



中国特色社会主义经济建设协同创新中心

《 成 果 要 报 》

2017 年第 33 期

（ 总第 103 期 ）

中国特色社会主义经济建设协同创新中心 编

2017年08月14日

“医养结合” 养老模式推行中的问题与对策

刘洪银

【内容简介】“医养结合”是适应老龄社会的新型养老模式。但模式推行面临多重约束。“医养结合”机构多头管理，难以形成政策合力；缺乏“医养结合”准入政策、扶持政策和长期护理保险制度，缺乏专业性医护人员，尚未形成医养机构间深度合作机制。

本报告建议，建立统一规范的组织体系和管理体制，实行普惠制扶持政策和配套政策，放开城乡医保定点准入门槛，建设多元化“医养结合”养老机构；改革职称评定和人事管理政策，将“医养结合”机构及其医护人员纳入卫生计生部门统一管理，实行同等评价标准；制定护理等级认定标准，建立“医养结合”大数据库和医养机构信息共享机制，探索实行长期护理保险制度。

“医养结合”养老模式是指将医疗卫生与养老服务结合起来，实现医疗护理、养老护理和生活照料等医养功能的统一。据统计，预计到2020年，我国60岁以上老年人口数量将达到2.55亿，占总人口的比重为17.8%，特别是失能和半失能老人数量超过4000万人。国务院办公厅于2015年11月18日发布《关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见的通知》，2016年10月26日，目前全国已有29个省市出台了省级“医养结合”实施意见。

一、“医养结合”养老模式推行中的问题

（一）“医养结合”管理体制不顺

第一、“医养结合”机构存在多头管理。养老机构由民政部门管理，医疗机构由卫生计生部门管理，医保基金则由社保部门管理，多头管理的行政格局造成行政标准不统一、登记手续繁杂、资源分散等问题。

第二、“医养结合”支持政策难以形成合力。政府部门如卫生、民政、人社、发改、财政、商务、建设、国土、金融等各自支配部分政府资源，这些部门制定的“医养结合”支持政策涉及投融资、土地供应、财政补贴、医疗保险、护理补贴、医保结算等领域，部门间难以形成政策合力。

（二）缺乏扶持性和配套性政策

第一、缺乏明确的“医养结合”准入政策。由于缺乏明确的准入标准，各地“医养结合”政策和标准五花八门，一方面，养老机构内部医疗机构设置门槛较高。如果严格按照医疗机构设置标准，大部分养老机构不够条件，尤其对于小型养老机构而言。小型养老机构如果按照“医养结合”标准开设医务室需要配套高昂的硬件和执业医护人员，增加了沉淀成本。另一方面，“医养

结合”机构医保定点资质申请困难。由于难以获得医保定点资质，大部分养老机构内设的医疗机构难以实现与医保基金的直接结算，受影响最大的是入住养老机构的老人，尤其失能老人。这样，从表面上看限制了养老机构，而板子却打在了参保老人身上。

第二、缺乏公平性扶持政策。社会办养老机构和社会办医均得到了政府扶持，而公立医院开办养老机构和公立养老机构办医却与扶持政策无缘，体制内外有别的扶持政策显失公平性。

（三）缺乏长期护理保险制度

2012年青岛市试行长期医疗护理保险制度，即将居家、社区或机构养老的失能半失能老人纳入长期医疗护理保险，免费提供医疗护理，取得了较好的效果。但限于保险能力，护理保险覆盖的人群有限，且不包括养老护理。第一、目前各省市尚未建立长期护理保险制度。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，致使失能半失能老人承担较重的护理负担。

第二、“医养结合”护理标准缺失。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，影响长期护理保险制度建立。

