

· 社会福利 ·

中国医养结合实践的理性思考： 非均衡性与未来发展

杨翠迎

[摘要] 医养结合是提升养老服务质量、实现健康中国战略目标的重要举措之一。中国医养结合实践自 2016 年试点以来，各地积极推动、覆盖面不断拓宽、受益老人不断增多，但随着试点时间的推移，诸多弊端逐渐显露，区域发展的非均衡性、服务提供的不充分性以及老年人个体享有福利的不公平性日益加剧，与此同时，医养结合实践的非理性倾向也日益明显。这些问题的出现，既有实践诱因，也有政策因素。目前中国医养结合发展正处于国家试点向示范项目创建过渡阶段，亟需固本清源，尊重医养行业发展规律，促进医养结合有序理性发展；厘清现有供给主体功能，让医养回归本位，强化基层医疗卫生机构的基础平台作用，推动医养结合全面开展；强化需求导向原则，面向全体老年人并聚焦有需要的人，建立健全供给机制，确保人人享有基本服务，提高医养结合的公平性；完善配套体系，强化对薄弱地区的政策扶持力度，促进区域均衡发展，进而实现医养结合的高质量发展。

[关键词] 医养结合；均衡性；公平性；合理取向

一、引言

医养结合作为社会养老服务体系的重要内容，在区域发展上实现均衡，在人群及个体享有上实现公平，不仅是中国积极应对人口老龄化战略与实现健康中国战略的重要目标，也是体现中国式现代化的本质要求和实现共同富裕的根本目标。^①党和国家高度重视医养结合服务发展，先后发布多项重要政策文件及论述，明确提出要“实现医疗卫生和养老服务资源有序共享，基本形成覆盖城乡、规模适宜、功能合理、综合连续的医养结合服务网络”，^②“构建养老、孝老、

[作者简介] 杨翠迎，上海财经大学公共经济与管理学院社会保障研究中心主任、教授、博士生导师。主要研究方向：社会保障理论与政策、养老服务与老年保障。

[基金项目] 国家社科基金重大项目“我国医养结合优化模式筛选及推进医养结合全覆盖对策研究”（20&ZD114）。

① 郑功成：《共同富裕与社会保障的逻辑关系及福利中国建设实践》，《社会保障评论》2022 年第 6 期。

② 国务院办公厅：《关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见的通知》（国办发〔2015〕84 号），中国政府网：https://www.gov.cn/zhengce/content/2015-11/20/content_10328.htm，2015 年 11 月 20 日。

敬老政策体系和社会环境,推进医养结合”,^①“构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系”,^②形成“覆盖城乡、惠及全民、均衡合理、优质高效的养老服务供给”,“让老年人共享改革发展成果、安享幸福晚年”,^③要“推动实现全体老年人享有基本养老服务”^④等,以此不断引领和推进医养结合服务向高质量、规范化、均衡化及公平性方向迈进。习近平总书记特别强调“一个社会幸福不幸福,很重要的是看老年人幸福不幸福”。^⑤因此,让老年人有“获得感、幸福感、安全感”不仅是中国社会发展的总目标,更是老龄事业和医养结合服务发展的基本目标。郑功成教授指出,就中国目前的人口老龄化态势、医养护服务的刚性需求以及已有的养老服务基础,已迫切需要全面加快推进医疗卫生与养老服务业的有序发展。^⑥

所谓医养结合,是指将医疗卫生服务资源与养老服务资源进行整合,并根据老年人的需要进行有序对接,为老年人提供连续的、无缝衔接的养医康护临终关怀“五位一体”的服务。该政策推出的背景是基于中国面临日益加剧的人口老龄化、高龄化带来的养老和护理压力,远非传统的医养分割体制能够有效解决,加之新时代新型社会矛盾出现,老年人对美好晚年生活的需要不断加大,为此探索既能适应时代需求又能顺应医养服务业发展规律的新型养老服务供给模式势在必行。在此背景下,医养结合不仅成为养老服务体系的基本内涵,也是社会养老服务发展的重要内容,更是新时代社会保障高质量发展的体现。医养结合自2016年国家启动试点至今历时7年,已经成为人人向往的民心工程,成为政府为老百姓办实事的重要项目,成为中国公共服务高质量发展的重要组成部分,更是衡量面向老年人的共同富裕目标实现程度的重要指标。^⑦为此,本文在回顾和总结中国医养结合发展进程及实践特征的基础上,结合笔者在全国各地的调研,着重从区域发展的均衡性、服务提供的充分性及老年人个体获得福利服务的公平性角度,对中国医养结合试点、实践及探索问题进行客观讨论,并提出个人思考,希望对推进和提升中国医养结合实践提供政策参考。

二、中国医养结合实践及其特征

(一) 从单个试点单位到区域性示范项目的创建,医养结合覆盖面逐渐拓宽

中国医养结合实践,早在探索和形成以居家为基础、社区为依托、机构为补充的社会养老

① 习近平:《决胜全面建成小康社会 夺取新时代中国特色社会主义伟大胜利——在中国共产党第十九次全国代表大会上的报告》,中国政府网:https://www.gov.cn/zhuanqi/2017-10/27/content_5234876.htm,2017年10月18日。

② 《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》,中国政府网:https://www.gov.cn/xinwen/2021-03/13/content_5592681.htm,2021年3月13日。

③ 国务院:《关于印发“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划的通知》(国发〔2021〕35号),中国政府网:https://www.gov.cn/zhengce/content/2022-02/21/content_5674844.htm,2022年2月21日。

④ 习近平:《高举中国特色社会主义伟大旗帜 为全面建设社会主义现代化国家而团结奋斗——在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告》,求是网:http://www.qstheory.cn/yaowen/2022-10/25/c_1129079926.htm,2022年10月25日。

⑤ 新华社:《习近平春节前夕视频连线看望慰问基层干部群众》,中国政府网:https://www.gov.cn/xinwen/2023-01/18/content_5737809.htm,2023年1月18日。

⑥ 参见郑功成教授在“医养结合发展学术论坛:医养结合的服务模式与体系发展”上的讲话,中国社会保障学会医疗保障专委会、中国社会保障学会养老服务分会主办,广州,2023年3月30日。

⑦ 郭林:《持续推进中国特色社会保障理论与政策研究——中国社会保障研究动态(2022年)》,《社会保障评论》2023年第1期。

服务体系实践过程中，就零星出现在一些地区，如北京、上海、浙江、江苏等地。国家官方文件首次提出“医养结合”概念是在国务院《关于加快发展养老服务业的若干意见》（国发〔2013〕35号），其明确提出“积极推进医疗卫生与养老服务相结合”，并强调“促进医疗卫生资源进入养老机构、社区和居民家庭；支持有条件的养老机构设置医疗机构；有条件的二级以上综合医院应当开设老年病科；探索医疗机构与养老机构合作新模式”以“推动医养融合发展”。之后，国家接连发文助推医养结合服务的开展，特别是从2016年开始，以医养结合为核心的三大试点项目在全国启动。2016年6月，由原国家卫生计生委和民政部联合分两批发布一共90个试点单位推行医养结合国家试点，旨在探索医养资源融合路径，为老年人搭建医养护连续服务供给平台；同年6月由人力资源和社会保障部发起在全国15个城市试点长期护理保险，^①旨在为医养护服务费用支付探寻解决之道；同年11月，由民政部联合财政部牵头在全国开启居家社区养老服务改革试点，先后分5批累计在203个市（区）探索建立具有复合功能的居家社区养老服务供给体系，为医养结合服务搭建基础平台。由此，医养结合试点成为养老服务高质量发展的外在动力，其他两项试点旨在助推医养结合服务试点的顺利开展。^②2022年，在医养结合国家试点的基础上，国家卫生健康委牵头组织开展医养结合示范项目创建工作，通过创建全国医养结合示范省（区、市）、示范县（市、区）和示范机构，^③引导鼓励各地深入推进医养结合工作。从试点工作的启动到示范项目的创建，使得医养结合政策不断深化，试点区域及其覆盖面也在不断扩展。与此同时，受试点地区经验的传导、辐射和带动，一些非试点地区也纷纷加入到自行探索行列，目前全国已有一定的发展规模。

