

福利三角理论视角下医养结合模式发展路径探究

马芳虹 河北工业大学人文与法律学院

摘要：在人口老龄化程度日益加深的背景下，政府出台多项政策支持各地积极探索医养结合新型养老模式，但目前我国的医养结合模式仍存在“医养脱节”、主管部门职责模糊、人才队伍建设滞后、供需匹配度低等问题。本文基于福利三角理论框架，分别阐述政府、市场和社区在医养结合养老模式的建立与发展中所应采取的举措。

关键词：医养结合；发展路径；福利三角

中图分类号：R197 文献标识码：A 文章编号：1001-828X(2018)018-0016-03

Exploration on the Development Path of Medical-Nursing Combined Care from the Perspective of Welfare Triangle Theory

Abstract: In the background of increasing population aging, the government has issued a number of policies to support the active exploration of medical-nursing combined care with a new type of old-age pension model, but there are still some problems such as "medical and nursing disconnection", vague responsibilities of competent departments, lag of personnel construction and low supply and demand matching. Based on the framework of welfare triangle theory, the author expounds the measures that the government, market and community should take in the establishment and development of the medical-nursing combined care.

Key words: Medical-Nursing Combined Care; Development Path; Welfare Triangle

一、医养结合新型养老模式的背景

(一) 人口老龄化形势严峻

我国老龄人口基数大，老龄化程度深。国家统计局数据显示，截至2016年底，我国60周岁以上人口达2.3亿人，占全国总人口的16.7%；65周岁以上人口约1.5亿人，占全国总人口10.8%。而60周岁以上的老年人中，患有慢性疾病的比例在70%以上，失能老人超过4000万。20世纪70年代施行的计划生育政策使家庭结构呈现“421”倒金字塔型，家庭人口向小型化趋势发展。目前我国家庭空巢化比例已超过50%，老年人与成年子女一同居住的比例降低，从而使“留守老人”无法得到精细的照护，家庭养老能力不断弱化。随着人口出生率的下降以及人均寿命的延长，社会人口结构的变化导致老年抚养比逐年上升，加剧家庭养老的经济负担。面对如此严峻的老龄化现状，传统的居家养老模式已无法满足老年人日常照料与医疗护理的双重需求，医养结合为真正实现“老有所医，老有所养”提供了新思路。

(二) 国家政策的出台

医养结合并不是将医疗资源与养老资源简单相加，而是通过整合两种资源，在医疗机构与养老机构之间进行资源的重新配置，实现资源利用最大化。国务院于2013年正式公布《关于加快发展养老服务业的若干意见》，第一次以政策性文件的方式提出推动“医养融合”发展，并支持将内设于养老机构的医疗机构纳入医保定点范围。2015年11月，国务院办公厅转发了卫计委、民政部等九部委联合下发的《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》，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。2017年3月6日，国务院印发《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》，提出建立健全医疗卫生机构与养老机构合作机制，深入开展医养结合试点。探索医疗机构与养老机构合作新模式，既是应对人口老龄化这一现实国情的迫切要求，也是解决老年人养老与医疗困境的必要途径。

二、研究基础——福利三角理论

罗斯首先提出福利多元组合理论，他认为社会中的福利来源于三个部门，即家庭、市场和国家。现代社会的福利总量等于家庭中

生产的福利、市场买卖获得的福利与国家提供的福利之和。而后，伊瓦思将其演绎为由家庭、(市场)经济和国家共同构成的福利三角。他将福利三角中的三方具体化为对应的组织、价值和社会成员关系：(市场)经济与正式组织相对应，体现选择和自主的价值；国家与公共组织相对应，体现平等和保障的价值；家庭则对应非正式组织，在微观的层面上体现团结和共有的价值。除福利三角的三方之间有互动关系外，社会成员作为行动者也分别与家庭、(市场)经济和国家建立了相应的关系。

福利三角理论是在福利国家陷入危机的背景下提出的，它强调人们获得的福利是多种制度福利提供的总和。因此医养结合模式的建立与完善不能仅依靠政府的力量，而需要国家、市场和社区的密切配合、取长补短、多方协调，以保障这一新型养老模式的有序健康发展。

