

“医养结合”服务体系建设的国际 实践及经验启示

梁 晨

(中国社会科学院 社会学研究所, 北京 100732)

摘要:以英国布莱顿-霍夫市为例,展示英国医疗与社会养老服务实施医养结合项目的实践过程中,委托管理方、服务提供方和监督方三者所承担的角色和行动特征。分析英国医疗和社会养老两个体系在社区中的整合得以实现的条件和面临的困境。研究认为,医养结合服务试图打通医疗领域与地方政府的社会养老领域之间的壁垒,从组织架构和政策传递方式两方面实现医疗服务与养老服务整合。英国医养结合服务项目的特征在于,在组织体系中,试图实现“条”“块”合作,通过机构联合和资金联合撬动服务;服务传递模式强调在社区中的落地和搭建各方的伙伴关系平台;监督体系丰满立体。提出从人的需求出发的体系整合,搭建和夯实社区的平台作用,完善的立体式监督体系等三方面经验启示。

关键词:医养结合; 养老服务; 医疗服务; 社区照护; 多元主体

中图分类号: C91

文献标志码: A

文章编号: 1671-0398(2023)06-0082-11

目前,中国养老形势严峻。据第七次全国人口普查统计,截止2020年,中国60岁及以上人口为26402万人,在总人口中占比为18.70%,其中,65岁及以上人口为19064万人,占比为13.50%^①。预计到“十四五”期末,中国老年人口将超过3亿人,并将从轻度老龄化阶段进入中度老龄化阶段。随着老龄人口数量的增加和老年人口年龄的增加,老年人口的健康问题和日常生活保障已经由家庭层面上升至社会层面,成为中国乃至全球需要应对的重要问题。

一、文献综述与研究案例

(一) 文献综述

党的二十大报告将“推进健康中国建设”纳入国家发展的重要战略,健康中国建设明确提出“实施积极应对人口老龄化国家战略,发展养老事业和养老产业,推动实现全体老年人享有基本养老服务。”^[1]也就是说,单纯地依靠医疗服务或照料服务已无法满足老年人的健康需求,全方位保持老年人的健康状态,不仅需要突出疾病治疗或者强调照料服务,更要将医疗资源与照料资源进行

收稿日期: 2023-09-11

基金项目: 中国社会科学院与英国经济社会研究理事会/艺术人文研究理事会中英研究中心伙伴项目“中国快速变迁背景下的医疗与福利体系改革”

作者简介: 梁 晨(1983—),女,中国社会科学院社会学研究所副研究员。

① http://www.stats.gov.cn/zjtj/zdtjgz/zgrkpc/dqerpc/ggl/202105/t20210519_1817693.html。

整合配置,利用照料服务支撑医疗服务,利用医疗服务保障照料服务,以回应老年人越来越多复杂、综合的健康需求。政府部门一直在努力回应这种需求。2013年,国务院出台的《关于加快发展养老服务业的若干意见》^①(国发[2013]35号),提出“积极推进医疗卫生与养老服务相结合,推动‘医养融合’发展”,并要求“各地要促进医疗卫生资源进入养老机构、社区和居民家庭。卫生管理部门要支持有条件的养老机构设置医疗机构”。2015年,国务院办公厅转发卫生计生委等部门《关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见的通知》^②(国办发[2015]84号),该通知作为专门针对医养结合出台的一个文件,文中对医养结合做了进一步的解释:“有限的医疗卫生和养老服务资源以及彼此相对独立的服务体系远远不能满足老年人的需要,迫切需要为老年人提供医疗卫生与养老相结合的服务。”后期,有学者以政策文本为基础,逐步丰富阐释医养结合的内涵,“医养结合,即以医疗服务为基础,将医疗服务延伸到老年服务,提高老年人的疾病诊治护理、大病康复、临终关怀等医疗服务质量的新型服务模式。”^[2]

西方国家也面临着类似的问题。以英国为例,英国的社会政策经历了转型。在经历过20世纪80年代社会福利的新自由主义转向之后,英国的部分公共服务部门向私有化转变,越来越多的私人部门和第三部门参与到公共服务中来。到20世纪90年代中后期,在“第三条道路”的意识形态影响下,英国进行了新一轮重要的福利改革。1997年12月,布莱尔政府颁布“新国民健康服务体系”(The New NHS)。其中一项重要原则就是使国民健康服务体系与其他部门合作,打破医疗服务与社会照护之间的界限,改善原有的市场分割状态,对病人提供医养结合服务(integrated care):它强调以老年人群需求为核心,要求参与规划和提供服务的人员将服务对象的观点作为提供服务的组织原则,在此原则下,养老服务供给方协调合作,共同提供有质量、有效率的综合性服务^[3]。该理念形成于19世纪70年代,应对养老服务低效率、低质量的供给的问题,以需求为本来改善和提升供给效率和质量。因此,医养结合在服务提供上强调在医疗和社会护理中走第三条道路,在中央、地方公共部门中或公私部门之间用合作伙伴关系取代机构内部的竞争关系,倡导社会力量参与到服务传递和监督中来。

