

城乡医养结合资源配置差异分析

——以咸宁市为例

张子祺¹, 杨春艳^{1*}, 成莞尔²

¹湖北科技学院公共卫生与健康学院, 湖北 咸宁

²三峡大学文学与传媒学院, 湖北 宜昌

收稿日期: 2026年6月29日; 录用日期: 2026年7月21日; 发布日期: 2026年7月31日

摘要

目的: 分析咸宁市城乡医养结合机构在服务模式、床位资源、服务对象自理能力结构及人力资源配置上的差异, 为优化区域资源配置提供实证依据。方法: 基于咸宁市医养结合信息上报系统2025年3月数据, 将咸安区划分为城市地区, 其余县市为农村地区。采用描述性统计与 χ^2 检验进行城乡比较, 检验水准 $\alpha=0.05$ 。结果: 城乡均以“医办养”模式为主(20家, 占68.97%)。城市每千老年人口床位为13.09张, 农村为5.53张; 城市床位利用率为76.02%, 农村为43.20%, 差异具有统计学意义($\chi^2=360.52, P<0.05$)。完全失能老人占机构老人的49.61%, 城乡失能结构分布差异显著($\chi^2=61.018, P<0.01$)。农村康复治疗师仅占医疗服务人员的2.47%, 城乡人力分布差异显著($\chi^2=312.927, P<0.01$)。结论: 咸宁市城乡医养结合存在显著的资源错配与供需结构失衡。建议构建跨区域床位调剂机制、实施差异化人力配置政策、引导社会资本参与, 以提升资源利用效率。

关键词

医养结合, 城乡差异, 资源配置, 失能老人, 咸宁市

Analysis of Urban-Rural Resource Allocation Differences in Integrated Medical and Elderly Care Services

—A Case Study of Xianning City

Ziqi Zhang¹, Chunyan Yang^{1*}, Wan'er Cheng²

¹School of Public Health and Health Management, Hubei University of Science and Technology, Xianning Hubei

²School of Literature and Communication, China Three Gorges University, Yichang Hubei

*通讯作者。

文章引用: 张子祺, 杨春艳, 成莞尔. 城乡医养结合资源配置差异分析[J]. 统计学与应用, 2026, 15(7): 290-296.
DOI: 10.12677/sa.2026.157168

Received: June 29, 2026; accepted: July 21, 2026; published: July 31, 2026

Abstract

Objective: To analyze the differences in service models, bed resources, self-care ability structure of service recipients, and human resource allocation in integrated medical and elderly care institutions between urban and rural areas in Xianning City, providing an empirical basis for optimizing regional resource allocation. **Methods:** Based on data from the Xianning Integrated Medical and Elderly Care Information Reporting System as of March 2025, Xian'an District was classified as an urban area, while the remaining counties and cities were classified as rural areas. Descriptive statistics and chi-square tests were used for urban-rural comparison, with the significance level set at $\alpha = 0.05$. **Results:** The "medical-establishing-elderly" model dominated both urban and rural areas (20 institutions, 68.97%). The number of beds per thousand elderly population was 13.09 in urban areas and 5.53 in rural areas; the bed utilization rate was 76.02% in urban areas and 43.20% in rural areas, with a statistically significant difference ($\chi^2 = 360.52$, $P < 0.05$). Totally incapacitated elderly individuals accounted for 49.61% of institutionalized elderly, with a significant difference in the distribution of disability structures between urban and rural areas ($\chi^2 = 61.018$, $P < 0.01$). Rehabilitation therapists in rural areas accounted for only 2.47% of medical service personnel, with a highly significant difference in human resource distribution ($\chi^2 = 312.927$, $P < 0.01$). **Conclusion:** Significant resource mismatch and supply-demand structural imbalances exist in integrated medical and elderly care services between urban and rural areas in Xianning City. Recommendations include establishing a cross-regional dynamic bed resource adjustment mechanism, implementing differentiated human resource allocation policies, and guiding social capital participation to improve resource utilization efficiency.

