

· 党为人民谋健康的100年 ·

基于健康扶贫视角的民族地区 医养结合养老服务模式研究

王宏, 吴佳宏, 杨晓敏

河北北方学院附属第一医院全科医学科, 河北 张家口 075000

摘要: 为进一步提高我国老年人的健康水平,更好地落实健康扶贫政策,让老年群体感受到党和政府的关爱,国家一直在积极探索医疗、养老、康复、扶贫相结合的脱贫新途径。但民族地区由于文化和风俗习惯的差异,人们的养老观念和形式各有不同,同时经济一般不够发达,医疗卫生水平较为落后,在脱贫攻坚过程中,老年人因病致贫、因病返贫的现象在民族地区更为严峻。因此,需要制定更多有效的政策,加强民族地区老年人的健康扶贫力度,提高其整体健康水平。本文基于健康扶贫视角,论述民族地区医养结合养老服务的意义与作用,同时对制约我国民族地区医养结合养老服务发展的主要因素展开分析,并通过借鉴国内医养结合方面的成功经验,探索民族地区医养结合养老服务模式的有效发展路径。

关键词: 民族地区; 健康扶贫; 医养结合; 养老服务; 模式

中图分类号: R197.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2021)10-1445-04

党的十八大以来,为了保障贫困人口的基本医疗,国家卫健委、医保局会同有关部门建立了预防因病致贫、因病返贫的医疗长效保障机制。近年来,健康扶贫工作不断深入开展,使贫困地区的医疗卫生水平及服务能力得到持续提升,让农村贫困人口有地方看病、有医生看病、有制度保障看病和少生病^[1-2]。医养结合是指为老年人同时提供其所需的医疗与养老服务,受到国家的重视和大力推进。至2021年,我国各城市基层按照精准扶贫的相关要求,全面开展医养结合养老健康扶贫工作,开辟了“医、养、护、康”四位一体的健康扶贫模式^[3]。但到目前为止,我国对于医养结合的各种养老服务模式尚未形成一个有效的标准体系。而民族地区受到经济条件、传统文化、风俗习惯及保障体制、医养资源等因素的影响,医养结合养老服务的推进更是存在较多障碍^[4-5],因此对民族地区医养结合服务进行更深入的研究很有必要。本文基于健康扶贫的视角,分析民族地区医养结合养老服务的意义及相关制约因素,并对推进医养结合养老服务发展的有效路径进行探索。

1 我国民族地区老年人健康贫困情况

健康贫困主要是指因健康问题而导致的贫困。我国民族地区健康贫困问题主要由以下几点因素导致。

1.1 健康观念落后 一些少数民族的老年人,从小受到语言、文化、信仰等因素的影响,未能形成良好的健康管理意识,医疗健康观念较为落后。老年人的受教育水平相对较低,知识面窄,不能充分意识到健康教育的重要性,在生病后不及时就医治疗,却采用偏方、土方法,甚至是迷信的方法来治病,不仅支出了很多不合理的医疗费用,还容易将小病拖成大病,最终

导致健康贫困问题的发生^[6-7]。

1.2 生活环境较差 我国少数民族主要分布在广西、内蒙古、新疆、西藏、甘肃、云南等地区,而少数民族的聚集地以草原、高原、山林等地区为多见,自然环境较为恶劣,区域地形复杂、交通多有不便、生活所需资源相对匮乏^[8]。在这种环境下,民族地区老年人的健康风险问题也比较严峻。例如甘肃某少数民族聚居区,基础条件落后,人多地多,土质以沙壤土为主,气候干旱,降雨量少,生态环境恶劣。而且该地区的沙漠化严重,地质脆弱,自然灾害发生率高,导致老年人群体生活水平低下,返贫率高,健康问题也更为严峻。

