

# 澳大利亚康复医疗服务及医保支付制度的经验与启示\*

闫润楠<sup>①</sup>, 颜穆丹<sup>①</sup>, 肖丹妮<sup>①</sup>, 胡琳琳<sup>①</sup>

**摘要** 完善康复医疗服务体系是满足我国人民日益增长的康复需求的必然要求。构建合理的康复服务定价标准和医保支付制度对促进康复医疗高质量发展具有重要意义。澳大利亚拥有多层次的康复服务体系,建立了以病例组合为基础的康复医保支付制度。对澳大利亚康复医疗服务体系和医保支付体系改革历程进行总结梳理,介绍了澳大利亚国家亚急性和非急性患者分类系统,为我国康复事业发展和医保支付制度改革提供经验借鉴。

**关键词** 康复; 医保支付; 病例组合; 澳大利亚

中图分类号 R1-9; R-01 文献标志码 A 文章编号 1003-0743(2023)10-0092-05

**Experience and Inspiration of Australia's Rehabilitation Medical Services and Medical Insurance Payment System/Yan Runnan, Yan Mudan, Xiao Danni, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(10):92-96**

**Abstract** Improving the rehabilitation medical service system is an inevitable requirement to meet the growing rehabilitation needs of our people. Building a reasonable pricing standard of rehabilitation services and medical insurance payment system is of great significance to promote the high-quality development of rehabilitation. Australia has a multi-level rehabilitation service system and established a rehabilitation medical insurance payment system based on case mix. It summarizes the reform process of the rehabilitation service system and medical insurance payment system in Australia, and introduces the Australian National Subacute and non-acute Patient Classification, so as to provide references for the reform of medical insurance payment system in China.

**Keywords** rehabilitation; medical insurance payment; case-mix; Australia

**First-author's address** School of Health Policy and Management, Peking Union Medical College, Beijing, 100730, China

**Corresponding author** Hu Linlin, E-mail: hulinlin@sph.pumc.edu.cn.

近年来我国康复医疗事业迅速发展,多部门相继出台政策完善康复医疗服务体系,以满足老龄化背景下人民日益增长的康复医疗需求。但由于起步较晚,我国康复医疗服务仍存在资源不足、发展不平衡等问题。康复服务高质量发展需要医保资金支持,针对康复服务的医保支付制度尚不完善成为制约康复服务发展的重要原因。

2020年国务院发布《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》,提出推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。随着DRG/DIP支付改革逐步推开,我国康复医疗支付方式由按项目付费向按病例和床日付费的预付制过渡。由于康复病程周期长、诊疗方案复杂,成本决定因素与急性期具有较大的区别,DRG不能准确地反映康复医疗成本,目前的按床日付费也存在基本费率较为粗放的问题。

建立符合我国特色的康复医疗服务体系与医保支付体系需要考察国际经验加以借鉴。澳大利亚拥有较完善的康复服务体系,继引入DRG用于急性期医疗服

务支付后,为完善延续性医疗卫生服务体系,保障患者复杂的医疗照护需求,逐步建立起了基于澳大利亚国家亚急性和非急性患者分类系统(Australian National Subacute and Non-acute Patient Classification, AN-SNAP)的支付制度,为康复、姑息治疗、老年评估管理、老年精神疾病和非急性照护建立合理的支付标准。本研究主要对澳大利亚康复医疗服务体系和医保支付体系改革历程总结梳理,介绍澳大利亚国家亚急性和非急性患者分类系统,以期为我国康复事业发展和医保支付制度改革提供经验借鉴。

