

构建多层次“医养结合”养老保障体系的路径选择*

王全美

(聊城大学商学院,山东聊城 252059)

摘要:为了应对老龄化带来的社会问题,从2013年至2018年,中国先后出台了近30个重要文件鼓励“医养结合”养老事业的发展;党的十九大报告、2018年政府工作报告也提出“推进医养结合”。2019年政府工作报告提出“建立多层次养老保障体系”。该项事业的推进,应坚持普惠性、需要优先及分类分层原则。按老人身体健康状况和养老方式的不同,将老人分为六类;按照提供“医养结合”养老资源的主体不同,把“医养结合”养老资源分为四个层次;进而把不同类别老人和不同层次社会养老资源进行优化配置,建立普惠制、多层次的“医养结合”养老保障体系。

关键词:分类分层;医养结合;资源配置

中图分类号:C913.6 **文献标识码:**A **文章编号:**1671-2404(2019)93-0083-06

据国家统计局统计,截至2018年底,中国65岁及以上人口比例为11.9%,比2017年高0.1个百分点。为积极应对人口老龄化程度加重和老年人患病率趋高的局面,2013年至2018年国家先后出台多个鼓励“医养结合”的重要文件。中共十九大报告提出“推进医养结合,加快老龄事业和产业发展”;2018年政府工作报告提出“推进医养结合,提高养老院服务质量”;2019年政府工作报告提出“推进多层次养老保障体系建设”。多层次“医养结合”养老保障实践与研究在中国需要进一步研究与发展。

1 多层次“医养结合”养老保障研究述评

相关研究主要围绕“医养结合”是什么、“医”“养”结合的模式有哪些、医养结合费用如何承担等方面展开。

1.1 关于“医养结合”内涵的研究

王素英,张作森认为,“医养结合”的服务对象不仅包括养老机构的老人和医疗机构的老人,也包括为健康老年人提供的健康管理等公共卫生服务;^[1]何敏,王艾青则认为,二者的结合是指养老机构自设医疗机构,或社区和医院合作,以方便老人就医;^[2]孙培航,焦明丽认为,“医养结合”的实质是把

医疗资源与养老资源相结合,把养老机构的生活照料和医院的康复功能融为一体,使老人老有所养、病有所医。^[3]

1.2 关于“医养结合”模式的研究

根据不同标准,可将“医养结合”的模式分为二模式、三模式、四模式。

1.2.1 针对服务对象的二模式

戴伟把“医养结合”分为“福利型”和市场型两种。“福利型”——主要针对低收入老人,以满足社会底层老人的基本生存需求,属于马斯洛需求层次最底层,费用应由政府承担;“市场型”——针对中高层收入群体,以满足收入较高老人追求高质量生活的需求,属于马斯洛需求层次的中高层,费用标准由市场机制决定。^[4]

1.2.2 针对医养机构合作的三模式

王素英,张作森则把医养机构的合作分为三种。“医中建养”——医疗机构中建立养老病房,或者是建立养老机构;“养中设医”——养老机构中设立护理和诊疗部门,配备医疗设施和医护人员;“医养互邻”——医疗机构和养老机构毗邻而建,相互合作。^[5]

1.2.3 针对机构服务供给的四模式

蔡菲认为,“医养结合”会有四种模式:医疗卫生机构(现在的医院、社区服务中心)提供养老服务,养老机构中开设医疗配套机构,医疗机构和养老机构协议合作,社区通过服务网络提供家庭医生。^[6]

收稿日期:2019-04-24

作者简介:王全美,副教授,硕士,主要从事劳动与社会保障等方面的研究。E-mail:wangquanmei@lcu.edu.cn

*基金项目:山东省社科规划项目“山东省农村医养结合社会养老服务体系构建研究(19CJJ08)”阶段性成果。

1.3 关于“医养结合”费用的研究

医养结合中最大问题是费用。学者们对此主要围绕费用高低、付费主体、承担比例等展开研究。

1.3.1 “医养结合”费用高

唐钧认为,“医养结合”使“医”和“养”的界限难以划分,容易造成套取医保基金支付长期照护费用,造成医保基金危机,是一个潜藏的陷阱。^[7]孙励、蒋远调查发现,“医养结合”的整体费用较高,护理费用占比大且不能报销,老人医养成本高、负担重。城镇普通家庭都难以承担,更何况收入相对较低的农村家庭。^[8]

