

# 推动医养结合的政策分析

王震

(中国社会科学院经济研究所 北京 100836)

**【摘要】**医养结合是建立长期照护制度的基础。医养结合要求加强医疗服务与养老服务之间的连续性和综合性，而不仅是在地理空间上的接近。当前推进医养结合仍存在诸多障碍。首先是部门分割，医疗服务与养老服务分属不同行政部门主管，难以融合；其次，部门内也存在过度的行政化管制，特别是在医疗卫生部门，过度行政化导致缺乏激励推进医养结合。推进医养结合，要打破部门行政分割，形成以社会办为主的服务体系，改革付费方式，探索建立长期照护保险制度。

**【关键词】**医养结合；长期照护；部门分割；去行政化

**【中图分类号】**F840.684 C913.7**【文献标识码】**A **【文章编号】**1674-3830(2016)3-27-4

doi:10.369/j.issn.1674-3830.2016.3.005

**Policy Analysis on the Integration of Medical Care Service and Elderly Care Service** Wang Zhen (Chinese Academy of Social Sciences Institute of Economics, Beijing, 100836)

**【Abstract】**To integrate medical care and elderly care service, which is fundamental to build Long-term Care System, we should improve their integrity and comprehensiveness, not only to make them geographically close. There are lots of difficulties for the integration of the two services. Firstly, they are administered by different ministries, which impeded the integration; secondly, they are excessively administrated especially for medical care service, which caused low incentives to be integrated. To promote the integration of the two services, it is suggested that the administrative segmentation should be broken; private services should be the dominant service providers; payment methods should be reformed; and Long-term Care Insurance system should be established.

**【Key words】**integration of medical service and elderly care service, long-term care, administrative segmentation, de-administration

“十三五”期间建立长期照护制度是党的十八届五中全会提出的重要战略部署。不同于传统的养老服务与医疗服务，长期照护(Long-term Care, LTC)主要针对失能半失能人群，更加强调日常生活护理与医疗服务、健康服务之间的连续性。从这个角度，长期照护的核心是医疗与养老服务之间的有

机融合，即医养结合。这一点在五中全会“十三五规划建议”中有明确表述，“推动医疗卫生和养老服务相结合，探索建立长期护理保险制度。”

自2013年国务院《关于加快发展养老服务业的若干意见》、《关于促进健康服务业发展的若干意见》专门提出推动医养结合以来，

截至2015年11月份国务院办公厅出台《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》，国务院和相关部委提出的推进医养结合的政策文件已有7个之多。但是，从现实情况看医养结合的推进并不顺利，基本医疗卫生服务与健康管理、养老服务之间仍然是分割的。推进医养结合是建立长期照护制度的基础，从这个角度，本文将从医养结合的内涵分析出发，对阻碍医养结合的制度性和政策性原因进行分析，并

