
社区居家医养结合发展： 美国经验及上海借鉴

宋晓宇 范迪¹

(上海市发展改革研究院 200032)

【摘要】 美国老年人全面照护服务计划是以社区机构为载体,提供医护养全过程融合服务的老年照护服务模式。医护养资源在服务、人员和资金等方面的全面整合是 PACE 计划的重要特征,亦是其卓有成效的主要原因。借鉴美国老年人全面照护服务计划实施经验,上海可在机构职能、服务内容和资金使用方式等方面进一步加大资源整合力度,以做强社区居家医养结合服务,为暂时不能得到机构护理床位的老人提供更高质量的社区居家医疗护理服务,尽早满足老人对医疗护理服务的可及性需求。

【关键词】 医养结合 PACE 计划 社区居家

【中图分类号】:C913.6 **【文献标识码】**:A **【文章编号】**:1005-1309(2018)08-0108-006

医养结合发展是通过整合养老资源和医疗资源,将养老服务与医疗卫生服务相结合,以适应老年人医疗卫生服务需求与生活照料需求叠加发展趋势的养老服务模式。医养结合发展是人口老龄化进入高龄化阶段后的必然举措。从上海“十一五”规划提出“9073”的养老服务格局,到“十三五”规划中要求形成“以居家为基础、社区为依托、机构为支撑、医养相结合”的养老服务格局,社区居家养老一直构成养老服务体系的重要方面。近年来,随着机构床位,尤其是具有医疗照护功能的护理床位供不应求等问题日益凸显,^[1]做强社区居家医养结合服务,既紧迫、又必要。医养结合发展涉及卫生、民政、医保、发改委等多个部门,部门间职能条块分割带来天然的“资源壁垒”,实现资源整合与共享是推动医养结合发展的关键所在。

美国自 1970 年代起建立的老年人全面照护服务计划(Programs of All-Inclusive Care for the Elderly,以下简称“PACE 计划”),是一项专门针对高龄患病老人的社区居家医疗护理项目,该项目为老人提供涵盖生活照护、医疗护理、疾病预防与诊治在内的全过程医护养融合服务。经过多年实践,PACE 计划已发展成为美国社区医养融合照护的主要模式之一,^[2]极大地提高了老年人获取医护养服务的可及性和便利性,在改善老年人身体状况、延长其社区居住时间、节约护理床位和项目经费等稀缺资源方面发挥着重要作用。^[3]医护养资源全面整合是 PACE 计划的重要特征之一,亦是其卓有成效的主要原因。从资源整合角度,总结 PACE 计划的制度理念和实践经验,对推进上海社区居家医养结合发展具有重要启发意义。

一、PACE 计划兴起及发展概况

(一)兴起与发展

PACE 计划发源于 1970 年代的旧金山华人居住区。在老年人口及长期护理服务需求不断增长,而老年人及其家属由于文化原因不愿接受护理院养老的背景下,1973 年,当地社区中产生了替代机构护理的项目实践——OnLok 社区成人日间护理中心,即 PACE

作者简介: 宋晓宇,上海市发展改革研究院价格研究所经济师。范迪,上海市发展改革研究院价格研究所。

中心的雏形。OnLok 照护服务的范围由老年医疗服务,逐步扩大至家庭护理、家庭送餐及居住支持性服务;到 1978 年,OnLok 照护服务已涵盖了老年护理院可提供的所有医疗保健和社会支持性服务。由于其人性化的制度设计满足了各类老年群体的需要,^[3]OnLok 照护模式受到社会的广泛认可,于 1986 年开始向全国推广。1990 年,依据 OnLok 照护模式的运作经验,美国制定完成 PACE 项目协议书,PACE 计划成为美国医疗保险和医疗补助服务中心(Centers for Medicare and Medicaid Service,CMS)服务的一部分。1997 年,PACE 计划正式被预算法(Balance Budget Act)列为永久性医疗保险项目(Permanent Medicare Program)。经过 40 多年的发展和演变,截至 2018 年 1 月,PACE 计划发展到机构遍布全国 31 个州、运行 124 个项目、服务人次达 45534 人的成功和有效的老年照护服务模式。^[4]