三、医养结合养老模式类型

为了积极应对人口老龄化，在国家政策的推动与支持下，各地政府探索出多种医养结合养老模式，即“整合照料”模式、“联合运行”模式与“支撑辐射”模式。

(一) “整合照料”模式

该模式是指由单一机构通过整合与扩充内部资源，同时提供养老服务与医疗服务，包括两个不同的类别，分别为养老机构开展医疗服务、医疗机构拓展养老服务。养老机构增加医疗服务项目，能够满足老年人的基本医疗需求，节省患病老年人往返医院的时间与资金成本，使其尽快接受治疗。医疗机构增加养老服务主要形式为在医疗机构内部设置养老病床或护理院，能够为慢性病老人、大病恢复期老人及需要临终关怀的老人提供更为精细的护理，但医疗机构仍以治疗为主，无法充分满足老年人的心理需求。

(二) “联合运行”模式

此类模式指的是通过养老机构与医疗机构的合作，达到“有病医治、无病疗养”的目的。这种模式的突出优点是专业性较强，养老机构负责“养”而医疗机构负责“医”，各司其职，有利于充分发挥各自的优势，提高工作效率与资源利用率。由于此模式涉及到养老与医疗两种机构，两者之间的衔接与配合则成为其持续良性发

展的重要因素。为了增强老年人享受服务的便利性，具有合作关系的两个机构地理位置距离也应控制在合理范围之内。

（三）“支撑辐射”模式

这种模式侧重于在社区为老年人同时提供医疗和养老服务，即社区卫生服务中心或社会医疗机构与社区日间照料合作，通过签约家庭医生、设置家庭病床等方式满足老年人的日常照料和医疗诊治需求。在这种模式下，老年人能够足不出户享受上门服务，便利性与可及性更强。但与大型医院相比，社区卫生服务中心和社会医疗机构的专业性较差，当老年人的病情严重时，仍需转移至医疗水平更高的大型医院。

四、医养结合养老模式现存问题

（一）“医养脱节”问题严重

当前我国大多数养老机构只提供日常生活照料，一些硬件设施相对完善的机构也只配备简单的医疗设施，低层次的医护水平无法满足老年人日益增长的医疗保健需求。加之养老机构出于规避风险的考虑，通常只接受生活能够自理的、相对健康的老年人，从而将失能、失智、高龄等缺乏自我照顾能力的老年人排除在外。对于大型医院来说，一般只关注急性病症的救治，无法对患有慢性病、处于大病恢复期、需要后期康复治疗老年人提供细致、长期的生活护理。相对于青壮年而言，老年人的病情更容易反复，并发症多，因此一些本应该出院的老年人为了降低风险坚持留在医院。“押床”现象使医疗机构床位周转率下降，造成医疗资源浪费，导致急需医疗救治的老年人病情恶化。

（二）政府主管部门职责界定模糊

目前，我国养老机构属于民政部管理，医疗机构属于卫生部管理，而医疗保险费用的报销又属于人力资源与社会保障部管理范畴。医养结合新型养老模式的管理涉及到多个部门，各政府主管部门的权责界定不明晰，职能交叉，易出现利益纷争和推诿扯皮，导致政策碎片化、行政效率低下。政令不一也会造成医养结合管理混乱，阻碍政策的贯彻落实，影响其可持续发展。

（三）医养结合人才队伍建设滞后

医养结合所需的人才包含养老、医护和管理等方面的多层次专业人才。就现实情况而言，养老机构中的大部分员工为城市下岗工人及农村务工人员，其突出特点是年龄偏大、文化水平低。一方面，这类岗位的收入不高且社会认可度低，但劳动强度大、风险高，所需承担的责任较大；另一方面，我国的医养结合发展刚刚起步，规范化的准入退出机制尚未建立，缺乏健全的行业管理法规以及科学的专业人才培育方法，从而导致人才供给量不足和人才流失严重。

（四）市场供给与需求的匹配度低

随着我国人口老龄化程度的加深以及经济发展水平的提高，老年人对养老和医疗的需求日益增多，具体表现为从基础性的生活照料需求，转变为多样化的生活照料、医疗保健、精神慰藉和临终关怀服务等需求。在健康老龄化规划的背景下，医养结合模式的服务对象不仅仅是慢性病老人、易复发老人、大病恢复期老人、残障老人以及绝症晚期老人，而是着眼于全体老年人的整个生命周期，

致力于延长其健康余寿，提高生活质量。不同身体素质和健康状况老年人对医养结合服务需求存在显著差异，但我国医养结合服务内容单一，服务项目和服务层次划分不精细，缺乏具有梯度的多元化供给，由此造成供需结构失衡。

五、医养结合养老模式发展建议

基于福利三角理论，国家、市场和社区应在医养结合养老模式的建立与发展过程中扮演不同角色，充分发挥各自的独特作用，完善我国以居家为基础、社区为依托、机构为补充的医养结合新型养老模式。

