



探索中国式农村医养结合

李玲 黎嘉辉

[摘要] 实施积极应对人口老龄化国家战略要求构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系。本文对中国农村医养结合发展的背景、一般模式、存在的问题及其原因做出梳理并指出未来发展方向。与城市相比,农村老龄人口数量大、低龄人口占比高、身心健康问题突出、养老服务设施覆盖率低,对优质医养服务的需求更加强烈。目前,农村医养结合已形成许多成功的模式,但也存在医养结合层次低、农村医疗资源缺乏、筹资体系缺失、专业人才缺乏、“治未病”的理念没有有效体现、老人健康数据尚未得到有效利用的问题。在改进这些问题的基础上,未来农村医养结合发展可分为建设、补充、夯实三个阶段,逐步建立优质的农村医养服务体系,最终实现城乡老人医养服务一体化。

[关键词] 人口老龄化;农村养老服务;医养结合

DOI:10.13240/j.cnki.caujsse.2021.04.007

在中国,党和政府高度重视人口老龄化问题,把积极应对老龄化上升为国家战略。党的十九届五中全会通过《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》指出我国未来要实施积极应对人口老龄化国家战略,构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系^①。

健康的体魄是老人实现美好老年生活的重要前提,推动医养结合是新时代养老事业发展的主要方向。满足老年人养老服务和医疗健康服务的综合需求,以“医养结合”的理念发展养老事业是未来的重要方向。同时医养结合也是“健康中国”规划下实现健康老龄化的重点内容。中共中央、国务院印发的《“健康中国2030”规划纲要》中指出,未来要“推进老年医疗卫生服务体系建设,推动医疗卫生服务延伸至社区、家庭。健全医疗卫生机构与养老机构合作机制,支持养老机构开展医疗服务”^②。

在推进医养结合的过程中,农村地区的医养结合工作更值得重视。城乡之间老年人的年龄结构、健康水平、养老基础设施有着不一样的特点。因此,农村地区发展医养结合不能照搬城市模式,应该结合地方实际情况走具有农村特色的医养结合道路。

本文讨论了目前农村医养结合的现状、一般模式、现存问题与未来的发展方向。下文结构如下:第一部分是农村医养结合发展的背景。该部分先从一般意义上探讨医养结合的必要性,然后对比城乡之间的差异总结农村医养结合的必要性及紧迫性。第二部分介绍当前我国医养结合的基本模式。第三部分是农村医养结合实践中存在的问题。第四部分是农村医养结合发展方向及建议。第五部分是我国医养结合发展阶段的重点与目标。第六部分总结全文。

[收稿日期] 2021-05-28

[基金项目] 国家社科基金重大项目“健全基本医疗卫生制度研究”(20ZDA075)。

[作者简介] 李玲,北京大学国家发展研究院教授;

黎嘉辉,北京大学国家发展研究院硕士生。

① 中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议. 中华人民共和国中央人民政府网,(2020-11-03)[2021-04-05]. http://www.gov.cn/zhengce/2020-11/03/content_5556991.htm.

② 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》. 中华人民共和国中央人民政府网,(2016-10-25)[2021-04-05]. http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm.

一、农村医养结合发展的背景

从2000年开始,我国进入老龄化社会。在随后的20年,我国老龄化程度不断加深。图1展示了2011—2019年我国65岁及以上老人占比与抚养比的变化趋势。由图1可见,我国65岁及以上老人占总人口的比例一直在上升,老人抚养比也在不断上升。人口老龄化的趋势在短期内不会改变。同时,我国老年人的整体健康状况不容乐观,2018年人均预期寿命是77岁,但是健康预期寿命仅为68.7岁,也就是说,我国居民平均有8年多的时间处于带病生存的状态^①。

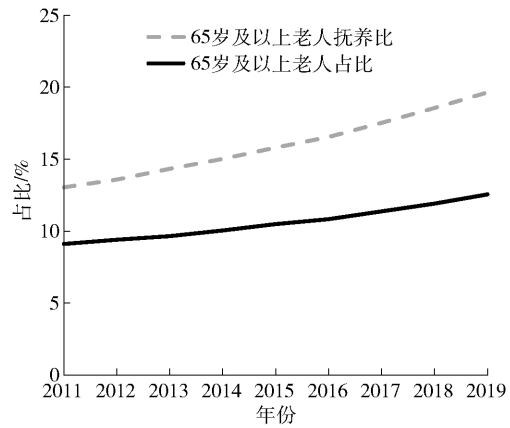


图1 2011—2019年我国65岁及以上老人占比与抚养比变化趋势^②

(一) 老年人养老需求的变化

老年人养老需求中很重要的两个需求是生活照料需求和医疗需求。随着年龄的增加,这两方面的需求都会增加。

在生活照料需求方面,老年人的身体机能会随着年龄的增加而下降,逐渐变成轻度中度失能,甚至是重度失能,生活照料需求也会随着年龄的增加而增加。有研究利用2008—2011年中国老年人健康长寿影响因素调查(CLHLS)数据建立了老年人自理状态生命表,表1为其研究结果^[1]。

