



编者按

去年1月7日,《法治日报》刊发《人都送到医院了,为啥还得请护工?》一文,引起社会广泛关注。一年多来,仍时常有读者与记者交流这一话题。大家普遍认为,这是一个涉及广大家庭的现实问题,支持取消护工,由护士负责病人生活护理或医院设立助理护士取代护工。医疗机构的护理工作关系到医疗质量和患者安全,关系到人民群众的身体健康和就医感受。2010年,原卫生部发出通知要求,“逐步解决依赖患者家属或者家属自聘护工承担患者生活护理的问题,减轻患者的家庭负担”。2020年8月,国家卫生健康委办公厅印发《关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》提出,护士资源不足时,医疗机构可以根据实际需要聘用配备一定数量、培训合格的医疗护理员,并按照规定加强规范管理。就护工的废弃问题,记者进行了再调查。

护工费成一些家庭沉重负担 部分护工专业素养差 专家建议

取消护工,加快医疗护理员制度落地

□ 本报记者 陈磊

穿着白底蓝色图案的住院服,躺在约一米宽、铺着白色被褥和床单的病床上,75岁的北京市顺义区居民李文昌(化名)因病难以动弹。在他身边,一位穿着黑色服装的中年护工忙前忙后照顾他的生活起居,一会儿给他喂饭,一会儿给他换纸尿裤。

这是《法治日报》记者今年6月初走进北京市某三甲医院(以下简称A医院)骨科病房看到的一幕。此时的李文昌正在病房排队等待做手术。护工是他的儿子李铭轩(化名)花钱请来的。

在李铭轩看来,照顾父亲,这位护工还算用心,但他心里仍有不快:“最近3个月,我父亲在几家医院辗转住院大概70天,经过医保报销后自付医药费1万多元,而护工费比医药费还高,支付了1.7万余元,这对我们家庭来说是一笔不小的负担。”

李家的经历并非个例。记者采访了解到,囿于我国护士数量不足,除传染病病房等一些特殊病房患者的生活护理由护士承担外,普通病房的患者需要生活护理时,主要由家属或自聘护工承担。有的医院与第三方机构合作,由第三方机构提供护工;有的医院没有相关合作,家属得自己找护工,护工来源有护工服务公司、家政公司以及单干的护工。市场化的护工费用,通常在一天两三百元甚至更高。

受访专家认为,在护士资源难以及时补充的情况下,为解决患者住院陪护难题,落地医疗护理员制度未尝不是一个解决方案。未来应该尽快出台配套制度,解决护理服务的付费难题,建立护理费用各方共担机制,加快探索建立医疗护理员制度,减轻患者及其家庭负担。

患者住院不能自理 无奈付费自聘护工

事情还要从今年春节期间说起。当时,李文昌觉得身体不舒服,特别是排尿不畅。考虑到去医院看病要花钱,孩子工作忙等原因,他就一直忍着。3月初,他发现自己开始尿血,意识到问题严重,才把病情告诉儿子。

李铭轩赶紧放下手头工作,把父亲送到家附近的一家三甲医院(以下简称B医院)。经过诊断,发现李文昌前列腺里有肿瘤。医生建议转院治疗。转到北京另一家三甲医院后,医生检查认为,根据肿瘤的位置和病情,暂时不用手术,回家通过服药抑制肿瘤发展。

李铭轩没想到的是,父亲回家治疗期间,腰腿又出了问题,只能躺在床上,生活不能自理。3月31日,李铭轩把父亲又送进B医院接受治疗。因为自己上班,无法抽身照顾父亲,实在没辙的情况下,经病房护士推荐,李铭轩聘请了一名护工24小时照顾父亲,一对一服务每天240元。父亲在病房一住就是20天。

李铭轩告诉记者,这名护工不属于医院,而隶属于一家与医院有合作的家政服务公司,医院本身没有护工。

值得注意的是,根据李铭轩提供的医疗单据,他父亲此次住院20天,向B医院支付医疗费1.8万多元(自付6000多元),其中护理费(费用既包括临床护理,也包括生活护理——记者注)520元,即每天26元。住院同期,他支付护工费4800元,是医院护理费的9倍多。

