

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2022年第16期

(04.18-04.24)

医保

医疗

医药

## ——本期视点——

(阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。)

### • 带量采购 •

▶ [跑出“加速度”！药品耗材集采改革3年成绩单——](#)（来源：中国医疗保险）——第9页

【提要】国家组织药品和医用耗材集中采购改革，因其力度持续加大，给人民群众带来的获得感持续增加，并带动了地方联盟采购，被业界和学界公认为跑出了“加速度”。回过头来看，这项改革的路子越来越宽：2018年国家组织“4+7”药品集中采购试点就收到了旗开得胜之效。这种效应直接辐射到2019年的扩大试点，使扩大试点取得了圆满成功。起跑决定全程。2020年国家组织的第二批、第三批药品集采实现了超过预期的效果。

▶ [集采，或将成为今后医疗机构药品耗材采购主渠道](#)（来源：新浪医药新闻）——第13页

【提要】去年9月29日，“十四五”全民医疗保障规划“印发。规划明确要求深化药品和医用耗材集中带量采购制度改革。对于药品，要求常态化制度化实施国家组织集中带量采购，到2025年各省(自治区、直辖市)国家和省级采购品种达500个以上，对于高值医用耗材，要求持续扩大国家组织集中带量采购范，到2025年各省(自治区、直辖市)国家和省级采购品种达5类以上。同时将强化对集中采购机构

的统一指导，规范地方开展集中带量采购，形成国家、省级、跨地区联盟采购相互配合、协同推进的工作格局。由此可见，未来，集采将毫无疑问成为医疗机构药品耗材临床采购的主渠道。

## • 基层医改 •

▶ [社区医院怎么建？北京方案来了](#)（来源：健康界）——第 19 页

【提要】北京基层医疗发展的方向就是全国基层医疗的风向标。社区医院怎么建？北京方案来了！10 多年医改，我们的基层在强基层的政策鼓舞下，医疗服务能力持续变弱。《规划标准》指出，社区卫生服务中心按照行政区进行规划，以街道、乡镇为单位，结合服务人口、地域特点、服务半径等情况设置。原则上每个街道(乡镇)设 1 所社区卫生服务中心，服务人口超过 10 万的街道(乡镇)，应扩大中心规模面积或增加中心数量，每增加 5 至 10 万人口增设 1 所社区卫生服务中心或分中心。服务人口不足 10 万、服务面积超过 50 平方公里的街道(乡镇)，可结合实际增设社区卫生服务中心或分中心。分中心的服务功能应与社区卫生服务中心保持一致。

▶ [运用国家医保谈判助力医改推进](#)（来源：中国政协杂志 2022 年第 6 期）——第 32 页

【提要】国家医保谈判是中国医药市场近年来一项重大创新，通过国谈纳入基本医保的药物数量不断增加，医保准入节奏明显加快。这项关乎十几亿人健康的谈判引起了社会广泛关注和好评。首先是患者受益。不仅大幅降低了医保患者的用药负担，还可以用上好药、新药，



增加了患者对药品的可及性，显著改善健康，尤其是罕见病患者；其次，“国谈”药进入医保目录后，放量效果十分明显，销售量显著增加，即使国谈药的平均价格降幅在 50%以上，销售额也有明显增加，对于药企来说，通过医保准入政策迅速铺开新产品市场起到了很大的作用；同时，虚高价格被挤压，水分被挤出，也有助于净化医药市场生态，规范医疗服务提供行为，减少不合理的医疗费用，助力公立医院运行机制改革。

### • 医保动态 •

▶ [国家医保局：耗材院内营销模式，彻底变了](#)（来源：医疗器械经销商联盟）——第 35 页

【提要】近日，国家医保局发布重要通知。为推进 DRG/DIP 支付方式改革向纵深发展，国家医保局依托全国统一的医保信息平台开发了 DRG/DIP 功能模块基础版。通知中表示，2022 年 6 月底前，选择部分新开展 DRG/DIP 支付方式改革地区，试用全国统一医保信息平台 DRG/DIP 功能模块；2022 年 11 月底前，实现 DRG/DIP 功能模块在全国落地应用。通知还强调，未完成 DRG/DIP 支付信息系统建设的地区，必须使用全国统一医保信息平台提供的 DRG/DIP 功能模块，不得以任何形式和理由重复建设。这意味着将会和医保医用耗材支付系统直接打通，通过对耗材医保内金额的监控可实现对高值耗材的监测；通过对自费占比指标的监测可实现对高值耗材控费的管理，耗材控费再次升级。

▶ [异地联网结算、智能监控预警、药采全网比价……医保信息化，惠及千万家](#)（来源：人民网）——第 38 页

【提要】习近平总书记强调：“让人民群众在信息化发展中有更多获得感、幸福感、安全感”。医保信息化是推动医保服务标准化、规范化、便利化的基础和支撑。近年来，各地运用信息化手段推进医保改革，对异地就医结算、医保基金监管、药品集中采购等环节进行了有益探索，群众的获得感与幸福感不断提升。

### • 医院管理 •

▶ [民营医院在医疗器械购管用中应该注意的五个问题](#)（来源：华夏医界网）——第 43 页

【提要】民营医院经过多年快速发展，数量已经占优，但服务量依然难以与公立医院比肩。如今，新冠疫情、医保严管和人才瓶颈制约使得本来就很脆弱的民营医疗更是雪上加霜。当下，以加强疾病救治能力和高质量发展为主攻方向，公立医院得到了国家太多投资，一股多院区大扩张狂潮已经兴起，给民营医院生存与发展进一步带来前所未有的压力。在“第一期社会办医高质量发展论坛(沙龙)医疗器械专场，以探路者必有路——如何助力社会办医高质量发展，在发展中赢得主动和信赖”论坛上，相关专家以“民营医院在医疗器械购管用中应该注意的五个问题”为题进行阐述，以避免民营医院在医疗器械购置、管理、使用方面掉坑。

▶ [金培生：为公立医院高质量转型趟出一条路](#)（来源：中国卫生杂

志) ——第 48 页

【提要】2018 年，徐州医科大学附属医院在医院扩张浪潮中急流勇退，主动削减床位 2000 余张，这一举动被业内称为——打响大型公立医院转型发展“第一枪”。枪响过后，徐医附院已在“减负增效”的赛道上运行了 3 年有余。2021 年，当全国公立医院高质量发展吹响号角之时，徐医附院已凭借几年的积累，抢先站在了高质量发展的第一方阵。

### • 疫情防控 •

► [张文宏：这是能否摆脱疫情的重要指标](#)（来源：博鳌亚洲论坛）  
——第 52 页

【提要】4 月 20 日至 22 日，博鳌亚洲论坛 2022 年年会在海南博鳌举行，国家传染病医学中心主任、复旦大学附属华山医院感染科主任张文宏作为讨论嘉宾参加了《科学为盾，战胜疫情》分论坛。他表示未来摆脱疫情，老年人以及有基础疾病的脆弱群体的病死率将始终是一个非常重要的指标。如何提高这部分人群的疫苗接种率？在感染新冠肺炎后，我们如何提供充足的医疗资源进行救治？只有这样才可以真正做到将病死率维持在非常低的水平，也只有这样才能在疫情之前人人平等。

► [医院感控防线被突破！面对奥密克戎变异株，该怎么办？](#)（来源：上海健康）——第 55 页

【提要】疫情防控是一项细致的工作，如果哪一个环节出现了问题，

后面再想补上漏洞，就很难。医院外防输入，既要防止人传人输入、也要防止物传人输入。在人员管理中，特别重要的是，对于第三方人员的管理，比如保安、保洁、物业，甚至访客、相关医药企业代表、业务员等，能够进入医院的工作人员，从疫情防控的角度来讲，应该是知根知底的才安全。专家建议，医院必须要有疫情防控的意识，认真落实好感控工作预案，做好标准化的防控工作。比如，按照标准做好住院病人的筛查、病例的早期发现，等等，绝不能够大意。但是，与此同时，不要过于紧张、恐惧，也要适度疏解压力。

### • 健康养老 •

▶ [失能老人长期照护保障：需求调查和方案设计 ——北京市个案研究](#)（来源：社科院）——第 63 页

【提要】“十二五”以来，尤其是 2013 年以后，随着中国老龄化进程的不断加速，老年服务问题得到了党和国家领导人的分外重视。北京市老龄协会提出的研究任务是：“北京市建立长期照护保险制度的路径选择”。结合习总书记提出的“长期照护保障制度”的新概念，我们将研究目的调整为“北京市建立长期照护保障制度的路径选择”。在此基础上，课题组进行了研究报告的撰写。报告共分四个部分：长期照护保障制度的概念框架和国际经验；北京市建立长期照护保障制度的背景；北京市老年人的长期照护需求；关于建立北京市长期照护保障制度的建议。

▶ [射阳经验：专业机构支撑下的农村养老服务](#)（来源：上海复旦大

学社会发展研究中心) ——第 91 页

【提要】2019 年，上海复旦大学社会发展与公共政策学院和中国社科院社会政策研究中心联合组成了“中国长期照护服务机构运行机制研究”课题组，到江苏省射阳县实地考察金色华年(上海)养老服务有限公司在农村养老服务体系建设方面的实践和探索。联合课题组两年前来到射阳调查时，“金色华年”创办刚一年，射阳的经验也仅仅是初具雏形。近两年来，按照联合课题组调研成果中提出的理论架构、概念体系和实施方案，“金色华年”在农村养老服务体系的探索中又向前跨出了一大步：首先是将国际共识、中国传统、当地经验融为一炉；其次是以党建引领养老服务；第三是积极为留守老人，尤其是有照护依赖的老人提供服务。



## -----本期内容-----

### • 带量采购 •

#### 跑出“加速度”！药品耗材集采改革3年成绩单——

来源：中国医疗保险

国家组织药品和医用耗材集中采购改革，因其力度持续加大，给人民群众带来的获得感持续增加，并带动了地方联盟采购，被业界和学界公认为跑出了“加速度”。

回过头来看，这项改革的路子越来越宽：2018年国家组织“4+7”药品集中采购试点就收到了旗开得胜之效。这种效应直接辐射到2019年的扩大试点，使扩大试点取得了圆满成功。起跑决定全程。2020年国家组织的第二批、第三批药品集采实现了超过预期的效果。

2021年持续加大集中采购力度，扩大集中采购范围，又取得了新的突出成效。1月，国务院办公厅发布《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》，强调药品集中带量采购是协同推进医药服务供给侧改革的重要举措，要推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展，加快形成全国统一开放的药品集中采购市场。

在国家决策部署的推动下，2021年集中采购形成了西药和中成药多品种展开、国家组织和地方联盟多层次开展、药品和医用耗材多领域开展的强劲态势，专家所说的跑出了“加速度”既形象又贴切。

首先，国家组织集采实现新突破：2021年2月，第四批集采启

动，中选产品 158 个，平均降价 52%，最高降幅达到 96%，此轮集采首次纳入注射剂；6 月，第五批集采启动，采购规模创历史新高，注射剂的竞争尤为激烈，最终 61 种药品采购成功，平均降价 56%；11 月份，第六批集采启动，此次是以胰岛素为对象的专项采购，也是首次将集采拓展到生物医药领域，破解了生物药集采难点，本次集采有 42 个产品中选，中选产品平均降价 48%，今年 5 月落地实施后，将惠及千万糖尿病患者，每年减负 90 亿元。

其次，地方集采呈现星火燎原之势：今年初，经过 2021 年全方位、全流程的周密筹备和精心运作，湖北牵头 19 省份联盟开展中成药集中带量采购开标，采购规模近 100 亿元。最终 97 家企业、111 个产品中选，中选价格平均降幅 42.27%，最大降幅 82.63%。据 19 省联盟年度需求量测算，预计每年可节省药品费用超过 26 亿元。本次集中带量采购的成功开展，标志着我国的集中带量采购改革拓展到了中成药领域，为探索中成药集采模式开启了关键性的第一步，形成了集中带量采购改革从最初的化药，到高值医用耗材、生物制剂，再到中成药的扩围格局，构建出了全方位推进医药集中采购改革的“拼图”。2021 年，重庆牵头开展了短缺药省际联盟集中采购；广东、陕西、甘肃、新疆等地分别组织跨省联盟集采；上海精准引导未中选药品梯度降价，等等。

在持续推进药品集采的同时，高值耗材带量采购也持续推进。继 2020 年 11 月国家组织冠脉支架首次带量采购取得成功后，2021 年 9

月 14 日又组织了人工髌关节、膝关节集中带量采购，平均降价 82%，髌关节平均价格从 3.5 万元下降至 7000 元左右，膝关节平均价格从 3.2 万元下降至 5000 元左右。冠脉支架和人工关节的成功采购，被湖南郴州市 67 岁的参保人陈达莉称之为“双喜临门”：2020 年国家组织首次集采的冠脉支架，媒体报道的均价是从 1.3 万元下降至 700 元左右，而陈达莉 2021 年 1 月 1 日在郴州第一人民医院植入的冠脉支架仅为 590 元，这是一喜。2021 年国家组织第二次集采的人工关节，又给老陈送来第二个惊喜：3 年前，经医生诊断，老陈就必须做右膝关节置换手术，但因手头无资金储备一直拖着。老陈说，“国家采购后，花钱下降到 1 万元以内，再加上医保报销，不愁钱了”。今年 3 月，人工膝关节、人工髌关节的集采品种将在全国落地实施，老陈打算 4 月份去做手术。

据了解，成功采购人工髌关节、膝关节，是有明确目标的行动，瞄准的是解决老百姓的急难愁盼问题。据人民网 1 月 22 日报道，人工膝关节、髌关节的集采品种在全国落地后，预计惠及近 1100 万患者，每年减负近 300 亿元。在国家组织医用耗材集采的同时，地方也在行动，如天津、江苏、内蒙古、河南分别牵头开展冠脉扩张球囊、药物球囊、导引导丝、骨科创伤类耗材等联盟集中带量采购，安徽探索大型医用设备集采，等等。

2021 年国家组织药品和医用耗材集采改革受到国务院的充分肯定和社会的广泛好评。2022 年 1 月 10 日召开的国务院常务会议指出，

药品和高值医用耗材集中带量采购用市场化机制有效挤压了医药价格虚高，截至 2021 年底累计节约医保和患者支出 2600 亿元，同时也促进了医药企业将更多精力投入到产品研发、提高质量上。《人民日报》2021 年 12 月 31 日报道了国内十大新闻，将“今年组织开展 3 次国家药品集采，第五批国家药品集采 61 个中选品种平均降价 56%”写入其中。

药品集采改革取得的新进展还表现在各地认真落实医保资金结余留用政策上。2021 年，随着前两批国家组织药品集中带量采购的约定采购周期届满，作为重要配套措施的医保资金结余留用政策已在多地陆续落地。例如，山东省医保局按照《国家医保局财政部关于国家组织药品集中采购工作中医保资金结余留用的指导意见》（以下简称《指导意见》），联合省财政厅印发具体实施意见，全省统一算法、统一标准、统一工作流程，在国家考核指标体系的基础上，结合省情对考核指标进行认真论证，明确每个指标的考核分值和计算方式，实现了指标的细化、量化，提高考核工作的操作性和科学性，并率先开发医保资金结余留用信息系统，依托信息系统确保全程公开透明。截至 2021 年 8 月底，前两批国家组织药品集中采购的结余留用资金均已拨付到位，累计拨付 3.3 亿元。山东的做法具有代表性。其他地区也根据国家出台的《指导意见》制定本地区的具体实施措施，促进医保资金结余留用政策的落地，有效激励医疗机构优先使用中选产品。

[返回目录](#)



## 集采，或将成为今后医疗机构药品耗材采购主渠道

来源：新浪医药新闻

如果说中国新医改就是“药改”可能有点过分，但实际上在明确提出医疗服务价格改革和薪酬制度改革之前，整个医改的过程确实就是围绕着“药品”进行的。

而这十几年大体可分三个阶段。

第一阶段：严管期，从2009年到2014年，主要围绕基药集中采购进行。

2009年8月，原卫生部、发改委、工信部、监察部、人社部、商务部、国家食药监局、国家中医药局联合印发了《关于建立国家基本药物制度的意见》（以下简称《意见》）。

《意见》出于“为保障群众基本用药，减轻医药费用负担”的目的，要求政府举办的基层医疗卫生机构全部配备和使用基本药物，其他各类机构也都必须按规定使用基本药物。同时规定，基本药物依法实行省级集中网上公开招标采购，由招标选择的药品生产企业、具有现代物流能力的药品经营企业或具备条件的其他企业统一配送。

这一政策被浓缩为：基层医疗机构只能使用基本药物，基本药物只能通过省级集中招标平台网上采购，统一由政府确定的配送企业配送，必须实行零差率销售，医疗机构不能“二次议价”。

然而，三明偏偏不按“套路”出牌。

据了解，2010年三明市职工医保统筹基金收不抵支约1.4亿元，

2011 年实际超支约 2.1 亿元，分别占到当年市级地方财政收入的 11.66%、14.42%，财政无力兜底，基金欠付全市 22 家公立医院药费 1700 多万元。

在这种收不抵支的严峻形势下，三明市公然违背“不准二次议价”的规定，在省级药品集中招标采购基础上，实行“限价采购”，实际上就是“二次议价”，再一次挤水分。同时将挤掉的水分用于提高医疗服务价格，彻底扭转医疗机构的收入构成，探索实施腾空间、调结构、保衔接，给全员目标年薪制创造条件。

就在基药制度风风火火推进过程中，并发症陆续出现，最主要的一是廉价药断供，二是腐败迅速蔓延。

为了解决这个“并发症”，2014 年 4 月，原国家卫计委、发改委、工信部、财政部、人社部等八部委印发了《关于做好常用低价药品供应保障工作的意见》，提出完善采购办法、建立常态短缺药品储备、开展短缺药品动态监测等八项举措。

