

# 协同治理视角下南充市医养结合型养老模式的困境与优化路径研究

刘美辰, 张 雪

西南民族大学管理学院, 四川 成都

收稿日期: 2026年2月4日; 录用日期: 2026年3月6日; 发布日期: 2026年3月16日

## 摘 要

近年来, 我国老龄化进程加速。截至2024年末, 全国60岁及以上人口已达3.1031亿人, 首次突破3亿, 老年人占全国人口的22%, 预计2035年左右, 我国老年人口突破4亿, 将进入重度老龄化社会。在此背景下, 探索医养结合型养老服务模式对提升老年人生活质量、缓解社会养老压力具有重要意义。本文以四川省南充市为研究对象, 基于协同治理理论, 系统探讨了南充市医养结合型养老模式的发展现状、存在的问题、存在问题的原因分析及解决对策。研究发现, 南充市医养结合型养老模式虽取得一定成效, 但仍面临一系列问题。基于此, 本文通过分析原因提出多项措施, 来解决南充市医养结合型养老模式发展过程中遇到的现实问题, 不断提升南充市的医养结合养老模式发展水平。

## 关键词

协同治理, 老龄化, 医养结合, 养老模式

# Research on the Dilemmas and Optimization Paths of the Medical and Elderly Care Integrated Pension Model in Nanchong City from the Perspective of Collaborative Governance

Meichen Liu, Xue Zhang

School of Management, Southwest Minzu University, Chengdu Sichuan

Received: February 4, 2026; accepted: March 6, 2026; published: March 16, 2026

## Abstract

In recent years, the aging process in China has accelerated. By the end of 2024, the number of people aged 60 and above in the country had reached 310.31 million, surpassing 300 million for the first time, accounting for 22% of the total population. It is projected that around 2035, the elderly population in China will exceed 400 million, marking the entry into a severely aging society. Against this backdrop, exploring the medical-nursing integrated elderly care service model is of great significance for enhancing the quality of life of the elderly and alleviating the pressure on social elderly care. This paper takes Nanchong City, Sichuan Province as the research object and, based on the theory of collaborative governance, systematically examines the current development status, existing problems, reasons for the problems, and solutions of the medical-nursing integrated elderly care model in Nanchong City. The research finds that although the medical-nursing integrated elderly care model in Nanchong City has achieved certain results, it still faces a series of issues. Based on this, this paper proposes multiple measures by analyzing the causes to address the practical problems encountered in the development of the medical-nursing integrated elderly care model in Nanchong City and continuously improve the development level of the medical-nursing integrated elderly care model in Nanchong City.

## Keywords

Collaborative Governance, Aging, Medical-Nursing Integration, Elderly Care Model

Copyright © 2026 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

党的二十届四中全会提出“十五五”期间要促进人口高质量发展,优化就业、社保等方面年龄限制政策,积极开发老年人力资源,发展银发经济。进入“十五五”规划的新时期,我国老龄事业面临着前所未有的挑战:超常规的老龄化趋势,加上庞大的人口基数、人口负增长现状、劳动年龄人口减少,还有共同富裕目标以及物质与精神文明要协调发展的多重需求,如何更好改善老龄化趋势,促进老年人生活丰富发展是我们长期面临的问题[1]。近年来,全球老龄化问题日益严重,如何更好地应对人口老龄化问题已成为各国社会治理的核心议题之一。根据联合国的人口老龄化分类标准,当一个国家或地区60岁以上的人口占总人口的10%或者65岁以上的人口占总人口的7%时,表明该地已步入老龄化社会;达到14%,为深度老龄化;超过20%,则进入超老龄化社会。2024年1月17日,国家统计局发布数据显示,去年年末全国人口16~59岁的劳动年龄人口86,481万人,占全国人口的比重为61.3%;60岁及以上人口29,697万人,占全国人口的21.1%,其中65岁及以上人口21,676万人,占全国人口的15.4%。所以我国已经超过了人口老龄化的标准。总的来说,我国人口老龄化存在速度快、规模大、区域差异显著的特征[2],需要采取多方面的针对性政策措施予以解决。“医养结合”模式作为整合医疗资源与养老资源的创新路径,被认为是破解老龄化难题的关键举措。有学者指出,我国传统养老机构普遍存在“医养分离”问题,医疗机构与养老机构服务割裂,导致失能、半失能老人难以获得连续性照护,传统模式难以满足现实化需要。医养结合通过整合医疗与养老资源,成为应对老龄化的重要创新路径,其本质是政府、卫健、民政、医保、社会力量、老年人等多元主体的协同治理过程。因此,深入分析医养结合服务的情况,