Keywords

Integrated Medical and Elderly Care, Urban-Rural Differences, Resource Allocation, Incapacitated Elderly, Xianning City

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

随着人口老龄化进程加快,传统养老模式难以满足老年人日益增长的生活照料与医疗健康需求[1]。截至2024年末,我国60岁及以上老年人口已达31,031万人,占总人口的22.0%,其中65岁及以上老年人口22,023万人,占总人口的15.6%[2]。医养结合作为医疗与养老服务的融合形式,能够为老年人提供更加全面、便捷的照护服务[3]。然而,城乡二元结构导致医养结合资源在区域间分布不均,农村地区在床位、人力、服务可及性等方面明显落后于城市[4]。

当前,国内关于医养结合的研究多集中于大城市或单一机构[5]-[7],缺乏城乡二元结构下的系统比较。咸宁市2016年被确立为国家首批医养结合试点城市,在医养结合服务方面进行了诸多探索,但城乡差异问题依然突出。本文基于咸宁市医养结合信息上报系统数据,通过城乡对比,分析医养结合在模式选择、床位配置、服务对象分布及人力资源方面的差异,探讨资源配置失衡的关键问题,为同类地区优化医养结合服务提供实证依据。

2. 资料来源与方法

2.1. 资料来源

数据来源于咸宁市卫生健康委员会医养结合信息上报系统，信息截至 2025 年 3 月。本研究将咸安区划分为城市地区，将赤壁市、嘉鱼县、通城县、崇阳县、通山县划分为农村地区。

2.2. 医养结合机构纳入标准

本研究纳入的“医养结合机构”须同时满足以下标准：(1) 在民政部门或卫生健康部门登记备案，具备独立法人资格；(2) 同时提供医疗服务和养老服务，即机构内既设有养老床位，又设有医疗机构(如内部医务室、诊所、护理站或医院)，或与周边医疗机构签订正式合作协议并能提供持续、可及的医疗服务；(3) 截至数据统计时点(2025 年 3 月)，机构实际运营且收住老年人。

2.3. 老人自理能力评估工具与划分标准

机构内老人自理能力评估采用《老年人能力评估规范》(国家标准 GB/T 42195-2022)所规定的评估工具和分级标准[8]。该标准从日常生活活动、精神状态、感知觉与沟通、社会参与四个维度进行综合评分，将能力等级划分为四个级别：能力完好(得分 100 分)、轻度失能(得分 90~99 分)、中度失能(得分 70~89 分)、重度失能(得分 0~69 分)。为便于统计分析与表述，本研究将“能力完好”归为“自理老人”，将“轻度失能”与“中度失能”合并为“部分失能/中轻度障碍”，将“重度失能”界定为“完全失能/重度障碍”。

2.4. 数据分析方法

使用 Excel 软件对数据进行整理，采用 SPSS 软件进行描述性统计，使用 χ^2 检验比较城乡之间的差异，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 医养结合模式分析

“养办医”是指在养老机构内部设立医疗机构，为入住的老人提供医疗服务。“医办养”是指医疗机构在自身内部设立养老机构或者养老床位。咸宁市医养结合机构共 29 家，其中“医办养”模式 20 家(城市 5 家、农村 15 家)，“养办医”模式 9 家(城市 5 家、农村 4 家)。从经营方式看，公办公营 15 家(占 51.72%)、公建民营 5 家(占 17.24%)、民办民营 9 家(占 31.03%)。公办公营和民办民营在“医办养”模式中占较大比重，反映出政府主导与社会资本参与并存的格局(表 1)。

Table 1. Operation modes of integrated medical and elderly care institutions in urban and rural areas of Xianning City (n)
表 1. 咸宁市城乡医养结合机构的经营方式(家)

模式	地区	公办公营的机构数量	公建民营的机构数量	民办民营的机构数量	合计
医办养	城市	3	0	2	5
	农村	9	2	4	15
养办医	城市	1	2	2	5
	农村	2	1	1	4
合计	-	15	5	9	29