2014 年 9 月，印发《关于进一步加强基层医疗卫生机构药品配备使用管理工作的意见》，明确基层医疗机构(城市社区卫生服务中心和农村乡镇卫生院)，除了基本药物外，还可从医保或新农合药品报销目录中，配备使用一定数量或比例的非基本药品，落实零差率销售。

而有点儿讽刺的是在国家放开基药之前，作为基药制度先锋的安徽，在 2014 年 3 月，就制定出台一份包含 1118 种药物的全省公立医

疗机构基本用药目录，实行“一个目录、比例控制”的药改新思路。该省规定，村卫生室必须 100%使用目录中的国家基本药物，中心卫生院使用的药品中 90%以上必须是目录内药物，县级医院使用比例不得低于 80%，城市医院也得按规定比例使用药物。而这个品种数比 2012 版基药目录 520 种已经翻了倍。

第二阶段：从 2015 年到 2018 年，探索药品分类采购，放开基层用药成主流

2015 年 2 月 28 日，国务院办公厅关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见(国办发〔2015〕7 号)印发。这个指导意见最大的亮点就是提出药品分类采购。对临床用量大、采购金额高、多家企业生产的基本药物和非专利药品，由省级药品采购机构采取双信封制公开招标，落实带量采购。医院按照不低于上年度药品实际使用量的 80%制定采购计划和预算，并具体到品种、剂型和规格，每种药品采购的剂型原则上不超过 3 种，每种剂型对应的规格原则上不超过 2 种，兼顾成人和儿童用药需要。省级药品采购机构应根据医院用药需求汇总情况，编制公开招标采购的药品清单，合理确定每个竞价分组的药品采购数量，并向社会公布。对部分专利药品、独家生产药品，实行谈判采购。对妇儿专科非专利药品、急(抢)救药品、基础输液、临床用量小的药品(上述药品的具体范围由各省区市确定)和常用低价药品，实行集中挂网，由医院直接采购。对临床必需、用量小、市场供应短缺的药品，由国家招标定点生产、议价采购。对麻醉药品、精神

药品、防治传染病和寄生虫病的免费用药、国家免疫规划疫苗、计划生育药品及中药饮片，按国家现行规定采购，确保公开透明。这一做法其目的就是既要关注“大宗药品”，又要放开低价紧缺药品，从根本上避免腐败与短缺两大问题。2015年9月8日，国务院办公厅《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》印发。《意见》要求合理确定基层医疗卫生机构配备使用药品品种和数量，加强二级以上医院与基层医疗卫生机构用药衔接，满足患者需求。

随后，放开基层用药成为各地共同的呼声。

2017年4月，北京市阳光采购扩充基层医疗机构目录，原基层医疗机构与二三级医院的药品采购平台合二为一，实现用药完全一致。

2017年7月，广东省出台文件，明确不再对各级医疗机构(含基层医疗卫生机构)配备使用国家基本药物(含省增补基本药物)的品规数量和金额比例作具体要求。此举被认为是宣告“基药正式瓦解”。

2017年8月，辽宁省发布《关于进一步改革完善药品生产流通使用政策的实施意见》，要求全省各级医疗机构实行统一采购平台、统一采购目录。

2018年1月，天津市医药采购中心发布《天津关于调整基层医疗机构药品网上采购范围的通知》。通知各单位，从2月1日起，天津基层医疗机构药品网上采购范围，与二、三级医院用药全面衔接。即，天津所有公立医疗机构用药目录全部统一，基层用药不再受限。



2018年5月，宁夏卫计委发布《关于调整全区基层医疗卫生机构药品配备使用的通知》明确，自2018年5月1日起，宁夏《基本医保药品目录》(2017年版)中除限二级及以上医疗机构使用的药品，均允许基层医疗卫生机构配备使用，并按照医保有关规定支付。

就在基层用药一片“放”声，人们都以为基药目录已经不再有意义的时候，2018年10月25日《国家基药目录(2018年版)》正式发布，这确实是一个意外。而另一个意外就是2018年11月26日，国家卫健委发布《关于加快药学服务高质量发展的意见》，要求坚持公立医院药房的公益性，公立医院不得承包、出租药房，不得向营利性企业托管药房。这直接要了医院药房托管的命。

第三阶段：国家集采横空出世，未来集采药品耗材将成为医疗机构采购主渠道

药品采购最震撼的大幕历史性的由国家医保局拉开。2018年3月国家医保局在国家机构改革中设立。从其诞生之日，就肩负着重大使命，除了负责医保基金监管外，还承担了统筹医药、医疗、医保三医联动职责。

刚一上任，积极开展药品谈判采购，紧接着就掀起了曾经在业界引起惊涛骇浪的4+7带量采购，目前，药品带量采购已经进行了五批218个品种，高值耗材也完成了心脏支架和人工关节，由此带动了一些地方联合集采，体外诊断试剂、中成药、人工晶体、胰岛素等专项集采也风起云涌。

尽管目前一些企业因为不适应也开始出现供应、质量等一些“不良反应”，满以为集采大幅度降低价格就可以挤干水分而彻底铲除医药购销领域的商业贿赂，然而并没有，不久前，华北制药、宜昌人福、北京百奥陆续出现的集采问题实在让有关部门无法容忍。因此，也依法得到了严惩，以彰显政策的权威性、严肃性，避免一些企业效仿。

但从行业长期发展和临床使用角度来看，也许更多考虑的是市场预期明确，企业发展稳定，药品质量可靠、临床使用能够保障，至于集采降价幅度也许只有支付部门最操心。

9月29日，“十四五”全民医疗保障规划“印发。规划明确要求深化药品和医用耗材集中带量采购制度改革。对于药品，要求常态化制度化实施国家组织集中带量采购，到2025年各省(自治区、直辖市)国家和省级采购品种达500个以上，对于高值医用耗材，要求持续扩大国家组织集中带量采购范，到2025年各省(自治区、直辖市)国家和省级采购品种达5类以上。同时将强化对集中采购机构的统一指导，规范地方开展集中带量采购，形成国家、省级、跨地区联盟采购相互配合、协同推进的工作格局。建立以医保支付为基础，招标、采购、交易、结算、监督一体化的省级集中采购平台。推进并规范医保基金与医药企业直接结算，完善医保支付标准与集中采购价格协同机制。完善与集中带量采购相配套的激励约束机制，落实医保资金结余留用政策，推动集中带量采购成为公立医疗机构医药采购的主导模式，鼓励社会办医疗机构、定点零售药店参与集中带量采购。

由此可见，未来，集采将毫无疑问成为医疗机构药品耗材临床采购的主渠道。

[返回目录](#)

## • 基层医改 •

### 社区医院怎么建？北京方案来了

来源：健康界

北京基层医疗发展的方向就是全国基层医疗的风向标。社区医院怎么建？北京方案来了！10多年医改，我们的基层在强基层的政策鼓舞下，医疗服务能力持续变弱。

2018年5月18日，在以“迈向价值医疗”为主题的第七届海峡两岸医院院长论坛上，国家卫健委医政医管局焦雅辉表示，分级诊疗还需要强化基层医疗机构的服务能力建设，国家卫健委正在制定“社区医院”基本标准和管理制度，力图纠正基层医疗卫生机构过度偏重于公共卫生服务的倾向。自此，以优质服务基层行活动和社区医院建设为核心的新时期“强基层”开始了。

最近，《北京市社区卫生服务机构规划与建设标准》（下称《规划标准》）印发了。实际上，北京的基层医疗发展方向也是全国基层医疗的一个风向标，其《规划标准》往往具备天然的引领和示范作用，尽管社区卫生服务机构规划与建设标准，与社区医院有所不同，但作为社区医院建设的基础性工程，对其《规划标准》进行分析，仍然具

有重要的借鉴价值。

## 北京社区卫生服务机构如何规划与建设

### 如何规划？

《规划标准》指出，社区卫生服务中心按照行政区进行规划，以街道、乡镇为单位，结合服务人口、地域特点、服务半径等情况设置。原则上每个街道(乡镇)设1所社区卫生服务中心，服务人口超过10万的街道(乡镇)，应扩大中心规模面积或增加中心数量，每增加5至10万人口增设1所社区卫生服务中心或分中心。服务人口不足10万、服务面积超过50平方公里的街道(乡镇)，可结合实际增设社区卫生服务中心或分中心。分中心的服务功能应与社区卫生服务中心保持一致。

社区卫生服务站城区按照每2个社区或步行15分钟距离配备1个站点的原则，参考服务人口等因素设置，含社区卫生服务中心的社区不再设置社区卫生服务站。农村地区根据山区、半山区、平原地区特点及行政村人口规模，设置社区卫生服务站或村卫生室，村卫生室应符合北京市村卫生室标准化建设要求。社区卫生服务站在社区卫生服务中心统一管理和指导下开展工作。

社区卫生服务中心应根据区域卫生规划、居民服务需求加强住院病房建设，合理设置床位。新建社区卫生服务中心按照1.0-1.5张/千人口的标准适当配置床位，至少设置30张床位。鼓励社区卫生服务机构将床位用于康复、护理、安宁疗护等服务。



## 规模多大?

《规划标准》指出,社区卫生服务中心(站)根据服务人口、服务半径、承担任务以及综合建设规模分为 A、B、C 三类。

### 社区卫生服务中心

A 类标准:服务人口大于 7 万人,业务用房建筑面积不低于 5500 平方米。

B 类标准:服务人口 5 万-7 万人(含 7 万人),业务用房建筑面积不低于 4500 平方米。

C 类标准:服务人口小于 5 万人(含 5 万人),业务用房建筑面积不低于 3500 平方米。

设置发热诊室或发热筛查哨点的社区卫生服务中心按照相关要求另行增加建筑面积,应当为发热患者设置隔离留观区域,设置独立卫生间,有条件的可分设候诊区、治疗区、检验室、药房等。设有院前医疗急救工作站的社区卫生服务中心按照 A 级急救工作站至少增加 200 平方米、B 级急救工作站至少增加 80 平方米的标准增加建筑面积(不含公摊)。

### 社区卫生服务站

A 类标准:服务人口大于 1.5 万人,业务用房建筑面积不低于 550 平方米。

B 类标准:服务人口 1 万-1.5 万人(含 1.5 万人),业务用房建筑面积不低于 450 平方米。

C类标准：服务人口小于1万人(含1万人)，业务用房建筑面积不低于350平方米。

### 选址与布局

社区卫生服务机构房屋由区、街道(乡镇)统筹安排，尽量划拨独立医疗卫生用地支持社区卫生服务机构建设。房屋宜设置在居民区相对集中的区域，有便利的水、电、暖等公共基础设施。

社区卫生服务中心原则上应独立占地，选择相对独立的建筑，交通便利，方便群众就诊。社区卫生服务站参照中心建设要求，应安排在建筑首层，有独立的出入口。

社区卫生服务机构总体布局应根据服务功能、流程、管理、卫生防疫等方面要求，对建筑平面、道路、管线、绿化和环境等进行综合设计。机构应设置预检分诊区域，配套公共服务空间(卫生间、电梯、无障碍设施等)。

社区卫生服务机构业务用房建筑面积占比不低于总建筑面积的85%。新建独立式社区卫生服务中心建筑密度不宜超过45%，建设用地容积率宜为0.7-1.2。

### 功能分区与科室设置

社区卫生服务中心根据基本医疗和基本公共卫生的需求，应设置基本医疗服务区、公共卫生服务区、辅助诊疗服务区、综合管理服务区四个区域。各区具体配置面积合理。

基本医疗服务区设置：全科医疗科、中医科(中医综合服务区)、

康复科(康复区)、内科、外科、妇科、儿科、老年科、五官科(眼、耳鼻喉、口腔科)、精神(心理)科等专业科室;输液室、换药室、治疗室、处置室、观察室、抢救室等其他科室;按照相关标准设置发热筛查哨点,设置预检分诊室(台)。鼓励设置社区特色专科和中医药特色专科。按照相关要求设置健康小屋。承担教学任务的机构,配置教学诊室。

**公共卫生服务区设置:** 预防保健科、孕期保健室、妇女体检室、儿童体检室、五官保健诊室、神经心理发育诊室、哺乳室、宣教室等。鼓励设置预防保健特色科室。公共卫生科室设置宜相对集中,符合北京市预防接种门诊设置规范、妇女保健规范化门诊、儿童保健规范化门诊等要求。

**辅助诊疗服务区设置:** 医学检验科、医学影像科、中西药房、心电图室、消毒供应室等。有条件的可设置胃镜室等功能检查室。开展手术操作的社区卫生服务机构建议设置手术室、麻醉科。设有检验科的社区卫生服务机构应按照北京市基层医疗卫生机构实验室生物安全管理规范开展工作。影像诊断、病理诊断和临床检验等业务可与第三方机构或者医联体上级医疗机构合作开展。

**综合管理服务区设置:** 综合办公室(党建办公室)、医务科(质管科)、财务资产科、后勤管理科等。有条件的可设置护理科、院感科、公共卫生管理科、信息管理科(室)、病案室、示教室、库房、员工休息室、食堂等。

社区卫生服务站根据规模和承担的功能选择性设置科室，至少设置全科医疗科、治疗室、药房等。有条件的可设置中医科、预防保健科、内科、外科、口腔科、康复医学室(科)、医学检验室(科)、医学影像室(科)、输液室、心电图室等。按照相关要求设置预检分诊室(台)、预留隔离留观区域。逐步将村卫生室纳入社区卫生服务管理体系，对机构和医务人员实行一体化管理。

《规划标准》同时对社区卫生服务机构的服务功能、信息化建设进行的规划。

### 社区医院建设的提出与推进

基于对新医改以来基层医疗卫生机构过度偏重于公共卫生服务，基层医疗服务能力弱化，影响群众获得感的认识，2018年8月，国家卫健委启动了“优质服务基层行”活动，印发了《关于开展“优质服务基层行”活动的通知》，力争通过活动的开展，使广大人民群众能够就近享有安全、有效、方便、经济的基本医疗卫生服务，不断提高人民群众的获得感。

随后，2019年3月18日，国家卫生健康委印发关于开展社区医院建设试点工作的通知(国卫办基层函〔2019〕210号)，标志着国家纠正基层医疗卫生机构过度偏重于公共卫生服务的倾向有了具体行动!

2019年6月17日，国家卫生健康委公布了社区医院基本标准和医疗质量安全核心制度要点(试行)(国卫办医函〔2019〕518号)，给



社区医院画了一个标准像。

2020年，国家在总结2019年医改新成效时指出，2019年以来，国家已推进300家县级医院成为能力建设“标杆”，616家机构达到社区医院标准。

2020年7月13日，国家卫生健康委关于全面推进社区医院建设工作的通知(国卫基层发〔2020〕12号)决定在20个省份试点基础上，全面开展社区医院建设工作。

2021年6月10日，再一次印发关于加快推进社区医院建设的通知(国卫办基层函〔2021〕317号)，要求提高认识。通知指出，“十四五”时期，我国城镇化、老龄化进程将进一步加快，多种疾病负担并存、多重健康影响因素交织的复杂状况将长期存在，人民群众就近享有多层次多样化便捷的健康服务需求将持续快速增长。加快社区医院建设，改善基层医疗卫生机构基础设施条件，是实现优质医疗资源扩容和区域均衡布局的重要途径，有利于加快建设优质高效的医疗卫生服务体系，提升基层防病治病和健康管理能力，促进建立分级诊疗体系，更好地满足人民群众基本医疗卫生服务需求，拟于年底前再推进建成500家左右社区医院，切实巩固提升县域医疗卫生服务能力和水平。

### 社区医院建设的两个特点

一是突出医疗服务能力。在当初提出社区医院建设时就非常明确指出，开展社区医院建设试点工作是提升基层医疗卫生服务能力的有

力抓手，是推进分级诊疗制度建设的重大举措，是推动构建优质高效的医疗卫生服务体系的内在要求。推进社区医院建设试点，有利于合理拓展基层医疗卫生服务功能，有利于提升基层医疗卫生机构影响力和社会地位，有利于提升广大基层卫生人员的职业自信和归属感，有利于提升居民对基层医疗卫生机构的信任度和利用率。

在试点机构遴选时，特别提出入选的基层医疗卫生机构具备较强的服务能力和一定规模的服务人口，实际开放床位数 $\geq 30$ 张，床位使用率 $\geq 75\%$ ，业务用房建筑面积 $\geq 3000$ 平方米。在主要建设任务方面，一是补齐短板，健全临床科室设置和设备配备。二是抓住重点，提升基本医疗服务能力。三是深化改革，提高辖区综合服务水平。

要求加强防治融合，推进基本慢性病防、治、管整体融合发展，逐步实现同质化管理；发挥社区医院的示范标杆作用，承担区域性基层健康管理(体检)中心、康复护理中心、安宁养护中心、基层卫生人才培训中心等职能，体现区域基层卫生资源的集合效应；改革创新，优化基层运行机制。落实机构补偿、人事聘用、考核分配等医改政策，形成机构有活力、医务人员有动力的良好机构运行氛围，进一步赢得居民认可和信任。

二是社区医院要突出“社区”、“医院”两个特点。在《社区医院基本标准》中，对于社区医院的基本功能尽管明确提出包括基本医疗服务、基本公共卫生服务，但四项“基本功能”中可以明显感觉到对医疗服务能力的强调，这比《社区卫生服务中心能力标准(2018

版)》要求明显要高。

如除了“(一)具备常见病、多发病、慢性病的门诊、住院诊疗综合服务能力。符合条件的,可提供适宜的手术操作项目。(二)开展基本公共卫生服务,承担辖区的公共卫生管理和计划生育技术服务工作,能够提供健康管理、康复指导等个性化的签约服务”,还有“(三)具备辖区内居民基层首诊、双向转诊等分级诊疗功能,开展远程医疗服务,提供部分常见病、慢性病的在线复诊服务。(四)对周边基层医疗卫生机构开展技术指导和帮扶。”