有助于满足不断增长的多样化健康养老服务需求,对于拓展国内市场、促进消费和提升就业具备积极效应[3]。

## 2. 医养结合型养老模式相关概念

### 2.1. 医养结合

医养结合是一种将医疗资源与养老服务有机结合的综合性服务模式,这一模式以医疗为保障,以康复为支撑,实现边医边养、综合治疗的目标。医养结合的“医”包括医疗卫生服务、辅具租赁、疾病诊疗、康复护理、临终关怀服务等,“养”包括生活照料、精神慰藉、文化活动、保健教育等[4],为老年人提供全周期、多层次的健康保障服务,提升老年人的生活质量和健康水平。

### 2.2. 养老模式

养老模式是指由家庭、政府、社会等主体以免费或低于市场价格向老年人提供的满足其基本物质和精神需求的日常生活服务[5],是为满足老年人生活照料、健康管理、精神和物质等需求形成的系统性服务模式与社会支持体系,帮助老年人实现“老有所养、老有所依、老有所乐”。我国养老模式主要分为家庭养老、社区养老和机构养老。

### 2.3. 医养结合型养老模式

医养结合型养老模式是应对老龄化社会的战略性选择,是一种创新的综合性服务模式,旨在为老年人提供“医疗+养老”一体化服务,覆盖疾病预防、治疗、康复、长期护理等全生命周期需求,解决传统养老机构中医疗支持不足的问题,满足老年人尤其是失能、半失能老年人等群体的复合型需求。医养结合养老模式与西方整合照料理念具有一致性。整合照料指各机构通过联合的方式将基本照料、社区照料和社会照料以被照料者为中心相统一,提供不间断的、高质量的照料[6],在欧洲,整合照料旨在跨越初级、二级和三级护理服务之间的边界并改善沟通,以应对发达国家当前面临的主要挑战,即老龄化慢性患者对医疗保健支出的需求不断增加[7]。

### 2.4. 协同治理

“协同”这个概念,最早源于西德理论物理学家赫尔曼·哈肯在1971年创立的协同学。这一理论旨在揭示复杂系统与其子系统之间的关系。基于对协同治理的研究,联合国全球治理委员会从治理主体和治理对象角度给出官方定义:协同治理是个人、各种公共或私人机构管理其共同事务的诸多方式的总和[8]。协同治理是多元公共行动主体为实现共同的公共利益,通过制度化的互动与协作,整合资源、优化决策、落实服务的公共治理过程,其核心是实现主体间的权责清晰、机制顺畅、工具适配。

## 3. 四川省南充市医养结合型养老模式现状分析

### 3.1. 南充市医养结合型养老模式发展现状

#### 3.1.1. 南充市人口老龄化特征分析

南充市位于四川盆地东北、嘉陵江中游,人口703.53万,是四川省第二人口大城市。根据南充第七次全国人口普查数据公报显示,南充市常住人口为5,607,565人,与2010年第六次全国人口普查相比,减少671,057人,下降10.69%,年平均下降1.12%。其中男性占比为50.68%,女性占比为49.32%,年龄结构中0~14岁占比15.72%,15~59岁占比58.28%,60岁以上占比26%,65岁以上占比20.69%,远超全国平均水平(13.5%)。与2010年第六次全国人口普查相比,0~14岁人口的比重下降1.10个百分点,15~59

岁人口的比重下降 6.79 个百分点, 60 岁及以上人口的比重上升 7.89 个百分点, 65 岁及以上人口的比重上升 8.69 个百分点, 老龄化率居全国市(州)第六位。

### 3.1.2. 医养结合政策框架与制度保障

党中央把积极应对人口老龄化上升为国家战略, 南充市根据党中央和四川省出台的多个文件, 结合全市当前养老服务体系发展现状, 先后出台了多个规范性文件(详见表 1), 为我市养老服务体系的建设奠定了政策基础。经过对相关政策的系统梳理与归纳, 可发现南充市养老政策展现出由宏观至微观、从战略规划迈向量化指标的演进态势。在整体战略布局的引领下, 通过政策扶持、资金投入、先行试点等多维度保障, 全力推动养老服务体系的建设, 切实达成养老服务质量提升与效能优化的目标[9]。

