

中国医养结合模式治理的基点、焦点和要点

原 新,金 牛

(南开大学经济学院,天津 300071)

摘 要:健康老龄化是积极应对人口老龄化的必然选择,开展新时代医养结合模式治理是实现健康老龄化的具体方略,其基点在于全面廓清独具中国特色的医养结合概念。焦点在于依据福利多元主义理论和供需分析方法,解构当下医养结合服务的结构性失衡问题。要点在于顶层政策概念设计与基层试点探索有机结合,自上而下与自下而上良性互动,推进新时代中国医养结合模式治理现代化。

关键词:医养结合;老龄社会;社会治理;新时代

中图分类号:D669.6

文献标志码:A

文章编号:1671-4970(2021)02-0071-08

党的十九届四中全会专题研究国家制度和治理议题,开启新时代坚持和发展中国特色社会主义、推进国家治理体系和治理能力现代化的新征程。新时代国家治理由经济治理、政治治理、文化治理、社会治理、生态治理等五大体系构成,21 世纪的中国社会是不可逆转的老龄社会,21 世纪的中国社会治理必然需要加强老龄社会治理。医养结合模式治理是健康老龄化背景下开展老龄社会治理不可回避的重要环节,是推进老龄社会治理体系和治理能力现代化建设,以及落实党的十九届五中全会“积极应对人口老龄化国家战略”的关键突破口。

一、治理基点:国内研究、概念廓清和国外经验

医养结合是独具中国特色的名词提法,顾名思义

义是将医与养相结合。依据供需分析方法探讨医养结合模式治理,深入推进医养结合新进展,需要在回顾国内研究综述、廓清医养结合概念、参考国外先进经验的过程中,回答几项关键问题,例如,医养结合的受众群体是谁?供给主体和内容如何界定?资金筹集和支付渠道如何设计?

1. 国内研究综述

医养结合需求侧方面,多数实践探索、案例剖析和理论研究均将医养结合的受众对象锁定为失能半失能老人。杜鹏等^[1]、邓大松等^[2]、崔树义等^[3]从全生命周期、大健康等视角,指出医养结合的受众群体应扩及全体老人。

医养结合供给侧方面存在两种情况:①偏向机构结合。多数学者认为医养结合是医疗机构和养老

收稿日期:2020-09-01

基金项目:国家社会科学基金重大项目(17ZDA120)

作者简介:原新(1962—),男,甘肃玉门人,教授,从事人口老龄化、人口与经济、人口政策研究。

通信作者:金牛(1993—),男,安徽颍上人,博士研究生,从事人口经济学研究。

机构的结合,赵晓芳归纳出了医疗机构设置养老机构、养老机构设置医疗机构、医疗机构和养老机构签约合作等方式^[4]。②偏向服务结合。王素英等指出医养结合是发展养老服务的重要方式,提炼出整合照料、联合运行和支撑辐射等类型^[5];华颖认为医养结合的前提在于医养分清,关键在于医养服务整合而非机构结合^[6];李志宏强调居家社区亦是医养结合的重要层面,但养老服务融入不足^[7]。

医养结合资金渠道方面,吴宏洛认为医养结合的“医”不是医院的替代品,强调医疗保险,尤其是将长期照护保险作为医养结合的筹资基础^[8];唐钧从长期照护服务的角度,阐明医疗和护养的合理分化是医养服务结合效果充分发挥的前提^[9];陈成文等呼吁完善医疗保险和长期护理保险,实现医养协同发展^[10]。学界一致认可保险是医养结合的重要支撑,但对长期照护保险和长期护理保险存有争议。

医养结合治理方面,李长远等^[11]、王浦劬等^[12]、刘亚娜^[13]、耿爱生^[14]、袁妙彧^[15]、原新等^[16]分别从安德森行为模型、多重博弈论、政策网络理论、政策工具理论、扎根理论、三阶段 DEA 模型等多学科视角,为优化中国医养结合模式,推进治理现代化提供创新思路。

2. 核心概念廓清

掌握医养资源的特殊国情是廓清医养结合概念的基础。中国目前的“医”仍具广义性,既包括中端的疾病诊疗、医药救治和急诊救护等,也包括前端的健康教育、健康检查和预防保健等,还包含后端的康复护理、长期照护、安宁疗护等拓展内容;中国的“养”基本涵盖基础型的助老服务(膳食服务、家政服务、文化娱乐服务等)、生活照护(起居照料、健康护理等)和精神关怀服务(陪伴服务、心理精神支持服务等),在基础型服务之上突显个性化和针对性的提升型服务(医疗辅助、中医药辅助等),以及突显职业化和规范化的专业型服务(康复护理、失智老年人服务等)。康复护理是医养结合中极富争议的内容,探讨医养结合应明晰临床护理属于“医”的后端环节,长期护理更偏向专业型的“养”。

