

“医疗嵌入型”医养结合服务的行为逻辑与实践经验

——基于上海市六个区的调查分析

杨翠迎, 鲁 於

(上海财经大学 公共经济与管理学院, 上海 200433)

摘要: 医养结合服务是养老服务模式的一大创新,然“医疗嵌入型”服务的行为逻辑如何尚未得到深入研究。通过嵌入理论的视角,阐释医疗服务嵌入养老机构的知识获取效应、治理效应和共享效应。同时,基于上海市六个区的多方调查,考察“医疗嵌入型”医养结合服务的典型模式和实践经验,总结出当前医养结合服务尚存在内源型服务模式难以奏效、外源型服务模式流于形式、人才紧缺成为发展瓶颈、条块分割造成效率损失和政策衔接缺失诱发隐患等问题。为此,要优化服务模式的选择机制、建立医护人才培育的长效机制、制定适宜的养老服务行业标准与规范、建设省级统一的信息共享系统、出台配套的政策衔接办法。

关键词: 医养结合; 行为逻辑; 嵌入理论; 实践经验; 对策建议

【中图分类号】D669.6

【文献标识码】A

【文章编号】1672-867X(2018)06-0106-07

DOI:10.13727/j.cnki.53-1191/c.2018.06.016

一、引言

当下的中国正面临着人口快速老龄化、高龄化与失能化的三重危机。在老龄化程度加深、失能老人日益增多、照护需求快速增长的现实背景下,老年群体衍生出了巨大的养老与医疗照护的“双重需求”。在需求倒逼的形势下,融合了养老服务与医疗护理服务的医养结合养老服务新模式应运而生。然而,供给模式的创新并不是服务需求得以满足的充分条件,也非服务供给效用最大化的保证剂。在当今养老服务快速发展、健康中国战略逐步推进的背景下,如何保障医疗服务有效嵌入养老机构、如何确保养老护理服务的可持续供给,是当前医养结合服务模式亟需破解的头等难题,也是当前政策部门以及学术界关注的热点问题。

已有关于医养结合养老服务的研究多从工作开展和服务治理视角出发,对医养结合的内涵、制度逻辑、服务模式、实践现状等方面进行了大量的研究。这些研究大多从政策理念和试点经验层面探讨如何推进和完善医养结合养老服务,^{①②}少数学者立足微观问卷调查,剖析了医养结合养老服务存在的具体问题,具有代表性的研究如陈俊峰和王硕以合肥市为例,从机构管理、服务水平、资源对接、人才队伍、医保政策等维度分析了“医养结合”型养老机构面临的主要问题,^③但这一研究仅以服务供给方——养老机构为调查对象,缺乏对医养结合养老服务运行的全局认识。李秀明等立足于对服务需求方的调查,实证分析了重庆市主城区老年人医养结合需求及其影响因素,^④但该研究对服务需求的界定较为笼统,未对具体的服务项目进行详细调

【作者简介】杨翠迎,上海财经大学公共经济与管理学院教授,博士生导师。

【基金项目】国家自然科学基金“基于就业促进和生活保护的社会保障制度费率调整与保障功能优化研究”(71673176)、国家社会科学重点项目“渐进式延迟退休年龄政策研究”(16ASH013)、上海市民政局委托项目“上海市医养结合服务发展实效调查”(2017110370)、上海财经大学研究生教育创新计划项目“正式护理、非正式护理与长期护理制度设计”(CXJJ-2017-403)阶段成果。

