

[DOI]10.19649/j.cnki.cn22-1009/d.2023.01.014

基于老年人就医行为的医养结合模式政策支持研究

韦兵¹,付舒²

(1.珠海科技学院公共管理学院,广东珠海 519041;
2.广州市社会科学院社会研究所,广东广州 510400)

[摘要]以老年人就医行为为切入点检视当前医养结合模式构建中的政策支持问题具有重要的现实意义。通过实证研究发现,医养结合模式建构与老年人就医行为之间存在张力,具体表现为医养结合模式“长期收益”的设计理念与老年人就医“短视”的认知行为间,“资源下沉”的分配机制与老年人“人心上浮”的使用行为间,“市场化”的发展方向与老年人“相对保守”的消费偏好间存在系统性矛盾。政策悬浮是产生张力的来源,表现在医养结合政策宣导不足使老年人的健康自主性未能充分发挥,政策激励不够使老年人就医成本无法社会化分担,政策执行扭曲无法改变由上至下的医疗资源分配逻辑,政策配套缺位忽视了家庭照料者的刚性需求。张力的弥合之道在于,构建以居家社区为主的普惠式医养结合模式,打通医养结合在部门间、场景间和制度间的衔接障碍,提升基层医疗机构开展医养结合服务的能力,催动老年人形成“以健康为中心”的医养结合理念。

[关键词]老年人就医行为;医养结合模式;政策支持

[中图分类号]D669.3;D669.6 **[文献标识码]**A **[文章编号]**1003-5478(2023)01-0131-09

一、研究缘起

第七次全国人口普查结果显示,我国60岁以上老年人口比例为18.70%,其中65岁及以上老年人口比例为13.50%,80岁及以上老年人口比例为2.54%,且较2010年提升了0.98个百分点。^[1]数据表明,我国老龄化程度在加深的同时,高龄化趋势也逐渐显现。老年人群预期寿命延长的趋势不可逆转,但预期寿命的延长并不一定意味着健康寿命延长。“发病扩张论”认为,老年人群的病残率会随着高龄化趋势的加剧而持续上升。^[2]据《2020中国卫生健康统计年鉴》数据显示,2019年医院出院病人中,60岁以上老年人占比为40.01%,说明相当部分老年人健康状况不理想,患病住院的比例较高。老年人患非传染性慢性病概率高,多病共存、患病时间长等特点将使未来老年人对医疗养护等服务需求激增。

面对人口老龄化的严峻形势,党的二十大报告提出“实施积极应对人口老龄化国家战略”,推动实

[收稿日期]2022-01-15

[基金项目]广东省普通高校重点科研平台和项目“社会嵌入视角下社区居家养老服务供给模式优化策略研究”(2018WQNCX254);广东省哲学社会科学规划2022年一般项目“超大城市智慧养老融入困境的社会因素及治理机制研究”(GD22CSH06)。

[作者简介]韦兵,珠海科技学院公共管理学院讲师,吉林大学哲学社会学院博士研究生;付舒,管理学博士,广州市社会科学院社会研究所副研究员。

现全体老年人享有基本养老服务。2022年7月,国家卫生健康委等11部门联合发布《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》,提出要“着力破解难点堵点问题,促进医养结合发展,不断满足老年人健康和养老服务需求”。国家的宏观政策既明确了医疗卫生与养老服务相结合的发展主基调,同时又为医养结合的体制机制、政策体系、服务网络、服务能力全面改善提出了新要求。将医疗卫生服务和养老服务有效衔接,使医养结合服务普惠化,建设高质量的医养结合养老服务体系已成为新时代践行“健康老龄化”的重要举措之一。

在国家政策的积极推动下,各地方纷纷开始探索建立“养+医”“医+养”“医养合一”等重点以失能和半失能人群为主的机构型医养结合模式。对此,有学者从资源禀赋角度将医养结合模式分为内源型、外源型、多元型模式^[3],也有从资源流动角度划分为医疗资源向养老机构流动模式、养老资源向医疗机构流动模式以及医疗资源和养老资源双向流动模式^[4],还有学者按照嵌入性结构将其分为医养结合科层组织模式、医养结合契约模式、医养结合网络模式。^[5]但是,以机构型为主的医养结合模式始终难以与普惠式、保基本的养老、医疗服务需求相协调,并由此导致医养结合机构的贵族化倾向以及空置率高等系列问题。因此近两年来,学者们开始关注将社区维度纳入到医养结合模式中来。^[6]

但无论是社区型还是机构型医养结合模式发展至今始终面临有效供给和有效需求不相匹配的困境,医养供需服务内容无法匹配、人力资源匮乏、社区基层服务低水平发展等方面的问题还比较突出^{[7][8][9]}。有学者从体制因素角度对此进行解释,认为医养结合养老服务模式发展至今主要靠政府推动^[10],由于政府的强势在一定程度上降低了民间参与的热情。^[11]而且,由“养”到“医”和由“医”转“养”双向互动机制不畅^[12],由民政、卫生、社保等部门多头管理的问题比较突出。还有学者将其归因为资金投入因素,在政府资金支持有限的情况下主要靠机构自负盈亏^[13],老年人由于机构收费太高无法入住的情况还较为普遍存在。

