

# 农村医养结合养老服务的“供需错配” 及政策可及性问题

赵定东, 卢瑶玥

(杭州师范大学 公共管理学院, 浙江 杭州 311121)

**摘要:**为提升农村养老服务质量和水平,对医养结合概念和政府有关部门陆续出台的系列支持医养结合发展政策进行分析,论证医养结合供需非均衡性发生的逻辑及影响,研究完善新型健康养老服务模式的新路径。研究认为,在政策演进和落地过程中,农村医养结合出现了“供需错配”问题,体现为医养结合政策制度与现实需求、医养结合养老供给主体与实施细则、地方政府行为与居民需求间的差距问题,农村医养结合呈现多元供给多元失灵的非均衡性悖论;通过多元供给模式对“供需错配”矛盾进行调处,搭建农村医养结合的“均衡性治理”体系,利用元治理理论加强政府的制度设计和政策执行,利用内部的制度化均衡逐步转变农村养老观念,有助于医养结合养老模式的可及性和可持续性发展。

**关键词:**农村;医养结合;供需错配;养老服务;养老保险;健康中国

中图分类号:D669.6

文献标志码:A

文章编号:1671-6248(2020)06-0086-10

## "Mismatch of supply and demand" and policy accessibility of the rural old-age care through combination of medical treatment and endowment

ZHAO Dingdong, LU Yaoyue

(School of Public Administration, Hangzhou Normal University, Hangzhou 311121, Zhejiang, China)

**Abstract:** In order to improve the quality and level of old-age care service in the rural areas, this paper analyzes the concept of combining medical treatment and endowment as well as the series of policies supporting the development of the combination of medical treatment and endowment issued successively

收稿日期:2020-10-27

基金项目:国家社会科学基金项目(19BSH164)

作者简介:赵定东(1971-),男,湖北当阳人,教授,博士研究生导师,法学博士。

by relevant authorities, demonstrates the logic and influence of the imbalance between supply and demand in the combination of medical treatment and endowment, and studies the new path to improve the new type of old-age healthcare service model. The research shows that in the process of policy evolution and implementation, a mismatch between supply and demand developed in the combination of medical treatment and endowment in rural areas. It is mainly reflected by the lagging gap between the policy system and actual demand of the combination of medical treatment and endowment, the main body of the supply for old-age care and specific implementation rules, local government behaviors and residents' needs, exhibiting a paradox of imbalance with multiple supply subjects and failures. The paper proposes to mediate the mismatch between supply and demand through multi-supply mode, build a "balanced governance" system for the combination of medical treatment and endowment in rural areas, use the meta governance theory to strengthen the government's institutional design and policy implementation, and gradually transform the concept of old-age care in rural areas through internal institutionalization balance, which is conducive to the accessibility and sustainable development of the old-age care mode of combining medical treatment and endowment in rural areas.

**Key words:** rural area; combination of medical treatment and endowment; mismatch of supply and demand; old-age care service; pension; Healthy China

随着中国老龄化进程的加快,尤其是农村地区养老资源的短缺与农村老年人对健康养老服务需求增加之间的矛盾加剧,医养结合进入学界研究视线。医养结合养老模式是在重新审视养老服务内容的关系之后,将老年人健康与医疗服务放在更加重要的位置,以区别传统的单纯为老年人提供基本生活需求的养老服务,在做好基础养老,如生活照料、休闲活动和精神慰藉服务之外,更加关注健康体检、医疗护理、疾病诊断、大病康复、临终关怀等一系列健康照护服务,将养老和医疗资源加以整合的新型养老模式。自医养结合内涵提出以来,国家颁布了系列政策,当前中国医养结合养老模式主要是在经济发展水平较好的城市开展,但老龄化程度较大、养老保障不够健全的农村老年人很难享受到医养结合养老服务,并且农村医养结合养老服务的供给与需求间存在多维度的错配。作为一种具有中国特色的养老服务模式,医养结合在农村的发展离不开政策与实践两方面的无缝衔接,医养结合政策及内容的时序差异、不同经济发展水平区域的农民养老需求满足层次性的设计差异、有序供给和差别化供给养老服务是关键,最终目标在于逐步推进

不同的养老服务内容,完善养老服务体系建设。

## 一、农村医养结合养老的缘起

20 世纪中叶大多数发达国家为应对人口老龄化的问题,对老年人的养老问题进行了探索与创新。其中整合照护这一理念就是西方国家率先提出并作出实践,即指在治疗和护理部门,将一系列连续的方法和模式应用于资金筹集、管理、组织、服务传递和临床服务等环节,以此建立连续、联合和协作性服务体系<sup>[1]</sup>。如美国整合照护主要表现为 PACE 模式,起源于受传统观念影响不愿住在护理院的旧金山华裔,寻找出一个理想的养老院替代品——PACE,即能够为有长期护理需求的老年人提供关怀和服务,兼具长期和短期服务,甚至比医疗救助和医疗保险的项目范围更广<sup>[2]</sup>。又如日本提出的介护模式。有学者认为日本医养结合政策演变经历了 4 个过程,分别是免费的医疗保险福利、介护服务从医养结合中分离、成立独立的介护保险制度、地域内的介护医疗资源一体化融合<sup>[3]</sup>。再比如英国整合照护主要表现为全民健康系统(NHS),通

