

SWOT 分析视角下城镇失能老人医养结合服务模式研究

丁建定 樊晴晴

(华中科技大学社会学院,湖北武汉,430074)

摘要: 随着老龄化进程的加快,我国城镇失能老人数量也在不断攀升。传统的养老、医疗资源相互分离的局面给失能老年群体带来了诸多不便,为满足城镇失能老人的需要,解决我国老龄化进程中的养老困境,本文基于 SWOT 分析模型,在优势、劣势、机会与威胁四个维度的基础之上,对城镇失能老人实行医养结合服务模式进行研究分析,并挖掘该模式在筹资渠道、人力资源、长期护理保险、政策落实、资源整合等方面存在的问题,最后针对其不足之处提出了具体的路径参考。

关键词: 失能老人; 医养结合; 服务模式; SWOT 分析

一、引言

随着社会人口结构的改变,我国人口老龄化态势明显。统计局最新数据显示,“截至 2016 年末,全国大陆总人口 138271 万人,65 周岁及以上人口数为 15003 万人,占比 10.8%,其中,城镇常住人口 79298 万人,占总人口比重 57.35%”,^①“失能老年人口大致 4063 万人,占老年人口 18.3%”。^② 根据全国老龄办发布的数据,“至 2020 年,我国老年人口将达到 2.48 亿,老龄化水平将达到 17%”。^③ 老年人口的与日俱增使得失能老人数量在逐年增加,“2015 年我国失能老人数量达到 4000 万人,完全失能老年人口达到 1239.7 万人,其中城镇完全失能人口数量达到 410.8 万人,占比 30.18%”。^④ 然而,2015 年我国养老床位仅有 669.8 万张,以“十二五”规划目标作为参考,养老床位缺口仍然很大,人均床位拥有率不仅低于发达国家 5%~7% 的平均水平,也低于发展中国家 2%~3% 的水平。^⑤

逐年攀升的城镇失能老人数量以及不完善的养老服务体系成为我国当前一道严峻的养老难题,为了更好地满足城镇失能老人在生活照料及医疗护理方面的需求,我们需要进行养老方式创新,在养老的基础上增加医护功能,整合现有的养老、医疗资源,鼓励养老机构内设医疗服务、医疗机构开展养老服务或者养老机构与医疗机构合作。我国医养结合服务模式尚处于探索阶段,在“以养为主”与“以医为主”的问题上要借鉴发达国家的成功经验:一般性疾病在医养结合机构内部解决,严重性疾病则通过与周边医院合作治疗,实施“以养为主”的服务模式,既方便了医养结合机构的管理团队,集中资源从事专业工作,又能够从商业角度达到互利互惠,推动医养结合服务模式的迅速发展。

关于失能老人,不同视角与地区有不同的界定,本文将失能老人定义为:60 岁及以上由于身心功能衰弱导致日常生活不能完全自理需要他人帮助的群体。面对城镇失能老人严峻的养老形势,政府在 2013 年出台的《关于加快发展养老服务业的若干意见》中明确表示“推动医养融合发展,到 2015 年底,在县级以上城市中,至少有一处老年养护机构以专门收养失能老人为主。”这表明政府在失能老人养老方面给予了极大的重

① 该比例来源于国家统计局最新数据,数据来自中商情报网: <http://mt.sohu.com/20170228/n481971776.shtml>。

② 数据来自新华网: http://news.xinhuanet.com/local/2016-10/09/c_1119682514.htm。

③ 数据来自全国老龄工作委员会办公室: <http://www.cncaprc.gov.cn/contents/37/69715.html>。

视,但是反观我国城镇失能老人养老现状还存在诸多问题:传统的养老机构大多只提供基础的生活照料服务,无法满足失能老人的医疗需要;社会化的养老机构为了规避风险与市场盈利,排斥接收失能程度较高的老年人;我国家庭规模的小型化与家庭结构的简化导致家庭养老功能日渐衰弱。规模层面,平均家庭户从1982年的4.41人缩减至2010年的3.10人;结构层面,与2000年相比,2010年一代与二代组成的家庭超过了80%。^[9]随着生活方式的改变,子女没有足够的精力去照顾失能的父母,久之易产生家庭矛盾,从而引发社会问题。因此,为解决我国城镇失能老人的养老难题,推动医养结合服务模式的发展尤为必要。