1.3.2 政府应承担全部或部分费用

孙培航、焦明丽认为,政府与集体出资建设福利型养老服务产业,帮助低收入老人安度晚年,政府承担老年人的全部医养服务费用;^[9]王建云认为,政府通过财政拨款建立或改建“医养结合”养老机构,以发放高龄津贴、购买服务等方式为老年人提供免费的医养服务。^[10]

1.3.3 建立长期护理保险制度

田珍都认为,中国应借鉴美国、德国、日本、韩国等国家经验,建立长期护理保险,医疗护理费用纳入医疗保险;^[11]赵曼、韩丽则认为长期护理保险保障对象主要是失能、半失能老人,护理内容主要是医疗护理和生活照料,以缓解他们“住院难、看病贵”等问题,减轻家人的陪护和经济负担。^[12]

综上所述,目前关于医养结合的研究大多集中于某一问题或某些方面问题的探讨。医养结合服务体系是什么样的,应该如何系统地构建医养结合养老服务体系,应有哪些服务供给主体,多主体的功能和定位,以及多主体间如何协调合作等问题尚未达成共识。与国外相比,缺乏系统性、持续性提供医养结合社会养老服务的体系、路径和机制的研究。

由于中国老人地区差异大、身体健康状况、经济收入、家庭状况不同,其对医养结合养老需求也不同。中国“未富先老”的老龄化特征要求,必须构建多层次的医养结合社会养老服务体系,才能满足老人对医养结合服务的多样化需求,实现有限养老资源的效用最大化。按照老人的健康状况及其对社会养老资源的需求对老人进行分类,把社会养老资源进行分层,把有限的社会养老资源分配给亟需的老年人,进而建立一个国家、企业、非营利组织、家庭及个人参与的,分层次、普惠制的“医养结合”社会养

老服务体系。

2 “医养结合”社会养老服务面临的困境

2.1 “医养结合”养老机构受益老人较少

实践中,无论哪种模式,都只是针对在养老机构或长期住院的老人。对于那些身体健康,或虽然不健康但借助医疗器械辅助能够并愿意在家养老的老人;或患有无法治愈的退行性疾病,愿意在家度过最后时光的老人;以及患有慢性疾病,无需住院的老人有失公平。按目前政策,国家只对“医养结合”养老机构依照床位数进行补贴,其结果,一方面为了获取国家补贴造成养老机构的剧增,另一方面却有近半数床位空置,这既对在家养老的老人不公平,又造成社会资源的浪费。

中国大部分老人都需要“养”和“医”结合的社会养老资源,所以“医养结合”模式的服务对象应该是全体老人,应具普惠性。为防止信息不对称造成的医疗资源的浪费,“养”和“医”的提供主体应当分离,即使养老服务机构内设有医护人员,他们的职责是对老人的健康状况进行监控而非治疗。

2.2 “医养结合”机构养老成本过高

“公办养老院等不起,民营养老院住不起”是中国养老机构经营中长期面临的尴尬局面。国家统计局北京调查总队统计数据显示:2013年北京城镇居民人均收入40321元,入住北京市第一社会福利院一年的费用是30600元,低于城镇人均收入水平;相反,北京条件相当的民营养老院,长期入住的收费标准为一年72000至74000元,此外还需交纳数万元的押金,^[13]远高于北京市城镇居民人均收入。公办养老院收费低、住不进去,民营养老院收费高、住不起,是中国养老院经营中的普遍现象。

从实践看,无论何种“医养结合”模式,养老院和医疗机构的经营成本都要增加很多。如北京房山区同年华养老院聘请北京本地退休医生,一年的费用大概96000-100000元之间,聘请河北等外地医生的费用也在42000-48000元。^[14]实施“医养结合”社会养老增加的高额费用最终要转嫁给入住的老人及其子女,加重了养老负担,大多数城镇老人住不起“医养结合”型养老院,收入较低的贫困老人,以及农村老人更难以承担高昂的费用。