在B医院住院期间,医生进行CT、核磁共振等检查时,发现他的腰椎第四、第五节有阴影,怀疑是肿瘤发生了骨转移。李文昌转到另一家三甲医院接受17天的住院检查治疗。考虑到对方护理较为用心,自己又确实没有时间、精力,李铭轩决定继续雇用这名护工,费用不变。

庆幸的是,经过腰椎穿刺活检,确诊为骨结核,但由于这家医院不能进行手术治疗,5月9日,李文昌转到目前所住的A医院等待手术,仍是这名护工跟着照顾。

李文昌在等待手术期间(住院14天)感染了新冠病毒,医生开药后让其回家观察治疗直至转阴。住院期间,向医院交纳护理费470多元,合每天33余元。6月初,转阴后的李文昌回到A医院住院排队等待手术。

“从3月31日起,这名护工就一直陪护我爹,截至6月9日,我们已经支付了1.7万余元护工费。这笔钱已经远超医保报销后我们自付的医药费。”李铭轩说,“父亲住院期间,已向医院交纳了护理费,为何还得自聘护工并承担这么大一笔护工费?”

北京市海淀区居民王霞(化名)不但觉得护工费“太贵”,还对医院“强行推荐”护工感到不满。今年4月,她骑电动车下班,在路口被一辆轿车撞倒,腿骨骨折。在北京一家三甲医院手术后请了5天护工,“在这家医院住院,如果患者手术后不能生活自理,医院要求患者聘请与医院有合作的第三方机构的护工,不允许我们自聘护工,也不许由家属陪护”。

护工的费用为“一对多”每天200元,“一对一”每天320元。“我选了‘一对一’的,除了护工费之外,我还需要每天给医院交纳25元护理费。”王霞说。

向医院交纳护理费的同时还要支出大笔护工费,对此觉得不合理的群众不在少数。今年4月中旬,30多岁的河北唐山市居民许先生因脑出血到当地医院就诊住院,手术后自聘“一对一”护工,每天340元。这意味着,他每月需要支付的护工费就要1万多元,“对我家而言,这是一笔沉重的负担”。据了解,2022年度,唐山市城镇非私营单位就业人员月平均工资7700多元,私营单位就业人员月平均工资是4300多元。

许先生向记者提供的交费单据显示,他每天还要向医院交纳护理费15元。

记者根据某社交平台上用户上传的统计数据,各地“一对一”护工费大多是一天两三百元,也有一天三四百元的。一般情况下,如果因病住院一个月,除了正常交纳护理费之外,护工费支出大多在6000元至9000元之间。

护工入职门槛偏低 培训走过场不规范

采访中,多名患者和家属向记者吐槽,花大价钱请了护工,可对方的专业素养和职业操守却让人无语。

去年年初记者采访北京市民冯平(化名)时,她正在为姥姥住院期间被护工虐待而鸣不平。前不久再次采访时,她告诉记者,姥姥已经去世,“去世前的遭遇也成为家人心里永远的痛”。

肖华回忆说,她姥姥因病被送到北京一家三甲医院进行急救。急救结束后,老人留院观察。原本家人是不准备找护工的,但医院不允许家属陪护,称医院有合作的护工可以提供陪护服务。

没过几天院,她嚷嚷着要出院。“说护工对她特别凶,嫌她胖,帮她翻身时特别用力,还使劲儿打她。”肖华说,看着姥姥两只胳膊上青一块紫一块的,全家人都很愤怒,赶紧拍下视频和照片,找院方交涉,院方给了护工所属公司的电话号码,让家属直接和对方协商。

“到现在我们也没讨到说法。”肖华说。

类似事件也曾被曝光。2022年5月初,上海市黄浦区一家社区卫生服务中心总住院部护工殴打一名老年患者。事件发生后,当地有关部门发布通报称,涉事护工停职;其所属家政公司按照主管部门要求开展整顿工作。

与此相比,护工护理能力不足则是一个更具有普遍性的问题。

在天津某三甲医院从事10余年护士工作的宋佳明(化名)告诉记者,很多护工缺乏专业护理知识,比如病人术后翻身是有严格要求的,不能随便翻身,有的护工不懂,病人提出要求就给翻身,这可能会造成伤口