把握健康老龄化战略目标是廓清医养结合概念的核心。人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾在中国构建养老服务体系的实践历程中,具体体现为健康老龄化需要与医养资

源供给不平衡不充分的矛盾,新时代化解该局部矛盾的积极政策回应便是整合医疗卫生资源和养老服务资源,为全体老人提供全方位、多层次、连续性的医养结合服务。

合理配置医疗卫生资源是廓清医养结合概念的关键。其焦点在于供需模式对接,健康老人偶尔需要中端医疗卫生资源,更应该强化前端医疗卫生资源的健康需求,提高健康和预防资源供给;相对健康老人,失能半失能老人更依赖中端和后端医疗卫生资源,应该在与专业型的“养”充分对接的过程中,析出医疗卫生资源后端环节的需求。但当下医疗卫生资源层级配置不合理,前端和后端资源调动不足,中端疾病诊疗资源压力巨大,老人入住医院以医代养,挤占中端资源。提倡医养结合契合于此,借助提升型和专业型的“养”,以缓解医疗卫生资源压力,助力分级诊疗快速落地,减少过度医疗。

据此,医养结合应充分回应新时代为老服务的民生诉求,实现健康老龄化目标,合理配置医疗卫生资源,在推进养老服务体系高效构建的过程中,通过整合广义医疗卫生资源,分层级与养老服务资源对接,从而面向全体老人供给以基础型“养”为根基,以康养(前端“医”+基础型“养”)、狭义医养(中端“医”+提升型“养”+基础型“养”)、护养(后端“医”+专业型“养”+基础型“养”)为外延的连续性为老服务,侧重为健康老人提供康养服务,为急性病患老人提供狭义医养服务,为失能半失能老人提供护养服务(图1)。

中国目前业已形成居家、社区、机构相衔接的养老服务体系,医养结合作为构建新时代养老服务体系的题中之义,不与居家养老、社区养老和机构养老并列而行,而是植入其中,形成居家医养结合、社区医养结合和机构医养结合3种模式,三者之间并非完全互斥,而是彼此衔接互补。

3. 国外经验借鉴

概念廓清后的医养结合,与国外研究领域中的整合型养老服务相近。所谓整合型养老服务是指将医疗卫生资源和社会服务资源整合成系统或网络,以提高服务可及性,节约成本,实现医养资源合理配置,如2012年世界卫生组织将其定义为“将诊断、治疗、照护、康复和健康促进等相关的服务投入、交付、管理和组织整合于一体”^[17]。主要发达国家早在

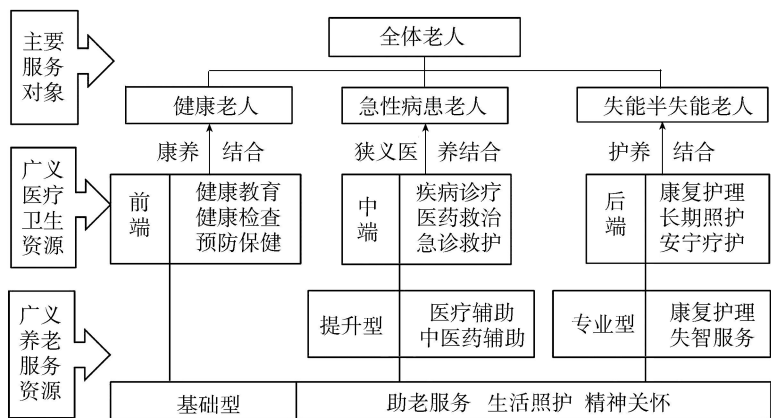


图1 中国特色广义医养结合概念框架

20 世纪便涉入整合型养老服务的实践和研究,由于各国医疗保障和养老保障体系不尽相同,整合型养老服务的发展也颇具差异,目前基本形成以英国和瑞典等为代表的政府主导型,以美国和德国等为代表的市场主导型,以日本和韩国等为代表的混合型。

