

城市失能老人医养结合长期照护模式研究

仲佳琦

上海工程技术大学管理学院, 上海

收稿日期: 2024年1月15日; 录用日期: 2024年5月29日; 发布日期: 2024年6月6日

摘要

失能老人是老年人中的一类特殊群体, 不仅需要基本的养老照护服务, 同时也需要专业医护人员的介护帮助。为解决此类问题, 我国通过设立失能老人医养结合长期照护模式, 以解决失能老人养老难的社会问题。然而由于我国人口众多、失能老人比重不断上升, 在这种社会环境下, 失能老人对于照护的需求内容逐渐产生变化, 对于照护内容要求种类繁多、专业化程度较高, 导致该模式的供需出现失衡现象。论文以失能老人为研究对象, 以医院、社区、机构、医院为研究主体, 以新型资源整合为背景, 构建和建立失能老人医养结合长期照护模式。论文以上海市为例, 从上海市医养结合长期照护模式试点的实践经验出发, 结合调查所在地的服务现状, 对该模式进行评价, 总结出影响该模式的各个因素, 结合结构方程, 对该模式的实施效果进行分析, 随后将该模式视为一个系统工程模式, 涵盖服务主体、对象、内容等系统工程要素, 优化现阶段我国医养结合下的失能老人长期照护模式的一个长期可持续运行框架, 进而满足失能老人多维度、多层次、多样性的长期照护需求。

关键词

失能老人, 医养结合, 长期照护, 模式

Study on the Combination of Medical Care and Nursing Care for the Disabled Elderly in Cities

Jiaqi Zhong

School of Management, Shanghai University of Engineering Science, Shanghai

Received: Jan. 15th, 2024; accepted: May 29th, 2024; published: Jun. 6th, 2024

Abstract

The disabled elderly are a special group of the elderly who not only need basic care services but

文章引用: 仲佳琦. 城市失能老人医养结合长期照护模式研究[J]. 运筹与模糊学, 2024, 14(3): 23-36.

DOI: 10.12677/orf.2024.143241

also need the help of professional medical staff In order to solve this kind of problem, China has set up medical care for the disabled elderly to solve the social problem of the disabled elderly's difficulty in providing for the aged However, due to the large population in China, the proportion of the disabled elderly is rising. In this society, the demand content of the disabled elderly for care is gradually changing, and the demand for care content is various and the degree of specialization is high, which leads to the imbalance between supply and demand This paper takes the disabled elderly as the research object, hospitals, community institutions and hospitals as the research subjects, and constructs and establishes the combined care of medical care for the disabled elderly under the background of new resource integration. Taking Shanghai as an example, this paper starts from the practice of the pilot project of combining medical care with nursing care in Shanghai, evaluates the project and summarizes the various factors affecting the project, combines structural equation to carry out the implementation effect of the project, and then regards the project as a system engineering, covering the elements of system engineering such as service subjects, objects and contents, etc., and optimizes an operational framework for the care of the disabled elderly under the combination of medical care and nursing care in China at present, so as to achieve multi-level and diversified care needs of the disabled elderly in China.

Keywords

Disabled Elderly, Combination of Medical Care and Nursing, Long-Term Care, Mode

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

当前,随着经济发展迅速,人民的养老生活水平得到了显著的提高,综合身体素质相较以前都得到了强化,生命得到了延长[1]。按照国家老龄委员会的估计,到2030年,全国失能老人的数量将会增加到7284万,到2050年将会增加到12,134万,而失能老人的健康状况差异针对护理内容会呈现不同程度的需求。同时,失能老人的身体状况会随着年纪的增长而不断增加因生病等产生失能的风险。因此,面对我国庞大的养老服务供需要求,城市失能老人不仅需要常规的养老照护服务,在医疗、护理、康养、预防等方面的医疗服务需求也非常迫切。

2. 失能老人医养结合长期照护发展态势

失能老人医养结合长期照护实践现状

医养结合照护模式社会环境

1) 养老保险的人群覆盖率保持增加

如图1所示,1989~2019年间,我国的养老保障覆盖率呈现出稳定、缓慢的发展态势,到2019年,其覆盖率只有17.66%。从2010年到2019年,我国的养老保险覆盖率逐年递增,到2019年已达69.12%。近年来,我国老年人的养老保障覆盖率有所提高,但30.88%的老年人并未得到相应的保障,这也表明老年人对老年人的风险防范意识不够。同时,养老保障覆盖率也在不断提高,这也是我国养老保障重要体现。

2) 医养结合资金供给能力较好

在医养结合的大环境下,可以充分利用医疗保障的资源,使失能老人在不同的模式下得到更大的经济补偿。长春市在2015年作为第一个试点区域,出台了一系列政府政策,并制度了关于失能老人照护保

险的一系列文件，从根本上解决了失能老人的医疗资金问题。而该资金来源包括：政府的财政补贴、医疗统筹基金。该资金的本质来源是源于社会互助来筹集资金，保证其正常运作。而该保险的赔付率为上限的 90%，下限为 65% (具体见表 1)。

