

我国医养结合发展现状及其对医保治理的挑战

康蕊¹ 王震²

(¹中国社会科学院社会发展战略研究院 北京 100005; ²中国社会科学院经济研究所 北京 100038)

【摘要】老年人对养老服务和医疗服务的双重需求不仅对传统的医疗资源和养老资源配置、供给模式带来挑战,还对医疗保障制度的保障政策及其治理体系和治理能力提出了新的要求。本文在总结我国医养结合的主要模式特征和发展现状基础上,分析对我国医疗保障政策及治理体系的挑战,提出我国医养结合初步形成养中办医、医中办养以及基层医疗机构办医养等运行模式,这对门诊和社区全科医疗服务的医疗保障水平有更高的需求,对医保治理能力和监管能力有更高的要求,同时需要与长期护理保险划清边界、相互协同。

【关键词】医养结合;医疗保障;治理体系

【中图分类号】F840.684 C913.7**【文献标识码】**A **【文章编号】**1674-3830(2024)5-26-9

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2024.5.004

1问题的提出

我国人口老龄化程度在进入21世纪以来不断加深,2020年,65岁以上老年人占比提升至13.5%。伴随着人口老龄化和高龄化的到来,患病老年人、失能半失能老人的规模和比例都在迅速增长。目前,患有慢性病的老年人约占78%^①,另有4400万的失能半失能老人^①。老年人对养老服务和医疗服务的双重需求不仅

对传统医疗资源和养老资源配置及供给模式带来挑战,还对医疗保障政策及其治理体系、治理能力提出了新的要求。一方面,传统的养老服务体系主要应对自理老年人,且老年人在自理和去世之间的失能阶段时间短,因此,养老服务需求比较单一,主要是生活照料。但人口老龄化及疾病谱的变化使得老年群体的医疗服务需求发生了变化,自理到去

世之间的时间段延长,随着平均预期寿命的增加,患有慢性疾病的时间会推迟并可能集中出现在生命历程的晚期^②,因此医疗服务需求激增。另一方面,养老服务和医疗服务的供给侧不能适应需求的变化。传统的养老服务着重于日常生活照料,独立于医疗服务之外,二者是分割的,因而在养老服务过程中,老年人的医疗需求得不到满足。

医疗保障也面临双重困境,一是对处于失能半失能阶段的老年人的保障不足,二是老年人对服务的选择会产生行为扭曲,其中一个重要的影响是“社会性压床”,造成医疗

【收稿日期】2024-4-30

【通讯作者】王震,中国社会科学院经济研究所研究员、中国社会科学院大学教授,E-mail:wangzhen@cass.org.cn。

【基金项目】国家社会科学基金青年项目“医养结合养老服务模式治理体系研究”(20CRK012);中国社会科学院“青启计划”(2024QJH161)。

注:①数据来源:国家卫生健康委等.“十四五”健康老龄化规划[EB/OL].https://www.gov.cn/gongbao/content/2022/content_5692863.htm。

服务资源和医疗保障基金的浪费^[3]。大量有医疗护理需求的老年人涌入医院,通过住院获得长期护理服务,相关数据表明,有医疗保险的老年人年度医疗消费支出平均为3286.97元,而没有医疗保险的老年人年度医疗消费支出为2442.62元^[4]。

为应对养老和医疗的双重需求,资源配置和供给模式应转向“医养结合”,即将医疗卫生服务资源与养老服务资源进行统筹,实现整合性的服务供给,并根据老年人的需要进行有序对接,前者包括慢性病管理、术后康复和医疗护理、临终关怀等服务,后者包括长期护理中的生活照料等服务。

参考国际经验可知,为解决现有分割式的服务供给不能满足需求变化的问题,各国均对医疗保障的传统制度安排及治理结构进行了重构。例如,在英国的英格兰和苏格兰地区,老年人患可预防的非传染性疾病,如中风和慢性病的患病率不断增加^[5],但医疗服务(health care)和社会化服务(social care)分别隶属于国家医疗系统(National Health System, NHS)和地方社会服务部门,主管部门分散且界限模糊,不同机构间服务内容割裂。NHS服务于全体国民,福利国家体制下实行“全民免费医疗”,大规模的老年人在医院内享受长期护理造成资源浪费;而社会服务的对象是低收入者,救助者需满足一定的家计调查条件,有需要的老年人未必能获得相应的医疗服务。

