

澳中中医政府与公共卫生部门方案

独立沟通版 V6-FINAL-R1-20261006 | 2026年10月5日

公共部门沟通以可及性、适当转介、服务质量和可评价成本为核心。临床治疗、会员、礼盒及出行的自费结构不因政府报告自动获得公共支付资格，不先承诺急诊或药物费用减少。

统一收费与结算口径

封板编号V6-FINAL-R1-20261006。本文件与另外五方方案、汇报稿和参数清单使用同一收费、工时及凭据规则。经营参数为项目设计，不表示基金认可、签约报酬或生产系统验收。

项目	统一服务/收费	谁交付与付费边界
安睡舒心首诊评估与启动包	130；60min面诊四诊评估+适配的首诊辨证针灸+赠送草本礼盒+21天异步日记随访权限	诊所治疗，平台提供日记入口/行政提醒；不含后续线下针灸及无限医生咨询
标准复诊	95/30min或110/45min，预约时选定项目价格，不到场临时自由浮动	按医生实际需要预约；第7/14/21天不是每位患者必须针灸
3次巩固疗程包	330，3次45min标准复诊各110；不含首诊	需独立购买，未履行部分每次110原路退款；不重复收单次费
家庭协调会员	792含税/年，净720，最多4人，300分钟非临床人工额度	每户4×30季度导航+120协调+60异常行政支持；不是每人四次导航
上门	230=180临床+50出行协调；临床60min	实际供应者独立出具医疗主据与出行附据；不把交通套入针灸代码
平台B2B费	到店/复诊15净+1.50GST；上门35净+3.50GST	诊所付费，患者医疗票不列内部平台抽成；课程按实际完成次计平台费

首诊赠礼是本轮新增的包含项；每位适合领取的首诊患者一套，不是另付费或疗效保证。礼盒按营销预算承担，暂以25/套采购上限情景单列，不从医生75或诊所18.05扣减，也不把礼盒隐含成可报销医疗项目。具体配方、标签、批次、供应者和税务处理通过审查后发布；过敏或不适合者经本人选择替换非身体接触材料。130内首诊治疗仍服从临床判断，不能为完成套餐强行针灸。

日记权限覆盖21天记录、行政提醒和医生可查看的记录入口；医生已安排的审阅时间单列临床治理成本，不是24小时逐条医生答复。复诊前告知95/110选择及内容。礼盒、日记和疗程都不得包装成“130包21天全部治疗”。

到店现金账本

130－75医生税前劳务－18耗材接待－16.50平台含税费－2.45国内卡费预留＝18.05诊所贡献。贡献尚未扣固定费用、额外治理及税。首诊礼盒25由平台营销成本承担；平台每单净收入15、直接贡献假设9.20，首次附赠25后未扣其他获客成本就为－15.80，不能宣称赠礼免费且不影响公司盈利。

30min复诊95：医生37.50、耗材18、平台16.50、PSP约1.87，贡献21.13；45min复诊110：医生56.25、耗材18、平台16.50、PSP约2.12，贡献17.13。复诊劳务按75/h测算，实际仍需签约；缩短治疗不等于医生无需额外记录与翻台。3次45min课程按完成确认每次110，平台费不在预收时一次确认，未完成治疗不出已治疗收据。

医生报酬与闲置分摊

试点张医生按完成首诊75/单。未排满部分，可按实际完成SOP/病例质控75/h补贴，每班最多2小时，且 $h \leq \max(0, 3 - \text{完成首诊数})$ ，预留1小时翻台/收尾。月度基础治理预算4h/300，包括未排满时段的SOP/QA及其他路径治理，不能分别重复列支。超过4h须先追加预算，单班上限不代表每班自动增加预算。任务审批、工时、版本或复核记录齐备才支付；资金来自平台临床治理预算。未发生治理工作不自动领闲置补贴；不是既付临床工时再重复领质控费。

首诊完成n	医生临床报酬	可计治理工时上限	平台治理费上限	医生报酬合计上限
0	0	2h	150	150
1	75	2h	150	225
2	150	1h	75	225
3	225	0h	0	225