不但如此,在临床、医技科室设置方面,“至少设置全科医疗科、康复医学科、中医科,应当设置内科、外科、妇科、儿科、口腔科、眼科、耳鼻喉科、精神(心理)科、安宁疗护(临终关怀)科、血液净化室等专业科室中的5个科室,有条件的可设置感染性疾病诊室(发热门诊)、老年医学科等科室。至少设置医学检验科(化验室)、医学影像科、心电图室、西(中)药房。有条件的可设置胃镜室等功能检查室。影像诊断、临床检验、消毒供应室等科室可由第三方机构或者医联体上级医疗机构提供服务。开展手术操作的社区医院应当设置手术室、麻醉科,病理诊断可由第三方机构或者医联体上级医疗机构提供服务”,这也比“社区卫生服务中心”标准要求要多得多。

除了科室设置,在医疗服务能力提升方面,也具体提出了5项重点工作:

①提高门诊常见病、多发病诊治能力,提供一般疾病的诊断、治

疗、康复、护理服务，鼓励结合群众需求建设特色科室。

②加强住院病房建设，合理设置床位，可按照服务人口 1.0-1.5 张/千人配置。社区医院主要以老年、康复、护理、安宁疗护床位为主，鼓励有条件的设置内科、外科、妇科、儿科等床位，开设家庭病床，不断提高病床使用效率。

③提高中医药服务和医疗康复能力，推广中医药综合服务模式，广泛推广和运用中医药适宜技术，为群众提供中医特色服务。

④加强医疗质量建设，以医疗质量安全为底线，落实医疗质量安全核心制度，规范医疗行为，严格机构内部管理。

⑤积极参与医联体建设，促进优质医疗资源下沉，强化医联体内上级医院对基层医疗卫生机构资源与技术的支持，提升基层医疗服务质量。鼓励与医联体内上级医院开设联合病房。

而这些“强化医疗服务”的要求实际上就是要让“社区医院”更像“医院”，有别于“社区卫生服务中心”，突出“社区”，有别于城市大医院。

这一点，在此后的社区医院建设文件，不管是“全面推进”还是“加快推进”中都有体现。如加强住院病房建设，合理设置床位，主要以老年、康复、护理、安宁疗护床位为主，鼓励有条件的设置内科、外科、妇科、儿科等床位，并结合实际开设家庭病床。三是提高中医药服务和医疗康复能力，推广中医药综合服务模式，广泛推广和运用中医药适宜技术，为群众提供中医特色服务。

防治结合，强化传染病防控能力。

一是强化传染病早发现、早报告能力。结合传染病的流行特点，常态化开展医务人员传染病知识培训，进一步提高社区医院在健康体检和日常诊疗过程中早发现传染病的能力。规范社区医院预检分诊流程，健全传染病报告制度，提升法定传染病早报告能力。

二是强化重点人员健康管理。按照当地党委政府的统一安排，开展家庭医生签约服务，配合做好新冠肺炎康复出院人员等重点人群的日常健康管理和健康监测、心理支持等服务。同时，进一步完善防护设施，强化社区医院自我防护能力。

三是做好基本公共卫生服务。在专业公共卫生机构指导下，按照基本公共卫生服务规范做实基本公共卫生服务项目，加强慢性病患者的健康管理，做好居民的健康教育，切实提升对辖区居民的健康管理水平。

突出社区医院服务特色，要坚持社区医院基层医疗卫生机构功能定位，与城市其他医疗机构互补协同发展。发挥社区医院贴近群众优势，积极开展签约服务、家庭病床服务、上门服务、社区护理、安宁疗护、随访管理服务，落实慢性病长期用药处方管理要求，调整和适当延长社区医院门诊服务时间，提高服务可及性和便利性。积极应对人口老龄化，以“一老一小”为重点完善社区医院功能布局，改善设施条件和设备配备，优化服务流程，方便老年人和儿童看病就医，拓展妇幼保健和医养结合服务。



积极适应日益严峻的慢性病防治形势和重大疾病防控工作需要，加强医防融合，提供防病治病和健康管理服务。立足常态化社区疫情防控，符合条件的设置发热诊室，提升及时发现、依法报告和处置传染病能力。立足满足群众多样化个性化服务需求，在做好全科医疗服务的基础上，鼓励积极开展预防保健、康复、口腔、儿科及妇幼保健、精神心理等服务，支持社区医院加强特色科室建设。注重发挥中医简便验廉优势，加强中医综合服务区(中医馆、国医馆)服务能力建设，突出中医药特色，鼓励提供融中医医疗、预防保健、康复服务于一体的综合服务。

### 江苏、上海的实践探索

基层医疗服务能力不强，分级诊疗制度建设就无从谈起。作为离百姓最近的健康“守门人”，基层医疗机构承担着区域内常见病、慢性病的筛查和防控的职责。近年来，国家将社区医院建设作为提升基层医疗服务能力的“牛鼻子”，打出多个提升基层医疗服务能力的“组合拳”。

2017年9月，江苏省率先在全国范围内启动社区医院试点工作，让一批诊疗能力较强、有一定床位数、有特色专科的社区卫生服务中心，按相关标准申报社区医院，经考核合格后加挂社区医院的牌子。2018年，江苏省确定26家社区卫生服务中心为“江苏省首批社区医院”，增挂“社区医院”牌子的社区卫生服务中心，政府在人才引进、财政投入、设备采购等方面都给予了大力支持。如今，江苏省内的社

区医院已达 69 家。

2020 年 8 月 21 日，上海率先在全国第一个发布了上海市社区卫生服务机构功能与建设指导标准，将提升基层卫生服务与应对重大疫情和公共卫生安全事件的能力纳入社区医院建设标准之中。在规划设置方面，北京标准与上海标准完全相同，但上海还提出在建设时，应与居民住宅同步规划、同步建设、同步投入使用的“三同步”及社区医疗服务优先靠近养老机构，

上海的《指导标准》不但注重基层，而且明确将社会办医融入社区医疗完善服务体系建设之中。指导标准明确提出，探索与符合条件的社会办全科诊所(含中医)、康复和护理医疗机构等社会资源合作，构建便捷可及、安全高效的社区卫生服务体系，成为提供居民“家门口”健康服务的重要载体。

鼓励社区卫生服务中心与符合条件的社会办全科诊所、康复和护理医疗机构和企事业内设医疗机构等社会资源开展合作，形成对社区卫生服务机构的补充。

对于疫情防控，上海《指导标准》更具体。《指导标准》提出，新建社区卫生服务中心按 1-1.5 张/千人口标准设置床位，至少设置 100 张床位。设置发热门诊的社区至少再增设 2 张隔离留观床位。设有发热门诊等传染病专病门诊的社区卫生服务中心，建筑面积再增加不低于 250 平方米，建筑净层高不低于 2.6 米；设有发热哨点诊室的社区卫生服务中心，建筑面积再增加 20-30 平方米。设有发热哨点诊

室的服务站(村卫生室)，应达到 300 平方米以上。

对公共卫生部门的服务功能方面，《指导标准》提出包括但不限于传染病防控、预防接种、健康教育、儿童健康管理等基本公共卫生服务项目，同时还心理健康服务、视觉健康管理、口腔健康管理等。同时鼓励开展营养门诊、生长发育门诊、戒烟门诊、优生优育优教中心等预防保健特色服务。

辅助科室设置中并不拒绝输液。上海《指导标准》在其他辅助服务功能中，明确主要提供与社区卫生服务中心日常业务相关的辅助服务，包括注射、输液、换药、处置、观察等服务。也应该配置注射室、输液室、换药室、治疗室、处置室、观察室等。社区卫生服务站(村卫生室)也要配置注射室、补液室(观察室)。

[返回目录](#)

### 运用国家医保谈判助力医改推进

来源：中国政协杂志 2022 年第 6 期

国家医保谈判(以下简称“国谈”)是中国医药市场近年来一项重大创新，通过国谈纳入基本医保的药物数量不断增加，医保准入节奏明显加快。越来越多的创新药、罕见病用药通过此途径被纳入医保目录之中。2021 年 12 月的“国谈”，67 种目录外独家药品谈判成功，平均降价 61.71%，其中 7 种罕见病用药通过谈判方式进入医保目录中。

这项关乎十几亿人健康的谈判引起了社会广泛关注和好评。首先是患者受益。不仅大幅降低了医保患者的用药负担,还可以用上好药、新药,增加了患者对药品的可及性,显著改善健康,尤其是罕见病患者;其次,“国谈”药进入医保目录后,放量效果十分明显,销售量显著增加,即使国谈药的平均价格降幅在50%以上,销售额也有明显增加,对于药企来说,通过医保准入政策迅速铺开新产品市场起到了很大的作用;同时,虚高价格被挤压,水分被挤出,也有助于净化医药市场生态,规范医疗服务提供行为,减少不合理的医疗费用,助力公立医院运行机制改革。

“国谈”有严格的规范程序控制价格。首先,要确定价格主要参考基础信息,由临床专家对药品进行评价和打分;召开企业见面会,请企业提交产品的临床证据、价格计算模型等相关信息。然后,进入专业测算阶段,组织临床、药学、药物经济学、医保管理等方面专家,从安全性、有效性、经济性、创新性、公平性等方面评价,并考虑医保基金承受能力等因素,测算药品的谈判底价。谈判成功的药品纳入目录,谈判结果确定为全国统一的医保支付标准。

在全国两会召开前的国新办新闻发布会上,国家医疗保障局副局长陈金甫表示,国家组织药品带量采购“不追求最低价,也坚决反对跑步竞价。”“我们不是特别锚定国际最低价,因为中国正在走向共同富裕的道路,中国人也可以吃上好药,医保金也能负担起这种价格合理的药品。”这段话里透露很多关键词,如“不追求低价”“不锚

定国际最低价”“价格合理的药品”。所以，医保谈判并不是把药价“砍到小腿”，而是用谈判的手段谈出合理价格，力争企业有合理利润、患者获得适宜服务并负担得起、医保基金得到有效使用。

当然，“国谈”作为一项诞生时间不长的创新，还有值得探索完善的地方。一是“国谈”后的药物价格大幅降低，单位利润显著降低，若因此导致投资回报率明显降低，甚至不能“回本”，将会直接影响企业创新动力，也会降低资本市场对市场的信心。所以，在以药物经济学评价为依据的谈判中，我们要尽可能考虑价格和可能用量的关系及其对利润的影响，尤其像疗效非常好、临床价值高或性价比很高的药品，要考虑到企业是否有适当的回报，而不只是考虑价格、甚至追求低价，形成鼓励研发的激励。

二是存在进医保进不了医院的现象。这是由多重因素所致。首先，一款药物进到医院，要通过药事委员会，有一个遴选周期；其次，有些针对某种疾病的创新药，要看医院是否具备这种病的诊疗能力，不具备诊疗能力、患者很少自然不会进药；再次，对于公立医院还有药品品种品规数限制、对药占比、次均医疗费用、医疗费用总额等的考核要求以及医保支付标准限制等，许多创新药价格都比较高，会大大提升医院的药占比、次均费用等，导致有些医院进药积极性不高。

解决这个问题，一方面可通过“双通道”政策，也就是将定点零售药店纳入医保药品供应保障范围，并实行与医疗机构统一的支付政策，确保国家医保谈判药品的顺利落地，也给创新药在最后一公里落



地有了一个新的通道。在医院开处方，然后去定点药店买药。但这种方式对药店的资质要求比较高，包括设施、人员、管理等，成本比较高，所以目前大范围铺开仍存在一定的困难；另一方面可以采取医院临时采购机制，对于创新药、谈判药等，不计入的品种品规数、药占比等，或者在一定阶段作为医保支付的“除外”。但这种方式重要的是要做好管理，避免“一管就死，一放就乱”，确保我国医药行业蓬勃有序健康发展。

[返回目录](#)

## • 医保动态 •

### 国家医保局：耗材院内营销模式，彻底变了

来源：医疗器械经销商联盟

#### 国家医保局发文

#### DRG/DIP 付费 11 月底前全国落地

近日，国家医保局发布重要通知。为推进 DRG/DIP 支付方式改革向纵深发展，国家医保局依托全国统一的医保信息平台开发了 DRG/DIP 功能模块基础版。

通知中表示，2022 年 6 月底前，选择部分新开展 DRG/DIP 支付方式改革地区，试用全国统一医保信息平台 DRG/DIP 功能模块；2022 年 11 月底前，实现 DRG/DIP 功能模块在全国落地应用。

通知还强调，未完成 DRG/DIP 支付信息系统建设的地区，必须使

用全国统一医保信息平台提供的 DRG/DIP 功能模块，不得以任何形式和理由重复建设。

这意味着将会和医保医用耗材支付系统直接打通，通过对耗材医保内金额的监控可实现对高值耗材的监测；通过对自费占比指标的监测可实现对高值耗材控费的管理，耗材控费再次升级。

2019 年以来，国家医保局先后启动 30 个城市的 DRG 付费国家试点和 71 个城市的 DIP 付费国家试点。

据国家医保局相关负责人介绍，试点三年以来，所有试点城市已经全部进入实际付费，基本达到预期的效果，并推动医保管理机制的深刻转变。

包括医保付费从按项目付费向价值付费转变、从最终买单向主动作为转变、从单纯的手工审核向大数据运用转变、从粗放的供给侧管理向精细的供给侧管理转变等。

三年试点的成功，也正是此次全面落地的必要条件。

## 支付改革严控医院耗占比

### 部分耗材被“舍弃”

DRG 即按疾病诊断相关分组付费，是按照患者的患病类型、病情严重程度、治疗方法等因素，把病人分入临床病症与资源消耗相似的诊断相关组，以组为单位打包确定医保支付标准。

DIP 则是按病种分值付费，是利用大数据将疾病按照“疾病诊断+治疗方式”组合作为付费单位，医保部门根据每年应支付的医保基

金总额确定每个病种的付费标准。

这两种改革都是通过打包定价的方式，促进医疗机构转变运行机制，促使医疗服务提供方主动控制成本，减少不必要的诊疗、医药以及耗材项目，精细化管理程度提高。

对于医院来说，如何制定最“经济适用”的治疗模式，同时严格控制耗占比、检查和手术占比都将会成为此后的侧重点。

医疗机构在新付费模式下，效率、资源配置等多项绩效指标均有了明显改善，比如例均费用、医药耗材费用、住院时长等指标逐年下降，给老百姓看病就医减轻了负担。

DRG 的实施，使药品和耗材器械从医院的收入来源转变为主要控费目标的。而作为重要支出占比的耗材必然会受到影响。

这种前提下，是否会有大量的高值耗材会被舍弃？有业内人士表示，还是要看这类耗材在治疗中的重要性，必要性。

而非临床必需的、可用可不用的、相对竞品性价比不高的耗材，首当其冲成为了医院率先“舍弃”的耗材。

## 医院经营模式转变

### 经销商迎来新挑战

对于医疗器械经销商而言，医院经营模式的转变也就意味着耗材营销模式也将迎来很大的转变。

医保倒逼医院降低成本的同时，势必会推动医院对经销商进行新一轮严格的筛选，择优选择。

按照此前国家医保局强调，未来 DRG/DIP 付费的价格监控下，耗材进院将必须遵守以下 3 个标准，即临床必需、安全有效、费用适宜。

这也就意味着，未来经销商如何提供高性价比产品为医院进行“省钱”，将会是经销商销售模式转变的关键所在。

DRG/DIP 支付模式和带量采购等政策，压缩了原本的利润空间，但企业的研发、销售费用等必要投入却无法减少。当单个产品产出的微薄利润不足以支撑庞大的投入支出时，因此必然需要更多产品来共同贡献利润，分担投入成本。对于耗材器械经销商来说，营销方式或许也要从单个产品销售，转变为组合产品销售。另外，在 DRG 付费下，国产医疗设备、耗材，或许会迎来新的发展机会。

随着国产医械质量的进一步提高，过去热衷于进口医疗器械“不差钱”的公立医院，对性能好、性价比更高的国产医疗器械的需求会明显提升。今年 11 月，DRG/DIP 付费改革将在全国正式落地，医疗器械经销商必须抓紧时间调整销售模式了。不然，在医保支付方式改革的“组合拳”下，只有被淘汰的命运。

[返回目录](#)

**异地联网结算、智能监控预警、药采全网比价……医保信息化，惠及千万家**

来源：人民网

习近平总书记强调：“让人民群众在信息化发展中有更多获得感、幸福感、安全感”。医保信息化是推动医保服务标准化、规范化、便

利化的基础和支撑。近年来，各地运用信息化手段推进医保改革，对异地就医结算、医保基金监管、药品集中采购等环节进行了有益探索，群众的获得感与幸福感不断提升。

“本次医疗费共 73357 元，您仅需刷医保卡支付 9817 元，剩下的联网结算就行。”医院工作人员递上一张单据。

“不用我们垫付医药费吗？”确认后，患者家属李海放下心来。

李海的母亲退休后，从外地迁至山东青岛生活。前些天，老人不慎摔伤住进青岛西海岸新区中心医院，出院结算时得知无需垫付，对改革举措连连称赞。

近年来，医保信息化建设加快推进，各地依托智能化系统、大数据平台，提升管理水平，增强服务意识，异地就医结算惠及范围越来越广，医保基金监管更加高效科学，医药招采惠民力度不断加大，患者切实享受到医保改革的实惠。

### 扫码备案，异地医保结算实现“一卡通”

“前些年，异地就医报销可没这么便捷。”李海说，之前报销流程繁琐费时，让人望而生畏。近年来，山东省搭建全省统一的医疗保障信息平台，优化异地就医结算机制，实现“一卡(码)通行”全覆盖。