## 1 澳大利亚康复医疗服务体系

### 1.1 服务提供

澳大利亚医疗服务体系由社区、专科医院和诊所、综合医院三级服务框架构成,执行严格的全科医生社区首诊制度。除急诊外,患者必须首先就诊于全科诊所,由全科医生推荐至医疗机构。康复医疗服务根据服务场景可以分为入院康复和非入院(流动)康复,根据康复阶段可以分为急性期、亚急性期和稳定期康复<sup>[1]</sup>。急性康复患者以入院康复模式为主。对亚急性期有康复效果、病情相对稳定的患者,由康复专科医院、康复医疗中心等机构提供门诊、日间或住院康复服务,或在社区和家庭流动康复,由康复工作者制定康复计划,最大限度地让患者实现生活或工作目标。对稳定期患者,则以家庭多学科介入康复模式为主,可全部在家或与康复机构联合进行<sup>[1]</sup>。

\*基金项目:中国医学科学院医学与健康科技创新工程项目(2021-I2M-1-046);泰康保险集团股份有限公司资助项目(2021P291WJ015)。

①北京协和医学院卫生健康管理政策学院 北京 100730  
作者简介:闫润楠(1998—),女,硕士在读;研究方向:老年健康、卫生经济、流行病与卫生统计等;E-mail: yanrunnan@163.com。

通信作者:胡琳琳, E-mail: hulinlin@sph.pumc.edu.cn。

澳大利亚康复服务的核心是以回归社会、回归家庭为目的。医院设有过渡病房，模拟家庭环境进行过渡训练，使患者有信心和思想准备适应回到家庭生活。机构之间联系密切，可根据不同情况相互转诊，住院病历可以完整地由转诊机构借阅<sup>[2]</sup>。患者出院前有康复治疗师和社工负责家庭访问，对出院后生活、经济状况进行评估，对家庭居住环境适当改造。社区能够提供物理、作业、言语治疗和心理治疗等康复服务和康复设备、设施租赁服务，并由多学科康复团队协助患者康复训练，防止病情恶化或再次入院。

### 1.2 统一数据和质量管理平台

2002年澳大利亚康复医学会牵头成立了康复数据库中心（Australasian Rehabilitation Out-come Centre, AROC），由伍伦贡大学澳大利亚健康研究所管理<sup>[3]</sup>。AROC负责系统收集全国康复医疗结果信息，通过对评估和费用数据的分析，为改善临床康复结果和康复服务的定价与支付提供依据。

目前，AROC汇总澳大利亚99%的康复机构出入院患者的功能独立性评价量表（FIM）资料，已形成全国性系列大样本数据库，为康复数据的有效分析和临床方案优化提供坚实支撑。同时，从机构层面整合康复资源，成立了由老龄部、退伍军人事务部、卫生部、健康保险公司及康复医院代表等组成的科学和临床咨询委员会，为AROC提供咨询服务。AROC每年出具国家康复年度报告等文件，公开发布或反馈给咨询委员会的成员。

### 1.3 筹资与定价

澳大利亚康复医疗服务的筹资体系主要由两部分组成：一部分是国民保健计划（Medicare）能够覆盖部分康复支出<sup>[4]</sup>；另一部分是由个人自愿参加的私人健康保险，对Medicare未覆盖的部分进行补充，目前是康复最主要的资金来源<sup>[5]</sup>。此外，退伍军人事务部DVA卡、国家残疾保险计划等其他资金也可对康复服务进行补贴<sup>[6]</sup>。2022年澳大利亚康复资金来源（图1）。

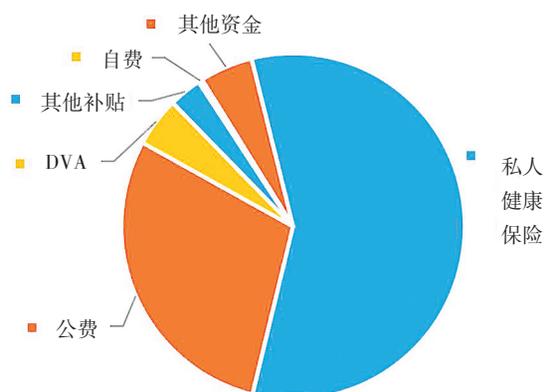


图1 澳大利亚康复资金来源(2022)

