

「以人為中心，三醫共管下」的基層康復模式

吳錚萍¹ 金海鵬²

¹福建中醫藥大學針灸學院 研究生

²廈門市中醫院康復科科主任，中國康復醫學會社區康復專業委員會常務委員

【 摘要 】

基層康復模式是康復醫學發展的根基，是繼續深化醫改的必然趨勢。中國康復醫學已經進入了全面發展的飛速時期。面對龐大的康復群體及人民對健康管理、疾病預防及診治到康復全環節的新要求，建立健全的基層康復模式勢在必行。本文將從中國基層康復模式的發展與困境、「以人為中心，三醫共管下」的康復模式概況、思考與展望三方面進行闡述，以期為基層康復發展提供參考。

1、引言

基層康復又稱社區康復(Community-Based Rehabilitation, CBR)，首次於 1978 年由世界衛生組織 (The world health organization, WHO) 正式提出，其最初表達為初級衛生保健 (Primary Health Care)，意在呼籲「人人享有衛生保健」，後不斷發展與完善，目前國際上對社區康復公認的理解是集社區人力資源，為殘疾人提供康復與公平機會，最終幫助殘疾人融入社區、回歸社會[1]，是全人類共同追求的醫療健康目標。

在中國，伴隨人口老齡化進程的加快、慢性病疾病譜的變化及功能障礙人群的增加，尤其是新冠疫情放開以來，人們對康復醫療的需求與日俱增，「以醫院為主導，以治病為中心，各級機構自給自足」的醫療模式逐漸難以滿足社區居民對健康管理、疾病預防與診治到康復的全環節一攬子服務需求[2]。面對社區康復醫學相對滯後的現狀，在探尋迎合新時代需求的基層康復模式過程中，歐美興起來的整合醫療模式逐漸成為我國衛生服務實踐的新話題。之後，在經過山西、安徽、浙江等地「縣域醫共體」的成功示範[3]，及全國 500 個縣的整合實踐及經驗總結，縣域醫共體改革由地方探索上升為國家政策，因此「十四五」提出到 2025 年要基本建成「體系完整、佈局合理、分工明確、功能互補、密切合作、運行高效、富有韌性的優質高效整合型醫療衛生服務體系」[4]。為響應此號召，我們從基層康復入手，充分利用「綜合實力醫院-區域醫療中心-康復社區」三級康復機構，積極調動「專科醫師-全科醫師-康復治療師」三師參與，共同建立覆蓋「健康、教育、生計、社會包容、賦權」等方面的全方面整合型基層康復模式[5]。

2、中國基層康復模式的發展與困境

康復醫學作為一門伴隨社會需求與發展應運而生的新興學科，在我國飛速發展。自 20 世紀 50 年的殘疾人的康復需求將康復事業引入中國以來，我國康復事業經歷了自然哲學醫學模式、生物醫學模式、生物-心理-社會模式和系統整合模式四個階段[6]，並逐步走向國際化進程，在國際佔據主要地位、引領國際潮流[7]。我國社區康復的發展大致開始於 20 世紀 80 年代，其經歷了吉林、內蒙古、山東、廣東四省的試點探索階段、全國範圍的全面推廣階段及 2006 年至今的社區康復與社區衛生服務結合的新階段，現在在黨二十大精神指引下社區康復迎來了快速、有序和健康發展的契機，有關數據顯示我國開展社區康復的縣、市、區可達 3000 個[8]，由此可見社區康復的框架已基本建立。