① 董红亚:《养老服务视角下医养结合内涵与发展路径》,《中州学刊》2018年第1期。

② 邓大松,李玉娇:《医养结合养老模式:制度理性、供需困境与模式创新》,《新疆师范大学学报(哲学社会科学版)》2018年第1期。

③ 陈俊峰,王硕:《城市“医养结合”型养老存在的问题及其解决途径——以合肥市为例》,《城市问题》2016年第6期。

④ 李秀明,冯泽永,成秋娴,王霞,冯丹:《重庆市主城区老年人医养结合需求情况及影响因素研究》,《中国全科医学》2016年第10期。

查和分析,无法提出有针对性的政策建议。

不同于经验研究的是关于医养结合的理论研究极少。王成利和王洪娜从公共产品理论角度探讨了医养结合制度运行的政府职责归属问题。^①刘清发和孙瑞玲基于嵌入性理论将医养结合服务模式归纳为科层组织模式、契约模式和网络模式,并对这三种模式的优劣势及适用条件进行了分析。^②这两项研究分别从政府职责定位和服务模式划分等微观视角切入,阐述了不同理论对医养结合实践的指导作用,填补了医养结合理论研究的空白,但其理论阐释浅尝辄止,且欠缺对医养结合养老服务的宏观理论逻辑的研究,这是当前医养结合研究的一大缺陷。不仅如此,部分学者在研究医养结合服务模式与经验问题时,忽视了“医疗嵌入型”和“养老嵌入型”两种服务运行模式的差异。鉴于在当前医养结合服务快速发展、长期护理保险制度试点前行中,医疗服务有效、精准嵌入养老机构的重要性,本研究对象将聚焦于“医疗嵌入型”医养结合服务。

鉴于当前理论分析的不足,本文将运用嵌入理论重点分析“医疗嵌入型”医养结合养老服务的嵌入逻辑与嵌入效应,并结合对上海市六个区“医疗嵌入型”医养结合服务的管理部门、养老机构以及老人的多维调研访谈,着重考察上海市医疗服务嵌入养老机构的典型模式和服务现状,总结经验与问题,为进一步完善医养结合服务制度提供靶向。

二、“医疗嵌入型”医养结合服务的行为逻辑

基于中国各地的政策实践,学者根据主导机构的不同,区分了三种医养结合服务模式:养老机构主导型、医疗机构主导型和双方合作型。或者依据机构嵌入层次的不同,划分为科层组织模式、契约模式以及网络模式。也有学者依据养老和医疗资源的不同配置比例,对上述三大类模式作了进一步的

细分。以上分类涵盖了中国各形式的医养结合实践,从各模式的普及度来看,当前的制度实践仍以“医疗服务嵌入养老机构”为主导,各级政府部门积极推动“医疗嵌入型”医养结合服务的发展。本研究将运用嵌入理论重点就“医疗嵌入型”医养结合服务的行为逻辑进行理论解读。

嵌入理论作为经济社会学的重要理论,被广泛应用于解释和分析经济行为与非经济行为的关系和作用机制,以及分析嵌入关系对经济行为和个体的影响效应。早在60多年前,波兰尼(Polanyi)首次将“嵌入”概念引入经济学研究,解释了社会关系影响经济行为的过程与机制。^③而后,以格兰诺维特(Granovetter)为代表的新经济社会学者对原本宏观抽象的嵌入思想进行了普适化、微观化和可操作化,其主要研究焦点在于探析行为主体及其社会关系之间的作用机制。^④在嵌入理论的基础上,不同学科的学者扩展了嵌入理论的内涵和分析范式,使得嵌入理论被看作是一种分析工具用来解释经济社会现象及治理问题。实际上,医疗服务嵌入养老机构也是经济社会问题治理的一部分,那么医疗服务嵌入养老机构的制度逻辑如何,也可用嵌入理论的分析框架,从嵌入层次和嵌入效应两个层面进行解答。

(一) 医疗服务嵌入养老机构的嵌入层次分析

国内外学者依据不同的量纲对嵌入层次进行不同类别的划分。如Zukin and Dimaggio将嵌入层次分为认知嵌入、结构嵌入、文化嵌入和政治嵌入四种。^⑤Halinen等按照企业与各种商业网络的关系,将企业的业务嵌入划分为时间、空间、社会、政治、市场与技术等六种嵌入形式,同时将其按照嵌入的层次归为微观嵌入和宏观嵌入两大类。^⑥本文则借鉴这一分析范式,从宏观嵌入和微观嵌入两个层次剖析医疗服务嵌入养老机构的行为逻辑。