1.3 经济方面贫困 很多民族地区人口除了务农、畜牧之外,缺乏其他途径的经济来源,经济收入单一,收入较低,老年人更缺少健康管理中更多的经济支持。同时,很多少数民族人口主要集聚在“穷、老、边、山”地区,多种因素共同作用造成其经济水平较低下,也使得老年群体整体的经济支付能力差,易发生经济贫困。还有一些民族地区的老年人养老保险制度建设相对落后,一旦生病,很容易陷入贫困。根据中国人口普查数据统计发现,内蒙古、广西、贵州、云南、西藏、青海、宁夏、新疆等地老年人的主要收入来源是其他家庭成员的供养,其次为劳动收入^[9-10]。近年来扶贫政策的持续落实,使民族地区人民的生活质量水平逐步提升,人均可支配收入也得到一定程度的提高,但民族地区老年人贫困问题仍是十分严峻的问题。经济条件的制约,使得民族地区老年人对于医疗养老服务的需求取决于外源性经济支持,因此提高老年人的经济保障,对进一步改善其健康贫困问题具有重要意义。

2 基于健康扶贫视角的民族地区医养结合的意义

2.1 健康扶贫与医养结合的概念 (1)健康扶贫:健康扶贫

是指通过各种政策手段,提高公共卫生服务能力,提高医疗保障水平和医疗服务能力,实现让贫困人口“有病能治、治病能报销、大病能救助”的目标。健康扶贫作为一项政策与资金向深度贫困地区倾斜的脱贫政策,其本质是扶正患病贫困人口的身体根本,真正解决影响贫困户脱贫的重要问题^[11]。而在脱贫攻坚战中,疾病是最大的“拦路虎”之一,只有做好健康脱贫工作,才能为打赢脱贫攻坚战奠定基础。(2)医养结合:医养结合是指将专业的医疗技术、康复训练等措施,与生活养老服务相结合的一种服务政策。医养结合机构主要负责老年人的身体保障服务,如大病康复服务、医疗服务等;以及心理上的服务,如老年文化服务,精神心理服务等。此外部分医养结合机构还涵盖对老年人的临终关怀等服务^[12]。近年来,我国老龄化进程持续加快,迫切需要加快对老年人医养结合服务的建设。党中央、国务院、国家部委等先后出台一系列关于医养结合建设的相关性政策文件,对推动医养结合建设,进一步解决老年人的医疗健康和养老问题有积极的意义^[13-14]。

2.2 医养结合对民族地区老年人健康扶贫的作用 推行医养结合服务,对提升民族地区老年人的健康水平、改善医养资源、降低经济负担、促进和谐稳定具有重要的意义。(1)提升健康水平:相较于中青年群体,老年人的身体素质较差,慢性病多,对医疗资源与养老资源的需求巨大。为避免民族地区老年人出现因病致贫的情况,实行基于医养结合服务模式的健康扶贫政策是很有必要的。为民族地区老年人提供健康教育与管理、疾病预防与治疗、生活帮扶与照料等一系列的医疗与健康养老服务,能切实改善老年人的健康水平,增强其生活自理能力,降低其健康脆弱性与经济脆弱性,化解因病致贫的现实困境^[15]。(2)改善医养资源:相较于一二线城市较为集中的医疗及养老资源,目前我国很多民族地区的医养资源仍旧比较匮乏。民族地区经济发展普遍低于我国平均水平,医疗养老服务更是普遍滞后于我国平均水平。2016年以来,国家先后在90个城市(包括乌鲁木齐、克拉玛依等少数民族聚集的城市)开展医养结合试点工作,在开展传统养老护理服务的同时为老年人提供相应的医疗服务。医养结合试点单位在政策层面大力推进公共医疗资源与养老服务的整合,各省(区、市)也在积极探索适合当地的医养结合模式,逐渐形成了有点有面、全国性覆盖的形势。这种良好形势对进一步推动民族地区的医疗及养老设施建设,改善及促进医养资源的均衡配置,满足更多民族地区老年人的现实需求具有重要意义。(3)降低经济负担:通过前文的分析可知,民族地区老年人的主要收入来源比较单一,收入水平较低,在疾病治疗与养老方面缺乏资金支持,这也导致很多老年人在患病后因担心无法负担医疗费用而拒绝就诊治疗。但随着近年来健康扶贫政策的有效落实,医疗救助金、医保、最低保障金等保险政策共同发挥作用,在一定程度上缓解了老年人经济困难的问题。在此基础上,推行医养结合服务,既保障了民族地区老年人的医疗及养老权益,又减轻了经济负担,还能避免其因疾病及护理的需要不断在家庭与医院及护理机构之间奔波^[16],可有效降低老年人家庭的经济负担,改善其因病致贫或返贫的不良现