总的来看,既有文献较多从医养结合模式的梳理和比较中系统总结医养结合模式发展所面临的供需矛盾问题,但也由此导致研究结果呈现出侧重外部视角而忽视主体性视角的弊端。以主体性视角出发,意在强调医养结合模式的发展要与老年人的认知能力、使用习惯、消费偏好相匹配。医养结合模式绝不是在“养”功能基础上简单叠加“医”的部分,微观主体老年人的就医行为决定了其对医养结合模式接受程度和利用程度。将宏观模式与微观行为研究相结合,可以在归纳老年人就医行为特征的基础上揭示其与医养结合模式实践间存在的内在张力,为进一步提高医养结合模式与老年人就医行为间的适配性提供政策支持建议。

二、就医行为与政策互动:一个类型学的分析

一般来说,老年人的就医行为受多维因素影响。辜胜阻等(1993)较早地将老年人就医行为划分为老年人看病、住院、用药等情况。受国外 Andersen(1968)、Heckman 等医疗服务利用模型的影响,国内诸多研究发现,从微观个体层面看,老年人就医行为与个人的年龄、收入、慢性疾病、家庭等因素有关。^[14]此外,医疗机构的可及性、医疗水平、医疗费用、就医环境等因素对就医行为也产生影响。^{[15][16]}医疗保险政策的实施对老年人就医行为也有着明显的激励性,医保政策对就诊率、医疗机构选择产生影响。^{[17][18]}由此来看,老年人的就医行为实际上是多重维度因素共同作用下做出的个体决策。

吉登斯强调规则的结构不是“外在”于个体行动的东西,而是内在于人们的行动中的虚拟存在物。^[9]把握行动者的动机可以反推该社会行动于行动者的主观意义。^[19]结合政策因素对行为产生的影响,我们可以尝试将老年人就医行为划分为四种类型,用于分析外部规则对老年人就医行为的影响,以及在这种影响下形成的行为决策。^[20]第一,价值理性就医型。个体将健康价值观放在首位,对自身的身体状况、是否需要就医、何时需要就医、就医方式选择等能够做到较为理性的判断且符合外部规则要求。第二,合理引导就医型。个体的健康主体性较差,无法对接受科学治疗做出理性判断,需要外部

规则做出有效引导,在经过个体与目标的充分对照权衡的理性选择后,做出达到目的的有效行为。第三,自主判断就医型。个体虽具有较强的健康自主性,但外部规则无法帮助个体有效排除就医过程中所遭遇的困境,导致个体的就医决策仍主要靠感觉、心情等不稳定的情感状态所决定。第四,非理性就医型。不具备健康素养的老年人无法通过外部规则获得相关行为的正向激励,老年人的就医行为将继续沿着长久积习下来的方式延续,从而带来拖延治疗或过度消费的非理性就医后果。

三、张力表现:医养结合模式与老年人就医行为间的系统性矛盾

(一)“长期收益”的设计理念与“短视”的认知行为相矛盾

“医养结合”面向的服务对象是全体老年人的不同生命阶段,囊括“疾病预防+健康干预+长期照护+临终关怀”的全周期服务。迟福林认为新型医养关系是推进医疗支出前端化,更多地将医疗资源配置用于“防未病、治小病、促保健”^[21],由此我们可以将“疾病预防”和“健康干预”看作医养结合模式实践的逻辑起点。但在实践中,具有“长期收益”特征的医养结合模式与老年人的就医认知行为间呈现出“事前预防”与“事后治疗”理念上的矛盾。

根据“健康老龄化”理念,老年人进行定期体检可以看作对身体进行康养“投资”的一种表现。这是因为,定期体检可以让老年人积极关注身体变化,做到疾病早发现、早治疗、早预防。但由于长久忽略“治未病”的重要性,我国医疗服务资源更多地投入疾病治疗阶段。与此同时,我国老年人自身的预防意识薄弱,对自身进行积极的康养“投资”行为形势不容乐观。2017年7月,笔者在广州11个区进行实地调研,在获得的3303份样本中,每年能够定期参加体检的人数占比为45.6%,不足半数,而且存在明显的年龄和健康选择差异。例如,“70—80岁”老人进行体检的发生率是“60—70岁”老人的1.43倍,“没有老年病”的老人进行体检的发生率仅是“有老年病”老人的55%。老年人对体检理解存在误区表现为,越是年轻、身体健康的老人越容易忽视对疾病的预防,从而表现为缺乏有规律性的健康预防行为。

