



家庭医生嵌入医养结合养老服务的理论模型与实现路径

刘佳杰¹,许兴龙¹,汤加柱²,顾进华³

1. 江苏大学管理学院,江苏 镇江 212013; 2. 江苏大学附属医院骨科,江苏 镇江 212008;
3. 泰州市人民医院教育处,江苏 泰州 225300

摘要:政府不断致力于优化医养结合养老服务模式,但实践中仍然存在难题。文章对医养结合养老服务典型模式进行解构,针对各模式推进过程中的现实困境展开分析,阐明家庭医生嵌入医养结合养老服务的必要性与可行性。从微观视角研究家庭医生在提供医养结合养老服务时应具备的胜任力,从宏观角度构建家庭医生嵌入医养结合养老服务的理论模型,提出家庭医生胜任力提升、发展环境条件塑造、家庭医生与养老服务融合等举措,探索家庭医生嵌入医养结合养老服务的实现路径。

关键词:家庭医生;医养结合;胜任力

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2022)05-494-005

doi:10.7655/NYDXBSS20220512

我国人口老龄化程度加深,养老服务与医疗服务需求进一步扩大,为此,党和国家多次强调医养结合的重要性,要求持续推动医疗服务与养老服务融合发展。从医养结合养老服务体系建设的实践来看,一方面,老年病和慢性病导致老年人养老服务需求呈现经常性、不确定性、异质等特点,而老年人往往行动不便、就医困难,无疑降低了其对基本医疗卫生服务的利用;另一方面,医养结合养老服务兼具生理养老和心理养老的双重含义,而目前“空巢”老人、独居老人数量居多,医患之间呈现较为疏远的医治与被医治关系,削弱了医养结合养老服务体系功能。以上都成为影响医养结合养老服务效果的主要难题。发达国家的整合照料经验表明,集医、养、护为一体的家庭医生签约服务可以为深入贯彻医养结合养老服务提供有益思路。那么,家庭医生能否胜任中国情境下的医养结合养老服务需求?家庭医生嵌入医养结合养老服务体系的路径是什么?本文对上述问题

进行了探析。

一、医养结合养老服务典型模式与现实困境

(一)医养结合养老服务典型模式

医养结合养老服务模式同西方整合照料理念具有一致性,它们均需通过各机构联合的方式将基本照料、社区照料和社会照料相统一,从而提供完整、高水平的照料^[1]。因此,有学者认为医养结合是指从老年人多元化需求出发,通过将养老和医疗资源有机整合,服务功能有效衔接,为老年人提供专业化、持续性健康照护服务的养老供给方式^[2]。当前,机构养老、居家养老和社区养老是我国社会养老服务的“三驾马车”,本文根据我国最常见的社会养老模式^[3]对医养结合养老服务模式进行分类,主要分为4种,具体如表1所示。

医疗机构增加养老职能服务模式的提供主体为医疗机构。其中,中大型医疗机构常通过设立下属疗养院等方式增加养老职能,而小型医疗机构因

基金项目:国家自然科学基金“基于社会资本嵌入的家庭医生签约服务长效机制及管理策略研究”(71904066);国家自然科学基金面上项目“基于居民主动利用的基层卫生服务价值实现机制与提升策略研究”(72274081);江苏省社会科学基金“基于家庭医生嵌入的医养结合养老服务供需匹配机制及路径研究”(20SHD002);江苏大学学生科研项目“基于异质性养老服务需求的家庭医生签约服务供给研究”(20CF0102)

收稿日期:2022-07-04

作者简介:刘佳杰(1997—),男,江苏南京人,硕士研究生在读,研究方向为基层医疗卫生;许兴龙(1988—),男,江苏兴化人,博士,副教授,硕士生导师,研究方向为基层卫生治理,通信作者,jsdxxl@163.com。

