

国外“医养一体化”服务模式发展经验及对我国的启示[△]

陈 宁*(辽宁中医药大学经济管理学院,沈阳 110847)

中图分类号 C913.6 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2017)11-1441-04

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2017.11.01

摘要 目的:探索“健康中国2030”发展战略下“医养一体化”服务模式发展之路。方法:概括美国、澳大利亚、日本、德国和瑞典等发达国家“医养一体化”服务模式的发展经验,分析其对我国的启示。结果与结论:美国主要实施的是全面的老年人服务项目;澳大利亚充分利用第三方平台来保障“医养一体化”服务模式的合理运营;日本对老年人的医疗服务采取的是护理保险制度与覆盖全民的医疗保险体系的有机结合;德国和瑞典鼓励“居家养老”的服务模式。我国“医养一体化”服务模式在借鉴国外先进经验的基础上,应结合我国国情,坚持政府主导地位,引入市场竞争机制,制定严格的“医养一体化”服务机构准入标准,培养专业的护理人员,才能取得长远的发展。

关键词 医养一体化;养老服务模式;医疗保险;护理保险制度

Development Experience of “Medical Support Integration” Service Mode in Foreign Countries and Its Enlightenment to China

CHEN Ning(College of Economic Management, Liaoning University of TCM, Shenyang 110847, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To explore the development of “Medical support integration” service mode under the “Healthy China 2030” development strategy. METHODS: The development experience of “Medical support integration” service mode in developed countries like the United States, Australia, Japan, Germany and Sweden were summarized, and its enlightenment to China was analyzed. RESULTS&CONCLUSIONS: In the United States, comprehensive services for the elderly was main project; Australia made full use of the third party platform to guarantee the reasonable operation of the “Medical support integration” service mode; Japanese health services for the elderly was taken by the combination of nursing insurance system with universal medical insurance system; Germany and Sweden encouraged “Home care” service mode. Based on the advanced experience of foreign countries, combined with Chinese national conditions, Chinese “Medical support integration” service mode should adhere to the leading position of the government, introduce market competition mechanism, formulate strict “Medical support integration” services access standards, and actively cultivate professional nursing staff, so as to achieve long-term development.

KEYWORDS Medical support integration; Pension service mode; Medical insurance; Nursing insurance system

依据联合国《人口老龄化及其社会经济后果》确定的划分标准,当一个国家或地区65岁及以上老年人口数量占总人口比例超过7%时,则意味着这个国家或地区进入老龄化社会。1982年维也纳老龄问题世界大会确定,当60岁及以上老年人口占总人口比例超过10%时,意味着这个国家或地区进入严重老龄化^[1]。数据显示,截至2015年底,我国60岁以上人口达到2.22亿,占人口总数的16.1%,其中65岁以上老年人口1.44亿;到2027年,我国将进入深度老龄化社会,65岁以上老年人口占比将达到16.2%;到2040年,我国65岁以上老年人口占比将达22%,进入超级老龄化社会^[2]。由此可见,我国已处于严重老龄化的严峻时期!一方面,人口老龄化加速发展,具有规模大、来势猛、占比高、分布不均衡等特点;另一方面,老年人口基数大、增速快、高龄化、失能化、空

巢化趋势明显;同时,我国“未富先老”的国情和家庭小型化结构特点的叠加,形成了世界上最为庞大的老年群体医养困境,这已成为“健康中国2030”必须面对的严峻课题。美国、澳大利亚、德国、日本和瑞典是“医养一体化”发展的典范,借鉴发达国家“医养一体化”发展模式,构建基于我国国情的“医养一体化”服务模式,对于加快我国养老产业的发展步伐具有重要的现实意义。

1 “医养一体化”服务模式概述

“医养一体化”是集医疗、护理、康复和基础养老设施、生活照料以及无障碍活动为一体的服务模式。其优势在于突破了医疗和养老的分离状态,实现了将医疗服务、生活照料服务、健康康复和临终关怀等结合,从而提供“医养一体化”的整合服务,满足老年人的整体养老需求^[3]。“医养一体化”服务模式是养老模式的创新。

传统的养老模式重心在于为老年人提供基本生活需求,满足其基本物质保障;而“医养一体化”服务模式则在此基础上作了补充,强调医疗和照护两个方面,并

[△] 基金项目:辽宁省教育厅科学技术研究项目(No.L201618);辽宁经济社会发展立项课题(No.2017lsktyb-116)

