

## 老龄化视域下医养结合模式分析

杨春燕, 张瀚文, 尹梅

哈尔滨医科大学, 人文社会科学学院, 150081, 哈尔滨, 中国  
<http://www.hrbmu.edu.cn/>

随着老龄人口的增多, 中国同世界上许多国家一样, 步入了老龄化社会。在老龄化这个问题上, 中国还有着独特的国情, 例如人口基数大, 经济尚未发达, 居家养老观念根深蒂固等。如何实现健康老龄化、积极老龄化是中国当前急需妥善解决的社会问题。结合中国的国情, 医养结合的养老模式应运而生。但在实际应用中, 也存在种种问题, 本文对医养结合模式进行综述, 以期理清存在的问题并提供新的解决思路。

**关键词:** 老龄化; 医养结合。

## ANALYSIS ON THE MODEL OF THE COMBINATION OF MEDICAL AND HEALTH CARE FROM THE PERSPECTIVE OF AGING

Yang Chunyan, Zhang Hanwen, Yin Mei

Harbin Medical University, School of Humanity and Social Sciences, China  
<http://www.hrbmu.edu.cn/>

© Yang Chunyan, Zhang Hanwen, Yin Mei

China has entered the aging society, how to achieve healthy and active aging is China's current urgent social problems to solve. Combined with China's national conditions, the combination of medical and health care pension mode emerged. But in practice, there are also a variety of problems. This paper reviews the combination of medical and health care, in order to provide a new solution to the existing problems.

**Keywords:** aging; combination of medical and health care.

截至2018年底, 中国国家统计局公布的数据显示, 60周岁及以上人口24949万人, 占总人口的17.9%, 其中65周岁及以上人口16658万人, 占总人口的11.9%。2018年, 全国总人口增加530万人, 但60岁以上增加859万人, 65岁以上增加827万人。

预计到2050年前后, 我国老年人口数将达到峰值4.87亿, 占总人口的34.9%。同时老年人慢性病患病率达52.7% [1], 给养老、医疗和社会保障等带来长期严峻压力。目前, 我国尚为成为经济发达国家, 但却进入了人口老龄化社会, 使我国的老龄化问题呈现了“未富先老”、“未备先老”的特点。

面对我国社会老龄化的进程, 充分考量了具有中国特色的基本国情, 我国制定了“居家为基础、社区为依托、机构为补充、医养相结合”的养老方针。本文对我国医养结合服务概况及相关因素进行归纳和分析, 旨在为我国医养结合实践中存在的问题提供新的解决思路。

### 1 医养结合

#### 1.1 概念。

“医养结合”就是指医疗资源与养老资源相结合, 充分利用社会现有资源, 实现利益最大化。其中, “医”包括医疗康复保健服务, 具体有药物指导服务、健康咨询服务、健康检查服务、疾病诊疗和护理服务、大病康复服务以及临终关怀服务等; “养”包括的生活照护服务、精神心理服务、文化活动服务。利用“医养一体化”的发展模式, 集医疗、康复、养生、养老等为一体, 把老年人健康医疗服务放在首要位置, 将传统的养老机构与常规性医院的功能进行结合, 使生活照料和康复关怀融为一体, 探索出新型养老服务模式。

#### 1.2 老年人分类。

截至2018年底, 中国人平均寿命77岁, 与国际上将65岁以上的人确定为老年人的通常做法不同, 中国界定60岁以上的公民为老年人。中国老年人权益保障法中的第二条明确规定: “本法所称老年人是指60周岁以上的公民。”

因此，我们按照老年人的行动能力将老年人划分为：一，健康活跃期。此阶段的老人可旅行度假，返聘工作等，与一般成年人无异，仅需要体检等健康管理。二，辅助生活期。需要来自家庭和社区的照护，有运动、保健、养生等非正式医疗需求。三，行动不便期。此期间的老人需要接受正式医疗，包括康复治疗、慢病管理等，以期回归社会。四，临终关怀期。此阶段的老人需求以减轻痛苦、维护生命尊严为目标。