为此,英国进行了社区服务改

革,目的是将原来NHS负担的失能失智老年人住院服务终止,改由社区中能够提供住宿的机构服务或让老年人在家享受社区中的上门医疗护理服务;并且,通过医疗服务与社会服务的整合(integration of health care and social care)打破分割供给的组织结构,通过进行统一管理的联合委员会和统一支付的基金实现社会服务和医疗服务衔接^[6],以家庭医生为中心,社区护士、护理和日常服务人员为支撑的整合性服务网络得以建立^[7],不仅能够满足老年人在同一地理空间同时享有医疗服务和养老服务的需求,还避免了延迟出院“压床”带来的医疗资源和医保基金浪费。

我国自2011年在社会养老服务体系建设“十二五”规划中开始提出将养老服务和医疗服务融合发展的基本意向,并于2016年先后确立了两批共计90个国家级医养结合试点。医养结合的供给规模和范围有了显著增长,一定程度上满足了老年人的养老和医疗的复合型需求,但仍面临保障水平不足、医保等保障措施有待完善等问题。未来我国人口老龄化还将进一步加速,老年人口队列更替,老年人的医疗需求更加多元化,对医养结合服务质量和效率的要求更高。

相应地,也将对医保制度及其治理体系带来诸多风险和挑战:一是医保的保障效能是否能够有效满足处于养老服务中的老年人的医疗服务需求;二是医保的日常管理及监管能力是否能够与整个体系的发

展相匹配,例如对医保定点机构的监管;三是随着长期护理保险的建立,如何实现医养结合服务模式、医保和长期护理保险的协同,从而提升制度的整体运行效能。

本文在对我国医养结合发展历程和现状进行梳理的基础上,总结医养结合的模式特征,研判医养结合给医保治理带来的重点风险问题,并提出相应建议。

2我国医养结合的发展与主要模式

2.1 医养结合服务模式的发展历程

我国自2000年进入老龄化社会,在同期加快实现“社会福利社会化”的大背景下,开始建立社会化的养老服务体系。同时,随着老年疾病谱的变化,失能、慢性病等社会现象得到关注,老年人医疗需求成为和养老相伴相生的重要问题。2013年,国家开始加快养老服务业发展,其中一项重要举措是医疗资源进入机构、社区、家庭,支持有条件的养老机构设置医疗机构。这一阶段的工作重点是在养老服务的基础上增加医疗服务,养老服务机构是主体,医疗机构更多的是参与和配合的角色。例如鼓励二级以上医院建立与养老机构之间的转诊与合作,推出了一系列配套保障措施,提出将养老机构中内设的医疗机构纳入医保报销范围,在职称评定和技术准入等方面也视同对待。

但在实际供给中,康复和医疗等环节的发展却十分薄弱,因此医

疗机构的功能优势越来越得到重视。自2015年起,为进一步扩大医养结合的供给规模并完善体系建设,在“养”中办医的基础上,医养结合制度设计中继续增加了医中办“养”、社区办“医养”,医疗机构开始作为主办机构,具体措施包括在医疗机构设置养老床位,逐步提升基层医疗卫生机构为居家老年人提供上门服务的能力等。

为探索建立符合国情的医养结合体制机制,创新医养结合管理机制和服务模式,2016年,原国家卫生计生委联合民政部确定了两批共90个市(区)作为国家级医养结合试点单位。试点运行暴露了一些突出问题,一是相关服务及其费用的补偿和保障面临制度障碍,因此各地开始探索将医养结合也纳入医保报销范围。例如,山东提出将符合条件的养老机构的内设医疗卫生机构纳入城乡基本医疗保险定点范围。国家层面也于2021年规定取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的护理院、养老机构内设的医疗机构,可申请医保定点。为形成对医养结合中长期护理服务的支付保障,长期护理保险也于2016年开始进行全国试点,为长期失能人员的基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供资金或服务保障,有效解决了此前较为严重的挪用医保基金支付护理费用的问题,提升了医保资金使用效率,对

于促进医养结合服务业发展也发挥了积极作用。二是针对医养结合机构“叫好不叫座”的问题,为破除市场主体准入障碍,2017年各地开始放宽医养结合机构审批登记,设置审批与执业登记“两证合一”,并对社会办医养结合机构“全面放开”“非禁即入”,一定程度上进一步激活了市场活力。

