

· 它山之石 ·

美国康复医疗现状与思考

欧海宁 Bryan J O'Young

2009 年 9 月至 2010 年 9 月,笔者作为访问学者到美国纽约大学 Rusk 康复医院访问学习,对美国康复医疗现状有了一定的了解,现将学习体会报告如下。

美国康复医学的“三级医疗网”

一、美国医疗保险支付制度对康复医疗的导向作用

美国康复医疗体系的建立离不开美国医疗保险支付制度的建立和发展,甚至整个医疗体系都在医疗保险制度的主导下,医疗保险组织象一只无形的巨手,利用市场原理调节医院的收费标准,控制医疗资源的使用模式。

从 1982 年起,美国就对急性病医院开始实施以诊断相关分类法(Diagnosis-Related Groups, DRGs)为基础的定额预付制,藉由前瞻性支付制度(prospective payment system)节约医疗资源,即以疾病诊断为单位计算定额。综合医院和急诊医院鼓励患者提早出院以加快周转,因此对急性后期治疗(post-acute care, PAC)的需求应运而生。PAC 是介于急性医疗和长期照顾(long time care, LTC)之间的服务,是指患者在接受急性期治疗后,为了恢复身体原有的功能,还需要一段时间的医疗专业服务^[1]。而 LTC 则针对各个年龄段的慢性病患者或残疾人,为其提供生活护理和少量的医疗支持^[2]。PAC 和 LTC 都提供康复治疗,如物理治疗(physical therapy, PT)、作业治疗(occupational therapy, OT)、言语治疗(speech therapy)、吞咽治疗(swallow therapy)、心理治疗、娱乐治疗、支具和矫形器治疗等,只是治疗的密度和强度不同。所以说,DRGs 的实施,在客观上要求大量的急性后期康复机构和服务的存在,以满足患者恢复独立生活、重返社会的需求。

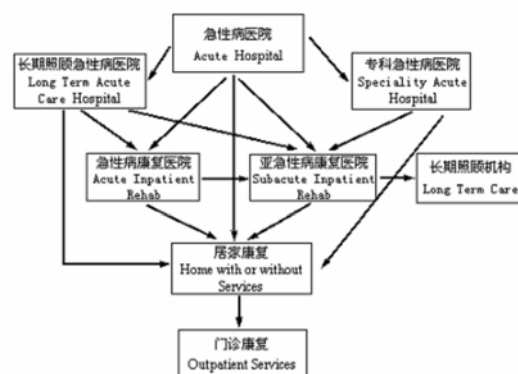
上世纪 90 年代,美国的康复医院经历了一个快速发展的时期,这得益于医疗保险制度对急性病医院实施 DRGs。但对于康复住院医疗,仍实施按服务项目支付的后付制方式,于是促使医院为了获得更多的费用补偿而大力扩充康复床位或新建康复医疗机构。在 DRGs 实施后 10 年里,康复病床数量翻了一番,康复专业医疗机构、长期护理机构发展迅速,各种治疗方法也得到充分发展,但是,这种后付制导致了康复医疗费用急增。2002 年 1 月,以功能相关分类法^[3](Function-Related Groups, FRGs)为基础的预付制正式公布。FRGs 以患者功能障碍水平、年龄和并发症为单位计算定额,根据“国际残损、残疾和残障分类”(International Classification of Impairment, Disability and Handicap)中残疾、残损的标准将患者分类,再根据美国康复医学统一数据系统(Uniform Data System for Medical Rehabilitation)提供的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,以每个出院患者为支付单位,但如果患者转院则只能得到部分支付。而且这种预付制并不是预先支付给康复医疗机构,而是以后支付。因此,FRGs 对康复医疗机构来说,支付更加合理,能促使医院寻求最佳的治疗方案及争取在最短的时间内使患者功能恢复,淘汰对患者功能恢复不佳的治疗手段,让患者回家独立生活成为医院治疗的最终目的,有利于患者功能的改善和提高。并且,预期住院强化康复对患者功能提高不明显时,医院会促使其参与门诊康复或社区康复计划,从而最大限度地合理利用医疗资源。

