



医养结合，关键在“医”

习近平总书记在2024年新年贺词中指出，孩子的抚养教育，年轻人的就业成才，老年人的就医养老，是家事也是国事，大家要共同努力，把这些事办好。

围绕推进老年人就医养老的医养结合问题，学习时报高端智库版组织此次三方笔谈。

提升居家和社区医养结合服务能力

国家卫生健康委老龄健康司司长 王海东

社区医养结合发展，大力增强居家和社区医养结合服务能力。

一是完善政策措施。进一步整合优化基层医疗卫生和养老资源，积极推动社区、乡镇医疗卫生服务机构与养老服务机构毗邻建设，采取多种有效方式实现资源整合、服务衔接。同时，大力发展居家社区医养结合服务，增强社区医养结合服务能力。目前，全国大部分省份已将发展居家和社区医养结合服务纳入当地经济和社会发展规划。

二是加强投入保障。将符合条件的养老机构内设医疗卫生机构纳入医保定点管理，公立医疗卫生机构为老年人提供上门医疗服务，采取“医药服务价格+上门服务费”的方式收费。将医养结合纳入基本公共卫生服务项目，中央预算内投资支持基层医疗卫生资源建设医养结合服务设施。49个国家级长期护理保险制度试点地区中的46个地区将居家和社区医养结合服务纳入保障范围。各地落实有关税收优惠、补贴补助等政策措施，鼓励社会力量积极参与居家社区医养结合服务。

三是扩大服务供给。组织社区医养结合能力提升行动，依托现有资源，有效增加服务供给。同时，指导有条件的医疗卫生机构为老年人提供健康教育、健康管理、医疗巡诊、家庭病床、居家医疗、中医药、心理精神支持、转诊等8项服务。为提高高质量的服务，各地积极探索、有效推进，如开展“健康敲门行动”，组织家庭医生团队免费为失能老年人提供上门健康服务；以家庭病床为主要形式的老年居家医疗服务试点；探索家庭病床与养老床位相融合，推进服务互联、资源共享。

四是发展服务队伍。基层卫生健康人才招聘、使用和培养等应积极向提供医养结合服务的医疗卫生机构倾斜。加强医养结合从业人员继续医学教育，通过绩效分配、职称评审等相关政策措施，支持医务人员从事医养结合服务，壮大居家和社区医养结合服务队伍。如通过“县聘乡用”扩大家庭医生服务队伍，引导专业人才向基层流动；分级分类培训老年医学人才，重点向居家和社区医养结合领域倾斜。

发展居家和社区医养结合服务是积极应对人口老龄化、提高老年人生活质量、促进社会和谐发展的重要途径。接下来，我们将进一步提升居家和社区医养结合服务水平，推进医养结合高质量发展。

一是进一步提升服务能力。继续实施社区医养结合能力提升行动，有效利用现有基层医疗卫生、养老服务资源，提升居家和社区服务能力。指导有条件的医疗卫生机构为老年人，尤其是失能、慢性病、高龄、残疾等老年重点人群，提供居家和社区医养结合服务。将符合条件的医养结合机构纳入医疗联合体管理，建立双向转诊机制。

二是进一步改善设施条件。推进乡镇卫生院与特困人员供养服务机构（敬老院）、村卫生室与农村幸福院等统筹规划、毗邻建设。支持有条件的社区、乡镇医疗卫生或养老服务机构利用现有资源，内部改扩建医养结合服务设施。鼓励地方探索开展智慧化居家社区服务，提高服务效率和水平。

三是进一步加强队伍建设。在各类院校特别是职业院校（含技工学校）设置医养照护与管理等相关专业。落实绩效分配、职称评审等相关政策措施，鼓励引导医务人员从事医养结合服务。加强医务人员继续医学教育，鼓励退休医务人员到医养结合机构执业，发挥家庭医生、护士、志愿者作用。