表1 老年人自理状态生命表

年龄(年)	余寿(年)	完全自理(年)	轻度失能(年)	中度失能(年)	重度失能(年)	完全自理占比/%	轻度失能占比/%	中度失能占比/%	重度失能占比/%
65~67	16.04	10.11	4.42	0.88	0.63	63.0	27.6	5.5	3.9
68~70	13.95	8.11	4.30	0.90	0.64	58.1	30.8	6.4	4.6
71~73	12.06	6.41	4.07	0.91	0.66	53.1	33.8	7.6	5.5
74~76	10.25	4.92	3.73	0.91	0.68	48.0	36.4	8.9	6.7
77~79	8.63	3.68	3.34	0.90	0.70	42.7	38.7	10.5	8.2
80~82	7.21	2.70	2.91	0.88	0.72	37.4	40.4	12.2	10.0
83~85	5.98	1.93	2.48	0.84	0.73	32.3	41.4	14.0	12.2
86~88	4.92	1.34	2.05	0.79	0.74	27.2	41.6	16.0	15.1
89~91	3.94	0.85	1.60	0.72	0.76	21.7	40.7	18.4	19.2
92~94	2.92	0.41	1.10	0.64	0.77	14.0	37.8	21.9	26.3
95~97	2.65	0.13	0.93	0.75	0.85	4.7	34.9	28.2	32.1
98~100	2.45	0.15	0.79	0.63	0.88	6.0	32.3	25.8	35.9
101+	2.19	0.13	0.63	0.52	0.92	5.9	28.6	23.6	41.9

注:表中各项失能程度根据CLHLS数据中基本日常活动能力(ADL)和工具性日常活动能力(IADL)进行划分。完全自理老人6项ADL和8项IADL均不受限;轻度失能老人能独立完成6项以上ADL,但至少有一项IADL受限;中度失能老人有1~2项ADL受限;重度失能老人有3项以上ADL受限。

① 国家卫计委:中国人均预期寿命77岁,健康预期寿命68.7岁.央视网,(2019-07-29)[2021-04-05].
<http://m.news.cctv.com/2019/07/29/ARTIvF6m3GuWn3FwVrQyS8Vd190729.shtml>.
 ② 国家统计局.中国统计年鉴2020.国家统计局网,[2021-04-05].
<http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2020/index.htm>.

表 1 第一行表明 65 ~ 67 岁老年人剩余寿命有 16.04 年,其中预期完全自理的时间共 10.11 年,轻度失能时间为 4.42 年,中度失能时间为 0.88 年,重度失能时间为 0.63 年,完全自理时间占剩余寿命的 63%,轻度失能时间占剩余寿命的 27.6%,中度失能时间占剩余寿命的 5.5%,重度失能时间占剩余寿命的 3.9%。表 1 的结果说明,随着老年人年龄的增加,其死亡风险也相应提高,剩余寿命不断减少。同时,随着年龄的增加,预期失能时间占剩余寿命的比重不断提高,中度、重度失能时间占剩余寿命的比重也不断提高。

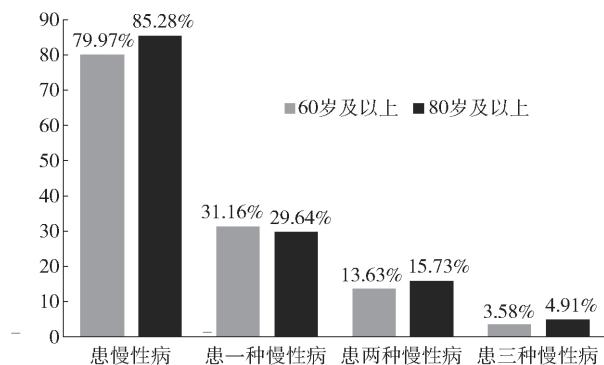


图 2 老年人慢性病患病比例^[2]

除了生活照料需求以外,老人的医疗需求也会随着年龄的增加而增加。一方面表现在随着年龄的增长,老年人患有慢性病的比例以及同时患有的慢性病数量会增加。图 2 为《中国城乡老年人生活状况调查报告(2018)》中报告的老年人慢性病的患病比例。该调查为中国第四次城乡老年人生活状况抽样调查,开展于 2015 年 8 月,对 60 周岁及以上中国公民进行调查,了解老年人的整体生活状况。该调查有效样本达 22.017 万份,具有全国代表性。从图 2 可以看出,60 岁及以上老人中有近 80% 患有慢性病,且在 80 岁及以上老人中患有慢性病的比例更大;对 80 岁及以上老人来说,同时患有两种、三种慢性病的比例都比 60 岁及以上老人高。

另一方面表现为随着年龄的增长,个人的医疗费用也会增加。这也从侧面反映出老人的医疗需求会随着年龄的增长而增加。封进等利用 CHNS1991—2011 年八轮数据分析城乡分年龄的医疗支出情况,调查范围包括广西、贵州、黑龙江、河南、湖北、湖南、江苏、辽宁和山东九个省区^[3]。接受调查的样本报告了接受调查时过去四周是否生病以及生病后的医疗支出,医疗支出为门诊、住院和自己购买药品等所有医疗费用的综合,由医疗保险支付的部分也包括在内。从图 3 可以看出,四周发病率最低的是 15 ~ 29 岁年龄组,此后随着年龄的增长四周发病率不断上升。图 4 是每个年龄组平均四周的医疗费用(生病与未生病样本合在一起)。可以发现,随着年龄的增长平均四周医疗费用也在不断上升。在所有年龄组中,城市样本四周医疗费用均高于农村样本,且这个差距随着年龄的增长不断扩大。

另一方面表现为随着年龄的增长,个人的医疗费用也会增加。这也从侧面反映出老人的医疗需求会随着年龄的增长而增加。封进等利用 CHNS1991—2011 年八轮数据分析城乡分年龄的医疗支出情况,调查范围包括广西、贵州、黑龙江、河南、湖北、湖南、江苏、辽宁和山东九个省区^[3]。接受调查的样本报告了接受调查时过去四周是否生病以及生病后的医疗支出,医疗支出为门诊、住院和自己购买药品等所有医疗费用的综合,由医疗保险支付的部分也包括在内。从图 3 可以看出,四周发病率最低的是 15 ~ 29 岁年龄组,此后随着年龄的增长四周发病率不断上升。图 4 是每个年龄组平均四周的医疗费用(生病与未生病样本合在一起)。可以发现,随着年龄的增长平均四周医疗费用也在不断上升。在所有年龄组中,城市样本四周医疗费用均高于农村样本,且这个差距随着年龄的增长不断扩大。

