory Commission.(March 2010). Repots to the Congress: Chapter 3. Washingtom, DC. Includes fee-for-service beneficiaries only.			
54.4B/5.247M=\$10307/person			

急性期医院的患者可以依据病情需要,在适宜的时期转诊到不同的急性期后的康复医疗服务机构,在必要时,随时可以进行“双向转诊”。长期急性期医院收治患者数量最多的前三位病种是:使用呼

吸机96h以上的呼吸系疾病;肺水肿并呼吸衰竭;败血症或严重脓毒症并发其它主要器官并发症。住院康复机构收治的患者中脑卒中患者占20.6%,下肢骨折患者占15.5%,下肢主要关节置换患者占11.4% [Medicave Payment Advisory Commission(2010)]。通过适宜的康复医疗,患者功能会得到持续的提高。不同病种功能评分(FIM评分)的每日改善情况见图3。不同的急性期后医疗机构的出院及支出情况见表1。

图3 不同病种功能评分的每日改善情况



Source:Valir Health.(2010).Data generated using the Uniform Data System for Medical Rehabilitation. Data collected between June 2009 and June 2010.Gains measured using the Functional Independence Measure, or FIM, scale. FIM rates patient independence in key areas such as self-care, locomotion, and social cognition on a scale of 18 to 126 points,with 126 denoting the highest level of independence.

表1 不同的急性期后医疗机构的出院及支出情况 (from RTI report 2009)

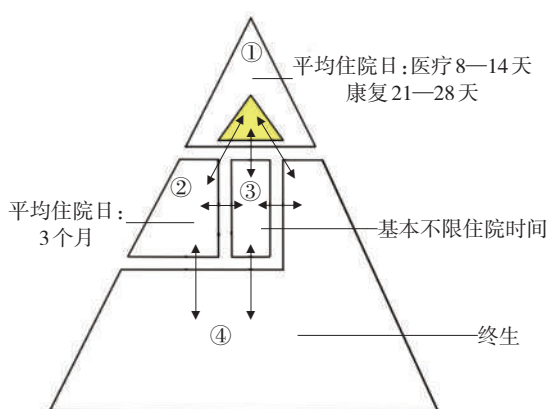
	出院	药费	S/D 比值
SNF	41.1%	21B(46.5%)	1.13
HAA	37.4%	14.1B(31.2%)	0.83
IRF	10.3%	5.6B(12.4%)	1.20
LTACH	2.1%	4.4B(9.7%)	4.62
	100%	45.1B(100%)	1.00

3 逐步建立适合我国国情的康复医疗服务体系

据报道^[2],我国2010年1—12月医疗机构总诊疗人数总计583758.3万人次,其中,三级医院为76046.3万人次,二级医院93120.4万人次,一级医院14573.6万人次,社区卫生服务中心(站)48451.6万人次;出院人数总计14137.9万人次。三级医院3084.2万人次,二级医院5089.4万人次,一级医院460.6万人次;社区卫生服务中心(站)265.8万人次^[2]。针对我国的具体情况,我们既要参考美国和其他国家的情况和经验,又要密切结合本国的国情,并且在实际工作中经过试点,找出经验来,逐步建立起适合我国具

体情况的康复医疗体系,并将它纳入我国医改的大局之中。如何设计一种既能与国际接轨,又符合我国国情的康复医疗体系,使我国康复医疗机构能够顺利发展,应当是医改的一项重要内容。为此我们曾参考澳大利亚模式为北京市卫生局起草了一个建议的模式,见图4。

图4 急慢分治、分级医疗、双向转诊示意图



①急性期医疗/康复综合医院(三级);②综合医院(二级)/康复医院稳定期医疗/康复;③长期照顾单位(护理院、敬老院等);④社区/家庭医疗/康复

目前,在我国康复医疗体系建设中主要存在的问题是:第一,医疗保险和商业保险体系不健全;而这又不是卫生部能独立解决的问题。急慢病分开必须有经济杠杆。第二,功能评价体系不健全;人员素质偏低和时间-项目导向的评价系统不能提高康复医疗的质量。导致二级康复机构解决问题的能力较差,得不到患者的信任。第三,机构管理体系不健全。各自为政的经济管理模式不利于完整体系的建设和相互间转诊。第四,公立医院“转型”和“转制”困难不少,而社会力量办康复的政策也还有待细化和落实。因此,我们提出如下建议:第一,分层、分级

医疗,双向转诊必须以健全的医疗保险作为基本支持;但这需要多个部委的合作才能解决。需要将时间-项目导向的保险机制转变为功能导向的机制上来。第二,需要在康复后果的评定上,采用可以量化的标准。这是开展“功能导向”的基本条件。可能需要推动ICF的应用?第三,坚决贯彻各种“管理条例”,奖惩要分明。但单靠行政“命令”有时并不能解决问题。

2012年6月4日,卫生部医政司在北京中苑宾馆召开了“2012年建立完善康复医疗服务体系试点工作”。全国14个试点省市的200余位各级卫生行政领导和专家参会。卫生部医政司王羽司长和樊静处长、残联康复部尤红主任主持了会议。山东、湖北、无锡、云南等省市介绍了他们的经验。卫生部卫生发展研究中心赵琨主任对试点评估工作进展进行了报告。荷兰的康复医学专家介绍了荷兰康复体系建设的经验。这表明:在政府的大力扶持下,我国康复医疗事业正在迅速发展成为我国医药体制改革的重要内容。“防-治-康三结合”和“补齐康复医疗的短板”的国家政策正在逐步地落实。而完整的康复医疗体系建设是其中重要的一环。我们相信,在卫生部的正确领导下,我们一定会抓住这种难得的“黄金机遇期”,借助医改的大好形势,将我国康复医学的发展推上一个新台阶,使我国康复医学的发展速度和学科质量迅速赶上或达到国际先进水平。

参考文献

- [1] 全国康复医疗工作会在京召开 马晓伟出席并讲话. <http://politics.people.com.cn/GB/70731/17490336.html>. 2012-3-26.
- [2] 卫生部. 2010年1-12月中国医疗机构总诊疗人数和出院人数统计. <http://data.chyxx.com/yybj/201103/558477D6D1.html>. 2011-3-11.