（二）医养结合实践模式多样，为全国推广模式的选择奠定了基础

从各地的实践来看，呈现出了多样化的医养结合模式。常见的有三种类型九种基本模式。即按照资源配置取向，可以划分为医疗卫生服务资源嵌入养老服务体系（简称“养中有医”）、养老服务资源嵌入医疗卫生服务体系（简称“医中有养”）、医疗卫生服务资源与养老服务资源融合建设（简称“医养共体”）三大类型。其中，“养中有医”类型，是指在居家、社区及机构养老服务体系中增加医康护服务，为老年人在日常养老的场所提供基本的医疗健康与护理服务，这种类型又有5种基本模式，包括养老机构内设医疗机构、养老机构与医疗机构邻近设置、养老机构与医疗机构签约、社区居家老人签约家庭医生、互联网+医养结合服务等。“医中有养”类型，是指在医疗卫生服务机构中增加养老服务元素，为老年人在医疗康复过程中提供基本的养老服务，此种类型又有3种基本模式，包括医疗机构内设老年病科、医疗机构内置养老护理床位、医疗机构内建养护机构等。“医养共体”类型，是指养老服务机构和医疗卫生服务机构在同一地址一体化设置，形成大型的医养综合体，为老年人实现养老、医疗、护理一条龙服务，此种类型为独立模式，常出现在新建社区综合体中。以上三种类型9种模式为各地探索的基本模式，在实践中，大多数采取混合模式，也有不少地方化、个性化的创新模式。这些模式各有其优缺点，其为探寻面向全国推广的适宜模式奠定了选择基础。

① 2020年9月该试点扩大到49个城市。

② 杨翠迎、刘玉萍：《养老服务高质量发展的内涵诠释与前瞻性思考》，《社会保障评论》2021年第4期。

③ 国家卫生健康委员会：《关于印发医养结合示范项目工作方案的通知》（国卫老龄发〔2022〕14号），国家卫生健康委员会官网：<http://www.nhc.gov.cn/ljks/pqt/202204/9f036732a5aa4ebba55afdfc3aba9d0e.shtml>，2022年4月27日。

（三）多主体积极参与服务供给，发展医养结合已成共识

随着试点的推进及医养结合政策的深化，社会各界对医养结合服务有了高度认知，特别是多个主体积极参与服务供给，极大地促进了医养结合的发展。^①一是各地政府部门积极出台政策并大力推进政策落地。医养结合涉及多个政府管理部门，其中最为突出的是民政、卫生健康委、国家医疗保障部门。民政部门是各省市养老服务的主管部门，负责养老机构及相关服务组织的审批、管理以及养老服务的开展；卫生健康委部门是医疗卫生服务的主管部门，负责医疗机构的审批和医疗服务的监管，也是医养结合政策的主要制定部门；国家医疗保障部门负责基本医疗保险和长期护理保险支付及基金的平衡。医养结合的推进需要以上三部门之间的配合与协同，虽然三者由于行政职能和部门壁垒等原因，^②会出现一定的摩擦，但在医养结合服务目标上是一致的，即“办好医养结合，为老年人解决实际问题”，为此也达成了协同推进的共识。二是服务供给主体积极践行并勇于探索。医养结合服务实践中，政府只是引擎，而真正的实施和规模化开展主要依赖社会主体的动能和持续加力。无论是医养结合试点单位，还是非试点地区，对医养结合的开展都有极大的热情和投入。不少试点单位大胆探索和积极创新，不仅形成了各具特色的本土化医养结合模式，而且不断优化和提升服务供给方式和内涵，比如上海市的托管模式、郑州市的联建模式、昆明市的医疗机构嵌入模式等。部分非试点地区，结合自身资源条件，竭力探索，尽可能地为特别需要的老年人提供基本服务，如开封市的“养办医”模式和玉溪市的“医办养”模式。与此同时，不少服务提供机构也在积极探索高效的服务提供模式。目前医养结合机构的性质大体有公办、公建民营、民营三种类型，形成的医养结合服务设施类型多样，且各种设施均有自己的功能定位和收住对象要求，比如内设医疗机构的养老机构，其主要为失能等级较高的老年人提供以养为主的医养结合服务；社区日间照料机构主要通过社区卫生服务机构签约的形式为入托老人提供服务；社区卫生服务机构，作为医疗机构，面向辖区社区居民提供除了门诊服务外，再通过家庭医生签约或者建立家庭病床的方式为居家老年人提供服务。此外，几乎所有的市场化大型养老服务企业都能够提供丰富多样的医养结合服务，为不同需求的老年人提供个性化选择。三是家庭成员的认知度增强，也乐于参与和配合。中国老龄规模巨大，养老护理员的数量远远满足不了老年人的需求，家庭成员无论是提供非正式照护，还是配合家庭医生签约，都有极大的认识和行动。^③部分地区开展的家庭病床及家庭照护床位，也得到了家庭成员的认可。四是其他社会力量的积极参与。不少社会公益组织通过与医养结合机构结对提供志愿服务，给予老年人更多关爱和照顾，也有通过志愿帮扶，为居家失能老年人的家属提供喘息服务。总之，社会各界对开展医养结合的认知已达共识，并且积极参与到医养结合服务供给的实践之中。

（四）由事业主导向事业产业协同发展转型，医养康养业态基本形成

长期以来，中国养老服务业主要以民政系统主管的养老事业为主导，市场化的产业份额极其不足，市场化的医养结合产业更是稀少。自党的十八大倡导内涵式发展理念以来，中国的养老服务业开始加大了市场化供给力度，特别是2016年推行的医养结合试点、健康中国建设及党的

① 谢微、于跃：《我国医养结合养老模式合作机制构建及其优化路径研究》，《行政论坛》2022年第6期。

② 黄健元等：《我国养老服务体系发展：从医养结合到整合照护》，《中州学刊》2020年第11期。

③ 龙玉其：《家庭视角下我国养老保障政策的反思与重塑》，《社会保障评论》2022年第6期。

十九大提出的高质量发展战略，让中国的养老事业出现了转型，逐渐转向养老事业和康养产业并重发展，甚至在向协同发展迈进。在此背景下，医养结合必然出现同步转型，不仅要不断扩大覆盖面，确保基本服务供给，同时也要不断提升服务能级，促使老年人享有的服务由“有没有”向“好不好”和“优不优”转变，切实让老年人有获得感和幸福感，而这一切的实现，必然需要养老事业与康养产业协同发展，需要政府、市场及个人多元主体的强力合作。事实上，党和政府高度重视医养康养产业体系的建立，^①多次发布利好政策，如中共十九届四中全会公报提出“医养康养相结合”，首次呼吁在养老领域实现医、康、养事业和产业的多元融合及协调发展，倡导走内涵式发展道路；又如国家“十四五”老龄事业发展规划也明确提出要“大力发展银发经济，推动老龄事业与产业、基本公共服务与多样化服务协调发展，努力满足老年人多层次多样化需求”，并且提出通过政策激励吸引市场资本的进入，促进医康养事业和产业协调发展。与此同时，随着经济水平和人们生活水平的显著提高，老年人的消费观念发生了较大转变，主动寻求个性化、高质量的健康养老服务愿望越来越迫切，从而进一步加快了医养康养产业的发展，促进了事业、产业合作发展态势的形成。总之，老年人的需求、政策的引导、社会资本的介入共同助推了医康养服务业由传统的单一养老服务事业向养生、医疗、文化、体育、旅游等诸多产业的延伸，构筑了良好的医康养融合发展业态，为老年人所需的丰富多样的医康养产品提供了产业基础。

