

## 我国社区康复医疗资源的现状与需求\*

任艳苹<sup>1</sup> 郭琪<sup>1,2</sup> 李雨晴<sup>1</sup> 仇嘉禾<sup>1</sup> 吕兆阳<sup>1</sup> 邵博涵<sup>1</sup> 傅丽媛<sup>1</sup> 庞德功<sup>1</sup>

康复医学是针对残疾者及老年病、各种急慢性病而导致的功能障碍,应用以物理疗法等为主的多种医学手段,以预防、恢复或者代偿患者的功能障碍为目的的医学分支学科<sup>[1]</sup>。随着社会经济的飞速发展,人们对健康的需求也在不断地提高,康复服务的出现是适应社会时代的产物,是可以为广大患者带来福音的一种医疗服务形式。但是,在实际的康复医疗中,工作开展非常困难,其原因是患者缺乏正确的指导及受经济的限制。解决这种社会问题的关键是开展社区康复,为患者提供一个在社区即可以得到在医院的医疗和服务,这种模式的费用较低,受益人群较广。据国外数据描述:机构式康复人均费用为100美元,仅覆盖20%的康复对象,而社区康复服务人均费用仅9美元,却覆盖80%的康复对象<sup>[2]</sup>。急性期患者出院后转入护理之家的占15%—30%,转入家庭的占35%—60%<sup>[3]</sup>,由此可见,患者在急性期之后,回归家庭或转入护理之家者占绝大多数。因此,大力发展社区康复服务可以很好地满足患者对长期康复医疗的需求。

### 1 现有社区康复医疗模式

#### 1.1 香港康复医疗模式

本模式的特点是:三级康复医疗制度完善,保险覆盖面广,尤其重视对社区康复医疗机构的资金投入。

香港康复医疗服务分为三个层次:①区域医院内的康复机构;②康复专科医院;③社区康复服务网络。患者在区域医院住院日约5—7天,然后由区域医院转到指定康复医院/中心住院15天左右,最后转入社区康复服务机构。三级康复医疗网络健全,促进了双向转诊制度的完善。另外,患者还可回家每天到康复门诊接受治疗(首次100元,以后每日60元)<sup>[4]</sup>。目前香港各级康复医院设备齐全,能够根据患者的功能状态采用个体化的治疗方案;康复专科医疗服务机构大多拥有100—300张床位,主要针对老年常见病开展住院康复服务,日间康复生活护理和娱乐交流;社区康复主要针对社区内的患者、残疾人,为他们提供健康教育、讲座、康复基本治疗及咨询,使社区内所有病、伤、残者能够尽快融入社

会。这种制度的完善依赖于香港政府大量资金的投入,据统计,每年政府对康复医院的拨款最多的时候可以达到20多亿港元,最少也有3.7亿港元,其中尤其重视对社区康复医疗机构的资金投入<sup>[5]</sup>。

#### 1.2 美国的康复医疗模式

本模式的特点是:各级康复机构对患者功能状态严格把控,保险支付政策细化完善,分诊、转诊顺畅。

美国的康复医疗模式与香港的模式大体相同。首先由康复医师会诊并根据病情开具康复治疗和相关处方。①急诊康复机构:患者病情稳定,能够耐受每天3h,每周5d的康复训练;若能够承受每天少于3h,至少1h的康复训练,则转诊至亚急性康复病房。②社区层面:病情稳定,不需要住院康复治疗即可恢复。这类人群大多是由各级医院转诊而来的具有在社区独立生活能力的患者,在所有康复对象中所占比例最大。③专业康复护理机构或长期照料机构:患者失去生活自理能力<sup>[6]</sup>。美国康复医疗转诊制度的完善受益于美国对康复实施的不同保险支付政策,引导各类康复机构迅速发展和完善,从而满足患者不同层次、不同治疗阶段的康复需求,也实现了患者及时、主动、顺畅地分诊和转诊,促进了社区康复服务机构的发展。

#### 1.3 日本的康复医疗模式

本模式的特点是:康复设施建设分类齐全,重视恢复期患者的长期康复治疗,收费标准多元化。

日本根据治疗的疾病不同将康复设施的建设分为脑血管疾病康复设施、心血管系统康复设施、运动系统康复设施、残疾患儿康复设施、呼吸系统康复设施、难治性神经系统疾病康复设施,以及集团交流康复设施等七大类,其中大部分机构的主要服务对象为疾病恢复期患者<sup>[7]</sup>。每一类又根据规模大小及人员配备情况分为I、II、III型,类似于香港或美国的三级分法。日本的康复医疗按照单位和点数收费,每治疗20min计“1单位”,在不同规模的康复设施“1单位”所等同的“点数”不同。点数收费标准相同,为“1点”计费10日元。在社区康复设施中,“1单位”计100点,治疗费用为1000日元,

