

美国老年人住院康复医疗支付政策与启示

孙 燕¹ 励建安² 张 晓^{1,3}

美国政府实施老年人医疗保险制度(Medicare)至今已有近 50 年历史。住院康复医疗作为其保障的重要内容,其支付制度经历了逐步发展和完善的过程,在支付制度的研究和实践上积累了丰富的经验,许多技术和方法属世界领先。我国正处医疗保险制度改革新时期,美国医疗保险体系建立和发展过程的经验和教训值得我们学习和借鉴。

1 美国老年人医疗保险制度的发展历史

1.1 后付制时期(1965—2002 年)

1.1.1 按服务付费 (1965—1982 年):1966 年美国正式实施老年人医疗保险制度。此时,住院康复医疗和急性病住院医疗费用尚未分开,均采用按服务付费方式。具体支付内容包含 90 天的住院费、100 天的出院后续治疗费和 100 次的家庭医疗服务费。扣除 50 美元起付线后,医疗保险支付 80% 的合理费用。医疗保险支付制度按支付时间划分为后付制和预付制。后付制是在医疗供方提供医疗服务后,按照标准支付费用的方式,是一种传统的、使用最广泛的支付方式^[1]。按服务付费方式是后付制的典型代表,其操作方便,适用性强,容易调动医疗机构的积极性。但易刺激医疗机构提供过度医疗,导致医疗行为难以规范,医疗费用难以控制。1965—1980 年间美国的卫生总支出由 139 亿美元激增至 996 亿美元,医疗卫生经费由占 GDP 的 2.0% 激增至 3.8%。如果不采取有效措施,保险基金预计到 1998 年将全部耗尽^[2]。

1.1.2 税收公平和财政责任法案上限制 (1982—2002):医疗费用的剧增给美国政府带来了严重的财政威胁,实施合理的支付制度迫在眉睫。1982 年,Medicare 对其支付制度进行重大改革,实施诊断相关分类法 (Diagnosis-Related Groups, DRGs) 为基础的定额预付制。预付制是医疗服务供方在提供服务之前医疗保险部门就确定一个相对固定的标准进行付费。DRGs 是预付制的典型代表。其主要思想是以国际疾病诊断分类标准为基础,将疾病按诊断、年龄、性别分为若干组,每组根据病种病情轻重程度及有无并发症确定疾病诊断相关组分类标准,并测算出每个组每个级别的费用标准,并按这个标准预先支付给医疗机构。DRGs 定额预付制按预先确定的标准进行支付,使政府对医疗费用的控制更为直接、有效,对医院的补偿更加科学、公平。同时,对医院起到很好的约束作用,激励起降低医疗成本,加快周转,节约资源。实施 DRGs 后,Medicare 住院总费用的增长速度从 1983 年的 18.5% 降至 1990 年 5.7%;平均住院天数从 1980 年的 10.4 天降至 1990 年的 8.7 天,1995 年已缩短到 6.7 天^[3]。

DRGs 主要适应于诊断明确、治疗方法相对一致、治疗程序相对稳定且住院时间较短的疾病。因住院康复医疗、精神类疾病等四类治疗住院时间长、治疗复杂且费用高等特殊性,未采取 DRGs 支付办法,继续沿用按服务付费制。但是,

1982 年《税收公平和财政责任法案》(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act, TEFRA) 规定:在按服务付费的基础上,对每次住院康复治疗费用设置一个支付上限,称为“TEFRA Limit”。该办法根据每个住院康复机构既往费用支付历史,设置不同的支付上限。若住院费用低于上限,按实付费,并给予一定的奖励;高于上限,仅支付限额。上限额度设置时参考的费用基准不同,老的住院康复医院其上限可能低至 6000 美元,而新的医院可高达 40,000 美元,造成新旧医院支付差距过大,医院怨声载道。而且 TEFRA 上限额度的调整也不能与医疗费用增长同步,严重影响了医院的积极性。

DRGs 的一个重要缺点是什么疾病均有不同严重程度,因此治疗费用差异很大,如果采用统一的医疗保险额度,那么接受重症患者的医院便难以生存。为此,美国开始实施功能相关分类法 (Functional Related Groups, FRGs) 作为新的模式。这种模式以患者入院时的功能为尺度,确定医疗保险额度。功能障碍越差,给予的保险费用等级就越高,在逻辑上比 DRGs 要合理^[4]。