2.3 忽视家庭的养老责任

依据老人健康状况建设“医养结合”型养老院,

容易对人们形成错误引导,即产生“有病+养老=医养结合养老院”的错误观念,这既忽视家庭及个人在老人养老中的责任,也忽视老人对于家庭、亲情的依赖和需求。

目前,中国退行性疾病发病率较高,退行性疾病重在控制或减缓其发展,治疗历时较长,不适合长期住院治疗。对此,老人患病时重在“医”,就医不一定住院;病情控制期间重在“养”,应该在家或养老院生活。无论是老人生病期间,还是养病、养老期间,其家庭都发挥着重要作用。

再者,“养儿防老”观念在中国具有普遍影响,虽然随着社会发展,人们观念有了些许改变,但人们对于亲情、家庭的依赖依然如故。老人入住养老院多是无奈选择,如果条件允许,居家养老仍然是绝大多数老人的首选。居家养老既有利于节约有限的社会养老资源,实现经济效益最大化;也有利于子女对老人近身照顾,继承和发扬孝敬父母的优良传统,实现子女社会效益最大化;更有利于老人身心健康与发展,实现老人自身效益最大化。所以,构建“医养结合”养老服务体系过程中,应鼓励老人居家养老,协助子女加强家庭的养老功能,实现子女在养老中的效益最大化。

3 分类分层构建“医养结合”社会养老服务体系的原则

分类分层构建“医养结合”社会养老服务体系,应坚持普惠性、需要优先、分类分层原则。

3.1 普惠性原则

这是指在构建“医养结合”社会养老服务体系过程中,应使尽可能多的老人从中受益。有研究认为,该原则具有普遍性、非歧视性和非互惠性三个特点。本研究原则上同意这些特点,但又认为应对非互惠性具体分析。

普遍性是指享受“医养结合”社会养老服务的对象应是全部老人,而非具有选择性,并非仅针对少部分,如孤寡老人或收入较高的老人;非歧视性是指在享受“医养结合”社会养老服务中人人平等,不分性别、身份、地位、收入水平等因素,一律平等对待。

但是“医养结合”社会养老服务不具有非互惠性,因为,非互惠性是指提供者给予被提供者一定的财政支持,而被提供者无需偿还,只是一种单向的给予和被给予的关系。^[15]“医养结合”社会养老服务

属于准公共物品,在“医养结合”社会养老服务体系所能承受的老年数量范围内,它是非排他性和非竞争性的。但当老年数量超过其承载范围,有限的社会养老服务不能满足更多老人需求时,就具有了竞争性;为此,可采取适当收费的办法予以补偿,于是也就具有了排他性。所以,一定程度上,构建“医养结合”社会养老服务体系的普惠性原则不具有非互惠性,只具有普遍性、非歧视性两个基本特点。

3.2 需要优先原则

理论上,构建“医养结合”社会养老服务体系是关系到老人能否安度晚年的社会公共服务工程,它具有普惠性、公平性等特征。因此,在对社会养老服务资源进行配置时应坚持公平性,以使所有的老人平等地享受“医养结合”社会养老服务的机会。但由于资源的有限性,在实践中应坚持需要优先原则,即坚持健康状况优先、兼顾弱势群体的特征。即优先考虑身体不健康,尤其是不能自理者,将其纳入公共服务之内,为其提供专业、廉价甚至无偿的服务。此外,也应兼顾“五保”、低保老人等弱势群体。

需要优先原则和普惠性原则并不矛盾,并且正是社会公平正义理念的体现,因为社会公正强调机会平等。普惠性强调“社会成员应当拥有相同的基本权利,社会成员的基本尊严应当得到一视同仁的保护,社会成员在融入社会生活以及寻求自身发展时应当得到无差别的基本平台”,^[16]这是“共享的机会平等”;但能否真正享受,则需要根据老人的身体健康需求,应满足一定条件,体现着需要优先原则——“差别的机会平等”。而“共享的机会平等”和“差别的机会平等”是社会公平正义应有之意。

3.3 分类分层原则

分类分层原则是指,在构建“医养结合”社会养老服务体系过程中,一方面需对老人进行分类,可按其健康状况或自理能力分为完全自理、半自理、不能自理三类;另一方面应对“医养结合”养老资源进行分层,实现有限养老资源的优化配置。坚持普惠性原则不等于一刀切,老人的身体健康状况不同、养老需求层次不同,所获得的“医养结合”养老资源的数量、种类和层次也应不同。

