



中国特色社会主义经济建设协同创新中心

《 成果要报 》

2019 年第 8 期 （总第 182 期）

中国特色社会主义经济建设协同创新中心 编

2019 年 2 月 19 日

大城市医养结合推行中的瓶颈与对策

刘洪银

【内容简介】人口密集的大城市老龄化程度较高，亟需深入推进医养结合养老服务。调研发现，大城市医养结合存在三级医疗资源养老功能没有充分发挥，标准规范和调整政策缺失，内设医疗机构建设运行成本高，长期护理保险制度缺失，农村地区尚未推行等问题。本报告建议：加快制定行业标准和规范，构建标准化、多样化、多层次医养结合体系；制定老年人能力评估标准和护理等级认定标准，探索实行长期护理保险制度；建立卫计和民政部门联合施政机制，采用多元化补贴助力医养结合；发展第三方专业化医疗服务机构，降低医保定点准入门槛和医养结合机构建设成本。

一、大城市医养结合推行中的问题

1. 三级医疗资源养老功能没有充分发挥，医养资源配置效率有待提高

医养结合实现医疗机构与养老机构资源共享，优势互补。但三级医院（如天津医科大学总医院）挂着医养结合的牌子，没有实际开展业务。即使“医联体”科室，也没有与养老机构开展实质性业务合作。部分三级医疗资源既没有开通绿色通道，有效支持养老院的医疗急救，也没有向养老机构转出医疗护理和医疗康复等业务，没有实现三级医疗资源的优化配置和高效使用，造成老年康复护理对医疗资源的占用，三甲医院存在床位压床现象。

2. 标准规范和调整政策缺失，医养结合运行不规范

目前，部分城市仅仅制定了医养结合实施意见，没有制定医养结合行业标准、从业规范、管理制度和支持政策等。医养结合机构缺乏详细的和可操作性的政府和行业规范，只能凭经验开展业务。部分养老机构（如天津市养老院）正在与市外医养结合专业委员会合作制定地方标准。养老与医疗是两种不同性质的业务，养老机构与医疗机构彼此不熟悉对方业务领域，医中设养、养中设医均需要新的医养结合服务标准规范，以降低医养结合机构运行风险，提高医养结合质量。

3. 内设医疗机构建设运行成本高，亟需政府扶持

大城市医养护一体化病房试点机构存在病房扩建和设备购置投入较大，建设运营成本高，医护人员和护理人员短缺等问题。养老机构内设医疗机构需要配套昂贵的医疗设施，聘用编制外护理人员，抬高了建设运营成本。亟需政策扶持，通过养老机构专项经费补偿，降低医养结合机构设施建设改造、设备购置配备、外部人员聘用和岗位培训等综合成本，提高机构营利空间，壮大医养结合养老产业。

4. 长期护理保险制度缺失，失能老人养老负担重

2016年7月，人社部在15个城市和2个重点联系省份开展长期护理保险制度试点。大城市失能半失能老年人较多，以天津市南开区为例，全区60岁以上老人达到21万左右，其中30%的属于失能和半失能老人，大多患有多种慢性疾病，亟需医养结合长期护理服务。但我国现行的社会医疗保险制度明确规定不支付养老机构和居家日常护理等服务性项目费用，医保支付仅仅覆盖了老年护理院，失能半失能老人承担了沉重的护理负担。医养结合护理标准缺失成为长期护理保险制度设计的羁绊，如缺乏长期护理等级认定标准，缺乏医疗护理和养老护理界定标准等。沪京津等老龄化严重的大城市亟需探索护理标准制定，尽快建立实施长期护理保险制度。

5. 农村地区医养结合尚未开启，城乡养老一体化难以形成

目前无论从规模还是服务质量看，大城市农村幸福院与城区养老机构

存在较大差距。如 2017 年天津市乡村 60 岁以上老年人口约为 62.4 万人，其中失能半失能老人数量约为 18.7 万人（按照南开区比率推算）。这些人亟需进入老年护理院，实行长期护理康复。但城市医养结合尚处于试点状态情况下，大部分农村养老机构尚未开展医养结合试点，难以形成城乡养老一体化发展格局，大大降低了农村失能老人生存质量和寿命。城乡一体化发展要求同步开启乡村养老机构医养结合试点。