美国现行的医疗保障体系包括政府健康保险计划和私人医疗保险。私人医疗保险包括雇主团体健康保险计划和各种商业医疗保险计划。政府健康保险主要由社会医疗保险(Medicare)和社会医疗救助(Medicaid)两部分构成^[4]。医疗保险由联邦政府统筹,针对年龄 65 岁及以上人士以及 65 岁以下的残障人士;而医疗救助则由各州政府掌管,地方统筹,针对医疗保险不足的老年人或穷人。医疗保险组织对医院的制约度很大,它严格规定了医疗费用偿付标准,建立了一整套衡量医疗资源是否使用合理的评价标准,还通过法律手段强制性设立了独立于保险组织和医院之外的医师同行评议组织(Peer Review Organizations),要求医院设立使用监控部门(Utilization Review)。这些机构和部门使用统一标准评价患者入院和住院的合理性,对于每一级别的康复医院或机构的住院时间和出入院标准都有详细的规定,可支付的康复治疗或辅助具费用也有详细的规定。如发现不合理的情况,保险公司有权减付或拒付患者的医疗费用。

二、美国康复医疗的各级网络

美国的康复医疗机构种类和名称也繁多(图 1),可依据介入的时间顺序^[5]或医疗服务体系的架构分类。



(一)以康复治疗介入的时间顺序分类

1. 急性期床边康复:在急性病医院非康复科实施,会诊的康复医师是治疗小组的领导,提供中等强度的康复治疗,包括多种

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2011.06.018

作者单位:510120 广州,广东省中医院康复科(欧海宁);美国纽约大学医学院(Bryan J O'Young)

通信作者:Bryan J O'Young, Email:olesyagol@yahoo.com

康复治疗手段,每日 0.5~1.5 h,每周 5~7 d。患者入选标准:急性损伤或已存在疾病恶化,或虚弱不能行走,日常生活活动能力或认知功能受损。多数保险公司支付。

2. 急性病康复医院(类似于我国三级甲等医院的康复科):提供强化的康复医疗服务,包括医生护士服务、PT、OT、言语治疗、吞咽治疗、心理治疗、娱乐治疗、职业治疗、支具和矫形器治疗。患者的入院标准:①医疗情况稳定;②能够耐受每天 3 h、每周 5~6 d 的康复治疗;③入院后起码能接受 3 d 的康复治疗;④ 24 h 需要医生和护理人员;⑤预期有较明显的恢复(1 周内);⑥能够主动参与治疗过程。多数保险公司支付。

3. 亚急性康复机构:提供较低强度的康复治疗。患者的入院标准:①有较高的康复价值;②医疗情况稳定;③患者从急性病医院出院,仍有功能障碍,需要短期、目标明确的康复治疗计划;④能接受每日 2 h、每周 6 d 的康复治疗;⑤医疗文件反映患者每周都有明显进步,接近出院目标。

4. 日间康复服务(Day Rehabilitation Services):提供强化康复治疗,治疗措施同急性病康复医院,每日 3 h,每周 5 d。患者入选标准:急性损伤,患者病情允许可以回家,可以接受每天 3h 的康复治疗,功能恢复潜力较大,预期有明显的进步。几乎所有的保险都可覆盖。

5. 门诊康复服务:提供多种康复治疗手段,每日 0.5~2 h,每周 3 d,通常挂靠在急性病康复医院,也有在诊所进行。患者入选标准:急慢性损伤,患者病情允许可以回家,在治疗中可预见到进步。大多数保险公司支付,需提前申请,不同的保险公司、不同的病种在门诊治疗的时间不同。

6. 居家康复:提供低强度的康复治疗,包括多种康复治疗手段,患者在家中进行治疗,治疗师上门,每日 0.5~1 h,每周 3 d。患者入选标准:急慢性损伤,患者病情允许可以回家,在治疗中可预见到进步。大多数保险公司支付,需要提前申请,不同的保险公司有不同的次数限制。