* 副教授,硕士生导师,博士。研究方向:卫生事业管理、公司管理。电话:024-31207318。E-mail:isa99@163.com

将医疗服务作为重中之重。老年群体由于机体各项功能衰退而容易患病,且康复能力较弱、康复时间较长,并且患慢性病概率较大。随着我国老龄化程度的不断加深,失能老人群体不断壮大,医疗服务市场诉求日益急迫。“医养一体化”服务模式包括健康咨询、身体检查、疾病诊断与治疗、日常护理服务、临终关怀等内容,将医疗服务与养老需要相结合,更能适应目前的社会需求。

2 国外“医养一体化”服务模式发展经验

2.1 美国

美国主要采用的是全面的老年人服务项目(Program of all inclusive care for the elderly, PACE)^[4]。PACE主要服务于失能、半失能老人,以及55岁以上需要医护服务的老人,是典型的“医养一体化”服务模式的践行者。它的资金一大部分来源于医疗保险与医疗救助基金;另一部分则来源于享受服务的消费者,且PACE将这一部分受托于社会机构,以市场化的机制由受托机构管理,这种福利性加市场化的资金安排可以使老年群体以较低价格享受医疗养老服务。PACE提供了包括基本医疗护理服务、康复服务、营养咨询、心理咨询、娱乐服务、健康评估、临终关怀等在内的全方面服务,拥有包含全科医师、护师、营养师、心理咨询师等强大的服务团体,既有负责医疗与养老的专业技术人员,又有负责健康咨询、娱乐活动的服务人员。同时,PACE根据服务对象的不同需求分成三部分:成人日间健康中心、家庭护理访视、生活辅助护理中心,给老年人提供了全方位的照料。

此外,美国还有服务于慢性重病老年人的长期护理医院(Long-term care hospital, LTCH)和服务于患急症老年人的长期急性护理(Long-term acute care, LTAC)机构,主要提供的是医疗护理服务;另有服务于低收入、衰弱、残疾老年人的集中养老居所服务项目(Congregate housing services program, CHSP),为其提供连续的基本生活服务与其他支持性服务;以及服务于居家老年人的家庭与社区服务(Home and community-based services, HCBS),为其提供生活与医疗照护服务^[5]。

2.2 澳大利亚

澳大利亚的养老服务体系中,慈善、宗教和社区组织是极其重要的服务提供主体,他们运营着大部分的养老机构^[6]。该国的养老机构分为老年公寓与老年护理院,后者相比前者提供的服务更多,主要体现在医疗方面。老年护理院中的老年人在医疗服务方面有较高的需求,需要相关的医疗、康复和保健服务等,护理人员需要有较高的护理水平,并同时提供精神慰藉与心灵开导等服务。因此,政府对于老年护理院有着较为严格的准入机制。

澳大利亚充分利用第三方平台来保障“医养一体化”服务模式的合理运营。针对享受服务的老年群体,澳大利亚设立了老年照护评估组,他们为老年人进行身体状况和心理发展情况的测试与评估,判断老年人是否需要照护以及所需要的服务类型,这不仅使有需求的老

年人享受到应有的照顾,而且使医疗护理资源得到了合理配置;在提供服务的老年照护机构方面,澳大利亚充分利用市场化的竞争机制,政府将“医养一体化”服务委托给符合准入标准并且竞标成功的私人机构,并给予该机构资金支持,资金的数额通过项目的数量评估后合理拨款,这既可以筛选出服务质量最高的护理机构,又可以降低政府支出^[7]。这种护理机构拥有营养师、物理治疗师、专业护理人员等服务人员,为老年人提供了基本生活服务和专业医疗护理服务。

2.3 日本

日本较早地步入了老龄化社会,国家人口也曾一度出现负增长,因此其医疗保险制度与养老服务发展得较为成熟。日本的养老模式以家庭养老为基础,国家福利保障与社会服务为补充,对老年人的医疗服务采取的是护理保险制度与覆盖全民的医疗保险体系的有机结合。其中,护理保险制度在一定程度上可称之为“医养一体化”制度,该制度既包含了老年福利制度,又注重老年群体的医疗保健服务,对老年人提供多方面的医疗护理^[8]。