1.2 预付制时期(2002 年以后)

1.2.1 背景:因对急性病住院医疗实施 DRGs 定额预付制,对康复住院医疗实施按服务项目支付的后付制,一方面促使综合性医院和急诊医院尽可能地加快周转,将患者转入非急性病或专科医疗机构;另一方面为了获得更多的费用补偿,大力扩充康复床位或新建康复医疗机构。在当时,任何一家医院只要有空床都会优先开展康复医疗。在 DRGs 实施后 10 年里,康复病床数量翻了一番。康复专业医疗机构、长期护理机构等如雨后春笋般发展起来。Ted Cole 在 1992 年的 Zeiter 报告中指出,预付制实施后的几十年是“康复医学发展的黄金时期”^[5]。

20 世纪 90 年代早期,美国健康保健财政管理局 (Health Care Financing Administration, HCFA) 开始关注日益增长的非急性期医疗费用。从 1985 年到 1995 年 10 年间,Medicare 支付的康复医疗费用以每年 20% 的速度递增,到 1995 年超过了 4.3 亿美元。在其他非急性医疗领域,费用增长更加迅猛:如家庭健康医疗服务费每年增加 24%,1995 年费用高达 17 亿美元;长期急性医疗住院费每年以 28% 的速度增加,1995 年费用高达 120 亿美元^[6]。面对如此巨大的费用压力和 TEFRA 上限制的缺陷,1997 年美国国会命令在所有非急性医疗领域实施预付制。

1.2.2 条件:1987 年美国健康和社会福利部对国会提交的康

1 东南大学公共卫生学院,南京,210009

2 南京医科大学第一附属医院康复科

3 通讯作者

作者简介:孙燕,女,助理经济师,在读硕士

收稿日期:2009-05-18

复医疗预付制可行性评估报告中指出,以 DRGs 分类的预付制经研究证实,的确不适用于康复医疗,在建立明确的康复医疗预付制之前,还需要对康复医疗的服务体系有更深入的分析,并且发展适合的患者分类系统。自 1980 年以来,美国多篇研究显示,对康复医疗患者而言,其功能状况和医疗资源耗用量有较高的相关^[7-9]。我国上海华山医院康复医学科范文可关于功能评定与费用和时间关系研究表明:患者的综合功能水平与费用有关,且能较好地预测费用和住院时间^[7]。因此,在构建康复医疗预付制时,应将“功能状况”作为预测资源耗用量的最重要因子。对于急性期之后的患者,以功能改善为主要医保给付依据是最简洁易行的方法^[10]。

1984 年纽约州立大学医学院康复医学科,联合美国康复医学会和物理医学与康复学会创立了美国康复医学统一数据系统 (Uniform Data System For Medical Rehabilitation, UDSMR)。研究者们选择最普通、最有用的功能测评项目并确定恰当的分级评分法,医务人员和管理者能用统一可信的方法来评定残疾的严重程度和患者功能改善情况。UDSMR 资料内容包括患者性别、年龄、入院前生活情况、诊断、入院及出院时功能测评得分、入出院日期、入院转介来源、出院安置处所及医疗费用等,内容十分丰富,数据较为完整、统一,为 FRGs 的研究提供了可能。

1.2.3 研究和实施:1993 年,Harada 等人最早提出 FRGs 的概念^[11]。FRGs 和 DRGs 同属病例组合分类办法。二者最显著的区别是:FRGs 以患者功能为单位计算定额,DRGs 以疾病诊断为单位计算定额。FRGs 的主要思想是根据《国际残损、残疾和残障分类》(ICDIH)残疾、残损的标准将患者分类,再根据 UDSMR 数据和信息按患者功能状况和年龄分为若干组,测算出每组每个分类级别的医疗费用标准,并结合住院天数确定一个费用定额,预先支付给康复医疗机构。FRGs 对康复医疗机构来说支付更加公平,且能促使其产生内生变革;对患者来说有利于功能的改善和提高。励建安教授在美国费城 Jefferson 医疗系统考察后也指出:实施 FRGs 后,康复医院的平均住院时间将会限制在 20 天左右。这将促使康复医院采取最有效和经济的手段,使患者的功能得到恢复,从中获得经济利益^[10]。