(二)以医疗服务体系的架构分类

总的来说,美国的三级医疗系统可大致分为急性期康复(Acute Rehabilitation)、PAC 和 LTC 机构。

1. 急性期康复:床边康复和急性病康复医院治疗都属于急性期康复。

2. PAC:此期更关注患者急性期后的功能提高,一些患者在急性期出院后需要 PAC 而不需要 LTC,但对另一些患者,PAC 是医院治疗和 LTC 之间的桥梁。

政府健康保险支付的 PAC 机构有四种:亚急性康复医院和机构(rehabilitation hospitals and units)、技术性护理机构^[6](skilled-nursing facilities,SNF)、LTC 医院^[7](long-term-care hospitals)和居家健康照护单位^[8](home health agencies)。这四种机构都提供康复治疗,如 PT、OT、言语治疗、吞咽治疗、心理治疗、支具和矫形器治疗等,但是治疗的强度和密度不同。

(1)亚急性康复医院和机构以及 SNF:这两种机构拿的都是 SNF 执照,需要较多有执照的护士和治疗师,但不需要医生 24 h 在院。它们的区别在于,SNF 的患者有较多的护理需要,而亚急性康复医院和机构的患者需要更多的康复治疗,能够达到更高的功能康复目标。医疗保险对 SNF 的支付因不同的病情而不同,最长可支付 100 d 的费用。

(2)长期照顾急性病医院^[7](long-term acute care hospitals):

大多数患者从急性病医院 ICU 转出,情况比在 ICU 稳定,但仍存在未解决的复杂医疗状况,大多数患者需要呼吸机支持或是气管切开后,患有心肺系统疾病或其他两个以上系统的疾病,存在神经肌肉损伤、感染、复杂伤口;患者的预后较好,预计经过治疗可以恢复回家;平均住院时间超过 25 d,医师每日查房,也接受康复治疗如 PT、OT 和言语治疗,但康复治疗不是患者入院的目的,内科积极治疗才是主要目的。如果患者直接从急性病医院转出,或出院后 60 d 内再次入院,医疗保险可以支付。

(3)居家健康照护单位:给居家患者(需很大帮助才能离开家)提供非全天、间断(每天不超过 8 h,每周不超过 28 h)的护理,需要康复治疗(PT、OT、言语治疗和吞咽治疗)和医疗服务如伤口处理、营养支持等。患者从急性病医院出院后如果符合条件,也可以由医疗保险支付。居家健康照护单位以每 60 d 为疗程作为支付单位。但是,医疗保险支付不涵盖生活护理,只报销跟住院相关的治疗,例如卒中患者的 PT。

3. LTC^[2]:主要提供日常生活护理,也有一定的康复服务。患者一般医疗情况稳定,不伴复杂的未解决的医疗状况。LTC 跟康复相关的机构包括老人护理院(nursing home)、老人护理康复院(convalescent home)、成人日间复健中心(adult day health care)、成人日间照顾中心(adult day care)和居家上门照顾服务(home care)。对于 LTC,州政府和个人支付了几乎全部费用,医疗救助支付接近一半(49%),个人支付 19%;社会医疗保险支付老人护理院(nursing homes)几乎 19%的费用,大部分是出院后早期的费用而不是长期护理,私人报销公司支付 7%的费用^[2]。

(1)老人护理院:主要是为那些不需要在医院治疗而又不适合在家里独立生活的老年人开设的机构,提供生活照顾和简单的医疗护理服务,但也有一定的 PT、OT 等。护理院一般没有专职医师,只有少量的兼职医生和少量专业护士[主要是护理助手(nursing aid)],还有社会工作者等专业人员。相对于其他 LTC 机构,老人护理院提供更多的医疗护理服务^[9-10],患者以阿尔兹海默病或痴呆居多,如果患者从医院出院进入老人护理院,社会医疗保险支付短时间的与康复有关的服务。对于低收入患者,社会医疗救助支付所有费用。