二、医养结合服务模式的SWOT分析

SWOT分析法,又称态势分析法,是对组织内外部环境的态势分析。文章基于SWOT模型,从优势、劣势、机会与威胁四个维度对我国城镇失能老人医养结合服务模式进行综合分析,为解决城镇失能老人养老问题,有效应对老龄化,实现多元养老的目标提供理论依据。

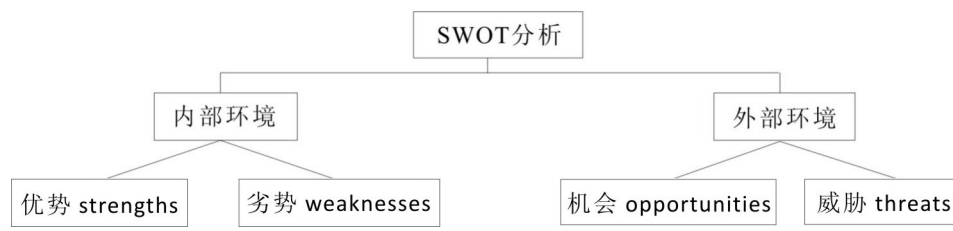


图1 SWOT分析结构图

(一) 优势(strengths)

1. 服务特色化,内容多元化。医养结合服务模式充分整合了现有的多元养老形态及养老方式,除了日常照料外,更加重视失能老人的精神状态和身体状况,为老人提供了便捷有效的医疗卫生服务、健康体检和咨询诊治服务。在医养结合服务机构里,失能老人不仅能获得专业的医疗护理服务,还可以享受到基本的生活、娱乐、文化、教育等养老服务,不需要再往返于医院和养老院之间,解决了空间上的不适应问题。以重庆青杠老年护养中心为例,该中心不仅在普通护养区为失能老人提供日常照料服务,而且在养老病床或老年科为康复阶段的老人提供医疗保健服务。伴随着医养结合服务模式的向前推进,单一的养老服务体系正在逐步瓦解,新的养老保障模式在逐渐形成。医养结合模式依托其多样化的服务内容、严谨化的服务体系、个性化的服务形态,把综合多样的养老机构与医疗机构合理高效地结合在一起,能够适应不同主体的多样化需求,从而在复杂多变的社会化养老环境中不断进步与发展,形成多元一体的养老保障新体系。

2. 结构层次分明,设置科学合理。养老资源与医疗资源本身的复杂性导致了医养结合服务模式类型的多样性,根据运行模式和统筹资源的不同将医养结合模式具体分为:内置型、联动型和辐射型。其中内置型包括具备医疗功能的养老机构和具备养老功能的医疗机构,可以在养老机构中内置医疗资源,也可以在医疗机构中内置养老资源,兼顾“养”与“医”两个层面;联动型则是独立的养老机构与医疗机构彼此合作,各司其职,提高效率,达到互利共赢;辐射型指社区养老服务中心与养老、医疗机构展开合作,以社区养老服务中心为原点,为需要服务的老年人形成“医养结合”辐射区域。对于内置型结构模式而言,将养老服务与医疗服务之间的互相转诊达到常态机制,养老机构配备医护资源能够为失能老人提供医疗咨询、日常体检、急诊急救、养生保健等服务,而医疗机构内设养老资源能为失能老人提供全面的日间照料,直接避免了老人在医院、养老院之间的奔波,节约了社会资源、提高了办事效率,减轻了家庭负担。对于联动型结构模式而言,在两种资源相互合作的基础上,双方相互配合促进彼此效用最大化,既能优势互补,强强联合,又能灵活多变,为失能老人提供及时有效的养老与医疗服务。对于辐射型结构模式而言,在社区、养老机构、医疗机构的三方配合下,失能老人能享受到包括定期体检、上门巡诊、家庭病床、社区护理等全面服务,医疗机构与社区建立长

