

# “医养结合”养老模式的必要性、困境与对策

黄佳豪<sup>1\*</sup> 孟 昉<sup>2</sup>

1. 安徽建筑大学城市管理研究中心 安徽合肥 230601

2. 蚌埠医学院精神医学系 安徽蚌埠 233030

**【摘要】**随着我国老龄化程度的不断加剧,老年人对医疗护理的需求与日俱增,而我国养老服务和医疗服务互不衔接,走“医养结合”之路就成为中国养老模式的必然选择。目前,我国的“医养结合”养老模式存在一些问题,如资金投入不足,服务主体参与积极性不高;服务收费水平偏高,服务内容单一僵化;政府多头管理,政策扶持落实难等。针对上述问题,我国还需进一步完善“医养结合”供给主体的服务方式,依据服务客体需求设定服务内容以及健全政府管理机制。

**【关键词】**老龄化;医养结合;必要性;困境;对策

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2014.06.011

## Integrating pension service with medical service for the elderly: Necessity, dilemmas and solutions

HUANG Jia-hao<sup>1</sup>, MENG Fang<sup>2</sup>

1. Research Center for City Management, Anhui Jianzhu University, Anhui Hefei 230601, China

2. Department of Psychiatry, Bengbu Medical College, Anhui Bengbu 233030, China

**【Abstract】** Along with the degree of population ageing worse off continuously, the demand for medical service is growing. The current system of pension service and medical service are discrete and separate, and integrating pension service with medical service is the best choice for China. However, there are some problems with the model for integrating pension service with medical service. These problems include the lack of funding, negative participation and imperfect methods of service delivery; high toll levels and single, rigid service contents; and bull management and policies hard to enforce. China should improve the service delivery model, identify service content according to the demand for service object, and improve the mechanism of government management.

**【Key words】** Aging; Integrating pension service with medical service; Necessity; Dilemma; Solution

随着我国老龄化程度的不断加剧,老年人对医疗护理的需求与日俱增,而我国养老服务和医疗服务互不衔接,老年人的养老照料和医疗康复服务需求无法得到有效满足。老年人一旦患病,就需要在家庭、医院和养老院之间不断往返,既耽误了治疗,也增加了负担。在我国“未富先老”、“未备先老”的背景下,如何解决老年人的养老与医疗问题,成为当前养老服务体系建设和医药卫生体制改革面临的重要议题。

2013 年出台的《国务院关于加快发展养老服务业

的若干意见》提出,推动医养结合发展,探索医疗机构与养老机构合作新模式。而在政策出台之前,青岛、合肥、郑州等地已经开始小范围试点“医养结合”养老模式,并取得了阶段性实践成果。目前,学术界对“医养结合”养老模式缺乏系统的总结,多从医学角度探讨具体护理技术问题<sup>[1-5]</sup>,未能及时有效回应我国养老的现状和政策实践的需要。因此,有必要分析我国“医养结合”养老模式的内涵、执行的必要性、部分地区经验和面临的问题,在此基础上为我国养老模式的发展提出针对性建议。

\* 基金项目:安徽省社科规划项目(AHSK11-12D92);安徽建筑大学城市管理研究中心开放项目;安徽建筑大学博士基金项目  
作者简介:黄佳豪,男(1978 年—),博士,副教授,主要研究方向为老年福利与社会政策。E-mail:hjh2589@163.com  
通讯作者:孟昉。E-mail:ahbbmf@126.com

## 1 “医养结合”养老模式的内涵

“医养结合”养老模式是在重新审视养老服务内容之间的关系之后,将老年人健康与医疗服务放在更加重要的位置,以区别传统的单纯为老年人提供基本生活需求的养老服务。<sup>[6]</sup>“医养结合”养老模式涵盖五个方面的元素,即服务主体、服务客体、服务内容、服务方式和管理机制。

服务主体,即“医养结合”服务的提供方。具体包括老年公寓、护理院、临终关怀院、各级医院、社区卫生服务中心和社区居家养老服务中心等。

服务客体,即“医养结合”服务的对象。“医养结合”养老服务面向健康、基本健康、不健康和生活不能自理的四类老年人,但重点面向生活不能自理的老年人,主要包括残障老年人、慢性病老年人、易复发老年人、大病恢复期老年人及绝症晚期老年人等。

服务内容,即“医养结合”的服务项目。“医养结合”服务不仅仅提供日常生活照料、精神慰藉和社会参与,更为重要的是提供预防、保健、治疗、康复、护理和临终关怀等方面的医疗护理服务。

