

# 我国康复服务供需衔接的保障机制问题分析

王一然<sup>1,2\*</sup> 冷志伟<sup>3</sup> 赵艺皓<sup>3</sup> 范韞仪<sup>1</sup> 李建军<sup>4</sup> 郑晓瑛<sup>1,2</sup>

1. 北京大学人口研究所 北京 100871

2. 北京大学亚太经合组织健康科学研究院 北京 100871

3. 中国医学科学院 北京协和医学院 北京 100073

4. 中国康复研究中心 北京 100068

**【摘要】**庞大的康复服务供需缺口加剧了我国人口健康挑战,抑制了老龄化社会治理的效能。本文认为,除康复服务供给绝对总量不足的问题外,涵盖法律、保险、残疾报告、持续性健康管理等在内的保障机制建设不足是另一关键因素。本文围绕上述四个康复服务供需衔接保障机制开展现存问题与对策分析,以期为提高我国康复服务的供需衔接效率提供保障机制建设依据。

**【关键词】** 康复服务; 供需衔接; 保障机制

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.02.010

## Analysis of the problems of guarantee mechanism of the connection between supply and demand of rehabilitation services in China

WANG Yi-ran<sup>1,2</sup>, LENG Zhi-wei<sup>3</sup>, ZHAO Yi-hao<sup>3</sup>, FAN Yun-yi<sup>1</sup>, LI Jian-jun<sup>4</sup>, ZHENG Xiao-ying<sup>1,2</sup>

1. Institute of population research of Peking University, Beijing 100871, China

2. PKU-APEC Health Science Academy(HeSAY), Beijing 100871, China

3. Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, Beijing 100073, China

4. China Rehabilitation Research Center, Beijing 100068, China

**【Abstract】** The huge gap between the supply and demand of rehabilitation services exacerbates the population health challenges in China and inhibits the governance efficiency of an aging society. This study considers that the inadequate construction of guarantee mechanisms covering the law, insurance, disability screening and reporting, and continuous health management is another key factor in addition to the problem of insufficient supply of rehabilitation services. This study analyzed the existing problems and countermeasures around the above-mentioned four mechanisms to ensure the connection between the supply and demand of rehabilitation services. It is hoped that this study will provide a basis for the development of guarantee mechanisms to improve the efficiency of the connection of supply and demand of rehabilitation services in China.

**【Key words】** Rehabilitation service; Supply-demand connection; Guarantee system

康复是国家基本公共服务均等化的重点内容,当前,我国康复服务供需缺口显著,一方面在于康复服务的绝对规模不足,另一方面则源于康复服务供需衔接保障机制建设不完善,不利于提升康复服务供需衔接效率。康复服务供需衔接保障的要点不仅在于供给规模,更重要的在于构建涵盖法律、保险等在内的保障机制,从而形成康复服务资源的

有序流动通路,为康复服务供需衔接创造有利的机制环境。

## 1 完善我国康复服务供需衔接保障机制的必要性

### 1.1 新发展阶段的人口健康挑战与要求

我国改革开放 40 年经济总量的高速储备,奠定

\* 作者简介:王一然(1995 年—),女,博士研究生,主要研究方向为人口、环境与健康、残疾预防与康复。E-mail:dengguangyiran@pku.edu.cn  
通讯作者:郑晓瑛。E-mail:xzheng@pku.edu.cn

了人口的生存环境与生命高质量发展的可能性,而城镇化、工业化、疾病谱变化与人口老龄化背景下的人口趋势与健康态势,导致健康存量下行压力成为我国“新发展阶段”的关键人口特征。新发展阶段将实现“人的全面发展”作为实质性目标之一,这就需要进一步保障和提升人的生命质量和生存环境质量,进而要求完善人口健康保护体系,强化健康链条的薄弱环节,以满足人民日益增长的健康需求和美好生活追求。