过整合国家卫生服务和老年社会照顾服务,为其公民和长期居住者提供免费医疗的同时,对弱势群体实施住院式机构照顾<sup>[4]</sup>。

发达国家的这些创新之举都为中国应对人口老龄化,探索健康养老提供了蓝本。耿爱生等学者提出的医养结合理念正是源于整合理论的兴起和发展,医养间的整合逐渐成为针对老年人养老和医疗服务“双轨制”的重要方法和工具<sup>[5]</sup>。

中国 1999 年开始步入老龄化社会以来,老年人口增长速度不断加快,老龄化速度快于世界老龄化速度,与此同时,中国慢性病增长率有加快的趋势。老年人患慢性病的几率更大,它不同于重大疾病来势汹汹,所以人们常常容易不重视,但是从长期来看,对个人、家庭、社会都会产生较大损失,而由于中国医、养机构的长期分离,使得很多可能在患病初期的老年人因为疲于在医院、家庭和养老院间来回奔波而使得病情加剧,增加养老负担。

1990 年世界卫生组织提出健康老龄化概念。健康老龄化理论具有合理性,它从医疗保健和老龄化过程中的老年人健康问题着眼,将重点放在提高大多数老年人生命质量,缩短带病期,使老年人以正常的身体功能健康地存活到生命的终点<sup>[6]</sup>。发展型老年福利政策目标也符合联合国提出的“成功老龄化”“健康老龄化”的理念要求。一是通过提升老年人的个体能力,增进其社会参与,来减少不公平和歧视,进而推进机会的公平。二是突出强调消除或减少那些会使老年人陷入不幸或困境的因素,而不仅仅局限于将资源用于减轻老年人的不幸或困境,使其维持基本生活水平,属于“事前预防”型福利。医养结合与健康老龄化战略内涵“六个老有”中的“老有所养,老有所医”的理念相契合<sup>[7]</sup>。习近平总书记在党的十九大报告中明确提出实施“健康中国”战略,要求“积极应对人口老龄化,构建养老、孝老、敬老政策体系和社会环境,推进医养结合,加快老龄事业和产业发展”<sup>[8]</sup>。基于此,医养结合养老模式既符合国际潮流,也满足中国现实发展的需求。

根据 2010 年第六次人口普查数据,中国人口老

龄化具有城乡倒置的特点,农村经济条件不如城镇,但老龄化水平更高<sup>[9]</sup>。从需求侧方面看,传统养老模式逐渐呈现“不适性”,如家庭养老模式作为中国长期存在的传统养老模式,随着大量的农村劳动力转入城市陷入了困境;而由于养老金存在缺口、保障水平低,阻碍了农村养老制度的发展;自我养老、互助养老都不具备长久性且伴随着脆弱性,只适用于具有一定独立经济来源、身体较健康、生活基本能够自理的老人,而对于大部分农民来说,当年老后不能耕种又没有退休金时,自我养老就很难实现,通常是老人不想增加子女负担一种不得已的非理想方式。从供给侧方面看,当老年人出现病痛尤其是慢性病之后往往容易反复,住在医院里康养,易出现“压床现象”且导致医疗资源的浪费;住在养老院的老年人往往是失能、半失能状态,及时的就医和医疗服务对他们尤为重要,而面对这种需求的迫切性,现有的农村养老机构供给能力还十分薄弱。医养结合模式不同于传统养老模式具有明确的责任主体,其责任归属主体是多元化的<sup>[10]</sup>。中国的医养结合主要有 3 种模式:有条件的养老机构增设医疗服务设备,在养老机构中配备医疗设施、设立老年病区、康复区以及专业医护人员等系列配套资源;有条件的医疗机构发挥其综合性优势开展养老服务,设立或建设专门的老年医护病房、康复中心或护理中心,在治疗的同时更好地恢复身体机能;医养签约合作,养老机构与附近的医疗机构、医院或卫生服务中心通过签约达成长期合作。面对当前有养无医、医养分割的农村养老现状以及供给与需求的双重压力,做好农村老年人口的医养结合养老服务迫在眉睫。

已有的研究瞄准对象多为经济发展较好的城市老年人,农村老年人对医养结合需求状况的研究较少;单独从养老服务资源供给层面或需求层面对当前农村医养结合政策的实践困境进行了研究,但把医养结合供给与需求结合起来分析二者之间的内在逻辑关系,以及政府、市场、社会等治理主体如何在纠正供需错配问题上发挥各自责任的问题,有待进一步剖析。2016 年,习近平总书记在全国卫生

