关于完善老年人健康档案的建议

领衔代表：陈龙海

附议代表：

一、背景

随着人口老龄化、家庭小型化双重因素的叠加，多种社会矛盾将随养老问题日益凸显。目前各地在探索实施的“9073”养老模式（约90%的老人居家养老，7%左右依托社区支持养老，3%的老人由机构养老），对于应对严峻的老龄化挑战、合理配置养老资源具有重要意义。慈溪市的养老服务体系也在不断完善中，如机构养老、社区养老、居家养老和医养结合模式；服务形式多样化（“嵌入式”养老、互助养老）；政策支持力度也在不断加大（养老“爱心卡”、适老化改造）。但就如何实现90%那部分老年人的居家养老，缺乏如慢性疾病筛查、发现、管理体系，需照护人群的体系化服务，让老人称心子女放心的养老模式尚不够完善，急需探索有效全面的养老服务体系。

二、现状

**（一）人口老龄化加剧。**根据不完全统计，我市60周岁及以上老年人口约为30万，占户籍人口比例为27%。我市老年人口总量为宁波大市第一，高于平均水平1.9个百分点。目前全市失能半失能老年人约1.5万人，占总老年人口的5.7%左右，年增长率超过10%，且基本与人口老龄化发展速率成正比。

**（二）老年慢病增加。**随着人均寿命延长，慢性疾病在老年人中的比例不断增加，养老照护需求急剧增加，而目前相对分散不成体系的照护方式无法满足，急待提升深化。城镇化进程，大部分老人与子女并不在一起生活，无法及时发现老年人的异常情形，即使在一起生活，由于对老年人的关注度远不及小孩，老人自己也怕连累子女，出现不适都往往忍着，错过了最佳的早期可控阶段，发展成较为严重的情形。

**（三）健康管理乏缺。**基层组织对本区域老年人动态健康状况并不完全掌握，部分慢病缺乏早期主动筛查，等到确诊，老人生活质量严重下降，也大大增加了医疗成本（个人和社会）。特别是如早期发病比较隐蔽的阿尔茨海默（潜伏期长达15-20年），往往到发现时已是比较严重了。阿尔茨海默已成全为世界医疗花费最高和照护负担最重的疾病之一。该病在65岁以上老人中占20%以上，85岁以上老人中占30%以上，由于接受治疗的比例仅为25%，所以实际患病比例更高。该病对其本人和家庭都造成极大的困难，子女都无法安心工作,这样的老人往往身体是健康的，但智力在不断下降,其行为不可控，甚至可能会成为社会问题（如用火、用电不当事故）。

三、对策及建议

**（一）以“慢病管理及照护需求”为切入点，进一步完善“老年人健康档案”。**建立“老年人健康档案”数据库，考虑基数较大，可以先为70岁以上老年人建立，我市应该可以实现。数据库除基本信息（包括高龄独居），录入的健康信息可以包括如高血压、高血脂、糖尿病、阿尔兹海默等慢病，以及残疾、自理情况等。

**（二）建立“建档及后续更新”机制，确保档案的有效性，并可考虑与上级部门的相关信息化系统，加快未来智慧居家养老进程。**档案基础数据信息可来源于目前慢病就诊、体检检查确诊，建成初步档案后，可由社区基层医疗机构进一步确认，后续作及时更新，更好地落实“9073”养老模式，真正实现90%居家安心养老打好基础，也为未来“智能监管医养体系”的建立创造条件。

**（三）建立“健康监护等级”制度，加强健康监管。**根据健康档案中的慢病情形及照护需求，制定健康监护等级，建立必要的慢病定期检查制度（部分检测项目可由基层抽样，集中送检）、定期回访制度。慢病定期检查可结合到目前的老年体检项目中，即普查项目结合其慢病检查。

**（四）建立“慢病筛查”制度，缓解医疗压力。**根据不同慢病、年龄，制定定期筛查制度，包括阿尔兹海默，使慢病早发现早治疗，也有效缓解家庭和社会的医疗压力，提高老年人的生活质量。