社区居家医养结合服务的困境与突破

中国人民大学国家发展与战略研究院研究员、北京市习近平新时代中国特色社会主义思想研究中心特约研究员 黄石松

随着我国人口老龄化的加速，老年人医疗照护需求和生活照料需求叠加的趋势也日益显著，有限的医疗、养老资源以及彼此相对独立的服务体系已不能满足现实需要，急需实现二者的结合。与此同时，社区居家是最适合我国社情民意、成本也相对较低的养老方式，而社区居家失能、失智、高龄老人的医养结合服务，包括能力评估、健康教育、疾病预防、康复护理、长期照护，乃至临终前的安宁疗护，是“刚需中的刚需”“短板中的短板”，是人民群众最急难愁盼的问题之一。

当前，我国社区居家医养结合服务的提供主体是基层卫生机构，一些社区卫生服务中心设有一定数量的集中床位，并通过家庭医生签约、家庭病床等形式开展延伸到居家的服务。但集中式床位不足与使用率不高并存，全科医生和护理专业人员数量较少，居家护理设施如适老化改造、护理型床具等缺乏，社区资源不足制约了机构提供居家上门服务的能力和积极性。

社区卫生服务中心（乡镇卫生院）主要功能定位是为辖区内的居民提供基本公共卫生服务，任务重、人员紧张，难以为数量庞大的老人提供上门服务，很多老人只能依靠家庭成员来完成日常照护，只有在老人需要治疗性干预时才向专业机构提出上门要求，需要住院时才不得不转到医院就诊。于是有些地方的家庭医生签约出现“为签约而签约”现象，后续服

务提供并没有跟上。再加上上门服务成本高、资金补贴不足、服务定价不自主、激励机制不到位等原因，公立基层卫生机构开展居家上门服务的动力不足、能力也不够。而失能老人则需要建立一个融合医、养、康在内的长期照护服务体系，因而“养老不医护”“治病不养老”现象较为普遍。同时，综合医院的老人术后康复压床现象突出，术后康复老人“转不出”导致急需住院的老人“住不进”，社区居家失能、失智老人家里照顾不了、又没地儿可去，需要经常往返家庭、医院和养老机构之间，既耽误治疗又增加负担。

“十四五”时期和今后较长时间，我国将面临财政增收放缓和养老事业资金需求刚性增长的双重压力，老年健康增量设施投入、医保报销目录“扩容”和长期护理保险制度“扩面”等也具有极大挑战。为此，需转变观念，在盘活存量上下功夫、在深化改革上下功夫，让市场机制和社会机制更好发挥作用，向制度创新要质量效能。具体地说，可以县（市、区）为单位，以街道（乡镇）为基本治理单元，以老年人需求为导向，建立多层次协同机制势在必行也迫在眉睫。

构建医养结合服务的多层次协同机制。以紧密型医疗卫生共同体建设为抓手，以社区卫生服务中心（乡镇卫生院）为主体，以嵌入式养老机构、日间照料中心等社区资源为依托，以家庭养老照护床位、家庭病

床、家庭医生签约等机制为抓手，构建县（市、区）、街道（乡镇）、社区（村）居家多层次医养结合服务网络，建立辖区内医院、基层卫生机构、养老机构和家庭相衔接的老年人长期照护服务体系，打通“医”和“养”的壁垒，打通各类工作机制在协同和衔接上的堵点，充分盘活存量资源，提高资源使用效率。

推动基层公立卫生机构转型发展。当前，随着老年人口的快速增多以及交通条件的改善，基层卫生机构就诊人员流失明显，单纯的基本公共卫生业务难以支持机构的可持续发展。特别是随着农村“空心化”“少子化”，乡镇卫生院以急病诊治为主的传统业务模式难以维系，基层卫生机构转型提供健康管理、疾病预防、慢性病管理、康复护理、长期照护、安宁疗护等服务是大势所趋。应给予其业务发展上更大的自主权，为其提供社区居家医养结合服务给予资金补贴、人员编制、风险防范上的政策支持。对于基层卫生机构提供养老服务，民政部门应使其能够享受养老床位建设和运营补贴。鉴于公立基层卫生机构受限于人员编制、“收支两条线”等因素，服务开展缺乏灵活性和积极性，在做好规范和监管的前提下，应鼓励其通过与社会资本合作等方式，解决人力和激励机制等问题。尤其是对于医疗资源并不丰富的地区，通过引进社会资本，可以形成公立机构与社会办医之间各司其职、错位经营、

