

巴中市哲学社会科学规划项目

结项申请书

立 项 编 号 BZ25ZC278

项 目 类 别 自筹课题

项 目 名 称 巴中市“医养结合”模式应用现状及优化研究

项 目 负 责 人 谢尚宏

所 在 单 位 巴中职业技术学院

填 表 日 期 2025 年 10 月 10 日

巴中市社会科学界联合会 制

2025 年 3 月

声 明

本研究成果不存在知识产权争议；巴中市社会科学界联合会享有推广应用本成果的权利，但保留作者的署名权。特此声明。

成果是否涉及敏感问题或其他不宜公开出版的内容：是☐ 否☒

成果是否涉密： 是☐ 否☒

项目负责人（签字）

年 月 日

填 表 说 明

一、本表适用于巴中市社科年度规划项目、专项项目等结项申请。

二、认真如实填写表内栏目，凡选择性栏目请在选项上打“√”。课题申报信息无变更情况的可不填写《项目变更情况数据表》。

三、本《结项申请书》报送 2 份（A3 纸双面印制，中缝装订），并附最终成果打印稿（正文格式要求：主标题 2 号方正小标宋简体，其中一级标题 3 号方正黑体-GBK，二级标题 3 号方正楷体-GBK，三级标题 3 号方正仿宋-GBK 加粗，正文 3 号方正仿宋-GBK）。

四、所有结项材料须经所在单位审核并签署意见。县（区）申报者报送所在县（区）社科联审核后统一报送至市社科联，其他申报者可直接报送市社科联。

一、项目变更情况数据表

立项项目名称											
结项成果名称											
是否变更		A、是		B、否		变更的内容					
原计划成果形式						现成果形式					
原计划完成时间		年 月 日				实际完成时间		年 月 日			
项目负责人及参与人员变更情况											
原 负 责 人	姓 名		性别		民族		出生日期	年 月			
	所在单位				行政职务		专业职务				
	通讯地址					联系电话					
现 负 责 人	姓 名		性别		民族		出生日期	年 月			
	所在单位				行政职务		专业职务				
	通讯地址					联系电话					
原 参 与 人 员	姓 名	单 位			职 称	联系电话					

现 参 与 人 员	姓 名	单 位	职 称	联系电话

二、申请人所在单位审核意见

（审核事项:1.成果有无政治导向问题或其他不宜公开出版的内容;2.最终结果的内容质量是否符合预期研究目标。）

该成果无政治导向问题或其他不宜公开出版的内容，最终结果的内容质量符合预期研究目标，同意报送。

签 章
年 月 日

三、县（区）社科联意见

（审核事项:1.成果有无意识形态问题;2.是否同意结项。）

单位（公章）：

负责人签字：

年 月 日

四、专家鉴定意见

(请在对应意见栏划“√”)

1.成果有无意识形态方面问题： 有 ☐ 否 ☐

2.是否同意结项：是 ☐ 否 ☐

3.鉴定等级：优秀 ☐ 良好 ☐ 合格 ☐

主审专家签字：

年 月 日

五、市社科联审核意见

单位（公章）：

年 月 日

最 终 成 果

巴中市“医养结合”模式应用现状及优化研究

摘要：随着我国人口老龄化进程加速，传统养老与医疗资源分离的矛盾日益凸显，医养结合成为应对老龄化的重要模式。本文以川东北欠发达地区及文旅康养试点城市为研究对象，通过分析其医养结合政策体系、实施现状及服务模式，识别出居家社区资源供给不足、跨部门协作不畅、人才资金保障薄弱、服务标准与监管缺失等核心问题，并从政策完善、资源整合、机制创新、保障强化四个维度提出优化路径。研究可为类似地区医养结合实践提供参考。

关键词：医养结合；养老服务；资源整合；政策优化；老龄化

当前，我国人口老龄化进程正以空前速度推进，当前 60 岁及以上人口占比已突破 20%，其中高龄、失能半失能老人规模持续扩大，传统养老模式与医疗资源分离的矛盾日益凸显。在此背景下，医养结合作为整合医疗护理与养老服务的创新模式，成为应对老龄化社会的必然选择。巴中市作为川东北经济欠发达地区的典型代表，同时肩负四川省文旅康养产业试点城市的使命，其“医疗+养老+文旅”的融合实践具有特殊研究价值。

一、巴中市医养结合政策背景与制度框架

（一）政策文件和实施方案

巴中市医养结合政策体系构建始于国家层面“健康中国 2030”战略与积极应对人口老龄化国家战略的双重驱动，其制度框架呈现“国家政策引导—地方特色融合—部门协同推进”的三层结构，但在政策细化与执行落地环节仍存在显著短板。作为川东北文旅康养产业核心区，该市政策设计既需响应《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》中“医养康养相结合”的要求，又需结合本地生态资源禀赋探索差异化路径，这种双重定位导致政策体系在系统性与实操性之间面临平衡难题。