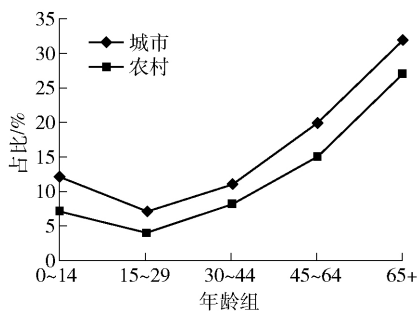


图 3 城乡分年龄组四周发病率(1991—2011 年)

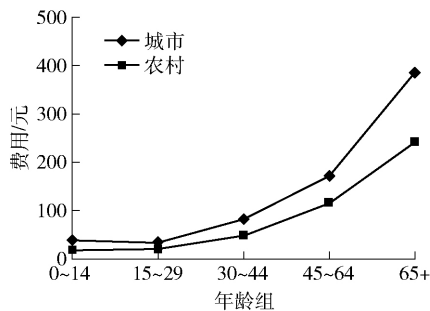


图 4 城乡分年龄组四周医疗费用(1991—2011 年)

(二) 城乡老人的差异

城乡老人在绝对数量、年龄结构、失能情况、身体健康状况、心理健康状况、接受养老设施服务方面存在不小的差异。与城市老人相比,农村老人绝对数量大、年龄较低、失能比例更高、身体健康

水平较低、心理健康等各类问题更加突出,需要得到更多关注。

从绝对数量来看,农村老人数量略高于城市老人。2015年全国1%的人口抽样调查共调查了2 131.22万人,其中城镇60岁以上人口数(171.4266万人)略低于乡村60岁以上人口数(172.7634万人)。按照该比例对2015年年末我国60岁以上人口进行换算,可以得到该年60岁以上城镇老人有11 056.88万人,60岁以上乡村老人有11 143.11万人^①。

从年龄结构来看,农村低龄老人占比高于城市,高龄老人占比低于城市。表2展示了中国城乡老年人年龄结构。由表2可知,农村60~69岁的低龄老人占比为57.7%,比城市低龄老人占比高2.3个百分点;城市70岁及以上高龄老人占比比农村70岁及以上高龄老人占比高2.3个百分点。

表2 中国城乡老年人年龄结构^[2]

单位: %

类别	60~64岁	65~69岁	70~74岁	75~79岁	80~84岁	85岁及以上
总计	32.9	23.6	16.6	13.1	8.6	5.1
城市	32.3	23.1	16.5	13.3	9.3	5.4
农村	33.6	24.1	16.8	12.8	7.8	4.8

从失能情况来看,城市老人的失能比例较农村老人低。表3为分城乡、性别老年人失能情况统计表。农村老人失能比例为4.3%,比城市老人高0.3个百分点。农村女性老人失能比例为5.1%,比城市女性老人高0.7个百分点。

表3 分城乡、性别老年人失能情况^[2]

单位: %

性别	城市	农村	全体
男	3.4	3.5	3.5
女	4.4	5.1	4.8
全体	4.0	4.3	

从身体健康状况来看,农村老年人身体健康状况不如城市老人。从主观的自评健康状况来看,城市老人的自评健康状况要好于农村老人。表4为城乡老年人自评健康状况。城市老人感觉身体健康比较好和非常好的比例为37.80%,而农村老人的这一比例仅为27.68%。城市老人感觉自己健康状况为比较差和非常差的比例为19.69%,而农村老人感觉自己健康状况为比较差和非常差的比例为30.27%。

表4 老年人自评健康状况^[2]

单位: %

您觉得自己的健康状况如何	全国	城市	农村
非常好	6.58	8.00	5.00
比较好	26.39	29.80	22.68
一般	42.27	42.62	41.88
比较差	19.79	15.93	23.98
非常差	4.97	3.76	6.29

从心理状况来看,农村失能老人的心理健康问题更加突出。《中国城乡老年人生活状况调查报告(2018)》的数据显示,在农村22.7%的失能老年人经常感到孤独,29.5%的失能老年人认为老年人是家庭的负担,23.5%的失能老年人觉得自己“比较不幸福”或“非常不幸福”,比城市失能老年人的这一比例分别高7.4个百分点、9个百分点和8.7个百分点^[2]。

① 2015年年末60岁及以上人口数据来自:2015年国民经济和社会发展统计公报.国家统计局网,(2016-02-29)[2021-04-05].http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201602/t20160229_1323991.html.

(三) 城乡养老服务的供需差异

当前城乡养老设施覆盖率存在较大的差距,农村养老设施覆盖率远低于城市。杜鹃等利用2014年中国老年社会追踪调查(CLASS)数据统计发现,城市养老院覆盖率为21.22%,农村仅为10.33%;城市社区老年活动室覆盖率为80.58%,农村仅为39.13%;城市社区拥有托老所或老年日间照料中心的比例为27.70%,农村为4.89%,城市为农村的5.66倍(表5)^[4]。

表5 城乡社区(村)拥有养老设施或机构的情况 单位:%

养老设施或机构	城市	农村	合计
养/敬老院	21.22	10.33	16.88
老年活动室	80.58	39.13	64.07
托老所/老年日间照料中心	27.70	4.89	18.61
社区(村)医院/医疗服务站/卫生室/诊所	83.09	90.22	85.93

