

---

# 社区“医养结合”养老服务模式发展之路

## ——以江苏省为例

乔木 田娟<sup>1</sup>

(南京中医药大学 翰林学院, 江苏 泰州 052300)

**【摘要】:** 在国家政策的引导和推动下,我国社区“医养结合”养老服务模式得以快速发展,但是却存在设施机构供给不足、政策制定标准不一、监管部门整合欠缺、人员质量参差不齐、医疗养老涣散分离等问题,通过对比美国、日本等世界发达国家社区养老的成熟模式,提出引入市场竞争机制,全面建立以政府主导,企业配合的社区养老体系,即政府从政策引导、财政扶持、人员培养、技术保障、三方监管等角度为社区养老服务提供支持,企业则作为社区养老服务的主体提供服务。

**【关键词】:** 医养结合 社区养老 养老服务模式

**【中图分类号】:**F2 **【文献标识码】:**A

### 0 引言

2015年11月,李克强总理在主持召开的国务院会议中明确指出,应该将“医养结合”拓展到社区、居家养老的层面,做深度对接。近年来各级政府积极推动社区养老服务的发展,主要形成了已具备机构养老和社区居家养老服务条件且从事服务多层次老人工作的社区养老照料中心,只提供机构、社区、居家养老中部分服务、尚需完善以达到政府要求的社区养老照料中心和政府引导下按要求新建的具备机构、社区、居家养老三合一功能的社区养老照料中心三种类型的社区养老服务机构。

### 1 社区“医养结合”养老服务模式发展现状

2015年国务院办公厅转发《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》,我国开始鼓励“医养结合”融合发展,建立协调统一的社区养老服务体系。《2015社会服务发展统计公报》显示:全国各类养老服务化机构和设施11.6万个,其中:养老服务机构2.8万个,社区养老服务机构和设施2.6万个,互助型养老设施6.2万个;各类养老床位672.7万张,其中日间照料和社区留宿床位298.1万张。通过对江苏省各地市社区“医养结合”养老服务机构的调研,目前“医养结合”的社区养老服务模式主要存在以下问题。

#### 1.1 设施机构短缺,供需严重不符

社区养老服务供给与需求严重不匹配,有社区“医养结合”养老服务需求的老齡人口较多,但社区养老设施和机构的供给

---

<sup>1</sup>基金项目:本文系江苏高校哲学社会科学研究基金(专题)项目(2018SJA2169)阶段性研究成果。

作者简介:乔木(1989-),女,硕士,讲师,研究方向:企业管理与人力资源管理;田娟(1986-),女,硕士,讲师,研究方向:企业管理与市场营销。

匮乏,城区养老场所的主要问题在于设施供机构供给不足,农村养老服务则存在覆盖不全的问题,整体医养融合设施利用率不高。护理型日间照料机构和床位较少,截止于 2018 年底,现有社区养老服务机构中,护理型床位数占总床位数 50%以下,且护理人员配比不达标,有些社区养老服务机构未设立医务室。

### 1.2 养老意识涣散,政策标准不一

缺乏系统有力的政策引导老龄人口和社会组织参与社区养老。通过前期调研,受访对象中对社区“医养结合”养老模式相对了解的只占 30%左右,30%左右的老年人对社区养老基本没有概念。老龄人口对于社区医养结合养老的信息和知识没有相应的接收渠道,社区养老意识不强。此外,长期护理险刚刚起步,医保定点协议管理办法不完善,医保范围内护理院床日费定额标准不随时间调整,无法满足日常护理和医药费开销。健康养老服务业务规范、护理站工作制度、失能和半失能医疗护理对象的综合界定及分级评估标准不明。

### 1.3 监管涉多部门,资源整合欠缺

社区养老服务的监管涉及民政、卫健、人社、街道等多个部门职能,却缺乏牵头部门多方协调所需资源。引导机制分散,优质医疗资源由于成本收益问题不愿进驻社区养老服务,大型医疗机构由于社区养老服务纳入长护险进程缓慢参与养老服务的积极性不高,成型的社区养老服务缺乏第三方监管,没有成熟合理的多元化监管机制。

