

【社会现象与社会问题研究】

# 我国大城市医养结合的实践模式及发展路径\*

武 玉 张 航 空

**摘 要:**在深度老龄化与快速城市化的双重推动下,我国大城市老年人口规模不断扩大。大城市成为养老问题的暴发点,也是各类主体参与养老服务的集中地。对大城市在医养结合试点中取得的经验进行总结,对未来中小城市及农村面临的老龄化挑战具有良好的示范效应。目前,我国北京、上海等大城市在医养结合探索中效果显著,形成了各具特色的医养结合模式,但也面临一些困境和问题。未来应从政策制定者、服务提供者和老年人自身三方面着手,探索适合中国国情的大城市医养结合发展路径。政策制定者应加强顶层设计,理顺体制机制,统一评估标准,强化应急管理;服务提供者应注重服务内容多元化、服务地域社区化,加强服务智能信息化建设;老年人自身要做好慢病管理,加强社会参与,提高消费能力。

**关键词:**大城市;医养结合;健康养老;实践模式

**中图分类号:**C913.6

**文献标识码:**A

**文章编号:**1003-0751(2021)04-0078-07

## 一、研究缘起

当前,我国面临深度老龄化与快速城市化的双重压力,加之计划生育政策引发的家庭化迁居模式持续推进,大量老年人口向城市尤其是大城市集聚,预计我国城市人口老龄化程度将在2045年左右超过农村,届时中国人口老龄化重心将由农村转入城市。<sup>①</sup>大城市既是养老问题的暴发点,也是各类主体参与养老服务的集中地。2018年年底,中央经济工作会议明确提出要“完善养老护理体系,努力解决大城市养老难问题”,这是国家层面首次专门强调解决大城市养老问题,表明国家对我国大城市养老问题的高度重视。大城市面临的养老问题实际上是未来中国人口老龄化挑战的一个缩影,随着社会经济进一步发展,未来中小城市甚至是农村地区也将面临同样的问题。在国家“十四五”规划的开局之年,对大城市在医养结合试点中取得的经验进行

归纳和提炼,探索适合我国国情的医养结合模式,将对实施积极应对人口老龄化国家战略、实现养老服务提质增效、改善老年人生命质量具有重要作用。<sup>②</sup>

关于医养结合,最早提出该理念的国家是英国。早在20世纪60年代,英国医养结合的萌芽就已经出现。其在新公共管理“减少成本、增进质量、服务至上”的理念下,将“整合照料”作为一种经济性的养老服务方式,对老年人的基本照护、社区照护以及社会照护进行资源整合,把成人社会照顾系统(ASC)和国民健康服务系统(NHS)合并<sup>③</sup>,旨在为老年人提供助养、生活护理、医疗以及社会服务等连续高质量的照护服务,关注的重点从疾病延伸到健康,从老年阶段管理延伸到不同年龄阶段的精细管理,从病人本身延伸到家庭与社会支持体系。英国模式随后在欧美等发达国家推广。美国作为北美城镇化率最高的国家之一<sup>④</sup>,其医养结合模式大致包括综合性老年健康护理计划(PACE)、持续照料退

收稿日期:2020-10-10

\* 基金项目:教育部人文社会科学重点研究基地重大项目“面向全面小康社会的老年长期照料体系研究”(16JJD840012);北京市社会科学基金项目“北京市老旧小区老年人居住环境与适老化改造路径研究”(18SRC022)。