3.2. 医养结合床位资源配置分析

咸宁市医养结合床位共计 3329 张，其中城市 1343 张(占 40.35%)，农村 1986 张(占 59.65%)。城市每

千老年人口床位为 13.09 张，农村为 5.53 张。城乡床位利用率分别为 76.02%和 43.20%，差异具有统计学意义($\chi^2=360.52, P<0.05$)。分县区看，通城县床位利用率仅 13.87%，闲置严重；通山县达 89.08%，接近饱和(表 2)。

Table 2. Bed occupancy in integrated medical and elderly care institutions in urban and rural areas of Xianning City
表 2. 咸宁市城乡医养结合床位入住情况

地区	医养结合床位数(张)	已入住床位数(张)	入住率	χ^2	P
城市	1343	1027	54.60%	360.52	0
乡村	1977	854	45.40%		
合计	3329	1881	56.50%		

3.3. 不同自理能力状态老人分布

在入住机构的 1802 名老人中，完全失能/重度障碍老人 894 人(49.61%)，部分失能/中轻度障碍老人 477 人(26.47%)，自理老人 431 人(23.92%)。城乡失能结构分布差异显著($\chi^2=61.018, P<0.01$)。城市机构中完全失能老人占 51.99%，高于农村的 48.00%；农村机构中部分失能老人占 32.60%，明显高于城市的 17.47% (表 3)。

Table 3. Distribution of self-care ability of the elderly in pension institutions in urban and rural areas of Xianning City
表 3. 咸宁市城乡养老机构老人自理能力分布

地区	完全失能/重度障碍(%)	部分失能/中轻度障碍(%)	自理老人(%)	合计(人)	χ^2	P
城市	378 (51.99)	127 (17.47)	222 (30.54)	727	61.018	0
农村	516 (48.00)	350 (32.60)	209 (19.4)	1075		
合计	894 (49.61)	477 (26.47)	431 (23.92)	1802		

3.4. 人力资源分析

3.4.1. 养老服务人员

咸宁市医养结合机构共有养老服务人员 547 人，其中养老护理员 333 人(60.88%)。城乡养老服务人员构成差异显著($\chi^2=6.85, P<0.05$)，城市养老护理员占比(64.15%)高于农村(58.81%)，而农村社工占比(10.45%)高于城市(4.25%) (表 4)。

Table 4. Number of elderly care service personnel in integrated medical and elderly care institutions in Xianning City
表 4. 咸宁市医养结合机构养老服务人员数量

地区	养老护理员(%)	社工(%)	其他(%)	合计(人)	χ^2	P
城市	136 (64.15)	9 (4.25)	67 (31.60)	212	6.85	0.033
农村	197 (58.81)	35 (10.45)	103 (30.75)	335		

3.4.2. 医疗服务人员

医疗服务人员共 2689 人，其中执业医师 747 人(27.78%)，执业护士 1149 人(42.73%)，康复治疗师 78 人(2.90%)。城乡医疗服务人员分布差异极显著($\chi^2=312.927, P<0.01$)。农村执业医师占比(25.82%)低于城市(31.88%)，康复治疗师占比(2.47%)也低于城市(3.80%) (表 5)。

Table 5. Number of medical service personnel in integrated medical and elderly care institutions in urban and rural areas of Xianning City

表 5. 咸宁市城乡医养结合机构医疗服务人员数量

地区	执业医师 (%)	执业护士 (%)	康复治疗师 (%)	医疗护理员 (%)	其他 (%)	合计 (人)	χ^2	P
城市	277 (31.88)	334 (38.43)	33 (3.80)	37 (4.26)	188 (21.63)	869	312.927	0
农村	470 (25.82)	815 (44.78)	45 (2.47)	166 (9.12)	324 (17.80)	1820		

