

• 国外护理 •

人口老龄化背景下澳大利亚长期护理服务需求评估工具的改革及启示

欧焕珍¹, 黄彩芳²

(1. 中国人民解放军 32265 部队 护理部, 广东 广州 510000;

2. 南方医科大学珠江医院 神经外科, 广东 广州 510000)

未来,我国人口的重度老龄化将对养老服务体系产生巨大的挑战^[1],且空巢化、少子化弱化了传统家庭养老模式,使长期护理服务成为养老服务体系的重要组成部分^[2]。其中长期服务需求评估工具作为长期护理服务可持续发展的“守门人”,使其成为该领域重要的研究内容^[3]。2021 年我国采用《长期护理失能等级评估标准(试行)》作为统一的服务需求评估工具^[4]。随着服务需求评估工具在全国范围的使用,其在甄别能力、评估结果可靠性、规范服务行为方面的问题将日益显现。澳大利亚较早开展社会化长期护理服务,并在 2019 年根据养老服务需求的变化以及服务机构存在的问题,对评估工具进行了迭代,在需求评估工具的完善上积累了较多经验。本文从评估指标、评估结果与保险基金支付、再次评估时机的角度等方面阐述澳大利亚长期护理服务需求评估工具从老年护理基金工具(aged care founding instrument,ACFI)到澳大利亚老年护理分类(Australian national aged care classification,AN-ACC)的变迁,以期为我国长期护理服务需求评估工具的优化提供借鉴。

1 澳大利亚长期护理服务需求的变化

1984 年澳大利亚开始实施全民健康保障政策,允许可独立生活的老年人入住长期护理服务机构^[5],给医保基金可持续发展带来巨大压力。2006 年为有效利用服务资源,澳大利亚长期护理机构开始使用 ACFI 甄别“失能失智”人群。该工具采用日常生活能力、精神行为症状、护理技术服务需求作为评估内容和保险基金支付依据,其中日常生活能力包括进食、活动、穿脱衣服、沐浴、如厕;精神行为症状包括认知功能、徘徊、语言行为、身体行为、抑郁;护理技术服务需求有血压监测、血糖监测、皮肤管理、疼痛管理、喂养管护理、肠道护理、导管护理、慢性伤口护理、药物治疗、氧疗、姑息治疗、造口护理、吸痰护理、气管切开护理^[6]。2015 年,为继续降低

医疗保障支出,政府开始加大“居家养老”的投入,老年人在居家状态下可获得购物、居家适老化改造、护理、医疗等服务^[7],吸引了更多的老年人选择居家养老,因此服务机构的入住率逐年下降,且大部分入住者年龄在 85 岁以上且健康状况较差^[8]。服务机构的主要入住者发生改变,从既往的“失能失智”到如今“生命终末期”人群。此时,加剧服务机构推诿病情危重患者、过度开展不必要服务项目等趋利行为。

2 ACFI 的缺陷

澳大利亚政府意识到长期护理服务改革的迫切性,2017 年开始对 ACFI 进行审查,发现 ACFI 在反映入住者服务资源消耗程度、服务需求分级方法、再次评估时机、诱导服务机构趋利行为上的缺陷^[8]。

2.1 ACFI 评估指标难以精确反映资源消耗程度引起长期护理服务机构趋利行为加剧的主要原因是 ACFI 评估指标未能与当前入住的“生命终末期”人群相匹配^[6],评估结果低估了上述人群的资源消耗情况,导致较高的资源消耗与相对低的保险基金支付,服务机构出现“入不敷出”的困境。审查意见认为可通过调整评估指标改善上述困境,调整内容主要有 3 方面:(1)纳入对生命终末期具有敏感识别能力的指标;(2)删除部分对资源消耗没有识别能力的指标;(3)调整现有指标,审查结果认为 ACFI 精神行为症状仅包括身体行为、语言行为、徘徊,认知功能应为主要且独立的服务需求驱动因素。

2.2 基于评估量表得分的服务需求分级方法

ACFI 将日常生活能力(activity of daily living scale,ADL)、精神行为症状、护理技术服务需求的评估结果各自分为低、中、高 3 级。每个结果具有不同的保险基金支付权重,入住者的保险基金支付总额是 3 项支付权重的叠加,具体支付权重见(表 1)^[9]。虽然上述分级方法在实际操作中简单方便,所需的管理费用较低,但忽略日常生活能力与精神行为症状的关联性,将患者各种服务需求驱动因素视为独立存在,保险支付权重的设计也是针对单一评估指标,容易导致保险费用膨胀^[10]。