表1 医养结合养老服务典型模式

基本模式	特点	典型案例
医疗机构增加养老职能	医疗水平高,护理服务专业,但床位有限,且易干扰医疗职能	重庆医科大学附属第一医院 ^[4]
养老机构增加医疗职能	服务全面优质,定位高端,但准入门槛高	青岛福山老年公寓 ^[5]
医疗机构与养老机构合作运营	服务模式较为灵活,但合作紧密程度较差	北京恭和苑老年活动中心 ^[6]
社区居家医养结合模式	可及性高,但软硬件设施配备缺失,服务水平较低	上海市佘山镇 ^[7]

病床使用率不足,常通过建立养老病床的模式增加养老职能,起到减少资源浪费的效果。医疗机构增加养老职能的优势在于能够充分发挥专业优势,使老年人享受到专业的医疗与护理服务,充分满足危重老人与高失能老人的需求。劣势在于,大型医疗机构本身就人满为患,追求提升养老服务的动力不足,加之床位等医疗资源紧缺,难以持续性提供服务。而小型医疗机构的医养结合服务往往难以获得老年人信任。

养老机构增加医疗职能服务模式的提供主体为养老机构。通常包括养老机构自行组建医疗服务或者向医疗机构打包购买进驻养老机构的医疗团队服务。这种模式的优点在于养老机构能够提供全面连续性的医养结合服务,兼顾生活照料与医疗服务。劣势在于这种模式准入门槛高,通常只有大型公立养老机构或者高端盈利养老机构能够设置,缺乏普惠性。

医疗机构与养老机构合作运营服务模式的提供主体为合作双方。医疗机构通过开设绿色通道、定期巡诊等方式为养老机构内的老年人提供医疗服务。这种模式的优点是较为灵活,且与第二种模式相比投入较少。劣势在于这种模式服务内容单调,可及性较差,医疗机构可获得利润低,对其吸引力较差,难以持续性发展。

社区居家医养结合模式主要集中在上门服务与社区合作。通过购买有资质的医疗机构与护理机构的服务,在社区或者上门提供医疗护理服务,而养老服务则向养老机构进行购买,以组合形成医养服务。从具体购买内容来看,政府购买医养结合服务即由民政部门通过居家养老服务中心、社区日间照料中心等向老年人提供养老服务,卫生部门则通过社区卫生服务中心、社区医院等组建家庭医生团队开展医护服务,即由两部门分别提供医疗与养老服务从而实现“医”与“养”的结合。

(二)医养结合现实困境

虽然政府给予一系列支持与优惠政策,广泛倡导医疗机构与养老机构尝试医养结合转型,但从总量上来看,医养结合机构占养老机构的比例仍然较低。由此可见,上文提及的前三种医养结合模式针对人群与服务定位存在先天不足,对老年群体中的大部分轻失能与健康老人缺乏普适性。社区居家

医养结合模式虽在不同地区取得相应成果,但由于各地区不同的经济水平和医养设施配备情况,无法大规模推广。因此,本文针对上述不同医养结合模式的现实困境进行分析。

1. 资金投入缺位

政府部门、社会资本对医养结合配套设施的支持是医养结合发展的主要动力。近年来,政府相关部门对医养结合给予诸多政策支持,但我国老龄化发展速度快、老龄人口基数大,导致资金需求巨大,资金缺口一时难以补足。作为具有多样性产品属性的医养结合服务,具有一定公益性与微利特征,对市场资本吸引力较低,难以有效引进社会资本。因此,医养结合资金存在“独木难支”的局面。并且,由于医养结合服务分为“医”与“养”两方面,在资金有限的情况下,我国对医疗服务与养老服务都以保基本为原则,面对多层次的服务需求,如何准确使用资金,划清使用边界,既专款专用又充分衔接服务是医养结合服务发展的另一大问题。

2. 协同管理效率不高

医养结合作为一种涉及多方协同管理的服务供给模式,各部门间缺乏统筹协调的动力与机制,例如主导机构与出资机构、医疗管理机构与养老管理机构均易存在利益问题。有学者认为这是由于医养结合养老服务模式中存在多种代理关系,隐含多重复杂博弈行为,因此在具体行为选择上与其应然定位存在偏差^[8]。总之,“多龙治水”的低效管理模式使得医养结合服务在制度出发点上便难以持续发力。