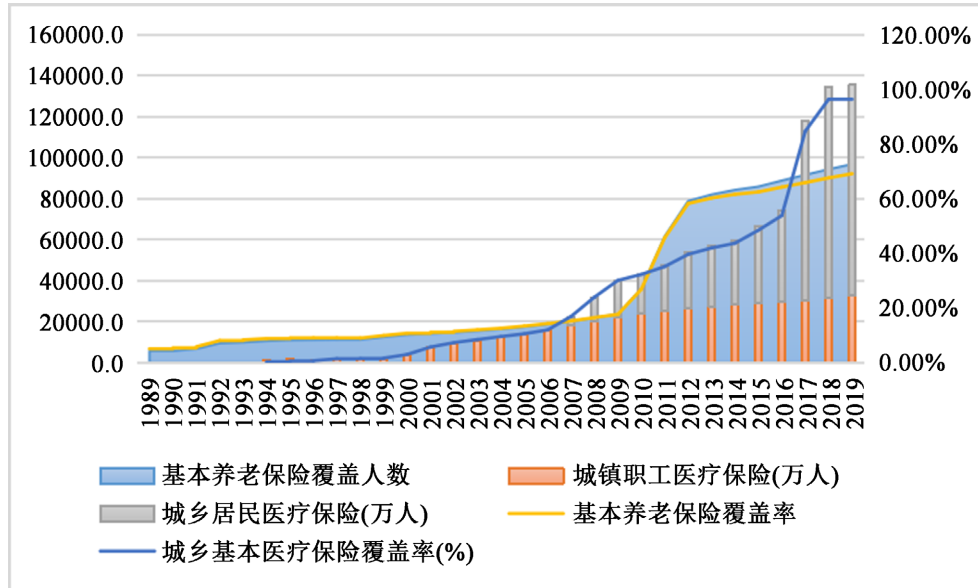


Figure 1. Our country’s pension and medical insurance coverage from 1989 to 2019
图 1. 我国 1989 到 2019 年间的养老、医疗保险覆盖率情况

Table 1. Detailed table of medical reimbursement subsidy for disabled elderly (person, %)
表 1. 失能老人医疗报销补贴详情表(person, %)

类别	定点照护机构级别	参保人类别	医保政策范围内报销比例
因疾病享受短期医疗照护	省级医疗机构	职工	75%
		居民	65%
	市级医疗机构	职工	80%
		居民	70%
	区级医疗机构	职工	85%
		居民	75%
因完全失能享受长期医疗照护	社区医疗机构	职工	90%
		居民	80%
	养老机构	职工	90%
		居民	80%

3) 医护需求普遍上升

根据国家科研与发展基金计划调查，86.1%的受访者认为体检对老人的身体健康帮助较大；60.4%比例的老年群体在去年进行了体检，年均体检次数约为 1.05 次，平均医疗费用 641.8 元。根据此数据标准，到 2022 年，北京城区 50 岁以上的中老年人健康体检市场将接近 100 亿元。如果将这些数据推广到国内，那么这个市场的潜力就会更大。

此外，随着失能老人整体人数的增加，康复护理的潜在市场规模也在逐渐扩大。根据中国老龄委第四次对城市与农村的抽样结果发现，截至到 2020 年，我国的失能老人数量达到 4064 万人，占据老年总人口的 18.4% [2]。然而随着失能老人人数的增多，康复护理的潜在市场规模也会随之扩大。

因此，从上述情况可以看出，目前失能老人对医疗与养老的需求正在不断增加，而根据相关的研究，未来的失能老人将会越来越多，而面对庞大的失能老人，我国相应提供一系列的供给服务，而由于其供给类型的多而杂，无法将资源进行有机整合[3]。因此，将医疗与养老结合的资源整合模式已成为迫在眉睫的问题。

3. 上海市医养结合模式供给资源实践探索

自医养结合发展以来，上海一直处于领先地位，尤其在养老项目的任务量化指标和家庭医生签约上很大程度上加速了医疗与养老资源的融合。同时，上海作为长护险的试点单位，结合上海作为“双试点”的协作优势，上海在医养结合的发展道路上作出巨大尝试与贡献，以上海市为例进行研究，可以更好为城市失能老人医养结合长期照护模式提供参考。

3.1. 亲和源养老公寓的养中有医模式

该公寓内设有医疗机构，由专业的医疗团队经营管理，既可向社会成员开放，也可向社会提供医疗服务。社区里有专门为老人服务的养老机构，并与曙光医院(三级甲等)进行对接，若失能老人有较小程度的病痛可以送去治疗，若是程度较为严重的病症就会有专门的车辆送到曙光医院进行救治。该公寓内为失能老人提供医疗、养护、康复治疗、健康预防等综合性服务，其具体入住的流程如下图 3~图 4 所示。并且内有和医院一样的各个科室。客房分为豪华房、包间、3 人间、4 人间。客房配备独立卫生间，冰箱，电视，紧急呼叫设备。费用包含：床位费、看护费(如图 2 所示)、餐费(自订)、医疗保证金，亲和源会员可免收床位费、医疗保证金。

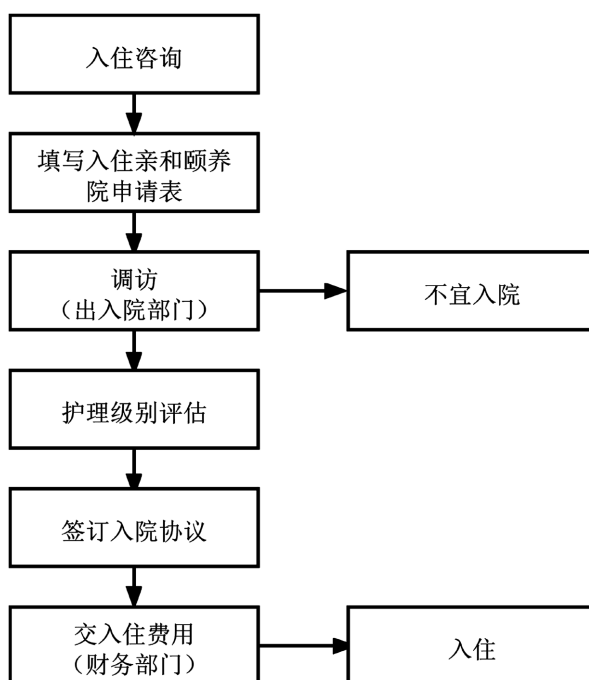


Figure 2. Check in process of nursing home
图 2. 颐养院入住流程

亲和源是一家高档的养老院社区，它的服务对象是那些有高存款的老年人，它的服务价格也很高，而且这里的设施也很完善，医疗设备也很齐全，能够给失能老人提供较好的养老与医疗服务，而且这里的环境也很好，很适合老年人居住[4]。该公寓的设立，吸取了国外模式的成功与可取之处，而资金筹集也呈现多源化的特点，由于其价格较高，许多低收入的失能老人没有资金能力加入其中。