分类分层原则具有两个基本特征:一是健康状况优先、兼顾个体需求,二是以社会养老服务提供主体为依据。前者主要针对老人的分类。对老人进行分类时,坚持老人健康状况优先的原则,根据老人的

身体健康状况和对“医养结合”养老服务资源的需要予以分类,同时兼顾老人的个性化养老需求。后者主要是指对“医养结合”提供服务的主体进行分层,主要包括政府、企业、非营利组织、家庭及个人四个层次及提供的相应服务。

4 分类分层构建“医养结合”社会养老服务体系对策

4.1 老人的分类和社会养老资源的分层

4.1.1 老人的分类

依据老人身体健康程度,可以把老人分为完全自理(A)、半自理(B)、不能自理(C)三类;每类老人都可以有居家养老和机构养老两种方式,据此可将

老人养老方式分为六类,即 A1、A2、B1、B2、C1、C2。如表 1 所示。

表 1 老人的分类

自理能力	完全自理(A)		半自理(B)		不能自理(C)	
养老方式	居家	机构	居家	机构	居家	机构
选择	(A1)	(A2)	(B1)	(B2)	(C1)	(C2)

4.1.2 社会养老资源的分层

根据社会养老资源提供主体的不同,可将“医养结合”社会养老资源分为四个层次,如表 2 所示。

表 2 养老资源的分层

养老资源的提供主体	政府	企业	非营利组织	家庭及个人
养老资源内容	健康检查、门诊费用报销、护理补贴、无偿护理服务、社会养老保险提供、养老院及老人活动中心建设等。	养老院或老年活动中心建设、商业养老保险及长期护理保险提供等。	护理、生活照料、精神慰藉提供等。	经济支持、生活照料、精神慰藉提供等。

第一,政府提供的养老资源。主要有针对老人的健康检查;将门诊检查纳入医保;增建公办养老院和社区老年活动中心;增设家政服务岗位,为半自理和不能自理老人提供无偿服务或发放护理补贴等。

第二,企业提供的养老资源。主要包括建设民营养老院或老年活动中心;提供商业长期护理保险和商业养老保险,建设营利性老年活动中心等。

第三,非营利组织提供的养老资源。主要包括为居家养老的半自理和不能自理的老人提供护理、照顾、生活帮助等服务内容。非营利组织人员主要来自健康的老人、上班族、学生及其他社会人群,其

劳动时间计入时间银行,以为自己换取其他社会服务。

第四,家庭及个人提供的养老资源。家庭和老人个人也是养老资源的提供主体,主要提供经济支持、生活照料和精神慰藉等养老资源。

4.2 “医养结合”社会养老资源的多层次配置

老人健康、自理状况以及养老方式选择的不同,分配的社会养老资源也应有别,重点向 B、C 两类老人倾斜。

4.2.1 提倡 A 类老人居家养老,政府提供少量的养老服务

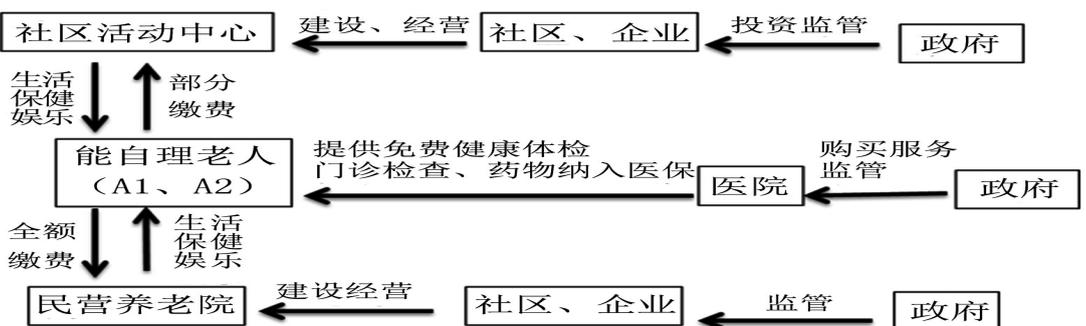


图 1 完全自理老人(A)“医养结合”社会养老服务资源的配置

提倡完全自理老人居家养老(A1),个人及其家庭承担养老所需的经济费用、生活照料和精神慰藉,尽量少占用或不占用社会养老资源。该部分老人可以享受政府购买的部分医疗服务,且服务次数及范围应有限定,超过规定的次数及范围的应由个人付费;患慢性病老人的门诊药物纳入医保报销范围。可在社区活动中心免费使用保健、娱乐设施,也可低价用餐。社区活动中心可以由社区投资兴办,或由