**Table 1.** Main policy documents on medical and elderly care integration

**表 1.** 关于医养结合主要政策文件

国务院	四川省	南充市
《国务院办公厅关于推进养老服务发展的意见》	《四川省人民政府办公厅关于推进四川养老服务发展的实施意见》	《南充市老龄事业发展和养老体系建设规划(2018-2020)》
《国务院办公厅关于建立健全养老服务综合监管制度促进养老服务高质量发展的意见》	《四川省“十四五”民政事业发展规划》	《关于全面放开养老服务市场提升养老服务质量的实施意见》
《国务院办公厅关于促进养老托育服务健康发展的意见》 (国办发[2020]52号)	《四川省“十四五”养老服务体系建设专项规划》	《南充市医养结合试点城市工作方案》

### 3.1.3. 医疗卫生与养老资源供给现状

近年来, 南充市人口老龄化趋势日益明显, 高龄、失能、部分失能老人大幅增加。根据南充市老龄化发展实际情况, 南充市人民政府积极扶持养老机构拓展医疗服务功能, 鼓励具备相应条件的养老机构独立开办或内部设置医疗机构。南充市目前有养老机构 400 余家, 但不到百家内专门设置了医养服务, 并且提供的床位数有限(详见表 2)。与此同时, 积极倡导具备相应资质的执业医师前往养老机构、社区老年照料机构内设的医疗卫生机构开展多点执业活动, 以此增强本市养老机构的医疗服务供给水平。除此之外, 将制定养老机构内设医疗机构纳入基本医疗保险定点范围具体实施意见, 加快推进养老服务业的改革。但是在机构养老方面, 农村“空巢”老人问题突出, 敬老院基础设施相对较差, 城市公办养老机构“一床难求”, 护理型床位的配备比例偏低, 难以满足高龄、失能老人实际的服务需要。

**Table 2.** Number of beds in some elderly care institutions in Nanchong City

**表 2.** 南充市部分养老机构床位数

名称	床位(张)
南充市社会福利中心	300
顺庆区仁爱养老中心	70
四川乐颐城颐养中心	100
南充海圣堂医养中心	270
南充市顺庆区三合养老中心	200
顺庆区万卷楼养老服务中心	120

同时本文选取医养结合床位占养老床位比重、每千名老年人拥有养老床位两大核心指标, 结合《南充市“十四五”养老服务体系规划》《成都市“十四五”养老服务业发展规划》及2024年两地卫健、民政部门最新发布数据, 进行精准对比, 清晰定位南充市的发展短板(见表3), 其中南充市医养结合床位占比仅为成都市的约54.8%, 说明南充市在医疗与养老资源的深度融合上存在明显短板。成都市近四分之一的养老床位已实现“医养结合”, 而南充市仍有超过85%的养老床位停留在传统的生活照料层面, 医疗服务嵌入不足。这一差距直接反映了南充市在协同治理层面的不足。卫健、民政、医保等部门在推动医疗机构与养老机构合作时, 存在权责不清、政策衔接不畅的问题, 导致“医养分离”的格局尚未根本打破。相比之下, 成都市通过建立常态化联席会议、统一服务标准等机制, 有效推动了资源整合。

**Table 3.** Comparative analysis of some core indicators between Nanchong City and Chengdu City

**表 3.** 南充市与成都市部分核心指标对比分析

核心指标	南充市	成都市
医养结合床位占养老床位比重	13.1%	23.9%
每千名老年人拥有养老床位	35.6 张	40.28 张

### 3.1.4. 医养结合模式实施成效

近年来, 南充市不断开创养老服务体系建设新局面, 基本建成了以居家为基础, 社区为依托, 机构为补充, 医养相结合的养老服务体系, 满足老人日益增长的多样化、多层次养老服务需求, 让老人“老有所养”。全市累计投入养老服务体系建设资金约3.82亿元, 共有养老机构468个, 养老机构床位数45,934张, 每千名老年人拥有床位数35.6张; 新增公办养老机构床位3990张、民办养老机构床位11,000张, 维修改造公办养老机构床位12,550张, 养老供给能力得到提升; 在医养结合上, 建设医养结合机构25家, 床位6021张。327家养老机构已建立医养协作机制; 105个医疗机构率先建立起康复护理、预约就诊、急诊急救等双向绿色通道。推行家庭医生签约服务制度, 65岁以上老人签约率达到78.65%, 80岁以上老人全部被纳入健康管理范围(以上数据来源于南充市“十四五”养老服务体系规划(2021~2025))。