3.2. 闵行区中心医院的医中有养模式

该医院在政府相关税收的优惠政策下，投资 1.2 亿元，成立了君莲疗养院和上海首个由公立医院出资开办的失智老人治疗中心(君莲疗养院)。该养老院内部设有养护区、特护区，共有 498 个床位。

这个疗养院以失智老人为主要服务对象，而老年抑郁症、慢性病病人亦可接纳，因为该医院有专业的技术支持。本中心采用家庭式的照护方式，为长者提供绿色就医通道，并实现智能管理，配备专业人员及精密设备。君莲疗养院还设有理疗室、医技室、中档疗养区、高级疗养区，每个房间都配备了最先进的通讯设备，疗养区则是为那些生活不能自理的老年人提供全方位的照顾。疗养院有治疗室，可以为失智老人提供 24 小时的护理服务。中心医院距离这里只有五千米距离，这里的医护人员和设备都是共享的，医院可以将优秀的医护人员转移到这里，让失智老人可以得到最好的照顾。然而，君莲养老院作为中央医院的附属机构，在经营上存在着一定的成本压力和风险。

中心城区的支撑辐射模式

该模式以“巡诊”、“签约”等方式，将社区的医疗资源向辖区内的养老院延伸，并以阶梯医保的方式，实现医疗资源的有效使用。全科医疗是医疗服务金字塔的最底层，负责为健康时期、疾病早期甚至是经过专业治疗而不能治愈的病人提供长期护理。将全科医师模式推广至辖区的养老院，以满足老年人的基本健康和健康管理。当前，全科医生的供求矛盾依然十分突出，上海虽已有较长的历史，但人才短缺问题依然十分突出。

根据上海市实践中上述供给资源可以发现，上海市在失能老人医养结合的供给资源上有较为完备、技术较好、内容较全面的模式内容，但相应同时也存在一些需要加强之处。

3.3. 上海市医养结合照护模式发展问题

根据上海市实践中上述供给资源可以发现，上海市在失能老人医养结合的供给资源上有较为完备、技术较好、内容较全面的模式内容，但相应同时也存在一些需要加强之处。具体包括如下。

3.3.1. 未实现社保长期可持续发展目标要求

社保现阶段的发展目标需要当代人与下一代人在生活要求与社保要求上都能够得到满足，而这个满足是基于保护下一代资源的基础上形成的。从纵向上看，该原则需要当代人不仅满足自己这一代的资源需求，同时也要保障下一代人的长期发展。从横向上看，在发展我国社保的同时，需要衡量社会的经济承受能力，确保其发展不会对社保的长期稳定事业与经济的可持续发展造成影响。

自 2015 年开始，我国将事业单位的退休制度与企业的基本职工养老保险制度相合并。从中央到地方，将地方性的实施计划也逐步在全国的范畴内进行推行，而该举措也获得了较为显著的效果。我国的城镇职工与城乡居民医疗保险在管理与资源上都受到很大影响，其保障水平上也存在显著的差异。此外，医疗保险的给付待遇上也因参保内容不同存在差异。而现阶段我国的医疗保险与养老保险的基金联动性较差，若冒冒然地启动医养结合照护模式，会在基金上造成不公平、不公平的结果。而这点也与我国社保长期可持续发展目标的要求相违背。

3.3.2. 护理资源与医疗资源的配置不匹配

机构的压床现象是现阶段较为普遍出现的一个问题，而目前我国的养老服务无法满足较大比例的失

能老人的需要。若失能老人出现病症问题，此类人群一般将在选择前往医疗机构进行健康诊治，即使治理已完成，由于失能老人需要护理服务，使得较大数量的失能老人不愿意直接离开医疗机构，进而浪费我国的医疗保险基金。现阶段，目前我国中等急以上的规模的医疗机构分为盈利性与公益性，而公立医院将会从政府那里获取资金，这些医院也正是为社会服务而简历，因此在价格上具有同意下，其收费的价格水平相对较低。盈利性的医院以个人角度出发，以提供服务为最终目的来设立。其医院的诊治、住院等费用都由医疗机构自行负责。由于医院的设施较为完备，因此在费用上会比公立医院贵大约百分之三十左右。因此投保人一般会倾向于选择盈利性医院，而原因正式其所需的大部分费用来源于其医保，个人所承担的部分相对较少，进而使得在同一个病人身上投入过多的医保基金。有一些中小规模的医疗机构，考虑到创收需求，由于有限的医疗水平与有限的病人数量，该机构会收取失能老人到他们的医院，而失能老人并非由于由医疗需求来住院，而是他们可以使用医保基金，在这个医院享受到护理服务，最终使得医保基金有较大比例的浪费问题出现。

医养分离从过去到现在一直是一个较为突出的问题，目前，许多政府在国家的倡导下纷纷响应，进而出台一系列的政策，形成一个新形成的医养结合模式。但是我国目前对以失能老人为主体的照护模式仍存在经验不足的问题，甚至有部分地区仍存在医保基金的严重浪费问题的出现。

4. 上海市失能老人医养结合长期照护模式运行调查

论文从以上几个方面，对目前我国失能老人医养结合长期护理模式的现状进行分析，对影响模式服务的因素进行归纳。在此基础上，考虑实际情况，与服务相关方一起设计问卷，并运用问卷调查的方法，对失能老人的长期护理服务进行影响因素研究。