规模化外聘采用4h/3单模型，方案保底基准300/班（75/h）。阶梯构成为 $75 \times n$ 履约报酬 + $\max(0, 300 - 75 \times n)$ 保底差额。有限试验班的差额按平台50%/诊所50%分摊，作为单独班次成本，不混入诊疗票；长期不能靠平台持续补贴。实际工资、super、Award/市场工资、承包关系及所有劳动附加成本按适用要求确认，300不是法律统一最低价。

n完成单	履约报酬	保底差额	平台50%试验补贴	诊所50%负担	诊所班贡献扣差额后
0	0	300	150	150	-150.00
1	75	225	112.50	112.50	-94.45
2	150	150	75	75	-38.90
3	225	75	37.50	37.50	16.65

满3单时平台原直接贡献27.60扣补贴37.50 = -9.90，证明此分摊只是有限试验，不能作为盈利扩张模型。若保底300全部由诊所承担，满3单贡献-20.85（每单-6.95）。常态扩张必须先改变价/成本/担保安排并重算；当前130不能声称支持75/h整班保证且双方赚钱。开班需3个确认首诊及临近付款状态可处理，未满足先改期/缩班；已向医生确认的保底不能因患者晚取消单方撤销。

上门工时与订单放行

上门现金余额230 - 4.55出行GST - 38.50平台费 - 15耗材 - 4.10PSP = 167.85。医生劳动75/h，每分钟1.25；全部出库、往返分摊、停车、门禁、治疗、清洁、记录和废物交接都计入。

总工时	医生税前劳务	诊所贡献	运营判定
104min	130.00	37.85	较紧凑情景，非悉尼实测均值
125min	156.25	11.60	贡献明显下降，复盘访问/路程
134min	167.50	0.35	接近归零；精确归零 134.28min
150min	187.50	-19.65	亏损；停止新增同类未重算 报价

订单释放的硬性前置条件：①前台电话确认车位、门禁、楼层/电梯、联系人及现场条件并留记录；②单班至少两单连续可行路线，含首末程及共享工时；③合格人员、场景承保、安全值守及物料齐备。缺任一项不释放上门订单。患者晚取消导致成班解体时，未出发则人工重排；已确认劳动义务及已履约临床不能被算法或经济止损取消。

母子拆分与Credit Note

医疗主据180：符合GST-free条件的实际临床服务，GST0，真实供应者/ABN、执行医生及对应基金地点认可Provider、实际日期地址、真实项目代码、付款状态。出行协调附据50：含GST4.55、净45.45，独立编号、关联同一订单，明确非医疗/非私保临床申领。两份均按实际供应主体出具；诊所供应出行时不虚构平台供应者。平台38.50是另向诊所收的B2B费，不能再列患者主据，也不能把附据50与B2B38.50当同一项重复收入。

医疗GST-free是受事实与法律条件约束的方案分类；赠礼不自动跟随临床免税。本项目统一双据用于清楚区分供应，并不声称四基金普遍法律强制所有业务双据或保证报销。

退款流程一致为：发起调整请求→核原票/实际已履约项目及已申领状态→审批金额与责任→提交幂等退款→核退款成功→追加独立编号Credit Note并链接原票→通知患者和必要基金调整。失败/待确认退款不开“已退款成功”CN；若价格调整在退款前已依法成立，另标应退/待支付，不伪造支付状态。原票及原PDF保留不改，累计净付款单独显示。

医疗退款20：原医疗票180保留，医疗CN20，净医疗160；出行附据50未调整时保持，患者净支出210。到店退款20：原票130保留，CN20，患者净付110。出行退款须自己的调整凭据和对应GST调整；完全退50时GST调整4.55。平台过错补贴只改变各方损失分配，不改变患者真实净支出。

依据：[Stripe澳洲费率](#)、[ACCC广告与价格主张](#)、[ATO健康服务GST](#)。具体临床/税务/基金认可仍须真实凭证和专业审核。

本方案的业务与交付细则

1. 方案的目的与结论

澳中中医拟提供中英双语预约、诊所服务协调、有限随访、家庭授权及账单支持。患者购买的是由具名执业者提供的具体治疗以及平台另外交付的协调服务。诊所不因接入平台失去临床独立判断，家属不因付款自动取得患者病历，平台也不因合同写明“技术方”就免除自身过错责任。