### 1.2 残疾风险储量显著上行导致的康复服务需求强度

我国残疾人口规模短期内将始终保持上行趋势,且老年人口残疾化和残疾人口老龄化重叠加剧,据预测,2050年我国残疾人口中65岁及以上占比将达70%以上。<sup>[1]</sup>而在工业化、城镇化、老龄化、疾病谱变化并存的时代,慢性病、伤害、老化致残风险储量增加,与“病、伤、残、老”长期共存的人口格局对社会残疾防控体系建设提出了更高的要求。而在残疾的预防、治疗、康复三维防控体系中,康复发展相对薄弱,早期资源储备不足,加之致残风险及残疾人口规模持续膨胀,康复有关政策、物质、人力在当前及未来将面临显著的供给缺口。

统计调查显示,我国存在8502万残疾人<sup>[2]</sup>、4000余万失能半失能老年人<sup>[3]</sup>、内嵌于3亿慢性病患者<sup>[4]</sup>中的大规模功能障碍者和每年因交通事故、工伤等意外伤害所致的新增因伤致残病人100余万<sup>[5]</sup>,引致大规模康复服务需求。2006年我国第二次残疾人抽样调查结果显示,残疾人口的康复训练与服务需求实现率不及三分之一。截至2019年底,我国约有3681.7万<sup>[6]</sup>持证残疾人,提示当前仍有超半数残疾人尚未进入国家残疾监测统计体系进而实现康复衔接。由此可见,如何保障康复服务的持续供给和供需衔接,成为提升人口健康治理效能的主要问题。

### 1.3 配套机制的现实发展水平与政策要求间的差距

2009年,《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》将“预防、治疗、康复三者结合”提升为医药卫生体制改革的基本原则。党的十八大以来,人民健康被赋予国家战略意义,《“健康中国2030”规划纲要》将康复列入全体人民可负担的高质量健康服务项目。作为“实现个体功能恢复”的基本手段,康复的社会认知与需求实现是挖掘群体健康红利,提升群体健康效益进而推动人口老龄化与经

济社会协调发展的关键保障。而相较于国家政策对康复的认知水平而言,康复服务供需衔接保障机制的实际建设相对落后,保障机制有限的承载力导致康复政策的效能障碍。

## 2 完善我国康复服务供需衔接保障机制的理论依据

“康复服务供需衔接保障机制”是实现个体卫生服务利用的重要环境因素。环境因素是安德森卫生服务利用行为模型的四维度之一,囊括了医疗服务体系、卫生政策和外部环境三方面。此外,社会生态学模型指出,个体卫生服务利用行为不仅取决于个人能力、知识、动机等因素的驱动,也受社会环境等不同层面因素的直接或间接影响<sup>[7]</sup>,不同于微观层面的个体或照护者知识、能力、动机,以及中观层面的卫生服务供方能力及社区氛围等因素,宏观层面的卫生管理体制机制及政策等因素更为持续和广泛地影响着个体卫生服务利用效率<sup>[8-9]</sup>。由此可知,环境因素已被国际主流观点认可为影响个体卫生服务利用行为的重要因素,其主体内容包含了卫生系统的体制、机制、政策、法律等。

## 3 我国康复服务供需衔接保障机制的现状与问题

### 3.1 康复立法未成体系,残疾人康复权利的现实保障较为薄弱

我国于2017年出台首部针对残疾人康复的行政法规——《残疾预防与残疾人康复条例》,明确了政府的康复服务供给者主体地位。1994—2012年间,我国《残疾人教育条例》《残疾人就业条例》和《无障碍环境建设条例》三部残疾人康复相关行政法规依次出台。各条例虽具备法律效力,但其行政法规属性在地位上仍次于法律。一般认为,当前我国尚未构建以全面康复理念为原则的康复立法体系。因此从法律层面看,我国残疾人康复权利的保障力度尚较单薄,加之我国残疾人康复权利的现实保障条件发展不足,二者共同导致了我国残疾人的康复“权利贫困”<sup>[10]</sup>,不利于残疾人康复权利和健康权的实质实现以及残疾人康复事业的长效发展。