(2)老人护理康复院:类似于老人护理院,但其提供更积极的康复治疗,针对手术后患者、老人和慢性病患者,目的是使患者能够康复回家。

(3)成人日间照顾中心:适合居家患者或家里有人照顾,白天来该中心接受服务。中心提供健康护理服务、康复治疗(包括 PT、OT、言语治疗和吞咽治疗)和社交活动,或提供专门针对阿尔兹海默病或痴呆患者的护理,通常有车接送。医疗救助支付低收入患者的所有费用。

(三)以卒中患者为例的说明

以卒中患者为例,最近几年,美国首次急性卒中患者在神经科住院时间缩短到 4 d,因此,患者从神经科出院后必须进行下一步的康复处理,视患者的病情和身体耐受力,若具有一定学习能力,可主动参与每天 3 h 的康复治疗,可到急性病医院的康复科,住院治疗时间 20 d 左右。因此,年龄较大并有明显认知和运动功能障碍的卒中患者更适合去 SNF,那里提供较低强度的康复治疗,而且治疗时间较长(100 d)。

在一些案例中,患者可以在住院康复机构和 SNF 之间互转,如果患者的康复需求降低,可以从住院康复机构转去 SNF,如果

患者肌力和耐力提高,则可以从 SNF 转到住院康复机构。如果患者有轻度运动功能障碍和明显认知功能受损并缺乏家庭支持,则更适合 LTC。因此,急性病康复医院、PAC 机构、LTC 机构针对有不同康复需要的目标患者形成了紧密的合作链,构成了美国比较完善的康复医疗体系。

三、思考和建议

美国康复医疗三级网络的发展和健全,离不开支付系统的导向作用。可以说,正是美国急性病医疗 DRGs 支付系统,促使了康复医疗的蓬勃发展,满足了不同层次不同治疗阶段的患者需要;而针对康复医疗的 FRCs 支付系统,以功能变化为支付基础,促使医院更关注功能恢复,避免了患者无效住院日延长、医疗资源浪费的情况。这对于国内目前的医改是一个很好的参考,国内目前存在的问题是康复科和急性病科采用同样的以出院患者为单位的定额结算方法,缺乏康复科出入院参考标准,导致许多不适合强化康复的患者到三级甲等医院康复科住院;患者在大医院住院时间偏长,上下级医院转诊不畅,医生不关注患者功能变化,功能稳定的患者重复住院,从而浪费医疗资源。如何通过建立科学的医疗保险支付方式来促进康复医疗机构根据市场需要自主调整、发展和完善,是摆在新医改专家面前一个值得深思的问题。

重视功能的美国康复医学

康复医学是以功能障碍为主导,研究有关功能障碍的预防、评定和处理(治疗、训练)等问题的医学。但是国内的医院,特别是三级甲等医院,因为患者住院时间短,且医疗情况复杂,往往忽视了患者功能的恢复。Rusk 医院是急性病康复医院,患者住院时间也很短,他们是怎么做的呢?

一、评估和训练

患者进入康复科后,无论是神经系统损伤、骨关节手术后还是癌症康复患者,医师均采用功能独立性量表(Function Independent Measure, FIM)进行评估,并且制定出患者出院时的 FIM 评分标准。一般来说,患者达到这个标准才出院,如果达不到,就要分析原因。美国的医院从 1986 年起就采用美国康复医学统一数据系统,主要是以 FIM 作为功能评定量表,分别评定患者入院时、出院前以及随访时的功能情况。FIM 评估内容包括:运动功能(自理、括约肌控制、转移和行走)和认知功能(交流、社会认知)。各治疗师和护士的评估就更加细化,PT 师的评估包括床上转移、床椅转移、站立、行走(行走距离、采用的助行器)、步态、肌力、关节活动范围、疼痛和感觉;OT 师的评估还包括家里有几级台阶、门有多宽、厕所的布局以及马桶、浴盆、洗手池的高度、宽度和与门的距离,马桶和洗手池、浴盆的关系(这关系到训练患者从左边还是右边转移)。训练就是以评估为基础,以生活自理为目标,不是重点训练某块肌肉、某个关节活动范围,而是重在功能,强调患者主动训练,例如床椅转移训练、步行训练以及自己穿脱裤、如厕、梳洗等。OT 师还要训练患者如何进食,即在患者吃饭的时候训练患者如何用碗碟叉,给患者配备合适的杯子、碗碟等。患者隔 1 周就要评估 1 次,因为每天的训练内容和评估内容相同,都是针对功能,所以比较容易看到进步。患者出院回家时,无障碍设计治疗室的 OT 师会到患者家里评估其家中的无障碍设计,提出家居改造意见,目的也是能让患者能够在家独立生活。