功能互补、密切协作的格局。

优化机构服务与社区居家服务的有机衔接。开展“多床联动”，即在家庭养老照护床位、家庭病床、嵌入式机构养老床位、社区老年护理中心床位、老年医学科床位、康复医院床位、护理医院床位之间建立起服务转介、信息互通、资源共享机制，从而满足老年人慢性病管理和院前疾病预防、院中疾病诊治、术后康复、长期照护、临终关怀的全生命周期健康需求。如济南市章丘区在区医养中心通过完善评估标准和监管机制，实施“一床两号”，实现医保和长护险之间的衔接，平时为入住老年人提供养老服务功能，一旦需要医疗救治等服务，这张养老床位就会转变为医疗床位。

充分发挥基层社会治理的优势和作用。比如，依托基层网格员和家庭医生签约队伍，推行“网格+健康”服务模式，建立“网格发现、家医报到、识别干预、及时转诊”的工作机制。区分人群制定家庭医生签约率考核指标，针对辖区居民实施分层服务，针对重点人群实施分类管理，将主要精力和精力放在失能、失智、高龄等重点人群上。充分发挥街道（乡镇）信息化平台作用，利用“互联网+”，使辖区内各类机构将服务延伸至居家，扩大居家医养结合服务的覆盖面。总之，通过提高基层社会治理水平，建立需求发现机制，提高社区居家医养结合服务效能，让老年人能够在熟悉的环境中安享晚年幸福生活。

发挥好基层医疗卫生机构的优势

上海市徐汇区康健街道社区卫生服务中心主任 竺琼

近年来，我国老龄化程度持续加深，很多地方呈现老龄人口规模庞大、进程快速、空巢老人和失能老人多、老年人寿命延长但整体健康状况欠佳等特点。面对老年人口，特别是失能和高龄老人，医疗卫生服务需求和日常生活照料服务需求与日俱增并相互叠加，医养结合养老模式应运而生。

基层医疗卫生机构能做什么？康健街道社区卫生服务中心以家庭医生签约和全专联合诊疗服务为抓手，实现对辖区老人“预防—治疗—康复—护理—长期照护—安宁疗护”的为老服务链，重点打造“医养护居送”老年人全生命周期健康服务理念，构建“60（健康关爱）—80（银龄关爱）—100（晚霞关爱）—安宁疗护（烛光关爱）”为老服务体系。

“医”，为社区医养结合奠定坚实基础。主要是为住养老人开展巡诊、中医康复、远程诊疗等“医老服务”。提供签约基础服务包和健康体检、中医药保健、指导申请长护险、转介养老机构等老年个性服务包，开展认知障碍、大肠癌、肌少症等早筛项目，开设全科、中医、康复、药学等18个专病门诊。依托市级社区示范康复中心建设、康复机器人等康复设备，做强社区家门口康复服务；依托区域医联体“互联网+分级诊疗”平台，实施全专云诊疗服务；依托5G社区卫生服务中心平台，开展5G远程查房、5G远程超声，探索研发5G健康服务舱全息

扫描和大数据集成个性化健康评估与干预指导，让住养老人在家门口享受区域同质化诊疗的数字红利。

“养”，为社区医养结合搭建有效载体。内设养老院分区管理、设置同址，提供每日巡诊、医护同源、门诊服务同质、日常照料同心，社工定期开展互动同乐的养老服务。通过协议服务辖区4家养老院和1家长者照护中心，定期巡诊、健康指导。搭建互联网+远程探视“零距离”平台，让住养老人与家属线上“面对面”交流，实现亲情互动。