日本的“医养一体化”服务体现在养老机构、医院与社区多个方面。日本将养老机构分为13类,如特别养护老人院、民间收费老人院以及带服务的老年人住宅等,提供不同程度的医疗护理服务。老年人可以根据自身需求选择合适的养老机构,而养老机构的合作医院与医疗护理水平是其选择的重要参考指标^[9]。日本大部分养老机构中并未设置医院,但与周边医院建立了良好的合作关系以满足患严重疾病老年人的需要;若非严重疾病,养老机构本身配备的医护人员可以进行诊治。同时,养老机构设置了疗养床位,专为无法继续在医院住院(日本医院一般不接受住院超6个月的患者)的老年人提供医疗护理服务。养老机构的护理人员均是经过专业培训后再通过统考获得“介护士”资格的人员,可为老年人提供专业的医疗护理服务^[9]。在医院方面,很多综合性医院专门设立了老年科,以保障需要长期医疗服务的老年人的需求。在社区方面,设立有自助式医疗亭,亭中放置有测量血压、血糖等的电子设备,该电子设备既可以进行医疗健康检测,也可以为老年人建立数据档案,记录每次检测的健康数据;社区还设有小型医院/诊所/护士站,从而使社区内的老年人能够得到医疗护理保障^[10]。

2.4 德国

德国的养老服务模式分为居家养老、机构养老、专家照料院与老年照护院4种,都是以“医养一体化”的模式进行。自1995年德国颁布《长期照护保险》后,一直鼓励居家养老的服务模式。居家养老包含居家上门护理、日间照料中心、短期托老所与监护式公寓等服务;机构养老即为护理式养老院,包括护理式托老公寓(养老院)和医务精心护理中心等,为老年人提供较低水平的医疗服务;而残疾、老年痴呆、肿瘤晚期、精神病等老年患者则需入住专家照料院以获得专业的医疗服务,这些专家照料院的服务人员是经过专业培训的技术人员,加上完

善的医疗设备与资源,能够提供全面的诊治、健康监测与日常护理服务;老年照护院主要服务于65岁以上老年人,以及急性病恢复期需要康复训练的患者,入住老年照护院需要通过政府联系,而后由专业评估人员进行评估,符合入住标准的老年人方能入住^[11]。

2.5 瑞典

瑞典目前主要实行居家养老、老人公寓和养老院3种养老形式。其中,养老院养老主要服务于基本失去生活自理能力的孤寡老人和患有痴呆等严重疾病的老年人。养老院配备有专职护士,当地医院的医师也定期到养老院巡诊、给老年人做身体检查。老人公寓是专门针对老年人特点设计的“服务楼”,楼中包括门诊室、餐厅、健身房等服务设施,并24小时配备专业服务人员。同德国一样,瑞典倡导居家养老的服务模式。为了保障居家养老的“医养一体化”服务,政府为居家养老者提供了一系列便利措施,其中最关键的是设立功能齐全的家政服务系统。家政服务公司为所有居家养老的老年人们提供全天候服务,满足老年人的所有需求,既包含卫生打扫、送饭等基本生活服务,也包括陪同散步、娱乐运动等精神慰藉服务,老年人根据自身需要决定服务的频率与内容;政府为居家老年人免费安装了警报系统,帮助老年人能够及时得到帮助;对于无法乘坐公共交通的老年人,政府为其提供交通出行服务;对于想要改造住房的老年人,政府在认可他们的申请后给予了一定的资金补贴;对于想要积极参与社会活动的老年人,政府设立了老年人活动中心^[12]。瑞典的老年服务近乎全福利性质,照料老年人的资金里由私人承担的费用仅占4%^[12]。为保障养老服务项目的质量和效率,瑞典通过竞标的形式将其承包给私营企业,并实施严格的监管。

3 国外“医养一体化”服务模式经验的启示

3.1 坚持政府主导地位

医疗与养老服务的提供者涉及政府、社会企业、非营利机构以及家庭等多个方面,其中政府占据主导地位^[13]。政府通过综合不同区域、不同需求个体、已有特殊人群救助政策等多方面的因素,对“医养一体化”服务的发展规划、财政补贴、设施建设等进行统筹安排,才能取得最大化的成效。政府政策的实施与相关法律法规的颁布控制着“医养一体化”服务模式的发展方向,引导并监督着医疗与养老服务的发展。如瑞典与德国,政府通过颁布法律引导国家“医养一体化”服务模式走向“居家养老”的方向,继而政府实施一系列措施为“居家养老”的发展创造条件并保障其能正常运行。

3.2 顺应市场需求,引入竞争机制

政府将“医养一体化”相关服务委托于专业机构,并引入竞争机制,对其进行筛选与监管,能够很大程度地提高服务质量。如美国、澳大利亚、瑞典都将部分“医养一体化”服务机构承包给私营企业,通过招标等市场竞争手段进行筛选,并对其进行严格的监管,不仅提高了服务质量,而且降低了政府的财政支出。