服务方式,主要包括三种,即养老机构或社区增建医疗机构、医疗机构内设养老机构、养老机构或社区与医疗机构联合。

管理机制,即对“医养结合”养老模式的管理及相关政策制度。具体包括“医养结合”服务的管辖部门、管理方式、扶持政策的制定与落实等。

## 2 推行“医养结合”养老模式的必要性

### 2.1 人口老龄化形势严峻

截至2012年底,我国60岁以上老年人口数量达1.94亿,占总人口的14.3%,到2025年,老年人口总数将超过3亿,平均每年增加1000万<sup>[7]</sup>;80岁以上老年人从2011年的2200万人增至2012年的2300万人,年均增长100万人<sup>[8]</sup>;失能老年人从2011年的3600万人增至2012年的3750万人,到2015年,其占总人口的比重将进一步提高<sup>[7]</sup>;失智老年人(老年痴呆症患者)约为600万~1000万人,到2050年将达到2700万人<sup>[9]</sup>;空巢老年人在2011年约为9900万人,2012年将达到1亿<sup>[7]</sup>;据《2010年中国卫生统计年鉴》估算,我国至少有100万个失独家庭,每年新增7.6万个失独家庭<sup>[7]</sup>。人口老龄化伴随而来的是老年人健康和照护问题的增多,老年人患病率高、

患病种类多、患病时间长、并发症多、治疗难度高,对长期医疗护理服务的需求不断增加。

### 2.2 传统的家庭照料功能大幅度削弱

受计划生育、人口迁移流动和老少分居等因素的影响,自1982年以来我国平均家庭户规模持续小型化,从1982年平均每个家庭户4.41人减少到2010年的3.10人。这就意味着家庭中能够承担老年人照料服务的成员减少,家庭整体的照料负担增加。家庭规模缩小的同时,家庭结构也进一步简化。与2000年相比,2010年一代户和二代户组成的家庭超过了80%。老年人与成人子女居住在一起的比例降低,这意味着很多老年人难以得到家庭的及时照料。即使老年人与子女居住在一起,但由于子女需要应付众多来自学习和工作等方面的社会性压力和抚养下一代的教育压力,也无暇顾及老年人的生活照料、情感交流和社会参与等方面的需求,尤其对残障老年人、慢性病老年人、易发病老年人和绝症晚期老年人的医疗、护理、康复和临终关怀等特殊需求更是无能为力。在家庭照料功能大幅度削弱的背景下,如何承接家庭溢出的养老功能,则是目前亟待解决的养老难题。

### 2.3 养老机构难以满足入住老年人的医护需求

大多数养老机构主要以提供简单的生活照料服务为主,医疗服务较少,如北京市约40%的养老机构既无内设医务室,也没有与周边医疗机构合作。<sup>[10]</sup>瘫痪卧床或痴呆的老年人是最需要养老服务的群体,但由于养老机构的风险规避和难以提供专业的医疗护理服务,导致养老机构的覆盖人群出现结构性缺陷,即基本生活能够自理的老年人受欢迎而拒绝失能、失智老年人。目前我国人均养老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。从理论上讲养老床位应该是供不应求,但养老机构的床位闲置率却在50%~60%之间。如合肥市民办老年公寓普遍有50%的床位闲置,而老年护理院的床位使用率却在95%以上,甚至达到100%。<sup>[11]</sup>这说明融入长期照护理念的“医养结合”型养老床位比较缺乏。

### 2.4 大型医院难以提供细致的养老服务

大型医院主要关注急性病症的救治,对那些大病恢复期、后期康复治疗、慢性病、残障和绝症晚期的老年人无法提供细致的生活护理,但本应出院的老年人趋于风险最小化的行为选择,坚持留在医院,

频繁“押床”。这加剧了大型医院医疗资源的紧缺,使得许多老年人的真正需求得不到满足,医院应有的治疗功能没有得到充分发挥,医疗资源也未得到有效利用。大型医院迫切需要“医养结合”型养老机构来承担这些老年人的常规护理工作,以实现治疗、康复与护理的无缝衔接。

## 2.5 中小型医疗机构资源闲置

在大型医院病床紧张的同时,一些二级以下的中小型医疗机构的床位使用率偏低,大部分医疗资源闲置。根据卫生部统计信息中心发布的统计数据显示,2013 年 1—11 月,我国三级、二级、一级医院和社区卫生服务中心的床位使用率分别为 104.2%、92.2%、63.9% 和 58.6%。<sup>[12]</sup> 据调查发现,一些民办医院的床位使用率还不足 10%。<sup>[13]</sup> 如何充分利用闲置的医疗资源是中小型医疗机构和民办医院发展面临的普遍问题。