与城镇地区相比,农村地区养老服务供给小,且供需缺口更大。丁志宏与曲嘉瑶利用2015年中国第四次城乡老年人生活状况抽样调查数据研究了城乡老人对不同养老服务项目的知晓率、利用率、服务需求^[5]。根据城乡老人对不同养老服务项目的知晓率、利用率、服务需求,丁志宏与曲嘉瑶计算出“利用差”与“需求差”两个指标用以测度养老服务供给与需求之间的匹配程度。“利用差”是某一养老服务项目知晓率与利用率之间的差值,差值越大说明服务项目的供给越大于实际需求,利用效率越低。“需求差”是老人对某一养老服务项目的需求减去该项目的知晓率,该差值越大,说明服务供给越不能满足需求。表6为统计结果。从表6第一、二列可以看出在农村的养老服务项目中,除了上门看病以外,其他项目的提供均小于城镇地区。而从服务需求来看,农村老人在一些项目上的需求高于城镇地区,例如助浴服务、上门看病、日间照料、康复护理、辅具租赁、健康教育、心理咨询。从利用差来看,城镇地区养老服务项目的利用差均高于农村地区,养老资源在城市并未得到有效利用,利用效率低。由于农村养老服务需求大、供给小,因而在许多农村养老服务项目上存在不小的供需缺口。例如,在上门做家务、日间照料、康复护理方面农村的供需缺口介于14%~20%,而在上门看病方面供需缺口更是超过了30%。

表6 城乡老年人各类养老服务项目的供需情况^[5] 单位:%

服务项目	知晓率		利用率		服务需求		利用差		需求差	
	城镇	农村	城镇	农村	城镇	农村	城镇	农村	城镇	农村
助餐服务	12.1	2.6	2.0	0.9	15.0	14.6	10.1	1.7	2.9	12.0
助浴服务	5.8	1.7	1.2	0.7	11.1	11.4	4.6	1.0	5.3	9.7
上门做家务	18.3	3.6	4.7	1.6	21.2	17.9	13.6	2.0	2.9	14.3
上门看病	25.9	32.7	13.3	28.9	44.8	63.3	12.6	3.8	18.9	30.6
日间照料	15.1	6.1	3.0	2.7	18.2	20.7	12.1	3.4	3.1	14.6
康复护理	11.3	3.0	1.9	1.7	21.0	23.7	9.4	1.3	9.7	20.7
辅具租赁	7.4	1.4	1.0	0.6	6.2	8.1	6.4	0.8	-1.2	6.7
健康教育	17.4	5.8	5.1	3.8	10.4	13.4	12.3	2.0	-7.0	7.6
心理咨询	13.2	5.1	2.9	3.5	13.0	16.4	10.3	1.6	-0.2	11.3

(四) 农村老人医养结合的必要性及紧迫性

从必要性来讲,对农村老人实行医养结合的养老模式,有利于保证老年人的晚年生活质量。随着年龄的增长,老年人身体机能下降,对生活照料、医疗照护的需求不断提高。年龄的增加会加大

老人患慢性病的风险。一旦患有多种慢性病,老年人失能的可能性将增加,严重影响老年生活的质量。因此,除了基本生活照料的养老服务之外,老年人还需要一定的医疗照护服务,这就需要大力推动医养结合的养老模式。

从紧迫性来讲,当前是推动和发展农村老人医养结合的关键时机。第一,农村老人在绝对数量上多于城市老人。第二,农村老人年龄结构中低龄老人的比例大于城市老人。如果从现在开始推动农村地区的医养结合,就可以在老龄阶段早期进行足够的健康管理,避免老人过早进入失能状态。第三,当前农村老人失能的比例高于城市、身体健康水平较低、心理健康问题突出,既需要得到一般的生活照料,也需要得到医疗照护。第四,当前城乡养老设施覆盖率存在较大的差距,农村养老设施覆盖率低于城市。农村养老服务供需缺口大于城市,尤其是在上门看病、上门做家务、日间照料、康复护理等服务项目上。

二、农村医养结合的一般模式

我国在开展医养结合的推广行动后,农村地区做了很多有益的尝试,取得了不小成效,积累了许多优秀的案例。以下为根据相关案例总结得到农村医养结合的一般模式^①。

一是,农村老人日间照料中心与村卫生室共同建设,实现“两室融合”。这种方式主要通过对原有农村养老设施进行升级改造建设卫生室、对原有农村卫生室进行扩建使其能提供养老服务、重新建立具有医养融合功能的设施。“两室融合”的建设方式节约了土地与建设资金,提高了基层公共服务资源的使用效率。据统计,在湖北省随州市长岗镇,“两室”建设节约土地四分之一以上,平均每个村节约建设资金5万元以上^[6]。河北省衡水市阜城县、河北省邢台市巨鹿县、阜新市老年护理院、石花夕阳红康复中心均采取这种模式。

二是,农村养老设施与卫生院进行协议合作。阜蒙县东梁镇中心卫生院与阜蒙县东梁镇老年托管中心签署的联办医养结合病房的协议就属于这种模式。这种模式通过合作方式,打通医疗与养老资源,不必建设新的设施。

三是,政府与第三方公司合作,实现养老服务连锁经营。安徽省安庆市宜秀区“贴心之家”养老服务中心就属于这种模式。这种模式减轻了政府的行政管理成本,充分调动市场的力量参与到医养结合事业之中。

四是,政府通过搭建养老服务平台与服务机构签订协议,整合区域内医养资源。大田县政府通过建设泽惠养老服务中心与上千家服务机构签订服务协议,通过平台的优势集中向有服务需求的老年人附近的服务机构派单。这种方式既能让老人省去搜寻服务机构的时间和精力,只需一通电话便享受服务,也有利于形成标准化、高质量的养老服务。

五是,通过远程医疗的方式在医养结合设施内享受更优质的医疗服务。相较于城市,农村地区医疗卫生条件不高。使用远程医疗的方式可以让农村老人获得城市优质的医疗资源,有利于实现公共服务均等化。