有学者认为,医养结合是以医疗为主线的一种纵向整合和分工协作机制,并且以被照护者需求为目标,整合医疗、预防、保健、康复、健康教育和健康促进等服务,以提供全方位的养老服务^[4]。对于养老服务的需求者来说,医养结合是流畅、衔接和易于操作的养老服务过程;对于养老服务供给的一线服务者来说,医养结合是将不同机构的专业人员集合在一起,试图跨越专业壁垒融合服务;对于政策制定者来说,医养结合主要是对不同部门财政上的合并^[5]。也就是说,医养结合不仅包含部门之间的简单的合作,还包含资金资源的整合和医疗和养老部门治理结构的改变。社会企业也需要扎根在社区,参与社区治理和深入社会服务^[6]。

英国作为较早开始医养结合改革的国家之一,已在该方面探索数十载,并取得了相当多的成就^[7]。例如,英国在国家医疗服务体系(National Health Service, NHS)内部进行了一系列促进医养结合服务的举措^[8],以及从需求者中心的视角进行的改革尝试^[9]等。除此之外,英国卫生服务体系与地方的社会服务体系之间也有很多跨部门、跨专业的联合尝试与探索。英国的卫生服务体系与养老社会服务体系(social care)^③分属不同部门管理,卫生服务体系属于英国国家医疗服务体系,养老社会服务体系由地方政府负责。而医养结合所强调的整合的确是多方面的,包括区域(跨

① https://www.gov.cn/gongbao/content/2013/content_2496392.htm。

② https://www.gov.cn/zhengce/content/2015-11/20/content_10328.htm。

③ 本文探讨的养老服务体系主要指“social care”,指的是广泛的社会服务,所对应的是基本能够自理,但社会功能有所缺失、需要帮助的人,包括居家和在机构接受养老服务的老年人。而非特指失能老年照护的“long-term care”。

国家、跨区域)的整合,医疗领域与养老领域的整合,公共部门、私人部门、第三部门的整合,正式照料与非正式照料的整合^[10],因此,在现实中,医养结合涉及医疗部门、地方政府这两个系统,以及承担服务的社会组织 and 基层社区工作者。这些主体的行政管理、业务内容和财政体系不同,再加上非正式照料——家庭成员的加入,以上主体在整合时出现了很多复杂的情况,不同参与主体之间形成不同类型的合作关系^[11]。

近年来,随着英国老龄化的加剧和地方财政的极具削减,使其老年照护问题日渐凸显,机构养老费用高昂,无法满足广大老年人的需求,居家养老成为养老整合照护服务发展的重点,服务如何在社区中落地也成为医疗部门和地方政府养老部门考虑的重要内容。面对严峻的挑战,地方政府与英国国家医疗服务体系着手进行医疗服务与养老服务联合改革,试图将医疗、养老、社区服务三位一体通盘设计。英国从20世纪60年代开始强调社区照护,有着悠久的社区照护传统。经过多年的发展,众多的社区慈善组织、服务组织以及专业社会工作者在社区中开展工作,他们都成为整合照护在社区落地的资源和依托,也是整合照护服务的主要参与主体。同时,多主体、多层次、多领域的整合服务在社区场域中也面临很多现实的困境。

(二) 研究案例:以英国布莱顿-霍夫市为例

本文的研究案例来源于2016年7月3日—8月1日,笔者在英国布莱顿-霍夫市的田野调查。布莱顿-霍夫市位于英格兰南海岸,与伦敦相距76公里(火车车程1小时),总人口为278 112人,其中,65岁以上人口为37 700人,占总人口13.55%(2016年数据)。由于布莱顿-霍夫市气候温暖宜人,距离伦敦较近,是英国人退休之后首选的养老城市之一,其老年照护的问题也较为凸显。在访问期间,在英方合作学者的帮助下,笔者和同事对布莱顿-霍夫市政府首席执行官、市政府医疗养老工作小组负责人等政府官员和一些机构进行了细致的访谈,包括临床医疗服务委托团体(Clinical Commissioning Group, CCG)^①,全科医生(GP)和全科诊所负责人;直接提供养老服务的各类社会组织,如社区工作枢纽组织,智能养老服务组织,NHS社区信托基金,整合医疗服务的组织,残疾人和老年人提供服务和咨询的组织;医疗质量研究和监督组织如健康观察(health watch)等;并参加了2个由地方政府“健康与福利委员会”(health and wellbeing board)召开的公开会议和1个社区工作内部讨论会。

在实地调研的基础上,本文将以英国布莱顿-霍夫市为例,讨论国外的医养结合具体项目在地方层面如何实践,即医疗体系与地方政府的养老服务体系如何在组织体制和财政体制上实现整合,在传递过程中如何在社区层面落到实处,社区如何承担平台功能承接服务,以及以职业团体为基础的监督体系如何确立,揭示英国整合照护服务在实践过程中的经验特征及其困境,为中国的医养结合体系建设提供思路,以及为建立居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系和健康支撑体系提供有效经验启示。

二、英国医养结合服务提出的动因分析

英国政府之所以致力于发展医养结合照护服务,与当时特殊的经济社会背景和其面临的严峻状况有重要关系,主要包括三个方面:老龄化的严峻形势、政府预算削减和医疗服务和社会护理服务传统的供给方式分离。

