

住院级居家医疗获国外关注

随着全球老龄化加速,传统医院服务体系面临持续增长的压力。数据显示,2020年全球60岁及以上人口已超过10亿,占全球总人口13.5%,预计到2050年这一数字将增至21亿。如何延伸医疗服务边界、降低住院压力,成为国际医学界持续探索的重要议题。

在此背景下,“Hospital at Home (HaH)”,即“住院级居家医疗”模式逐渐受到关注,并在欧美国家率先展开实践。越来越多医疗机构尝试将原本需在医院完成的治疗、护理与康复过程,部分转移至患者家庭环境中完成,以缓解医院床位压力并改善患者照护体验。

HaH 总体效果呈现异质性

2024年,中山大学公共卫生学院副教授徐仲之团队在《BMC Medicine》发表系统综述与Meta分析,对HaH模式在老年人群中的应用效果进行了系统评估。研究共纳入15项临床研究,其中包括7项随机对照试验和8项非随机对照研究,重点分析60岁及以上老年患者在“早期出院+家庭病床”模式下的治疗结局。

研究指出,HaH并非简单意义上的“上门看病”,而是一种由专业医疗团队主导,在家庭环境中持续提供医疗与康复管理的综合服务模式,通常通过远程监测、家庭访视、护理干预及康复评估等方式实现医疗延伸。

Meta分析结果显示,与传统住院模式相比,早期出院后的家庭病床模式在部分指标上呈现出积极趋势,例如可能与更低死亡率相关,并可缩短整体治疗时间。研究认为,对于部分老年患者

而言,家庭环境在减少院内感染风险、降低长期卧床概率以及维持生活连续性方面具有一定优势。

“短期住院加规范化家庭照护,在部分情况下可达到与传统长期住院相近的治疗效果。”徐仲之团队引用既往随机对照研究指出。

然而,该论文同时指出,该模式在不同结局指标上的证据并不一致。在再入院率、认知功能及心理状态等方面,现有研究结果存在较大异质性;在功能状态评估中,部分研究甚至提示接受家庭病床服务的老年患者 Barthel 指数可能出现一定下降。

总体而言,该Meta分析提示,HaH模式的效果具有明显的结局差异性,与证据不稳定性。

该论文进一步指出,近年来远程医疗、移动医疗及数字健康技术的发展,正在推动HaH模式不断扩展。尤其在新冠疫情之后,远程监测、视频随访及移动医疗支持体系在居家医疗中的应用显著增加,为HaH模式的实施奠定了技术基础。

HaH 模式在患者体验与活动水平方面表现更优

2025年,JAMA Network Open发表的一项随机对照临床试验,将HaH模式的应用场景扩展至美国及加拿大农村地区,对其可行性与临床结局进行了系统评估。该研究由David M. Levine等人与Stuart R. Lipsitz等人共同完成。

研究在2022年至2023年间开展,

共纳入161例来自两国农村地区的成年患者,主要涉及感染、心力衰竭、慢性阻塞性肺疾病及哮喘等需要住院级治疗的急性疾病。患者被随机分配至“家庭病床组”或传统住院组,并进行为期30天的随访观察。

结果显示,在再入院率、医疗成本及30天居家时间等核心指标上,两组之间未见明显统计学差异,提示在基本医疗安全性与主要临床结局方面,HaH模式与传统住院治疗整体接近。

与这一结果相对应的是患者功能与体验层面的差异。研究发现,家庭病床组患者在日常生活水平方面表现更为活跃:久坐时间更少,平均步数更高,提示居家治疗环境可能更有利于维持基础活动能力。

在患者主观体验方面,差异同样较为明确。家庭病床组在患者体验评分(Picker Experience Score)及净推荐值(Net Promoter Score)等指标上均高于传统住院组,反映出患者对该模式的接受度与满意度相对更高。

需要注意的是,该研究中部分患者在住院治疗后转入家庭病床模式,平均转换时间约为治疗过程的第4.2天,这在一定程度上可能影响该模式在成本控制与再入院预防方面潜在优势的发挥。

从适用场景来看,该研究再次强调,尽管HaH在城市地区发展较快,但在医疗资源相对不足的农村地区同样具有可行性,而其推广仍高度依赖人员配置与基础设施支持。

总体而言,该研究所呈现的结果更接近一种“结构性分化”:在安全性与核心临床结局上,HaH与传统住院基本持平;而在患者活动水平与体验改善方面具有优势,但在部分功能结局及长期指标上仍存在不确定性。

病床

从医院到家庭

李春雨

近日,国家卫生健康委、国家中医药局印发《家庭病床服务指南(试行)》,对家庭病床服务对象、服务流程、人员资质、风险防控及医保衔接等进行系统规范,标志着家庭病床服务正从基层探索迈向制度化、规范化发展。

数据显示,2020年全球60岁及以上人口已超过10亿,预计到2050年将增至21亿。

在此背景下,近年来,在欧美国家迅速推广的“Hospital at Home (HaH)”模式,通过专业团队上门诊疗、护理、康复及远程监测等方式,为部分病情稳定但需要持续医疗照护的患者提供替代性住院服务。

与国际发展趋势相呼应,我国家庭病床制度也在不断完善。从基层医疗机构主导的家庭病床,到公立医院开展的上门医疗,再到民营机构探索的综合居家医疗服务,多元化居家医疗体系已初步形成。随着政策支持力度不断加大,居家医疗正从传统医疗体系的重要补充,逐步成为应对老龄化社会医疗照护需求的重要组成部分。