表 1 ACFI 保险基金支付模式

服务需求分级	支付内容与权重		
	ADL	精神行为症状	护理技术服务项目
低	1	0.23	0.45
中	2.18	0.47	1.27
高	3.02	0.99	1.84

2.3 缺乏有差异性的再次评估时机 ACFI 对所有入住者进行每 6 个月的重新评估,根据评估结果对保险基金支付金额进行上调或下调。ACFI 虽然认识到老年人健康状况的改变是逐步发展变化的规律,但忽略了健康状况变化的个体差异。因此,需要设定不同的再次评估时机,同时可利用再次评估的结果对优质的服务质量进行适当的激励,发挥质量管理作用。

2.4 诱导长期护理服务机构的趋利行为 长期护理服务机构作为保险利益相关者,本身存在道德风险可能^[11],而 ACFI 在一定程度上也诱导了机构的趋利行为,主要表现为 3 点^[8]:(1)该工具对一些基础性护理技术项目进行经济补贴,如血压监测、血糖监测、使用肠道润滑剂,导致机构过度开展其中的项目,但患者躯体功能改善不明显。且一些基础性护理服务项目并不能较好满足当前入住者的健康状况需求;(2)ACFI 的首次评估时间在入住机构前,导致服务机构可选择入住者。在保险支付金额相同的情况下,长期护理机构更倾向于选择资源消耗低、健康状况较好而推诿病情复杂的老年人,导致服务资源的浪费;(3)忽略入住者的实际需求,ACFI 的每项异常评估结果均需服务机构出具证明材料,可能导致入住者的评估结果更多的建立在服务机构的利益追求上。审查意见提出应该增加对患者访谈或现场观察的评估指标,可在一定程度上提高评估结果的可靠性。

3 长期护理服务需求评估工具的改革

澳大利亚政府在 2017 年完成了对 ACFI 的审查后,立即组建老年护理服务资源消耗分组研究团队,并在 2019 年研发了基于资源消耗分组的 AN-ACC 需求评估工具,2022 年取代 ACFI 成为全国统一的老年护理服务需求评估工具^[12]。AN-ACC 从评估指标、量表调适、服务需求分级方法、再次评估时机进行了完善,以期满足当前养老服务需求的改变及改善长期护理机构存在的问题。

3.1 AN-ACC 评估指标与量表调适 AN-ACC 资源消耗分组研究团队发现临终关怀、复杂技术性护理服务、躯体功能、认知功能、行为症状、伤口管理是促使老年人入住长期护理机构的重要因素,并将其作为评估指标^[13],其中复杂技术性护理服务清单纳入氧疗/使用呼吸机、肠内营养、气管切开护理、腹膜透析、每日注射、复杂伤口处理,目的在于激励养老机构开展更高质量的护理服务以及避免机构推诿病情复杂的患者。AN-ACC 主要采用了目前广泛使用的 4 个量表,并根据长期护理机构和当前入住者中普遍高龄和健康状况不佳的特点,对评估量表进行调适^[14],具体见(表 2)。此外,资源消耗分组研究团队开发了行为-资源消耗量表(the behaviour resource utilisation assessment, BRUA)^[15],该量表有“徘徊、语言攻击行为、身体攻击行为、情感依赖、伤害性行为”5 个条目,由第三方评估人员通过对入住者本人的现场观察和访谈完成,可在短时间内获得真实的评估结果。对有异常的评估结果,不再需要服务机构出具证明材料。此外,为了保证评估量表条目的完整性和形成一套“错误自检”的方法,保留了部分量表之间重复的条目。

表 2 AN-ACC 评估量表的调适

名称	开发者	原始量表		调适内容	调适后量表名称
		目的	维度内容		
KPS	美国国立卫生研究院 ^[16]	预测生存期	0~100 分,每 10 分为一级,共 11 级,分值越高代表健康状况越好	(1)分值为 20 分的“病重、需要住院治疗”修改为“完全卧床、需要专业人员广泛的护理”;(2)分值为 10 分的“病危、濒死”修改为“昏迷”	AKPS
DEMMI	澳大利亚 De Morton 等 ^[17]	测量活动能力	床上运动、坐椅功能、静态平衡、行走、动态平衡	删除了“动态平衡”维度	DEMMI
FIM	美国 Keith 等 ^[18]	测量躯体和认知功能	自我照顾、括约肌控制、转移、运动、沟通、认知	删除了“运动”维度中的“上下楼梯”	AM-FIM
ADL	美国 Lawton 等 ^[19]	评估自理能力	排泄、修饰、如厕、进食、转移、行走、穿衣、上下楼梯、沐浴	保留“如厕、进食、移动、行走”	RUG-ADL