与健康大会上强调:“没有全民健康,就没有全面小康。要把人民健康放在优先发展的战略地位,加快推进健康中国建设。”<sup>[11]</sup>在党的十九大报告中更是明确提出实施“健康中国”战略,并将养老服务体系建设纳入国家战略。健康中国战略不论是在政治、经济、社会、政策哪一维度的意涵和作用都非同寻常,尤其是相比于城市,在经济、文化都欠发达的农村如何解决空巢、失能、半失能老人养老难问题,使养老服务在农村实现全覆盖以及进一步完善智慧养老、高质量养老是“健康中国”战略实现和发展的重要体现及巨大挑战。

基于此,本文将探讨健康中国背景下医养结合政策的演进以及农村医养结合供给与需求的错配与调适。农村医养结合政策的落地过程实质上是由供需错配到供需匹配的过程,为保证农村医养结合养老资源能够有效瞄准农村老年人,国家在顶层设计上多层次保障政策体系正在完善,但落地过程中发现存在很多“绊脚石”,使得农村医养结合政策效果没有达到预期。是政府制定的政策与农村实际情况存在偏差?是医养结合的正式制度在执行过程中受到供给与需求不匹配的影响?还是政府、市场、社会组织各治理主体在供给责任上作用失灵?通过探讨农村医养结合制度在供需匹配上与行动之间的偏离,说明各治理主体在农村医养结合政策落实过程中的行动策略,有利于更好地推进农村医养结合政策的实践。

## 二、农村医养结合养老服务的供需现状与主要问题

### (一)农村医养结合养老政策制度与现实需求的差距问题

伴随着近些年老龄化问题的严峻以及老年人对健康有品质养老的需要,医养结合养老模式可以与养老服务体系中“居家”“社区”“机构”养老方式相结合,因此其责任主体是多元化的,符合养老服务社会化发展趋势。因此国家陆续出台了系

列政策支持医养结合的发展,医养结合政策颁布以来,中央及地方针对政策、文件进行积极探索,不断明确医养结合的内涵、目标、任务以及政策实施意义,取得了一定的成果。改革开放以来中国的养老服务政策经历了4个阶段的转变。第一阶段(1978~1998年)老龄问题开始进入国家视野,第二阶段(1999~2006年)养老服务由“福利性”向“社会化”拓展,第三阶段(2006~2012年)形成了社会养老服务的概念和体系,第四阶段(2013年至今)养老服务体系的全面社会化和产业化。从内容而论,中国的养老服务政策的实质性变化主要发生在2011年后,内容变化体现为宏观、中观和微观的区别。

在宏观层面,主要是2011~2015年前期顶层设计阶段(详见表1),政策多为国务院主导的顶层设计,明确医养结合的重要性的和大方向问题。在这一阶段,从医养结合政策颁布的依据看,政策与实际需求间存在差距,基于人口老龄化加剧,实现健康中国战略目标的宏观战略指导,诸多政策都涉及到这一大方向,但缺少监管评估、金融服务、税收优惠等中观策略措施,例如诸多政策都提出要构建多元化的养老服务供给体系,提高医养结合有效供给的指向性目标,但是没有具体的税收优惠政策和金融支持做支撑。养老与医疗均属于公共支出领域,随着养老问题的日益突出,对于老年人的生活照料与医疗服务的支出无疑会造成公共支出的压力,业内人士认为引入PPP模式能有事倍功半的作用<sup>[12]</sup>。结合表1的系列政策来看,政府的确有所考量,比如2013年发布的《关于加快发展养老服务业的若干意见》、2015年《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》和《关于鼓励民间资本参与养老服务业发展的实施意见》等诸多政策都明确指出鼓励社会力量参与医养结合养老服务的发展队伍中,PPP模式旨在形成“利益共享,风险共担”的合作伙伴模式,现实运行中的确缓解了政府部门一定的经济压力,提高了养老服务质量和医疗资源的利用率,但是同样存在政策与实际需求间的差距,如目前的各种补

