



美国医学会伦理学杂志®

2021年3月，第23卷，第3期：E215-222

案例与评论：同行评审文章

印第安人非紧急护理卫生服务转诊能否得到公平分配？

Hannah Wenger（医学博士）和 Jo Henderson-Frost（医学博士）

摘要

印第安人卫生服务局 (IHS) 为美国境内的美洲印第安人和阿拉斯加原住民 (AI/AN) 管理医疗保健服务。该机构通过购买/转诊护理 (PRC) 计划为转诊护理服务提供资金，并将其预算优先用于支付紧急护理的费用。本评论所对应的案例是：由于 PRC 计划推迟为非紧急护理转诊支付费用，一位医生对此深感失望。本文应用 Jonsen 等人的四象限法（一种微观伦理案例分析模型）来表明，只有当 PRC 计划公平运作时，才能合理推迟转诊。然而，该模型可能不足以解释 IHS 转诊护理配给背后存在的结构性不平等，此处所述 IHS 是一家联邦实体机构，在法律和伦理上有义务为美洲印第安人/阿拉斯加原住民患者提供全面护理。

案例

怀俄明州尚未根据《平价医疗法案》(Affordable Care Act) 扩大医疗补助承保范围，因此该州的一家印第安人卫生服务 (IHS) 站点无法始终如一地提供儿科和妇科护理，而且也不提供外科和其他亚专科护理。R 医生此前在学术界任职，近期被该 IHS 站点聘请为初级保健医生。第一天在该站点上班时，他与定期参加购买/转诊护理 (Purchased/Referred Care, PRC) 审查委员会会议的行政人员和临床医生一起，审查因需获得该站点无法提供的医疗保健服务而提交的转诊请求。在未配备专科医生的 IHS 站点中，政府资金可以直接拨给非 IHS 的公共或私人医疗保健组织，为美洲印第安人/阿拉斯加原住民患者购买所需的专科护理。然而，由于联邦政府资金不足，R 医生所在站点和其他 IHS 站点很少会批准非紧急服务的转诊请求。

会议期间，大家讨论了 B 女士的转诊事宜。B 女士是一位 55 岁的双侧膝关节骨性关节炎患者，伴有致残性膝关节疼痛，因此她的 IHS 临床医生将其转诊至骨科进行会诊，以评估她是否适合接受手术干预。B 女士平时需坐在轮椅上移动，并服用阿片类药物来缓解疼痛。该患者没有私人或公共保险。R 医生和他的临床同事均认同，该转诊从医学的角度来讲很有必要，但是委员会迟迟不批准支付 B 女士的转诊费用，

因为他们认为她的医疗需求属于长期需求且非紧急需求。

R 医生十分担忧 PRC 审查委员会的决定以及可向 B 女士提供的有限医疗服务，特别是在与有相似医疗保健需求且有公共或私人保险的患者在他此前工作的诊所可获得的资源相比时，他感到更加困扰。

评论

IHS 是美国卫生与公众服务部下属的联邦机构，负责管理大约 260 万美洲印第安人和阿拉斯加原住民 (AI/ANs) 的医疗保健服务，¹ 根据美国政府对部落民族承诺的信托责任，此类群体享有获得医疗保健的合法权利。² 与医疗保险和医疗补助计划不同，IHS 既不是应得权益计划，也不是保险计划。该机构的资金主要来自于国会的酌情拨款以及从第三方（例如，医疗保险、医疗补助计划、退伍军人管理局、儿童健康保险计划、私人保险公司）盈利中获得的收入。¹ IHS 的一部分预算资金用于通过 PRC 计划批准转诊护理，即需获得在 IHS 站点中无法获得的医疗保健服务。³ 对于“使用有限的 PRC 资金”，机构有明确的规定，因此允许通过整个机构范围内的配给来实现转诊护理。⁴

作为联邦政府承认的部落中一名已参加该计划的成员，B 女士有资格获得 IHS 站点直接提供的医疗服务。B 女士已获得初级保健服务，并接受转诊，以获得其所在 IHS 站点无法获得的骨科护理。由 R 医生等 IHS 临床医生安排的转诊并不保证能获得 PRC 计划的付款批准；转诊必须符合《美国联邦法规》(Code of Federal Regulations) 和《印第安人卫生手册》(Indian Health Manual) 中规定的标准，方可授予批准。⁵