3. 供需匹配程度不足

供需匹配是实现医养结合服务可持续发展的前提。上文提及的前三种医养结合养老模式中,部分大型医养机构自身定位较高,为追求高额利润,忽视了大部分健康与轻失能老人需求。而小型医养机构,由于技术水平与服务质量原因,无法吸引老年人购买服务。

在社区居家医养结合模式中,由于缺乏稳定的服务提供形式,社区居家医养结合养老服务供给面窄,仅在大城市社区存在,因而制约了医养结合服务发展。老龄化趋势决定了医养结合养老服务发展的持续性与层次性,应当明确医养结合养老服务的供给以“普惠性”为原则,在对大部分支付能力有

限、寻求多层次服务的健康或轻失能老年人提供服务的基础上,针对有困难且失能水平高的老年人发挥政府兜底功能。同时,对于支付能力高的老年人,则应放开市场,使其可以购买高端服务,从而达到医养结合养老服务的供需匹配。

4. 文化观念与支付能力限制需求增长

我国作为传统观念与传承意识较强的国家,即使前三种机构医养结合养老服务水平更高,老年人也更向往家庭养老。在这种传统文化观念的影响下,老年人购买机构医养结合服务的意愿较低。支付能力则是限制医养结合服务需求增长的另一大因素,医养结合服务价格高,大部分农村老年人及部分城市老年人收入水平低,无法负担费用。同时,缺乏相应的护理险保障老年人的支付能力,现有医保能否支付医养结合服务费用仍然存在争议。上述诸多原因造成了需求与购买意愿的矛盾。

综上所述,前三种医养结合养老模式不能普遍适应“普惠型”的时代养老特点,仅能够满足部分老年人的医疗养老服务需求。而社区居家医养结合养老服务模式缺乏统一性与制度设计,碎片化程度高,其支付方式与服务供给的标准仍较为模糊。因此,基于“普惠型”养老服务要求特点,家庭医生具有可及性高、专业性强、服务价格低廉的优势,能够有效加强社区居家医养结合模式,从而弥补现有医养结合模式的不足,进一步满足广大老年人医养结合养老服务需求。

二、家庭医生嵌入医养结合养老服务的理论模型

(一)家庭医生嵌入医养结合养老服务的关键要素

现有家庭医生制度在参与社区居家医养结合养老服务供给时,往往存在服务内容相对单一、服务供给过程较为粗糙的情况,无法达到精准嵌入的水平。因此,本文基于家庭医生嵌入医养结合关键要素展开讨论。

嵌入性的本质在于组织的经济行为与社会体系间相互引导、促进与限制的错综复杂的关系^[9]。本文中的“嵌入”理解为家庭医生制度与医养结合模式的互动组织关系及相互正向影响。因此,本文拟从组织目标、经济关系、发展促进三要素对家庭医生制度嵌入医养结合服务模式进行分析。

首先,家庭医生制度主要基于家庭医生团队共同为社区居民提供六位一体的基本医疗卫生服务,其中老年人、慢性病人等是签约的重点对象。因此,从组织目标来看,家庭医生制度与医养结合服务目标具有较高重合性。其次,从经济关系来看,家庭医生通过签约服务为老年人提供医疗与健康

管理服务,以签约费用与服务费用作为补偿,部分可以通过医保进行支付。医养结合服务同样通过政府财政保障较低层次服务,因此家庭医生与医养服务具备类似的经济支付来源。最后,从发展促进来看,家庭医生嵌入医养结合服务模式能够有效提升社区居家医养结合的服务水平。家庭医生服务价格较低,服务水平较养老护工提升明显;家庭医生通过嵌入医养结合服务模式,服务面得到拓展,有效提升了收入水平,不仅局限于人头签约费用,两者相互促进发展。