“如今，参保人只需手持一张医保卡就可以全省通刷、异地支付，或者在手机上激活医保电子凭证，即使不带医保卡，通过医保电子凭证扫码，也可以异地支付个人账户资金，真正实现全省范围就医购药的医保支付。”山东省医保局规划财务和法规处处长王洪波说，自推



行“一卡(码)通行”以来，山东省累计为参保人提供服务 860.42 万人次，全省日均异地支付 3.6 万人次、547.2 万元，医保个人账户资金累计结付 13.18 亿元。

“过去，办理备案程序繁杂，异地长期居住人员要准备户籍证明、居住证等各类材料，还得来回跑，现在都不用了。”山东省医保中心副主任徐强表示，从 2022 年 1 月 1 日起，山东省改革简化异地就医政策，整合简化异地就医人员分类，提高了办事效率。

青岛西海岸新区医保局局长孟庆波向记者演示，“看，有了异地备案标识牌，只需扫码，几分钟即可完成医保异地备案，真正实现了‘信息多跑路，百姓少跑腿’。”

目前，山东省具备住院条件的 4227 家医疗机构全部接入国家异地就医结算平台。全省各市全部开通普通门诊省内和跨省联网结算，接入医疗机构数量达 4497 家。门诊慢特病实现省内联网结算，覆盖所有门诊慢特病病种，目前联网结算的医疗机构达到 2161 家。

### 系统监测，智慧医保管好百姓“治病钱”

走进浙江省台州市椒江区医保基金调查事务中心，一面监控屏幕上清晰显示着全区 156 家民营医药机构的实时监控画面。椒江区医保局基金监管科科长阮吉云随机点开一家药店的画面，药店现场的视音频信息实时传送到智能监控系统中。

这是椒江区视音频监控天眼稽查网，也是全省率先建成的智能监控系统，对椒江区所有医保定点医药机构覆盖监测，实现基金监管从

人工抽单审核向大数据智能监控转变。

椒江全区定点医药机构的电脑操作系统也与医保局联网，一旦出现医保刷卡金额虚高或个别参保人员医保使用不正常的情况，系统就会自动预警，形成医保稽核监控闭环链。

借助数字化改革，椒江区对医保基金实施全天候、全方位、全流程监测，管好百姓“治病钱”。

在执法方面，椒江区组织多部门力量，建立健全医保基金事前、事中、事后监督调查机制。“通过掌上执法系统，随机抽调执法人员、匹配检查对象，执法人员到现场检查后将结果录入系统备查。”阮吉云说。

2021年，椒江区依托掌上执法系统，共检查定点医药机构638家次，公开曝光22家违规医药机构，对63家医药机构作出告诫处理，对7家医药机构作出取消服务协议处理，共追回违规资金163.19万元。

在医保信息审核上，椒江区建设智能分析审核网，大大提高了审核效率。“以前我们都是抽取医院数据进行人工审核，现在，所有定点医药机构的医疗费用结算都已实现网上操作，医疗机构一旦出现违规行为，系统可实时警报，实现对患者检查、治疗、用药的全程跟踪。”椒江区医疗保障事务中心副主任张小芬说。

### 全网比价，药品采购有了议价“参考线”

“常用的降压药非洛地平片，每盒从19.2元降到了9.6元，小

儿肺咳颗粒每盒从 58.8 元降至 34.2 元……”在海南医学院第二附属医院，药学部主任医师王炜滑动鼠标，“医药招采价格监管系统上线后，上千种药都降了价，给患者省下不少钱。”

2021 年，海南省医保局开始在全省推行医药招采和价格监测机制，引入第三方信息服务引导医药价格回归合理空间。“我们依托医保信息平台建立医药招采价格监管系统，利用医药价格大数据，横向抓取全国药品、医用耗材挂网价格，纵向比较本省采购价格，这样海南的医院采购时就有了议价参考线。”海南省医保局医疗医药服务管理处胡亚强说，基于这条参考线，他们开始对省内参与医药招标和采购的医药企业、医院进行价格监测，方法则是引入预警机制、建立积分考核和信用评价机制。

在王炜的电脑上，招标网上的药品价格有红黄绿 3 个区域。她告诉记者：“按照规定，医院只能采购绿区的药品，如果超出标准，红灯或黄灯警示，我们就会及时调整措施，然后进行议价。”

“对长期存在预警、积分考核分数较低且拒不整改的企业和医疗机构，行业主管部门会牵头联合多部门，采取约谈、书面函询、暂停产品挂网、纳入失信信息记录和禁止交易等措施。”胡亚强说。

截至 2 月底，海南医药招采价格监测系统累计获取全国价格库信息 25.26 万条，预警后收到企业主动降价信息 5049 条，平台平均降幅 31.825%，最高降幅超 98.93%，预计减少采购资金超 3.2 亿元。

医药招采和价格监测机制带来的改变，不仅仅是药品降价。走进

保亭县加茂镇卫生院，两块展板映入眼帘，上面列出了 340 种药品及价格，而就在一年前还只有 199 种。“我们地处山区，人口少，药品采购量小，企业要么不愿意配送，要么配送周期长。”院长吴新国说，情况从去年起逐渐有了改善。

“积分考核和信用评价机制设定了基层用药供应和配送及时性等指标，明确药品配送企业配送基层医疗机构金额占配送总金额 30% 以上的，每增加 1% 积 1 分，最多加 10 分。”胡亚强说，结合海南基层医疗机构药品集中采购政策，基层用药难题得到缓解。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### 民营医院在医疗器械购管用中应该注意的五个问题

来源：华夏医界网

民营医院经过多年快速发展，数量已经占优，但服务量依然难以与公立医院比肩。如今，新冠疫情、医保严管和人才瓶颈制约使得本来就脆弱的民营医疗更是雪上加霜。当下，以加强疾病救治能力和高质量发展为主攻方向，公立医院得到了国家太多投资，一股多院区大扩张狂潮已经兴起，给民营医院生存与发展进一步带来前所未有的压力。怎么办？

在“第一期社会办医高质量发展论坛(沙龙)医疗器械专场，以探路者必有路——如何助力社会办医高质量发展，在发展中赢得主动和

信赖”论坛上，相关专家主要以“民营医院在医疗器械购管用中应该注意的五个问题”为题进行阐述，以避免民营医院在医疗器械购置、管理、使用方面掉坑。

一是“匹配”。放宽大型设备配置许可是大趋势，但应避免配置不当。

2018年1月17日，国务院常务会议召开，会议决定由上海市进一步在浦东新区对医疗等10个领域47项审批事项进行改革试点，推进“照后减证”。其中包括“取消社会办医疗机构乙类大型医用设备配置许可证核发等审批，社会办营利性医疗机构床位数逐步实行自主决定”。

这是对《大型医用设备配置与使用管理办法》规定的，“乙类大型医用设备的配置，由医疗机构按属地化原则向所在地卫生行政部门提出申请，逐级上报至省级卫生行政部门审批；医疗机构获得《大型医用设备配置许可证》后，方可购置大型医用设备”的颠覆。

2021年6月30日，国家卫健委发布《关于印发社会办医疗机构大型医用设备配置“证照分离”改革实施方案的通知》，《通知》指出，在全国范围内，社会办医疗机构乙类大型医用设备配置许可实行告知承诺制，并由省级卫生健康行政部门负责实施。

这些改革举措无疑对于社会办医是一大利好。但作为社会办医机构一定要认识到，医疗器械就好像战士手中的武器，打仗没有武器不行，但更重要的靠的是人，所以医院购置设备要与医院战略规划，业



务范围、人力资源匹配，不能购买设备让他们闲置，而且设备有一个自然折旧，用不用，放置几年就报废了。

二是“智能”。智能化便携化是社会办医机构今后购置器械应该关注的。

目前医疗器械的发展趋势就是智能化便携化。作为社会办医机构在医疗器械购置过程中，要特别注重智能化，购买的设备要具备自动识读、信息互通和远程协作功能。在购买二手器械设备时要谨慎。注意质量。《医疗器械管理条例》中明确指出，医疗器械使用单位不得使用未依法注册、无合格证明文件以及过期、失效、淘汰的医疗器械。医疗器械使用单位之间转让在用医疗器械，转让方应当确保所转让的医疗器械安全、有效，不得转让过期、失效、淘汰以及检验不合格的医疗器械。

三是规范。医疗器械管理一定要规范，做到“七要”。

一要规范验货。《条例》规定，医疗器械使用单位购进医疗器械，应当查验供货者的资质和医疗器械的合格证明文件，建立进货查验记录制度。记录事项包括：

- (一) 医疗器械的名称、型号、规格、数量；
- (二) 医疗器械的生产批号、有效期、销售日期；
- (三) 生产企业的名称；
- (四) 供货者或者购货者的名称、地址及联系方式；
- (五) 相关许可证明文件编号等。

进货查验记录和销售记录应当真实，并按照国务院食品药品监督管理部门规定的期限予以保存。国家鼓励采用先进技术手段进行记录。

二要规范储存。《条例》要求医疗器械使用单位应当有与在用医疗器械品种、数量相适应的贮存场所和条件。

三要规范培训。医疗器械使用单位应当加强对工作人员的技术培训，按照产品说明书、技术操作规范等要求使用医疗器械。

四要规范处理。《条例》要求对重复使用的医疗器械，应当按照国务院卫生计生主管部门制定的消毒和管理的规定进行处理。一次性使用的医疗器械不得重复使用，对使用过的应当按照国家有关规定销毁并记录。

五要规范管护。《条例》要求对需要定期检查、检验、校准、保养、维护的医疗器械，应当按照产品说明书的要求进行检查、检验、校准、保养、维护并予以记录，及时进行分析、评估，确保医疗器械处于良好状态，保障使用质量；对使用期限长的大型医疗器械，应当逐台建立使用档案，记录其使用、维护、转让、实际使用时间等事项。记录保存期限不得少于医疗器械规定使用期限终止后5年。

六要确保信息具有可追溯性。《条例》要求医疗器械使用单位应当妥善保存购入第三类医疗器械的原始资料，并确保信息具有可追溯性。使用大型医疗器械以及植入和介入类医疗器械的，应当将医疗器械的名称、关键性技术参数等信息以及与使用质量安全密切相关的必

要信息记载到病历等相关记录中。

七要建立暂停使用制度。《条例》要求发现使用的医疗器械存在安全隐患的，医疗器械使用单位应当立即停止使用，并通知生产企业或者其他负责产品质量的机构进行检修；经检修仍不能达到使用安全标准的医疗器械，不得继续使用。

四是“认路”，即要熟悉监管部门。

《条例》规定，食品药品监督管理部门和卫生计生主管部门依据各自职责，分别对使用环节的医疗器械质量和医疗器械使用行为进行监督管理。

五是“合理”。医疗器械合理使用既是医疗安全要求，也是医保支付必须。

2021年4月6日，国家卫生健康委、国家市场监管总局、国家医保局等六部门联合下发关于开展不合理医疗检查专项治理行动的通知(国卫办医函〔2021〕175号)。这次治理行动是经中央全面深化改革委员会第十五次会议审议通过，并经国务院同意的。行动范围包括各级各类医疗机构、违法违规开展医疗检查的其他机构。重点内容包括治理违法违规开展医疗检查行为；治理无依据检查、重复检查等不合理检查行为；治理违反知情同意原则实施检查行为；治理可能诱导过度检查的指标和绩效分配方式；治理违反规划配置大型医用设备行为五类。

[返回目录](#)

## 金培生：为公立医院高质量转型趟出一条路

来源：中国卫生杂志

2018年，徐州医科大学附属医院(以下简称“徐医附院”)在医院扩张浪潮中急流勇退，主动削减床位2000余张，这一举动被业内称为——打响大型公立医院转型发展“第一枪”。枪响过后，徐医附院已在“减负增效”的赛道上运行了3年有余。2021年，当全国公立医院高质量发展吹响号角之时，徐医附院已凭借几年的积累，抢先站在了高质量发展的第一方阵。

### 转型带来的“轻”与“重”

“床位最多的时候，医院的硬件和人力配置已经明显跟不上了。病床加到了电梯口。”回忆起当年的情景，徐医附院院长金培生用“不堪重负”来形容。转型发展，已势在必行。

2018年下半年，徐医附院迈出了转型发展的第一步。按照控制规模，提升质量的思路，医院一举减掉了2000多张床位。金培生介绍说，减少床位只是医院转型系统工程中的一项举措。按照国家卫生健康委提出的“三个转变、三个提高”的方式，整个转型工程包括根据医院现有资源合理控制规模，提升内涵质量；充分利用现代医院管理手段不断推动精细化管理，提高效率；科学谋划软硬件的资源配置，尤其关注对医院人的投入，包括完善引人育人体系和有序提高待遇。

虽然体量更“轻”了，但金培生感到，医院肩负的责任却更“重”了。患者的就医需求不会减，诊疗质量不能减，减掉的床位数

量应该拿什么来平衡?提升“效率”成为徐医附院的不二之选。通过走“三个转变，三个提高”的转型发展之路，2021年，徐医附院全年门急诊工作量240.8万人次，同比增长8.08%；出院患者16.74万人次，同比增长14.82%；手术例数9.09万人次，同比增长41.97%，四级手术率41.21%，同比增长2.31%；出院患者平均住院天数7.18天，同比下降18.17%；住院次均费用18604元/人次，同比下降4.84%；患者满意度、职工满意度排名均位列全省前列；医院在“2020中国医院竞争力·顶级医院排行榜”中位列第63位，在地级城市医院百强排行榜中稳居第2位。

### 为转型发展找一个支点

徐医附院的转型走在了很多医院之前，但前行者面临的困难和挑战往往更为艰巨。从哪里入手?徐医附院瞄准了学科建设。“为了发挥学科在医院转型发展中的引领作用，我们下了大决心，花了大力气。”金培生说，一方面，对于老牌重点专科，医院支持其强弱项补短板，对标国内顶级专科，进行全面发展。另一方面，以重点专科为依托，建设优势学科群，带动医院整体学科技术水平的不断提高。

2018年，医院对所有学科进行了重新评估，实行分级管理，针对不同级别的学科设计制定了学科考核指标体系，由领导班子和科主任签订目标责任书。在三年的考核期限内，如果一年不达标，医院会对科主任进行诫勉谈话，如果三年不达标，科主任就会被免职。这种近乎严苛的考评制度为医院的学科面貌带来了根本性的变化。



金培生说，转型发展以来，医院增设了神经外科、胸外科、呼吸科 3 个专科 ICU；卒中、胸痛、创伤、孕产妇危重症、新生儿危重症五大中心均被评为江苏省省级救治中心，其中，卒中、胸痛和创伤 3 个中心被认定为国家级救治中心。在 2019 年全国地级城市医院和专科医院的 17 个学(专)科排行中，徐医附院 17 个专科全部榜上有名，其中 16 个专科位居前 5 名。麻醉、整形美容、急诊成为江苏省医疗质量控制中心主任单位。新增整形美容、急诊和感染性疾病 3 个专业的省医学会主任委员单位。麻醉、神经外科在申报国家级临床重点专科建设中，取得佳绩，实现了医院和徐州地区零的突破。

对于学科在转型中开展的技术创新，徐医附院也全力支持。转型发展以来，医院不仅在麻醉医学、介入治疗、造血干细胞移植、神经内外科诊疗技术、心血管内外科诊疗技术、恶性肿瘤部分诊疗技术、影像诊断、急救医学等方面紧跟医学科技前沿，在区域率先开展体外人工膜肺(ECMO)、达芬奇机器人手术、大血管移植术、疑难复杂性心律失常术等，引领区域发展。血液科开展的 CAR-T 疗法治疗复杂疑难血液肿瘤，达到世界先进水平。特别值得一提的是，2021 年，阔别徐医附院 15 年的肾脏移植技术重新回归，目前已成功开展 23 例。肝脏移植技术已通过资料审核，等待现场验收，在医院的“十四五”规划中，徐医附院将肝脏、肾脏、肺脏、心脏等大脏器移植手术纳入发展规划。

**人才是医院发展的“沃土”**

医院的发展离不开学科，学科的发展离不开人才。金培生说，离开了高水平的人才，医院发展就如同在贫瘠的土地上耕耘。2018年，徐医附院党委在谋划转型发展的时候，就把人才和学科定位为医院发展的基础战略。

医院每年评选出10名优秀中青年人才和20名青苗人才，予以专项支持；开通海外培训专项，遴选优秀人才送到国外知名医院和科研院所研修；加大人才引进力度，先后有多位具有专业特长和引领力的专家加入徐医附院，在主动脉夹层手术、ECMO、疑难心律失常的诊治、达芬奇手术机器人的应用等标志性技术上取得突破，实现“超车”发展。

医院注重加强对年轻医务人员科学研究的引导，面向全院青年开启院课题申报项目，包含临床、护理、管理等方向，总投入超过300万。2020年3月，医院启动青年医务人员能力提升工程，对全院青年医生进行轮训，分批次在重症医学科、急诊ICU以及神经内科ICU等重症医学专科科室进行轮训。先后有300多名青年医护人员完成轮训，顺利结业。

为了营造浓厚的科学研究氛围，医院鼓励临床工作人员把科学研究与工作实际相结合，开展基于临床工作的归纳总结和研究。在新冠肺炎疫情防控的过程中，医院先后发表了十多篇高影响因子SCI论文，参编相关专著两部，在全国率先开展血浆治疗。在2020年，医院先后实现江苏省科学技术奖和江苏省医学科技奖一、二、三等奖大

满贯。

作为大学附属医院，教学工作不仅是专科建设的重要内容和应该承担的责任，也是提升学科水平的重要内容。徐医附院将临床专业职称晋升和职称聘任相结合，特别是在高级职称聘任上，非讲师不得聘任副高职称，非副教授不得聘任高级职称。每年举办教学大赛，鼓励临床工作人员参与带教工作，提升带教水平。医院先后被评为全国优秀住院医师规范化培训基地。急诊医学科被评为全国住院医师规范化培训重点专业基地。