至此,试点地区逐渐探索出一些医养结合模式,医养结合服务体系不断发展。2018年以来的发展具有更明显的问题导向,发展重点的针对性强,改革方式不断创新。例如,要求推进基层医疗卫生机构和医务人员与老年人家庭建立签约服务关系,建立村医参与健康养老服务激励机制,鼓励一二级医院转型养老院,等等。政策实施取得了显著效果,医养结合机构数量稳步提升,供给规模不断扩大,服务方式不断创新,服务内容持续拓展,服务质量不断提升(竞争增多),老年人对医养结合服务的可及性和获得感不断增强。

进入“十四五”时期,医养结合建设的目标更加系统,即建立覆盖老年人群疾病急性期、慢性期、康复期、长期护理期、生命终末期的医疗和护理服务体系,更加突出连续性。为解决居家、社区医养结合发展不充分等问题,应对稳定的长期护理费用支付机制尚未全面建立等挑战,各地开始引导提供家庭病床、上门门诊等居家医疗服务,并完善价

格等相关政策,支持保障性措施也更加多样化,包括稳妥推进长期护理保险制度试点等。

2.2 医养结合服务的模式特征

2.2.1 养中办“医”。

养中办“医”,即养老机构按相关规定申请开办老年病医院、康复医院、护理院、中医医院、临终关怀机构等,或内设医务室或护理站,来提供基本医疗服务。其目标是解决入住养老机构老年人的就医需求,让老年人在养老机构内就能解决慢性病管理、常见病就诊、长期护理和急救等问题,特别是对失能半失能老年人而言,减少地理空间转移的障碍。根据国家卫生健康委在2021年4月召开的例行新闻发布会上公布的信息,超过90%的养老机构都能以不同形式为入住的老年人提供医疗卫生服务^②。

养中办“医”在服务供给和支付保障上仍有待完善。第一,养中办“医”尚未成为养老机构提供医疗服务的主要形式。2019年,养老机构内部设立医疗机构的仅有3172家,仅占养老机构总数(34369家)的9.23%^③,养老机构主要还是通过和医疗机构签约等形式满足老年人的医疗需求;第二,在设立的医疗机构中,也大多为医务室、诊所等,能够提供的医疗服务十分有限,医疗水平和质量尚不能满足老年人需求;第三,仅有63.2%纳入了医保定点范围,在不能进行医保报销的机构中,老年人的认可度和使用率并不高^④。

2.2.2 医中办“养”。

医中办“养”,即医疗卫生机构依据自身医疗业务的优势,通过开办老年病医院和老

注:②数据来源:中国政府网.卫生健康委新闻发布会介绍医养结合工作进展成效有关情况[EB/OL].https://www.gov.cn/xinwen/2021-04/09/content_5598611.htm.

③数据来源:笔者根据《2019年我国卫生健康事业发展统计公报》中的数据测算所得。

④数据来源:国家医疗保障局网.国家医疗保障局对十三届全国人大三次会议第8753号建议的答复[EB/OL].http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/10/19/art_26_3748.html.

年病科、康复疗养机构、老年护理院等多种形式开展养老服务。其服务对象包括有治疗和护理双重需求的老年人、此前在医院挂床延迟出院的有护理需求的老年人、从上游医院治疗完成转出进行康复的老年人、进行安宁疗护和临终关怀的老年人等几类群体。该模式的目标主要有两个：一是释放综合医院中的医疗资源，二是弥补康复和医疗护理等环节的服务不足。此外，还有改善基层医院运营状况的附属目标。

目前，我国医疗机构参与医养结合的最广泛的形式是签约合作。截至2022年底，全国医疗卫生机构与养老服务机构建立签约合作关系的达8.4万对^⑤，但通常流于形式，老年人的实际获得感并不强。下文所言医中办“养”，指的是除签约以外的内嵌式服务形式。

我国不同等级的医疗机构参与医养结合的方式并不统一。截至2022年底，全国设有老年医学科的二级及以上综合性医院5909个^⑥；康复医院、护理院分别建成810家、849家，床位数分别为26.87万个、11.91万个^⑦，这些机构在医保报销上具有较为稳定的基础，但从规模上来看仍十分不足。为此，国家开始鼓励一二级医院转型养老院，但一次性