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2014.08.015

\*基金项目:教育部国家级大学生创新创业训练计划项目(201210062011)

1 天津医科大学康复与运动医学系,天津市和平区气象台路22号,300070; 2 通讯作者  
作者简介:任艳苹,女; 收稿日期:2013-08-13

而在规模较大的综合康复设施“1单位”计235点,也就是治疗费用为2350日元,医疗保险按照疾病程度分配总的点数<sup>[8]</sup>,这种政策有利于鼓励患者选择社区机构进行长期的康复治疗,促进了社区康复医疗机构的发展。

## 2 国内社区康复医疗的现状与需求

### 2.1 国内康复服务体制

社区康复是2015年初步实现残疾人“人人享有康复服务”目标的重要手段,它具有低投入、广覆盖、可及性强的特点,但是目前只有16.7%有康复需求的患者能得到康复服务<sup>[9]</sup>,康复服务与康复需求之间存在着相当大的差距。此外,我国的康复医疗依然集中于综合医院,社区医院中开展康复科的不足一半。有学者报道<sup>[9]</sup>,社区医疗卫生场所中56%没有设立康复科,并且社区康复人员职称以初级职称为主,一年中只有25%的康复人员参加过康复培训,远不能满足人们对康复医疗的需求。社区康复机构建设不足使得《“十二五”时期康复医疗工作指导意见》提出的分层级、分阶段的康复医疗服务体系无法真正落实。

### 2.2 经济支持

从国际趋势看,随着国家经济发展水平的提高,卫生总费用占GDP的比重也在不断增高。陈竺部长在2012年夏季达沃斯论坛会议上指出:2010年世界范围内低收入国家公共卫生总费用占GDP的平均比重为6.2%,高收入国家该比重平均为8.1%,我国目前公共卫生总费用占GDP的比重仅为5.1%,这表明目前中国的整体的医疗投入还处于相当低的水平<sup>[10]</sup>。

我国目前残疾人已达到8500万人,其中5000多万人有长期的康复需求;同时,随着我国老龄化社会的加深,全国60岁以上老年人口已经达到1.85亿,其中需要康复服务的约7000多万人<sup>[11]</sup>;此外,估计至2030年,我国慢性病患病率将高达65.7%,其中80%的慢性病患者需要康复治疗<sup>[12]</sup>。庞大的康复需求,需要相应的康复资源的建设与供应。尽管近年来从中央到地区都非常重视对康复医疗的投入,但是据2010年的统计数据显示,全国各级残联对残疾人康复经费的投入总额为13.3亿元,仅占当年公共卫生总投入的0.74%,占当年GDP的万分之3.77,人均康复经费仅为1.06元,只有33.5%的残疾患者享受到了康复服务<sup>[13]</sup>,根据2010年美国总人口及医疗卫生投入比例计算得知美国人均康复费用为

452.31美元<sup>[14-15]</sup>,可见我国与发达国家相比差距甚远,今后还要继续增加相关的投入。

### 2.3 医疗保险制度

康复医疗过去被误认为属于锦上添花的高层次附加的医疗服务,因而在过去相当长的一段时间被排斥在基本医疗之外。近年来,随着我国对康复医疗事业新的理解与认识,康复并列于预防、临床和保健是医疗服务的四大支柱,属于基本医疗的事实不可争辩。2010年,卫生部把运动疗法、偏瘫肢体综合训练、脑瘫肢体综合训练、截瘫肢体综合训练、作业疗法、认知知觉功能障碍训练、言语训练、吞咽功能障碍训练、日常生活活动能力评定九项医疗康复项目纳入基本医疗保障范围,促进了康复事业的发展。但由于不同地区政策的执行情况不尽相同,并且各地区只有少部分医院是康复定点医保医院,从而限制了患者接受康复服务。所以医保政策应做适当的调整,在不同的级别采用不同的支付力度,这样既保证了综合医院的资源不至于过于紧张,又可以促进社区康复的发展,减轻患者的经济负担。医疗保险制度的改革从一定程度上可以促进康复医疗体制的完善。此外,还要增加康复医疗的保险服务范围,尤其是老年病、慢性病以及疾病的恢复期,以期减少疾病的复发及重症化,节省公共医疗资源。