期合作关系使得失能老人在熟悉的环境中享受到专业的服务,实现需求与供给的完美契合。

3. 节约医疗资源,降低医保负担。失能老人由于身体器官、组织功能弱化,需要经常住院治疗,部分有条件的老人甚至常住不走。发展医养结合服务模式,能够盘活现有的医疗卫生和养老服务的资源,解决医院“押床”问题,能够释放更多的医疗资源,从源头上减少医疗卫生服务的支出,从根本上降低医保负担。以北京颐乐之家敬老院为例,该机构实行医护型养老模式,24 小时为入住老人提供专业、高效的医护服务,与在医院进行康复治疗和医疗护理进行对比,医养结合机构的服务费用更低,服务更周全细致,失能老人可以更加容易地享受到家庭病床和全科医生服务。

(二) 劣势(weaknesses)

1. 筹资渠道窄,激励机制不健全。传统的养老与医疗机构经过长期的发展,已经形成一套相对稳定的资金筹集模式,但是作为二者的结合,医养结合模式出现筹资空隙,在制度衔接、实际操作层面遭遇到难题,长效筹资模式尚未建立。作为一种新型服务模式,医养结合服务在我国属于初步发展阶段,政府财政资金的投入大都用于初期建设,投资回报率低,无明显收益,甚至部分地区长期处于亏损状态,极大降低了对社会资本的吸引力。此外,对于机构运营过程中出现的责任事故,多重部门权责交叉、模糊不清,无法厘清归属于民事责任抑或刑事责任,极大地影响了民间资本注入的积极性,再加上近年来政府侧重于建设医养结合机构的准入制度、运营规范、责任与义务等方面,忽视了社会投资者在机构运营中的盈利部分,以卫生部 2010 年下发的《诊所基本标准》为例,《标准》在医务室建筑面积上规定不低于 40 平方米,全天 24 小时运营,还须建立独立的诊室、治疗室、处置室与观察室等场所,且至少配备 2 名全科医生、2 名护士或其他医护技术人员,假设月工资人均 2000 元~3000 元,则每年仅医务人员工资一项就需 10 万元~15 万元,这对于一般的养老机构而言负担太重。^① 诸多原因造成了医养结合机构资金匮乏,规模狭小,设施简陋的现象,影响入住老人的积极性,不利于该模式的长远发展。

2. 人力资源短缺,有效供给不足。医护人才的短缺是几乎所有养老机构面临的普遍的难题,一方面医养结合机构中的医护人员薪酬待遇不高,工作量大,且长期照护身体功能不健全的老龄群体,易发生责任事故与纠纷,再加上在社会上的尊重与认可度不高,因此经济与心理层面均达不到良好的状态;另一方面,医生的培养周期长,学成之后更倾向于去大型综合类医院工作,使得医护比例失衡,专业医护人才出现缺口,以南京市江宁区 2015 年统计数据为例,全区 23 个社区卫生服务中心,拥有执业医师 572 名,注册护士 427 名,医护比为 1:0.75,不仅低于江苏省卫生厅规定的医护比 1:1 的配备原则,更低于 WHO 推荐的医护比 1:2 的标准;^② 此外,我国医养结合机构缺乏医护培训和管理体系以及严谨科学的人才测评机制,使得很多临时培训的下岗人员参与其中。因此,高质量、专业性人才队伍的缺乏已成为制约医养结合服务模式发展的棘手难题。

3. 长期护理保险缺乏。目前我国社会保险中的医疗保障并不包括长期护理保险,而我国商业保险里的医疗保险也是主要关于补偿疾病治疗过程中的花费,缺乏疾病的前期预防以及治疗之后的照料、康复、护理等阶段的险种。养老保险不仅仅是治疗老人当下的病痛,疾病的预防及治愈后的康复也尤为重要,提供多样化的健康管理服务、促进老年人身心健康、提高失能老人的生活质量才是终极目标。然而由于失能老人属于高危人群,长期护理保险一推出,保险公司在很短时间就要进行赔付,没有很好地做到风险分散;另外我国保险业缺乏老人的日常活动功能统计表、长期护理服务经费标准以及厘定费率的经验数据,也没有历史赔付数据,很难提供定价参考;再加上我国一般是通过投保时的体检与生存调查的方法来进行风险防范,缺乏先进的风险控制技术,由此造成了我国长期护理保险的缺乏。^③

(三) 机会(opportunities)