“已病早治、既病防变”是医养结合所强调的价值理念之一,但老年人的“拖延就医”行为比较普遍。根据国家卫健委公布数据显示,2020年全国居民健康素养水平仅为23.15%。老年人由于受固有观念和长期积习的影响,健康素养不足,大病化小、小病化了等守旧思想严重。笔者调查显示,老年人就医拖延的原因选择较为集中的前五项依次为“医疗费用太贵”(39.8%)、“自己能够治疗小毛病”(38.2%)、“就医麻烦”(27.3%)、“交通不方便”(16.9%)、“无人陪伴护送”(15.4%)。可见,老年人在短期内对“成本-收益”的考量以及对自己能够治愈疾病的过度自信,导致就医拖延行为一再出现。这种“短视行为”对个人而言,会严重影响老年人身体健康,身体问题又会进一步影响心理健康,一旦老年人病情加重需要长期住院就会给家庭带来沉重的经济、时间、陪护和精神负担^[22],并可能影响家庭关系。对社会而言,老年人病情加重导致住院长期“压床”占用大量的卫生资源,医疗床位周转慢加剧“看病难”,医疗费用高涨,医疗保险支付压力增大等后果。

(二)“资源下沉”的分配机制与“人心上浮”的使用行为相矛盾

无论是“养+医”“医+养”还是“医养合一”的医养结合模式,对“医”部分的资源整合主要是通过向一级或二级综合医院进行结构和功能调整来满足老年人的医疗服务需求。在此逻辑下,医养结合的医疗资源分配机制呈现“资源下沉”的特点,其意义一方面可以盘活基层医疗卫生资源,提高基层医疗资源利用效率;另一方面可以纾解大医院看病扎堆、住院压床等问题。但是在面向带病周期长、医疗服务需求大的老年人时,医养结合资源下沉的分配机制与老年人向上寻优质资源的强烈动机相矛盾。

在笔者的调查中,老年人就诊首选为街镇一级的卫生服务中心的占比达到41.5%,其次为市区两级医院,占比均为21%。这说明社区首诊,分级诊疗的政策引导起到了明显的效果,“看小病”在基层医疗机构基本得到实现。但调查显示,70—80岁年龄段的老年人患病概率增大,门诊就诊率也随之提高。特别是80岁以上老人身体状况差,住院年次数明显升高,“看大病”需求更为突出,对高质量医疗

服务的需求也比80岁以下老人更为迫切。一般来说,人类要拥有更加长的寿命和更好的健康状况,就要求在预防、诊断和治疗各种疾病方面不断增加医疗和药品的数量和质量。^{[23][33-40]}医养结合模式的医疗资源利用虽然强调基层可及,但基层医疗资源在老年健康管理和护理服务供给在实践中却严重不足,尤其是失能护理服务短缺,造成老年人长期在医院挤占床位等现象。^[24]在医疗需求得不到有效满足的情况下,老年人为获得更好的治疗效果仍有向上寻求优质医疗资源的强烈动机。

除此之外,老年人利用基层医疗服务能力不足更进一步降低服务使用率。医养结合模式为提高医疗服务便利性,以社区为单位为签约的居家老人提供包括上门巡诊、家庭病床、康复训练、健康管理等服务,这也是满足失能、高龄老年人刚性需求的有效方式。但从实践来看,社区层面所提供的医疗服务常因“有名无实”“有养无医”而受到诟病。以家庭医生签约服务为例,该政策在国务院、国家卫健委等部门的联合推动下,于2017年在全国范围内得到全面实施。但民众对该政策的知晓率以及认可度不高,签而不约现象普遍存在。^[25]为何产生这一现象?从主观角度看,老年人与社区未能建立起紧密联系。居民或家庭采取自愿原则与家庭医生团队签订服务协议,两者关系的维系并不强调强制性。特别是在部分老年人对社区医疗服务能力和水平存疑的情况下,降低了其参加服务的积极性和主动性。从客观角度看,老年人获取和利用信息的能力较弱。笔者在调查中发现,很多老年人对什么是家庭医生、什么是家庭医生基础服务包并不知晓。老年人或表示从未接受过家庭医生服务,或不知道自己的家庭医生是谁,或签约之后不知道应该跟谁联系。可见,老年人在信息获取和信息利用中处于弱势地位,“不知道约”“不会约”等情况普遍存在并极大地制约了老年人主动利用医疗服务的需求。

(三)“市场化”的发展方向与老年人“传统保守”的消费偏好相矛盾

自2013年国家提出“推进医疗卫生和养老服务相结合”的发展方向后,各地在推进医养结合发展过程中普遍重视在机构层面实现医养结合。^[26]随着该模式的大力铺开,医养结合机构床位数“供过于求”,老年人租住率低、床位空置率高等问题突出。^[27]从就医行为角度分析,机构层面的医养结合模式因侧重“市场化”的发展方向与大多数老年人的传统保守的消费偏好间存在矛盾。