### 2.4 康复专业人员、设施配备情况

#### 2.4.1 康复专业人员缺乏:见表1—2。

如果按照卫生部要求,我国二、三级医院共需要康复医师5.8万人,治疗师11.6万人,社区综合康复人员需要90.2万人,是现有康复人才的10倍以上,存在巨大的人才缺口<sup>[16]</sup>。以上海地区为例,2012年的调查报道显示<sup>[18]</sup>,上海市康复医师和治疗师分别占总人口比例为2.54和3.28/10万人,对比国际标准(康复治疗师占人口比例50/10万人,康复医生/治

表1 中国大陆康复医师和治疗师数量与发达国家的比较

	PT (人/10万人口)	OT (人/10万人口)	康复医师 (人/10万人口)
美国 <sup>[17][22][23]</sup>	16.60(2009年)	16.23(2000年)	2.73(2012年)
日本 <sup>[17][21][24]</sup>	42.00(2009年)	46.15(2013年)	3.66(2000年)
中国大陆 <sup>[25]</sup> (2009年)	PT和OT合计:1.03		---
中国上海 <sup>[18]</sup> (2013年)	PT和OT合计:3.28		2.54*
中国天津 <sup>[19]</sup> (2012年)	1.04	0.59	1.83*

\*此数据为康复科室在在职的执业医师(包括中医师)数,大多数并非康复专业医师,和国外数据没有可比性。PT:物理治疗师和OT:作业治疗师

表2 国家对康复人员数量要求与现状的对比

	三级综合医院康复科				二级综合医院康复科				社区医院
	设立比例(%)	占总床位数的比例(%)	康复医师比例(人/床)	治疗师比例(人/床)	设立比例(%)	占总床位数的比例(%)	康复医师比例(人/床)	治疗师比例(人/床)	康复技术人员(名/社区)
卫生部标准要求	100	2—5	0.25	0.5	100	2.5	0.25	0.5	1
上海市 <sup>[18]</sup>	60	0.09	0.22*	0.34	47	3.87*	0.39*	0.46*	0.45

\*因为上海综合医院开展康复工作的比例尚未达到标准,所以治疗师等配备标准的数据虽然基本符合要求,但是绝对人数如表1所示,仍处于严重缺乏的状态。

疗师比例1/5—1/10),这其中具有研究生学历的分别只有22%和1%,专业人才不论从数量上还是质量上都存在巨大差距。此外,在二级医院以下从事社区康复工作的专业人士不足全部的20%,相比社区康复需求的患者比例,存在严重的分配不均,而且其中具有研究生学历的只有1.9%(二级以上医院为15.7%),社区卫生服务机构中康复从业人员在数量和质量上与综合医院相比也有较大差距。上海作为我国康复医疗发展较好的地区,情况尚且如此,我国其他地区的康复从业人员数量及质量将更加薄弱。

**2.4.2 康复设备缺乏并且落后:**康复医学是在临床上应用运动疗法,作业疗法,物理因子疗法等手段,达到预防、恢复或代偿患者功能障碍目的的一门医学学科。无论是运动疗法还是其他方法,要想取得最佳的治疗效果,除了专业人员的手法技术以外,必要的仪器设备和专业工具也是必不可少的,康复专业设备是治疗师得力的左右手。不同仪器的使用,不仅可以让治疗师有更多的时间和精力去为患者服务,同时也可以增加患者的兴趣,使其主动积极的接受治疗。然而我国大陆省会城市综合医院中有51%的医院康复训练场地不够,49.6%康复设备陈旧<sup>[20]</sup>,并且缺乏现代化的康复业务管理软件系统,无法满足康复治疗要求以及患者需求。据《综合医院康复医学科基本标准》要求,综合医院内的康复科必须独立配备运动心肺功能评定设备、肌力和关节活动评定设备等评定设备以及连续性关节被动训练器、训练用阶梯、运动控制能力训练设备、功能性电刺激设备、减重步行训练架及专用运动平板等治疗设备,显然现阶段我国综合医院康复科室大部分尚未达标。因此,在现阶段政府的大部分投资都是填补大型综合性医院的缺口,相对来说对于社区医院的投入不足并且分散,无法满足需要长期康复治疗患者的基本需求。