(二)家庭医生胜任力

家庭医生嵌入医养结合养老服务对家庭医生提出了更高的胜任力要求,本文从家庭医生个体出发,依据胜任力冰山模型分析其应当具备的胜任力,从微观层面分析其嵌入医养结合养老服务的要求。

胜任力概念最早由 McClelland^[10]于1973年提出,他认为胜任力是指在一个特定岗位、组织、文化中,可以区分卓越绩效表现和普通绩效表现的个体特征,包括直接影响工作或工作绩效的知识、技能、能力、特征或者动机等,并依据此概念提出胜任力冰山模型。本文根据家庭医生嵌入医养结合服务的服务对象、服务内容等,对冰山模型进行适用性修订。如图1所示,家庭医生胜任力分为易显的基准性胜任力与不易显的鉴别性胜任力。

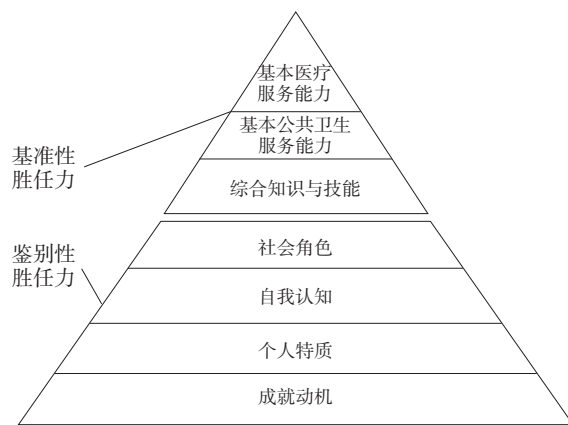


图1 家庭医生嵌入医养结合养老服务胜任力模型

基准性胜任力包括基本医疗服务能力、基本公共卫生服务能力以及综合知识与技能三项。其中基本医疗服务能力是最为明显且最为患者直接感受的胜任力,因此这部分的胜任力条目选取应当根据老年人失能水平分级,以适应老年人的层次化需求。基本公共卫生服务能力则根据老年人需要的服务指标进行选取,例如健康管理、健康讲座等,基本以贴近老年人生活需求为原则。综合知识与技能则是对家庭医生服务全面性进行的补充,如如何帮助老年人进行费用控制,如何利用信息平台等技能。

鉴别性胜任力则包括不易显的四项:社会角色、自我认知、个人特质与成就动机。社会角色主要指家庭医生在医养结合养老服务中的价值认同,例如在服务老年人时的耐心、奉献、责任等。自我认知是家庭医生对自我职能的定位,家庭医生的定位应当是老年人的服务者、医疗服务的供给者,更深层次则为老年患者的朋友与疏导者。个人特质被认为是个体与生俱来的特质,如提供服务时的团队合作能力、与人交往的沟通能力、学习能力、遭遇压力的自我调节能力等。成就动机在家庭医生胜任力中可以概括为服务完成后获得患者的尊重与信任并由此引发的自豪感。

(三)家庭医生嵌入医养结合的模型构建

根据上述理论与分析,本文从宏观层面构建了家庭医生嵌入医养结合养老服务的模型,如图2所示。

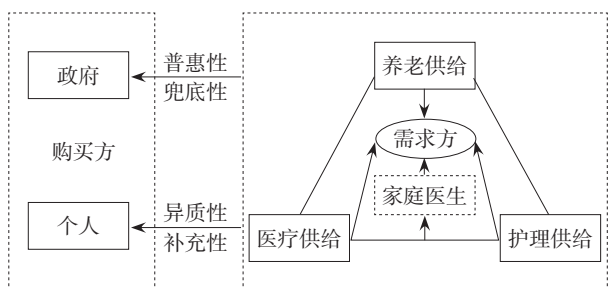


图2 家庭医生嵌入医养结合养老服务的模型

家庭医生嵌入医养护一体的社区居家医养结合养老模式中,作为医疗与护理服务供给的中介环节,用以提供老年人所需的医疗与护理服务。

首先,从整个医养结合服务体系角度来看,家庭医生提供的医养结合养老服务注重基础性与经济性,通过串联社区与居家养老,为广大健康老年人与轻失能老年人提供实惠便捷的服务,同时结合社区或政府购买的养老服务形成配套,衔接医养护服务,最终达到家庭医生嵌入医养体系的效果。