作者简介:武玉,女,中国人民大学社会与人口学院博士生,首都经济贸易大学《人口与经济》编辑部编辑(北京 100070)。

张航空,男,中国人民大学社会与人口学院副教授(北京 100872)。

休社区(CCRC)、家庭和社区支持服务(HCBS)、全国家庭护理照料人员计划(NFCSP)四种类型,其中前两种应用最为广泛。从实践看,其医养结合机构根据老年人自理能力的不同划分为四类:第一类是自理型住房或居住社区。这是一种以年龄为区隔的社区或建筑,设计初衷是缓解部分老年人的孤独感,更适合生活能自理的老人。第二类是持续照料退休社区(CCRC)。其覆盖了全美国大约300个自然形成的老龄化社区,主要为居家老年人提供诸如日常照料、社会交往以及医护康复等服务,这一援助贯穿从老年人独立生活到必要时的辅助生活,最后到住进养老院的整个过程,主要通过互联网或电话及时了解居家老年人的需求。第三类是介助型居住机构。其主要为有部分医疗和护理需要的老年人提供有限的医护服务。<sup>⑤</sup>第四类是专业护理机构。其为患有慢性病及长期卧床处于康复期的老年人提供全天候的专业医护服务。日本作为世界上老龄化程度最高且速度最快的国家,其医养结合服务模式大致分为护理机构、居家服务事务所和综合性社区照料支援中心三类。护理机构主要提供设施服务,服务对象限定为护理认定结果为失能程度较重的人,包括特别养护老人院、护理老人保健机构以及护理疗养型医疗机构三种。居家服务事业所主要由民间运营的民办养老院、附带服务型老人住宅以及痴呆老人照料之家组成,根据老人不同的失能级别以及护理需求可选择不同的入住方式,入住时需缴纳数额不等的费用。综合社区照料体系规划在30分钟通行半径内设置综合社区照料支援中心,提供包括医疗保健、长期护理以及日常生活支援等居家养老服务,通过“24小时制地域巡回型访问服务”为有需求的老年人提供定期、及时的医护帮助。从这些发达国家的经验来看,它们医养结合的实践大都遵循预防为主、功能连贯、植根社区的行为理念,基于全生命周期和智能信息化的服务视角,拥有强大的资金支持和完备的监督机制保障,机构的设立通常根据老年人的病情分级,在医院、护理院、社区及家庭之间实现延续照护,形成医养结合的服务闭环。<sup>⑥</sup>这些经验为我国探索医养结合模式提供了有益的借鉴。

未来我国老年人口规模将长期居于世界首位。如何以“整合”的理念检视当下我国健康养老服务体系的建设具有重要的示范意义和应用价值。<sup>⑦</sup>基于此,本文通过比较我国医养结合试点大城市的特色

案例,力图为政府决策者和服务提供者带来不同视角,探索与城市发展相适应的医养结合服务模式。

## 二、大城市医养结合的实践模式

2014年,国务院下发的《关于调整城市规模划分标准的通知》明确,城区常住人口100万以上500万以下的城市为大城市,其中300万以上500万以下的城市为I型大城市,100万以上300万以下的城市为II型大城市;城区常住人口500万以上1000万以下的城市为特大城市;城区常住人口1000万以上的城市为超大城市。自2016年6月开始,我国先后确定了90个市(区)为国家级医养结合试点城市,其中40个试点城市属于大城市范畴。在这些大城市中,笔者分别选择超大城市中的上海市、北京市、深圳市,特大城市中的广州市、重庆市,I型大城市中的青岛市、杭州市,II型大城市中的苏州市、长沙市,并就其医养结合的实践模式进行剖析,以探索适应我国城镇化发展要求的医养结合发展路径。

### 1. 超大城市的医养结合实践模式

(1)上海模式。上海市以照护需求评估为依托,建构了社区嵌入式医养结合模式。其特色主要体现在三个方面:第一,制定全市统一的老年照护需求评估标准。2018年,上海市人民政府印发了《上海市老年照护统一需求评估及服务管理办法》。同年,上海市卫生和计划生育委员会牵头发布《上海市老年照护统一需求评估标准(试行)》,确立了六类照护等级,按照每个街道不少于3名A类评估员(养老服务、医疗护理、社会工作类)和3名B类评估员(执业医师、助理执业医师)进行配比。第二,对养老服务资源进行整合,按需分类,对接供给。社区卫生服务中心根据老年人在居家、社区和机构养老的不同需求,或直接提供或以购买服务方式委托其他医疗机构提供其所需的卫生服务。截至2018年,社区卫生服务中心与社区托养机构已实现签约服务全覆盖。第三,“长者照护之家”成为社区嵌入式医养结合模式的典范。社区“长者照护之家”主要收住照护等级为3—4级的老年人。其中,介护预防为高龄自理老人提供失能、失智预防教育;居家安养为轻、中度失能老人提供专业照护;短期寄养为大病出院无法立即回家老人的家庭成员提供1—2周的日间喘息照料服务;长期托养为中重度失能老人提供机构内长期照护。