## 3.2. 南充市医养结合型养老模式存在的问题

### 3.2.1. 政府顶层设计存在缺陷

首先, 根据“十四五”规划目标: 南充计划构建“居家为基础、社区为依托、机构为支撑”的养老体系, 推进“养医结合”和适老化改造, 力争到2025年养老机构护理型床位占比达55%。但是结合南充市贯彻实施医养结合相关政策具体实践来看, 南充市缺乏全市统一的医养结合发展规划, 政策规定配套的各方合力发挥不够, 各方关注重视不高, 养老用地规划不足, 土地优惠政策“悬空”, 养老建设用地需求得不到有效满足。其次南充市分为三区六县, 而多个区、县缺乏有效的合力, 同时各部门例如南充市卫健委、南充市医保局等各部门政策衔接不畅, 存在“多头管理、权责不清”现象。最后在医养结合政策的具体落实上, 落实细则不完善, 各个层级的政府人员没有很好的发挥自己的积极性, 导致政策落实滞后[10]。

### 3.2.2. 专业医护人员数量不足

根据2024南充市统计年鉴数据可以看出, 全市卫生机构人员数为53,342人。其中卫生技术人员42,483人, 执业医师14,324人, 执业助理医师2949人, 注册护士18,478人, 管理人员2986人(详见表4)。由此可以看出, 南充市在全科医生和专业医护人员数量方面存在较大的缺口。通过调查发现, 南充市各医养结合机构的护理服务人员以中老年女性居多, 其学历层次普遍集中在初中至高中阶段, 且多数人

员未接受过系统的专业护理知识培训, 亦未取得相关从业资质, 能提供的服务仅限于满足老年人的基本生活照护需求。特别是南充市处于川渝经济圈内, 相较于成都和重庆来说, 南充市的医养人员在数量上和质量上都显得没有那么专业化。医养结合需要养老和医疗之间密切合作, 但由于两者在经营制度、文化背景和服务理念上存在差异, 缺乏专业的养老服务人员, 在短时间内难以满足养老服务需求[11]。

**Table 4.** Number of staff in health institutions in Nanchong City from 2019 to 2023

**表 4.** 2019~2023 年南充市卫生机构人员数

年份	执业医师	执业助理医师	注册护士	管理人员
2019	12,077	1990	15,101	2576
2020	12,502	2058	15,407	2509
2021	12,845	2102	16,623	2551
2022	13,419	3340	17,587	2601
2023	14,324	2949	18,478	2986

注: 本表数据来源于 2024 年南充市统计年鉴。

### 3.2.3. 机构运转资金不足

持续、充足的资金条件是保障医养结合养老模式健康发展的重要条件, 也是吸引高水平人才, 及时更新机构医养设备、提高服务质量专业性和合法性的重要手段。目前, 南充市及区县财政尚未设立医养结合发展的专项资金, 政府在此领域的投入有限, 主要还是依赖于上级转移支付和临时性补贴, 经济来源渠道单一。这直接也导致了医养机构中设施设备落后, 仅能提供配药、量血压等基础医疗服务, 难以兼顾“医养”方面老年人服务质量的提升。虽然政府鼓励社会多方力量参与到资金筹措中来, 但是也存在补贴标准模糊且执行滞后和民营医养结合机构面临审批难、效率慢、融资门槛高等问题。

### 3.2.4. 老年人服务购买力较弱

经济购买力也是当前医养结合养老模式发展存在问题的一个重要原因。根据 2024 南充统计年鉴数据显示(详见表 5), 南充市 2019 年全体居民人均可支配收入为 23,349 元, 并且自 2019 年起稳步提升, 但在 2023 年有所下降。其中 2023 年主城区顺庆区全体居民可支配收入为 41,742 元, 高坪区为 28,758 元, 嘉陵区为 26,560 元。总体来看, 整个市全体居民可支配收入在四川省内来说不高, 从而会影响未来的购买力。其中老年人经济收入渠道单一, 甚至很多老年人靠退休金维持生活, 缺乏足够的资金来源, 进而使得这群老年人没有足够的资金支付相应的养老服务。而养老医疗机构整体收费价格高昂, 使得老年人更加无法享受优质的医疗以及养老服务, 这使得医养结合工作难以稳步推进[12]。