注:卡氏功能状态量表(Karnofsky performance status;KPS);澳大利亚改良版卡氏功能状态量表(the Australian modified Karnofsky Performance status, AKPS);De Morton 活动指数(the De Morton mobility index, DEMMI);功能独立性评估量表(functional independence measure, FIM);澳大利亚改良版功能独立性评估量表(the Australian modified functional independence measure, AM-FIM);日常生活能力量表(activity of daily scale, ADL);资源消耗分组-日常生活活动量表(the resource utilisation groups-activities of daily living, RUG-ADL)

3.2 AN-ACC 服务需求分级方法与保险基金支付权重 AN-ACC 采用资源消耗分组(resource utilization groups, RUGs)的服务需求分级方法, RUGs 将入住者视为整体, 根据健康特征, 把具有相似服务需求和相近资源消耗的患者划为一组, 每个入住者仅且归入其中一组^[20]。分组的过程大致分为 4 步: 第 1 步根据是否需要姑息治疗进行一级分组; 第 2 步根据活动能力进行二级分组; 第 3 步根据认知功能、自理能力进行三级分组; 第 4 步根据是否存在

肥胖、衰弱、过去一年跌倒史、体重减轻、行为症状等次要影响因素进行四级分组, 最后形成 13 个分组。根据资源消耗程度的强弱, 对各分组给予不同的保险基金支付权重, 具体的分组及保险基金支付权重见(表 3)。为鼓励长期护理服务机构接收“生命终末期”人群, 对分组 1 与分组 13 设定了最高的支付权重; 为激励机构提供高质量的护理措施降低压疮发生率, 压疮低风险比压疮高风险人群获得的保险基金支付金额要高。

表 3 AN-ACC 病例组合分组及保险基金支付权重

分组	基本特征	分类依据	保险基金支付权重
1	姑息治疗	预测生存期 ≤ 3 个月/具有医疗机构制定的姑息治疗计划/AKPS ≤ 40 分	1.00
2	非姑息治疗+独立活动	DEMMI ≥ 13 分	0.19
3	非姑息治疗+独立活动+存在次要影响因素	DEMMI ≥ 13 分	0.31
4	非姑息治疗+协助活动+轻度认知障碍	DEMMI4 ~ 12 分, AM-FIM 认知量表 ≥ 22 分	0.21
5	非姑息治疗+协助活动+轻度认知障碍+存在次要影响因素	DEMMI4 ~ 12 分, AM-FIM 认知量表 ≥ 22 分	0.37
6	非姑息治疗+协助活动+中度认知障碍	DEMMI4 ~ 12 分, AM-FIM 认知量表 11 ~ 21 分	0.35
7	非姑息治疗+协助活动+中度认知障碍+存在次要影响因素	DEMMI4 ~ 12 分, AM-FIM 认知量表 11 ~ 21 分	0.49
8	非姑息治疗+协助活动+重度认知障碍	DEMMI4 ~ 12 分, AM-FIM 认知量表 ≤ 10 分	0.54
9	非姑息治疗+不能活动+自理能力轻度依赖	DEMMI ≤ 3 分, RUG-ADL ≤ 16 分	0.54
10	非姑息治疗+不能活动+自理能力轻度依赖+存在次要影响因素	DEMMI ≤ 3 分, RUG-ADL ≤ 16 分	0.87
11	非姑息治疗+不能活动+自理能力重度依赖+压疮低风险	DEMMI ≤ 3 分, RUG-ADL ≥ 17 分, Braden ≥ 14 分	0.83
12	非姑息治疗+不能活动+自理能力重度依赖+压疮高风险	DEMMI ≤ 3 分, RUG-ADL ≥ 17 分, Braden ≤ 13 分	0.81
13	非姑息治疗+不能活动+自理能力重度依赖+压疮高风险+存在次要影响因素	DEMMI ≤ 3 分, RUG-ADL ≥ 17 分, Braden ≤ 13 分	1.00