第一,政府主导的整合型养老服务由政府直接提供或购买服务形式提供。以英国为例,英国整合型养老服务模式以高度福利化的国家医疗卫生服务体系(National Health Service,简称 NHS)为支撑,国家部门负责医疗卫生监管,地方部门负责社会服务的具体实施和考评^[18]。该模式以用户为中心,费用低廉且补贴到位。但随着老龄化加深,若政府主导的高福利属性依旧,其资金来源的可持续性必然弱化,提高市场化程度才是规避困境之道。事实上,为缓解传统家庭养老的乏力和医院医疗卫生资源紧张的压力,英国于 1990 年颁布《国家医疗卫生服务与社区养老法案》,鼓励私人 and 市场化因素进入社区养老领域;2010 年发布《解放 NHS 白皮书》,进一步引入市场竞争机制,推动整合型养老服务改革。

第二,市场主导的整合型养老服务以市场供给为主要手段,辅以志愿服务等社会反馈。基于试点经验,美国 1990 年实施老人全方位照护计划,为符合条件的老人提供社区医养服务,供给主体逐渐吸纳营利性公司,资金主要源于医疗保险和医疗救助计划,以及慈善基金会的捐款支持,政府主要发挥法规制定和过程监督作用^[19]。但该模式目前存在人才不足、住房补助未涵盖、费用仍过高等问题,其根源在于市场机制下人才流动较强且价格自发均衡。

第三,整合型养老服务的混合模式,强调个体、家庭、社会、政府等多元主体共担养老责任。东亚国

家长期受儒学思想影响,家文化浓厚,父母与子女共同居住,依赖子女等家庭成员或家族亲戚养老。日韩两国作为东亚地区人口老龄化和家庭小型化的先行国,在雄厚的经济基础上构建的整合型养老服务天然依附于以家庭场所为中心,以社区为钟摆的生活圈。为满足居家社区养老的热切需求,同时适应经济发展推动下的社会变迁,两国分别于 2000 年和 2008 年设立长期护理保险制度,发展居家社区养老服务。日韩政府将养老压力与社会和家庭共担,为财政减负,但也面临专业人才匮乏问题,正在从人工智能领域寻求化解之道。

发达国家整合型养老服务正在经历去机构化演变,发展重心日渐向居家社区下沉,由此在动态中不断构建和完善的整合型养老服务模式,既基于实际需求 and 供给能力,亦符合相应国情和民生所需,具有明显的现代化特征,是推动中国医养结合模式治理的重要参考。

二、治理焦点:医养结合服务的供需失衡

医养结合作为养老福利的新诉求,其主体可基于福利多元主义进行解构。首先,作为医养结合的直接受益者和单元,个体和家庭是医养结合的直接责任主体。其次,作为个体和家庭单元的利益代言人,政府在医养结合中承担保基本和监管等职能;而社区是国家治理的基石,与各级政府共同作为责任主体参与医养结合孵化平台的搭建。最后,在经济体制下,各类商业企业是活跃医养结合供给侧的关键主体,公益组织、非营利组织、慈善机构是重要补给主体。基于主体解构,可以从模式角度更加明晰地聚焦和审视中国医养结合服务的供需失衡问题。

1. 居家医养结合需求旺盛,但供给总量匮乏

(1)“强偏好”和“高自理”引致居家医养结合需求旺盛

在传统家文化塑造的养老观念中,以家庭为形式的“家”是养老服务的自载体,家庭养老以家庭内部成员的互帮互助为基础,私领域特征明显。但随着家庭类型核心化、规模小型化、成员流动化、关系分散化、责任市场化,以及日益凸显的长寿化和少子化,“家”的关系功能和私领域特征弱化,不断向“社区”等公领域延伸,社会化服务的渗透更是相对强化了“家”的场所功能,在现代化冲击下日益更迭为公领域和私领域相结合的居家养老模式。老人留恋日常生活的居家场所和环境,强显性偏好于居家医养结合,推动居家演绎成中国医养结合需求的主流。2015年第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查数据显示,82.1%的老人倾向于居家接受照护服务,老人对社区的老龄服务需求依次为上门看病、上门做家务、康复护理、健康教育服务、心理咨询/聊天解闷、日间照料和助餐等^[20],康养特征明显。