2020年，在新冠肺炎疫情的压力之下，徐医附院的整体运行实现了稳中有升；2021年，在常态化疫情防控形势下，医院的各方面的发展都取得非常好的成绩，高质量转型发展的效能逐步凸显。“不光是医院的经济管理和运营结构得到优化，我们的整体效能和效率也在稳步增加。这就说明，只有顺应国家的医改方向，怀揣一切为了人民健康的情怀，公立医院的运营才能得到最大程度的保障。”金培生说。

[返回目录](#)

## • 疫情防控 •

**张文宏：这是能否摆脱疫情的重要指标**

来源：博鳌亚洲论坛

4月20日至22日，博鳌亚洲论坛2022年年会在海南博鳌举行，国家传染病医学中心主任、复旦大学附属华山医院感染科主任张文宏

作为讨论嘉宾参加了《科学为盾，战胜疫情》分论坛。

上海正在面临新一波疫情的袭击，病例数也是中国自疫情以来最高的一次。最近我和我的同事一直在临床一线工作，忙着救治病人，所以我也想把最近在临床救治上的一些经验拿出来和大家来讨论，看看如何通过科技的力量来走出这一波疫情。今天大家谈的一些经验对于我们临床应对疫情都非常关键。这几天谈论的关键是病人的死亡问题，这里面有一个很重要的指标就是 CFR，确切地说是确诊病例死亡率。

这个指标也是现在各个国家评价是否能走出疫情的一个非常重要的指标，在奥密克戎流行期，需要特别予以更多考虑。在奥密克戎蔓延时，整体感染的数量会非常高，指标病死率乘以感染总数，就会得出死亡病例的总数。

这是现在评价整个疾病负担以及医疗资源是否充足非常重要的一个方面。现在很多人都在非常仔细地比较各个国家和地区在 CFR 指标上的差异。在亚太地区，包括我们现在在参加会议的新加坡、泰国等国家，我们发现在不同的地区，即便医疗资源比较相似的地区，如中国香港地区、新加坡以及上海，这些指标都会存在很大的差异。这就让我们更加深入地去理解，如何计算奥密克戎大流行期间的病死率的问题。

我们发现，随着病毒的变异，奥密克戎的致病性确实比前几轮疫情有显著的下降，但是它的传播力的确更强了。在这波疫情中，我们

和其他国家一样都会发现，如果我们的医疗资源在这波大的疫情之下是充足的，可以覆盖到疫情中最为脆弱的群体，如果给年纪很大的、有很多基础疾病的人群给予最好的医疗资源和最好的救治，就可以最大程度地让这些高风险的感染者存活下来。现在我们发现，只有在医疗资源非常充足的时候我们才能将病死率维持在非常低的水平。

当然，不仅是医疗救治的资源是否充分，还包括脆弱群体本身的抗病能力，我们需要把它提到一个非常高的水平。现在在亚太地区，我们还应大力地呼吁加强对这部分脆弱群体的疫苗接种。我们在这波疫情中发现，凡是这类人群的疫苗接种率高的国家和地区，其病死率都大幅下降。这是未来走出疫情的非常重要的、关键的科学手段。

未来摆脱疫情，可能会有很多的指标，但老年人以及有基础疾病的脆弱群体的病死率将始终是一个非常重要的指标。如何提高这部分人群的疫苗接种率？在感染新冠肺炎后，我们如何提供充足的医疗资源进行救治？只有这样才能真正做到将病死率维持在非常低的水平，也只有这样才能在疫情之前人人平等。上海目前为止有 43 万人感染，死亡病例是 25 个。在死亡病例中，75 岁以上的占接近 9 成，几乎每个死亡病例都有基础疾病，重症患者几乎都没有打过疫苗。由于中国过去两年在疫情控制方面做得比较好，人们感受到的风险比较低，大家就会出现“疫苗犹豫”，但我相信我们应该进一步提高对疫苗的信任度、可及性和接种的便利性。

[返回目录](#)

## 医院感控防线被突破！面对奥密克戎变异株，该怎么办？

来源：上海健康

3月份以来，全国累计报告本土感染者超过55万例，波及30个省(区、市)。

严峻形势下，医院院内感染事件频出，尤其在疫情「重灾区」。

4月以来，网上不时爆出消息，上海多家医疗机构，发生院内感染事件，有的是几乎整个病区的医务人员、患者、陪护人员感染。

院内感染势头得不到有效处置，加上防护物资、生活用品不足等问题，一些医务人员，尤其是护士，情急之下在网上求助。

据医学界报道，上海某医院在院内出现阳性工作人员的情况下，派人外出采样，院内没有消杀防疫。次日，有一个病区医护几乎「团灭」。第4天，医院下达闭环管理通知，该病房才收到第一批防护设备。在此之前，爆料护士所在病房已经「裸奔」多日。期间，其他科室把该病房当疫区看待，但该病房没有被封控，人员出入自由。而上海浦西某医院一病区所有护士一直住在病房内，和患者、家属共用厕所，在护士台吃饭。有的人卫生巾等必需品都靠同事支援。由于阳性患者未转移，密接医护未安排隔离，所以有护士担心，「一个患者阳了，整个病房会阳」。

求助消息传出后，有医院院长被公开免职。4月7日，上海市黄浦区精神卫生中心党支部副书记、院长周宝国，在疫情防控工作中未正确履职，导致多名病人、员工感染，被免去党内职务和行政职务，



接受进一步调查处理。

类似的情况，也发生在吉林。4月9日，吉林市卫生健康委员会党组成员、副主任张立业，吉林市第二人民医院院长鲍怀东在疫情防控工作中履职不力，导致发生院内感染问题。张立业受到党内警告处分，鲍怀东院长受到党内严重警告处分。

根据通报，吉林市第二人民医院在承担「黄码」「绿码」医院诊疗任务期间，因管理不当，致使两类人员在诊疗区域、医疗设备、医务人员方面高频交叉接触。此外，该医院还存在布局流程不科学、感控人员欠缺、穿脱防护用品不规范、患者陪护管理混乱等问题，致使出现院内感染。

4月5日，湖南省娄底市中心医院通报两例新冠病毒感染者，分别为独立传染病区护士和医生。该院是娄底市唯一一家新冠定点救治医院。

时间稍微往前，2022年3月份期间，上海市第六人民医院、廊坊长征医院、吉林省结核病医院等，也相继被报道出现多例医护人员、住院患者阳性病例的情况；哈尔滨市第二医院对住院患者、陪护家属进行每两天一次例行全员核酸检测中，发现7例阳性感染者……

健康界梳理发现，本轮疫情中暴发的院感事件，比以往情况更为混乱——多家医疗机构由于阳性病例激增，发现后又未能马上转至方舱隔离或单间隔离，致使感染扩大。医务人员，尤其是护士，由于和感染者距离近、接触久、防护差，导致一些病区出现聚集性感染。

可想而知，新冠进化到奥密克戎 BA.2 变异株后，面对堪称「完美」的病毒，医院院感防控压力空前。

### 院感事件，为何频发？

两年多以来，医务人员承受着做好诊疗工作和疫情防控的双重压力，难免有疲惫和懈怠。

「尤其是在疫情常态化期间，不少医务人员容易产生一种麻痹的心理。觉得好像疫情离自己医院比较远，或者不会发生在自家医院。」山西省一家地市级三甲医院护理部主任张淑霞(化名)对健康界表示。

然而这一次，病毒不仅比人们期待中的顽强，还更为「狡诈」。全球主要流行的奥密克戎变异株，特别是 BA.2 亚分支，较以往病毒株的传播性和隐匿性都更强，早期发现难度更大，导致疫情发现时，往往已经波及了一定范围，疫情处置、控制难度增加。

「由于新冠病毒奥密克戎变异株感染的隐匿性，即使患者入院前按要求进行流行病学评估，以及进行核酸检测，也未必能够及时发现。」中南大学湘雅医院感染控制中心主任医师吴安华向健康界分析，这也使得医院院感防控防线更容易被突破。

奥密克戎株比以前的变异株更容易逃脱核酸检测。武汉大学公共卫生学院谭晓东教授曾解释过，这跟我国新冠疫苗接种率较高也有很大关系，接种疫苗一段时间后，尽管抗体逐渐消失，但免疫细胞记忆仍在，即便感染了新冠病毒，人体产生的特异性抗体也会对新冠病毒进行中和与清除，导致病毒的检出率降低。

「其实一旦病毒存在社区传播的风险，医院作为社会的一个单元，做到与外界完全隔绝，也是相当困难的。」吴安华说。

山西省新冠肺炎疫情防控院感专家组组长李临平，在健康界「非常连线」直播节目中，分析了疫情期间多起院感事件发生的原因——

新冠病毒感染患者与普通患者共用 CT 等设备；

病区管理不当，导致病区内传播；

职业暴露引发的医护人员感染；

布局设置不规范导致感染；

确诊病例未严格采取闭环管理和独立病区收治；

医院工作人员出现疫情防控意识松懈现象；

急诊、门诊布局存在先天缺陷；

危重症患者救治与疫情防控存在一定的矛盾；

患者隐瞒行程信息和病情。

李临平还发现，「无效的隔离」，以及「不规范的消毒」，是疫情期间医疗机构内发现较多的隐患。

无效的隔离，是指：

1. 隔离病区设置和使用流于形式；
2. 未有效管理陪探视人员；
3. 隔离患者使用的设备不固定；
4. 被隔离人员管理措施不落实；
5. 核酸采样点设置不规范。

不规范的消毒，指设备消毒流于形式：空气消毒机不维护；消毒方法不科学；消毒剂使用不规范等。

### 如何堵上院感漏洞？

「疫情防控是一项细致的工作，如果哪一个环节出现了问题，后面再想补上漏洞，就很难。」吴安华说。

医院外防输入，既要防止人传人输入、也要防止物传人输入。「在人员管理中，特别重要的是，对于第三方人员的管理。」吴安华表示，比如保安、保洁、物业，甚至访客、相关医药企业代表、业务员等，能够进入医院的工作人员，从疫情防控的角度来讲，应该是知根知底的才安全。

他们不仅要去做核酸检测、流调，也要像医院自身的员工一样，做好个人防护。比如说，按要求正确选择和佩戴口罩，做好手卫生，避免聚集，保持距离，等等。吴安华建议，医院应该建立管理责任制，由相应对接人负责提醒。

上海一家三甲医院，不久前曾做了一项统计，发现医院自身的正式员工有 4000 多名，但是加上方方面面的第三方人员，实际的工作人员有 15000 到 16000 人，包括后勤、护工、基建等，还有第三方公司派来给医院送耗材、防护服、日常用品等物资的人。此外，还包括进修生、实习生等短期培训人员等等。

「有时候在一个地方巡视，不经意间看到一个以往没有注意到的人。就会想，他是做什么的？」这家医院的管理者说。

探视、陪护人员等，让病区管理起来更有难度。张淑霞告诉健康界，医院在病区入口处设有门禁，由保卫科的人员负责把守。要求除了医务人员、患者、陪护人员，其他人不能进入病区。医院还在进入病区的走廊里，以及各个科室的入口处设置了门禁，分别安排护士把守。

国家卫生健康委多次发文要求，定点医院不安排探视和陪护；非定点医院不探视、非必须不陪护。

「如今疫情严重起来之后，大家能够理解和配合护士的工作，但是平时他们可能会说：我已经打过疫苗了，我没有去过中高风险区，我的核酸是阴性……你为什么不让我进？」张淑霞表示，中国是人情社会，想要挡住探视人员，投入的人力成本较高。

李临平用 12 个字，总结疫情期间医院感控关键措施——看好门、管好人、顺流程、补漏洞。

院感防控的漏洞如何补？李临平举例，症状不典型的新冠感染者，可能以口咽部症状就诊：

口腔科、耳鼻喉科，需要近距离接触患者，诊疗过程中有大量气溶胶产生；

眼科需要近距离接触患者，日常工作中防护意识相对较差；

内镜检查室的医务人员，通常近距离、大量接触患者呼吸道，或胃肠道分泌物，日常工作中防护意识较差。

国家卫生健康委发布的《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控

制技术指南》第三版也专门指出，发热门诊、急诊、感染性疾病科、呼吸科、口腔科、耳鼻喉科、重症医学科、内镜室、血液透析中心(室)、CT 检查室、核酸检测实验室、手术部(室)是院感高风险科室。

《指南》要求，接受诊疗措施时需患者摘除口罩的科室/部门(如鼻/咽拭子采集、口腔诊疗、支气管镜或上消化道内镜诊疗等)：

1. 所在地区发生多点散发或聚集性疫情时，应当严格实行一室一医一患，必要时可安排一名医务人员辅助开展工作，避免交叉感染；
2. 诊室通风良好，必要时采取机械通风或动态空气消毒措施；
3. 实施易产生气溶胶的诊疗操作时，相关医务人员应当做好个人防护，诊疗不同患者应当合理更换个人防护用品；
4. 进行支气管镜或上消化道内镜诊疗时，根据疫情防控需要和患者实际情况，可先行新冠病毒核酸检测。

### 一些以往的院感防控措施，已经防不住奥密克戎突破

2020 年新冠疫情暴发之初，国家卫生健康委组织制定了《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南》(以下简称《指南》)，2021 年 9 月，《指南》更新至第三版。

然而，新冠病毒不断迭代。阿尔法突变株取代了原始野生型，德尔塔取代了阿尔法，奥密克戎 BA.1 取代了德尔塔，而 BA.2 正在取代 BA.1。

「从实验设计角度，奥密克戎和其他新冠病毒已经完全不同一种病毒。因为它的病毒特性，尤其决定其感染和传播能力的 S 蛋白特



征、血清学特征及免疫逃逸、传播能力、致病性、临床表现和流行病学特征，已经和 2020 年初流行的新型冠状病毒野生型完全不同了。」美国国立卫生研究院研究学者、免疫学博士王宇歌认为，对待传播能力差 3 到 4 倍、病死率差几十倍的两种病毒采取同样的公共卫生方法，显然是没有看到敌我两方中敌方的发展和变化。

到了 2022 年，随着奥密克戎新变异株来袭，防控措施的发展不及疫情扩散的速度。甚至以往的院感防控措施，已经防不住病毒突破院感防线。

疫情严重起来的时候，一线管理者、医务人员会出现恐惧、紧张心理。

「作为一名基层医院的护理部主任，我真的着急，害怕病区里的住院患者、陪护人员成了阳性感染者，或者成了密接、次密接。」张淑霞告诉健康界。

吴安华建议，医院必须要有疫情防控的意识，认真落实好感控工作预案，做好标准化的防控工作。比如，按照标准做好住院病人的筛查、病例的早期发现，等等，绝不能够大意。但是，与此同时，不要过于紧张、恐惧，也要适度疏解压力。

对于不断变异的新冠病毒，我们仍然还在逐渐地认识它的过程中。随着经验的积累，和疫情形势的变化，医院也应不断查找漏洞，才能进一步适应新冠肺炎疫情的新变化。

「疫情也许还将持续一段时间，我们对于新冠肺炎的认识也在不

断完善，医疗机构疫情防控的制度，也需要及时修订和更新，我们要做的，就是落实好各项感控措施，并密切关注疫情形势的变化。」吴安华说。

[返回目录](#)

## • 健康养老 •

### 失能老人长期照护保障：需求调查和方案设计 ——北京市个案研究

来源：社科院

“十二五”以来，尤其是 2013 年以后，随着中国老龄化进程的不断加速，老年服务问题得到了党和国家领导人的分外重视。2016 年 5 月 27 日，中共中央政治局就人口老龄化的形势和对策举行了第三十二次集体学习。在会上，习近平总书记指出：要“落实支持养老服务业发展的政策措施”，建立“相关保险和福利及救助相衔接的长期照护保障制度”。

此前，在 2015 年年底，义德社会工作发展中心接受了北京市老龄协会委托的题为“北京市长期照护保险制度研究”的研究课题。在接受研究任务之后，北京义德社会工作发展中心即联合 12 位教授、研究员和老年服务机构管理者，组成了课题组。

北京市老龄协会提出的研究任务是：“北京市建立长期照护保险制度的路径选择”。结合习总书记提出的“长期照护保障制度”的新概念，我们将研究目的调整为“北京市建立长期照护保障制度的路径

选择”，并由此提出了两个研究问题：其一是如何通过“相关保险和福利及救助相衔接”的保障手段来筹措资金和提供服务；其二是“十三五”期间在北京市创建长期照护保障制度的策略与步骤。

就研究方法而言，课题组主要采用了以文献研究为主的质性研究方法和以问卷调查为主的定量研究方法，而主要以后者为主。课题组从北京市老龄协会得到了“2015年北京市城乡老年人口状况调查(以下简称“2015年调查”)”的数据库。同时，课题组还于2016年4—6月，在用分层随机抽样的办法对北京市三个区的504位老人进行了问卷调查(以下简称“2016年调查”)。

在此基础上，课题组进行了研究报告的撰写。报告共分四个部分：一、长期照护保障制度的概念框架和国际经验；二、北京市建立长期照护保障制度的背景；三、北京市老年人的长期照护需求；四、关于建立北京市长期照护保障制度的建议。以下分而述之：

### 一. 长期照护保障制度的概念框架和国际经验

国际上，“长期照护”和“长期照护保险”等概念非常流行。但现在习总书记提的是“长期照护保障制度”，怎么理解“长期照护保障”？怎样落实习总书记的指示精神？为了进一步讨论在北京市如何建立这项社会保障制度，我们的报告恐怕要从对这个新概念的内涵和外延作出界定开始。