表 1 医养结合顶层设计阶段政策

政策文件	颁布部门	主要内容	意义
《中国老龄事业发展“十二五”规划》(2011.09)	中华人民共和国国务院	加大财政投入和社会筹资力度,推进供养型、养护型、医护型养老机构建设。	第一个专门针对老龄事业发展问题的指导性文件,明确指出未来医养结合型养老机构的发展方向。
《关于加快发展养老服务业的若干意见》(2013.09)	中华人民共和国国务院	推动医养融合发展,健全医疗保险机制。养老机构内设的医疗机构符合条件的,可申请纳入定点范围。支持社会力量举办养老机构和推动医养融合发展。	中国养老服务业发展史上的里程碑式文件,医养结合政策制定的指导性意见。
《关于促进健康服务业发展的若干意见》(2013.09)	中华人民共和国国务院	建立健全医疗机构与养老机构之间的业务协作机制,推动医院、护理院、疗养机构间的转诊与合作。	满足老年人养老的多层次、多样化健康服务需求。
《关于加快推进健康与养老服务工程建设的通知》(2014.09)	中华人民共和国国家发展改革委等 9 部委	指出养老服务体系包括社区老年人日间照料中心、老年养护院、养老院和医养结合服务设施、农村养老服务设施等 4 类项目。	正式出现了医养结合的表述。
《关于鼓励民间资本参与养老服务业发展的实施意见》(2015.02)	中华人民共和国民政部等 10 部委	鼓励民间资本参与机构养老服务、支持民间资本参与养老产业发展、推进医养融合发展,重点提出支持 PPP 模式。	有利于充分发挥民间资本活力,激发养老市场活力,提高养老服务供给能力。
《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015~2020 年)》(2015.03)	中华人民共和国国务院办公厅	推动中医药与养老结合,统筹养老和医疗资源,加强养老服务的医疗技术支持,保证机构和社区养老内容多元化。	正式明确了医养结合的概念,并专门单列章节强调发展医养结合。

注:资料来源于中华人民共和国中央人民政府网。

贴优惠政策存在一定的准入限制、盈利模糊等运营发展困境,并未吸引到民间资本积极参与;又如政策中缺少风险规避的细则,这就容易导致“经济人”特性的市场与社会主体望而却步。如果能制定各类风险都有之相对应的承担方式或风险分担机制,那么基于老龄产业和事业可持续发展的目标可能更易实现。

在中观层面,主要是 2015~2016 年民政部、国家卫生计生委等多部委主导的任务规划阶段(表 2)。虽然涉及部门增多有利于医养结合养老服务内容的延伸,但是多部门参与管理也在一定程度上导致其责任主体模糊化。一方面,部门间缺乏合力,医养结合的发展涉及发展与改革、民政、卫生健康、财政、人力资源、社会保障等众多相关部门。而医养结合主要有 3 条线:养老服务属于民政部门组织实施,医疗保健服务由卫生部门组织实施,医保和社保归人力资源和社会保障部门组织实施,这样的划分使得本该密切相连的老年生活照料,老年医疗、康复及护理服务和后续的医疗报销被分割开了<sup>[13]</sup>。另一方面,部门间政策推进力度不一致。比如,虽然政策指出统筹养老

和医疗资源,但在实际过程中,民政部门对于养老机构转型为医养结合机构的一些补贴政策,并非十分适用于医疗机构的转型,这就使得一些医疗机构在推行医养结合的过程中因为财政补贴政策的不适用造成动力不足。又比如,因为涉及部门较多,对于养老和医疗这两大块的综合统筹由于缺乏区域间、城乡间统一的政策标准,实际落实中易陷入按照养老标准还是卫生标准执行的困扰。并且由于医养结合模式还处在探索阶段,缺乏相应的监管体系,这使得人社部门对于医养结合中各类项目的报销存在很多疑虑,而是否具备报销资格很大程度又反作用于老年人是否会选择医养结合的养老模式,从而造成报销与选择之间的一种特殊循环。

在微观层面,2017 年至今由国家卫生健康委员会主导的深化阶段(表 3),该阶段政策倾向于细则的落实,总体效果显著,但仍然存在个别难题,如政策之间存在时序差异性以及配套不到位。一方面,正是由于前期提出过多宏观、中观的“指引”性政策但缺乏具体的操作细则,使目标未完全实现。另一方面,从“收入”到“服务”,是老年福利保障发展的

表 2 医养结合任务规划政策

政策文件	颁布部门	主要内容	意义
《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》(2015. 11)	中华人民共和国卫生计生委等 9 部委	健全合作机制、支持开展医疗服务、推动医疗卫生服务延伸、鼓励社会力量参与、鼓励融合发展等。	首次明确“医养结合机构”的概念。明确了医养结合养老服务的发展目标和重点任务,从政策层面进一步指导和推动医养结合发展。
《关于遴选国家级医养结合试点单位的通知》(2016. 05)	中华人民共和国卫生计生委、中华人民共和国民政部	强化保障措施,重点完善投融资和财税价格政策,加大金融对医养结合领域的支持力度。	有利于中央政策“落地”和完善地方配套政策。
《民政事业发展第十三个五年规划》(2016. 06)	中华人民共和国民政部、中华人民共和国国家发展改革委员会	重点发展医养结合型养老机构,增加养护型、医护型养老床位,提高养老服务有效供给。	以居家为基础、社区为依托、机构为补充、医养相结合的多层次养老服务体系不断完善。