## 3 国内部分地区“医养结合”模式探索

### 3.1 天津市:养老机构内设医疗机构

天津康泰老年公寓总建筑面积 9 800 平方米,拥有床位 550 张,目前入住率已超过 85%。康泰老年公寓与长江医院携手,设立了面积近 1 000 平方米的门诊部,开设了“国医堂”、内科、外科、检验科、B 超科、心电图室、治疗室、康复理疗室和药房,在满足老年人的日常身体检查、常规化验、购买药品和康复治疗等多方需求的同时,也能对突发急症老年人进行抢救。

### 3.2 合肥市:医院内设养老机构

合肥滨湖医院依托现有医疗平台,开设无陪护老年科,首次将老年无陪护病房发展成集健康教育、医疗、护理、康复、养老和临终关怀为一体的病房模式,老年人在疾病加重期或治疗期进入住院状态,在康复期和病情稳定期可转为休养状态。截至 2011 年 6 月,老年无陪护病区已发展成 4 层病区,共 180 张床位。资深护士、资浅护士、助理护士和医生组成责任小组对入住老年人实行护理包干制和整体护理制,将老年人划分为自理型、半自理型、全护理型和临终关怀四种类型,根据不同护理需求确定不同服务内容。入住老年人的住院费和护理费纳入医保。

### 3.3 郑州市:养老机构与医疗机构联手

2012 年底,郑州市第九人民医院联合河南省 36 家养老机构成立了“河南省老年医养协作联盟”。郑

州九院依托老年医学专业的技术与服务优势,为全省各地区的养老机构提供人才培养、心理辅导、义诊巡诊和健康教育等方面的专业技术帮扶。同时,各成员单位可通过绿色转诊通道随时将患病老年人转入医院住院治疗,经医院治疗好转或痊愈的老年人再送回养老院,形成了完善的双向转诊机制。医养协作联盟的形成实现了养老机构与医疗资源的整合和共享,最大限度提高了医院床位的周转率和养老床位的利用率。

### 3.4 长沙市:社区居家养老服务中心与医疗机构整合

长沙天心区坡子街街道依托天心区人民医院的专业医疗设备、医疗技术和医护人员队伍的资源优势,建立了生活照料、医疗护理、康复服务和临终关怀为一体的馨园老年人关爱中心。馨园老年人关爱中心设立日常管理办公室、医疗组和生活护理组,通过打造“居家式”的温馨环境,开展专业化的医护服务,为 55~95 岁的自理、半自理以及患有慢性病的老年人提供社区居家养老服务。

### 3.5 青岛市:对老年参保患者试行医疗专护管理

青岛市建立了长期医疗护理保险制度,将残疾、半失能和失能等需要长期护理的参保老年人医疗费和护理费纳入护理保险基金支付范围。护理保险费主要通过调整基本医疗保险统筹基金和个人账户基金比例的方式筹集,财政给予一定补助,用人单位和个人不另行缴费。参保人经评估达到半失能和失能标准并需医疗护理后方可享受护理保险待遇。目前主要有三种护理方式:一是入住定点护理机构接受长期医疗护理;二是居家接受医疗护理;三是入住二、三级定点医院接受医疗专护。护理方式不同,护理保险基金支付和个人负担各有不同。同时,保险经办机构与定点护理机构之间实行“定额包干结算,超支不补”的费用控制管理办法。青岛市的养老模式有助于优化配置医疗卫生资源,减轻医保基金的支付压力以及老年人及其家庭的经济负担和护理压力,推动医院、社区、患者和医保多方共赢。

## 4 “医养结合”养老模式发展面临的困境

### 4.1 资金投入不足,服务主体参与积极性不高

根据卫生部 2010 年印发的《诊所基本标准》规定,医务室建筑面积不少于 40 平方米,设有独立的诊室、治疗室、处置室和输液观察室等场所,可见养老机构设置医疗机构的标准和成本相对较高。同