一方面,机构医养结合易产生“区隔感”,但老年人对家庭照料有强烈依赖。随着年龄增长,生理功能、日常行为能力的不断退化和下降导致老年人行走不便、日常生活活动能力较差,半失能/失能风险不断上升。笔者调查显示,越是高龄、失能的老人对家庭照料的依赖越强,按照照料者的重要程度排序分别为配偶(45.6%)、儿子(28.8%)与女儿(10.5%),家庭成员仍然是家庭照料的主要来源;家庭支持越多的老年人寻求社会化、市场化养老服务的需求越低,寻求养老机构人员(3.9%)、家政服务人员(2.9%)、医疗护理机构人员(1.2%)帮助的占比都非常低。通常我们会认为身体状况是影响老年人选择机构养老的重要因素,但是在被访的60名不能自理老人中,考虑入住养老机构条件的排列次序则为无子女照料(30%)、完全不能自理(28.3%)、无老伴陪伴(15%)。这一结果又再次表明,当老年人不能自理时,往往还是首先希望通过子女或配偶来提供照料支持。由于入住医养结合机构往往会使老年人脱离家庭氛围,在很大程度上养老机构往往成为老年人不想给家人增添负担的无奈选择。

另一方面,机构医养结合服务“高端化”。医养结合机构医疗、护理水平高,居住环境好,大部分医养结合服务机构都定位为高档、享受型服务机构,价格偏高,对普通老年人及其家庭而言费用负担较大。^[8]比如广州的民办公助型医养结合机构针对自理半自理、介助、介护等不同健康状况的老人收费在4000元/月至10000元/月价位不等。根据笔者调查,广州2017年老年人的养老金平均值为2641.68元,养老金中位值为3000元。其中,农村老年人养老金均值仅为956元,远低于城镇老年人养老金均值3206元。一般来说,老年人的消费能力受制于个人收入和家庭财产的约束,目前的医养结合养老机构定价在一定程度上超出了老年人的月收入水平,而且对于农村老年人来说更是望尘莫及,加之受长期勤俭节约的消费观念影响,老年人的消费结构较为固化。在调查的全部家庭支出中,老年人“食”的支出可以占到总支出的46.2%，“医”的支出占比22.7%，而其他享受型的消费支出结构占比非常小。至少

从目前来看,具有中高收入水平且具有追求高品质生活的老年人群体规模还比较小,仅仅依靠个体收入、储蓄或子女资助等形式提升老年人的有效消费能力以适应机构型医养结合市场化发展仍需时日。

四、张力来源:医养结合模式与老年人就医行为中的政策悬浮

所谓政策悬浮,是指政策脱嵌于社会结构、政策对象、政策执行以及文化环境等现象。^[28]上述分析表明,医养结合模式在设计理念、运行机制以及发展方向上与老年人的就医行为特征存在一定程度的悖离。而近年来国家出台的大量支持医养结合模式发展的政策主要侧重财税、贷款、土地、人才等宏观层面配套政策,在一定程度上缺乏对老年人就医行为因素的考量,导致医养结合相关政策悬浮于老年人就医行为之外,具体表现为以下方面:

(一)宣导不足:老年人的健康自主性未能充分激发

老年人的就医行为并非完全理性。调查中,大多数老年人不了解“治未病”的好处,也没有认识到“拖延就医”的坏处,还缺乏对居家上门医疗服务如何利用的了解。这些不合理的就医行为主要是由于认知局限或完全无知造成的。针对上述不合理的就医行为,外部环境有必要及时提供帮助老年人纠正行为的政策安排,以减少上述情况的发生。在地方实践中,多地均有为老年人制定了专项政策。在广州2018年出台的《广州市深入组织实施老年人照顾服务项目工作方案》中,规定为本市65岁及以上常住老年居民(包括本市户籍及居住半年以上的非户籍老年人)建立健康档案,每年免费提供一次包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导等内容的公共卫生服务。政策能否转化落地,老年人对相关政策的有效获得及充分利用就显得十分重要。

从老年人自身角度看,受学历程度不高、获取信息渠道狭窄、信息获取能力低等现实问题影响,老年人从既有政策中获取康养信息资源的效果不甚理想。与此同时,面对老年人健康素养不足、健康理念落后的情况,目前的政策也未能在“治未病”“治小病”与“治疾病”的价值判断中对老年人进行常识性的政策宣传及健康教育。因此,有必要扩大政策宣传等途径,通过熟人宣传、传统媒体、新媒体、信息服务机构介入等多种方式使老年人对相关优惠政策有所了解,帮助他们获得预防疾病发生、延缓衰老、解决身体不适等问题的基本信息。