的投入较高，例如北京市财政向每家公立医院转型康复医院机构补助1500万元，专项用于人才培养、设备设施采购或房屋维修改造^⑧。

因此，目前开展一二级医院转型的大多集中在东部经济发达地区。在中部、西部的欠发达地区，各地政府推动一二级医院转型的政策尚未大规模出台，转型投入的支持政策也较为少见。且由于目前县一级城市中的二级医院在当地发挥着十分重要的医疗服务供给作用，因此转型医院大多是省会及以上城市中的一二级医院。并且，医疗机构增设养老床位和综合医院建立康养中心的案例也多发生在中、西部地区，东部地区医疗资源虹吸效应较为严重，开办养老服务的意愿均不足。

2.2.3基层医疗机构办“医养”。基层医疗机构办“医养”，即为社区内居家老年人提供长期护理服务，以及定期体检、上门巡诊、家庭病床、社区护理、健康管理等基本医疗服务。主要目标有三：一是为应对90%以上的居家老年人就近养老的需求，弥补非正式护理资源的不足；二是实现分级诊疗的目的，将老年人留在社区；三是满足高龄、重病、失能半失能以及行动不便或确有困难的老年人的医疗和健康管理需求。

对于居家养老的老年人，基层医疗卫生机构是应对这一群体医养结合服务需求的主体。截至2021年底，全国建成老年友善医疗机构的基层医疗卫生机构15431个^⑨，占比约为1.58%^⑨。各地广泛开展了老年人的家庭医生签约工作，但在签约后，家庭医生和村医在后续服务供给中对居家老年人提供的健康管理、上门诊疗等服务的覆盖率却不高。

笔者通过中国老年健康影响因素跟踪调查数据(Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey, CLHLS)数据库2018年数据进行测算，所在社区能够提供上门看病、送药的老年人占比仅为33.2%。一方面，老年人有病还是倾向于到大医院治疗，另一方面，公立基层医疗机构并未获得充分的绩效激励，在医养结合服务供给中的动力不足。护理服务主要由社会资本经营管理，属于市场行为，在老年人可支付能力约束下，对医养结合服务的有效需求并不高，在尚未实施长期护理保险制度的地区，发展仍较为滞后。

3给医疗保障制度安排及治理体系带来的挑战

3.1要求更高的门诊和社区全科医疗服务保障水平

对医保治理体系保障效能的评价，关键要看是否能够有效满足处于养老服务中的老年人的医疗服务需求。老年人患病和治疗主要是慢性病和患大病后的身体机能维持，具有长期性、基础性的特征，对医疗

注：⑤数据来源：国家卫生健康委员会.2022年我国卫生健康事业发展统计公报[EB/OL].http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s3585u/202309/6707c48f2a2b420fbfb739c393fcc92/files/8a3994e41d944f589d914c589a702592.pdf.

⑥数据来源：国家卫生健康委员会.中国卫生健康统计年鉴2021[M].北京：中国协和医科大学出版社，2021.

⑦数据来源：北京市卫生健康委员会.关于通报第二、三批康复转型公立医疗机构验收结果的通知[EB/OL].http://wjw.beijing.gov.cn/zwgk_20040/zxgk/202208/t20220829_2802461.html.

⑧数据来源：国家卫生健康委员会.2021年我国卫生健康事业发展统计公报[EB/OL].https://www.gov.cn/xinwen/2022-07/12/content_5700670.htm.

⑨数据来源：笔者根据《中国卫生健康统计年鉴(2022)》中相关数据测算而得。

服务的需求主要体现在门诊服务上,特别是社区全科服务上。而我国医疗保障制度整体呈现出以“保大病”为主的特征,“大病”的现实定义是住院。

现代医学产生以来,医疗资源的组织形式始终以住院为中心,不仅主要的诊疗活动发生在住院过程中,而且主要的费用来源也是住院患者。相应地,医疗保险的保障内容也以住院为主。随着医学技术的不断发展完善和医疗手段的创新,一些疾病无需住院即可完成治疗,例如靶向药替代了此前肿瘤患者的住院治疗。传统的诊疗模式潜移默化地发生变化,即从以住院为主转向以医院门诊和社区全科服务为主,主要体现在住院人次的下降和住院时长的缩短,例如OECD国家在2010—2019年间的住院人次及住院时长呈现出缓慢但明显的下降趋势^[8],那么其必然结果是对门诊和社区全科服务的需求增加。

我国医保制度原有的一些设计并不完全适应医疗资源组织形式主导方向的转变,如职工医保中的社会统筹主要支付住院等“大病”,个人账户主要支付门诊和社区全科等“小病”,默认门诊的支出少,报销需求低,居民医保在报销支付中的条件设定同样反映了这一逻辑。因此,即便在门诊即可完成治疗,参保人也可能为了获得报销而选择住院。