注:资料来源于中华人民共和国中央人民政府网。

两个阶段。前一阶段,旨在通过基本收入维持,来保障老年人口维持生存所必需的生活资料,解决基本生活问题,并提供安全预期。随着经济和社会的发展,老年人的基本生活得到有效保障后,其服务问题开始突出,迫切要求体系化、制度化的养老服务。经过改革开放以来特别是近十多年的努力,我们相继建立了城镇居民养老保险制度、城乡最低生活保障制度及其新型社会救助体系、城镇居民基本医疗制度、新型农村合作医疗制度等,并逐步实现制度全覆盖,保障标准也持续提高,使老年人的基本生活得到了切实保障。后一阶段旨在提高生活品质的社会服务需求开始突出,社会迫切要求大力发展养老服务。一系列涉及医养结合的政策、文件出台正是基于这两个阶段的过渡,但随之而来的老人在养老院接受医疗服务在多大程度上可以享受医保待遇? 哪些医疗服务可以纳入医保范畴,对于“医养融合”的推进起着根本性的决定作用<sup>[14]</sup>? 医养结合的相关法律体系也尚未建立,许多项目未能纳入医保报销范围,忽视法律环境这一政策工具对医养结合的落地,尤其对经济欠发达的农村来说无疑是巨大的阻碍,这些问题都与政策间未能协调发展密切相关。

这一阶段政策重点倾斜在对医养结合市场的塑造上。医养结合的市场塑造包括以瞄准顾客为导向,提升医养结合养老服务的核心能力以及医养结合各主体间形成的合作网络。这从某种程度上减少了养老服务发展的不稳定性,开拓并稳定了养

老服务发展的各种市场,有效推动了养老服务产业的规模化和产业化<sup>[15]</sup>。但从政策关注点上看仍可以发现一些问题,第一,医养结合政策是把重心放在以“城市老年人”为中心的偏好上,没有区分农村和城镇的差异性,对农村老年人的特定需求还未妥善地兼容到政策中。第二,社会关注的焦点都放在了养老金的积累和替代率上,老龄政策的重点往往都放在一般(或整体)老年人的需要满足和福利供给方面,针对高龄、失能老人长期照料的政策至今缺乏应有的关注,医养结合型的长期照护服务体系的建设尚未正式进入政府部门的议事日程,而建立独立的长期照护制度对于医养结合的发展起着关键性的作用。第三,医养结合养老模式的核心竞争力还有待加强,主要体现在医养结合模式的创新、管理以及海外学习交流等方面的提升。第四,在全国各种类型的养老机构中拥有医疗服务的养老院或医疗机构设有专门的老年人护理、康养场所的机构占比较少,一定程度上与政府购买医养结合养老服务、将医养结合养老服务外包出去等相关拉动需求的政策不足有关。亟需政府通过出资购买专业组织提供的养老服务,直接在养老服务市场创造商机、吸引资本、培育市场主体,通过市场的拉动促进产业迅速成长从而充分发挥规范市场环境、引导市场需求的作用<sup>[16]</sup>。

## (二) 农村医养结合养老供给主体与实施细则的差距问题

第一,在资金来源上,根据各地养老机构的数

表 3 医养结合深化阶段政策

政策文件	颁布部门	主要内容	意义
《“十三五”健康老龄化规划》(2017. 03)	中华人民共和国国家卫生计生委等 13 部委	大力发展医养结合服务,推动居家老年人长期照护服务的发展,提高社会资源的配置和利用效率。	首次提出了健康老龄化的内涵,并将优化“医”“养”资源配置格局、构建医养结合服务网络作为重点任务进行实施。
《“十三五”健康老龄化规划重点任务分工》(2017. 11)	中华人民共和国国家卫生计生委	明确“医养结合示范工程”由国家卫生计生委员会牵头,民政部、国家发展改革委配合。	进一步明确各部门在医养结合中发挥的作用,确保各项重点任务落到实处。
《关于养老机构内部设置医疗机构取消行政审批实行备案管理的通知》(2017. 11)	中华人民共和国国家卫生计生委办公厅	要求养老机构内部设置诊所、卫生所(室)、医务室、护理站,取消行政审批,实行备案管理。	进一步刺激社会办医在养老市场的发展,破除发展障碍。
《关于进一步改革完善医疗机构、医师审批工作的通知》(2018. 06)	中华人民共和国国家卫生健康委员会、国家中医药管理局	深化医疗卫生领域“放管服”改革,二级及以下医疗机构设置审批与执业登记“两证合一”。	为举办医养结合型项目的投资人营造了宽松的营商环境,有利于医疗机构的发展,顺应国家供给侧结构性改革的趋势。
《关于深入推进医养结合发展的若干意见》(2019. 10)	中华人民共和国国家卫生健康委员会等 12 部委	强化医疗卫生与养老服务衔接,加大政府支持力度,推进“放管服”改革,优化保障政策,加强队伍建设	有利于医养结合政策的落实,使医养结合朝着更能够落地的方向发展,对医养结合发展是极大的利好。