(二)激励不够:老年人的就医成本无法社会化分担

行为改变是否会发生完全取决于交换付出的代价大小或得利的多少。如果想扭正老年人不合理的就医行为就必须让他们认识到其行为改变将获得更大收益。在面对老年人医养服务需求无法转化为有效需求问题时,作为减轻老年人医疗负担的医疗保险制度以及长期护理保险制度就必须在面对家庭、社区、机构等不同层次医疗护理费用时发挥积极作用,而不是成为众多医养机构发展的“拦路虎”。^[29]但目前医疗保险和长期护理保险的衔接还不够充分,两者衔接虽有宏观政策指导,但微观操作落地困难^[30],导致降低老年人医疗成本的政策激励不显著。

目前,医疗保险是由社会医疗保险机构按规定提供医疗费用补偿的制度安排。从使用范围来看,医疗保险只能报销医疗机构中的费用,不能报销养老机构的花销。长期护理保险作为一种健康保险,其制度设计理念是针对较长时间内需要依赖他人帮助才能完成日常生活的人所发生的护理费用以及非正规护理者的不足进行分担给付的一种制度安排。从长期来看,长护险可以减少医疗资源的过度使用,降低医疗保险报销。但受制于医疗保险的报销范围规定以及长期护理保险受惠群体有限等现实问题约束,两种制度尚不能缓解有护理需求老人的经济压力。一方面在老年人现有医疗政策引导下会产生逆向选择以及不合理的就医行为,比如失能人员因非疾病住院而使发生的医疗支出增加。另一方面,长期护理保险保障水平较低,无法满足不同失能程度老年人的多样化需求。受消费能力约束,即使健康状况已经迫切需要医养服务介入,也仍可能不愿意购买相应的服务。^[31]

(三) 执行扭曲:由上至下的资源分配逻辑无法改变

在由上至下的医疗资源分配中,基层社区卫生机构因能够为老年人提供便利化、精细化的就近服务而成为整个分级诊疗系统的守门人。但是长久以来,我国医疗资源分布在城乡间、地域间呈较大差异。特别是一些超大型城市受经济与制度等因素影响,医疗服务资源聚集性与公平性呈现以中心城区为核心,在向外辐射过程中呈现出空间集聚水平递减趋势^[32],进而造成不同层级的医疗机构之间的财政投入、医保支付、人事管理等方面存在壁垒和障碍,人财物等资源下沉受阻。不同层级医院关系“理不顺”“接不住”造成老年人双向转诊、分级诊疗难以实现。特别是基层卫生服务机构人才缺乏,专业技能、服务水平以及信息化程度均不能满足日渐提高的老年人需求。

在家庭签约医生服务中,现有政策不能为社区家庭医生提供政策保障,导致家庭医生服务效能不足,对老年人的健康指导和服务流于形式,忽视疾病筛查、心理慰藉、健康干预和指导、慢病管理等“治未病”“治小病”服务。家庭医生工作动力不足,一方面,是由于绩效激励政策扭曲,社区医生薪酬待遇水平大多不及同级专科医生以及二级、三级医院的医生。社区医生的主要收入仍来自于疾病诊疗而非家庭巡诊、健康咨询等上门服务,因而也没有提升基本业务效能的强烈动机。另一方面,针对社区医生的人才发展政策扭曲,基层医疗服务机构不仅编制不足、职业晋升困难等,而且老年人对家庭医生服务的知晓率和认同度低又进一步降低了社区医生的职业认同感,造成社区医生的流失。

(四) 配套缺位:家庭照料者的刚性需求未引起关注

家庭照料对老年人的医疗服务利用存在显著影响。有效的家庭照料可以通过改善老年人的健康水平减少医疗服务利用,而缺乏家庭照料资源易增加老年人对医疗服务体系的利用,导致医疗服务资源浪费。^[33]由于经济社会条件的巨大变迁,传统家庭养老的内在支撑条件不断受到挑战。从现实情况看,老年人对家庭的情感依赖仍然十分强烈,但国内家庭照料的支持政策发展迟滞,缺乏对不同类型家庭政策的相互支撑和组合使用。这在一定程度上也反映出养老服务政策在提升社会化照料水平的同时,对家庭照料产生一定的挤出效应。

为提升老年人的居家照料水平,需要在老年服务体系中创造政策条件激发家庭照料功能的回归。目前我国的家庭照料支持政策缺位体现在以政府的直接拨款、免税或以购买服务等形式对家庭照料者的经济支持政策,缺乏喘息服务、家庭助理服务、居家医疗服务等服务辅助支持政策,缺乏弹性的工作时间安排、带薪休假制度、照料者津贴等就业支持政策。此外,作为政策重心的社会化照料也未能与家庭照料形成良好互动。社会化照料主体在介入居家照料的过程中缺乏对家庭照料者的技术支持,在引导社区志愿养老服务过程中未关注对专业医护志愿者或家庭/邻里专业照护者的培育。

五、张力弥合:优化医养结合模式发展的政策支持建议

为使老年人的就医行为由非理性就医型、自主判断就医型向合理引导就医型以及价值理性就医型转变,医养结合政策应在医养结合模式建构与老年人的就医行为间寻求平衡,从政策导向、政策融通、政策宣导等角度进行优化,对此建议:

(一) 厘清政策导向:构建以居家社区为主的普惠式医养结合模式

按照国家所倡导的“9073”养老格局,医养结合模式需要在政策引导下改变长久以来存在的“重机构轻社区”的建设思路,重点将医疗服务植入居家社区养老模式之中,走出一条具有“保基本、兜底线”的普惠式医养结合发展之路。普惠式医养结合模式应在政策指导下,对居家社区层面与机构层面的医养结合模式在服务对象、服务内容、资源调配、保障程度之间做出相对清晰的界限,并通过建立动态调整机制来实现老年人在不同医养结合机构之间做出合理的动态安排。具体的建设内容可包括以下三个层面:

第一,以居家和社区医养结合模式为基础,将居家社区医养结合模式的服务对象重点设计为面向活力老人,以及部分身体机能受损需要短期或长期康复治疗的卧床老人。在服务内容上,侧重“康护

养”功能的有机融合。其中,“康”侧重疾病预防、健康管理、养生保健等;“护”侧重对卧床老人的生活照护、医护服务、康复护理、日托全托、转诊服务等;“养”体现在日常照护、文体服务、精神慰藉服务等。在资源调配上,利用福利多元主义主张推动政府、市场、社区、民间组织间达成合作,以满足目标人群需求差异。在保障程度上,以普惠式医养服务为目标,遵循“保基本、兜底线”原则,采用免费、低费、差额补偿等多样化方式,建立养老服务护理和养老服务补贴等补偿性制度,以重点满足普通老人和弱势老人对医养服务的需求。

第二,以机构医养结合模式为补充,将医养结合服务的重点对象定位于身体健康不佳,失能、失智需要长期介入和介助服务的老年人。服务内容侧重“医”的部分并突出医疗服务的专业性,通过组建医生、护士、心理师、康复师等专业医护团队开展全周期高质量的整合式服务。在保障程度上,公办养老机构主要面向低收入、经济困难老年人中的失能、半失能老人,为他们提供减免收费或低收费入住服务。民营养老机构应充分与医疗机构、护理机构、康复机构深度合作,并面向社会上具有消费能力的失能、半失能老人提供经营性服务,按照市场定价收取照料和护理费用。政府也可以向民营养老机构购买一定范围的公共服务,转移部分由政府直接提供但效率不高的医养服务项目。

第三,建立老年人在居家社区与机构医养结合模式中动态转移的健康评估机制。加快培养老年人健康评估专业人员,组建专业的健康评估团队,根据老年人的健康状况、经济状况、需求状况为他们定制由居家社区医养结合模式向机构转移,或由机构医养结合模式向居家社区转移的具体方案,通过服务精准对接,提高不同类型医养结合模式的运作效率,以节省个人及家属为转移老人所承担的时间成本、经济成本。

(二)破除政策壁垒:打通部门间、场景间和制度间的医养结合衔接障碍

第一,打破“多头管理”的行政执行壁垒。医疗服务和养老服务难以深度融合的根源在于医养结合工作分别由多个行政部门主管,并由此造成医养功能的分离和相关政策安排的分割。实践中,民政部门负责组织实施养老服务,卫生部门负责组织实施医疗卫生服务,人社部门组织实施医保报销服务。要着力解决多个行政部门参与造成养老机构准入、医保定点、医疗服务、收费审批等事项中“多头管理”问题,通过建立多部门合作的有效机制,捋顺医疗服务和养老服务在管理体制上的关系,从而将医疗服务体系和养老服务体系打通融合。

第二,打破养老场所与医疗场所的场景分离。医疗服务和养老服务相融合的要害之一是场景融合,通过改变医养结合的管理模式有助于这一目标的实现。可探索“一张床”的医养结合管理模式,即根据老年人身体状况,在老年人病情稳定时对老年人进行医疗专护管理,由医生定期查房,提供生命体征和慢性病的基本管理。当老年人病情发生变化时,随即采用住院模式,立即采取有效的救治措施,实现在一张病床上完成养老和医疗两类服务的无缝衔接和转换。

第三,填补医疗保险与长期护理保险制度之间的衔接真空。老年人入住养老院但医疗部分巨大的花费无法实现医保报销,而住院养老又造成医疗资源和医保基金的严重浪费。因此,要根据基本医疗保险、大病保险、长期护理保险等基本社会保障制度发展规律,促进相关制度间的有效衔接。当前的工作重点应明确长护险在定点医养结合机构的使用范围,由长护险定点机构提供基本生活照料和医疗护理两类服务的补贴,重点满足失能老年人的医养服务需求。同时,还要加快探索医疗保险和长护险的“异地通关”政策,为跨地域养老服务机构及异地养老的老年人提供政策保障,推动区域间养老服务资源的共建共享和政策融合。