三、农村医养结合现存问题与原因

尽管农村医养结合在实践中产生了很多成功的经验,但也存在一些问题。第一,医养结合只在

^① 这里选用的案例主要来自:国家卫生健康委办公厅关于全国医养结合典型经验的通报.国家卫健委网,(2020-09-01)[2021-04-05].<http://www.nhc.gov.cn/llyks/zcwj2/202009/f7c0cc74ec5c49f88b8eee67950c21eb.shtm1>。

比较低的层次得到实现。当前大部分医养结合的方式只是在原有的养老服务基础上增加了定期的健康体检、量血压工作。养老院设置的医务室也仅仅能看小病,与公立医院没有建立直接联系,老人在生大病时也没有优先处理通道。老人在就医时需要自己坐车去医院,自己排队、挂号、就诊、拿药。而公立医院也只是设立了老年科,并没有建立方便老年人的快速通道^[7]。

第二,农村医疗资源缺乏,难以满足农村老人的实际需求,农村敬老院存在床位空置的情况。农村医养结合服务中心对老人的医疗服务主要由村卫生室提供。而在村卫生室的医生难以对较为复杂的疾病做出诊断或治疗。例如,村卫生室难以为老人提供慢性病治疗、长期康复护理等服务^[8]。此次新冠肺炎疫情也暴露了农村医疗能力的不足。“村卫生室的条件明摆着的,我们确实没有诊断和识别(新冠病毒)的能力。”王保鲁和他的爱人是安徽省蚌埠市赵宋村仅有的两名乡村医生,要服务全村2200多名村民。新冠肺炎疫情暴发前,如果有发热病人前来就诊,王保鲁会给他们开点退烧药。而2020年以来,只要是发热病人,他会全部转到市里的三甲医院^①。

第三,农村老人使用养老服务时经济压力大,尚未建立有效的护理保险。农村老人的养老金资金来源于新型农村社会养老保险,就医时的资金来源于新型农村合作医疗。养老金收入低,而医保资金的覆盖范围并不包含生活照料类的养老服务。农村老人在使用养老服务时面临较大的经济负担。巨鹿县通过引入长期护理险减轻了一部分老年人养老的经济负担,但这种长期护理险并不一定能持续运行。长期护理险的经费来源是各省医保资金的结余部分。在经济发达地区,医保结余通常较多,地方政府也有意愿拿出一部分结余资金进行长期护理险的探索。但在一些经济欠发达地区,医保资金通常存在缺口,因此长期护理险的推行受到制约^②。

第四,农村医养结合的发展尚未形成统一的资金保障体系,过度依赖政府资金。政府对医养结合机构的补贴主要有床位补贴、运营补贴、专项补贴、保险补贴、等级评定奖励、税费减免、取消行政事业性收费等。床位补贴主要指养老机构在建设医养结合模式时按床位数享受到的建设补贴。例如2018年10月1日起实施的《深圳市民办养老机构资助办法》规定,对每张床位补贴4万元,分4年4次拨付,并且不区分自有房屋产权和租赁场所^③。运营补贴为每月政府按养老机构接收到不同类型老人的数量发放的补贴。山西省对符合建设标准、运营一年以上的民办非营利性的养老机构给予运行补贴,按照自理、半失能、失能老人分别每人每年给予1200元、1800元和2400元补贴^④。医养结合专项补贴是对机构满足医养结合条件时的一次性补贴。广州市对医养结合机构已实际收住服务对象,并具备医保定点资格的,一次性补贴20万元;未具备医保定点资格的,一次性补贴15万元^⑤。保险补贴是政府按每年每张床位对养老服务机构购买责任保险保费进行补贴。在山西省的规定中,机构责任保险保费标准为121元/床/年,每家养老服务机构按编制床位的75%投保,保险公司按100%的床位承保。省级公益金补贴80%,机构自行支付20%^④。等级评定奖励是政府对符合一定等级标准的养老机构给予的补贴。根据《广东省养老机构质量评价技术规

① 谭畅.农村抗疫,拉响警报——国务院联防联控发布会,南方周末提问农村难题.南方周末微信公众号,(2021-01-14)[2021-04-05].https://mp.weixin.qq.com/s/QE7ubZjibWhaRsva_SinEg.

② 李想侯.农村医养结合的推进难题.中国新闻周刊,2020-08-24.

③ 深圳市民政局.《深圳市民办养老机构资助办法》政策解读.深圳政府在线,(2018-09-20)[2021-04-05].http://www.sz.gov.cn/cn/xxgk/zfxxgj/zcjd/content/post_1387810.html.

④ 山西省民政厅.山西省养老服务扶持政策清单.山西省民政厅门户网站,(2019-07-11)[2021-04-05].<http://mzt.shanxi.gov.cn/newsshow/7419.html>.

⑤ 广州市民政局.广州市民政局广州市财政局关于印发广州市民办养老机构资助办法的通知.广东省人民政府网,(2019-12-23)[2021-04-05].http://www.gd.gov.cn/zwgk/wjk/zcfgk/content/post_2725803.html.

范》被评定为三星级以上的民办养老机构,给予10万至30万元不等的奖励^①。

第五,专业人才缺乏。农村地区医养结合难以推广的原因还在于,无论是养老服务人员还是医疗卫生人员都比较缺乏,难以满足农村大量老人的养老医疗需求。在佛山市的一个村中,3家卫生诊所仅有3名执业医师,村里的常住人口有3120人,即每千名人口仅配备0.96名医护人员,难以满足本村需求。在村里也没有专门的护理人员,只有村中的一些中老年妇女提供护理^[9]。专业人才缺乏的原因主要在于农村地区工资水平较低,就业环境不如城市。尤其是刚毕业的年轻人不愿前往农村地区从事相关工作。