完整发展方向分为四条相互协作、独立核算的业务线：诊所服务运营、家庭协调会员、诊所软件工具、中澳人才与院校合作。公共照护是未来采购渠道，设备与辅助记录是提高交付效率的方法。首店验证只是其中一个阶段，不能用首店的最小系统替代公司完整业务规划。

张励医生为项目方提出的拟合作临床带头人。方案给出的临床总监工作是路径编写、病例复核、同行培训和风险处置；实际姓名、注册分部、保险、诊所主体及基金认可只能从正式凭证形成对外资质卡，测试资料不能转为真实资质。

本轮仅完善方案及模型，不启动云部署、真实收款、对外招募或人才招生。原有方案、代码与PDF保留，V6作为新的审议底本。

1.1 信息如何分层

信息类别	本方案采用方式	不能据此作出的结论
官方人口、法规与机构规则	正文链接到原始来源，注明历史口径或检索日期	人口不等于需求；存在政策不等于项目有资格
项目背景	张医生资源、母公司方法、两阶段客群方向	不视为合作已签署、证照已确认
项目经营设计	价格、人工成本、服务分钟、预算及指标	不是行业均值或成交实绩
本地工程证据	49项回归及浏览器演练已通过	不代表云支付、真实身份及临床流程验收
外部业务证据	通过访谈、合同、正式答复、真实履约取得	资料不存在时不能用绿色“已认证”代替

2. 市场：谁会购买，购买什么

2021 Census记录大悉尼Chinese ancestry 552,680人、大墨尔本409,285人。这是祖籍历史口径，允许多重祖籍回答，不与普通话或出生地人口相加，也不能直接换算家庭数。来源：[ABS悉尼](#)、[ABS墨尔本](#)。

第一阶段以华人家庭为获客重点，但从一开始提供可靠英文材料；第二阶段用独立英语客群研究扩大服务。华人与非华人1:1是GD提出的业务观察/目标结构，不作为全国市场比例。报告分别统计患者数、完成次数、净收入及使用语言；允许患者不报告族群，不按姓名推断。

主要购买者	过去行为要核对什么	可销售的服务任务	不宜作为购买理由的说法
久坐工作者	最近一次肩颈腰背就医，次数、Gap及放弃原因	固定排期、功能评估、具名医生、运动宣教	保证正骨、一次解决所有疼痛
睡眠困扰成年人	现有治疗、睡眠日记、治疗支出及配合度	60分钟评估、日记及有限复评协调	治愈失眠或替代所有心理/睡眠治疗
照护父母的子女	一次陪诊真实耗时、父母行动/语言困难	代约代付、短信授权、适配的上门或转介	付款即可查看父母所有资料

主要购买者	过去行为要核对什么	可销售的服务任务	不宜作为购买理由的说法
英语使用者	接受针灸的经验、解释需求及预约偏好	清楚的英文告知、连续医生、安全交付	仅因对东方文化感兴趣就会长期付费

2.1 市场容量计算

TAM描述所选成人服务类别的潜在付费支出；需需求比例、价格接受度、服务频次的证据，不将961,965人乘价格作为收入预测。SAM限定真实覆盖地址、服务适配和支付能力。SOM取实际需求与可售产能两者的较小值。

首店每周一个4小时窗口，每窗3个首诊；按48个服务周，最多144个预约/年。若完成利用率70%，约101次履约；按130测算诊所GMV约13,104，平台不含GST交易费约1,512。此规模可验证流程，不能承担平台公司全部固定费用。完成利用率包含未售、取消和未履约；避免重复扣取消率。

连续21天项目会占复评时段。首诊、复诊、医生随访和路径治理分别列产能；每个首诊不能都算净新增而忽略后续工作。墨尔本从当地诊所、医生、患者及州法重新建立SAM和SOM，不复制悉尼Provider地点记录。