#### 1. 长期照护保障制度是一个新概念

习总书记提出的“长期照护保障制度”，无疑是一个新概念。而

且这个概念可能会涉及到社会保险、商业保险、社会福利、社会救助，这显然是一个有中国特色的新概念。

首先，我们应该注意到，习总书记的讲话，是在中共中央政治局就人口老龄化的形势和对策举行的集体学习时发表的，并且与“落实支持养老服务业发展的政策措施”直接相关。因此，可以认为，习总书记提出的长期照护保障制度主要是针对老年群体的。按国际经验，在老年群体中，长期照护主要针对的是“失能老人”，尤其是“完全失能老人”。

其次，我们也应该注意到，在习总书记讲话中，给这项制度加了一个定语，即“相关保险和福利及救助相衔接的”。对于这个定语，也许可以有两种理解：其一，把“保险和福利及救助”理解为三种社会保障手段。保险和救助主要用于筹资，而福利主要强调服务。这就是说，长期照护保障制度要兼顾资金保障和服务保障，是一个国内学术界常说的“大保障”概念。其二，把“保险和福利及救助”都理解为筹资手段，其中的“保险”可以是社会保险，也可以是商业保险。从筹资的角度看“福利”，则应该是社会津贴。因此，在实践中，长期照护保障制度的筹资模式可能是“混合式”的。

根据以上的分析，并针对“十二五”以来中国实施老年服务的经验和教训，我们认为，长期照护保障应该是一个“大保障”的概念：第一，使用“保障”一词，是要把用于筹资的保险、补贴等资金保障手段和用于生活照料和护理、康复的服务保障手段放到同一个概念框

架中，并实现无缝链接，使二者融为一体；第二，在筹资方面，广开  
门路，社会保险、商业保险、政府补贴、社会救助、公益慈善等手段，  
可以用的都用上，以“混合式”的新模式，为不同收入水平的社会群  
体，设置目标一致而路径各异资金筹措渠道；第三，在服务方面，  
要着力引导老年服务机构将机构、社区、居家三个层面整合为一体，  
向“中档设施、小型适用、专业水准、优质服务、融入社区，惠至居  
家”的方向发展；第四，实现的“大保障”的组织保证，需要各相关  
政府部门，包括财政部、人力资源和社会保障部、民政部、卫生和计  
划生育委员会等通力合作，以求达致多方共赢。

## 2. 长期照护的国际共识与相关经验

自从 20 世纪 60 年代以后，随着发达国家纷纷进入人口老龄化，  
包括医疗保险在内的医疗服务制度感受到了从未有过的压力。有研究  
表明：“美国、日本以及欧洲一些国家医疗费用大幅度增长的原因，  
除了医疗技术发展造成的费用增加，主要是由于人口老龄化。”

虽然坊间有传说，平均而言，一个人一生的医疗费用，70%是用  
在临终前的最后一个月。但是国际上有研究发现：所谓“临终前的短  
期医疗费用”大幅增加，实际上主要增加的是护理费用。

于是，发达国家从上个世纪 80 年代开始，便有针对性地将把政  
策视野聚焦到“长期照护”（Long-term Care）。具体的政策思路是：  
首先将本应属于临床护士的工作，基础护理，亦即日常生活照料，从  
医疗服务中剥离出来；接下来，一部分非治疗性的护理和康复服务，

也被从医疗服务中划分出来。所谓“非治疗性的护理和康复服务”，是指其目标不是为了“治愈”，而是为了延缓老年人罹患的慢性病病情发展，并尽可能地维持老人生理机能和精神健康。将上述两项服务合并到一起，就是所谓的长期照护。

长期照护在日本被称为“介护”——看护、照顾的意思。即一方面是在日常生活中提供衣食住行等方面的帮助，另一方面也包括医疗、看护、康复训练等方面的援助。在这里强调的是：介护是以照顾日常生活起居为基础、为独立生活有困难者提供帮助。其基本内涵为自立生活的支援、正常生活的实现、尊严及基本的人权的尊重。其理由是：老年人的失能并非都是由疾病造成的，生理衰退和认知障碍，同样也会严重影响老年人的日常生活活动能力。

还需要强调一点，按照已经形成的国际惯例，很多国家会把长期照护归入社会服务的范畴。这表达了两层意思：其一，长期照护是由在社会服务领域专设的老年服务机构提供的，而不是医疗机构。其二，在专业设置上，长期照护要与医疗服务，甚至与医院中的临床护理分离，自成一个独立的专业。按照国际经验，长期照护的专业团队由注册护士为首，主要包括护士、社会工作者、营养师、康复师和心理咨询师等构成，在一线为老人提供日常照护的是专门从事老年照护的服务人员。譬如日本的“介护师”和“介护士”。

将长期照护纳入社会服务的目的很明确，就是要降低服务成本。因为医疗服务通常被看成一种“高门槛”的专业服务，凡服务，只要



沾上医疗的边，成本就上去了，全世界皆然。日本学者的研究指出：同样的照护服务，由老年服务机构提供，价格只是医院三 1/7。

世界各国对长期照护的历史性选择表明，这项制度背后的理念还有更为深远的内涵。丹麦在 1982 年提出了老年人医疗卫生和福利服务的三原则：“第一，人生自始至终的原则，第二，剩余能力发挥的原则；第三，尊重老龄者自我决定的原则。”在国内，有研究者将其概括为“连续性、自主性、自立性”三原则。其中的“人生自始至终”或“连续性”原则，主要就是目前谈论甚多的“原址安老 (AgeinginPlace)”，特别重视老年生活的人文环境，希望老人能在自己长期居住的住宅和社区中度过晚年。其中的“剩余能力发挥”或“自立性”原则，是强调尽可能地保护和维持老人的自理能力，因此机能康复是长期照护服务的重要任务。其中的“尊重老龄者自我决定的原则”或“自主性”原则，是强调需要什么服务，由谁来提供服务，在什么地方接受服务，等等，都应该由老人自己来作选择和决定。这三大原则与如今联合国倡导的“积极老龄化”、“健康老龄化”是一脉相承的，这些理念应该贯彻在长期照护服务和长期照护保险的设计中。

### 3. 长期照护资金筹措的国际经验

对失能老人提供长期照护服务显然是需要资金支持的，按照国际经验，大多数建立了相关制度的国家都采取了长期照护保险的筹资模式。经过几十年的努力，世界各国的长期照护保险逐渐形成了若干种

不同的模式。

有研究以丹麦、美国、德国和日本为例，来讨论长期照护保险的各种模式。研究指出：因资金来源不同，可分为保险型和福利型两大类。在上述四个国家中，丹麦属于“福利型”，财源是税金，由政府机构来实施；美国属于“商业保险型”，财源是保险费，由保险公司来经营；德国属于“社会保险型”，财源是保险费，但由政府机构来运营。更值得我们关注的是日本的经验：在比较了各种模式的长处和缺陷之后，日本设计了一种新的模式，称为“保险福利型”，财源同时来自保险费和税金，由地方和基层的行政机构(市町村)来组织实施——“到目前为止，只有日本才真正地建立了一个独立的介护体系。”而其他三国的长期照护保险都带着更深的医疗保险的烙印：德国的长期照护保险，基本上是对医疗保险进行补充；丹麦的长期照护，则是其社会福利服务的一部分；美国根本就没有全民医疗保险，长期照护保险自然也是商业保险。

具体而言，日本的长期照护保险，即介护保险，其特点是：其一，保险的对象明确限定为老年人，其他年龄段的社会成员，即使有照护的需要，也不包括在内。其二，筹资模式是“保险+福利”，即保险支出一半来自政府财政，另一半来自保险费。公民从40岁才开始缴纳保险费。其三，保险直接向被确认有需要的公民提供照护服务，但有需要者也可以选择现金给付，但金额只有接受服务的费用的一半。其四，日本的长期照护服务目前主要由民间机构(NPO)来提供；包括居

家服务和机构服务。

日本的经验中，最值得我们关注的是既学习世界各国的经验，但又根据日本的国情有所取舍和创新：“日本在构筑新制度的现阶段，可以对其他国家的做法进行研究，通过对先例的学习进一步吸收借鉴各自长处的基础上，建立起符合国情的介护保险制度”。

## 二. 北京市建立长期照护保障制度的背景

在讨论了长期照护保障制度的概念框架和国际经验之后，接下来我们就要进入正题，开始讨论在北京市如何建立长期照护保障制度：首先，我们要研究长期照护保障制度与北京市的人口老龄化进程的关系。其次，在因人口老龄化引发的诸多次生问题中，与本课题关系密切的有二，分别发生在医疗保险领域和老年服务领域。

### 1. 北京市人口老龄化形势严峻

“十二五”以来，北京市的老龄工作取得了很大的成就。2015年，北京市市户籍人口平均期望寿命为81.95岁，已经达到了发达国家的水平。2015年北京市城乡老年人口状况调查中有对老年人幸福感的调查，其中将近八成的老年人都对自己生活给予积极、肯定的评价。但是，老龄化进程的加速，仍然会对北京市的社会经济发展产生重大影响：

首先，据《北京市2015年暨“十二五”时期国民经济和社会发展统计公报》披露：在2015年北京市2170.5万常住人口中，60岁及以上的老年人口为340.5万人，所占的比重为15.7%。但若按户籍

人口计算,2015 年底,北京市 60 岁及以上户籍老年人口约 315.0 万,占总人口的 23.4%。以上数据说明:若以常住人口为统计口径,北京市的老龄化程度要低于全国平均数 0.8 个百分点,仍处于轻度老龄化阶段;然而,若以户籍人口为统计口径,北京市的老龄化程度则要高于全国平均数 6.9 个百分点,进入了中度老龄化阶段。

其次,若看北京市“80 岁及以上”的高龄老人,2015 年为 56.2 万人,占北京市老年人口的 17.8%;占北京市总人口数的 2.6%。从整个“十二五”期间的变化看:2010 年“60 岁及以上”的户籍老人为 235.0 万人,2015 年为 313.4 万人,增加了 78.4 万人;增长幅度为 33.4%。同样在这两个时间点上,“80 岁及以上”的高龄老人人数分别为 35.1 万人和 56.2 万人,在此 5 年间增加了 21.1 万人,增长幅度为 60.1%。这也就是说,高龄老人的增长速度差不多要高出一倍。

再次,还须关注的是:2015 年,在北京市常住的老年人口中,实际上 94%都是户籍老人。以上所说的常住人口与户籍人口老龄化程度的差异,主要影响因素取决于“15—59 岁”年龄段的人口规模。

“十二五”期间,北京市常住人口的增长幅度为 10.7%,户籍人口则为 6.6%,前者明显高于后者。然而,在政府严令限制外来人口的大趋势下,“15—59 岁”年龄段常住人口的增速正在逐年降低。因此,北京市人口老龄化的速度会因此而再次加速。

从以上对北京市老龄化进程的分析,可以引出另外两个特别需要关注的相关领域,即医疗保险和老年服务。

## 2. 北京市医保基金回旋余地有限

北京市医疗保险的覆盖率非常高，三项制度(城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗)基本上都在 97% 以上。2015 年，享受三项制度待遇的老年人中，城镇职工医保 269.5 万人，城镇居民医保 19.8 万人，新农合 61.6 万人。前者的比重为 77%，后两者相加占 23%。相应地，北京市卫生总费用增长速度也呈现出高速增长的气势：2011 年为 977.26 亿元，而到 2014 年则已增长到 1594.64 亿元。四年间的涨幅为 63.2%，高于同期全国平均涨幅 17.3 个百分点。

研究表明，当前北京市医疗保险基金十分紧张。原因有三：一是北京市三项医保制度的待遇水平在全国都是最高的；二是因为在个人账户上曾经实行了特殊政策(医保存折中的资金由参保人员自行支配，随时支取)，以致医保基金积累甚少。三是城镇职工医保基金的筹资来源仅为用人单位和劳动者个人缴纳(用人单位按全部职工缴费工资基数之和的 9% 缴纳基本医疗保险费，职工按本人上一年月平均工资的 2% 缴纳基本医疗保险费)，回旋余地很小。

因此，北京市医疗保险基金分外脆弱。表现在实际工作中，一是医保基金曾出现赤字(虽然规模不大)。城镇职工医保在 2012 年，城镇居民医保和新农保在 2013 年都出现过当年收不抵支的情况。二是医保基金累计结余很低。北京市基本医疗保险基金 2015 年收入 786.3 亿元、支出 719.4 亿元，当年结余 66.9 亿元，滚存结余 294.0

亿元。根据国家人社部相关规定，基本医保基金累计结余作为风险预警监测的关键指标，应保证不低于6至9个月的平均支付水平，按6个月计算，北京市医保基金至少应结余359.7亿元，现在有近65.7亿元的缺口。

以上的研究数据表明：为了应对人口老龄化的快速发展和缓解医疗保险的不堪重负，建立北京市长期照护保险制度势在必行，而且必须是一项与医疗保险分离的独立的社会保险制度。

### 3. 北京市老年服务的有效需求不足

“十二五”期间，北京市老年服务机构的数量变动不大。从2011年到2014年增加了9个机构，增长幅度为2.2%。但是，老年服务床位数的增长幅度还是非常可观，从2011年到2014年增加了39634张，增幅为56.8%，年平均增长18.9%。尤其是从2012到2014年，就增长了33207张，增幅为43.6%，年平均增长21.8%。其中，政府办机构的床位数增加了12979张，增幅为43.8%；社会办机构增加了20228张，增幅为43.5%。可见，在这两年中，上述三项数据几乎是同步增长。

但是，有研究表明：养老机构的入住率并不理想，平均仅40%。另据媒体披露，2015年，北京市公办养老机构共有床位28504张，入住的老人12488人，入住率为43.8%。也有研究者对北京市362所养老机构进行了调查，得出结论是：公办养老机构床位使用率的中位数是52.1%，民办养老机构是51.0%。“公办与民办养老机构之间床



位使用率无统计学差异”。由此可见，北京市老年服务的供给侧近年来陷入了一个怪圈，或者说是恶性循环：一方面，官方报告宣称老年服务的床位仍然不够；另一方面，“十二五”期间床位大量增加后又空置近半。

如果究其原委，有研究指出：因为城六区住着全市 2/3 的老年人口，却只拥有全市 1/3 的公办养老床位；远郊区老年人口只占 1/3 且入住需求低，但拥有的公办养老床位则占 2/3，造成大量闲置。同时，北京市统计局发布的数据表明：城六区养老机构月均收费为 3300 元，远郊区月均收费为 1800 元，前者明显高于后者。从机构性质看，政府办养老机构月均收费 2200 元，社会办养老机构月均收费 2700 元，前者收费明显低于后者。但是，调查当年(2013 年)北京市城镇职工养老保险金只有月平均 2773 元。因此，43.5% 的被访者认为养老机构收费偏高，有效需求不足已经成为老年服务进一步发展的瓶颈。

小结：北京市人口老龄化进程已不可逆转。作为主要政策对象的户籍老人，尤其是高龄老人，增长的速度越来越快。这样的发展趋势使医疗保险和老年服务负担日益加重，因此必须进行改革，即通过建立长期照护保障制度，包括建立和完善与失能老人长期照护相关的筹资制度和服务体系，并妥善地作出统筹安排。政策目标是：对于医疗保险，减轻压力；对于老年服务，平衡供需。

### 三. 北京市老年人的长期照护需求

在对本课题的概念框架和研究背景作出交代之后，课题组要利用

“2015 年调查”和“2016 年调查”的问卷调查数据，对被调查者的长期照护需求和意愿进行统计分析，并与背景资料和相关数据再作相互印证及必要的补充说明，以便为建立北京市的长期照护保险制度打下一个扎实的民情民意的基础。

统计分析将分成三个部分：其一，被调查者的基本生活状况及健康状况分析；其二，被调查者的长期照护保障需求及意愿分析。以下，我们分而述之：

### 1. 北京市老年人的基本生活状况及健康状况分析

2015 年调查的被调查者为北京市 60 周岁及其以上的老年人，共涉及 7 个区县，共回收有效样本 3668 份，其中城市样本 2586 份，农村样本 782 份。2016 年调查的被调查者为北京市为 50 周岁及其以上的老年人，共涉及 3 个区，回收有效样本 504 份。

#### (1). 家庭结构小型化是基本市情

对被调查者的家庭结构进行分析，2015 年调查的统计数据反映：9.4%的被调查者选择单独居住。2016 年调查的统计数据则反映：独生子女家庭是主要的家庭结构状态，要占到 61.9%；多子女家庭的比重是 37.3%；无子女家庭则占 0.79%。

2016 年调查中问到：“您愿意和子女长期一起生活吗？”回答愿意的被调查者占 41.4%，回答“不愿意”和“看情况”的分别占 24.6%和 21.6%。当问到“您觉得您的子女孝顺吗？”，回答“孝顺”的占 84.8%，没有回答“不孝顺的”。

调查数据表明,虽然有相当一部分被调查者表示愿意与子女共同生活,并认为子女孝顺。但实际上家庭小型化已经是与人口老龄化并存的北京市的基本市情。

## (2). 收入偏低支付能力有限

2015 年调查的数据表明,被调查者的上月平均收入是 2435 元;2016 年调查的数据表明,被调查者的上月平均收入是 3266 元。统计结果的差异与两次调查被调查者的年龄结构相关,2015 年调查的下限是 60 岁,而 2016 年调查是 50 岁。

2016 年调查提问“老年人收入的主要来源”,这是多选题(限选三项)。主要收入是养老金的被调查者,高达 87.3%;排在第二的是工资收入,占 22.0%;接下来是子女资助,占 10.3%;然后是社会救助(10.3%)和亲友资助(0.4%)。

在 2015 年调查中,被调查家庭在调查上月的家庭总收入平均为 7450 元,家庭总支出为平均为 4750 元,总支出占总收入的 64.0%。在 2016 年调查中,被调查家庭在调查上月的家庭总收入平均为 6708 元,家庭总支出为平均为 4552 元。总支出占总收入的 67.9%。两次调查的家庭总收入和家庭总支出的情况基本一致。