企业兴建运营,政府实施监管并对其免税,尽量降低活动中心的运营成本,即使企业盈利,又可减轻老年人的经济负担。

这部分老人如果选择机构养老(A2),只允许到民营机构,且政府无需对老人及民营养老机构进行补贴。

4.2.2 鼓励B类老人居家养老,给予较多政府购买的养老服务

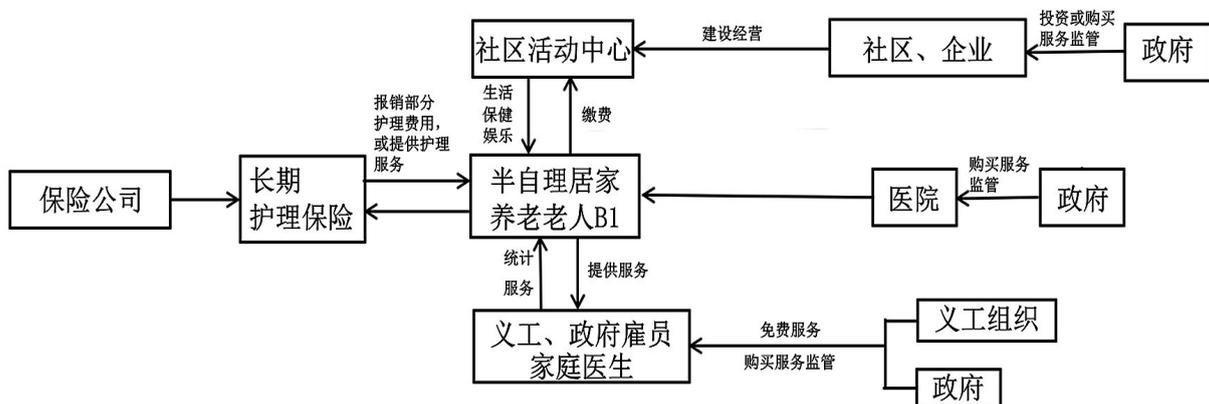


图2 半自理居家养老老人(B1)“医养结合”养老资源的配置

愿意居家养老的半自理老人(B1)享受的养老服务资源主要有四项:病情需要的门诊检查、药物治疗费用;住院期间及其日常在家中的护理费用由长期护理保险给付一定比例;享用社区活动中心提供的相关服务;每周有数次的义工服务和政府雇佣的

护理人员上门服务。义工及政府雇佣的护理人员分别由义工组织——时间银行和政府负责监管,向老人提供家政、日常医疗护理等服务。老人在享受服务的同时,负责记录义工和政府雇佣人员的工作时间和服务质量,并反馈给时间银行和相关部门。

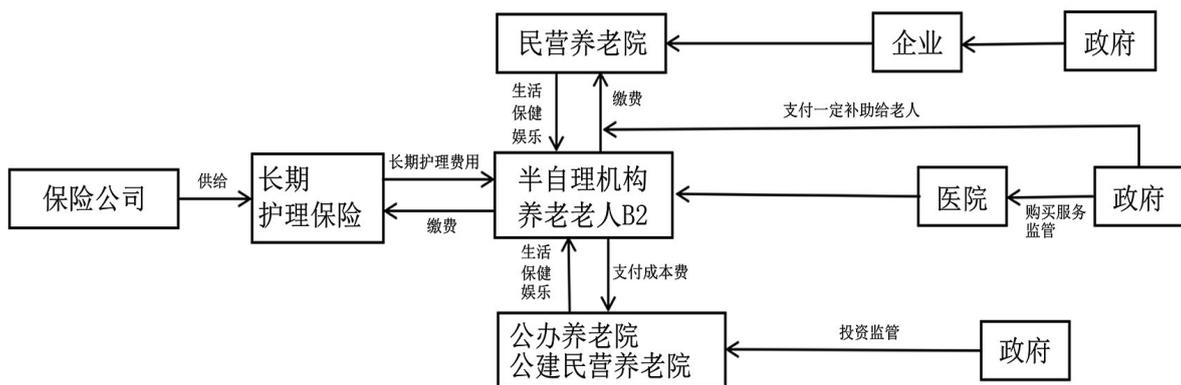


图3 半自理机构养老老人(B2)“医养结合”养老资源的配置

愿意到机构养老的半自理老人(B2),可以去公办养老院,或公建民营养老院,并支付一定成本。政府对公办养老院和公建民营养老院进行资助和监管。如果老人愿意去民营养老院,政府只需给予老