(2)北京模式。北京市通过合理规划资源布局,打造了医疗—康复—护理全方位服务链条。其特色主要体现在三个方面:第一,充分发挥社区养老服务驿站的优势。社区作为就近提供医疗服务的平台向社区周边老年人辐射,形成“三边四级”的养老服务体系。截至 2018 年年底,北京市 526 家养老机构中已有超过 95% 的机构可以提供不同形式的医疗健康护理服务。<sup>⑧</sup>第二,着力开展连续医疗服务,加强老年友善医院建设。2019 年,北京市二级以上综合医院中老年友善医院的比例已达 50%。<sup>⑨</sup>同时,北京市鼓励二级以上医疗机构为老年人挂号、就医等服务提供绿色通道。第三,努力提升居家养老及医护服务能力。面向医养结合机构工作人员开展居家医疗护理技术以及照料技能培训,提升为老年人上门照护服务的能力,尤其是针对城乡特困失能老人、独居老人以及计划生育特殊家庭的失能老人提供诸如家庭病床及上门巡诊服务。

(3)深圳模式。深圳市注重社康中心与托养机构合作,建设资源共享、优势互补的医养模式。其特色主要体现在医养结合的合作方式上。这里以深圳市福田区益田社康中心与社区颐康之家的合作为例。第一,社康中心制定了完善的管理制度和行为规范。其包括机构内家庭病床的管理以及社康中心巡诊随访、上门服务指南、转诊转介服务指引等,社康中心内医生团队的轮岗值班制度可以保证每月有一名家庭医生脱岗完成辖区内 1500 多名 65 岁以上居家老年人的免费健康体检任务。第二,社区颐康之家还为辖区内老年人提供日间照料、餐饮供应、心理慰藉、康复护理以及娱乐休闲等多样化的养老服务,这也是深圳市首家集日托、托养、居家养老、医养结合“四位一体”的养老服务综合体。第三,社康中心同颐康之家通过签订协议为其中的专业护理人员和志愿者提供保健、护理及康复技能培训,同时引入健康管理师,构建新型的“家庭医生+全科护士+健康管理师”家庭医生服务团队,共同承担家庭医生的服务职责,不断完善老年人的慢病管理模式。

## 2. 特大城市的医养结合实践模式

(1)广州模式。广州市促进“医养社”资源有效整合,探索中医特色医养结合模式。其特色主要体现在两个方面:第一,养老机构与社会服务组织合作。养老机构充分利用广州市的优质医疗资源,与各级医疗机构和医药类大中专院校志愿者团队合

作,定期邀请他们开展义诊、咨询和康复服务等活动。养老机构内大都设置社工部,为完全自理老人组织文化活动,辅助护工为失能老人提供综合康复服务及长者临终关怀服务,还为老年人提供情绪支援服务和特殊认知训练等医疗辅助服务。第二,初步形成“医院—社区—居家”三位一体的中医特色居家康护服务模式。2016 年以来,广东省中医院率先开展中医特色医养结合居家养老服务的探索。截至 2018 年,其已研发了数十种中医药健康居家养老服务包,涵盖中风或偏瘫后功能康复、褥疮护理、关节置换术后运动康复、各种管道护理、进食(吞咽)护理等老年人常见的健康促进问题,形成了系统化、标准化的居家养老康复护理服务内容、标准和流程,使老年人足不出户即能解决部分健康保障问题。

(2)重庆模式。重庆市做实家庭医生签约服务,多渠道探索医养结合路径。其特色主要体现在三个方面:第一,做实家庭医生签约服务。根据我国“9073”的养老格局,重庆市提出居家老人可根据自身需求与家庭医生服务团队签订个性化服务协议,购买个性化医疗服务。第二,关注老年人心理疾病的防治和康复,为失智老人带来福音。重庆市精神卫生中心已将老年精神医学及康复医学纳入重点诊疗发展项目,从生理、心理两方面增加投入,探索出一条医养结合新路径。第三,形成集养老、医疗、护理、康复、职业培训一体化的医养融合示范典型。青杠老年护养中心由重庆医科大学附属第一医院全资兴建,是全国第一家由大型公立医院主办并已正式运行的养老机构。<sup>⑩</sup>在提供养老服务的基础上,利用重庆医科大学附属医院的医疗、护理、康复、教育培训等优势资源,实现了资源有效整合。

