

# 浙江省医康养整合服务探析

——基于卫生服务整合视角

钱 明<sup>1</sup>

**[摘 要]** 从卫生服务整合视角,研究完善医疗、康复、养老服务整合的相关政策机制。以浙江省为例,提出构建医康养整合型服务体系的建议:拓展卫生服务体系内整合的深度,扩大体系之间整合的维度,加大保障政策整合的力度。

**[关键词]** 医疗服务;康复服务;养老服务;整合

DOI:10.14055/j.cnki.33-1056/f.2021.05.011

中图分类号:R19

文献标识码:A

文章编号:1004-7778(2021)05-0042-03

## Analysis on the Integration of Medical and Rehabilitation and Pension Service in Zhejiang Province

——From the Perspective of Health Service Integration

QIAN Ming

**Abstract:** From the perspective of the health services integration, this paper analyses and improves the relevant policy mechanisms for the integration of medical, rehabilitation and pension services. Taking Zhejiang Province as an example, this paper puts forward some suggestions for the construction of an integrated medical, rehabilitation and pension service system: expand the depth of health service system integration, expand the dimensions of integration between systems, and strengthen security policies integration.

**Key words:** medical service; rehabilitation service; pension service; integration

**Author's address:** Zhejiang Vocational College of Special Education, Hangzhou Zhejiang 310023, China

卫生服务整合水平既是卫生健康资源配置效率和服务绩效的重要体现,也是卫生健康事业高质量发展的重要标志。随着人口老龄化和高龄化程度的加深,如何借鉴卫生服务整合的相关理论和实践经验,推动供给侧结构性改革,加快构建医康养整合型服务体系,促进医康养服务高质量发展,值得深入探讨。

浙江省第四次城乡老年人健康状况抽样调查表明,老年人慢性病患率达 86.1%,其中 50%以上有康复需求,且随着年龄的增长自理能力明显下降,60~69 岁、70~79 岁、80 岁及以上老年人能够完全自理的占比分别为 83.5%、63.7%、38.4%。由于生理心理的特殊性,老年人特别是高龄和慢性病老年人,疾病风险和失能风险叠加,医疗、康复、养老服务(以下简称“医康养服务”)需求并存,对整合型医康养服务的需求更为迫切。另外,医康养服务的提供和监管涉及多个部门,相互之间的协同合作对医康养服务的整合具有重要影响。因此,有必要从卫生服务整合的视角,分析医康养服务供给存在的问题,提出发展路径。

### 1 卫生服务整合概述

#### 1.1 卫生服务整合的内涵

莱茨(Leutz)根据对美国、英国等学者的研究,概括

了卫生服务整合的三个层次:一是“连接”,通过机构之间的正确转诊及相关医务人员的良好沟通,共同促进卫生服务的连续性;二是“协作”,更加注重结构性整合,协调不同服务、共享医疗信息和管理患者转诊;三是“完全整合”,体系内所有资源汇集到一起产生新的组织,由新的组织根据不同患者群体的需求提供连续性服务<sup>[1]</sup>。2015 年,世界卫生组织提出“以人为本的一体化卫生服务”模式,主要是通过整合,协调各级各类医疗机构为患者提供全周期的卫生服务<sup>[2]</sup>。国内学者认为,卫生服务整合可分为人员整合、机构整合、体系整合三个层次,目的都是为城乡居民提供连续性卫生服务<sup>[3]</sup>。

#### 1.2 卫生服务整合的实践探索

多年来,世界各国积极开展卫生服务整合实践,积累了许多经验。例如,美国为了解决基层卫生服务能力薄弱、卫生机构各自为政、卫生绩效整体低下的问题,2010 年实施了《保护患者和平价医疗法案》,倡导建立侧重支付和组织结构整合的责任型保健组织(ACO)和侧重服务内容整合的以患者为中心的医疗之家(PCMH)<sup>[4]</sup>。近年来,我国也进行了一系列探索,例如浙江省实施了资源要素共享、管理同标同质、服务协同整合和防治融合的县域医共体改革;厦门市在“连接”“协作”基础上,建立了“慢性病先行、三师共管”分级诊疗模

