

两会·关注

两会·声音

护理服务：短板如何“加快补齐”

□首席记者 姚常房

“加快补齐儿科、老年医学、精神卫生、医疗护理等服务短板。”今年的《政府工作报告》对医疗护理服务提出了要求。全国两会期间，多位全国人大代表表示，“加快补齐”四字重千斤，护理服务发展站到了新起点。

供需矛盾有新特点

“三分治疗，七分护理”，护理工作临床治疗、康复等过程中发挥着十分重要的作用。10多年来，我国护士数量以每年平均8%的增幅逐年上升，护士队伍整体素质和专业能力不断提升。然而，护理人员短缺问题依然严峻。

“养老护理人员潜在的需求量达1000多万人，现在只有30多万人。医疗机构护理人员也缺。”3月5日，在国务院新闻办公室举行的吹风会上，《国务院新闻办公室吹风会》、国务院研究室主任黄守宏介绍，截至2022年年底，全国注册护士总量超过520万人，每年会增加30万人，但是每千人口护士数量只有3.7人，而发达国家一般是8~15人。

需求持续增长是护理人员短缺的直接原因。统计数据显示，2023年1至9月，我国医疗卫生机构总出院人次达到2.2亿，与2022年同期数据相

比增加了18.9%。而更为紧迫的则是老龄化背后的养老照护问题。目前，我国60岁及以上失能老人已超过4200万人，按照每3位老人配1名护理人员国际惯例，护理人员供给给严重不足。

全国人大代表、广西壮族自治区妇幼保健院副院长孙燕介绍，第七次全国人口普查数据显示，广西壮族自治区60周岁及以上常住人口、65周岁及以上常住人口占比分别达17%、12%左右，人口老龄化加快。上班族和独生子女难以照顾生病家属，若一人住院，全家生活极有可能“一地鸡毛”。

“人数不足、能力欠缺是养老护理人员梯队建设的首要问题。”全国人大代表、北京协和医院院长张抒扬表示，国内目前暂无关于社区养老服务专业护理人员的配备人数、配置比例的标准规范，专业护理人员尚未得到保障，老年人所获得的专业照护服务也大打折扣。

我国多元化的养老模式决定了老年护理人才培养的复杂性。张抒扬表示，应构建涵盖老年护理专家、老年专科护士、临床护士、养老护理员等在内的多层次老年护理人员体系，建立健全老年人才培养及评价体系。

张抒扬呼吁，制定社区卫生服务中心及养老服务老年护理人员配备人数及比例标准；明确各层级养老服务人员的岗位职责、能级分工、胜任力考核等详细规则，保证服务质量。她建议在人力不足的过渡期，进一步

创新护理人力资源配置形式。比如，试行一人多岗、一岗多能机制，应对服务需求；同时，通过提高社区老年服务人员薪酬待遇、增加编制名额、提升从业人员职业认同感等措施，让更多有能力的人才“引得来、留得住”。

全国人大代表、湖北省十堰市太和医院副院长李龙倜表示，想吸引更多人才报读护理专业，加入老年护理行业，首先就要加强对护理专业院校的支持，提高教学水平和设施设备质量；还应优化课程设计和继续教育，建议护理专业院校开设养老护理等专业，有条件的医院开展临床实用型养老护理人员培养，建立健全基层养老护理人员培训机制。

合理提升护理服务价格

全国人大代表、浙江省人民医院院长葛明华在调研中发现，近年来，各地对护理服务收费价格陆续进行了调整，但很多收费标准仍低于成本，难以体现护理价值，导致有护士离职。同时，医院通过降低人力成本来减轻运行压力，导致患者要聘请护工来实施一些护理工作。

“部分收费项目未考虑到临床实际操作情况和患者病情差异。”葛明华以产科胎膜早破和临产孕妇住院患者为例指出，某省胎心监测收费标准为2元/次，一日至多收4次。但实际操作中，护士需每隔2小时或1小时为