(一) 老龄化程度日益严峻

英国社会面临着越来越严重的老龄化问题。早在1930年,英国65岁以上老年人口占比就已

^① 临床医疗服务委托团体(CCG)是NHS的一个组织,汇集当地全科医生和经验丰富的卫生专业人员,承担委托本地卫生服务的责任。<https://www.brightonandhoveccg.nhs.uk/about-us/who-we-are/what-is-a-ccg/>。

经达到了7.2%，是第三个进入老龄化社会的国家。截至2018年底，英国65岁以上人口1223万人，占总人口的18.4%，90岁以上高龄人口58.4万，占总人口的0.88%，呈现出深度老龄化的状态^①。在医疗水平越来越发达的今天，人们越来越长寿。对个人来说长寿是福，但是就国民经济和社会福利保障方面来说，人口快速老龄化意味着急剧增加的开支与负担，每年大约40%的医疗保健预算和50%的社会护理预算是用在老年人身上，年支出超过150亿英镑，给国家财政带来很大压力。

（二）政府预算削减

英国各级政府的财政每年都在削减。英国国家医疗服务体系的预算资金虽然没有被削减，但是近年来也没一直有增加，在通货膨胀、物价上涨的情况下，这意味着其实际购买力在逐年减少。同时，地方政府财政预算削减的更加严重。据布莱顿-霍夫市政府工作人员介绍，布莱顿-霍夫市的地方财政每年削减20%，到2016年为止连续削减了3年，地方财政非常紧张。

（三）服务供给模式碎片化

英国的卫生服务体系与养老社会服务体系分属不同部门管理，卫生服务体系属于英国国家医疗服务体系。英国的国民健康保险制度建立于1944年，20世纪80年代转变为英国国家医疗服务体系。国家医疗服务体系遵循普遍性原则，无论患者的收入多少，均为免费医疗，福利系统由中央政府统一管理实行。也就是说，英国国家医疗服务体系的筹资和分配由中央政府的医疗服务部门负责。1990年，英国政府颁布《国民健康服务与社区照护法案》（National Health Services and Community Care Act），将病患和老人的照护责任转交给社会服务部门，由社区提供相应的护理并给予技术上的支持。这种社会照护需要资格审查（means-test），属于选择性福利制度，家庭资产低于11350英镑才有资格免费享用社会照顾，包括免费居住养老院，免费享受社区养老服务；资产在11350~23500英镑之间由个人和政府共同承担；资产高于23500英镑的全部由个人承担养老照护经费。此政策形成于二战之后，资产审查的数字几十年没变过，现在大部分家庭存款远远高于上限。这就把很多普通的工薪家庭和产家家庭排除在免费或半免费的资格之外，造成了很多人老年破产，出现了卖掉房子才能住进养老院的现象。由于在医院能享受免费医疗服务，而回家之后的养老社会照护成本需要自己负担，因此造成了一个困境：很多老人长期住在医院不愿出院。这让本来就不富裕的医疗资金更加难以负担。

老龄化加剧、政府预算削减、卫生和养老政策的碎片化让英国的老年照护问题面临着多重困境，也让英国国家医疗服务体系和地方政府想尽办法去应对。在这种情况下，英国国家医疗服务体系和地方政府寻求合作，试图将卫生健康服务与老年社会服务整合。

三、英国医养结合的探索实践

整合照护是医疗领域与养老领域、各部门之间、正式照料与非正式照料等方面的整合，这些方面的整合涉及不同领域、部门和行动主体，在现实中也会面临困境^[12]。本文将分析整合照护服务项目实施过程中，政策规制者、服务提供者、服务需求和使用、监督者等各主体所扮演的角色（如筹资、制度规则、组织实施、监督等）及其行动逻辑，以及他们之间如何协调合作，从中分析机构之间试图达到的整合是否成功，整合路径特征，以及如何在社区中实现真正的整合。

（一）组织体制的“条”“块”整合及其实践困境

医养结合试图打破卫生服务体系与养老社会服务体系之间的壁垒，实现负责卫生服务体系的

^① 根据英国国家统计局网站数据整理，<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/ageing/datasets/midyearpopulationestimatesoftheveryoldincludingcentenariansunitedkingdom>。

“条”和养老社会服务体系的地方政府“块”的合作与整合。

1. 机构的联合:在不同层面建立协商平台

在组织机构整合方面,不同层面分别建立了协商平台,形成机构的联合。在管理层面,英国地方政府牵头成立了“健康与福利委员会”,把负责养老服务的地方政府和负责地方医疗卫生服务的布莱顿-霍夫市临床服务委托团体,以及监督组织、救护车团队等相关机构整合到同一个平台中,整合彼此资源,形成了很紧密的合作关系;在执行层面,也有不同机构/行动主体联合的设置,如社区联席会议的设置,把本地区的药剂师、健康照护指导、社工、全科医生纳入同一个网络中,在社区内实现服务主体的联合,并建立起正式的协商制度。