2011年联邦政府建立了独立医院定价局（Independent Hospital Pricing Authority, IHPA），负责制订公立医院年度国家有效价格<sup>[7]</sup>，实施基于活动的付费（Activity-Based Funding, ABF），以医院实际活动情况决定政府投入水平。大多数医院医疗活动涉及病例分组，因此ABF也称为病例组合付费<sup>[8]</sup>。IHPA定期对所有ABF病例分组进行定期审查，以确保分组和支付标准能够准确反映当下临床实践。ABF使医疗服务价格更加透明，有助于提高公立医院服务提供效率。

## 2 澳大利亚康复医保支付改革历程

### 2.1 实施国民医疗保险制度，推行预付制改革阶段（1980—1993年）

澳大利亚自20世纪80年代建立医疗保障制度，公立医院绝大部分资金来源于州政府拨款，政府负担严重。为提高医院技术效率、节约医保资金，澳大利亚在1993年开始全面推广疾病诊断相关组AR-DRG<sup>[9]</sup>。这一阶段康复医保支付制度尚未与急性期医保支付制度区分开来。

### 2.2 急性期医保支付与康复医保支付分化阶段（1993—1997年）

在实践中，澳大利亚研究者发现与功能相关的病例分组是反映康复医疗成本更好的方法，在此基础上建立的支付制度可以较好地规范康复医疗服务行为，控制康复医保支出。维多利亚州最先在1996年开发与功能相关的康复病例分组与支付系统<sup>[10]</sup>，将患者诊断、入院功能、功能改善情况、年龄、行为障碍、发病至入院时间作为分组变量，住院时长代替费用作为结果变量。初始模型包括6个病组：卒中/神经系统疾病、截肢术后、骨科疾病、心/肺疾病、特殊病组、其他，后不断调整完善<sup>[11]</sup>。直至2011年维多利亚州依然使用这一系统对康复病例进行分组和支付。

### 2.3 建立亚急性与非急性期医疗服务医保支付体系阶段（1997年至今）

1995年，澳大利亚联邦召开第一次全国亚急性和非急性病例监测指导委员会会议，决定建立一个囊括整个亚急性期与非急性期的国家级患者分类系统，即AN-SNAP，为包括康复在内的五大类医疗照护服务提供病例分组和支付标准<sup>[10]</sup>。AN-SNAP第一版发布于1997年<sup>[12]</sup>。2011年IHPA成立，推行AN-SNAP成为公立医疗机构康复服务的病例分组系统<sup>[13]</sup>。

## 3 澳大利亚国家亚急性与非急性患者分类系统

澳大利亚国家亚急性与非急性患者分类系统覆盖康复、姑息治疗、老年评估管理（GEM）、老年精神疾病和非急性住院五大类医疗照护类型（图2）。2021年第五版共使用了国家医院成本数据库（National Hospital Cost Data Collection, NHCDC）、住院患者照护数据库（Admitted Patient Care, APC）等来源近70万例患

者记录，其中康复部分使用了近30万例<sup>[14]</sup>。分组思路类似于美国功能相关分类法FRGs<sup>[15]</sup>，使用多元回归及分类回归树的方法进行患者分类系统的构建。不同患者医疗照护费用的成本决定因素差异很大，因此在确认患者所属大类之后，选取各自相应的成本决定因素作为分组节点变量。