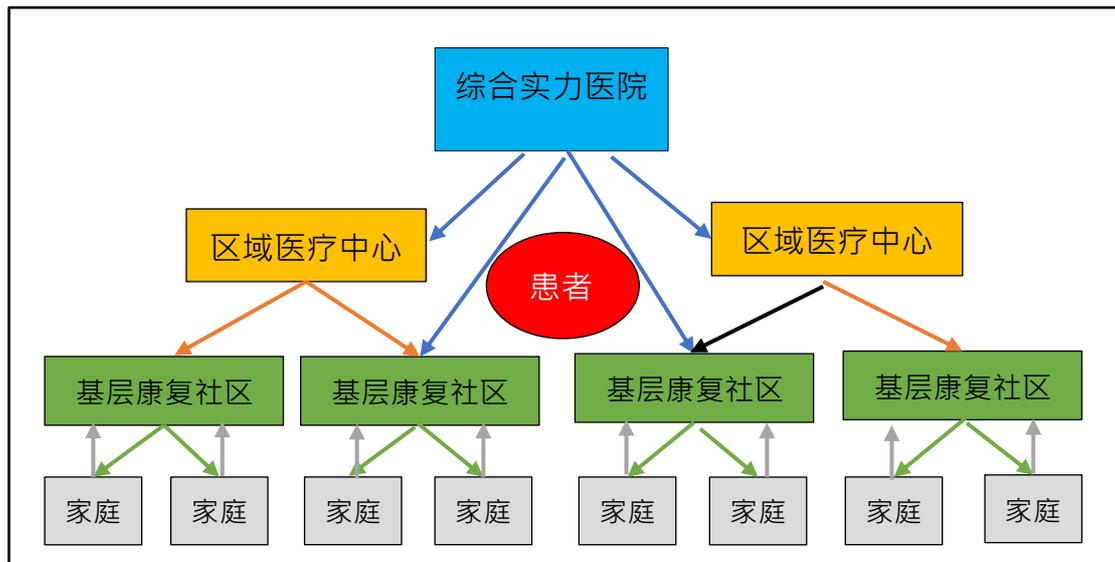
但目前我國多數社區康復並沒有較好的服務模式[9]，並且大多存在農村基層及社區康復服務網絡不全、康復人才的數量不足及質量待提升、眾多康復項目醫保覆蓋不全、社會各方面對社區康復認識不夠、康復醫療經費不足等問題[10]，導致出院病人不得不重返醫院。如何適應我國國情，優化社區康復及基層農村康復服務模式，有效滿足基層人民社區康復需求，成為了基層康復的重大課題。

3、「以人為中心，三醫共管下」的基層康復模式

針對以上問題，我們提出來「以人為中心，三醫共管下」的基層康復模式，該模式充分整合現有醫療、社會資源，聯合單位包括綜合實力醫院、區域醫療中心、基層康復社區乃至地方殘聯、志願者服務機構，積極調動醫院專科醫師、社區全科醫師、各級康復治療師，行政人員及志願者的參與，共同建立覆蓋「健康、教育、生計、社會包容、賦權」等方面集「健康管理-疾病防治康復-和諧社區」為一體的全方面整合型基層康復模式（圖 1）。

3.1 基層康復目標與理念

基層康復的目標是以全人健康理念為基礎，通過專業的康復服務，激發社區居民個體的獨立性與發展潛力，幫助康復對象達到最大獨立性和社會融入能力，是覆蓋生命全週期（從母嬰期到臨終關懷）和全方位（生理、心理、社會適應、生活方式及生活環境）的「大健康」目標[11]。在建立這一目標的過程中，我們將致力於建立一個全面、多學科、綜合的基層康復服務模式，以滿足不同人群的康復需求，實現醫院、社區循環，最終回歸社區、重返家庭的理想狀態。



▲ 圖表 1：基層康復模式

註 1. 模式解說：綜合實力醫院主要承接疑難病例並監督指導下層康復機構的康復服務，定期坐診區域醫療中心及基層康復社區，實現「專家到門前」；區域醫療中心承接大部分病人、制定個性化康復方案並主要負責對接基層康復社區並定期坐診基層康復社區，起樞紐作用；基層康復社區主要承接輻射範圍內的康復治療、定期開展宣教、走訪社區、聯絡行政人員及志願者營造良好社區，幫助殘疾人再就業等。

3.2 基層康復服務內容

康復內容包括物理治療、作業治療、言語治療心理社會支持等，為實現精準康復，根據康復對象的需求和目標，制定個性化康復計劃，提供全面的康復服務。康復對象在我國主要包括殘疾人、老年人及慢性病患者。

