

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

健康老龄化
2021年 第2期
(总第109期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2021年5月15日

编者按 在我国人口老龄化、高龄化日趋严峻的趋势下，健康老龄化成为社会各界热议的主题。上海作为我国最早步入老龄化社会与老龄化程度最高的大型城市，明确提出构建完善老年健康服务体系，积极应对人口老龄化。本期关注健康老龄化主题：研究构建整合型健康服务与健康赋权实现的途径；总结上海市老年照护统一需求评估标准开发与应用以及在长期护理保险标准制定方面的经验和思考；调查上海市长期护理保险服务利用、服务体验并分析其影响因素；构建上海市老年人健康服务供给评价指标体系；比较国内外长期护理服务项目的现状、特点及经验；总结发达国家老年失智全程服务的国际经验及启示，为我国逐步完善老年健康服务提供借鉴。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008年11月创刊
第14卷第2期(总第109期)
2021年5月15日
(内部交流)

主管

上海市卫生健康委员会

主办

上海市卫生和健康发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市建国西路602号
邮编:200031
电话:021-33262061
传真:021-22121623
E-mail: phpr@shdrc.org
网址: www.shdrc.org

顾问: 郭惊雷
赵丹丹

主编: 胡善联

副主编: 徐崇勇
金春林(常务)
丁汉升
黄玉捷

编辑部主任: 信虹云

责任编辑: 张苹 信虹云

编辑组成员: 吴美 楚玉玲

校对: 周娜 汪丽

目次

专题研究

基于社会工作视角的健康老龄化实施策略研究

..... 谢春艳, 陈多, 王美凤, 等(1)

上海市老年照护统一需求评估标准开发与应用

..... 曹宜璠, 薛佳, 万铃珊, 等(12)

上海市长期护理保险服务利用、服务体验及其影响因素研究

——基于上海市16个区的调查

..... 谢春艳, 王常颖, 程文迪, 等(22)

上海市老年人健康服务供给评价指标体系研究

..... 王美凤, 葛燕萍, 葛振兴, 等(36)

他山之石

国内外长期护理服务项目比较研究及经验借鉴

..... 程文迪, 万铃珊, 丁汉升(47)

发达国家老年失智全程服务的国际经验及启示

..... 王常颖, 张蕴伟, 汪霞晴, 等(58)

征稿启事

征稿启事..... (69)

印刷单位: 上海市欧阳印刷厂有限公司

印刷数量: 700本

基于社会工作视角的健康老龄化实施策略研究

谢春艳 陈 多 王美凤 丁汉升

【摘 要】 随着我国社会人口老龄化的加剧，健康老龄化成为社会各领域热议的主题。文章通过梳理世界卫生组织关于健康老龄化的相关报告和文件，发现健康老龄化的关键内涵在于强调老年人的内在能力和功能发挥两个重要概念。基于老年人的健康需求和国内相关健康服务现状与存在的问题，文章对健康赋权与整合服务的概念和理论分别加以分析，提出社会工作参与健康赋权与构建整合型健康服务的策略。

近年来，随着我国卫生体系建设的不断完善和居民生活方式的改变，人口老龄化已成为我国现阶段面临的重大挑战之一。同时，疾病谱也发生了根本变化，主要影响我国居民健康的疾病逐渐开始从传染性疾病向慢性非传染性疾病转变。疾病谱的转变意味着健康服务的主要需求和需求主体等也会发生相应的转变，老年人成为医疗卫生领域健康服务使用的主体。老年人的健康需求和体验都呈现出与其他人群不同的特点，这就必然要求与健康相关的政策、健康服务体系和相关制度安排等做出相应的调整，因此世界卫生组织（World Health Organization, WHO）为了倡导健康老龄化战略提出了具体的行动纲领。

一、世界卫生组织关于健康老龄化的行动

为应对人口老龄化问题，1990年WHO提出将健康老龄化作为应对人口老龄化的发展战略，其核心理念是生理健康、心理健康和良好的社

基金项目：上海市加强公共卫生体系建设三年行动计划（2015—2017年）；上海市医养结合体系建设研究（GWIV-37）；上海市卫计委卫生行业临床研究专项：健康中国背景下的整合型老年健康服务模式研究——基于社会工作的视角（201740085）

第一作者：谢春艳，女，助理研究员

通信作者：丁汉升，男，研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）党总支书记、副主任

作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

会适应性。2002年，第二届世界老龄大会把“健康老龄化”概念进一步发展为“积极老龄化”，并提出其三大支柱是健康、保障和参与。

（一）支持环境对健康老龄化的重要作用

WHO提出，虽然遗传因素会在一定程度上影响老年人的健康水平，但家庭和社区等生活环境，以及性别、族裔或社会经济地位等个人特征对健康的影响作用更加明显，并且这些因素从生命早期就开始影响老化过程。环境对健康行为的培养和保持具有重要影响，支持性环境使人们能够在能力损失的情况下也能从事对其重要的活动，如果人们能够生活在一种支持性环境中，则他们从事自己认为有价值活动的的能力将与年轻人几乎没有差别。除了生理上的变化，老化还与其它一些生命转折点，如退休、搬迁以及朋友和伴侣的死亡等有关。就老龄化问题在制定公共卫生对策时，不仅要考虑如何改善与老龄相关的各种损失，还要考虑如何能加强老年人恢复和适应能力以及社会心理发展。

（二）健康老龄化的新范式

2015年10月，WHO发布了《关于老龄化与健康的全球报告》（以下简称“《报告》”），提出维持老年人健康功能的健康老龄化新范式，倡导以疾病治疗为主的服务方式向以老年人为中心的整合型的服务模式转变。《报告》对涉及健康老龄化的老年人的内在能力和功能发挥两个重要概念进行了定义和严格区分。内在能力指个体在任何时候都能动用的全部体力和脑力的组合，即包括社会心理能力在内的个人一切身体和智力能力的综合体。功能发挥是使个体能够按照自身观念和偏好来生活和行动的健康相关因素，关注老年人的生活环境（广泛意义上的环境，包括实体、社会和政策环境）以及老年人与生活环境的相互关系。

基于上述两个概念，《报告》将健康老龄化定义为发展和维护老年健康生活所需的功能发挥的过程。对于患有慢性病的大多数老年人，如

果能较早对其生活环境和社会环境进行干预，对影响健康的危险因素进行预防，并通过社会和医疗支持提高其自身应对的能力，就能很好的改善其健康老龄化的轨迹。《报告》还提出要提供以老龄人群为中心的医疗卫生服务，建立起面向老龄人群需求和偏好的系统，所提供的服务也应照顾老龄人群并与家庭和社区密切合作。不同水平及不同服务类型之间，以及医疗卫生服务与长期保健之间应当实现整合。

2016年5月，WHO世界卫生大会决议通过了《老龄化与健康全球战略和行动计划(2016—2020)》，要求在制定针对老龄化的公共卫生应对措施时，必须考虑能够加强老年人适应能力和社会心理发展的战略。通过持续的承诺和行动，制定基于证据的政策，加强老年人的能力。其中一个重要的方面是使卫生体系适应老年人的需求，倡导卫生系统要围绕老年人的需求和喜好改进服务结构，要力求提高老年人的固有能力，同时要对各种环境和保健提供者进行整合。另外还要通过多部门方法促进发展关爱老人的环境，提高有关老年人自主和参与的意识。

（三）我国健康老龄化的行动方向

在我国，健康老龄化的理念被国家相关规划文件多次提及，《“健康中国2030”规划纲要》《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》等文件都提到了健康老龄化。

2017年3月，原国家卫生计生委等13个部门发布了《“十三五”健康老龄化规划》，正式定义了健康老龄化概念，是指“从生命全过程的角度，从生命早期开始，对所有影响健康的因素进行综合、系统干预，营造有利于老年健康的社会支持和生活环境，以延长健康预期寿命，维护老年人的健康功能，提高老年人的健康水平。以维护老年健康权益和满足老年健康服务需求作为出发点和落脚点，大力推进老年健康服务供给侧结构性改革，实现发展方式由以治病为中心转变为以人民健康为中

心，服务体系由以提高老年疾病诊疗能力为主向以生命全周期、健康服务全覆盖为主转变，保障老年人能够获得适宜的、综合的、连续的整合型健康服务，提高老年人健康水平，实现健康老龄化，建设健康中国”。

二、实现健康老龄化的必由之路

（一）整合服务为实现健康老龄化提供重要的服务环境支撑

1. 整合服务的必要性

健康老龄化必须以关注老年人的健康需求为基本出发点。从老年人的健康需求来看，老年人共患疾病发生率高，常常多种慢性病同时存在，很多时候健康管理比疾病治疗更加重要，这就需要多个医疗卫生机构、社会服务机构和服务人员高度合作与协同，各种服务有效衔接。但目前我国的老年健康服务主要是基于以“治疗”为核心的医院服务提供模式，各相关机构间的运行、服务人员都相对独立，各级各类机构间没有形成有效链接。这一模式很难满足当前老龄化社会对于老年健康服务的新需求，老年人需要的覆盖自预防保健、健康教育到治疗、康复护理到临终关怀的全周期服务链没有建立，更缺乏以人为本、以需求为导向的整合型服务模式的设计，导致老年慢性病患者的健康和就医体验极差，降低了其生活和生命质量。有研究发现，有反复住院经历的老年慢性病患者会对疾病难以控制产生无力感，体验到不适，活动和自理的受限，对死亡或者临终话题感到交流困难，面临经济压力和照护压力等。

2. 整合服务的概念与趋势

卫生服务整合的理论基础主要是医学整体论。它强调两个鲜明观点：健康整体和医学整合。卫生服务回归以人的整体健康，而不仅是单个器官或解剖系统为中心。社会服务整合主要强调从社区层面的组织网络化合作出发，整合地方资源，以解决服务对象的多方面问题和满足其多样化需求。

在卫生领域，欧洲有相关研究提出卫生服务整合各类专业医疗机构和人员，针对居民（或患者）的健康及医疗卫生服务需求，把预防保健、健康教育与促进、医疗、康复和护理等相关的服务进行整合，以提供系统、连续、全方位的服务，该概念有针对性、多维性、整体性等几个特点。

美国有研究者对整合服务的概念界定为：跨专业、跨机构、跨支持体系的协同的病人服务；服务在时间和就诊上是连续的；以病人的需求和喜好为导向；病人及其照顾者对于维持最佳健康状态享有共同责任。其核心要素包括：服务团队内部的协同，服务团队之间的协同，服务团队与社区资源之间的协同，随着时间推移对病人不断熟悉，病人就诊间隙的服务主动性与反应性，以病人为中心的服务，病人参与及医患共同责任。

我国医疗卫生领域面临的一系列问题和挑战、当前的经济社会发展形势以及国际发展趋势，都迫切要求与全社会健康相关的各部门、各行业行动起来，统筹资源，转变发展理念，关注影响健康的多方面风险因素，创新对老年人的健康服务方式。政府卫生部门和研究者对实现医学整合或卫生服务整合的重要意义已达成共识，并提出医学整合应该从卫生服务体系的整合以及促进整合环境形成的政策研究等层面入手。

（二）健康赋权是提升老年人内在能力和功能发挥的关键

1. 健康赋权的必要性

随着经济社会的发展，医学模式也从单纯的生物医学模式向生物—心理—社会医学模式转变。虽然生物—心理—社会医学模式的理念已经倡导多年，但在实践过程中却往往沦为空谈，现代医疗技术水平不断提升并没有带来民众的健康和就医体验的改善，现行的医疗服务模式仍然普遍存在只注重躯体治疗而忽视心理、社会关怀的问题，与服务体验的改善背道而驰。

健康老龄化理念改变了传统上老年人被动接受照护的服务模式，提倡发挥老年人的主观能动性，提升其内在能力，促进功能发挥，主动参与自身健康管理。主动参与的倡导，反映了一种被赋予权利的过程，这与健康赋权的概念不谋而合。

2. 健康赋权的概念与趋势

各国及 WHO 都在积极探索老龄化的应对策略，倡导老年人发掘自身资源，鼓励自我照护，提倡健康赋权（Health Empowerment）。健康赋权于 20 世纪 90 年代受到关注，被称作是医疗卫生领域的第三次革命，广泛应用于老年人、妇女、儿童、同性恋、艾滋病患者等群体的健康问题。WHO 将“赋权”描述为“为改善疾病的健康结果与生活质量而形成的一种积极的合作关系及患者的自我保健策略，是健康的先决条件”。在英国，赋权被视为老年人健康服务框架下的标准之一。健康赋权是通过运用多种方式帮助病人对疾病进行有效地自我管理，从而提高他们带病生存的质量和满意度，是个人为维持健康获取掌握感和控制生活并拥有改变所处环境的技能、资源、机会和权威的过程和心理效能感。健康赋权更多着眼于激发服务对象的内在潜能以及可以利用的资源，而不是过度关注他们的缺陷与不足，关注个人资源和社会环境资源的互动过程两个层面，前者主要是通过构建自我能力激发个体内在资源，后者是寻求社会支持网络，帮助服务对象识别和利用现有的社会服务资源。

3. 健康赋权的方法与原则

研究表明，慢性病患者通过赋权增能获得控制自身健康的能力和自信，同时提高了其对生活的满意度，对于慢性病的持续性管理有重要意义。目前，相关研究对以老年人为主的慢性病患者的健康赋权策略覆盖了身心健康和社会生活等多个方面，包括饮食、营养指导，心理和精神健康咨询，行为和生活方式干预，社会活动支持等；社会工作者作为服

务主体，干预和工作方法采取小组研讨、同伴支持、工作坊、俱乐部、电话邮件随访、家庭访视、社区工作等多种形式。还有研究采用叙事治疗的方法，引导服务对象讲述患病、就医的故事与经历，在倾听其体验与感受的过程中引导服务对象反思自身的健康状况与生活方式，寻找新的生活意义。健康赋权的重要原则是要尊重服务对象的选择，在服务过程中，无论服务对象是选择自我管理、自主决策还是更倾向于把决策权留给医生，只要是尊重了服务对象的意愿、选择和决策，就可视为赋权。

三、构建整合型健康服务与健康赋权实现的重要途径

构建整合服务、实现健康赋权需要社会工作的参与。

（一）社会工作参与健康赋权与服务整合的角色定位

社区作为人们健康活动的重要平台，是构建整合型健康服务的重要载体。在新一轮医药卫生体制改革和健康中国建设过程中，我国政府也重新总结建国后前 30 年的经验，把卫生健康事业发展的重点放在城乡基层和社区。基层社区天然有着丰富多元的健康资源和社会资源，是各种资源汇聚和社会服务开展的重要平台。

立足社区发展健康赋权，探索整合型的服务模式，对整体服务理念、服务流程设计与服务模式进行创新，医务社会工作可以在其中发挥重要的桥梁和纽带作用。医务社会工作是社会工作专业的一个分支，是指社会工作者在医疗照顾处境中提供的专业社会服务活动的总称。医务社会工作综合运用社会工作专业知识和方法，为有需要的个人、家庭和社区提供专业医务社会服务，帮助其舒缓、解决和预防影响健康的社会问题，恢复和发展社会功能的职业活动，其宗旨是通过专业化的工作程序与方法，为患者及其家属提供社会心理服务，帮助和促进医患之间的沟通，协助医护人员，提高服务的整体水平。按照原卫生部的政策界定，社会工作者是“医生的助手，护士的伙伴，患者与家属的朋友，家庭健康福

社的保护人，社区的组织者，慢病管理者和健康促进者，医护、心理学家、康复师等其他专业技术人员的专业合作者，是现代医疗健康服务多学科团队的重要成员”。赋权是社会工作的重要概念，在社会工作的实务工作中可通过多种赋权方法来增加人们的权力和能力。