(三)支持资源下沉:提升基层医疗机构开展医养结合服务的能力

第一,盘活利用基层医养服务资源。一方面可对现有效率不高的医疗机构资源进行整合改造。鼓励业务量不足的一级二级医院、专科医院、民营医院等转型为老年护理医院或康复医院,并要求对超过一定时限的康复护理服务转诊至基层医疗机构。另一方面可推进医疗资源和养老资源的双向流动。

比如基层医疗机构的医疗服务向养老机构延伸,减少养老机构重复建设和运营成本,方便老年人就近获得医疗服务。积极动员和利用社区养老服务中心、社区卫生站、日间照料中心等基础设施嵌入健康小屋、全科医生工作室等服务载体,为失能、半失能或行动不便的居家老人提供定期体检、上门巡诊及护理、家庭病床等医养服务。

第二,提高基层医疗卫生机构的服务质量。改造升级社区卫生服务中心硬件设施建设,对医养结合床位数、医务人员数、护士人员数等设定合理配比,以增加基层医疗资源在老年健康管理和护理服务方面的供给。提高基层医疗机构医务人员工资待遇,打破职称晋升瓶颈,吸引优秀的全科医生下沉至社区服务。重视居家养老照护者和机构管理人员的技能培训,通过养老护理员上岗培训、在岗培训、职业技能等级认定培训、养老管理员在岗培训、失能老人照护技能培训等多种形式提高从业人员的受教育水平和综合职业能力,形成较为稳定的人员队伍。

第三,支持建立医疗协作体系网络。依托现有的城市医疗集团、县域医共体、跨区域专科联盟、远程医疗协作网等医联体模式,为老年人开展预约诊疗、病历管理、双向转诊、远程会诊、远程专家门诊、远程诊断等医疗服务,让老年人享受居家型的优质医疗服务,降低老年人的就医成本。

(四)重视政策宣导:推动老年人形成“以健康为中心”的医养结合理念

第一,帮助老年人树立正确的健康理念,推动医疗支出前端化。将“防未病、治小病、促保健”作为医养结合服务宣传的重点工作开展。在基本医疗服务财政保障中,将资金从以“治病为中心”转向“以健康为中心”,加大在疾病预防、卫生保健等方面的公共卫生投入。同时,积极利用社会组织、社区自组织等力量深入老年群体进行政策宣讲、医疗科普宣传,拓宽信息宣传渠道,让老年人成为自己健康责任第一人,增强老年人在健康管理、预防疾病方面主动获取知识和医疗信息的能力。

第二,以家庭签约医生制度为抓手,由家庭医生团队为签约老年人提供健康评估、个人和家庭健康教育、健康咨询与指导、疾病筛查、慢性病连续管理、转诊跟踪、社区康复等综合连续的健康管理服务。创新医疗保险费用管理方式,在总额控制基础上采取结余奖励的方式,激励家庭医生对签约老人预防保健工作的重视。合理设计医保统筹的范围并适当提高家庭医生看诊的报销比例,减轻老年人就医经济压力,吸引长者积极参与。

第三,宣传中医药在“治未病”方面的优势。中医药提倡“预防为主”,其在预防保健、疾病治疗和康复养生中具有独特的功效。在构建“大健康”格局的背景下,应合理利用和充分开发中医药资源的优势,对比较受老年人欢迎的推拿、按摩、针灸等康复理疗项目纳入政府采购目录或医保目录中,并支持社区医院开展相关项目。

参考文献:

- [1]《第七次全国人口普查公报(第五号)》[EB/OL].2021-05-11.国家统计局网站, http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/202105/t20210510_1817181.html.
- [2]McDonald T. Elemental considerations of 'long life' as success or failure [J]. Journal of Religion, Spirituality & Aging, 2012,24(1).
- [3]杨翠迎,鲁於.“医疗嵌入型”医养结合服务的行为逻辑与实践经验——基于上海市六个区的调查分析[J]. 云南民族大学学报(哲学社会科学版),2018(6).
- [4]李玉莲,李长远.健康老龄化背景下医养结合养老服务模式的优化策略[J]. 社会福利,2018(5).
- [5]刘清发,孙瑞玲.嵌入性视角下的医养结合养老模式初探[J]. 西北人口,2014(6).
- [6]崔树义,杨素雯.健康中国视域下的“医养结合”问题研究[J]. 东岳论丛,2019(6).
- [7]马伟玲,王俊华.我国医养结合养老服务试点进展、存在问题及国家治理研究[J]. 苏州大学学报(哲学社会科学版),2017(3).
- [8]周坚,邓绮琳.医养结合养老服务“供需错配”问题研究[J]. 卫生经济研究,2019(10).
- [9]刘博,韦伯,帕森斯,吉登斯社会行动理论之比较[J]. 社科纵横,2010(12).
- [10]申俊龙,申远,王鸿江.健康老龄化视域下“医养结合”模式研究[J]. 价格理论与实践,2019(9).
- [11]杜少英.“医养结合”养老模式的障碍及破解[J]. 人民论坛,2018(33).