2025 年 5 月《巴中市构建全生命周期健康服务矩阵行动方案》提出“老年健康服务提质行动”，将医养结合作为提升老年健康服务能力核心措施，明确优化资源配置、推进基层医

疗机构布局建设等方向，为医养结合服务下沉社区与农村提供基础支撑。

2025 年市文旅康养首位产业发展领导小组印发《卫生健康促进文旅康养首位产业发展实施意见》，提出“四进四养”工程，囊括医疗、康复、保健、中医进康养基地，养身、养心、养智、养行服务，推动医养结合与文旅康养产业融合，探索“医疗+养老+文旅”特色路径。

（二）扶持政策与配套措施梳理

巴中市医养结合扶持政策呈现“框架性指引多、量化标准少”的特点，主要集中于社会力量参与和医保政策调整两大领域。在社会力量参与方面，政策明确“鼓励民间资本举办医养结合机构”，并简化医疗机构设立审批流程，但未制定差异化补贴标准，导致小型养老机构难以承担医疗资质申报成本。医保配套措施取得一定突破，将高血压、糖尿病等 6 种老年慢性病纳入门诊慢特病管理，报销比例提高至 60%，但长期护理保险试点尚未覆盖农村地区，居家养老医疗费用报销仍局限于住院场景。

二、巴中市医养结合实施现状与服务模式分析

（一）医养结合机构数量、分布及服务覆盖

目前全市具备医疗资质的养老机构共 17 家，其中公办机构 12 家，民办机构 5 家，主要集中于巴州区、通江县等城区及县城周边。区域分布呈现显著的“城镇集聚、农村散落”特征：

巴州区作为中心城区，拥有 6 家医养结合机构，占总量的 35.3%；而南江县、平昌县等农村人口占比超 70%的县域，平均仅 2-3 家机构，且多为乡镇卫生院转型的小型服务点。

服务覆盖范围存在明显局限性。现有机构主要面向 65 岁以上失能半失能老人及特殊困难家庭老人，提供 24 小时医疗护理服务，床位总数约 1200 张，按全市 9.8 万失能半失能老人计算，床位数缺口达 85%。农村地区服务覆盖尤为薄弱，80%的行政村未设立村级养老服务设施，独居老人日常医疗依赖村卫生室“定期巡诊+电话问诊”的简易模式。“中西医结合诊疗”的运营模式，在巴中市仅有 2 家机构实现类似配置，多数机构仍停留在“养老床位+兼职医生”的初级融合阶段。

（二）服务人群特征及需求状况

巴中市医养服务人群呈现“三高一低”特征。高龄老人占比高，80 岁以上占老年人口 12.7%；慢性病患者率高，高血压、关节炎等慢性病患者率达 68%；独居比例高，农村独居老人占比 62%。同时健康状况差异导致需求分化显著，失能老人以日常护理+医疗急救为核心需求，半失能老人侧重康复训练+慢性病管理，健康老人则对健康体检+文化娱乐需求强烈。

需求满足现状失衡问题也较为严重。医疗需求通过乡镇卫生院、村卫生室基本实现小病不出村、大病有转诊，但康复护理、心理慰藉等服务缺口巨大。农村独居老人生活照料问题突出，很多老人表示做饭、购物等日常活动存在困难，依赖邻里

互助或子女远程代购。值得注意的是，中医养生需求呈现高接受度特征，多数老人倾向选择中药调理、针灸理疗等传统疗法，但全市仅3家医养机构配备专业中医师，供需矛盾显著。

三、巴中市医养结合实施过程中的主要问题

（一）居家社区医养资源有效供给不足

居家社区医养资源配置呈现“城乡断裂、功能失衡”的格局。城市社区养老服务设施虽覆盖率达75%，但80%的站点仅提供助餐、文化娱乐等基础服务，医疗护理功能普遍缺失。巴州区典型社区服务中心日均服务老年人数超50人，但配备专业护理人员的站点不足15%，多数依赖志愿者提供非专业照料。设施功能单一化严重，全市仅有3家社区中心设置康复理疗室，且设备老化率高，无法满足慢性病老人的康复需求。