### 3.2 残疾报告制度运行缺乏有关领域间的高效联动

残疾报告制度要求多领域对全龄人口健康信息进行监测与追踪,旨在实现健康信息的动态更新、共享与管理,且需要政府主导、部门联动、全社会共同

参与,是一项系统性人口健康工程。当前,残疾报告制度数据监测主要基于新生儿健康检查、居民体检、家庭医生签约、居民电子健康档案等工作,聚焦于卫生健康领域。而伴随我国的工业化、城镇化、快速老龄化和疾病谱变化,致残风险储量与来源增加,人口健康监测要更重视风险源头监测,进一步彰显卫生、公安、交通、教育等多部门联动的必要性。

《国家残疾预防行动计划(2016—2020年)》贯彻实施情况评估结果显示,在残疾报告制度建设过程中,政府有关部门尚未有效实现监测信息共享以及协同行动,作为制度运转的核心要素,部门联动这一机制性能力有待进一步加强。

### 3.3 后康复阶段接续性健康管理不足

与个体功能康复进度相呼应,康复服务内容具有多阶段异质性。当前,我国尚未形成分流通畅的康复服务网络,相比急性期康复,后康复阶段的建设问题更为突出。后康复阶段指患者经过急性期康复后,为最大程度恢复身体功能,进一步巩固康复效果,防止因病情恶化而再度入院,还需由康复机构、护理机构或社区居家服务机构向患者继续提供短期或中期的康复治疗、技术性护理及医疗支持等服务。<sup>[11-12]</sup>主要包括急性期康复后的亚急性期康复、恢复期康复、后遗症期康复、长期照护期康复以及日间康复、门诊康复、居家康复等环节或模式。

造成我国患者在后康复阶段接续性健康追踪与管理不完善的主要原因在于后康复阶段各环节的服务机构建设不足。根据所需服务内容与强度的不同,美国在患者的后康复阶段设置了不同的服务机构,主要分为住院康复机构(Inpatient Rehabilitation Facilities, IRFs)、专业护理机构(Skilled Nursing Facilities, SNFs)、居家健康服务机构(Home Health Agencies, HHAs)和长期照护医院(Long-term Care Hospitals, LTCHs)四大类。<sup>[12]</sup>而当前,我国提供康复服务的机构主要为康复医院、医院康复科和护理院,服务机构设置尚待完善。《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》强调“分类提供老年人康复照护和生活照料”“支持医疗资源丰富的地区将部分公立医疗机构转型为护理院、康复医院”,为我国康复服务体系的完善提供了重要的政策支持。相应地,康复服务机构的发展规范性,以及配套人力、物力资源投入规模不足的问题(据估计,现阶段我国康复治疗师缺口至少为 30 万<sup>[13]</sup>),也限制着

我国康复服务各环节的强化发展和服务资源的均衡配置,进一步影响到面向患者的后康复阶段接续性健康管理。

### 3.4 康复服务保险覆盖范围较小,支付方式有待优化

覆盖范畴与支付方式是康复保险支付制度的要点问题。2021年6月,国家卫健委等8部委联合发布《关于印发加快推进康复医疗工作发展意见的通知》,明确要求统筹完善康复医疗服务的医保支付管理,切实保障群众基本康复医疗需求。这是继2010年、2016年两次拓展康复医保项目以后又一次从国家层面敦促康复保险支付制度的完善。

当前,我国康复服务项目纳入保险支付范畴十分有限,报销病种局限于骨科疾病、神经损伤等,尤其是老年人常见的心肺功能康复等项目的自费压力仍然较大。<sup>[14]</sup>2010年我国首次纳入医保支付的康复服务项目共有9项,2016年拓展至29项,而纳入医保报销范畴的各类卫生服务项目总量超过一万个<sup>[15]</sup>,相比之下对康复服务的保险支付支持力度亟待提升。保险支付范围的有限性易导致康复服务取用困境,民众庞大的康复服务需求难以转化为负担得起的有效需求,不利于市场供给的持续与供需的均衡。另一方面,目前我国康复服务的保险支付多遵循“按项目支付”<sup>[16]</sup>,即患者接受康复服务后,医保部门对服务项目按报销标准和比例进行支付。但这种支付方式可能导致过度医疗<sup>[12]</sup>,致使患者和保险支付方承担不必要花费<sup>[15]</sup>。