1. 城镇失能老人的强烈需求。老龄化程度的加深使得城镇失能老人比例逐年增加,在老龄人口中的比

① 数据来自医政司网站: <http://www.nhfpc.gov.cn/mohyzs/s3578/201008/48609.shtml>。

重接近两成,而失能老人作为老年群体中的弱势群体,对于养老、医疗资源的需求也更加全面和强烈。我国的公立养老机构由于是政府出资,市场化运作,为了更好地运营下去,一般会以自理能力为条件来降低运营成本,很多私立养老机构,虽对此没有要求可是却根据健康等级制定了不同的收费标准,许多失能家庭望而却步。我国未富先老的国情,使支付能力成为制约养老产业发展的重要因素,以深圳市的养老院为例,其针对失能老人人均收费在 3000 元以上,而深圳市企业退休职工的养老金平均为 3000 元左右。在医疗资源方面,大多数失能半失能老人为了同时接受治疗和康复护理服务经常往返于医院和养老院,既给老人带来了极大的困扰又浪费了大量资源。从阿玛蒂亚·森的能力贫困理论得到启示,我们应该寻求改善失能老人自身状况的途径,让他们享受更多的养老、医疗、娱乐、社交的机会,“医养一体化”的服务模式,它既契合城镇失能老人的需求,减轻家庭负担,又能促进我国养老事业的进步,因此必须给予支持和鼓励。

2. 政府财政的支持。随着我国市场经济的发展,综合国力的提升,政府对于养老产业的支出在逐年增大。“十三五”时期,政府在养老产业领域,公共财政用于养老支出的资金规模年均增长 13.3%,高于同期公共财政支出增速,预计到 2025 年,公共财政用于养老支出的资金规模将达到 250 亿元。近年来,在政府财政资金的支持下,我国的养老事业不断向前发展,从养老的硬件设备、养老环境、养老资源的投入到专业人才的培养等都在日益完善。在财政资金支持与养老资源投入的双重推动下,医养结合养老服务模式获得了良好的发展环境与雄厚的经济基础,在国家的大力支持与推动下,许多资源条件良好的医疗机构、卫生服务平台等凭借其自身独特的优势开始注入养老领域,为城镇失能老人提供了集日常照料、医疗护理、精神娱乐、心理慰藉于一体的综合性养老服务。

3. 国家政策的导向。随着社会老龄化程度的逐年加深,国家出台了一系列政策文件,促进了我国医养结合养老服务模式的发展。2013 年,国务院在《关于加快发展养老服务业的若干意见》中,指出各地要促进医疗卫生资源进入养老机构、社区和居民家庭,并在开设老年病科、建立健康档案和完善医保报销制度等方面作了相关规定。2015 年,国务院办公厅下发《关于印发全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015-2020 年)的通知》,提出推动中医药与养老结合,发展中医药特色养老机构,充分发挥中医药“治未病”和养生保健优势。2016 年,民政部、国家发展改革委联合下发《民政事业发展第十三个五年规划》,提出重点发展医养结合型养老机构,增加养护型、医护型养老床位,到 2020 年每千名老年人口拥有养老床位数达到 35~40 张,其中护理型床位比例不低于 30%。^[4] 2017 年 3 月,民政部、公安部、国家卫生计生委、国家质检总局、国家标准委、全国老龄办联合印发《关于开展养老院服务质量建设专项行动的通知》,明确提出到 2017 年底,50% 以上的养老院能以不同形式为入住老人提供医疗卫生服务。

4. 医疗卫生体制改革带来的契机。2009 年,中共中央国务院提出了医疗卫生体制改革的意见,要构建结构科学、覆盖城乡的医疗服务体系,为新型两级医疗服务体系的构建提供了政策支撑与保障,新型两级医疗服务体系指的是大型综合医院与社区卫生服务中心。虽然社区卫生服务中心在一定程度上缓解了社区居民看病难的问题,但是相对于专业性更强、水平更高的正规医疗机构,还是存在很大的缺陷与不足,对于身体状况日益衰弱的老年群体尤其是生活不能自理的失能老人来讲,社区卫生服务中心无法提供针对性的长期照料服务与后期康复服务,所以很多经济状况良好的老人选择长时间滞留在大型医院,以便更好地享受到专业医疗团队的后期康复服务,但此行为使部分群体占用过多资源,造成了医疗资源的浪费,资源配置的不合理导致很多有迫切就医需求的患者得不到及时的救治服务,影响了大型综合医院的发展,也给养老事业和医疗事业带来了难以解决的问题。因此,借着国家实行医疗卫生体制改革的契机,将不同等级、不同程度的医院、医疗机构、卫生服务中心等进行整合,或与养老机构结合,转型升级为医养结合服务新模式,能够促进我国养老、医疗水平的提升。