注:资料来源于中华人民共和国中央人民政府网。

量来看,城市与农村的养老机构数量存在一定差距,如北京、上海、广州、重庆等地覆盖率均是 90% 以上,厦门覆盖率甚至达 100%。然而目前大部分农村医养结合的覆盖率只有50% 左右,与城市差距显而易见。这在当前农村老人养老需求不断多样化的情况下,无法满足其养老需求。资源的不足很大一部分原因是因为资金投入有限,没有可持续的、多主体供给的农村养老资金。一方面,医养结合作为准公共产品,如今虽有市场主体的加入对政府在农村养老供给上的失灵进行了一定补充,但由于缺乏完善合理的资金支持体系和相应的配套支持,即便如今“放管服”改革背景下拥有宽松的营商环境仍然不能充分调动具有天然趋利性的市场对农民医养结合养老供给的积极性。另一方面,社会组织因其非营利性、志愿性以及整合、协调等功能在农村社会养老体系中发挥着重要作用,但中国社会组织起步晚、规模小、内生性弱、资金不足、自身建设能力不成熟,且中国社会组织对政府的资源和权力依附性较强,缺乏独立性和灵活性,因此在农村医养结合供给上难以发挥保障医养结合资金稳定的作用。

第二,在治理结构上,中国民政部门、健康卫生部门、人社部门等均有涉及养老服务体系,管理部

门众多,看似各司其职,但容易陷入部门间职能重叠、责任推诿的窘境,并且部门间因常常缺乏充分沟通导致农村养老服务供给体制出现条块分割。

第三,在监督体系上,一方面缺乏对已有的农村医养结合养老机构所提供的医疗设备、生活设施以及护理人员的专业水平的不定时抽查,事后也未对医养结合养老机构的老人进行访问和实地走访,并对农村医养结合机构或服务中心的医护人员和照料人员进行经常性的评估,制定相应的奖惩机制;另一方面也没有将农村医养结合养老服务的供给作为各级地方政府工作业绩考核的一部分,未与业绩相挂钩易造成地方政府对农村医养结合服务供给不够重视。

第四,在专业队伍建设的机制上,医养结合养老服务有别于传统只提供基本生活照料服务的养老机构,对人才队伍的要求也不同,需要具备“医”“养”“护”专业技术人才和管理人才,其中包括专门的医护人员、营养师、康复师等专业技术方面的人才。而目前养老护理队伍的素质普遍偏低、服务质量不佳,专业医养人员队伍的欠缺是严重阻碍农村医养结合机构建设发展的因素之一,欠缺的原因主要有:医养结合作为创新型养老模式的一种,还处于探索阶段,人才培育机制不健全,开设相

应专业的高校和职业技术学校还不够多;社会对护理人员的社会认同度低导致年轻人对护理队伍的加入意愿低,流动率高;且大部分学习了相关技能或接受了专业培训的人员都倾向于留在经济条件更好的大城市,很少愿意去到农村,从而导致专业人才的供给出现断层与非均衡性。

第五,在医养结合服务的目标群体上,无法准确瞄准,“医”“养”功能界定模糊,服务供给的层次性不强,服务模式单一。医养结合服务的主体应当按照老年人的需求来供给:若是以医为主,面向的是失能、半失能、失智等老年人群,部分长期卧床的需要提供全面照护,此类医养结合机构应当侧重以医院为依托;若是以养为主,面向的是自理型老人为主,部分需要护理的刚需老人,此类医养结合通常以养老社区为依托,配套二级以下的医院;若是医养并重的,面向的是从自理型老人到刚需护理型老人全阶段的老年人群,此种医养结合通常包括持续护理的社区及三级的综合性医院。然而由于政策缺乏详实的系统化规划,对医养结合服务的服务对象界定模糊。一方面是,具有较强公益性的、政府投资的基本型医养结合养老机构,这类养老机构往往服务层次低,通常只接收失能、半失能老人,对于有能力自理老人的养老服务需求供给不足。另一方面,对于非基本型的高端医养结合机构,市场纷纷跻身进入,竞争激烈。而高端型的医养结合机构通常在经济发展较好的城市,农村对于这类的医养结合供给需求不旺,并且这类机构往往不接收具有传染病和精神病,因为怕影响其他老年人。医养结合供给的层次衔接不到位,还处于分段式供给,因此不能准确对标各医养结合服务主体。

### (三) 地方政府行为与居民需求的差距问题

第一,经济资源是养老资源的基础,也是目前农村养老体系不断完善过程中亟需解决的首要问题,然而农村老年人的可支配收入低,浙江很多农村地区老年人收入与消费甚至出现逆差。以浙江省农村为例,本团队在 2020 年 3 月调研时发现,虽