## 4 关于我国现存康复服务供需衔接保障机制问题的讨论与建议

### 4.1 推动康复立法,明确人口康复权利

康复是人口健康权的重要构成,完善人口康复权利的相关立法是康复服务供需衔接的长效和基础保障。

当前,覆盖身体、心理和社会功能的“大健康观”已深入人心,旨在促进残疾人功能、精神、教育、经济和社会全方位重建与回归的“全面康复观”更是紧密对标“大健康”要点。伴随21世纪“以人为本、增权赋能”观念的普及深化,康复逐渐朝向“促进残疾人社会融合的重要中介”的角色进化,但康复真正融入基本人权的过程却十分漫长,主要原因在于法律的有效性需基于社会认知、战略政策、制度机制、科学技术、人力资源、物质资源等多维要素的配套发展。

当前,我国康复服务技术不断发展进步,国家对康复的认知不断深入,民众的康复服务需求也大规模增加。《“健康中国 2030”规划纲要》将康复作为与治疗并列的环节纳入医疗卫生服务创新供给模式,将康复置于国家战略高度。由此可见,当前已有必要通过立法行动明确康复的健康权属性。

20 世纪上半叶,美、英、德等西方发达国家的康复立法经验为我国提供了参考,其特点与趋势主要表现为如下三点<sup>[10]</sup>:一是突出残疾人个体的权利主体地位,例如,德国《残疾人康复与参与法》借助法典化的立法技巧最大程度实现了各项保护残疾人权利的法律法规的协调统筹,并从法律角度严格规范服务供给者责任以及资金来源,为残疾人权利提供实质性保障;二是重视完善残疾人的各项社会保障,即遵循全面康复理念,完善康复立法体系,例如,涵盖医疗、教育、职业、生活扶持等的“英国体系”为残疾人康复提供了全方位法律支撑;三是明确国家作为残疾人康复供给者的义务主体地位。

## 4.2 将残疾报告制度定位于全人口和全生命周期

### 4.2.1 残疾报告制度面向全人口、全生命周期的主要原因

康复服务需求源于全人口与全生命周期,供给也应相应面向全人口和全生命周期,这是推动康复服务供需精准衔接的关键前提。

康复作为身体功能恢复手段,长期以来被局限于服务残疾群体的范畴。而早在 2016 年,原国家卫生计生委在《关于印发国家慢性病综合防控示范区建设管理办法的通知》中就明确指出,提供面向全人群、覆盖生命全周期的慢性病预防、筛查、诊断、治疗、康复全程管理服务。由此可见,健康服务各环节并非割裂独立,而是紧密联动的;康复也不能被界定为单一面向残疾人的健康策略,而应从“全人口、全生命周期”的视角重构康复的价值认知,基于超前康复、康复预备意识真正推进“防、医、康”一体化落实。

“全人口、全生命周期”的康复服务供给基本遵循源于全人口的增龄变化规律和残疾转归风险。增龄、主要生命事件和重大社会环境事件<sup>[17]</sup>构成个体全生命周期中的健康风险,致使个体终生都存有残疾可能,但由于其导致的个体与群体健康变化轨迹和结局呈现规律性,从而具备了可预见性、可预防性,因此,人口全生命周期康复供给的意义才尤为突出:在个体生命的关键阶段(如围产期、围老期)做好康复预备工作,以保证事件期间的健康储备;或在重大社会环境事件发生后,当个体显示出病态征兆时,