人一定的补贴,其他费用自己承担。该部分老人病情需要的门诊检查、药物治疗费用,以及住院费用纳入医保范围;住院期间及其日常在养老院中的护理费用由长期护理保险给付一定比例。

4.2.3 建议 C 类老人机构养老,政府给予补贴或提供免费服务

不能自理老人日常生活需要随时有人照顾和帮助,而子女有时难以实现全天候陪伴。而养老机构

有较齐全的养老、康复设备和专业的护理人员,许多老人在一起照顾也可以节约劳动力。所以建议不能自理老人入住养老机构,社会主义工组织免费向此类老人服务。

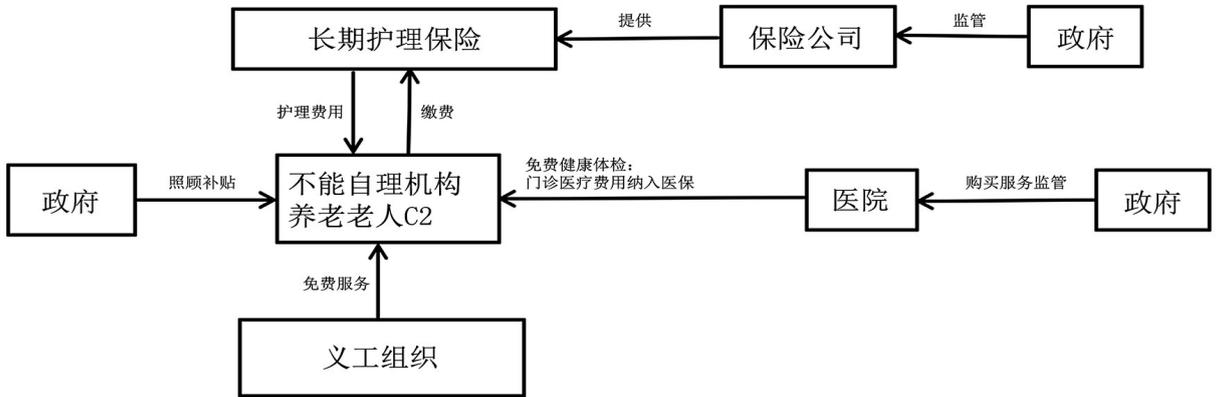


图4 不能自理居家养老老人(C1)“医养结合”养老资源的配置

不能自理的老人如果居家养老(C1),应分配相关的“医养结合”社会养老资源。对于在家养老的不能自理老人,其病情需要的门诊检查、药物治疗费用,以及住院费用纳入医保范围,并提高其报销比例;住院期间及其日常在家中养老的护理费用由长

期护理保险给付一定比例;每周有数次的义工服务和政府雇佣的护理人员上门服务;政府向其家庭发放照顾补贴,如果属于高龄老人,还应发放高龄补贴,如南京向照顾老人的子女每月发放300-400元的补贴,补贴额度根据老人自理能力情况决定。