然浙江省土地流转程度高,但部分地区土地流转制度不健全,土地流转难度大。此外,农村老年人有多子女,在年轻时储蓄多用于子女抚养、教育以及家庭投入上,积蓄较少,而当他们年老时,却不像城镇居民有固定退休金可以领取,这主要也与城乡养老保障制度不对等有关,中国虽然已经建立起了城乡居民养老保险制度和新型农村合作医疗制度,但目前养老保险的金额不高,不能保证农民的基本养老需求,而新农合的报销也不能防止因病致贫情况的发生。一方面,新农合所缴纳的金额如果今年没有花完也不会结转到明年,因此很多年轻的村民就不愿再缴费;另一方面很多村里都有新农合缴费比例的指标,村干部不得不想尽办法说服村民们继续购买。此外,还缺乏相应的长期护理保险制度,虽然 2016 年中华人民共和国人力资源社会保障部发布《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》,只在 15 个城市进行试点,尚未在全国范围内普及<sup>[17]</sup>。农民因为支付能力有限,从而影响了农村医养结合政策的可及性。

第二,医养结合收费相对较高。由于医养结合养老供给具有综合性服务的特点,服务单位比起功能较为单一的医疗机构和养老院要更为复杂,这就内生地决定了医养结合的投资成本要更高,成为阻碍老年人特别是农村老年人对于医养结合的选择。一方面,老年人即使有需求,受制于支付水平,有需求也变成了无效需求。另一方面,医养结合养老服务的成本较高以及地方政府对农村医养结合养老服务的补贴力度不够,市场投资的民营医养结合机构不要说牟取暴利,就是维持基本的运转,收取的费用还是很多农村老年人承受不起的。这导致农村医养结合机构经营困难,严重阻碍了农村医养结合目标的推进。

第三,农村养老观念落后以及个别地方政府对医养结合政策宣传不到位。家庭养老模式作为中国长期存在的传统养老模式,“养儿防老”观念根深蒂固,老年人理所当然地认为自己老了会有孩子照顾,对于住养老机构有一种心理上的抗拒。然而随着工业化、城镇化的快速发展,家庭养老模式陷入



了困境,主要有以下两方面原因:一是农村劳动力流入城市使得农村空心化日益严重,“家庭养老”弱化。二是孝道文化(观念)正在衰弱,农村老人面临着多子女却无人赡养,互相“踢皮球”或只是单纯给留在农村的老人打钱,农村老人大多节俭且部分半失能老人行动不便,陷入有钱无处花的窘境,忽视了对农村老人的精神慰藉。农村固有养老观念的转变除了靠社会大环境的变化,更需要发动地方政府的基层工作人员做好宣传工作,目前农村在医养结合宣传工作中存在的问题也是阻碍农村医养结合政策有效落地的重要原因。

### 三、农村医养结合养老服务政策可及性分析

通过对农村医养结合政策内在的联系以及对政策困境作出的分析,农村医养结合的政策供给问题使得医养结合在落地过程中农民的有效需求得不到满足,反过来又影响供给主体的积极性。医养结合养老模式的目标是为了实现社会资源利用的最大化,但是实际上对于准公共物品在供给与需求上因受政策路径、环境变化以及政府与社会的博弈易产生与政策的偏离、供给与需求不匹配的悖论,医养结合资源难以实现帕累托最优。农村医养结合的制度逆变及供需错配问题,表面上是医养结合政策在农村执行中发生偏离的表现,实际上反映了当前农村医养结合供需结构出现困境。

医养结合供需非均衡性的发生逻辑,试图借助多中心治理理论嵌套均衡治理,依赖政府发挥正式制度安排的稳定性,同时借助市场、社会的力量发挥“准正式”治理的灵活性,但由于多主体供给理论的失灵,未能充分发挥整合优化农村医养结合资源,反而使得农村医养结合政策在供需匹配问题上产生了一定程度的不良循环。多元合作供给模式确实在一定程度上缓解了政府单方面供给和市场私有化带来的问题。但是多中心治理理论在指导农村医养结合养老服务供给中存在着两方面局限,一方面,忽视了中国长期以来政府自上而下的决策

方式,农村医养结合政策正是通过顶层设计,再通过科层内部逐级向下量化分解政策任务,最终由地方落实的过程。在目前中国市场秩序还有待进一步完善、社会组织能力还不够强大,多主体均不完全成熟的条件下,将多中心治理理论运用在农村医养结合养老供给的政策实践上,并没有真正有效解决农村医养结合政策落地难的问题。反而在各治理主体如何界定各主体责任边界上,关于农村医养结合的服务供给,哪些服务该谁提供,哪些责任又该谁承担的问题上界定模糊,继而导致问责困难。各方主体责任衔接不到位,使得农村医养结合养老模式建成滞后。另一方面,中国目前在农村养老服务供给上的“多元”更像是几个主体的简单叠加,缺少整体的协调者、统筹者,各主体间配合度不够高,目标达成一致的时间相对较长,效率低。