象。(4)促进和谐稳定:不同于汉族人群,少数民族地区在医养方面涉及的相关因素较多,包括宗教信仰、民族文化、思想观念等,因此,在医疗与养老方面也存在一些特殊性与不便性。尤其是对于贫瘠、高寒之地的少数民族而言,存在思想观念落后、民族宗教信仰复杂、相关政策落实不到位、公共服务设施简陋等问题,社会力量明显缺乏积极性。只有针对性地持续推行医养结合服务模式建设,制定符合民族地区老年人需求的医养服务方案,才能进一步提升老年人的生活质量与生活幸福感,促进民族地区和谐稳定发展。

3 民族地区医养结合养老服务发展的制约因素

结合相关文献分析,笔者认为当前制约民族地区医养结合养老服务推广与发展的因素主要有如下几点。

3.1 医养服务资源配置不均衡 目前,不同民族地区的医养结合机构建设仍存在较大的差异,医养服务资源配置有明显的失衡现象。在相对发达的地区,由于各方面政策落实到位,资金投入也比较充足,具有较强竞争力,可建设大型的公办医养结合养老机构;较为落后、贫困的地区,财政的支持比较有限,医养结合养老机构的建设多数要依托于小规模民营机构,本身实力较弱,医疗与养老服务的相关设施设备、人员配置也不足,只能开展简单的咨询与日常护理服务,无法进行失能或半失能老人的日常及康复护理,也不能开展常规医疗服务,难以满足患慢性病老年人的康复医疗需求。有研究提出,当前老年群体最需求的医养服务是上门看病、上门护理与康复治疗,且农村地区老年人更需要医疗卫生服务^[17]。但显然很多民族地区医养机构并不能满足上述要求,新政策下的医养结合养老模式自然也就难以充分发挥作用。

3.2 医养服务的资金补助不足 医养结合的财政资金匮乏或投入不足,也是制约因素之一。民族地区大多数财政资金投入有限,又无良好的社会力量参与筹措,基层医疗机构的收支缺口较大,很难做出显著成效。就目前来看,医养结合机构建设中,其资金的来源主要为政策的投入,但一些偏远的民族地区即使获得了相应的资金补助,但因为缺乏社会组织及市场资本的参与,也没有高效管理与使用这些资金的能力,导致相应的建设资金无法及时到位,难以使医养结合养老服务真正作用于老年群体^[18]。同时,我国的医养结合养老机构还处于起步试点阶段,仍存在诸多不足,如部分医养结合机构所产生的医疗保健、护理费用,尚不能纳入医保报销范围,而考虑到费用较高,民族地区的老年人便会放弃在医养结合养老机构接受长期照护。

3.3 医养服务复合型人才缺乏 复合型人才缺乏,是民族地区医养结合建设困难的原因之一。民族地区的医养服务人员最好要通晓当地的语言、宗教信仰及风俗禁忌等,同时还应该具备与老年人良好沟通的能力。但目前老年医养结合服务领域中,符合要求的工作人员仍显著缺乏。具有专业资质,经过全面培训的护理、康复、临床等方面的人才缺乏,且工作人员的配置比例不合理。加之民族地区的生活条件较为艰苦,工资待遇较低,缺乏吸引年轻优秀人才的亮点,导致人才严重

流失,服务质量难以保障。尤其是民族地区的乡镇医疗卫生机构,由于人才严重匮乏,无法满足老年人的医养服务需求^[19-20]。

3.4 民族地区的文化存在差异 只有将医养服务充分融入当地文化、风俗当中,才更容易被老年群体接纳。少数民族的文化、宗教信仰各有不同,给医养结合养老机构建设带来了诸多掣肘。例如藏族多信奉藏传佛教,大多数老年人在日常都会有转经的习惯,且相较于现代医学,他们更加信任藏医的治疗效果。而回族饮食结构与汉族有所不同,且在医养期间需要进行宗教和民族活动。因此,在少数民族聚集地区推行医养结合养老模式,需要充分考虑如上种种的文化及宗教信仰差异,方能保证机构的正常运行。