(二)制度设计与实施成效

1. 服务主体。

作为 PACE 计划的服务提供主体,PACE 中心在计划推进中发挥着核心作用。从机构属性上看,PACE 中心可视为非营利组织、公共机构或营利性私立机构。从人员配置上看,每个 PACE 中心搭建跨学科管理团队(Inter disciplinary Team, IDT),这是决定 PACE 计划是否成功的关键;IDT 的成员由 11 种职业组成,通常有 1 名保健医生、1~2 名护理医师、1~2 名治疗师、若干名护士、具有硕士学历的社会工作者、病例整理者、护工及司机等,医生在团队中担任决策者角色。所有 IDT 成员的职业资质必须是经过法律授权的机构(至少州以上等级)备案、注册、证明在册,以保证其在提供照护服务过程中的专业、高效、准确。从运营监管上看,PACE 中心运行的前 3 年为试运营期,运行机构需要在每季度季末前 45 天向管理机构提交季度财报,接受运行评估。正式运营以后,CMS 和 SAA 每两年对运行机构进行一次审核评估。^[5]

2. 服务对象。

准入要求。PACE 计划参加者的基本要求为 55 岁以上、经过州评估体系认证,能够在家里接受照护,并在社区安全生活的人。^[6]从实际情况看,参加 PACE 计划的老年人平均年龄为 80 岁,人均患有 8 种急性或慢性疾病且有 3 种日常生活活动能力受限,^[3]约 49%的参加者曾被诊断为痴呆。^[7]退出机制。原则上,老人参加 PACE 计划可终身接受该项目的相关服务,不论身体健康状况如何变化,直至死亡。除非参与者自愿退出项目,或 PACE 中心由于一些极其苛刻的原因(如参与者无法支付相关费用、机构服务资质终止、参加者表现出破坏性或威胁性行为等)非自愿地解除服务关系。^[5]从实际情况看,PACE 计划参加者的平均生存期为 2.5 年。^[8]

3. 服务内容。

PACE 计划服务内容主要包括医疗性服务、康复性服务、社会支持性服务和紧急救助服务四大类。医疗性服务包括基本医疗、专科治疗、住院治疗及护理院照护,PACE 计划为参加者支付住院费用并继续参与他们的健康管理。康复性服务包括物理治疗、娱乐治疗和心理治疗。PACE 的日间照护中心设有医疗诊所、物理康复设备和娱乐康复设施,并由医护人员进行帮助与指导,部分参加者也可在家庭访问中得到指导和治疗。社会支持性服务主要包括家庭环境改进建议、交通运送服务及对老年人家庭成员的护理培训、临时看护和心理咨询等。^[5,7]紧急救助服务分为紧急照护服务和紧急需求服务,前者指当参加者受伤,或突发疾病需要立即提供救治,而 PACE 中心提供救治所花时间过长有可能对参加者的健康导致终身损害时,PACE 中心将就近呼叫应急服务商(24 小时待命),对参加者提供相关紧急救助服务;后者指对于那些身处 PACE 服务区以外,但身体状况出现异样的参加者,PACE 中心也将通过应急服务商对参加者提供就近的救助服务。^[5]PACE 计划以在日间照护中心为参加者提供服务为主要方式,一般情况下参加者一周去 3 次,也可根据个人需要和跟踪评估结果减少或增加。^[9]每位老人的具体服务内容依据评估结果确定。在申请参加 PACE 项目后,PACE 中心会组织相关的多学科服务小组(IDT)对参加者进行一次综合评估。具体而言,医师询问参加者的病史并进行体格检查,包括用各种指标评估参加者的生理、心理、认知功能、生活能力等状况,详细记录用药情况,获取实验结果;社会工作者全面了解申请参加者和家属的需求,包括他们的居住情况和个人爱好。IDT 根据上述结果制定个体化的医疗保健方案,包括医疗、护理以及支持性服务。随后每年至少进行 2 次评估以决定是否需要调整方案,评估通常是在参加人的身体状况发生改变或提出新的服

务需求时进行。^[5,7]