1.3 模式。

医养结合在中国刚刚起步，所有的模式都围绕着“医”+“养”来进行（图1）。考虑到财政压力、人力资源不充足的情况，目前存在的模式有四种。

第一，“居家医养、医护巡诊”模式

此种模式采取家庭医生签约，老年人居家生活，医疗机构派驻医护人员上门服务的方式，通过建立健康档案，设立家庭病床等，为居家老年人提供医疗护理服务。

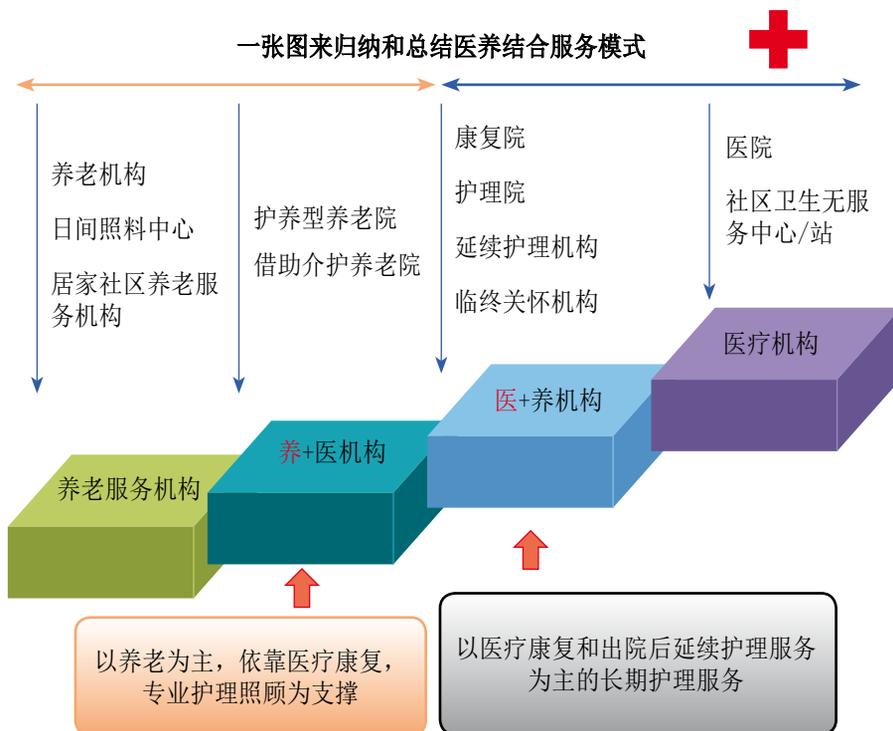
此种模式适合健康活跃期和辅助生活期的老人，其优点是节约卫生资源，减轻家庭经济压力。缺点是对应对突发事件响应能力有限。

本模式中，山东省青岛市经验丰富，已经成为居家模式中的标尺，山东人口密集，老年人口众多，受卫生资源限制，机构养老较其他地区难度大，因此山东地区的居家养老模式发展蓬勃，是率先开展“医护巡航”的地区。

第二，“社区医养、智慧服务”模式

此种模式适用于人口相对集中、较大规模的城市社区和新农村社区。依托健康大数据中心等智慧化居家养老系统，对社区居家老人实现日间照料、上门随访等医养结合服务。

适合辅助生活期和行动不便期的老人，其优点是实现日间照料，能够快速应对突发事件。缺点是对医疗资源依赖程度较高。需要完善的大数据系统，较充裕的医护人员。



\*图片来源搜狐网20170905《我们都在谈的“医养结合”到底是什么》

图1. 醫療與社會結合的方法  
Fig. 1. The combining of medical and health care mode

此模式的代表地区是上海，上海有非常先进的大数据技术，“互联网+”社区养老模式应用成熟。上海经济发达，人均收入水平高，作为中国最早的医养结合试点，首创了医联体服务，建立老人电子病历，三级医院共享。使在社区模式的老年人不仅能得到日常照护，突发情况下还能随时转诊至三甲医院进行救治。