注：医疗护理员指在执业护士指导下从事基础医疗护理辅助工作的人员，不同于表 4 中的养老护理员。

4. 讨论

4.1. 城乡医养结合模式以“医办养”为主导，社会资本参与不足

咸宁市医养结合以“医办养”模式为主(68.97%)。该模式依托医疗机构现有资源，能够快速提供医疗服务，但运营成本较高，对医护人员激励机制不健全，长期可持续性面临挑战[9]。农村地区如赤壁市出现“养办医”模式缺失的情况，反映出区域间发展不平衡。咸宁市公办公营机构占主导(51.72%)，说明社会资本参与医养结合的积极性不高，该模式可能会制约医养结合服务供给能力的多元化提升。

4.2. 床位资源城乡分布不均，利用率差异悬殊

根据咸宁市 2024 年国民经济和社会发展统计公报，全市养老机构床位共计 2.60 万张[10]。推算可知，医养结合床位(3329 张)仅占全部养老床位的 12.80%，说明全市绝大多数养老机构不具备医疗服务的配套能力。咸宁市每千名老年人拥有养老床位 33.33 张，与国内一般水平基本持平，但医养结合床位仅为 4.27 张/千人，城乡差异悬殊(城市 13.09 张、农村 5.53 张)。农村地区如嘉鱼县床位不足，而通城县床位利用率仅 13.87%，闲置严重；通山县则达到 89.08%，接近饱和。这表明咸宁市医养结合面临的瓶颈不在于养老床位总量，而在于医养融合深度不足与城乡资源错配。这种资源配置失衡导致供需错配，部分地区大量空置床位造成资源浪费，而另一些地区则因床位不足无法满足失能老人的入住需求[11]。

4.3. 失能老人占比较高，服务供给与需求结构错位

本研究发现，咸宁市医养结合机构中完全失能/重度障碍老人占比高达 49.61%，接近机构服务对象的一半。这一较高占比反映出本地医养结合机构已逐步转向以承接失能照护为主的功能定位，对护理、康复等专业资源提出了更高要求。

城乡失能结构分布差异显著($\chi^2=61.018, P<0.01$)。城市机构中完全失能老人占 51.99%，高于农村的 48.00%；而农村机构中部分失能/中轻度障碍老人占 32.60%，显著高于城市的 17.47%。这一差异可能反映了城乡老年人入住机构的选择逻辑不同，也可能与两类地区机构收住标准、服务能力的差异有关。城市机构更倾向于收住完全失能老人，而农村机构中部分失能老人占比较高，一定程度上反映出农村在早期康复干预和社区支持方面的供给薄弱，使得部分失能老人提前进入机构照护。

4.4. 人力资源配置城乡失衡，康复治疗人才匮乏

本研究发现，咸宁市医养结合机构人力资源配置存在显著的城乡失衡。养老服务人员方面，城市养老护理员占比(64.15%)高于农村(58.81%) ($\chi^2=6.85, P<0.05$)，农村养老护理员缺口更为突出。农村社工绝对数量仅 35 人，难以覆盖庞大的老年群体。

医疗服务人员方面，城乡差距更为悬殊($\chi^2=312.927, P<0.01$)。农村执业医师占比(25.82%)低于城市

(31.88%),农村康复治疗师仅占医疗服务人员的 2.47%,远低于城市(3.80%)和实际需求。医疗护理员主要从事基础辅助工作,无法替代康复治疗师的专业职能。医护配比方面,农村执业医师与护士之比约为 1:1.73,城市约为 1:1.21,均低于国家卫生健康委《“十四五”卫生健康人才发展规划》提出的公立医院医护比逐步达到 1:2 左右的目标[12]。

4.5. 城乡资源配置失衡的多维根源分析

咸宁市城乡医养结合资源配置的显著差异并非单一因素所致,而是经济、财政、政策等多重因素长期交织作用的结果。这种多维度制度性差异所导致的资源配置失衡,本质上反映了农村医养结合领域面临的治理理念未统一、政策保障不足、组织结构协调不畅等治理碎片化困境[13]。