第六,“治未病”的理念并没有得到有效体现。目前农村医养结合实践中“医”的部分更多将重点放在对老人的就医就诊上面,例如建设功能完善的卫生室,建设向上级医院转诊的绿色通道等。当然,方便老人就医就诊是一个很重要的方面。但另一个重要的方面是“治未病”,即加强对老年人身体的调理,预防老年人得病,避免老年人因患有慢性病或因慢性病加重导致失能。

第七,老年人健康数据尚未得到有效利用。在当前的医养结合实践中,已经开始重视对老年人身体健康数据的收集。医养结合机构会上门为老人进行简单的体检,例如量血压等,记录下老人的身体情况变化。但这个数据尚未有效对接到医疗系统中。如果老人生病去医院,医生并不能看到老人过往测得的健康数据。其原因在于,当前对老年人健康数据的管理并没有专门的法律规定,健康数据与医疗系统的对接标准尚不清晰。例如一些城市通过与企业合作开展医养结合工作,企业在服务的过程中就会采集老人的健康信息。而个人健康数据又涉及隐私问题,企业如何保存数据,如何管理数据,如何与医疗系统进行对接等,目前尚未有清晰明确的管理方法。

四、农村医养结合发展方向及建议

发展农村医养结合必须清楚农村与城市在养老需求和养老服务供给上的差异。农村地区老人分布分散,难以通过养老院对其进行集中收治。在农村投资医养设施资金回报周期长,前期投入较大。这就导致农村老人的医养资源与城市存在较大差距,难以满足农村老人的医养需求。这种供给与需求不匹配的情况使得农村养老院存在床位空置的现象。

基于农村医养结合的实践以及其中存在的问题,我们认为未来可以进一步发展的方向有以下几个。第一,基于农村地区的具体情况,建立医养结合的专项规划,落实乡村振兴战略。目前,在多个国家医养结合指导意见与地方关于医养结合实施方案当中,农村地区的医养结合工作并未单独提出来。农村与城市医养资源的差距意味着农村地区难以与城市地区齐头并进。因此,需要在整体推进医养结合工作的基础上建立农村地区医养结合发展的专项规划。《中华人民共和国乡村振兴促进法》要求在农村社会保障领域中,“支持发展农村普惠型养老服务和互助性养老”^②。农村医养服务专项计划在设置时要与乡村振兴战略相结合,将提高农村医养服务水平作为落实乡村振兴战略的重要一环,体现农村养老服务普惠性、互助性的特点。

第二,建立老人健康档案,对接当地医疗系统。建设并利用好健康档案是实现农村医养结合的一大条件。现在不少地方在推行医养结合时已经开始收集老人的健康数据。地方政府需要出台关于老人健康数据的管理规定,明确数据的采集、信息安全以及与医疗系统对接的标准。养老机构或者养老服务人员在给老人测血压时便获得了一部分老人的健康数据。尽管其在采集数据的时候不

① 广东省民政厅. 广东省民政厅关于养老机构星级评定的管理办法(试行). 广东省民政厅网, (2018-07-25) [2021-04-05]. http://smzt.gd.gov.cn/zwgk/zcfg/zhfg/content/post_2163264.html.

② 中华人民共和国乡村振兴促进法. 人民网, (2021-05-20) [2021-05-28]. <http://politics.people.com.cn/n1/2021/0520/c1001-32108134.html>.

一定能达到医疗采集数据的标准,但这些数据仍可以作为辅助医生诊断的信息。未来可以先在部分城市尝试构建城市内的个人电子健康档案系统,积累成功经验后再尝试建立跨区域的电子健康档案系统,方便重病老人跨区域转诊。

第三,推动互联网等新技术在农村医养结合实践中的应用,创新医养结合模式。通过网上、云端健康管理和医疗服务,打造新时代智慧型“赤脚医生”,为农村老年人服务。目前不少地方采用政府搭建网络平台的方式,联合众多养老服务机构为居家老人提供养老服务。例如福建省大田县的泽惠养老服务中心、甘肃省兰州市城关区虚拟养老院、苏州居家乐养老服务中心均采取了这种方式。统一的互联网平台能减少老人的搜寻时间、精力成本,方便老人享受接受养老服务。目前居家养老是我国老人养老最普遍的模式,也是老人最愿意采用的模式。因此,做好居家养老的医养结合是一个重要的发展方向。大田县的泽惠养老服务中心为如何在农村地区开展这种模式的养老服务提供了很好的经验,值得其他地区借鉴。山东省平阳县则探索出全方位、全生命周期、全人群智慧健康模式。

第四,机构建设与协议合作同步推进,鼓励发展多种形式的医养结合服务。目前医养结合的模式大多是由医疗机构扩展养老服务、由养老机构扩展医疗服务、新建医养结合机构。政府对医养结合工作的补贴主要也是向这类机构倾斜。这类机构同时具有医疗卫生和养老服务资质与能力。这也意味着这类机构建设前期资金投入大、回报周期长。除了这类医养融合型机构之外,农村地区可以发展医养结合服务型机构。这类机构并不同时具有医疗卫生和养老服务的资质,但可以与医疗或养老机构建立协作机制,从而兼具医疗卫生和养老服务能力。这类机构投入相对较少,能够快速缓解农村地区医养结合机构缺乏的问题。政府在发展农村医养结合工作时,也要给予这类机构一定的补贴,鼓励其发展。

第五,进一步推动中医在农村医养结合中的作用。习近平总书记指出“中医学包含着中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验,是中华文明的一个瑰宝,凝聚着中国人民和中华民族的博大智慧”^①。中医强调“治未病”的医养观念,其“治未病”的说法最早来源于中医经典《黄帝内经》,书中提出了“圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱”的论述。对农村老人可以以中医理论为指导,进行个性化起居养生、膳食调养、情志调养、传统体育运动等健康干预,为老年人提供具有中医特色的康复服务。在老人健康的时候利用中医调理好身体状况,有利于避免日后患有慢性病。中医的医疗费用相对较低,如果能避免日后的慢性病,将能节省因为慢性病产生的较大的医疗支出,具有很高的效益。同时某些中医药的副作用小、疗效好,是中国式医养结合的有效方法。