### 第三，“机构医养、两院一体”模式

此种模式适用于医疗机构开展养老服务。此模式能够充分发挥医疗机构的专业优势，通过在医院内设养老单元或与社会资本合作等多种形式，提供统一管理运营、统一资源配置、统一服务内容、统一标准规范、统一信息平台的“五统一”医养结合服务，逐步实现连锁化、规模化运营，乡镇卫生院（社区卫生服务中心）与乡镇养老院（社区日间照料中心）打造“两院一体”的机构医养结合服务。

机构模式适合行动不便期老人以及临终关怀期老人。其最大的优点就是安全性高，在医疗机构内，可充分保障老年人的医疗需求，对于疾病救治有非常突出的优势。而缺点也显而易见，无法实现个性化养老，是医院内设的养老科室，对老年人的心理有一定消极影响。此外，对家庭的经济压力也较大。

深圳，作为中国最年轻的一线城市，未雨绸缪，2017年深圳光明新区中心医院就开设了护理院，实现了“医中有养”，在2019年6月开启了深圳大学总医院与深圳市养老护理院的深度合作。

### 第四，“综合医养、多层联动”模式

此种模式适用于较大规模的综合医院。通过综合医院内设养老机构开展医养结合服务，借助紧密型医联体及“互联网+”，带动医联体内二级医疗机构、社区卫生服务中心、乡镇卫生院开展医养结合服务，带动家庭医生签约团队开展居家医养结合服务，打造医疗服务、养老康复、学科建设、人才培养、成果转化相结合的综合医养服务体。

综合医养模式，是近年来最新的研究成果，也是未来养老的发展方向。中国人口基数大，医疗资源相对短缺，能够实现综合医养、多层联动的养老模式，必将对中国老龄化社会有着重大的积极意义。

## 2 目前医养结合模式存在的问题

医养结合服务模式作为一种新型养老模式，充分考虑我国特殊国情，符合高龄、衰弱、独居以及失能、失智人群的刚性养老服务需求，有非常重要的存在意义。目前，老龄化加速发展，但医养结合服务模式还处于探索阶段，存在国家职能部门多头管理、协同低下，医养结合服务模式建设碎片化；东西部地域及城乡经济差异显著，制约医养结合服务模式发展；医养服务供给不足和庞大的社会需求之间的矛盾；人才储备数量及质量堪忧、人员配备标准欠缺等问题[2]。

### 2.1 政策壁垒。

在医养结合的具体实施中，常常出现多个政府职能部门交叉管理的现象，造成各级医院参与医养结合的诸多政策障碍。例如，社区医院想扩增养老机构，需要去民政部门申请审批，而医疗机构本身是由卫生部门管理，并不是民政部门管理。

在中国，医疗保险和养老保险分属两个体系，医养结合的花销报销渠道属于何种体系尚无政策规定。医疗保险对养老机构的覆盖率也比较低，而养老保险又不能进行医疗服务结算。很多养老机构无法进行医保结算，使老年人的医保不能发挥效用，医保覆盖的机构，其报销比例没有明确规定，种种现象造成结算混乱。

### 2.2 缺乏行业标准。

目前，医养结合已经在全国各地试行推进，在推行过程中，最突出的问题就是没有统一的行业标准。例如，对于收费没有标准，我国公立医院是社会公益性的事业单位，收费有相关标准，但医养结合目前没有标准；对于患有慢性疾病的老年人，重医还是重养没有标准；

对于癌症等疾病是否姑息治疗没有标准，对于专门从事医养结合的照护人员的资质准入、考核没有标准。

### 2.3 供需不平衡。

尽管医养结合在全国各地已经进行了试点推广，但供需不平衡仍然没有缓解。第一，现有的医养结合养老机构的花销较高，仍是少数群体的选择，大部分家庭虽然有迫切需求，但无法承担，供需不匹配。