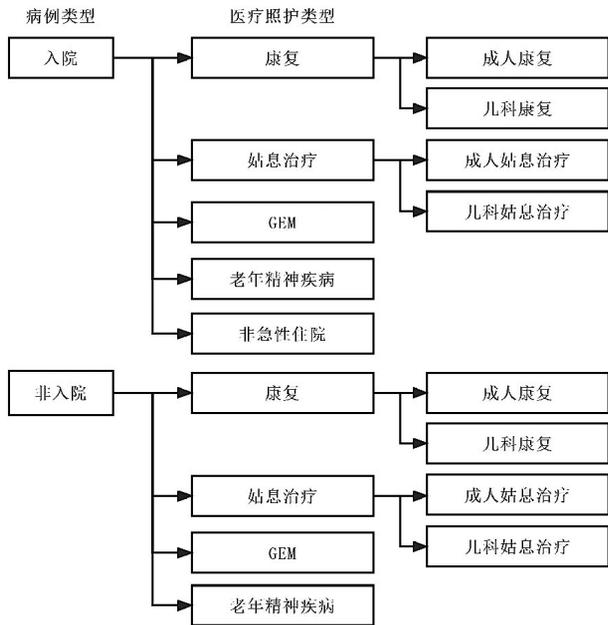


图2 澳大利亚国家亚急性和非急性患者分类系统 (AN-SNAP) 概览

### 3.1 AN-SNAP 康复病例分组

3.1.1 康复病例分组思路。AN-SNAP 康复部分病例分组考虑到不同场景的康复服务在成本决定因素上的区别，设置了入院康复和流动康复两大分支，入院康复

再分出一个日间康复病组，并将儿科康复与成人康复区分开来，根据不同分支各自的成本决定因素细分病例组合 (图3)。

在入院康复部分，对于成人住院康复的病例，分组的变量包括患者的运动功能评分、损伤类别、认知评分和年龄。运动和认知功能采用FIM量表评估。在病例组合系统的开发过程中，发现对于不同的疾病损伤类型，各个FIM运动功能条目与费用成本之间的相关程度差别较大。为了在不影响临床实践的前提下使病例分组更加贴合实际成本，澳大利亚根据每个条目在特定损伤类型中的成本权重开发了Weighted FIM评分(WFIM)，在确定分组时采用WFIM评分作为代表患者运动功能的变量。分组步骤为：第一步根据WFIM评分分为高复杂性和低复杂性病例。WFIM运动评分在13~18分之间的患者被认为是低功能高复杂性患者，其分组变量与WFIM评分 $\geq 19$ 分的高功能低复杂性患者有所不同。第二步根据损伤类别、运动及认知功能评分和年龄等变量进一步细分病例组合，确定各组的平均成本与支付标准。损伤类别根据AROC规定的康复损伤代码定义，包括脑卒中、脑功能障碍、神经疾病、脊髓功能障碍、截肢、骨折、关节置换、关节炎、心血管疾病、疼痛综合征、肺部疾病、严重多发性创伤、损伤恢复、烧伤和发育障碍等15类。

在流动康复部分，对于成人康复病例，首先判断患者是否只是做康复评估，再根据年龄和康复损伤类别确定分组。对于儿科康复病例，分组变量与儿科住院康复部分相同，包括患者的康复损伤类别和年龄。