孕妇提供多普勒胎心监测服务，做好相应病历记录。

张抒扬也指出：“护理技术服务的价值较之前无明显提升。”国家卫生健康委发布的《全国医疗服务项目技术规范(2023年版)》提到，在医疗服务收费项目中，护理类项目不足总数的1%，大量体现护理人员专业技能和设备投入，但日常生活能力评定、轴线翻身、俯卧位通气治疗等。同时，随着护理专业内涵和服务范围不断拓展，护理新技术新业务，如专科护理门诊、老年综合评估、营养/静脉血栓栓塞症风险评估等，也未及时纳入收费范畴。

此外，付出成本核算研究起步较晚，尚未建立科学的护理成本核算体系。张抒扬说，国家医保局发布的《关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》指出，2025年要实现DRG/DIP支付方式全覆盖。然而，在DRG/DIP支付方式中的病例组合指数并未纳入护理人员、工作负荷等护理相关因素，未能体现护理工作对医疗服务中的作用。另外，我国护理服务的间接成本分摊研究起步也比较晚。“实际上，即便是相同的护理项目，由于疾病复杂程度不同等因素，护理劳动的付出也不尽相同。目前按项目收费的模式也给客观评价护理经济价值带来很大难度。”张抒扬呼吁，强化政府引领、多部门联动，重视并积极开展护理成本管理、成本核算相关政策研究，协助构建护理类医疗服务项目价格管理体系。

针对护理类服务价格改革执行中存在的问题，张抒扬建议，合理提升护理类医疗服务项目价格。一是由政府指导，公立医院参与成本测算，以技术劳务与耗材分开为原则，以服务产出为导向，以护理人员资源消耗为基础，深入医院开展调研，了解临床实际需求，分析现行政策的不足。二是将价格动态调整机制落到实处，相关部门明确价格调整的启动、约束条件，发挥价格合理补偿功能，稳定调价预期，理顺比价关系。部分省份选定试点医院实行整体护理按床日收费，并纳入医保支付范围，建议积极总结和推广试点经验。

葛明华指出，针对因患者年龄或病情不同导致实际操作差异较大的情况，不能简单采取统一价格，应考虑患者需求酌情调整。例如，婴幼儿(3周岁以下)患者在生理、心理等方面与成人差别较大，认知能力与3~6周岁儿童也有差距，治疗依从性和配合度较低，大大增加了护理难度，导致部分护理人员不愿从事儿科护理。建议对3周岁以下婴幼儿患者的护理，在原来收费项目基础上加收50%以上。同时，随着独生子女的父母渐渐步入老年，住院照护问题较为突出，实行“无陪护”病房可有效缓解这一矛盾。建议增设“无陪护”病房相关护理收费项目，使医院有动力开展运营“无陪护”病房，有能力招收固定护工，通过专业护理人员的培训和医院的管理，逐渐建立让患者家属安心的专业护理队伍。

全国人大代表王焱：合力推动原创性医疗器械发展

本报讯(首席记者姚常房)近几年，我国涌现出了一批“敢为先”的医疗器械创新企业。但是，当前原创性医疗器械种类依然较少，国内医疗器械企业中还没有形成行业龙头。全国人大代表、福建省厦门市政协副主席、厦门大学附属心血管病医院院长王焱表示，改良型医疗器械在国际上有同类上市产品对照，而原创性医疗器械没有。因此，在进行专家认定时，原创性医疗器械在产品成熟度和临床应用支持数据等方面会非常吃亏。

创新医疗器械注册需进行临床试验。“临床试验耗时、耗力，导致一些企业不愿研制新产品。”王焱表示，虽然国家出台了相关政策鼓励医疗机构开展临床试验，但多数是原则性的规定，正向激励不够。评审部门与注册企业的双向沟通效率和深度仍有待进一步提升。