4. 费用支付与结算。

老人参加 PACE 计划发生的费用, 主要由美国两大公共医疗保障计划——美国医疗保险 (Medicare) 和美国医疗补助 (Medicaid) 予以支付。多数 PACE 计划的申请者同时拥有 Medicare 和 Medicaid 的双重保障, 申请人一旦加入 PACE 计划, 则必须放弃来自 Medicare 和 Medicaid 的医疗保障服务, Medicare 和 Medicaid 根据 PACE 参加者的疾病分类、病情分级情况测算出参加者每月所需费用, 并以按月支付的方式将相应的资金划拨转入 PACE 中心, 由 PACE 中心统筹资金、统一支配使用, 为该中心所有参加者提供所有必需的服务, 并承担相应的资金管理风险。^[5]对于仅参加了部分医疗保障的老人, 如 PACE 计划的申请者仅参与了 Medicare 项目, 则差额部分费用由老人自付; 如仅参与了 Medicaid 项目, 则差额部分费用由州政府支付。^[5]

5. 监管机构。

美国医疗保险、医疗补助服务中心 (Centers for Medicare and Medicaid Service, CMS) 与各州管理署 (State Administration Agency, SAA) 共同对 PACE 中心实行监督和管理, 包括制定 PACE 中心的运营和报告要求, 监测和评估 PACE 中心的组织架构、运营过程、服务质量及与参加者签署的协议的实效性。^[5]

6. 实施成效。

美国 CMS 对 PACE 计划参与者的评估结果显示: 与非 PACE 计划参加者相比, 一是 PACE 计划参加者对日间照料中心的利用率提高, 减少了对上门专业家庭护理与入住护理院的需求, 有效降低急诊住院次数、住院时间, 在一定程度上达到预防慢性疾病恶化、预防并治愈急性疾病的目标。二是 PACE 计划参加者在社区居住时间延长, 自我评估的健康状况和生活质量改善, 个人机能状态更好。三是 PACE 计划达到了节约经费的目的, 总体上降低了 Medicare 计划 16%~38% 的费用, 降低了 Medicaid 计划 5%~15% 的费用。

^[3,6]

二、PACE 计划成功关键: 资源整合理念

PACE 计划制度设计和实践运用中充分体现的资源整合理念, 是其成功的关键原因, 具体体现在 3 个方面: 服务整合、资金整合与队伍整合。其中, 服务整合是目标与结果, 队伍整合、资金整合则是实现服务整合的重要途径。

(一) 服务整合: 基于参与者需求

从 PACE 计划的服务内容看, PACE 中心以参加者为核心, 根据参加者的身体需求, 制订医护养服务计划, 提供针对性服务; 当参加者身体状况发生变化时, 可享受高效、连续、便捷的转介服务。老人参加一项 PACE 计划, 即可方便地获得包含预防、生活照护、基本医疗、康复保健、长期护理、急性病诊治和社会支持服务等在内的全过程服务, 实现了真正意义上的医养护融合, 全方位满足老人的照护需求。值得注意的是, PACE 计划实现服务整合的方式, 并非要求 PACE 中心对各类资源拥有直接的所有权控制, 而是在分工合作基础上的资源互补整合: 队伍与资金整合。

(二) 队伍整合: 调动市场力量

美国是一个高度市场化的国家, 其养老、医疗等社会保障项目大多通过市场机制来运营, PACE 计划亦然。虽然 PACE 计划带有部分福利性质 (涉及参与者中的低收入家庭和残障人士等), 但运营过程充分体现了通过市场配置、整合资源的特征。一方面, PACE 的跨学科管理团队 (IDT) 即体现了资源整合理念, 团队成员的复合背景能够多维度、更全面地了解老人的身体状况, 与老人更好地

沟通,制定更加科学、合理的医护计划;另一方面,PACE 计划鼓励营利性机构或民营企业参与其中,通过与 PACE 中心签订协议的方式,以购买服务或服务外包的方式,^[10]为计划的参加者提供医疗护理服务。这样既解决了 PACE 中心专业人士和医疗资源有限的困境,又可通过充分的市场竞争,选择服务质量最佳的医疗服务提供主体,更好地满足 PACE 计划参与者的需求,也为老年医疗护理产业发展带来新的盈利增长点,实现优化公共服务供给和促进老年产业发展的双重目标。

(三)资金整合:资金“跟人走”