三、中国医养结合实践面临的非均衡、不充分及不公平困境

中国医养结合从概念的提出，到国家试点的启动，再到各地的深入实践与探索，直至国家示范项目的创建，医养结合政策推陈出新，服务能力不断增强，受益老人不断增加。但是，中国医养结合实践目前仍处于试点阶段，全国绝大多数地区尚未开展，即使部分非试点地区自行探索，也存在进度不统一、实践模式多样、探索成本高、保障水平差异大、实施效果不尽如人意等问题，而产生这些问题的根源源于试点期限过长与政策缺陷双重原因加持下出现的区域发展的不均衡、服务项目提供的不充分和老年人个体享有的福利服务不公平所引致。

（一）区域发展的非均衡性：试点地区与非试点地区存在鲜明差距

中国医养结合实践源于国家启动的试点，而试点时间过长，不仅使试点工作的诸多弊端逐渐显露，也日益加重并累积成严重的非均衡发展态势。

1. 自由申报与地方政府推荐的试点单位确立机制，虽然选出了综合条件好的地区，却也排斥了薄弱地区进入国家试点的机会，无形中拉大了试点与非试点地区的差距

医养结合国家试点单位的确立流程分为两步，首先由地方政府自行申报与推荐，之后原国家卫生计生委和民政部根据申报情况，并结合当地老龄化水平、医养结合基础条件等由专家评估确定试点地区。^②因此，能否被确立为国家级医养结合试点单位，首先取决于地市政府是否申报和省级政府是否推荐，而地市政府是否参与申报，原因较为复杂，但主要受以下三方面因

^① 王莉莉：《健康战略背景下我国医养结合政策新进展》，《兰州学刊》2021年第12期。

^② 国家卫生计生委办公厅、民政部办公厅：《关于遴选国家级医养结合试点单位的通知》（国卫办家庭发〔2016〕511号），中国社会福利与养老服务协会：<https://www.caswss.org.cn/guoneiyaoxun/13747.html>，2016年5月20日。

素影响。一是当地政府领导者的管理理念，即是否有意愿参与申报。领导者的管理理念往往决定一个地区一段时间内的发展方向，如果领导者更加重视经济发展，那么政策和资金会偏向对产业和企业的扶持；如果领导者更加重视民生，那么对于公共服务的投入将会更大。医养结合试点单位的申报也是如此，领导者对于当地养老服务发展越重视，相关工作人员对于医养结合试点申报的主观能动性也会越高。二是当地的老龄化水平，即是否迫切地需要医养结合服务。养老服务是公共服务重要的内容之一，老年人的需求是影响服务供给的最直接因素。老龄化程度越高的地区，当地政府面临的压力相对较大，因此，会更加积极主动地去申报医养结合试点，旨在希望通过试点来推动当地养老服务的发展，更好满足老年人的需求。三是当地的经济水平，即是否有财力开展试点。医养结合的探索是系统工程，需要投入大量的人财物予以实践，因此对于国家级医养结合试点申报的主动性也取决于当地的经济水平。加之，成为国家级医养结合试点单位，需要面临国家卫生健康委和民政部的监督与考核，如果自身养老服务基础条件较差、经济发展水平较为落后，完成考核的压力也会更大，基于此，经济较为落后的地区对申报国家级医养结合试点单位的信心不足。

结合现实情况，东部地区城市和欠发达地区的省会城市往往更符合上述三个条件，其申报试点单位的积极性会更高。事实上，2016年国家发布的90个国家试点单位更多地集中在条件比较好的地区，其中有38个试点单位为省会城市、直辖市及计划单列市，占比达42.22%（参见表1）。如果按照试点单位的省份归属划分，有25个省份的省会城市是试点城市。

表1 中国医养结合90个国家试点单位分布情况

区域	省份	医养结合试点单位		省会城市、直辖市、计划单列市数量
		第一批（2016年6月）	第二批（2016年9月）	
东部地区	北京市	东城区*、海淀区*	朝阳区*	20
	上海市	徐汇区*、普陀区*	松江区*	
	天津市	-	南开区*、津南区*、北辰区*	
	河北省	石家庄市*、邯郸市	邢台市、保定市	
	辽宁省	沈阳市*、大连市*	辽阳市	
	江苏省	苏州市、南通市	南京市*	
	浙江省	杭州市*、嘉兴市	温州市	
	福建省	厦门市*、三明市	漳州市	
	山东省	青岛市*、烟台市	威海市	
	广东省	东莞市、江门市	广州市*、深圳市*	
	广西壮族自治区	南宁市*、贺州市	百色市	
	海南省	-	海口市*、三亚市、儋州市	

区域	省份	医养结合试点单位		省会城市、直辖市市区和计划单列市数量
		第一批（2016年6月）	第二批（2016年9月）	
中部地区	河南省	郑州市*、洛阳市	濮阳市	8
	湖北省	咸宁市、随州市	-	
	湖南省	长沙市*、湘潭市	岳阳市	
	山西省	太原市*、大同市	吕梁市	
	内蒙古自治区	呼和浩特市*、鄂尔多斯市	乌海市	
	安徽省	池州市、芜湖市	合肥市*	
	江西省	南昌市*、赣州市	抚州市	
	黑龙江省	哈尔滨市*、齐齐哈尔市	伊春市	
	吉林省	-	长春市*、公主岭市、梅河口市	
西部地区	重庆市	九龙坡区*、垫江县*	沙坪坝区*	10
	四川省	雅安市、攀枝花市	德阳市、广元市	
	贵州省	贵阳市*、铜仁市	遵义市	
	陕西省	安康市、铜川市	西安市*	
	甘肃省	兰州市*、庆阳市	陇南市	
	青海省	西宁市*、海东市	海南州	
	云南省	-	昆明市*、曲靖市、西双版纳州	
	新疆维吾尔自治区	乌鲁木齐市*、克拉玛依市	巴音郭楞蒙古自治州	
	宁夏回族自治区	-	银川市*	
合计	30	50	40	38

注：“*”为省会城市、直辖市（区）和计划单列城市；“-”为当年未有市（区）进入试点名单。

2. 试点地区财力投入更大，投入的不平衡性进一步加剧了试点与非试点地区发展的非均衡性

国家级医养结合试点单位的确立会带来财政效应，当确立为试点单位后，试点单位所在政府会加大对试点地区医养结合的资金投入和相关政策倾斜，从而会让好的地方更好。以上海市为例，2014年启动医养结合工作，2015年在全市开展，但是2016年徐汇区、普陀区、松江区先后被确立为国家级医养结合试点单位，以此为契机，上海市面向全市深入开展，并加大对医养结合的专项资金支持（如表2所示），截至2017年底，上海市出台市级财政政策支持养老服务发展的文件30个，其中关于医养结合的文件就有6个，涉及“医养结合”补贴事项达10余项。^①除了试点地区本身财政的投入外，上级单位也会予以补贴，如新疆维吾尔自治区2022年向乌鲁木齐市等地拨付中央专项彩票公益金2000万元，用于乡镇社区医养结合服务设施的