(四) 威胁(threats)

1. 政策落实方面缺位。为鼓励社会力量参与到医养结合服务模式中来,各级政府在税收、土地、水电、排

污、取暖、医疗、通讯与培训等方面给予了大幅度的减免优惠与政策扶持,但在具体实施过程中,会出现落实方面的问题。各部门在权责方面的交叉重复与部门利益的影响下,容易造成责任缺位,形成“三不管”地带,部分行政人员缺乏责任心,疲于应付,在行政办公程序中效率低下,例如在土地申请划拨方面,政府有时会出现行政拖延或者划拨不及时的现象,同样在财政补贴方面,由于过程复杂繁琐,程序众多,造成申领与获得补贴资金的周期较长的局面。

2. 资源整合依然困难。在我国特殊国情的影响下,由于改革的渐进性与历史的延续性,造成了各政府部门的“多头管理”与“头条分割”。医养结合服务机构涉及的管理部门众多,包括民政、卫生、社保及老龄办等,由于行政划分、行业差异、利益分割、资源分配和制度管理的不同,各部门在医养结合机构中会出现职权交叉,权责不清的情况,比如民政部门在进行年终考核时会涉及机构中医护人员的资质与硬件设施等项目,这与卫生部门的职能重叠,造成资源浪费。且由普通养老机构转型为医养结合型养老机构能获得政府的一次性建设与运营补贴,而由医疗机构转型而来的却得不到政府补贴,这种管理混乱、职权重复不清的局面使得各地对相关资源难以做到合理高效的整合。^[4]在物价与医保政策方面,社会经济发展程度不同,地区间固有的经济差距使得各地在养老医疗服务项目上的收费标准不同,物价部门也未对医养结合服务模式核定统一的收费价格,且现行的医疗保险政策未将医养结合服务纳入规定的支付范围,因而在支付价格与支付范围方面难以进行统一整合。在社会协同方面,各级政府在财政、土地、税收、审批等各方面陆续出台了相关优惠扶持政策以此来鼓励民间力量参与其中,但在具体实施过程中,还存在政策推行难以落到实处、社会整体协同度不高等现象。

3. 市场调节机制不够完善。我国目前的社会保障体系与市场调节机制还不够完善与健全,离开政府的引导与规范,在结构人群的覆盖上养老、医疗资源难以达到公平高效的配置,在需求供给的不均衡下极易导致市场失灵。城镇失能老年群体,在身体机能每况愈下、日常生活难以自理的情况下对医养结合养老服务的需求日渐增大,然而医养结合作为集养老、医疗服务于一体的综合性、专业性的新型照护模式,对比普通养老机构收费水平也相对要高,由于缺乏经济收入或者收入有限,部分失能老人望而却步。这就违背了政府建设医养结合服务模式的初衷,我国医养结合机构在市场化浪潮中面对的问题纷繁复杂,因而无法单纯依靠市场进行运营,政府作为一只“看不见的手”应该运用创新性的思维模式与发展方式进行适当地调控与引导,更好的解决失能老人对医养结合服务的需要。

4. 社会公益环境尚未形成。虽然我国处于社会主义初级阶段,但我国公益服务与志愿者服务的意识还很薄弱,慈善捐赠系统还不健全。即使在政府的大力组织与宣传下,还是仅有少数具有公有性质的医养结合机构能得到零星捐赠,且捐赠数额有限。在志愿者服务方面,大多志愿者来自于各大高校,基本是相关专业的学生,由于专业实操能力提升的需要,在学校和老师的组织与安排下,到当地固定的机构进行社会实践服务,服务内容千篇一律,服务方式形式化,且知识停留在理论上,缺乏临床照护经验,达不到医护能力的专业水准,无法单独承担照护老人的责任。机构角度来讲,城镇失能老人本身就属于高危群体,身体功能衰弱,机构工作人员并不想让志愿者长时间单独接触老人,一方面难以提供优质服务,另一方面发生事故时责任方不好确定,因此,机构本身也不愿接受形式化的志愿服务。