尽早对接康复服务,阻止个体从病态向疾病的恶化,以防健康存量持续流失。

### 4.2.2 残疾报告制度面向全人口、全生命周期的实现机制

2008 年《中共中央国务院关于促进残疾人事业发展的意见》提出“制定国家残疾标准,建立残疾报告制度,加强信息收集、监测和研究”,这是残疾报告制度概念首次以国家文件的形式提出。2011 年公布的《残疾人事业“十二五”发展纲要》进一步明确残疾报告制度的建设目标是通过加强信息收集以建成残疾预防综合信息网络平台和数据库,用以开展致残因素监控和残疾预防对策研究。而在 2015 年国务院发布的《关于加快推进残疾人小康进程的意见》中,信息共享被明确为残疾报告制度建设的新增目标,而信息共享的前提是部门联动的实现。至此,残疾报告制度的本质特征逐渐清晰、完整,即一项政府主导、部门联动、全社会参与的系统工程。国务院于 2016 年发布《“十三五”加快残疾人小康进程规划纲要》,明确提出“推动建立完善筛查、诊断、随报、评估一体化的残疾监测网络,形成统一的残疾报告制度”,进一步明确残疾报告制度以残疾监测为前提。并于 2017 年出台的《残疾预防和残疾人康复条例》中再次强调了卫生、残联、教育、民政、公安、应急、交通等国家有关部门间的残疾信息共享对于实施早期干预的重要性。残疾报告制度的概念在政策发展中不断完善,其内涵要点逐渐明晰,即全龄人口健康监测,信息动态更新、共享与管理,政府主导、多部门联动、全社会共同参与。

从残疾数据监测网络构建到多部门数据共享,残疾报告制度实质追求的是残疾的“早发现、早诊断、早评定、早报告、早干预”,目的在于尽早阻断残疾群体状况恶化和高危群体向残疾的转归。这就要求,残疾报告制度的运行需基于覆盖全人口和全生命周期的健康监测与信息输送的通畅机制,由此进一步突出多部门协同联动以实现数据的共享和动态更新的关键性。

我国首期全国残疾预防综合试验区创建试点工作共历时五年(2016—2020 年),覆盖 100 个试验区,创建过程中摸索创新出一套残疾报告制度运行机制:通过面向 0~6 岁儿童进行残疾筛查诊断,面向 7 岁及以上群体进行残疾筛查评定,实现人口全龄筛查覆盖。《中国残疾报告制度研究》将人口全生命周期残疾报告制度运行机制总结为图 1。