殘疾人是康復服務的最大人群。根據 2022 年殘疾人聯合會統計，我國已有 856.7 萬殘疾人得到基本康復服務，其中肢體殘疾約佔 48.36%、精神殘疾約佔 18.33%、視力殘疾約佔 8.81%、智力殘疾約佔 7.66%、多重殘疾約佔 5.80%.....康復是提升殘疾人生活質量的有效途徑，能顯著改善殘疾人的功能，這不僅依賴長期的康復治療，也離不開輔助器具保障，因此，醫療補貼方面，加大視力輔具及[12]人工耳蝸的補貼力度[13]、降低助行輔助成本等舉措意義重大。教育方面，殘疾往往嚴重影響殘疾人的受教育機會，因此，應該輔助開展好殘疾學生助學工作、特殊教育工作、健康宣教工作等舉措幫助殘疾人社會再適應。謀生方面，在我國，大部分殘疾人的生計依賴於家庭生計，絕大部分殘疾人離不開家庭照料，目前黨的二十大已將就業優先戰略，加強困難人群就業兜底幫扶工作提上新高度，極大關注到了殘疾人的生存需求，同時在康復層面，通過再就業，可以增強殘疾人的社會技能及社區凝聚力，就業產生

的康復價值體現在殘疾人重獲自尊與社會賦權，最終得以融入社會。社會包容度方面，為提升精準康復力度，實現個性化康復，對殘疾人進行健康康復、特殊教育、職業康復的同時，也需要提升社會包容度，為殘疾人賦權，讓他們參與到每個公民社會管理的義務中來，例如，重視聾人的手語教育的同時提高社會對手語的認識程度；加大農村康復的覆蓋率的同時，在國民教育體系中做好殘疾預防宣傳工作，消除殘疾人社會參與的障礙、提升社會環境的包容性和友好度，將殘疾人社區康復與社區建設，社區服務及基礎公共設施規劃相結合[14]。

隨著生命的衰老，身體各項技能的下降是生存的自然規律，讓人憂慮的同時也容易因習以為常而疏忽大意，進而遺漏疾病與老年人的康復需求，因此篩查和評估以發現早期功能下降或殘疾是老年人康復的關鍵[15]。體育運動是改善老年人晚期生存質量的可控指標，有調查顯示老年人入院前的身體靈活度直接影響出院後的康復質量[16]。有研究總結通過多小組專業教育會議、體育鍛鍊、家庭護理計劃、營養評估和補充、健康維護計劃和認知訓練、輔助技術設備的使用和老年康復的住院計劃有助於提高老年人的健康水平[17]。結合我國國情，基層康復應充分利用、整合農村社區資源，鼓勵有條件農村社區建立老年活動中心，委託康復醫療機構定期組織開展康復指導、日常生活能力訓練和康復知識普及等社區康復工作，通過康復宣教將疾病預防的早期觀念播種到每位老人的心底，並定期組織團體活動，增進老人間的交流與體育鍛鍊。老年人群體往往也是慢性病的高發人群，有研究發現，在社區康復層面將老年人身體活動和慢性病管理融合更有益於改善慢性病的各項指標及患者生存質量、提高老年人身體功能及身體活動量、減低老年人的跌倒風險及認知障礙發生概率[18]。

3.3 基層康復服務運行模式

基層康復服務方式主要包括個體康復、小組康復和社區康復，以基層社區為單位，設立康復中心，並配備專業的康復團隊和先進的康復設備，同時充分利用社會資源，與志願者團隊、企事業單位等合作，共同為康復對象提供最大支持。

3.4 基層康復工作人員

基層康復工作人員應包括醫院的專科醫師、基層醫療衛生機構的全科醫師、康復治療師，即「三醫共管」下以病人為中心，將醫院與基層醫療衛生機構、專科與全科、疾病的防治及康復緊密的結合，充分發揮各自優勢，履行各自職責。通過綜合醫院-社區康復-家庭康復的信息化共享促進基層全週期康復模式的實施，實現在專科醫師的指導下，全科醫師、康復治療師共同為病人進行全方位、多角度、全程的管理。