其次,从购买方的角度来看,政府购买的家庭医生医养结合养老服务主要是由财政与医保费用支付的基础性服务,例如健康管理、门诊上门等,政府购买的医养结合服务具有一定的普惠性和兜底作用,针对有困难的老人可通过专项资金直接支付服务费用。与此同时,老年人个体也可直接向家庭医生购买自己所额外需要的医养结合服务,如养生保健、中医服务等,这些服务即便需要个人支付,其费用也较机构医养更为优惠。

最后,针对家庭医生医养结合养老服务无法满足的老年人,也可根据家庭医生的推荐与诊断上转至能够满足需求的高层次医养机构,从而享受更为优质的条件或更为专业的医疗,形成服务供给的分级衔接。

三、家庭医生嵌入医养结合养老服务实现路径

家庭医生嵌入医养结合养老服务具有较为成熟的理论基础与现实依据。而不同主体在参与公共服务过程中,均会对服务效果产生重要关联^[11],所以模式的深化发展仍然需要供给方、监管方、需求方等多方主体的共同努力。基于本文的分析框架与内容,针对性提出家庭医生嵌入医养结合养老服务的三个不同路径,共同组成该模式的实现路径,如图3所示。

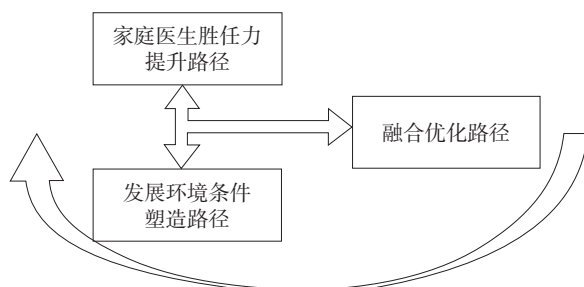


图3 家庭医生嵌入医养结合养老服务实现路径

(一)家庭医生胜任力提升路径

家庭医生的胜任力是其嵌入医养结合养老服务的基础。家庭医生医养结合服务胜任力的提升分为两部分:一是鉴别性胜任力,二是基准性胜任力。鉴别性胜任力提升体现在设计家庭医生准入门槛时,将对老年人服务中的耐心、责任心、学习能力、调节能力等隐性标准纳入考核。基准性胜任力提升体现在家庭医生应在养老服务供给中针对老年人的服务需求,拓展多层次的医疗服务与公共卫生服务能力,如采用中医适宜技术为老年人提供健康保健等。因此,应针对家庭医生进行相应的技术培训,制定培训标准并将胜任力考核同绩效挂钩,从而整体上提升家庭医生嵌入医养结合养老服务的胜任力水平。

(二)发展环境条件塑造路径

模式发展环境塑造路径是家庭医生嵌入医养结合养老服务的前提。模式发展环境条件塑造路径应当与家庭医生胜任力提升路径同步进行,以实现目标的一致化与模式发展的整体性。其中,完善的制度设计与有力的政策支持是家庭医生嵌入医养结合养老服务的有利外部环境。推广家庭医生嵌入医养结合养老服务模式,首先应明确家庭医生制度在医养结合中的重要定位,根据家庭医生在服务过程中的服务范围、流程、标准、绩效评估等多方面进行制度设计,并不断根据老年人需求层次与购买力水平变化及时调整,推动基本医疗保险改革。其次,完善相关法律法规与章程,做到服务全流程都有法律法规保驾护航。

