

整合社会资源 推行“三级医养模式”

张世平*

【摘要】与其他国家相比，我国老龄化有着未富先老矛盾凸显、保障水平总体偏低、老年人健康状态堪忧、服务供给明显不足等特征。在这一背景下，根据老年人群体年龄差异性、需求多样化和发展的趋势性，经过实践检验的“三级医养模式”应运而生。

【关键词】老龄化 医养服务 “三级医养模式”

“三级医养模式”是针对不同年龄阶段老年人的需求特征建立不同的医养服务体系。它是北京幸福长寿养老机构在实践中总结创造出来的一种服务模式，深受老人欢迎和民政部门认可。中国健康管理协会拟发起的全民健康促进工程，把推行“三级医养模式”作为工程重点之一。

一、提出“三级医养模式”的问题背景

老龄化是全球面临的共同问题，我国的老龄化与其他国家特别是发达国家相比，有4个突出特点。

第一，未富先老矛盾凸显。现阶段我国60岁以上老人有2.49亿人，预计2025年将突破3亿人，数量之大，发展之快实属罕见。我国是发展中国家，人口老龄化与工业化城镇化发展进程相伴随，与城乡、区域、收入的巨大差距相叠加，与家庭小型化、空巢化相交织。老龄

化的快速发展将成为我国经济社会发展的制约因素和众多家庭难以承受之重。

第二，保障水平总体偏低。我国的基本医疗保险是广覆盖低水平，城镇退休职工养老金每月2300多元，只能满足日常的生活需要，难以抵御老年阶段可能出现的风险。目前50%的农村老人养老金不足百元，40%的老人还要依靠家庭供养，22.9%的农村老人处于贫困状态。随着社会抚养比的不断攀升，政府增加收入、扩大覆盖、缩小差距的压力会越来越大。

第三，健康状态更为堪忧。我国慢病人群远超3亿人，世界卫生组织界定的4大慢病，即心脑血管疾病、肿瘤、糖尿病和慢性呼吸系统疾病，绝大多数发生在老人身上。超过1.8亿老人患有慢性病，患有一种及以上慢性病的比例高达75%，多病共存现象非常普遍。失能半失能老人约4000万人，完全失能老人1200万人。三分之一以上老人患有不同程度的心理疾病。每年老人治疗费用超过9千亿元，人均医药

* 张世平，中国健康管理协会专家指导委员会主任。

费用是国民平均医药费用的2至3倍。

第四,服务供给明显不足。在目前“9073”养老结构中,占比90%的居家老人基本处在自为状态,难以获得及时有效的社会服务;7%的社区养老条件有限,难以满足老人就地安养的需要;3%的养老机构不仅数量有限,而且结构性矛盾突出,一床难求和空置率高并存。现有养老机构包括社区站点共有730万张床位,即使全部用于失能半失能老人也只能满足六分之一需求。护理型、医养结合型养老机构更是严重不足。

二、推行“三级医养模式”的需求依据

一是年龄的差异性。不同年龄阶段老人有不同的需求特征。老年人可大致分为3个年龄阶段:一是60岁至75岁的低龄年轻活力老人,他们大多50年代出生,是2.5亿老年人的主体,而且精力充沛,最为活跃,是退休乐龄群体。二是76岁至85岁的老人,即真正意义的高龄老人,大多已不愿意走动,希望稳定居住,也需要更多的亲情关怀和介护服务。三是更加高寿或完全失去自理能力的老人,需要全天候生活照料和医护服务,这部分是刚需,也是政府应该兜底的。

二是需求的多样性。按照马斯洛的需求层次论,老年人特别是低龄年轻活力老人主要有5个方面需求,包括:安养需求——无论在哪儿养老都要有安全感和归属感;健康需求——能获得健康服务和健康保障;精神文化需求——随着生活水平提高,这方面需求会更高;与人交往的需求——老年人最怕孤独;价值需求——希望能够有用、不是负担,即使不能走动了也希望“被需要”。

三是发展的趋势性。目前政府最关注的是八九十岁的真正意义上的老年人,对于低龄年轻活力老人考虑的不多,因为这部分老人都还

能够自理,养老矛盾暂不突出。但10年、20年后,随着人均期望寿命的提高和五十年代出生这一辈的日趋老化,我国的高龄老人会大幅增多,养老矛盾日益尖锐。据预测,到2050年我国的高龄老人将达1.8亿,养老模式一定会打破“9073”,由居家更多转向机构;健康需求会更为急迫,呈井喷式爆发;精神文化、与人交往和价值需求会远超父辈,形成巨大的需求压力。

以上要求我们,不仅要做强居家和社区养老,也要大力发展机构养老;不仅要重视老年人的安养和健康需求,也要兼顾其他方面需求;不仅要着眼于现在,更要规划好未来,做到立足当前、谋划长远、未雨绸缪、审时度势。