IHS PRC 计划标准

PRC 计划的居住要求。为了使 B 女士的骨科转诊获得 PRC 计划的批准，她的永久性住所必须位于可使用 PRC 计划的区域内 (PRC Delivery Area, PRCD A)。这项要求可确保将有限的 PRC 资金分配给居住在部落或部落附近的郡县中的患者。如果 B 女士未居住在其 IHS 站点的 PRCD A 内或不符合特殊情况的标准，则 PRC 计划将会拒绝支付其转诊费用。⁶

通知 PRC 计划的要求。除紧急情况外，在获得任何相关转诊护理服务之前，必须先由 PRC 计划对转诊进行审查。⁷ 如果未满足此通知要求，则 PRC 计划将会拒绝支付 B 女士的转诊费用。

由 PRC 审查委员会指定医疗优先级。当资金不足以支付向 IHS 站点的 PRC 计划提交的所有转诊的费用时，将根据“相对医疗优先级”^{8,9} 来批准转诊，“相对医疗优先级”采用基于政策的分配标准，优先考虑“最需要帮助的人”⁹。用于 B 女士转诊服务的医疗记录已经过审查，她所在站点的 PRC 审查委员会（即由行政人员和临床工作人员组成的小组）根据以下级别指定了她的转诊优先级：(I) 紧急或非常紧急，(II) 预防性的，(III) 初级和二级，(IV) 慢性三级，以及 (V) 拒绝。¹⁰ 被 PRC 审查委员会认定为 I 级的护理服务转诊，大多数 IHS 站点的 PRC 计划都会批准付款，而那些被认定为 II 级至 V 级的转诊，则将根据可用资金情况、转诊量和“相对医疗需求”¹¹ 批准付款。如果 B 女士的转诊未被指定为允许其站点的 PRC 计划批准付款的优先级，则其转诊将被推迟至资金到位时。

使用替代资源。除非像 B 女士这样的 IHS 受益人使用了他们有资格获得的其他资源（即医疗补助计划、医疗保险和私人保险），否则 PRC 计划不会批准支付转诊费用。IHS 是“最终付款方”¹²，且仅可批准支付其他付款方未涵盖的转诊护理服务费用。

12,13

用四象限法分析 B 女士的案例

我们使用 Jonsen、Siegler 和 Winslade 的**四象限模型**来分析该案例，该模型是一个临床伦理案例分析框架，将 Beauchamp 和 Childress 的生物医学原则（即有利原则、不伤害原则、自主原则和公正原则）应用于四个特定于案例的领域（象限）：医学指征、患者偏好、生活质量和情境特征。^{14,15} 为了将案例分析的重点放在资源稀缺和配给的情境特征上，我们假设 B 女士有资格参加其 IHS 站点的 PRC 计划，可用资金将付款批准限制为仅可为 I 级转诊支付费用，并且 R 医生认为 B 女士需要接受转诊，该转诊符合当前骨性关节炎治疗的最佳实践标准，并符合患者的偏好和生活质量。R 医生及其 PRC 审查委员会的同事必须为 B 女士的转诊护理服务指定优先级。

对于因中度或重度骨性关节炎而出现致残性疼痛和功能受损的患者，骨科干预是护理标准。¹⁶ 因此，B 女士被相应地转诊至骨科接受护理服务，以解决其慢性疼痛，并改善其行动能力。骨科干预可能有助于减少阿片类处方药的使用；控制共病肥胖、内分泌疾病和心血管疾病（如有）；以及改善共存的健康问题社会决定因素。¹⁷

R 医生及其 PRC 审查委员会的同事负责评估 B 女士的骨科护理医疗需求，并与 IHS 站点中的其他符合 PRC 资格的患者的医疗需求相比较，然后指定相应的优先级。据预计，B 女士的转诊将被定为 III 级，并且由于资金不足以支付非 I 级转诊的费用，B 女士的转诊将被推迟。通过四象限微观伦理视角，只要 PRC 计划公平、平等地审查该站点中符合 PRC 资格的患者的转诊，那么从伦理上来说，此定级就可能是合理的。然而，宏观伦理的历史、政治和文化考虑因素也与 B 女士的案例息息相关，如果仅将这些因素当作“情境”象限的特征而非象限本身的基础，则说明并未将这些因素充分融入我们的案例分析中。