**Table 5.** Per capita disposable income of all residents in Nanchong City (districts and counties) from 2019 to 2023

**表 5.** 2019~2023 年南充市(区、县)全体居民人均可支配收入

年份	南充市	顺庆区	高坪区	嘉陵区
2019	23,349	37,965	23,591	21,274
2020	25,356	39,853	25,155	22,756
2021	27,842	44,038	27,444	24,804
2022	29,721	46,185	28,827	26,145
2023	28,394	41,742	28,758	26,560

注: 由于 2020 年四川省乡镇行政区划调整和村级建制调整后, 全省城乡属性和统计口径发生了较大变化, 2023 年四川各市县居民收支数据按城乡属性变化后的新口径进行核算, 并按可比口径计算与上年同比增幅。

### 3.3. 南充市医养结合型养老模式存在问题的原因分析

#### 3.3.1. 国家政策保障不完善

近年来,医养结合政策不断完善,取得积极进展,南充市也制定并实施了一系列医养结合相关政策,但受政策法规的影响,在具体落实上存在问题。一是政策执行力度较差。南充市制定的政策,各执行机构可能出于本部门利益考虑,在执行中会出现力度较差、理解偏差等问题,各个部门之间存在本位主义的问题[13]。二是权责划分模糊。医养结合养老模式的发展涉及卫健委、民政局、医保局等多个部门的协同,而南充市缺乏国家级统筹协调机制,各个部门在医养结合中职能交叉重叠,导致政策效率低下。三是政策落地存在“最后一公里”障碍。尽管《南充市“十四五”养老服务体系规划》提出“护理型床位占比不低于55%”的目标,但截至2025年,全市实际达标率不足40%。基层执行中存在重建设轻运营现象,部分新建医养中心因配套设施不完善、专业人员短缺而闲置,如嘉陵区某医养中心建成后仅开放30%床位[14]。

#### 3.3.2. 人才培养与激励滞后

南充市医养结合服务质量与专业人才力量储备密切相关。全市养老护理缺口较大,目前社区医养机构工作人员学历偏低、年龄偏大、培训偏少,同时工作强度大、社会认可度低、薪资待遇差和职业晋升路径窄等现实因素,造成工作人员流动性快[15],这些都导致南充市医养结合发展人员素质和专业性都不高。养老护理员作为专门为老年人提供生活照护、护理服务的人员,其职业本质属性与具体工作内容和医疗机构内从事护理工作的执业护士存在根本性差异。按国际公认标准计算,我国需要养老护理人员约1000万人。总体来说,医养结合复合型人才缺口很大,队伍素质建设还有待推进,服务人员年龄偏大,专业技术人员如医生、护士、康复师等服务意识不够,这都限制了医养结合养老模式的发展[16]。

#### 3.3.3. 资金投入不足

资金投入不足是制约南充市特别是南充市区县中欠发达地区医养结合发展的重要因素,导致南充市医养结合服务供给有限,约束了医养机构的发展。由于南充市有一些区县地区经济欠发达,地方财政在公共预算支出方面着重于教育与农林水支出等方面,在投入卫生健康支出方面的资金相对较少(详见表6),而在医养结合项目上的资金更是有限,因此难以满足南充市当前老年人对健康生活的需求[17]。同时医养结合领域对社会资本的吸引力不足,这主要是因为行业特性和政策环境造成的。一方面,医养结合项目投资回报周期长,资金回笼慢,这让那些倾向追求短期回报的社会资本望而却步。另一方面,医养结合市场准入机制不健全与完善。医养结合项目行政审批流程繁琐,土地、税收优惠政策落实不到位,也一定程度上阻碍了社会资本的进入。

**Table 6.** Basic information on the general public budget expenditure of local finance in Nanchong City from 2021 to 2023  
**表 6.** 2021~2023 年南充市地方财政一般公共预算支出部分基本情况

年份	教育支出(万元)	农林水支出(万元)	社会保障和就业支出(万元)	卫生健康支出(万元)
2021	966,992	842,710	790,279	688,502
2022	955,537	819,587	719,444	639,472
2023	1,011,666	886,825	927,438	734,232