2016年中国平均预期寿命为76.4岁,但平均健康预期寿命为68.7岁^[21],老人带病生存期8年左右,老人健康水平随增龄过程而下降。60~69岁的低龄老人更可能维持健康水平,70~79岁的中龄老人和80岁及以上的高龄老人健康状况相对不理想。以失能率为例,60岁老年人的失能率为1.08%,70岁老年人失能率为2.73%,80岁老年人失能率升至8.76%,90岁老年人失能率高达24.33%^[20]。联合国《世界人口展望2019》预测数据显示,21世纪中国分年龄段老人占比由发散型向集聚型演变。聚焦“两个十五年”考察(表1),2020—2035年中国低龄老人占比由60.72%降至53.57%,中龄老人和高龄老人占比分别由28.62%和10.66%升至31.96%和14.47%,低龄老人仍过半,老人群体的自理特征明显;2035—2050年,低龄老人占比降至43.00%,中龄老人占比波动至33.25%,高龄老人占比快升至23.75%,届时健康中国行动效果应全面显现,低龄老人会依然保持高自理特征,中龄老人自理特征随健康水平提升而增强。作为医养结合直接受益者和责任主体,自理老人,尤其是低、中龄老人中的高自理老人,仍具备为受益权利和责任义务身体力行的健康基础,以及支撑居家医养结合需求的客观行为能力。

表1 中国分年龄段老人占比变化情况(2020—2050) %

年份	60—69岁	70—79岁	80—89岁
2020年	60.72	28.62	10.66
2025年	55.81	33.68	10.51
2030年	56.53	32.12	11.35
2035年	53.57	31.96	14.47
2040年	45.16	38.25	16.59
2045年	39.73	40.28	19.99
2050年	43.00	33.25	23.75

数据来源:United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2019, Online Edition.

(2)基层医疗和养老资源不足诱发居家医养结合供给匮乏

在基层医疗卫生资源和养老服务资源不足的两相作用下,居家医养结合遭遇供给匮乏之局面。第一,基层医疗卫生资源不足,具体表象为人才资源和设备资源不足。一方面,全科医生是基层医疗卫生人才资源的主体,是家庭医生的生力军。中国卫生健康事业发展统计公报显示,2019年每万人口拥有全科医生2.61人,较往年有所增加,但与每千人口拥有1名合格家庭医生的目标仍然相差甚远,这受到我国全科医生培养起步晚、学科体系建设不完备的阻滞影响。另一方面,基层医疗卫生设备资源不足亦在牵绊基层医疗卫生资源供给。基层医疗卫生设备不足的致因错综复杂,直观上其诱因在于财源匮乏,但比较视角下的财源配置不均等是发展常态,其实际桎梏在于分级诊疗和双向转诊的层级体系不健全,具有旺盛医养结合需求的老人长期对基层医疗资源不信任,当然亦缺乏信任引导渠道,“小病大治、慢病快治、门病院治”蔓延,造成医院“压床养老”现象频仍,设备不足是对设备乃至该模式信任危机的外显,治理之道在于清除直接桎梏而非仅耽于财源比较。

第二,基层养老服务资源不足。目前居家医养结合的供给视家庭病床和家庭医生签约服务为“医”,视购买膳食服务、家政服务、文化娱乐服务、生活照护服务、心理精神支持服务、辅助服务、康复护理服务等上门服务为“养”,以老人住所为场域,整合来源分散的“医”和“养”;再以老人为主体,实现医养服务在主体体验上的结合,是终端体验整合,而非源头材料整合。当下家庭医生签约服务作为基层卫生部门的工作考核指标,虽然质量内容仍需提高,但数量形式的落地已取得突破。与医疗卫生资

源相比,养老服务资源的供给门槛较低,资源隐性存在,但当下基层养老服务资源整合仍由大市场配置主导,利润回报低致使智慧养老创新手段投入乏力且利用不足,甚至搭建样板,流于形式弊病,实际供给总量难以全面盘活。纾解基层养老服务资源难题,推动其与医疗卫生资源紧密结合,需要基于老人住所场域聚焦终端体验感的提升,例如,推广住所适老化改造,减少养老服务资源应用限制;借助科技支撑,监测养老服务资源需求,合理布点供给等。

2. 机构医养结合需求分层,但供给结构失衡

(1) 三元需求主体引致机构医养结合需求分层

依据健康状况和经济能力进行分类,失能半失能老人、高收入老人是机构医养结合的两大大需求主体,失能半失能老人又进一步细分为特困人群和一般人群,由此形成分层明显的三元需求主体。首先,失能半失能老人中的特困群体是政府兜底救助的刚需主体。该特困群体以农村“五保户”和城市“三无老人”等群体为主,对基本膳食、生活照护和基础医疗卫生资源需求迫切,但在经济方面欠缺劳动能力和收入来源,在家庭方面无亲人扶养,缺乏居家医养结合的经济支撑和家人关怀,只能依赖政府兜底救助和提供基本医养结合资源,属于政府依法救助的供养范围。