PACE 中心通过购买服务的方式来提供服务,而实现这种资源调配方式的重要前提即是 PACE 计划资金“跟人走”的制度:PACE 计划的 4 种资金来源——Medicare、Medicaid、州政府补助及个人自付——均是跟随参与者加入 PACE 计划而转入 PACE 中心,由 PACE 中心统筹融合、统一使用。^[9]如此,PACE 中心方有财力灵活性地购买、调动资源,其他服务供应商方有积极性参与提供服务。

资金“跟人走”并由 PACE 中心统一使用的整合方式,可实现一箭三雕的效果。第一,减缓老人对住院床位等稀缺资源的需求。PACE 中心自负盈亏,则中心有动力追求更多盈余。由于 PACE 中心要无条件地为参加者提供所有必需的服务内容,为避免参加者因出现严重并发症而反复住院消耗费用,PACE 中心会更加注重预防,并落实到服务上。一是提供及时便捷的医疗服务、科学的康复服务,最大限度地稳定慢性疾病,防止疾病恶化;二是建立完整的老年人随访系统,避免重复检查,定期进行各种功能状态以及生命体征的评估,提前发现身体预警信号;三是改进家庭中可能增加意外的环境因素,培训参加者家属等,防止老人发生摔倒、误吸、走失等情况,减少不必要的住院需求。上述预防措施,有利于保持和改善老人的身体功能状态,实现让体弱、患病、行动不便的老人尽可能长期居住在社区的目标,减少老人对住院床位等稀缺资源的需求,节约了经费。第二,提高资金使用效率。由于 PACE 中心承担资金管理风险,PACE 中心会根据参与者的身体状况和实际需求,提供必需的、最合适的服务内容,减少因过度医疗造成的资金浪费,提高了资金使用效率。第三,资金“跟人走”有利于强化竞争机制,从而提升服务质量。PACE 中心资金池的增长来源于参加者的增多,同一区域内所有 PACE 中心在同一起跑线上公平竞争,自然催生出提高服务质量的动力,以吸引更多的参加者在该中心加入 PACE 计划。

三、上海社区居家医养结合发展借鉴

(一)借鉴基础

20 世纪末,上海在全国率先提出“医养结合”概念,经过多年发展,“医养结合”逐步从民间自发行为转变为顶层设计所推动的民生工作。2015 年,上海出台《关于全面推进本市医养结合发展的若干意见》(沪民福发[2015]19 号),提出促进社区居家医养结合发展的多项举措。目前,社区居家医养结合服务形式主要有两种:一是社区卫生服务中心为社区托养机构(老年人日间服务中心、长者照护之家等)提供医疗服务支持;截至 2016 年底,上海社区托养机构与医疗机构签约率已达 64%。^[11]二是推进长期护理保险试点工作,为经评估符合条件的老人,提供相应等级的基本生活照料和医疗护理服务。2018 年 1 月起,该项试点已在上海全面推开。此外,家庭病床医疗护理、家庭医生服务亦优先覆盖老年群体。

上海社区居家医养结合发展已实现了一定程度上的资源整合。一是在准入环节,开展老年照护统一需求评估,整合过去卫生计生、民政、医保等领域各自执行的对老年人身体状况的评估标准,形成一套统一的评估体系,通过第三方专业机构的评估,确定老年人的照护等级,为进一步整合各层面、各部门医护养资源,进而为老人统一分派、推荐与照护等级相适应的服务类型奠定了良好的基础,促进老年人照护需求与各类养老服务资源合理匹配及公平有效对接。二是在服务环节,一方面,有序开展跨部门服务供给,医疗资源已通过多种途径向养老领域提供延伸服务,并由医保给予资金保障;另一方面,有效调动社会力量参与社区医养结合服务的提供,截至 2016 年底,全市执业护理站已达 34 家。^[12]这些护理站多为民办性质,在提供社区居家层面的长期护理保险(及其前身“高龄老人医疗护理计划”)服务方面发挥了重要作用。