注: 本表数据来源于 2024 年南充市统计年鉴。

#### 3.3.4. 老年人经济能力有限

老年人作为医养结合养老模式发展主要需求方,他们的经济能力在很大程度上影响了当地医养结合

模式的发展。根据调查发现,南充市的老年人收入多依赖养老金,企业退休人员养老金普遍不高,大多在 2000 元上下,甚至有些农村地区老年人退休金只有几百元,这对于他们去支付医养机构的康养费用是一个很大的挑战。同时随着年龄增长,老年人患病率不断上升,医疗费用占据了他们的大部分开支,让他们只有很少甚至没有多余的钱去承担康养费用。南充市针对老年人的专项补贴、救助项目较少,这些都影响到老年人去享受医养结合服务。

## 4. 国内外典型医养结合型养老模式经验借鉴

### 4.1. 国外实践基本情况

美国 PACE 模式。美国的 PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)模式是一种以社区为基础的综合医养结合服务模式,旨在为需要护理院级别照护但希望居家养老的老年人提供整合医疗、康复和社会支持的服务。PACE 为参加者提供所需要的医疗服务和支持性服务,这些服务是长期连续性的、多方位的。其服务内容可以分为 3 大类:医疗性服务、康复性服务以及社会支持性服务[18]。

美国 PACE 起源于 1970 年代旧金山中国城的华裔社区,由于华裔老人不愿入住西式养老机构,瑞士裔社工安萨克(Marie-Louise Ansak)与华裔牙医纪威廉(WilliamGee)借鉴英国“日间医院”概念,建立了首个社区成人日间护理中心“安乐居”(OnLok),提供语言、饮食和文化适配的服务,逐步发展为整合医疗与社区照护的 PACE 模式[19]。整合又包含横向整合和垂直整合,整合系统的出现是为了适应竞争的加剧,提高组织的中心控制以实现效率和协调性的增强[20]。在美国 PACE 模式发展过程中,美国政府也发挥了巨大的作用。2006 年,美国国会授予 15 个组织 50 万美金用来扩展农村 PACE 项目;2015 年,美国国会通过 PACE 创新法案并被写入法律;到 2017 年,美国已经有 32 个州运营 122 个 PACE 项目,服务大约 38,000 名老年参与者[21]。

### 4.2. 国内实践基本情况

上海“社区嵌入式医养结合”养老。自 2009 年上海率先开展社区嵌入式养老模式试点,构建以街居为主导、社会组织为辅助的“多元嵌合”治理模式,现已成为城市社区居家养老服务优化的主流趋势[22]。上海推行的社区嵌入式医养结合养老模式,是应对超大城市老龄化难题的创新探索。该模式通过整合医疗资源与养老服务,构建起“家门口”医养服务网络,助力老年人在熟悉的生活场景中达成“原居安养”目标。上海通过实行“社区嵌入式医养结合”养老,能够有效的缓解医疗资源压力,提升老年人的幸福感与获得感。

上海养老基金主要由国家财政补助构成,各区共担的福利彩票公益金将为本地养老计划投入 1000 万元。此外,各区县财政按 1:1 比例分摊养老服务扶持基金。投资方面,养老基金采用统一分配模式,未单列具体项目,因此可从整体投资规模判断社区嵌入式养老服务的投入力度[23]。上海将社区卫生服务中心作为医养结合的支持平台,通过为老年人提供集疾病预防、健康管理、保健于一体的全方位健康服务,方便老年人实现社区就医,推动医疗资源的高效利用。目前,老年服务项目在社区卫生服务中心服务供给总量中占比过半,达到 57% [24]。在上海的多地实践中,其中虹桥街道的“社区旗舰店”和杨浦区延吉新村的医养融合最为典型。

### 4.3. 经验借鉴

提供整合式的服务。研究国内外医养结合典型案例发现,美国 PACE 模式与上海“社区嵌入式医养结合”等养老模式均注重提供整合式服务,涵盖服务机构、资源等多方面整合。在服务内容上,突出医疗资源与养老服务的深度融合机制,构建以全周期健康管理为核心的服务链条,将疾病预防、健康监测、

康复护理等环节贯穿于服务全过程；在服务机构协同层面，推动养老服务机构与医疗卫生机构建立长效合作机制，通过资源整合与功能衔接，形成覆盖预防、诊疗、康复、照护的医养一体化服务供给体系。在服务资源方面，将人力资源与信息资源整合，组建多学科服务团队，并建立统一的信息管理平台，共同为老年人服务。