4 国内医养结合养老服务的成就借鉴

我国目前开展新型养老模式的时间较短,医养服务主要由医院、养老机构的相关工作人员提供,医养结合领域尚未形成系统的培训与教育体系。但我国也有部分地区的医养结合养老服务建设已初见成效,可供民族地区医养结合养老服务建设参考借鉴。(1)广东广州创办了中医药特色的“医养结合”服务,主要由政府相关政策及公益创投项目支持,其是由互联网、养老院、综合医院、慈善医院、老年康复医院、家庭医生等多个平台机构共同创建的医养结合模式,为老年群体提供全面、完整的医养服务。该模式下的主要工作人员包括医生、护士、理疗康复师、养老服务人员等各种职业。所提供的医养服务包括中西医诊疗、康复医学、预防保健和重病、慢性病、失能、半失能老年患者的康复治疗以及临终关怀等^[21]。通过完备的服务内容,满足不同老年人的多种服务需求。(2)赵永红等^[22]提出“全链式”智慧医养结合服务模式。基于该模式的医养服务是先建立工作小组,制定工作目标与标准,再以智慧云平台作为支撑,并分别以三甲医院、二级医院、养老院作为枢纽与保障,形成“家庭-社区-养老机构-医院”高效联动与互动的全链条机制。针对每位老年人的个人情况制定个性化的服务标准,互联网平台贯穿始终,整个服务过程都在全链条管理中,同时结合智能化穿戴设备动态监测老年人的活动与健康状况,提供24h专家在线及实时响应线上服务,切切实实地提高老年人的服务满意度及生活质量。(3)于缙^[23]在一项研究中指出,粤北N自治县与S自治县老年人主要采用居家医养模式,由村干部负责2~3个自然村的老年人健康状况观察,并由村妇女主任每天走家串户了解独居、空巢、留守老人的生活及身体状况。每个自然村由20~40个农户组成村民小组,若老人发生疾病等,则由村民小组上报村委并联系乡村医生,两县各村庄均无老人卧病不起无人看护的问题。两个县均为一个自然村配置乡村医生1~2位,一个行政村配置乡村医生在10位以内。同时,村卫生站通过招募一些经过技能培训的兼职保健员来弥补乡村医生人员不足问题,兼职保健员负责老年人的推拿、刮痧、拔罐等康复保健,同时进行健康知识、疾病预防、规范用药、日常注意事项等知识的宣教,从而最大程度的将医养服务惠及老年人群。两县在

健康扶贫政策的良好衔接下,建立敬老院并与县、镇级医院上下联动,同时签约家庭医生制度和建立分级诊疗体系,以解决老年人因病返贫、因病致贫问题。N自治县还计划开设医养结合养老服务专区,实验主体为民办养老机构与县级医院。该研究还指出,民族地区医养结合的发展是一个长期的过程,不可能一蹴而就。在充分考虑到不同民族文化与风险差异的同时,还要吸引更多的社会资本来投资建设,同时政府也要加强补贴扶持,提高医疗技术,完善基础设施,并加强医养结合医护人才的储备,还要转变民族地区老年人保守的家庭观念,才能促进医养结构养老服务的长效发展。