我国对于门诊和社区全科服务的保障水平相对不足。职工个人账户中的基金不足以应对个人自付的负担,门诊统筹大多只限于医院门诊使用,对社区全科服务的支付不足,基层的服务能力和服务水平满足不了参保人需求也是发展障碍之一。受医疗卫生体制中的行政化色彩,以及我国基层财政拨款供养的体制影响,我国基层医疗卫生服务能力较为薄弱,医护人员水平、药物和设施配备水平均和综合医院存在一定差距。

为解决门诊保障不足的问题,我国开展了一系列改革。例如,高血压、糖尿病(以下简称“两病”)是最常见的慢性病,据测算,城乡居民医保参保人中有3亿多“两病”患者^⑩,长期的医疗费用支出给参保人增加了较多负担。为此,我国自2019年开展了完善城乡居民“两病”门诊用药保障机制的改革,对“两病”参保患者在二级以下定点医疗机构门诊发生的降血压、降血糖药品费用,由城乡居民医保统筹基金支付,实行按人头、按病种付费,政策范围内基金支付比例达到50%以上,各地普遍不设起付线,最高支付限额在400—2000元不等。并且,在国家组织开展的药品集中带量采购中,“两病”用药平均降价超过50%,参保人用上了过去用不起的药。这些改革对居民门诊服务利用产生了重要影响,更多

的就医行为和医疗资源流向医院门诊和基层医疗机构。但值得注意的是,慢性病的就医频次和累计就医费用仍较高,现有制度对门诊的保障力度需要进一步研究探讨。

在医养结合服务体系的构建中,医院门诊和社区全科服务保障不足的问题更加突出。老年人慢性病用药等门诊需求高于平均水平,总费用更高,退休人员人均门诊就诊次数是在职工的2.17倍,门诊次均费用是在职工的1.15倍^⑪。根据CLHLS数据库2011年、2014年、2018年三期数据进行测算发现,60岁及以上老年人的平均门诊费用为5266.93元/年,其中个人自付和自费为4842.10元/年,门诊实际报销比例仅为8.07%^[9]。

当然,在门诊保障相关改革推进后,保障待遇有所提升,但对于“老年人支付得起需要的医养结合服务”的目标来说还有较大差距。为降低个人自付负担,老年人可能会以住院换门诊来实现对慢性病等治疗的报销,不仅不符合医保基金使用规定,医疗服务的可及性也不足。医院出于提高病床周转率的目的,可能推诿此类住院时长较长的病人,老年人可能无法住院,或者因此轮候的时间也较长。因此,要通过医养结合来解决老年人在医院“挂床”的问题,需要提高对门诊和社区全科服务的医疗保障水平。

3.2对医保治理能力特别是监管能力提出挑战

医保对门诊服务和社区全科服务的监管面临挑战。当前医保部门

注:⑩数据来源:《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的指导意见》政策解读[EB/OL].https://www.gov.cn/zhengce/2019-10/12/content_5438857.htm.

⑪数据来源:国家医保局有关负责人就职工医保门诊共济保障机制改革相关问题答记者问[EB/OL].https://www.gov.cn/xinwen/2023-02/26/content_5743336.htm.

为了扩大门诊保障范围,出台了一系列针对性措施。由于我国疾病谱已发生了巨大变化,慢性病已成为影响我国居民健康的主要疾病,治疗慢性病最有效的方式是通过门诊早诊早治和健康管理,但原有制度安排中的以个人账户保障普通门诊费用的方式难以满足现实需求。并且,随着医疗技术的发展,门诊可提供的医疗服务范围大幅增加,服务功能明显加强。

因此,各地开始陆续进行职工医保门诊共济保障机制改革,具体做法是先从门诊慢特病开始,逐步建立普通门诊统筹。大部分地区实现了普通门诊报销从无到有的转变,将更多定点零售药店纳入门诊报销范围,将个人账户使用范围由参保人本人拓展到家庭成员,职工中的老年群体的报销“起付线”比在职职工更低、报销比例和报销“封顶线”比在职职工更高,并对基层医疗机构的报销待遇有所倾斜。相对应的,需要监管的项目内容和适用范围均扩大且更加复杂多元。