宏观嵌入是指国家或政府层面的嵌入,主要通过显性规则嵌入或隐形约束嵌入的方式影响行为主

① 王成利,王洪娜 《医养融合养老:供给途径、实践困境与政府责任——基于公共产品理论的视角》,《东岳论丛》2017年第10期。

② 刘清发,孙瑞玲 《嵌入型视角下的医养结合养老模式初探》,《西北人口》2014年第6期。

③ 侯仕军 《社会嵌入概念与结构的整合性解析》,《江苏社会科学》2011年第2期。

④ 黄中伟,王宇露 《关于经济行为的社会嵌入理论研究述评》,《外国经济与管理》2007年第12期。

⑤ Zukin S, Dimaggio P. 《Structures of Capital: the Social Organization of the Economy》, Cambridge: Cambridge University Press, 1990年版, 24-69。

⑥ Halinen A, Törnroos J Å. 《The Role of Embeddedness in the Evolution of Business Networks》, 《Scandinavian Journal of Management》, 1998年第3期。

体的经济行为。首先,在医养结合服务模式的运行中,国家或政府运用三类显性政策工具促进医疗服务嵌入养老机构:(1)强制类工具,如通过发布国发[2013]35号文、国发[2013]40号文等政策文件和财政直接投入护理型养老机构建设的形式,推动医养资源的融合;(2)市场类工具,通过设置“内设医疗机构奖”、护理床位补贴等财政补贴的形式,激励养老机构主动引入医疗服务;(3)引导类工具,通过推动养老机构与医疗机构签约服务的形式,引导医疗服务嵌入养老机构。其次,在中国传统孝道文化等隐性约束的影响下,结合现阶段经济社会发展的现实条件,政府探索建设具备居家照护功能的社区嵌入式养老机构和大型养老社区综合体建设,实现了养老与医疗护理服务的“一碗汤距离”。

微观嵌入主要指行为个体层面的嵌入,表现为行为主体和行为客体的自发嵌入。在医疗服务嵌入养老机构的行为中,作为行为主体的医疗服务供给方具有医疗护理的资源和技术优势,通过到养老机构工作或定期上门服务等形式,实现了医疗服务的嵌入。其次,对于行为客体——养老机构而言,掌握了老年人服务需求、服务利用等信息优势,通过与二、三级专科医院签约老年人急需的服务项目的方式,加强嵌入主体的互动合作关系,发挥了医疗服务嵌入养老机构的效用。

(二) 医疗服务嵌入养老机构的嵌入效应

医疗服务嵌入养老机构,打破了传统养老机构医、养服务剥离的现实困境,实现医养资源的合作互补。依据嵌入理论,医疗服务嵌入养老机构的作用机制可归纳为以下三点:

一是医疗服务嵌入的知识获取效应。在医疗服务嵌入的起步连接阶段,医疗服务嵌入能够弥补养老机构缺乏医疗资源的劣势,养老机构通过与医疗服务供给方的互动合作,获取人力资源、服务资源与技术资源,形成知识获取效应,从而为老年人提供需要的医疗护理服务。在医疗服务嵌入的嵌入融合阶段,医疗服务供给方可从养老机构获取老年人的需求信息和服务反馈信息,从而提高服务供需匹配度和服务质量。

二是医疗服务嵌入的治理效应。医疗服务嵌入养老机构迎合了老年群体的现实需求,是现实压力与外部政策机制共同作用的结果,其实质是一种嵌入性的治理行为。首先,医疗服务嵌入国家政策对养老服务模式的介入,通过制定配套政策,重构治理政策体系,为医养结合服务发展提供保障。其次,在医疗服务供给方与养老机构的互动合作的过程中,通过知识获取效应的传导作用,降低信息不对称程度,实现服务供给与政策的有序调整,从而形成新的治理链条,以提升医疗服务嵌入效率。