二、小组讨论

医师主持的小组讨论会有 PT 师、OT 师、言语治疗师、吞咽治

疗师、心理治疗师、社会工作者和护士参加,讨论的核心围绕着患者的功能,目的是让患者独立生活。首先由社会工作者介绍患者的家庭背景和医疗保险情况,根据患者出院后是回家还是去下级康复医院,训练的目标和计划也就不一样;然后各治疗师汇报患者的功能改善情况,PT 师汇报的重点在于患者的床上转移、床椅转移、如厕、步行、上下楼梯功能,OT 师的重点在于进食、梳洗、洗澡、如厕,心理治疗师的重点在于患者的心理状况、睡眠和疼痛,言语治疗师的重点在于患者的沟通能力,吞咽治疗师的重点在于吞咽功能,护士的重点在于患者进食和大小便,医师汇报患者的医疗情况;最后由大家讨论制定出下周的训练计划和治疗目标(都是针对功能的目标,而不是肌力达到几级)。

三、辅助产品(assistive products)

康复是综合、协调地应用各种措施,减少功能障碍、提高生活质量的医学。所以,辅助产品,包括辅助器具(assistive devices)和辅助技术(assistive technology)对于患者达到功能康复目标起着不可估量的作用。在国内,许多患者都排斥使用辅助产品,希望靠自己完全恢复,而在美国,患者大量地使用各种辅助产品。辅助产品品种繁多,讲求实用,能够立竿见影地改善患者的功能。比如生活自理类辅助产品、穿衣辅助具、系扣辅助具、拉链辅助具、穿袜辅助具等,在急性病医院住院期间就给患者使用;再比如转移类辅助产品——电动轮椅,偏瘫患者和四肢瘫患者可以利用它从家到医院、去社区购物等;对于严重四肢瘫不能说话的患者,用 DynoVox Mayer-Johnson 沟通系统可以帮助其与外界沟通,该装置利用眼球的移动或头的转动使电脑屏幕产生感应,发出声音或拼出单词,达到跟外界沟通的目的。

四、支付系统和医疗保险制度配合功能康复

如前所述,美国 2002 年实施了 FRCs 支付系统,明确了以功能改善为主要医疗保险给付依据。因此,保险公司以功能改善来评价康复医院的治疗效果,给予相应的赔付比例,对于能明显改善功能的支具和辅助器具,也给予支付。医疗保险和医疗救助会支付在疾病合理且必要的诊断或治疗上,或是能够改善残疾人身体功能的服务和设施上。例如,医疗保险支付的耐用医疗器材(Durable Medical Equipment)有:轮椅[包括电动轮椅、定制轮椅、电动车辆(例如三轮车)]、拐杖、手杖、三角吊环架或助行器、起身辅助器械、各种假肢和支具[如胸背架、足托、手托、髌膝踝足矫形器(knee ankle foot orthosis)]等^[11]。如果患者的残障程度符合标准,需要上述辅助器具,经康复医师诊断后提交相关医疗文件和医疗记录,交由美国医疗保险与医疗辅助服务中心(Center of Medicare and Medicaid Services)审核,即可免费获得或部分报销。即使像非常昂贵的 DynoVox Mayer-Johnson 沟通系统,某些私人保险公司也可支付。