家庭病床能否真正让医疗服务走出医院、走进家庭?其临床效果如何?又面临哪些现实挑战?本报编辑部结合国际研究证据与国内实践探索,为读者解析这一正在加速发展的医疗服务新模式。

家庭病房呈现“多点开花”格局

与欧美国家近年来快速发展的HaH模式相比,我国家庭病床制度起步较晚,但已逐步形成了较为清晰的政策发展路径。

在1997年,《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》便首次明确基层卫生机构承担家庭医疗服务职能,为家庭病床建设奠定了政策基础。此后,各地开始探索家庭病床服务模式,其中上海走在全国前列。2010年,上海市发布《家庭病床服务规范》,成为我国首个家庭病床地方标准;2019年,上海市卫生健康委员会进一步出台《上海市家庭病床服务办法》,对服务对象、建床流程、服务内容及管理进行了系统完善,推动家庭病床管理逐步走向规范化、标准化和科学化。

进入“十四五”时期,随着人口老龄化程度持续加深,家庭病床建设进一步上升至国家战略层面。2022年印发的《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》明确提出发展居家社区养老服务,并将家庭病床纳入居家养老医疗服务体系,标志着家庭病床从地方探索逐步走向国家层面的制度化布局。

我国居家医疗服务的三种主要发展路径

政策框架逐步完善的同时,我国居家医疗服务也在不断丰富和拓展。山东大学公共卫生学院卫生管理与政策研究中心教授姚能亮表示,经过多年探索,我国居家医疗服务已逐渐形成三种主要发展路径,分别是社区卫生服务中心为依托的家庭病床模式、以公立医院为主体的上门医疗模式,以及以民营机构为代表的综合居家医疗模式。

国家卫生健康委指出,居家医疗是老年人需求较高的服务之一。

在姚能亮看来,家庭病床模式主要依托基层医疗卫生机构开展,通过家庭医生团队上门提供诊疗、护理和康复服务,为失能、半失能及慢性病患者提供连续性医疗支持。

据介绍,目前上海等地区已形成相对成熟的家庭病床运行体系,并逐步建立起相应的服务规范和管理制度。不过,他同时指出,上门服务收费偏低、基层医护人员不足、服务项目有限以及相关保障机制仍待完善等问题,依然制约着家庭病床服务进一步发展。

除基层医疗机构外,近年来部分公立医院也开始探索上门医疗服务。姚能亮介绍,这类模式多由急诊科、老年医学科、营养科、烧伤科等专科团队发起,利用医院现有医疗资源,将伤口管理、管路维护、康复指导等服务延伸至患者家庭。

他分析认为,相较于基层医疗机构,公立医院在专科技术和医疗资源支持方面具有明显优势。然而,目前多数服务仍以专科诊疗为主,医保支付覆盖不足、专业居家医疗人才短缺以及信息化管理体系不完善等问题依然较为突出。

与此同时,以民营医疗机构为代表的居家医疗模式也在快速发展。研究显示,这类机构通常采用会员制或服务包模式,由医生、护士、康复师及社会工作者组成多学科团队,为患者提供慢病管理、康复护理、远程医疗咨询及安宁疗护等综合性服务。

姚能亮认为,与传统上门诊疗相比,民营机构更加强调连续照护和个性化服务,在患者体验、人文关怀以及服务灵活性方面具有一定

优势。不过,他也提醒,民营居家医疗普遍面临支付机制不足的问题。目前大多数服务费用仍需患者自行承担,较高的服务价格在一定程度上限制了服务覆盖范围。此外,由于缺乏综合医院急诊、专科及住院资源支持,民营机构在患者病情变化后的转诊衔接方面仍面临挑战。

制约居家医疗发展的三个关键因素

针对我国居家医疗的发展现状,姚能亮认为,家庭病床、上门医疗以及居家医疗三种模式虽然服务主体和运行机制各不相同,但都为我国居家医疗体系建设积累了宝贵经验。

“未来居家医疗的发展不应局限于单一医疗服务,而应建立更加多元化、专业化的服务团队。”姚能亮表示,理想的居家医疗体系应由全科医生、专科医生、护士、家庭药师、康复师、社会工作者及护理员等共同参与,通过跨学科协作,为患者提供覆盖医疗、护理、康复、心理支持、生活照护以及安宁疗护的连续性服务。

在政策层面,姚能亮提出两个值得关注的发展方向:一是针对医疗资源消耗较高的失能、共病老年群体探索价值医疗支付模式,并开展居家医疗试点及卫生经济学评价;二是建立居家医疗质量评价体系,推动服务质量公开透明,在规范监管基础上鼓励不同类型医疗机构开展良性竞争与协同合作。

他同时指出,国际经验为我国居家医疗发展提供了重要参考。过去二十年间,美国居家医疗服务发展迅速,逐步形成医院主导、政府

支持和市场化运营等多种模式,并获得Medicare等医保体系支持。

不过,与相对成熟的居家医疗体系相比,我国相关探索仍处于发展阶段。姚能亮认为,法律法规、人才队伍建设以及支付保障机制仍是制约居家医疗发展的三个关键因素。

一方面,我国针对上门医疗服务的法律规范和风险保障机制仍有待进一步完善,这在一定程度上限制了部分医疗服务项目向家庭场景延伸;另一方面,居家医疗的发展需要大量具备综合服务能力的专业人才,但当前相关培训体系尚不健全,专业人才供给不足的问题较为突出。

此外,他表示,尽管居家医疗能够覆盖诊疗、护理、康复及长期照护等多种服务内容,但许多项目尚未纳入医保支付范围。如果缺乏稳定的支付和报销机制支持,居家医疗服务的可持续发展以及覆盖范围扩大仍将面临较大挑战。