三是医疗服务嵌入的共享效应。医疗服务嵌入养老机构,促进了医疗资源与养老资源的整合,在服务嵌入、整合及制度完善的过程中,通过医疗服务供给方、需求方、养老机构及管理方的沟通协作中实现了信息共享,有利于降低治理成本、提高治理效率。其次,在各方参与治理的过程中,通过共享治理经验,能够推动医疗服务嵌入的治理进程。

三、“医疗嵌入型”医养结合服务的典型模式

早在2013年国发[2013]35号文正式提出“医养结合”概念之前,上海就已经拥有了“医养结合”的理念和实践。上海市在医养结合服务方面的探索一直领跑全国,尤其在“量化任务指标”和“制定签约服务清单”等方面极大地促进了医养资源的嵌入与融合。同时,上海市还是国家长期护理保险制度试点单位,依托“双试点”的政策协作优势,上海市采取了一系列举措,在推进医养结合方面作出了重大尝试。研究与总结上海市经验与问题,可为各地促进医疗服务有效嵌入养老机构提供参考。

为此,课题组走访了上海市6个区30家养老服务机构,^①通过对管理方、服务供给方和需求方的访谈与调查,将“医疗嵌入型”医养结合服务按照医疗服务供给来源的不同归纳出三种主要的服务嵌入模式。

(一) 内源型模式

内源型模式,即通过养老服务机构内设医疗机构并增设医疗功能的形式促进医养结合,如养老机

① 调研选取上海市六个区(徐汇、普陀、松江、宝山、杨浦和金山),每个区选取5家养老服务机构作为调研样本机构,共30家养老机构,其中养老机构25家、社区托养机构5家。调研区选取的原则为:徐汇、普陀、松江为国家级医养结合试点单位,具有典型性和标杆性;且徐汇、普陀和杨浦的经济发展水平均具有中心城区的代表性;宝山处于城郊结合地带,具有医养结合发展的天然优势,所以纳入本次的调研对象;金山区属于上海的远郊地带,又是长期护理保险试点区域,作为郊区的先进代表,也纳入了本次调研的范围。

构内设医务室、卫生所、保健站、护理站等,并配备专业的医疗设施及医护团队。内源型模式内设医疗机构相当于增大了养老服务机构的服务范围和服务成本,当机构规模较小时,采取这种模式则缺乏规模效应。根据走访情况,在30家养老服务机构中有12家(占机构样本量的40%)通过内设卫生站或医务室等形式为机构新增了医疗功能,且这类机构的平均床位数为276张,而没有增设医疗功能的养老机构平均床位数为148张。

(二) 外源型模式

外源型模式,即从养老服务机构外部引入医疗服务,其典型做法是养老服务机构与医疗机构签订服务合约,由医疗机构的医护人员定期到养老机构提供技术指导、公共卫生、基本诊疗、护理与康复等服务。外源型模式相当于将老人的医疗服务需求外包给了医疗机构,由医生去养老机构为老人提供诊疗服务,并收取诊疗费用和一定的上门服务费用。这一模式对医疗工作者的依赖性较强,增加了其时间成本,尤其是在医疗服务需求密集的地区,医疗工作人员难以抽身为老人提供上门服务。因而要保障这一服务模式的有效性,除了提供经济激励外还需要一定的外部干涉。对此,上海市政府明文规定,养老服务机构必须与医疗机构签约,且医疗机构应予以配合,从调研的情况来看,在30家养老服务机构中仅有3家尚未签约,签约率达90%。^①