**【收稿日期】**2016-2-22

**【作者简介】**王震，中国社会科学院经济研究所副研究员，主要研究方向：社会保障与收入分配。

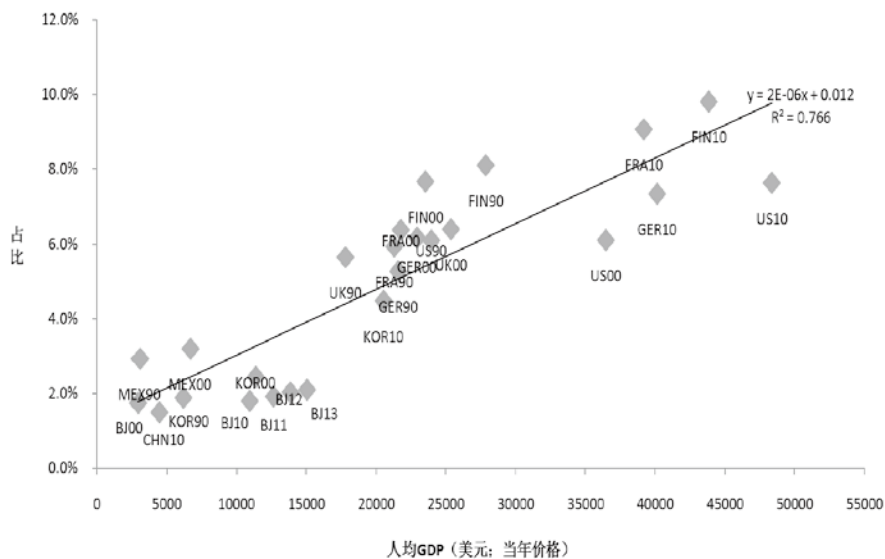
提出相关政策建议。

### 1 医养结合的背景及其内涵

一些政策文件及相关文献将医养结合界定为医疗机构与养老机构之间的相互合作,允许医疗机构举办养老照料服务,允许养老服务机构内设医疗服务部门,要求医疗卫生资源进入养老机构、社区和家庭。这一理解更多强调医疗服务与养老服务在地理空间上的接近,但医疗服务与养老服务仍然是“分割”的。这种基于服务分割的医养结合,虽然在一定程度上满足了居民对二者同时性和便捷性的需求,但居民仍需要面对两个不同的部门,需要自己在不同的“窗口”间链接两类不同的服务。

界定医养结合的内涵首先需要把握居民的需求特征,从满足居民需求结构变动的角度来理解和界定医养结合。改革开放以来,我国居民在医疗服务及养老服务方面的需求发生了结构性的变化:

首先,人口老龄化、预期寿命的延长以及疾病谱的变化,使得居民对疾病治疗、健康管理、康复护理、生活照料乃至精神慰藉等在内的连续性的服务需求快速上升。疾病谱的变化指的是居民罹患疾病的分布转变为以慢性疾病为主;而在老年群体中,慢性疾病发病率更高。随着老龄化的不断加深,全社会慢性疾病的总发病率也快速提高。而在慢性疾病的控制中,健康管理、康复护理、生活照料以及精神慰藉等服务更为突出。这要求医疗服务要摆脱以治疗为主的模式,纳入健康管理、康复护理、生活照料及精神慰藉等因素,并与之相整合。



注:图中最后两位数字代表年份(例如00为2000年);前面的字母代表国家和地区的英文简写;MEX,墨西哥;KOR,韩国;UK,英国;FRA,法国;FIN,芬兰;GER,德国;US,美国;CHN,中国;BJ,北京。例如,MEX90,为墨西哥1990年的数据。数据来源:其他国家数据来源于OECD的STAN database for structural analysis,以及World bank database。北京的数据来自历年《北京统计年鉴》,其中北京2013年的数据来自《2013年北京市国民经济统计公报》。

图1 一些国家及地区医疗服务与社会服务(养老照料)增加值占GDP的比重

与此同时,慢性疾病的特征(难以治愈但可长期控制)也使得居民带病生存的期限延长,失能半失能老人增加。在这样的情况下,传统的以生活照料为主的养老服务也难以满足居民所需。从老年生活照料的角度,养老服务也迫切需要纳入医疗服务的元素。

其次,随着经济快速发展、居民收入水平的提高,居民对这种连续性的医养结合服务的支付能力上升。发展经济学的一个经验性规律是,随着经济发展与收入水平的提高,居民对人力资本型个人服务(包括教育、医疗和照料服务等)的需求在总需求结构中占比上升;对服务品质、服务多样化、多元化的要求提高。从一些国家和地区医疗服务与社会工作(养老照料)增加值占GDP的比重变化情况看,这一点非常明显:随着人均收入水平

的提高,这一比例也快速上升(见图1)。我国2014年人均GDP已达7600美元,进入上中等收入国家;一些沿海发达地区,例如北京、上海和天津,2014年人均GDP分别达到1.6万、1.6万和1.8万美元,进入高收入地区行列。

在这一背景下,居民对医养结合为主的长期照护服务的需求快速上升,而且随着收入水平的提高,对多元化的、多样化的服务需求上升,对服务品质的要求上升。

基于上述两个背景,从居民需求结构的变化出发,医养结合的内涵应该是医疗卫生服务与养老服务的有机融合,是疾病的治疗、健康管理、康复护理、生活照料以及精神慰藉等在内的连续性的、综合性的服务。虽然对于供方而言,医疗服务与养老服务可以是分工的,但对需方而言,他们所面对的是连续

性的、一体化的服务，无需自己来链接。通俗地讲，服务连续性指的是居民可以在一个“窗口”获得自己所需的服务，而不需自己在不同“窗口”间来回转换。

但是，当前医养结合的推进仍面临诸多障碍，“医”与“养”之间仍是分割的。这种分割的、不连续的服务体系导致居民在需要医养结合式的服务时只能自己来联通不同的服务，增加了不必要的成本。而这种成本在很大程度上来自部门分割与过度的行政管制。