5 民族地区医养结合养老服务模式的发展路径

5.1 选择合适的医养结合养老服务模式 目前,国内各地区所采用的医养结合养老服务模式有多种,一定要针对民族地区的特点选择最适合的模式。根据大类可分为“居家养老”、“社区养老”与“机构养老”三种医养结合模式。(1)医养结合居家养老模式:包括居家+家护服务型、居家+家庭医生签约型与居家+互联网可穿戴智能设备+实体机构型。对于民族地区老年人,目前家庭医生签约、互联网可穿戴智能设备的使用并不太符合实际情况,而由长护险的定点医疗机构所提供以康复为重点的“家护”服务主要是针对城镇家庭,社会成本较高,对于偏远民族地区居住的老年人并不适用。(2)医养结合社区养老模式:包括专业养老机构与老年日间照料中心结合型,社区卫生服务中心与老年日间照料中心结合型,基层或社区医疗卫生服务机构与社区养老机构结合型以及村卫生室与农村社区结合型等。对于民族地区居住在城镇的老年人,可考虑社区卫生服务中心与专业养老服务机构,或与老年日间照料中心结合模式;对于居住在乡村的老年人,可考虑村卫生室+农村幸福院结合模式。但这几类医养服务大多只提供基本的公共卫生服务及照看服务,受规模、人手、专业性等因素的限制,能同时提供诊疗服务的机构相对较少。(3)医养结合机构养老模式:包括养老与医疗并重、大医疗+小养老、大养老+小医疗、大医疗+小康复、个体诊所+养老、医康养一体、两院一体等多种模式。在较发达的民族地区,可优先考虑养老与医疗并重模式,此模式将养老与医疗资源融为一体,以养助医,以医促养,可实现非危重病老年人在机构内的医养共享;退而求其次,则可选择两院一体模式或医康养一体模式,此模式多是将地方政府建设的养老院交由当地的乡镇卫生院托管运营,或是在医院基础上新建护理院与养老院,医养结合一体化,实现资源的有效整合,适用于民族地区的老年人群。对于人口规模较小的乡镇、农村等民族地区,还可考虑个体诊所+小型养老模式,前面为诊所,后面为养老院,诊所医生为老年人提供医疗服务,再另聘护理人员照顾老年人日常生活^[24]。此模式具有收费低,资源利用充分等优点,适合离家近的老年人。

5.2 加强医养结合人才的储备 目前我国的医养结合养老服务尚处于初级阶段,因此无论是一二线城市,还是县乡镇、民族地区,都面临着医养结合养老服务人才缺乏的问题。因此,

只有大力加强医养结合医护人才的储备,才能进一步推进民族地区医养结合建设进程。国家应该出台相应的政策法规,尽快建立科学、长效的医养护理服务人才培养、引进与管理机制,并提倡更多的医护院校构建关于老年医养结合服务的课程体系,以培养更多的专业型人才。还应该在国家相关政策的补贴下,尽量提高医护人员的收入,以此来吸引更多年轻、优秀的人才。同时可参考其他已取得较显著成就的民族地区的经验,在比较荒僻、护理人员严重不足的民族地区,由医疗机构、养老机构等牵头组织本地兼职护理人员的职业培训,吸纳城镇就业困难人群、农村劳动力等从事养老护理服务,缓解当前护理人员短缺的问题。

5.3 建成长效筹资机制与医保制度 筹资难是民族地区医养结合养老服务不能有效落实的一大阻碍,因此需建立多元化的长效筹资机制。政府部门应承担主要责任,采取设置医养专款、将医养支出纳入到政策财政预算等多项举措,以缓解民族地区的养老服务资金不足问题。需要因地制宜,将医养结合相关政策与制度地方化,并增加民间资本的注入,建立长效的筹资机制,逐步破除民族地区医养结合发展的资金困局。还可以适当引入商业保险等。同时,针对民族地区老年群体的健康贫困,充分发挥健康扶贫的作用,持续完善医保制度,将医养结合相关服务纳入至医保报销范围。此外,还需完善医疗救助制度,对贫困、独居、无子女的老年人实行医疗救助,减免适当比例的医养费用,给他们一个有健康保障的晚年生活。

5.4 充分尊重和融入民族文化 在合理范围内,将少数民族的宗教信仰、文化传统、传统医药等融入到医养结合养老服务当中。如提供给有宗教信仰的老年人念经、参拜的场所;在饮食方面注意少数民族的禁忌等。在医养服务中。还可以适当对老年慢性疾病应用蒙药、藏药等民族药物,以提升民族医药的地位,提升民族地区老年人对医养服务的满意度。