(三) 多源型模式

多源型模式,即在养老服务机构内部增设医疗功能的同时又通过签约形式从外部引入医疗服务资源。这种模式既扩展了养老服务机构自身的功能,又从外部引入了服务资源,能够更有效地为老人提供及时便捷的医疗服务。通过调研发现,在30家养老服务机构中有9家采取了这一模式,占机构样本量的30%。值得强调的是,在调研中发现,部分区县充分利用了其土地资源,对养老机构与医疗机构的建设进行综合规划,为二者进行邻近选址。如松江区佘山敬老院与佘山镇卫生服务中心仅一条马路之隔;宝山区金色晚年敬老院与金色晚年护理院仅隔着一个走廊;杨浦区新江湾城养老社区综合体对养老院、社区卫生服务中心、为老服务中心集中规划综合设置。这一优势既可以为老年人提

供就近、方便、快捷的医养服务,又能降低医生上门服务的时间和成本。

四、“医疗嵌入型”医养结合服务的实践困境

根据调研访谈和实际走访考察发现,目前“医疗嵌入型”医养结合服务发展存在以下几个现实困境:

(一) 内源型服务模式难以奏效

为了促进医疗资源进入养老机构,上海市提出了“150张以上床位的养老机构要内设医疗机构”的目标要求。上海市民政局统计数据显示,截止2016年底,上海市现有150张以上床位的养老机构共318家,其中实现内设目标的养老机构有281家,内设率达88.36%,内设医疗机构目标完成情况较好。但从调研情况来看,这种内源型模式短期内难以实现政策目标,长期内也难以发挥提供医疗服务的实际效果。主要原因有:

第一,内源型模式成本高、收益低。由于内源型模式的硬件投入和运营成本过大,养老机构入住老人数量较少,加之受到药品零差价的影响,养老机构可获得的收益较低,客观上影响了养老机构采取内源型模式的积极性。

第二,医护人员极为稀缺,且人才引进难。按照政策要求,内源型医养结合模式必须要配有注册医生执业。部分养老机构表示,由于缺乏执业医生,其内设的医疗机构只能弃之不用。

第三,医保定点资质申请难、运营难。采取内源型模式的养老机构申请医保定点时存在审批慢、拖延时间长、无问题反馈等问题,且因医保联网要配备专门的人员进行管理维护,增加了养老机构的运营成本,这也引起养老机构的诸多不满。

第四,部分养老机构认为内源型模式仅为老年人提供最基础的医疗服务,发生大病、难病以及一些生理化验等专项服务还需要去大医院,能够解决的医疗服务非常有限。

(二) 外源型服务模式流于形式

上海市通过“养老机构与医疗机构签定清单式服务合约”的形式促进外源型医养结合服务模式的落地。据上海市民政局提供的统计数据显示,截止2016年底,上海市与医疗机构签约的养老机

^① 根据上海市统计,截止2016年底,本市养老机构中,与医疗机构签约的养老机构共564家,占养老机构总数的80.57%

构共564家,占养老机构总数的80.57%,签约服务实现较大比重。然而,调研发现,部分养老机构与社区卫生服务中心的签约流于形式,很多养老机构签约后并未接受过实际服务。

其次,部分养老机构虽已与社区卫生服务中心签约,但签约覆盖的服务项目较少,且服务项目多以公共卫生类项目为主,而老年人亟需的更深层次的诊疗或处理突发疾病等服务尚无法满足。部分服务项目的实际接受比例极低,且远低于服务应推广比例,这就意味着目前外源型模式的诸多服务无法满足老人实际需求。

再次,签约的医护人员每月仅提供1~2次的上门服务,无法达到老年人的服务预期。加之社区卫生服务中心医护人员不足、工作强度大、而又缺乏完备的薪酬激励和绩效评估机制,也使得医护人员上门服务的积极性不高,进而影响签约服务的频率和效果。

(三) 人才紧缺成为发展瓶颈

调研显示,几乎所有的养老机构、长者照护之家和社区托养机构,均缺乏医养护服务人员,这是制约医养结合服务发展的关键瓶颈。主要原因在于:

第一,养老机构偏低的薪酬待遇、有限的晋升渠道和职业经验,对医生护士难以形成吸引力。加之受到“绩效封顶制”和工作强度的影响,使得签约服务的供给积极性不高。

第二,医生多点执业机制不顺。由于全科医生紧缺,很多内设医疗机构只能靠医生多点执业弥补空缺。但调查发现,全科医生多点执业的第一注册点必须是内设的医疗机构,且不能进行跨区注册,大大增加了养老机构引进医生资源的难度。

第三,养老护理员具有收入待遇低、社会地位低、劳动强度高、流动性高的“两低两高”特征,护理人才引入难度大、护理员队伍不稳定。加之养老护理员从业需要考取职业等级证书,使得原本紧缺的护理员供给雪上加霜。多数养老机构反映,现有的养老护理员普遍年龄偏大,文化程度偏低,尽管他们具有很好的实操技术,但难以通过的理论考试成为护理人才进入的“拦路虎”。

(四) 条块分割造成效率损失

医养结合服务的发展需要卫生、民政、人社、财政等多个职能部门协调发力。然而,这种条块分割、多头管理、分而治之的制度模式导致医养结合工作面临真空执行或权责交叉的困境,具体表

现为:

一是,不同部门的制度门槛不统一引发服务效率损失。调研中诸多养老机构反映,卫计委设立的护理床位软硬件标准过高,养老机构床位配置很难达标。按照上海市卫计委规定每十张护理床位需配备八名护士,并配备包括内科、康复科、药剂科等十余个科室,这对养老机构而言门槛过高,不仅影响了护理资源与老人需求的对接,也使得医养结合的政策目标难以实现。另外,鉴于老年人易突发重疾的特殊性,养老机构亟需与二、三级医院建立直接、畅通的就医绿色通道,然而卫计委设置的“社区首诊、逐级转诊”制度俨然成为建立绿色通道的障碍因素,造成医养结合服务供给的效率损失。

二是,统一的信息共享平台缺乏造成服务效率损失。医养结合服务涉及诸多资质审查、项目审批工作,这些工作大多存在信息交叉,且涉及多个职能部门,由于各部门之间数据资料无法实现共享,使得审批工作重复繁重;调研反映部分区县虽已进行信息平台建设,但由于各区县使用的信息平台不统一,其数据采集和录入的标准、技术系统以及信息接口各有不同,使得各信息平台无法实现对接,大大降低了管理和服务的效率。

(五) 政策衔接缺失诱发隐患

医养结合服务涵盖了居家养老服务和医疗护理服务等多个方面。为了减轻老年人的经济负担,上海市陆续出台了居家养老服务补贴和长期护理保险制度。长期护理保险所覆盖的服务包括27项基本生活照料项目和15项常用临床护理项目,其中,基本生活照料服务项目与居家养老服务项目存在服务交叉,但接受服务时间有所差异。按照政策规定,参加长期护理保险的老年人不再享受居家养老服务补贴。这一规定为长期护理保险埋下了“退保”隐患。在对徐汇、普陀和金山等地的调查中发现,有不少老人在加入长护险后表示,“原本享受的居家养老服务时间变短了”“原本能享受到的服务没有了”“原本免费的项目反而收费了”。这是因为长期护理保险覆盖的家政服务类较少,服务时间有限,无法满足照护等级较低老人的实际需要;且长期护理保险服务给付的“报销+自付”模式使得部分免费享受居家养老服务的老人需要自付部分费用,大大降低了老年人的获得感和服务满足度。究其原因在于,在医养结合服务开展中,配套性优惠政策衔接缺失诱发了“退保”问题的出现。

五、推进医养结合养老服务发展的路径选择

当前,医养结合服务仍处于起步和探索阶段,从医养结合的服务模式、服务利用情况来看,医养结合工作取得一定进展,但尚未消解的现实困境依旧成为医养结合服务发展的巨大阻碍。为此,提出以下五条路径推进医养结合服务发展。