### 1.4 人员数量紧缺,专业质量参差

鉴于社区养老服务的供给缺乏高端优质医疗资源和大型养老机构,社区养老服务的从业人员体现出数量紧缺,且专业水平较低的问题。目前社区养老服务从业人员普遍年龄偏大,大多缺乏健康保健相关知识和技能,尤其是康复、护理、心理、临终关怀等方面的知识。社区日间照料中心存在全科医生配比不足的现象,尤其缺乏专职管理人员、医护人员、健康管理师。鼓励和扶持政策的缺失,明确职业技能提升和培训通道的高门槛,可观薪酬待遇和稳定职业前景的遥不可及,让社区养老机构无法大量高素质人员执业。

### 1.5 融合渠道有限,医疗养老分散

基层医疗与社区养老服务脱节,结合度较低。根据国外的经验,基层医疗与社区养老服务的有机结合需要依赖多年积累的基础数据和强大的信息系统,但鉴于我国“医养结合”概念提出较晚,前期没有积累到基础数据,信息系统的成熟程度不足且在医疗领域应用较为分散,目前医疗与养老的融合尚不充分。部分社区与医疗机构虽然建立了合作协议,但服务内容、服务标准和要求不够细致明确,且缺乏有效监管和问责,合作效果并不理想。

## 2 国外社区养老服务模式

通过对国外社区养老服务模式文献和资料的梳理,国外的社区养老服务主要以机构养老为主,辅以家庭照护,主要有以下几种模式:

(1)美国老人全包服务项目(PACE)。发展自旧金山安乐模型,是一个基于社区的服务体弱、高风险老年人的养老模式。其特点在于由跨学科团队(IDT)通过成人日间保健中心及入户和转诊提供综合性的医疗和社会服务。服务对象须经过 IDT 评估属于需要养护照顾的 55 岁以上低收入老人,且一旦被纳入项目则须由项目人员提供护理,PACE 服务区的老人每 6 个月接受一次跨学科团队评估以便及时调整护理计划。PACE 提供包括初级保健、诊疗、护理、日常照料等在内的连续性服务,基于基础工资资助制度,每月按人数支付给受托方,受托方自行承担财务亏损的风险。研究表明 PACE 适合失能程度较严重的老人,且对于改善老人身体功

---

能,减少护理费用具有显著作用。

(2)加拿大魁北克地区老年人综合护理系统(SIPA)。在公开管理和资助制度下,基于独立的预算、人事和治理结构,通过以社区为基础的多学科团队(MDT)为老人提供包括短期急性护理、日间医院、预防康复、药物治疗、姑息治疗、家庭健康护理等项目在内的社区的、全方位的综合社区护理机构。欲进入SIPA的老人同样须通过全面的老年学评估,与家庭医生合作签订跨学科协议,提供家庭和社区护理,以及24小时随叫随到服务。研究表明,SIPA的成本控制一般,但降低了以医院为基础的服务的利用率,增加了家庭和社区护理利用率,提高了老人的满足感。

(3)日本的社会化养老模式。随着1963年《老人福利法》的颁布,日本先后出台了近10部社区养老相关政策法规,从法律上对界定福利人才准入标准、明确社区养老主体地位等,并在2000年以后深化改革调整三次健全其社会养老体系。日本的社区照顾服务可以分为上门服务、日托服务、短托服务、长期服务和定期保健咨询指导服务五种。老年服务可以由政府、社区、社会福利协会以及志愿者和私营养老服务公司提供。该模式既能减轻财政负担,同时促进服务效率与质量提升。

(4)英国的“政府主导”多样社区照顾模式。英国最早推行社区照顾模式,有老年公寓和护理院等长期照顾模式,也有居家养老服务 and 社区日间照护等短期照顾模式,构建了涵盖生活照料、物质和情感援助、整体关怀等全方位的服务体系。提供社区照顾的专业机构有专人负责和明确分工,并提供相应的职业培训。机构与老人签订法律契约,英国政府通过立法主导和扶持社区照顾体系的构建和发展,此外专业养老服务由政府出资购买,保障其社会福利性。