## 2 阻碍医养结合的主要制度性障碍

当前医养结合的推进并不顺利，大量的潜在需求没有得到满足，其背后的原因并不是有需求没供给，而是缺少满足居民实际需要的供给。这主要体现在两个方面：

第一，一方面是大量需要长期照护的老年人无法得到合适的服务，另一方面则是大量的养老机构出现空床现象。笔者在北京市朝阳区的调查显示，当前北京养老机构的空床率在40%左右。其中很重要的原因就是这些养老机构提供的服务不能满足老年人所需，主要的是缺乏医疗护理服务。

第二，大量失能半失能人群从治疗意义上已经达到出院标准，但仍滞留在医院病床上。这一现象俗称“压床”。虽然没有确切的调查数据说明“压床”所占的比例，但是笔者在北京、青岛等地的调查显示，“压床”不在少数。而之所以出现“压床”现象，主要的原因就是出院后无法得到连续性的带有医疗护理性质的照护服务。

出现这两个问题的主要原因就

是医养“不结合”，而医养难以“结合”主要的障碍如下：

首先，医疗服务与养老服务的制度安排沿袭了计划经济时代“条块分割”的特征，是典型的行政化配置资源的制度安排。医疗卫生服务属于卫生计生部门主管，多数医疗机构隶属于行政部门，医务人员属于事业单位编制，医疗资源按照行政等级进行配置。养老服务则由民政部门主管，虽然政府直接举办的养老机构所占比例不大，但在养老服务的准入、财政补贴、用地规划等方面也存在过度的行政管制。这种部门分割是导致“医”和“养”不能有效结合的主要制度性原因。

在这种部门分割体制下，医疗服务被界定为以断崖式的治疗服务为主，与其他服务之间缺少连续性；养老服务则被界定为穿衣吃饭等日常生活照料服务。在这种情况下，养老机构提供医疗服务需要得到医疗卫生行政部门的许可；而医疗机构要提供养老服务也需要得到民政部门的许可。

其次，除了部门分割带来的医养难以结合外，部门内部资源配置的行政化垄断带来的激励不足也阻碍了医疗服务与养老服务之间的整合。这一点主要体现在医疗卫生部门。从微观角度，医养不能结合在很大程度上是因为医疗卫生机构在行政化垄断格局下，缺乏结合的激励。从这个角度，医养结合的推进要依赖我国医疗卫生体制改革的进展。

从现实情况看，能够参与到医养结合中来的医疗机构主要是基层医疗卫生机构。但是当前公立为主的基层医疗卫生机构，一方面由于

财务上的收支两条线管理，医务人员干多干少一个样，缺乏提供医疗服务的积极性；另一方面，基本药物制度的实施又限制了基层医疗卫生机构提供优质服务的能力。这两点基本决定了以公立为主的基层医疗卫生机构根本没有动力、意愿和能力推动医养结合。

从笔者在青岛和宿迁等地对医养结合的调查情况看，社会办为主的基层医疗卫生机构由于没有收支两条线的限制，能够发挥各种积极性承担以医养结合为主的长期照护服务。而在公立基层医疗卫生机构为主的北京，社区卫生服务中心（站）对于居民所需的医养结合服务没有积极性。即使有一些社区有积极性，大的政策环境也不允许。

从全国范围看，能够灵活满足居民需求的社会办基层医疗卫生机构仍是少数。究其原因，主要是对社会办医疗机构的过度行政管制。例如所谓的区域卫生规划，限制了社会办基层医疗卫生机构的发展空间。此外，公立机构在用地、财政补贴、事业单位编制、职称晋升等方面的行政性垄断“优势”，也使得社会办基层医疗卫生机构难以获得发展所需的资源。从近几年的情况看，国务院虽然几次提出要大力推动社会办医，但社会办医这些年不仅没有得到发展，在一些地区甚至出现了重新行政化的趋势。

## 3 推动医养结合的政策建议

按照十八届三中全会和五中全会的精神，要真正推动医养结合，应从“去行政化”的角度，打破部门分割，将医疗卫生服务与养老服务从部门行政管制下解放出来。

第一，放开医疗卫生行业和养



老服务行业的部门行政管制,打破行政垄断,特别是放开准入限制,将审批制改为注册制。经营业务范围、地点,由举办者自行向工商行政管理部门注册。卫生行政部门和民政部门只管举办者的资质即可。

第二,形成以社会办为主的社区基层医疗卫生服务体系,重构基层医疗卫生机构的激励机制。对于公立的基层医疗卫生机构,进行社会化改革,取消收支两条线制度和事业单位编制,鼓励针对居民需要提供各种形式的医养结合服务。其承担的公共卫生任务以政府购买服务的方式实现。