在多数发达国家，社会工作已经成为医院服务和社区卫生服务必不可少的组成部分，并在促进患者生理康复、提高心理和社会适应能力等方面发挥着重要作用。从国际经验来看，社会工作部门一般是医疗机构或社区中的独立部门，与其他部门形成合作关系，以中立的立场、第三方的角色参与处理相关问题。社会工作者有明确的专业理念和职责，服务内容丰富，包括促进医患之间的沟通，整合资源对患者进行援助和支持；向医务人员提供支持性服务；参与医疗机构管理的过程，为管理提供决策所需的信息、咨询和建议等。在建设健康中国的大背景下，随着生物医学模式被生理—心理—社会医学模式取代，医务社会工作的重点也应该从当前以医院场域为核心的医务社会工作转向以城乡基层社区为主要载体的健康社会工作，在参与老年人健康赋权和整合型健康服务体系的建构中发挥自身的学科优势与专业价值。

（二）社会工作参与构建整合型服务的行动路径

医院内部的医务社会工作服务领域应不断向院前和院后延伸，实现医院院后健康服务到社区照顾服务的有效衔接，构建医院医务社会工作与社区相关服务相结合的完整服务链，形成以人的健康为导向、以不同情境下医务社会工作服务为载体的全过程的整合型服务模式。社会工作者以个体参与或团队组织的形式嵌入社区，建立整合型服务平台和网络，精准对接供需双方，在社区整合与链接各种健康服务资源，实现供需匹配，解决供需矛盾。一方面，健康社会工作者通过与社区卫生服务家庭医生合作，通过健康风险分层与需求评估，根据不同风险等级的老年人

群的需求，在医疗健康服务体系内为老人协调与整合健康教育和促进、预防保健、疾病诊治、康复护理、长期照护、安宁疗护等各级各类的健康服务资源，促进和维护老年人内在健康能力的稳定与提升；另一方面，发挥社会工作者社区资源整合的桥梁与纽带作用，通过协调医疗卫生系统外的与健康相关的其他多元化养老与社会服务资源，优化老年人健康环境，满足老年人的其他社会与心理需求，促进老年人健康与社会功能的发挥（见图 1）。

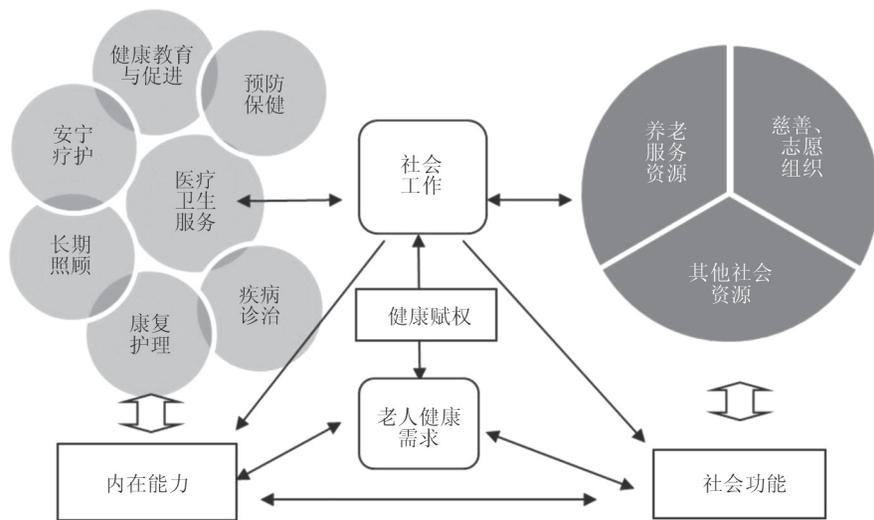


图 1 社会工作参与健康赋权与整合型老年健康服务体系构建策略

四、小结与讨论

以健康体验和需求为导向的健康赋权与整合型服务需要打破部门与行业之间的界限（例如卫生部门主管的医疗卫生服务和民政部门主管的养老服务、医疗救助等的分割），除了关注生理因素，更要关注影响居民健康的社会、心理因素，发挥健康社会工作的作用，基于服务利用者的健康体验和多方面健康需求来提供整合型的服务。

整合型健康服务是与生物—心理—社会医学模式相适应的，针对存在多种健康风险以及患有复杂慢性病的老年人群体，通过多学科专业服务团队的合作及相关配套政策制度，建立连续性服务路径，以服务利用

者的多元健康需求为导向提供系统的、连续的、全方位的服务。整合型健康服务强调在提供服务时，突破过去以服务提供方为导向的模式，改变“头痛医头、脚痛医脚”的碎片化服务，转向以服务利用者为中心、一切从需求出发的模式；服务提供者之间也应加强协调、沟通与合作，打破有形的机构藩篱，确保为患者提供无缝衔接的服务，满足患者的多元健康服务需求。提供整合型健康服务的场所并不仅限于医疗卫生服务机构和社会服务机构，也可以在居民家中或者社区中提供服务，通过健康赋权，强调需方的参与和自我管理，真正提升老年人的内在能力，促进其功能发挥。

我国对老年人整合服务模式的一个积极探索是医养结合相关政策的发布和实施，但目前的医养结合相关政策和研究多局限于医疗机构与养老机构的服务层面。国内很多关于整合卫生服务的做法也有类似的局限性，从整合的层次来看，目前已有的做法多聚焦于服务提供者、相关部门的政策与战略等层次来进行整合。从整合的内容方式来看，主要是聚焦资源整合，也就是基于服务提供方的功能定位探讨组织机构之间的协作方式。总体来看，针对服务利用者（需方）健康体验的服务整合非常有限，缺乏深入的对于老年人在整体健康经历和接受健康服务过程中的主观体验与感受的关注，对于构建整合型服务模式的研究作用有限。而要从“以患者为中心”转变为“以老年人的健康为中心”，需要改善服务提供方式，以人为本设计整合型的服务理念、服务流程和服务模式，推动整合型服务的创新和深入。在这个过程中，服务利用者对整体健康服务的主观感受、体验和需求就显得尤为重要。目前我国医务社会工作已经有一定的发展基础，通过社会工作者作为资源链接者和服务协调者，基于健康需求与体验进行健康赋权，正是可以有效推动服务整合与健康老龄化目标实现的一个关键抓手。

由此可见，大力发展健康社会工作，基于需方体验与健康赋权的服务整合，是实现健康老龄化的必由之路。以老人多元健康需求为本，以社区服务为载体，发挥社会工作的枢纽导航作用，链接整合多方面资源，通过健康赋权最终实现提升老人内在能力和社会功能的价值目标。

（责任编辑：张苹）

上海市老年照护统一需求评估标准开发与应用

曹宜璠 薛佳 万铃珊 丁汉升

【摘要】《上海市老年照护统一需求评估标准》(以下简称“《统一需求评估标准》”)由上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所)的老年照护研究组历经8年时间研制,是上海市长期护理保险试点所采用的唯一标准,在近3年的试点工作中以“守门人”的职责,实现了照护服务与老年人照护需求的合理匹配,促进了养老服务资源的公平有效配置,为上海长期护理保险试点的顺利推进保驾护航。文章从《统一需求评估标准》研制和实践两个方面,提炼和总结上海市在长期护理保险标准制定方面的经验和思考,为国家层面在“十四五”期间基本形成长期护理保险制度政策框架的目标提供循证依据和政策建议。

一、国内长期护理保险政策

(一) 国家有关长期护理保险的政策

党的十八届五中全会和“十三五”规划纲要提出了“探索建立长期护理保险制度”和“开展长期护理保险试点”的任务部署。2016年6月27日,人力资源和社会保障部办公厅印发《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》(人社厅发〔2016〕80号),正式提出了“推动探索建立长期护理保险制度,进一步健全更加公平更可持续的社会保障体系”,并选定15个城市作为长期护理保险(以下简称“长护险”)的试点地区。这一举措,标志着我国正式开展了长护险制度的探索。

2020年9月16日,《国家医保局财政部关于扩大长期护理保险制

第一作者:曹宜璠,女,研究实习员

通信作者:丁汉升,男,研究员,上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所)党总支书记、副主任

作者单位:上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所),上海200031

度试点的指导意见》(医保发〔2020〕37号)(以下简称“《意见》”)将14个城市纳入扩大试点的范围,并且明确长护险属于独立险种,可独立设计、独立推进,同时还对基金、服务、经办三方面管理服务提出了要求,明确基金管理参照现行社会保险基金有关制度执行;建立健全长护险管理运行机制,明确保障范围、相关标准及管理办法;引入社会力量参与长护险经办服务,提高服务能力和效率。

(二) 长期护理保险试点地区有关长期护理保险的政策

长护险各试点城市陆续出台了一系列关于长护险的实施意见(见表1、表2)。

表1 2016年选定的长期护理保险试点地区长期护理保险相关文件一览表

城市	文件名称	发布时间
山东省青岛市	《关于建立长期医疗护理保险制度意见(试行)》	2012年6月19日
吉林省长春市	《关于建立失能人员医疗照护保险制度的意见》	2015年2月16日
江苏省南通市	《关于建立基本照护保险制度的意见(试行)》	2015年9月30日
湖北省荆门市	《荆门市长期护理保险办法(试行)》	2016年11月22日
河北省承德市	《城镇职工长期护理保险制度的实施意见》	2016年11月23日
江西省上饶市	《上饶市关于开展长期护理保险试点工作实施方案》	2016年12月1日
上海市	《上海市长期护理保险试点办法》	2016年12月29日
安徽省安庆市	《安庆市城镇职工长期护理保险试点实施意见》	2017年1月20日
四川省成都市	《成都市长期护理保险制度试点方案》	2017年2月13日
新疆石河子市	《关于建立长期护理保险制度的意见(试点)》	2017年3月10日
江苏省苏州市	《苏州市长期护理保险制度试点办法》	2017年6月28日
黑龙江省齐齐哈尔市	《齐齐哈尔市长期护理保险实施方案(试点)》	2017年7月28日
广东省广州市	《广州市长期护理保险试行办法》	2017年7月31日
浙江省宁波市	《宁波市长期护理保险制度试点方案》	2017年9月26日
重庆市	《重庆市长期护理保险制度试点意见》	2017年12月11日

表 2 2020 年新增的长期护理保险长期护理保险试点地区长期护理保险相关文件一览表

城市	文件名称	发布时间
新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市	《乌鲁木齐市长期护理保险办法（试行）》	2018 年 11 月 2 日
甘肃省甘南藏族自治州	完善原《甘南州长期照护保险制度试点方案》	2020 年 9 月 29 日
北京市石景山区	《北京市长期护理保险制度扩大试点方案》	2020 年 10 月 28 日
山西省晋城市	《关于建立长期护理保险制度的实施意见》	2020 年 11 月 4 日
贵州省黔西南布依族苗族自治州	《黔西南州长期护理保险试点实施方案》	2020 年 11 月 6 日
陕西省汉中市	《汉中市长期护理保险实施办法（试行）》	2020 年 11 月 23 日
湖南省湘潭市	《湘潭市长期护理保险制度试点实施方案》	2020 年 12 月 10 日
辽宁省盘锦市	《盘锦市开展全国长期护理保险制度试点工作实施方案》	2020 年 12 月 15 日
天津市	《天津市长期护理保险制度试点实施方案》	2020 年 12 月 17 日
福建省福州市	《关于开展长期护理保险制度试点的实施方案》	2020 年 12 月 21 日
河南省开封市	《开封市长期护理保险制度试行办法》	2020 年 12 月 29 日
云南省昆明市	《昆明市人民政府关于全面开展长期护理保险制度试点工作方案》	2020 年 12 月 29 日
广西壮族自治区南宁	《南宁市人民政府关于南宁市长期护理保险制度试点的实施意见》	2021 年 1 月 11 日
内蒙古自治区呼和浩特市	《呼和浩特市长期护理保险制度试点实施方案》	2021 年 1 月 22 日

（三）长护险政策展望

国家医疗保障局关于《意见》的政策解读明确提出“探索建立长期护理保险制度是党中央、国务院积极应对人口老龄化的重大制度安排。长期护理保险制度在管理链条、管理环节、保障内容上都有自身的独特性，保障功能通过现有社会保险制度拓展无法实现。《意见》着眼于建立独立险种，明确制度试点目标，提出力争在‘十四五’期间，基本形成适应我国经济发展水平和老龄化发展趋势的长期护理保险制度政策框架，推动建立健全满足群众多元需求的多层次长期护理保障制度。”另外，解读还指出“结合当前经济社会发展实际和群众基本保障需求，从促进制度长远可持续考虑”，“坚持独立运行，推进制度独立设计、独立推进。”

（四）部分试点城市评估标准的应用

目前，我国各省市在失能等级评估工具的选择上存在较大差异。有些城市采用自行制定的标准，如《青岛市长期照护需求等级评估表》《成都市成人失能综合评估技术规范》《苏州市失能等级评估参数表（试行）》《上海市老年照护统一需求评估调查表》等。绝大多数试点城市所使用的评估标准为巴氏量表，它是一种日常生活功能的评估量表，巴氏量表之日常生活功能能力评估总分为100分，共包含10项评估内容，其中8项与自我照顾有关，包括进食、修饰/个人卫生等；另外2项与活动能力有关。巴氏量表评估项目较少，操作较简单易上手。但正因为这一特点，可能造成评估的质量控制难度较大，评估标准和结果难以客观化。部分人员通过伪装等方式人为提高失能等级的情况将可能发生。

二、上海市《统一需求评估标准》的研制和实践

（一）研制历程

上海市《统一需求评估标准》的研制自2009年起，先后获得上海市浦江人才计划项目“建立基于护理需求分级为基础的老年护理保险制度研究”（09PJC082）、2011年国家自然科学基金项目“基于护理需求度评估量表的老年护理服务对象分级模型研究”（71073104）、2015年国家财政部委托项目“我国养老产业发展研究”、上海市公共卫生体系建设三年行动计划（2011—2013）项目“上海市老年护理需求及老年护理保险制度研究”（37）、上海市公共卫生体系建设三年行动计划（2015—2017）项目“上海市医养结合体系建设研究”（GWIV-37）等10余项项目的支持。

《统一需求评估标准》的研制基于2013—2020年连续8年跟踪调查20 000余人，包括20家老年护理机构、20家养老机构中的各5 000余位老年人，以及1个社区的10 000余位老年人。基于大数据研究得出

的《统一需求评估标准》整合了医疗、养老服务需求评估内容，可以避免老年人多次重复评估，节约时间和成本，在照护等级划分的同时，综合考虑老年人的需求和公共资源配置的公平性，推动探索共建、共治、共享的社会治理方式，形成人人有责、人人尽责的局面，有利于实现公共利益最大化。

2015年，原上海市卫生计划委员会会同发改委、医保、民政等部门，委托上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）研究制定了全市统一的《统一需求评估标准》。2016年，《统一需求评估标准》运用于老年统一需求评估服务推广。2017年，《统一需求评估标准》评估标准选取金山、徐汇、普陀3个区先行试点。2018年，上海开始在全市全面试点长护险，为上海市长护险的开展打下了坚实的基础。同时因为具有很好的可复制、可移植性，《统一需求评估标准》先后被浙江省嘉善县、桐庐县、岱山县及义乌市、江西省上饶市、河北省秦皇岛市、唐山市、江苏省常州市武进区、福建省晋江市以及天津市应用于对当地老年人照护需求分级的判定，累计覆盖1500余万人口。

（二）特点

1. 兼顾统一性与可区分性

《统一需求评估标准》的作用是能够筛选出最需要接受服务的老年人，使社会资源得到最大化利用，其核心是“统一”的，即用一把“尺子”丈量所有的老人。但同时，该评估标准又要做到“可区分”，就如“尺子的刻度”，即将不同失能程度的对象能够精确地划分为不同的等级，使其享受对应的待遇标准。因此，为保障长护险基金的合理有效利用，评估标准的客观性、科学性极为重要。

2. 基于人工智能决策树原理的分级模型

分级模型计算过程使用了基于人工智能算法的贝叶斯分类器、神经

网络、马氏距离和支持向量机，是一个将所有 1 000 余个评估变量按照一定的设定规则在高维空间中进行投影，根据变量的离散程度，进行分割区块，通过变量的聚落综合判断分级的过程。

3. 采用双盲方法

老年照护统一需求评估方法运用的技术有别于其他评估技术，分值和计算过程均为“黑盒”状态，对外不可见。所谓双盲即评估员与被评估对象均不知道每个项目的得分权重，且不能现场知道评估结果。这一做法一定程度上避免了评估员因主观因素造成的结果偏差，也可有效避免评估人员与被评估对象因评估结果与期望不符而引发不必要的矛盾。

