

3亿“夕阳人群”催生“朝阳产业” 老年医学科为何“不受待见”？

“五个专家开二十种药，老人成了试药罐子。”谈及老年人身患多种疾病，不同专科医生总是“头痛医头，脚痛医脚”地分别开药时，北京海淀医院院长张福春这样感叹。

2024年12月，80多岁的李爷爷因无法抬头来到海淀医院老年内科。主任医师郭晓斌问诊后才得知，三甲医院医生针对他的多种慢性病开了近20种药，反而导致老人出现无法正常抬头、进食不便等症状，临床上被称为“低头综合征”。郭晓斌启动了与康复师、药师、中医师、营养师、心理医师共同参与的老年综合评估，发现“真凶”其实是某降压药的副作用。

在郭晓斌看来，专科医生像“侦探”，聚焦疾病本身；而老年科医生更像“管家”，综合考虑多种疾病、药物相互作用、心理状态等。



“夕阳人群，朝阳产业”

顾名思义，老年医学科主要收治60岁以上患者，核心诊治范畴是老年综合征（如跌倒、失能、认知障碍、尿失禁、营养不良、衰弱等）和共病（同时患2种及以上慢性病）患者。“老年病不等于老人得的病”，张福春强调，“若老人只患一种病，去对应专科即可。”

老年患者普遍多病共存。据《“十四五”健康老龄化规划》，中国78%以上的老年人至少患有一种慢性病。传统就诊模式下，老人需奔波于各专科，例如心脏病去心内科，呼吸疾病则需前往呼吸科。这导致患者累计服用的药物数量繁多，有时高达十多种，不同专科治疗思路也可能冲突。

张福春举例，一位患高血压、糖尿病、慢阻肺、骨质疏松、骨关节炎的老人，每天可能需服10种药，而老年人代谢能力减弱、肾功能差，药物相互作用易产生副作用，反而不利健康。

最早脱胎于干部保健科的老年医学科，近年迎来爆发式增长。张福春感叹：“我们是（面对）夕阳人群，朝阳产业。”

截至2022年，全国有近6000家二级及以上综合性医院设有老年医学科，而在2018年，设有老年医学科的医疗卫生机构不过1519家。

然而，看似“狂飙猛进”的背后，老年医学科现实中却走得踉踉跄跄。部分医院为应付考核，仅在普通内科下挂牌“老年医学科”；在单病种付费、床位周转率等考核指标下，老年科因收治多病共存、住院时间长、费用易超标的老人而“拖后腿”；付出与收获不成正比，难吸引更多医生从业……

老年医学科面临的困境，也是国内老年健康服务体系尚不完善的缩影。面对日益增长的老年健康需求，我们该如何应对？

从疾病治愈到“全人管理”

相较于专科追求单一疾病“治愈”，老年医学科核心理念是“全人管理”，即将老年人视为一个整体，关注疾病在老人身上的特殊表现和影响，最大限度改善或维持其身体功能和生活质量。

为此，老年综合评估（CGA）是核心方法，即从疾病、生理功能、认知能力、心理状态、营养状况、社会支持（家庭关系、经济状况、照护资源）、生活环境安全（跌倒风险）等多个维度进行全面系统的评估，对症下药。

郭晓斌举例，一位老人得了肺炎，根源可能在吞咽障碍导致误吸，或营养不良导致免疫力低下。老年医学科的治疗不仅要控制感染，更要评估其日常生活能力、

跌倒风险、家庭照护能力等，并给出康复计划、营养建议、居家适老化改造方案。

这需要不同医疗领域的合作。据郭晓斌介绍，海淀医院老年内科有“五师下临床”的模式：康复师、药师、中医师、营养师、心理医师组成团队，提供“一站式健康管理”的服务。

正因如此，在节奏飞快的现代医院里，老年医学科显得有些“另类”。“别的科室一上午看40、50个病人，我们只看20个。”郭晓斌说，这“奢侈”的问诊时长，恰恰体现了其独特价值——从“病”到“人”。