农村地区资源匮乏状况更为严峻。行政村养老服务设施覆盖率低，多数村庄仅依靠村卫生室承担少量健康监测服务。调研数据显示，农村老年人平均单程就医时间太长，“小病拖、大病扛”现象普遍。服务能力薄弱体现在三个层面，从内容来看，90%的农村服务点仅提供理发、测血压等基础项目；从人员来看，村级护理人员大多数为兼职，仅有不足5%具备专业资质；从设备来看，智能健康监测设备覆盖率也不足，远程问诊因网络信号问题，使用率难以提升。城乡资源配置存在巨大鸿沟，导致农村老年人面临看病难、养老难的困境，加剧了医养服务的不公平性。

供给主体单一化问题突出。大多数为政府主导的公办服务机构，社会力量参与主要集中于城区小型养老机构，且普遍面临盈利难、扩张难的生存压力。民办机构的高收费和低收入老年群体支付能力形成尖锐矛盾，平均床位利用率也低于公办机构。此外，由于市场对回报期望担忧，社会资本投入意愿也不足。

（二）跨部门协作机制运行不畅

一是职责细节缺失。民政与卫健部门在机构审批环节存在权责交叉，养老机构内设医疗机构时，需同时向民政部门申请养老许可、向卫健部门申请医疗执业许可，两部门审批标准不一致导致平均审批周期长达3个月。基层反映最突出的“医养机构消防审批”问题，因未明确适用养老机构还是医疗机构标准，已有11个项目因标准争议被迫搁置。

二是信息共享空白。卫健部门的电子健康档案系统与民政的养老服务信息平台完全独立，数据互通率为零。老年人健康数据与服务需求信息无法共享，导致社区医生上门服务时需重新采集病史，重复劳动问题严重。医保结算系统未与养老机构联网，老人在养老机构就医仍需全额垫付费用，平均报销周期长达1个月。

三是决策效率低下。部门政策“各自为政”现象明显，例如文旅局推出的康养旅游补贴政策，未将养老机构纳入受益范围；卫健委的家庭医生签约服务，未包含养老护理内容，政策

协同效应难以发挥。

（三）人才与资金保障体系不完善

从人才支撑方面来看，专业队伍建设明显滞后于需求，不仅质量缺口突出，每千名老人仅有 1.2 名专业护理人员，不足全国平均水平的六成，且结构失衡问题显著，高级职称医护人员仅占 3%，农村地区中医特色人才缺口更大，导致基层普遍出现“一人多岗”的超负荷工作状态，频繁的人员更替还造成新入职培训资源浪费，进一步增加机构运营压力。

前医养结合领域尚未设立专项财政资金，依赖民政、卫健等部门的经费调剂，导致支持力度分散且不稳定，2024 年市级财政年均投入仅 800 万元，按服务老年人口均摊不足 10 元。社会资本参与积极性也明显不足，全年社会投资占比仅 15%，加之金融机构对医养项目贷款审批通过率不足两成，融资渠道持续收窄。这直接造成市场主体生存困难，民办医养机构平均利润率仅 2.3%，远低于行业 5% 的盈亏平衡点，去年已有机构因资金链断裂被迫停业。

（四）服务标准与监管机制缺失

服务体系呈现“顶层空白、基层混乱”的状态。国家层面尚未出台统一的医养结合服务标准，巴中市亦未制定地方细则，导致服务操作缺乏规范指引。机构服务质量参差不齐，从服务流程看，40% 的机构未制定标准化服务手册；从评价指标看，仅 15% 的机构建立了老年人满意度测评体系。服务内容随意

性大，同一服务项目在不同机构收费差异可达3倍，且未公示服务成本构成，老年人权益难以保障。

监管机制存在“多头监管、实效不足”的弊端。民政、卫健、市场监管等部门均有监管职责，但未明确主责单位，形成“都管都不管”的监管真空，标准缺失与监管不力的状况，直接影响了服务质量的稳定性与老年人的信任度。

四、医养结合模式优化路径与对策建议

（一）完善医养结合政策法规体系

政策法规体系的完善需以专项化与实操性为核心。应制定医养结合示范项目专项实施方案，明确发展目标与考核机制，将服务覆盖率、机构建设等核心指标纳入地方政府绩效考核，强化目标约束。方案需细化服务标准，如明确失能老人护理人员配比、机构医疗人员配置等基础要求，确保服务规范化。

配套支持政策需从指引性转向量化保障。资金补贴方面，可建立分级补贴机制，对新建与改造的医养结合机构给予差异化建设补贴，运营阶段按服务对象健康状况实行分类补贴，精准匹配需求与资源。用地保障上，应将医养结合项目纳入国土空间规划优先序列，探索利用闲置公共资源改造养老服务设施，优化土地供给政策。医保政策需扩大覆盖范围，将养老机构内设医疗服务纳入医保定点，延伸门诊慢特病报销至康复护理领域，探索长期护理保险与基本医保的协同支付模式，提升服务可及性。