3.3 制定严格的“医养一体化”服务机构准入标准

政府要制定严格的“医养一体化”服务机构准入标准,只有通过审核、符合准入标准的机构才能挂牌运营;同时,每年进行复审,对于不符合标准的机构要作出相应的处罚和更换。如日本将“医养一体化”服务机构分为13类,每一类都有不同的准入标准,只有符合标准的机构才有资格提供相关服务。

3.4 培养“医养一体化”专业护理人员

“医养一体化”服务模式提供的是医疗与养老服务,由于需要照护的老年人大部分为失能老人与高龄患者,故需要受过专业护理培训的技术人员来提供服务;此外,还需要配备专职或兼职的医师、营养师、药剂师、心理咨询师等多领域的专业人员。应加强“医养一体化”专业护理人员的培训,引入执业考核机制,如日本的“介护士”等,才能保证服务质量。积极培养“医养一体化”专业护理人员是发展“医养一体化”服务模式的必经之路^[14]。

4 结语

目前,作为世界上老年人口总量最多的国家,我国“医养一体化”服务模式尚处于发轫期,积极探索可持续发展良策已成为《“健康中国2030”规划纲要》中的关键课题。在借鉴国外先进经验的基础上,我国更应注意结合我国国情,因地制宜,坚持政府主导地位,引入市场竞争机制,制定严格的“医养一体化”服务机构准入标准,培养专业的护理人员,才能取得长远的发展。

参考文献

- [1] 国务院新闻办公室.《中国老龄事业的发展》白皮书:2006 [EB/OL].[2016-08-20].<https://wenku.baidu.com/view/1cfc084f767f5acfa1c7cdee.html>.
- [2] 国务院.中国老龄事业发展“十二五”规划[EB/OL].[2016-08-20].http://www.gov.cn/zwggk/2011-09/23/content_1954782.html.
- [3] 范卫星,李淑华,黄恩,等.老年人医养模式管理研究[J].中医药管理杂志,2010,18(6):504-506.
- [4] Chatterji P, Burstein NR, Kidder D, et al. Evaluation of the program of all-inclusive care for the elderly (PACE) demonstration the impact of PACE on participant outcomes[R].Cambridge: Abt Associates Inc, 1998.
- [5] Lubitz J, Greenberg L, Gorina Y, et al. Three decades of health care use by the elderly: 1965-1998[J]. *Health Affairs*, 2001, 20(2): 19-32.
- [6] 徐海静. 澳大利亚的分层养老服务[J]. 中国社会工作, 2013(26): 53-54.
- [7] Australian Department of health and aging. How aged care assessment teams can help you[EB/OL].[2011-04-10]. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.content/ageing-01 info.htm>.
- [8] 边恕.日本养老保险制度变迁的经济福利效应分析[J]. 日本研究, 2007, (2): 43-47.
- [9] 三原博光.日本の社会福祉の現状と展望[M].东京:岩崎

程序化细胞死亡分子5蛋白在肺癌患者血清中表达的临床意义^Δ

马晓平^{1,2*}, 姜玲¹, 赵丹宁³, 巩平^{1#}(1.石河子大学医学院第一附属医院肿瘤内科,新疆石河子 832008;2.石河子大学医学院,新疆石河子 832000;3.山东省鄄城县人民医院肿瘤科,山东鄄城 274600)

中图分类号 R734.2 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2017)11-1444-04