（四）尚未形成医疗与养老机构间深度合作机制

第一、医疗与养老机构尚未建立信息共享机制。医疗机构的老年人电子健康档案和养老机构的日常护理档案还难以实现深度融合，信息互转共享渠道不够畅通。

第二、医疗和养老机构间没有形成统一的服务对象分类标准。公办医疗机构按照医院护理级别对老年人进行分类，而民营养老机构则按照精神、心理、行为的缺陷状况对老年人进行分

类，分类标准的不一致影响“医养结合”型养老机构服务对象的确定，也难以实现服务对象在医疗和养老两大系统之间顺利转接。

（五）缺乏专业性医护人员

无论是养老机构内设医疗机构，还是部分一、二级医院转型的护理机构，具有行医资格的医师、执业护士和专业护理人员都严重短缺。按照国际规则，每3位老人需要1名护理人员，我国养老护理员的需求大约在1000万左右，但是目前我国养老机构人员尚不到60万，其中，持证上岗的不足10万。目前，我国仅有30余所院校开设了老年服务与管理专业，每年培养的人才仅有千余人，远不能满足养老护理需求。

二、“医养结合”养老制度改进对策

（一）明确“医养结合”养老服务的功能定位，放开城乡医保定点准入门槛

第一、明确界定“医养结合”中“医”的功能定位。“医养结合”中“医”的功能定位应区别于专业化医疗救治，而适合定位于“医疗护理”，“医养结合”就是医疗护理、养老护理和生活照料服务的结合。按照这个功能定位，医疗机构应该专门从事医疗救治，而普通医疗护理需要从三级医疗机构剥离出来，转移到专门从事护理服务的“医养结合”养老机构，减少老年康复护理对医疗资源的占用。医疗机构为养老机构开通绿色就诊通道和就地急救站，帮助培训急救人员，定期为失能老人提供上门体检服务。

第二、放开城乡医保定点准入门槛。无论公办还是民办“医养结合”养老机构都实行统一的医保资质审核标准。凡正式登记

注册的“医养结合”养老机构，只要符合城镇职工(居民)基本医疗保险和新型农村合作医疗保险条件的，均可以纳入城乡医保定点范围，人社部门定期对其医保执行状况进行检查考核。

(二) 完善支持性和配套性政策，建设多元化“医养结合”养老机构

第一、完善“医养结合”管理体制。“医养结合”需要建立统一规范的组织体系和管理体制，建议各级政府成立“医养结合”养老服务领导小组，办公室设在卫生计生部门，总体负责卫生、民政、人社、国土、财政、金融、发改委等部门的协调工作。

第二、政策引导鼓励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。如通过财税金融优惠政策引导部分一、二级民营医院、职业病防治院进行资源整合，开办“医养结合”机构；鼓励中医机构探索发展以中医药健康养老为主的养老机构，引导中医医疗和预防保健向社区和居家养老服务延伸；鼓励有条件的企事业单位职工医院、门诊部向以老年康复护理为主的社区卫生服务机构转型。

第三、制定实施普惠制“医养结合”扶持政策。地方政府制定实施“医养结合”普惠政策，保障养老机构举办的医疗机构能够享受到社会办医补助、医疗机构举办的养老机构能够享受到建设补贴。

(三) 改革职称评定和人事管理政策，提高“医养结合”养老业人才吸引力

第一、开展政校医合作，加强“医养结合”医护人员的教育培训。教育主管部门引导医科院校开设老年护理与管理专业，通

过校医合作，大力培养康复医师、执业护士和养老护理员等专业人才。人社部门按照“医养结合”机构需求状况制定紧缺医护人员目录，并根据紧缺程度制定实施倾斜性培训政策，委托医科院校和医疗机构定期开展执业医师、执业护士、养老护理员和管理人员培训。

第二、建议将“医养结合”机构及其医护人员纳入卫生计生部门统一管理，实行医养机构人员同等评价标准。“医养结合”机构中医护人员在资格认定、职称评定、技术准入和推荐评优等方面与医疗机构执业人员享受同等待遇，鼓励医护人员到“医养结合”机构执业。

第三、借助延迟退休政策，促进专业医疗机构与“医养结合”机构人员交流。政策规定专业医疗机构退休延长期内医护人员到“医养结合”机构从事医疗护理指导或康复护理工作。

（四）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。

（五）建立“医养结合”大数据库，完善医养服务信息共享机制

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（1968—），男，汉族，山东昌邑市人。天津农学院人文学院教授，经济学博士，南开大学滨海开发研究院研究员。研究方向：人力资源经济学，农村城镇化。