其次,失能半失能老人中的一般人群是机构医养结合市场的刚需主体。《健康中国行动(2019—2030年)》显示,截至2018年底,中国60岁及以上老人约2.49亿,其中1.8亿患有慢性病,失能半失能老人约4000万,预计21世纪中叶接近1亿,失能半失能老人对高连续性的药物辅助和无缝对接式的医养结合需求与日俱增。在医养结合服务中,该需求更多地投向规模优势明显的机构医养结合模式,机构医养结合将失能半失能老人在空间上集聚,根据行为能力划分需求和匹配供给,满足老人医养需求,缓解家庭成员照料压力,激发市场经济活力,拓宽就业空间,动员社会公益力量,落实政府民生职责,能够实现老人、家庭、市场、社会和政府等多元主体多维共赢。相反,若失能半失能老人选择居家医养结合,则需要单人陪护,对个人和家庭而言成本较高,且陪护者一般难以同时具备医养两方面的专业训练和知识储备,居家医养结合性价比不高且效果欠佳。后端“医”和专业型的“养”是该类人群的刚需,但由于消费节俭,有效需求仍待深入开发。

最后,高收入老人是高端市场的需求主体。在关注特困人群对政府兜底的机构医养结合的福利刚需,以及聚焦一般人群对市场中机构医养结合的普惠需求之余,需要正视高收入老人对盈利市场中高端机构医养结合的需求,此类需求以高收入为支撑,内容偏向定制化和私人化,和其他服务产品的高端市场需求并无二致。但承认不是放任,正视绝非纵容,机构医养结合模式中的高端需求仍需规范和引导,严防其作用场域侵占普惠领域和挤占公共产品。

(2) 机构医养结合供给遭遇结构性的产能问题

目前医养结合服务供给偏赖机构模式。在发展现状方面,机构医养结合模式又以医养结合一体化和医养签约合作两种类型为主。其中医养结合一体化类型是指同时持有养老机构和医疗机构两个资质的结合机构,以机构一体化促进服务资源整合,目前全国共有医养结合一体化机构近4000家;医养签约类型是指独立的医疗机构和独立的养老机构签订合作协议,建立合作关系以整合医养服务资源,目前医疗机构与养老机构建立签约合作关系的超过2万家。整体上,机构医养结合模式取得了初步成效。

但在供给结构方面,机构医养结合的“短缺”与“过剩”并存,结构性产能问题严峻。其一,公办医养结合机构享受政府财政补贴以及土地和服务硬件的优惠,由政府宏观调控,定位为救助责任主体,承担兜底功能。但在农村地区尚未完全覆盖兜底式基本养老服务的情况下,推进更高层次的兜底式医养结合供给,不仅思想认识和政策宣传一时难以落地,财源保障不足更是拦路在即,负重难行之下短缺是必然。

其二,高端医养结合机构遵循市场价值作用规律和价格自发调节机制,供给侧受高额利润驱动以迎合高端需求,长期内基本可实现供需平衡,因此借助地产业抑或旅游业打造高端医养服务均无可厚非。但据实地考察,一些定位为兜底性质的医养结合机构通过PPP运营方式获取政府补贴的同时,大兴土木建造高端设施,空床率居高不下;一些旅游基地通过医养结合和特色小镇政策赚取多部门补贴,却为其他商业项目唱戏搭台。此类所谓的高端医养结合多居过剩困局,问题源于市场和政府行为的严重混淆,不仅扭曲高端市场自身发展,亦干扰大众消费市场和公共产品供给。

其三,面向大众的机构医养结合存在较多问题。

医养结合一体化机构方面,大型医疗机构的医疗业务繁忙且医疗业务本身收益较高,缺乏设立养老机构或开展养老服务的动力;在中小型医疗机构中,基层卫生服务中心开展养老服务面临绩效激励方面的体制障碍;二级医院是中小型医疗机构转型为医养结合机构的主力军,但供给价格阻碍了有效需求,且理念转变滞后,仍以狭义“医”为主要供给内容,普遍存在重医疗和轻预防、重生理和轻心理等问题;养老机构设立或内设医疗机构专业性不足。医养签约合作方面,多为一“医”对多“养”,且锁定狭义“医”更显其稀缺性;签约多流于形式,实质性医养结合供给不足,结构性过剩显现。