第三,通过付费制度改革推动医养结合。当前涉及到医养结合的筹资金来源,一是医疗保险,二是财政支付的公共卫生经费,三是民政部门及残联掌握的养老照料的经费,四是居民自付的费用。这些不同的筹资金来源对应不同的服务,也是造成服务分割的主要原因之一。要将这些不同的筹资金来源整合为一体,打包付费,构建基层医疗卫生与养老服务的统一支付平台,以公共支付为平台,撬动医养结合。

第四,探索建立长期照护保险制度,为医养结合提供稳定的筹资金来源。在全国性的长期照护保险制

度未建立之前,现有医保制度可以探索将医养结合为主的长期照护服务纳入报销范围,并通过付费方式改革,鼓励供方打破部门行政垄断,形成社会办医养结合机构的格局。

#### 【参考文献】

- [1] 雷鹏,吴耀春.我国长期照护制度建设现状与思考——基于青岛、南通和长春的实践探索[J].中国医疗保险,2016,89(2):23-26.
- [2] 孙劭,蒋远胜.失能老人的医疗养老服务成本分析——基于医养结合式养老机构的调查[J].西南金融,2014(12):23-26.
- [3] Suzman, R., Beard, J. R., Boerma, T., and Chatterji, S., Health in an ageing world— what do we know?, The Lancet, 2015(385): 484-486.

(上接26页)疗支出发生率呈正相关。贫困率增加1%,灾难性医疗支出家庭发生率增加0.2%;卫生费用占GDP的比例增加1%,灾难性医疗支出家庭发生率增加1.6%。

### 6 减少灾难性医疗支出的政策要点

灾难性医疗支出并不会随收入的提高而自动消失。一个国家的医疗卫生体系,不仅要为全民提供便捷的医疗卫生服务,同时要通过减少个人的自付医疗费用防止灾难性医疗支出的发生。从长远看,必须建立起基于保险或税收的医疗保障制度,以防范灾难性医疗风险的发生。

在建立全民覆盖、人人支付得起的医疗卫生体系的进程中,各个国家可根据自身的经济发展阶段和政治文化等情况,制定相应的短期目标。政策要点包括:

#### 6.1 实现医疗保障制度全民覆盖

在实现医疗保障全民覆盖的进程中,可以根据各国的情况采取相应措施。当一个国家的社会医疗保

险已经覆盖正规部门雇员的情况下,可以通过为贫困者提供缴费补贴或免费提供医疗服务的方式,考虑将覆盖面扩大到雇员的家属以及自雇劳动者(个体灵活就业人员)。在中高收入国家,可以通过自愿保险的办法扩大医疗保险覆盖面,以便将更多的公共资源分配给贫困人口。基于税收的医疗保障制度可以通过提高征收效率增加医保基金来源,并确保基金得到高效使用。

#### 6.2 合理确定患者自付医疗费用的水平

确定患者的医疗费用自付水平,需要在防范个人的灾难性医疗风险支出与提高制度效率之间实现平衡。当病人被社会医疗保险制度或税收医疗保障制度所覆盖,且不需要自付费用或支付很少的医疗费用时,可能会过度诊疗、过度用药与过度住院。这种情况可能会严重影响医疗费用的总支出以及制度的可持续性。从另一个角度看,自付费用的项目越广且自付的比率越高,化解疾病风险的能力越弱,患

者可以利用的医疗服务将越少,尤其是对于贫困群体而言。当然,不一定所有人都用相同的共付比例,弱势群体可以豁免支付医疗费用或支付较低的共付比例。

#### 【参考文献】

- [1] 褚福灵.构建重特大疾病保障机制[J].中国医疗保险,2015,83(8):17-20.
- [2] 2008年第四次国家卫生服务调查分析报告[DB/OL].<http://www.nhfp.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8211/201009/49165.shtml>.
- [3] World Health Organization. The World Health Report:HEALTH SYSTEMS FINANCING——The path to universal coverage[M]. WHO Press,2010.
- [4] World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals[M]. WHO Press,2015.
- [5] Ke Xu. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis [DB/OL].[http://www.who.int/health\\_financing/documents/lancet-catastrophic\\_expenditure.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/lancet-catastrophic_expenditure.pdf).
- [6] Ke Xu. Technical Briefs for Policy — Makers :DESIGNING HEALTH FINANCING SYSTEMS TO REDUCE CATASTROPHIC HEALTH EXPENDITURE[R]. the World Health Organization, Department of Health Systems Financing, Health Fi.