

# 探索以养促医、以医助养的新型医养关系

## ——我国进入老龄化社会医养结合的几点思考

迟福林 | 中国（海南）改革发展研究院院长



- ◆ 构建新型医养关系，在注重“治”的同时，更要在医疗资源配置上更加突出“养”的位置，推进医疗支出的前端化，更多地用于“防未病、治小病、促保健”，由此实现医养服务的实质性结合。
- ◆ 医养服务的结合，需要把医疗服务、健康咨询服务、健康检查服务、疾病诊治和护理服务、大病康复服务、临终关怀服务和生活照护服务、精神心理服务、文化活动服务等有机结合起来，以形成居家养老和社区养老的重要支撑。

我国已进入老龄化社会，如何在经济社会发展中妥善解决好数亿人的养老保障问题？如何在老龄化社会中破解医养结合面临的突出矛盾？如何适应老龄化社会的需求，探索形成适应我国国情的新型医养关系？这些问题已成为事关我国中长期经济增长的重大现实因素。

### 一、进入老龄化社会，医养结合面临的突出矛盾何在

我国进入老龄化社会，增长与养老的结构性矛盾成为经济社会发展的基本性问题。笔者认为，讨论当前的医养关系，也要放到这个大

背景下寻求有效解决之路。

**1.我国开始由中期老龄化快速步入深度老龄化社会。**按照国际通用的划分指标,当一个国家或地区65岁及以上人口占比超过7%时,意味着进入老龄化社会;达到14%时,为深度老龄化社会;若超过20%,则为超老龄社会。未来10年,我国仍将处于人口老龄化快速发展的阶段。2018年,我国65岁及以上人口达到1.67亿人,占总人口的11.9%。2018年12月,世界银行的一份报告预计,到2027年我国65岁及以上人口比例将从2002年的7%上升到14%,进入深度老龄化社会。这意味着,我国从老龄化社会迈入深度老龄化仅需25年,而法国经历这种转变用了115年,英国用了45年,美国用了69年。此外,我国老龄化阶段与发展阶段错位程度在人类历史上也是前所未有的。比如,按2010年美元不变价格计算,在65岁及以上人口占比达到12%左右时,我国的人均GDP不到1万美元;而在达到相同的人口老龄化水平时,德国、美国和日本人均GDP分别高达1.8万美元、2.9万美元和3.8万美元。“未富先老”的现实,给我国经济社会发展提出重大挑战。

**2.人口结构变化使我国宏观经济政策面临两难选择。**2013年至2018年,我国劳动力人口数量累计减少2560万人,进入老龄化社会人口结构的历史性变化,倒逼我国人口生育政策、退休政策等要适时作出重要调整,以解决增长与养老的结构性矛盾。

**3.以医代养、医养不分加大医养服务“有需求、缺供给”的结构性矛盾。**保守估计,到2030年,我国老年人口消费规模将达到18万亿元人民币,到2050年达到61万亿元人民币<sup>①</sup>。但是,我国养老产品和服务供给总量严重不足、结构不合理、水平不高的问题十分突出。例如,目前我国至少需要1000多万名养老护理人员,但实际从业人员不足百万<sup>②</sup>,家政养老看护服务和社区日间照料的缺口率分别超过55%和70%<sup>③</sup>。究其重要原因之一,在于传统医养

关系难以满足老龄化社会日益快速增长的医养需求。一方面,由于公立社区医疗机构与日间照料中心难以提供老人所需的各类养老医疗服务,患病、失智、失能、半失能老人,多年把“医院”当成“家”,造成医疗资源的严重浪费;另一方面,医疗服务与养老服务之间的界限未能严格明确划分,故此,在医养结合政策出来后,有的医疗机构借医养结合之名寻求某些市场盈利空间,由此造成医养结合的各种“乱象”。适应我国老龄化的趋势,需要着力破解以医代养、医养不分的突出矛盾,探索形成符合我国国情的新型医养关系。

## 二、进入老龄化社会,新型医养关系的基本需求究竟何在

进入老龄化社会,适应养老需求与医疗需求变化的特点,不是不要“医养结合”,而是需要把握趋势,探索、试点、创新更高要求、更高水平的新型“医养结合”。笔者将这一新型医养关系概括为“以养促医、以医助养”。