三、完善医养结合服务模式的路径选择

任何新型模式的诞生与发展都会遭遇许多难题,根据我国的国情,针对医养结合养老服务模式中出现的不足和短板,提供以下路径选择。

(一) 创新筹资模式,拓宽筹资渠道

政府要动员多发力量参与筹资,创新服务购买理念,改变服务购买方式。建立养老基金会,增设医养结合养老服务模式发展专项基金,积极鼓励和引导社会金融机构对医养结合机构发展项目的信贷支持。继续

扩大财政支出,虽然近年来政府在养老保障方面投入增多,但是整体比重还不够高,还需进一步加大财政扶持力度,发展初期用于机构基础建设,发展成熟期用于服务的完善,充分发挥政府兜底作用。探索创新型多方参与机制,出台相关条例在政策上进行引导,对于在医养结合领域做出贡献的组织与个人,在其他方面给予奖励与优待,吸引更多的民间力量参与其中,共同打造医养结合养老服务新模式。

(二) 加强人才队伍建设,完善市场调节机制

专业医护人才的紧缺成为制约医养结合服务模式发展的一个关键因素。要形成长效稳固的人才队伍建设机制,需要做好以下工作:首先,高校方面要增加老年医护专业的学科设置,构建从本科到博士的学科培养体系,加大老年护理相关专业的知识培训与专业实习,同时兼顾对社会上医护人才的职业技能培训,实现专业人才培养与职业人才培训齐头并进,以此拓展老年医护人才的来源渠道;其次,国家要加大在相关学科的教育经费投入,通过政府补贴、学费减免、社会帮扶等方式减轻人才的学费负担,吸引更多的人投入老年医护领域。最后,完善在老年专业人才队伍建设方面的政策法规,大力支持医护专业的发展项目,保障相关人才培养项目的积极推进。在市场调节机制方面,根据市场失灵理论,市场失灵的矫正必须通过政府进行补救,政府要运用好宏观调控的职能。在制度层面,要制定好相关的法律法规,以形成行业规范和共识、提高养护服务质量与水平、明晰服务理念与内容。在内容层面,相关部门要明确各自责任,改善机构服务质量、完善机构管理规范,充分维护入住老人的合法权益。

(三) 推行长期护理保险制度,部分地区试点先行

随着我国人口老龄化程度的加深,老年群体余寿带病年限增长,医养结合服务模式综合养老、医疗资源,通过创新性的模式整合在一定程度上缓解了照护与医疗之间的基本矛盾,但是我国的养老保险与医疗保险负责的重点分别是养老金与医疗费用报销,在老年人长期护理服务方面甚是缺乏,因此建立长期护理保险尤为迫切与必要。首先,要明晰长期护理保险的几个方面:长期护理保险的现实需求、供给能力、发展方向、经验模式、功能定位与制度框架;其次,在长期护理保险初步发展与探索时期,要借鉴国外发达国家成熟的模式与先进的经验,并结合中国具体国情,因地制宜,在部分城市和地区先行开展试点,可以先从商业保险的视角出发经营,利用商业保险成熟的运营模式与精算能力进行发展,等完善到一定程度再逐渐过渡到社会保险领域;最后,国家层面来讲,要出台一系列法律法规,逐步完善相关的配套政策,有计划的积极扶持长期护理保险的发展,促进医养结合养老服务的完善与进步。

