

# 失能老人背后的 医养困境

据全国老龄工作委员会公布的数据,2020年我国60岁以上失能老人超过4200万人,约占60岁以上老年人总人口的16.6%。这意味着,每6名60岁以上的老年人当中,大约有1名生活无法自理,需要长期照护服务。然而,养老机构作为集中解决失能失智老年人专业照护服务需求的场所,目前照护功能明显不足。

当现有的医疗和养老体系,无法为失能老人提供一个综合的解决方案时,许多人选择长期住在医院病房,但“平均住院日”和“床位周转率”又与绩效挂钩。两者的矛盾背后,是失能老人难以得到满足的养老需求。

## 紧张的床位需求

孙黎是在10年前开始进入养老领域的。他原在一家计算机公司工作,2014年,孙黎开始在北京回龙观社区做养老创业,希望通过社区医疗资源,为属地老人提供可持续的上门健康管理。这在欧美国家已经是相对成熟的模式——社区医生的护理电话24小时开通,一旦病人有需要,医务人员可以随时上门进行评估,之后再对接专科医生,专科医生反过来还会培训社区医生,包括患者回家以后如何帮助其换药等。但在中国,紧缺的医疗资源无法为这些老人提供长期的照护。

孙黎希望能够参照这种模式。回龙观是全亚洲第二大的社区,当时一共6万名老人,其中55000人是北京本地老人。在回龙观周围,有13家带有社区属性的医院。孙黎去拜访这些院长,希望获得社区医疗支持。他跟其中一位院长聊天,对方给他举例,整个社区患脑卒中的老人大概有1000人,但很少有人能够得到医院的照护管理。孙黎说,在北京、上海这种城市,一线三甲医院的平均病床周转时间在9.5天左右,要留给更急性严重的患者。因此类似于脑卒中这样不太重的疾病,医生只能根据到院体征数据和过往病例给出康复建议,但老年患者

## 匮乏的医疗照护

2021年,第七次全国人口普查数据显示,我国60岁及以上人口的比重达到18.7%,其中65岁及以上人口比重达到13.5%。为了应对,2005年上海市首次提出9073模式,即90%居家养老,7%是社区养老,3%是机构养老。之后该模式被推向全国。不过,这样的结构,最难以顾及到的是失能失智老人的养老。

据全国老龄工作委员会公布的数据,2020年我国60岁以上失能老人超过4200万人,约占60岁以上老年人总人口的16.6%。这意味着,每6名60岁以上的老年人当中,大约有1名生活无法自理,需要长期照护服务。北京市普仁医院老年科主任邢玉静告诉记者,失能失智老人大多伴随着基础疾病。这些老人的身体情况复杂多变,往往牵一发而动全身,对医疗资源的依赖度也更高。

还有的老人虽然在医院得到了及时救治,但后续的照看护理问题很凸显。“比如有的老人因为糖尿病引起脚趾头坏死,被截肢后,病情转入稳定,就可以出院了。但出院后,谁来给老人每天换药?再加上三天两头回到医院里复查或取药,儿女很难有精力和时间来回跑。老人就长期待在医院。”邢玉静说。

从医院的运转来说,是不愿意看到这种状态的。刘寅曾是北京一家公立医院的老年科医生,退休后又在一家

转入居家或社区康复训练后,往往会因为子女和家政护理人员无法严格按照时间和标准操作,造成实际康复效果打折。

孙黎告诉记者,中国人的养老按照年龄大致分为三个阶段:第一阶段在50岁到60岁之间,相继退休,这个阶段的老人“不想老”且有大把时间,他们养老的目标是寻找快乐,如参加老年大学、游学旅居等文娱活动;在60—68岁阶段,老人的目标则开始变化,目标是不想病,他们会做许多提高生活质量的事情,来规避身体机能衰退;过了68岁,一切又不同了。68岁以后,老人原有的常见慢病,如高血压、糖尿病等可能带来并发症,会引起重疾增加,老人的身心状态也不好。这个阶段老人的需求是“不想死”,“在这个阶段,老人们开始需要长期系统性的关注和个性化的治疗服务。”

这样的需求也很难在综合医院得到满足。医院有着明确的住院时间限制,国内某三甲医院肝移植专家曾在接受媒体采访时感触颇多,“管理部门考核的是医院的‘平均住院日’和‘床位周转率’,目的是考核医院的资源使用效率,和绩效挂钩,医院自然会分解摊派到各专科科室来完成。”这意味着,许多有被照看需求的老年病人可能会被拒在外面。

民营医院的安宁病房里工作多年。她告诉记者,来治疗的老人一旦病情稳定后,就只需要维持基本治疗,不再需要输液、打针、做核磁做CT,如果长期住院,只有床位费、护理费和所谓的医生服务费,这些根本包不住医疗单元的基本支出,医院的营收面临压力。所以一个长期住在医院的老人能给医院带来的营收是有限的。