此前受支付结构的影响,医保对定点机构和就医行为的监管主要集中在住院,对门诊和社区全科服务的监管相对不足。实际上,在门诊和社区全科服务中,发生医保基金违规使用的可能性更大、程度可能更严重、风险点可能更多,监管难度可能更大。课题组在调研中发现,随着门诊报销的不断放开,在全国不同社会经济发展水平的地区,均有一些等级较低的医院门诊或社区卫生服务中心为吸引老年人,开办医养

结合服务,违规使用医保基金问题十分常见。在各地广泛开展医养结合的大背景下,除了过度检查和过度诊断等常见的违规违法行为,各地对医养结合的支持力度加大变相导致了老年人门诊就医中的伪造病历、冒用老年人社保卡等新型欺诈和挪用医保基金的问题,特别是虚假购药,以及替换、串换和倒卖医保药品的行为对基金支出影响较大。

各地在支付方式和支付内容上的监管存在滞后。主要表现在三方面:一是对门诊特别是对零售药店等定点机构等监控数据的掌握不足;二是对于利用互联网等信息技术欺诈骗保的新型风险应对存在缺失;三是门诊和社区全科服务中的监管任务更多更繁重,未能从执法队伍和人才上进行充分保障,因此未能形成对医疗机构、医生和老年人行为约束的有效机制。未来,如何监管医院门诊和社区全科服务中的医疗费用支出,将成为医保监管工作的重要挑战。

3.3 医疗服务、养老服务和长期护理服务需要清晰界定各自边界

从理论上和现实上区分医养结合相关的服务内容,是构建医养结合体系的重要前提之一。如果不能将多项制度安排进行区分和辨识,将陷入支付保障等后续环节中的混同。从理论上,医养结合包括医疗服务、长期护理服务和养老服务,突出的是三类服务在供给上的连续性。医疗服务针对患有慢性疾病、急性疾病恢复期的老年人,满足老年阶段的医疗需求,手段和目的是“治

疗”和“治愈”,其中包含的短期医疗护理是医疗服务的附属,目的是“恢复”和“治愈”。养老服务则是面向全部老年群体的全方位、综合性服务,以非治疗性的生活服务及社会服务为主。长期护理服务是指针对因病、残、伤、年老而陷于失能半失能人员提供的专业化的护理服务,但在对象识别上并不完全重合,老年人是主体,亦包括其他年龄段的群体。与医疗服务中的护理不同的是,长期护理服务体现长期性,目的是身体机能的“维持”,而非“恢复”或“康复”,服务的使用并不能改变“死亡”的趋势和走向,仅能尽量减少生活自理能力的减损,维持基本生活需要,提高生活质量。长期护理保险不是老年护理保险,参保人和受益人不仅是老年失能群体,而是所有失能人员。因此,长期护理保险并不等同于养老保障,也不是老年福利,在失能标准、护理服务供给中,应与养老服务、老年照料相区别,限于弥补生活自理能力不足的喂饭、助浴等护理服务,不能把洗衣、做饭、打扫卫生等一般性的养老服务放到长期护理保险中。

医养结合服务的实质是在同一地理空间中同时享有养老服务和医疗服务,这就可能产生养老服务“医疗化”和医疗服务“养老化”的双重问题,即养老机构中的医疗服务以及医疗机构中的养老服务这些内嵌式的服务内容和形式与原本主营业务之间的边界不清,以及带来的支付保障混同的风险。在医疗机构中,部分养老服务被作为医疗服务获得

医保报销,较为典型的是老年人获得必要的治疗后仍延迟出院,在医院内“挂床”获得护理。根据抽样调查数据,老年人的住院率为20%—23%^[10,11],且老年人住院超过30天的概率(3.25%)远高于平均水平(2.88%)^[12]。根本原因在于,老年人在出院后,社区和养老机构并没有衔接性的医疗服务、康复护理服务或者难以报销,也就难以避免对医院资源和医保基金的过度占用。

在养老机构中,部分医疗服务被作为养老服务由老年人自付,产生了应保未保的问题,目前我国仅有六成养老机构内设医疗机构具有医保报销资格即可说明该问题,原因在于大量的内设机构止步于医务室,在医疗水平和人员配备等方面未达标。目前在一些长期护理保险试点地区,医疗专护中发生的药品等费用未纳入医保报销范围,而是由长期护理保险依据医保目录进行报销,在长期护理保险的费用支出结构和长期的基金运行中存在一定的风险点。