### 3.1 型大城市的医养结合实践模式

(1)青岛模式。青岛市借助长期护理保险制度,保障医养结合顺利推行。该市将二、三级医疗机构的“专护”、老年护理院等机构养老的“院护”和社区家庭病床的“家护”统一合并为长期护理保险制度。其长期护理保险制度实质上是其基本医疗保险制度的延伸,资金的筹集来自城镇医疗保险基金个人账户与统筹账户,市财政部门再按照标准每年从公益福利彩票基金中提取 2000 万元至长期护理保险基金。长期护理保险覆盖所有参加城镇基本医疗保险的居民。患者发生的医疗护理费不设起付线,“院护”“家护”中发生的符合规定的医疗护理费用由

长期护理保险基金支付 96%、患者自付 4%;“专护”的费用由长期护理保险基金支付 90%、个人自付 10%。对于具备医疗资质的养老机构,长期护理保险实行日定额包干结算。另外,参保人在享有长期护理保险待遇时,不能同时享受基本医疗保险中的住院、普通门诊以及门诊大病等需城镇基本医疗保险基金支付的相关待遇。2018 年以来,青岛市长期护理保险资金支出达 4.3 亿元,累计约有 6 万名失能、失智的老年人享受相关待遇,其中 1.5 万多名老年人通过专业护理人员的临终关怀服务,有尊严地走完了生命最后一程。<sup>①</sup>

(2) 杭州模式。杭州市创新 1+1+X 医养结合机制,打造辖区内医养结合联合体。其特色主要体现在两个方面:第一,在支持养老机构提供医疗服务方面,创新 1+1+X 医养融合机制,由 1 家公立医院+1 家社区卫生服务中心+X 家辖区内养老机构组成医养结合联合体。对于没有医疗条件的养老机构,采取与周围医疗单位开展合作的方式提供医疗服务,逐步建立养老机构、医疗机构、社区卫生机构以及康复机构之间的转诊和业务合作,共同服务辖区内老年人。截至 2017 年年底,杭州市 245 家养老机构中有 50 家与 126 家医疗机构签约,88.9%的养老机构能够为入住的老年人提供各种类型的医疗服务,193 家基层医疗机构与 2059 家居家养老服务机构签订协议,占运行的居家养老服务机构的 73.06%。<sup>②</sup>第二,在推进社区居家健康养老方面,2014 年在全国率先开展“医养护一体化签约服务”,促进老年人通过签订合同的方式,足不出户在家门口就能享受健康指导、上门随诊、视频远程就诊、双向转诊等便捷的医护服务。

#### 4. II 型大城市的医养结合实践模式

(1) 苏州模式。苏州市积极探索“互联网+养老”,打造智慧医养融合新模式。其特色主要体现在两个方面:第一,积极探索“互联网+医疗护理”的医养融合服务新模式。苏州市在全国率先探索和打造了“虚拟养老院”居家养老服务模式,依托自主研发的信息化系统平台,组建职业化养老服务队伍,为辖区数万名老人提供居家养老服务,其制订的《虚拟养老院服务管理标准》引起各地的广泛关注。第二,创新出台区域性养老服务中心建设意见。一方面,确定最低保障床位和最高收费标准,确保对弱势群体的兜底保障;另一方面,引入社会化养老服务团

队,提供高质量的医疗护理服务。截至 2019 年 6 月,苏州市已有 76 个街道在辖区内启动区域性养老服务中心建设工作,占街道总数的 81.7%。<sup>③</sup>

(2) 长沙模式。长沙市将法式养老理念贯穿医养结合全过程。其特色是维护入住养老机构者的尊严、目标感、舒适感、社会和家庭关系,并为他们提供值得信赖的医护和康复服务。这与法国欧葆庭养老康复集团的护理理念和商业模式密切相关。北辰欧葆庭国际颐养中心落户长沙后,致力于打造高层次、高水平的老年文化中心,深入挖掘中华文化精髓,通过传统书画、戏曲艺术、慢病护理讲堂丰富入住老人的精神文化生活,其实现医养结合的方式不是打造“医疗中心”,而是营造一个如家庭般友好的氛围,打造一个充满轻松与欢笑的“生活中心”。同时,该中心也发挥国际合作优势,逐步引入国际前沿的“非药物疗法”——水中康复、宠物疗法、芳香疗法、舞动疗法等,给中国养老护理服务行业带来更开阔的视野和更专业的发展空间。