3.1.2 分组标准和原则。为保证稳健的病例数量和各个分组成本的稳定性，AN-SNAP 每个分组每年最少有

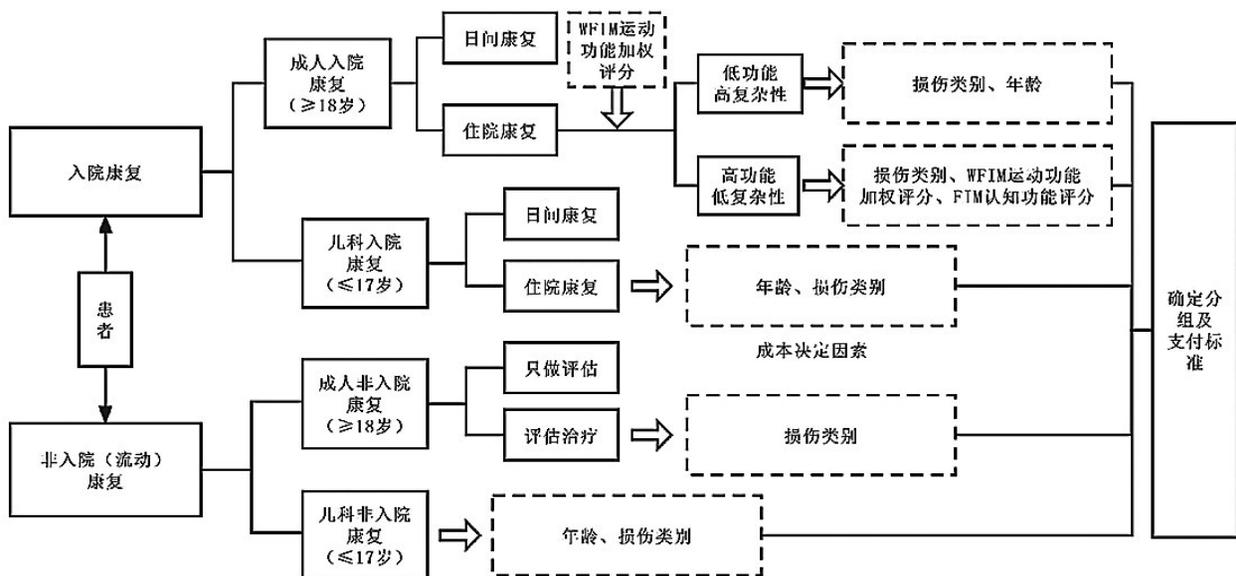


图3 康复病例分组思路

200个病例，最低总成本为100万澳元。分组之间的平均费用最小相对变化为1.5。采用变异系数(CV)检验组内同质性，CV值不超过1.5。采用RID值(Reduction in deviance)验证组间变异度，RID最低增幅必须大于1%，才能增添新的分组。最终病例分组还需要通过临床委员会咨询，确保得到临床建议支持。由于可能出现评估数据缺失等特殊情况下，在每个大类下设置无法分类组，暂时安置无法分组的病例<sup>[6]</sup>。

3.1.3 分组结果。第五版AN-SNAP共确定了72个康复分组，其中包括49个成人入院组；8个成人非入院组；6个儿科入院组，5个儿科非入院组以及4个无法分类组。根据费用测算确定各个组别的支付标准。成人入院康复部分分组结果(表1)。

### 3.2 混合支付模型

1999年，AN-SNAP研究团队针对住院康复开发了混合支付模型(Blended payment model)<sup>[6]</sup>。模型以AN-SNAP为基础，是一种带有住院时长调整因子的按病例付费和床日费率结合的支付方式，可以对长期住院康复实现更精准支付。

混合支付模型中，住院天数少于3天的病例按超短住院费率支付；在所属的病组平均住院天数(ALOS)前后4天内的病例按该病组正常相对成本权重费率+正常住院时间内每日费率支付；住院天数小于低边界点(ALOS前4天)的病例按低异常值每日费率支付；住院天数大于高边界点(ALOS后4天)的病例按正常相对成本权重费用+正常住院时间内每日费率支付+超过部分按高异常值每日费率支付；对于平均住院天数较长的复杂病组，还可以设置第二个边界点即ALOS前后13天。另外设置住院90天规则，即住院天数超过90天

但仍需住院康复的患者可以终止这一住院周期，开启新周期。将由于病情加重转入急性期医院再转回等短时间内(13~40天)再入院的患者视为延续住院。如果患者尚未完成康复治疗就让其出院，机构则需要承担相应责任。这一设计可以减少康复患者因医疗机构逐利导致的提前出院、来回转院的现象。

## 4 经验与启示

### 4.1 探索住院、门诊、社区和家庭相结合的康复医疗服务发展模式，构建多层次的康复医疗照护体系

澳大利亚拥有严格的全科医生首诊制度，社区起到联通康复机构和家庭的重要作用，参与患者在各级机构间的转诊。康复患者往往需求复杂，住院周期长，强大的社区康复服务体系使患者不必过于依赖医疗机构，能够缓解机构床位压力，改善康复患者生活体验。在医保支付改革历程中，AN-SNAP的病例分组考虑到了住院与非住院患者成本决定因素差异，为非住院康复服务提供合理的资金保障，同时持续收集非住院康复服务数据，加强政府对非住院康复的监管作用。在支付制度上的积极探索有助于整个康复医疗照护体系的有机整合和有序运行。我国的三级康复医疗服务体系正处于发展阶段，各级医疗机构间的转介机制有待完善，门诊、社区和居家康复的服务能力也有待提高，澳大利亚住院和流动康复相结合的发展模式为我国提供了可以借鉴的思路。