第二，区域差别显著、城乡差别显著，经济发达地区发展较好，城市发展较快。

第三，因老龄人口不断增加，中国当前家庭结构多为独生子女家庭，对养老机构的需求非常庞大。但医养结合的服务供给远远无法满足需求。

第四，很多医养结合机构，仍是传统医院、护理院模式，医院色彩浓厚，并不能满足老年人心理需求，无法长期居住。

### 2.4 基础设施不完善，反馈机制缺乏。

根据研究显示，部分养老机构由早期养老院改建，内部设施没有充分考虑老年人的需求。新建养老机构的娱乐中心，餐饮服务更多的只适合辅助生活期的老人。对于失智、失能、半失能等行动不便期老人并没有充分考虑。同时，养老机构内部缺乏有效的服务满意度测评和意见反馈机制，机构内老年人向机构反映的问题得不到回复，甚至没有反映意见的渠道，机构内还缺乏对工作服务人员的民主测评与意见反馈机制[3]。

### 2.5 筹资不畅。

医养结合养老机构公益性福利性较强，难以吸引外部市场的投资者，机构仅依靠老人支付的养老服务费用、政府资金和财政补贴等筹资渠道，难以维持长远的发展。

此外，民营养老机构创建初期，建设成本高昂，所提供的医养结合服务层次和养老居住环境也在一定程度上优于公办养老机构，

其收费标准也相对较高。而我国，目前民办养老机构入住率低，因此机构要实现盈利，所需时间较长[3]。筹资渠道不畅，投资回收期长，资金周转困难，导致民营养老机构的积极性不高。

## 3 相关建议

### 3.1 政策与制度更新。

从国家层面进行政策更新，包括但不限于医养结合养老机构的审批法规，卫生部门与民政部门的权责划分，医疗保险和养老保险的调配整合，城镇职工医保与城乡居民医保的具体划分等。

#### 第一，建立新的保险制度。

当人步入老龄期后，长期照护将成为一种刚需。建立一种相对独立的长期照护保险，既是对医养结合的养老服务的支付保障，也是医养结合养老模式继续发展的必然需要。

长期照护保险与医疗保险、养老保险都存在着较大的差异，不适合混同。当然，由于我国目前经济发展尚未发达，受国民生活水平所限，额外征收长期照护保险费会增加投保人与用人单位的负担，可以在目前的现状内被医疗或养老保险包含征收，但应建立专项的保险基金、专门的支付程序，避免与医疗或养老保险混同。

第二，改革医养结合养老模式的管理体制。医养结合的养老模式是全新的综合模式，涉及到卫生、民政、金融等诸多管理部门，在权属不明的情况下容易发生争权和推诿情况，因此必须对医养结合养老行业的管理体制进行改革，要确立层次分明，权责一致的监管体系。

例如，对民政部门与卫生行政部门的监管责任进行重新分配。民政部门和卫生行政部门都可对医养结合行业的行使管理权，两者的管理权限就会出现重叠。

目前这种一家多管的制度一方面会造成异门同令现象、增加被监管行业的运营成本，

另一方面监管部门的政令不一致时还会导致推诿卸责、造成权责不一。对于行业盈利的金融监管、社会效益的公益监管等部门也要有明确的权属划分,既满足人民生活需求,解决养老难题,又要保证养老行业能够获利,有持续健康发展的积极动力。

第三,确立监管机制。首先要对医养结合养老行业进行立法规范,对行业中的具体领域制定详细的监管条例,明确监管主体和监管标准,并实行监管信息透明化。充分利用大数据平台,实现信息数据的共享,及时发现监管风险。

### 3.2 公有制为主导,拓宽筹资渠道。

坚持政府的公有制主导地位,保障医养结合的公益性,加大财政投入力度,创建多元化的筹资机制,对民间资本及外资实施积极政策,吸引并鼓励他们参与到医养结合行业,通过减免税收、调息调率等政策,鼓励企业或个人成立及管理非营利性基金会,并对老龄照护等公益项目进行资助。

