

# 国外长期护理模式对我国医养结合养老模式的启示

王 林<sup>1</sup>,法若冰<sup>2</sup>,王长青<sup>1</sup>

(1.南京医科大学医政学院,江苏 南京 211166;

2.南京中医药大学卫生经济管理学院,江苏 南京 210023)

**摘 要:**通过对以美国和加拿大为代表的发达市场经济国家的长期护理模式进行探索分析,联系我国医养结合养老服务的现状,总结出医养结合模式的服务路径,并提出倡导社区养老的医养结合模式,设置单一入口点,组建多学科团队,健全长期护理保险体系,完善信息系统和客户分类系统,保持利益相关者多赢状态等建议。

**关键词:**长期护理;医养结合;养老模式;服务路径

**中图分类号:**D632.1,R199

**文献标志码:**A

**文章编号:**1671-0479(2017)01-017-005

**doi:**10.7655/NYDXBSS20170104

自1999年我国步入老龄化社会以来,人口老龄化加速发展,老年人面临患病率高、患病种类多、患病时间长、并发症多以及功能性残疾等问题,对养老及医疗需求急速增长,我国养老服务业面临严峻的挑战。从2005年起,国家陆续出台了11份文件支持、发展养老服务业,医养结合养老模式应运而生,旨在消除老年人短期和长期护理、家庭、社区和机构护理之间的缝隙,整合卫生和社会服务。理想中医养结合养老模式是一个全面、综合、整合、面向客户的系统,而当前医养结合养老模式展现出来的是不协调、不公平的分布式服务,是一个支离破碎、零散、低效甚至是无效的系统。本文在借鉴以美国和加拿大为代表的发达市场经济国家的长期护理模式的基础上,总结其经验和做法,提出医养结合模式的服务路径,并对我国医养结合养老模式的发展提出针对性建议。

## 一、医养结合养老模式的内涵

医养结合是一种有病治病、无病疗养的医疗保

健服务和养老照料服务相结合的新型养老模式<sup>[1]</sup>,为老年人提供日常起居、文化娱乐、精神心理关怀等一站式、无缝衔接服务。其包含三方面的内容:①医疗服务。主要包括健康检查、健康咨询、医疗保健、疾病诊治、康复护理、临终关怀、慢病管理等连续性服务;②养老服务。主要包括日常生活照料、短期托养、日间照料、家政服务、精神慰藉、娱乐活动,构建安全、舒适的养老环境;③社会支持。主要包括来自家人、朋友、志愿者、社区人员和专业机构的社会支持。

## 二、国外长期护理模式

### (一)美国老人全包服务项目

美国从20世纪40年代开始进入人口老龄化社会。随着老龄化的加剧,美国专业医疗型的养老机构使政府不堪重负,结合老年人在社区生活意愿,美国开始建立以社区养老为主的养老模式,其中最著名的是老人全包服务项目(program of all inclusive care for the elderly, PACE)。PACE模型是从旧金山安乐模型发展而来,是一个以社区为基础的服务于

**基金项目:**国家自然科学基金资助项目“耦合视角下中国失能老人医养结合养老模式研究”(71573139);国家中医药管理局项目“江苏养老服务体系优化与服务能力提升研究”(ZYYP-2015[6-4]);江苏省高校哲学社会科学研究项目“城市新弱势群体老年卫生服务需求与供给研究——以南京市雨花台区为例”(2014SJB184);四川省教育厅人文社会科学重点研究基地——四川医院管理和发展研究中心资助项目“面向失能老人的中医药特色社区卫生服务的需求与供给研究”(SCYG2015-2-19)

**收稿日期:**2016-09-22

**作者简介:**王林(1992—),女,江苏泰州人,硕士研究生在读,研究方向为卫生事业管理;王长青(1962—),男,江苏兴化人,教授,博士研究生导师,研究方向为卫生事业管理,通信作者。

体弱、高风险老年人的养老模式。截至2013年底,美国已在31个州开设了共104个PACE服务中心,参与者达到了71 000人<sup>[2]</sup>。PACE的特点是由跨学科团队(interdisciplinary team, IDT)通过成人日间保健中心以及入户和转诊,提供综合性的医疗和社会服务。作为PACE的心脏和灵魂,IDT包括了初级保健医生、护士、老年医学专家、物理治疗师、职业治疗师、娱乐治疗师(活动协调员)、营养师、护士助理、PACE中心的主管、社会工作者、家庭护理协调员和司机,负责分配资源,协调所有服务,并评估参与者的健康产出结果<sup>[3]</sup>。服务对象是生活在PACE服务区内55岁以上,经IDT评估后需要养护照顾的低收入老人,参与者一旦被纳入项目内,必须由项目内的人员提供护理。