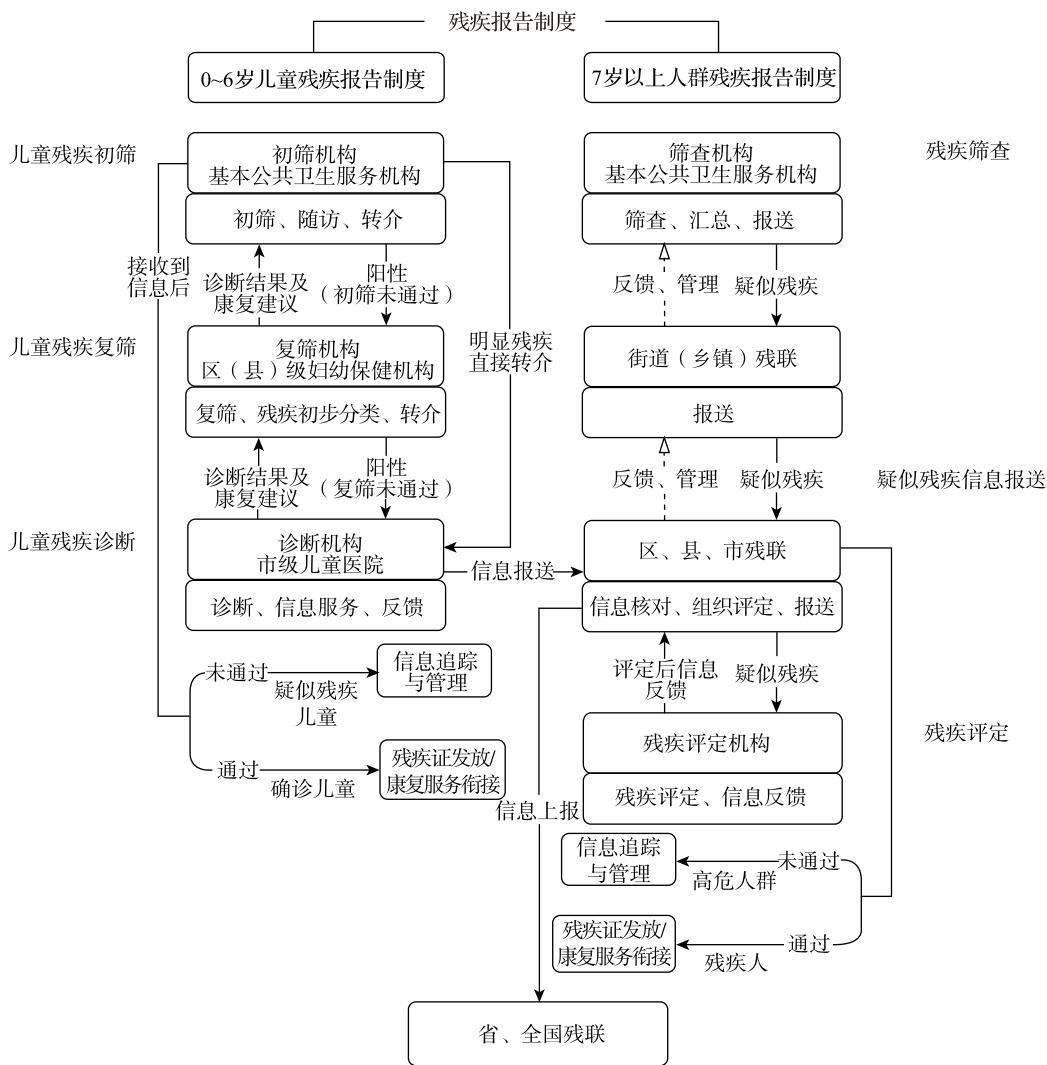


图 1 我国残疾报告制度运行机制

### 4.3 建立后康复阶段接续性健康管理机制

后康复阶段接续性健康管理是实现康复服务多阶段有序供给的重要基础。基于人口全生命周期残疾报告制度发现残疾和高危群体,根据功能障碍的不同程度对其向亚急性期、长期照护期、居家康复期等阶段的康复服务环节进行分流转诊,从而提高康复服务资源利用效率。

美国完整成熟的康复服务网络体系给我国后康复阶段接续性健康追踪与管理制度建设提供以启示。依据介入时间,美国在急性期康复后设有亚急性性康复、日间康复、门诊康复、居家康复、康复护理、日间照护等接续性分流环节。总体上可概括为急性后期服务 (post-acute care, PAC) 和长期照护 (long-term care, LTC) 两类。在 PAC 期,相应的康复机构会根据患者功能障碍程度提供不同强度和密度的康复服务,而在 LTC 期,患者一般预后稳定,以接受日常

生活护理为主。<sup>[11]</sup>

构建后康复阶段接续性的健康管理制度,清晰定义康复服务链不同环节的服务内容与对象,是厘清康复服务供给秩序的重要前提,对于实现多阶段异质性的康复服务供给,增强康复服务资源配给的有序性和持续性而言具有重要意义。

### 4.4 提升康复服务项目的保险支付水平

提升康复服务项目的保险支付水平,是实现康复服务市场供需平衡的必备要素。一方面,扩大保险支付对康复服务项目的覆盖率,即将更多的康复服务项目纳入保险支付清单中。此外,鉴于康复服务周期相对较长等特点,有必要参考国际经验,推动康复服务项目保险支付方式的科学化。美国康复服务保险支付方式的特点主要为住院康复机构的“按功能分类”和专业护理机构的“以患者为导向”。<sup>[12]</sup> 2002 年,美国住院康复机构开始实行“按功