3. 社区医养结合需求依附,但有效供给呆滞

(1) 社区医养结合需求依附于居家和机构

第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查数据显示,社区医养结合的直接需求较少,仅2.1%的老人选择社区照护服务,远低于选择居家者,甚至低于选择机构者(4.4%)^[20],原因在于社区医养结合处于夹心层,更多地以间接形式依附于居家模式和机构模式。

一方面,社区医养结合需求依附于居家层面,多数老人在享受居家住所归属感的基础上,对社区环境和人员存在情感纽带,希望在长期生活的熟悉圈内接受医疗卫生资源和养老服务。居家医养结合的“医”来自社区卫生服务中心的全科医生资源和社区卫生服务站的健康咨询和康复指导,“养”来自社区范围内的养老服务机构,社区基本圈定了居家医养结合的空间范围,是居家型嵌入的基础,亦决定了需求分散度高且整合难度大。另一方面,社区医养结合需求依附于机构层面,空巢老人缺乏居家医养结合时处置突发状况的应急能力,居家的情感依赖和节俭的消费习惯又双重限制机构医养结合需求,但较为认可走进社区的医养结合设施与资源,此类设施与资源营造了邻居和社区熟悉人员相互陪伴和关照的共同体环境,充分满足了老人对居家住所的情感依赖;同时花费远低于机构医养结合服务,充分照顾到老人节俭的消费习惯。

(2) 社区医养结合的有效供给裹足难前

直接形式的社区医养结合以社区卫生服务中心的医养结合病房为主,老人在家附近的社区卫生服务中心的医养结合病房进行疗养,该形式发挥着15分钟社区卫生服务圈作用,以及承担着“小病在社区、大病到医院、疗养回社区、健康进家庭”的分级

诊疗功能,但社区卫生服务中心一般属于国家全额拨款事业单位,由卫生部门主管,在养老服务准入、财政补贴、用地规划等方面存在制度障碍,而且财务管理上收支两条线,深入开展医养结合的渠道不畅,且动力不足,有效供给难以持续。

间接形式的社区医养结合具有强平台特征,能够承担起整合居家医养结合资源和机构医养结合资源的供给功能,但受限于整合技术手段的不足,间接形式的社区医养结合的有效供给呆滞,难以发挥出平台预期效果。资源高效整合技术手段不足的主要表现在于智慧养老平台建设不备,部分城市的调研表明智慧养老平台流于形象工程,实质进展不足。资源高效整合技术手段不足的主要原因在于“互联网+养老”理念需要时间塑造,相关技术需要反复试点和改进,机会成本较高;且作为准公共产品,投建成本较高,单纯市场行为供给难以实现,完全依赖政府供给又缺乏效率。

总之,实现供需平衡治理,需把握医养结合三大模式联动的焦点问题。一方面,合理细化医养结合需求和评价的指标缺失,常用潜力需求代替有效需求进行供给分析,医养结合需求失真,难免致使盲目和跟风供给,引发供需失衡;另一方面,在医养结合需求评价指标不健全的背景下,供给基本由机构模式主导,易诱发过度医疗等不良风险,致使民生需求失真,干扰民生政策的制定。对此,亟待引导并塑造有效需求,应对医养结合需求端的撕裂问题;亟待基于有效需求深化供给侧改革,化解医养结合供给端的结构问题。

三、治理要点:推进医养结合模式治理现代化

医养结合涉及多元主体,推进新时代医养结合模式治理现代化,在不可逆转的老龄化追赶趋势中实现中国式健康超越^[22],务必合力把握两项要点。一是自上而下统一顶层设计的概念标准,从倡导老龄健康宏观目标的普适性政策转向统一医养结合概念标准的瞄准性政策;二是自下而上依据地方试点经验,探索多元支付保障安排,发挥好长期护理保险的桥梁作用,以及商业保险的补充作用,实现医护养三位一体,支撑起立体化的医养结合模式,推动医养结合向康养结合外延式发展。

1. 自上而下:从宏观目标到概念廓清

2013年《国务院关于加强发展养老服务业的若

若干意见》和《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》分领域迈出医养结合普适性政策倡议的重要步伐;2014年《关于加快推进健康与养老服务工程建设的通知》、2015年《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》和2019年《关于深入推进医养结合发展的若干意见》,以瞄准性政策逐渐明确医养结合具体要求;2019年《医养结合机构服务指南(试行)》和2020年《医疗卫生机构与养老服务机构签约合作服务指南(试行)》,分别以瞄准性政策聚焦机构医养结合一体化类型和签约合作类型,设计标准化概念。这种从普适到瞄准的政策设计,符合政策治理规律,但现代化治理框架尚未完全建构,廓清概念的瞄准性政策尚未深入居家医养结合的刚需设计,未涉入社区医养结合的平台设计,亦未谋划相应政策配套。