**1.以养促医,适应老龄化社会需求,调整优化医疗资源配置。**总的来看,当前不少“养”的项目以“医”的形式支出。这不仅加大了医疗成本,而且不利于发展“养”的事业。比如,连续住院时间超过3个月的退休职工占三甲医院住院人数的比重只有2.1%,但占住院床日数的比重却高达21%;其花费的医保基金占医保基金支出的16.4%。因此,构建新型医养关系,关键是在注重“治”的同时,更要在医疗资源配置上更加突出“养”的位置,推进医疗支出的前端化,更多地用于“防未病、治小病、促保健”,由此实现医养服务的实质性结合。

第一,医养适当分离。发展新型医养关系,要明确“医”是“医疗”而不是“医护”。“医养结合”,结合的是服务,要求医疗服务与养老服务之间的连续性和医疗服务体系与养老

服务体系的相互融合；“医养分开”是场地、费用等的分开，特别是在第三方付费的情况下，对医疗服务和养老服务的支付要区分清楚。

第二，优化医疗资源支出结构，更多地用于养老保健类领域。随着我国加速进入老龄化社会，需要把一部分医疗资源配置在保健领域，以应对医疗体系和医保体系的巨大压力。

第三，优化医疗资源配置结构，将以全科医生为重点的资源更多下沉到社区。在我国以居家养老为主的养老模式下，越来越需要将全科医生和合理的护理资源下沉到社区。

**2.以医助养，以医疗为支撑完善老龄化社会的养老服务体系。**老龄化社会中，“养”是关键，“医”是支撑，养老离不开医疗服务。以医助养，就是以专业化的医疗机构支撑完善养老服务体系。

第一，打通医疗资源支撑养老的途径。医养服务的结合，需要把医疗服务、健康咨询服务、健康检查服务、疾病诊治和护理服务、大病康复服务、临终关怀服务等和生活照护服务、精神心理服务、文化活动服务等有机结合起来，以形成居家养老和社区养老的重要支撑。

第二，建立以社区为重点的养老医疗服务体系。目前，我国社区在养老医疗服务体系中的作用还没有充分发挥出来。比如，2017年，我国社区卫生服务中心床位数仅占所有医疗机构床位数的2.8%，医疗技术人员占5.3%。发挥社区在养老中的重要作用，要加大对社区养老服务的投入力度；要鼓励社区组建多种类型的养老服务社会组织，并给予倾斜性政策支持；要提倡和弘扬“社区互助文化”。通过家庭自助、邻里互助、社会关爱等形式，引导、整合社会力量参与老龄化养老医疗服务体系建设。

第三，大力发展医疗养老联合体。目前，医联体更多的还是侧重治疗，护理机构、康复机构加入的并不多。这就需要鼓励护理院、专业康复机构等加入医联体，以加强医疗卫生与养老服务的进一步结合，打造新型医养联合体。

**3.突出中国特色，在传承与创新中形成新型医养关系。**在构建新型医养关系过程中，中医药有着独特的优势和地位。例如，未病先防、已病早治和既病防变是中医“治未病”理论的核心，这与“以养促医、以医助养”的思路高度一致。从现实情况看，中医药的独特优势在“医养结合”中未能充分发挥其价值，这就需要尽快把某些传统养生养老服务纳入政府采购目录和医保目录，大力支持中医药事业传承创新发展。

**4.新型医养结合要以养为主，以医为辅。**很多老年人被动地进入失能失智状态，增加了社会、家庭和个人的负担。因此应转变观念，树立以养为主的健康理念，增强老年人在健康管理预防方面的主动意识。同时支持在社区、家庭、医院、养老院增加护理和养生功能，形成对老年人的持续照料，降低患病风险。

### 三、如何以结构性改革破解新型医养关系面临的结构性矛盾

近14亿人的大国要积极应对人口老龄化的严峻挑战，加快构建新型医养关系，既需要在政府“建制度、保基础、严监管”的同时，调动多方积极性，有效发挥社会与企业作用，形成三方合力；更需要推进产业、城乡、部门等相关政策体制的结构性调整与改革。