1. 浙江特殊教育职业学院,浙江 杭州 310023

式,显著提高了卫生资源利用效率和服务质量,有效缓解了卫生服务供需矛盾。

## 2 医康养整合服务现状和存在的问题

### 2.1 系统连续的服务能力较弱

随着医疗卫生和养老服务体制改革的不断深入,老年服务的相关设施和队伍建设得到加强,能力不断提升。但是为老年人提供系统连续的预防、医疗、康复、养老服务的能力仍然较弱,其中康复和护理服务短板尤为突出,直接制约了医康养服务的开展。从医疗体系看,随着医共体(医联体)建设的逐步推进,县域特别是基层的医疗康复服务能力明显提升。浙江省卫生健康统计年报数据显示,2019 年全省基层医疗卫生机构数、床位数、执业(助理)医师数、注册护士数同比增幅较大;基层门诊总诊疗人次达 3.6 亿人、入院人数达 46.39 万人,同比增长 10.8%和 11.43%。但是基层康复服务资源短缺、难以满足老年人连续性服务需求的局面尚未得到根本扭转<sup>[5]</sup>。近半数的乡镇卫生院不具备住院服务能力,社区卫生服务中心平均拥有床位数仅 17.5 张,康复服务资源主要集中在二级以上医院。同时,医防融合、县乡一体的方向和路径已经明确,但是服务队伍、政策、机制尚待完善。从养老体系看,养老机构的医疗和康复服务能力普遍较弱<sup>[6]</sup>。浙江省 1918 家养老机构的调查数据显示,可提供医疗或康复服务的养老机构不到 30%,平均每家医养结合机构拥有医生 3.04 人、护士 4.53 人、康复师 1.05 人;康复师与老年人的平均比例为 1:100.2。此外,居家养老服务基本以生活照料、文体活动、老年教育、精神慰藉等为主,缺乏专业的医疗、康复、护理等服务提供。

### 2.2 体系协同不够紧密

近年来,为了更好地满足老年人对医康养服务的需求,相关机构开展了不同形式、不同内容的协作。截至 2019 年底,浙江省医疗机构与养老机构/社区居家养老服务照料机构建立签约合作关系 1310 对/11415 对,对满足老年人的医康养服务需求发挥了积极作用。但是总体来看,机构合作提供的服务内容非常有限,主要是定期不定期巡诊、简单的健康检查及宣教和绿色通道服务,实际效果有待提高。而养老机构为开展养老服务的医疗机构提供专业社会工作和养老护理等协同服务的记录几近空白。更为重要的是,医疗体系和养老体系在数据互联互通、标准互认共订、服务互促共进、设施互通共建等方面的“连接”不够顺畅、“协作”不够紧密。

### 2.3 政策协同有待加强

近年来,卫生健康、民政、财政、医保、残联等部门出台了一系列老年人医疗、康复、护理的政策措施,并努力加强政策协同,统筹推进健康养老协调发展,但是离整合型医康养服务的目标还有一定距离,各项政策的相互

协调和整体绩效仍需进一步改善。从服务保障政策看,民政、财政、残联等先后出台了养老服务补贴、重度残疾人护理补贴等政策,初衷是为困难失能老年人和重度残疾人提供康复护理服务。但是在具体实施中,残疾人护理补贴以现金形式发放;养老服务补贴以生活照料为主,补贴标准也较低,难以真正发挥作用。基本公共卫生服务的人均标准虽然逐年提高,但是对保障老年人的健康干预管理、康复训练指导等服务捉襟见肘。从支付保障政策看,医保对分级诊疗的差异化支付和对康复服务的保障力度还需进一步加大。同时,家庭医生签约服务、家庭病床服务的保障机制仍需完善。