第六,借疫情防控“平战结合”的发展规划,建设新时代的农村巡回医疗制度,使高质量的医疗资源惠及农村地区。针对农村医养结合医疗资源水平低、专业人才缺乏的问题,地方政府应该建立适合当地实际的农村巡回医疗制度,使城市优质医疗资源的触角延伸到农村地区。在此次新冠肺炎疫情中,移动CT机能有效补充疫情暴发地检验设备不足的问题。“平战结合”的发展可以考虑与农村的巡回医疗制度相结合,移动式设备平日主要服务于农村等偏远地区,疫情来临时可以紧急调配,补充不足的医疗资源。为了有效实施农村巡回医疗,地方政府还需要打通巡回医疗活动中病历管理、医保报销等行政障碍。

第七,建立统一、多渠道的资金保障体系,保障医养结合工作有效开展。既然要将医疗与养老一起办,政府就要理顺医疗资金谁来投入、养老资金谁来投入的问题。理顺社会保险、政府补贴、商

^① 习近平对中医药工作作出重要指示强调 传承精华守正创新 为建设健康中国贡献力量 李克强作出批示. 新华网, (2019 - 10 - 25) [2021 - 04 - 07]. http://www.xinhuanet.com/politics/leaders/2019-10/25/c_1125151959.htm.

业保险等经费来源的投入比例,形成统一化、制度化的资金保障体系。有条件的地方可以尝试建立长期护理保险,减轻老年人有护理服务时的经济负担。

五、农村医养结合发展的阶段任务与目标

结合当前农村医养结合的特点以及上文提到的发展方向,我们认为农村地区医养结合发展会经历建设、扩充、夯实三个阶段,并提出各个阶段的目标与工作重点。表7为农村医养结合发展的阶段任务与目标汇总表。

表7 农村医养结合发展的阶段任务与目标

阶段	目标	任务
建设	调查农村老人医养需求,建设满足农村老人基本医养需要的服务机构与设施。	(1) 开展农村老人专题调查,摸清老年人需求。 (2) 修建卫生室与敬老院,弥补农村地区医养资源漏洞。 (3) 建立不同保费水平的长护险。 (4) 开展农村巡回医疗,为农村老人提供体检、中医等服务。 (5) 建立农村老人健康档案。 (6) 建立医养结合相关人才培养制度。 (7) 建立统一、多渠道的资金保障体系。引导多种资金参与农村医养服务。
扩充	进一步提高农村医养结合服务机构质量,提高服务覆盖范围。	(1) 鼓励医养结合服务型机构进入农村,发展农村地区居家养老服务。 (2) 扩大长护险覆盖范围。 (3) 为农村老人提供远程医疗服务。 (4) 推动两院融合,建设医养融合机构。 (5) 探索建立村级养老服务管理平台,规范建设标准。
夯实	完善农村地区的医养资源,以实现城乡医养服务均等化。	建立区级养老服务管理平台,统一管理城乡养老服务。

第一阶段是建设阶段,目标是调查农村老人医养需求,建设满足农村老人基本医养需要的服务机构与设施。这一阶段的工作主要是使农村医养服务能力实现从无到有的转变。在这一阶段,首先需要开展对农村老人的专题调查,研究当前农村老人的特点与需求,为接下来制定农村地区医养结合相关政策与布局医养设施提供有力的数据支撑。其次需要对农村的医养资源进行查漏补缺。对于没有村卫生室或是卫生室建设不合标准的农村,政府需拨款建设。没有农村敬老院的地区也要进行相应的建设,弥补养老资源的缺口。为了缓解农村老人的长护险缴费负担,地方政府可探索建立不同缴费标准与保费标准的长护险。对于五保户等生活困难人员,政府应对其长护险缴费进行补贴。发展新时代的巡回医疗制度,利用移动式医疗设施定期为医疗资源薄弱的农村地区老人提供体检服务。在巡回医疗中可以同时加入中医的养生保健咨询,利用“药养”“食养”等方式帮助农村老人低成本地维持身体健康。在对老年人开展调查的同时,可以调查其健康状况,询问其身体状况与慢性病病史状况,为老人建立电子健康档案。巡回医疗的病历与体检信息要一同接入到老人的电子健康档案中。另外,要建立医养结合领域相关人才培养机制。鼓励大中专院校毕业生到农村医养结合机构从事健康养老服务工作。鼓励农村闲置劳动力参加培训并通过资格认证后从事农村医养结合服务工作。政府需要在农村医养结合工作中建立统一、多渠道的资金保障体系。理顺社会保险、政府补贴、商业保险等经费来源的比例,形成统一化、制度化的资金保障体系。通过政府和社会资本合作(PPP)等多种形式激发市场活力,引导多种资金参与农村医养服务。

第二阶段是扩充阶段,目标是进一步提高农村医养结合服务机构质量,扩大服务覆盖范围。鼓

励医养结合服务型机构进入农村,以农村卫生室敬老院为医养资源枢纽,发展农村居家养老的医养服务。吸收第一阶段培养的专业人才进入农村医养结合服务中。进一步扩大长护险对农村老人的覆盖,探索建立长护险对居家养老服务的报销制度。在建立好老人健康档案的基础上,巡回医疗可以与城市三甲医院进行合作,帮助农村老人以远程医疗的方式获得优质的医疗服务。推动农村卫生院与幸福院两院融合,建立医养融合型机构,统一收治有意愿入住的失能半失能老人,对经济困难的“五保户”老人进行兜底。有条件的农村可以在老人家中安装智能设备,建立村级养老服务平台。一旦老人在家中出现紧急状况,平台将直接将信息推送到卫生室医生与村长。区县府需要对平台建设制定相关的标准,内容包括基本功能、数据规范等,为将来建设统一的养老服务平台奠定基础。