1993 年,Harada 等根据凯兹日常生活活动量表 (KI Index of ADL) 为评估工具,以患者入院时的功能状况、功能改善程度、发病至入院时间、性别和年龄为分类依据,采用分类回归树法针对 9 种损伤类别共发展出 33 组功能关系组。1994 年起,Stineman 等^[12]以 UDSMR 为基础,以 FIM 量表为评估工具,发展出一系列的功能相关分类法 (FIM-FRGs)。该分类法是目前发展较为完备的功能相关分类法,根据评估时点的不同有三种类型,第一种是以入院时功能状况为分类依据的 FIM-FRGs;第二种是以出院时功能状况为分类依据的 DMF-FRGs (Discharge motor FIM-FRGs);第三种是以出院时功能进步情况为分类依据的 Gain -FRGs。第一种方法是来预测资源耗用量,可适用于医疗保险支付制度;后两种是用来预测出院时患者的功能或功能进展的状态,可应用于医疗质量管理和医疗成本控制领域。美国 HCFA 参考 FIM-FRGs 分类,于 2000 年底公布了康复医疗预付制的计划书。

2002 年 1 月,以 FRGs 为基础的预付制正式公布。

2 配套政策

2.1 75%依从性原则

因对急性病住院医疗和康复住院医疗实施不同的支付办法,区分病种是否是康复病种,医院是否是康复医疗机构十分重要。1983 年 9 月 1 日美国健康保健财政管理局,现为美国医疗照顾和医疗救助服务中心公布了“75%规则”。该规则确定了 8 个康复诊断,包括脑卒中、脊髓损伤、先天畸形、截肢、重大复合性外伤、股骨(髌关节)骨折、脑外伤和多发性关节炎。75%规则根据康复医疗机构或病区的依从性来确定支付方法:若住院康复医疗机构(病区)低于 75%的患者具有以上 8 个诊断之一,按 DRGs 方法支付;高于 75%,按 FRGs 方法支付。由于康复学界人士的不断争取,康复诊断的范围经过 2 次调整,又增加了 5 个诊断,包括神经损伤、烧伤、关节炎(活动期多发性类风湿性关节炎,银屑病性关节炎,血清学阴性关节病)、系统性红斑狼疮合并关节炎和严重或晚期骨关节炎。每个诊断的具体内容和要求也不断完善和补充,从而更加贴近和符合临床实际需求。

2.2 入院指征原则

康复住院的指征有 2 个准则,一是患者必须病情稳定且能够坚持每天 3 小时的物理和/或作业治疗;二是患者必须在一定时间内有功能提高的合理预期。

3 讨论

3.1 我国第三方支付(医疗保险方)的弱小和缺位

我国医疗保险管理机构医疗费用控制和规范医疗机构行为的能力弱小,主要表现在支付技术和方式的单一、落后。随着新医改时代的到来,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。

3.2 重视支付政策的科学导向作用

美国实施不同的支付政策,从而引导各类康复医疗机构迅速发展和完善,满足患者不同层次、不同治疗阶段的医疗需要;也实现患者及时、主动、顺畅转诊。我国支付政策并未将急性病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院的神经科或康复科,不能及时实现院内转诊和上下转诊。新医改政策要求健全基层医疗卫生服务体系,注重预防、治疗、康复三者的结合。通过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,解决结构性看病难的问题,都将十分重要和也会十分有效。这从美国支付政策历史即可看出其作用的强大和效果的显著。

3.3 FRGs 为基础的预付制是康复医疗保险支付政策的发展方向

美国于 1982 年实施 DRGs 支付办法时,康复医疗即作为特列未被包含在 DRGs 支付范围之内。根据美国支付政策的发展历史和学者研究表明 FRGs 更加适合康复医疗的特点^[13],制定规范化、标准化的预付费标准是可行和科学的。

3.4 康复医疗保险支付办法的制定要兼顾供需等各方利益

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。目前,我国国内康复住院医疗基本上实施按住院单元结算指标为基础的定额结算办法,忽视了患者功能改进和康复医疗住院时间长的特点,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、患者进行康复治疗受到政策制约较为明显。FRGs不仅考虑到患者功能状况,结合全国平均费用和时间,同时还考虑机构性质、除外病历的多寡等因素,使支付更加客观、公平和人性化,较好地实现费用和质量控制的双重目的,兼顾医患三方利益。