- [12]张晓杰.医养结合养老创新的逻辑、瓶颈与政策选择[J].西北人口,2016(1).
- [13]陈娜,王长青.失能老人与医养结合养老模式的匹配关系[J].中国老年学杂志,2019(7).
- [14]李淑玲,乔钰涵,张伟.新农合农民就医行为与认知影响因素的实证研究[J].工业工程与管理,2014(4).
- [15]张丽,童星.农村老年居民住院服务利用及其影响因素研究——基于CHARLS数据的实证分析[J].南京社会科学,2014(4).
- [16]辛艳,等.社区医疗机构公众就诊行为意向影响因素研究[J].中国卫生事业管理,2016(2).
- [17]李湘君,王中华,林振平.中国农村乡镇卫生院服务效率的实证分析——基于省际面板数据的DEA-Tobit估计[J].人口与发展,2012(2).
- [18]姚兆余,张蕾.新型农村合作医疗制度模式对农民就医行为的影响——基于苏南三市的比较分析[J].南京农业大学学报,2013(1).
- [19]刘正强.中国访民的理想型——立基于韦伯社会行动理论的本土解释[J].学术月刊,2018(2).
- [20]周洁,柴彦威.中国老年人空间行为研究进展[J].地理科学进展,2013(5).
- [21]迟福林.探索“以养促医、以医助养”的新型医养关系[J].人民论坛,2019(8).
- [22]龚秀全.医养融合的实现路径及其策略性嵌入——以上海为例[J].华东理工大学学报(社会科学版),2016(5).
- [23][美]乔治·马格纳斯.人口老龄化时代——人口正在如何改变全球经济和我们的世界[M].北京:经济科学出版社,2012.
- [24]汪连新,黄秀莲.医养结合视角下社区养老服务对策[J].学术交流,2021(5).
- [25]高和荣.签而不约:家庭医生签约服务政策为何阻滞[J].西北大学学报,2018(3).
- [26]李长远,张会萍.欠发达地区推进医养结合发展的实践模式、现实障碍及破解路径[J].宁夏社会科学,2020(4).
- [27]田杨,崔树义,杨素雯.养老机构扶持政策实施效果研究——基于山东省45家养老机构的调查分析[J].山东大学学报(哲学社会科学版),2018(3).
- [28]方菲,吴志华.双重脱嵌:精准扶贫政策的基层实践困境解析:基于湖北省X镇的调查[J].学习与实践,2019(1).
- [29]王浦劬,雷雨若,吕普生.超越多重博弈的医养结合机制建构论析——我国医养结合型养老模式的困境与出路[J].中共中央党校(国家行政学院)学报,2018(2).
- [30]杨菊花,王苏苏,杜声红.中国长期照护政策的问题分析及政策选择[J].卫生经济研究,2021(5).
- [31]邓敏,罗凤琦.居家老年人医养偏好的综合评估与整合供给策略研究[J].中国卫生事业管理,2019(11).
- [32]吴克昌,刘志鹏.特大型城市社区养老体系构建及满意度研究[J].学习论坛,2019(5).
- [33]余央央,封进.家庭照料对老年人医疗服务利用的影响[J].经济学(季刊),2018(3).

Research on Policy Support of Integrated Eldercare Services Model with Medical Care Based on the Elderly's Health Seeking Behavior

WEI Bing¹, FU Shu²

(1. School of Public Administration, Zhuhai College of Science and Technology, Zhuhai, Guangdong 519041;

2. Institute of Social Research, Guangzhou Academy of Social Sciences, Guangzhou, Guangdong 510400)

Abstract: It is of great practical significance to examine the policy support in the construction of the current integrated eldercare services model with medical care from the perspective of the elderly's health seeking behavior. Through empirical research, it is found that there are contradictions between the construction of the integrated eldercare services model and the elderly's health seeking behavior, which is specifically reflected in the contradictions between the design concept of "long-term benefits" and the cognitive behavior of "short-sighted" elderly's health seeking, between the distribution mechanism of "sinking resources" and the use behavior of "overambitious" of the elderly, and between the development direction of "marketization" and the "relatively conservative" consumption preference of the elderly. Policy suspension is the source of contradictions, which is manifested in the following aspects: insufficient policy advocacy of integrated eldercare services model with medical care fails to give full play to the health autonomy of the elderly, insufficient policy incentives make it impossible for the elderly to share the cost of medical care in a social way, distorted policy implementation cannot change the top-down medical resource distribution logic, and the lack of policy support ignores the rigid needs of family caregivers. In order to optimize the development of the model, it is necessary to build an inclusive model based on family and community, break through the barriers of different departments, scenes and systems, improve the ability of grass-roots medical institutions, and promote the elderly form a "health-centered" concept of integrated eldercare services with medical care.

Keywords: Elderly's Health Seeking Behavior; Integrated Eldercare Services Model with Medical Care; Policy Support

责任编辑:宋海洋