仅使用四象限法远远不够

美国政府对部落民族承诺的信托责任包括美洲印第安人/阿拉斯加原住民获得医疗保健服务的合法权利。² 与四象限模型所提供的考虑因素相比，该规定应予以更充分的考虑，因为这是卫生公平性和公正性的唯一决定因素。在美国，有关美洲印第安人/阿拉斯加原住民医疗保健的历史和法律环境，是理解 R 医生担忧 B 女士转诊结果的关键。¹⁸ R 医生既无法立即纠正这种固有的不平等性，即相对于美国的公共和私人医疗保险公司而言，IHS 提供的人均医疗保健支出实在过低，也无法修改现有的结构性框架，通过该框架，IHS PRC 计划根据以下条件为非紧急护理批准转诊付款：(1) 患者与 IHS 机构之间的地理邻近性，(2) 患者的保险资格，以及 (3) 患者的疾病状态是否以及在何种程度上应被定义为紧急或终末期状态。R 医生、他所在的 IHS 站点以及 IHS 整个机构在伦理上均有义务通过 PRC 计划公平、平等地管理稀缺资源（详见下表）。然而，在这种情况下，仅从平等的角度进行资源管理还远远不够。由于联邦政府未能履行其法律义务，即“确保印第安人以及生活在城镇的印第安人尽可能保持最佳健康状况并提供实施该政策所需的一切资源”，因此加剧了美洲印第安人/阿拉斯加原住民卫生方面的不平等性。¹⁹ 从宏观层面来说，R 医生很有可能意识到 PRC 计划有关于 B 女士转诊的决定根本就是不公正的。

表格。通过 IHS 的购买/转诊护理计划分配转诊护理

目标	举措
临床医生	
在提交转诊请求时，就 PRC 计划的政策和操作事项为患者提供咨询服务。	<ul style="list-style-type: none">• 作为常规医疗保健的一部分，筛查患者为获得参加 PRC 计划的资格所面临的门槛。• 就转诊批准的可能性和针对拒绝转诊请求的申诉程序为患者提供预先指导。
提交转诊请求，并附上简明而全面的医学指征记录，不得带有标识或偏见信息。	<ul style="list-style-type: none">• 记录明确的诊断结果以及评估和病例管理的相关内容，以证实转诊请求及医疗优先级别。• 在委员会讨论中，将所有病例进行去标识化处理，并删除患者的保险状态。
确保负责转诊的临床医生须出席委员会会议，商讨患者转诊事宜。	<ul style="list-style-type: none">• 为委员会提供支持，以便完整、准确地讨论转诊事宜。• 协助确定转诊的医疗优先级别。
IHS 站点	
确保在每次委员会会议上保持成员全面一致。	<ul style="list-style-type: none">• 为临床医生安排行政工作时间，使其能定期参加 PRC 审查委员会会议。• 确保所有委员会会议都有充足的临床医生成员参加，以裁定转诊的医学指征和优先级别。
促进本财政年度内和本财政年度不同时期资金管理的一致性。	<ul style="list-style-type: none">• 不论保险状态、有无资格和预计获得 PRC 批准的可能性如何，都可针对所有医疗上的必要需求向 PRC 计划提交转诊请求。• 开发覆盖整个站点范围的流程，以评估公共保险资格和支持患者参加这些计划。• 聘请招纳病例管理人员，为有转诊需求的符合 PRC 资格的患者提供护理协调服务。
提倡提供更全面的直接护理服务。	<ul style="list-style-type: none">• 提倡聘请招纳经过专业培训的临床医生。• 为普通内科临床医生提供继续医学教育 (CME) 支持，使其获得专业技能。• 为 IHS 临床医生安排临床会诊时间和行政工作时间，使其能够参与 ECHO 项目等低门槛且具有成本效益的计划。^{20,21}
反思符合 IHS 资格的患者在公平、平等获得 PRC 资金方面所面临的门槛和限制。	<ul style="list-style-type: none">• 维护准确的联系信息，包括通讯地址。• 为患者提供咨询服务，说明书面通知对于接收有关 PRC 资金获得资格的最新信息和就 PRC 拒绝或延迟付款提起申诉的重要性。