“护”，为社区医养结合提供专业照护。依托社区护理中心建设，提供慢性病专科护理、养老机构康复护理、居家人员个性化护理，为住养老人提供更优质的“护老服务”。实施“互联网+护理”，通过家庭病床、临时出诊等服务，为社区居家老人提供个性化居家支持性和维护性护理服务。

“居”，为社区医养结合提供便捷乐园。家庭医生团队提供家庭病床、临时出诊、老年人长护险评估及分级服务、健康体检、健康管理、安宁疗护等“居老服务”。

“送”，为社区医养结合构建更有尊严的生命港湾。提供临终关怀、癌痛镇痛、PICC维护门诊，转介安宁疗护病区或居家等“送老服务”。联合临床专科、生命伦理学、社会学及高校、学术团体等，开展基于全科医学下安宁疗护多专业团队服务模式。与

有关社会组织合作，定期开展志愿服务，推广生命教育，跨界融合芳香疗法、艺术进病区，给予疾病终末期老人和家人属身、心、社、灵安慰。

基层医疗卫生机构还能做些什么？社区卫生服务中心作为推行医养结合的支持平台，立足自身的医疗优势，对社区内老年人提供必要的基本疾病诊治与医疗护理服务，以及持续的康复护理、健康管理等服务，初步形成了医疗卫生服务支撑健康养老的发展格局，但仍然存在健康养老服务供需不平衡、匹配度不足，面向高龄、失能、残疾、计划生育特殊家庭照护能力相对较弱，家庭健康养老需要持续提升等问题。

基于此，相关部门和社区卫生服务中心还需持续加力。一是持续加强社区卫生服务中心健康养老服务供给。推动老年护理床位建设，依托上级部门医养结合方面的规划与部署，紧密联系区域性医疗中心，提高养老医疗康复护理服务的供给能力。二是加强家庭医生团队建设，将符合条件的诊疗、康复、护理、社会工作、健康管理等类别专业人员纳入家庭医生团队，丰富家庭医生团队内涵，在科研立项、评奖评优等方面向家庭医生团队倾斜，提高家庭医生团队的工作积极性。三是积极探索财政、人保、价格联动等多渠道补偿机制，建立有利于调动家庭医生和医养结合养老机构医护人员的绩效工资机制，并建立与之相适应的绩效考核制度，保障养

老服务质量。进一步研究完善上门医疗护理和家庭病床服务的内容、标准、规范及收费和支付政策，建立健全保障机制。四是支持推动社区卫生服务中心与上级医疗卫生机构、养老机构组建医养联合体，使其发挥各自专业特长，形成优势互补；内部建立有序转诊、双向转介机制，更好地满足老年人治疗期住院、康复期护理、稳定期生活照料以及安宁疗护一体化的健康养老服务。五是强化以社区为平台的医养结合养老模式。完善社区医养结合服务圈，推进社区嵌入式医养结合服务模式发展，鼓励各类主体在社区设立集医疗、康复、护理、生活照护等服务于一体的医养结合机构。发挥社区卫生服务中心对医养结合的支撑辐射作用，一方面社区卫生服务机构应将医养结合服务作为其主要功能，积极与社区内的养老机构、如居家养老服务中心、社区居家养老综合护理中心、社区嵌入式养老机构等签约合作；另一方面完善家庭医生和全科医生团队建设，与老年人开展签约上门医疗服务，扩大家庭病床和家庭照护床位的覆盖面。六是推进“互联网+医养结合”建设，积极探索“互联网+护理”“互联网+医疗”“互联网+家庭医生”等服务模式，充分利用人工智能等技术，研发可穿戴的老年人健康支持技术和设备，探索开展远程实时健康监测等信息化服务，为做好老年健康服务提供信息支持。