### 4.2 完善康复患者功能评估体系，构建全国性的康复医疗数据与质量管理平台

在澳大利亚逐步构建起以FIM为基础的康复患者功能评估体系和以AN-SNAP为核心的康复医保支付体系的历程中，AROC的成立是关键的一步。AROC与IHPA

表1 成人入院康复部分病例分组结果

代码	分组变量	病例数(例)	平均成本(澳元)	平均住院天数(天)	CV
5J01	成人日间康复	78 289	545	1.00	0.79
5AZ1	低功能 - WFIM运动评分13~18分；脑损伤，脊髓损伤，MMT，烧伤；年龄≥59岁	656	47 679	37.39	1.11
5AZ2	低功能 - WFIM运动评分13~18分；脑损伤，脊髓损伤，MMT，烧伤；年龄18~58岁	664	71 380	50.40	1.12
5AZ3	低功能 - WFIM运动评分13~18分；其他损伤；年龄≥79岁	3 682	24 205	22.36	0.92
5AZ4	低功能 - WFIM运动评分13~18分；其他损伤；年龄18~78岁	3 788	35 742	31.09	1.06
5AA1	脑卒中；WFIM运动评分63~91分；FIM认知评分30~35分	3 025	11 100	10.65	0.78
5AA2	脑卒中；WFIM运动评分63~91分；FIM认知评分21~29分	2 464	14 999	13.96	0.79
5AA3	脑卒中；WFIM运动评分63~91分；FIM认知评分5~20分	1 015	22 258	19.93	0.77
5AA4	脑卒中；WFIM运动评分44~62分；FIM认知评分18~35分	4 818	19 000	17.75	0.76
5AA5	脑卒中；WFIM运动评分44~62分；FIM认知评分5~17分	1 252	26 865	25.22	0.75
5AA6	脑卒中；WFIM运动评分19~43分；年龄≥80岁	2 616	28 022	26.59	0.75
5AA7	脑卒中；WFIM运动评分19~43分；年龄67~79岁	2 331	34 177	30.78	0.80
5AA8	脑卒中；WFIM运动评分19~43分；年龄18~66岁	1 641	44 989	38.35	0.86

紧密合作,实现对全国康复数据资源的整合,推进FIM量表在各级康复医疗机构中的应用,收集汇总康复评估、结局和成本数据。第一版AN-SNAP数据来源于澳大利亚所有的州和新西兰的5个地区公立、私立医疗机构和社区保健中心等3万余个病例。第五版则基于NHDC及APC等全国性的标准化数据平台,数据量增加至近70万个病例,覆盖范围大,标准化程度高,有利于分组的持续性迭代优化。但目前我国各地区医保支付方式改革进程差距很大,各级康复机构服务质量参差不齐,患者功能指标的评估标准不一,建议积极探索适合的评估工具或整合现有的评估工具,形成标准化的功能评估体系和统一的数据平台,以支撑医保支付和质量管理。