2. 筹资平台:撬动多元投入

在筹资方面,医疗系统与地方政府之间也形成了资金整合使用。英国国家医疗服务体系在预防和帮助患者出院方面投入了更多预算,尤其是提高老年群体自身独立生活的能力,减少他们住院的需求,以达到减少医疗服务经费支出的目的。为此,由地方政府牵头制定了致力于医养结合服务的“更优照护计划”(Better Care Plan),下属“更优照护基金”(Better Care Fund),这个基金的经费全部来源于英国国家医疗服务体系,在2016—2017年的预算是23.5万英镑。同时,布莱顿-霍夫市地方政府也会负担整合服务的一部分费用,如用于购买链接照护组织的服务资金中有20%由地方政府承担。这一行动一方面撬动了地方政府从有限的预算中拿出一部分来投入整合服务以示支持,另一方面更重要的是撬动了服务机构向医养结合的倾斜,让一些原本只提供医疗服务或养老服务的机构在工作机制和服务内容上注重与另一方衔接,更多提供医养结合的服务。

3. 实践困境

医疗体系和地方政府在组织机制和筹资机制中形成了医养结合的模式,但是两个体系之间固有的壁垒、体系内部不同群体的博弈以及服务组织对原有体系的依赖,造成了实践中医疗和养老两方难以达到真正的结合。

第一,在组织机构联合方面,由于管理体系不同,医疗服务和养老服务的发包权依然分别归属于布莱顿-霍夫市临床服务委托团体(CCG)和地方政府,并没有一个单独部门负责整合照护项目的管理,因此不同系统所发包购买的服务会偏向于自己的体系,各个执行主体依然依赖原有体系路径来执行,机构之间的联合基本停留在表面。这种个案层面的合作无法将成员组织的技术、资源、知识和工作人员集中在同一个体系中,会依赖原来的固有路径,如苏塞克斯 NHS 社区信托基金(Sussex Community NHS Foundation Trust)作为英国国家医疗服务体系下属的信托基金,虽然其工作主要内容在社区,也试图深入社区进行医养结合服务,但其工作方式显然偏重于医疗服务,对社区病床的管理和照护中如何更好利用社区资源的问题重视不够,也感觉到无从下手。

第二,在资金撬动方面,存在预算体系不同所导致的资金无法彻底整合的情况。虽然英国国家医疗服务体系出资的“更优照护基金”撬动了一系列的整合行动,但目前合作的资金没有放在一起,依然是从原有口径中支出,即英国国家医疗服务体系负责“更优照护基金”项目实施,地方政府按照原有路径,负担服务组织的人员经费,并没有形成英国国家医疗服务体系和地方政府共同出资、放在一起共同使用在医疗服务和养老服务的机制。因此,分离的预算体系依然是两者整合的一个阻碍。

第三,由于医疗服务与养老服务遵循不同的理念,难以形成理念的整合。在英国国家医疗服务体系之下,医疗服务遵循普遍主义福利原则,面向全民免费提供;而养老服务遵循选择主义福利原则,有严格的资格审查,只对少部分低收入群体免费,大部分人需要付费。尤其对老百姓来说,有些内容要付费,有些内容不需要付费,在感受上依然是分离的,这给整合过程带来了很大困难。

(二) 服务传递模式的整合:强调社区落地和伙伴关系

布莱顿-霍夫市的医养结合项目主要集中于在家里和社区中营造让其独立生活的环境,提高

老年人独立生活的能力,推迟其进入医院的时间或促使其尽快从医院出院。此类服务除了在政府组织和筹资等方面的联合之外,还需要服务机构来传递具体的服务。在英国,大多数服务机构是非公立的独立机构(independent organizations),包括社会组织或社会企业和私立公司。

在笔者访问的众多机构中,有 2 个机构直接提供这类服务,分别是“链接照护”(CareLink Plus Service)和“我们在这里”(Here We Are),分别侧重提供老年社会服务和医疗服务。链接照护是一家为数不多的公立机构,主要依托于地方政府的资源开展智能家居养老服务工作,其项目运作和人员工资经费的 20% 来自地方政府,20% 来自“更优照护基金”,另外 60% 来自对用户的收费服务。其工作重点是利用科技开展老年照护(telecare),让老年人回到居住地独立生活,让在医院病人尽快出院或推迟入院的时间。“我们在这里”是一家成立于 2007 年的社会企业,关注全科医生与地方的合作,主要接受英国国家医疗服务体系的委托和监督,因此其工作出发点、利用的资源和服务对象也主要从医疗卫生体系出发,实践整合照护的路径也是从医疗照护的服务需求入手。他们在传递医养结合服务的过程中,非常强调具体服务在社区落地中的结合,以及医养结合中伙伴关系的构建。

1. 强调社区落地

无论在组织机构的整合中强调将社区志愿者组织纳入机构联合体,还是在筹资平台中对深入社区开展工作的强调的支持,医养结合项目的组织机构的条块整合中已经注重强调项目在社区中的落地,努力引导服务机构进入社区开展工作,倡导机构和人的合作和资源的协调。这种倡导在服务实践中能够体现出来。