首先,地方财政能力差异是导致资源分布不均的基础性因素。城市地区(咸安区)地方财政收入相对充裕,对医养结合机构的建设补贴、运营补贴和床位补贴力度更大,能够支撑更高标准的设施配置和更完善的医疗服务嵌入。而农村各县市地方财力薄弱,对医养结合服务的公共投入有限,这直接导致农村地区医养结合床位总量不足,且已建成的机构在医疗设备、康复设施等方面投入不足。

其次,医保支付政策的城乡衔接不畅加剧了资源利用的分化。城市地区医养结合机构纳入医保定点的比例较高,老年人入住后可按政策享受医保报销,提升了机构的服务吸引力和床位利用率(城市达 76.02%)。相比之下,农村地区部分医养结合机构未能纳入医保定点范围,或虽已纳入但报销比例偏低、报销项目有限,导致农村老年人即使有入住需求,也因经济负担过重而望而却步。这在一定程度上解释了为何农村地区(如通城县)在床位总量并不充裕的情况下,床位利用率却异常低下(仅 13.87%),形成了“有床无人”的资源闲置困境。

再次,人才吸引政策的城乡落差直接导致了人力资源配置的严重失衡。本研究中,农村康复治疗师仅占医疗服务人员的 2.47%,远低于城市(3.80%)和实际需求。城市地区凭借相对较好的薪酬待遇、职业发展空间和生活配套设施,对执业医师、康复治疗师等专业技术人才具有较强的吸引力。而农村地区由于工作环境相对艰苦、薪酬水平偏低、职称晋升通道狭窄,难以吸引和留住高素质的医疗服务人才。

5. 建议

5.1. 构建跨区域床位资源动态调剂机制

建议打破县域行政壁垒,建立全市统一的医养结合床位资源动态调剂平台。具体措施包括:一是借鉴浙江省“一床一码”改革经验,对全市每张医养结合床位进行统一编码和信息录入,实现床位状态实时查询和跨区域预约调剂[14]。二是建立“自理老人跨区域转移安置机制”,将床位紧张地区的自理老人向资源闲置地区转移。三是借鉴西安市等地医养结合机构在服务模式多元化方面的探索经验,通过完善分级转介和跨区域资源调配机制,提高床位利用效率[15]。

5.2. 实施差异化人力配置与培养政策

在培养方面,依托本地院校扩大护理、康复治疗、老年社工等专业招生规模,设立“农村医养结合定向培养班”,实行学费减免和就业安置挂钩政策[16]。在流动方面,建立“城乡人才对口支援机制”,由城市机构向农村地区定期派遣专业人员,给予岗位津贴和职称评聘倾斜[17]。在保障方面:将医养结合服务人员纳入紧缺人才目录,对在农村地区连续服务满一定年限的人员给予奖励和职称晋升优先考虑。

5.3. 引导社会资本参与,推动多元化发展

降低准入门槛,对养老机构内部设置诊所、卫生所(室)的,取消行政审批,实行备案管理。优化运营环境,对符合条件的民办医养结合机构给予运营补贴,纳入医保定点范围[18]。创新参与模式,鼓励社会

资本通过“公建民营”方式承接运营管理,推广“村集体+企业+合作社”的共建模式,形成农村医养结合服务网络。

6. 结论

咸宁市城乡医养结合服务存在显著的资源错配与供需结构失衡。城市地区床位资源相对充裕但面临重度失能照护压力,农村地区则面临床位闲置与专业人才匮乏并存的困境。建议通过跨区域床位调剂机制、差异化人力配置政策和社会资本引导政策,逐步缩小城乡差距,提升医养结合服务的整体效率与公平性。

基金项目

中华医学会医学教育分会和全国医学教育发展中心 2023 年医学教育研究立项课题(2023B101),湖北省大学生创新创业训练计划项目(S202310927004)。