第三阶段是夯实阶段,目标是完善农村地区的医养资源,实现城乡医养服务均等化。在这一阶段,可以将上一阶段建设的村级养老信息平台进行合并,搭建区县级养老服务平台。建立统一的养老服务平台有利于实现城乡医养服务一体化,同时扩大平台的使用人数,形成规模效应。区县级养老服务平台的主要功能是记录当地老人信息并根据老人需求指派养老服务人员上门提供服务。区县级养老服务平台的建设可以参考甘肃省兰州市城关区的虚拟养老院。城关区虚拟养老院成立于2009年12月,由政府主导、企业加盟、市场运作、社会参与运作。通过建立“信息服务+居家养老上门服务”平台以及“智能养老信息化”管理平台,城关区虚拟养老院将分散居住的已注册老年人纳入信息化管理,通过大数据收集,及时准确地提供上门养老服务^①。城关区虚拟养老院的服务从老人的一通电话开始,老人拨打热线请求服务,调度指挥中心就会向企业派发工单,随后服务企业派遣服务人员上门服务,服务人员到达老人家中后就向呼叫中心报告服务开始。在服务过程中,服务人员需要对整个过程进行录音,并留下照片记录。服务完成后,服务人员也需要向呼叫中心报告服务结束。随后老人对服务进行评价。最后质量管理中心会对服务进行回访。

六、结束语

在老龄化趋势长期存在的大背景下,积极应对老龄化成为国家战略。本文对中国农村医养结合的发展做了梳理,并就现存的问题提出未来发展的方向。农村地区实施医养结合是必要且紧迫的。医养结合的养老模式有利于保障老年人的生活质量,提高其生活满意度。与城市老人相比,农村老人年龄结构相对年轻,养老服务缺口大。如果不对农村老人进行健康管理,其日后患有慢性病的风险将会不断增加,造成巨大的医疗卫生支出负担。农村医养结合实践形成了许多成功的模式,但在实际运行中也存在医养结合层次低、农村医疗资源缺乏、筹资体系缺失、专业人才缺乏、“治未病”理念未有效体现、老人健康数据未得到有效利用的问题。未来农村医养结合的发展需要发挥我们的制度优势,利用好智能化、信息化新技术手段,建立好健康档案、创新医养结合模式,让医养服务更加便捷高效。应该进一步强化中医在医养结合中所起的作用,为老人提供健康管理服务,减少老人的患病风险,探索全方位、全生命周期、全人群智慧健康模式。医养结合的实施离不开资金保障,未来应该建设统一多渠道的资金保障体系,探索出可持续的农村医养结合模式。未来的农村医养结合发展可以分为建设、补充、夯实三个阶段,逐步建立农村医养服务体系,最终实现城乡老人医养服务一体化。

^① 袁勇. 虚拟养老院,养老不离家. 中国经济网, (2020-10-11) [2021-04-05]. http://www.ce.cn/xwzx/gnsz/gdxw/202010/11/t20201011_35872273.shtml.

[参考文献]

- [1] 张立龙,张翼. 中国老年人失能时间研究. 中国人口科学, 2017(6):96-106
- [2] 党俊武,魏彦彦,刘妮娜. 中国城乡老年人生活状况调查报告(2018). 北京: 社会科学文献出版社, 2018
- [3] 封进,余央央,楼平易. 医疗需求与中国医疗费用增长——基于城乡老年医疗支出差异的视角. 中国社会科学, 2015(3):85-103
- [4] 杜鹏,孙鹃娟,张文娟,等. 中国老年人的养老需求及家庭和社会养老资源现状——基于2014年中国老年社会追踪调查的分析. 人口研究, 2016(6):49-61
- [5] 丁志宏,曲嘉瑶. 中国社区居家养老服务均等化研究——基于有照料需求老年人的分析. 人口学刊, 2019(2):87-99
- [6] 国家发展改革委社会发展司,民政部社会福利和慈善事业促进司,全国老龄办政策研究部. 走进养老服务业发展新时代——养老服务业发展典型案例汇编. 北京: 社会科学文献出版社, 2018
- [7] 孙瑞玲. 医养结合社会实践现状与发展研究. 经济研究导刊, 2019(29):177-179
- [8] 耿爱生,曹倩倩. 农村医养结合适度发展: 理论依据、现实困境及其消解. 山东行政学院学报, 2017(3):78-83
- [9] 余慧珍. 佛山市Z村留守老人医养结合问题及应对建议//中国老年学和老年医学学会. 新时代积极应对人口老龄化研究文集, 2020. 北京: 华龄出版社, 2020

Exploration of Integrating Pension Service with Medical Service in China

LI Ling LI Jiahui

Abstract The implementation of the national strategy to actively cope with the aging requires the construction of an elderly service system that is coordinated with the home community institutions and combined with medical care and health care. This paper sketches the background, general model, problems and causes of the development of integrated medical and health care in rural China and points out the future development direction. Compared with urban elderly people, rural elderly people are large in number, young in age, have physical and mental health problems, and have low coverage of elderly service facilities, and need better medical and health care services. At present, there are many successful models of rural health care integration. However, there are also problems such as low level of medical and health care integration, lack of medical resources in rural areas, lack of financing system, lack of professional talents, the concept of “treating the disease before it happens” is not effectively reflected, and the health data of the elderly are not effectively utilized. The future development of rural medical and health care integration can be divided into three stages: construction, supplementation, and consolidation, so as to gradually establish a high-quality rural medical and health care service system and finally realize the integration of medical and health care services for the elderly in urban and rural areas.

Keywords Population aging; Rural pension service; Integrating pension service with medical service