4. 评估遵循基本原则

《统一需求评估标准》的设计较巴氏量表内容更为丰富、涵盖面更广、区分更加客观。评估基本遵循“客观、公正、爱心、就轻、隐私”的原则。“客观”即评估应以客观事实为依据，保持判断的独立性和公正性；“公正”是指主动回避因个人的价值观而产生的偏倚；“爱心”是指需要真诚地关爱需要照护的评估对象；“就轻”是指优先筛选出情况更为严重的评估对象，以便在评估应用中优先提供恰当的服务和待遇；“隐私”是指评估工作中应保护评估对象的隐私权不受侵犯。

5. 稳定、可持续调整性

目前，上海市评估员已应用《统一需求评估标准》评估了近 60 万老年人。据了解，第一次没有通过评估需要复评的概率只有 0.46%，总体比较稳定，并且本标准在后期应用时，可以根据相关需求通过后台算法进行局部权重的微调，而不会对最终的评估结果造成很大的影响。

6. 完善的评估体系框架

上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）在制定需求评估的同时，配套研制或者承担了以下几方面工作：上海市

长护险实时分级系统，上海市长期照护服务需求评估调查及其分级实践手册，上海市长护险评估培训视频教程，上海市长护险项目协调工作组（标准研发担当），上海市老年照护统一需求地方标准。

7. 设计达到国际先进水平

整体而言，《统一需求评估标准》通过整合国际上主流的照护需求评估量表，充分结合国内实际情况，在评估标准、获得服务等维度更加细化，具有创新性、实用性和可操作性（见表3）。

表3 不同国家/城市/组织老年照护标准对比

地域	评估工具名称	评估标准维度	指标内容	评估结果/获得服务
上海市	上海市老年照护统一需求评估表	7	对象和家庭、日常生活活动能 力、工具性日常生活活动、智 力、情绪、精神、总体状况和 疾病诊断	27项基本生活照料服 务和15项常用临床护 理服务
日本	老年护理需求认定调查表	8	麻痹和关节受限、活动和出行 复杂动作需特别护理相关项 目、日常照顾、交流、不良行动、 医疗、日常生活自理程度相关	8个不同服务组
澳大利亚	老年照护评估表	4	躯体能力、认知状况、社会支 持、可获得的老年护理服务和 社区服务	7个不同等级的家庭护 理服务
德国	资格审查和照护需求等级评估	3	身体功能状态、生活自理能力、 社会交往能力	5个不同级别的照护程 度
美国	最小限数集	5	身体功能、健康状况、认知状 况、评估目标、付费	根据服务范围评估过程 将最小限数集转化为相 应的服务方案
国际健康 评估组织 (interRAI)	国际化居民评估工具、照护评估系统	4	功能表现、认知和心理健康、 社会生活、临床问题	不同成员国不完全相同

三、上海长护险标准研制及应用的经验

（一）在长护险项目中应统一评估标准

在上海市长护险开展前，卫生、民政和医保3部门均有一套针对老年人失能失智状况进行评估的工具，分别是卫生部门的《上海市老年护理医院出入院标准》、民政部门的《老年照护等级评估要求》（DB31/T684-2013 地方标准）和医保部门的《高龄老人医疗护理保障计划》。

2014年起，上海市将卫生、民政、医保原三套针对老年人照护需求的评估标准进行整合，形成一套统一的评估标准和照护等级，为长护险试点工作的开展铺平了道路。

长护险的开展首先要整合卫生、民政、医保这三个部门，根据所分管的领域共同制定标准，做到分级结果互认，根据结果开展各自工作，统一度量是项目顺利推进的先决条件。

（二）评估标准分级计算过程应使用“黑盒”模式

项目组认为，评估标准的计分分级环节采用“黑盒”模式，能够最大限度地保证评估结果不受评估对象和调查员的人为因素的影响。在实践中遇到过一些情况，调查员通过长期评估的经验可以预估出量表的勾选与最终结果之间的关系，这样会使调查员能够控制分级结果，带来很多实践中的问题。例如，当评估对象知道调查员有能力可以掌控分级结果后，可能会使用胁迫、利诱或者利用调查员同情心等手段得到想要的结果，长此以往，势必会使分级结果的信效度降低，最后影响整个长护险项目的开展。

所以分级计算的过程使用“黑盒”模式，减轻了调查员上门评估的压力，分级的结果调查员无法确切得知，只需关注评估本身即可；同时，也使评估对象能更好地配合评估。

（三）评估标准应具有一定的复杂性和逻辑校验

评估标准所使用的量表应具有一定的复杂性，通过多个维度、多个侧面去刻画评估对象的状态，同时维度之间、调查角度之间应具备一定的逻辑关联性。首先，可以通过不同选项之间的对应，去印证评估对象的诚信度和调查员评估的客观性。其次，复杂的调查量表可以使评估对象无法了解评估的内容，也就无法通过一定的安排和布置对调查员产生误导。

（四）评估标准分级结果应具备可调整性和扩展性

标准分级结果的可调整性在国内长护险项目开展中是一个比较重要的工作抓手，也是大部分基于巴氏量表所使用的调查工具所不具备的功能，因为大部分这类型工具已经将调查项目和分值固定住了。

长护险项目开始实施时，政府会将所有政策法规、管理办法和享受的待遇情况向社会公布，同时调查员的培训工作、评估标准的设计也已基本定型。若开展过程中遇到参保人数过多导致基金压力过大或者标准过严导致纳入人群不足等情况，想要进行实时的调整将会非常困难，会导致一定的社会问题，严重时可能会使政府公信力受损。

为了应对这种情况的发生，在评估标准分级计算过程应使用“黑盒”模式。“黑盒”模式在后台分级计算评估标准时，可以调整相关参数的设置，以达到实时调整的目的，其他相关因素可以照旧执行，这样可以基本消除社会层面的影响。

分级结果还应该具备一定的扩展性，在分级结果主体架构不变的前提下，按照长护险发展的实际情况，可对其进行扩展和补充，进一步提升标准的精确度。

（五）评估标准应选择并决定服务提供

应该由评估标准决定服务的提供，而不是确定好服务项目再制定评估标准。上海市正在积极探索照护服务计划，拟通过失能评估标准所采集到的指标数据，针对评估对象所构建的虚拟形象，通过计算机决策，从项目库中抽选服务项目，确定服务强度和服务周期，进一步将评估标准与服务提供进行正向的结合。

（六）评估标准应有健全的实施框架

评估标准在实践过程中会陆续遇到一些问题，如相关主管部门如何进行监督和管理、评估机构日常工作如何运营、评估调查员上门评估时

遵循什么行为准则、评估对象如何得到评估结果和后续照护服务，这些问题都需要一套实施框架来制定并规范，所以完善和健全实施框架是保证评估标准发挥其应用作用的关键。

（责任编辑：信虹云）

上海市长期护理保险服务利用、服务体验及其影响因素研究

——基于上海市 16 个区的调查

谢春艳 王常颖 程文迪 陈 多 曹宜璠 万铃珊 丁汉升

【摘 要】 文章通过对上海市 16 个区的社区老年人进行大规模问卷调查, 筛选出接受长期护理保险服务的老年人, 初步了解其对 42 项长期护理保险服务项目的利用和体验情况, 并对影响因素进行分析和讨论。研究发现, 上海市老年人对长期护理保险服务项目的利用以接受基本生活照料服务为主; 享受到长期护理保险服务的老年人总体体验较好, 对服务时间、服务质量和服务态度也都基本满意; 服务利用和体验均与多个影响因素相关。但长期护理保险服务利用方面仍存在城乡不平衡、常用临床护理服务利用不多等问题, 反映了长期护理保险服务提供不均衡、服务人员队伍数量和能力欠缺、临床护理服务项目开展困难等障碍。建议全面加快专业护理员队伍建设, 提升服务能力和服务水平, 保障长期护理保险制度的良性运行。

一、研究背景

长期护理保险是一项以长期处于失能状态的参保人群为保障对象、重点解决重度失能老人基本护理服务需求的社会保险制度, 有助于提高参保人群的生命质量和获得感。探索建立长期护理保险制度, 是应对人口老龄化的战略举措之一, 同时对健全社会保障体系也具有重要意义。

2016 年, 上海市民政局、上海市卫生和计划生育委员会、上海市

基金项目: 美国中华医学基金会卫生系统研究与政策转化合作项目 (14—190); 上海市加强公共卫生体系建设三年行动计划 (2015—2017 年); 上海市医养结合体系建设研究 (GWIV—37); 上海市卫健委卫生政策研究课题: 完善上海市老年健康服务体系策略研究 (2020HP 19)

第一作者: 谢春艳, 女, 助理研究员

通信作者: 丁汉升, 男, 研究员, 上海市卫生和健康发展研究中心 (上海市医学科学技术情报研究所) 党总支书记、副主任

作者单位: 上海市卫生和健康发展研究中心 (上海市医学科学技术情报研究所), 上海 200031

人力资源和社会保障局、上海市医疗保险办公室《关于印发长期护理保险服务项目清单和相关服务标准、规范（试行）的通知》（沪民福发〔2016〕46号）确定了42项适合失能老年人的基本生活照料项目和与基本生活密切相关的医疗护理项目，形成了长期护理保险服务项目清单，并对每个服务项目制定了相关服务标准和规范。

上海市长期护理保险制度得到了社会各界的广泛关注，也成为社会保障体系的研究热点之一，但相关研究多是对上海市长期护理保险政策制度和实践做法的介绍和探讨，聚焦于实施过程中的现状梳理、问题分析和对策建议，多为服务提供方和管理方的视角，缺乏从服务需方的角度对长期护理保险的服务项目利用和体验情况的研究。本文对上海市16个区的社区老年人进行大规模问卷调查，筛选出接受长期护理保险服务的老年人，初步了解42项长期护理保险服务项目的利用和体验情况，并对影响因素进行分析和讨论，从需方的角度发现存在的问题并提出建议，以期对长期护理保险及相关服务的发展与完善提供思路。

二、研究设计

（一）研究对象

将上海市16个区的社区卫生服务中心纳入调查范围，在每个社区卫生服务中心随机抽取30名60岁及以上老年人，进行问卷调查。最终16个区335家社区卫生服务中心共6843名60岁及以上老年人参与调研。由于许多调查对象没有申请长期护理保险需求评估及照护服务，以及在涉及长期照护服务体验的4个问题上存在缺失数据，为了提高统计检验的可操作性，仅保留对这4个问题都做出回答的问卷，并删除重复问卷，共得到有效问卷1018份。

（二）研究数据

1. 长期护理保险服务项目的利用情况

在自拟问卷中询问调查对象“您目前享受过以下哪些长期照护服务？”，并请调查对象在上海市长期护理保险服务项目清单所包含的42项项目中勾选所享受到的服务，统计各项服务的利用率。服务利用率=利用某项服务的人数/调查总人数*100%。通过长期照护服务利用率反映长期护理保险服务项目的利用情况。

2. 长期照护服务的体验

本文将长期照护服务体验分为“总体感受”和“对长期照护服务的评价”。“总体感受”在问卷中对应的1个问题是：“Q1- 您是否享受到您本人期望的长期照护服务”。“对长期照护服务的评价”在问卷中对应的3个问题分别是：“Q2- 您认为目前的长期照护服务时间是否能够满足要求”；“Q3- 您认为目前所享受到的长期照护服务质量如何”；“Q4- 您认为目前的长期照护服务人员态度如何”。Q1和Q2的选项为“是”和“否”。Q3和Q4采用李克特(Likert)五点评分法,回答从“很好”到“很差”依次计为1~5分。在统计检验的过程中,以“是否享受到本人期望的长期照护服务”作为衡量长期照护服务的体验的自变量。

3. 服务利用与服务体验的影响因素

在参考相关研究的基础上,本文将性别、年龄、文化程度、是否为本地居民、户籍状况、居住方式、医保类型、自理能力、患病数量、社会交往、爱好数量等11个变量预设 of 长期照护服务利用和体验的影响因素进行分假设检验。

（三）调查方法

课题组任命社区卫生服务中心的医生为调查员,并进行统一的标准培训。调查过程中,首先询问前来社区卫生服务中心就诊的60岁及

以上老年人是否愿意参与调查，并解释调查目的及注意事项。对同意参与调研的调查对象，由调查员采取一对一问答方式进行问卷调查。调查对象口头回答，调查员帮助填写，问卷当场回收并检查。

（四）统计方法

采用 spss21.0 软件进行统计分析，首先对调查数据进行描述性分析，计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示。计量资料的统计检验采用 Mann-Whitney U 检验和 Welch 方差分析，多组均数的两两比较采用 Games-Howell 检验。计数资料的统计检验采用 Person 卡方检验和二分类 Logistic 回归分析。显著性水平 $\alpha = 0.05$ 。

三、研究结果

（一）调查对象基本情况

纳入分析的 1 018 个调查对象中，女性稍多于男性；年龄范围 60 ~ 104 岁；本地居民、城镇户口为主；各种文化程度均有；同时，按居住方式、自理能力、患病情况以及社会交往情况进行了划分（见表 1）。

表 1 调查对象基本情况

变量	具体分类	人数(人)	占调查对象的比重(%)
性别	男	429	42.1
	女	589	57.9
年龄	60~69岁	327	32.1
	70~79岁	196	19.3
	80~89岁	392	38.5
	90岁及以上	103	10.1
	文化程度	文盲	297
文化程度	小学	324	31.8
	初中	230	22.6
	高中	98	9.6
	大学及以上	69	6.8
	是否为本地居民	是	1 006
否		12	1.2
户籍状况	城镇	768	75.4
	农村	250	24.6
居住方式	独居	142	13.9
	与配偶居住	321	31.5
	与子女及其配偶居住	359	35.3
	与孙辈及其配偶居住	7	0.7
	与保姆等其他非亲属居住	189	18.6
	医保类型	城保	676
医保类型	居保、镇保	214	21.0
	新农合	103	10.1
	商保	0	0
	公费医疗	19	1.9
	其他	6	0.6
自理能力	能够完全自理	169	16.6
	较少事情需要帮助	261	25.6
	较多事情需要帮助	353	34.7
	完全不能自理	235	23.1
患病数量	0种	39	3.8
	1种	262	25.7
	2种	360	35.4
	3种	241	23.7
	4种及以上	116	11.4
社会交往	每天	461	45.3
	一般	298	29.3
	较少	195	19.1
	几乎从不与人交往	64	6.3
爱好数量	0种	253	24.9
	1种	364	35.8
	2种	300	29.5
	3种	86	8.4
	4种及以上	15	1.4

（二）老年人长期护理保险服务项目利用情况

1. 服务利用基本情况

从调研数据来看，长期护理保险服务项目中，基本生活照料服务的利用率排名前五位的依次为洗发（63.9%）、指/趾甲护理（61.6%）、头面部清洁、梳理（60.0%）、手足部清洁（55.4%）、整理床单位（54.7%）（见表2）。常用临床护理服务的利用率排名前五位的依次为生命体征监测（16.6%）、药物喂服（13.9%）、静脉血标本采集（10.4%）、肌肉注射（8.9%）、血糖监测（8.6%）（见表3）。

表2 长期护理保险服务项目中基本生活照料服务的利用情况

排序	服务项目	享受人数（人）	占调查对象的比重（%）
1	洗发	651	63.9
2	指/趾甲护理	627	61.6
3	头面部清洁、梳理	611	60.0
4	手、足部清洁	564	55.4
5	整理床单位	557	54.7
6	温水擦浴	511	50.2
7	沐浴	458	45.0
8	协助更衣	403	39.6
9	协助进食/水	305	30.0
10	安全护理	245	24.1
11	生活自理能力训练	233	22.9
12	药物管理	210	20.6
13	排泄护理	202	19.8
14	口腔清洁	201	19.7
15	晨间护理	193	19.0
16	协助床上移动	173	17.0
17	晚间护理	169	16.6
18	皮肤外用药涂擦	168	16.5
19	协助翻身叩背排痰	162	15.9
20	压疮预防护理	117	11.5
21	借助器具移动	113	11.1
22	失禁护理	105	10.3
23	床上使用便器	102	10.0
24	会阴护理	80	7.9
25	人工取便术	51	5.0
26	留置尿管的护理	28	2.8
27	人工肛门便袋护理	2	0.2