**1.加快服务业市场开放，发挥社会资本在医养服务供给中的主力军作用。**2017年，民营养老机构占比仅为46%；基层医疗卫生机构中，公办机构占比90%以上；此外，由于相关政策限制，民营养老机构与医疗机构设备空置与公办养老机构“一床难求”、大型公办医疗机构“人满为患”的结构性矛盾并存。这就需要以打破垄断为重点，推动以健康、养老为重点的服务业市场全面开放。

第一，按照“公开市场、公平竞争、公正监管”的原则，进一步打破养老服务相关的市

场壁垒。例如,尽快实现不同所有制养老机构在财政补贴、税收、贷款、土地、人才等政策,以及水、电、气价格等方面的平等待遇;加快建立公平竞争审查制度,加强对健康、养老服务领域法规、政策的公平竞争审查。同时,取消非公立医疗机构区域卫生规划指标限制,放开包括诊所、门诊部在内的小型医疗机构的举办权。

第二,把政府购买公共服务作为构建养老医疗服务供给体系的重大举措。例如,通过购买服务、发放养老券、税收抵免等多种方式进一步拓展民营养老机构发展空间。争取到2025年,我国政府采购规模占GDP的比重由2017年的4%左右提升至10%左右,服务类采购占政府采购比重由2017年的27%提升至35%以上。

第三,以基层为重点大力发展公办民营模式。从国际经验看,基层养老与医疗机构社会化、民营化是一个大趋势。建议将一部分利用率不高、资源闲置的公办社区(乡镇)养老机构与医疗机构交由社会资本运营,通过公建民营、“一院二制”等方式吸引社会资本参与公办医疗、养老机构运营。

第四,在养老和医疗领域尽快引入国际先进标准。

——能否率先在海南等部分地区全面引进欧美日养老服务与医疗药品的管理标准,快速提升养老服务与医疗药品质量水平,在全国形成示范效应。


——能否在未来2年把药品进口增值税税率降至6%;在对进口抗癌药等实施零关税的基础上,对癌症诊断和治疗的进口设备尽快实行零关税,以进一步降低癌症防治的成本,尤其是明显降低老年人癌症防治的成本。

**2. 加快建立适应新型医养关系需求的保险体系。**第一,加快实现长期护理保险全覆盖。目前,我国医保只能报销医疗机构的费用,而不能报销养老机构的费用,这等于变相鼓励老人住院养老,由此产生“小病大治、长期压

床”的现象,不仅造成医疗资源的浪费,也直接导致医保基金的浪费。在日本,介护保险的存在使得个人在居家养老中只需负担10%~20%的费用。借鉴日本经验,并从我国实际出发,尽快实现长期护理保险的全国覆盖,明确医疗服务与养老护理服务的界限。在此前提下,明确医疗保险只能付“医”而不能付“养”的基本原则。

第二,加快实现基本养老保险全国统筹。从现实情况看,养老保险全国统筹进展的滞后,制约了全国统一劳动力市场的形成,也使得减税降费政策的落实大打折扣。为此,要尽快在全国实现统一缴费率、统一缴费基数、统一征收机构、统一划拨国有资本偿还隐性债务,为不同地区企业提供公平的发展环境。

第三,尽快让农民工成为历史。一方面,我国农村老龄化水平明显高于城市。预计到2028年,我国农村老龄化水平将高于城镇11个百分点。一方面,由于城乡社会保障的制度性障碍,使得农民工进入城市后难以携带老人进城养老,造成农村空巢老人大量存在。建议尽快让农民工成为历史,争取到2020年使农民工享受与城镇职工同等的基本公共服务,为广大农民工接父母进城养老创造条件。

**3. 加快推动适应新型医养关系的体制变革。**目前,“多头管理”成为推动医养结合、构建新型医养体系的突出体制障碍。建议尽快在更高层面统筹协调医养关系,并建立全国统一的医养结合机构的准入、监管、评估机制。同时,厘清和明确相关部门的职责权限。

- ① 《了不起的老年人:2030年其总消费或将达18万亿元》,新华网,2018-12-29。
- ② 《实际数量不足100万,养老护理专业人员缺口怎么填?》,《工人日报》,2016-07-05。
- ③ 《暂别“未富先老”,养老挑战依然严峻》,《中国经济导报》,2018-07-05。

(责任编辑:杨婷)