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2017.11.02

摘要 目的:探讨程序化细胞死亡分子5(PDCD5)蛋白在肺癌患者血清中表达的临床意义。方法:选取2013年10月—2015年12月石河子大学医学院第一附属医院(以下简称“我院”)肺癌住院患者80例作为肺癌组;选取同期于我院进行体检的健康受试者60例作为正常组。采用酶联免疫吸附测定法检测各受试者血清中PDCD5蛋白的表达水平,并分析其与肺癌患者临床病理特征的相关性。结果:正常组受试者血清中PDCD5蛋白的表达水平显著高于肺癌组患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。肺癌患者血清中PDCD5蛋白的表达水平与其性别、吸烟史、病理类型均不相关($P>0.05$),但其表达随患者肿瘤分化程度的下降而减弱,差异有统计学意义($P<0.05$);癌胚抗原(CEA) $<5.6 \mu\text{mol/L}$ 的患者血清中PDCD5蛋白的表达水平显著高于CEA $\geq 5.6 \mu\text{mol/L}$ 的患者,细胞角蛋白19可溶性片段(CYFRA21-1) $<5.6 \mu\text{mol/L}$ 的患者血清中PDCD5蛋白的表达水平显著高于CYFRA21-1 $\geq 5.6 \mu\text{mol/L}$ 的患者,差异均有统计学意义($P<0.05$)。I~II期肺癌患者血清中PDCD5蛋白的表达水平显著高于III~IV期患者;无远处转移患者血清中PDCD5蛋白的表达水平显著高于有远处转移者,且随着转移部位个数的增多,其表达水平呈下降趋势,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:肺癌患者血清中PDCD5蛋白呈低表达水平,且与肺癌患者肿瘤分化程度、CEA和CYFRA21-1等肿瘤标志物水平、肿瘤分期及远处转移等因素有关。检测PDCD5蛋白表达水平可能有助于肺癌患者的临床评估。

关键词 程序化细胞死亡分子5蛋白;肺癌;癌胚抗原;细胞角蛋白19可溶性片段

Clinical Significance of Programmed Cell Death 5 Protein in Serum of Patients with Lung Cancer

MA Xiaoping^{1,2}, JIANG Ling¹, ZHAO Danning³, GONG Ping¹(1. Dept. of Oncology, the First Affiliated Hospital of Shihezi University School of Medicine, Xinjiang Shihezi 832008, China; 2. College of Medicine, Shihezi University, Xinjiang Shihezi 832000, China; 3. Dept. of Oncology, Juancheng County People's Hospital of Shandong Province, Shandong Juancheng 274600, China)

ABSTRACT **OBJECTIVE:** To investigate clinical significance of programmed cell death 5 (PDCD5) protein in serum of patients with lung cancer. **METHODS:** 80 lung cancer inpatients were selected from the First Affiliated Hospital of Shihezi University School of Medicine (hereinafter referred to as "our hospital") as lung cancer group; 60 healthy volunteers were selected from our hospital at the same period as normal group. ELISA was used to test the expression of PDCD5 protein, and the relationship of PDCD5 protein with clinical pathological features of lung cancer patients were analyzed. **RESULTS:** The expression of PDCD5 protein in normal group was significantly higher than lung cancer group, with statistical significance ($P<0.05$). The expression of PDCD5 protein in lung cancer patients was not associated with gender, smoking history and pathological type ($P>0.05$); it was decreased as the decrease of tumor differentiation degree, with statistical significance ($P<0.05$). The expression of PDCD5 protein in patients with carcinoembryonic antigen (CEA) $<5.6 \mu\text{mol/L}$ was significantly higher than those with CEA $\geq 5.6 \mu\text{mol/L}$; the expression of PDCD5 protein in patients with cytokeratin 19 soluble fragment (CYFRA21-1) $<5.6 \mu\text{mol/L}$ was significantly higher than those with CYFRA21-1 $\geq 5.6 \mu\text{mol/L}$, with statistical significance ($P<0.05$). The expression of PDCD5 protein in patients with I-

学术出版社,2011:24-29.

[10] 天田城介,北村健太郎,堀田義太郎.老いを治める:老いをめぐる政策と歴史[M].名古屋:生活書院,2011:73-79.

^Δ 基金项目:新疆兵团卫生科技计划项目;石河子大学医学院第一附属医院院级科研项目(No.QN2014-020)

* 住院医师,硕士研究生。研究方向:肿瘤化疗与生物免疫治疗。电话:0993-2812389。E-mail:maxpinglove@126.com

通信作者:教授,主任医师,博士。研究方向:肿瘤化疗与生物免疫治疗。电话:0993-2812389。E-mail:gongp832000@163.com

[11] 宋群,焦学利.德国养老护理服务业发展经验借鉴[J].全球化,2016(12):33-43.

[12] 姜小鹰.北欧老年护理的发展及启示[J].心血管康复医学杂志,2000,9(5):82-83.

[13] 张建超,王小平,王杰超,等.老龄化社会亟待建立中长期医疗照护保障体系[J].当代医学,2013,19(34):157-158.

[14] 童立纺,赵庆华,丁福,等.医养结合老年长期照护模式的探索与实践[J].护理研究,2015,29(2):476-478.

(收稿日期:2016-09-27 修回日期:2017-02-26)

(编辑:胡晓霖)