这些非均衡性带来的影响对于贯彻“大健康”理念有着阻碍作用。第一,农村医养结合的供需错配若不进行及时的纠偏,将影响农村养老服务体系的可持续发展。医养结合在中国虽处于起步阶段,但是对老龄化程度日趋严重,空巢老人、失能、半失能老人日益增加的农村老龄人群体面养老以及追求高质量养老的健康老人来说无不具有重要的意义。多层次养老服务体系的建立作为社会保障制度的重要一环,医养结合养老模式的探索又作为养老服务体系完善的重要组成部分,在改善民生等方面都起着重要作用。如果诸多医养结合的政策不能有效下沉到农村,就会使得医养结合的供给与需求同时落地困难、得不到满足,这对于农村养老服务体系的健全可持续发展无疑有着不利影响。第二,农村医养结合政策存在针对性方面的不足,使得医养结合养老模式在农村发展的预设与实践路径间产生差距,影响政策目标的实现从而制约农村养老制度建设的转型。这种供需错配的存在与农村老年人日益增长的对于美好多彩老年生活的需求存在出入。结合最新《关于深入推进医养结合发展的若干意见》可以看出,国家针对当前存在的医疗卫生与养老服务衔接问题、医养结合服务质量问题、财政支持税收优惠等落地难的痛点、堵点问题

作出了进一步完善部署,在目前医养结合供需错配的困境下,尤其是农村地区,正在探索出路。

四、结语

为有效解决医养结合资源供给与有效需求不平衡的问题,需要在引入“元治理”理论的基础上推动“均衡性治理”机制的形成。在当前农村医养结合政策实践过程中,需要从政策完善和加快扭转农村养老观念两个层面,通过制度化均衡增强农村医养结合政策的可及性。总之,通过进一步完善制度设计和从内部渗透转变养老观念,构建供需均衡的农村医养结合模式,真正推动农村养老供给的医养结合政策平稳落地。

参考文献:

[1] 彭子璇,陈旭. 基于整合视角的医养结合发展路径研究[J]. 卫生经济研究,2018(12):17-20,24.

[2] 夏艳玲,钟雨珊. 美国 PACE 整合型照护模式的特征及借鉴[J]. 卫生经济研究,2019(4):55-58.

[3] 周驰,翁嘉,章宝丹. 日本医养结合养老模式及其对我国的启示[J]. 医学与哲学(A),2018(12):33-36.

[4] 赵晓芳. 积极老龄化视角下的“医养结合”:英国的经验与启示[J]. 社会福利(理论版),2017(5):1-6,20.

[5] 耿爱生,王珂. 英国“医养结合”的经验与启示[J]. 华东理工大学学报(社会科学版),2016,31(5):87-94,103.

[6] 邬沧萍,姜向群. “健康老龄化”战略刍议[J]. 中国社

会科学,1996(5):52-64.

[7] 杜鹏,王永梅. 改革开放 40 年我国老龄化的社会治理——成就、问题与现代化路径[J]. 北京行政学院学报,2018(6):13-22.

[8] 中共中央党史和文献研究院,中央“不忘初心、牢记使命”主题教育领导小组办公室. 习近平关于“不忘初心、牢记使命”重要论述选编.[M]. 北京:中央文献出版社,2019.

[9] 丁玉龙. 农村人口老龄化与城乡收入差距[J]. 华南农业大学学报(社会科学版),2018,17(1):104-113.

[10] 赵定东,余柳君. 地域过疏化视域下农民养老福利共同体建设[J]. 北华大学学报(社会科学版),2020,21(2):70-77.

[11] 南方日报评论员. 把人民健康放在优先发展战略地位[N]. 南方日报,2016-08-22(F02).

[12] 张岚,舒鸿科. 医养结合 PPP 项目政策解读及建议[J]. 中国管理信息化,2018,21(15):182-185.

[13] 林艳. 为什么要在中国构建长期照护服务体系?[J]. 人口与发展,2009(4):52-64.

[14] 朱吉,贾杨,陆超娣,等. 上海市“医养融合”面临的问题及对策建议[J]. 中国卫生资源,2015,18(3):233-235.

[15] 王辉. 政策工具视角下我国养老服务业政策研究[J]. 中国特色社会主义研究,2015(2):83-89.

[16] 吴宾,刘雯雯. 中国养老服务业政策文本量化研究(1994~2016 年)[J]. 经济体制改革,2017(4):20-26.

[17] 陈锋. 治术变革与治道重建:资源流变背景下乡村治理困境及出路[J]. 学海,2017(4):18-26.