2.2 竞争依据与差异化

对象	公开资料支持的能力	澳中中医要验证的差异
Daobook预约入口	存在具名针灸提供者在线预约样本	预约之后是否有可售的家庭协调与完整退款链
Blys	公开提供移动按摩/美容预约，覆盖悉尼及墨尔本	临床路径、具名执业范围、家庭授权和复评是否形成实际购买理由
Cliniko	已有预约、病历、财务及连接应用功能	采用已有诊所软件，额外提供跨家庭协调及本地履约；不能声称传统软件只有日历
本地中医及Physio机构	逐家核价格、语言、上门和随访	以交付及患者评价比较，不把所有机构描绘为无数字化或不合规

来源：[Daobook公开预约样本](#)、[Blys](#)、[Cliniko功能](#)、[Cliniko连接应用](#)。以上是机构公开能力，未完成竞品后台试用或经营访谈。

平台的竞争理由应是稳定医生供给、减少患者协调负担、可证明的服务记录和可信退款处理。合规是准入和执行能力，不是其他合法机构无法复制的“绝对护城河”。

10. 合规作为实际工作流程

事项	操作标准	负责人及异常
执业	逐人查询注册分部、限制、有效期及实际服务能力	临床负责人；过期/限制不匹配暂停对应服务
保险	核PII、PL、场景、人员及mobile承保；500万/1000万不写统一法定标准	诊所/保险经纪；证明不足不开相关入口

事项	操作标准	负责人及异常
私保	人×基金×服务×地点/模式×有效期矩阵，另查患者保单余额	诊所账务；无证据只做自费，不造Provider认证
税务	按实际服务、认可专业人员及适当治疗等条件判定GST-free	供应者会计；草本、按摩、协调等不能自动套临床免税
票据	实际地点、项目及付款；原票关联CN，B2B费隔离	财务；改期未治疗不出治疗收据
中药	按具体产品、成分、供应者及临证调配/ARTG适用依据建台账	有权处方/调配者；AUST L不是所有剂型通行证
数据	用途、权限、最小收集、跨境、留存及泄露响应	数据负责人；家庭付款和临床共享分开
劳务	实际关系、工资/Award、super、工时、安全及工作权利	实际雇主；不能用合同标题替代判断
广告	可证明资格及服务，不承诺治愈/获赔/政府背书	平台与诊所各审自己材料

澳洲存储是本项目设计选择，不是Privacy Act一概要求所有健康数据在澳洲。海外母公司、AI厂商、技术支持及备份访问逐项审查跨境处理与责任；[OAIC APP8](#)。

NSW私人健康服务记录中，成人通常最后服务后至少保留7年；未满18岁时收集的记录通常保留至25岁，合法保全另处理。来源：[IPC NSW留存说明](#)。实际劳务关系及适用检验应按实体与事实判断，来源：[Fair Work整体关系检验](#)。药事及废物详细规则继续使用V5对应官方来源；拟生效法规不能描述为已经生效。对具体中药产品、GST分类、劳务关系和各基金个案，由适格专业人士基于事实出意见；本方案给出工作标准，不代替个案批准。

12. 中澳人才与院校合作业务

目的先解决服务网络的长期合格供给，再判断人才项目是否能成为雇主付费业务；不以中国临床经验替代澳洲资格，也不以移民招生收入补贴医疗平台现金缺口。

人员	资格/岗位链路	平台可做的事	优先级及难度判断
澳洲已有注册及工作权利的中医师	核分部、限制、保险、基金和地点	同行接入、培训、班次及账单支持	首选；成本是接入和服务供给，不是签证
大陆中医师	CMBA个案资格评估、英语标准、工作权利与真实雇主岗位分别满足	课程/临床证明整理、英语准备、独立专业服务转介	先少量个案；难点为资格与签证路径不能互相替代
大陆护士拟任RN	NMBA国际资格评估及适用路线，注册与岗位/签证分别完成	与学校、雇主提供资料及能力准备	不是所有人同一OBA路线，须按当前类别确认

人员	资格/岗位链路	平台可做的事	优先级及难度判断
照护工作者	真实照护岗位、雇主协议、技能/课程、英语及签证	雇主需求、RTO能力准备及合规招聘协调	不等于RN；不能针灸或独立护理越权