(四) 加强多方资源整合,推动政策平稳落实

多方资源的整合有利于建设具有规模效应的服务供给链条,同一地区的社保、卫生、民政和老龄部门要加强合作,提高服务意识,打破界限分割。首先,要清楚医养结合养老服务模式的性质、理念、内容和方式,制定统一的机构建设标准、行业准入标准、从业资格标准、管理标准、人才规范标准和设施设备标准,并建立配套的管制体系和专业评估体系,明确部门权力与责任,以免发生权责交叉情况;其次,建立多层次、科学合理的服务费用支付机制,不同服务内容对应不同的收费水平,同时整合各部门的资金用途,如卫生部门用于社区的预防保健经费、医保费用中支付于医疗机构和家庭病床的老年人医疗项目经费以及民政和老龄部门用于机构养老和居家养老服务的补贴等,建设规范化的支付体系,从部门统筹逐渐实现城乡统筹;最后,充分利用网络信息技术等平台,建立统一的老年身体信息库,对老年人的身体状况进行长期有对比的监控,从而为不同程度的失能老人提供不同的服务内容。^[8]在政策落实方面,要因地制宜制定科学的落实计划,推动政策在扶持医养结合机构项目发展方面的细化、量化、具体可操作化,尽量去除不必要的程序和流程,提高各部门行政效率,条件允许的情况下,创新部门办公模式,成立“一站式”服务模式。此外,在政策推进过程中,加强监督体系的建设,促进社会监督与政府内部监督相结合,维护好行业规范与运行规则。

(五) 扩大公益理念宣传,提高志愿服务意识

要打造积极主动的社会公益环境需要一定的前提条件,即政府的宏观引导与支持。要出台文件加强公

益服务与志愿者服务理念的宣传与动员,鼓励社会在职人员参与到公益活动中来,加大公益活动项目的审批;宣传部门要扩大敬老、爱老等优良传统的宣传,设立敬老日,打造尊老爱好文化,利用新兴媒介加强舆论引导力度,使得社会各界广泛关注老年人身心发展;在学校领域,要从小培养学生的公益意识,设立公益课堂,举办公益讲座,开展校园公益活动,推行亲子公益比拼,以学生带动家长,在整个社会打造浓厚的公益服务与志愿者服务文化。

我国医养结合养老服务模式尚处于初步探索阶段,相关理论研究与建设思路还不完善。本文基于SWOT分析模型对城镇失能老人医养结合模式的内外部环境进行了详细的研究分析。从优势、劣势、机会、威胁四个维度进行展开,在自身劣势与外部环境威胁的基础上分析了医养结合养老模式的短板与不足,并有针对性的从筹资模式、人才队伍、长期护理保险、资源整合、公益环境等方面提出了具体的路径建议,以期为解决我国城镇失能老人的养老困境提供新思路。

参考文献:

- [1] 庄绪荣、张丽萍《失能老人养老状况分析》,载《人口学刊》,2016(3)。
- [2] 黄佳豪、孟昉《“医养结合”养老模式的必要性、困境与对策》,载《人口与健康》,2014(6)。
- [3] 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》,载《中国卫生事业管理》,2015(11)。
- [4] 张一帆《基层医疗机构人才短缺问题研究》,载《当代经济》,2015(24)。
- [5] 王乐芝、曾水英《关于失能老人状况与老年长期护理保险的研究综述》,载《人口学刊》,2015(4)。
- [6] 马丽丽、陈娜、汤少梁《医养结合养老机构养老服务发展政策研究》,载《医学与社会》,2016(4)。
- [7] 张晓杰《医养结合养老创新的逻辑、瓶颈与政策选择》,载《西北人口》,2016(1)。
- [8] 严妮《城镇化进程中空巢老人养老模式的选择: 城市社区医养结合》,载《华中农业大学学报(社会科学版) 》,2015(4)。

A Study on the Service Model of Medical – Nursing Combined for Urban Disabled Elders in the Perspective of SWOT Analysis

DING Jianding FAN Qingqing

Abstract: With the acceleration of the aging process, the number of urban disabled elders in China is also rising. Traditional pension and medical resources are separated from each other, and this brings a lot of inconvenience to the disabled elders. In order to meet the needs of urban disabled elders and solving the aged predicament in China's aging process, the paper is based on the SWOT analysis model, studying and analyzing the service model of medical – nursing combined for urban disabled elders on the basis of the four dimensions of the strengths, weaknesses, opportunities and threats, and dig the problem of the model in the financing channels, human resources, long – term care insurance, policy implementation, resource integration and so on. Finally, putting forward specific suggestions for its shortcomings.

Key words: the disabled elders, medical – nursing combined, service model, SWOT analysis

(责任编辑: H)