推进新时代医养结合模式治理现代化,需要遵循效益、效率、公正、政策回应度、国情、城乡统筹、可持续发展等政策评估标准,对居家医养结合、社区医养结合、机构医养结合模式概念自上而下进行顶层瞄准性政策设计,建立统一和客观的概念标准,将健康老龄化的宏观目标落实到医养结合概念廓清的微观辨析。其一,顶层瞄准居家医养结合的概念廓清,应注意借助智能科技和智慧养老平台,加大财政投入培养全科医生,提高医疗卫生资源质量和医养融合度,注重体验感的前置化。其二,顶层瞄准机构医养结合的概念廓清,应将签约类型上升至一体化类型的同等高度,在处理好政府和市场关系的过程中,扩充供给主体,强化签约方式的合作程度和服务质量,优化一体化类型的审批手续和发展环境,深入推进放管服和基层医疗卫生机构去行政化改革,推动老龄事业和产业协同发展。其三,顶层瞄准社区医养结合的概念廓清,应做好依托定位,配合分级诊疗制度改革,搭建医生和护士多点执业平台,承接医疗卫生资源下沉,厚植基层医疗卫生资源的社会信任度;吸引养老资源聚集,注重就诊绿色通道、医疗巡诊、健康管理、中医养生保健等功能融合,强调服务内容而非机构形式整合。

2. 自下而上:从医养结合到康养结合

试点研究是改革开放以来构建公共政策的主要路径,是新时代自下而上推动治理体系和治理能力现代化的重要突破口。基于南通、上海、青岛、北京等地长期护理保险的试点实践,基本明确了医养结

合资金筹集需要个人、单位、财政、医保等多元主体共担,但试点城市资金筹集仍主要依赖医保基金,可持续性欠佳。医保基金的制度设计初衷在于缓解疾病急性期的资金筹集压力,但随着人口老龄化加剧,慢性病多发,医保运作中出现中老年慢性病患者通过住院获取医保支付资格的问题,过度医疗严重阻滞医疗卫生资源配置效率的提升。

新时代纾解医养结合支付难题,亟须由“医”中析离“护”,基础资金渠道和延展资金渠道双管齐下,确保“护”连“医”接“养”,为全面构建医养护服务相结合、支付相独立的新时代医养结合模式夯实财源基础。其一,不断完善长期护理保险制度,疏通疾病稳定期和康复期的基础资金渠道,并配套需求支付的严格评价指标,探索信誉积分账户和医联体运作,建立需求、供给、人才一体的评估认证标准,规避套保乱象。其二,鼓励发展医养结合商业保险,拓宽疾病稳定期和康复期的延展资金渠道,积极响应“处理好市场和政府关系,使市场在资源配置中起决定性作用和更好发挥政府作用”的号召。

基于医疗保险、长期护理保险和养老保险的财源支撑,全面深化医养结合领域的供给侧结构性改革,实现互联网、大数据、人工智能、金融保险创新和医养结合深度融合,例如鼓励“互联网+医养结合”有利于打破医养结合空间限制,借助大数据和人工智能开发智慧平台有利于提高医养结合效率,通过商业保险产品的创新设计有利于增强医养结合保障力度,从而发展好兜底式、普惠式和高端化等多层次医养结合供给,实现失能半失能老人、健康老人、高收入老人等各类群体的医养结合需求,通过家庭、市场、政府等多元主体的相互配合,构建起居家为基础、社区为依托、机构为补充的多层次医养结合模式(图2),推动医养结合由狭义转向广义,融入大健康思维,跨越居家、社区、机构界限,在健康中国战略的纵深发展中,不断强化以康养结合为主要特征的预防性健康管理理念。

党的十九届四中全会聚焦坚持和完善中国特色社会主义制度,推进国家治理体系和治理能力现代化,在强化提高人民健康水平的制度保障下,明确提出“积极应对人口老龄化,加快建设居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系。”基于此,廓清医养结合核心概念,立足多元主体,迈向供需平衡所探索出的自上而下和自下而上相结合的医