## 3 构建医康养整合型服务体系的建议

### 3.1 拓展卫生服务体系内整合的深度

围绕建立医防融合服务管理新机制,打造预防、医疗、康复、护理、慢性病管理、安宁疗护闭环服务链的目标,从体系、机构、个人三个层面全面整合卫生服务体系内资源和服务。一是加大医共体内老年人医疗、康复、护理等服务资源的整合力度,以问题和需求为导向,加强相关服务资源的统筹、共享使用,提高区域医康养服务均衡化水平。总结推广“城市医联体”创新经验,带动提升社区卫生服务机构的医康养服务能力。二是推广“专科医师+全科医师+护士+公共卫生医师”的团队服务模式,为老年群体提供系统连续的健康服务。完善收入分配政策,合理确定老年人健康服务当量和绩效权重,充分调动医师队伍积极性。三是加强县乡两级老年人医疗康复专科服务能力和队伍建设,合理配置基层康复、护理床位和人才等资源,建设康复联合病区(房),实现“上级转得下、基层接得住”。同时,全面落实“全科+1”政策,鼓励全科医师取得康复专科资格,培养一批“全科+康复”的复合型老年健康服务人才。

### 3.2 扩大体系之间整合的维度

围绕双向协同、多维整合,实现医疗和养老资源优势互补的目标,从健康服务、医疗康复、养老护理、社会工作以及资源配置、制度建设等领域完善体系之间的整合机制。一是探索以项目为载体的医康养服务协作新机制。通过政府购买服务、福彩公益金资助、受益方合理承担等多种渠道,解决医疗机构和养老机构双向开展医康养服务项目所需经费,逐步形成医康养服务可持续发展的长效机制。鼓励有条件的医疗机构和养老机构合作建设医康养联合体,提供便利、多样的连续型医康养服务。二是联合开展相关标准的研究制定。卫生健康、民政、医保等部门联合研究制定老年人医康养服务标准,建立完善慢性病老年人、疾病稳定期老年人、失能老年人康复服务、长期护理评估体系,规范医疗干预、康复护理和生活照料服务。针对医养结合机构的特殊性,研究完善养



老机构设置医疗机构和医疗机构设置养老机构的准入、监管标准,规范、扶持医康养服务发展。三是加快实现数据的互通共享。打通卫生健康、民政、残联等部门的信息系统以及智慧健康、智慧养老等服务平台,逐步实现部门和机构之间老年人健康基础信息和医疗康复、养老护理等信息的互通共享,推动部门之间的协同联动。

### 3.3 加大保障政策整合的力度

一是持续优化支付政策。完善家庭病床制度,逐步将家庭病床纳入门诊统筹及长期护理保险支付范围,为居家老年患者提供上门巡诊、康复护理、姑息治疗等连续性服务;推进医保支付方式改革,加大对康复、护理服务项目的支持力度,适时将安宁疗护服务纳入医保目录;扩大长期护理保险试点范围,尽快实现制度全覆盖。二是统筹提高服务资金使用绩效。优化重度残疾人护理补贴制度和养老服务补贴制度设计,统筹公共卫生、社区预防保健、老年人医疗保险、养老机构建设运营补贴等经费,强化资金使用的目标导向和整体合力,提高资金绩效,为老年人提供全周期健康服务。三是不断完善人才培养政策。合理增加有关院校康复专业设置和招生