(一) 优化服务模式的选择机制

医疗服务嵌入养老机构的三种服务模式各有所长。建议政府优化服务模式的选择机制,对养老机构开展医养结合服务提供过程指导,让机构因地制宜选择适合自身特点的服务模式。要避免单纯以内设率、签约率等形式化指标考察医养结合服务发展情况,采取以服务利用和服务落实为核心的结果式考核办法,促进医养结合服务真正发挥其效用。

(1) 不必强制养老机构一定要内设医疗机构。目前不少养老机构为了应付政府的指标化要求内设了医疗机构,但是受制于医生引进难、医保联网不畅等的影响,使得内设医疗机构形同虚设,造成了资源的极大浪费。因此,要破除内设率的考核局限,给予养老机构足够的选择弹性,让其自主选择适合自身发展的服务模式。

(2) 注重签约服务的落实。外源型模式流于形式是医养结合发展的一大现实困境。因此,建议采用卫生部门将养老机构打分纳入社区卫生服务中心的年度监督考核,通过对医养结合服务供给与服务利用情况的评估,促进外源型的签约服务真正落实惠民;同时,要推进二三级医院与养老机构签约老年人就医绿色通道服务,以增强老年人的就医便利性。

(3) 引导养老机构采取多源型服务模式。鉴于内源性与外源型模式的各自优势,建议取长补短,引导大中型养老机构采取多源型服务模式,鼓励养老机构不仅与社区卫生服务中心签约,还要与邻近的二级、三级医院进行项目化签约,以期为老人提供更加方便、多元的医疗服务。

(4) 推广发展大型养老社区综合体建设。鉴于大型社区综合体建设的巨大优势,建议将其纳入社区建设规划,尽早出台配套政策,既要谋划设计大型综合体项目对涉老项目的建设标准和要求,使其达到规范和科学;又要引导社会资金参与,引导和保障综合体建设,使其为社区老人提供高效便捷的医养结合服务。

(二) 建立医护人才培养的长效机制

医养结合是一项长久的事业,它需要源源不断

地补充医护人员,为此,需建立人才培养长效机制,彻底解决医养结合服务人力资源供给问题。

(1) 打通养老服务领域医护人员晋升通道,完善医生多点执业机制。目前养老机构医护人员招聘难的最大障碍在于该领域医护人员的晋升渠道不畅、发展前景有限。建议卫生部门对养老服务领域医护人员平等对待,打通其职业晋升渠道。同时,要建立全科医生和专科医生在养老机构轮换执业和定点帮扶机制,将现有的全科医生、专科医生资源充分利用起来,以缓解医生人才缺乏困境。

(2) 强化医护专业人才培养与就业指导机制。一要持续鼓励高职、大专及本科学校开设基础性医疗护理服务专业,为老龄化社会培养急需人才;二要制定实习医生进养老机构服务的临床实训机制,缓解医护人员缺乏困境;三要建立相关专业就业指导机制,并搭建人才供需平台,尤其对学校培养的初次进入社会的医护专业人员进行就业引导甚至帮助他们与需求方牵线搭桥,形成良好的人力资源引导与配置工作环境。

(三) 制定适宜的养老服务行业标准与规范

养老服务领域的医疗服务与医疗卫生系统的医疗服务属于同类型的服务,严格地说,二者应该执行统一的标准与规范。但是目前医疗卫生和养老服务领域,都存在医护资源紧缺的状况。如果仅从医疗卫生领域借资源到养老服务领域,只能救急不能解渴,为此,要通过完善制度和健全机制充分挖掘养老服务领域已有的医护资源的功能。

(1) 制定适合养老服务业发展特点的医养结合护理标准与服务规范。包括界定养老护理床位内涵、养老护理院标准、相关技术规范以及管理归属等。通过该规范,可以促进有实力的养老机构组建护理院或者建设养老护理床位,进而促进更多的养老机构提供适当的护理服务,以缓解老年护理床位严重不足的问题。