鼓励银行对医养结合行业进行信贷支持,贷款政策要有相应的倾斜,政府应积极为医养结合养老机构寻找投资人,鼓励全社会广泛参与,促进医养结合的投资主体和投资方式进行多元化发展。

### 3.3 制定行业标准。

由于医疗资源、社会经济发展、人民群众对医疗与医养结合的需求等方面存在较大差异,建议国家探索和推广医疗与医养结合的行业标准。可在不同地区实行不同的标准,因地制宜,来符合区域或城乡发展水平。

目前,最为迫切的行业标准,应该是医疗资源合理规范使用的标准、养老服务质量的统一标准和相应的服务评价标准,还应包括老年人对于医养机构的反馈测评,从而有助于形成行业发展的良性环境。

### 3.4 加强医养结合专业人才的培养及管理。

目前我国医养结合养老市场处于供不应求的状态,专业医养服务人才数量少,水平低,

亟待加强老年专科的建设,培养老年病专业队伍。在从业人员上岗前,要进行严格的岗前培训,以提高医养结合服务人员专业素质;在大学及大中专院校中开设老年心理学、老年康复学、老年保健、养老护理等医养结合相关专业,将临床医学、护理学、康复医学和公共卫生等学科进行融会贯通,实现有机整合。通过院校培养、在职培训等多种方式培养高素质专业人才,改善医养结合服务人才紧缺的现状。

对于机构内的医养结合服务人员,需要建立统一的人才准入标准,提高医养结合服务人员准入门槛;人员入职后定期参加培训及考核;提高医养结合服务人员薪酬待遇;逐步完善人事与职称政策。建立起一整套医养结合服务人员的招聘、培训、考核、激励机制。

### 3.5 加强人文精神建设。

第一,加强我国老龄化社会国情教育。其中应包括我国人口老龄化发展的形势教育、与老龄相关的政策法规教育、应对老龄化社会的成就教育、对老年人孝敬敬爱的文化教育、树立积极老龄观教育等五个方面,来引导全社会增强接纳、尊重、帮助老年人的关爱意识,更要帮助老年人增加自尊、自立、自信、自强的自爱意识[4]。

第二,在医养结合的实践中贯彻以人为本的服务理念[2]。依托于互联网大数据,为老年人提供无微不至的关怀,让老年人活的更有尊严、有质量、有希望。从老年人的心理、生理、社会适应性等方面全方位的进行服务。