五、思考与建议

在国内,大多数医院对患者的功能恢复重视不够。住院患者功能评估量表多用改良 Barthel 指数,而该量表灵敏度有限,有绝对的“天花板效应”和“地板效应”^[12];PT 师、OT 师等治疗师的专科评估流于形式,只专注于患者的局部;评估由医师进行,治疗师不再做进一步的详细评估,导致训练内容和功能脱节;小组讨论时偏离功能,更关注患者医疗情况;医师、治疗师和患者都不重视辅助器具的使用,医疗保险支付系统也不给予支持,导致患者功能改善缓慢。例如,对于某些完全性截瘫者,患者愿意住院半年甚至更久,保险公司愿意一次又一次支付患者未实现任何功能改

善的住院医疗费用,却不愿给患者买个电动轮椅,使其能够立刻在社区内独立活动。笔者的建议是:从入院评估到训练,应更关注患者的功能,大量使用辅助器具,争取社会保险支付系统更好地发挥导向和支持作用。

美国康复医师

一、培训制度

美国康复医师的培养制度很成熟,其本土的学生在大学本科毕业后进入医学院,经过 4 年的学习可取得临床医学博士学位(medical degree)。大多数医学院要求医学生在第 3 年临床轮科前通过美国国家医学考试委员会(National Board of Medical Examiners)和州医学考试委员会(Federation of State Medical Boards)联合组织的美国医师执照考试(United States Medical Licensing Examination)的第一部分(Step 1)^[13],毕业前通过第二部分(Step 2)。学生从医学院毕业后进入临床住院医师专科培训阶段,时间为 4 年,在毕业前通过美国医师执照考试的第三部分(Step 3)。住院医师培训结束后,再通过美国物理医学与康复专科委员会(American Board of Physical Medicine and Rehabilitation)举行的资格考试(certification examination),即可取得康复专业医师执照。如果要继续深造成为康复医学各个亚专业的专家,还要经过 1~2 年亚专科培训。目前美物理医学与康复协会(American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation)提供的亚专业培训种类包括:脑损伤、神经病学、癌症康复、神经肌肉疾病、心脏病、神经康复、临床神经心理学、疼痛医学、神经生理学、儿科康复医学、肌电图、老年病学、康复医学研究、工伤康复(Industrial Rehabilitation)、脊柱治疗(Spinal Therapeutics)、医学情报(Informatics)、脊柱损伤医学(Spine Cord Injury Medicine)、脊柱医学(Spine)、内科学、运动控制生理学(Motor Control Physiology)、运动医学、多发性硬化、脑卒中、神经肌肉疾病和脑外伤等^[14]。但美国物理医学与康复专科委员会只提供下列亚专业的认证考试:临终关怀康复(Hospice and Palliative Medicine)、神经肌肉疾病康复、疼痛康复、儿童康复、脊柱损伤康复和运动康复医学^[15]。成为康复医师后,每年还要不断地学习提高,拿到继续教育学分。另外,康复医师执照有效期为 10 年,10 年以后需要重新进行资格考试和认证^[16]。

二、美国康复专科医师必须掌握的操作技术

美国的康复医师必须掌握电诊断技术(肌电图)、肌肉骨骼系统疾病的注射方法(如关节腔内注射、神经阻滞注射)、超声对骨骼肌肉疾病的诊断技术、超声引导下的注射技术、肉毒毒素注射、巴氯芬泵的管理和硬膜外注射技术。

三、美国康复医师在做什么

在美国物理医学与康复学会的官方网站上,对康复医师职责的描述是:①诊断和治疗疼痛;②使患者最大程度地恢复功能;③对患者进行整体治疗而不是局部疾病治疗;④领导康复治疗小组;⑤对患者解释病情和治疗计划;⑥预防和治疗并发症^[17]。

美国物理医学与康复学会的前主席 Joel Press 提出:康复医师的职责是提高患者活动能力和功能,这将贯穿于所有的治疗活动中^[18]。康复医师不能只擅长某一种单独的治疗,而是要精通整体治疗,例如,许多医师都会硬膜外注射,但是对于康复科医师,硬膜外注射只是整体治疗的一部分,整体治疗包括了药物治疗、物理因子治疗、运动治疗、OT、应用矫形器、心理治疗甚至针