IHS 机构

- | | |
|--|---|
| 开发覆盖本地和整个机构范围的流程，以解决 PRC 计划内的利益冲突 (COI)。 | • 修订现有的 PRC 计划政策，以明确规定个人和专业的利益冲突以及相关解决流程。 |
| 反思 IHS 的护理医疗优先级原则，并关注预防性护理。 | • 讨论与慢性疾病管理和预防性保健相关的 I 级需求并制定框架。
• 明确规定“相对医疗需求” ¹⁴ 的基本政策及其在符合相同优先级别要求的转诊请求中的应用。 |

缩略词：CME，继续医学教育；COI，利益冲突；IHS，印第安人印第安人卫生服务局；PRC，购买/转诊护理计划。

建议

部落、州和联邦政府有必要关注 IHS 内部不公正的转诊护理配给。如果没有这种三管齐下的努力来纠正不公正配给、促进公平性并为美洲印第安人/阿拉斯加原住民患者谋利益，卫生公平性就无从实现。当前的配给制度假设“优先处理紧急护理，然后再处理预防性护理或慢性疾病护理”的方式具有成本效益，但是，是否有证据以及证据在多大程度上能支持这一假设还有待调查。应支持所有符合 IHS 资格的患者加入医疗补助计划和医疗保险，因为在部落民族居住的州发展这些计划，将会提高 PRC 计划为更多转诊护理提供资金的能力。²² 联邦政府必须拨给 IHS 足够的款项，以可靠地满足美洲印第安人/阿拉斯加原住民的医疗保健需求，从而促进公平性。²³ 需要对将 IHS 视为“最终付款方”¹² 这一决定进行法律和伦理审查，以判断该政策因素是否以及如何破坏了联邦政府对部落民族承诺的信托责任。² 最后，必须尊重部落民族的主权，必须支持部落设计和管理卫生基础设施，以形成并维持公平的方式来提高其公民的健康水平。

References

1. IHS profile. Indian Health Service. August 2020. Accessed November 18, 2020. [https://www.ihs.gov/newsroom/factsheets/ihsprofile/#:~:text=Indian%20Health%20Service%20\(IHS\)%20direct,and%20tribally%20managed%20service%20units](https://www.ihs.gov/newsroom/factsheets/ihsprofile/#:~:text=Indian%20Health%20Service%20(IHS)%20direct,and%20tribally%20managed%20service%20units)
2. Native American health: historical and legal context: federal trust relationship. In: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Communities in Action: Pathways to Health Equity*. Washington, DC: National Academies Press; 2017:Appendix A.
3. Farb J. Indian Health Service: spending levels and characteristics of IHS and three other federal health care programs. US Government Accountability Office. December 10, 2018. GAO-19-74R. Accessed August 31, 2020. <https://www.gao.gov/assets/700/695871.pdf>
4. Purchased/referred care (PRC): history. Indian Health Service. Accessed August 31, 2020. <https://www.ihs.gov/prc/history/>
5. Purchased/referred care (PRC): requirements: eligibility. Indian Health Service. Accessed August 31, 2020. <https://www.ihs.gov/prc/eligibility/requirements-eligibility/>
6. Purchased/referred care (PRC): requirements: purchased/referred care [PRC] delivery areas. Indian Health Service. Accessed August 31, 2020. <https://www.ihs.gov/prc/eligibility/requirements-purchased-referred-care-prc-delivery-areas/>