二、完善大城市医养结合制度的对策建议

1. 加快制定行业标准和规范，构建标准化、多样化、多层次医养结合体系

第一、成立大城市医养结合专业委员会，引导制定医养结合标准规范。卫计部门指导城市医药卫生相关协会成立医养结合专业委员会，并引导专业委员会制定医养结合行业标准和管理规范。第二、政府支持构建多元化医养结合体系。民政部门支持不同规模养老机构开办老年病医院、康复医院、护理院、中医医院和临终关怀医院等医疗机构或内设医务室或护理站，并将医养结合服务作为新设立养老机构的门槛；卫计部门支持有住院床位的一级医院和社区医院或部分二级医院改建成为失能老人提供医养结合服务的老年护理院或开设医养护一体化服务病房。第三、构建多层次医养

结合体系。适应不同群体差异化养老需求，将内设医疗机构的公办养老机构打造成高端医养结合体，将农村幸福院打造成初级医养结合机构，鼓励民办养老机构面向社会开展医养结合服务，采用试点示范方式给予政策支持。第四、鼓励高层次医养资源向低层次延伸服务。卫计与民政部门联合制定依托“医联体”推进三级医院医养结合服务政策，加快双向转诊和医养绿色通道建设。政策鼓励开展养老和医疗机构社区延伸服务，以家庭责任医生团队签约服务为基础开展居家养老医疗保健延伸服务。

2. 制定老年人能力评估标准和护理等级认定标准，探索实行长期护理保险制度

第一、修改老年人能力评估标准。依据国际上通行的日常活动能力量表（ADL）修正老年人能力评估标准，ADL 划分了沐浴、穿衣鞋、上厕所、移动、大小便控制能力和进食等六项能力指标。

第二、制定实施长期护理等级认定标准。我国应根据老年人能力评估标准制定实施护理等级认定标准，并匹配对应的护理保险制度。如美国、澳大利亚采用第三方评估中心对老年患者护理等级进行评估，以确定所需服务类型和服务项目。

第三、建立老年人长期护理保险制度和特困群体护理补贴制度。根据护理等级认定标准制定实行老年人长期护理保险制度和特困群体护理补

贴制度，通过医保筹集、个人参保、政府补贴等方式扩大筹资渠道。人社部门在个人医保账户中设立护理保险分账户，规定达到一定年龄后需要交纳护理保险费用。

3. 建立卫计和民政部门联合施政机制，采用多元化补贴助力医养结合

第一、建立卫计和民政部门联合施政机制。明确各自监管责任，整合两部门行政资源，建立协调会商和联合施政机制，联合制定实施医养结合政策，统筹配置医养资源。第二、卫计与民政部门联合制定养老机构内设的医疗机构和医养护一体化机构补贴项目和补贴标准。如设施改造补贴、外聘医护人员和护理人员社会保险补贴和岗位培训补贴。第三、卫计与民政部门联合财政部门制定内设医疗机构基础设施建设贷款贴息政策、新购医疗设备加速折旧政策等，降低医养结合机构建设运营成本。

4. 发展第三方专业化医疗服务机构，降低医保定点准入门槛和医养结合机构建设成本

第一、政策支持发展第三方专业化医疗服务机构，如专业化检测检验机构。目前大城市成规模的检验化验机构较少，主要与医疗机构开展业务合作。但第三方服务机构没有纳入医保协议定点管理，医养结合机构难以与之合作。医保定点管理的第三方专业服务可以承接检验检测等专业化服务，降低医养结合机构建设运营成本。第二、降低城乡医保协议定点管理

准入门槛。人社部门对公办和民办医养结合机构实行统一的医保定点资质审核标准。优先将养老机构内设医疗机构纳入医保协议定点管理，暂不符合基本医保服务协议定点管理条件的，人社部门有计划地指导建设，按期纳入医保定点管理，定期对其医保执行状况进行检查考核。

5. 建立“医养结合”大数据库，完善医养机构信息共享机制

第一、建立“医养结合”大数据库。整合分布在医院、体检中心、养老机构、社区养老服务中心、社区卫生服务中心的个人健康数据，为每个老年人健康状况建档立卡，以此建立老年人健康数据库，实现老年人生命体征检测、医疗化验、诊疗病历和用药记录等健康信息的共享，为“医养结合”护理服务提供信息资源支持。第二、建立医养机构信息共享机制。医疗机构应将老年人电子病历、健康状况评估等信息共享给养老机构，同样，养老机构将老年人日常各项指标监测反馈给医院，实现诊疗和护理服务的精准提供。

【作者简介】

刘洪银，天津农学院人文学院教授，经济学博士，南开大学特约研究员。研究方向：人力资源经济学，农村城镇化。