（一）国家——制度保障

加强主管部门间的相互协调，明确各部门职责。医养结合涉及民政部、卫生部和人社部三个不同的部门，三方应厘清各自的管辖范围与职责权限，避免出现管理重叠和管理漏洞。主管部门之间也应加强沟通，权衡各方利益，为医养结合提供统一的政策指导。政府应加快制定医养结合机构准入和退出机制的步伐，明确机构建设与服务标准，加大财政补贴力度。政府也应当给予市场更多的发展空间，由直接供给转变为间接调节，实现政府、民间力量、非政府组织等多方参与，提高社会资本利用率。

建立健全护理保险制度，扩大医养服务覆盖面。老年人的收入水平普遍较低且重视储蓄的传统观念强，而医疗养老的成本较高，因此老年人即使有医疗和养老的双重需求，也不会选择能够提供优质服务的医养结合机构。护理保险制度有利于缩小老年人收入水平与医养服务定价之间的差距。青岛作为长期护理保险的先行试点之一，其职工护理保险资金从当地的基本医疗保险统筹基金和个人账户中按照一定比例划转，财政予以补贴，参保人经过长期照护需求等级评估后方可享受相应待遇。这一模式不仅可以减轻用人单位和个人的负担，而且能在一定程度上提高老年人享受医养结合服务的意愿。其他地区可借鉴青岛的成功经验，依据当地的医疗保险基金结余和老年人口数量确定合理的资金划拨比例，减轻老年人的经济负担。

（二）市场——主导地位

明确需求层次，提供个性化服务。医养结合新型养老模式面向全体老年人，服务对象数量庞大且需求多元。在现有的养老资源和医疗资源有限的条件下，通过对老年人进行能力评估和服务需求评估，从而有针对性地供给医养服务资源，提高资源利用率，有效控制成本。医养结合机构可对老年人的认知、营养、运动、心理、自理能力等方面进行测评，并结合专业医疗与护理人员的建议，为老年人制定包括饮食、活动、康复、健康管理等方面在内的个性化服务方案。对保险公司而言，可依据老年人的身体素质、购买意愿和经济能力开设不同种类的医养结合保险产品，满足其多样化需求。

探索社会力量参与机制，实现投融资主体多元化。在医养结合养老模式的宏观管理上，政府要发挥政策指引和监督作用；而在医养结合机构的建设与运营方面，应探索多元市场化的形式，如公建民营、民建公助、民建民营等 PPP 公私合营模式，充分发挥市场优化资源配置的积极作用。鼓励社会力量进入医养结合领域，一方面可推动政府职能转变，减轻财政压力，另一方面又有利于在降低成

本的基础上提高服务水平,增加社会收益。因此,应为社会力量参与医养结合项目提供税收政策优惠、土地审批程序简化、水电费用减免等便利措施。构建科学合理的风险分担机制,政府和社会力量共同承担经营风险,保障社会资本的合理收益。医养结合服务产业也应当加强行业自律,遵守统一的行业标准规范化经营,为老年人提供优质服务。

(三) 社区——基础保证

加强职业技能培训力度,吸引优秀人才。吸引医疗、护理及康复方面专业人才进入社区医养结合机构工作,提高其工资水平与福利待遇,增强社会认可度。医养结合机构的所有工作人员都应持证上岗,并按照服务水平与个人资历进行等级评定,将不符合最低资格认定标准的人员排除在外,奖优惩劣,提高护理队伍的整体水平。社区可与中职、高职院校进行对接,将老年医学、康复护理、老年人心理健康、老龄化社会工作等专业的大学毕业生输送到相应岗位,经培训实习合格后方可录用。这一举措既能缓解大学生就业压力,又可以为社区医养结合服务提供人才保障。

完善家庭医生制度,推行分级诊疗。在我国目前的养老保障体系中,家庭养老仍然是大多数老年人所选择的养老方式,因此家庭医生制度是医养结合模式的重要组成部分。充分考虑老年人的经济水平、生理状况及心理需求,鼓励并支持老年人自由选择不同等级的家庭医生。社区应建立居民健康档案,在养老机构与医疗机构之间进行数据共享,实时监测老年人的健康状态,充分利用“互联网

+

”实现远程医疗、移动医疗。社区可筹集老年人医养互助基金,减轻经济困难家庭的负担;同时,为行动能力下降、不方便外出就医的老年人设立家庭病床,以充分发挥分级诊疗缓解大型医院资源紧张、便于患病老年人及时得到救治的作用。