王焱建议，制定创新医疗器械认定指南和差异化评定标准。在《创新医疗器械特别审查程序》的基础上，完善创新医疗器械认定操作指南；制定不同类型创新认定的评分细则，建立科学的评价评分制度，区分原创和改良的认定要求；将原研医疗器械纳入容错机制，建立“有条件放行制度”。王焱指出，提升本土医疗器械的创新研发实力，迫切需要产业机构与医院强强联手。医生协同科研团队、企业工程技术人员等共同参与原创性科研，推动创新医疗器械临床试验积极开展和迭代升级。

全国政协委员朱同玉：尽快落实药品试验数据保护制度

本报讯(记者张磊)今年全国两会上，全国政协委员、复旦大学上海医学院副院长朱同玉围绕完善药品试验数据保护制度、鼓励抗菌药物与噬菌体的研发储备等方面提出建议。

新药研发风险高、投资大、周期长，获得药物有效性与安全性的数据并不容易。朱同玉认为，与创新相匹配的药品试验数据保护制度亟待建立，以切实激励和保障企业持续创新，促进医药产业高质量发展。

据介绍，国家药监局于2018年发布了《药品试验数据保护实施办法(暂行)(征求意见稿)》；于2022年发布了《中华人民共和国药品管理法实施条例(修订草案征求意见稿)》。朱同玉表示，这两个征求意见稿均缺乏在药品保护范围、数据保护期限等方面的规定和实施办法，药品数据保护制度至今无法落地，影响了医药企业持续创新的积极性。

朱同玉建议，尽快落实药品试验数据保护制度，加强试验数据保护与专利保护相结合的机制，鼓励创新药物研发；就药品试验数据保护的品种、期限、申请受理、仿制药申请及批准管理等方面，出台具体实施办法及配套文件；将生物制品临床试验数据纳入药品试验数据保护范围。

全国政协委员黄昱：完善医疗机构“无陪护”服务

本报讯(记者张磊)随着我国人口老龄化进程加剧，老年人口高龄化、失能化带来的住院照护问题日益凸显。全国两会期间，全国政协委员、福建省卫生健康委副主任黄昱建议，在全国推广“无陪护”服务，并完善多方参与的长效保障激励机制。

黄昱表示，近年来，福建省、湖南省、四川省等省份均开展了“无陪护”病房试点。2022年，福建省卫生健康委等四部门联合印发《福建省“无陪护”病房试点工作实施方案》，有近20个“无陪护”试点医院、100多个试点病区建立了服务规范、运行和保障机制。

针对目前医疗护理人员资源不足、医院聘用的护理员整体素质偏低等问题，黄昱建议，建立完善医疗护理人员规范培训培养机制，加强在岗护理人员培训，各地可依托属地高职院校、医学院校设立医疗护理人员培训中心；加强护理后备队伍培训，鼓励支持高职高专医学院校扩大护理类专业招生规模，采取订单定向等模式面向经济欠发达地区培养护理队伍；鼓励面向社会提供公益性在职中短期护理培训课程，为养老机构、医养结合机构培训具备医学照护基本技能的生活护理员；探索建立多方激励的长效保障机制，多措并举激励引导社会劳动力从事护理员岗位；制定出台推动各地建立“无陪护”服务收费的定价政策，完善符合适老化要求的护理价格政策；做好“无陪护”服务与长期护理保险政策衔接等。

2024两会健康谈



访谈嘉宾：全国人大代表徐晓丹



访谈嘉宾：全国人大代表汪道文

呵护老人健康

近日，湖北省武汉市中心医院医护人员走进武汉市长江新区谏家矶街道天兴花园社区开展健康义诊及志愿服务。活动中，该院“e护到家”志愿服务队上门为慢性阻塞性肺疾病老人服务。图为专家为社区老人听诊。