参考文献

- [1] 陆璐, 吴文武. 乡村振兴战略背景下农村养老模式及养老问题的破解路径[J]. 黑龙江科学, 2024, 15(3): 1-4, 10.
- [2] 民政部, 全国老龄办. 2024 年度国家老龄事业发展公报[EB/OL]. 2025-07-31. <https://www.mca.gov.cn/n152/n165/c1662004999980006089/part/21508.pdf>, 2026-06-24.
- [3] 董星呈. 深度老龄化背景下社区医养结合的研究进展[J]. 中国疗养医学, 2026, 35(7): 100-105.
- [4] 陈欣欣, 陈燕凤, 龚金泉, 等. 我国农村养老面临的挑战和养老服务存在的突出问题[J]. 中国农业大学学报(社会科学版), 2021, 38(4): 64-77.
- [5] 鲍勇. 医养结合: 细说五种模式[N]. 健康报, 2019-06-26(7).
- [6] 李韶莹, 王霞, 张寒冰, 等. 我国“医养结合”养老模式发展现状、问题及对策分析[J]. 山西卫生健康职业学院学报, 2020, 30(5): 81-83.
- [7] 焦雯, 耿树莉, 李薇, 等. 全链式智慧医养结合模式下养老机构发展现状研究[J]. 黑龙江科学, 2025, 16(5): 6-10.
- [8] 国家市场监督管理总局, 国家标准化管理委员会. GB/T 42195-2022 老年人能力评估规范[S]. 北京: 中国标准出版社, 2022.
- [9] 郝晓宁, 郑研辉, 李岩静. 医养结合: 健康老龄化的中国实践[M]//郝晓宁. 中国健康经济发展报告(2023-2024). 北京: 社会科学文献出版社, 2024: 101-152.
- [10] 咸宁市统计局. 咸宁市 2024 年国民经济和社会发展统计公报[EB/OL]. 2025-05-06. http://www.xianning.gov.cn/xxgk/xxgkml/tjsj/tjgb/202505/t20250506_3979437.shtml, 2026-06-24.
- [11] 陈晨. 健康中国背景下的湖北实践: 医养结合服务体系能力提升路径[M]. 武汉: 武汉大学出版社, 2026.
- [12] 国家卫生健康委. “十四五”卫生健康人才发展规划[EB/OL]. 2022-08-03. <https://www.21wecan.com/wsrcw/c100280e/202210/1000637.shtml>, 2026-06-24.
- [13] 姬雄华, 邓慧. 农村医养结合整体性治理及其实现路径[J]. 卫生经济研究, 2025, 42(3): 6-9.
- [14] 湖州市民政局. 关于印发《湖州市养老机构“一床一码”工作方案》的通知[EB/OL]. 2024-11-25. https://mz.huzhou.gov.cn/art/2024/11/25/art_1229515117_1679455.html, 2026-04-24.
- [15] 成坤宇, 周丹丹. 西安市医养结合养老机构发展现状及对策[J]. 营销界, 2022(18): 65-67.
- [16] 江西省卫生健康委, 江西省财政厅, 江西省教育厅, 等. 【转载】江西省卫生健康委、财政厅、教育厅等部门关于印发江西省农村订单定向医学生免费培养工作方案的通知[EB/OL]. 2026-02-09. http://www.guixi.gov.cn/art/2026/2/9/art_20375_1594542.html, 2026-06-24.
- [17] 国家卫生健康委, 国家中医药局, 国家疾控局. 关于进一步健全机制推动城市医疗资源向县级医院和城乡基层下沉的通知[EB/OL]. 2024-06-03. <https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202406/18bf31b0811b43ce982c27bb928e3760.shtml>, 2026-06-24.
- [18] 国家卫生健康委办公厅, 民政部办公厅, 市场监管总局办公厅, 等. 关于做好医养结合机构审批登记工作的通知[EB/OL]. 2019-05-27. <http://www.nhc.gov.cn/ljks/c100157/201905/3a662f4281784b689712194b05fb0649.shtml>, 2026-06-24.