PACE提供初级保健、诊疗、护理、日常照料等在内的连续性服务,整合了医疗保险和医疗补助的财务资源,在基础工资资助制度的基础上,每月以人头付费的方式支付给受托方;受托方必须在按人计费的固定额度下达到一定的服务质量,自行统筹运用,承担财务亏损的风险<sup>[4]</sup>。另外,完善的信息系统作为支撑,实时更新参与者的身体状况及护理计划进程,这也是PACE成功的关键之一。生活在PACE服务区的每个老人每6个月接受1次跨学科团队的评估以便及时调整护理计划,每个护理计划都让老人及其家庭参与制定,尊重他们的个人偏好。值得一提的是,PACE的每次评估都是按照生物—心理—社会功能的标准进行的,包括诊断、药物治疗、营养状况、吞咽功能、大小便功能、认知、情感、社会活动、精神状况、机动性、日常生活活动、护理计划的合作程度等。参与者进入PACE时,IDT采用量化方法记录其功能性健康结果,称作基线评估得分,并预测未来6个月后的干预评估得分,在6个月的个性化护理干预计划后,记录实际的干预评估分数,使用这3个数据点(基线评估分数、预测的评估分数、实际的评估分数),IDT可以评估护理干预措施的效率和效果,便于护理质量的持续改进。研究发现PACE适合失能程度较为严重的老人,且对于改善老人身体功能,减少护理费用具有显著作用<sup>[5]</sup>。

#### (二)加拿大魁北克地区老年人综合护理系统

加拿大传统的老人护理系统提供了一个广泛的公费医疗和社会服务。然而,这些服务往往通过一个分散的交付网络提供,其特征是责任的缺失和负激励。为改善这种劣势,加拿大在借鉴美国PACE模型的基础上,开发了老年人综合护理系统(system of integrated care for older persons, SIPA),旨在维护和

促进老人的自主权,提高社区护理的利用率,整合医疗和社会服务<sup>[6]</sup>。SIPA有自己的预算、人事和治理结构,它的显著特征是在公开的管理和资助制度下,充分尊重加拿大医疗系统的基本原则,以患者为中心,通过以社区为基础的多学科团队(multidisciplinary team, MDT),为生活在魁北克地区蒙特利尔市的老人提供基于社区的、全方位、整合的社区和机构护理,即一级、二级医疗服务和社会服务,包括短期急性护理、日间医院、预防康复、药物治疗、姑息治疗、救护车运输、家庭健康护理(看护、物理治疗、职业治疗、营养服务)、家庭社会关怀(家政服务、社会工作、心理服务)、技术援助、家庭住房,协调医院和养老院等机构的长期护理等服务<sup>[7]</sup>。

SIPA的MDT是由个案管理员、初级保健医生、护士、职业治疗师、物理治疗师、药剂师、老年医学专家、家政人员、社会工作者、社区管理人员组成,其中个案管理员多由护士或社会工作者担任<sup>[8]</sup>。进入SIPA的老人,必须由MDT进行全面的老年学评估,符合要求的方能进入,入选人群是社区居住的老年体弱者,包括残疾早期的老年人,MDT与老人的家庭医生进行合作,签订一系列的循证跨学科协议。护理计划必须由MDT成员达成一致后方可实施,为了迅速满足老人的需要,避免不适当的医院和机构护理,MDT随时调动资源,提供家庭和社区护理,以及24小时随叫随到服务。个案管理员负责与家庭医生联络,积极关注老人的整个护理轨迹,确保护理的连续性,并帮助老人在医院和社区之间的转诊。SIPA鼓励老人继续与自己的家庭医生联络,每位家庭医生负责1~10位老人,除了支付常规的服务费用,在政府的补助下SIPA按每位患者400美元/年支付给家庭医生,以弥补其与团队沟通所花费的时间。SIPA在社区以及医院等机构保持临床责任制和问责制,并监控协议内容的实施。SIPA的成功之处在于贯彻服务始终的个案管理,辅完善的临床指南和信息系统,以及对SIPA覆盖的医疗和社会服务实行人头预付的财政制度。研究表明,SIPA控制成本的作用一般,但是降低了所有以医院为基础的服务(急诊、门诊和住院服务)的利用率,家庭和社区护理利用率增加,老人满足感得到提升<sup>[9]</sup>。