^① 杨翠迎等：《我国养老服务发展中的财政政策困境及改进建议——来自上海市的实践与探索》，《陕西师范大学学报（哲学社会科学版）》2018年第5期。

建设。^①相比较而言,非试点地区本身资源相对欠缺,加之没有专项资金的支持,其发展必然滞后,随着试点时间的延长,和试点地区的差距会越来越拉大。

表2 上海全市市级老龄事业财政资金投入情况(万元)

项目类别	2014年	2015年	2016年
机构养老	125751.3	152424.1	195905.0
社区居家养老	82893.8	100048.9	116068.3
医养结合	30791.1	24037.8	26136.3
综合为老服务	59969.3	71261.7	60041.5
合计	299405.5	347772.5	398151.1

资料来源:杨翠迎等:《我国养老服务发展中的财政政策困境及改进建议——来自上海市的实践与探索》,《陕西师范大学学报(哲学社会科学版)》2018年第5期。

3. 试点地区基本实现了医养结合服务的全覆盖,绝大多数非试点地区尚未实质性开展

由于试点地区政府的重视、财政的大力支持以及试点单位的积极努力,几乎所有试点单位都基本实现了医养结合区域全覆盖,试点地区的老人也较早地享受到了试点带来的实惠。比如云南省昆明市在2016年被列为国家级医养结合试点单位、2020年又被列为新增的长期护理保险试点城市,截至2020年12月,其建设的医养结合机构达35家,^②总床位数达12520张,其中医疗床位为2343张;全市一级以上医疗机构全部向老年人开通绿色就医通道,建立老年病科和老年康复科等涉及老年医学的医疗机构达90余家;95%的养老机构能以不同形式为入住老人提供基本医疗卫生服务,家庭医生对65岁及以上老年人签约率达85.68%。^③而同省份的玉溪市,既不是医养结合试点单位,也不是长期护理保险试点城市,虽然自身也在积极探索医养结合,但受制于财政压力和医养结合服务支付压力,其医养结合发展十分缓慢,建设规模较小,截至2023年5月,玉溪市运营的养老机构有53家,医养结合机构仅有6家,设有医疗床位354张,^④和昆明市的差距较大。2019年,国家卫生健康委出台了《老年健康与医养结合服务管理工作规范》,^⑤但是该规范仅限于基层医疗机构面向65岁以上老年人在社区服务层面的医养结合服务,有较大的局限性。目前全国绝大多数城市乃至农村地区,尚未实质性开展,要实现医养结合在全国的均衡发展,还有很长的路要走。

(二) 服务提供的不充分性:各地医养结合服务项目及内容供给参差不齐

医养结合试点及其发展的地方化、区域化必然带来服务项目供给的差异化,进而出现服务提供的不平衡性及不充分性问题。

① 民政部、国家卫生健康委员会:《关于推广医养结合试点工作典型经验的通知》(国卫办老龄发〔2023〕3号),中国政府网:https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2023-03/17/content_5747306.htm,2023年3月14日。

② 一个机构同时持有养老机构许可证和医疗机构许可证。

③ 昆明市医疗保障局:《关于昆明市第十三届政协五次会议第135411号提案答复的函》,昆明市医疗保障局官网:<https://ybj.km.gov.cn/c/2021-07-13/4001191.shtml>,2021年7月13日。

④ 玉溪市人民政府:《健康云南行动玉溪考核排名全省第一》,玉溪市人民政府网:<http://www.yuxi.gov.cn/yxswdtsy/20230508/1443208.html>,2023年5月8日。

⑤ 国家卫生健康委员会:《关于做好2019年基本公共卫生服务项目工作的通知》(国卫基层发〔2019〕52号),国家卫生健康委员会官网:<http://www.nhc.gov.cn/jws/s7881/201909/83012210b4564f26a163408599072379.shtml>,2019年9月4日。

1. 医养结合服务项目类型在试点地区与非试点地区有较大差别，非试点地区以“医办养”为主，提供的服务非常有限

在医养结合试点地区的带动下，不少非试点地区也在开展自行探索，但由于试点地区有国家的支持、上级政府财政的倾斜、试点地区财政的大力投入，其医养结合实施面宽、类型模式多样、服务方式灵活，所能提供的服务内容也较为齐全，基本包括居家老人的家庭医生签约服务、慢性病管理服务、健康管理服务、家庭病床服务；基层医疗卫生机构为机构类入住老人提供的上门巡诊及健康管理服务；规模较大的养老机构入住老人享有的基本中西医诊疗服务、康复护理服务、健康管理服务；社区居家及机构老人享有转诊二、三级医院的绿色通道服务，等等。而非试点地区由于其开展的医养结合模式较为单一，大多数地区以医办养为主，缺乏养办医的拓展，因此为老年人提供的医养结合服务内容也相对稀缺。比如，在昆明市和玉溪市的医养结合服务供给中，昆明市的医养结合服务项目要多于玉溪市，特别是在养办医服务供给方面，两者差距显著（参见图1）；而在多项医疗服务提供方面，如代配药煎药服务、慢性病管理服务、转诊挂号等，两者相近甚至玉溪市还要略高于昆明市（参见图2），呈现出非试点地区的医养结合服务更多为“医办养”特征。

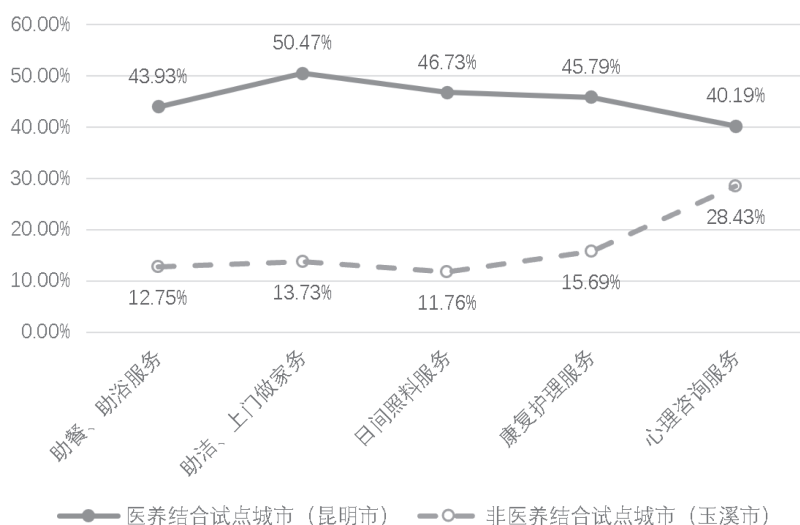


图1 昆明市和玉溪市养老服务供给比较

资料来源：图中原始数据来源于笔者主持的国家社科基金重大项目课题组的随机问卷调查。

大多数非试点地区的医养结合模式之所以出现“医办养”特征，主要原因在于：一是医疗机构的业务拓展需要及自身利益导向。在中国的分级诊疗缺乏制度约束的背景下，人们看病更多的是直接到大医院或者三级医院治疗，二级医院和基层医疗卫生机构通常出现门诊量不足而导致大量医疗资源闲置。为了改变现状，不少一、二级医疗机构开始转型，拓展养护服务，以此提高医疗机构的运转及其收益水平。二是一些偏远地区的经济发展水平有限，再加上公众对入住养老机构的传统观念偏误，使得当地的养老服务设施建设落后且床位资源不足，多数地区只建有保基本的敬老院、养老院，而且这些养老机构通常没有能力建设内设医疗机构，因此在经济薄弱地区的养老机构内设医疗机构的情形并不多见。对于这些地区一些有限的医养结合需求，就自然而然地由当地的基层医疗机构承担。事实上，在经济落后地区，由基层医疗机构开