从现实看,国际上并未严格割裂开两项制度体系,长期护理服务通常属于医养结合大系统中的一个重要组成部分。这是因为失能半失能老年人是慢性病的高发人群,且面临急性病发作的风险,因此长期护理服务的需求对象也有医养结合需求,这也是区分的难点所在。但其背后是统一的管理体制和支付来源,例如英国地方议会与NHS共同成立的联合委员会(Integration Joint Board)及其统一管理的资金。在我

国目前的现实条件下,有必要对医养结合中的医疗服务、养老服务和长期护理服务的内容和标准进行清晰划分,明确谁来监管、谁来支付。

4结论及政策建议

4.1提升基层医疗服务能力,提高对门诊和社区全科服务的保障水平

习近平总书记在党的二十大报告中指出,“加强重大慢性病健康管理,提高基层防病治病和健康管理能力”。未来应在服务供给和支付保障两大路径中发力。一方面,在医疗卫生体制改革的推进中应实现普通门诊的下沉,将以上业务剥离回归基层,通过人才培养倾斜、报销比例倾斜等让基层留得住医生和病人,形成正向循环,提升基层医疗服务能力。要解决当前居家社区医养结合服务供给不足、服务可及性不高、老年人认可度和利用率低等问题,通过激发家庭医生参与医养结合供给的积极性、提升家庭医生等资源的配置效率、实现家庭病床等供给形式创新等途径推进居家社区医养结合服务的发展。另一方面,应多措并举进一步提升门诊的实际报销水平。顺应当前诊疗模式转变的大趋势,通过保障处方流转确保职工医保门诊共济保障改革的顺利推进。对于居民医保,应进一步扩大医保门诊统筹的覆盖范围,研究通过降低起付线和放开支付限额等方式减轻个人门诊费用的自付和自费负担,同时探索对慢性病、老年人高发病或需要长期在门诊治疗疾病的

支付方式改革,规范医疗服务行为。在社区全科服务上,除了适当拉开基层和高等级医疗机构的报销比例外,还要建立对门诊、全科服务以及住院服务进行分项分类的宏观预算安排制度,通过分类预算引导资源下沉,构建专科与全科的合理分工体系。

4.2增强医保监管和资源配置能力,提升医保治理效能

一方面,应顺应老年人医疗需求结构导向的转变,加强对医院门诊和社区全科服务的监管。从对医保门诊统筹基金使用常态化监管入手,对老年人门诊统筹支付中的可能风险点进行定位,例如非必要的“理疗康复”项目和属于长期护理的社区日间照料服务,对医院和社区卫生服务中心开展智能监控和现场检查等多种形式的基金使用监管。另一方面,针对可能存在的养老服务“医疗化”问题,除了对医保基金的使用进行监管外,还应加强对医疗资源配置的引导。我国老年人康复期和稳定期的医疗需求未能得到充分释放,仍停留在上游的医院中。未来应通过衔接性服务的供给,确保老年人在综合医院治疗完成后及时转到下游机构,并加强医保对康复期医疗服务供给的支付保障,激发老年人的康复需求,在医保支付方式改革中充分考虑老年人群疾病特征及诊治特点,改进付费模式。另外,还应警惕医疗服务“养老化”的问题,进一步增加对养老机构内设医疗服务的医疗保障,一是引导老年人从医院中外流,二是实现应保

尽保,三是通过医保支付对养老机构中的医疗服务形成监管和质量控制。探索对医养结合机构中需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病实行按床日付费,以提升医保基金使用效率。

4.3 推动医养结合、医疗保障和长期护理保险的协同发展

党的二十大报告提出“促进医保、医疗、医药协同发展和治理”,这一原则也适用于医养结合、医疗保障与长期护理保险的协同发展。医养结合是供给侧服务模式的变革,而医保和长期护理保险的协同则是支付方的治理体系变革。医保和长期护理保险有强大的战略购买能力,能够引导宏观资源配置,例如住院和门诊之间的资源分布,以及参保人需求之上的微观资源配置,从而协调医疗和护理服务以及医药的供给,利用市场手段共同实现医养结合对象利益最大化的公共目标。

医养结合、医疗保障和长期护理保险之间协同关系的总体出发点是老年人的实际需求,并且应以提高医保基金和长期护理保险基金的使用效率为基本原则。

其一,医养结合的发展应适应不断发展变化的医保治理改革形势,并且医保治理也应具备应对医养结合这一新型服务资源供给模式支付需求的能力。医保带动医养结合发展应从“被动买单”转向价值购买,才能从宏观上和微观上引导医养结合资源的合理配置。还应处理好基本药物制度等医药制度与医保在基层支付的关系,促进医保和医