### 3 针对社区“医养结合”养老服务发展的建议

#### 3.1 引入竞争机制,市场道路势在必行

养老服务作为公共事业不以盈利为目的,完全的市场化对于企业来讲投资回报慢,且难以吸引优质的医疗资源和人员,可见市场化道路离开政府的扶持举步维艰;但只依靠政府的力量,人口基数大导致养老覆盖压力大,进程慢,且竞争态势不良。因此,政府监管和扶持下的市场机制是我国社区养老服务的必由之路。政府从政策引导、财政扶持、人员培养、技术保障、三方监管等角度为社区养老服务提供支持,企业则作为社区养老服务的主体提供服务,形成“政府主导,企业配合”的完善养老体系。

#### 3.2 强化法律法规,政策制定夯实基础

加强社区养老服务的法律法规建设,制定完善包括健康养老服务业务规范,从业人员服务标准,失能、半失能医疗护理需求和照护评估标准,失能、半失能与医保、长期护理险的有机结合等在内的政策法规,在政策引导方面为社区养老服务的发展保驾护航。探索第三方评估制度,建立培育专业性第三方评估机构,形成社区养老服务机构和从业者的评价体系。

#### 3.3 加强财政补贴,机构企业心无旁骛

加大财政补贴力度,对如高龄、失能失智和失独老年人等采用不同补贴标准,鼓励社会资本投资护理型养老机构;科学测算、适当提高护理院床位费定额标准和长护险支付标准;拓宽长护险覆盖范围;对社区养老机构和企业按照每人标准提供一定额度的补贴;推出人才专项补贴鼓励医药学院和职业教育学生成为社区养老服务从业人员。

#### 3.4 推进队伍建设,专业人员保驾护航

利用政策鼓励医学院校和职业教育增设相关专业,扩大如康复学、针灸推拿学、护理学、营养学等专业的招生规模;加强本科教育和职业技术教育中床边教学实践环节的比重,提高相关学生实践水平;以社区及社区所在区为单位以劳务派遣或合同制等

---

方式公开选拔聘用社区养老服务从业人员,提高准入门槛和工作稳定性;加强社区养老机构与医院以及医学院校和职业技术学院的合作办学,建立规范合理的培训学习制度,让低起点的从业人员可以通过正式的培训学习提升专业水平。

### 3.5 建立信息系统,医疗养老浑然天成

建立依托大数据的信息系统,坚持将各大公立医院治疗记录、病历入网,通过数据积累建立包含个人历史身体状况的数据库,数据库的建立耗资耗时长,但是庞大的健康数据可以为后期的诊疗提供基础依据,大大减少诊疗的时间和成本,同时提高诊疗的准确率。初始阶段信息系统的建立,需要专业的数据库人才和庞大的资金,需要借助政府的补贴和政策引导。鼓励基层医院和部分私人医院转型为依托数据库的老年病医院、康复医院或护理院,鼓励依托社区卫生服务中心和护理、康复中心,通过签约服务建立家庭病床,提供上门医疗和护理服务,充分利用基础数据系统和互联网+技术让日常照护和基础疾病控制在基层医院和社区养老机构,减少大型综合医院和公立医院的治疗压力。

## 4 结论

通过对我国社区养老服务目前存在问题的研究和对外成熟社区养老服务模式的梳理,得出在我国,不以盈利为目的的社区养老服务必须走依托政府监管和扶持的市场化道路的结论。政府应加强法律法规建设,引导行业发展;加大财政补贴力度,让社区养老服务提供者有利可图;推进人才队伍建设,保障从业人员供给数量和质量;建立健康大数据,让基层养老分散综合医疗压力,综合医疗为基层养老提供技术支撑,形成“政府主导,企业配合”的养老体系。

### 参考文献:

- [1]余瑞芳.我国医养结合养老模式的现状、问题及其对策研究[D].南昌:南昌大学,2014.
- [2]黄佳豪.关于“医养融合”养老模式的几点思考[J].国际社会科学杂志,2014,(01).
- [3]李志建.日本老年人社区照顾调研报告[J].中国物业管理,2010,10:62-63.
- [4]朱秋莲,谭睿.日本护理保险制度的改革及其对中国的启示[J].社会福利(理论版),2014,(03):46-49.
- [5]徐广浩,李传实,崔瑞兰.完善我国医养结合养老机构发展的思考[J].中国医药导报,2018,(18).
- [6]郑少卿.英国社区养老模式对我国的启示[J].商场现代,2012,(7):394-395.