丰富的资金投入与持续的人才培养是家庭医生嵌入医养结合养老服务的内部条件。加强对家庭医生制度建设的资金投入,不仅限于医保与公共卫生资金,还可通过当地政府直接规划养老专项资金投入,统筹以家庭医生制度为轴的医养护一体化养老模式。国家层面应当加强全科医生及相关专业人才的培养,提升家庭医生的质量与数量;提升定向培养的占比;鼓励全科医生下基层为老年人服务;培养课程中加强老年医学、护理学等知识培训。

(三)家庭医生与养老服务的融合优化路径

家庭医生与养老服务的融合优化路径是家庭医生嵌入医养结合养老服务的催化剂。融合优化路径基于家庭医生嵌入医养结合养老服务的实践,强调家庭医生充分利用社区资源与社区养老服务形成衔接。例如,根据养老团队的反馈,针对老年患者的病情变化及时向上转诊或接受上级医院向下转出。对养老团队进行指导,提升其养护水平,并与其形成一条及时反馈、沟通顺畅的服务通道,根据老年人的身体变化及时提供相对应的医护服务等。本阶段是对以上两路径的实践与优化,根据本路径反馈可及时对整个模式提出建议与改进。

参考文献

- [1] 封铁英,南妍. 医养结合养老模式实践逻辑与路径再选择——基于全国养老服务业典型案例的分析[J]. 公共管理学报,2020,17(3):113-125,173
- [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[J]. 新疆师范大学学报(哲学社会科学版),2018,39(1):107-114
- [3] 孔舒. 构建新时代中国特色医养结合模式初探[J]. 人民论坛,2022(8):87-89
- [4] 居晨浩,张浩成,方纪元,等. 中国医养结合服务模式类型[J]. 中国老年学杂志,2022,42(10):2532-2535
- [5] 刘稳,徐昕,李士雪. 基于SWOT分析的“医养结合”养老服务模式研究[J]. 中国卫生事业管理,2015,32(11):815-817,822
- [6] 郑函,王梦苑,赵育新. 我国“医养结合”养老模式发展现状、问题及对策分析[J]. 中国公共卫生,2019,35(4):512-515
- [7] 邵德兴. 医养护一体化健康养老模式探析:以上海市佘山镇为例[J]. 浙江社会科学,2014(6):87-92,158
- [8] 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]. 国家行政学院学报,2018(2):40-51,135
- [9] 杨玉波,李备友,李守伟. 嵌入性理论研究综述:基于普遍联系的视角[J]. 山东社会科学,2014(3):172-176
- [10] MCCLELLAND D C. Testing for competence rather than for “intelligence”[J]. Am Psychol,1973,28(1):1-14
- [11] 许兴龙,周绿林. 基层医疗卫生服务价值共创概念模型、现实困境与驱动因素[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2021,21(6):529-532

(本文编辑:姜 鑫)

The theoretical model and implementation path of family doctors embedding medical care and elderly care services

LIU Jiajie¹, XU Xinglong¹, TANG Jiazhu², GU Jinhua³

1. School of Management, Jiangsu University, Zhenjiang 212013; 2. Department of Orthopedics, Affiliated Hospital of Jiangsu University, Zhenjiang 212008; 3. Education Department, Taizhou People's Hospital, Taizhou 225300, China

Abstract: The government has been constantly committed to optimize the service model combining medical and nursing services, but there are still a series of difficulties in practice. This paper deconstructs the typical models of the combination of medical treatment and elderly care services, analyzes the practical difficulties in advancing each model, and clarifies the necessity and feasibility of family doctors' embedding in the combination of medical care and nursing services. This paper studies the competencies of family doctors and elderly care services and constructs a theoretical model for family doctors to embed in the combination of medical care and elderly care. Finally, based on the above theoretical analysis, three paths are proposed to enhance the competency of family doctors: shape the development environment and conditions; optimize the integration of family doctors and elderly care services; explore the realization path of family doctors' embedding in the combination of medical treatment and elderly care services.

Key words: family doctor; combination of medical treatment and elderly care services; competency