2015 年的调查对被调查者日常生活开支做了非常细致的分析:在日常生活支出 1366 元,伙食费 678 元,占总支出的 50.0%,医疗费 350 元,占 26.0%。而用于家政护理的费用平均为 22 元,仅占总支出的 1.6%。

让被调查者对自己家里的经济状况作自我评价，2015年的“相对宽裕”和“基本够用”两项比重的和为89.4%，2016年的“中上”、“中等”和“中下”三项的和为91.0%，相当接近。据此，被调查者对本身家庭经济状况评价的趋于中等水平。

调查数据显示，被调查者的个人收入应该在月人均2500—3500元之间，家庭总收入在6000—7000之间，家庭总支出要占总收入的六成半。因此，自我评价多为“中等水平”。

### (3). 健康状况不乐观需要照护

被调查者的健康状况并不十分乐观。根据2015年和2016年两次调查的统计数据，身体健康的被调查者很少，仅为一成多一点，大多数被调查者都患有不同的慢性病。其中最普遍的是高血压，近半数被调查者罹患此病；然后是骨关节病和心脑血管病，都在三成到四成之间；接下来是白内障和糖尿病，超过二成；再接下来是呼吸系统和消化系统疾病，超过一成。因此，在2015年调查中，有17.1%的被调查者曾在2014年住院。在2016年调查中，有将近二成的被调查者，在2015年有过住院治疗的经历：住院一次的为13.1%；住院两次的老人为4.17%；住院三次及以上的为2.18%。

2015年调查显示，在调查前两周，有14.6%的被调查者生过病。在被调查者生病时，75.8%会找医生看病，20.3%对疾病进行自我治疗，还有3.9%对疾病置之不理。七成半找医生看病的被调查者反映，看病时遇到的问题主要是：排队时间太长，占77.2%；手续繁琐，占41.5%；

收费太高，占 33.7%，等等。在二成多对疾病进行自我治疗的被调查者中，则有八成以上是自己买药吃。

调查数据表明：老年人的健康状况不乐观。但在医疗服务方面，老年人遇到的困难较多。

#### **(4). 医疗支出仍然居高不下**

所幸的是，被调查者较为普遍地获得了医疗保障。2015 年调查是 99.7%，2016 年调查是 97.2%。但是，医药费中有一部分必须自付和自费。2016 年调查显示：在医疗费用中涉及自付和自费部分的被调查者为 88.7%，平均费用为 4457 元。2015 年调查的数据显示：费用在 500—3000 元最多，占 41.5%，费用达到 20000 元以上的，占 0.9%。当 2016 年调查问到医疗费用负担时，回答“有一定负担”的为 24.6%，回答“负担较重”的为 20.2%，回答“难以承受”的为 6.2%。

虽然北京市的医保覆盖面已达九成半以上，但医疗费用的自付和自费部分仍然不菲，平均负担相当于一个半月的收入。因此，近半数的被调查者还是觉得医疗费用是个负担。

## **2. 被调查者的长期照护保障需求和意愿**

在对北京市老年人的基本生活状况和健康状况有所了解之后，接下来的讨论将集中于与本课题研究目标直接相关的被调查者对长期照护保障的需求和意愿。

### **(1). 担心生病、没钱和无人照顾**

在 2016 年调查中，针对个人生活最担心的问题进行提问(多选

题), 被调查者的选择首先是“生病”, 为 74.6%; 其次是“没钱”, 为 50.4%; 再次是“不能自理时无人照顾”, 为 46.6%。

在 2015 年调查中, 问到家里是否有需要照护的老年人, 有 15.4% 的被调查者的回答是“有”。2016 年调查的问题是家中是否有 60 岁及以上的老人近三个月中出现不能自理的情况, 有 7.9% 的被调查者的回答是“有”。两者之间有差异的原因可能是 2016 年调查有时间上的限制。

目前的被调查者中, 认为自己需要长期照护服务的被调查者大约在 3.0—8.0%。需要最多的是“心理抚慰”和“慢性病护理”, 都占 8.0%; 需要最少的是“长期卧床护理”, 占 3.0%。但其中已经获得服务的更少, 最多的是生活照料, 在有需要的老人中, 有 52.0% 得到了服务; 最少的是“长期卧床护理”, 有需要的老人中, 仅有 7.0% 得到了服务。

以上的统计结果, 进一步说明了老龄化社会中的普遍担忧: 生病、没钱和无人照顾。在当前生活中, 这些问题都已经是现实的存在。

## (2). 家庭照料和现实中的困难

目前在现实生活中, 家庭成员, 即配偶和子女, 仍然是提供长期照护的主力。2015 年调查的数据是 75.7%, 2016 年调查的数据更高达 91.5%。有趣的是, 两次调查之间的差距 (16.2%) 基本上被家政服务 (15.9%) 所填补。在 2016 年调查中, 了解被调查者未来的长期照护意愿时, 家庭成员还是首选, 达 76.0%。



问卷中还以多选题的方式问到：“您认为照顾生活完全不能自理的老人会给家庭带来哪些困扰？”，被调查者选择“家中人手紧张”占 60.3%；“经济骤然紧张”占 58.5%；“精神压力很大”占 55.8%。这三种回答是关于人工成本、经济成本和精神成本的，涉及的面都在六成或接近六成。

以上的调查数据说明，长期照护现在主要是由家人承担，但实际上家庭照护给其他家庭成员带来了很大的困难。

### **(3). 居家服务和机构服务都能接受**

2015 年调查，让被调查者在居家、社区和机构三种服务方式中作选择，绝大多数被调查者选择了居家服务，达 60.8%；其次是视情况而定，比重是 24.6%；至于机构服务和社区服务，占比都很小，前者 8.8%，后者 5.8%。2016 年调查，是将三种服务方式分别提问：关于居家服务，回答“愿意”的占 56.4%；关于社区服务，回答“愿意”的占 50.0%，关于机构服务，回答“愿意”的占 55.6%。以上的分析告诉我们，如果不是在“三选一”的前提下，被调查者对于三种服务方式并没有特殊的偏爱，选择的比例都在五成上下。同时，对此问题还没想明白的也不少，居家、社区、机构分别是 29.8%、17.3%和 23.8%。

在 2016 年调查中，当问到不选择机构服务的理由时，回答“不愿离开自己的家”，占 71.2%；回答“老年服务机构收费太高”，占 44.2%。当问到：“如果不选择接受上门护理，主要原因是什么？”，回答“担心价格太高”，占 60.0%；回答“担心安全问题”，占 34.3%。

在 2016 年调查中，对愿意接受机构服务的被调查者进行了追问：“您会根据哪些条件选择服务机构？”，选择“老年服务机构的服务质量”的，占 80.0%；选择“老年服务机构的价格”的，占 72.9%；选择“老年服务机构离家距离远近”的，占 50.4%；选择“老年服务机构的设施设备”的，占 40.0%。作为选择的标准，被调查者主要会考虑服务质量和价格，而设施设备则被排到了最后。

对于长期照护保障的服务收费，若不考虑政府和社会的支持，先假设完全由被调查者自己支付。调查结果是：五成以上的被调查者选择了“1000—2999 元”，这也许和被调查者的收入大多在 3000 元左右相关。

从以上数据看，虽然居家服务仍会是首选，但对机构服务的了解并予以接受的面也越来越大，而且半数以上愿意自己出钱并且金额还不低，人们的考虑正越来越趋于现实。

#### **(4). 长期照护筹资多指望政府**

在以多选题的方式问到长期照护费用的来源渠道时，回答“由政府承担”的，占 77.4%；回答“由老人自己支付”的，占 32.9%；回答“由单位负担”的，占 19.1%；回答“由主要赡养人支付”的，占 13.7%。看来目前这一代老年人，大多思想传统，对政府期望值很高；但也有不少老人，愿意自己负担。对于单位和子女，则期许已然不高。

接下来的问题是，政府用哪种方式提供资金支持时，有 40.3%的被调查者选择社会津贴，有 37.7%的被调查者选择用社会保险，有

22.0%的被调查者选择社会救助。选择社会津贴和社会保险的比例十分相近。

以上数据说明，在长期照护的资金筹措方面，政府仍然被寄予厚望。但选择用社会保险方式筹资，也有将近四成的民望。

#### **(5). 愿意参加社会保险的占四成**

当问到是否愿意负担社会保险费时，表示“愿意”的占42.9%，表示“不愿意”的占29.4%，表示“不清楚”的占27.8%。对社会保险付费，愿意的还不少。

进一步问到具体的付费标准。在愿意交费的被调查者中，愿意交300元及以下的是43.0%，愿意交901元及以上的也是43.0%，呈现两极分化的态势。再以多选的方式问不愿意的原因何在？最主要的意见是“经济上无法承受”，要占69.59%。

以上的数据说明：愿意付费参保的还算不少，有四成。但在付费金额上还有较大差异，>300和<900的各占四成。

#### **(6). 不接受商业保险的近四成**

最后的两问是想让被调查者考虑一下“商业保险”。当问到“如果由保险公司为您提供长期护理保险，你愿意参加吗？”回答“愿意”的被调查者占30.4%，回答“不愿意”的占38.1%，回答“不清楚”的占31.6%。比起社会保险，商业保险的人气稍弱。追问不愿意的原因：最主要还是“经济上无法承受”，占53.7%，“不信任商业保险”，占比为46.4%，也接近五成。

以上数据表明：商业保险的接受程度要比社会保险低，大致相差一成，原因是经济能力和信任程度。

小结：在健康状况和医疗保险现状方面，北京市的相关政策是处于全国领先地位的。但是，若从老年人的需要和意愿看，也仍然存在着诸多的不足。医疗服务的可及性、医疗保险的公平性，医疗费用的可受性，都还有待改善。这就提醒我们，建立长期照护制度，恐怕不能光从仍然很脆弱的医保基金去“挖潜”，恐怕要另辟蹊径，制度创新，才能达到预期的理想目标。

北京市生活不能自理的老年人的长期照护需求十分突出，但目前还是倾向于在家庭内部解决；对于机构服务，大多数老年人还表示能够接受；对于社区服务，则基本上没有概念。老年人对服务付费的担心非常明显，并且寄希望于政府能够给予补贴。对于长期照护保险，有相当一部分老年人持积极态度，但对于交费出言谨慎。老年人对于商业保险并不看好，原因是经济实力和保险公司的公信力。因此想到，中国的长期照护保险，可能应该学习日本的经验，走个人投保和政府补贴并举的路子。

#### 四. 建立北京市长期照护保障制度的政策建议

对于北京市而言，人口老龄化的负面影响，因独生子女政策和人力资源流动而加剧。除了经济赡养和医疗费用，影响更大的应该是对老人晚年生活的照料和健康护理。随着 20 世纪 50 年代出生的这一代人进入高龄期，因为罹患慢性疾病、生理机能衰退和出现认知障碍，

对于失能老人的长期照护的需要将会越来越突出。

### 1. 长期照护保障制度的服务模式

近年来，在老年服务方面，有一个误区，这就是将机构服务与社区居家服务割裂开来了。实际上，机构服务和社区居家服务应该是一个有机的整体，当这两个方面能够做到功能耦合时，就能发挥出“1+1>2”的整体效应。

以发展的可持续性去考量社区居家服务，必然要求其本身具有自我生存、自我发展的能力。但是，“单打独斗”的社区居家服务的生存和发展空间十分有限。因为北京市大约 60—70% 的老年人实际上收入有限，通常所说的服务需求多表现为潜在需求，而且难以转化成有效需求，因此社区居家服务难寻赢利点。即使是由社会组织以非营利的模式去经营，最基本的“成本核算，收支相抵”也难以做到，因此只能靠“政府购买服务”勉强维持。也正因为如此，对于老人而言，也谈不上获得感。

从国际经验来看，20 世纪后半期，发达国家也大力发展过大型老年服务机构。但是，效率和效果都差强人意。因此，到 90 年代以后，发达国家的老年服务都转向以居家养老为基础，“原址安老 (Aging in Place)”成为国际共识，其内涵是：尽可能地让老人在习惯居住的家庭和社区中度过晚年，不到万不得已，尽量不要离开自己熟悉的环境，尤其是社会、人文环境。但是，居家养老不等于家庭养老，完整的表述应该是“在社会服务和社区服务支持下的居家养老”。

然而，当老人自理能力日渐衰退丧失，有更多的时间甚至 24 小时都需要有人陪护照料时，理智的选择还是去老年服务机构，尤其是在独生子女家庭居多的城市居民中更是如此。在规模化经营的老年服务机构中，老年人可以得到更专业、更安全的长期照护服务。但是，一般的主张是：老年服务机构切忌空悬郊外，应该在居民聚集的社区附近，而且规模不要过大，以 50—400 张床位的中小型机构为主。这样，老人既可以得到专业的照护服务，也可以时常得到家人的陪伴——这就是服务机构社区化的理念。

在发达国家，老年服务社区化还发展出了另一种模式，就是社区日间照料中心，在中国常常被称为“托老所”，主要针对部分失能的老人。服务的方式其实是“半机构，半居家”——白天家人出去工作时，将老人送到中心，全天都在中心活动和休息，晚上则由家人接回家，享受天伦之乐。社区中心还可提供“喘息式”服务，当家人有事脱不开身，譬如要外出公差或旅游时，可以将老人短期托付给服务机构。

一个人并不是一上 60 岁被称为老年人，就需要政府和社会给予特别的关注和帮助。老年人之所以需要帮助，是因为随着年龄的增长，会因为罹患疾病、机能衰退和认知障碍而逐渐丧失生活自理能力。老年人失能一般都有一个过程，即从社会功能的丧失到生理机能的丧失，从生理功能部分丧失再到完全丧失。因此，对不同失能程度的老人，或者说在老人失能过程中的不同阶段，就应该根据需要提供不同



的服务。粗略的划分，应该是 3%左右完全失能的老人，主要由老年服务机构提供全天候的照护服务，如果老人不愿离家，也可以上门为居家照护提供支持性的服务，所需要的资金由市政府统一实施的社会保险制度来解决；还有 3%的部分失能的老人，主要还是围绕居家养老提供生活支持性的服务和必要的康复护理服务，也可以由社区中心提供日间照护服务，所需要的资金一部分可以由社会保险制度来解决，另一部分则通过市场的或由社会组织提供的“准市场”的方式来解决；健康的或轻微失能的老人，主要是围绕居家养老提供各种社会服务和社区服务，可以以市场的或由社会组织提供的“准市场”或志愿的方式来解决。商业保险作为辅助手段，可以贯通全部的服务过程。

从长期照护服务的提供者，或称老年服务运营商的角度去考量，其实应该将上述的各种服务归入同一个工作服务框架中去通盘考虑。譬如，在一个有一定人口规模的地区，首先设立一个“旗舰店”，即专业的老年服务机构，有 200—400 张床位，为完全失能老人提供机构服务；其次，以机构的专业力量延伸到基层社区去建立社区中心，为部分失能的老人提供日间照护服务或喘息式服务；再次，从社区中心延伸到居民家庭，为有各种需求的老人做上门的居家服务。

这样的综合性的运营模式，对老年服务运营商是有利的。从某种意义上说，老年服务运营商做的是“街坊生意”。如果从居家服务开始，就把机构附近社区中的老年人及其家属都发展自己的客户，在长期的、渐进式的服务提供中，所有的老年人最终都会成为机构服务的

潜在客户。同时，这样的运营方式，也避免了机构服务和社区居家服务——尤其是后者——单打独斗造成的偏高的成本，达到老年人和运营商共赢的局面。

从这个意义上来说，“十三五”期间。北京市应该大力培植和扶持 50—80 家综合运营的老年服务运营商，让他们在居家、社区和机构三个层次同时发力，进而形成“自我生存、自我发展”的能力，这样才会有真正的老年服务。

## 2. 长期照护保障制度的筹资模式

长期照护的服务显然需要资金支持。但是，我们要看清一个事实：且不说广大农村地区的老年人，即使是企业退休人员，他们的退休金 2016 年仅为月平均 3000 元左右。一般而言，中国与收入相关的平均数总是偏态分布的，在平均线以下的一般要占到 2/3 及以上。由于人工成本及其他影响因素的限制，目前在北京市，老年服务机构的收费应该在 5000 元上下。这就是老年服务需求难以转变为有效需求的主要原因。

从社会层面看，老龄化最大的负面影响其实是医疗费用的剧增。如果将对失能老人长期照护的费用包含在社会医疗保险制度中，医疗保险必然不堪重负。为此，医疗保险必然会将把失能老人最需要的日常生活照料和非治疗性的康复护理排除在外，北京市的情况尤其如此。但是，随着老龄化的进一步发展，脆弱的医疗保险制度仍然会出现财政危机。因此，国际经验是，另外建立一项独立的长期照护(保

障)制度, 包括用长期照护保险来为长期照护服务筹集资金。

遵照习总书记关于长期照护保障制度的指示, 综合我们的调研成果, 筹资手段以社会保险为主是必然趋势。因为补贴和救助等社会保障手段资金来源单一, 主要来自政府财政, 一般只能用于少数群体。要对占老年人总数 2/3 及以上的有需要的群体运用此类保障手段, 恐怕力有不逮。社会保险的手段, 可以用广泛的社会筹资手段来帮助少部分有需要的群体, 即所谓“大数定律”, 所以应该得到重视。

从本次调查的统计数据看, 北京市的失能老人可以分为三个层次, 最核心的层次, 是完全失能的老人, 突出表现是卧床不起, 不认识亲人, 等等, 他们需要 24 小时有人陪护; 这部分老人大约占老年人总数的 2.5% 左右。中间的层次, 是部分生理功能丧失的老人, 表现为洗不了澡, 出不了门, 等等, 他们需要有人定期提供服务; 这部分老人大约也占老年人总数的 2.5% 左右。最外围的层次, 是社会功能(也称“工具性功能”)丧失的老人, 表现为上不了公交车, 购不了物, 做不了饭, 等等, 他们也需要有人提供服务; 这部分老人占到老年人总数的 15% 左右, 是失能老人中的大多数。