特约记者黄征宇 通讯员马遥遥 摄影报道



两会·聚焦

智慧养老之路还有多远

□首席记者 姚常房

因家中有80多岁的独居老人，全国人大代表、武汉大学基础医学院免疫学系主任章晓联对“上有老下有小”背后的艰辛深有感触，格外关注养老问题。

随着数字化持续发展和我国人口老龄化程度的不断加剧，横亘于数字化与人口老龄化之间的“银色数字鸿沟”问题日益凸显。一直被寄予厚望的智慧养老虽已破题，但发展应用水平仍较低。“智能化监测、紧急呼救设备的加装改造并未使其在居家养老中真正得到广泛使用，无法及时有效应对突发情况。”章晓联说。

章晓联在国家统计局公布的一组数据中看到了众多跟她处境类似的人：截至2023年年末，我国60岁及以上人口达2.9697万人，占全国人口的21.1%；其中65岁及以上人口有2.1676万人，占全国人口的15.4%。“产品设计不亲老，意愿开发不充分。”章晓联调研发现，智慧养老产品开发

过于注重技术创新，忽视了老年人身体机能、认知水平等因素，导致功能实用性不足、操作性和交互性差等问题。老年人年龄大，易出现忘记佩戴呼救设备、紧急情况下因操作程序复杂无法求救或无法触碰到家中应急按钮等情况，导致不能第一时间呼救，错失最佳救治时间。同时，因政府补贴较少、产品价格偏高、操作相对复杂、后续响应服务跟不上等因素，老年人对使用智能健康设备的意愿也不高。

在资源整合和政府统筹方面，章晓联也发现了问题：一是运行机制不完善、不顺畅。老年人紧急呼救后，由谁来做第一响应、响应后如何与医疗机构对接、相关费用是否可医保报销、多人同时呼叫时如何应对等相关的具体制度规范尚未真正建立，责任主体不清晰，路径模糊，应急预案也准备不足。

二是服务设施建设不均衡、不充分。老旧小区服务设施设置分散，缺乏整体性规划，社区卫生服务机构分布也不均衡。建设的滞后、技术更新的缓慢、专业医务人员的短缺，限制了

呼救应急服务的接纳能力。

三是资源共享不完整、不高效。智慧健康养老平台已建立，但应用场景很单一，数据整合利用的能力很薄弱，无法进行有效数据分析、智能化决策、个性化服务提供。同时，专业养老机构配备齐全的智慧化设备，且拥有足够的专业人才，但没能打通资源共享渠道，未能在紧急救助过程中起到实质性作用，造成极大的资源浪费。

目前，政府购买仍是社区居家养老及智慧养老的主要模式，但容易受地方财政情况和政策影响。老年人消费力较低，对新事物的接受能力不高，老年产业市场份额占比少，投资周期长，前期投入较大，涉足该领域企业的获利周期相对较长。章晓联坦言，社会资本进入意愿低，难以持续推进智慧养老服务的优质化。

章晓联建议，加强链条设计，贯通协同机制，首要任务是厘清部门责任，具体来讲，就是要梳理紧急呼救设备设计和加装、呼救后第一时间响应、居家紧急救治方案制订、送医渠道、送

医后医保报销、救治后的回访监测等各环节的主体责任。

她呼吁，支持符合条件的公立机构及社会力量承担应急救治任务。积极探索企业运营模式，鼓励形成社会机构融资筹钱的机制，提高协调能力，建立“政府补贴+社会资本引入+家庭支付”的商业运行体系。

搭建统一平台，实现资源共享，这是智慧养老的基础性条件。可通过智慧养老信息归总，实现养老信息互联互通，达成老人需求与服务供给方面的信息对称。章晓联给出了具体操作路径，如导入老年人人口信息，方便政府、社区、社区卫生服务机构及相应社会机构获取老年人的健康情况、既往病史、用药禁忌、紧急呼救历史等信息；导入区域内各类公立医院、私立医疗机构、养老机构信息，构建“居家老人紧急救治地图”，形成“20分钟服务响应圈”。在她看来，可以通过规模效应有效补齐基层服务能力不足的短板，降低社区智慧养老综合成本，完善居家、社区、医疗、康养相结合的养老服务体系。

两会收声筒



完善长护险 全国人大代表提建议



事关村医 一位护士有话说