注: 布雷登压疮危险因素评估量表(Braden scale, braden), 由美国 Braden 等^[21]研发, 用于评估压疮风险。

3.3 AN-ACC 初次及再次评估时机 为了避免长期护理服务机构选择入住者, AN-ACC 的首次评估时间设置在入住机构 4 周内, 并且设定了具有差异性的再次评估时间及再次评估触发事件^[15]: (1) 分组 2 ~ 8 每 12 个月、分组 9 ~ 12 每 6 个月重新评估; (2) 再次评估触发事件包括严重跌倒、活动能力显著变化、重要的住院治疗。活动能力显著变化是指入住者在独立活动、辅助活动、不能活动之间发生改变; 重要的住院治疗是指患者住院天数 ≥ 5 d 或住院期间实施了全身麻醉且住院天数 ≥ 2 d。值得注意的是为了激励服务机构重视患者结局, 对再次评估结果有改善者, 不下调保险基金支付金额。

4 启示

4.1 发挥需求评估工具甄别、需求分级、规范服务行为的功能 需求评估工具不仅作为保险受益人的甄别依据^[22], 还具有另外两项重要功能: (1) 对保险受益人产生的资源消耗程度进行区分, 并设定与资源消耗程度相匹配且有差异的支付权重, 由此产生合理经济激励作用; (2) 通过评估内容的设置、再次评估结果的对比进行服务质量的监管。上海在 2021

年颁布《上海市长期护理保险试点办法》^[23], 该办法根据自理能力和疾病轻重程度将照护需求分为 6 个等级, 评估等级为 2 级及以上方可享受保险待遇, 以居家上门照护的服务为例, 不同的照护等级提供不同的上门服务次数。上述政策体现了评估工具的甄别和需求分级功能, 但未见在评估工具中体现服务质量管理的手段。服务机构的服务质量不仅影响老年人的健康结局, 且可引起保险基金财务赤字^[10]。政策制定者可将护理质量敏感指标融入到评估指标中, 如将压力性损伤风险、跌倒风险等作为评估指标; 合理设置再次评估时机, 对首次及再次评估结果进行比对并制定相应的激励措施, 充分发挥评估工具服务质量管理功能。

4.2 需求评估工具需反映老年人真实照护需求 需求评估工具作为保险受益人的筛查依据, 其自身可引起道德风险^[24]。澳大利亚 AN-ACC 通过下述两项措施提高评估结果可靠性: (1) 摒弃了由机构内部人员进行评估及提供证明材料的要求; (2) 摒弃以照顾者意见为依据的评估量表, 采用对老年人进行访谈或观察的量表。上述做法在一定程度上提高需求和供给的一致性, 有效降低保险道德风险的发生。

4.3 设置合适的再次评估时机和触发事件 澳大利亚在 AN-ACC 中设置了具有差异性的再次评估时机和触发事件, 有利于降低频繁且不必要的评估及降低保险受益人、保险基金管理部门的评估压力。此外, AN-ACC 利用初次及再次评估结果的比较, 实现质量管理目的。北京在 2021 年颁发了《老年人能力综合评估规范》^[25], 其中明确指出评估结果为 4 级的人群, 每 12 个月再次评估; 评估结果为 2~3 级的人群, 每 6 个月再次评估; 遇到特殊情况, 可及时评估。虽然该规范中针对不同能力等级的人群设置不同的再次评估时间, 但没有指出“特殊情况”的具体事件, 易致长期护理服务机构频繁申请引起评估负担。我国政策研究者应对老年人健康状况有显著影响的因素进行深入研究, 以期制定更加具体的再次评估触发事件。