## 5. 优化南充市医养结合型养老模式的对策

### 5.1. 加强协调各方力量

在医养结合的发展格局下，构建起全面、完善的政策支持体系，是推动智慧养老服务模式得以稳健发展的保障要素，针对目前所存在的个人保障、人才匮乏等制度缺乏、保障不足的问题，需要加大养老保障体系完善力度，推动养老保障制度改革[25]。为优化医养结合型养老模式，政府可从强化顶层设计、统筹协调资源两方面精准发力：一方面完善制度框架与规划布局：制定系统的医养结合发展规划，明确阶段性目标与实施路径，建立涵盖医疗服务准入、养老服务标准、人才培养等方面的政策体系。同时，完善医保支付制度，探索医养结合服务项目纳入医保报销范围，提高支付灵活性与覆盖度，减轻老年人经济负担。另一方面强化部门协同与资源整合：建立多部门联动机制，统筹卫生健康、民政、医保、财政等部门资源，避免政策执行中的碎片化问题。

### 5.2. 加强专业护理人才培养

在医养结合模式下，加强专业护理人员培养可从多维度推进：首先完善教育体系。鼓励职业院校、高等院校等增设老年护理、康复治疗等医养结合相关专业，并根据行业需求动态调整课程设置。其次强化在职培训。针对在岗护理人员，定期开展专业化、系统化的培训课程。最后提升职业吸引力。南充市政府可设立专项补贴，对从事医养结合护理工作的人员给予岗位津贴、住房补贴等福利，并且加强媒体宣传，提高社会对医养结合护理职业的认可度和尊重度[26]。

### 5.3. 建立多元化资金保障机制

资金保障是维系医养结合养老模式稳健发展的核心要素，其充裕程度直接关乎养老服务的覆盖广度、供给质量与长期可持续性。构建多元化资金保障体系可从三方面发力：其一，强化财政支持的稳定性与持续性，通过优化财政支出结构，设立医养结合专项基金，为养老机构设施建设、服务补贴、人才培养等关键领域提供稳定资金来源；其二，挖掘本地中医药特色资源潜力，依托中医药在康复理疗、养生保健等方面的优势，打造差异化医养服务项目，吸引社会资本、保险机构、企业等多元主体参与投资建设，拓宽资金筹措渠道；其三，进一步开拓金融债券市场，推动股份制银行、城市商业银行等金融机构多元化支持养老服务机构、养老项目、智慧养老设施建设等[27]。

### 5.4. 提高服务购买能力

面对老年人购买能力不足的现实问题，需要从医疗卫生保障制度入手，改革医疗服务供给机制，创新医保支付方式，同时合理引入长期护理保险，减轻老年人的就医成本，提高其购买能力，从而推动医养结合更全面的发展。首先要完善社会保障体系[28]。推进养老保险制度改革，提高基础养老金标准，扩大补充养老保险费用覆盖面，切实提升老年人养老收入水平。其次探索长期护理保险制度的扩面提质。根据 2016 年印发的《人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》(人社部[2016]80 号)中制定的长期护理保险筹资制度的基本原则，为失能、半失能老年人提供稳定支付支持。首先，在确定筹资标准时，要遵循“以收定支、收支平衡且略有结余”的原则，进行合理规划；其次，筹资

机制要体现互助共济、责任共担,通过“多渠道筹资”的方式来实现;再者,筹资渠道方面,可以“采取优化职工医保统账结构、划转职工医保统筹基金的结余部分,以及适当调剂职工医保费率等办法来筹集资金”;最后,还要“构建一个与经济社会发展状况和保障水平相匹配的动态筹资机制”[29]。