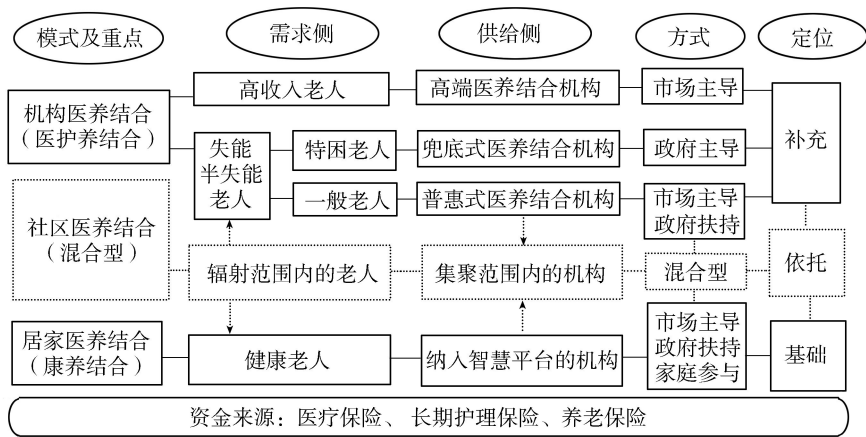


图2 新时代医养结合模式

养结合模式治理方案,将为新时代中国养老服务体系
的架构注入源源活力,亦是彰显中国之治,落实积极
应对人口老龄化国家战略,推进国家治理体系和
治理能力现代化的重要民生运用。

参考文献:

[1] 杜鹏,王雪辉.“医养结合”与健康养老服务体系
建设[J].兰州学刊,2016(11):170-176.

[2] 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.

[3] 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,2019,40(6):42-51.

[4] 赵晓芳.健康老龄化背景下“医养结合”养老服务模式
研究[J].兰州学刊,2014(9):129-136.

[5] 王素英,张作森,孙文灿.医养结合的模式与路径——
关于推进医疗卫生与养老服务相结合的调研报告[J].
社会福利,2013(12):11-14.

[6] 华颖.健康中国建设:战略意义、当前形势与推进关键
[J].国家行政学院学报,2017(6):105-111.

[7] 李志宏.医养结合:问题缘起、实践偏差与破解之路
[J].老龄科学研究,2018,6(12):3-12.

[8] 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.

[9] 唐钧.关于医养结合和长期照护服务的系统思考[J].
党政研究,2016(3):122-127.

[10] 陈成文,黄利平,陈建平.从“制度阻滞”看推动城市
“医养结合”发展的制度建设方向[J].湖南社会科学,
2018(4):69-76.

[11] 李长远,张举国.我国医养结合养老服务的典型模式及
优化策略[J].求实,2017(7):68-79.

[12] 王浦劬,雷雨若,吕普生.超越多重博弈的医养结合机
制建构论析——我国医养结合型养老模式的困境与出
路[J].国家行政学院学报,2018(2):40-51.

[13] 刘亚娜.我国医养结合养老服务政策网络与耦合协同
[J].中国行政管理,2018(8):53-58.

[14] 耿爱生.中国医养结合政策研究[J].中州学刊,2018
(6):68-73.

[15] 袁妙彧.养老机构选址、规模及功能定位对医养结合模
式选择的影响——基于扎根理论的探索性分析[J].南
方人口,2018,33(5):52-62.

[16] 原新,金牛,石航.医养结合机构效率评价与提升研
究——基于天津调查数据的三阶段 DEA 模型分析
[J].西北人口,2021,42(1):1-9.

[17] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Modern health care
delivery systems, care coordination and the role of
hospitals[R]. Copenhagen:WHO, 2012.

[18] SHAW S, ROSEN R, RUMBOLD B. An overview of
integrated care in the NHS; what is integrated care[R].
London: Nuffield Trust, 2011.

[19] GORI C, FERNÁNDEZ J, WITTENBERG R. Long-term
care reforms in OECD countries [M]. Bristol: Policy
University Press, 2016.

[20] 党俊武,李晶.中国老年人生活质量发展报告(2019)
[M].北京:社会科学文献出版社,2019.

[21] WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health
statistics 2018; monitoring health for the SDGs [R].
Geneva:WHO,2018.

[22] 原新,金牛.“危”“机”与应对:中国人口负增长时代的
老龄社会[J].中共福建省委党校(福建行政学院)学
报,2020(1):29-37.

(责任编辑:吴玲)