展医养结合服务的确能够节省成本，一定程度上可以弥补当地敬老院、养老院医疗服务功能的缺失。三是承担部分社会责任。老龄化是全社会普遍的问题，基层医疗机构作为公共服务机构的重要组成部分，有责任和义务承担部分社会责任。但是“医办养”模式是以医疗机构为供给主体，而医疗机构属于医疗卫生服务体系，其主要功能是医疗救治，因此其能提供的养老服务非常有限，能够覆盖到的老人也非常少。

总而言之，试点地区的医养结合模式多样，服务项目相对完善，而非试点地区的养老服务体系缺乏医疗服务嵌入，医养结合的开展主要以医疗机构为主，提供的服务也更偏医，覆盖到的老人具有局限性。

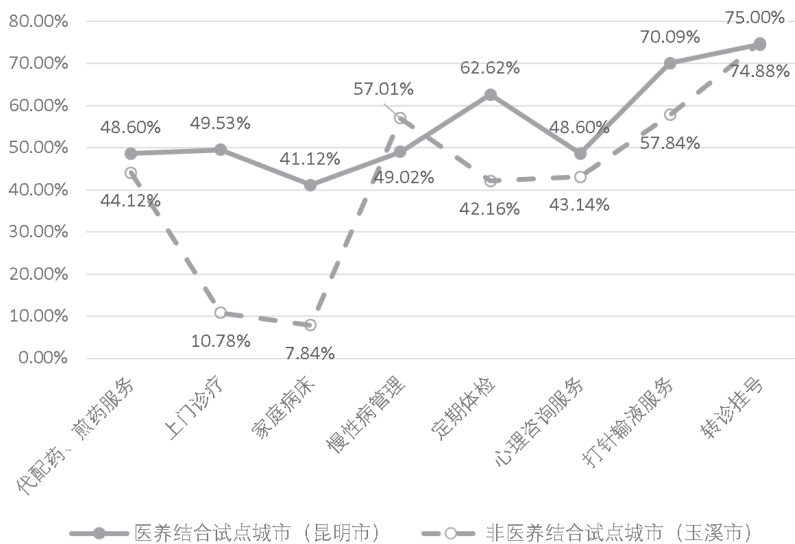


图2 昆明市和玉溪市医疗服务供给比较

资料来源：图中原始数据来源于笔者主持的国家社科基金重大项目课题组的随机问卷调查。

2. 试点地区有较大的自主性，项目的自主选择必然带来服务开展的不平衡性

目前医养结合试点由地方自行探索，缺乏国家层面统一的规范和标准，这就导致即使同为试点地区，由于选择模式的不同、服务方式的不同，甚至服务地点的不同，医养结合建设的成本、服务项目及服务质量亦有所差异，进而带来医养结合发展的不平衡性。下面以四种常见的医养结合服务模式及其服务内容为例，进行服务成本、数量及质量的比较（参见图3）。一是“社区居家+家庭医生”模式，为最普遍的实践模式，也是覆盖老年人数最多的模式，是指基层医疗卫生机构通过家庭医生签约的方式为辖区内社区居家老年人提供医养结合服务。由于家庭医生签约通常是一对多签约，比如上海市规定原则上每位家庭医生签约人数不超过2000人，其中重点人群不超过1000人，^①签约人数众多，家庭医生通常都是超负荷工作，其为签约老人能够提供的医养结合服务非常有限。在实践中，基层社区卫生服务机构与辖区内的养老机构签约也很普遍。同样的，也因为家庭医生短缺，养老机构能够享受的签约服务大都以健康管理为主。目前该种模式下的医养结合服务依然以养为主，老年人能否真正享受服务，更多地取决于个人

^① 上海市卫生健康委员会：《关于印发上海市家庭医生签约服务规范（2020版）的通知》，上海市卫健委官网：<http://www.wsjkw.sh.gov.cn>，2020年5月29日。

的选择。二是“养老机构+医务室”模式，是当前养老机构内设医疗机构的典型模式，其是指在养老机构中内设医务室、卫生室、护理站等医疗机构，为养老机构住养老人提供基本医疗、健康管理等服务。如果内设的医疗机构符合医保资质，老人在医保联网的内设医疗机构看病还可享受门诊医保。该种模式下的医养结合服务虽然比第一种模式较为专业、服务质量较高，但是其建设成本高、运行效率差。三是“养老机构+护理院”模式，为养老机构内设医疗机构较为高级的一种模式，是指在养老院同址或毗邻设置护理院。由于护理院属于医疗机构，相关科室的设置、服务的要求均完全按照医疗体系标准进行配置，科室较为齐全、服务种类多样，能够提供较全面的中西医治疗、卫生、保健服务以及医疗护理床位服务，因此服务项目和服务质量均比前两种模式更高更优，但是其建设成本更高、管理问题更大。另外，虽然护理院是由养老机构设置的，但是由于养老机构属于民政体系，护理院属于卫健委体系，即使设在同一个院内，二者提供的服务内容、费用支付方式以及享受的待遇大相径庭。养老机构的养老床位提供的服务更多以养为主，享受到的服务主要是日常生活照料，而护理院的护理床位提供的服务以医为主，服务会更加偏向医疗康复救治，因而在支付方式上，入住养老床位的老人可以享受长护险支付，入住护理床位的老人可以享受医保支付。四是“医疗机构+养护院”模式，属于典型的“医办养”类型，其是指具有独立法人资格的一级、二级医疗机构设立养老护理床位或养老护理机构，其医疗服务专业性强，提供的医养结合服务以医为主，能够提供全套的中西医治疗、卫生、保健服务。该种模式为医养结合服务中项目最全、质量最优、且最受老年人及家属欢迎，但是其最大的缺陷是，受医疗资源的制约，能够惠及的老年人非常有限，而且会削弱医院的医疗救治功能。以上四种模式，提供医养结合服务的项目数量越来越多、服务质量越来越高，但是能够覆盖的老年人数量却越来越少、服务提供的成本也越来越高。此外，由于医疗服务和养老服务两者所属的管理部门的不同，其标准要求也不同，通常会存在即使同一试点地区的不同服务区域，老年人所享受的服务内容和服务质量也会存在一定的差异。

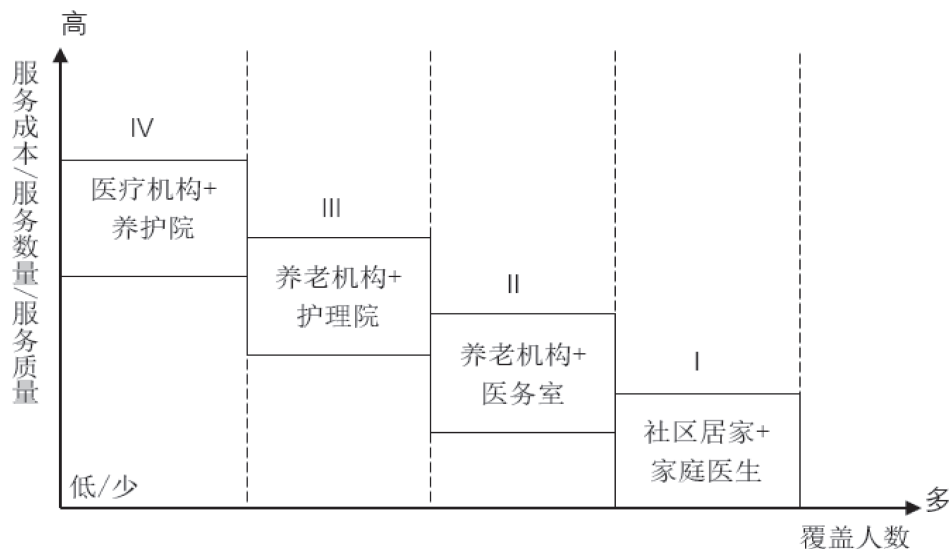


图3 不同医养结合模式的服务成本、服务数量、服务质量及覆盖人数的比较

（三）个人福利的不公平性：个体间享有的支付体系及待遇差异，随着试点时长的拉大而加剧

医养结合除了服务本身外，还涉及多种支付政策，包括基本医疗保险、长期护理保险、养老服务补贴、高龄津贴等。医养结合试点初期，国家提出“健全医疗保险机制”“对于养老机构内设的医疗机构，符合城镇职工（居民）基本医疗保险和新型农村合作医疗定点条件的，可申请纳入定点范围，入住的参保老年人按规定享受相应待遇”，并“鼓励老年人投保健康保险、长期护理保险、意外伤害保险等人身保险产品”。^①但从各地实践来看，尚未有明确且统一的全国性支付方案，各地对老年人医养结合服务的支付方式、补贴项目、补贴标准也各不相同，进而导致老年人享有的医养结合服务个体福利存在极大的不公平性，且这种不公平程度随着试点时间的延长而加剧。