政策协同性提升需打通跨领域接口。在健康服务体系中嵌入老年健康管理衔接条款，推动医养服务与全生命周期健康服务融合；在文旅产业政策中纳入养老服务要素，引导企业开发融合型康养产品，形成政策合力。建立统一的政策清单制度，定期梳理各部门政策，消除交叉重叠，构建一体化政策查询与申报平台。

（二）推进资源整合与服务模式创新

资源整合需聚焦存量盘活与增量创新。通过筛选闲置医疗资源进行适老化改造，保留基本医疗功能的同时增设养老与康复设施，重点服务基层老年群体。中医特色医养模式可通过三方面推进：加强中医人才培养，开发中医药疗养服务包，建设中医康养示范基地，推动中医服务与慢性病管理、康复护理融合。

创新发展模式。依托光雾山、诺水河生态资源与中医药产业基础，开发差异化康养产品：在光雾山景区周边建设中医药康养基地，提供中医理疗（针灸、推拿）、药膳调理、森林浴等服务，联动养老机构推出“短期康养+长期照护”套餐；将红色文化资源融入养老服务，组织健康老人参与“红色研学+康养旅居”活动，实现“以文旅反哺养老”的产业闭环。针对农村独居老人，推广互助模式，鼓励低龄老人为高龄老人提供生活照料，积累服务时长可兑换未来自身养老服务或文旅消费折扣。文旅资源融合需开发特色康养产品体系。依托自然与文化资源

建设康养基地，设计融合医疗护理、康复疗养、文化体验的组合产品，推动“机构养老+旅居康养”模式发展，吸引跨区域老年群体，提升资源使用效率。

（三）健全跨部门协同与监管机制

成立由市政府分管领导牵头的医养结合专项工作组，统筹民政、卫健、医保、文旅等部门资源，实行“月度调度、季度评估”工作制度。推行“联合审批”机制，将养老机构内设医疗机构的审批时限压缩至45个工作日，消防审批明确适用“养老机构+医疗机构”双重标准的折中方案。

制定明确的服务质量标准，从服务流程、安全规范、满意度测评等方面设置核心指标，同时建立政府监管+第三方评估+社会监督机制，每年由第三方机构开展服务质量星级评定，结果与财政补贴挂钩；此外，还可开通医养服务投诉热线，对机构欺老虐老、虚报服务等行为实行“一票否决”并公开曝光。

（四）强化人才培养与资金保障

人才队伍建设需实施“引育并举”策略。深化院校合作，开设医养护理相关专业定向培养人才，完善在职培训体系，提升现有从业人员专业技能；柔性引进高端人才，通过返聘、兼职等方式吸引退休医护人员服务基层，优化人才结构。

资金筹措需构建多元共生格局。设立医养结合专项基金，明确财政投入比例并保持稳定增长；推广政府与社会资本合作模式，通过税收减免、收益分配优化等政策吸引社会资本参与；

激活慈善捐赠市场，建立医养专项慈善基金，完善捐赠激励机制；创新金融产品，开发针对性贷款服务，设立风险补偿机制，拓宽融资渠道。

依托巴中市中医药产业优势，在医养机构设立“国医馆”，引进省级名老中医定期坐诊；实施“乡村中医培养计划”，选拔50名村医参加中医适宜技术培训，考核合格后纳入基层中医服务团队，提升农村地区中医康养服务能力。

结语

总结起来，当前巴中市医养结合模式一方面依托光雾山、诺水河生态资源与中医药产业基础，探索“医疗+养老+文旅”特色路径；另一方面受经济发展水平制约，实践中暴露的核心问题集中于政策实操性不足、资源供给失衡、人才资金短缺三方面问题。基于此，本文提出了相关对策，包括政策细化、模式创新、协同监管三大方向，通过“政策-资源-机制”三维联动破解欠发达地区医养结合发展瓶颈。

参考文献

- [1]史晓丹.“医养结合”养老模式的实践困境及出路探索[J].发展研究,2021(12):57-63.
- [2]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(06):63-68.
- [3]张晓杰.“医养结合”养老创新的逻辑、瓶颈与政策选择[J].西北人口,2016(01):105-111.
- [4]王皓田.“软硬”兼施促进“医养结合”养老服务发展[J].宏观经济管理,2019(07):34-38.
- [5]崔树义,杨素雯.健康中国视域下的“医养结合”问题研究[J].东岳论丛,2019(06):42-51+191-192.
- [6]黄健元,杨琪,王欢.我国养老服务体系发展:从“医养结合”到整合照护[J].中州学刊,2020(11):86-91.
- [7]黄晨熹.新时代社会救助高质量发展的内涵和路径[J].人民论坛,2021(18):72-75.