表3 长期护理保险服务项目中常用临床护理服务的利用情况

排序	服务项目	享受人数(人)	占调查对象的比重(%)
1	生命体征监测	169	16.6
2	药物喂服	141	13.9
3	静脉血标本采集	106	10.4
4	肌肉注射	91	8.9
5	血糖监测	88	8.6
6	吸氧	82	8.1
7	开塞露/直肠栓剂给药	67	6.6
8	皮下注射	63	6.2
9	物理降温	56	5.5
10	鼻饲	23	2.3
11	压疮伤口换药	20	2.0
12	导尿(女性)	14	1.4
13	造口护理	9	0.9
14	灌肠	2	0.2
15	经外周静脉置入中心静脉导管维护	0	0

2. 服务利用情况影响因素分析

分析结果显示,从户籍状况来看,城市户籍的老年人接受长期照护服务(以下简称“照护服务”)项目均数为 8.15 ± 7.20 项,中位数为6项;农村户籍的老年人接受照护服务项目均数为 7.65 ± 8.46 项,中位数为4项。城市户籍的老年人接受的照护服务数量高于农村户籍的老年人,差异有统计学意义($Z=-2.94, P<0.05$)。

不同年龄段、文化程度、居住方式、自理能力、患病数量、社会交往程度、爱好数量的老年人接受照护服务项目均数的差异均有统计学意义($P<0.05$)。80~89岁比70~79岁组的老年人接受照护服务项目均数多2.26(95%CI: 0.69-3.82)项;文化程度为大学及以上的老年人接受照护服务项目均数低于文盲、小学和初中文化程度的老年人;与保姆等其他非亲属居住的老年人接受照护服务项目均数高于其他居住方式的老年人,与子女及其配偶居住的老年人接受照护服务项目均数比与配

偶居住的多 2.38 (95%CI: 1.05-3.71) 项; 不同自理能力水平的老年人接受照护服务项目均数两两不同, 自理能力越低, 接受的照护服务数量越多; 没有患病的老年人比患病 2 种、3 种、4 种及以上的老年人接受照护服务项目均数低; 没有爱好的老年人接受照护服务项目均数高于有 3 种、4 种及以上爱好的老年人, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$) (见表 4)。

表 4 长期照护服务利用情况的单因素分析

变量	具体分类	人数 (人)	接受长期照护服务项目均数 (项)	统计量	P
户籍状况	城镇	768	8.15±7.20	-2.94*	<0.01
	农村	250	7.65±8.46		
年龄段	60~69岁	327	7.76±7.54	4.69	<0.01
	70~79岁	196	6.74±6.31		
	80~89岁	392	9.00±8.07		
	90岁及以上	103	7.63±7.06		
文化程度	文盲	297	7.75±6.93	4.88	<0.01
	小学	324	8.84±8.05		
	初中	230	7.87±8.01		
	高中	98	8.18±7.67		
	大学及以上	69	5.71±4.64		
居住方式	独居	142	6.26±6.52	33.37	<0.01
	与配偶居住	321	5.64±5.67		
	与子女及其配偶居住	359	8.03±7.00		
	与孙辈及其配偶居住	7	3.71±2.43		
	与保姆等其他非亲属居住	189	13.56±9.09		
自理能力	能够完全自理	169	3.79±4.50	71.13	<0.01
	较少事情需要帮助	261	5.66±4.70		
	较多事情需要帮助	353	8.12±6.31		
	完全不能自理	235	13.57±9.86		
患病数量	0种	55	4.91±5.62	6.23	<0.01
	1种	228	7.29±6.95		
	2种	353	7.91±7.41		
	3种	247	8.89±8.03		
	4种及以上	135	9.30±8.03		
社会交往	每天	461	6.93±6.62	12.25	<0.01
	一般	298	7.61±6.76		
	较少	195	9.57±8.98		
	几乎从不与人交往	64	13.17±9.28		
爱好数量	0种	264	9.3±8.68	5.11	<0.01
	1种	365	8.07±7.62		
	2种	293	7.45±6.72		
	3种	82	5.9±5.01		
	4种及以上	14	7.43±6.43		

注: 带 * 号的统计量是 Mann-Whitney U 检验中的 Z 统计量, 其他统计量 Welch 方差分析中的 F 统计量。

如果将基本生活照料和常用临床护理服务的利用情况分开来看，自理能力和接受的基本生活照料项目均数之间存在负相关关系 ($r=-0.46$, $P < 0.05$)。自理能力与接受的常用临床护理项目均数之间也存在负相关关系 ($r=-0.20$, $P < 0.05$)。患病数量与接受的基本生活照料项目均数之间存在正相关 ($r=0.15$, $P < 0.05$) (见表 5)。

表 5 基本生活照料服务与常用临床护理服务利用情况的相关因素分析

变量	具体分类	接受的基本生活照料 项目均数 (项)	接受的常用临床护理 项目均数 (项)
自理能力	完全不能自理	11.74±7.64	1.83±2.80
	较多事情需要帮助	7.31±5.19	0.82±1.79
	较少事情需要帮助	5.25±4.20	0.41±1.08
	能够完全自理	3.15±3.62	0.63±1.56
	<i>r</i>	-0.46	-0.20
	<i>P</i>	<0.01	<0.01
患病数量	0 种	4.38±5.09	0.53±1.23
	1 种	6.45±5.63	0.83±1.80
	2 种	7.00±5.99	0.91±2.02
	3 种	7.77±6.62	1.11±2.12
	4 种及以上	8.43±6.51	0.87±2.09
	<i>r</i>	0.15	0.02
<i>P</i>	<0.01	0.45	

(三) 上海市长期护理保险服务项目需方体验情况

1. 服务体验基本情况

93.8% 的调查对象表示享受到了本人期望的长期照护服务，90.5% 的调查对象认为目前的长期照护服务时间已经满足要求。对服务质量的评价中，46.6% 的老年人认为“很好”，44.4% 的老年人认为“好”，8.9% 的老年人认为“一般”，0.1% 的人认为“很差”。对服务人员态度的评价中，52.4% 的老年人认为“很好”，41.7% 的老年人认为“好”，5.8% 的老年人认为“一般”，0.2% 的老年人认为“差”。服务质量的平均分为 4.37 ± 0.65 分，人员态度的平均分为 4.46 ± 0.61 分 (见表 6)。

表6 长期照护服务质量、人员态度评价具体情况

项目	N	最小值	最大值	平均数	标准差
服务质量	1018	1	5	4.37	0.65
人员态度	1018	2	5	4.46	0.61

2. 服务体验影响因素分析

老年人对长期护理保险服务的体验受年龄、文化程度、自理能力、患病数量等因素影响（见表7）。

表7 长期护理保险服务体验的分层描述和单因素分析

变量	具体分类	N (%)		卡方值	P 值
		是	否		
年龄段	60 ~ 69 岁	310 (94.8)	17 (5.2)	31.27	<0.001
	70 ~ 79 岁	170 (86.7)	26 (13.3)		
	80 ~ 89 岁	383 (97.7)	9 (2.3)		
	90 岁及以上	92 (89.3)	11 (10.7)		
文化程度	文盲	283 (95.3)	14 (4.7)	11.67	0.020
	小学	305 (94.1)	19 (5.9)		
	初中	219 (95.2)	11 (4.8)		
	高中	89 (90.8)	9 (9.2)		
	大学及以上	59 (85.5)	10 (14.5)		
自理能力	能够完全自理	152 (89.9)	17 (10.1)	10.58	0.014
	较少事情需要帮助	250 (95.8)	11 (4.2)		
	较多事情需要帮助	338 (95.8)	15 (4.2)		
	完全不能自理	215 (93.8)	20 (8.5)		
患病数量	0 种	51 (92.7)	4 (7.3)	9.89	0.042
	1 种	209 (91.7)	19 (8.3)		
	2 种	336 (95.2)	17 (4.8)		
	3 种	238 (96.4)	9 (3.6)		
	4 种及以上	121 (89.6)	14 (10.4)		
合计	—	955 (93.8)	63 (6.2)	—	—

将单因素分析中有统计学意义的变量纳入 Logistic 模型。结果显示，长期照护服务体验在不同年龄段、文化程度、自理能力的调查对象之间的差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。从年龄来看，享受到期望长期照护服务的主要人群为 60 ~ 69 岁的老年人，70 ~ 79 岁老年人享受到期望长期

照护服务的概率是 60 ~ 69 岁老年人的 0.3 倍, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明 60 ~ 69 岁低龄老年人对长期护理保险服务项目的体验较好, 满意度较高。文化程度方面, 大学及以上文化程度的老年人表示享受到期望长期照护服务的概率是文盲老年人表示享受到期望长期照护服务概率的 0.29 倍, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 表明文化程度高的老年人对长期护理保险服务的体验更差、更不满意。自理能力方面, 自理能力水平为“一般”和“好”的人表示享受到期望长期照护服务的概率分别为自理能力水平“差/较差”的人表示享受到期望长期照护服务的概率的 2.73 倍和 2.38 倍, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 表明自理能力较好的调查对象对长期护理保险服务的体验更好 (见表 8 ~ 9)。

表 8 长期护理保险服务体验影响因素的 Logistic 回归分析变量与赋值

变量	赋值
年龄段	60 ~ 69 岁 =0, 70 ~ 79 岁 =1, 80 ~ 89 岁 =2, 90 岁以上 =3
文化程度	大学以下 =0, 大学及以上 =1
自理能力	很差 / 差 =0, 一般 =1, 好 =2, 很好 =3
患病数量	0 种 =0, 1 种 =1, 2 种 =2, 3 种 =3, 4 种及以上 =4

表 9 长期护理保险服务体验影响因素的 Logistic 回归分析

变量	具体分类	OR	95%CI	P 值
年龄段	60 ~ 69 岁	1.00	—	<0.01
	70 ~ 79 岁	0.30	(0.16-0.59)	<0.01
	80 ~ 89 岁	2.05	(0.89-4.71)	0.09
	90 岁及以上	0.47	(0.21-1.08)	0.08
文化程度	文盲	1.00	—	0.02
	大学以下	0.83	(0.43-1.58)	0.56
	大学及以上	0.29	(0.12-0.73)	0.01
自理能力	很差 / 差	1.00	—	0.01
	一般	2.73	(1.21-6.13)	0.02
	好	2.38	(1.13-5.02)	0.02
	很好	1.06	(0.51-2.19)	0.88

四、结论与讨论

本文通过对上海市 16 个区的社区老年人进行问卷调查,进一步了解了上海市长期护理保险服务项目的利用和体验情况,并对影响因素进行归纳总结。

(一) 服务利用以基本生活照料为主,与多个因素相关

在服务利用方面,总体来看,上海市老年人对长期护理保险服务项目的利用主要集中在个人清洁卫生和日常起居等简单的基本生活照料方面,对于较为复杂的生活照料和常用临床护理服务的利用都不多,对于造口护理、灌肠、经外周静脉置入中心静脉导管(Peripherally Inserted Central Catheter, PICC)维护等更为专业的服务项目,能够利用的老年人更是寥寥无几。这可能与现实中的社区临床护理服务提供能力不足有一定关系,专业护理人员总量缺口大、技能水平较低、护理的专业化程度不高,难以开展专业的医疗护理服务。

关于服务利用的影响因素,老年人长期照护服务利用与年龄、户籍、文化程度、居住方式、自理能力、患病数量、社会交往程度、爱好数量等因素相关。

首先,长期护理保险服务的利用存在城乡差异。城市户籍比农村户籍的老年人享受到更多的长期照护服务。

其次,老年人的自理能力和患病数量之间是相互影响的,二者都与服务利用显著相关。年龄越大、患病越多的老年人往往自理能力越差,所需的照护越多,服务需求直接影响了服务利用,表明上海市的长期照护服务需求评估能够较好的反映出自理能力的差异,总体的服务提供和利用基本上遵循以需求为导向、需求越多服务越多的原则。

再次,长期护理保险服务的利用在不同人群之间存在明显差异。老年人的年龄、文化程度、居住方式、社会交往和爱好数量等都与长期照

护服务的利用相关。这些因素都直接或间接与老年人的健康水平和自理能力相关，因而也间接地影响了服务的利用。

（二）服务体验总体良好，不同人群体验受多个因素影响

从老年人对现有长期护理服务项目的主观体验来看，享受到长期护理保险服务项目的老年人总体体验较好，对服务时间、服务质量和服务态度也都基本满意。

具体来看，服务体验在不同人群之间存在差异，年龄、文化程度和自理能力是影响服务体验的重要因素。

从年龄来看，60～69岁年龄段老年人的体验最好，说明目前长期护理保险服务项目的提供，能比较好地满足低龄老年人的基本生活照料需求，而对于70～79岁较高年龄段的老年人，因为其对临床护理类的专业服务要求较高，以现有的服务提供能力难以较好地满足其期待。80岁及以上老年人反而对长期照护服务的期待和要求没有那么多高，体验也较好，已有相关研究也发现了类似现象，随着年龄增长，失能老年人对于医疗照料需求反而降低，这部分老年人或其家属更偏向于将失能状况看做正常的老年病，比较容易接受身体功能的衰退，对相关服务的期待变低。

从文化程度来看，大学及以上文化程度的老年人对长期照护服务的体验更差。已有研究表明，文化程度越高对于医疗照护的需求度越高，受过高等教育的调查对象相比文化程度较低的调查对象，对长期照护服务有更高的心理期待和要求，也更容易对服务不满意，服务体验变差。

从自理能力来看，自理能力较好的低龄老年人对目前的长期护理保险服务更加满意，由于自理能力差的老年人失能程度加重，伴随着对于医疗护理需求的增多，本研究结果又进一步验证了目前的长期护理保险服务在现实中是优先满足了轻度失能老年人的需求，而中度和重度失能

老年人的需求难以得到有效满足。此外，现实实践中需求评估结果并未与具体的照护服务内容和计划挂钩，也会影响老年人对长期护理服务的体验。

综上所述，上海市的长期护理保险服务提供和利用总体上以需求为导向，能够较好地满足服务对象的基本生活照料需求。但服务利用方面仍存在城乡不平衡、常用临床护理服务利用少等问题，反映了长期护理保险服务提供不均衡、临床护理服务项目开展困难等难点和痛点。服务提供能力薄弱的根源在于长期照护服务人员队伍建设长期滞后，无法匹配长期护理保险制度的发展要求，导致专业的护理人员数量短缺、专业化程度低、临床护理能力不足等问题。针对以上问题，建议全面加快专业护理员队伍建设，采取多种政策措施，扩大人员数量、提高专业技能和稳定人员队伍并举，才能较快地提升长期护理保险服务整体的服务能力和服务水平，保障长期护理保险制度的良性运行。

（责任编辑：张莘）

上海市老年人健康服务供给评价指标体系研究

王美凤¹ 葛燕萍² 葛振兴² 程文迪¹

曹宜璠¹ 王常颖¹ 陈 多¹ 万铃珊¹ 谢春艳¹

【摘要】 文章通过查阅政策文件、文献资料等，初步构建上海市老年人健康服务供给评价指标体系框架，在此基础上运用 Delphi 法开展了 2 轮专家咨询，确定最终评价指标体系，并用层次分析法计算体系各指标权重。研究发现，两轮问卷有效回收率都达 75% 以上，专家权威系数也在 0.8 以上，表明专家对问卷回应积极性较高，结果也相对可靠；而且经过二轮函询，专家意见基本达成一致，最终形成包括 6 个维度 45 个三级指标的老年健康服务供给评价指标体系；该指标体系的构建对老年健康服务相关政策、体系和制度安排等都具有一定的现实指导意义。

一、引言

在我国人口老龄化、高龄化日趋严峻的趋势下，老年健康服务需求不断扩大，对老年健康服务供给提出巨大挑战。尽管目前我国老年健康服务供给水平有了一定程度的提升，但仍存在老年健康服务发展不平衡的问题，如老年健康教育供给不足、老年健康管理资源质量不高、老年医疗资源区域不平衡、老年康复护理碎片化、安宁护理人力不足等。为解决老年健康服务发展不平衡与体系不完善的问题，2019 年 11 月，国家卫生健康委员会等八部门印发的《关于建立完善老年健康服务体系的指导意见》（国卫老龄发〔2019〕61 号）明确提出，“以满足老年人健康