参考文献:

- [1] 李蓓. 中国 2.3 亿 60 岁及以上老年人口超过 7 成有慢性病 [EB/OL]. http://www.sohu.com/a/202539354_119562. 2017-11-06.
- [2] 光明. 空巢率超 50%, 如何破解“养老难” [J]. 老同志之友, 2016(7):16-17.
- [3] 彭华民. 西方社会福利理论前沿: 论国家、社区、体制与政策 [M]. 北京: 中国社会出版社, 2009.
- [4] 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.
- [5] 黄英君, 彭瑶. 养老金融视阈下医养结合养老模式探索与发展 [J]. 西南金融, 2017(12):59-65.
- [6] 黄佳豪. 关于“医养融合”养老模式的几点思考 [J]. 国际社会科学杂志: 中文版, 2014, 31(1):97-105.
- [7] 牟春兰. 社会力量发展医养结合的 PPP 模式及对策分析 [J]. 西北人口, 2018, 39(2):105-111.

作者简介: 马芳虹 (1997-), 女, 汉族, 河北沙河人, 河北工业大学人文与法律学院, 本科生, 主要从事劳动与社会保障研究。

上接(第15页)

利的权利主体。而行贿者目的达到了以后,为了弥补自己的“损失”,又会想方设法追求不正当利益。这样就形成了一个恶性循环圈。第二,高薪制必然会加大财政负担。一旦这些负担转嫁到广大社会成员身上,群体性的腐败现象就难免了。

四、我国目前不具备高薪养廉的条件

第一,生产力发展水平落后,实行高薪的物质基础不够雄厚。而不得不考虑的是,我国人口太多,无论如何,作为一个 13 亿人口的大国的公务员来说,其总数不可能小。这就使得高薪对我国经济的负担更重。

第二,官民比例过高,精简障碍重重。据历史资料,我国官民比例在汉代是 1 : 7948,唐代是 1 : 3927,清代是 1 : 911,1949 年是 1 : 294,而今天是 1 : 30。即使是横比,我们的官员数量仍“名列前茅”,以 1999 年为准,中国的官员比例是 1 : 30,印尼是 1 : 98,日本是 1 : 150,法国是 1 : 164,美国是 1 : 187。这么多官员要想精简下来,谈何容易? 而如果精简不下来,又怎么可能对这样一个空前庞大的官员队伍进行高薪养廉。

第三,我国目前的制度建设不健全。无论是行政体制还是法制体制,都存在较大问题,给腐败者有机可乘。就像腐败成本公式(腐败成本 = 取得权利的成本被处罚的概率 + 机会成本 + 处罚成本),机制的不健全会降低腐败的成本,起不到遏制腐败的作用。

五、借鉴之处

虽然高薪不是万能的,但我们亦可从别国(地区)的经验中有所借鉴。通过对廉政建设卓有成效的国家(地区)的考察,可以发现,高薪政

策总是与其他种种手段联合在一起使用的,包括加强对权力的制约与监督,完善反腐败的法制建设等。在香港特区,廉政公署卓有成效的工作对保持公务员队伍的廉洁性起了很大作用;在新加坡,肃贪倡廉的效果在很大程度上要归功于反贪污调查局;在英、法、美等国家,在权力的制约与监督方面已经建立起非常完善的法制手段。

当然,我们不能忽视的是,这些国家或地区都有强大的经济实力做后盾。经济基础决定上层建筑,反腐败的根本还是要发展经济。

参考文献:

- [1] 公婷, 吴木奎. 关于以薪养廉有效性的探讨: 基于中国的经验 [J]. 经济社会体制比较, 2012(5):117-129.
- [2] 林川, 曹国华. “高薪养廉”还是“高薪致腐”?——基于中国证券市场的经验证据 [J]. 江汉学术, 2018, 37(1):22-31.
- [3] 林喆. 制度反腐是依法治国进程中的主要反腐模式 [J]. 探索与争鸣, 2014(11).
- [4] 刘昕, 柴茂昌, 董克用. 新加坡公务员薪酬平衡比较机制及其启示 [J]. 经济社会体制比较, 2014(4):59-67.
- [5] 王传利. 市场真的具有消除腐败的功效吗? [J]. 红旗文稿, 2014(17):29-31.
- [6] 吴建雄. 怎样看待近几年的“高压反腐” [J]. 红旗文稿, 2016(4):27-29.