4.1. 模式影响因素总结

4.1.1. 政府因素

该因素是指政府制定的相关制度与政策保证、政策的可持续性以及相关的服务供给等方面，分析了政府对失能老人长期护理的作用。国家制定相应的政策，可以有效地促进和保障失能老人在医养结合中的长期护理。首先，政府有没有制定相关的政策，从某种意义上说，地方能否形成医养结合的协作机制，发展老年长期护理，将成为医养结合的重要政策支撑。第二，在医养结合的过程中，政策的持续性对失能老人的健康发展至关重要，而医养结合需要一个稳定的政策来支撑，并将其与养老资源相结合，从而保证服务对象的合法权益。政府的服务与医疗服务的品质息息相关，比如政府可以提供高水准的医疗服务，也可以制定出一套完善的医疗服务体系。

4.1.2. 服务主体因素

服务主体因素指的是该模式中各个服务主体在模式运行之间的专业素质标准、沟通协调机制、护理水平。模式中的服务主体对于该模式的长期可持续稳定运行具有重要作用。首先，医疗机构和养老机构作为医养结合的主体，两方之间是否能够协同协作是模式运行的基础；其次，两方在提供服务的整个过程中，要促进自身转型，实现两方与评估机构之间的信息流畅，保证信息的及时反馈。第三，服务主体的护理水平是影响失能老人满意度的重要指标。

医养结合是一种新型养老供给模式，将各个服务主体医疗资源与养老资源紧密衔接，有机结合，在发挥长期照护服务过程中各个服务主体进行协同协作，同时各司其职，为失能老人的照护服务实现进一步的效率化。

4.1.3. 技术因素

建立失能老人信息共享平台，进而使各个机构之间能够及时获取失能老人的健康信息，使得医疗机

构与养老机构可以快速提出适合失能老人实际情况的护理方案，同时也为评定机构提供客观数据[5]。为实现失能老人信息共享平台的建立，需要失能老人到指定专业认定机构认定护理水平，若其需求在未来几年中发生变化，可以在有效期届满后进行重新认定，将共享信息平台进行及时更新，调整照护服务；而倘若服务对象没有需求转变，而是服务主体内部发生服务内容或者是服务形式的变化时，同样需要在信息平台进行更新[6]。

4.1.4. 监督管理因素

在医养结合中，对失能老人进行有效的监管，可以保证他们的长期护理服务得到持续、健康的发展。首先，作为医养结合下失能老人长期照护服务的监督主体，作为监督主体，不仅要由政府主导，还要引入社会多方力量的参与主体进行协同配合，使得照护服务可以更加规范化，系统化，而对于服务对象与主体而言，可以有更高的安全感[7]。另外，对服务内容的定时监督，可以促进服务主体增加服务种类。最后，通过监督管理可以使失能老人建立更加完善的问题应对措施。若运行过程中出现利益冲突、服务问题等紧急问题时，如果处理不当，会对该模式的未来发展道路产生阻碍作用与不利影响。

上海的医养结合服务的发展还处在实践和探索的阶段[8]，通过走访社区和街道，可以发现，当前的医疗和养老服务形式多种多样，但是发展的时间还不够长，而且还处在摸索的阶段，难以形成一个全面、准确的评估体系，这就使得论文的研究工作更加困难。论文从合作研究的视角，根据目前调查，探究影响因素之间的内在联系，为未来失能老人医养结合长期发展的推广过程打下扎实基础[9]。

4.2. 调查准备

调查对象与样本数量

为探讨模式现状，并探讨其对失能老人的影响，应选择上海市这一具有代表性的老年人口密集的城市进行深入的调查，以了解和掌握关于老年人长期护理的完整资料和数据。本研究地点为上海市，研究对象为年龄在 60 岁以上的、上海市本地的失能老人。调查方式为：依托问卷星平台发放问卷，在上海抽取 6 个行政区，分别为浦东、嘉定、长宁、宝山、松江、奉贤区的医养结合的试点机构、社区进行问卷发放与访谈。

从理论上讲，结构方程模型中的样本量越大，其模型的科学性也就越高，要设计出一套科学的结构方程，样本量必须达到五百以上。一些学者认为，模型的最小样本数应当是模型变量的 10 倍。本课题所设计的结构方程式的参数为 28，因此，取样值必须为 280。在此基础上，共发放了 618 份问卷，其中 525 份被回收，除去无效问卷后，有效问卷共计 500 份，符合结构方程抽样数目的要求。

4.3. 结构方程方法建立评价模型的过程

4.3.1. 评价模型的建立过程

根据上文所提出的六个因子建立验证性因子分析模型，每个因子都涉及 4 道题目，进而判断该模型是否是符合研究标准，具体结果如下表 2 所示，拟合指数均在本研究可接受范围之内，可以进一步构建模型路径关系。

Table 2. Summary of model fitting results

表 2. 模型拟合结果汇总

拟合指标	CMIN/DF	RMR	GFI	AGFI	PGFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
模型结果	3.398	0.056	0.857	0.822	0.695	0.863	0.859	0.884	0.899	0.069

根据下表 3 显示, 7 个维度的标准化因素负荷都是大于 0.6, 其信度依次为 0.871、0.892、0.863、0.754、0.888、0.723、0.900。都是大于 0.7 的要求的, AVE 依次为 0.628、0.676、0.612、0.435、0.667、0.396、0.694, 都是大于 0.45 这一要求的, 由此可见, 7 个维度都有较好的收敛效度。