基金项目：上海市卫生健康委员会卫生政策研究课题(2020HP19)；上海市哲学社会科学规划一般课题(2020BJL006)

第一作者：王美凤，女，助理研究员

通信作者：谢春艳，女，助理研究员

作者单位：1. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

2. 上海市卫生健康委员会，上海 200215

服务需求为导向，大力发展老年健康事业，着力构建包括健康教育、预防保健、疾病诊治、康复护理、长期照护、安宁疗护的综合连续、覆盖城乡的老年健康服务体系，努力提高老年人健康水平，实现健康老龄化”。

持续加强健康养老教育和老年疾病的预防和干预，不断优化老年疾病诊治、康复护理、长期照护及安宁疗护等资源配置，不断提高服务能力和质量（黄石松等，2020），已成为积极应对人口老龄化的当务之急。上海作为我国最早步入老龄化社会与老龄化程度最高的大型城市，在各项老龄工作中先行先试，跟随国家步伐，也明确提出“构建完善老年健康服务体系”的实施方案，已引起社会各界与相关行政管理部门高度关注。本文基于大卫生与大健康的理念，从未病前端到生病后端，开展覆盖全生命周期、综合连续的老年人健康服务供给评价指标体系研究，构建一个合理科学的老年健康服务供给评价指标体系，用于评估上海各区老年健康服务供给的实施效果，在评估比较中发现存在的问题与薄弱环节，以期实现互相比超赶学，进一步优化老年健康资源配置，不断丰富完善老年健康服务供给，提升老年健康服务质量，更好地满足老年人对健康服务的需求，对实现健康老龄化具有重要的现实意义。

二、资料与方法

（一）指标体系框架

课题组立足上海市实际情况，通过综述文献、梳理政策（国家与上海市相关的老年健康服务、老龄事业、规划纲要、安宁疗护、康复医疗等政策文件以及统计年鉴）、专家访谈，构建初步指标体系框架，共包含7个一级指标（健康教育、预防保健、疾病诊治、康复护理、长期照护、安宁疗护、整合服务）、4个二级指标（设施、人员、结果、服务）和56个三级指标。在初步指标体系的基础上，经过两轮德尔菲法评分并结合专家意见，修订指标框架，最终形成包括3个层级的指标体系框

架，其中包括6个一级指标（健康教育、预防保健、疾病诊治、康复护理、长期照护、安宁疗护）、4个二级指标（设施、人员、结果、服务）任意组合和45个三级指标。

（二）编制函询问卷

函询问卷包括首卷语、专家基本信息与问卷正文三部分。首卷语主要交代构建指标体系的目标、问卷涉及的内容与问卷收回时间节点等。专家基本信息主要包括专家姓名、年龄、职称、工作年限、工作单位、工作部门等。问卷正文包括专家对各级指标重要性、可得性（即可操作性）、敏感性3个方面的评分，及对各指标打分的判断依据与熟悉程度，并设有修改意见栏。

（三）德尔菲法

课题组针对讨论或修订的指标体系框架，制订函询问卷，共进行了两轮专家咨询，通过电子邮件和微信向专家组发放和回收问卷。2020年9月，课题组选取老年健康服务相关的管理部门、大学院校、科研机构、医疗机构等18名专家或负责人作为函询对象。第一轮问卷收回后，课题组统计分析专家积极程度与权威系数，并计算各指标的重要性、可得性、敏感性的均值、标准差、变异系数。根据指标筛选标准，对满足指标重要性/可得性/敏感性赋值均分 ≥ 3.5 且变异系数 ≤ 0.3 的指标予以保留，并结合专家修改专栏意见，对第一轮指标进行增删修订更正，并再经过小组讨论整理形成第二轮函询问卷指标体系。同年11月，在第一轮有效与意愿专家库的基础上增补专家至18位，作为第二轮函询专家。通过汇总统计分析，专家意见基本达成一致，函询结束，并结合专家意见形成最终定稿的指标体系。

（四）层析分析法

基于两轮德尔菲法确定的老年健康服务供给评价指标体系，依据

Santy 的 1~9 标度法对各层次两两指标构建比较判断矩阵,让专家评分。首先,通过 yaahp12.5 辅助软件采用层次分析法对指标体系构建层次模型;其次,输入各专家判断矩阵的评分数值,并对各判断矩阵进行一致性检验,对未通过一致检验的判断矩阵进行修正;最后,确定各级指标的权重。

(五) 统计分析工具

采用 EXCEL2010 对专家咨询结果数据进行录入与整理,运用 SPSS24.0 软件及 yaahp12.5 辅助软件进行统计汇总分析。

三、结果

(一) 专家积极程度

专家积极程度采用问卷有效回收率表示。两轮专家与负责人均从事老年健康服务相关的研究、管理、政策制定、供给等工作,从其职称与工作年限及单位来看,具有一定的理论与实践经验(见表 1)。研究发现:第一轮发放的 18 份问卷中共回收有效问卷 16 份,有效回收率达 88.9%;第二轮发放的 18 份问卷中共回收有效问卷 15 份,有效回收率达 77.8%。两轮问卷有效回收率都大于 70%,表明专家对问卷回应的积极性较高。

表 1 咨询专家基本情况

指标	项目	占比 (%)	
		第一轮 (n=16)	第二轮 (n=15)
年龄 (岁)	< 40	12.50	25.00
	[40, 50)	56.25	58.33
	≥ 50	31.25	16.67
职称	教授 (研究员、主任)	37.50	25.00
	副教授 (副研究员、副主任)	31.25	50.00
	其他	31.25	25.00
工作年限	< 10	6.25	8.33
	[10, 20)	18.75	33.33
	≥ 20	75.00	58.33
工作单位	管理部门或事业单位	68.75	83.33
	科研机构	6.25	8.33
	大学院校	12.50	8.33
	医疗机构	12.50	0.00

(二) 专家权威系数

研究结果可靠性通常用专家权威系数表示, 其中专家权威系数取决于其学术造诣水平权、熟悉程度系数 C_s 与判断依据系数 C_a , 基本计算方法为: 专家权威系数 = (学术造诣水平权 + 熟悉程度系数 + 判断依据系数) / 3。专家的学术造诣水平权主要依据专家技术职称来确定, 分 3 个等级, 即教授 (研究员 / 医师主任)、副教授 (副研究员 / 副主任医师)、中级或其他, 对应量化赋值分别为 1、0.9、0.8。专家对指标体系评价的熟悉程度系数由专家对问题的熟悉程度的自我评价标准系数确定, 熟悉程度通常分 5 个等级, 即非常不熟悉、较不熟悉、一般、比较熟悉、非常熟悉, 对应量化赋值分别为 0.2、0.4、0.6、0.8、1。专家对指标体系评价的判断依据系数主要由专家对指标进行判断时所依据的等级确定, 包括 4 个等级, 即直觉判断、同行了解、理论分析、实践经验, 对应量化赋值分别为 0.2、0.4、0.6、0.8。通过上述方法推算, 第一轮专家权威系数为 $0.848 > 0.7$, 第二轮专家权威系数为 $0.83 > 0.7$, 这表明专家权威程度较高, 研究结果相对可靠。

(三) 专家意见协调程度

专家意见的一致性采用变异系数与肯德尔协调系数 (Kendall's W) 表示, 其中变异系数反映的是专家对各项指标重要性、可得性、敏感性评价的相对离散程度, 值越小代表专家协调程度越高; 同样, Kendall's W 反映了专家对所有指标的评价意见是否存在分歧, 是计算多个等级变量的相关程度变量, 用 SPSS16.0 软件计算, 值越大表明专家协调程度越高。第一轮专家评分结果显示, 所有三级指标的重要性、可得性、敏感性评分的均数都在 3.5 分以上; 变异系数多数在 0.3 以下, 少量超过 0.3; 同时第一轮专家对所有三级指标重要性、可得性、敏感性的 Kendall's W 协调系数的 P 值均小于 0.01, 差异具有明显的统计学意义, 表明专家对所有指标评分具有一致性, 但具体来看, 对应 Kendall's W 分别为 0.195、0.157、0.173, 均小于 0.2, 意味着专家对指标体系一致性的认同程度较差。

表 2 第一轮咨询专家意见的 Kendall's W 协调系数

	Kendall's W 协调系数	χ^2 值	P 值
重要性	0.195	171.956	0.000***
可得性	0.157	137.989	0.000***
敏感性	0.173	152.189	0.000***

注: *** $P < 0.01$ 。

尽管第一轮专家基本同意指标体系框架, 但对指标体系一致性认同程度较差, 需进行第二轮专家函询。根据纳入排除标准, 对均分 ≥ 3.5 且变异系数 ≤ 0.3 的指标予以保留, 并根据专家提出意见对指标体系进行增删修订, 形成第二轮专家函询的指标体系框架。第二轮专家评分结果显示, 所有三级指标的重要性、可得性、敏感性评分的均数都在 3.5 分以上, 且变异系数在 0.3 以下; 同时 Kendall's W 协调系数 P 值均小于 0.01, 差异具有明显的统计学意义, 表明第二轮咨询的专家对所有指

标评分具有一致性，且 Kendall's W 总体比第一轮结果有所改善，专家基本认同指标体系框架，具有一定的可信度。

表 3 第二轮咨询专家意见的 Kendall's W 协调系数

	Kendall's W 协调系数	χ^2 值	P 值
重要性	0.182	114.949	0.000***
可得性	0.206	129.665	0.000***
敏感性	0.207	130.445	0.000***

注：*** $P < 0.01$ 。

(四) 指标体系权重

在利用 Delphi 法开展两轮专家咨询结果的基础上，进一步采用层次分析法 (AHP) 计算该体系的各指标权重。

首先，利用 Yaahp12.5 软件构建所有指标的层次模型。将目标指标 (老年健康服务)、6 个一级指标 (健康教育、预防保健、疾病诊治、康护和护理服务、长期照护服务、安宁疗护)、16 个二级指标和 45 个三级指标分成 4 个层次，分别为目标决策层、一级指标准则层、二级指标准则层与三级指标备选方案层。

其次，在构建层次模型基础上，利用 Yaahp12.5 软件群决策功能输入 15 位专家对各层级指标两两比较判断矩阵数据，考虑到专家对判断矩阵评分时易发生不一致问题，所以输入判断矩阵数据后，需进行判断矩阵一致性检验。Yaahp12.5 软件会对专家判断不一致的矩阵根据具体情况选择合适方法进行自动修正，直至所有专家判断矩阵一致。一致性检验的指标为随机一致性比率 $CR = \frac{CI}{RI}$ ，其中一致性指标 CI 与平均随机一致性指标 RI 都由 Yaahp12.5 软件给定。当 $CR < 0.1$ 时，判断矩阵通过一致性检验。本研究确定体系指标权重时，共构建了 18 个判断矩阵，包括 1 个一级指标的判断矩阵，6 个二级指标的判断矩阵，11 个三级指标的判断矩阵，其中针对二级指标有 2 个判断矩阵仅存在 2 个指标，三级

指标中有 4 个判断矩阵仅存在 2 个指标，都具有完全一致性，其余 12 个判断矩阵修正的 $CR < 0.1$ （见表 4），表明判断矩阵均通过一致性检验。

表 4 三级及以上指标下属判断矩阵一致性检验结果

指标维度	CI	RI (阶数)	CR
目标层	—	—	0.0306
健康教育	0.0199	0.5299 (3)	0.0376
设施	0.0439	0.8900 (4)	0.0493
服务 ^①	0.0000	0.0000 (1)	—
结果 ^②	0.0000	0.0000 (1)	—
预防保健	0.0134	0.5299 (3)	0.0253
设施 ^③	0.0000	0.0000 (1)	—
服务	0.0759	1.4600 (9)	0.0520
结果 ^④	0.0000	0.0000 (2)	—
疾病诊治	0.0177	0.5299 (3)	0.0334
设施	0.0118	0.5200 (3)	0.0227
人员 ^⑤	0.0000	0.0000 (1)	—
服务	0.0213	0.5200 (3)	0.0410
康复护理 ^⑥	0.0000	0.0000 (2)	—
设施	0.0433	1.1200 (5)	0.0387
人员 ^⑦	0.0000	0.0000 (2)	—
长期照护	0.0095	0.5299 (3)	0.0179
设施	0.0137	0.5200 (3)	0.0263
人员 ^⑧	0.0000	0.0000 (2)	—
服务 ^⑨	0.0000	0.0000 (2)	—
安宁疗护 ^⑩	0.0000	0.0000 (2)	—
设施 ^⑪	0.0000	0.0000 (1)	—
服务	0.0549	1.1200 (5)	0.0490

注：指标维度代表该指标下属各指标的判断矩阵；①、②、③、⑤与⑪处 CR 横杠代表该维度下仅包括一个指标，无需构建判断矩阵；④、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩处 CR 横杠代表该维度下判断矩阵仅包括 2 个指标，具有完全一致性。

最后，在所有判断矩阵通过一致性检验的基础上，进一步采用 Yaahp12.5 软件功能计算各指标权重（见表 5）。一级指标中权重最高的是健康教育（0.2373），其次为预防保健（0.2056）。二级指标中权重靠前的是服务、结果（或人员）。三级指标中权重最高的前五个指标为 60～69 岁老年人健康素养水平（0.0886）、60 岁及以上参与健康自我

管理小组比例(0.0816)、每万老年人口中医药卫生技术人员数(0.0656)、每万人口安宁疗护床位数(0.0462)、街镇标准化智慧健康驿站数量(0.0458)。

表5 老年人健康服务评价指标体系权重

一级指标		二级指标		三级指标				
名称	权重	名称	权重	名称	权重			
健康教育	0.2373	设施	0.0671	社区健康教育咨询点覆盖率(%)	0.0246			
				健康促进与教育专业机构数量(个)	0.0139			
				长者运动健康之家数量	0.0164			
				老年教育机构数量(个)	0.0123			
预防保健	0.2055	服务	0.0816	60岁及以上参与健康自我管理小组比例(%)	0.0816			
				结果	0.0886	60~69岁老年人健康素养水平(%)	0.0886	
		设施	0.0457	0.0713	街镇标准化智慧健康驿站数量(个)	0.0457		
					65岁及以上老年人健康管理率(%)	0.0089		
					65岁及以上老年人中医药健康管理率(%)	0.0058		
					60岁及以上老年人高血压规范管理率(%)	0.0103		
					60岁及以上老年人糖尿病规范管理率(%)	0.0101		
					本市老年照护统一需求评估等级2-6级的失能老年人家庭医生1+1+1签约率(%)	0.0066		
					家庭医生1+1+1签约老年人有效服务率(%)	0.0099		
					65岁及以上轻度认知障碍(MCI)风险人群服务管理率(%)	0.0088		
					65岁及以上老年人医养结合服务率(%)	0.0051		
					65岁以上失能老年人健康服务率(%)	0.0059		
					结果	0.0884	60岁及以上老年人血压控制率(%)	0.0457
					60岁及以上老年人血糖控制率(%)	0.0427		
疾病诊治	0.1929	设施	0.0529	二级及以上综合性医院、中医医院、中西医结合医院设立老年医学科的比例(%)	0.0194			
				老年病专科医院占综合医院的比例(%)	0.0150			
				老年友善医疗卫生机构占全部医疗卫生机构的比例(%)	0.0184			
				人员	0.0656	每万老年人口中医药卫生技术人员数(人)	0.0656	
		服务	0.0744	0.0744	社区综合为老服务中心(分中心)/社区养老服务综合体数(家)	0.0280		
					社区家庭病床建床率(‰)	0.0301		
					社区卫生服务机构向上转诊服务平均等待时间(天)	0.0163		
					设施	0.0610	开展中医特色康复服务医疗机构数量(个)	0.0113
康复和护理服务	0.1329	设施	0.0610	老年护理床位数(张)	0.0152			
				康复专科医院数量(家)	0.0111			
				康复专科医院病床数(张)	0.0131			
				街镇康复辅具租赁点覆盖率(%)	0.0103			
				人员	0.0719	千人口康复医师数(人)	0.0445	
				千人口康复治疗师数(人)	0.0274			