3.5 基層康復服務質量與成效評價

嚴格遵守相關的衛生法和安全規定，建立嚴格的質量控制體系，包括定期的培訓和考核，康復服務記錄的審查和監督，鼓勵患者及家屬參與康復服務評價等以保障康復團隊的專業性。採用國際通用的康復療效評估工具，定期對康復對象的生理、心理和社會適應能力進行評估，以瞭解康復效果並及時調整康復計劃，同時，鼓勵康復對象的家庭成員參與康復計劃的制定和實施，以提高他們的主動性與參與度。

4、思考與展望

根據國家統計局發佈，目前我國有 8591.4 萬殘疾人，涉及 2.6 億家庭人口，其中有康復需求的殘疾人接近 5000 萬[19]；還有著 2 億多的慢性病患者，2.64 億多的 60 歲以上老年人，其中約有 7000 多萬老年人有康復需求[20]。面對龐大的康復群體，康復醫學的發展充滿機遇和挑戰。我們必須總結過去的經驗發現當前的不足，以此展望今後康復醫學工作的發展。

基層康復模式是康復醫學發展的根基，是解決群眾「看病難、看病貴」的有效抓手，體現了「以人民健康為中心」的新時代「健康中國」建設理念，響應了黨的二十大對持續深化醫改的全面部署，因此建立規範、高效的基層康復模式是接下來康復發展的大趨勢[21]。為此應該考慮到一下幾個層面。

4.1 基層康復模式如何進行管理

基層康復要實現普惠性目標必須堅持以政府為主導，依靠各級康復機構協調配合，形成各級部門各司其職、相互監督、齊抓共管、共同進步的工作機制。目前，各級醫院已基本設立康復科室，如何提升各級康復科自我管理能力的，如何轉變傳統理療模式為整合型康復模式，如何擴寬康復覆蓋率以縮小城鄉差距，如何實現康復治療費用的醫保覆蓋，如何建設好三級康復網絡及殘疾人保障系統是基層康復模式構建接下來要考慮的問題。

4.2 基層康復人才如何進行培養

目前康復服務需求大，但康復人才難以配備齊全、康復人員業務水平參差不齊、康復分工缺乏專業分化等現象嚴重影響康復服務的質量。因此如何做好國內現有醫學院校資源的整合，完善康復醫師、康復治療師的培養體系；如何鼓勵康復相關專業人才的培養，明確培養目標、內容、形式、考核評估等相關要求；如何建立完整的康復專業學歷教育和研究體系；如何建立與國際接軌的人才培養政策、規劃和制度體系平台；如何開展康復醫學繼續教育、康復人員的相關培訓，制定多層次的康復醫學教育計劃，加強全國康復人才培養基地的建設是必須考慮的問題。

4.3 基層康復如何與時代接軌

與時代接軌首先應考慮如何宣傳好康復醫學，普及康復知識，加強殘疾預防，讓先進康復理念深入人心，讓更多人關注康復醫學、關懷接受康復的群體、接受康復服務。同時應考慮如何深入開展康復研究，並推進康復研究與學術文化交流，向世界學習並開展學術文化交流。尤其是在疫情激發下，我們更應該考慮到如何推行遠程康復，讓康復跨越地域與國界，實現醫學資源共建、共享與互補。