NMBA国际人员评估资料、Home Affairs照护行业协议模板。本轮CMBA海外资格及英语具体页面访问失败，旧英语标准搜索结果不能替代现行规则；因此不复述“四个7是所有人绝对红线”或具体保过周期。

482职业限制、ChAFTA及雇主劳动协议需按真实职位和现行法律意见确定，不因大学MOU提供签证豁免。不将历史配额写成开放招生名额。中国组织境外招聘、收费及外派需要相应资质和中国法律审查；澳洲劳务派遣按实际州及模式核许可，不能把院校交流当劳务派遣许可。

院校MOU四层：学术交流、课程/英语准备、合规实习与评估、正式雇主招聘分别写条款。列出学员得到的材料/教学，不承诺澳洲注册、工作、永久居留；收费、退费、第三方考试及数据跨境明确。候选人不能承担不应转嫁的雇主担保成本。

人才专项30,000为独立预算上限提案：两国岗位/法律预评估8,000、单中医个案5,000、单雇主/RTO设计7,000、合同数据宣传5,000、预备5,000。没有真实雇主职位不开岗位保证型招生；人才收入为零基线，不加入诊所或会员营收。

13. 政府、公共照护及研究合作

政府方案的价值应是提高CALD社区服务可及性、连续记录与适当转介，再通过研究判断是否改善功能和利用效率。不能先承诺替政府减少多少急诊成本或减少阿片用量，平台医生不替患者单方停药。

Support at Home按实际服务清单、批准需求和提供者安排逐单确认，可与注册机构讨论合规第三方合作；associated provider不是借牌。当前服务清单见[联邦卫生部门](#)，第三方供应义务见[Services under Support at Home](#)。针灸与中药、协调会员、礼盒是否可付分别查，不能整包转为公共支付。

NDIS只对满足其规则 and 实际计划需求的支持进行建设；普通中医/替代疗法及家庭会员不作为确定收入，不将“经络康复”改名功能训练套码。未来合资格Physio/护理是独立服务及证据链。来源：[NDIS可支持规则](#)、[禁止支持清单](#)。

PHN资源目录、合作意向、研究资助和采购合同四种地位分开。政府报告建议先提出可及性研究：进入人群、语言理解、等待时间、功能/睡眠自报、转介完成、事故和服务成本；公共资金基线为0。要研究急诊减少需要对照、伦理、充分随访及利用数据，不能用治疗单价与全国急诊均价直接相减。

常规预约开发不能自动成为核心研发活动；R&D税收抵免不进入基线。每个资助项目按当轮申请主体、研究目的、期限和匹配资金评估，不以写好白皮书推定政府会拨款。

16. 阶段计划：方案通过后才转为执行

阶段	方案成果	评审责任	下一阶段放行依据
S0总体方案	定位、SKU、责任、模型及版本范围	GD、临床、运营、产品、财务	核心数字与交付边界一致

阶段	方案成果	评审责任	下一阶段放行依据
S1服务与合作包	诊所/医生条款、患者材料、物料、授权与异常SOP	临床及法律/会计	各方能根据文档操作并理解费用
S2产品及验证包	四端需求、状态链、权限、测试及研究方案	产品、工程、运营	正常及异常流程都有完成证据
S3有限实证	确认真实主体、开展已批准研究及限定试点	项目决策组	自费需求、真实工时及安全/财务结果
S4悉尼复制	新增地点独立供给与模型	区域负责人、财务	连续贡献与可控获客、可靠交付
S5墨尔本/新业务	当地州法和岗位/公共支付独立审议	对应专业负责人	不是自动触发全国扩张

G0准入与职责；G1正常/异常验收；G2真实需求；G3单点经济；G4复制。首诊基准贡献18.05、两类复诊21.13/17.13分别统计，不能对相同成本要求全部>35。方案建议G3为单点扣全部增量成本后经营余额正、患者/医生体验可接受；具体订单量及成本控制指标随统一模型制定。

首批10到店和5上门只能检验愿意购买及流程，不证明总体市场成立；上门不是到店试点的必需条件。严重事件应记录处理和整改，不能把不报告投诉作为“零事件”证据。