能分类支付”的康复服务保险支付方式,即将患者的功能状况作为主要依据制定医保标准,综合考虑患者的功能障碍程度、年龄、合并症、近似患者的平均住院天数等因素确定支付定额分组。而专业护理机构“以患者为导向”的医保方式,同样以患者功能状况等特征以及患者需求作为医保支付标准的分组依据,同时纳入对住院日的限制和调整,从而实现对费用的科学管理。<sup>[12]</sup>

**作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。**

### 参 考 文 献

- [1] Luo Y N, Su B B, Zheng X Y. Trends and Challenges for Population and Health During Population Aging-China, 2015-2050[J]. China CDC Weekly, 2021, 3(28): 593-598.
- [2] 中国残联. 2010年末全国残疾人总数及各类不同残疾等级人数[EB/OL]. (2012-06-26) [2021-10-30]. [http://2021old.cdcpf.org.cn/sjzx/cjrgk/201206/t20120626\\_387581.shtml](http://2021old.cdcpf.org.cn/sjzx/cjrgk/201206/t20120626_387581.shtml)
- [3] 中国新闻网. 2015年中国失能半失能老年人已达4063万[EB/OL]. (2016-10-09) [2021-10-30]. <https://www.chinanews.com/m/gn/2016/10-09/8025644.shtml>
- [4] 武留信, 朱玲, 陈志恒, 等. 健康管理蓝皮书: 中国健康管理与健康产业发展报告 No. 2(2019)[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2019.
- [5] 孙树菡, 毛艾琳. 我国残疾人康复需求与供给研究[J]. 湖南师范大学社会科学学报, 2009, 38(1): 5-11.
- [6] 中国残联. 2019年残疾人事业发展统计公报[EB/OL]. (2020-04-02) [2021-10-30]. [http://2021old.cdcpf.org.cn/sjzx/tjgb/202004/t20200402\\_674393.shtml](http://2021old.cdcpf.org.cn/sjzx/tjgb/202004/t20200402_674393.shtml)
- [7] McIeroy K R, Bibeau D, Steckler A, et al. An ecological perspective on health promotion programs[J]. Health Education Quarterly, 1988, 15(4): 351-377.
- [8] Chen S X, Mak W W, Lam B C. Is it cultural context or cultural value? Unpack aging cultural influences on stigma toward mental illness and barrier to help-seeking[J]. Social Psychological and Personality Science, 2020, 11(7): 1022-1031.
- [9] Shi W, Shen Z Z, Wang S Y, et al. Barriers to professional mental health help-seeking among Chinese adults: a systematic review[J]. Frontiers in Psychiatry, 2020(11): 442.
- [10] 张娟. 健康权视野下的残疾人康复立法[J]. 康复学报, 2016, 26(2): 46-50, 62.
- [11] 欧海宁, Bryan J O'Young. 美国康复医疗现状与思考[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33(6): 459-463.
- [12] 胡琳琳, 支梦佳, 黄春芳, 等. 急性后期医疗服务医保支付方式的美国经验与启示[J]. 中国医疗保险, 2021, 14(10): 75-80.
- [13] 禹跃昆, 柯进. 张伯礼代表: 增设康复医学一级学科[EB/OL]. (2019-03-09) [2021-10-30]. [https://www.eol.cn/news/yaowen/201903/t20190309\\_1648396.shtml](https://www.eol.cn/news/yaowen/201903/t20190309_1648396.shtml)
- [14] 胡建兵. “康复项目纳入医保”惠民政策造福患者[N]. 人民政协报, 2021-07-05(5).
- [15] 健康界. 基于“功能”分类的预付制(FRG)会是康复医学支付的未来吗[EB/OL]. (2021-06-28) [2021-10-30]. <https://new.qq.com/omn/20210628/20210628A09CNP00.html>
- [16] 胡琳琳. 创新医保支付完善康复医疗体系[N]. 健康报, 2021-06-28(7).
- [17] 郑晓瑛, 何平, 郭超, 等. 重大社会环境事件与人口健康的实证分析和思考——“事件人口学”在我国的创建和完善发展[J]. 人口与发展, 2021, 27(1): 25-35.

[收稿日期:2021-11-18 修回日期:2022-02-16]

(编辑 刘博)