灸治疗。

美国的临床康复程序是以康复医师为中心,康复医师必须具备下列能力:①评定神经、骨骼肌肉系统功能的专业技能,接受过心、肺疾病和功能障碍治疗的专业训练;②掌握治疗目标,引导完成康复计划,对康复医疗后果负全责;③管理和协调治疗小组的技能;④组织康复医学的科学研究,进行教学和人才的培养。康复医师作为整个康复团队的领导者和协调者,保证了美国康复医学高水平的发展。对于患者的治疗,作为康复医疗组的领导者,康复医师必须有整体的把握,而其它康复组成员则仅仅负责自己的那一部分。对于住院患者,康复科医师的职责是稳定患者的医疗情况,领导康复治疗小组,制定合适的治疗计划,保证治疗计划的实施;对于在其他科住院的患者,康复科医师主要是作为会诊医师,判断患者的病情是否合适康复治疗,开出合适的治疗处方。

美国在医疗支付系统上规定(康复医师签名后医疗保险才支付),当患者有康复需求时,首先由康复医师接诊并决定康复治疗方,康复科医师能够决定患者是否入院、入院后治疗多长时间、从急性病康复医院出院后去哪一个级别的康复机构(如 SNF 或老人护理院)。另外,康复医师有权帮助残疾患者申请社会伤残救济(social security disability);康复医师还有假肢和矫形器的处方权,如果出现假肢和矫形器不能完全适合患者的情况,康复医师有指导技师修正的资格,而假肢和矫形器技师需要按照康复医师的处方制作和调整假肢和矫形器。

四、思考和建议

美国现代康复医疗从上世纪 40 年代开始发展,迄今已有 70 年历史,相比我国,已经成熟很多。但是,美国物理医学与康复协会的前主席 Joel Press 教授在 2007 年第 68 届全美物理医学与康复医学年会上,仍表达了康复医师(physiatrist)的忧患意识。Press 报告的题目为:“我们是谁,我们将往何处去(who are we and where are we going)”,表达了对目前康复医师状况强烈的忧患意识,指出根据美国的市场调查,康复医师名称只有 2%~3% 的市场占有率,仍有大量的家庭医生、患者、医疗保险公司人员不知道康复医师的作用,不知道其诊疗范围,甚至认为康复医师是可以被治疗师所代替。报告还提出,如果康复医师不重视自身素质的培养,就会被医疗系统边缘化,那么对患者来说,康复医师就不再是必须的^[18]。

因此,对于我国的康复医师,“路漫漫其修远兮”,我们更需要证据证明自己存在的价值;我们必须提高自身素质,要做其他科医师做不到的事情来证明我们存在的必要;我们的工作应始终围绕患者的功能,始终围绕整体治疗。例如,一些美国康复医师学针灸、学营养学,目的都是为了使患者的整体功能恢复得更好。至于如何结合个人和医院的情况提高自身素质,是我们每一个康复医师都需要深思的问题。

参 考 文 献

- [1] National clearinghouse for long-term care information[EB/OL]. [2010-05-11]. http://www.longtermcare.gov/LTC/Main_Site/Understanding_Long_Term_Care/Services/Services.aspx.
- [2] Buntin MB, Escarce JJ, Hoverman C, et al. Effects of payment changes on trends in access to post-acute care[EB/OL]. [2010-05-11]. http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR259/index.html.
- [3] 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. 中