表 5 续

一级指标		二级指标		三级指标	
名称	权重	名称	权重	名称	权重
长期照护服务	0.1244	设施	0.0373	卫生部门牵头设置的老年护理床位数占区域内老年户籍人数比例 (%)	0.0174
				长期护理保险定点护理服务机构数量 (个)	0.0125
		人员	0.0428	长期护理保险定点评估机构数量 (个)	0.0074
				每千老年人口养老护理员数量 (人)	0.0245
				每千失能老年人 (本市老年照护统一需求评估后 2~6 级) 养老护理员数量 (人)	0.0183
				年度长期护理保险评估人次数 (次)	0.0191
		服务	0.0443	年度长期护理保险服务人次数 (次)	0.0252
				养老机构安宁疗护服务覆盖率 (%)	0.0106
安宁疗护	0.1069	设施	0.0462	万人人口安宁疗护床位数 (张)	0.0462
				服务	0.0607
		临终患者获得安宁疗护服务的覆盖率 (%)	0.0172		
		医疗机构安宁疗护服务覆盖率 (%)	0.0108		
		是否建立安宁疗护理念传播的制度	0.0107		
		年度服务临终患者数量 (人)	0.0114		

四、讨论

(一) 探讨构建老年健康服务供给评价指标体系方法的科学性

课题组经过两轮德尔菲法构建了上海市老年人健康服务供给评价指标体系,并用层次分析法确定各指标权重。首先,基于“构建覆盖生命全过程、便捷可及、综合连续、更高品质的老年健康服务体系”的理论,笔者通过综述文献、梳理政策与专家访谈确定初步指标体系框架。其次,在此基础上,依次进行两轮专家函询。函询中选取的所有专家与负责人均是从事老年健康服务相关的研究、管理、政策制定等工作的资深人员,多数年龄在 40 岁及以上,工作年限在 10 年及以上,职称也较高,选取的专家具有较高的科研能力与丰富的管理实践经验,具有一定的代表性。函询结果显示,两轮专家问卷有效回收率均大于 70%,说明专家回应积极程度较高;同时专家权威系数也高于 0.7,表明函询结果相对可靠;虽然两轮专家对所有指标评价都具有 consistency,但第一轮专家对指标一致性的认同度较差,而第二轮专家对指标一致性的认同程度比第一轮有所改善,肯德尔协调系数大于 0.2,表明研究结果基本可以接受。肯德尔协调系数不是特别高的原因可能是专家对指标体系在实践工作中

具体情况的认识存在主观差异。最后，在两轮德尔菲法专家函询的结果上，采用层次分析法，利用 Yaahp12.5 软件确定体系的各指标权重，并对各级指标进行一致性检验。两种方法相结合，确定最终老年健康服务供给评价指标体系，具有一定的科学性与合理性。

（二）构建老年健康服务供给指标体系权重的评价分析

健康教育是指医护人员有目的地向人们介绍健康知识并进行健康指导，使人们达到增强健康自我管理能力的一项重要工作。通过为老年人传播健康锻炼知识、老年病常识和用药常识、倡导理性疾病观和生命观等建立多元参与的健康教育体系，不仅可以大大提升生命质量，还可能减少无临床价值且浪费大量医疗资源的治疗（葛延风等，2020）。同样，预防保健通过加强老年人健康管理，提供健康生活方式、心理辅导与情绪纾解的心理关怀服务等方式，可以实现早防早诊早治。所以在大健康趋势下，人们更重视健康教育与预防保健，本研究一级指标权重最高的健康教育（0.2373）与预防保健（0.2056）正与之理念契合。其中健康教育中老年人健康素养水平更应得到高度重视。据统计，2017年我国65～69岁中老年人的健康素养水平低至6.3%，即100名65～69岁老人中具备基本健康素养的不到7位（葛延风等，2020）。老年人的健康素养水平低，健康状况不佳，就会导致健康行为的缺乏（张娜等，2019），最终影响老年人生命质量的提升。因此，在提升健康素养和健康状况的措施中，针对薄弱环节进行重点干预和防控成为相关部门的重点任务。本研究三级指标中专家评分权重最高的也是60～69岁老年人健康素养水平（0.0886），正好与当前我国老年人健康素养水平较低的问题相呼应，说明老年人健康素养水平的提高是亟待改善的问题。此外，本研究仅是一个构建指标体系科学性的理论探讨研究，未来将在实践应用中进一步使用验证该指标体系，并对其不断调整完善。

（责任编辑：信虹云）

国内外长期护理服务项目比较研究及经验借鉴

程文迪 万铃珊 丁汉升

【摘要】 文章通过政策文本分析方法，梳理德国、荷兰、日本以及国内长期护理保险试点城市和台湾地区的长期护理服务项目现状及特点，归纳国内外长期护理服务项目设计的经验，为我国逐步完善长期护理服务项目提供经验借鉴。

一、研究背景

（一）完善长期护理服务项目的必要性

随着我国人口老龄化程度的加剧，迫切要求加快发展老年护理服务，以应对人口老龄化，满足人民群众尤其是老年人群日益增长的多样化、多层次的健康需求。国家从战略层面聚焦失能老年人迫切的医疗护理需求，通过规范性政策文件指导各地规范开展长期护理服务工作。2019年7月，国家多部委共同出台《关于开展老年护理需求评估和规范服务工作的通知》（国卫医发〔2019〕48号），规范老年护理服务。

（二）我国长期护理保险试点城市陆续制定长期护理服务项目清单

为进一步深入推进长期护理保险（以下简称“长护险”）试点工作，2020年9月，国家医疗保障局、财政部印发《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》。长期护理服务项目在长护险中的作用就像基本医疗保险在医保目录中的作用，是我国长护险保障待遇的基石。全国长护险试点以来，各试点城市陆续制定长期护理服务项目清单。在国家层

基金项目：上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）所级课题（No.2019003E）

第一作者：程文迪，女，研究实习员

共同第一作者：万铃珊，女，研究实习员

通信作者：丁汉升，男，研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）党总支书记、副主任

作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

面出台老年护理规范服务工作政策背景下，各试点城市长期护理服务项目能否满足人民群众多样化、多层次的健康需求，值得进一步探索。

二、研究方法

（一）政策文本分析法

本文通过文献检索，梳理国内外长期护理服务项目清单，运用政策文本分析方法，分析国内外长期护理服务项目的现状及特点，比较其共性和差异，归纳国内外长期护理服务项目设计的经验，为我国进一步完善长期护理服务项目提供切实有效的政策建议。

（二）典型案例分析法

本文通过检索典型国家政府网站、研究报告、文献等，梳理4个典型国家长期护理服务项目清单；通过检索国内试点城市和典型地区政府网站、人力资源和社会保障局、民政局、医疗保障局或卫生健康委员会网站，梳理国内1个典型地区和12个试点城市长期护理服务项目清单（见表1）。

表1 国内外长护险服务项目清单政策文本

地区	政策文件名称	发布年份	政策类别
典型国家			
德国	《护理加强法 I》和《护理加强法 II》	2014 年	嵌套政策之中
荷兰	《特别医疗费用法》	1968 年	嵌套政策之中
日本	《介护保险法》	2000 年	嵌套政策之中
中国	《护理服务项目建议清单（试行）》	2019 年	独立配套文件
国内典型地区			
台湾地区	《长期照护（长照）十年计划 2.0》	2016 年	嵌套政策之中
国内试点城市			
广州市	《广州市长期护理保险生活照料服务项目表》 《广州市长期护理保险医疗护理服务项目表》 《广州市长期护理保险设备使用服务项目表》	2020 年	独立配套文件
成都市	《成都市长期照护保险失能照护服务项目和标准（失智）》 《成都市城镇职工重度失能人员长期照护保险基础照护服务项目及分级照护服务标准》 《成都市城镇职工重度失能人员长期照护保险社会支持类照护服务项目及分级照护服务标准》 《成都市城乡居民重度失能人员长期照护保险基础照护服务项目及分级照护服务标准》	2018 年 2020 年 2020 年 2020 年	独立配套文件
青岛市	《青岛市长期护理保险家护、巡护支付范围》 《关于实施〈青岛市长期护理保险办法〉有关问题的通知》（征求意见稿）	2020 年 2021 年	独立配套文件
上海市	《长期护理保险服务项目内容》	2016 年	独立配套文件
承德市	《承德市长期护理保险居家护理服务包》	2018 年	独立配套文件
重庆市	《重庆市长期护理保险服务项目和标准（试行）》	2018 年	独立配套文件
齐齐哈尔市	《齐齐哈尔市长期护理保险护理服务项目目录》	2017 年	独立配套文件
苏州市	《苏州市长期护理保险生活照料服务项目和标准（试行）》	2017 年	独立配套文件
南通市	《关于完善居家上门照护服务套餐的通知》	2017 年	独立配套文件
荆门市	《荆门市长期护理保险实施细则（试行）》	2016 年	嵌套政策之中
石河子市	《八师石河子长期护理保险实施细则（试行）》	2017 年	嵌套政策之中
开封市	《开封市长期护理保险护理服务项目清单》	2021 年	独立配套文件

三、国内外长期护理服务项目比较

本文借鉴国内外老年护理需求评估和长期护理服务的设计，将老年护理规范服务工作分解为长护险的保障对象和服务形式、服务项目提供依据、服务项目数量和内容、服务质量保证以及服务提供效果五个方面，并基于此形成政策文本分析框架，归类整理国内外的长期护理服务项目设计。

（一）典型国家长期护理服务项目情况

1. 长期护理服务保障对象及服务形式

典型国家长期护理服务保障对象及服务形式如下（见表2）。

表2 典型国家长期护理服务保障对象及服务形式

典型国家	长期护理服务保障对象	长期护理服务形式
德国	全体公民	居家照护； 机构照护：部分机构照护服务、完全机构照护服务
荷兰	所有合法居民（包括非荷兰国籍）	正式照护：机构照护、居家照护； 非正式照护：邻里互助
日本	在市町村居住的年龄在40岁以上的居民	居家服务：上门访问型服务； 社区服务：日间护理服务、短期入住服务； 机构服务：特定机构入住型服务、养老机构服务

德国居家照护服务主要是由家庭成员、邻居、专门的照护服务人员等为参保人提供日常照护服务。当参保人在居家照护中得不到充分的照护服务时，可申请部分机构照护服务。当参保人的照护需求超过居家照护和部分机构照护的服务范畴时，可申请完全机构照护，完全机构照护既包括基本日常照护，又包括医疗照护和社会照护。

荷兰长期护理服务形式包括机构服务、居家服务和现金补贴。若获得机构服务，则由机构提供护理服务；若获得居家照护，则可获得包括居家医疗护理、个人护理、照护指导、家务帮助以及邻里帮助、辅具提供等服务，同时申请者也有权选择接受现金补贴。

日本长期护理服务大致可分为居家服务、社区服务和机构服务三类。居家服务是指介护人员上门到被介护人员家中，根据其介护需要等级为其提供包含上门助浴、上门看护、短期住家生活介护等在内的服务内容。社区服务是指为在社区内居住的老人提供包括夜间访问介护、定期巡回及随时上门介护等服务内容。机构服务主要是通过介护老人机构对需要介护者提供包括日常生活护理、技能训练、健康管理等相对应的服务。

2. 长期护理服务项目提供依据

典型国家长期护理服务项目提供依据如下（见表 3）。

表 3 典型国家长期护理服务项目提供依据

典型国家	长期护理服务项目提供依据
德国	需求评估及评定过程由地方政府或卫生机构负责，不同地方之间可能存在较大差异
荷兰	功能、失能与健康国际分类标准（International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF）
日本	要介护认定调查表

德国长护险评估包括对个人卫生、饮食营养、行动能力、家务自理能力等内容和照护时间的评估，当长期护理保险覆盖人群在两个以上的日常行为活动能力（Activities of Daily Living, ADL）受损时可以获得一周数次的长期护理服务。

荷兰则采用了世界卫生组织（World Health Organization, WHO）的功能、失能与健康国际分类标准 ICF 对申请者的功能和残疾以及背景性因素进行评估，申请者则获得与评估结果相匹配的服务类型。

日本老年人需要介护服务时，需经线上评估及介护等级评估审查委员会（由医师、护士、介护福利士专业人员组成）认定，根据评估结果确定相应的照护等级，按疾病轻重分为 7 个等级，包括需要支援 1～2 等级，需要介护 1～5 等级，基于不同等级决定老年人接受服务的清单内容。

3. 长期护理服务质量保证和服务效果

关于长期护理服务质量保证和服务效果，德国通过法律保证护理质量，注重外部监管，每年开展服务质量抽查，向公众发布抽查结果，并且注重服务提供人员培训；荷兰由负责长护险的相关政府机构对服务的质量进行检查与监督；日本则通过法律的形式，对服务质量进行制约。

(二) 国内典型地区和试点城市长期护理服务项目情况

1. 长期护理服务项目保障对象及服务形式

国家层面、台湾地区和国内试点城市的长期护理服务保障对象及服务形式如下（见表 4）。

表 4 我国长期护理服务保障对象及服务形式

地区	长期护理服务保障对象	长期护理服务形式
全国	城镇职工基本医疗保险参保人群中需要护理服务的 60 周岁及以上老年人	机构护理；社区护理；居家护理
台湾地区	全民	居家护理服务；社区照护服务；机构护理服务；护理者支持服务
广州市	城镇职工基本医疗保险和年满 18 周岁的城乡居民基本医疗保险参保人群	机构护理、居家护理
成都市	城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险参保人群	机构照护；照护服务机构提供的居家照护和个体服务人员提供的居家照护
青岛市	城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险参保人群	专科护理、医院护理、家庭护理、巡视护理
上海市	城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的 60 周岁及以上的人员	居家照护、养老机构照护和住院医疗护理
承德市	城镇职工基本医疗保险参保人群	居家护理
重庆市	城镇职工基本医疗保险参保人群	机构护理、居家上门护理
开封市	城镇职工基本医疗保险参保人群	机构护理、居家上门护理、居家自主护理

在我国，服务提供机构可根据老年人实际护理需求，提供适宜的长期护理服务类型和长期护理服务项目。我国台湾地区 2007 年起推行“长期照护十年计划 1.0”，包含的照护服务有：上门照料、日间照料、家庭托顾、居家护理、社区及居家康复、喘息服务、交通接送、辅具服务、餐饮服务和机构服务。现在“长期照护十年计划 2.0”增加了社区整体照顾、失智照顾、原住民社区整合、小规模多机能服务、照顾者支持服务、社区预防照顾、预防延缓失能、延伸出院准备和居家医疗照护服务。从长期照护服务保障对象来看，目前试点城市中承德市、重庆市和开封市长期护理服务仅覆盖城镇职工基本医疗保险参保人群，长期护理服务

项目受益人群有待进一步拓展。从长期护理服务形式来看，目前大部分试点城市均提供机构照护、居家照护，部分试点城市提供住院护理，也有少部分试点城市仅提供居家照护，各试点城市长期护理服务形式各异，尚未满足失能人群全方位、多层次的长期护理服务需求。

2. 长期护理服务项目提供依据

国家层面、台湾地区和国内试点城市的长期护理服务项目提供依据如下（见表5）。

表5 我国长期护理服务项目提供依据

地区	长期护理服务项目提供依据
全国	评估标准《老年人能力评估标准表（试行）》 评估标准《老年综合征罹患情况（试行）》 需求等级《护理需求等级评定表（试行）》 评估结果《护理服务需求评定表（试行）》
台湾地区	多元评估量表（MDAI）
广州市	评估标准《日常生活活动能力评定（Barthel 指数评定量表）》
成都市	评估标准《成都市成人失能综合评估技术规范》 评估标准《成都市长期照护保险失能评估技术规范（失智）》
青岛市	评估办法《青岛市长期照护需求等级评估实施办法》
上海市	评估办法《上海市老年照护统一需求评估及服务管理办法》 评估标准、需求等级、评估结果《上海市老年照护统一需求评估标准（试行）2.0 版》
承德市	《日常生活活动能力评定量表》（Barthel 指数评定量表）
重庆市	评估办法《重庆市长期护理保险失能等级评定管理办法（试行）》 评估标准《Barthel 指数评定量表》 评估结果《重庆市长期护理保险失能等级评定结论书》
开封市	评估办法《开封市长期护理保险失能评估管理办法（试行）》 评估标准《开封市长期护理保险失能评估标准（试行）》 评估指南《长期照护服务需求—评估调查及其分级实践》