药政策协同,从而为医养结合的落地提供保障。

其二,应根据党的二十大报告中“建立长期护理保险制度”的要求,加快在全国范围内推广实施长期护理保险制度。医保带动长期护理保险协同发展,应将治理体系中的有益经验应用于长期护理保险制度的建立和完善,通过独立的保险制度实现制度内的权利义务相统一,在医保报销的基础上进一步减轻老年人负担和医保基金的不合理支出。在服务模式上向居家和社区护理倾斜,加强对服务数量和质量监管考核,以稳定的资金来源带动专业化的长期护理服务机构建设和专业人力资源配置,提升行业服务质量和社认可度。

其三,需适应我国支付保障中的“医”“养”分开特征,医疗服务由医保基金报销,长期护理服务由长期护理保险报销,日常养老服务由基本养老保险等老年人补贴制度进行补偿。以此倒推,应分别明确基本医疗保险和长期护理保险所对应的对象资格认定、服务内容和标准、定点机构资质、报销方式和比例、交叉服务的报销办法等。这些界限的划分依赖于医养结合体系中的各项服务标准的建立,建议明晰养老服务、长期护理服务、医疗服务的标准,确定对应的支付保障主体和支付界限,进而有的放矢地加强监管。

【参考文献】

[1]党俊武,王莉莉.中国老龄产业发展报告(2021-2022)[M].北京:社会科学文献出版社,2023.

[2]熊波.活得更久一定意味着活得更好吗?——疾病压缩论:概念、争议与评述[J].国外社会科学,2022(04):147-156+200.

[3]Gaughan,J.,H.Gravelle, L.Siciliani.“Testing the Bed-Blocking Hypothesis:Does Nursing and Care Home Supply Reduce Delayed Hospital Discharges?”[J].Health Economics,2015,24(S1),32-44.

[4]胡宏伟,栾文敬,李佳怿.医疗保险、卫生服务利用与过度医疗需求——医疗保险对老年人卫生服务利用的影响[J].山西财经大学学报,2015,37(05):14-24.

[5]Naylor C.The Link between Long-term Conditions and Mental Health[J].Annals of the Rheumatic Diseases, 2013, 71(3): 6-29.

[6]尚用馨,王震.苏格兰医疗服务与社会服务整合改革述评[J].中国医疗保险,2019(07):69-72.

[7]BRUCE A, FORBES T. From competition to collaboration in the delivery of health care: Implementing change in Scotland[J]. Scottish affairs, 2001, 34(1):107-124.

[8]王震,王曼玉.门诊共济保障方式改革、零售药店发展与处方流转[J].中国医疗保险,2024(03):34-43.

[9]刘欢.失能风险对老年人医疗消费的影响——长期护理服务模式的中介作用[J].中央财经大学学报,2023(11):52-63.

[10]崔露,齐士格,张晗,等.中国老年居民门诊就诊和住院现状及其影响因素分析[J].中国公共卫生,2021(05):797-802.

[11]陈芮,张良文,方亚.城乡居民基本医疗保险对中老年人卫生服务利用的影响[J].中国卫生统计,2023(06):807-810+816.

[12]吴扬,宇传华,王旭艳,等.湖北省128家医院超长住院日患者分布特征及影响因素分析[J].公共卫生与预防医学,2020(06):24-28.

The Current Status of Medical and Elderly Care Integration in China and Its Challenges to Healthcare Security Governance

【 Abstract 】 The dual demand of elderly people for elderly care services and medical services not only challenges the traditional allocation and supply model of medical resources and elderly care resources, but also puts forward new requirements for the security policies, governance systems, and governance capabilities of the healthcare security system. Based on the main characteristics and development status of China's medical and elderly care integration model, this article analyzes the challenges of China's healthcare security policies and governance system, and proposes that China's medical and elderly care integration has initially formed operational models such as running hospitals in elderly care institutions, running elderly care institutions in hospitals, and running medical and elderly care in primary medical institutions, which means demands for better healthcare security of outpatient and community general medical services, as well as requirements for better healthcare security governance and regulatory capabilities. Meanwhile, it is necessary to draw a clear line with and coordinate with long-term care insurance.

【 Key words 】 combination of medical and elderly care, healthcare security, governance system