破裂,严重的还要进行二次手术。

“护工经常接触病人的血液、分泌物、排泄物等,对容易被各种病原微生物感染,是传染病的高危人群,但他们普遍对医院感染及其危害性缺乏认识,增加了院内交叉感染的风险。”宋佳明说。

记者采访发现,护工群体之所以护理能力不足,专业素养差,与其人职门槛低、培训不规范等有很大的关系。

记者以求职者身份拨打网上护工招聘电话了解到,一些护工平台对护工的招聘条件设置得很宽泛,不限学历、无需相关经验,年龄最好是四五十岁,能吃苦耐劳即可。

例如,记者看到某护工平台定向为一家北京医院输送护工,导致致电过去,对方称,应聘护工一般在55岁以内,男女均可,户籍不限,在北京办理健康证,签订合同后在网上学完200课时培训即可发给护工证,上岗后每月收入在6000元以上,该平台每年收取几百元的服务费和300元办理护工证的费用。

而接受过培训的护工称,很多培训就是走过场。有护工说,上岗前家政公司对其进行了培训,培训形式是自己看视频讲座;还有护工说,家政公司发了本有关护理的书让她看,就算是培训了。

“如果没有经过系统专业的学习和培训,开展护理工作存在很大的风险隐患。”宋佳明说。

医院护士资源不足 长期存在巨大缺口

多位患者及家属接受记者采访时提出,既然医院收取了护理费,就要承担起患者的生活护理工作,如果医院觉得护理费太低,可以适当提高护理费标准;如果住院一定要额外支付生活护理这笔费用,也希望将这笔钱交给医院,由医院管理的人员开展生活护理,这样更专业也更让人放心。

实际上,按照原卫生部2010年印发的《关于加强医院临床护理工作的通知》要求,护士应当按照护士条例和护士守则等规定,全面履行义务,完成临床护理工作,包括密切观察患者的生命体征和病情变化;正确实施治疗、用药和护理措施,并观察、了解患者的反应;对不能自理的患者提供生活护理和帮助等。

但现实中,记者采访了解到,除传染病病房等一些特殊病房,患者的生活护理由护士承担外,其他病房的患者需要生活护理的,主要由亲属或护工承担。有的医院与第三方护工机构合作,由第三方机构提供有偿的生活护理服务;有的医院没有相关合作,家属得自己找护工,护工来源有护工服务公司、家政公司以及单干的护工。

作为一名从业10年以上的护士,宋佳明很清楚护士的职责,但科室里的护士太少了,“根本忙不过来”。

6月2日早上8点,宋佳明终于下了夜班,她是头一天下午5点半开始上班的。这天晚上,住院病人有近40名,值班护士只有两名,“想转一圈病房都没空”。

每个月上10至11个夜班,这样的工作节奏,宋佳明已持续多年。在她看来,要是没有患者自聘护工帮忙,科室得增加多名护士才忙得过来。

她所在的科室有53张病床,每年收治需要动手术的病人上千名,而护士加上护士长才12名。根据国家卫生健康委主管部门的要求,床护比(医院病房床位与病房护士之比)不得少于1:0.4,她们科室未达标。

在北京某三甲医院工作的陈西(化名)看来,即使病房床护比达标,护士也忙不过来。陈西今年26岁,她所在的医院某科室病房共有22张床位,护士最多时有10名。

“病房常年有十七八名患者,我上夜班时,常忙得团团转。”她说,上夜班是从头一天下午4点半到第二天早上7点半。接班后,先转一圈病房,接着根据医嘱给患者发药,重点关注有特殊需要的患者用药,比如安眠药、降糖药等,接着是写护理记录单,这些工作忙完,差不多就到了后半夜,还需要按时巡查病房,防止意外情况发生。

而与此形成强烈反差的是,在一些患者及家属眼中,护士除了输液、分药、测量体温,啥也不干。北京市民林女士说,在她住院期间,病房里就很少见到护士的身影,似乎除了输液、量体温,其他事情都与其无关,“到底是护士数量不足,还是护士根本就不愿意承担病人的生活护理工作”。