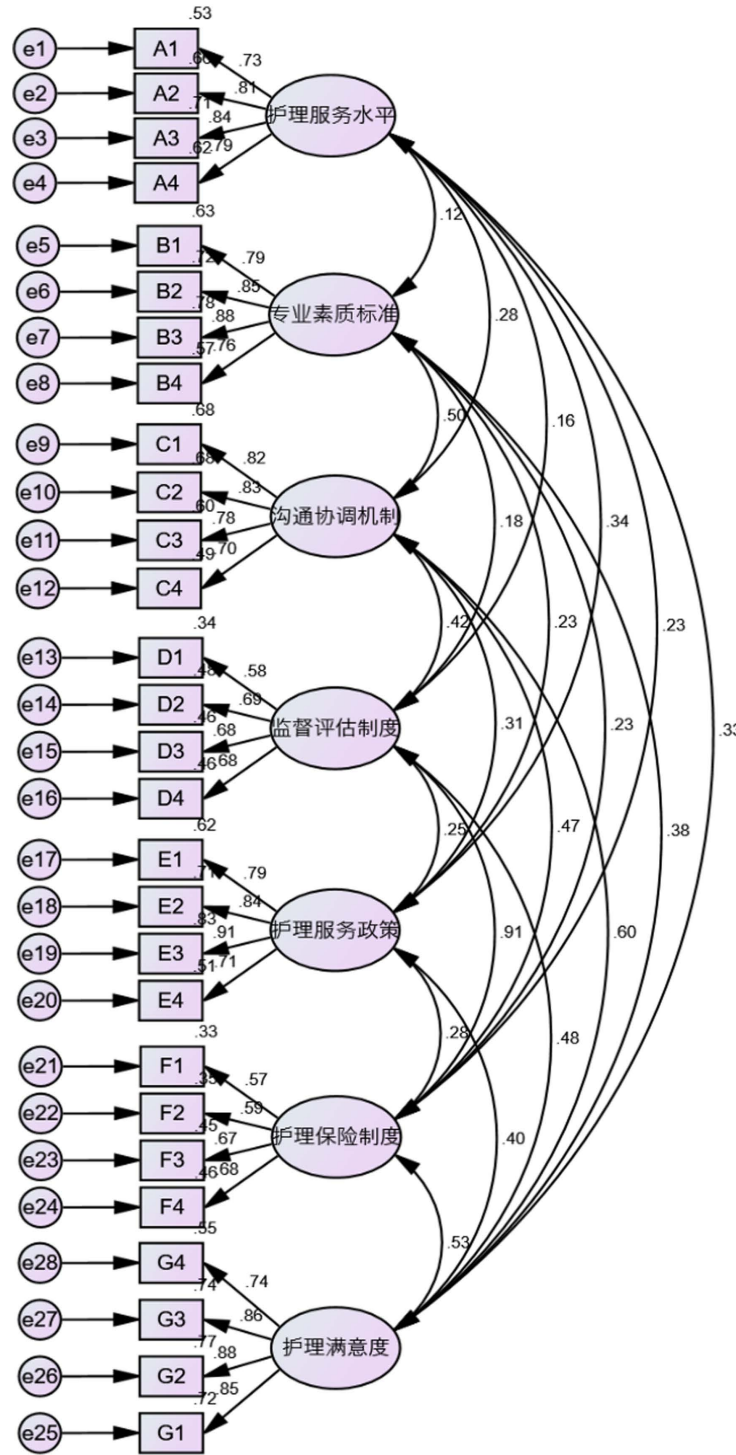


Figure 3. Validation model factor diagram
图 3. 验证模型因子图

Table 3. Factor loading
表 3. 标准化因子荷载

维度	题项	因素负荷	AVE	CR
护理服务水平	A1	0.725	0.628	0.871
	A2	0.81		
	A3	0.845		
	A4	0.785		
专业素质标准	B1	0.795	0.676	0.892
	B2	0.847		
	B3	0.884		
	B4	0.756		
沟通协调机制	C1	0.823	0.612	0.863
	C2	0.825		
	C3	0.776		
	C4	0.699		
监督评估制度	D1	0.581	0.435	0.754
	D2	0.694		
	D3	0.678		
	D4	0.678		
护理服务政策	E1	0.79	0.667	0.888
	E2	0.84		
	E3	0.912		
	E4	0.712		
护理保险制度	F1	0.574	0.396	0.723
	F2	0.588		
	F3	0.669		
	F4	0.678		
护理满意度	G1	0.85	0.694	0.900
	G2	0.877		
	G3	0.86		
	G4	0.739		

根据上文可知，卡方值应不显著，拟合用于检测上述模型。

因为为进一步探究各因素之间的关系，论文以护理满意度作为潜在变量，其他 6 个因素为外在潜在变量，构建结构方程，具体结果如下表 4 所示。

由下表 4 可见，AGFI 为 0.885，RFI 为 0.898，两者都小于 0.900，不符合结构方程的估计参数，因此需要根据 MI 修正建议，对模型进行修正。具体见表 5、图 4 可知。

经修正后，适配度为：

Table 4. Model fitting results
表 4. 模型拟合度结果

拟合指标	CMIN/DF	RMR	GFI	AGFI	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
模型结果	2.268	0.043	0.907	0.885	0.911	0.898	0.948	0.94	0.948	0.056

Table 5. Fitting results of modified model
表 5. 修正模型拟合度结果

拟合指标	CMIN/DF	RMR	GFI	AGFI	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
模型结果	1.915	0.041	0.922	0.902	0.926	0.914	0.963	0.96	0.963	0.043