#### (三)两种长期护理模式的比较分析

美国的PACE与加拿大魁北克地区的SIPA来自于两个不同的市场经济发达国家,两种模式之间既有相同之处又各有侧重。相同之处表现在以社区为基础的养老模式、严格的准入限制、以患者为中心的服务理念等;其差异性在于服务对象、服务提供

方、个案管理、患者评估、内部协调等多个方面,具体见表1。

纵观 PACE 和 SIPA 项目,不难发现一个有效的整合系统应具备的特点:员工拥有对整合系统发挥积极作用的职业目标和道德信仰,实现共同的系统目标;注重老年人的高保健需求;重点放在社区护理;进入系统的单一入口;组建包括老年病学专家在

内的 MDT;发挥个案管理员的积极作用,与 MDT 和患者及其家属密切沟通;完善的临床指南及程序文件确保护理的连续性和协调性;整合的信息系统和全面的客户分类系统,客户按护理等级分类,而不论护理的部位;独立的预算、人事和治理结构;完善的激励机制及监督机制;对患者进行全面的老年学评估,系统保持高度责任制。

表1 美国 PACE 和加拿大魁北克地区 SIPA 的比较

比较类别	PACE	SIPA
养老模式	社区养老	社区及机构养老
准入限制	单点进入,经 IDT 评估后,符合要求方能进入	单点进入,经 MDT 评估后,符合要求方能进入
服务理念	以患者为中心,提高护理质量	以患者为中心,对准需求
服务对象	生活在 PACE 服务区内 55 岁以上,经 IDT 评估后需要养护照顾的低收入老人	生活在蒙特利尔社区,经 MDT 评估需要照顾的年老体弱者,包括残疾早期的老人
服务覆盖	综合的社区医疗和社会服务,全方位、连续性的短期和长期护理	综合的医疗和社会服务,基于社区的、全方位、整合的社区和机构护理
服务提供方	IDT	MDT
个案管理	IDT 负责	个案管理员负责
患者评估	IDT 负责生物—心理—社会评估	MDT 负责全面的老年学评估
护理计划制定	IDT 与患者及其家属共同制定	MDT 与患者的家庭医生共同制定
内部协调	IDT 协调	个案管理员协调
患者选择权	患者必须使用项目内的医师	鼓励患者选择自己的家庭医生
信息系统	完善	完善
客户分类系统	电子记录,无系统级的分类系统	系统级的客户分类系统
对患者的责任感	高度责任化,一旦接受,老人必须留在项目里,无论健康状况的变化	一旦接受,项目负责所有患者的临床和财政责任
融资/激励机制	在基础工资的基础上,实行人头预付,供应商承担服务的全部风险	在人头预付的基础上,对家庭医生进行财务补助

### 三、建议

目前我国医养结合养老模式面临许多问题和挑战,本文根据国外老年人综合护理系统的特点,联系我国医养结合养老模式的现状,给出以下几点建议。

#### (一) 倡导社区养老的医养结合模式

一些发达国家曾斥巨资投建大量的养老机构,但是效果并不理想,财政负担日益沉重,后来逐渐采用“就地养老”作为老年医学保健政策的指导原则,发动长期护理的改革,推行以社区为基础的护理。研究发现退休人员协会 85% 的受访老年人喜欢住在熟悉和舒适的环境中,不愿离开自己的家园<sup>[10]</sup>。这种被称为“老有所属”的社区就地养老新模式因其有效性和高成本效益比,同时提高了老人的生活质量、整体归属感和幸福感,得到了美国政府的支持和发展。而我国绝大多数老年人收入水平低,选择社区医养结合养老方式符合我国现阶段国情。社区作为提供