### 三、大城市医养结合探索面临的困境

#### 1. 管理体制权责交叉,协同衔接效用差

首先,当前我国大城市医养结合政策出台时多以通知、意见、规划等形式出现,呈现复杂且碎片化的特点,政策之间没有很好地发挥协同作用,导致配套性优惠政策衔接缺失,直接影响了医养结合政策的落实。<sup>④</sup>其次,缺乏统一的管理机构,各相关部门协调成本高,难以形成合力,且管理体制上条块分割、管辖分散、各部门之间职责界定不清。比如上述大城市中社区卫生服务的行政管理归口是卫生部门,而养老服务归民政部门管辖,医疗保险的管理职责则划分到了医保局,这从行政管理角度来说有其合理性,但在财务管理角度上容易出现收支分离、服务断层的现象。行政隶属关系的不同使得这些单位的运行主要服从上级单位的指令,缺乏对所提供服务的激励,同时又对老年人的需求变动不敏感,容易陷入“一收就死、一放就乱”的困境。<sup>⑤</sup>

#### 2. 应急管理能力薄弱,风险预案机制欠缺

医养结合机构作为特殊易感人群聚集的场所,从目前各大城市的实践模式来看,还未有城市明确规定医养结合机构应对突发公共卫生事件应急预案的具体实施细则。一方面,在突发公共卫生事件面前,封闭隔离是第一要务,许多临时工作人员难以进

入机构内部。另一方面,大城市在医养结合机构规划过程中,通常只注重宜居性、舒适性以及消防安全等基础硬件设施的配套建设,缺乏防疫专用的隔离和收治空间,机构在空间布局上的适老性较差,部分公用设施甚至存在交叉感染的风险。大城市医养结合机构在风险管理中存在的软硬件基础薄弱、结构性和技术性发展难题,在很大程度上削弱了机构本身应具备的医疗、康复和防疫功能。<sup>⑩</sup>

### 3. 行为监管机制松懈,统一评估标准缺失

首先,大城市医养结合相关政策的出台大多依附于国家层面的宏观政策,缺乏微观层面的落地细则。对医养结合机构的服务监管标准、机构内老年人的服务保障、安全职责以及医护专业人员考评程序没有明确的界定,对医生护士的多点执业、养老机构定期坐诊等具体规范也缺乏有力的制度保障。其次,医疗机构本身业务繁杂,常常自顾不暇,缺乏向养老业务方面拓展的内驱力,而养老机构也因人才、资金等软硬件条件的限制,无法突破专业医疗护理的瓶颈,在政策最终落地时往往集中在街道或社区,缺少足够的专业递送力量和管理评估机制,使得服务效果难以保证。再次,北京、上海等大城市虽然出台了地方性的老年人失能评估标准,但国家对失能程度的界定仍缺乏统一性和强制性的规定。

### 4. 系统筹资机制匮乏,人才配置有失公平

首先,医养结合资金建设缺口大且支付体系缺失。大城市实体机构运行成本高、收益低、风险大的现状使得医疗与养老资源对接缺乏动力,趋利运营使得医养结合在服务对象定位上具有“潜在”的选择性,不能满足所有老年人的需求。<sup>⑪</sup>其次,大城市在医养结合服务人才配置方面缺乏公平性。机构护理员面临“三低、两高、两老”的窘境,收入待遇低、社会地位低、技术职称低、劳动强度高、岗位流动性高、知识老化、年龄老化等困难,导致医护人员极为稀缺。<sup>⑫</sup>

### 5. 服务总量供给不足,服务递送效率低下

首先,大城市对于医养结合照护资源的供需矛盾依然尖锐。虽然一些大城市如苏州市率先在全国开展智慧养老等试点工作,但就当前新冠肺炎疫情防控常态化形势下,智慧信息技术和互联网远程照护的服务供给仍极度短缺,各区域间信息平台不统一,智能化水平相对落后,各层级医疗与养老部门信息对接困难,养老服务供给内容和方式也不能完全

符合老年人的实际需要,导致服务效率大大降低。<sup>⑬</sup>其次,医养结合服务内容的供给存在结构性失衡。主要局限在日常照料和医护康复两方面,在安宁疗护、支持性服务以及延长老年人健康寿命的有效性方面还缺乏探索。部分医疗机构与养老机构的签约也多流于形式,且签约的服务项目数量少、内容单一,难以满足老年人多元化的健康服务需求。