基本医疗保险是医养结合服务最主要的支付制度，其能够为医养结合机构老人提供基本的门诊费用报销，为养护院和护理院的老人提供医疗及床位服务的支付。由于养老服务体系中的“医疗”及“医保”还涉及医疗执业资质和执业规范的问题，因此不同的医养结合服务模式享有的医疗服务及医保支付政策有所不同，相应的保险保障范围和待遇水平也有所差异。从各地实践来看，对于“医中有养”和“医养共体”类型下的医养结合服务，老年人可以享有医保目录范围内的中西医医疗服务、健康服务及必要的康复护理床位服务等费用报销。而对于“养中有医”类型的医养结合服务，能否享受基本的医保报销，完全取决于具体的医养结合模式。在社区居家医养结合服务中，主要通过签约的家庭医生提供必要的医疗及健康服务，其可以通过社区医疗机构的门诊进行医保结算；建有家庭病床的居家老人，可以享受医生上门开展的医疗服务费用报销。在养老机构医养结合服务中，通常分为两大类型，一是内设医务室、卫生室或者护理站的养老机构，且具有医保资质的，其入住的老年人可以享有门诊医保结算，但是对于只有内设医疗机构却没有医保资质的养老机构的老人，不能享有医保结算，目前国内设医疗机构的养老机构中享有医保结算资质的机构并不多；二是内设护理院的养老机构，且入住在护理院床位上的老人，能够享有医保目录内的基本医疗服务、健康服务和相应的床位服务费用报销，但是对于入住同一家养老机构中的养老床位上的老人，其医疗服务只能享受必要的门诊服务及门诊医保结算。由此可见，不同的医养结合方式带给老年人的个体福利待遇是完全不同的。

长期护理保险是医养结合支付体系中的另一重要组成部分，其为解决失能老年人长期照护服务费用支付问题被提出。目前国家在49个城市进行试点，试点城市通常用长护险为中、重度失能老人的生活照料服务及与之紧密相关的医疗护理服务提供支付支持，对于那些同时开展医养结合服务的地区，长护险自然成为医养结合服务中与医保同等重要的支付政策。虽然长护险和医养结合都为国家试点项目，但是由于各自主管单位的不同，两个项目的试点单位不完全

^① 国务院：《关于加快发展养老服务业的若干意见》（国发〔2013〕35号），中国政府网：https://www.gov.cn/zhengce/content/2013-09/13/content_7213.htm，2013年9月13日。

一致，目前只有 19 个城市为“双试点”地区。^①对于“双试点”地区的老年人，不仅能享受基本的医养结合服务，而且能享受长护险带来的质优价廉的服务。对于部分只有医养结合试点资格的地区来说，虽然有医养结合服务的供给，但会因为缺少支付端的支持让很多老年人享受不起该类服务；对于部分只有长护险试点资格的地区来讲，因为有支付端的补贴，一定程度上也会撬动当地医养结合服务的开展；而对于那些两项试点资格都没有的地区来说，当地医养结合服务的发展要么缓慢，要么空白，其老年人既无法获取基本的医养结合服务，也不能得到任何实惠，这些地区的老年人成为医养结合服务发展中个体福利缺损最大的群体。

此外，医养结合涉及的支付制度还有地方性的养老服务补贴和高龄津贴等。养老服务补贴制度是为经济困难的失能老年人的生活照料服务提供支付，全国绝大部分省市都建立了该项制度，不少省市是和护理补贴及高龄津贴等混合设计，也有部分省份采取独立设计，专门用于生活照料服务的支付。比如上海市的养老服务补贴制度采取专项制度模式，仅提供非身体接触性日常生活照料服务补贴，其和长期护理保险制度并存，二者提供的支付有分工。^②高龄津贴主要为老年人的日常生活开支提供资金补贴，不少老人也将其用于医养结合服务的支付。高龄津贴的享受年龄门槛及待遇水平各地有所不同。

以上这些支付政策，不仅保障老年人获取基本养老服务的能力，也为老年人享受优质医养结合服务提供支持。但是在实践中，老年人能否享受，以及享受多少，受所在地区、户籍、养老方式等的影响，存在极大的个体差异。在开展长护险的地区，以养老机构照护的最高照护等级（重度）老人每月能够享受的长护险最高支付标准为例，有的地区为 765 元，有的地区为 1800 元，还有的地区为 2800 元，高低差距达 2—3 倍。又以某“双试点”地区为例，对于入住养老机构养老床位的最高照护等级老人，每月享受的最高长护险支付为 765 元，而与之照护等级接近的有“医疗”指征的老人入住养老机构内设的护理院床位，则每月可享受的基本医疗保险最高待遇支付标准为 12000 元，两位个体相近的老人，住在不同性质的床位上，待遇差距达到近乎 14—15 倍。试想，如果入住养老机构养老床位的老人的照护等级是因为评估误差导致低评，那么给其带来的福利损失可是巨大的。实践中，还看到多种支付聚焦的案例，在某“双试点”地区，一位居家高龄不能完全自理的老人经过评估，达到长护险居家照护的标准，也符合当地建立家庭病床条件，同时，还享受居家养老服务补贴、高龄津贴等，尽管其每月的养老金只有 5000 元左右，但是多种支付福利叠加后，老年人每月自己的开支非常低，几乎用不着养老金支付。试想，如果一位身体状况相近的、居住在非“双试点”地区，且又是农村地区的老人，那两位老人享有的社会福利，就是天壤之别。由此不难看出，对于没有开展医养结合服务地区的老人、对于身体评估等级错配的老人、对于缺乏基本信息基础的老人等，均存在极大

① 既是医养结合试点又是长护险试点的“双试点”城市有 19 个（合计 23 个地区），具体包括：天津市（南开区、津南区、北辰区）、内蒙古自治区（呼和浩特市）、吉林省（长春市、梅河口市）、黑龙江省（齐齐哈尔市）、上海市（徐汇区、普陀区、松江区）、江苏省（苏州市、南通市）、山东省（青岛市、烟台市、威海市）、湖南省（湘潭市）、广东省（广州市）、广西壮族自治区（南宁市）、重庆市（九龙坡区、垫江县、沙坪坝区）、云南省（昆明市）、新疆维吾尔自治区（乌鲁木齐市）。