从长期护理服务项目提供依据来看，长期护理服务项目的设计、提供与需求评估不直接挂钩，二者之间缺乏关联性。日常生活能力评估量表是现阶段我国长护险主要应用的评估工具，存在评估内容不全面等问题。此外，老年护理需求评估工具的作用不仅在于决定谁有资格享受待遇，而且要评估出不同人群的护理服务需求。长护险服务供给模式是由

长期照护服务需求触发保险规定的服务供给内容，评估工具与服务清单内容有很好的关联性。目前，我国对于长期护理服务项目的设计、服务提供与评估工具之间并无直接关系，尚无法通过老年照护需求评估，明确老年人的护理服务需求，从而针对性地设计和提供服务项目。

3. 长期护理服务项目总数和类别

国家层面、台湾地区和国内试点城市长期护理服务项目类别和数量如下（见表6）。从长期护理服务项目数量来看，各地服务项目尚不足够。国家层面、台湾地区和7个试点城市的长期护理服务项目总数从10余项至90余项不等。按照国家长期护理服务清单73项服务项目的要求，上海市、成都市、重庆市等经济水平相对较高的试点城市长期护理服务项目数量仍然存在差距。从长期护理服务项目类别来看，各地项目分类模糊，命名缺乏标准化。从长期护理服务项目内涵来看，各地服务项目涵盖的照护类别各异，对于老年人安全照护、认知照护和心理照护方面的服务缺乏重视，难以满足老年人多样化、多层次的照护需求。

4. 长期护理服务质量保证和服务效果

国家层面要求各长期护理服务机构按照相应的长期护理服务标准和规范提供长期护理服务，保证长期护理服务质量安全。中国台湾地区由负责长护险的相关政府机构对服务的质量进行检查与监督。从国内来看，除成都市明确对长期照护保险协议照护服务机构进行评分外，无论是国家层面还是广州市、青岛市和上海市，对于长期护理服务工作均未提出明确的服务质量保证和监督方法、指标等。

表 6 我国长期护理服务项目类别及数量

地区	长期护理服务项目类别	长期护理服务项目数量	
全国	1. 生活护理类	19	
	2. 护理与康复类	42	
	3. 心理护理类	3	
	4. 中医护理类	9	
	总计	73	
台湾地区	总计 ^①	17	
广州市	生活照料服务项目	48	
	医疗护理服务项目	34	
	设备使用服务项目	8	
	总计	90	
成都市	城镇职工参保人群和失智人群	24	
	城乡居民重度失能人员	16	
	总计	40	
青岛市	《青岛市长期护理保险家护、巡护支付范围》		
	1. 统筹使用包项目医疗服务	7	
	2. 个人使用包项目	60	
	总计	67	
	《关于实施〈青岛市长期护理保险办法〉有关问题的通知》 (征求意见稿)		
	1. 医疗服务包	6	
	2. 照护服务包	62	
	总计	68	
	上海市	1. 基本生活照料	27
		2. 常用临床护理	15
总计		42	
承德市	总计 ^②	17	
重庆市	1. 饮食照料	2	
	2. 排泄照料	4	
	3. 移动照料	2	
	4. 清洁照料	12	
	5. 其他照料	4	
	总计	24	
开封市	1. 基本生活照料类	32	
	2. 医疗护理类	10	
	3. 服务设施类	1	
	总计	43	

注：①台湾地区 17 项长期护理服务项目为：居家照护、居家护理、居家及社区康复、喘息服务、交通接送、辅具服务、餐饮服务、机构服务、社区整体照顾、失智照顾、原住民社区整合、小规模多机能、照顾者支持服务、社区预防照顾、预防延缓失能服务、延伸出院准备、居家医疗；②承德市 17 项长期护理保险居家护理服务包括：理发、沐浴或擦浴、洗头、剃须、剪指（趾）甲、预防压疮、洗手洗脸洗足、口腔清洁、会阴清洁、关节护理、监测生命体征、压疮护理、帮助进食/水并指导、排泄护理并指导、翻身训练并指导、预防噎食吞咽障碍指导、血糖监测。

四、完善我国长期护理服务项目的建议

（一）扩大长期护理服务覆盖人群，丰富长期护理服务形式

针对目前我国各试点城市长期护理服务覆盖人群范围小、服务形式各异的现状，结合国际上如荷兰将所有的合法居民（包括非荷兰国籍）纳入长期护理服务保障对象的经验，虽然我国目前的情况不足以覆盖所有合法居民，但建议各地比对国家规范长期护理服务的政策，根据各试点城市的实际情况，逐步扩大长期护理服务覆盖人群，根据老年人实际护理需求情况，提供适宜的长期护理服务类型和长期护理服务内容，不断丰富长期护理服务形式。聚焦失能老年人群体的长期护理需求，从而提高失能老年人群的获得感和幸福感。

（二）规范老年照护统一需求评估标准，关联长期护理服务提供

针对目前国内长期护理服务项目的的设计、提供与需求评估脱节的现状，一方面，建议借鉴国际上 CAPE(the Clifton Assessment Procedures for the Elderly) 系统、EASY-Care、interRAI (International Resident Assessment Instruments) 等多种评估工具，建立我国试点地区相对统一的评估工具。上海市推广使用的《老年照护统一需求评估标准》，评估内容较为全面，能够更加准确地反映老年人的照护需求。另一方面，建议长期护理服务项目提供与需求评估相互关联，为经过需求评估分级的老年人提供个性化和针对性的照护服务。如荷兰，申请者进行失能与健康国际分类标准评估后，获得与评估结果相匹配的服务类型。目前，上海市《老年照护统一需求评估标准》研制团队已完成基于需求分级的长期护理个性化照护计划自动生成模型的研发工作，将老年人的需求评估结果和需要的照护服务关联起来，针对长期照护服务与照护需求存在供需不匹配、缺乏个性化和针对性等难点问题，为老年人提供精准的照护服务建议。

（三）规范长期护理服务标准化分类，丰富服务项目内涵

针对目前全国各试点城市长期护理服务项目数量不足、分类模糊、内涵不丰富等特点，建议各地比对国家长期护理服务清单 73 项服务项目，逐步扩大各自的长期护理服务项目清单。在扩充服务项目的同时，建议各地比对国家长期护理服务项目分类标准，或者是借鉴国内生活照护、医疗照护、预防性照护、康复护理、心理疏导、辅具等设施类长期护理服务项目，借鉴本文中提到的典型国家和地区对不同服务进行统一的规范化的项目分类，明确各类别服务项目的内涵和范围。此外，在丰富长期护理服务项目内涵的过程中，更加重视认知照护、心理照护、安全照护、预防性照护和康复护理等，同时可借鉴荷兰多样的长期护理服务形式，除了可提供机构服务和居家服务之外，也可提供现金补贴，从而满足老年人多样化、多层次的照护需求。

（四）提高长期护理服务质量，优化长期护理服务效果

针对目前国内缺乏长期护理服务质量保证和监督方法、指标等现状，建议我国借鉴德国对于长期护理服务质量保证的经验，建立健全长期护理服务质量保证机制。首先，从国家层面出台法律、政策或者文件保证护理质量；其次，针对长期护理服务提供机构和服务提供人员进行评估和培训；再次，注重外部监管，引进第三方评估机制，加强对服务效果的评估，每年开展服务质量调查研究，并向公众发布调研结果；最后，构建以老年人为中心的长期护理服务质量评价体系，重视老年人的长期护理服务健康结果维持或改善，以及老年人对于长期护理服务的满意度、接受度和认可度等，持续提高长期护理服务质量，实现长期护理服务效果最优化。

（责任编辑：张莘）

发达国家老年失智全程服务的国际经验及启示

王常颖 张蕴伟 汪霞晴 朱婷婷 牛玉宏

【摘要】 文章通过综述国际经验，发现发达国家及地区在诊断前明确政府责任、制定失智计划，诊断早期发挥基层作用、加强失智早期筛查，诊断中期注重服务整合、社区服务、喘息服务等，诊断晚期为患者提供持续照护、安宁疗护。建议出台国家层面针对失智的计划，提供连续、整体、整合型的服务，关注社区服务和管理支持，为照护者提供支持与经济激励。

失智（dementia）是由脑部疾病所致的综合征，通常具有慢性或进行性。目前对中晚期失智治疗手段极为匮乏，一旦进入疾病发展期，病情逐渐加重，无法逆转。随着我国社会经济的发展，人口老龄化形势日益严峻。我国老年人失智总发生率达 7.6%，老年人群失智发生率高、发展快、疾病负担重，给卫生及社会体系带来了巨大压力，已成为亟待解决的突出问题。目前我国失智防治和照护需求与实际服务提供之间存在巨大差距，服务资源错配、不足与浪费并存，各类服务碎片化，跨专业协作和上下衔接联动的机制尚未建立，缺乏一个完整、综合的一体化防治服务体系。

针对失智渐进式发展的特点，世界卫生组织（World Health Organization, WHO）提出了“失智服务计划的七阶段模型”，按照失智诊断前、早、中、晚等时期，将为失智提供的全程服务划分为 7 个阶段

基金项目：上海市自然科学基金项目“老年认知障碍卫生需求、服务资源配置及对策研究”（19ZR1449300）

第一作者：王常颖，女，助理研究员

通信作者：牛玉宏，女，研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）科研事务服务部主任

作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

(见图 1)。发达国家和地区人口老龄化进程早，对失智服务关注较早，已取得较为长足的发展。从发达国家及地区的视角出发，研究失智进程中不同阶段所需服务的特点，有针对性地建立失智全程防治体系，对更好地为失智人群服务有着重要意义。

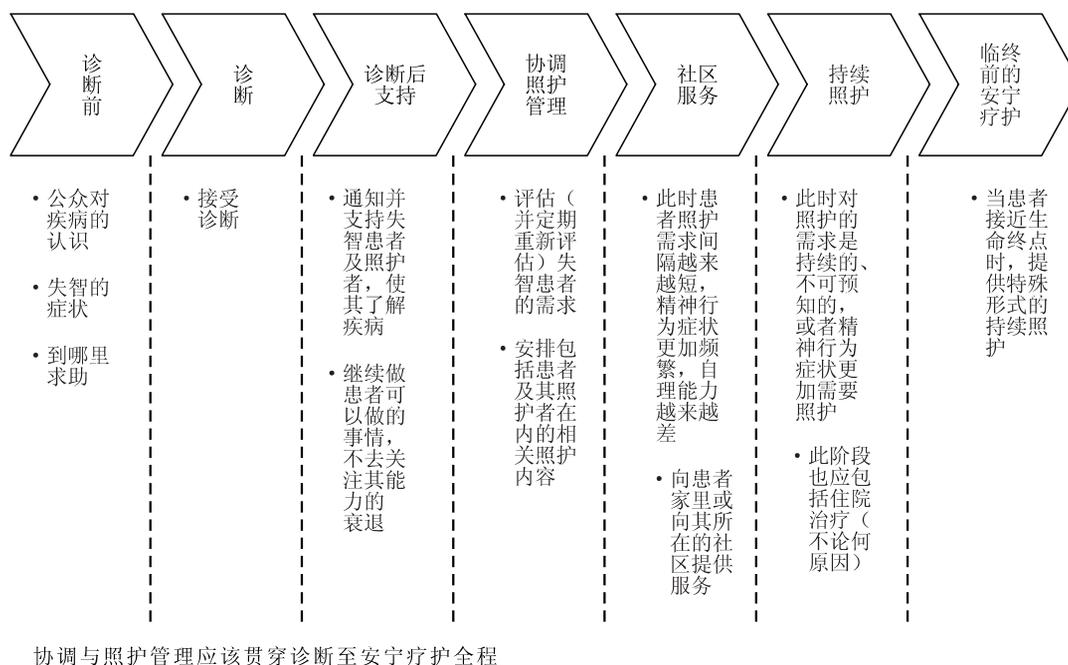


图 1 世界卫生组织失智服务计划的七阶段模型

一、诊断前：明确政府责任，制定失智计划

2017年5月，WHO发布了“应对失智的公共卫生回答全球行动计划 2017—2025”（Global action plan on the public health response to dementia 2017—2025），首要目标即是呼吁76%的成员国（146个国家或地区）在2025年前必须制定适合因地制宜地制定应对失智的策略。在此之前，一些发达国家就已出台、颁布了国家层面的失智政策或计划（见表1）。据统计，截至2018年，已经制定国家层面的失智政策、计划或战略的国家或地区有27个。从这些已制定的失智政策、计划及战略可以看出，大部分国家着重关注失智的早期诊断、提高对失智的认知、加强照护者支持，以及改善服务、提高服务质量几个方面。

表1 部分发达国家的失智政策、计划及战略

国家	政策 / 计划 / 战略	具体行动	实施时间
日本	提高失智患者医疗卫生服务和生活质量的紧急计划	现状调查 加快研究及发展 促进早期诊断及适宜医疗卫生服务 宣传服务与支持 失智早期人群措施	2008 年至今
澳大利亚	失智倡议：将失智作为国家卫生的优先考虑	社区服务包 培训老年照护工作人员 失智行为管理咨询服务 对失智患者及其家属的支持和信息帮助 研究资金 社区支持资金	2005—2011 年，资金支持持续至 2013 年
丹麦	国家失智行动计划	及早诊断 诊断质量 提高学科间交流 对失智患者及其非正式照护者的照护 对失智的认知，尤其是早期服务计划与未来照护者	2011—2015 年
英国	与失智共存：一项国家失智战略	提高认知和理解 早期诊断和支持 发展服务，帮助患者与失智共存	2009—2014 年
法国	法国阿尔兹海默病计划	加强对照护者的支持 加强所有参与者间的协调 帮助患者及其家属获得居家支持 促进诊断与服务路径的可及性 促进患者居家照护，提高生活质量 培训卫生技术人员，提升技术 促进研究 机构监督与随访 提供信息、提高公众认知 促进伦理考虑，建立伦理学方法 使阿尔兹海默病成为欧洲的优先考虑	2008—2012 年
挪威	失智计划 2015	通过发展方法与研究，提高护理质量 提高工作场所的知识与技能 促进专业机构间的协作 支持“积极照护”（active care），如日间照护计划 支持家庭与专业人员之间的合作	2007—2015 年
瑞士	国家失智战略 2014—2017	提高对失智的认知 发展适宜的失智服务（改进诊断及服务协调） 通过制定服务指南与发展失智相关技术提升服务质量 加强对现行项目及国家战略实施的监督 提高参照数据的实用性，为将来制定失智服务计划提供循证依据	2014—2019

二、诊断早期：发挥基层作用，加强失智早筛

目前，即便在部分发达国家或地区，失智仍是一项缺乏检测、诊断、治疗和管理的疾病。一项针对英国全科医生（general practitioners, GPs）转诊的调查显示，在基层转诊至记忆专科服务前，仅有 20% 的患者做过认知测试，其中有 37% 最终被确诊为失智。因而，基层卫生机构在诊断前的失智甄别、筛查中至关重要。

加拿大的就诊流程从家庭医生处开始（可以是单人执业或专业的初级卫生团队），家庭医生发挥“守门人”的作用，如有需要将其转诊至专科医生处。在加拿大安大略省，加拿大家庭医生（Canadian Centre for Family Medicine, CCFM）家庭健康团队（Family Health Teams, FHTs）特别设立了初级保健记忆诊所（memory clinics），由初级保健医生（primary care practitioners, PCPs）决定患者是否需要转诊。记忆诊所涵盖一支多学科团队，包括 PCPs、护士、社会工作者、药剂师等，能够为患者提供神经心理学测试及社会照护需求评估。在开展时长约 2 h 的评估之后，由多学科团队召开会议做出一致诊断。CCFM 记忆诊所还开发了一项为期 5 d 的项目，帮助其他 FHTs 建立自己的记忆诊所同时提供持续的指导支持。加拿大失智临床诊断和治疗遵从由学术和临床团体共同认可的国家循证临床标准执行。2012 年“第四届失智诊断和治疗共识会议”（Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia, CCCDTD4）规定了现行的失智诊断和治疗临床标准。国家临床标准强调，大部分类型失智可以在社区进行初诊，且失智的管理应当首要是基层卫生的责任。有研究指出加拿大基层卫生医生运用诊断及功能评估工具的水平较低、对照护者相关问题缺乏关注以及对社区支持利用不足，此外，基层卫生和专科服务之前协调性差，导致多次不必要的重复检查。为了提高 PCPs 对于轻度失智的知识与评估、

