

康复的医保支付探索

——以深圳市为例

清华大学 杨燕绥 广东省深圳市社会保险局 沈华亮

康复包括术后短期康复和临床恢复期的医护康复，包括院内康复和院外康复，两类康复均属于医疗范畴。2010年我国印发的《关于将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围的通知》要求，将运动疗法等9项医疗康复项目纳入城乡基本医疗保险的支付范围。

随着我国国民平均寿命的延长，人们的护理和康复服务需求急剧增长。目前，反映最强烈的是在医院占床的康复患者（本文指好转未愈的患者）、长护患者和老年失智者，我国亟待加强康复医院、长期护理院和失智老人家园建设，这类服务的供给不足和需求不足是当前社会的主要矛盾之一。广东省深圳市在此方面未雨绸缪、先行先试，其取得的经验和面临的挑战，对我国医疗保险精细化管理、分类项目管理、改革定价与支付方式具有重要的借鉴意义。

新的支付方式有效引导康复患者到二级以下医疗机构就诊

2009年，为解决康复患者在大医院压床和回家康复困难的问题，深圳市社会保险局启动了医护康复项目及床日付费制度，并在2014年大力推开。深圳市社保局与本市具备资质的13家医疗机构（3家公立医院、2家三级医院，其余为民营一级和二级医院）订立专项服务协议。2014年深圳市印发的《深圳市社会医疗保险定点医药机构费用结算办法》第七条规定：“康复病种住院及家庭病床等的医疗费用，按床日付费。”第二十二条款解释：“按床日付费是指社会保险机构按照住院参保人员每住院一天（一个床日）确定一个定额付费标准，并按参保人员实际住院天数向定点医药机构支付医疗费用的方式。”2012年至2017年的数据显示，此期间康复项目的医疗费用结构比较合理，其中药费20.31%、检查化验费10.14%、材料费1.4%、床位费9.14%、治疗费60.31%。医保支付占90%，个人支付占10%。2014年以来，该市康复患者就诊于三级医院的有570人，占比33.4%；66.6%入住了二级以下医疗机构和民营医疗机构，缓解了三级医院的接诊和压床压力。

2017年，清华大学医院管理研究院课题组在深圳市试点医院和临床患者中进行的问卷调查显示，医护康复项目收到较好的社会效益。

康复项目管理的几个问题

2016年深圳市统计年鉴数据显示，2015年出院病人平均住院日7.9天，出院病人日均费用9117.2元，计算可得出院病人日均费用1154.1元。2017年，深圳市医护康复患者年均住院日为81天、总费用均值为40811元、日均费用503.84元，呈现两高一低的局面。2014年，院内康复项目支出占全市医保基金总支出的0.3%、2015年占比为4%、2016年占比为6%，增速较快。

通过分类数据分析和走访临床实际发现，在康复床位上有两类不具备康复体征的人员。一是失能者甚至临终者，这类患者的年均住院日为111天（以往这类患者常常在三级医院通过转科转院延长住院日），总费用均值为69789元，日均费用628.7元，而且患者和家属对床日限制为意见很大；二是失智者，其年均住院日为190天，总费用均值为137975元，日均费用726.18元。可见，失能者人次日均费用比不失能者高20%左右，人均住院日增加30天；失智者则高出30%以上，人均住院日增加100天以上。

影响康复项目费用的主要因素的回归分析结果显示：医院类型和等级对住院费用的影响并不显著，主要影响因素是住院天数、损伤程度和长期卧床者引起并发症。这与国内外多数研究结果是一致的。影响康复项目住院天数的主要原因如下：一是评估管理与分类服务缺失。目前康复患

者入院评估很简单,仅有全失能、半失能和空白的记录,康复机构没有设置评估岗位,缺乏定期评估的制度安排。因此,在康复床位上有失能者、失智者和临终者。二是单纯住院日支付方式激励康复机构通过增加住院日提高收入。虽然政策规定了90天-180天住院日限制,在实际中院内转科和反复出入院的情况屡有发生。

关于支付方式的影响。课题组通过案例研究发现:一方面,按项目付费组的均次住院费用显著高于按床日付费组;另一方面,按项目付费组的平均住院天数显著低于按床日付费组;最后,按项目付费组的日均费用显著高于按床日付费组,但后者的药占比明显下降,从23.6%降至11.9%。

完善康复项目的几点建议

1983年,美国实施DRGs-PPS(基于DRGs的预付费制度)之初将康复类病例、精神类病例等排除在外,因为尽管诊断相同、治疗方式相同,但是资源消耗与治疗结果变异较大。相关研究显示:康复患者的损伤程度和身体功能状况与医疗资源消耗高度相关,只有开发出合适的分类系统,才能构建出科学的支付方式。为此,本文对完善康复项目提出如下建议:

第一,建立科学的康复患者损伤程度和身体功能状况的评估制度。Nancy·Harada等人应用Katz日常生活活动量表对康复病人的功能状况进行评估,并将功能评估结果、年龄、性别、发病-入院间隔、外科治疗状况作为自变量,住院天数作为因变量,采用分类回归树的算法将资源消耗相近的患者进行分类,形成33个病人分组,被称为功能相关分组(Function Related Groups, FRGs)。1994年,Stineman等人以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DMFFRGs(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。建议将设置评审岗位和 workflows 作为准入康复医院进入社会医疗保险协议机构的必要条件。

第二,改革康复项目的支付方式。在美国,医师可以综合病人的主要损伤类型、入院时的功能状况(包括运动与认知两方面)进行初次分类,再结合患者年龄以及合并症等进行下一步分类。美国总共确定了95个病例组合分组,涵盖21种损伤类别(如脑卒中、脑外伤、截肢等),以及2种特殊情况(住院天数少于3天,住院期间过世)。最终,根据其资源消耗程度测算出相对权重,其数值越高,资源消耗越大,费用越高。费率会根据医院地理位置、地区工资差异以及低收入受益人不均衡的待遇等进行调整。在实际操作中,同一个病例组合分组中会存在一些费用异常高的病例,即异常值,可以根据出院状态支付一定的额外费用。

第三,大力发展院内院外整合型康复项目。课题组在深圳港大医院进行临床访谈和问卷调查后发现,中老年脑卒中患者、基于ADL评分的轻度和中度失能老人(71岁-75岁)是院外康复服务需求的主体,无职业和依赖子女生活的患者得到院外康复服务的愿望最强烈。美国联邦PACE(Programs of all inclusive care for the elderly)联盟是个很好的模式,它是一个非营利的社会企业,有239个中心覆盖美国31个州,为42000位老人提供社区康复服务,康复患者的再入院率仅为19.1%,90%的患者由联邦老遗残医疗保险报销费用的80%、9%由州医疗救助付费、1%由联邦医疗保险和商业健康保险付费。在我国,成立于2004年的青松康复护理集团走出一条整合医养照护的院内院外结合的服务模式,嵌入了社区和家庭。以深圳市案例为例,如果开展社区和家庭康复服务包的支付制度,中老年脑卒中且轻度失能患者能够在社区和家中得到专业的康复服务,该项目的平均住院天数可以大大减少,由此降低该项目的总成本,更重要的是改善了康复患者的体验和患者家庭的负担。