② 杨翠迎等：《养老服务补贴制度高质量发展研究——基于上海市的案例研究》，《华东师范大学学报（哲学社会科学版）》2022 年第 4 期。

的福利不公平,而且这种不公平性随着医养结合试点时间的延长,累积的福利损失更大。

四、促进中国医养结合合理性、均衡、公平发展的思考与建议

纵观七年来的试点,医养结合发展的非均衡性、不充分性及不公平性,既有实践诱因,也有政策导向因素。在实践层面,养办医,成本高、效率低;医办养,功能错配,受众面小,医疗资源浪费。在政策层面,鼓励发挥医保的支持作用,^①导向出现偏误,且被实践层面放大,绝大多数养办医和医办养机构几乎完全依赖医保的支付在运营。事实上,全国医养结合试点较为成功的地区或者典型机构案例,无不依靠基本医疗保险的支撑在发展,医保成为当前医养结合发展的重要支点。目前医保基金滥用引发的医疗、医药系统的腐败,有目共睹。这种现象也会蔓延到医养结合体系,值得警惕和深思。

(一) 亟需固本清源,充分认识和尊重医养行业发展规律,促进医养结合有序、理性发展

医和养虽然都属于服务行业,但完全是两个边界清晰、属性不同、功能相异的行业系统,各有其自身的运行特点和规律。医,主要的服务对象是患者,包括病理性、生理性及心理性的病变与障碍者;其主要功能是为患者提供治疗及与之相关的护理和照料服务,重在疾病治疗,注重床位的循环利用;其主要的运行机制是基于患者付费或者医保基金支持而提供的有偿服务;主要的配套机制是需要医药和器械的采购与供应;机构类型主要有一级、二级及三级机构,通常实行分级诊疗,但目前中国对分级诊疗缺乏硬约束;机构属性有公办类机构和民营机构,所有公办类机构均为医保定点机构,部分有资质的民营机构可以申请医保定点机构资格;对医护人员的专业性、技术性要求极高。养,主要的服务对象是老年人,包括居住在家、社区机构及养老机构的老年健康状态的老年人,即既有身体健康的老人,也有失能失智及各种慢性病老人;其主要功能是为不同健康状态的老人提供必要的生活照料及与之相关的康复护理服务,重在让老年人生活得更好;其主要运行机制是针对不同类型的老年人提供有偿、低偿或者无偿的照料及护理服务,低偿和无偿服务通常由政府购买服务或者直接提供;主要配套机制是需要构建为失能失智且家庭贫困老人的长期护理服务费用保障机制,如长期护理保险、健康保险、养老服务补贴等;服务提供主体有非营利性机构或者组织,也有商业性机构。显然,医、养两个行业的差别较大,其实践逻辑也不同。因而,医养结合的发展,首先应尊重两个行业的基本规律,从中寻求可以有序对接的空间、通道和机制,使其科学理性地发展,而绝不能违反行业规律,生拉硬套,将两个完全不同的行业组合在一起,不仅无助于医养结合的可持续发展,也会扰乱两个行业原有的发展秩序。

医养结合首先是养老问题,其次才是医疗问题,我们需要正确理解医养结合理念。养老问题的根本症结在于,人口老龄化、高龄化不断加剧,使得人类生命周期不断延长,老病残弱风险不断加大,这就意味着人们在漫长的老年过程中,需要养医护服务来应对病残弱风险。为此,

^① 国务院:《关于加快发展养老服务业的若干意见》(国发〔2013〕35号),中国政府网:https://www.gov.cn/zhengce/content/2013-09/13/content_7213.htm,2013年9月13日。

医疗服务与养老服务对接共同应对老残病弱风险就变得特别需要和迫切。1990年世界卫生组织提出健康老龄化理念，便出于此目的。英国1990年推出《国民健康服务与社区照护法案》，2010年提出社区医疗与养老服务的整合改革。日本在20世纪90年代之后也加大了医疗保健、介护服务进入养老服务领域的步伐，目前在居家社区养老机构中普遍推行医疗、保健及介护服务。综合以上，典型国家普遍聚焦社区医疗服务与养老服务的整合，为中国进一步厘清医养结合的理念和推进医养结合工作提供启示，医养结合并非是养老机构办医疗、医疗机构办养老那么简单粗暴的结合，而是两种功能互补的服务的有序整合和对接。

（二）厘清主体功能，强化基层医疗卫生机构的基础与平台作用，推动全国开展

目前中国医养结合的医疗服务供给主体多元，主要有养老机构内设的医疗机构、以提供签约服务为主的基层医疗卫生机构、以开展医办养服务为主的二级医疗机构、以提供绿色转诊通道及互联网+医疗服务为主的三级医疗机构。众所周知，养老机构的主要功能是为住养老人提供生活照料及护理服务，其专业属性为养老业务，如果让其举办内设医疗机构，不仅分散精力，还存在非专业机构做专业机构事情的问题，肯定做不好，最终导致养老和医疗服务都会受影响。二、三级医疗机构是专业性提供疾病治疗及相关护理服务的机构，让其分心提供养老及护理床位服务，不仅浪费宝贵的医疗资源，而且也会削弱其提供医疗服务的能力，影响分级诊疗目标的实现，更重要的是还会产生极大的负面效应，带偏医养结合发展的方向，如误导一大批二级医疗机构或者民营企业因图谋医保资金而开展医养结合服务的可能。事实上，目前已有不少民企介入医养结合服务，办理老年护理院，享受医保资质。也有不少民营养老机构，通过设立护理院，享受医保资质，从而将其以养为主的服务向以医为主的服务转型，这类机构普遍存在护理院的床位规模远远大于其养老床位的规模，护理院成为机构的主要营利来源。而基层医疗卫生机构作为一级医疗机构，主要为辖区内的居民提供基本的医疗、卫生、健康管理服务等，其主要通过家庭医生签约为社区居家老人提供医养结合服务。从世界各国实践来看，具有趋同性的是绝大多数老年人在家里、在社区养老，如中国各地提出的9073、9064养老服务格局，说明至少有96%、97%的老人在社区居家养老，因此，基层社区将是老年人养老的重要时空场所，那么同在一个时空下的基层医疗卫生机构，则具有天然的承担居家社区老年人的健康管理及相关服务的便利条件。加之，中国具有十分健全的基层医疗卫生服务网络，若以此为基础和平台，提供医养结合服务，完全可以覆盖到全国，而且可以覆盖到全体老年人。因此，当前迫切需要厘清各供给主体的功能，让专业养老机构安心做养老，让专业医疗机构安心做医疗，在现有的医养结合服务供给主体中，建议收缩养老机构内设医疗机构、医疗机构办养老床位的政策导向，强化基层医疗卫生机构提供医养结合服务的基础与平台作用。

基于以上思考，建议进一步强化以下工作：一是健全基层医疗卫生机构包括社区卫生服务中心和乡镇卫生院及其站点的服务网络，确保能覆盖到每一个街区和农村社区，以此打造覆盖城乡的基本医养结合服务网络体系；二是夯实和提升基层医疗卫生机构的设施、药品及器械配置，增强供给实力；三是加大基层医疗卫生机构及其站点的人力配置，包括中西医全科医生、注册护师、康复师、专技人员等必要的人力队伍，增强服务能力；四是完善和强化家庭医生签

约制度、完善家庭医生服务包内容、完善家庭病床制度，确保基层医疗卫生机构能够提供较为全面的、必要的社区居家医养结合服务项目；五是鼓励基层医疗卫生机构采取多样化的方式如签约、托管、嵌入等形式，为辖区内养老机构老人提供医养结合服务；六是完善相应的薪酬激励与职业晋升机制，为家庭医生从业提供激励，为其职业发展提供预期。