(2) 调整养老护理行业考试标准与规范,增强其适应性。现有的养老护理员证书考试难以适应当前养老护理员普遍文化素质低、年龄大、理论基础差而实践经验丰富的特点,建议结合养老服务业及其护理人员的特点,对其考试标准及规范进行调整,以增强其适当性,否则将会导致大量护理员离岗现象。

(四) 建设统一的省级信息共享系统

医养结合服务工作涉及环节多、涉及部门广,建立省级统一的信息共享系统有利于避免信息不对

称和重复工作,从而节省人力和财力资源、提高工作效率。

(1) 统一建立系统。改变自选系统的做法,建议由省级发改委牵头组织,省级医疗卫生与民政部门联手组建省级统一的医养护服务信息中心和服务供需信息平台,以规范各地市的个性化做法。

(2) 重视数据录入。为了缓解老年人医养护服务的支付压力,国家着力构建长期护理保险制度,而长期护理保险制度的有序推进离不开信息系统的辅助。因此,建议在长期护理保险大面积推广之前,完成省级统一的信息联网工作,包括统一信息系统、录入人口数据、养老服务机构、医疗卫生机构、评估机构及其相关人员信息等,并建立信息的动态更新机制,从而改善医养结合服务和长期护理保险制度的推进效率。

(3) 完善运行机制。实行信息平台系统建设自上而下发布,基础数据录入由下而上传递,供需信息由省级集中管理、医养护资源统一调配、所有老年人口共享的大一统管理模式。也可以采取省市两级管理模式,即信息系统省级统一,医养护资源在市级层面共享,但是要留有一定的调配权利。

(五) 出台配套的政策衔接办法

医养结合服务的开展是个系统工程。如何有效发挥出医养结合服务应有的价值,还要重点实现医养结合服务与其他配套性政策间的有效衔接。尤其在国家大力倡导构建长期护理社会保险的背景下,要尽快制定《居家养老服务补贴与长期护理保险衔接办法》(以下简称“衔接办法”),以提高资金的使用效率,尽可能扩大服务受益面。

(1) 梳理居家养老服务补贴与长期护理保险补贴政策,理清各自保障对象、覆盖内容、补贴条件、标准以及资金使用情况,并按照“从高不重复”的原则制定补贴衔接方案,对于补贴重叠的部分则可以择高选取补贴政策,以避免出现享受长期护理保险报销,而失去居家养老服务补贴领取资格的“此消彼长”的现象。

(2) 细化衔接办法,明确居家养老服务与长期护理保险给付的审批审核流程和操作细则,并采取动态的衔接办法调整与追踪机制,积极与相关业务部门沟通,深度了解政策执行中遇到的现实问题,及时调整与完善政策。同时要处理好相关部门之间的权责分配与业务协调的关系,通过建立信息共享机制,谨防重复补贴、遗漏补贴、推诿补贴现象的发生。

Behavioral logic and practical experience of “medical embeddedness” as elderly care with medical service: A study of six districts in Shanghai

YANG Cui - ying & LU Yu

(School of Public Economics and Administration, Shanghai University of Finance and Economics, Shanghai 200433, China)

Abstract “Elderly care with medical service” is an innovative model of the elderly care service, but the behavioral logic of “medical embeddedness” as elderly care with medical service has not been thoroughly studied. From the perspective of embeddedness theory, this paper discusses the knowledge acquisition effect, governance effect and shared effect of the institutions providing medical services embedded in the elderly care. At the same time, based on a multi-pronged survey of six districts in Shanghai, it has examined its typical models and experience, and analyzed such problems as the inefficiency of the endogenous and external service models, the bottleneck in development due to the shortage of talents, the inefficient operation due to the poor departmental cooperation as well as a lack of long-term policies. Thus, it is necessary to optimize its selection mechanism, establish a long-term mechanism for the training of medical personnel, formulate its appropriate standards and rules, build a shared information service system at the provincial level, and formulate appropriate policies.

Key words: elderly care with medical service; behavioral logic; embeddedness theory; practical experience; countermeasures and suggestions

(责任编辑 俞茹)