(1)“照护经理”(care manager)职位的设置

两个服务机构在社区中单独设置了“照护经理”职位,负责一个片区的走访和协调工作,深入到社区内摸排老年人对社会照护服务的实际需求情况。

“链接照护”是养老服务机构,依托于地方政府的资源开展工作,因此本身对社区服务就非常重视。他们专门设置了 3 个照护经理,项目主要通过科技手段帮助老年人能够独自生活,比如防止老人摔倒之后无人管的摔倒报警按钮和与控制中心联络的联络器,防止做饭忘记关火的烟雾报警器,还有可以晚上铺在床上、防止夜晚起身摔倒的睡眠报警纸等等。遇到器材报警时,控制中心的工作人员会立即联系老人,如有摔倒情况立刻叫救护车,如无人应答则会联系居住在附近的亲友或工作人员上门探望。而照护经理的主要作用是帮助寻找需要帮助的老人,并且和老人及其亲人一起制定合适的方案。除了使用科技手段帮助老人自立之外,据照护经理 S 女士说,他们还承担了类似“不持证的社工”(20160721,照护经理 S 女士访谈记录)的作用,帮助老人协调和链接其他组织的资源,以及对免费用户进行资格审查,筛选出贫困老年人。由于养老服务是需要付费的,技术器材的费用由老人和项目经费各负担一半,并没有低收入人群免费的设置,但在照护经理入户调查的时候遇到特别困难的老人会申请单独的项目经费用于救助。

而“我们在这里”主要接受英国国家医疗服务体系的委托和监督,因此其工作出发点、利用的资源和服务对象也主要从医疗卫生体系出发,实践医养结合的路径也是从医疗照护的服务需求入手,对深入社区开展工作的模式并不熟悉。但近年来,出于改变碎片化的服务模式的考虑和不断缩减的预算,NHS 关注转向医养结合。该组织也试图将关注点转向居民本身的需求,找出疾病背后的真正社会原因(如住房、照护、贫困、社会关系困境等),并且利用社区资源试图解决这些问题,让人们能够在家独立生活。这一理念的转变带动了工作方式的转变,该机构在全市根据全科诊所的分布设计了 7 个片区,每个片区设立 1 名照护经理并 2 名全科医生。这里的照护经理也着重从事社区摸排工作,但工作重点是针对医疗需求,他们对本片区有需求的人(大部分是老人,也有年轻的残疾人等)的医疗照护需求进行深度摸底,了解到他们的需求之后找全科医生核实,之后将全科医生的核实情况反馈给居民本人;经过居民本人确认之后,照护经理将组织召开本地区的联席会议,组织联席方开展工作。

“照护经理”职位的设置让机构直接深入到社区中,了解老年人的实际情况和需求,有针对性地开展服务。

(2) 与社区组织(志愿者组织、慈善组织)和家庭合作

两个组织都很注重于社区志愿者组织和慈善组织的合作关系。链接照护的另一个主要工作目标是帮助老人顺利出院回到家中。一方面,他们主要设有出院团队(Hospital Rapid Discharge Team),与医院社工团队、联合初级保健团队(Integrated Primary Care Teams)一起开展工作,负责将即将出院的患者与正确的社区医疗资源链接等工作。当医院社工发现住院老年具备出院的身体条件,但是担心在家中居住无人照顾会有风险的情况就会联系链接照护组织出院团队的工作人员,链接照护组织出院团队工作人员会上门发掘老人真正的担心和需求,并用科技方式解决需求。另一方面,老人出院之后的生活安排需要与社区内志愿者和慈善组织合作。在一个案例中,一个90岁的退休护士M女士经过评估从医院返回家中居住,但是患有健忘症的她对家里感到陌生。在专业人士的帮助下,发现健忘症老人不熟悉现在的家,M女士需要的是年轻时候的家,因此照护经理和家属、社区志愿者组织一起,利用老照片、卡片、老物件等帮助老人布置了一个“年轻时的家”,并帮助她熟悉情况,安排好生活。

尤其需要提到的是,项目强调回归社区,让老人能够回到社区中继续原来的生活,并且将非正式照护,即家人的支持也纳入项目中。M女士住在附近的儿子也会参与到照护体系中来,除了经常探望,在遇到睡眠报警的时候,控制中心会联系他上门探望,体现了正式照护与非正式照护的整合。

虽然社区内的志愿者组织和慈善组织并不直接提供专业的医疗和养老服务,但在其中发挥了很大作用,如承接一些在地化的简单服务,可以说,夯实的社区服务团队和邻里组织给专业化的服务提供了有效的落地机制。

(3) 枢纽型社区组织“社区工作”的作用

布莱顿-霍夫市有一个社区“枢纽型”组织:“社区工作”(community work),这是一个受市政府资金支持的慈善组织,主要开展能力建设和平台搭建工作。他们支持当地慈善和社区社会组织,尤其是小型社会组织的发展,开展各类能力建设和培训活动,同时为市内的各类社会组织搭建平台,助其建立联系。这三个维度共同起作用,帮助组织提升能力、扎根于社区,让整合服务项目得以在社区中落地,这是整合服务能够达到最大效果的基础。

2. 加强合作与伙伴关系

实践中,链接照护的照护经理与医院社工、社区组织“社区短期服务”、专业评估人士之间都建立了紧密的合作关系,相互补充共同为患者出院服务;除此之外,照护经理还会协调医疗资源和医疗器械,与医疗机构和红十字会建立了合作关系。

“我们在这里”的照护经理会组织社区联席会议,联席会议由本地区的药剂师、健康照护指导、社工、全科医生等等组成,他们将对居民的需求进行讨论,寻找出健康需求背后可能存在的社会原因,并提出解决方案;最后将解决方案与居民本人商议,得到同意之后实施。解决方案既包括健康护理方面的改善,如安装假肢,也可能包括改善居住格局、改善社会关系等方面的建议和行动。