相信我國的康復事業在眾多康復有識之士的共同努力下，將繼續前進，走向有益於人民、有助於社會進步、有利於國家發展的偉大事業。

參考文獻

- [1] Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization "Rehabilitation 2030: a call for action". *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017 Apr;53(2):155-168. doi: 10.23736/S1973-9087.17.04746-3. Epub 2017 Apr 4. PMID: 28382807.
- [2]. 国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》[J]. *卫生经济研究*, 2021, 38(07):7.
- [3]冯明宇,秦江梅,孟业清等.国家紧密型县域医共体建设试点典型地区牵头医院的效率分析[J]. *中国卫生经济*, 2022, 41(03):19-25.
- [4]. 中共中央办公厅 国务院办公厅印发《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》[J]. *中国卫生质量管理*, 2023, 30(06):67.
- [5] WHO. CBR Guidelines[M]. Geneva : WHO Press. 2010.
- [6]李建军. 中国康复医学发展的回顾与展望[J]. *中国康复理论与实践*, 2011, 17(01): 1-4.
- [7]励建安. 中国康复医学国际化进程 [J]. *中国康复医学杂志*. 2019, 34(10): 1137-1142.
- [8]范韞仪,郑晓瑛. 我国残疾人精准康复服务行动实施效果评估[J]. *中国康复理论与实践*. 2022, 28(10): 1117-1125.
- [9]康轶群, 张云淑, 杨云龙, 刘铁榜, 杨甫德, 栗克清. 医院、社区及家庭精神康复模式的研究进展(综述) [J] *中国健康心理学杂志*. 2023, 31(07): 967-971.
- [10]卓大宏. 中国当代康复医学发展的大趋势[J]. *中国康复医学杂志*. 2011, 26(01): 1-3.
- [11]申曙光,曾望峰. 健康中国建设的理念、框架与路径[J]. *中山大学学报(社会科学版)*, 2020, 60(01):168-178. DOI:10.13471/j.cnki.jsysusse.2020.01.018.
- [12]鲁心灵,李欣,邱卓英,陈迪,程子玮,陈佳妮,申兆慧,张爱民,张慧伟. 视力残疾人康复需求和康

- 复服务发展状况 Logistic 回归分析研究[J].中国康复理论与实践,2020,26(05):513-517.
- [13]程子玮,陈佳妮,邱卓英,孙宏伟,李欣,王国祥,李伦,陈迪,肖晓飞,马洪卓,申兆慧,张爱民,鲁心灵,田红梅.听力残疾人康复需求与康复服务发展状况 Logistic 回归分析研究[J].中国康复理论与实践,2020,26(05):518-522.
- [14]陈迪,邱卓英,王国祥,李欣,程子玮,李安巧,申兆慧,陈佳妮,田宝,张爱民,肖晓飞.极重度听力残疾人康复需求与康复服务发展状况结构方程模型[J].中国康复理论与实践,2020,26(05):528-533.
- [15]Freiberger E, de Vreede P, Schoene D, Rydwick E, Mueller V, Frändin K, Hopman-Rock M. Performance-based physical function in older community-dwelling persons: a systematic review of instruments. *Age Ageing*. 2012 Nov;41(6):712-21. doi: 10.1093/ageing/afs099. Epub 2012 Aug 10. PMID: 22885845.
- [16]Neumann, T. Comment on Chiu et al. Health Promotion and Disease Prevention Interventions for the Elderly: A Scoping Review from 2015-2019. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 5335. *Int J Environ Res Public Health*. 2022, 19(9).
- [17]Silva, C., Carvalho, K. M., Figueiredo, M., Silva-Júnior, F. L., Andrade, E., & Nogueira, L. T. Health promotion of frail elderly individuals and at risk of frailty. *Rev Bras Enferm*. 2019, 72(suppl 2): 319-327.
- [18]袁媛, & 杨剑. 社区老年人身体活动融合慢性病管理的健康效益 : Scoping 综述[J].中国康复理论与实践. 2023, 29(05): 541-550.
- [19]本刊编辑部,方闻达.立足民政职责 推进“十四五”残疾人事业高质量发展[J].中国民政,2021(16):15.
- [20]吴玉韶,赵新阳.中国老龄政策二十年 : 回顾与启示[J].老龄科学研究,2021,9(10):2-14.
- [21]吴军民. 健康中国战略下农村残疾人社区康复服务的效能优化[J].社会科学家. 2022, (12): 21-29.