## 参考文献

- [1] 孙峰. 面向“十五五”的“老有所为”支持政策演进、质量评估与优化[J]. 兰州学刊, 2025(6): 12-25.
- [2] 项鑫, 王乙. 中国人口老龄化现状、特点、原因及对策[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(18): 4149-4152.
- [3] 曾永发, 马颖颖, 刘卓君, 等. 嵌入性理论视角下医疗机构参与医养结合优化路径研究[J]. 中国医院, 2025, 29(6): 57-61.
- [4] 张斌, 于靖霖, 管玉平, 等. 济宁市医养结合养老模式发展问题与优化策略[J]. 卫生职业教育, 2024, 42(21): 145-148.
- [5] 刘星雨. 榆林市榆阳区医养结合养老模式研究[D]: [硕士学位论文]. 延安: 延安大学, 2022.
- [6] 封铁英, 南妍. 医养结合养老模式实践逻辑与路径再选择——基于全国养老服务业典型案例的分析[J]. 公共管理学报, 2020, 17(3): 113-125, 173.
- [7] Garattini, L., Badinella Martini, M. and Nobili, A. (2021) Integrated Care in Europe: Time to Get It Together? *Applied Health Economics and Health Policy*, **20**, 145-147. <https://doi.org/10.1007/s40258-021-00680-2>
- [8] 陈葩靓, 万钰, 瞿婧秀, 等. 基于协同治理理论下的城市智慧居家养老问题[J]. 财富时代, 2024(3): 66-68.
- [9] 李晓娜. 数字治理视域下上海社区嵌入式养老问题研究[D]: [硕士学位论文]. 上海: 东华大学, 2023.
- [10] 蒲超, 张珊珊, 张波, 吴青霞, 袁发. 南充市医养结合养老模式研究[J]. 中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生, 2022(11): 276-279.
- [11] 庞慧敏. 医养结合模式下养老服务工作存在的问题及建议[J]. 投资与合作, 2024(10): 66-68.
- [12] 戎子慧. 石家庄市医养结合政策执行问题研究[D]: [硕士学位论文]. 石家庄: 河北师范大学, 2024.
- [13] 段莉. 城市医养结合养老模式发展研究: 评《城市养老服务多维度调查与研究》[J]. 现代城市研究, 2022(6): 25-26.
- [14] 刘萍, 李晓燕, 李权华, 等. 基于医养结合探索资阳市养老服务现状与优化策略[J]. 中国卫生标准管理, 2025, 16(5): 83-86.
- [15] 赵瞳. 医养结合养老服务模式分析、制约因素及实践路径[J]. 决策科学, 2024(1): 25-34.
- [16] 徐颢. 为医养结合落地寻求“方法论”[J]. 中国社会保障, 2025(1): 86-87.
- [17] 胡莉娜, 薛鹏飞, 张翔嘉. 数字化时代欠发达地区医养结合实践研究——以山西省临猗县为例[J]. 山西财政税务专科学校学报, 2024, 26(6): 46-51.
- [18] 本刊综合. 美国医养 PACE 模式参考[J]. 城市开发, 2019(15): 59-61.
- [19] 李昂, 张婧懿, 郭倩, 等. 美国 PACE 模式及其对我国医养结合的启示[J]. 中国医院管理, 2017, 37(10): 78-80.
- [20] Shaw, L. (2014) Program of All-Inclusive Care for the Elderly. *North Carolina Medical Journal*, **75**, 344-345.
- [21] National PACE Association (2016) The Value of PACE. <https://www.npaonline.org/policy-advocacy/value-pace>
- [22] 赵一红, 马灵均, 薛雨. 情景嵌合与共生赋能: 内生型社会组织参与社区养老服务路径研究[J]. 社会工作, 2025(1): 110-127, 161-164.
- [23] 高婷婷. 上海社区嵌入式养老服务供需匹配研究[D]: [硕士学位论文]. 上海: 上海工程技术大学, 2022.
- [24] 李长远. 医养结合养老服务的实践探索与推进策略——基于3个典型试点地区的观察[J]. 西南金融, 2022(2): 67-78.
- [25] 李光耀, 晏波. 医养结合背景下智慧养老服务模式的建设逻辑、实践困境与优化路径[J]. 太原城市职业技术学院学报, 2024(10): 27-29.
- [26] 谭琼, 唐劫爽. 农村医养结合养老模式发展对策研究——以湖南湘潭市为例[J]. 山西农经, 2024(18): 81-83.
- [27] 武培云, 张晓剑, 侯梦雨. 关于养老产业金融发展的思考[J]. 北方金融, 2024(10): 96-99.
- [28] 张晋. 论国资央企如何引领养老产业发展[J]. 企业改革与发展, 2025(6): 32-36.
- [29] 郑秉文, 梁馨月. 长期护理保险筹资制度存在的问题与优化对策——以10个试点城市的数据为例[J]. 行政管理改革, 2025(10): 36-47.