- 国康复医学杂志,2009,24:747-748.
- [4] O' Young BJ, Young MA, Stiens SA. Physical medicine & rehabilitation secrets. 3rd ed. Philadelphia: Mosby, 2007: 89-91.
- [5] Guide to rehabilitation services [EB/OL]. [2010-05-11]. <http://www.vcuhealth.org/?id=854&sid=1>.
- [6] Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare coverage of skilled nursing facility care [EB/OL]. [2010-05-11]. <http://www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/10153.pdf>.
- [7] Centers for Medicare & Medicaid Services. What are long-term care hospitals [EB/OL]. [2010-05-11]. <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11347.pdf>.
- [8] Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare and home health care [EB/OL]. [2010-05-11]. <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10969.pdf>.
- [9] Spillman BC, Blac KJ. The size and characteristics of the residential care population: evidence from three national surveys [EB/OL]. [2010-05-11]. <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2006/3natlsur.htm>
- [10] Zimmerman S, Gruber-Baldini AL, Sloane PD, et al. Assisted living and nursing homes: apples and oranges? Gerontologist, 2003, 43: 107-117.
- [11] Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare coverage of durable medical equipment and other devices [EB/OL]. [2010-05-11]. <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11045.pdf>.
- [12] 王茂彬, O' Young BJ, Ward CD. 神经康复学. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 313.
- [13] USMLE advice [EB/OL]. [2010-05-11]. <http://www.usmleadvice.com/usmle1.htm>.
- [14] What this database is [EB/OL]. [2010-05-11]. <http://www.aapmr.org/member/felsearch.htm>.
- [15] Subspecialty certification [EB/OL]. [2010-10-11]. <https://www.abpmr.org/candidates/subspecialties.html>.
- [16] What is maintenance of certification [EB/OL]. [2010-05-11]. <http://www.e-aapmr.org/MOC.aspx>.
- [17] What is a physiatrist [EB/OL]. [2010-05-11]. <http://www.aapmr.org/patients/aboutpmr/Pages/physiatrist.aspx>.
- [18] Press J. Physiatrist 2007: who are we and where are we going? Arch Phys Med Rehabil, 2008, 89: 1-3.
- (修回日期: 2011-03-19)
(本文编辑: 吴倩)

· 消息 ·

中华医学会第十三次全国物理医学与康复学学术会议征文通知

中华医学会第十三次全国物理医学与康复学学术会议定于 2011 年 9 月 16 至 19 日在云南省昆明市云安会都召开。本次会议的主题为“推动和促进西部康复医学发展”, 将着重学习国际完善的康复医学培训制度、推广国际系统规范的康复治疗流程、掌握了解国内外康复研究新进展、推动全国康复医学的发展, 缩小康复欠发达地区与先进地区之间的差距, 促进西部地区康复医学发展。届时将邀请国内外著名康复专家进行专题讲座, 开展中英文学术交流并且评选优秀论文。欢迎广大康复医学科、理疗科、骨科、神经内科、神经外科、老年医学科、儿科、创伤科、运动医学科、疼痛科、中医科、针灸科、推拿科及其他相关学科的医师、治疗师、护士投稿参加会议。

一、征文范围: 康复医学基础研究、神经系统疾病康复、肌肉骨骼与关节疾病康复、心肺疾病康复、儿童疾病康复等的临床研究、康复功能评定研究、康复治疗、康复工程、康复护理及相关研究、社区康复的理论与实践及有关研究、康复医学学科建设和康复医学教育等。

二、征文要求: ①应征论文必须具有科学性、先进性、实用性, 未在专业学术刊物公开发表过的, 数据真实可靠, 文字准确精练。勿投综述类文章。②提交 800 字左右中文或英文摘要一份, 内容包括目的、方法、结果、结论。请勿写成过于简短的内容提要形式。摘要请采用文字表述, 不要附图、表。③中青年英语优秀论文征文要求: 英文结构式论文摘要一份, 包括目的、方法、结果和结论四部分, 文件名以文章题目命名。在线投稿请务必以中文填报个人信息和联系方式。

三、优秀论文评选: 本次大会将分别设中英文优秀论文一等奖、二等奖、三等奖若干名。

四、投稿方式: 只接受网上在线投稿, 可登陆大会网站 <http://www.nccapmr.org> 点击左侧网上论文投稿按钮进行论文投稿。

五、截稿时间: 2011 年 6 月 20 日。

六、联系方式

地址: 昆明市人民西路 205 号云南省医学会学术部, 邮编: 6500118; 昆明市青年路 176 号云南省第二人民医院康复医学科, 邮编: 650021

电话: (0871) 5362879 (医学会); 5159043, 5156650-3058

联系人: 王丽 (医学会) 潘雷 甘露; E-mail: yn_pmr@126.com; 会议网站: www.nccapmr.org。

中华医学会学术会务部
中华医学会物理医学与康复学分会