参考美国 PACE 计划的实施经验,上海可以进一步加大资源整合力度为抓手,做强社区居家医养结合服务,探索通过服务模式

创新来引导一部分护理床位需求在社区居家层面予以消化,为暂时不能得到机构护理床位的老人提供更高质量的社区居家医疗护理服务,尽早满足老人对医疗护理服务的可及性需求。

(二)借鉴建议

1. 促进照护机构职能整合,建立功能完善的社区医养服务机构。

PACE 计划以在社区层面的 PACE 日间照料中心为服务枢纽,整合各方资源,为老人提供一站式服务。目前,上海社区居家医养结合的各条线服务,兼具分散分割与交叉重叠的特征,社区居家层面与养老、各级医疗等机构层面的功能衔接和资源连通不够顺畅,^[1]包含预防在内的系统科学的服务计划及对老人身体状况的持续跟踪服务相对缺乏。上海可借鉴 PACE 计划的经验,建立功能完善的社区医养服务机构(拓展现有社区医养服务机构服务职能或建立合格供应商制度进行遴选),以制度设计赋予其医护养老服务资源的协调调配能力、激发医护人员积极性,建立老人身体状况随访数据库并持续追踪,依据老人身体状况,为其制定科学的医护养全过程服务计划,以提供高质、便捷、连续的医护养服务,实现预防疾病和促进健康的目标。

2. 促进资金整合,加大资金“补需方”力度。

上海自 2016 年 5 月开始实施的“老年综合津贴”政策已体现出资金“跟人走”的“补需方”理念。未来可在养老机构建设和运营补贴、居家养老补贴、长期护理保险等方面进一步完善资金“补需方”机制,根据老人的身体和经济情况,制定更加个性化、更具针对性的补贴政策;并以老人“用脚投票”的方式,促进服务机构间公平竞争,提升服务质量。在资金“补需方”的基础上,推动资金统筹至试点社区医养服务机构统一使用,以便于机构调动各方服务资源,同时提高资金使用效率。

3. 促进服务内容整合,引入社会支持性服务。

借鉴 PACE 计划,建议在现有服务体系中引入社会支持性服务,以优化老人居家照护服务,提升社区居家照护服务的吸引力:一是家庭环境改造服务。由专业人员考察老人家庭环境,改进可能增加意外的环境因素,如将台阶改为斜坡、在浴室中安装防滑椅子及扶手等。二是交通运送服务。向老人提供去日间照料中心、医疗机构的交通运动服务,降低家属时间成本。三是家属照护培训。提高老人居家期间家属照护的质量。四是临时看护和心理咨询。帮助家属摆脱长期照护老人的抑郁情绪,获得适当休息。

参考文献:

[1]杨光,杨颖华,许燕君,金春林,候国权,张玮,蔡志昌,张伟胜,王颖.上海市老年护理体系存在的突出问题探索[J].中国卫生资源,2014(5).

[2]常平平.国内外医养融合研究与发展现状综述[J].当代经济,2016(10).

[3]Victor Hirth, Judith Baskins, Maureen Deverbumba. Program of All-Inclusive Care (PACE): past, present, and future[J]. Journal of the American Medical Directors Association, 2009, 10(3).

[4]National PACE Association. The Value of PACE. [2018-05-20]. <https://www.npaonline.org/policyadvocacy/value-pace>.

[5]Centers for Medicare & Medicaid Services. Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual.

[2018-05-20]. <https://www.cms.gov/Regulationsand-Guidance/Guidance/Manuals/Internet-Only-Manuals-IOMs-Items/CMS019036.html?DLPage=1 &DLEntries=100 &DLSort=0&DLSortDir=ascending>.

[6] Mukamel D B, Peterson D R, Temkingreener H, et al. Program Characteristics and Enrollees' Outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) [J]. *Milbank Quarterly*, 2007, 85 (3).

[7] 杨晓娟, 丁汉升, 杜丽侠. 美国老年人全面照护服务模式及其启示 [J]. *中国卫生资源*, 2016 (7).

[8] 王秋梅, 田新平, 沈悌. 美国全面的老年人服务项目模式 [J]. *中国老年学杂志*, 2010 (2).

[9] 谢海雁, SeanLeng, 李冬晶, 沈悌. PACE——新型而高效的老年人医疗服务模式 [J]. *国际老年医学杂志*, 2010 (5).

[10] 成秋娴, 冯泽永. 美国 PACE 及其对我国社区医养结合的启示 [J]. *医学与哲学 (A)*, 2015 (9).

[11] 朱勤皓等. 大城养老 [M]. 上海: 上海人民出版社, 2017.

[12] 上海市老龄工作委员会办公室. 2016 上海市老龄事业发展报告.