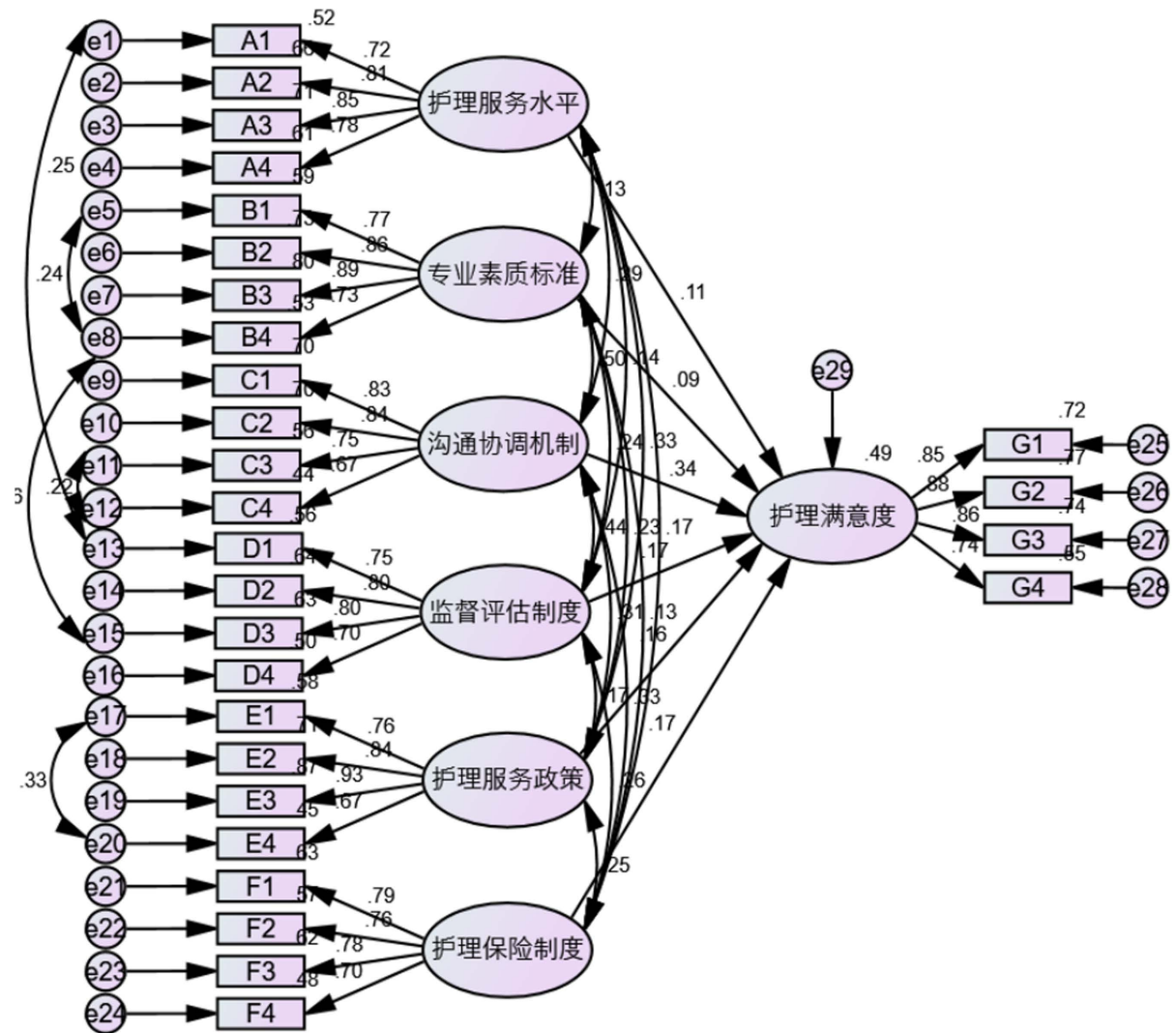


Figure 4. Path coefficient diagram
图 4. 路径系数图

根据表 6 可以发现, AGFI 为 0.902, RFI 为 0.914, 在合理取值范围内, 其余参数也较为符合估计参数, 修正后的参数估计如下。

Table 6. Estimation of path coefficient parameters
表 6. 路径系数参数估计

	路径	标准化路径系数	路径系数	S.E.	C.R.	P
护理满意度	<--- 护理服务水平	0.113	0.117	0.045	2.625	0.009
护理满意度	<--- 专业素质标准	0.093	0.100	0.049	2.017	0.044
护理满意度	<--- 沟通协调机制	0.344	0.331	0.055	6.038	***
护理满意度	<--- 监督评估制度	0.174	0.204	0.054	3.801	***
护理满意度	<--- 护理服务政策	0.155	0.165	0.046	3.591	***
护理满意度	<--- 护理保险制度	0.171	0.177	0.046	3.871	***

4.3.2. 研究结果

根据研究可知，研究结果可以发现，护理服务水平、专业素质标准、沟通协调机制、监督评估制度、护理服务政策、护理保险制度都对护理满意度产生了显著性正向影响，标准化路径系数分别为：0.113、0.093、0.344、0.174、0.155、0.171。

4.3.3. 中介效应

为进一步研究各个影响因素之间的关系，结合福利多元理论的多元主体的相关政策与机制对其服务内容的影响最终影响满意度的内容，论文将多元主体政策划分为沟通协调机制、监督评估机制、护理服务政策与护理保险制度，将服务内容分为护理服务水平与专业素质标准，最终影响护理满意度，其具体过程如下图 5、图 6 所示，其中中介验证如表 7 所示。