【关键词】 长期护理服务; 病例组合分组; 资源消耗分组

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2023.11.027

【中图分类号】 R47 【文献标识码】 A

【文章编号】 2097-1826(2023)11-0113-04

【参考文献】

- [1] 国家卫生健康委员会. 2021 年度国家老龄事业发展公报[EB/OL]. [2022-11-08]. http://www.gov.cn/xinwen/2022-10/26/content_5721786.htm.
- [2] FENG Z, GLINSKAYA E, CHEN H, et al. Long-term care system for older adults in China: policy landscape, challenges, and future prospects[J]. *Lancet*, 2020, 396(10259): 1362-1372.
- [3] 蒋曼, 罗力, 何世英, 等. 国内外长期护理保险需求评估的对比分析[J]. *中国卫生资源*, 2019, 22(1): 20-23.
- [4] 国家医保局. 关于印发《长期护理失能等级评估标准(试行)》的通知[EB/OL]. [2022-02-01]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-08/06/content_5629937.htm.
- [5] 姚建红. 澳大利亚的医疗保险制度[J]. *中国卫生经济*, 2006, 25(6): 49-50.
- [6] AUSTRALIAN GOVERNMENT DEPARTMENT OF HEALTH. Aged care funding instrument (ACFI) assessment pack[EB/OL]. [2021-01-01]. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/01/aged-care-funding-instrument-acfi-assessment-pack-acfi-assessment-pack.pdf>.
- [7] AUSTRALIAN GOVERNMENT DEPARTMENT OF HEALTH. Commonwealth home support programme manual 2023-24[EB/OL]. [2023-10-19]. <https://www.health.gov.au/resources/publications/commonwealth-home-support-programme-chsp-manual?language=und>.
- [8] AUSTRALIAN HEALTH SERVICES RESEARCH INSTITUTE. Alternative aged care assessment, classification system and funding models final report (volume one: the report)[EB/OL]. [2021-01-01]. https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2019/11/alternative-aged-care-assessment-classification-system-and-funding-models-report-alternative-aged-care-assessment-classification-system-and-funding-models-final-report-volume-two-attachments-to-the-report_0.pdf.
- [9] AUSTRALIAN GOVERNMENT DEPARTMENT OF HEALTH. Aged care funding instrument (ACFI) answer appraisal pack[EB/OL]. [2021-01-01]. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/01/aged-care-funding-instrument-acfi-answer-appraisal-pack-acfi-answer-appraisal-pack.pdf>.
- [10] 陈鹤, 赵姗姗, 崔斌. 长期护理保险试点财务赤字风险的评估研究——基于第一批 15 个试点方案的分析[J]. *中国卫生政策研究*, 2021, 14(12): 42-50.
- [11] 韩丽, 陈艳. 长期护理保险利益相关主体行为规范研究[J]. *卫生经济研究*, 2023, 40(4): 66-69.
- [12] PARLIAMEN OF AUSTRALIA. Aged Care Amendment (Implementing Care Reform) Bill 2022[EB/OL]. [2022-08-02]. https://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Bills_Legislation/Bills_Search_Results/Result?bId=r6874.
- [13] K E, R G, M F S, et al. The Australian national aged care classification (AN-ACC): a new casemix classification for residential aged care[J]. *Med J Aust*, 2020, 213(8): 359-363.
- [14] AUSTRALIAN GOVERNMENT DEPARTMENT OF HEALTH. Australian national aged care classification (AN-ACC) AN-ACC reference manual including AN-ACC assessment tool (appendix 1)[EB/OL]. [2022-02-01]. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/04/an-acc-reference-manual-and-an-acc-assessment-tool.pdf>.
- [15] AUSTRALIAN GOVERNMENT DEPARTMENT OF HEALTH. The AN-ACC assessment model, the resource utilisation and classification study: report 2[EB/OL]. [2020-10-14]. https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2019/12/resource-utilisation-and-classification-study-rucs-reports-report-2-the-an-acc-assessment-model_0.pdf.
- [16] NATIONAL CANCER INSTITUTE (NIH). Karnofsky scale[EB/OL]. [2023-10-11]. <https://training.seer.cancer.gov/followup/procedures/dataset/karnofsky.html>.
- [17] DE MORTON N A, DAVIDSON M, KEATING J L. The de Morton mobility index (DEMMI): an essential health index for an ageing world[J]. *Health Qual Life Outcomes*, 2008, 6(1): 63.
- [18] KEITH R A, GRANGER C V, HAMILTON B B, et al. The functional independence measure: a new tool for rehabilitation[J]. *Adv Clin Rehabil*, 1987, 1(1): 6-18.
- [19] LAWTON M P, BRODY E M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living[J]. *Gerontologist*, 1969, 9(3): 179-186.
- [20] 杜天天, 刘跃华, 杨燕绥. 美国专业护理机构以患者为导向的病例分组支付方式研究——从 RUG 到 PDPM[J]. *中国卫生政策研究*, 2020, 13(6): 73-80.
- [21] BRDAEN B, BERGSTROM N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores[J]. *Rehabil Nurs*, 1987, 12(1): 8-12.
- [22] 陈诚, 曹桂. 长期护理保险待遇人筛选工具实践经验的述思[J]. *中国医疗保险*, 2021, 8(8): 35-39.
- [23] 上海市人民政府. 关于印发《上海市长期护理保险试点办法》的通知[EB/OL]. [2022-11-08]. <https://www.shanghai.gov.cn/nw12344/20211231/d433625980cf4b8d8a4256e44d18622a.html>.
- [24] 陈奕男. 长期护理保险费用控制的机理、类型与策略[J]. *卫生经济研究*, 2022, 39(2): 45-49.
- [25] 北京市民政局. DB11/T 1754—2020 老年人能力综合评估规范[S]. 北京: 北京市市场监督管理局, 2021.

(本文编辑: 沈园园)