诊断技术水平，记忆诊所专家引入了加拿大轻度失智知识转移工具包，内容包含评估工具、数据收集表，以及相关失智指南。在充分学习了如何使用工具包后，PCPs可以独立作出评估，所做的评估将由专科医生进行审核。

韩国早在2008年就颁布了第一轮国家失智计划（National Dementia Plan），2012年出台了失智管理法案（Dementia Management Act, DeMA）。国家卫生促进基金（National Health Promotion Fund）筹资，在每一家当地公共卫生中心内成立了失智咨询中心，提供失智早期筛查。2015年筛查人数达52 000人。此外，还出台了国家失智早期检测项目（National Dementia Early Detection programme, NDeED），包括早期检测服务、一个自我筛查电子应用程序“检查失智”、国家失智热线服务电话和指导如何降低疾病风险的国家指南等。通过该项目的实施，韩国600万名65岁及以上老年人中，做过筛查的达200万人，其中1/3得到了进一步诊断。最终，接受筛查的老年人中失智的患病率为25%。

三、诊断中期：服务整合、社区服务、喘息服务

在确诊为失智后，有效、持续的医疗卫生和社会服务对于提升患者及其照护者生活质量至关重要。在此阶段，为其提供的长期照护包括：就诊后服务，即根据需求提供支持、建议和信息，帮助维持独立性；社区服务，即帮助患者遵照其意愿在家生活，直到病情不再允许，对照护者提供短假期/喘息服务，为患者社会参与提供机会。英国卫生部于2009年发布的“与失智共存”（“living well with dementia”）国家战略指出，需要更关注失智的全程服务，而非复杂的医疗服务，而达到“与失智共存”的目标在于为患者、照护者以及参与失智全程的服务人员提供以人为本、无缝衔接的整合型服务。为达到延缓病情、提升患者生活质量的最终目的，一些发达国家和地区将服务提供者在机构、服务等方面进行

整合，各方共享资源、通力合作，共同为患者及其照护者提供各具特色的服务。

（一）服务整合

自主整合阿尔茨海默病患者中心是法国阿尔茨海默计划中的关键组成部分，旨在更好地接待、指导以及为失智患者提供照护。该中心建立了一个整合体系，涵盖来自当地照护、帮助、支持领域的各方，包括医院、GPs、日托中心、阿尔茨海默症中心、行政服务、社会服务、家庭工作者、志愿者、失智协会等，提供一站式服务。但是，该中心体系并非取代现有体系，而是为增加各方协调性提供一个运作框架，其所提供的服务建立在以人为本的基础上，尽可能满足患者需求。2014年，法国已有500家自主整合阿尔兹海默病患者中心。

在荷兰，政府出资建立失智照护网络，将各种照护资源进行了整合。通过该项目的实施，失智照护的整合服务有了明显改善。项目强调以患者为中心，有40%的专业人员表示该项目有助于他们解决问题，50%认为他们关于患者转诊的知识有所提升，特别是护士的失智照护协作能力有了明显提升。

（二）社区服务

目前，许多发达国家都正在或已经开始将传统的照护机构迁走，并致力于构建以社区为基础的照护体系。如澳大利亚政府开展了综合计划，包括扩大社区服务项目和内容，提升居家照护服务质量，以及开展针对失智症状行为学和心理学的行动。日本和瑞典引入小群组家庭作为机构照护和家庭照护的中间过渡阶段。小群组家庭包含6~10名居民，由员工提供24h不间断的服务，作为可以替代传统机构与家庭照护的另一项选择。

瑞士阿尔兹海默病协会与其他公立、私立服务提供方共同为瑞士失

智患者及其家庭照护者提供各种各类的服务，包括日间照护、自助小组、辅导服务、阿尔兹海默病咖啡馆、创造失智友好社区等。阿尔兹海默病咖啡馆是一项“诊断后团体支持干预措施”，形式通常为每月一次的聚会，为失智患者及其家人、朋友照护者和其他任何感兴趣的人创造一个类似咖啡馆的环境，播放音乐、提供茶点、开展失智教育，而且完全免费。目前，瑞士国家层面缺乏对家庭照护者的经济激励措施，但部分行政区、市引入了按日、月结算薪资的方式。一些行政区通过居家照护提供方雇佣家庭照护者，使其变成正式照护人员。此外，家庭照护者还可申请津贴福利。

荷兰的 Hogewey 村为居住在其中的失智老年人创造熟悉且安全的生活环境，在缓解他们焦虑不安的同时，尽可能地改善他们的生活质量。通过怀旧疗法，最大化地保持老年人的独立性和自主性，所有老年人可以自由地前往村里设置的“剧院”“超市”“咖啡厅”等设施，照护人员和医生则假扮成工作人员与他们进行互动。村里设有 23 座“居所”，被布置成老年人熟悉的样子，每座“居所”居住 6~7 名老年人。老年人可以带自己熟悉的物品，甚至宠物入住。

同样地，英国 Belong 养老村模拟“大家庭”设计，每个家庭住宅内可供 11~12 名人员居住。Belong 养老村通过鼓励老年人更多地参与运动，包括健身、爬楼梯等活动，帮助老年人恢复行走能力，降低摔倒概率；开展体验日项目，如美容美发、按摩、读报、猜谜、回顾经典电影、插花、园艺、烹饪等活动，为居住在其中的老年人营造生活感和归属感。特别针对失智患者及其照护人员，提供包括需求评估、情绪疗法等一系列的服务，帮助其接受诊断和专业化的失智服务。

（三）喘息服务

澳大利亚一项同时针对患者和照护者的为期 2 周的喘息服务，它同

时对患者和照护者提供服务。每个项目有 10~15 对患者和照护者参加。患者接受个体化的、针对疾病阶段的训练（如认知记忆训练、职业疗法、身体训练）时，照护者同时参加一项强化的培训课程，了解疾病知识，并接受有关沟通技巧的专门训练。照护者也可以自由支配时间，比如休息和放松。评估结果显示，参与该项目后，照护者抑郁症状有所减轻，负担有所下降。

四、诊断晚期：持续照护、安宁疗护

当患者接近生命终点，疾病症状不断加重，需要持续提供照护，包括：持续照护，即对不再能居家的患者提供照护（如不同形式的支持或机构照护），以及对晚期患者提供安宁疗护。根据 WHO 的定义，安宁疗护是为患者提供使其减轻疼痛和其他痛苦症状的服务，目的既不是为了加速也不是延缓死亡过程，是结合心理和心灵方面的护理。欧洲安宁疗护协会白皮书（European Association for Palliative Care White Paper）在患有失智人群的安宁疗护服务适用性中提到：提高生活质量、维持功能、最大化提高舒适度是安宁疗护的目标，也适用于失智的疾病进程。

“老年人群的安宁疗护”（Palliative Care for Older People, PACE）项目是一项开展于 2014—2019 年由欧盟资助的项目，它从宏观、中观、微观层面对欧盟多国的养老院和护理院内提供的临终关怀服务进行了比较（见表 2）。研究发现，临终关怀服务实施较迟是一个普遍现象，即便是在临终关怀服务较为发达的国家如比利时、荷兰和英国，养老院的死亡质量与生命末期生活质量仍不容乐观。

表2 部分发达国家的安宁疗护实践经验

层面	内容	国家
宏观	政策指令、文件、战略、指南	英国：2018年出台的国家生命末期照护战略（National End-of-Life Care strategy）特别指出护理院作为老年人群生命末期居住的场所需要安宁疗护规定
	立法	法国：2005年公布的“患者权利和生命末期”行动（Patients' Rights and the End-of-Life Act）明确指出了护理院中安宁疗护的目标
	管理及质量监管	奥地利：安宁疗护内容被整合在养老院“国家质量证书”（National Certificate of Quality）中
	教育、培训	丹麦：在6家机构实施教育项目，通过多学科培训使员工提升安宁疗护的服务能力 德国：德国安宁疗护基金会（Deutsche Palliative Stiftung, German Palliative Care Foundation）针对护理院员工开发了一系列培训手册
中观	工具、框架（如：服务路径、服务清单、质量保证过程、组织变革项目等）	冰岛：在首都雷克雅未克市区的机构引入利物浦服务路径（Liverpool Care pathway） 瑞典：使用安宁疗护登记来保障服务利用的规律性和质量 英国：实施组织变革项目“护理院金标准框架”（Gold Standards Framework for Care Homes），提出帮助提升护理院中安宁疗护服务的结构变革过程
	服务模式	卢森堡：由安宁疗护家庭小组支持护理院的服务
	服务发展、研究（关注护理院中安宁疗护服务的项目或计划）	比利时：法兰德联邦安宁疗护（Federation Palliative Care Flanders）引入护理院的安宁疗护服务指南 冰岛：由爱尔兰安宁基金会（Irish Hospice Foundation 支持）“由我决定”（Let Me Decide）项目启动，将服务计划干预引入护理院
微观	直接提供安宁疗护服务的护理院比例	较少：捷克、芬兰、希腊、匈牙利、冰岛、以色列、意大利、葡萄牙、西班牙 中等：丹麦、法国、德国、卢森堡、挪威 较多：奥地利、比利时、爱尔兰、荷兰、瑞典、瑞士、英国

五、经验启示

（一）推动对失智的关注

目前，我国正面临着人口老龄化的严峻形势，《国家积极应对人口老龄化中长期规划》将应对老龄化上升为国家战略，而失智作为影响老年人群健康和晚年幸福的严重疾病之一，亟需引起社会关注。《“健康中

国 2030”规划纲要》指出，“立足全人群和全生命周期两个着力点，提供公平可及、系统连续的健康服务，实现更高水平的全民健康”。要促进健康老龄化，首先要从顶层设计发力，推动对失智的关注，如针对失智出台行动计划、纲要或规划，针对养老、预防、医疗、康复、照护体系做出统一的规划部署，预防疾病、促进健康，提升老年人的健康预期寿命和生活质量。

（二）提供连续、整体、整合型的失智服务

国际阿尔兹海默病协会提出，失智患者的照护服务应当是：连续的，即必须随着情况进展不断评估治疗选择、照护计划和需求支持；整体的，即对待整个人，而非单一的情况、器官或系统，应当注意这个人独特的喜好、价值观等；整合的，即不同服务提供者、照护等级、卫生和社会服务体系之间的整合。WHO 将整合型服务定义为“将投入、提供、管理，以及诊断、治疗、照护、康复和健康促进等相关服务组织整合在一起的概念。整合是提高服务可及性、质量、患者满意度和效率的手段”。目前我国的失智相关服务碎片化，卫生、民政体系缺乏沟通、整合。根据国际经验，整合分为水平及垂直整合。水平整合是在同一等级服务之间不同体系进行整合，如卫生和社会服务；垂直整合是不同等级服务间或专业级别间的整合，例如初级、二级和三级医疗卫生服务。由于失智症状呈渐进式发展，因此提供连续、整体、整合型的服务有助于患者维持较高的生活质量。

（三）加强社区服务和管理支持

目前，世界上许多国家及地区的老年人长期照护政策均提倡“在地老化”（aging in place）的概念，即在家、在社区居住，获得所需的各种类型的服务。作为特殊群体的失智老年人，服务需求也具有特殊性，而居住在其熟悉的环境中使老年人感到放松、自在，有利于维持功能，也

能够节约社会资源。对此，加强社区服务和管理。对于高风险老年人群，开展早期筛查服务，采取干预措施；对于疾病中、晚期人群，建立跨专业的服务人才队伍，提供身体和生活方面的照护，最大限度保障老年人的身体健康与生活自理能力。

（四）提供照护者支持与经济激励

研究发现，在我国，失智老年人的照护服务主要由家人特别是配偶提供，平均每天照护时间长达 11 h，而配偶也多为老年人，如此长时间、高强度的照护对其身体、精神都是较大的负担。许多国家都有针对照护者的支持项目，包括帮助热线、喘息服务等。建议首先可以提高照护者的认识与知识，促进其照护能力提升，包括举办课程，宣传失智的照护方法、照护者自我调适、如何寻找合适的社会资源等等。其次，开设失智热线、建立失智互助平台，向照护者提供支持服务。第三，可适当采取经济激励措施。对非正式照护者，由专项资金对其额外付出的时间予以弥补；对正式照护者，提高其待遇水平。第四，探索为照护者提供喘息服务。

（责任编辑：信虹云）

征稿启事

《卫生政策研究进展》杂志是上海市卫生健康委员会主管，上海市卫生和健康发展研究中心主办的卫生政策研究期刊，属于连续性内部资料性出版物（上海市连续性内部资料准印证第 K0649 号），2008 年 11 月正式创刊发行，每年发行 8 期，主要设有、医药卫生体制改革、专家解读、专题研究、他山之石、区县之窗、专家观点政策解读、信息动态讯息等栏目。现广泛征集优质稿件，欢迎作者踊跃投稿。征稿事项简述如下。

一、办刊宗旨

配合卫生健康事业的改革与发展，及时传播改革进展及相关政策研究成果，为决策者提供及时、可靠的卫生决策咨询信息服务。

二、读者对象

刊物出版后，进行赠阅，赠阅范围主要包括：世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处，美国中华医学基金会合作项目单位；国家卫生健康委员会相关司局，国家卫健委卫生发展研究中心、国家卫健委统计信息中心；各省市卫健委规划发展处、财务处、政策法规处；上海市委、市人大、市政府、市政协相关部门，上海市卫生健康委员会领导及有关处室，上海市各区分管副区长、各区卫健委主要领导，上海相关医疗卫生单位；全国部分高校和研究机构的卫生政策研究专家和学者等。

三、来稿要求

1. 来稿主题应与卫生健康事业改革相关，如有 4～5 篇同一主题的一组文章，可单独与编辑部联系，编辑部将视稿件情况考虑是否专门成刊。每篇文章 5000～8000 字为宜。

2. 来稿应结构完整（包括中文摘要 200 字左右，关键词 3～5 个、正文等），论点明确，论据可靠，数字准确，文字精练。

3. 来稿作者信息包括姓名、单位、职称、职务、地址（xx 省 xx 市或 xx 县 xx 路 xx 号）、邮编、电话、E-mail 等信息。

4. 文稿中摘编或引用他人作品，请按《中华人民共和国著作权法》有关规定在参考资料中标明原作者姓名、作品名称及其来源等。

四、投稿事宜

文稿请采用 word 格式发送至以下邮箱：phpr@shdrc.org。凡被采用的稿件，编辑部会进一步与作者沟通修改事宜。稿件一经录用，编辑部会联系作者支付稿费并赠送当期杂志 2 本。不收取任何版面费。

五、联系方式

地 址：上海市建国西路 602 号 邮 编：200031

网 址：www.shdrc.org

微信公众号：卫生政策研究进展（过刊电子稿可从公众号查阅和下载）

联系人：张 苹 信虹云

电 话：021-33262062 021-33262061

邮 箱：phpr@shdrc.org

发送对象：

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处
国家卫生健康委员会相关司局、国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、
国家卫生健康委员会统计信息中心
中国医学科学院医学信息研究所
美国中华医学基金会合作项目单位
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门
各省市卫生健康委员会政策法规处、财务处
上海市卫生健康委员会领导及有关处室
上海市各区分管副区长、各区卫生健康委员会
相关医疗卫生单位
全国部分高校和研究机构



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生健康发展研究中心

(上海市医学科学技术情报研究所)

Shanghai Health Development Research Center

(Shanghai Medical Information Center)

中国 上海

Shanghai China