有受访的护士解释说,护理工作重点是观察病情、进行各项操作、危重患者的护理等,但也有些生活护理,包括指导、协助患者和家属操作,如给噎呛患者和家属讲解喂食注意事项;给失能患者和家属讲解翻身

的重要性,并协助家属为患者翻身等。

“怎样才算是护理?患者和家属认为护士为其作的健康宣讲算护理吗?我认为,只是大多数患者和家属对护理的认知不足,认为我们护士只有为其进行了实际操作才是护理。”这位受访者说。

另外,患者“看不见”的是,一方面,我国进入老龄化社会,临床老年人数量增多,失智失能、重症老年人增多,临床护士往往更多关注危重患者的病情;另一方面,我国的护士数量确实太少了。

2021年5月,国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》(以下简称《意见》)提出,增加护士配备,逐步使公立医院护士比总体达到1:2左右。

2022年底,全国注册护士总量超过520万人,每千人口注册护士约为3.7人。

在北京大学护理学院一位教授看来,根据《意见》的指标计算,我国医疗机构的专业护理人员——注册护士缺口达350多万人。

安徽省政协委员、安徽中医药大学第一附属医院主任医师姚准芳说,医院目前的护理资源难以满足患者需要,护士应对医疗护理尚且力不从心,更谈不上让护士承担患者的生活护理职责。按照国家卫生健康委主管部门要求,医院床位与护士比应不低于1:0.4,即一个病区如有40张床位,护士应不少于16人,但现在很多医院的护士配备基本低于这个数。她在调研中发现,有的医院病区有几十名患者,仅有两名护士值夜班,“护士跑不过来,有时候甚至不敢接收病人”。

在姚准芳看来,导致目前护理资源短缺的原因主要是:医院护理编制人数不足;护士待遇低,工作量大,需要值夜班,发生医患纠纷概率大,有时不被病人和病人家属尊重,很难吸引年轻人从事护理工作;护士对专业技术的追求和职业荣誉感严重缺乏,每年都有一部分护士从护理岗位流出。

医院可配备护理员 统一排班分配工作

在医院护理资源得到补充之前,破局之道在于医疗护理员。

2020年8月,国家卫健委办公厅印发《关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》,护士要根据患者病情和自理能力情况,扎实做好饮食护理、皮肤护理、管道护理等,夯实基础护理质量。

记者注意到,根据这份通知,医疗机构可以根据实际需要聘用配备一定数量、培训合格的医疗护理员,并按照规定加强规范化管理。同时,要建立医疗护理员管理制度,明确其工作职责和职业守则,定期进行培训和服务质量监督考核,规范服务行为。医疗护理员应当在医务人员指导下,对患者提供生活照护、辅助活动等。

这意味着,护士数量不足时,并非只能由家属自聘护工填补空缺,还可以由医疗机构直接配备医疗护理员。

2022年4月,国家卫健委印发《全国护理事业发展规划(2021—2025年)》,在其中的补齐护理短板弱项方面,提出“建立医疗护理员管理制度”探索建立和发展医疗护理员职业队伍。

在受访专家看来,在目前护理资源不足、患者陪护难的情况下,建立医疗护理员管理制度很有必要,其积极意义是在短期内缓解目前护士无力承担患者生活护理、患者家属为陪护身心疲惫的两难局面。

北京大学医学人文学院教授王岳告诉记者,医疗机构建立医疗护理员队伍是可行的,也是好办法,可以改变医院里单纯由护士进行整体护理的模式,增加为护士+护理员两个层次的护理人员,实际上提高了医疗机构的床护比,增加了护理资源。

某省护理类职业院校一位副教授在接受记者采访时说,在政府财政支持的情况下,由医院建立医疗护理员队伍,招聘培训医疗护理员,有助于解决包括护理专业学生在内的大专院校毕业生的就业难题,他们经过培训进入护理岗位后,有助于优化医疗机构护理人员结构,充实临床护理人员,使患者得到更好的照护,提升患者住院满意度。