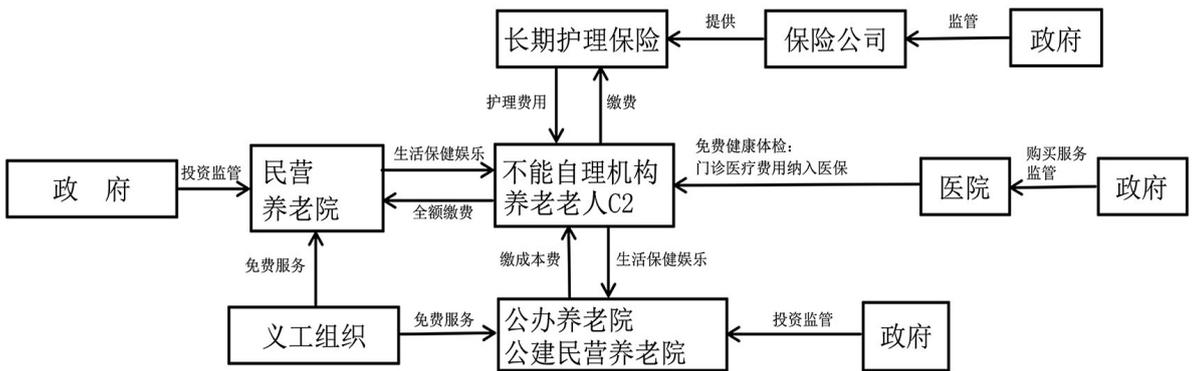


图5 不能自理机构养老老人(C2)“医养结合”养老资源的配置

建议不能自理愿意机构养老老人(C2)成本价入住公办养老院或公建民营养老院,如果老人想入住民建民营养老院,政府只给予一定数额的补贴,其他费用老人自己全部承担。此类老人享受病情需要的门诊检查、药物治疗费用,住院费用纳入医保范围,并提高其报销比例;住院期间及其日常在养老机构的护理费用由长期护理保险给付一定比例。

由于社会养老服务资源的有限性,基于中国人口众多的实际,全民免费的“医养结合”服务是不切

实际的,因此应根据老人健康状况实际,在对老人分类及选择不同养老方式基础上,给予有差别的社会服务资源,重点向B、C两类老人倾斜,这是“有差别的公平”,也是社会公正的体现。

参考文献

- [1] [6] 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):85-88.

- [2] 何敏,王艾青,李冬青,付平,黄晓璐. 医养结合养老服务实施“移动构架”模式的探讨[J]. 中国校医,2015(6):476-478.
- [3] [10]孙培航,焦明丽. 康正公共服务外包视角下民营医院参与医养结合模式的可行性分析[J]. 卫生软科学,2016(1):56-61.
- [4] 戴伟. 大健康理念下的“医养结合”模式[J]. 中国社会保障,2015(10):82-83.
- [5] “十三五”老龄事业规划出台鼓励发展多层次养老服务[EB/OL]央广网 http://www.xinhuanet.com/city/2017-03/29/c_129520968.htm.
- [7] 唐钧. 谨防“医养结合”陷阱[J]. 中国经济报告,2015(3):48.
- [8] 孙勃,蒋远. 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.
- [9] 王建云. “医养结合”养老服务模式下资源整合路径研究[J]. 老龄科学研究,2015(12):48-56.
- [11] 田珍都. “医养结合”的关键环节与对策建设[J]. 社会福利,2015(10):48-50.
- [12] 赵曼,韩丽. 长期护理保险制度的选择:一个研究综述[J]. 中国人口科学,2015(1).
- [13] 北京公办养老院单间每月仅 2250 元 入住排队要等 100 年[N]. 北京青年报,2013-10-13.
- [14] 价格太贵请不起 民营养老院难招北京本地医生[N]. 北京晚报,2016-02-02.
- [15] 秦旭芳,王默. 学前教育普惠政策的价值分析[J]. 教育研究,2011(12):28-35.
- [16] 吴忠民. 社会公正论[M]. 济南:山东人民出版社,2012:348.

Constructing Integration of Medical and Elderly Care Social Security Services System by Classification and Stratification

WANG Quanmei

(School of Business, Liaocheng University, Liaocheng Shandong province252059, China)

Abstract: To solve the social problem of aging, China has issued 30 important documents on medical-elderly care integration from 2013 to 2018. The Report delivered at the 19th National Congress of the Communist Party of China and Report on the Work of the Government in 2018 also proposed to develop integration of medical and elderly care. Besides, the Government Work Report of 2019 proposes building a multilevel aged-care social protection system. To carry out the plan, we should adhere to the principle of inclusiveness, need priority, and classification and stratification. Concretely, the aged are divided into six groups according to the differences in the health and supporting ways; medical-elderly care integration resources are divided into four kinds according to the different main bodies of endowment resources. Then social security system with generalized system of preferences, multi-level medical-elderly care integration is built up by pairing up the aged and the endowment resources.

Key words: classification and stratification; medical-elderly care integration; resources allocation