3.5 FRGs在我国实施需完善的因素

3.5.1 FRGs是建立在病例组合分类的基础上,因此,需要建立完整、充分、可靠和适合我国国情的康复医学电子信息数据库,才能制定科学、准确、稳定的分类组合和适宜的费用标准。目前,我国尚无统一的康复医学数据库,特别是患者功能状况的资料缺失或不完整,这对于FRGs规范化研究十分不利。

3.5.2 尚缺乏评价功能状况的适合我国国情、患者特点和医疗保险需要的统一量表。国内临床康复并未采用统一的评价量表且不能在病历中规范测评和反映,限制了数据的采集和进行统一、可信的评价。

3.5.3 明确的临床诊疗常规及规范化的治疗方案尚未建立,医院成本核算体系尚不科学,不同医院在服务项目的数量和范围上变化的空间非常大,导致许多不必要的医疗服务和不合理费用的产生,为医疗资源消耗的度量带来很大难度。

3.5.4 三级康复医疗体系和机构体系尚不健全。研究表明,建立卒中单元和完善三级康复医疗和机构体系是经济、有效的康复途径和手段^[15-16]。要实现患者的快速转诊和合理分流,其前提必须有适合的去向。我国对于康复医疗体系和机构体系的建设尚处开始建设阶段,社区康复、专业康复机构,以及卒中单元等方面的建设缺乏或者水平较低。因此,有必要加快发展和完善这一系统工程,有助于配合医疗保险制度的改革。

3.5.5 明确康复病种和康复医疗机构的资格认证标准。建立FRGs支付办法,必须确定康复病种和医疗机构的康复性质。其界定原则在美国多次调整且争议较大,不仅直接影响患者的康复治疗,甚至会导致一些医疗机构停业,因此制定合理的审核和确定标准十分重要。

参考文献

- [1] 张笑天,王保真.医疗保险原理与方法[M].北京:中国人口出版社,1996:210.
- [2] 黄慧英.美国诊断相关分类法的综合介绍[J].国外医学·医院管理分册,1990,7:145—149.
- [3] 韦启明.疾病诊断相关分组(DRGs)的发展与应用[J].医学文选,2002,21(6):884—887.
- [4] 励建安.功能独立性评测的临床应用[J].现代康复,1999,3(10):1197—1201.
- [5] Cole T. The 25th Walter J. Zeiter Lecture. The greening of physiatry in the golden era of rehabilitation [J].Arch Phys Med Rehabil, 1993,74:231—237.
- [6] Braddom RL.Medicare funding for inpatient rehabilitation: how did we get to this point and what do we do now[J]? Arch Phys Med Rehabil, 2005,86(7): 1287—1292.
- [7] 范文可,胡永善,吴毅,等.脑卒中三级康复患者的功能综合评定与费用和时间的关系[J].中国康复医学杂志,2007,22(8):680—684.
- [8] McGinnis GE,Osberg S, DeJong G, et al. Predicting charges for inpatient medical rehabilitation using severity, DGR, age and function[J].Am J Public Health,1987,77:826—829.
- [9] Batavia AI, DeJong G. Prospective payment for medical rehabilitation: the DHHS report to Congress [J].Arch Phys Med Rehabil,1988,69:377—380.
- [10] Stineman MG, Williams SV. Predicting inpatient rehabilitation length of stay[J].Arch Phys Med Rehabil,1990,71:1163—1170.
- [11] 励建安. Jefferson 康复医学模式和启示[J].中国康复医学杂志,2001,16(5):300—302.
- [12] Harada N,Sofaer S, Kominski G. Function status outcomes in rehabilitation. Implications for prospective payment [J].Med Care,1993,31:345—347.
- [13] Stineman MG. A modular case-mix classification system for medical rehabilitation illustrated [J]. Health Care Financing Review,1997,19(1):87—103.
- [14] Stineman MG.The story of function-related groups—please, first do no harm[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2001, 82:553—557.
- [15] 安中平,巫嘉陵,周玉颖,等.卒中单元的疗效及卫生经济学评价[J].中国康复医学杂志,2008,23(3):225—227.
- [16] 胡永善,白玉龙,陈文华,等.规范三级康复治疗对缺血性脑卒中患者运动功能的影响[J].中国康复医学杂志,2007,22(7):605—608.