愿望是美好的,但实际情况是,除了个别地方外,医疗护理员制度迟迟没有建立,实际填补护士资源空缺的仍是护工。

在姚准芳看来,背后原因有很多:一方面,如果医疗护理和生活护理不能明确分开,护士和医疗护理员的职责就难以划分清楚;另一方面,医疗护理员纳入医院管理体系后,如果需要纳入医保支付范畴,相应医保支出也会增加,依据目前医保状况,很难全部支持医疗

和生活护理的费用。此外,护理员队伍从哪里来也是一个问题。

前述某省护理类职业院校副教授认为,从医院管理的角度,多数医院属于差额拨款单位,医院考虑到自身运营问题,大多数会将医疗收入购置大型的医疗设备,对于护理工作的投入随之减少,导致医院出于利益约束不愿掏钱聘用医疗护理员。

在她看来,从配套制度的角度看,目前医院收取的护理费包含的工作内容,不仅仅只有生活护理,还包括护士对于患者生命体征的观察,更换床单、转运患者、病情观察、健康宣教等,标准非常低,不足以补偿护士的人力成本。同时国家医保制度也是医院推行医疗护理员制度的障碍,医疗护理员的费用支付不在医保报销范围之内。

地方探索“无陪护” 全国推广尚需时日

2022年8月,福建开始组织实施公立医院“无陪护”病房试点工作。

福建省卫健委、人社厅等联合印发《福建省“无陪护”病房试点工作方案》(以下简称《工作方案》),提出按照财政、医保、患者各负担一点的原则,在全省范围内开展“无陪护”病房试点工作,形成一支由护士和护理人员组成的护理从业队伍。福建省卫健委还组织专家制定并印发《福建省“无陪护”病房服务规范》(以下简称《服务规范》)。

根据《工作方案》和《服务规范》,所谓“无陪护”并非无人陪护,而是由经过规范化培训的护理员为住院患者提供24小时连续不间断的生活照护等服务,护理员在护士指导和监督管理下,根据患者病情和需求以“一对一”模式提供有关陪护和生活照料服务。

此外,护理员由医院统一聘用(或通过劳务派遣)、统一管理,医院设立护理员管理机构负责护理员的日常事务管理,按照“无陪护”服务的服务方式和规范,探索建立“无陪护”服务价格形成机制,规范“无陪护”服务相关收费行为。

在前述北京大学护理学院教授看来,福建省的试点,最为核心的是探索建立“无陪护”病房的服务价格机制,以确保“无陪护”病房护理服务能够长期、健康运转,福建按照财政、医保、患者各负担一点的原则是可行的,各方都承担一部分,减轻了老百姓住院的负担,“既不能全由财政承担,也不能全由医保承担,更不能全由老百姓承担”。

姚准芳认为,由医院管理护理员无疑增加了医院的管理难度和管理范围,但由于其更能规范管理和承担责任,所以比第三方护理机构或者社会零散护工更能让患者家属放心,而且有专业技能的陪护人员更能合理科学照顾病人,有利于患者康复。

“从改革趋势看,医院的护理员制度应该规范化、职业化、专业化,护理收费标准化,护理员应该是经过职业培训后持证的专业人员。”姚准芳说。

但她同时提出,推进“无陪护”病房改革,仍有许多障碍需要跨越:目前医保没有明确界定生活护理和医疗护理的报销范围,将来如何以规范?对生活护理的费用标准,物价部门是否出台相关细则?在职业高中和职业技术学校设立护理员专业以前,医院很难招聘有基础技术技能的专业护理人员,怎么办?如果护理员纳入医院统一管理,护理员的工作性质如何明确,是社会保险还是属于医院工作人员编制,国家有无建立相应的规章制度?

“医院增加了护理员管理后,从财力、物力、人力等方面都需要很大的投入,各地方财政是否和福建省一样能给予大力支持?在实施方案前,各部门需要深入调研,形成一套完整可实施的方案。”姚准芳称。

前述某省护理类职业院校副教授也提到,对于一些经济欠发达地区,财政是否能够支持值得关注。她呼吁,根据“护士+医疗护理员”模式,医院可以建立独立于护士的人力资源配置制度和薪酬制度等,明确护理员队伍的准入门槛、职业晋升空间等。同时,医保制度也应该作出相应改革,将部分护理费纳入医保支付范畴。

漫画/高岳