如果不分层次, 笼统地所有的失能老人来设计社会保险制度显然是不可行的, 但是如果首先抓住最需要的 2.5% 完全失能老人来设计制度, 然后逐渐考虑扩大到另外 2.5% 部分生理功能丧失的老人, 这样的制度目标则是完全有可能实现的。同时, 必须清醒地把握一点, 即把保险的范围控制在老年人总数的 5% 以内, 保险制度才有可持续

性。日本、德国等国的长期照护保险制度发生财政危机，是尤其他们的制度所保障的人群和服务范围过于宽泛了。

如果用最基本的“日常生活活动能力量表”的6项指标(吃饭、穿衣、上厕所、上下床、洗澡、室内行走)去测量，完全失能的标准就是符合“不能自己吃饭、不能自己穿衣、不能自己上厕所、不能自己上下床”这4项中的2项及以上。调查表明，这部分完全失能老人大约占老年人总数的2.5%。如前所述，这个调查数字得到国内其他同类研究的支持。在与日本、台湾的研究者讨论时，他们认为与他们的研究结果高度一致。如果谨慎一点，将完全失能的比例放大到3%，应该是没有问题的。

2015年，北京市市60岁及以上的老年人为313.3万人，如果其中3%的老年人完全失能，大约9.4万人。如果以总额支付的方式支付保险费，按月人均3000元计算(加上老人自己的退休金应该可以支付服务费用了)，共需2.82亿元。再看资金筹措，如果按每个老年人每月筹款100元，那313万老人就能筹资3.13亿元。如此看来，前景似乎很乐观。

要说明的是，上述按每个老人计算筹款额，并非是全部向老人收取保险费。我们提出一个“鸡尾酒筹资法”的思路，多元化、多渠道地筹款。首先，老年人本身应该交费，譬如城镇居民每人每月交25元，一年就是300元；农村居民交10元，一年就是120元，这样的标准，大多数老人应该可以负担得起。少部分低保扶贫对象则可由社会

救助和扶贫资金代交。通常的单位缴费这一块，因为近年来经济下行，可以先不考虑。可以考虑的筹资渠道包括养老保险(每年的增量)、医疗保险(老年人医疗服务量减少的部分)、住房公积金(退休时积累的资金)、残疾人保障金(残疾人中 50%以上是老年人)、福利彩票公益金(50%用于老年事业的部分)，等等。总的目标是每个城镇老人每月 75 元，每个农村老人每月 90 元。

保险制度可以考虑采取社会保险和商业保险的“混合模式”，即政府有关部门负责规划、收费和监督，而把资金的运营管理和保险给付交由保险公司负责。一般来说，提倡完全失能的老人去老年服务机构接受长期照护服务，保险公司与由失能老人选择的具有一定资质的老年服务运营商签约，每月 3000 元保险金直接给付到服务机构。如果老人实在不愿去机构而愿意居家，在落实了由失能老人选择的有一定资质的照护提供者之后，照护的费用可直接付给服务者，但要预留出部分资金(譬如 500 元)用于购买社会服务。

小结：总而言之，在对北京市失能老人群体进行了大量的定性研究和定量研究之后，以此为基础，我们设计了北京市长期照护保障制度的基本模式，三个层次，三种有主有从的组合式保障模式。但是，其中第一层次是重点，应该先行先试。

如果从老人的生命历程看以上三个层次的制度设计，实际上也可以看作老人在社会的和生理的功能丧失过程中，以有差别的保障方式来满足不同的阶段不同需求，因此这三个阶段必须被看作是一个整合



性的制度整体。

最后，我们提出了与长期照护保险相关的社会服务要给予重点关注之处，即机构服务、社区服务和居家服务的整体运作和培育市场化的老年服务运营商。

[返回目录](#)

### 射阳经验：专业机构支撑下的农村养老服务

来源：上海复旦大学社会发展研究中心

2019年，上海复旦大学社会发展与公共政策学院和中国社科院社会政策研究中心联合组成了“中国长期照护服务机构运行机制研究”课题组(以下简称“联合课题组”)，到江苏省射阳县实地考察金色年华(上海)养老服务有限公司(以下简称“金色年华”)在农村养老服务体系建设方面的实践和探索。此次调查研究形成的成果是论文《县域老年照护体系：概念框架与方案设计》。

联合课题组两年前到射阳调查时，“金色年华”创办刚一年，射阳的经验也仅仅是初具雏形。近两年来，按照联合课题组调研成果中提出的理论架构、概念体系和实施方案，“金色年华”在农村养老服务体系的探索中又向前跨出了一大步：首先是将国际共识、中国传统、当地经验融为一体，倾力打造“政府—国企—民营”通力合作的专业机构，并以机构为支撑，社区为依托、居家为基础形成一个新型农村养老服务体系；其次是以党建引领养老服务，倾力打造“怀一颗感恩的心，做一个温暖的人”的企业文化，第三是积极为留守老人，尤其



是有照护依赖的老人提供服务，同时也为农村留守妇女提供就业机会。最终通过弘扬孝道文化、整合为老服务、提供居家养老、定期送教下乡、倡导社区互助等方式和路径，把党和政府的温暖送到了老年人群中，让他们能够健康、快乐、有尊严地度过晚年生涯。

### 1. 政府、国企、民企通力合作打造专业养老机构

2018年年初，“金色年华”受射阳县民政局委托，在射阳县开展农村居家养老服务。在将近3年的时间里，“金色年华”在农村养老服务方面取得了一定的成绩，这要归功于各方面给我们的支持。在将近4年的服务实践中，首先是射阳县民政局与国有企业新华网江苏有限公司(以下简称“江苏新华网”)就智慧居家养老服务签订合作协议，射阳县人民政府投入提供居家服务所需的经费，江苏新华网投入智慧居家服务所需的设备和技术。然后，民营企业金色年华扮演的是“轻资产的养老服务运营商”，向射阳县民政局和江苏新华网承包了居家服务业务，为有需要的农村老人提供上门服务。这样就形成了“政府—国企—民企”通力合作的农村养老服务模式。

通过复旦大学和中国社科院联合调查组的调研活动，金色年华接受了学术理论界专家学者有用的政策建议，并且运用到实践中，再次把合作的范围扩大，形成了“政、企(国企、民企)、学、研”四位一体，为射阳县农村养老体系建设融入了学术理论上的意义。

### 2. 将农村富余劳动力转变成养老服务生力军

金色年华应射阳县民政局和江苏新华网的邀请，在射阳县承接了

134 个自然村和居委会以及 3 个江苏农垦集团的农场、1 个省直管的盐场的居家老年服务。“十二五”以来，全国养老服务搞得轰轰烈烈，但大多集中在城市，尤其是特大城市和超大城市；而农村老年服务显然是被忽视了，直到近些年，才开始有所探索。但是，农村养老仍然面临困境。若提供机构服务，因为自 50 年代中实行五保制度以来，农村养老机构——敬老院就是专为孤寡老人所设。这种影响根深蒂固，所以农村老年人一般不太接受。若提供居家服务，因为大多农村地区相对地广人稀，上门服务化在路上的时间太多，成本上难以承受。

金色华年针对农村的实际情况，想出了一个“金点子”，就是要将农村富余劳动力，尤其是中年妇女，组织起来，成为养老服务的主力军。做法其实很简单，就是在每个村落实一、二位农村妇女担任照护员，并成为金色华年的员工。

农村的中年妇女，外出打工在劳动力市场上竞争力不强，加上家里总还有些家务事需要打理，因此留守在家的并不少见。如果在家里就可以就业，工作的自由度又相对较大，安排好空余时间为同村老人做好服务(对于她们来说，就是多做一份家务事)就可以挣钱，何乐而不为?从老年人及其家属的角度看，这些照护员都是平日里常有来往且知根知底的乡里乡亲，因此也更容易接受她们提供的服务。于是，金色华年在 134 个村居、4 个农场、盐场中，招聘了照护员 140 余人，上门居家服务基本上实现了全覆盖。

如何让农村妇女成为合格的照护员，金色华年花了不少心思。针

对农村员工职业意识淡薄、集体观念不强、工作时间零散、工作流动性大等特点，在上岗前就要进行严格的培训培训。培训内容既包括职业道德，也包括职业技能。服务的方式是：在照护员的手机上安装江苏新华网专门设计的智慧养老 APP。老人有需要，服务订单就有金色华年的控制台通过 APP 即时发到他们的手机上。他们接到订单就放下手头的家事农事，上门为老人提供服务，包括生活照料、精神慰藉，还有独具农村特色的帮农服务。现在，每名照护员的月收入平均可达 3000 元左右。

金色华年的服务流程是这样的：需要服务的老人经过民政系统评估，确定了老人的资格与具体需求，然后以政府购买服务的方式，由金色华年提供服务。刚开始老百姓并不认可这种服务方式，有非议，有责难。但经过综合培训的照护员，深入基层，走访、慰问 2000 多位高龄、失独、失偶、失能、空巢、五保、困难的老人和弱势群体，耐心、细致地逐户宣传党和政府的政策。在服务过程中，夏日顶着炎炎烈日，冬季冒着寒风雨雪，以周到、专业的服务，终于打开了射阳县居家养老服务的局面，得到了公众，尤其是老年人的广泛认可。纷纷称赞党的政策好，农村养老服务是为人民办实事。从 2018 年到 2021 年，金色华年累计提供居家养老服务达到 50 万人次。

### 3. 以党建为中心倾力打造养老服务企业文化

射阳是抗日战争时新四军的根据地，红色传统和革命精神深入人心，这些都是金色华年打造企业文化的最有利的文化资源。因此，在

这样积极向上的氛围中，金色华年以党建为中心，成立了临时党支部以及妇女联合会、红十字会志愿服务队、爱心基金会，等等。并依靠当地各级党委、政府、人大、政协机关和群团组织以及企事业单位，在服务机构的中心站点设立了政协委员联络室、离退休人员活动中心、退役军人活动中心、侨联工作站、社区老年艺术团、“四点半课堂”等，既把群体组织的功能下沉到基层，又通过群体组织的社会效应，带动养老服务工作的开展。

金色华年的管理是从员工思想意识着手的，始终把加强员工的思想建设放在第一位，倡导“不是亲人，关爱胜亲人”的服务理念。金色华年积极引导全体员工弘扬传统文化，其宗旨是“怀一颗感恩的心，做一个温暖的人”，定期不定期的举办团康活动、送教下乡、综合为老服务、技能大比武、线下线上读书会、养老护理技能培训等活动，通过“温度感、家庭感、亲情感、保障感、归属感、凝聚感、责任感、带头感、先进感、自豪感”的十感行为，使金色华年的照护员从农村妇女、家庭主妇华丽转身为职场新女性。他们自觉践行金色华年的宗旨，把自身的快乐融入服务过程中，用微笑和活力去感染他人、帮助他人，强调用智慧服务社会、用热诚抚慰生命，用行动传播爱心，在奉献中体味快乐、收获幸福，成为一支有爱心、耐心、责任心、有专业素养、有温度的照护团队。

#### 4. 利用智慧养老信息管理系统把握服务质量

在当今中国，养老服务的监督机制是一个敏感的话题，尤其在农

村。金色华年的照护员分散在各村，并在接到服务订单后自行提供服务，这样的服务方式更容易引起质疑。为了解决这个老大难问题，金色华年的合作伙伴江苏新华网提供了他们设计的智能软件，在中心站点的控制室中，智能平台的大屏幕上显示着照护员每天的活动轨迹，我们也随时可以与照护员通过手机通话，并通过视频、音频从线上监督照护员的服务行为和倾听接受服务的老年人及其家属的意见。

在运用智慧养老软件的同时，金色华年也仍然采用传统管理方法，很重视人的作用，建立了“县民政局+镇民政办+村民政专员+村老年协会+机构质量监督”五层监督管理网络。尤其是老年协会，都是本村的熟人，有他们“明察暗访”，及时反馈真实的服务状况。这些反馈意见都详细记在服务台账上，然后每月根据服务频次、服务满意度(包括投诉)两个指标，对照护员进行考核和奖惩，即时兑现，促使他们比学赶超，努力提升服务质量。

数字技术和互联网的新思想、新思维，对政府落实政策和执行监管，对企业提供专业服务并接受监督提供了直接的、可视的、即时互动的管理监督方式。同时也为政府制定政策提供了大数据的支持。线上信息化的管理加上线下的人对人的服务和监督，把农村养老服务从随意性、碎片化转向专业性、系统化发展。

## 5. 定期送教下乡到一线培训准正式的照护员

建立农村养老服务体系，核心是专业化。因此，要将农村妇女培养成“准正式照护者”，她们专业能力的提升并不是一次上岗培训就



能一劳永逸的。经常性的集中培训在农村又受到环境和条件的限制，散落各村居的照护员给持续的再培训增添了困难。金色华年采取的对策是“送教下乡”，即建立专门的培训团队，将老年照护、健康知识和相关的方法、技巧也来个“上门服务”。培训教师一个村接着一个村走，除了照护的知识和方法、技巧，还有急救知识、健康理念、维权意识打包送到农村。“送教下乡”的受益者不光是机构的照护员，村里的老人及其家属也可以前来听讲，这样就达到了广泛普及的目的。截止到2021年9月，接受培训的受众已经达到20000多人次。近年来，为适应新冠疫情下的新形势，金色华年还把线下培训搬到了线上，让照护员和有需要的村民随时随地都可以使用智能终端设备，通过视频、音频参加学习。

## 6. 在乡村建设老年人日间照料中心——互助小院

在促进农村养老服务全覆盖的过程中，金色华年发现，有一些有照护依赖但家中又无人照顾的老人，受到经济状况、传统观念的影响，不愿离家入住镇上或县里的养老机构。因此，金色华年就尝试在村里建立集中照护点，命名为“互助小院”。具体的做法是：有的照护员家里住房比较宽敞，自己空余时间也比较多。金色华年就与其签订协议使其成为建设互助小院的合伙人。金色华年投资将部分空置房间按统一的要求进行适老化改造和装修，然后将本村乃至邻村有刚性需求的老人集中到互助小院，由照护员提供日间照料，有需要的也可以留宿长住。互助小院的照护方式让老人虽然离家但不离开熟悉的地理和



人文环境，很受欢迎。在服务实践中，互助小院又逐渐发展为村里的老年活动中心，村里的老人也常来此聚会，喝茶聊天、下棋打牌。这种方式既有专门的照护员提供服务，老人之间也可以相互照顾。专门的照护者可获得劳动报酬，参与照护互助的活力老人则通过时间银行存储劳动所得，以备不时之需。

金色华年计划将互助小院作为农村养老体系的一种主要方式，以规模化、标准化、品牌化的方式连锁发展，力争尽快铺开，让更多农村老人享受到专业照护服务。但是，互助小院的运作也遇到一些问题，譬如，因为农村的住房没有产权证，虽然装修达到消防标准，但办不了消防许可，这些问题也严重制约着“互助小院”的推广。

## 7. 开展基层综合为老服务提供四送三普两防

农村养老服务做的是“街坊生意”，所以对一时没有照护刚需的老人，也要通过各种志愿活动，和老人搞好关系。农村老人居住分散，生活比较单调。金色华年就又担负起组织综合为老活动的义务，为农村老人提供“四送三普两防”（四送：送政策、送知识、送技能、送温暖；三普：普及消防安全知识、普及老人权益保障、普及自我保护意识；二防：防诈骗、防意外）。组织照护员开展教农村老人学习康复操，给老人做健康体检、理发、剪指甲等为老服务活动，截止2021年9月，累计达5000场次。既在生活上方便农村老人，也使他们排除寂寞，生活有乐趣，

另外，农村老人习惯终身劳作，但收获的农产品没有销售渠道，

以致在经济上对子女的依赖性较强。金色华年组织照护员献爱心，帮助老人将他们种的蔬菜、养的鸡鸭等农副产品拿到市场销售。老人通过力所能及的生产劳动有益身心健康，可以延缓身体机能的衰退；而劳动所得又减轻了子女负担，有利于家庭和睦和社会和谐。

## 8. 以孝道为动力推进农村老人的非正式照护

金色华年在提供居家养老上门服务的过程中发现，一些农村因传统观念的影响，骨子里认为自己是儿有女的，不能让别人来照顾。还有一些老人虽然健康状况和自理能力已经较差，但个性刚强且不服老，凡事还是愿意自己亲力亲为，不愿别人插手。

对于这些不接受上门服务的老人，金色华年首先是让护理员前去做思想工作；护理员做不通的，企业领导上门做工作，还邀请村居干部、老人亲属帮助说服。有些老人实在说服不了，就采取变通的办法，对老人的家庭成员进行上岗培训后，使其成为非正式照护者和金色华年的兼职员工，对老人提供照护服务。金色华年认为：既然政府购买了服务，就要负责到底。这样的变通，也可以说是创新，最后达到养老服务全覆盖的目标。

综上所述，4年来金色华年构建以“政府购买服务为依托、企业创新创业为主导、志愿服务为补充、基层组织和社会力量支持为辅助，居家、社区、机构相结合，医养、康养相融合、利用智慧平台促进养老产业发展”的七位一体的农村养老服务体系，实现“以中心城区养老机构、社区综合为老服务中心、乡镇敬老院、村级幸福小院、邻里

互助、家庭养老床位”六级纵向网格化养老服务网络，以机构为核心，延伸到村居建立互助小院，再辐射到居家老人和家庭养老床位，实现了养老服务全覆盖。射阳的农村养老服务经验看来很“土”，但接地气，易复制，可资中西部农村养老服务参考。

[返回目录](#)



扫一扫  
关注药城公众号



扫一扫  
关注医药梦网公众号



📍 地址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号  
北京先锋寰宇电子商务有限责任公司

☎ 电话：010-68489858