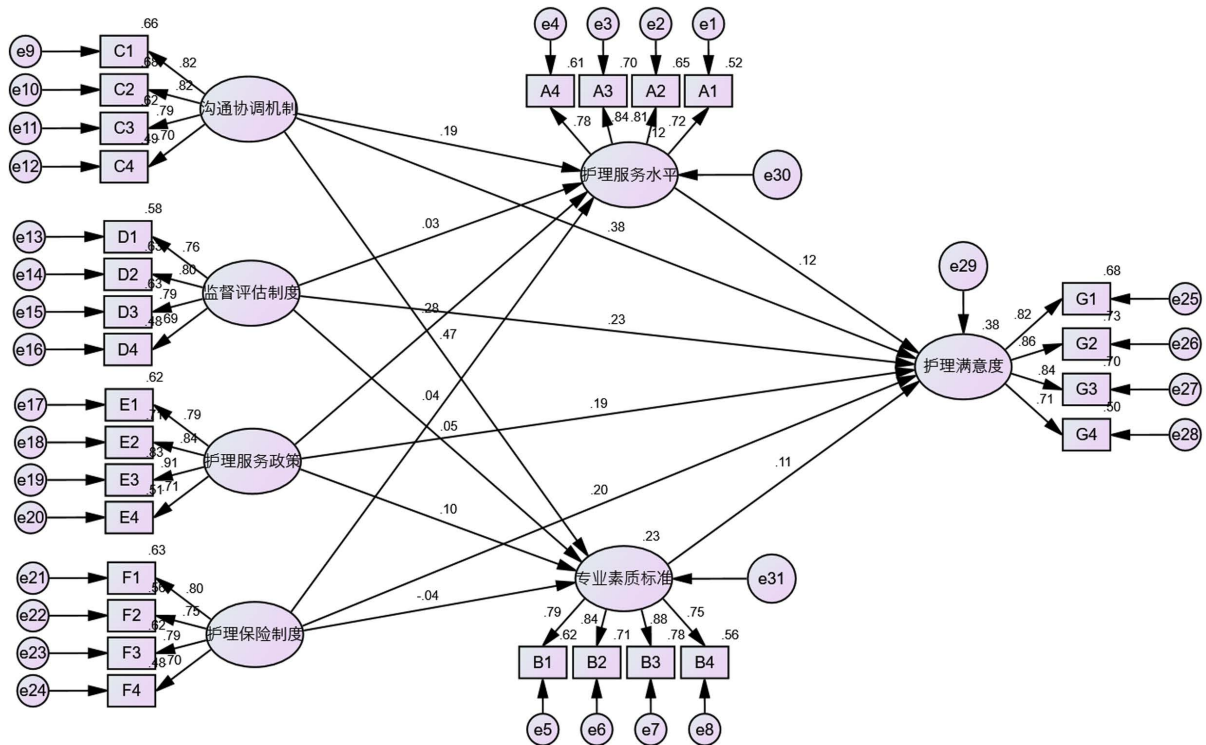


Figure 5. Intermediary flow chart
图 5. 中介流程图

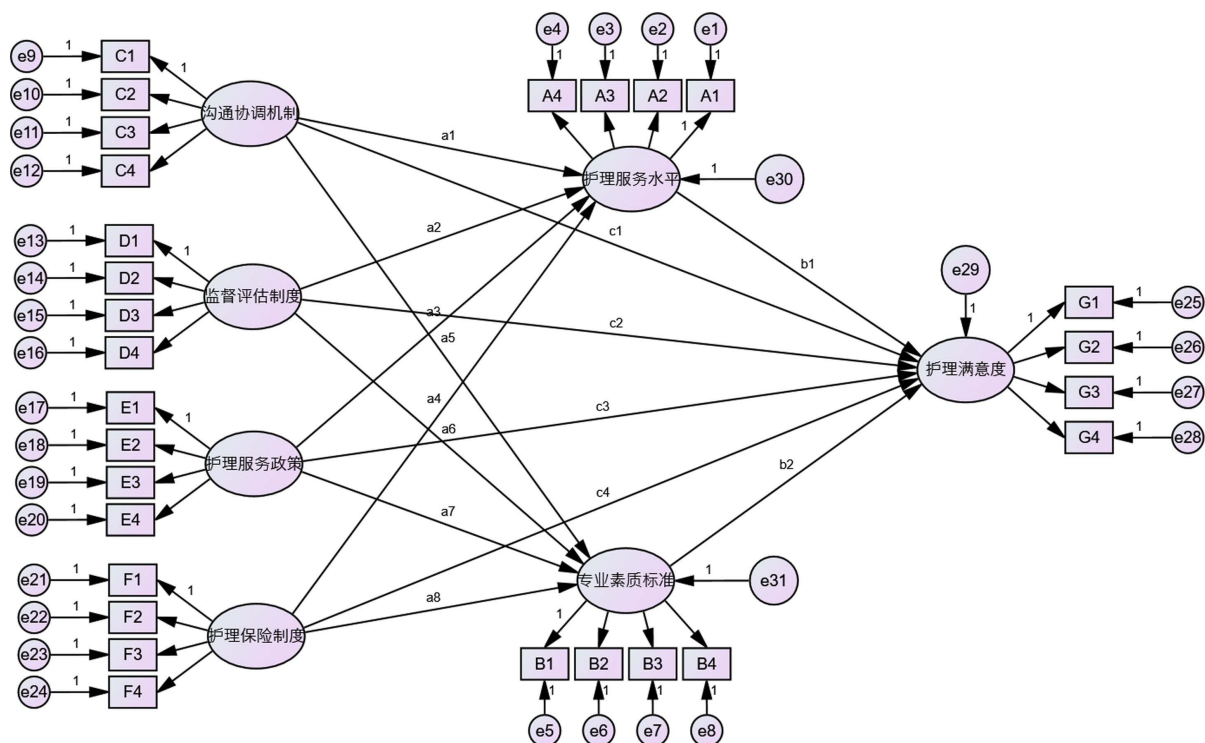


Figure 6. Mediation verification diagram
图 6. 中介验证图

Table 7. Intermediary verification table
表 7. 中介验证表

Parameter	Estimate	Lower	Upper	P
IE1	0.02	0.003	0.043	0.013
DE1	0.336	0.212	0.452	0.000
TE1	0.356	0.231	0.47	0.000
IE2	0.003	-0.012	0.018	0.651
DE2	0.238	0.127	0.348	0.000
TE2	0.241	0.129	0.353	0.000
IE3	0.031	0.006	0.061	0.011
DE3	0.175	0.085	0.267	0.000
TE3	0.206	0.119	0.297	0.000
IE4	0.005	-0.008	0.019	0.445
DE4	0.19	0.089	0.301	0.000
TE4	0.195	0.092	0.306	0.000
IE5	0.045	0.005	0.099	0.027
DE5	0.336	0.212	0.452	0.000
TE5	0.381	0.272	0.487	0.000
IE6	0.005	-0.007	0.02	0.400
DE6	0.238	0.127	0.348	0.000

续表

TE6	0.243	0.132	0.355	0.000
IE7	0.01	0	0.026	0.047
DE7	0.175	0.085	0.267	0.000
TE7	0.186	0.097	0.276	0.000
IE8	-0.004	-0.018	0.006	0.399
DE8	0.19	0.089	0.301	0.000
TE8	0.186	0.087	0.295	0.001