#### 4.3 探索康复医疗费用成本决定因素,确立合理的康复医保支付制度

康复医疗与急性期医疗费用成本决定因素差距很大,不同病种之间也有较大差异。目前,基于患者功能状况的康复支付方法是国际上康复医疗支付制度改革的重要共识和共同的发展趋势。确立合理的定价标准和支付制度有助于提高公立医疗机构的康复服务质量,鼓励社会资本建设康复医疗机构,丰富康复医疗资源,是建立完善的康复医疗体系的必经之路。澳大利亚自开发AN-SNAP康复部分病例分组系统开始,持续收集医疗成本和患者病例数据,完成了版本迭代更新优化,期间完善了儿科康复、WFIM等内容,开发了基于AN-SNAP病例分组的混合支付模型这一创新支付模式,以求对康复实行更加精准合理的支付。目前,我国浙江金华、湖南长沙等地已经开始了适用于本地的基于患者功能状态的康复医保支付方式的探索<sup>[17-18]</sup>,为建立科学合理的康复医保支付制度提供了有益经验。建议在试点探索的基础上,确立合理的康复医保支付方式,不断完善医保支付和管理体系。

#### 参 考 文 献

- [1] 崔志茹, 密忠祥, 刘菲, 等. 澳大利亚医疗与康复情况介绍[J]. 中国医院, 2012, 16(6): 14-16.
- [2] 林桦. 澳大利亚社区康复对我国的启示[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(12): 1110-1112.
- [3] 戴德纯. 澳大利亚麦凯勒康复中心管理和医疗体系见闻[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2018, 40(10): 782-784.
- [4] 高荣伟. 澳大利亚的医疗保险制度[J]. 检察风云, 2018(15): 54-55.
- [5] 姚建红. 澳大利亚的医疗保险制度[J]. 中国卫生经济, 2006, 25(6): 49-50.
- [6] Australia Rehabilitation Outcome Centre. The state of rehabilitation in Australia report (2022)[R]. Australia: Australia Rehabilitation Outcome Centre, 2022.
- [7] 胡琳琳, 王懿范. 医养结合——老年整合照护的理论与实践[M]. 北京: 协和医科大学出版社, 2023.
- [8] EAGAR K M. What is activity-based funding ABF Information Series no. 1[R]. Wollongong: Centre for Health Service Development, 2010.
- [9] 甘银艳, 彭颖. 澳大利亚疾病诊断相关分组支付制度改革经验及启示[J]. 中国卫生资源, 2019, 22(4): 326-330.
- [10] TURNER-STOKES L, SUTCH S, DREDGE R, et al. International casemix and funding models: lessons for rehabilitation[J]. Clin Rehabil, 2012, 26(3): 195-208.
- [11] WEBSTER F. Development of a casemix classification system for inpatient rehabilitation services: stage 1 of the Victorian Rehabilitation Project[J]. Aust health rev, 1996, 19(3): 81-92.
- [12] EAGAR K, GORDON R, HODKINSON A, et al. The Australian national sub-acute and non-acute patient classification (AN-SNAP): report of the national sub-acute and non-acute casemix classification study[R]. Wollongong: Centre for Health Service Development, 1997.
- [13] Independent Hospital Pricing Authority. The Pricing Framework for Australian Public Hospital Services (2012-2013, 2020-2021) [R]. Australia: Independent Hospital Pricing Authority, 2012.
- [14] Australasian Rehabilitation Outcome Centre. Development of the Australian National Subacute and Non-Acute Patient Classification Version 5.0-Final report[R]. Australia: Australasian Rehabilitation Outcome Centre, 2021.
- [15] 支梦佳, 胡琳琳. 美国基于功能相关分类法的康复医保支付方式及对我国的启示[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(7): 87-93.
- [16] HANNING B, PREDL N. New activity-based funding model for Australian private sector overnight rehabilitation cases: the rehabilitation Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient model[J]. Australian health review a publication of the Australian hospital association, 2015, 39(4): 365-369.
- [17] 胡琳琳, 邵宁军, 支梦佳, 等. 急性后期康复护理医保支付制度改革的实践探索-以浙江省金华市为例[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(12): 11-15, 19.
- [18] 胡琳琳, 龙飞, 李佳, 等. 康复病组按价值付费的“长沙模式” [J]. 中国医疗保险, 2022(6): 74-79.

[收稿日期: 2023-07-08] (编辑: 张红丽)