7. Purchased/referred care (PRC): requirements: notification. Indian Health Service. Accessed August 31, 2020. <https://www.ihs.gov/prc/eligibility/requirements-notification/>
8. Indian Health Service. Indian Health Manual. Part 2: chapter 3—Purchased/referred care. Section 2-3.7: purchased/referred care medical priorities. Accessed August 31, 2020. <https://www.ihs.gov/ihm/pc/part-2/chapter-3-purchased-referred-care/#2-3.7>
9. Indian Health Service. Understanding the Purchased/Referred Care Program: part 4. *Director's Blog*. September 22, 2011. Accessed August 31, 2020. <https://www.ihs.gov/newsroom/directorsblog/september2011/>
10. Indian Health Service. Indian Health Service medical priority levels. Manual Exhibit 2-3-B. Accessed August 31, 2020. https://www.ihs.gov/sites/ihm/themes/responsive2017/display_objects/documents/pc/58619-1_Manual_Exhibit_2-3-B_IHS_MedicalPrioritiesRolesAndResponsibilities.pdf
11. Indian Health Service. Indian Health Manual. Chapter 3—Purchased/referred care. Section 2-3-20. Accessed August 31, 2020. <https://www.ihs.gov/ihm/pc/part-2/chapter-3-purchased-referred-care/#2-3.20>
12. Indian Health Service. Indian Health Manual. Part 2: chapter 3—Purchased/referred care. Section 2-3.8: payor of last resort requirements. Accessed August 31, 2020. <https://www.ihs.gov/ihm/pc/part-2/chapter-3-purchased-referred-care/#2-3.8>
13. US Government Accountability Office. Indian Health Service: facilities reported expanding services following increases in health insurance coverage and collections. September 2019. GAO-19-612. Accessed August 31, 2020. <https://www.gao.gov/assets/710/701133.pdf>
14. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 8th ed. McGraw-Hill; 2015.
15. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. Oxford University Press; 2012.
16. American Academy of Orthopaedic Surgeons. *Surgical Management of Osteoarthritis of the Knee: Appropriate Use Criteria*. December 9, 2016. Accessed August 31, 2020. https://www.aaos.org/globalassets/quality-and-practice-resources/surgical-management-knee/smoak-auc_hardcopy-treatment_1.4.171.pdf
17. Artiga S, Hinton E. Issue brief: beyond health care: social determinants in promoting health and health equity. Kaiser Family Foundation. May 10, 2018. Accessed August 31, 2020. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/beyond-health-care-the-role-of-social-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/>
18. National Indian Health Board. *The National Tribal Budget Formulation Workgroup's Recommendations on the Indian Health Service Fiscal Year 2021 Budget*. April 2019. Accessed August 31, 2020. https://www.nihb.org/docs/04242019/307871_NIHB%20IHS%20Budget%20Book_WEB.PDF
19. Indian Health Care Improvement Act, 25 USC §1602 (2020).
20. Indian Country ECHO website. Accessed September 1, 2020. <https://www.indiancountryecho.org>
21. University of New Mexico. Our story. Project ECHO. Accessed September 1, 2020. <https://echo.unm.edu/about-echo/model/>

22. Warne D, Frizzell LB. American Indian health policy: historical trends and contemporary Issues. *Am J Public Health*. 2014;104(suppl 3):S263-S267.
23. Tobey M, Armstrong K, Warne D. The 2019 partial government shutdown and its impact on health care for American Indians and Alaska Natives. *J Health Care Poor Underserved*. 2020;31(1):75-80.

Hannah Wenger (医学博士)，（她）是波士顿马萨诸塞州总医院农村医学计划的一名普通内科医生和教职员工。任职期间，她为南达科他州罗斯巴德印第安保留地的 Sicangu Lakota Oyate 一族提供临床护理。

Jo Henderson-Frost (医学博士)，（她）是波士顿马萨诸塞州总医院农村卫生领导奖学金计划的研究员。她任职于南达科他州罗斯巴德印第安人保留地的罗斯巴德印第安人卫生服务部门，提供初级保健服务。

编者注

本评论所对应的案例由社论文章提供。

引用

《美国医学会伦理学杂志》。2021;23(3):E215-222.

DOI

10.1001/amajethics.2021.215.

利益冲突披露

作者没有要披露的利益冲突信息。

本案例中的人物和事件均为虚构。如与真实事件或生者或死者名字雷同，纯属巧合。本文所述观点仅为作者个人观点，并不一定代表AMA的观点和政策。