IE1 (间接效应): 沟通协调机制 - 护理服务水平 - 护理满意度

DE1 (直接效应): 沟通协调机制 - 护理满意度

TE1 (总效应): 沟通协调机制对护理满意度的总效应(不包含专业素质标准的路径)

IE2 (间接效应): 监督评估制度 - 护理服务水平 - 护理满意度

DE2 (直接效应): 监督评估制度 - 护理满意度

TE2 (总效应): 监督评估制度对护理满意度的总效应(不包含专业素质标准的路径)

IE3 (间接效应): 护理服务政策 - 护理服务水平 - 护理满意度

DE3 (直接效应): 护理服务政策 - 护理满意度

TE3 (总效应): 护理服务政策对护理满意度的总效应(不包含专业素质标准的路径)

IE4 (间接效应): 护理保险制度 - 护理服务水平 - 护理满意度

DE4 (直接效应): 护理保险制度 - 护理满意度

TE4 (总效应): 护理保险制度对护理满意度的总效应(不包含专业素质标准的路径)

IE5 (间接效应): 沟通协调机制 - 专业素质水平 - 护理满意度

DE5 (直接效应): 沟通协调机制 - 护理满意度

TE5 (总效应): 沟通协调机制对护理满意度的总效应(不包含护理服务水平的路径)

IE6 (间接效应): 监督评估制度 - 专业素质水平 - 护理满意度

DE6 (直接效应): 监督评估制度 - 护理满意度

TE6 (总效应): 监督评估制度对护理满意度的总效应(不包含护理服务水平的路径)

IE7 (间接效应): 护理服务政策 - 专业素质水平 - 护理满意度

DE7 (直接效应): 护理服务政策 - 护理满意度

TE7 (总效应): 护理服务政策对护理满意度的总效应(不包含护理服务水平的路径)

IE8 (间接效应): 护理保险制度 - 专业素质水平 - 护理满意度

DE8 (直接效应): 护理保险制度 - 护理满意度

TE8 (总效应): 护理保险制度对护理满意度的总效应(不包含护理服务水平的路径)

由上述可见, 沟通协调机制、监督评估机制、护理服务政策与护理保险制度对护理服务水平与专业素质标准都有影响, 进而使得护理服务水平与专业素质标准对护理满意度产生影响, 由此可见, 护理政策与机制对于护理内容有正向影响, 而护理内容对于护理满意度有正向影响。

5. 构建失能老人医养结合长期模式合作平台

5.1. 明确多方主体功能定位

在医养结合的长期护理模式下, 医疗与养老是两种不同的关系, 必须把两者有机地连接在一起, 才

能合理地使用信息、有效地分享资源、促进共同发展。医养结合的长期护理模式，必须先将其划分清楚，然后进行持续的资源整合，才能实现医疗与养老资源的有效整合。

在我国实行医养结合的进程中，要真正实现失能老人长期照护模式，需要社会各界的高度重视，需要相关部门建立良好的合作平台，不断明确不同部门的职责、义务和权益。在我国人口老龄化程度较高的今天，传统养老院要适应新形势，加快改造升级，引入科学的管理思想和方法，以更好地满足老年人的养老需要。同时，根据失能老人的健康状况和需要，建立健全的评价体系，建立健全的养老服务评价体系，并制定出相应的服务标准，明确不同的服务项目的具体服务内容和模式，使服务的价格更加公开、更加公平。同时，要加强与医疗资源的有效整合，以确定是否需要将老年人送入特殊的医疗区域进行专业的医疗服务。

5.2. 整合医疗和养老服务资源

长期的医养结合服务还兼顾了对老年人的健康状况的跟踪服务，需要对其进行更多的理解与协助，整合医疗资源与养老资源，为失能老人提供专业服务，包括日常护理、心理慰藉等服务，提高失能老人的晚年幸福感。

我国要积极发掘现有的医疗资源，扩大医疗机构的经费来源，购买医疗器械。同时，要建立符合我国养老事业发展需要的医养结合标准，切实提高医疗机构的服务质量，全面推进具有一定规模的养老院或床位。

另外，由于医院的住院、门诊医疗费用报销比例偏低，许多地方不享受医保。比如，新农村合作医疗仅报销 30%的住院费用。老年人(例如：高血压、糖尿病)，要定期到基层、二级医疗机构就诊，但这部分门诊不一定由医保系统支付。所以，在贫困地区，失能老人的医疗服务使用状况并没有得到改善。为了改善目前的医疗保障覆盖面的不均衡状况，提高卫生服务的可及性，特别是在农村和贫穷地区，提高失能老人的医疗护理覆盖面和卫生服务质量。

参考文献

- [1] 吴宏洛. 论医疗保险制度设计对失能老人的救助功能——基于医养结合长期照护模式的考察[J]. 福建师范大学学报(哲学社会科学版), 2014(2): 23-29.
- [2] 张萍, 张奕奕. 社区老年人疾病谱分析与慢性病防治[J]. 临床研究, 2010(21): 80-81.
- [3] 孙伟, 钟宁, 蒋中陶. 社区老年慢性病患者护理需求调查分析[J]. 上海护理, 2011(4): 27-29.
- [4] 韩俊江, 张箴薇. 我国“医养结合”养老模式发展政策探讨[J]. 中国劳动, 2017(3): 28-32.
- [5] 黄佳豪, 孟昉. “医养结合”养老模式的必要性、困境与对策[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(6): 63-68.
- [6] 崔玲玲, 马颖, 陆龙滨, 等. 我国“医养结合”服务存在问题的系统分析[J]. 中国卫生事业管理, 2017, 34(3): 238-240.
- [7] 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+2.
- [8] 沈连法. 关于医养结合的思考[J]. 疾病监测与控制, 2015(6): 441-442.
- [9] 赵斌, 陈曼莉. 社会长期护理保险制度: 国际经验和中国模式[J]. 四川理工学院学报(社会科学版), 2017, 32(5): 1-22.