时,养老机构要保证医务室 24 小时运营服务,须配备 2 名全科医生、2 名护士或其他卫生技术人员,如按月人均工资 2 000 ~ 3 000 元的标准,一年需要支出人员工资 10 万 ~ 15 万元,对微利甚至不盈利的养老机构而言负担较重。如果要建设成康复院或护理院,养老机构的建设成本和运营成本就会更大。综合能力强的三级医院主要关注于盈利高的常规医疗,由于自身医疗资源紧张,加之医患关系、医疗纠纷和养老行业的低利润等因素,医疗机构内设养老机构的积极性并不高。如北京市公立医疗机构护理费收费标准仍然沿用 1999 年制定的《北京市统一医疗服务收费标准》,三级医院的一级护理标准仅为 9 元,二级医院为 6 元,而三级医院的一级护理每日成本已经超过 200 元。<sup>[14]</sup> 现行的护理收费定价标准过低,医院提供的护理服务越多,就意味着亏损越严重。

一些社区和小型养老机构主要是与社区卫生服务中心和一级医院合作,但由于合作方医疗设施简陋,基本上很难满足社区和养老机构对高质量医疗服务的需求。很多较大规模的养老机构虽然与附近大型医院签定了合作协议,但合作协议中服务内容、服务标准和要求不够细致明确,而且缺乏有效监管和问责,很难确保老年人突发疾病时能够得到及时救治。

#### 4.2 服务收费水平偏高,服务内容单一僵化

与普通养老院相比,“医养结合”型养老机构因为其更高层次、专业的医疗服务而导致收费较高,这就与失能半失能老年人、残疾老年人、患病老年人、高龄老年人的收入水平不符。如北京市首家提供“医养结合”服务的恭和苑养老院根据户型每月收费标准分别为 7 800 元、9 800 元和 12 800 元<sup>[15]</sup>;合肥市滨湖院所设的养老院如果只是提供生活照护,每个月的收费在 3 500 ~ 4 000 元,老年人的医疗费用按照正常的住院费用结算。各地区“医养结合”型养老机构的收费一般是当地居民人均收入的 2 ~ 3 倍甚至更高,大部分老年人难以负担。通过对合肥市 3 000 位老年人的抽样调查显示,62.91% 的老年人每月可承受的服务价格(包括伙食、床位、护理等)不超过 500 元,20.94% 的老年人每月可承受的服务价格在 500 ~ 800 元之间,只有 16.15% 的老年人可以承受 800 元以上的服务价格<sup>[16]</sup>。“医养结合”型养老机构收费水平高与老年人消费水平低之间的矛

盾导致老年人对医养服务的有效需求不足,进而导致“医养结合”型养老机构床位利用率不高,资源配置效率降低。真正有需求的残障老年人、慢性病老年人、易复发病老年人等因为支付能力有限而难以进入“医养结合”型养老机构。

此外,许多国家会对老年人的状况进行评估,从而保证服务内容的针对性和标准化。而我国目前对老年人缺乏全面评估,导致无法明确老年人是否需要医养结合服务以及服务的具体内容和需求程度,很难做到服务内容与服务需求相吻合。设有医务室的养老机构主要还是以简单生活照护为主,以提供简单治疗为辅,无法为老年人提供疾病预防、治疗、康复、护理和临终关怀等专业医疗保健服务。与一级医院和社区卫生服务中心合作的养老机构和社区注重对慢性病老年人提供治疗性措施,但忽视了健康教育、健康咨询、行为干预等服务内容。大型三级医院内设的养老机构能提供相对优质的医疗服务,但往往忽视精神卫生、社会活动和社会交往等服务内容。

#### 4.3 政府多头管理,政策扶持落实难

普通养老机构归民政部门审批和管理,社区居家养老服务由老龄办组织实施,医疗卫生机构归卫生部门认定和管理,医保报销由社保部门管理。由于制度原因、行业差异、行政划分和财务分割等因素,民政、卫生、老龄和社保等部门都要介入到“医养结合”型养老机构中,虽各有职能分工,但仍存在职责交叉情况。如民政部门进行年终考核时要审核“医养结合”型养老机构的医护人员资质、设备等项目,这就与卫生部门的职责存在交叉,导致管理部门和养老机构的人力、物力资源浪费。同时,由普通养老机构转型的,有机会获得政府一次性建设财政补贴和运营补贴,但由医疗机构直接转型的却得不到任何补贴。这种“多头管理”或“多头不管”的局面使得各部门对各项扶持政策的认识、调整和落实难以做到协调一致和横向整合。

为鼓励社会力量兴办养老机构,各地政府在土地、税收、排污、水电气暖、有线收视、医疗、通信和培训等方面相继出台了一系列优惠政策和扶持措施,但优惠政策基本上难以落实到位。如合肥市拟建民办养老机构申报土地划拨时,政府不审批或者拖延审批的现象普遍;申请水电气费民用价格的优待,水电部门不认同;床位补贴过低或补贴不及时。<sup>[11]</sup>