### 6. 全生命周期的身心健康干预体系尚未形成

医养结合基于老年人的需求,除提供基本的生活照料外,还包括早期预防、疾病诊治、康复保健、医疗护理和临终关怀等内容。它是集上述内容于一体的连续性、综合性的全生命周期服务模式。但从我国大城市的实践模式来看,实际操作往往将医养结合的重点放在老年人养老护理和疾病诊疗两方面,忽视了诸如疾病筛查、健康指导、心理慰藉等早期的“治未病”服务。社区家庭医生对老年人的健康指导和咨询多流于形式,仅停留在科普宣传层面。特别是在当前新冠肺炎疫情防控常态化阶段,医养结合机构的工作人员长期处在高压、疲劳的工作状态,机构内老年人因封闭隔离以及家属无法探视而产生焦虑、抑郁、恐慌等心理健康问题,都对机构的心理干预和柔性管理带来巨大挑战。

## 四、大城市医养结合的发展路径

### 1. 政策制定者应加强顶层设计,理顺体制机制,统一评估标准

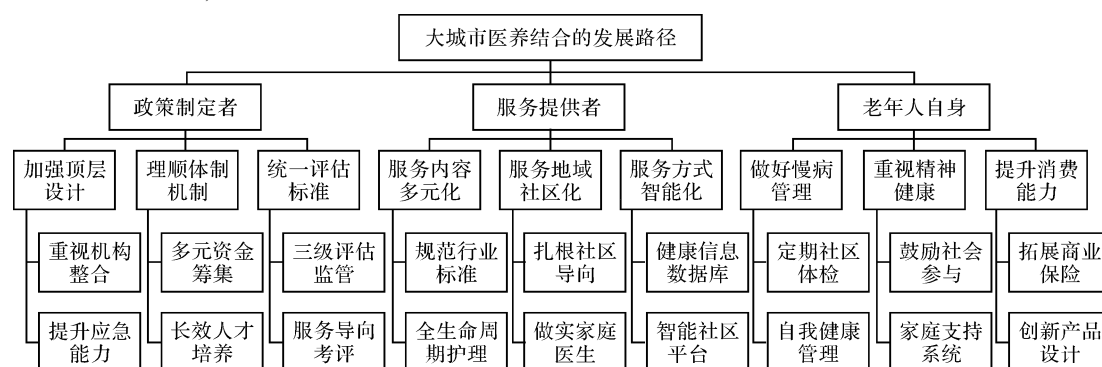
(1) 政府做好顶层设计。政府部门应成立诸如发达国家的“卫生福利部”等行政机构,统一管理医疗与养老相关事务。第一,政府牵头组织制定发展规划,对医养结合型机构实施分类管理和指导,建立统一的治理机构,避免“九龙治水”、权责交叉。第二,宣传部门要继续推行老龄化国情教育,针对人的不同年龄段认知特点,利用新媒体、微视频等手段增加医养结合的公众知晓度。第三,城市医养结合机构应设定突发公共卫生事件应急能力的评估标准,强化行业内的风险预案机制,细化落实各类公共卫生事件防控的具体措施,将隔离防控、安全操作等实践内容纳入机构常规的工作培训计划,同时,也应同当地疾控中心保持常态化合作,严控突发公共卫生事件对医养结合机构带来的次生伤害。

(2) 政府应理顺医养结合的体制机制,建立大城市医养结合协同治理体系。第一,要明确政府各

部门责任和业务边界,促进各方建立顺畅、高效的业务衔接与合作。第二,建立多元化的资金筹集机制和统一的支付平台。第三,建立严格的监管评估机制。应采取以服务落实和服务利用为核心的结果考评办法,避免单纯以内设率、签约率作为考核标准。国家层面要建立医养结合工作监测平台,实时跟踪、定期汇报、强化考核。<sup>⑩</sup>第四,建立人才培育的长效机制。建立全科医生和专科医生在医养结合机构轮换执业和定点帮扶机制,将医养结合机构专业医护

人员纳入卫生部门统一管理,打通执业医师晋升渠道;构建鼓励实习医生进入养老机构服务的临床实训机制,搭建人才供需平台。<sup>⑪</sup>

(3)完善医养结合机构服务对象的分类评估标准。探索建立第三方的评估服务机制,由具备资质的专业评估机构和人员对入住老年人进行评估分级分类,建立国家统一的照护需求评估体系,借鉴日本、荷兰的养老服务模式制定梯度服务序列,促进健康养老服务业可持续发展。<sup>⑫</sup>