老年长期护理服务的首选,主要原因有三点:居住在社区内的都是了解老人的家人和朋友;其次,社区护理比机构护理成本更低,因为除了正式护理外,还有家庭护理的支持;此外,社区护理容易获得且等待时间短,可让老年人留在自己熟悉的环境内。

#### (二) 设置单一入口点,制定并监测护理计划

单一入口点是获得医养结合养老系统所提供的医疗和社会服务的唯一途径,经过 MDT 利用评估量表进行老年综合评估后,测量客户的身体状况,包括日常生活活动(activities of daily living, ADL)、工具性日常生活活动(instrumental activities of daily living, IADL)、移动性、心理功能等,符合要求的方能进入系统,进入系统的客户再分配到个案管理员处,个案管理员根据评估分数,制定个性化的服务计划。个性化的服务计划必须服从客户的整体评估和规定的服务以及预期目标,由个案管理员领导,开展 MDT 会议,所有参与到护理计划内的人员都要参

加,并根据老人的情况实时调整,实现机构、社区和家庭服务的无缝过渡,初级和专业护理的整合。定期对系统内的工作人员和提供的服务进行评估,防止投机行为。

(三)制定医养结合服务路径,实现各个层面的协调合作

服务路径的制定能够使医养结合养老实现标准化、规范化。医养结合养老的服务路径是一个动态的过程,大致包含以下内容:①对客户进行需求评估和风险/保护因素评估,评估项目包括健康状况、生活习惯、自主功能、心理状况、经济条件、生活环境等;②汇总评估数据和确定预期目标;③以客户为中心量身定制的护理计划,结合客户及其家人的期望,确保其适用性和可用性;④协调服务,交付服务和后续服务,保证服务的质量和连续性;⑤预期目标和现实结果的差别,及时调整护理计划。

另外,要在战略层面、战术层面、业务层面建立合作协调。首先,在战略层面(治理),通过建立一个医养结合委员会负责所有卫生保健和社会服务机构的决策和资源分配。其次,在战术层面(管理),服务协调委员会由医养结合委员会授权,并与老年人和服务代表一起,监控服务,促进业务连续性的调整。最后,在业务层面(服务),由个案经理带领的一个MDT评估客户的需求,并提供所需的照顾。同时服务提供方要积极响应供给侧改革,提高护理质量、效率和成本效益。

(四)弥补人才供应短缺,积极组建MDT

目前医养结合的人才队伍极度短缺,是医养结合养老发展的困境之一,应尽快培养专业的老年医学人才,亟待组建一支由初级保健医生、老年医学专家、护士、个案管理员、心理治疗师、职业治疗师、物理治疗师、娱乐治疗师、语言治疗师、营养师、药剂师和社会工作人员,包括家政人员、司机等组成的跨专业的MDT,提供专业化、全方位的老年服务,通过加强专业合作协调,减少服务的重复性和碎片化。初级保健医生应该享有患者的处方权,而不是老年医学专家,因为初级保健医生通过与患者长时间的接触,更加了解患者;个案管理员应保持和初级保健医生及老年医学专家的密切双向交流<sup>[1]</sup>,缓和他们之间的处方“竞争”。

个案管理员经常被形容为MDT的“维和部队”、“排头兵”,负责协调整个系统内所有卫生和社会服务,评估客户需求,规划所需服务,组织、协调、指导MDT制定护理计划,并监测护理计划的实施。个案管理员是临床责任的重要体现,连接医疗和社会服

务的重要手段,将个案经理整合到一个MDT内,确保老年评估的长期管理。研究证实了老年评估与长期管理相结合的有效性,单独评估是无效的。老年医学专家监督个案管理员,通过高强度的个案管理,提高系统间的整合度。个案管理员往往是护士,但也可能是MDT的其他成员,如社会工作者,拥有全面的临床和团队视野以及批判性思维能力。