机构负责人MC先生表示,原来的工作是从部门职责出发,每个部门负责受助者的某个需求,受助者是不同部门负责的业务的切割的对象;而现在实行的医养结合工作方式背后蕴含着很大的转变,即将人看成整体,由机构和部门联合建立相互沟通的伙伴关系,去综合应对受助者的需求(20160726,“我们在这里”机构负责人MC先生访谈记录)。这一转变一方面体现了现阶段的医养结合服务需要提供服务的组织和部门之间更加加强合作,建立伙伴关系;另一方面,更反映了意识和哲学层次的转变,是英国国家医疗服务体系思维方式的重大变革。

本文研究发现,从属于不同条线(医疗机构、地方政府)的不同机构之间建立了体制上的合作,

虽然这种合作还存在一定困境,但正式的合作机制已经建立起来,从属于不同系统之间的组织建立了正式的伙伴关系。除此之外,链接照护服务组织还与非正式照护力量,即老人家属之间建立了较为紧密的合作关系,将家属探望纳入社区照护服务的体系中来,体现了正式制度与非正式照护力量之间伙伴关系的建立。

(三) 监督主体的多元化:专业与大众结合的第三方共同体

对独立机构完成整合服务的监督分成两部分:经费监督和效果监督。经费的花销情况由出资方监督即布莱顿-霍夫临床服务委托团体和地方政府负责监督,上述两个组织必须每个月向布莱顿-霍夫临床服务委托团体递交一个报告,汇报本月项目的进展和经费使用情况,还要在地方政府的各类委员会会议上汇报项目进展。对于管理方布莱顿-霍夫临床服务委托团体和市政府来说,他们需要考虑经费使用的效率,希望服务提供组织把有限的经费用在“刀刃”上,因此对于经费测算非常在意,他们希望花在预防方面的经费能够减少医院的开支。虽然用链接照护负责人 JC 先生的话说“计算省了多少钱是非常困难的”(20160721,链接照护负责人 JC 先生访谈记录),但根据报告,链接照护所承担的“悦活”项目中的智能家居养老项目在干预个人和社区介入方面都有效果,在经济方面也达到了预期效果,经测算,每 500 名使用者能节省了 156.5 万英镑的医疗经费,节省的资金包括老人可能住进养老院、居家养老服务、以及老人摔倒之后住进医院所花的经费。

而对医养结合项目的效果存在两个独立的专业监督体系:代表官方的医疗质量委员会(Care Quality Commission, CQC)和代表患者的健康观察(Health watch)。医疗质量委员会是专业的质量监督机构,代表官方权威和专业力量,对项目经费使用情况、执行情况和执行质量进行巡视和监督,并且有权利采取强制措施。它在国家层面有顶层设计权;在地方政府层面,医疗质量委员会在每个与医疗有关的委员会有席位和监督权;有权下派专门的视察员到任何一个机构进行巡视,并反馈巡视成果,必要的时候可以问责任任何一个医疗照护和社会照护机构,甚至采取强制措施罢免机构负责人。健康观察同样有顶层设计,中层席位和监督权以及法律问责权,同时还有庞大的志愿者监督队伍,则代表患者和医生对医疗机构进行监督,代表社会大众力量,同样有监督权和法律问责权,可以从专业之外的角度,多维度对项目进行监督和评估,体现了英国福利改革“第三条道路”中对多元福利、大众参与的强调。

这种多元化、立体式的监督体制使得服务机构在经费使用、项目效果和质量方面受不同部门的全方位、专业化监督,不仅让服务机构处在全方位的监督制下,在一定程度上能够保证经费使用安全,服务质量合格,监督效果显著,而且代表不同主体进行监督本身体现了多元参与的重要性。监督方一方面代表官方、权威和专业,同时注重服务使用者的体验,让每个参与主体都有其代表对项目进行监督,达到参与主体对政策“共同生产”^[11]的效果(详见图 1)。

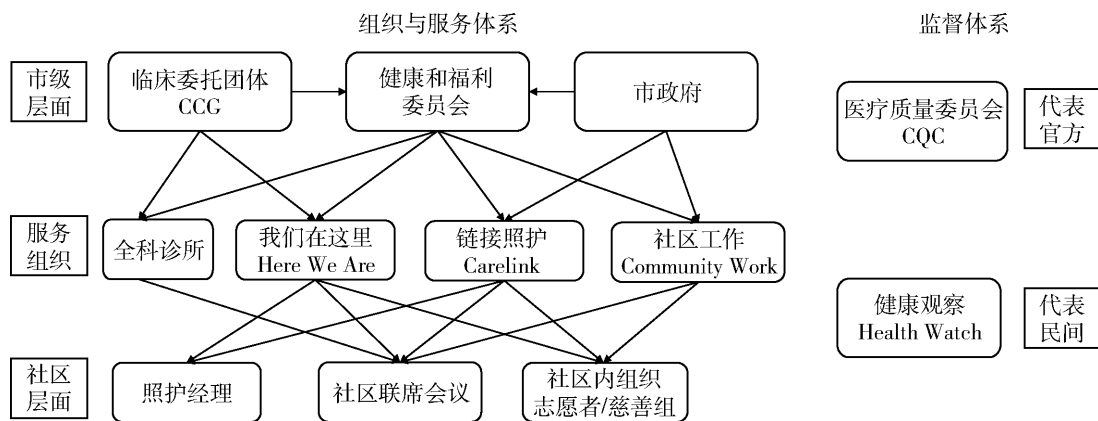


图 1 英国布莱顿-霍夫市医疗与养老整合服务体系架构

四、讨论:国外医养结合经验对中国的启示

中国正在面临着越来越严重的老龄化困境,各地区卫生体系与养老体系正在实践着协同管理、协同创新。虽然国内外社会环境存在许多不同之处,但英国布莱顿-霍夫市的医养结合的国际实践对中国“构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系和健康支撑体系”依然有一定借鉴意义,主要包括三个方面。