副主任医师芦志雁介绍，科室非常注重对老年人的人文关怀：为视力下降老人用放大镜圈红药品说明书上的小字；压疮换药前，用温生理盐水浸湿敷料，减轻疼痛；用写字板与失聪老人交流；诊室常备糖果缓解病人紧张焦虑。病房设计也重视适老化，比如走廊扶手裹着防滑硅胶；病床呼叫按钮自带夜光，方便老人夜间使用；卫生间L型扶手帮助老人借力。

“不受待见”的困境

“老人越来越多，按理说我们大有可为，可实际上却处处碰壁，举步维艰。”谈及老年医学科的现实境遇，一位从业30多年的医生感叹。

作为中国老年学会心脑血管病专委会常委，张福春主持北京大学第三医院老年内科工作逾20年。他观察到，虽然近年来老年医学科数量急速增长，但真实运转情况却不尽如人意，部分医院仅为应付要求挂牌，未单独建制或实际运行。

原因很简单。“不赚钱，考核拖后腿”，张福春坦言。多位医生表示，目前面临的最大困境便是收费体系不完善。

老年医学的核心技术——老年综合评估（CGA），作为全面了解老年患者健康状况、制定个性化诊疗方案的基石，至今未被纳入国家医疗服务收费项目，无法正规收费。

此外，老年医学科多为保守治疗，有创操作少，而康复、照护医疗服务，也没有纳入医保支付范

围，“只能象征性地收几十或一两百元钱”。因此，科室收益普遍远低于心内科、骨科等专科。

正在进行的医保支付方式改革（DRG/DIP）对老年医学科更是雪上加霜。医保机构按病组（种）支付标准对医院“打包付费”。若医院实际总花销超出支付标准，超出部分需要医院自付。

而作为公立医院指挥棒的“国考”，对老年医学科也不友好。所谓“国考”，即每年由国家卫健委组织的针对二三级公立医院的绩效考核，其结果与公立医院财政补贴、医保基金拨付、医院管理者考评直接挂钩。而考核指标，如四级手术（技术难度大、风险高的手术）占比、床位周转率、平均住院日等，都是老年医学科的劣势。

因此，张福春表示，在很多医院，在医保考核和“国考”中“拖后腿”的老年医学科规模受到限制。“不仅不赚钱，甚至赔钱，医生绩效奖金少，自然没人愿意来。”

“环环相扣，每一环都有短板待补”

面对阻碍，多位专业人士呼吁在政策设计、人才培养、服务模式创新等多层面协同发力，构建一个真正以老年患者需求为中心的支撑体系。

支付体系改革是关键。张福春、郭晓斌建议，将“老年综合评估”这一核心诊疗工具纳入医保收费目录。同时，参考日本经验，让老年康复服务、陪护服务等项目获得更明确的支付支持。

此外，医保支付方式改革和“国考”也应对老年医学科有所倾斜。比如：设立老年专项DRG权重，提高对收治高龄、重症、多病共存患者的支付标准；延长老年患者合理住院天数的豁免期，避免医院因考核压力而推诿收治老年患者。“老年人不应成不受欢迎的病人，老年科不应成不受待见的科室。”

学科发展的根本在于人才，张福春指出，老年医学面临严重人才危机。因此，他建议国家层面出台激励和引导机制，以吸引更多的医学人才学习和从业老年医学。如在大学本科阶段开设老年医学课程，“至少让医学生知道有这么一个东西”；建立独立职称晋升体系，脱离内科依附；推行标准化专科培训，建立统一、规范的培训内容和考核标准，提升从业人员的专业能力。

上海交通大学公共卫生学院讲师张明吉，长期从事基层医疗卫生政策研究。他认为，除了聚焦疾病诊疗，老年人最需要的还有医养结合。需要衔接医疗机构与社区、家庭之间的机制空隙，打通民政部门、医保、卫健委之间的部门壁垒，构建顺畅转诊、医保支付和延续护理机制，解决老年人长期医疗需求。

“其实从事老年医学常有挫败感，其他科室病人都是越治越好，我们就算用尽所有医学手段，也没法阻止人的衰老离开。”郭晓斌回顾30余年职业生涯感叹，“我们的终极目标，就是让老人在生命终点前，活得有质量、有尊严。”

（央视网）