(五)健全长期护理保险体系,完善信息系统和客户分类系统

政策制定者需要推动长期护理保险体系的完善,建立健全长期护理保险相关制度和机制,消除医保报销限制,给予残疾老人、农村老人特别关注。通过构建完善的信息系统,所有团队成员都可以快速访问完整的、不断更新的信息,可以看到其他护理计划的进展和变化。此外,信息系统是管理系统的一部分,可以对接临床信息和管理信息。有研究表明,使用计算机化信息系统的医疗部门能产生更好的数据凝聚力和准确性,使记录保存更容易达到标准,并防止数据重复输入。而健全的客户分类系统,可以让MDT方便、快捷、准确地调动资源来满足客户的需求,做到有条不紊、多而不乱,系统内的客户按照护理的等级来分类,而不是按照护理的部位或者是疾病种类来划分。

(六)建立独立的行政结构和资金支持系统,保持利益相关者多赢状态

设置独立的行政结构和资金支持系统,公开治理,实现行政和财政的整合,医疗服务和社会服务的协调,可以进行系统级的规划和决策,确保无缝护理。此外,由于这种结构,资金可以容易地在整个系统内流动。而系统内的多个利益相关者,如消费者、供应商、支付方、监管机构和政策制定者,如何让他们的利益服从于更广泛的系统利益,这就涉及到激励措施的使用。某种形式的预付款有助于促进组织间的整合和效率,连接临床和财务责任,可根据客户的需要确定最合适的服务交付方式,如按人头付费的方式为客户分担风险。

#### 参考文献

- [1] 吴宏洛. 论医疗保险制度设计对失能老人的救助功能——基于医养结合长期照护模式的考察[J]. 福建师范大学学报(哲学社会科学版),2014(2):23-29
- [2] Philip DM, Oudenhovene MD, Ila BA, et al. Challenges to cost-effective care of older adults with multiple chronic conditions: perspectives of program of all-inclusive care for the elderly medical directors[J]. J Am Geriatr Soc,2014,62

- (3):564-565
- [3] Centers for Medicare and Medicaid Services. PACE fact sheet [EB/OL]. [2014-05-19]. <https://www.cms.gov/PACE/Downloads/PACEFactSheet.pdf>
- [4] Micah S, Jill S, Bruce K, et al. Hospitalizations in the program of all-inclusive care for the elderly [J]. JAGS, 2014,62(2):320-324
- [5] Fretwell D, Old S, Zwan K, et al. The elderhaus program of all-inclusive care for the elderly in north carolina: improving functional outcomes and reducing cost of care: preliminary data[J]. J Am Geriatr Soc,2015,63(3):578-583
- [6] Stewart J, Georgiou A, Westbrook I. Successfully integrating aged care services: a review of the evidence and tools emerging from a long-term care program [J]. Int J Integr Care,2013,13(3):e003
- [7] Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence [J]. Int J Geriatr Psychiatry,2003,18(3):222-235
- [8] Béland F, Hollander J. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives [J]. Gaceta Sanitaria,2011,25(4):138-146
- [9] Pier-Luc T. Are health promotion and prevention interventions integrated into occupational therapy practice with older adults having disabilities Insights from six community health settings in Québec,Canada[J]. Aust Occup Ther J,2015,62(1):56-67
- [10] De SM, Vedel I, Bergman H, et al. Opening the black box of clinical collaboration in integrated care models for frail, elderly patients [J]. Gerontologist,2013,53(2):313-325
- [11] Li M, Zhang Y, Zhang ZY, et al. Rural-urban differences in the long-term care of the disabled elderly in China[J]. PLoS One,2013,8(11):e79955

## Inspiration of foreign long-term care model for Chinese medical support combined with pension service model

Wang Lin<sup>1</sup>, Fa Ruobing<sup>2</sup>, Wang Changqing<sup>1</sup>

(1.School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166;

2.School of Health Economic Management, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023, China)

**Abstract:** Through exploration and analysis of the long-term care model in United States and Canada (as the representative of the developed market economy countries), and combined with the status quo of Chinese medical support combined with pension service model, we summarize the service pathway of the model, and put forward to promote the community-based medical and support model for the elderly. We should set a single entry point, build multidisciplinary teams, improve the long-term care insurance system and information system as well as customer classification system, and keep the stakeholder win-win state and so on.

**Key words:** long-term care; medical support combined with pension service model; pension mode; service pathway