## 2. 服务提供者应注重服务内容多元化、地域社区化和智能信息化建设

(1)优化提升大城市医养结合服务质量,加快建立统一的行业服务规范与标准。养老的本质是服务,要从满足社会经济发展的趋势、满足老年人需求和生活习惯的角度出发,从全人口统计、全生命周期的视角,分类别制定可持续、可预期的医养结合发展规划。在医养结合机构中,应突出急救救护、慢性病预防、康复护理、心理健康咨询、临终关怀等相关医疗需求,针对不同生命阶段的老年人,要构建全功能、连贯性的医养结合服务机制。<sup>⑬</sup>

(2)扎根社区,做实家庭医生签约服务。考虑到我国基本国情与传统文化习俗等因素的影响,以居家为主、依托社区的医养结合服务应成为老年人主要的养老模式。大城市养老资源配置的基本逻辑应当是资源围绕老年人转,让城市老年人够得着、用得上,重点在社区街镇打造综合为老服务体。要建立家庭医生的投入保障、资金激励以及评估考核机制,避免签约服务流于形式。

(3)推动“互联网+”与医养结合的对接,打通信息技术助力医养结合的通道。逐步建立覆盖所有老年人的养老服务基本信息以及医疗健康信息数据库,实现数据共享并建立数据动态更新机制;推进智

慧医养结合养老社区建设,通过信息数据平台以及可穿戴的监护设备记录社区老年人的健康状况、社保状况、护理监护、用药记录等详细信息,实现智能社区信息平台与政府相关部门数据对接,提高沟通效率;利用智能化信息平台建立养老服务的反馈机制,使得老年人家属或医护人员可直接通过互联网平台查看老年人的健康状况,跟踪服务体验;逐渐完善远程健康指导、视频就诊、初筛分诊以及慢病复诊等在线医疗的发展。

## 3. 老年人自身要做好慢病管理、加强社会参与、提高消费能力

(1)做好慢病管理。老年人自身要提高健康安全意识,熟悉老年慢性病的核心知识,定期去社区卫生服务机构或医院进行体检,了解自身的慢性病情况,主动接受社区家庭医生团队的健康指导,在家可经常自主监测脉搏、呼吸、血压、血糖和大小便情况。一旦发现异常,要主动向家庭医生反映并咨询慢性病的自我管理方法。同时,在积极配合医生治疗的前提下,要树立战胜疾病的信心,加强体育锻炼、保持身心愉悦,保证膳食营养,尽量减少并发症。

(2)积极进行社会参与。老年人要积极进行社会参与,保持正常的社会功能。一方面,老年人要主动发挥余热,积极参与社区志愿活动,参与社会交

往,用健康的生活方式延缓衰老和疾病的进程、预防精神障碍及心理问题。另一方面,作为老年人家属也应及时普及阿尔茨海默病等相关知识,发现可疑症状及早带老人去医院,做到早诊断、早治疗。一旦确诊,就应加强对老人的关爱,辅助其积极接受训练治疗,防止受伤、走失等情况发生。

(3)提高消费能力。消费能力是促进养老服务发展的基本杠杆。现阶段,大城市医养结合机构服务高价格与老年人低收入的矛盾导致医养结合服务的可及性和可获得性不足。未来应大力发展商业养老保险、鼓励大型保险机构开发重大疾病险、普及长期护理险等品种,重点增加老年人在照护方面的消费能力;倡导机关、企事业单位老人积极参保,提升自身抵御风险和疾病的能力;鼓励保险公司自主创新产品设计,将老年人急需的康复辅具配置纳入保险支付范围,多渠道增加老年人的收入,综合提升其消费能力,有效解决老年人的后顾之忧。

#### 注释

- ①杜鹏、王武林:《论人口老龄化程度城乡差异的转变》,《人口研究》2010年第2期。②邓大松、李玉娇:《医养结合养老模式:制度理性、供需困境与模式创新》,《新疆师范大学学报》(哲学社会科学版)2018年第1期。③Marilyn J. Rantz, M. Skubic, M. Popescu, et al. A New Paradigm of Technology Enabled "Ital Signs" for Early Detection of Health Change for Older Adults. *Gerontology*, 2014, Vol.61, pp.281-290。④《联合国:2050年中国城市人口将再增2.55亿》,联合国官网, <https://news.un.org/zh/story/2018/05/1008862>, 2018年5月16日。⑤王杰秀等:《发达国家养老服务发展状况及借鉴》,《社会政策研