（三）强化需求导向，立足全体老年人，聚焦有需要的老年人，提高公平性

公平、正义及共享是中国现代社会保障再分配的价值追求。党的二十大报告也明确提出共同富裕和高质量发展是中国式现代化的本质要求，而共同富裕的要义就是在实现中国式现代化过程中，不仅要追求财富的积累增长，更要在财富的分配及共享福利效应上实现人人公平、人人享有，且保持个人的均衡增长；而高质量发展不仅是经济社会整体运行及公共服务体系的高质量发展，更是养老事业及医养结合服务发展的内在要求。基于此，中国医养结合工作不但要提升运行机制，促进高质量发展，更要融入公平、正义及共享理念，以共同富裕为价值追求，从全体老年人的需要出发，建立和完善覆盖城乡的基本医养结合服务供给体系，实现人人享有基本服务的目标，进而促进医养结合服务的个体公平性。

然而以试点为基础的中国医养结合实践，存在极大的试点地区壁垒和实践偏误，服务提供极不公平，当前难以在短期内实现政策上的突破和平衡。为此，在反思医养结合理念和开展模式、完善和调整政策导向、着眼于建立覆盖全体老年人的基本医养结合服务供给体系和模式的基础上，亟需重点关注有需要的老年人，特别是社区居家老年人，如常年处于失能失智又贫困老人、失能失智又高龄老人、长期慢性病老人、空巢老人、农村贫困老人等，健全供给机制，为他们提供有针对性的服务，确保困难老年人的基本需求优先得到保障。

根据各地实践，有以下面向特殊困难老年人的特色做法，值得进一步完善和全面推广。一是完善和推广家庭病床制度。建立家庭病床，具有灵活性、精准性特点，由家庭医生团队上门服务，能够很好解决身体特别困难的居家长期慢性病老人对医疗服务的需求。对这类老年人，也可以同时配套长护险提供必要的生活照料服务，以满足老年人的养老服务需求。家庭病床可以延伸至养老机构老人。二是建立和推广家庭照护床位制度。家庭照护床位，同样具有灵活性、精准性特点，由社区护理员提供上门服务，可以缓解居家重度失能老年人对养老护理服务的需求，其基本医疗服务可以通过签约的家庭医生提供。三是完善家庭医生团队及其上门诊疗服务制度。家庭医生签约服务，不仅可以服务社区居家老人，也可以服务辖区内的养老机构老人。鼓励组建家庭医生团队，团队配备康复师、护士及护理员等专业人员，以灵活多样的形式深入社区、居家及机构，为老年人提供全面的医养结合服务。在此基础上，完善家庭医生服务包内容，强化必要的上门诊疗服务；与此同时完善家庭医生服务收费标准、家庭医生工作绩效考核办法以及相应的激励机制，提高家庭医生上门服务的积极性。四是建立与困难老人精准结对的服务机制。充分发挥居委会、物业、社工及社区志愿者的作用，为有需要的老人提供必要的咨询、呼叫及生活援助服务。总之，医养结合的发展，要充分以需求为导向，立足于全体老年人，聚焦有需要的老年人，完善供给体系和服务机制，以实现医养结合发展的公平性。

（四）完善配套体系，强化薄弱地区的政策扶持力度，促进均衡发展

医养结合是一项系统工程，其不仅涉及医、养两个行业，还涉及医保、长护险及相关补贴的配套。因此，要想积极稳妥推进医养结合有序、可持续发展，就需要完善相应的配套体系，以促进医养结合工作的顺利开展。一是完善以长期护理保险、基本医疗保险及养老服务补贴为核心的支付体系，提高医养结合服务的支付能力。建议快速推进长期护理保险制度的全面建立，厘清长期护理保险制度、基本医疗保险制度及养老服务补贴在医养结合服务支付上的边界，使得有限的社保资金发挥最佳功效；建立长期护理保险基金的独立筹资机制，尽快终止医保基金的划转，避免长期破坏医保基金的平衡；建立三种支付制度的规范使用与退出机制，严格审核和监督，防止资金被滥用，特别要防范觊觎医保基金的不良行为；完善面向特殊困难老年人获取基本服务的兜底及补贴机制，确保困难老年人对必要服务的可及性。二是完善扶持政策体系，促进区域均衡发展。积极推进以社区卫生服务中心、乡镇卫生院为基础平台的医养结合服务模式，完善中央对经济薄弱地区的财政帮扶机制，促进薄弱地区加强基层医疗卫生机构服务网络及站点的建设，提升服务能力；倡导地方政府建立相应的财政支持机制，促进本地医养结合发展的均衡性；建立由中央到地方的业务指导和技术帮扶机制，促进典型地区经验快速传导和推广，以减少新开展地区的试错成本；设立智慧养老社区建设资助项目，促进贫困地区大力发展智慧医养，提升服务供给效率。三是完善医养结合发展的体制机制，促进多样化发展。鼓励基层医疗卫生机构创新用人机制和服务手段，扩大家庭医生规模，鼓励组建家庭医生服务团队，采取灵活多样的方式为社区居家老人提供医养结合服务；鼓励社会组织、企业或者社区志愿者以不同性质、不同形式参与社区医养结合服务供给，扩大总供给，以实现医养结合服务的供需平衡。

总之，正确引导医疗卫生资源与养老服务资源结合、基层医疗卫生机构与有需要的社区居家老年人有序对接，促进医养结合理性发展，确保老年人安享晚年，这不仅是政府的愿望，专家学者的呼声，更是中国老龄化程度加剧的现实使然。在此引用郑功成教授曾在医养结合学术会议上的讲话作为本文的结束语，他明确指出“要走出中国特色的养老服务业发展新路，需要真正赋予养老服务业人民性特征与情怀，充分体现中国特色社会主义制度的优势，将中国的制度优势转化为促进医疗与养老服务事业的实际效能”“需要将传统家庭的保障、亲邻或社区互助、机构养老等融入其中，注重与中华优秀传统文化有机结合，创新发展模式与运行机制，用实际行动打造群众放心满意的医养结合服务，实现民生经济新增长，尽快促使医养之间形成良性互动、高效协同、相得益彰的新格局”。^①

^① 参见郑功成教授在“医养结合发展学术论坛：医养结合的服务模式与体系发展”上的讲话，中国社会保障学会医疗保障专委会、中国社会保障学会养老服务分会主办，广州，2023年3月30日。

Rational Perspectives on the Integration of Healthcare and Elderly Care in China: Addressing Imbalances and Charting Future Development

Yang Cuiying

(School of Public Economics and Administration, Shanghai University of Finance and Economics, Shanghai 200433, China)

Abstract: The integration of healthcare and elderly care represents a critical initiative aimed at improving the quality of elderly care services and realizing the objectives outlined in China's Healthy China initiative. Since the introduction of pilot programs in 2016, various regions have actively promoted and expanded the scope of healthcare and elderly care integration, benefitting an increasing number of elderly citizens. However, as these pilot programs have progressed, several challenges have surfaced, including regional imbalances, inadequate service provision, and growing disparities in welfare benefits. At the same time, certain irrationalities have become evident. These challenges arise from practical considerations and policy factors. Currently, China's healthcare and elderly care integration is transitioning from pilot initiatives to demonstration projects. In this context, this article offers four recommendations: firstly, establishing a clear and appropriate value orientation that aligns with the evolving dynamics of the healthcare and elderly care industry to facilitate orderly and rational integration; secondly, defining the roles of healthcare and elderly care facilities and reinforcing the role of primary healthcare institutions nationwide; thirdly, emphasizing a demand-driven approach, ensuring services for all elderly individuals, particularly those in need, and establishing a robust system for delivering essential services to ensure equitable access for every elderly citizen; fourthly, enhancing the supporting system, increasing policy support for underdeveloped regions, and fostering balanced regional development to advance high-quality progress in healthcare and elderly care integration.

Key words: healthcare and elderly care integration; balance; fairness; rational orientation

(责任编辑: 郑碧亭、郭林)