### 3 小结

马晓伟副部长在全国康复医疗工作会议上的讲话中明确指出<sup>[13]</sup>:鼓励社会资本作为增量进入康复医疗服务领域。只有将经费投入的方向重点放在康复中心,社区康复上才会使得经费效益的最大化,既可以满足患者对康复的需求,又可以加快我国康复事业的发展。社区康复模式符合卫生部提出的“十二五”期间康复医学发展的主流方向,若随着国家政策的扶持、转诊制度的建立、人才培养力度的加强及筹集资金的逐步多元性等措施,必将得到良好的发展。

### 参考文献

[1] 杨金禄.康复医学在社区医疗中的现状和前景浅探[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(12):157—159.  
[2] 姚建红.日本康复事业现状、主要特点及对我国康复事业的启迪[J].中国初级卫生保健,2002,16(4):13—14.

[3] 胡海鹰.中国目前社区康复的现状、机遇、挑战[EB/OL].http://wenku.baidu.com/view/17c954609b6648d74618.html.2011-11-09.  
[4] 潘福琼.香港康复探访及启示[J].实用医院临床杂志,2010,7(1):24—26.  
[5] 林伟.香港康复医疗概况[J].中国康复理论与实践,2001,7(1):37—38.  
[6] 姜从玉.美国康复医疗制度的演进对我国的启示[J].国外康复,2010,25(12):1188—1190.  
[7] 株式会社日本メディックス.リハビリテーションの施設基準について[EB/OL].http://www.nihonmedix.co.jp/support/03rehabilitation\_facilities.html.2010-10-07.  
[8] 黄秋晨,密忠祥,崔志茹,等.日本康复设施建设基准及对我国的参考意义[J].中国医院,2012,16(6):17—20.  
[9] 张诗敏,杜雪平,胡海鹰.社区康复工作现状及对策研究[J].中国全科医学,2011,14(9A):2918—2920.  
[10] 用于医改的财政投入仍不足[EB/OL].http://health.sina.com.cn/cj/2012-09-27/090951233.shtml.2012-09-27.  
[11] 密忠祥,程军,崔志茹,等.我国康复机构组织建设研究综述[J].中国医院,2012,16(6):2—4.  
[12] 梁娟,林成杰.我国脑卒中患者社区康复探讨[J].社区康复,2012,27(4):316—318.  
[13] 马晓伟.马晓伟副部长在全国康复医疗工作会议上的讲话[EB/OL].http://www.moh.gov.cn/mohzcfgs/s7857/201204/54504.shtml.2012-03-21.  
[14] 2010年美国人口普查[EB/OL].http://zh.wikipedia.org/wiki/2010年美国人口普查.2010.  
[15] Career & Professional Resources[EB/OL].http://www.aapmr.org/career/Pages/default.aspx.2013.  
[16] 卫生部关于印发《康复医院基本标准(2012版)》的通知[EB/OL].http://www.haodf.com/zhuanjiguanlian/lijianhua138\_686467012.htm.2012-05-10.  
[17] 2009 WCPT 101个会员国情况[EB/OL].http://www.wcpt.org/2010.  
[18] 郑洁皎,俞卓伟,张炜,等.上海市康复医疗资源调查报告[J].中国康复医学杂志,2013,28(2):143—147.  
[19] 付国鑫,赵立平,向珩,等.天津市康复医学从业人员现状及需求调查[J].中国康复理论与实践,2012,18(4):392—394.  
[20] 李建军.我国大陆省会城市综合医院康复服务现状调查分析[J].中国康复理论与实践,2011,17(1):1—4.  
[21] 吉田大树.作为作业治疗师在中国开展志愿者活动的日本人[EB/OL].http://japan.people.com.cn/95917/8239572.html.2013-05-10.  
[22] 2000年WFOT资料:19个国家、地区OT人数、学校数[EB/OL].http://www.hkiot.org/conference/2005otc/powerpoint/OP2.pdf.2001.  
[23] Landry MD, Ricketts TC, Verrier MC. The precarious supply of physical therapists across Canada: exploring national trends in health human resources (1991 to 2005) [J]. Hum Resour Health, 2007, 5(23):2—6.  
[24] Training Systems for Specialist Rehabilitation Physicians : Current Status and Future Developments[EB/OL].http://www.jstage.jst.go.jp/article/jjrm1964/41/Supplement/41\_Supplement\_S154/\_pdf.2000.  
[25] 国际物理医学与康复医学学会第七届世界大会资料:2009年全国康复资源调查[C].2013.