第三,满足老年人对传统医学的依赖心理。融入中医元素进行养老服务,例如针灸、按摩、药浴等,对症实施,让老年人在更熟悉的医养环境中舒心生活。

第四,提供老年人社交服务。让老年人能够找到同伴,无论家庭背景类似还是疾病情况类似,相同情况的老年人更容易产生共鸣。

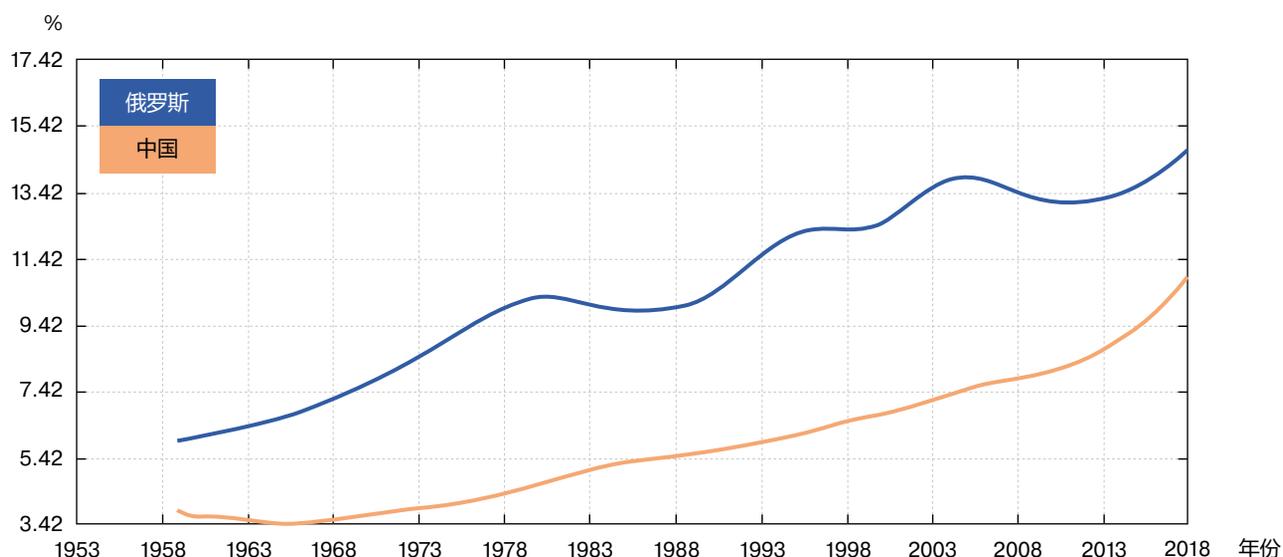


图2. 老年人在俄罗斯和中国人口中的比例

Fig. 2. The proportion of the elderly in total population in Russia and China

#### 4 积极吸收其他国家的经验

世界上许多国家对于医疗养老已经有了非常丰富的经验，俄罗斯与中国一样，面临着严重的人口老龄化问题[5]，俄罗斯老龄人口的比重要更加严峻，面临更大的挑战（图2）。俄罗斯作为中国睦邻友好的友邦，本文作者中

的两位研究生有幸得以深入了解和研究俄罗斯的老年人医养情况。

俄罗斯医疗体系中对于老年人的医疗照顾展现了高度的人文关怀，非常值得中国学习和借鉴。

#### 参考文献

- [1] 欧阳文婷, 肖义泽, 段义军. 中国≥60岁老年人卫生服务需求 meta分析[J]. 中国公共卫生, 2016, 32 (9): 1149-1152.
- [2] 徐丽丹, 方锐, 许虹. 我国医养结合服务模式的研究进展[J]. 中华护理教育, 2019, 16(11), 871-874
- [3] 郑函, 王梦苑, 赵育新. 我国“医养结合”养老模式发展现状、问题 及对策分析[J]. 中国公共卫生, 2019, 35 (4), 512-515
- [4] 金琳雅, 刘峰, 尹梅. 人文精神是医养结合的灵魂[J]. 中国医学伦理学, 2019, 32 (2): 238-240
- [5] 王子颖慧, 尹梅. 国外养老健康服务模式对我国的启示[J]. 中国医学伦理学, 2019, 32 (1): 95-98

**For citation:** Yang Chunyan, Zhang Hanwen, Yin Mei. Analysis on the model of the combination of medical and health care from the perspective of aging. *Russian Family Doctor*. 2020;24(1):29-34. <https://doi.org/10.17816/RFD19071>.

**引文:** 杨春燕, 张瀚文, 尹梅. 老龄化视域下医养结合模式分析. *Russian Family Doctor*. 2020;24(1):29-34. <https://doi.org/10.17816/RFD19071>.

#### Information about the authors

**Yang Chunyan** — first author, PhD, Research Assistant. Candidate, majoring in medical and medical humanities, working in the School of Humanity and Social Sciences, Harbin Medical University, China. E-mail: catspring@126.com.

**Zhang Hanwen** — co-author, graduate student, majoring in medical and medical humanities, studying in the School of Humanity and Social Sciences, Harbin Medical University, China. E-mail: 1021033984@qq.com.

**Yin Mei** — corresponding author, Professor, Doctoral Supervisor, working as Chief in the School of Humanity and Social Sciences, Harbin Medical University, China. E-mail: dryinmei@163.com.