(一)从人的需求出发的体系整合

英国医养结合的经验之一在于管理方机构的多层次联合和资金撬动,在这里,项目资金的撬动和导向体现在,他们并没有强调新建床位数,也没有强调机构硬性的互嵌指标(比如养老院中建立医务室,或者医院中有养老床位)等硬性指标,而是把关注点放在社区中,立足于人们实实在在的生活。他们试图建立一套在日常生活中的整合体系,如各个层面的组织机构如何协商和联合(市级层面的健康与福利委员会,社区层面的联席会议等),以及团体之间如何建立伙伴关系。这样可以真正做到以人为本,从人的需求出发,让机构、部门和政策去配适人的需求。这种去机构化、强调主体认同和患者选择、同时强调文化和制度体系建构的整合方式,值得中国在实践中学习。

中国由于老龄化进程较快,同时经济建设没有达到发达国家水平,出现“未富先老”的局面,在硬件设施建设上有一些欠缺。因此,资金投入的导向多强调硬件建设,而对体系建设和服务对象的其他需求有所忽略,尤其在医养结合建设指标的设置方面,多着重于在养老院中建设多少康复床位,或在医院中设置多少养老床位等。在硬件建设日趋完善的今天,英国医养结合的经验让中国的社区居家养老体系建设思路更加开阔。中国的医养结合政策目标设置也需要走向强调患者主体性、机构联合与伙伴关系的社区居家养老制度体系建设,尤其需要面向社区层次,从老年人实际生活需求入手,让机构、部门和政策去配适人的需求。

(二)搭建和夯实社区的平台作用

《中共中央国务院关于加强新时代老龄工作的意见》^①中指出了社区的平台作用,强调要依托社区发展以居家为基础的多样化养老服务。这种认识丰富了社区对居家养老的作用:社区是链接各种资源的平台,也是提供服务的场所。

1. 社区平台中的协商与资源整合

无论是市级层面的健康与福利委员会负责统筹整个地区的医养结合服务,还是“社区工作”这样枢纽型组织来挖掘、协商各个社区的需求,抑或社区层面的联席会议制度可以协调社区之间和社区内的资源调配,我们可以看到各个层面、体系之间都有正式的协商议事制度,以整合各种机构在社区内服务的落地,协调资源在各个社区之间以及社区内部的分配。尤其是社区层面和社区之间的协商议事,各种要素能够在社区平台上得以整合,提升资源使用效用和准确性,确保资源配置到最需要的人身上,更能避免纠纷和争端。

对于中国来说,虽然我们有着丰富的协商议事的传统和优秀经验,但目前中国的社区所承载的行政责任更多也更繁杂,协商议事和提供服务的平台作用都有所欠缺。在社区居家养老服务体系建设过程中,社区的协商议事平台作用和资源配置平台作用都需要提升。第一,需要强化社区协商议事平台的制度,搭建好社区议事平台,例如,可以建立联席会议制度,让各个参与群体(包括管理者、服务提供者 and 使用者)定期提出需求,便于找准供需,配置资源;第二,提升各方面协商议事的能力,在赋权给社区的同时,还要注重给各个参与群体(包括管理者、服务提供者 and 使用者)赋能,提升各方参与议事的能力和参与感;第三,我们更需要提升社区管理组织和服务组织自身的协调能

^① https://www.gov.cn/zhengce/2021-11/24/content_5653181.htm。

力,让资源可以进入社区并且整合配置到需要的人群中。例如,在一些地方,社区日间照护中心作为社区内平台来协调附近可以利用的资源,引入附近的养老机构、助餐公司深入到社区中开展服务,提供专业的居家护理服务和居家送餐服务。

2. 社会组织在社区中的落地

在英国布莱顿-霍夫市的医养结合实践的案例中,我们看到各类社会组织深入社区开展工作,包括提供服务的专业社会组织,也有全市范围的枢纽型社会组织和代表不同群体发声和监督的代表团体,还有小型社区志愿者和邻居组织。他们都活跃在养老服务的战线中,在深入社区发挥着不可替代的作用。尤其是我们看到社会组织有专职人员“照护经理”嵌入社区中,起到了非常关键的作用。他们了解的老人真正需求,帮助老人与社区、与全科医生、与专业服务组织,以及与他人建立联系,就像照护经理 S 女士说的,“人的关怀是最重要的,他们有时候打来电话的需求就是问个好。”(20160721 照护经理 S 女士访谈记录)照护经理的角色像社会组织深入社区的一颗颗铆钉,他们熟悉社区情况,以熟人的身份关怀老年人,通过不断了解和沟通寻找人的真正需求,让科技器械真正为人服务。