- 究》2018年第2期。⑥唐志红等:《医养结合—四元联动整合照护模式的实践》,《中华护理杂志》2017年第1期。⑦李海荣、李兵:《“整合照料”:理论框架、国家实践及政策意义》,《中共福建省委党校学报》2019年第1期。⑧武文娟:《养老机构今年可提供医疗卫生服务》,《北京青年报》2019年3月7日。⑨《本市老年友善医院比例2019年要达50%》,北京市人民政府网站, [http://www.beijing.gov.cn/ywdt/gzdt/201903/t20190314\\_1826925.html](http://www.beijing.gov.cn/ywdt/gzdt/201903/t20190314_1826925.html), 2019年3月14日。⑩任柳、沈军:《医养结合养老模式在重庆地区的应用》,《中国老年学杂志》2017年第7期。⑪张瑾:《全面梳理 我国长护保险试点4年成效及发展》,搜狐网, [https://www.sohu.com/a/418130806\\_120047499](https://www.sohu.com/a/418130806_120047499), 2020年9月11日。⑫詹雅、杜思嘉:《杭州市全面推进医养结合服务体系建设》,浙江在线健康网, [http://health.zjol.com.cn/yxw/201802/t20180205\\_6529099.shtml](http://health.zjol.com.cn/yxw/201802/t20180205_6529099.shtml), 2018年2月5日。⑬林琳:《截至6月底 苏州76个镇(街道)启动区域性养老服务中心建设》,江苏文明网, [http://wm.jschina.com.cn/9654/201907/t20190716\\_6264457.shtml](http://wm.jschina.com.cn/9654/201907/t20190716_6264457.shtml), 2019年7月16日。⑭程亮:《医养融合:养老机构发展新路径探究》,《中州学刊》2015年第4期。⑮杜鹏、纪竞垚:《中国长期照护政策体系建设的进展、挑战与发展方向》,《中国卫生政策研究》2019年第1期。⑯宋琦等:《重大传染性疾病预防中医医养结合机构面临的管理挑战与对策》,《昆明理工大学学报》(社会科学版)2020年第4期。⑰张莹、刘晓梅:《结合、融合、整合:我国医养结合的思辨与分析》,《东北师大学报》(哲学社会科学版)2019年第2期。⑱董红亚:《养老服务视角下医养结合内涵与发展路径》,《中州学刊》2018年第1期。⑲耿爱生:《中国医养结合政策研究》,《中州学刊》2018年第6期。⑳王培安:《推进医养结合,建设健康中国》,《人口与计划生育》2016年第3期。㉑余瑞芳等:《医养结合服务发展的国际经验研究》,《中国医院管理》2016年第6期。㉒王燕妮、宋晰:《医养整合照护国际进展》,《中国护理管理》2019年第2期。㉓胡雯:《健康中国背景下机构改革助力医养结合发展的方案构想》,《行政管理改革》2019年第2期。

责任编辑:海玉

## The Practice Mode and Development Path of the Combination of Medical and Nursing in Metropolis of China

Wu Yu      Zhang Hangkong

**Abstract:** Driven by deep aging and rapid urbanization, the scale of the elderly population in metropolis continues to expand. Metropolis are not only the outbreak point of aging problems, but also the concentration of all kinds of subjects to participate in elderly care services. It is of great significance to summarize the experience of the combination of medical and nursing care in metropolis for the aging challenges faced by small and medium-sized cities and rural areas in the future. At present, Beijing, Shanghai and other metropolis have achieved remarkable results in the exploration of combination of medical and nursing care, and have formed their own unique mode, but they also face some difficulties and problems. In the future, we should start from three aspects, policy makers, service providers and the elderly themselves, to explore the development path of the combination of medical and nursing care in metropolis suitable for China's national conditions. Policy makers should strengthen the top-level design, straighten out the system mechanism, unify the evaluation criteria, strengthen emergency management; service provider should pay attention to the diversification of service content, service regional community and service intelligence information construction; the elderly should do a good job in managing chronic diseases, promoting social participation, and increasing their power of consumption.

**Key words:** metropolis; combination of medical care and pension; health pension; practice mode