参考文献

- [1] 沙小苹,李晨倩.从物资扶贫到智力扶贫——上海市健康扶贫人才培养发展历程与思考[J].中国卫生资源,2019,22(5):358-361.
- [2] 蒋祎,田尧,李红平,等.中国健康扶贫政策的沿革、现状与完善[J].中国卫生事业管理,2019,36(9):668-671.
- [3] 辛艳姣,蒋俊男,王雪峰,等.健康扶贫下重特大疾病医疗救助不同救助方案效果分析[J].中国卫生事业管理,2019,36(8):592-594,619.
- [4] 王晓晓,郭清.基于 CiteSpace 的近十年我国医养结合研究热点及发展趋势分析[J].中国全科医学,2021,24(1):92-97.
- [5] 吕芯芮,王子尧,覃伟,等.基于供方的医养结合养老服务现状与问题的质性研究[J].中国全科医学,2021,24(19):2459-2464,2471.
- [6] 张人华,李亚非,何琳,等.2017 年贵州省少数民族居民健康素养现状分析[J].中国健康教育,2019,35(1):17-20,28.
- [7] 杨丽佳,李涛,陈伟.2011—2018 年中国西部四省少数民族健康扶贫重点地区结核病疫情特征分析[J].疾病监测,2020,35(1):60-64.
- [8] 周燕华,施生旭.民族地区城镇化与生态环境耦合协调评价研究——以福建省 10 个县(市)为例[J].林业经济,2019,41(8):95-101.
- [9] 邓光奇,韩金镛,蔡宏波.少数民族人口就业特征的变化——基于六次“中国家庭收入调查”(CHIPS)数据的分析[J].民族研究,2020(2):27-40,141.
- [10] 孙新铭,唐健云,张国伟.新疆和田地区少数民族深度贫困村贫困户家庭收入结构特征分析[J].老区建设,2020(6):11-16.
- [11] 吕锐利,宋波,崔喜民,等.平顶山市“因病致贫、因病返贫”人口健康状况调查[J].中国热带医学,2019,19(2):169-173.
- [12] 方鹏骞,陈江芸.我国医养结合养老模式现状、问题与展望[J].中华医院管理杂志,2019,35(12):977-980.
- [13] 周龙德,尹文强,马广斌,等.我国医养结合政策执行情况分析[J].中华医院管理杂志,2020,36(5):362-365.
- [14] 鲍印铨,谢春艳.中国医养结合政策的理论视角、实践模式与完善路径[J].中国卫生资源,2020,23(3):307-311.
- [15] 朱孔来,朱孟斐,姜文华.对医养结合模式的实践探索和对策建议[J].山东社会科学,2020(7):132-137.
- [16] 曲夏夏.社区医养结合影响老年人养老获得感的理论依据及验证方法[J].山东社会科学,2019(12):107-111.
- [17] 王梦婕,李雅嘉,李强翔,等.推动大数据背景下精细化医养结合养老模式[J].中国老年学杂志,2018,38(15):3804-3807.
- [18] 付诚,韩佳均.医养结合养老服务业发展对策研究[J].经济纵横,2018(1):28-35.
- [19] 张航空,姬飞霞.养老机构开展医养结合服务能提高入住率吗?——以北京市为例[J].中国卫生政策研究,2020,13(3):38-43.
- [20] 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.
- [21] 吴晓飞,陈锋,闫乾,等.基于 SWOT 分析国内外医养结合模式[J].中国老年学杂志,2021,41(4):883-887.
- [22] 赵永红,李恩耀,李立国,等.“全链式”智慧医养结合服务模式对老年人生活质量的影响[J].保健医学研究与实践,2021,18(1):19-22.
- [23] 于绯.民族地区“医养结合”耦合模式选择、层级体系构建与实践策略——基于粤北 N 自治县和 S 自治县的考察[J].云南民族大学学报(哲学社会科学版),2020,37(6):97-106.
- [24] 郭丽君,鲍勇,黄春玉,等.中国养老服务医养结合模式的制度设计和政策建议[J].中国老年学杂志,2018,38(11):2794-2798.

收稿日期:2021-05-19 修回日期:2021-07-30 编辑:王娜娜