一个悖论是,这些照护也很难在养老院得到满足。孙黎说,目前全国范围内,有医疗提供能力的养老机构是比较有限的,主要有两种,一种是带有较好的医疗资源的高端自付型养老机构品牌,占1%左右,但这类养老机构对支付能力有极高的要求,还有一类政府托底的普惠性养老机构,数量有限,不好申请。

“这意味着两种形态均只能解决‘一头一尾’的少量需求,大部分普通家庭只能面对‘没钱去好的,不想去差的’局面。”因此,大部分老人只能选择居家养老。一个奇怪的现象就出现了。这些年,养老机构的总床位数,是在按照每年老龄人口的3%去增加。根据国家卫健委老龄健康司数据,截至2022年末,全国养老服务床位822.3万张,但与此同时,近5年内,全国的养老机构平均入住率不足50%,且没有变化。



养老护理人员帮助老人进行腿部康复训练。  
资料照片

## 医养结合的困境

北京市隆福医院就是在这个背景下尝试开展医养结合服务的——寻找一种方式,老人既能看病又能养老。

隆福医院是一家三级中西医结合老年医院。2000年之前,隆福医院是一家综合性医院。他们是2008年开始筹划建构包括健康管理、慢病管理、中长期照护等在内的“六位一体”老年健康服务体系的,几年后他们又在区卫健系统与民政系统的支持下,开始与一家民营养老机构尝试医养融合模式的探索。两个机构独立运营,又密切合作。一层是门诊,四层是病房,二、三层是养老院的床位。养老机构主要负责老人的生活照料,医院则负责老人的医疗、康复与护理。

北京市隆福医院老年病科主任王红说,合作的这家老年机构接收的全是失能、半失能老人,总床位数在120人左右。根据报道,每天,隆福医院的医护人员为入住在合作养老公寓的老人提供巡诊服务,进行胃管、尿管、膀胱冲洗、静脉抽血、肌肉注射、血糖监测、健康咨询、慢病管理等服务。老人出现任何不适,需要住院治疗时,可以转至病房进行系统检查和治疗,病情稳定后转回公寓。

北京市民政局副局长李红兵曾在2021年接受采访时提到,老人对于医养结合的需求在“六七年前”就开始凸显出来。从政策上来说,政府也鼓励医疗机构和养老机构的合作,根据2019年制定的《关于做好医养结合机构审批登记工作的通知》,国家支持养老机构设立医疗机构,支持医疗机构设立养老机构。“所谓医养结合的机构,有的是在医疗机构里举办养老机构,也就是‘医办养’;有的是在养老机构里举办医疗机构,也就是‘养办医’;有的是医疗机构与养老机构签约合作,由医疗机构为养老机构提供医疗服务等等。”李红兵说。在这个过程中,一些民营医院也开始参与医养结合业务,并打通医保。

但医养结合的过程并不是那样顺利:大部分养老机构自建医疗体系成本过高,这类机构很难有较好的医疗资源。王红告诉记者,许多养老机构只有简单的医务室,这对于医护人员的继续教育、晋升路径和职业生涯等没有完善健全的体系规划,很难留住年轻和有经验的医护人员,也就无力组建稳定的医护团队,医疗服务能力也就越来越弱,另一方面,养老院因为害怕担责,当老人出现问题时,大多时候还是要求家属将其接到医院急诊。

而在这个合作的过程中,孙黎也看到,有些民营医院直接将医院病房改造成养老院,他们承载的只是最基本照护服务,做到60分,但很难让老人的状态变得更好;还有的养老院会与旁边的康复医院合作或自建康复医院,主要目的是为了赚钱,“前11个月,老人住在养老机构里,费用并不高,另外一个月,将其安排到康复医院,进行健康管理,收取各种费用,许多项目是用医保支付的。这种操作方式,综合下来对民营医院来说也是不错的收入,能在养老院经营的基础上,使得单个老人的增收,平均在5%—10%之间。”还有的医院,通过“全面体检免费”的噱头,吸引社区属地的老人,白天来医院检查,刷医保卡,晚上回家睡觉,实现老人健康和医院增收。“这样的操作下来,看病拿药有医保,还方便、有专业护工照顾,比在家省钱省事,老人们也愿意去民营医院,本质上还是养老需求需要满足。”孙黎分析。

据《三联生活周刊》、新华社客户端



护理人员照顾老人。  
资料照片

## 相关链接

### 失能老人究竟是怎么回事

失能老人,指的是丧失生活自理能力的老人。生活自理能力主要有6项指标,分别是吃饭、穿衣、上下床、上厕所、室内走动、洗澡,这6件事反映了人们的自理能力。

如果有1至2件事做不了,属于轻度失能。如果有3至4件事做不到,属于中度失能,如果有5至6件事做不到,属于重度失能。这6项指标是评判标准,能做到的事越少,失能程度越高。