三、推行“三级医养模式”的主要内容

针对我国国情和老年的现实需求,应积极推行“三级医养模式”。

第一级,针对低龄年轻活力老人推广健康驿站和长寿俱乐部。健康驿站是走进社区、贴近百姓的健康服务管理站点,与社区卫生服务站有所区别,主要为老人提供健康指导、健康检测、健康干预、慢病调理、中医养生、心灵抚慰等服务。长寿俱乐部是在现有老年大学基础上发展起来的,更多体现老人文化、娱乐、旅居等多元需求的载体,它与部分康养基地形成互动,打造康养旅游一站式服务体系。这项工作由北京幸福长寿养老服务机构发起,做了十几年,发展会员一百多万人,北京就有30万会员。健康驿站与长寿俱乐部的有机结合,可为这一阶段老人提供有效服务。

第二级,针对高龄包括半失能的老人推广幸福颐养院,打造身边有亲人、隔壁有朋友,离孩子一杯茶的距离,距医保医院不超半小时车程的养老服务机构。它与现有养老院有所不同,更多体现比邻社区和社区功能的嵌入,体现医养结合、多元驱动、强化家庭责任和鼓励

互助结伴抱团养老，更多注重开发运用企业闲置资源和社会资源发展机构养老。北京幸福长寿养老服务机构已在广州、宁夏，北京先行试点，并取得初步经验。

第三级，针对长期卧床的失能失智老人，推广幸福护理院，为老人提供生活护理、康复训练、临终关怀等多项服务。这部分应由政府兜底，但目前公办护理机构稀缺，一床难求现象严重，必须调动社会资源拾遗补漏，包括推动现有一二级医院、企业医院和各类疗养院转型赋能。


“三级医养模式”符合我国国情和老人需求，体现了分层次、多元化和前瞻性，利于汇集多方资源，形成整体合力，具有推广价值。北京幸福长寿养老服务机构计划全力推进三级医养，精准服务300万老年人，这只是一家养老机构的发展目标，如果所有养老机构都能够行动起来，发挥自身优势，开发社会资源，大力发展幸福长寿、幸福颐养和幸福护理三级模式，其力量不可小觑，能够有效地为政府分忧，为千家万户解愁。

四、推行“三级医养模式”的支持保障

一是政策的配套支持。国家高度重视应对人口老龄化，出台了一系列相关政策。2030年健康规划纲要也把老年人列为重点人群。今年两会政府工作报告释放了一系列新的信号，如大力发展养老特别是社区养老服务、新建居住区配套养老设施、改革完善医养结合政策、扩大长期护理保险制度试点、推进多层次养老保障体系建设等。最近国务院又下发健康中国行动意见，部署的15项专项行动之一就是老年健康促进行动，要求为老年人提供全方位健康服务。针对“三级医养模式”的推广，应加快试点进度、尽快出台长期护理保险，解决失能老人急迫需要解决的“钱从哪里来、人到哪里

去、活靠谁来干”的问题；尽快推动医疗保险扩展为健康保险，解决更多老年人的健康保障问题；尽快搭建贴近百姓、覆盖全民、与医疗体系互补的健康服务管理体系，同时深化医疗改革，推动医疗体系向前端预防和后端康复延伸，切实承担起维护健康的主导责任；更加重视传播健康理念、推行健康科学生活新方式，保护古方古法，扶持中医名家，发展中医养生，支持健康产业和产品发展，为实现健康老龄化提供更强有力的支撑。

二是资源的开发利用。主要是运用好企业资源和社团资源。健康和养老是朝阳产业，目前许多企业包括许多国企和民企都转型进入大健康领域。围绕“三级医养模式”的推广，应充分发挥好企业优势。如许多国有企业自己就办有养老机构，许多去产能企业有闲置的地块和厂房可以使用；许多房地产企业自己就开发了许多新社区，拥有大批受众人群；工会、妇联、残联等社会组织也有很多资源优势，如工会的各级职工服务中心、企业职工之家和职工疗养院，妇联的妇女之家，残联的残疾人工作站等，这些资源都可以很好地整合开发利用，为推进人民健康特别是老年健康服务。

中国健康管理协会拟联合有关协会和企业共同发起全民健康促进工程，以“健康中国2030规划纲要”和“国务院关于实施健康中国行动的意见”为指导，以更新健康观念、推行健康科学生活新方式、倡导主动健康、积极健康、自主健康为主线，以推动构建贴近百姓、覆盖全民、与医疗体系互补的健康服务体系为目标，以面向4亿职工推广健康小屋、健康食堂、健康运动的“三健”行动和面向2.5亿老人推广“三级医养模式”为重点，整合开发多方资源，促进健康服务进企业、进机关、进学校、进社区、进商圈，以优化全民健康环境，提升全民健康素养，助力健康中国战略目标的实现。

(责任编辑：杨 婷)