中国社会组织发育刚刚起步不久,不但需要项目和资金的扶持,也需要能力建设。这里的能力建设不仅是增加社会组织专业能力的建设,还包括增加社会组织沟通能力和深入社区动员群众参与的能力。一般来说,社会组织在社区内的嵌入性和专业性之间存在张力,专业性高、辐射范围大的专业服务组织在嵌入社区方面有所欠缺,而与社区关系紧密的社会组织的专业能力往往不够强^[13]。然而,英国的案例显示专业社会组织深入社区开展工作是可能的,也是必要的。中国的养老服务组织可以以社区日间照护中心为依托,设置照护经理职位,点面结合地深入社区了解需求传递服务。

(三)完善的立体式监督体系

专业又完善的监督体制是悬在服务提供者头上的利剑。英国布莱顿-霍夫市的医养结合实践的案例中,我们看到英国有代表官方的专业监督组织和代表不同群体(服务提供者 and 使用者),对资金使用、项目实施效果和服务质量由不同部门分别监督。这种来自多元视角的立体式监督体系对监督机构的客观公正性和专业性是很大的提高,使得服务机构在经费使用、项目效果和质量方面受不同部门的全方位立体式、专业化监督,在一定程度上能够保证经费使用安全,项目效果显著,服务质量合格,值得中国借鉴。尤其是来自大众的监督可以成为官方监督的有效补充,有利于提升群众对参与感和对医养体系的满意度。

中国的监督体系主要集中在官方的正式体系中,虽然有个别通过网络舆论形成监督的个案存在,但尚未形成来自大众的正式监督制度。当下,中国的志愿者组织正在蓬勃发展,群众对公共生活的参与感和参与度有所提升。在此背景下,正式监督体系可以考虑纳入群众组织的视角,将医养结合服务使用者及其家属组织起来,使之成为正式监督体系中的一部分,形成对服务质量和效果全方位的监督。

参考文献:

- [1] 习近平. 高举中国特色社会主义伟大旗帜 为全面建设社会主义现代化国家而团结奋斗——在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告[N]. 人民日报, 2022-10-26(01).
- [2] 杜鹏, 王雪辉. “医养结合”与健康养老服务体系建设[J]. 兰州学刊, 2006(11): 170-176.
- [3] SHAW S, ROSEN R, RUMBOLD B. What is integrated care[EB/OL]. (2011-06-10) [2023-07-11]. <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/what-integrated-care>.
- [4] MUR-VEEMAN I, HARDY B, STREENBERGEN M, et al. Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries[J]. Health Policy, 2003(3): 227-241.
- [5] LLOYD J, WAIT S. Integrated care: a guide for policymakers[EB/OL]. (2006-02-22) [2023-07-11].

<https://ilcuk.org.uk/integrated-care-a-guide-for-policymakers/>.

- [6] 崔月琴, 杜德安. 社会企业参与社区治理的路径及实践困境研究——以 Z 集团 S 社区居家养老服务中心为例[J]. 福建论坛(人文社会科学版), 2023(2): 174-186.
- [7] 耿爱生, 王珂. 英国“医养结合”的经验与启示[J]. 华东理工大学学报(社会科学版), 2016(5): 87-94.
- [8] 谢春艳, 金春林, 王贤吉. 英国整合型保健发展经验及启示[J], 中国卫生资源, 2015(1): 71-74.
- [9] 裴默涵. 整合型老年人健康服务体系研究——英国的案例与思考[J], 人口与经济, 2019(2): 68-77.
- [10] ALLEN K, GLASBY J, RODRIGUES R. Joint working between health and social care[M]//LEICHSENRING K, BILLINGS J, NIES H. Long-Term Care in Europe Improving Policy and Practice, New York: Palgrave Macmillan, 2013: 81-99.
- [11] FLEMING S S, OSBORNE S. The dynamics of co-production in the context of social care personalisation: testing theory and practice in a Scottish context[J]. Journal of Social Policy, 2019(4): 671-697.
- [12] 史晓丹, 余泥含. 整合照料型医养结合何以可能? ——一个供需博弈分析[J]. 福建论坛(人文社会科学版), 2022(12): 142-152.
- [13] 向静林. 结构分化: 当代中国社区治理中的社会组织[J], 浙江社会科学, 2018(7): 99-106.

International Practice of Integrated Care System and Its Implication

LIANG Chen

(Institute of Sociology, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100732, China)

Abstract: The article takes Brighton and Hove in UK as an example to demonstrate the roles and characteristics of the entrusted management party, service providers, and supervisory party in the implementation of the medical and social elderly care integration project in the UK, in order to analyze the difficulties faced by the integration of the medical and social elderly care systems in the community. The article believes that the integrated care services aim to break through the barriers between the medical and the social elderly care of local governments, and achieve integration from two aspects: organizational structure and policy delivery methods. In the organizational system, attempts are to achieve "strip" and "block" cooperation, leverage services through institutional and financial collaboration. The service delivery model emphasizes the implementation in the community and the establishment of partnership platforms for all parties. The supervision system is comprehensive. The implication includes care system integration based on human needs, partnership platform building, and supervision system improvement.

Key words: integrated care; elderly care; medical care; community care; plural participant

(责任编辑: 刘凡)