此外,能否纳入医保定点范围对“医养结合”型养老机构的发展影响较大,但普通养老机构转型后难以获得医保定点资质。同时,由于监管体系的缺乏以及利益驱动,部分已过治疗期的老年人借机将常规的养老服务费用转移到医保,损害了医保制度的公平性。这种道德风险的存在进一步促使普通养老机构转型后难以获得医保定点资质。

## 5 完善“医养结合”养老模式的对策与建议

### 5.1 提高供给主体的积极性,完善服务方式

鼓励一、二级医院(包括厂办、校办、民办医院等)和社区卫生服务中心发挥专业技术优势,转型为康复院、护理院、临终关怀院等“医养结合”型养老机构,直接提供养老照料和医疗护理服务,拓宽“医养结合”服务的供给渠道。对规模较大的养老机构,在符合医疗机构设置规划和基本标准的前提下,经卫生部门审查准入后可设立医疗机构。养老机构可以通过服务外包、委托经营管理的方式吸收医院来运营管理,从而提升双方的专业优势,相辅相成。对规模较小且社区卫生服务不健全的养老机构可按规范的设置标准开设医务室、卫生所、保健站等,也可与附近医院协商在养老机构设立医疗联系点。规模较小且周边社区服务网络发达的养老机构,可与附近的医院、社区卫生服务中心合作共享医疗资源,以法定协议形式建立具体明确的合作项目,确认双方责任与义务,形成流畅的双向转诊机制。

### 5.2 依据老年人的不同需求设定相应的服务内容

由卫生、民政、老龄等部门成立专家委员会,对有需求的老年人实施健康评估,根据评估结果确定相应的服务地点和服务内容:对于健康老年人、无疾病的半失能老年人以及患有慢性病但生活仍能自理的普通老年人可以居住在社区或普通养老院,主要以生活照料为主,由社区卫生服务中心或医务室提供疾病预防保健、健康管理及教育、康复等基本公共卫生服务。处于急性病或慢性病急性发作期的老年人,可以采取转诊二级以上大型医院的方式来解决,待病情稳定后再转移至“医养结合”型养老机构,进而接受医养结合的整体性服务。那些患有慢性病、恶性疾病、易复发疾病、大病初愈或晚期绝症的失能、半失能老年人,对高端复杂的治疗服务需求不大但又依赖专业且中长期的医疗护理,服务内容要以生活照料、精神慰藉和文娱娱乐等常规性养老服务

项目为基础,疾病诊治、康复保健以及临终关怀等医疗服务为重点。“医养结合”型养老机构可以在充足的硬件和软件基础上贯彻持续照顾理念,在内部设置生活照料区、慢病治疗区、失能护理区、康复养护区和临终关怀区,通过能力评估和服务需求评估,分别收养基本生活自理能力程度不同的老年人,从而实现服务体系的内部整合。

### 5.3 健全政府管理机制,落实各项优惠措施

政府要充分认识到多元主体的整合有助于形成一个具有示范效应的服务规划和供给链条。要紧密结合本地实际情况,科学制定养老服务体系总体规划,将“医养结合”养老模式纳入经济社会建设发展总体规划、城市建设总体规划和医疗资源分布规划。同时,应进一步完善和落实各项优惠政策,建立“医养结合”养老模式发展专项基金或设立养老基金会,鼓励和引导银行增加对“医养结合”型养老机构建设项目的信贷支持,对新建的“医养结合”型养老机构建设用地采用划拨方式或明确土地出让金的优惠标准,推动税收优惠政策进一步细化、量化、操作化,从而吸引更多的社会力量参与“医养结合”养老模式的建构与拓展。

卫生、社保、民政和老龄等政府职能部门还需进一步加强横向联系,打破条块分割,明晰“医养结合”型养老机构的服务性质、服务主体、服务对象和服务范围,制定和完善统一具体的机构建设标准、设施标准、从业人员上岗标准、服务标准和管理规范,建立健全机构星级评定制度和评估制度,进而设定“医养结合”型养老机构的准入和退出机制。同时,建立相对集中、统一和独立的老年人长期照护服务支付机构,整合各职能部门的相应资金,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<sup>[17]</sup>,形成统一的支付体系,对“医养结合”型养老机构给予整体的资金扶持。积极开展城市长期照护保险制度研究试点,把参加城镇居民基本医疗保险和城镇职工医疗保险的人员纳入到长期照护保险范畴,将在“医养结合”型养老机构和居家接受社区照护的参保老年人的医疗费、护理费纳入照护保险报销范围,并逐步实现城乡统筹。已经退休的老年人、残障老年人、失能半失能老年人的长期照护保险费从医疗保险统筹基金和个人账户中抽取,政府按照一定比例划转福彩