规模,将康复专业作为政府定向招生培养基层卫生人才的重点方向之一;鼓励康复护理人员开展多点执业;加快制定符合条件的社会办医疗机构及人员参与医康养服务的政策措施。

### 参考文献

- [1] 孟跃庆.卫生服务整合:国际经验与中国实践 [EB/OL].(2020-07-30)[2020-07-31].[https://www.sohu.com/a/410991029\\_258430](https://www.sohu.com/a/410991029_258430).
  - [2] 程海霞,李洁,方莉,等.以人为本的一体化卫生服务模式的国际经验及启示[J].卫生经济研究,2019(5):31-33.
  - [3] 于梦根,袁蓓蓓,孟庆跃,等.基层医疗卫生服务整合的国际经验及对我国的启示[J].中国卫生政策研究,2019(6):22-28.
  - [4] 柏杨,祝贺,马晓晨,等.美国卫生体系整合模式探索及其对我国的启示[J].中国卫生政策,2020(2):42-56.
  - [5] 章睿,吴燕萍,谢淑珍,等.浙江省社区康复服务资源的现状调查[J].中国康复,2019(5):274-277.
  - [6] 董少龙.医养结合:做法、问题及建议[J].中国民政,2017(3):34-36.
- 作者简介:钱明(1967—),女,浙江杭州人,学士,副教授,研究方向:老年人、残疾人服务。

[收稿日期 2020-09-25] [责任编辑 冯芳龄]

(上接第 41 页)

长期照护服务递送体系包括服务对象准入、服务能力评定、服务标准、服务需求评估及服务人员准入,每一环节都涉及政策工具的设计和使用。(1)在服务对象准入的政策工具设计上,不能照搬国外的评定量表,也不能只通过服务对象身体机能的评定来进行分级,而应该根据我国老年人群特征,兼顾服务对象身体机能、精神状况、社会适应和失智程度等,设计准入评定工具。(2)在服务能力评定与服务标准的政策工具设计上,要根据不同服务主体设计不同的评定工具,对非正式照护侧重评定照护时间、精力和照护者的压力等,对社区照护侧重医护资源、收治床位及社区服务需求等,对机构照护则侧重生活照顾质量、医疗护理质量和精神慰藉质量等。(3)服务需求评估最主要是需要统一口径,从政府层面统一统计标准,将长期照护需求嵌入卫生统计调查中,下沉到基层社区,以此获取准确的需求数据。(4)服务人员准入标准则要根据服务标准来制定。长期照护服务人员涉及多学科、多领域,要从医学、心理学、管理学、社会学等多学科角度设计人员准入标准及人才培养方案。

### 3.3.2 建立健全长期护理保险制度

建立健全长期护理保险制度,首先要厘清长期护理保险与养老保险、医疗保险的关系,是走向融合还是相互独立,需要慎重考虑。除此之外,要进一步明确长期护理保险的社会保险成分与商业保险成分的比例,由于长

期照护服务时长不确定,风险较高,因此国家财政和企业负担都较重。要从保障对象、给付标准、筹资方式等方面进一步探索长期护理保险制度建设,特别要考虑长期护理保险是为长期照护提供资金支持的,因此要特别从长期照护的角度来考量保险方案的设计。

### 参考文献

- [1] 彭希哲,宋靓珺,黄剑焜.中国失能老人长期照护服务使用的影响因素分析——基于安德森健康行为模型的实证研究[J].人口研究,2017,41(4):46-59.
- [2] 倪赤丹.老年长期照护服务体系构建的国际经验与中国路径[J].改革与战略,2017,33(11):199-202.
- [3] 杜鹏,纪竞垚.中国长期照护政策体系建设的进展、挑战与发展方向[J].中国卫生政策研究,2019,12(1):29-34.
- [4] 王莉,王冬.老人非正式照护与支持政策——中国情境下的反思与重构[J].人口与经济,2019(5):66-77.
- [5] 杨团.中国长期照护的政策选择[J].中国社会科学,2016(11):87-110,207.
- [6] 王越,王静丹,周辰宇,等.我国医养结合养老服务中多元协同参与的思考[J].医学与社会,2019,32(12):61-64.
- [7] 杨菊华,王苏苏,杜声红.中国长期照护保险制度的地区比较与思考[J].中国卫生政策研究,2018,11(4):1-7.
- [8] 阳旭东.台湾地区长期照护政策:回顾、评价及启示[J].云南民族大学学报(哲学社会科学版),2018,35(5):144-152.

作者简介:周维(1995—),男,湖南人,研究方向:社会医学与卫生事业管理。

[收稿日期 2020-09-06] [责任编辑 胡希家]