公益金予以补贴,个人和用人单位不用缴费。“医养结合”型养老机构在通过医疗保险主管部门审核批准后,可列为医保定点和长期照护保险定点单位。

### 参 考 文 献

- [1] 吴园秀,罗铁娇,罗文华.老年慢性病患者实施医养结合的实践与效果[J].现代医院,2014,14(3):149-151.
- [2] 高小芬,于卫华.医养结合模式下护理安全管理在老年病房中的应用[J].齐鲁护理杂志,2013,19(22):137-138.
- [3] 符美玲,陈登菊.从长期住院研究谈构建“医养结合”照护体系的必要性[J].中国医院,2013(11):21-23.
- [4] 王顶贤,夏琴荣,高燕勤,等.探索医养结合模式促进老人身心健康[J].中国民康医学,2011,23(19):2463-2464.
- [5] 卢亦鲁.“公建民营”开创医疗康复介护养老新模式[J].社会福利,2011(10):35-36.
- [6] 杨景亮.建立老年人医养结合服务模式的冷思考[N].中国劳动保障报,2012-09-21.
- [7] 中国老龄事业发展报告(2013)新闻发布稿[EB/OL].(2013-02-27)[2014-05-21].<http://www.cncaprc.gov.cn/jianghua/22341.jhtml>
- [8] 健康领域重大社会问题预测与治理协同创新平台发布《老龄领域社会问题静态预测研究>成果》[EB/OL].(2013-10-11)[2014-05-21].<http://news.fudan.edu.cn/2013/1011/34510.html>
- [9] 我国每年增30万老年痴呆症患者[EB/OL].(2013-09-22)[2014-05-21].<http://www.hndnews.com/sanya/SY-hot/2013-9-22/70244.html>
- [10] 刘墨非.疏解养老机构医疗服务之困[J].北京观察,2011(6):20-21.
- [11] 黄佳豪,孟昉.安徽省合肥市民办养老机构发展的现状与问题[J].中国卫生政策研究,2014,7(4):62-66.
- [12] 2013年1-11月全国医疗服务情况[EB/OL].(2014-01-06)[2014-05-21].<http://www.moh.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s7967/201401/9ae55e07c5c54e3788e080dfede59f5d.shtml>
- [13] 民营医院病床使用率不足10%代表建言:公立私立医院可点对点扶持[EB/OL].(2013-01-23)[2014-05-21].[http://www.zhuhai.gov.cn/xxgk/xwzx/zhyw/201301/t20130123\\_358604.html](http://www.zhuhai.gov.cn/xxgk/xwzx/zhyw/201301/t20130123_358604.html)
- [14] 卫生局称北京医院护理费原标准过低致医院亏损[N].京华时报,2010-10-20.
- [15] 首个“医养结合”养老机构迎客[N].北京晚报,2013-02-27.
- [16] 黄佳豪.城区空巢老人的养老需求调查与思考——以合肥市为例[J].理论探索,2013(3):101-104.
- [19] 孙鹏鏢,陈以文.构建以社区系统为基础的老年护理保障体系——以上海为例[J].上海金融学院学报,2011(4):26-31.

[收稿日期:2014-04-20 修回日期:2014-05-21]

(编辑 赵晓娟)

### · 信息动态 ·

## 《新英格兰医学杂志》:合理控制医疗成本以促进人群健康

近日,《新英格兰医学杂志》发表了题为“Promoting Population Health through Financial Stewardship”的文章。文章认为,医生应承担起“财务管理者(Financial Stewardship)”的角色,合理控制医疗成本,以更好的促进健康。

文章认为,医生医疗成本控制对人群健康产生的影响主要包括以下几个方面:(1)患者就医费用减

少,心理负担减轻,有利于其疾病康复;(2)人们更易获得可负担得起的医疗服务,从而提高医疗服务可及性;(3)减轻医疗机构成本控制的压力,可以增加人员、基础设施等方面的支出,形成良性循环;(4)可以将有限的资源投入到教育、社会活动等其它领域,以间接提高整体健康水平。

(来源:The New England Journal of Medicine)